



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta  
Ústav sociálních a speciálněpedagogických věd

Bakalářská práce

# Vývojové trendy v oblasti rané péče

Vypracovala: Lenka Maňhová  
Vedoucí práce: Mgr. Hana Francová, Ph.D.

České Budějovice 2016

## Abstrakt

V této bakalářské práci jsem se zabývala vývojovými trendy v oblasti rané péče. Raná péče je sociální služba, která poskytuje své služby rodinám a jejich dětem s postižením od narození do sedmi let věku. Raná péče je službou terénní, zřídka doplněná službou ambulantní, terénní práce zajišťuje práci s dítětem přímo v domácím prostředí, což má, jak popisují v teoretické části velkou výhodu. Za několik let se v rané péči událo mnoho změn, co se týče vzdělávání poradkyň, financování, či přímé práce s klientem.

Teoretická část obsahuje např. vymezení pojmu rané péče. Zaměřila jsem se hlouběji na historii, aby bylo patrné, jak služba začala. Dále je v teoretické části popsáno zajištění rané péče a přímá práce s klientem nebo právě význam terénní práce.

Hlavním cílem této bakalářské práce bylo zmapovat změny týkající se rané péče za posledních deset let v jednotlivých střediscích rané péče v Jihočeském kraji. Vytyčené dílčí cíle měly pomoci k objasnění a sumarizaci základních změn jak z provozního a finančního hlediska, tak v kontextu nových metod a pomůcek při přímé práci s uživatelem.

V empirické části jsem k realizaci využila kvalitativní výzkum. Pro naplnění cílů výzkumu byla jako výzkumný nástroj zvolena metoda dotazování, technika polostrukturovaného rozhovoru, výzkumných otázek bylo deset. Oslovila jsem komunikační partnery z oblasti rané péče. Výzkumný soubor tvořilo pět komunikačních partnerů. Tři pracovnice rané péče a tři ředitelky nebo vedoucí služby. Jeden komunikační partner plní v organizaci obě funkce, proto je uváděn jako jeden komunikační partner. Zajímalo mne, jak pocítují změny v rané péči ředitelky, a zda se bude jejich výpověď lišit od poradkyň rané péče. Dále jsem zjišťovala, které vývojové trendy jednotlivá střediska zasáhly nejvíce, které považují za dobré, a které naopak za neefektivní. Tento vzorek byl vybírán účelově, zvolila jsme tři střediska rané péče v Jihočeském kraji. K vyhodnocení dat jsem použila metodu trsů.

Výsledky výzkumu ukázaly, že v oblasti rané péče došlo v jednotlivých střediscích rané péče k velkému posunu. Hlavní změny byly patrné ve způsobu financování, vzdělávání pracovníků, rozšíření pomůcek a hraček, rozšíření pracovních týmů nebo navyšování kapacity středisek z důvodu většího počtu rodin.

Zjištěné výsledky by mohly posloužit k samotné zpětné vazbě jednotlivých středisek nebo studentům zabývajících se problematikou rané péče.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

raná péče, vývojové trendy, pracovník rané péče, terénní sociální práce

## **Abstract**

This thesis dealt with trends within early intervention programs. Early intervention is a social service aimed at helping families and children with developmental delays or disabilities since birth till the age of 7 years. It is a field service with vast majority of work being done within family environment, rarely accompanied by an ambulance service. This provides a great benefit, as is mentioned in theoretical part of thesis. Multitude of new developments concerning education, financing or work itself happened in the last couple years. The theoretical part of thesis defines the early intervention itself, or “early care” in some Czech translations, as well as its history. Methods for client service are described as well. The main objective of this thesis is to describe main changes that happened within in several South Bohemia early intervention centers in the last 10 years. This goal should provide a summary of both operational and financial challenges as well as new early intervention methods for better work with client himself. The practical part of this uses a qualitative approach. A semi-structured interview consisting of 10 questions is employed, with 5 professionals from early intervention care from 3 centers in South Bohemia as respondents. Their professions are described in order to compare differences between opinions of administrative workers and care assistants. The interview was most concerned with changes made because of new trends, and whether those were concerned to be positive or negative. Answers were analyzed with the use of clustering method. In conclusion, vast differences were observed in early intervention field 10 years ago and today. Both methods of financing and education of assistants as well as enlargement of number of workers or capacity of centers changed greatly within the past decade. The results could be used as feedback for early intervention centers and students concerned with this particular field of social care.

## **KEYWORDS**

Early intervention, Early care, Developmental trends, Social service, field social work

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval (a) 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 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 dne 17. 8. 2016

.....

Lenka Mařhová

### **Poděkování**

V první řadě bych chtěla poděkovat vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Haně Francové, Ph.D. za její cenné rady, energii a čas, který mi věnovala. Dále bych ráda poděkovala všem komunikačním partnerům, bez kterých bych výzkum nemohla realizovat. A v neposlední řadě děkuji své rodině a přátelům, kteří mi byli po celou dobu studia oporou.

## Obsah

<b>ÚVOD.....</b>	<b>9</b>
<b>1. SOUČASNÝ STAV.....</b>	<b>10</b>
1.1. Vymezení pojmu raná péče.....	10
1.1.1 Střediska rané péče v Jihočeském kraji – obecné informace.....	12
1.1.2 Cíle a poslání rané péče.....	13
1.1.3 Jak funguje raná péče.....	14
1.1.4 Historie a vývoj rané péče.....	15
1.2 Zajištění rané péče.....	18
1.2.1 Finanční.....	18
1.2.2 Pracovníci RP – vzdělání, tým, supervize.....	19
1.3 Práce s uživatelem rané péče.....	21
1.3.1 Pomůcky.....	21
1.3.2 Metody a techniky práce s uživatelem.....	22
<b>2. CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....</b>	<b>24</b>
2.1 Cíl práce.....	24
2.2 Výzkumné otázky.....	24
<b>3. METODIKA VÝZKUMU.....</b>	<b>2</b> Chyba! Záložka není definována. <b>5</b>
3.1 Použitá metodika výzkumu.....	25
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	26
<b>4. VÝSLEDKY ŠETŘENÍ.....</b>	<b>27</b>
4.1 Identifikační údaje komunikačních partnerů.....	27
4.2 Výsledky výzkumného šetření.....	28
<b>5. DISKUZE.....</b>	<b>42</b>
<b>6. ZÁVĚR.....</b>	<b>48</b>
<b>7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....</b>	<b>50</b>
<b>8. PŘÍLOHY.....</b>	<b>54</b>
8.1 Koncept rozhovoru.....	54

### **Seznam použitých zkratk**

RP – Raná péče

SPRP – Společnost pro ranou péči

SRP ČB – Středisko rané péče České Budějovice

PAS – Poruchy autistického spektra

APLA – Asociace pomáhající lidem s autismem

APRP – Asociace pracovníků v rané péči

SAS – Sociálně aktivizační služba

VOKS – Výměnný obrázkový komunikační systém



# ÚVOD

*„Nad zlato dražší klenot jest dítě, ale nad sklo křehčejší“*

J. Á. Komenský, Informatorium školy mateřské

V předkládané bakalářské práci se snažím poukázat na důležitost rané péče právě v raném věku dítěte. Tato služba je velmi dobrou alternativou ústavní péče. Poradkyně dojíždějí přímo do rodin a pracují s dítětem a jeho rodinou, což napomáhá nejen k dobrému vývoji dítěte, ale hlavně k tomu, že se nepromarní nejlepší čas pro učení – raný věk.

Raná péče se začíná dostávat do podvědomí lidí, a to nejen lidí, kteří využívají jejich služeb. Bakalářská práce se věnuje hlavně vývoji této sociální služby a vývojovým trendům.

Toto téma jsme si zvolila záměrně z důvodu mého zájmu o danou problematiku a z důvodu, že vývojové trendy v rané péči jsou velmi důležitými kroky k tomu, aby služba fungovala a zkvalitňovala se. Během několika let došlo k velkým změnám v této oblasti.

V teoretické se čtenář může seznámit nejen s historií, ale i s významem rané péče nebo s používanými technikami a metodami u uživatelů služby. Teoretická část nám ukáže co to vůbec raná péče je a proč je zřizována. Pro koho je služba určena a kde je legislativně doložena. V praktické části jsem se již zaměřila přímo na tři vybraná střediska rané péče, u kterých jsem dělala výzkum. Výzkum se týkal hlavně vývojových trendů přímo ve vybraných organizacích.

# 1. SOUČASNÝ STAV

V České republice službu rané péče poskytují více než čtyři desítky pracovišť, která se specializují na různé typy postižení. Každoročně služeb rané péče využije přibližně tři tisíce rodin. Ale vždy tomu tak nebylo. V roce 2015 oslavila Česká republika 25 let profesionální rané péče v ČR (V kostce, 2015).

Současný stav rané péče v České republice je velmi dobrý, jak uvádí vedoucí Společnosti pro ranou péči České Budějovice (dále SRP ČB), Tušlová (V kostce, 2015) došlo k velkému zvýšení kvality u této sociální služby a popisuje, jak se služba za dobu její působnosti mění. Tušlová (2015) uvádí, že:

*„Za dvacet let mé praxe se služba hodně změnila a v práci vedoucího šlo opravdu o skok do nového století. Dnes je jiné prakticky všechno – od získávání financí na provoz služby a s tím spojenou administrativou, až po nároky na profesionalitu poradkyň a řízení týmu.“* (V kostce, 2015)

## 1.1 Vymezení pojmu raná péče

Raná péče je definována v zákoně o sociálních službách.

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

Definice terénní sociální práce dle Henzela a Helešiče zní takto: Terénní sociální práce je specifická forma sociální práce, která se liší především tím, že sociální pracovník působí přímo v terénu, a to v případě rané péče v domácím prostředí klienta. Terénní

sociální práce je postavena na dlouhodobém a intenzivním působení, které pokud porovnáme s klasickou sociální prací, umožňuje dosáhnout většího stupně efektivity (Helešic, Henzel, 2006).

Hlavními důvody pro terénní sociální práci je sociální prevence, kterou přináší. Je zde menší počet klientů a tím pádem se více pracuje individuálně. Pracovnice rané péče si nastavuje četnost a délku konzultace. Je zde dlouhodobá komplexní péče o klienta. Jelikož jde o terénní práci, pracovníci jezdí do terénu, nebo přímo do rodiny (Helešic, Henzel, 2006).

