



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Raná péče ve světle koordinované rehabilitace

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program:

REHABILITACE

Autor: Bc. Jana Havlová

Vedoucí práce: Mgr. Bohdana Břízová, Ph.D.

České Budějovice 2021

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „*Raná péče ve světle koordinované rehabilitace*“ jsem vypracoval/a samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 10. 5. 2021

.....

Bc. Jana Havlová

Poděkování

Touto cestou bych chtěla poděkovat mé vedoucí diplomové práce, Mgr. Bohdaně Břízové, Ph.D. za její odborné vedení, rady, trpělivost a za věnovaný čas. Dále bych ráda poděkovala všem pediatrům a poradkyním rané péče, za jejich ochotu a chuť k realizaci rozhovorů. Velké díky patří celé mé rodině, která mě po celou dobu studia podporovala a stála při mně i při psaní této diplomové práce.

Raná péče ve světle koordinované rehabilitace

Abstrakt

Raná péče je terénní sociální služba, která poskytuje rodiči s dítětem se zdravotním znevýhodněním potřebnou pomoc a podporu. Nabízí rodině mnoho možností a mimo jiné i cenné rady ohledně správné péče o dítě se zdravotním handicapem. Raná péče je velmi důležitá, a je třeba, aby byla poskytována v rámci multidisciplinárního týmu odborníků. Nicméně spolupráce s lékaři, a především s pediatry není zrovna ideální a někdy bohužel ani reálná.

K dosažení cílů diplomové práce byl vybrán kvalitativní výzkum. Jako metoda sběru dat byla zvolena metoda dotazování, která probíhala s jednotlivými informanty pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Data byla zpracována technikou zakotvené teorie pomocí třístupňového kódování a stanovením zakotvených tvrzení. Data byla graficky znázorněna v softwarovém programu ATLAS.ti, která doplňují celou empirickou část diplomové práce.

Analýzou dat bylo zjištěno, že pracovníci rané péče považují spolupráci v rámci koordinované rehabilitace za významnou součást jejich profesního působení. Výsledky ukázaly, že v rámci Jihočeského kraje je celkem sedm poskytovatelů rané péče, kteří mají rozdílné zkušenosti se spoluprací s jednotlivými odborníky, lékaři či pediatry. Největším problémem raných péčí je obtížnější navázání spolupráce s pediatry, kteří rodiče svých pacientů neodkazují na využití služeb rané péče. Naopak některé pracovnice rané péče uvedly, že existují i spolupráce se zdravotníky, které jsou velmi dobré a přínosné. V rámci koordinované rehabilitace spolupracují rané péče i s jinými subjekty, s nimiž mají velmi dobře navázanou spolupráci.

Tato diplomová práce může sloužit jako informativní materiál nejen pro poskytovatele raných péčí, ale také pro samotné pediatry, jiné zdravotní pracovníky, odborníky či dalším subjektům.

Klíčová slova

Raná péče; Koordinovaná rehabilitace; Mezioborová spolupráce; Informovanost; Přínos

Early care in the light of coordinated rehabilitation

Abstract

Early care is a field social service, which provides necessary help and support to parents with a handicapped child. It offers the family many options and, besides other things, valuable advice about the correct early care of a child with a disability. Early care is very important and it needs to be provided within a multidisciplinary team of experts. Nevertheless, cooperation with doctors and with especially paediatricians is not ideal and sometimes, unfortunately, not even real.

Qualitative research was chosen to achieve the aims of this diploma thesis. As a method of data collection, the method of questioning was chosen, which took place with individual informants using semi-structured interviews. The data were processed by the technique of grounded theory using three-step coding and determination of grounded statements. The data, which complements the whole empirical part of the diploma thesis, were graphically represented in the ATLAS.ti software programme.

The analysis of the data revealed that early care workers consider cooperation in coordinated rehabilitation to be an important part of their professional activities. The results revealed that there are a total of seven early care providers in the South Bohemian Region who have different experiences of cooperation with individual professionals, doctors, and paediatricians. The biggest problem of early care is a difficult establishment of cooperation with paediatricians, who do not refer their patients' parents to the use of early care services. On the contrary, some early care workers revealed that there are also collaborations with medics that are very good and beneficial. Within the bounds of coordinated rehabilitation, early care also cooperates with other entities with which they have very well-established cooperation.

This diploma thesis may serve as an informative material not only for early care providers but also for the paediatricians themselves, other health professionals, professionals, or other entities.

Key Words

Early care, Coordinated rehabilitation, Interdisciplinary cooperation, Awareness, Benefit

Obsah

ÚVOD.....	8
1 SOUČASNÝ STAV	9
1.1 Raná péče v České republice.....	9
1.1.1 Vymezení rané péče.....	9
1.1.2 Raná péče jako sociální služba	10
1.1.3 Vznik a vývoj rané péče.....	11
1.1.4 Poslání a cíle rané péče	16
1.1.5 Realizace rané péče.....	18
1.1.6 Tým rané péče.....	20
1.2 Koordinovaná rehabilitace	22
1.2.1 Vymezení koordinované rehabilitace	22
1.2.2 Cíle a úkoly koordinované rehabilitace	23
1.2.3 Složky koordinované rehabilitace.....	24
1.2.4 Tým koordinované rehabilitace	33
1.3 Raná péče a koordinovaná rehabilitace.....	35
2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	40
2.1 Cíl práce	40
2.2 Výzkumné otázky.....	40
3 METODIKA	41
3.1 Metodika výzkumu.....	41
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	41
3.3 Realizace výzkumu a způsob analyzování dat	42
3.4 Etika výzkumu	44
4 VÝSLEDKY	45
4.1 Základní informace výzkumného souboru praktických lékařů pro děti a dorost.	45
4.1.1 Kategorizace získaných dat u pediatriů	45
4.1.2 K1 – Raná péče v ordinacích lékařů	46
4.1.3 K2 – Informace lékařů o službě raná péče.....	48
4.2 Základní informace výzkumného souboru sociálních pracovníků rané péče.....	50
4.2.1 Kategorizace získaných dat u sociálních pracovníků rané péče	51
4.2.2 K3 – Způsoby informování rané péče o službách.....	51
4.2.3 K4: Informační kanály o službě raná péče.....	53
4.2.4 K5: Rodiči obdržené informace o rané péči	55
4.2.5 K6: Zkušenosti sociálních pracovníků s lékaři (pediatry)	57
4.2.6 K7: Spolupráce RP s lékaři z hlediska sociální práce.....	60
4.2.7 K8: Spolupráce RP s dalšími subjekty.....	62
4.2.8 K9: Hodnocení vzájemné spolupráce RP a dalších subjektů.....	65
4.2.9 K10: Raná péče v kontextu koordinované rehabilitace	66
4.2.10 K11: Význam koordinované rehabilitace pro ranou péči	68
4.3 Konstrukce teorie	68
4.3.1 Paradigmatický model	69

4.3.2	Klíčová kategorie výzkumu	77
4.4	Formulace zakotvených tvrzení	78
5	DISKUZE	80
6	ZÁVĚR	88
7	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	89
8	SEZNAM SCHÉMAT A TABULEK	98
9	PŘÍLOHY	99
10	SEZNAM ZKRATEK	107

ÚVOD

Raná péče je v České republice velmi rozšířenou a skvěle fungující sociální službou určenou pro rodiny dětí se zdravotním znevýhodněním. Aktuálně je na našem území 49 poskytovatelů rané péče, přičemž každý z nich má jasně vymezenou svou cílovou skupinu. Tyto služby jsou dle mého názoru velmi potřebné, a to zejména z toho důvodu, že poskytují rodiči okamžitou podporu a pomoc v jejich nelehké situaci.

Důležitým aspektem této služby sociální prevence je právě včasná diagnostika a intervence u dítěte a jeho rodiny. Tyto aspekty jsou ve velké míře závislé především na pediatrech či jiných odbornících, kteří by měli být mezi prvními poskytující rodinám prvotní informace o možnosti využívání této dostupné služby. A právě informovanost je v dnešní době jedním z problematických úskalí rané péče.

Diplomovou prací na téma Raná péče ve světle koordinované rehabilitace jsem si vybrala z toho důvodu, že v rámci mého vysokoškolského studia jsem absolvovala praxi v organizaci, která ranou péči poskytuje. V průběhu realizace mé praxe, jež mi byla velmi sympatická, jsem zjistila, že pouhá informovanost o rané péči mezi odborníky není zcela tak automatická, jak jsem si myslela. S tímto souvisí samozřejmě i samotná práce rané péče s odborníky či lékaři, která je nutná pro vytvoření multidisciplinárního týmu kolem dítěte. Domnívala jsem se, že součinnost lékařů s ranou péčí je velmi dobrá, avšak zjistila jsem, že to tak rozhodně není. Díky této zkušenosti jsem přemýšlela, že by bylo zajímavé zjistit úroveň informovanosti o rané péči mezi lékaři, ale i mezi ostatními subjekty setkávající se běžně v rámci koordinované rehabilitace.

Cílem této práce je zanalyzovat proces spolupráce sociálních pracovníků rané péče s dalšími subjekty se zaměřením na lékaře. Výzkum byl realizován v rámci celého Jihočeského kraje.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 *Raná péče v České republice*

1.1.1 *Vymezení rané péče*

Raná péče je v současnosti celosvětově rozšířeným programem, který je určen pro rodiny dětí s postižením (Hradilková a kol., 2018). V rámci mezinárodního označení je raná péče termínem používaným pro opatření a programy terapeutické, vzdělávací i socializační zaměřující se na pomoc dětem s postižením či s ohroženým vývojem v jejich prvních letech života, popisuje Hradilková (2020). Dle Munkšnáblové (2014) je raná péče primárně speciálně pedagogická, ale má také svůj neopomíjený význam v oblasti sociální. Kozlová (2005) uvádí, že se jedná především o službu psychosociální.

Termín raná péče má v České republice dva významy, a to širší a užší. Širší význam rané péče zahrnuje různé činnosti a intervence, které jsou vykonávány ve prospěch dětí s ohroženým vývojem v raném věku (většinou do 3 let) (Nadační fond Avast, 2016). Raná péče je službou komunitní, která už s více jak 25letou tradicí pomáhá rodinám s dětmi s postižením, uvádí Šándorová (2017). Činnosti této rané péče spadají v současnosti pod resort sociální, zdravotní a školský (Nadační fond Avast, 2016). Ranou péči zařadil Dunst (1985) už v roce 1985 do služeb podporných, a to jako službu určenou pro rodiny s malými dětmi prováděnou jak neoficiálními, tak oficiálními orgány sociální sítě. V České republice byla raná péče v této širší formě definována už v roce 1998 paní Hradilkovou, a to jako soustava služeb a programů, které jsou poskytovány dětem ohroženým v sociálním, biologickém a psychickém vývoji (Hradilková, 1998). Nadační fond Avast (2016) popisuje ranou péči jako terapii a podporu, která je určena dětem do tří let, u kterých je vývoj ohrožen sociálními či biologickými faktory. Dle Munkšnáblové (2014) je raná péče souborem služeb, které pomáhají k vyrovnání se s vadou a směřují tak k běžnému začlenění se do společnosti.

Užší význam rané péče označuje ranou péči sociální službou, která je dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v aktuálním platném znění, definována jako terénní či ambulantní služba poskytovaná dětem do 7 let věku, které jsou zdravotně postižené. Trubelíková (2019) dodává, že se jedná o terénní sociální službu, jež je dle zákona poskytována rodinám bezplatně.

Hradilková už v roce 1998 zdůrazňovala důležitost rané péče u dětí a rodin se zdravotním postižením, a to především z důvodů předcházení, eliminace a zmírnění důsledků postižení, které mohou usnadnit rodině, ale také společnosti dobré předpoklady pro sociální integraci (Hradilková, 1998). Raná péče u nás funguje už přes 25 let a jako sociální služba už má nastavené své parametry a program (Barlová, 2016). V rámci České republiky má raná péče dle Šándorové (2017) své jméno a postavení i v rámci evropského a světového měřítka, ve kterém je představována systémem, jenž je moderním, profesionálním a uznávaným. Barlová (2016) podotýká, že i přes nastavení všech parametrů této služby existuje řada rodin s dětmi s postižením, které o této bezplatné pomoci stále neví.

1.1.2 Raná péče jako sociální služba

Dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v aktuálním platném znění, spadá raná péče dle § 53 do služeb sociální prevence, které napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, jež jsou ohroženy pro „*krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí a ohrožení práv a oprávněných zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby*“. Cílem služeb sociální prevence je dle tohoto zákona pomáhat osobám s překonáním jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před šířením a vznikem společensky nežádoucích jevů.

Služba raná péče je dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v aktuálním platném znění, definovaná v § 54, odstavci 1 jako: „*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.*“ Tento zákon dále uvádí, že služba je zaměřena na podporu rodiny a na podporu vývoje samotného dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby.

Služba raná péče je zaměřena jednak na podporu samotné rodiny, ale také na podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby (Baťková, 2015). Díky svému preventivnímu charakteru je dle Šándorové a Faltové (2015) tato služba schopna snižovat důsledky primárního postižení, zabránovat vzniku sekundárních postižení a vytvářet podmínky pro úspěšnou sociální integraci, a to v přirozeném prostředí dítěte – v rodině.

Zákon č. 108/2006, o sociálních službách, v aktuálním platném znění, § 54, odstavec 2 uvádí tyto základní činnosti, které jsou poskytované dítěti a rodičům dítěte do věku 7 let v rámci služby raná péče:

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

Úkony základních činností při poskytování rané péče jsou podrobněji popsány prováděcí vyhláškou, kterou se aplikují některá ustanovení zákona o sociálních službách č. 505/2006 Sb., v platném znění (viz Příloha č. 1).

V dnešní době je raná péče dle Šándorové (2015) zajišťována institucionálně, a to skrz nestátní neziskový sektor. V Zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v aktuálním platném znění, se uvádí, že kvalita služby je kontrolována inspektory a musí splňovat přísné Standardy kvality sociální služby, ty jsou souborem kritérií, díky kterým je definována úroveň kvality poskytování služeb, a to v oblastech personálního a provozního zabezpečení, ale také v oblasti vztahů mezi poskytovatelem a osobami. V České republice je dohromady 15 standardů, jež dávají poskytované službě sociální prevence rámec na pracovištích rané péče, popisuje Šándorová (2017). Dle autorky k samotné kvalitě rané péče přispívá také její členství v profesní organizaci Asociace rané péče České republiky, která má celostátní působnost a sdružuje poskytovatele rané péče. Raná péče je dle Mezníkové (2020) vlajkovou lodí samotných sociálních služeb.

1.1.3 Vznik a vývoj rané péče

První snahy o vytvoření podobného konceptu dnešního systému rané péče pocházejí z USA, a to z konce 60. let 20. století (Shonkoff, Meisels, 2011). Tyto myšlenky dle autorů vznikly především z nových poznatků v oblasti vývoje dítěte. V tomto období se pozornost přesunula nejen na zdraví matek a dětí, ale také na speciální vzdělávání, které je dle autorů velmi důležité pro narozené děti se zdravotním postižením. Právě tato šedesátá léta byla obdobím plného optimismu, myšlenek a tvůrčího vývoje takto zaměřených programů, uvádějí dále autoři. Veřejnost tyto aktivity podporovala, a to pravděpodobně díky uvědomění si důležitosti raného vývoje u dětí do tří let věku. Zájem

o pomoc těmto rodinám a dětem projevil v té době i sám prezident Kennedy, který pocítil nutnost podpory, a to zejména díky jeho mladší sestře, jež byla mentálně retardovaná (Shonkoff, Meisels. 2011). Kennedy tedy v roce 1961 jmenoval prezidentskou komisi k prozkoumání dosavadních znalostí v tomto oboru, uvádějí autoři.

V zemích západní Evropy se v 70. a 80. letech minulého století začaly formovat skupinky tvořené rodiči domáhající se podpory, která by jim umožnila vychovávat své dítě doma, a to bez ohledu na jeho zdravotní postižení (Kudelová, 2019). Autorka uvádí, že příčinou těchto rodičovských ohlasů bylo to, že se rodiče nechtěli vzdát výchovy svých dětí kvůli jejich handicapu. Programy vytvořené v 80. letech minulého století začaly v Evropě i v Americe zahrnovat také podporu celé rodiny dítěte s postižením či s ohrožením vývoje (Středisko rané péče SPRP České Budějovice, 2012). Sílily také hlasy odborníků, kteří si uvědomovali nejen význam raného věku, ale také potřebnost rodinného prostředí dítěte, které je důležité pro jeho budoucí vývoj (Kudelová, 2019). Autorka uvádí, že samotná angažovanost rodičů a odborníků ovlivňovala postupně veřejné mínění, a díky tomu byly poté vytvořeny podmínky pro to, aby se problematikou rodin dětí s postižením v raném věku začaly zabývat příslušné úřady a vládní instituce. Posléze díky tomuto procesu došlo k uznání nároku rodin malých dětí s postižením na služby, které budou odpovídat potřebám daných rodin (Kudelová, 2019).

V Československu se začala otázka po terapeutické péči a pomoci dětem s postižením ohlašovat v časných 50. letech minulého století (Matějček, 2002). V této době se vlastně nic moc dělat nedalo, protože tehdejší dětské defekty, zvláštnosti, poruchy smyslové, psychické a tělesné se pouze dokumentovaly, popisovaly, fotografovaly – bylo to sice zajímavé, ale nic víc, popisuje autor.

Dle Hradilkové a kol. (2018) si v době Československa rodiče mohli jako pomoc pro své děti vybrat pouze jednu ze dvou sociálních služeb, a to buď ústav sociální péče, anebo službu pečovatelskou. Kudelová (2019) dodává, že bylo běžnou praxí dávat dítě s postižením za zdi ústavů sociální péče, a to zejména z toho důvodu, že se nikdo nezajímal o potřeby těchto rodin. Rodiče s dítětem s postižením si tedy museli zvolit jednu ze dvou možných variant, a to buď zbavení se svých rodičovských povinností umístěním dítěte do ústavu, kde s ním ztratí kontakt, anebo si nechají dítě doma a budou si muset pomoci sami bez jakýkoliv rad (Hradilková a kol., 2018). Kudelová (2019) doplňuje, že s rodiči nikdo o jejich představách a přáních nediskutoval, a pokud ano, tak

byli ubezpečováni v tom, že by péči o své dítě sami nezvládli, a tudíž je ústavní péče pro všechny nejlepším řešením. Děti s postižením (tehdy nazývány defektními či retardovanými), které nevyrostaly v ústavech, byly vzdělávány odděleně od ostatních dětí ve speciálních školách s internáty (Hradilková a kol, 2018). V případě, že se děti narodily ve městě, kde speciální škola byla, byly rodiči doprovázeny do školy každý den, popisuje dále autorka.

Matějček (2002) uvádí, že v pozdějších 50. letech minulého století se situace začala razantně měnit, a to především z toho důvodu, že v pražské neurologické škole se zrodila plejáda významných dětských neurologů – např. prof. Ivan Lesný, MUDr. J. Dittlich, ale i MUDr. Vojta.

Na přelomu 60. a 70. let minulého století došlo na našem území k uvědomění společnosti, že je třeba poskytovat péči dětem s postižením dříve, než tomu bylo doposud (Matějček, 2002). Kořeny rané péče jsou dle autora zasazeny především v této době, kdy pěstounská péče byla zrušena, děti byly poslány do ústavních zařízení, ve kterých se po nějaké době ukázalo, že děti z těchto zařízení jsou postiženy vývojovým zpožděním, které na ně nemá dobrý vliv. Matějček (2002) dále uvádí, že u dětí byla diagnostikována absence uspokojování základních psychických potřeb od začátku života v interakci matka – dítě, rodiče – dítě.

V 70. letech si ředitel školy pro nevidomé žáky v Brně všiml toho, že rodiče dětí jsou bezradní, a tak se rozhodl, že si je bude zvat do školy, aby jim mohl radit (Hradilková a kol., 2018). S poradenstvím pro rodiče nevidomých dětí se začalo v 80. letech minulého století, a to úplnou náhodou, kdy studenti speciální pedagogiky doprovázeli PhDr. Oldřicha Čálka na jeho výzkumné cesty, které vedly k rodičům nevidomých dětí (Hradilková a kol., 2018). Rodiče se na ně během návštěv obraceli s mnoha otázkami, na které se postupně učili odpovídat, popisuje autorka. Ze skupinky studentek speciální pedagogiky Univerzity Karlovy se tak stal vůbec první tým rané péče, který byl veden profesorem Čálkem a asistentkou Flenerovou (Hradilková, 2020). Tento obrovský zájem ukázal dle autorky na to, že raná péče je žádoucí a potřebná, a proto vznikla dobrovolnická poradenská společnost pro rodiče.

Samotný vznik rané péče v České republice je tedy spojen s historií poradenství pro rodiny s dětmi se zrakovým postižením, které se zformovalo úplně nejdříve a díky kterému se postupně proslapávala cesta ostatním pracovištím zaměřujícím se zase na jiné

druhy postižení (Hradilková, 2020). V roce 1990 se profesionalizovaly první dvě poradny pro rodiče zrakově postižených dětí, a to v Brně a v Praze, uvádí Hradilková a kol. (2018). „*Bylo to jako splněný sen, jako pohádka, že jsme mohli otevřeně a za plat dělat to, co rodiče chtěli a potřebovali,*“ popisuje své pocity Hradilková a kol. (2018, s. 12). Zřizovatelem těchto organizací se stala nově vzniklá organizace Česká unie nevidomých a slabozrakých (ČUNS), která se během revoluce oddělila od Svazu invalidů a začala velmi rychle poskytovat profesionální služby pro všechny lidi věkových kategorií se zrakovým postižením (Hradilková, 2020). Díky velkým požadavkům od rodin dětí s mentálním, sluchovým a tělesným postižením se začaly zakládat další pracoviště rané péče, kterou bylo například v roce 1994 středisko Diakonie ČCE v Praze Stodůlkách, a postupně vznikaly i další (Hradilková, 2020).

Vznik rané péče na našem území také souvisí dle Hradilkové a kol. (2018) s rozvojem nestátního neziskového sektoru, jenž se začal budovat v 90. letech 20. století. Rané péči byla tedy umožněna profesionalizace, které značně pomáhaly zkušenosti a informace ze zahraničí, podotýká autorka. Barlová (2017) potvrzuje, že se obor rané péče mohl od svého aktivního začátku chlubit aktivní spoluprací se zahraničím. Dle autorky byly pro nás zahraniční systémy inspirací, avšak více než za čtvrtstoletí se česká raná péče dostala na špici evropského modelu poskytování této sociální služby.

Další roky byly ve znamení zakládání nových pracovišť pro ranou péči, které spadaly pod ČUNS (později pod Sjednocenou organizaci nevidomých a slabozrakých – SONS) (Hradilková, 2015). Vznikly postupně další čtyři střediska rané péče (1993 Liberec a Olomouc, 1994 České Budějovice, 1995 Ostrava), a to pro rodiny se zrakovým postižením (Hradilková, 2020). V roce 1997 provoz začal přesahovat možnosti organizace nevidomých, pracovnice středisek založily Společnost pro ranou péči, která převzala provoz středisek a stala se tak první profesionální organizací rané péče, jež měla ranou péči jako hlavní činnost (Hradilková, 2020). V roce 2002 vzniklo v Plzni zatím poslední Středisko rané péče pro rodiny dětí se zrakovým postižením, uvádí Hradilková (2020). V roce 2009 vzniklo v Olomouci středisko pro rodiny s dítětem s tělesným, mentálním a kombinovaným postižením (Hradilková, 2015).

S přibývajícím zájmem rodičů a odborníků přibývalo i potřeby finančních, materiálních a metodických prostředků, popisuje dále Hradilková (2020). Nejdříve ranou péči od roku 1990 financovalo pomocí dotací Ministerstvo zdravotnictví, od roku 1996 Ministerstvo

práce a sociálních věcí ČR, dodává autorka. Hradilková se jako ředitelka pustila společně do desetiletého boje o institucionální a legislativní ukotvení rané péče (Hradilková, 2020). Zpočátku byly snahy o ukotvení rané péče do resortu zdravotnictví, tam se ale ukázalo, že by služba musela být zřizována při zdravotnickém pracovišti, což by byl pro ranou péči krok zpět k medicínskému modelu řízeném zdravotnictvím (Hradilková 2020). Ani resort školství nebyl ideální, protože by se v tom případě raná péče stala součástí státního systému speciálního školství, což zakladatelky odradilo, popisuje autorka. Nejlepší volbou tedy bylo dle autorky zakotvení rané péče jako sociální služba preventivního rozsahu v resortu sociálních věcí, která má na starost i prarodinnou politiku, což odpovídalo dokonale sociálnímu modelu rané péče. Na počátku nového století se na podnět neonatologů zformovala odborná skupina, která začala se standardizací rané péče, v roce 2003 vznikla Asociace pracovníků v rané péči a vypracované standardy rané péče se staly měřítkem kvality a obsahu služby (Hradilková, 2020). Autorka tvrdí, že práce na standardizaci rané péče byla dobře načasovaná, protože veškeré poznatky se mohly připojit k široké změně sociálních služeb, řízené MPSV mezi lety 1993–2003. Díky nově vzniklému zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění tehdejších předpisů došlo k zákonnému ukotvení rané péče jako sociální služby pro rodiny dětí s postižením (Hradilková, 2020). Autorka zdůrazňuje, že je třeba si uvědomit skutečnost, že před rokem 2006 byly jedinými dvěma zákonem upravenými sociálními službami ústav sociální péče a pečovatelská služba. Český model rané péče je uznáván jak v Evropě, i USA a pomáhá se rozvíjet tam, kde raná péče za podpory českých odborníků postupně vzniká (např. Slovensko, Bulharsko, Kosovo...), uvádí autorka. I nadále se Česká republika podílí na vytváření evropského paradigmatu rané péče a šíří své ověřené metody do dalších zemí (Barlová, 2017). V rámci naší celorepublikové sítě rané péče bylo v roce 2020 registrováno 48 poskytovatelů s 56 pracovišti (Hradilková, 2020). Autorka dále uvádí, že mezi posledními vzniklo i pracoviště, které je specializované na podporu dětí s PAS a jejich rodin.

V listopadu 2020 oslavila raná péče v České republice už 30 let své existence, za tuto dobu pomohla několika tisícům dětí v odstartování jejich životů, uvádí Mezníková (2020). Raná péče dle autorky urazila za těchto 30 let velký kus cesty, při které pomáhá rodinám vidět i drobné radosti a úspěchy jejich dětí. I v období nouzového stavu, který v zemi panuje díky aktuální pandemické situaci, je raná péče připravena fungovat a stále rodiny podporovat, zdůrazňuje Mezníková (2020).

1.1.4 Poslání a cíle rané péče

Posláním rané péče je dle samotné Společnosti pro ranou péči (© 2021) poskytnutí podpory a pomoci rodinám dětí s ohroženým vývojem nebo s postižením tak, aby život zvládaly lépe. Raná péče je schopna nabídnout rodičům psychickou podporu při zvládání zátěže a nabízí jim možnost se s nově vzniklou situací vyrovnat pomocí speciálních postupů, které jsou pro rozvoj dítěte se specifickým potřebami nutné (Středisko rané péče SPRP České Budějovice, 2012). Tato služba je tedy schopná předat rodičům potřebné informace a naučit je dovednosti, jež mohou pomoci k omezení negativního vlivu zdravotního postižení dítěte (Munkšnábllová, 2014).

Hradilková a kol. (2018) ranou péči hodnotí jako službu pro rodinu, za rodinou, v rodině a v komunitě rodiny, s cílem sociálního začlenění dítěte a jeho rodiny. Důležitým úkolem rané péče je dle Hradilkové a kol. (2018) schopnost rodině pomoci se vyrovnat s postižením a umět si přitom zachovat běžný způsob života, a i nadále prožívat běžné radosti rodiny. Důležité je dle Pretise, Barlové, Hradilkové (2020) podpořit samotné kompetence rodinného systému, které dítě s vývojovými obtížemi vychovává a naučit ho předcházet omezenému kontaktu s okolním světem. Smyslem podpory rodičů je nikoli rodiče v péči o dítě zastoupit, ale podpořit jejich vlastní rodičovské síly a zdroje rodiny, díky čemuž se v nové situaci postupně lépe orientují a rozšiřují okruh svých možností a dovedností v rámci všech rodinných členů (Středisko rané péče SPRP České Budějovice, 2012).

Dle Šándorové (2017, s.47-8) je cílem rané péče: „*přecházet postižení, podporovat a podněcovat senzomotorický, emoční, sociální a intelektuální vývoj dítěte, odstranit nebo zmírnit možné negativní následky, vytvořit předpoklady pro sociální integraci rodiny a pro sociální integraci vývojově ohroženého dítěte raného věku do společnosti, tedy co možná nejsamostatnější aktivní zapojení do života ve společnost*“. Tato autorka dále uvádí, že dalším konkrétním cílem rané péče je zachovat si co nejlepší kvalitu zdraví a života, a to jak dítěti s postižením, tak i jeho rodině, a to nejlépe podporou rodiny ve stimulaci a snahou o sociální integraci všech. Dále autorka zařadila už do konkrétnějších cílů posílení rodinné kompetence, profesionalizace rodiny, zabezpečení interdisciplinárním týmem komplexní služby a včasné vyhotovení individuálně vzdělávacího program a postupně rodinu s dítětem včlenit do normálního edukačního systému.

Společnost pro ranou péči (© 2021) vymezuje pro svou službu rané péče tyto konkrétní cíle:

- Zajistit dětem s postižením nebo s ohroženým vývojem v raném věku dostatečnou podporu pro jejich další rozvoj v rodině a dále jim umožnit a zajistit odborné služby v jejich domácím prostředí,
- rodičům (pečujícím osobám) dětí s postižením nebo s ohroženým vývojem jsou poskytnuty včas informace, odborná pomoc a podpora,
- rodiče (pečující osoby) se cítí být kompetentní v podpoře a ve výchově vývoje dítěte s postižením nebo s ohroženým vývojem,
- rodiče (pečující osoby) dětí s postižením nebo s ohroženým vývojem se účastní rozhodování o podpoře a službách potřebných pro sebe a pro své dítě, jsou patričními partnery odborníků, vědomí veřejnosti, odborníků a komunity, že děti s postižením mají právo na to, aby vyrůstaly v rodině, a rodina proto potřebuje od společnosti podporu.

Raná péče EDA cz, z. ú. (© 2016-2021) vymezuje pro svou službu tyto cíle:

- Včasné poskytnutí potřebných informací rodině o službě raná péče,
- rodině budou vědět poskytnuté veškeré dostupné informace o pomůckách, metodách a postupech práce s dítětem s postižením nebo s ohroženým vývojem; o právech a nárocích (na dávky a výhody sociálního zabezpečení, získávání zdravotních a rehabilitačních pomůcek); o dalších službách a zařízeních; a o dalších kontaktech na odborníky,
- rodiče se naučí a budou umět používat vhodné metody podpory pro své dítě,
- dítěti je poskytnutý maximální možný rozvoj jeho schopností a dovedností,
- rodina má pocit jistoty v samostatném rozhodování o možnostech a o budoucnosti své a svého dítěte a o způsobech péče o ně,
- vědomí veřejnosti a odborníků o službách rané péče.

V současném moderním pojetí patří mezi zásady a pilíře rané péče poskytnutí podpory a pomoci (Dokoupilová a spol., 2015).

