

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI**

**PEDAGOGICKÁ FAKULTA**

Ústav speciálně pedagogických studií

**Bakalářská práce**

Michaela Jeníčková

Informovanost o službě rané péče pro laickou a odbornou veřejnost

Olomouc 2018

vedoucí práce: Mgr. Simona Kmentová

## **Poděkování**

Poděkování patří především vedoucímu mé bakalářské práce Mgr. Simoně Kmentové za odborné vedení práce, cenné rady, konzultace, připomínky a kontrolu. Dále bych chtěla také poděkovat panu prof. PhDr. PaedDr. Miloni Potměšilovi, Ph.D. za odborný dohled nad psaním a provedením bakalářské práce.

Velké poděkování patří mé rodině a blízkým za podporu během celého studia.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Informovanost o službě rané péče pro laickou a odbornou veřejnost“ vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a pramenů.

V Olomouci dne 18.04. 2018

---

Michaela Jeníčková

## Obsah

Úvod.....	5
Teoretická část .....	6
1 Rodina a dítě s postižením .....	6
1.1 Rodina a její funkce .....	6
1.2 Reakce a vyrovnávání se rodičů s postižením dítěte.....	7
1.3 Výchovné styly rodičů .....	9
1.4 Vztahy mezi sourozenci .....	12
2 Zdravotní postižení.....	14
2.1 Terminologie zdravotního postižení .....	14
2.2 Definice zdravotního postižení .....	15
2.3 Etiologie zdravotního postižení .....	15
2.4 Klasifikace a stručná charakteristika zdravotních postižení .....	16
3 Sociální služba raná péče .....	22
3.1 Raná intervence.....	22
3.3 Raná péče jako sociální služba.....	23
3.3.1 Vymezení služby rané péče .....	23
3.3.2 Historie rané péče v ČR.....	24
3.3.3 Klienti rané péče .....	25
3.3.4 Cíle rané péče .....	26
3.3.5 Multidisciplinární tým rané péče .....	27
3.3.6 Průběh služby v rodině .....	27
3.3.7 Služby rané péče .....	28
3.3.8 Zásady a principy rané péče .....	29
4 Praktická část .....	31
4.1 Cíle a hypotézy výzkumu.....	31
4.2 Dotazníková metoda.....	32
4.3 Dotazníkové šetření.....	32
4.4 Analýza dotazníků u laické veřejnosti .....	33
4.5 Analýza dotazníků u odborné veřejnosti.....	46
4.6 Výsledky a závěr výzkumu .....	56
Závěr .....	59
Seznam použité literatury .....	61
Literární zdroje.....	61
Elektronické zdroje .....	65
Seznam tabulek .....	66
Seznam grafů .....	67
Seznam příloh .....	68

## Úvod

Úvod bakalářské práce nás seznámí s tématem a problematikou, kterou se budeme v následujícím textu zabývat.

Důvodem k vypracování bakalářské práce na téma informovanost o službě rané péče, mi bylo přesvědčení o důležitosti období raného věku dítě. Toto dynamické období představuje nenahraditelnou část života, přinášející široké možnosti rozvoje a formování pro další vývoj člověka. Za příznivých podmínek nám tedy poskytuje kvalitní start do života. V případě dětí s jakýmkoliv druhem postižení či znevýhodněním shledáváme rané období obzvláště důležitým. Dítě by měla provázet láska, bezpečí, vhodně zvolená péče a podnětné rodinné prostředí, v kterém dítě nachází jistotu a zázemí. Vedle těchto zmíněných aspektů vnímáme podstatným poskytnout dítěti s postižením ranou intervenci nejen prostřednictvím rodiny, ale zařadit vedle ní i odbornou ranou péči, která je na území České republiky poskytována prostřednictvím sociální služby rané péče. Ta rodině poskytuje svoje služby a tím pomáhá zvládat jejich mnohdy náročnou situaci, spojenou s narozením dítěte s postižením.

Informovanost o službě rané péče se stala při výběru zaměření práce velice zajímavou. Jelikož se ještě stále setkáváme, i přes celorepublikovou působnost služby, s nedostatečnou informovaností o rané péči, a to nejen u laické veřejnosti, ale rovněž u veřejnosti odborné. V každé oblasti jsme zvolili určitý vzorek zkoumaných respondentů, jež by měli být o službě poskytující podporu rodin dítěte s postižením informováni přednostně a bezvýhradně. Díky dostatku informací by mohl být zajištěn včasný zásah rané péče a tím by se v některých případech docílilo kvalitnějšího rozvoje dítěte s postižením.

Z výše uvedených důvodů vyplývá **hlavní cíl** bakalářské práce a tím je právě zmíněná informovanost veřejnosti o službě raná péče, ale také teoretické přiblížení situace, kterou si rodina prochází, když se jim narodí dítě s postižením. Do respondentů v praktické části práce zahrneme odbornou veřejnost tvořenou odborníky, kteří by se mohli ve své profesi s rodinou a dítětem s postižením setkat. Ale shledáváme důležitým upozornit na vhodnou možnost rané intervence i veřejnost laickou, jelikož informace je potřeba šířit všemi směry a nejen prostřednictvím odborníků.

## **Teoretická část**

### **1 Rodina a dítě s postižením**

Pro dítě s postižením představuje rodina jednu s nejpřirozenějších míst pro jeho další vývoj, život i výchovu. Rodinné prostředí přináší dítěti jistotu, pocit bezpečí, emocionální stabilitu a dostatek podnětů pro jeho rozvoj. (Švarcová, 2000)

*„Rodina s dítětem s postižením má jinou sociální identitu, je něčím výjimečná. Tato spíše negativně hodnocená odlišnost se stává součástí sebepojetí všech jejích členů: rodičů i zdravých sourozenců. Existence postiženého dítěte je příčinou toho, že se určitým způsobem změní životní styl rodiny, protože musí být přizpůsoben jeho možnostem a potřebám. V důsledku toho se změní i chování členů rodiny nejen v jejím rámci, ale také ve vztahu k širší společnosti.“* (Valenta, 2012, str.282)

#### **1.1 Rodina a její funkce**

Michalík, (2013) mluví o rodině jako o nejdůležitější sociální skupině, jež dává dítěti možnost se seberealizovat, vytvářet si postoje k sobě samému i k okolnímu světu. Rodina a společnost jsou spolu ve vzájemné interakci, kdy rodina tvoří základní prvek společnosti a tím určuje i hodnotu a kvalitu společnosti.

Podle fází, jimiž si člověk v životě projde dělíme rodinu na rodinu orientační, do které se jedinec narodí a na rodinu reprodukční, tu si člověk vybírá a zakládá sám. (Buzan 2003 in Valenta)

Rodina je brána jako základní prvek ve společnosti lidí. Od ostatních sociálních skupin se odlišuje především svou funkcí. Mezi základní řadíme ekonomicko-zabezpečovací, biologicko-reprodukční, emocionálně-ochrannou a výchovně socializační funkci. (Buzan 2003 in Valenta a kol.). Střelec (2005) zařazuje mezi základní i funkci Výchovně-socializační.

- **Ekonomicko-zabezpečovací funkce**

Podstata ekonomicko-zabezpečovací funkce spočívá v začlenění rodiny nebo jejích členů do výrobní sféry. Rodina využívá a operuje s finančními prostředky, kterými ovlivňuje a přispívá do oblasti ekonomiky společnosti. Důležitým aspektem této funkce ze strany rodičů, je zabezpečení v oblasti materiálních podmínek svých dětí, čímž podporují jejich plnohodnotný vývoj. (Střelec, 2005)

- **Biologicko-reprodukční funkce**

Tato funkce představuje důležitou složku jak pro společnost, tak pro určitého jedince v rodině. Pro jedince zahrnuje především dvě potřeby, první je uspokojování sexuální potřeby a druhá potřeba zachování a pokračování v rodu. (Kraus a kol.)

- **Emocionálně-ochranná funkce**

Základními hodnotami emocionálně-ochranné funkce jsou bezesporu potřeby jistoty, bezpečí, lásky, podpory, uznání a stabilita zázemí. Ty přispívají k vnitřní vyrovnanosti každého člena rodiny a ovlivňují jeho zdravý vývoj. Střelec, (2005, str.112) říká, že: „*Mít v rodině dobré citové zázemí a podporu je důležité jak pro děti, tak pro dospělé členy.*“ Celková emocionální atmosféra rodiny ovlivňuje všechny oblasti rodinného života. (Střelec, 2005)

- **Výchovně-socializační funkce**

Za další z významných funkcí můžeme považovat právě výchovně-socializační funkci rodiny, jejíž působnost je nejdůležitější v raných obdobích dítěte. Rodina svou výchovou a výchovnými postupy působí na dítě a tím se podílí na spoluutváření jeho osobnosti. Další úkol rodiny spočívá v socializaci dítěte do společnosti, ten mu poskytuje základní startovací můstek pro začlenění do společnosti. (Střelec, 2005)

*„Rodina disponuje nejlepšími předpoklady pro výchovu budoucí populace, a to i děti se zdravotním postižením. Je tedy nezbytně nutné zajistit rodině co nejvyšší a nejefektivnější právní ochranu.“* (Michalík, 2013, str.6)

## **1.2 Reakce a vyrovnávání se rodičů s postižením dítěte**

Období, kdy se rodiče střetnou s pravdou o tom, že se jejich dítě narodilo s postižením autoři označují jako krizi rodičovské identity. S touto fází přicházejí reakce na skutečnost o stavu dítěte, jeho odlišnostech a otázky týkající se budoucnosti. Tomuto období může předcházet fáze nejistoty, kdy ještě není postižení dítěte vyřčeno.

Rodiče mají ovšem podezření, které vychází z fyzických odlišností, jež jsou většinou lépe znatelné nebo podezření pramení z neobvyklého projevení dítěte. Délka fáze nejistoty má individuální charakter a různou délku. Rodiče si mohou všimnout odchylek dítěte již v porodnici nebo pozorují mírné odchylky od běžného vývoje dítěte delší dobu a kolikrát si je objasní svou vlastní teorií. Obavy však postupně sílí a časem se rodiče setkávají s pravdou o stavu jejich dítěte. (Valenta, 2012), (Matějček, 1997)

Autoři rozdělují průběh a prožívání rodičů na sdělení diagnózy o svém dítěti do několika fází. Každá publikace uvádí odlišný počet fází, ale charakter zůstává v jeho podstatě stejný.

Valenta (2012, str. 282-287) rozdělil fáze do 5 období vyrovnávání se rodičů se zprávou o tom, že se jejich dítě narodilo s postižením:

### **1. „Fáze šoku a popření“**

Prvotní šok rodičů na sdělení diagnózy charakterizuje Valenta jako období, kdy není rodič schopen žádné reakce, pro upřesnění a lepší náhled na tuto situaci uvádí výrok jedné z maminek, která říká „*Byla jsem jako ve snu, nemohla jsem ani brečet*“. S šokem přichází popření situace, v níž se rodiče ocitli, popření vnímáme jako obranu našeho těla před psychickou nerovnováhou. Častými znaky fáze bývá obviňování druhých lidí z jejich neštěstí, většinou tedy doktorů, kteří zprávu sdělují. Lze to chápat jako další obranou reakci, při níž rodiče sice ví, že jim doktor říká pravdu, ale nechtějí nebo nemůžou tuto informaci emočně přijmout.

### **2. „Fáze bezmocnosti“**

Myšlenky o tom, kde se stala chyba, co jsme udělali špatně, pronásledují rodiče a střídají se u nich s pocity zklamání, bezmoci a viny. Nejistota o budoucnosti jejich dítěte vytváří v rodičích protichůdné stavy. Jeden stav si říká o pomoc, ale druhý se bojí zavržení od druhých lidí, kteří tady jsou a mohli by jim pomoci. (Chvátalová 2001 in Valenta 2012)

### **3. „Fáze postupné adaptace vyrovnávání se s problémem“**

Typickými rysy období se stává zájem rodičů o dítě, zajímá je postižení dítěte, jak a proč mohlo postižení vzniknout a objevují se i otázky o jeho budoucnosti. Valenta (2012, str. 284) ovšem uvádí, že „*negativní emoční reakce přetrvávají ještě i v tomto období.*“

I ve fázi postupné adaptace se objevují obranné mechanismy, které mohou působit mnohdy jako nelogické, ale jejich význam rodičům pomáhá bránit se před psychickou nerovnováhou. Tyto obrany mají většinou charakter hledání viníka, rodiče obviňují sebe, doktory nebo někoho úplně jiného. V zátěžových situacích člověk využívá postupy a strategie, jež mu už dříve v podobných situacích pomohly.

Valenta (2012, str. 284) uvádí, že: „*způsob a adekvátnost vyrovnávání se zátěží závisí na mnoha faktorech: na zkušenostech rodičů, jejich osobnostních vlastnostech,*



*zdravotním stavu, věku, kvalitě partnerského vztahu, počtu dětí, které spolu mají, na druhu a příčině postižení atd.“*

#### **4. „Fáze smlouvání“**

Symbolem pro fázi smlouvání je stav naděje. Rodiče si přejí, aby v prakticky nemožném uzdravení jejich dítěte, přišla alespoň malá naděje v podobě drobného zlepšení situace nebo stavu dítěte. Smlouvání nám dává signál o tom, že rodiče dokázali přijmout postižení dítěte.

#### **5. „Fáze smíření“**

Postupné smíření v rodičích probouzí realistický pohled na skutečnost. Vědí to, že má jejich dítě postižení a snaží se rozumně přemýšlet o budoucnosti. Myšlenky jsou již přijatelnější a lépe dosažitelné. Smíření se však nemusí dostavit u všech rodičů. Závisí to na průběhu vývoje dítěte s postižením a nově vzniklých problémech, které s vývojem souvisí, jako například volba povolání nebo školského zařízení. Rodiče v této fázi často touží po tom, znát pravdu, ale zároveň nechtějí přijít i o tu malou naději, kterou v sobě stále uchovávají.

Jako příklad Valenta (2012, str. 286) uvádí výrok jedné maminky: *„Už během prvních šesti měsíců jsme tušili, že není v pořádku... Podvědomě jsme cítili, že s jeho zdravotním stavem je to nějak jinak, než by mělo být... Byla to vlastně úleva dozvědět se pravdu.“* (Pavlátová 1996 in Valenta 2012)

Matějček (1997) dodává, že když rodiče překonají všechny fáze a oprostí se od pocitu viny, dokáží přijmout své dítě i s jeho postižením. Důležitost zde připadá také na přijetí sebe sama jako rodiče, přijmout tuhle roli a přinášet sobě i dítěti pozitivní kroky ve výchově.

### **1.3 Výchovné styly rodičů**

Matějček (2001, str. 26) říká: *„Že na postižené dítě je třeba pohlížet jako na výchovný úkol“.*

Tento cíl se může jevit v mnoha případech jako složitý a nenaplnitelný, ale vždy je tu nějaká cesta, jak úkol zvládnout. Dítě s postižením zabírá rodičům hodně času, námahy i finančních prostředků. Jisté okolnosti, které vyplývají ze zátěže rodiny, ať ze strany náročnosti výchovy dítěte nebo kritiky, jež se jim dostává ze strany okolí. Tyto okolnosti mohou způsobit extrémní ve výchovných stylech rodičů. (Matějček, 2001)

Matějček (2001, str. 28, 29) uvádí 5 výchovných postojů, které rodiče v některých případech zaujímají ke svým dětem s postižením.

- **„Výchova příliš úzkostná“**

Rodiče mají tendence upínat se k příliš ochranným postojům ve výchově, s myšlenkou toho, aby si dítě neublížilo. Takový přístup ovšem vede k omezení sociálního vývoje a omezuje dítě ve vlastním zájmu o činnosti a s tím souvisejícím rozvojem. Dalším následkem může být pasivita nebo naopak aktivní boj proti omezování rodičů.

- **„Výchova rozmazlující“**

Ze strachu, aby dítěti nikdo neublížil, se rodiče snaží nechat si svoje dítě jen pro sebe. Věnují dítěti až zbytečně moc pozitivní odezvy na každý krok ve vývoji, rozmazlují ho, všechno podřizují jen jemu. Plní dítěti všechny přání v domnění, že vynahrazují to, co mu podle nich bylo odepřeno kvůli postižení. Následkem je ztráta autority, která vzbuzuje v dítěti pocity nejistoty ohledně rodičů.

- **„Výchova perfekcionista“**

Rodiče nedokáží reálně zhodnotit možnosti dítěte a požadují po něm nedosažitelné výsledky v každém směru. Neohleduplnost k možnostem dítěte způsobí přetížení a neobjektivní pohled dítěte na utváření své osobnosti.

- **„Výchova protekční“**

Rodiče nedávají dítěti možnost, aby si samo zkusilo dosáhnout určitých cílů. Sami za dítě všechno vykonávají a zařizují. Nesprávně zvoleným způsobem dítě tlačí do nepříjemných situací, za vidinou dosažení, pro ně výhodných hodnot. To ztěžuje dítěti cestu k samostatnosti.

- **„Výchova zavrhuje“**

Matějček (2001, str. 29) říká, že se s takovou výchovou setkáváme spíše v „*různých skrytých než zjevných formách*“.

Matějček (2001, st.47) v návaznosti na tíživou situaci, kterou si rodiče procházejí, uvádí **Desatero zásad a doporučení**, jež mohou rodičům a celé rodině pomoci při výchově dítěte s postižením:

- **„Rodiče mají o svém dítěti co nejvíce vědět“**

V případě, že bude rodina informovaná o stavu dítěte a jeho postižení, najde se snazší cesta k tomu, jak dítěti porozumět a pomoci mu. Sbíráni informací by rodiče měli soustřeďovat spíše k odborníkům, kteří se v dané problematice lépe orientují a nevyhledávat zásadní informace u laické veřejnosti.

- **„Pravdu, ale s perspektivou!“**

Rodiče se lépe cítí v situacích, kdy vědí, co je čeká a nejsou jim sdělovány pouze polopравdy o dalším progresu postižení dítěte. Samotná pravda mnohdy bolí, ale dávat rodině nespílitelné naděje, může vést k nenaplnění cílů a vytvořit si tak u rodiny jako pracovník nedůvěru.

- **„Ne neštěstí, ale úkol!“**

Vnímání postižení dítěte jako problému či neštěstí neprospívá ani jedné straně a často vede ke stagnaci nebo negativismu. Důležitost přijetí dítěte a jeho postižení, jde ruku v ruce s aktivním jednáním rodičů. To jim otevírá dveře k možnostem, mohou vyhledávat různé odborníky, nové metody, postupy práce s dítětem, číst, hledat literaturu, získávat další informace v dané problematice postižení nebo obstarávat kompenzační pomůcky a hračky pro dítě, v závislosti na charakteru jeho postižení.

- **„Obětavost ano, ale ne obětování“**

Matějček klade velký důraz na toto doporučení, jelikož dobrý tělesný i duševní stav blízkých lidí a především rodičů, příznivě napomáhá výchově dítěte. Péče o dítě by neměla spadat pouze do kompetencí jednoho člena rodiny, ale podstatné je rozdělení úkolů i ostatním členům rodiny. Tímto můžeme předcházet výrazné únavě, rozladění či nervozitě.

- **„V pravý čas a pravé míře“**

Každý krok ve vývoji dítěte má přijít v určitý čas. Některý co možná nejrychleji, například u pohybového postižení, kdy má cvičení vést k jisté nápravě, ale na mnoho dalších zásadních kroků je potřeba si počkat.

- **„Dítě samo netrpí“**

U některých rodičů či prarodičů převládá tendence upínání se k myšlence, že dítě v důsledku svého postižení trpí. Tato domněnka je ovšem mylná a ten kdo v rodině trpí jsou lidé, kteří chovají k dítěti city a uvědomují si, jak by se mělo dítě správně

vyvíjet. Dítě své postižení jako problém nevnímá a rodina by měla přispívat k tomu, aby bylo jeho dětství radostné a nepodsouvat mu myšlenky, že trpí.

