

# Kvalita poskytovaných služeb ve Středisku rané péče z pohledu uživatelů

Jana Vyvlečková

---

Diplomová práce  
2013



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií  
Ústav pedagogických věd  
akademický rok: 2012/2013

## ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Jana Vyvlečková, DiS.**  
Osobní číslo: **H11485**  
Studijní program: **N7507 Specializace v pedagogice**  
Studijní obor: **Sociální pedagogika**  
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Kvalita poskytovaných služeb ve Středisku rané péče z pohledu uživatelů**

Zásady pro vypracování:

**Zpracování rešerše a studium odborné literatury.**  
**Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti poskytování sociální služby rané péče rodinám s dětmi s postižením.**  
**Příprava metodiky výzkumné části.**  
**Realizace kvantitativního výzkumu formou dotazníkového šetření.**  
**Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.**  
**Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.**

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

**DITTRICHOVÁ, J., M. PAPOUŠEK a K. PAUL.** Chování dítěte raného věku a rodičovská péče. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0399-8.

**CHRÁSKA, Miroslav.** Metody pedagogického výzkumu: Základy kvantitativního výzkumu. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.

**LANGMEIER Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ.** Vývojová psychologie. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1284-9.

**MATOUŠEK, Oldřich.** Rodina jako instituce a vztahová síť. Praha: Sociologické nakladatelství, 2003. ISBN 80-86429-19-9.

**ŠULOVÁ, Lenka.** Raná interakce matka-dítě a její význam pro další psychický vývoj. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-640-3.

Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Ilona Kočvarová, Ph.D.**  
Ústav pedagogických věd

Datum zadání diplomové práce: **30. listopadu 2012**

Termín odevzdání diplomové práce: **26. dubna 2013**

Ve Zlíně dne 14. února 2013

  
doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.  
děkanka



  
Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.  
ředitel ústavu

## PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze diplomové práce jsou totožné;
- na diplomové práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně ..... 15.4.2013

.....  
*Jana Kyplicová*

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevdělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídí k větší výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

## **ABSTRAKT**

Diplomová práce se zabývá problematikou kvality poskytovaných služeb v sociálních službách, konkrétně v sociální službě rané péče z pohledu uživatelů. Práce je členěna na teoretickou a praktickou část. Teoretickou část tvoří přehledné shrnutí teoretických východisek týkajících se této problematiky. Práce přibližuje téma kvality v sociálních službách s ohledem na standardy kvality a zaměřuje se na její hodnocení zejména ze strany uživatelů. Charakterizuje sociální službu rané péče, její význam, cíle a cílovou skupinu této služby – rodinu s dítětem s postižením. Empirická část prostřednictvím dotazníkového šetření hodnotí kvalitu poskytovaných služeb z pohledu uživatelů v konkrétním Středisku rané péče.

**Klíčová slova:** sociální služby, kvalita v sociálních službách, standardy kvality, spokojenost, raná péče, rodina s dítětem s postižením

## **ABSTRACT**

Diploma thesis deals with the issue of the quality of provided services in Center of early intervention from perspective of users. The thesis is divided into a theoretical and a practical part. The theoretical part comprises of an outline of basic conceptions, concerning the problems. The thesis closer theme of quality at social services with regard on standards of quality and focuses on the evaluation from perspective of users. Characterisez social service of early intervention, its importance, goals and target group – family of children with impairment. The practical part, through the result of the questionnaires asses the quality of provided services from perspective of users in particular Center of early intervention.

**Keywords:** social services, quality at social services, standards of quality, satisfaction, early intervention, family of children with impairment

Ráda bych touto cestou poděkovala paní Mgr. Iloně Kočvarové, PhD. Za odborné vedení, cenné rady a doporučení při zpracovávání bakalářské práce. Dále také děkuji pracovníkům ve Středisku rané péče za jejich spolupráci při realizaci výzkumného šetření. A v neposlední řadě patří velké dík mé rodině za jejich podporu a trpělivost.

## OBSAH

<b>ÚVOD .....</b>	<b>10</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>12</b>
<b>1 KVALITA SOCIÁLNÍCH SLUŽEB.....</b>	<b>13</b>
1.1 VYMEZENÍ POJMU SOCIÁLNÍ SLUŽBA .....	13
1.2 POJEM KVALITA V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH .....	15
1.3 SPOKOJENOST UŽIVATELŮ .....	16
1.4 STANDARDY KVALITY .....	18
1.5 HODNOCENÍ KVALITY V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH Z POHLEDU UŽIVATELŮ .....	20
<b>2 SOCIÁLNÍ SLUŽBA RANÉ PÉČE .....</b>	<b>23</b>
2.1 VYMEZENÍ POJMU RANÁ PÉČE .....	23
2.2 TEORIE A VÝCHODISKA RANÉ PÉČE .....	24
2.3 VÝZNAM RANÉ PÉČE.....	26
2.4 ZÁKLADNÍ CHARAKTERISTIKA SLUŽBY RANÉ PÉČE.....	26
2.4.1 Cíle rané péče .....	29
2.4.2 Poskytovatelé služby rané péče .....	30
2.5 PROGRAM RANÉ PÉČE .....	31
2.5.1 Český model rané péče „Provázení“ .....	32
2.6 RANÁ PÉČE JAKO PROCES.....	33
<b>3 RODINA S DÍTĚTEM S POSTIŽENÍM JAKO CÍLOVÁ SKUPINA RANÉ PÉČE.....</b>	<b>36</b>
3.1 CÍLOVÁ SKUPINA.....	36
3.2 RODINA S DÍTĚTEM S POSTIŽENÍM .....	37
3.3 NAROZENÍ DÍTĚTE S POSTIŽENÍM.....	38
3.4 POSTAVENÍ OBOU RODIČŮ A NÁPLŇ JEJICH ROLÍ.....	39
3.5 REAKCE NA POSTIŽENÍ.....	40
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>44</b>
<b>4 ZÁKLADNÍ INFORMACE O REALIZACI VÝZKUMU .....</b>	<b>45</b>
4.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM .....	45
4.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	46
4.3 VÝZKUMNÝ NÁSTROJ .....	48
4.4 VÝZKUMNÝ VZOREK .....	49
<b>5 PRŮBĚH ANALÝZY.....</b>	<b>50</b>
5.1 POPISNÁ ANALÝZA .....	50
5.2 VZTAHOVÁ ANALÝZA.....	51
5.2.1 Postup statistického ověřování vyslovených hypotéz.....	52
<b>6 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....</b>	<b>54</b>



6.1	DEMOGRAFICKÁ ČÁST .....	54
6.2	POPISNÁ ČÁST .....	57
	VYHODNOCENÍ NÁMĚTŮ A PŘIPOMÍNEK .....	68
6.3	TESTOVÁNÍ HYPOTÉZ.....	68
<b>7</b>	<b>SHRNUTÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....</b>	<b>76</b>
<b>8</b>	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>77</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>78</b>
	<b>SEZNAM OBRÁZKŮ .....</b>	<b>82</b>
	<b>SEZNAM TABULEK .....</b>	<b>83</b>

## ÚVOD

Výběr tématu se odvíjel od mé profesní zkušenosti, kdy jsem měla možnost pracovat jako vychovatelka s dětmi s těžkým postižením, kde jsem si poprvé uvědomila, jak je péče o tyto děti náročná, za druhé od mé vlastní zkušenosti coby matky, která mi otevřela další rozměr výchovy a péče o dítě. A v poslední řadě k tomu přispělo mé současné povolání poradce rané péče, při kterém se setkávám s rodinami s dětmi se zdravotním postižením, s jejich problémy, starostmi, s tím jak se snaží s danou situací vyrovnat.

Rodiny s dětmi se zdravotním postižením jsou nedílnou součástí naší společnosti, která vytváří podmínky pro jejich sociální začlenění. Vždy se rodily děti zdravé, ale i děti s nějakým postižením. Tyto okamžiky se pro rodiče stávají zdrojem bolesti, zklamání, výčitek a starostí. Zkrátka někteří rodiče jsou postaveni před neočekávanou a snad jednu z nejsložitějších životních situací. Vzhledem k nelehkému úkolu rodičů, je žádoucí, aby i společnost byla nápomocna. Dnes pokud se rodina rozhodne, že se bude starat o dítě s postižením, může využít řadu služeb, které jí v jejím nelehkém úkolu mohou pomoci.

Jako jedna z prvních služeb bývá raná péče, jejímž posláním je poskytovat pomoc a podporu právě rodinám s dětmi s postižením a s ohroženým vývojem od narození do 7 let věku dítěte s cílem dosáhnout běžného způsobu života rodiny.

Sociální služba rané péče tedy reaguje na potřeby rodin dětí s postižením a je jim oporou. Nabízí rodinám podporu v období nepříznivé situace. Pro činnost středisek rané péče, které poskytují tyto služby jsou směrodatné jak potřeby samotných uživatelů, tak nařízení, která vyplývají ze zákona o sociálních službách č. 108 Sb. Ze zákona všem poskytovatelům vyplývá mimo jiné povinnost dodržovat standardy kvality, jejíž součástí je také hodnocení kvality služby z pohledu uživatelů. Vedle jiných nástrojů měření kvality služby by šetření spokojenosti uživatelů mělo být zásadní pro další zkvalitňování a získávání zpětné vazby od samotných uživatelů.

Práce se věnuje problematice kvality poskytované služby rané péče právě z pohledu samotných uživatelů – tedy rodin s dítětem s postižením a je rozdělena na dvě části. V teoretické části jsou vymezeny základní pojmy jako je sociální služba, kvalita v sociálních službách a spokojenost uživatelů. Jsou zmíněny standardy kvality a hodnocení kvality v sociálních službách z pohledu uživatelů. Další kapitola pojednává o sociální službě rané péče. Jsou uvedeny

základní charakteristiky, teoretická východiska, její význam, cíle a je nastíněn český model rané péče „provázení“.

V poslední části je zařazena kapitola o cílové skupině rané péče, o rodině s dítětem s postižením. Je nastíněna situace v rodině po narození dítěte s postižením a jsou uvedeny reakce na postižení.

Praktickou část tvoří kvantitativní výzkum. Pomocí dotazníkového šetření byl realizován výzkum v konkrétním Středisku rané péče. Jeho cílem bylo zjistit míru spokojenosti s kvalitou poskytovaných služeb. V první části jsou uvedeny základní informace – je nastíněn výzkumný problém a cíl výzkumu, jsou stanoveny výzkumné otázky a jsou formulovány hypotézy. V další kapitole je pozornost soustředěna na popis průběhu analýzy získaných dat. Dále jsou výsledky výzkumného šetření a jejich shrnutí zahrnuty v následující kapitole. V závěru diplomové práce je shrnuto vše, o čem se pojednává.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 KVALITA SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

S ohledem na téma mé diplomové práce je první kapitola zaměřena právě na kvalitu v sociálních službách. Pro uvedení do problematiky jsou v této kapitole vymezeny základní pojmy jako sociální služba, kvalita v sociálních službách a spokojenost uživatelů. Jelikož měřítkem pro zjišťování kvality sociálních služeb jsou standardy kvality sociálních služeb, je pozornost upřena také na ně a na hodnocení kvality sociálních služeb z pohledu uživatelů.

Téma kvality sociálních služeb se již řadu let dotýká nejen odborníků zainteresovaných v této oblasti, ale také všech poskytovatelů sociálních služeb a samozřejmě i samotných uživatelů. Spektrum sociálních služeb je nesmírně široké. V zájmu poskytovatelů i potencionálních uživatelů – tedy nás všech – je pečlivě sledovat jejich kvalitu. Konkrétní požadavky a systém hodnocení kvality v sociálních službách se začal systematictěji řešit až v souvislosti s přípravou nového zákona o sociálních službách, který je v platnosti od roku 2007. Právě onen zmiňovaný zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (dále jen ZSS) přinesl velké množství nových informací, požadavků a změn této oblasti. (Sembdner, Čámský, Krutilová, 2011, s. 26)

### 1.1 Vymezení pojmu sociální služba

Sociální služby patří mezi významné složky sociální politiky jednotlivých států a neustále vzrůstá počet těch, kteří sociální služby potřebují, i těch, kteří v této oblasti pracují. Neexistuje však mezinárodně obecně uznávaná definice sociálních služeb. Přesto můžeme v literatuře najít vymezení sociální služby. Z českých autorů např. Tomeš (2001, s. 29) uvádí, že sociální služby jsou vytvářeny v systémech sociálního pojištění nebo v soustavách státních podpor a sociální pomoci.

