

**Univerzita Pardubice**

Fakulta zdravotnických studií

Meziresortní spolupráce při poskytování služby sociální prevence raná péče

Martina Šafářová

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2014

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2012/2013

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Martina Šafářová**  
Osobní číslo: **Z11141**  
Studijní program: **B5350 Zdravotně sociální péče**  
Studijní obor: **Zdravotně-sociální pracovník**  
Název tématu: **Mezirezortní spolupráce při poskytování služby sociální prevence raná péče**  
Zadávací katedra: **Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce**

### Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

1. MATOUŠEK, Oldřich. Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení. 2. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0041-3.
2. TOMES, Igor. Obory sociální politiky. 1. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-868-5.
3. Raná péče: analýza situace v Evropě: klíčové aspekty a doporučení. Brusel: Evropská agentura pro rozvoj speciálního vzdělávání, 2005. ISBN 87-915-0076-1.
4. Česká Republika. Vyhláška č. 391/2011 Sb. In: Zákon o sociálních službách. 2011.
5. KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, Lea. Edukace dětí se speciálními potřebami v raném a předškolním věku. Brno: Paido, 2004. ISBN 80-7315-063-8.
6. Evropská agentura pro rozvoj speciálního vzdělávání, 2010. Raná péče - Pokrok a vývoj 2005-2010, Dánsko: Evropská agentura pro rozvoj speciálního vzdělávání. ISBN 978-87-7110-034-1.


Vedoucí bakalářské práce:

**PaedDr. Zdenka Šándorová, Ph.D.**


Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání bakalářské práce: **1. října 2012**

Termín odevzdání bakalářské práce: **14. července 2014**

  
prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.  
děkan

L.S.

  
Mgr. Markéta Moravcová  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 17. března 2014

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracoval samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využil, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámen s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 4. 7. 2014

.....  
Martina Šafářová

### **Poděkování:**

Děkuji vedoucí práce, PaedDr. Zdence Šáňdorové, PhD., za rady, připomínky a profesionální přístup při realizaci bakalářské práce.

## **SOUHRN**

Tématem bakalářské práce je „Meziresortní spolupráce při poskytování služby sociální prevence raná péče“. V teoretické části bakalářské práci se zaměřuji na sociální službu raná péče, na důležitost meziresortní spolupráce při jejím poskytování a jak probíhá meziresortní spolupráce u klientů se zrakovým postižením. Náplní výzkumné části bylo zjistit, jak hodnotí efektivitu meziresortní spolupráce v rané péči s cílovou skupinou klientů se zrakovým postižením členové jednotlivých týmů a rodiče.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

raná péče, dítě se zrakovým postižením, meziresortní spolupráce, ucelená (re)habilitace

## **SUMMARY**

The topic of the bachelor thesis is “Interdepartmental Cooperation in the Provision of Social Prevention Service - Early Care”. The theoretical part of the thesis is focused on the social service of early care and the importance of interdepartmental cooperation in its provision. This part also describes how the interdepartmental cooperation in the clients with visual impairments is realized. The aim of the research part was to find out how the members of particular teams and the parents evaluate the effectiveness of interdepartmental cooperation in early care with the target group of clients with visual impairments.

## **KEYWORDS**

Early Care, clients with visual impairments, interdepartmental cooperation, comprehensive rehabilitation.

# Obsah

Univerzita Pardubice .....	1
Úvod.....	9
I TEORETICKÁ ČÁST .....	11
1 Meziresortní systém při poskytování rané péče .....	11
1.1 Resort zdravotnictví .....	11
1.2 Resort sociální péče (sociálních věcí) .....	12
1.3 Resort školství.....	14
2 Raná péče .....	15
2.1 Raná péče v zákoně č.108/2006 Sb. o sociálních službách.....	15
2.2 Koncepce rané péče.....	16
2.3 Interdisciplinarita v rámci rané péče .....	16
2.4 Principy rané péče, kterými se řídí interdisciplinární tým .....	18
2.4.1 Standardy kvality služby raná péče .....	19
2.5 Cílové skupiny rané péče – dítě, rodina, interdisciplinární tým.....	20
2.4.1 Rodina jako součást týmu rané péče .....	20
2.4.2 Práce s rodinou.....	22
2.4.3 Interdisciplinární tým .....	23
3 Rodina a dítě se zrakovým postižením.....	24
3.1 Funkce a vývoj zraku .....	24
3.1.1 Stupně postižení zraku .....	24
3.1.2 Hodnocení zrakových funkcí .....	25
3.2 Vývoj zrakově postiženého dítěte .....	26
3.2.1 Vývoj dítěte s těžkým zrakovým postižením .....	26
3.2.2 Vývoj osobnosti dítěte se zrakovým postižením.....	28
3.2.3 Projev zrakového postižení v chování dítěte.....	28
4 Meziresortní spolupráce při poskytování služby raná péče o dítě se zrakovým postižením v kontextu ucelené tyflo(re)habilitace.....	30
4.1 Ucelená (re)habilitace .....	30
4.1.1 Složky ucelené rehabilitace.....	31
II VÝZKUMNÁ ČÁST .....	33
5 Výzkumné otázky .....	34
6 Metodologie, výzkumné techniky.....	35
6.1 Kvalitativní výzkum.....	35
6.1.1 Rozhovor .....	35

6.1.2 Pozorování .....	37
6.1.3 Případová studie .....	37
6.2 VÝZKUMNÝ VZOREK .....	37
7 Interpretace výsledků výzkumu .....	38
7.1 Dílčí cíl číslo 1. Zjistit, co je hlavní pracovní náplní jednotlivých pracovníků týmu rané péče. ....	38
7.2 Dílčí cíl číslo 2. Zjistit, jak často a jakou formou probíhá komunikace v rámci interního týmu, externího týmu a rodiny. ....	39
7.3 Dílčí cíl číslo 3. Zjistit, jak jednotliví členové hodnotí efektivitu vzájemné spolupráce. ....	42
7.4 Dílčí cíl číslo 4. Zjistit, jaké náměty navrhují pracovníci týmů a rodiče na zlepšení meziresortní spolupráce. ....	43
7.5 Případová studie .....	44
8 Diskuze .....	47
9 Závěr .....	50
Soupis bibliografických citací .....	52
SEZNAM PŘÍLOH .....	55



## Úvod

Tato bakalářská práce se zaměřuje na téma „Meziresortní spolupráce při poskytování služby sociální prevence raná péče“ u vybrané cílové skupiny – rodina s dítětem se zrakovým postižením.

K výběru tématu a cílové skupiny této bakalářské práce mě přivedly osobní zkušenosti s rodinou s dítětem se zrakovým postižením.

Důležitost meziresortní spolupráce během poskytování služeb rané péče je zdůrazňována v řadě významných výzkumů, dokumentů a publikací, které posloužily jako teoretický zdroj pro vypracování této práce.

Teoretická část práce se zabývá základními pojmy vztahujícími se k rané péči a tématu meziresortní spolupráce. Úvodní část práce je zaměřena na popis participujících jednotlivých resortů, které se podílejí na poskytování služby sociální prevence raná péče. Další kapitoly teoretické části jsou pak věnovány právě rané péči a důležitosti multidisciplinárního přístupu během jejího poskytování. Poslední kapitoly teoretické části obsahují informace vztahující se k vybrané cílové skupině a meziresortní spolupráci v kontextu ucelené tyflo(re)habilitace.

Praktická část této práce se zabývá meziresortní spoluprací v rané péči s cílovou skupinou rodina s dítětem se zrakovým postižením. Výzkum probíhal strukturovanými rozhovory se všemi členy interdisciplinárního týmu, pozorováním zaměřeným na spolupráci a komunikaci mezi rodinou a poradcem rané péče a je doplněn analýzou dokumentů vztahujících se k meziresortní spolupráci.

## Cíle práce

Teoretickým cílem práce je analýza problematiky služby sociální prevence rané péče se zaměřením meziřesortní spolupráci v literárních zdrojích

Hlavním cílem ve výzkumné části práce je zjistit význam a efektivitu meziřesortní spolupráce v rané péči s cílovou skupinou rodina s dítětem se zrakovým postižením.

Dále byly stanoveny tyto dílčí cíle:

1. Zjistit, co je hlavní pracovní náplní jednotlivých pracovníků týmu rané péče.
2. Zjistit, jak často a jakou formou probíhá komunikace v rámci interního týmu, externích pracovníků a rodiny.
3. Zjistit, jak jednotliví pracovníci hodnotí efektivitu spolupráce s interním týmem, externími pracovníky a s rodinou.
4. Zjistit, jaké náměty pracovníci a rodiče navrhnou na zlepšení efektivy meziřesortní spolupráce.

# I TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Meziresortní systém při poskytování rané péče

V této úvodní kapitole se budeme věnovat třem resortům, které se na poskytování intervencí rané péče úzce podílejí a jejichž vzájemná spolupráce je v rámci poskytování kvalitních služeb nezbytně nutná - tedy resortu zdravotnictví, resortu sociálních věcí a resortu školství.

### 1.1 Resort zdravotnictví

Úvodem této kapitoly je nutné upozornit na zákon o zdravotních službách č. 372/2011 Sb. v platném znění, kde jsou v části druhé, § 5 uvedeny druhy zdravotní péče dle účelu jejich poskytování. V souvislosti s ranou péčí jsou zde zařazeny následující druhy zdravotní péče a to preventivní, diagnostická a dispenzární. Lékařská oblast sehrává základní roli obzvláště v počátečních fázích posuzování v období před porodem nebo při něm, a v souvislosti s typem postižení. (Raná intervence v Evropě: Trendy v 17 evropských zemích 2000, s. 23)

Účelem preventivní péče je včasné vyhledávání rizikových faktorů, jež se přímo podílí na vzniku nemoci či na zhoršení stavu. Cílem preventivní péče je eliminování rizikových faktorů a jejich předcházení. (Zákon č.372/2011 Sb., o zdravotních službách v platném znění)

Ve spojitosti s preventivní péčí též poukazují na dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva České republiky Zdraví ve 21. století, který je k dispozici na webových stránkách ministerstva zdravotnictví České republiky, přesněji jeho cíl č. 3 nazvaný Zdravý start do života. Zde je uveden fakt, že i přes vysokou úroveň zdravotní péče v České republice stoupá množství vrozených vad, alergických onemocnění, mentální retardace, onemocnění nervového systému aj. V rámci pěti dílčích úkolů ustanovených v tomto programu je zde zmíněna důležitost propojenosti zdravotních služeb se službami rané péče, ale i s ostatními výše zmíněnými resorty.

*Zdraví pro všechny v 21. století* [online].[cit.2014-03-11]. Dostupný z WWW:<[http://www.mzcr.cz/verejne/dokumenty/zdravi-pro-vsechny-v-stoleti\\_2461\\_1101\\_5.html](http://www.mzcr.cz/verejne/dokumenty/zdravi-pro-vsechny-v-stoleti_2461_1101_5.html)>.

Cílem diagnostické péče je určení zdravotního stavu pacienta, též okolností, které mají vliv na zdravotní stav pacienta a nastavení léčebného postupu.

V rámci dispenzární péče je účelem aktivní sledování pacienta, který je ohrožen vlivem svého zdravotního stavu a u kterého včasné zjištění může zásadně ovlivnit jeho další léčbu. (Zákon č.372/2011 Sb., o zdravotních službách v platném znění)

Všechny tyto uvedené druhy zdravotní péče hrají zásadní roli při sestavování individuálního plánu péče o klienta ve všech spolupracujících resortech.

Raná péče ve zdravotnictví v sobě zahrnuje všechny zdravotnické pracovníky, tedy lékaře, zdravotní sestry a ostatní profese jako klinické psychology, psychoterapeuty, fyzioterapeuty, ergoterapeuty atd. (Šándorová 2005, s. 79)

Hlavními službami, jež jsou resortem zdravotnictví rodině a dítěti poskytovány, jsou zdravotnické služby pro matku a dítě (prenatální i postnatální péče), diagnostiku poskytující a lékařskou péči zajišťující zdravotnická centra a kliniky, neonatologická centra, dále pak poradenské služby pro rodiny a děti, oddělení péče o duševní zdraví a rehabilitace. (Raná péče, pokrok a vývoj, 2005-2010 s. 28)

Mezi cíle rané péče v systému zdravotnictví patří na základě diagnózy a terapie poskytnout dítěti nezbytnou péči o zdraví tělesné, psychické a i sociální. Dalším cílem je snaha o integraci a využití nových vědeckých a klinických poznatků z medicíny, psychologie v rané péči o dítě a rodinu. Dále pak snížit rizika, která ohrožují zdraví vývoj dítěte a předcházet a minimalizovat negativní primární i sekundární vlivy typů postižení na psychický, citový, sociální a biologický vývoj dítěte a jeho rodinu. V neposlední řadě pak zachovat co nejvyšší kvalitu zdraví a života dítěte a jeho rodiny a zajistit, aby se dítě se speciálními potřebami vyvíjelo dle svých možností a bylo v co největší míře integrováno. (Šándorová 2005, s. 80)

## **1.2 Resort sociální péče (sociálních věcí)**

Termín sociální péče vyplývá ze „*společenské solidarity a spočívá v redistribuci prostředků a služeb ve společenském prostoru, jejichž cílem je všestranný rozvoj jednotlivce.*“ (MATOUŠEK 2008, s. 198)

Sociální služba je definována v zákoně č. 108/2006 Sb. o sociálních službách v platném znění, kde v § 2 jsou též stanoveny základní zásady poskytování sociálních služeb:

*„Každá osoba má nárok na bezplatné poskytnutí základního sociálního poradenství o možnostech a řešení nepříznivé sociální situace nebo jejího předcházení.*

*Rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost osob. Pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb*

*osob, musí působit aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace, a posilovat jejich sociální začleňování. Sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležitě kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod. “*

Dle významného analytického dokumentu Bílé knihy v sociálních službách (2003) jsou „sociální služby zaměřeny na lidi – na jedince, jejich rodiny a na jejich sociální síť. Jaké služby jsou poskytovány vyplývá z individuálních potřeb lidí a z celkových potřeb komunit, v nichž tito lidé žijí“. K zajištění maximálního uspokojení potřeb tedy, musí být zajištěna dostatečná síť sociálních služeb, která tyto různorodé potřeby občanů naplní.