- **„Nejste sami!“**

Velkou oporu představuje pro rodinu vyhledání lidí s podobným osudem jako mají oni. Uvědomí si tak, že takových rodin existuje více a mohou si navzájem sdělovat poznatky, zkušenosti nebo sdílet různé příběhy. Nesmíme zapomenout ani na zastoupení odborníků, kteří tu pro rodinu jsou a ta se na ně může kdykoliv obrátit.

- **„Nejste ohrožení!“**

Nejistota dřímající v rodičích vůči okolí, mnohdy zkresluje realitu o ní. Rodiče již dopředu předpokládají, že budou vzbuzovat v lidech na ulici zvýšený zájem a pozornost. Tyto myšlenky jsou způsobené vlivem bolesti, kterou si prošli. Mnohdy však lidé nevědí, jak se v těchto situacích chovat, proto mohou působit řekněme „špatným dojmem“.

- **„Chraňte si manželství a rodinu!“**

V rodině se nejlépe zvládají věci, když máte v druhém oporu, zastání, můžete se na něho spolehnout. U výchovy dítěte s postižením se může stát, že se začne všechna pozornost soustřeďovat právě na dítě a začínají se zanedbávat další důležité aspekty v rodině. To vede v jistých případech k rozpadu rodiny.

- **„Výhled do budoucnosti“**

Poslední bod desatera soustředí pozornost na zvážení možností a sil rodičů do budoucna. Rodiče se musí zamyslet nad vlastními schopnostmi postarat se o dítě a jaký druh pomoci mohou očekávat od svého okolí. Objevují se otázky vzdělávání dítěte, které se odvíjí od druhu a stupně postižení. Objevuje se také téma, zda by měli mít rodiče další dítě. Matějček (2001, str. 29) říká, že: *„Další zdravé dítě v rodině přináší v naprosté většině případů uklidnění a ozdravení celého prostředí, což přirozeně prospívá všem, včetně postiženého dítěte“*.

## **1.4 Vztahy mezi sourozenci**

Narození dítěte s postižením do rodiny nepředstavuje zátěžovou situaci pouze pro rodiče, ale všechny členy rodiny, a to především sourozence. Role sourozence dítěte s postižením sebou přináší určité rozdílnosti. V rodině se mění spousta věcí a zdravý sourozenec může na situaci reagovat určitými postoji či změnou chování. Jestli budou

postoje pozitivního či negativního charakteru záleží na mnoha hlediscích, ať už na výchovném stylu rodičů nebo druhu a stupni postižení dítěte. (Vágnerová, 2008)

V určitých případech se může stát, že se potřeby sourozence dítěte s postižením opomíjejí a utlačují před pozorností, která je věnována dítěti se zdravotním postižením. (Gupta, Singhal 2005 in Potměšil 2015)

Zdravý sourozenec se pohybuje mezi životem v domácím prostředí, kde se po něm může požadovat pomoc při péči o sourozence s postižením a on usiluje o své místo a pozornost v rodině. Druhý život představuje prostředí mimo rodinu, zde hledá místo, kam patřit. (Charkins 1996 i Potměšil 2015)

Dítě s postižením, spíše tedy těžkým postižením zaujímá v rodině pozici nejmladšího člena, bez ohledu na pořadí narození. Jistou roli při utváření vztahu zdravého sourozence a sourozence se zdravotním postižením hraje i to, kdo z nich se narodil dříve a kdo později. Mladší sourozenci snášejí mnohem hůře příchod sourozence s postižením do rodiny než sourozenci starší. (Prevendárová, 1998)

Další možný náhled na situaci přináší Vágnerová (2008), ta říká, že si zdravé dítě v rodině všimá rozdílů v přístupu rodičů k němu a sourozenci s postižením. Ale zároveň dokáže pochopit a porozumět tomu, že nemocný člověk potřebuje péči a nezvládá takové činnosti jako člověk zdraví. Tyto skutečnosti často vedou k vytvoření větší ohleduplnosti a ochotě pomáhat slabším a těm, kteří pomoc potřebují. (Vágnerová, 2008)

Tuto podkapitolu ukončím výrokiem Kochové (2015, str.19), která shledává podstatným „*uvědomit si, že i ostatní děti v rodině mají své potřeby, a i ony do procesu výchovy dítěte s postižením budou nějakým způsobem zasahovat.*“

## 2 Zdravotní postižení

Prostřednictvím této kapitoly přiblížíme problematiku zdravotního postižení, které provází rodiny s dětmi, jimiž se narodilo dítě s postižením. V první řadě vymežíme samotný pojem zdravotního postižení a jeho definice z různých oblastí. Nezbytnou součástí shledáváme uvedení etiologie vzniku zdravotního postižení s následnou klasifikací a stručnou charakteristikou jednotlivých postižení.

### 2.1 Terminologie zdravotního postižení

Vymezení pojmu zdravotní postižení není dodnes zcela jednotné, a to jak v České republice, tak v zahraničí. Tento problém nacházíme nejen v neucelenosti různých druhů postižení, ale i v samotném pojmu zdravotní postižení. (Jankovský, 2006).

Michalík (2011, str.32) uvádí, že *„terminologie je téma, jež úzce souvisí s postavením těchto lidí ve společnosti“*. Dodnes si společnost nese v povědomí některé z historie pramenící pojmy, které můžeme v současné době vnímat jako hanlivé a urážející. Pro příklad Michalík (2012, str. 32) uvádí označení *„úchylná mládež“*. Tento pojem nebyl pouze označením pro osoby se zdravotním postižením, ale byl používán k pojmenování odborného pedagogického časopisu na začátku 20. století. Dále můžeme zmínit pojmy jako idiocie, imbecilita a debilita, které byly dříve využívány k označení stupňů mentálního postižení. (Michalík a kol. 2011)

Na terminologickou nejednotnost poukazuje i Valenta (2014), ten v rámci oboru speciální pedagogiky zmiňuje odborné termíny jako jsou úchyl, debil, blbec, kretén, jež rovněž v současné době shledáváme hanlivými a nevhodnými.

Dnes je při označování osob se zdravotním postižením kladen především důraz na to, že jsou lidé s postižením v první řadě lidské bytosti, osobnosti, individuality a teprve až k tomu se přiřazuje určitý druh postižení, tedy například osoba s mentálním postižením. (Černá a kol., 2015)

Michalík (2011, str. 33) dodává, že *„důraz na užívání správných pojmů souvisí se samotnou podstatou lidského bytí. Jí rozumíme právo na plnohodnotný život, právo na lidskou důstojnost a na sociální začlenění.“*

## 2.2 Definice zdravotního postižení

Definice zdravotního postižení není rovněž jako terminologie ucelená. V následující kapitole zmíníme definice z více oblastí ať už z pohledu některých autorů, tak legislativního vymezení.

Často se můžeme setkat se spojením pojmů zdravotní a tělesné postižení, kdy jsou tyto dvě slova považovány za jednotné, za synonyma. Školský zákon 561/2004 Sb. „zařazuje tělesné postižení vedle (mentálního, zrakového nebo sluchového postižení, vad řeči, souběžného postižení více vadami, autismus a vývojových poruch učení nebo chování) jako jednu z forem zdravotního postižení.“ (Fisher, 2014, str. 56)

Dle Světové zdravotnické organizace je zdravotní postižení definováno jako „částečné nebo úplné omezení schopnosti vykonávat některou činnost či více činností, které je způsobeno poruchou nebo dysfunkcí orgánu“. (Novosad, 2009, str. 12)

Zákon 108/2006 o sociálních službách zahrnuje do zdravotního postižení „tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci druhé osoby.“

OSN v Úmluvě o právech osob se zdravotním postižením z roku 2007 definuje osoby se zdravotním postižením jako „osoby mající dlouhodobé fyzické, duševní, mentální nebo smyslové postižení, které v interakci s různými překážkami může bránit jejich plnému a účinnému zapojení do společnosti na rovnoprávném základě s ostatními.“

„Zdravotní postižení lze vymezit jako ztrátu nebo poškození určitého orgánového systému. V důsledku toho dochází k narušení, omezení či úplnému chybění některé ze standardních funkcí, resp. kompetencí“. (Vágnerová, 2008, str. 161)

## 2.3 Etiologie zdravotního postižení

Obor etiologie nám pomáhá zkoumat příčiny postižení, různých vad a poruch, ať vnitřních či vnějších. Toto zkoumání umožňuje zvolit určité formy prevence, zařadit vhodnou terapii či nápravu a také díky němu můžeme při určitých druzích postižení předvídat další vývoj člověka. (Slowík, 2007)

Existuje mnoho publikací, které uvádějí různá rozdělení vzniku postižení. Například Květoňová-Švecová (2004) ve své publikaci rozděluje postižení na *vrozené*, kam zařazuje například dědičné vady, vrozené vývojové vady a na *získané*, kdy k poruchám dojde během porodu nebo kdykoliv během života.

Další dělení uvádí Fisher (2014, str.27, 28). Ten rozděluje příčiny postižení do 3 kategorií: „*Handicapy a poruchy vzniklé v důsledku působení prenatálních etiologických faktorů, perinatálních etiologických faktorů nebo postnatálních etiologických faktorů*“.

Slowík (2007), používá rozřazení příčin vzniku vad a poruch na:

- **Exogenní (vnější) faktory**, to jsou například různé fyzikální, chemické, biologické vlivy, infekce, mechanické poškození plodu, asfyxie,..
- **Endogenní (vnitřní) faktory**, sem patří chromozomální aberace (např. Downův syndrom), genové mutace (např. daltonismus), změny reaktivity (alergie, astma),..

## 2.4 Klasifikace a stručná charakteristika zdravotních postižení

Při klasifikaci zdravotního postižení existuje několik hledisek, na jejichž základě zdravotní postižení dělíme do skupin. Zmíníme například z hlediska stupně postižení, druhu nebo etiologie postižení.

V roce 1998 WHO vytvořila mezinárodní klasifikace funkčnosti, postižení a zdraví. „*Jedná se o klasifikaci zdraví a zdravotních oblastí, které popisují tělesné funkce a struktury, aktivity a účast. Oblasti jsou klasifikovány z perspektivy tělesné, individuální a sociální. Zahrnuty jsou rovněž i faktory prostředí.*“ (Opatřilová, 2007)

Fisher (2008), rozděluje zdravotní postižení:

- **Dle druhu** - poruchy tělesné, poruchy komunikace, poruchy mentální, poruchy chování.
- **Z hlediska stupně** - na handicap a poruchy lehkého stupně, handicap a poruchy středního stupně, handicap a poruchy těžkého stupně.
- **Podle doby vzniku** - handicap a poruchy prenatální, perinatální a postnatální.

Dále rozdělíme zdravotní postižení do kategorií dle jejich druhu a ke každému uvedeme stručnou charakteristiku a přiblížení jednotlivého postižení.

### 1. Zrakové postižení

„*Zrakové postižení lze definovat jako absenci nebo nedostatečnost kvality zrakového vnímání*“ (Ludíková in Renotierová, 2004, str. 192)



Máme různé skupiny zrakového postižení, každá skupina zrakového postižení představuje specifické znaky, ty působí na konkrétního jedince a ovlivňují jeho další vývoj. Nedostatek nebo úplná absence zrakových podnětů může způsobit tzv. senzorickou deprivaci.

Při klasifikaci osob se zrakovým postižením, bereme dle oftalmologického hlediska v potaz především zrakovou ostrost a stav zorného pole. Nejen však tyto faktory jsou rozhodující při posuzování postižení, důležitá je například i doba vzniku, etiologie postižení nebo jestli se zde vyskytují další přidružená postižení. Speciální pedagogika rozděluje osoby se zrakovým postižením do čtyř skupin, dle stupně postižení:

- **Osoby nevidomé** - tato skupina osob představuje nejzávažnější kategorii zrakového postižení. O nevidomosti mluvíme, pokud se zraková ostrost pohybuje pod 3/60- světlocit. Ještě se dále rozlišuje nevidomost praktická, skutečná slepota a plná slepota.
- **Osoby se zbytky zraku** - pásmo slabozrakosti se pohybuje mezi zbytky zraku a nevidomostí. Zraková ostrost je zde v rozmezí 3/60- 0,5- 60.
- **Osoby slabozraké** - za osobu slabozrakou považujeme osobu s poklesem zrakové ostrosti pod 6/18 až 3/60 včetně. Slabozrakost sebou přináší například i narušení zorného pole, jež způsobuje například trubicovité vidění nebo výpadky zorného pole.
- **Osoby s poruchami binokulárního vidění** - binokulární vidění člověka není vrozená schopnost, ale získaná. Během prvních 6 let dochází ke zlepšování a upevňování binokulárního vidění, někdy ovšem dojde při tomto procesu k poruše. Ta může vést ke vzniku strabismu nebo amblyopie. Při vzniku amblyopie a strabismu dochází k poruše vytváření rovnocenného zrakového obrazu na obou očích, jež po splnutí nevytvoří prostorový vjem. (Ludíková in Renotierová, 2004)

## 2. Sluchové postižení

Sluchové postižení zahrnuje velmi různorodé skupiny osob, jejichž postižení se rozlišuje na základě stupně a druhu sluchového postižení. Tento pojem zahrnuje kategorie osob neslyšících, nedoslýchavých a ohluchlých. (Horáková, 2012)

- Sluchové vady, postižení se dají dělit také podle stupně sluchové vady:
  - **Normální stav sluchu** - 0 dB-20 dB
  - **Lehká nedoslýchavost** - 20 dB-40 dB

- **Středně těžká nedoslýchavost** - 40 dB- 60 dB
- **Těžká nedoslýchavost** - 60 dB-80 dB
- **Velmi těžká nedoslýchavost** - 80 dB-90 dB
- **Hluchova komunikační (praktická)** - 90 dB a více
- **Hluchota úplná (totální)** - bez audiometrické odpovědi

➤ Nebo také dle místa vzniku sluchové vady:

- **Periferní vady** - periferní vady dále dělíme na vady *převodní*, způsobené překážkami znemožňující mechanický přenos zvukových vln a na vady *percepční*, jež jsou charakteristické nedokonalým slyšením vyšších tónů.
- **Centrální vady** - příčinou centrální vady je poškození centrálního nervového ústrojí sluchového analyzátoru. (Potměšil, 2012)

### 3. Mentální postižení

Na začátku podkapitoly mentálního postižení zmíníme a vymezíme rozdíl mezi dvěma užívanými pojmy - mentální postižení a mentální retardace, jež jsou někdy brány jako jeden stejný pojem. Mentální retardace představuje „*vývojovou poruchu rozumových schopností demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností*“. (Valenta, 2012, str. 31) Oproti tomu mentální postižení reprezentuje zastřešující pojem, který zahrnuje jak mentální retardaci, tak i hraniční pásmo, tedy všechny osoby s IQ pod 85. (Valenta, 2012, Ludíková, 2005)

Vágnerová (2012, str. 289) definuje mentální retardaci jako „*souhrnné označení vrozeného postižení rozumových schopností, které se projeví neschopností porozumět svému okolí a v požadované míře se mu přizpůsobit.*“

Podle MKN-10 je mentální retardace rozdělena do šesti kategorií:

- **Lehká mentální retardace** - v pásmu IQ 50-69, osoby s lehkou mentální retardací jsou schopni konkrétního myšlení, dokáží se během života osamostatnit a vést kvalitní život, zvládají výuku na úrovni praktické nebo speciální školy.
- **Středně těžká mentální retardace** - v pásmu IQ 35-49, osoby v tomto pásmu mají již problémy s osvojováním různých informací a pojmů, tudíž zde shledáváme důležitým a nezbytným časté opakování. Setkáváme se s narušením užívání řeči ve větší míře, než tomu je u osob s lehkou

mentální retardací, v oblasti práce mohou vykonávat jednoduché úkony pod dohledem dospělé osoby.

- **Těžká mentální retardace** - v pásmu IQ 20-34, zde vidíme výrazné narušení řeči především v oblasti artikulace, omezení slovní zásoby na několik slov, jejichž významu osoby s těžkou mentální retardací nemusí ani rozumět a používají je nepřesně. Sebeobslužné návyky zvládají jedinci jen na bázi základních úkonů a často se setkáváme již s kombinovaným postižením.
- **Hluboká mentální retardace** - v pásmu IQ 0-19, většinou se objevuje kombinované postižení, reakce osob s hlubokou mentální retardací fungují na principu libosti a nelibosti. Jedinec je zcela závislý na péči druhých lidí.
- **Jiná mentální retardace** - těžce diagnostikovaný stupeň mentální retardace způsobený například kombinací sensorické vady.
- **Neurčená mentální retardace** - prokázaná mentální retardace, neobjevuje se zde však dostatek informací pro zařazení do jedné ze skupin mentálního postižení. (Valenta, 2012)

#### 4. Tělesné postižení

Kromě postižení tělesného, můžeme také používat pojem somatické postižení. Tento pojem zahrnuje vady pohybového a nosného ústrojí, ale také poruchy a poškození nervového ústrojí člověka. (Ludíková, 2005)

Na tělesné postižení bychom měli nahlížet i z psychologického hlediska. Jelikož jistá zevnější odlišnost člověka s tělesným postižením vyvolává ve společnosti jisté stigma, které může vést u člověka s postižením k pocitům méněcennosti. Z tohoto hlediska můžeme tedy uvést dvě stanoviska, jež ovlivňují psychiku osob s tělesným postižením. Jedním z nich je nápadnost postižení a druhým nedostatek pohybových možností. (Fisher, 2008)

Opatřilová (2007, str.26-32) rozděluje tělesné postižení na: „*vady vrozené a získané, obrny, deformace, malformace, amputace*“

Čadová (2015) ve své publikaci řadí mezi tělesné postižení DMO, jiné poruchy centrální nervové soustavy, vývojové deformace kloubů, vývojové deformace svalů, získané deformace. Dále uvádí kategorii nemoci, do kterých patří astma, dětské onkologické onemocnění, diabetes, cystická fibróza, epilepsie.

## 5. Postižení řeči

V logopedické terminologii se používá pro postižení řeči nebo také poruchy komunikace označení NKS- narušená komunikační schopnost. Z hlediska symptomu, jež je typický pro určitý typ NKS rozdělil Lechta (2003) postižení řeči do deseti okruhů, u každého typu NKS bude uveden příklad pro lepší představu a přiblížení.

- **Vývojová nemluvnost** - narušený vývoj řeči
- **Získaná orgánová nemluvnost** - afázie
- **Získaná psychogenní nemluvnost** - výběrová nemluvnost
- **Narušení zvuku řeči** - huhňavost, palatolalie
- **Narušení fluence** - koktavost, breptavost
- **Narušení článkování řeči** - dyslalie, dysartrie
- **Narušení grafické stránky řeči**- dyslexie, dysgrafie, agrafie,..
- **Symptomatické poruchy řeči** - tato porucha je přidružená k již vzniklému postižení jako symptom postižení, například u mentální retardace
- **Poruchy hlasu** - dysfonie, afonie
- **Kombinované vady a poruchy řeči** - kombinace NKS

## 6. Kombinované postižení

Skupina osob s kombinovaným postižením v současné době představuje nejsložitější oblast postižení, ale i přes to zůstává jak z teoretického, tak z praktického hlediska nejméně prozkoumanou skupinou. V České republice se můžeme setkat též s označením vícenásobné postižení nebo kombinované vady. V zahraniční terminologii se v anglicky mluvících zemích používá pojem multiple handicap a například němčina používá pojem schwerstmehrfachbehinderung. (Ludíková, 2005)

Jesenský in Ludíková (2005, str.10) člení kombinované postižení dle dominujícího postižení takto:

- *„Slephluchoněmota a lehčí smyslové postižení*
- *Mentální postižení s tělesným postižením*
- *Mentální postižení s chorobou*
- *Mentální postižení se zrakovým postižením*
- *Mentální postižení s obtížnou vychovatelností*

- *Smyslové a tělesné postižení*
- *Postižení řeči se smyslovým, tělesným, mentálním postižením a chronickou chorobou“*

Nakonec zmíníme diagnózy, u kterých se předpokládá výskyt kombinovaných vad, například DMO, Fetální alkoholový syndrom, Edwardsův syndrom, Downův syndrom, CHARGE, Patauův syndrom, (Ludíková, 2005)

### 3 Sociální služba raná péče

Poslední část bakalářské práce představuje nejdůležitější kapitolu. Bude v ní představena sociální služba raná péče, která poskytuje na území České republiky ranou intervenci, pomoc a podporu rodinám, kterým se narodilo dítě s postižením.