Sociální službu charakterizuje ve třech souvislostech:

- jako druh sociální péče poskytované konáním státní či obecní instituce ve prospěch jiné osoby;
- jako činnost ve prospěch občanů poskytovanou soukromoprávní nebo veřejnoprávní institucí přímo nebo soukromoprávní institucí za podpory veřejnoprávní instituce;
- jako sociální práci prováděnou profesionálními pracovníky ve prospěch lidí v sociální nouzi.

Dle Matouška (2007, s. 9) jsou sociální služby poskytovány lidem společensky znevýhodněným. Jejich cílem je zlepšit kvalitu života těchto lidí, případně je v maximální možné míře do společnosti začlenit, nebo společnost chránit před riziky, jichž jsou tito lidé nositeli. Sociální služby proto zohledňují jak osobu uživatele, tak jeho rodinu, skupiny, do nichž patří, případně zájmy širšího společenství.

Matoušek (2007, s. 11) dodává, že sociální služby se částečně překrývají s širší kategorií veřejných služeb. Odlišují se však od komerčních služeb zejména v oblasti financování z veřejných rozpočtů, a tím, že jsou podrobně definovány legislativou a díky tomu jsou více závislé na politickém rozhodování státu, krajů a obcí.

Podle základních zásad poskytování sociálních služeb musí rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb zachovávat lidskou důstojnost osob. Pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb, musí působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace, a posilovat jejich sociální začleňování. Sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležité kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob. (Čámský, Sembdner, Krutilová, 2011, s. 16 -17)

Zákonná úprava rozlišuje tyto formy poskytování sociálních služeb:

- **pobytové sociální služby** – služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb,
- **ambulantní sociální služby** – služby, za kterými osoba dochází nebo je doprovázena nebo dopravována do zařízení sociálních služeb, přičemž součástí služby není ubytování,
- **terénní sociální služby** – služby, které jsou osobě poskytovány v jejím přirozeném prostředí.

Sociální služby se podle této právní úpravy dělí na:

- **sociální poradenství**
- **služby sociální péče**
- **služby sociální prevence** (*Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, 2006*)  
Vzhledem k zaměření mé diplomové práce se nebudeme podrobně zabírat jednotli-

vými sociálními službami. Blíže jsou zmíněny jen služby sociální prevence, kde spadá také sociální služba rané péče. Služby sociální prevence jsou rovněž zákonem vymezeny jako služby, jež napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou tímto ohroženy pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, pro sociálně znevýhodňující prostředí a ohrožení práv a oprávněných zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby. Cílem služeb sociální prevence je napomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů. (MPSV, © 2010)

## 1.2 Pojem kvalita v sociálních službách

S pojmem kvalita se setkáváme ve všech činnostech, procesech a výstupech lidského konání. Je tedy zřejmé, že se o kvalitě hovoří také v oblasti poskytování sociálních služeb. Kvalitu v sociálních službách můžeme definovat jako soubor vlastností a znaků poskytované činnosti, které se vztahují na naplnění daných požadavků. (Horecký, © 2010)

Kvalitou se dále u nás zabývá Matoušek (2007). Na kvalitu péče pohlíží jako na souhrnný ukazatel sociální služby.

Matoušek (2007, s. 125 - 127) uvádí členění kvality dle Pauneho a jeho spolupracovníků:

- **kvalita prostředí** (uspořádání budovy, vnější a vnitřní vzhled, vybavenost)
- **kvalita personálu** (pravidla výběru a přijímání personálu, pracovní angažovanost)
- **kvalita péče** (respekt k právům, právo vlastní volby, ochrana soukromí)
- **kvalita řízení** (formulování cílů a metodik práce atd.)

V ZSS je „kvalita“ definována v § 2, odst. 2. „Sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležitě kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob.“ (MPSV, © 2012)

Podle Průvodce poskytovatele by měl poskytovatel sociální služby zajistit kvalitu služby následujícími způsoby:

- zjistit požadavky cílové skupiny
- navrhnout jak bude služba vypadat (podle jakých metod bude postupovat)
- poskytovat službu cílové skupině podle stanovených pravidel

- zjišťovat spokojenost svých uživatelů a hodnotit službu
- zavádět změny do návrhu toho, jak má služba vypadat (provádět změny ve vnitřních pravidlech, vzdělávání aj.), aby zajistil kontinuální zvyšování kvality služeb (Bílá kniha, © 2003).

Definice kvality je důležitým aspektem, protože vede přímo k měření a zlepšování.

Poskytovatelé sociálních služeb by měli dbát o to, aby se kvalita poskytovaných služeb zvyšovala. Kvalitní služba je ta, která co nejlépe využívá dostupné zdroje, aby dosáhla co nejlepších.

Horecký (2010) uvádí, že hovoří-li se o kvalitě, nesmí se zapomínat na oblast financí a že je nutné rozlišit její tři aspekty.

**Kvalita struktury** se vztahuje na vnější podmínky, ve kterých probíhá péče, terapie, ošetřování. Tímto se rozumí technické a personální vybavení a rozhodnutí vně organizace. Příkladem můžeme vyjmenovat tyto oblasti: kompetence, vzdělávání, organizační struktura, nasazení personálu, pomocné prostředky jako kontrolní seznamy, systémy dokumentace, metodiky, financování, materiální vybavení, prostory, odborné kompetence, přiměřenost zařízení a vybavení, organizace péče, apod.

**Kvalita procesů** se vztahuje na podání výkonu v rámci průběhu služby resp. péče, ekonomické řízení a využití zdrojů.

**Kvalita výsledků** obsahuje stupeň dosažení cíle v poskytované službě. Jde o odchylku, později pak sladění, mezi stanoveným cílem a cílem skutečně dosaženým (hodnoceným např. jako fyzická a psychická spokojenost klienta).

### 1.3 Spokojenost uživatelů

Jedním z velmi důležitých měřítek kvality poskytované služby je spokojenost samotných uživatelů. Se slovem „spokojenost“ se setkáváme v každodenním životě. Pod tímto pojmem si většina lidí představí: „jsem spokojený, když se mi vše daří“, „jsem spokojený, když jsem zdravý“ nebo spokojenost znamená „mám se dobře“, „nemám starosti“.

Heskett (1993, s. 17) uvádí, že kvalita rovná se skutečná služba mínus očekávaná služba.

„Protože potřeby a očekávání se liší podle zákazníků a situace, je kvalita služeb vysoce subjektivní záležitostí. Kvalita je samozřejmě definována zákazníkem.“



V psychologickém slovníku je spokojenost definovaná jako příjemný pocit z dobrých vztahů a dobře vykonané činnosti. (Hartl, 2004, s. 259)

Pokud se pokusíme tuto definici zjednodušeně převést do oblasti sociálních služeb, tak spokojenost uživatele je dána tím, zda poskytovaná služba vyhovuje jeho požadavkům.

Podle Slovníku sociální práce je spokojenost „subjektivní ukazatel kvality péče“. (Matoušek, 2003, s. 222)

Dle Půčka (2005, s. 6) je spokojenost klientů definována jako vnímání těchto zákazníku, které se týká stupně splnění jejich požadavku na poskytovanou službu.

Spokojenost je vyjádřený názor člověka na jeho vnímání toho, s čím je či není spokojen. Neboli vnímání toho, do jaké míry byly splněny jeho požadavky (nebo představy, očekávání) na situaci, kterou prožívá, nebo na službu, která je mu poskytována. Odpovídá-li skutečnost jeho očekávání, je spokojen, není-li jeho očekávání z větší míry naplněno, je nespokojen. (Půček 2005, s. 6)

Šetření spokojenosti patří k nástrojům zjišťování zpětné vazby. Zejména může být důležité při posuzování účelnosti či neúčelnosti některých aktivit. Spokojenost je v podstatě vnímaná kvalita, je tedy nutné zvyšovat kvalitu života občanů a poskytovat kvalitní a výkonné služby, ale současně je nezbytné se postarat o to, aby naši zákazníci/klienti toto také vnímali – byli spokojeni.

Půček (2005, s. 16 – 17) se zmiňuje o nutnosti charakterizovat službu pomocí jejich znaků. Mezi znaky služeb řadí dostupnost časovou i místní, spolehlivost, čekací dobu, dobu vyřízení požadavku, komunikaci, kompetentnost a způsobilost zaměstnanců, způsob přijetí, zacházení a porozumění, důvěryhodnost, zaměstnanci, jistota a bezpečí, vhodnost prostředí a v neposlední řadě technické vybavení.

Spokojenost lze změřit dvojitým způsobem: jako výstup služby, kdy se služba charakterizuje pomocí jejich znaků, které jsou pro klienta zjistitelné (kvantitativní, měřitelné) nebo jako vliv služby podle znaků kvalitativních (hodnotitelných či porovnatelných). (Půček 2005, s.18)

Pomocí měření spokojenosti organizace zjišťuje nebo ověřuje zpětnou vazbu, tj. jak zákazníci vnímají její práci či poskytované služby; šetření by proto měla provádět pravidelně, aby zjistila, zda prováděná opatření mají na zvyšující se spokojenost vliv, získává porovnání s jinými organizacemi související s možností nechat se jejich postupy inspirovat, shromažďuje podklady pro rozhodování o struktuře organizace, jeho reorganizaci či optimalizaci, nebo poskytovaných službách.

Bude-li zaměstnancům záležet na spokojenosti jejich zákazníků, kvalita služby a hlavně vnímání zákazníků se o této službělepší. (Půček, 2005, s. 17)

## 1.4 Standardy kvality

Šetření spokojenosti uživatelů se službou je rovněž součástí standardů kvality sociálních služeb, které garantují kvalitu tím, že jí lze prověřit podle předem určených, nejlépe měřitelných parametrů. (Matoušek, 2007, s. 126)

Právě “ Standardy kvality sociálních služeb (dále jen Standardy) představují „soubor dohodnutých kritérií, který umožňuje posuzování kvality sociální služby.“ (Matoušek, 2003, s. 225) Standardy jsou v § 99, zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách vymezeny jako „soubor kritérií, jejichž prostřednictvím je definována úroveň kvality poskytování sociálních služeb, a to nejen v oblasti personálního a provozního zabezpečení sociálních služeb, ale i v oblasti vztahů mezi poskytovatelem a osobami. Ve standardech je kladen důraz na uživatele a jejich rodiny. Zaměřují se na výstupy, které musejí být poskytovány, nikoli na vstupy. Mají být aplikovány na všechny typy služby a na všechny poskytovatele.

Standardy jsou orientovány na:

- důstojnost uživatele,
- rozvoj nezávislosti a autonomie uživatele,
- vlastní volbu uživatele,
- účast na běžném životě v přirozeném sociálním prostředí,
- respekt k jeho přirozeným a občanským právům.

Konkrétní témata standardů sledují kvalitu života každého, kdo využívá sociální služby. Orientují se na **individuální podporu člověka v jeho přirozeném prostředí a zaměřují se na obhajobu a prosazování jeho práv**. Zdánlivá samozřejmost v naplňování práva člověka žít život ve své rodině, ve společenství své obce, a to stejně jako člověk, který sociální služby nevyužívá, znamená radikální změnu v myšlení celé společnosti. Vlivem dřívější zavedené praxe se stále setkáváme s vyčleňováním lidí, kteří nám „překážejí“, kteří nestačí tempu života dnešní doby, a kteří nás tak konfrontují s naší orientací na úspěch a výkon.

Standardy se vztahují na všechny sociální služby, nevyjímaje služby rané péče. V ZSS jsou standardy formulovány obecně tak, aby byly použitelné pro jakoukoli sociální službu bez ohledu na její charakter, velikost a právní formu poskytovatele.

Obsah těchto standardů stanovuje vyhláška MPSV č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení Zákona č. 108/2006 Sb. Poskytovatelé sociálních služeb musí Standardy dodržovat a zároveň je jejich naplňování kontrolováno inspekcí kvality. Standardy zde slouží jako měřítko pro posouzení kvality. Standardy popisují, jak má kvalitní sociální služba vypadat. Je to soubor měřitelných a ověřitelných kritérií, jehož smyslem je umožnit průkazným způsobem posoudit kvalitu poskytované sociální služby. Kladou důraz na zkvalitnění a zefektivnění sociálních služeb a zároveň na nezávislost, důstojnost a skutečné potřeby jednotlivých uživatelů služby.

