

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
Ústav speciálněpedagogických studií

Bakalářská práce

Kateřina Adzimová

Raná péče pro děti se sluchovým postižením

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího bakalářské práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 18. dubna 2022

Poděkování

Chtěla bych poděkovat svému vedoucímu práce doktoru Pavlu Kučerovi, za odborné vedení, za pomoc a rady při zpracování této práce. Dále bych ráda poděkovala Centrum pro dětský sluch Tamtam za zprostředkování rozhovorů.

Obsah

Úvod	6
1 Dítě se sluchovým postižením	7
1.1 Sluchové vady	7
1.1.1 Příčiny sluchových vad.....	8
1.1.2 Prevence sluchových vad.....	9
1.2 Diagnostika sluchových vad	11
1.2.1 Subjektivní metody	11
1.2.2 Objektivní metody	12
1.3 Rehabilitace dítěte se sluchovým postižením	13
1.4 Kompenzační pomůcky	13
1.4.1 Sluchadla	13
1.4.2 Kochleární implantát	14
1.5 Logopedická péče	15
2 Raná péče.....	16
2.1 Vznik a vývoj	16
2.2 Legislativní vymezení	16
2.3 Organizace péče v ČR.....	17
2.4 Tým rané péče.....	18
2.5 Zásady služeb rané péče	18
2.6 Centrum pro dětský sluch Tamtam, o.p.s.	19
2.6.1 Vývoj od historie po současnost.....	19
2.6.2 Cíle rané péče	19
2.6.3 Poskytované služby	20
3 Princip pracovníka rané péče.....	21
3.1 Pracovník rané péče	21

3.2	Kompetence pracovníka rané péče	22
3.3	Asociace pracovníků v rané péče.....	22
	Praktická část.....	23
4	Pedagogický výzkum.....	24
4.1	Metodologie	24
4.2	Cíl.....	24
4.3	Vzorek metody.....	24
4.4	Rozhovor s poradkyní č. 1	25
4.5	Rozhovor s poradkyní č. 2	26
4.6	Rozhovor s poradkyní č. 3	27
4.7	Rozhovor s poradkyní č. 4	28
4.8	Rozhovor s poradkyní č. 5	29
5	Výsledky výzkumu	30
6	Diskuse	35
	Závěr.....	37
	Seznam použité literatury	38
	Seznam tabulek.....	41
	Přílohy	42
	Anotace.....	63

Úvod

Raná péče pro děti se sluchovým postižením je pro rodiny velikou podporou a pomocí, i přesto se ve společnosti setkáváme s malou informovaností o této službě. O téma sluchové postižení jsem se začala zajímat po absolvované praxi v mateřské škole pro sluchově postižené a při vybírání tématu bakalářské práce mi přišlo vhodné zkombinovat právě téma sluchové postižení a rané péče, protože jsem o rané péči neměla až tolik informací, a při přemýšlení, jak tato služba přesně funguje, mi přišlo jako dobrý nápad, vybrat si to jako téma mé bakalářské práce.

Teoretická část je rozdělena do tří kapitol a jejím cílem je seznámení s problematikou sluchového postižení a se službou rané péče. První kapitola je podrobně rozvedena problematika sluchového postižení, takže rozdělení sluchových vad a jejich příčiny a prevence, diagnostiku sluchových vad a rehabilitaci dítěte se sluchovým postižením a s tím související logopedickou péčí a kompenzační pomůcky.

V druhé kapitole je rozebíráno téma služby rané péče obecně, a pak konkrétně zaměřeno na ranou péči pro děti se sluchovým postižením, kterou v České republice zprostředkovává Centrum pro dětský sluch Tamtam.

Třetí, a zároveň poslední, kapitola teoretické části je zaměřena na pracovníka rané péče a princip jeho práce, kompetence a vlastnosti.

Praktická část se věnuje službě rané péče z pohledu poradkyň, které pracují v Centru pro dětský sluch Tamtam. Cílem praktické části je získání více informací o fungování rané péče v rodině pomocí rozhovorů s poradkyněmi rané péče. V závěru práce dojde ke shrnutí získaných informací z rozhovorů s jednotlivými poradkyněmi.

1 Dítě se sluchovým postižením

1.1 Sluchové vady

Sluchová vada je termín, který pochází z lékařské terminologie a označuje poškození sluchového analyzátoru. Na rozdíl od sluchové poruchy, kdy je postižení sluchové funkce jen přechodné a vhodnou intervencí se sluch vrátí k normálním hodnotám, je sluchová vada nevratná a způsobuje trvalé poškození sluchu. (Skákalová, 2011) V případě podezření na sluchové postižení je nutné co nejdříve zjistit, v jaké části dráhy se sluchová vada nachází, co je její příčinou a také v jakém rozsahu vada je. Určení rozsahu sluchové vady u dětí je velmi důležité pro rozvoj řečových a komunikačních schopností dítěte. (Houdková, 2005)

Sluchové vady dělíme dle:

- místa vzniku
- doby vzniku
- velikosti sluchové ztráty

Dle místa vzniku dělíme sluchové vady na centrální a periferní. Centrální vady „mají příčinu v korových či podkorových oblastech, ucho sice zcela správně přenáší zvukové vjemy, ale ty nejsou v mozku zpracovány. Takový jedinec slyší zvuky, ale nerozpoznává sluchem význam slyšených slov.“ (Muknšnáblova, 2014, str. 18) Centrální vady sluchu jsou u dětí málo časté.

Periferní vady sluchu jsou způsobeny organickým poškozením sluchového analyzátoru a jsou rozděleny podle místa vzniku poškození na převodní a percepční. Převodní vada může být způsobena vývojovou vadou vnějšího zvukovodu nebo v případech nefunkčnosti bubínku. (Jungwirthová, 2015) U převodní vady sluchu nejde o úplnou ztrátu sluchu (hluchotu), ale jedná se o poruchu kvantity slyšení. „*Pro zesílení zvuku sluchadlem je možno slyšet včetně rozlišování hlásek lidské řeči.*“ (Muknšnáblova, 2014, str. 18) Sluchová vada u převodních vad je maximálně v úrovni středně těžké nedoslýchavosti. Převodní vady se mohou také věkem zlepšit až do úrovně normálního slyšení. (Jungwirthová, 2015)

Sluchové vady, které jsou způsobeny zhoršenou funkcí vláskových buněk v hlemýždi se nazývají percepční. Existují dva typy, a to suprakochleární a kochleární. Percepční vady mají různý rozsah závažnosti. Mohou být od lehkých ztrát sluchu až po úplnou hluchotu. Na rozdíl od převodních vad sluchu se u percepčních vad nikdy nedojde ke spontánnímu zlepšení sluchu.

Z toho důvodu se převodní vady řeší sluchadly nebo kochleárním implantátem. (Jungwirthová, 2015)

Dle doby vzniku rozlišujeme vady vrozené a získané. Získané dále dělíme na prelingvální a postlingvální. (Horáková In Pipeková, 2006) Prelingvální sluchové postižení vzniká před ukončením základního vývoje řeči. Hranice, u které se uvádí, že dítě dosáhlo základního vývoje řeči, je mezi 4 až 7 rokem života. Postlingvální sluchové postižení vzniká teda po ukončení základního vývoje jazyka.

Znalost velikosti sluchové ztráty je důležitá, protože velikost ovlivňuje způsob dorozumívání. Jedna z nejznámějších je klasifikace dle Světové zdravotnické organizace (WHO), která byla vydána v roce 1980. Sluchová ztráta se vyjadřuje v dB. Krahulcová (2003) uvádí ve své publikaci tuto klasifikaci:

- 0 – 25 dB normální sluch
- 26 – 40 dB lehká ztráta sluchu (lehká nedoslýchavost)
- 41 – 55 dB střední ztráta sluchu (střední nedoslýchavost)
- 56 – 70 dB středně těžká ztráta sluchu
- 71 – 90 dB těžká ztráta sluchu (těžké sluchové postižení)
- 91 dB a více velmi těžká sluchová ztráta

Hampl (2013) uvádí zjednodušenou klasifikaci, která je lépe využitelná v pedagogické praxi, protože názvy jednotlivých stupňů respektují terminologii:

- 0 – 20 dB normální sluch
- 21 dB – 40 dB lehká nedoslýchavost
- 41 – 60 dB středně těžká nedoslýchavost
- 61 – 80 dB těžká nedoslýchavost
- 81 – 90 dB praktická hluchota
- 91 dB a více úplná hluchota

1.1.1 Příčiny sluchových vad

Dle Mukšnáblové (2014, str. 21) „více jak polovina dětí se sluchovým postižením má vadu sluchu vrozenou. Více jak 50 % z nich má příčinu genetickou, 30 % je způsobeno ostatními prenatálními riziky a u 20 % vad nefiguruje žádné zjistitelné riziko. Nad 80 % dětí s vadou sluchu pochází z rodin slyšících rodičů. Nejčastějšími dědičnými geneticky podmíněnými

vadami jsou autozomálně recesivně dědičné poruchy (např. Usherův syndrom, Hurlerův syndrom). Tyto vady se nemusí projevit v každé generaci. Budou-li oba rodiče nositeli sluchové vady, je 25 % pravděpodobnost, že jejich dítě bude zdravé, z 25 % bude mít sluchové postižení a z 50 % bude dítě přenašečem, ale vada se u něj neprojeví. (...) Existuje zhruba 30 genů, které se považují za ovlivnitelé vrozeného stavu sluchu. V klinické praxi je uváděno až 370 syndromů, které ovlivňují komunikační systém“.

Dle Jurgwirthové (2015) existuje více příčin. Jedna část vad je způsobena vnějšími příčinami. Podle studií je 20-50 % poruch sluchu způsobena vnějšími příčinami. Další část je způsobena dědičnými a genetickými (50-80 %) příčinami. Už během těhotenství mohou na dítě působit vnější příčiny, nejčastěji při infekci matky, i v období kolem porodu, nejčastěji u dětí s velmi malou porodní hmotností nebo u dětí s poporodní asfyxií (nedostatkem kyslíku).

Dle Houdkové (2005) lze příčiny sluchových vad rozdělit do tří kategorií:

- získaná vada sluchu způsobená vlivem prostředí,
- dědičné nebo genetické příčiny,
- nezjištěné příčiny vzniku sluchové vady.

Příčiny sluchových postižení se dělí na vnitřní (endogenní) a vnější (exogenní). Vnitřní příčiny se nacházejí v genetickém kódu dítěte. „Genetická informace může být narušena genovou aberací (odchylka, mutace), která nemusí být dědičná. Genetický materiál může ale také dítě dostat již s informací vedoucí ke sluchovému postižení, minimálně od jednoho z rodičů, jedná se o tzv. hereditární (dědičné) příčiny.“ (Mukšnáblová, 2014, str. 20-21)

Exogenní (vnější) příčiny dělíme na prenatální, perinatální a postnatální. Během prenatálního období na plod mohou působit fyzikální (úraz matky v těhotenství, rentgenové záření), chemické (užívání návykových látek, toxikomanie matky) a biologické příčiny (virová nebo bakteriální onemocnění matky, hormonální nebo metabolické poruchy). Mezi perinatální příčiny patří dlouhé protahované porody, nízká porodní váha, předčasné porody, hypoxie nebo asfyxie. Postnatální příčiny vznikají po narození dítěte. K poškození může dojít během úrazu, zánětlivého onemocnění (zánět středního ucha), onkologického onemocnění nebo během tzv. akustického trauma, ke kterému dochází při nadměrném hluku. (Hampl, 2013)

1.1.2 Prevence sluchových vad

Jako u každé nemoci je lepší, když se zabrání vzniku poruchy, než ji následně léčit a zabráňovat následkům. Hádková (2016, str. 64) uvádí, že prevence je „chápana jako soubor

opatření, která mají vést k předcházení vzniku nežádoucího jevu“. Cílem prevence je předcházet vrozeným či získaným vadám nebo poruchám. Prevence se dělí na primární, sekundární a terciární. „*Primární prevence zabraňuje vzniku sluchových poškození. Pokud jde o vrozené sluchové vady, respektive vady před fixací řeči, je na prvním místě primární prevence, výchova ke zdravému a plánovanému těhotenství.*“ (Muknšnáblová, 2014, str. 24) Důležitá je informovanost matek a celkově rodičů o rizicích, které mohou poškodit plod během těhotenství (alkohol, drogy, ototoxické léky, toxoplazmóza, zarděnky, spalničky, chřipka nebo syfilis), ale i během života dítěte, kdy je důležité informovat o bezpečnosti dítěte a prevenci úrazů v oblasti hlavy (pád, úder, nadměrný hluk). Důležité je sledovat riziková těhotenství, těhotenství matky s genetickou zátěží z pohledu sluchových vad a těhotenství při sluchové vadě matky nebo otce dítěte. (Muknšnáblová, 2014)

Sekundární prevence se zaměřuje na rizikové novorozence, rodiny, ve kterých se vyskytlo kongenitální sluchové postižení nebo na osoby, které pracují v hlučném prostředí. (Hádková, 2016) Cílem sekundární prevence je včasná diagnostika a zahájení léčby. Vhodný způsob sekundární prevence je sluchový screening novorozenců. Screening se provádí v porodnici třetí až čtvrtý den po porodu. (Muknšnáblová, 2014). Kdyby dítěti opakovaně vycházely nevybavné emise, bylo by dítě vyšetřeno pomocí audiometrie. (Hádková, 2016).

Lejska (2003) zmiňuje, že sekundární prevence je hlavně v roli lékařů (foniatrů). Prevence se může jednat ohledně léčby nemoci středního ucha a nosohltanu, která musí proběhnout včas a za pomoci správné léčby.

Dle Muknšnáblové (2014, str. 26) se preventivně se se v poporodním období vyšetřují tyto děti.

- „*nezralí novorozenci s porodní hmotností pod 1500 g,*
- *pokud v těhotenství matka prodělala toxoplazmózu, zarděnky, cytomegalovirovou či herpetickou infekci,*
- *jestliže porod probíhal s komplikacemi a dítě nedosáhlo fyziologické hodnoty Apgar scóre,*
- *prodělal-li novorozenec perinatální či jasnou postnatální závažnou infekci,*
- *dítě se narodilo s viditelnými anomáliemi v oblasti hlavy či krku (především ucha,*
- *v poporodním období došlo k výrazné poporodní žloutence či se jedná o Rh inkompaktibilitu,*
- *vyskytuje-li se v rodině vrozená sluchová vada.“*

„*Screening u rizikových novorozenců zachytí však jen 50 % sluchových vad. Mimo tuto síť zůstávají často děti s nesyndromovým sluchovým postižením.*“ (Muknšnábová, 2014, str. 26) Sluchová vada může také vzniknout následkem onkologické léčby, a proto je potřeba audiologicky vyšetřit děti po radioterapii a chemoterapii. Důležité jsou pravidelné pediatrické prohlídky, kdy pediatr a sestra dokáží zachytit vadu ve sluchovém vnímání a odešlou dítě na odborné ORL vyšetření. (Muknšnábová, 2014)

Pokud matka prodělala v těhotenství virovou infekci, chřipkové onemocnění nebo konzumovala alkohol, tak se také doporučuje testování sluchu. (Houdková, 2005).

Terciální prevence „*se zaměřuje na osoby, u kterých byla vada nebo porucha sluchu již diagnostikována a snaží se předejít nebo zmírnit její negativní důsledky.*“ (Hádková, 2016, str. 64) V terciální prevenci se odstraňují nebo minimalizují následky již vzniklých poruch a aby nedocházelo ke zhoršování jejich stavu. (Slowík, 2016)

1.2 Diagnostika sluchových vad

Diagnostikou sluchových vad se zabývá medicínský obor audiologie. Díky řadám metod se dokáže odhalit porucha sluchu a může být navržena případná optimální technická kompenzace. (Horáková, 2012)

Vrozená sluchová vada, ale i sluchová vada získaná, má velice veliký vliv na vývoj osobnosti jedince a vývoj komunikace, a proto je důležité, aby došlo ke zjištění vady a její diagnostice co nejdříve. Dle zjištěného typu a velikosti sluchové vady dále přistoupíme ke vhodné rehabilitaci a kompenzaci kompenzačními pomůckami. Je ověřeno, že nejčastěji sluchovou vadu objeví rodiče a to mezi 2. až 6. měsícem věku. Jako první své podezření zmíní pediatrovi, a ten by měl poslat dítě na odborné vyšetření. „*Jakékoliv podezření ze strany rodičů má být okamžitě ověřeno na odborném pracovišti – pokud se jejich podezření potvrdí, je povinností lékaře neprodleně zajistit vhodnou audiologickou a intenzivní logopedickou péči.*“ (Holmanová, 2005, str. 6)

Diagnostika se provádí pomocí audiometrických vyšetření. Audiometrická vyšetření dělíme na metody subjektivní a objektivní.