1.1.5 Realizace rané péče

Klientem rané péče se stává rodina dítěte s postižením v raném věku, a to maximálně do sedmi let věku dítěte (Středisko rané péče SPRP České Budějovice, 2012). Raný věk dítěte hraje ve službě rané péče velmi zásadní roli, a to z toho důvodu, že v prvních třech letech života dítěte jsou kompenzační možnosti mozku tak obrovské, že umožňují rozvinout náhradní mechanismy u dětí, které v některé oblasti vývoje mají vážný hendikep (Společnost pro ranou péči, 2017). Ranou péčí a činnosti s ní spojené je potřeba zahájit tedy co nejdříve, a to kdykoli během výchovy, avšak maximálně do šesti let věku dítěte (Evropská agentura pro rozvoj speciálního vzdělávání, 2005).

Raná péče je poskytována různými organizacemi, přičemž naprostá většina středisek jsou nestátní neziskové organizace, které zřídily buď církevní organizace, nebo občanská sdružení (Kudelová, 2019). Centra rané péče jsou rozdělena podle specializace, a to na základě konkrétního druhu zdravotního postižení dítěte, uvádí Kozlová (2005). Každý z poskytovatelů této služby má vymezenou nejen svou cílovou skupinu, ale také území, kam je daná organizace schopna za svými klienty dojíždět (Kudelová, 2019).

Nejdéle se v rámci celé ČR realizuje raná péče u klientů se zrakovým nebo s kombinovaným postižením (Kudelová, 2019). Pracoviště rané péče, která se specializují na děti s tělesným, mentálním a kombinovaným postižením, byla a nadále jsou v působnosti na krajské úrovni, a to v rámci regionálního charakteru (Šándorová, 2017). Kudelová (2019) uvádí, že právě pokrytí služeb pro rodiny dětí s postižením mentálním, tělesným a dětí s autismem je menší, ale i přesto je území rozšiřováno a dostupnost se neustále zlepšuje. Aktuálně je v celé ČR registrováno dle Registru poskytovatelů sociálních služeb (2021) 49 subjektů, které služby rané péče poskytují.

Raná péče je služba poskytována v terénu, při které poradkyně dojíždí za rodinami domů, tudíž většina činností probíhá v přirozeném (domácím) prostředí dítěte (Středisko rané péče SPRP České Budějovice, 2012). Základní formou rané péče je tedy individuální konzultace v rodině, jež je velmi výhodná pro všechny, a to zejména pro rodiče, protože nemusí své děti nikam vozit a cestovat s nimi (Hradilková a kol., 2018). Tato forma práce umožňuje dle Střediska rané péče SPRP České Budějovice (2012) individuální přístup a „šít služby každé rodině na míru“. Autorka považuje za velkou výhodu to, že dítě se při konzultacích v rodinách projevuje spontánně, a to díky tomu, že je ve svém prostředí, a tudíž i poradce může okamžitě reagovat na celkovou situaci, prostředí a možnosti rodiny.

Konzultace je předem naplánována poradenským pracovníkem rané péče, a to jak časově, tak i obsahově (Hradilková a kol., 2018). Náplň konzultací vychází z individuálního plánu služby, a z aktuálních potřeb rodiny, vysvětluje Kudelová (2019).

Dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v aktuálním platném znění, je možné doplnit tuto službu i o formu ambulantní. Ambulantní programy se odehrávají přímo na pracovištích rané péče (Hradilková a kol., 2018). Tyto programy fungují dle autorky jako doplněk v případě, že jsou všechny terénní služby pro rodiny obsazené a v rámci pracovišť je pro ambulance dostatečná kapacita. Ambulantní programy jsou zaměřeny na stimulaci a terapii pro děti s postižením (např. stimulace zraku, zraková terapie, logopedie, podpora komunikace, bazální stimulace apod.) (Hradilková a kol., 2018). V rámci organizování společných aktivit, jako jsou dle Střediska rané péče SPRP České Budějovice (2012) semináře s odborníky, setkání a dílny a týdenní kurzy pro rodiče si mohou rodiče navzájem sdílet zkušenosti a informace, a toto je dle Kudelové (2019) forma podpory pomocí svépomocných aktivit, které poskytují rodinám potřebnou vzájemnou podporu. Další individuální formou je doprovázení rodičů k lékaři, na úřady a do dalších institucí a také vypracování zpráv pro rodinu či odborníky (Hradilková a kol., 2018).

Většina středisek rané péče provozuje také půjčovnu speciálních hraček a pomůcek, která je velmi využívána, protože nemusí rodiče dítěti kupovat často nákladné pomůcky a hračky (Středisko rané péče SPRP České Budějovice, 2012). Hračky mohou být upravované anebo dovezené i ze zahraničí, tyto hračky jsou pro rodiče inspirací, zda a co mají dítěti vyrobit či koupit (Hradilková a kol., 2018). Autorka dále zmiňuje, že součástí půjčovny bývá také knihovna literatury, článků a filmů pro rodiče. Hračky, pomůcky i literaturu vozí poradkyně na konzultace domů ke klientům (Středisko rané péče SPRP České Budějovice 2012).

Mezi tři základní pilíře pro současné poskytování rané péče řadí Středisko rané péče SPRP České Budějovice (2012) a Bendová (2015) podporu rodiny, podporu vývoje dítěte a komunity. Tyto pilíře se dle Bendové (2015) vzájemně společně prolínají. První oblast, kterou autorka popisuje, je podpora vývoje dítěte, do níž zařazuje stimulační programy; techniky; terapie (individuální nebo skupinové); poradenství týkající se vhodných metod práce s dítětem a půjčování pomůcek či hraček. Podpora rodiny je druhou oblastí, do které autorka řadí depistáž; krizovou intervenci v nepříznivé sociální situaci; výchovné,

sociální, psychologické a odborné poradenství; vzdělávání rodičů; vzájemné setkávání rodin a pomoc při prosazování zájmu a práv. Mezioborová spolupráce, vzdělávání odborné (ale i laické společnosti) a různé kulturní a osvětové akce spadají do podpory komunity (Bendová, 2015).

1.1.6 Tým rané péče

Nositelem kvalitních sociálních služeb je vždy personál, který musí mít od začátku správně nastavenou odbornou způsobilost (Šándorová, 2017). Poskytované činnosti pracovníků musí být realizovány v souladu s posláním organizace a se Standardy sociálních služeb a Standardy rané péče, uvádí Šándorová a Faltová (2015).

Dalším a velmi důležitým předpokladem pro poskytování kvalitních sociálních služeb rané péče je dle Šándorové (2005) samotné složení kvalitního personálu služby. Základem týmu rané péče je poradce rané péče neboli klíčový pracovník, který společně s rodinou dítěte a dalšími pracovníky v přímé péči (např. metodik, vedoucí poradce, instruktor zraku...) tvoří stavební kámen pro úspěšný průběh služby (Hradilková a kol., 2018). Šándorová (2005) uvádí, že právě poradci rané péče tvoří nejpočetnější skupinu pracovníků v přímé péči této sociální služby. Poradce rané péče se může stát absolvent VŠ či VOŠ se zaměřením na sociální práci, speciální pedagogiku, sociální pedagogiku, psychologii, fyzioterapii či ergoterapii (Asociace rané péče České republiky, 2018). Dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v aktuálním platném znění se jedná o sociálního pracovníka. Poskytovatelé rané péče vybírají na tato místa dle Hradilkové a kol. (2018) hlavně absolventky vysokých a vyšších odborných škol. Je nutné, aby si své vzdělávání průběžně doplňovaly o potřebné dovednosti a znalosti (Asociace rané péče České republiky, 2018). Toto potvrzuje i Šándorová (2017), která tvrdí, že pro poskytování kvalitní, bezpečné a efektivní služby nestačí pouze empatie a nadšení, ale je nutné se neustále odborně rozvíjet. V rámci svého, ale i organizačního rozvoje se poradkyně rané péče dále vzdělávají v určitých oblastech, které se dají využít při práci s rodinou (např. stimulace zraku, zraková terapie, bazální stimulace...), v týmu poté pracovník působí jako specialista pro rodinu a ostatní kolegyně, popisuje Hradilková a kol. (2018). Mezi potřebné kompetence sociálního pracovníka (poradce rané péče) autorka považuje: schopnost pracovníka vést účinnou komunikaci; schopnost orientace a plánovat postup; podporovat a pomáhat k soběstačnosti; zasahovat a poskytovat služby;

přispívat k práci organizace; odborně růst a mít důstojný postoj v podpoře osamostatňování rodičů (snižování jejich závislosti na institucích).

Mezi další pracovníky, kteří se přímo podílejí na realizaci a fungování služby raná péče, patří vedoucí pracoviště rané péče, finanční manažerka (koordinátorka, projektová koordinátorka), poradce rané péče se specializací (instruktor stimulace zraku, zrakový terapeut, konzultant pohybového vývoje, konzultant pro bazální stimulaci), koordinátor sociálních služeb, pracovník vyhledávající zdroje, pracovník na propagaci osvětové programy a metodiku (Hradilková a kol., 2018).

Posledním předpokladem pro poskytování kvalitní sociální služby je dle Šándorové a Faltové (2015) interdisciplinární tým na úrovni mezirezortní působnosti. V ČR fungují týmy většinou multiprofesionálně (Pretis, Barlová, Hradilková, 2020). Složení týmu se dle autorek odvíjí od aktuálních potřeb rodiny, individuálního plánu a od možností konkrétního pracoviště rané péče. Avšak nejdůležitějším členem týmu jsou rodiče dítěte, upozorňuje Dokoupilová a spol. (2015). Pracovník rané péče má přehled o možnostech spolupráce právě s lékaři, zdravotnickými či dalšími odborníky, rodiči, posléze informace a kontakty předává (Šándorová, 2017). Zprostředkovaným kontaktem mohou být tedy i kontakty na jiné služby a zařízení respitní péče, předškolní zařízení anebo speciálně pedagogická centra (Kochová a Schaeferová, 2015). Nedílnou součástí je i psychická podpora rodičů a poradenství při zvládání obtížných situací (např. přetížení rodičů, prevence negativního dopadu na sourozence) (Kochová a Schaeferová, 2015).

Svolání multidisciplinárního týmu je vhodné u těch případů, kdy se o rodinu s dítětem stará mnoho lékařů, terapeutů a odborníků (Hradilková a kol. 2018). Tato setkávání jsou často označována jako případové konference, které jsou vhodné svolávat v okamžiku, kdy je například třeba vyhodnotit situaci dítěte, získat informace z různých úhlů pohledů nebo když je třeba sjednotit a koordinovat práci všech v okolí dítěte, uvádí Vaculíková (2014). Ideální výsledkem těchto jednání je dle Hradilkové a kol. (2018) vzájemná domluva všech odborníků, která vede ke společné spolupráci v zájmu rodiny a dítěte.

1.2 *Koordinovaná rehabilitace*

1.2.1 *Vymezení koordinované rehabilitace*

Rehabilitace se skládá ze dvou slov, a to z latinského slova *habilis* (vhodný, způsobilý) a z předpony *re* (návrat, opakování děje), popisuje Zeman (2014). Rehabilitace je často v očích laiků a lékařů jiných odborností chápána jen jako fyzikální terapie či fyzioterapie (Emmerová, 2012). O dalších jejích složkách, které jsou již dnes aplikované v praxi, není dle autorky dostatek informací. Velemínský (2012) tento fakt také zdůrazňuje a doplňuje, že rehabilitace není tělocvikem nebo fyzikální medicínou, nýbrž jde především o plynulé a koordinované úsilí pro optimální integraci do života, a to na základě využití všech dostupných léčebných, sociálních, výchovných a pracovních prostředků. Emmerová (2012) popisuje rehabilitaci jako ucelený, vzájemně propojený, koordinovaný a cílený proces, kde hlavním úkolem je minimalizace negativních důsledků zdravotního stavu, který brání jedinci k sociálnímu začlenění. Švestková (2020) uvádí, že koordinovaná rehabilitace je souvislou a komplexní činností, jež je uskutečňována pomocí různých rehabilitačních prostředků, které mají za úkol co nejvíce zmírňovat přímé i nepřímé důsledky dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, a to tak, aby neomezovaly a podporovaly samotné sociální začleňování osob s disabilitou (zdravotním postižením) do společnosti.

Světová zdravotnická organizace už v roce 1969 stanovila pro rehabilitaci svou definici, a to takovou, že rehabilitace je kombinované a koordinované využívání léčebných, sociálních, výchovných a pracovních prostředků pro výcvik nebo znovu výcvik jednotlivce s postižením k co nejvyšší možné úrovni funkčních schopností (WHO, 1969). Národní plán podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2021-2025 (2020, s. 63) definuje rehabilitaci takto: *„Rehabilitace je multidisciplinární obor zabývající se odstraňováním či snižováním progrese nemoci nebo následků úrazu a zmírňováním jejich důsledků prostřednictvím systematického, propojeného a koordinovaného plánování a řízení zdravotnických, sociálních, pracovních, výchovně-vzdělávacích, technologických a dalších nástrojů. Rehabilitace prováděná komplexním způsobem má za cíl nabývání schopností a dovedností v přirozeném prostředí vedoucí ke zvládnutí každodenních úkonů a k návratu k důstojnému a aktivnímu životu.“*

Koordinovaná rehabilitace se dříve označovala rehabilitací ucelenou, přičemž přídavné jméno ucelená je dle Novosada (2011) českým specifikem, které naznačuje to, že

rehabilitační proces se týká nejen lékařů a zdravotníků, ale také ostatních pomáhajících profesí. Podobně Jankovský (2006) vnímá rehabilitaci jako interdisciplinární obor, který zahrnuje do obsahu nejen zdravotnickou péči, ale také sociálně právní, pedagogicko – psychologickou a pracovní.

Velemínský (2012) dodává, že dle doby vzniku postižení můžeme rozeznávat rehabilitaci a habilitaci. Autor dále popisuje, že habilitace (způsobilost) se týká těch jedinců, kteří se s postižením již narodili. Novosad (2011) habilitaci definuje jako proces prvotváření schopností, a to u jedinců s vrozeným nebo velmi časně získaným zdravotním postižením. Autor dále zmiňuje, že habilitace je velkou součástí právě již zmiňované koordinované rehabilitace, při které je bohužel její existence velmi často opomíjena. Novosad (2009) uvádí, že habilitace bývá často propojená právě s ranou péčí o postižené děti a rodiny těchto dětí.

Ucelená rehabilitace a habilitace nám dává snahu o flexibilní propojení jednotlivých nástrojů odborné podpory, s cílem zlepšit osobní i sociální fungování člověka s postižením a působit na kvalitu jeho života pozitivně a interdisciplinárně (Novosad, 2009). Včasnost, komplexnost, návaznost, koordinovanost a součinnost jsou důležitými charakteristikami koordinované rehabilitace (Švestková, 2020). Rehabilitace je dle Matouška (2016) systémem kompenzačním (nahrazuje postižené funkce), reedukačním (rozvíjí poškozené funkce a zbytkové schopnosti jedince) a akceptační (učí jedince přijmout život s postižením).

1.2.2 Cíle a úkoly koordinované rehabilitace

Rehabilitace se týká lidí, kteří původně žili normálním životem a v důsledku onemocnění byli vyřazeni ze svého běžného života (Velemínský, 2012). Janků a Harčariková (2016) uvádějí, že cílem ucelené rehabilitace je společenské začlenění (znovu začlenění) jednotlivce s tělesným postižením zpátky do společnosti. Votava (2005) toto potvrzuje a dodává, že z hlediska duševní a sociální pohody je důležité se při začleňování snažit o to, aby kvalita života byla pro jednotlivce s disabilitou co největší a optimální. Podobně Novosad (2011) uvádí, že cílem rehabilitace je zabezpečit jedincům s postižením co největší účast na společenském, občanském i hospodářském životě. Naopak dle Votavy (2005) má rehabilitace za cíl navrátit jedince k původnímu stavu zdraví. Matoušek (2016) uvádí, že cílem rehabilitace je dosažení takového stavu, kdy je jedinec schopen rozvíjet všechny své schopnosti a přiměřeně se společensky uplatnit. Craig (2018) chápe

důležitost rehabilitace nejen v uzdravení, ale i jako možnou cestu jedince směřující k nalezení smyslu života.

Koordinovaná rehabilitace má dle Švestkové (2020) dva úkoly. Prvním úkolem je dle autorky poskytnout osobě včasnou a praktickou podporu s náležitým poradenstvím pro řešení jeho nepříznivé životní situace, která nastala vznikem disability. Druhým úkolem je vyjádřit zájem společnosti na maximální možné zhodnocení a účelně vynaložit finanční prostředky na systémy zdravotní, sociální, vzdělávací a na zaměstnanost (Švestková, 2020).

Dle Matouška (2016) rehabilitace nabízí komplexní postupy, díky kterým dokáže odstranit nebo zmírnit následky postižení. Slowík (2016) dodává, že rehabilitace se netýká pouze nápravy poškozených funkcí, ale jde tu také o komplexní obnovení schopností jedince, a to v oblasti psychické, fyzické i sociální (Slowík, 2016).

Při samotném začleňování jedince s postižením je dle Novosada (2009) důležité vycházet a čerpat z pozitivních vlastností i hodnot postiženého. Pro samotnou práci s klientem je dle autora důležité zvolit tzv. holistický přístup. Holistická péče je péče o bio – psycho – sociální a spirituální stránku každého jednotlivce, díky čemuž by se ke každému mělo přistupovat jako k celistvé jedinečné bytosti, popisuje Štědrá (2013). Osobnost se tak skládá z několika vrstev (dimenzí), které zdůrazňují jeho integritu a celistvost (Velemínský, 2012). Problematika celistvosti člověka se může jevit jako příliš vzdálená a nesouvisející s rehabilitací, ale dle Jankovského (2006) je to pouhé zdání, protože ve skutečnosti nám umožňuje vnímat rehabilitaci lidí se zdravotním znevýhodněním opravdu uceleně se všemi náležitostmi a možnostmi. Autor uvádí, že kdyby došlo například ke zúžení rehabilitace třeba jen na tělesnou stránku, došlo by tak k nežádoucímu redukcionismu, díky čemuž by lidé, kterým je rehabilitace určena, trpěli, protože důležitým předpokladem pro dobrou tělesnou kondici je i psychická a duševní rovnováha.

1.2.3 Složky koordinované rehabilitace

Votava (2005) řadí léčebnou rehabilitaci, sociální rehabilitaci, pedagogickou rehabilitaci a pracovní rehabilitaci mezi čtyři základní složky ucelené rehabilitace. Krhutová (2013b) řadí ještě k těmto již zmiňovaným složkám složku technickou, technologickou, ekonomickou a právní a společně dle ní vytváří komplex celé koordinované rehabilitace. Zinkl (2018) do složek zařazuje ještě navíc rehabilitaci architektonickou a

psychologickou. V rámci této diplomové práce se budu věnovat především čtyřem základním složkám ucelené rehabilitace, které popisuje Votava (2005), ale i další autoři.

1. Léčebná rehabilitace

První etapou ucelené rehabilitace je rehabilitace léčebná, která se dle Šándorové (2015) zaměřuje na eliminaci následků zdravotního postižení a na postupné odstraňování funkčních poruch či postižení. Právě léčebná rehabilitace je dle Koláře et al. (2009) nedílnou součástí zdravotní péče zahrnující diagnostické, rehabilitační, terapeutické a organizační opatření, které mají za cíl dosáhnout maximální funkční zdatnosti jedince a vytvoření podmínek pro její dosažení. Geltner a Koutný (2014) zařazují léčebnou rehabilitaci mezi nejstarší medicínské obory a potvrzují její důležitost.

Tato rehabilitace je realizována v rámci nemocniční lůžkové a ambulantní péče, a péče v odborných lékařských ústavech (včetně těch lázeňských) (Kolář et al., 2009). Autor dále uvádí, že rehabilitace by měla být zahájena, pokud je to možné, již v období poskytování akutní lůžkové zdravotní péče na všech oddělení klinických oborů (včetně oddělení ARO). Šándorová (2015) doplňuje, že s léčebnou rehabilitací by se mělo začít ihned po odeznění akutního stadia nemoci, úrazu nebo operačním zásahu. Včasnost je dle autorky velmi důležitá zejména u dětí s raně vzniklým postižením.

Votava (2005) rozděluje léčebnou rehabilitaci na vertikální a horizontální. Autor vychází z představy grafu, na kterém je trvalý stav zdraví vyjádřen vodorovnou čarou, která způsobí v případě vzniku úrazu či nemoci pokles úrovně zdraví. Vertikální rehabilitaci označuje Votava (2005) takovým postupem, při kterém dochází k tomu, že se funkční porucha postupně zlepšuje, a to až do té míry, že se křivka zdraví dostává do původní úrovně, a nakonec dojde až k návratu ke stavu původního zdraví. Jankovský (2006) tento způsob rehabilitace definuje jako jev, který vede k obnovení původního stavu organismu. Oproti tomu horizontální rehabilitace je dle stejného autora dlouhodobý jev, který řeší problematiku určitého poškození mající závažný či chronický charakter. Votava (2005) horizontální rehabilitaci charakterizuje jako rehabilitaci probíhající při trvalém postižení, a to tak, že funkční poruchu na úrovni orgánů a tělních systémů lze upravit jen v malé míře. Autor uvádí, že se jedná tedy o dlouhodobou péči, která je v mnoha případech realizována až do konce života, i když s menší intenzitou než na počátku samotného postižení. Její součástí je také prevence druhotných komplikací nemocí či zdravotního postižení, dodává autor.

Léčebná rehabilitace se prolíná a propojuje s vlastním léčením, a proto pro ni nelze vymezit přesné hranice (Jankovský, 2006). Votava (2005) tento výrok potvrzuje a uvádí, že v případě chronického onemocnění či trvalého postižení nejde jen o problém zdravotní, ale důsledky zdravotní poruchy omezují i jiné oblasti života postiženého. Nelze tedy říct, že léčebná rehabilitace je pouze doménou medicíny, její součástí je celá řada aktivit, které mají interdisciplinární charakter, můžeme se tu tedy setkat například s prvky psychoterapie, arteterapie i muzikoterapie (Jankovský, 2014). Mezi postupy a metody léčebné rehabilitace řadí Jankovský (2006) fyzikální terapii, léčebně tělesnou výchovu, ergoterapii, animoterapii, arteterapii, muzikoterapii, a psychoterapii. Tyto metody jsou aplikovány dle Jankovského (2014) nejčastěji u dětí s tělesným postižením, respektive s dětskou mozkovou obrnou. Velemínský (2012) řadí mezi léčebné prostředky rehabilitace navíc ještě léčbu pomocí chirurgických zákroků a kompenzační pomůcky. Krhutová (2013a) ještě do léčebné rehabilitace zařazuje medikamentózní a operativní léčbu a klinickou psychoterapii.

Rehabilitační tým dle Votavy (2005) tvoří lékař (vedoucí týmu), fyzioterapeut, ergoterapeut, klinický psycholog, sociální pracovník, speciální pedagog a logoped pro pacienty s poruchou řeči. Zinkl (2018) potvrzuje potřebu zdravotnických pracovníků, ale vyzdvihuje tu také potřebu sociálních pracovníků, kteří jsou s klienty v daleko častějším kontaktu.

Cílem léčebné rehabilitace je tedy dle Votavy (2005) dosáhnout co největší možné funkční nápravy, a to tak, aby trvalé zhoršení zdravotního stavu bylo možno kompenzovat nácvikem činností a změnou životních podmínek postiženého. K tomuto cíli lze dojít za předpokladu, že se osoba se zdravotním postižením začne vzdělávat (edukovat) a trénovat vše potřebné pro zvládnutí jeho handicapu v reálném životě (Votava, 2005). Nástrojem může být dle Zinkla (2018) sociální poradenství, díky kterému jsou klienti seznamováni s celou řadou aspektů komplexní péče - např. nutnost polohování, problémy s příjmem potravy, sebeobsluha, hygiena atd.

Do léčebné rehabilitace (ale i do ostatních složek) patří i aspekt technické podpory, který je pro klienta a jeho fungování v životě zásadní (Zinkl, 2018). Jedná se například o odstraňování nebo překonávání architektonických bariér v budově a v jejím okolí pomocí plošin, schodolezů a madel, jak autor uvádí.

2. Sociální rehabilitace

Sociální rehabilitace je dle Čevely a Čeledové (2012) na samém vrcholku pomyslné pyramidy koordinované rehabilitace. Sociální rehabilitace dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v aktuálním platném znění patří do sociálních služeb sociální prevence. Tento zákon v aktuálním platném znění v §70, odstavci 1 definuje, že sociální rehabilitace je „soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí“. Matoušek (2016) uvádí, že v případě sociální rehabilitace tu jde především o obnovení sociálních vztahů, praktických schopností a dovedností, které jsou díky sociálnímu hendikepu a způsobu života osoby narušeny. Francová (2014) doplňuje, že jde také o posilnění osobních kompetencí, schopností a dovedností jedince tak, aby mohl využívat běžné společenské zdroje a fungování v přirozeném prostředí mu nedělalo problémy, a to zejména v oblasti zaměstnání, ale i v rámci kulturního a společenského života. Sociální rehabilitace je realizována prostřednictvím sociálních, zdravotních a školských zařízení, ale dále také orgány sociálního zabezpečení státu, měst a obcí, a v neposlední řadě také nestátními neziskovými organizacemi, církevními organizacemi a rodinou, uvádí Mojžíšová (2019). Velmi významnými jsou také dobrovolníci, kteří mohou pořádat v rámci svých organizací různé kurzy zaměřující se na sociální rehabilitaci, např. rekondiční pobyty (Arnoldová, 2015).

Dle Jankovského (2005) je velmi podstatné to, aby se člověk naučil se svým postižením žít a hlavně, aby ho přijal jako výzvu či úkol, a pokusil se v co největší možné míře integrovat do společnosti. Sociální rehabilitace je dle Arnoldové (2015) důležitá v každém věku, a to i pro ty, kteří jsou trvale umístěni v rámci zdravotnického zařízení, je tedy nezbytně nutné i těmto osobám umožňovat spojení s rodinou a se širší společností. Hlavními prostředky sociální rehabilitace jsou dle Šánderové (2005) reedukace, kompenzace a akceptace vady.

Součástí sociální rehabilitace je dle Zinkla (2011) i složka ekonomická a legislativní, díky kterým má jedinec s postižením nárok na různé výhody (sleva na dopravné), úhradu pomůcek nebo na finanční dávky (příspěvek na péči, příspěvek na pořízení automobilu, na benzín, aj.). Do služeb sociální rehabilitace dále zařazuje Krhutová (2013a) různé

sociální služby, sociální dávky, podporu zaměstnanosti, podporu bydlení, kulturních a zájmových aktivit. Sociální rehabilitaci tedy můžeme chápat jako nástroj, který poskytuje jedinci materiální předpoklady pro samostatný život, které mohou být buď jednorázovými (např. příspěvek na zakoupení motorového vozidla, zvláštní pomůcky...), ale i opakujícími (např. invalidní důchod, příspěvek na péči...) (Arnoldová, 2015). Autorka dále uvádí, že díky této pomoci je osobě se zdravotním postižením kompenzována jeho nepříznivá zdravotní situace vyplývající z jeho postižení.

Dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v aktuálním platném znění, je sociální rehabilitace poskytována jednotlivcům, a to buď formou ambulantních či terénních služeb, anebo formou pobytových služeb v centrech sociálně rehabilitačních služeb. Odborníci, kteří v těchto organizacích provádějí sociální rehabilitaci, jsou především sociální pracovníci, kteří dále spolupracují se sociálními obory příslušných institucí (Úřad práce, magistrát města, OSPOD, aj.) (Vacková, Kuželková, Bendová, 2020). Tato vzájemná spolupráce je dle autorek nezbytná pro vyřizování příspěvků a dávek sociálního zabezpečení pro klienty sociálních služeb. Sociální pracovník by měl být dle Krhutové (2013a) schopen pomoci s vytvářením, podporou a stabilizací životních podmínek jedince se zdravotním postižením. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v aktuálním platném znění, §70, odstavci 2 vymezuje tyto základní činnosti, které jsou poskytovány v rámci terénních či ambulantních služeb sociální rehabilitace:

- „a) nácvik dovedností pro zvládnutí péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění,*
- b) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,*
- c) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,*
- d) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí“.*

V případě, že sociální rehabilitace je poskytována pobytovou formou, přidávají se dle výše zmíněného zákona tyto další činnosti:

- „a) poskytnutí ubytování,*
- b) poskytnutí stravy,*
- c) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu“.*

Tyto činnosti jsou ve Vyhlášce č. 505/2006 Sb., v aktuální platném znění dále rozepsány do rozsahů prováděných úkonů, které jsou obsahem této diplomové práce přílohy č. 2.

Cíle a úkoly sociální rehabilitace jsou rozpracovány díky specifickým programům odvíjejících se od dalších složek rehabilitace, jako je například rehabilitační inženýring, který dle Velemínského (2012) ovlivňuje reedukaci, kompenzaci a akceptaci. Jankovský (2006) doplňuje, že úspěšnost sociální rehabilitace záleží právě na rehabilitačním inženýringu, a to ať už se jedná o kompenzační, reedukační a protetické pomůcky, technické vybavení rehabilitace nebo o eliminaci architektonických bariér. Sociální rehabilitace dle Šándorové (2005) probíhá na rozdíl od ostatních rehabilitačních forem celoživotně a je jejím cílem dosáhnout nezávislosti, samostatnosti, integrace a pracovního uplatnění jedince se zdravotním postižením.

3. Pedagogická rehabilitace

Pedagogická rehabilitace je dle Zinkla (2018) velmi významnou složkou koordinované rehabilitace. Je určena osobám, které nejsou díky svému zdravotnímu postižení schopny dosáhnout odpovídající úrovně vzdělání pomocí běžných pedagogických prostředků (Votava, 2005). Tato složka koordinované rehabilitace má dle Emmerové (2012) vést k obnově znalostí a dovedností již prokázaných anebo má cíleně budovat a vyvíjet nové dynamické stereotypy. Votava (2005) uvádí, že cílem pedagogické rehabilitace je dosáhnout co nejvyššího stupně vzdělání a kvalifikace u osoby se zdravotním znevýhodněním, a to vše při respektování individuálních potřeb či možností a společenské situace znevýhodněného. Autor dále zdůrazňuje, že je také důležité jedince podporovat v jeho samostatnosti a aktivním zapojení do všech aktivit společenského života, a díky vzdělávání a výchově posilovat jeho harmonické soužití všech členů společnosti. Vzdělávání u klientů se zdravotním postižením má dle Zinkla (2018) stejný průběh jako u lidí bez postižení, ale je tu třeba navíc věnovat dostatek pozornosti řadě oblastí, které nejsou u ostatních osob třeba tolik rozvíjet a věnovat jim pozornost. Při realizaci svých cílů a úkolů využívá pedagogická rehabilitace kombinace pedagogických, psychologických, technických a léčebných rehabilitačních prostředků, přičemž nejvíce používanými jsou speciálně pedagogické prostředky (Šándorová, 2005). Edukace a pedagogické poradenství, které přesahuje i do pracovní rehabilitace (příprava na povolání), jsou dle Krhutové (2013a) hlavními složkami pedagogické rehabilitace.

Speciální metody, prostředky a postupy jsou také její součástí, přičemž jejich rozsah je využíván na základě druhu a stupně postižení jednotlivce (Jankovský, 2006). Tato oblast je tedy hlavní doménou speciální pedagogiky, která se dle typu postižení dělí v rámci metod práce na jednotlivé oblasti „pedie“, uvádí Jankovský (2014). Jedná se o somatopedii (zabývá se výchovou a vzděláváním osob s tělesným postižením), psychopedii (zabývá se osobami s mentálním postižením), etopedii (zabývá se jedinci s poruchami chování), tyflopedití, respektive oftalmopedii (zabývá se osobami se zrakovým postižením), surdopedii (zabývá se osobami se sluchovým postižením) a logopedii (zabývá se osobami s řečovým postižením) (Jankovský, 2014).