*Bílá kniha v sociálních službách* [online].[cit.2014-03-15]. Dostupný z WWW:<[http://www.mpsv.cz/files/clanky/736/bila\\_kniha.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/736/bila_kniha.pdf)>.

S pojmem sociální služby též souvisí pojem sociální práce. Sociální práce je ve Slovníku sociální práce (Matoušek 2008, s. 200) vysvětlována jako „společenskovední disciplína i oblast praktické činnosti, jejichž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů (chudoby, zanedbávání výchovy dětí aj.). Sociální práce se opírá jednak o rámec společenské solidarity, jednak o ideál naplňování individuálního lidského potenciálu“.

Resort sociálního zabezpečení v sobě zahrnuje služby ochrany dítěte, služby pro vývoj dítěte. Dále pak poradenství pro rodiny, služby denní péče, služby podporující integraci v zařízení denní péče, kojenecké ústavy a instituce pro děti s těžkým postižením. (Raná péče, pokrok a vývoj, 2005-2010 s. 29)

Služba raná péče se zařazují do základních typů sociálních služeb – služeb sociální prevence.

Působení sociálních služeb v oblasti rané péče má za cíl podporovat i začlenění rodiny a dítěte se speciálními potřebami do běžného společenského života, pomáhat jim v jejich seberealizaci, uplatnění ve společnosti a předejít sociálnímu vyloučení. Zaměřit se na podporu nezávislosti, vyrovnávání příležitostí a na odstranění znevýhodnění jedinců nebo skupin. (Šándorová 2005, s. 77)

Do principů uplatňovaných při dosahování stanovených cílů v poskytování služeb se pak dle Šándorové (2005, s. 77) řadí:

*„Zapojování uživatelů služeb rané péče – respektování názorů na rozsah, formu, koncepci celého systému,*

*Odpovědnost – participace na rozhodování a koncepci služby,*

*Partnerství – hlavním nástrojem je dialog,*

*Subsidiarita – problém je řešen nejnižším subjektem a na nejnižším stupni rozhodování a řízení,*

*Rovné podmínky jak pro jednotlivé skupiny klientů, tak i k poskytovatelům služeb,*

*Transparentnost – průhlednost a dostatečná informovanost pro odbornou diskusi a veřejnou kontrolu.“*

### **1.3 Resort školství**

V případě resortu školství se intervence rané péče zaměřují na rozvoj lidské individuality, kdy předpokladem pro rozvoj lidské individuality je péče o fyzické a psychické zdraví a též v sobě zahrnuje kultivaci, podporu seberealizace a maximální uplatnění schopností jedince. Základní cíl, nezbytný nejen pro jedince, ale i pro společnost, je kognitivní, psychomotorický a afektivní rozvoj.

Maximální rozvoj potenciálu každého jedince znamená omezení, až odstranění selektivity, tedy poskytnout příležitost k maximálnímu rozvoji schopností všem bez rozdílu a přizpůsobit vzdělávací systém jedinci. (MŠMT ČR, Východiska a předpoklady rozvoje vzdělávací soustavy, 2002 in Šándorová 2005, s. 74)

Další důležitou roli resort školství v rané péči sehrává v zajištění spravedlivého přístupu ke vzdělávacím příležitostem. To musí být zajištěno tak, aby byly poskytnuty všechny vzdělávací potřeby společnosti, tedy aby členové společnosti měli možnost si najít vlastní vzdělávací cestu a i možnost ji v průběhu života měnit. Je důležité zajistit přístup k potřebným informacím a především vytvoření odpovídajících vzdělávacích příležitostí pro všechny dle jejich schopností, požadavků a potřeb.

Zahájení včasných intervencí v resortu školství je pro vývoj dítěte s postižením velmi důležité. Z hlediska zdárného vývoje jedince je nutné zahájit komprehenzivní (re)habilitaci a pedagogickou intervenci již v raném věku. (Šándorová 2005, s. 73-74)

Hlavní služby poskytované resortem vzdělávání jsou např. mateřské školy speciální, soukromé a dobrovolnické instituce předškolní výchovy, pedagogicko-psychologická poradenská centra, podpůrné služby pro děti s postižením (speciální pedagogové, asistenti). (Raná péče, pokrok a vývoj, 2005-2010 s. 29)

## 2 Raná péče

Vzhledem k důležitosti sociální služby sociální prevence rané péče je vhodné, aby jí byla věnována dostatečná pozornost. Proto se budeme touto problematikou v následující kapitole podrobněji zabývat.

V historickém kontextu dle informací uvedených v Dokumentu o současném stavu a perspektivách zabezpečování rané péče pro děti s funkčním postižením a s poruchami psychosociální adaptace v České republice a Dánsku (2001-2002, s. 52) v roce 1990 poskytovaly 80 % rané péče státní organizace – zejména speciálně pedagogická centra, která poskytovala intervence rané péče na okresní nebo krajské úrovni, a to hlavně ambulantní formou péče. 20 % intervencí bylo poskytováno nestátními organizacemi, středisky rané péče, dětskými centry a dalšími. Tato zařízení poskytovala péči pro rodinu bezplatně, péči založenou na principech minimálního zásahu do rodiny, poskytování profesionálního poradenství rodině a respektování svobodné volby rodičů. V současné době, kdy je zákonným podkladem zákon 108/ 2006 Sb. o sociálních službách v platném znění, poskytují službu převážně neziskové organizace dle zákona o sdružování (aktuální znění zákon č. 89/2012 Sb.) – obecně prospěšné činnosti, občanská sdružení a církevní právnické osoby.

### 2.1 Raná péče v zákoně č.108/2006 Sb. o sociálních službách

Dle zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. v platném znění mezi základní druhy a formy sociálních služeb dle § 32 patří sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence.

Služby sociální prevence dle § 53 zákona č.108/2006 napomáhají: *„zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou tímto ohroženy pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí a ohrožení práv a oprávněných zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby. Cílem služeb sociální prevence je napomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů“.*

Jednou z forem služeb sociální prevence je raná péče. Raná péče je dle § 54 zákona č. 108/ 2006 Sb. o sociálních službách v platném znění definována jako *„terénní služba, popřípadě doplněná ambulantní formou služby, která je poskytována dítěti a rodičům do 7 let, které je zdravotně postižené, nebo jeho vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu. Služba je zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby a je poskytována zdarma“.*

Jako další uvádím ucelené pojetí rané péče dle Matouška (2008): *„Raná péče je soubor propojených sociálních, zdravotnických a psychologických služeb. Poskytuje se předškolním*

*dětem, které jsou smyslově, fyzicky nebo mentálně postižené nebo je z jiného důvodu vážně ohrožen jejich vývoj. Péče zahrnuje i rodiny těchto dětí.“*

## **2.2 Koncepce rané péče**

Koncepce rané péče v sobě zahrnuje dva aspekty, a to věk dítěte a opatření. Vzhledem k pojetí rané péče jako podnikání kroků v prvních letech života dítěte, je raná péče chápána jako soubor opatření směřující k dítěti a jeho rodině. Tato opatření vycházejí vstříc speciálním potřebám dítěte. (Raná intervence v Evropě: Trendy v 17 evropských zemích 2000, s. 9)

Šándorová (2005, s. 79) uvádí: *„Ve shodě s definicí zdraví Světové zdravotnické organizace (WHO) se raná péče zaměřuje na péči o zdraví biologické, psychické i sociální. Zaměřuje se na ochranu, podporu a rozvoj zdraví dítěte a jeho rodiny od narození, resp. od jeho početí.“* Raná péče neodděluje dítě od rodiny. Klade za cíl dosažení co nejvyššího začlenění dítěte do vzdělávacího a širšího sociálního prostředí.

Termín raná péče je adekvátní k mezinárodně používanému „early intervention“, vyznačuje soustavu služeb sloužící k zabezpečování základních životních potřeb klienta. (Šándorová 2005, s. 68)

Obecně je raná péče soubor služeb a opatření určených malým dětem a jejich rodinám. Tyto služby zahrnují jakoukoliv činnost prováděnou v případě, že dítě potřebuje zvláštní podporu za účelem zajištění a podpory vývoje dítěte, posílení kompetencí rodiny a její začlenění do společnosti. Ranou péčí lze vnímat z pozice služeb psychosociálních, zdravotních a edukačních. (Šándorová 2005, s. 68)

Opatření by měla být prováděna v přirozeném prostředí dítěte. (Raná péče v Evropě, analýza situace v Evropě, klíčové aspekty a doporučení, 2005 s. 17)

Raná péče je považována za preventivní *„v prevenci druhotného postižení, v prevenci institucionalizované a ústavní péče a v prevenci segregace“*. (Šándorová, 2005 s. 70)

## **2.3 Interdisciplinarita v rámci rané péče**

Hradilková ve sborníku Raný vývoj dítěte a možnosti rané intervence (1998, s. 73) uvádí: *„Protože dítě je v raném věku ještě velmi nevyzrálé, jednotlivé vývojové aspekty jsou velmi provázané a navzájem se podmiňující, navíc je pevně spjato se svými „osobami“, musí být i*



*přístup k tomuto dítěti a jeho rodině celistvý – čerpající z mnoha specializací, ale jednotný v působení.*“

Ke stanovení péče a odpovídajícímu typu intervence pro dítě je nutné vycházet z diferenciované diagnostické činnosti. Je nutné vycházet z holistického přístupu, dítě je nutné chápat jako individuum a každé rozhodnutí musí brát v úvahu veškeré aspekty týkající se prostředí, ve kterém dítě žije. Nejdůležitějším úkolem v rámci interdisciplinarity je zajistit rozvoj dítěte a kvalitní intervenční činnosti. (Raná intervence v Evropě: Trendy v 17 evropských zemích 2000, s. 11)

Do rané péče se zapojují odborníci z různých oborů s různým vzděláním. Odborníci týmu rané péče musí sdílet principy, cíle a pracovní strategie. (Raná péče v Evropě, analýza situace v Evropě, klíčové aspekty a doporučení, 2005 s. 45)

Jednotlivé fáze procesu rané péče na sebe navazují, prolínají se, od diagnostikování až do ukončení služeb. Složení týmu se během této doby mění dle jednotlivých fází procesu. Stabilní částí zůstávají rodiče s dítětem.

V prvotní diagnostické fázi jsou členy lékaři (neonatologové, pediatři, neurologové a jiní specialisté) spolu s dalšími zdravotnickými pracovníky. Na fázi diagnostickou navazuje fáze doporučení klienta pro ranou péči, v této fázi dochází ke spolupráci lékařů a sociálních pracovníků. V rámci třetí fáze dochází k týmovému posouzení, a to speciálními pedagogy, psychology, fyzioterapeuty. Na fázi domlouvání míry a charakteru pomoci a služeb se podílí sociální pracovníci, speciální pedagogové – poradci rané péče a další odborníci poskytující služby či péči. Při samotné fázi poskytování služby rané péče dochází ke spolupráci odborníků ze speciální pedagogiky, fyzioterapie, ergoterapie, muzikoterapie, pediatrie a jiných medicínských oborů, psychologie a sociální péče. V závěrečné fázi ukončení rané péče, která je charakteristická přechodem do vzdělávacího zařízení, rodičům napomáhá poradce rané péče a pracovník vzdělávací instituce. (Hradilková 1999 s. 73 – 74)

Společným cílem meziresortní spolupráce je poskytnout dítěti a jeho rodině kvalitní služby rané péče. Současná koncepční opatření a iniciativy v oblasti rané péče zohledňují potřebu interdisciplinarity a týmové spolupráce v jednotlivých resortech k zajištění kvality poskytovaných služeb. (Raná péče, pokrok a vývoj, 2005-2010 s. 25)

Dle souhrnné zprávy pro ranou péči v Evropě, analýza situace v Evropě, klíčové aspekty a doporučení (2005, s. 46) vyplývá, že pozornost při vytváření interdisciplinárního týmu by měla být věnována přenosu informací, který „*musí být funkční a plynulý, aby se členové týmu*

*podle svých individuálních dovedností a kompetencí vzájemně doplňovali. Důležitá rozhodnutí by odborníci týmu měli konat po diskuzi a schválení“.* Dále by měla být ustanovena „kontaktní osoba, která by koordinovala všechny činnosti týkající se rodiny a zajistila s ní neustálý kontakt“. Tento pracovník by měl být zvolen na základě dovedností, které by si konkrétní situace žádala.

Pro zajištění kvalitní týmové spolupráce byly v roce 2005 navrženy tři typy doporučení:

1. Spolupráce s rodinou coby hlavním partnerem odborníků;
2. Teambuildingový přístup, který zajistí interdisciplinární charakter práce ještě před, nebo i v průběhu provádění dohodnutých úkolů;
3. Stálé složení členů týmu, které usnadní proces upevňování týmu a dosažení kvalitních výsledků práce. (Raná péče, pokrok a vývoj, 2005-2010 s. 23)

## **2.4 Principy rané péče, kterými se řídí interdisciplinární tým**

Poskytování služeb rané péče je založeno na principu důstojnosti, respektování individuality dítěte, též vnímání sociálního a kulturního původu rodiny a respektování zásady partnerství.

Pracovníci vedou dokumentaci s ohledem na ochranu osobních údajů dítěte a jeho rodiny, poskytují veškeré informace o dítěti a rodině pouze na základě souhlasu dotyčných osob. Pečlivě dodržují principy ochrany soukromí dítěte.