1.2.1 Subjektivní metody

Metody subjektivní nejsou vhodné pro malé děti, protože je zde nutná spolupráce klienta s lékařem. Jedna z nejstarších audiometrických metod je klasická sluchová zkouška. Jedná se o orientační zkoušku sluchu, kterou lze provádět u obvodního lékaře. Zkouška se provádí

pomocí vyšetření hlasitou řečí, šepotem nebo ladičkami (Weberova, Rinneho, Schwabachova zkouška). Dalším audiologickým vyšetřením je prahová tónová audiometrie. Jedná se o přesnější metodu a podává informace o stupni i typu sluchového postižení. Provádí se pomocí audiometru v tiché místnosti a vyšetřujeme vzdušné a kostní vedení. Pacient dává signál pokaždé, když něco zaslechne a výsledky se zapisují do audiogramu pomocí audiometrických značek. Pomocí slovní audiometrie se zjišťuje srozumitelnost řeči. Během vyšetření se využívají soustavy o 10 slovech, které musejí splňovat přísná kritéria. Vyšetření se hodnotí v procentech a výsledky se zaznamenávají do křivky audiologie. Mezi subjektivní metody řadíme i speciální nadprahové testy, které se používají pro lokalizaci a rozlišení kochleární nebo suprakochleární sluchové vady. Do speciálních nadprahových testů řadíme například SISI test, Fowlerovu zkoušku, Regerovu zkoušku nebo Langenbeckovu zkoušku. (Muknšnáblova, 2014)

1.2.2 Objektivní metody

Objektivní metody nejsou vázané na spolupráci klienta, takže to umožňuje vyšetření sluchu už u malých dětí a novorozenců. Během těchto vyšetření jsou využívány speciální přístroje a získané výsledky jsou vyhodnocovány výkonnou výpočetní technikou. V České republice se screening sluchu neprovádí celoplošně, ale vyšetřuje se jen novorozencům, u kterých je riziko poruchy sluchu. „*Plošný screening zařadily do svého programu pouze některé jednotlivé nemocnice.*“ (Muknšnáblova, 2014, str. 30)

Screeningové vyšetření se provádí pomocí metodou otoakustických emisí OAE. „*Otoakustické emise jsou zvuky produkované zevními vláskovými buňkami vnitřního ucha jako reakce na zvukový podnět.*“ (Jungwirthová, 2015, str. 25) Měření otoakustických emisí je, jak je uvedeno výše, objektivní vyšetření sluchu. Jedná se o neinvazivní, rychlou a jednoduchou metodu, která nevyžaduje spolupráci vyšetřovaného. Odpovědi jsou zachyceny malou sondou, kterou má miminko ve zvukovodu. Odpovědi mohou být výbavné (lze předpokládat normální sluch) nebo nevýbavné (lze předpokládat sluchovou poruchu). (Myška, 2007, online) Při nevýbavných emisích se musí zkouška opakovat, protože může dojít ke špatnému výsledku z důvodu zbytku plodové vody ve zvukovodu nebo ruchem v pozadí. (Jungwirthová, 2015)

Pediatr během preventivních prohlídek, provádí tzv. orientační zkoušku sluchu. Tato zkouška se provádí ve čtvrtém, osmém, dvanáctém a osmnáctém měsíci dítěte, a pak každé dva roky. Dochází ale i k situacím, kdy dítě se sluchovým postižením tuto zkoušku bez problému absoluuje, a proto je důležité i to, aby si rodiče všímali nerovnoměrností ve vývoji a při jakémkoli podezření na sluchovou vadu informovali svého pediatra. (Jungwirthová, 2015)

Další metodou objektivního vyšetření sluchu je impedanční audiometrie. Jedná se o vyšetření, které zjišťuje stav bubínku (celistvost a tuhost) a přítomnost tekutin ve středouší. (Horáková, 2012)

Vyšetření evokovaných sluchových potenciálů mozkového kmene (BERA) je poslední metodou objektivních vyšetření sluchu. Tato metoda se využívá u jedinců, kteří nedokážou absolvovat subjektivní audiometrické vyšetření, kvůli nízkému věku nebo inteligence. Pomocí BERA vyšetření jsme schopni změřit celou sluchovou dráhu od kochley až po korovou oblast. Vyšetření se provádí ve spánku. (Horáková, 2012)

1.3 Rehabilitace dítěte se sluchovým postižením

Jakákoliv rehabilitace se odvíjí od typu a stupně sluchového postižení a od jeho příčiny. Cílem rehabilitační péče o dítě se sluchovým postižením je odstranit příčinu, aby mohlo dojít k odstranění nebo alespoň ke zmírnění sluchové vady, rozvoji komunikace a začlenění se do společnosti. Během rehabilitační péče dochází k tzv. interdisciplinární spolupráci mezi obory, které zahrnují zdravotnickou, sociálně právní i pedagogicko-psychologickou péči. Rehabilitace je tedy zaměřena na reedukaci, kompenzaci a akceptaci. (Mukšnáblová, 2014)

1.4 Kompenzační pomůcky

„Kompenzační pomůcky se zahrnují široký soubor speciálních zesilovacích elektroakustických přístrojů umožňujících osobám se sluchovým postižením překonat komunikační potíže, které jsou sluchovou vadou způsobeny.“ (Horáková, 2012, str. 93)

1.4.1 Sluchadla

Sluchadla jsou jedny z nejefektivnějších technických pomůcek u osob se sluchovým postižením. *„Jsou tu elektronické akustické přístroje, které dokáží účinně zesílit a modulovat zvuk. Zesílený zvuk je veden do ucha a speciálně modulován dle typu a charakteru sluchové vady. Zesílení nesmí být pod sluchovým prahem konkrétního dítěte, to by dítě neslyšelo. Ale také nesmí být přílišné, aby překračovalo práh nepříjemného sluchu a způsobovalo bolest.“* (Mukšnáblová, 2014, str. 40-41)

Sluchadla se dají využívat u lehkých i těžkých sluchových vad. Sluchadlo se skládá z mnoha částí: mikrofon, reproduktor, zesilovač, regulátor hlasitosti, přepínač programů, ušní tvarovka a indukční cívka. (Horáková, 2012)

Existuje několik druhů sluchadel a jejich dělení. *„Sluchadla můžeme dělit podle:*

- *Konstrukčního provedení – kapesní, závěsná, nitroušní a brýlová sluchadla.*
- *Podle zpracování signálu – analogová a digitální sluchadla.*
- *Způsobu přenosu zvuku – vzdušné a kostní vedení.*“ (Skákalová, str. 78-79)

Jednotlivé typy sluchadel mají své výhody a nevýhody. Nejčastěji se využívá sluchadlo závěsné. Dále se využívají sluchadla nitroušní (boltcové, zvukovodové, kanálové), která se vkládají přímo do ucha a tím nám zaručují přesnější přenos zvuku, ale jsou náročné na manipulaci a u dětí se nedoporučují. Kapesní sluchadlo, které se nosí v kapse nebo u malých dětí zavěšené na krku, se v dnešní době nepoužívá z důvodu přenosu rušivých zvuků z oblečení. U brýlových sluchadel se využívá kostního vedení a jsou připevněny k brýlím. Využívá se u dětí s těžkou převodní poruchou, nebo u dětí u kterých je spojena sluchová vada se zrakovou. (Mukšnáblová, 2014)

1.4.2 Kochleární implantát

„Kochleární implantát představuje nitroušní elektronickou smyslovou náhradu, která je určena lidem s těžkým sluchovým postižením, nebo lidem zcela neslyšícím.“ (Horáková, 2012, str. 100)

K přenosu sluchových vjemů dochází přímým drážděním sluchového nervu uvnitř hlemýžďe ve vnitřním uchu. Dráždění probíhá díky jemného svazku elektrod, které jsou umístěny přímo v hlemýždi. Jedná se o vnitřní část kochleárního implantátu, který je voperovaný do lůžka ve skalní kosti a skládá z jemného svazku elektrod a z přijímače. Vnější část kochleárního implantátu se skládá z mikrofону, vysílací cívky a řečového procesoru. Je umístěna za ušním boltcem a dochází v něm k přenosu informací. (Holmanová, 2005)

Kochleární implantát je vhodný implantovat u dětí s těžkou ztrátou sluchu, u kterých se nepředpokládá jeho zlepšení a rozvoj řeči ani pomocí sluchadel. Dítě, u kterého se rozhodne implantování kochleárního implantátu, je pravidelně sledováno foniatrem a audiologem a nosí oboustranně závěsná sluchadla po dobu minimálně šesti měsíců. Pokud ani po těch šesti měsících nedojde ke zlepšení sluchového vnímání a rozvoje řeči, tak je dítě zařazeno do programu na kochleární implantaci. Implantace kochleárního implantátu je plně hrazena zdravotním pojištěním a jde o velmi nákladnou a život i zdraví ovlivňující metodu, a proto o vhodnosti implantace rozhoduje komise, která se skládá z odborných lékařů, psychologa, zástupce zdravotní pojišťovny, zástupce ministerstva zdravotnictví a zástupců rodičů dětí s postižením sluchu. (Mukšnáblová, 2014)

Houdková (2005) uvádí, že pro provedení kochleární implantace je nejvhodnější doba je mezi 2. a 4. rokem věku dítěte a je určena pro děti ohluchlé, po prodělání zánětu centrálního nervového systému a pro děti, které se narodily s oboustranným těžkým postižením sluchu. Úspěch kochleární implantace závisí na mnoha faktorech. Jeden z nejdůležitějších faktorů je včasné a správné provedení zákroku. Dalšími faktory jsou například: inteligence dítěte, nadání pro řeč, přítomnost přidružených problémů, rodiče a prostředí, ve kterém dítě vyrůstá. Rodiče musí po implantaci s dítětem individuálně pracovat a pravidelně s ním navštěvovat nejbližší centrum pro kochleární implantaci pro nastavování zvukového procesoru.

1.5 Logopedická péče

U dětí se sluchovým postižením je značně ovlivněný vývoj řeči. Je důležité zmínit, že na vývoj řeči má vliv sluchové postižení. U osob prelingválně neslyšících se jedná o přerušném vývoji řeči, kdy v důsledku toho, že sluchové postižení vzniklo před základní fixací českého jazyka. U osob plně neslyšících se může jednat o omezený vývoj řeči a u osob nedoslýchavých opožděný vývoj řeči. (Lechta, 2008)

V České republice je logopedická péče v kompetenci tří resortů, tedy zdravotního, sociálního a školního resortu. Takže logopedickou péči mohou poskytovat Střediska pro ranou péči pro sluchově postižené (Centrum pro dětský sluch Tamtam), Speciálně pedagogické centrum pro sluchově postižené, kliničtí logopedové a mateřské školy pro sluchově postižené. (Holmanová, 2005) Cílem logopedické péče je rozlišovat, minimalizovat, zmírnit a překonat narušenou komunikační schopnost. (Klenková, 2006)

Logopedická péče se zaměřuje na vyvození hlasu a jeho aktivního využívání, vyvození hlásek, rozvoj motorických schopností (jemná a hrubá motorika, motorika mluvidel), rozvoj reakce na zvuk a důležitý je i nácvik navození zrakového kontaktu, který je důležitý pro rozvoj odezírání. (Horáková, 2012)

2 Raná péče

Raná péče jako sociální služba je definována v mnoha publikacích. Všechny se shodují v tom, že se jedná o službu sociální prevence, která podporuje děti se zdravotním postižením nebo ohroženým sociálním, biologickým nebo psychickým vývojem, ale podporuje i rodiny zmíněných dětí. Hlavním cílem je předcházet postižení, eliminovat nebo zmírnit důsledky postižení a hlavně podporovat dítě tak, aby se mohlo co nejvíce začlenit do společnosti. (Šándorová, 2017) Služba je poskytována hlavně formou terénní, tedy v přirozeném prostředí domova dítěte. (Hradilková, 2018)

2.1 Vznik a vývoj

Historie rané péče započala už v 80. letech 20. století, kdy se jednalo o dobrovolné skupinky studentek speciální pedagogiky, které poskytovaly poradenství rodinám dětí se zrakovým postižením. To vedlo ke vzniku týmu, který se snažil poskytovat odbornou pomoc rodičům dětí s postižením. V 90. letech začínají vznikat za podpory neziskových organizací profesionální programy rané péče, které pracovaly na stejném principu jako dnes. Už od začátků se jednalo o terénní službu poskytovanou v domácím prostředí dítěte a docházelo ke spolupráci s dalšími odborníky. Pod organizací SONS (dříve ČUNS) vznikly první střediska rané péče a to pro osoby se zrakovým postižením. Federace rodičů a přátel sluchově postižených v roce 1994 také připojila. Raná péče začala tedy pomáhat v rodinách, aby se zamezilo k příklonu k institucionální péči. Rodině se snažili zajistit co nejlepší péči, za pomoci spolupráce s dalšími odborníky. V roce 2003 vznikla Asociace pracovníků v rané péči, která přijala standarty rané péče. Raná péče jako sociální služba prevence byla ukotvena v zákoně 108/2006 Sb. (Hradilková, 2015, online)

2.2 Legislativní vymezení

Raná péče je ukotvena v zákoně č. 108/2006 Sb. o sociálních službách v platném znění §54. „*Raná péče je terénní služba, popřípadě doplněná ambulantní formou služby, poskytovaná dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené, nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu. Služba je zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby.*“ (Zákon 108/2006 Sb., online)

V zákoně jsou přesně stanoveny základní činnosti, které služba rané péče poskytuje. Činnosti jsou blíže popsány ve vyhlášce 391/2011 Sb., kterou se mění vyhláška č. 505/2006 Sb. (Vyhláška 391/2011 Sb., online)

<u>Výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti</u>
1. zhodnocení schopností a dovedností dítěte i rodičů, zjišťování potřeb rodiny a dítěte s postižením nebo znevýhodněním
2. specializované poradenství rodičům a dalším blízkým osobám
3. podpora a posilování rodičovských kompetencí
4. upevňování a nácvik dovedností rodičů nebo jiných pečujících osob, které napomáhají přiměřenému vývoji dítěte a soudržnosti rodiny
5. vzdělávání rodičů, například formou individuálního a skupinového poskytování informací a zdrojů informací, seminářů, půjčování literatury
6. nabídka programů a technik podporujících vývoj dítěte
7. instrukce při nácviku a upevňování dovedností dítěte s cílem maximálního možného využití a rozvoje jeho schopností v oblasti kognitivní, sensorické, motorické a sociální.
<u>Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím</u>
1. pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob
2. podpora a pomoc při využívání běžně dostupných služeb a informačních zdrojů
<u>Sociálně terapeutické činnosti</u>
1. psychosociální podpora formou naslouchání;
2. podpora výměny zkušeností;
3. pořádání setkání a pobytových kurzů pro rodiny.
<u>Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí</u>
1. pomoc při komunikaci, nácvik dotazování a komunikačních dovedností, podpora svépomocných aktivit rodičů;
2. doprovázení rodičů při vyřizování žádostí, na jednání a vyšetření s dítětem, popřípadě jiná osoba jednání v záležitostech týkajících se vývoje dítěte.

Tabulka 1 Základní činnosti při poskytování služby rané péče (Šándorová, 2017, str. 47)

2.3 Organizace péče v ČR

Sociální služby se v České republice nejčastěji poskytují nestátní neziskové organizace, které mají zásluhu na vzniku služby sociální prevence rané péče. Sektor neziskových organizací chtěl, aby došlo k poskytování moderních sociálních služeb. (Šándorová, 2017) Služby rané péče jsou rozděleny podle cílových skupin jednotlivých organizací:

- s poruchou autistického spektra,

- se zdravotním postižením,
- se sluchovým postižením,
- s narušenou komunikační schopností,
- se zrakovým postižením,
- s mentálním postižením,
- s nejednoznačnou specifikací. (Společnost pro ranou péči, z.s., 2017)

Ministerstvo práce a sociálních věcí uvádí, že se na území České republiky nachází 49 poskytovatelů (56 pracovišť) služby pro všechny specifické druhy postižení dítěte. (Hradilková, 2018)

Dle zákona č. 108/2006 Sb.(Zákon 108/2006 Sb., online) o sociálních službách je raná péče chápána jako služba sociální prevence.

