

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2013

Simona Riemerová

Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

Péče o ohrožené dítě

Simona Riemerová

Bakalářská práce

2013

Prohlašuji:

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

Byla jsem seznámena 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 22. 8. 2013

Simona Riemerová

Poděkování:

Ráda bych tímto poděkovala paní PaedDr. Zdeně Šándorové, Ph.D. za odborné konzultace a rady v průběhu zpracování této bakalářské práce.

NÁZEV

Péče o ohrožené dítě

ANOTACE

Tématem bakalářské práce je „Péče o ohrožené dítě“. Práce je rozdělena do dvou částí, na teoretickou a výzkumnou. V práci se zaměřuji na péči o ohrožené dítě, na mezirezortní systém podpory péče o dítě v nouzi v České republice. Náplní výzkumné části bylo zpracování dotazníku, kde jsem chtěla zjistit míru informovanosti porodních asistentek v oblasti péče o rodinu s ohroženým dítětem raného věku a dále vytvoření stručného popisu intervence a spolupráce.

KLÍČOVÁ SLOVA

ohrožené dítě, raná péče, porodní asistentka, spolupráce, podpora, systém péče o ohrožené dítě

TITLE

Care for child at risk

ANNOTATION

The topic of the thesis is „Caring of the child at risk.“ The work is divided into two parts, the theoretical and experimental. The work is focused on the care for child at risk, to support inter-system of care for a child in need in the Czech Republic. The aim of the research was to draw up a questionnaire where I wanted to find out how much of midwives in the care of a family with a child at risk of early age and a brief description of the intervention and cooperation.

KEYWORDS

child at risk, early care, midwife, cooperation, support, the system of care for child at risk

OBSAH

ÚVOD	7
TEORETICKÁ ČÁST	9
1 Systém podpory péče o ohrožené dítě v České republice.....	9
1.1 Zdravotnická oblast.....	11
1.1.1 Ohrožené dítě	11
1.1.2 Narození dítěte s ohroženým vývojem - jako životní trauma.....	11
1.1.3 WHO a dokument Zdraví 21	14
1.1.4 WHO - Světová zdravotnická organizace.....	15
1.1.5 Česká republika a Zdraví 21	16
1.1.6 Zdraví 21 a jeho cíle	17
1.2 Sociální oblast	19
1.2.1 Raná péče jako služba sociální prevence	22
1.3 Školská oblast.....	23
2 Teoretická východiska pro spolupráci porodní asistentky a poradce rané péče	27
2.1 Vymezení pojmů	27
2.2 Porodní asistentka	27
2.2.1 Kompetence porodní asistentky.....	28
2.3 Kompetence poradce rané péče.....	29
3 Možnosti spolupráce porodní asistentky a poradce rané péče	32
VÝZKUMNÁ ČÁST	36

4	Metodika výzkumu	36
5	Prezentace výsledků dotazníkového šetření	38
6	Diskuze	52
	ZÁVĚR	56
	SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ	58
	SEZNAM PŘÍLOH.....	65

SEZNAM ILUSTRACÍ A TABULEK

Obrázek 1	Systém podpory péče o ohrožené dítě v České republice	10
Obrázek 2	Graf povědomí o názvu „ohrožené dítě“	38
Obrázek 3	Graf zájmu na spolupráci o dítě s ohroženým vývojem	39
Obrázek 4	Graf informovanosti o rané péči	40
Obrázek 5	Graf zájmu informovanosti o ranou péči	41
Obrázek 6	Graf intervence a spolupráce	42
Obrázek 7	Graf spolupráce v problematice rané péče	43
Obrázek 8	Graf názoru na spolupráci s odborníky	44
Obrázek 9	Graf spolupráce v rámci péče o „ohrožené dítě“	45
Obrázek 10	Graf informovanosti rodin	46
Obrázek 11	Graf následné pomoci rodinám	47
Tabulka 1	Veličiny a jejich symbolika užitá v tabulkách	37
Tabulka 2	Intervence zdravotní péče, služeb rané péče a porodní asistentky	49

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

ČR – Česká republika

HO - Health Organization (Zdravotnická organizace)

IRP - integrovaná raná péče

OSN – organizace spojených národů

OIHP - International Office of Public Health (Mezinárodního úřadu veřejného zdravotnictví)

USA - United States of America (Spojené státy americké)

WHO – World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

ÚVOD

Téma práce jsem si zvolila pro jeho aktuální význam, a to vzhledem k transformačním aktivitám v péči o ohrožené dítě. Za hlavní motivaci lze považovat můj osobní zájem o tuto problematiku, neboť se s ní setkávám v praxi a celkově bych ráda přispěla k podnětné diskuzi na toto téma nejen v rámci akademické půdy, ale i v praxi porodních asistentek.

Práce je rozdělena do dvou částí, kterou představují teoretická východiska a část výzkumná. První část je rozdělena do tří kapitol, přičemž v první kapitole jsem se zaměřila na mezirezortní systém péče o ohrožené dítě v České republice. Tento systém začíná intervencí zdravotnickou. V oblasti zdravotnické jsem se zaměřila na roli praktického lékaře a potřebnou pomoc a podporu ze strany psychologa. Taktéž zdůrazňuji potřebu včasné diagnostiky zdravotních obtíží, protože pro stimulaci ohroženého dítěte jsou stěžejní první tři roky života.

Významné organizaci a důležitému dokumentu, kterým věnuji zvýšenou pozornost vzhledem k danému zadání bakalářské práce, je Světová zdravotnická organizace (WHO) a dokument Zdraví pro všechny v 21. století (dokument Zdraví 21).

V sociální oblasti systému péče o ohrožené děti popisují sociální služby, které jsou orientovány na dítě a jeho rodinu, kam je možné zařadit např. ranou péči. Významnou roli sehrávají instituce sociálně-právní ochrany dětí, náhradní rodinné péče a sanace rodin a z tohoto důvodu i těmto institucím věnuji patřičnou pozornost.

V mezirezortním systému v péči o ohrožené dítě úzce navazuje na oblast sociální oblast školská. Sehrává důležitou roli vzhledem k institucím, jako jsou zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy a také na práci školských poradenských zařízení.

Tyto jednotlivé části tvoří teoretická východiska, která jsou následně ověřována především dotazníkovým šetřením, které je zaměřeno na cílovou skupinu rodiny s ohroženým dítětem raného věku a na konkrétní spolupráci porodní asistentky a poradce rané péče.

Na základě výše uvedených informací je pro práci stěžejní dosažení následujících cílů.

Cíle Práce

Cíl teoretické části:

Popsat mezirezortní systém péče o ohrožené dítě v České republice.

Cíle praktické části:

- 1) Zjistit informovanost porodních asistentek v oblasti péče o rodinu s ohroženým dítětem raného věku.
- 2) Navrhnout možnosti efektivní kooperace mezi porodní asistentkou a poradcem rané péče v rámci vytvoření stručného popisu intervence a spolupráce.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Systém podpory péče o ohrožené dítě v České republice

V úvodu této problematiky je nutné definovat pojem „ohrožené dítě“. Pojem "ohrožené dítě" odvozuje svůj význam od anglosaského „child at risk“. V posledních letech - zejména díky terminologii Světové deklarace o přežití dětí, jejich ochraně a rozvoji z roku 1990 - bývá nahrazován pojmem „děti ve zvlášť obtížných situacích“. (vyhledáno na: http://www.ceskaghetta.cz/download/stav_systemu_nahradni_pece.pdf)

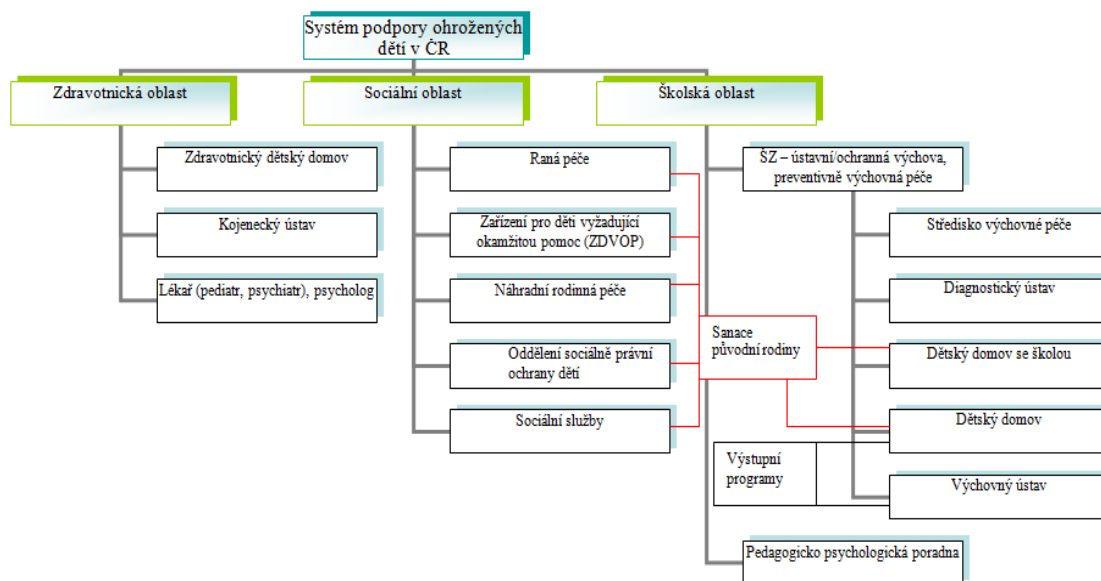
Ve světové deklaraci o přežití dětí, jejich ochraně a rozvoji z roku 1990 v paragrafu 22 se uvádí, že pod pojem ohrožené dítě patří především „sirotci, děti ulice, děti uprchlíků, přesídlenci, oběti válek a přírodních i lidmi způsobených katastrof, děti migrujících dělníků nebo děti žijící v jiných sociálně znevýhodněných skupinách, pracující děti, děti a mladí lidé uvěznění v pasti prostituce, pohlavního zneužívání a jiných forem vykořisťování, invalidní děti, adolescentní provinilci, oběti apartheidu a cizí okupace“. (vyhledáno na: http://www.ceskaghetta.cz/download/stav_systemu_nahradni_pece.pdf)

Dále se v této již zmíněné deklaraci píše v paragrafu 24, že to mohou být děti ohrožené drogovou závislostí a to již v prenatálním období. Zmiňují se o závislosti na tabáku, alkoholu a jiných psychotropních látkách.

Jako dalším ukazatelem v této problematice „ohrožených dětí“ je, že si tuto situaci nemohou zvolit samy, jsou do této situace uvrženy a jen stěží se z těchto podmínek mohou samy oprostít. V mnoha případech je cesta do normálního života nemožná.

Existuje mnoho synonym pro název „ohrožené dítě“. Patří mezi ně například dítě v nouzi, dítě se zvláštními potřebami. (vyhledáno na: http://www.ceskaghetta.cz/download/stav_systemu_nahradni_pece.pdf)

Systému podpory péče o ohrožené dítě v České republice je patrný z následujícího schématu zobrazeného na Obrázku 1 níže.



Obrázek 1 Systém podpory péče o ohrožené dítě v České republice

Zdroj: (vyhledáno na: http://www.ohrozenedite.cz/index.php?stranka=system_pomoci)

Schéma systému podpory ohrožených dětí v České republice (vytvořené dle Systému péče o ohrožené děti v Praze) uvedené na webové stránce (http://www.ohrozenedite.cz/index.php?stranka=system_pomoci) rozděluje tento systém do tří oblastí – **zdravotnické, sociální a školské**. Je dobře využitelný pro potřeby této práce.

V následujícím textu jsou jednotlivé oblasti podrobněji popsány. Pomoc a péči ohroženým dětem a jejich rodinám poskytují odborníci různých státních i nestátních institucí a organizací v mezirezortní spolupráci.

1.1 Zdravotnická oblast

V následující kapitole vymezuji pojem dítě s ohroženým vývojem a dále se zaměřím na úkoly Světové zdravotnické organizace a analýzu dokumentu Zdraví 21.

1.1.1 Ohrožené dítě

Za dítě s ohroženým vývojem v této bakalářské práci považuji konkrétně dítě z rizikového těhotenství, např. ohrožené drogovou závislostí matky a to již v prenatálním období, s nízkou porodní hmotností, nedonošené, s vrozenou vývojovou vadou, s metabolickými poruchami a dalšími funkčními problémy. Toto dítě potřebuje okamžitou zvýšenou zdravotní péči a rodina psychosociální podporu a služby.

1.1.2 Narození dítěte s ohroženým vývojem - jako životní trauma

Pro většinu rodičů je jednou z největších hodnot zdraví jejich dítěte, a proto pro ně jeho ztráta představuje jedno z nejhorších životních traumat. Pro rodiče není snadné vyrovnat se se situací, že se jim narodilo dítě s ohroženým vývojem. Řešení této stresové situace vyžaduje mnoho sil a přináší mnoho definitivních změn v životě celé rodiny. Tato situace vyvolává u rodičů a nejbližší rodiny různé obranné reakce rodičů. (Vágnerová, 2004)

Nejčastější reakce jsou hněv, zoufalství, zármutek, deprese, někdy také vnitřní odvrácení se od dítěte. Rodiče by si však měli uvědomit, že vzniklá situace může představovat katastrofu pro ně, nikoliv však pro jejich dítě. Svým emočním stavem ovlivňují citový vývoj svého dítěte, proto by z jejich chování měla vyzařovat víra v postupné zlepšování situace. (Bartoňová [online], 2006, Pešová a Šmalík, 2006)

Pomoc při zvládnutí dané zátěže poskytuje psychologická rehabilitace. Ta se samozřejmě zaměřuje také na zvládnutí psychické krize spojené se změnou zdravotního stavu u člověka s postižením. Její nepostradatelnou součástí je psychoterapie, která usiluje o znovuoobnovení integrity osobnosti člověka. (Novosad, 2000, s. 58)

Rodičům, kteří se rozhodnou o dítě s ohroženým vývojem pečovat v domácím prostředí, je nutné poskytnout potřebnou pomoc a podporu. Potřebují mít uspokojeny potřeby, tj. např. dostatek informací o zdravotním stavu dítěte, specifikách jeho psychosociálního vývoje, o péči o ně. Na naplnění těchto potřeb se podílejí odborníci v týmové spolupráci.

