



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
Fakulta přírodovědně-humanitní
a pedagogická



Raná péče v České republice a ve Francii

Bakalářská práce

Studijní program: B7506 – Speciální pedagogika
Studijní obor: 7506R029 – Speciální pedagogika pro vychovatele
Autor práce: **Petra Reine**
Vedoucí práce: Mgr. Ing. Gabriela Čavojská



ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Petra Reine**
Osobní číslo: **P14000884**
Studijní program: **B7506 Speciální pedagogika**
Studijní obor: **Speciální pedagogika pro vychovatele**
Název tématu: **Raná péče v České republice a ve Francii**
Zadávací katedra: **Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky**

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

Cíl BP: Shrnutí poznatků o rané péči v České republice a ve Francii. Posouzení informovanosti o službě rané péče u klientů z obou zemí a vymezení rozdílů v nabídce a využívání služeb rané péče klienty z obou zemí.

Požadavky: Formulace teoretických východisek, příprava průzkumu, sběr dat, interpretace a vyhodnocení dat, formulace závěrů.

Metody: Dotazník.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

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

Seznam odborné literatury:

- DOKOUPILOVÁ, I., HANÁKOVÁ, A., KUNHARTOVÁ, M., POTMĚŠIL, M., STOKLASOVÁ, V., STEJSKALOVÁ, K., URBANOVSKÁ, E., ZEDKOVÁ, V., 2015. Speciálněpedagogická intervence u dětí v raném věku. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-4432-1.
- DRÉANO, G., 2015. Guide de l'éducation spécialisée. 5eme édition. Paris: Dunod. ISBN 978-2-1005-8815-2.
- FRANCOIS, J., BACOT-BERTHELOT, L., AUBERT-BLANCHE, M., BERTRAND, S., 2014. Handicap: Le guide pratique 2014. 12e édition. Issy-les-Moulineaux: Prat-Europa Eds. ISBN 978-2-8095-0587-0.
- KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, L., ed., 2004. Edukace dětí se speciálními potřebami v raném a předškolním věku. Brno: Paido. ISBN 80-7315-063-8.
- OPATŘILOVÁ, D., NOVÁKOVÁ, Z., VÍTKOVÁ, M., 2012. Intervence u dětí se zdravotním postižením v raném věku: texty k distančnímu vzdělávání. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-240-6.

Vedoucí bakalářské práce:

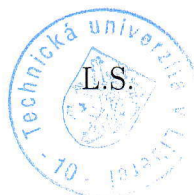
Mgr. Ing. Gabriela Čavojská

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Datum zadání bakalářské práce: **22. dubna 2016**

Termín odevzdání bakalářské práce: **29. dubna 2017**


prof. RNDr. Jan Pícek, CSc.
děkan




PaedDr. ICLic. Michal Podzimek, Th.D, Ph.D.
vedoucí katedry

V Liberci dne 22. dubna 2016

Prohlášení

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé bakalářské práce a konzultantem.

Současně čestně prohlašuji, že tištěná verze práce se shoduje s elektronickou verzí, vloženou do IS STAG.

Datum:

Podpis:

Poděkování

Chtěla bych poděkovat Mgr. Ing. Gabriele Čavojské za vedení bakalářské práce a odborné konzultace. Dále mé díky patří dvěma pánům, těmi jsou Paul Fernandez a Sylvain Bertrand, za jejich cenné rady a dokumenty, které mi věnovali.

Anotace

Bakalářská práce se zabývá ranou péčí v České republice a ve Francii. Práce obsahuje základní terminologii oboru a ucelený náhled na ranou péči jako sociální službu. Popisuje organizaci péče v obou zemích a zaměřuje se na shody a rozdíly v péči o rodinu a dítě s postižením. Teoretické informace jsou podloženy výsledky a vyhodnocením praktického průzkumu, který probíhal formou dotazníkového šetření.

Klíčová slova

raná péče, sociální služba, rodina, dítě s postižením, organizace rané péče, Česká republika, Francie

Annotation

The bachelor thesis deals with early intervention in the Czech Republic and France. The thesis contains basic terminology of the subject and a comprehensive overview of early intervention such as social service. The thesis also describes the organization of intervention in both countries and focuses on compliances and differences in family care and a disabled child. The theoretical information is based on the results and the evaluation of the practical examination which was carried out in the form of a questionnaire survey.

Key words

early intervention, social service, family, handicapped child, organisation of early intervention, Czech Republic, France

Obsah

Seznam tabulek.....	9
Seznam grafů	10
Seznam použitých zkratk	12
Úvod.....	13
TEORETICKÁ ČÁST	15
1 Rodina.....	15
1.1 Rodina jako sociální skupina	15
1.2 Role rodič, dítě, sourozenec	15
1.3 Rodina a dítě s postižením	16
1.3.1 Fáze vyrovnání se rodičů s narozením dítěte s postižením.....	17
1.4 Sourozenecké vztahy.....	19
1.5 Dítě s postižením.....	19
1.5.1 Vymezení postižení a jeho typy.....	19
1.5.2 Včasné odhalení.....	20
1.5.3 Včasná intervence	21
2 Raná péče.....	21
2.1 Raná péče v České republice.....	22
2.1.1 Legislativa.....	23
2.1.2 Nabízené služby	25
2.1.3 Poslání a cíle	26
2.1.4 Organizace rané péče	27
2.1.5 Zřizovatelé a financování.....	30
2.2 Raná péče ve Francii	31
2.2.1 Legislativa.....	32
2.2.2 Nabízené služby	33
2.2.3 Poslání a cíle	34
2.2.4 Organizace rané péče	35
2.2.5 Zřizovatelé a financování.....	40
2.3 Shody a rozdíly služby rané péče v České republice a ve Francii	41
2.3.1 Shody	41
2.3.2 Rozdíly.....	42

PRAKTICKÁ ČÁST	44
3 Cíl bakalářské práce.....	44
3.1 Hypotézy	44
4 Metoda průzkumu, technika sběru dat.....	44
4.1 Dotazník	45
4.2 Zkoumaný vzorek.....	45
5 Interpretace získaných dat	46
6 Shrnutí výsledků a diskuze	69
6.1 Hypotéza č. 1	70
6.2 Hypotéza č. 2.....	72
Závěr	74
Navrhovaná opatření.....	75
Seznam použitých zdrojů.....	77
Seznam příloh	83

Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Věk dítěte	46
Tabulka č. 2: Věk dítěte v době, kdy začalo využívat služeb rané péče.....	47
Tabulka č. 3: Doba využívání služeb.....	47
Tabulka č. 4: Typ postižení.....	48
Tabulka č. 5: Četnost konzultací v rodině	66
Tabulka č. 6: Četnost využívání ostatních služeb.....	67
Tabulka č. 7: Vzdálenost rané péče v kilometrech	68
Tabulka č. 8: Vzdálenost rané péče v minutách	68

Seznam grafů

Graf č. 1: Věk dítěte při diagnostice – ČR.....	48
Graf č. 2: Věk dítěte při diagnostice – Francie	49
Graf č. 3: Doporučení kontaktovat ranou péčí.....	49
Graf č. 4: Kdo informoval rodiče o rané péči?	50
Graf č. 5: Povědomí o existenci rané péče – komparace	51
Graf č. 6: Dostupnost informací – názor rodičů – komparace.....	51
Graf č. 7: Informovanost odborníků – názor rodičů – komparace.....	52
Graf č. 8: Informovanost veřejnosti – názor rodičů – komparace	53
Graf č. 9: Konzultace v rodině.....	54
Graf č. 10: Podpora rodiny v období krize	54
Graf č. 11: Posouzení vývojové úrovně dítěte	55
Graf č. 12: Návrh stimulačního programu	55
Graf č. 13: Vypracování individuálního plánu rozvoje dovedností.....	56
Graf č. 14: Půjčování didaktických a stimulačních hraček a pomůcek	56
Graf č. 15: Pomoc při prosazování práv a zájmů rodiny	57
Graf č. 16: Poradenství při výběru a získávání rehabilitačních pomůcek	57
Graf č. 17: Podpora psychomotorického vývoje dítěte.....	58
Graf č. 18: Sociálně právní poradenství.....	58
Graf č. 19: Návrh možnosti využívání dalších sociálních a návazných služeb	59
Graf č. 20: Telefonické či písemné konzultace.....	59
Graf č. 21: Pomoc při vyhledávání předškolního zařízení.....	60
Graf č. 22: Zprostředkování kontaktů na další odborníky	60
Graf č. 23: Zprostředkování kontaktů mezi rodinami navzájem	61
Graf č. 24: Pomoc při zajištění hlídání dítěte v domácím prostředí	61
Graf č. 25: Pravidelná setkání klientských rodin	62
Graf č. 26: Společné pobyty klientských rodin.....	62
Graf č. 27: Půjčování odborné literatury	63
Graf č. 28: Semináře pro rodiče, kluby rodičů	63
Graf č. 29: Psychologické poradenství, terapie	64
Graf č. 30: Muzikoterapie	64
Graf č. 31: Hipoterapie	65
Graf č. 32: Souhrnné vyhodnocení informací o službě RP.....	66

Graf č. 33: Konzultace v rodině – komparace	67
Graf č. 34: Využívání ostatních služeb – komparace	68

Seznam použitých zkratk

ANECAMSP	Association nationale des équipes contribuant à l'action médico-sociale précoce – národní asociace týmů podílejících se na rané medicínsko-sociální péči
APRP	Asociace pracovníků v rané péči
BP	bakalářská práce
CAMSP	Centre d'action médico-sociale précoce – středisko medicínsko-sociální rané péče
CMP	Centre médico-psychologique – středisko medicínsko-psychologické péče
CMPP	Centre médico-psycho-pédagogique – středisko medicínsko-psychologicko-pedagogické péče
ČR	Česká republika
DMO	dětská mozková obrna
IME	Institut médico-éducatif – medicínsko-výchovný institut
MDPH	Maison départementale des personnes handicapés – instituce pro osoby s postižením
MŠ	mateřská škola
RP	raná péče
SESSAD	Services d'éducation spécialisée et de soins à domicile – speciálně pedagogická služba a péče v domácím prostředí

Úvod

Člověk je bytost společenská. Jeho prvním sociálním zázemím bývá zpravidla rodina. Pro rodinu respektive rodiče je narození dítěte velkou společenskou událostí. Pokud však dítě není zcela zdravé, má nějaké postižení, rodina na to nebývá připravena. Čekají radostnou událost, která se mění v trauma, které nejsou sami schopni zvládnout. V těchto případech je třeba nejen podpora širší rodiny, ale také odborníků.

Rodiče nemají dostatečné vědomosti a ani představy o budoucím vývoji dítěte s postižením. Potřebují znát, potvrdit jeho potřeby. Naučit se, jak takové dítě vychovávat a vést. Velmi podstatný pro rozvoj dítěte je právě postoj rodiny k němu, k jeho přijetí. Kromě toho je také potřeba podpořit všechny členy tohoto společenství, aby byli schopni jako rodina fungovat. Rodina si uvědomuje svou zvláštní identitu a její jednotliví členové se se změnou vyrovnávají někdy hůře někdy lépe. Může dojít k rozpadu rodiny nebo naopak příchod dítěte s postižením rodinu scelí a semkne. Ať už se stane to či ono, rodina může využívat služeb rané péče. Tato sociální služba provází dítě a jeho rodinu od jeho narození do zahájení školní docházky. Raná péče je podporou pro rodinu, která se rozhodla vychovávat dítě s postižením v domácím prostředí. Poradci rané péče se stávají pro rodinu průvodci, kteří předávají informace o raném vývoji dítěte, jeho možných odchylkách v případě postižení a mnohé další.

Tato bakalářská práce se věnuje rané péči v České republice a ve Francii. Jako cíl si autorka stanovila shrnutí poznatků o rané péči obou zemí, posouzení informovanosti klientů o službě rané péče a vymezení rozdílů v nabídce a využívání služeb rané péče klienty z obou zemí.

Práce je rozdělena na dvě stěžejní části: teoretickou a praktickou. Teoretická část v první kapitole pojednává o rodině, její charakteristice z hlediska sociální skupiny, včetně rolí jejích jednotlivých členů. Jedna z podkapitol je věnována fázím vyrovnání se rodičů s postižením svého dítěte. Další pojednávají o dítěti a včasném odhalení jeho postižení a včasné intervenci, která tvoří podstatu rané péče. Druhá kapitola je již věnována hlavnímu tématu bakalářské práce a tím je raná péče. Jsou v ní uvedeny všeobecné informace poplatné pro Českou republiku i Francii. Další podkapitoly se zabývají problematikou rané péče v obou zemích, jsou zde údaje o legislativě,

poskytovaných službách, poslání a cíli, organizaci rané péče, zřizovatelích a financování. Pro přehlednost a možnou komparaci je členění podkapitol u obou zemí stejné.

Následuje praktická část, jejíž podstatou je pomocí kvantitativního průzkumu podložit teoretická tvrzení. Bude prozkoumána úroveň informovanosti klientů rané péče ve Francii a v České republice. Dále bude porovnáváno, kteří klienti využívají více a častěji služeb rané péče.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Rodina

1.1 Rodina jako sociální skupina

Aristoteles definuje člověka jako „zoon politicon“ tedy jako bytost společenskou. Člověk potřebuje někam patřit, být členem skupiny, mít někde své místo (Kern, aj. 2006, s. 229). Americký sociolog Homans (in Kern, aj. 2006, s. 229) definoval malou skupinu jako řadu osob, které v určitém časovém rozmezí udržují vzájemný kontakt a jejich počet je tak malý, že se tento kontakt odehrává navzájem mezi všemi osobami. Vztah členů navzájem je typický emocionálním propojením a společnými aktivitami.

První skupinou, se kterou cítíme emocionální spojení, je rodina. Označujeme ji jako primární skupinu, ve které probíhají první, základní procesy socializace. O socializaci mluvíme tehdy, když jedinec přejímá způsob chování, názorů a hodnot, které jsou skupině vlastní (Kern, aj. 2006, s. 229). Z hlediska rozvoje dětské osobnosti je rodina nejvýznamnější sociální skupinou (Vágnerová 2012, s. 45) nebo, jak uvádí Kern (2006, s. 229), rodina je centrálním systémem, východiskem sociálních vztahů člověka. Rodina dítě vychovává a tím ho stimuluje, rozvíjí jeho schopnosti a dovednosti, prezentuje mu určitý hodnotový systém. Význam rodiny je v dětském věku větší než v dospělosti, protože v tomto věku je omezena možnost volby, dítě nemůže nevyhovující rodinu změnit nebo opustit (Vágnerová 2012, s. 45). Rodina plní základní funkce a těmi jsou: biologicko – reprodukční, sociálně – ekonomická, ochranná, socializačně – výchovná a emocionální (Dokoupilová, aj. 2015, s. 63).

1.2 Role rodič, dítě, sourozenec

Malé dítě ze všeho nejvíce potřebuje jistotu ve vztazích ke svým lidem. Lidské mládě, aby přežilo, potřebuje mít „své“ lidi, kteří by mu poskytli ochranu a pomoc. Právě pomoc bezbrannému dítěti je hluboce zakořeněná psychická potřeba. Lidská mateřská (rodičovská) láska je právě tím mechanismem, který umožňuje vzájemné uspokojování lidských potřeb (Matějček 2008, s. 9–10).

Jednotliví členové rodiny a vztahy mezi nimi slouží dítěti jako model, který napodobuje, popřípadě se s ním identifikuje. Uspořádání rodinného systému a pozice, jakou v něm dítě zaujímá, ovlivňuje také jeho další vývoj, zejména pak adaptaci na jiné sociální prostředí. Rodiče jsou prvními a nejdůležitějšími osobami, které dítě učí důvěřovat životu. Matka a později celá rodina je pro dítě zdrojem jistoty a bezpečí, stejně tak jako zdrojem informací o něm samém (Vágnerová 2012, s. 45–46, Kern, aj. 2006, s. 230).

Dítě rodičům přináší nové poznatky, zkušenosti a dává jim smysl života, citovou vázanost, společenský statut a v neposlední řadě výhled do budoucna (Přinosilová 2006, s. 61).

Pokud má dítě sourozence, má také možnost získávat zkušenosti v sociální interakci již v raném věku. Naučit se pomáhat, ochraňovat, být loajální nebo řešit konflikty, přejímat modely dominance a soutěžení. To vše se bude později přenášet do jiných sociálních vztahů dítěte (Kern, aj. 2006, s. 231).

1.3 Rodina a dítě s postižením

Sociální identita rodiny dítěte s postižením je jiná, něčím výjimečná. Tato odlišnost ovlivňuje sebepojetí všech členů, ať se jedná o rodiče či zdravé sourozence. Existence postiženého dítěte je příčinou změn životního stylu rodiny, který se přizpůsobuje možnostem a potřebám dítěte s postižením. Z tohoto důvodu se mění i chování nejen v rámci rodiny, ale i vztah ke společnosti, kde se z důvodu obranných reakcí členové rodiny projevují odlišným způsobem než je obvyklé, popřípadě se snaží od společnosti izolovat (srov. Vágnerová 2012, s. 164, Doležalová, aj. 2012, s. 282).

Jak uvádí Švarcová (2011, s. 164), pro dítě s postižením je nejpřirozenějším prostředím pro život a výchovu jeho rodina. Neexistuje žádné jiné prostředí, které by mu poskytlo stejný pocit bezpečí, jistoty, emoční stability ani stejné množství podnětů pro jeho další rozvoj.

Celá rodina prochází procesem adaptace a resocializace, protože zpravidla není schopna řešit krizovou životní situaci vlastními silami a vyžaduje pomoc, podporu a další specifické intervence (Šándorová 2015, s. 44).

Rodiče na eventualitu, že se jim narodí dítě s postižením, nejsou připraveni. Narození dítěte s postižením představuje obvykle neočekávanou zátěž. Reakce rodičů na takovou událost bývá traumatem, které vyplývá z pocitů selhání rodičovské role, stejně jako viny, vztahující se k postiženému dítěti. Pokud se jedná o první dítě, rodič si klade otázky, je-li schopen zplodit zdravého potomka. To může vést k pocitům méněcennosti a ke ztrátě sebedůvěry (Vágnerová 2012, s. 164).

Rodiče reagují zpravidla odlišně v závislosti na specifčnosti jejich rolí, ať biologické nebo sociální, ale současně hodnotí i důsledky této situace na jejich další život. Postižení dítěte ovlivní bez pochyby i manželský vztah a změni celkové klima rodiny. Někdy vede k posílení vztahů nebo naopak k jejich rozpadu (Matoušek in Vágnerová 2012, s. 164, 165).

Období, kdy si rodiče začínají uvědomovat, že jejich dítě je v něčem odlišné nazýváme fází nejistoty. Ve chvíli, kdy jsou rodiče informováni o postižení dítěte, přechází do fáze krize rodičovské identity (Vágnerová 2012, s. 165). Jedná se o reakci rodičů na skutečnost, že dítě je jiné, bude se jinak vyvíjet a většinou se zatím neví jak. Jeho perspektiva a budoucnost jsou tedy pro rodiče velmi nejasné (Přinosilová 2006, s. 61). V některých případech oba rodiče propadají do bezradnosti a zoufalství, obviňují jeden druhého, případně uvažují o tom, že by dítě dali do trvalé ústavní péče (Hrušková, Matoušek, Landischová 2010, s. 121).

Jestliže k postižení dojde později po porodu, nedochází k narušení rodičovské identity. Dítě se narodilo jako normální a jeho vzniklé postižení je přijímáno jako neštěstí zdravého člověka, rodiče se zaměřují na nemocné dítě a není zasažena jejich vlastní sebeúcta (Vágnerová 2012, s. 168).

Výchovné přístupy rodičů k dítěti s postižením, ale i ke zdravému sourozenci, mohou být častěji vyhraněné. Na jedné straně mohou mít podobu hyperprotektivní výchovy a druhým extrémem je výchova zavrhujeící a zanedbávající (Přinosilová 2006, s. 69).

1.3.1 Fáze vyrovnání se rodičů s narozením dítěte s postižením

V průběhu času se chování a prožívání rodičů postiženého dítěte mění. Níže bude uveden a popsán postup přijetí postižení dítěte rodiči podle Vágnerové (2012, s. 165–168).

1. **Fáze šoku a popření.** Jedná se o první reakce na rodiči nepřijatelnou skutečnost, že dítě není zdravé. Strnutí a neschopnost reakce je projevem šoku. Popřením informace rodič brání svou vlastní psychickou rovnováhu. V tomto období se rodiče dosud nesmířili s existencí postižení, a proto nechtějí slyšet nic o možnostech péče a výchovy svého dítěte. Postupně dochází k přijetí informace.
2. **Fáze bezmocnosti.** Rodiče s podobným problémem nemají zkušenost, proto nevědí, co by měli dělat, nedovedou jej řešit. Prožívají pocit viny k narozenému dítěti a pocit hanby vztahující se k reakcím jiných lidí. Rodiče mívají ambivalentní přístup, z jedné strany se bojí zavržení a z druhé pak očekávají pomoc.
3. **Fáze postupné adaptace a vyrovnání s problémem.** Dochází nejen ke zpracování problému, ale i hledání jeho řešení. Rodiče hledají informace, např. proč postižení vzniklo, jak by měli o dítě pečovat, zajímá je budoucnost dítěte. Přetrvávají ještě negativní emoční reakce (prožitky smutku, deprese, úzkosti, strachu, ale i hněv na osud). Objevují se obranné reakce, které pomáhají rodičům zachovat psychickou rovnováhu a najít akceptovatelné sebehodnocení týkající se vlastní rodičovské role.

Jedná se o období „hledání viníka“. Existují dvě strategie zvládání této situace:

 - **Aktivní** – rodiče bojují s nepřijatelnou situací.
 - **Pasivní** – rodiče volí útěk ze situace, kterou nejsou schopni uspokojivě zvládnout.
4. **Fáze smlouvání.** V tomto období rodiče stále hledají naději, že se stav dítěte bude zlepšovat, i když není možné jeho uzdravení. Většinou již postižení dítěte akceptují.
5. **Fáze realistického postoje.** Ze strany rodičů dochází k postupné akceptaci dítěte s jeho postižením, takového, jaké je. Plány rodičů se stávají splnitelnějšími a reálnějšími, začínají se chovat přiměřeným způsobem.

Délka trvání jednotlivých fází je zcela individuální záležitostí a závisí na mnoha faktorech, které celý proces ovlivňují. K vyrovnání se s postižením nemusí dojít ve všech případech, v závislosti na vývoji dítěte a nově vzniklých zátěžích může postoj rodičů k postižení kolísat.

1.4 Sourozenecké vztahy

Být v roli sourozence postiženého dítěte je obtížnější a představuje jistou zátěž. Vědomí rozdílnosti rodinné situace jistým způsobem ovlivňuje postoje a chování zdravého dítěte (Vágnerová 2012, s. 169). Vztahy mezi zdravým a postiženým sourozencem jsou ovlivňovány i rodičovskými postoji. Zdravý sourozenec si může ke znevýhodněnému sourozenci vytvořit ambivalentní vztah, který bývá umocněn nadměrným zaměřením rodičů na jednoho ze sourozenců. Někdy má také zdravý sourozenec kompenzovat svými úspěchy nedostatky dítěte s postižením (Přinosilová 2006, s. 69). Zdravý sourozenec si obvykle osvojuje větší respekt k lidské rozmanitosti, větší vnímavost k potřebám jiných, mívá vyvinutější sociální citění apod. (Vágnerová 2015, s. 169).

Sourozenecký vztah mezi zdravým a postiženým dítětem je nevyvážený, např. mladší sourozenec postiženého dítěte ztrácí možnost mít spojence i soupeře, postižené dítě nemůže být vzorem pro mladšího sourozence, s nímž by se mohl ztotožňovat. Dítě není stejné, je výjimečné, proto neumožňuje obvyklou zkušenost (Vágnerová 2012, s. 169).

1.5 Dítě s postižením

K postižení dítěte může dojít v období prenatálním, perinatálním i postnatálním. Některá postižení jsou vrozená, jiná získaná. U všech postižení je však nejdůležitější jeho včasné odhalení.