Standardy jsou děleny do patnácti oddílů, které se dále člení na tzv. kritéria, jejichž prostřednictvím je definována úroveň kvality poskytování sociálních služeb. Standardy se stávají nástrojem hodnocení kvality sociálních služeb a jsou rozděleny do tří základních částí:

1. Procedurální standardy - popisují, jak má služba vypadat, jak se zájemce stane klientem služby, jaký má služba průběh, jak se plánuje a ukončuje, jak se zajišťuje návaznost služby atd.
2. Personální standardy - řeší personální zajištění služeb, způsob výběru pracovníků, zaškolování, vzdělávání, supervize atd.
3. Provozní standardy - se zabývají provozním zajištěním služeb (zajištění technického zázemí, místní a časové hledisko služby, vybavení služby, řešení nouzových a havarijních situací atd.) (MPSV, 2012)

Členění i obsah standardů rané péče je ve shodě s obecnými Standardy MPSV, tzn. dělení na standardy procedurální, personální, provozní, s přiřazenými kritérii a rozpoznávacími znaky. Obsah je samozřejmě uzpůsoben poskytování konkrétní sociální služby – rané péče. Navíc je přiřazen oddíl s principy služeb rané péče, které musí jednotlivá pracoviště naplňovat. Je to např. princip důstojnosti, ochrany soukromí klienta, práva volby apod.

Pro zformování standardů rané péče vytvořila Společnost pro ranou péči pracovní skupinu, složenou z odborníků i z rodičů dětí s postižením, která rozpracovala podklady k legislativnímu zakotvení rané péče. Pexiederová (2006, s. 29 - 30) uvádí, že byla stanovena kritéria služeb rané péče a obhájení potřeby této služby. Díky formulování nároků této služby, ujednoce-

ní toho, na co mají uživatelské rodiny právo a došlo k dorovnání péče o děti s postižením a jejich rodiny na úroveň péče států Evropské unie.

Vzniku standardů rané péče předcházely tyto potřeby:

- definovat ranou péči jako systém služeb,
- určit kritéria pro poskytování služeb rané péče,
- zhotovit základnu k legislativnímu vymezení služeb rané péče,
- ujasnit minimální rozsah služby, na který mají klienti nárok,
- „srovnat krok“ v poskytování služeb rané péče se zeměmi Evropské unie.

Jednotlivé standardy obsahují kritéria a rozpoznávací znaky. Kritéria popisují, jak dosáhnout požadované úrovně, vytváří způsob, jak zabezpečit fungování standardu. Rozpoznávací znaky definují jednotlivé znaky, podle kterých se dá zjistit, jak jsou kritéria plněna a označují nástroje, kterými se dá kontrolovat kvalita služeb.

Výčet standardů služeb rané péče lze nalézt na stránkách Společnosti pro ranou péči (Standards, © 2010).

Mnoho organizací a zařízení poskytuje specifické služby rozdílným cílovým skupinám. Proto v souvislosti se zaváděním standardů kvality tyto organizace cítily potřebu standardizovat tuto svou specifickou odlišnost. Začaly tak vznikat druhové standardy, které navazují na standardy kvality sociálních služeb, ale zároveň vymezují zvláštní odbornost určitého druhu sociální služby, zohledňují konkrétní zaměření a strukturu dané organizace. (Čámský, Sembdner, Krutilová, 2011, s. 51)

## 1.5 Hodnocení kvality v sociálních službách z pohledu uživatelů

Hodnocení kvality v sociálních službách z pohledu samotných uživatelů vyplývá rovněž ze Standardů. Zjišťování zpětné vazby od cílové skupiny je velmi důležitým měřítkem každé sociální služby. Problematika hodnocení kvality sociálních služeb se prolíná téměř všemi standardy, ale ze strany uživatelů se promítá do Standardů kvality sociálních služeb Standard č. 7. **Stížnosti na kvalitu poskytovaných sociálních služeb**, Standard č. 15 - **Zvyšování kvality poskytované služby**).

Konkrétně **standard č. 15** stanovuje všem poskytovatelům tyto povinnosti.

- **zvyšování kvality sociální služby** stanovuje všem poskytovatelům tyto povinnosti:

- poskytovatel průběžně kontroluje a hodnotí, zda je způsob poskytování sociální služby v souladu s definovaným posláním, s cíli a zásadami sociální služby a osobními cíli jednotlivých osob;
- poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro zjišťování spokojenosti osob se způsobem poskytování sociální služby ; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje;
- poskytovatel zjišťuje spokojenost uživatelů;
- poskytovatel zapojuje do hodnocení poskytované sociální služby také zaměstnance a další zainteresované fyzické a právnické osoby;
- poskytovatel využívá stížností na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby jako podnět pro rozvoj a zvyšování kvality sociální služby. (*Průvodce pro poskytovatele*, 2006)

Poskytovatelé sociálních služeb mohou využívat různých nástrojů k hodnocení kvality služby. K velmi často používaným nástrojům patří dotazník pro uživatele, individuální rozhovory, kontrolní systém, pozorování, individuální plánování, pravidelné porady, podávání stížností a námětů. (Čámský, Sembdner, Krutilová, s. 219 - 223)

Poskytovatel má jasně definované metody zjišťování a hodnocení efektivity služby.

Hodnocení služby probíhá na třech úrovních:

- hodnocení jednotlivých konzultací společně s uživatelem
- hodnocení plnění individuálního plánu mezi uživatelem a poskytovatelem služby
- poskytovatel pravidelně zjišťuje a hodnotí zpětnou vazbu týkající se činnosti a poskytovaných služeb pracoviště

Závěry hodnocení efektivity služeb jsou reflektovány v další práci s uživateli i v celkové činnosti poskytovatele. Hodnocení efektivity a zpětné vazby jsou dokumentovány. (Čámský, Sembdner, Krutilová, s. 21)

Zjišťování kvality služeb na základě vyjádření názoru jejich uživatelů má ale i zde četná úskalí. Jedním z těchto úskalí je dle Matouška (2007, s. 154) možná obava uživatelů, zejména pobytočných sociálních služeb před upřímným vyjádřením svého názoru z toho důvodu, aby jim případné negativní hodnocení a kritické poznatky nezhoršily situaci v rámci pobytového zařízení. Tyto poznatky opět poukazují na osobní či intimní povahu sociálních služeb jakožto na jedno z jejich specifíků a připouští, že ačkoli se současná právní úprava snaží zaručit zrovno-

právnění obou zúčastněných subjektů, mohou uživatelé sociálních služeb cítit na základě svých sociálních znevýhodnění.

Ačkoli má interní sledování spokojenosti uživatelů služeb i svá rizika, osobně tento nástroj zjišťování (a zajišťování) kvality sociálních služeb považují za velmi přínosný, neboť poskytovatel tak vyjadřuje svůj zájem znát názor na svůj produkt ze strany jeho uživatele. Zakotvení tohoto principu do Standardů kvality sociálních služeb proto považují jako opodstatněný.

Při hodnocení kvality sociálních služeb je nutné využívat také stížností jako podnětu k jejímu dalšímu zvyšování. Každá stížnost na kvalitu nebo způsob poskytování služby podaná uživatelem by měla být signálem, že je nutné služby neustále zlepšovat a upravovat dle potřeb uživatelů. Existuje doporučení, že každá konkrétní stížnost by se měl podrobně rozebrat a na základě získaných informací službu uzpůsobit tak, aby co nejvíce vyhovovala potřebám uživatelů. Podněty z podaných stížností se vyhodnocují a jsou impulsem ke zvyšování kvality a rozvoje sociální služby. Stížnosti jsou důležitým měřítkem nastavení poskytování služby a neměly by být vnímány negativně, ale jako možnost zlepšení poskytované služby v praxi. (Baštec-  
ká, 2008)

Převezneme-li myšlenky Půčka, který se věnuje kvalitě ve veřejné správě, na kvalitu v sociálních službách, ze zákazníků se nám stanou uživatelé. A ti, kteří svoje připomínky svěří provozovateli služby, tak umožní zlepšení její kvality či změny ve způsobu jejího poskytování. Půček ještě k tomu dodává (2005, s. 11), že ačkoliv jsou stížnosti projevem nízké míry spokojenosti, jejich počet nemůže být jediným a už vůbec ne rozhodujícím ukazatelem míry spokojenosti zákazníků, protože stížnosti podává pouze malá část (4 %) nespokojených zákazníků.

## 2 SOCIÁLNÍ SLUŽBA RANÉ PÉČE

Tato kapitola je zaměřena na sociální službu rané péče, na vymezení základních pojmů, na teoretická východiska rané péče, na její význam v životě rodin s dětmi s postižením a základní charakteristiku. Dále podrobněji popisuje programy a služby rané péče, blíže představuje cíle a cílovou skupinu a poskytovatele této služby a konkrétněji je uveden český model rané péče „provázení“, který je uplatňován v rámci ČR. V poslední části této kapitoly dokresluje obraz této služby z pohledu procesního, zachycuje službu v jejím průběhu - od přijetí klienta až po ukončení služby.

### 2.1 Vymezení pojmu raná péče

Pojem raná péče (často se v literatuře setkáme také s pojmem včasná péče či raná intervence) vytvořila Hradilková se svými spolupracovnicemi v roce 1993. Vycházela z překladu zahraničních termínů - německy „*Frühförderung*“, anglicky používané sousloví „*early intervention*“. Skupina odbornic kolem Terezie Hradilkové zvolila pojem „*raná*“ pro zdůraznění stěžejního období ve vývoji dítěte (tedy věk od narození do zhruba čtyř let) a pojmem „*péče*“ nahradili nabízející se výrazy jako intervence nebo zásah, které působily příliš odborně. Jak zdůrazňuje Hradilková (2006, s. 9), je důležité si uvědomit, že výraz péče zde představuje soubor služeb, nikoli péči ve smyslu zajištění základních životních potřeb dané osoby.

Sama Hradilková (2006, s. 9) definuje ranou péči jako „soustavu služeb a programů poskytovaných dětem ohroženým v sociálním, biologickém a psychickém vývoji, dětem se zdravotním postižením a jejich rodinám s cílem předcházet postižení, eliminovat nebo zmírnit jeho důsledky a poskytnout rodině, dítěti i společnosti předpoklady sociální integrace. Tyto služby mají být poskytovány od zjištění rizika nebo postižení tak, aby zvyšovaly vývojovou úroveň dítěte v oblastech, které jsou postižením ohroženy.“

Návrh evropské definice RP, který vzešel ze závěru projektu „Raná péče: Analýza situace v Evropě“. „RP je souborem služeb a opatření, pro velmi malé děti a jejich rodiny, které jsou poskytované na jejich požádání v určitém období života dítěte a které zahrnují jakoukoliv činnost prováděnou v případě, že dítě potřebuje zvláštní podporu za účelem zajištění a podpory osobního vývoje dítěte, posílení kompetenci samotné rodiny a podpory začlenění rodiny a dítěte do společnosti. Tato opatření musí být prováděna v přirozeném prostředí dítěte, pokud možno na lokální úrovni, přičemž práce probíhá týmově, víceúrovňově a je zaměřena na rodinu.“ (Watkins, 2006, s. 6)

Širší pojetí rané péče uvádí ve slovníku sociální práce také Matoušek (2003, s. 96). Ranou péčí vymezuje jako soubor propojených sociálních, zdravotnických a psychologických služeb, které se poskytují předškolním dětem. V ideálním případě se kontakt profesionálů s rodinami odehrává v přirozeném prostředí rodiny.

Užší vymezení rané péče jako sociální služby pro rodiny s dětmi s postižením najdeme v zákoně o sociálních službách: „raná péče je terénní, popřípadě ambulantní službou poskytovanou dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené, nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivé sociální situace. Služba je zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby.“ (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, s. 19)

Ze znění zákona vyplývá, ve shodě s výše uvedenými definicemi, že **raná péče je zaměřená jak na podporu vývoje dítěte, tak i na podporu jeho rodiny, a je poskytována v přirozeném prostředí dítěte.**

Jedná se tedy o ucelený program komplexních služeb zaměřený na celou rodinu, poskytovaný na komunitní úrovni s cílem podpořit vývoj dětí ve věku od narození do 7 let, jejichž vývoj je atypický nebo je vážné nebezpečí, že se stane atypickým, vlivem biologických faktorů nebo vlivem prostředí. Tyto služby mají být poskytovány od zjištění rizika nebo postižení do přijetí dítěte vzdělávací institucí.

