

Univerzita Karlova v Praze

Pedagogická fakulta

Katedra speciální pedagogiky

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Aktuální problémy rané intervence

Actual problems of early childhood intervention

Kristýna Charvátová

Vedoucí práce: doc. PhDr. Lea Květoňová, Ph.D.

Studijní program: Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Aktuální problémy rané intervence vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 14. 4. 2016

.....

podpis

Ráda bych touto cestou vyjádřila poděkování doc. PhDr. Lee Květoňové, Ph.D. za její cenné rady a trpělivost při vedení mé bakalářské práce. Rovněž bych chtěla poděkovat PaedDr. Alexandře Bečvářové a všem kolegyním z Centra LIRA za vstřícnost a pomoc při získávání informací a podkladů.

ANOTACE

Bakalářská práce se zabývá intervencí u dětí se zdravotním postižením v raném věku. První část práce je zaměřena na vývoj dítěte v raném věku. Druhá část je potom věnována odchylkám v tomto vývoji a podpoře vývoje dítěte s postižením v raném věku, zejména službě rané péče a jejím poskytovatelům v České republice. Ve třetí části jsou analyzovány aktuální problémy rané intervence a současná situace ve střediscích rané péče.

KLÍČOVÁ SLOVA

vývoj dítěte v raném věku, rodina dítěte s postižením, raná intervence, podpora, středisko rané péče

ANNOTATION

The bachelor thesis deals with intervention of children with the disability in the early childhood. The first part of this thesis is focused on the early childhood development. The second part is devoted to deviations in this development and to supporting of development, especially service of early intervention and its providers in the Czech Republic. In the third part are analyzed actual problems of early childhood intervention and present situation in the early care centres.

KEYWORDS

early childhood development, the family of a child with disability, early intervention, support, the early care centre

Obsah

1	Úvod	7
2	Vývoj člověka.....	8
2.1	Vývoj dítěte v raném věku.....	11
2.2	Prenatální a novorozenecké období	12
2.3	Kojenecké období a batolecí období.....	15
2.4	Období předškolního věku.....	19
3	Podpora vývoje dítěte s postižením v raném věku	22
3.1	Odchylky ve vývoji.....	22
3.2	Dítě s postižením a jeho vývoj.....	23
3.3	Dítě s postižením v rodině	24
3.4	Raná intervence u dětí s postižením a vybraní poskytovatelé rané péče	26
4	Analýza aktuálních problémů rané intervence – vlastní šetření.....	36
4.1	Zdůvodnění strategie.....	36
4.2	Výzkumné metody	36
4.3	Rozhovor s PaedDr. Alexandrou Bečvářovou, ředitelkou Centra LIRA, z. ú.....	38
4.4	Analýza rozhovoru.....	49
5	Závěr.....	51
6	Seznam použitých informačních zdrojů	52

1 Úvod

Raná intervence hraje ve vývoji dítěte s postižením významnou roli. Důležitá je raná diagnostika, včasná terapie a speciálně pedagogická podpora. Všechny tyto složky rané intervence směřují k dítěti se zdravotním postižením. Velmi důležitá je ale také podpora rodiny, která pečuje o dítě s postižením. A to nejen ve smyslu odborných konzultací, ale také jako emocionální podpora, doprovázení při výchově a pochopení v těžkých chvílích.

Cílem této práce je analyzovat aktuální problémy rané intervence. Jde o problémy, se kterými se setkávají poskytovatelé rané intervence, zejména poradci rané péče. Jejich zhodnocení těchto problémů je pro tuto práci obzvlášť důležité, neboť s klienty a jejich rodinami přímo pracují a jsou s nimi téměř denně v kontaktu.

V první kapitole je popsán vývoj dítěte v jednotlivých obdobích raného věku, od období prenatalního až po předškolní věk. V období předškolního věku totiž raná intervence často končí, střediska rané péče se věnují dětem do 7 let. Přestože je vývoj každého jedince částečně individuální a může postupovat různou rychlostí, je potřeba určitá norma, dle které pak můžeme posuzovat odchylky, ke kterým ve vývoji dítěte dochází. A za tuto normu můžeme považovat vývoj dítěte bez postižení.

Vývoj dítěte s vrozeným nebo získaným zdravotním postižením je odlišný od této normy, je velmi důležitá podpora vývoje, aby se dítě mohlo maximálně rozvíjet. Proto je intervenci a podpoře vývoje dítěte s postižením věnována další kapitola této práce. V ní je popsán význam rané intervence a jsou zde uvedeni její poskytovatelé.

Aby byla služba rané péče co nejefektivnější, je důležité zabývat se problémy, se kterými se setkává. Třetí část práce proto tvoří vlastní šetření, ve kterém dojde k analýze aktuálních problémů rané intervence. Vycházím v něm zejména z rozhovoru s ředitelkou organizace, poskytující službu rané péče, ve které pracuji jako terapeut.

V práci byla použita metoda kritické analýzy odborné literatury, metoda rozhovoru a srovnávání názorů za účelem vyvodit vlastní stanovisko na danou problematiku.

2 Vývoj člověka

Člověk se vyvíjel miliony let. Postupně se vzpřímoval, rozvíjelo se u něj myšlení a řeč, učil se používat nástroje. Tento proces, fylogenetický vývoj, rozhodně není u konce, vyvíjíme se dále. Pro tuto práci je ale důležitý vývoj ontogenetický, tedy vývoj jedince počínající oplozením vajíčka a končící smrtí.

Pojem vývoj bývá často zaměňován za výraz růst. Je podstatné tyto pojmy hned z počátku rozlišit. Allen a Marrotz (2002) uvádějí základní rozdíly mezi těmito pojmy. Přestože mohou mít v určitých případech podobný význam, nejedná se o synonyma. Růst je charakteristický kvantitativní změnou, znamená specifické tělesné změny, množení buněk a zvětšování tělesných proporcí. Lze jej také spolehlivě změřit. Vývoj značí změny směřující ke složitějšímu a podrobnějšímu. Tempo vývoje je však individuální.

Hartl a Hartlová (2010) definují vývoj jako proces změn v daném časovém období, jehož výsledkem jsou nové vlastnosti, vztahy a chování. Tyto změny jsou spojené se zráním, zkušenostmi a učením.

Vágnerová (2012, s. 11) psychický vývoj člověka definuje takto:

„Psychický vývoj lze charakterizovat jako proces vzniku, rozvoje a zákonitých proměn psychických procesů a vlastností, jejich diferenciaci i integraci, která se projevuje v rámci celé osobnosti. Zahrnuje kvantitativní a kvalitativní změny, nárůst i úbytek různých funkcí, které se mohou rozvíjet formou vývojových skoků.“

Vývoj člověka je tedy zákonitý a celistvý proces, charakteristický posloupností na sebe navazujících vývojových fází a kontinuem postupných změn. Ačkoli se jedná o stabilní proces, vývoj neprobíhá plynule ani rovnoměrně. Nelze ale opomenout ani podstatný fakt, že průběh i úroveň jednotlivých vlastností a kompetencí je vždy individuálně specifický (Vágnerová, 2012).

Je velmi důležité popsat vývojové změny charakteristické pro jednotlivé vývojové stupně a odvodit obecné zákonitosti, které jsou pro tyto vývojové stupně typické (Langmeier, Krejčířová, 2006). Přestože je vývoj individuálně specifický, Lazzari (2013) uvádí, že až 10% dětí některý vývojový stupeň buď zvládne se zpožděním, nebo jej úplně vynechá. Při znalosti jednotlivých vývojových stádií může např. rodič – laik poznat, že se dítě vyvíjí jinak, že nastala odchylka vývoje a může to pro něj být podnět pro návštěvu specialisty, což je určující pro včasnou diagnostiku dítěte. Proto existuje spousta příruček

a knih pro rodiče, které ve zjednodušené formě popisují, co by dítě mělo v jakém věku zvládat.

Allen a Marotz (2002) uvádějí šest hlavních vývojových oblastí neboli domén, které nám udávají určitý vývojový rámeček. Jedná se o oblast tělesnou, motorickou, percepční, kognitivní, řečovou a osobnostně-sociální. Všechny tyto oblasti jsou vzájemně propojené a zahrnují široké spektrum chování a dovedností. Tempo vývoje v těchto oblastech ale není rovnoměrné a může se měnit.

„Dítě např. může velmi brzy začít mluvit, ale pozdě chodit.“ (Allen, Marotz, 2002, s. 29)

Allen a Marotz (2002) také zdůrazňují, že vývoj jednotlivých oblastí závisí na množství podnětů a na příležitostech k učení. Tělesný vývoj velmi souvisí s růstem a má důležitou úlohu v raném dětství. Je ovlivňován dědičnými faktory i okolním prostředím, ale z velké části je individuální. Ovlivňuje změny tělesných proporcí, růst mozku, prostorové vnímání, zesílení svalů včetně svěřačů. Tělesný vývoj také ovlivňuje míru, jak dítě využije potenciálu v dalších oblastech. Pokud nebude ovládat svaly svěřačů, nikdy se nenaučí chodit na nočník (Allen, Marotz, 2002), čímž je negativně ovlivněna socializace.

S tělesným vývojem je výrazně propojen motorický vývoj, který souvisí se schopností dítěte ovládat části těla a pohybovat se. Vágnerová (2012) uvádí, že motorický vývoj souvisí s celkovým rozvojem dítěte, neboť je prostředkem získávání nových zkušeností. Zároveň také touha po poznávání stimuluje rozvoj motoriky. Dle autorek Allen a Marotz (2002) je tato vývojová oblast ovlivňována zralostí centrální nervové soustavy, smyslovým vnímáním, množstvím svalových vláken a příležitostmi k procvičování motoriky. V raném dětství jsou motorické schopnosti reflexivní a později se dítě učí pohyby ovládat vědomě. Dále uvádějí fakt, že tato vývojová oblast se řídí třemi principy neboli směry, kterými vývoj probíhá:

1. cefalokaudální – od hlavy k prstům nohou (osifikace kostí, vývoj svalů, ovládání svalů)
2. proximodistální – od centrální části trupu směrem ven (osifikace kostí, vývoj svalů, ovládání svalů)
3. kultivační – od obecného ke specifickému (hrubá motorika, jemná motorika)

Hartl a Hartlová (2012) uvádějí, že základní motorické dovednosti se u dítěte vyvíjejí i bez nácviku, přesto ale nácvik jejich vývoj urychluje.

Percepce (vnímání) je proces, kdy člověk prostřednictvím smyslů (ať už izolovaných nebo jejich kombinace) a s nimi souvisejících mozkových center získává informace z okolního i svého vnitřního světa (Hartl, Hartlová, 2010). Percepční vývoj ovlivňuje to, v jakém rozsahu dokáže člověk tyto získané informace využívat. S tím souvisí také habituace neboli schopnost přivyknutí (Allen, Marotz, 2002; Hartl, Hartlová 2010), díky které se můžeme soustředit na to nejdůležitější a potlačit zbylé podněty. Allen a Marotz (2002) uvádějí také smyslovou integraci jako jeden z důležitých aspektů percepčního vývoje. Díky smyslové integraci může člověk převést informace získané pomocí smyslů do funkčního chování.

Kognitivní vývoj neboli vývoj poznávacích schopností je těsně spjat se zráním centrální nervové soustavy. Toto zrání se projeví postupným nahrazováním podkorově řízeného chování jeho korovou kontrolou (Vágnerová, 2012). Nejdříve je chování reflexní (Allen, Marotz, 2002), poté nastupují další fáze rozvoje poznávacích procesů. Počáteční období rozvoje poznávacích procesů označil Jean Piaget jako fázi senzomotorické inteligence (Vágnerová, 2012). V této fázi si dítě ještě neosvojilo symbolickou funkci, chybí mu myšlení a citový život vázaný na představy (Piaget, Inhelder 2007). Toto stadium trvá od narození do dvou let (Allen, Marotz, 2002; Hartl, Hartlová 2010; Vágnerová, 2012), děti vnímají určitým způsobem své okolí a dokážou se od něj odlišit (Vágnerová, 2012; Hartl, Hartlová, 2010). Jako další následuje fáze předoperačního myšlení, která trvá od dvou do sedmi let věku (Hartl, Hartlová, 2010) a umožňuje dítěti zpracovávat smysly získané informace pomocí představ (Allen, Marotz, 2002). Dítě se v tomto období učí používat jazyk a třídí předměty dle jednoho rysu (Hartl, Hartlová, 2010). Třetí fází je fáze konkrétních operací, která trvá od sedmi do dvanácti let. Až v tomto období je dítě schopné vytvářet konkrétní operace, např. sečíst dvě čísla, sjednotit dvě třídy (Piaget, Inhelder 2007) a třídít předměty dle více rysů (Hartl, Hartlová, 2010). Čtvrtou a konečnou fází je dle Piageta fáze formálních operací. Tato fáze nastupuje ve dvanácti letech a pubescent je již schopen myslet logicky v abstraktních pojmech (Hartl, Hartlová, 2010). V této fázi chápe skutečnost jako množinu možných transformací a oproštuje se od konkrétních operací (Piaget, Inhelder 2007).

Další oblastí, kterou Allan a Marotz (2002) zařazují do hlavních vývojových domén, je jazykový vývoj. Hartl a Hartlová (2010, s. 234) definují jazyk takto:

„Systém vyjadřovacích a dorozumívacích prostředků znakové povahy užívaný k ústnímu a písemnému sdělování.“

Jazyk slouží lidem ke komunikaci a jeho vývojem se zabývá mnoho odborníků. Dle Klenkové (2006) bývají jejich schémata vývoje řeči odlišná, avšak většina vývoj řeči dělí na přípravná stadia a stadia vlastního vývoje řeči. Klenková (2006) vychází ze Sovákova dělení. Uvádí, že přípravné stadium řeči je charakteristické předverbálními a neverbálními aktivitami. Mezi předverbální aktivity řadí křik, broukání a další aktivity ovlivňující budoucí mluvní řeč dítěte, mezi neverbální zařazuje např. oční kontakt. Jazykový vývoj v tomto období dělí na období křiku, broukání, žvatlání a porozumění řeči. Vlastní vývoj řeči dělí na stadium emocionálně volní, sociálně reprodukční, stadium logických pojmů a období intelektualizace řeči.