Při poskytování intervencí respektují přání dítěte a jeho rodiny a dodržují pravidla co nejmenšího narušení chodu rodiny. Práce s dítětem v rodinném prostředí je podepřena souhlasným stanoviskem rodičů.

Rodina má právo na členství v pracovním týmu, objektivní informace, na rozhodování o průběhu poskytované péče a na účast rodičů při sestavování programu rané péče.

Raná péče podporuje právní vědomí rodiny, podporuje schopnosti dítěte a celé rodiny využívat vlastní potenciál ke zvládnutí situací. Poskytuje služby takovým způsobem, aby se nevytvořily nevhodné závislosti na institucionální péči.

Služba raná péče je zajištěna v kraji, v němž rodina žije. Zajišťuje také informovanost rodičů o alternativních nabídkách. Organizace služeb směřuje k podpoře sociální integrace dítěte a rodiny v rámci kraje.

Členové interdisciplinárního týmu přinášejí kvalitativní, časové a ekonomické výhody pro dítě, jeho rodinu a společnost.

Volba metod rané péče odpovídá věkovým zvláštnostem dítěte a přirozenému prostředí rodiny.

(Dokument o současném stavu a perspektivách zabezpečování rané péče pro děti s funkčním postižením a s poruchami psychosociální adaptace v České republice a v Dánsku, 2001- 2002 s. 50)

#### **2.4.1 Standardy kvality služby raná péče**

Jako hodnotící kritérium existují standardy sociální péče. Tyto standardy slouží k hodnocení poskytovaných služeb včetně služby raná péče.

Matoušek O. (2007, s. 125) uvádí: „*Standardy mohou formulovat poskytovatelé péče společně se zřizovateli služeb a s klienty.*“ Účelem standardů je jejich využití coby „*metodického nástroje inspektorů kvality, mají orientovat uživatele služeb a mají být organizacemi, jež poskytují služby využitelné pro sebeposuzování*“, je tedy stěžejní, aby se na jejich vyhotovování účastnili odborníci dostatečně způsobilosti v této oblasti.

Standardy definují nezbytnou úroveň kvality poskytování služby raná péče, a to v oblasti procedurální, personální a provozní. Jsou zaměřeny na „*naplňování lidských práv uživatele služeb včetně práva na svobodnou volbu, naplňování cílů sociálních služeb, naplňování osobních cílů uživatelů, které prostřednictvím sociálních služeb chtějí dosáhnout, na pravidla pro podávání stížností, dodržování dohod o poskytování služeb, bezpečnosti a odbornosti poskytování sociálních služeb, informování o poskytovaných službách*“. (Šándorová 2005, s. 78)

Ve spojitosti s principy, kterými se řídí tým pracovníků rané péče, poukazují na důležitost následujících standardů.

Celostátní profesní organizace Asociace pracovníků v rané péči, sdružující poskytovatele rané péče, uvádí v rámci personálních standardů závazně odhlasovaných členskými pracovišti 10. 10. 2013 následující:

Standard č. 9 - *Personální a organizační zajištění sociální služby* vymezuje složení odborného týmu poskytující intervence rané péče. Dle tohoto standardu je základem týmu klíčový pracovník - poradce rané péče a klient – rodina s dítětem se speciálními potřebami. Jako součást týmu jsou v tomto standardu uvedeni další, neméně důležití spolupracovníci týmu, a to speciální pedagog, sociální pracovník, psycholog, rehabilitační pracovník. Ve standardu je

též uvedena skutečnost, že složení odborného týmu závisí na individuálních potřebách klienta a možnostech daného pracoviště. Poskytovatel služby rané péče zajišťuje dle potřeby klienta externí spolupracovníky a konzultanty. Společným cílem všech členů interdisciplinárního týmu je společný záměr, tedy naplňování individuálního plánu klienta.

Personální standard č. 10 *Profesní rozvoj zaměstnanců* se zabývá třemi důležitými oblastmi, a to: dalším vzděláváním pracovníků, výměnou informací a supervizí.

Vzdělávání pracovníků uvádí povinnost každého pracovníka se dle zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách v platném znění vzdělávat. Pracovník rané péče má možnost zvyšování odbornosti, související s jeho pracovním zařazením a potřebami klientů. Pracovníci jsou též průběžně seznamováni s trendy a novými metodami v oboru a zaměstnavatel dbá na to, aby docházelo k výměně zkušeností mezi poskytovateli rané péče.

Pracovníci jsou pravidelně seznamováni s aktuálními informacemi na pravidelných poradách odborného týmu. Na pracovišti je zaveden systém komunikace, rozdělování pošty a předávání informací tak, aby všichni pracovníci byli včas informováni.

Supervize je stanovena v rámci interního a externího provedení. Supervizi mají možnost využívat všichni pracovníci a slouží k zvyšování efektivnosti chodu pracoviště, zkvalitnění služeb a předcházení negativního dopadu práce v pomáhající profesy. (Druhové standardy kvality služby rané péče, 2013)

## **2.5 Cílové skupiny rané péče – dítě, rodina, interdisciplinární tým**

Intervence rané péče se zaměřují na dítě se speciálními potřebami, Šándorová uvádí:

*„Za jedince raného věku se speciálními potřebami považujeme v analogii se zákonem č.561/2004 Sb. novorozence, nebo batole se zdravotním postižením, zdravotním znevýhodněním nebo sociálním znevýhodněním. Zdravotním postižením v našem kontextu je zrakové, sluchové, tělesné nebo mentální postižení, vady řeči, souběžné postižení více vadami, autismus. Za zdravotní znevýhodnění považujeme zdravotní oslabení, dlouhodobou nemoc nebo lehčí zdravotní poruchy. Sociálním znevýhodněním rozumíme: rodinné prostředí s nízkým sociálně kulturním postavením, ohrožení sociálně patologickými jevy, nařízená ústavní výchova, postavení azylanta a účastníka řízení o udělení azylu na území České republiky a další minority. “*

### **2.4.1 Rodina jako součást týmu rané péče**

Rodina je pro odborníky hlavním partnerem. Zapojení nejen rodičů dítěte, ale i ostatních členů rodiny (sourozenci, prarodiče) je velmi důležité.

Raná péče probíhá v přirozeném prostředí klienta a rodič zde „*hraje dominantní roli. Rodič je nedílnou součástí poradenského týmu, který dále tvoří poradce rané péče, speciální pedagog, sociální pracovník, psycholog, fyzioterapeut, ergoterapeut, lékař a jiní odborníci*“.  
(Šándorová 2005, s. 70)

Rodiče mají vzhledem k dítěti zásadní roli, jsou pro něj zdrojem informací a pomoci. V případě, že rodiče nejsou do procesu rehabilitace začleněni nebo nejsou považováni za partnery, může dojít ke ztrátě potřebných informací a k potencionálnímu snížení efektivity výsledů. (Raná intervence v Evropě: Trendy v 17 evropských zemích 2000, s. 11)

Spolupráce je v rámci rané péče myšlena v tom smyslu, že rodina a odborníci pracují dohromady, přispívají svými znalostmi a sdílejí úsilí i zodpovědnost. Odborníci by měli spolupráci podněcovat, měli by se k rodinám stavět otevřeně, s respektem, aby potřeby a očekávání rodiny byly správně chápány a aby se zamezilo konfliktům. Na základě setkávání s rodinou, na nichž se zvažují zejména odlišné názory rodičů, vzniká Individuální plán. Tento psaný dokument obsahuje stanovený plán intervence, cíle, strategie, odpovědnosti a evaluační procedury. Tento plán by měl být opakovaně vyhodnocován rodinou i pracovníky. (Raná péče v Evropě, analýza situace v Evropě, klíčové aspekty a doporučení, 2005 s. 44)

#### **2.4.1.1 Reakce rodičů na postižení dítěte**

Po narození dítěte s postižením jsou rodiče touto skutečností šokováni, neboť očekávali příchod zdravého dítěte. Toto období příchodu handicapovaného dítěte do rodiny je charakterizováno jako krize rodičovské identity. (Vágnerová, 1995 s. 44)

V tomto období je pro rodiče velice důležitý dostatečný přísun informací o postižení dítěte, nabídka pomoci a péče od kvalifikovaných odborníků. Vyrovnání se se skutečností narození handicapovaného dítěte je dlouhodobým procesem. (Raná péče pro rodiny s dětmi se zrakovým a kombinovaným postižením, 1998 s. 34)

Vágnerová (1995 s. 44) uvádí, že „*je to doba adaptace na realitu, kterou představuje odlišnost jejich dítěte a perspektiv, částečně nejasných a částečně nepříznivých, hůře akceptovatelných. Tato zátěž omezuje uspokojení potřeby seberealizace v rodičovské roli, ve smyslu deprivace této potřeby a vyvolává tak nejrůznější obranné reakce*“.

Zmíněné obranné reakce rodičů přicházejí v určité posloupnosti v rozdílných časových intervalech. Jsou rozděleny do tří fází.

Jak již bylo zmíněno, po narození dítěte s postižením dochází u rodičů k šoku, což je pro první fázi reakce rodičů na postižení dítěte charakteristické. Vzniklá skutečnost se stává pro rodiče natolik traumatizující a nepřijatelnou, že dochází k jejímu popírání. Pro rodiče v této fázi je typické argumentování slovy „*To není možné, to nemůže být pravda*“. Nepřijetí této informace je projev obrany před zátěží, která by mohla být příčinou vzniku psychické nerovnováhy.

V následující fázi dochází k postupnému přijetí skutečnosti narození dítěte s handicapem. Samotný průběh této fáze je ovlivněn racionálními a emocionálními faktory. Právě emocionální faktory - jako hněv, zoufalství, beznaděj - často brání racionálnímu přijetí situace. Tento emocionální stav rodičů vzniká na základě prožitého traumatu z narození dítěte s postižením a následkem toho u rodičů vede k vytváření různých obranných reakcí s cílem udržet si psychickou rovnováhu v nejvyšší možné míře. V této fázi dochází k vzniku obranných reakcí typu racionalizace, též únik do fantazie, substituce, obrana regresí, rezignace, únik do izolace či období smlouvání.

V poslední, třetí fázi reakce rodičů dochází ke vzniku realistického postoje – rodiče přijímají ve větší či menší míře skutečnost narození dítěte se zrakovým postižením. Získání tohoto postoje ovšem všichni rodiče schopni nejsou. Může dojít k upevnění neodpovídajícího postoje, který slouží jako obranný mechanismus. Těmito postoji jsou míněny např. nekritické, ochranné postoje rodičů nebo vysoké ambiciózní výchovné postoje. (Vágnerová, 1995 s. 45-48)

## **2.4.2 Práce s rodinou**

Pro rodinu je nutné zabezpečit tři hlavní okruhy, a to dostatek informací, pomoc a vedení.

K poskytování informací rodině by mělo dojít co nejdříve. Podávané informace se pak týkají odhalených či možných problémů, dalších postupů při jejich řešení, informace týkající se rodičovských práv či uplatnění nároku na finanční pomoc rodině. Zásadní je i způsob podání informací, jazyk by měl být jednoduchý, neměl by obsahovat těžko srozumitelné, odborné názvy. (Raná intervence v Evropě: Trendy v 17 evropských zemích 2000, s. 31)

Při poskytování pomoci a podpory rodiny je důležité, aby se intervence rané péče soustředily na pomoc psychologickou, pedagogickou, sociální, praktickou.

Psychologická podpora má za cíl pomoci rodině řešit problémy, které se týkají postižení jejich dítěte. Pomáhá zmenšit zklamání rodičů i dítěte a také zabránit možné izolaci rodiny.

Ze sociálního hlediska se intervence zaměřují na životní podmínky rodiny, zajištění pomůcek, které rodina potřebuje, ale také na pomoc při administrativních krocích umožňujících rodině získat finanční a odbornou pomoc.

Praktická pomoc se vztahuje k tomu, jak rodiče naučit provádět domácí činnosti, které by měli vykonávat a na které doposud nebyli zvyklí. Tato péče je rodině poskytována do doby, dokud rodiče nezískají jistotu v nových úkolech. (Raná intervence v Evropě: Trendy v 17 evropských zemích 2000, s. 34)

### **2.4.3 Interdisciplinární tým**

Týmy rané intervence jsou tvořeny odbornými pracovníky různého zaměření. Složení týmu musí respektovat potřeby dítěte a jeho rodiny.

Do hlavních kategorií odborníků podílejících se na meziresortní spolupráci při poskytování služby sociální prevence raná péče řadíme tyto čtyři oblasti: lékařskou oblast, oblast psychologickou a vzdělávací a oblast sociální. (Raná intervence v Evropě: Trendy v 17 evropských zemích 2000, s. 23)

## 3 Rodina a dítě se zrakovým postižením

Následující kapitola je věnována cílové skupině rodina s dítětem se zrakovým postižením v intervencích rané péče a také stručný úvod do fyziologie zraku.

Účelem intervencí soustředujících se na dítě a jeho rodinu je předcházení zrakovému postižení, zmírňování následků postižení a v neposlední řadě pak poskytování pomoci rodině, dítěti a společnosti s cílem vytvořit vhodné podmínky pro pedagogické a sociální začlenění dětí se zrakovým postižením. Raná péče má být poskytována od okamžiku zjištění rizika nebo zrakového postižení do doby přijetí dítěte do systému vzdělávání tak, aby se vývojová úroveň dítěte zvyšovala ve všech oblastech. (Dokument o současném stavu a perspektivách zabezpečování rané péče pro děti s funkčním postižením a s poruchami psychosociální adaptace v České republice a v Dánsku, 2000-2001 s. 66)

### 3.1 Funkce a vývoj zraku

Zrak je pro člověka velmi důležitým smyslem, pomocí zraku získáváme až 90 % informací. Funkčně jej řadíme mezi radioreceptory – slouží ke vnímání viditelného světla, zprostředkovává obraz viditelného vnějšího světa mozku. Z anatomického hlediska se zrakové ústrojí skládá u oční koule a přídatných očních orgánů. Aby člověk dokázal okolní svět zrakem vnímat kvalitně, je nezbytné sledované objekty vidět – tedy zachytit je zrakem, identifikovat je (tedy stanovit „co to je“) a detekovat případný pohyb – určit „co to dělá“. Tyto dílčí poznávací schopnosti jsou realizovány velkým souborem neuronů v různých částech mozku. (Orel, Facová a kol., 2010 s. 50-62)

#### 3.1.1 Stupně postižení zraku

Dle Světové zdravotnické organizace klasifikujeme zrakové postižení jako střední slabozrakost, silná slabozrakost, těžce slabý zrak, praktická nevidomost, úplná nevidomost.