1.5.1 Vymezení postižení a jeho typy

Podle zákona o sociálních službách se rozumí zdravotním postižením postižení tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby (Zákon č. 108/2006 Sb., § 3).

Jednotlivá postižení, jak je z výše uvedeného zřejmé, můžeme dělit podle systémů, které postihují.

Tělesné postižení – postihuje především pohybový aparát, kdy dochází k poruše anatomické struktury či funkce pohybového aparátu. Mohou to být kostní a svalové poruchy nebo funkční poruchy související s postižením periferní i centrální nervové soustavy.

Mentální postižení – porucha myšlení, kognitivních funkcí souvisí s postižením v oblasti centrální nervové soustavy.

Duševní postižení – označení pro některé psychické procesy, projevující se v myšlení, prožívání a chování člověka, znesnadňující jeho fungování ve společnosti (Hartl, Hartlová 2000, s. 424–425).

Smyslové postižení – dochází k poruše na orgánech zraku, sluchu, řeči, někdy jsou postižena mozková centra zraku, sluchu, řeči.

Kombinované postižení – jedná se o výskyt postižení v různých kombinacích, nejčastěji tělesné a mentální postižení, souvisí většinou s postižením centrální nervové soustavy.

V praxi je nejčastější postižení kombinované, většinou jde o postižení centrální nervové soustavy, které vede k projevům opoždění motorického vývoje a k poruchám v oblasti smyslového vnímání či mentálního opoždění (Kašparová, Kašpar 2004, s. 19).

1.5.2 Včasné odhalení

Včasné odhalení vady a postižení je dáno jejich typem, lokalizací a závažností.

Děti, které se rodí jako rizikové z důvodu prenatalních nebo perinatálních komplikací, jsou automaticky sledovány a vyšetřovány, protože lze předpokládat následky ve formě dětské mozkové obrny, vzniku hydrocefalu atd., proto jsou vyšetření zaměřena na výskyt těchto poruch.

V případech bezproblémové gestace a porodu jsou některá postižení diagnostikovatelná ihned. Běžným vyšetřením pohledem (anomálie končetin, rozštěpy, Downův syndrom...), poslechem (patologické šelesty na srdci) nebo klinickými projevy (dítě promodrává – vada srdce) se zjistí, že má dítě určitou poruchu, která se následně vyšetřuje a léčí.

V obou případech dochází k včasné diagnostice a terapii, návrhu dalších opatření jako fyzioterapie, sociální péče apod.

Řada postižení, která vznikají na vrozeném podkladě, se ale rozvíjejí postupně s časem. Na tato postižení většinou upozorní rodiče, kteří mají možnost dítě sledovat denně. Někdy se projeví náhlé komplikace a na postižení se přijde při diagnostice stávajícího problému. Tyto děti nemusí mít žádné předchozí potíže, jejich anamnéza je normální a nenápadná. Většinou se jedná o poruchy typu metabolických vad nebo degenerativní onemocnění (Kašparová, Kašpar 2004, s. 19).

1.5.3 Včasná intervence

Na základě včasného odhalení postižení, je možné podpořit vývoj dítěte včasnou intervencí. Rozumí se tím všechna odborně použitá opatření, která slouží ke zlepšení organických funkcí, vybudování přiměřených způsobů chování a k vývoji osobnosti.

Úspěšnost včasné intervence spočívá ve zmírnění nebo eliminování vznikajícího postižení, je dána zvláštní účinností rané stimulace, získáním včasných zkušeností z co nejranějších edukativních procesů, působících na vyvíjející se dětský mozek. Vychází se z toho, že kompenzační možnosti mozku dítěte do 3 let věku jsou tak obrovské, že umožňují nejlépe rozvinout náhradní mechanismy i u těch dětí, které mají v některé oblasti vývoje vážný handicap. Jestliže promeškáme toto období a dítěti neposkytneme odpovídající podporu v jeho vývoji, je obtížné a často nemožné tuto situaci později napravit.

Výše zmíněná opatření mají různá označení podle toho, se kterým oborem jsou spojena. V terminologii medicínské jsou to různé terapie, v pedagogickém ohledu jsou to termíny raná výchova, ve sféře sociální je to služba rané péče (Vítková 2012, s. 22–23, Společnost raná péče 2017).

2 Raná péče

Ranou péčí lze popsat jako:

- v nejširším slova smyslu prvopočáteční péči o dítě,
- v užším slova smyslu jde o cílenou, všeobecnou podporu vývoje dítěte,
- v nejužším slova smyslu se jedná o sociální službu (Čavojská 2016).

A právě sociální služba je předmětem této bakalářské práce.

Ranou péčí neboli, jak se uvádí v cizojazyčné literatuře, ranou intervencí se rozumí systém služeb a programů poskytovaný dítěti, jehož vývoj je ohrožen v důsledku zdravotního postižení nebo vlivem nepříznivého zdravotního stavu, a celé jeho rodině. Cílem je předcházet postižení, pomoci zmírnit, či zcela eliminovat následky postižení a poskytnout dítěti i rodině možnost začlenění do většinové společnosti. Služba by měla být dostupná všem, kteří jí potřebují a měla by plošně pokrývat celé území státu (Opatřilová 2006, s. 119, Vítková 2004, s. 37, Společnost raná péče 2017).

Raná péče představuje službu s komplexním servisem v oblasti poradenství, ucelené rehabilitace (léčebné, pedagogické, sociální), s interdisciplinární a mezirezortní participací, zavedenou sítí poskytovatelů a spolupracujících institucí, ale také kooperaci se zahraničními partnery a odborníky na teoreticko-praktické bázi (Šándorová 2015, s. 53).

2.1 Raná péče v České republice

V roce 1993 vznikl, překladem slovního spojení užívaného v zahraničí, český termín pro službu sociální prevence a tím je raná péče. Původní cizojazyčné názvy jsou např. *early intervention* v angličtině nebo *l'intervention précoce* ve francouzštině (Šándorová 2015, s. 43).

Raná péče je vnímána jako soustava služeb ve prospěch rodiny s ohroženým dítětem, nejen pro uspokojování základních potřeb dítěte, ale i pro vyrovnání se s vadou. Významná pozornost je soustředěna i na úspěšné začlenění do společnosti a výchovu dítěte. Integraci dítěte s postižením je třeba zahájit v prostředí rodiny, širšího příbuzenstva, vrstevníků v okolí a dále pak spolužáků ve škole (Mukšnáblová 2014, s. 66–67, Šándorová 2015, s. 44).

Charakteristiky rané péče:

- klientem je celá rodina,
- poskytování služby probíhá hlavně v přirozeném prostředí rodiny,
- dítě s postižením je v raném věku,
- poskytovatelé rané služby jsou v kontaktu se systémem zdravotnictví, sociální péče a vzdělávacími programy (Matyášová 2015, s. 9).

Raná péče je jednou z nejdůležitějších oblastí oboru speciální pedagogiky a v posledních několika letech je jí v České republice věnována velká pozornost.

2.1.1 Legislativa

Činnost středisek rané péče je v České republice zakotvena v legislativě od roku 2006 (Hricová, Doležalová 2012, s. 137).

2.1.1.1 Zákon o sociálních službách

Zákon o sociálních službách definuje sociální služby jako činnost zajišťující pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení. Rozlišuje služby dle druhu – sociální poradenství, služby sociální péče, služby sociální prevence. Služby sociální prevence mohou být poskytovány ve třech různých formách – terénní, ambulantní, pobytové (Zákon č. 108/2006 Sb., § 3 a § 32).

Stejný zákon vymezuje ranou péči jako službu terénní, která může být doplněna o ambulantní formu služby. Poskytuje se dítěti do 7 let a jeho rodičům, respektive rodině, přičemž dítě je zdravotně postižené nebo jehož nepříznivý zdravotní stav ohrožuje jeho vývoj. Služba se zaměřuje jednak na podporu rodiny, jednak na podporu vývoje dítěte s přihlédnutím na jeho specifické potřeby (Zákon č. 108/2006 Sb., § 54). Současná podoba této definice byla upravena v roce 2009 Zákonem č. 206/2009 Sb., body 37, 38.

Služba rané péče zahrnuje ze zákona tyto základní činnosti:

- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- sociálně terapeutické činnosti,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (Zákon č. 108/2006 Sb., § 54).

Služby pro ohrožené dítě a rodinu jsou definovány jako služby všech forem (terénní, ambulantní, pobytové, kombinované) v přímé práci s ohroženým dítětem a rodinou. Tyto služby zahrnují především současné vymezení sociálních služeb a aktivit

(poradenství, sociální péče, prevence) na podporu ohroženého dítěte a rodiny v rámci ostatních rezortů (Šándorová 2015, s. 45).

2.1.1.2 Prováděcí vyhláška

Ve vyhlášce č. 505/2006 Sb. § 19, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů jsou základní činnosti rané péče rozděleny následovně:

a) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti:

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

b) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:

- 1. pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob,*
- 2. podpora a pomoc při využívání běžně dostupných služeb a informačních zdrojů,*

c) sociálně terapeutické činnosti:

- 1. psychosociální podpora formou naslouchání,*

2. podpora výměny zkušeností,

3. pořádání setkání a pobytových kurzů pro rodiny,

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

1. pomoc při komunikaci, nácvik dotazování a komunikačních dovedností, podpora svépomocných aktivit rodičů,

2. doprovázení rodičů při vyřizování žádostí, na jednání a vyšetření s dítětem, popřípadě jiná obdobná jednání v záležitostech týkajících se vývoje dítěte (Vyhláška č. 505/2006 Sb., § 19).

2.1.1.3 Standardy kvality

Pro vymezení základních kvalitativních a kvantitativních požadavků na práci s ohroženým dítětem a rodinou existují standardy kvality péče o ohrožené děti, mají zásadně nerezortní charakter, jsou měřitelné a jsou nástrojem kontroly kvality (Šándorová 2015, s. 45).

Standardy kvality sociální služby raná péče jsou uvedeny v příloze č. 2 vyhlášky č. 505/2006 Sb.

Další, tentokrát druhové standardy kvality sociální služby raná péče, jsou přístupné na webových stránkách Asociace pracovníků v rané péči.

2.1.2 Nabízené služby

Podpora rodiny:

- podpora v nečekané náročné rodinné situaci, v období krize,
- poradenství rodičům, sourozencům, prarodičům a blízkým osobám,
- prevence sociální izolace rodiny v komunitě,
- sociálně právní poradenství, př. informace v oblasti dávek s ohledem na rodinnou situaci,
- pomoc při prosazování práv a zájmů rodiny, doprovod na jednání s úřady a specialisty,

- zprostředkování kontaktů na další odborníky,
- pomoc při zajištění hlídání dítěte v domácím prostředí,
- semináře a přednášky pro rodiče,
- zprostředkování kontaktu s dalšími rodinami v obdobné situaci,
- akce a setkávání s rodinami (Matyášová 2015, s. 9, Opatřilová 2006, s. 121).

Podpora vývoje dítěte:

- posouzení vývojové úrovně dítěte, zhodnocení schopností a dovedností,
- návrh stimulačního programu,
- vypracování individuálního plánu rozvoje dovedností,
- zapůjčení literatury a videozáznamů,
- doporučení a zapůjčení vhodných hraček a pomůcek k rozvoji psychomotorického vývoje dítěte,
- poradenství při výběru a získávání rehabilitačních a kompenzačních pomůcek,
- pomoc při vyhledávání předškolního zařízení (Matyášová 2015, s. 9, Opatřilová 2006, s. 121).

2.1.3 Poslání a cíle

Obecným posláním sociálních služeb je pomoci lidem udržet si nebo znovu nabýt své místo v komunitě, ve většinové společnosti, ve svém přirozeném prostředí, v rodině. Hlavním důvodem existence sociálních služeb je pomoci lidem, aby byli schopni si udržet místo ve společnosti a chránit je před sociálním vyloučením (Šándorová 2015, s. 54).

Služby sociální prevence, mezi které spadá služba rané péče, mají za cíl předcházet sociálnímu vyloučení ohrožených osob a pomáhat jim překonat nepříznivou životní situaci (Šándorová 2015, s. 55).

Cílem rané péče je limitovat důsledky primárního postižení a zabránit tak vzniku postižení sekundárních. Snížit negativní vliv postižení dítěte nebo ohrožení jeho vývoje na rodinu a prostředí, ve kterém vyrůstá. Zvýšit vývojovou úroveň dítěte v oblastech, které jsou již postiženy nebo ohroženy. Posílit kompetence rodiny a zvýšit její

soběstačnost. Vytvořit pro dítě, rodinu i společnost podmínky pro úspěšnou sociální integraci (Druhové standardy kvality služby 2013, s. 2, Šándorová 2015, s. 58).

Poskytovatelé rané služby vytvářejí pro klienta – rodinu podmínky, aby její členové mohli žít život obvyklého rytmu a způsobu jako ti, kteří sociální služby nevyužívají. Cílem je zajistit takovou míru podpory, která vede k samostatnému a důstojnému životu (Šándorová 2015, s. 60).

Raná péče je také vhodná z ekonomického hlediska, služby se poskytují klientům tak, aby se předešlo umístění dítěte do ústavní péče, popřípadě jeho odebrání z rodiny, z důvodu neschopnosti rodičů poskytnout mu potřebnou péči, tím se snižují veřejné výdaje a dochází k úsporám prostředků státu (Šándorová 2015, s. 59, Kodymová, Koláčková 2010, s. 49).

2.1.4 Organizace rané péče

Klienty rané péče jsou rodiny s dětmi s postižením od narození, nebo prvních projevů odlišnosti, do doby vstupu do zařízení, kde bude probíhat další, většinou odborná péče nebo přijetí dítěte do vzdělávací instituce. U lehčích forem postižení je to do nástupu do mateřské školy, tzn. do 3-4 let. U kombinovaných vad je to nástup do školy, většinou v 7 letech. Cílovou skupinou jsou děti s postižením zrakovým, sluchovým, tělesným, mentálním, s narušenou komunikační schopností, poruchami autistického spektra, autismem nebo s postižením kombinovaným a také všechny děti s podezřením na tato postižení, protože není podstatná diagnóza postižení, ale projevy dítěte. Poskytování sociálních služeb vychází z individuálních potřeb, cílů a přání klienta a z možností konkrétního poskytovatele. Mají být poskytovány tak, aby zvyšovaly vývojovou úroveň dítěte v oblastech, které jsou ohroženy faktory biologickými, sociálními a psychologickými (Společnost raná péče 2017, Mukšnáblová 2014, s. 66–67, Šándorová 2015, s. 60).

V České republice je zpravidla při včasné intervenci od sebe oddělena část medicínská a část pedagogická. Zatímco lékaři jsou v kontaktu s dítětem a jeho rodiči včas, u rizikových dětí hned po narození, u ostatních hned po zjištění postižení, u pedagogů (speciálních) to zatím není pravidlem (Opatřilová 2006, s. 121).

Rodiče do střediska přicházejí sami, např. na doporučení od ostatních rodičů či zdravotnického střediska. Po navázání kontaktu následuje informační schůzka a poté vstupní jednání, při kterém v případě shody dojde k uzavření dohody (smlouvy) o poskytování rané péče. K uzavření dohody není třeba žádné potvrzení od lékaře ani jiné doporučení (Raná péče EDA, o.p.s. 2015).

Smyslem rané péče je z pohledu speciální pedagogiky informovat rodiče a naučit je dovednostem tak, aby byli schopni působit aktivně na omezení negativních vlivů postižení. Formou přiměřené aktivity, především hrou, pomáhají poradkyně dítěti získávat nové podněty a rozvíjet jeho schopnosti, dovednosti a osobnostní vlastnosti. V raném dětství je třeba u dítěte především podpořit rozvoj smyslového vnímání, rozlišování předmětů, rozvoj motoriky, apod. (Hrušková, Matoušek, Landischová 2010, s. 121, Matyášová 2015, s. 9).

Předpokladem poskytování kvalitní služby je profesionální interdisciplinární tým s mezirezortní působností. Jedná se o rezort sociálních věcí, zdravotnictví a školství. Základ týmu tvoří poradci rané péče a rodiče (Muknšnáblova 2014, s. 66–67).

Ve střediscích rané péče se uskutečňuje péče ambulantní, klientům jsou zde k dispozici pracovníci z různých oborů. Tým poradců bývá složen ze sociálního pracovníka, sociálního pedagoga, speciálního pedagoga, psychologa, fyzioterapeuta, ergoterapeuta, atd. (Šáňdorová 2015, s. 50, Muknšnáblova 2014, s. 66–67).

Služba se však realizuje převážně v přirozeném prostředí dítěte – v rodině. Terénní konzultace tvoří podle zákona o sociálních službách alespoň 75% služby rané péče. Je nabízena podle individuálních potřeb rodiny, posiluje rodinu a využívá jejího potenciálu tak, aby zvládla krizovou životní situaci a náročnou péči o dítě raného věku s ohroženým vývojem. Jedná se jednak o poradenství rodičům, jednak o podporu dítěte, kdy tyto dvě roviny jsou vzájemně propojeny. Rodič zůstává přirozeným vychovatelem dítěte a jeho kompetence jsou plně zachovány, služba je vhodným směrem posiluje (Koláčková, Kodymová 2010, s. 96, Šáňdorová 2015, s. 58, Raná péče EDA, o.p.s. 2015).

Před návrhem individuálního výchovného postupu je potřeba dítě vyšetřit. Pracovník rané péče dítě především pozoruje v přirozeném domácím prostředí, všímá si jeho

osobních projevů a vztahu k druhé osobě. Podstatné je, jak dítě reaguje, prožívá spokojenost, strach, smutek, překvapení, nejistotu, nervozitu, zpozornění, odpor, hněv.

Pracovníci provádějí odborné konzultace v rodinách po 4–6 týdnech. Mezi jednotlivými konzultacemi je možné využívat poradenství telefonické nebo elektronickou poštou.

Pracovníci rané péče docházejí do rodin klientů a napomáhají integraci celé rodiny do většinové společnosti, do běžného života. Kromě odborných a praktických rad týkajících se péče o dítě a výchovných postupů, které připravují dítě pro další stupeň výchovně-vzdělávacího procesu, je poskytována rodině i psychologická podpora případně další speciální poradenství. (Kodymová, Koláčková 2010, s. 49, Mukšnáblova 2014, s. 66–67).

Poskytují také poradenství pro zvládání péče o dítě s postižením a jejího propojení s výchovou dalších dětí v rodině. Mohou pomoci rodičům i v komunikaci se širší rodinou, sousedy, přáteli (Matyášová 2015, s. 9).

Rodičům bývají zprostředkována vyšetření a konzultace na specializovaných pracovištích. Mohou si vypůjčit pro své dítě edukační hračky, které mu přinášejí podněty, zaujmou ho a provokují jeho reakce a jiné výukové materiály, odbornou literaturu. Zásadou je přizpůsobit navrhovaná opatření týkající se výchovy požadavkům rodiny, výchovný plán se vždy sestavuje individuálně. Rodiče jsou ústředními prostředníky rané péče. Musí mít dostatek informací od speciálních pracovníků a ty prakticky aplikovat na své dítě. Péče o dítě musí být kontinuální, nutné je začít profesionálně co nejdříve a zajistit návaznost následné péče. Jinak je výsledný efekt velmi omezený (Mukšnáblova 2014, s. 66–67, Matyášová 2015, s. 9).

Raná multidisciplinární péče se odehrává také na společných seminárních setkáních rodičů a několikadenních pobytových setkání celých rodin. Při těchto setkáních si rodiče mohou poskytnout podporu a vyměňovat zkušenosti, mohou tak vznikat svépomocné skupiny rodičů.

Pedagogičtí pracovníci pomáhají rodičům najít způsob metodického vedení a výchovného působení. Sociální pracovník poskytuje rodičům sociálně-právní poradenskou službu. V praxi jsou zpravidla všichni pracovníci zařazeni jako sociální pracovníci se specializací v oboru speciální pedagogika. Vzhledem k časové náročnosti

péče o dítě s postižením zůstává většinou jeden z rodičů s dítětem doma až do období školního věku, navíc často cestují za specialisty, což se odráží v rodinném rozpočtu. Své místo v rané péči má i psychologické poradenství, protože rodina musí zvládat zátěžové situace, na které není připravena. (Mukšnáblova 2014, s. 66–67, Hrušková, Matoušek, Landischová 2010, s. 121).

Poskytování služeb rané péče je omezeno věkovou hranicí dítěte, tj. 7 let, k ukončení služby může také dojít naplněním stanovených cílů konkrétního uživatele v rámci individuálního plánování. Jinak může být využívání služeb uživatelem ukončeno kdykoli, na základě ústní nebo písemné žádosti. Poskytovatel může ukončit službu, pokud došlo k porušení dohody uživatelem. Před plánovým ukončením služby je uživatel informován o návazných službách, případně je klient orientován do organizace poskytující návaznou péči. Pracovník rané péče ve spolupráci s uživatelem vypracuje Zprávu o rané péči a předá ji uživateli, tato zpráva může být na žádost uživatele a s jeho souhlasem předána dalším institucím (Druhé standardy kvality služby 2013).

Vždy je chráněno soukromí rodiny, na což má rodina právo podle Zákona 101/2000Sb. o ochraně osobních údajů.

V České republice existují centra rané péče, která jsou univerzální, všeobecná a některá jsou specializovaná, zaměřená na určitý typ postižení.

Terénní služba bývá poskytována od pondělí do pátku, v časovém rozpětí od 7,00 do 19,00 hodin, záleží však na daném poskytovateli. Ambulantní péče ve střediscích je většinou možná 2 dny v týdnu, pondělí a středa, od 8,00 do 15,00 hodin. Existují samozřejmě výjimky, kdy tuto službu nabízí střediska dle potřeb klientů, např. i o víkendu.

V roce 2016 poskytovalo tuto sociální službu 47 poskytovatelů v 50 zařízeních ve všech krajích a pro všechny specifické druhy postižení dítěte (Habán 2016).

2.1.5 Zřizovatelé a financování

Raná péče je zajišťována pracovišti rané péče převážně v nestátním neziskovém sektoru. Zřizovatelem může být soukromá osoba, soukromá právnická osoba, Diakonie, federace rodičů apod. (Langová 2004, s. 94–126).

Poskytovatele rané péče sdružuje v České republice profesní organizace a tou je Asociace pracovníků v rané péči (APRP). Posláním asociace je nejen sdružování a podpora organizací poskytujících ranou péči, ale i prosazování a kultivování rané péče jako oboru. Cílem je zvyšování kvality sociální služby raná péče, prezentace a prosazování oboru i služby raná péče, zajišťování vzdělávání pracovníků v rané péči. Činnostmi APRP jsou zajištění platformy pro spolupráci jednotlivých pracovišť, poskytování vzájemné odborné podpory, udělování garance kvality služby, odborná a publikační činnost, šíření informací mezi odbornou i laickou veřejnost, mezinárodní spolupráce. Členství APRP je zárukou kvality poskytovaných služeb. Členem je pracoviště rané péče, které je držitelem Garance kvality služby ze strany APRP. Garance potvrzuje, že organizace respektuje všechna pravidla formulovaná zákonem 108/2006 Sb. a druhové standardy služby. Garance se uděluje na dobu dvou let. K 20. 2. 2017 sdružuje Asociace pracovníků v rané péče celkem 20 pracovišť z Čech, Moravy a Slezska, která jsou členem asociace a mají platnou garanci kvality služby (APRP 2017).

Raná péče je jako sociální preventivní služba financována z veřejných zdrojů prostřednictvím státní dotace, z grantů krajů, případně měst a obcí, nadací a nadačních fondů, darů soukromých a firemních dárců. Pokud se jedná o příspěvkovou organizaci, může získávat prostředky i z vlastních aktivit. Uživatelé rané péče tuto službu získávají zdarma, tedy na ni nepřispívají z příspěvku na péči. Prostředky na službu pro rodiny musí zajistit poskytovatelé prostřednictvím žádosti o dotaci (Analýza 2015, s. 28, Raná péče EDA, o.p.s. 2015). Někteří zřizovatelé mohou získat finance i z projektů jiných ministerstev, např. EDA získala finanční podporu od MŠMT a Ministerstva zdravotnictví (EDA 2016).