Raná péče se může lišit zaměřením organizace. Odlišné zaměření má např. raná péče APLA J.Č., středisko rané péče pro jihočeský kraj - IMY Soběslav, nebo Společnost pro ranou péči České Budějovice. Každá z těchto organizací je zaměřena na jinou cílovou skupinu. Tyto 3 organizace jsem si vybrala z toho důvodu, že všechny poskytují své služby v jihočeském kraji. A každá z nich pro jinou cílovou skupinu dětí s postižením.

Definice rané péče, kterou zajišťuje Asociace pomáhající lidem s autismem Jižní Čechy, z.ú. (dále jen APLA J.Č.).

*„Službu rané péče poskytujeme rodinám dětí s poruchami autistického spektra od narození do 7 let věku v Jihočeském kraji. Služba je poskytována formou ambulantní (v Táboře a v Českých Budějovicích) a terénní. Rodinu provázíme obdobím, kdy mají podezření na některou z poruch autistického spektra nebo kdy je dítěti stanovena diagnóza některé z poruch autistického spektra.*

*Podporujeme rodiče a předáváme jim metody práce s dítětem. Nejčastěji u dítěte rozvíjíme komunikaci, sociální dovednosti, hru a jeho spolupráci s dospělým.“* (APLA, 2016).

Vymezení rané péče IMY Soběslav, pro koho je služba určena:

*„Pro rodiny dětí v jihočeském regionu od narození do sedmi let věku s mentálním, tělesným, kombinovaným postižením, autismem nebo opožděným vývojem.*

*Služba raná péče je poskytována zdarma, její charakter je terénní: poradkyně na konzultace dojíždí do rodiny, kde se dítě cítí bezpečně a není tak vystavováno zbytečnému stresu. Četnost konzultací je dohodnuta s rodiči, zpravidla jednou za 4-6 týdnů., (IMY Soběslav, 2016).*

Společnost pro ranou péči, která zřizuje středisko pro ranou péči České Budějovice (dále jen SPRP ČB) definuje ranou péči takto:

*„Raná péče je soustava služeb a programů poskytovaných ohroženým dětem a dětem se zdravotním postižením a jejich rodinám. Společnost pro ranou péči je nestátní organizace, která poskytuje odborné služby rané péče, podporu a pomoc rodinám, ve kterých se narodilo dítě se zrakovým nebo i s kombinovaným postižením.*

*Služby rané péče poskytujeme dětem se zrakovým a kombinovaným postižením a jejich rodinám prostřednictvím Středisek rané péče.“ (SPRP ČR, 2016).*

### **1.1.1 Střediska rané péče v Jihočeském kraji – obecné informace**

Podle Registru poskytovatelů sociálních služeb MPSV (MPSV, 2016), funguje v Jihočeském kraji 5 poskytovatelů služby raná péče. Patří do nich již zmiňovaná APLA J.Č., z.ú., Středisko rané péče SPRP České Budějovice, Raná péče I MY. Mezi další střediska rané péče v jihočeském kraji patří Základní škola a Mateřská škola a poskytovatel sociálních služeb, Kaňka o.p.s., Arpida, centrum pro rehabilitaci osob se zdravotním postižením, z.ú.

- *Středisko rané péče SPRP České Budějovice poskytuje své služby osobám s kombinovaným postižením a jejich hlavní cílovou skupinou jsou osoby se zrakovým postižením a jejich rodiny.*

Středisko rané péče ČB sídlí v Českých Budějovicích (MPSV, 2016).

- *Raná péče IMY Soběslav* poskytuje své služby osobám s kombinovaným postižením, osobám s mentálním postižením, osobám s tělesným postižením osobám se zdravotním postižením a jejich rodinám.

Raná péče Soběslav sídlí v Soběslavi (MPSV, 2016).

- *Raná péče Arpida, centrum pro rehabilitaci osob se zdravotním postižením, z.ú.* poskytuje své služby osobám s kombinovaným postižením osobám s tělesným postižením a jejich rodinám.

Raná péče Arpida sídlí v Českých Budějovicích (MPSV, 2016).

- *Raná péče APLA J.Č.* poskytuje své služby převážně osobám s poruchou autistického spektra (dále jen PAS) osobám s jiným zdravotním postižením, osobám se zdravotním postižením a jejich rodinám.

APLA J.Č. má své sídlo v Táboře a v Českých Budějovicích (MPSV, 2016).

- *Základní škola a Materská škola a poskytovatel sociálních služeb, Kaňka o.p.s.* poskytuje své služby osobám se zdravotním postižením, osobám s kombinovaným postižením, osobám s mentálním postižením, osobám s tělesným postižením, osobám se sluchovým postižením, zdravotním postižením nebo zrakovým postižením a jejich rodinám.

Centrum Kaňka má své sídlo v Táboře (MPSV, 2016).

### **1.1.2 Cíle a poslání rané péče**

Kozlová (2005) uvádí, že cílem rané péče je podpora celé rodiny a velmi důležitá je podpora vývoje dítěte se zdravotním postižením, nebo dítěte ohroženého biologickými faktory, nebo dítě ohrožené vlivem prostředí v raném věku. Dále uvádí, že mezi hlavní rysy rané péče patří komplexní přístup, interdisciplinarita, orientace na rodinu a další

(Kozlová, 2005).

Webová stránka SPRP uvádí jako poslání:

*„Společnost pro ranou péči poskytuje odbornou pomoc a poradenství rodinám, které pečují o dítě s postižením nebo s ohroženým vývojem. Provázíme rodiny v obtížné životní situaci a usilujeme o to, aby mohly vychovávat dítě v jeho přirozeném domácím prostředí.“* (SPRP ČR, 2016)

### **1.1.3 Jak funguje raná péče**

Vítková (1999 in Jankovský 2006) mluví v této souvislosti o rané podpoře (neboli rané péči), která má být poskytována od zjištění rizika či postižení až do doby, kdy je dítě zařazeno do některého typu školy či školky.

Dříve bylo uváděno, že je raná péče pouze do 4 let věku. Dnes je věková hranice již 7 let, kdy dítě velmi často odchází do základní školy. Dále Vítková (1999) poukazuje, že se velmi úzce propojují péče zdravotnická a terapeutická. Dále také péče pedagogicko-psychologická. Jde o včasnou intervenci s interdisciplinárním charakterem.

Jde tedy o propojení všech výše uvedených disciplín, pokud např. raná péče neposkytuje psychologické služby, odkáže rodinu na odborníka. Vždy se snaží, aby rodina měla všechny výše uvedené interdisciplinární týmy obsáhlé ve své péči (Vítková in Janovský, 2006).

Kochová, Schaeferová (2015) uvádějí, že raná péče provází rodinu hlavně od narození (nebo od zjištění vady) do 7 let věku. Kochová, Schaeferová (2015) dále uvádějí význam terénní podoby rané péče. Zdůrazňují, že rodiče i dítě jsou domácím prostředím, které znají a proto jsou schopni lépe spolupracovat a soustředit se na stimulaci či úkoly.

#### 1.1. 4 Historie a vývoj rané péče

Dříve byl celkově problém vychovávat děti s postižením v domácím prostředí a dostat nějaké informace a rady. První známky domácí péče o děti s postižením se začaly objevovat v 80. letech minulého století, kdy se začala méně využívat ústavní péče.

V tehdejší Československu nebyl v oficiálním systému pro podobné aktivity prostor. I přesto můžeme datovat začátky rané péče již od tohoto období. Raná péče se začala formovat v 80. letech min. století. První odborníci, kteří začali ranou péči u nás prosazovat, se zabírali převážně zrakovým postižením a svoji pozici vykonávali jako dobrovolníci (V kostce, 2015).

Jedna ze zakladatelek oboru rané péče Terezie Hradílková, která společně s Barborou Kašovou, Terezou Skleničkovou a Janou Vachulovou pod vedením profesora Čálka a asistentkou Flenderovou se společně s ostatními dobrovolníky pustili do poradenské práce s rodinami dětí se zrakovým postižením. Společné zkušenosti a vědomosti daly týmu nadšených dobrovolníků nejen odbornou přípravu, ale hlavně mnoho zkušeností. (V kostce, 2015) Hradílková na konferenci uvedla, že: „ Dobrovolnická práce pro nás znamenala zkoušku a ověření, že to, co děláme, opravdu chceme, umíme, má to smysl; zjišťování, co rodiče žádají, děti potřebují, a že dosahujeme výsledků.“ (Hradílková, 2015).

Velkým problémem byl i fakt, že nebyly žádné publikace, ani materiály k této problematice. Pokud se podařilo sehnat nějaký zahraniční výtisk, bylo to hlavně díky přátelům. Jedním ze zdrojů v této době byla kniha Čálka – Raný vývoj a výchova dítěte nevidomého od narození. Postupem času se začaly podmínky zlepšovat – v roce 1990 Svaz invalidů vyčlenil samostatnou organizaci pod názvem: Česká unie nevidomých a slabozrakých. Díky této organizaci vznikly dvě poradny pro rodiče zrakově postižených dětí. Jedna se díky dobrovolníkům zřídila v Praze, druhá vznikla z poradny pana ředitele Smýkala při základní a mateřské škole pro nevidomé v Brně (zde tedy poradna již fungovala od roku 1977). Pomalu se začala rozvíjet péče pro děti a jejich rodiny se

zrakovým postižením. Termín „raná péče“ ještě nebyl úplně zažitý. Často se mluvilo o „včasné nebo rané podpoře – intervenci“. Po revoluci v devadesátých letech se začali formovat nestátní neziskové organizace. Raná péče zaměřená na zrakové postižení se stala takovou berličkou pro ostatní rané péče zaměřené na jiná postižení (např. sluchové, mentální nebo tělesné), (V kostce, 2015).

Střediska rané péče fungovala pod hlavičkou České unie nevidomých a slabozrakých (později Sjednocené organizace nevidomých a slabozrakých). Založeno bylo 6 středisek pro děti se zrakovým postižením. V roce 1990 vznikla střediska v Praze a v Brně, v roce 1993 přibylo středisko v Liberci a Olomouci, v roce 1994 v Českých Budějovicích a v roce 1995 bylo zřízeno středisko v Ostravě (V kostce, 2015).