Klasifikace zrakového postižení dle WHO [online]. [cit.2014-04-19]. Dostupný z WWW: <<http://www.sons.cz/klasifikace.php>>.

Z obecného hlediska rozlišujeme čtyři základní kategorie osob se zrakovým postižením, a to na osoby nevidomé, osoby se zbytky zraku, osoby slabozraké a na osoby s poruchami binokulárního vidění.



Nevidomost je charakterizována jako nevratné snížení centrální zrakové ostrosti až po světlocit. Jedná se o orgánové postižení, to se projevuje ztrátou funkce zrakového analyzátoru, nervových drah nebo zrakového centra v mozku. (Novohradská, 2009 s. 34)

Ve starších literárních zdrojích jako například Flenerová (1985 s. 10) definuje nevidomost ve smyslu speciální pedagogiky jako „*vadu zraku, která se projevuje úplným nevyvinutím, úplnou (nebo téměř úplnou) nevykonností zrakového analyzátoru a tím nemožností zrakového vnímání*“.

O zbytcích zraku hovoříme tehdy, pokud se jedná o orgánovou vadu zraku. Tato vada se projevuje nevyvinutím, snížením či zkreslující činností zrakového analyzátoru a to na obou očích a tím vzniká porucha ve zrakovém vnímání. (Flenerová, 1985 s. 10)

V případě slabozrakosti dochází k nevratnému poklesu zrakové ostrosti. Jedná se o orgánovou poruchu zraku, jež má podstatný vliv na kvalitu zrakového vnímání. Slabozrakost znamená pro jedince snížení rychlosti a přesnosti při získávání informací pomocí zraku, dále problémy s orientací v prostoru a při samostatném pohybu. (Novohradská, 2009 s. 33)

Do kategorie poruch binokulárního vidění se řadí strabismus a amblyopie.

Strabismus (šilhavost) „*je stav, kdy při fixaci předmětu do blízka nebo do dálky nesměřují osy obou bulbů souměrně a k témuž bodu a kdy není přítomno normální binokulární vidění. Jde tedy o poruchu zrakové funkce, která se projevuje asymetrickým postižením postavení obou očí*“ . (Poledníková in Novohradská, 2009 s. 34)

Amblyopie (tupozrakost) „*je funkční porucha, kterou představuje snížení zrakové ostrosti různého stupně při normálním anatomickém nálezu oka. V důsledku toho vzniká na sítnici jednoho oka ostřejší obraz vnímaného předmětu než na sítnici druhého oka. Tím je narušeno binokulární vidění. Vzruchy přicházejí do zrakového centra, nedovolují vytvořit jeden ostrý plastický obraz daného objektu. Obraz je buď ostrý zdvojený, nebo neostrý jednoduchý. Obojí je nepříjemné a nepřírozené*“ . (Květoňová – Ševcová in Novohradská, 2009 s. 34-35)

### **3.1.2 Hodnocení zrakových funkcí**

Ke správnému zhodnocení zrakových funkcí, jež je důležité pro následnou vhodnou stimulaci dítěte, slouží lékařská diagnostika a funkční diagnostika.

Lékařská diagnostika podává informace o etiologii postižení, informace o změnách ve fyziologii oka.

Pomocí funkční diagnostiky pak získáváme informace ohledně stavu zrakové ostrosti dítěte, zorného pole či stavu centrální nervové soustavy, jejíž poruchy se mohou např. projevovat měnicí se zrakovou schopností, nedostatkem zrakové pozornosti a malou

zvídavostí nebo rozdílným chováním ve známém a neznámém prostředí. Funkční diagnostika je prováděna instruktorem zrakové stimulace či poradcem rané péče.

Hodnocení zrakových funkcí je možné provádět pomocí standardizovaných testů, které se zaměřují na zjišťování úrovně zrakové ostrosti dítěte a předpokládají už určité dovednosti využívat zrak – schopnost zaměřit pohled na objekt, tedy předmět zrakem zafixovat. Některé testy vyžadují rozumovou vyspělost, jako zkušenost s poznáváním obrázků. Z tohoto důvodu je možné tyto testy využívat u dětí nejdříve od 20 měsíců. Testy aplikují instruktoři zrakové stimulace nebo optometristé.

Velmi důležitý význam v diagnostice zrakových funkcí zastává soustavné pozorování. Toto pozorování je prováděno poradcem rané péče na návštěvách v rodině a je doplňováno informacemi od rodičů dítěte. Pro tyto účely byl na základě výzkumné mezinárodní spolupráce vytvořen dotazník Záznamový list pozorování rodičů, skládající se z 22 otázek zaměřených na pohybové a motorické schopnosti dítěte. Pozorováním chování dítěte v průběhu plnění běžných denních činností lze určit, jak dítě využívá zrak v dané chvíli. K tomuto pozorování se využívá předmětů, které se běžně nachází v prostředí dítěte. U dětí s těžkým zrakovým handicapem se zrakové funkce zjišťují pomocí svítilny, lampy v temné místnosti.

## **3.2 Vývoj zrakově postiženého dítěte**

K zajištění efektivity práce s dítětem se zrakovým postižením je klíčové, aby pracovníci Střediska rané péče znali vývoj takového dítěte a byli seznámeni s úskalími, které tento handicap dítěti přináší.

### **3.2.1 Vývoj dítěte s těžkým zrakovým postižením**

#### ***3.2.1.1 Novorozenecké období***

Toto období je charakteristické získáváním hmatových informací, a to především ústy, informací o rovnováze z vlastních pohybů, informací čichových a chuťových. V období prvních týdnů života dostává dítě se zrakovým postižením téměř stejný počet smyslových informací jako zdravé dítě vzhledem k tomu, že význam zraku je v tomto období ještě malý.

Kontakt s dospělými dítě se zrakovým handicapem udržuje hmatem. Doporučuje se dítě se zrakovým postižením v kojeneckém věku co nejvíce chovat, z důvodu naučení se vnímání

sama sebe ve vztahu k dospělým a pohybům dospělých. (Hyvärinem in Raná péče pro rodiny s dětmi se zrakovým a kombinovaným postižením, 1998 s. 35)

### **3.2.1.2 Kojenecké období**

Pokud u dítěte došlo k narušení nebo chybění zraku, je dítě odkázáno na získávání informací pomocí ostatních smyslů, tedy za pomoci sluchu, hmatu, čichu, chuti a pohybu. Psychomotorický vývoj nevidomých je závislý na vývoji koordinace ucho – ruka. Děti nejprve sahají po předmětech, které se dotkly jejich ruky, později se naučí využívat sluchově pohybové klíče k rozlišování předmětů v okolí. (Pihrtová in Raná péče pro rodiny s dětmi se zrakovým a kombinovaným postižením, 1998 s. 35)

Ke zvedání hlavičky dochází později. Nevidomé děti často nelezou, spíše se posunují po zádech, poté se postaví a obcházejí kolem nábytku. Chůze se začíná objevovat až po druhém roce života, stejně tak jemný úchop. (Fraibergová in Raná péče pro rodiny s dětmi se zrakovým a kombinovaným postižením, 1998 s. 35)

Někteří jedinci se zrakovým handicapem se nejprve naučí chodit a pak teprve lézt po čtyřech. U tohoto dítěte je pak nutné v dostatečné míře provádět trénink rovnováhy.

Co se týče vývoje řeči, u zrakově postiženého dítěte se objevují individuální rozdíly v tempu. Rozvoj závisí na podnětnosti prostředí, ve kterém dítě žije, a na orálně motorickém vývoji. (Raná péče pro rodiny s dětmi se zrakovým a kombinovaným postižením, 1998 s. 36)

### **3.2.1.3 Batolecí období**

V období batolecího věku je důležité dosažení separace od matky, autonomizace z vazby na nejbližší okolí, rozvoj samostatné lokomoce. Je důležité, aby si dítě vytvořilo dobrou hmatovou rozlišovací schopnost a též aby načerpalo zkušenosti s rozmanitými prostory.

V expresivní řeči se objevují některé nápadnosti a to např. vokalizace a řečové projevy sloužící k získání představy o prostoru, někdy řeč slouží nevidomému k navázání či získání pozornosti, nevidomé děti často opakují to, co právě slyšely a užívají fráze se zkresleným obsahem bez pochopení obsahu (verbalismus nevidomých), zrakově handicapovaným dětem déle trvá osvojení správné gramatické stavby. (Raná péče pro rodiny s dětmi se zrakovým a kombinovaným postižením, 1998 s. 36)

### **3.2.1.4 Předškolní věk**

Pro toto období je charakteristické sebezpoznavání a zvládání socializačních úkolů. Význam pro rozvoj dítěte se zrakovým postižením má hra, pomocí které dochází k uplatnění poznání o dosavadním světě. Dítě se lépe vyjadřuje, prakticky se seznamuje s přírodou a okolním světem, začíná se zapojovat též do sportovních činností. U dítěte dochází většinou k pomalejšímu vyžívání, z toho důvodu je později schopné nástupu do školy. (Raná péče pro rodiny s dětmi se zrakovým a kombinovaným postižením, 1998 s. 37)

### **3.2.2 Vývoj osobnosti dítěte se zrakovým postižením**

Vágnerová (1995, s. 11) ve své publikaci uvádí fakt, že zraková vada ovlivňuje vývoj dítěte v závislosti na charakteru handicapu, též na jeho závažnosti, ale i na době, kdy handicap u dítěte vznikl. Dále pak uvádí, že zraková vada ovlivňuje celou osobnost dítěte a jeho psychický vývoj. Vliv zrakové vady je komplexní a často nelze jednotlivé složky oddělit. Avšak pro lepší porozumění rozlišujeme primární postižení a z něho vyplývající změny sekundárního charakteru. Druhotně postižené jsou ty funkce, jejichž přiměřený vývoj je závislý na dobré úrovni zrakového vnímání a na dostatečném přívodu zrakových informací. Nedostatek nebo chybění zrakových podnětů je pak příčinou sensorické deprivace, protože sensorické zrakové vnímání je jedním z nejvýznamnějších zdrojů informací o okolním světě.

Závažně zrakově postižené dítě nemůže přesně vnímat všechno, co je kolem něho. Takové informace pak nemají kvůli své nejasnosti a nepřesnosti větší význam. Vzhledem k tomu dítě získává o okolním světě méně poznatků a musí se zaměřit na náhradní zdroj informací, jímž se stává např. sluch a hmat. (Vágnerová, 2011 s. 14)

### **3.2.3 Projev zrakového postižení v chování dítěte**

Dítě za normálních okolností získává pomocí zraku většinu informací o okolním světě. Získává mnoho poznatků a možností orientovat se v situaci. Pokud ovšem dítě nedokáže vnímat své okolí dostatečně jasně, nejsou pak pro něj takové poznatky zajímavé. Nebude se snažit prohlížet si věci ani osoby. Bude se však více koncentrovat na sluchové podněty. Sluch dětí se závažnějším zrakovým postižením se v důsledku učení, stává citlivějším. V praxi se toto projeví malým zájmem o prohlížení čehokoli a preferencí naslouchání. Co se týče předmětů, ty by musely být hodně vizuálně výrazné - nápadné zbarvení hraček, věci se

zajímavým povrchem, který si může dítě ohmatat, nebo předměty, které vydávají zvuky. Těžce sluchově postižené děti mají lépe rozvinutou sluchovou paměť. Rozvoj poznávání je pak u dětí se zrakovým postižením ve větší míře vázán na řeč. Informace verbálně prezentované mohou snadněji vnímat, a tím se pro ně stávají i mnohem přitažlivější. Pokud dítě se zrakovým postižením má alespoň průměrné předpoklady a pokud žije v podnětném prostředí, nedochází k závažnějšímu opoždění vývoje jeho rozumových schopností. Vlivem zrakového postižení u dítěte dochází k omezení možností vnímání lidského chování a projevů. Dítě má ztíženou možnost navázání očního kontaktu, nevidí jasně rysy obličeje, nevnímá proměny jeho výrazů. To vše vede k obtížnější komunikaci, zejména pak její neverbální složky či ke zhoršené orientaci v sociálních situacích. V neposlední řadě, dítě s omezeným zrakovým vnímáním má sníženou možnost naučit se běžným způsobům chování – nemohou napodobovat, chybí jim důležitý zdroj sociálních zkušeností. Se zrakovou vadou je také spojena obtížná orientace v neznámém prostředí, která souvisí se závislostí na dospělých. (Vágnerová, 2011 s. 15-16)

Psychický vývoj zrakově postiženého dítěte prochází stejnými vývojovými fázemi jako u dítěte zdravého, ale má své specifické znaky. Platí zde základní předpoklady, mezi které řadíme fakt, že každá osobnost se vyvíjí pod vlivem prostředí. Toto prostředí pak následkem zrakového handicapu působí jinak než za normálních okolností. Dítě se zrakovým postižením reaguje na své okolí a v jeho chování se odráží nejen jeho zraková vada, ale i výchovné postoje rodiny a další sociální vlivy. (Vágnerová, 1995 s. 43)

## **4 Meziresortní spolupráce při poskytování služby raná péče o dítě se zrakovým postižením v kontextu ucelené tyflo(re)habilitace**

Tato kapitola je věnována pozornost meziresortní spolupráci a ucelené tyflo(re)habilitaci, která by měla být základním rámcem při poskytování meziresortní spolupráce.