Raná péče je pro osoby se sluchovým postižením poskytována Centrem pro dětský sluch Tamtam, který sídlí v Praze a v Olomouci a působí po celé České republice. (Centrum pro dětský sluch Tamtam, 2020, online)

2.4 Tým rané péče

„Pro udržení vysokého standardu kvality služby je nutná mezioborová spolupráce..“ (Společnost pro ranou péči, 2019, online). Základními členy týmu rané péče je speciální pedagog a rodiče dítěte. Skladba týmu se odlišuje podle odborných služeb a specializace pracoviště, které se zaměřují na konkrétní skupinu. Další složení týmu je individuální, protože se liší podle zdravotního postižení dítěte. Díky tomu je dítěti poskytována komplexní péče, podpora za spolupráce s kvalifikovanými odborníky. Členové týmu nejsou povinni pracovat na stejném pracovišti, protože některé služby mohou být poskytnuty externě. Členy interdisciplinárního týmu zpravidla jsou: speciální pedagog, psycholog, (odborný) lékař, sociální pracovník a fyzioterapeut. (Tušlová, Hradilková, 2017, online)

2.5 Zásady služeb rané péče

Jako každá služba, má i raná péče zásady, podle kterých se řídí a poskytují dle nich své služby. Jednotlivé zásady jsou:

- zásada důstojnosti,
- zásada ochrany soukromí klienta,
- zásada zplnomocnění,

- zásada nezávislosti,
- zásada práva volby,
- zásada týmového přístupu a komplexnosti služeb,
- zásada přirozenosti prostředí,
- zásada kontinuity péče. (Slezská diakonie, 2006)

2.6 Centrum pro dětský sluch Tamtam, o.p.s.

2.6.1 Vývoj od historie po současnost

Vznik organizace se datuje do roku 1990, kdy vznikla Federace rodičů a přátel sluchově postižených, o. s.. Federace vznikla z iniciativy rodičů, kteří prosazovali a obhajovali zájmy svých dětí se sluchovým postižením. Hlavním zájmem rodičů bylo zlepšit podmínky vzdělávání. Požadovali, aby vzdělání bylo plnohodnotné a děti měly možnost se začleňovat do přirozených dětských kolektivů. Začlenění do přirozených kolektivů jim posléze mohlo pomoci se uplatnit na trhu práce. Služba rané péče začala být poskytována v roce 1999 v rámci celé České republiky. Mimo službu rané péče federace poskytuje i další služby: odborné a sociální poradenství, týdenní a víkendové pobyty pro rodiny s dětmi se sluchovým postižením, kroužky a volnočasové aktivity. Od roku 2007 nabízí Federace ucelený komplex sociálních, poradenských a informačně vzdělávacích služeb pro rodiny s dětmi se sluchovým postižením. V roce 2013 Federace mění svůj název na Centrum pro dětský sluch Tamtam, o. p. s.. Nadále prohlubuje spolupráce s odborníky, usiluje o lepší mezioborovou spolupráci a lepší péči a vzdělání osob se sluchovým postižením. Vyvíjí aplikace, které slouží k rozvoji komunikace, rozvoji vizuálně-motorické komunikace („Znakujte s námi!“) a vydává knihy pro rodiče a odborníky. Celkově se snaží prohlubovat kvality svých služeb tak, aby obsahoval vše, co rodiny s dítětem se sluchovým postižením potřebují. (Tamtam, 2015, online)

2.6.2 Cíle rané péče

Cílem rané péče je pomoci rodině s dítětem se sluchovým postižením. Důležité tedy je, aby se rodina naučila s dítětem pracovat, naučit se komunikovat s dítětem tak, aby se podporoval celkový vývoj dítěte a respektovali se jeho individuální potřeby. (Centrum pro dětský sluch Tamtam, 2020, online)

Potměšil (2003, str. 119) uvádí tyto cíle rané péče:

- *„Vybavit rodiče informacemi a dovednostmi, aby mohli aktivně působit na snižování míry negativních vlivů zdravotního postižení dítěte.*

- *Vybavit rodiče informace a případě i podporou pro orientaci v systému sociálního zabezpečení a zvyšovat jejich nezávislost na tomto systému.*
- *Podpořit aktivity vedoucí k co nejvyšší míře integrace dítěte a rodiny do běžného života společnosti.*
- *Podpořit přípravu dítěte pro následující stupeň výchovně-vzdělávací soustavy. “*

2.6.3 Poskytované služby

Centrum pro dětský sluch Tamtam poskytuje řadu služeb: Služby jsou poskytovány terénně nebo ambulantně. Služby jsou poskytovány bezplatně a jedinec je může využívat pravidelně, dlouhodobě, ale i jednorázově. Jedná se o tyto poskytování těchto služeb:

- raná péče,
- sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi,
- sociální poradna,
- informační a vzdělávací služby. (Tamtam, online)

3 Princip pracovníka rané péče

3.1 Pracovník rané péče

Když si představíme pracovníka rané péče, jedná se o osobu, která poskytuje přímou pomoc rodině, ve které se narodilo dítě s nějakým typem postižením. Z hlediska vzdělání se jedná o osobu, která má vzdělání se zaměřením v sociální práci, sociální nebo speciální pedagogice nebo sociálně-zdravotním oboru. Své vzdělání si pracovníci postupně doplňují, protože jejich profese je multioborová a zahrnuje znalosti i z jiných oborů a odvětví.

Podle Asociace rané péče České republiky (2018, online) by měl pracovník rané péče být empatický, asertivní, důsledný, schopný vytvořit pocit bezpečí a důvěry, aktivní, tvořivý a důsledný. Hradilková (2018) zmiňuje tyto vlastnosti ještě o další: partnerství, zájem, pochopení a ocenění, respekt a úcta, srozumitelnost, diskrétnost, naslouchání, informování, udržení profesionálních hranic a být vzorem.

Pracovník rané péče by měl mít také tyto dovednosti:

- *„vést strukturovaný rozhovor vedoucí k stanovenému cíli,*
- *poskytnout emoční podporu,*
- *stanovit vývojovou úroveň dítěte na základě jeho pozorování, případně hry s ním,*
- *reagovat na dítě v souladu s jeho individuálními potřebami a možnostmi,*
- *navrhnout odpovídající program rozvoje dítěte (v souladu s cílovou skupinou),*
- *nabídnout přiměřenou intervenci (nápad, informaci, radu) v přiměřený čas,*
- *pracovat s informacemi – vyhledávat je, třídít, uchovávat (dokumentace),*
- *vypracovat písemnou zprávu ve prospěch dítěte, rodiny na základě dostupných informací.“* (Asociace rané péče, 2018, online)

Dále by měl být týmový, protože je důležité, aby spolupracoval a komunikoval s odborníky, institucemi, ale i s ostatními poradkyněmi rané péče a sdílel zkušenosti. Samostatnost je také jedna z dovedností, kterou by měl ovládat, protože si řídí sám svou pracovní dobu a organizuje si svou práci. Důležité je i prezentace služby veřejnosti, aby se dostala více do povědomí a mohlo ji využít více rodin, které ji potřebují. Mimo prezentaci služby je také důležité, aby docházelo k rozvoji oboru rané péče. Protože je služba rané péče primárně terénní služba, poradce by měl být schopný řídit auto. (Asociace rané péče, 2018, online)

3.2 Kompetence pracovníka rané péče

Pracovník rané péče během své práce využívá kompetence, které se orientují do několika oblastí. Během konzultací je důležité si s klientem a rodiči vybudovat vztah, ve kterém se budou obě strany cítit pohodlně. Při budování vztahu je nutné stanovit hranice, které budou obě strany dodržovat. Ve vztahu poradce a dítě musí být motivace, která vede dítě ke spolupráci a vykonání činnosti (hry). Nejdůležitější ve vztahu poradce a rodiče je komunikace. Během konzultace předá pracovník rodině veškeré informace (o typu postižení, rehabilitace..) a materiály (informační letáky, publikace, pomůcky na vyzkoušení). Důležitým faktorem komunikace je, že se vždy musí respektovat rozhodnutí rodičů a názor poradce musí zůstat neutrální. Je důležité, aby se pracovník orientoval v komplexní situaci klienta a plánoval s ním postup práce. Poradce by se měl orientovat v legislativě, aby byl schopen rodinu informovat o dalších službách a aktivitách, které mohou být dítěti poskytnuty nebo získávání finančních zdrojů. Aby byl pracovník schopný předávat rodinám adekvátní informace, je potřeba, aby se neustále vzdělával. (Asociace rané péče, 2018, online)

3.3 Asociace pracovníků v rané péči

Asociace pracovníků v rané péči (APRP) je státní profesní organizace, která sdružuje poskytovatele rané péče. Členy jsou organizace, které se hlásí k dohodnuté kvalitě poskytovaných sociálních služeb a poskytují ranou péči podle dobře popsané dobré praxe. *„Členem může být pracoviště rané péče, které je držitelem Garance kvality služby ze strany ARPR. Garance potvrzuje, že organizace respektuje všechna pravidla formulovaná zákonem 108/2006 Sb. a druhové standardy služby. Garance se uděluje na dobu dvou let.“* (Šándorová, 2017, str. 53)

Cílem organizace je podpora, prosazování a kultivování oboru rané péče a zároveň zvyšování kvality služby vzděláváním pracovníků rané péče nebo hájení zájmů pracovišť rané péče. Díky asociaci spolu mohou jednotlivá pracoviště spolupracovat. APRP *„podporuje odbornou i publikační činnost, šíří informace směrem k odborné i laické veřejnosti, podílí se na mezinárodní spolupráci a na poskytování dalšího vzdělávání v oboru rané péče.“* (Šándorová, 2017, str. 53)

Praktická část

Praktická část navazuje na část teoretickou, která se zaměřuje na problematiku sluchového postižení, konkrétně na klasifikaci sluchových vad, jejich příčiny a prevence. Dále se zaměřuje na diagnostiku a rehabilitaci sluchových vad. Orientační diagnostiku provádí i pracovník rané péče, kterému byla věnována druhá kapitola. Další kapitola se zabývá službou rané péče, kdy nejdříve obecně a postupně se to přímo zaměřuje na ranou péči pro děti se sluchovým postižením, kterou provozuje Centrum pro dětský sluch Tamtam. Na praktické části spolupracovaly poradkyně z Centra pro dětský sluch Tamtam, a to jak z rané péče Čechy, ale i z rané péče Morava a Slezsko.

4 Pedagogický výzkum

4.1 Metodologie

Metodologie, která byla využita v praktické části, využívá metodu kvalitativní. Podle Švaříčka a Šed'ové (2014, str. 17) je kvalitativní metoda „*proces zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí s cílem získat komplexní obraz těchto jevů založený na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu.*“ Kvalitativní část je složena z rozhovorů, nebo-li interview s vybranými respondenty, v tomto případě s pěti poradkyněmi rané péče. Rozhovor „*můžeme definovat jako nestandardizované dotazování jednoho účastníka výzkumu zpravidla jedním badatelem pomocí několika otevřených otázek.*“ (Švaříček, Šed'ová, 2014, str. 159)

Rozhovory probíhaly s poradkyněmi rané péče, které pracují v Centru pro dětský sluch Tamtam. Centrum pro dětský sluch byl osloven skrze formulář, který je k dispozici na stránkách organizace. Po domluvě s vedoucí služby, jak pro Ranou péči Morava a Slezsko, nebo pro Ranou péči Čechy, byly osloveny jednotlivé poradkyně rané péče. Poradkyně byly kontaktovány přes e-mail. Všechny respondentky byly předem seznámeny s otázkami, které jim byly poskytnuty. Celkem se praktické části zúčastnilo 5 respondentek, jak z pracoviště pro Moravu a Slezsko, ale i z pracoviště pro Čechy. Některé rozhovory probíhaly prezenčně a některé online. Poslední částí byla analýza dat, vytvoření závěru a naplnění cíle bakalářské práce.

4.2 Cíl

Cílem praktické části a vlastně cílem celé bakalářské práce je více prozkoumat a poznat práci, kterou provádějí poradkyně v rané péči pro osoby se sluchovým postižením, co jejich práce obnáší, jak probíhá a co jim pomáhá během jejich práce.

4.3 Vzorek metody

- Můžete nejdříve představit ranou péči pro kterou pracujete? Na jaké pozici pracujete? Jaké máte vzdělání?
- Byla potřeba před nástupem do Vaší práce znalost českého znakového jazyka?
- Co vás přivedlo k práci v rané péči? Co Vás vedlo zrovna k tomuto věkovému období?
- Jak dlouho pracujete v rané péči?
- Kolik máte v péči rodin?
- Jak začíná spolupráce s rodinou

- Jak vypadá Váš běžný den?
- Jaké pomůcky a materiály vozíváte do rodin?
- Stalo se vám někdy, že s Vámi rodina nechtěla spolupracovat? Jak jste se v tu chvíli zachovala? Co je podle Vás nejtěžší na spolupráci s rodinou?
- Stalo se Vám někdy, že jste musela ukončit spolupráci, protože se Vám s rodinou špatně spolupracovalo?
- Spolupracujete a radíte se s dalšími poradci rané péče? Máte supervizi?
- Jaký by podle Vás měl být pracovník rané péče?
- Myslíte si, že jsou nějaká negativa v systému rané péče?

4.4 Rozhovor s poradkyní č. 1

S poradkyní A jsme se skrze e-mailovou konverzaci domluvily, že rozhovor proběhne osobně a na pracovišti Centra pro dětský sluch. Rozhovor byl nahrán, přepsán a poskytnut v příloze. Pracovnice vystudovala sociální práci a v Centru pracuje prvním rokem. K práci s osobami se sluchovým postižením vždycky směřovala. Na vysoké škole chtěla studovat Češtinu v komunikaci neslyšících, ale když se nedostala, vydala se na cestu sociální práce. Při studiu se věnovala studiu znakového jazyka.

Jak už je zmíněno výše, poradkyně pracuje v Centru prvním rokem a v péči má 10 rodin. Díky tomu, že se při studiu věnovala znakovému jazyku, měla při nástupu do práce v Centru pro dětský sluch Tamtam výhodu. Nemá úplnou kapacitu rodin (plná kapacita rodin u jednoho poradce činí 18-20 rodin).

Každá poradkyně má dny rozdělené na výjezdové a nevýjezdové dny, hlavně z důvodu, aby si mohly všechny prostřídat auta. Pracovnice má pondělí jako den nevýjezdový a dny výjezdové jsou: úterý odpoledne, středa, čtvrtek a pátek. Délky konzultací jsou různé, hlavně ze začátku spolupráce s rodinou jsou podle poradkyně konzultace častější a intenzivnější. Postupem spolupráce se zkracuje doba konzultací, protože časem potřeba témat a informací, co rodiče potřebují vědět upadá a hlavně si poradkyně postupem času vytvoří s rodinou vztah, takže už se nepotřebují ve všem ujišťovat a komunikace probíhá snadněji a rychleji. Do rodin vozí různé hračky, které jsou zaměřené na sluch, dále hlukoměr, hudební nástroje, vlastnoručně vyrobené pomůcky, audiometr (na něm probíhá nácvik s dítětem před vyšetřením na audiometrii) nebo makety kochleárního implantátu nebo sluchadel, aby se na ně mohli rodiče podívat, než je dostane jejich dítě. Na konzultace vozí i tablet, který se dá využít jak s dítětem, tak s rodiči, například k vyhledávání nějakých dalších služeb. Poradkyni se nasetkala se situací,

že by s ní rodina nechtěla spolupracovat, a zároveň nenastala situace, kdy se jí s rodinou špatně spolupracovalo. Nejtěžší na spolupráci s rodinou poradkyně uvedla, že se jedná o znalosti, které jí chybí. Dále sebejistota během spolupráce, sladit se s rodinou a vybudovat si s rodinou důvěru a společně najít, co na dítě funguje. Nejtěžší co vnímá poradkyně u sebe je „time management“ během konzultací, kdy si jí musí správně rozplánovat, aby tam byl prostor jak na dotazy rodičů, tak i na práci s dítětem. Spolupráce mezi jednotlivými poradkyněmi probíhá intenzivně a probíhají v rámci celého týmu, které probíhají v rámci „Dvorku“. Poradkyně uvedla, že se jedná o pravidelná setkání, které vždy probíhá na předem připravené téma, o kterém se všechny společně pobaví. Dále mají v rámci týmu „Hnízda“. V každém Hnízdu se nachází vždy jeden senior (jedná se o služebně starší poradkyni) a junioři (služebně mladší poradkyně). V rámci hnízd se mohou o čemkoliv poradit. Dvakrát do roka má poradkyně se svým seniorem a vedoucí služby individuální kazuistickou poradou, kde projde klientské složky. Poradkyně mají k dispozici supervize. Dále mají poradkyně internetový disk, na kterém si sdílejí materiály, odkazy, videa nebo tipy. Jako pozitivum poradkyně vnímá, že mohou jezdit na náhledy na konzultace jiných poradkyň, protože *„člověk zjistí, že každý člověk uchopuje věci úplně jinak.“*

Dle poradkyně by měl mít pracovník rané péče tyto vlastnosti: empatický, tolerantní vůči rozhodnutím někoho jiného (rodiny), musí mít chuť do té práce, učit se nové věci, chuť pracovat s dětmi, znát svoje limity a být schopen sebereflexe.

4.5 Rozhovor s poradkyní č. 2

S respondentkou jsem se domluvila skrze e-mail na tom, že rozhovor bude probíhat osobně a na pracovišti Centra pro dětský sluch. Rozhovor byl nahrán, přepsán a poskytnut v příloze. Respondentka má bakalářské vzdělání v oboru Speciální pedagogika vychovatelství a dokončuje navazující magisterské studium Speciální pedagogika poradenství. K práci v rané péči ji přivedla praxe, kterou na pracovišti měla a práce poradce se jí zalíbila, a zároveň práce s dětmi se také chtěla věnovat delší dobu. V rané péči pracuje rok a půl a v péči má 12 klientů.