Jednou z osob, která se do tohoto systému může zapojit již v porodnici, je **porodní asistentka**, neboť je s rodinou v kontaktu v době před i po narození dítěte. Rodinu navštěvuje v jejím domácím prostředí a může tak včas „odhalit“, že rodina potřebuje podporu a pomoc a tuto jim sama poskytnout. Může také rodinu odkázat na příslušné instituce či organizace nebo tyto sama zkontaktovat a tak zajistit dítěti a jeho rodině potřebnou pomoc či služby.

System podpory poskytované ohroženým dětem se zdravotním postižením by bylo možno odvodit také od ucelené (komprehenzivní) rehabilitace. *„Její smyslem a cílem je pokud možno co nejúspěšnější začlenění lidí se zdravotním postižením do aktivního života majícího očekávanou kvalitu.“* (Jankovský, 2001, s. 12)

Ucelená rehabilitace zahrnuje rehabilitaci **léčebnou, pedagogickou, sociální a pracovní**. Předpokladem ucelené rehabilitace je existence multidisciplinárního týmu odborníků. Jde o rehabilitaci dlouhodobou. (Jankovský, 2001, s. 12, 16-17) Měla by být týmová, provázaná a vyžaduje mezioborovou kooperaci. (Novosad, 2000. s. 60) Dle Zikla (2011, s. 27 – 30) se její jednotlivé složky v praxi neustále prolínají a není možné je od sebe oddělovat.

Do zdravotnické intervence je možné zařadit dále ústavní zařízení pečující o děti do tří let věku, tj. kojenecké ústavy a dětské domovy pro děti do tří let věku, a péči lékaře (pediatra, psychiatra) a psychologa. Zdravotnická oblast se týká zejména dětí, které jsou ohrožené a potřebují tak pomoc vzhledem ke svému zdravotnímu stavu.

Počátek pomoci je možné spatřovat v diagnostice zdravotního postižení u dítěte, kterou provede lékař. Významná jsou preventivní vyšetření do pěti let věku dítěte, která se týkají tělesného a psychického vývoje dítěte a při pozitivním nálezů jednoho

z rozsáhlého rámce symptomů tato preventivní vyšetření vedou k další diagnostice. Rodičům jsou posléze sděleny informace o zdravotním stavu dítěte. Pokud se dítě narodí jako rizikové s důvodu prenatálních či perinatálních komplikací, je sledováno a vyšetřováno, neboť je možné předpokládat jisté následky. Mezi diagnostické postupy se řadí pozorování, rozhovor a dotazování, analýza výkonu, kreativní vyjádření a testy. Rodina by si měla zvolit pro dítě pediatra, kterému důvěřuje a který má kladný vztah a aktivní přístup k dítěti. *„Lékaři v oboru dětského lékařství poskytují léčebnou a preventivní péči od narození po dosažení dospělosti včetně očkování a poradny pro novorozence a kojence.“* (vyhledáno na: http://www.zdravnet.cz/zdravotni_pece/ambulantni_zarizeni/prakticky_lekar_pro_deti_a_dorost/index.html) Tento lékař by měl rodině doporučit potřebné odborné lékaře, ale také zprostředkovat kontakt na střediska rané péče, na orgán sociálně-právní ochrany dětí či na poskytovatele sociálních služeb (viz. níže).

Preventivní lékařská vyšetření a včasná lékařská diagnostika jsou významné, neboť ve vývoji dítěte hrají zásadní roli první tři roky života. Právě v tomto období jsou *„kompenzační možnosti mozku tak obrovské, že umožňují nejlépe rozvinout náhradní mechanismy i u těch dětí, které mají v některé oblasti vývoje vážný handicap.“* (vyhledáno na: <http://www.ranapece.cz/index.php/cs/rana-pee.html/>) Pokud se toto období zanedbá, mohou se možnosti vývoje dítěte v určitých oblastech *„zcela uzavřít nebo extrémně snížit.“* (vyhledáno na: <http://www.ranapece.cz/index.php/cs/rana-pee.html/>) Mozek má sice schopnost vytvářet nová nervová spojení po celý život, ale nejrychleji se člověk rozvíjí a přizpůsobuje změnám právě v raném dětství. (vyhledáno na: <http://www.ranapece.cz/index.php/cs/rana-pee.html/>)

Po včasné diagnostice následují další potřebná opatření např. realizace fyzioterapie, ergoterapie, psychologická podpora, logopedická péče. Léčebná rehabilitace se zaměřuje na odstranění postižení a funkčních poruch. Snaží se o eliminaci následků, které vznikají v důsledku postižení, a to včetně sociální dimenze. Je možné ji rozdělit na vertikální (vede k obnově původního stavu organismu) a horizontální (dlouhodobá, zaměřuje se na vážná a chronická poškození). Léčebná rehabilitace se propojuje s vlastním léčením a spadá zejména do oblasti zdravotnictví. Řada jejích aktivit má však interdisciplinární charakter. Může používat fyzikální terapie (např. masáže), léčebnou

tělesnou výchovu (tělesná cvičení, reflexní motorika, Vojtova metoda reflexní lokomoce), ergoterapii (léčba smysluplnou činností, léčba prací), psychoterapii a specifické terapie (animoterapii, arteterapii, muzikoterapii). (Jankovský, 2001, s. 17-23)

1.1.3 WHO a dokument Zdraví 21

Z hlediska zdravotnického v péči o ohrožené dítě je významně zainteresována Světová zdravotnická organizace WHO a dokument Zdraví 21. Této instituci a dokumentu je věnována následná hlubší analýza.

Zdraví je jedním ze základních lidských práv. Péče o zdraví obyvatelstva by měla být jedním z hlavních úkolů politiky státu. WHO proto vytvořila pro své členské země doporučený modelový program komplexní péče společnosti o zdraví, který si každá země dále upravuje podle vlastních regionálních specifik. Program Zdraví 21 – Zdraví pro všechny v 21. století WHO zformulovala na základě analýzy nejčastějších příčin nemocnosti a úmrtnosti. Vychází z potřeb 21. století a sestává se symbolicky z 21 vytyčených cílů. Navazuje myšlenkově na předchozí program WHO - Zdraví pro všechny do roku 2000. (Čevela a Čeledová, 2009, s. 75) V programu je nově zařazeno celoživotní pojetí, zdůrazněna multisektorová zdravotní strategie a kladen velký důraz na solidaritu a rovnost. (Ivanová, Špirudová a Kutnohorská, 2005, s. 88)

Program Zdraví 21 byl přijat na konferenci WHO v květnu 1998. (Jarošová, 2007, s. 11) Je vystavěn na 5 základních principech: spravedlnost (všichni lidé mají právo na zdraví), solidarita (pomoc znevýhodněným), trvalá udržitelnost (neohrozit budoucí generace), vlastní účast (možnost pečovat a rozhodovat o svém zdraví), etická volba. (Čevela a Čeledová, 2009, s. 75-76)

Hlavním cílem programu je:

- *„posilování a ochrana zdraví lidí během jejich celého života;*
- *snížení výskytu významných nemocí a omezení strádání, které lidem přinášejí.“*
(Ivanová, Špirudová a Kutnohorská, 2005, s. 89)

1.1.4 WHO - Světová zdravotnická organizace

Myšlenka založit samostatnou, jednotnou celosvětovou zdravotnickou organizaci, zabývající se koordinací řešení otázek veřejného zdraví, zazněla poprvé v roce 1945 na zakládajícím kongresu OSN v San Franciscu. (Burci and Vignes, 2004, str. 15) Nejednalo se o myšlenku zcela novou, již v minulosti vznikaly organizace, které si kladly podobné cíle (např. na počátku 20. století založený pařížský Mezinárodní úřad veřejného zdravotnictví – OIHP, který si kladl za úkol boj s cholerou, morem a žlutou zimnicí). Nebyly to však organizace globálního formátu. WHO navázala v mnohém také na činnost Zdravotní organizace – HO, která fungovala v rámci Společnosti národů (předchůdce OSN). (Burci and Vignes, 2004, s. 16)

Světová zdravotnická organizace (WHO) vznikla dne 7. dubna 1948. Od té doby je tento den na celém světě oslavován jako „Den zdraví“. (vyhledáno na: <http://www.who.int/about/history/en/index.html>)

WHO je součástí Organizace spojených národů (OSN), řadí se mezi specializované agentury OSN, sídlo je v Ženevě (Švýcarsko). Zaměstnává kolem 8000 lidí po celém světě. V současnosti je generální ředitelkou Dr. Margaret Chan. (vyhledáno na: http://www.who.int/about/brochure_en.pdf. s. 1-3)

Řídícím orgánem WHO je Světové zdravotnické shromáždění složené ze 193 členských států (vyhledáno na: http://www.who.int/about/brochure_en.pdf. s. 2, <http://www.osn.cz/system-osn/specializovane-agentury/?i=119>), které se schází jednou za rok. Rozhodnutí a strategie realizuje výkonná rada, kterou tvoří 32 zdravotnických expertů jmenovaných vládami a schází se dvakrát za rok. Regionální úřady WHO jsou v Brazzaville (Kongo), Washingtonu (USA), Káhiře (Egypt), Kodani (Dánsko), Dillí (Indie) a v Manile (Filipíny).

Již od svého vzniku organizace podporuje mezinárodní technickou spolupráci v oblasti zdravotnictví, realizuje programy na potírání a úplné odstranění některých nemocí a usiluje o celkové zlepšení kvality lidského života. (vyhledáno na: <http://www.osn.cz/system-osn/specializovane-agentury/?i=119>)

Hlavní cíle činnosti WHO jsou:

- „omezování úmrtnosti, nemocnosti a postižení zejména u chudých a sociálně slabých skupin populace;
- podpora zdravé životosprávy a omezení zdravotních rizik vyplývajících z ekologických, ekonomických a sociálních podmínek;
- rozvoj spravedlivějších a efektivnějších zdravotnických systémů, které budou odpovídat legitimním potřebám lidí a budou pro ně finančně únosné;
- rozvoj odpovídajících zdravotnických strategií a institucionálního zázemí a začleňování zdravotnických aspektů do sociálních, ekonomických, ekologických a rozvojových strategií.“ (vyhledáno na: <http://www.osn.cz/system-osn/specializovane-agentury/?i=119>)

1.1.5 Česká republika a Zdraví 21

Zajištění péče o zdraví obyvatelstva je součástí ústavy. Česká republika, jako členský stát WHO, přijala koncept Programu Zdraví 21 a vláda schválila jeho národní rozpracování. Je potřeba ho dále rozvíjet a aplikovat na regionálních a místních úrovních.

Česká republika je státem, který nepatří mezi země s kritickou úrovní zdravotního stavu obyvatelstva, avšak nedá se říci, že by byla bez problémů. Nedosáhla totiž dosud takové úrovně zdravotnického stavu, jako mají státy v nejvyspělejších demokratických průmyslových státech. Pro splnění cílů programu Zdraví 21 je důležitá spolupráce všech složek společnosti. Zdraví dosud není kritériem pro politické rozhodování, ačkoliv jeho úroveň ovlivňují právě rozhodnutí učiněná v oblasti energetiky, dopravy, legislativy, vzdělávání, zemědělství i v daňové oblasti.

Základní odpovědnost za plnění programu má vláda a její Rada pro zdraví a životní prostředí, která má zřízen Výbor právě pro tento program. Řídícím centrem programu je Ministerstvo zdravotnictví. MZ zajišťuje také informovanost veřejnosti publikováním

programu a také spolupráci se sdělovacími prostředky. (vyhledáno na: <http://www.mzcr.cz/Verejne/Soubor.ashx?souborID=7180&typ=application/pdf>, s. 1-4)

Velmi důležité je rozšíření informací o programu mezi zdravotníky, občany i organizacemi. Tímto poroste skupinová i individuální odpovědnost za své zdraví.

Nutné je vypracování jisté strategie na mnoha úrovních a to jak na úrovni celé České republiky, tak i v krajích, okresech, obcích, na pracovištích a v rodinách. (vyhledáno na: <http://benes1.datim.cz/images/dokument/Zdraví21.pdf>, s. 3-4)

1.1.6 Zdraví 21 a jeho cíle

Mezi 21 cílů programu „Zdraví 21“ patří následující:

- *„Cíl 1: Solidarita ve zdraví v evropském regionu*
- *Cíl 2: Spravedlnost ve zdraví*
- *Cíl 3: Zdravý start do života*
- *Cíl 4: Zdraví mladých*
- *Cíl 5: Zdravé stárnutí*
- *Cíl 6: Zlepšení duševního zdraví*
- *Cíl 7: Snížení výskytu přenosných nemocí*
- *Cíl 8: Snížení výskytu neinfekčních nemocí*
- *Cíl 9: Snížení výskytu poranění způsobených násilím a nehodami*
- *Cíl 10: Zdravé a bezpečné přírodní prostředí*
- *Cíl 11: Zdravější život*
- *Cíl 12: Omezení škodlivých účinků alkoholu, drog a kouření*
- *Cíl 13: Podmínky a příležitost pro zdraví*

- *Cíl 14: Meziobvětvová odpovědnost za zdraví*
- *Cíl 15: Integrovaný zdravotnický systém*
- *Cíl 16: Řízení v zájmu kvality péče*
- *Cíl 17: Financování zdravotnictví a rozdělování finančních zdrojů*
- *Cíl 18: Rozvoj lidských zdrojů v zájmu zdraví*
- *Cíl 19: Výzkum a znalosti v zájmu zdraví*
- *Cíl 20: Mobilizace partnerů pro zdraví*
- *Cíl 21: Politika a strategie v zájmu zdraví pro všechny“ (Čevela a Čeledová, 2009, s. 76-82)*

V této bakalářské práci se zaměřuji na cíl 3: Zdravý start do života a dílčí úkol 3.2, který bude popsán a následně zanalyzován.