## 2.2 Teorie a východiska rané péče

Vznik rané péče na území České republiky vychází ze zahraničních zkušeností a samozřejmě z potřeb jednotlivých rodin. Ucelená služba rané péče začala být poskytována na konci 60. let 20. století, nejdříve v USA, poté se šířila přes skandinávské země do Evropy.

Vliv na její vznik měly dle Hradilkové (2006, s. 9 - 11)

- **Teorie imprintingu** („vtiskování“) - první tři roky života dítěte jsou označovány jako období neurofyzického vývoje, a právě v tomto období dochází k základnímu utváření osobnosti dítěte.
- **Interakce matka-dítě, rodina-dítě** - v raných fázích vývoje dítěte je velice důležité pro jeho další rozvoj navázání pozitivního vztahu s matkou, rodinou.
- **Pozitivní vliv stimulace v raném věku dítěte**



- **Hnutí za práva lidí s postižením**, především hnutí rodičů v 70. letech 20. století v USA, které usilovalo o rovné podmínky pro děti s postižením a děti intaktní; o co nejméně omezující prostředí, kde speciálního je jen tolik, kolik je potřeba; o právo žít ve vlastní rodině.
- teorie imprintingu, která vyzdvihuje důležitost prvních tří let života pro utváření osobnosti dítěte a označuje je jako období neurofyziického zrání. Právě tato teorie obrátila pozornost psychologů a pedagogů na děti v raném věku

Díky transformaci se služba rané péče pozměnila v oblasti příjemce služby od dítěte směrem k celé rodině, v oblasti poskytovatele služby od specialisty k průvodci, v oblasti používaných metod podporujících vývoj od terapie k interakci a v oblasti cílů poskytovaných služeb je náprava od zdraví k společnosti. (Hradilková, 2006, s. 11)

V těchto teoriích lze najít odkazy na hlediska biologická a sociální. A právě ony tvoří důležitý základ teorie rané péče.

#### **Hledisko biologické**

Jak je všeobecně známo největší rozvoj a pokrok v lidském životě se uskuteční v prvních třech letech. Mozek je v tomto období velice tvárný a otevřený všem novým poznatkům. Jeho kompenzační možnosti jsou vskutku obrovské, což umožňuje i dětem svážným handicapem rozvíjet jeho náhradní mechanismy. Z tohoto důvodu je raná péče velmi podstatná k zabránění zanedbání tohoto období, které by mohlo vést k uzavření či extrémnímu snížení určitých oblastí dětského vývoje.

Neurobiologické výzkumy stále potvrzují, že od narození prodělává nervová soustava překotný rozvoj, v němž hrají zásadní roli první tři roky dítěte. Právě v období do tří let jsou kompenzační možnosti mozku tak obrovské, že umožňují nejlépe rozvinout náhradní mechanismy i u těch dětí, které mají v některé oblasti handicap. Pokud se právě toto vysoce citlivé období zanedbá, možnosti vývoje dítěte v určitých oblastech se mohou zcela uzavřít nebo extrémně snížit. Z tohoto hlediska je velice důležitá včasná diagnóza, která poskytuje možnost úspěšné rehabilitace ještě ve stádiu vývoje mozku. (Hradilková, 2006, s. 12)

**Hledisko sociální** klade důraz na **přirozené prostředí dítěte - rodinu**. Stimulující a láskyplný vztah mezi rodiči a dítětem s postižením je důležitým faktorem rozvoje jak fyziologických, tak i psychických funkcí. Narození dítěte s postižením staví rodinu do situace, kdy se podstatně mění hodnoty, potřeby, role a zároveň se zvyšují nároky na její dobré fungování, protože

dítě s postižením vyžaduje přístupy, na které rodina nebyla připravena a které nezná. (Matějček, Dytrych, 1994)

Zmíněné teorie společně s hnutím rodičů vyústily ve formulování potřeby rané péče, posléze ve vytvoření konkrétních raněporadenských programů.

### 2.3 Význam rané péče

Podrobná zkoumání posledních desetiletí upozorňují na to, že uspokojování základních biologických a duševních potřeb dítěte, také přiměřená zdravotnická a hygienická péče a náležité zásobení podněty smyslovými a citovými mají velký význam pro utváření osobnosti člověka. (Matějček, 2001, s. 26) Proto je kladen důraz na co nejefektivnější využívání raného věku dítěte.

„V raném a předškolním věku je nejdůležitějším úkolem včasné zachycení poruchy a zahájení speciálně-výchovné péče, která minimalizuje negativní důsledky postižení. Speciální péče o dítě v tomto věku musí probíhat uceleně, tedy s účastí zdravotnické, rehabilitační, výchovně vzdělávací a sociální složky. Vždy by se mělo jednat o komplexní přístup pracovníků různých oborů.“ (Pipeková, 2006, s. 59) Pro správný vývoj dítěte jsou důležité nejen vnitřní, ale také vnější podmínky. U dětí s postižením jsou vnitřní podmínky narušeny, ale je možné příznivě je ovlivňovat vnějšími podmínkami, tedy stimulací. Pro dítě, které se s postižením již narodí, případně dojde-li k postižení v raném věku, je velmi důležité včasné diagnostikování postižení i včasné zahájení rané intervence, tedy „soustavné a cílevědomé stimulace.“ (Klenková, 2000, s. 71).

### 2.4 Základní charakteristika služby rané péče

Podle ZSS je raná péče „terénní služba, popřípadě doplněná ambulantní formou služby, poskytovaná dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené, nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu.“ (Zákon č. 108/2006 Sb., § 54, odst. 1)

Patří mezi **služby sociální prevence**.

Služba raná péče obsahuje dle § 54 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách tyto základní činnosti:

- a) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti;
- b) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím;

- c) sociálně terapeutické činnosti;
- d) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.  
(MPSV, 2010)

Co vše zahrnují základní činnosti lze vyčíst z níže přiložených tabulek, jež vychází z vyhlášky 505/2006 Sb. (MPSV, 2012)

**Tab. č.1**

**Výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti**

zhodnocení schopností a dovedností dítěte i rodičů, zjišťování potřeb rodiny a dítěte, včasnou diagnostiku, posouzení vývojové úrovně dítěte, zpracování plánu individuální péče
specializované poradenství rodičům a dalším blízkým osobám (konzultace přímo v rodinách, poradenství při výběru a získání rehabilitačních pomůcek)
upevňování a nácvik dovedností rodičů nebo jiných pečujících osob, které napomáhají přiměřenému vývoji dítěte a soudržnosti rodiny
vzdělávání rodičů, například formou individuálního a skupinového poskytování informací a zdrojů informací, seminářů, půjčování literatury (zapůjčování také rehabilitačních, stimulačních a kompenzačních pomůcek, hraček apod.)
podpora a posilování rodičovských kompetencí (využití stimulačních programů)
nabídka programů a technik podporujících vývoj dítěte
instrukce při nácviku a upevňování dovedností dítěte s cílem maximálního možného využití a rozvoje jeho schopností v oblasti kognitivní, sensorické, motorické a sociální

**Tab. č.2**

**Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím**

pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou
---

pomoc a podporu při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob (zprostředkování kontaktu na další odborníky, předškolní zařízení)

podporu a pomoc při využívání běžně dostupných služeb a informačních zdrojů

**Tab. č.3**

### **Sociálně terapeutická činnost**

psychosociální podpora formou naslouchání (podpora rodiny v období krize)

podpora výměny zkušeností

pořádání setkání a pobytových kurzů pro rodiny (sportovní, kulturní a rehabilitační akce)

**Tab. č.4**

### **Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů**

podpora rodičů při jednání navenek (vyřizování žádostí, doprovázení k lékaři, svépomocné skupiny rodičů).

Služba raná péče obsahuje dle § 54 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách tyto základní činnosti:

Přehledné dělení služeb rané péče péči dle místa průběhu jednotlivých činností rozlišuje služby terénní, ambulantní a další Kudelová (2006, s. 26).

#### **terénní služby**

V komplexu všech poskytovaných služeb rané péče představují terénní služby sedmdesát pět procent. Stěžejní službou jsou konzultace v rodině. Součástí této služby je kromě přímé práce s dítětem také poradenství a naslouchání. Při první návštěvě jde především o zjištění situace v rodině a nabídku služeb. Rodiče by poté měli nastínit, co od rané péče očekávají a umožnit poradci pozorovat jejich dítě v běžných situacích. Poradce rané péče by rovněž měl mít možnost vyzkoušet, jak na jeho osobu bude dítě reagovat. Poté by se obě strany měly domluvit na

frekvenci návštěv, které by měly probíhat jednou za čtyři až osm týdnů. V úvodu dalších návštěv, který již mají ustálený průběh, by měli rodiče poradce seznámit s případnými změnami v životě dítěte i celé rodiny. Poté přijde na řadu přímá práce s dítětem dle individuálního plánu. Důležité jsou také konzultace jednotlivých doporučovaných postupů s rodiči. Součástí terénních služeb je rovněž služba doprovázení, jejíž podstatou je rodiče podpořit, případně se za ně ptát, nikoli však za ně jednat (srov. Kudelová, 2006; Balunová, Heřmánková, Ludíková, 2001; Kunová, 2006).

- **ambulantní služby**

Ambulantními službami se označují takové služby, které jsou poskytovány přímo ve Střediscích rané péče. Řadí se mezi ně diagnostika, stimulace, případně terapie a také poradenství, instruktáže rodičů. Tato forma poskytování služeb rané péče se volí zejména v případech, kdy je třeba využít přístrojů či pomůcek, které nelze dlouhodobě zapůjčit či aplikovat při návštěvách v rodině (srov. Kudelová, 2006; Balunová, Heřmánková, Ludíková, 2001).

- **další služby**

Mezi další služby, které raná péče poskytuje, patří především půjčování speciálních hraček a rehabilitačních pomůcek a skupinová setkání. Ta mohou mít podobu klubu rodičů, ve kterém si vzájemně předávají zkušenosti, či jedno až vícedenních setkání, případně rehabilitačních pobytů, které jsou zpravidla týdenní. Na těch je připraven nejen přednáškový program pro rodiče, rehabilitační cvičení a herní program pro děti, ale i program rodinné terapie a samozřejmě večerní program pro rodiče. Dále jsou rodičům předávány informace formou seminářů, půjčováním literatury, vydáváním zpravodajů (například Rolnička) či prostřednictvím internetu. Rodičům je rovněž nabídnuta pomoc v orientaci v oblasti dostupné zdravotní péče a také v možnostech právní a sociální podpory, také pomoc při domlouvání s odborníky či v komunitě, případně i zprostředkování dalších služeb (srov. Kudelová, 2006; Machek, a kol., 2001).

#### **2.4.1 Cíle rané péče**

Hradilová, Kudelová (2006, s. 24) sestavily základní obecné cíle, které jsou výchozím bodem při tvoření programů rané péče:

- snížit negativní vliv postižení nebo ohrožení na vývoj dítěte a na jeho rodinu
- zmírnit dopad postižení dítěte na rodinu, ve které vyrůstá

- prevence druhotného postižení, institucionalizované péče a segregace
- zvýšit vývojovou úroveň dítěte, v oblastech, které jsou postiženy a ohroženy
- posílit kompetence rodiny a snížit její závislost na sociálních systémech
- nabídnout rodině a dítěti komplex služeb zabezpečovaný multidisciplinárním týmem odborníků
- vytvořit pro dítě a rodinu podmínky sociální integrace

Rámcovým cílem rané péče je sociální integrace. Tento cíl je podstatný pro všechny účastníky procesu. Dílčí cíle procházejí vývojem – zejména u klienta.

Do cílů se promítají potřeby cílové skupiny, zadavatele, poskytovatele a prostředí. U klientů je to potřeba podpory v náročné životní situaci, potřeba stimulace vývoje dítěte (inspirace, techniky, pomůcky, hračky...), potřeba pomoci při řešení vztahových problémů v rámci užší a širší rodiny, i v rámci komunity, potřeba pomoci při vyjednávání, zprostředkování kontaktů s rodinami zatíženými podobnými problémy. Z potřeb zadavatele je to především potřeba řešit situaci cílové skupiny (tlak na úředníky i politiky je vytvářen v rámci legislativních změn v ČR, deklarováných priorit EU, vytváření koncepcí sociálních služeb v regionech, pravidel komunitního plánování sociálních služeb...). (Kudelová, 2006, s. 26)

#### **2.4.2 Poskytovatelé služby rané péče**

Poskytovatelé musí mít k realizaci sociálních služeb oprávnění, tzv. registraci, o které rozhoduje příslušný krajský úřad. Ten také vede registr poskytovatelů sociálních služeb a provádí inspekci.