#### ***Rozdělní středisek dle zaměření:***

S větším nárůstem klientů bylo nutné vyčlenění středisek rané péče z organizace nevidomých a slabozrakých, které vedlo ke zřízení samostatného občanského sdružení s názvem Společnost pro ranou péči. (V kostce, 2015) „*Společnost pro ranou péči převzala provoz středisek a stala se první celorepublikovou profesionální organizací poskytující ranou péči jako svoji hlavní činnost. Názvem jsme chtěly zdůraznit, že typ služby, zaměření na rodinu a ranou péči je pro nás určující, zatímco postižení zraku jako jedno ze specifických zaměření služby se stalo druhotným,*“ (Hradílková, 2015).

Následně vznikala i jiná pracoviště rané péče specializující se na podporu rodin dětí se sluchovým, mentálním a tělesným postižením. V roce 1994 to bylo například středisko Diakonie ČCE v Praze-Stodůlkách, Federace rodičů a přátel sluchově postižených dětí a řada dalších. Se zvyšujícím se zájmem o tuto službu museli pracovníci rané péče hledat metodickou podporu. Překlady z cizojazyčné literatury, spolupráce se samotnými zahraničními organizacemi, které českým kolegům mohly nabídnou mnoho rad a zkušeností do začátku. Neméně významné však bylo také získat pro spolupráci české lékaře ( oftalmology, ale i pediatry, neurology, fyzioterapeuty, aj.) a informovat o



rané péči. Důležité bylo, aby chápali význam stimulace vývoje dětí od nejranějšího věku s jakýmkoliv postižením (V kostce, 2015).

*„Zpočátku někteří z nich (z lékařů, pozn. aut.) vnímali ranou péči v lepším případě jako charitativní a dobrovolnickou pomoc, která nemá na zdraví a rozvoj osobnosti dítěte s postižením velký vliv, v horším případě jako šarlatánství a neodbornou konkurenci zdravotní péče. Zkušenosti při péči o konkrétní společné jejich pacienty a naše klienty a současně naše odborná argumentace na zdravotnických fórech a konferencích pomalu, ale jistě pomohly zpočátku k osobnímu a později i profesnímu porozumění a ochotě ke spolupráci. Zásadním krokem byla spolupráce s Neonatologickou společností, která se rozvíjí a pokračuje dodnes“ (Hradílková, 2015).*

### **Raná péče v zákoně**

S postupným rozšiřováním a profesionalizací služeb rané péče bylo nutností zakotvit ranou péči v právním systému České republiky.

Při jednání s Ministerstvem zdravotnictví ČR (1997) se ovšem zakotvit ranou péči v zákoně o zdravotní péči nezdařilo, neboť by musela mít status zdravotnického pracoviště. Svým zaměřením raná péče nezapadala ani do školského systému, a nestala se tak ani typem jakéhosi speciálního školního zařízení. Ve spolupráci s rodiči dětí začali pracovníci rané péče formulovat zásadní požadavky na konkrétní činnosti spojené se službou rané péče a začaly vznikat standardy rané péče (V kostce, 2015).

V roce 2003 byla založena Asociace pracovníků v rané péči, která vypracované standardy přijala jako dokument vymezující charakter služeb rané péče. O tři roky později, tedy v roce 2006, v souvislosti s dalšími významnými změnami v systému sociálních služeb v České republice se podařilo službu rané péče začlenit do zákonných norem. Jedná se o zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, který službu rané péče řadí k službám sociální prevence a přináší její stručnou definici. Kterou ve své práci také uvádím (V kostce, 2015).

### ***Dostupnost služby dnes:***

Dostupnost rané péče rodinám dětí s postižením v současnosti je dobrá, ale ne dostačující. Přestože v naší republice je registrováno 48 poskytovatelů rané péče, tak pro některé rodiče tato služba stále dostupná není. Důvodem je např. nízká kapacita střediska, nedostatek financí, které by zajistily navýšení služby.

Některé regiony stále zůstávají nepokryty a pracovnice nemohou dojíždět z důvodu velké vzdálenosti. Do budoucna rané péče je připravovaná novela zákona č. 108 o sociálních službách (V kostce, 2015).

## **1.2 Zajištění rané péče**

### **1.2.1 Finanční**

„Financování služby je více zdrojové. Finanční prostředky čerpáme ze státní neinvestiční dotace MPSV ČR, z dotace krajů a příspěvků jednotlivých měst a obcí, z příspěvků nadací, fondů Evropské unie a ze sponzorských darů.“ (raná péče EDA)

Rok 2015 přinesl velké změny ve způsobu financování služby. Místo Ministerstva práce a sociálních věcí budou od příštího roku financovat poskytovatele rané péče jednotlivé kraje, což znamená, že bude existovat 14 různých systémů financování. Problémy to přinese hlavně střediskům, které působí celorepublikově a v každém kraji bude jiné financování (V kostce, 2015).

*Květoňová- Švecová (2004) popisuje středisko rané péče v Praze, které stejně jako středisko v Českých Budějovicích spadají pod Společnost pro ranou péči. Zde popisuje financování takto: „Střediska rané péče jsou dotována z rozpočtů: Ministerstva zdravotnictví, Ministerstva práce a sociálních věcí, Magistrátu hlavního města Prahy, a místních samospráv. Zároveň jsou Střediska financována z grantů tuzemských, či zahraničních nevládních nadací (př. NROS, projekt Lien EU) a sponzorských darů.“ (Květoňová – Švecová, 2004).*

### 1.2.2 Pracovníci RP – vzdělání, tým, náplň práce, supervize

Květoňová – Švecová (2014) uvádí, že v týmu jsou poradci rané péče, sociální pracovníce, psychologka, terapeutka a instruktorka zrakové stimulace. Zde se zase liší zaměření. Pokud půjde o ranou péči poskytovanou APLA J.Č., bude zde např. vyškolená pracovníce ohledně PAS. Dále může v rané péči působit fyzioterapeut, nebo ergoterapeut. Další tým dotváří odborní garanti – to jsou lékaři, různí odborníci a dobrovolníci (Květoňová- Švecová, 2014).

Šandorová (2015) shrnula osobnost pracovníka v rané péči- poradce rané péče nebo jiného pracovníka pracujícího ve středisku takto: měl by mít odpovídající vzdělání (vhodné je vysokoškolské), měl by se celoživotně vzdělávat a prohlubovat své teoretické znalosti i praktické dovednosti a vědomosti. Měl by být osobně vyrovnaný, rozumově vyzrálý, mravně bezúhonný, měl by mít schopnost empatie, měl by být tolerantní, měl by respektovat ostatní i jejich názory, asertivní, aj. Všechny tyto vlastnosti garantují připravenost pracovníka pro úspěšný rozvoj dítěte, edukaci a resocializaci rodiny. Pracovník v rané péči by měl dodržovat etický kodex sociálních pracovníků České republiky ( Šandorová, 2015).

Žádané oblasti vzdělání pro terénní sociální práci popisuje Helešič a Henzel (2006) takto: důležitou součástí je sociálně právní problematika, vzdělání v oblasti psychologie, sociální prevence, sociální patologie, vzdělání v oblasti cílové skupiny, se kterou pracovník pracuje, znalost standardů kvality a znalosti teorií a metod sociální práce (Helešič a Henzel, 2006).

Jako prevence syndromu vyhoření se využívají v organizacích tzv. supervize. Hawkins ve své knize poukazuje na to, že ze zkušeností ví, že supervize může být velmi důležitou součástí o sebe sama a umožňuje člověku se nadále vzdělávat a dovolit mu osobní a profesní rozvoj. Naopak nedostatek supervize může u sociálního pracovníka

způsobit pocit méněcennosti, upracovanost (Hawkins, 2004). Supervize „nejčistší mezilidská interakce, jejímž obecným cílem je, aby se osoba, supervizor, setkávala s další osobou, supervidovaným, v úsilí o to, aby mohl supervidovaný účinněji pomáhat lidem“ (Hess, 1980).

Multidisciplinaritu týmu popisuje Hradílková (in Filipová, 2013) a to tak, že kromě rodičů pomáhají v jednotlivých fázích i 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 – škola, školka) – *pracovník rané péče, pracovník vzdělávací instituce, případně další*.

Kochová, Schaeferová (2015) ohledně náplně poradce rané péče uvádějí, že doporučuje, někdy i půjčuje vhodné hračky, pomůcky. Dále také informuje rodiče o možnostech spolupráce, nárocích na sociální i zdravotní dávky a podporuje vývoj dítěte. Také rodinám zprostředkovává kontakty na služby, zařízení a jiné služby, které mohou využívat nebo jsou pro ně vhodné. Poradce odpovídá na otázky kladené od rodiny, je rodině psychickou podporou.

## 1.3 Práce s uživatelem rané péče

### 1.3.1 Pomůcky

Pomůcky jsou pro práci s uživatelem rané péče velmi důležité. Na pravidelné konzultace, na které pracovník rané péče dojíždí, vozí vždy nespočet pomůcek a hraček, a rodině je následně může zapůjčit. Hlavním cílem u pomůcek a hraček je rozvoj dítěte, rozvoj dovedností (rozvoj zrakových dovedností, hrubá motorika). Pracovník rané péče by vždy měl hračky vybírat dle věku, úrovně dítěte a celkově by měla sledovat psychomotorický vývoj dítěte. Velká část pomůcek jsou běžné hračky, další skupinou jsou hračky vyrobené přímo na míru pro dítě s postižením (SPRP ČB, 2016).

Hračky můžeme dělit např. takto:

- Světelné hračky a pomůcky
- Pomůcky k rozvoji hmatu
- Multimediální technika
- Hračky na rozvoj motoriky
- A jiné

Jednou z významných pomůcek je např. chodítko Upsee. Díky této pomůcce je dítě schopné postavit se na vlastní nohy a za pomoci rodičů zažít chůzi. Dítě je pomocí bederního pásu připoutáno k rodiči. Důležitou součástí jsou sandály, které mají rodič i dítě společné. Díky společným „botám“ dělá stejný krok dítě i rodič. Návěst může probíhat při běžných činnostech (V kostce, 2015).

Janurová (V kostce, 2015) popisuje jak lze vyrobit stimulační plechovku s magnetky. Jde o plechovku, která je úzká a vysoká, která je stimulačně polepena. Lze jí využít na odhad hloubky – děti z plechovky vytahují magnetky. Plechovku lze naplnit a využít i jako zvukovou pomůcku. Mladším dětem se můžou dát magnetky na vnější stranu plechovky a oni je sundávají a vhazují dovnitř (V kostce, 2015).