### **4.1 Ucelená (re)habilitace**

V Národním plánu vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2010-2014 je pojem ucelená (re)habilitace definován jako: „*vzájemně provázaný, koordinovaný a cílený proces, jehož základní náplní je co nejvíce minimalizovat přímé i nepřímé důsledky trvalého nebo dlouhodobého zdravotního postižení jedince*“. V Národním plánu je též uvedena důležitost toho, aby (re)habilitace byla ucelená: „*je nezbytné, aby proces rehabilitace byl prováděn uceleně. Ucelenost v rehabilitaci znamená především časnost, návaznost jednotlivých složek rehabilitace (léčebné, sociální, pedagogické a pracovní) na sebe a také komplexnost*“. V tomto dokumentu je zmíněn zásadní fakt a to, že je velice důležité rozvíjet všechny části (re)habilitace a vytvářet legislativní a věcné podmínky podporující jejich koordinaci a součinnost.

O pojmu rehabilitace hovoříme v případě dětí a dospívající mládeže. (Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví, 2001 s. 8)

Habilitace v dětském věku značí podporu přirozeného vývoje dítěte a jeho přiblížení vývoji jeho zdravých vrstevníků, popřípadě dosažení zcela fyziologického vývoje. (Votava 2003, s. 9)

Dle Jesenského J. (1995, s. 24) ucelená (re)habilitace „*představuje procesy znovuschopňování při nerozvinutí, ztrátě nebo poškození určitých schopností člověka*“. Světová zdravotnická organizace (re)habilitaci značí jako „*včasné, plynulé a koordinované úsilí o co nejrychlejší a co nejširší zapojení občanů se zdravotním postižením do všech obvyklých aktivit života společnosti s využitím léčebných, sociálních, pedagogických a pracovních prostředků*“.

Ucelená nebo také komprehenzivní (re)habilitace znamená celkovou, úplnou (re)habilitaci. Votava (2003, s. 14) uvádí, že o ucelené (re)habilitaci mluvíme tehdy, jestliže důsledky nemoci či postižení nemohou být řešeny čistě zdravotnickými prostředky a stav je trvalý či dlouhodobý, tedy nemoc či postižení není možné léčbou plně odstranit.

#### 4.1.1 Složky ucelené rehabilitace

Jak již bylo zmíněno výše, abychom (re)habilitaci mohli považovat za ucelenou, musí se skládat z několika složek. Dle Jesenského (1995, s. 27) ucelenou (re)habilitaci rozčleňujeme hlavně „z hlediska souborů dílčích úkolů, použitých prostředků a institucionalizace“.

Rozlišujeme 4 hlavní složky (re)habilitace, a to (re)habilitaci léčebnou, (re)habilitaci pracovní, (re)habilitaci sociální a pedagogickou.

Léčebná (re)habilitace dle Votavy (2003, s. 15) „je ta část (re)habilitace, která je zajišťována zdravotnickými rehabilitačními zařízeními. Jejím cílem je provádět léčbu, tedy odstraňovat následky nemoci či úrazu“.

Jesenský J. (1995, s. 28) dále uvádí, že hlavním úsilím léčebné (re)habilitace je odstraňování defektu organismu a poruch jeho funkcí, čímž vytváří předpoklady pro rozvoj nejrůznějších schopností ovlivňujících utváření osobnosti a také socializaci jedince.

Léčebná (re)habilitace zahrnuje „diagnostiku a léčbu prováděnou lékařem specializovaným na oblast rehabilitační a fyzikální medicíny (fyziatrie, balneologie a léčebná rehabilitace), ale i oblast fyzioterapie, ergoterapie, psychologie, logopedie a proces zabezpečování kompenzačních pomůcek a jejich využívání“. (Dokument o současném stavu a perspektivách zabezpečování rané péče pro děti s funkčním postižením a s poruchami psychosociální adaptace v České republice a v Dánsku, 2001- 2002 s. 48)

V případě sociální (re)habilitace se jedná o proces, který je definován jako „proces, při němž osoba se zdravotním postižením dosahuje maximálního možné samostatnosti a soběstačnosti za účelem dosažení nejvyššího stupně sociální integrace“. (Votava J. 2003, s. 70).

Sociální (re)habilitace se zaměřuje jednak na problémy celé skupiny osob se zdravotním postižením, ale také na specifické problémy dle druhu a stupně postižení. Součástí sociální (re)habilitace je i vytváření ekonomických a materiálních podmínek.

Sociální (re)habilitace ke splnění svých cílů využívá metod, mezi které zařazuje metodu (re)edukace, jejímž cílem je rozvoj poškozené funkce a zbytkových schopností, dále pak metodu kompenzace, tedy náhradu postižené funkce jinou nepoškozenou funkcí, a metodu akceptace, jež v sociální rehabilitaci značí přijetí života s postižením. (Jankovský J. 2001, s. 23)

Další důležitou částí ucelené rehabilitace dětí je (re)habilitace pedagogická. Její provádění předpokládá provázanost s dalšími složkami ucelené (re)habilitace. Pedagogická (re)habilitace je určena osobám, kterým jejich handicap neumožňuje získat odpovídající úroveň vzdělání běžnými pedagogickými prostředky. (Votava J. 2003, s. 123)

Pedagogická (re)habilitace se týká všech oblastí výchovy a vzdělávání, které spadají do kompetence ministerstva školství. Hlavním smyslem je poskytnout osobě se zdravotním postižením optimální formu a obsah vzdělání, pomoci co k nejvyššímu stupni vzdělání s cílem podpořit samostatnost a aktivní spoluúčast jedince s postižením v běžných sociálních aktivitách. (Dokument o současném stavu a perspektivách zabezpečování rané péče pro děti s funkčním postižením a s poruchami psychosociální adaptace v České republice a v Dánsku, 2001- 2002 s. 48)

Cílem komprehenzivní (re)habilitace rodiny ve speciální pedagogice raného věku je obnova normálního vývoje rodiny, tedy co největší přiblížení původnímu stavu. (Šándorová, 2005 s. 59)



## II VÝZKUMNÁ ČÁST

Výzkumná část této bakalářské práce má kvalitativní charakter. Je orientována na zjištění informací, jakým způsobem a s jakou efektivitou probíhá meziresortní spolupráce při poskytování rané péče u dítěte se zrakovým postižením.

Ve spolupráci s rodinou, ve které vyrůstá chlapec se zrakovým postižením a která prakticky od narození dítěte využívá služeb rané péče, byly zjišťovány informace o průběhu meziresortní spolupráce v rané péči během vývoje dítěte.

## **5 Výzkumné otázky**

- 1) Jaká je efektivita v rámci meziresortní spolupráce v interním, externím týmu a rodiny?
- 2) Jaké existují formy komunikačních systémů v rámci meziresortní spolupráce mezi interním týmem, externím týmem a rodinou?
- 3) Kde jednotliví členové meziresortního týmu vidí rezervy v rámci meziresortní spolupráce?

## 6 Metodologie, výzkumné techniky

### 6.1 Kvalitativní výzkum

Kvalitativní výzkum je „proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému“. (Creswell in Hendl, 2008 s. 47) Kvalitativní výzkumné šetření je orientováno na rozbor dokumentů, podání informací o vyjádření osob zúčastněných ve výzkumu a na provádění výzkumného šetření v přirozených podmínkách, což vede k vytvoření souhrnného pohledu na danou problematiku. Jednotlivá data jsou získávána v delším časovém rozmezí a pomocí kontaktu s osobami zainteresovanými v dané problematice. Cílem výzkumného šetření je porozumět dění a utvořit zprávu toho, co bylo zkoumáno a zaznamenáváno. (Hendl, 2008 s. 47-50)

Ve výzkumné části práce využijeme metody triangulace. Tato metoda je charakterizována jako proces objevování ve výzkumu. Triangulací je označováno využití více výzkumných metod. Využitím triangulace je zaručena validita výzkumu. (Hendl, 2008 s. 147)

V případě této práce využijeme metody rozhovoru (strukturovaný rozhovor), dále pak pozorování a zpracování případové studie.

#### 6.1.1 Rozhovor

Jednou ze stěžejních způsobů získání dat v empirickém výzkumu tvoří „naslouchání vyprávění, kladení otázek a získávání jejich odpovědí.“ (Hendl, 2008 s. 164)

Rozlišuje několik typů rozhovorů, pro vypracování praktické části této práce byl využit jeden typ rozhovoru a to strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami. Tento rozhovor je sestavený z důkladně připravených otázek. V průběhu rozhovoru se otázky nedoplňují a také dále nerozvíjí. Tento typ rozhovoru byl pro tuto práci vybrán z důvodu, že je vhodné jej využít, pokud se mají odpovědi srovnávat. Jako nevýhodu tohoto typu rozhovoru je možné označit určité omezení vznikající tím „že různým respondentům klademe stejně formulované otázky a tím přehlízíme situovanost rozhovoru“. (Hendl, 2008 s. 174) Naopak výhodou strukturovaného rozhovoru je, že všichni dotazovaní mají totožné podmínky k zodpovězení a získaná data se dají dobře zpracovat.

V našem rozhovoru s jednotlivými pracovníky interního a externího týmu rané péče jsme využily individuálního rozhovoru. Rozhovor se skládal z otevřených otázek – tedy dotazovanému nebyla nabídnuta žádná varianta odpovědi (Surynek, 2001 s. 88) a otázek

uzavřeného typu, přesněji škálové otázky – u těchto typů otázek dotazovaný vybere určitý bod na číselné škále (Chrátka, 2007 s. 167)

Otázky byly sestaveny na podkladě dílčích cílů.

Struktura otázek k rozhovoru pro pracovníky týmu rané péče

1. Co je vaší hlavní pracovní náplní?
2. Popište prosím, komunikační systém v rámci vašeho interního týmu.
3. Popište prosím, komunikační systém v rámci externího týmu.
4. Popište prosím, komunikační systém v rámci spolupráce s rodinou
5. Jak často probíhá komunikace s interními, externími pracovníky a rodinou?
6. Na škále 1-4 zhodnoťte efektivitu spolupráce s interními spolupracovníky.  
Na škále 1-4 zhodnoťte efektivitu spolupráce s externími spolupracovníky.  
Na škále 1-4 zhodnoťte efektivitu spolupráce s rodinou.
7. Uveďte vaše náměty pro zlepšení efektivitu meziúrodní spolupráce.

Struktura otázek k rozhovoru pro lékaře

1. Kdo podává informace o možnosti využívání služeb rané péče rodině?
2. Jakým způsobem a jak často, probíhá komunikace mezi lékařem a pracovníky rané péče?
3. Na škále 1-4 zhodnoťte efektivitu spolupráce s pracovníky rané péče.
4. Uveďte vaše náměty pro zlepšení efektivitu meziúrodní spolupráce.

Pro rozhovor s rodiči byl vytvořen takéž strukturovaný rozhovor, který se skládal z většího počtu otevřených otázek.

Struktura otázek k rozhovoru pro rodiče

1. Kdo vám jako první sdělil informaci o handicapu Vašeho dítěte?
2. Od kterých odborníků byste v období, kdy bylo vašemu dítěti diagnostikováno zrakové postižení, uvítali pomoc?
3. Ve chvíli, kdy jste se dozvěděli o handicapu Vašeho dítěte, jaké byly vaše prvotní reakce a kdo vám nejvíce pomohl se s touto situací vyrovnat?
4. Jak jste navázala kontakt s ranou péčí a jak spolupráce probíhala a doposud probíhá?
5. Jak často a jakou formou s poradkyní rané péče komunikujete a jak často probíhají osobní setkání?
6. S kým dalším z týmu rané péče spolupracuje?

7. Odstupem času a po vašich zkušenostech s narozením a péčí o dítě se zrakovým handicapem, navrhovali byste nějaké zlepšení v oblasti spolupráce s ošetřujícím lékařem, lékaři specialisty, týmem rané péče aj.?
8. Je něco co Vám chybělo, nebo chybí v péči o Vaše dítě a o celou rodinu v rámci dosavadního systému služeb? Hodnotíte dosavadní meziresortní spolupráci jako efektivní?
9. Uveďte vaše náměty pro zlepšení efektivity meziresortní spolupráce.

### **6.1.2 Pozorování**

Cílem pozorování je „*snaha zjistit, co se skutečně děje*“ (Hendl, 2008 s. 191) Metoda pozorování nám v této práci posloužila jednak při sestavování kazuistiky chlapce se zrakovým postižením, který je klientem rané péče, ale též pro doplnění informací ohledně toho, jak probíhá spolupráce mezi poradcem rané péče a klientem spolu s jeho rodinou v jeho přirozeném prostředí.

### **6.1.3 Případová studie**

V rámci případové studie dochází k podrobnému popsání jednoho případně několika málo případů. V případové studii je získáváno co největší a nejpodrobnější množství informací. V této práci byla sestavena osobní případová studie - klienta rané péče. Tento typ případové studie je zaměřen na minulost, okolnosti a postoje, jež souvisí se zkoumaným jevem. A dále pak na faktory, procesy a zkušenosti vztahující se k jevu. (Hendl, 2008 s. 102-103)

## **6.2 VÝZKUMNÝ VZOREK**

Skupinou respondentů vybraných do výzkumné části této bakalářské práce byli pracovníci týmu rané péče, rodina s dítětem se zrakovým postižením využívající služeb rané péče a zainteresovaní zdravotničtí pracovníci. Celkový soubor činil 7 respondentů.

## **7 Interpretace výsledků výzkumu**

Výzkum byl uskutečněn v období od března do června 2014. S rodinou a poradci rané péče proběhlo několik konzultací. V rámci těchto konzultací byly provedeny rozhovory s respondenty a též získána potřebná data k sestavení kazuistiky. Odpovědi jednotlivých respondentů byly zaznamenávány písemnou formou.