Poslední oblastí vývoje, kterou Allen a Marotz (2002) uvádějí, je osobnostní a sociální vývoj, který vypovídá o tom, jak dítě vnímá samo sebe a své vztahy s okolím. Hartl a Hartlová (2010) jej definují jako změny sebepojetí, genderové identity a mezilidských vztahů. Allen a Marotz (2002) uvádějí i další základní aspekty osobnostního a sociálního vývoje: mimo jiné nezávislost, morálku, důvěru a přijímání pravidel. Jako důležité faktory formující osobnostní a sociální vývoj vyzdvihují rodinu a její kulturní hodnoty.

2.1 Vývoj dítěte v raném věku

V této kapitole se budu zabývat vývojem dítěte v raném věku od prenatálního období až po předškolní věk života. Helus (2011) má pro tato období svou vlastní terminologii. Vývoj dítěte dělí na dvě vývojové epochy – prenatální věk a epochu dětství.

Helus (2011) uvádí jako hlavní charakteristiku prenatálního věku (intrauterinární období) dominanci procesů zrání. V epoše dětství dominuje nejprve zrání, poté učení, socializace a edukace. Hlavními znaky epochy dětství jsou odkázanost/závislost, zranitelnost, potenciality (dítě disponuje bohatstvím potenciality svého vývoje více než dospělý člověk) a rychlé tempo vývojových změn.

2.2 Prenatální a novorozenecké období

Prenatální období

Vývoj v tomto období začíná oplozením vajíčka a trvá až do narození dítěte, tedy 9 kalendářních měsíců (38 – 41 týdnů). V porodnické praxi bývá členěn na trimestry, každý z nich trvá tři kalendářní měsíce. Dle vývoje plodu jej však dělíme odlišně, v tomto přístupu jsou zdůrazněny významné změny, ke kterým dochází (Allen, Marotz, 2002).

Prenatální období člení Vágnerová (2012) na 3 fáze:

1. Období od oplození do uhníždění blastocysty – vytváří se 3 zárodečné listy – entoderm, ektoderm a mezoderm. Toto období trvá necelé tři týdny. V posledním týdnu se formuje nervová trubice, která tvoří výchozí základ nervové soustavy.
2. Embryonální období – vytvářejí se všechny hlavní orgánové základy a placenta. Trvá do 12. týdne. V tomto období je embryo citlivé na působení různých vlivů, přičemž některé z nich mohou vést ke vzniku vývojové vady. K završení této fáze dochází koncem 12. týdne.
3. Fetální období – dokončuje se vývoj orgánových systémů, některé z nich již začínají fungovat. Toto období trvá od 12. týdne narození a končí porodem.

Dle Langmeiera, Krejčířové (2006) je plod brzy připravován pro činnosti, které budou nutné pro jeho přežití a po narození pro interakci s okolním světem. Uvádějí, že již v embryonálním období má embryo vytvořený základ všech svalových skupin, které reagují formou drobných záškubů nebo jemných kontrakcí. Na počátku fetálního období již plod spontánně hýbe končetinami, otáčí hlavičku a vraští čelo, je schopen otevřít a zavřít ústa a objevují se náznaky úchopových pohybů.

Nerozlišenou bioelektrickou aktivitu mozku lze na EEG sledovat již od devíti týdnů, rozlišení spánkového a bdělého stavu od pátého měsíce (Helus, 2011; Matějček, 2005). V té době začíná plod reagovat na různé podněty, např. zvukové, taktilně-kinetické a na změnu polohy (Vágnerová, 2012; Matějček 2005). Je zajímavé, že plod dokáže reagovat také na vizuální podněty. Zaznamená bleskové světlo procházející skrz břišní stěnu matky (Langmeier, Krejčířová, 2006). Plod také dokáže vyjádřit libost či nelibost. Například na nepříjemné hlasité zvuky, alkohol nebo nikotin v krvi matky reaguje zvýšenou pohybovou aktivitou (Helus, 2011).

Dle Heluse (2011) a Vágnerové (2012) je plod schopen učení. Vytváří si zkušenost, dokáže diferenciovat mezi několika podněty. Vágnerová (2012) se také zmiňuje o tom, že v prenatálním období se u něj projevují jisté charakteristické znaky, projevy temperamentu, které přetrvávají i po porodu. Matějček (2005) uvádí, že prvním navenek zjevným projevem individuality je četnost a síla „kopání“, tedy pohybů plodu. Tyto pohyby začíná matka vnímat v pátém měsíci gravidity.

Od dvaadvacátého týdne můžeme pozorovat zřetelně stahy plic, o pět týdnů později už plíce pracují soustavně (Matějček, 2005).

Dle Langmeiera, Křejiřové (2006) dokáže plod již v prenatálním období rozlišovat čtyři základní chutě.

Novorozenecké období

Novorozenecké období začíná porodem, ke kterému dochází zpravidla ve 38.- 42. týdnu těhotenství. Toto období trvá přibližně 1 měsíc a u matky v té době probíhá šestinedělí.

Novorozenec váží průměrně 3300 – 3400 g a měří v průměru 50 cm. Porod je důležitým mezníkem pro matku i pro dítě a jedná se o nejtěžší, nejdramatičtější a nejnebezpečnější krok v lidském životě (Říčan, 2009). Helus (2011) v souvislosti s tímto obtížným životním startem používá termín porodní trauma. Pro dítě nastává zásadní změna, doposud přebývalo v plodové vodě, kde pro něj byly vytvořeny stabilní podmínky, a bylo součástí těla matky. Nyní se stává z biologického hlediska samostatnou bytostí (Vágnerová, 2012).

Novorozenec je vybaven základními nepodmíněnými reflexy, tj. hledacím, sacím, polykacím, vyměšovacím, obranným, orientačním, úchopovým a polohovým. Tyto reflexy se na adaptaci na nové prostředí významně podílejí (Langmeier, Křejiřová, 2006; Vágnerová, 2012).

Kromě reflexů, které jsou vázané na určité podněty, je dítě vybaveno také vrozenými způsoby chování, které na tyto podněty vázané nejsou, přestože se mohou vytvářet na reflexním základě. Slouží dítěti k orientaci v prostředí, k účelnému ovládnutí prostředí a k upoutání a udržení pozornosti pečujících osob, tedy mají i sociální význam. Mezi tyto základní aktivity patří např. využití sání ke zkoumání okolí nebo reagování křikem, který

je do určité míry diferenciováný (Vágnerová, 2012). Langmeier, Krejčířová (2006) toto doplňují – dle analýzy zvukového spektra (Wasz-Höckert) lze bezprostředně po porodu rozlišit křik novorozence z hladu a křik z bolesti.

Schopnosti vnímání jednotlivými smysly jsou různé. Se sluchovým vnímáním má novorozenec určité zkušenosti již z prenatálního období, díky čemuž umí diferencovat různé zvukové podněty, rozlišovat vysoké a nízké tóny a upřednostňovat některé zvuky před jinými, např. hlas matky oproti hlasu jiné ženy (Allen, Marotz, 2002; Langmeier, Krejčířová, 2006; Vágnerová, 2012).

Oproti tomu zrak využívá jen nepatrně, neboť v prenatálním období se nemohl vyvíjet. Zprvu novorozenec dokáže rozlišit pouze světlo a tmu, po dvou týdnech ulpí pohledem na předmětu blízko obličeje. Ve čtyřech týdnech se objevuje zraková fixace. (Květoňová-Švecová, 2000).

Hmat byl stejně jako sluch rozvíjen již v prenatálním období, u novorozence je tedy vyvinut velmi dobře. Dítě vnímá a rozlišuje doteky, teplotu a změnu polohy. Taktilně-kinestetická stimulace i teplo ho uklidňují (Langmeier, Krejčířová, 2006; Vágnerová, 2012).

Chuť a čich jsou vyvinuty také velmi dobře a v novorozeneckém období mají velký význam. Díky čichu pozná novorozenec svou matku dle Vágnerové (2012) již 45 hodin po narození, dle Langmeiera, Krejčířové (2006) nejpozději do 6 dnů od narození.

Co se týče motorických schopností, není novorozenec vybaven nijak zvlášť dobře. V bdělém stavu zaujímá tonický šíjový (šermířský) reflex, kdy je hlavička otočena na stranu ruky v extenzi. Spontánní pohyby dítěte jsou živé, ale omezené. Novorozené dítě ještě ve vzpřímené poloze neudrží hlavičku, pěsti dítěte jsou zaťaté a nejsou schopny aktivního úchopu. Bezděčný úchopový reflex ale můžeme stimulovat, pokud dítěti vložíme do dlaně prst nebo hůlku velikostně prst připomínající. Pokud dítě položíme na nahé dospělé tělo, silně tím stimulujeme jeho plazivé reflexní pohyby (Langmeier, Krejčířová, 2006; Matějček, 1986).

Co se týče schopnosti učit se, Langmeier, Krejčířová (2006) uvádějí, že zralý novorozenec je schopen hledat souvislosti a získávat z nich zkušenost, aktivně vyhledává „problémy“ v okolí a snaží se nalézt jejich řešení. Také se snaží cíleně vyhledávat příjemné

podněty a naopak eliminovat ty nepříjemné. To, co se naučil, je schopen uchovat v paměti déle než 24 hodin.

Již v novorozeneckém období můžeme sledovat určité prosociální chování. Dítě je schopno napodobovat jednoduché mimické výrazy, jako např. otevření a zavření očí a úst, vystrčení jazyka nebo jednoduchou vokalizaci či jiné pohyby (Langmeier, Krejčířová, 2006). Také si začíná vytvářet citovou vazbu s rodiči nebo pečovateli a vytváří se v něm pocit bezpečí a důvěry (Allen, Marotz, 2002).

2.3 Kojenecké období a batolecí období

Kojenecké období

Dalším obdobím, které navazuje na novorozenecké období, je období kojenecké. Trvá od jednoho měsíce do jednoho roku (Allen, Marotz, 2002; Květoňová-Švecová, 2004; Vágnerová, 2012). Allen a Marotz (2002) v souvislosti s tímto obdobím hovoří o jednom odehrávajícím se zázraku za druhým, dítě rychle roste, ustaluje se tělesná teplota i pravidelný dech a tep. Langmeier, Krejčířová (2006) uvádějí, že toto období ukazuje dispozice dítěte a předpoklad pro interakci s okolím. Díky dispozicím je dítě již v tomto období schopno řídit vůlí své vlastní aktivity.

„Ovládá postupně své tělo tak, že je na konci prvního nebo počátkem druhého roku schopno specificky lidské lokomoce ve vzpřímeném postoji, dovede uchopovat a pouštět záměrně věci, rozvinulo svou praktickou inteligenci, je připraveno pro zahájení řečové komunikace, která je vlastní jeho lidskému společenství, a navázalo specifické vztahy k lidem, kteří o ně pečují.“ (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 48)

Toto období je charakteristické opravdu velkými změnami ve vývoji, už se v něm ale objevují individuální rozdíly. Vývoj jednotlivých oblastí je závislý na dispozicích a také na učení, tedy i na přiměřené nabídce podnětů. Přiměřená stimulace podněty je základem kontaktu s okolním světem, dále je také předpokladem rozvoje schopností a dovedností a aktivizuje bdělost (Vágnerová, 2012).

Vágnerová (2012) uvádí, že co se týče rozvoje poznávacích procesů, je toto období charakteristické zejména vývojem vnímání a manipulace s vnímanými objekty. Dle

Piagetovy terminologie toto období označujeme jako fázi senzomotorické inteligence (viz kognitivní vývoj, str. 10).

Tonický šíjový reflex se již vytrácí, dobře je vyvinutý hledací a sací reflex, později také polykací reflex (Allen, Marrotz, 2002). V období od jednoho do čtyř měsíců dítě začíná vrozené reflexy a procvičené odpovědi koordinovat. V období od čtyř do osmi měsíců předvídá následky své činnosti, od osmi měsíců také začíná rozlišovat mezi prostředkem a cílem. Začíná chápat také trvalost předmětu v čase (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Největší rozvoj sluchového vnímání probíhá v prvním půlroce věku dítěte. Narůstá sluchová ostrost, rozvíjí se schopnost lokalizovat zvuk, zejména v době, kdy se dítě učí ovládat hlavičku. Dítě dává přednost vyšším zvukům a lidské řeči, kterou dokáže diferenciovat od neverbálních zvuků již v prvním trimestru. V kojeneckém období probíhá preverbální stadium vývoje řeči, kdy se dítě učí tvořit a rozlišovat fonémy. Předřečová aktivita trvá do 9. měsíce. Na křik, kterým se dítě vyjadřovalo již od narození, navazuje broukání, při kterém dítě produkuje jednoduché fonémy a experimentuje s vlastním hlasem. V půl roce začíná dítě žvatlat, tedy tvořit slabiky. Artikulační schopnosti se rozvíjejí mezi šestým a devátým měsícem. V jednom roce začíná dítě tvořit první slova, tzv. holofráze. Vývoj řeči je závislý na interakci dítěte s matkou (Vágnerová, 2012).

Zrakový vývoj v kojeneckém období zaznamenává značný postup. Květoňová-Švecová (2000) se podrobně zabývá zrakovým vývojem dítěte a uvádí zásadní události v tomto vývoji. V prvním měsíci se vyvíjí monokulární fixace, tedy schopnost dítěte fixovat předmět očima střídavě. Ve druhém měsíci se již objevuje binokulární fixace, kdy je dítě krátkodobě schopné používat současně obě oči. Ve třetím měsíci dozrává makula, což je místo nejostřejšího vidění a objevuje se centrální fixace a protisměrné pohyby očí. Také se zlepšuje zraková ostrost. Ve čtvrtém měsíci se objevují počátky akomodace, stále se upevňuje centrální fixace a centrální vidění převládá nad periferním. Allen a Marrotz (2002) uvádějí, že pozornost dítěte ve věku jednoho až čtyř měsíců dokáže upoutat předmět ve vzdálenosti 30,5 cm. Dítě v tomto věku dokáže sledovat předměty pohybující se v rozmezí 180 stupňů svíse i vodorovně a upřeně pozoruje své ruce. Dle Květoňové-Švecové (2000) je trvale centrální fixace upevněna až v pátém měsíci, kdy zrakový vizus odpovídá hodnotě 1/20 – 1/30. V 6. měsíci je vývoj makuly dokončen a objevuje se fúzní reflex, což je schopnost spojit dva obrázky obou očí v jeden. Tento reflex se spolu

s fixačním a akomodačně konvergenčním reflexem upevňuje v jednom roce. Vizus v této době činí 6/60.