Služby rané péče jsou v České republice zajišťovány středisky (poradnami) rané péče a dle vyhlášky 72/2005 Sb. o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních ji mohou poskytovat i speciálně pedagogická centra.

Pracoviště rané péče musí splňovat určitá kritéria:

- vymezení cílové skupiny, pro kterou je pracoviště zřízeno.
- regionální vymezení působnosti pracoviště.
- kapacita uživatelů, kterým je pracoviště schopno poskytovat služby.

Střediska rané péče nabízí své služby v návaznosti na „deklarované potřeby dané cílové skupiny a v souladu s možnostmi pracoviště.“ (Kudelová, I., 2006, s. 24). Dále musí být forma poskytovaných služeb i skladba programů a celá koncepce rané péče v souladu se standardy a principy rané péče. Nezanedbatelnou roli však hrají také finanční prostředky, které jsou na daný typ služby poskytovány formou dotací, darů, grantů a dalších, prostřednictvím různých subjektů.

Ve střediscích rané péče pracují **poradci rané péče** (většinou speciální pedagogové), kteří se zaměřují na diagnostiku, stimulaci vývoje dítěte, podílí se na rozvoji hry u dítěte, využívají podpůrné terapie, zaměřují se také na podporu rodiny, dále jsou to **psychologové**, kteří vyšetřují mentální věk dítěte, podporují rodinu při zvládnání krizových situací, poskytují rodinnou terapii apod. A **další odborníci** - jako jsou např. neurolog, pediatr, fyzioterapeut, sociální pracovníce atd., kteří poskytují další konzultace.

Jelikož raná péče je multidisciplinární obor, jsou i služby rané péče týmové.

## 2.5 program rané péče

V dnešní době existují programy služeb rané péče na celém světě. Zajišťují je organizace jak státní, tak i nestátní, profesionální i dobrovolnické a jsou poskytovány terénním způsobem – v přirozeném prostředí dítěte, v rodině, nebo v kombinaci s ambulantními službami. Cílovou skupinou těchto programů jsou nejčastěji děti s postižením, ale i děti ohrožené vnějšími vlivy.

Konkrétní raněporadenské programy jsou realizovány prostřednictvím spektra služeb.

Nabídka služeb konkrétních pracovišť rané péče je koncipována v návaznosti na deklarované potřeby dané cílové skupiny a v souladu s možnostmi pracoviště (tým, kapacita, působnost...). Nezanedbatelnou roli v procesu hrají také subjekty, které daný typ služby poskytují finanční prostředky – formou dotací, grantů, darů. Celá koncepce, skladba programů a forma služeb musí však vždy být současně i v souladu se standardy a principy rané péče.

Program tvoří rámec pro konkrétní služby, reflektuje potřeby cílové skupiny. Hlavními faktory procesu tvorby programu rané péče jsou **cíle, potřeby, motivy a možnosti klienta, poskytovatele i zadavatele, standardy a principy rané péče**. (Kudelová, 2006, s. 24)

Nabídka služeb rané péče vychází z konkrétních potřeb a očekávání té které rodiny. Služby podporují schopnost rodiny řešit situaci vlastními silami a snaží se tak předcházet trvalé závislosti klientů na institucích poskytujících pomoc.

Vzájemné podmiňování se biologických a sociálních faktorů v raném vývoji dítěte klade podmínku, aby podpora rodině i dítěti byla poskytována současně. Proto jsou **základními pilíři rané péče podpora rodiny a podpora vývoje dítěte**. (Kudelová, 2006, s. 25)

### 2.5.1 Český model rané péče „Provázení“

Příkladem komplexního programu rané péče v ČR je program Společnosti pro ranou péči model „Provázení“.

Český model rané péče nazvaný „Provázení“ vychází nejen z mezinárodních teorií popsaných výše, ale také z poznatků domácích autorů, například Matějčka, Langmeiera, které se týkaly teorie raného učení, deprivace a potřeb, rodinné i institucionální výchovy, socializace, sociální integrace, účinků stimulace, možností kompenzace i nevykonnostního pojetí výchovy a vzdělání. Praxe rané péče byla během koncipování tohoto modelu ovlivněna také novými směry práce s klientem, tedy nedirektivním, systemickým a neexpertním přístupem. Pomoc se tedy přesunula od dítěte s postižením k celé rodině, která byla přijata za partnera a odborníka, což znamenalo, že také role profesionála rané péče se změnila z vševědoucího experta na naslouchajícího a tolerantního partnera, který už tu není proto, aby rodině říkal, co je pro ni a její dítě s postižením nejlepší, ale naopak proto, aby rodině nabízel pomoc, kterou ona může, ale také nemusí využít. Práce odborníka v rané péči se rovněž změnila ze samotářské, kdy každý pracoval sám a byl odborníkem ve „své“ rodině, na týmovou, kde se kompetence dělí mezi několik odborníků působících u jedné rodiny (Hradilková, 2006, s. 26 - 52).

Cílem modelu „Provázení“ je podporovat vývoj dítěte, podporovat rodinu a pomáhat oběma pozitivně prožívat proces výchovy, což znamená, že se snaží o minimalizaci následků postižení u dítěte a zároveň dodává jeho rodičům pocit sebevědomí a zodpovědnosti.

Mezi zásady tohoto modelu patří například, že klientem je rodina a rodiče jsou partnery týmu, raná péče se odehrává převážně v domácím prostředí, respektuje se individualita dítěte i jedinečnost každé rodiny a podporuje se sociální integrace i právo dítěte vyrůstat a vzdělávat se ve vlastní komunitě (Hradilková, 2006, s. 29).

Tento model se skládá ze tří programů zohledňujících **dítě, rodinu a společnost**. Vznikal od poloviny 80. let a zahrnuje jednak teoretické poznatky i praktické působení poradenských pracovníků pro rodiny s dětmi se zrakovým postižením. Během koncipování tohoto modelu byla raněporadenská praxe ovlivněna některými novými směry práce s klientem jako je nedirektivní přístup, systemický přístup a neexpertní přístup. (Hradilková, 2006, s. 13 - 16)



Jeden z hlavních pilířů v rané péči je tedy **podpora vývoje dítěte**. Jedná se o podporu psychomotorického a osobnostního vývoje dítěte s využitím metodik, které se zaměřují na předcházení nebo eliminaci důsledků postižení nebo narušení sociálních vazeb dítěte. Snaží se minimalizovat vzniklá vývojová opoždění a zvyšovat dosažitelnou úroveň dítěte ve všech aspektech rozvoje jeho osobnosti. Pomáhá dítěti vytvořit si kompenzační mechanismy a posiluje funkce, které jsou ohrožené nebo potlačené. Rozvrh a plán podpory vývoje dítěte vychází z poznání a respektování rodiny a jeho účinek se zvyšuje, je-li koncipován na základě zakázky rodičů.

Podpora vývoje dítěte se uskutečňuje stimulací v postižených oblastech, podporou zachovávaných funkcí, podporou psychomotorického a osobnostního vývoje dítěte a podporou komunikačních dovedností. Tento program zahrnuje tedy stimulaci, kompenzaci a terapii. (Kudelová, 2006, s.24 -25)

Druhým stěžejním pilířem v rané péči je **podpora celé rodiny**. Úkolem tohoto programu je poskytnout rodičům takové množství informací, které jim umožní být partnery odborníkům a umět formulovat svoje potřeby. Podpora začíná včasnou nabídkou pomoci rodině, v níž se narodilo dítě s postižením nebo v níž vyrůstá ohrožené dítě.

Tato oblast zahrnuje depistáž (vyhledávání klientů, navazování kontaktů, mapování terénu), terénní sociální práce, poradenství, socioterapie (podpora intuitivního rodičovství, podpora pozitivní interakce uvnitř rodiny a mezi rodinou a okolím), rodinná terapie, krizová intervence, svépomoc a komunitní práce. (Kudelová, 2006, s.25)

V neposlední řadě se raná péče zaměřuje také na **působení na společnost**. Raněporadenská praxe je závislá na sociokulturním prostředí, v němž je poskytována a rodiče jsou nedílnou součástí společnosti, která toto prostředí vytvářejí. Tento program tedy zahrnuje vzdělávání laické a odborné veřejnosti, informování o potřebách rodin s dětmi s postižením, prezentace a propagace služeb rané péče. V této oblasti se program zaměřuje zejména na mezioborovou spolupráci, na vzdělávání široké veřejnosti směrem k toleranci a sociální integraci.

## 2.6 Raná péče jako proces

Při poskytování služeb rané péče rodina s dítětem prochází určitými fázemi, které vytváří proces. Tento proces začíná **navázáním kontaktu, přijetím klienta do péče**, poté dochází k **definování potřeb dítěte a rodiny a poskytování služeb podpory a terapie, mezioboro-**

vých konzultací až k **přechodu dítěte do vzdělávacího zařízení a ukončení péče** (Hradilková, 2006, s.16). Klient se o službách rané péče může dozvědět od pediatra, v porodnicích (konají se zde semináře, jsou sem zasílány letáky), prostřednictvím inzerce v médiích, internetových stránek poraden rané péče, brožur, výročních zpráv. Avšak rodina se musí o služby rané péče sama přihlásit, kontaktovat středisko. Středisko klienty samo od sebe nekontaktuje.

**První kontakt** s pracovníky poradny rané péče bývá telefonicky, poštou (e-mailem) nebo osobně. Poradce si domluví se zájemcem o službu první návštěvu, která se většinou odehrává v poradně, avšak pokud se zájemce není schopen do poradny dopravit, může být návštěva dojednána v domácnosti zájemce. Na této první návštěvě se zájemce o službu informuje o možnostech užívání služby, seznámí se s jejím smyslem a průběhem. Na tuto návštěvu chodí dva pracovníci poradny. ( Dorea, ©2011)

Pokud chce zájemce službu využívat a splňuje podmínky pro přijetí do poradny, sepiše se s ním smlouva o poskytování služeb (uzavírá se mezi vedoucím poradny a zájemcem). Vedoucí poradny zároveň seznámí zájemce s podmínkami smlouvy. Zájemce si může smlouvu odnést domů a tam prostudovat, pokud však této možnosti nechce využít, smlouva se podepíše přímo na místě.

Při prvních návštěvách se vytváří **plán individuální péče**, na jehož tvorbě se podílí společně klient a poradce. V tomto plánu se stanovují **osobní cíle** (vychází z potřeb a přání klienta), kterých chce klient pomocí služby dosáhnout, je stanovena délka a frekvence konzultací, místo poskytování. Obvykle bývá dohodnuta jedna návštěva za 3 až 4 týdny, časový rozsah návštěvy je 1 až 3 hodiny. Služba musí být poskytnuta minimálně jednou za 3 měsíce.

V individuálním plánu je také stanoven **klíčový pracovník** - poradce, který dochází k danému klientovi a je odpovědný za průběh a plánování služby. (Hradilková, 2006, s. 22).

Individuální plán se pravidelně vyhodnocuje a upravuje dle aktuálních potřeb dítěte a rodiny. Vyhodnotí se, zda klient daného cíle dosáhl, kterých metod a forem práce bylo k dosažení cíle užito a zda chce klient v tomto cíli (pokud ho nebylo dosaženo) dále pokračovat. S klientem se sepiše nový individuální plán. (Dorea, ©2011)

V rámci návštěv v rodině se s dítětem **pracuje na dosahování osobních cílů** prostřednictvím různých metod a pomůcek. Tyto návštěvy jsou vykonávány různě každým poradcem rané péče. Velice zde záleží na osobnosti poradce, na jeho zkušenostech, žebříčku priorit či celkovém přístupu ke své práci. Stejně tak neproběhnou dvě stejné návštěvy u jednoho poradce, ani dvě stejné návštěvy v jedné rodině. V rámci rané péče hraje roli množství okolností (nálada

dítěte, atmosféra v rodině apod.), které nedovolí, aby si poradce vytvořil „scénáře“ či „šablony“, podle kterých by měly návštěvy probíhat. Poradce by měl přistupovat k problémům v rodině tvůrčím způsobem, měl by být schopen reagovat citlivě a taktně na aktuální rozpoložení rodiny a vnášet do své práce stále nové nápady a činnosti (Hradilková, 2006, s. 23).