2.2 Raná péče ve Francii

Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (dále jen CAMSP) znamená v překladu středisko medicínsko-sociální rané péče. Označení CAMSP je používáno ve Francii od roku 1976.

Tato centra nabízí ambulantní péči dětem s postižením do 6 let věku. Jedná se o konzultace individuální či skupinové, v prostorách CAMSP nebo v přirozeném prostředí dítěte (doma, v pěstounské rodině, atd.).

CAMSP podporuje také rodiče, rodinu a zejména sourozence, stejně jako odborníky, kteří pracují s dítětem s postižením v institucích pro děti předškolního věku, např. jesle, MŠ, dětské kluby (Francois, Bacot-Berthelot, Aubert-Blanche, Bertrand 2014, s. 26).

2.2.1 Legislativa

S pojmem rané intervence se ve Francii setkáváme již v roce 1956, a to konkrétně ve vyhlášce 56-284. Běžně se pak používá od 60. let 20. století.

V roce 1975 byl ve Francii uveden v platnost první ucelený zákon definující směrnice ve prospěch osob s postižením – Loi n° 75-534 d'orientation en faveur des personnes handicapées, který mimo jiné určuje, že povinností státu je zajistit prevenci a depistáž handicapů. Tento zákon byl základem pro rozšíření předporodní, novorozenecké a poporodní depistáže (Tonner, Trutt 2004, s. 11).

Vyhláška z roku 1976 a její příloha 32 bis o podmínkách, které musí splňovat CAMSP – Décret n°76-389 (Annexe XXXII bis) Condition technique d'agrément des Centres d'Action Médico-Sociale Précoce popisují mimo jiné základní činnosti středisek a těmi jsou:

- depistáž a diagnostika,
- prevence a reedukace,
- ambulantní péče,
- sociální a výchovná podpora, pomoc a adaptace

dětí od 0 do 6 let, které mají smyslový, motorický nebo mentální deficit, za účelem sociální a výchovné adaptace v jejich přirozeném prostředí.

Dále pak:

- provázení rodiny,
- školení a poradenství (Décret n° 76-389, Art. 1, ANESM 2014, s. 6, Tonner, Trutt 2004, s. 12).

Standardy kvality uvedené v Annexe XXXII bis jsou závazné jak pro veřejný, tak pro soukromý sektor.

V roce 2005 byl přijat zákon o rovnosti práv a příležitostí, účasti a občanském uplatnění osob s postižením – Loi n° 2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes, který doplňuje zákon z roku 1975 a zajišťuje osobám s postižením efektivní přístup k výkonu práv a zapojení do běžného života (Dréano 2015, s. VIII).

Pro potřeby tohoto zákona je handicap definován jako „každé omezení činnosti nebo omezení účasti na životě ve společnosti, kterým trpí určitá osoba z důvodu zásadního poškození, dlouhodobého nebo definitivního, jedné nebo několika funkcí – fyzických, senzorických, mentálních, rozpoznávacích nebo psychických, kombinovaného postižení nebo omezující zdravotní poruchy“ (Loi n° 2005-102, Art. L. 114).

Výše uvedené zákony se staly součástí různých sbírek zákonů, např. o sociálních službách a rodině – Code de l'action sociale et des familles, o sociálním zabezpečení – Code de la Sécurité sociale, o vzdělávání – Code de l'éducation.

2.2.2 Nabízené služby

Depistáž a raná diagnostika:

- lékařská a psychologická vyšetření,
- vyšetření vedoucí k diagnostice,
- multidisciplinární posouzení stavu dítěte,
- plán komplexního terapeutického postupu.

Reedukace a péče:

- vypracování osobního projektu dítěte,
- skupinové či individuální terapie,
- rodinné terapie včetně podpory sourozenců,
- terénní služby v rodině nebo v běžném prostředí dítěte (jesle, MŠ,...),
- pomoc při výběru předškolního zařízení,
- následná péče o bývalé klienty po dobu 3 let od ukončení služby rané péče.

Další:

- prevence,

- provázení rodiny,
- školení profesionálů, kteří jsou v kontaktu s dětmi,
- publikační činnost, atd. (CREAI 2012, s. 34).

2.2.3 Poslání a cíle

CAMSP má vymezeny následující všeobecné cíle:

- podpora fyzického, psychologického, intelektuálního a sociálního vývoje dítěte,
- prevence, snížení či odstranění následků postižení,
- podpořit sociální začlenění dítěte a jeho rodiny,
- posílit dovednosti a znalosti rodině vlastní.

Poslání CAMSP jsou:

- pomoc nastávajícím rodičům,
- specializovaná prevence nebo snížení obtíží dětí od narození do 6 let,
- péče o děti s handicapem,
- provázení (rodiny, školského zařízení,...),
- poskytovat vzdělávání a být zdrojem informací pro veřejnost (ANESM 2014, s. 4).

Cílem je také podporovat začlenění dítěte do rodiny a sociálního prostředí. Přispívat k harmonickému rozvoji schopností dítěte. Podpořit rodiče, aby byli schopni přijmout dítě takové, jaké je (Dréano 2015, s. 226).

Dítě se vyvíjí se svým postižením, které je pro něho normalitou. Může mít pocit odlišnosti, ale ne nemoci. Pro toto dítě jsme těmi „jinými“ my. Cílem CAMSP je poukázat na tuto skutečnost, šířit vědomí jinakosti již od raného věku dítěte, a tím napomáhat jeho přijetí společností takového, jaké je. Naučit společnost postavit se vedle dítěte s postižením a pokusit se vidět svět jeho očima. Je zřejmé, že není možné handicap zapomenout, ale je třeba odvážit se sdílet tento zvláštní úhel pohledu dítěte (Rösch 2010, s. 89).

2.2.4 Organizace rané péče

Ve vyhlášce č. 76-389 je upřesněno, že centra mohou být specializovaná nebo univerzální. Univerzální střediska disponují často specializovaným oddělením (Tonner, Trutt 2004, s. 12). Univerzálních středisek je asi 80 %, zbývajících 20 % jsou centra specializovaná (ANESM 2014, s. 7).

Zvláštní postavení mají nemocniční CAMSP. Jsou zřizována nemocnicemi a jsou tak jako první v kontaktu s předčasně narozenými dětmi nebo dětmi, které měly při porodu nebo těsně po něm zdravotní problémy. Tato střediska se nejčastěji starají o klienty ve věkové hranici 0–3 roky (CREAI 2012, s. 47).

Většina center má své pobočky, aby bylo pokryto území celé republiky, s maximální dobou dojezdu 45 minut. V současné době existuje projekt, který se snaží snížit tuto dobu na 30 minut (CREAI 2012, s. 26). Vzhledem k tomu, že doprava klientů do středisek je plně hrazena zdravotní pojišťovnou, vyhláška doporučuje, že centra se musí snažit limitovat přesuny a uspořádat konzultace tak, aby během jednoho setkání došlo k vyšetření dítěte, reedukaci i k provázení rodiny (Tonner, Trutt 2004, s. 12).

Obvyklé jsou otevírací doby center od pondělí do pátku, někde i soboty dopoledne, od 8.30 do 17 hodin. Jednou nebo dvakrát týdně je prodloužená doba do 19.30 hodin, aby i pracující rodiče měli možnost pobývat s dítětem ve středisku. Konzultace v rodině probíhají od pondělí do soboty dle potřeby klientů. CAMSP bývají zavřena polovinu každých školních prázdnin (CREAI 2012, s. 16).

Ve Francii je raná péče medicínská, pedagogická a sociální propojena. Všichni specialisté jsou v kontaktu s dítětem od prvních příznaků možného postižení (Rouff 2007, s. 11).

Každé centrum rané péče je vedeno ředitelem, který je na základě dekretu, vydaného prefektem (ekvivalent v ČR je hejtman), oprávněný tuto funkci vykonávat. Ten může být lékařem, pokud tomu tak není, musí mít centrum technického ředitele – lékaře. Lékař, který vykonává výše uvedené funkce, musí být buď pediatr nebo dětský psychiatr (Tonner, Trutt 2004, s. 12).

Na základě specializace jednotlivých středisek, je pak v týmu další zdravotní, nezdravotní a zdravotně sociální personál.

Ze zdravotních profesí je to dětský lékař, vývojový pediatr, neurolog, lékař ORL, rehabilitační lékař, oční lékař, zdravotní sestry, dětské sestry apod.

Dále jsou to psycholog, psychomotorický terapeut, kinezioterapeut, logoped, ortoptik, ergoterapeut, překladatel do znakového jazyka, speciální pedagog, matka, dětský asistent, sociální pracovník, učitel aj.

Celý tým doplňují administrativní pracovníci, sekretářky, účetní a další (Arrêté du 28 janvier 2016, s. 21).

CAMSP organizují několikrát ročně informační kampaně v místě jejich působnosti. V první řadě mailem informují instituce, které mohou pomoci při identifikaci a depistáži dětí (pediatři, jesle, ...). Následně roznášejí tištěné letáky. A v neposlední řadě pořádají školení o rané péči, o vývoji malého dítěte apod. (ANESM 2014, s. 13–16).

Pro usnadnění přístupu k péči v CAMSP, není třeba, aby bylo dítě zapsáno v MDPH – Maison départementale des personnes handicapées (Instituce pro osoby s postižením), tedy nemusí být uznáno jako postižené. Rodiče kontaktují centra sami. Většinou je jim doporučena služba nemocnicí hned po narození dítěte nebo později dětským lékařem, učitelkou v MŠ apod. (Sédrați-Dinet 2015, s. 22).

Nikdy není vyžadována diagnostika, aby byla poskytnuta péče v CAMSP. V raném věku se vše vyvíjí velmi rychle a bylo by unáhlené stanovit prognózu. V některých případech by „zaškatulkování“ dítěte bylo velmi nebezpečné a mohlo by výrazně omezit pole jeho možností (Bernard, Sarfaty in Sédrați-Dinet 2015, s. 22). Některé děti ještě při odchodu z CAMSP v 7 letech nemají určenou přesnou diagnózu.

K prvnímu kontaktu obvykle dochází prostřednictvím sekretariátu CAMSP, kde se rodiče domluví na „otevření složky“. Všechny schůzky jsou dány v nejbližším možném termínu (maximálně do týdne), aby se dítě i rodina dostali ke službám rané péče co nejdříve. Období od prvního kontaktu k zahájení péče a provázení by nemělo přesáhnout 3 měsíce (ANESM 2014, s. 20, 26).

Při příchodu do CAMSP obdrží rodiče informace o fungování centra, livret d'accueil (uvítací brožuru), provozní řád, letáky o možné finanční pomoci, atd. Většinou hned dostávají kontakt na asociaci rodičů a přátel CAMSP. Kontakty na ostatní rodiče nejsou přímo poskytovány z důvodu ochrany osobních údajů, která je ve Francii striktně dodržována.

Pracovníci rané péče, se souhlasem rodičů a v jejich přítomnosti, hovoří přímo s dítětem. Samozřejmě s přihlédnutím k věku a jeho možnostem je používán dítěti srozumitelný slovník, atd. Vyslechnou jeho požadavky, obtíže a sdělují mu informace o tom, co se ho týká (ANESM 2014, s. 22).

Při první lékařské konzultaci může lékař, v případě potřeby, navrhnout multidisciplinární posouzení stavu dítěte. Lékař seznámí rodiče s postupem, jakým se bude služba vyvíjet. Rodiče obdrží termíny, během kterých bude provedeno posouzení dítěte. Fáze posuzování začíná uvítáním zdravotní sestrou, která vysvětlí průběh a pečlivě si zaznamená návyky dítěte a rodiny. O dítě se starají nejméně dva členové týmu, nejčastěji to bývá pět specialistů. Každý vyšetří dítě v přítomnosti rodičů zvlášť a navrhne vlastní terapeutický postup. Po konzultaci-supervizi všech odborníků se připravuje plán komplexního terapeutického postupu, včetně vymezení cílů a prostředků práce. Ten je následně diskutován s rodiči a dítětem, popřípadě upraven a společně odsouhlasen. Náзор dítěte a rodičů je plně respektován.

Právě supervize pomáhá rozvíjet spolupráci všech zúčastněných, jednotlivé disciplíny se prolínají a otevírá se tak prostor pro nové názory a metody, které obohacují opatření volená na pomoc dítěti. Odborníci si uvědomují důležitost role rodičů, kteří jim mohou sdělit zásadní informace o dítěti. Rodiče, stejně jako dítě samo (s přihlédnutím k jeho věku), jsou aktéry procesu rané péče. Podílí se na vytvoření a uskutečnění podpůrného projektu (ANESM 2014, s. 7).

Po odsouhlasení terapeutického postupu je vybrána referenční osoba CAMSP, která dojedná s rodiči schůzku pro dokončení osobního projektu dítěte. Následně je rozhodnuto o formě podpory, o tom jestli bude individuální či skupinová, atd. Osobní projekt je každoročně konzultován s rodiči a upravován podle potřeb dítěte. V případě potřeby se projekt mění i během roku a to formou příloh. Vždy se jedná o službu aktuální a na míru. Rodiče mají právo vyjádřit názor na referenční osobu, která může

být v případě nespokojenosti změněna, koordinátorem péče vždy zůstává lékař (ANESM., s. 47–48).

Asi čtvrtina dětí, které projdou vstupním vyšetřením, se nestane klientem CAMSP. Buď je navržen pouze lékařský dohled, nebo je dítě směřováno do jiného adekvátního zařízení nebo k dalším odborníkům (Sédrati-Dinet 2015, s. 22).

V průběhu poskytování služeb rané péče se tým pracovníků pravidelně setkává s rodiči. Účelem těchto schůzek je vypracování individuálního plánu péče, který bude:

- objevovat a rozvíjet potenciál dítěte,
- podporovat jeho vývoj,
- provádět pravidelná hodnocení a hledat společně odpovídající řešení,
- podporovat socializaci dítěte a jeho inkluzi do společnosti (jesle, MŠ,...),
- v případě potřeby směřovat rodiče a dítě do jiné specializované struktury a pomoci jim v tomto přechodu.

Běžně je nabídnuto 2–4 setkání za týden nebo 2–3 dopoledne ve „školce“. Ve „školce CAMSP“ se uskutečňují programy, které se soustředí na socializaci dítěte. Delšího pobytu se využívá také při diagnostice a nastavení podpůrných programů.

Socializace dětí probíhá i za přítomnosti rodičů a dalších členů rodiny nebo pečujících osob. Nejdříve v prostředí CAMSP, které dítě již zná. Později se pořádají výlety do bazénu, na hřiště apod. Cílem je naučit dítě pobývat s ostatními a mít z toho radost. Následně se omezuje přítomnost členů rodiny, tím se dítě připravuje na vstup do školního zařízení (Viret, Lancen, Bouchut 2010, s. 160).

Provázení může probíhat i mimo CAMSP, tedy v místě, kde dítě běžně pobývá (doma, v jeslích, v MŠ,...). V tomto případě vyjíždí „cestovní“ tým jedno či vícedisciplinární. Většinou je to psycholog (psychologická podpora rodiny) a ergoterapeut (úprava místa, lůžka,...). Složení těchto týmů je schváleno prefektem (hejtmanem), který také určuje oblast působení. Některá centra přenechávají, z důvodů personálních a technických, terénní službu SESSADu, viz další podkapitola (Tonner, Trutt 2004, s. 12, 39).

Kromě provázení rodičů a jejich proškolení mají CAMSP za úkol vysvětlit ostatním sourozencům, co se s dítětem v centru děje, proč tam dochází a odpovídat na jejich

případné otázky. Za tímto účelem jsou organizovány „sourozenecké skupiny“, kde se mohou zdravé děti setkat mezi sebou. V případě, že se jedná o genetickou poruchu, může odborník nabídnout depistáž ohroženým sourozencům. CAMSP je také podporou rodiny v nelehké chvíli, jakou je umírání a smrt dítěte (ANESM 2014, s. 68–70).

Některá centra CAMSP sepisují smlouvy o spolupráci s jeslemi či mateřskými školami. Ty pak mohou poskytnout až 25 % míst pro inkluzi dětí s handicapem. Pracovníci CAMSP do těchto zařízení denně docházejí. Podobně se mohou podílet na volnočasových aktivitách dětí, pobytech rodičů a dětí apod. (ANESM 2014, s. 54).

Každý klient má zavedenou osobní elektronickou složku, kde se nacházejí informace o sociální situaci, anamnéze, diagnostice, výsledky vyšetření, léčba, reedukace – terapie a také zápisy ze společných schůzek, supervizí. Pokud si to rodiče přejí, může být tato složka k dispozici dalším specialistům (Tonner, Trutt 2004, s. 13).

V průměru se CAMSP věnuje klientům 1 až 3 roky (CREAI 2012, s. 35).

Kdykoli během využívání služeb může být, na žádost dítěte a rodičů či doporučení týmu CAMSP, péče o dítě přeorientována k dalším poskytovatelům služeb, které budou lépe odpovídat aktuálnímu vývoji dítěte.

Od 4 let věku dítěte jsou klienti informováni o možnostech následné péče. Tým CAMSP rodinu podporuje a doprovází do center návazné služby tak, aby dítě přešlo postupně do další péče před 6. rokem věku (limitní věk pro CAMSP). Ne vždy se to podaří, většinou z důvodu kapacity zařízení. V těchto případech se dítěti dostává péče od CAMSP po nezbytně nutnou dobu. Nedojde tak k přerušení péče.

Aby dítě pochopilo změnu, která ho čeká, je ve středisku zorganizována oslava s dalšími rodinami. Předávají se výrobky a fotografie, které vznikaly během péče v CAMSP. Pro zjednodušení přechodu z jedné instituce do další je dítě v prvních dnech doprovázeno některým z pracovníků CAMSP a samozřejmě rodiči (ANESM 2014, s. 76).

Po ukončení služby sociální pracovnice provádí následné monitorování dítěte a to po dobu minimálně tří let. V případě špatné sociální adaptace dítěte, může sociální

pracovnice doporučit nová šetření, popřípadě se snaží najít důvody špatné adaptace (Tonner, Trutt 2004, s. 13).

Aktuálně poskytuje službu celkem 358 center a poboček (ANECAMSP 2017).

2.2.4.1 Další zařízení pro děti do 6let

Péči o děti do 6let věku se zabývají ve Francii také následující střediska.

CMP (centres médico-psychologiques) – střediska medicínsko-psychologická pro děti s problémy v oblasti afektivní, psychologické nebo relační. Je jim zde poskytnuta péče a skupinové provázení.

CMPP (centres médico-psycho-pédagogiques) – střediska medicínsko-psychologicko-pedagogická poskytují služby dětem, které mají problémy s přizpůsobením se a dětem s poruchami učení a to i po 6. roku věku. Pro poskytování služeb je vyžadováno zapsání dítěte v MDPH, viz výše.

SESSAD (les services d'éducation spécialisée et de soins à domicile) – speciálně pedagogické služby a péče v domácím prostředí jsou určeny pro osoby s postižením a probíhají výhradně v domácím či obvyklém prostředí (MŠ, ZŠ, chráněné dílny). Podmínkou je zapsání v MDPH, viz výše. SESSADy mají různá pojmenování, např. SAFEP se věnuje provázení rodiny a rané péči, SSAD pečuje o lidi s kombinovaným postižením. Podobně jako v CAMSP rodina spolupracuje na vytvoření individuálního plánu.

IME (les instituts médico-éducatifs) – medicínsko-výchovné instituty, které zajišťují výchovu a péči pro děti od 3 let, s možností internátního pobytu. Instituty nejsou přímo specializované na malé děti, spíše na děti školního věku, adolescenty a mladé dospělé. V některých případech a na žádost rodiny MDPH rozhodne o umístění dítěte do IME (Francois, Bacot-Berthelot, Aubert-Blanche, Bertrand 2014, s. 26–48).

2.2.5 Zřizovatelé a financování

CAMSP jsou veřejná nebo soukromá zařízení neziskového charakteru a jejich zřizovateli jsou nemocnice, asociace nebo generální rada.

Služby jsou rodinám poskytovány bezplatně. Veškeré provozní náklady CAMSP jsou hrazeny:

- 80% zdravotní pojišťovnou,
- 20% generální radou.

Generální rada každého departementu přispívá částkou určenou na prevenci, která je součástí programu CAMSP (Tonner, Trutt 2004, s. 13, CREA 2012, s. 10).

ANECAMSP je národní asociace sdružující profesionály a rodiče, kteří mají společný cíl a tím je dodržování práv na péči a kvalitní podporu a vzdělávání dítěte v nesnázích a jeho rodiny. Byla založena roku 1982 (Rouff 2007, s. 13). Je základním poradcem vlády ve věci rozhodování o rané péči. Cílem je ochrana malých dětí, provázení rodin, podpora rané medicínsko-sociální péče, sdružování profesionálů poskytujících ranou péči. Působí v oblastech:

- prevence,
- podpory včasné intervence i bez znalosti diagnózy,
- celostního přístupu k dítěti a rodině,
- usnadňuje péči o dítě v prostředí rodiny,
- koordinované podpory dítěte,
- multidisciplinární a transdisciplinární spolupráce,
- podpora vzdělávání dětí v běžných školách,
- propagace a šíření kvalitních postupů (ANECAMPS 2017).

2.3 Shody a rozdíly služby rané péče v České republice a ve Francii

2.3.1 Shody

V tomto oddílu práce budou z teoretické části vybrány nejdůležitější charakteristiky služby rané péče, které jsou shodné pro obě porovnávané země.

- RP je zakotvena v zákoně, v České republice je to Zákon č. 108/2006 Sb. a ve Francii Loi n° 75-534,
- standardy služeb jsou dány vyhláškou, v České republice se jedná o Vyhlášku č. 505/2006 Sb. a ve Francii Décret n°76-389 (Annexe XXXII bis),

- obě země mají asociace sdružující profesionály RP a rodiče,
- služba je poskytována bezplatně,
- včasná intervence je základem rané péče,
- umožňuje snížit důsledky primárního postižení a zabráňuje vzniku postižení sekundárního,
- předchází sociálnímu vyčlenění,
- vytváří podmínky pro sociální integraci dítěte a jeho rodiny,
- jsou respektovány individuální potřeby rodiny,
- rodina je rovnocenným partnerem rané péče a stává se součástí týmu,
- podporuje rodinu jako celek a využívá možností a schopností každého člena rodiny s cílem zvládnout nelehkou životní situaci,
- nezaměřuje se pouze na dítě a jeho rodinu, ale i na sociální prostředí (tj. širší rodinu, školní zařízení apod.),
- komplexní péče je multidisciplinární,
- existuje meziresortní spolupráce,
- propagace rané péče.

2.3.2 Rozdíly

V této podkapitole budou vybrány nejmarkantnější rozdíly ve službách rané péče obou zemí.

- Cílovou skupinou je v obou případech rodina s dítětem s postižením, pouze věk dítěte se liší. V České republice je to od 0 do 7 let věku dítěte a ve Francii od 0 do 6 let.
- V České republice je raná péče sociální službou. Ve Francii je raná péče medicínská, pedagogická a sociální propojena.
- Forma rané péče je dána odlišnou koncepcí služby v obou zemích. V České republice se jedná převážně o terénní službu, kdy se návštěvy v rodinách opakují v intervalech 4 až 6 týdnů a tato služba je popřípadě doplněna o službu ambulantní. Ve Francii je to převážně ambulantní služba. Pracovníci však navštěvují klienty dle potřeby i v běžném sociálním prostředí (tzn. rodina, jesle apod.) a to minimálně 2 krát ročně. V začátcích poskytování služby a podle závažnosti postižení dítěte se může jednat o častější návštěvy, a to i každý týden.