Velemínský (2012) a již také Jesenský (1995) zdůrazňují rozdílnost procesu pedagogické rehabilitace u jedinců, kteří se narodili již s vrozenou vadou a u těch, kteří ji získali v průběhu svého života. V případě získaného postižení jde o to, aby veškeré úsilí bylo zaměřeno na návrat k linii původně cílevědomého rozvoje osobnosti a pedagogická rehabilitace nastupuje až tehdy, pokud se člověku podaří znovu získat svou identitu (Jankovský, 2005). Naopak u vrozené vady je třeba začít s pedagogickou rehabilitací co nejdříve, a to z toho důvodu, že je tu daleko větší šance, že jedinec může zaostávat v dílčích či v celkových schopnostech za populací. A právě včasné zahájení, a to nejdříve od okamžiku, kdy se zjistí její potřebnost, je dle Votavy (2005) velmi důležitou zásadou pedagogické rehabilitace. Tento krok se dle autora pozitivně promítne v životní perspektivě osoby se zdravotním znevýhodněním. Pedagogická rehabilitace je dle Šándorové (2015) procesem celoživotního učení.

Právo se vzdělávat má každé dítě, a to bez ohledu na závažnost jeho postižení, uvádí Zinkl (2018). Autor dále upozorňuje, že vzdělání není pouze náplní práce ve školách, ale jedná se i o vzdělávání jedince se znevýhodněním pomocí sociální práce či sociálních služeb. Při poskytování sociální pomoci jedinci se znevýhodněním je dobré navazovat na dovednosti získané ve škole a dále je rozvíjet tak, aby byla možná i jejich aplikace v praktickém životě (Zinkl, 2018). Jedná se například o schopnost naučit klienta využívat kompenzační, ale i jiné pomůcky, ochraňovat svá práva, zvládat specifické životní situace (sexualitu, partnerské vztahy, konflikty) anebo také zvládnout ovládat běžné spotřebiče či technické přístroje v domácnosti. Při realizaci pedagogické rehabilitace je dle Jankovského (2005) důležité spolupracovat i s jinými odbornými disciplínami, a to zejména s medicínou nebo s psychologií.

S pedagogickou rehabilitací se nejčastěji dle Šándorové (2015) setkáváme v jeslích, ve stacionářích, střediscích rané péče, speciálních mateřských školách a v dalších neziskových organizacích. Ani jedna z těchto institucí nemá jenom čistě pedagogicko – rehabilitační charakter, vždy jde o kombinace různých složek ucelené rehabilitace, popisuje autorka.

4. Pracovní rehabilitace

Práce v životě člověka má své nezastupitelné postavení a dává jedinci pocit seberealizace a společenské užitečnosti (Šesták, 2014). V případě jedince se zdravotním postižením jsou samotné pracovní schopnosti změněné a ovlivněné v závislosti na jeho zdravotním stavu, popisuje Finková (2007). A právě pracovní rehabilitace představuje osobám se zdravotním postižením poměrně zajímavou a komplexní možnost, díky které můžou tito jedinci získat své pracovní uplatnění (Kaczor, 2015). Valenta (2015) popisuje pracovní rehabilitaci jako souvislou péči, která je poskytována osobě se zdravotním postižením, a to s cílem umožnit mu získat či zachovat vhodné zaměstnání. Pracovní rehabilitace je dle autora chápána nejen jako nástroj aktivní politiky zaměstnanosti, ale také jako nástroj sloužící k vyrovnávání příležitostí osobám se zdravotním postižením na trhu práce, díky čemuž dochází k jejich plné integraci. Práce nemá tedy pouze ekonomický význam, ale vytváří jedinci tzv. sociální pole, ve kterém může vést rozhovory, potkávat další lidi a vytvářet přátelství, zdůrazňuje Šesták (2014).

Šesták (2014) řadí mezi nástroje politiky zaměstnanosti: pracovní rehabilitaci realizovanou Úřady práce ČR; chráněná pracovní místa a zaměstnavatele zaměstnávající více než 50 % osob se zdravotním postižením. Pracovní rehabilitace je definovaná zákonem č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, v aktuálním platném znění, §69, odst. 2 jako „*souvislá činnost zaměřená na získání a udržení vhodného zaměstnání osoby se zdravotním postižením, kterou na základě její žádosti zabezpečují krajské pobočky úřadu práce a hradí náklady s ní spojené*“. Tato služba je poskytována bezplatně všem osobám se zdravotním postižením, které si o tuto podporu samy požádají, protože úřad práce nemůže zdravotně postižené direktivně nutit k jejich zařazení do procesu pracovní rehabilitace, vysvětluje Kaczor (2015). Pracovník úřadu práce díky spolupráci s ostatními odborníky je schopen jedinci se zdravotním znevýhodněním vytipovat pracovní zařazení, které se odráží od jeho vzdělávání, dosavadní praxe, charakteru, průběhu a efektů vzdělávání během působení koordinované rehabilitace (Emmerová, 2012).

Šesták (2014) zahrnuje do pracovní rehabilitace pracovní a profesní přípravu (rekvalifikace, kvalifikace), s kterou souvisí i získávání, rozvíjení a upevňování odborných vědomostí, pracovních návyků a dovedností. Autor do pracovní rehabilitace dále řadí poradenství pro volbu vhodného pracovního uplatnění, přizpůsobení podmínek v případě pracovního začleňování jedinců se zdravotním postižením (pracovní asistence, kompenzační pomůcky, bezbariérové úpravy a samotná realizace práce na pracovišti) a také krátkodobou či dlouhodobou podporu jedince v jeho pracovním začleňování při realizaci jeho pracovní činnosti a získávání a udržení zaměstnání.

Chráněná pracovní místa jsou vytvářena zaměstnavatelem pro konkrétní osobu se zdravotním postižením na základě dohody uzavřené s úřadem práce na dobu 3 let, uvádí Šesták (2014). Dle zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, v aktuálním platném znění, je zaměstnavateli poskytován příspěvek, který je určen na zřízení pracovního místa a na částečnou úhradu provozních nákladů. V případě, že podíl zaměstnanců se zdravotním postižením činí více než 50 % celkového počtu zaměstnanců u jednoho zaměstnavatele, může zaměstnavatel čerpat příspěvky, uvádí dále výše zmíněný zákon o zaměstnanosti.

Pracovní rehabilitace jako jedna ze složek koordinované rehabilitace má i své další podoby, ať už se jedná o ergoterapeutické zaměření v rámci aktivit nabízených v ambulantních či pobytových sociálních službách přes rekvalifikaci nebo až k plnohodnotnému zaměstnání jedince s postižením v rámci chráněných dílen nebo na běžném trhu práce (Šesták, 2014). Čistě pracovní rehabilitační sociální službou lze označit sociálně terapeutické dílny, které dle autora slouží především k dlouhodobé a pravidelné podpoře zdokonalování pracovních návyků a dovedností prostřednictvím sociálně pracovní terapie. Tyto činnosti, které jsou realizovány např. v keramických dílnách, souvisí sice s přípravou jedince na zaměstnání, ale nejedná se pouze o čistou rehabilitaci pracovní, ale dotýká se i dalších složek ucelené rehabilitace (Zinkl, 2018).

Tranzitní program a podporované zaměstnání jsou dalšími možnými nástroji pracovní rehabilitace (Šesták, 2014). Tranzitní program je určen pro přípravu a podporu studentů speciálních škol, kteří přecházejí ze školy do dalšího života, a to právě třeba do oblastí zaměstnání, uvádí autor. Studentovi je určen pracovní konzultant, který mu pomáhá hledat vhodnou praxi na otevřeném trhu práce, trénuje s ním pracovní dovednosti a návyky (Šesták, 2014). Podporované zaměstnání je dle Votavy (2005) systémem, který pomáhá s překonáváním překážek spojených s nástupem do práce a adaptací na novou

vzniklou situaci, která pracovním začleněním vznikla. Důvodem pro tento druh podpory není dle autora samotné postižení, ale překážky, které z dané situace vyplývají: např. klient dlouho nebo nikdy nepracoval; má problémy s jednáním s lidmi nebo nedokáže řešit konflikty. Samotná realizace a trénink jedince probíhá až po nástupu do práce, nepředchází tomu tedy rekvalifikace a nácvik dovedností před umístěním na pracoviště (Šesták, 2014).

Tyto prostředky, které směřují k uplatnění lidí se znevýhodněním na trhu práce, jsou dle Vítkové (2004) dobrým předpokladem k obnovení jejich pracovního potenciálu a k tomu, aby díky pracovní přípravě byli schopni uspět jako plnohodnotní jedinci na trhu práce.

1.2.4 Tým koordinované rehabilitace

Tým dle Kolajové (2006) tvoří nejlépe tři a více jedinců, kteří na základě vzájemné interakce a společné identity sebe vnímají jako „my“ a snaží se společně dosáhnout stejného cíle. Autorka popisuje, že anglický význam slova TEAM lze chápat jako zkratku slov klíčových, a to jako: **T**ogether, **E**verybody, **A**chieves, **M**ore (volný překlad – společně dosáhneme více). Týmová spolupráce je velice důležitá a měla by být realizována hlavně tam, kde cíl či úkol nemůže splnit sám jednotlivec (Palleson a Buhl, 2016).

Koordinovaná rehabilitace je multioborová, systemická, multiprofesní a na klienta zaměřená spolupráce, která preventivně působí před zvyšujícími se následky onemocnění a snižující se délkou jejich trvání spojenou s možnými zvyšujícími se náklady na setrvání klienta v domácím prostředí (Bültmann et al., 2009). Koordinovaná rehabilitace tvoří dle Bruthansové a Jeřábkové (2012) vzájemně provázaný proces léčebné, pracovní, sociální a pedagogické rehabilitace, jehož nejdůležitějším cílem je začlenit osobu do společnosti a pokusit se o co největší minimalizaci důsledků postižení. Aby došlo k flexibilnímu propojení nástrojů odborné podpory a aktivit, je důležité na jedince se zdravotním znevýhodněním působit interdisciplinárně, uvádí Novosad (2009). Základním předpokladem úspěšného procesu koordinované rehabilitace je tedy týmová spolupráce odborníků, a to zejména odborných lékařů (včetně rehabilitačních a posudkových lékařů), fyzioterapeutů, speciálních pedagogů, ergoterapeutů, psychologů a sociálních pracovníků, uvádí Krhutová (2013b). Votava (2005) doplňuje, že užitečným členem týmu je v případě potřeby i logoped u pacientů s poruchou řeči či zdravotní sestry a protetičtí odborníci. Celkový počet členů a potřeba různých jejich specializací se odvíjí

od specifických podmínek každého jednotlivého pracoviště, uvádí Linhartová (2013). Na konečném složení týmu závisí také dle Votavy (2005) typ zařízení a druh cílové skupiny (pacientů).

Dle Švestkové (2020) je při rehabilitaci nejdůležitější čas, interprofesní tým a intenzivní rehabilitace ve složkách, kde u klienta dochází ke zlepšování. Velice důležitá je v neposlední řadě stálá aktivizace, popisuje autorka. Aby rehabilitace byla efektivní, je nezbytné, aby celý proces probíhal uceleně a to tak, aby na sebe jednotlivé složky rehabilitace navazovaly (Národní plán pro vyrovnávání příležitostí 2021–2025, 2020). Konečný podíl složek je odvozen od mnoha faktorů, jako je například stav jedince (psychický i zdravotní), věk, úroveň péče v rodině, využívání podpůrných pomůcek (škola, sociální služby), dostupné možnosti v jeho regionu (existence služeb, odborníci) a také na samotných odbornících (pedagogové, sociální pracovníci, zdravotnický personál), popisuje Zinkl (2018). Velmi důležitým aspektem v poskytování koordinované rehabilitace je to, že je třeba nalézt mezi zainteresovanými resorty shodu a společně nastavit systém pro konkrétního jedince tak, aby mu byla zajištěna nejen kvalitní péče a podpora v rámci jednotlivých složek koordinované rehabilitace, ale také aby poskytování těchto služeb bylo propojené a koordinované (Národní plán pro vyrovnávání příležitostí 2021–2025, 2020).

Dle Votavy (2005) je při provádění rehabilitace nutné, aby ti, kdo rehabilitaci provádějí, měli povědomí o Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disability a zdraví (anglický název je ICF – International Classification of Functioning, Disability and Health, dále MKF). MKF je hodnocení vypracované Světovou zdravotnickou organizací (dále WHO), uvádí Velemínský (2012). Dle autora je MKF jednotný a standardizovaný popisný nástroj, který je vytvořen pro hodnocení komplexního stavu člověka. Tato klasifikace MKF byla schválena na 54. shromáždění WHO v roce 2001, kdy bylo její používání doporučeno (Votava, 2005). V květnu 2001 členské státy EU přijaly tuto klasifikaci a od té doby je dle Velemínského (2012) brána jako základní pilíř politiky rehabilitace osob se zdravotním znevýhodněním.

Tato klasifikace popisuje situaci člověka na základě různých okolností, které se vztahují k jeho aktuálnímu zdravotnímu stavu (Velemínský, 2012). Jedná se o víceúčelovou klasifikaci, která je vytvořena tak, aby sloužila různým disciplínám a sektorům (WHO, 2008). Cílem bylo vyvinout takový nástroj, který dovede zlepšit komunikaci mezi

medicínskými obory, systémem sociálního zabezpečení, výzkumnými oblastmi sociální politiky a další odbornou veřejností (Velemínský, 2012). Oproti MKN – 10 (Mezinárodní klasifikace nemocí MKN), která dokáže díky etiologickému rámci zdravotních problémů stanovit diagnózu, popsat rozsah a charakter poruch jednotlivých orgánů či jejich funkcí, je MKF zaměřena na celkové fungování jednotlivce v jeho každodenním životě, uvádí Krhutová (2017). MKF tedy řeší spíše problémy související s následky chorob, úrazů nebo vrozených vad, a to na základě hodnocení funkčních schopností jednotlivce, popisuje Jankovský (2014).

Dle Krhutové (2013b) je MKF právě jedním z nástrojů vedoucí k týmové spolupráci a komunikaci odborníků z různých oblastí. Dle autorky může být MKF prostředkem k:

1. Popsání zdravotního stavu – hodnocení stupně disability, posuzování specifických potřeb ve vzdělávání a v práci, proplácení zdravotních pomůcek a prostředků, podklad pro různé dávky a zaměstnanost,
2. Klinické pomůcce – ta je potřebná k srovnání efektivity rehabilitačních a léčebných prostředků,
3. Pomůcce pro měření kvality života,
4. Statistické pomůcce – účelná k plánování ve zdravotnických systémech a systémech sociálního zabezpečení,
5. Pomůcce pro účely odstraňování architektonických bariér.

1.3 Raná péče a koordinovaná rehabilitace

V případě, že se rodina dostane do služeb rané péče, tak se jí otevírají nové možnosti. Pro ranou péči je velmi významná spolupráce v konceptu koordinované rehabilitace, a právě díky tomu se otevírají rodině nové a někdy až nepředstavitelné nástroje podpory a pomoci. Fakt, že se rodině narodí dítě s postižením, pro ni představuje velmi vážné trauma, s kterým se nelze ihned smířit (Matoušek, Palme, Laudischová, 2014). Vágnerová (2012) uvádí, že chování a prožívání rodičů postiženého dítěte se v průběhu různě mění a vyvíjí, a to na základě procházení pěti typickými fázemi, které se většinou odehrávají:

- První fází je **fáze šoku a popření**, která je většinou první reakcí na subjektivní nepřijatelnou skutečnost, že rodiče nemají zdravé dítě. Rodiče nemohou uvěřit tomu, že je to pravda.

- Druhou fází je **fáze bezmocnosti**, kdy rodiče neví, co mají dělat a jak dále postupovat. V tomto období se u rodičů střídá pocit viny, zklamání, bezmoci a strachu.
- Třetí fází je **fáze postupné adaptace a vyrovnávání se s problémem**, kdy rodiče mají zájem o další informace a chtějí vědět další aspekty péče o jejich dítě. Strategie zvládnání může mít dva charaktery, a to aktivní, kdy se tu objevuje jakákoli tendence bojovat se situací (např. hledání pomoci u lékaře, rehabilitační snahy), a negativní, kdy je charakteristický útek od situace, která je pro rodiče naprosto nezvladatelná (např. bagatelizace, chovat se k dítěti jako k zdravému, umístění dítěte do péče v zařízení či odchod z rodiny).
- Čtvrtou fází je **fáze smlouvání**, která je typická tím, že rodiče přijali skutečnost, že jejich dítě je postižené, ale mají stále tendenci věřit tomu, že se to alespoň malinko zlepší (např. dítě bude chodit za pomoci berlí či bude částečně vidět). Tato naděje je bohužel dle autorky většinou dost nerealistická a rodiče jsou poté akorát tak frustrováni a mají pocit bezvýchodnosti a zklamání. Navíc jsou z náročné péče o dítě dost vyčerpáni, unaveni a stresováni.
- Poslední fází je **fáze realistického postoje**, kdy rodiče situaci už akceptují a přijímají ji takovou, jaká je. K tomu, aby se rodiče plně smířili s tím, že je jejich dítě postižené, nemusí dojít vždy, a to zejména díky tomu, že postoj rodičů může kolísat v závislosti na vývoji dítěte a novými vzniklými zátěžemi k řešení (např. škola, výběr povolání atd.).

Vyrovnat se s tím, že díky diagnóze vlastního dítěte se rodičům změní jakékoli vyhlídky na budoucí život, je citově vyčerpávající nejen pro rodiče, ale i pro celou užší i širší rodinu, popisuje Fitznerová (2010). Rodiče dle Fitznerové (2010) vedle sebe potřebují nejen citovou podporu, ale také někoho, který rozumí lékařským termínům a dokáže dobře poradit v případě nutných rozhodnutí vyplývajících ze zdravotního stavu dítěte. Je to období, které je díky různým emocím vypjaté pro rodiče, ale i pro další členy rodiny, zdůrazňuje dále autorka. Služba raná péče je pomocnou rukou rodině, která se stará o dítě s postižením, pomáhá jim v procesu přijetí dítěte s postižením a následně i s aktivní stimulací, a to tak, aby dítě mohlo rozvíjet i zbylé smysly nebo kompenzovat alespoň jejich poškození, uvádí Květoňová – Švecová (2004). Samotná problematika, která se týká vývoje dítěte, je ale natolik komplexní, že je třeba se s ní zabývat v rámci týmu, popisují Pretis, Barlová a Hradilková (2020). Jankovský (2005) toto potvrzuje a doplňuje,

že velmi důležitým členem týmu jsou samozřejmě rodiče dítěte. Jejich role dle Jankovského (2014) spočívá hlavně v tom, aby se naučili se svým dítětem pracovat tak, jak dokážou různí terapeuti (např. fyzioterapeuti, ergoterapeuti, arteterapeuti), ale i speciální pedagogové. Kunhartová, Potměšil a Potměšilová (2017) uvádějí, že se většinou jedná o takové potřeby, které rodiče neznají a jsou pro péči o jejich dítě přitom velmi důležité – např. učení se novým dovednostem, poskytování ošetrovatelské péče, provádění terapií, neustálé monitorování životních funkcí, mnoho konzultací s lékaři či s jinými odborníky.

Tým rané péče byl popsán v předcházejících kapitolách. Bohužel dle Hradilkové a kol. (2018) díky striktní resortnosti v ČR není zatím možné, aby se týmy složené z různých profesí vytvářely přímo na pracovištích. Tato skutečnost dle autorky práci ztěžuje, ale na druhou stranu se nevyklučuje mezioborový přístup a ani není zakázáno vytvářet týmy. Spolupráce s lékaři probíhá tedy převážně externě a konečná spolupráce týmu jako celku společně s externími odborníky je spíše interdisciplinárního charakteru (Pretis, Barlová, Hradilková, 2020). Pracoviště rané péče tuto problematiku řeší tak, že do svého týmu přizvou buď placené externisty (psycholožky, fyzioterapeuty, ergoterapeuty, logopedy) anebo sezvou multidisciplinární tým, popisuje Hradilková a kol. (2018).

Mezi hlavní kategorie podílející se na realizaci rané intervence patří oblast biomedicínská, psychologická, vzdělávací a zdravotně sociální, uvádí Šándorová (2017). První, kdo je dle autorky schopen zachytit v raném věku dítěte vývojový odklon, je praktický lékař pro děti a dorost, který je pro rodinu vlastně zpočátku jediným strategickým partnerem. A právě toto je důvod, proč léčebná rehabilitace je zpravidla vždy první etapou ucelené rehabilitace v raném věku dítěte (Šándorová, 2015). Díky realizaci této rehabilitace mohou u dítěte začít probíhat různé terapie zaměřené na léčebnou tělesnou výchovu, speciální kondiční a rekreační výchovu a ergoterapii (Šándorová, 2015). Autorka uvádí, že v raném věku jsou v rámci léčebné rehabilitace prováděny nejčastěji tyto druhy terapií: Vojtova reflexní terapie, Bobath koncept, orofaciální regulační terapie, synergická reflexní terapie, animoterapie, arteterapie a ergoterapie.

Pedagogická rehabilitace je pro dítě důležitá především pro podporu resocializace rodiny a pro sociální, kulturní a pracovní integraci rodiny, popisuje Šándorová (2015). Při samotné realizaci cílů a úkolů pedagogické rehabilitace jsou dominantními prostředky

hlavně speciálně pedagogické, ale najedeme tu i kombinace prostředků pedagogických, psychologických, technických a léčebně rehabilitačních (Šándorová, 2015). Pedagogická rehabilitace je dle Novosada (2009) zaměřena na oblast výchovy, rozvoje soběstačnosti a schopnosti, na vzdělávání a přípravu na život a povolání, a to hlavně za pomoci prostředků reedukace a kompenzace.

Sociální rehabilitace je dle Šándorové (2015) proces, pomocí kterého chceme docílit akceptace dítěte se speciálními potřebami, zabezpečit životní pohodu a pomocí integrace a inkluze dosáhnout nejvyššího stupně socializace. Sociální pracovník by se měl při realizaci koordinované rehabilitace snažit o to, aby pomohl rodině s vytvořením a stabilizací přijatelných životních podmínek, a to prostřednictvím dávek sociálního zabezpečení, poskytováním a zprostředkováním adresných sociálních služeb, vytvářením pracovních příležitostí, pomoc se zajištěním bydlení a v neposlední řadě by měl pomocí sociálního poradenství hájit oprávněné zájmy a potřeby osob se zdravotním znevýhodněním.

Pracovní rehabilitace má i v případě rané péče velký význam, a to především proto, že může významně podpořit člena pečujícího o dítě se zdravotním znevýhodněním, upozorňuje na tuto skutečnost Šándorová (2015). Je velmi časté, že osoba pečující v důsledku náročné péče o dítě opouští pracovní trh, což následně vede k tomu, že vypadne jednak důležitý finanční zdroj příjmu, který vede k odkázání se na dávky sociálního zabezpečení a mimo jiné má tato situace i velký vliv na psychiku pečujícího, popisuje autorka. Pracovní rehabilitace je tedy v těchto případech zaměřená na tuto problematiku a v ČR fungují ucelené programy, které pomáhají pečující osobě najít vhodné zaměstnání (Šándorová, 2015).

Samozřejmostí je i podpora psychologa, kterou v případě potřeby nabízí v rámci krizové intervence pracoviště rané péče rodičům, dětem, sourozencům, prarodičům apod., uvádí Šándorová (2017).

Včasné zahájení samotné intervence prostřednictvím sociální služby raná péče má svůj nezastupitelný význam pro plynulé navázání na další složky koordinované rehabilitace (Jankovský, 2014). A právě díky rané podpoře je možné indikovaně plynule navázat na docházku dítěte do předškolního a poté školního vzdělávání, popisuje autor. Šándorová (2015) doplňuje, že již v průběhu sociální služby (zpravidla od 3 let) může rodina využívat i služby školských poradenských zařízení (pedagogicko-psychologické poradny

a speciálně pedagogická centra), které jsou díky rané péči schopny plynule navázat na výchovnou inkluzi již realizovanou.

2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíl práce

Cílem této práce je zanalyzovat proces spolupráce sociálních pracovníků rané péče s dalšími subjekty se zaměřením na lékaře.

2.2 Výzkumné otázky

Na základě daného cíle byly stanoveny tři výzkumné otázky:

- 1) Jaký je pohled sociálních pracovníků rané péče na vzájemnou spolupráci s lékaři?
- 2) S jakými dalšími subjekty spolupracují pracovníci rané péče?
- 3) Jak vnímají sociální pracovníci rané péče své služby v rámci koordinované rehabilitace?

3 METODIKA

3.1 Metodika výzkumu

Pro zhotovení praktické části byla zvolena strategie kvalitativního výzkumu. Na samém začátku kvalitativního výzkumu musí být dle Hendla (2016) určeno zprvu téma, díky kterému jsou sestaveny konkrétní výzkumné otázky. Jednotlivé postupy ve výzkumu vychází se základních zásad zkoumaného procesu či jevu, při kterém se formuluje již celkový obraz, popisuje Reichel (2009). Švaříček (2007) doplňuje, že výzkum je sice vázán na již vymyšlenou teorii, ale dochází tu k vytváření teorií nových. Miovský (2006) uvádí, že výzkumník je držitelem určité moci a ví přesně, jak má výzkum probíhat, a co vše může očekávat od jeho účastníků. Autor přirovnává práci výzkumníka k práci detektiva, a to z toho důvodu, že vyhledává a analyzuje mnoho informací, které jsou důležité pro objasnění zvolených výzkumných otázek a následně zpracovává deduktivní a induktivní závěry celého výzkumu. Miovský (2006) považuje výzkumníka za experta celého výzkumu, protože on ho řídí a jako jediný ví přesně, co má dělat.

Celý tento kvalitativní výzkum probíhal pomocí techniky polostrukturovaných rozhovorů. Dle Miovského (2006) se jedná o techniku, která je nejrozšířenější, ale zároveň také nejtěžší. Samotný rozhovor dle autora probíhá tak, že výzkumník si připraví okruhy otázek, na něž se bude při realizaci rozhovoru ptát, přičemž v průběhu tyto otázky může měnit. Při realizaci rozhovoru má výzkumník možnost klást doplňující otázky, díky čemuž dochází k tomu, že téma bude hlouběji rozpracováno. Reichel (2009) doplňuje, že otázky by měly být informantům srozumitelné a jednoznačné, a v žádném případě by neměly předem posouvat odpovědi. Rozhovor je náročnou disciplínou, pro kterou je třeba, aby výzkumník byl soustředěný, měl patřičné dovednosti a schopnosti pro správné vytvoření obsahu a pořadí otázek, popisuje Hendl (2016).

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

V rámci mé diplomové práce jsem pracovala se dvěma výzkumnými soubory. První výzkumný soubor tvořili pediatři na území Jihočeského kraje. Při výběru informantů byla použita metoda náhodného výběru, který je dle Reichla (2009) charakteristický tím, že každý člen má stejnou šanci, aby byl výzkumníkem vybrán. Kritériem výběru byla působnost pediatra v okrese Jihočeského kraje. Výzkumný soubor tvoří 24 informantů, a

jelikož už docházelo k překrývání a opakování odpovědí, tak byl vzorek takto naplněn a výzkum pro tuto část ukončen.

Druhým výzkumným souborem byly sociální pracovníce pracující v organizacích rané péče na území Jihočeského kraje. Pro výběr informantů bylo stanoveno kritérium minimálně roční praxe sociální pracovníce na pozici poradkyně rané péče. Dalším kritériem byla působnost poskytovatele na území Jihočeského kraje. Při výběru informantů byla zvolena metoda totálního výběrového vzorku, který je dle Miovského (2006) tvořen všemi prvky ze základního souboru. Celkem bylo osloveno sedm poskytovatelů rané péče pro Jihočeský kraj, přičemž všichni byli ochotní a svolili k provedení rozhovorů. Od každého poskytovatele rané péče byla pro rozhovor vybrána vždy jedna poradkyně, které splňovala předem stanovená kritéria. Výzkumný soubor tvoří tedy sedm informantek, a to ze všech sedmi organizací poskytujících ranou péči na území Jihočeského kraje. Vzorek byl tedy naplněn.

3.3 Realizace výzkumu a způsob analyzování dat

Výzkum byl realizován v březnu 2021. Pediatri byli vybráni tak, že jsem na základě internetových databází vypsala jejich seznam dle okresů. Pediatrů bylo zpočátku poměrně dost, tudíž jsem poté zvolila další postup, a to ten, že z každého okresu jsem náhodně telefonicky zkontaktovala vždy minimálně 12 pediatrů o možnosti účasti na výzkumu. Někteří se odmítli výzkumu účastnit, což jsem respektovala. V případě, že pediatr souhlasil, zeptala jsem se rovnou na předem připravené otevřené otázky. Bohužel z okresu Český Krumlov nejsou k dispozici žádná data, protože nikdo z oslovených pediatrů mi nechtěl poskytnout rozhovor pro tento výzkum.

Sociální pracovníci (poradkyně rané péče) raných péčí byli osloveni pomocí e-mailové korespondence, kde byli seznámeni s tématem, cílem a anonymitou a dále byly domluveny jednotlivé termíny rozhovorů. Díky epidemiologické situace se rozhovory konaly prostřednictvím videohovorů v předem společně domluvené časy s každou poradkyní rané péče. Celková délka rozhovorů s pediatry byla velmi krátká a trvala v průměru 15 minut. Rozhovory se sociálními pracovníci byly o dost delší a trvaly cca 50 minut. Struktura připravených otázek polostrukturovaných rozhovorů je obsahem Přílohy č. 3. Všichni z informantů souhlasili s nahráváním audiozáznamu pomocí diktafonu v mobilním telefonu, avšak i během rozhovorů byly informace postupně přepisovány i do připravených záznamových archů. Z etických důvodů nebudou

rozhovory a přepisy přiloženy k této diplomové práci, a budou uschované u autorky práce.

Získaná data byla následně vyhodnocena pomocí zakotvené teorie, v rámci které proběhlo tříступňové kódování, a tímto tak postupně vznikly konečné výsledky diplomové práce. Lewis – Beck et al. (2004) uvádí, že zakotvená teorie se skládá ze sad systematicky sestavených induktivních postupů, které vedou až k vytvoření samotné teorie. Tato teorie je odvozena na základě zkoumání daného vytvořeného jevu, který vznikl díky shromáždění potřebných dat o problému (Strauss a Corbin, 1999). Hlavní myšlenka a vlastně benefit celé zakotvené teorie je umět smýšlet o zkoumaném jevu jiným způsobem, uvádí Lewis – Beck et al. (2004). Dle Hendla (2016) je otevřené kódování nejjednodušším stupněm kvalitativního výzkumu, na který navazují další dva stupně kódování, a tím je nejdříve kódování axiální a po něm následuje kódování selektivní.

Po otevřeném kódování byla data následně kategorizována do jednotlivých kategorií, a poté díky axiálnímu kódování byl vytvořen specifický paradigmatický model, který ukazuje data v jiných souvislostech a trochu v jiném pohledu. Kategorizací dat dle Miovskeho (2006) dochází k vytvoření kódů a k jejich následnému shlukování do jednotlivých kategorií či skupin, a to za pomoci třídění zásadních jednotek. Hlavním cílem axiálního kódování je schopnost nalézt mezi kategoriemi a subkategoriemi vzájemné překrytí a provázání dat (Strauss a Corbin, 1999). Tito autoři uvádějí, že je velmi vhodné použít paradigmatický model, díky kterému se hledají lépe vztahy mezi jednotlivými subkategoriemi.