Poradkyně má zkrácený úvazek, takže má výjezdní dny tři dny v týdnu, oproti plnému úvazku, kdy jsou výjezdní 3,5 dne. Ve výjezdní den přijde do kanceláře, kde se nachystá na konzultaci, kterou tu den má. Vybere vhodné hračky a materiály, které se na konzultaci budou hodit a budou vyhovovat požadavkům, které vycházejí z předešlé konzultace. U rodiny stráví průměrně dvě hodiny. Konzultace začíná úvodním rozhovorem s rodinou, ve kterém zjišťuje co je nového, jak dlouho bude dnes konzultace trvat, jestli má rodina nějaké speciální požadavky a hlavně jaké vyšetření rodina absolvovala nebo jestli nenastaly nějaké klíčové

změny. Po rozhovoru přichází na řadu aktivita s dítětem. V průběhu činností komentuje, co bude dělat a jaký to má cíl, aby byli rodiče informováni, a zároveň rodiče dávají zpětnou vazbu. Na závěr dojde ke shrnutí konzultace, co se tam dělo a zpětná vazba rodičů a domluví se na další termín, případně se zadají úkoly. Po konzultaci dojde pracovnice zpět do kanceláře, vybalí se, a buď se nachystá na další den nebo udělá zápis z této konzultace. Konzultace se snaží mít pravidelně v rozmezí 3-6 týdnů, kdy ze začátku spolupráce jsou intenzivnější. Jako nevyjezdni den má úterý a středu. V úterý dopoledne probíhá na pracovišti tzv. „provozní okénko“, ve kterém se řeší všechny organizační záležitosti. Během nevyjezdni dnů si respondentka píše zápisy do počítače, dělá si pořádek ve složkách, chystá si pomůcky na další dny, připravuje materiály, odepisuje na e-maily nebo volá rodinám, se kterými nebyla momentálně v kontaktu. Do rodin vozí velké množství pomůcek. Zvolení pomůcek se odvíjí od toho, co dané rodina potřebuje, ale vždy se jedná o nějaké zvukové hračky. Poradkyni se nikdy nestlalo, že by musela z jakéhokoliv důvodu ukončit spolupráci s rodinou a předat rodinu jiné poradkyni, ale už má zkušenost s tím, že se jí rodina přestala ozývat. Když tato situace nastane, že se rodina neozývá půl roku, tak se ukončuje služba, ale samozřejmě mohou službu opět kontaktovat.

Nejtěžší na spolupráci s rodinou je dle poradkyně komunikace a vytvořit si hranice a nastavit si správnou atmosféru, aby se během konzultace všichni cítili příjemně a dobře. S ostatními kolegyněmi spolupracuje velice často, většinou denně. *„Na pracovišti, když něco nevíme, můžeme se na sebe obrátit a říct si co a jak a poradit si. Vzájemně se od sebe učíme.“* Jako podporu mají i supervize, které jsou nabízeny minimálně čtyřikrát do roka.

Dle poradkyně by měl mít pracovník rané péče tyto vlastnosti: dobrý řidič, trpělivý, ohleduplný, komunikativní, empatický, asertivní a pečlivý...obecně by měl mít všechny dobré vlastnosti člověka.

4.6 Rozhovor s poradkyní č. 3

S poradkyní C jsem se domluvila skrze e-mail na tom, že rozhovor bude probíhat online přes platformu Google meet. Rozhovor byl nahrán, přepsán a poskytnut v příloze.

Respondentka má vystudovanou sociální práci a v Rané péči pracuje již 7 let. Momentálně má v péči 13 klientských rodin. K práci ji vedla spolupráce s celou rodinou, protože jí dává větší smysl pracovat s celým komplexem (rodinou), než aby bylo vynecháno dítě nebo rodič. Znakový jazyk se začala učit až po nástupu na pozici poradkyně. Každý den poradkyně vypadá jinak. Konzultace probíhá ve 4 částech. První je krátká a jedná se o úvodní

uvítání, zjištění jaká je atmosféra v rodině, a jak je naladěné dítě. Druhá část je rozhovor s rodiči a třetí je hra s dítětem. Poslední částí je uzavření konzultace, ve kterém dochází ke shrnutí a domluvení dalšího termínu. Délka konzultace se odvíjí od mnoha faktorů, ale průměrně trvá 1,5 až 2 hodiny. Optimálně se snaží navštívit čtyři rodiny týdně, ale není to pravidlem. Denně má pracovnice maximum 3 rodiny, „3 jsou maximum, více se nedá zvládnout, i proto, že pak člověk nemá mentální ani fyzickou kapacitu.“ Do pracovní doby se počítá i cesta na konzultaci, zpracování konzultace, zhodnocování spolupráce, práce pro klienty, přemýšlení o rodině a dítěti ... „kdyby to člověk sečetl, tak jedna terénní konzultace vyjde na jeden pracovní den“. Do rodin vozí poradkyně spoustu pomůcek. Rodiče mají většinou velký zájem o hračky, protože u některých je pořizovací cena vyšší a děti si hračky rychle okoukají. Standartně vozí čtyři hračky-jedna na rozvoj sluchového vnímání, případně porozumění řeči, druhá na navázání kontaktu, třetí na komunikaci a čtvrtá je na podporu ostatních dovedností, aby docházelo k rozvoji celé osobnosti. Další pomůcky se odvíjí od toho, na čem zrovna s rodiči a dítětem pracují (brožurky, tablet, knihy..). To, že by rodina nechtěla spolupracovat, se poradkyni nestalo. Situace, kdy by poradkyně ukončovala spolupráci, se stává málokdy. Přesné podmínky mají ve smlouvě a v situacích, kdy se rodina neozývá delší dobu (půl roku), tak se spolupráce ukončuje. Nejtěžší na spolupráci s rodinou je dle poradkyně to, aby si nevozila jejich příběhy domů. „V kovidu bylo pro mě náročné se „odpojit“, protože jsem přišla o základní podpůrnou síť a to je pro mě můj tým. Teď už je to zase běží a co pomáhá, člověk přijede z konzultace, potká kolegyni a co potřebuje, tak ji řekne. Pokud je něco, co mi v hlavě leží víc, tak si to dá vzít na supervizi. Osobní psychohygienu formou sportu.“

Dle poradkyně by měl mít pracovník rané péče tyto vlastnosti: zodpovědný, týmový, schopný flexibility, schopný sebereflexe, ochotný se vzdělávat, hravý, kreativní, empatický a být schopný naslouchat.

4.7 Rozhovor s poradkyní č. 4

S poradkyní D jsem se domluvila skrze e-mail na tom, že rozhovor bude probíhat online přes platformu Google meet. Rozhovor byl nahrán, přepsán a poskytnut v příloze. Respondentka má vystudovanou speciální pedagogiku se zaměřením na logopedii a surdopedii. V rané péči pracuje třetím rokem a má v péči 20 rodin, takže má plnou kapacitu. K práci poradce se dostala přes práci v mateřské škole, kde ji chyběla spolupráce s rodiči, protože nebylo tolik prostoru s nimi spolupracovat, a tak se přihlásila na místo poradce rané péče. Pro poradkyni jsou 2 konzultace denně limit, a za týden 4, jinak je to pro ni náročné. Délka konzultace je individuální, ale pohybuje se okolo dvou hodin. Na konzultace s sebou vozí zvukové hračky,

vkładačky nebo dřevěné navlékačky, vždy se to odvíjí od přání rodiny nebo potřeb dítěte. Dále s sebou poradkyně vozí integrované vývojové škály a kartu klienta. Poradkyni se nikdy nestalo, že by s ní rodina nechtěla spolupracovat, nebo že by musela sama ukončit spolupráci. Jako nejtěžší, hlavně na začátku, považovala „umění vést rozhovor s rodiči“. Spolupráci s dalšími kolegyněmi považuje za velice důležitou. Každý měsíc v rámci kazuistik mohou mezi sebou probrat rodiny nebo situace v rodině, které je tíží a neví si s nimi rady. Dále má možnost probrání klientů s vedoucí služby. Spolupráce je dle poradkyně důležitá i jako prevence syndromu vyhoření. Může s kolegyněmi na denní bázi diskutovat o klientech v kanceláři nebo telefonicky, a díky tomu si nemusí brát práci domů a tím předchází syndromu vyhoření.

Dle poradkyně by měl mít pracovník rané péče tyto vlastnosti: orientovat se v informacích, samostatný, umět plánovat, zodpovědný, kolegiální, být schopen pracovat sám na sobě.

4.8 Rozhovor s poradkyní č. 5

S poradkyní E jsem se domluvila skrze e-mail na tom, že rozhovor bude probíhat online přes platformu Google meet. Rozhovor byl nahrán, přepsán a poskytnut v příloze. Respondentka má vystudované magisterské vzdělání Speciální pedagogiku předškolního věku. V rané péči pracuje devátým rokem a v péči má 4 rodiny. K práci se dostala skrze dobrovolnickou činnost v Centru pro dětský sluch Tamtam, kdy během přednášek pro rodiče hlídala děti. Tuto dobrovolnickou činnost vykovala až do konce studia a následně hned nastoupila jako poradkyně rané péče. Rodiny navštěvuje v měsíčních intervalech a s jejím úvazkem to vychází, že výjezdy do rodin má jednou do týdne. Na konzultacích využívá jak hračky a pomůcky, které má ta daná rodina doma, ale i pomůcky a hračky, které s sebou poradkyně doveze, jako například zvukové hračky, zvukový kufřík, audiometr a integrované vývojové škály. Jako nejtěžší na spolupráci vnímá vytvoření si vztah s rodinou. Vztah s rodinou je důležitý k tomu, aby se nám ta rodina (rodič) byl schopen otevřít a spolupráce probíhala dobře. V týmu nachází velkou oporu, ať už v rámci kazuistických porad, porad v užším týmu nebo individuálně, kdy si po konzultaci mohou buď zavolat, nebo v kanceláři ji probrat a vypovídat se z konzultace. To poradkyni usnadňuje nebrat si práci domů a jít domů s čistou hlavou.

Dle poradkyně by měl mít pracovník tyto vlastnosti: umět pracovat s lidmi, empatický, umět naslouchat, podpořit, nesoudit, nasměrovat a být podporou pro rodinu.

5 Výsledky výzkumu

Respondentky	Odpracované roky	Počet klientů
Poradkyně A	1 rok	10
Poradkyně B	Rok a půl	12
Poradkyně C	7 let	13
Poradkyně D	3 roky	20
Poradkyně E	9 let	4

Tabulka 2 Respondentky

Už na začátku výběru způsobu zpracování praktické části byla vybrána metoda rozhovoru, protože je to dle mého metoda, kterou byla možnost zjistit co nejvíce vhodných informací.

Hlavním cílem praktické části, jak už je zmiňováno výše, je prozkoumat a poznat práci, kterou provádějí poradkyně v rané péči pro osoby se sluchovým postižením, co jejich práce obnáší, jak probíhá a co jim pomáhá během jejich práce.

- Můžete nejdříve představit ranou péči pro kterou pracujete? Na jaké pozici pracujete? Jaké máte vzdělání?

Všechny poradkyně pracují pro Centrum pro dětský sluch Tamtam na pozici poradce rané péče. Jejich vzdělání je buď v oborech speciální pedagogika, nebo sociální práce.

- Byla potřeba před nástupem do Vaší práce znalost českého znakového jazyka?

Před nástupem do Centra pro dětský sluch není podmínkou umět znakový jazyk, ale považuje se to za výhodu. Dobrá znalost znakového jazyka může rozhodnout, s jakými rodinami bude budoucí poradce pracovat. Pokud je znalost na dobré úrovni, bude primárně pracovat s rodinami, kde se nacházejí rodiče, kteří mají také sluchové postižení. Všechny poradkyně uvedly, že při nástupu měly alespoň základní úroveň znakového jazyka a během práce se doučovaly potřebné znaky.

- Co Vás přivedlo k práci v rané péči? Co vás přivedlo zrovna k tomuto věkovému období?

Důležitý fakt během práce poradkyně je to, že se nejedná nejen o práci s dítětem, ale i práce s rodičem je velice důležitá. To, že se jedná o spolupráci s celou rodinou, byl i jeden z faktorů, proč se poradkyně rozhodly pro svou práci, protože v porovnání s mateřskou školou, kde se jedná o hlavně práci s dítětem a práce s rodiči je minimální.

- Jak dlouho pracujete v rané péči?

Délka pracovního poměru se lišila. Jednalo se o rozmezí od jednoho roku do devíti let práce v Centru pro dětský sluch.

- Kolik máte v péči rodin?

Stanovený počet klientských rodin na jednoho poradce, který má plný úvazek, je stanovený na 20, ale z důvodu zvyšování zájmu o služby, se může stát, že poradce bude mít rodin i více. Je tedy rozdíl, jaký má poradkyně úvazek a od toho se také odvíjí počet rodin. V rámci rozhovorů se jedná o rozmezí poradkyně se 4 rodinami a poradkyně s 20 rodinami, kterou ovšem z důvodu narůstání zájmu o službu, čeká navyšování kapacity.

- Jak začíná spolupráce s rodinou?

Spolupráce začíná ze strany rodiny. Rodina je ta, která musí udělat ten první krok a službu kontaktovat, kdy ji může kontaktovat prostřednictvím telefonu nebo e-mailu. Základní zakázku, tedy to, proč se na službu rodina obrací a co potřebuje, stanovuje a zpracovává pracovník prvního kontaktu. Následně podle kraje, ve kterém rodina bydlí, dojde k přiřazení na pracoviště určené pro Moravu a Slezsko nebo pracoviště pro Čechy. Pracovník prvního kontaktu předá informace o rodině vedoucímu služby a vedoucí poradkyni, která má volnou kapacitu. Poradkyně jede na úvodní konzultaci do rodiny (společně s další poradkyní), kde dojde k seznámení se službou a obeznámením s tím, co služba může rodině nabídnout. Ze strany rodiny poradkyně zjišťuje, co rodina potřebuje a co všechno už absolvovali. Dojde k orientační zkoušce sluchu a předání letáčků a rozšiřujících informací. Pokud se rodina rozhodne, že má o službu zájem, tak proběhne vstupní konzultace, která probíhá ambulantně na pracovišti. Této konzultace se účastní jak poradce, tak i vedoucí služby a dojde k podepsání smlouvy. Po tomto kroku už poradce sám jezdí na předem sjednané konzultace.

- Jak vypadá Vás běžný den?

Den poradce se liší od toho, zda se jedná o den výjezdový nebo nevýjezdový. Dny mají takto rozdělené hlavně z toho důvodu, aby si byly schopny na pracovišti prostřídat auta tak, aby to všem vyhovovalo. Počet konzultací během týdne nebo dne je individuální a záleží na tom, jak si to daná poradkyně naplánuje. Jedním z faktorů je i počet rodin, který u všech respondentek byl odlišný. Je zjištěno, že jedna konzultace vychází na jeden pracovní den, když se do toho započítá cesta, příprava a samotná konzultace. Výjezdový den vypadá tak, že si pracovnice nachystá pomůcky a materiály, které k dané rodině potřebuje a vyjíždí na

konzultaci. Délka konzultace se může pohybovat od 1,5 do 3 hodin, kdy na nejkratší konzultace je dán limit půl hodiny a na nejdelší tři hodiny. Na začátku spolupráce s rodinou jsou konzultace delší a i častější, ale postupem spolupráce se intervaly prodlužují a délky konzultací se zkracují a tím dochází i ke plnění cíle služby, kdy se rodina podporuje natolik, že službu nakonec nepotřebuje. Obsahem konzultace je vždy rozhovor s rodiči, během kterého se pracovník dozví, jestli není nějaký problém, jestli dítě podstoupilo nějaké vyšetření nebo jak dlouho bude konzultace trvat, aby si poradkyně mohla všechno časově zorganizovat. Další částí je práce s dítětem, která je přizpůsobená zakázce dítěte, a při které se využívají pomůcky a hračky, které si buď pracovník doveze nebo se využívají i hračky, které má dítě doma. Na konec dojde ke zhodnocení konzultace, zpětné vazbě ze strany rodičů a domluví se termín další konzultace.

Během nevyjezdového dne je poradkyně na pracovišti a věnují se administrativě. Zapisují si zápisy z konzultací, dělají si přípravy na následující konzultace, odepisují na e-maily nebo volají rodinám, se kterými nebyly momentálně v kontaktu,

Každý týden se na pracovišti konají porady, kterých se účastní celý tým, a na kterých se řeší všechny organizační záležitosti.

- Jaké pomůcky a materiály vozíte do rodin?

Do rodin se vozí pomůcky a hračky, které se odvíjí od zakázky dítěte. Mezi pomůcky patří například makety sluchadel nebo kochleárního implantátu, díky kterým může pracovník důkladně ukázat a popsat, jak pomůcka funguje a rodiče mají lepší představu. Dále je možnost využít audiometr, díky kterému se dítě může připravit na vyšetření u foniatra. Poradkyně na konzultace může vozit integrované vývojové škály. Jedná se o archy, ve kterých se sledují různé oblasti včetně sluchového vnímání dítěte (receptivní a perceptivní komunikace, hlas a výslovnost, znaková zásoba, sociální oblast a sebeobsluha). Během konzultací se využívají zvukové kufříky, hudební nástroje, námětové hry podporující znakový jazyk a zvukové hračky. Rodiče mají možnost si hračky vypůjčit. Této možnosti často využívají, aby nemuseli hračky sami pořizovat. Je možnost využít i tablet, jak pro práci s dítětem, tak i s rodičem. Poradkyně s sebou vozí i kartu klienta.

- Stalo se Vám někdy, že s Vámi rodina nechtěla spolupracovat? Jak jste se v tu chvíli zachovala? Co je podle Vás nejtěžší na spolupráci s rodinou?

Tím, že se jedná o službu, kdy první krok musí iniciovat rodiče dítěte, tak se často nestává, že by rodina o spolupráci nestála. Nastávají situace, kdy rodiče mají pocit, že jim služba nemá

co nabídnout a přestanou se ozývat. V tomto případě je stanoven časový rámec 6 měsíců, a pokud se rodina neozve, tak je s nimi ukončena spolupráce. I když je spolupráce ukončena, rodina může kdykoliv službu znovu kontaktovat a spolupráci obnovit.