- Poskytovatelé a zřizovatelé rané péče v České republice jsou převážně z nestátního neziskového sektoru, může to být i soukromá osoba, soukromá právnická osoba, Diakonie, federace rodičů apod. Ve Francii jsou to veřejná nebo soukromá zařízení neziskového charakteru a jejich zřizovateli jsou nemocnice, asociace nebo generální rada.
- Financování rané péče v České republice je zajištěno z veřejných zdrojů prostřednictvím státní dotace, z grantů krajů, případně měst a obcí, nadací a nadačních fondů, darů soukromých a firemních dárců. Ve Francii je raná péče financována zdravotní pojišťovnou (80 %) a generální radou (20 %).

PRAKTICKÁ ČÁST

3 Cíl bakalářské práce

Cílem bakalářské práce je shrnutí získaných poznatků o rané péči v České republice a ve Francii, včetně posouzení informovanosti o službě rané péče u klientů obou zemí a vymezení rozdílů v nabídce a využívání služeb rané péče klienty z obou zemí.

3.1 Hypotézy

Pro průzkum, který povede ke stanovenému cíli, byly formulovány dvě výchozí hypotézy:

H1 – Úroveň informovanosti klientů rané péče ve Francii o službě rané péče je vyšší oproti informovanosti klientů v České republice.

H2 – Služby rané péče jsou více a častěji využívány klienty ve Francii oproti klientům v České republice.

4 Metoda průzkumu, technika sběru dat

Pro dosažení cíle bakalářské práce bude použit kvantitativní průzkum.

Kvantitativní výzkum, jak již název napovídá, pracuje s číselnými údaji. Zjišťuje množství či frekvenci výskytu jevů. Číselné údaje se dají následně matematicky zpracovat. Kvantitativní výzkum většinou testuje teoretické poznatky, z kterých se vyvozují hypotézy, které se následně výzkumem ověřují. Výzkumník si drží odstup od zkoumaných jevů a tím zabezpečuje nestrannost pohledů. Zkoumané osoby jsou vybírány tak, aby co nejlépe reprezentovaly jistou populaci, v našem případě jsou to klienti rané péče. Hlavním cílem je třídění údajů a vysvětlení příčin existence nebo změn jevů (Gavora 2000, s. 31–32).

4.1 Dotazník

Výše uvedené hypotézy budou ověřeny, tzn. potvrzeny či vyvráceny, pomocí dotazníkového šetření. K tomuto účelu byly vypracovány dotazníky v českém a francouzském jazyce, které jsou přílohou této bakalářské práce.

Dotazník má 14 otázek, které se týkají věku dítěte, diagnostiky, informovanosti o službách rané péče atd. Byly použity otázky otevřené i uzavřené. Některé otázky jsou pro podrobnější průzkum složeny z podotázek.

Dotazník byl nejprve testován na vzorku 3 respondentů. Získané odpovědi byly vyhovující a bylo tedy rozhodnuto, že dotazník je pro klienty rané péče srozumitelný a může být distribuován dále.

Sběr dat probíhal od března do června 2017.

4.2 Zkoumaný vzorek

V přípravné fázi této bakalářské práce bylo stanoveno, že vzorek 20 respondentů z každé země bude pro průzkum dostačující.

Osloveno bylo celkem 22 středisek rané péče, 15 v České republice a 7 ve Francii. Z toho přislíbilo spolupráci 11 center, 4 v ČR a ve Francii všichni kontaktovaní.

Dotazníky byly rozesílány elektronickou poštou a stejným způsobem byly vyplněné vráceny.

V České republice bylo vyplněno 24 dotazníků, včetně testovaného vzorku. Z nich bylo použitelných pro průzkum 21. Ve Francii vyplnilo dotazníky 28 respondentů, z toho 5 chybně. Do průzkumu bylo tedy zařazeno 23 dotazníků.

Z průzkumu byly vyřazeny dotazníky, které byly nedostatečně či nesrozumitelně vyplněné. Mohlo k tomu dojít mimo jiné i z důvodu nepochopení otázkám respondentem. Tato skutečnost je poučením pro další výzkum a sestavování dotazníků.

Vzhledem k rozdílnému počtu klientů z obou zemí, budou data z dotazníků vyhodnocována v procentech.

5 Interpretace získaných dat

V této části práce budou podrobně analyzovány ty otázky z dotazníků, které umožní potvrdit či vyvrátit výchozí hypotézy. Ostatní odpovědi jsou spíše informativní a pomohou podložit fakta z teoretické části této bakalářské práce.

Pro přehlednost je barevnost grafů sjednocena následujícím způsobem:

- Česká republika – modře,
- Francie – červeně,
- odpověď ANO – zeleně,
- odpověď NE – červeně,
- ostatním položkám přísluší další barevná označení, která jsou srozumitelně popsána v legendách jednotlivých grafů.

Otázka č. 1 Kolik je Vašemu dítěti let?

Tabulka č. 1: Věk dítěte

(v letech)	minimum	maximum	průměr
ČR	1,3	7	3,8
Francie	0,3	6	2,7

V České republice je nejmladšímu dítěti 15 měsíců, nejstaršímu 7 let a průměrný věk je 3 roky a 9 měsíců. Ve Francii minimální věk je 4 měsíce a maximální 6 let, v průměru tedy 2 roky a 8 měsíců.

Pro potřeby získání informace o době využívání služeb ihned přejdeme k vyhodnocení

otázky č. 8: Kolik let bylo dítěti, když jste začali využívat služeb rané péče?

Tabulka č. 2: Věk dítěte v době, kdy začalo využívat služeb rané péče

(v letech)	minimum	maximum	průměr
ČR	0,3	4	1,5
Francie	0,1	3,5	0,9

V době, kdy rodiny začaly využívat služeb rané péče, byl věk dětí následující:

- v ČR: minimální věk 3 měsíce, maximální věk 4 roky, v průměru tedy 1 a půl roku,
- ve Francii: minimální věk 1 měsíc, maximální věk 3 a půl roku, v průměru přibližně 11 měsíců.

Ze zkoumaného vzorku vychází, že ve Francii se klientem stávají rodiny v průměru před 11 měsícem roku dítěte na rozdíl od ČR, kde je to průměrně měsíců 18.

Z výše uvedených hodnot lze určit, jak dlouhou dobu respondenti službu využívají.

Tabulka č. 3: Doba využívání služeb

(v letech)	minimum	maximum	průměr
ČR	0	6	2,3
Francie	0,1	5,8	1,7

Z tabulky je zřejmé, že oslovení klienti z České republiky služby rané péče využívají v průměru 28 měsíců oproti Francii, kde je to 20 měsíců.

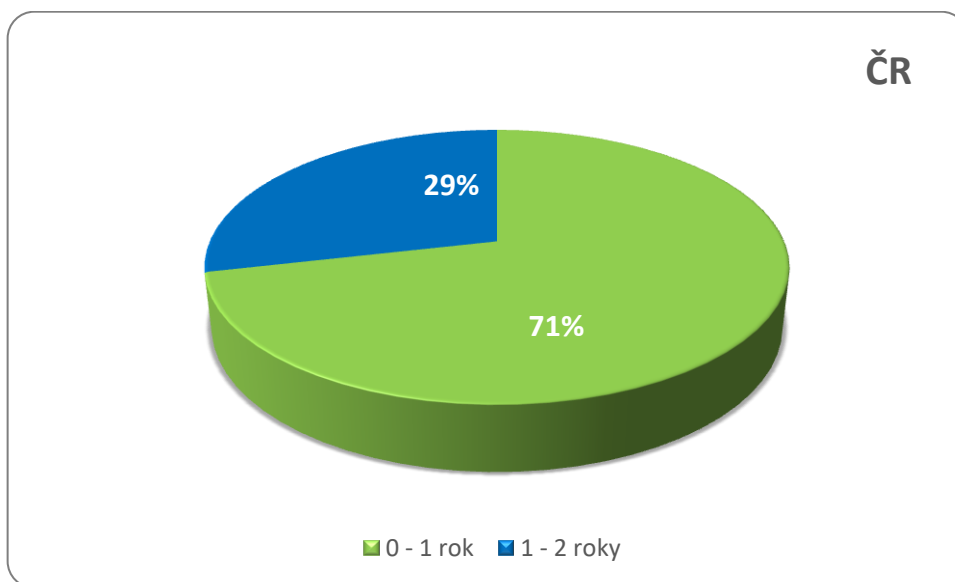
Otázka č. 2 Jaký typ zdravotního postižení (popřípadě podezření na...) má Vaše dítě?

Jednalo se o otázku s možností výběru několika odpovědí. To vysvětluje, proč součet jednotlivých položek v následující tabulce nedává 100 %.

Tabulka č. 4: Typ postižení

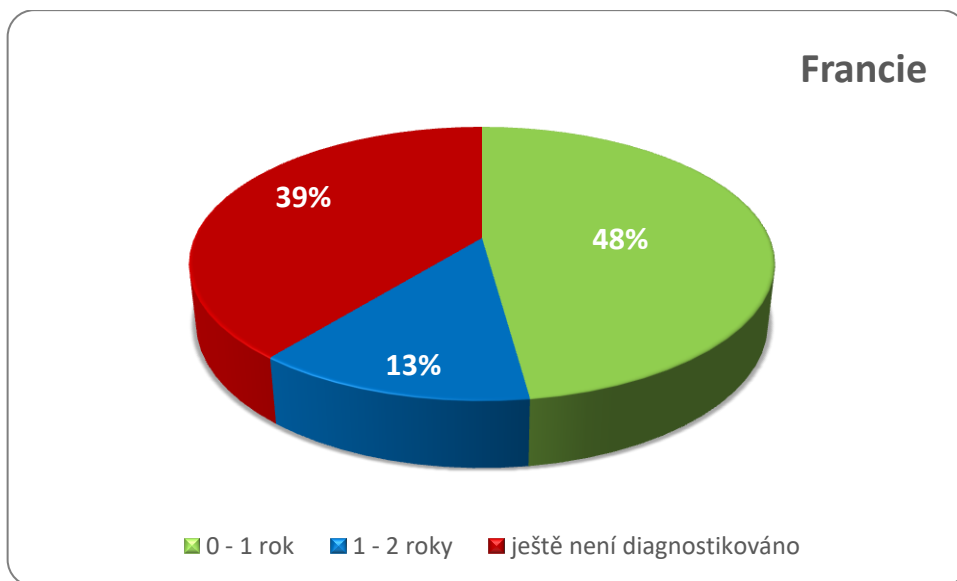
(počet a %)	ČR		Francie	
	počet	%	počet	%
postižení zraku	10	48 %	5	22 %
postižení sluchu	2	10 %	4	17 %
postižení tělesné	4	19 %	5	22 %
postižení mentální	4	19 %	6	26 %
Jiné	9	43 %	14	61 %

Otázka č. 3 Kolik let bylo Vašemu dítěti při diagnostice handicapu?



Graf č. 1: Věk dítěte při diagnostice – ČR

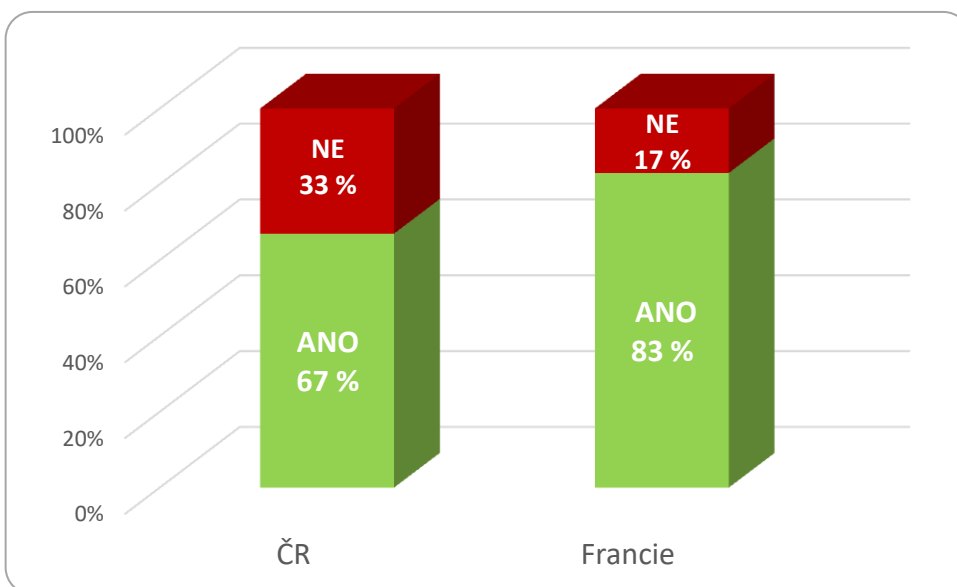
V České republice bylo 71 % dětí diagnostikováno před 12 měsícem života, u zbylých 29 % k tomu došlo během druhého roku.



Graf č. 2: Věk dítěte při diagnostice – Francie

Ve Francii skoro polovina oslovených odpověděla, že dítě bylo diagnostikováno do 1 roku, dalších 13 % do 2 let a celých 39 % nezná přesnou diagnózu. V této skupině najdeme děti s autismem, logopedickými obtížemi, odchylkami ve vývoji, kombinovaným postižením a děti do 1 roku se zrakovými a sluchovými obtížemi.

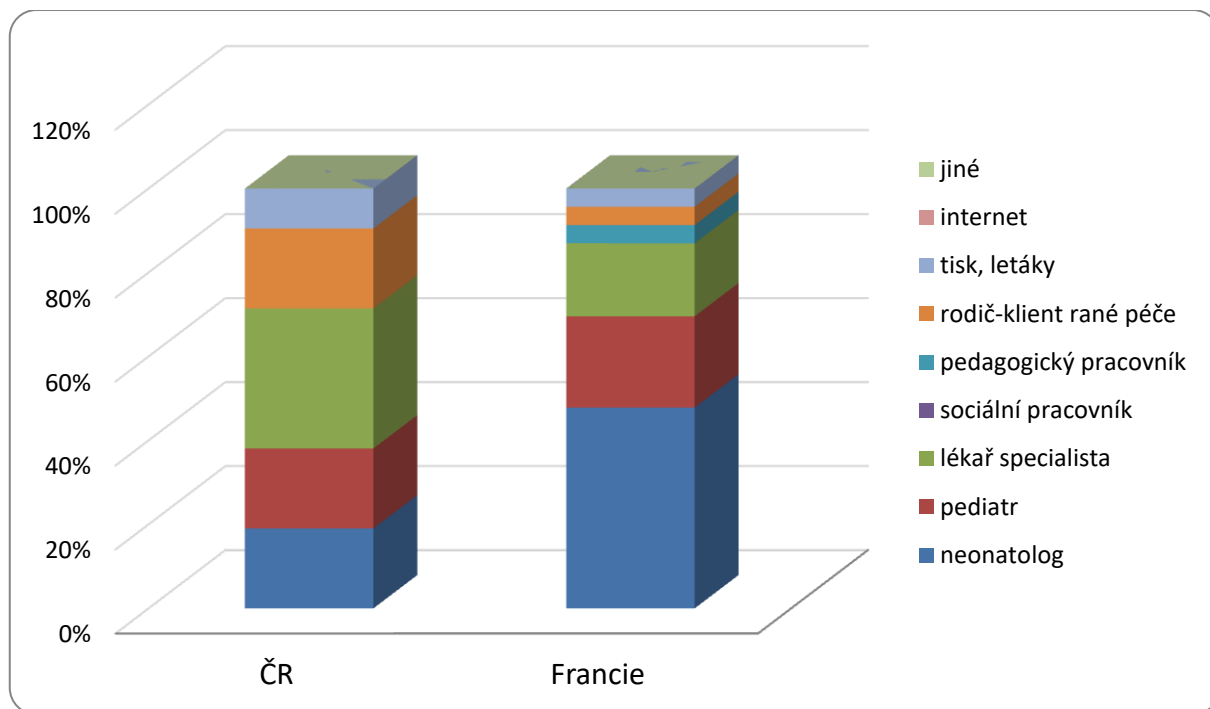
Otázka č. 4 Bylo Vám v průběhu diagnostiky doporučeno navštívit/kontaktovat ranou péči?



Graf č. 3: Doporučení kontaktovat ranou péči

Čeští respondenti uvádí, že 67 % z nich bylo v průběhu diagnostiky informováno o službě rané péče a bylo jim doporučeno ji kontaktovat. Ve Francii dostalo informace o této službě 83 % oslovených rodičů.

Otázka č. 5 Kdo Vás informoval o rané péči?



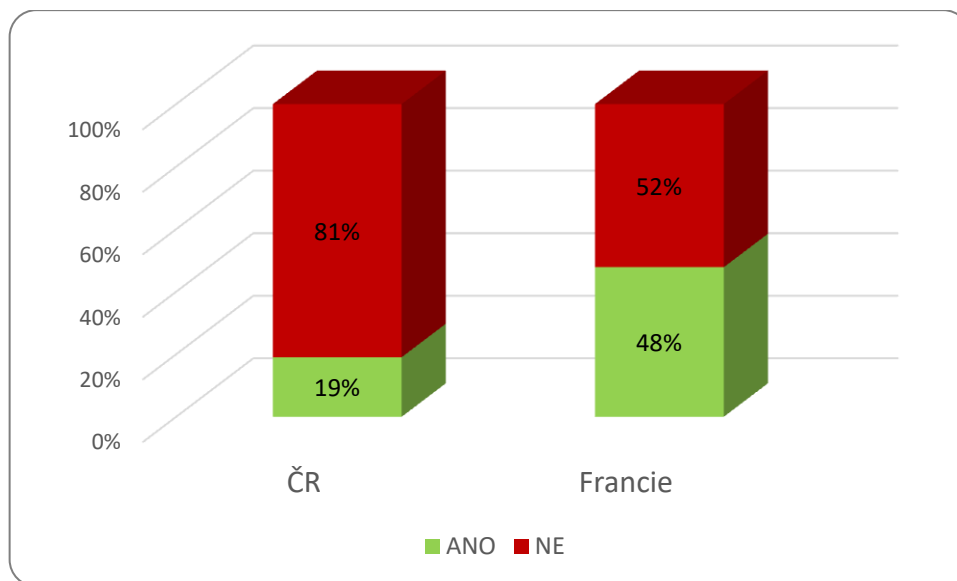
Graf č. 4: Kdo informoval rodiče o rané péči?

V České republice bylo lékaři informováno 71 % dotazovaných a ve Francii 87 %. Z výčtu 3 specializací – neonatolog, pediatr a lékař specialista, byl v ČR uveden jako hlavní informátor lékař specialista se 33 % a ve Francii neonatolog se 48 %.

Kromě toho Češi uvedli jako zdroj informací ostatní rodiče z RP (19 %) a tisk, letáky (10 %). Ve Francii dostali po 4 % pedagogičtí pracovníci, ostatní rodiče v RP a tisk, letáky.

Otázka č. 6 Věděli jste o existenci rané péče již dříve? Pokud ano, věděli jste, jak funguje?

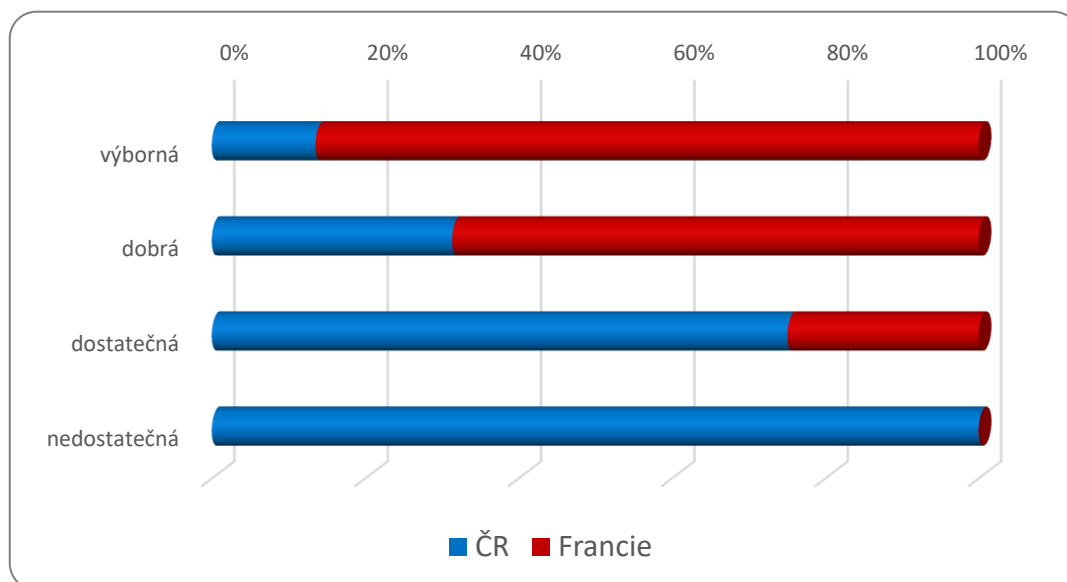
Cílem této otázky bylo zjistit povědomí klientů o existenci služby rané péče před začátkem jejího využívání a v případě kladné odpovědi zjistit, jestli znali organizaci této struktury.



Graf č. 5: Povědomí o existenci rané péče – komparace

Pouze 19 % klientů z ČR vědělo o existenci rané péče dříve, než ji začalo využívat. To uvedli 4 rodiče a všichni měli znalosti o fungování této služby. Ve Francii bezmála polovina uvedla, že službu znala. Z těchto 11 klientů mělo 7 povědomí o tom, jak péče funguje.

Otázka č. 7 Tato otázka zjišťovala názor rodičů na dostupnost informací o RP.



Graf č. 6: Dostupnost informací – názor rodičů – komparace

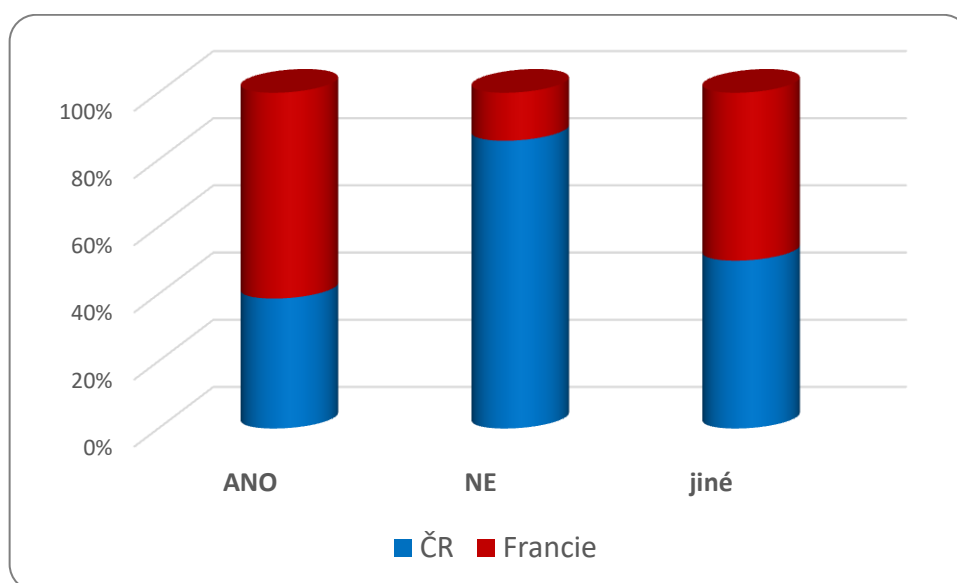
Na tomto grafu je zřetelné, že čeští respondenti proporcčně hodnotí dostupnost informací spíše negativně oproti respondentům z Francie.

Čeští respondenti ohodnotili dostupnost informací jako výbornou pouze v 5 %, jako dobrou ve 24 %, dostatečnou 52 %. A skoro pětina považuje dostupnost informací o rané péči jako nedostačující. Oproti tomu francouzští respondenti odpovídali spíše pozitivně, dostupnost jako výbornou hodnotí třetina dotázaných, polovina jí klasifikuje jako dobrou a pouze 17 % udává dostatečnou dostupnost. Nikdo neshledává informovanost o rané péči jako nedostačující.

Otázka č. 9 Jsou, dle Vašeho názoru, odborníci (př. porodníci, pediatři,...) dostatečně informováni o rané péči?