#### 3.1 Raná intervence

Potměšil (2014) vymezuje terminologický rozdíl mezi *ranou intervencí*, kterou označuje podporu rodiny, do níž se narodilo dítě s postižením a *službu rané péče*, tak je označována raná intervence v případě, že jí pojmáme jako sociální službu.

*„Vývoj v raném věku dítěte je naprosto oprávněně přikládán velký význam, a to nejen z pohledu vývoje osobnosti člověka, ale i jeho celkového rozvoje.“* (Ludíková, 2013, str. 43)

Raná intervence v současné podobě představuje podporu rodiny při vytváření kompetencí k výchově svých dětí a snaží se docílit zdravého vývoje dítěte. V tomto případě je zvolena forma preventivní podpory, ale v případě nepříznivé životní situace rodiny může být poskytnuta i prevence sekundární. Důležitým faktorem při poskytování podpory se stává multidisciplinární spolupráce složená z různých rodičovských skupin, ale samozřejmě i mezioborové spolupráce- zdravotnická péče, rané péče, podpory v těhotenství a sociální služby. (Potměšil, 2014)

Smysl a důležitost rané intervence pozorujeme již v historickém kontextu, kde můžeme uvést několik významných osobností, jež přikládaly právě ranému období dítěte velký význam. Potměšil (2014) uvádí mezi české zástupce např. J.A. Komenského a jeho dílo *Informatorium školy mateřské*, Locka, Rousseau nebo Annu Freudovou, která převedla v raném období dítěte pozornost z otce na matku a její úlohu spatřovala jako klíčovou ve výchově a vývoji dítěte.

Opatřilová (2006) poukazuje na včasnost a podchycení nepříznivého stavu dítěte v co nejranějším období života. Podpora vývoje nemusí být už nikdy tak efektivní jako právě v raném věku, kdy se dítě a jeho mozek vyvíjí.

Raná intervence je na území České republiky poskytována, jak ve zdravotnictví, kam můžeme například zařadit odbornou spolupráci neonatologických lékařů, pediatriů, ale i odborníků v oblasti rehabilitace, různých terapií. Tak i v resortu školství, zde nacházíme legislativní ukotvení rané péče ve vyhlášce č. 72/2005 Sb., kterou mění vyhláška č. 197/2016 Sb. (Potměšil in Valenta, 2014)

My se ovšem budeme v následujícím textu zaměřovat na charakteristiku poskytování rané intervence v rámci sociální služby rané péče, jež je legislativně ukotvena v zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

### 3.3 Raná péče jako sociální služba

Raná péče pojímaná jako sociální služba nabízí rodině a dítěti se zdravotním postižením podporu, pomoc a služby, které by rodině usnadnily náročnou životní situaci, v které se ocitli. Kapitola přiblíží a vymezí náplň služby rané péče, její historii, cíle, zásady, principy, ale především klienty a tým pracovníků.

#### 3.3.1 Vymezení služby rané péče

Pro začátek uvedeme terminologické označení této služby. Termín raná péče vznikl v České republice v roce 1993 a to překladem z výrazů používaných v zahraničí. Anglický jazyk využívá pro označení pojem *early intervention*, francouzský jazyk *intervention precoce* a německý jazyk *Frühförderung*. (Šandorová, 2015)

Společnost pro ranou péči definuje tuto službu jako „*soustavu služeb a programů poskytovaných ohroženým dětem a dětem se zdravotním postižením a jejich rodinám.*“ (Společnost pro ranou péči, online)

Národní plán (1998, str. 9) ranou péči definoval jako „*soustavu služeb a programů poskytovaných rodinám dětí v raném věku, které jsou zdravotně postižené, či je jinak narušen či vážně ohrožen jejich vývoj. Raná péče je poskytována dětem ohroženým v sociálním, biologickém psychickém vývoji, dětem se zdravotním postižením a jejich rodinám s cílem předcházet postižení, eliminovat nebo zmírnit jeho důsledky a poskytnout rodině, dítěti i společnosti předpoklady sociální integrace.*“

V roce 2009, kdy proběhla novela zákona 108/2006, byla jasně služba rané péče označena jako terénní služba, jež je pouze doplněna formou ambulantní. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách § 54 definuje ranou péči takto: „*raná péče je terénní služba, popřípadě doplněná ambulantní formou služby, poskytovaná dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené, nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu. Služba je zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby.*“

Raná péče jako sociální služba je na území České republiky poskytována prostřednictvím středisek rané péče v nestátním neziskovém sektoru (Ludíková, Finková 2013; Šándorová, 2015)

Z výše zmíněných definic a stručné charakteristiky rané intervence můžeme říci, že se všichni autoři, společnost i legislativa shodují na důležitosti včasné rané intervence, která by měla probíhat v přirozeném prostředí, tedy v rodině dítěte se zdravotním postižením. A zaměřuje se především na podporu rodiny, na správný vývoj dítěte a vytváření kompetencí pro úspěšnou sociální integraci celé rodiny. To všechno je v České republice v sociální oblasti poskytováno terénní sociální službou rané péče prostřednictvím středisek rané péče.

### **3.3.2 Historie rané péče v ČR**

V České republice byl vývoj rané péče značně ovlivněn politickým systémem před rokem 1989. I zde samozřejmě žily rodiny, kterým se narodilo dítě s postižením a však zcela běžné bylo umístění těchto dětí do ústavů sociální péče. S rodiči o představách o budoucnosti svých dětí nikdo nediskutoval a pokud ano, byla v nich pěstována myšlenka, že by se o své děti s postižením nezvládli postarat. Proto se ústavní péče jevila jako „nejlepší“ způsob řešení této situace. (Šándorová, 2017)

V 70. a 80. let minulého století se však v zemích západní Evropy začala ozývat různá rodičovská hnutí, která bojovala za možnost vychovávat jejich dítě s postižením v rodinném prostředí. K tomu potřebovali finanční podporu státu, ke změnám v oblasti rané výchovy výrazně přispěli především rodiče dětí se zrakovým postižením. (Šance dětem, online)

Demokratické změny po listopadu 1989 sebou přinesly možnosti v poskytování rané péče prostřednictvím zřizování nestátních organizací, které se ranou péčí zabývaly. (Šándorová, 2015)

Terezie Hradílková, kterou můžeme označit jako jednu z osob spojenou se zrodem rané péče v České republice, uvádí, že je raná péče vázaná na historii poradenství pro rodiny s dětmi se zrakovým postižením. Ta vznikla na území ČR jako první a položila základy pro vznik dalších pracovišť, s nimiž později navázala spolupráci a co nejvíce prosazovali a rozvíjeli tento mladý obor. (Hradílková 2005, Společnost pro ranou péči, online)

V rámci občanských aktivit začínaly vznikat vedle služeb rané péče poskytovaných pouze pro rodiny s dětmi se zrakovým a kombinovaným postižením



i služby zaměřující se na další cílové skupiny. Těmi byly rodiny s dětmi se sluchovým, tělesným, mentálním postižením, včetně poruch autistického spektra a narušenou komunikační schopností. (Šándorová, 2015)

Šándorová (2015) poukazuje na mezirezortní nesrovnalosti poskytování rané péče z důvodu nesystematického definování. Proto měl každý resort jak školský, zdravotnický, tak sociální své kompetence - zdravotnický resort se zaměřoval na poskytování zdravotnické péče, ministerstvo práce a sociálních věcí na sociální podporu rodiny. Ale chybělo zde propojení všech tří složek, jak zdravotnických, sociálních tak pedagogických.

Na přelomu stolení se pracovnice v oblasti rané péče snažily rozšiřovat do společnosti informace a myšlenky o rané péči a zároveň hledat systémové ukotvení rané péče. Hlavním cílem systémového ukotvení byla finanční a státní podpora pro rodiny s dětmi s postižením, tím by se mělo eliminovat umístování dětí s postižením do ústavní péče a posilovat kompetence rodiny v péči o děti s postižením. (Terezie Hradílková, 2015; Společnost pro ranou péči, online)

Dlouhodobou prací na standardizaci rané péče „*bylo nakonec docíleno organizovaného ukotvení rané péče jako sociální služby pro rodiny dětí s postižením, završeném Zákonem 108/2006*“. (Hradílková, 2015; Společnost pro ranou péči, online)

I přes to, že raná péče spadá svou působností do resortu práce a sociálních věcí nadále zůstává důležitý přesah působnosti i ostatních resortů, které jsou v poskytování rané péče nepostradatelné. (Šándorová, 2005)

### **3.3.3 Klienti rané péče**

Do skupiny klientů využívajících služeb rané péče řadíme rodiny, které mají podezření na nepříznivý vývoj nebo konkrétní postižení u jejich dítěte, nadále také rodiny dětí s již diagnostikovaným postižením. Věk klientů je vyhraněn od narození až po zařazení dítěte do školního vzdělávacího zařízení. Rovněž do skupiny klientů využívající službu rané péče zahrnujeme rodiny s dětmi, kde byl zaznamenán komplikovaný porod nebo těhotenství, tudíž je větší pravděpodobnost výskytu některého z postižení. (Opatřilová, 2006)

Dříve nebyli rodiče považováni za součást procesu poskytování podpory tak, jak je tomu dnes. Po několika letech, kdy se změnil náhled na cílovou skupinu rané péče, se celá rodina stala nedílnou součástí celého procesu služby. Úloha rodiny se čím dál tím více jevila jako přínosná a její vliv se začal více respektovat. (Soriano, 1998)

Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., § 54 uvádí, že je raná péče „poskytovaná dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené, nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu.“

Střediska rané péče, která poskytují sociální služby rodinám a dětem se zdravotním postižením jsou vždy specializovaná na určitý druh nebo druhy postižení. Zaměřující se na skupiny dětí se zrakovým, sluchovým, tělesným, mentálním a kombinovaným postižením, ale i na další specifické druhy postižení dítěte. (Šánorová, 2017)

Pro zajímavost uvedeme počet poskytovatelů služeb rané péče v České republice, které bylo registrováno Ministerstvem práce a sociálních věcí. Registr poskytovatelů sociálních služeb zaznamenává 59 pracovišť rané péče pro všechny specifické druhy postižení. (Integrovaný portál MPSV, online)

### **3.3.4 Cíle rané péče**

Cíle rané péče můžeme rozdělit na obecné a dílčí cíle. Obecným cílem rané péče se stává především předcházení postižení u dítěte, posilování a stimulace senzomotorického, emocionálního, sociálního a intelektuálního vývoje. Dále k obecným cílům patří snížení nebo odstranění negativních dopadů postižení na další vývoj dítěte a zajištění co možná nejlepších kompetencí pro kvalitní zařazení dítěte s postižením a jeho rodiny do sociálního dění, zajistit tedy tzv. sociální integraci. (Šándorová, 2017)

Dílčí cíle se především zaměřují na působení sekundárních vlivů postižení u dané cílové skupiny, na jejich psychickou stránku, sociální a citový vývoj. To vše závisí na včasné diagnóze a následném poskytnutí nezbytné podpory působící na komplexní vývoj dítěte, ten zahrnuje složky somatické, psychické a sociální. (Šándorová, 2017)

S cílem co možná největší samostatnosti dítěte, je zapotřebí podporovat a podněcovat intelektuální, senzomotorický, emocionální a sociální vývoj dítěte. Tedy raná péče by měla poskytovat všechny druhy rané intervence. Těmi jsou odhalování problémů způsobené postižením, podpora rodiny, stimulace dalšího vývoje dítěte a také zaměření se na prevenci dalších vzniklých obtíží, tyto složky můžeme označit jako hlavní cíle rané péče. (Soriano, 2000)

### 3.3.5 Multidisciplinární tým rané péče

*„Předpokladem poskytování kvalitní služby je profesionální interdisciplinární tým s mezirezortní působností.“ (Šándorová, 2015, str. 59)*

Aby bylo při poskytování služeb rané péče dosaženo efektivních výsledků a pozitivního vývoje dítěte s postižením, je nezbytné zařadit do procesu komplexní mezioborový tým odborníků. Každý odborník se specializuje na oblast svého pracovního zaměření, avšak všichni dohromady spolupracují, konzultují, řeší společně vzniklé problémy, navrhují řešení těchto problémů a předávají si své poznatky a zkušenosti. Nesmíme v rámci multidisciplinárního týmu opomenout ani roli rodičů, ta by měla být nedílnou součástí pracovního týmu a podílet se na všech aktivitách a plánech, protože právě rodiče nejlépe znají své děti a mohou kvalitně přispět svými vlastními poznatky. (Ludíková, 2013)

Složení týmu nemusí být pevně dané, někteří odborníci jsou přizváni do týmu až tehdy, pokud případ zapadá do oblasti jejich pracovních kompetencí. Tým však tvoří pevné jádro, do kterého by měl určitě patřit speciální pedagog, psycholog, sociální pracovník, pediatr a odborník v problematice daného postižení- např. oftalmolog. (Ludíková, 2013)

Součástí týmu jsou především poradci, nejčastěji se jedná o speciální pedagogiky, kteří se zaměřují jak na diagnostiku, tak na stimulaci dítěte a podporu celé rodiny. Dále mají nezastupitelné místo v týmu i psychologové, kteří se specializují například na zvládání obtížné životní situace v rodině v důsledku postižení jejich dítěte nebo na vyšetření mentálního věku u dítěte. Mezi další odborníky můžeme zařadit fyzioterapeuty, neurology, pediatry, sociální pracovnice. (Opatřilová, 2006)

### 3.3.6 Průběh služby v rodině

První z důležitých faktorů při zahájení služby rané péče je vyhledání neboli depistáž klientů. Informace o této službě by se měly dostat k rodinám s dítětem s postižením co možná nejrychleji po stanovení diagnózy, abychom včas podchytili postižení dítěte, zavedli důležitá opatření ve vývoji a tím předešli sekundárním problémům způsobených daným postižením.

Když se rodiče dozví o službě rané péče mohou telefonicky či písemně zažádat o první konzultaci, na které se dozví od pracovníků rané péče více informací. Na základě prvního setkání se rodiče sami rozhodnou, zda službu chtějí či nechtějí využívat.

Klíčový pracovník, který bude rodině přidělen na dalších dvou návštěvách zhodnotí specifika a dovednosti dítěte, ty se stanou nadále podkladem pro vypracování návrhu individuálního vzdělávacího plánu, podle něhož pracovník s dítětem a rodinou pracuje. Na vytváření IVP se podílí pracovník/poradce rané péče, rodiče a další odborníci, jež se orientují v dané problematice.

Důležitým bodem při sestavování IVP jsou cíle, jež si rodiče určí a které se budou společnými silami snažit dosáhnout. IVP se může v průběhu času měnit a je průběžně vyhodnocován, například se hodnotí, zda byly splněné stanovené cíle a to jednou za půl roku. Konzultace probíhají v přirozeném prostředí, tedy rodině. V případě zájmu rodiny nebo v případě nezájmu o poskytování služby v domácím prostředí mohou být konzultace uskutečňovány ambulantně. (Dlouhá, 2000; Šance dětem, online)

### 3.3.7 Služby rané péče

Činnosti poskytované pracovníky rané péče nelze všechny zcela obsáhnout, je však důležité zmínit, že jejich výběr závisí především na specifických potřebách dítěte a rodiny. Poskytované služby dělíme dle vyhlášky č. 391/2011 Sb., *kteřou se mění vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů*, do 4 oblastí:

<b>Výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti</b>
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</b>
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
<b>Sociálně terapeutické činnosti</b>
1. Psychosociální podpora formou naslouchání
2. Podpora výměny zkušenosti
3. Pořádání setkání a pobytových kurzů pro rodiny
<b>Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí</b>
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

Tabulka 1: Vyhláška č. 391/2011 Sb.

Do služeb rané péče také zařazujeme vypracování individuálního plánu, zapůjčování stimulačních, didaktických hraček a vhodných rehabilitačních, kompenzačních pomůcek, pomoc při hledání předškolního zařízení, pomoc při výběru kompenzačních, rehabilitačních pomůcek, konzultace v rodinném prostředí, pořádání odborných seminářů a přednášek, zajištění terapií a podpůrných aktivit, např. hipoterapie, canisterapie, rehabilitační plavání nebo synergická reflexní terapie. (Opatřilová, 2006; Dlouhá, 2011)

### 3.3.8 Zásady a principy rané péče

Terezie Hradílková in Ján Jesenský (2002) shrnula několik zásad, jimiž by se měla pracoviště rané péče při poskytování poradenských služeb řídit a dodržovat:

- **Princip důstojnosti** - princip poukazuje na respektování individuality každého dítěte i jeho rodiny a za důstojné zacházení s ním, jeho rodinou či jejich dokumentací.
- **Princip ochrany soukromí klienta** - pracovník rané péče zachází s informacemi o klientovi pouze s jeho souhlasem a v rodinném prostředí respektuje soukromí rodiny.
- **Princip zplnomocnění** - klient má právo na poskytování objektivních informací, na právo rozhodovat o sobě a též zahrnuje právo rodiny být součástí interdisciplinárního týmu poskytovatelů rané péče.

- **Princip nezávislosti** - služba rané péče vytváří a posiluje kompetence samostatnosti rodiny, učí je být nezávislími na institucích.
- **Princip práva volby** - klienti mají právo vlastní volby a spolupodílení se na tvorbě individuálního plánu.
- **Princip týmového přístupu a komplexnosti služeb** - interdisciplinární působení týmu přináší pozitivní výhody pro klienta.
- **Princip přirozenosti prostředí** - konzultace probíhají v prostředí, jež je pro dítě nejpřirozenější, tedy v rodině samé, přirozenost spočívá i v zachování klasického chodu domácnosti při návštěvě pracovníka.
- **Princip kontinuity péče** - raná péče klientovi poskytuje informace o návazných spolupracujících službách.

## 4 Praktická část

Pro praktickou část bakalářské práce, kde se budeme zabývat informovaností o službě rané péče mezi laickou a odbornou veřejností, byla zvolena kvantitativní metoda sběru dat - dotazníkové šetření. Praktická část je rozdělena na 2 části, v každé z nich rozebereme a graficky znázorníme výsledky dotazníkového šetření v určitých skupinách respondentů. Nakonec vše shrneme a zhodnotíme v závěrečné diskuzi.

### 4.1 Cíle a hypotézy výzkumu

Pro kvalitní, a především včasné poskytnutou ranou intervencí je nezbytné, směřovat informace o této službě k veřejnosti. Raná péče nemá v České republice dlouhou působnost, a tak ji můžeme označit za relativně novou službu, která si své místo v povědomí společnosti probojovává.

Ideálním stavem pro efektivní osvětu rané péče by bylo oslovení mnohem širšího spektra respondentů, ať už z různých věkových, sociálních nebo profesních oblastí. My si ovšem pro svou práci zvolili určitý vzorek respondentů, u kterých spatřujeme informovanost o službě jako zásadní.

**Hlavní cíl:** Hlavním cílem provedeného výzkumu bylo zjištění míry informovanosti o službě rané péče mezi odbornou a laickou veřejností. Vzhledem k hlavnímu cíli byly zformulovány dvě základní otázky, na které se pomocí výsledků dotazníkového šetření pokusíme odpovědět.