Po každé návštěvě poradce sepíše **záznam o poskytování služby rané péče**, který ukáže rodičům a založí do dokumentace klienta. Tento záznam je souhrnem veškerých činností, které se v rámci návštěvy odehrávaly - aktivity dítěte, informace od rodičů, doporučení, na kterých se poradce s rodičem/rodiči během návštěvy dohodli, informace, které poradce slíbil rodičům zjistit či seznam hraček a pomůcek, které slíbil přivést.

**Terénní forma práce musí zabírat nejméně 75% náplně služby dané klientské rodině.**

Rodina může službu ukončit kdykoliv, středisko pouze z důvodů, které jsou uvedené v dohodě. Před ukončením služby poradce zprostředkuje rodině návaznou péči a vypracuje pro rodiče **závěrečnou zprávu**, kde sepíše celkový průběh rané péče. S klientem se sepíše dohoda o ukončení služby. (Dorea, © 2011)

### 3 RODINA S DÍTĚTEM S POSTIŽENÍM JAKO CÍLOVÁ SKUPINA RANÉ PÉČE

Vzhledem k tomu, že rodina s dítětem s postižením je cílovou skupinou sociální služby rané péče, je další kapitola zaměřena právě na přiblížení problematiky a situace rodin s dítětem s postižením. Abychom lépe pochopili potřeby a očekávání uživatelů služby rané péče, tedy rodičů a dětí s postižením, je nutné znát a snažit se pochopit situaci, která v rodině nastává po narození dítěte s postižením. Je důležité znát, co říká odborná literatura na postavení obou rodičů a náplň jejich rolí a být seznámeni s reakcemi na zátěžovou situaci jako je narození dítěte s postižením.

#### 3.1 Cílová skupina

Cílovou skupinou služeb rané péče jsou rodiny s dětmi se zdravotním postižením.

„Cílovou skupinou služby rané péče jsou tedy rodiče či jiné pečující osoby o dítě, které je ohroženo ve svém vývoji.“ (Hradilková, 2006, s. 12) Mezi faktory, které ohrožují vývoj dítěte se řadí například zdravotní a mentální postižení, metabolické či jiné chronické onemocnění i sociálně negativní jevy v rodině. Jednotlivé země však definují tyto faktory různě.

Obecně se uvádí, že klienty rané péče jsou rodiny s dětmi s postižením ve věku od narození do sedmi let věku. Na ranou péči se však obracejí také rodiny s takzvanými „rizikovými dětmi“, tedy těmi, u kterých je v důsledku nepříznivých faktorů (ty se mohou vyskytnout v době těhotenství, porodu a zejména v období novorozeneckém) možnost zvýšeného rizika výskytu odchylek v jejich psychomotorickém vývoji. Do této kategorie se řadí například děti předčasně narozené, děti z komplikovaných porodů nebo děti s velmi nízkou porodní hmotností (srov. Opatřilová, 2007; Sobotková, Dittrichová, 2003).

Standarty rovněž uvádí, že služby rané péče jsou rodině poskytovány od zjištění rizika či postižení, případně ohrožení dítěte v průběhu prenatálního období, až do doby, kdy pominou důvody pro jejich poskytování, maximálně však do nástupu dítěte do předškolního či školního zařízení, zpravidla tedy do 7 let věku dítěte. (*Standarty kvality sociálních služeb*)

Cílovou skupinou jsou tedy tyto typy rodin:

- rodiny s dítětem s tělesným a kombinovaným postižením
- rodiny s dítětem se zrakovým a kombinovaným postižením

- rodiny s dítětem se sluchovým a kombinovaným postižením
- rodiny s dítětem s mentálním a kombinovaným postižením
- rodiny s dítětem s poruchou autistického spektra
- rodiny s dítětem, jehož vývoj je ohrožen v důsledku extrémně nízké porodní hmotnosti a extrémní nezralosti

### 3.2 Rodina s dítětem s postižením

Rodinu popisuje velké množství definic, existuje na ni mnoho různých úhlů pohledu a v literatuře se setkáváme s jejím různým pojetím. „Na rodinu pohlížíme jako na malou sociální skupinu, jejíž základní charakteristikou je vzájemná součinnost všech jejích jednotlivých členů. Poněvadž každý člen rodiny je osobností, tj. svým způsobem jedinečnou, originální, svébytnou lidskou bytostí, je i rodina, kterou tvoří, nutně také individuálním, originálním, neopakovatelným společenským organismem. To platí o rodině s postižením dítětem jako o každé jiné rodině.“ (Matějček, 1994, s. 23)

Rodina jako základní článek společnosti je zárukou její kontinuity a přenosu kulturních hodnot. Lze se domnívat, že vztah rodič-dítě je základním společenským vztahem. Rodina jako jeden z klíčových socializačních činitelů, je významným prostředím, ovlivňujícím vývoj všech jedinců, kteří jsou jejími členy. (Šulová, 2004, s.121)

Rodina je tedy nejdůležitější primární sociální skupina, životním prostředím, které dává dítěti modely chování, utváří jeho osobnost a charakter. Obklopuje dítě už od narození. Úkolem rodičů je zajistit naplnění všech možných potřeb pro zdravý fyzický i duševní rozvoj dítěte. Je důležité, aby se dítě v rodině, ať už je jakákoliv cítilo bezpečně a právoplatným členem rodiny.

Švarcová (2001, s. 22) ve své publikaci uvádí, že rodina je nejpřirozenějším prostředím pro život a výchovu dítěte s mentální retardací, poskytující pocit bezpečí, jistoty, emocionální stability a množství podnětů. Současný přístup vede ke stále důraznějšímu akceptování funkce rodiny pro tyto děti. Také zmiňuje, že čím je postižení dítěte závažnější, tím je práce s dítětem náročnější a vyžaduje více odborných pedagogických znalostí a dovedností. Téměř každý z rodičů, který vychovává dítě s postižením zákonitě někdy propadá pocitům neúspěšnosti, bezmoci a beznaděje. V takových situacích potřebují nejen pochopení a povzbuzení od svého nejbližšího okolí, ale i odbornou konzultaci a zasvěcenou radu kvalifikovaného a zku-

šeného člověka, ať lékaře, psychologa, speciálního pedagoga nebo sociálního pracovníka, kteří rodičům pomohou komplexně řešit problémy vyplývající z postižení jejich dítěte.

### 3.3 Narození dítěte s postižením

Významným okamžikem při soužití partnerů je narození dítěte. Možný (2008, s. 39) mluví o tomto období jako o nejvýznamnějším přechodu v rodinném cyklu vůbec. Jedná se totiž pravděpodobně o nejzásadnější změnu v životě jedince, žena i muž přijímají zodpovědnost za dalšího člověka. Mateřství či otcovství se může stát (ne nutně) významnou součástí identity jedince.

Vstup dítěte do rodin znamená velkou změnu v dosavadním způsobu života jednotlivých členů rodiny, ale i změnu v jejich právech a povinnostech. Jak ukazují mnohé studie, rodiny s dítětem s postižením jsou vystaveny mnohonásobně většímu výchovnému zatížení. (Bartoňová, 2005, s. 53 - 62)

Když se narodí dítě, mají rodiče určité představy o něm, o jeho budoucnosti. Jejich představy se pak pozvolna mění tak, jak dítě roste a vyvíjí se. Když se ale narodí dítě s postižením, znamená to většinou stres, zklamání, rodiče se s nepřízní osudu těžce vyrovnávají. Narození dítěte s postižením, resp. potvrzení, že je opravdu takové, představuje pro rodiče zátěž, s níž obvykle nepočítají, a tudíž nemají šanci se na ni připravit. Výsledkem bývá trauma, které vyplývá z náhlého zjištění těžko přijatelného ohrožení důležité hodnoty a ze silné frustrace zklamaného očekávání. (Vágnerová, 2009, s. 14)

O to náročnější je pro rodinu narození dítěte s postižením či závažným onemocněním. Pro rodinu dítěte to vždy znamená hluboký otřes, který patří vedle sdělení vlastní špatné diagnózy či úmrtí blízkého člověka mezi nejzávažnější spouštěče traumatické krize. Dle Hradilkové (2006, s. 43) jsou rodinou nejhůře přijímány „dětí s postižením v oblasti hlavy a končetin, s růstovými odchylkami a s diagnózami, které provází mentální postižení.“

Dle Vágnerové (2004, s. 165) lze obecně říct, že „čím dříve se rodiče dozví, že je jejich dítě postižené, tím zásadnějším způsobem se mění jejich postoj.“

Green (2003) in (Vágnerová, 2006, s. 136) mluví o „dvojitém traumatu“ zahrnujícím ztrátu představy zdravého potomka a její nahrazení zatím nejasným obrazem postiženého dítěte, tak vynucenou změnu života, který s tímto dítětem budou sdílet. Rodiče jsou nuceni přijmout novou roli a z ní vyplývající povinnosti, o jejichž obsahu a náročnosti zatím nemají přesnější představu. Negativními změnami i požadavky nové situace jsou stresování a určitou dobu jim

trvá, než se s nimi smíří. Pro rodinu to je nejenom okamžité trauma, které narození dítěte s postižením přináší, ale také dlouhodobý stres, který sebou nese krizi rodičovské identity, ztrátu představ o otevřené budoucnosti, ohrožení pocitu bezpečí a jistoty (Krejčířová, 2006, s. 71).

Dlouhodobý stres a pocity nejistoty zažívají také rodiče, kteří se nedozvědí diagnózu hned po narození dítěte, ale v domácím prostředí si postupně začínají všimnout drobných odchylek ve vývoji nebo projevech dítěte. Pociťují nejistotu, zda je to fyziologicky normální nebo již ne. U mnohých postižení se nedaří přesnou diagnózu dítěte brzy určit a rodiče jsou delší dobu udržováni v nejistotě, kdy ví, že jejich dítě není v pořádku, ale netuší proč. V hlavě jim neustále běhají možné příčiny a diagnózy od těch nejzávažnějších až po ty méně vážné. (Matějček, 1994, s. 27)

### **3.4 Postavení obou rodičů a náplň jejich rolí**

Postavení obou rodičů a náplň jejich rolí se podle Vágnerové (2007) liší. Role matky považuje za samozřejmé potlačení jejich osobních potřeb v zájmu dítěte, jsou daná její vymezená práva a povinnosti, je považována za vysoce ceněné poslání každé ženy a výchovnou a pečovatelskou autoritu s prioritním právem rozhodování o dítěti.

Matka zůstává déle doma, aby se věnovala dítěti - a muž se stává jediným živitelem rodiny. Starosti a péče totiž klade vysoké nároky i finanční pro oba rodiče. Zůstane-li jeden z rodičů (většinou matka) s dítětem sám, může být výchova a péče o dítě nad jeho síly. Černá (2008, s.129) potvrzuje, že výchova dítěte s postižením představuje pro svobodné či rozvedené matky větší stres a zátěž. Často to bývají bohužel ale právě otcové, kteří nevydrží zátěž v rodině s narozením postiženého dítěte, nepřijmou situaci, odmítají dítě a rodinu opouštějí. Rozpad takovéto rodiny, jak tvrdí Švarcová (2001, s. 22), má mnohem závažnější dopad než u rodiny, kde postižené dítě nemají.

Mnohdy se i stane, že rodiče dítě s postižením odmítnou. V ideálním případě rodiče změni své rodičovské postoje a uspořádají rodinný život tak, aby vyhovoval potřebám dítěte s postižením i ostatních členů rodiny. (Bartoňová, 2010, s. 106) Matka většinou přijme postižené dítě lépe a rychleji než otec. „Pro matku je samozřejmě důležité už to, jak otec tuto skutečnost přijal, zda ji v prvních letech života dítěte podporoval nebo se spíš od rodiny distancoval, resp. od ní odešel.“ Pokud se stane, že muž od rodiny odejde, dostává se matka do velmi náročné situace. (Vágnerová, 2009, s. 198)

Role otce má menší prestiž, s menším očekáváním než od role matky, podmíněno více společenskými normami než biologicky a tím i pomaleji rozvinutím vztahu k dítěti, který se rodí až v průběhu společného stráveného času. Nejbezpečnější cestou k rodičovské lásce je péče o dítě. Proto by se měli otcové do dění zapojit a podělit se o povinnosti a práci s matkou. Otec by měl se svojí partnerkou sdílet rodičovství, sdílet povinnosti spojené s péčí a výchovou dítěte. (in Vágnerová, Strnadová, Krejčová, 2009, s. 200)

Oba rodiče mohou pociťovat při narození dítěte značnou úzkost, deprese, stavy zoufalství a beznaděje, jenomže již nic nemůže na daném stavu nic změnit. Mohou být proto ovlivněny jejich manželské vztahy. V důsledku toho, že se rodičům narodilo postižené dítě, může vztahy ještě více utužit. Rodiči si mohou být navzájem bližší, problémem spojení, dovedou spolu lépe hovořit, cítí vzájemnou podporu, sjednotili se v životních hodnotách. Je to změna v životě, která může být zkouškou vztahu, prověří jeho kvalitu pružnost. Postižené dítě může tedy rodiče spojovat, ale také může jejich vztah rozkládat. (Bartoňová, 2010, s. 104 – 108)

Matějček (2001) zmiňuje, že v rodině s postiženým dítětem, kde se rodiče různou mírou a způsobem vyrovnávají s nepřízní osudu, snáze dochází k napětí a neshodám, někdy dokonce k agresi jako nejčastější obranou proti úzkosti.