Cílem této otázky bylo zjistit vlastní názor respondentů na informovanost odborníků v oblasti rané péče.

Rozdílnost odpovědí respondentů obou zemí je dobře patrná na následujícím proporčním sloupcovém grafu.

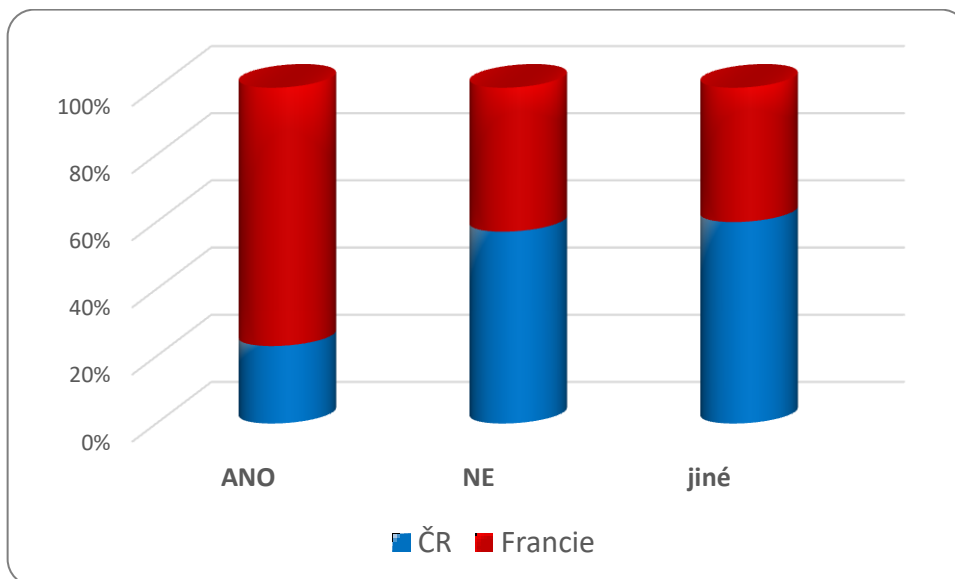


Graf č. 7: Informovanost odborníků – názor rodičů – komparace

V ČR odpovědělo pozitivně 57 % dotázaných klientů, třetina ohodnotila informovanost negativně. Zbýlých 14 % vybralo odpověď „jiné“ a uvedlo „nevím“. Ve Francii hodnotilo pozitivně 83 % respondentů, 4 % negativně a 13 % uvedlo odpověď „jiné“. Např. „lékaři specialisté ano“ nebo „nevím“.

Otázka č. 10 Je, dle Vašeho názoru, veřejnost (př. vaše rodina, ostatní rodiče,...) dostatečně informována o rané péči?

U této otázky se jednalo, podobně jako v předešlé otázce, o zjištění vlastního názoru klientů, ale tentokrát na téma informovanosti laické veřejnosti.



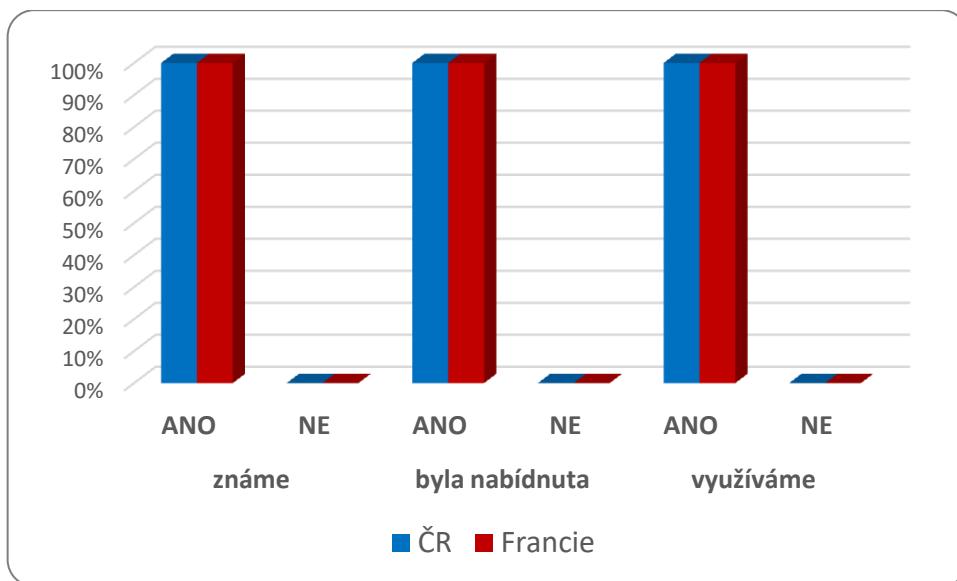
Graf č. 8: Informovanost veřejnosti – názor rodičů – komparace

V České republice máme procentně stejné výsledky, ale v jiném pořadí. 14 % hodnotí informovanost pozitivně, 57 % negativně a zbylých 29 % uvedlo „jiné“. Jako příklad: klientka napsala „nyní již ano, snažím se o RP říkat i kamarádkám, kdyby měly v okolí někoho s problémem“, ostatní uvádí „nevím“. Ve Francii hodnotí pozitivně informovanost veřejnosti 44 % oslovených klientů, 39 % ji hodnotí negativně a 17 % vybralo odpověď „jiné“, odpovídající tvrzení „nevím“.

Otázka č. 11 V této otázce bylo zjišťováno, jaké služby klienti znají, které jim byly nabídnuty, a které reálně využívají.

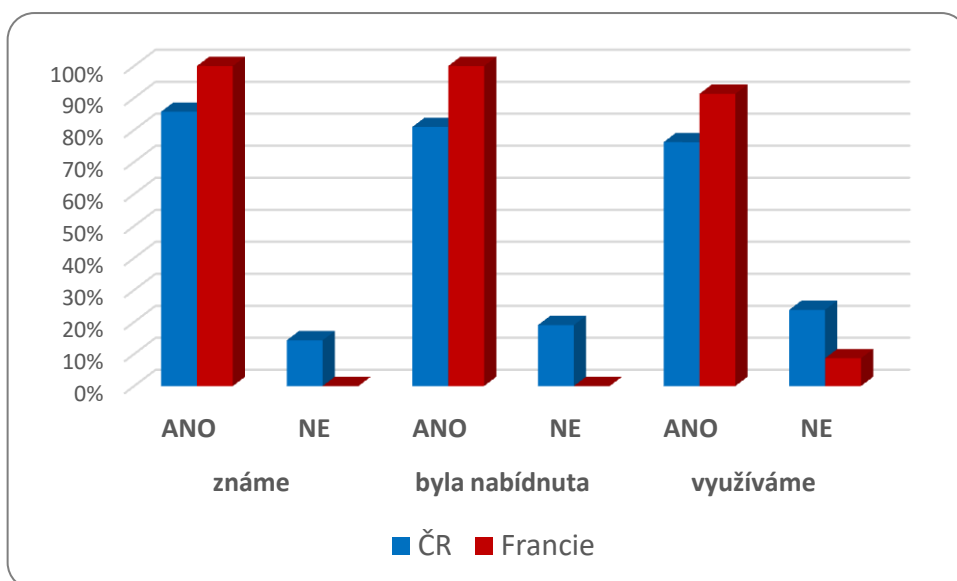
Pro usnadnění byl dán výčet 23 služeb, kromě toho byl dán rodičům prostor pro doplnění dalších služeb.

Níže budou vyhodnoceny jednotlivé podotázky, nejdříve grafické znázornění a pod ním krátký popis.



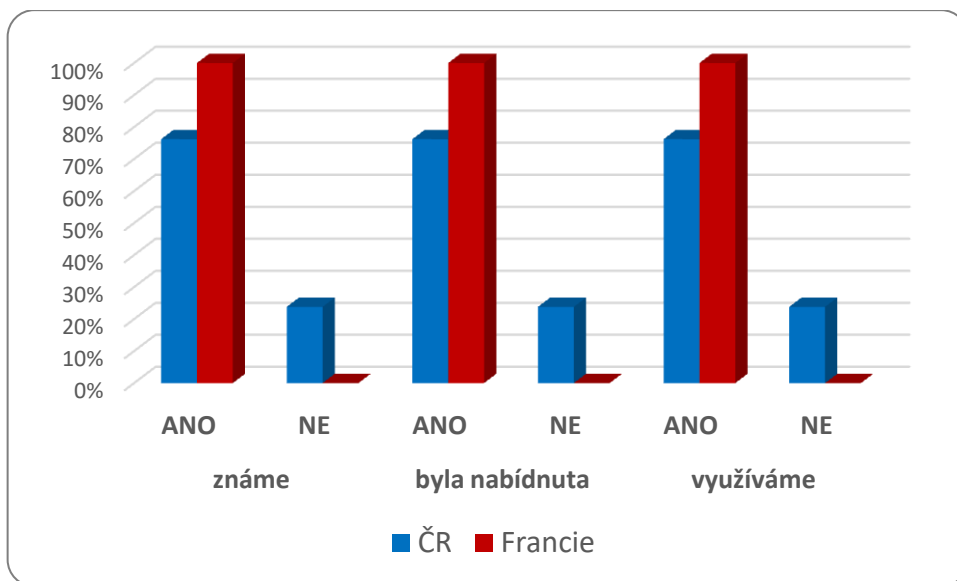
Graf č. 9: Konzultace v rodině

Službu konzultace v rodině zná 100 % respondentů z obou zemí, všem byla nabídnuta a všichni ji využívají.



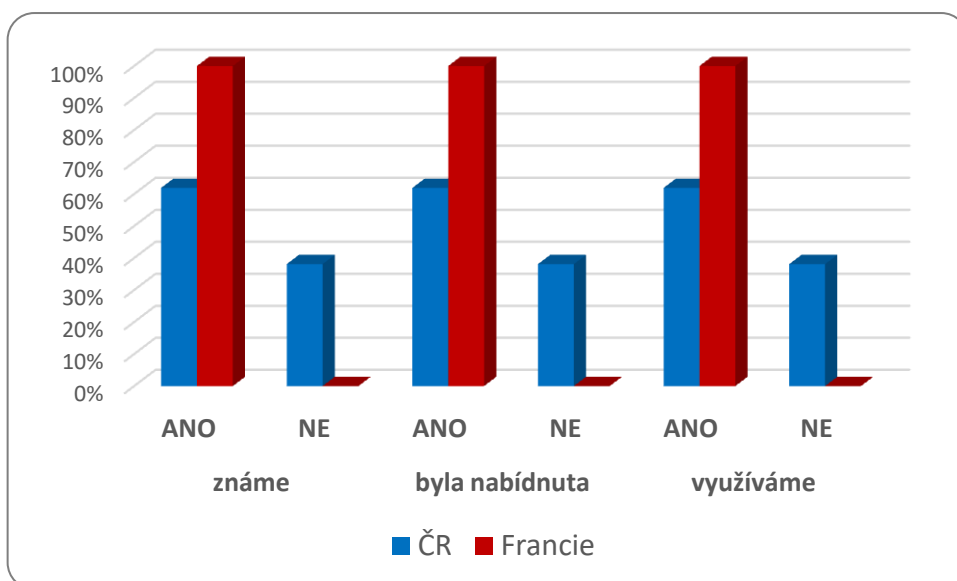
Graf č. 10: Podpora rodiny v období krize

Podporu rodiny v období krize zná 86 % českých respondentů, 81 % byla nabídnuta a 76 % ji reálně využívá. Ve Francii ji znalo 100 % rodičů, 100 % byla nabídnuta a 91 % služby využívá.



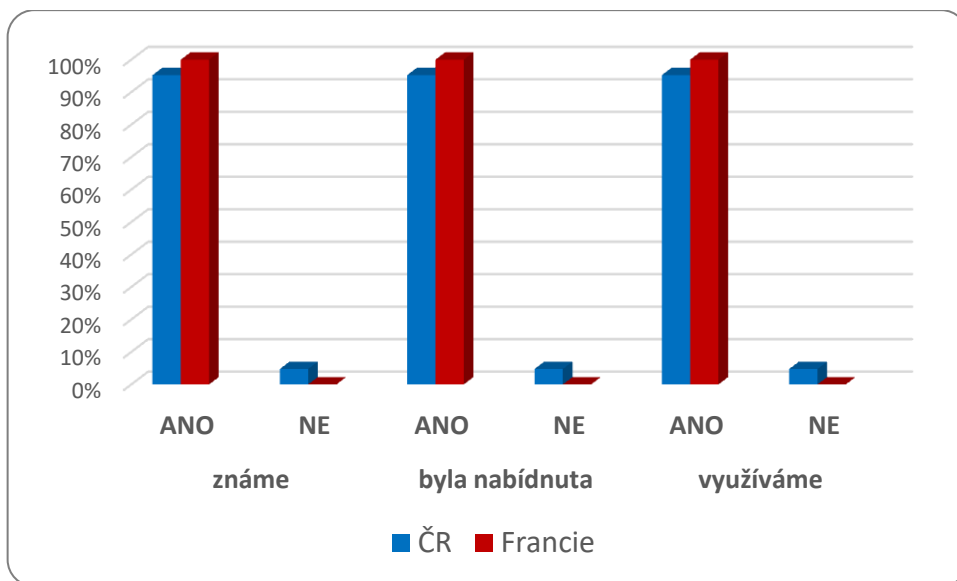
Graf č. 11: Posouzení vývojové úrovně dítěte

Tuto službu zná v České republice 76 % klientů, byla nabídnuta 76 % a využívá ji 76 %. Ve Francii odpovědělo 100 % respondentů ano u všech tří možností.



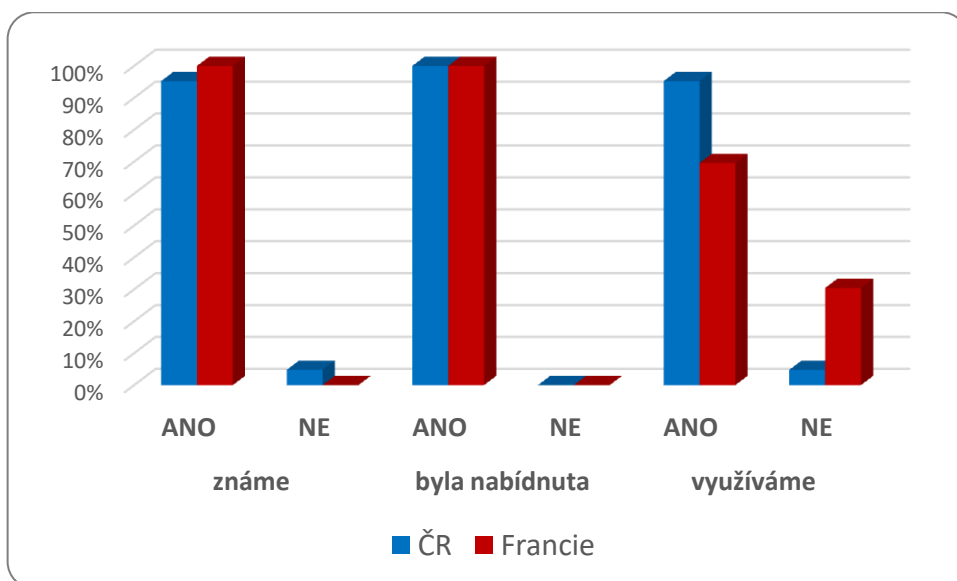
Graf č. 12: Návrh stimulačního programu

Bez návrhu stimulačního programu by raná péče nemohla fungovat. Přesto je známý pouze pro 62 % rodičů v ČR, kterým byl nabídnut, a ti ho také využívají. Francouzi uvádějí 100 % ve všech kolonkách.



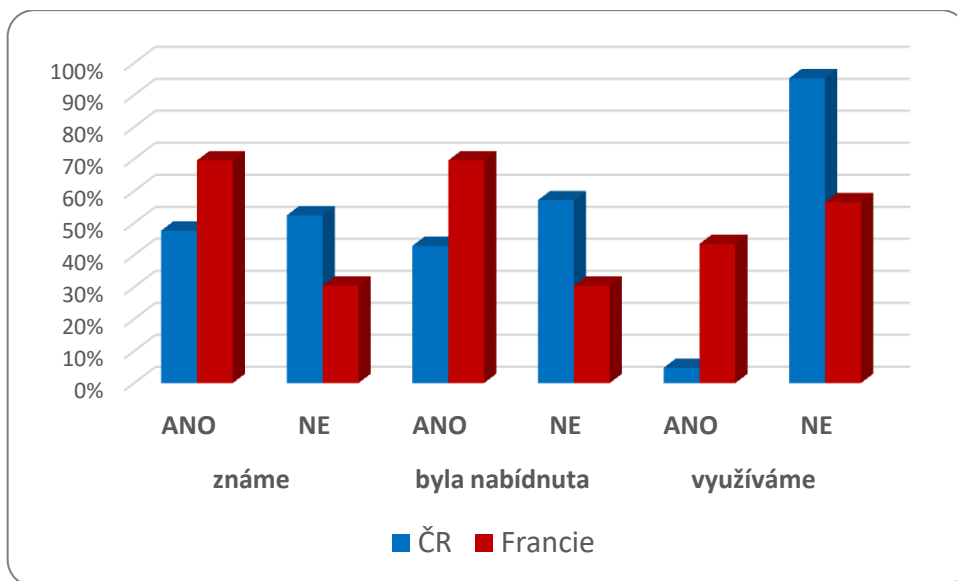
Graf č. 13: Vypracování individuálního plánu rozvoje dovedností

Individuální plán rozvoje dovedností je vypracován pro každé dítě, které služeb rané péče využívá. 95 % českých respondentů odpovědělo ano na všechny tři otázky oproti 100 % ve Francii.



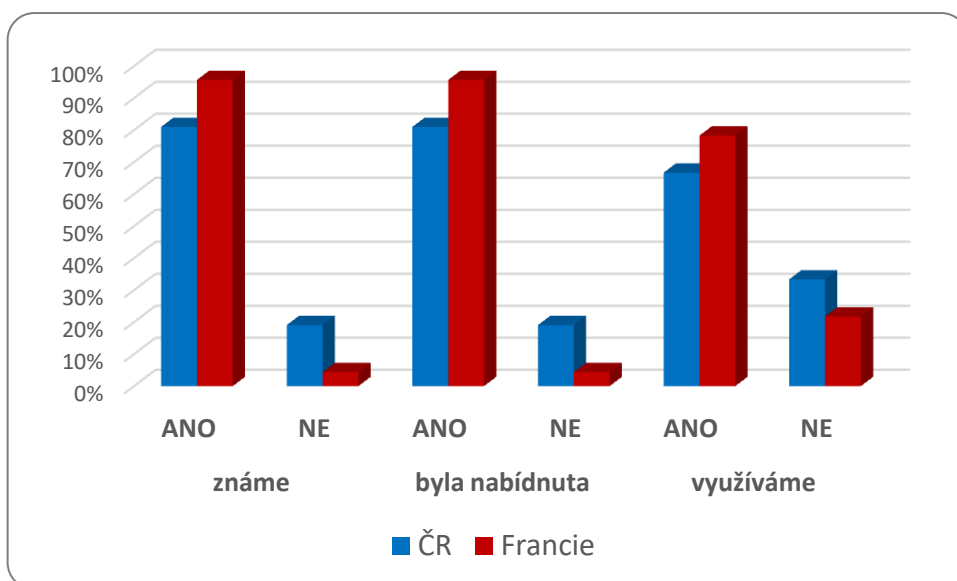
Graf č. 14: Půjčování didaktických a stimulačních hraček a pomůcek

Každé středisko umožňuje rodičům zapůjčení hraček a pomůcek pro jejich dítě. Tuto službu využívá 95 % klientů v České republice, ve Francii pouze 70 %.



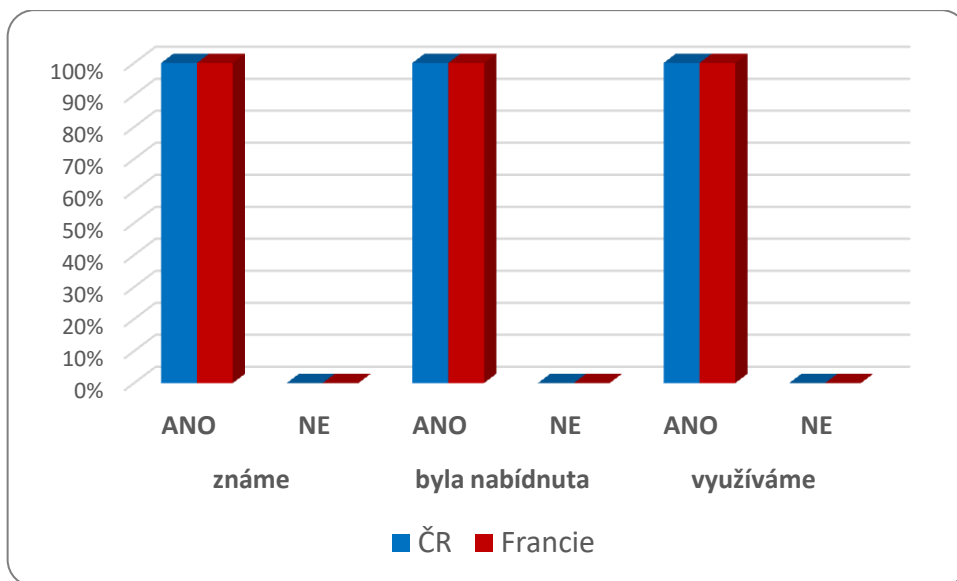
Graf č. 15: Pomoc při prosazování práv a zájmů rodiny

Tuto službu zná 48 % respondentů v ČR, byla nabídnuta 43 % a využívá ji jen 5 %. Ve Francii ji zná 70 % klientů, byla nabídnuta 70 % a pouze 43 % ji reálně využívá.



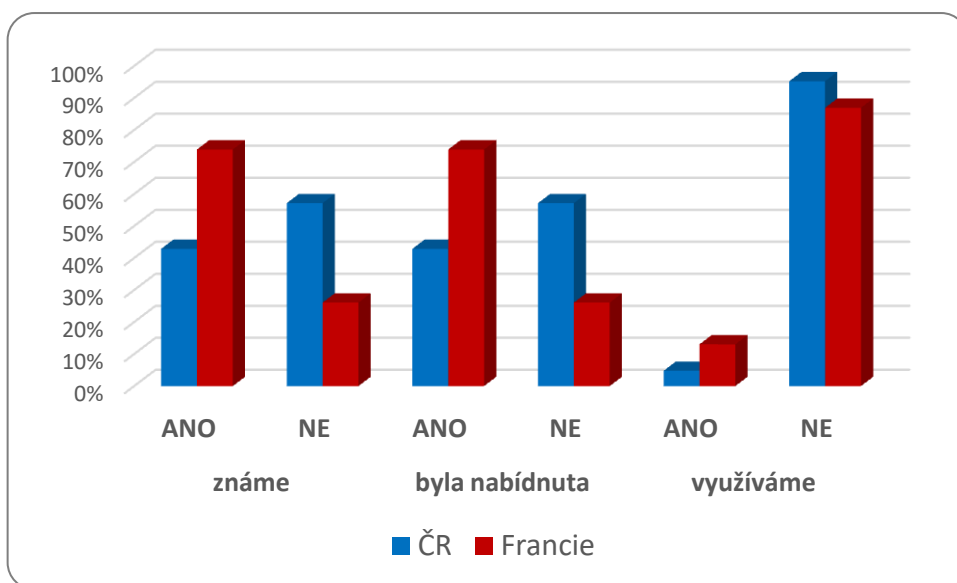
Graf č. 16: Poradenství při výběru a získávání rehabilitačních pomůcek

Této službě využívá 67 % českých rodin, znalo ji a byla nabídnuta 81 %. Ve Francii ji využívá 78 % dotázaných, znalo ji a byla nabídnuta 96 %.