Cíl 3 a jeho dílčí úkoly:

- *„3.1 Lepší přístup k prenatální a perinatální péči.*
- *3.2 Snížení míry kojenecké úmrtnosti.*
- *3.3 Snížit podíl vrozených vad na úmrtnosti živě narozených dětí.*
- *3.4 Snížit úmrtnost a zdravotní postižení způsobené nehodami a násilím páchaném na dětech mladších 5 let o 50 %.*
- *3.5 Snížit podíl dětí s porodní hmotností méně než 2 500 g o 20 %.“ (vyhledáno na:*
<http://www.mzcr.cz/Verejne/Soubor.ashx?souborID=7180&typ=application/pdf>,
s. 12-19)

Dílčí úkol 3.2: Snížení míry kojenecké úmrtnosti

Dosaženou úrovní celkové perinatální mortality 4,4 promile patří ČR mezi země s nejlepšími výsledky na světě. Bude nutné průběžně vynakládat velké úsilí, aby se

dosažené výsledky udržely i v následujících letech. Ke splnění tohoto dílčího úkolu je zapotřebí přesně definovat aktivity, odpovědnost za plnění a termíny, do kdy je potřeba dané úkoly splnit.

Aktivity, které jsou potřeba ke splnění snížení míry kojenecké úmrtnosti, jsou následující:

- *„3.2.1: Snížit prevalenci pozdní morbidity.*
- *3.2.2: Vytvořit standardizovaný systém integrované rané péče o perinatálně ohrožené a postižené děti na regionální úrovni, a to na základě vytvoření příslušného legislativního návrhu.*
- *3.2.3: Volba pediatra pro novorozence.*
- *3.2.4: Způsob propouštění novorozenců.*
- *3.2.5: Převzetí novorozence do péče prosazením zákonné povinnosti registrace dětí u praktického lékaře pro děti a dorost.*
- *3.2.6: Podporovat rozvoj zdravotnických zařízení zapojených do hnutí „baby-friendly“.*“ (vyhledáno na: <http://www.mzcr.cz/Verejne/Soubor.ashx?souborID=7180&typ=application/pdf>, s. 14-15)

1.2 Sociální oblast

V mezirezortní kooperaci v péči o ohrožené dítě sehrává svoji nezastupitelnou roli také oblast sociální.

Do sociální oblasti systému péče o ohrožené děti a jejich rodiny patří sociální služby. Jednou z nich je služba sociální prevence - raná péče. *„Raná péče je terénní služba, popřípadě doplněná ambulantní formou služby, poskytovaná dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené, nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu. Služba je zaměřena na podporu rodiny a podporu*

vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby.“ (Zákon č. 108/2006 Sb., v platném znění §54). Dále do systému patří orgány sociálně-právní ochrany dětí dle zákona č. 401/2012 Sb. ze dne 5. září 2012, kterým se mění zákon č. 359/1999 Sb. Významná je také sanace rodiny (Obrázek 1)

Sociální služba je dle zákona č. 108/2006 Sb. ze 14. března 2006 o sociálních službách v platném znění činnost zajišťující pomoc a podporu osobám za účelem jejich sociálního začlenění, nebo představující prevenci jejich sociálního vyloučení. Sociální služby je možné poskytovat ambulantně, pobytovou a terénní formou. (Zákon č. 108/2006 Sb. v platném znění) Poskytují se v zařízeních sociálních služeb, například se jedná o centra denních služeb, denní a týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, sociální poradny, sociálně terapeutické dílny, pracoviště rané péče, domy na půl cesty, a to bezplatně nebo začástecnou či úplnou úhradu. Bez úhrady je poskytováno sociální poradenství, raná péče, tlumočnické služby, sociálně aktivizační služby pro osoby se zdravotním postižením, sociální rehabilitace a služby sociálně terapeutických dílen. Za úhradu se poskytují pobytové služby v týdenních stacionářích a domovech pro osoby se zdravotním postižením, zde jejich uživatelé hradí ubytování, stravu a sjednanou poskytovanou péči. K úhradě poskytovaných sociálních služeb slouží příspěvek na péči. (Zákon č. 108/2006 Sb. v platném znění)

Sociální služby se dělí na služby sociální péče, služby sociální prevence a sociální poradenství. Rozlišuje se základní a odborné sociální poradenství. Základní sociální poradenství poskytuje informace potřebné pro řešení nepříznivé sociální situace klientů a je povinnou součástí všech sociálních služeb. Odborné sociální poradenství je zaměřeno na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin osob, jeho součástí je také půjčování kompenzačních pomůcek. Služby sociální péče napomáhají uživatelům zapojit se v co nejvyšší možné míře do běžného života společnosti, případně jim zajišťují alespoň důstojné prostředí a zacházení. Pomáhají zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost. Mezi služby sociální péče se řadí osobní asistence, pečovatelská služba, odlehčovací služby, centra denních služeb, denní a týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením. Cílem služeb sociální prevence je předcházet sociálnímu vyloučení osob v krizové sociální situaci, kdy jim pomáhají tuto situaci překonat a chrání společnost před vznikem a šířením nežádoucích

společenských jevů. Jedná se například o ranou péči, sociálně aktivizační služby pro osoby se zdravotním postižením, sociálně terapeutické dílny, sociální rehabilitaci, azylové domy, terénní programy. (Zákon č. 108/2006 Sb. v platném znění)

Sociálně-právní ochranu dětí poskytují orgány sociálně-právní ochrany dětí, případně pověřené osoby. Předním hlediskem je zájem a blaho dítěte, ochrana rodičovství a rodiny, vzájemné právo rodičů a dětí na rodičovskou výchovu. (Zákon č. 401/2012 Sb.) Základním principem při poskytování sociálně-právní ochrany dětí je snaha předcházet vzniku problémů nebo jejich narůstání ve výchově dítěte a v péči o ně. (Novotná, Burdová, Brabenec, 2000, s. 29) Těžiště práce spočívá v poradenství poskytovaném rodinám při řešení jejich nepříznivé situace. Rodič má právo se obrátit s žádostí o pomoc na orgán sociálně-právní ochrany dětí. (Zákon č. 401/2012 Sb.) Orgán sociálně-právní ochrany dětí poskytuje rodinám informace o jejich nárocích na dávky ze systému sociálního zabezpečení (např. dávky státní sociální podpory, příspěvek na péči, dávky pro osoby se zdravotním postižením) případně na ně zprostředkuje kontakt. Každý je oprávněn upozornit tento orgán na porušení povinností či zneužití práv, která vyplývají z rodičovské zodpovědnosti. (Zákon č. 401/2012 Sb.)

Důležitou součástí sociální (ale i školské) oblasti ochrany ohrožených dětí je sanace rodiny, tedy sociálně terapeutická intervence v rodině, jejímž cílem je vnitřní ozdravení rodiny a její uspokojivé fungování. (Sobotková [online], 2010) Sanace rodiny představuje jeden z nástrojů podpory rodičů, kteří se potýkají s obtížemi při péči o své děti, v důsledku čehož dítě v rodině neprospívá. *„Cílem sanace rodiny je předcházet, zmírnit nebo eliminovat příčiny ohrožení dítěte a poskytnout rodičům i dítěti pomoc a podporu k zachování rodiny jako celku. Jedná se o činnosti směřující k odvrácení možnosti odebrání dítěte mimo rodinu, k realizaci kontaktů dítěte s rodinou v průběhu jeho umístění do ústavní výchovy nebo k umožnění jeho bezpečného návratu domů.“* (vyhledáno na: <http://www.mpsv.cz/cs/5587/>) Při sanaci rodiny jsou jednotliví členové rodiny podporováni a vedeni k tomu, aby rozpoznali zdroje svých těžkostí a možností, jak je změnit či odstranit. (vyhledáno na: <http://www.mpsv.cz/cs/5587/>) Důležitá je právě role orgánu sociálně-právní ochrany dětí, který má za povinnost posuzovat individuální situaci dítěte, na základě toho vypracovat individuální plán ochrany dítěte a v případě potřeby pořádat případové konference za účasti všech zainteresovaných osob.

(Zákon č. 401/2012 Sb.) Do sanace rodiny se řadí sociální služby, sociálně-právní ochrana dětí, náhradní rodinná péče, zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, dětské domovy a domovy se školou. (vyhledáno na: http://www.ohrozenedite.cz/index.php?stranka=system_pomoci/) Vychází se z práva dítěte vyrůstat v rodinném prostředí, které je podporuje a pečuje o ně, nejlépe v biologické rodině. (vyhledáno na: <http://www.sos-childrensvillages.org/>)

Dítě „*dočasně nebo trvale zbavené svého rodinného prostředí, které ve svém vlastním zájmu nemůže být ponecháno v tomto prostředí, má právo na zvláštní ochranu a pomoc poskytovanou státem. Takovému dítěti zabezpečí náhradní péči.*“ (Úmluva o právech dítěte, 1989, čl. 20, odst. 1 a 2) Náhradní rodinná péče je určena dětem, které nemohou vyrůstat ve vlastní biologické rodině. Měla by naplňovat aktuální a perspektivní potřeby dítěte. Měla by zachovávat, podporovat a rozvíjet přirozené vazby a vztahy s rodiči. (Rotreklová [online], 2008, s. 22) Její jednotlivé formy upravuje zákon o rodině (osvojení, pěstounská péče, poručenství a svěření dítěte do péče jiné fyzické osoby), respektive pěstounskou péči na přechodnou dobu upravuje zákon o sociálně-právní ochraně dětí. V tomto zákoně je také upraven postup příslušných orgánů a institucí při zprostředkování náhradní rodinné péče, sledování jejího výkonu a dávky v pěstounské péči. Zákon o rodině dává přednost náhradní rodinné péči před výchovou ústavní. (Zákon č. 94/1963 Sb.)

1.2.1 Raná péče jako služba sociální prevence

Raná péče je dle zákona č. 108/2006 Sb. ze dne 14. března 2006 o sociálních službách v platném znění jednou ze sociálních služeb. Její význam spočívá v tom, že probíhá v raném věku, kdy dle závěrů neurobiologických výzkumů prodělává nervová soustava dítěte po narození rychlý vývoj. Nejdůležitější jsou první tři roky života. V tomto období má mozek schopnost rozvinout náhradní mechanismy a tím částečně kompenzovat handicap. (Šándorová, 2005, Hradilková, 1998)

Do rané péče je nutné zahrnout nejen dítě s postižením, ale i jeho rodiče a celou rodinu, neboť podstatným faktorem pro rozvoj psychických a fyzických funkcí dítěte je

láskyplná stimulace a interakce s jeho rodiči. (Šandorová, 2005, Hradilková [online], 2006) Rodiče také mohou odborníkům poskytnout o dítěti důležité informace o problémech dítěte, jeho očekáváních a pocitech. (Šandorová, 2005, s. 89) Raná péče by měla být integrovaná a zahrnovat dvě hlavní skupiny služeb – služby na podporu rodiny a služby na podporu vývoje dítěte. Služby na podporu rodiny zahrnují například poradenství, terénní sociální práci, socioterapii, rodinnou terapii, návštěvy poradců a konzultantů v rodinách, rehabilitační pobyty, půjčování pomůcek a literatury, pomoc při prosazování zájmů a práv rodiny. Služby na podporu vývoje dítěte zahrnují například posouzení jeho vývojové úrovně, vypracování individuálního plánu, podporu v domácím prostředí, poskytování terapie v poradnách rané péče či v jiných institucích (například kojenecký ústav). (Jurčeková [online], 2008, s. 6-8) Raná péče podporuje nejen vývoj dítěte v psychosomatické a sociální oblasti, ale také celou rodinu. Rodina je členem týmu, který dítěti pomáhá. Jeho dalšími členy jsou zejména lékaři, sociální pracovníci, psychologové, speciální pedagogové, fyzioterapeuti, pracovníci středisek pro ranou péči. Velmi důležitá je jejich vzájemná spolupráce. Při poskytování rané péče provádějí odborníci konzultační návštěvy v rodině klienta, neboť ve svém prostředí se dítě cítí bezpečně a odborník s ním může navázat lepší kontakt a spolupráci. (Pilařová a Hradilková, 1999)

1.3 Školská oblast

Na zdravotní a sociální oblast úzce navazuje oblast výchovně vzdělávací, tedy školská.

Školská oblast zahrnuje ústavní zařízení pro výkon ústavní či ochranné výchovy upravené v zákoně o ústavní výchově. (Zákon č. 383/2005 Sb.) Potřebná je také již uvedená sanace rodiny, která směřuje k návratu dítěte zpět do jeho biologické rodiny, a měla by tedy probíhat i po umístění dítěte do ústavního zařízení. Součástí poskytované ochrany spadající do školské oblasti je také pomoc ze strany školských poradenských zařízení.

Ústavní výchova dětí starších tří let věku se vykonává v ústavních zařízeních, která vymezuje zákon o ústavní výchově - diagnostické ústavy, dětské domovy, dětské domovy se školou a výchovné ústavy.

Diagnostický ústav provede komplexní vyšetření dítěte. Na základě tohoto vyšetření, zdravotního stavu dítěte a volné kapacity jednotlivých zařízení, umístí dítěte do dětského domova, dětského domova se školou nebo výchovného ústavu.

Dětský domov zajišťuje péči o děti s nařízenou ústavní výchovou bez závažných poruch chování. Jejich vzdělávání probíhá ve školách, které nejsou součástí dětského domova. Dětský domov se školou zajišťuje péči o děti s nařízenou ústavní výchovou se závažnými poruchami chování. Tyto děti se vzdělávají ve škole, která je součástí zařízení.