Nejtěžší na spolupráci s rodinou je si s ní vytvořit vztah, protože pokud si vytvořím s rodinou zdravý vztah, tak spolupráce bude probíhat dobře. Dobrý vztah může být podpořen dobrou atmosférou a hned na začátku stanovenými hranicemi. Dále poradkyně vnímaly jako překážku chybějící znalosti, které by rodičům chtěly předat, ale nemají je. Nevozit si příběhy klientů domů, je dalším problémem, se kterým se poradkyně potýkají. Největším pomocníkem s tímto problémem je komunikace. Nejlepší je si o rodině, se kterou si neví rad, ihned popovídat, buď v kanceláři nebo telefonicky s kolegyní. Poradkyně mají možnost pravidelně probírat rodiny na kazuistických poradách nebo supervizích.

- Stalo se Vám někdy, že jste musela ukončit spolupráci s rodinou, protože se Vám s rodinou špatně spolupracovalo?

Situace, ve kterých by poradce spolupráci ukončil, nejsou časté. Ve smlouvě mají definované případy, ve kterých by bylo možné situaci ukončit, a to například kdyby rodič byl během konzultace pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek. Pokud by se poradkyně s rodinou špatně spolupracovalo a měla by pocit, že spolupráce nebude fungovat, je možnost předat rodinu jiné pracovníci, a tak nemusí dojít k úplnému ukončení služby. Žádná z pěti respondentek se s touto situací nesetkala.

- Spolupracujete a radíte se s dalšími poradci rané péče? Máte supervizi?

Spolupráce mezi poradkyněmi je velice intenzivní a probíhá na denní bázi. Respondentky uvedly, že se nikdy nesetkaly s tím, že by jim někdo řekl ne, když potřebovali s čímkoliv pomoci. Radit se mohou mezi sebou v kanceláři nebo probíhají pravidelně kazuistické porady, kde mohou s ostatními diskutovat, pokud mají nějaký problém během spolupráce s rodinou. V rámci týmu jsou ještě rozděleny do menším týmu, tzv. Hnízd, kde se nachází jedna služebně starší a jedna služebně mladší kolegyně. V rámci hnízd probíhají pravidelné porady, ve kterých mohou řešit problémy, které se vyskytly během spolupráce s rodinou. V rámci celého týmu pořádají setkání „Dvorek“, kdy si předem domluví zakázka, která se na tom daném setkání bude řešit. Každý může říct své zkušenosti, připomínky, které s daným tématem má. Poradkyně si mezi sebou sdílí i vytvořené materiály a videa, kde je ukázáno jak využít nějakou hračku nebo aktivitu.

Poradkyně mohou také využít supervize, které jsou jim pravidelně nabízeny a je na nich, jestli je využijí nebo nikoliv.

- Jaký by podle Vás měl být pracovník rané péče?

Tato otázka je velice subjektivní, ale obecně by měla mít poradkyně všechny správné vlastnosti člověka. Odpovědi respondentek se v této otázce hodně opakovali. Poradce by měl být dobrý řidič, protože raná péče je terénní služba a poradkyně stráví v autě hodně času. Nejvíce se opakovaly vlastnosti: empatický, zodpovědný, umět naslouchat a být schopen sebereflexe, protože pokud není poradkyně není schopna sebereflexe, tak nedokáže posoudit, jak v rodině působí. Dále by měl být: trpělivý, ohleduplný, komunikativní, asertivní, pečlivý, samostatný, být schopen pracovat s lidmi, umět podpořit a nesoudit, být oporou, být týmový – schopný spolupracovat s ostatními poradkyněmi a odborníky, být flexibilní, kreativní, tolerantní vůči rozhodnutím někoho jiného a orientovat se v informacích.

- Myslíte si, že jsou nějaká negativa v systému rané péče?

Služba rané péče je relativně mladý obor a stále se formuje, takže když se najde nějaký problém, lze to upravit. Respondentky nenašly na službě žádná negativa.

6 Diskuse

Při výběru tématu bylo lákavé pracovat a zjistit více informací o tématu sluchového postižení a službě rané péče. Prvotní záměr bylo spojení dotazníkového šetření a metody strukturovaného rozhovoru. Dotazníkové šetření se mělo zaměřovat na informovanost obyvatel ČR ohledně služby rané péče a následně pomocí strukturovaných rozhovorů s poradci rané péče zjistit více informací o práci poradce. Z důvodu, že by dotazníkové šetření mělo nízkou výpovědní hodnotu, tak byla upřednostněna metoda strukturovaného rozhovoru a práce byla zaměřena zcela na Ranou péče pro osoby se sluchovým postižením z pohledu poradců rané péče.

Během vypracování práce jsme se nesešli přímo s dětmi se sluchovým postižením, ale měli jsme možnost se se světem neslyšících seznámit skrze odbornou literaturu, ve které je spousta informací, které se týkají sluchového postižení. Odborných publikací, které se týkají sluchového postižení, je velké množství. Díky tomu jsme mohli jednotlivé autory srovnat a posoudit. K tématu rané péče se nejvíce informací nacházelo na samotných stránkách jednotlivých raných péčí a jejich výročních zprávách nebo v odborné literatuře.

V rámci rozhovorů s poradkyněmi bylo zjištěno mnoho přínosných informací. Každá poradkyně dostala stejné otázky, které byly poskytnuty předem. Celkově se praktické části zúčastnilo 5 poradkyň Centra pro dětský sluch, a protože se v České republice nachází dvě pracoviště, tak byly osloveny pracovnice z obou pracovišť.

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit, jak funguje raná péče v rodině a v čem spočívá práce poradkyně v této službě. V rámci odpovědí poradkyň jsme zjistili odpovědi na tyto otázky. V praktické části bylo zjištěno, že k práci poradce rané péče je důležité mít ty správné vlastnosti, které jedinci pomůžou, aby práci vykonával dobře a dával rodině to, co potřebuje. Důležité pro poradce je také umět se „odpoutat“ od práce a nebrat si práci domů. Toto je důležité, aby se předcházelo syndromu vyhoření. Poradci mohou využívat také služeb supervize, na kterých mohou řešit věci, které je trápí. Všechny poradkyně potvrdily, že spolupráce s ostatními poradkyněmi je pro ně zásadní. Mohou mezi sebou řešit rodiny, se kterými si neví rady a potřebují pomoc, ale i pozitivní zkušenosti. Pozitivními zkušenostmi je myšleno například podělení se o nově vytvořenou pomůcku. Poradkyně spolupracují v menších týmech, ale i v rámci porad v celém týmu.

Pracovní doba poradkyň je velice individuální a záleží mimo jiné na tom, jaký má poradkyně pracovní úvazek, ale i na tom, kolik má v péči rodin a jak si rozvrhne pracovní dobu.

Díky tomu, že služba rané péče je relativně mladý obor, poradkyně nenašly žádná negativa, která by se týkala rané péče Tamtam. Přínosem pravidelných porad je to, že jakékoliv připomínky a nápady, které poradkyně mají, se berou v potaz a jsou řešeny.

Na základě rozhovorů bychom rádi uvedli doporučení pro budoucí poradkyně rané péče. Dle praktické části a dalších prací na toto téma by měl mít poradce určité vlastnosti, které mu pomohou při výkonu jeho práce. Bylo zjištěno, že poradce by měl být schopen sebereflexe. Sebereflexe je důležitá k uvědomění toho, jak jako poradce pracuje a působí na rodinu, popřípadě co by mohl ve své práci zlepšit. Poradce by měl vykazovat takové vlastnosti, které mu osobně v jeho práci pomohou. Jedna ze zásadních schopností je umět řídit motorové vozidlo, protože se jedná o službu terénní. Poradce musí být otevřený učit se nové věci, aby byl schopný přinášet rodinám stále nové a aktuální informace. Kurz krizové intervence je také vhodný. Jedná se o výcvik, ve kterém se naučí správně řešit akutní problémy, které se mohou během spolupráce nastat. Poradce se naučí efektivně reagovat na situace, které se mohou v rodině vyskytnout. V jedné z výzkumných otázek, ve které jsme se ptali na to, zda mezi sebou poradci spolupracují, bylo uvedeno, že spolupráce v týmu je velice zásadní. Poradci spolu spolupracují na denní bázi, pomáhají si a jsou tu pro sebe, pokud má další poradce akutní problém, který s sebou odnáší z konzultace, tak to může ihned zkonzultovat s dalším poradcem.

Během rozhovorů byly poradkyně velice otevřené, takže byla možnost dozvědět se mnoho informací a i díky tomu je tato práce přínosem pro poradce rané péče, ale i pro veřejnost. Veřejnosti může práce sloužit jako seznámení se s tématem sluchové postižení, rané péče a s prací poradkyně rané péče.

Závěr

Bakalářská práce se věnovala tématu Raná péče pro děti se sluchovým postižením. Teoretická část začínala kapitolou, která byla zaměřena na sluchové postižení. V jednotlivých podkapitolách byla probrána problematika klasifikace, příčin, prevence, diagnostiky, rehabilitace, kompenzačních pomůcek a logopedických pomůcek u dětí se sluchovým postižením.

Druhá kapitola byla zaměřena na ranou péči. Nejdříve byla probrána obecně, jako sociální služba, ale následně byla kapitola zaměřena konkrétně na Centrum pro dětský sluch Tamtam, který zřizuje Ranou péči pro děti se sluchovým postižením.

Třetí a zároveň poslední kapitola teoretické části byla zaměřena na poradce rané péče a jeho práci. V práci byl pracovník charakterizován z hlediska dosaženého vzdělání. Následně byly vyjmenovány vlastnosti a dovednosti, kterými by měl poradce rané péče oplývat. Na závěr byly zmíněny kompetence, které by poradce měl ovládat.

Cílem teoretické části bylo se seznámit s problematikou o sluchovém postižení, o službě rané péče a o poradci rané péče. Díky práci s literaturou došlo ke shromáždění informací k dané problematice a práce může sloužit jako inspirace a jako zdroj informací pro další studenty.

Praktická část byla zaměřena na poradkyně rané péče. Pomocí rozhovorů došlo k přiblížení jejich práce a jejich zkušeností, které získaly během své práce s rodinami a tím došlo k naplnění cíle této práce. Praktická část může být přínosem pro osoby, které by se chtěly stát poradci rané péče nebo i pro současné poradce rané péče k získání nového pohledu.

Seznam použité literatury

- HAMPL, I., 2013. *Surdopedie*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita, Katedra speciální pedagogiky. ISBN 978-80-7464-327-9.
- HÁDKOVÁ, K., 2016. *Člověk se sluchovým postižením*. Vyd. 1. Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, 302 s. ISBN 978-80-7290-619-2.
- HOLMANOVÁ, J., 2005. *Raná péče o dítě se sluchovým postižením*. Vyd. 2. Praha: Septima. 96 s. ISBN 978-80-7216-345-8.
- HORÁKOVÁ, R., 2012. *Sluchové postižení: úvod do surdopedie*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0084-0.
- HORÁKOVÁ, R. Úvod do surdopedie. In PIPEKOVÁ, J. (ed), 2006. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. přepracované a rozšířené vydání. Vyd. 1. Brno: MU. s. 127-143, ISBN 80-7315-120-0
- HOUDKOVÁ, Z., 2005. *Sluchové postižení u dětí – komplexní péče*. Vyd. 1. Praha: Triton. ISBN 80-7254-623-6.
- HRADILKOVÁ, T., 2018. *Praxe a metody rané péče v ČR: průvodce sociálním modelem*. Vyd. 1. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1386-4.
- JUNGWIRTHOVÁ, I., 2015. *Dítě se sluchovým postižením v MŠ a ZŠ*. Vyd. 1. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0944-7.
- KLENKOVÁ, J., 2006. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1110-9.
- KRAHULCOVÁ, B., 2002. *Komunikace sluchově postižených*. Vyd. 1. Praha: Karolinum. 303 s. ISBN: 80-246-0329-2.
- LECHTA, V., 2008. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-433-5.
- LEJSKA, M., 2008. *Poruchy verbální komunikace a foniatrie*. Vyd. 1. Brno: Paido. 156 s. ISBN 80-7315-038-7.
- MUKNŠNÁBLOVÁ, M., 2014. *Péče o dítě s postižením sluchu*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5034-7.

POTMĚŠIL, M., 2003. *Čtení k surdopedii*. Vyd. 1. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 80-244-0766-3.

SKÁKALOVÁ, T., 2011 *Uvedení do problematiky sluchového postižení: učební text pro studenty speciální pedagogiky*. Vyd. 1. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-80-7435-098-6.

SLOWÍK, J., 2016. *Speciální pedagogika. 2.*, aktualizované a doplněné vydání. Vyd. 1. Praha: Grada, 162 s. Pedagogika. ISBN 978-80-7435-098-6.

ŠÁNDOROVÁ, Z., 2017. *Raná péče v referenčním poli speciální pedagogiky a sociálních služeb*. Vyd. 1. Pardubice: Univerzita Pardubice. ISBN 978-80-7560-054-7.

ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2., Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0644-6.

INTERNETOVÉ ZDROJE:

Asociace rané péče České republiky, 2018. *Profil poradce rané péče-kompetence v praxi rané péče*, 2018 [online]. [cit. 05.03. 2022]. Dostupné z:

<https://www.arpcr.cz/res/archive/001/000194.pdf?seek=1551739187>

Centrum pro dětský sluch Tamtam, 2020. *Výroční zpráva 2020* [online]. [cit. 27.02. 2022].

Dostupné z: <https://www.tamtam.cz/o-nas/dulezite-informace-a-dokumenty-ke-stazeni/>

HRADILKOVÁ, T., 2015. *Historie rané péče v Čechách*, [online]. [cit. 14.02. 2022]

Dostupné z: <https://www.ranapece.cz/wp-content/uploads/letak-Historie-RP.pdf>

HRADILKOVÁ, T., KLUSÁČEK J., KLUSÁČKOVÁ M., ŠVEŘEPA M., 2015 *Analýza situace rané péče v ČR za rok 2015*. Praha: Nadační fond Avast

Dostupné z: https://files.avast.com/files/marketing/foundation/analyzaranapece_2015_tisk.pdf

MYŠKA, P., 2007. *Postižení sluchu v dětském věku, následná léčebně-rehabilitační péče*.

Pediatric pro praxi [online]. Roč. 8, č. 2, s. 92-94. [cit. 31.01. 2021]. ISSN: 1803-5264.

Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2007/02/06.pdf>

Slezská diakonie -Poradna rané péče při středisku Benjamin - Krnov, 2006. *Manuál o rané péči v Moravskoslezském kraji*. [online]. [cit. 06.03.2022]. Dostupné

z: [http://ppvss.mpsv.cz/mpsv/ciselniky.nsf/i/S090/\\$File/Ran%C3%A11%20p%C3%A9%C4%8De%20manul%C3%A11%20MVS%20kraj.pdf](http://ppvss.mpsv.cz/mpsv/ciselniky.nsf/i/S090/$File/Ran%C3%A11%20p%C3%A9%C4%8De%20manul%C3%A11%20MVS%20kraj.pdf)

Společnost pro ranou péči, z. s. [online] [cit. 01.03. 2022]. Dostupné z: <https://www.ranapece.cz/wp-content/uploads/letak-Historie-RP.pdf>

Společnost pro ranou péči, z. s.. Analýza rané péče 2019 [online] [cit. 05.03. 2022]. Dostupné z: <https://www.ranapece.cz/cb/2020/07/01/analyza-rane-pece-2019/>

Společnost pro ranou péči, z. s., 2017. Standardy rané péče SPRP. [online]. [cit. 09.04.2022]. Dostupné z: <https://www.ranapece.cz/brno/wp-content/uploads/sites/14/Standardy-SPRP-2017.pdf>

TAMTAM Centrum pro dětský sluch Tamtam, o. p. s., 2022. *Tamtam Co děláme* [online]. 2022 [cit. 06.03.2022]. Dostupné z: <https://www.tamtam.cz/co-delame/>

TAMTAM Centrum pro dětský sluch Tamtam, o. p. s., 2022. *TAMTAM Historie organizace.* [online]. [cit. 06.03.2022]. Dostupné z: <https://www.tamtam.cz/o-nas/historie-organizace/>

TUŠLOVÁ, J., HRADILKOVÁ, T., 2017. *Standardy rané péče SPRP 2017* [online].Ranapece.cz [cit. 05.03. 2022]. Dostupné z: [Standardy rané péče \(ranapece.cz\)](https://www.ranapece.cz/standardy-rane-pece-2017/)

ZÁKONY A VYHLÁŠKY

108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách. *Zákony pro lidi - Sbirka zákonů ČR v aktuálním konsolidovaném znění* [online]. AION CS, s.r.o. 2010 [cit. 05.03.2022]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

505/2006 Sb. Vyhláška, kterou se provádí zákon o sociálních službách. *Zákony pro lidi - Sbirka zákonů ČR v aktuálním konsolidovaném znění* [online]. AION CS, s.r.o. 2010 [cit. 05.03.2022]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-505>

Seznam tabulek

Tabulka č. 1. – Základní činnosti při poskytování rané péče

Tabulka č. 2. – Respondentky

Přílohy

Rozhovor č. 1

Rozhovor č. 2

Rozhovor č. 3

Rozhovor č. 4

Rozhovor č. 5

Rozhovor č. 1

Můžete nejdříve představit ranou péči pro kterou pracujete? Na jaké pozici pracujete? Jaké máte vzdělání?