Následně pomocí selektivního kódování byla stanovena centrální kategorie výzkumu, která je dle Strauss a Corbin (1999) klíčová pro zkoumanou problematiku a celkově také pro všechny k ní vztahované kategorie. Konečným výsledkem je dle autorů vytvoření a formulace nové teorie, a to na základě vzniklých vztahů mezi jednotlivými kategoriemi.

Získaná data byla vyhodnocena a graficky zpracována pomocí softwarového programu ATLAS.ti., který je dle Konopáska (2005) pro kvalitativní výzkum zcela vhodným a dle Friese (2019) pomáhá i graficky celý výzkum osvěžit zajímavými schémata.

3.4 Etika výzkumu

Hendl (2016) a Miovský (2006) zdůrazňují, že výzkum by se měl po celou dobu držet dodržováním etických pravidel. Měl by být zcela anonymní a dle Hendla (2016) by bylo nejlepší, pokud by výzkumník neznal ani identitu informantů, díky čemuž by došlo k jejich největší ochraně soukromí. Z tohoto důvodu byli všichni již při samotném úvodu rozhovoru ujisti o anonymitě a bezpečí získaných dat. Aby došlo k zachování jejich anonymity, byli pediatři označeni PL1 – 24 a sociální pracovníci (poradkyně rané péče) PR 1-7.

Anonymita a ochrana soukromí by dle Miovského (2006) měla být zajištěna minimálně pomocí zákona o ochraně osobních údajů. V souladu s tímto aspektem byly obě skupiny požádány o podepsání informovaného souhlasu (vzor viz Příloha č. 5) s jejich účastí na výzkumu.

Při realizaci výzkumu by se měl informant především cítit komfortně a bezpečně, a to tak, aby dokázal mluvit i o více citlivých věcech, popsal Hendl (2016). Na základě tohoto faktu byli všichni před zahájením rozhovorů seznámeni s výzkumem a možnostmi jeho ukončení a také jim bylo sděleno právo, že v případě nepříjemné otázky nemusí odpovídat.

4 VÝSLEDKY

4.1 Základní informace výzkumného souboru praktických lékařů pro děti a dorost

Toto je první fáze výzkumu, které se zúčastnilo celkem 24 praktických lékařů pro děti a dorost na území Jihočeského kraje, jejichž detailní přehled je v Tabulce č. 1 (Příloha č. 4). Bohužel se nepodařilo získat žádná data z okresu Český Krumlov, jak již uvádím v metodice. Největší zastoupení pediatriů je z okresu České Budějovice, kde se výzkumu zúčastnilo dohromady 11 PL. Naopak nejméně se výzkumu zúčastnil okres Prachatice, který zastupuje pouze jedna PL. V ostatních okresech se výzkumu zúčastnily menší počty PL, přičemž počet nepřekročil více jak čtyři PL v každém z nich.

Všichni pediatrii ranou péči znají, a to v různém rozsahu. Někteří znají ranou péči velmi dobře, někteří mají pouze základní informace. Z výzkumu vyšlo najevo, že okres Strakonice byl, co se týče znalosti o rané péči, pravděpodobně nejslabší, a to i přesto, že všichni tuto službu znají, ale dle PL 18 nejsou informace pro něj jako pediatra dostačující. PL 17 uvedla, že: „Základní informace o službě mám ještě ze školy, ale nedovedu si představit, jak je taková služba v reálu prováděna a s čím vším může rodině pomoci.“

4.1.1 Kategorizace získaných dat u pediatriů

Ve výzkumu provedeném u pediatriů bylo získáno rozsáhlé množství dat. Z těchto dat byly vytvořeny pomocí otevřeného kódování nejprve kódy a z nich jednotlivé kategorie, které byly následně spojeny do subkategorií. Dohromady byly tedy vytvořeny dvě ústřední kategorie, které jsou dále podrobněji probrány.

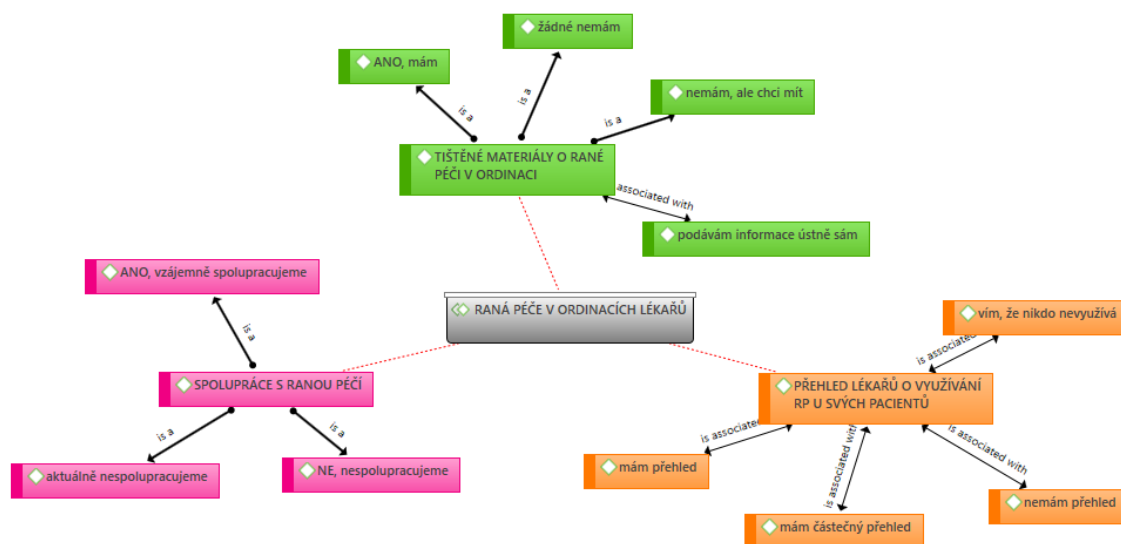
Pro první část výzkumu byly vytvořeny tyto dvě hlavní kategorie:

- K1: Raná péče v ordinacích lékařů
- K2: Informace lékařů o službě rané péče

4.1.2 K1 – Raná péče v ordinacích lékařů

Hlavní kategorie „Raná péče v ordinacích lékařů“ zahrnuje údaje o tom, jak veliký mají lékaři přehled o tom, zda jsou jejich pacienti klienty služby raná péče, zda s ní následně spolupracují a v neposlední řadě shrnuje i dostupnost informačních tištěných letáků pro rodiče v jednotlivých ordinacích.

Schéma č. 1: Raná péče v ordinacích lékařů



Zdroj: Vlastní výzkum

Podkategorie: Přehled lékařů o využívání rané péče u svých pacientů

PL mají relativně přehled o tom, zda jejich pacienti využívají služeb rané péče. Někteří z nich mají velmi podrobný přehled, a dokážou říct i přesné počty svých pacientů zařazených do těchto služeb. Nejvíce pacientů upřesnil PL23, který uvedl: „V mé ordinaci mám deset autistických dětí a u všech vím, že tam raná péče funguje. Dále vím i o několika dětech, které jsou mentálně a neurologicky postižené.“ Naopak u několika pediatrik jsem se setkala s odpovědí, že přesný počet pacientů mi nedokážou povědět, a to z toho důvodu, že si statistiky nevedou a s ranou péčí přímo nespolupracují. Vědí pouze to, že někteří rodiče službu pro své dítě využívají. Minimum PL se vyjádřilo, že v současné době neví o nikom, kdo by těchto služeb využíval, ale tuto informaci si už v minulosti u některých pacientů evidovali, protože to vnímají jako důležité. Velmi zajímavé je, že někteří PR se vyjádřili, že tyto informace u svých pacientů nezjišťují, nevedou si žádné statistiky a záznamy.

Podkategorie: Spolupráce lékařů s ranou péčí

Z odpovědí PL je zřejmé, že s ranou péčí vzájemně intenzivně nespolupracují, ale často uvádějí, že mají na sebe kontakty. Někteří lékaři vyzdvihovali v minulosti dobrou spolupráci s konkrétními poradkyněmi rané péče, s kterými jsou i nyní provázáni, a v případě vzniklé potřeby na ně odkazují přímo rodiče dětí.

Intenzivní spolupráci přímo s ranou péčí má navázaná už menší část PL, a to pouze sedm z nich. Tito PL vnímají vzájemnou komunikaci s poradkyněmi rané péče jako nezbytnou a velmi důležitou pro dítě se zdravotním znevýhodněním či předčasně narozené. Někteří z PL dostávají pravidelné informace o aktuálních pokrocích a postupech u dítěte prostřednictvím zpráv od rané péče, které si ukládají do složek dětí. PL23 zažil na vlastní oči dokonce i intervenci, která proběhla přímo v rodině jeho pacienta, a to na základě své žádosti o to, aby mohl vidět, jak s dítětem přímo pracovnice pracuje. *„Od poradkyně jsem dostával dlouhodobě zprávy o jednom mém pacientovi a zajímalo mě, jakým způsobem probíhá samotná intervence v rodině, z toho důvodu jsem zkusil požádat o účast, a bylo mi vyhověno,“* popsal PL23.

Zbylí PL konstatovali, že spolupráci v minulosti navázanou nikdy neměli, a ani o tom někteří nepřemýšleli. Někteří z nich uvedli, že v případě potřeby by spolupráci nezavrhl. Z odpovědí některých PL vyplývá, že díky tomu, že mají pouze základní informace o rané péči, si nedovedou představit, s čím by mohli s pracovníky této služby spolupracovat.

Podkategorie: Tištěné materiály o rané péči v ordinaci

Převážná část PL sdělila, že ve svých ordinacích letáčky pro rodiče mají, a je jich převážně vždy dostatek. Letáčky jsou pro PL vnímány jako skvělý informační nástroj jak pro rodiče, tak i pro lékaře. *„Tyto prezenční materiály mám přímo ve své ordinaci a podávám je vždy s poskytnutými informacemi i z mé strany. Rodičům se snažím z mých vlastních zkušeností přiblížit práci poradkyně,“* popsal své zkušenosti PL23, se kterými se ztotožňují i ostatní PL.

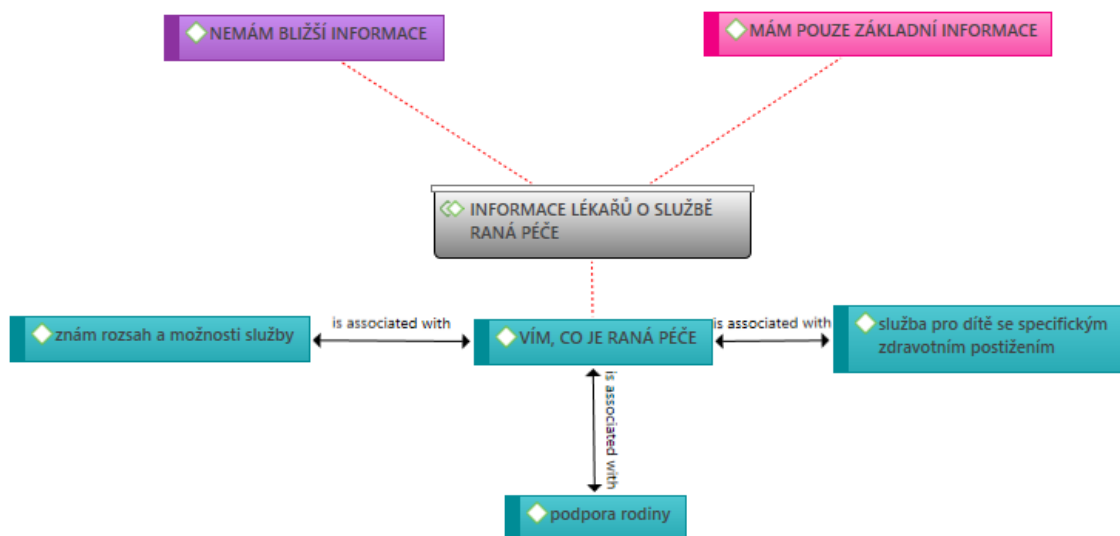
Bohužel někteří PL letáčky ve svých ordinacích pro rodiče nemají, ale celkem dost by byli rádi, kdyby je tam měli. Někteří z nich i uvedli, že v minulosti nějaké tyto materiály ve svých ordinacích již měli, ale už jsou všechny rozebrané. Informace musí poté zdlouhavě hledat na internetových stránkách anebo je podávat ústně. Potřeba mít letáček o službě rané péče ve svých ordinacích je dle PL veliká, a to převážně z toho důvodu, že

rodič by odcházel nejen s informacemi podanými ústně, ale i s letáčkem v ruce, který by sloužil jako další zdroj informací. Někteří z PL doplnili, že absence letáčků v ordinacích jim nevadí, protože informují rodiče o této možnosti jen ústně a výsledné rozhodnutí o kontaktování rané péče je vždy na nich. Potřebné informace si tedy mohou v případě potřeby nalézt rodiče sami na internetových stránkách.

4.1.3 K2 – Informace lékařů o službě raná péče

Tato hlavní kategorie „Informace lékařů o službě rané péče“ shrnuje znalosti informantů o tom, co vše ví o sociální službě raná péče.

Schéma č. 2: Informace lékařů o službě raná péče



Zdroj: Vlastní výzkum

Podkategorie: Vím, co je raná péče

Převážná část PL má poměrně dost informací o tom, co vše raná péče pro děti umí. Nejčastější znalostí, kterou pediatři uvedli, byla ta, že služba je určena dětem s handicapem. Někteří z nich i definovali typ postižení dětí, kterým je služba poskytována. Bohužel nikdo z nich nevyjmenoval všechny, nebo alespoň 4 možné cílové skupiny služby. „Je to úžasná podpora a pomoc dětem se zrakovým a kombinovaným postižením,“ popsala PL1. A právě tyto dva druhy postižení byly těmi nejčastějšími, které PL jmenovali. Zmiňovaná byla ale také skupina dětí s mentálním a tělesným postižením či s poruchou autistického spektra. Našli se i PL, kteří řekli, že raná péče pomáhá hlavně

předčasně narozeným dětem. Bohužel pouze dva PL ze všech sdělili, že raná péče poskytuje pomoc i dětem se sluchovým postižením.

Tato část výzkumu jasně ukázala, že PL, kteří mají svůj obvod v okrese České Budějovice, ví, že raná péče je využívána především u dětí se zrakovým postižením či u dětí nedonošených. V ostatních okresech takto jasné stanovisko bohužel nelze vytyčit.

Daleko méně informantů uvádělo, že se nejedná pouze o službu určenou dítěti se zdravotním postižením, ale je důležitá pro celou jeho rodinu, protože dokáže poskytnout mnoho cenných rad a pomoci skrz jednotlivé poradkyně. Služba dle PL pomáhá rodinám také se správnou komunikací s dětmi a s jejich rehabilitací. Někteří PL se také setkali s tím, že raná péče pomohla rodinu nasměřovat na různé odborníky či na specialisty. Co se týče rozsahu a možnosti služeb, uvedl PL19, že raná péče nabízí rodinám nejen podporu a rady, ale také speciální pomůcky a hračky, které dítěti pomáhají v jeho rozvoji. V neposlední řadě PL také upřesnili, že služby rané péče jsou poskytovány přímo v domácím a pro dítě v přirozeném prostředí, a jedná se tudíž o terénní sociální službu.

Podkategorie: Mám pouze základní informace

Pouze dva PL mi sdělili, že jejich znalost rané péče je tvořena pouze informacemi obsaženými v letáčcích o službě. Jeden z nich má navíc informace z e-mailové komunikace s ranou péčí.

Podkategorie: Nemám bližší informace

Bohužel PL3 a PL 5 o rané péči jako o službě nemají žádné informace, a z tohoto důvodu mi nemohli nijak více a detailněji službu popsat.

4.2 Základní informace výzkumného souboru sociálních pracovníků rané péče

Toto je druhá fáze výzkumu, které se zúčastnilo dohromady 7 žen, a to sociálních pracovníků pracujících na pozicích poradkyň rané péče (dále PR). Každá PR je zástupcem jednoho z poskytovatelů služeb rané péče na území Jihočeského kraje. Tabulka č. 2 znázorňuje základní informace o PR, s kterými jsem vedla polostrukturované rozhovory.

Tabulka č. 2: **Základní informace o PR**

	Věk	Doba působení v organizaci	Počet rodin v péči
PR1	37	14 let	14 rodin
PR2	48	6 let	30 rodin
PR3	55	20 let	4 rodiny
PR4	44	3 roky	6 rodin
PR5	45	20 let	5 rodin
PR6	25	2,5 roku	17 rodin
PR7	25	7 měsíců	10 rodin

Zdroj: Vlastní výzkum

Z tabulky vyplývá, že všechny PR pracují v organizacích poskytující ranou péči na pozicích poradkyň rané péče a mají různé vysokoškolské vzdělání. Tabulka dále ukazuje, jak dlouho jsou poradkyně rané péče v organizaci. Nejdéle v organizaci působí PR3 a PR5, a to po dobu dvaceti let. Naopak nejkratší dobu ve své organizaci působí PR7, a to po dobu 7 měsíců. Poslední otázka se zaměřovala na aktuální počet rodin, které mají PR v rámci své práce na starosti. PR6 uvádí: „*Dle Asociace rané péče by měl být počet klientů na jednu poradkyni maximálně 25, já aktuálně nemám naplněný stav, ale ostatní kolegyně mají plno,*“ popsala PR6, která má v péči 17 rodin. PR1, která jezdí k 14 rodinám, upřesnila, že: „*Díky naší specifické cílové skupině je třeba, abychom měly dostatek času se každému individuálně věnovat, kvalita nejde na úkor kvantity, a tím se řídíme, a z toho důvodu máme méně rodin na každou poradkyni než jiní poskytovatelé.*“ Naopak nejvíce rodin, a to 30, má ve své péči PR2. Nejmenší počet rodin mají PR3, PR4 a PR5, které mají oproti ostatním i menší úvazky, a tudíž i méně klientů.

4.2.1 Kategorizace získaných dat u sociálních pracovníků rané péče

Ve výzkumu provedeném u sociálních pracovníků rané péče bylo získáno rozsáhlé množství dat. Z těchto dat byly vytvořeny pomocí otevřeného kódování nejprve kódy a z nich kategorie, které byly poté následně spojeny do subkategorií. Dohromady byly tedy vytvořeny dvě ústřední kategorie, jež jsou dále podrobněji probrány.

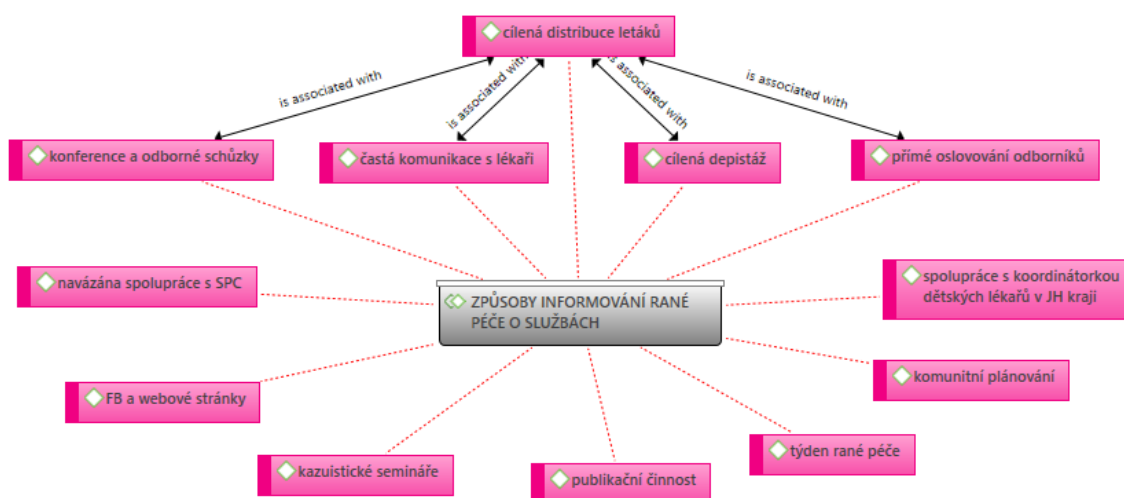
Pro druhou část výzkumu byly vytvořeny tyto hlavní kategorie:

- K3: Způsoby informování rané péče o službách
- K4: Informační kanály o službě raná péče
- K5: Rodiči obdržené informace o rané péči
- K6: Zkušenosti sociálních pracovníků s lékaři (pediatry)
- K7: Spolupráce RP s lékaři z hlediska sociální práce
- K8: Spolupráce RP s dalšími subjekty
- K9: Hodnocení vzájemné spolupráce RP a dalších subjektů
- K10: Raná péče v kontextu koordinované rehabilitace
- K11: Význam koordinované rehabilitace pro ranou péči

4.2.2 K3 – Způsoby informování rané péče o službách

Hlavní kategorie č. 3 „Způsoby informování rané péče o službách“ zahrnuje způsoby, díky kterým poskytovatelé raných péčí v Jihočeském kraji informují odborníky a rodiny o dostupnosti této sociální služby.

Schéma č. 3: Způsoby informování rané péče o službách



Zdroj: Vlastní výzkum

Poradkyně rané péče uvedly mnoho nástrojů, pomocí kterých informují lékaře a rodiče o službách rané péče. Nejvíce se ale zaměřují právě na lékaře, a speciálně potom na pediatry. Velmi skvělým nástrojem je distribuce letáků mezi pediatry, díky kterým se poskytovatelům lépe informace předávají. PR6 popisuje, jakým způsobem proběhla poslední cílená depistáž: *„Nyní jsme objížděly pediatry v celém Jihočeském kraji. Asi tři pediatři nás pozvali dál, abychom jim něco o nás řekly a daly letáčky, které si vzali absolutně všichni. Když jsme v ordinaci nikoho nezastihly, tak jsme do schránky vhodily průvodní dopis s letáčky.“* PR7 také uvedla, že rozvázejí letáčky po pediatrech, ale dodala, že se to nedá stihnout v rádech několika měsíců, ale je třeba tomu věnovat delší časové období, a to třeba i rok a půl. PR1 zažila trochu jiný styl informování, a to hned při začátcích poskytování rané péče v Jihočeském kraji, kdy jako organizace navázaly skvělou spolupráci s koordinátorkou všech dětských lékařů na území Jihočeského kraje, přes kterou pak poskytovaly a distribuovaly informace o rané péči přímo k pediatrům.

Informantky vidí i důležité podnikat kroky v oslovování odborníků a specialistů. PR4 uvádí: *„Děláme cílené depistáže, a to tak, že si vybereme určitou skupinu odborníků – psychology, neurology, mateřské školky, mateřská centra a cíleně si s nimi sjednáme schůzku a informace předáváme ústně spolu s letáčky.“* Tento postup uvádí i informantka PR2 a dodává, že je dobré informace pravidelně obměňovat a aktualizovat, a to třeba tak, že je dobré se jednou do roka znovu odborníkovi ozvat a poskytnout nejnovější aktuality. U psychologů, psychiatrů a logopedů je také třeba zvýšit informovanost o rané péči, uvádí PR1, která právě s těmito odborníky díky specifické cílové skupině organizace nejvíce potřebuje komunikovat. Informantka považuje navázání spolupráce právě s těmito odborníky za klíčové především z toho důvodu, že s těmito odborníky se nejvíce setkávají, a bylo by dobré, aby i oni znali ranou péči pro případné nasměrování rodiče. Informantky PR2 a PR3 uvádějí navíc ještě, že je třeba zvýšit informovanost u dětských foniatrů, kterých je dle informantek v ČR pomálu. *„Problematika sluchu je dost neobvyklá a neznámá někdy i pro samotné pediatry, a proto je třeba zabrat také u nich, dát jim informace a letáky, a v případě, když se u nich v ordinaci objeví dítě s poruchou sluchu, tak na nás rodiče hned prostřednictvím letáku odkázat,“* upřesňuje PR3.

Velmi významnou cestou je oslovení různých odborníků a pediatrů v rámci pořádaných konferencí a odborných setkávání na různá témata. Na konferenci se mohou vždy přihlásit a připravit si prezentaci pro posluchače. V případě, že už je navázána spolupráce s odborníky, tak se pro ně velmi rádi pořádají organizace i různé kazuistické semináře na

odborných pracovištích. I na těchto akcích jsou rozdávány informační letáčky a materiály do ordinací.

Celkem často poskytovatelé sociální služby raná péče publikují i různé odborné či „laické“ články, a to především z toho důvodu, aby přiblížili čtenářům činnost jejich práce. Celkem časté je publikování článků v časopisech, na webových portálech a v místních menších periodikách. Všechny informantky se shodly na tom, že velmi atraktivním informačním zdrojem pro rodiče jsou jejich webové či facebookové stránky. PR3 považuje tyto internetové kanály za velmi důležité, a to hlavně díky sdílení zkušeností mezi rodinami navzájem.

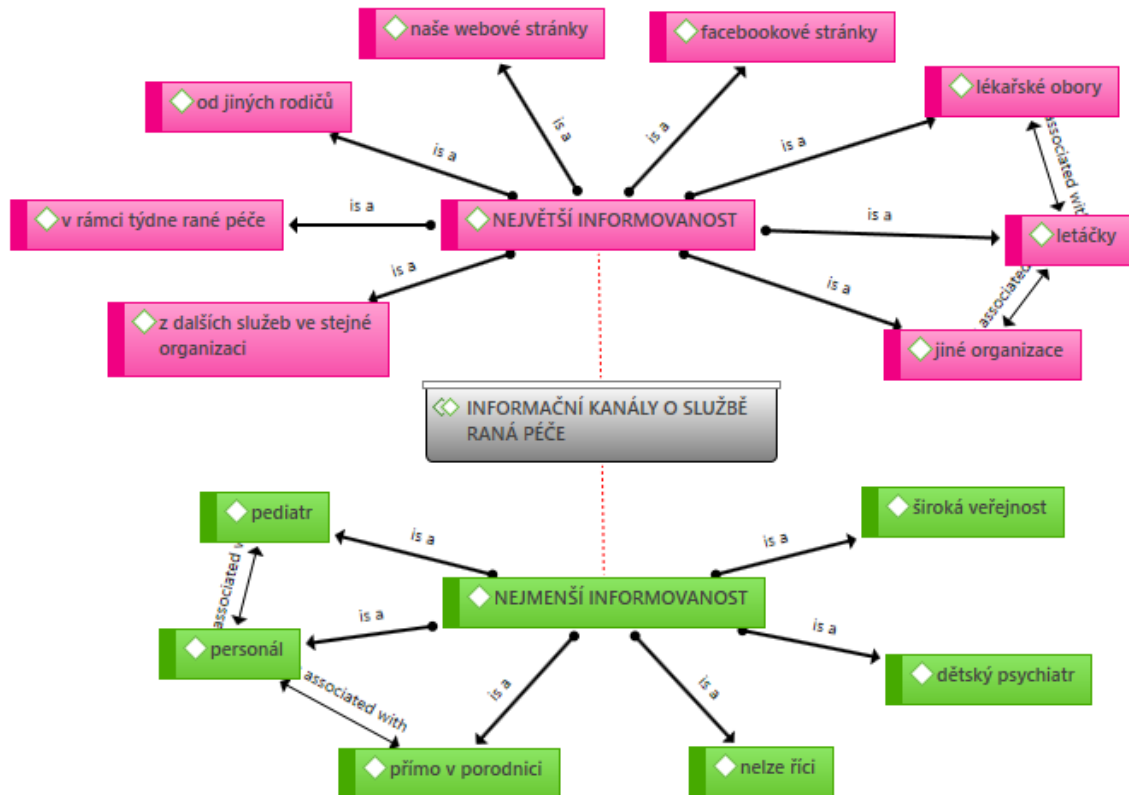
Pro poskytovatele rané péče je velmi důležitá také spolupráce s SPC, mateřskými (speciálními) školkami. Důvodem je vzdělávání učitelů o tom, co raná péče pro děti a rodinu dělá. Toto je hlavně důležité v případě, když se ve školce objeví dítě, které má nějaké problémy, s kterými by mohla pomoci právě raná péče. Personál mateřských školek rodiči tak může podat adekvátní a základní informace, a nasměrovat je na pomoc, kterou může dítěti a jeho rodině poskytnout poradce rané péče.

Jako organizace se poskytovatelé rané péče zúčastňují i komunitního plánování obcí s rozšířenou působností. Účast je pro poskytovatele rané péče velmi důležitou součástí, protože i obce se dozví o možnosti poskytovaných službách, a v případě vzniklé potřeby mohou rodině přímo poskytnout informace a kontakty.

4.2.3 K4: Informační kanály o službě raná péče

Tato kategorie s názvem „Informační kanály o službě raná péče“ obsahuje údaje o tom, pomocí jakých kanálů je úroveň informovanosti o službě největší, a u kterých je naopak nejmenší.

Schéma č. 4: Informační kanály o službě rané péče



Zdroj: Vlastní výzkum

Nejmenší informovanost

Velká část informantek uvedla, že si vedou přímo statistiky na to, aby se dozvěděly, z jakého informačního kanálu se klienti o rané péči dozvídají. Bohužel skoro všechny uvedly, že se rodiče o možnostech rané péče u jejich dětí nejméně dozvídají od pediatriů. „Já se na ně někdy zlobím, protože se stává, že řekne opakovaně rodičům, že dítě má ještě čas, ale ve finále to dítě už s naší podporou mohlo být úplně jinde. Pediatr je klíčový a vlastně jediný, kdo vidí a zná dítě úplně od miminka a má k tomu proces a prostředky k řešení, ale on je nevyužívá,“ popsala situaci PR4. Dle informantky RP7 by mohli být lékaři a psychiatři lépe provázání, a hlavně pediatr by měl rodiče na ranou péči odkazovat přímo skrz leták, kterými se je snaží zásobovat. PR6 pociťuje, že velkou mezeru mají lékaři a porodnice, odkud děti k nim moc nepřicházejí. Personál nemocnic a porodnic přijde PR2 nedostatečně informován o rané péči a o důležitosti včasného zahájení. PR1 nedokáže posoudit, z jakého informačního kanálu se k nim klienti nejméně dostávají, ale je pro ni nejdůležitější to, že se k nim rodiče nějakou cestou vůbec dostanou.

Největší informovanost

Nejvíce klientů se dle informantek dostává do sociální služby raná péče skrz lékaře různých odborností a doporučení jiných rodin. PR se shodly na tom, že nejlepší je pro ně situace, kdy se k nim dítě společně s rodinou dostává ihned po narození anebo je pošle pediatr, který vidí, že vývoj dítěte není takový, jaký by měl být. „*Za tyto případy jsme hrozně rádi,*“ doplňuje PR2. PR se shodly, že rodiny se dozvídají o službách rané péče nejčastěji od psychologů, psychiatrů, logopedů, neurologů a občas i od pediatrů. Větší vlna informování u rodičů odborníkem je po provedených cílených depistážích, popisuje svou zkušenost PR4. Velmi dobrou zkušenost s informováním klientů od zdravotníků má PR5, které mají velmi dobře navázanou spolupráci s neonatologií. „*V minulosti jsme zabraly – vycházely jsme z hodnocení služeb a zpětné vazby od našich uživatelských rodin, které zmiňovaly velkou potřebu se dozvědět co nejvíce na začátku a nejlépe už v nemocnici, kde se dozvěděly, že je něco v nepořádku. K nám se poté dostávaly přes různé odborníky.*“ Velmi se poskytovatelům osvědčila cílená distribuce letáků přímo do ordinací odborníků, díky nimž dostávají rodiče do rukou tištěné informace a kontakty.