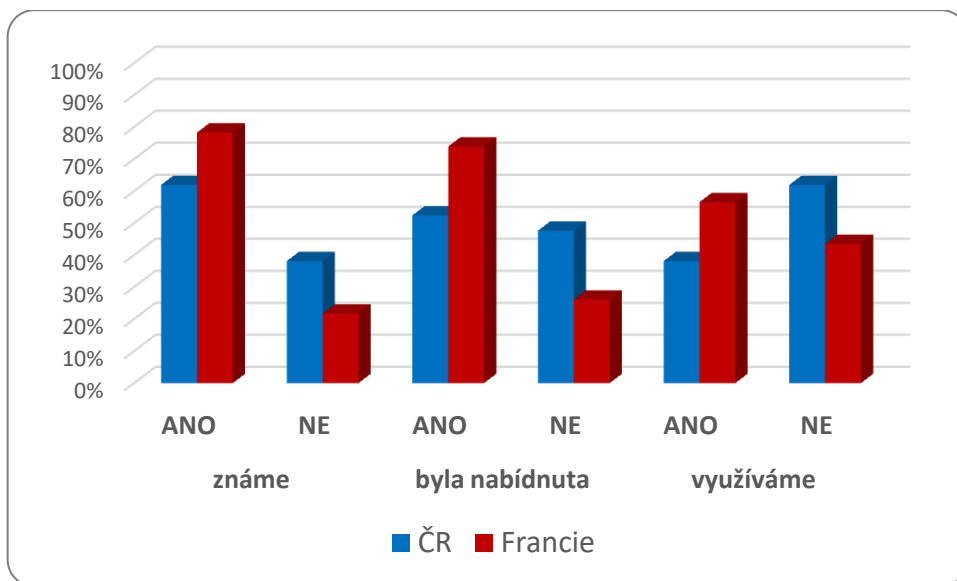
Graf č. 17: Podpora psychomotorického vývoje dítěte

Podporu psychomotorického vývoje dítěte zná 100 % respondentů z obou zemí, všem byla nabídnuta a všichni ji využívají.



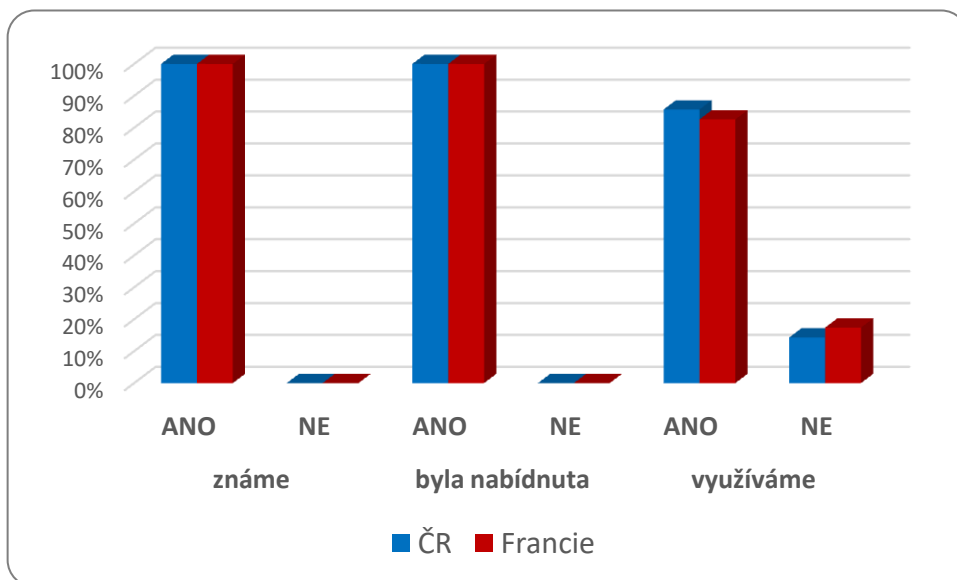
Graf č. 18: Sociálně právní poradenství

Shodná byla odpověď rodičů z ČR o znalosti a nabídnuté službě a to 43 %, pravidelně ji využívá 5 % respondentů. Ve Francii 74 % znalo službu, stejnému počtu byla i nabídnuta, pouze 13 % ji využívá.



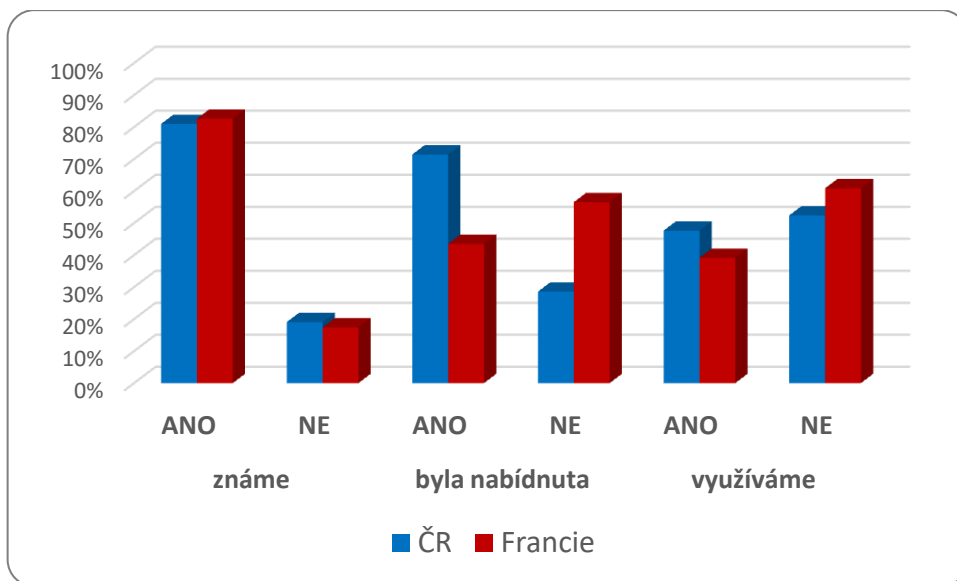
Graf č. 19: Návrh možnosti využívání dalších sociálních a návazných služeb

I tato služba bývá běžně v nabídce středisek rané péče obou zemí. V České republice ji zná 62 % oslovených klientů, 52 % byla nabídnuta a 38 % ji využívá. Francouzští rodiče odpověděli následovně: 78 % službu zná, 74 % byla nabídnuta a 57 % ji pravidelně využívá.



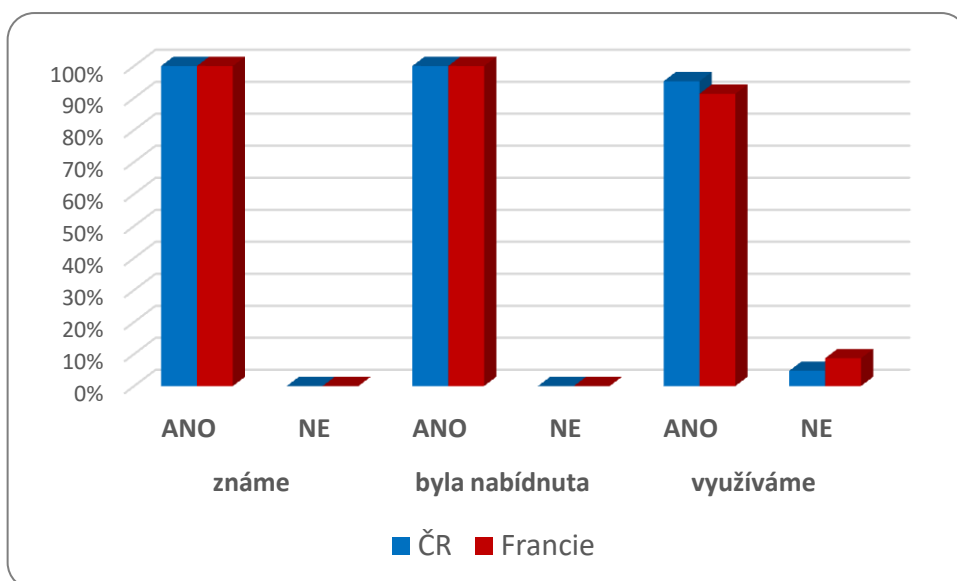
Graf č. 20: Telefonické či písemné konzultace

O telefonických či písemných konzultacích mezi konzultacemi v rodině vědělo 100 % respondentů z ČR, 100 % byla nabídnuta a využívá ji 86 %. Ve Francii znalo službu 100 % klientů, těm byla i nabídnuta a 83 % ji využívá.



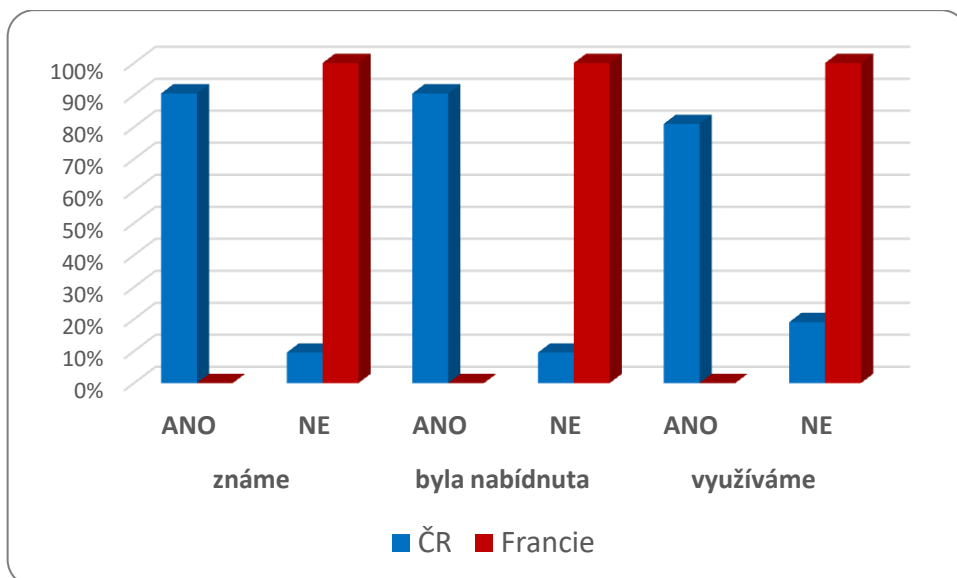
Graf č. 21: Pomoc při vyhledávání předškolního zařízení

81 % klientů z ČR uvádí, že službu zná, 71 % byla nabídnuta a 48 % ji využilo. Ve Francii je známá pro 83 % rodičů, 43 % byla již nabídnuta a 39 % ji využívá.



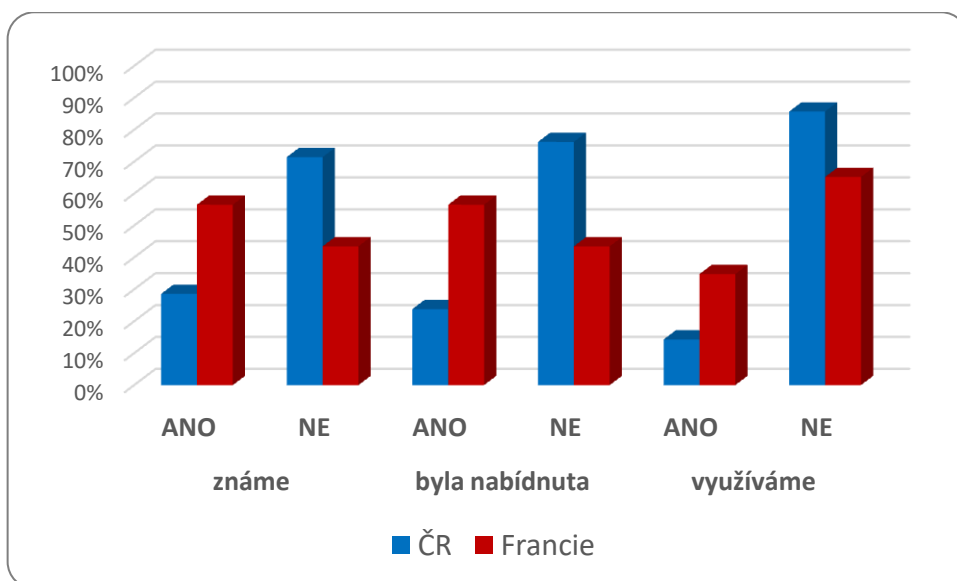
Graf č. 22: Zprostředkování kontaktů na další odborníky

Zprostředkování kontaktů na další odborníky využívá 95 % respondentů z České republiky a 91 % z Francie.



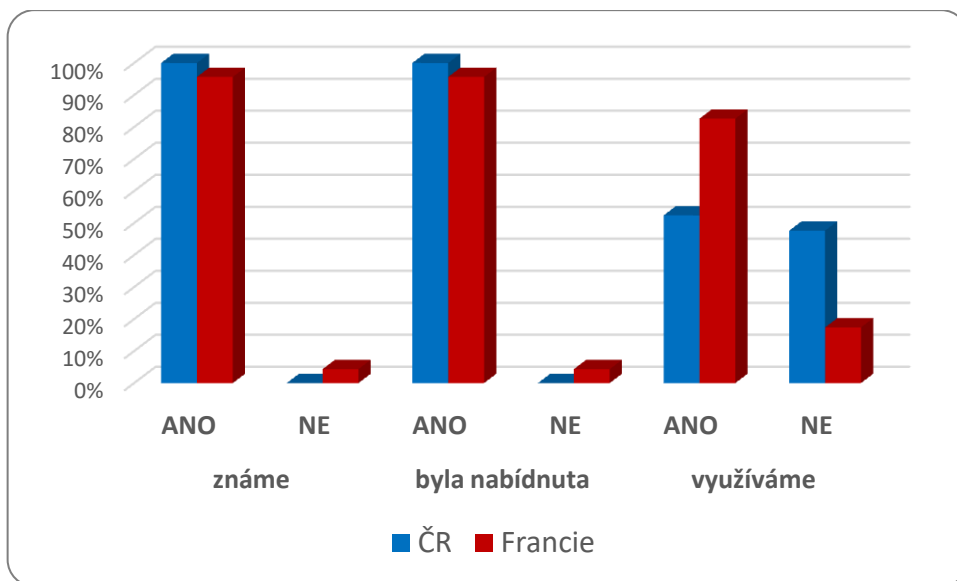
Graf č. 23: Zprostředkování kontaktů mezi rodinami navzájem

Jediná otázka, u které francouzští respondenti odpověděli ne na 100 % u všech tří možností. V ČR znalo tuto službu 90 % oslovených rodičů, 90 % byla nabídnuta a reálně ji využívá 81 % dotázaných.



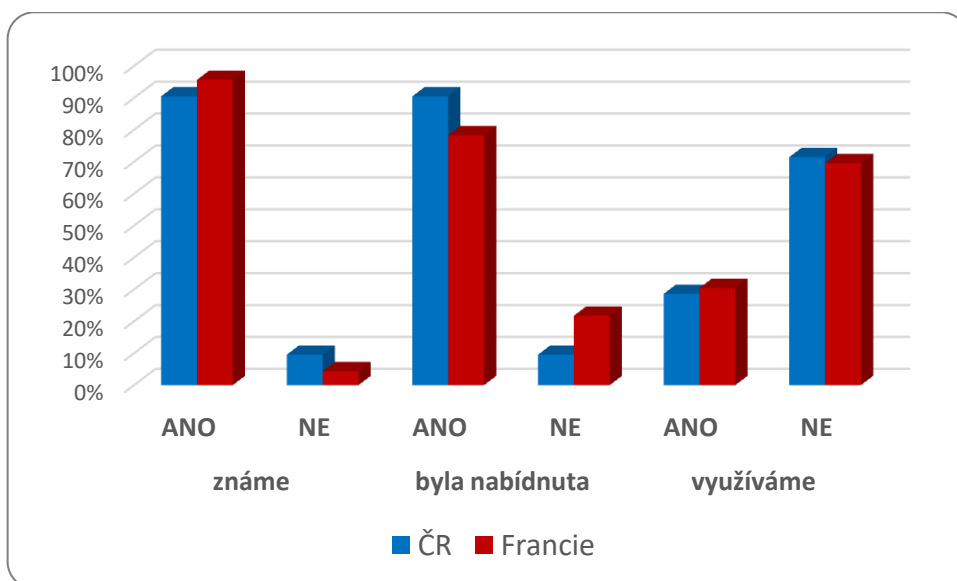
Graf č. 24: Pomoc při zajištění hlídání dítěte v domácím prostředí

Tuto službu reálně využívá 14 % českých rodičů oproti 35 % rodičů z Francie. Přestože ve vzorku bylo v ČR 38 % dětí mladších 3 let a ve Francii 70%.



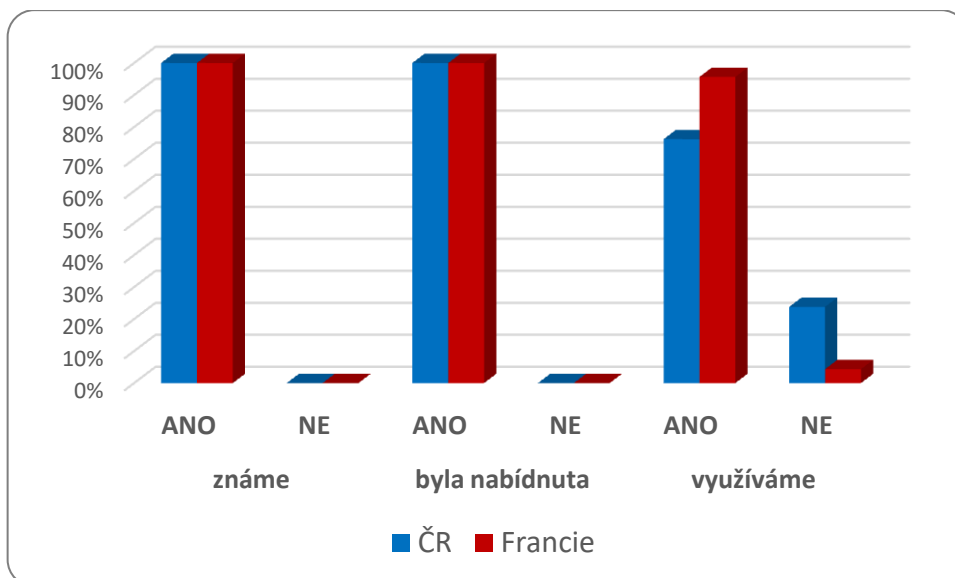
Graf č. 25: Pravidelná setkání klientských rodin

Pravidelné setkání klientských rodin zná 100 % respondentů z ČR, byla nabídnuta 100 % a využívá ji 52 % klientů. Ve Francii službu znalo 96 %, byla nabídnuta 96 % a reálně ji využívá 83 % rodin.



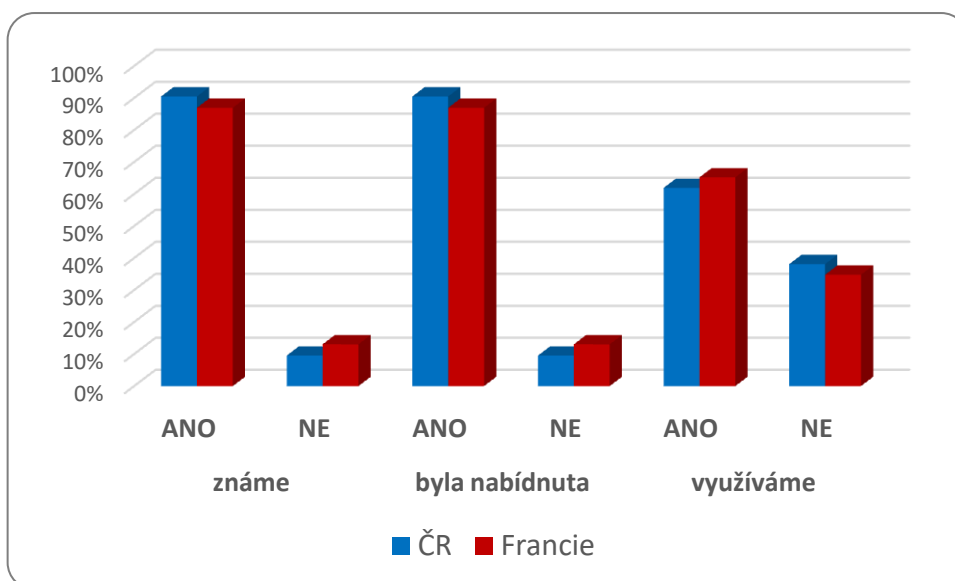
Graf č. 26: Společné pobyty klientských rodin

Společných pobytů klientských rodin se účastní 29 % českých rodin a obdobně je tomu i ve Francii a to 30 %.



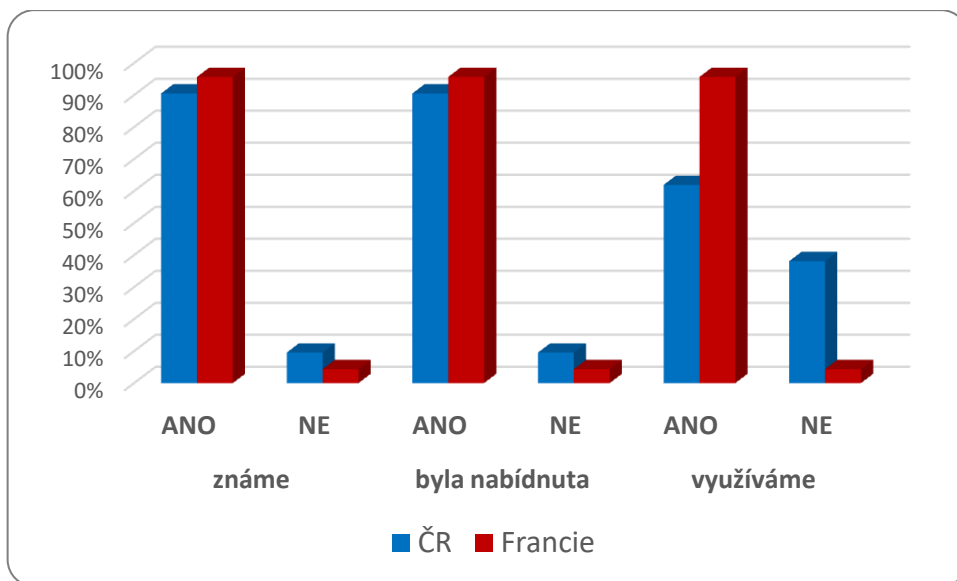
Graf č. 27: Půjčování odborné literatury

Služba byla nabídnuta 100 % klientů obou zemí. Využívá ji však pouze 76 % českých respondentů oproti 96 % rodičů z Francie.



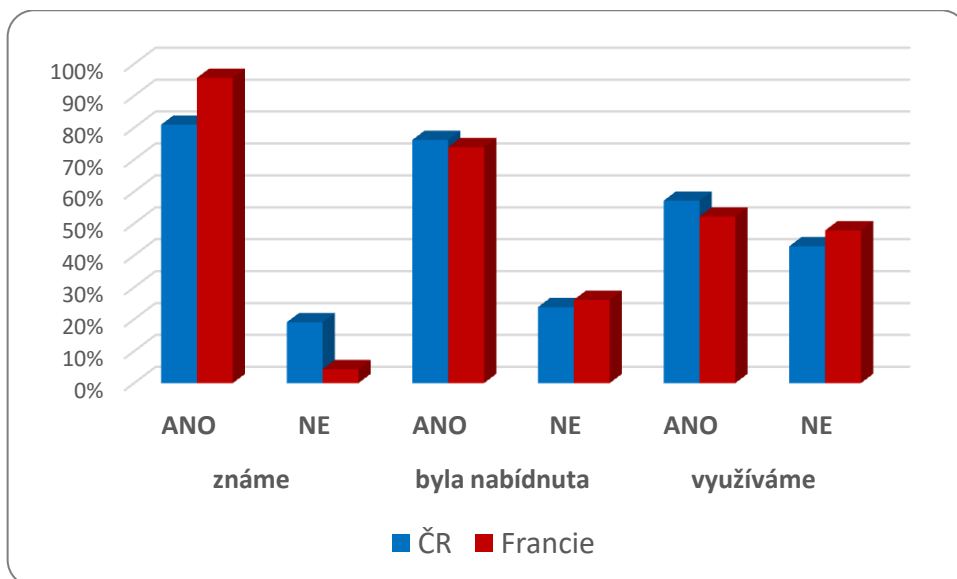
Graf č. 28: Semináře pro rodiče, kluby rodičů

Znalosti o seminářích a klubech pro rodiče mělo 90 % českých klientů a 87 % francouzských. Byla nabídnuta 90 % rodinám v ČR a 87 % ve Francii. Tu se pak rozhodlo využívat pouze 62 % českých a 65 % francouzských respondentů.