### 1.3.2 Metody, techniky práce s uživatelem

Dle Matyášové (2015) hraje důležitou roli i ocenění a povzbuzení, kterého se rodičům zejména v prvních letech nedostává, ale které je velmi důležité pro překonání překážek a obtíží. (V Kostce, 2015)

*„Pro děti nabízí raná péče speciální postupy, stimulaci a terapie, které pomáhají zvyšovat možnosti dítěte a překonávat omezení plynoucí z postižení, dále hračky a pomůcky, které dítěti přinášejí podněty, zaujmou je a provokují jeho reakce. Prostřednictvím hry, která je pro děti přirozenou činností, pomáhají poradkyně dítěti získávat nové podněty a rozvíjet schopnosti“ (Matyášová, V Kostce, 2015).*

Pro Střediska rané péče byl vytvořen program „provázení“, který je realizován ve třech fázích – podpora psychomotorického vývoje dítěte s postižením, podpora rodiny, osvěta vzdělávání. Dalšími speciálními metodami v rané péči je: zraková stimulace, nácviky sociálních dovedností u dětí s PAS, rozvíjení kompenzačních dovedností (např. hmatu a sluchu), alternativní a augmentativní komunikace, podpora vývoje řeči a komunikace, masáže kojenců, smyslové herní terapie, bazální stimulace, aktivní naslouchání, aj. Speciální metody, techniky a programy ve své knize popisuje (Květoňová – Švecová 2014).

Dle Květoňové-Švecové (2004) nabízí středisko pomoc při rozvíjení schopností dítěte, dále, jak už bylo řečeno, volí a ukazují vhodné pomůcky a hračky. Poskytují pedagogické, psychologické a sociální poradenství. Dále pomáhá raná péče s nástupem do předškolního vzdělávání (Květoňová -Švecová, 2004).

Středisko rané péče IMY, Soběslav nabízí svým uživatelům a jejich rodinám:

- návštěvy poradců v rodinách (jednou za 1-2 měsíce)
- ambulantní služby – posouzení dítěte, zraková stimulace, funkční vyšetření, aj.

- pobyty pro rodiny
- semináře a vzdělávání rodin
- půjčovnu literatury, hraček a pomůcek
- možnost dalších konzultací – psycholožka, ergoterapeutka
- pomoc při výběru dalšího vzdělávání
- odborné instruktáže v rehabilitačních nebo školských zařízeních, kam klient dochází
- sociálně právní poradenství
- doprovod klientů při návštěvě odborníka
- zážitkové benefice a akce (fungují jako depistáže pro veřejnost)
- depistáže pro lékaře a jiné odborníky
- Klub maminek, canisterapie

(IMY Soběslav 2016)

### **Základní metody terénní sociální práce**

- odborné sociální poradenství
- depistáže
- pomoc v prosazování práv a povinností
- zprostředkování kontaktu s odbornými pracovišti
- krizová intervence
- kontrola spolupráce se školou a rodiči
- administrativní pomoc
- a jiné

(Helešič, Henzel, 2006)

## **2. CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY**

### **2.1 Cíl práce**

Hlavním cílem bakalářské práce je zmapování změn při poskytování rané péče za posledních deset let. Dílčí cíle jsou dva, a to sumarizovat zásadní změny z hlediska provozního a finančního zajištění rané péče a sumarizovat zásadní změny při práci s uživatelem v kontextu nových metod a pomůcek.

### **2.2 Výzkumné otázky**

Na základě výzkumných cílů práce byly stanoveny tyto výzkumné otázky:

- Jaké změny jsou při poskytování sociální služby rané péče z pohledu jejích poskytovatelů vnímány pozitivně? V čem přináší výhody?
- Jaké změny jsou při poskytování sociální služby rané péče z pohledu jejích poskytovatelů vnímány negativně? V čem jsou pro poskytovatele komplikující?



## 3. METODY VÝZKUMU

### 3.1 Použitá metodika výzkumu

K realizaci práce byla využita kvalitativní výzkumná strategie.

K naplnění cílů výzkumu byla jako výzkumný nástroj zvolena metoda dotazování, technika polostrukturovaného rozhovoru. Tento typ rozhovoru se vyznačuje hlavně tím, že má předem definovaný účel, je pružný při získávání informací a má určitou osnovu při dotazování (Hendl, 2005).

S ohledem na výzkumné otázky byla sestavena koncepce rozhovoru. Podkladem rozhovoru bylo 10 výzkumných otázek (příloha 1). Otázky byly pro všechny komunikační partnery stejné. Otázky byly postaveny tak, aby mohl být naplněn hlavní i dílčí cíl výzkumu a aby se našly odpovědi na výzkumné otázky. Dle potřeby byly komunikačním partnerům položeny i doplňující otázky, které pomohly k upřesnění, nebo prohloubení informací týkající se dané otázky. Sběr dat se uskutečnil během června/ července 2016. Komunikační partneři byli osloveni během plnění mé školní praxe na jejich pracovištích (střediska rané péče v Jihočeském kraji) v období duben – prosinec 2015. Rozhovory jsem zaznamenávala písemně a jsou uloženy v mém osobním archivu.

Získaná data byla analyzována s využitím metody trsů. Otevřené kódování je proces, ve kterém se data rozebírají a porovnávají. Po rozdělení údajů se určují kategorie a jejich vlastnosti. Otevřené kódování odhaluje v datech určitá témata, která mají vztah k položeným výzkumným otázkám (Strauss, Corbinová, 1999).

### 3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Základním souborem pro výzkum byly pracovníci různých středisek rané péče v Jihočeském kraji. Vybranými středisky jsou Středisko rané péče, I MY, o.p.s., Středisko rané péče SPRP České Budějovice, a raná péče poskytovaná APLA Jižní Čechy, o.s. Výzkumný soubor komunikačních partnerů byl vybrán účelově. U tohoto druhu výběru výzkumného vzorku jsou cíleně vyhledávání komunikační partneři podle určitých vlastností nebo stavu, kteří jsou ochotni výzkum podstoupit. (Miovský, 2006).

Pro rozmanitost výzkumného vzorku jsem oslovila v každé organizaci vždy pracovníka rané péče a ředitelku / vedoucí služby/. Výzkumný vzorek je složen ze 3 pracovníků rané péče (KP1, KP2, KP3) a 2 ředitelek /vedoucích služby/ (KP4 a KP5).

Komunikační partner KP3 je nejen ředitelkou, ale zároveň poradkyní rané péče. Všechny oslovené komunikační partnerky jsou ženy. Komunikační partnerky mají různý věk, různou dobu své praxe a pracují na různých pozicích ve středisku. KP1 a KP5 jsou z jednoho střediska rané péče a KP2 a KP4 jsou také ze společného střediska, kvůli zpřehlednění výzkumu, budu někdy tyto dvojice spojovat.

K vyhodnocení sesbíraných dat jsem užila metodu vytváření trsů, která slouží obvykle k tomu, abychom seskupili a porovnali určité výroky od komunikačních partnerů a to zejména na základě vzájemné podobnosti (Miovský, 2006).

## 4. VÝSLEDKY

### 4.1 Identifikační údaje komunikačních partnerů

*Tabulka 1: Základní charakteristika komunikačních partnerů*

	<b>Pracovní pozice v organizaci</b>	<b>Jak dlouho v oblasti rané péče pracujete (v organizaci)</b>	<b>Jak dlouho Vaše raná péče funguje?</b>
KP1	Pracovník rané péče – sociální pracovník	3 roky + 1 rok v RP v Brně	22 let (od roku 1994)
KP2	Pracovník rané péče – sociální pracovník	2 roky	9 let (od roku 2007) (spadá pod organizaci, která funguje od roku 2000)
KP3	Sociální pracovník, vedoucí přímé péče, ředitelka	2 roky (9 let v organizaci)	2 roky (od roku 2014) (spadá pod organizaci, která funguje od roku 2007)
KP4	Nejdříve koordinátorka střediska, ředitelka společnosti	8 let	9 let (od roku 2007) (spadá pod organizaci, která funguje od roku 2000)
KP5	Koordinátor soc. služby, poradkyně rané péče, vedoucí střediska	15 let	22 let (od roku 1994)

Zdroj: vlastní výzkum

Na první pohled je z tabulky patrné, že komunikační partneři mají různě dlouhou dobu, po kterou pracují v rané péči. Je to způsobeno i tím, kdy bylo jaké středisko RP

založeno. U KP3 je vidět, že v organizaci pracuje již 9 let, ale přímo v rané péči pouze dva roky. KP5 ve svém rozhovoru uvedla: „*jsem tady už od roku 1994, ale měla jsem mezitím 7 let pauzu, to jsem byla na mateřské dovolené*“. Dále jsme uvedla, jak dlouho která raná péče funguje.

## 4.2 Interpretace výsledků výzkumného šetření

*Tabulka 2: Změny v rané péči od začátku působení jednotlivých komunikačních partnerů*

	<b>Financování organizace</b>	<b>Vzdělávání pracovníků + profesionalita týmu</b>	<b>Speciální metody a techniky pro práci s klientem</b>	<b>Nárůst klientů</b>	<b>Navýšení počtu pracovníků v RP</b>	<b>Nárůst dalších činností (pomoc při sbírkách, výstavy, semináře)</b>
KP1				ano		ano
KP2		ano			ano	
KP3			ano			
KP4	ano	ano		ano	ano	
KP5	ano	ano	ano	ano		

Zdroj: vlastní výzkum

Všichni komunikační partneři mi odpověděli, že změny v rané péči pociťují. KP3 se domnívá, že jeho hodnocení nebude objektivní: „*Moc velké změny nepociťuji, máme ranou péči teprve krátkou dobu, na to, abych mohla hodnotit, ale např. velká změna nastala po tom, co do Čech dorazila ABBA terapie*“ ( přístup, který se používá u dětí s PAS).

Z tabulky je patrné, že více změn uvádějí ředitelky organizací, tj. KP4 a KP5.

