

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI  
PEDAGOGICKÁ FAKULTA  
Ústav speciálněpedagogických studií

**Diplomová práce**

Bc. Marie Münster

Kompetence pracovníka rané péče

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předloženou diplomovou práci vypracovala samostatně pod odborným vedením vedoucího práce. Použila jsem jen uvedené pramenů a literatury.

V Olomouci dne 19. 6. 2022

.....

Bc. Marie Münster

## **Poděkování**

Ráda bych na tomto místě poděkovala PhDr. Lucii Pastierikové, Ph.D. za její cenné rady a veškerý čas, který mi věnovala v rámci vedení této práce. Děkuji také všem respondentům zúčastněným na výzkumu i všem ostatním, kdo mi byli oporou po dobu mého studia. Velmi si toho vážím.

# Obsah

ÚVOD .....	6
TEORETICKÁ ČÁST .....	7
<b>1 RANÁ PÉČE.....</b>	<b>7</b>
1.1 VYMEZENÍ POJMU .....	7
1.2 LEGISLATIVNÍ ZAKOTVENÍ .....	8
1.2.1 Sociální politika.....	8
1.2.2 Sociální služby.....	9
1.3 RANÁ PÉČE JAKO SOCIÁLNÍ SLUŽBA .....	10
1.3.1 Terénní služba .....	10
1.3.2 Ambulantní služba.....	10
1.3.3 Služba ve školách a dalších školských zařízeních .....	12
1.4 CHARAKTERISTIKA SLUŽBY .....	12
1.4.1 Klienti rané péče .....	12
1.4.2 Cíle rané péče.....	12
1.4.3 Český model rané péče – „Provázení“ .....	14
1.4.4 Financování rané péče .....	16
1.4.5 Poskytovatelé rané péče .....	17
1.4.6 Kvalita služby rané péče .....	17
1.4.7 Asociace rané péče České republiky .....	18
1.4.8 Tým pracovníků rané péče .....	18
1.4.9 Poradce rané péče.....	19
<b>2 KOMPETENCE.....</b>	<b>22</b>
2.1 POJEM KOMPETENCE V KONTEXTU PROFILU PORADCE RANÉ PÉČE .....	22
2.2 HODNOTY V IDENTITĚ PRACOVNÍKA RANÉ PÉČE .....	24
2.3 PROFIL PORADCE RANÉ PÉČE.....	24
2.4 POSTOJE.....	25
2.4.1 Ekonomizace sociální práce v kontextu postojů poradce.....	27
2.5 ZNALOSTI .....	28
2.5.1 Krizová intervence.....	29
2.5.2 Rodinné poradenství.....	30
2.5.3 Institut bazální stimulace .....	30

2.5.4	<i>Intervenční metoda O.T.A. u dětí raného věku</i> .....	31
2.6	DOVEDNOSTI .....	31
2.6.1	<i>Syndrom vyhoření</i> .....	31
<b>PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>		<b>33</b>
<b>3</b>	<b>METODOLOGICKÁ VÝCHODISKA VÝZKUMU.....</b>	<b>33</b>
3.1	FORMULACE CÍLE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ A VÝZKUMNÝCH OTÁZEK .....	34
3.2	METODY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ .....	34
3.3	CHARAKTERISTIKA PRŮBĚHU VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ .....	34
3.4	CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ.....	35
3.5	ETICKÁ DIMENZE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ .....	37
<b>4</b>	<b>VÝSLEDKY VÝZKUMU .....</b>	<b>39</b>
4.1	VÝZKUMNÝ VZOREK 1 .....	39
4.1.1	<i>Popis výsledků 1</i> .....	39
4.1.2	<i>Dílčí analýza výsledků 1</i> .....	44
4.2	VÝZKUMNÝ VZOREK 2 .....	45
4.2.1	<i>Popis výsledků 2</i> .....	45
4.2.2	<i>Dílčí analýza výsledků 2</i> .....	53
4.3	VÝZKUMNÝ VZOREK 3 .....	55
4.3.1	<i>Popis výsledků 3</i> .....	55
4.3.2	<i>Dílčí analýza výsledků 3</i> .....	61
<b>5</b>	<b>DISKUSE .....</b>	<b>63</b>
5.1	VÝZKUMNÁ OTÁZKA Č. 1 .....	63
5.2	VÝZKUMNÁ OTÁZKA Č. 2 .....	64
5.3	VÝZKUMNÁ OTÁZKA Č. 3 .....	66
5.4	LIMITY VÝZKUMU .....	66
<b>6</b>	<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>68</b>
<b>SEZNAM ZKRATEK .....</b>		<b>69</b>
<b>SEZNAM TABULEK .....</b>		<b>70</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ .....</b>		<b>71</b>

## Úvod

Diplomová práce se věnuje kompetencím pracovníka rané péče. Skládá se z teoretické části, v níž bude nejprve pojednáno o fenoménu rané péče. První kapitola zahrnuje vymezení samotného pojmu a jeho legislativní ukotvení. Rovněž se tato kapitola zabývá ranou péčí jako sociální službou a charakteristikou služby. V závěru první kapitoly je přiblížen tým pracovníků v rané péči. Poté je představena problematika kompetencí v kontextu profilu poradce rané péče. Následuje vymezení a analýza jednotlivých postojů, znalostí a dovedností. V rámci praktické části je pak provedeno výzkumné šetření, hledající odpověď na otázku, jak konkrétní poradci rané péče vnímají a reflektují své profesní kompetence.

Jedním z inspiračních zdrojů při volbě tématu diplomové práce i při jejím zpracování byla příručka, kterou v roce 2018 vydala Asociace rané péče České republiky pod názvem „Profil poradce rané péče – kompetence v praxi rané péče“ (dále jen Příručka ARP). Tato publikace vyšla jako jedna z prvních svého druhu v České republice. Je však otázkou, jaký je její reálný dopad do praxe, a do jaké míry její obsah pracovníci rané péče skutečně reflektují. Jeví se jako vhodné, aby tato publikace byla v rámci této práce podrobena reflexi.

Druhou skutečností, která zásadně ovlivnila autorku při volbě tématu práce i při samotném psaní, byla současná společenská situace. V odborné literatuře, která se dotýká aktuálních témat z oboru rané péče či obecné sociální práce v České republice, je možné se setkat s jistou mírou skepse. Vyvstává potřeba zamýšlet se nad samotnou identitou sociální práce. Zaznívají otázky, zda sociální práce vlastně neselhává? Toto rozčarování může souviset se skutečností, že v české společnosti dlouhodobě není doceněn význam sociální práce. O státní výdaje na sociální oblast je v politických kruzích každoročně sváděn nelítostný boj. Poskytování sociálních služeb se věnují lidé, kteří nedisponují ideální kvalifikací. Události nedávné doby (pandemie Covid-19, válka na Ukrajině, extrémní zdražování) nekompromisně boří mýtus o dokonalém sociálním smíru ve vyspělé evropské civilizaci, která zná řešení na všechny své problémy. Tato celospolečenská témata nepochybně rezonují i v oblasti rané péče a více než kdykoli předtím roste význam kompetentního sociálního pracovníka.

Cílem této práce je tedy objasnit, jak je na kompetence v současné rané péči nahlíženo a zároveň zhodnotit, které kompetence jsou pro praxi klíčové.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Raná péče

Cílem této kapitoly je přiblížit sociální službu rané péče. Vymezit její pojem, analyzovat relevantní právní úpravu a zasadit ji do kontextu sociálních služeb. Následovat bude charakteristika služby.

### 1.1 Vymezení pojmu

Jak je již patrné z termínu „raná péče“, jedná se o intervenci ve vztahu k dítěti ve věku 0–7 let. Čili z vývojového hlediska, velmi důležitém období života člověka. V odborné literatuře narazíme na několik pojmů, jako například raná podpora, včasná pomoc či raná intervence. Samotný název nemá jasné ukotvení u široké ani vědecké veřejnosti. Dlouhá léta byla snaha včlenit ranou péči do národního systému. V roce 1997 do ministerstva zdravotnictví, poté do ministerstva školství mládeže a tělovýchovy. Nakonec byla zahrnuta do agendy ministerstva práce a sociálních věcí (Pretis a kol., 2020).

Po pádu totalitního režimu v naší zemi se zakládala nová nestátní zařízení. Jedním z nich byla také raná péče. Samotný pojem „raná péče“ postupně vznikl z překladu zahraničních pojmů – early intervention, intervention précoce, die Frühförderung, intervención temprana aj. Raná péče prošla rozličnými podobami vlivem sociokulturních podmínek. V České republice se setkáváme se dvěma smysly termínu raná péče. V obecném povědomí společnosti se jedná o jakoukoli péči dítěte v jeho raném věku, tedy do tří let. Ať máme na mysli péči v rodině, školství, zdravotnictví nebo v sociální oblasti. V konkrétním měřítku se jedná o samostatnou sociální službu, která je upravena zákonem. Jedná se o souhrn podpor poskytovaných v rodinném prostředí jedince se zdravotním postižením, se zdravotní příčinou, která ohrožuje další vývoj jedince a jeho rodinu (Hradilková, 2018).

Jedna z mnoha definic rané péče je ta z Národního plánu (1998) „*soustava 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 a psychickém vývoji, dětem se zdravotním postižením a jejich rodinám s cílem předcházet postižení, eliminovat nebo zmírnit jeho důsledky a poskytnout rodině, dítěti i společnosti předpoklady sociální integrace*“ (Národní plán in Šándorová, 2015, s. 9). Vítková (2003, s. 98) formuluje ranou péči následovně: „*Ranou podporou dítěte se rozumí všechna opatření (intervence, aktivity, speciální edukace) odborně použitá, která*

*slouží ke zlepšení organických funkcí, vybudování přiměřených způsobů chování a k vývoji osobnosti“.*

Raná péče reprezentuje službu se souhrnnou péčí v oblasti ucelené (re)habilitace (léčebné, sociální, pedagogické), poradenství, s interdisciplinární a mezirezortní účastí, etablovanou sítí poskytovatelů a spolupracujících institucí. Dále také spoluprací s mezinárodními partnery a specialisty na teoreticko-praktickém základu (Šándorová, 2015).

Dobříková a kol. (2021) vnímá důležitost a úlohu rané péče jako nezpochybnitelnou, a to z důvodu širokého spektra disciplín, které zahrnuje (medicína, pedagogika, psychologie atd.). Zdůrazňuje především včasné započetí této péče, což s sebou přináší zásadní důsledky pro další vývoj dítěte i jeho rodiny. Pokud jde o vývoj speciální pedagogiky raného věku v obecném pojetí, jsou pro výše zmíněnou autorku klíčová dvě období, jež uvádí Sovák (1972), a sice: stádium integrace (kdy jde o co nejúspěšnější zapojení osoby se zdravotním postižením do společnosti) a stádium inkluze (zcela přirozené začleňování do většinové společnosti odstraňováním překážek a předsudků směřujícím vůči osobám se zdravotním postižením).

## **1.2 Legislativní zakotvení**

### **1.2.1 Sociální politika**

Klíčovou roli v realizaci rané péče v České republice i v dalších západních zemích hraje tzv. sociální politika. Tento pojem byl popsán jakožto „*souhrn národních opatření, která, v souhlase s rozvojem myšlenky sociálních práv, mají za účel zlepšit životní podmínky obyvatelstva v rámci daných hospodářských a politických možností země*“ (Kotous a kol., 2013, s. 9). Oblast této politiky je bezesporu jednou z nejexponovanějších a také jednou z nejvíce finančně náročných kapitol státního rozpočtu. Tyto výdaje lze charakterizovat jako tzv. mandatorní výdaje státu, k jejichž realizaci je stát zavázán zákonem. Tvorba sociální politiky je ovládána následujícími principy: sociální spravedlnost, subsidiarita, sociální solidarita a participace (Státní rozpočet v kostce, 2021).

Jakožto hlavní subjekt sociální politiky lze podle Kotouse a kol. (2013) označit stát a jeho orgány, jejichž prostřednictvím je tato politika uskutečňována. Je to stát, kdo prostřednictvím zákonodárné moci určuje, jaké konkrétní parametry sociální politika v daném státě bude mít (zákony); formou moci výkonné ji pomáhá realizovat (vládní nařízení, činnost konkrétních správních orgánů); a v neposlední řadě je také stát garantem těchto svých zákonů



a jiných právních aktů, a má povinnost zaručit zjednaní nápravy v případě tvrzeného nedodržení těchto svých závazků (soudní ochrana).

Druhým podstatným subjektem sociální politiky jsou občané, resp. rodiny. Dle Krebse a Durdisové (in Šándorová, 2017) by sociální politika měla být vnímána jako politika rodinná. Měla by být zohledněna rodina v celém průběhu jejího životního cyklu. Přihlédnuto by mělo být zejména k specificky složitým situacím (typicky péče právě o člena rodiny se zdravotním postižením). Výrazná podpora by měla být směřována k motivaci a faktickému umožnění toho, aby rodiny byly schopny řešit výzvy spojené s péčí o hendikepovanou osobu samy – ve svém přirozeném prostředí a svými vlastními silami.

Dalšími subjekty sociální politiky jsou samosprávy, zaměstnavatelé, odborové organizace, dobročinné organizace. Výraznou roli mezi těmito subjekty zastávají církve, které kromě své duchovní služby zaměřují svou činnost právě do sociální oblasti (ADRA, Katolická Charita). Zejména římskokatolická církev disponuje detailně rozpracovaným systémem sociální politiky, který má univerzální (celosvětovou) působnost. Základní kámen mu položilo učení Tomáše Akvinského, který svým učením o almužně, křesťanské lásce, milosrdenství a dobročinnosti do značné míry zformoval tradici evropského minimálního sociálního zabezpečení (Kotous a kol., 2013).

### **1.2.2 Sociální služby**

V kontextu výše uvedeného pojednání k tématu sociální politiky je třeba zmínit jeden z nejdůležitějších nástrojů této činnosti státu, jímž jsou sociální služby. Základním východiskem pro realizaci těchto služeb je zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů. Tento právní předpis, který nabyl účinnosti 1. 1. 2007, zakotvil v právním řádu klíčové změny v otázce poskytování sociálních služeb. Konkrétně se jedná o normativní rozšíření druhů sociálních služeb a upřesnění okruhu osob, kterým jsou poskytovány. Nově je upraven „příspěvek na péči“ - dávka nepodmíněná sociálním pojištěním. Další podstatnou novinkou je například zavedení smluvního vztahu mezi poskytovatelem sociálních služeb a klientem (Janečková a Mach, 2019).

Z dikce samotného zákona vyplývá, že *„upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci (dále jen "osoba") prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči, podmínky pro vydání oprávnění k poskytování sociálních služeb, výkon veřejné správy v oblasti sociálních služeb, inspekci poskytování sociálních služeb a předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách“* (§ 1/1 zákona č. 108/2006 Sb.).

Zákon o sociálních službách je pak také „lex generalis“ (obecným předpisem) stanovujícím parametry pro výkon povolání sociálního pracovníka. Samotný pojem sociální služby je vymezen v § 3 písmeno a): „sociální službou je činnost nebo soubor činností podle tohoto zákona zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení“.

V České republice je v současné době diferencováno celkem 33 druhů sociálních služeb. Tyto lze dělit do dalších tří skupin: služby sociální péče, sociální prevence a sociální poradenství. Jednotlivé druhy služeb pak mají zákonem určeny obligatorní činnosti. Podzákoný právní předpis – vyhláška č. 505/2006 Sb. – dále upřesňuje tyto činnosti jakožto úkony, k jejichž poskytování je poskytovatel konkrétní sociální služby zavázán, pakliže vyvstane potřeba. Tento zákonný rámec však představuje pouze nejnужnější okruh služeb. Poskytovatel může provádět také fakultativní činnosti, které se jeví jako vhodné vzhledem k potřebám uživatele (Janečková a Mach, 2019).

Pokud jde o formy, v jakých lze tyto služby poskytovat, tak zákon v § 33 přímo zmiňuje pobytové, ambulantní a terénní formy (Tröster a kol., 2013). O formách ambulantních a terénních bude pojednáno v následující podkapitole.

### **1.3 Raná péče jako sociální služba**

V roce 2007 byla raná péče včleněna do preventivních sociálních služeb již výše zmíněným zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. V roce 2009 byl novelizován § 54 novelou č. 206/2009 Sb. ve znění: „*Raná péče je terénní služba, popřípadě doplněna ambulantní formou služby, poskytovaná dítěti a rodičům dítěte ve věku do sedmi let, které je zdravotně postižené, nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu. Služba je zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby*“ (§ 54 zákona č. 108/2006 Sb.).

#### **1.3.1 Terénní služba**

Terénní služby v kontextu rané péče představují individuální návštěvu poradkyně rané péče v místě bydliště klienta. Konkrétně v jeho přirozeném a bezpečném prostředí. Konzultace probíhají v časovém rozmezí jednou za jeden až dva měsíce. Frekvence konzultací závisí na oboustranné dohodě (Květoňová, 2004).

#### **1.3.2 Ambulantní služba**

Jedná se o služby, které probíhají přímo v dané organizaci rané péče. Jedná se o zrakovou stimulaci, komplexní posouzení vývoje jedince, fyzioterapii a další (Květoňová, 2004).

Ve druhém odstavci § 54 je dále precizováno, jaké další **základní činnosti** služba zahrnuje. Jednotlivé kategorie jsou pro přehlednost rovnou doplněny zněním prováděcího právního předpisu – vyhláškou č. 391/2011 Sb.

**a) „výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti;**

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

**b) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím;**

- *pomoc při obnovování nebo upevňování kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob,*
- *podpora a pomoc při využívání běžně dostupných služeb a informačních zdrojů,*

**c) sociálně terapeutické činnosti;**

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

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

- *pomoc při komunikaci, nácvik dotazování a komunikačních dovedností, podpora svépomocných aktivit rodičů,*
- *doprovázení rodičů při vyřizování žádostí, na jednání a vyšetření s dítětem, popřípadě jiná obdobná jednání v záležitostech týkajících se vývoje dítěte“ (§ 54 zákona č. 108/2006 Sb., vyhláška č. 391/2011 Sb.).*

Ze zákona i výše zmíněných podzákoných předpisů vyplývá, že raná péče napomáhá nejen ke správnému vývoji jedince, ale také jako podpora členů rodiny v jejich přirozeném prostředí. Program je zaměřen na celou rodinu v regionální rovině se záměrem podpořit vývoj jedince od narození do sedmi let. Rozumí se tedy do doby, než jedinec nastoupí do vzdělávací instituce.

### **1.3.3 Služba ve školách a dalších školských zařízeních**

Ačkoli se téma této práce nedotýká primárně sociální práce a speciálněpedagogické intervence ve školství, je na místě zmínit Tomeše (2015), který konstatuje, že v současné době v České republice tyto formy pomoci ve školství žalostně chybí. Roli sociálních pracovníků či poradců ve školství přebírají typicky učitelé, vychovatelé, pedagogové volného času nebo nejčastěji asistenti pedagoga. Zákonným podkladem je zde předpis č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů a § 110 zákona o sociálních službách. Autor dále uvádí, že byť právní úprava sice nepočítá s aktivním zapojením sociálního pracovníka ve školství, tak tuto možnost ani výslovně nevylučuje. Je tedy zcela na místě úvaha o možnosti školy podat na místně příslušném krajském úřadě registraci k poskytování sociálních služeb. V důsledku této registrace by pak vyvstala možnost zahrnutí této školy do komunitního plánu dané obce. Následně by pak škola (jakožto poskytovatel sociální služby) mohla usilovat o dotace ze zdrojů MPSV, krajského úřadu a obce. Těžiště činnosti sociálního pracovníka ve školském zařízení pak Tomeš (2015) vidí v poskytování konzultací a pomoci žákům a jejich rodinám a také v zprostředkování spojení s komunitními organizacemi.

## **1.4 Charakteristika služby**

### **1.4.1 Klienti rané péče**

Z předešlých podkapitol vyplývá, že klientem rané péče není pouze dítě se zdravotním postižením či ohrožením, ale celá jeho rodina. Jak uvádí Potměšil a kol. (2015) historický pohled na rodinu se nemění a je považován za základní stavební jednotku společnosti. Rodina odpovídá za zdravý duševní i tělesný vývoj jedince. Ve stálém a chráněném klimatu domova.

Z těchto důvodů se setkáváme v literatuře (Matoušek, 2003) s termínem „instituce“ představující rodinu, která plní nenahraditelné poslání v osobním rozvoji jedince.

Poskytovatelé služby se v naší zemi specializují na pomoc vždy konkrétní skupině rodin dle typu postižení jedince. Jedná se kupříkladu o skupinu s jedním typem postižení (rodiny s dětmi se sluchovým postižením); s několika druhy postižení (rodiny s dětmi s mentálním a tělesným postižením); pro rodiny dětí s poruchou autistického spektra (Hradilková, 2018).

### **1.4.2 Cíle rané péče**

Cíle rané péče, které uvádí Společnost pro ranou péči, je redukce negativního dopadu postižení nebo ohrožení na rodinu jedince a jeho vývoj; dosažení zvýšeného stupně vývoje

v oblastech, které jsou ohroženy či postiženy; posilování pravomocí rodiny a dospět k co největší možné míře nezávislosti na systémech sociálních služeb; zformovat determinanty sociální integrace pro dítě, rodinu i jeho širší okolí (Standardy rané péče SPRP, 2017).

Společnost pro ranou péči (in Pretis a kol., 2020) uvádí, že pro dosažení či přiblížení se k výše zmíněným cílům jsou zapotřebí následující zásady:

- **Zásada důstojnosti**
  - Uznávat individualitu dítěte a kulturní, sociální a vzdělávací kuriozity každé rodiny,
  - chovat se ke klientovi v každé situaci dle principů partnerství,
  - místo pro ambulantní programy je vybaveno a upraveno tak, aby nesnižovalo důstojnost klientů,
  - materiály jsou vedeny se zřetelem na důstojnost klienta.
- **Zásada ochrany soukromí**
  - Při vykonávání terénní služby v domácím prostředí klienta vstupuje pracovník služeb rané péče pouze do míst, kam je klientem zván,
  - veškeré údaje o klientovi jsou poskytovány s jeho souhlasem,
  - s údaji o klientovi se zachází jako s důvěrným materiálem.
- **Zásada zplnomocnění**
  - Pracovník respektuje právo klienta na kvalifikované a objektivní informace v množství, které si vyžádá. Zodpovědnost a právo klienta rozhodovat o své osobě,
  - po celou dobu služby je klient cíleně podporován k projevení svých potřeb,
  - při hodnocení a plánování služeb rané péče je rodič příslušníkem interdisciplinárního týmu,
  - služby rané péče podporují právní gramotnost klientů (rodin) v oblasti práva sociálního zabezpečení a dalších dotčených právních oblastí. Dále pak pocit sounáležitosti mezi klientskými skupinami.
- **Zásada nezávislosti**
  - Služby rané péče podporují u rodičů a dítěte kompetence objevovat a využívat své zdroje a schopnosti ke zvládnutí situace, ve které se právě nacházejí,
  - služby jsou klientům poskytovány v takové podobě, aby nezpůsobovaly rodinu závislou na rané péči, konkrétním poradci, ani na jiné výchovně-vzdělávací či pobytové instituci. Finančně, obsahově i personálně musí být od služeb rané péče odděleny.
- **Zásada práva volby**
  - Je vždy na volbě klienta, zda přijme či nepřijme nabízené služby,

- služby rané péče jsou navrhovány na základě spolurozhodování o volbě pomoci, služeb a tvorbě individuálního plánu.