„Jsem poradce rané péče v centru pro dětský sluch Tamtam. Dosažené vzdělání mám sociální práce.“

Byla potřeba před nástupem do Vaší práce znalost českého znakového jazyka?

„Nebylo to podmínkou, bylo to výhodou.“

Co Vás přivedlo ke práci v rané péči? Co Vás vedlo zrovna k tomuto věkovému období?

„Vždycky mě bavil svět neslyšících, nějakým způsobem mě lákal už od praxe na střední škole. Pak jsem šla studovat vysokou školu sociální práci, kdy jsem se tomu tématu trochu vzdálila z toho důvodu, že jsem se nedostala na školu, kam jsem chtěla (Čeština v komunikaci neslyšících) v Praze. Během studia sociální práce jsem podlehla jiným cílovým skupinám a bavilo mě to a nějak jsem zapoměla, proč jsem šla do té sféry sociální. Během studia jsem se dál věnovala studiu znakového jazyka ve volném čase nebo jako C předměty, a pak jsem chtěla psát bakalářskou práci na téma neslyšící, ale nenašla jsem organizaci, která by mě vzala, protože tehdy jsem se dívala jenom po centrem pro dospělé. Neklaplo to pro malou znalost Znakového jazyka a přes moje očekávání a očekávání fakulty, tak jsem se vzdálila. Potom jsem viděla výběrové řízení a děti mě vždycky hodně bavily, ale zároveň mě baví práce s dospělými a dětmi, nejenom s nejdou cílovkou a zjistila jsem, že mě to opravdu baví. Primárně tam nebyly ty děti, ale ten svět neslyšících, ale je pravda, že práce s dětmi mě vždycky bavila, ale nedokázala jsem si představit, že bych se jí věnovala celou svou pracovní dobu (třeba ne ve školství, kde se pracuje převážně s dítětem a 5 % věnujete práci s dospělými to úplně nebylo to, co mě táhlo (školka, škola), potřebuji tam mít tu terapeutickou část, poradenství ale zároveň tu hru).“

Jak dlouho pracujete v ranou péči?

„V rané péči pracuji prvním rokem, v květnu to bude rok.“

Kolik máte v péči rodin?

„10.“

Jak začíná spolupráce s rodinou?

„Nejdříve se rodina ozve, buď je to telefonicky nebo e-mailem. Setkají se s pracovníkem prvního kontaktu, který zpracuje zakázku: zjistí kolik je dítěti, jakou službu potřebuje(, protože Tamtam má více služeb) a zároveň odkud je, protože raná péče Tamtam se rozlišuje na 2, a to na Čechy a Olomouc, takže se rodina přidělí podle území (lokalizace). Pracovník prvního kontaktu to předá vedoucímu, vedoucí potom poradkyni, která má volnou kapacitu. Já jako poradce jedu už na úvodní konzultaci, pak jsem u vstupní, a pak jezdím jako poradce. Na úvodní konzultaci se jede do rodiny, kde se seznámíme s rodinou. Zjistíme, jaká je jejich zakázka, co potřebují a co už mají za sebou. Uděláme nějakou základní sluchovou zkoušku a pokud mají zájem o službu, tak jim předáme informace a letáčky a řekneme jim, co jim můžeme nabídnout. Pokud mají zájem, tak je pozveme k nám do Olomouce na vstupní konzultaci, kde je junior, senior a vedoucí služby. Tam se podepíše smlouva, a potom už poradce jezdí sám do rodin. Pak se dá individuálně domluvit, že něco z toho je ambulantně nebo online (měla jsem i úvodní a vstupní konzultaci online).“

Jak vypadá Váš běžný den?

„Já nemám úplnou kapacitu rodin, jsme jedna z těch mladších. Máme dny rozdělené na výjezdové a nevýjezdové dny. Dny máme takhle rozdělné z toho důvodu, že je potřeba se věnovat práci v kanceláři, administrativě a zároveň mám prostor i pro „onlity“. Hlavní důvod je, že si potřebujeme v práci vytočit auta. Já mám nevýjezdni pondělek a můžu si dovolit být v kanceláři. Potom všechny máme v úterky dopoledne porady a supervize. Úterý odpoledne už mám výjezdni a středa, čtvrtek, pátek mám pak výjezdni a v ty dny si domlouvám rodiny. Momentálně tím, že nemám plnou kapacitu, tak nevjíždím každý den, ale snažím se dávat rodiny dohromady, když jsou ze stejného města. Ve čtvrty si dávám vstupní konzultace, kdy rodiny přijíždějí k nám. Hodně s tím hýbou nemoci rodiny nebo nás. Vždy před konzultací píšeme rodině SMS, jestli vše platí. Návštěva u rodiny trvá většinou 1,5 – 3 hodiny. Někdy se stane, že i hodinu. Je to různé. Hlavně na začátku jsou konzultace delší a intenzivnější a časem ta potřeba témat a informací upadá a zkracuje se ta doba, jsme na sebe s rodinou zvyklí, nemusíme se ve spoustě věcech ujišťovat, některé věci už víme.“

Jaké pomůcky a materiály vozíte do rodin?

„Mnoho hraček, které se dají využít pro to, co děláme s tím dítětem, jsou zaměřené na sluch. V tabletu (iPad) je mnoho informací a aplikací, které se dají využít. Tablet se dá využít i s rodiči. Dají se na něm hledat jiné/další služby a teď jsem dělala s maminkou screeningový dotazník

ohledně podezření na autismus. Počítač moc nevozím na konzultace (ale je potřeba na zápis informací nebo tvorbu pomůcek-obrázky), hlukoměr, audiometr, hudební nástroje, vlastnoručně vyrobené pomůcky, koupené pomůcky (obrázky), různě zpracované materiály, makety (kochleární implantát, sluchadla) a materiály na cvičení výslovnosti.“

Stalo se vám někdy, že s Vámi rodina nechtěla spolupracovat? Jak jste se v tu chvíli zachovala? Co je podle vás nejtěžší na spolupráci s rodinou?

„Nemůžu říct, že by se mnou nespolečovali. Člověk pozná, když už ten čas z jejich strany naplněný, a když už je to začne tlačit. Mám rodinu, která si musela navyknout, že to neznamena, že tam přijedu, zodpovím na jejich otázky a odjíždím, že já tam taky přijíždím s něčím. Samozřejmě je to základ, ale ty otázky se netýkaly toho, co jsme potřebovali procvičovat. Musela jsem jim říct, že ten prostor potřebuji i já na tu hru s tím dítětem a tak, ale zároveň zkouším tu jejich část přesunout až na konec „Máte dneska nějaké otázky?“ Musím se lépe naučit pracovat s tím časem. Než k rodině jedu, tak se ptám (některé rodiny to mají i tak nastavené, že se neptám), jestli můžu zítra přijet, jestli s tím počítají a jestli mám něco speciálního přivést. Já se vždycky na začátku ptám, co by potřebovali dneska dělat/řešit/zaměřit se na. Většinou to vykrytalizuje, když říkají ty novinky, kam se dítě posunulo, co řešili u foniatra, ale dám jim ten prostor. A někdy to tedy vykrytalizuje zpětně a zeptám se, jestli je ještě něco napadá. A když už nejsou žádné otázky tak vím ,že konzultace končí.“

Těžké na spolupráci s rodinou jsou ty znalosti, které mi chybí mám pocit, dále sebejistota, sladit se, najít se co na to dítě funguje, vybudování důvěry s rodinou. Já mám problém s Time managementem a já to vím. Je to něco, co se musím učit a mám v tom prostor pro učení.“

Stalo se Vám někdy, že jste musela ukončit spolupráci, protože se vám s rodinou špatně spolupracovalo?

„Ne.“

Spolupracujete a radíte se s dalšími poradci rané péče?

„Spolupracujeme intenzivně, nejenom v kanceláři, když se sejdeme a můžeme se poradit ohledně hraček, dětí a pomáháme si i během vyšetření. Bavíme se, jak využíváme hračky. Míváme setkání celého týmu, jmenuje se to Dvorek, kde máme v plánu vzít si hračky a pobavit se, jak se používají nebo někdo něco vyrobil a všem tam ukáže, jak to využít. Radíme se, co se týká těch hraček, VRA vyšetření, jak mluvit s rodinou, cokoliv co potřebujeme. A tyto setkání

jsou v rámci celého týmu. (Další zakázka na Dvorek bude využití tabletu.) Nikdy jsem nebyla odmítnutá, když jsem přišla za někým pro pomoc.

V rámci týmu máme „týmy“, jmenuje se to Hnízda a v nich jsem rozděleny na juniory a jednoho seniora. Junioři jsou pracovně mladší, oproti seniorům. Domluví se se seniorem, kdo má kapacitu, aby tu rodinu vzal a vybere se ten junior nebo senior podle typu té rodiny a zakázky. Na tu úvodní konzultaci se jede do rodiny a jede tam ten budoucí poradce (junior se seniorem). V rámci těch Hnízd se také můžeme ohledně čehokoliv pobavit, řešit cokoliv.

Dvakrát za rok máme individuální kazuistickou poradou. Já jako poradce (junior), senior a vedoucí máme společný den a projdeme všechny klientské složky. Já řeknu něco o té rodině, oni se mě ptají. Hledáme co nám tam jde a co nám tam nejde a strašně to pomáhá, a zároveň jezdí senior a vedoucí se mnou do rodin podívat se na mojí práci (jak pracuji s rodinou, Time managementem a tak).

Máme supervize a intervize v rámci týmu. Setkání se s vedoucím a bavení se o našich představách a o tom, co mi může pomoci.

Máme internetový disk, kde máme nasdíleny materiály, nebo tam člověk najde odkazy podle toho zrovna potřebuje, nebo si nahráváme videa jak použít nějakou hračku. Každý je jiný, každý na věci pohlíží jinak a využívá jinak materiály. Jezdíme si na náhledy na konzultace, byla jsou skoro u všech a to je super. (člověk zjistí, že každý člověk uchopuje věci úplně jinak).“

Jaký by podle Vás měl být pracovník rané péče?

„Empatický, tolerantní vůči rozhodnutím někoho jiného, musí mít chuť do té práce (učit se nové věci, pracovat s dětmi), znát i svoje limity, být schopen sebereflexe.“

Myslíte si, že jsou nějaká negativa v systému rané péče?

„Za mě je trošku problém v souladu několika raných péčí – je náročný, hlavně v momentě, když s tím nesouhlasí druhá raná péče, se kterou je potřeba spolupracovat. Někdy ten nesoulad dostane rodiče do zbytečně patové situace a nejsou si má člověk vybrat mezi tím, jestli má dítě slyšet, vidět..? Jde to, dají se hledat řešení. Zbytečně to dělá tlak na rodiče a není to jeho zodpovědnost, ale je to zodpovědnost organizací. Nestává se často, ale slyšela jsem o tom, mně se to nestalo.“

Rozhovor č. 2

Můžete nejdříve představit ranou péči pro kterou pracujete? Na jaké pozici pracujete? Jaké máte vzdělání?

„Pracuju pro Centrum pro dětský sluch Tamtam, což je raná péče pro děti se sluchovým postižením a poskytujeme kompletní péči jak rodičům, tak i dětem, kteří se ocitli v nějaké tísnivé situaci, kdy jim byla zjištěna diagnóza sluchového postižení. Naše služba může být poskytována rodičům, kteří nemají potvrzenou diagnózu a třeba tápou, ale pokud se tam vykrytalizuje jiná diagnóza, tak pod nás nespádají, pokud tam není to sluchové postižení. Pracuji na pozici poradce rané péče. Mám dodělaného bakaláře Speciální pedagogika vychovatelství, a dodělávám si navazující magisterské studium Speciální pedagogika poradenství.“

Byla potřeba před nástupem do Vaší práce znalost českého znakového jazyka?

„Nemyslím si, že to byla nutnost (požadavek), ale já jsem český znakový jazyk měla na základní úrovni.“

Co Vás přivedlo ke práci v rané péči? Co vás vedlo zrovna k tomuto věkovému období?

„Ke konkrétní práci mě přivedla praxe, kterou jsem tady měla a práce poradce velmi líbila. Hlavně se mi líbil kolektiv, který tady byl a stále je. S dětmi raného věku už chci pracovat dlouho, někdy od základní školy.“

Jak dlouho pracujete v rané péči?

„V září to budou 2 roky.“

Kolik máte v péči rodin?

„12.“

Jak začíná spolupráce s rodinou?

„Co se týče celého toho procesu přijímání klienta, tak většinou rodič volá s nějakým konkrétním požadavkem vedoucí služby nebo do sociální poradny, kde je univerzální kontakt na našich webových stránkách. Ti se rodiče zeptají, kde je problém a s čím přicházejí, případně jakou mají představu a zeptají se, z jakého jsou kraje, protože kdyby byli mimo naši působnost (Morava, Slezsko), tak bychom kontakt předali Praze. S tím že teda předají informaci, že se jim pak ozve někdo další s termínem. Za nějakou dobu nám ten kontakt předají, našemu seniorovi

(máme tady taky systém Hnízd, kde je senior, a ten je „pod vedoucí“ a k němu jsou junioři), a pak podle toho, jaké máme volné kapacity a podle kraje, ve kterém poradkyně bydlí se rodina přiřadí. Senior a junior se společně domluví, kdy by měli obě čas a seniorka volá rodiči s nabídkou úvodní konzultace, kdy my chodíme k těm rodičů přímo do místa bydliště a provedeme tam orientační zkoušku sluchu, řekneme něco o sluchu a zjistíme ten požadavek rodiny.“

Jak vypadá Váš běžný den?

„Běžný den záleží na tom, jaký je to den v týdnu. Já mám výjezdní 3 dny, protože mám zkrácený úvazek. Kolegyně, které mají plný úvazek, mají výjezdní 3,5 dne. Když mám výjezdní den tak tady přijdu, nachystám se na konzultaci. To znamená, že si tady vyberu nějaké hračky a na základě toho na jakou konzultaci jedu, jestli na úvodní tak si nachystám i se seniorem, jestli jedu už do mojí rodiny, kde jsem byla vícekrát, tak si chystám podle požadavků z minulé konzultace nebo podle vývojových škál, záleží jaká je zrovna potřeba. Nachystám se, jedu. U rodiny bývám zhruba 2 hodiny (standartně máme nastavené 1,5 – 3 hodiny). Většinou mám úvodní rozhovor s rodinou, kde si řekneme co je nového. Domluvíme se, jak ta konzultace dneska bude trvat, jestli jsou nějaké speciální požadavky, jestli třeba musíme skončit v nějakou danou dobu. Většinou se ptám, jestli proběhla nějaká vyšetření, zejména u těch rodin, kdy ještě probíhá diagnostika sluchu, abych věděla, kde se zhruba můžu odpíchnout ve smyslu nastavení sluchadel, kochleárního implantátu. Případně se ptám, jestli nenastaly nějaké změny, jestli dítě nezačalo říkat nějaká nová slova, co ho momentálně baví, jestli je dobře naladěný a tak podobně. Pokud je dítě čilé, tak přecházím do té činnosti, podle těch hraček, které jsem si nachystala. V průběhu toho komentuji, co s tím dítětem budu dělat a jaký to má cíl. Případně se ještě ptám na zpětnou vazbu rodičů i během činnosti nebo je do činností přičleňuju. Na konci konzultace si tedy shrneme, co na konzultaci bylo, zeptám se na zpětnou vazbu a domluvíme si další termín, případně si zadáme nějaké úkoly nebo půjčím pomůcky, se kterými můžou dělat ty úkoly. Po konzultaci dojedu do kanceláře, vybalím se a buď se nachystám na další konzultaci a nebo si udělám zápis. Ze začátku, než ta rodina nastupuje do služby, tak je to intenzivnější, můžeme ji navštěvovat co dva týdny, ale většinou je ten interval měsíc. Samozřejmě se to může prodloužit kvůli nemoci, ale já mám všechny rodiny v rozmezí 3-6 týdnů. Nevýjezdní dny mám úterky a středy. Úterky máme společně dopoledne všechny kolegyně, kdy máme „provozní okénko“ tomu říkáme, kde si říkáme všechny organizační záležitosti. V úterky míváme supervize, „Hnízda“, kdy s kolegyněmi probíráme situaci v rodinách, co nás trápí, co potřebujeme vyřešit, co nás potěšilo. Je to pro nás takový nástroj, abychom se cítily dobře, a zároveň byly

opečováné i ty rodiny, že když něco nevíme, tak máme ten tým, kde se můžeme poradit a všechno si to sdílet. V úterky máme ještě Dvorky, což jsou naše interní vzdělávací hodinky, kdy si domluvíme téma, které je teď aktuální a máme pocit, že by mohlo obohatit i ostatní kolegyně, ale vždycky je to předem naplánované (termín i téma) a dělá se to ve spolupráci těch seniorů a vedoucí služby. Já si během těchto volných dnů píšu zápisy, všechny do počítače. Dělán si pořádek ve složkách, chystám se na další dny, abych to nedělala ráno. Připravuji si materiály, odepisuju na e-maily, volám rodinám, se kterými jsem nebyla momentálně v kontaktu.“

Jaké pomůcky a materiály vozíváte do rodin?