Dále pokračuji dle struktury výše uvedených struktur otázek rozhovorů a dílčích cílů.

### **7.1 Dílčí cíl číslo 1. Zjistit, co je hlavní pracovní náplní jednotlivých pracovníků týmu rané péče.**

#### **Otázka číslo 1. Co je vaší hlavní pracovní náplní?**

Tato otázka byla položena se záměrem zjistit, jaké funkce jednotliví pracovníci týmu rané péče zastávají a zda lze o složení týmu rané péče hovořit jako o interdisciplinárním týmu.

Tým oslovených poradců rané péče zabývající se cílovou skupinou dětí se zrakovým postižením je složen z pracovníků na pozicích poradců rané péče, kteří provádějí terénní a ambulantní konzultace s rodinou, poskytují rodině odborné poradenství a to v oblasti například výběru vhodných hraček, pomůcek a literatury, pomoc při vyhledávání vhodného předškolního zařízení, taktéž doporučení na vhodné zdravotnické pracoviště či poradenství ohledně příspěvků na péči. Jako další činnost pracovníci v rozhovoru uvedli doprovázení rodičů k odborným lékařům, pomoc rodinám při vyjednávání s úřady.

Součástí týmu zabývající se touto cílovou skupinou jsou poradci rané péče – instruktorky zrakové stimulace. Tito pracovníci jako náplň své práce uvedli stejné činnosti jako poradci rané péče a jejich další činností je provádění funkčního vyšetření zraku. S tímto vyšetřením jsem se setkala v rámci pozorování. Jak mi bylo vysvětleno instruktorkou zrakové stimulace, cílem tohoto vyšetření je zjistit, za jakých podmínek dítě nejlépe vidí, jaká mu vyhovuje velikost, barevnost a vzdálenost hraček či pomůcek. Na základě tohoto vyšetření je pak možné uzpůsobit okolí, ve kterém dítě žije, aby co nejvíce odpovídalo potřebám dítěte. V tomto vyšetření hrají svou roli taktéž rodiče dítěte, jejichž názory, zkušenosti a pozorování jsou pro posouzení funkcí velice důležité.

Dalším členem týmu je konzultant pro pohybový vývoj dítěte, jehož cílem práce je provádění konzultací vztahujících se k pohybovému vývoji dítěte, poradenství v oblasti kompenzačních pomůcek.

V týmu je též poradce rané péče se vzděláním v oboru psychologie, který poskytuje psychologickou podporu rodičům s dítětem se zrakovým či kombinovaným postižením a poradenství v oblasti výchovy dítěte.

### **Shrnutí dílčího cíle 1**

Dle odpovědí jednotlivých členů týmu rané péče konstatují, že interní složení týmu rané péče je sestaveno tak, aby byla poskytnuta maximální péče pro zrakově postižené dítě, i pro rodiče dítěte. Složení týmu rané péče je sestaveno tak, že je schopno poskytnout kvalitní intervence ve všech důležitých oblastech v péči o rodinu, ve které vyrůstá dítě se zrakovým postižením.

## **7.2 Dílčí cíl číslo 2. Zjistit, jak často a jakou formou probíhá komunikace v rámci interního týmu, externího týmu a rodiny.**

V rámci druhého dílčího cíle bylo objasnění, jak je mezi jednotlivými zainteresovanými pracovníky nastaven komunikační systém, tedy jakým způsobem a jak často dochází k výměně informací o klientech. Podrobněji jsem se zaměřila na komunikační systém mezi rodinou a týmem rané péče.

K vyhodnocení tohoto dílčího cíle, z pohledu pracovníků v interním týmu – tedy pracovníků rané péče, posloužily odpovědi na otázky číslo 2, 3, 4, 5.

### **Otázka číslo 2. Popište, prosím, komunikační systém v rámci vašeho interního týmu.**

Tato otázka byla zaměřena na to, jakým způsobem probíhá výměna informací mezi členy interního týmu rané péče. Odpovědi na tuto otázku byly téměř totožné od všech respondentů. Komunikační systém interního týmu, dle získaných odpovědí, probíhá nejvíce v rámci osobního kontaktu – časté týmové organizační porady, porady o klientech, supervize. Dále je komunikační systém doplněn o elektronickou formu komunikace a pomocí mobilního telefonu.

### **Otázka číslo 3. Popište, prosím, komunikační systém v rámci externího týmu (např. lékař, fyzioterapeut).**

Na tuto otázku jednotliví respondenti odpověděli následovně.

Respondent číslo 1 - *„Nejčastěji telefonicky a elektronicky, méně často už komunikace probíhá osobní formou.“* Respondent číslo 2 - *„Fyzioterapeut je v našem týmu, tudíž komunikace probíhá často a samozřejmě osobním kontaktem. S lékaři pak hlavně mailem, telefonicky.“* Respondent číslo 3 - *„Komunikace probíhá vždy se svolením klienta a to*

*nejčastěji mailem, telefonicky, doprovodem rodiny na vyšetření, předáváním zpráv prostřednictvím rodiny.*“ Odpovědi od respondentů číslo 4 a 5 byly totožné a to - *„Nejvyužívanější forma komunikace je přes maily a telefonicky.“*

#### **Otázka číslo 4. Popište, prosím, komunikační systém v rámci spolupráce s rodinou.**

Smyslem této otázky je zjistit, jak je rodině zajištěn dostatek informací. Jak bylo uvedeno v teoretické části práce, dostatek informací je jedním z hlavních oblastí práce s rodinou.

Respondent číslo 1 na tuto otázku odpověděl - *„Rodina nás osloví a my předáme potřebné informace o našich službách a možnostech a také informace o dalším postupu, pokud by chtěli naše služby využívat. Následovně probíhá komunikace na konzultacích buď u nás, nebo v terénu, využíváme také hodně komunikaci prostřednictvím mobilního telefonu dokonce i SMS formou a samozřejmě mailem.“* Obdobně vypověděl i respondent číslo 2 - *„Když nás klienti kontaktují, podáváme veškeré informace o nabízených službách a průběhu spolupráce. Poté formou konzultací, telefonicky a elektronickou poštou.“* Respondent 3 - *„Osobně ústně během konzultací, mailem, SMS, dopisem a také prostřednictvím elektronického Zpravodaje a časopisu Raná péče.“* Respondent 4 stručně uvedl - *„Osobně, telefonicky, elektronicky.“* Respondent 5 odpověděl - *„Nejvíce informací je předáno během osobních konzultací v rodině. Pokud rodiče potřebují, jsme k dispozici i na telefonu či mailu.“*

#### **Otázka číslo 5. Jak často probíhá komunikace s interními pracovníky, externími pracovníky a jak často probíhá komunikace s rodinou?**

Z předchozích otázek jsem získala odpovědi, jaký komunikační systém, je nastaven mezi týmem pracovníků rané péče, rodinou a zdravotnickým personálem. Aby informace byly úplné, úkolem páté otázky bylo zjistit, jak často tato komunikace probíhá.

Na první část otázky, jaká je intenzita komunikace mezi interním týmem, odpověděli pracovníci, že mezi sebou komunikují několikrát denně. Zároveň však doplňují, že vzhledem k vytíženosti jednotlivých pracovníků a terénnímu způsobu práce, se jako celý tým se často setkávají během týmových porad či zmíněných supervizí.

S externími pracovníky probíhá komunikace dle odpovědí respondentů 1 a 4 - *„Několikrát za měsíc.“* Respondent 2 ve své odpovědi uvedl, že s externími spolupracovníky komunikuje minimálně jedenkrát za 14 dní. Respondenti číslo 3 a 5 uvádí, že jejich intenzita komunikace s externím týmem je různá. Často se odvíjí dle přání rodiny, průměrně je to jednou do měsíce.



Komunikace s rodinou je dle získaných odpovědí častá a to jak formou osobních setkání či pomocí různých komunikačních prostředků. Respondent číslo 3 na tuto otázku odpověděl následovně - „ *Osobně cca 1x za měsíc, mailem a telefonem častěji; hustota komunikace se liší podle etapy spolupráce – někdy probíhá komunikace i vícekrát denně, několik dní za sebou, jindy stačí jedenkrát za měsíc.*“ Odpovědi od respondentů 1, 2, 4, 5 byly velmi podobné. Členové týmu rané péče se ve svých odpovědích shodují, že často komunikace záleží na aktuálních potřebách rodiny, a díky moderním komunikačním prostředkům jsou schopni navázat s rodinou kontakt i několikrát za den.

K vyhodnocení tohoto dílčího cíle z pohledu lékaře posloužila otázka číslo 2.

**Otázka číslo 2. Jakým způsobem a jak často, probíhá komunikace mezi lékařem a pracovníky rané péče?**

Odpověď na tuto otázku byla následující - „ *Intenzita kontaktu záleží na aktuálním stavu klienta a jeho potřebách.. Lze říci, že komunikace s pracovníky rané péče probíhá nejčastěji telefonicky či mailově. Často také pracovníci rané péče přichází společně s rodiči jako doprovod* “

Na vyhodnocení této otázky z pohledu rodičů byla položena otázka číslo 5.

**Otázka číslo 5. Jak často, jakou formou s poradkyní rané péče komunikujete a jak často probíhají osobní setkání?**

Na tuto otázku maminka odpověděla: „*Ted' už komunikace probíhá v menší intenzitě, než tomu bylo dříve. Ze začátku jsme však byli ve velmi častém kontaktu. Poradkyně k nám dojížděla dvakrát do měsíce a i my jsme středisko často navštěvovali. Také jsme se mohli, a stále samozřejmě můžeme, na ranou péči obrátit v podstatě každý den - jak telefonicky nebo e-mailem, což je skvělé a velmi to oceňujeme. A nyní je to hlavně během setkávání u nás doma v rámci tedy osobního setkání a to je jednou za měsíc.*“

**Shrnutí dílčího cíle 2**

Odpovědi na jednotlivé otázky od zástupců jednotlivých týmů a rodičů dítěte měly objasnit zažitý komunikační systém a jeho intenzitu kontaktů mezi jednotlivými členy. Po shrnutí získaných odpovědí lze konstatovat, že komunikační systém a jeho intenzita mezi týmem rané péče a rodinou dítěte je nastaven dobře, tým rané péče je schopen se potřebám rodiny přizpůsobit a zajistit tak dostatečné množství informací a podpory rodině.

Co se týče komunikace mezi zdravotníky, kteří nejsou součástí interního týmu rané péče, a týmem rané péče, je komunikace nastavena spíše pomocí elektronické pošty a telefonicky. Lze říci, že osobní kontakty probíhají převážně pokud si rodiče vyžádají doprovod poradce rané péče k lékaři.

### **7.3 Dílčí cíl číslo 3. Zjistit, jak jednotliví členové hodnotí efektivitu vzájemné spolupráce.**

V tomto cíli, bylo úkolem zjistit, zda jednotliví zástupci interního týmu, externího týmu a rodiče hodnotí nastavenou spolupráci jako efektivní.

V rozhovoru pro pracovníky interního a externího jsem využila otázky, kdy respondenti svoji odpověď označili na škále 1- 4 kdy číslo 1 znamená velmi dobře, 2 spíše dobře, 3 spíše špatně a 4 velmi špatně. Svoji odpověď respondenti odůvodnili.

Na vyhodnocení této otázky byla pro pracovníky interního týmu stanovena otázka číslo 6.

#### **Otázka číslo 6. Na škále zhodnoťte efektivitu spolupráce s interními spolupracovníky týmu, externími spolupracovníky a rodinou.**

Všichni dotazovaní členové týmu rané péče zhodnotili efektivitu spolupráce mezi sebou na škále číslem 1, tedy že efektivita spolupráce je velmi dobrá.

Efektivita spolupráce s externími spolupracovníky týmu byla zhodnocena následovně. Respondent číslo 2 označil míru efektivitu číslem 1, tedy velmi dobře. Ostatní čtyři respondenti označili na škále číslo 2 – spíše dobře. Respondent číslo 1 svoji volbu odůvodnil - „*Protože se i občas setkáváme s neochotou spolupracovat. Naštěstí to není časté, ale stává se.*“ S ochotou spolupracovat byly odůvodněny i odpovědi zbylých 3 respondentů. Respondent číslo 3 uvádí - „*Záleží na každém jednotlivci, jak vnímá ranou péči a případně jak vnímá problém, kvůli kterému jej kontaktujeme.*“

Lékaři byla ke zhodnocení tohoto dílčího cíle položena otázka číslo 3.

#### **Otázka číslo 3. Na škále 1-4 zhodnoťte efektivitu spolupráce s pracovníky rané péče.**

Na tuto otázku dotazovaný lékař odpověděl, že ze svého pohledu by zhodnotil efektivitu s pracovníky rané péče číslem 1 – velmi dobrou. Svou odpověď odůvodnil tím, že se spoluprací s pracovníky rané péče má velmi dobré zkušenosti.

V rozhovoru s rodiči se k efektivitě spolupráce vztahuje otázka s číslem 8.

**Otázka číslo 8. Je něco co Vám chybělo, nebo chybí v péči o Vaše dítě a o celou rodinu v rámci dosavadního systému služeb? Hodnotíte dosavadní meziresortní spolupráci jako efektivní?**

Položením této otázky rodičům mým cílem zjistit, jak hodnotí kompletní systém péče o zrakově postižené dítě a samozřejmě zjistit, zda jej hodnotí jako efektivní. - „*Hodnotíme ho velice pozitivně. Nikdy jsme neměli pocit nebo si někdy říkali, že je to k ničemu nebo že nám nedokážou pomoci. Přesně naopak. Vždy k nám jak v nemocnicích, tak i v rané péči mají velice profesionální přístup a bohatou nabídku služeb.*“ Odpověď na druhou část otázky byla zcela jasná - „*Dosavadní spolupráci určitě hodnotíme jako efektivní.*“

**Shrnutí dílčího cíle 3**

Tento dílčí cíl měl za úkol zjistit, jak je hodnocena efektivita meziresortní spolupráce z pohledu jednotlivých členů týmu. Dle získaných odpovědí, lze konstatovat, že meziresortní spolupráce hodnocena kladně. Pokud se zaměřím na spolupráci probíhající mezi rodinou a týmem rané péče, lze o ní hovořit jako o velmi efektivní spolupráci, která je pozitivně hodnocena jak ze strany rodičů, tak i ze strany pracovníků týmu rané péče.