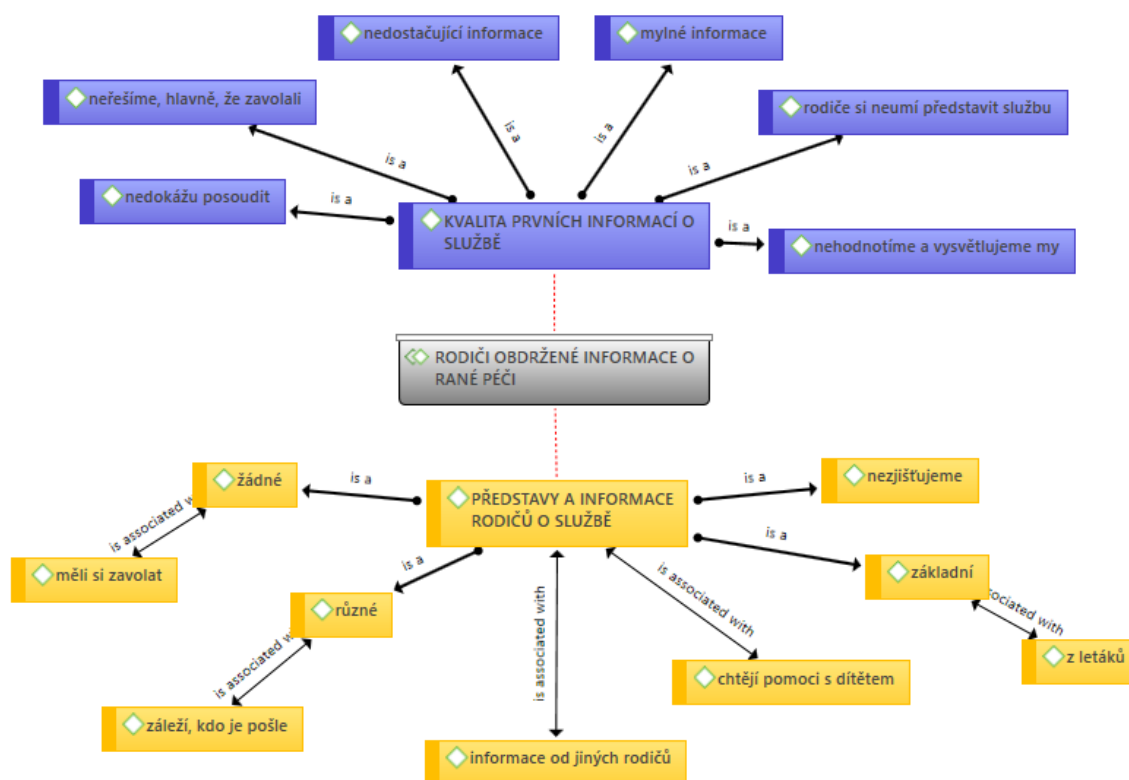
Dalším velmi dobrým zdrojem informací pro rodiče jsou sdílené zkušenosti jiných rodičů, kteří již ranou péči využívají nebo využívali. Tato doporučení jsou dohledatelná na internetových či facebookových stránkách anebo sdělována od rodičů v rámci společných pobytů dětí v lázních či v léčebnách. Díky informacím dostupným na sociálních sítích a internetu jsou i rodiče, kteří si vyhledají pomoc a kontakty sami. Dle PR2 je díky Týdnu rané péče služba dobře medializována a oslovuje nejen rodiče, ale i odborníky.

Velký počet klientů se do rané péče dostává i skrz jiné organizace pomáhající podobným cílovým skupinám anebo skrz stejnou organizaci skládající se z rané péče, ale i z jiných služeb a ambulancí. PR6 má zkušenosti, že v rámci jejich organizace posílají klienty fyzioterapeuti, ergoterapeuti či učitelky ze školky.

4.2.4 K5: Rodiči obdržené informace o rané péči

Schéma č. 5 zobrazuje informace o tom, s jakými informacemi a představami o službě rané péče přichází rodič na první setkání. Toto schéma dále prezentuje i kvalitu těchto informací z pohledu PR.

Schéma č. 5: Rodiči obdržené informace o rané péči



Zdroj: Vlastní výzkum

Představy a informace rodičů o službě

Představy a informace se dle PR5 liší hlavně tím, od koho se rodiče o rané péči dozví. Většinou informace o rané péči jsou zcela základní a rodič si neumí vlastně ani představit, co tato pomoc pro dítě a rodinu může znamenat. Rodič nejčastěji přichází s představou, že dítěti poskytneme podporu v rámci jeho vývoje. „Pomozte mi, nevím, co mám dělat se svým dítětem, nevím si s ním rady, protože se chová jinak, než jsem předpokládala,“ popisuje příklad rozhovoru s maminkou PR4.

Bohužel hodně se stává i to, že rodiče nedostanou od pediatra či jiného odborníka žádné informace a pouze jim je sděleno: „Nevyšli Vám testy, zavolejte si sem,“ uvádí své zkušenosti PR2 s tím, že někdy dostanou do rukou i leták. Tato forma sdělení je pro rodiče velmi stresující. Konkrétní informace o službě, a jak to bude celé probíhat, dostávají většinou rodiče až v rámci informačního setkání od poradkyň rané péče. Informantka PR7 má zkušenost, že někdy ví rodič o hodně víc informací o službě než samotný pediatr. PR2 sdělila: „Jsem ráda, že rodiče alespoň pediatra poslechnou a zavolají a je jedno, kolik má rodič informací, protože já si je pak nasměruji dál.“ Naopak PR3 dodává, že na

konkrétní představy rodičů o službě se neptají a od začátku informují hlavně oni. Další představy rodičů o službě tvoří samotné recenze jiných již znalých rodičů.

Kvalita prvních informací o službě

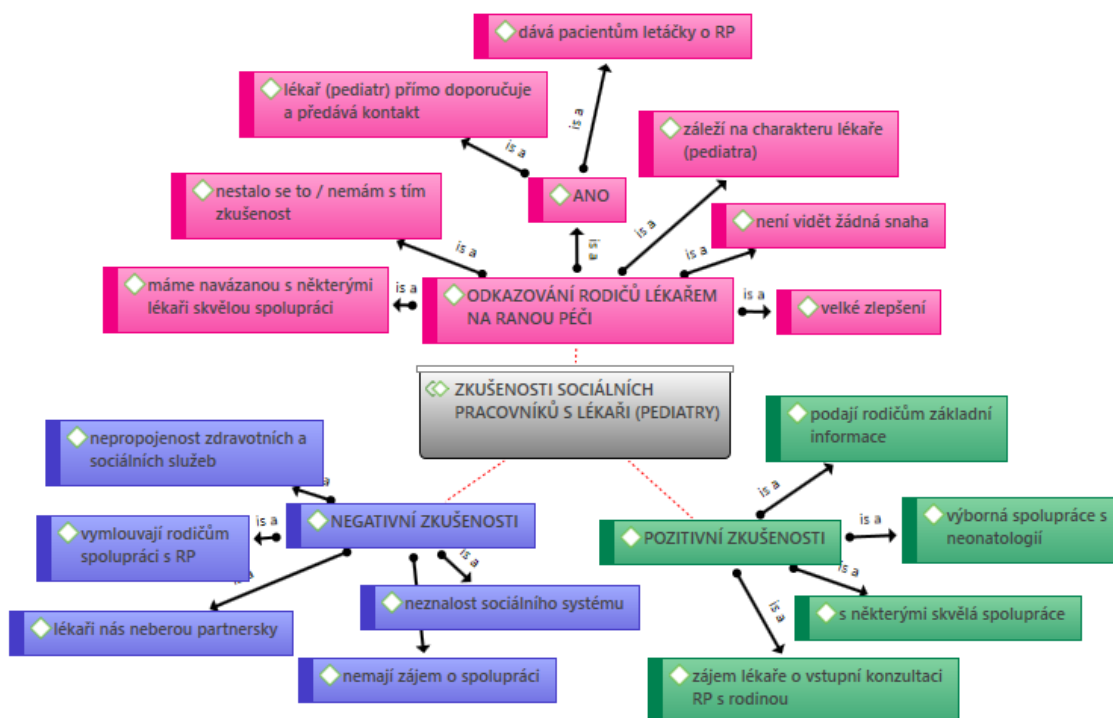
Kvalitu prvotních informací rodičů o rané péči vnímají informantky jako nedostačující. „*Nedívám se, protože dle mého názoru není raná péče popsána dostatečně přímo v zákoně, a to je problém,*“ komentuje PR7. Moc často se nestává, že by rodič přišel na první setkání zcela informován o tom, co vše jim raná péče může nabídnout. PR4 uvádí, že se stává, že i rodič si někdy ani při první schůzce nedokáže a ani vlastně nemůže představit, co vše je možné společně u dítěte dosáhnout. Všechny informantky se shodují na tom, že nejdůležitější je to, že se rodiče vůbec ozvou. „*My jsem za to velmi rádi a vděční, že nám rodiče zavolají a většinou nám říkají: Já vůbec nevím, co mám chtít, ale mám volat,*“ popisuje své pocity PR1.

Někdy je dle informantek PR1 a PR6 lepší, když rodiče náplň rané péče neznají, a to z toho důvodu, že se jim několikrát stalo to, že obdrželi bohužel o službě mylné a nenaplnitelné informace. Samotné představení služby je poté závislé nejen na každé poradkyni rané péče, ale také na samotné organizaci, a to tím, jakými způsoby a rozsahem chce o sobě dát vědět, zdůrazňuje PR7.

4.2.5 K6: Zkušenosti sociálních pracovníků s lékaři (pediatry)

Schéma č. 6 obsahuje pozitivní a negativní zkušenosti sociálních pracovníků (PR) z hlediska vzájemné spolupráce s lékaři (pediatry). Tato kategorie zahrnuje i subkategorii zaměřující se na zkušenosti sociálních pracovníků (PR) s odkazováním rodičů lékařem na služby rané péče.

Schéma č. 6: Zkušenosti sociálních pracovníků s lékaři (pediatry)



Zdroj: Vlastní výzkum

Odkazování rodičů lékařem na ranou péči

Informantky mají rozdílné zkušenosti týkající se odkazování pacientů lékařem na jejich služby. PR2, PR5 a PR7 uvádějí, že to, zda je rodina dítěte odkázána, závisí na charakteru lékaře. „Jsou lékaři, kteří jsou dostatečně informováni, ale dítě nikdy nepošlou a nikdy nezavolají. Druhá půlka pediatrů funguje tak, že je ani my nemusíme informovat a v případě problému si informace o nás vyhledají a odkážou třeba letáčkem,“ popisuje PR2, se kterou se zcela shodují PR7 a PR5. Informantky se dále ztotožnily v tom, že jsou lékaři či pediatři, se kterými mají výbornou zkušenost, dokonce i zažily to, že byly zvané na odborné schůzky a semináře. Dle informantky PR7 je znát, že se to postupně vše vyvíjí a cítí zlepšení, protože lékaři k nim opravdu zasílají více a více pacientů, „což je pokrok a posun,“ konstatuje. S informantkou souhlasí i PR2, která se domnívá, že toto zlepšení za poslední 3 roky je způsobeno a ovlivněno větší informovaností, protože děti na doporučení lékaře přibývají.

Zbytek informantek se více méně shoduje na tom, že lékaři na ranou péči rodiny neodkazují. „Těch osvěcených je málo, najdou se sem tam vlaštovky, za které jsme hrozně moc rádi, ale je jich jak šafránu,“ přibližuje situaci PR4. PR6 sdělila, že zkušenosti

s lékaři moc nemá, a to za celou svou dobu působení jako poradkyně rané péče. PR5 konstatuje, že pro ně je důležité, aby pediatr předal hlavně kontakt pomocí letáčku, a oni se už o rodinu postarají a nasměrují ji na tu správnou a vhodnou ranou péči – dítě se tím pádem stane zaopatřené.

Pozitivní zkušenosti

Skvělou zkušenost v rámci spolupráce s lékaři popisuje PR2, která má dvě paní doktorky (pediatřičky), s kterými se skvěle spolupracuje, a to díky tomu, že mezi nimi funguje zpětná vazba. Informantka PR3 má úžasnou zkušenost pro změnu s dvěma dětskými specialisty, se kterými spolupracuje pravidelně, společně vše řeší a navrhuje další postupy. *„Jim i nám to dává obrovský smysl mít takto úzce navázanou spolupráci, protože my jako raná péče dokážeme zhodnotit třeba i to, co ten doktor v ordinaci nevidí a vlastně ani vidět za tak krátkou dobu nemůže,“* dodává PR3. PR5 zažila, že se jim v rámci organizace dokonce stalo i to, že pediatr měl zájem o osobní účast vstupního jednání rané péče s jeho pacienty. *„Tyto pediatři fungují skvěle pro rodinu a pro děti, jsou to opravdu odborníci na správném místě se vším všudy,“* dodává informantka PR5. Dvě informantky uvedly, že mají skvěle navázanou spolupráci s neonatologií, kam jsou zváni třeba na různé odborné porady a schůzky zaměřené na zpětnou vazbu o službě.

Negativní zkušenosti

Neznalost sociálního systému byla jednou z nejčastějších negativních zkušeností PR, která byla uvedena. Pediatři se někdy až bojí vstoupit do sociálního systému, protože tomu nerozumí, popisuje své zkušenosti PR5. Zároveň je dost stěžejní a komplikovaný také fakt, že zdravotní služby nejsou propojeny se sociálními a naopak. *„Většinou lékaři nemají zájem o spolupráci, protože jsme sociální službou, ve kterých se moc dobře neorientují, a navíc nás neberou jako odborníky a partnery pro práci,“* popsala svou zkušenost PR1. PR4 uvádí, že od některých lékařů není vidět ani ochota brát ranou péči partnersky. Z odpovědí PR dále vyplynulo zjištění, že někteří lékaři nemají ani zájem o navázání spolupráce s ranou péčí. Poradkyně raných péčí se sice snaží je pravidelně informovat skrz různé zprávy o dítěti, ale někdy tyto zprávy nejsou brány ani v potaz a nejsou pro lékaře validní, konstatuje PR1, a také PR6. Bohužel se i některé z PR setkaly s tím, že lékař vymlouval rodiči kontaktování rané péče. Dalším faktorem, který PR vnímají je ten, že lékaři často uvádějí, že na ranou péči nemají čas, protože jsou zahlceni celou svou agendou.

4.2.6 K7: Spolupráce RP s lékaři z hlediska sociální práce

Tato kategorie s názvem „Spolupráce RP s lékaři z hlediska sociální práce“ představuje možnosti pokroku ke zlepšení spolupráce s lékaři a dále udává i oblasti, kde by byla potřeba zvýšit osvěta o službách rané péče.

Schéma č. 7: Spolupráce RP s lékaři z hlediska sociální práce



Zdroj: Vlastní výzkum

Subkategorie: Potřeby vyšší osvěty

Naprostě všechny PR se shodly na tom, že je třeba posílit povědomí o službě raná péče hlavně u pediatrů. Důvodů je několik, ale nejčastějším byl ten, že pediatr je pro rodinu velmi zásadní a někdy je i jediným, kdo může zaznamenat nějaký odklon od správného vývoje. A to pomocí preventivních prohlídek a povinných screeningů, které pediatr musí ze zákona provádět. Informantky ve velké míře jmenovaly především screening, který se provádí v 18 měsících věku dítěte za účelem včasného zachytu poruch autistického spektra. Díky tomuto screeningu může pediatr celou situaci vyhodnotit a odkázat rodiče

nejen k psychiatrovi, ale také na ranou péči, která se těmto dětem věnuje a pomáhá. Poradkyním nevadí, že dítěti nebyla psychiatrem diagnostikována tato porucha, ale je pro ně důležité to, že intervence a práce na dítěti může začít co nejdříve. Včasné zahájení rané péče je pro samotnou práci poradkyň to nejdůležitější. Nejsou to jen pediatři, kde je třeba vyšší osvěty, konkrétně u dětí s poruchou autistického spektra, ale jsou to také dětské neurologové a psychiatři, kteří by o službách rané péče měli mít dostatečný přehled a znalosti, protože právě k nim se rodina dostavuje s dítětem už na podpůrnější vyšetření. Potřebnost jednotlivých odborníků se liší vždy na základě druhu postižení, jež má dítě specifikováno. Někteří z PR vyzdvihují i potřebu vyšší informovanosti u dětských ortopedů či foniatrů. *„Zvýšit informovanost by bylo potřeba nejen u odborníků, ale také u posudkových lékařů, kterým vypracováváme v případě potřeby zprávy. Někteří z nich nás neberou jako kompetentní osoby, které by se měly vyjadřovat k vývoji dítěte,“* popsala PR1. Dle PR5 by bylo úžasné, kdyby se podařilo v rámci informovanosti určitý přesah, díky kterému budou všechna neonatologická a perinatologická oddělení v ČR informována o možnostech, které pomohou rodičům při začátcích jejich péče o své dítě se zdravotním znevýhodněním.

Subkategorie: Možnosti pokroku

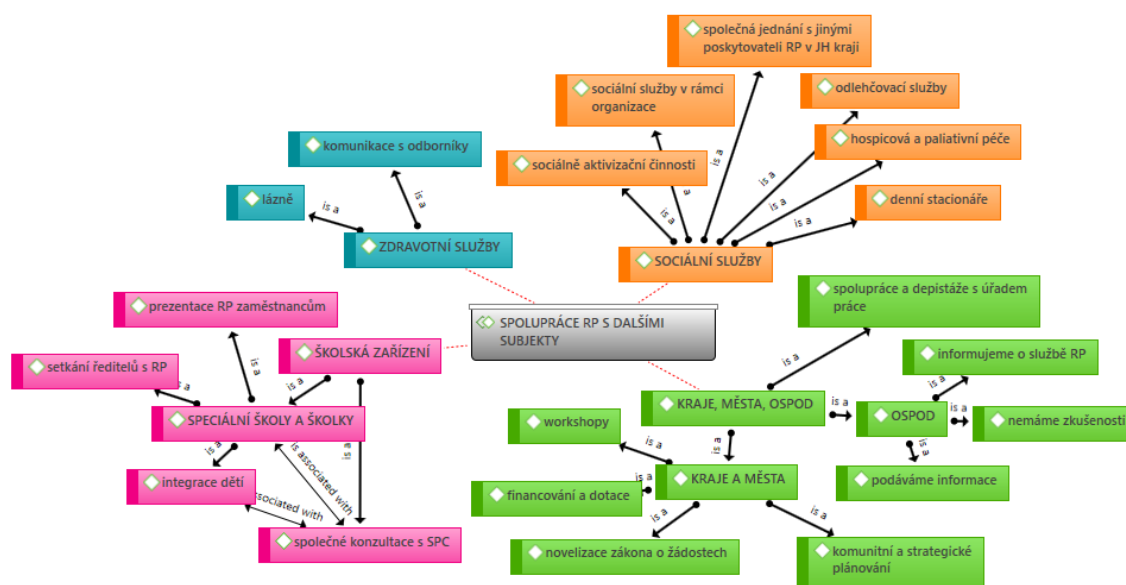
Nejčastějším návrhem informantek na zlepšení spolupráce byl ten, aby se veškerá pozornost zaměřila hlavně na pediatry. Vzájemná spolupráce s nimi je totiž klíčová pro správnou péči o dítě s postižením. Nejdůležitější je tedy to, aby pediatři věděli o službě raná péče. Tohoto lze dosáhnout cílenou depistáží, po které by měla následovat další intenzivní práce s oslovenými pediatry. Všechny PR se shodly na tom, že by bylo dobré se jim věnovat více, a to poskytnutím zpětné vazby, dávat o sobě pravidelně vědět, a hlavně jim poděkovat za to, že rodiče na ně odkázali, a tudíž je dítě pod dalšími „křídly“. PR1 přijde navíc důležitá existence a dostatek letáků v ordinacích pediatrů. Vnímá jako stěžejní to, aby pediatři dávali hlavně letáky, a tím rodiči dají pomocnou ruku, s informací, že je tu někdo, kdo jim může pomoci i jinak než právě jiní odborníci. Naopak PR5 má tento názor: *„Nestačí jim dát pouze letáčky a doufat, že pediatr bude k nám děti posílat. Pediatr může být sice dostatečně informován, ale měl by být ochotný také předat informaci rodičům, z toho důvodu je třeba se pediatrům více věnovat a dát si s tím více práce.“* Oproti tomu PR7 uvedla, že vnímá, že by se změna měla dít i v samotném zákoně, a to daleko větším popsáním služby rané péče.

Dle PR by také bylo dobré zvýšit propagaci služeb větší medializací. Služby by si tak mohli všimnout nejen odborníci a pediatři, ale také rodiče dětí. Jednou do roka probíhá různými médii osvětová kampaň Týden rané péče. Tato akce má dle PR5 a PR4 velký vliv na odborníky. „Tato akce je jen jeden týden v roce, chtělo by se zaměřit na více takových akcí,“ zdůrazňuje PR2.

4.2.7 K8: Spolupráce RP s dalšími subjekty

Schéma č. 8 znázorňuje další možné oblasti spoluprací RP s dalšími subjekty. Raná péče z hlediska svého působení spolupracuje v různých mírách se zdravotními a sociálními službami, školskými zařízeními a dále také s kraji, městy a OSPODy.

Schéma č. 8: Spolupráce RP s dalšími subjekty



Zdroj: Vlastní výzkum

Subkategorie: Sociální služby

Všechny PR uvedly, že nejvíce v rámci sociálních služeb spolupracují právě mezi sebou, jakožto tým raných péči, který funguje v rámci Jihočeského kraje. PR uvedly, že mají společný leták, díky kterému je rodič informován najednou o všech poskytovatelích rané péče. Spolupráce probíhá také na úrovni předávání klientů do té rané péče, která se specializuje na určitou typologii klientů. „V případě, že se na nás obrátí rodič dítěte, které má druh postižení, na který se my nespécializujeme, odkazujeme ho na ranou péči, která se o dítě 100% postará,“ popisuje PR7. Poskytovatelé rané péči se pravidelně

scházejí, a to v rámci schůzek vedení jednotlivých organizací a dále na kazuistických setkáních, kde se objevují i poradkyně raných péči a sdílejí si své zkušenosti. Vzájemná spolupráce probíhá i v případě různých konferencí a odborných setkání pořádaných pro odborníky a lékaře, kde poskytovatelé rané péče prezentují i jiné rané péče pro ucelený a kompletní přehled.

PR dále spolupracují také s poskytovateli jiných sociálních služeb na území Jihočeského kraje. Jedná se o služby, které slouží především za účelem odlehčení rodiči dítěte se zdravotním postižením, a to tak, aby rodič mohl například chodit do práce, vyřídit si neodkladné záležitosti nebo si odpočinout v péči. Typickými službami, které jsou hojně rodiči využívány, jsou tedy odlehčovací služby, denní stacionáře, sociálně aktivizační činnosti anebo také paliativní a hospicová péče. Jsou tu i ti poskytovatelé rané péče, kteří mají v rámci své organizace zaregistrované právě tyto sociální služby, jež rodiče mohou u nich využívat.

Subkategorie: Zdravotní služby

Jak již je podrobně uvedeno výše, poskytovatelé raných péčí se snaží o navázání spolupráce přímo s pediatry a s dalšími odborníky. Co se týče přímo zdravotních služeb, uvedla pouze PR6, že v případě potřeby konzultace kontaktují lázně, které rodičům doporučily postup, který dle rané péče není pro dítě vhodným. V tomto případě nastává fáze sjednocování přístupů a postupů o dítě. V této části výzkumu i některé PR znovu uvedly, že mají skvělou komunikační zkušenost s některými psychology, psychiatrickými a klinickými logopedy.

Subkategorie: Školská zařízení

Všechny PR považují spolupráci s školskými zařízeními za klíčovou a velmi důležitou etapu dětí pro jejich integraci/inkluzi. Poradkyně se snaží o to, aby dítě ve školce správně fungovalo, a z toho důvodu jsou návštěvy ve školkách pro samotné poradkyně velmi zásadní. Pro správné začleňování dětí je důležitá i konzultace s SPC, která probíhá přímo ve školkách společně i s rodiči, a zpravidla při začátku docházky dítěte do zařízení, popsala PR5. „*Komunikace s SPC je pro nás velmi důležitá, a hlavně v okamžiku, kdy dítě nastupuje do školky,*“ potvrzuje PR7. PR6 dodává, že v případě, kdy dítě začne chodit do školky, tak poradkyně vypracovávají tzv. profil dítěte, který je pro zaměstnance školského zařízení takovým manuálem pro správnou péči o něj. PR2 zažila i schůzku

ředitelů škol, kde byla představena raná péče a vyslovena i nutnost spolupráce školství s ranou péčí. Některé z PR dále řekly, že pořádají i depistáže, jež jsou cílené přímo na školská zařízení, a díky tomu dochází k šíření informací o raných péčích. Tato depistáž je skvělou metodou, jak může paní učitelka v MŠ odkázat rodiče v případě potřeby na pomoc této sociální a dostupné služby. Je důležitá i v případě, kdy je dítě s postižením integrováno do zdravého kolektivu dětí, protože paní učitelky se dozví přímo od poradkyň rané péče důležité informace v péči o konkrétní dítě.

Subkategorie: Kraje, města, OSPOD

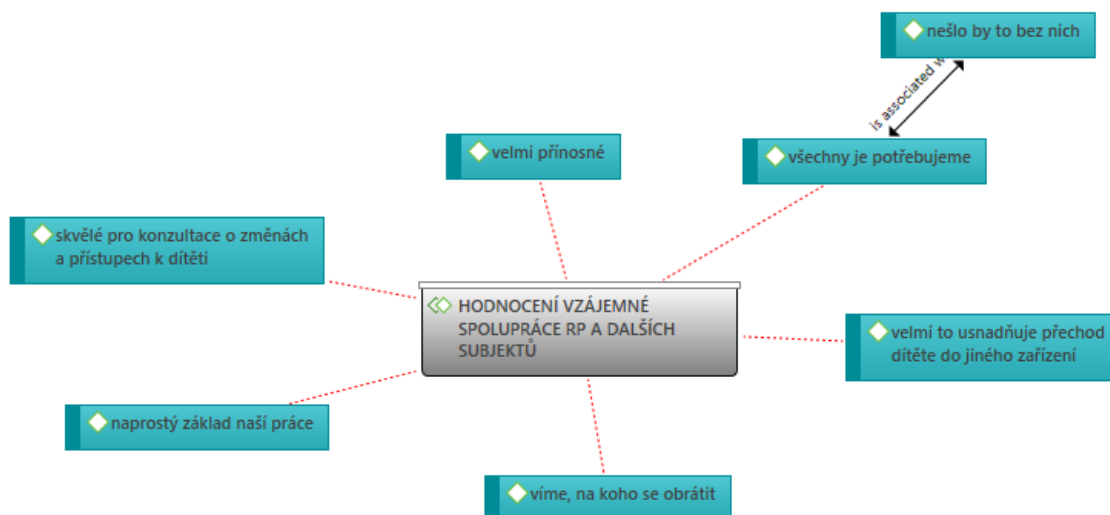
Spolupráce s krajem, městy a obcemi je nutná především pro finanční zabezpečení organizací. Během roka probíhají různé workshopy pro radní, na kterých se prezentuje služba rané péče. „*Díky novelizaci o žádostech jsme jako poskytovatelé rané péče povinny žádat o finanční spoluúčast u rodin, kde působíme,*“ uvedla PR4. Tato žádost je dle informantky nutná jako podklad pro starosty, kteří rozhodují o tom, zda peníze jako obec poskytne, nebo ne. Raná péče se poté velmi intenzivně podílí na strategickém a komunitním plánování. Účast je velmi důležitá i pro obce, aby věděly, jaké služby mohou jejich občané využívat, tudíž je to dobré z hlediska prezentování služby raná péče obcím.

Většina z PR nemá moc zkušeností se spoluprací s OSPODy. Informantky PR3, PR6 a PR7 dodaly, že by se v tom ani neuměly moc pohybovat, především ohledně informací, které jsou povinny tomuto orgánu poskytnout. PR1 uvedla, že si dávají pozor, jaké informace mohou sdělit a jaké už nemusí. Ostatní PR s orgánem spolupracují, ale vždy se jedná třeba jen o informaci, zda rodina službu využívá, či nikoli. „*Zveme je na naše setkávání v případě potřeby. Také se nám stalo to, že si nás pozval přímo OSPOD a chtěl vědět informace o tom, co pro děti děláme a jak vůbec fungujeme v rodině. V rámci této schůzky jsme si vymezily i naše vzájemné kompetence, což bylo velmi přínosné,*“ zažila PR1. Tuto zkušenost má i PR5, která se této vzájemné odborné porady zúčastnila v rámci jiného OSPODu než PR1.

4.2.8 K9: Hodnocení vzájemné spolupráce RP a dalších subjektů

Schéma č. 9 obsahuje celkové hodnocení spolupráce PR s dalšími subjekty, s kterými velmi často komunikují a spolupracují.

Schéma č. 9: Hodnocení vzájemné spolupráce RP a dalších subjektů



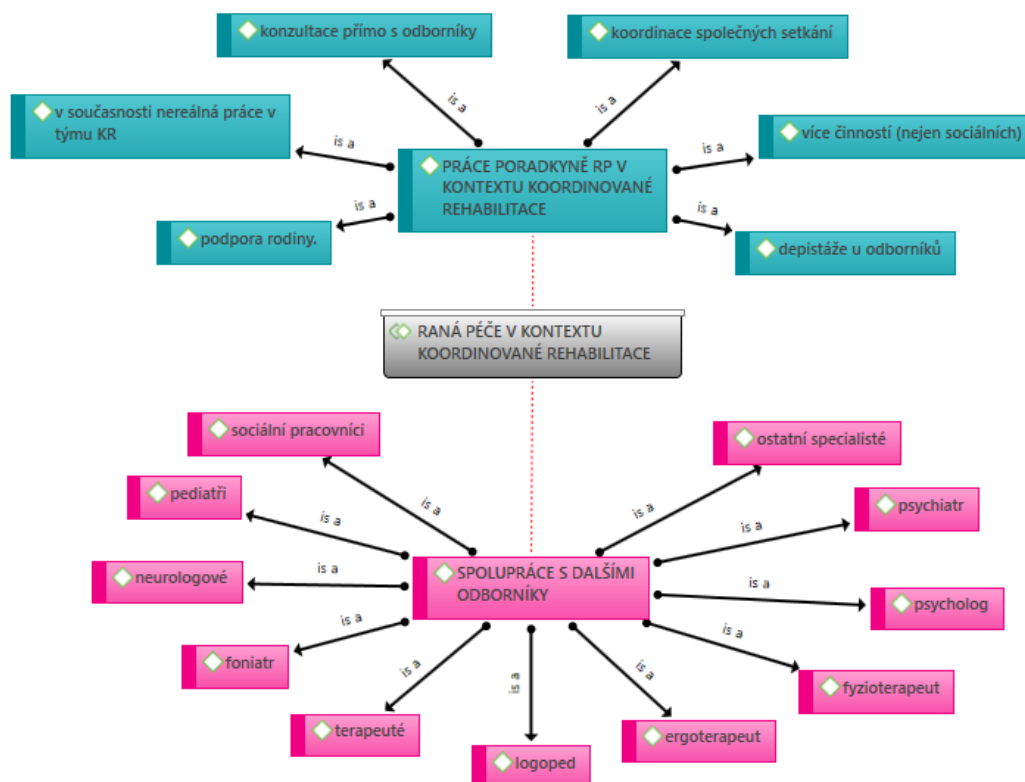
Zdroj: Vlastní výzkum

Spolupráci s ostatními subjekty vnímají všechny z PR jako nezbytnou a nutnou. Každá PR vnímá přínos subjektů trochu jinak a ze svého úhlu pohledu, který se odráží od potřeb a zaměření dané rané péče, ve které je zaměstnaná. PR2 hodnotí spolupráci jako velmi zásadní, protože sice dítě je v péči rané péče, ale postupně se zjišťují různé okolnosti a potřeby další podpory rodiny (např. psychologická pomoc). V tomto případě je raná péče dobře „nakontaktovaná“ na různé odborníky, u kterých ví, že se rodině dostane maximum. PR3 si nedovede představit situaci, kdyby nebyly ve vzájemné spolupráci s ostatními poskytovateli rané péče, doktory, logopedy, školkami a SPC. Dle PR4 a PR6 by to bez ostatních subjektů prostě vůbec nešlo, díky propojení s ostatními subjekty dochází totiž k dobré a plynulé integraci/inkluzi dítěte se zdravotním postižením do návazného školského zařízení. „Je to nezbytné, a je to čím dál tím více trendy,“ popisuje PR5. PR7 vidí sílu vzájemné spolupráce zase v tom, že když je zapojených více lidí, tak je to vždy lepší, než když by na to byly jako raná péče samy.