„Pomůcek je velká spousta. Samozřejmě záleží na tom, co ta rodina potřebuje, ale většinou to jsou nějaké zvukové hračky, případně i nějaké didaktické, nebo hry jako pexeso, percepční listy, zvukové kufříky, knížky, manipulační hračky. Pak různé činnosti podporující znakový jazyk, to znamená nějaké divadlo, námětové hry.“

Stalo se Vám někdy, že s Vámi rodina nechtěla spolupracovat? Jak jste se v tu chvíli zachovala? Co je podle Vás nejtěžší na spolupráci s rodinou?

„Když rodině někdo tu službu doporučí a oni sami nechtějí, tak buď ani nevolají nebo to jde poznat hned z úvodní konzultace, že tam ta zakázka není, jenom třeba potřebují trochu ukotvit v té jejich situaci, říct co mohou udělat, koho kontaktovat. V situaci, kdy rodina nechce více spolupracovat, tak jim předáme informaci, že kdyby cokoliv potřebovala, tak nás mohou znovu kontaktovat a necháváme to v režii rodičů, protože my jsme služba dobrovolná, a kdyby ten rodič nechtěl, tak by to byla špatná spolupráce. V opačném případě, kdy se může stát, že rodina ve službě byla, ale pak už nechtěla pokračovat, tak to se mi nestalo, spíš jsem se setkala s tím, že se mi rodina přestala ozývat a neudržoval se tam pravidelný kontakt. U nás je to tak, že se rodina neozývá půl roku, tak se ukončuje služba, ale samozřejmě mohou opět kontaktovat a využít služby, kdyby chtěli. A to se mi i stalo, že jsem přebírala rodinu od kolegyně, která odcházela na mateřskou a ta komunikace tam neprobíhala tak, jak bych si představovala, a tak jsem čekala toho půl roku. A když mi rodina opakovaně neodpovídala na e-maily nebo nezvedala telefony a po tom půl roce se ozvala, že má zase zájem. Nakonec to skončilo tak, že jsme tam měli jen jednu konzultaci a z rozhovoru jsme poznali, že rodina službu tolik nepotřebuje, jenom chtěla nějakou oporu v tom, že co dělá, dělá správně a spíš mít se na koho obrátit. Ozývají se i ukončené rodiny a my máme možnosti jednorázových konzultací, ať už to

je návštěva v rodině, tak i by to mohla být i návštěva na vyšetření sluchu, tak to všechno je možné.

Nejtěžší na spolupráci s rodinou bývá asi ta komunikace, udělat si hranice, nastavit si správnou atmosféru, abychom se tam všichni cítili dobře a asi mi jako nejtěžší připadá u těch hodně komunikativních rodin, které mají zabředlé rozhovory a nechtějí vás pustit ke slovu, si udělat ostrou hranici a vzít si to slovo.“

Stalo se Vám někdy, že jste musela ukončit spolupráci, protože se Vám s rodinou špatně spolupracovalo?

„Zatím se mi to nestalo.“

Spolupracujete a radíte se s dalšími poradci rané péče?

„Velmi často, skoro každý den. Myslím, že to tady máme dobře nastavené, že si to můžeme sdílet v těch Hnízdech, které máme v úterý. I na pracovišti, když něco nevíme, můžeme se na sebe obrátit a říct si, co a jak a poradit si. Vzájemně se od sebe učíme. Supervize máme. Nabídka přichází často, několikrát do roka, 4 x určitě, možná i vícekrát. Můžeme si vybrat jestli tu supervizi chceme nebo nechceme.“

Jaký by podle Vás měl být pracovník rané péče?

„Určitě by to měl dobrý řidič, trpělivý, ohleduplný, komunikativní, empatický, asertivní, pečlivý... měl mi mít všechny ty správné vlastnosti člověka.“

Myslíte si, že jsou nějaká negativa v systému rané péče?

„Upřímně mě asi nic nenapadá. Konkrétně v naší mě nic nenapadá, protože máme často i ta setkávání, kde se o tom bavíme, co můžeme zlepšit, tak si myslím, že tam jsou ty připomínky vyslyšeny a věci se mění.“

Rozhovor č. 3

***Můžete nejdříve představit ranou péči pro kterou pracujete? Na jaké pozici pracujete?
Jaké máte vzdělání?***

„Pracuji pro ranou péči Centra pro dětský sluch Tamtam pro část, která poskytuje službu po Čechách. Jsem poradce rané péče. Jsem sociální pracovnice. Mám vystudovanou vyšší odbornou školu sociální práce na evangelické akademii v Praze.“

Byla potřeba před nástupem do Vaší práce znalost českého znakového jazyka?

„V mém případě nebyla, protože já jsem byla najímaná pro práci se slyšícími rodiči neslyšících dětí a základy znakového jazyka, které používám během komunikace s dětmi jsem se učila až po nástupu do rané péče.“

Co Vás přivedlo ke práci v rané péči? Co Vás vedlo zrovna k tomuto věkovému období?

„V mém případě to vůbec nesouviselo s věkovým obdobím dítěte. Souviselo to s hlavním zájmem služby rané péče a to je práce s celou rodinou, protože práce s celou tou buňkou mi dává smysl. Já tím, že jezdím do rodiny jednou za čas, rozhodně to dítě nemůžu rozvíjet dostatečně, protože s ním jsou denně rodiče, takže jakákoliv sociální služba, kde je to zaměřené jenom na dítě a je vynechaný rodič, má určitě smysl, ale mě dává větší smysl pracovat s celým tím komplexem.“

Jak dlouho pracujete v rané péči?

„7 let.“

Kolik máte v péči rodin?

„Teď je to 13, ale standart na plný -úvazek je 18-20.“

Jak začíná spolupráce s rodinou?

„Rodina nás kontaktuje, je to služba o kterou musí požádat. My se jim nazpátek ozveme. Proběhne telefonické/e-mailové jednání, pak proběhne první konzultace se zájemcem, kde rodina sdělí, co by od nás potřebovala a my jim sdělíme, co jim můžeme nabídnout, a pokud se to potká, tak proběhne vstupní konzultace, na které se prohloubí informace a podepíše se smlouva. Pak už běží samotná raná péče, kdy pracovník jezdí do rodiny.“

Jak vypadá Váš běžný den?

„Každý den vypadá jinak, je to proměnlivé. Návštěva obvykle probíhá tak, že probíhá ze 4 částí. První je krátká, je to úvodní uvítání se, zjištění, jaká je atmosféra v rodině, jak je naladěné dítě. Pak jsou dvě hlavní části. Jedna je rozhovor s rodiči (rodičem) a druhá je hra s dítětem. Obě části jsou si rovnocenné. Poslední část je uzavírání konzultace, domlouvání termínu a shrnutí. Nejkratší konzultace, co máme dané, je půl hodiny a nejdelší je 3 hodiny. Většinou je to tak 1,5 – 2 hodiny, záleží na tom, do jaké rodiny člověk jede, jaká je tam konstelace. Je to jiné, když je na konzultaci jen maminka s dítětem, nebo oba rodiče, i prarodiče, sourozenci, tak ten čas pak přirozeně narůstá, aby se člověk mohl věnovat každému. Pravidelnost setkání záleží na domluvě s rodinou a hodně to záleží na tom, co zrovna potřebují a v jaké jsou fázi a i jak dlouho je raná péče poskytována, protože obecným cílem, jak já to vnímám, je podpořit tu rodinu natolik, aby nás pak nepotřebovala. Takže na začátku, kdy je ta situace náročná a nová, tak se vídáme intenzivněji, jednou za 14 dní až 3 týdny, a pak postupem času, jak získávají informace, dovednosti, kompenzaci a ostatní věci, tak se to prodlužuje, třeba na jednou za 2 měsíce ke konci. Kolikrát v týdnu jezdím do rodin? To záleží, můžu jet 3x za týden nebo jenom jednou. Můžu jet 4x. Opravdu záleží na tom, jak se mi to podaří „zorganizovat“, protože si ty konzultace domlouvám sama a záleží na tom, jak si sama zorganizovala tu pracovní dobu. Pracovní doba není jenom o tom, že bych jezdila do rodin, je to o přípravě na konzultaci, přemýšlení o rodině, přemýšlení o dítěti, zhodnocování spolupráce, práce pro klienty, zpracování konzultace a počítá se do toho cesta. Takže kdyby to člověk sečetl, tak jedna terénní konzultace vyjde na jeden pracovní den. Pak do toho vstupuje, jestli je dítě nemocné, jestli já jsem nemocná, pak se to může nakumulovat. Obvykle se snažíme konzultace spojovat, protože je to ekonomické, jak z pohledu mého času, tak z pohledu času na cestě i spotřeby pohonných hmot. Tím že vyjíždíme z Prahy do celých Čech, tak se snažíme spojovat rodiny poblíž sebe. Za den můžu mít 1-3 konzultace. 3 jsou maximum, více se nedá zvládnout, i proto, že pak člověk nemá mentální ani fyzickou kapacitu a je to prokládané tou prací v kanceláři, kde jsou všechny ty věci okolo konzultace: příprava, zpracování, kontakt s odborníky, všechny ty věci okolo tam patří, včetně nějakého fungování v týmu. V rámci týdne je optimální, abych navštívila tak 4 rodiny, kdy záleží, jak se to naskládá.“

Jaké pomůcky a materiály vozíte do rodin?

„Pro děti vozíme hračky, většinou o to rodiče mají zájem a oceňují to, protože některé hračky jsou dražší a malé děti je celkem rychle okoukají, takže rodiče oceňují, že já je tam dovezu, oni si je užijí, pak si je odvezu a oni nemusí ty hračky kupovat. Mají vlastně pořád nějaké nové. Z pohledu dítěte standartně vozím 4 hračky, je to nabídka. Jedna z nich je zaměřena na rozvoj sluchového vnímání, případně porozumění řeči (zaleží to, v jaké fázi je dítě). Další je navázání kontaktu, další na komunikaci a poslední je na podporu všech těch ostatních dovedností, které by dítě mělo mít, aby to nebylo jenom o sluchu, ale o rozvoji celého toho malého člověka. Co se týče rozhovoru potřebuji papír, abych si mohla dělat poznámky v průběhu konzultace. Potom se to odvíjí od toho, na čem s rodinou spolupracujeme, takže pokud je zrovna zajímavá téma komunikace, tak to bývají nějaké kapitolky z literatury, pokud je to téma příspěvek na péči, tak vozím brožurku, kterou jsme vydali. Občas člověk přiveze tablet, když spolupracujeme s video nahrávkami.“

Stalo se Vám někdy, že s Vámi rodina nechtěla spolupracovat? Jak jste se v tu chvíli zachovala? Co je podle Vás nejtěžší na spolupráci s rodinou?

Nejtěžší na spolupráci s rodinou je to, abych si nevozila jejich příběhy domů. Nejtěžší je oddělovat do nějaký míry můj život od jejich života. (V kovidu bylo pro mě náročné se „odpojit“, protože jsem přišla o základní podpůrnou síť a to je pro mě můj tým. Teď už je to zase běžší, a co pomáhá, člověk přijede z konzultace, potká kolegyni, a co potřebuje, tak ji řekne. Pokud je něco, co mi v hlavě leží víc, tak si to dá vzít na supervizi. Osobní psychohygienu formou sportu). Nestalo se mi, že by se mnou nechtěla spolupracovat, ale spíš že nemohla spolupracovat, protože rodiny, se kterými spolupracujeme už jsou zprvopočátku motivovány, protože se nám sami musí ozvat, aby se vůbec služba rozběhla a musí podniknout nějaké kroky. Stalo se mi párkrát, že jsem v rodině neadekvátně vyhodnotila, kde jsou, že jsem se s nimi minula, minula jsem se s fází, ve které se zrovna nacházejí. Takže v tu chvíli se mnou spolupracovat nemohli, protože já jsem jim předávala něco, na co nebyli psychicky nachystaní, nebo na co vůbec neměli, aby tomu porozuměli. Takže v tu chvíli se člověk obrátí do týmu, protože cítil, že tam něco neběží úplně plynule, takže získat zpětnou vazbu od kolegyň a v prvé řadě si uvědomit, že tam něco může drhnout. Máme supervize. Prostě o tom přemýšlet a probrat to a udělat tu změnu.“

Stalo se Vám někdy, že jste musela ukončit spolupráci, protože se Vám s rodinou špatně spolupracovalo?

„My málokdy spolupráci ukončujeme, že by se nám špatně spolupracovalo s rodinou. Podmínky máme definované ve smlouvě. Mohlo by to být třeba, že rodiče pijí alkohol na konzultaci a podobné typy chování a spíš se nám stává, že se rodina přestala ozývat, buď že řešili úplně jinou situaci, která se netýkala toho dítěte, nebo že třeba skrze ranou péči získali všechno, co potřebovali a nevykomunikovali jsme si, že už je čas se rozloučit a no v takých situacích postupujeme podle smlouvy, kdy vyčkáváme čtvrt roku a pokud se rodina neozve, tak ukončujeme spolupráci.“

Spolupracujete a radíte se s dalšími poradci rané péče?

„Jak už jsem říkala, spolupracujeme, když máme ten nějaký problém, ale spolupracujeme i v těch pozitivních věcech, sdílet v týmu to, co se daří. Někaké dítě, co nám dávalo zabrat, co se týče přemýšlení jak na něj, udělal pokrok, tak to je moc příjemné to sdílet. Z mého pohledu je standartní poskytování kvalitní sociální služby podle mě standart mít supervize.“

Jaký by podle Vás měl být pracovník rané péče?

„Určitě zodpovědný, protože tím, že si sama „managuju“ svou pracovní dobu, tak je to o té zodpovědnosti. Určitě týmový, protože bez toho týmu by se člověk „utopil“ nebo spíš by mu chyběl ten náhled, protože když jsem v něčem moc dlouho, tak se v tom zaseknu a je z toho těžké vystoupit a být schopna fungovat a využívat a dávat tomu týmu. Určitě by měl být schopný flexibility, protože v jednu chvíli si ráno myslíte, že máte 3 konzultace, a pak nemáte ani jednu. Nebo dojedete na konzultaci a zjistíte, že nemůžete odjet, protože máte píchlé kolo nebo se můžou dít všelijaké možné věci a pokud je člověk flexibilní, bude se mu to líp zpracovávat proměny, které jsou na každodenní bázi (neustále proměnlivý proces). Dál by měl mít určitou míru sebereflexe, protože bez sebereflexe nedokážu posoudit, jak v rodinách působím a bez toho nedokážu působit efektivně a prospěšně, a abych reagovala na jejich potřeby a ne na svoje představy. Ochota se vzdělávat v oblasti sluchového postižení. Kompenzace sluchu jde hodně dopředu, a pokud bych zamrzla na tom, co bylo před 7 lety, tak nemůžu být prospěšná klientům, tak jak bych chtěla, takže musím být schopná vzdělávat se, protože jako poradce mám obsáhlých více oborů, od každého trochu a zároveň se v tom musí orientovat. Měl by být hravý, kreativní, protože jinak si nejde hrát s dětmi. Empatický, být schopný naslouchat.“

Myslíte si, že jsou nějaká negativa v systému rané péče?

„Napadá mě jedno, a to je systém financování, který nás opakovaně vystavuje určité míře nejistoty. Jsme neziskovka, služba je poskytována zdarma a fungujeme na tom, že požádáme stát o finance, ale ten nám je poskytne až v druhém kvartálu ročním, takže první měsíce není jisté, jestli nám ten stát ty peníze dá. Bylo by praktičtější, aby stát toto řešil už na konci roku.“

Rozhovor č. 4

Můžete nejdříve představit ranou péči pro kterou pracujete? Na jaké pozici pracujete? Jaké máte vzdělání?

„Pracuju pro ranou péči Čechy pod Centrem pro dětský sluch Tamtam na pozici poradce rané péče. Mám bakalářské a magisterské studium v oboru speciální pedagogika na Univerzitě Karlově se zaměřením logopedie a surdopedie.“

Byla potřeba před nástupem do vaší práce znalost českého znakového jazyka?

„Nebyla to podmínka, ale já jsem se znakový jazyk začala učit už někdy na vysoké škole, takže to pro mě byla výhoda, a protože jsem měla hodně kurzů, tak na mě spadlo to, že se budu více věnovat rodinám neslyšícím.“

Co Vás přivedlo ke práci v rané péči? Co Vás vedlo zrovna k tomuto věkovému období?

„Já jsem rok předtím pracovala v Pipanu na částečný úvazek, takže nějak jsem tady už pracovala, a vždycky mě to spíše táhlo k dětem předškolního věku, než toho školního věku. Takže tím, že jsem postupem času začala studovat speciální pedagogiku, tak mě to začalo táhnout k tomu sluchovému postižení. V průběhu práce v Pipanu jsem se dostala k tomu, že sem do rané péče hledali poradce, tak jsem vlastně přihlásila na inzerát a vzali mě. Ve školce mi chyběla práce s rodiči a chyběla mi ta návaznost s těmi rodiči. Ve školce nebylo tolik prostoru si s rodiči povídat, a když tam pak ten pedagog vidí ten přesah, tak je to frustrující, že si o tom s tím rodičem nemůže popovídat víc.“

Jak dlouho pracujete v rané péči?