V případě narození postiženého dítěte dochází k zásahu do uspokojování základních psychologických potřeb, které souvisejí s rodičovskou rolí. Je narušena:

- potřeba přiměřené stimulace, kdy projevy postiženého dítěte nestimulují rodičovskou aktivitu
- potřeba smysluplnosti a řádu, kdy projevy dítěte vyvolávají v rodičích pocit nejistoty a neschopnosti, ztrácejí smysl svého chování, protože se dítě nevyvíjí podle jejich očekávání a představ
- potřeba citové vazby, kdy dítě nebývá pro své rodiče citově uspokojující
- potřeba vlastní hodnoty a společenské prestiže, kdy rodiče dítěte s postižením mívají pocit neschopnosti zplodit zdravého potomka, pocity méněcennosti
- potřeba životní perspektivy, kdy rodiče si neumějí představit další vývoj, existenci, osud dítěte. (Matějček, 2001, s. 25 -28)

### 3.5 Reakce na postižení

Odborná literatura uvádí, že rodiče prochází určitými fázemi po zjištění, že jejich dítě má ur-



čité postižení. V důsledku nastalé situace se změni nejen chování v rámci rodiny, ale také ve vztahu k širší společnosti. V různých publikacích se popisují fáze postupného smíření se s realitou různě, ale základ zůstává stejný.

Podle Matějčka (2001) se musí rodiče vyrovnat, překonat a zvládnou tíživou životní situaci, projít určitými fázemi. Fázi duševního otřesu a šoku provází silná úzkost spojená s poznáním, trvá hodiny, týdny, měsíce.

**1. stádium šoku** – období, které následuje bezprostředně po sdělení diagnózy. Je ve znamení silných emocí, zoufalství, zklamání, zmatku, skepse. V této fázi se doporučuje, aby rodiče dostali prostor a v klidu a soukromí mohli projevit své emoce a byla jim nabídnuta pomoc v podobě zcela racionálních informací o možnostech integrace jejich dítěte. (Vosmík, Bělohávková, 2010, s. 150)

## **2. stádium zapojení obranných mechanismů**

- popření – útek ze situace, stále si říkají „není to pravda“

Reakcí je pštroší politika, útek ze situace – rodina odkládá doporučená vyšetření, o problému se doma přestane mluvit. Období se prodlužuje, pokud rodiče v jejich přesvědčení utvrzuje i širší rodina a kamarádi. Mnohokrát se stává, že výsledky z různých odborných pracovišť jsou diametrálně odlišné. Na jedné straně je diagnóza potvrzena, na druhé vyvrácena. V takovém případě je nezbytně nutné obrátit se s diagnostickým problémem na specializované pracoviště. (Thorová, 2006, s. 408 - 412)

- vytěsnění –dalším obranným mechanismem je úplné vytěsnění či bagatelizování již obdržných informací
- víra v zázrak- nečinnost a smíření s osudem není mnohým rodičům vlastní. Mnozí rodiče tak mohou hledat pomoc v alternativních metodách. V současné době je zdrojem o alternativních směrech terapie hlavně internet. Rodiče nelitují peněz ani času a zkouší, co se dá, jen aby svému dítěti pomohli. (Thorová, 2006, 408 - 412)

**3. stádium smutku, úzkosti zlosti, pocity viny** – hledání viny u druhých, vztek na celý svět i sebe sama, agresivní pocity se vztahují na partnera, zdravotnický personál, v rodině se hledá genetická zátěž, rodina se schovává, je agresivní, nepřátelská, častou reakcí je i hluboký smutek, sebelítost. Agrese může vyústit do deprese. Někteří rodiče se stahují do ústraní. V těchto dvou stádiích nejsou rodiče schopni vnímat podrobnější informace o stavu jejich dítěte. Sa-

motní lékaři nemusí mít dostatek informací a znalostí z dané problematiky. Rodiče tak cítí nedostatek opory. Lékař musí sdělovat pravdivé informace a nevzbuzovat zbytečné naděje. (Thorová, 2006, s. 408 - 412)

Negativní emoce jsou v tomto období normální. Potřebné je s rodiči o nich hovořit a zároveň nabízet racionální přístup. Rodiče potřebují slyšet, že jsou nenahraditelní, že v ničem neselehali a že je od nich zapotřebí aktivní přístup (Vosmík, Bělohávková, 2010, s.150 - 151).

Tuto fázi charakterizují intenzivní emoce – pocity smutku, zlosti, hněvu, úzkosti, pocity strachu a viny. Vina se velmi často zaměřuje i na okolní svět –na zdravotníky, kteří něco zanedbali, na partnera, který si s sebou nese genetické zatížení apod. Vztek na sebe sama, ale i na celý svět. Rodiče chápou, že pocity viny jsou iracionální, ale nemohou se jim vyhnout. Rodiče v této fázi nejsou schopni vnímat a zpracovávat podrobnější informace o možnostech léčby dítěte, proto je nutné tyto informace stále opakovat. V této fázi by měli rodiče dostat dostatek času a prostoru k otevřenému vyjádření svých pocitů. (Vágnerová, Strnadová, Krejčová, 2009, s. 50 - 53)

**4. stadium rovnováhy** - po velmi emočně vypjatém období dochází ke snižování úzkosti, deprese. Rodiče se snaží o racionální hodnocení situace. Snaží se přijmout dítě takové, jaké je. Začínají uvažovat o pomoci a účasti na léčbě. Začínají se stýkat a navazovat kontakty s rodiči, kteří mají stejné problémy, navzájem si pomáhají a podporují se. Toto období trvá několik týdnů až měsíců. (Thorová, 2006, s. 412)

„Jakmile mu začnou rozumět, vzroste i jejich pocit kontroly nad situací a s tím související pocit jistoty a bezpečí.“(Dale, 1996 in Vágnerová, Strnadová, Krejčová, 2009, s. 49)

Rodiče v tomto období potřebují přesné informace o léčbě, speciálně-pedagogických postupech. Proces adaptace tedy spočívá v přehodnocení nastalé situace a toho vyplývající reorganizaci a chápání daného dění. (Matějček, 2001)

„Ideální adaptace rodiny znamená uspořádání rodinného života tak, aby splňoval nejen potřeby nemocného nebo postiženého dítěte, ale i všech ostatních členů rodiny.“(Krejčířová, 2006, s. 71) Při dlouhodobém onemocnění či trvalém postižení dítěte rodina úplného smíření nedosáhne. Každé zhoršení stavu dítěte znamená pro rodinu další šok. V průběhu vývoje dítěte si lze všimnout určitých vývojových mezníků. Rodiče velmi těžce nesou, že jejich děti jich dosahují mnohem později než děti, které jsou v normě, nebo jich nedosáhnou vůbec. Mezi tato krizová období se řadí období rozvoje orální řeči (první slůvka), období počátku lokomoce,

období nástupu mateřské školy, období nástupu do školy, puberta a pohlavní dospívání, období volby povolání, dosažení dospělosti, hledání partnera, období zakládání rodiny a osamostatnění se. (Krejčířová, 2006)

U rodin, vychovávající dítě s postižením se podle Matějčka (2001) častěji objevují tendence k nevhodným výchovným postojům, které nepříspěvají ke správnému vývoji dítěte. Thorová (2006) rozlišuje postoje, které stěžují adaptaci následovně:

- hyperprotektivita (přílišná soustředěnost a fixace na dítě),
- odmítání dítěte (nepřijmutí odlišnosti dítěte),
- přetrvávající vztek (sebelítost, hledání viníka),
- zpochybňování diagnózy (nepochopení a nepřijetí diagnózy),
- nutkavá péče vedoucí k vyčerpání,
- problematické individuální vztahy členů rodiny,
- kvalita vztahů a klima v rodině,

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 4 ZÁKLADNÍ INFORMACE O REALIZACI VÝZKUMU

Vzhledem k mému pracovnímu zařazení coby poradce rané péče jsem svou diplomovou práci zaměřila na kvalitu poskytovaných služeb rané péče v konkrétním Středisku rané péče, z pohledu samotných uživatelů, tedy rodičů dětí s postižením. K volbě zvoleného výzkumného problému a k rozhodnutí pro tento typ výzkumu mě vedly tyto skutečnosti. Chtěla jsem dát smysl zpracování mé závěrečné diplomové práce a zároveň naplnit požadavek Střediska rané péče, jemuž ze Standardů vyplývá povinnost každoročně zjišťovat spokojenost se službou ze strany uživatelů. Ač tato povinnost vyplývá ze zákona, větší důležitost přikládám skutečnosti, že je při realizaci jakékoliv sociální služby zapotřebí reflektovat spokojenost cílové skupiny a získávat zpětnou vazbu pro další zkvalitňování.

### 4.1 Výzkumný problém

Ve spolupráci se Střediskem rané péče byl realizován kvantitativně orientovaný výzkum, kdy smyslem šetření bylo zachytit klíčové odpovědi uživatelů prostřednictvím dotazníku a získat tak co největší počet dat pro zpracování analýzy. Právě pohled samotných uživatelů služby je významnou součástí hodnocení kvality poskytovaných služeb. Díky získaným informacím, vyjádřením uživatelů k nabízeným službám, vyjádřením spokojenosti s chováním pracovníků, s nastavením služby se zjišťovala jejich spokojenost.

Výzkum sledoval významná kritéria kvality služby jako řadu proměnných v kontextu spokojenosti uživatelů. Povaha výzkumu vyžadovala znalost prostředí, znalost problematiky. Také bylo zapotřebí reflektovat požadavky Střediska rané péče a současně zachovat nárok výzkumného projektu závěrečné práce.

S ohledem na výše zmíněné požadavky jsem zvolila typ výzkumného problému, který bude z části deskriptivní a z části vztahový. U deskriptivního typu výzkumného problému se obvykle zjišťuje a popisuje situace, stav nebo výskyt jevu a u vztahového výzkumného problému se dají formulovat vědecké hypotézy. Hypotéza je předpověď o vztahu mezi dvěma proměnnými (Gavora, 2000).

### 4.1 Výzkumný cíl

Cílem výzkumu je zjištění míry spokojenosti uživatelů služby rané péče v konkrétním Středisku. Kvantitativně orientovaná strategie si klade za úkol ověřit míru spokojenosti uživatelů konkrétního Střediska rané péče ve sledovaných oblastech – organizační podmínky, podpora

vývoje dítěte, nabídka služeb, chování a přístup pracovníků a nabídka akcí pořádaných Střediskem. Cílem je ověřit, zda existuje závislost:

- mezi délkou spolupráce a mírou spokojenosti
- mezi rodinnou situací a mírou spokojenosti
- mezi dostupností a mírou spokojenosti
- mezi typem postižení dítěte a mírou spokojenosti

## 4.2 Výzkumné otázky

Zkoumaný problém potom blíže konkretizují výzkumné otázky. Výzkumné otázky prezentovaného výzkumu byly vymezeny následovně:

### Hlavní výzkumná otázka

Jaká je míra spokojenosti uživatelů se službou rané péče v konkrétním Středisku?

### Dílní výzkumné otázky kategorizované dle sledovaných oblastí

Jaká je míra spokojenosti

- s organizačními podmínkami,
- s oblastí podpory vývoje dítěte,
- s nabízenými službami,
- s chováním pracovníků,
- s přístupem pracovníků,
- s nabídkou akcí pořádaných střediskem.