4.2.9 K10: Raná péče v kontextu koordinované rehabilitace

Tato kategorie „Raná péče v kontextu koordinované rehabilitace“ zobrazuje pomocí schéma č. 10 práci poradkyně RP při realizaci koordinované rehabilitace a také možné odborníky, kteří se v rámci koordinované rehabilitace společně s ranou péčí u dítěte se zdravotním znevýhodněním angažují.

Schéma č. 10.: Raná péče v kontextu koordinované rehabilitace



Zdroj: Vlastní výzkum

Podkategorie: Práce poradkyně RP v kontextu koordinované rehabilitace

Poradkyně rané péče pracuje přímo s dítětem a s jeho rodinou. Mimo jiné má ale i za úkol činnosti, které souvisí s poskytováním koordinované rehabilitace u dítěte. Všechny PR se shodly na tom, že v rámci koordinované rehabilitace jsou to právě ony, které navazují spolupráce s různými odborníky pomocí cílených depistáží za účelem vytvoření multidisciplinárního týmu kolem dítěte. Vše závisí na aktuální situaci, a na existenci odborníka nebo specialisty, který se u dítěte už angažuje, či ještě nikoli. V případě, že dítě už svého specialistu či odborníka má, je „naší prací s ním navázat komunikaci a naladit se na správný a společný směr pro vzájemné působení kolem dítěte,“ zdůrazňuje

PR6. Z odpovědí PR dále vyplývá, že společná případová jednání koordinují a zprostředkovávají hlavně ony. Nejčastější a nejpravidelnější setkávání probíhají dle informantek z důvodu postupné integrace nebo inkluze dětí v mateřských školách. PR6 dodává, že se sama jako poradkyně cítí být někdy svou náplní nejen sociálním pracovníkem, ale i ergoterapeutkou, fyzioterapeutkou a speciální pedagožkou. Bohužel jedna z PR se domnívá, že koordinovaná rehabilitace nemůže být v současné době pro ranou péči reálnou. *„Je to sice ideální představa, ale není možné to naplánovat tak, aby měli všichni čas. Je to náročný proces na kapacitu lidí, aby se sešli a naplánovali vše potřebné kolem rodiny. Máme jedinou službu a jsme rádi, že s námi vůbec někdo komunikuje,“* sdělila své zkušenosti PR4.

Podkategorie: Spolupráce s dalšími odborníky

Z výzkumu je zřejmé, že spolupráce s dalšími odborníky je pro ranou péči velmi zásadní. Některé z informantek uvedly, že mají navázané velmi dobré spolupráce s různými odborníky, specialisty a pediatry. Výběr spolupracujících odborností je závislý na cílové skupině jejich klientů, někteří poskytovatelé této služby spolupracují hodně s logopedy, další zase s psychology a psychiatry a jiné s foniatry. PR1 upřesnila: *„Máme zmapovaný Jihočeský kraj a víme, kde je třeba šikovný pediatr, kde dobrý neurolog anebo kam třeba raději nechodit, protože zkušenosti nemáme moc dobré.“* Některé z PR dodaly, že v rámci své organizace mají již zaměstnané odborníky a specialisty, kteří se v případě potřeby o jejich klienty postarají. Ve finále se ale skoro všechny shodly na tom, že hodně záleží na osobnosti a ochotě každého odborníka, specialisty a pediatra.

4.2.10 K11: Význam koordinované rehabilitace pro ranou péči

Schéma č. 11 ukazuje výpovědi informantek, které se týkají celkového významu koordinované rehabilitace při jejich práci na pozicích poradkyň rané péče.

Schéma č. 11: Význam koordinované rehabilitace pro ranou péči



Zdroj: Vlastní výzkum

Většina z PR vnímá koordinovanou rehabilitaci v rané péči jako zcela zásadní a potřebnou. Převaha z PR se shodla na tom, že nejdůležitější je vytvoření té správné kruhové podpory kolem dítěte, a to tak, aby se dítěti dostalo co největší komplexní péče. PR7 popsala: „Čím dříve začne tým kolem dítěte fungovat jako celek, tím lépe se bude mít dítě a jeho rodina.“ „Pro nás to znamená nedílnou součást naší práce. Celá komunikace a setkávání s jinými subjekty je pro mě velmi cenná zkušenost a dává mi to zase jiný pohled, a to ten, že to té rodině takto pomůže,“ uvedla PR1. PR3 toto doplňuje o svou zkušenost, kdy se rodičům dostalo bohužel tří různých informací od třech lidí na stejnou věc. Naopak PR4 vnímá koordinovanou rehabilitaci jako vizi budoucnosti, protože ji přijde, že z hlediska zorganizování je to hrozně náročné na čas a energii všech zúčastněných.

4.3 Konstrukce teorie

Hlavním výsledkem výzkumu jsou vztahy, jejich příčiny a následky, které společně vytvářejí výslednou teorii celého výzkumu. Pomocí zakotvené teorie vznikly teoretické poznatky, které mají i v rámci kvalitativního přístupu důležitou hodnotu, a jsou hlavně i

validními. Nově vzniklé vztahy se tedy vzájemně ovlivňují, doplňují, podmiňují a dokazují vztah příčiny a následku.

4.3.1 Paradigmatický model

Tabulka č. 3 prezentuje paradigmatický model, který vznikl za účelem třídění dat jiným způsobem, a to za pomoci axiálního kódování. Mnohdy je složité od sebe jednotlivé kategorie odlišit, protože vše se navzájem ovlivňuje a souvisí vlastně se vším. V těchto případech je poté opravdu náročné od sebe správně odlišit příčinu a kontext či strategii jednání a následek. Strauss a Corbin (1999) popisují axiální kódování pomůckou sloužící k jinému uchopení dat a k nalezení nových souvislostí. Autoři upozorňují, že se tedy nejedná o závazný model, pomocí kterého by byly zkoumané jevy vykládány.

Tabulka č.3: Paradigmatický model

PŘÍČINNÉ PODMÍNKY	JEV	KONTEXT	INTERVENUJÍCÍ PODMÍNKY	STRATEGIE JEDNÁNÍ	NÁSLEDKY
Děti s různými zdravotními postiženími; potřeba sociálních služeb; život rodiny s postižením u dětí	Fungování rané péče v koordinované rehabilitaci	Jednotlivé typy postižení u dětí; terénní sociální služba; spolupráce odborníků; koordinovaná rehabilitace; spolupráce zdravotních služeb; spolupráce sociálních služeb; spolupráce se školstvím	Dostupnost informací o službě; představy rodičů o službě; ochota odborníků spolupracovat; kvalita spolupráce s odborníky; praxe poradkyň rané péče; dovednosti rodičů; sociální poradenství	Potřeba vyšší osvěty a medializace; zlepšení spolupráce s odborníky a pediatri; spolupráce se školstvím; spolupráce s ostatními poskytovateli rané péče; pomoc a podpora rodiny; speciální metody a techniky práce s dítětem	Podpora multidisciplinárního týmu; sjednocení postupů péče o dítě; zlepšení mezioborové spolupráce; popularizace služeb rané péče; rozvoj a zlepšení stavu dítěte; snazší integrace/inkluze

Zdroj: Vlastní výzkum

Jev je ústřední a zcela zásadní myšlenka celého výzkumu, díky které se prolínají mezi sebou jednotlivé kategorie. S jevem vše souvisí, a to buď jako příčina, kontext,

intervenující podmínka, strategie jednání či jako následek, popisují Strauss a Corbin (1999).

V této diplomové práci se jedná o fungování rané péče v koordinované rehabilitaci.

Příčinné podmínky jsou události, které směřují k vzniku daného jevu, a jsou nebo mohou být i jeho přímou, či nepřímou příčinou. Strauss a Corbin (1999) uvádějí, že příčinné podmínky mohou ovlivnit nejen vznik, ale také i vývoj daného jevu, který se skládá z příčin a jejich vlastností.

Příčina vzniku fungování rané péče v koordinované rehabilitaci je dána tím, že jsou mezi námi i děti s různými zdravotními postiženími. S těmito dětmi je třeba intenzivně pracovat v rámci komplexní a ucelené péče. Jednotlivé potřeby, metody a techniky práce s těmito dětmi jsou odlišné a dané jejich typem a rozsahem zdravotního postižení.

Další příčinnou podmínkou tohoto jevu je potřeba sociálních služeb, díky kterým je těmto rodinám poskytována potřebná podpora a pomoc. A právě raná péče je většinou první sociální službou využívanou rodiči s dětmi se zdravotním postižením. Jedná se o bezplatnou terénní sociální službu fungující po celé České republice. Na našem území je dle Registru poskytovatelů sociálních služeb aktuálně 49 poskytovatelů rané péče, přičemž každý z nich je zaměřen na rozdílné zdravotní postižení dětí.

Raná péče se zaměřuje nejen na dítě, ale také na jeho rodinu, protože je třeba, aby se rodina naučila pečovat o dítě se specifickým zdravotním postižením. A toto je poslední důvod daného jevu, který do značné míry ovlivňuje samotnou funkci rodiny dítěte. Poradkyně rané péče podporují rodinu a pomáhají jí se zorientováním se v jejich nové životní situaci různými směry a nástroji. V případě potřeby mohou poradkyně rané péče nabídnout rodičům i kontakty na odborníky nejen pro jejich dítě, ale také pro ně jako osoby pečující o postižené dítě.

Kontext je souborem podmínek, v rámci kterých se společně s podmínkami intervenujícími vytváří strategie jednání a interakce. Obsahem kontextu jsou tedy už konkrétní vlastnosti, které k danému jevu patří (Strauss a Corbin, 1999).

Jev – fungování rané péče v koordinované rehabilitaci, je možný v určitém kontextu a za určitých podmínek. Kontextem fungování rané péče v koordinované rehabilitaci se v rámci mého výzkumného šetření ukázaly být jednotlivé typy postižení u dětí, terénní

sociální služba, spolupráce odborníků, koordinovaná rehabilitace, spolupráce zdravotních služeb, spolupráce sociálních služeb a spolupráce se školstvím. Tyto jednotlivé části kontextu tvoří to, na jakém pozadí jev probíhá a dávají mu výsledný ráz, a to i přes to, že složky kontextu lze někdy zaměnit i s intervenujícími podmínkami a naopak.

Jednotlivé typy postižení u dětí ovlivňují celý průběh práce s dítětem a jeho rodinou. Na základě postižení je dítě nejen správně zařazeno do specifické rané péče, ale také je tím dána nutnost spolupráce s jinými odborníky, které se kolem něj v péči angažují.

Raná péče je terénní sociální služba, díky které je rodiči poskytována pomoc přímo v domácím prostředí rodiny. Tato forma služby je pro rodiny příjemná, a to hlavně z toho důvodu, že rodič nemusí dítě dopravovat na jiné místo k pravidelným intervencím. Další výhodou této formy je, že dítě, které je v domácím prostředí, lépe spolupracuje s poradkyněmi, a není tak zbytečně stresováno přesuny či změnami.

Spolupráce odborníků je nezbytnou součástí fungování rané péče v koordinované rehabilitaci. Potřeba jednotlivých odborníků či specialistů se odvíjí od typu postižení dítěte. Výsledky výzkumu ukázaly, že spolupráce funguje v různých měřácích a většinou záleží na ochotě daného odborníka s ranou péčí spolupracovat. Problémy s navázáním spolupráce začínají už u pediatrů, kteří ranou péčí respektují, či nikoli. Výzkum ale také ukázal, že poradkyně rané péče mají s některými dobře navázané vztahy, za které jsou velmi rády.

Raná péče není pouze sociální služba, která poskytuje rodinám s dětmi sociální podporu a pomoc. Nedílnou součástí této služby je právě zajištění koordinované rehabilitace, díky které je kolem dítěte vytvořený pomyslný kruh podpory různých odborníků z odlišných sfér a odvětví. Koordinovaná rehabilitace má čtyři základní složky, a to rehabilitaci sociální, léčebnou, pedagogickou a pracovní. Poradkyně rané péče se snaží o to, aby u dítěte tyto složky fungovaly a byly zajišťovány v souladu. Z výzkumu je patrné, že potřeba koordinované rehabilitace při poskytování rané péče je zcela zásadní a nutná pro správný vývoj dítěte se zdravotním znevýhodněním. „*Není nic horšího, než aby rodič obdržel tři různé informace potřebné pro péči o své dítě od tří různých odborníků,*“ popsala PR3.

Spolupráce zdravotních služeb je tedy obsahem léčebné rehabilitace. Tým léčebné rehabilitace se skládá z různých odborníků, specialistů a služeb, které lze využívat.

Z výzkumu je patrné, že právě spolupráce rané péče a zdravotnictví je bohužel na tom nejhůře. Velmi špatnou zkušenost mají informantky s pediatry, kteří neznají sociální systém a neumí se v něm moc dobře orientovat. Možnými důvody je nepropojenost zdravotního a sociálního resortu a také neochota pediatriů si rozšiřovat své obzory a vzdělávat se. Našli se ale i pediatři, kteří ranou péči uznávají a zajímají se o ni v rámci co největšího zájmu pro své pacienty. Ostatní odborníci a specialisté spolupracují lépe, ale také záleží na dané ochotě a pohledu jednotlivce na sociální službu raná péče. I v této sekci se našli ti, kteří neberou poradkyně rané péče partnersky a nechtějí s nimi moc spolupracovat.

Spolupráce sociálních služeb je obsahem sociální rehabilitace. Tým sociální rehabilitace může být velmi rozsáhlý a rodina s dítětem může využívat několik sociálních služeb. Nejčastějšími využívanými sociálními službami jsou služby odlehčovací, denní stacionáře a sociálně aktivizační služby. V rámci této rehabilitace je rodiči poskytnuto základní, ale i odborné sociální poradenství. Součinnost samotné spolupráce z výzkumu je velmi dobrá.

Spolupráce se školstvím je obsahem pedagogické rehabilitace. Tým pedagogické rehabilitace je tvořen hlavně pracovníky speciálního školství a SPC. Každé dítě i to se zdravotním znevýhodnění by se mělo integrovat do kolektivu. Z tohoto důvodu je důležitá i spolupráce těchto zařízení s pracovníkem rané péče. Z výzkumu vyplynulo, že spolupráce je tady na velmi dobré úrovni. Nejintenzivnější spolupráce začíná již při začleňování dítěte do kolektivu dětí, ale také i nadále, a to v průběhu celé jeho docházky do školských zařízení, až do 7 let věku nebo do ukončení poskytování rané péče.

Intervenující podmínky jsou podmínky, které ve spolupráci s kontextem ovlivňují celý jev a podmiňují reagování na situace či na strategie jednání, uvádějí Strauss a Corbin (1999). Velmi často je obtížné odlišit od sebe kontext a intervenující podmínky, a to z toho důvodu, že se tyto dvě kategorie výrazně prolínají, zdůrazňuje Hendl (2016).

V rámci mého výzkumu vyplynulo hned několik intervenujících podmínek, o kterých lze říct, že znatelně ovlivňují podobu jevu. Jedná se o dostupnost informací o službě, představy rodičů o službě, ochota odborníků spolupracovat, kvalita spolupráce s odborníky, praxe poradkyň rané péče, dovednosti rodičů, kvalita a dostupnost služby a sociální poradenství.

Na základě výzkumu jsem zjistila, že dostupnost informací o službě raná péče je celkem dobrá. Poskytovatelé raných péčí se snaží mnohými způsoby předat informace o existenci služby především do ordinací pediatrů a různých odborníků či specialistů. Největší snahou poskytovatelů je, aby informaci o existenci služby obdržel rodič právě jako první u pediatra svého dítěte. Z výzkumu dále vyplývá, že pomocí cílených depistáží jsou k pediatrům doručovány právě letáčky a informace o službě. Tyto materiály může pediatr v případě potřeby předat rodičům dítěte. Bohužel toto by byl ideální stav, k němuž se realita nepřibližuje. Ze statistik, které si vede každý poskytovatel, vyplývá, že informace o rané péči od pediatra nepřichází, a to i přes to, že jsou o službách rané péče informováni. O samotné existenci rané péče se rodiče nejčastěji dozvídají tedy z webových či facebookových stránek anebo od jiných rodičů, kteří službu využívají či ji v minulosti využívali.

S tímto souvisí i představa rodičů o službě, protože kvalita těchto představ záleží na tom, jakým způsobem je informace předána. Výzkum ukázal, že jsou i pediatři a odborníci, kteří ranou péči rodiči doporučí, ale bohužel mu nejsou schopni předat kvalitní informace o službě. V některých případech je i způsob předání kontaktu na ranou péči pro rodiče dosti zmatečným. „*Zavolejte si sem, nevyšly vám testy,*“ popisuje PR2 své zkušenosti se způsobem informování u několika svých klientů. Představy se tedy dost liší, ale poradkyním to nevádí a klienty poté dostatečně informují o službách a o tom, s čím jim pomohou v péči o postižené dítě. „*Hlavní je, že poslechnou lékaře a zavolají nám,*“ konstatovala PR7.

Ochota odborníků spolupracovat je další intervenující podmínkou zvoleného jevu. Z výsledků výzkumu je patrné, že velmi záleží na samotné ochotě odborníků a pediatrů navázat spolupráci s ranou péčí. Toto vše dle poradkyň souvisí s charakterem odborníka a s tím, zda chce mít i rozšířený přesah někam jinam. „*Jsou lékaři, s kterými se mi pracuje skvěle, ale poté jsou bohužel i ti, kteří se se mnou nechtějí vůbec bavit a neberou mě partnersky,*“ sdělila PR4.

Kvalita spolupráce s odborníky je závislá na samotné ochotě jednotlivých odborníků. Z výzkumu je zřejmé, že v případě navázané spolupráce s lékaři či odborníky je kvalita výsledků pro dítě znatelně viditelná a přínosná. K dítěti je nutné přistupovat všemi odborníky jednotně.

Praxe poradkyň rané péče je důležitou intervenující podmínkou, na které velmi záleží v případě navazování komunikace s odborníky, specialisty, ale také se samotnými rodiči v rámci zajištění koordinované rehabilitace kolem dítěte. Schopnost zorganizovat a naplánovat například průběh společného jednání všech zainteresovaných profesí je náročné a závislé na praxi poradkyně. Délka praxe poradkyně na pracovišti se odráží i na kvalitě a zkušenostech v rámci poskytované péče rodiči a jeho dítěti se zdravotním znevýhodněním.

Dovednosti rodičů jsou velmi důležitým výstupem rané péče v koordinované rehabilitaci. Rodiče se v průběhu celé služby učí to, jak o své dítě pečovat, učit se s ním, hrát si s ním, a jak ho dále vyvíjet. Získání patřičných dovedností je pro rodinu opravdu významným krokem v péči o jejich dítě. Obsahem nejsou pouze sociální dovednosti, ale také díky koordinované rehabilitaci i dovednosti spojené s tím, jak s dítětem například efektivně cvičit, polohovat ho anebo ho připravovat na různé změny a reagovat na nové a nové situace (př. nástup dítěte do školky).

Sociální poradenství je poslední intervenující podmínkou. Díky zprostředkování sociálního poradenství jsou rodiči poskytnuté důležité informace například o nároku na dávky ze systému státní sociální podpory, hmotné nouze, dávky pro osoby se zdravotním postižením, dávky ze systému nemocenského pojištění či informace o nároku na příspěvek na zvláštní pomůcku. V rámci sociálního poradenství jsou rodiči prezentovány i další možné sociální služby, zaměřené třeba na odlehčení dítěte v případě potřeby či kontakty na denní, týdenní stacionáře nebo na jiné vhodné služby.

Strategie jednání a interakce jsou postupy, které si osoba provádějící výzkum musela stanovit nebo vytvořit, aby byla schopna reagovat na situaci, jednat v normě a zastávat svou roli, a to vše v rámci kontextu a podmínek (Strauss a Corbin, 1999). Velmi často jsou strategie jednání a interakce zaměřená na cílené strategie.

Dle výsledků výzkumu lze tedy za strategie jednání a interakce považovat potřebu vyšší osvěty a medializace, zlepšení spolupráce s odborníky a pediatry, spolupráce se školstvím, spolupráce s ostatními poskytovateli rané péče, pomoc a podpora rodiny, speciální metody a techniky práce s dítětem.

Potřeba vyšší osvěty a medializace je jednou ze základních strategií, kterou lze použít jako reakci na daný jev. Tato potřeba spočívá ve vynaložení snahy o to, aby probíhaly

cílené depistáže směřované k pediatrům a ostatním odborníkům, díky kterým by se zvýšilo povědomí a znalost o sociální službě raná péče. Informantky se shodly na tom, že by bylo po depistáži dobré se osloveným odborníkům ještě více věnovat a snažit se co nejvíce přizpůsobit služby rané péče. Dle informantek by bylo dobré se zaměřit ještě více na medializaci, díky které se podaří oslovit rodiče dětí se zdravotním znevýhodněním.

Zlepšení spolupráce s odborníky a pediatry je také jedna z důležitých strategií, která je pro fungování rané péče velmi významná a potřebná. Zlepšení spolupráce s sebou nese vidinu toho, že se kolem dítěte a jeho rodiny vytvoří podporující multidisciplinární tým, jenž bude rodině k dispozici pro co nejlepší rozvoj a vývoj dítěte.

Spolupráce se školstvím či s ostatními poskytovateli raných péčí jsou dalšími strategiemi jednání, které přímo souvisí s předchozí strategií. Výsledky ukázaly fakt, že spolupráce se školstvím je nepostradatelným nástrojem pro integraci či inkluzi dítěte se zdravotním znevýhodněním do školských zařízení.

Podpora a pomoc rodiny je jedna z velmi důležitých strategií jednání jevu fungování rané péče v koordinované rehabilitaci. Výsledky výzkumu ukázaly, že toto je pro rodiče velmi důležité, a to především při začátcích, kdy většinou dochází k tomu, že rodič se s novou životní situací musí smířit. Poradkyně rané péče uvedly, že mají vytvořené sítě odborníků, s kterými mají navázanou spolupráci. Některé poradkyně dokonce i uvedly, že v případě psychologické podpory je rodiči skrz ranou péči hrazeno i psychologické sezení. Pomoc a podpora není pouze v psychickém rozpoložení rodiny, ale také probíhá v samotné oblasti péče o dítě.

Speciální metody a techniky práce s dítětem jsou pracovními nástroji pro samotnou realizaci rané péče a ostatních subjektů spolupodílejících se v rámci koordinované rehabilitace o dítě se zdravotním znevýhodněním. Velmi častou službou, kterou raná péče poskytuje, jsou speciální vytvořené hračky a pomůcky, které vozí a zapůjčuje do rodin poradkyně rané péče. Každý z odborníků má své speciální metody a techniky práce, které využívá při práci se samotným dítětem a jeho rodinou. Některé z těchto technik učí i rodiče těchto dětí, aby mohlo docházet k rozvoji i mimo návštěvu odborníka (např. rehabilitace, polohování, stimulace zraku, logopedické procvičování atd.).

Následky jsou už samotným výsledkem strategií jednání, přičemž i ostatní kategorie mohou mít vliv na následek (Strauss a Corbin, 1999). Následky mohou svým způsobem i zpětně ovlivňovat samotný jev.

Dle výsledků tohoto výzkumu lze mezi následky zařadit podporu multidisciplinárního týmu, sjednocení postupů péče o dítě, zlepšení mezioborové spolupráce, popularizace služeb rané péče, rozvoj a zlepšení stavu dítěte, snazší integrace/inkluze, prevence sociální izolace rodin.

Podpora multidisciplinárního týmu je výsledkem zlepšení spolupráce s odborníky a pediatry, a je celkově ovlivněna principem a zásadami koordinované rehabilitace. Poradkyně rané péče zdůraznily, že koordinovaná rehabilitace je pro ně velmi zásadní a nepostradatelná při jejich práci.

Pomoc a podpora rodiny má ve svém důsledku vliv na sjednocení postupů péče o dítě. Podoba těchto činností závisí na typu postižení u dítěte. *„Je pro nás důležité to, abychom se ke klientovi chovali všichni uceleně a byli k němu jednotní, a to třeba při doporučení pořízení vozíku – my řekneme: pořídte vozík, ale fyzioterapeut ho nedoporučí, protože by to zastavilo jeho vývoj,“* popisuje své zkušenosti PR6. Na realizaci se podílejí i speciální metody a techniky práce s dítětem aplikovanými účastníky koordinované rehabilitace. Na tento následek navazuje i následek rozvoj a zlepšení stavu dítěte.

Zlepšení mezioborové spolupráce je spjata se strategií zlepšení spolupráce s odborníky a pediatry. Velký vliv na tento následek má spolupráce zdravotních a sociálních služeb společně se školstvím.

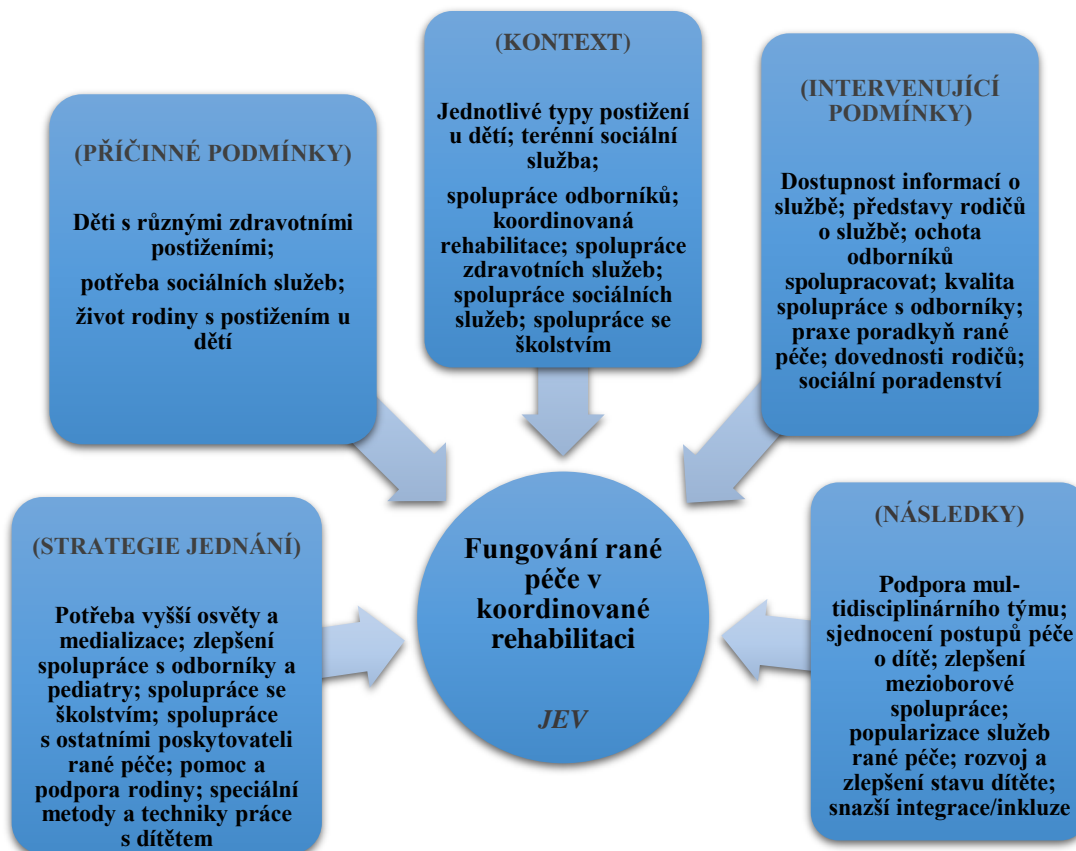
Popularizace služeb rané péče jsou výsledkem potřeby vyšší osvěty a medializace. Aby k tomuto docházelo, je třeba dle poradkyň zajistit cílené a pravidelné depistáže s distribucí letáků přímo do ordinací pediatrů, a k jiným odborníkům. Z výzkumu je zřejmé, že je důležité se zaměřit i na samotnou práci s oslovenými pediatry.

Spolupráce rané péče se školstvím je výsledkem snazší integrace/inkluze dítěte do školského zařízení. *„Největší a nejčastější spolupráce probíhá se školskými zařízeními, která pravidelně navštěvujeme a sledujeme adaptaci dítěte,“* objasnila PR6.

Paradigmatický model má za schopnost poměrně přehledně vystihnout souvislosti, a může tak pomoci mezi sebou vzájemně provázat jednotlivé kategorie (schéma č.12).

Výsledkem je tedy tzv. „centrální model“, kde všechny kategorie souvisí s jevem i mezi sebou navzájem a velmi se ovlivňují.

Schéma č.12: Centrální model



Zdroj: Vlastní výzkum

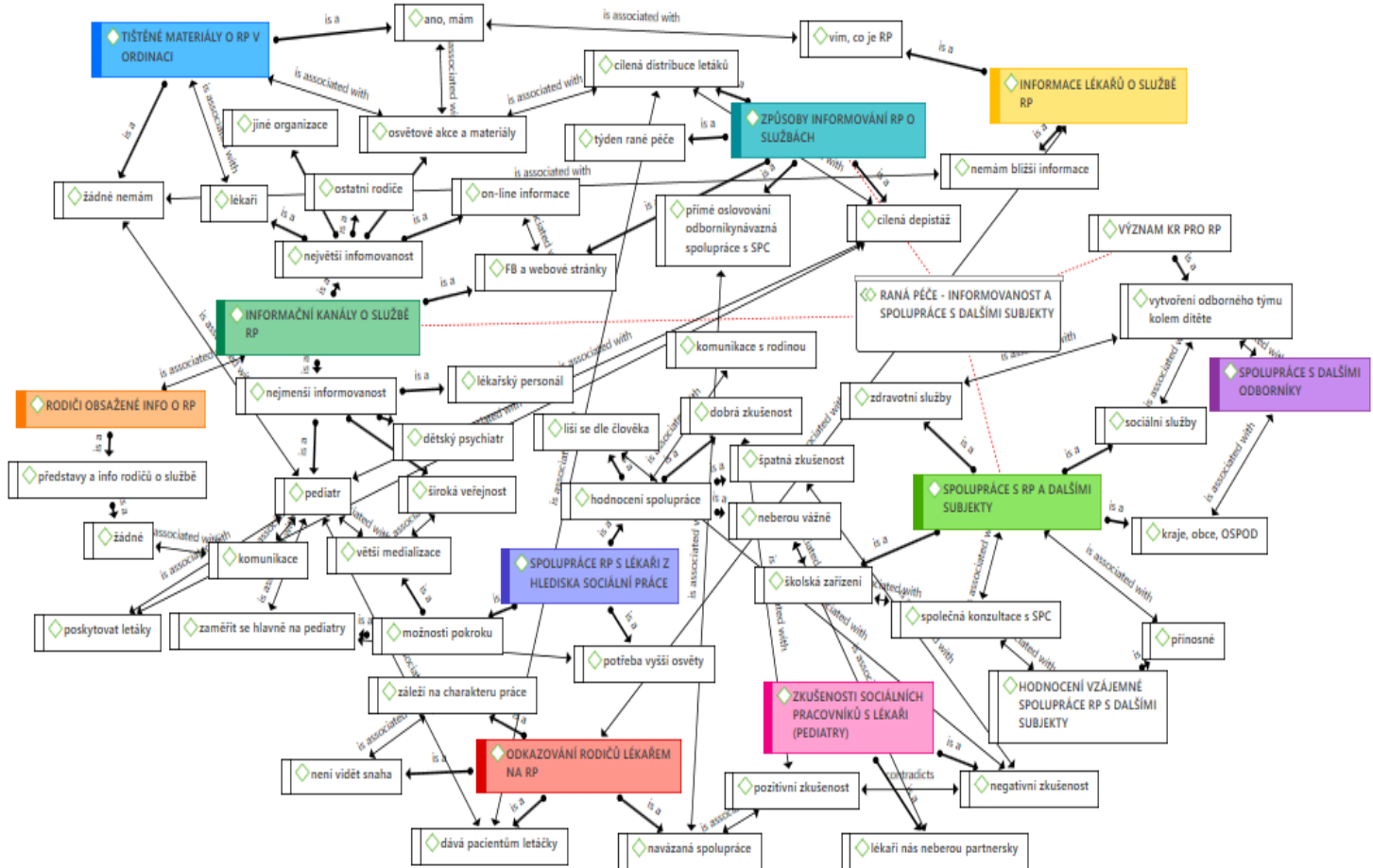
4.3.2 Klíčová kategorie výzkumu

Na základě výzkumu a analýzy dat pomocí selektivního kódování se hlavní kategorií stala ta, která je částečně obsažena již v názvu samotné diplomové práce. Postupnou analýzou dat směřující k snaze ve vytvoření validní teorie výzkumu jsem se dostala k centrální kategorii, která nese název „*Raná péče – informovanost a spolupráce s dalšími subjekty*“ (Schéma č. 13).