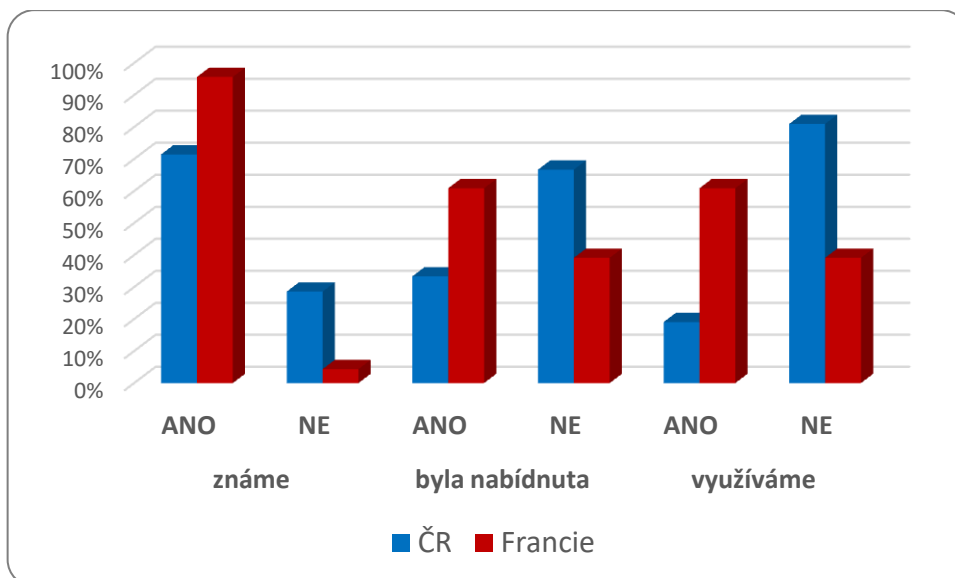
Graf č. 29: Psychologické poradenství, terapie

U této otázky odpovědělo 90 % českých respondentů, že tuto službu znalo a byla jim nabídnuta. Využilo ji však pouze 62 % klientů. Ve Francii na všechny tři možnosti odpovědělo shodně 96 % rodičů.



Graf č. 30: Muzikoterapie

Muzikoterapii znalo 81 % českých a 96 % francouzských rodičů. Byla nabídnuta 76 % v ČR a 74 % ve Francii. Reálně ji využívá pouze 57 % českých a 52 % francouzských respondentů.

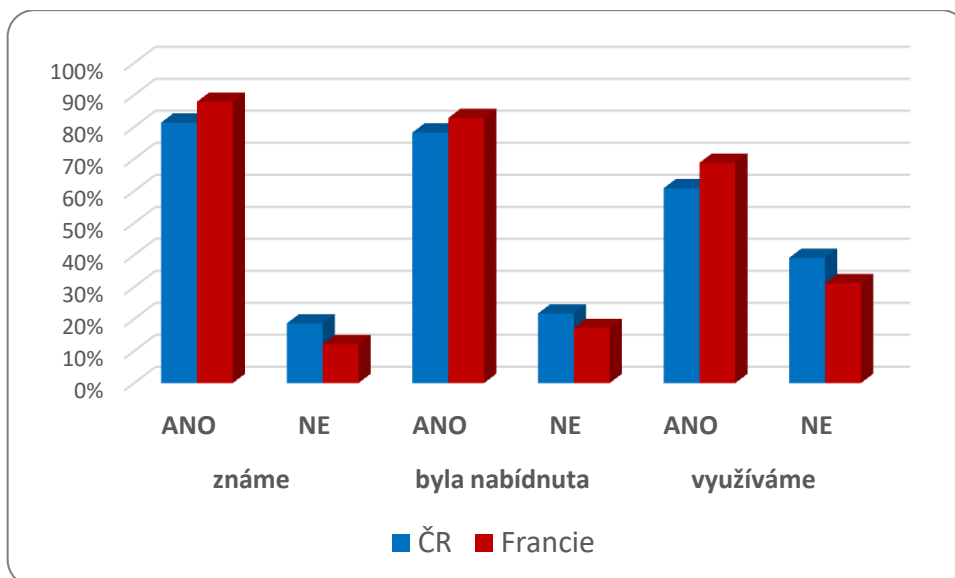


Graf č. 31: Hipoterapie

Hipoterapii v České republice znalo 71 %, byla nabídnuta 33 % a využívá ji 19% klientů. Ve Francii znalo tuto službu 96 % dotázaných, v 61 % byla nabídnuta stejné procento ji i využívá.

Dále měli respondenti možnost doplnit služby, které znají, popřípadě která jim byla nabídnuta nebo které využívají. To aplikovali pouze klienti z Francie a uvedli, že navíc využívají následujících služeb:

- vodoléčba – 17 %,
- „školka“ CAMSP – 26 %,
- ortoptika – 13 %,
- zooterapie – 13 %,
- návštěvy bazénu – 9 %,
- vycházky do přírody – 9 %,
- socializační vycházky – 13 %,
- sourozenecké skupiny – 26 %,
- arteterapie – 17 %,
- AAK (VOKS) – 9 %.



Graf č. 32: Souhrnné vyhodnocení informací o službě RP

Tento graf shrnuje všech 23 služeb uvedených v tabulce v dotazníku.

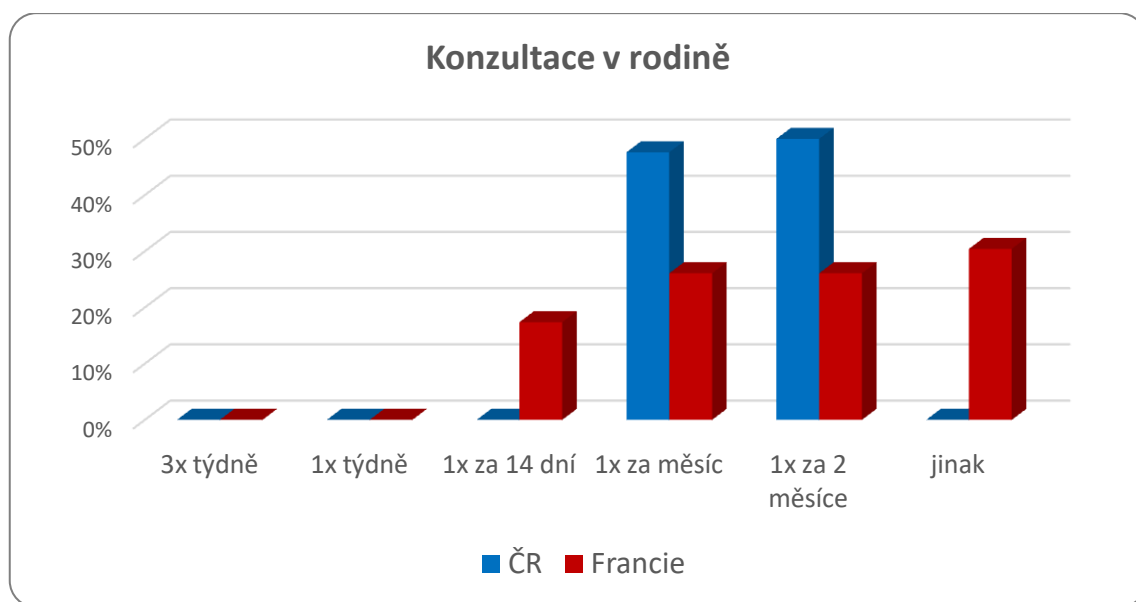
Z grafu vyplývá, že 81 % českých klientů služby zná, byly nabídnuty v 78 % a 61 % respondentů ji využívá. Ve Francii je procentní zastoupení ve všech oblastech nepatrně vyšší, 88 % klientů uvedlo, že služby zná, 83 % byly služby nabídnuty a 69 % oslovených rodin služeb využívá.

Otázka č. 12 Jak často využíváte služeb rané péče?

Tabulka č. 5: Četnost konzultací v rodině

(počet a %)	3x týdně		1x týdně		1x za 14 dní		1x za měsíc		1x za 2 měsíce		jinak	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
ČR	0	0 %	0	0 %	0	0 %	10	48 %	11	52 %	0	0 %
Francie	0	0 %	0	0 %	4	17 %	6	26 %	6	26 %	7	30 %

Konzultace v rodině jsou pravidelněji poskytovány v České republice – 48 % klientů je navštěvováno 1x za měsíc a zbylých 52 % 1 x za dva měsíce. Ve Francii je četnost služeb následující – 17 % je navštěvováno 1x za 14 dní, 26 % 1x za měsíc a 26 % 1x za dva měsíce, zbylých 30 % zaškrtnulo možnost jinak. Dva klienti uvádí čtyři návštěvy za rok a čtyři klienti dvě návštěvy ročně.



Graf č. 33: Konzultace v rodině – komparace

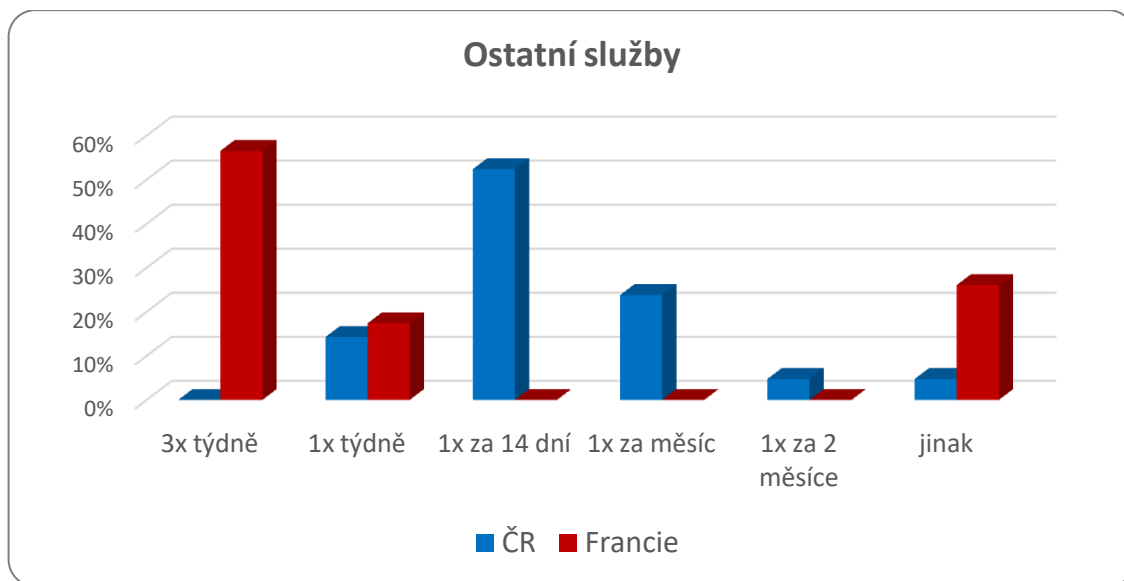
Na grafickém znázornění je patrné pravidelné dodržování intervalů konzultací v rodině v České republice a různorodost frekvencí ve Francii.

Tabulka č. 6: Četnost využívání ostatních služeb

(počet a %)	3x týdně		1x týdně		1x za 14 dní		1x za měsíc		1x za 2 měsíce		jinak	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
ČR	0	0 %	3	14 %	11	52 %	5	24 %	1	5 %	1	5 %
Francie	13	57 %	4	17 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	6	26 %

Na tuto část otázky odpověděli rodiče následovně:

- 3x týdně využívá služby 57 % klientů z Francie,
- 1x týdně uvedlo 14 % českých a 17 % francouzských respondentů,
- 1x za 14 dní využívá 52 % rodičů z ČR,
- 1x za měsíc 24 % oslovených rodin z ČR,
- 1x za 2 měsíce 5 % českých klientů,
- odpověď jinak zaškrtnulo 5 % českých a 26 % francouzských rodičů, přičemž ve všech případech uvedli, že ostatních služeb využívají 2x týdně.



Graf č. 34: Využívání ostatních služeb – komparace

Na grafickém znázornění vidíme nejvyšší sloupec (57 %) u francouzských klientů, kteří využívají ostatních služeb 3x týdně. Druhý nejvyšší je s 52 % sloupec českých rodičů využívajících ostatní služby 1x za 14 dní.

Otázka č. 13 Jak daleko je poskytovatel rané péče od Vašeho bydliště?

Tabulka č. 7: Vzdálenost rané péče v kilometrech

(v km)	minimum	maximum	průměr
ČR	1	72	35
Francie	5	48	21

Tato otázka má spíše informativní charakter.

Otázka č. 14 Kolik času strávíte při cestě do rané péče?

Tabulka č. 8: Vzdálenost rané péče v minutách

(v min.)	minimum	maximum	průměr
ČR	0	120	45
Francie	15	60	29

Podobně jako předešlá otázka i tato má pouze informativní charakter.

6 Shrnutí výsledků a diskuze

Cílem bakalářské práce bylo shrnutí poznatků o rané péči v České republice a ve Francii. Dále pak posouzení informovanosti o službě rané péče u klientů obou zemí a vymezení rozdílů v nabídce a využívání služeb rané péče klienty z obou zemí.

Poznatky o rané péči v České republice a ve Francii jsou podrobně rozepsány v teoretické části této bakalářské práce. Ta je zakončena kapitolou, ve které jsou vypsány shody a nejmarkantnější rozdíly služby RP v České republice a ve Francii.

Ke splnění cíle bakalářské práce, byly stanoveny dvě hypotézy, které budou na základě průzkumu popsáném v praktické části vyhodnoceny.

Dotazníky byly cenným zdrojem informací, které pomohly propojit teoretická fakta s praxí.

Jako například věk dětí, kterým se dostává rané péče. V obou zemích byly ve vzorku děti v hraničním věku pro poskytování RP, tzn. v ČR 6 let a ve Francii 7 let. Dále pak ze zkoumaného vzorku vychází, že ve Francii se klientem stávají rodiny průměrně před 11 měsícem roku dítěte na rozdíl od ČR, kde je to měsíců 18. Vysvětlením nižšího věku může být existence nemocničních raných péčí, kam jsou děti orientovány hned po porodu, respektive po propuštění z neonatologického oddělení a i v době hospitalizace jsou již navštěvovány pracovníky RP. Oslovení klienti z České republiky služby rané péče využívají v průměru 28 měsíců oproti Francii, kde je to 20 měsíců. Nevíme však, jak dlouho ještě budou klienty rané péče. Z teorie víme, že obvykle spolupráce s RP trvá 1 až 3 roky.

Z průzkumu vyplývá, že pro českou společnost je stále velmi důležitá diagnostika handicapu, rodiče i odborníci potřebují „pojmenovat“ to, co se dítěti děje. Ve Francii se od tohoto postupu upouští. Jak uvádějí Bernard a Sarfaty, v raném věku se vše vyvíjí velmi rychle a bylo by unáhlené stanovit prognózu. V některých případech by „zaškatulkování“ dítěte, myšleno stanovení diagnózy, bylo velmi nebezpečné a mohlo by výrazně omezit pole jeho možností (Bernard, Sarfaty in Sédrati-Dinet 2015, s. 22).

Při vyhodnocení došlo také k matematickým nesrovnalostem. Pro zjištění typu postižení byla vytvořena otázka s možností výběru několika odpovědí. To vysvětluje, proč při

vyhodnocení dat součet jednotlivých položek je větší než 100 %. Možným řešením by bylo vložit kategorii kombinované postižení, ale ta by „schovala“ dílčí handicapy. Stejně tak se stalo s kategorií jiné, kam rodiče zařadili DMO, Downův syndrom, hypotonii, autismus apod.

U některých odpovědí mohlo dojít ke zkreslení výsledků:

- z důvodu použité terminologie, která nemusela být vždy respondenty interpretována vhodným způsobem. Většina uvedených služeb je standardně součástí péče, ale ne vždy rodič zná „odborný“ název;
- z hlediska nízkého počtu respondentů, který byl stanoven v přípravné fázi této bakalářské práce. Pro relevantní výsledky by bylo vhodné rozšířit počet oslovených klientů, popřípadě se zaměřit pouze na určitý typ handicapu, cílovou skupinu;
- z důvodu věku dítěte, kdy ještě danou službu nepotřebovalo a proto nebyla prozatím rodině nabídnuta;
- nebo „nepřipraveností“ rodiny. To znamená, pokud není rodina v určitém stádiu vyrovnání se s handicapem dítěte (viz oddíl 1.3.1 Fáze vyrovnání se...), není možné a zřejmě ani nemá smysl jí určitou službu nabízet.

6.1 Hypotéza č. 1

Úroveň informovanosti klientů rané péče ve Francii o službě rané péče je vyšší oproti informovanosti klientů v České republice.

Ve Francii existuje služba rané péče od 60. let 20. století, v ČR od let devadesátých a náskok téměř 30 let je znát. RP je ve Francii více zažitá, zakořeněná v systému péče o dítě a rodinu. Systém RP pravděpodobně zná i laická veřejnost mnohem více než u nás. Toto tvrzení lze podložit následujícími informacemi, které byly průzkumem získány a též teoretická fakta tomu nasvědčují.

Povědomí o existenci služby rané péče před začátkem jejího využívání měla 1/5 respondentů z České republiky oproti polovině z Francie.

Informovanost laické veřejnosti hodnotí jako dobrou 14 % českých klientů a ve Francii je to 44 %. O informovanosti odborné veřejnosti si oslovení rodiče myslí, že je dobrá v 57 % pro rodiny z ČR a v 83 % pro rodiny z Francie.

V průběhu diagnostiky, či v době „podezření na“, bylo informováno o službě rané péče, včetně doporučení tuto organizaci kontaktovat/navštívit, 67 % českých respondentů a ve Francii dostalo informace o této službě 83 % oslovených rodičů. Možným vysvětlením může být vysoký počet proškolených odborníků ve Francii. Jak je uvedeno v teoretické části této BP, CAMSP organizují několikrát ročně informační kampaně v místě jejich působnosti. V první řadě mailem informují instituce, které mohou pomoci při identifikaci a depistáži dětí (pediatri, jesle, ...). Následně roznášejí tištěné letáky. A v neposlední řadě často pořádají školení o rané péči, o vývoji malého dítěte apod. (ANESM 2014, s. 13–16).

Rodiče mohou získávat informace z různých zdrojů, průzkum však potvrdil, že v obou zemích to nejčastěji bývají lékaři. V České republice bylo lékaři informováno 71 % dotazovaných a ve Francii 87 %.

Všechny služby předepsané v tabulce dotazníku zná 81 % českých klientů a nabídnuta byla v 78 %. Ve Francii jsou procenta nepatrně vyšší, 88 % klientů uvedlo, že služby zná, 83 % byly služby nabídnuty.

Sami čeští rodiče hodnotí dostupnost informací spíše negativně oproti respondentům z Francie. Čeští respondenti ohodnotili dostupnost informací jako výbornou pouze v 5 %, jako dobrou ve 24 %, dostatečnou 52 %. A skoro pětina považuje dostupnost informací o rané péči jako nedostačující. Oproti tomu francouzští respondenti odpovídali spíše pozitivně, dostupnost jako výbornou hodnotí třetina dotázaných, polovina jí klasifikuje jako dobrou a pouze 17 % udává dostatečnou dostupnost. Nikdo neshledává informovanost o rané péči jako nedostačující.

Na základě teoretických informací a výsledků dotazníkového šetření lze hypotézu číslo 1 potvrdit.

6.2 Hypotéza č. 2

Služby rané péče jsou více a častěji využívány klienty ve Francii oproti klientům v České republice.

Podobně jako u předešlého vyhodnocení využijeme údajů z tabulky v dotazníku, kde bylo citováno 23 běžně nabízených služeb. Některé služby využívá 100 % respondentů z obou zemí, jako příklad uvedeme konzultace v rodině, jiné jsou využívány méně. Ze souhrnného vyhodnocení informací o RP pak vyplývá, že 61 % českých klientů služeb využívá. Ve Francii je procento nepatrně vyšší a to 69 %. Tímto je možné potvrdit, že francouzští klienti využívají více služeb RP.

Dále budou diskutovány ty odpovědi, kdy je využívání služeb RP procentně nižší u francouzských respondentů.

Zprostředkování kontaktů na další odborníky využívá 95 % respondentů z České republiky a 91 % z Francie. Nižší procento ve Francii může vysvětlovat sama koncepce RP této země, každé centrum má velký počet zaměstnanců z rozdílných oborů a k vyšetření mimo středisko dochází zřídka.

Telefonických či písemných konzultací mezi jednotlivými konzultacemi využívá 86 % českých klientů oproti 83 % ve Francii. I když je rozdíl opravdu nepatrný, je možné se domnívat, že tato služba bude spíše využívána v České republice. A to z důvodu koncepce RP. Z teorie již víme, že v ČR je konzultace v rodině poskytována v intervalu 4–6 týdnů a ambulantní péče je pouze doplňková. Ve Francii využívají ambulantní péči klienti celkem často, někdy i 3x týdně, jsou tedy častěji v osobním kontaktu s pracovníky RP.

Pomoci při vyhledávání předškolního zařízení využilo 48 % oslovených rodičů z ČR a 39 % z Francie. Tyto informace mohou být zkresleny z důvodu nízkého věku dětí, které zatím nepotřebují předškolní zařízení.

Zprostředkování hlídání dětí v domácím prostředí, reálně využívá 14 % českých rodičů oproti 35 % rodičů z Francie. Přestože ve vzorku bylo v ČR 38 % dětí mladších 3 let a ve Francii 70%. I když odpovědi nasvědčují tomu, že je tato služba více využívána klienty z Francie, budeme o ní diskutovat. Pravděpodobným vysvětlením je to, že ve

Francii neexistuje rodičovská dovolená, jako je tomu v ČR. Je obvyklé, že matka se vrací do zaměstnání 10 týdnů po porodu a dítě je svěřeno chůvě, popřípadě je zapsáno do jeslí. U dítěte s handicapem bývá jednodušší zajistit hlídání v domácím prostředí. V ČR je výhoda rodičovské dovolené, kterou může jeden z rodičů čerpat do 4 let věku dítěte. Celkově jsou rodiče oddanější rodičovské roli a také při hlídání pomáhá širší rodina. Existuje však další vysvětlení, proč čeští rodiče této služby nevyužívají, a to je alarmující. V České republice je nedostatek odlehčovacích služeb, které mají jako cílovou skupinu děti od 0–6 let. V celé ČR existují pouze 2 poskytovatelé respitní péče pro děti ve věku 0–1 rok (a to v Praze a v Brně) a dalších 16 poskytuje službu pro děti od 1–6 let. V Libereckém kraji jsou 4 poskytovatelé (Jablonec n. Nisou, Semily, Liberec, Česká Lípa), ale pouze pro děti od 3 let věku (MPSV 2017). Můžeme se tedy domnívat, že tato služba je pro rodiče z hlediska kapacity jednotlivých center nedostupná.

Konzultace v rodině jsou pravidelněji poskytovány v České republice – 48 % klientů je navštěvováno 1x za měsíc a zbylých 52 % 1 x za dva měsíce, což potvrzuje teoretické údaje, že konzultace v rodině probíhá v intervalu 4–6 týdnů. Ve Francii se četnost odvíjí od věku a stavu dítěte. Z počátku může cestovní tým navštěvovat rodinu i každý týden, následně se interval prodlužuje a u starších dětí je zpravidla aplikován interval dvou až čtyř návštěv ročně. Ze získaných údajů nelze jednoznačně určit, v které zemi je klient častěji navštěvován v domácím prostředí.