- **Zásada týmového přístupu a komplexnosti služeb**

- Vzájemná informovanost a spolupráce externích i interních příslušníků v inter/multidisciplinárním týmu a jejich vzájemná informovanost implikuje ve svých souhrnech kvalitativní, časové a ekonomické výhody pro klienta a společnost,

- klient je zván k rozhodujícím úkonům.

- **Zásada přirozenosti prostředí**

- Služby (minimálně 75 %) jsou klientům poskytovány převážně v přirozeném prostředí jedince nebo podporou zůstat v jeho přirozeném prostředí, v rodině,

- zvolené metody rané péče respektují a podporují přirozené prostředí rodiny i komunity jedince, kde jsou využívány pouze v nezbytně nutné míře,

- konzultace v domácím prostředí klienta si pracovník sjednává s respektem k běžnému chodu a rytmu rodiny.

- **Zásada kontinuity péče**

- V průběhu ukončování služby jsou klientovi zprostředkovány informace o návazných službách v regionu,

- služby rané péče subvencují sociální integraci dítěte a jeho rodiny v rámci komunity a regionu.

### **1.4.3 Český model rané péče – „Provázení“**

U příležitosti „Desátého výročí rané péče pro děti se zrakovým postižením v České republice“ se Hradilková (in Jesenský, 2002) vyjádřila ve smyslu, že vznik rané péče nepřichází z naplňování politických programů, ale spíše ze strany osobního nasazení a zodpovědnosti profesionálů, kteří pracovali s nevidomými studenty. Díky možnostem studia zahraniční odborné literatury se o rané péči dozvěděli.

Nové směry přicházející v 90. letech ze západní Evropy a USA přispěly k současnému modelu rané péče. K tomuto modelu přispělo zrození několika vědeckých a společenských hledisek:

- a) teorie imprintingu: pro vytváření osobnosti a schopností jedince je důležité rané období jeho života. Nazýváno jako období neuro-fyzického zrání.
- b) Komunikační interakce mezi matkou a dítětem.
- c) Význam stimulace v raném věku.
- d) Hnutí za práva osob s postižením.

Zrození těchto nových hledisek přispělo k proměnění rané péče. Model rané péče „Provázení“ vychází z několika programů, které se vzájemně ovlivňují. Níže následuje jejich bližší přiblížení.

- **Program podpora rodiny**

Lze konstatovat, že období krátce po narození dítěte nepředstavuje objektivně nikterak problematický časový úsek života rodiny. Jedná se o období, ve kterém převládají pozitivní emoce související s novou životní rolí (rodičovství). Oproti tomu rodiče, kterým se narodí dítě s postižením, se potýkají s novou životní zkušeností. Během zjišťování diagnózy rodiče prožívají strach, obavy, nepochopení, obviňování a smutek. Tudíž zakoušejí emoce, které je oddalují od radostného prožitku ze získané role rodičovství. Přichází různé negativní informace o stavu jejich dítěte, které si rodiče mohou vztahovat na svou osobu. Rodiče jsou tudíž psychicky i fyzicky vyčerpaní, vyskytují se odlišné požadavky na finanční a časovou stránku celé rodiny. Rodiče jsou nedostatečně informováni a je pro ně obtížné se rozhodovat pro další kroky. Zakoušejí pocity nepřipravenosti, starosti z budoucnosti. A v neposlední řadě se potýkají s nedostatkem času pro společné trávení volných chvil. Související s posilováním partnerských, sourozeneckých a rodinných vztahů (Hradilková, 2018).

Program podpory rodiny začíná včasnou nabídkou podpory a má zacílit na přínosné informace pro rodiče, a tudíž jim zprostředkovat partnerství s týmem rané péče. Následně umožnit správné pojmenování jejich potřeb, posílit odpovědnost a samostatnost při výchově jejich dítěte. Vše s respektem k rodinné sociokulturní orientaci (Hradilková in Jesenský, 2002).

Jak uvádí Hradilková (2018) je potřeba podporovat rodiny v zachování a rozvíjení jejich běžných vztahů – přátelství, sousedství či na pracovišti s kolegy. V těchto případech se rodiče častokrát obracejí o pomoc na svého poradce. Za efektivní se považuje využívání systematického přístupu. Minimálně následující principy je vážou s ranou péčí: systémem je celá rodina, otázky jsou terapeutické a poradce volí neodborný přístup. Užitečnost systematického přístupu v pomáhajících profesích se nachází v partnerství.

- **Program podpora vývoje dítěte**

Raný věk jedince je nezištným časovým obdobím pro využití funkcí smyslů a pohybového ústrojí. Raná péče v tomto programu nabízí svým klientům speciální postupy, terapie, stimulace, hračky a pomůcky. Mají přispívat ke zvyšování možností jedince, překonávat restriktce, zaujmout a přinášet podněty.

V průběhu vstupní konzultace se provádí funkční diagnostika, která slouží k zhodnocení vývoje dítěte. Tým pracovníků rané péče k této diagnostice využívá rozhovor s rodiči, pozorování, hru s jedincem i testování.

Nejpřirozenější aktivitou dítěte je hra a nápodoba. Zároveň je také nejefektivnější prostředkem pro jeho rozvoj. Poradce rané péče ví, že volba vhodných motivujících a stimulačních hraček je nenahraditelnou součástí jejich práce. Využívají se běžné hračky z domácnosti, pokud dítě na danou hračku nereaguje, poradce přichází s nabídkou řešení. Úpravou uchycení, zavěšení, ozvučení a nasvícení. Další možnostmi jsou poté speciálně upravené hračky.

Dítě tráví velkou část dne ve svém domově. Úprava prostředí je tak jednou z možných návrhů řešení k docílení, co nejpodnětnějšího prostředí pro dítě (Hradilková, 2018).

- **Program působení na společnost**

Společenské a sociokulturní prostředí je pro následnou praxi rané péče nenahraditelné. Sociální integrace pro jedince s postižením a jejich rodiny je možná pouze za předpokladu, že preventivní a edukační programy budou cíleny na co nejširší okruh společnosti. Součástí programu mohou být legislativní iniciativy, vzdělávací programy, mezioborová součinnost, vydávání publikací, vystupování v mediální oblasti, semináře a přednášky (Hradilková in Jesenský, 2002).

Osobní setkání je nejúčinnější předávání informací o službě raná péče. Často k tomu napomáhá depistáž neboli vyhledávání rodin. Pracovnice rané péče komunikují s lékaři a zdravotnickým personálem a přibližují jim službu rané péče. Zanechávají v ordinacích kontakty a letáky pro příchozí. Dalším z podstatných nástrojů je plánování na komunitní úrovni. Místní samospráva získává kvalitativní i kvantitativní údaje o rodinách bezprostředně od rané péče. O rané péči se může společnost dozvědět také prostřednictvím zveřejňování příběhů a sdílením rodin; benefičními koncerty a běhy; vydáváním tiskových zpráv, prezentováním své služby v televizních přenosech, které jsou zacíleny na rodiny a zveřejňováním svých činností na sociálních sítích (Hradilková, 2018).

#### **1.4.4 Financování rané péče**

Jak je již uvedeno výše, raná péče je preventivní sociální službou, jež je klientům poskytována zcela zdarma. Financování této služby je v naší zemi značně nejisté a nevyrovnané. V roce 2013 přenechalo Ministerstvo práce a sociálních věcí (jež vykonává státní správu na úseku rané péče), financování sociálních služeb krajským samosprávám.



Zástupci Centra rané péče navrhuji vytvoření národní sítě rané péče pro děti s vážným handicapem, která by rovnoměrně pokryla celou Českou republiku (Seznam Zprávy, 2022).

Podle Bárlové Matyášové (2019) je konkrétním řešením zajištění přímého financování z Ministerstva práce a sociálních věcí.

V současné situaci je v ČR 14 odlišných systémů financování. S rozdílnými pravidly, požadavky a rozdílnou mírou financování. Setkáváme se tak v různých krajích s různou nákladností služeb, výměrou úvazku pracovníka, strukturou rozpočtu a dalšími odlišnostmi (Bárlová, Matyášová, 2019).

V reálném důsledku to znamená ovlivnění kvality a dostupnosti služby. Budoucí klienti se potýkají s dlouhou čekací lhůtou přijetí do služby, v krajním případě se jeví jako reálné, že do služby vůbec nenastoupí.

Na základě dat analýzy Společnosti pro ranou péči (2017) patří mezi další získané zdroje veřejné zdroje – města a obce (10–20 %); prostředky EU a soukromé zdroje – nadační fondy, nadace, sponzoři, soukromí dárci.

#### **1.4.5 Poskytovatelé rané péče**

Pokud jde o poskytnutí péče, od počátku se jedná o občanská sdružení, obecně prospěšné společnosti a církevní právnické osoby. Členové těchto subjektů zaměřují svou aktivitu na podporu a prosazování zájmů určité cílové kategorie. Kraj přebírá veškerou zodpovědnost za dostupnost a trvání nestátních neziskových organizací, které jsou neodmyslitelnou součástí kvality života společnosti (Šándorová, 2017).

V České republice je aktuálně registrováno 49 poskytovatelů rané péče. Poskytovateli jsou převážně nestátní neziskové subjekty a pracoviště jsou rozdělena dle specializace cílových skupin (Bárlová, Matyášová, 2019).

#### **1.4.6 Kvalita služby rané péče**

Cílem sociálních služeb je poskytovat je v nevyšší možné kvalitě. Související s jasně nastavenými pravidly, přístupem ke klientům a odpovídající kvalifikací pracovníků. V průběhu poskytování služeb se dohlíží na dodržování lidských práv, respekt ke svobodné vůli, zabezpečení důstojného života a integraci klienta (Šándorová, 2015).

Bližší nám kvalitní sociální službu přibližují „Standardy kvality sociálních služeb“, které nalezneme v příloze č. 2 vyhlášky MPSV č. 505/2006 Sb. (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2022).

Standardy jsou rozděleny do 15 kritérií, které slouží inspektorům při kontrole sociální služby. Povinností poskytovatelů je tyto standardy dodržovat a naplňovat (Volný a kol.,

2021). Společnost pro ranou péči se řídí druhovými standardy, které doplňují a rozvíjejí „Standardy kvality sociálních služeb“ ve shodě s legislativou. Standardy slouží jako nástroj hodnocení kvality sociální služby rané péče. Dělíme je do tří základních částí:

- a) **procedurální standardy** – charakterizují obsah služby; garanci konzultací v rodinném prostředí; přechod zájemce v klienta; plánování a ukončování služby; výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti; podání a vyřizování stížnosti a další
- b) **personální standardy** – se zaměřují na výběr personálu; týmovou spolupráci; přijímání a zaškolení pracovníků a jiné
- c) **provozní standardy** – zabývají se technickým zázemím; místním a časovým hlediskem; informování o službě; havarijním a nouzovým situacím; managementem; úrovní kvality služeb atd. (Společnost pro ranou péči, 2017).

#### **1.4.7 Asociace rané péče České republiky**

*„Asociace rané péče České republiky je celostátní profesní organizace sdružující poskytovatele rané péče. Členy ARP ČR jsou organizace hlásící se k dohodnuté kvalitě poskytované služby a poskytující ranou péči v souladu s popsanou dobrou praxí“* (Asociace rané péče, 2022a).

Raná péče poskytující náležitě registrovanou sociální službu může ARP ČR požádat o její členství. Její povinností je však do pěti let splnit stanovené podmínky garance kvality. ARP ČR se ve svých činnostech věnuje:

- realizací vzdělávání pracovníků v rané péči,
- prosazováním a prezentováním oboru rané péče a poskytovaných služeb,
- chrání zájmy pracovišť a jejich pracovníky,
- ze strany členských pracovišť přispívá ke zvyšování kvality poskytovaných služeb,
- mezinárodní spolupráci v oboru rané péče,
- efektivní a dobré spolupráci mezi jednotlivými pracovišti a poskytování oboustranné odborné podpory (Asociace rané péče, 2022a).

#### **1.4.8 Tým pracovníků rané péče**

Primární zodpovědnost za dítě má jeho rodič, který je jedním z hlavních členů týmu rané péče (Pilařová, Hradilková in Šándorová, 2015).

*System rané péče je „ve své podstatě závislý na lidském činiteli. Bez aktivit kvalifikovaných odborníků (pomáhajících profesí a medicínských oborů) by nedocházelo k využívání a aplikaci nashromážděných poznatků o optimálním působení prostředků*

*a institucí speciální pedagogiky (v našem případě raného věku) - teorie by nesloužila praxi, zůstala by mrtvá“ (Jesenský in Šándorová, s. 85, 2015).*

Raná péče je založená na interdisciplinárních intervencích odborníků v oblastech sociální a speciální pedagogiky, sociálních služeb, psychologie a patopsychologie, medicínských a rehabilitačních oborů. Pro vytvoření vývojového profilu jedince je zdravotní stav klíčový. Z těchto důvodů se bez spolupráce jednotlivých odborníků neobejdeme (Šándorová, 2017).

Jako velmi podstatnou lze vnímat roli praktického či odborného lékaře, který se s rodiči ohrožených dětí dostává do kontaktu mezi prvními. Rodina se v první fázi života svého dítěte obrací se všemi svými otázkami na lékaře. Lékař je první osobou, která může rodině poskytnout informace o preventivních sociálních službách – raná péče. A tím přispět k socializaci ohroženého dítěte v jeho přirozeném prostředí rodiny (Šándorová, 2017).

Součástí týmu na oddělení porodnic jsou také porodní asistentky. Autoři se shodují, že podpora rodin s ohroženým dítětem by měla nastat již v porodnicích, prostřednictvím porodních asistentek (Šándorová a kol. in Šándorová, 2017).

Langová (in Květoňová, 2004) uvádí několik odborníků a institucí, se kterými Střediska rané péče dále spolupracují:

- vzdělávací instituce – speciálněpedagogická centra a mateřské školy
- s jinými zřizovateli služeb rané péče
- s poskytovateli služeb rané péče ze zahraničí a mezinárodními profesními organizacemi
- s Ministerstvem zdravotnictví
- prostřednictvím vzdělávacích programů s Ministerstvem školství mládeže a tělovýchovy

Společnost pro ranou péči v Olomouci má ve svém týmu zaměstnance vykonávající pozice: statutární zástupce a ředitel pobočky, metodik kvality, metodik individuálního plánování, poradce rané péče, intervenční, koordinátor sociálních služeb, fundraiser, PR manažer, koordinátor finanční a hospodářské agendy, administrativní pracovník (Společnost pro ranou péči, 2022).

#### **1.4.9 Poradce rané péče**

V zákonných intencích se poradce rané péče řadí mezi sociální pracovníky či pracovníky v sociálních službách. Hlavním požadavkem je vyšší odborné a vysokoškolské vzdělání v sociální práci, sociálně-zdravotním, sociálně-pedagogickém nebo speciálně pedagogickém oboru (Hradilková, 2018).

Tröster a kol. (2013) považuje za velmi vhodné, že předpoklady pro činnost tohoto povolání byly stanoveny formou zákona „*přičemž byl zároveň tento obor společensky uznán jako profese hodná jisté právní úpravy*“ (Tröster a kol. 2013, s. 221).

Profese zaměstnance, vykonávající službu sociální prevence, ranou péči neboli poradce rané péče se řadí do tzv. pomáhajících profesí. Jedná se o profese, které za příznivých podmínek jsou schopny pomáhat druhým lidem zvládat jejich emoční a sociální obtíže (Matoušek in Šándorová, 2015). Při precizaci pojmu poradenství Mátel (2019, s. 32) odkazuje na Schavela a Oláha (2010), kteří poradenství vnímají „*jako informační pomoc a pomoc při rozhodování, jakož i formulování opatření do budoucna*“.

Mezi odborné dispozice k vykonávání poradce v rodině se dle Hradilkové (2018) řadí:

- vědomosti o vývoji jedince od narození do šesti let a působení postižení/znevýhodnění na vývoj jedince, zjištění funkcí a úrovně vývoje jedince
- znalosti jednotlivých postupů a technik podporujících ideální vývoj jedince
- metodické postupy práce s rodinou, vědomosti podpory rodičů a rodiny jako systému
- vědomosti zákonitostí, procesu, organizace a kritéria kvality dané služby

Šándorová (2015) rozděluje činnosti poradce rané péče následovně:

### **1) humanitní činnosti**

#### **a) přímá práce**

- zahrnuje samotnou přípravu na konzultaci, rekapitulaci záznamů z předchozích konzultací v rodině
- výběr hraček a her
- volba kompenzačních, stimulačních a rehabilitačních pomůcek
- stanovení průběhu konzultace a příprava vhodných dokumentů

#### **b) nepřímá práce**

- podílení se na událostech spojovaných s pracovní náplní (porady, supervize)
- uspořádání odborných seminářů a setkání rodičů s dětmi
- rozšiřování odborné kvalifikace
- aktivní účast na akcích spojených s osvětovou činností a prezentací služby
- spolupráce s veřejnou správou, konkrétně se správními orgány ať už v jejich samostatné působnosti či přenesené působnosti

- vypracování záznamu o průběhu konzultace a jiné administrativní činnosti

- 2) **technické činnosti** – dopravení se do místa schůzky, desinfekce pomůcek a hraček
- 3) **koncepční činnosti** – zahrnují např. spoluúčast na změnách v legislativě, zapojení se do komunitního plánování, tvorba metodických a didaktických materiálů. Do této oblasti činností řadíme také spolupráci s navazujícími institucemi.

## 2 Kompetence

Cílem této kapitoly je objasnění pojmu kompetence a jeho jednotlivých dimenzí.

### 2.1 Pojem kompetence v kontextu profilu poradce rané péče

Na pojem „kompetence“ je možné nahlížet mnoha rozličnými způsoby. Podle Stankové a kol. (2021) je tento pojem výsledkem vývoje alternativ k obvyklým testům inteligence. Na rozdíl od inteligence a jiných kognitivních funkcí je však možné určité kompetence dosáhnout i vzděláváním. Recentní vývojová psychologie setrvává na přesvědčení, že míra pravděpodobnosti rozvoje osobnosti závisí na genetických vlohách. Jedna z jejich variant (fenotyp) pak lze do značné míry ovlivnit působením vnějšího prostředí (Vágnerová, 2012). Tyto vlohy označuje Elichová (2017, s. 96) jako „*potenciál*“. Dále zmiňuje, že v každém člověku je od narození patrná tendence vedoucí k naplnění tohoto potenciálu, a tak dosažení seberealizace. Tato bývá realizována v největší míře formou výkonu profese. Zde již k roli, kterou hrají vrozené vlohy, přistupuje role dovedností, osobnostních vlastností, postojů a znalostí. Tento výčet téměř doslovně kopíruje strukturu profilu poradce rané péče uvedeného v Příručce ARP– výchozího dokumentu této diplomové práce.

Pacher a Píšková (2021, s. 7) interpretují pojem kompetence dvěma způsoby. V prvním případě jako „*způsobilost*“ ve druhém případě jako „*oprávnění*“. Kompetentní pracovník podle prvního pojetí, je na základě své způsobilosti schopen vykonávat svou činnost správně. Je-li akcentováno chápání kompetence jakožto „*oprávnění*“, tak se tím rozumí, že daný poradce smí danou činnost realizovat „*v rámci jemu svěřené pracovní role, a to bez ohledu na to, zda je způsobilý ji vykonávat*“ (Pacher a Píšková, 2021, s. 7). S chápáním kompetence jakožto oprávněním k vykonávání jisté činnosti spojují Tureckiová a Veteška (2008, s. 25) také „*odpovědnost za výsledek rozhodovacího procesu*“, kterou na sebe jedinec v této souvislosti přijímá. Elichová (2017, s. 97) uvádí, že „*vhodně definovaný soubor kompetencí je základní diferenciator a současně prediktor úspěšného zvládnutí profese*“. Shrnuje tak, že dispozice těmi správnými kompetencemi je nezbytným předpokladem pro odpovědný výkon povolání, a to nejen ve sféře sociální práce.

Nad rámec výše popsaného uvádí Mátel (2019) tezi, že absolvent studia, přicházející do praxe není v žádném případě plně kompetentní, ale disponuje pouze konkrétní mírou sociálních způsobilostí. Tyto byly v průběhu studia verifikovány, což vedlo k úspěšnému ukončení studia. Takový absolvent se dá označit za kvalifikovaného pracovníka. V průběhu praxe se však sociální pracovník setká s novou množinou podnětů, na které se teprve učí reagovat. Až v této fázi tedy získává kompetence v pravém smyslu slova.

Dle Pachera a Píškové (2021) se kompetence mohou členit na originální a esenciální. Esenciální neboli klíčové, základní kompetence, které potřebuje každý člověk ke své existenci. Důležitý je jejich rozvoj, jenž člověku zaručuje zdravé fungování ve společnosti. S rozvinutím těchto esenciálních kompetencí je posléze možné efektivně rozvíjet kompetence originální.

Mezi esenciální kompetence zařazujeme čestnost, naslouchání, rozhodnost, emoční stabilitu, G faktor, zodpovědnost, sebevědomí a sebedůvěru. Jednotlivé prvky těchto kompetencí budou nyní stručně analyzovány.

Čestnost lze vyjádřit jako soulad slov, skutků i myšlenek. Je možné chápat ji jako specifickou kompetenci, která je charakteristická tím, že nevykazuje žádné explicitní vnější projevy. Nicméně okolí tuto vlastnost vnímá velmi konkrétně z celku chování daného jedince. Čestný člověk se vyznačuje autentičností, důsledností, zodpovědností, aktivním nasloucháním, emoční otevřeností aj. (Prince, 2016).

Projevem emočně stabilní osoby je vyrovnanost nálad a emocí. U těchto osob se nepředpokládá, že budou jednat afektovaně, zkratovitě či nevyrovnaně. Naopak vyhledávají vhodnou formu duševní hygieny v případě potřeby ventilace psychického neklidu. Charakteristické je zdravé sebevědomí, snášenlivost, trpělivost a poklidné setrvání na výsledek (Pacher a Píšková, 2021).

G faktor popisuje Vágnerová (2016) jako základní, obecnou inteligenci, která pojímá skupinu kognitivních mechanismů. Tyto mechanismy v patřičnou chvíli jedinec využívá k pochopení situací při řešení komplikací a vstřebávání nových informací.

Pokud jde o sebevědomí a sebedůvěru, tak podle Pachera a Píškové (2021) jedinec, který disponuje těmito kompetencemi, se vyznačuje při rozhovoru plnou pozorností k obsahu sdělení. Dokáže vědomě reflektovat svůj život, pocity, emoce a přijímat sebe sama s veškerými negativy i pozitivy.

Pacher a Píšková (2021) se věnují také tématu originálních kompetencí. Dle jejich výkladu potřebuje člověk ke zdařilému zvládnutí nejrůznějších životních rolí využívat a pracovat na kompetencích originálních. Zařazují do nich např.: přizpůsobivost, přijímání a poskytování zpětné vazby, strategické plánování a organizování, týmovost, komunikativnost a operativní plánování.