Vývoj motorických schopností a dovedností je v tomto období velmi důležitý, neboť tyto dovednosti mají instrumentální charakter, tedy fungují jako prostředek pro poznávání. Na počátku kojeneckého věku je dítě schopno měnit svou polohu těla pro zlepšení zrakové a sluchové percepce (Vágnerová, 2012). Od dvou měsíců zvedá hlavičku (Allen, Marrotz, 2002; Vágnerová, 2012). V půlroce věku již dítě vydrží samo sedět (Langmeier, Krejčířová, 2006; Vágnerová, 2012). V období od osmi do dvanácti měsíců začíná lézt, stavět se (Allen, Marrotz, 2002; Vágnerová 2012).

Vývoj úchopu a manipulace je následující: ve dvou měsících začíná mít ruka poznávací funkci a rozvíjí se její koordinace. Ve třetím měsíci dítě odhadne, kam dosáhne a usiluje o uchopení. Ve čtvrtém až pátém měsíci je dítě schopné zrakové kontroly své ruky. V šesti měsících koordinuje pohyby obou rukou. V devátém měsíci bere předměty mezi palec a ukazovák, tedy nastupuje klíšťový úchop (Allen, Marrotz, 2002; Langmeier, Krejčířová, 2006; Vágnerová, 2012).

Již v šesti týdnech se objevují počátky první sociální hry. Dítě čím dál častěji zachytí oči matky a dává to najevo. Z počátku jde ovšem jen o velmi krátké okamžiky (Matějček, 2005). Langmeier, Krejčířová (2006) uvádějí, že v období prvních tří měsíců nemá ustanoven žádný rozlišený vztah k objektům okolního světa. Od třetího měsíce již začíná dítě reagovat na spatření tváře úsměvem, mezi šestým a osmým měsícem rozlišuje mezi známou a cizí tváří, vytváří si specifický vztah k matce a při odloučení se projevuje úzkost. Vágnerová (2012) zdůrazňuje potřebu jistoty a bezpečí, která má pro vývoj dítěte zásadní význam. Také zdůrazňuje roli otce.

„Pro rozvoj vztahu otce a dítěte je důležité, že otec není zdrojem základních poznatků, ale navazuje na zkušenost, kterou dítě získá s matkou.“ (Vágnerová, 2012, s. 118)

V období od čtyř do osmi měsíců si dítě začínat uvědomovat sebe samo (Allen, Marrotz, 2002).

Batolecí období

Na kojenecké období plynule navazuje období batolecí. Trvá od jednoho roku do tří let a dítě teprve nyní získává druhově specifické charakteristiky, jako je vzpřímená chůze či řeč, které jej odlišují od ostatních živočišných druhů (Langmeier, Krejčířová, 2006). V tomto období je obtížnější přesně časově určit výskyt určitých vývojových změn, neboť oproti kojeneckému období mohou být rozdíly v rychlosti vývoje u jednotlivých dětí značnější (Matějček, 2005).

Rozvoj poznávacích procesů v tomto období se projevuje symbolickou expanzí do světa, Vágnerová (2012) mimo to zdůrazňuje charakteristický proces autonomizace, neboli osamostatňování a uvolňování z různých vazeb. Dle Piagetovy terminologie je dítě v tomto věku ve fázi předoperačního myšlení (viz kognitivní vývoj, str. 10). Dítě je schopno manipulovat se symboly, které jsou zpočátku hodně konkrétní, hrát symbolické hry. Ve druhém a třetím roce se u dítěte rozvíjí zaměřenost pozornosti, sdílení pozornosti a krátkodobá pracovní, implicitní, explicitní a autobiografická paměť (Vágnerová, 2012). Zajímavým jevem je dětská amnézie, kterou Hartl a Hartlová (2010) popisují jako pozorovatelné a experimentálně potvrzené vymizení lidských vzpomínek na první tři roky života.

Mechanismy, které rozvíjejí jazykové schopnosti u batolete, jsou zejména nápodoba, korektivní působení zpětné vazby, modelování a specifická zaměřenost. Dítě si s řečí hraje, slouží mu jako prostředek pro poznávání. Pro období mezi 12 a 18 měsíci je charakteristická holofrastická mluva, kdy jedno slovo zastupuje celou myšlenku. Ve dvou letech holofráze kumuluje, poté začíná mluvit ve dvouslovných větách, často však vynechává části vět. Mezi druhým a třetím rokem začíná tvořit úplné věty, ve třetím roce souvětí. V batolecím období se rozvíjí také zvuková stránka řeči, vývoj výslovnosti hlásek je však nerovnoměrný (Allen, Marrotz, 2002; Vágnerová 2012).

V batolecím období se zrak ještě stále vyvíjí. V jednom roce se upevňovaly binokulární reflexy, ve třech letech je tento proces zcela dokončen. V tomto věku se binokulární vidění stále upevňuje, hodnota vizu je 6/9 (Květoňová-Švecová, 2000). V batolecím období je dítě schopno diferenciovat tvary a barvy a rozlišovat známé tvary (Vágnerová, 2012).

U batolete je značný vývoj hrubé motoriky, ve třinácti měsících je dítě schopno samostatně ujit několik kroků a zastavit se bez přidržování, chůze je nejistá. V patnácti

měsících už dítě padá zřídkakdy, zeširoka utíká. Ve dvou letech chodí bez přidržování do schodů s přisunováním nohou, ve třech letech už nohy střídá. Vyvíjí se také jemná motorika, na počátku tohoto období už dokáže drobný předmět nejen uchopit, ale také pustit, v osmnácti měsících staví věže z kostek, tříleté dítě navléká větší korálky. Rozvíjí se také kresba, zprvu čmárání, ve třech letech dítě napodobí kruh dle předlohy (Květoňová-Švecová, 2004; Langmeier, Krejčířová, 2006).

V batolecím období již dítě počíná pociťovat strach, stud, žárlivost i projevovat lítost. Často reaguje hněvem či vztekem, dává najevo hrdost i zahanbení – více si uvědomuje sebe samo. Rozvíjí se také prosociální chování – soucit, batole však nedokáže oddělit emoce ostatních od svých vlastních (Vágnerová, 2012). Závislost na matce je stále značná, dítě však navazuje sociální vztahy se širším okruhem lidí, ve dvou letech také s vrstevníky. Je s nimi schopno zúčastnit se paralelní hry, ve třetím roce již spolupracuje a soupeří. Pro tento věk je charakteristická také fáze vzdoru a negativismu (Langmeier, Krejčířová, 2006). V batolecím období si dítě také osvojuje první společenské a kulturní návyky, učí se chodit na nočník, samo jíst lžičkou, pít z hrnečku a pomáhat při oblékání (Matějček, 2005).

2.4 Období předškolního věku

Dle Vágnerové (2012) trvá předškolní věk od 3 do 6-7 let. Je to období, kdy dítě zpravidla navštěvuje mateřskou školu a kdy jej čeká nástup do školy. Termín předškolní v nás vyvolává dojem, že se jedná o něco přechodného, Matějček (2005) však zdůrazňuje, že je to důležitá a samostatná epocha a není spojena jen s budoucím školním obdobím. Vývoj probíhá ve všech oblastech – předškolák vyspívá tělesně, motoricky, intelektově, emočně i společensky. Děti v tomto období jsou velmi aktivní, plné energie, fantazie a kreativity (Allen, Marrotz, 2002).

Piaget toto období stále řadí do předoperačního stadia (viz kognitivní vývoj, str. 10). Přesto se však dítě dostává na vyšší úroveň – do fáze názorného, intuitivního myšlení, kdy je již schopno uvažovat v pojmech, zatím však nerespektuje zákony logiky. Myšlení dítěte je stále vázáno na činnost dítěte a je egocentrické, antropomorfní, magické, artificialistické a absolutistické. Rozvíjí se explicitní sémantická paměť – zvyšuje se kapacita paměti, informace dokáže předškolák zpracovávat rychleji, dále se vyvíjí také

explicitní epizodická paměť, což souvisí s vývojem jazykových schopností, a implicitní paměť (Langmeier, Krejčířová, 2006; Vágnerová, 2012).

„Předškolní děti často kladou otázku „proč“, mají sklon hledat přímé a jednoznačné příčiny veškerého dění.“ (Vágnerová, 2012, s. 183)

Tento fakt dokazuje již výše zmíněné tvrzení, že řeč dítěti slouží k poznávání. Předškolní dítě si rozvíjí slovní zásobu, správně již používá i slovní druhy, které dříve nepoužívalo, jako příslovce, spojky a předložky. Při komunikaci s dospělými lidmi napodobuje jejich projev, experimentuje s novými výrazy. Míra porozumění verbálnímu sdělení není vždy uspokojivá (Vágnerová, 2012).

V předškolním věku se zrak stále zdokonaluje. Mezi pátým a šestým rokem se stabilizují reflexy, vizus dosahuje fyziologické hodnoty 6/6 (Květoňová-Švecová, 2000).

Dítě předškolního věku je již motoricky velmi zdatné, stále se zlepšuje v koordinaci pohybů, je hbitější a pohyby jsou plynulejší a elegantnější (Langmeier, Krejčířová, 2006). Dítě ve třech letech sejde bez pomoci schody se střídáním nohou, krátce udrží rovnováhu na jedné noze. Čtyřleté dítě poskakuje na jedné noze, leze po žebříku a šplhá po stromech. V pěti letech zvládne chodit pozpátku, na jedné noze vydrží stát až deset sekund. V šesti letech dítě sílí, rádo běhá, skáče, šplhá a hází (Allen, Marrotz, 2002). V tomto období se dítě samostatně nebo s menší dopomocí nají, umyje, oblékne a použije toaletu. Zlepšuje se také grafomotorika, ve třech letech zvládne napodobit čáry směřující různým způsobem, ve čtyřech letech křížek a v pěti letech čtverec (Langmeier, Krejčířová, 2006). Ve třech letech má kresba postavy podobu hlavonožce, ve čtyřech letech dítě zdůrazňuje některé detaily, ale až v šesti letech se kresba postavy podobá skutečnosti (Vágnerová, 2012). V předškolním období se vyvíjí špetkový úchop, při kterém dítě drží tužku mezi třemi prsty (Allen, Marrotz, 2002).

Emočně je oproti batoleti předškolák vyrovnanější a stabilnější, vztek již neprojevuje tak často, učí se své emoce regulovat. Strach souvisí s jeho fantazií, vytváří si různé imaginární bytosti. Dítě má již smysl pro humor, žerty však bývají jednoduché. Dítě se v tomto věku dobře orientuje v základních emocích, chápe jejich význam. Je také schopno empatie, již lépe chápe emoce jiných lidí. Dítě v předškolním věku nově zažívá pocit viny. Proces socializace již není vázán jen na okruh rodiny (Vágnerová, 2012). Na dítě je v tomto období kladen větší socializační tlak a odborníci v souvislosti s tímto věkem již používají termín svědomí. Vyvíjí se také sebepojetí, dítě je schopno popsat samo sebe,

ovšem své psychologické vlastnosti a schopnosti popisuje až ve věku školním. Hra je převážně společná a kooperativní, dosahuje různé úrovně podle míry příležitostí k nacvičování. Diferencují se ženské a mužské role. V tomto období uzavírá předškolák první přátelství s ostatními dětmi (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Toto období je ukončeno vstupem do školy. Pro dítě je to velká změna, získává novou roli a vstupuje do společnosti. Ačkoli je na tento krok velmi dobře vybaveno, jsou na ně kladeny velké nároky a začátek proto nebývá jednoduchý. Tímto přechodem začíná období mladšího školního věku.

3 Podpora vývoje dítěte s postižením v raném věku

V předchozí kapitole byl popsán vývoj dítěte v jednotlivých obdobích raného věku od období prenatálního až po předškolní věk. Tento časový úsek byl vybrán záměrně, v období předškolního věku totiž raná intervence často končí, střediska rané péče se věnují dětem do 7 let. Běžný vývoj dítěte, který byl popsán, můžeme považovat za jakousi normu. Vývoj dítěte s vrozeným nebo získaným zdravotním postižením se od této normy liší. Velmi důležitá je jeho podpora, aby se mohlo maximálně rozvíjet. Proto je intervenci a podpoře vývoje dítěte s postižením věnována tato kapitola. Je v ní popsán proces, kterým rodina prochází, vychovává-li dítě s postižením, dále význam rané intervence a jsou zde uvedeni vybraní poskytovatelé.

3.1 Odchytky ve vývoji

Přestože je běžný vývoj dítěte považován za normu, z které vycházíme, je třeba znovu zdůraznit, že dítě se ve všech vývojových oblastech vyvíjí naprosto typicky jen vzácně. Často dochází k rozličným odchylkám, které nemají u většiny dětí žádný dlouhodobý negativní dopad na jejich budoucí život. Allen a Marotz (2002) zdůrazňují fakt, že ačkoli u některých dětí jsou odchylky ve vývoji neškodné, jiné děti mají vyšší riziko vývojových problémů. Je třeba všimnout si jakýchkoliv podezření na opoždění ve vývoji, neboť včasná intervence může předejít negativnímu dopadu nebo jej alespoň částečně snížit. Dále zmiňují screeningové metody pro děti od narození do pěti let věku, které mohou riziko vývojových problémů u dětí odhalit. Tyto metody prověřují zejména sluch, zrak, tělesný a celkový vývoj, jsou prováděny u pediatra v rámci lékařské prohlídky a v předškolních zařízeních. Prvními, kdo s podezřením přichází, jsou rodiče, a pokud se podezření potvrdí a u dítěte možná hrozí opožděný vývoj, je důležité obrátit se na odborníky, kteří provedou odborná vyšetření a vhodné intervence.