KP3 jak jsme již uvedla výše, si myslí, že jejich raná péče nefunguje dlouho a proto, nemůže pociťovat mnoho změn. KP5 doplnila k této otázce následující: *„Nejvíce se změny dotkly procesu poskytování služby a její kvality, od medicínského a speciálně-pedagogického modelu, který se poskytoval ambulantně, se vše přesunulo do modelu sociálního, kde je jednoznačně terénní práce a to je ten nejlepší způsob“* u této otázky se KP5 ještě dotkla aktuálního tématu: *„Momentálně chce poslankyně ranou péči přesunout pod školský zákon, tato změna se bude projednávat“*.

***Dále byla zjišťována odpověď na otázku „Jak dlouho vaše raná péče funguje? Pro jakou cílovou skupinu je určena?“***

KP1 a KP5 (komunikační partneři z jedné organizace) – SPRP funguje v Českých Budějovicích od roku 1994, služba je určena dětem a jejich rodinám od narození do 7 let věku se zrakovým a kombinovaným postižením po celém jihočeském kraji. *„Nově jsme rozšířili naši službu i pro děti s ohroženým zrakovým vnímáním z důvodu nepříznivého zdravotního stavu, a pro děti se šedým zákallem“*, doplnil KP5.

KP2 a KP4 (komunikační partneři z jedné organizace) – V roce 2000 vznikla nezisková organizace IMY, v roce 2007 jsme se rozhodli a registrovali jsme si sociální službu – raná péče. Poskytujeme služby rodinám a dětem s mentálním, tělesným a kombinovaným postižením, autismem nebo dětem s opožděným vývojem od narození do sedmi let.

KP3 - Raná péče funguje v naší organizaci od roku 2014 a poskytujeme služby pro děti a jejich rodiny s PAS po celém jihočeském kraji.

**Tabulka 3: Finanční zajištění rané péče**

	Krajský úřad	Benefice a akce	Sponzoři	Projekty	Města + obce – sponzorské dary
KP1	ano	ano	ano	ano	ano
KP2	ano	ano	ano	ano	ano
KP3		ano			ano
KP4	ano	ano	ano	ano	ano
KP5	ano	ano	ano	ano	ano

Zdroj: vlastní výzkum

Z tabulky je patrné, že KP3 uvádí, že je krajský úřad nepodpořil. KP3 uvádí: „ Ze státních dotací jsme získali nula financí, raná péče je momentálně v úsporném režimu, zbytek rodin je v SAS (sociálně aktivizační služba)“.

**Na otázku bylo tomu tak vždy?** odpovídají KP takto:

KP1. „ Ne, nebylo to nutné, nebyli jsme tolik tlačeni kvůli penězům“.

KP2. : „ Co vím z historie, tak tolik ne, ale třeba benefiční akce „Kachny“ která probíhá už 4. rokem, (zde jsme dříve působila jako dobrovolník) pomáhala organizaci dost velkým způsobem“.

KP3: „ Ano, pro nás to vždy byli především benefiční akce ( „Kachny“, oranžové kolo, Apla jede....)“

KP4: „Vícezdrojové financování bylo již od začátku, ale je malá podpora od státu, takže se momentálně musíme více spoléhat na vlastní zdroje ( což pro nás třeba znamenalo ustálit benefiční akce a najít člověka, který se tomu bude věnovat)“.

KP5: „ V minulosti činila státní dotace 80%, momentálně je to nejvíce 60%, je to čím dál tím horší (je potřeba mít vlastní činnosti a shánět sponzory a dárce, ale není na to kapacita – nemáme fundraisora)“.

**Tabulka 4: shánění financí**

	<b>Otázka č. 1 Jak se shánějí finanční přímo na cesty poradkyň?</b>	<b>Otázka č. 2 Na co je nejnáročnější shánět peníze?</b>	<b>Otázka č. 3 Na co se naopak shánějí peníze dobře?</b>
KP1	To úplně nevím	Mzdy a nájem	pomůcky
KP2	Dobře	Mzdy (hlavně pro nepřímé pracovníky)	Pomůcky a na mzdy pro přímé pracovníky
KP3	Dobře	Mzdy a zázemí pracovníků	pomůcky
KP4	Dobře	Mzdy a pobyty pro děti, nebo jejich zdravé sourozence	pomůcky
KP5	Dobře	Mzdy, hlavně pro nepřímé pracovníky	pomůcky

Zdroj: vlastní výzkum

U otázky č. 1 se většina shoduje, že se na cesty poradkyň peníze shánějí dobře. KP3 uvádí, že: „*Raná péče je srozumitelná, jasná a dobře se shání na cesty poradkyň – už má nějaké jméno a sponzoři jí znají*“.

Je velmi dobře vidět u otázky č. 3, že se velmi dobře shánějí peníze na pomůcky, většina KP odpověděla jako KP5: „*Když sponzor zaplatí pomůcku, vidí konkrétní věc, která díky němu pomáhá*“.

**Tabulka č. 5: Počet rodin za uplynulých 10 let /nárůst, pokles/**

(\* U organizace poskytující ranou péči méně než 10 let, je tato doba pouze od začátku poskytování služby do současnosti)

	<b>Nárůst</b>	<b>Stále stejné</b>	<b>Čím je to způsobeno</b>
KP1	ano		Depistáže, spolupráce s neonatologií, internet
KP2	ano		Depistáže, rozšíření cílové skupiny(ohrožený vývoj dítěte)
KP3		ano	Nemůžeme si více rodin dovolit - finance
KP4	ano		Větší nárůst předčasně narozených dětí, depistáže
KP5	ano		Depistáže, spolupráce s neonatologií

Zdroj: vlastní výzkum

KP5 doplnila: „*Středisko má kapacitu na 70 rodin, momentálně žádáme o navýšení na 100 rodin*“ dále uvedla, že: „*finance na ranou péči jsou důležité a co se vydá v prvních letech, se ušetří v dospělosti*“.

KP4 doplnila: „*Dříve bylo 25 rodin, momentálně máme 40 rodin*“.

KP3 uvádí že: *Od začátku máme 4 rodiny, víc si nemůžeme dovolit*“ po mé otázce, zda plánují navýšení služby KP5 odpověděl: „*pokud budeme mít finanční prostředky tak rozšíříme, protože zájem by byl veliký*“.

Z této otázky je patrné, že nárůst rodiny je ovlivněn nejen finanční stránkou, ale také tím, jak je služba propagována. Čtyři komunikační partneři odpověděli, že hlavní důvodem navýšení byli depistáže, které informují lékaře a veřejnost o tom co to raná péče je a jak funguje. KP5 uvedl, že jejich služba nemůže být rozšířena z důvodu



financování, což se nám propojuje s otázkou financování, kdy tato organizace nebyla podpořena Krajským úřadem (viz tabulka 2).

**Tabulka 6: Počet pracovníků a supervize**

- *mají Vaši pracovníci pravidelné supervize?*

	Změnil se počet vašich pracovníků?	Mají vaši pracovníci pravidelné supervize?
KP1	ano	ano
KP2	ano	ano
KP3		ano
KP4	ano	ano
KP5	ano	ano

Zdroj: vlastní výzkum

KP3 odpověděl, že: „ *Nárůst pracovníků v rané péči nenarost, pokud se podívám na celou organizaci tak ano, získali jsme třeba PR pracovníci, bohužel v rané péči z důvodu financí nemůžeme navyšovat*“ .

KP1 a KP5 na otázku týkající se supervize dopověděli, že týmové supervize mají 4x ročně, dále mohou využívat individuálních supervizí a jako supervize považují i porady týmu, které mají pravidelně.

KP2 a KP4 na otázku týkající se supervize odpověděli, že mají pravidelné skupinové supervize 4- 6x do roka, dále možnost individuálních supervizí a každý týden mají jak uvedla KP2: „*máme „kazu“ takové posezení poradců, kde hodnotíme a sdělujeme si pracovní postřehy*“

KP3 odpověděla, že mají supervize týmové i individuální a ještě uvedla tzv. intervizi

***Jaký přínos vidí samotní komunikační partneři v supervizích?***

KP4 sdělila, že vidí v supervizích velký význam, hlavně z důvodu: „získání nadhledu na práci a na fungování organizace“. KP1 např. uvádí že: „*Je možné otevřít témata do kterých se normálně nepouštíme, supervizor – „kouč“ řídí rozhovor a my máme pocit jistoty a bezpečí, dojdeme k výsledku a můžeme uzavřít dané téma*“.

**Tabulka 7: Pracovníci a jejich pozice a počet v rané péči**

	Počet pracovníků + pracovní pozice
KP1 + KP5	5 pracovníků rané péče rané péče (z toho jeden instruktor zraku, + vedoucí střediska, účetní)
KP2 + KP4	4 pracovníce rané péče (+ vedoucí střediska, fundraiser), externě - účetní a psycholožka
KP3	1 pracovník rané péče ( ředitelka, fundraiser, účetní – externě)

Zdroj: vlastní výzkum

**Tabulka 8: Spolupráce s dobrovolníky (zdroj: vlastní výzkum)**

	Spolupracujete s dobrovolníky?	V jakém rozsahu?	Změnila se spolupráce za posledních 10 let?
KP1	ano	jednorázově	
KP2	ano	pravidelně	ano
KP3	ano	jednorázově	
KP4	ano	pravidelně	ano
KP5	ano	jednorázově	

Všechny komunikační partnerky uvedly, že jejich organizace spolupracují s dobrovolníky. Spolupráce se liší převážně v rozsahu. KP1, KP3 a KP5 uvedly podobné akce na které jim dobrovolníci docházejí. KP5 např. uvádí, že: „*Nemáme stále dobrovolníky, ale hlásí se nám stejní lidé, kteří chtějí pomoci, jejich pomoci využíváme na setkávání rodin, vánoční trhy, na pomoc při výrobě pomůcek aj.,*“

KP2 a KP4 uvedly, že jejich spolupráce je pravidelná. KP4 objasnila situaci takto: „*Dobrovolníky využívám ve velkém, při setkání rodin, na pobytech, dobrovolníci chodí i do rodin – projekt kamarád pro volný čas, dále spolupracujeme s klubem městské knihovny, kde nám seniorky (dobrovolnice) vyrábějí výrobky na trhy. Je to způsobeno spoluprací s Rolničkou, která má své dobrovolnické centrum.*“ KP4 se i vyjádřila ke změně spolupráce za posledních 10 LET: „*Změna určitě nastala, dobrovolnické centrum bylo nejdříve pod IMY, až posléze se přesunulo pod Rolničku, ale spolupráce se udržela a my s dobrovolníky spolupracujeme velmi intenzivně.*“

Na otázku zda plánují spolupráci rozšířit KP4 odpověděla: „*To už ani nejde, spolupráce je skvělá a velmi dobrá*“ KP2 odpověděla: „*Máme ji dostačující, není problém sehnat dobrovolníky na různé akce*“. KP1 odpověděla následovně: „*Asi úplně ne, velké rozšíření dobrovolnického centra by způsobilo další finanční náklady, které nemáme, myslím, že je dobře mít dobrovolníky, ale nám stačí okruh dobrovolníků, co máme momentálně*“.