1. Jak vysoká je míra informovanosti u odborné a laické veřejnosti
2. Jakou formou se informace o rané péči k veřejnosti dostávají

#### Hypotézy

1. Odborná veřejnost bude lépe informovaná o službě rané péče než veřejnost laická.
2. Laická veřejnost uvede jako nejčastější zdroj, z kterého se dozvěděla o službě rané péče internet a školu, odborná školu a zaměstnání.
3. O službě rané péče budou nejlépe informováni studenti v oblasti sociální práce a sociální pracovníci. Naše předpoklady vychází ze skutečnosti, že je služba rané péče legislativně ukotvena v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

## 4.2 Dotazníková metoda

Pro výzkumnou část a sběr dat jsme zvolili dotazníkovou metodu, která nám přišla vzhledem k nutnosti vysokého sběru dat nejvhodnější.

Gavora in Chráska (2007. str. 163) charakterizuje tuto metodu jako „*způsob písemného kladení otázek a získávání písemných odpovědí*“. Dotazník představuje předem strukturalizovaný soubor otázek, na který respondent (osoba vyplňující dotazník) odpovídá písemnou formou.

Zvolené otázky v dotazníku budou dvojí formy - otázky otevřené a uzavřené. Otevřené otázky nemají žádné předem připravené odpovědi, a tak není respondent v odpovídání ničím vázán. Nevýhoda otevřených otázek spočívá ve složitosti vyhodnocení, kde je zapotřebí provést kvalitní kategorizaci odpovědí. U otázek uzavřených naopak respondent vybírá z předem připravených odpovědí a volí jednu z možností. Výhodou je zde rychlost vyhodnocení odpovědí, ale může se zde vytrácet jistá kvalita odpovědi, protože respondent mnohdy vybírá otázku, která nemusí přímo odpovídat odpovědi, kterou by respondent zvolil. (Chráska, 2007)

Chráska (2007) uvádí zásady při konstrukci dotazníku. Především by měly být kladené otázky srozumitelné a jednoznačné. Dotazník by neměl být příliš dlouhý a měl by obsahovat jasně dané pokyny k vyplnění. Důležitá je také konstrukce otázek. Nejdůležitější otázky bychom měli řadit doprostřed dotazníku a na začátek volit otázky jednodušší.

## 4.3 Dotazníkové šetření

Vzhledem k většímu počtu respondentů, kteří byli potřeba k výzkumu, byla zvolena kvantitativní metoda - dotazníkové šetření. V rámci dotazníkového šetření byly vytvořeny dvě verze strukturovaných dotazníků. První dotazník pro laickou veřejnost tvořilo 13 uzavřených otázek a pro odbornou otázek 12, kde byla zvolena kombinace otázek uzavřených a otevřených. První otázky se vztahují s faktografickým údajům respondentů z pohledu pohlaví, věku a vzdělání. Nejpodstatnější otázky dotazníku, jež se vztahují k výzkumným otázkám bakalářské práce, byly využity u obou skupin respondentů, abychom docílili možného srovnání těchto dvou skupin. Dotazníky byly rozesílány jak elektronickou formou prostřednictvím internetového serveru Survio, tak formou tištěnou. Sběr dat se realizoval v časovém úseku od ledna do března tohoto roku a byl zcela anonymní.



Počet vyplněných dotazníků je u obou skupin respondentů obdobný. U laické veřejnosti byla vratnost dotazníků od 72 respondentů a u odborné od 69. Záměrně byl rozeslán podobný počet dotazníků oběma skupinám, aby se docílilo větší objektivity výsledků.

#### 4.4 Analýza dotazníků u laické veřejnosti

Do spektra oslovených respondentů patří v zastoupení laické veřejnosti studenti v oblasti školství, zdravotnictví a sociální práce, z důvodu toho, že zde spatřujeme určitou pravděpodobnost profesního zaměření, jež by mohli v budoucnu spolupracovat nebo dále šířit povědomí o službě rané péče. Jak už bylo v teoretické části zmíněno, tým rané péče není tvořen pouze poradkyněmi, které jezdí do rodin využívající službu, ale skládá se z širokého spektra odborníků, jejichž působnost zasahuje do všech resortů - MŠMT, MZ, MPSV - na tomto základě byli zvoleni studenti, jejichž studium spadá právě pod jeden ze zmíněných resortů.

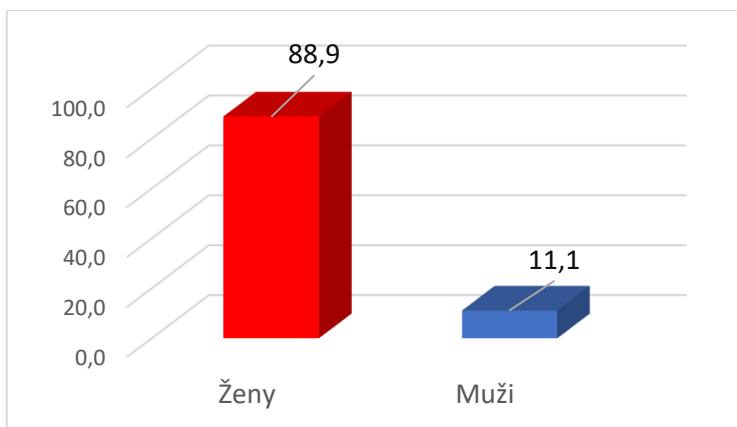
Tento vzorek ještě doplňují matky na mateřské dovolené. Tato skupina se liší v záměru oslovení od studentů tím, že studenti byli osloveni z hlediska profesního zaměření. Matky však představují řekněme cílovou skupinu, ke které by se šířené informace měly dostávat ať už prostřednictvím internetu, médií nebo právě zmíněných odborníků.

Výsledky dotazníků dále zobrazíme pomocí grafického provedení a krátkého komentáře.

##### Otázka č. 1 Jste muž nebo žena?

Žena	64
Muž	8

Tabulka 2: Jste muž nebo žena?



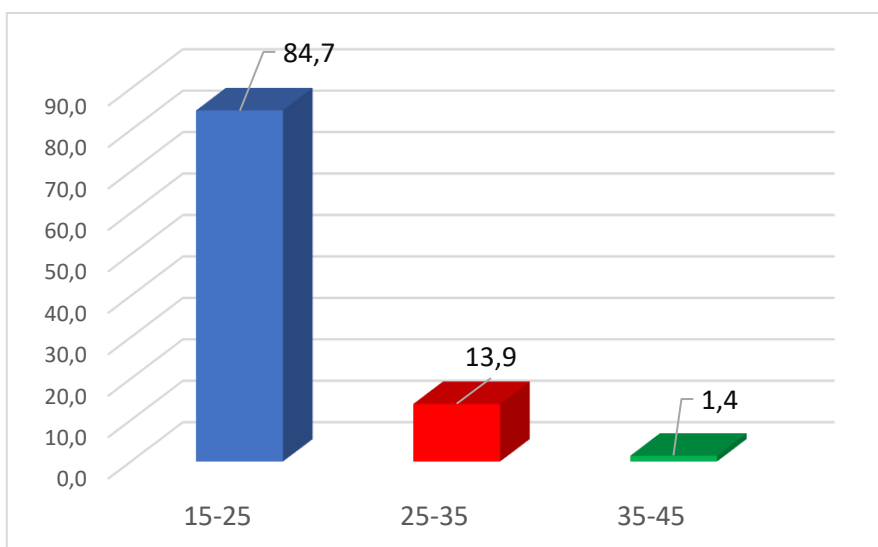
**Graf 1: Jste muž nebo žena?**

Na dotazník z celkových 72 respondentů odpovědělo 64 žen (88,9%) a 8 mužů (11,1%). Převaha zastoupení žen je dána zvoleným složením respondentů, především tedy matek na mateřské dovolené.

**Otázka č. 2 Jaký je Váš věk?**

15 - 25 let	61
26 - 35 let	10
36 - 45 let	1

**Tabulka 3: Jaký je Váš věk?**



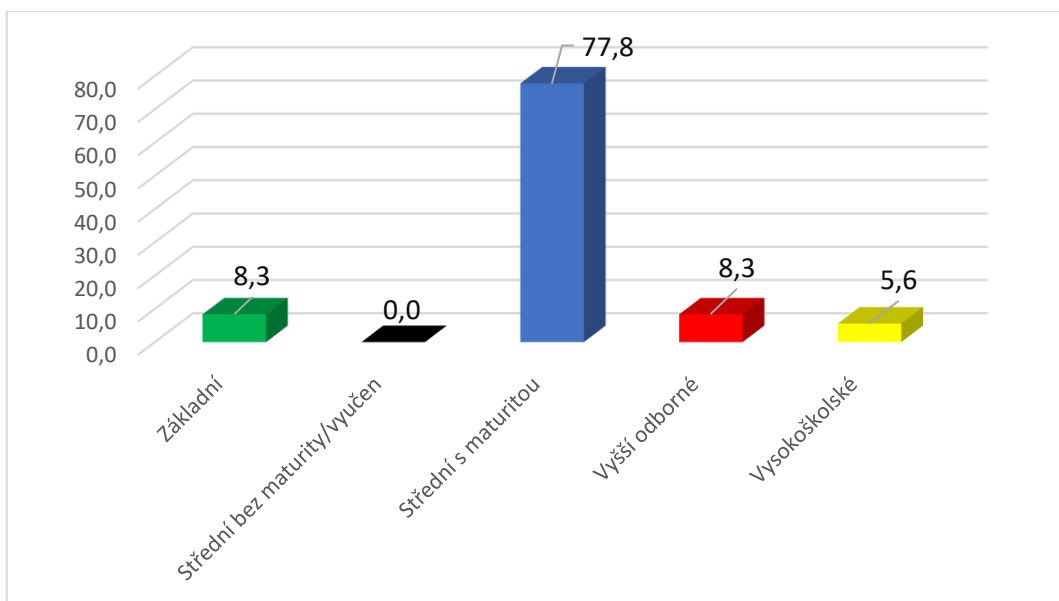
**Graf 2: Jaký je Váš věk?**

Ve věkové kategorii od 15 - 25 let se pohybovalo 61 respondentů, kteří tvořili 84,7 % z celkového vzorku. Ve škále od 26 - 35 bylo 10 respondentů (13,9 %) a poslední kategorie od 36 - 45 byla zastoupená 1 respondentem (1,4 %)

### Otázka č. 3 Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Základní	6
Střední bez maturity/vyučen	0
Střední s maturitou	56
Vyšší odborné	6
Vysokoškolské	4

Tabulka 4: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?



Graf 3: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

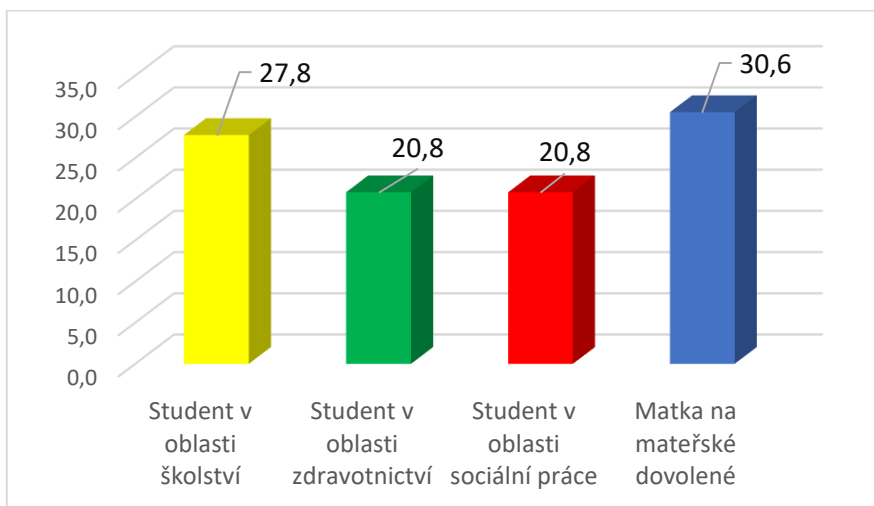
Základní vzdělání uvedlo 6 respondentů (8,3 %), střední s maturitou největší počet, 56 respondentů (77,8 %), vyšší odborné 6 respondentů (8,3 %) a vysokoškolské 4 respondenti (5,6 %).

### Otázka č. 4 Jaký je Váš současný sociální status?

Student v oblasti školství	20
Student v oblasti zdravotnictví	15

Student v oblasti sociální práce	15
Matka na mateřské dovolené	22

**Tabulka 5: Jaký je Váš současný sociální status?**



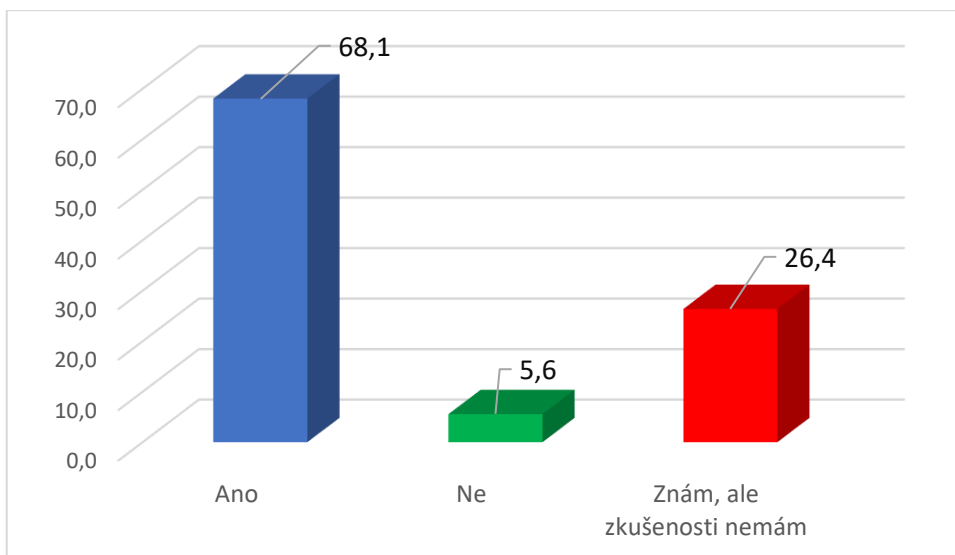
**Graf 4: Jaká je Váš současný sociální status?**

Spektrum výzkumného vzorku bylo tvořeno 20 studenty (27,8 %) v oblasti školství, 15 studenty (20,8 %) v oblasti zdravotnictví, 15 studenty (20,8 %) v oblasti sociální práce a 22 matkami na mateřské dovolené (30,6 %).

#### **Otázka č. 5 Máte nějaké zkušenosti s osobami se zdravotním postižením?**

Ano	49
Ne	4
Znám, setkala jsem se s osobou se zdravotním postižením, ale žádné zkušenosti nemám.	19

**Tabulka 6: Máte nějaké zkušenosti s osobami se zdravotním postižením?**



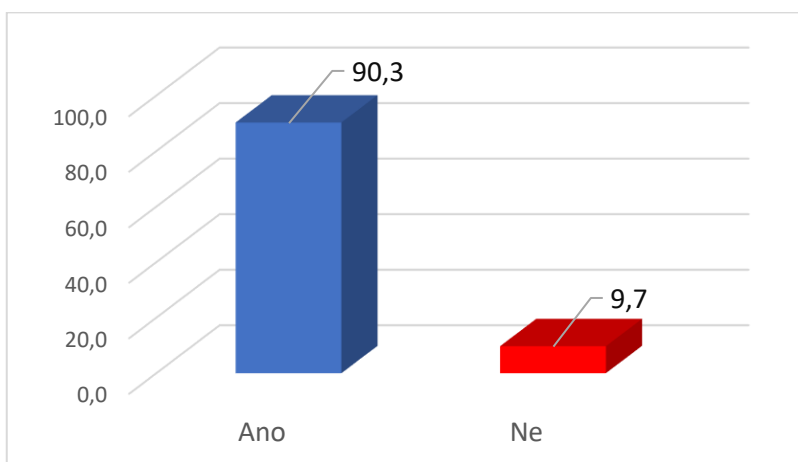
**Graf 5: Máte nějaké zkušenosti s osobami se zdravotním postižením?**

U této otázky, ke které se vztahuje hypotéza č. 3 odpovědělo 49 respondentů (68,1 %), že má nějaké zkušenosti s osobami se zdravotním postižením, 4 respondenti (5,6 %) odpověděli, že žádné zkušenosti nemají a 19 respondentů (26,4 %), že někoho se zdravotním postižením zná, ale zkušenosti nemá.

**Otázka č. 6 Znáte nějaké sociální služby zabývající se osobami se zdravotním postižením?**

Ano	65
Ne	7

**Tabulka 7: Znáte nějaké sociální služby zabývající se osobami se zdravotním postižením?**



**Graf 6: Znáte nějaké sociální služby zabývající se osobami se zdravotním postižením?**

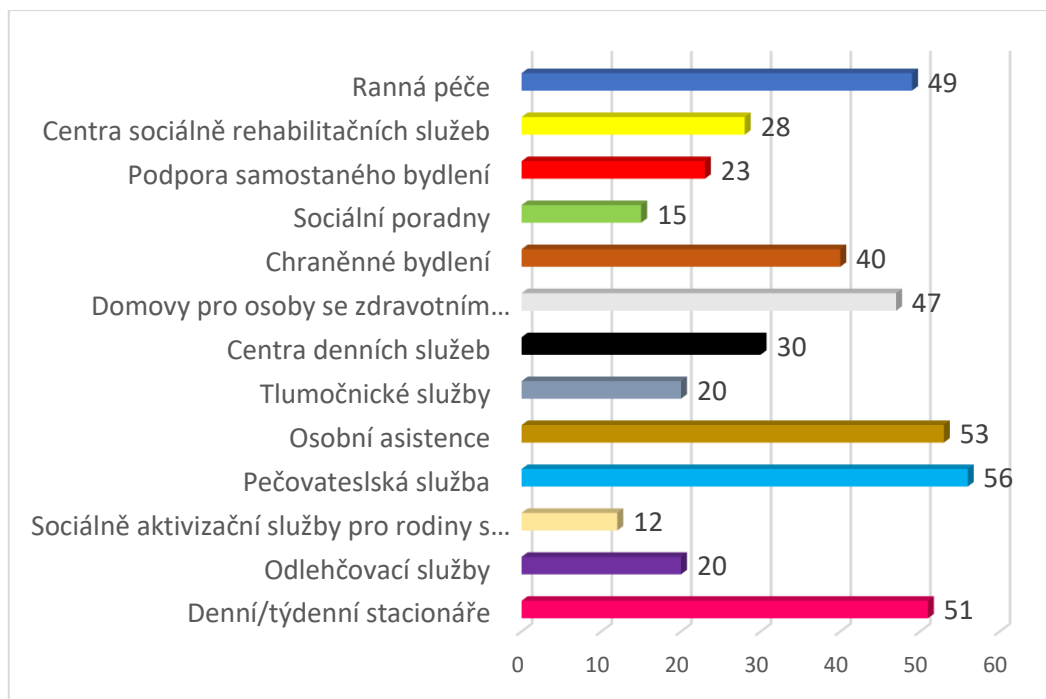
65 respondentů (90,3 %) uvedlo, že zná nějaké sociální služby a pouze 7 respondentů (9,7 %), že nezná žádné ze sociálních služeb.

### **Otázka č. 7 Pokud ano, jaké?**

U této otázky byla možnost označit větší množství nabízených odpovědí.