3.2 Dítě s postižením a jeho vývoj

Definice termínu postižení se různí. Slowík (2007, s. 27) jej definuje takto:

„Postižení (disability) znamená omezení nebo ztrátu schopností vykonávat činnost způsobem nebo v rozsahu, který je pro člověka považován za normální.“

Hartl, Hartlová (2010) jej vysvětlují jako jakoukoliv poruchu, duševní či tělesnou, dočasnou, dlouhodobou či trvalou, jež brání člověku účinně se přizpůsobit běžným nárokům života. Hendikep považují za sociální následek postižení. Vágnerová (2004) uvádí jako příčiny vzniku postižení poruchy genetických dispozic, vlivy vnějšího prostředí působící prenatalně, perinatálně i postnatálně. Slowík (2007) uvádí různé klasifikace vad a poruch, dělí je dle typu na orgánové a funkční, dle intenzity na lehké, střední a těžké a dle příčiny na vrozené a získané.

Vágnerová (2004) uvádí, že vývoj dítěte s vrozeným postižením je obdobný a má stejné fáze jako vývoj dítěte bez postižení. V některých obdobích však může být omezen nebo dokonce znemožněn rozvoj některých dovedností. Přestože je vývoj dětí s postižením také individuálně specifický, můžeme u nich najít určité společné znaky. Kojenec s postižením není schopen se orientovat v prostředí, získat dostatek podnětů nebo je zpracovat správným způsobem. Je zde riziko, že dítě nebude dostatečně stimulováno a že bude citově strádat – společným znakem je proto zvýšená potřeba jistoty a bezpečí. Batolecí období je charakteristické nárůstem samostatnosti. Pro děti s postižením je společné, že emancipace je pro ně obtížnější a není možná ve všech jejích oblastech. Je však důležité, aby probíhala alespoň v některé z těchto oblastí – lokomoci, vázanosti na matce nebo vázanosti na aktuální kontakt, aby dítě bylo schopno přejít na symbolické myšlení. Vágnerová (2004) zdůrazňuje, že děti v České republice obecně nejsou k emancipaci tolik vedeny a náš výchovný styl je spíše nutí k pasivitě a závislosti a nevede je k prosazování, u dětí s postižením je to ještě výraznější. V období nástupu do školy Vágnerová (2004) hovoří u dítěte s postižením o první krizi identity, neboť v té době si dítě uvědomuje, že postižení je trvalé a neměnné. Zásadní je také výběr školy. Pokud je dítě zařazeno do speciální školy, odklon od normality se projeví. Integrace do běžné školy naopak míru normality potvrzuje, avšak pro dítě znamená značnou zátěž a hrozí nezvládnutí situace ze strany učitele nebo spolužáků. Děti s postižením mají také často problémy v socializačním vývoji. Jedním z důvodů bývá izolace rodiny, kdy se dítě s vrstevníky nestýká, neboť pro správný socializační vývoj jsou zkušenosti s vrstevníky

zásadní. Ve škole bývá také problém nesymetrická role spolužáka s postižením, je často přehlížen, což vede ke sníženému sebehodnocení, pasivitě a rezignaci, které jsou také společným znakem dětí s postižením.

Reakce na získané postižení u dítěte je výrazně ovlivněna přístupem rodičů a způsobem, jakým akceptují situaci. Děti raného a předškolního věku nejsou ještě schopny pochopit tuto skutečnost a reagují zejména na nepříjemnosti a omezení, které jim postižení přináší (Vágnerová, 2004).

3.3 Dítě s postižením v rodině

Rodina očekávající potomka má mnohá očekávání. Těší se na své miminko a vidí před sebou jasnou budoucnost. Narození dítěte s postižením pro rodiče představuje šok a obrovskou zátěž, je to něco, s čím nikdo nepočítal. Pociťují selhání v rodičovské roli plynoucí z neschopnosti zplodit dítě bez postižení. V této situaci hovoříme o životní krizi, která v budoucnu změní jejich chápání světa. Pro rodinu je narození dítěte s postižením (či potvrzení diagnózy) velkým mezníkem, často dělí svůj život na dobu před narozením dítěte (či stanovením diagnózy) a po něm. Pokud je diagnóza stanovena až později, předchází jí doba, kdy si rodiče začínají uvědomovat odlišnosti dítěte a pociťují nejistotu. Nedochozí však ke krizi rodičovské identity, neboť dítě se dle rodičů narodilo zdravé. Stejně tak okolí považuje později získané postižení za akceptovatelnější, neboť je běžné, že zdravý člověk onemocní (Vágnerová, 2004; Vágnerová, Strnadová, Krejčová, 2009).

Vágnerová (2004) popisuje pět fází procesu akceptace, kterými rodiče procházejí:

1. Fáze šoku a popření – rodič je v šoku, neschopný jakékoliv reakce, popírá skutečnost a viní lékaře.
2. Fáze bezmocnosti – rodič neví, jak problém řešit, dosud se s ním nesešel. Prožívá pocit viny a hanby a zároveň očekává pomoc.
3. Fáze postupné akceptace a vyrovnávání se s problémem – rodič hledá další informace o postižení, o nejlepším způsobu péče o dítě. V této fázi stále ještě pociťuje smutek, deprese, truchlí nad ztrátou očekávaného potomka bez postižení, hněvá se na osud, hledá viníky. Používá různé copingové strategie, aby problém zpracoval, od problému utíká nebo s ním naopak bojuje.

4. Fáze smlouvání – Rodič již akceptoval fakt, že jeho dítě má zdravotní postižení, ale snaží se najít alespoň malé zlepšení. Pociťuje naději, která již není úplně nerealistická.

5. Fáze realistického postoje – rodič postupně přijímá dítě takové, jaké je. Akceptuje skutečnost a jeho plány jsou realističtější. Ke smíření však nemusí dojít u všech rodičů.

Vágnerová, Strnadová a Krejčová (2009) uvádějí, že stres spojený s akceptací této situace zasahuje do všech oblastí života rodičů. Jeho míru ovlivňuje zejména typ a závažnost postižení a také míra potřebné péče o dítě. Nároky na péči a stres rodičů se dále zvyšují kumulací zdravotních problémů dítěte a problémy jeho v chování. Tato situace připomíná sněhovou kouli, nabalují se na sebe další komplikace. Zvládání obtížné situace u rodičů ovlivňují resilienční zdroje – jejich osobnostní vlastnosti, kompetence a postoje a také ekonomické a sociální faktory, ať už podpora rodinného kruhu a přátel či pomáhajících institucí. Matějček (1986) také uvádí, že každá rodina má různě nastavené normy a ideály. Zdraví a tělesná zdatnost je pro ně různě důležitá, což je ovlivněno sociokulturní situací rodiny, složením rodiny a její osobní kvalitou. Proto může jedna rodina akceptovat postižení svého dítěte snáze než jiná. Dalším faktorem, jenž akceptaci ovlivňuje, je samotná osobnost dítěte s postižením, včetně např. toho, je-li dítě mazlivé či nemazlivé.

Dle Vágnerové, Strnadové a Krejčové (2009) rodičům v této obtížné situaci pomáhá, když jsou od počátku informováni a potřebná podpora nesměřuje pouze k dítěti, ale k celé rodině. Rodiče oceňují dostupnost kvalitní péče i poradenství různého druhu. Dle rodičů není oblast sociálního zabezpečení ještě stále na dostatečně vysoké úrovni, zejména v přístupu ke klientům a způsobu informování.

Rodina pečující o dítě s postižením se může uchýlovat k rizikovým výchovným přístupům jako je zavrhuje, zanedbávající, rozmazluje, úzkostná, perfekcionistická či protekční výchova. Výchovný postoj je hodně ovlivněný tím, zda rodina zároveň pečuje o dítě bez postižení (Bazalová, 2014; Opatřilová, Nováková, 2012).

3.4 Raná intervence u dětí s postižením a vybraní poskytovatelé rané péče

Jak již bylo zmíněno, rodině, která pečuje o dítě s postižením, je poskytována speciální péče odborníků, jež směřuje jak k dítěti, tak k rodině jako celku. Pro osoby s těžkým zdravotním postižením je obtížné dosáhnout uspokojení základních potřeb, mimo to mají své speciální potřeby pro vlastní vývoj a interakci s okolím. V podpoře jejich vývoje je zásadní celistvost (Opatřilová, Nováková, 2012).

Termín intervence Hartl a Hartlová (2010) vysvětlují jako cílený, předem promyšlený zásah, který je zpravidla zaměřený na zmírnění tíživé osobní situace či jakýkoliv postup nebo techniku směřující k přerušení, zamezení nebo úpravě probíhajícího procesu. U intervence je zásadní nejen její kvalita a četnost, ale také její včasnost.

Opatřilová a Nováková (2012) používají přímo termín včasná intervence a spolu s ním také související termíny raná podpora a raná péče. Včasná či raná intervence je systém služeb poskytovaných dětem ohrožených v sociálním, biologickém a psychickém vývoji, dětem se zdravotním postižením a jejich rodinám. Raná intervence slouží k předcházení postižení, eliminaci či zmírnění jeho následků a podpoře v sociální integraci. Termín intervence můžeme chápat jako nadřazený pojem pojmu raná péče, která je službou intervenci poskytující.

Raná péče je v zákoně o sociálních službách č. 108/2006 Sb., nabývajícím účinnosti 1. ledna 2007, vymezena jako:

„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 o sociálních službách, č. 108/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů © AION CS 2010-2016)

Základní činnosti, které služba rané péče obsahuje, jsou výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, mezi které patří zhodnocení schopností a dovedností dítěte i rodičů, zjišťování potřeb, specializované poradenství, podpora, upevňování a nácvik rodičovských dovedností, vzdělávání rodičů, nabídka programů podporujících vývoj dítěte a instrukce při nácviku a upevňování dovedností dítěte. Dále raná péče zprostředkovává kontakt se společenským prostředím, a to tak, že pomáhá při obnovení či upevnění kontaktu s rodinou

a také tím, že rodině pomáhá při využívání běžně dostupných služeb. Také rodině nabízí pomoc při uplatňování práv (Bazalová, 2014; Opatřilová, Nováková, 2012).

Ve střediscích pro ranou péči působí poradci rané péče, kteří spolu s dalšími odborníky navštěvují rodiny v domácím prostředí. Konzultace probíhají zpravidla jednou za měsíc a zahrnují zejména přímou práci s dítětem a dále poradenství v oblasti výchovy a sociální poradenství. Poradce také s rodinou konzultuje, jaké pomůcky by byly pro dítě vhodné a rodině je zapůjčuje. Než si rodina pomůcku sama zakoupí, má možnost ji vyzkoušet. Dále poradce doprovází rodinu při jednání s dalšími institucemi. Střediska rané péče organizují setkávání rodin, tzv. kluby rodičů, kde si mohou vzájemně předávat zkušenosti, sdílet svoje pocity a najít v dalších rodičích přátele.

Poradci rané péče také pomáhají najít pro dítě vhodné předškolní zařízení, a protože služba rané péče v sedmi letech dítěte končí, hledají společně s rodinou návazné zařízení a doporučují vhodný vzdělávací program.

Rozsah a prospěšnost služby dokládá výpověď rodiny, jež využívá služby rané péče v Centru LIRA v Liberci:

„Je to veliká pomoc, podpora všem rodinám, které nevědí, co si počít, jaké jsou možnosti a způsoby. Co vše lze udělat pro naše dětičky, aby se podpořil co nejlépe jejich vývoj, všechny schopnosti, zařazení do společnosti, snížení co nejvíce negativních vlivů postižení na kvalitu života dítěte. Umožnit našim dětem žít běžným a důstojným způsobem života.“ (Ohlasy rodičů | Střediska pro ranou péči Liberec, o.p.s. [b.r.]

Pro rodiny pečující o dítě s postižením je tato služba opravdu nenahraditelná, poradci jsou pro ně skutečnou oporou a rodiny se s nimi po ukončení služby těžko loučí.

Seznam vybraných poskytovatelů služby rané péče

Beresford (1994) uvádí, že vědomí o dostupnosti podpory je stejně důležité jako její objektivní existence. Je tedy důležité, aby rodiny věděly, že je někdo, kdo jim může pomoci a na koho se mohou obrátit. Služby rané péče v současné době nabízí 47 poskytovatelů. V této práci je uveden seznam vybraných poskytovatelů, jež mají pracoviště v oblasti Čech. U každého je uveden název poskytovatele a zařízení, dále také cílová skupina, pro kterou jsou služby určeny. Na přelomu roku 2015 a 2016 změnili někteří poskytovatelé právní formu a název. Následující seznam vychází zejména z Registru poskytovatelů sociálních služeb Ministerstva práce a sociálních věcí a z webových stránek jednotlivých poskytovatelů.

Hlavní město Praha

- **Centrum pro dětský sluch Tamtam, o.p.s.**

Raná péče Čechy (Hábova 1571/22, Praha 13-Stodůlky, 155 00 Praha 515)
Cílová skupina: Rodiny s dětmi se sluchovým nebo kombinovaným postižením
(*Raná péče Čechy – Dětský sluch*, © 2015; *Registr poskytovatelů sociálních služeb*, [b.r.]

- **Diakonie ČCE – středisko Praha**

Diakonie ČCE – středisko Ratolest (Saratovská 159, 100 00 Praha 10 – Strašnice)
Cílová skupina: Rodiny s dětmi s opožděným nebo ohroženým vývojem, s mentálním, pohybovým nebo kombinovaným postižením

Diakonie ČCE – středisko Stodůlky (Vlachova 1502/20, 155 00, Praha 5 – Stodůlky)

Cílová skupina: Rodiny s dětmi s opožděným nebo ohroženým vývojem, s mentálním, pohybovým nebo kombinovaným postižením

(*Středisko Ratolest – DIAKONIE ČCE*, © 2016 VIZUS; *Raná péče – DIAKONIE ČCE*, © 2016 VIZUS; *Registr poskytovatelů sociálních služeb*, [b.r.]

- **EDA cz, z. ú.**

EDA cz, z. ú. (Trojická 2/387, 128 00 Praha 2)

Cílová skupina: Rodiny s dětmi se zrakovým nebo kombinovaným postižením
(*Raná péče*, © 2016 EDA cz, z. ú.; *Registr poskytovatelů sociálních služeb*, [b.r.]

- **Národní ústav pro autismus, z.ú.**

Středisko rané péče NAUTIS (Českolipská 621/26, Praha 9-Prosek, 190 00 Praha 9)

Cílová skupina: Rodiny s dětmi s diagnostikovanou poruchou autistického spektra nebo s důvodným podezřením na ni

(Raná péče – Národní ústav pro autismus, z. ú. – Národní ústav pro autismus, z. ú., © 2011 APLA Praha; Registr poskytovatelů sociálních služeb, [b.r.])