Výchovný ústav pečuje o děti starší 15 let se závažnými poruchami chování s nařízenou ústavní výchovou nebo uloženou ochrannou výchovou. Výchovné ústavy jsou zřizovány odděleně pro děti s nařízenou ústavní výchovou a uloženou ochrannou výchovou. (vyhledáno na: http://www.nahradnirodina.cz/ustavni_pece.html/) Děti mohou být rozhodnutím soudu, na žádost rodičů, orgánu sociálně-právní ochrany dětí či samotného dítěte také svěřeny do péče zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc. Tato zařízení poskytují péči dětem, které se ocitly bez jakékoli péče nebo je-li vážně ohrožen jejich život nebo příznivý vývoj. Uspokojují jejich základní životní potřeby, zajišťují zdravotní, psychologickou a jinou nutnou péči. Zákon upravuje dobu, po kterou může být dítě v daném zařízení setrvat rozdílně podle toho, kdo o umístění dítěte požádá, či zda je zde z rozhodnutí soudu od tří měsíců do tří let. Tato zařízení mohou zřizovat obce, kraje a osoby pověřené výkonem sociálně-právní ochrany dětí. (Zákon č. 401/2012 Sb.) Pro děti se zdravotním postižením, které potřebují zvláštní odbornou péči, jsou určeny domovy pro osoby se zdravotním postižením, o nichž již bylo pojednáno. (vyhledáno na: http://www.nahradnirodina.cz/ustavni_pece.html/)

O ústavní výchově rozhoduje soud, nebo mohou být děti do ústavního zařízení umístěny na žádost rodičů. (vyhledáno na: http://www.nahradnirodina.cz/ustavni_pece.html/) Povinností orgánu sociálně-právní ochrany dětí je po dobu výkonu ústavní výchovy sledovat dodržování práv dítěte ve školských zařízeních. Sleduje rozvoj fyzických a

psychických schopností dítěte. Zjišťuje také, zda důvody, které vedly k tomuto kroku, přetrvávají. Zaměřují se i na vztahy mezi rodinou a dítětem. (vyhledáno na: <http://ranapece.cz>) Jednou za tři měsíce navštíví dítě s nařízenou ústavní výchovou a jeho rodiče. (Zákon č. 401/2012 Sb.) Soud alespoň jednou za šest měsíců přezkoumá, zda trvají důvody pro nařízení ústavní výchovy, a také zda není možné umístit dítě do náhradní rodinné péče. Vyžádá si zprávu příslušného orgánu sociálně-právní ochrany dětí, zjistí stanovisko rodičů a dítěte. (Zákon č. 94/1963 Sb.)

Dětem umístěným v ústavním zařízení je potřebné poskytovat tzv. výstupní programy, které jim pomohou začlenit se po propuštění z ústavního zařízení po dovršení zletilosti do společnosti. Sociální služby jim mohou například poskytovat domy na půl cesty, které „*poskytují pobytové služby zpravidla pro osoby do 26 let věku, které po dosažení zletilosti opouštějí školská zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy, popřípadě pro osoby z jiných zařízení pro péči o děti a mládež.*“ (vyhledáno na: <http://www.socialnisluzby-ipjmk.cz/Folders/368-1-Domy+na+pul+cesty+.aspx/>)

Významnou součástí systému jsou školská poradenská zařízení, která „*zajišťují činnosti a služby pro děti, žáky, studenty a jejich zákonné zástupce, školy, školská zařízení.*“ (vyhledáno na: <http://www.msmt.cz/socialni-programy/vzdelavani-zaku-se-specialnimi-vzdelavacimi-potrebami/>) Poskytují speciálně pedagogické, pedagogicko-psychologické, preventivně-výchovné, informační, diagnostické, poradenské, metodické služby a služby, které napomáhají při volbě vhodných vzdělávacích postupů. (vyhledáno na: <http://www.msmt.cz/socialni-programy/vzdelavani-zaku-se-specialnimi-vzdelavacimi-potrebami/>) Mezi školská poradenská zařízení patří výchovní poradci, metodici prevence, školní psychologové a speciální pedagogové, logopedi a logopedičtí asistenti, pedagogicko-psychologické poradny, speciálně pedagogická centra a střediska výchovné péče. Podle zákona by měl být ve škole přítomen asistent přímo pro tyto děti. (Novosad, 2009, s. 195, Valenta a kol. 2012)

Středisko výchovné péče zajišťuje preventivně-výchovnou péči dětem s rizikem vzniku a vývoje poruch chování, poskytuje intervenci jejich rodičům či škole. Poskytuje služby ambulantní, pobytové i formou stacionáře. (vyhledáno na: <http://www.msmt.cz/socialni-programy/vzdelavani-zaku-se-specialnimi-vzdelavacimi-potrebami/>) Speciálně

pedagogické centrum provádí komplexní diagnostiku žáka při jeho integraci a realizaci ucelené rehabilitace. Dítěti poskytuje všestrannou podporu jeho psychomotorického a psychosociálního rozvoje, rodičům a pedagogům pak konzultace a metodickou pomoc, sociálně-právní a kariérové poradenství. Zapůjčuje odbornou literaturu a rehabilitační a kompenzační pomůcky. (Zákon č. 561/2004 Sb. v platném znění, Zikl, 2011, s. 18-19) Například připravuje podklady k rozhodnutí o zařazení dítěte do speciální mateřské školy, zabezpečuje komplexní speciálně-pedagogickou a psychologickou diagnostiku, poskytuje pomoc dětem, které se kvůli svým problémům obtížně začleňují do společnosti, poskytuje poradenské a metodické činnosti rodičům a pedagogům, spolupracuje s dalšími poradenskými pracovišti, organizuje diagnostické pobyty pro rodiče s dětmi. (vyhledáno na: <http://kh.charita.cz/vyhledavani-v-adresari/?s=rana-pece/>)

Pedagogicko-psychologická poradna provádí diagnostiku, poradenství, vyjadřuje se k integraci, stanovuje mentální úroveň žáka, jeho školní zralost, částečně poskytuje i kariérové poradenství. (Zákon č. 561/2004 Sb. v platném znění, Zikl, 2011, s. 19) Zaměřuje se spíše na specifické poruchy chování a učení, na posouzení vhodnosti integrovaného vzdělávání žáka nebo jeho zařazení do speciální školy, na výchovu dětí s postižením, vyšetření školní zralosti, na poruchy komunikace a jejich nápravu. (Novosad, 2009, s. 200-203)

Žáci se speciálními vzdělávacími potřebami (také děti se zdravotním postižením či znevýhodněním) mají právo, aby obsah, formy a metody vzdělávání odpovídaly jejich vzdělávacím potřebám a možnostem. Tyto vzdělávací potřeby a možnosti zjišťují již zmiňovaná školská poradenská zařízení. Při vzdělávání těchto žáků se využívají vyrovnávací a podpůrná opatření. (Zákon č. 561/2004 Sb. v platném znění)

2 Teoretická východiska pro spolupráci porodní asistentky a poradce rané péče

Vzhledem k cíli praktické části

1) zjistit informovanost porodních asistentek v oblasti péče o rodinu s ohroženým dítětem raného věku, navrhnout možnosti efektivní kooperace mezi porodní asistentkou a poradcem rané péče v rámci vytvoření stručného popisu intervence a spolupráce. V následující kapitole charakterizovány kompetence porodní asistentky a následně jsou popsána východiska spolupráce mezi porodní asistentkou a poradcem rané péče.

2.1 Vymezení pojmů

V této kapitole vymezují roli porodní asistentky v systému péče o ohrožené dítě, neboť v praktické části práce je zpracován dotazník na toto téma. Dále navrhuji popis intervence a spolupráce porodní asistentky s dalšími odborníky a zejména poradcem rané péče. Z tohoto důvodu považuji za důležité vymezit kompetence porodní asistentky včetně kompetencí pracovníka v rané péči.

2.2 Porodní asistentka

Definice porodní asistentky je uvedena v dokumentu Definition of Midwife vytvořeným Světovou zdravotnickou organizací v roce 2005: „*Porodní asistentka je osoba, která úspěšně ukončila oficiální vzdělávací program pro porodní asistentky uznávaný v dané zemi, a dosáhla tak požadované kvalifikace pro získání registrace – úředního povolení k výkonu povolání porodní asistentky.*“ (WHO, 2005)

Porodní asistentka je tedy považována za zdravotnického pracovníka, který pomáhá ženám během těhotenství, během porodu a poskytuje také poporodní péči. Porodní asistentky mají porod na vlastní zodpovědnost.

Úloha porodní asistentky ve zdravotnictví je velmi důležitá. V rámci této profese se poskytuje totiž také poradenství ohledně předporodní a poporodní péče o dítě, ale také poradenství ohledně zdraví a bezpečného sexuálního života.

Porodní asistence může být prováděna jak v porodnicích, tak v ambulantních zdravotnických zařízeních nebo v domácím prostředí. (WHO, 2005)

Porodní asistentka musí mít k výkonu tohoto povolání odbornou způsobilost, kterou získá:

- a) *„studiem akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního oboru pro přípravu porodních asistentek*
- b) *tříletého studia v oboru diplomovaná porodní asistentka na vyšších zdravotnických školách, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004*
- c) *studiem střední zdravotnické školy v oboru ženská sestra nebo porodní asistentka, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 1996/1997*

Porodní asistentka, která získala odbornou způsobilost podle písmena c), může vykonávat své povolání bez odborného dohledu až po 3 letech výkonu povolání porodní asistentky.“ (Zákon č. 96/2004 Sb. v platném znění § 6)

2.2.1 Kompetence porodní asistentky

Kompetence porodní asistentky jsou uvedeny ve vyhlášce o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků č. 55/2011 Sb. ze dne 1. března 2011. Tyto kompetence jsou následující:

- 1) *„dodržování hygienicko-epidemiologického režimu a jeho vyžadování po podřízených, a to v souladu s právními předpisy, které se týkají ochrany veřejného zdraví,*
- 2) *poskytování zdravotní péče v souladu s právními předpisy,*

- 3) poskytování informací pacientovi, a to pouze v souladu se svou odbornou způsobilostí,
- 4) vedení zdravotnické dokumentace a práce s informačním systémem zdravotnického zařízení,
- 5) podílení se na praktickém vyučování ve studijních oborech, které vedou k získání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání,
- 6) podílení se s ostatními spolupracovníky na vypracovávání standardů,
- 7) poskytování informací o životosprávě během těhotenství, po porodu, poskytování informací o péči o novorozence
- 8) do uplynutí šestého týdne po porodu porodní asistentka navštěvuje matku s dítětem
- 9) diagnostika těhotenství, provádění nebo doporučení vyšetření spojených s těhotenstvím, sledování stavu plodu,
- 10) příprava ženy k porodu,
- 11) ošetřování případných zranění po porodu jak u matky, tak u dítěte,
- 12) kontrola, přejímání a ukládání léčiv, manipulace s léčivy a zajišťování jejich dostatečných zásob,
- 13) kontrola, přejímání a ukládání zdravotnických prostředků a prádla a zajišťování jejich sterility a dezinfekce.“ (Vyhláška č. 55/2011 Sb., § 5)

2.3 Kompetence poradce rané péče

„Raná péče je terénní služba, popřípadě doplněná ambulantní formou služby, poskytovaná dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené, nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu. Služba je zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby.“

(Zákon č. 108/2006 Sb., v platném znění §54) Postižené dítě má právo na zvláštní péči, výchovu a profesní přípravu, aby mohlo žít plným a důstojným životem a dosáhnout nejdříve možného stupně samostatnosti a sociálního začlenění. (Úmluva o právech dítěte, 1989)

Charakteristiky rané péče:

- *„klientem je celá rodina*
- *služba je poskytována převážně v přirozeném prostředí (doma), je to terénní služba*
- *dítě s postižením je v raném věku*
- *spolupráce se systémem zdravotní sociální péče a vzdělávacími programy“*
(Jankovský, 2010)

Raná péče (anglicky early intervention) je termín, který vznikl v roce 1993 převzetím z termínu používaného v zahraničí. Raná péče je soustava služeb a programů, které jsou zaměřeny na dítě se zdravotním postižením a taktéž na jeho rodinu.

Služby rané péče jsou poskytovány běžně do nástupu dítěte do vzdělávací instituce. Většinou se raná péče soustředí na děti do věku čtyř let, v případě těžkého či kombinovaného postižení pak až do věku sedmi let dítěte.