Odpovědnost za kompetentního sociálního pracovníka připisuje Elich (2019) samotnému sociálnímu pracovníkovi a jeho aktivním činnostem na různorodých úrovních sociální práce. Připomíná Mezinárodní etický kodex, který od pracovníků předpokládá, že se během vykonávání své profese věnují svým dovednostem, kompetencím, a snaží se je

patříčně rozvíjet. Jednou z mnoha povinností pracovníka je o sebe pečovat v osobní i profesionální rovině s cílem poskytnout odpovídající službu.

## **2.2 Hodnoty v identitě pracovníka rané péče**

Elichová (2017, s. 38) cituje Nečasovou (2001 s. 9): „*Sociální práce bude vždy reflektovat hodnoty (protože intervenuje do důležitých aspektů každodenního života) a zároveň bude také vždy předmětem střetu (protože její cíle nemusí být vždy nutně akceptovatelné pro všechny členy společnosti)*“.

Je pozoruhodné, že Příručka ARP se vyjadřuje k problematice hodnot výhradně ve vztahu ke klientovi. Konkrétně v bodě I/3 – Rozeznávat shodná a odlišná hlediska, hodnoty a cíle a respektovat je; v bodě I/6 – Motivovat klienta k překonávání překážek v dosahování jeho vlastních hodnot a cílů. U prvního bodu je pak upřesnění spočívající v pokynu respektovat hodnoty rodiny a připojovat se k nim.

Fischer a Škoda (2008) popisují prizmatem speciální pedagogiky nejrůznější hodnotové trendy. V komparaci s trendy dominantními v minulosti (represivní a segregativní ve středověku, charitativní v období renesance) vnímají jako nejvýznamnější tendence současnosti humanizaci a integraci. Humanizační trend se vyznačuje osobitým přístupem ke každé osobě s plným respektem jeho důstojnosti. Konkrétní projev tohoto trendu je korekce terminologie ve speciální pedagogice, kdy jsou dříve používané pojmy jako např. debilita a idiocie vytlačovány termíny jako opožděnost či retardace. Integrační tendence cílí na co největší zapojení jedince do většinové společnosti. Obligatorním předpokladem však je, že poradce dokáže adekvátně vyhodnotit výchozí situaci klienta a potenciál jeho možného zapojení se do společnosti, v případě rané péče zapojení se do standardního vzdělávacího procesu. Ve vztahu k činnosti profesních organizací (jak byly popsány výše) se v této souvislosti projevuje konkrétní možnost ingerence na poli normotvorby: iniciativy vedoucí k vytváření pracovních míst pro lidi s postižením, precizace forem sociální pomoci, návrhy projevující se ve finanční a daňověprávní sféře rodin dětí s postižením atd.

## **2.3 Profil poradce rané péče**

Zákon o sociálních službách v účinném znění rozlišuje sociální poradenství na základní a odborné. Základním poradenstvím rozumí „*poskytování potřebných informací přispívajících k řešení nepříznivé sociální situace*“, odborné poradenství je pak „*poskytováno se zaměřením na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin ve specializovaných poradnách*“ (§ 37 zákona č. 108/2006 Sb.).



Elichová (2017, s. 97) zmiňuje Hanuše (2007), který vnímá sociálního pracovníka jako odborníka, který je „*pojivem společnosti se společenským úkolem*“. Úkolům sociálního pracovníka, resp. poradce rané péče byl věnován závěr předchozí kapitoly. Z výčtu takto popsaných činností vyplývá, že na jedince, který tyto pracovní úkoly má vykonávat, jsou kladeny vysoké nároky, a to především v osobnostní rovině. Je třeba si uvědomit, že byť je poradce osobou, která má v rámci výkonu svého povolání pomáhat s řešením často velmi složitých existenciálních problémů, sám je také „jen člověkem“ se svými problémy. Není jisté snadné se od těchto problémů vždy oprostit a vystupovat profesionálně. Skutečnost, že poradce je v praxi reálně schopen toto učinit, svědčí o jeho profesní i lidské vyzrálosti.

## 2.4 Postoje

Otázka postojů poradce rané péče je v Příručce ARP vymezena devíti body. Nejprve jsou deklarovány základní požadavky společné všem (nejen pomáhajícím profesím). Jedná se o nutnost rovného přístupu ke každému člověku a potřeba tolerance názorů druhých. Nepřípustná je diskriminace na základě rasové, etnické, náboženské, zdravotní či jiné danosti klienta. Tento požadavek je odrazem ústavně zaručených práv každého občana na rovné zacházení stanovených v článku 3 LZPS. Oblast rovného zacházení dále podrobněji upravuje zákon č. 198/2009 Sb., o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací a o změně některých zákonů (antidiskriminační zákon). Zejména poradce je osobou, která má ve smyslu tří základních cílů speciální pedagogiky – tak, jak je vymezuje např. Potměšilová (2013) – usilovat o co možná nejoptimálnější rozvoj osobnosti klienta a jeho respektování stran společnosti. Lze tedy považovat za mimořádně vážné profesní i lidské selhání, pokud by k nerovnému zacházení s klientem, a to bez legitimního cíle, docházelo právě poradcem samotným.

Zvláštní pozornost jistě zasluhuje požadavek na schopnost empatie. Mátel (2019, s. 27) popisuje empatii „*jako psychologický motivátor v procesu pomoci druhým lidem*“. Relevanci této schopnosti vnímá Malík Holasová (2014) zejména při řešení nastalé krizové situace či v případě individuálního nastavování rámce služby. Gulová (2011, s. 36) dokonce empatii označuje za „*začátek a konec*“ sociální práce. Tamtéž zmiňuje slova jako „*vřelost*“ a „*vstřícnost ke klientovi*“. V hloubkové empatii pak vidí možnost maximální efektivity a profesionality služby. Naopak povrchní přístup ke klientovi může být jednou z příčin profesního neuspokojení pracovníka (Gulová 2011, s. 36-37). Lze uzavřít, že empatie je jednou z nejvýznamnějších kompetencí poradce rané péče, a to jak ve vztahu vnějším – ke klientovi, tak ve vztahu k poradci samotnému.

Další oblastí postojů zmíněnou v Příručce ARP je respekt k dalším členům týmu a ochota a schopnost podílet se na rozvoji organizace. Klima a mezilidské vztahy na pracovišti mohou zcela zásadním způsobem determinovat činnost poradce rané péče. Pokud jde o pracovní vztah ve vertikálním pojetí, je možné zmínit nejprve zaměstnavatelské organizace. Od roku 1990 v ČR působí Společnost sociálních pracovníků a Profesionální komora sociálních pracovníků (Mátel, 2019). Největším subjektem, zastřešujícím řadu dalších asociací je v ČR Unie zaměstnavatelských svazů. V rámci této unie pak v oblasti sociální práce vystupuje Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, Česká rada sociálních služeb a další (Unie zaměstnavatelských svazů, 2022). S ohledem na specifickou pomáhající profesí je nutné chápat toto pojetí zaměstnavatelských svazů poněkud odlišněji, než jak je chápáno v ryze korporátním prostředí – a to navzdory tendencím směřujícím k ekonomizaci sociální práce, o nichž bude pojednáno níže. Na úseku rané péče v České republice figuruje již zmíněná Asociace rané péče ČR, která sdružuje poskytovatele rané péče a nabízí možnost garance poskytovaných služeb (Asociace rané péče, 2022a).

Tyto organizace mohou být užitečnou platformou jako pro oblast profesního růstu každého poradce (pořádání a účast na odborných konferencích, výzkumné činnosti, kooperace se studenty sociální práce/speciální pedagogiky formou stáží). Dále pak mohou být nápomocny při řešení nejrůznějších aktuálních témat, která vyvstávají v souvislosti s praxí. Ve vztahu k legislativě pak hlavní role profesních komor a asociací spočívá v jejich ingerenci v rámci legislativního procesu. V České republice není členství v profesní komoře, či udělení odborné licence zákonnou podmínkou výkonu sociální práce. Mátel (2019) sice výkon profese sociálního pracovníka podmiňuje členstvím v profesní komunitě, nicméně upřesňuje, že minimálním standardem tohoto je reálná participace na životě komunity ať už výkonem samotné sociální práce, managementem, vědeckou prací či vzděláváním.

Rozdílně je tomu např. v USA, kde ve 47 státech má pracovník povinnost získat licenci pro výkon a v dalších šesti státech musí být registrován u jedné z profesních komor. Pokud jde o vývoj na Slovensku, v 90. letech zde byly snahy o fungování profesních komor na obdobném principu jako v ČR, nicméně tento model se zde dlouhodobě neujal. Změna nastala až v roce 2015, kdy byla zákonnou formou ustavena Slovenská komora sociálních pracovníků a asistentů sociální práce. Členství v této komoře je, stejně jako v ČR, dobrovolné (Mátel, 2019).

### 2.4.1 Ekonomizace sociální práce v kontextu postojů poradce

Malík Holasová (2014, s. 11) upozorňuje, že v současnosti je možné pozorovat trend „manažerismu“ či „ekonomizace sociální práce“. Tyto skutečnosti jsou typické implementací tržních modelů do principů sociální práce. S tím souvisí i stále vzrůstající význam role soukromých poskytovatelů sociálních služeb. Zdůrazňování tržních postojů se logicky promítá i do praxe jednotlivých poradců – například v otázce metod, způsobu komunikace, navazování vztahu. Do kontrastu se tedy pak mohou stavět jednotlivá východiska sociální práce a ekonomické efektivity, resp. tržního přístupu. Jejich přehled dle Malík Holasové (2014, s. 12-13) je naznačen v následující tabulce:

	<i>Profesní přístup</i>	<i>Tržní přístup</i>
<i>Východiska pomoci</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>ohled na práva občanů někdy i za cenu finanční neefektivnosti</i></li> <li>- <i>dominance: potřeba klienta</i></li> <li>- <i>primárně je vnímána různost potřeb klienta, čemuž odpovídá zajištění komplexní pomoci</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>ohled na potřeby organizací služeb a jejich finanční možnosti, důležitá je finanční efektivnost</i></li> <li>- <i>dominance: vliv zdrojů organizace, podle kterých jsou poskytovány patřičné služby</i></li> <li>- <i>primárně je kladen důraz na ekonomickou kalkulaci</i></li> </ul>
<i>Forma</i>	- <i>komplexní pomoc</i>	- <i>vytvoření balíčku služeb</i>
<i>Rozhodování o poskytnutí pomoci</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>poskytnutí pomoci na základě úsudku profesionála a potřeb klienta</i></li> <li>- <i>stanovení individuálního posouzení profesionálem</i></li> <li>- <i>artikuluje sociální pracovník nebo klient za podpory sociálního pracovníka</i></li> <li>- <i>klient je omezen ve své svobodě volby, protože často nemá všechny informace</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>poskytnutí služby na základě požadavku zákazníka podle předem definovaných potřeb</i></li> <li>- <i>anonymizující posouzení na základě typizovaných standardů</i></li> <li>- <i>artikuluje zákazník</i></li> <li>- <i>zákazník si sám určuje, co potřebuje</i></li> </ul>

<i>Pohled na sociální problém</i>	- komplexní hledisko, vychází z úsudku/posouzení profesionálů - zaměření na dlouhodobé řešení problémů	- lineární hledisko (cílové a krátkodobé řešení)
<i>Pohled na problém klienta</i>	- na základě profesionálních znalostí a zkušeností - důležité je porozumění klientovi - dominance myšlení při posouzení a řešení problémů	- na základě stanovených postupů cílů a plánů - dominance činností dle stanovených cílů a plánů
<i>Nástroj pro posouzení situace klienta</i>	- profesionální úsudek experta (interpretace problému klienta) - přímý kontakt s klienty a to zejména s řadovými sociálními pracovníky - klient sám podpořen pracovníkem - nástroj: rozhovor, analýza prostředí	- na základě předem stanovených postupů, cílů a plánů - blízkost k zákazníkům skrze technologie, (průzkumy trhu apod.)

Tabulka 1: Porovnání východisek profesního a tržního přístupu v sociální práci (upr. dle Malík Holasové, 2014)

## 2.5 Znalosti

Další podkapitolou v Příručce ARP je problematika týkající se odborných znalostí. Metodicky je rozdělena do čtyř oblastí – psychologie, speciální pedagogika, sociální práce, medicína. Rámec tohoto dělení souvisí se skutečností, že raná péče je obecně chápána jako multioborový fenomén. Při uvědomění si rozsáhlosti a náročnosti výše popsaných oborů, se může na první pohled jevit představa pracovníka, který je vybaven všemi znalostmi z těchto oblastí, jako zcela nereálná. Toto může vést k rezignaci či rozčarování.

Odborná specializace pracovníků je v současné době nezbytným trendem. Nelze k nim však dospět během standardního studia, ale až v postgraduálním vzdělávání propojeného s praxí (Matoušek, 2021).

Pojem „celoživotní učení“ popisuje evropské právo jako „*veškeré všeobecné vzdělávání, odborné vzdělávání a odborná příprava, neformální vzdělávání a informální učení v průběhu života, jejichž výsledkem je zdokonalení znalostí, dovedností a schopností v osobní, občanské, sociální nebo se zaměstnáním související perspektivě*“ (Rozhodnutí EP a Rady EU č. 1720/2006/ES).

Asociace rané péče se o další vzdělávání poradců intenzivně zajímá a usiluje o propojení s dalšími členskými organizacemi. Jak je již zmíněno na webových stránkách ARP ČR, záměrem je vytvořit hodnotné kvalifikační i návazné vzdělávání pro poradce rané péče. Zároveň pak uskutečňovat i společné vzdělávání s jinými organizacemi, při kterých mohou společným úsilím uvažovat nad řešením praktických otázek z etické či systémové oblasti, se kterými se setkávají v denní praxi (Asociace rané péče ČR, 2022b

).

Pod záštitou ARP ČR se realizují různé kazuistické semináře, které se tematicky odvíjejí od aktuálních požadavků členských organizací. Tyto semináře jsou poté zpřístupněny pracovníkům, kteří jsou členy ARP ČR. Sdílení dobré praxe a nacházení nejvhodnějších východisek je cílem těchto setkání. Také vzájemné supervize mezi různými poradkyněmi rané péče je možné označit jako podnětné pro nadcházející pracovní postup a pro úsudek o jejich vlastní práci. V uplynulých letech (2018-2020) se ARP ČR zasadila o realizaci pěti akreditovaných kurzů pro zkušenější pracovníky rané péče. Pracovníci se na kurzech věnují tématům z oblasti sociální práce v rané péči a na podporu jedince se zdravotním postižením v raném stádiu (Asociace rané péče ČR, 2022b).

### **2.5.1 Krizová intervence**

Špatenková (2011) pokládá za vhodné, aby pracovníci v pomáhajících profesích absolvovali v rámci svého celoživotního vzdělávání výcvik krizové intervence a osvojili si tak její techniky. Od pracovníků v krizové intervenci se očekávají různé dovednosti a schopnosti. Jedná se například: o schopnost motivace sebe sama i osoby v krizi, udržovat si své hranice a limity, spolupracovat s ostatními institucemi, být odolný vůči nadměrnému stresu, navázání a udržení kontaktu s klientem, informovanost o dalších službách nabízejících psychosociální pomoc aj.

Krizová intervence dle Vodáčkové (2012, s. 60) „*je odborná metoda práce s klientem v situaci, kterou osobně prožívá jako zátěžovou, nepříznivou, ohrožující.*“ Jedním z cílů je také podpora klientových kompetencí, které mu budou nápomocny při vyřešení krizové situace.

V rámci akreditovaných kurzů MPSV je možné absolvovat „Základní krizovou intervenci“, která má za cíl účastníky naučit použít metodu krizové intervence v praxi. Kurzu se mohou účastnit sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách a v pomáhajících profesích. Vstupními požadavky jsou minimální věk 21 let a nejméně vzdělání na SŠ s maturitou. Rozsah samotné výuky kurzu je 56 hodin. Pro ukončení je potřeba absolvovat závěrečný test a zúčastnit se 90 % výukových hodin (Remedium, 2006).

### **2.5.2 Rodinné poradenství**

Dalším možným prohloubením profesních kompetencí je absolvování kurzu „Rodinného poradenství pro pracovníky pomáhajících profesí“. Tento kurz je akreditován MPSV. Hlavním cílem se uvádí orientovat se v základních dovednostech při práci s rodinou a rozšířit pohled pracovníků o kontext rodinného systému. Realizace kurzu spočívá v absolvování 114 výukových hodin. Účastnit se ho mohou pracovníci pomáhajících profesí s délkou praxe min. dva roky v této oblasti. Získání certifikátu o úspěšném absolutoriu spočívá v písemném zpracování kazuistiky na téma týkající se poradenské intervence a její následná prezentace při závěrečném evaluačním semináři (Prev centrum, 2022).

### **2.5.3 Institut bazální stimulace**

V ČR je koncept bazální stimulace prof. dr. Fröhliche znám od roku 2000 prostřednictvím PhDr. Friedlové, která se stala první certifikovanou lektorkou tohoto konceptu. Institut nabízí akreditované vzdělávací programy pro pracovníky různých profesí. Získal akreditaci Ministerstva zdravotnictví ČR, Ministerstva práce a sociálních věcí ČR, Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy ČR a také Ministerstva zdravotnictví SR (Institut bazální stimulace, 2004).

Pro pracovníky patřící pod MPSV ČR je nabízen např. „Základní kurz bazální stimulace“. Získání teoretických vědomostí a praktických dovedností z konceptu bazální stimulace je konečným cílem kurzu. Časová dotace je 24 vyučovacími hodinami. Kurzy jsou nabízeny pravidelně v různých časových úsecích, na různých místech ČR nebo SR a v neposlední řadě pro různorodou skupinu účastníků (Institut bazální stimulace, 2004).

Absolutorium kurzu napomáhá pracovníkovi zvyšovat kvalitu života jedince. Bazální stimulaci můžeme popsat jako „komunikační, interakční a vývoj podporující stimulační koncept, který se orientuje na všechny oblasti lidských potřeb“ (Institut bazální stimulace, 2004).

#### **2.5.4 Intervenční metoda O.T.A. u dětí raného věku**

Pod vedením dr. Straussově je realizován akreditovaný kurz MPSV ČR pro poradce rané péče v rozsahu 60 výukových hodin. Poradci budou seznámeni se screeningovým testem M-CHAT, problematikou PAS. Větší časová dotace je věnována intervenční metodě O.T.A. - vytvoření plánu pomoci rodiny, využití konkrétních technik práce s dítětem. Nedílnou součástí je také praxe v zařízení a vlastní práce s klientskou rodinou pod supervizí. Zakončení kurzu probíhá ústní a praktickou zkouškou (Centrum terapie autismu, 2017).

O.T.A. neboli „Open Therapy of Autism“ je *„komplexní terapeutický přístup vytvořený pro děti s pervazivní vývojovou poruchou, neurovývojovými a behaviorálními poruchami, vycházející z nejnovějších poznatků neurovědy a aplikující moderní teorie pro tyto poruchy klíčové“* (Centrum terapie autismu, 2017).

### **2.6 Dovednosti**

Samotnou dovednost jedinec získává prostřednictvím učení, které mu napomáhá správně, rychle a úsporně vykonávat jisté intelektuální či praktické činnosti. Jedná se převážně o dovednosti motorické (způsobilost pracovat s nástroji), kognitivní (pracovat a využívat informace) a sociální (komunikace a navazování kontaktů) (Průcha, Veteška, 2014).

ARP ČR uvádí hned několik dovedností, kterými by měl poradce rané péče disponovat. Patří mezi ně vedení strukturovaného rozhovoru, který je veden k předem stanoveným cílům. Poskytovat adekvátní intervenci. Vést dialog s různými odborníky a institucemi, spolupracovat a sdílet své zkušenosti se svými kolegy. Rozvíjet a prezentovat obor rané péče na veřejnosti. Je uvedena také dovednost, která by poradci měla napomáhat rozpoznávat a adekvátně reagovat na rizika. Dále je zmíněna sebepečce vedoucí k tomu, aby poradce předcházel syndromu vyhoření; nutnost poskytovat klientům a spolupracovníkům emoční podporu; dokázat si efektivně a samostatně rozvrhnout pracovní činnosti.

Důležitým prvkem v osobním i profesním životě jsou návyky, jež lze označit jako zautomatizované dovednosti. Vedou jedince k rychlejšímu výkonu činností bez nutnosti přemýšlet a vyvozovat. Samotné návyky lze přirovnat ke kompetencím či specifickým dovednostem, které hrají u zaměstnavatele významnou úlohu (Berková a kol., 2021).

#### **2.6.1 Syndrom vyhoření**

Celkovým vyčerpáním člověka věnují svou pozornost psychologové a lékaři od 70 let 20. století. V literatuře je možné se setkat s výrazy typu: syndrom vyhaslosti, syndrom vypálení. Častým označením je také slovo anglického původu „burnout“ (Pešek a Praško, 2016).

Kebza a Šolcová (2003) uvádějí, že se objevuje několik různých definic syndromu vyhoření. Lze však narazit na několik bodů, které se shodují ve většině pojetí:

- syndrom vyhoření se vyskytuje u osob vykonávající profesi „práce s lidmi“, která je jejich hlavní náplní práce,
- psychický stav osob je charakterizován sníženou pracovní efektivitou a vyčerpáním,
- je dopadem dlouhodobého a intenzivního stresového faktoru.

Při syndromu vyhoření prochází jedinec postupným procesem s několika fázemi. Fáze idealistického nadšení, stagnace, frustrace, apatie až jedinec dojde k syndromu vyhoření ve vlastním smyslu slova. V konečném důsledku se syndrom vyhoření projeví v podobě tělesných reakcí, pozorovatelného chování, myšlenek a emocí. Negativní důsledky mají dopad nejen na samotného pracovníka, který prochází syndromem vyhoření, avšak také na klienty a spolupracovníky (Pešek a Praško, 2016).

Je nutno poznamenat, že před syndromem vyhoření by pracovníky mohl chránit také připravovaný nový profesní zákon, který by mohl poskytovat transformaci v rovině kompetentnosti sociálních pracovníků (Věcný záměr zákona o sociálních pracovnících, 2016).



# PRAKTICKÁ ČÁST

## 3 Metodologická východiska výzkumu

Praktická část diplomové práce se věnuje poradci rané péče a jeho reflexi profesních kompetencí. V návaznosti na poznatky popsané v rámci teoretické části práce, bude nejprve vytyčen hlavní cíl šetření a výzkumné otázky. Dále bude popsána metodologická část výzkumného šetření a její metody, které budou v práci využity pro získání dat. V další části bude následovat charakteristika průběhu šetření a charakteristika respondentů. Podstatnou součástí bude samotná analýza výzkumných dat a interpretace výsledků. Empirická část bude ukončena diskusí s reflexí limitů výzkumu a závěrem.