#### **U otázky č. 8**

**Změnila se nějak zásadně práce s rodinou či samotným uživatelem odpověděli všichni komunikační partneři, že ano.** KP4 uvádí: „*Práce je intenzivnější, větší spolupráce s celou rodinou, lepší služby a vzdělání pracovníků zajistilo větší vzdělanost pracovníků a tím pádem lepší metody a techniky*“.

KP5 se také vyjádřila ke vzdělávání a jejímu důsledku na kvalitnější poskytované metody a techniky od pracovníků: „*Podpora rodiny a znalosti poradkyň jsou větší,*

*poradci si rozšiřují metody a techniky, vybírají si co je baví (bazální stimulace, videotrénink interakcí, dále jen VTI) a to studují a vzdělávají se do hloubky“.*

Na otázku, zda pracovníci vnímají změny v technikách a metodách se většina shodla na lepší a dostupnějším vzdělávání a dostupnosti kurzů. KP2 odpověděla, že jako velkou změnu vidí toto „*Začalo se více pracovat se sourozenci dětí s postižením a také se začíná v práci používat nová technika VTI.*“

KP3 uvedla: „*U nás se velmi intenzivně pracuje na individuální přístupu ke klientovi, dále jsme začali využívat VTI a ABBA metodu, která je teď velmi oblíbená*“.

**Tabulka č. 9: Změny v pomůckách**

	<b>Lepší pomůcky pro práci s klientem</b>	<b>Lepší dostupnost pomůcek</b>	<b>Větší finance na nákup pomůcek</b>
KP1	ano	ano	ano
KP2	ano	ano	ano
KP3		ano	ano
KP4	ano	ano	ano
KP5	ano	ano	ano

Zdroj: vlastní výzkum

KP1 se k pomůckám vyjádřila takto: „*Větší dostupnost pomůcek, zajišťuje lepší práci s klienty, výrobci pochopili, co po nich požadujeme, nám to ušetřilo práci a většinu pomůcek už nemusíme vyrábět. Pokud dostaneme peníze na pomůcky, jsme šťastný a vybíráme co by se nám hodilo a dětem líbilo*“.

KP2 si myslí, že: „díky lepším financím se může více nakupovat a tím má středisko více kvalitních pomůcek“

KP5 se vyjádřila k pomůckám takto: „Pomůcky jsou jednodušší, dříve nebylo skoro nic na trhu, řada pomůcek se musela vyrábět, pomůcky nebyli certifikované a neměli „štítek“ zdravotně nezávadné hračky, dnes máme velké možnost, můžeme objednávat i z Německa“.

**Tabulka č. 10: Nejdůležitější pomůcka**

	<b>Jaké pomůcky si nejvíce vážíte?</b>
KP1	Světelné panely – lightbox (pomůcka vyrobená přímo pro děti se zrakovým postižením), IQ kostka – slouží ke stimulaci zraku od narození
KP2	Básničky pro děti, zvonkohry – jsou dobré na jemnou motoriku (propojení sluchu, hmatu aj.)
KP3	VOKS, procesní schémata, obrázkový slovník – velká pomůcka při práci
KP4	Pracovní listy, pomůcky ke stimulaci – dají se vytvořit individuálně (dle potřeby klienta)
KP5	Speciální polohovací židle (rodiče si jí mohou vyzkoušet, je skvělá na zrakovou stimulaci, kdy v ní dítě může pohodlně sedět)

Zdroj: vlastní výzkum

Odpovědi byli velmi různorodé, pro každého komunikačního partnera je důležitá jiná pomůcka, což je z výzkumu patrné. Je vidět, že každý komunikační partner si váží, nebo má oblíbenou jinou pomůcku

*Tabulka č. 11: Pozitivní změny v oblasti rané péče*

	Lepší vzdělávání pracovníků	Lepší dostupnost pomůcek	Supervize na pracovišti	Stabilita pracovního týmu	Možnost nakupování pomůcek	Stabilizace financování	Lepší technické vybavení (např. auta)
KP1	ano	ano		ano			
KP2	ano	ano		ano		ano	
KP3	ano			ano			
KP4	ano	ano		ano		ano	ano
KP5	ano	ano	ano	ano	ano		

Zdroj: vlastní výzkum

U tabulky č. 11 se velmi lišila četnost odpovědí. Např. u vzdělání pracovníků odpovědi všichni, že to vidí jako změnu k lepšímu. Ale např. lepší nákup pomůcek a pravidelné supervize zmínil pouze jeden komunikační partner. Dále všichni uvedli stabilitu pracovního týmu KP2 uvedla: *“Jsem ráda, že máme stabilní pracovní tým“*.

Celkově lze můžeme vidět, že každého napadlo něco, co mu přijde jako pozitivní změna, která službu zasáhla. KP3k odpovědi dodává: *„ U nás je zatím vše, velmi podobné, jako to bylo na začátku, neproběhala žádná razantní změna.“*

**Tabulka č. 12: Negativní změny v oblasti rané péče**

	<b>Vykazování peněz + vysoká administrace projektů</b>	<b>Shánění peněz na nepřímé pracovníky (účetní)</b>	<b>Celkově shánění financí přes sponzory, nadace</b>
KP1	ano		ano
KP2	ano		
KP3	ano		
KP4	ano		
KP5	ano	ano	ano

Zdroj: vlastní výzkum

Všichni komunikační partneři jednoznačně odpovědi vykazování peněz a vysokou administraci projektů. KP1 dodává: *nejhorší je vykazování např. pomůcek k projektům, musíte je vybírat na halře, mohou se nakoupit jen vybrané a jsou tam velmi složité změny*“. KP4, která výše uvedla více věcí se vyjádřila takto: *„ Horší biokracie, nárůst získávání financí od nadací, z Evropských fondů s tím je spojena vysoká administrace, nejsou peníze na lidi, kteří to musí udělat (účetní), neuvěřitelné množství papírů, monitoring, vykazování dat – prostě hrozné. vyúčtování musí být na halře“*

**Tabulka č. 13: Práce v přímé péči**

	<b>Pracujete v přímé péči?</b>	<b>Jak přesně s klienty a jejich rodinami pracujete?</b>
KP1	ano	konzultace v rodinách, pobyty, akce pro rodiny
KP2	ano	konzultace v rodinách, setkání rodin, pobyty, akce, benefice aj.
KP3	ano	konzultace v rodinách, setkání rodin
KP4	ne, ale v podstatě ano	pomáhám na setkáních rodin, beneficích, jezdila jsem i na pobyty
KP5	ano	metodik, informační konzultace pro rodiny, různé setkávání rodin,

Zdroj: vlastní výzkum

Tuto otázku jsme pokládala hlavně z důvodu náplně práce. Velmi zajímavé bylo vyjádření KP5: „jsem vedena v přímé péči jako metodik a účastním se informačních konzultací“ KP4 upřesňuje: „*Nepracuji v přímé práci s klientem, ale s dětmi i jejich rodinami jsem velmi často v kontaktu*“.

Dále KP1, KP2 a KP3 uvedli první činnosti, kde jsou v přímé práci s klientem, nejsou zde uvedeny všechny činnosti, na kterých se podílejí.



*Tabulka č. 14: Největší vývojový trend v oblasti rané péče*

	<b>Lepší vzdělávání pracovníků</b>	<b>Zaměření služby nejen na klienta, ale na celou rodinu</b>	<b>Větší profesionalita</b>	<b>Stabilita týmu a financování</b>	<b>Supervize</b>	<b>Nové metody a techniky (VTI)</b>
KP1	ano	ano				
KP2	ano	ano			ano	
KP3	ano				ano	ano
KP4	ano		ano	ano	ano	
KP5		ano				

Zdroj: vlastní výzkum

Poslední otázkou byl vlastní názor všech komunikačních partnerů a uvedení pro ně největším vývojovým trendem. Většina z nich jich uvedla více. Všichni komunikační partneři se shodli na lepším vzdělávání pracovníků v rané péči. Tři komunikační partneři se shodli na supervizi a na zaměření sociální služby na celou rodinu a ne jenom na dítě s postižením. KP5 velmi dobře popsala tuto změnu: „*Soustředíme se na práci s celou rodinou (v začátcích bylo středem pozornosti dítě s postižením) což se změnilo. Podařilo se zaměřit na další členy rodiny – tatínky, sourozence.*“

## 5. DISKUZE

Ve své práci jsme se zabývala ranou péčí. Podrobně řečeno, vývojovými trendy v oblasti rané péče. Hlavním cílem práce bylo zmapovat změny při poskytování služeb rané péče za posledních 10 let. Prvním dílčím cílem bylo sumarizovat změny z hlediska provozního a finančního v rané péči. A druhým dílčím cílem bylo sumarizovat zásadní změny při práci s uživatelem v kontextu nových metod a pomůcek. Musím podotknout, že k rané péči a jejímu vývoji není velké množství literatury, ale velmi dobře jej nahradil např. článek sepsaný samotnými zakladatelky rané péče v České republice (V kostce, 2015), který vznikl 25. roku od založení rané péče v ČR. Co se týče literatury, ráda bych poukázala na nově vydanou knihu (Re) socializace v rané péči (Šandorová, 2015), která je jednou z mála knih, která se zabývá ranou péčí velmi dobře a uceleně. Pokud se pozastavím nad svými komunikačními partnery, musím říct, že mě překvapila jejich ochota a spolupráce. Každý vybraný pracovník rané péče si na mě udělal čas a ochotně mi odpovídal na otázky, které jsem pokládala.