- **Společnost pro ranou péči o.s.**

Společnost pro ranou péči o.s. – středisko Praha (Klimentská 1203/2, Praha 1-Nové Město, 110 00 Praha 1)

Cílová skupina: Rodiny s dětmi s ohroženým vývojem, se zrakovým, mentálním, tělesným nebo kombinovaným postižením

(Praha | Společnost pro ranou péči, [b.r.] SPOLEČNOST PRO RANOU PÉČI ; Registr poskytovatelů sociálních služeb, [b.r.])

Jihočeský kraj

- **APLA Jižní Čechy, z. ú.**

APLA Jižní Čechy, z. ú. – pracoviště České Budějovice (Jírovcova 1339/43, 370 01 České Budějovice)

Cílová skupina: Rodiny s dětmi s poruchou autistického spektra

APLA Jižní Čechy, z. ú. – pracoviště Tábor (Vančurova 2904, 390 01 Tábor)

Cílová skupina: Rodiny s dětmi s poruchou autistického spektra

(APLA Jižní Čechy – asociace pomáhající lidem s autismem, © 2016 EDGERING; Registr poskytovatelů sociálních služeb, [b.r.])

- **Arpida, centrum pro rehabilitaci osob se zdravotním postižením, z. ú.**
 Arpida, centrum pro rehabilitaci osob se zdravotním postižením, z. ú. (U Hvízdala 1402/9, České Budějovice 2, 370 11 České Budějovice 11)
 Cílová skupina: Rodiny s dětmi s ohroženým vývojem, s tělesným nebo kombinovaným postižením
 (*Raná péče – centrum Arpida, © [b.r.] AVEXA; Registr poskytovatelů sociálních služeb, [b.r.]*)
- **I MY, o.p.s.**
 Raná péče I MY (tř. Dr. Edvarda Beneše 286/5, Soběslav II, 392 01 Soběslav)
 Cílová skupina: Rodiny s dětmi s opožděným vývojem, s mentálním, tělesným, kombinovaným postižením nebo poruchou autistického spektra
 (*I MY - Raná péče pro jihočeský region, © 2013; Registr poskytovatelů sociálních služeb, [b.r.]*)
- **Středisko rané péče SPRP České Budějovice**
 Středisko rané péče SPRP České Budějovice (Kněžská 410/8, 370 01 České Budějovice 1)
 Cílová skupina: Rodiny s dětmi se zrakovým nebo kombinovaným postižením
 (*České Budějovice | Společnost pro ranou péči, © [b.r.] SPOLEČNOST PRO RANOU PÉČI; Registr poskytovatelů sociálních služeb, [b.r.]*)
- **Základní škola a Mateřská škola a poskytovatel sociálních služeb, Kaňka o.p.s.**
 Základní škola a Mateřská škola a poskytovatel sociálních služeb, Kaňka o.p.s. (Helsinská 2731, Tábor, 390 05 Tábor 5)
 Cílová skupina: Rodiny s dětmi s mentálním, tělesným, smyslovým nebo kombinovaným postižením
 (*Raná péče :: Kanka2, © [b.r.] Webnode; Registr poskytovatelů sociálních služeb, [b.r.]*)

Karlovarský kraj

- **Správa zdravotních a sociálních služeb Cheb, příspěvková organizace**
Raná péče (Dřevařská 2137/13, Cheb, 350 02 Cheb 2)
Cílová skupina: Rodiny s dětmi s ohroženým vývojem, s mentálním nebo kombinovaným postižením
(SZSS Cheb – Správa zdravotních a sociálních služeb Cheb, © 2016 SZSS Cheb - Správa zdravotních a sociálních služeb Cheb; Registr poskytovatelů sociálních služeb, [b.r.])

Královéhradecký kraj

- **Centrum LIRA, z. ú.**
Centrum LIRA, z. ú. (třída Edvarda Beneše 1549/34, Nový Hradec Králové, 500 12 Hradec Králové 12)
Cílová skupina: Rodiny s dětmi se zrakovým nebo kombinovaným postižením
(Střediska pro ranou péči Liberec, o.p.s. [b.r.]; Registr poskytovatelů sociálních služeb, [b.r.])
- **Diakonie ČCE – středisko Světlo ve Vrchlabí**
Pracoviště rané péče Diakonie ČCE - středisko Světlo ve Vrchlabí (Pražská 858, Vrchlabí, 543 01 Vrchlabí 1)
Cílová skupina: Rodiny s dětmi s opožděným nebo ohroženým vývojem, s mentálním, pohybovým nebo kombinovaným postižením
(Raná péče – Diakonie ČCE, © 2016 VIZUS; Registr poskytovatelů sociálních služeb, [b.r.])
- **Oblastní charita Hradec Králové**
Středisko rané péče Sluníčko (Ulrichovo náměstí 733/9, Hradec Králové, 500 02 Hradec Králové 2)
Cílová skupina: Rodiny s dětmi s ohroženým vývojem, s mentálním, tělesným, zrakovým, kombinovaným postižením nebo poruchou autistického spektra
(Oblastní charita Hradec Králové, © 2016 VIZUS; Registr poskytovatelů sociálních služeb, [b.r.])

Liberecký kraj

- **Centrum LIRA, z. ú.**

Centrum LIRA, z. ú. (Matoušova 406/20, Liberec III-Jeřáb, 460 07 Liberec 7)

Centrum LIRA, z. ú. (Matoušova 453/21, Liberec III-Jeřáb, 460 07 Liberec 7)

Cílová skupina: Rodiny s dětmi s ohroženým vývojem, se zrakovým, mentálním, pohybovým, kombinovaným postižením, s poruchou autistického spektra nebo s podezřením na ni

(Střediska pro ranou péči Liberec, o.p.s. [b.r.]; Registr poskytovatelů sociálních služeb, [b.r.]

Pardubický kraj

- **Rodinné Integrační Centrum o.s.**

Rodinné Integrační Centrum o.s. (Prodloužená 278, Pardubice II-Polabiny, 530 09 Pardubice 9)

Rodinné Integrační Centrum o.s. (B. Martinů 980, Žichlínské Předměstí, 563 01 Lanškroun)

Cílová skupina: Rodiny s dětmi s poruchou autistického spektra nebo s podezřením na ni, s projevujícími se častými závažnými poruchami chování plynoucími z nedostatečného porozumění řeči, se zhoršenou orientací v sociálních vztazích, se zhoršenou představitostí

(Rodinné integrační centrum [b.r.]; Registr poskytovatelů sociálních služeb, [b.r.]

- **Středisko rané péče v Pardubicích o.p.s.**

Středisko rané péče v Pardubicích o.p.s. (Bělehradská 389, Pardubice II-Polabiny, 530 09 Pardubice 9)

Cílová skupina: Rodiny s dětmi s ohroženým vývojem, s nerovnoměrným vývojem, s tělesným, mentálním nebo kombinovaným postižením, s poruchou autistického spektra

(Středisko rané péče v Pardubicích, © 2015 Maxx Creative s.r.o. ; Registr poskytovatelů sociálních služeb, [b.r.]

Plzeňský kraj

- **MCT CZ o.s.**

MCT CZ středisko rané péče (Nový Spálenec 25, Česká Kubice, 344 01 Domažlice 1)

Cílová skupina: Rodiny s dětmi se zdravotním postižením / tělesnou vadou, mentální dysfunkcí, DMO, hyperaktivitou, poruchami imunity nebo s ohroženým vývojem z důvodu sociálních problémů rodiny

(Občanské sdružení MCT CZ, © 2007 Občanské sdružení MCT CZ; Registr poskytovatelů sociálních služeb, [b.r.]

- **MOTÝL, z. ú.**

MOTÝL (Žlutická 1694/2, Plzeň 1-Bolevec, 323 00 Plzeň 23)

Cílová skupina: Rodiny s dětmi s opožděným nebo omezeným vývojem, s mentálním, tělesným, kombinovaným postižením nebo s poruchou autistického spektra

(Raná péče Motýl z. ú., © 2013 ; Registr poskytovatelů sociálních služeb, [b.r.]

- **Raná péče Kuk, z. ú.**

Raná péče Kuk, z. ú. (Tomanova 2645/5, Plzeň 3-Jižní Předměstí, 301 00 Plzeň 1)

Cílová skupina: Rodiny s dětmi se zrakovým nebo kombinovaným postižením

(Raná péče Kuk, z. ú. | Středisko pro ranou péči, o.p.s. [b.r.]; Registr poskytovatelů sociálních služeb, [b.r.]

Středočeský kraj

- **Centrum sociálních služeb Tloskov**

Centrum sociálních služeb Tloskov (Tloskov 1, 257 56 Neveklov)

Cílová skupina: Rodiny s dětmi s ohrožením vývoje, s mentálním, tělesným nebo kombinovaným postižením

(Raná péče, CSS Tloskov, © 2013 - 2016 CSS Tloskov ; Registr poskytovatelů sociálních služeb, [b.r.]

- **Kolpingova rodina Smečno**

Středisko rané péče Slaný (U Zámku 5, 273 05 Smečno)

Cílová skupina: Rodiny s dětmi s nervosvalovým onemocněním, s nerovnoměrným či opožděným vývojem, se zdravotním postižením

(Raná péče :: Dům rodin, © 2016 VIZUS; Registr poskytovatelů sociálních služeb, [b.r.])

- **Oblastní charita Kutná Hora**

Středisko Na Sioně (Palackého náměstí 320, Kutná Hora-Vnitřní Město, 284 01 Kutná Hora 1)

Cílová skupina: Rodiny s dětmi s ohroženým nebo nerovnoměrným vývojem, s tělesným, mentálním, kombinovaným nebo jiným zdravotním postižením

(Raná péče Na Sioně :: Středisko rané péče Kutná Hora, © 2011 Webnode ; Registr poskytovatelů sociálních služeb, [b.r.])

- **Středisko ROSA, z.s.**

Středisko pomoci ohroženým dětem - ROSA (Římská 2846, Kladno, 272 04 Kladno 4)

Cílová skupina: Rodiny s dětmi s opožděným vývojem nebo se zdravotním postižením

(ROSA – Středisko pomoci ohroženým dětem [b.r.] ; Registr poskytovatelů sociálních služeb, [b.r.])

Ústecký kraj

- **Demosthenes, o.p.s.**

Demosthenes, o.p.s. (Mírová 2820/2, Severní Terasa, 400 11 Ústí nad Labem 11)

Cílová skupina: Rodiny s dětmi se zdravotním postižením nebo ohroženým vývojem

(Demosthenes, © 2013 - 2016 Half-fish Studio ; Registr poskytovatelů sociálních služeb, [b.r.])

Vysočina (zařízení poskytovatelů spadající do oblasti Čech)

- **Oblastní charita Havlíčkův Brod**

Středisko rané péče Havlíčkův Brod (Horní 3188, Havlíčkův Brod, 580 01 Havlíčkův Brod 1)

Cílová skupina: Rodiny s dětmi s ohroženým nebo opožděným vývojem, s mentálním, tělesným nebo kombinovaným postižením

(Středisko rané péče Havlíčkův Brod - Oblastní charita Havlíčkův Brod, © 2016 Charita Česká republika ; Registr poskytovatelů sociálních služeb, [b.r.]

- **Středisko rané péče SPRP Brno**

Detailované pracoviště Střediska rané péče SPRP Brno (Dolní 165/1, 591 01 Žďár nad Sázavou 1)

Cílová skupina: Rodiny s dětmi se zrakovým a kombinovaným postižením, s ohroženým vývojem v oblasti zrakového vnímání

(Brno | Společnost pro ranou péči, [b.r.] SPOLEČNOST PRO RANOU PÉČI ; Registr poskytovatelů sociálních služeb, [b.r.]

4 Analýza aktuálních problémů rané intervence – vlastní šetření

Aby byla služba rané péče co nejefektivnější a rodinám byla schopna poskytovat dostatečnou podporu, je důležité zabývat se problémy, s kterými se setkává. Tuto část proto tvoří vlastní šetření, jehož cílem je zodpovědět otázku „S jakými problémy se v současné době potýkají pracoviště rané péče“.

Tato část vychází zejména z rozhovoru s PaedDr. Alexandrou Bečvářovou, ředitelkou organizace Centrum LIRA, z. ú, které vzniklo transformací Střediska pro ranou péči Liberec.

Předpokládám, že paní ředitelka zhodnotí změnu postoje rodin vůči službě rané péče a uvede problémy týkající se navazujících organizací a systému financování, neboť tato témata jsou v Centru LIRA často otevírána.

4.1 Zdůvodnění strategie

Vzhledem k povaze práce a k jejímu cíli byla pro analýzu aktuálních problémů rané intervence využita metoda polostrukturovaného rozhovoru, která bývá řazena mezi nejčastější metody kvalitativního výzkumu. Tato metoda nám umožňuje dostat se do skutečné hloubky problémů, neposkytuje nám pouze jejich výčet. Další výhodou této metody je fakt, že nám umožňuje porozumět zkušenosti dotazovaného, což je pro tuto práci zásadní. V průběhu rozhovoru se držíme určitého schématu a zároveň můžeme klást doplňující otázky (Hendl, 2005; Miovský, 2006).

4.2 Výzkumné metody

Kvalitativní výzkum

Strauss a Corbinová (1999) definují kvalitativní výzkum jako jakýkoliv výzkum, k němuž se nevyužívají statistické procedury a kvantifikace. Tento výzkum se využívá k odhalení a porozumění podstaty jevů a může být využit k získávání nových informací. Miovský (2006) uvádí, že kvalitativní přístup využívá kvalitativní metody k popisu, analýze a interpretaci nekvantifikovaných (a nekvantifikovatelných) vlastností

zkoumaných fenoménů a jeho hlavními charakteristikami jsou jedinečnost a neopakovatelnost.

Rozhovor

Rozhovor je jednou z metod kvalitativního výzkumu. Díky němu můžeme porozumět situaci, získat informace o názorech, postojích a záměrech. Je to zprostředkovaný a interaktivní proces získávání dat (Ferjenčík, 2000).