Denní/týdenní stacionáře	51
Odlehčovací služby	20
Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi	12
Pečovatelská služba	56
Osobní asistence	53
Tlumočnické služby	20
Centra denních služeb	30
Domovy pro osoby se zdravotním postižením	47
Chráněné bydlení	40
Sociální poradny	15
Podpora samostatného bydlení	23
Centra sociálně rehabilitačních služeb	28
Raná péče	49

**Tabulka 8: Pokud ano, jaké?**



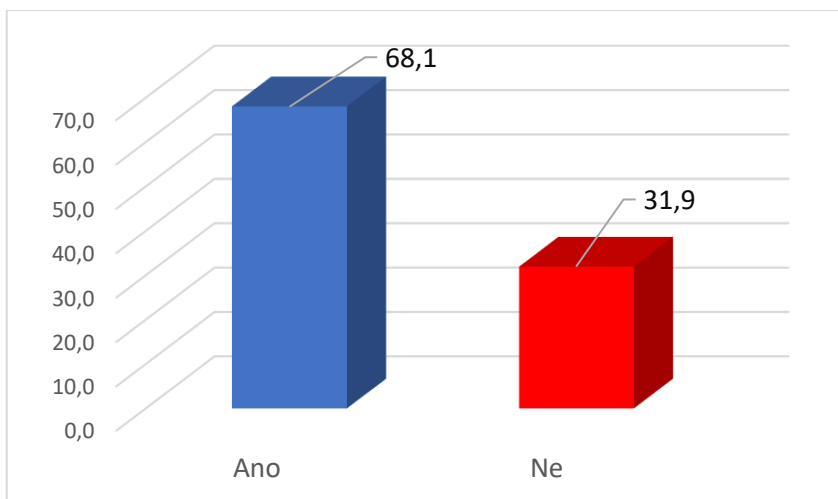
**Graf 7: Pokud ano, jaké?**

Nejvíce označovanou sociální službou byla Pečovateľská služba, kterou označilo 56 respondentů, dále Osobní asistence 53 respondentů, Denní/týdenní stacionáře 51 respondentů, Raná péče 49 respondentů. Naopak nejméně známou sociální službou jsou v tomto případě Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, kterou označilo pouze 12 respondentů.

#### **Otázka č. 8 Slyšeli jste někdy o službě raná péče?**

Ano	49
Ne	23

**Tabulka 9: Slyšeli jste někdy o službě raná péče?**



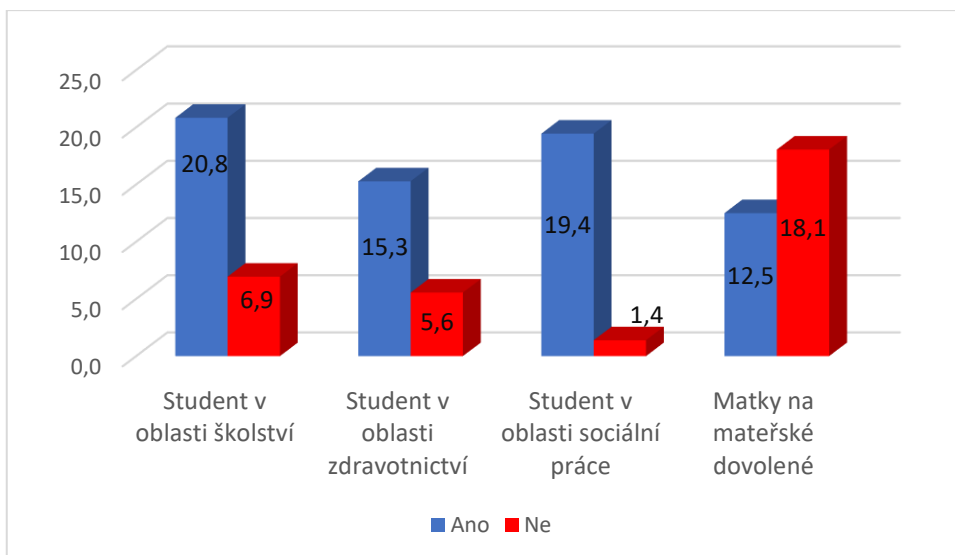
**Graf 8: Slyšeli jste někdy o službě raná péče?**

V otázce č. 8, která je v dotazníku, jak pro laiky, tak odborníky jednou z nejdůležitějších, odpovědělo 49 respondentů (68,1 %), že zná službu rané péče a 23 respondentů (31,9 %), že ranou péčí nezná. Tento výsledek se váže k hypotéze č.1 a na konci bude porovnán s výsledky odborné veřejnosti.

	Ano	Ne
Student v oblasti školství	15	5
Student v oblasti zdravotnictví	11	4
Student v oblasti sociální práce	14	1
Matka na mateřské dovolené	9	13

**Tabulka 10: Odpovědi od jednotlivých respondentů**





**Graf 9: Odpovědi jednotlivých respondentů**

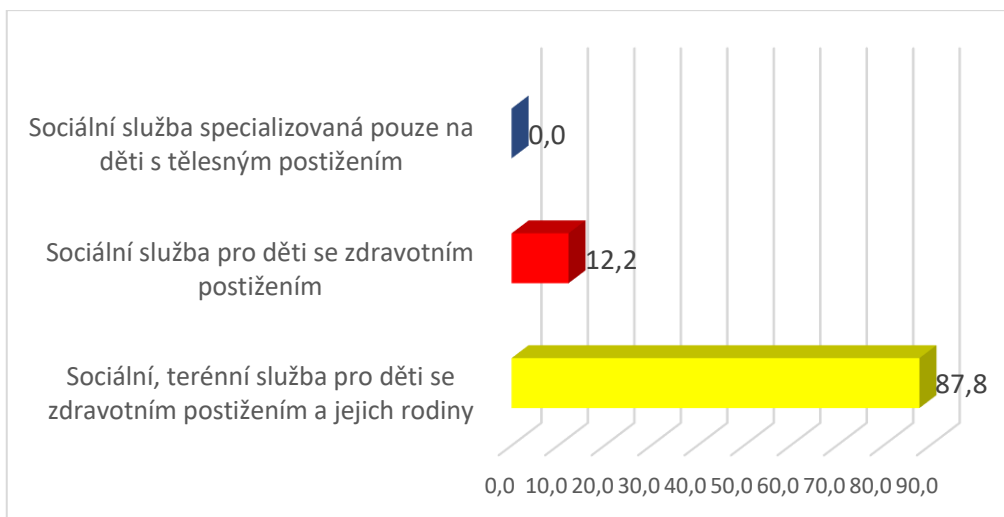
Graf č. 9 zobrazuje procentuální povědomí jednotlivých skupin respondentů na otázku, jestli někdy slyšeli o službě rané péče. Výsledky tohoto grafu jsou pouze orientační, jelikož se počet respondentů mírně lišil, výsledky tedy nemohou být zcela objektivní. Nejlépe informovanou skupinou o službě rané péče jsou studenti v oblasti školství 20,8 %, dále studenti v oblasti sociální práce 19,4 %, potom studenti v oblasti zdravotnictví 15,3 % a poslední, nejméně informovanou skupinou jsou matky na mateřské dovolené s 12,5 %.

### **Otázka č. 9 Víte, co je služba raná péče?**

Na následující otázku mohli odpovídat pouze respondenti, kteří v předchozí otázce odpověděli, že znají službu rané péče (49 respondentů).

Sociální služba specializovaná pouze na děti s tělesným postižením	0
Sociální služba pro děti se zdravotním postižením	6
Sociální, terénní služba pro děti se zdravotním postižením a jejich rodiny	43

**Tabulka 11: Víte, co je služba raná péče?**



**Graf 10: Víte, co je služba raná péče?**

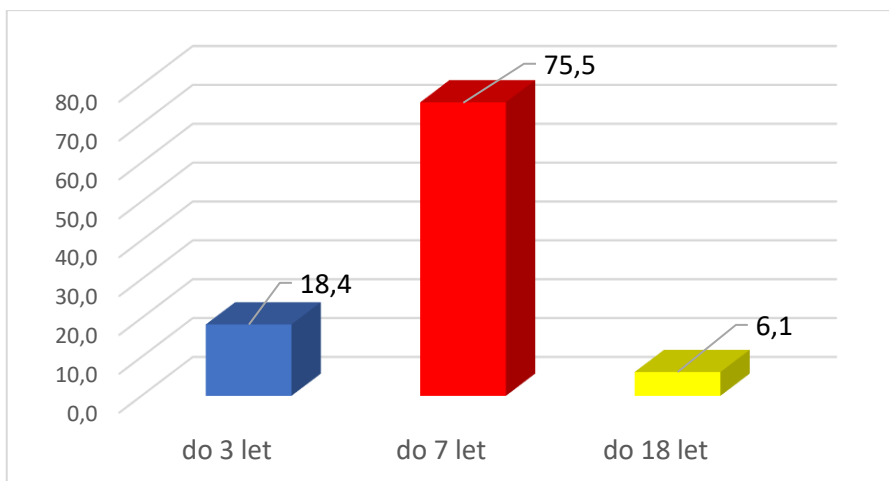
Z celkových 49 respondentů odpovědělo 43 respondentů (87,8 %) správně, že raná péče je sociální terénní služba pro děti se zdravotním postižením a jejich rodiny. 6 respondentů (12,2 %) odpovědělo, že je raná péče sociální služba, ale pouze pro děti se zdravotním postižením. Poslední možnost odpovědi ne zvolil žádný z respondentů.

#### **Otázka č. 10 Komu poskytuje raná péče své služby?**

Na tuhle otázku odpovídali rovněž jen ti respondenti, kteří odpověděli, že znají službu rané péče (49 respondentů)

Dětem se zdravotním postižením a jejich rodinám od 0-3 let	9
Dětem se zdravotním postižením a jejich rodinám od 0-7 let	37
Dětem se zdravotním postižením a jejich rodinám od 0-18	3

**Tabulka 12: Komu poskytuje raná péče své služby?**



**Graf 11: Komu poskytuje služba raná péče své služby?**

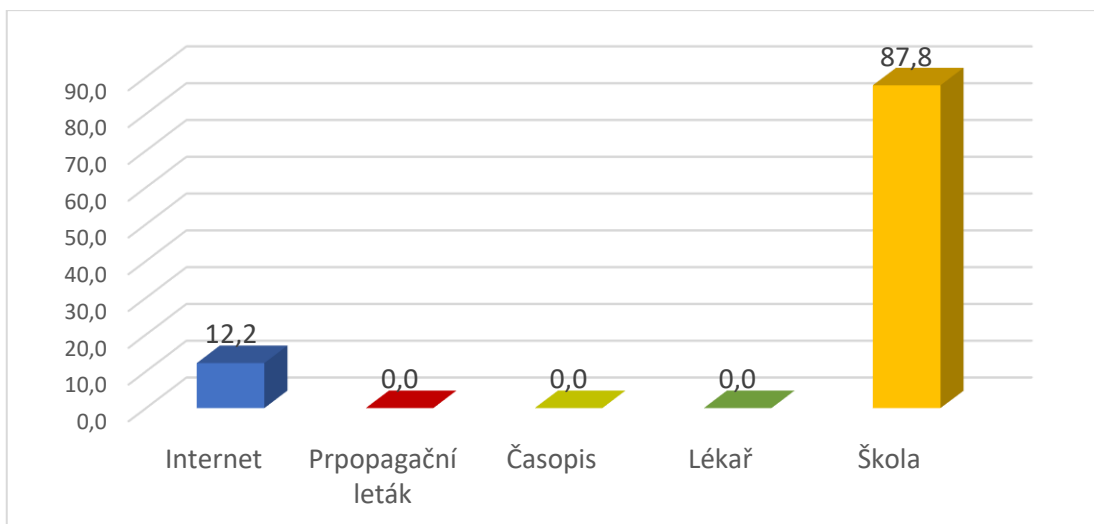
37 respondentů (75,5 %) správně uvedlo, že je raná péče poskytována dětem od 0 do 7 let věku. 9 respondentů (18,4 %), že poskytuje služby dětem pouze od 0 do 3 let a 3 respondenti (6,1 %), že od 0 do 18 let.

#### **Otázka č. 11 Kde jste se dozvěděl/a o službě rané péče?**

Na otázku odpovídají pouze respondenti, kteří znají službu rané péče (49 respondentů).

Internet	6
Propagační leták	0
Časopis	0
Lékař	0
Ve škole	43

**Tabulka 13: Kde jste se dozvěděl/a o službě rané péče?**



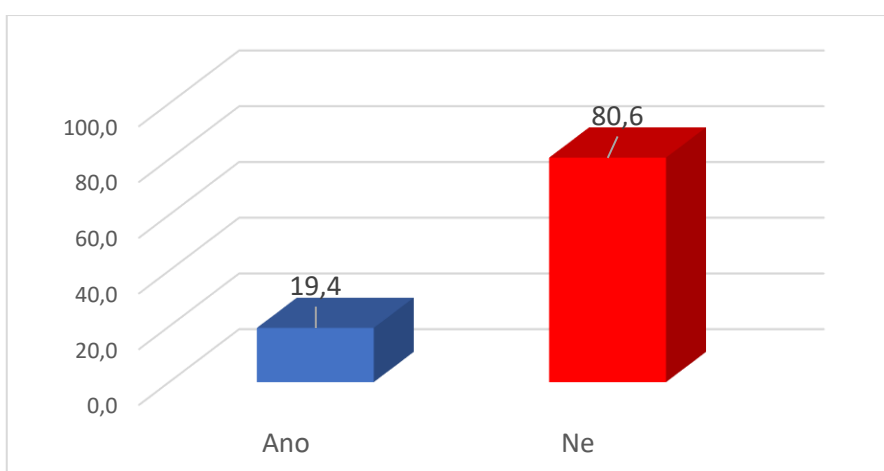
**Graf 12: Kde jste se dozvěděl/a o službě rané péče?**

Výsledky otázky č. 11 se vztahují k jedné z výzkumných otázek a to, kde se respondenti dozvěděli o službě rané péče a k hypotéze č. 2. Jako nejčastější zdroj informací uvedlo 43 respondentů (87,7 %) školu a druhým zdrojem byl internet, který označilo 6 respondentů (12,2 %), další odpovědi nebyly zvoleny.

#### **Otázka č. 12 Znáte rodinu, která využívá služeb rané péče?**

Ano	14
Ne	58

**Tabulka 14: Znáte rodinu, která využívá služeb rané péče?**



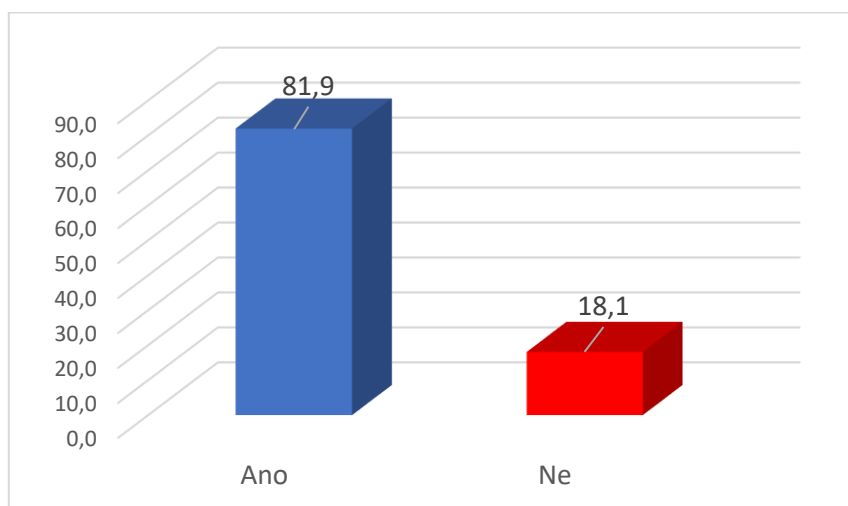
**Graf 13: Znáte rodinu, která využívá služeb rané péče?**

58 respondentů (80,6 %) odpovědělo, že nezná žádnou rodinu, která by využívala služeb rané péče a 14 respondentů (19,4 %), že zná rodinu, která služeb využívá.

### Otázka č. 13 Chtěli byste se o této službě dozvědět více informací?

Ano	59
Ne	13

Tabulka 15: Chtěli byste se o této službě dozvědět více informací?



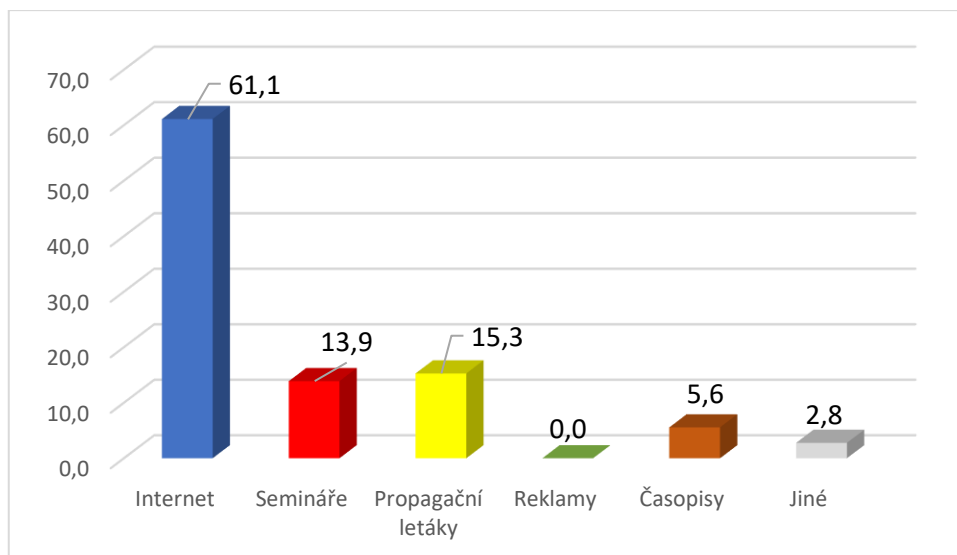
Graf 14: Chtěli byste se o této službě dozvědět více informací?

Pozitivním shledáváme odpovědi na předposlední otázku, kde byli respondenti dotazováni, jestli by chtěli vědět o rané péči více informací. V 59 případech (81,9 %) respondenti odpověděli, že by chtěli a ve zbylých 13 (18,1 %), že nechtěli.

### Otázka č. 14 Jakou formou propagace by se měla služba rané péče dostat do povědomí společnosti?

Internet	44
Semináře	10
Propagační letáky	11
Reklamy	0
Časopisy	4
Jiné (TV)	2

Tabulka 16: Jakou formou propagace by se měla služba rané péče dostat do povědomí společnosti?



**Graf 15: Jakou formou propagace by se měla služba rané péče dostat do povědomí veřejnosti?**

U poslední otázky nás zajímalo, jakou formu propagace rané péče by respondenti zvolili jako vhodnou. S viditelnou převahou získal nejvíce hlasů internet, který označilo 44 respondentů (61,6 %), dalším zdrojem byly propagační letáky 11 respondentů (15,3 %), semináře 10 respondentů (13,9 %), časopisy 4 respondenti (5,6 %) a 2 respondenti (2,8 %) zvolili možnost propagace TV.

#### **4.5 Analýza dotazníků u odborné veřejnosti**

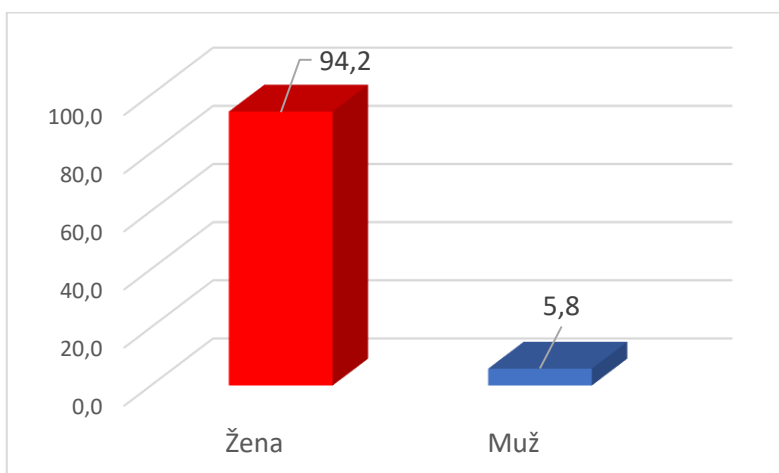
V odborné veřejnosti byl zvolen výzkumný vzorek respondentů na základě možnosti, že se ve své profesi setkává nebo by se mohl setkávat se situací, kdy se rodině narodilo nebo narodí dítě s postižením. Shledáváme důležitým, aby rodině právě tito odborníci předali informace o službě rané péče a tím se včas podchytil vývoj dítěte a byla včas zahájena raná intervence.