Výzkumná část této práce bude spočívat na schématu **kvalitativního výzkumu**. Podle Reichla (2009, s. 40) má kvalitativní výzkum za cíl „*najít porozumění zkoumanému sociálnímu problému*“. Uvádí, že přístup kvalitativního výzkumu je jedinečný nejen v tom, že nepracuje s měřitelnými charakteristikami (tak jako výzkum kvantitativní) ale také v tom, že se „*pokouší určitý fenomén nahlížet v pro něj autentickém prostředí a vytvářet jeho obraz v co možná nejkomplexnější podobě, včetně podob jeho vztahů s dalšími aspekty*“.

Podstatou kvalitativního výzkumu dle Švaříčka, Šed'ové a kol. (2007, s. 24) je „*do široka rozprostřený sběr dat bez toho, že by na počátku byly stanoveny základní proměnné. Stejně tak nejsou stanoveny žádné hypotézy a výzkumný projekt není závislý na teorii, kterou již předem někdo vybudoval*“. Výstupem tohoto výzkumu by mělo být obohacení odborné diskuse novou hypotézou, či novým pohledem na již popsaný problém. Švaříček, Šed'ová a kol. (2007) dále upozorňuje, že tato hypotéza, jež byla vytvořena poznatky získanými z kvalitativního výzkumného šetření, nesmí mít ambici nepřiměřeně zobecňovat. Je třeba reflektovat skutečnost, že data získána kvalitativním výzkumem jsou plně vypovídající a relevantní pouze ve vztahu k vzorku konkrétních respondentů.

Alnaim (2018) zdůrazňuje důležitost systematičnosti při provádění kvalitativního výzkumu, aby tak mohlo být dosaženo relevantních závěrů, a tyto mohly být úspěšně zasazeny do kontextu zkoumaného problému. Zejména v prostředí speciální pedagogiky, která je typická rozmanitostí potřeb a požadavků (jak na straně klientů, tak i na straně poradců) je tato systematičnost výzkumu velmi žádoucí.

### 3.1 Formulace cíle výzkumného šetření a výzkumných otázek

Cílem výzkumu této diplomové práce je **interpretovat, jak pracovník rané péče reflektuje své profesní kompetence**. Pro úspěšné dosažení výzkumného cíle byly v rámci praktické části vymezeny následující výzkumné otázky (VO1-3):

**VO1: Které kompetence vnímá respondent jako nejdůležitější při budování vztahu s klientem?**

**VO2: Do jaké míry se respondent orientuje v komplexní situaci klienta?**

**VO3: Jaké možnosti a limity respondent reflektuje ve vztahu ke svému vzdělání a připravenosti do praxe?**

Jak bylo zmíněno již v obecném úvodu k této diplomové práci, východiskem, resp. inspiračním zdrojem pro sestavení těchto výzkumných otázek se stala zejména Příručka ARP. První výzkumná otázka má reflektovat obsah I. kompetence (budovat vztah s klientem) a III. kompetence (podporovat vlastní kompetence klienta). Druhá výzkumná otázka odráží kontext II. kompetence (orientovat se v komplexní situaci klienta a plánovat postup práce s ním) a IV. kompetence (poskytovat přiměřené služby). Třetí výzkumná otázka pak vycházela ze zbývajících V. kompetence (přispívat k rozvoji oboru, organizace, svého pracoviště) a VI. kompetence (odborně růst).

### 3.2 Metody výzkumného šetření

S ohledem na zvolený kvalitativní design výzkumu a vzhledem k formulaci výše uvedeného cíle výzkumu a představeným výzkumným otázkám, byla zvolena metoda **polostrukurovaného rozhovoru**.

Rozhovor jako vědecká metoda předpokládá precizní předchozí přípravu. Ve srovnání např. s dotazníkem však nezaručuje respondentovi dokonalou anonymitu při zpracování výsledků (Široký a kol., 2019). V této práci však budou přijata opatření (viz níže), aby anonymita respondentů byla plně zaručena.

Reichl (2009, s. 116) rozhovor označuje za „*specifickou, uměle navozenou, sociální situaci*“ pro jejíž vznik je nezbytná aktivní role výzkumníka, resp. tazatele. Na osobu tazatele klade následující požadavky: profesionalita, zahrnující vstřícnost, flexibilitu, empatii a sebereflexi.

### 3.3 Charakteristika průběhu výzkumného šetření

Volba respondentů do výzkumného šetření byla uskutečněna záměrně na základě dvou vymezených kritérií a to: pracovníka rané péče na pozici poradce a délka poradenské praxe

minimálně jeden rok.

Pro výzkumnou část bylo osloveno deset respondentů z různých organizací rané péče. V průběhu realizace se tři poradkyně omluvily a svou účast zrušily z časových nebo osobních důvodů, jedna se na domluvenou schůzku nedostavila. Dva respondenti byli osloveni na základě společného studia s autorkou práce, a to oboru Speciální pedagogika – raný věk. Tito respondenti v současné době pracují v rané péči na pozici poradce. Ostatní respondenti byli osloveni ze dvou organizací, které poskytují služby rané péče. Jednalo se o nestátní neziskovou organizaci Slezská Diakonie, která na území Moravskoslezského kraje provozuje čtyři poradny rané péče. Dále pak nestátní nezisková organizace ALFi, z.s. poskytující službu rané péče.

Celkem se výzkumného šetření zúčastnilo šest poradců rané péče z pěti různých poraden rané péče. Respondenti, kteří se zúčastnili tohoto výzkumu, byli ženského pohlaví. Respondenti byli následně rozděleni do tří kategorií dle délky praxe v oboru poradce rané péče.

Respondenti byli kontaktováni prostřednictvím e-mailové komunikace, v rámci které jim bylo přiblíženo téma diplomové práce a cíl výzkumného šetření. Dále byli ve zkratce seznámeni s metodou výzkumného šetření a samotným průběhem. Respondenti se poté s výzkumníkem domluvili na místě realizace polostrukturovaného rozhovoru. Jednalo se o formu osobního setkání nebo video rozhovoru přes aplikaci Google Meet.

Začátek samotného rozhovoru byl zahájen představením výzkumníka, poté byli požádáni o krátké představení i samotní respondenti. Získání základních údajů o respondentech mělo za cíl dokreslení komplexního profilu respondenta.

Jednotlivé rozhovory trvaly 55 až 75 minut. Výzkumník následně pokládal jednotlivé připravené otázky. Vzhledem k zvolené metodě polostrukturovaného rozhovoru byly v průběhu rozhovoru vkládány další otázky, které se vzhledem k obsahu rozhovoru jevily jako relevantní. Celý rozhovor byl zaznamenán na technické zařízení, které umožňuje pořízení audiozáznamu. S tímto průběhem byli respondenti seznámeni a vyslovili s ním souhlas. Následoval doslovný přepis záznamu jednotlivých rozhovorů. V další fázi pak probíhalo třízení odpovědí a strukturalizace jednotlivých témat. V poslední etapě bylo vytvořeno shrnutí klíčových oblastí rozhovorů. Toto shrnutí bylo následně analyzováno.

### **3.4 Charakteristika respondentů**

Pro výzkumný vzorek bylo osloveno celkem deset osob pracujících na pozici poradce rané péče, ve věku od 26 do 46 let. Polostrukturovaného rozhovoru se zúčastnilo šest žen, které

v současné době pracují v rané péči, případně tuto profesi před nedávnem vykonávaly. V současné době jsou například na mateřské dovolené či změnily profesní zaměření.

Pro větší srozumitelnost byly vytvořeny tři kategorie, kde byli vždy zařazeni dva respondenti podle jejich dosavadní délky praxe na pozici poradce rané péče. S ohledem na přehlednost zpracování výsledků bylo respondentům přiřazeno označení ve formě: „respondent 1a“ a „respondent 1b“ („Re1a“, „Re1b“). Ačkoli všichni respondenti byli ženského pohlaví, budou pro potřeby této práce označováni v rodě mužském – respondent.

### **Výzkumný vzorek č. 1**

Respondent č. 1a: Bude se jednat o ženu ve věku 26 let, která vystudovala bakalářský obor „Speciální pedagogika – raný věk.“ V současné době se věnuje studiu „Aplikované psychoterapie a inovace v sociální práci“ v navazujícím magisterském programu. Žena dosáhla praxe jednoho roku v oboru poradce rané péče. Jako poradce rané péče se nejčastěji setkávala s klienty s PAS, s mentálním a kombinovaným postižením. V průběhu pracovního procesu absolvovala akreditovaný kurz MPSV ČR „Základní postupy v aplikované behaviorální analýze“. V současné době je na rodičovské dovolené.

Respondent č. 1b: Žena ve věku 26 let, která v současné době dokončuje navazující magisterský program v oboru „Speciální pedagogika – poradenství“. V minulosti dosáhla bakalářského titulu z oboru Speciální pedagogika se zaměřením na raný věk. Na pozici poradce rané péče setrvala jeden rok. Pracovala v rané péči, která se zaměřovala na klienty s poruchou autistického spektra případně s důvodným podezřením na tuto diagnózu. Absolvovala vzdělávací program MPSV ČR „Komunikace v rodině a s rodinou“. Na Masarykově Univerzitě v Brně vzdělávací program „Základní postupy v aplikované behaviorální analýze“ s akreditací MPSV ČR. Účastnila se workshopu „Zvládání obtížných situací a způsobů sebepečce sociálních pracovníků“. A dále absolvovala seminář „Úvod do intervenční metody O. T. A. u dětí raného věku s pozitivním zachytem PAS a nerovnoměrného vývoje“. V současné době pracuje mimo oblast sociálních služeb.

### **Výzkumný vzorek č. 2**

Respondent č. 2a: Jedná se o ženu ve věku 29 let, která studovala bakalářský obor „Sociální práce se zdravotnickým profilem“. Následně pokračovala ve studiu navazujícího magisterského oboru „Koordinace a rehabilitace dlouhodobé zdravotně sociální péče“. Pozici poradce rané péče vykonává již po dobu tří let až doposud. Pracuje převážně s klienty potýkající se s mentálním, tělesným a kombinovaným postižením. Dále s jedinci s těžkými

poruchami komunikace, PAS a s ohroženým psychomotorickým vývojem. Za svou dosavadní praxi absolvovala kurzy z oblasti alternativní a augmentativní komunikace. Dlouhodobě spolupracuje prostřednictvím svého pracoviště s centrem terapie autismu s terapeutickým přístupem O. T. A.

Respondent č. 2b: Žena ve věku 27 let, s dokončeným bakalářským studiem v oboru Speciální pedagogika – raný věk a magisterským studiem v oboru „Speciální pedagogika – poradenství“. V praxi působí již po dobu dvou a půl let. Ve své dosavadní praxi poradce nejčastěji pracuje s klienty PAS, mentálním postižením a kombinovaným postižením. Má za sebou absolvování kurzu „Základní krizové intervence“. A pod vedením dr. Straussově „Úvod do intervenční metody O. T. A. u dětí raného věku s pozitivním záchytem PAS a nerovnoměrného vývoje“.

### **Výzkumný vzorek č. 3**

Respondent č. 3a: Budeme hovořit o ženě ve věku 46 let, která vystudovala magisterský obor „Speciální pedagogika“. V oboru rané péče se pohybuje již 13 let. Setrvává po celou dobu své praxe v téže organizaci, která se věnuje sociální službě raná péče. Ve své profesi se zaměřuje především na práci s klienty s mentálním, tělesným a kombinovaným postižením. Na klienty s ohroženým vývojem ze zdravotních důvodů nebo PAS. Účastní se pravidelných mezinárodních konferencí, seminářů a kurzů. Jedním z nich byl například seminář „Jak vést poradenský rozhovor“. Spolupracovala také s Centrem terapie autismu. V současné době se věnuje dokončení výcviku v „Sebezkušenostní psychoterapii“. Tento kurz probíhá po dobu pěti let.

Respondent č. 3b: Jedná se o ženu ve věku 44 let, která vystudovala bakalářský obor „Sociální práce“. Pozici poradce rané péče se věnuje již 15 let. Zpočátku působila na pobočce rané péče, která se orientovala na klienty se zrakovým a kombinovaným postižením. Následně přešla do jiné rané péče, která se zaměřuje na jedince s tělesným, mentálním a kombinovaným postižením. V průběhu dlouhodobého vykonávání profese absolvovala mnoho kurzů a školení. Některé z nich se nazývají „Základy krizové intervence“, „Systematický přístup v práci s rodinou“ nebo „Bazální stimulace“.

## **3.5 Etická dimenze výzkumného šetření**

*„Etické požadavky jsou regulátory a právní standardy, které musí být dodrženy, aby se autor vyhnul riziku právního postihu – ať už v průběhu nebo po dokončení kvalitativního výzkumu“* (Alnaim, 2018, s. 307).

Guillemin a Gillam (2004) rozlišují dva hlavní etické rozměry kvalitativního výzkumu – etiku procedurální a etiku v praxi. Teoreticky lze popsat ještě třetí dimenzi, a sice etiku výzkumu, která je kodifikována v nejrůznějších etických kodexech vědeckých organizací.

Pro účely této práce byly zvažovány především etické rozměry v praxi. Všichni respondenti udělili před započtím rozhovoru poučený souhlas s výzkumem. V rámci tohoto souhlasu byli poučeni o skutečnostech, že audiozáznam rozhovoru, jména ani jiné kontaktní údaje nebudou poskytnuty třetí straně a nikterak dále zpracovávány pro jiné účely, než je výzkum této diplomové práce. Toto opatření si kladlo za cíl navodit u respondentů vědomí bezpečí, a také minimalizovat pravděpodobnost rizika poskytování záměrně nepravdivých odpovědí, kterými by se respondenti chránili před případnou újmou. V rámci výzkumu, který byl v této práci proveden, byl tedy kladen důraz na princip důvěrnosti. Metodologie výzkumu i zpracování a interpretace dat je nastavena záměrně tak, aby nebylo možné identifikovat žádného z respondentů.

## 4 Výsledky výzkumu

V této kapitole budou představena data, jež byla získána formou výzkumného šetření. Na závěr každého výzkumného vzorku bude uvedena interpretace získaných informací.

### 4.1 Výzkumný vzorek 1

#### 4.1.1 Popis výsledků 1

**VO1: Které kompetence vnímá respondent jako nejdůležitější při budování vztahu s klientem?**

##### 1. Jak probíhá ve vaší organizaci prvotní kontakt s žadatelem o službu?

**Re1a:** „Většinou nás klient kontaktuje telefonicky, občas e-mailem. Snaží se nám říct celý svůj příběh. Z hlasu jde často poznat nervozita. Navrhujeme si domluvit první osobní schůzku, která proběhne v naší ambulanci s vedoucí služby“.

**Re1b:** „Rodič nás kontaktuje především telefonicky, případně emailem. Častěji se opakuje, že rodič chce, ať k němu ihned přijedeme a podíváme se na dítě. Už v telefonu rodině říkáme, že to takto úplně nefunguje. Rodině standardně navrhujeme informační schůzku v naší ambulanci, kde jim vše vysvětlíme“.

##### 2. Využíváte s klienty telefonní konzultace? Vyhovují vám? Jaká je jejich efektivita?

**Re1a:** „Na žádost ano. Někteří to potřebovali. A dále více v Covidové situaci. Neměla jsem s tím moc zkušenost. Moji klienti toto často nevyhledávali. Pokud se jednalo o praktické informace, tak to bylo nápomocné jinak ne“.

**Re1b:** „Osobně mi nejsou příjemné. Rodina ví, že se na mě může obrátit v případě potřeby emailem nebo telefonem. Mám jednu zkušenost s rodinou, která mi volala opakovaně, mimo pracovní dobu. Volala jsem jim zpět, až jsem byla v práci. Efektivita je individuální. Pokud se telefonát týká třeba příspěvkům na péči apod., tak je efektivní. V případě, kdy si maminka chce jen tak popovídat, tak efektivita poztrácí smysl“.

##### 3. Přijímá vás dítě okamžitě? Skrze rodiče, hračky, motivace?

**Re1a:** „Má zkušenost je vždy taková, že se na začátku dívám na dítě, o co má zájem, co dělá. Snažím se ho napodobovat. Ne vždy se na mě dítě navázalo okamžitě. Je to individuální. Skrze třeba jeho pohyb, aktivitu...že jsem dělala to co on. Nejvíce asi přes hračky, které donesu“.

**Re1b:** „V některých případech opravdu okamžitě. Není to ale 100%. Často vnímám, že záleží i na aktuálním klimatu rodiny. Ve většině případů se to děje přes hračky, které

přinesu do rodiny. Pomáhají mi k přijetí i rodiče, kteří dítě vybízí, aby přineslo tu hračku a ukázalo, jak umí toto“.

**4. Jakou přikládáte důležitost „neformálnosti“ komunikace s klientem?**

**Re1a:** „Pár klientů vyžaduje, abych byla formální a super odborník. Nejvíce se mi osvědčilo, když jsem sama za sebe jako člověk než jako odborník“.

**Re1b:** „Velmi důležitou. Myslím si, že se v tom obě strany, cítíme příjemněji. Celá ta konzultace je pak uvolněnější“.

**5. Řídíte se v rámci konzultací pevným harmonogramem naplánovaných činností?**

**Re1a:** „Většinou je to individuální vzhledem k situaci. Zda je maminka s námi v místnosti, kolik tam je dalších dětí. Je to asi podle toho že mám většinou připravený harmonogram, ale ne vždy to dítě zaujme, je maminka otevřená k rozhovoru. A podle aktuální situace, která se tam děje“.

**Re1b:** „Snažím se o to. Záleží, jak spolupracuje dítě, rodič. Mám harmonogram i sepsaný v papírové podobě a v průběhu konzultace se do něj dívám. Nemám tak dlouhou praxi, takže se mi stane, že na něco zapomenu“.

**6. Setkala jste se s krizovou intervencí? Uměla jste si poradit?**

**Re1a:** „Myslím si, že úplně ne. Mám krátkou praxi“.

**Re1b:** „Vím, co krizová intervence znamená. Zatím jsem nejednala s klientem, který by se v ní nacházel, potřeboval by ji vyhledat“.

**7. Věnujete více času konzultace k práci s dítětem nebo jeho rodiči? Při práci s kým si připadáte jistěji? Jakou roli zde hraje pohlaví?**

**Re1a:** „Více času se snažím věnovat dítěti. Někdy potřebuje ale více času rodič, takže podle toho, jak je potřeba. Jistěji se cítím určitě s dítětem. Důvodem je například to, že dítě, když já se uvolním na té pozici dítěte tak to dítě se na mě naváže. Tím že je na mě navázané to je jednodušší. To rodiče mají různé úrovně, jak si mě blíž k sobě připustí, a ne vždy to může být komfortní. Pohlaví při mé práci nehraje žádnou významnou roli. Na konzultacích jsem měla více maminky. Tatínci většinou byli extrémní případy – jeden byl Španěl, neměl moc zájem. Byla mezi námi jazyková bariéra. Další byl boxer, který chodil v trenýrkách a měl sexistické narážky. Bylo to hodně nepříjemné“.

**Re1b:** „Při prvních konzultacích víc pracuji s dítětem. Snažím se ho poznat a asi to je i tím, že se s ním cítím více v bezpečí. Ale mám i rodiny, kde veškerou pozornost chce rodič. Při jedné konzultaci semnou byl jen tatínek dítěte. Věděla jsem to dopředu, ale i tak to pro mě bylo stresující, nepříjemné. Řekla bych, že z 99 % se mých konzultací účastní jen maminka, takže to pro mě byla nová situace“.



**8. Dodržujete hranice ve vztahu ke klientovi? Jste si případně vědomi, že jsou překročeny? Hovoříte o tom se svými spolupracovníky?**

**Re1a:** „Vždy se o to snažím. Někdy se potkáte s klienty, kteří mají potřebu to narušovat. V rámci intervize či supervize jsme toto vždy řešily“.

**Re1b:** „Hranice si snažím držet. Stalo se mi, že jsem měla maminku, která byla přibližně v mém věku a oběma nám řeč přeskakovala do tykání. Vždycky jsem se omluvila. Maminka mi sama tykání několikrát nabídla. Já jsem ji vždycky odmítla a vysvětlila, že musím dodržovat etický kodex. Při intervizi jsem se zmiňovala o situacích kolegyni“.

**9. Setkala jste s předsudky v rámci svého věku, pohlaví, životní role, délky praxe, vzdělání?**

**Re1a:** „Ano hodně. Jeden klient mě hodně vystresoval svými odbornými otázkami. Neuměla jsem reagovat. Vyloženě mi jel po krku. Ptal se mě: co tam dělám, co tam chci. Zapomněl, že si mě tam zavolal on. Bylo to převážně kvůli tomu, že jsem neměla děti. Zpětně teď chápu jeho postoj, když už teď dítě mám. Je to hodnota, kterou mi nikdo nepředá a pořád ji v práci někdo zdůrazňuje. Bylo to ale i výhodné v tom, že jsem si držela odstup a mohla jsem využívat například speciálně pedagogické postupy a soustředit se na tuto oblast práce. Říkala jsem si: ano, mají to těžké, ale věnujme se tomu, proč tu jsme“.

**Re1b:** „Vzhledem i věkem vypadám jako studentka. Takže jsem někdy cítila na rodičích, že si nejsou úplně jistí. Někteří se mě zeptali hned kolik mi je let, nebo prohodily „vy asi děti nemáte, že? Myslím si, že mi hodně pomohla naše paní vedoucí, která mě vždy rodině představila, řekla, jaké mám vzdělání, a že s nimi dlouhodobě spolupracuji“.

**10. Můžete říct, co je pro Vás nejdůležitější při budování vztahu s klientem?**

**Re1a:** „Asi přizpůsobit komunikaci klientovi jeho stylu, formě. Abych se k němu mohla dostat. A snažit se vytvořit na obou stranách bezpečné prostředí. Být autentický, nepřehrávat nějaké emoce, na něco si hrát“.

**Re1b:** „Dokázat navázat kontakt a vést rozhovor, který je příjemný a otevřený“.

**VO2: Do jaké míry se respondent orientuje v komplexní situaci klienta?**

**1. Existují situace, kdy nevíte, jak rodině pomoci? Pokud ano, jak často? Jak v těchto situacích reagujete? Popište prosím.**

**Re1a:** „Ano. Snažím si na nic nehrát a říct, že nevím. Navrhnou jim, že situaci proberu s kolegyní, načtu literaturu. Pokud mi nepomůžou kolegyně, aktivně hledám odpověď u

dalších odborníků, kteří mi mohou pomoci. Stává se to spíše v rodinách, kde docházím už nějakou delší dobu“.

**Re1b:** „Zrovna mě napadají situace, kdy se jednalo o partnerské problémy. Maminka si chtěla o situaci povídat a ptala se mě, jak by situaci měla řešit. Často jsem ji jen vyslechla a řekla, že jí nedokážu, nemůžu poradit“.

## **2. Přenášíte do rodin zkušenosti jiných klientů? Vnímáte to jako potřebné?**

**Re1a:** „Asi jim to konkrétně nesdělují. Spíše pokud se rodič zeptá, jak to dělají jiní rodiče apod. Čím déle jsem v praxi, tím víc toho vím právě z rodin. Je to dobré rozšíření zkušeností, ale nelpěla bych jen na nich. Rozhodně je to lepší než nic, ale není to pro mě nejdůležitější. Je důležitý ten přímý kontakt, přímá zkušenost v rodině“.