Raná péče – informovanost a spolupráce s dalšími subjekty je ústředním tématem všech kategorií, které byly stanoveny. Všechny uvedené kategorie jsou ve vzájemné závislosti a také se ovlivňují. Centrální kategorie stojí v samotném centru celého schématu, a to

z toho důvodu, že všechny ostatní kategorie k ní směřují. Tato kategorie je kategorií, která mění souvislosti, je příčinou či intervenující podmínkou a také je i následkem dějů.

Schéma č. 13: Raná péče – informovanost a spolupráce s dalšími subjekty – centrální kategorie



Zdroj: Vlastní výzkum

4.4 Formulace zakotvených tvrzení

Analýzou výsledků výzkumu vylupila teoretická tvrzení, která vyjadřují výsledky z hlediska rané péče ve světle koordinované rehabilitace, ale také ukazují i samotné fungování rané péče v koordinované rehabilitaci. Tato tvrzení shrnují možné souvislosti mezi příčinami a následky jevů, které se v rámci rané péče ve světle koordinované rehabilitace objevily.

Zakotvená tvrzení jsou již tedy posledním krokem takto pojaté kvalitativní analýzy a jsou vlastně i hlavním výstupem celého výzkumu a zkoumané problematiky.

Zakotvená tvrzení

- Spolupráce s lékaři (pediatry) není ideální, je třeba větší osvěta
- Spolupráci rané péče s pediatry či jinými lékaři je třeba zlepšit
- Pro správný vývoj dítěte se zdravotním znevýhodněným je třeba vytvořit kolem něj fungující multidisciplinární tým, který bude spolupracovat
- Spolupráce odborníků je nezbytnou součástí koordinované rehabilitace u dítěte se zdravotním znevýhodněním
- Podpora multidisciplinárního týmu je důležitá pro společné sjednocení péče u konkrétního dítěte od všech pečujících profesí a rodiny
- Někteří pediatři (lékaři) a odborníci neberou poradkyně rané péče partnersky
- Navázání spolupráce lékaři či pediatry závisí na jejich charakteru a na ochotě spolupracovat
- Sociální a zdravotní resort není mezi sebou propojen, tudíž někteří lékaři nevnímají ranou péči vážně
- Služby rané péče jsou pro rodiny a jejich fungování velmi důležité, protože jim nabízejí potřebnou pomoc a podporu
- Cílená depistáž je nezbytným nástrojem pro zvýšení informovanosti o rané péči u pediatriů a lékařů, a také pro zlepšení spolupráce mezi sebou navzájem
- V rámci cílené depistáže je třeba informace poskytovat s letáčky o službě a setrvat s oslovenými v kontaktu

5 DISKUZE

Tato diplomová práce se zabývá ranou péčí ve světle koordinované rehabilitace. Hlavním cílem této práce bylo zanalyzovat proces spolupráce sociálních pracovníků rané péče s dalšími subjekty se zaměřením na lékaře. Na základě tohoto cíle byly stanoveny tři výzkumné otázky.

- 1) Jaký je pohled sociálních pracovníků rané péče na vzájemnou spolupráci s lékaři?
- 2) S jakými dalšími subjekty spolupracují pracovníci rané péče?
- 3) Jak vnímají sociální pracovníci rané péče své služby v rámci koordinované rehabilitace?

Nejdříve bych se chtěla vyjádřit k samotné realizaci a průběhu výzkumu. Postupovala jsem dle dané metodiky. Výzkum probíhal ve dvou fázích. Výzkumným souborem pro první fázi výzkumu byli pediatři na území Jihočeského kraje. Této části výzkumu se celkem zúčastnilo dvacet čtyři pediatrů. Druhým výzkumným souborem bylo sedm sociálních pracovníků působících v rané péči na pozici poradce rané péče. Tento výzkumný soubor zastupuje všech sedm poskytovatelů služby raná péče působících na území celého Jihočeského kraje.

Byla jsem velmi překvapena průběhem rozhovorů s pediatry. Obávala jsem se, že tento výzkumný soubor bude na kontaktování a provedení rozhovorů velmi náročný, protože jsem se domnívala, že na mě pediatři nebudou mít díky aktuální epidemiologické situaci čas. Celkem jsem oslovila přes 60 pediatrů, z kterých 24 svolilo k možnosti uskutečnění rozhovorů. Z rozhovorů jsem měla pocit, že někteří pediatři měli velký zájem se k rané péči vyjádřit. Bohužel jsem se setkala i s těmi pediatry, kteří odmítli se jakkoli vyjadřovat a uvedli, že na tyto témata nemají aktuálně prostor. U některých pediatrů bylo znát, že i přes souhlas s rozhovorem na mě neměli tolik času a domnívám se, že v těchto případech mohly být i některé výsledky ovlivněny.

Rozhovory s poradkyněmi rané péče proběhly ve velmi příjemné atmosféře. Myslím si, že toto téma je pro pracovníky rané péče velmi zajímavé a aktuální. Bylo vidět, že pro některé z nich je tato problematika informovanosti o rané péči u lékařů velmi složitá a vlastně celkem dost problematická.

V první fázi výzkumu jsem zjišťovala, jaké poznatky a informace mají pediatři na území Jihočeského kraje o službě rané péče. Tyto informace jsou dle mého názoru důležitým doplňkem celého výzkumu.

Již při sběru rozhovorů s pediatry jsem byla velmi překvapená tím, kolik informací o rané péči někteří z nich mají. Údiv byl dán mým předpokladem a domněnkou, že znalost u pediatrů o rané péči nebude nikterak velká. Velmi zajímavým faktem bylo také to, že pediatr, který má přehled o tom, zda je některý z jeho pacientů klientem rané péče, má větší a hlubší rozsah informací o této sociální službě než ten, který přehled nemá. Z těchto výsledků je dále zřejmé, že pediatři mající přehled o svých pacientech jsou i daleko více otevření k vzájemné spolupráci s ranou péčí. Ti pediatři, kteří měli pouze základní či minimální informace o službě, většinou o spolupráci ani zájem nemají, a to z toho důvodu, že si nedovedou představit podobu a užitečnost vzájemné spolupráce. Mžourková (2020) toto potvrzuje a doplňuje, že pediatři možná rané péči stále tolik nevěří nebo stále neví, co vše může raná péče rodině se zdravotním znevýhodněním nabídnout.

Velmi zajímavým zjištěním bylo, že pediatři, kteří působí v okrese České Budějovice, mají podobné znalosti o rané péči. Vyšlo tu totiž najevo, že tito pediatři mají poměrně dost informací o tom, že cílovou skupinou rané péče jsou především děti se zrakovým postižením. Tento fakt může souviset s tím, že v Českých Budějovicích je sídlo Střediska rané péče, jež se právě na tuto cílovou skupinou dětí zaměřuje a je pro ně velmi známé.

Výsledky také ukázaly, že již méně pediatrů vnímá ranou péči nejen jako pomoc určenou dítěti, ale také jako pomoc určenou jeho rodině. Dohnalová (2015) popsala ranou péči terénní službu, při které poradkyně rané péče docházejí pravidelně do rodiny dítěte s postižením a pomáhají jim se zvládnutím po příchodu matky s dítětem z porodnice, podporují rodinu v péči o dítě (např. pravidelná cvičení), pomáhají a předávají kontakty na sociální a zdravotní služby, a také zapůjčují specifické pomůcky a hračky, které jsou vhodné pro rozvoj dítěte. Guralnick (2001) uvádí, že raná péče je systém, který podporuje interakční rodinné modely pro správný vývoj dítěte s postižením. Důraz je dle autora kladen na výměnné procesy mezi dítětem a rodičem a na poskytování pomoci rodičům tak, aby byli schopni co nejvíce zabezpečit další vývoj svého dítěte. Tyto informace, které zmínili výše uvedení autoři, v praxi pediatrů zcela chybí, což také potvrdily i některé z poradkyň rané péče. Výzkum realizován u pediatrů toto potvrzuje také, protože velmi málo z nich uvedlo, že raná péče je určena i přímo rodině dítěte.

Výsledky poukázaly mimo jiné také na to, že více jak polovina pediatriů má ve svých ordinacích a čekárnách umístěné letáčky a jiné propagační materiály o službách rané péče. Tyto materiály poté předávají v případě potřeby rodičům a odkazují pomocí nich na služby rané péče. Klazarová (2014) zjistila, že největší problém týkající se podávání tištěných materiálů o rané péči vidí pediatrii v tom, že se jedná o velké množství informací, které nejsou schopni zpracovat, protože na to nemají tolik času. Velmi zajímavým zjištěním v mém výzkumu bylo, že někteří pediatrii z těch, kteří mají o svých pacientech přehled, uvedli, že letáčky v ordinacích nemají, ale chtěli by je mít k dispozici. Klazarová (2014) popsala ve svém výzkumu podobnou potřebu a dále uvedla, že pediatrii mají o informace také zájem a nevidí problém v jejich předávání rodičům, i když to pro ně není prioritou, ale jako práci navíc to nevnímají.

Z rozhovorů s poradkyněmi rané péče vyplynulo, že ony samy vnímají distribuci letáčků o službě mezi lékaře jako velmi důležitou činnost své práce. Díky takto cílené komunikaci dochází k vyšší informovanosti o službách, a tím i k zvýšení pravděpodobnosti vzniku možné spolupráce s některými pediatrii či odborníky. Poradkyně rané péče nazývají tyto akce, které mají za cíl zvýšit informovanost o rané péči, cílenou depistáží, i když přímo doslovně o depistáž jako takovou nejde, protože zdravotník je informován pracovníky o případné možné pomoci, o níž může rodině podat více informací. Tirpáková (2013) uvádí, že depistáž je důležitým aspektem pro práci rané péče s lékaři, protože s těmi většinou rodina s dítětem se zdravotním znevýhodněním přijde jako první do kontaktu. Autorka tedy také vyzdvihuje potřebu provádění takto směřovaných depistáží. Zdravotníci a lékaři jsou totiž osobami prvního kontaktu, které rodiči podávají informace nejen o charakteru a rozsahu postižení jejich dítěte, ale také mohou být nositelem informací o dalších možných podporách vyjma těch zdravotních (Nadační fond Avast, 2016). Hradilková a kol. (2018) popisuje, že o depistáži smýšlí jako o vhodném nástroji, pomocí kterého jsou vyhledávány rodiny, jež ranou péči potřebují, a to skrz zdravotnická pracoviště, lékaře a také zdravotnický personál. Poradkyně rané péče tyto zmíněné skupiny zkontaktují a dojednávají s nimi možné způsoby informování, kterými by mohly jako odborníci disponovat, díky čemuž by rodinám s dítětem se zdravotním znevýhodněním poskytly potřebné a cílené informace, uvádí dále autorka. Hůlová (2017) toto potvrzuje a doplňuje faktem, že efektivní a eticky realizovaná depistáž je pak cenným prostředkem k informacím o možné pomoci lidem, kteří si vhodnou službu zatím nenašli.

Výše zjištěné okolnosti mají vliv na špatné zkušenosti poradkyň raných péčí na to, že pediatri neodkazují rodiny na jejich služby. Mžourková (2020) uvedla, že dle jejich zkušeností není u všech pediatrů vidět snaha o to ranou péči rodičům vůbec doporučovat. Dle poradkyň rané péče je tedy důležité, aby se zaměřily hlavně na distribuci letáčků do ordinací. Díky této distribuci by mohlo dojít k tomu, že pediatr se s poradkyněmi přímo setká a je tu šance, že ho vzájemná komunikace osloví natolik, že letáčky bude rodičům předávat. Klazarová (2014) v rámci podobného výzkumu, jenž probíhal na území Hradce Králové, zjistila, že lékaři, s kterými vedla rozhovory, se snaží podávat informace o rané péči ústně, ale také někdy jen za pomoci letáčků, které mají pro rodiny v čekárnách. Lékaři si jsou však vědomi větší efektivity v případě ústního předání informací o službách rané péče, zjistila dále autorka. Nadační fond Avast (2016) doplňuje, že bohužel ve zdravotnictví neexistuje pro včasné a účinné informování pravidlo či postup, informace o službách musí předat vždy poskytovatel služby lékař sám. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, v aktuálním platném znění, §31, odst. 6 uvádí, že: *„Jestliže to zdravotní stav nebo povaha onemocnění pacienta vyžadují, je poskytovatel oprávněn sdělit osobám, které budou o pacienta osobně pečovat, informace, které jsou nezbytné k zajištění této péče nebo pro ochranu jejich zdraví.“* Z výzkumu je zřejmé, že informantky i přes toto zákonné ukotvení mají s odkazováním lékařů na ranou péči rozdílné zkušenosti. Výsledky ukázaly, že ve většině případů nezáleží na tom, jak moc jsou lékaři informováni a kolik informací o službě mají, ale spíše záleží na charakteru a ochotě každého z nich. Dle těchto osobnostních vlastností lékař podává, či nepodává informace rodiči o tom, že existuje služba, která by jim mohla v péči o jejich dítě pomoci. Včasná informovanost rodičů dětí se zdravotním znevýhodněním a navázání spolupráce rané péče s pediatry jsou dle Dohnalové (2015) hlavními předpoklady pro úspěšné zvládnutí celé situace, stabilizaci rodiny, pozitivního rozvoje dítěte a případného začlenění dítěte do kolektivu.

Výzkum ukázal, že informantky vyzdvihly potřebu vyšší osvěty právě u pediatrů, a to hlavně z toho důvodu, že pediatr je velmi důležitým odborníkem, který dokonale zná dítě od jeho narození, a může tak díky preventivním prohlídkám pojmout podezření, že se něco nevyvíjí tak, jak by mělo. Typickým je například povinný screening v 18 měsících života dítěte, který zachycuje včasné podezření na poruchy autistického spektra. Tato povinnost pro pediatry začala platit v lednu roku 2017 a je dána Vyhláškou č. 45/2021 Sb., kterou se mění vyhláška č. 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách ve znění

pozdějších předpisů. V lednu 2021 přibylo v této vyhlášce i doporučení, které říká, že v případě nejednoznačného výsledku vyšetření za účelem včasného zachytu poruchy autistického spektra v 18 měsících se má toto vyšetření po 6 měsících zopakovat. Dudová a Mohaplová (2016) vnímají informovanost a roli dětského lékaře v identifikaci poruchy autistického spektra jako klíčovou pro časnou diagnostiku PAS u dítěte s příznaky.

Myslím si, že pediatr je odborník, na kterého rodiče dají a věří mu. Z výše uvedených okolností jsem toho názoru, že je velmi důležité, aby pediatr rodiči předal alespoň letáček a jednou větou vysvětlil, o co se jedná a proč jim ho dává. Poté jsou veškeré další kroky na rodičích, zda zavolají, či nikoli. Z těchto důvodů si myslím, že cílená distribuce letáčků je velmi důležitým nástrojem, díky kterému se k pediatrovi dostanou jednak informace o rané péči a o jejích možnostech, ale také dojde k vyšší šanci navázání spoluprací rané péče přímo s oslovenými pediatry z důvodu provádění pravidelných osvětových akcí u lékařů přímo poradkyněmi raných péčí.

Výsledky dále ukázaly, že většina poradkyň rané péče je toho názoru, že spolupráce s lékaři se liší člověk od člověka. Některé z nich mají s lékaři zkušenosti dobré a některé naopak špatné. Velmi častým nositelem špatné spolupráce s lékaři je fakt, že poradkyně rané péče nejsou v očích některých odborníků vnímány jako profesionálové ve svém oboru. Výzkum ukázal, že nositelem negativního hodnocení je fakt, že pediatr nezná sociální systém a poradkyně rané péče nebere jako partnery, ale pouze jako sociální službu, ve které nevidí potenciál a odborníky, kteří mohou pomoci rodině s dítětem se zdravotním znevýhodněním. Mžourková (2020) toto potvrzuje výrokem, že lékaři ranou péči velmi často podceňují, a to především z toho důvodu, že to je sociální služba, která nemá se zdravotnictvím nic společného.

Velmi mě zaujala podoba spolupráce v rámci všech poskytovatelů rané péče na území Jihočeského kraje. Mé sympatie k tomuto směřují především z toho důvodu, že rané péče spolu drží a vzájemně si pomáhají tak, aby se informace o tom, co dělají, dostala k co největšímu počtu obyvatel, a to ať už k rodičům či přímo k odborníkům. Mile mě toto překvapilo a vůbec jsem s tím nepočítala, že to takto bude vypadat. Myslím si, že tato spolupráce je krásným ukazatelem toho, že v případě spojení lze dokázat velké věci.

Na závěr bych chtěla shrnout poznatky, které vznikly ohledně rané péče a koordinované rehabilitace. Z výzkumu je zřejmé, že pro poradkyně rané péče je hrozně důležité spolupracovat s dalšími odborníky v rámci týmu. Lze konstatovat, že smysl takto

navázané spolupráce je viděn poradkyněmi rané péče především v tom, aby u dítěte došlo alespoň k sjednocení postupů péče o něj. Hunáková (2018) toto potvrzuje a odůvodňuje to tím, že rodina s dítětem se zdravotním znevýhodněním navštěvuje mnoho odborníků, kteří se dívají na dítě rozdílně a na základě svého profesního pohledu. Stává se tedy, že jednotlivá doporučení od odborníků jsou pro rodiče nejasná a neucelená, tyto pocity uvádějí rodiče do obav a nejistoty v tom, že ve finále neví, jak mají ke svému dítěti přistupovat a jak se o něj mají starat (Hunáková, 2018). Důležitost efektivního vytvořeného týmu, který má společný cíl a vzájemně se podporuje pro dosažení stanoveného cíle, zdůrazňoval už Adair (1994). Drucker (2008) uvádí, že významný benefit pro multidisciplinární péči spočívá v možnosti posouzení klienta z různých úhlů pohledu od různých specialistů, a to z toho důvodu, že každý z nich má jiné názory a požadavky. Jankovský (2006) uvádí, že centrem celého dění je vždy dítě se zdravotním postižením, kolem kterého je několik rovnocenných odborníků společně s rodiči. Tento vytvořený tým musí dle autora vzájemně fungovat, a nepostradatelná je i vzájemná komunikace mezi jednotlivými účastníky. Kapr (2002) doplňuje, že rehabilitace nabízí souvislou a koordinovanou péči s vidinou snížení dopadu postižení či jeho rozvinutí.

Koordinovaná rehabilitace je tedy dle informantek zcela zásadní a potřebná pro vytvoření té správné kruhové podpory kolem dítěte. Díky této péči je dítěti a jeho rodině nabídnuta komplexní péče, která bude dítě rozvíjet a pomáhat mu v jeho vývoji. Komplexnost dle Kapra (2002) znamená především ranou intervenci společně s propojením jednotlivých rehabilitačních prvků a možnost uplatnění této rehabilitace do té doby, dokdy bude u jedince potřebná.

Z realizovaného výzkumu, který byl uveden v diskusi, vznikly jednotlivé odpovědi na dané výzkumné otázky.

Jaký je pohled sociálních pracovníků rané péče na vzájemnou spolupráci s lékaři?

Sociální pracovnice vnímají spolupráci s lékaři jako velmi zásadní a nezbytnou pro jejich působení u rodiny, která se stará o dítě se zdravotním znevýhodněním. Bohužel ale i přes velké snahy poskytovatelů této služby není spolupráce zrovna ideální, a je třeba ji neustále zlepšovat. Výsledky ukázaly, že nejhorší situace je u pediatrů, kde vzniká problém, a to ten, že pediatři neodkazují rodiče v případě potřeby na služby rané péče, a někteří nemají dokonce ani zájem s ranou péčí jakkoli spolupracovat. Informantky sdělily i dobré

zkušenosti s lékaři, ale těch bylo opravdu málo. Celkem slušnou spolupráci mají sociální pracovníce navázanou se specialisty, kde funguje skvěle zpětná vazba.

S jakými dalšími subjekty spolupracují pracovníci rané péče?

Výsledky ukázaly, že největší navázaná spolupráce je mezi samotnými poskytovateli raných péčí v Jihočeském kraji. Další spolupráce jsou navázané v rámci školských zařízení, SPC, s jinými poskytovateli sociálních služeb, OSPODY a také s některými zdravotními zařízeními, specialisty, odborníky, lékaři a pediatry. Jak již bylo ale řečeno, tato spolupráce je však velmi problematická a je třeba na ní stále pracovat. Pracovnice raných péčí vnímají tuto spolupráci jako velmi důležitou, protože je výhodná především pro dítě a jeho rodinu, a to tak, že pomáhá sjednotit přístupy v péči o dítě u všech zainteresovaných osob. Spolupráce, a to především finančního rázu probíhá i na úrovni krajů, měst a obcí s rozšířenou působností.

Jak vnímají sociální pracovníci rané péče své služby v rámci koordinované rehabilitace?

Sociální pracovníci rané péče se shodly na tom, že by se už neobešly bez možnosti pracovat v rámci týmu koordinované rehabilitace. Výzkum ukázal, že každý poskytovatel má své adresáře kontaktů na specialisty, odborníky či jinak zaměřené šikovné profese, a z těchto čerpá a doporučuje je svým klientům. Sociální pracovníci vnímají koordinovanou rehabilitaci za velmi zásadní a potřebnou, protože díky vytvořené podpoře kruhu odborníků kolem dítěte a jeho rodiny se snáze plánuje nejen péče, ale je tu i velká pravděpodobnost v tom, že dítě se bude díky této podpoře rychleji či lépe rozvíjet.

Doporučení na závěr

Z výzkumu je zřejmé, že pro ranou péči je nezbytná spolupráce v rámci koordinované rehabilitace. Úskalím spolupráce na této úrovni jsou především pediatři, ale i jiní lékaři, kteří nevnímají sociální služby jako služby, jež mohou dítěti se zdravotním znevýhodněním pomoci. Pediatři sice ví o tom, že raná péče existuje, ale většinou mají pouze základní nebo „osekané“ informace, a ve finále si nedovedou tuto službu představit v komplexním pojetí. Pro ranou péči by bylo skvělé, aby rodiče na službu odkazovali právě pediatři.

Bylo by tedy dobré se lékařům snažit ještě více z hlediska zvýšení informovanosti věnovat. Péče o pediatry by měla být dle mého názoru více do hloubky tak, aby pediatr

uznal, že raná péče je opravdu službou, jež může být pro dítě a jeho rodinu opravdu výjimečná. Z tohoto důvodu cítím, že je třeba se i zaměřit na strategii samotné komunikace, a to tak, aby probíhala především na úrovni seznamovací a pediatrovi by tak přinesla dostatek poskytnutých informací o službě a také by mu představila všechny výhody, které by mohly rodině s dítětem se zdravotním znevýhodněním vzniknout při včasné začlenění do systému rané péče.

Myslím si, že propagace skrz letáčky je opravdu perfektní, a je to dobrá cesta, která vede k většímu dopadu povědomí o rané péči v populaci. Rozhodně bych takto doporučila pokračovat, i když vnímám, že díky zkušenostem některých poradkyň se to může zdát jako „promrhaný“ čas. Na druhou stranu si uvědomuji, že takováto hluboká snaha prováděna za účelem zvýšení informovanosti musí být náročná nejen pro poskytovatele raných péčí z hlediska financování, ale i pro pracovníky samotné, protože jim to zabere mnoho času, ať už přípravou či přímým oslovováním odborníků. Toto by mohla být určitá překážka, které by se ale dalo dle mého názoru předejít zaměstnáním PR specialisty, jenž by měl navazování spoluprací s lékaři na starosti. Tímto by došlo k vytvoření nové pracovní pozice, ke které by vše ohledně spoluprací směřovalo a také by tento pracovník mohl mít na starost samotné organizování a plánování společných setkávání odborníků kolem dítěte.

6 ZÁVĚR

Diplomová práce je zaměřená na ranou péči ve světle koordinované rehabilitace. Cílem této práce bylo zanalyzovat proces spolupráce sociálních pracovníků rané péče s dalšími subjekty se zaměřením na lékaře. Byly stanoveny tři výzkumné otázky.

Výzkum ukázal, že poradkyně rané péče jsou opravdu součástí koordinované rehabilitace. Díky jejich aktivitě dochází k navázání vzájemné a tolik potřebné spolupráci s odborníky či jinými subjekty podílející se na péči u konkrétního dítěte se zdravotním znevýhodněním. Poradkyně navazují spolupráce s různými oblastmi, a to vždy na základě aktuálních potřeb dítěte a jeho rodiny. Multidisciplinární tým v kontextu koordinované rehabilitace je velmi často zastoupen školskými zařízeními, jinými sociálními službami, specialisty, odborníky či jiným zdravotnických personálem.

Raná péče je i dle poradkyň vnímána jako důležitá součást koordinované rehabilitace a jediné, na čem je třeba stále pracovat, je zkvalitnění spolupráce se zdravotnictvím. Spolupráce s touto oblastí je někdy opravdu problematická, a někdy až extrémně rozdílná a dá se říct, že je velmi ovlivněna tím, že někteří lékaři, především pediatři, nemají zájem o to se podílet na společné komunikaci s pracovníky sociálních služeb. U některých z nich je spolupráce navázaná na rovině skvěle fungující vzájemné spolupráce, u jiných převažuje alespoň pravidelná distribuce letáčků a bohužel u některých není vidět ani snaha o jakoukoli komunikaci a možnou spolupráci.

Domnívám se, že stanovený cíl této diplomové práce byl naplněn. Výsledky mé diplomové práce mohou být užitečnými pro poskytovatele služeb rané péče tím, že ukazují na nedostatky vzájemné spolupráce resortu zdravotních a sociálních služeb. Výsledky mohou být přínosem ale i pro pediatry a ostatní zdravotnický personál jako náhled do této aktuální a velmi důležité problematiky. Samotné výsledky mohou být také užitečnými pro poskytovatele a pracovníky raných péčí v Jihočeském kraji, protože práce je zaměřena především na tento kraj, a je doplněná o výpovědi pediatrů v tomto kraji o tom, jaké mají o rané péči informace.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- 1) ADAIR, J.E., 1994. Vytváření efektivních týmů. Praha: Management Press. s. 200. ISBN 80-85603-70-5.
- 2) ARNOLDOVÁ, A., 2015. *Sociální péče 1. díl: Učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. s. 240. ISBN 978-80-247-5147-4.
- 3) Asociace rané péče České republiky, 2018. *Profil poradce rané péče – kompetence v praxi rané péče* [online]. ARPCR. 20 s. [cit. 2021-04-04]. Dostupné z: <https://www.arpcr.cz/res/archive/001/000194.pdf?seek=1551739187>.
- 4) BARLOVÁ, J., 2016. Neznámá raná péče. *můžeš – Časopis pro ty, kteří se nevzdávají*. 2016(11), 13-4. ISSN 1213-8908.
- 5) BARLOVÁ, J., 2017. Mezinárodní spolupráce – nové impulsy. In: *5. konference pracovníků v rané péči v ČR: Sborník abstraktů* [online]. Olomouc: Společnost rané péče SPRP, pobočka Olomouc. [cit.2021-03-14]. Dostupné z: https://www.vcasnapomocdetem.cz/wp-content/uploads/2017/10/Sborn%C3%ADk_z_5._konference_pracovn%C3%ADk%C5%AF_v_ran%C3%A9_p%C3%A9%C4%8Di_2017.pdf
- 6) BAŤKOVÁ, V., 2015. Komunikace pracovníků rané péče s pečujícími osobami – možnosti a meze. In: MAŠTALÍŘ, J., MICHALÍK, J., DOČKALOVÁ, R (eds.). *I. Národní konference „Provázení rodin dětí s vzácným onemocněním“ Sborník příspěvků*. [online] Olomouc, s. 5–9.[cit. 2021–01-08]. Dostupné z: https://mukopoly.cz/site/wp-content/uploads/Sbornik_prispevku_I_n%C3%A1r_konf_VO_spolecnost_2016_Olomouc.pdf
- 7) BENDO VÁ, P., 2015. *Základy speciální pedagogiky nejen pro speciální pedagogy*. Hradec Králové: Gaudeamus. s. 225. ISBN 978-80-7435-422-9.
- 8) BRUTHANSOVÁ, D., JEŘÁBKOVÁ V., 2012. *Koordinovaná rehabilitace*. [online]. Praha: VUPSV. 73 s. [cit.2021-03-14]. ISBN 978-80-7416-102-5. Dostupné z: http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_344.pdf.

- 9) BÜLTMANN, U., SHERSON, D., OLSEN, J., HANSEN, C. L., LUND, T., KILSGAARD, J., 2009. *Coordinated and Tailored Work Rehabilitation: A Randomized Controlled Trial with Economic Evaluation Undertaken with Workers on Sick Leave Due to Musculoskeletal Disorders*. *J Occup Rehabil* 19(1): 81-93. DOI: 10.1007/s10926-009-9162-7.
- 10) CRAIG, T. J. (2018). Social care: an essential aspect of mental health rehabilitation services. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 28: 4-8. DOI: 10.1017/S204579601800029X.
- 11) ČEVELA, R., ČELEDOVÁ, L., 2012. Koordinovaná rehabilitace v uceleném pojetí. In: MPSV ČR., *Základní východiska zavedení koordinované rehabilitace zdravotně postižených v ČR*. Praha: MPSV ČR, s. 16-17. ISBN 978-80-7421-052-5.
- 12) DOHNALOVÁ, M., 2015. Dítě s postižením v ordinaci pediatra – a co dál? *Pediatric v praxi*. 16(1). 64. ISSN 1803-5264.
- 13) DOKOUPILOVÁ, I., a spol., 2015. *Speciálněpedagogická intervence u dětí v raném věku*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. s. 284. ISBN 978-80-244-4432-1.
- 14) DRUCKER, P. F., 2008. *The Effective Executive*. HarperCollins. p. 276. ISBN: 9780062574350.
- 15) DUDOVÁ, I., MOHAPLOVÁ, M., 2016. Poruchy autistického spektra – 2. díl. *Pediatric v praxi*. 17(4). s.204-7. ISSN 1803-5264.
- 16) DUNST, C. J., 1985. *Rethinking Early Intervention*. In *Analysis and Intervention in Developmental Disabilities*. 5(1-2), 165-201, doi: 10.1016/S0270-4684(85)80012-4.
- 17) EMMEROVÁ, M., 2012. Úvod – Co to je koordinovaná rehabilitace? In: MPSV ČR., *Základní východiska zavedení koordinované rehabilitace zdravotně postižených v ČR*. Praha: MPSV ČR, s. 16-17. ISBN 978-80-7421-052-5.
- 18) Evropská agentura pro rozvoj speciálního vzdělávání, 2005. *Raná péče, analýza situace v Evropě: Klíčové aspekty a doporučení*. s. 53. ISBN 978-8791500-76-3.
- 19) FINKOVA, D., 2007. *Speciální pedagogika osob se zrakovým postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. s 158. ISBN 978-80-244-1799-8.
- 20) FITZNEROVÁ, I., 2010. *Máme dítě s handicapem*. Praha: Portál. s. 160. ISBN 978-80-7367-663-6.