Z hlediska informovanosti by mohl být osloven mnohem větší počet odborníků z různých profesí, ale tím by byl dotazník velmi náročný a rozsáhlý. My proto pro výzkum zvolili vzorek odborníků, jejichž působnost opět zasahuje do všech resortů. Ze zdravotnictví jsme zvolili doktory se zdravotními sestrami a gynekology s porodními asistenty. Dále z oblasti školství učitele MŠ a z resortu MPSV sociální pracovníky.

### Otázka č. 1: Jste muž nebo žena?

Žena	65
Muž	4

Tabulka 17: Jste muž nebo žena?



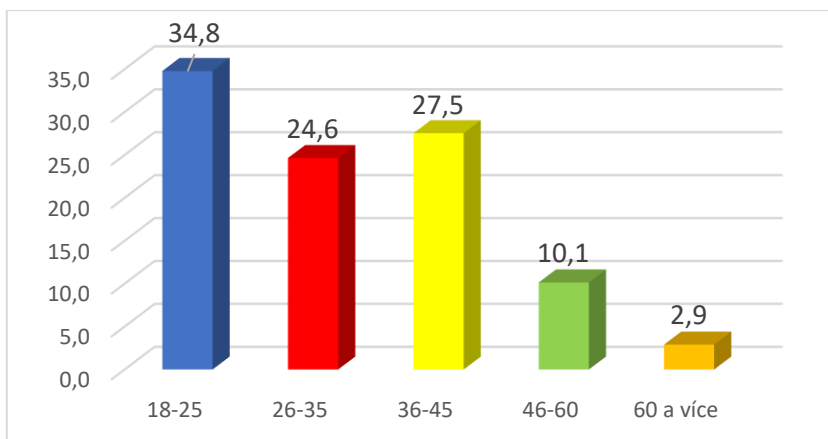
Graf 16: Jste muž nebo žena?

Zkoumanou skupinu respondentů z odborné veřejnosti tvořilo 65 žen (94,2 %) a 4 muži (5,8 %). Opět shledáváme důvodem takto nerovnoměrného rozdělení zvolené skupiny respondentů, jelikož ve většině profesí se převážně vyskytuje větší procento ženy.

### Otázka č. 2: Jaký je Váš věk?

18 - 25	24
26 - 35	17
36 - 45	19
46 - 60	7
60 a více	2

Tabulka 18: Jaký je Váš věk?



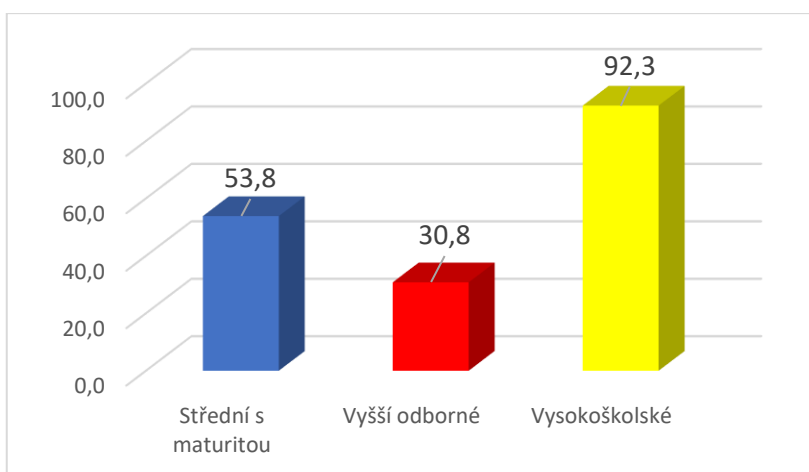
**Graf 17: Jaký je Váš věk?**

24 respondentů (34,8 %) bylo ve věku 18 - 25 let. Ve škále od 26 - 35 let se pohybovalo 17 respondentů (24,7%), od 36 - 45 bylo respondentů 19 (27,5 %), od 46 - 60 respondentů 7 (10,1 %) a v kategorii od 60 a výš 2 respondenti (2,9 %).

**Otázka č. 3: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

Střední s maturitou	21
Vyšší odborné	12
Vysokoškolské	36

**Tabulka 19: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**



**Graf 18: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

Nejvyšší dosažené vzdělání u odborné veřejnosti bylo vzdělání vysokoškolské a to u 36 respondentů, což představuje 92,3 % ze všech dotázaných. Druhou nejpočetnější skupinu tvořili respondenti se středním vzděláním s maturitou 21 respondentů (53,8 %),

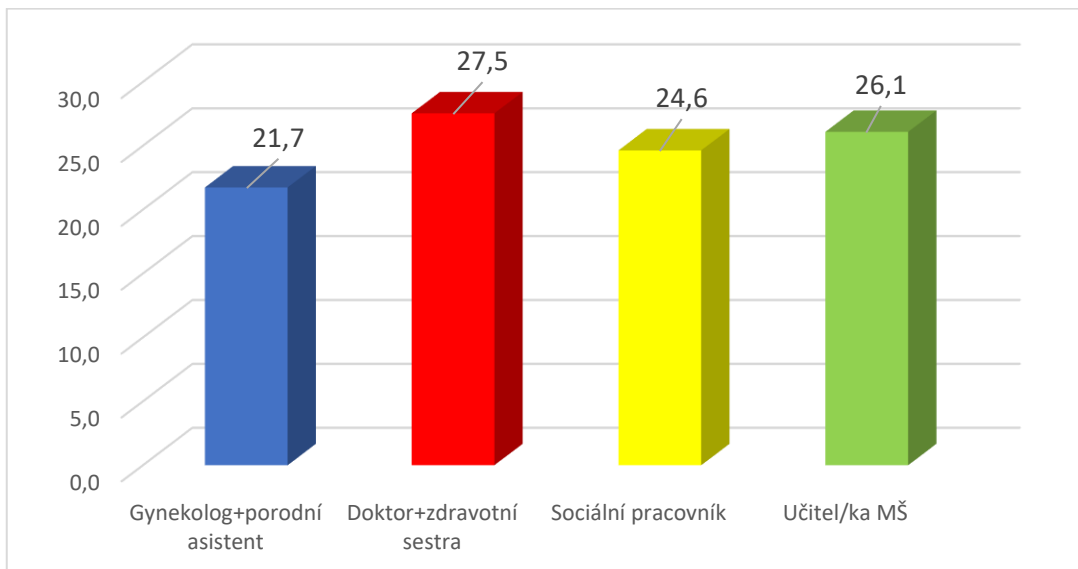


a nejméně početnou skupinou byli respondenti s vyšším odborným vzděláním 12 respondentů (30,8 %)

**Otázka č. 4: Jaké je Vaše povolání a oblast pracovního zaměření?**

Gynekolog, porodní asistent	15
Doktor, zdravotní sestra	19
Sociální pracovník	17
Učitel/ka MŠ	18

**Tabulka 20: Jaké je Vaše povolání a oblast pracovního zaměření?**



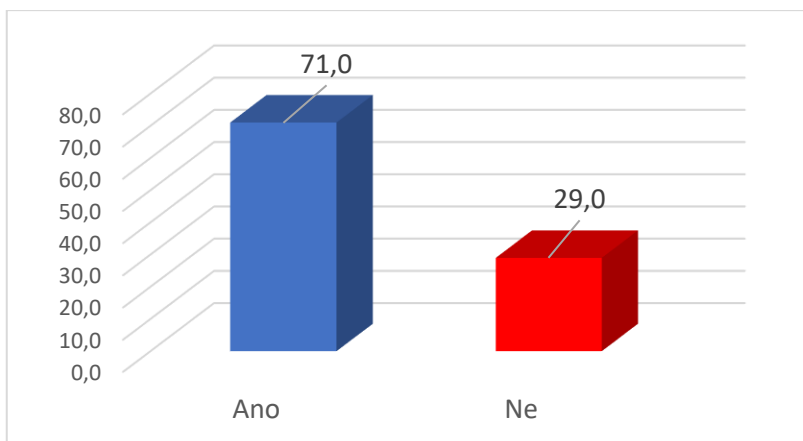
**Graf 19: Jaké je vaše povolání a oblast pracovního zaměření?**

Odbornou veřejnost tvořilo 15 gynekologů a porodních sester (21,7 %), 19 doktorů a zdravotních sester (27,5 %), 17 sociálních pracovníků (24,6 %) a 18 učitelek MŠ (26,1 %).

**Otázka č. 5: Znáte službu raná péče?**

Ano	49
Ne	20

**Tabulka 21: Znáte službu raná péče?**

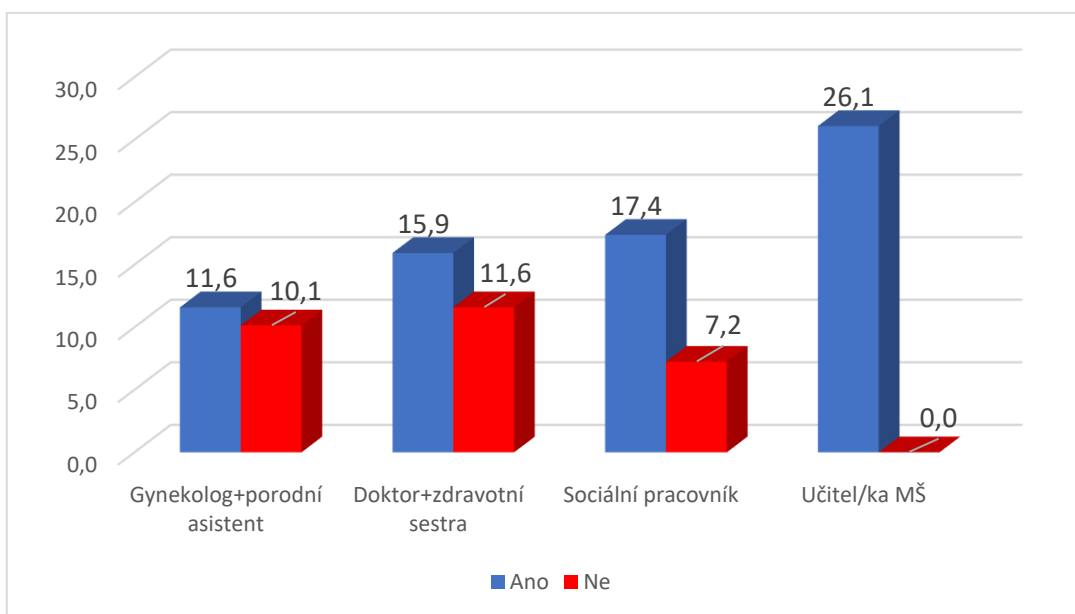


**Graf 20: Znáte službu raná péče?**

Tato otázka je v dotazníku jedna z nejdůležitějších a porovnáním s odpovědí s laickou veřejností dostaneme odpověď na naši hypotézu č.1. 49 respondentů (71,0 %) odpovědělo, že zná službu rané péče a 20 respondentů (29,0 %), že službu nezná.

	Ano	Ne
Gynekolog, porodní asistent	8	7
Doktor, zdravotní sestra	11	8
Sociální pracovník	12	5
Učitel/ka MŠ	18	0

**Tabulka 22: Odpovědi od jednotlivých respondentů**



**Graf 21: Odpovědi jednotlivých respondentů**

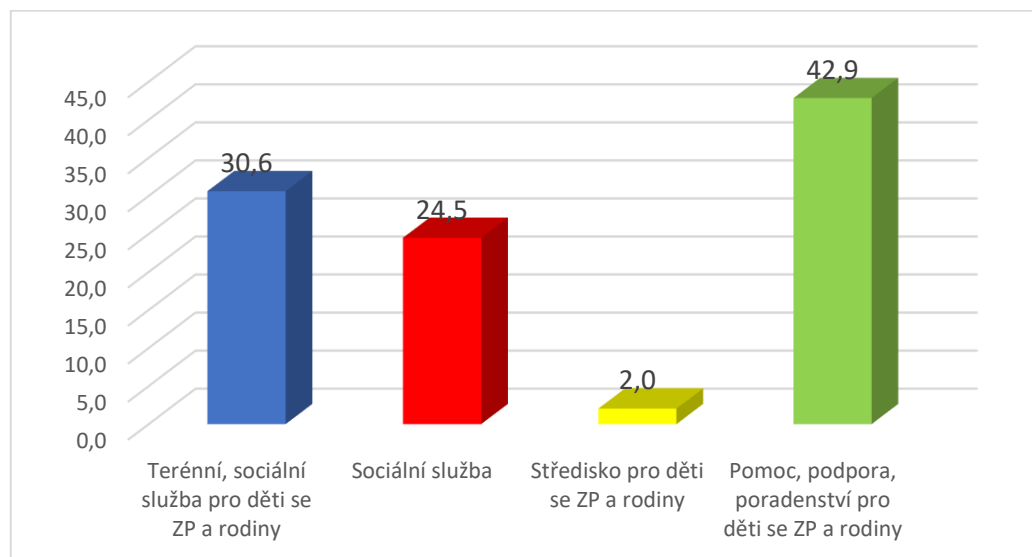
Tento graf ukazuje procentuální zastoupení určitých skupin respondentů, kteří odpověděli, že znají službu raná péče. Opět zde nemůžeme mluvit o objektivitě výsledků, jelikož se zde vyskytují mírné rozdíly v počtu respondentů. Tudíž jsou tyto výsledky jen orientační. Nejvíce informovanou skupinou jsou učitelky MŠ, všech 18 odpovědělo, že znají tuto službu a ze všech respondentů představují jejich odpovědi 26,1 %. Dalšími bylo 12 sociálních pracovníků (17,4 %), doktoři a zdravotní sestry 11 (15,9 %) a gynekologové a porodní asistentky 8 (11,6 %).

### Otázka č. 6: Víte, co je služba raná péče?

Následující otázka byla zodpovězena pouze respondenty, kteří znají službu raná péče (49 respondentů).

Terénní, sociální služba pro děti se ZP a rodiny	15
Sociální služba	12
Středisko pro děti se ZP a rodiny	1
Podpora, pomoc, poradenství pro děti se ZP a rodiny	21

Tabulka 23: Víte, co je služba raná péče?



Graf 22: Víte, co je služba raná péče?

Tato otázka byla otevřená, tudíž se zde vyskytovaly různé odpovědi, proto jsme odpovědi zhodnotili a zařadili do 4 skupin. 21 respondentů (42,9 %) odpovědělo, že raná péče představuje pomoc, podporu a poradenství pro děti se zdravotním postižením

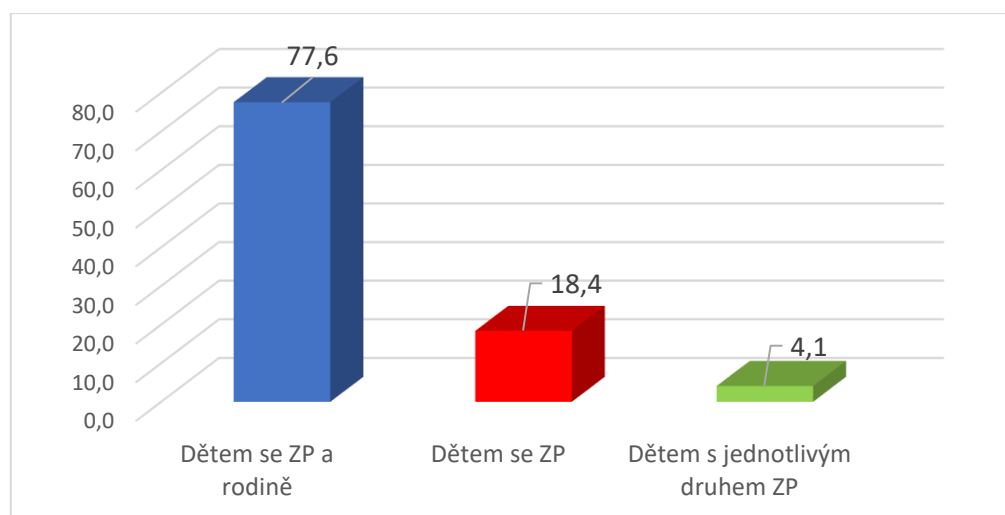
a jejich rodiny. Další skupina 15 respondentů (30,6 %) správně odpověděla, že se jedná o terénní, sociální službu pro děti se zdravotním postižením a jejich rodiny. 12 (24,5 %) respondentů označilo ranou péči jako sociální službu a 1 respondent (2,0 %) uvedl, že je raná péče středisko pro děti se zdravotním postižením a jejich rodiny.

#### Otázka č. 7: Víte, komu je tato služba poskytována?

Otázka číslo 7 byla rovněž zodpovězena pouze respondenty, kteří uvedli, že službu rané péče znají (49 respondentů).

Dětem se zdravotním postižením a jeho rodině	38
Dětem se zdravotním postižením	9
Dětem s jedním typem zdravotního postižení	2

Tabulka 24: Víte, komu je tato služba poskytována?



Graf 23: Víte, komu je tato služba poskytována?

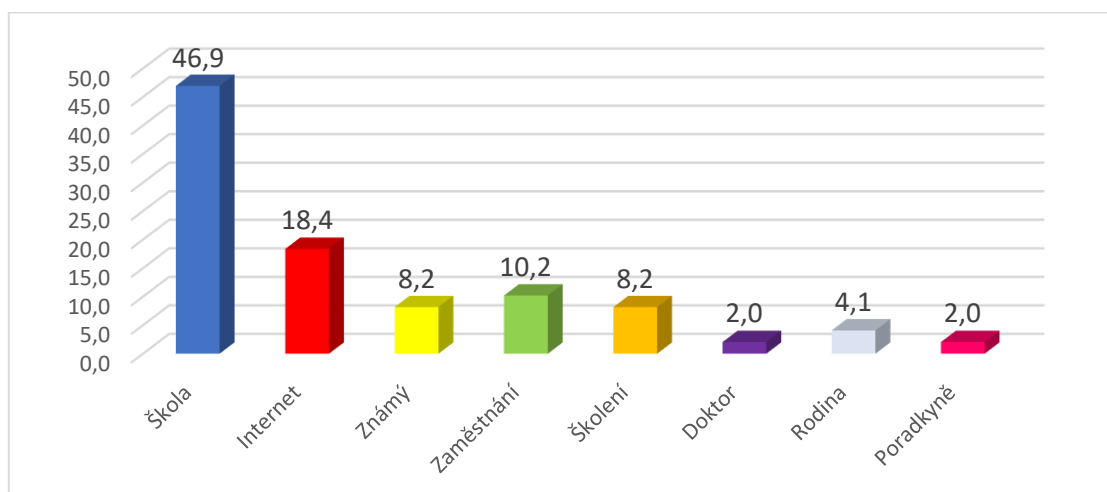
I otázka č. 23 byla otevřená. V 38 případech (77,6 %) respondenti odpověděli, že je raná péče poskytována dětem se zdravotním postižením a jejich rodinám. 9 respondentů (18,4 %) odpovědělo, že pouze dětem se zdravotním postižením a 2 respondenti odpověděli, že je služba poskytována dětem se zdravotním postižením, ale jen určitého druhu - dětem se zrakovým a tělesným postižením.

#### Otázka č. 8: Kde jste se o službě rané péče dozvěděl/a?

I v otázce číslo 8 odpovídají pouze respondenti, kteří uvedli, že znají službu rané péče (49 respondentů). I tato otázka byla otevřená.

Škola	23
Internet	9
Známý	4
Zaměstnání	5
Školení	4
Doktor	1
Od rodiny, která využívá služeb rané péče	2
Od poradkyně z rané péče	1

Tabulka 25: Kde jste se o službě rané péče dozvěděl/a?