Raná péče je službou terénní a může být popřípadě doplněna službou ambulantní, poskytuje své služby rodinám a jejich dětem od narození do sedmi let, které je zdravotně postižené, nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu. Služba je zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby. (Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb). Tato základní definice nám velmi pěkně představuje sociální službu ranou péčí. Služba je jak jsme již uvedla terénní jak (Henzel a Helešič, 2006) uvádějí, terénní sociální práce je specifická sociální práce, která se liší především tím, že pracovník působí přímo v terénu a to v případě rané péče v domácím prostředí. Díky tomu, že je dítě v domácím prostředí se může na práci lépe soustředit a jelikož je v prostředí, které mu je příjemné, dítě nám lépe reaguje na úkoly a celkově se lépe soustředí (Kochová, Schaeferová 2015).

Raná péče a její historie je velmi zajímavým bodem mé práce. Zde se pomalu dají zjišťovat vývojové trendy a věci, které se změnily. Jak je v časopisu rané péče uvedeno,

raná péče od jejího založení do dnes zažila velký rozmach. Ať se jedná o rozšíření středisek nebo o způsobu práce s uživatelem. (V kostce, 2015). V časopise je také uvedeno, že dříve ve středisku pracovali všichni jako dobrovolníci, proto jsem do svého výzkumu zahrнула otázku dobrovolnictví, abych zjistila, zda organizace s dobrovolníky spolupracuje. Kdo to vlastně dobrovolník je: Dle Zákona o dobrovolnické službě č.198/2002 Sb., §2 je: „*Dobrovolnickou službou činnost, při níž dobrovolník poskytuje: pomoc nezaměstnaným, osobám sociálně slabým, zdravotně postiženým, seniorům, příslušníkům národnostních menšin, imigrantům, osobám po výkonu trestu odnětí svobody, osobám drogově závislým, osobám trpícím domácím násilím, jakož i pomoc při péči o děti, mládež a rodiny v jejich volném čase.*“

Z mého výzkumu jsme zjistila, že všechny organizace s dobrovolníky spolupracují, liší se pouze jejich rozsah spolupráce. KP2 a K4 uvedli, že jejich spolupráce je velmi intenzivní. „*Dobrovolníky využívám ve velkém, při setkání rodin, na pobytech, dobrovolníci chodí i do rodin – projekt kamarád pro volný čas, dále spolupracujeme s klubem městské knihovny, kde nám seniorky (dobrovolnice) vyrábějí výrobky na trhy. Je to způsobeno spoluprací s Rolničkou, která má své dobrovolnické centrum.*“ Myslím, že spolupráce s dobrovolníky, je pro organizaci velmi důležitá a jak je vidět, dobrovolníci organizacím velmi pomáhají.

Ve své práci jsme se zabývala převážně vývojovými trendy, které zasáhly ranou péči za posledních 10 let. Na otázky týkající se vývojových trendů v jednotlivých střediscích rané péče mi odpovídali komunikační partneři. Změnilo se vůbec něco od začátku rané péče do dneška? Dle mého za těch 25. let fungování rané péče v České republice muselo dojít k velkým změnám a vývojovým trendům. Velmi pěkně ve svém článku reaguje (Tušlová, 2015), která je i jednou z mých komunikačních partnerů. Ta uvádí: „*Za dvacet let mé praxe se služba hodně změnila a v práci vedoucího šlo opravdu o skok do nového století. Dnes je jiné prakticky všechno – od získávání financí na provoz služby a s tím spojenou administrativou, až po nároky na profesionalitu poradkyň a řízení týmu.*“ (V kostce, 2015).

Jaké největší změny pocítují pracovníci rané péče? V tabulce 2: je velmi pěkně vidět, že většina komunikačních partnerů pocítuje hned několik změn a to např. lepší vzdělání pro pracovníky, financování rané péče, speciální metody a techniky při práci s uživatelem a další

(Vlastní výzkum). Pokud se pozastavíme nad financováním rané péče, je velmi komplikované. Na otázku kdo finančně podporuje střediska rané péče se KP1, KP2, KP4 a KP5 shodli na stejných odpovědích tj. krajský úřad, benefice a akce, sponzoři a projekty, města a obce. KP3, sdělil, že je krajský úřad nepodpořil, což znamená, že musejí peníze shánět pomocí beneficí a projektů, což je náročné a „blokuje“ to rozšíření služby. KP3 uvádí: *„Ze státních dotací jsme získali nula financí, raná péče je momentálně v úsporném režimu, zbytek rodin je v SAS (sociálně aktivizační služba)“*.  
(Vlastní výzkum)

Co se týče dalších otázek týkající se financování, bylo již spíše zařazováno negativně a to z důvodu shánění peněz samotnými středisky, kde je velmi složitá administrativa a celkově vykazování projektům což bere pracovníkům plno energie. KP4, se vyjadřuje takto: *„ Horší biokracie, nárůst získávání financí od nadací, z Evropských fondů s tím je spojená vysoká administrace, nejsou peníze na lidi, kteří to musí udělat (účetní), neuvěřitelné množství papírů, monitoring, vykazování dat – prostě hrozné. vyúčtování musí být na haléře“* (Vlastní výzkum). Od financování se můžeme pomalu přesunout na další vývojové trendy, které se zkoumaly. Jde např. o používané metody a techniky v rané péči. Mezi metody patří např. zrková stimulace, nácviky sociálních dovedností u dětí s PAS, rozvíjení kompenzačních dovedností (např. hmatu a sluchu), alternativní a augmentativní komunikace, podpora vývoje řeči a komunikace, masáže kojenců, smyslové herní terapie, bazální stimulace, aktivní naslouchání, aj. (Květoňová – Švecová 2014). Tyto metody jsou velmi důležité pro určité skupiny uživatelů s různým druhem postižení. Je velmi vhodné, aby poradkyně měla kvalitní vzdělání a stále se novým věcem učila. Což lze rovnou doložit tím, že komunikační partneři uvádějí, že vzdělání je jedním z vývojových trendů. Dostupnost kurzů je obrovská a poradkyně mají možnost se učit a specializovat v tom, co je baví a hlavně co je pro uživatele

přínosné (Vlastní výzkum). KP4 uvádí: „*Práce je intenzivnější, větší spolupráce s celou rodinou, lepší služby a vzdělání pracovníků zajistilo větší vzdělanost pracovníků a tím pádem lepší metody a techniky*“. V případě pomůcek je tomu také jinak, zde jsme v Tabulce 4 zjistila, že na pomůcky se shánění finance nejlépe a proto je jejich dostupnost velmi dobrá. Zlepšila se i kvalita a výrobci již vědí, co je dobré vyrábět. Většina KP odpověděla jako KP5: „*Když sponzor zaplatí pomůcku, vidí konkrétní věc, která díky němu pomáhá*“ (Vlastní výzkum).

Pokud se zastavíme u pomůcek, položila jsem komunikačním partnerům otázku, jaká je pro ně nejoblíbenější pomůcka, velmi mě překvapil odlišný výběr pomůcek. každá pracovnice zvolila opravdu pomůcku, kterou má ráda a uvedla i důvod proč. V tabulce č. 10, je velmi dobře popsáno, které pomůcky jsou ty nejlepší pro mé komunikační partnery. Já zde uvedu jen několik příkladů pro porovnání. KP1: uvedla, že pro ní jsou nejdůležitější světelné panely, které jsou vyrobeny přímo pro děti se zrakovým postižením, KP3 uvedla, že nejoblíbenější jsou ní procesní schémata, obrázkový slovník a VOKS, což znamená velkou pomoc při práci s klientem s PAS (Vlastní výzkum).

Pokud se podíváme na výzkumné otázky, hledáme odpověď na pozitivní a negativní změny v oblasti rané péče. Na to nám velmi dobře poukazují tabulka č. 11 a tabulka č. 12, kde jsou pěkně popsány i důvody proč tomu tak je.

U pozitivních změn v oblasti rané péče se většina komunikačních partnerů shodla, na lepším vzdělávání pracovníků v rané péči, na stabilním týmu a na lepší dostupnosti pomůcek. Již menší část se shoduje i na pravidelných supervizích, nebo na lepším technickém vybavení. Všechny tyto uvedené věci určitě znamenají kladné zvyšování služby. Pokud se podíváme na tabulku č. 11 je nám hned jasné, jaká negativa pracovníci našla. jsou to finance, shánění sponzorů, psaní projektů a hlavně velká administrativa a vykazování, jak už jsme ve své práci několikrát zmínila. I když se v České republice financování ustálilo, stále není tak velké, aby pokrylo většinu nákladů středisek, jak uvedla KP5: „*V minulosti činila státní dotace 80%, momentálně je to nejvíce 60%, je to*

*čím dál tím horší (je potřeba mít vlastní činnosti a shánět sponzory a dárce, ale není na to kapacita – nemáme fundraisora)“ (Vlastní výzkum).*

V odstavci výše jsme poukázala na supervize, ano i tato část mého výzkumu, nebyla jen tak. Pravidelné supervize jsou v sociální práci velmi důležité, pomáhají nejen pracovníci rané péče, ale celému týmu. Supervize jsou průměrně 4x do roka a to ve formě skupinové a několikrát do roka individuální. Sami pracovníci vidí přínos supervize takto: KP2 a KP4 na otázku týkající se supervize odpověděli, že mají pravidelné skupinové supervize 4- 6x do roka, dále možnost individuálních supervizí a každý týden mají ještě malé intervize, jak uvedla KP2: *„máme „kazu“ takové posezení poradců, kde hodnotíme a sdělujeme si pracovní postřehy“ (Vlastní výzkum).*

K čemu taková supervize slouží ve své knize popisuje Hawkins: Jako prevence syndromu vyhoření se využívají v organizacích tzv. supervize. Hawkins ve své knize poukazuje na to, že ze zkušeností ví, že supervize může být velmi důležitou součástí o sebe sama a umožňuje člověku se nadále vzdělávat a dovolit mu osobní a profesní rozvoj. Naopak nedostatek supervize může u sociálního pracovníka způsobit pocit méněcennosti, upracovanost (Hawkins, 2004).

Z provedeného výzkumu vplynuly následující odpovědi na výzkumné otázky:

**Jaké změny jsou při poskytování sociální služby rané péče z pohledu jejich poskytovatelů vnímány pozitivně? V čem přináší výhody?**

Pozitivních změn našli komunikační partneři hned několik, ať se jedná o lepší dostupnost pomůcek, stabilitu týmu, vzdělávání pracovníků, nové metody a techniky, které díky vzdělávání mohou používat. Většina uvedených věcí na sebe navazuje. Tím, že se zlepšilo vzdělávání pracovníků a jsou lepší pomůcky, mohou pracovníci rané péče využívat nové metody techniky u uživatelů rané péče. Dalším velkým významem, je že se středisko již nevěnuje pouze uživateli, ale svou práci rozšířilo na celou rodinu, hlavně na sourozence a tatínky, kde je práce velmi důležitá (Vlastní výzkum).