- 21) FRANCOVÁ, H., 2014. Sociální rehabilitace. In: PFEIFFER, J., a kolektiv. *Koordinovaná rehabilitace*, České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta. s 149-150. ISBN 978-80-7394-461-2.
- 22) FRIESE, S., 2019. *Qualitative Data Analysis with ATLAS.ti*. 2. edition. London: Sage Publications. 307 p. ISBN 978-1-5264-4623-7.
- 23) GELTNER, D., KOUTNÝ, Z., 2014. Léčebná rehabilitace. In: DUNGL, P. a kolektiv. *Ortopedie 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada. s. 55-73. ISBN 978-80-247-4357-8.
- 24) GURALNICK, M.J., 2001. A Developmental Systems Model for Early Intervention. In: *Infant and Young Children*, Vol. 14(2). Aspen Publishers, p. 1-18. ISSN 1550-5081.
- 25) HENDL, J., 2016. *Kvalitativní výzkum*. 4. vyd. Praha: Portál. 440 s. ISBN 978-80-262-0982-9.
- 26) HRADILKOVÁ, T. a kol., 2018. *Praxe a metody rané péče v ČR: Průvodce sociálním modelem*. Praha: Portál, 148 s. ISBN 978-80-262-1386-4.
- 27) HRADILKOVÁ, T., 1998. Raná péče jako proces. In: Středisko rané péče Praha. *Raná péče pro rodiny s dětmi se zrakovým a kombinovaným postižením: Vybrané příspěvky z kurzu „Poradce rané péče“*. s.10. ISBN 80-238-3267-0.
- 28) HRADILKOVÁ, T., 2015. *Historie rané péče v Čechách* [online]. Praha: Společnost pro ranou péči. [cit.2021-03-14]. Dostupné z: <https://www.ranapece.cz/wp-content/uploads/letak-Historie-RP.pdf>.
- 29) HRADILKOVÁ, T., 2020. Historie rané péče v ČR. In: PRETIS, M., BARLOVÁ J., HRADILKOVÁ T. *Raná péče: příručka pro teorii a praxi*, s 19-24. ISBN 978-80-88290-65-0.
- 30) HŮLOVÁ, K., 2014. Depistáž v terénní sociální práci. In: MPSV. *Sešit sociální práce: Přínosy a limity terénní sociální práce*. MPSV. s. 14-19. ISBN 978-80-7421-138-6.
- 31) HUNÁKOVÁ, J., 2018. Mezioborová spolupráce odborníků pomáhá. [online]. *Bulletin Asociace pracovníků v rané péči*. 2017-2018(1). 19. [cit. 2021-01-08]. Dostupné z: <https://www.arpcr.cz/res/archive/001/000189.pdf?seek=1551737761>.

- 32) JANKOVSKÝ, J., 2005. Ucelený systém rehabilitace dětí s motorickým a kombinovaným postižením. In: JANKOVSKÝ, J., PFEIFFER, J., ŠVESTKOVÁ, O., 2005. *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta. s. 103. ISBN 80-7040-826-X.
- 33) JANKOVSKÝ, J., 2006. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením somatopedická a psychologická hlediska*. 2. vydání. Praha: Triton. s. 173. ISBN 80-7254-730-5. "
- 34) JANKOVSKÝ, J., 2014. Koordinovaná podpora dětí a mládeže s tělesným (motorickým) a kombinovaným postižením v rámci uceleného systému rehabilitace. In: PFEIFFER, J., a kolektiv. *Koordinovaná rehabilitace*, České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta. s 49-113. ISBN 978-80-7394-461-2.
- 35) JANKŮ, K., HARČÁŘIKOVÁ, T., 2016. *Multidimenzionalita tělesného postižení z pohledu komplexní rehabilitační péče*. Ostrava: Ostravská univerzita. s 146. ISBN 978-80-7464-886-1.
- 36) JESENSKÝ, J., 1995. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. Praha: Karolinum. s. 159. ISBN 80-7066-941-1.
- 37) KACZOR, P., 2015. *Sociální politika a sociální systém ČR*. Praha: Vysoká škola ekonomická v Praze. s. 269. ISBN 978-80-245-2096-4.
- 38) KAPR, J., 2002. *Dokument o současném stavu a perspektivách zabezpečování rané péče pro děti s funkčním postižením a s poruchami psychosociální adaptace v České republice a Dánsku*. Praha: MŠMT s. 71. ISBN neuvedeno.
- 39) KLAZAROVÁ, T., 2014. *Informovanost o sociální službě raná péče v Hradci Králové*. Brno. Diplomová práce. Katedra speciální pedagogiky.
- 40) KOCHOVÁ, K., SCHAEFEROVÁ, M., 2015. *Dítě s postižením zraku: rozvíjení základních dovedností od raného po školní věk*. Praha: Portál. s.174. ISBN 978-80-262-0782-5.
- 41) KOLAJOVÁ, L., 2006. *Týmová spolupráce: jak efektivně vést tým pro dosažení nejlepších výsledků*. Praha: Grada. 105 s. ISBN 80-247-1764-6.
- 42) KOLÁŘ, P. et al., 2009. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén. s 713. ISBN 978-80-7262-657-1.
- 43) KONOPÁSEK, Z., 2005. Aby myšlení bylo dobře vidět: nad novou verzí programu Atlas.ti. *Biograf*. 12(37), s. 89-109. ISSN: 1211-5770.
- 44) KOZLOVÁ, L., 2005. *Sociální služby*. Praha: Triton, 79 s. ISBN 80-7254-662-7

- 45) KRHUTOVÁ, L., 2013a. *Sociální práce a lidé se zdravotním postižením*. 2. vydání. Ostrava: Ostravská univerzita. s 134. ISBN 978-80-7464-290-6.
- 46) KRHUTOVÁ, L., 2013b. *Úvod do disability studies*. 2. vydání. Ostrava: Ostravská fakulta v Ostravě. S. 154. ISBN 978-80-7464-288-3.
- 47) KRHUTOVÁ, L., 2017. *Koordinovaná rehabilitace 1*. Ostrava: Ostravská fakulta v Ostravě. s. 72. ISBN 978-80-7464-965-3.
- 48) KUDELOVÁ, I., 2019. *Vznik a vývoj rané péče u nás*. [online] [cit. 2021-01-08]. Dostupné z: <https://www.sancedetem.cz/vznik-vyvoj-rane-pece-u-nas>.
- 49) KUNTHARTOVÁ, M., POTMĚŠIL, M., POTMĚŠILOVÁ, P., 2017. *Náročné otcovství: Být otcem dítěte s postižením*. Praha: Karolinum. s. 220. ISBN 978-80-2463-600-9.
- 50) KVĚTOŇOVÁ – ŠVECOVÁ, L., 2004. *Edukace dětí speciálními potřebami v raném a předškolním věku*. Paido, s.128. ISBN 80-7315-063-8.
- 51) LEWIS-BECK, M., et al., 2004. *The Sage Encyclopedia of Social Science Research Methods*. London: Sage Publications. s. 1305 ISBN 97880761923633.
- 52) LINHARTOVÁ, V., 2013. *Týmová práce je efektivnější*. In: Linkos.cz [online]. [cit.2021-03-14]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/lekar-amultidisciplinari-tym/kvalita-zivota-lekar/pomoc-zdravotnikum/tymova-prace-jeefektivnejsi/>.
- 53) MATĚJČEK, Z., 2002. Raná péče a její domácí kořeny. *Psychologie dnes*. 8(5). 4-8. ISSN 1212-9607.
- 54) MATOUŠEK, O., 2016. *Slovník sociální práce*. 3. vydání. Praha: Portál. s. 272. ISBN 978-80-262-1154-9.
- 55) MATOUŠEK, O., PALME K., LANDISCHOVÁ, E., 2014. Rodina s dítětem s postižením. In: MATOUŠEK, O., PAZLAROVÁ, H. *Podpora rodiny: Manuál pro pomáhající profese*, Praha: Portál, s. 99-103. ISBN 978-80-262-0697-2.
- 56) MEZNÍKOVÁ, K., 2020. *Týden rané péče připomene 30 let existence rané péče v Česku* [online]. Společnost pro ranou péči [cit. 2021-01-08]. Dostupné z: <https://www.ranapece.cz/2020/10/13/tyden-rane-pece-pripomene-30-let-existence-rane-pece-v-cesku/>.
- 57) MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing. s. 332. ISBN 80-247-1362-4.

- 58) MOJŽÍŠOVÁ, A., 2019. Koordinovaná rehabilitace u osob se zdravotním postižením. In: MOJŽÍŠOVÁ, A., ed., *Sociální práce s osobami se zdravotním postižením*. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta JU. s. 56–61. ISBN 978-80-7394-738-5.
- 59) MUNKNŠNÁBLOVÁ, M., 2014. *Péče o dítě s postižením sluchu*. Praha: Grada Publishing. 128 s. ISBN 978-80-247-5034-7.
- 60) MŽOURKOVÁ, P., 2020. Chci, aby se pojem raná péče stal stejně známým jako mateřská škola, říká ředitelka organizace EDA Petra Mžourková. [online]. AVPO ČR. [cit. 2021-01-08]. Dostupné z: https://www.avpo.cz/wp-content/uploads/2020/06/eda_rozhovor_petra_mzourkova.pdf.
- 61) Nadační fond Avast, 2016. *Analýza situace rané péče v České republice za rok 2015*. [online]. Praha: Nadační fond Avast, s. 73. [cit. 2021-01-08]. Dostupné z: https://files.avast.com/files/marketing/foundation/analyzaranepece_2015_tisk.pdf?_ga=2.223540505.38579097.1576413987-334041128.1573314900.
- 62) Národní plán podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2021–2025, 2020 [online] [cit. 2021-01-08], s. 85. Dostupné z: <https://www.vlada.cz/assets/ppov/vvozp/dokumenty/Narodni-plan-2021-2025.pdf>.
- 63) NOVOSAD, J., 2009. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním: základy a předpoklady dobré poradenské praxe*. Praha: Portál. s. 272. ISBN 978-80-7367-509-7.
- 64) NOVOSAD, L., 2011. *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita: diskurzivní pohledy na tělo, tělesnost, pohyb, člověka a tělesné postižení*. Praha: Portál. s. 168. ISBN 978-80-7367-873-9.
- 65) PALLESEN, H., BUHL I. 2016. *Interdisciplinary facilitation of the minimal participation of patients with severe brain injury in early rehabilitation*. *European Journal of Physiotherapy*. 19(1) 13-23.
- 66) PRETIS, M., BARLOVÁ J., HRADILKOVÁ T., 2020. *Raná péče: příručka pro teorii a praxi*. Praha: Pasparta, 135 s. ISBN 978-80-88290-65-0.
- 67) Raná péče EDA cz, z. ú., © 2016-2021. *Co děláme* [online] [cit. 2021-01-08]. Dostupné z: <https://www.eda.cz/cz/co-delame/rana-pece/>.

- 68) Registr poskytovatelů sociálních služeb, © 2021. *Raná péče* [online] [cit. 2021-04-04]. Dostupné z: http://iregistr.mpsv.cz/socreg/hledani_sluzby.do?sd=ran%C3%A1+p%C3%A9%C4%8De&zak=&zaok=&SUBSESSION_ID=1617530632840_5.
- 69) REICHEL, J., 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada Publishing. s. 192. ISBN 978-80-247-3006-6.
- 70) SCHONKOFF, MEISELS, 2011. *Early childhood intervention*. Cambridge University Press, ISBN 9780511529320.
- 71) SLOWÍK, J., 2016. *Speciální pedagogika. 2., aktualizované a doplněné vydání*. Praha: Grada. s. 168. ISBN 978-80-271-0095-8.
- 72) Společnost pro ranou péči, © 2021. *O službě* [online] [cit. 2021-01-08]. Dostupné z: <https://www.ranapece.cz/cb/o-sluzbe/>.
- 73) Společnost pro ranou péči, 2017. Raná péče není ranní péče. *V kostce* [online], listopad 2017. s.4. [cit.2021-03-14]. Dostupné z: http://www.ranapece.cz/wp-content/uploads/vkostce05_webFINAL.pdf.
- 74) STRAUSS, A., CORBIN, J., 1999. *Základy kvalitativního výzkumu*. Boskovice: Albert. s. 200. ISBN 80-85834-60-X.
- 75) Středisko rané péče SPRP České Budějovice, 2012. *Naše cesta: Metody práce s rodinou v rané péči*. Středisko rané péče SPRP České Budějovice. 55 s. ISBN 978-80-87510-20-9.
- 76) ŠÁNDOROVÁ, Z., 2005. *Základy komprehenzivní a integrativní speciální pedagogiky raného věku*. Hradec Králové: Gaudeamus. s.121. ISBN 80-7041-259-3.
- 77) ŠÁNDOROVÁ, Z., 2015. *(Re)socializace v rané péči*. Univerzita Pardubice: Fakulta filozofická katedra věd o výchově. 139 s. ISBN 978-80-7395-961-6.
- 78) ŠÁNDOROVÁ, Z., 2017. *Raná péče v referenčním poli speciální pedagogiky a sociálních služeb*. Univerzita Pardubice: Fakulta filozofická katedra věd o výchově. 177 s. ISBN 978-80-7560-0054-7.
- 79) ŠÁNDOROVÁ, Z., FALTOVÁ, B., 2015. Služby sociální prevence rané péče – alternativa pro ústavní péči i výzva pro sociální pedagogiku. *Sociální pedagogika*. 3(2), 51-63. ISSN 1805-8825.
- 80) ŠESTÁK, J., 2014. Pracovní rehabilitace. In: PFEIFFER, J., a kolektiv. *Koordinovaná rehabilitace*, České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta. s 157-163. ISBN 978-80-7394-461-2.

- 81) ŠTĚDRÁ, L., 2013. *Ošetřovatelství*. Hradec Králové: Gaudeamus, s 128. ISBN 978-80-7435-306-2.
- 82) ŠVARŤÍČEK, R., 2007. Kvalitativní přístup a jeho teoretická a metodologická východiska. In: ŠVARŤÍČEK, R., ŠEĎOVÁ, K. et al. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, s. 12-26. ISBN 978-80-7367-313-0.
- 83) ŠVESTKOVÁ, O., 2020. Koordinovaná rehabilitace. In: VACKOVÁ, J., a kolektiv. *Sociální práce v systému koordinované rehabilitace u klientů po získaném poškození mozku (zejména CMP) se zvláštním zřetelem na intervenci z hlediska sociální práce, fyzioterapie, ergoterapie a dalších vybraných profesí*, Praha: Grada. s 21-35. ISBN 978-80-271-2434-3.
- 84) TIRPÁKOVÁ, M., 2013. *Informovanost specifické skupiny na Českokrumlovsku a Prachaticku o službě střediska rané péče v Českých Budějovicích*. České Budějovice. Bakalářská práce. TF Katedra praktické teologie.
- 85) TRUBELÍKOVÁ, L., 2019. *Týden rané péče má zajistit lepší informovanost rodin se zdravotně postiženými dětmi* [online]. Časopis Sociální práce [cit. 2021-01-08]. Dostupné z: <https://socialniprace.cz/tyden-rane-pece-ma-zajistit-lepsi-informovanost-rodin-se-zdravotne-postizenymi-detmi/>.
- 86) VACKOVÁ, J., KUŽELKOVÁ, A., BENDOVIČ, M., 2020. Sociální práce v systému koordinované rehabilitace. In: VACKOVÁ, J., a kolektiv. *Sociální práce v systému koordinované rehabilitace u klientů po získaném poškození mozku (zejména CMP) se zvláštním zřetelem na intervenci z hlediska sociální práce, fyzioterapie, ergoterapie a dalších vybraných profesí*. Praha: Grada. s 38-46. ISBN 978-80-271-2434-3.
- 87) VACULÍKOVÁ K. 2014. *Spolupráce organizací při práci s ohroženými rodinami*. In: MATOUŠEK, O., PAZLAROVÁ, H. *Podpora rodiny: Manuál pro pomáhající profese*, Praha: Portál, s. 37-41. ISBN 978-80-262-0697-2.
- 88) VÁGNEROVÁ, M., 2012. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 5 vydání. Praha: Portál. s.870. ISBN 978-80-262-0225-7.
- 89) VALENTA, M., 2015. *Slovník speciální pedagogiky*. Praha: Portál. s. 320. ISBN 978-80-262-0937-9.
- 90) VELEMÍNSKÝ, M., 2012. *Klinická propedeutika*. 6. vydání. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně – sociální fakulta. 170 s. ISBN 978-80-7394-360-8.

- 91) VÍTKOVÁ, M., ed. 2004 Integrativní speciální pedagogika: integrace školní a speciální. 2. rozšířené a přeprac. vydání. Brno: Paido. s. 463. ISBN 80-7315-017-9.
- 92) VOTAVA, J., 2005., *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Nakladatelství Karolinum. s. 207. ISBN 80-246-0708-5.
- 93) Vyhláška 505/2006 Sb., vyhláška, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, 2006. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 164, s. 7021-7048. ISSN 1211-1244.
- 94) Vyhláška č. 45/2021 Sb., vyhláška, kterou se mění vyhláška č. 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách, ve znění pozdějších předpisů. 2021. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 21, s. 522-36. ISSN 1211-1244.
- 95) WHO, 1969. *WHO Expert Committee on Medical Rehabilitation: second report*. Geneva: World Health Organization. p. 23. ISBN 9241204192.
- 96) WHO, 2008. *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví: MKF*. Praha: Grada. s. 280. ISBN 978-80-247-1587-2.
- 97) Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (zákon o sociálních službách). 2006. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 37, s. 1257-89. ISSN 1211-1244.
- 98) Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). 2011. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 131, s. 4730-4801. ISSN 1211-1244.
- 99) Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, 2004. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 22, s. 842-904. ISSN 1211-1244.
- 100) ZEMAN, M., 2014. Fyzioterapie v systému zdravotnické rehabilitace. In: PFEIFFER, J., a kolektiv. *Koordinovaná rehabilitace*, České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta. s 131-48. ISBN 978-80-7394-461-2.
- 101) ZINKL, P., 2011. *Děti s tělesným a kombinovaným postižením ve škole*. Praha: Grada. s. 112. ISBN 978-80-247-3856-7.
- 102) ZINKL, P., 2018. Metodika – práce s osobami se zdravotním postižením [online]. Broumov [cit.2021-03-14]. Dostupné z: https://www.broumov.net/assets/File.ashx?id_org=1276&id_dokumenty=19868

8 SEZNAM SCHÉMAT A TABULEK

Schéma č. 1: Raná péče v ordinacích lékařů

Schéma č. 2: Informace lékařů o službě rané péče

Schéma č. 3: Způsoby informování rané péče o službách

Schéma č. 4: Informační kanály o službě rané péče

Schéma č. 5: Rodiči obdržené informace o rané péči

Schéma č. 6: Zkušenosti sociálních pracovníků s lékaři (pediatry)

Schéma č. 7: Spolupráce RP s lékaři z hlediska sociální práce

Schéma č. 8: Spolupráce RP s dalšími subjekty

Schéma č. 9: Hodnocení vzájemné spolupráce RP a dalších subjektů

Schéma č. 10: Raná péče v kontextu koordinované rehabilitace

Schéma č. 11: Význam koordinované rehabilitace pro ranou péči

Schéma č. 12: Centrální model

Schéma č. 13: Raná péče – informovanost a spolupráce s dalšími subjekty – centrální kategorie

Tabulky

Tabulka č. 1: Základní informace o PL

Tabulka č. 2: Základní informace o PR

Tabulka č. 3: Paradigmatický model

9 PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Úkony základních činností při poskytování rané péče

Příloha č. 2: Úkony základních činností při poskytování sociální rehabilitace

Příloha č. 3: Struktura připravených otázek polostrukturovaných rozhovorů u PL a PR

Příloha č. 4: Základní informace o PL

Příloha č. 5: Informovaný souhlas

Příloha č. 1 – Úkony základních činností při poskytování rané péče

Vyhláška č. 505/2006 Sb. kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, v platném znění definuje takto základní činnosti rané péče, a to dle §19.

„Raná péče

Základní činnosti při poskytování rané péče se zajišťují v rozsahu těchto úkonů:

a) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti:

- 1. zhodnocení schopností a dovedností dítěte i rodičů, zjišťování potřeb rodiny a dítěte s postižením nebo znevýhodněním,*
- 2. specializované poradenství rodičům a dalším blízkým osobám,*
- 3. podpora a posilování rodičovských kompetencí,*
- 4. upevňování a nácvik dovedností rodičů nebo jiných pečujících osob, které napomáhají přiměřenému vývoji dítěte a soudržnosti rodiny,*
- 5. vzdělávání rodičů, například formou individuálního a skupinového poskytování informací a zdrojů informací, seminářů, půjčování literatury,*
- 6. nabídka programů a technik podporujících vývoj dítěte,*
- 7. instrukce při nácviku a upevňování dovedností dítěte s cílem maximálního možného využití a rozvoje jeho schopností v oblasti kognitivní, sensorické, motorické a sociální,*

b) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:

- 1. pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob,*
- 2. podpora a pomoc při využívání běžně dostupných služeb a informačních zdrojů,*

c) sociálně terapeutické činnosti:

- 1. psychosociální podpora formou naslouchání,*
- 2. podpora výměny zkušeností,*
- 3. pořádání setkání a pobytových kurzů pro rodiny,*

d) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí:

- 1. pomoc při komunikaci, nácvik dotazování a komunikačních dovedností, podpora svépomocných aktivit rodičů,*
- 2. doprovázení rodičů při vyřizování žádostí, na jednání a vyšetření s dítětem, popřípadě jiná obdobná jednání v záležitostech týkajících se vývoje dítěte“.*

Příloha č. 2: Úkony základních činností při poskytování sociální rehabilitace

Vyhláška č. 505/2006 Sb. kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, v platném znění definuje takto základní činnosti rané péče, a to dle §35, odstavce 1.

„Sociální rehabilitace

(1) Základní činnosti při poskytování sociální rehabilitace se zajišťují v rozsahu těchto úkonů:

a) nácvik dovedností pro zvládnutí péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začleňování:

- 1. nácvik obsluhy běžných zařízení a spotřebičů,*
- 2. nácvik péče o domácnost, například péče o oděvy, úklid, drobné údržbářské práce, chod kuchyně, nakupování,*
- 3. nácvik péče o děti nebo další členy domácnosti,*
- 4. nácvik samostatného pohybu včetně orientace ve vnitřním i venkovním prostoru,*
- 5. nácvik dovedností potřebných k úředním úkonům, například vlastnoručního podpisu,*

b) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:

- 1. doprovázení dospělých do školy, školského zařízení, zaměstnání, k lékaři, na zájmové aktivity a doprovázení zpět,*
- 2. nácvik schopnosti využívat dopravní prostředky,*
- 3. nácvik chování v různých společenských situacích,*
- 4. nácvik běžných a alternativních způsobů komunikace, kontaktu a práce s informacemi,*

c) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti:

upevňování získaných motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností,

d) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí:

- 1. podávání informací o možnostech získávání rehabilitačních a kompenzačních pomůcek,*
- 2. informační servis a zprostředkovávání služeb,*

e) poskytnutí ubytování, jde-li o pobytovou formu služby v centrech sociálně rehabilitačních služeb:

1. ubytování,

2. úklid, praní a drobné opravy ložního a osobního prádla a ošacení, žehlení,

f) poskytnutí stravy, jde-li o pobytovou formu služby v centrech sociálně rehabilitačních služeb:

1. zajištění celodenní stravy odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietní stravy, minimálně v rozsahu 3 hlavních jídel,

2. pomoc při podávání jídla a pití,

g) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, jde-li o pobytovou formu služby v centrech sociálně rehabilitačních služeb:

1. pomoc při úkonech osobní hygieny,

2. pomoc při základní péči o vlasy a nehty,

3. pomoc při použití WC“.

Příloha č. 3: Struktura připravených otázek polostrukturovaných rozhovorů u PL a PR

Struktura připravených otázek u PL:

Základní informace:

- Pohlaví:
- Okres obvodu:
- Znalost rané péče:
 - Jaké konkrétní informace o rané péči máte?
→
 - Spolupracujete přímo vy jako lékař/lékařka s nějakou organizací, která poskytuje ranou péči?
→
 - Máte ve své ordinaci letáčky nebo jiné informační materiály o rané péči?
→
 - Využívá někdo z Vašich klientů služeb rané péče, víte o někom?
→

Struktura připravených otázek u PR:

Základní informace:

- Pohlaví:
- Věk:
- Vzdělání:
- Pozice v organizaci:
- Délka praxe v organizaci:
- Počet klientských rodin v organizaci:

- Z jakého informačního kanálu se o Vašich službách nejvíce dozvídají Vaši klienti?
→
- Z jakého informačního kanálu se o Vašich službách naopak nejméně dozvídají Vaši klienti?
→
- S jakými představami a informacemi o Vámi poskytované službě klienti přicházejí?
→

- Hodnotíte tyto informace a představy, které klienti obdrželi před Vaším prvním setkáním s Vámi jako ucelené a dostačující?
➔
- Jakými způsoby informujete o Vámi poskytované sociální službě přímo VY odborníky nebo přímo rodiny v rámci svého kraje?
➔
- Jaké jsou Vaše zkušenosti spolupráce s lékaři?
➔
- Jak byste ohodnotila celkovou spolupráci s lékaři?
➔
- U jakých lékařů by byla větší osvěta z hlediska informovanosti a spolupráce potřebná?
➔
- Co by se podle Vás mělo zlepšit v rámci dostatečné informovanosti o rané péči?
➔
- Jak spolupracujete s dalšími organizacemi, které poskytují sociální či zdravotní služby?
➔
- Jak konkrétně spolupracujete se školskými zařízeními?
➔
- Jak konkrétně spolupracujete s krajem/městem/obcemi/OSPOD?
➔
- Vnímáte spolupráci s jinými subjekty jako nezbytnou a nutnou pro Vaši práci? Pokud ano, z jakého důvodu?
➔
- Jaké jsou Vaše myšlenky v tématu: jak vnímáte konkrétně vy koordinovanou rehabilitaci?
➔
- Jak byste mi vysvětlila Vaši práci v rámci kontextu koordinované rehabilitace?
➔
- Máte jako organizace návazné spolupráce přímo s odborníky? Pokud ano, s jakými?
➔
- Co pro Vás a Vaši organizaci znamená být součástí koordinované rehabilitace?
➔

Příloha č. 4: Základní informace o PL

Tabulka č. 1: Základní informace o PL

	Pohlaví	Okres obvodu	Znalost RP
PL 1	žena	Č. Budějovice	ano
PL 2	žena	Č. Budějovice	ano
PL 3	muž	Č. Budějovice	ano
PL 4	žena	Č. Budějovice	ano
PL 5	žena	Č. Budějovice	ano
PL 6	žena	Č. Budějovice	má povědomí
PL 7	žena	Č. Budějovice	ano
PL 8	žena	Č. Budějovice	ano
PL 9	žena	Č. Budějovice	ano
PL 10	žena	Č. Budějovice	má povědomí
PL 11	žena	Č. Budějovice	ano
PL 12	žena	J. Hradec	ano
PL 13	muž	J Hradec	ano
PL 14	žena	Písek	ano
PL 15	žena	Písek	ano
PL 16	žena	Písek	ano
PL 17	žena	Strakonice	má povědomí
PL 18	muž	Strakonice	ano
PL 19	žena	Strakonice	ano
PL 20	muž	Tábor	ano
PL 21	žena	Tábor	ano
PL 22	žena	Tábor	ano
PL 23	muž	Tábor	ano
PL 24	žena	Prachatice	ano

Zdroj: Vlastní výzkum

Příloha č. 5: Informovaný souhlas

Informovaný souhlas

Vážená paní, vážený pane,

obracím se na Vás s prosbou o spolupráci. V současné době vypracovávám závěrečnou práci, v rámci které provádím výzkum, jehož cílem je zanalyzovat proces spolupráce sociálních pracovníků rané péče s dalšími subjekty se zaměřením na lékaře. Výzkum je prováděn pomocí rozhovorů, které mohou být různě dlouhé. Rozhovory jsou zaměřené na Ranou péči ve světle koordinované rehabilitace a probíhají na celém území Jihočeského kraje. Výběrovým souborem jsou sociální pracovníci raných péčí na území Jihočeského kraje a dále pediatrii spadající do jednotlivých okresů tohoto kraje. Vaší výhodou v případě zapojení se do výzkumu je Vaše účast na zajímavém výzkumném šetření, díky kterému můžete poskytnout Vaše zkušenosti a zpětnou vazbu. Získaná data budou zpracována tak, aby nikde nebylo uvedeno Vaše jméno a ani jiná žádná informace, díky které by bylo možné propojit Vaši odpověď s Vámi. Žádná rizika z toho výzkumu pro Vás tudíž neplynou.

Prohlášení

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném výzkumu. Student/ka mne informoval/a o podstatě výzkumu a seznámil/a mne s cíli, metodami a postupy, které budou při výzkumu používány, stejně jako s výhodami a riziky, které pro mne z účasti na výzkumu vyplývají. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou anonymně zpracovány a použity pro účely vypracování závěrečné práce studenta/ky.

Měl/a jsem možnost si vše řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit. Měl/a jsem možnost se studenta/ky zeptat na vše pro mne podstatné a potřebné. Na tyto dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď.

Prohlašuji, že beru na vědomí informace obsažené v tomto informovaném souhlasu a souhlasím se zpracováním osobních a citlivých údajů účastníka výzkumu v rozsahu, způsobem a za účelem specifikovaným v tomto informovaném souhlasu.

Vyplněním tohoto dotazníku souhlasím s účastí ve výše uvedeném výzkumu.

Datum

podpis respondenta

10 SEZNAM ZKRATEK

ARO – Oddělení anesteziologicko – resuscitační

ČCE – Českobratrská církev evangelická

ČUNS – Česká unie nevidomých a slabozrakých

ICF – Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví = MKF

MKF – Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví = ICF

MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky

OSPOD – Orgán sociálně – právní ochrany dětí

PAS – Poruchy autistického spektra

PL 1- PL 24 – informanti – praktický lékař pro děti a dorost (pediatři)

PR 1 - PR 7 – informantky – poradkyně rané péče (sociální pracovníce)

RP – Raná péče

SONS – Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých

SPC – Speciálně pedagogické centrum

SPRP – Společnost pro ranou péči

WHO – Světová zdravotnická organizace