O spolupráci mezi zdravotníky a týmem rané péče lze taktéž hovořit jako o efektivní. Avšak dle závěru, který jsem učinila z rozhovorů s pracovníky, často míra efektivnosti záleží na přístupu a ochotě dotyčného zdravotníka.

**7.4 Dílčí cíl číslo 4. Zjistit, jaké náměty navrhnou pracovníci týmů a rodiče na zlepšení meziresortní spolupráce.**

V posledním dílčím cíli jsem se zaměřila na zjištění námětů na zlepšení dosavadní meziresortní spolupráce. Zajímalo mne, jaká navrhnou jednotliví oslovení pracovníci a rodiče opatření, náměty na zlepšení meziresortní spolupráce.

Zadání zněla pro všechny dotazované stejně.

**Uveďte vaše náměty pro zlepšení efektivnosti meziresortní spolupráce.**

Pracovníci rané péče se ve svých námětech nejčastěji uváděli zlepšení možností kontaktů s lékařskými i nelékařskými profesemi a to v rámci seminářů, konferencí. Respondent číslo 3 ve své odpovědi uvedl, že - „*Plánujeme vzdělávání o rané péči pro zdravotnické pracovníky jako součást jejich kreditového systému.*“ Všichni respondenti také ve svých odpovědích uvedli, že bylo dobré aby bylo zajištěno více tištěných materiálů pro rodiče, které by byli lékaři ochotni distribuovat potenciálním klientům. Dalším námětem pracovníků je zaměřit se

více na osvětovou činnost k rané péči, k tomu by však bylo zapotřebí lepšího finančního zajištění od státu.

Dotazovaný lékař jako návrh na zlepšení efektivity meziřesortní spolupráce navrhuje zajištění většího množství tištěných informačních materiálů v ordinacích pediatrů, na neonatologických či neurologických pracovištích.

Rodiče uvedli, že co se týče spolupráce s ranou péčí, žádné náměty na zlepšení spolupráce nemají. Síť poskytovaných služeb rané péče je dle jejich názoru dostatečná a naprosto vyhovující. Ve spolupráci se zdravotníky, zejména pak s lékaři, aby v některých případech ocenili větší množství informací. Jak uvedla maminka - „ *V nemocnicích si člověk musí zvyknout na to, že pro lékaře je to v podstatě rutinní záležitost, takže někdy nám neřeknou úplně všechno. Tudíž se musíme často na některé informace doptávat. Takže jako jediný návrh bych uvedla zvýšení množství informací do lékařů.* “

#### **Shrnutí dílčího cíle 4**

Závěrečný dílčí cíl měl za úkol zjistit náměty od jednotlivých členů týmu na zlepšení poskytovaných intervencí během meziřesortní spolupráce.

Shodně se dotazovaní pracovníci rané péče a rodiče zaměřují na zlepšení spolupráce se zdravotníky. Pracovníci rané péče navrhují zvýšení informovanosti zdravotníků o rané péči a zlepšení kontaktu hlavně s lékaři. Rodiče by taktéž ocenila poskytování většího množství informací ze strany lékařů.

### **7.5 Případová studie**

Výzkumná část práce je doplněna případovou studií, jejímž cílem je přiblížit proces poskytování rané péče u cílové skupiny dětí se zrakovým postižením. Případová studie popisuje vývoj 3 letého chlapce, který je spolu s rodinou klientem střediska rané péče věnující se rodinám, ve kterém vyrůstá dítě se zrakovým postižením. Pro zachování anonymity bylo jméno chlapce změněno. V případové studii využíváme jméno Tomáš. Pro získání informací jsem spolupracovala s maminkou Tomáše a s poradkyní rané péče, která Tomáše a jeho rodinu pravidelně navštěvuje.

Tomášek se narodil v roce 2011. Ve 3. měsíci mu byl diagnostikován oboustranný šedý zákal a sekundárně také zelený zákal na levém oku.

Tomášek pochází z úplné rodiny a nemá žádné sourozence. Rodiče Tomáška se věnují učitelskému povolání. Oba rodiče jsou zdraví. Vztahy v celé rodině a rodinné prostředí jsou

velice dobré, všichni členové rodiny se Tomáškoví velice věnují a snaží se ho co nejvíce naučit. Rodiče uvádějí, že se v rodině neobjevují žádné genetické predispozice k tomuto zrakovému onemocnění.

Celé těhotenství probíhalo bez komplikací, lékaři neměli žádné podezření na případné onemocnění plodu. Komplikace se objevily při porodu, kdy Tomášek prodělal perinatální asfyxii a poté byl krátce ožívován.

Zhruba ve třech měsících začala maminka pozorovat, že Tomášek tře oči ze strany na stranu a že reflexně nezavírá oči. Okamžitě proto navštívili svého pediatra, který je ihned odkázal na specializované pracoviště, kde jim byla sdělena diagnóza – oboustranný šedý zákal. Ve čtyřech měsících Tomášek prodělal první operaci, při které mu do očí byly implantovány nitrooční čočky. V tomto období jim lékař podal informace o existenci sociální služby rané péče, která se zaměřuje na pomoc rodině při péči o zrakově postižené dítě.

Na základě tohoto sdělení si maminka Tomáška sama na internetu našla podrobnější informace o této sociální službě a prostřednictvím telefonu si sjednali schůzku s poradkyní rané péče.

První schůzka probíhala ve středisku rané péče. Poradkyně jim při této schůzce předala všechny důležité informace a nastínila průběh spolupráce. Za týden poté proběhla konzultace již v domácím prostředí. Během této konzultace proběhlo prvotní funkční vyšetření zraku a sestavení individuálního plánu péče.

Funkční vyšetření zraku provedla poradkyně rané péče – zrakový terapeut. Vyšetření bylo zaměřeno na to, jak Tomášek lokalizuje a fixuje zrakové podněty, jak přenáší pozornost z jednoho předmětu na druhý, jak sleduje pohybující se předměty do všech pohledových směrů. Závěrem funkčního vyšetření ve 4. měsících bylo, že zrakové funkce se vyvíjejí pomalu, zraková ostrost se pohybuje na spodní normě a zraková vzdálenost sledovaného byla stanovena do 1 metru. Na základě funkčního vyšetření byla rodičům Tomáška poskytnuta doporučení, která sloužila k podpoře rozvoje zrakového vnímání jako například využívat hraček se zvukovým efektem, v sytých barvách, podporovat jejich sledování v pohybu – pomalý pohyb všemi směry i směrem k obličej, motivovat sledování na delší vzdálenost a komunikovat s Tomáškem na vzdálenost, kde rozlišuje obličej.

V 7. měsících proběhla konzultace také s fyzioterapeutkou z týmu rané péče, která doporučila rodičům Tomáška cvičení Vojtovy metody a zároveň doporučila vhodné

pracoviště v místě bydliště rodiny. Cvičení Vojtovy metody pak probíhalo každý den po dobu jednoho roku.

Tomášek prodělal velké množství operací a vyšetření. Řada operací ho čeká i do budoucna. Poradkyně rané péče opakovaně rodičům Tomáška nabídla možnost využití psychologické intervence, která by byla poskytnuta psycholožkou z týmu rané péče, ale rodiče tuto možnost nevyužili. Pravidelně s Tomáškem absolvují kontroly ve fakultní nemocnici v Motole, kde byly provedeny i všechny operace. Několikrát rodiče využili i služby doprovodu poradkyně rané péče k lékaři.

Nyní jsou Tomáškoví 3 roky. Nosí brýle a okluzor na levém oku. Konzultace s poradkyní rané péče probíhají pravidelně každý měsíc. Přibližně ve stejném časovém rozmezí probíhají pravidelné kontroly u lékařů. Nyní již rodiče nevyužívají služby doprovodu poradce rané péče k lékaři, ale poradkyni pravidelně o průběhu a závěrech vyšetření informují a poradkyni předávají lékařské zprávy.

Rodinu průběžně navštěvuje také zrakový terapeut, který provádí funkční vyšetření zraku. Závěr posledního funkčního vyšetření zraku byl následující: pozornost Tomáška je hodnocena jako dobrá, zraková ostrost se stále pohybuje na nižší hodnotě, jinak se zrakové funkce se vyvíjejí dobře. Fixuje předměty a přenáší pozornost, rozpoznává osobní a cizí předměty, stejně tak rozpoznává známé a neznámé prostředí. Pokrok v koordinaci oko-ruka, dochází postupnému zlepšování jemné motoriky.

Všechny úkony sebeobsluhy vykonává maminka. Tomášková komunikace je přiměřená věku, sluchové vnímání je v pořádku.

V současné době rodina využívá hlavně služby zapůjčování hraček a pomůcek podporujících stimulaci zraku. Také začínají využívat různé aplikace pro tablet, kde se rozvíjí jak Tomáškovu zrakové vnímání, tak i jemná motorika. Příští rok by rodiče chtěli najít mateřskou školu, kam by Tomášek mohl začít chodit. Poradkyně rané péče jim již přislíbila pomoc při vyhledávání vhodného zařízení.

## 8 Diskuze

Významem následující části práce je vyjádření k tomu, co je o dané problematice známo a to porovnáváme se zjištěnými výsledky.

Raná péče je chápána jako soustava sociálních služeb zaměřující se na cílovou skupinu jedinců v raném věku se speciálními potřebami spolu s jejich rodinami. V kontextu se zajištěním kvalitních intervencí je zdůrazňováno, aby v rámci poskytování služeb rané péče byl nastaven meziresortní systém spolupráce. Tedy systém navzájem spolupracujících kvalifikovaných odborníků z jednotlivých resortů, kteří na základě vzájemné spolupráce zajistí komplexní péči o dítě se speciálními potřebami a jeho rodině. Důležitost meziresortní spolupráce je uvedena v řadě publikací od různých autorů jmenovitě např. Hradilková (1998), Šándorová (2005), ale i v řadě strategických dokumentů, sborníků a analýzách zabývajících se pokrokem a vývojem v rané péči. Z velké části bylo z těchto materiálů čerpáno v teoretické části práce a získané poznatky pak posloužily k srovnávání se zjištěnými výsledky.

Pomocí strukturovaného rozhovoru a pozorování bylo zjištěno, že v pracovišti rané péče zaměřující se na cílovou skupinu dětí se zrakovým postižením je složení týmu tvořeno poradci rané péče se vzděláním ve speciální pedagogice, instruktory zrakové stimulace, fyzioterapeutem, psychologem a sociálním pracovníkem. Dle informací zdůrazňovaných v teoretické části práce, lze o týmu rané péče hovořit, jako o interdisciplinárním.

Jednou z položených výzkumných otázek bylo zjistit, *jaká je efektivita v rámci meziresortní spolupráce interního, externího týmu a rodiny*. Efektivita meziresortní spolupráce byla zhodnocena jednotlivými dotazovanými zástupci meziresortního týmu. Dle získaných odpovědí a i na základě provedených pozorování lze zhodnotit tuto otázku následovně: spolupráci rané péče a rodiny lze zhodnotit jako maximálně efektivní. Zhodnocuji to tak ze získaných a následně porovnaných informací od pracovníků rané péče, rodičů a i porovnáním s teoretickými zdroji. Od pracovníků rané péče jsem byla seznámena s obsáhlými službami, které dítěti a rodičům nabízí a z reakcí rodičů mi pak bylo potvrzeno, že tyto služby jsou pro rodinu velice přínosné a usnadňují nelehkou situaci rodiny, ve které vyrůstá dítě se zrakovým postižením.

O spolupráci mezi resortem školství a ranou péčí mi bylo sděleno, že spolupráce probíhá formou podání informací a doporučení pro zajištění potřeb k rozvoji dítěti, které pak dané školské zařízení zajistí. Co se týče spolupráce rané péče a resortu zdravotnictví, byla efektivita spolupráce zhodnocena ze strany lékaře jako efektivní, z pohledu pracovníků rané

péče zazněly jisté výhrady k občasné neochotě spolupráce a i občasnému rozdílnému náhledu na problém. Dle získaných informací, jsem dospěla k názoru, že často se "prostředníkem" ke spolupráci stává rodina dítěte. Poradci rané péče také zmínili fakt, že někdy se k rodině dostávají informace od zdravotníků o možnosti využívání služeb rané péče až v pozdějším věku dítěte. Zhodnocením na základě porovnání s literárními zdroji se proto domnívám, že ve spolupráci mezi externím týmem a interním týmem rané péče se nacházejí nedostatky, spolupráce není dostatečně efektivní zvláště pak v samotné fázi poskytování služeb.

Výzkumná otázka číslo 2 byla zaměřena na zjištění, *jaké existují formy komunikačních systémů v rámci meziresortní spolupráce mezi interním týmem, externím týmem a rodinou.*

Ze získaných dat vyplývajících z provedených rozhovorů, je možno souhrnně říci, že v meziresortní spolupráci se využívají všechny formy komunikačních prostředků. K výměně informací samozřejmě dochází osobním kontaktem a také formou moderních komunikačních prostředků.

Mezi týmem rané péče a rodinou je komunikační systém nastaven v rámci osobního kontaktu během konzultací, které nejčastěji probíhají v rodinném prostředí dítěte. Což se shoduje i s teoretickými poznatky, kde se uvádí fakt, že raná péče by měla být prováděna v přirozeném prostředí dítěte. Ovšem i jako velmi přínosný hodnotím komunikační systém pomocí mobilních telefonů a elektronické pošty, kdy tento komunikační systém je velice užitečný, pokud rodina potřebuje okamžitou radu.