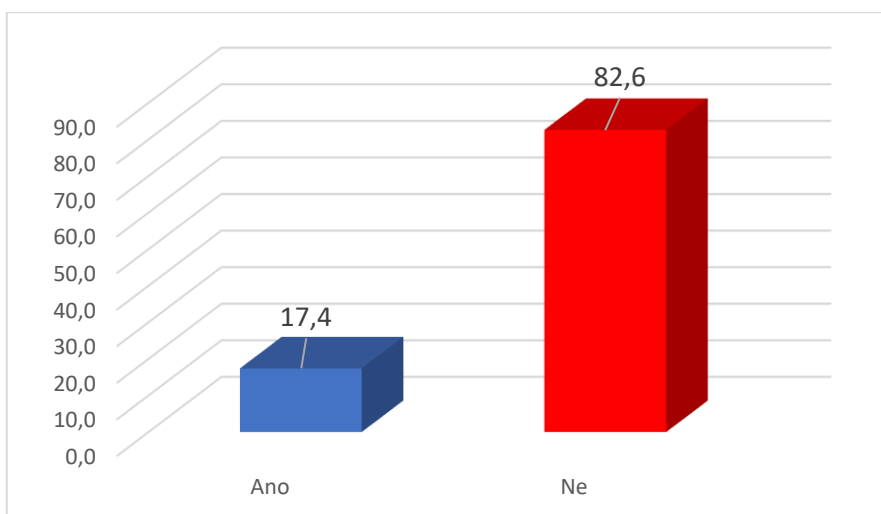
Graf 24: Kde jste se o službě rané péče dozvěděl/a?

23 respondentů (46,9 %) uvedlo, že se o službě rané péče dozvěděli během svého studia. Jako druhý nejčastější zdroj informací o službě byl uveden internet a to v 9 případech (18,4 %). Mezi dalšími zdroji bylo zaměstnání 5 respondentů (10,2 %), známý 4 respondenti (8,2 %), školení také 4 respondenti (8,2 %). 2 respondenti (4,1 %) uvedli, že se o službě rané péče dozvěděli od rodin, které službu využívají. 1 respondent (2,0 %) se dozvěděl o službě u doktora a 1 (2,0 %) od poradkyně z rané péče.

#### Otázka č. 9: Doporučili jste někdy ve svém oboru služby rané péče?

Ano	12
Ne	57

Tabulka 26: Doporučili jste někdy ve svém oboru služby rané péče?



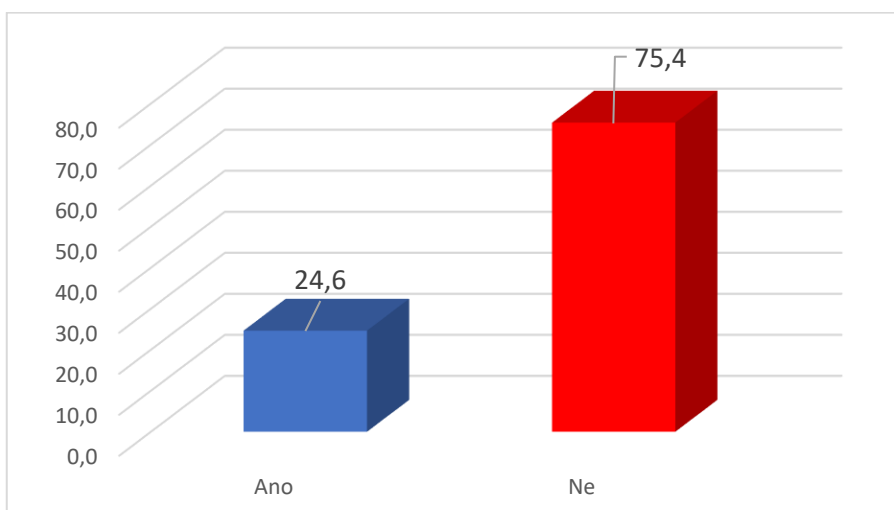
**Graf 25: Doporučili jste někdy ve svém oboru služby rané péče?**

57 respondentů (82,6 %) uvedlo, že ve svém oboru nikdy nedoporučili služby rané péče a 12 respondentů (17,4 %) odpovědělo, že služby doporučili.

**Otázka č. 10: Dostávají se k Vám informace o této službě?**

Ano	17
Ne	52

**Tabulka 27: Dostávají se k Vám informace o této službě?**



**Graf 26: Dostávají se k Vám informace o této službě?**

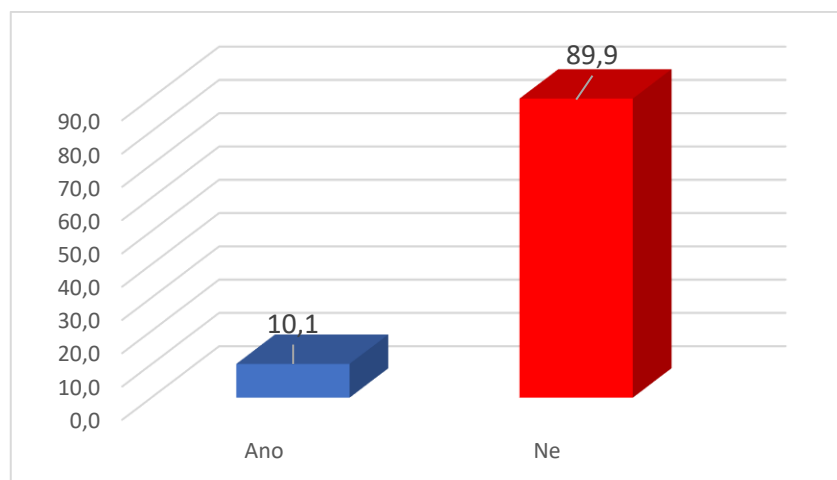
Otázka, jestli se odborníkům dostávají informace o rané péči se vztahuje k hypotéze č. 4, kterou na konci zhodnotíme. 52 respondentů (75,4 %) uvedlo, že se k nim

informace nedostávají a 17 (24,6 %) respondentů odpovědělo, že se k nim informace dostávají.

### Otázka č. 11: Spolupracujete se středisky rané péče?

Ano	7
Ne	62

Tabulka 28: Spolupracujete se středisky rané péče?



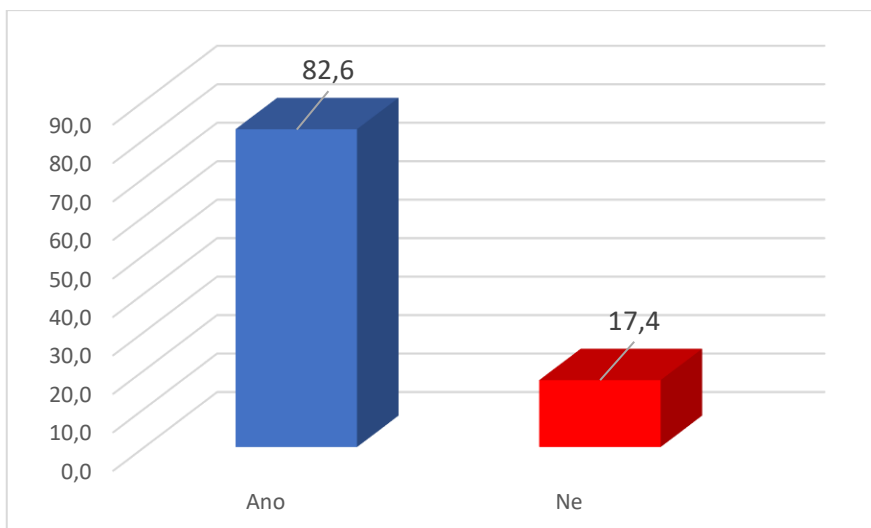
Graf 27: Spolupracujete se středisky rané péče?

Převaha respondentů označila odpověď, že nespolupracují se středisky rané péče a to v 89,9 %, což představovalo 62 respondentů. Zbylých 7 respondentů (10,1 %) uvedlo, že se středisky spolupracují - těchto 7 respondentů tvořily 3 učitelky MŠ a 4 sociální pracovníci.

### Otázka č. 12: Měli byste zájem dozvědět se o této službě více informací?

Ano	57
Ne	12

Tabulka 29: Měli byste zájem dozvědět se o této službě více informací?



**Graf 28: Měli byste zájem dozvědět se o této službě více informací?**

Závěrečná otázka zjišťuje, zda by se oslovení odborníci chtěli dozvědět více informací o službě rané péče. 57 respondentů (82,6 %) odpovědělo, že by se chtělo dozvědět více informací a 11 respondentů (17,4 %), že by více informací nechtělo.

## 4.6 Výsledky a závěr výzkumu

Cílem výzkumné části bylo zjistit míru informovanosti o službě rané péče jak u odborné veřejnosti, tak u veřejnosti laické.

Ze získaných výsledků jsme zjistili, že **68,1 %** (49 respondentů ze 72) oslovených respondentů z laické veřejnosti odpovědělo, že někdy **slyšelo nebo zná službu rané péče** a zbylých **31,9 %** respondentů (23 respondentů ze 72) odpovědělo, že službu **nezná**. Tento výsledek shledáváme za velmi pozitivní.

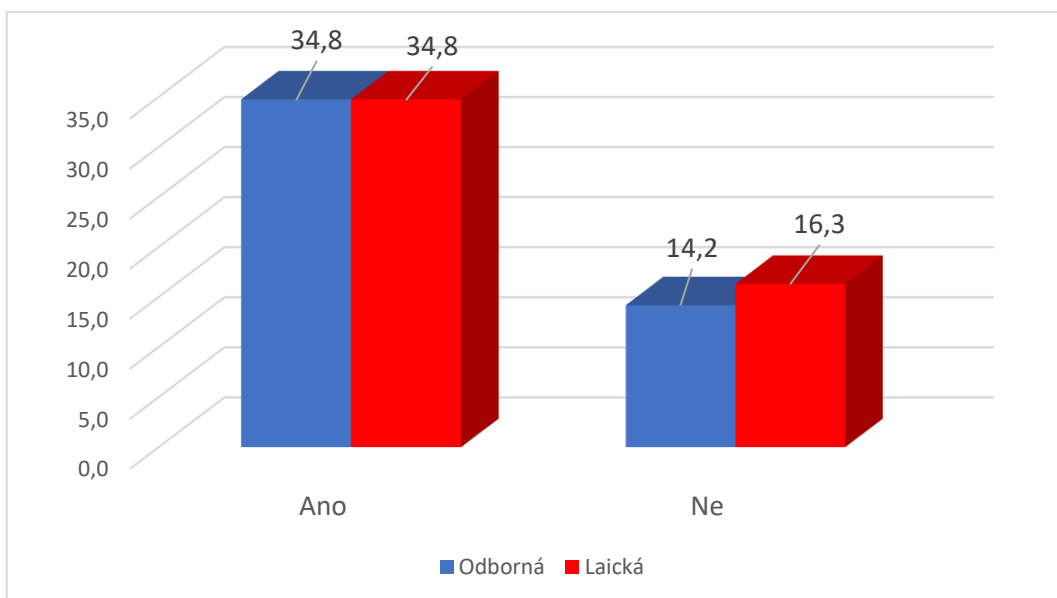
Odborná veřejnost odpověděla v 49 odpovědích, že službu rané péče **zná**, tento počet tvořil z celkové skupiny respondentů **71,0 %** a zbylých **29,0 %** respondentů službu **nezná**, což představuje 23 odpovědí. Toto zjištění můžeme považovat také za pozitivní, i když by se mohlo povědomí u odborné veřejnosti objevovat více.

Z uvedených výsledků můžeme zodpovědět naší **1. hypotézu**, kde jsme uvedli, že bude **odborná veřejnost lépe informována o službě rané péče než veřejnost laická**. Hypotéza vycházela z myšlenky, že má odborná veřejnost více profesních zkušeností, při kterých se mohla setkat s rodinou, které se narodilo dítě s postižením a více možností, jak se o službě dozvědět. Tato hypotéza se nepotvrdila, výsledky ukazují na to, že jsou obě skupiny respondentů informování o službě rané péče stejně. U obou skupin bylo ve **49 případech zodpovězeno, že službu znají**. Výsledek uvedu v grafickém provedení.



	Ano	Ne
Laická veřejnost - 72 respondentů	49	23
Odborná veřejnost - 69 respondentů	49	20

Tabulka 30: Hypotéza č. 1



Graf 29: Hypotéza č. 1

**Druhá hypotéza** se vztahovala k otázkám č. 11 (laická) a č. 8 (odborná). Pomocí nich jsme se respondentů ptali, **kde se o službě rané péče dozvěděli**. Předpokládali jsme, že laická veřejnost více zvolí jako informační zdroj internet a školu. Tato hypotéza se potvrdila. **87,7 %** respondentů odpovědělo, že ví o rané péči ze **školy**. Dalším zdrojem byl uveden **internet**, a to ve zbývajících **12,2 %**. U odborné veřejnosti se předpokládalo, že se o službě rané péče dozvěděli během svého studia nebo prostřednictvím zaměstnání. Tato hypotéza se částečně potvrdila. Odborníci ve **46,9 %** uvedli, že se o službě dozvěděli během **studia**. Dalším nejčastějším zdrojem uvedli **internet v 18,4 %**. **Zaměstnání** ale uvedlo pouze **10,2 %** respondentů. Z toho nám vyplývá další odpověď, která se týká větší informovanosti odborníků na pracovišti. Celkově můžeme tedy říct, že **nejčastějším zdrojem informací o službě rané péče je škola**. Tuto možnost zvolilo 69 respondentů **70,4 %** (laická + odborná veřejnost) z celkových 98, kteří odpověděli, že službu znají.

Poslední **hypotéza č. 3** uváděla, že **službu rané péče bude znát nejvíce sociálních pracovníků a studentů v oblasti sociální práce**. Tato hypotéza vychází z toho, že je služba rané péče službou sociální a je legislativně ukotvena v zákoně č.108/2006 Sb.; o sociálních službách. Ani hypotéza č. 3 se zcela nepotvrdila. V zastoupení odborné veřejnosti byly o službě nejvíce informované **učitelky MŠ a to v 26,1 %, sociální pracovníci měli 17,4 %**. U veřejnosti laické byly nejlépe informováni **studenti v oblasti školství a to v 20,8 %**. **Studenti v oblasti sociální práce** ovšem měli pouze o pár setin procenta méně a to **19,4 %**. Z uvedených výsledků můžeme říci, že nejlépe informovanou skupinou respondentů z laické i odborné veřejnosti byly **respondenti pohybující se v resortu MŠMT**.

Pozitivním faktem z celkového dotazníkového šetření shledáváme **zájem o informace o službě rané péče**. Zájem můžeme vidět na odpovědích respondentů na otázku, jestli by se chtěli o službě dozvědět více informací. Zde odpovědělo z celkového počtu **141 respondentů 116**, že by se chtěli dozvědět více informací, toto číslo tvoří krásných **82,2 %**.

Poslední zmíněnou informací, která se stala pro nás nejpodstatnější byl zájem respondentů o další informace o službě rané péče, a to nejen v rámci dotazníku. Během výzkumu chodily zprávy s dotazy na službu a různé internetové odkazy, kde by si respondenti mohli o službě přečíst. Z toho lze vyvodit závěr, že se dotazník stal menší osvětou, alespoň pro tento výzkumný vzorek veřejnosti.

## Závěr

V bakalářské práci na téma informovanost o službě rané péče u laické a odborné veřejnosti jsme se v teoretické části zaměřili na přiblížení problematiky, jež se týká rodiny, které se narodilo dítě s postižením a je zde zapotřebí, co nejdříve zahájit vhodnou a včasnou intervenci.

První z klíčových kapitol práce byla věnovaná právě rodině a dítěti s postižením. Kapitola měla čtenáři přiblížit a umožnit mu náhled na život rodiny, která se ocitne v této většinou neočekávané a náročné životní situaci. Popisuje rodinu jako sociální skupinu, reakce rodičů na informaci o tom, že se jim narodilo dítě s postižením, ale například i vztahy mezi sourozenci, které by neměly být opomíjeny. V případě rozšíření práce by se mohly zařadit podkapitoly věnující pozornost vztahům i mezi ostatními členy rodiny, kteří jsou nezbytnou součástí procesu rané intervence.

V druhé kapitole jsme charakterizovali zdravotní postižení, jeho etiologii, kterou spatřujeme podstatnou pro odhalení postižení a následné práce odborníků i rodiny, jež dítěti zajistí co nejkvalitnější podporu ve vývoji. Tato kapitola byla shrnuta pouze stručně, jelikož rozsáhlost jednotlivých druhů postižení by vystačila na každou samostatnou kapitolu. Ale to nebylo cílem této práce, zaměřovali jsme se převážně na rodinu a formu rané podpory poskytovanou rodině a dítěti s postižením.

Jak bylo zmíněno výše, třetí kapitola bakalářské práce byla vzhledem ke zvolenému tématu nejpodstatnější a tudíž nejrozsáhlejší. Věnovali jsme se zde rané intervenci v obecném kontextu a nadále především rané intervenci jako sociální službě, ta poskytuje podporu rodině s dítětem se zdravotním postižením a nabízí celé spektrum služeb. Při psaní této kapitoly jsme spatřovali problém ve vyhledání vhodné literatury, jež byla stěžejní a proces psaní lehce zpomalila. V minulém roce ovšem byla vydána publikace od Zdeňky Šandorové - Raná péče v referenčním poli speciální pedagogiky a sociálních služeb, kterou bychom v rámci zájmu o tuto problematiku mohli doporučit jako vhodnou a dostupnou publikaci. Myslím, že nás tato zkušenost ještě více utvrdila v přesvědčení o nedostatečné informovanosti společnosti o službě rané péče. Jelikož není služba příliš podpořena ani z informačního, publikačního proudu a tomuto tématu se nevěnuje tak široké spektrum autorů jako problematikám jiným.

Praktická část měla svými výsledky přinést orientační situaci o informovanosti společnosti o službě rané péče. V rámci bakalářské práce musíme brát výsledky opravdu jen jako orientační. Ale mohly by se stát určitým předvýzkumem v případě zájmu

o rozšíření informovanosti o zvolené problematice pro jiné výzkumy, uskutečnitelné například během psaní diplomové práce.

Rádi bychom v závěru zmínili i nejdůležitější poznatky a výsledky výzkumné části kvalifikační práce. Na začátku výzkumu byly zvolené výzkumné otázky týkající se míry informovanosti o službě rané péče u odborné a laické veřejnosti a informačních zdrojů, které tyto informace do povědomí společnosti šíří. Výzkum zcela nepotvrdil hypotézu, kde jsme předpokládali, že bude o službě více informována veřejnost odborná. Výsledky ukazovaly na to, že odborná i laická veřejnost je informována stejně, což můžeme brát z pohledu laické veřejnosti jako pozitivní poznatek, ale z hlediska veřejnosti odborné zvážit možnosti, jakou cestou k odborníkům informace šířit, aby se povědomí o službě rané péče zvýšilo.

Dalším zajímavých poznatkem z výzkumu bylo zjištění, že největší spektrum respondentů, kteří uvedli, že službu rané péče znají, působí jak v rámci studia, tak profesního zaměření na půdě MŠMT. Respondenti pracující/studující v oblasti zdravotnictví naopak vyšly z výzkumu jako nejméně informovaná skupina respondentů. Toto zjištění nás může navádět na další otázky, a výzkumy, které by tento vyplývající poznatek potvrdily nebo vyvrátily. A možná zde narážíme na další problematiku týkající se mezirezortní působnosti služby rané péče, která byla teprve nedávno v roce 2006 legislativně ukotvena, a to v zákoně 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Poslední zmíněné výsledky výzkumu se týkají druhé výzkumné otázky o informačních zdrojích. Zde jsme dostali výsledky, že nejrozšířenější informační zdroj o službě rané péče představuje škola. Tuto odpověď na otázku, kde se respondenti o službě rané péče dozvěděli zvolilo 70,1 % respondentů, druhým nejčastějším zdrojem byl internet.