Cílem rané péče je, aby byla dostupná pro všechny děti, které ji potřebují a plošně pokrývala celé území státu. Jak bude tato podpora úspěšná, závisí na spolupráci všech odborníků s rodiči postiženého dítěte. (Jurčková [online], 2008, Šandorová 2005)

Integrovaná raná péče a služby, které pod ní spadají:

Hlavními dvěma skupinami služeb, do kterých můžeme ranou péči rozdělit, jsou:

- 1) podpora rodiny
- 2) podpora vývoje dítěte (Jurčková [online], 2008)

Podpora rodiny zahrnuje:

- poradenství

- terénní sociální práce (vyhledávání klientů, navazování kontaktů)
- socioterapie (podpora intuitivního rodičovství, podpora pozitivní interakce uvnitř rodiny a mezi rodinou a okolím)
- rodinná terapie
- návštěvy poradců a konzultantů v rodinách
- rehabilitační pobyty
- půjčování pomůcek a literatury
- pomoc při prosazování zájmů a práv rodiny
- zprostředkování kontaktů na odborníky, mezi rodinami navzájem a zajišťování hlídání dětí v domácím prostředí
- mnoho dalších (Jurčková [online], 2008)

Podpora vývoje dítěte zahrnuje:

- posouzení vývojové úrovně
- vypracování individuálního plánu (stimulace zbytkových funkcí, podpora zachovaných funkcí, podpora psychomotorického a osobnostního vývoje dítěte)
- podpora v domácím prostředí, ale také poskytování terapií ambulantně v poradnách rané péče či v jiných institucích, jako například kojenecké ústavy apod. (Jurčková [online], 2008)

System integrované rané péče (IRP):

Integrovaná raná péče podporuje vývoj dítěte v oblasti psychosomatické i sociální a také poskytuje podporu celé rodině. Rodina se stává jedním z článků týmu, který pomáhá dítěti. Dalšími články týmu jsou lékaři, sociální pracovníci, speciální pedagogové, psychologové, fyzioterapeuti, pracovníci středisek pro ranou péči a mnozí další. Velmi důležitá je zde především spolupráce všech těchto článků navzájem. (Pilařová a Hradilková, 1999)

3 Možnosti spolupráce porodní asistentky a poradce rané péče

V České republice je na vysoké úrovni specializovaná porodnická a neonatologická péče, což zvyšuje šance na přežití „ohrožených dětí“ (např. dětí předčasně narozených, dětí s velmi nízkou porodní hmotností, dětí s vrozenými vývojovými vadami). V souvislosti s tím samozřejmě roste počet dětí, které vyžadují již od narození specializovanou multidisciplinární péči. Tato péče tedy nemůže být poskytována pouze ze strany zdravotnických pracovníků, ale musí se jednat o péči mezirezortní a podílejí se na ni pracovníci mezirezortního interdisciplinárního týmu. Například Šándorová a Moravcová (2012, s. 20-22) zdůrazňují, že hlavními aktéry aktivit této intervence jsou mimo členů tohoto týmu také ohrožené dítě a jeho rodina. Jak již bylo v práci uvedeno, pro zdravý vývoj dítěte jsou nejdůležitější rané fáze jeho života.

Pokud se dítě narodí se zdravotním handicapem, je vhodné začít s odpovídající péčí co nejdříve po zjištění zdravotního postižení, pokud možno ihned po narození dítěte, ruští autoři uvádějí již v prenatálním období. (Šándorová, 2005) K tomu je však nutné včasné odhalení zdravotního stavu u dítěte, s čímž může pomoci právě porodní asistentka během preventivních aktivit. Rodiče však s péčí o dítě s postižením potřebují pomoc dalších odpovídajících odborníků. Jednou z možností je pomoc, kterou poskytují služby rané péče. Cílem služeb rané péče je zvyšovat vývojovou úroveň dítěte v oblastech ohrožených biologickými, sociálními a psychologickými faktory. (vyhledáno na: <http://www.ranapece.cz/index.php/cs/o-nas.html>, Šándorová, 2005)

Systémem pomoci poskytované ohroženým dětem se věnuje první kapitola. Zde bylo jasně poukázáno na to, že se na této pomoci podílí ministerstvo zdravotnictví, ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, a ministerstvo práce a sociálních věcí. Každé ministerstvo zajišťuje poskytování odborné péče a pomoci ze strany státních institucí či organizací spadající do jejich kompetence, či prostřednictvím zákonů a prováděcích předpisů upravuje činnost nestátních organizací poskytujících klientům služby, ale přesto z uvedeného systému jasně vyplývá potřeba vzájemné mezirezortní spolupráce jednotlivých institucí.

Dítě s postižením má právo na speciální péči, kdy je za podporu a patřičnou pomoc zodpovědný stát. Uvedená podpora a pomoc musí být poskytována s ohledem na finanční možnosti rodiny. (Úmluva o právech dítěte, 1989, čl. 23)

Pomoc rodinám s „ohroženými dětmi“ tak mohou poskytnout porodní asistentky a poradci rané péče, a to při vzájemné spolupráci. Z toho důvodu považují Šándorová a Moravcová (2012) za vhodné zpracovat *Metodiku spolupráce porodní asistentky a poradce rané péče v péči o ohrožené dítě raného věku a jeho rodinu pro neonatologická pracoviště zdravotnických zařízení*. Tato Metodika by měla analyzovat současný stav v České republice, pojem ohrožené dítě, psychosociální situaci rodiny s ohroženým dítětem, intervenci poradce rané péče a porodní asistentky a možnosti jejich kooperace, primární a sekundární prevenci, etiku v přístupu porodní asistentky a poradce rané péče k rodině s ohroženým dítětem, sdělování nepříznivé diagnózy, úkoly zdravotní péče a služby rané péče. (Šándorová a Moravcová [online], 2012, s. 21)

Autorky při návrhu zpracování metodiky vycházejí z posunu intervence zaměřené na dítě, jeho rodinu a jejich širší prostředí. Tento přístup při řešení závažné situace, jakou narození ohroženého dítěte zcela jistě je, vychází z poznatků medicíny, pedagogiky a společenských věd a vyžaduje mezirezortní spolupráci, jak již bylo uvedeno výše. Za důležitou považují Šándorová s Moravcovou také prevenci, a to primární, sekundární i terciární. Součástí práce s rodinou „ohroženého dítěte“ je intervence porodní asistentky a její spolupráce s poradci rané péče. (Šándorová a Moravcová [online], 2012, s. 22, Leifer, 2004)

Z *Metodiky péče o těhotnou, rodičku, ženu s dítětem po porodu a její rodinu* vypracované Ivanou Königsmarkovou (2004) vyplývá, že porodní asistentka poskytuje ženám a jejich dětem komplexní, individuální a kontinuální péči v těhotenství, při porodu a po něm. Pod komplexní péčí je nutné si mimo jiné představit péči o těhotnou ženu, přípravu k rodičovství, kojení a péči o dítě, ale i péči o ženu a dítě po porodu.

Porodní asistentka poskytuje sociální a právní poradenství a psychologickou podporu. Její významné místo je v primární péči. Porodní asistentka svoji péči poskytuje ve spolupráci s lékařem-porodníkem a dalšími poskytovateli péče, jako je například

pediatr, praktický lékař, dětská sestra, anesteziolog, instrumentářka, psycholog, fyzioterapeut, sociální pracovníce.

Mezi hlavní úkony porodní asistentky při péči o ženu po porodu mimo jiné patří: zjistit speciální anamnézu, včetně detailů o těhotenství, kontrakcích a porodu; fyzická vyšetření matky; iniciace a podpora nepřetržitého (výlučného) kojení; výchova matek k péči o sebe a dítě po porodu (včetně odpočinku a výživy).

Při péči o dítě jde například o tyto úkony: provádění screeningových fyzických vyšetření novorozence, edukace rodičů o příznacích život ohrožujících stavů a o tom, kdy přivolat pomoc; edukace o normálním růstu a vývoji a péči o dítě; pomoc k dosažení sociální pomoci; pomoc či podpora rodičů při vrozených vadách dítěte; zaznamenávání nálezů, včetně toho, co bylo uděláno a co je potřeba. (Königsmarková [online], 2004)

Raná péče je vymezena v první a druhé kapitole. Je zde řečeno, že jde o službu sociální prevence, která má preventivní charakter, neboť snižuje důsledky primárního postižení a snaží se zabránit vzniku postižení sekundárního. Je poskytována převážně v přirozeném prostředí dítěte, zejména v rodině. Poradce rané péče pracuje na základě analýzy potřeb rodiny. Při své práci poskytuje rodině nezávislé informace. (Šándorová, 2005, Šándorová a Moravcová [online], 2012, vyhledáno na: <http://ranapece.cz/index.php/cs/rana-pee.html>)

Ve standardech rané péče z roku 2008 jsou uvedeny principy rané péče: **princip důstojnosti, princip ochrany soukromí klienta, princip zplnomocnění, princip nezávislosti, princip práva volby, princip týmového přístupu a komplexnosti služeb, princip přirozenosti prostředí, princip kontinuity péče.** Na základě jednotlivých principů musí pracovník rané péče respektovat individualitu dítěte a zvláštnosti každé rodiny. Informace o klientovi může poskytovat dalším stranám pouze s jeho souhlasem. Klient má právo na „kvalifikované a objektivní informace“ a má právo rozhodovat o sobě. „*Při plánování a hodnocení programu služeb rané intervence jsou rodiče členy interdisciplinárního týmu.*“ (Šándorová, 2005, vyhledáno na: <http://ranapece.cz/index.php/cs/o-nas/43-standardyranapece-intervence2008.html>)

Pracovník rané péče podporuje dítě a jeho rodiče v tom, aby našli a využili ke zvládnutí konkrétní situace vlastní zdroje. Klienti se sami rozhodnou, zda nabízené služby přijmou, spolurozhodují o výběru služeb a podílejí se na tvorbě individuálního plánu. Pracovník rané péče spolupracuje s členy interdisciplinárního týmu, k rozhodujícím jednáním zve klienta. Poskytovatel služeb rané péče provádí komplexní týmové posouzení potřeb rodiny. Jedná se o týmovou, interdisciplinární proceduru (zahrnuje anamnézu, diagnostiku a rozbor potřeb) za přítomnosti klienta, odborníků z pracoviště poskytující ranou péči a dalších interních či externích odborníků. Tito mohou místo osobní účasti poskytnout své písemné vyjádření (např. nález, zprávu). Složení týmu vychází ze specializace pracoviště služeb rané péče a využívaných dalších služeb. Podmínkou je, že dítě musí být posuzováno komplexně od kvalifikovaného pracovníka.

Pro zajištění adekvátních služeb klientům je požadavek na přítomnost speciálního pedagoga, sociálního pracovníka, psychologa, fyzioterapeuta a (odborného) lékaře. Z bakalářské práce také vyplynula i potřeba participace porodní asistentky. (Šándorová a Moravcová [online], 2012, Königsmarková [online], 2004)

Pracovník rané péče při své práci konzultuje s ostatními členy interdisciplinárního týmu, případně s nimi na žádost klienta zprostředkuje konzultace. (vyhledáno na: <http://ranapece.cz/index.php/cs/o-nas/43-standardyranepce-intervence2008.html>)

VÝZKUMNÁ ČÁST

4 Metodika výzkumu

Bakalářská práce je teoreticko-výzkumná. Jako nástroj výzkumu byl zvolen dotazník a na jeho základě sestavená Metodika spolupráce porodní asistentky a poradce pro ranou péči.

Dotazník byl umístěn na internetový / dotazníkový server vyplnto.cz. Vyplnilo jej 108 respondentů. Respondentkami byly porodní asistentky, které byly osloveny prostřednictvím internetových stránek organizací, jež porodní asistentky sdružují, s žádostí o vyplnění. Respondentkami jsou tedy ženy z celé České republiky, širokého spektra věku. Výzkum probíhal od 13. 4. 2013 do 26. 4. 2013. Vlastní dotazník je vložen v příloze A v seznamu příloh na konci práce.

Nestandardizovaný dotazník vlastní konstrukce obsahoval 10 otázek. Převládaly otázky uzavřené, v kterých převládají dichotomické a trichotomické otázky. Jsou použity i polouzavřené otázky, výčtové.

Na základě dotazníkového šetření byl vytvořen stručný popis intervence a spolupráce. Popis je teoreticko-praktické schéma určující postup provádění odborné činnosti.

Zpracování dat z dotazníku:

Výzkumné otázky: 3

- 1) Můžeme předpokládat, že porodní asistentky nejsou dostatečně informovány o problematice péče a podpory o ohrožené dítě?
- 2) Můžeme předpokládat, že porodní asistentky s poradci pro ranou péči nespolupracují?
- 3) Mají porodní asistentky zájem podílet se na péči o ohrožené dítě?

Dotazníkové otázky: 10

Tabulka 1 Veličiny a jejich symbolika užitá v tabulkách

rozsah souboru (počet respondentů v dané skupině)	N
absolutní četnost	n_i
relativní četnost	f_i (vyjádřeno v %)
vzorec pro výpočet relativní četnosti	$f_i = n_i / n$ (vyjádřeno v %)

5 Prezentace výsledků dotazníkového šetření

Otázka č. 1 - Víte co znamená pojem „ohrožené dítě“?

Respondentky měly možnost výběru ze dvou odpovědí:

ano

ne



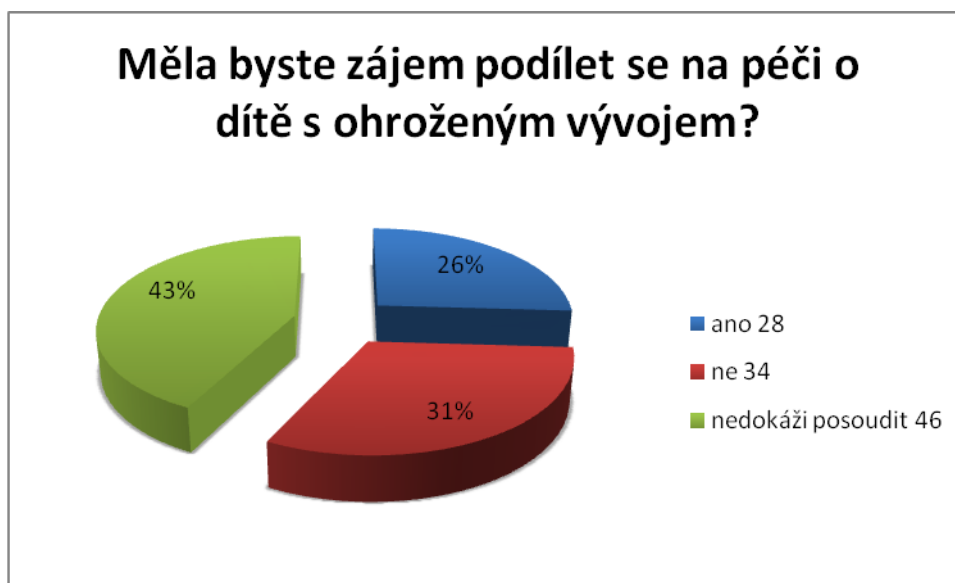
Obrázek 2 Graf povědomí o názvu „ohrožené dítě“

První otázka směřovala ke zjištění pojmu, resp. znalosti významu. V tomto případě odpovědělo 52 (48%) respondentek kladně, přičemž 56 (52%) porodních asistentek se přiznala k neznalosti tohoto pojmu.