Oproti tomu u ostatních služeb (tzn. kromě konzultací v rodině) můžeme potvrdit, že jich klienti z Francie využívají častěji. Česká rodina využívá služeb běžně 1x za 14 dní a to v 52%. Ve Francii využívá služeb 3x týdně 57 % rodin. Možné vysvětlení je uvedeno v teoretické části této bakalářské práce a to, že doprava je plně hrazena, centra mají rozsáhlou otevírací dobu a nabídka služeb respektive péče je velmi rozmanitá.

Koncepce RP obou zemí je odlišná, ambulantní péče je základem služby ve Francii a terénní služba je podstatou RP v České republice.

Po propojení teoretických údajů a výsledků praktického průzkumu je možné potvrdit i druhou hypotézu.

Závěr

Bakalářská práce Raná péče v České republice a ve Francii se věnovala této sociální službě v obou zemích. Úvodní kapitola pojednávala o rodině a změnách v jejím fungování v případě narození dítěte s postižením. Následující kapitola se zabývala ranou péčí na všeobecné úrovni. Další dvě podkapitoly popisovaly problematiku rané péče jako sociální služby v každé z porovnávaných zemí. Podstatou teoretické části bylo porovnání koncepce služeb rané péče v obou zemích. Zjištěné shody a rozdíly jsou uvedeny v poslední podkapitole teoretické části BP.

Teoretická fakta, která autorka čerpala z běžně dostupných zdrojů (knihy, časopisy, internetové stránky, apod.) a uvádí je v seznamu použitých zdrojů, jsou podložena praktickým kvantitativním průzkumem, který probíhal formou dotazníkového šetření.

V praktické části je podrobný popis průzkumu, který vedl k vyhodnocení výchozích hypotéz. Osloveni byli klienti rané péče z České republiky a z Francie, kteří odpověděli na celkem 14 otázek. Otázky byly orientovány na povědomí klientů o rané péči a jejich názor na informovanost laické i odborné veřejnosti. Další otázky se týkaly využívání běžně nabízených služeb rané péče. Dotazníky byly zdrojem cenných informací, které pomohly potvrdit obě předem stanovené hypotézy.

Cílem bakalářské práce bylo shrnutí poznatků o rané péči v České republice a ve Francii. Dále pak posouzení informovanosti o službě rané péče klientů obou zemí a vymezení rozdílů v nabídce a využívání služeb rané péče klienty z obou zemí.

Cíl bakalářské práce autorka považuje tímto za splněný, také se domnívá, že by bylo přínosné v tomto průzkumu a porovnávání pokračovat. Jistě by bylo zajímavé oslovit poradce rané péče obou zemí a vést strukturovaný rozhovor, který by doplnil a upřesnil teoretické informace a data získaná dotazníkovým šetřením klientů.

Navrhovaná opatření

Na základě teoretických informací a vyhodnocení dotazníkového šetření lze navrhnout následující opatření, která můžeme rozdělit do dvou částí. Jedna se bude týkat přímo koncepce rané péče obou zemí, druhá se bude zabývat zvýšením informovanosti laické i odborné veřejnosti.

Z hlediska koncepce RP:

- Vytvořit mezinárodní partnerská družební centra RP, která by umožňovala výměnné pobyty pracovníků RP, další vzdělávání a předávání informací.
- V ČR by bylo vhodné více rozvinout ambulantní služby, které napomáhají socializaci dítěte i jeho rodiny. Za velmi vhodné autorka považuje zřízení „školek“ při RP, které pomohou dítěti se začleněním do dětského kolektivu a rodičům, vzhledem k nedostupnosti odlehčovacích služeb v ČR, mohou pomoci získat „čas pro sebe“.
- Vzhledem k tomu, že je RP v ČR „pouze“ sociální službou je nutné podporovat propojení všech služeb a péče, které mohou být potřebné pro rodinu a dítě s postižením. Tzn. medicínskou, sociální, speciálně pedagogickou a pedagogickou.
- Ve Francii je RP poskytována spíše formou ambulantní. Je však třeba neopomíjet přínos péče v běžném prostředí dítěte, tzn. v rodině popřípadě v mateřské škole apod., kde dítě reaguje přirozenějším způsobem, protože je ve vlastním, známém prostředí.
- Změnit způsob financování RP v ČR, kde je toto velmi „nejisté“, přes zajištění z veřejných zdrojů státních dotací, z grantů krajů, nadačních fondů, po dary soukromých a firemních dárců. Ve Francii je financována RP jasně dané, zdravotní pojišťovnou je hrazeno 80 % a generální radou zbylých 20 % péče.

Celkovou informovanost lze v České republice ovlivnit následovně:

- Kontakty na RP (plakáty, letáky) dostupné všude, kde se pohybují rodiče s dětmi s postižením, tzn. porodnice, neonatologická oddělení, pediatrii, ale i mateřská centra apod.

- Články o RP v regionálních novinách by mohly například pomoci informovat o existenci a kontaktech na nejbližší pracoviště RP.
- Pořádat dny otevřených dveří ve střediscích RP a s dostatečným předstihem o tom informovat veřejnost.
- Všichni odborníci by měli být proškoleni, aby byli sami schopni informovat rodiče o existenci služby RP. Pracovníci rané péče by měli vyhledávat odborníky a následně za nimi docházet, informovat je a školit o rané péči jako sociální službě.
- Nabízet proškolení budoucích odborníků, např. seznamovat budoucí zdravotní sestry, sociální pracovníky a pedagogy formou přednášek a seminářů v době studia až na střední tak i vysoké škole.
- Pravidelně vydávat publikace s uceleným přehledem aktuálních informací např. téma handicap, kde bude možno získat všechny informace, tzn. od narození po stáří, o sociální a zdravotní péči, aktuální legislativě atd.

Seznam použitých zdrojů

ANALÝZA SITUACE RANÉ PÉČE V ČR ZA ROK 2015. In: *Nadační fond Avast* [online]. 2015 [vid. 21. 7. 2017]. Dostupné z: <http://nadacnifond.avast.cz/analyza>

ANECAMSP - *Association Nationale des Equipes Contribuant à l'Action Médico Sociale Précoce* [online]. [vid. 1. 4. 2017]. Dostupné z: <http://anecamsp.org/>

ANESM, 2014. *Le repérage, le diagnostic, l'évaluation pluridisciplinaire et l'accompagnement précoce et personnalisé des enfants en centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP)*. Saint-Denis: ANESM.

APRP – *Asociace pracovníků rané péče* [online]. [vid. 1. 4. 2017]. Dostupné z: <http://aprp.cz/>

Arrêté du 28 janvier 2016 fixant le rapport d'activité type des centres d'action médico-sociale précoce. In: *Journal officiel de la République française* [online]. 2016 [vid. 22. 7. 2017]. Dostupné z: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032074799&dateTexte=20170722>

CREAI, 2012. *L'activité des 12 CAMSP de la région passée au crible dans une étude du CREAI*. Orléans: CREAI.

ČAVOJSKÁ, G., 2016. *Raná péče a sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi*. TUL Liberec, konference 11. 11. 2016.

Décret n°56-284 (Annexe XXXII bis). Les conditions d'autorisation des établissements privés de cure et de prévention pour les soins aux assurés sociaux. In: *Journal officiel de la République française* [online]. 1956 [vid. 22. 7. 2017]. Dostupné z: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000869923&dateTexte=20171020>

Décret n°76-389 (Annexe XXXII bis). Condition technique d'agrément des Centres d'Action Médico-Sociale Précoce. In: *Journal officiel de la République française* [online]. 1976 [vid. 22. 7. 2017]. Dostupné z: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000076389&dateTexte=20171020>

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000678710&dateTexte=20170722>

DOKOUPILOVÁ, I., HANÁKOVÁ, A., KUNHARTOVÁ, M., POTMĚŠIL, M., RŮŽIČKOVÁ, V., KROUPOVÁ, K., URBANOVSKÁ, E., ZEDKOVÁ, V., 2015. *Speciálněpedagogická intervence u dětí v raném věku*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-4432-1.

DOLEŽALOVÁ, B., aj., 2012. Rodinné prostředí. In: VALENTA, M., aj. *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Praha: Grada, s. 280–293. ISBN 978-80-247-3829-1.

DRÉANO, G., 2015. Guide de l'éducation spécialisée. 5ème édition. Paris: Dunod. ISBN 978-2-1005-8815-2.

Druhové standardy kvality služby. In: APRP - *Asociace pracovníků v rané péči*, z. s. [online]. 2013 [vid. 1. 4. 2017]. Dostupné z: http://www.aprp.cz/dokumenty/druhove_standardy_kvality_sluzby.pdf

EDA [online]. [vid. 1. 6. 2017]. Dostupné z: <http://www.eda.cz/>

FRANCOIS, J., BACOT-BERTHELOT, L., AUBERT-BLANCHE, M., BERTRAND, S., 2014. *Handicap: Le guide pratique 2014*. 12e édition. Issy-les-Moulineaux: Prat-Europa Eds. ISBN 978-2-8095-0587-0.

GAVORA, P., 2000. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido. ISBN 80-85931-79-6.

HABÁŇ, P., 2016. MSPV podporuje zachování stávajícího systému rané péče v ČR. In: MPSV [online]. 15. 8. 2016 [vid. 21. 7. 2017]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/27648/TZ_MPSV_-_Rana_pece_by_mela_byt_zachovana_v_soucasne_podobe.pdf

HARTL, P., HARTLOVÁ, H., 2000. *Psychologický slovník*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-303-x.

HRICOVÁ, L., DOLEŽALOVÁ, L., 2012. Raná intervence u dětí s těžkým sluchovým postižením a dětí s hluchoslepotou. In: OPATŘILOVÁ, D., Zita NOVÁKOVÁ, Z., VÍTKOVÁ, M., *Intervence u dětí se zdravotním postižením v raném věku: texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido, s. 121–140. ISBN 978-80-7315-240-6.

HRUŠKOVÁ, H., MATOUŠEK, O., LANDISCHOVÁ, E., 2010. Sociální práce s lidmi s mentálním postižením. In: MATOUŠEK, O., KODYMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J., ed. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál, s. 111–132. ISBN 978-80-7367-818-0.

KAŠPAROVÁ, M., KAŠPAR, P., 2004. Problematika dětí s postižením z pohledu pediatra. In: KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, L., (ed.), *Edukace dětí se speciálními potřebami v raném a předškolním věku*. Brno: Paido. Edice pedagogické literatury, s. 9–22. ISBN 80-7315-063-8.

KERN, H., aj., 2006. *Přehled psychologie*. Vyd. 3. Praha: Portál. ISBN 80-7367-121-2.

KODYMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J., 2010. Sociální práce s osamocenými rodiči. In: MATOUŠEK, O., KODYMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J., ed. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál, s. 43–56. ISBN 978-80-7367-818-0.

KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P., 2010. Sociální práce se zdravotně znevýhodněnými. In: MATOUŠEK, O., KODYMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J., ed. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál, s. 89–110. ISBN 978-80-7367-818-0.

LANGOVÁ, H., 2004. Možnosti podpory raného vývoje dítěte se speciálními potřebami. In: KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, L., (ed.), *Edukace dětí se speciálními potřebami v raném a předškolním věku*. Brno: Paido. Edice pedagogické literatury, s. 94–126. ISBN 80-7315-063-8.

Loi n° 2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes. In.: *Journal officiel de la République française* [online]. 2005 [vid. 22. 7. 2017]. Dostupné z: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000809647>

MATĚJČEK, Z., 2008. *Co děti nejvíc potřebují*. 5. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367504-2.

MATYÁŠOVÁ, P. 2015. Raná péče. In: Kolektiv autorů. „... *Když není všechno tak, jak si přáli...*“: informace pro týmy porodnic a perinatologických center, pro praktické a odborné lékaře a zdravotnický personál. 4. upravené vydání. České Budějovice: Středisko rané péče SPRP České Budějovice, s. 9. ISBN 978-80-906077-1-2.

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí [online]. [vid. 21. 7. 2017]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/>

MUKNŠNÁBLOVÁ, M., 2014. *Péče o dítě s postižením sluchu*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5034-7.

OPATŘILOVÁ, D., 2006. Pedagogické poradenství a intervence. In: OPATŘILOVÁ, D., (ed.). *Pedagogicko-psychologické poradenství a intervence v raném a předškolním věku u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, s. 119–139. ISBN 80-210-3977-9.

PŘINOSILOVÁ, D., 2006. Psychologická problematika. In: OPATŘILOVÁ, D., (ed.). *Pedagogicko-psychologické poradenství a intervence v raném a předškolním věku u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, s. 55–73. ISBN 80-210-3977-9.

Raná péče EDA, o.p.s., 2015. *Raná péče jako možnost podpory dětí s postižením*. Praha, akreditovaný vzdělávací program absolvovaný 6. 10. 2015.

RÖSCH, D., 2010. Accueillir un „enfant différent“. Accompagnement précoce et perspectives à long terme. *Contrast*, n° 33, s. 87–107.

ROUFF, K., 2007. Une intervention précoce pour limiter les effets du handicap chez l'enfant. *Lien social*, n° 840, s. 8–13. ISSN 0994-1819.

SÉDRATI-DINET, C., 2015. CAMPS: un rôle central en matière d'intervention précoce. *Actualités sociales hebdomadaires*, n° 2909, s. 22–25. ISSN 1145-8690.

Společnost raná péče [online]. [vid. 1. 6. 2017]. Dostupné z: <http://www.ranapece.cz/>

ŠÁNDOROVÁ, Z., 2015. *(Re)socializace v rané péči*. 1. vyd. Pardubice: Univerzita Pardubice. ISBN 978-80-7395-961-6.

ŠVARCOVÁ, I., 2011. *Mentální retardace*. 4. přeprac. vyd. Praha: Portál. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 978-80-7367-889-0.

TONNER, J., TRUTT, B., 2004. *Les centres d'action médico-sociale précoce d'Ile-de-France en 2002*. Paris: Caisse régionale et Service médical d'assurance maladie d'Ile-de-France.

VÁGNEROVÁ, M., 2012. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 5. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0225-7.

VIRET, E., LANCEN, L., BOUCHUT, B., 2010. Du familial au social: quels accordages. *Contrast*, n° 33, s. 155–168.

VÍTKOVÁ, M., 2004. Specifika edukace dětí s tělesným postižením v raném a předškolním věku. In: KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, L., (ed.). *Edukace dětí se speciálními potřebami v raném a předškolním věku*. Brno: Paido. Edice pedagogické literatury, s. 23–49. ISBN 80-7315-063-8.

VÍTKOVÁ, M., 2012. Význam intervence a podpory dítěte s těžkým postižením v raném věku. In: OPATŘILOVÁ, D., Zita NOVÁKOVÁ, Z., VÍTKOVÁ, M.. *Intervence u dětí se zdravotním postižením v raném věku: texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido, s. 11–31. ISBN 978-80-7315-240-6.

Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. In: Sbírka zákonů České republiky [online]. 2006 [vid. 1. 4. 2017]. Dostupné z: <https://portal.gov.cz/app/zakony/download?idBiblio=63146&nr=505~2F2006~20Sb.&ft=pdf>

Zákon č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2006 [vid. 1. 4. 2017]. Dostupné z: <https://portal.gov.cz/app/zakony/download?idBiblio=49228&nr=101~2F2000~20Sb.&ft=pdf>

Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2006 [vid. 1. 4. 2017]. Dostupné z: <https://portal.gov.cz/app/zakony/download?idBiblio=62334&nr=108~2F2006~20Sb.&ft=pdf>

Zákon č. 206/2009 Sb., kterým se mění zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2006 [vid. 1. 4. 2017]. Dostupné z: <https://portal.gov.cz/app/zakony/download?idBiblio=68920&nr=206~2F2009~20Sb.&ft=pdf>

Seznam příloh

Příloha č. 1: Dotazník česky

Příloha č. 2: Dotazník francouzsky

Příloha č. 1: Dotazník česky

Vážení rodiče,

dostává se Vám do rukou dotazník na téma Raná péče, který bude využit při tvorbě mé bakalářské práce.

Předem děkuji za čas, který budete věnovat jeho vyplnění a za cenné informace, které mi sdělíte.

Petra Reine

studentka TUL, obor Speciální pedagogika

DOTAZNÍK

Pokud není uvedeno jinak, prosím, označte pouze jednu odpověď křížkem, popřípadě vypište.

1. Kolik je Vašemu dítěti let?

2. Jaký typ zdravotního postižení (popřípadě podezření na...) má Vaše dítě?

Zaškrtněte i více odpovědí.

☐	postižení zraku
☐	postižení sluchu
☐	postižení tělesné
☐	postižení mentální
☐	jiné, uveďte: _____

3. Kolik let bylo Vašemu dítěti při diagnostice handicapu?

☐	0 - 1 rok
☐	1 - 2 roky
☐	2 - 3 roky
☐	3 - 4 roky
☐	4 - 5 roků
☐	5 a více
☐	ještě není diagnostikováno

4. Bylo Vám v průběhu diagnostiky doporučeno navštívit/kontaktovat ranou péči?

☐	ano
☐	ne

5. Kdo Vás informoval o rané péči?

☐	neonatolog (porodník)
☐	pediatr
☐	lékař specialista (neurolog, oftalmolog,...)
☐	sociální pracovník
☐	pedagogický pracovník (SPC, PPP, MŠ,...)
☐	rodič-klient rané péče
☐	tisk, letáky
☐	internet
☐	jiné, uveďte: _____

6. Věděli jste o existenci rané péče již dříve?

☐	ano *
☐	ne

* Pokud ano, věděli jste, jak funguje?

☐	ano
☐	ne
☐	jiné, uveďte: _____

7. Dostupnost informací o rané péči je, dle Vašeho názoru:

☐	výborná
☐	dobrá
☐	dostatečná
☐	nedostatečná
☐	jiná, uveďte: _____

8. Kolik let bylo dítěti, když jste začali využívat služeb rané péče?

9. Jsou, dle Vašeho názoru, odborníci (př. porodníci, pediatři,...) dostatečně informováni o rané péči?

☐	ano
☐	ne
☐	jiné, uveďte: _____

10. Je, dle Vašeho názoru, veřejnost (př. vaše rodina, ostatní rodiče,...) dostatečně informována o rané péči?

☐	ano
☐	ne
☐	jiné, uveďte: _____

11. Vyplňte, prosím, následující tabulku:

(např. znám službu - ANO, byla mi nabídnuta - ANO, ale nevyužívám ji - NE)

Služba rané péče	známe		byla nabídnuta		využíváme	
	ANO	NE	ANO	NE	ANO	NE
konzultace v rodině						
podpora rodiny v období krize						
posouzení vývojové úrovně dítěte						
návrh stimulačního programu						
vypracování individuálního plánu rozvoje dovedností						
půjčování didaktických a stimulačních hraček a pomůcek						

pomoc při prosazování práv a zájmů rodiny (např. při jednání na úřadech)						
poradenství při výběru a získávání rehabilitačních pomůcek						
podpora psychomotorického vývoje dítěte						
sociálně právní poradenství						
návrh možnosti využívání dalších sociálních a návazných služeb						
telefonické či písemné konzultace (mimo konzultace v rodině)						
pomoc při vyhledávání předškolního zařízení						
zprostředkování kontaktů na další odborníky						
zprostředkování kontaktů mezi rodinami navzájem						
pomoc při zajištění hlídání dítěte v domácím prostředí						
pravidelná setkání klientských rodin						
společné pobyty klientských rodin						
půjčování odborné literatury						
semináře pro rodiče, kluby rodičů						
psychologické poradenství, terapie						
muzikoterapie						
hipoterapie						
Další, prosím, uveďte:						

12. Jak často využíváte služeb rané péče?

Služba rané péče	3x týdně	1x týdně	1x za 14 dní	1x za měsíc	1x za 2 měsíce	jinak/ uveďte
konzultace v rodině						
ostatní						

13. Jak daleko je poskytovatel rané péče od Vašeho bydliště?

km

14. Kolik času strávíte při cestě do rané péče?

Příloha č. 2: Dotazník francouzsky

Chers parents,

Vous avez entre vos mains un questionnaire sur le sujet de l'intervention précoce qui sera utilisé lors de la rédaction de mon mémoire.

Je vous remercie d'avance pour le temps passé à compléter ce questionnaire car ces informations seront très précieuses pour moi.

Petra Reine

étudiante de la République tchèque

QUESTIONNAIRE

Cochez une réponse par question, s'il vous plaît.

1. Quel âge a votre enfant?

2. Quel type de handicap souffre votre enfant?

cochez plusieurs réponses si nécessaire

☐	déficit visuel
☐	déficit auditif
☐	déficit moteur
☐	déficit mental
☐	autre: _____

3. Age de votre enfant au moment du diagnostic de son handicap

☐	0 - 1 an
☐	1 - 2 ans
☐	2 - 3 ans
☐	3 - 4 ans
☐	4 - 5 ans
☐	5 et plus
☐	pas encore diagnostiqué

4. Pendant le diagnostic quelqu'un vous a-t-il conseillé de contacter CAMSP (l'IPPE)?

☐	oui
☐	non

5. Qui vous a informé de l'existence de CAMPS (l'IPPE)?

☐	néonatalogue
☐	pédiatre
☐	médecin spécialiste (ophtalmologue, psychiatre,...)
☐	travailleur social
☐	pédagogue (institutrice,...)
☐	autre parent - client de l'IPPE
☐	journal, dépliant
☐	internet
☐	autre: _____

6. Connaissez-vous le CAMSP (l'IPPE) auparavant?

☐	oui *
☐	non

* Si oui, connaissez-vous le principe de fonctionnement?

☐	oui
☐	non
☐	autre _____

7. L'accès concernant les informations de CAMSP (l'IPPE) est, à votre avis:

☐	excellente
☐	bonne
☐	pas assez bonne
☐	insuffisante
☐	autre: _____

Quel âge avait votre enfant quand vous avez commencé à utiliser les services CAMSP

8. (d'IPPE)?

9. A votre avis, les experts (par ex. obstétriciens, pédiatres, ...) sont ils bien informés du service de CAMSP (d'IPPE)?

☐	oui
☐	non
☐	autre _____

10. A votre avis, le public (par ex. votre famille, d'autres parents, ...) est il bien informé du service de CAMSP (d'IPPE)?

☐	oui
☐	non
☐	autre _____

11. Merci de remplir le tableau suivant:

(par ex. je connais le service - OUI, on me l'a proposé - OUI, mais je ne l'utilise pas - NON)

Service de CAMSP (l'IPPE)	je le connais		a été proposé		je l'utilise	
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
consultations au domicile des familles						
soutien de la famille en cas de crise						
évaluation du niveau de développement de l'enfant						
proposition du programme de stimulation						
élaboration du plan de développement des compétences individuelles						

location de jouets et du matériel éducatifs et stimulants						
aider à promouvoir les droits et les intérêts de la famille (par ex. auprès des autorités)						
des conseils sur la sélection et l'acquisition des thérapies adaptées						
soutien du développement psychomoteur de l'enfant						
conseil juridique						
proposition de relais vers d'autres services sociaux, vers une autre structure						
consultations téléphoniques						
aider à trouver un établissement scolaire						
fournir des contacts à d'autres spécialistes						
fournir des contacts à d'autres familles						
aider à retrouver la garde d'enfant à la maison						
réunions régulières des familles "clients"						
séjours communs des familles "clients"						
prêt des documents (littérature spécialisée) ;						
ateliers pour les parents, club des parents						
soutien psychologique, thérapie						
musicothérapie						
hippothérapie						
Autres, mentionnez plus bas, s.v.p.:						

12. À quelle fréquence utilisez-vous les services?

Service de CAMSP (l'IPPE)	3x par sem.	1x par sem.	1x ts les 15 jours	1x par mois	1x ts les 2 mois	autres
consultations en famille						
autres						

13. A quelle distance de votre domicile se situe le service?

_____ kms

14. Combien de temps avez-vous besoin pour vous rendre au CAMSP?