Závěrem bychom rádi zmínili zájem respondentů o informace o službě rané péče, který byl během výzkumu velice potěšující. Respondenti psali po vyplnění dotazníku zprávy a ptali se na doplňující informace k službě nebo na internetové stránky, které by jim službu přiblížily. To nás přivedlo na myšlenku, kterou jsme na začátku výzkumu zvažovali s vedoucí práce, a to vytvoření propagačních letáčků o službě, které bychom respondentům k dotazníkům přiložili nebo v případě elektronických dotazníků přiložili odkaz na internetové stránky Společnosti pro ranou péči. Neuskutečnění této myšlenky mě v současné době mrzí, ale určitě budeme přemýšlet o realizaci a uskutečnění v případě dalšího studia v oboru a psaní rozšiřující kvalifikační práce na tuto tematiku.

## Seznam použité literatury

### Literární zdroje

ČADOVÁ, Eva. *Katalog podpůrných opatření pro žáky s potřebou podpory ve vzdělávání z důvodů tělesného postižení nebo závažného onemocnění: dílčí část*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. ISBN 978-80-244-4615-8.

ČERNÁ, Marie. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Vydání druhé. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-3071-7.

DLOUHÁ, Jana. *Úvod do psychopedie: učební text pro studenty bakalářských oborů speciální pedagogiky*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2011. ISBN 978-80-7435-122-8.

DYTRYCH, Zdeněk a Zdeněk MATĚJČEK. *Jak a proč nás trápí děti*. Praha: Grada, 1997, 187 s. ISBN 8071695874.

FISCHER, Slavomil, Jiří ŠKODA, Zdeněk SVOBODA a Ladislav ZILCHER. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se specifickými potřebami v oblasti somatické, psychické a sociální : učebnice pro studenty učitelství*. Praha: Stanislav Juhaňák - Triton, 2014, 299 s. ISBN 978-80-7387-792-7.

FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-014-0.

HORÁKOVÁ, Radka. *Sluchové postižení: úvod do surdopedie*. Praha: Portál, 2012, 159 s. ISBN 978-80-262-0084-0.

HUTYROVÁ, Miluše. *Přehled speciální pedagogiky: rámcové kompendium oboru*. Editor Milan VALENTA. Praha: Portál, 2014, 269 s. ISBN 978-80-262-0602-6.

CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada, 2007. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-1369-4.

JANKOVSKÝ, Jiří. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska*. 2. vyd. Praha: Triton, 2006, 173 s. ISBN 80-7254-730-5

JESENSKÝ, Ján. *Základy komprehenzivní tyflopédie*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2002. ISBN 80-7041-329-8.

KOCHOVÁ, Klára a Markéta SCHAEFEROVÁ. *Dítě s postižením zraku: rozvíjení základních dovedností od raného po školní věk*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0782-5.

KRAUS, Blahoslav a Věra POLÁČKOVÁ. *Člověk - prostředí - výchova: k otázkám sociální pedagogiky*. Brno: Paido, 2001, 199 s. ISBN 8073150042.

KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, Lea, ed. *Edukace dětí se speciálními potřebami v raném a předškolním věku*. Brno: Paido, 2004. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-7315-063-8.

LECHTA, Viktor. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Přeložil Jana KŘÍŽOVÁ. Praha: Portál, 2003, 359 s. ISBN 8071788015.

LUDÍKOVÁ, Libuše, Dita FINKOVÁ a Kateřina KROUPOVÁ. *Teoretická východiska speciální pedagogiky osob se zrakovým postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3700-2.

LUDÍKOVÁ, Libuše. *Kombinované vady*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005, 140 s. ISBN 8024411547.

LUDÍKOVÁ, Libuše a Dita FINKOVÁ. *Speciální pedagogika osob se zrakovým postižením v raném a předškolním věku*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3697-5.

MATĚJČEK, Zdeněk. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3., přeprac. vyd. Jinočany: Nakladatelství H&H, 2001, 147 s. ISBN 8086022927.

MICHALÍK, Jan. *Rodiče a dítě se zdravotním postižením (nejen) na základní škole: speciální vzdělávací potřeby dětí a žáků se vzácnými onemocněními ...* Čáslav: Studio Press pro Společnost pro MPS, 2013. ISBN 9788086532295.

MICHALÍK, Jan. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál, 2011, 511 s. ISBN 978-80-7367-859-3

*Národní plán podpory a integrace občanů se zdravotním postižením na období 2006-2009: přijatý usnesením vlády ČR ze dne 17.8.2005 č. 1004.* Praha: Úřad vlády ČR, Sekretariát Vládního výboru pro zdravotně postižené občany, 2005. ISBN 80-86734-66-8.

NOVOSAD, Libor. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním: základy a předpoklady dobré poradenské praxe.* Praha: Portál, 2009, 269 s. ISBN 978-80-7367-509-7.

OPATŘILOVÁ, Dagmar, ed. *Pedagogicko-psychologické poradenství a intervence v raném a předškolním věku u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami.* Brno: Masarykova univerzita, 2006. ISBN 80-210-3977-9.

OPATŘILOVÁ, Dagmar a Dana ZÁMEČNÍKOVÁ. *Somatopedie: texty k distančnímu vzdělávání.* Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-137-9.

OPATŘILOVÁ, Dagmar a Dana ZÁMEČNÍKOVÁ. *Somatopedie: texty k distančnímu vzdělávání.* Brno: Paido, 2007, 123 s. ISBN 9788073151379.

POTMĚŠIL, Miloň. *Katalog posuzování míry speciálních vzdělávacích potřeb.* Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012, 125 s. Ostatní. ISBN 978-80-244-3053-9.

POTMĚŠIL, Miloň a kol. *Speciálněpedagogická intervence u dětí v raném věku.* Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. ISBN 978-80-244-4432-1.

PREVENDÁROVÁ, Jitka. *Rodina s postihnutým dieťaťom.* Nové Zámky: Psychoprof, 1998. ISBN 80-967148-9-9.

RENOTIÉROVÁ, Marie a Libuše LUDÍKOVÁ. *Speciální pedagogika.* 2. vyd., dopl. a aktualiz. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004, 313 s. Učebnice. ISBN 80-244-0873-2.

SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika: prevence a diagnostika : terapie a poradenství : vzdělávání osob s různým postižením : člověk s handicapem a společnost.* Praha: Grada, 2007, 160 s. Pedagogika. ISBN 978-80-247-1733-3.

SORIANO, V., *Early Intervention in Europe: Organisation of Services and Support for Children and Their Families: Trends in 17 European Countries,* European Agency for

Development in Special Needs Education, Middelfart (Denmark) : 1998, ISBN-87-90591-04-6

ŠTŘELEČ, Stanislav. *Studie z teorie a metodiky výchovy. II.* Brno: Masarykova univerzita, 2005, 214 s. ISBN 8021036877.78

ŠÁNDOROVÁ, Zdenka. *Základy komprehenzivní a integrativní speciální pedagogiky raného věku: učební text pro studující speciální pedagogiky.* Hradec Králové: Gaudeamus, 2005, 121 s. ISBN 80-7041-259-3.

ŠÁNDOROVÁ, Zdenka. *Raná péče v referenčním poli speciální pedagogiky a sociálních služeb.* Pardubice: Univerzita Pardubice, 2017. ISBN 9788075600547.

ŠÁNDOROVÁ, Zdenka. *(Re)socializace v rané péči.* Pardubice: Univerzita Pardubice, 2015. ISBN 9788073959616.

ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče.* Praha: Portál, 2000, 178 s. ISBN 8071785067.

VALENTA, Milan, Jan MICHALÍK a Martin LEČBYCH. *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu.* Praha: Grada Publishing, 2012, 349 s. Psyché. ISBN 978-80-247-3829-1.

VALENTA, Milan. *Přehled speciální pedagogiky: rámcové kompendium oboru.* Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0602-6.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese.* Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2008, 870 s. ISBN 978-80-7367-414-4.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese.* Vyd. 5. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0225-7.



## Elektronické zdroje

HRADÍLKOVÁ, Terezie. *Historie rané péče v Čechách* [online]. 2015 [cit. 2018-03-22]. Dostupné z: <http://www.ranapece.cz/historie/>

KUDELOVÁ, Ivana. Průběh služby rané péče. *Šance dětem* [online]. 26.9.2013 [cit. 2018-04-10]. Dostupné z: <https://www.sancedetem.cz/cs/index.shtml>

KUDELOVÁ, Ivana. Vznik a vývoj rané péče u nás. *Šance dětem* [online]. 26. 9. 2013 [cit. 2018-04-10]. Dostupné z: <https://www.sancedetem.cz/cs/index.shtml>

Registr poskytovatelů sociálních služeb. *Integrovaný portál MPSV* [online]. [cit. 2018-04-10]. Dostupné z: [http://iregistr.mpsv.cz/socreg/hledani\\_sluzby.do?SUBSESSION\\_ID=1523364741433\\_1](http://iregistr.mpsv.cz/socreg/hledani_sluzby.do?SUBSESSION_ID=1523364741433_1)

Vyhláška č. 391/2011 Sb. Vyhláška, kterou se mění vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. In: 136. ročník 391, číslo 2011. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-391>

Zákon č. 108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách. In: 2006. ročník 2006, částka 37, číslo 108. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

Zákon č. 561/2004 Sb. Zákon o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon). In: 190. ročník 2004, číslo 561. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-561>

## Seznam tabulek

Tabulka 1: Vyhláška č. 391/2011 Sb. ....	29
Tabulka 2: Jste muž nebo žena? .....	33
Tabulka 3: Jaký je Váš věk? .....	34
Tabulka 4: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání? .....	35
Tabulka 5: Jaký je Váš současný sociální status? .....	36
Tabulka 6: Máte nějaké zkušenosti s osobami se zdravotním postižením? .....	36
Tabulka 7: Znáte nějaké sociální služby zabývající se osobami se zdravotním postižením? .....	37
Tabulka 8: Pokud ano, jaké? .....	38
Tabulka 9: Slyšeli jste někdy o službě raná péče? .....	39
Tabulka 10: Odpovědi od jednotlivých respondentů .....	40
Tabulka 11: Víte, co je služba raná péče? .....	41
Tabulka 12: Komu poskytuje raná péče své služby? .....	42
Tabulka 13: Kde jste se dozvěděl/a o službě rané péče? .....	43
Tabulka 14: Znáte rodinu, která využívá služeb rané péče? .....	44
Tabulka 15: Chtěli byste se o této službě dozvědět více informací? .....	45
Tabulka 16: Jakou formou propagace by se měla služba rané péče dostat do povědomí společnosti? .....	45
Tabulka 17: Jste muž nebo žena? .....	47
Tabulka 18: Jaký je Váš věk? .....	47
Tabulka 19: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání? .....	48
Tabulka 20: Jaké je Vaše povolání a oblast pracovního zaměření? .....	49
Tabulka 21: Znáte službu raná péče? .....	49
Tabulka 22: Odpovědi od jednotlivých respondentů .....	50
Tabulka 23: Víte, co je služba raná péče? .....	51
Tabulka 24: Víte, komu je tato služba poskytována? .....	52
Tabulka 25: Kde jste se o službě rané péče dozvěděl/a? .....	53
Tabulka 26: Doporučili jste někdy ve svém oboru služby rané péče? .....	53
Tabulka 27: Dostávají se k Vám informace o této službě? .....	54
Tabulka 28: Spolupracujete se středisky rané péče? .....	55
Tabulka 29: Měli byste zájem dozvědět se o této službě více informací? .....	55
Tabulka 30: Hypotéza č. 1 .....	57

## Seznam grafů

Graf 1: Jste muž nebo žena? .....	34
Graf 2: Jaký je Váš věk? .....	34
Graf 3: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání? .....	35
Graf 4: Jaká je Váš současný sociální status? .....	36
Graf 5: Máte nějaké zkušenosti s osobami se zdravotním postižením? .....	37
Graf 6: Znáte nějaké sociální služby zabývající se osobami se zdravotním postižením? .....	37
Graf 7: Pokud ano, jaké?.....	39
Graf 8: Slyšeli jste někdy o službě raná péče?.....	40
Graf 9: Odpovědi jednotlivých respondentů.....	41
Graf 10: Víte, co je služba raná péče? .....	42
Graf 11: Komu poskytuje služba raná péče své služby? .....	43
Graf 12: Kde jste se dozvěděl/a o službě rané péče? .....	44
Graf 13: Znáte rodinu, která využívá služeb rané péče?.....	44
Graf 14: Chtěli byste se o této službě dozvědět více informací? .....	45
Graf 15: Jakou formou propagace by se měla služba rané péče dostat do povědomí veřejnosti?.....	46
Graf 16: Jste muž nebo žena? .....	47
Graf 17: Jaký je Váš věk? .....	48
Graf 18: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání? .....	48
Graf 19: Jaké je vaše povolání a oblast pracovního zaměření? .....	49
Graf 20: Znáte službu raná péče? .....	50
Graf 21: Odpovědi jednotlivých respondentů.....	50
Graf 22: Víte, co je služba raná péče? .....	51
Graf 23: Víte, komu je tato služba poskytována? .....	52
Graf 24: Kde jste se o službě rané péče dozvěděl/a? .....	53
Graf 25: Doporučili jste někdy ve svém oboru služby rané péče? .....	54
Graf 26: Dostávají se k Vám informace o této službě? .....	54
Graf 27: Spolupracujete se středisky rané péče? .....	55
Graf 28: Měli byste zájem dozvědět se o této službě více informací? .....	56
Graf 29: Hypotéza č. 1 .....	57

## **Seznam příloh**

Příloha č.1: Dotazník č.1

Příloha č.2: Dotazník č.2

## Přílohy

Příloha č.1: Dotazník č.1

### **Informovanost o službě rané péče pro laickou veřejnost**

Dobrý den, ráda bych Vás požádala o vyplnění dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce a zaměřuje se na informovanost o službě rané péče. Vaše odpovědi jsou pro mne velmi cenné, poslouží jako podklady k mé bakalářské práci. Vyplnění dotazníku by Vám nemělo zabrat více než 5-10 minut a odpovědi jsou zcela anonymní. Předem mnohokrát děkuji za Vaši ochotu a čas.

Michaela Jeníčková, studentka Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci, obor Speciální pedagogika raného věku.

1. Jste muž nebo žena?
  - Žena
  - Muž
2. Jaký je Váš věk?
  - 15-25
  - 26-35
  - 36-45
  - 46-60
  - 60 a více
3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
  - Základní
  - Střední bez maturity/vyučen
  - Střední s maturitou
  - Vyšší odborné
  - Vysokoškolské
4. Jaký je Váš současný sociální status?
  - Student v oblasti školství
  - Student v oblasti zdravotnictví

- Student v oblasti sociální práce
  - Matka na rodičovské dovolen
5. Máte nějaké zkušenosti s osobami se zdravotním postižením?
- Ano
  - Ne
  - Zním, setkal/a jsem se s osobou se zdravotním postižením, ale žádné zkušenosti s nimi nemám
6. Zníte nějaké sociální služby zabývající se osobami se zdravotním postižením?
- Ano
  - Ne
7. Pokud ano, jaké?
- Denní/týdenní stacionáře
  - Odlehčovací služby
  - Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi
  - Pečovatelská služba
  - Osobní asistence
  - Tlumočnické služby
  - Centra denních služeb
  - Domovy pro osoby se zdravotním postižením
  - Chráněné bydlení
  - Sociální poradny
  - Podpora samostatného bydlení
  - Centra sociálně rehabilitačních služeb
  - Raná péče
  - Jiné
8. Slyšeli jste někdy o službě rané péče?
- Ano
  - Ne
9. Víte, co je služba raná péče?
- Sociální, terénní služba pro děti se zdravotním postižením a jejich rodiny
  - Sociální služba pro děti se zdravotním postižením

- Sociální služba specializovaná pouze na děti s tělesným postižením

10. Komu poskytuje raná péče své služby?

- Dětem se zdravotním postižením a jejich rodinám od 0- 7 let
- Dětem se zdravotním postižením a jejich rodinám od 0-3 let
- Dětem se zdravotním postižením a jejich rodinám od 0-18 let

11. Kde jste se dozvěděl/a o službě rané péče?

- Internet
- Propagační leták
- Časopis
- U lékaře
- Ve škole
- Jinde

12. Chtěli byste se dozvědět o rané péči více informací?

- Ano
- Ne

13. Jakou formou propagace by se měla služba rané péče dostat do povědomí společnosti?

- Internet
- Semináře
- Propagační letáky
- Reklamy
- Časopisy
- Jiné

## Informovanost o službě rané péče pro odbornou veřejnost

Dobrý den, ráda bych Vás požádala o vyplnění dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce a zaměřuje se na informovanost o službě rané péče. Vaše odpovědi jsou pro mne velmi cenné, poslouží jako podklady k mé bakalářské práci.

Vyplnění dotazníku by Vám nemělo zabrat více než 5-10 minut a odpovědi jsou zcela anonymní.

Předem mnohokrát děkuji za Vaši ochotu a čas.

Michaela Jeníčková, studentka Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci, obor Speciální pedagogika raného věku.

1. Jste muž nebo žena?
  - Žena
  - Muž
  
2. Váš věk
  - 18- 25
  - 26-35
  - 36-45
  - 46-60
  - 60 a více
  
3. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání
  - Střední bez maturity/vyučen
  - Střední s maturitou
  - Vyšší odborné
  - Vysokoškolské
  
4. Vaše povolání a oblast pracovního zaměření
  
5. Znáte službu rané péče?
  - Ano
  - Ne
  
6. Víte, co je služba raná péče?
  
7. Víte komu je tato služba určena?



8. Kde jste se o službě rané péče dozvěděl/a?
9. Doporučili jste někdy ve svém oboru služby rané péče?
- Ano
  - Ne
10. Dostávají se k vám informace o této službě?
- Ano
  - Ne
11. Spolupracujete se středisky rané péče?
- Ano
  - Ne
12. Měli byste zájem dozvědět se o službě více informací?
- Ano
  - Ne

## Anotace

<b>Jméno a příjmení:</b>	Michaela Jeníčková
<b>Katedra:</b>	Speciálně pedagogických studií
<b>Vedoucí práce:</b>	Mgr. Simona Kmentová
<b>Rok obhajoby:</b>	2018

<b>Název práce:</b>	Informovanost o službě rané péče pro laickou a odbornou veřejnost
<b>Název v angličtině:</b>	Awareness of Service Early Intervention for Lay and Professional Public
<b>Anotace práce:</b>	V bakalářské práci s názvem Informovanost o službě rané péče pro laickou a odbornou veřejnost je věnována první kapitola rodině dítěte s postižením, dále se zde nachází stručná charakteristika všech oblastí zdravotních postižení a poslední kapitola přibližuje téma rané intervence a službu rané péče, která ranou intervenci poskytuje. V rámci výzkumu pomocí dotazníkového šetření se v praktické části zjišťuje informovanost o službě rané péče u určitého spektra respondentů, jak z odborné, tak laické veřejnosti. Cílem bakalářské práce je právě zmíněná informovanost společnosti, především společnosti, jež by měla mít o této formě pomoci povědomí.
<b>Klíčová slova:</b>	Informovanost, rodina, zdravotní postižení, raná intervence, služba raná péče

<b>Anotace v angličtině:</b>	In the bachelor thesis „ Awareness of the Early Care Service for the lay and professional public“ there is first chapter devoted to the family of a disabled child, a brief description of all areas of disability and the last chapter describes the topic of early intervention and the Early Care Service, which provides early intervention. In the framework of the research using the questionnaire survey the practical part determines awareness of the Early Care Service for a certain spectrum of respondents, both from the professional and lay public. The main aim of the bachelor thesis is just mentioned awareness of the society, especially the society which should be conscious about this form of help.
<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	Information, family, disability, early intervention Service Early Intervention
<b>Přílohy vázané v práci:</b>	Příloha č.1: Dotazník č.1  Příloha č.2: Dotazník č.2
<b>Rozsah práce:</b>	75 stran
<b>Jazyk práce:</b>	Český jazyk