**Re1b:** „Většinu hraček, motivací, technik vím ze zkušenosti jiných rodin, poradkyň. Takže to je i pro mě i pro rodinu užitečné. Někdy se i situace obrací a maminky sdělují osvědčené zkušenosti např. z internetu, facebookových skupin mně“.

## **3. Jak se vám daří plánovat postup služby?**

**Re1a:** „Většinou je to oříšek, aby klient sám formuloval, co je jeho cílem. Někdy se to moc nedaří a později dochází k přehodnocení“.

**Re1b:** „Snažím se plánovat spolu s rodinou. Postupovat tak, jak a kam chce rodina“.

## **4. Orientujete se dostatečně v platné legislativě sociální a školské?**

**Re1a:** „Když jsem byla čerstvě po státnicích, tak ano. Spíše v té sociální. Nápomocné třeba bylo, že jedna z kolegyně momentálně studovala a dělila se s námi o informace z fakulty“.

**Re1b:** „V legislativě mám značné mezery. Snažím se reflektovat novinky, které se objevují ve veřejné diskusi. Z dob studií mám pouze povrchní přehled o některých sociálních zákonech, ale poradit klientovi v této oblasti bez bezprostředně předcházející rešerše bych si asi netroufla“.

## **5. Dostává se vám od klientů zpětná vazba? Vnímají vaše kroky jako kroky vedoucí k cíli?**

**Re1a:** „Asi pouze na konci služby. Později se zavedlo, že každý rok se dával rodinám evaluační dotazník. Klienti o toto nejevili zájem. Myslím si, že rodičům to často nedochází, že to jsou kroky, které jsou důležité, aby se zvládlo třeba toto. Nemají na to tu kapacitu to takto vnímat“.

**Re1b:** „Zpětnou vazbu nejčastěji slyším po zhlédnutí videa, fotografie, na kterém se dítěti něco daří. Rodiče jsou překvapení, šťastní a prohodí ke mně větu: Jak jste to dokázala. To je super apod. Případně se jich v průběhu konzultací ptám, zda je vše

v pořádku apod. Záleží na rodičích, jestli jsou motivovaní a pracují s dítětem. Častěji možná slyším, že to, co jsem jim minule poradila, nefunguje a tohle taky ne“.

## **6. Jak postupujete při přípravách ukončení služby?**

**Re1a:** „Prošla jsem hodně ukončováním. Jednalo se o rodiny, ke kterým se jezdilo už i devět let. Bylo tam více sourozenců. Neměli žádné cíle, potřeby jen nás chtěli mít při sobě. Pár měsíců jsem rodinu k ukončování připravovala. Zmiňovala jsem i čekající rodiny, které nás potřebují. Ubezpečovala jsme je, že kdyby nastala krize, jsme tu stále pro ně. Pro hodně z nich je náročné přijmout fakt, že jiná služba pro ně bude také dobrá. Báli se změny. Bylo to někdy hodně těžké. Většinou jsme ti první, kteří jim pomůžou“.

**Re1b:** „Moc klientů jsem neukončovala. Jedno ukončení přišlo ze strany rodiny. Důvodem bylo stěhování do jiné země. S rodinou jsem se domluvila, že sepíšu závěrečnou zprávu a vyhledám ranou péči v jejich novém bydlišti. Rodině jsem poté předala potřebné dokumenty a kontakt na jejich novou ranou péči. Další ukončení bylo kvůli dovršení sedmi let věku dítěte. Rodina se sama na ukončení připravovala, kontaktovala návaznou službu. Dodnes jsme v kontaktu přes email“.

## **VO3: Jaké možnosti a limity respondent reflektuje ve vztahu ke svému vzdělání a připravenosti do praxe?**

### **1. Jak hodnotíte svou výchozí pozici při vstupu do praxe (bezprostředně po ukončení studia)?**

**Re1a:** „Pomohlo mi, že jsem ještě před nástupem absolvovala několik pobytů s ranou péčí a viděla jsem, jak pracují poradkyně. Jak komunikují s rodinami. Předávací konzultace byli ještě užitečné, ale na těch dalších jsem často nevěděla, co říct. Kladla jsem si na srdce slova našeho profesora, který nám říkal, že máme říct – nevím. Stávalo se, že rodič plakal a já nevěděla, jak v té situaci reagovat. Ve spoustě věcí jsem si nevěděla rady. Bylo by fajn, kdybychom prošli nějakou tréninkovou situací. Mohlo by to být i v rané péči, jak budeme reagovat, co jim můžeme nabídnout, že hrají roli i osobnostní vlastnosti. Nevím, jestli mi při studiu pomohlo si se zavázanýma očima žehlit košili třeba“.

**Re1b:** „Studium mi dalo jen malý vhled do profese poradce rané péče. Měla jsem štěstí, že jsem v organizaci měla předtím praxe. A potom jsem s nimi spolupracovala jako asistent při pobytech, kroužcích, výletech a rodičovských skupinách. I tak ale jsou začátky hodně těžké, nejisté a nezkušené“.

### **2. Jaké znalosti, zkušenosti vám scházejí při rozhovoru s klientem?**

**Re1a:** „Být psychoterapeut. Zároveň vím, že když už jim budu tak nebudu pracovat v rané péči za minimální finanční ohodnocení. Ráda bych absolvovala psychoterapeutický výcvik a aspoň základní krizovou intervenci“.

**Re1b:** „Byla bych ráda za nějaký kurz k partnerským a rodinným vztahům“.

**3. Daří se Vám organizovat si práci a dosahovat určeného cíle v plánovaném čase? Myslíte si, že je to ovlivněno osobností, temperamentem, postojem poradce?**

**Re1a:** „Ano hlídám si to. Vše jsem odůvodňovala a hlídala si to. Ověřovala jsem si například u klienta, zda termín konzultace platí, abych tam nejezdila zbytečně. Ano, temperament nás hodně ovlivňuje, jde o to, jak umí člověk se sebou pracovat. Může se nechat vtahovat do příběhu nedržet si nadhled případně být pasivní a jít jen na kávu. Mám kolegyni drsnější. Každé rodině ale něco jiného vyhovuje“.

**Re1b:** „Snažím si věci plánovat a dobře využívat čas. Přispívá k tomu i vzor v ostatních poradcích či vedoucích. Pravdou je, že to bohužel občas pokulhává a svádí to k laxnosti i ostatní. Poradce by měl být zodpovědný a pracovitý“.

**4. Využíváte kontaktů a výměny zkušeností na konferencích k prohloubení znalostí o oboru rané péče?**

**Re1a:** „Asi nějaké školení, organizační setkání s poradkyněmi v rámci kraje“.

**Re1b:** „Ano. Nejvíce přes školení, setkávání s jinými poradci. Snažím se sledovat jiné rané péče napříč ČR a organizace, které se věnují podobným tématům přes sociální sítě“.

**5. Které způsoby dalšího vzdělávání Vám vyhovují? Setkala jste se s nějakými limity ve výběru dalšího vzdělávání?**

**Re1a:** „Nejvíce workshopy, semináře, akreditované kurzy. U nás je to omezené tím, že jsme pod velkou organizací a kurzy jsou dost omezené. Žádali jsme si o kurzy, co potřebujeme, ale nebylo v možnostech si je zvolit. Případně se jich mohla zúčastnit jen jedna z nás“.

**Re1b:** „Vyhovují mi osobní a dlouhodobé kurzy. Výhodou je, když se na nich setkám s dalšími poradci rané péče. Výběr školení byl zpravidla zvolen vedoucí pracovníci a ne mnou. Ze začátku jsem o nich nevěděla, kde kurzy hledat, jak se k nim dostat“.

#### **4.1.2 Dílčí analýza výsledků 1**

První dvojice respondentů byla tvořena poradkyněmi rané péče, které dosahují praxe v oboru maximálně do jednoho roku trvání. Společné závěry, lze shrnout tak, že mezi poradcem rané péče a klientem – rodičem a dítětem je důležitá **komunikace**, která buduje vztah nejvíce. Je žádoucí **přizpůsobovat komunikaci** klientovi, aby si s poradcem rozuměl. Napomáhá tomu

také otevřený a „pro-klientsky“ **příjemný rozhovor**. Být před klientem **autentický** a snažit se o **bezpečné prostředí** pro všechny účastníky procesu. Byl zmíněn také mužský element, který se při konzultacích často nevyskytuje. Oba respondenti shodně uvedli, že atmosféra konzultace, při níž byl přítomen muž (rodič/partner) byla velmi specifická, a subjektivní dojem z ní byl vždy negativní. Jako nejkomfortnější část konzultace vnímají respondenti pasáž, při níž pracují přímo s dítětem.

Respondenti potvrdili, že nárazově dochází k situacím, kdy se v komplexní situaci klienta neorientují. Důvodem je absence potřebných znalostí, která je řešena dohledáním potřebných informací a doplněním při příští konzultaci. Zpětnou vazbu od klientů respondenti nevnímají jako příliš konstruktivní – ať už se jde o nezáměr k vyplnění dotazníků organizace či prosté konstatování nefunkčnosti postupu, který byl navržen v minulosti.

Jednoznačným limitem při vstupu do profese rané péče byla pro respondenty malá interakce s praxí po dobu studia na vysoké škole. Byly uvedeny některé konkrétní případy, které respondenti vnímají při přípravě do praxe jako zbytečné. Možnosti, které by pro respondenty byly obohacením a při výkonu praxe přidanou hodnotou jsou psychoterapeutický kurz a hlubší vhled do problematiky psychologie partnerských vztahů. Respondenti dále zdůraznili důležitost potřeby být do praxe připraven i z hlediska „manažerského“, které zahrnuje odpovědné plánování a nakládání s časem – ať už ve vztahu k dosahování cíle klienta či ve vztazích uvnitř organizace, kde občas dochází k demotivaci s ohledem na laxní přístup spolupracovníků. Pokud jde o aktivní účast respondentů v oblasti dalšího vzdělávání, tak byla uvedena především účast na školeních. Účast na odborné konferenci se dosud ani jednoho z respondentů netýkala. Preferovány byly dále kurzy delšího trvání. Evidentní byl zájem respondentů o kontakt s dalšími pracovníky rané péče a touha po sdílení informací a poznatků z praxe.

## **4.2 Výzkumný vzorek 2**

### **4.2.1 Popis výsledků 2**

**VO1: Které kompetence vnímá respondent jako nejdůležitější při budování vztahu s klientem?**

#### **1. Jak probíhá ve vaší organizaci prvotní kontakt s žadatelem o službu?**

**Re2a:** „Telefonicky nebo emailem. Vždy nás oslovuje klient. Na doporučení odborníka (psychiatr, někdy také MŠ). Může telefonovat buď jedné anebo druhé poradkyni. První osobní schůzka probíhá už v rodině“.

**Re2b:** „První kontakt je většinou telefonický nebo emailem. A to v návaznosti na to, kdy se rodina dozví o rané péči prostřednictvím psychologů, logopedů, MŠ, minulých či současných klientů. Pokulhává informovanost u pediatriů. První kontakt je většinou přes paní vedoucí, která má na starosti služební telefon. Máme ale velký pořadník zhruba 20 rodin. Nikdy to nebylo. Je to pro nás nyní novinka. Proto teď děláme tzv. pořadníková setkání, kde se sejdeme s rodičem a předáme mu základní tipy, rady a informace ohledně práce s dítětem. Nicméně je složité vykazovat tuto práci. Máme také vyhrazeny pátky, kdy se po telefonické domluvě můžeme s klienty setkat“.

## **2. Využíváte s klienty telefonní konzultace? Vyhovují vám? Jaká je jejich efektivita?**

**Re2a:** „V době Covidu byla tato forma nabídnuta. Nebyla moc využívána. Nikdo se sám od sebe neozval. Osobně jsme je pak kontaktovali, zda nemají nějaký problém, jestli něco nepotřebují. Spíše se jednalo o běžný rozhovor“.

**Re2b:** „Já osobně nemám ráda telefonické konzultace. Je to mým častým tématem při supervizi. Telefonická konzultace je pro mě nepřírozená. Dělán to v situacích, kdy se řeší nějaká věc, která spěchá tak v té chvíli je telefonická konzultace rychlejší. V jiných případech se snažím s klienty osobně setkat. Z 60 - 70 % se jedná o situace související s MŠ. Jak pracovat s asistentem, něco, co není obvykle v chování dítěte“.

## **3. Přijímá vás dítě okamžitě? Skrze rodiče, hračky, motivace?**

**Re2a:** „Je vždy individuální. Záleží na okolnostech. Při prvním setkání si mapujeme, co má dítě rádo, co nerado, jaké eventuálně hračky máme s sebou příště přivést. Ale je to také na aktuální náladě dítěte. Někdy si „sedneme“ hned, někdy až po třech konzultacích a jindy to nenastane nikdy. Ale snažíme se jít hodně přes motivace a oblíbené hračky.

Pokud se nám nepodaří dopracovat k ideální atmosféře ve vztahu, řešíme to s kolegyní. Uděláme intervizi případně s paní vedoucí. Navrhnu kolegyni, zda by tam nechtěla dojíždět ona, že já už si nevím rady. Navrhnu kolegyni, ať tam zkusí dojíždět ona a pokud s tím dítětem naváže kontakt lépe, tak jí rodinu přenechám a může s nimi pracovat ona. Pokud ne, tak už to je na domluvě s rodinou, jak to vidí maminka. Případně pracuji s matkou a projdu s ní speciální techniky práce s dítětem“.

**Re2b:** „Hlavně bublifukem. Bublifuk je vždy jistota. Jezdíci auto, vlak, který houká, káča. Přes hračky. Vždy je nějaká cesta a do 20 minut se vždy dítě připojí“.

## **4. Jakou přikládáte důležitost „neformálnosti“ komunikace s klientem?**

**Re2a:** „Vztah rodiny a poradkyně je velmi důležitý. Vždycky se snažím i o neformální komunikaci situaci odlehčit otázkou, jak se rodina má co se jim povedlo případně i mně

se rodina ptá jak se mám. Jedná se o běžnou komunikaci, kterou vedeme i se známou, kterou potkáme. Myslím si, že je to určitě fajn a můžeme se i společně obohatit o vlastní zkušenosti, aby rodina věděla, že na to není sama. I raná péče má formu toho naslouchání a předávání zkušeností, je to samozřejmě pod nějakou anonymitou. Tak já jen navedu řeč, že s nějakou rodinou jsem řešila podobnou situaci a máme hned společné téma a vztah je hned o něčem jiném, než kdybychom se nebavili o těch neformálních věcech. Určitě nám pomáhají pobyty k utužování vztahu. Vidíme rodiče i děti v jiném prostředí a v jiných situacích. Je vše uvolněnější, můžeme si povídat, rodič odpočívá, s partnerem mohou trávit čas více spolu. Kvůli covidu bylo dlouho dobu ale vše pozastaveno“.

**Re2b:** „Díky neformálním situacím se vztah s rodiči stává pevnější a budování vztahu se posouvá na jinou úroveň. Na prvním místě buduji vztah s rodiči a velmi mi na tomto vztahu s rodiči záleží. Míváme pobytová setkání a vnímám, že po pobytu mají rodiče k nám blíže. Jde to poznat v oslovení. Když je to spojené s pobytem, tak to je propojené s hodně emocemi, společnými zážitky, rozhovorech jen tak o obyčejných věcech“.

#### **5. Řídíte se v rámci konzultací pevným harmonogramem naplánovaných činností?**

**Re2a:** „Já osobně si dělám svůj harmonogram, připravuji si aktivity, které s dítětem budu dělat. Řídím se podle cílů spolupráce, čtu si zápis z předešlé konzultace, kde mám v bodech napsáno, na co se mě rodina ptala, co bych si měla vzít na tuto konzultaci, co jsem jim měla zjistit. Snažím se mít konzultaci strukturovanou, ale mám tam samozřejmě čas pro rodiče, práci s dítětem a v závěru shrnutí nové podněty a případně o čem bude naše další konzultace“.

**Re2b:** „Ne. Vždy se orientuji podle vývoje situace s klientem. Stává se, že dítě spí, tak jedním pouze s rodiči“.

#### **6. Setkala jste se s krizovou intervencí? Uměla jste si poradit?**

**Re2a:** „Osobně jsem se s tím nesečkala. Pokud se na nás rodič obrátí s nějakou krizovou situací, kterou nezvládá, odkazujeme ho na krizové centrum anebo linku první psychické pomoci. Povědomí o krizové intervenci mám. Kolegyně v jiném zaměstnání prošla kurzem krizové intervence. Pro nás jako pro poradkyně to nabídnuto nebylo. Myslím si, že pokud ale by takových situací přibývalo, tak by nebyl problém si o kurz zažádat“.

**Re2b:** „Ano. Využívala jsem svých znalostí ze školy a kurzu. Většinou jsem používala otázky, aby si rodič přišel na to sám. Většinou jsem parafrázovala, popisovala, zrcadlila emoci, kterou zrovna prožívá. Většinou se to týká partnerských vztahů. Že zrovna řeší, že manžel odchází od rodiny. Takže kurzu krizové intervence přikládám velkou důležitost při práci v rané péči“.

**7. Věnujete více času konzultace k práci s dítětem nebo jeho rodiči? Při práci s kým si připadáte jistěji? Jakou roli zde hraje pohlaví klienta?**

**Re2a:** „Snažím se co nejvíce pracovat s dítětem. Někdy se dokážou soustředit max. 20 minut. Tak později pracuji s rodiči. Více se cítím jistěji při práci s dítětem. Důvodem je názorná ukázka, jak pracovat. Rodič to vidí, neslyší jen o tom. Snažím se rodiče následně osobně zapojit, aby se na mě jen nedíval. Utužuje to následně ten vztah rodič dítěte a já. Z 90 % jsou na konzultacích pouze maminky. Osobně se ale nebráním i tatínkům, protože mužský pohled do celé situace vnese jiné informace. Otcův pohled je realističtější. Maminka má snahu si vše přikrášlovat, někdy neříkat věci do detailu. A nejsou přesné. Pokud jsou přítomni oba rodiče tak jsem moc ráda a stává se to. Rozhovor má najednou úplně jiný spád. Navzájem se doplňují a není pohled jednostranný“.

**Re2b:** „Těžká otázka. Je to vyrovnané. Záleží na konkrétní situaci, která se řeší. Více pracujeme s rodiči. Na dítěti je ta ukázka toho o čem si potom s rodiči povídáme, a co chceme rodičům předat z toho, co viděli. Jistěji se cítím s dítětem. Je to tím, že v některých situacích jsem si zcela jistá, jak se mají dělat. Proč se dělají a jak se dělat mají. Mám už to nějak vštípené z praxe. Jde mi to poté lehce s dítětem předvést. Víme, že v domácím prostředí to s rodičem nejde a je to složitější mu informace předat a pochopit tu důležitost, proč se to dělá a jaký vliv to má na dítě. Protože rodiče nemají tu zkušenost a neví, proč to je, k čemu to je. Musíme to rodiči vše vysvětlit a je to určitě náročnější“.

**8. Dodržujete hranice ve vztahu ke klientovi? Jste si případně vědomi, že jsou překročeny? Hovoříte o tom se svými spolupracovníky?**

**Re2a:** „Hranice jsou velice důležité, některé rodiny si mě chtějí přidat na Facebook, píšou mi zprávy na Messenger. Já si zprávu vždy přečtu, ale nereaguji na ni přes tyto sítě. Ignoruju to. Automaticky to házím do blokace a ozvu se jim například emailem. Mám zkušenost mé předešlé kolegyně, která se dostala do velmi úzkého přátelského kontaktu s jednou rodinou, začali si tykat. Když mělo nastat ukončení tak nastali výčitky. Měnila jsem se v této rodině s kolegyní a narušovalo to budování vztahu. Rodina se chtěla vrátit ke své poradkyni, nechápala, proč by se služba měla ukončit. Nechtěla přijímat nové názory a postupy. Situaci jsme řešili intervizi i supervizi. Následně celou situaci musela ukončit naše paní vedoucí. Jako poradkyně jsme již do toho nevstupovaly. Ani jedné straně to nedělalo dobře“.

**Re2b:** „Těžká otázka. Vzhledem k místu působnosti a mého bydliště a okolí se zde všichni nějakým způsobem znají. Takže je to v mém případě někdy obtížné. Ale nereflektuji, že by to ovlivňovalo mou práci, přístup k rodině. Nevnímám rozdíl mezi



klienty, které vůbec neznám a o kterých mám nějaké tušení, informace. Vzhledem k vytíženosti pracoviště jsem se setkala s tím, že mou klientkou se stala má bývalá spolužačka se svým dítětem. Jsem hodně otevřená a to je možná jedna z mých slabých stránek. Často to řeším s kolegyněmi, kde až je ta hranice“.

**9. Setkala jste s předsudky v rámci svého věku, pohlaví, životní role, délky praxe, vzdělání?**

**Re2a:** „Na začátku, když jsem začínala s tímto zaměstnáním, to byl problém a vnímala jsem to. Nastoupila jsem jako poradce rok po škole, nízký věk, bezdětná a v rodině se nacházela maminka starší než já i s třemi dětmi. Později když jsem načerpala zkušenosti, načetla publikace tak jsem si byla jistá a už tyto předsudky neřeším a nesetkávám se s nimi. Už mám metody a techniky práce osvědčené. Vím, že fungují a rodiče to na konzultacích vidí“.

**Re2b:** „Ano, osobně jsem to několikrát řešila, občas jsem vnímala nedůvěru ze strany rodičů, právě s ohledem na můj věk a skutečnost, že dosud nemám dítě“.

**10. Můžete říct, co je pro Vás nejdůležitější při budování vztahu s klientem?**

**Re2a:** „Za mě asi je nejdůležitější si navázat vztah rodič, dítě a poradkyně a mít ve vztahu důvěru. Můžeme poté stavět na pevných základech dál a dál“.

**Re2b:** „Důvěra, přirozenost poradce, že je partnerem rodiny. A aby byla rodina vždy ráda, že se tam vracím a vnímala důležitost mého postavení a mé odbornosti“.

**VO2: Do jaké míry se respondent orientuje v komplexní situaci klienta?**

**1. Existují situace, kdy nevíte, jak rodině pomoci? Pokud ano, jak často? Jak v těchto situacích reagujete? Popište prosím.**

**Re2a:** „Stávalo se to na začátku, kdy jsem moc nevěděla. Rodina se mě na něco zeptala, tak jsem rodině řekla, že se momentálně tématu nevěnuji. Že jim vše zjistím a dám vědět. Můžeme se sdílet s kolegyní, s vedoucí, odborníci z jiných služeb, přes internet“.

**Re2b:** „Ano. Jsou některá témata, kdy rodině předám veškeré nápady, pomoci, postupy a nic neuspěje. Tak je pro mě těžké jim poradit. Zhruba při čtvrtině konzultacích. Často se tyhle situace objevují na začátku spolupráce. Rodina měla výmluvy a bylo těžké některé metody do rodiny dotlačit. Navázáním vztahu je pak práce úplně odlišná, lepší. Reaguji tak, že rodině přiznám, že si nevím rady. Snažím se jim to zjistit a poté jim zavolat a poradit. Řešíme to také s kolegyní a předáváme si informace. Sdílím převážně s kolegyní případně s terapeuti, kteří pracují v naší organizaci a klienti k nim dochází na terapie.