Rozhovor můžeme dělit dle míry strukturace na nestrukturovaný, polostrukturovaný a strukturovaný. Při nestrukturovaném rozhovoru je konverzace přirozená, podobá se běžnému hovoru a nemá pevně danou strukturu a my se držíme zejména hlavního tématu. Protipólem tohoto typu je strukturovaný rozhovor. Tato metoda je podobná dotazníku, má pevně dané a neměnné schéma a vyžaduje náročnou přípravu. Poslední typ rozhovoru kombinuje předchozí dva uvedené typy. Polostrukturovaný rozhovor má dané určité schéma a okruhy otázek, při rozhovoru můžeme klást doplňující otázky (Miovský, 2006).

Průběh rozhovoru

Průběh rozhovoru by měl být následující: Při přípravné etapě je nutné si ujasnit, o čem má rozhovor být, s kým bychom jej měli vést a jak se na rozhovor připravit. Při úvodní etapě vysvětlíme dotazovanému cíl, smysl a obsah rozhovoru a navodíme příjemné klima. V tzv. jádru rozhovoru by otázky měly být seřazeny jak horizontálně (tedy dle témat), tak vertikálně (dle všeobecnosti či emocionální neutrality) – je vhodné použít tzv. trychtýřové kladení otázek. V závěru rozhovoru bychom měli ocenit respondenta, jeho ochotu. Při vyhodnocování rozhovoru třídíme a analyzujeme získaná data (Ferjenčík, 2000).

Zásady vedení rozhovoru

Hendl (2005) a Ferjenčík (2000) uvádí osvědčené zásady pro vedení rozhovoru. Zásadní je stanovit si, jaký má náš výzkum účel, na rozhovor se musíme důkladně připravit a nacvičit si jej. Rozhovor bychom měli vést s osobou, která se situace přímo účastní, tedy nám poskytne informace „z první ruky“, neboť čím je informace zprostředkovanější, tím je

zkreslenější a méně důvěryhodná. S dotazovaným bychom měli navodit vztah vzájemné důvěry, pozorně mu naslouchat, ale zároveň si zachovat neutralitu. Otázky by měly být přesné, jasné, srozumitelné a kladeny po jedné (případně doplněny sondážními otázkami) a dotazovanému musíme poskytnout dostatek času na odpověď. Je důležité, abychom byli reflexivní a monitorovali i sami sebe.

4.3 Rozhovor s PaedDr. Alexandrou Bečvářovou, ředitelkou Centra

LIRA, z. ú.

Náplní následující kapitoly je rozhovor s PaedDr. Alexandrou Bečvářovou, ředitelkou Centra LIRA, z. ú. Tato organizace vznikla přímou transformací Střediska pro ranou péči Liberec, o.p.s., jehož historie sahá až do roku 1993. Paní ředitelka zde působí od samého začátku střediska, její zkušenosti ve službě rané péče a v dalších souvisejících oblastech jsou opravdu nenahraditelné. Protože s rodinami pracuje více než 20 let a zaměstnala již mnoho poradců rané péče, může objektivně zhodnotit, s jakými problémy se pracoviště potýkalo v minulosti a jaké problémy řeší v současnosti. V našem rozhovoru se věnujeme historii a současnému stavu organizace a důležitým změnám, které se zde udály. Dále se věnujeme problémům, se kterými se Centrum LIRA potýká.

K. Charvátová: *„Dobrý den, paní ředitelko, děkuji Vám za Váš čas a ochotu. Tento rozhovor a jeho analýza bude součástí vlastního šetření mé bakalářské práce Aktuální problémy rané intervence. Cílem mé práce je zmapovat aktuální problémy rané intervence, konkrétně zodpovědět otázku „S jakými problémy se v současné době potýkají pracoviště rané péče“. Toto téma tedy bude i náplní našeho rozhovoru. Nejdříve se budeme věnovat historii Vaší organizace a Vaší roli v ní, poté současné situaci a problémům, s kterými se potýkáte.“*

Kdy bylo středisko založeno?

A. Bečvářová: „Středisko se zakládalo od roku 1993, ale vše šlo postupně. Listopad 1993 je termín, od kterého jsem byla zaměstnaná, ale středisko de facto začalo existovat až v roce 1994. Zřizovatelem byla Česká unie nevidomých a slabozrakých. Středisko bylo založeno jako třetí v republice, první byla Praha, druhé Brno a třetí Liberec. Brzy poté vzniklo středisko v Českých Budějovicích a ve stejném roce začala službu rané péče poskytovat také Diakonie ČCE.“

Jak se služby rané péče lišily od současného přístupu?

„Byl to úplný počátek rané péče v České republice, takže to samozřejmě vypadalo úplně jinak, než to vypadá teď. Klientů, tedy v té době jsme jim neříkali „klienti“, bylo docela dost, ale byl to úplně jiný způsob poskytování služeb. Ty konzultace, předtím jsme jim říkali „návštěva v rodině“, byly hodně zaměřeny na podporu vývoje dítěte, na podporu rodiny, ale nebylo to tak strukturované. Konzultace byly delší a byly zaměřeny na to, co rodina zrovna potřebovala. Myslím si, že v té době byly naše vzájemné vztahy méně formální, navazovali jsme mnohem silnější přátelská pouta, z čehož jsme se postupně poučili, a služba se víc a víc profesionalizovala. Vztahy s rodinami byly tehdy opravdu těsné.“

Jaké bylo v té době vybavení střediska?

„Na začátku středisko nemělo vůbec nic, za prvních pár tisíc se koupily základní pomůcky. Auto jsme v té době neměli vůbec žádné. To nám půjčovala Česká unie, my jsme si ho objednali a řidič s autem přijel a rozvážel nás po rodinách. Později jsem taky jezdila svým autem. Tenkrát trvalo tři čtvrtě roku, než nám zavedli pevnou telefonní linku. Do rodin jsme posílali telegramy nebo korespondenční lístky, abychom potvrdili definitivní termín návštěvy.“

Středisko rané péče v Liberci jste tedy zakládala přímo Vy. Kolik osob v počátcích tvořilo tým střediska?

„Dlouho jsem tým tvořila sama, zastávala jsem všechny funkce. Pak jsme pracovali ve dvou a takhle postupně tým narůstal. Posledních deset let už do rodin já osobně nejednu, i když se práce s rodinami i dětmi nějakou formou stále účastním – zejména ve fázi jednání s rodinami a hodnocení programu a cílů.“

Jak to bylo se střediskem dál?

„Naším zřizovatelem tehdy byla Česká unie nevidomých a slabozrakých a raná péče byla součástí Unie. V roce 1997 se raná péče od svého původního zřizovatele oddělila a byla založena Společnost pro ranou péči, která zřizovala více středisek. Mezi nimi i naše liberecké. Územní rozsah poskytování služeb libereckého střediska byl podobný jako nyní – Liberecký kraj, Královéhradecký, část Ústeckého a část Středočeského. Měli jsme méně klientů a o některá území, zejména v oblasti Středočeského a Královéhradeckého kraje jsme se dělili s pražským střediskem. Teprve později vznikla dohoda o nastavení hranice působnosti, aby bylo klientům jasné, na koho se mají obrátit.“

A Vaše cílová skupina v té době byly rodiny s dětmi se zrakovým a kombinovaným postižením?

„Ano, v té době to byly rodiny s dětmi se zrakovým a kombinovaným postižením. My jsme později rozšířili cílovou skupinu rané péče pro Liberecký kraj. Stalo se tak na žádost Libereckého kraje, který v té době velmi vnímal potřebu této služby i pro rodiny s dětmi s pohybovým a mentálním postižením a jiný poskytovatel těchto služeb, který by měl v oblasti rané péče zkušenosti, zde nebyl. Tím jsme se začali nějakým způsobem odlišovat, což ale nevadilo. Vždy to bylo tak, že 80% dětí mělo kombinované postižení, které bylo spojeno se zrakovým postižením. Vycházeli jsme ze svých zkušeností z práce s dětmi s kombinovaným postižením a postupně vytvořili tým, který kvalifikovaně řešil otázky podpory vývoje dítěte s pohybovým, případně mentálním postižením. V současné době je pro nás stále prioritou podpora vývoje dítěte se zrakovým a kombinovaným postižením, v tom má naše organizace vysokou kvalifikaci, tradici a odborný tým.“

Který další moment byl pro organizaci zásadní?

„V roce 2010 jsme změnili právní formu a osamostatnili se. Oddělením od původního zřizovatele Společnosti pro ranou péči vznikly další 3 samostatné organizace – Střediska pro ranou péči Liberec, Praha a Plzeň. Mezi organizacemi vznikla velmi úzká spolupráce.“ (organizace měly do konce roku 2015 společné logo, web a časopis Raná péče – pozn. aut.) „Cílem spolupráce těchto tří středisek rané péče bylo zachovat a rozvíjet úroveň rané péče v oblasti péče o rodinu a dítě se zrakovým a kombinovaným postižením, spolupracovat na metodikách rané péče, metodice rozvoje zrakového vnímání a rané péče jako oboru. I nyní organizujeme společné vzdělávací aktivity, společně postupujeme zejména při vzdělávání poradců v oblasti problematiky vývoje a rozvíjení dítěte se zrakovým postižením. Tato těsná spolupráce funguje velmi dobře dosud. Po změně právní formy a osamostatnění tří středisek probíhala i velmi důležitá a intenzivní spolupráce na dalších metodikách služby raná péče, vzájemné stáže a další aktivity, které tyto organizace, zejména v podobě supervizí a kazuistických setkání, sdílí dosud.“

Od 1. 1. 2016 máte jinou právní formu a název. Co vás k tomu vedlo?

„Změnili jsme právní formu, ale byla to přímá transformace, máme stejné IČO. Hlavním důvodem změny byla nutnost někdy v budoucnu transformaci provést (obecně prospěšné společnosti byly zrušeny) a dále nutnost změny názvu „Středisko pro ranou péči Liberec“, který byl pro žadatele o službu mimo Liberec a zejména mimo Liberecký kraj nesrozumitelný.“

Nyní jsme se tedy dostali do současnosti. Jaké služby tedy Centrum LIRA poskytuje?

„V současné době pokračuje služba rané péče, která je určena pro rodiny s dětmi se zrakovým, mentálním, pohybovým a kombinovaným postižením a pro rodiny s dětmi s poruchou autistického spektra. Tato široká cílová skupina je v Libereckém a nově i v Královéhradeckém kraji. V Ústeckém kraji poskytujeme službu rané péče rodinám s dětmi se zrakovým a kombinovaným postižením, protože zde figuruje i jiná služba. Poslední roky jsme se začali hodně věnovat právě dětem s poruchou autistického spektra. I mezi nimi je řada rodin s dětmi se zrakovým postižením. Jak se postupně množily žádosti o službu a přibývaly rodiny s dětmi s poruchou autistického spektra, bylo nutné, aby celý

tým získal co nejlepší kvalifikaci pro práci s těmito dětmi a jejich rodinami. Poradci rané péče prošli rozsáhlým vzděláváním a získali zkušenosti z intenzivní práce s dětmi s poruchami autistického spektra. Viděli jsme, jak obrovské problémy tyto děti mají a co všechno pro ně můžeme udělat. Tak opět ve spolupráci s krajem, který vnímal vysokou potřebu řešit téma autismu od raného věku dítěte, jsme registrovali Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi s poruchou autistického spektra. Tato služba je poskytována naší organizací od 1. 1. 2016. Na koncepci služby a obsahové náplni programů a terapií jsme pracovali rok. Rozhodli jsme se programy zpřístupnit nejen rodinám s dětmi raného věku s PAS, ale i rodinám s dětmi mladšího školního věku. Důvodem byla zejména skutečnost, že diagnostika PAS je často stanovena později, často až v předškolním věku. Tyto rodiny a jejich děti potřebují okamžitou a intenzivní pomoc.“ (Sociálně aktivizační služby jsou poskytovány dětem s PAS do 10 let a zahrnují individuální nácviky pracovního chování, individuální nácviky ve skupině, skupinové nácviky sociálních dovedností, sportovní kroužek, muzikoterapii, bazální stimulaci a příměstský tábor, dále psychoterapii a vzdělávání pro rodiče, videotrénink interakcí, odpolední rodinné skupiny a další – pozn. aut.)

Myslíte si, že věková hranice 7 let, dokdy je poskytována raná péče, je dostačující?

„Myslím si, že je to správné. Je poskytována dětem raného věku a definování raného věku do 7 let je úplně v pořádku. Rodiče by byli rádi, kdyby raná péče trvala déle, ale já si myslím, že je to správně, že tam je stanoven limit. Je ale jiná otázka, jestli by měla existovat jiná služba, která by poskytovala návaznou pomoc, aby rodiny nezůstaly samy, protože se tak často cítí, ale to už by nebyla raná péče. Návaznou péči by měla poskytovat speciálně pedagogická centra, ta mají ale úplně jinou roli. Jsou to partneři pedagogů, nemají prostor být partneři rodiny.“

Jaká je kapacita Vašich služeb?

„Je hodně obtížné definovat kapacitu, odvíjí se od počtu pracovníků v přímé péči. Pro Sociálně aktivizační služby je v registru napsaná kapacita 55 klientů, ale definovat ji na počet klientů je téměř nemožné, každý klient potřebuje něco jiného. U rané péče máme kapacitu 150 klientů v Libereckém, 25 klientů v Ústeckém kraji a 50 klientů v Královéhradeckém kraji.“

Kolik v Centru zaměstnáváte osob?

„Pracuje zde 13 poradců rané péče, úvazky jsou rozdělené podle krajů – 8,2 úvazku v přímé péči na Liberecký kraj, 2,8 na Královéhradecký a 1,4 na Ústecký kraj. V Sociálně aktivizačních službách pracuje 9 terapeutů, na přímou péči zde máme 3,2 úvazku.“

Je to dostačující?

„Těch úvazků není moc. Bylo by potřeba, aby to bylo mnohem víc.“

Máte dojem, že jsou absolventi speciální pedagogiky připraveni na práci jako poradce rané péče?