Otázka č. 2 - Otázka č. 2 - Měla byste zájem podílet se na péči o dítě s ohroženým vývojem? (Za dítě s ohroženým vývojem v této bakalářské práci považují konkrétně dítě z rizikového těhotenství, např. ohrožené drogovou závislostí matky a to již v prenatálním období, s nízkou porodní hmotností, nedonošené, s vrozenou vývojovou vadou, s metabolickými poruchami a dalšími funkčními problémy. Toto dítě potřebuje okamžitou zvýšenou zdravotní péči a rodina psychosociální podporu a služby.)

Respondentky měly možnost výběru ze tří odpovědí:

- ano
- ne
- nedokáži posoudit



Obrázek 3 Graf zájmu na spolupráci o dítě s ohroženým vývojem

Druhá otázka částečně ilustruje předchozí odpovědi na položené otázky a to, jestli by měly zájem podílet se na péči o dítě s ohroženým vývojem. Kladně odpovědělo 28 (26%) dotazovaných. Na tuto otázku nedokáže odpovědět 46 (43%) respondentek. Ne odpovědělo 34 (31%) porodních asistentek.

Otázka č. 3 - Víte, čím se zabývá raná péče?

Respondentky měly možnost výběru ze dvou odpovědí:

ano

ne



Obrázek 4 Graf informovanosti o rané péči

Výše zobrazený graf zobrazuje znalost porodních asistentek o rané péči. V tomto případě nadpoloviční většina odpověděla negativně, konkrétně 64 (59%) dotázaných. Zbytek, 44 (41%), odpovědělo ve smyslu, že ví, čím se raná péče zabývá.

Otázka č. 4 - Měla byste zájem dozvědět se více informací o rané péči?

Respondentky měly možnost výběru ze dvou odpovědí:

ano

ne



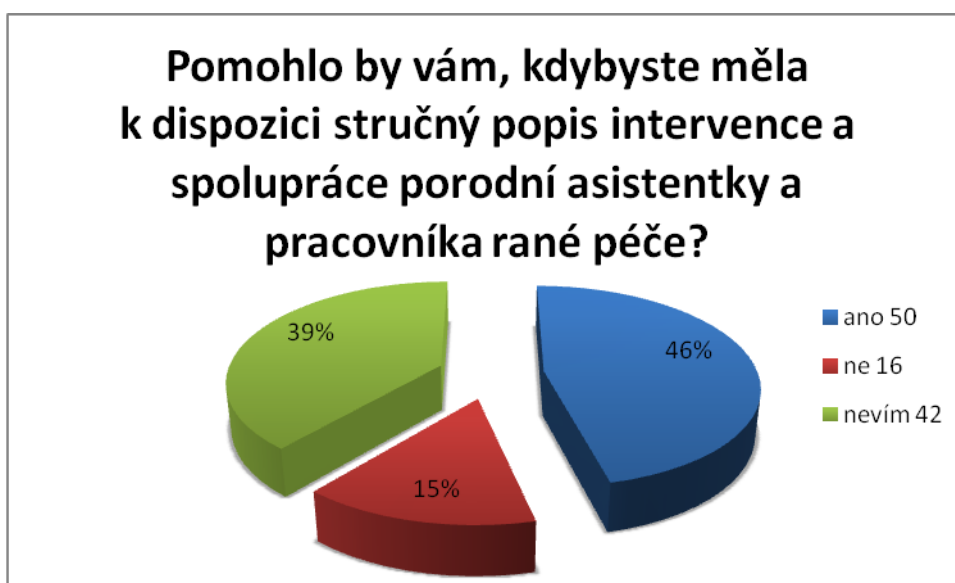
Obrázek 5 Graf zájmu informovanosti o ranou péči

Respondentky byly dotazované na otázku, zda-li mají zájem dozvědět se o rané péči více. Kladně odpovědělo 68 (63%) respondentek. Záporně na tuto otázku odpovědělo 40 (37%) porodních asistentek.

Otázka č. 5 - Pomohlo by vám, kdybyste měla k dispozici stručný popis intervence a spolupráce porodní asistentky a pracovníka rané péče?

Respondentky měly možnost výběru ze tří odpovědí:

- ano
- ne
- nevím



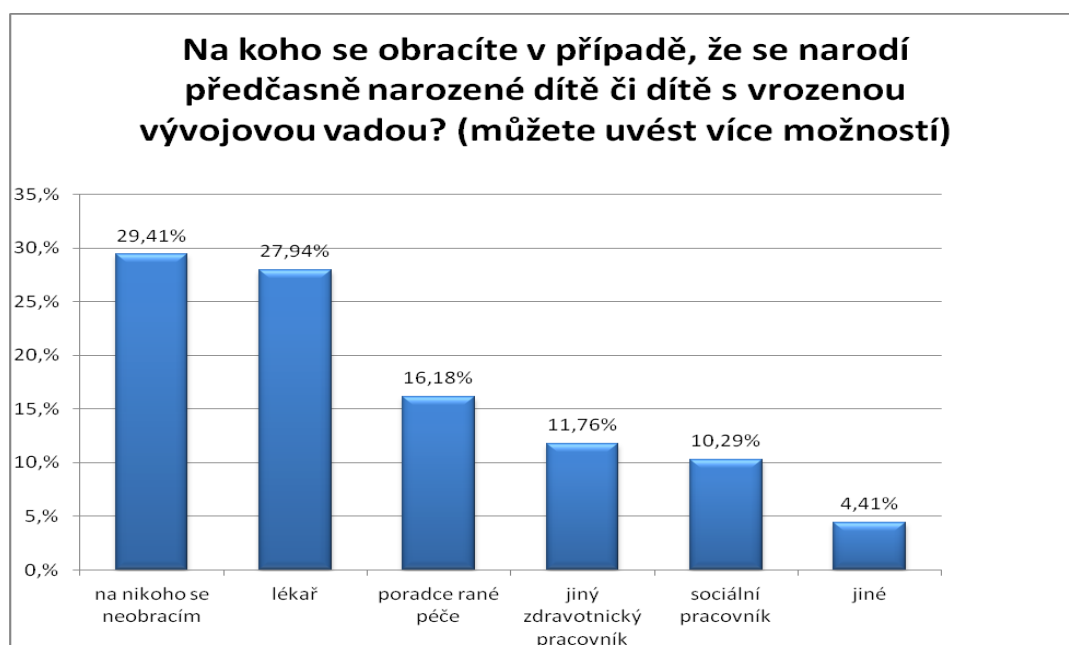
Obrázek 6 Graf intervence a spolupráce

V této otázce jsem se zabývala problematikou vytvoření stručného popisu intervence a spolupráce porodní asistentky a pracovníka rané péče. Přičemž otázka směřovala k informaci, zda by tento popis respondentky uvítaly, resp. považovaly za užitečný. 50 (46%) odpovědělo kladně, 16 (15%) považuje tento popis za neúčinný a zbylých 42 (39%) nedokázalo odpovědět.

Otázka č. 6 - Na koho se obracíte v případě, že se narodí předčasně narozené dítě či dítě s vrozenou vývojovou vadou? (můžete uvést více možností)

Respondentky měly možnost výběru ze šesti možností:

- lékař
- sociální pracovník
- poradce rané péče
- jiný zdravotní pracovník
- na nikoho se neobracím
- jiné:



Obrázek 7 Graf spolupráce v problematice rané péče

Výše uvedený graf zobrazuje odpovědi respondentek na otázku, koho nejčastěji oslovují v případě, že se narodí předčasně narozené dítě či s vrozenou vadou. Z grafu vyplývá, že 40 (29%) respondentek nikoho nevyužívá, na nikoho se neobrací, další 38 (28%) se obrací na lékaře. Mezi další odpovědi jsem zařadila poradce rané péče, kterého využívá 22 (16%), jiného zdravotnického pracovníka 16 (12%), sociálního pracovníka 14 (10%)

a jinou možnost, která nebyla mezi výše uvedenými možnostmi, uvedly 6 (5%) respondentky. Zde je důležité poznamenat, že porodní asistentky mohly zvolit více odpovědí, ale přesto třetina (pravděpodobně více) z nich nevyužívá žádné odborné pomoci v těchto případech.

Otázka č. 7 - Myslíte si, že by byla vhodná spolupráce s dalšími pracovníky?

Respondentky měly možnost výběru ze tří odpovědí:

- ano
- ne
- nevím



Obrázek 8 Graf názoru na spolupráci s odborníky

V otázce pod číslem sedm jsem se respondentek dotazovala, jak hodnotí vhodnost spolupráce s dalšími pracovníky. Negativně tuto spolupráci ohodnotila zhruba čtvrtina 24 (23%) porodních asistentek, zhruba třetina 34 (33%) nedokázala odpovědět a necelá polovina 46 (44%) jí hodnotila kladně.

Otázka č. 8 - Spolupracujete v rámci péče o „ohrožené dítě“ s poradci rané péče?

Respondentky měly možnost výběru ze dvou odpovědí:

ano

ne



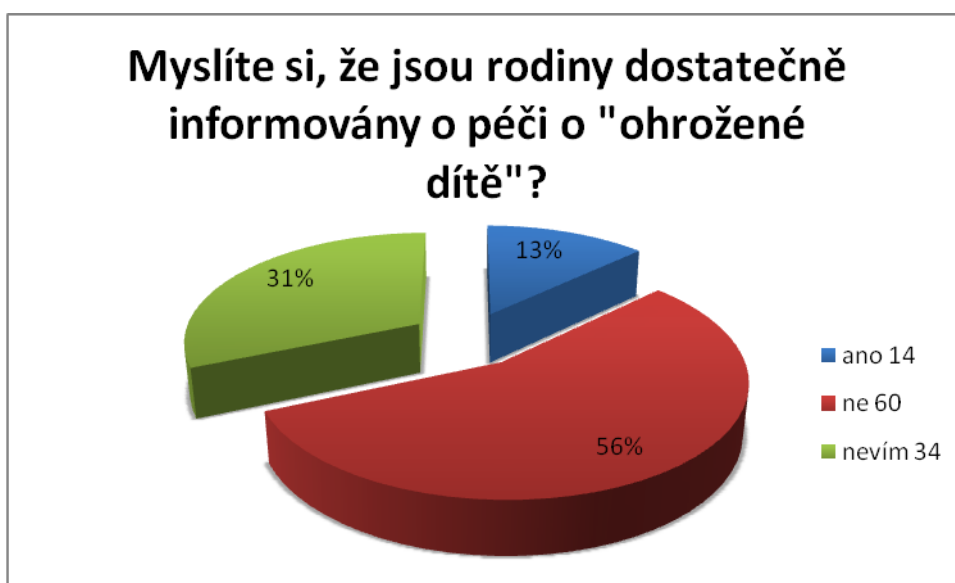
Obrázek 9 Graf spolupráce v rámci péče o „ohrožené dítě“

Z grafu je zřejmé, že v případě péče o ohrožené děti většina porodních asistentek, tedy 84 (78%) nespolupracuje s odbornými poradci rané péče a přímou spoluprací s poradci pro ranou péči využívá 24 (22%) respondentek.

Otázka č. 9 - Myslíte si, že jsou rodiny dostatečně informovány o péči o „ohrožené dítě“?

Respondentky měly možnost výběru ze tří odpovědí:

- ano
- ne
- nevím



Obrázek 10 Graf informovanosti rodin

Následující graf zobrazuje odpovědi porodních asistentek na otázku, zda si myslí, že jsou rodiny dostatečně informovány o možnostech podpory v péči o ohrožené dítě. Na tento dotaz odpovědělo kladně 14 (13%) respondentek. Zhruba třetina 34 (31%) porodních asistentek na tuto otázku nedokázaly odpovědět a nadpoloviční většina 60 (56%) dotazovaných odpověděla negativně, tedy, že informovanost je v tomto směru pro rodiny nedostatečná.

Otázka č. 10 - Zprostředkováváte rodinám další kontakty na následnou péči?

Respondentky měly možnost výběru ze dvou odpovědí:

ano

ne



Obrázek 11 Graf následné pomoci rodinám

Poslední graf souvisí s otázkou, kde jsem zjišťovala, jestli porodní asistentky poskytují další kontakty na následnou péči. Převážná většina respondentek 80 (74%) odpověděla negativně, zbylé odpověděly kladně, tedy další kontakty na následnou péči poskytují 28 (26%).

Na základě výše uvedených informací je navržena následující stručná intervence a spolupráce porodní asistentky s rodinami pečujícími o „ohrožené děti“ a její spolupráci s dalšími odborníky – např. pracovníky rané péče.

- **Navržená stručná intervence a spolupráce:**

- Intervence popisuje cílovou skupinu, proces stanovení a sdělení diagnózy, společné intervence s lékaři, zdravotníky a poradci rané péče, principy práce, aktivity v rámci primární prevence a prevence druhotného postižení, ovlivnění vývoje dítěte raného věku, dodržování etického kodexu.
- Cílovou skupinou intervence je **pacient / klient dítě – matka – rodina.**
- Společně s lékaři, zdravotníky a poradci rané péče se porodní asistentka v rámci intervence orientuje na kvalitu života, využívá poznatků rodiny o vlastním dítěti, respektuje rodiče při rozhodování o dítěti, dodržuje hranice vlastní profese.
- Vzhledem k diagnóze - podporuje včasné určení zdravotní diagnózy, může být přítomna sdělování nepříznivé diagnózy, participuje na vytvoření plánu péče, který průběžně aktualizuje, pozoruje dítě a rodinu během návštěv v průběhu šestinedělí.
- Princip práce – intervence: uspokojuje potřeby dítěte – matky a rodiny, pracuje ve zdravotnickém zařízení i v přirozeném prostředí dítěte, konzultuje s matkou i rodinnými příslušníky (otec, děti, prarodiče).
- **V rámci primární prevence: již během rizikového těhotenství vyhledává matky, u kterých na základě stanovené diagnózy je podezření na narození „ohroženého dítěte“, tj. dítěte s nízkou porodní hmotností, se zdravotním postižením, vrozenou vývojovou vadou apod.**
- V rámci prevence druhotného postižení **spolupracuje s poradcem pro ranou péči v souladu kompetencemi, s lékaři a dalšími odborníky.**
- Cíle: - **podporuje zdravotní stav dítěte, poskytuje psychickou podporu matce a rodinným příslušníkům, zprostředkovává kooperaci dalších odborníků.**
- V oblasti ovlivňování vývoje dítěte raného věku: - **poskytuje odbornou péči, průběžně sleduje stav dítěte, podporuje matku a rodinné příslušníky**
- Porodní asistentka dodržuje etický kodex

Na základě těchto informací byl zpracován do Tabulky 2 přehled posuzovaných oblastí a rolí: lékaře, porodní asistentky a poradce pro ranou péči.