**Jaké změny jsou při poskytování sociální služby rané péče z pohledu jejich poskytovatelů vnímány negativně? V čem jsou pro poskytovatele komplikující?**

Jak jsem již několikrát uvedla, hlavním negativem je financování, které se sice ustálilo (což je vnímáno pozitivně), ale jinak přineslo jednotlivým střediskům velkou starost a mnoho práce navíc. Jde hlavně o administrativu projektů, shánění financí, shánění sponzorů. A jelikož se i velmi těžko shánějí finance na nepřímé pracovníky (fundraisor, účetní) je to velmi náročné hlavně pro pracovníky v přímé péči, kteří musejí svou energii kromě uživatelů vkládat i do jiných činností (Vlastní výzkum).

## 6. ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem se v teoretické části pokusila objasnit co je to raná péče, jak funguje a pro koho je určena, její cíle a poslání. Dále jsme se věnovala historii rané péče, zaměstnancům, jejich vzděláváním a supervizemi, které během své práce absolvují. Část práce patřila i financování, pomůckám, vymezení pojmu terénní práce a taky metodám a technikám při práci s uživatelem služby.

Ve výzkumné části jsme se snažila zmapovat vývojové trendy v rané péči. Výzkumný soubor tvořili komunikační partneři K1 – KP5. Jednalo se o 3 pracovníky rané péče a 3 ředitelky, z toho KP3 byla ředitelka i pracovník rané péče v jedné organizaci. Všechna střediska jsou z jihočeského kraje a poskytují sociální službu – ranou péči.

Výzkum jsem prováděla pomocí polořízeného rozhovoru, který obsahoval 10 otázek, které jsem dle potřeby doplnila o další doplňující otázky z důvodu přesnějších odpovědí. K vyhodnocení jsem využila metodu trsů.

Cílem mé práce bylo zmapovat změny při poskytování rané péče – finanční, provozní, nebo také již zmiňovanou práci s uživatelem, ať už jde o nové pomůcky, či metody a techniky. Při polořízeném rozhovoru jsem získala všechny potřebné informace, díky kterým jsem mohla po zpracování trsů odpovědět na výzkumné otázky. Na všechny otázky týkající se mých cílů, jsem se zeptala, či mi byly zodpovězeny samotnými respondenty.

Co se týče výzkumných otázek, přesné odpovědi najdeme velmi pěkně a přehledně zpracovány ve výzkumné části. Výzkumné otázky se ptají na hlavní změny (negativně i pozitivně vnímané) při poskytování rané péče za posledních 10 let a jaké výhody, či komplikace pro samotná střediska mají. Dle výzkumu lze říci, že hlavní změny nastaly v práci s klientem, ve financování, v pomůckách, v nových metodách při práci s klientem a v neposlední řadě se zlepšilo i vzdělávání samotných pracovníků v rané péči. Pokud se podíváme na negativně vnímané změny, zaznamenala jsem je převážně v oblasti financování. Ať jde o shánění peněz na provoz, či nepřímé pracovníky, tak je



problém i velká administrace s projekty, která poradkyním bere možnost věnovat se plně přímé práci s rodinou a ostatním pracovníkům přidělová plno práce. Negativně se k financování vyjadřovali všichni z dotazovaných respondentů. Dle mého s postupem času přicházejí změny, jak negativní, tak pozitivní. A je zde velmi pěkně vidět, že se tak stává i v sociálních službách. Závěrem bych chtěla poukázat, že z výzkumu vyplývá, že se proběhlo více pozitivních změn, které pomáhají ke zlepšování poskytované sociální služby. Domnívám se, že cíle byly naplněny a výzkumné otázky jsou zodpovězeny.

## 7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Časopis, V *KOSTCE*: Praha. Kolektiv autorů, 2015.

Česko. Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. [Dostupné na [www: <http://www.mpsv.cz>](http://www.mpsv.cz)].

Česko. Vyhláška č. 505/2006 Sb. kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Dostupné na [www: <http://www.mpsv.cz>](http://www.mpsv.cz).

Family Services. Early Intervention. In: Autism speaks Support [online]. Early Intervention.[cit.2016-08-04]. Dostupné z WWW: <https://www.autismspeaks.org/family-services/tool-kits/100-day-kit/early-interventi>

FILIPOVÁ, E. *Raná péče pro děti se zdravotním postižením, její význam a zhodnocení v Plzeňském a Jihočeském kraji*. České Budějovice, 2013.

HAWKINS, P. a R. SHOHET. *Supervize v pomáhajících profesích*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004, 202 s. ISBN 80-7178-715-9.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.

HESS, A. K.; HESS, K. D.; HESS, T. H. 1980. *Psychotherapy Supervision: Theory, Research and Practice*. 2nd ed. New York: Wiley, 1980. 648 p. ISBN 0471769215.

HRADILKOVÁ, Terezie. Materiály k příspěvku o historii rané péče v České republice přednesenému na Konferenci pracovníků v rané péči v Olomouci 9. – 11. září 2015.

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.

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.

JANKOVSKÝ, J. Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením. 2. vyd. Praha: Triton, 2006. 173 s. ISBN 80-7254-730

KOZLOVÁ, Lucie. *Sociální služby*. Vyd. 1. V Praze: Triton, 2005. 79 s. ISBN 8072546627.

KUDELOVÁ, I. Raná péče: Průběh služby rané péče. In: *Šance Dětem* [online]. [cit. 2016-08-08]. Dostupné z WWW: <http://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/deti-se-zdravotnim-postizenim/rana-pece.shtml>

KUDELOVÁ, I. Základní charakteristiky rané péče In: *Raná péče -pomoc rodinám dětí se zdravotním postižením* [online]. [cit. 2016-08-08]. Dostupné z WWW: <http://www.rodina.cz/clanek8736.htm>

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

MATOUŠEK, O. Slovník sociální práce. 2.vyd. Praha: Portál, 2008. 271 s. ISBN 978-80-7367-368-0. CHVÁTALOVÁ, H. Jak se žije dětem s postižením : problematika pěti typů zdravotního postižení. 1. vyd. Praha : Portál, 2001. 182 s. ISBN 80-7178-588-1

MATĚJČEK, Z. Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí. 3. vyd. Jinočany H & H, 2001. 147 s. ISBN 80-8602-292-7.

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

MPSV 2015. MPSV [online]. [cit.2015-08-15]. Dostupné z: <http://iregistr.mpsv.cz/>

O nás: sociální služby. In. *Apla Jižní Čechy*[online]. [cit.2016-07-28].

Dostupné z WWW. < <http://www.aplajc.cz/o-nas/socialni-sluzby>>

O nás. In: *Společnost pro ranou péči: České Budějovice*[online]. [cit. 2016-07-28].

Dostupné z WWW: < <http://ceskebudejovice.ranapece.cz>>

Raná péče: poslání a cíle. In: *Střediska pro ranou péči*[online]. [cit.2016-07-24].

Dostupné z WWW: < <http://www.ranapece.eu/rana-pece/poslani-a-cile>>

SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada Publishing a.s., 2007. 160 s. ISBN 978-80-247-1733-

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

STRAUSS, Anselm a Juliet CORBINOVÁ. 1999. *Základy kvalitativního výzkumu: Postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Boskovice: Albert, 196 s. ISBN 80-85834-60-X.

Středisko rané péče: *Co je to raná péče* [online]. [cit. 2016-08-01]. Dostupné z WWW:

<http://www.imy-sdruzeni.cz/stredisko-rane-pece/co-je-to-rana-pece.html>

Střediska pro ranou péči. *Historie Rané péče Eda*, [online], [cit. 2016-08-01]. Dostupné z: <http://www.ranapece.eu/rana-pece/historie/historiepraha>.

TOŠNER, Jiří; SOZANSKÁ, Olga. *Dobrovolníci a metodika práce s nimi v organizacích*. Vyd. 2. Praha : Portál, 2006. 149 s. ISBN 80-7367-178-6.

Vítková, M.: *Somatopedické aspekty*. Brno 1999.

## 9. PŘÍLOHY

### 8.1 Koncept rozhovoru

1. Jak dlouho pracujete v rané péči a na jaké pozici?
2. Pociťujete nějaké změny v rané péči od začátku vašeho působení do teď?
  - Čeho se ty změny nejvíce tykají?
3. Jak dlouho Vaše raná péče funguje? A pro jakou cílovou skupinu je určena?
4. Co se týče financování, kým a jak je vaše organizace financovaná?
  - bylo tomu tak vždy?(benefice, akce...)
  - raná péče je službou terénní, jak se Vám shánějí peníze na samotné cesty poradkyň
  - na které činnosti je nejnáročnější shánět peníze
  - na které činnosti se naopak peníze shánějí dobře
5. Jak to vypadá s počtem rodin za uplynulých 10 let (\*) ?
  - nárůst, pokles – čím je to způsobeno?
6. Změnil se počet Vašich pracovníků?
  - mají vaši pracovníci pravidelné supervize? (jaký má přínos přímo pro Vás?)
  - kolik pracovníků a na jakých pozicích je ve středisku?
7. Spolupracuje vaše organizace s dobrovolníky?
  - v jaké rozsahu?
  - změnila se spolupráce za posledních 10 let (\*)?
  - plánujete rozšířit spolupráci?
8. Změnila se nějak zásadně práce s rodinou či samotným uživatelem?
  - vnímáte např. změny v technikách a metodách, které se používají? (jaké?)
  - vnímáte změny v pomůckách?
  - Víte o nějaké pomůcce, které si vaše středisko nejvíce váží?
  - Jak jsou tyto změny vnímány samotnými pracovníky?
  
  - Které změny hodnotíte jako přínosné a v čem, které se naopak neosvědčily a proč?

9. Pracujete vy sama v přímé péči? (Pokud ano, na jaké pozici)

- (Pokud ne, máte možnost trávit nějaký čas s vašimi klientskými rodinami?)

10. Co vy sama vnímáte jako největší vývojový trend v oblasti rané péče a proč?

(\* u organizací poskytující ranou péči méně než 10 let, je tato doba pouze od začátku poskytování služby do současnosti)