„Je to velmi individuální, myslím, že připravenost mladého člověka – speciálního pedagoga a poradce rané péče není tolik o studiu, ale více závisí na osobnosti člověka, jeho zájmu, empatii, pokoře, ochotě se vzdělávat a jeho respektu k individualitě a právům člověka. Znalosti, které poskytuje škola, jsou minimální podmínkou. Toho, co vše se musí ještě naučit, aby mohl opravdu pomáhat rodinám s dětmi raného věku, je opravdu mnoho. Jak z oblasti vývoje dítěte, tak z oblasti podpory rodiny. U rané péče je důležité, aby se potenciální uchazeč o tuto profesi dlouhodobě zajímal, spolupracoval s organizacemi. Ideální je to, co jste dělala vy – během studia se o práci zajímat a být s ní v kontaktu.“
(Autorka byla rok a půl dobrovolnicí ve středisku v Liberci a nyní zde od 1. 1. 2016 pracuje jako terapeut – pozn. aut.) *„Naše požadavky jsou hodně mezioborové, budoucí poradce musí mít nejrůznější znalosti, které si speciální pedagog doplní prostřednictvím výcviků a kurzů. Důležité je, aby nový pracovník – poradce rané péče sdílel základní hodnoty organizace, její filosofii, aby přistupoval k rodině partnersky, s respektem*

a při své práci se opíral o velmi dobrou znalost vývoje dítěte a stále zvyšující se znalost metod podpory vývoje dítěte s jednotlivými typy postižení. Myslím, že ve chvíli, kdy nový poradce přijde na to, že to tak není, že selhává opakovaně v některých oblastech nebo nerozumí a neztotožňuje se s našimi postoji, tak odejde sám. To se prostě děje. Myslím, že do rané péče se nehrnou lidé, kteří na to osobnostně nemají, protože to není jednoduché. Musí počítat s tím, že ne vždy budou vstupovat do rodin žijících v sociálním prostředí, které by si sami vybrali. Je důležité respektovat způsoby výchovy a způsoby života rodin a tomu i přizpůsobit svoje chování. Také musí být připraveni, že na sobě budou intenzivně pracovat, že se budou stále vzdělávat. Pro nás jsou poradci rané péče – pracovníci v přímé péči, kteří u nás jsou několik let, velmi cenní. Jejich zkušenosti a znalosti jsou výsledkem stálého, dlouhodobého, intenzivního vzdělávání, supervizí, intervizí, stáží, ověřování postupů v rodinách, vyhledávání a zjišťování nových informací, účastí na odborných konferencích, atd. Je pravda, že naše organizace s výjimkou odchodu na mateřskou dovolenou není pracovištěm, kde by byla fluktuace pracovníků.“

Jaké osobnostní vlastnosti jsou u poradců rané péče zásadní?

„Určitě schopnost empatie, naslouchání a sdílení – to, že člověk něco umí a někomu něco odvypráví, to není podstatné. Poradce musí umět zejména naslouchat. Rodiče potřebují své problémy s někým sdílet. Ze začátku zpravidla nepotřebují slyšet, co a jak mají dělat. Poradce musí umět a stále se se dál rozvíjet v dovednosti vedení rozhovoru, musí umět komunikovat s rodiči tak, aby mu porozuměli a aby si získal jejich důvěru. Svoji práci musí vždy opírat o velmi dobrou znalost a dovednost práce s dítětem, uvědomuje si ale, že v každé rodině je třeba volit a nabízet takové postupy, které jsou v souladu se stylem výchovy, možnostmi rodiny, běžným chodem domácnosti. Poradce by v rodičích nikdy neměl vytvářet pocit viny nebo nějaké nedostatečnosti, naopak, podporuje jejich rodičovské sebevědomí a kompetence a pomáhá jim najít vlastní zdroje – to je podstata všeho. Je to nesmírně složité.“

Myslíte si, že důležitou roli hraje také věk poradce? Například kvůli tomu, že by je rodiče neuznávali kvůli nedostatku zkušeností.

„Já mám s mladými lidmi opravdu dobré zkušenosti. Vím, že se kolikrát říká, že mladý člověk se pro práci v rané péči nehodí. Já si ale myslím, že naopak – mladý člověk není zatížený předchozími zkušenostmi např. z učitelství, které je hodně výkonově zaměřené. Mladí lidé se mnohem lépe přizpůsobují, učí novému, přistupují s pokorou a tvořivostí do nových situací. Ze začátku mají problém s tím, že jsou mladí, někdy to zpočátku vyvolává i určitou ostražitost ze strany rodiny. Pokud ovšem poradce splňuje požadavky na osobnost poradce a systematicky rozvíjí své znalosti a dovednosti, tato ostražitost přejde a mladý poradce se začne také cítit jistěji a důvěřovat si. Novým poradcům také zpočátku dáváme rodiny, které jak z hlediska postižení dítěte, tak z hlediska situace celé rodiny nejsou náročné a je zde předpoklad, že poradce svůj úkol pod vedením zkušenějšího kolegy zvládne.“

Domníváte se, že je náhled na povolání poradce rané péče objektivní?

Ne, naopak je silně podceněný. Toto povolání nelze porovnávat s jinými, např. s asistenty, ale bohužel se to děje. Poradce je vystudovaný speciální pedagog, s absolvovanými kurzy, výcviky, specializací a obrovskou zátěží. Musí podporovat rodiny, kde je umírající dítě, kde se rodiče smiřují s těžkým postižením dítěte. Není možné, aby byly mzdy nastavené tak nízko, protože pak to nebude nikdo dělat. Nebo se té profesi budou obětovat, což taky není dobře, mají za to být ohodnoceni a to se neděje. Když to takhle půjde dál a bude to dál takhle podceněné, tak ti lidé budou vyhořelí. Budou šíleně přetížení a nebudou mít žádnou podporu. A člověk, který pracuje s takovou zátěží, podporu potřebuje. Takže je to problém nejen finanční, ale i personální. Takže by bylo třeba ubrat, mít méně přímé práce a víc možností obnovovat svoje síly.“

Stává se, že rodiny chtějí změnit poradce?

„Málo, ale stává se to. Já si uvědomuji, že pro poradce to někdy musí být těžké, když si rodina přeje výměnu. Stalo se to asi čtyřikrát za celou dobu, ale i v tom musí být poradce profesionální a přijmout to. O změnu si může říct rodina i poradce. Poradce k tomu mohou vést osobní důvody, které nemusí nikomu vysvětlovat nebo nějaký jiný důvod spojený např.

s jeho nejistotou v předpokládaných činnostech. Pokud je to možné, vyhovíme jak požadavku rodiny, tak požadavku poradce. Důvodem výměny ze strany poradce je i často skutečnost, že do rodiny jezdí mnoho let a má pocit, že rodině by byl užitečnější jiný konzultant, s novým pohledem na věc, s novými nápady. V některých rodinách, které byly klienty více let, se vystřídal i několik poradců. Já jsem se současným týmem hodně spokojená, každý je trochu jiný. Někdo se ve své práci orientuje více na dospělé členy rodiny a klade vysoký důraz na porozumění a komunikaci s nimi, někomu sedí lépe větší orientace na činnost s dítětem. A skrz pevný kontakt a vztah s dítětem získává důvěru rodičů a navazuje s nimi vztahy vzájemné důvěry. Já jsem byla vždy zaměřena na práci s rodinou, aby celá rodina žila běžný život, aby s dítětem komunikovali a přijali jej. Aby dítě bylo součástí rodiny, to je nejdůležitější.“

Jak jsou vaše služby financovány?

„Jsou financovány ze státních neinvestičních dotací Ministerstva práce a sociálních věcí, z dotací krajů a příspěvků jednotlivých měst a obcí, z příspěvků nadací, fondů Evropské unie a ze sponzorských darů. Financování sociálních služeb je problém stále trvajícím. Samozřejmě nám chybí stále finanční prostředky, krajně nás omezuje skutečnost, že financování je vždy pouze na rok, takže my zase další rok nevíme, co bude a kolik dostaneme peněz. A obrovským problémem je, že první čtvrtletí roku jsme vždy bez peněz, státní dotace, která tvoří 90% finančních zdrojů, je zasílána až v průběhu dubna. Financování preventivní služby, která je povinně pro rodiny zdarma, je závislé na veřejných zdrojích – stát, kraj, města, obce, minimální podíl tvoří nadace a ještě menší, tak 0,5% sponzoři. Tento systém průběhu financování v podstatě znemožňuje vznik nových služeb.“

Jak probíhá spolupráce s dalšími organizacemi?

„Úzce spolupracujeme se středisky, které poskytují službu rané péče rodinám s dětmi se zrakovým a kombinovaným postižením, dále v rámci Asociace pracovníků v rané péči, kde jsou sdruženi poskytovatelé rané péče. Asociace nám uděluje garanci kvality služby a spolupracujeme s ní i v oblasti vzdělávání, zajišťuje akreditovaný kurz poradce rané péče a další odborné kurzy, supervize a kazuistické semináře.“

O speciálně pedagogických centrech jste se už zmínila. Jak probíhá spolupráce s nimi?

„Se speciálně pedagogickými centry spolupracujeme už 20 let. Snažíme se, aby pro nás byla návaznou službou. Spolupracujeme taky s mateřskými a základními školami, často víc než bychom chtěli. Je to spíš role speciálně pedagogických center, ale SPC jsou někdy tak zavalena psaním různých dokumentů, že na konkrétní práci s dítětem již nezbyvá čas. Také spolupracujeme s lékaři, za těch 20 let jsme navázali kontakt s oftalmology, neonatology, neurology a pediatry v oblasti, ve které působíme. Účastníme se oftalmologických a pediatrických konferencí, máme zde aktivní příspěvky, lékaři naši činnost i organizaci zpravidla již dobře znají a rodičům kontakty na naši službu předávají.“

Domníváte se, že se nějak změnily postoje rodin k vaší službě?

„Samozřejmě i tady je znát vývoj. Od velmi osobního vztahu, který jsme měli na začátku, jsme se díky zkušenostem profesionalizovali. Nicméně navázání vztahu, důvěry a vzájemného respektu je pro obě strany nejdůležitější. Rodiny nás nevnímají jako kontrolu, ale jako podporu a na tom si hodně zakládáme. Jednu dobu jsme měli pověření k sociálně právní ochraně mládeže, ale to jsme rychle zrušili, protože rodiny s dětmi s postižením nejsou rodiny, které selhávají ve své roli a potřebují dohled a kontrolu, jsou to rodiny, které potřebují podporu, porozumění, sdílení. Spolupráce s Orgánem sociálně-právní ochrany dětí je na úrovni občanské povinnosti.“

Od jedné z poradkyň rané péče z vaší organizace jsem se dozvěděla, že se hodně mění nároky některých klientů a že mají čím dál víc tendenci brát vaši službu jako samozřejmost. Co si o tom myslíte?

„Řekla bych, že to je i nastavením společnosti. Lidé mají jasné představy o tom, že mají nárok, ale to se netýká jen rané péče. Samozřejmě každá rodina je jiná, takové rodiny se našly i dřív. Určitě jsou i takové rodiny, které více spoléhají na pomoc zvenčí, vnímají pomoc jako povinnost a roli státu, je to ale věc osobního nastavení rodičů. V takových rodinách je role poradce složitější, protože je zde náročnější komunikace, porozumění a často i uspokojení potřeb rodiny. Postoje rodičů jako vztek, zklamání, pocit křivdy jsou

naprosto pochopitelné a legitimní, mají své místo v určitých fázích přijetí situace. Pro dítě, rodinu a její co nejběžnější život je důležité bezvýhradné přijetí dítěte bez tlaku na jeho výkon, přijetí jeho nedostatků. Pro dítě, jeho spokojenost, jeho vývoj a budoucnost je nejdůležitější pocit, že ho rodina přijímá a že tam patří. Možná se nároky rodin na naši službu zvyšují, rodiny očekávají, že jim v jejich nelehké situaci pomůžeme. O to se snažíme, ale dítě neuzdravíme, můžeme se snažit pouze zmírnit dopady postižení na vývoj a život dítěte a dopady na život celé rodiny.“

Myslíte si, že by se postoje rodin nějak lišily, kdyby služba rané péče nebyla zdarma?

„Myslím si, že by neměla být zdarma. Ale tímhle vývojem jsme si prošli. Pamatuji se, že když se vytvářel a připomínkoval zákon o sociálních službách, tak jsme docela stáli o to, aby raná péče byla pro rodiny zdarma. Tenkrát jsme si nedokázali představit, že by si služby ke všemu finančnímu zatížení, které provází výchova dítěte s postižením, rodiny platily. Ale za tu dobu, co to tak je, si postupně víc a víc myslím, že by si na služby přispívat měly. Protože co je zadarmo, toho si člověk neváží. A když si toho neváží, tak mu to taky málo pomáhá. Když se na tom musí nějakým způsobem podílet, finančně i jinak, tak si toho také více cení, více dodržuje věci, které jsou potřeba. Určitě by i některé rodiny ubyly, rodiny, kterým by poskytovaná služba za poplatek nestála. Bylo by potřebné nastavit taková opatření, aby o službu nepřišly rodiny, které si z opravdu objektivních důvodů nemohou zaplatit ani poplatek. Zákon v současné době neumožňuje vybírat žádný příspěvek od rodin. Pouze je možné stanovit určitý program, činnost, jako fakultativní službu a ta již nesmí být hrazena z veřejných zdrojů a rodina si ji tedy musí plně hradit (pomůcky, mzdy, nájem a další provozní výdaje). To je zase úplně nereálné, to si opravdu rodiny zaplatit nemohou. Je možné, že postupně k určité změně ve financování služby dojde, že se bude uvažovat o nějaké spoluúčasti klientů i v rámci preventivních služeb, ale myslím, že to bude ještě dlouho trvat.“

A to by pomohlo i vaší službě s nedostatkem financí.

„To by pomohlo nejen té službě, ale možná by to odlehčilo celému sociálnímu systému. V rámci snesitelného poplatku by tento postup pomohl i stabilizovat kapacitu služby.“

A co informovanost veřejnosti? Myslíte, že je dostačující?