Tabulka 2 Intervence zdravotní péče, služeb rané péče a porodní asistentky

	role lékaře, zdravotníka	role pracovníka rané péče	role porodní asistentky
Společný postup	<p>- orientace na kvalitu života, využívání poznatků rodiny o vlastním dítěti</p> <p>- respekt k rodičům při rozhodování o dítěti, dodržování hranice vlastní profese</p>		
Diagnóza	<p>- včasné určení zdravotní diagnózy</p> <p>- diagnóza je zásadní údaj pro stanovení dalších postupů zdravotní péče</p>	<p>- včasné určení zachovaných funkcí dítěte</p> <p>- pozorování projevů dítěte a jeho interakce s rodiči a sdělení rodičů jsou zásadní pro stanovení programu podpory a vývoje</p>	<p>- včasné určení zdravotní diagnózy</p> <p>- vytvoření plánu péče, který průběžně aktualizuje</p> <p>- pozorování dítěte, matky a rodiny během návštěv v průběhu šestinedělí</p>
Klient	- pacient – dítě	- rodina	<p>- pacient – dítě - matka</p> <p>- rodina</p>

<p>Důležitý princip práce</p>	<p>- vycházet ze zdravotního stavu dítěte</p> <p>- práce ve zdravotnickém zařízení</p>	<p>- vycházet z potřeb rodiny</p> <p>- práce v přirozeném prostředí</p>	<p>- vycházet z potřeb dítěte - matky a rodiny jako celku</p> <p>- práce v přirozeném prostředí i ve zdravotnickém zařízení</p> <p>- konzultace s rodinou</p>
<p>Prevence druhotného postižení</p>	<p>- znalost zdravotních rizik u specifických postižení</p>	<p>- včasná stimulace dítěte, motivace rodičů</p> <p>a spolupráce s lékaři</p>	<p>- spolupráce s poradcem pro ranou péči</p> <p>- spolupráce s lékaři</p>
<p>Cíle</p>	<p>-zlepšení či stabilizace zdravotního stavu dítěte</p>	<p>- minimalizace důsledků postižení na život dítěte</p> <p>- kompetentní, zodpovědné a radostné rodičovství</p>	<p>- podpora zdravotního stavu dítěte</p> <p>- psychická podpora rodiny</p> <p>- zprostředkování dalších odborníků</p>

Ovlivňování vývoje dítěte raného věku	<ul style="list-style-type: none"> - léčba dítěte - stanovení terapií a zácvk - průběžné sledování stavu dítěte - předpis indikovaných rehabilitačních pomůcek, léků a léčebných procedur 	<ul style="list-style-type: none"> - podpora vývoje dítěte, stimulace, terapie - podpora rodiny dítěte, informace, poradenství - pomoc při vyhledávání respitních služeb a výběru předškolního zařízení 	<ul style="list-style-type: none"> - poskytnutí odborné péče - průběžné sledování stavu dítěte - podpora rodiny
---------------------------------------	---	--	---

Doplněno o roli porodní asistentky dle původního zdroje:

(vyhledáno na: <http://www.specialnipedagogika.cz/socius/data/519.pdf>)

6 Diskuze

V následující části práce je shrnut realizovaný výzkum, diskutovány výzkumné otázky a jsou zdůrazněny důležité závěry popisu intervence a spolupráce, v komparaci s literárními zdroji.

Výzkumná otázka č. 1:

„Můžeme předpokládat, že porodní asistentky nejsou dostatečně informovány o problematice péče a podpory o ohrožené dítě?“

Výše uvedená výzkumná otázka je vyhodnocena na základě odpovědi respondentek na otázku číslo 1, tedy, zda porodní asistentky vědí, co znamená pojem „ohrožené dítě“. Na tuto otázku odpovědělo kladně pouhých 52 (48%) respondentek, což vypovídá o tom, že méně než polovina respondentek opravdu ví, co tento pojem znamená.

Shrnutí

Z dotazníkového šetření vyplývá, že porodní asistentky nejsou dostatečně informovány o problematice péče a podpory o „ohrožené dítě“. Z tohoto důvodu, bych navrhovala, aby problematika péče o ohrožené dítě byla již zahrnuta do učebního plánu v pregraduálním vysokoškolském studiu porodních asistentek. Měly by možnost se o tomto tématu dozvědět užitečné poznatky. Následně by to přispělo k obecně větší informovanosti.

Porodní asistentky by po ukončení vysoké školy byly dostatečně informované o průběhu spolupráce v návaznosti na poradce pro ranou péči. Nastala by zde i lepší informovanost rodičů o péči o ohrožené dítě, kterému by se dostala individuální a včasná péče. Rodiče by měli větší informovanost díky tomu, že je porodní asistentky seznámí s tímto tématem, odkáží je na speciální odborníky a na poradce pro ranou péči, což by vedlo i k větším poznatkům příslušné rodiny o sociálně právních zákonech a o dalších možnostech podpory rodiny a dítěte. Ať už se jedná o finanční podporu ze strany státu nebo zapůjčení speciálních pomůcek pro lepší vývoj ohroženého dítěte či vypůjčení odborné literatury.

Daná výzkumná otázka se potvrdila.

Výzkumná otázka č. 2:

„Můžeme předpokládat, že porodní asistentky s poradci pro ranou péči nespolupracují?“

Daná výzkumná otázka je hodnocena na základě odpovědi dotazovaných na otázku číslo 8, zda porodní asistentky spolupracují s poradci pro ranou péči. Porodní asistentky měly na výběr ze dvou možností a to buď ano či ne. Celých 84 porodních asistentek, (74%) odpovědělo, že nespolupracuje přímo s poradci pro ranou péči.

Shrnutí

Z provedeného výzkumu je patrné, že porodní asistentky spolupracují s poradci pro ranou péči jen ve velmi malém procentu. V této oblasti by měly být porodní asistentky více informovány, aby mohly navázat na spolupráci s danými odborníky, a poskytnout rodinám větší informovanost při péči o ohrožené dítě. Jak jsem již zmínila v předchozím shrnutí, tak i tady bych doporučila zahrnout tuto problematiku do pregraduálního studia. Bylo by vhodné, aby se porodní asistentky zaměřily na tuto pomoc, a proto jsem vypracovala stručné intervence pro porodní asistentky. Domnívám se, že kdyby si tyto intervence prostudovaly, měly by lepší přehled o tomto tématu a možná by i větší část porodních asistentek začala spolupracovat s dalšími odborníky.

V České republice funguje velmi dobře sociální oblast, kam patří střediska rané péče s poradci pro ranou péči a sociální pracovníci. Na vysoké úrovni je u nás i specializovaná lékařská péče. Porodní asistentky by měly být v rámci zdravotnictví „hybnou silou“, jež by spojovala tento okruh – dítě - rodina – lékaři – poradci pro ranou péči - sociální pracovníci a další. Kvůli nedostatečným vědomostem porodních asistentek o problematice o „ohrožené dítě“ toto mezirezortní spojení chybí. A tímto nejvíce trpí právě rodina a „ohrožené dítě na což upozorňuje v literárních zdrojích i Šándorová a Moravcová (2012).

Výše uvedená výzkumná otázka se potvrdila.

Výzkumná otázka č. 3:

„Mají porodní asistentky zájem podílet se na péči o ohrožené dítě?“

Výše uvedená výzkumná otázka je vyhodnocena na základě odpovědi respondentů na otázku číslo 2, zda by porodní asistentky spolupracovaly s poradci pro ranou péči. Na výběr byl výčet možností a to: ano, ne a nedokáží posoudit. Přesný výčet odpovědí byl, že ano odpovědělo 28 (26%) porodních asistentek, ne označilo jako svou odpověď 34 (31%) respondentek a celých 46 (43%) dotazovaných nedokáže posoudit.

Shrnutí

Z dotazníkového šetření vyplývá, že velké procento porodních asistentek nedokáže vůbec posoudit, zda by měly zájem podílet se na péči o ohrožené dítě. Překvapující je, že převládají záporné odpovědi. Celých 31 % porodních asistentek nemá zájem podílet se na péči o ohrožené dítě. Tady chci poukázat na přesný důkaz neznalosti této problematiky.

V kompetencích porodních asistentek, které zmiňuji v kapitole 2, že porodní asistentky provádějí diagnostiku těhotenství, doporučená vyšetření spojená s těhotenstvím a sledují stav plodu. Poté se starají o novorozence, podávají informace o novorozenci matce. Pokud by měly dostatečné znalosti tohoto pojmu, došly by k závěru, že se podílejí na péči o ohrožené dítě. A tady bych jako hlavní doporučila stručný popis intervence a spolupráce pro porodní asistentky s poradci pro ranou péči a další mezirezortní spolupráci, jejíž základy položily Šándorová s Moravcovou (2012). Porodní asistentky by znaly přesné vymezení jejich kompetencí v této problematice. Porodní asistentka je důležitá také v tom, že provádí péči o ženu a dítě v šestinedělí. Navštěvuje matku, rodinu s dítětem v domácím prostředí a to je velmi důležitý prvek, protože zde může vidět, jaký je vývoj „dítěte v nouzi“ v prostředí, kterému je nejbližší. Vidí psychickou, sociální a ekonomickou stránku rodiny. Právě tady by měla využít informace a znalost z oboru. Zaměřit se na psychickou pomoc celé rodiny. Sledovat vývoj dítěte. V České republice ještě přesně není vypracován Metodický postup spolupráce pro porodní asistentky v péči o „ohrožené dítě“, a proto bych doporučila využít vytvořeného stručného popisu intervence a spolupráce, který jsem vypracovala. Porodním

asistentkám by alespoň z části osvětlila tuto problematiku, na kterou v literárních zdrojích poukazuje například i Königsmarková (2004).

Výzkumná otázka se nepotvrdila.

ZÁVĚR

V práci jsem se věnovala systému péče o ohrožené dítě, přičemž v teoretické části jsem se zaměřila na subjekty tohoto systému z pohledu mezirezortního, institucionálního. Systém péče o ohrožené dítě je rozdělen do tří oblastí – zdravotnické, sociální a školské, kde jsem se snažila poukázat na důležitost mezirezortní spolupráce jednotlivých zainteresovaných subjektů.

Významnou roli může sehrát v péči o ohrožené dítě v samém počátku porodní asistentka, protože je s rodinou v kontaktu již během těhotenství, ale i po narození dítěte. Může identifikovat potencionální potíže, se kterými se rodina potýká či v budoucnu bude. V případě, že jim není schopna poskytnout adekvátní podporu a pomoc, tak může tuto roli delegovat na odpovědné pracovníky, případně kontaktovat příslušné instituce, především orgán sociálně-právní ochrany dětí, který následně s rodinou naváže odpovídající spolupráci.

Cílem teoretické části bylo popsat systém péče o ohrožené dítě v České republice. Tento cíl byl splněn v kontextu analýzy „Systému pomoci ohroženým dětem v České republice“.

Cílem praktické části bylo zjistit informovanost porodních asistentek v oblasti péče o rodinu s ohroženým dítětem raného věku a navrhnout možnosti efektivní kooperace mezi porodní asistentkou a poradcem rané péče v rámci vytvoření stručného popisu intervence a spolupráce.

Z dotazníkového šetření vyplynul závěr, že program rané péče není dostatečně znám porodním asistentkám, takže nemohou jeho výhody adekvátně nabídnout a následně poskytnout jak dítěti a matce, tak i potřebným rodinám. O tom svědčí více zjištěných faktů – nedostatečná znalost rané péče ze strany porodních asistentek, nedostatečná informovanost pro rodiny o péči o ohrožené děti a také neuspokojivé výsledky v případě poskytování kontaktů na další služby a péči.

Závěrem nezbyvá než doporučit pro praxi opatření, která povedou ke zlepšení výše uvedených nedostatků, ať už samotné informovanosti porodních asistentek, ale i

seznámení s metodikou, která bude využívána v praxi. Tato opatření by mohla znamenat prevenci při zdravotních komplikacích a limitujícího psychosociálního vývoje u ohrožených dětí, které tuto pomoc potřebují (v práci upozorňuji na důležitost této pomoci do tří let dítěte), ale i rodině, která se ocitla v tíživé životní situaci.

Tento přístup má výrazně preventivní charakter, jak zdůrazňuje např. Hradilková, (2006), Šándorová, (2005), Šándorová a Moravcová (2012). Mezirezortní, interdisciplinární spolupráce zvyšuje efektivitu poskytovaných služeb a má preventivní charakter. Je efektivní i z ekonomického hlediska, protože v mnoha případech šetří vynakládání finančních prostředků ze státního rozpočtu. V neposlední řadě je nutné zmínit i význam humánní a etický, protože péče o zranitelné občany je obrazem sociální a kulturní úrovně každé civilizované země.

SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ

Monografie:

1. BURCI, Gian Luca and Claude-Henry VIGNES. *World Health Organization*. Hague: Kluwer Law International, 2004, 253 s. ISBN 90-41122737.
2. ČEVELA, Rostislav, Libuše ČELEDOVÁ a Hynek DOLANSKÝ. *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 108 s. ISBN 978-80-247-2860-5.
3. Světová zdravotnická organizace. *Definition of Midwife*. Bristol: WHO, 2005. ISBN nevedeno.
4. HRADILKOVÁ, Tereza. *Raná péče jako proces*. In *Raná péče pro rodiny s dětmi se zrakovým a kombinovaným postižením: Vybrané příspěvky z kurzu „Poradce rané péče“*. Praha: Středisko rané péče Praha, 1998, 113 s. ISBN 80-238-3267-0.
5. IVANOVÁ, Kateřina, Lenka ŠPIRUDOVÁ a Jana KUTNOHORSKÁ. *Multikulturní ošetřovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 248 s. ISBN 80-247-1212-1.
6. JANKOVSKÝ, Jiří. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska*. 1. Vyd. Praha: Triton, 2001, 158 s. ISBN 80-725-4192-7.
7. JANKOVSKÝ, Jiří. *Když není všechno tak, jak si přáli: Informace pro týmy porodnic a perinatologických center*. 2. přepracované vyd. Praha: Společnost pro ranou péči, 2010. ISBN 978-80-254-4614-0.
8. JAROŠOVÁ, Darja. *Úvod do komunitního ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 99 s. ISBN 978-80-247-2150-7.
9. LEIFER, Gloria. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 952 s. ISBN 80-247-0668-7.

10. NOVOSAD, Libor. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. 269 s. ISBN 978-80-7367-509-7.
11. NOVOSAD, Libor. *Základy speciálního poradenství: struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000, 60 s. ISBN 80-7178-197-5.
12. NOVOTNÁ, Věra a Eva BURDOVÁ, a František BRABENEC. *Zákon o sociálně právní ochraně dětí*. Praha: Linde nakladatelství s.r.o., 2000, 277 s. ISBN 80-86131-26-2.
13. PEŠOVÁ, Ilona a Miroslav ŠMALÍK. *Poradenská psychologie pro děti a mládež*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 150 s. ISBN 80-247-1216-4.
14. PILAŘOVÁ, Martina a Tereza HRADILKOVÁ. *Raný vývoj dítěte a možnosti rané intervence*. Praha: Občanské sdružení Futurum, 1999. Interní materiál Společnosti pro ranou péči.
15. ŠÁNDOROVÁ, Zdenka. *Základy komprehenzivní a integrativní speciální pedagogiky raného věku*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2005. 121 s. ISBN 80-7041-259-3.
16. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004. 870 s. ISBN 80-7178-802-3.
17. VALENTA, Milan a Jan MICHALÍK a Martin LEČBYCH a kol. *Mentální postižení*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 349 s. ISBN 978-80-247-3829-1.
18. ZIKL, Pavel. *Děti s tělesným a kombinovaným postižením*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 112 s. ISBN 978-80-247-3856-7.

Periodika

19. HRADILKOVÁ, Tereza. *Raná péče – vymezení pojmů*. In *Sborník vybraných příspěvků z kurzu „Poradce rané péče“*. Praha: Společnost pro ranou péči, 2006, 9-13 s. Interní materiál Společnosti pro ranou péči.

Internetové odkazy

20. BARTOŇOVÁ, Denisa. Rodina s postiženým dítětem. In: *Sborník referátů z 14. celostátního kongresu k sexuální výchově, Pardubice 2006* [online]. Pardubice, 2006 [cit. 2012-05-03]. Dostupné z: <http://www.planovanirodiny.cz/view.php?cisloclanku=2006101101/>.
21. *Domy na půl cesty* [online]. [cit. 2013-03-08]. Dostupné z: <http://www.socialnisluzby-ipjmk.cz/Folders/368-1-Domy+na+pul+cesty+.aspx/>.
22. *History of WHO*. WHO, 2013 [online] [cit. 2013-07-23]. Dostupné z <http://www.who.int/about/history/en/index.html>
23. JURČEKOVÁ, M. *Vzdělávání pracovníků rané intervence* [online]. Brno: 2008 [cit. 2013-03-08]. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta. Dostupné také z: http://is.muni.cz/th/183827/pedf_m/Vzdelavani_pracovniku_rane_intervence.txt?lang=en/.
24. KÖNIGSMARKOVÁ, Ivana. *Metodika péče o těhotnou, rodičku, ženu s dítětem po porodu a její rodinu* [online]. © 2012 - Normální porod, 2004 [cit. 2013-03-11]. Dostupné z: <http://normalniporod.cz/wp-content/uploads/2012/09/Metodika-pece.pdf/>.
25. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. Sanace rodiny. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. [cit. 2013-03-08]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/5587/>.
26. MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY. *Vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami (obecné informace). Zásady a cíle vzdělávání. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy* [online]. © 2006 [cit. 2013-03-07]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/socialni-programy/vzdelavani-zaku-se-specialnimi-vzdelavacimi-potrebami/>.
27. OBLASTNÍ CHARITA KUTNÁ HORA. Katalog služeb pro rodiny s dětmi se zdravotním postižením. *Charita Česká republika* [online]. © 2013 cit. 2011-10-20]. Dostupné z: <http://kh.charita.cz/vyhledavani-v-adresari/?s=rana-pece/>.

28. *Ohrožené dítě* [online]. [cit. 2013-03-06]. Dostupné z: http://www.ohrozenedite.cz/index.php?stranka=system_pomoci/.
29. Práva ohrožených a znevýhodněných dětí. *Závěrečná zpráva*. [online]. © [cit. 2013-03-08]. Dostupné z: http://www.ceskaghetta.cz/download/stav_systemu_nahradni_pece.pdf.
30. *Program ZDRAVÍ 21*. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. [online] Publikováno: 03. 12. 2002. Poslední úprava: 20. 01. 2008. [cit. 2013-07-25] Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/Verejne/Soubor.ashx?souborID=7180&typ=application/pdf>
31. ROTREKLOVÁ, E. Aktuální otázka náhradní rodinné péče: pěstounská péče – rizika, možnosti, vize. In *Náhradní rodinná péče a transformace systému péče o ohrožené děti v České republice* [online]. Brno: Triada, 2008 [cit. 2013-01-08], s. 21-26. ISBN 978-80-254-3353-9. Dostupné také z: <http://www.triada-centrum.cz/publ/transformace.pdf/>.
32. SOBOTKOVÁ, Irena. Biologické rodiny dětí, které jsou navrhovány do náhradní rodinné péče. *E-psychologie* [online]. 4 (1), 51-57. 2010 [cit. 2013-01-08]. Dostupné z: <http://e-psycholog.eu/pdf/sobotkova.pdf>. ISSN 1802-8853.
33. SOS CHILDREN'S VILLAGES INTERNATIONAL. Rights for children without parental care. © *SOS Children's Villages International* [online]. [cit. 2013-03-09]. Dostupné z: <http://www.sos-childrensvillages.org/what-we-do/advocating-child-rights/pages/rights-for-children-without-parental-care.aspx/>.
34. SPOLEČNOST PRO RANOU PÉČI. Raná péče. *Společnost pro ranou péči*. © 2009 [cit. 2013-03-08]. Dostupné z: <http://www.ranapece.cz/index.php/cs/ranapee.html/>.
35. SPOLEČNOST PRO RANOU PÉČI. Standardy rané péče/intervence SPRP 2008. *Společnost pro ranou péči* [online]. © 2009 [cit. 2013-03-11]. Dostupné z: <http://ranapece.cz/index.php/cs/o-nas/43-standardyranapece-intervence2008.html/>.

36. STŘEDISKO NÁHRADNÍ RODINNÉ PÉČE. Ústavní péče. *Středisko náhradní rodinné péče* [online]. © 2009-2011 [cit. 2013-01-06]. Dostupné z: http://www.nahradnirodina.cz/ustavni_pece.html/.
37. *Světová deklarace o přežití ochraně a rozvoji dětí, 1990* [online]. ©2009 [cit. 2013-03-11]. Dostupné z: <http://www.unicef.org/wsc/declare.htm>.
38. *Světová zdravotnická organizace (WHO)*. Informační centrum OSN v Praze, 2005. [online] [cit. 2013-07-23]. Dostupné z: <http://www.osn.cz/system-osn/specializovane-agentury/?i=119>
39. ŠÁNDOROVÁ, Zdenka a Markéta MORAVCOVÁ. Východiska pro zpracování „metodiky spolupráce porodní asistentky a poradce rané péče v péči o ohrožené dítě a jeho rodinu. In: Matějová, E. *Aktuální otázky sociální politiky – teorie a praxe. VI. ročník* [online]. Vyd. 1. Pardubice: 2012 [cit. 2013-03-10], Univerzita Pardubice, s. 20-26. ISSN 1804-9109. Dostupné z: <http://www.upce.cz/fes/veda-vyzkum/fakultni-casopisy/casopis-aosp/aktualni-cislo.pdf/>.
40. *Úmluva o právech dítěte* [online] 1989 [cit. 2013-08-12]. Dostupné z: <http://www.osn.cz/dokumenty-osn/soubory/umluva-o-pravech-ditete.pdf>.
41. *Working for Health: an introduction to the World Health Organization*. World Health Organization, 2007. 26 s. ISBN 9241563135. [online] [cit. 2013-07-23] Dostupné z: http://www.who.int/about/brochure_en.pdf.
42. *Zdraví 21*. Kancelář WHO v ČR, 2011 publikováno 2000 [online] [cit. 2013-03-08]. Dostupné z <http://benes1.datim.cz/images/dokument/Zdravi21.pdf>
43. ZDRAVNET. Praktický lékař pro děti a dorost. *Zdravnet.cz* [online]. © [cit. 2013-03-08]. Dostupné z: http://www.zdravnet.cz/zdravotni_pece/ambulantni_zarizeni/prakticky_lekar_pr_o_deti_a_dorost/index.html/.

Legislativa

44. ČESKO. Vyhláška č. 55 ze dne 1. března 2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 20, s. 486. Dostupný také z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=55/2011&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy.
45. ČESKO. Zákon č. 94 ze dne 4. prosince 1963 o rodině. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1963, částka 53, s. 339-350. ISSN 1210-0005. Dostupný také z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=94/1963&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy/.
46. ČESKO. Zákon č. 96 ze 4. února 2004 Sb. o podmínkách k odborné způsobilosti k výkonu povolání nelékařských zdravotnických povolání. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2004, částka 30 s. 1454. Dostupný také z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=96/2004&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy.
47. ČESKO. Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 37, s. 1257-1289. ISSN 1211-1244. Dostupný také z: <http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/2006/sb037-06.pdf/>.
48. ČESKO. Zákon č. 383 ze dne 19. srpna 2005. o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006. částka 133. s. 1770-7199. Dostupný také z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=383/2005&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy
49. ČESKO. Zákon č. 401 ze dne 5. září 2012 Sb. o sociálně-právní ochraně dětí. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2012, částka 147, s. 5089-5139. ISSN 1211-1244. Dostupný také z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=401/2012&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy

zakonu/SearchResult.aspx?q=401/2012&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy.

50. ČESKO. Zákon č. 561 ze dne 24. září 2004 o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon). In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2004, částka 190, s. 10262-10324. ISSN 1211-1244. Dostupný také z: <http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/2004/sb190-04.pdf/>.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – dotazník k bakalářské práci

Příloha B – CD – přehledové tabulky

Příloha A

Dotazník

Dobrý den,

jsem studentkou 3. ročníku Fakulty zdravotnických studií v Pardubicích a ve své bakalářské práci se věnuji metodice spolupráce porodní asistentky a poradce rané péče. Předložený dotazník mi má pomoci tuto problematiku osvětlit. Dotazník je zcela anonymní, proto Vás prosím o co největší upřímnost při jeho vyplňování.

Zakroužkujte vždy pouze jednu odpověď, případně uveďte co nejpresnější a nejstručnější odpověď na uvedenou otázku.

1. Víte, co znamená pojem „ohrožené dítě“?

- a) ano
- b) ne

2. Měla byste zájem podílet se na péči o dítě s ohroženým vývojem? (Za dítě s ohroženým vývojem v této bakalářské práci považuji konkrétně dítě z rizikového těhotenství, např. ohrožené drogovou závislostí matky a to již v prenatálním období, s nízkou porodní hmotností, nedonošené, s vrozenou vývojovou vadou, s metabolickými poruchami a dalšími funkčními problémy. Toto dítě potřebuje okamžitou zvýšenou zdravotní péči a rodina psychosociální podporu a služby.)

- a) ano
- b) ne
- c) nedokážu posoudit

3. Víte, čím se zabývá raná péče?

- a) ano
- b) ne

- 4. Měla byste zájem dozvědět se více informací o rané péči?**
- a) ano
 - b) ne
- 5. Pomohlo by vám, kdybyste měla k dispozici stručný popis intervence a spolupráce porodní asistentky a pracovníka rané péče?**
- a) ano
 - b) ne
 - c) nevím
- 6. Na koho se obrátíte v případě, že se narodí předčasně narozené dítě či dítě s vrozenou vývojovou vadou? (můžete uvést více možností)**
- a) lékař
 - b) sociální pracovník
 - c) poradce rané péče
 - d) jiný zdravotní pracovník
 - e) na nikoho se neobracím
 - f) jiné:
- 7. Myslíte si, že by byla vhodná spolupráce s dalšími pracovníky?**
- a) ano
 - b) ne
 - c) nevím
- 8. Spolupracujete v rámci péče o „ohrožené dítě“ s poradci rané péče?**
- a) ano
 - b) ne
- 9. Myslíte si, že jsou rodiny dostatečně informovány o péči o ohrožené dítě?**
- a) ano
 - b) ne
 - c) nevím

10. Zprostředkováváte rodinám další kontakty na následnou péči?

- a) ano
- b) ne

Děkuji za váš čas a poskytnuté informace.

Příloha B

CD – přehledové tabulky (viz. zadní strana desek)