„V srpnu to budou 3 roky.“

Kolik máte v péči rodin?

„20, takže mám úplně plnou kapacitu, ale rodin nám pořád přibývá, takže mě čeká ještě jedna vstupní konzultace.“

Jak začíná spolupráce s rodinou?

„My rodiny nevyhledáváme, ale rodina se na nás musí obrátit, telefonem nebo e-mailem. Máme tady kolegyni, která se věnuje prvním kontaktů, takže ona zjišťuje něco o té rodině, seznamuje se s rodinou. Pak probíhá první konzultace v rodině, kam jede ten pracovník prvního kontaktu a jede tam s vedoucí služby a vyjednávají s rodinou zakázku (proč se na nás ta rodina obrací,

co potřebuje tak rodina, atp). Pak probíhá vstupní konzultace, kdy rodina přijíždí k nám, probíhá v ambulanci a u vstupní konzultace, je i poradce, který bude té rodiny jezdit.“

Jak vypadá Váš běžný den?

„Můžu vám popsat dnešní den. Vyrážela jsem v 8 hodin, předchozí večer jsem si nachystala všechno potřebné (věci na konzultaci, kartu klienta) a jela jsem do rodiny. V rodině jsem byla 2 hodiny a z konzultace jsem jela do kanceláře a zapsala jsem si konzultaci do karty a do systému. Vzala jsem si věci na další konzultaci a jela tam. Na konzultaci jsem byla asi hodinu a půl, zapsala jsem si konzultaci. Volala jsem si s maminkou, napsala jsem si e-maily a šla jsem domů. Kdybych to řekla obecně, tak jedna konzultace v rodině se rovná 8 hodinám, takže jedna ta konzultace je jeden ten pracovní den. Co se týká počtu konzultací, tak si dávám limit 2 rodiny denně a snažím se ty konzultace spojovat. Také se snažím si dávat max 4 konzultace týdně, více je pro mě náročné. Pak když k tomu mám vstupní a kazuistiky, ta je to pro mě tak akorát.“

Jaké pomůcky a materiály vozíte do rodin?

„Důležité jsou zvukové hračky, dřevěné navlékačky, knížky, puzzle, logické hračky, v podstatě takové ty rozvojové hračky. Vždycky záleží na co se u toho dítěte chceme zaměřit. Většinou je to hodně o komunikaci. Může to být rozvoj slovní zásoby nebo rozvoj znakové zásoby. U kombinovaného postižení tam můžou být hračky zaměřené na motoriku. Vždycky se to odvíjí od toho, na co se s tou rodinou a dítětem potřebujeme zaměřit nebo o co si ta rodina řekne (o nějaké hračky a aktivity). Teď se hodně snažíme využívat i tablet, různé aplikace v tom tabletu, které jsou hodně zvukové a můžou nám pomoci, kde třeba porovnávám, kdy dítě slyší reprodukováný zvuk od toho běžného zvuku pomocí zvukových hraček a podobně. Máme přenosný audiometr, kdy můžeme udělat orientační nácvik s dítětem před audiometrií u foniatra, ale je to hodně orientační a pokud chceme něco naměřit, tak to musíme vozit častěji. Na muzikoterapii máme rezonanční kolébku, tu můžeme vozit do rodin a půjčovat ji. Co se týká papírových materiálů, tak vozíme integrované vývojové škály, které jsou původně od Kochleáru, ale my jsme si to přepracovaly a přidaly tam i znaky, abychom tam zapojily tu znakovou zásobu, znakový rozvoj, a pak také přehled/vývoj komunikace, to jak se slovní zásoba rozvíjí. Pak to jsou nějaké interní věci, které používáme ve spolupráci s rodinou, co se týká dohod o spolupráci-to je všechno, co máme uloženo v kartě (formální věci, které jsou potřeba).“

Stalo se Vám někdy, že s Vámi rodina nechtěla spolupracovat? Jak jste se v tu chvíli zachovala? Co je podle Vás nejtěžší na spolupráci s rodinou?

„Nestalo by se mi, že by se mnou nechtěli spolupracovat. Teď mám jednu maminku/rodinu, kde od začátku cítím, že ta maminka je taková odtažitá a je ze mě nervózní a moc nekomunikuje a nemá moc ráda cizí lidi, ale není to přímo o tom, že by se mnou nechtěla spolupracovat. Na začátku pro mě bylo nejtěžší na spolupráci vést ten rozhovor, protože přece jenom jsem speciální pedagog a celou dobu jsem se zaměřovala na tu práci s dětma. Rozhovor s tím rodičem je strašně důležitý, a zároveň hrozně křehký a během těch rozhovorů se může stát spousta věcí a všechny ty věci podchytit a dát té rodině, to co potřebuje. Nazvala bych to jako „umění vést ten rozhovor“, protože je to věčné se učit a vždycky dojdeme někdy někam, kdy narazíme a myslili jsme si, že to zvládneme. Takže pro mě to na tom začátku bylo to těžší, měla jsem z toho obavu. Pak samozřejmě asi vždycky takový to, vést ten rozhovor tak, aby se ta rodina stala fakt kompetentní a nebyla na nás závislá, protože to je vlastně cílem té služby.“

Stalo se Vám někdy, že jste musela ukončit spolupráci, protože se vám s rodinou špatně spolupracovalo?

„Ne. Vždycky to nějak šlo, nestalo se mi to. Nebo my nemusíme říct, že tu spolupráci chceme ukončit, ale pokud by to někomu nesedlo, tak je dobré to probrat a lze změnit poradce. Nemusí se ta služba hned ukončit.“

Spolupracujete a radíte se s dalšími poradci rané péče? Máte supervizi?

„Ta spolupráce je důležitá, i právě proto aby ten člověk nevyhořel, protože je taky důležité si uvědomit, že my tu nejsme od toho, abychom tu rodinu zachránily nebo spasily, ale nějak ji spíš provedli, takže jednat to sdílení. Pomohl mi i kurz krizové intervence. Hodně spolupracujeme, ať už je to v rámci supervizí nebo kazuistik, které máme pravidelně jednou měsíčně. Takže pokud je nějaká rodina, která nás fakt „pálí, tíží“, se kterou potřebujeme poradit, nebo je to pro nás už těžké a nevíme si rady, tak na to kazuistiky jsou skvělé, a pokud je kazuistika za dlouho, tak se prostě domluvit s kolegyní a říct jí, že bych potřebovala něco vyřešit. Nebo máme probírání klientů služby s vedoucí a její zástupkyní, kde máme každá poradkyně 3 hodiny a probíráme všechny rodiny. Poradce si musí přiznat, že se mu něco nedaří, a že to není ostuda, a že to nedělá nejen sám pro sebe, ale i pro tu rodinu. V rámci těch kazuistik máme takové kolečko, kde sbíráme každá, co něco potřebujeme. Není to tak vždycky, že každá bychom potřebovaly něco probrat. Je nás 8 a máme na ty kazuistiky 3 hodiny, takže většinou

probereme tak 3 rodiny (záleží to, když jsou ty příběhy kratší tak i 4, ale někdy taky jenom 2). Spíš si každá už dopředu ujasňujeme, jestli něco potřebujeme nebo ne k nějaké rodině.

Odpoutat se od práce je těžké, hlavně když tu konzultaci mám odpoledne a v kanceláři už nikdo není, s kým bych to mohla sdílet. To já dělám, že se z toho snažím vypovídat hned v práci a nenosit to domů. Takže to probírám s kolegyní v kanceláři a pokud tady není, tak ji zavolat, když je to náročný. Nebo někdy pomáhají takové banální věci, jako zastavit si, dát si kávu, provětrat se, jít se projít, provětrat tu hlavu. Nebo když už to takhle nejde, tak pomáhají nějaké kazuistiky a supervize, ale důležité je, si někomu říct. Toto bylo těžké během toho kovidu, kdy jsme vlastně byly hodně doma na těch „onlinech“ a toho potkávání s kolegyněmi bylo hodně málo, a to jsem to pocítovala, že mám 15 rodin doma a „jsou tam se mnou a žijí tam se mnou“, takže během toho jsem si i uvědomila, že je důležité pouštět to ven a mluvit o tom.“

Jaký by podle Vás měl být pracovník rané péče?

„To je hodně subjektivní a těžké to soudit. Poradce musí umět všechno a nic, to znamená od každé oblasti by měl umět něco. Měl by se orientovat v informacích, protože se orientujeme na poli odbornosti, co se týče foniatrie, nebo obecně sluchového postižení, nebo co se týče sociální stránky, sociálního zabezpečení rodiny i na poli psychologie. To umění se v tom nějak zorientovat a říct si, kde už se necítím a kde už tu rodinu odkážu někam jinam. Třeba já co se týče té sociální oblasti, tak mám nějaký základ, který mě a té rodině stačí, ale pokud jdeme nějak víc do hloubky, tak vím, že tady máme sociální poradnu, takže je tam odkážu. Takže vlastně si uvědomit, kde se nějak necítím, nějaká samostatnost, umění plánovat, kolegiálnost, zodpovědnost. „Ten batoh“ toho, co by měl ten poradce měl mít je plný. Poradce by měl být schopen pracovat sám na sobě, nebo nějak se sebou, protože je tam spousta věcí a příběhů, které se ho můžou nějak dotknout v těch rodinách a může to pak být víc o něm než o těch rodinách. Takže musí umět na sobě pracovat.“

Myslíte si, že jsou nějaká negativa v systému rané péče?

„Způsob financování, aby měly sociální služby více peněz, protože je to náročná práce a jsou sociální služby podhodnocené. Vždycky se dá něco zlepšit a ten obor je relativně mladý a pořád se formuje, ale nevidím žádná negativa a vnímám že je to dobré.“

Rozhovor č. 5

Můžete nejdříve představit ranou péči pro kterou pracujete? Na jaké pozici pracujete? Jaké máte vzdělání?

„Já pracuju v Rané péči pro Moravu a Slezsko, která spadá pod Centrum pro dětský sluch Tamtam. Pracuji na pozici poradkyně rané péče. Mám magisterské vzdělání v oboru Speciální pedagogika předškolního věku.“

Byla potřeba před nástupem do vaší práce znalost českého znakového jazyka?

„Byla to výhoda a já už jsem na vysoké věděla, že se znakovému jazyku chci věnovat, tak jsem si volila surdopedii a logopedii.“

Co vás přivedlo ke práci v rané péči? Co vás vedlo zrovna k tomuto věkovému období?

„Při studiu bakaláře jsem začala hledat nějakou dobrovolnickou činnost a Tamtam měl nějaký program, že se hlídaly děti se sluchovým postižením, během nějakých přednášek pro rodiče. Tak jsem se vlastně dostala do Tamtamu a vydržela jsem tam až do konce studií a po studiích jsem hned nastoupila jako poradce.“

Jak dlouho pracujete v rané péči?

„Na pozici poradkyně od roku 2013.“

Kolik máte v péči rodin?

„4, já nemám plný úvazek, protože jsem ještě na rodičovské dovolené.“

Jak začíná spolupráce s rodinou?

„Rodina se do rané péče musí ozvat sama, protože je to dobrovolná služba. My se s nimi domluvíme na úvodní konzultaci, která probíhá u nich v rodině. Jezdíme 2 kolegyně. Představí se služba, udělá se orientační zkouška sluchu u dítěte, zjistí se situace v rodině, a pak podle toho jestli rodina řekne, že chce vstoupit do služby, tak přichází úvodní konzultace, kdy rodina přijíždí na pracoviště, kde se udělá další vyšetření sluchu, a to vizuálně podmíněnou audiometrii, na co se můžeme zaměřit, co je cílem. Podepíše se smlouva, a pak se stávají klienty rané péče. Pak už začínají ty konzultace, na které jezdí poradce rané péče. Poradce se u rodiny nemění, je stálý, pokud nedojde k nemoci nebo odchodu na mateřskou. Ze začátku jsou konzultace intenzivnější, třeba jednou za 14 dní až jednou za měsíc, později se to rozvolňuje a naplňuje se ten cíl služby, kdy je cílem, aby se služba ukončila a rodiče nás nepotřebovali.“

Jak vypadá Váš běžný den?

„Do rodiny se jezdí jednou za 4 týdny, takže počet rodin se od toho liší. Tím, že mám zkrácený úvazek, tak mám výjezdy jednou týdně. Do rodiny přijedu a domluvíme se, jak dlouho ta konzultace bude trvat, jestli někoho neomezuje nějaký čas a uděláme si časový rámeček té konzultace. Na začátku se jich zeptám, jestli potřebují něco řešit, abychom si udělaly i představu o tom obsahu konzultace, ale většinou se rodiny zeptám, jestli mají něco k řešení a probereme tyto otázky. Pak je na řadě práce s dítětem-sluchové zkoušky, rozvoj komunikace, znakového jazyka... aktivity jsou řízeny dle zakázky rodiny. Pak si rozebereme, co jsme dělali a co by rodina mohla dělat mezi těmi návštěvami, kdy já tam nejsem. Pak se s rodiči pobavím, jak oni vnímali ty činnosti, co jsme dělali a zeptám se, jestli mají ještě nějaké otázky. Pokud ne, tak tu konzultaci uzavřeme, domluvíme se, jestli je potřeba něco na příště přinést nebo co by měla rodina trénovat a domluvíme se na dalším termínu.“

Jaké pomůcky a materiály vozíte do rodin?

„Používáme integrované vývojové škály-jedná se o pomůcku pro poradce, kde je to rozděleno do určitých věkových období (0-3,3-6,6-9), jsou to archy a my sledujeme různé oblasti, na vyhodnocení na jaké úrovni je sluchové vnímání dítěte, komunikace: receptivní, perceptivní (co umí a čemu rozumí), hlas a výslovnost, znaková zásoba, sociální oblast a sebeobsluha. Na subjektivní zkoušky sluchu používáme zvukové kufříky, zvukové hračky, audiometr, který můžeme vozit do rodiny nebo další přístroje na vyšetření sluchu (audiometr Senti-screeningový přístroj). Děláme nácviky na audiometrii hrou, aby dal vědět, že něco slyší. Pak do rodin vozíme hračky/pomůcky běžné nebo využíváme i hry a hračky, co mají doma.“

Stalo se vám někdy, že s Vámi rodina nechtěla spolupracovat? Jak jste se v tu chvíli zachovala? Co je podle vás nejtěžší na spolupráci s rodinou?

„Nestalo se mi to. Důležitý pro spolupráci je ten vztah s tou rodinou, protože když rodiče řeší, že jejich dítě má postižení, tak si do života pouští cizího člověka, a pokud máte dobrý vztah, tak se vám otevřou a ta spolupráce probíhá dobře.“

Těžké je pro mě ještě to, oddělit si svůj život od toho pracovního. Dělá se to těžko. Člověk odejde z rodiny, tak já nad tím přemýšlím v autě a v kanceláři to můžeme něco probrat, nebo si zavoláme, takže ta možnost někomu to říct tam určitě je. Snažím se věci nedělat doma, udělat si co nejvíc věcí v kanceláři nebo mám doma vymezené časy, kdy se věnuji práci.“

Stalo se vám někdy, že jste musela ukončit spolupráci, protože se vám s rodinou špatně spolupracovalo?

„Nebyla jsem v této situaci.“

Spolupracujete a radíte se s dalšími poradci rané péče? Máte supervizi?

„Ano, máme kazuistické porady v užším týmu, kde můžeme řešit věci z rodin a pak máme ještě setkání v rámci celého týmu. V týmu máme velikou oporu.“

Jaký by podle vás měl být pracovník rané péče?

„Měl by umět pracovat s lidmi, empatický, umět naslouchat, podpořit, nesoudit, nasměrovat, být oporou pro tu rodinu (poradce je člověk, který tu rodinu kotví a dává jim nějaký směr).“

Myslíte si, že jsou nějaká negativa v systému rané péče?

„Financování – mám pocit, že rané péče je důležitá služba, protože když se to podchytí v raném věku toho dítěte a velmi záhy, čím rychleji tam naběhne rané péče, tak v pozdějším věku uleví těm dalším službám, protože je samostatnější a dokáže si hodně věcí zařídit sama a není závislá na ostatních službách. Jinak mě nic nenapadá.“

Anotace

Jméno a příjmení:	Kateřina Adzimová
Ústav/Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. BcA. Pavel Kučera, Ph. D.
Rok obhajoby:	2022

Název práce:	Raná péče pro děti se sluchovým postižením
Název v angličtině:	Early intervention for children with hearing impairment
Anotace práce:	Tato práce je zaměřena na ranou péči pro děti se sluchovým postižením. Teoretická část je zaměřena na problematiku sluchového postižení, službu rané péče a princip pracovníka rané péče. V praktické části se pomocí rozhovorů s 5 poradkyněmi přiblížila práce poradce v rané péči a tím byl naplněn cíl práce.
Klíčová slova:	sluch, sluchové postižení, raná péče
Anotace v angličtině:	This work is focused on early care for children with hearing impairment. The theoretical part is focused on the issue of hearing impairment, early care service and the principle of early care worker. In the practical part, with the help of interviews with 5 counselors, the work of the counselor in early care approached and thus the goal of the work was fulfilled.
Klíčová slova v angličtině:	Hearing, hearing impaired, early intervention
Rozsah práce:	42 stran
Jazyk práce:	čeština