Paní vedoucí je hlavním iniciátorem sdílení, zajímá se a chce vědět, jak se nám vede. Máme pravidelné společné porady co čtrnáct dní“.

**2. Přenášíte do rodin zkušenosti jiných klientů? Vnímáte to jako potřebné?**

**Re2a:** „Ano přenáším. Je to pro mě hlavní gró mé práce je přenášet do dalších rodin. Rodiče si sami například předávají kontakt na pobytech a jsou pak v kontaktu. Případně se svolením předám kontakt já“.

**Re2b:** „Ano, rodiče jsou rádi a někdy tomu přikládají důležitost, naději. Rodiče jsou na sebe dost navzájem a informace si navzájem předávají“.

**3. Jak se vám daří plánovat postup služby?**

**Re2a:** „Postup plánujeme úplně na začátku před uzavřením smlouvy. Doptávám se rodiny, na čem chce pracovat, jaké má cíle. Snažím se představit návodné cíle. Komunikace, psychomotorický vývoj. Předám jim informace, že v jedné rodině jsme pracovali na tom a jak se nám to dařilo apod. Společnými silami se snažíme dobře plánovat. Později to rodině zašlu v písemné formě a oni si to ještě můžou projít a promyslet“.

**Re2b:** „Vždy řešíme, co konkrétně rodina prožívá. Na začátku se snažíme je „zasít“ovat“ (rehabilitace, školka, logoped, fyzioterapeut). Rodiče spolupracují. Snaží se být spíše samostatní, jsou schopní. Někdy se stává, že mají více informací než já jako poradce a předávají si to mezi sebou“.

**4. Orientujete se dostatečně v platné legislativě sociální a školské?**

**Re2a:** „Je to tak půl na půl. Záleží, co se aktuálně řeší v rodině. Nejvíce spolupracujeme se SPC. Můžu se jich doptat, případně zvednu telefon a ptám se jiných odborníků. Případně si dáváme info s kolegyní. Máme i ve standardech vypsane služby a odborníky které dále nabízíme klientům“.

**Re2b:** „Vzhledem k nedávným státnicím ano. Po státnicích mi to hodně pomohlo při práci. A hned jsem mohla reagovat, poradit a vysvětlit. Vnímám, že postupem času se to vytrácí. Snažím se sama orientovat a hlídat si to“.

**5. Dostává se vám od klientů zpětná vazba? Vnímají vaše kroky jako kroky vedoucí k cíli?**

**Re2a:** „Převážně když se dítě dostane do školského zařízení, tak rodiče už ranou péči upozadují. A zpětná vazba sama vychází na povrch. Rodič i pak říká, že logoped jim poradil toto a tam to. Já říkám no, to jsem vám taky říkala. Asi jste na to zapomněli. Při vyhodnocení se pak ptám rodiny na zpětnou vazbu“.

**Re2b:** „Myslím si, že ano. V rámci hodnocení IP je to mou povinností a jedním z bodů. Někdy se rodiče sami rozprávají. Často máme setkání s MŠ, kde probíhá také zpětná vazba od učitelů, kteří jsou rádi za informace a předávání postupů“.

## **6. Jak postupujete při přípravách ukončení služby?**

**Re2a:** „Max dva až tři roky pracujeme s rodinou. Je to takový nový model. Když rodina nastoupí do školského zařízení tak se snažím službu vést k ukončení. Ptám se rodiny, co od nás ještě potřebují. Vždy ví, že se na nás kdykoli mohou obrátit. Trend je že si nenecháváme rodiny do sedmi let. Ano máme takové klienty, kteří pořád chtějí a přemlouvají nás. Je to už ale jen o nějakém udržování rozhovoru. Někdy i rodina sama řekne: my už vás nepotřebujeme, všechno máme a víme. Snažíme se s rodinou dojít k cíli, zasít'ovat ji. Někdy říkáme i o kapacitě. Pokud je rodina závislá tak poukážeme na poradník a jejich situaci. A rodiny na to pak slyší, že je rodina, která nás více potřebuje než oni“.

**Re2b:** „Snažíme se zavčas vyhodnotit, že rodina už směřuje k cíli. Rodina je zasít'ovaná má logopeda, MŠ apod. Je hlavní cíl, aby školka byla integrační a ne segregáční. Oboustranně s rodinou třeba vnímáme, že to směřuje ke konci. Rozhovor se snažím vést tímto směrem. Zda jim jako služba můžeme ještě něco nabídnout. Zda máme ještě nějaké cíle. Mezi řečí se nenásilně zmiňuji o poradníkovi v rané péči a rodiny samostatně to nějakým způsobem chtějí ukončit. Společně si to navrhujeme. Sepíše se závěrečná zpráva a rodina je informovaná že se kdykoli mohou na nás obrátit případně se zpátky do služby přihlásit“.

## **VO3: Jaké možnosti a limity respondent reflektuje ve vztahu ke svému vzdělání a připravenosti do praxe?**

### **1. Jak hodnotíte svou výchozí pozici při vstupu do praxe (bezprostředně po ukončení studia)?**

**Re2a:** „Hodně náročné období, hodně nových informací, záležitostí. Hodně jsem musela jezdit na náhledy s kolegyní, samostudiem. Škola mi dala asi nějaký rozhled, ale tato práce je tak specifická, že jsem se musela převážně sama vše naučit. Byla jsem třeba lépe připravená na sociální oblast, ale ne na speciálněpedagogickou. Musela jsem se výrazně dovzdělávat“.

**Re2b:** „Studovala jsem obor zaměřený na ranou péči, ale praxi jsem nikdy v rané péči neměla. Nebyla přímo situace, kdybychom vjely do rodin na konzultaci. Vše se člověk učí za pochodu. Ze školy jsem přišla do praxe rané péče velmi nepřípravená. První

měsíce byly extrémně náročné. Problém bylo obrovské kvantum požadovaných znalostí v praxi, což mě na jednu stranu demotivovalo a na druhou stranu pro mě bylo dost nepřehledné v otázce zdrojů, ze kterých bych měla čerpat. Ocenila bych jasnější a konkrétnější návod. Problém byl také, že jsem neměla možnost se déle „dívat kolegyni pod ruce“.

**2. Jaké znalosti, zkušenosti vám scházejí při rozhovoru s klientem?**

**Re2a:** „Někdy nejsem schopná říct narovinu důležité věci. Mám strach, abych nepřišla o důvěru. Chybí mi asertivní komunikace a různé jiné techniky. Umět chválit a povzbudit klienta. Od lékařů slyší jen, jak to dělají špatně apod. Raná péče je taková všehochoť. Takže vědět informace z psychologie, speciální pedagogiky, sociální práce by měl být základ“.

**Re2b:** „Každý poradce by měl mít povinný psychoterapeutický výcvik. Jsem přesvědčená, že to je dost důležité. Práce s rodinným systémem, dítětem s postižením. Práce v krizi – vedení párové krize, vztahové vazby“.

**3. Daří se vám organizovat si práci a dosahovat určeného cíle v plánovaném čase? Myslíte si, že je to ovlivněno osobností, temperamentem, postojem, dovednostmi poradce?**

**Re2a:** „Já osobně funguji v úkolech. Jsem precizní, snažím se vše mít v pořádku a reagovat na termíny. Nejvíce poradci při práci pomůže, když bude mít empatii, porozumění, příjemné vystupování a vhodně komunikovat s odborníky, kolegy a rodinou“.

**Re2b:** „Je to hodně na osobních vlastnostech poradce. Také přehlcený systém. Snažím se do rodiny jezdit 1x měsíčně. Ostatní to nedělají“.

**4. Využíváte kontaktů a výměny zkušeností na konferencích k prohloubení znalostí o oboru rané péče?**

**Re2a:** „Ano. My se v rámci organizace setkáváme. Navzájem se sdílíme, pracujeme s kazuistikou, navštěvujeme konference. Případně kraj organizuje setkávání s poradci“.

**Re2b:** „Ano. Osobně jezdím často na takové akce. Konference o rané intervenci. Spolupráce se SPC, MŠ, Romanou Straussovou“.

**5. Které způsoby dalšího vzdělávání Vám vyhovují? Setkala jste se s nějakými limity ve výběru dalšího vzdělávání?**

**Re2a:** „Praxe, kazuistiky, sdílení zkušeností. Nejčastěji se setkáváme s finančními limity. Tím, že jsme nezisková organizace, tak to je náročnější. Musí se třeba čekat na nový rok, nový rozpočet. Případně se volí levnější odborník, kurz“.

**Re2b:** „Pokud poradce má zájem tak by to mělo být hodně podporováno. Limitem jsou finanční možnosti organizací. Vypisování projektů a pomoci. Když člověk chce tak to drhne. Víím, že dost kolegyň se přihlašuje na vzdělávání jen proto, že musí. Ráda bych se dále vzdělávala ve výcvicích, ale jsou příliš drahé“.

#### 4.2.2 Dílčí analýza výsledků 2

Respondenti shodně uvedli, že prvotní kontakt probíhá výhradně telefonicky nebo e-mailem, a to v návaznosti na doporučení odborníků. V této souvislosti oba respondenti poznamenali, že doporučení k rané péči od pediatrů je spíše výjimečné. Jeden z respondentů upozornil na aktuální značně zvýšený zájem o služby rané péče ve srovnání s minulostí. Z tohoto důvodu bylo nutné zřídit v dané organizaci **pořadnicková setkání**, neboť kapacita poradců neodpovídá poptávce zájemců o tuto službu. V rámci těchto setkání je možné alespoň ve zkrácené formě předat rodičům nejzákladnější doporučení a nasměrovat je na jiné odborníky. S touto formou „pre-poradenství“ se však váží četné komplikace v podobě např. nemožnosti vykazování této činnosti. V souvislosti s komunikací respondenti shodně uvedli, že **nevyhledávají možnost telefonních konzultací**, a to z důvodu nezájmu ze strany rodičů nebo subjektivní nepřírozenosti telefonní komunikace. Pokud jde o přijetí poradce ze strany dítěte, tak bylo v rámci rozhovoru potvrzena značná individualita jednotlivých případů. Byly zmíněny konkrétní osvědčené tipy, se kterými respondent vždy získal důvěru dítěte (bublíková, houkací auto). Docházelo však i k situacím, kdy je nutné konstatovat, že poradce vyčerpal své schopnosti k navázání vztahu s dítětem. Pak nezbývá než oslovit s prosbou o radu někoho ze spolupracovníků či přistoupit k záměně poradce a klienta. Velkou důležitostí přikládali respondenti **neformálnosti komunikace** – ať už jde o obsah či formu. Tento druh komunikace může být cestou k rychlému získání důvěry ze strany klienta a zároveň k hlubšímu a pevnějšímu poutu, které si poradce a klient mezi sebou vytvoří. Shodně byla zmíněna výjimečnost pobytových akcí, kterých se účastnili i rodiče. Tato forma spolupráce skýtá řadu nenahraditelných pozitiv a v oblasti budování vztahu s klientem může sehrát velmi důležitou roli. Podobně důležitou roli může sehrát krizová intervence, oba respondenti jí přikládají velkou důležitost. Velmi podstatnou kompetencí je dle respondentů umění stanovit si hranice v profesním vztahu s klientem. Konkrétně byly uvedeny důsledky špatného uchopení této kompetence, kdy profesní vztah „přerostl“ v příliš blízké osobní přátelství mezi poradkyní a klientem a rodina se velmi úzce na tuto osobu navázala. Obrovským problémem pak bylo ukončení služby. Nicméně lze shrnout, že otázka určení hranic ve vztahu poradce-klient byla mimořádně individuální záležitostí, která je závislá na mnoha faktorech –

v neposlední řadě na geografické oblasti, ve které se raná péče uskutečňuje a kde poradce žije. Výše popsané implikuje skutečnost, že ve fázi budování vztahu s klientem respondenti přikládali největší váhu prvku **získání důvěry** – a to jak na rovině mezilidských vztahů, tak na rovině odborné.

V oblasti orientace v komplexní situaci klienta respondenti připustili, že existují situace, kdy narazili na limity svých kompetencí a museli klientovi přiznat, že si neví rady. Tuto cestu shodně považovali za optimální. Následovala konzultace s odborníky (terapeuti, kolegové v rané péči, nadřízený pracovník). Jako jistou formou pomoci vnímali respondenti možnost sdílení zkušeností z jiných rodin, což mělo přidanou hodnotu i pro rodiče, kteří tyto zkušenosti přijímají snadněji než teoretické poučky. Rezervy vnímají respondenti v oblasti svých znalostí z platné legislativy. Věděli, na koho se obrátit nebo kde najít odpověď v případě potřeby. Respondenti uplatňovali trend kratší doby intervence – přibližně po celkovou dobu dvou až tří let. V okamžiku, kdy rodina funkčně spolupracovala s odborníky (logoped, psycholog, fyzioterapeut) byla tendence směřovat k ukončení služby.

Respondenti uvedli, že vstup do praxe byl velmi náročný, a to z důvodu specifčnosti rané péče, na kterou v rámci svého studia nebyli dostatečně (teoreticky ani prakticky) připraveni (studium sociální práce; studium speciální pedagogiky). Při vstupu do praxe byl také vnímán nedostatek kolegů, kteří by se zaškolování nových pracovníků mohli věnovat po delší dobu a intenzivnějším způsobem. Stejně tak bylo poukázáno na nedostatek pregnantních materiálů, které by byly poradci oporou v období jeho profesních začátků. Jako velmi potřebný se respondentce jeví psychoterapeutický výcvik, párové poradenství. S těmito tématy se velmi často setkává. Kdyby poradce disponoval kompetencemi i z těchto oblastí, mohla by jeho spolupráce s klientem být daleko efektivnější a komplexnější. Důležitými kompetencemi ve vztahu k praxi jsou pak empatie, schopnost porozumění, umění vhodné komunikace jak s kolegy, klienty a jinými odborníky. Roli zde hraje také nedostatek pracovníků v rané péči, a naopak vysoký rozsah zájemců o tuto sociální službu. Respondenti se účastnili konferencí, uváděli intenzivní spolupráci se SPC i mezi svými kolegy navzájem. Limitem v otázce dalšího vzdělávání je jednoznačně finanční stránka, kdy je výběr a možnosti značně redukován cenou.

## 4.3 Výzkumný vzorek 3

### 4.3.1 Popis výsledků 3

**VO1: Které kompetence vnímá respondent jako nejdůležitější při budování vztahu s klientem?**

#### 1. Jak probíhá ve vaší organizaci prvotní kontakt s žadatelem o službu?

**Re3a:** „Převážně telefonicky nebo emailem. Maminky většinou hned zmiňují jejich problémy a naznačují diagnózy. Snažíme se je už v telefonu vyslechnout a vést rozhovor k termínu prvního osobního setkání. Asi třikrát se mi v praxi stalo, že klient přišel hned osobně k nám do kanceláře.“

**Re3b:** „Zavolají na telefon vedoucí služby. Ta si na ně vezme e-mailový kontakt a přepoše jim základní informace a navrhne termíny k první schůzce. Záleží na rodině, jestli chce přijít k nám do ambulance anebo chce, ať přijedeme k nim domů. Vzpomínám si, že pár rodin nás oslovilo při nějaké osvětové akci, kde jsem prezentovala naši službu.“

#### 2. Využíváte s klienty telefonní konzultace? Vyhovují vám? Jaká je jejich efektivita?

**Re3a:** „Často nás neoslovují telefonicky. Pouze když něco potřebují, je to závažné. V té chvíli to je efektivní. Covid nás přinutil využít telefonickou nebo online konzultaci. Většinou s rodinou, kde už spolupráce trvá nějakou dobu. Dítě bylo hlídané a konzultace byla pouze s rodiči. Moc mi to nevyhovovalo.“

**Re3b:** „Nejsem iniciátorkou telefonních rozhovorů. Spíše si s rodinou telefonujeme ohledně termínu schůzky, když potřebují doprovodit do MŠ něco vyřídit na úřadech. Mám špatnou zkušenost s telefonní konzultací, kdy jsme se s maminkou špatně pochopily. Od té doby se snažím mít při telefonu tohoto typu vždy kolegyni.“

#### 3. Přijímá vás dítě okamžitě? Skrze rodiče, hračky, motivace?

**Re3a:** „Jdu s ním, připojuji se k němu, popisuji, co dělá. Máme spolehlivé předměty, které vždy zafungují – kuličková dráha, bublifuk. Daří se mi navázat kontakt při prvním setkání. Záleží, o jaký druh postižení, povahu dítěte se třeba jedná.“

**Re3b:** „Za dobu mé praxe se to určitě stalo. Je to třeba jiné s dítětem PAS a dítětem se zrakovým postižením. Ve většině případů, ale máme u sebe něco, co dítě zaujme. Někdy mi pomůže přímo rodič. Řekne, půjčí mi věc, kterou má dítěte rádo. V pár případech mi pomohl i domácí mazlíček.“

#### 4. Jakou přikládáte důležitost „neformálnosti“ komunikace s klientem?

**Re3a:** „Od začátku dávám najevo, že můžeme mluvit o všem, že není nic tabu. Mám strukturu setkání pro druh konzultace (první, závěrečná). Osobně mám ráda, když si

vykáme. Snáze se mi pracuje. Více mě to drží v pracovní rovině. Aby byla konzultace užitečná. A i přesto dokážu komunikovat na neformální úrovni.“

**Re3b:** „Někdy je neformální komunikace vstupem do vzájemného vztahu. Problém nastává, když se neformální komunikace stane hlavní komunikací celé konzultace. Případně začíná rodič toho využívat a narušuje moje osobní hranice, soukromí.“

##### **5. Řídíte se v rámci konzultací pevným harmonogramem naplánovaných činností?**

**Re3a:** „Struktura je pro mě důležitá. Napojím se na rodinu. Sleduji, v jakém jsou rozpoložení. I rodiče jsou třeba nesví a nevíme, kam se posadíme. Až když jsou všichni v jakési pohodě. Tak vysvětluji, co se bude při setkání dít. Vždy se ptám, co se změnilo od minula, co je nového a co by mělo být předmětem dnešní konzultace. Aby to bylo pro ně užitečné. Propojujeme to pak s individuálním plánem.“

**Re3b:** „Určitě se o to snažím. Vždy to ovlivní aktuální situace v rodině. Ze začátku jsou konzultace pro obě strany trochu napjatější. Rodina neví, co má čekat. Časem už jedeme v nějakém systému. Dítě se těší, tak pracuji s ním a potom si předáváme informace s maminkou.“

##### **6. Setkala jste se s krizovou intervencí? Uměla jste si poradit?**

**Re3a:** „Dokončuji psychoterapeutický výcvik terapie orientované na řešení a v rámci toho jsme měli krizovou intervenci. S krizovou intervencí jsem se potkala asi 1x nebo 2x. Vždy se jednalo o důležité věci většinou při sdělování diagnózy. Myslím si, že je dost potřeba tento výcvik pro poradce. Vcházíme do rodiny a je tam největší blízkost k tomu člověku. Příběhy všech členů, zátěž všech členů a je to úplně jiné, než když jde klient někde do ambulance. Když jsem se bavila s různými kolegy z MŠ, logopedie, SPC, lékaři, tak padla shoda, že poradce je ten, kdo tu rodinu zná nejlépe. Ví její obtíže, radosti, starosti, náročnost, zátěž. Bylo by fajn pokud poradce chce, aby mu tento kurz byl umožněn. Nějakou dotací volnem, finančním příspěvkem a myslím, že to potom je veliký benefit pro celou organizaci.“

**Re3b:** „Ano, stává se to. Rodiny opravdu prochází náročnou situací. Nikdy se třeba s postižením nesetkali. Někteří partneři situaci neustojí a rozpadají se. Snažím se využívat své znalosti z kurzu. Případně odkazuji na odborníky a jiné služby, které se tomu primárně věnují.“

##### **7. Věnujete více času konzultace k práci s dítětem nebo jeho rodiči? Při práci s kým si připadáte jistěji? Jakou roli zde hraje pohlaví?**

**Re3a:** „Je to individuální. Minimálně 20 minut je interakce s dítětem. Posléze už se jen připojuji k dítěti a povídáme si s rodičem. Rodič mi potřebuje říct některé věci. Pokud se



jedná o prvotní kontakt tak je jistá nedůvěra nejistota, jestli „si sedneme“. Mám velkou pokoru, pokud přichází nová rodina. Rodiče se ozývají různé. A poslední dobou máme rodiny, které mají nějakou svou zátěž – duševní, sociálně slabý, vztahové obtíže. Dříve bylo hodně motivovaných rodin. Je to teď více náročné. Je to už jen z danosti rozdíl, jestli jedním s mužem nebo s ženou. Ale v práci mě to neovlivňuje. Máme teď více zájmu od partnerů, kteří chtějí být na konzultaci přítomni. Myslím si, že když jsou dva lidé tak si více doplňují ten daný obraz.“

**Re3b:** „Ze začátku asi více s rodiči. Hodně si povídáme, tvoříme cíle, předáváme si zkušenosti, kontakty na odborníky. Snažím se to vyvažovat. Vzhledem k délce své praxe se někdy více cítím jistá s dítětem. Rodiče jsou různí, někdy nečitelní. Pohlaví z mé strany nehraje roli.“

**8. Dodržujete hranice ve vztahu ke klientovi? Jste si případně vědomi, že jsou překročeny? Hovoříte o tom se svými spolupracovníky?**

**Re3a:** „Já si myslím, že si hranice velmi držím. Mám to snadnější vzhledem ke svému věku. Maminky jsou mladší než já. Žádný rodič mě nekontaktuje přes sociální sítě, protože je nemám. Se všemi si vykám, a pokud vím, že k nám do služby jde někdo koho znám tak rodinu dávám kolegyni.“

**Re3b:** „Myslím, že si je dokážu udržet. Snažím se přistupovat ke klientům vždy s respektem k jejich soukromí. Neudržuji s rodinou kontakt mimo službu, nepřijímám tykání, dárky.“

**9. Setkala jste s předsudky v rámci svého věku, pohlaví, životní role, délky praxe, vzdělání?**

**Re3a:** „Nevysloveně ano. Setkala jsem se s počáteční nedůvěrou, když jsem začínala. Bylo to asi pravdivé, protože jsem si nebyla jistá. Není dobré, když se starší poradce drží ve stereotypech. Taky tomu škodí a muže to být pro rodinu problém. Naše rodiny vnímají, že každý poradce muže přinášet něco. Už nejsme tak zapálená a energická.“

**Re3b:** „V začátcích praxe určitě ano. Myslím si, že někdy i vzhledem k oboru, který jsem studovala. Měla jsem i rodinu, kdy mě vnímala maminka jako ohrožení pro jejich partnerský vztah. Opačný příklad maminky, která si rozuměla ve svém životě více s muži, více jim důvěřovala. Sama se mi o tom později i rozpovídala.“

**10. Můžete říct, co je pro Vás nejdůležitější při budování vztahu s klientem?**

**Re3a:** „Otevřenost, neposuzování rodiny.“

**Re3b:** „Naslouchat rodině. Dodržet, co slíbím.“

## **VO2: Do jaké míry se respondent orientuje v komplexní situaci klienta?**

### **1. Existují situace, kdy nevíte, jak rodině pomoci? Pokud ano, jak často? Jak v těchto situacích reagujete? Popište prosím.**

**Re3a:** „Ano myslím si, že na to máme právo. Rodině to říkám, že nevím, co mám říct. Čím jsem starší, tím více s tím nemám problém to rodině sdělit. Že budeme tedy všichni přemýšlet nad situací, třeba nám něco vyplyne apod. Spoustu věcí mě napadá, až když třeba jsem v autě a jedu pryč z konzultace. Poodstoupím z té tíhy, která tam je, která se vytvořila. Často popisuji své emoce, že mi to je líto, že nevím jak na to reagovat. Stává se mi, že mě i něco dojde a vyhrknou mi slzy do očí. Snažím se být otevřená.