„Informovanost je, myslím, poměrně vysoká. Ale nikdy není dostačující. Také se může stát, že někdo řekne: „Já jsem o vás nikdy neslyšel.“ Ale to není časté. Naši organizaci, zaměření služby rané péče i její obsah zná většina odborných lékařů, kteří bývají v prvním kontaktu s rodinou dítěte s postižením a předávají jim na nás kontakt. Lidé naši činnost často oceňují. Znají nás obce, protože se dozvídají přímo od rodin o naší spolupráci a pomoci rané péče.“

K. Charvátová: *„Paní ředitelko, moc Vám děkuji za rozhovor. Vaše zkušenosti v rané péči jsou opravdu jedinečné a pro mne je nesmírně cenné, že je se mnou sdílíte.“*

4.4 Analýza rozhovoru

V rozhovoru s PaedDr. Alexandrou Bečvářovou jsme se věnovaly několika velkým tématům. Jako první se paní ředitelka zaměřila na historii organizace, která sahá až do roku 1993. Zmínila mnoho velkých událostí a změn, jako je založení Společnosti pro ranou péči v roce 1997, založení Střediska pro ranou péči Liberec v roce 2010 a založení Centra LIRA v roce 2016. V souvislosti s historií organizace paní Bečvářová porovnála vzájemný vztah klientů a poradců, v počátcích byl méně formální, raná péče se postupně profesionalizovala.

Od počátku se také rozšiřovala cílová skupina, hlavně kvůli zájmu rodin a žádostem Libereckého kraje.

Další důležitým tématem byl současný stav . Bylo uvedeno, že nyní organizace funguje pod názvem Centrum LIRA, z. ú. a poskytuje službu rané péče v Libereckém, Královéhradeckém a Ústeckém kraji. V Ústeckém kraji jsou cílovou skupinou rodiny se zrakovým a kombinovaným postižením, v ostatních krajích je cílová skupina rozšířená. Dále poskytuje Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi s poruchou autistického spektra do 10 let věku dětí.

Kapacita služby rané péče je 225 klientů, v sociálně aktivizačních službách kapacita činí 55 klientů. V Centru LIRA pracuje 17 zaměstnanců, mnozí z nich jsou zároveň poradci rané péče a zároveň terapeuti v sociálně aktivizačních službách. Zaměstnanci jsou

absolventy speciální pedagogiky, ale nejdůležitější jsou u nich osobnostní kvality, jako je empatie, umění naslouchání a sdílení. Toto zaměstnání je nesmírně náročné, protože se poradci musí neustále vzdělávat, jsou vystaveni obrovské zátěži a pomáhají rodinám ve velmi těžkých životních situacích, snaží se v rodině nalézt resilienční zdroje a musí být profesionální. Paní ředitelka vidí jako obrovský problém podcenění tohoto povolání v jeho srovnávání s jinými, ne tak náročnými povoláními.

Dalším velkým tématem bylo financování služby, které je nedostatečné. Zásadním problémem je ale hlavně systém financování, protože každý další rok organizace neví, jak na tom bude, a především musí první tři měsíce fungovat bez peněz.

Co se týče navazujících organizací, vidí paní ředitelka hlavní problém v nedostatečné podpoře rodiny. Postoj rodin ke službě se velmi změnil, jak již bylo řečeno ve srovnání s historií, dříve byly vztahy klientských rodin s poradci mnohem těsnější. Společně s vývojem společnosti se také zvyšuje povědomí rodin o tom, že mají na něco nárok, zvyšují se i nároky rodin využívajících službu rané péče. Zásadním problémem dle paní ředitelky je to, že služba je ze zákona zdarma, domnívá se, že snesitelný poplatek by byl pro rodinu motivující a Centrum LIRA by tak mělo v péči klienty, kteří o službu opravdu stojí.

Mé předpoklady byly správné, Centrum LIRA skutečně řeší zejména problémy týkající se navazujících organizací a systému financování. Správně jsem se také domnívala, že paní ředitelka vzhledem ke svým zkušenostem zhodnotí změnu postojů rodin vůči službě rané péče.

5 Závěr

V bakalářské práci jsem se zaměřila na popis vývoje dítěte v jednotlivých obdobích raného věku, od období prenatálního až po předškolní věk. V každém období jsem popsala důležité změny v hlavních vývojových oblastech – tělesné, motorické, percepční, kognitivní, řečové a osobnostně-sociální.

Ve vývoji dítěte může dojít k různým odchylkám, které mohou vést k opožděnému vývoji či dokonce ke zdravotnímu postižení. Proto jsem se ve své práci dále věnovala podpoře vývoje dítěte s postižením.

Pro rodinu znamená narození dítěte s postižením (či stanovení diagnózy v pozdějším věku dítěte) obrovskou zátěž, v práci jsem proto popsala proces akceptace dítěte rodiči a skutečnosti, které jim pomáhají ve zvládnání stresu. Těmto rodinám je poskytována speciální péče odborníků, která směřuje jak k dítěti, tak k rodině jako celku. V této souvislosti se používají termíny raná intervence a raná péče, tyto termíny jsem v práci objasnila a uvedla jsem i seznam vybraných poskytovatelů rané péče na území Čech.

Aby byla služba rané péče co nejefektivnější a rodinám byla schopna poskytovat dostatečnou podporu, je důležité zabývat se problémy, s kterými se setkává. Proto jsem se ve vlastním šetření tyto problémy pokusila zmapovat. Vycházela jsem z rozhovoru s PaedDr. Alexandrou Bečvářovou, ředitelkou organizace Centrum LIRA, z. ú., bývalého Střediska pro ranou péči Liberec, o.p.s., neboť v této organizaci pracuji. Dozvěděla jsem se, jakými změnami organizace za více než dvacet let působení prošla a s jakými hlavními problémy se v současnosti potýká – přetížení poradců rané péče a podcenění tohoto povolání, dále systém financování a skutečnost, že si služba nemůže stanovit únosný poplatek, který by byl pro klientské rodiny motivující. Paní ředitelka v rozhovoru uvedla, jak se změnil vztahy klientských rodin a poradců a že nároky rodin se od zavedení služby rané péče postupně zvyšují. Také zdůraznila, že jedním z poslání rané péče je nalézt v rodině vlastní resilienční zdroje.

Cílem práce bylo analyzovat aktuální problémy rané intervence, přičemž tento cíl byl splněn. Domnívám se, že zmapování těchto problémů může pomoci ke zkvalitnění služby rané péče a zároveň nám ukazuje, s jakou zátěží poradci rané péče pracují.

6 Seznam použitých informačních zdrojů

Seznam použité literatury

ALLEN, K. Eileen a Lyn R. MAROTZ. *Přehled vývoje dítěte od prenatálního období do 8 let*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-614-4.

BAZALOVÁ, Barbora. *Dítě s mentálním postižením a podpora jeho vývoje: být matkou postiženého dítěte*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2014, 183 s. ISBN 978-80-262-0693-4.

BERESFORD, Bryony A. Resources and Strategies: How Parents Cope with the Care of a Disabled Child. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1994, **35**(1), 171-209. DOI: 10.1111/j.1469-7610.1994.tb01136.x. ISSN 0021-9630. Dostupné také z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1469-7610.1994.tb01136.x>

FERJENČÍK, Ján. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-717-8367-6.

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Velký psychologický slovník*. Vyd. 4., V Portálu 1. Praha: Portál, 2010, 797 s. ISBN 978-80-7367-686-5.

HELUS, Zdeněk. *Úvod do psychologie: učebnice pro střední školy a bakalářská studia na VŠ*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011, 317 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3037-0.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-736-7040-2.

KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006. Pedagogika (Grada). ISBN 80-247-1110-9.

KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, Lea (ed.). *Edukace dětí se speciálními potřebami v raném a předškolním věku*. Brno: Paido, 2004. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-731-5063-8.

KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, Lea. *Oftalmopedie*. 2. dopl. vyd. Brno: Paido, 2000, 70 s. ISBN 80-859-3184-2.

LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1284-9.

LAZZARI, Simona. *Vývoj dítěte v 1.-3. roce*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-3734-8.

MATĚJČEK, Zdeněk. *Prvních 6 let ve vývoji a výchově dítěte: normy vývoje a vývojové milníky z pohledu psychologa : základní duševní potřeby dítěte : dítě a lidský svět*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2005. ISBN 978-802-4708-706.

MATĚJČEK, Zdeněk. *Rodiče a děti*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1986. 336 s.

MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.

OPATRÍLOVÁ, Dagmar a Zita NOVÁKOVÁ. *Raná podpora a intervence u dětí se zdravotním postižením: Early support and intervention for children with disabilities*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2012. ISBN 978-80-210-5880-4.

OPATRÍLOVÁ, Dagmar, Zita NOVÁKOVÁ a Marie VÍTKOVÁ. *Intervence u dětí se zdravotním postižením v raném věku: texty k distančnímu vzdělávání*. 1. vydání. Brno: Paido, 2012, 159 s. ISBN 978-80-7315-240-6.

PIAGET, Jean a Bärbel INHELDER. *Psychologie dítěte*. Vyd. 5., V nakl. Portál 4. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-263-8.

ŘÍČAN, Pavel. *Psychologie*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2009, 304 s. ISBN 978-80-7367-560-8.

SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-1733-3.

STRAUSS, Anselm a Juliet CORBINOVÁ. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Vyd. 1. Boskovice: Albert, 1999. SCAN. ISBN 80-858-3460-X.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese / Marie Vágnerová*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-717-8802-3.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vyd. 2., dopl. a přeprac. Praha: Karolinum, 2012, 531 s. ISBN 978-80-246-2153-1.

VÁGNEROVÁ, Marie, Iva STRNADOVÁ a Lenka KREJČOVÁ. *Náročné mateřství: být matkou postiženého dítěte*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2009, 333 s. ISBN 978-80-246-1616-2.

Seznam internetových zdrojů

APLA Jižní Čechy – asociace pomáhající lidem s autismem [online]. [cit. 2016-03-20].
Dostupné z: <http://jc.apla.cz/o-nas>

Brno | Společnost pro ranou péči [online]. [cit. 2016-03-20]. Dostupné
z: <http://www.ranapece.cz/?lokalita=Brno/a>

České Budějovice | Společnost pro ranou péči [online]. [cit. 2016-03-20]. Dostupné
z: <http://www.ranapece.cz/?lokalita=České Budějovice/a>

Demosthenes [online]. [cit. 2016-03-20]. Dostupné z: <http://www.demosthenes.cz/>

I MY - Raná péče pro jihočeský region [online]. [cit. 2016-03-20]. Dostupné
z: <http://www.imy-sdruzeni.cz/stredisko-rane-pece/co-je-to-rana-pece.html>

Občanské sdružení MCT CZ [online]. [cit. 2016-03-20]. Dostupné
z: <http://www.mct.domazlice.cz/>

Oblastní charita Hradec Králové [online]. [cit. 2016-03-20]. Dostupné
z: <http://www.charitahk.cz/nase-strediska/stredisko-rana-pece-slunicko/charakteristika-sluzby/>

Praha | Společnost pro ranou péči [online]. [cit. 2016-03-20]. Dostupné
z: <http://www.ranapece.cz/?lokalita=Praha/d>

Raná péče – centrum Arpida [online]. [cit. 2016-03-20]. Dostupné
z: <http://www.arpida.cz/socialni-sluzby/rana-pece?task=view&id=22>

Raná péče – DIAKONIE ČCE [online]. [cit. 2016-03-20]. Dostupné
z: <http://www.diakonie-praha.cz/nase-sluzby/rana-pece/>

Raná péče – Diakonie ČCE [online]. [cit. 2016-03-20]. Dostupné
z: <http://vrchlabi.diakonie.cz/rana-pece/>

Raná péče – Národní ústav pro autismus, z. ú. – Národní ústav pro autismus, z. ú. [online].
[cit. 2016-03-20]. Dostupné z: <http://www.praha.apla.cz/rana-pece-2.html>

Raná péče :: Dům rodin [online]. [cit. 2016-03-20]. Dostupné
z: <http://www.dumrodin.cz/rana-pece--.html>

Raná péče :: Kanka2 [online]. [cit. 2016-03-20]. Dostupné
z: <http://www.kanka.info/socialni-sluzby/rana-pece/>

Raná péče Čechy – Dětský sluch [online]. [cit. 2016-03-20]. Dostupné z: <http://www.detskysluch.cz/sluzby/rana-pece-cechy>

Raná péče Kuk, z. ú. | Středisko pro ranou péči, o.p.s [online]. [cit. 2016-03-20]. Dostupné z: <http://www.ranapece.eu/plzen>

Raná péče Motýl z. ú., [online]. [cit. 2016-03-20]. Dostupné z: <http://www.motyl-plzen.cz/rana-pece/>

Raná péče Na Sioně :: Středisko rané péče Kutná Hora [online]. [cit. 2016-03-20]. Dostupné z: <http://ranapece-kutnahora.webnode.cz/rana-pece-na-sione/>

Raná péče [online]. [cit. 2016-03-20]. Dostupné z: <http://www.eda.cz/cz/co-delame/rana-pece>

Raná péče, CSS Tloskov [online]. [cit. 2016-03-20]. Dostupné z: http://www.tloskov.eu/sluzby_rana_pece.html

Registr poskytovatelů sociálních služeb. *Iregist.mpsv* [online]. [cit. 2013-01-12]. Dostupné z: <http://iregistr.mpsv.cz/>

Rodinné integrační centrum [online]. [cit. 2016-03-20]. Dostupné z: <http://www.ric.cz/rana-pece.html>

ROSA – Středisko pomoci ohroženým dětem [online]. [cit. 2016-03-20]. Dostupné z: <http://www.spod.cz/>

Střediska pro ranou péči Liberec, o.p.s. [online]. [cit. 2016-03-20]. Dostupné z: <http://www.ranapece.eu/liberec>

Středisko rané péče Havlíčkův Brod - Oblastní charita Havlíčkův Brod [online]. [cit. 2016-03-20]. Dostupné z: <http://hb.charita.cz/nabizene-sluzby/sluzby-socialni/stredisko-rane-pece-havlickuv-brod/>

Středisko rané péče v Pardubicích [online]. [cit. 2016-03-20]. Dostupné z: <http://ranapece-pce.cz/kdo-jsme/>

Středisko Ratolest – DIAKONIE ČCE [online]. [cit. 2016-03-20]. Dostupné z: <http://www.ratolest-stredisko.cz/rana-pece/>

SZSS Cheb – Správa zdravotních a sociálních služeb Cheb [online]. [cit. 2016-03-20]. Dostupné z: <http://szss-cheb.cz/index.php/rana-pece-o-nas>

Zákon o sociálních službách - č. 108/2006 Sb. - Aktuální znění [online]. [cit. 2016-04-07].

Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>