Komunikační systém mezi ostatními resorty a týmem rané péče je nastaven převážně pomocí moderních komunikačních prostředků, v menší míře probíhá v rámci osobních kontaktů. Výměna důležitých informací o klientech v týmu rané péče probíhá během pravidelných porad na pracovišti a další komunikační systém je nastaven takovou formou, aby se informace k pracovníkům vždy dostaly včas. Tyto informace získané provedeným výzkumem jsou v souladu s teoretickými poznatky, získanými analýzou standardů rané péče.

Třetí výzkumná otázka se zajímala o to, *kde jednotliví členové meziresortního týmu vidí rezervy v rámci meziresortní spolupráce.*

Jedním z důležitých cílů rozhovorů se zástupci meziresortního týmu, bylo zjistit, v jaké oblasti meziresortní spolupráce během poskytování rané péče vidí nedostatky a případně zjistit, jaké náměty navrhuji na jejich odstranění.

Z rozhovoru učiněným s lékařem jsem se o žádných výrazných připomínkách k meziresortní spolupráci nedozvěděla. Z jeho pohledu je nynější nastavení spolupráce s touto



sociální službou dostačující. Jediné co ve své výpovědi zmínil, je rozšíření informačních materiálů do různých pracovišť, které by posloužily k rozšíření podvědomí o této sociální službě.

Rodina jako jedinou připomínku k meziřesortní spolupráci uvedla zvýšení informací poskytovaných lékaři, převážně se jedná o informace, které se týkají vysvětlení detailnějšího průběhu nejrůznějších vyšetření a operací. Ve spolupráci s týmem rané péče žádné návrhy vyjádřeny nebyly, dotazovaní rodiče uvedli, že strany pracovníků rané péče mají zajištěn dostatečný přísun informací a kvalitní péče.

Rezervy ohledně meziřesortní spolupráce interní pracovníci týmu rané péče převážně shledávají v informovanosti zdravotnických pracovníků, a to převážně u lékařů nebo například sociálních pracovníků, kteří by měli ranou péči doporučovat potencionálním klientů.

Jako největší rezervu vidí pracovníci nedostatek financí především na osvětovou činnost k rané péči. Více materiálů, dostupných na každém pracovišti ve spojitosti s ochotou lékařů tyto materiály distribuovat potencionálním klientům by, v některých případech, zajistilo časnější pomoc rodině.

Závěrem lze však shrnout, že díky pestré nabídce poskytovaných služeb rané péče pro rodinu a z výše uvedených zjištění ohledně meziřesortní spolupráce je možné o nynějším nastavení meziřesortní spolupráce během poskytování intervencí rané péče pro klienta se zrakovým postižením a jeho rodinu hovořit jako o efektivní meziřesortní spolupráci zajišťující potřeby pro rozvoj dítěte a péči o celou rodinu.

## 9 Závěr

V této bakalářské práci jsem se podrobněji zabývala problematikou služby sociální prevence rané péče a tím, jakým způsobem probíhá meziresortní spolupráce při jejím poskytování a kdo se této spolupráce účastní. V teoretické části jsem se zaměřila na popis koncepce rané péče v České republice a na popis jednotlivých resortů podílejících se na poskytování meziresortní spolupráce. Tato bakalářská práce se zaměřuje na jednu cílovou skupinu, a to zrakově postižené dítě a jeho rodinu. Proto jsem se v teoretické části práce taktéž zaměřila na prostudování informací o této cílové skupině, základní informace o fyziologii zraku a na problematiku ucelené tyflo(re)habilitace.

Posláním služby sociální prevence raná péče je zajištění komplexních a kvalitních intervencí, pro cílovou skupinu jedinců raného věku, u kterých v důsledku jejich zrakového postižení dochází k narušení jejich bio – psycho – sociálního vývoje. A dále pak také poskytování poradenství a pomoci rodinám těchto dětí a usnadnění procesu společenské integrace a to vše za spolupráce meziresortního týmu.

Z teoretické části této práce vyplývá důležitost multidisciplinárního přístupu při poskytování pomoci u jedinců se zdravotním postižením.

Prostudování teoretických poznatků o meziresortní spolupráci v rané péči a cílové skupině dětí se zrakovým postižením bylo východiskem ke zpracování kvalitativní výzkumné části této práce.

Analýzou dostupných teoretických zdrojů, na základě rozhovorů, pozorování a kazuistiky bylo mým cílem popsat průběh poskytování intervencí rané péče s meziresortním zaměřením u vybrané cílové skupiny rodina s dítětem se zrakovým postižením. Výzkumná část podává kvalitativní prozkoumání efektivity meziresortní spolupráce během procesu poskytování služeb rané péče rodině, což bylo hodnoceno z dat získaných z výše jmenovaných metod.

Setkáváním s rodinou využívající služeb rané péče a na základě rozhovorů zaměřených na získání informací o tom, jak rodiče vnímají dosavadní způsob meziresortní spolupráce a též pozorováním jejich spolupráce s pracovníky týmu rané péče jsem dospěla k závěru, že služba raná péče je velmi přínosnou sociální službou. Tato sociální služba je velkým pomocníkem během velké zátěže, do které se rodiče dostávají po narození handicapovaného dítěte.

Do budoucna je pro praxi velmi důležité, aby i nadále docházelo k rozšiřování informací o této sociální službě a upevňování meziresortní spolupráce, zejména pak v resortu

zdravotnictví. To umožňují rodinám co nejčasnější navázání kontaktu a zajištění naplnění speciálních potřeb celé rodiny.

## Soupis bibliografických citací

1. MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování hodnocení*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9.
2. MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. 2. vyd. Praha: portál, 2008. ISBN 978-80-7367-368-0.
3. ŠÁNDOROVÁ, Zdenka. *Základy komprehenzivní a integrativní speciální pedagogiky raného věku*. 1.vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2005. ISBN 80-7041-259-3.
4. OREL, Miroslav, Věra FACOVÁ, a kol. *Člověk, jeho smysly a svět*. 1.vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2946-6.
5. NOVOHRADSKÁ, Hana. *Vybrané kapitoly z oftalmopedie*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2009. ISBN 978-80-73 68-731- 1.
6. VÁGNEORVÁ, Marie. *Oftalmopsychologie*. Praha: Karolinum, 1995. ISBN 80-7184-053-X.
7. JESENSKÝ, Ján. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1995. ISBN 80-7066-941-1.
8. JIŘÍ, Votava. A KOL. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0708-5.
9. JIŘÍ, Jankovský. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska*. Praha: Triton, 2001. ISBN 8072541927.
10. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace*. 2.vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-485-4.
11. CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.
12. SURYNEK, Alois. *Základy sociologického výzkumu*. Praha: Management Press, 2001. ISBN 80-7261-038-4.
13. NÁRODNÍ RADA OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM ČR. *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví : MKF*. 1.vyd. Grada Publishing, 2001. ISBN 978-80-247-1587-2.

14. VÁGNEROVÁ, Marie M. Zdravotně znevýhodněné dítě v náhradní rodinné péči. 1.vyd. Praha: Středisko náhradní rodinné péče o.s., 2001. ISBN 978-80-87455-04-03.
15. *Raná péče pro rodiny s dětmi se zrakovým postižením a kombinovaným postižením.* Praha: Středisko rané péče, Haštalská 27, 1998. ISBN 80-238-3267-0.
16. *Raná intervence v Evropě: Trendy v 17 evropských zemích.* Praha: Evropská agentura pro rozvoj speciálního vzdělávání, 2000. ISBN 87-90591-04-6.
17. PILAŘOVÁ, Martina a Terezie HRADILKOVÁ. ed. *Sborník Raný vývoj dítěte a možnosti rané intervence.* Praha: Občanské sdružení Futurum, 1998.
18. Evropská agentura pro rozvoj speciálního vzdělávání, 2005. *Raná péče v Evropě – Analýza situace v Evropě, Klíčové aspekty a doporučení,* Odense, Dánsko: Evropská agentura pro rozvoj speciálního vzdělávání. ISBN 978-8791500-58-9
19. Evropská agentura pro rozvoj speciálního vzdělávání, 2010. *Raná péče – Pokrok a vývoj 2005-2010,* Odense, Dánsko: Evropská agentura pro rozvoj speciálního vzdělávání. ISBN 978-87-7110-034-1
20. Evropská agentura pro rozvoj speciálního vzdělávání, 2001. *Dokument o současném stavu a perspektivách zebezpečování rané péče pro děti s funkčním postižením a s poruchami psychosociální adaptace v České republice a v Dánsku.* Publikace vydána za podpory Dánského ministerstva školství a Evropské agentury pro rozvoj speciálního vzdělávání, 2000-2001

### **Internetové zdroje:**

1. ČESKO. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. In: č. 372/2011 Sb. 2011. Dostupné z:  
[http://www.mzcr.cz/legislativa/dokumenty/zdravotni-sluzby\\_6102\\_1786\\_11.html](http://www.mzcr.cz/legislativa/dokumenty/zdravotni-sluzby_6102_1786_11.html)
2. ČESKO. Zákon o sociálních službách. In: Sb.2011. 2011. Dostupné z:  
[http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108\\_2006\\_Sb.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf)

3. Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých ČR. *Klasifikace zrakového postižení podle WHO* [online]. 2002 [cit. 2014-07-04]. Dostupné z:  
<http://www.sons.cz/klasifikace.php>
4. Bílá kniha v sociálních službách. [online]. 2003 [cit. 2014-07-04]. Dostupné z:  
[http://www.mpsv.cz/files/clanky/736/bila\\_kniha.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/736/bila_kniha.pdf)
5. DRUHOVÉ STANDARDY KVALITY SLUŽBY RANÁ PÉČE. *Asociace pracovníků v rané péči*[online]. 2013 [cit. 2014-07-04]. Dostupné z:  
[http://www.aprp.cz/dokumenty/standardy\\_2013.pdf](http://www.aprp.cz/dokumenty/standardy_2013.pdf)

## **SEZNAM PŘÍLOH**

**Příloha A** – Otázky k rozhovoru pro členy týmu rané péče

**Příloha B** – Otázky k rozhovoru pro lékaře

**Příloha C** – Otázky k rozhovoru pro rodiče

**Příloha A – Otázky k rozhovoru pro členy týmu rané péče**

Rozhovor č.: .....

- 1) Co je vaší hlavní pracovní náplní?**
- 2) Popište prosím, komunikační systém v rámci vašeho interního týmu.**
- 3) Popište prosím, komunikační systém v rámci externího týmu (např. lékař, fyzioterapeut aj.).**
- 4) Popište prosím, komunikační systém v rámci spolupráce s rodinou (způsob podávání informací rodině).**
- 5) Jak často probíhá komunikace s interními pracovníky?**

**Jak často probíhá komunikace externími pracovníky?**

**Jak často probíhá komunikace s rodinou?**

- 6) Na škále hodnot'te efektivitu spolupráce s interními spolupracovníky týmu:**

velmi dobře	spíše dobře	spíše špatně	velmi špatně
1	2	3	4

**Na škále hodnot'te efektivitu spolupráce s externími spolupracovníky:  
(pokud hodnotíte jako 2, 3, 4 prosím odůvodněte)**

velmi dobře	spíše dobře	spíše špatně	velmi špatně
1	2	3	4



**Na škále zhodnoťte efektivitu spolupráce s rodinou:**

**(pokud hodnotíte jako 2, 3, 4 prosím odůvodněte)**

velmi dobře	spíše dobře	spíše špatně	velmi špatně
1	2	3	4

**7) Uveďte prosím, vaše náměty pro zlepšení efektivity meziresortní spolupráce s externími spolupracovníky nebo s rodinou:**

**Příloha B – Otázky k rozhovoru pro lékaře**

- 1. Kdo podává informace o možnosti využívání služeb rané péče rodině?**
- 2. Jakým způsobem a jak často, probíhá komunikace mezi lékařem a pracovníky rané péče?**
- 3. Na škále zhodnot'te efektivitu spolupráce s externími spolupracovníky:  
(pokud hodnotíte jako 2, 3, 4 prosím odůvodněte)**

velmi dobře	spíše dobře	spíše špatně	velmi špatně
1	2	3	4

- 4. Uveďte vaše náměty pro zlepšení efektivity meziresortní spolupráce.**

## **Příloha C – Otázky k rozhovoru pro rodiče**

- 1) Uved'te prosím, kdo Vám jako první sdělil informaci o handicapu Vašeho dítěte?**
- 2) Od kterých odborníků byste v období kdy byl vašemu dítěti diagnostikováno zrakové postižení uvítali pomoc ( klinický psycholog, lékař specialista, poradce rané péče)**
- 3) Ve chvíli kdy jste se dozvěděli o handicapu Vašeho dítěte, jaké byly vaše prvotní reakce a kdo vám nejvíce pomohl se s touto situací vyrovnat? (lékař, psycholog, sociální pracovník, příbuzní, přátelé, nikdo)**
- 4) Jak jste navázala kontakt s ranou péčí a jak spolupráce probíhala a doposud probíhá?**
- 5) Jak často s poradkyní rané péče komunikujete a jak často probíhají osobní setkání?**
- 6) S kým dalším z týmu rané péče spolupracuje?**
- 7) Kromě pravidelných kontrol u ošetřujícího lékaře, využíváte i jiných zdravotnických služeb (fyzioterapie aj.)**
- 8) Odstupem času a po vašich zkušenostech s narozením a péčí o dítě se zrakovým handicapem, navrhovali byste nějaké zlepšení v oblasti spolupráce s ošetřujícím lékařem, lékaři specialisty, týmem rané péče aj.?**
- 9) Je něco co Vám chybělo, nebo chybí v péči o Vaše dítě a o celou rodinu v rámci dosavadního systému služeb?**
- 10) Hodnotíte dosavadní meziresortní spolupráci jako efektivní?**