V rámci supervize to pak řeším, pokud se mě něco pořád drží. Když jsem teď ještě ve výcviku, tak mám skvělou možnost to sdílet a ošetřit se tam.“

**Re3b:** „Myslím, že se to stává pravidelně každé poradkyni. Jsou nové diagnózy, situace, techniky. Rodiče se často ptají na nějaké nové hračky, terapie, léky. Nesnažím se dělat chytrou. Hned jim říkám, že to třeba neznám. A ať mi řeknou o tom více.“

### **2. Přenášíte do rodin zkušenosti jiných klientů? Vnímáte to jako potřebné?**

**Re3a:** „Zmiňuji příběhy pro povzbuzení. Měním pohlaví, aby se tam nikdo nenašel. Aby to bylo pod ochranou. Vnímám, že rodičům to pomáhá, že si to mohou lépe představit. Aby pochopili, co a jak mají dělat.“

**Re3b:** „Většinu svých zkušeností mám z rodin. Rodinám to často říkám. S některými máme podepsané souhlasy v rámci videí a fotografií. Můžu tak rodině názorně ukázat, jak třeba něco funguje u jiné rodiny.“

### **3. Jak se vám daří plánovat postup služby?**

**Re3a:** „Stává se, že rodiny neví, co od nás chtějí. Takže někdy trvá několik konzultací, než na to společně přijdeme a pojmenujeme si to. Plánuju si jak rodinu „zasít“ovat“, co vyřešit jako první.“

**Re3b:** „Hodně se to odvíjí od typu a spolupráce rodiny. Pokud to je rodina, která nemá kapacitu spolupracovat, pracovat samostatně, tak mé plánování ztrácí smysl. Často společně plánujeme vyhledání a nástup do MŠ.“

### **4. Orientujete se dostatečně v platné legislativě sociální a školské?**

**Re3a:** „Snažíme se orientovat. Osvědčuje se nám propojovat se s lidmi z oboru. Snažíme se propojovat sítě. Máme dobré vztahy s odborníky. Pravidelně se setkáváme s kolegyněmi z SPC.“

**Re3b:** „Nesleduji to nějak pravidelně. Předáváme si případné informace s kolegyněmi.“

**5. Dostává se vám od klientů zpětná vazba? Vnímají vaše kroky jako kroky vedoucí k cíli?**

**Re3a:** „Dostávají se nám krásné zpětné vazby. Až se někdy obávám, jestli k nám dojdou i ty které bychom měly slyšet. Je to trochu problém v tom, že raná péče je pro rodiny bezplatná. A rodiče jsou vděční za cokoli a možná zpětné vazby dostáváme méně než je potřeba. Ale myslím si, že kdyby se dobře udělal dotazník, co by nám poradila rodina, tak by to mohlo být velmi přínosné.“

**Re3b:** „Jednou ročně rozesíláme rodině elektronický evaluační dotazník. Asi to tak ve světě funguje. Pokud jde o špatnou zpětnou vazbu, tak ji má vedoucí ihned na stole. Více se někdy ozývají třeba paní učitelky ze školky. Později třeba i rodič, že jsem jim se školkou dobře poradila. Obecně si spíše myslím, že rodič v některých věcech nevidí smysl. Je pak potřeba aby si to poradce uměl obhájit, připomenout, vysvětlit.“

**6. Jak postupujete při přípravách ukončení služby?**

**Re3a:** „Pořadník se nám navyšuje. Takže jsem si s rodinami na začátku povídala o tom, že děláme individuální plán na rok. A že pak třeba budou schopni těmi situacemi procházet sami. Myslím si, že to ovlivnilo práci a že byla více efektivní. Rodič se snažil si od toho vzít co nejvíce. A tak se mi poslední dobou některé rodiny ukončují snadněji. Rodič třeba sám navrhne ukončení.“

**Re3b:** „Půl roku před vypršením plánu se s rodinou bavím o jeho naplnění. Jestli budou chtít ve službě dál pokračovat. Pomocí rozhovoru, otázek se snažím, aby si rodič sám odpověděl. Rodinu utvrzuji, že se na nás kdykoli může obrátit.“

**VO3: Jaké možnosti a limity respondent reflektuje ve vztahu ke svému vzdělání a připravenosti do praxe?**

**1. Jak hodnotíte svou výchozí pozici při vstupu do praxe (bezprostředně po ukončení studia)?**

**Re3a:** „Dodělávala jsem si školu, když už jsem byla v praxi. Musím říct, že škola mi dala do této profese jen základní minimální vhled. Asi až ve chvíli, kdy jde člověk do praxe tak se mu nedaří nacházet informace. Hodně mi pomáhají kurzy. Tenkrát se začínaly teprve diagnostikovat děti s autismem tak jsem měla jen jednu rodinu a pomohla mi spolupráce s dr. Romanou Straussovou. Dále semináře, jak vést poradenský rozhovor. Řekla bych, že kdybych měla možnost mít první rok psychologického výcviku a pak až jít do terénu, tak by mi to určitě pomohlo. Naučil by se člověk pracovat sám se sebou, ošetřit svou psychohygienu a pak až pracovat s rodinou“.

**Re3b:** „Raná péče v té době v ČR nebyla moc známa. Sama jsem o ní moc nevěděla, neuměla jsem si to představit. Ze školy jsem toho moc nevěděla o lidech s postižením. Jak s nimi pracovat, v jaké situaci se ta rodina nachází, co asi prožívá. Zpětně si říkám, že mé první rodiny o hodně přišly. A já jsem naopak od nich hodně získala“.

**2. Jaké znalosti, zkušenosti vám scházejí při rozhovoru s klientem?**

**Re3a:** „Navzdory tomu, že končím psychoterapeutický výcvik tak toto. Tohle chybí do toho rámečku dovedností a schopností. Pokud to má být práce s celým rodinným systémem tak by poradce měl mít nějaké minimum výcviku. I dovednosti mi chybí. V dovednostech při práci s rodiči s duševním onemocněním, depresí apod. V tom se snažím dovzdělat“.

**Re3b:** „Vyhodnotit správně situaci, co rodič chce zrovna slyšet. Jestli vůbec chce něco slyšet nebo mám být jen jeho „vrba“ jak se říká. Volit vhodné slovní spojení, zůstat neutrální k názorům na nějaké odborníky, členy rodiny aj.“.

**3. Daří se Vám organizovat si práci a dosahovat určeného cíle v plánovaném čase?**

**Myslíte si, že je to ovlivněno osobností, temperamentem, postojem poradce?**

**Re3a:** „Mým cílem by bylo nemít pořadník, ale to se zatím nepodařilo. Ale jinak ano. Naučila jsem si organizovat čas i vzhledem k této profesi, která nemá krátký, dlouhý týden. Osobnost poradce je určitě důležitá. Jeho přístup k práci, nasazení, srdce“.

**Re3b:** „Snažím se o to. Hodně záleží na týmu spolupracovníků. Jak se navzájem motivujeme, jak funguje paní vedoucí, jaké má třeba na nás nároky. Určitě nás hodně ovlivňuje naše osobnost, postoje, charakter. Pokud s tím člověk chce pracovat, tak může být dobrým poradcem a nemusí mu to zasahovat do kvality odvedené práce“.

**4. Využíváte kontaktů a výměny zkušeností na konferencích k prohloubení znalostí o oboru rané péče?**

**Re3a:** „V rámci organizace máme tzv. cechy, kde se scházíme s poradci, poté kraj má volné sdružení poskytovatelů rané péče. Neříkám, že není konkurence. Ale nikdo se nebojí o svou existenci. Navzájem se snažíme obohacovat a rozvíjet“.

**Re3b:** „Využívám. Pokud je možnost se jich účastnit. Případně ještě využívám kontakty z bývalého zaměstnání“.

**5. Které způsoby dalšího vzdělávání Vám vyhovují? Setkala jste se s nějakými limity ve výběru dalšího vzdělávání?**

**Re3a:** „Konference, osobní setkání, spolek rovnováha - setkání s odborníky se všemi kteří pracují s tou rodinou. Mám ráda hodně zahraniční konference a zahraniční zkušenosti. Organizace se nám snaží umožnit, o co požádáme. Ne vždy na to vyjde

projekt. Máme nějaké třeba úvodní moduly ale ne ty velké drahé. Máme skvělou vedoucí, která nás podporuje“.

**Re3b:** „Kurzy, školení, nová literatura. Někdy se stane, že k nám informace nedojde. Dozvíme se o ní až zpětně. Jsem ráda za pravidelné supervize a intervize. Limitem je někdy pro mě jazyková bariéra, finanční náročnost, kterou si organizace nemůže dovolit a já osobně také ne. A i to že to může zasahovat třeba časově do mého soukromého života“.

### 4.3.2 Dílčí analýza výsledků 3

Respondenti mají zkušenost s prvotním kontaktem s klienty především skrze telefon či e-mail. Telefonické konzultace pak v průběhu poskytování služby nejsou ze strany respondentů příliš dobře hodnoceny – riziko špatného pochopení ve vzájemné komunikace přes telefon. Při prvotním navazování vztahu s dítětem byla využita i **spolupráce s rodičem**, který poskytl oblíbenou hračku, či domácího mazlíčka, na kterého pak dítě reagovalo lépe. Respondenti vnímali jako velmi nosný prvek konzultací **přesnou strukturu a daný harmonogram**. Respondenti se po dobu své praxe setkali s krizovou intervencí (absolvování psychoterapeutického výcviku, situace v rodině). Zmíněn byl potřebný prvek **pokory poradce** při přijímání nového klienta. Zároveň bylo uvedeno, že respondent hned v úvodu poskytování péče výslovně zdůrazní **naprostou otevřenost** ze své strany („nic není tabu“). Rozdíl v tom, zda poradce jedná s mužem nebo ženou byl patrný, nicméně neovlivnil závažným způsobem spolupráci. Respondenti popsali, že se jim daří udržet profesní hranice v jejich vztazích ke klientům – nepřijímají dárky, s rodiči si netykají, **respektují soukromí** rodiny. Respondenti se setkali i s předsudky vůči své osobě, především z důvodu věku a nejistoty na začátku praxe. Zásadními kompetencemi při budování vztahu byly pro respondenty **otevřenost, naslouchání, dodržení slibu**.

Respondenti shodně konstatovali, že dochází k situacím, ve kterých klientovi neumí poradit. S přibývajícím roky praxe a snad i věkem však vnímají jako smysluplné přiznat, že neví, jak konkrétně pomoci. Následuje však vybídnutí k společnému zamyšlení se nad problémem. Společně s klienty sdíleli respondenti i příběhy a zkušenosti z jiných rodin. Panuje shoda na tom, že tyto informace jsou pro klienty cenné. Je však nutné zachovat jistou míru anonymity původních klientů. V oblasti ukončování služby se respondentům osvědčilo s klientem o ukončení hovořit přímo – předestřít časový horizont služby, v určitý časový úsek před plánovaným ukončením služby se zajímat, jak na toto ukončení reaguje klient. Důležitý je také prvek ujištění klienta, že v případě problému, se na poradce může obrátit znovu a

nezůstává zcela bezprizorní. V souvislosti se zpětnou vazbou jeden z respondentů uvedl tezi, že v důsledku bezplatného poskytování rané péče, existuje riziko nízké validity následného hodnocení služby. Konkrétně se jednalo o skutečnost, že respondent se setkával s nízkým zájmem klientů o hodnocení jejich organizace. Když už tato reflexe nastala, jednalo se výhradně o pozitivní zpětnou vazbu, kde chyběla konstruktivní kritika.

Při reflexi své připravenosti do praxe a vzdělání respondenti uvedli, že teoretické studium jim neposkytlo potřebnou přípravu, a období po začátku výkonu profese bylo velmi náročné, a to zejména na dřívější dobu, v níž vstupovali respondenti do praxe. V této souvislosti byla zmíněna i skutečnost, že nejen poradce obohacuje svou intervencí klienta, ale že i samotný poradce může naopak čerpat cenné zkušenosti od něj. Zmíněn byl opět psychoterapeutický výcvik a jeho pozitiva v procesu rané péče. Plánování času hrálo pro respondenty významnou roli, nicméně bylo konstatováno, že záleží do jisté míry na spolupracovnících a na mezilidských vztazích na pracovišti. Zanedbatelná není ani role vedoucího pracovníka. Ve vztahu k dalšímu vzdělávání byla respondenty uvedena informace o „ceších“, v rámci nichž probíhá interakce v rámci organizace. Na úrovni kraje pak zazněla zmínka o „Sdružení poskytovatelů rané péče“. V rámci těchto aktivit zaznamenávali respondenti zdravou míru konkurence. Zároveň však vnímali tyto platformy jako příležitost k osobnímu i profesnímu obohacení. Velký zájem vyjádřili respondenti o nabídku zahraničních konferencí a školení. Limitem jsou však nedostatečné finance i časová náročnost těchto projektů.

## 5 Diskuse

V této kapitole proběhne prezentace odpovědí na jednotlivé výzkumné otázky, které byly vytyčeny na počátku tohoto výzkumu.

### 5.1 Výzkumná otázka č. 1

**VO1: Které kompetence vnímá respondent jako nejdůležitější při budování vztahu s klientem?**

Ve fázi budování vztahu s klientem respondenti identifikovali jako nejdůležitější následující tři kompetence:

- 1. umění přizpůsobit komunikaci potřebám klienta,**
- 2. schopnost získání plné důvěry klienta,**
- 3. uvědomění si hranic ve vztahu ke klientovi.**

**ad 1)** Lze konstatovat, že poradenství v rané péči je specifické pluralitou na straně klienta. Vystupuje zde dítě s postižením a vedle něj i jeho rodiče, případně širší rodina. Otázka navázání vztahu s klientem je tedy komplexním procesem, v němž musí poradce zohlednit vícero faktorů. Není možné se spokojit se závěrem, že v okamžiku, kdy poradce vybuduje vztah s dítětem, je automaticky vztah podobné kvality navázán i s rodičem a naopak. Tuto skutečnost je třeba mít na paměti a neustále s ní pracovat. V rozhovoru bylo možné zaznamenat i zkušenost poradce s navazováním vztahu s klienty, kteří se nacházejí aktuálně v sociálně/duševně/vztahově složitě situaci. Nelze předpokládat, že klient tuto svou situaci dokáže otevřeně komunikovat, je tedy úkolem poradce, aby se v takto specifické pozici zorientoval a přizpůsobil tomu svou komunikaci. Příručka ARP, s. 9 zmiňuje v této souvislosti kompetenci „*přizpůsobit komunikaci věku, individualitě a podmínkám klienta*“.

**ad 2)** Získání důvěry klienta lze chápat jako výsledek procesu komunikace v prvotní fázi utváření vztahu s klientem. Jako účinný nástroj při získávání důvěry označili respondenti také použití neformální komunikace, v rámci níž se spolu s klienty zabývají tématy zcela mimo problematiku rané péče. Neformálnosti vztahu pomáhají velmi výrazně společné pobyty organizované ranou péčí. Respondenti potvrdili posun, který ve vztahu s klienty v důsledku těchto pobytů nastal. Bariérou v kompetenci získávání důvěry, byl pro respondenty jejich nízký věk. Téměř všichni účastníci rozhovoru se shodli na tom, že mají zkušenost s předsudky ohledně věku – ať už přímo vyslovenými či nevyslovenými. Příručka ARP se k tématu důvěry v tomto kontextu nevyjadřuje.

**ad 3)** V průběhu rozhovorů byl směřován přímý dotaz na to, zda poradci ve vztahu ke klientovi umějí vymezit hranice, a jsou případně schopni reagovat na situaci, kdy jsou tyto

meze překročeny. Respondenti si důležitost tohoto procesu uvědomovali a sdíleli své zkušenosti, které s vymezováním hranic profesního vztahu souvisejí. Je možné konstatovat, že Příručka ARP se této problematice věnuje na vícero místech. Nejprve, v souvislosti s oblastí postojů na s. 6, uvádí tři fáze, v nichž je třeba hranice reflektovat: „*vědomí o profesionálních hranicích ve vztahu s klientem – navázání, udržení i ukončení vztahu*“. Následně na s. 10 v rámci pojednání o kompetenci směřující k budování vztahu s klientem, kdy si má poradce „*uvědomovat hranice ve vztahu ke konkrétnímu klientovi, při překročení si být si vědom toho, že byly překročeny*“. Naposledy pak jsou v Příručce ARP, s. 11 v rámci kapitoly týkající se orientace v komplexní situaci klienta, zmíněny opět následná obecná doporučení: „*stanovovat hranice ve vztahu s klientem, identifikovat rizika plynoucí z jejich nedodržení, poznat projevy mezního chování rodičů k dítěti a umět na ně adekvátně reagovat*“. Je nutné poznamenat, že ačkoli se Příručka ARP oblasti vymezování a dodržování hranic věnuje poměrně hojně, jedná se ve všech případech o zcela vágní a nejasné pokyny. Lze hodnotit jako nedostatečné, že této oblasti není věnován obsáhlejší a konkrétnější komentář, který by jistě byl velkým přínosem pro všechny poradce. Dá se předpokládat, že podrobnější instrukce k této problematice by mohly v budoucnu minimalizovat potenciální rizika plynoucí ze špatně zvládnutého vymezení hranic ve vztahu. Konkrétní příklad a důsledky tohoto rizika jsou popsány v dílčí analýze výsledků č. 2.

## **5.2 Výzkumná otázka č. 2**

### **VO2: Do jaké míry se respondent orientuje v komplexní situaci klienta?**

Při odpovědi na takto položenou výzkumnou otázku je třeba zohlednit více různých hledisek. První skutečností, jež je třeba vzít do úvahy, je vysoká míra subjektivity pohledu respondenta. S touto subjektivitou sice model kvalitativního výzkumu počítá, nicméně má-li být určena ona míra, do jaké se respondent v situaci klienta orientuje, vychází se primárně z hodnocení samotného poradce. Jedná se tedy o jistou formu sebereflexe. Druhou sférou, která předurčuje zodpovězení této výzkumné otázky, je relevantní zpětná vazba od klientů, kterým byla raná péče poskytována. Zde je možné narazit na jeden z limitů této práce, která výzkumné šetření mezi klienty neobsahuje – více o limitech bude nastíněno v následující podkapitole. Odpověď na druhou výzkumnou otázku tedy přímou zkušenost klientů rané péče nezohlední. Problémem však je, že dle respondentů nemá zpětná vazba v jejich praxi příliš velkou vypovídající hodnotu. Důvody byly naznačeny v dílčí analýze výsledků 3, kde byla popsána teze respondenta, která spojovala obsahovou nedostatečnost a nekonstruktivnost zpětné vazby s bezplatností rané péče.



**S přihlédnutím k výše uvedenému a po srovnání jednotlivých dílčích analýz lze uzavřít, že respondenti se v komplexní situaci klienta zásadně orientují, a to v uspokojivé míře.** Zároveň je však nutné dodat, že respondenti popsali zkušenosti se situacemi, v nichž narazili na své limity (z oblastí znalostí či dovedností). Skutečnost, že nejsou schopni odpovědět před klientem přiznali, a do příštího setkání se pokusili zjistit správnou odpověď. Tento přístup lze hodnotit jako jediný správný, neboť předstírání vědomostí a s tím spojená potenciální špatná rada je bezesporu profesním selháním.

Jednou z nejčastěji zmiňovaných problematických oblastí je nedostatečné povědomí poradců o právní úpravě rané péče. Požadavek, aby poradci rané péče znali kompletní legislativu nazpaměť, se jeví jako absurdní. Nicméně lze předpokládat, že pokud je schopen poradce na právní dotaz klienta reagovat obratem (např. hned v rámci konzultace bleskově vyhledá a vysvětlí odpověď, případně odpoví z paměti) svědčí to o jeho velmi dobré orientaci v dané problematice. Tato kompetence může značně pomoci při budování a upevňování vzájemné důvěry. Lze tedy doporučit, aby poradci rané péče věnovali právní úpravě, konkrétně výkladům a komentářům zákonů zvýšenou pozornost. Zvláště je třeba dbát na novelizace těch právních předpisů, u nichž je možné předpokládat, že by mohly mít přímý vliv na právní sféru klienta. Příručka ARP, s. 11 v oblasti legislativy zmiňuje následující body:

- *„znát a respektovat etický kodex sociálních pracovníků a principy rané péče,*
- *orientovat se v nabídce návazných a souvisejících služeb a aktivit, které by rodina mohla využívat,*
- *orientovat se v systému sociálního zabezpečení pro rodiny dětí s postižením,*
- *orientovat se ve školské legislativě“.*

Opět se nabízí konstatovat, že by bylo vhodnější tyto informace rozšířit např. o konkrétní odkazy na relevantní databáze právních předpisů a komentářů, rozborů aktuálních právních problémů, se kterými se poradce může ve své praxi potýkat apod. Dále pak Příručka ARP s. 16 zmiňuje potřebu *„sledovat změny v legislativě sociální oblasti týkající se oboru rané péče a rodin s dětmi se zdravotním postižením“.*

V rámci rozhovoru se také potvrdilo, že kompetence spočívající v dostatečné orientaci v komplexní situaci klienta, se velmi výrazně projevuje také ve fázi ukončování služby. Poradce zde musí provést pečlivou reflexi dosavadního procesu poradenství a navrhnout klientovi další optimální postup.

### **5.3 Výzkumná otázka č. 3**

#### **VO3: Jaké možnosti a limity respondent reflektuje ve vztahu ke svému vzdělání a připravenosti do praxe?**

V zamyšlení nad tématem obsaženém ve třetí výzkumné otázce identifikovali respondenti několik konkrétních možností a limitů týkajících se jejich výchozí pozice do praxe. Dominantním prvkem v této oblasti bylo konstatování téměř všech respondentů, že jejich vstup do praxe byl pro ně mimořádně náročným obdobím. Příčinu spatřovali ve své nedostatečné kvalifikaci, se kterou do praxe přicházeli. Teoretické studium a povinná praxe v rámci studia na vysoké škole nebyla, dle výpovědí respondentů, dostatečná. Je evidentní, že toto hledisko je mimořádně subjektivní a nebylo by správné svalovat vinu za nedostatečné vzdělání pouze na stranu vzdělávací instituce, resp. vzdělávacího systému jako celku. V souvislosti se studiem je třeba si uvědomit, že raná péče je pojmově tak specifický obor a vstup do každé rodiny je tak intimní záležitostí, že první kontakt s touto realitou bude vždy extrémně náročný. Nelze si zřejmě představit sociálního pracovníka, který bude plně kompetentní již v okamžiku prvního kontaktu s klientem.

Limitem, na který respondenti dále upozornili, je absence pregnantních materiálů, jež by mohly být začínajícím poradcům oporou.

Dalším, tentokrát zcela konkrétním poznatkem, který v souvislosti s připraveností do praxe respondenti uvedli, je jejich opakovaná zmínka o psychoterapeutickém výcviku. Více respondentů se shodlo na tom, že tento výcvik by byl pro jejich práci obrovským přínosem. Jeden z respondentů dokonce tento výcvik (na vlastní náklady) podstupuje. Zmíněno bylo také párové poradenství. Poradci se totiž u klienta nezřídka setkávají s problémy vztahového charakteru. Tyto problémy sice nejsou těžištěm činnosti poradce, nicméně zcela klíčovým způsobem ovlivňují celý proces rané péče. Prohloubení znalosti a dovednosti v této oblasti lze tedy označit za velmi vhodnou formu dalšího vzdělávání.

### **5.4 Limity výzkumu**

Validitu výzkumu této práce mohly ovlivnit určité limity, s kterými bylo možno se potýkat v průběhu výzkumného šetření. Časová vytíženost, covid-19, nepravidelná pracovní doba či náhle pracovní případně osobní změny oslovených respondentů se promítaly do plánovaných termínů setkání. Některé rozhovory byly přesunuty na jiný termín, jiné se neuskutečnily vůbec. Důsledkem těchto problémů se výzkumu zúčastnilo pouze šest respondentů.

Pro některé respondenty se nejednalo o první zapojení do výzkumu s kvalitativním charakterem. Jedna z respondentek přistupovala k polostrukturovanému rozhovoru s určitou

mírou skepse, z důvodu předešlé negativní zkušenosti vzhledem k volbě otázek a informovanosti tazatele o této profesi. Vzhledem ke zkušenostem respondentů z předešlých rozhovorů se na jejich straně objevovaly obavy z velké časové náročnosti rozhovoru.

Výzkumu se zúčastnily pouze osoby ženského pohlaví. Tuto genderovou nevyváženost je tedy možné posuzovat jako jeden z dalších limitů.

Některé rozhovory probíhaly v online prostoru, který je značně nevyzpytatelný. Z technických limitů se jednalo o narušenou kvalitu zvuku a obrazu. Přítomnost respondenta v jeho domácím nebo pracovním prostředí jej vedla k určité nesoustředěnosti, k výskytu rušivých elementů ze strany rodinných příslušníků, spolupracovníků či návštěv.

## 6 Závěr

Cílem této diplomové práce bylo objasnit, jak je v současné rané péči nahlíženo na kompetence a zároveň zhodnotit, které z těchto kompetencí jsou pro praxi klíčové. Lze konstatovat, že tento cíl byl naplněn. V první fázi byla provedena rešerše literatury, která se vztahuje jak k oblasti rané péče, tak k oblasti kompetencí. Následovalo sepsání teoretických východisek práce. Tyto byly ukotveny v prvních dvou kapitolách. Zvláštní pozornost byla věnována pojednání o právní úpravě související s ranou péčí. Zde je možné spatřovat jeden z přínosů této práce, neboť lze konstatovat, že oblasti práva sociálního zabezpečení není v současné společenské diskusi ani literatuře věnována náležitá pozornost. Je možné se domnívat, že je to následek rozsáhlosti a složité uchopitelnosti daných právních předpisů. Pravdou však je, že právě zákony určují základní schéma, možnosti a limity poskytování sociálních služeb a do značné míry determinují i osobu poradce rané péče. Je tedy na místě apelovat na odbornou veřejnost, aby věnovala této problematice vyšší míru svého zájmu.

S ohledem na závěry teoretické části byl v rámci části praktické proveden kvalitativní výzkum formou polostrukturovaného rozhovoru. Při přípravě výzkumného šetření byly formulovány tři výzkumné otázky, které tak vytvořily rámec pro analýzu výsledků. Výzkumu se účastnilo šest poradců rané péče. Těchto šest respondentů se stalo obrovským obohacením této diplomové práce, neboť skrze sdílení jejich profesních i lidských zkušeností mohla být analyzována řada zajímavých podnětů pro praxi.

nepřeberné množství zajímavých zkušeností a podnětů, které byly následně zpracovány.

Stěžejní publikací, která byla v rámci celého textu práce reflektována, je Příručka ARP. Je třeba si uvědomit, že tento materiál je dostupný od roku 2018. S přihlédnutím k obsahu rozhovorů s respondenty je však nutné konstatovat, že minimálně výzkumný vzorek, který je relevantní pro tuto práci, neměl s výše zmíněnou publikací dosud žádné zkušenosti. Toto zjištění jistě není dobrou zprávou pro Asociaci rané péče ČR, která od tohoto dokumentu očekává, že se stane praktickou pomůckou jak pro organizace působící v rané péči, tak pro samotné poradce. V rámci praktické části této práce bylo uvedeno několik konkrétních připomínek, které by mohly být do Příručky ARP zakomponovány.

Na mnoha místech této práce bylo zmíněno, že raná péče, jakožto komplexní přístup k řešení situací, které vznikají v důsledku zdravotního postižení, je typická svým přístupem, přesahujícím hranice jednotlivých disciplín. Je tedy nanejvýš žádoucí, aby poradci rané péče vnímali nutnost prohlubování svých kompetencí po celou dobu profesního života a při plnění svých pracovních projektů tyto kompetence maximálně využívali.

## **Seznam zkratek**

ARP ČR – Asociace rané péče České republiky

EP – Evropský parlament

LZPS – Listina základních práv a svobod (zákon č. 2/1993 Sb.)

M-CHAT – The Modified Checklist for Autism in Toddlers

MPSV ČR – Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky

O. T. A. – Open Therapy of Authism

PAS – Poruchy autistického spektra

Příručka ARP ČR – Příručka: Profil poradce rané péče – Kompetence v praxi rané péče

## **Seznam tabulek**

Tabulka č. 1.....	27- 28
-------------------	--------

## Seznam použitých zdrojů

### Literatura

ALNAIM, Mariam, 2018. Qualitative Research and Special Education. *Education Quarterly Reviews* [online]. 1(2), 301-308 [cit. 2022-06-01]. ISSN 2621-5799. Dostupné z: doi:10.31014/aior.1993.01.01.31

BERKOVÁ, Kateřina, Dagmar FRENDOVSKÁ a Andrea KUBIŠOVÁ, 2021. *Modely hodnocení rozvoje profesních a měkkých kompetencí v sekundárním vzdělávání*. Praha: Extrasystem. ISBN 978-80-87570-55-5.

DOBŘÍKOVÁ, Patricia, Michaela HROMKOVÁ, Simona PREDÁČOVÁ a Barbora KOLKOVÁ, 2021. Postup a techniky včasnej intervencie u detí s detskou mozgovou obrnou. *Sociální práce: Recenzovaný odborný časopis*. Brno: Asociace vzdělavatelů v sociální práci, Evropský výzkumný institut sociální práce OU, 2021(2), 6-7. ISSN 1213-6204.

DOKOUPILOVÁ, Ivana, Adéla HANÁKOVÁ, Monika KUNHARTOVÁ, Miloň POTMĚŠIL, Veronika RŮŽIČKOVÁ, Kateřina KROUPOVÁ, Eva URBANOVSKÁ a Vladimíra ZEDKOVÁ, 2015. *Speciálněpedagogická intervence u dětí v raném věku*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-802-4444-321.

ELICH, Markéta, 2019. Kompetentní sociální pracovník/pracovnice: aneb rozvoj měkkých dovedností jako cesta k profesionalitě. In: *Sociální novinky* [online]. [cit. 2022-05-17]. Dostupné z: <http://socialninovinky.cz/novinky-v-socialni-oblasti/570-kompetentni-socialni-pracovnik-pracovnice>

ELICHOVÁ, Markéta, 2017. *Sociální práce: aktuální otázky*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0080-4.

FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA, 2008. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. Praha: Triton. ISBN 978-80-73870140.

GUILLEMIN, Marilys a Lynn GILLAM, 2004. Ethics, reflexivity, and "ethically important moments" in research - Etika, reflexivita a "eticky důležité okamžiky" ve výzkumu. *Biograf* [online]. (35), 47. odst [cit. 2022-06-02]. ISSN 1211-5770. Dostupné z: <http://www.biograf.org/clanek.php?clanek=3502>

- GULOVÁ, Lenka, 2011. *Sociální práce: pro pedagogické obory* [online]. Praha: Grada [cit. 2022-06-09]. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-3379-1.
- HRADILKOVÁ, Terezie, 2018. *Praxe a metody rané péče v ČR: průvodce sociálním modelem*. Praha: Portál. ISBN 978-802-6213-864.
- JESENSKÝ, Ján, ed., 2002. *Edukace a rehabilitace zrakově postižených na prahu nového milénia: sborník příspěvků z vědecké konference s mezinárodní účastí Hradec Králové, 21.-23.9.2001*. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 80-704-1041-8.
- KEBZA, Vladimír a Iva ŠOLCOVÁ, 2003. *Syndrom vyhoření: (informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu)*. 2. rozšířené a doplněné vydání. Praha: Státní zdravotní ústav. ISBN 80-707-1231-7.
- KOTOUS, Jan, Gabriela MUNKOVÁ a Martin ŠTEFKO, 2013. *Obecné otázky sociální politiky*. Praha: Ústav státu a práva. ISBN 978-80-87439-08. Dostupné také z: <https://www.ilaw.cas.cz/upload/web/files/books/Obecne%20otazky%20socialni%20politiky.pdf>
- KVĚTOŇOVÁ, Lea, ed., 2004. *Edukace dětí se speciálními potřebami v raném a předškolním věku*. Brno: Paido. ISBN 8073150638.
- MACH, Petr, 2019. *Zákon o sociálních službách: komentář*. Praha: Wolters Kluwer ČR. Komentáře (Wolters Kluwer ČR). ISBN 978-80-7552-246-7.
- MALÍK HOLASOVÁ, Věra, 2014. *Kvalita v sociální práci a sociálních službách*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4315-8.
- MÁTEL, Andrej, 2019. *Teorie sociální práce I: sociální práce jako profese, akademická disciplína a vědní obor*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2220-2.
- MATOUŠEK, Oldřich, 2003. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. 3., rozšířené a přepracované vydání Praha: Sociologické nakladatelství. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-864-2919-9.
- MATOUŠEK, Oldřich, Tatiana MATULAYOVÁ, Pavel NAVRÁTIL a Hana PAZLAROVÁ, 2021. *Profesní způsobilost a vzdělávání v sociální práci*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-4905-7.



- MATYÁŠOVÁ, Pavla a Jitka BARLOVÁ, 2019. Analýza rané péče 2019. In: *Společnost pro ranou péči* [online]. [cit. 2022-03-05]. Dostupné z: <https://www.ranapece.cz/cb/2020/07/01/analyza-rane-pece-2019/>
- PACHER, Petr a Michaela PÍŠKOVÁ, 2021. *Encyklopedie kompetencí*. Brno-Černovice: Institute of Applied Psychology. ISBN 978-80-905730-9-3.
- PEŠEK, Roman a Ján PRAŠKO, 2016. *Syndrom vyhoření: jak se prací a pomáháním druhým nezničit: pohledem kognitivně behaviorální terapie*. Praha: Pasparta. ISBN 978-80-88163-00-8.
- POTMĚŠILOVÁ, Petra, 2013. *Speciální pedagogika nejen pro sociální pedagogy*. Praha: Parta. ISBN 978-807-3201-791.
- PRETIS, Manfred, Jitka BARLOVÁ a Terezie HRADILKOVÁ, 2020. *Raná péče: příručka pro teorii a praxi*. Praha: Pasparta. ISBN 978-808-8290-650.
- PRINCE, Emma-Sue, 2016. *7 měkkých dovedností, které vás posunou kupředu*. Brno: BizBooks. ISBN 978-80-265-0451-1.
- PRŮCHA, Jan a Jaroslav VETEŠKA, 2014. *Andragogický slovník*. 2. aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4748-4.
- REICHEL, Jiří, 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3006-6.
- SKALOVÁ, Petra, ed., 2018. Profil poradce rané péče – kompetence v praxi rané péče. In: *Asociace rané péče* [online]. [cit. 2022-04-09]. Dostupné z: <https://www.arpcr.cz/res/archive/001/000194.pdf?seek=1551739187>
- SOVÁK, Miloš, 1972. *Nárys speciální pedagogiky*. Praha: SPN. Učebnice pro vysoké školy (Státní pedagogické nakladatelství).
- STANKOVÁ, Zuzana a kol, 2021. Ověření modelu klíčových kompetencí v komunitní práci. *Sociální práce: Recenzovaný odborný časopis*. Brno: Asociace vzdělavatelů v sociální práci, Evropský výzkumný institut sociální práce OU, 2021(6), 88. ISSN 1213-6204.
- ŠÁNDOROVÁ, Zdenka, 2015. *(Re)socializace v rané péči*. [Pardubice]: Univerzita Pardubice. ISBN 978-807-3959-616.

- ŠÁNDOROVÁ, Zdenka, 2017. *Raná péče v referenčním poli speciální pedagogiky a sociálních služeb*. [Pardubice]: Univerzita Pardubice. ISBN 978-807-5600-547.
- ŠIROKÝ, Jan a kol., 2019. *Psaní a prezentace odborných textů*. Praha: Leges. ISBN 978-80-7502-340-7.
- ŠPATENKOVÁ, Naděžda a kol., 2011. *Krizová intervence pro praxi*. 2. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2624-3.
- ŠVAŘÍČEK, Roman, Klára ŠEĐOVÁ a kol., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.
- TOMEŠ, Igor, 2015. *Sociální právo České republiky*. 2., přepracované vydání. Praha: Wolters Kluwer. ISBN 978-80-7478-941-0.
- TRÖSTER, Petr, 2013. *Právo sociálního zabezpečení*. 6., podstatně přepracované a aktualizované vydání. Praha: C.H. Beck. Academia iuris (C.H. Beck). ISBN 978-80-7400-473-5.
- VÁGNEROVÁ, Marie, 2016. *Obecná psychologie: dílčí aspekty lidské psychiky a jejich orgánový základ*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-3268-1.
- VÁGNEROVÁ, Marie, 2012. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. 2. doplněné a přepracované vydání. Praha: Karolinum. ISBN 978-802-4621-531.
- VETEŠKA, Jaroslav a Michaela TURECKIOVÁ, 2008. *Kompetence ve vzdělávání* [online]. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-1770-8.
- VÍTKOVÁ, Marie, ed., 2003. *Otázky speciálně pedagogického poradenství: základy, teorie, praxe: učební text k projektu "Integrované poradenství pro znevýhodněné osoby na trhu práce v kontextu národní a evropské spolupráce"*. Brno: MSD. ISBN 80-86633-08-x.
- VODÁČKOVÁ, Daniela, 2012. *Krizová intervence*. 3. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-802-6202-127.
- VOLNÝ, Lukáš, Lenka PETERMANNOVÁ a Pavel KOTULA, [2021]. *Sociální služby v kostce*. Ostrava: Alcuin. ISBN 978-801-1007-652.

## Legislativní zdroje

Usnesení č. 2/1993 Sb., usnesení předsednictva České národní rady o vyhlášení LISTINY ZÁKLADNÍCH PRÁV A SVOBOD jako součástí ústavního pořádku České republiky. *In: Zákony pro lidi* [online]. AION CS 2010-2022 [cit. 2022-06-10]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1993-2?text=>

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. *In: Zákony pro lidi* [online]. AION CS 2010-2022 [cit. 2022-06-10]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108?text=108%2F2006>

Zákon č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů. *In: Zákony pro lidi* [online]. AION CS 2010-2022 [cit. 2022-06-10]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-563?text=z%C3%A1kon+o+pedagog>

Zákon č. 198/2009 Sb. o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací a o změně některých zákonů (antidiskriminační zákon) *In: Zákony pro lidi* [online]. AION CS 2010-2022 [cit. 2022-06-10]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-198>

Rozhodnutí Evropského parlamentu a Rady EU č. 1720/2006/ES, kterým se zavádí akční program v oblasti celoživotního učení. *In: Eur-Lex* [online]. [cit. 2022-06-10]. Dostupné z: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/CS/TXT/PDF/?uri=CELEX:32006D1720&from=NL>

Věcný záměr zákona o sociálních pracovnících. 2016. *In: Zákony pro lidi* [online]. AION CS 2010-2022 [cit. 2022-06-10]. Dostupné z: [6150424-2016-02-01-text-navrhu-6150448.pdf](https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2016-02-01-text-navrhu-6150448.pdf)

## Webové stránky

Členové – Sekce sociálních služeb. *Unie zaměstnavatelských svazů České republiky* [online]. [cit. 2022-06-09]. Dostupné z: <https://www.uzs.cz/cz/nasi-clenove/sekce-socialnich-sluzeb>

ČTK, 2022. Stát by měl podle odbornice vytvořit národní síť rané péče o děti. *In: Seznam Zprávy* [online]. [cit. 2022-06-03]. Dostupné z: <https://www.seznamzpravy.cz/clanek/regiony-zpravy-olomoucky-kraj-stat-by-mel-podle-odbornice-vytvorit-narodni-sit-rane-pece-o-deti-189514>

Financování rané péče: Hlavní zjištění z Analýzy financování rané péče v ČR 2017, realizované pro Nadační fond Avast, 2019. In: *Společnost pro ranou péči* [online]. [cit. 2022-03-05]. Dostupné z: [https://www.ranapece.cz/wp-content/uploads/i3\\_finance\\_ranapece.pdf](https://www.ranapece.cz/wp-content/uploads/i3_finance_ranapece.pdf)

Kurz rodinného poradenství pro pracovníky pomáhajících profesí, 2022. *Prev centrum* [online]. [cit. 2022-06-19]. Dostupné z: [https://www.prevcentrum.cz/nase-sluzby/kurzy-seminare-vzdelavani/kurz-rodinneho-poradenstvi-pro-pracovniky-pomahajicich-profesi/?fbclid=IwAR3COUsRgIv0diHSMUe0mFtx0XRJk\\_MpR2W6BmtRGMThgzh2UOVhFErxZ\\_Y](https://www.prevcentrum.cz/nase-sluzby/kurzy-seminare-vzdelavani/kurz-rodinneho-poradenstvi-pro-pracovniky-pomahajicich-profesi/?fbclid=IwAR3COUsRgIv0diHSMUe0mFtx0XRJk_MpR2W6BmtRGMThgzh2UOVhFErxZ_Y)

Standardy kvality sociálních služeb, 2022. In: *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. [cit. 2022-03-05]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/standardy-kvality-socialnich-sluzeb>

Státní rozpočet 2021 v kostce: Kapesní příručka Ministerstva financí ČR, 2021. In: *Ministerstvo financí ČR* [online]. 2021 [cit. 2022-06-03]. Dostupné z: [https://www.mfcr.cz/assets/cs/media/Informacni-letak\\_2021\\_Statni-rozpocet-v-kostce\\_v01.pdf](https://www.mfcr.cz/assets/cs/media/Informacni-letak_2021_Statni-rozpocet-v-kostce_v01.pdf)

O nás, 2004. *Institut bazální stimulace* [online]. [cit. 2022-06-20]. Dostupné z: [https://www.bazalni-stimulace.cz/o-nas/?fbclid=IwAR0FaBoU0kd9f\\_7ANeQtFogHVVOeHtYzylwLcY1k9w9vd7WswI73S95jYGE](https://www.bazalni-stimulace.cz/o-nas/?fbclid=IwAR0FaBoU0kd9f_7ANeQtFogHVVOeHtYzylwLcY1k9w9vd7WswI73S95jYGE)

O nás, 2022a. *Asociace rané péče České republiky* [online]. [cit. 2022-04-04]. Dostupné z: <https://www.arpcr.cz/o-nas/https://www.arpcr.cz/o-nas/>

Open Therapy of Autism, 2017. *Centrum terapie autismu* [online]. [cit. 2022-06-20]. Dostupné z: <https://www.terapie-autismu.cz/o-t-a/?fbclid=IwAR2vjW3y7ivV8GM9EDd5fmpVeYOFHHhMsHJtuXBAG-emmDMpgH4leN-IJcM>

Standardy rané péče SPRP 2017, 2017. In: *Společnost pro ranou péči* [online]. [cit. 2022-03-05]. Dostupné z: <https://www.ranapece.cz/brno/wp-content/uploads/sites/14/Standardy-SPRP-2017.pdf>

Vzdělávání, 2022b. *Asociace rané péče* [online]. [cit. 2022-06-20]. Dostupné z: [https://www.arpcr.cz/vzdelavani/?fbclid=IwAR11OtYGp76cmC4v2WwWryBrTWxwMVu1TCo60FMTN9LuzHv\\_07w6KrtvQf0](https://www.arpcr.cz/vzdelavani/?fbclid=IwAR11OtYGp76cmC4v2WwWryBrTWxwMVu1TCo60FMTN9LuzHv_07w6KrtvQf0)

Základní krizová intervence, 2006. *Remedium* [online]. [cit. 2022-06-18]. Dostupné z:  
[https://www.remedium.cz/vzdelavaci-programy/kurz-zakladni-krizova-intervence.php?fbclid=IwAR3COUsRgIv0diHSMUe0mFtx0XRJk\\_MpR2W6BmtRGMThgzh2UOVhFErxZ\\_Y](https://www.remedium.cz/vzdelavaci-programy/kurz-zakladni-krizova-intervence.php?fbclid=IwAR3COUsRgIv0diHSMUe0mFtx0XRJk_MpR2W6BmtRGMThgzh2UOVhFErxZ_Y)

## ANOTACE

<b>Jméno a příjmení:</b>	Marie Münster
<b>Katedra:</b>	Ústav speciálněpedagogických studií
<b>Vedoucí práce:</b>	PhDr. Lucia Pastieriková, Ph.D.
<b>Rok obhajoby:</b>	2022

<b>Název práce:</b>	Kompetence pracovníka rané péče.
<b>Název v angličtině:</b>	Competence Of The Early Intervention Social Worker.
<b>Anotace práce:</b>	Diplomová práce se zabývá kompetencemi pracovníka v rané péči. V první části práce je popsán profil poradce rané péče. Představena jsou také teoretická východiska z oblasti postojů, znalostí a dovedností poradců. Poté následuje prezentace výsledků výzkumného šetření, jehož cílem je popsat a interpretovat, jak poradce rané péče reflektuje své profesní kompetence.
<b>Klíčová slova:</b>	Kompetence, poradce, raná péče, sociální práce, speciální pedagogika
<b>Anotace v angličtině:</b>	The thesis deals with the competences of an early intervention worker. The first part of the thesis describes the profile of the early intervention consultant. The theoretical background of counsellors' attitudes, knowledge and skills is also presented. This is followed by a presentation of the results of a research investigation. The aim of the research is to describe and interpret how the early intervention counsellor reflects on their professional competencies.
<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	Competence, counselor, early intervention, social work, special pedagogy

<b>Rozsah práce:</b>	79 s.
<b>Jazyk práce:</b>	Český jazyk