### Výzkum doplňují specifické výzkumné otázky:

Existují statisticky významné rozdíly v míře spokojenosti se službou v závislosti na délce spolupráce?

Existují statisticky významné rozdíly v míře spokojenosti se službou v závislosti na vzdálenosti bydliště od Střediska?

Existují statisticky významné rozdíly v míře spokojenosti se službou v závislosti na typu postižení dítěte?

Existují statisticky významné rozdíly ve v míře spokojenosti se službou v závislosti na rodinné situaci?

Existují statisticky významné rozdíly v odpovědích na účast na akcích střediska?

Existují statisticky významné rozdíly v účasti na jednotlivých akcích střediska?

### **Hypotézy a proměnné výzkumu**

Po stanovení výzkumného problému jsme přešli k formulaci hypotéz, které jsou tvrzením o rozdílech, vztazích nebo následcích mezi dvěma či více proměnnými, vyjádřenými oznamovací větou (Gavora in Chráska, 2007).

Byly testovány hypotézy, které odpovídaly výzkumným otázkám.

H<sub>1</sub>: V míře spokojenosti se službou rané péče existují statisticky významné rozdíly v závislosti na délce spolupráce.

H<sub>2</sub>: V míře spokojenosti se službou rané péče existují statisticky významné rozdíly v závislosti na vzdálenosti bydliště od Střediska.

H<sub>3</sub>: V míře spokojenosti se službou rané péče existují statisticky významné rozdíly v závislosti na rodinné situaci.

H<sub>4</sub>: V míře spokojenosti se službou rané péče existují statisticky významné rozdíly v závislosti na typu postižení dítěte.

H<sub>5</sub>: Četnosti odpovědí ohledně účasti na akcích střediska jsou rozdílné.

H<sub>6</sub>: Počty účastníků na jednotlivých akcích střediska jsou rozdílné.

### **Proměnné**

- Nezávisle proměnné – délka spolupráce, vzdálenost bydliště, typ postižení, rodinná situace
- Závisle proměnné – spokojenost

### **Typy sledovaných dat**

- nominální (délka spolupráce, vzdálenost bydliště, typ postižení, rodinná situace)
- metrická (spokojenost)

### 4.3 Výzkumný nástroj

Středisko rané péče již v minulých letech užívalo ke zjišťování spokojenosti ze strany uživatelů. Dotazník byl však spíše zaměřen na dodržování standardů než na zjišťování míry spokojenosti a byl již nevyhovující s ohledem na kritéria stanovená Standardy kvality. Ze strany Střediska vzešel tedy požadavek vytvořit nový nástroj šetření spokojenosti uživatelů. Při sestavování dotazníku (viz. Příloha P I) bylo prioritou stanovit kritéria spokojenosti. V rámci konzultací s pracovníky byla pozornost soustředěna na tyto sledované oblasti (kritéria) kvalitní služby:

- organizační podmínky
- oblast podpory vývoje dítěte
- nabízené služby
- chování pracovníků
- přístup pracovníků
- nabídka akcí pořádaných střediskem

Vymezení faktorů, které se dají měřit, se promítlo v konstrukci dotazníku. V dotazníku byly použity převážně škálové otázky, kde respondenti vyznačili míru své spokojenosti s nabízenými položkami na hodnotící škále. Pětistupňová škála byla zvolena analogicky ke školnímu známkování. O větší míře spokojenosti vypovídaly nižší hodnoty a o nespokojenosti pak hodnoty vyšší.

Výhodou dotazníkové metody šetření je relativně nízká nákladovost – časová, finanční i personální. Vyžaduje poměrně málo času jak v provádění, tak i při zpracování výsledků. Není příliš náročný na počet pracovníků ani jejich přípravu na práci s ním v terénu. Dává dotazovaným větší prostor (delší čas) rozmyslet si odpověď, než je tomu u rozhovoru. Umožňuje získat údaje od mnoha osob, které jsou od nás prostorově vzdáleny. Dotazník je vhodné využít tam, kde máme předem dostatek informací o problému (tématu, potřebách) a potřebujeme si tyto informace ověřit (potvrdit, vyvrátit, utřídit dle důležitosti atd.) Je nutné ale dodat, že má také své nevýhody, které je nutné brát v potaz.

Hlavní nevýhodou dotazníkových šetření je obecně nízká návratnost. V našem případě byla návratnost dotazníků vysoká – Z 90 rozdaných dotazníků se 85 dotazníků zpracovávalo.



Dotazník může zprostředkovat pouze omezený rozsah informací a neumožňuje rozkrývat a porozumět vztahům, souvislostem a příčinám. Dále je nutné si uvědomit, že dotazníkem se nedá zjistit všechno a že dotazník nemůže být libovolně obsáhlý. (Gavora, 2000)

#### **4.4 Výzkumný vzorek**

V případě tohoto výzkumného šetření byl výzkumným vzorkem tzv. základní soubor. Základní soubor koresponduje se skladbou uživatelů, kteří využívají služby v konkrétním Středisku rané péče. V době realizace byla kapacita střediska 90 klientských rodin. Aby mělo šetření co největší vypovídající hodnotu, byly osloveny všechny klientské rodiny (lépe řečeno její zástupci). Výzkumný vzorek tedy tvořilo 90 respondentů.

Výběr výzkumného vzorku byl záměrný, což je v souladu s povahou výzkumu. Jelikož byl zkoumán celý základní soubor, jedná se o tzv. vyčerpávající (exhaustivní) výběr (Chrásková, 2007, s. 20).

Záměrně v práci není zmíněn název Střediska rané péče z důvodu,

## 5 PRŮBĚH ANALÝZY

Nezbytným krokem před statistickým zpracováním výsledků je kategorizace a třídění získaných dat. Data získaná na základě dotazníku byla pro přehlednost uspořádána do tabulek a grafů v programu Excel.

### 5.1 Popisná analýza

V popisné části jsme se zaměřili na zjištění míry spokojenosti uživatelů Střediska s jednotlivými kritérii služby a následně na celkové zhodnocení služby. Při vyhodnocování bylo postupováno dle položek dotazníku. Otázky č. 1 - č. 4 – zachycovaly demografické údaje respondentů. Data byla zachycena do tabulek a následně byly vytvořeny výsečové grafy s popisky pro přehlednost.

U stěžejní otázky č. 5, která byla obsáhlá a kde měli respondenti zaznačit na škále 1 – 5 míru své spokojenosti s jednotlivými položkami, se postupovalo následovně. Při zpracování dat bylo zapotřebí nějakým způsobem výstižně a stručně získaná data charakterizovat. V pedagogických výzkumech se k tomuto účelu nejčastěji u metrických dat užívá aritmetický průměr. (Chráska, 2007, s. 45) Data byla nejprve roztríděna dle jednotlivých oblastí a poté byla sečtena a vyhodnocena celkově.

V uváděných tabulkách byly potom zaznačeny četnosti, ze kterých se vypočítala pro každou tabulku četností průměrná hodnota za danou oblast. Pomocí aritmetického průměru se odhaduje střední hodnota základního souboru, jejíž skutečná hodnota zpravidla není známá. Výhodou aritmetického průměru je především to, že jeho matematické vyjádření je jednoduché a také, že je použitelné při odvozování dalších důležitých vztahů. Nevýhodou je však to, že je značně citlivý k tzv. extrémním hodnotám. (Chráska, 2007, s. 47) Z toho důvodu jsme v grafickém znázornění ukázali střední hodnoty vypočítané pro každou položku, kde nižší index ve stylu školního známkování vypovídá o vyšší spokojenosti uživatelů a naopak. Sloupcové grafy tak zprostředkovaly přesnější informace a mohly se tak lépe jednotlivé položky porovnat mezi sebou. Data byla rozčleněna do kategorií, které korespondovaly s jednotlivými oblastmi hodnocení v dotazníku.

Otázka č. 6 a č. 7, které se týkaly účasti na akcích pořádaných střediskem byly nejprve vyhodnoceny na popisné úrovni a poté se u nich ověřovala platnost stanovených hypotéz - viz. níže. Také otázka č. 8, kterou vyplňovali pouze ti, kteří v předchozích otázkách uvedli, že se akcí účastní, byla vyhodnocena na popisné úrovni stejným způsobem jako otázka č. 5.

V poslední otázce dotazníku č. 9, která byla otevřená, byl dán prostor respondentům vyjádřit připomínky, možnost pro náměty, stížnosti atd. Vzhledem k tomu, že tuto otázku z 85 respondentů zodpovědělo pouze 8, byla vyhodnocena jen slovně.

## 5.2 Vztahová analýza

V této části se navázalo na deskriptivní analýzu získaných dat statistikou testovou, která ověřuje platnost stanovených hypotéz pomocí matematických postupů.

Po technické stránce byl pro dílčí výpočty využit tabulkový procesor Microsoft Excel.

Hladinu významnosti (míru rizika chyby) pro verifikaci hypotéz byla zvolena 0,05.

Z důvodu nerovnoměrného rozložení nebylo možné využít metod pro metrická data – analýzu rozptylu aj., a tak bylo zapotřebí převést metrická data na četnosti.

### Graf č.1



Východiskem pro vztahovou analýzu byla tabulka zachycující odpovědi všech respondentů na jednotlivé položky v otázce č. 5. Vzhledem k tomu, že se jednalo o škálové otázky, byly následně vypočítány střední hodnoty u každé položky pro každého respondenta. Jelikož četnosti odpovědí byly na stupni 4 (kromě 1 položky) a na stupni 5 nulové, postup byl následující. Vytvořili jsme 2 skupiny, do kterých byly řazeny data, která dosahovala následujících hodnot.

1. Skupina – 1,00 – 1,49 – velmi spokojeni
2. Skupina – 1,50 – 2,00 – méně spokojeni

Dále bylo využito tabulek, které členily respondenty podle délky spolupráce, podle vzdálenosti bydliště od Střediska, podle rodinné situace a podle typu postižení dítěte. Tato data byla odděleně zpracována v pomocných tabulkách, které se staly podkladem pro sledované výstupy. Následně byly výsledky získané dotazníkovým šetřením zapsány do tzv. kontingenční tabulky, někdy označované jako tabulka se dvěma vstupy. Čísla v kontingenční tabulce vyjadřují četnosti respondentů, kteří odpověděli určitým způsobem na první otázku a současně určitým způsobem na druhou otázku. Čísla uváděná vpravo od tabulky a pod tabulkou jsou tzv. marginální („okrajové“) četnosti, tj. součty četností v řádcích a sloupcích tabulky. (Chráska, 2007, s.77)

V poslední části vztahové analýzy byla použita ještě jiná statistická metoda pro analýzu nominálních dat – test dobré shody chí-kvadrát. U této kategorie testů významnosti se ověřuje, zda četnosti, které byly zaznamenány měřením, se odlišují od teoretických četností, které odpovídají dané nulové hypotéze.

### 5.2.1 Postup statistického ověřování vyslovených hypotéz

Pro ověření vybraných hypotéz byl zvolen test nezávislosti Chí-kvadrát pro kontingenční tabulku. Tohoto testu významnosti je možno využít např. v případech, kdy rozhodujeme, zda existuje souvislost (závislost) mezi dvěma pedagogickými jevy, které byly zachyceny pomocí nominálního (popřípadě ordinálního měření). (Chráska, 2007, s. 77)

Ke každé formulované hypotéze se nejprve stanovila tzv. nulovou hypotézu  $H_0$ , což je domněnka, která prostřednictvím statistických termínů tvrdí, že mezi zkoumanými proměnnými není vztah. Pokud se ukáže, že nulovou hypotézu je možno odmítnout, přijímá se výchozí hypotézu. (Chráska, 2007, s.77)

Dalším krokem byl výpočet očekávaných četností  $O$  pro každé pole kontingenční tabulky. Očekávané četnosti jsou „teoretické četnosti, které by odpovídaly platnosti nulové hypotézy. (Chráska, 2007, s. 77)

Očekávaná četnost pro příslušná pole kontingenční tabulky se vypočítala tak, že se vynásobily vždy odpovídající marginální četnosti v tabulce a tento součin se potom vydělil celkovou četností. Pro každé pole kontingenční tabule se dále vypočítala hodnota  $\frac{(P-O)^2}{O}$ .

Testové kritérium  $\chi^2$  se vypočítalo jako součet hodnot  $\frac{(P-O)^2}{O}$  pro všechna pole kontingenční tabulky. Vypočítaná hodnota  $\chi^2$  je ukazatelem velikosti rozdílu mezi skutečností a vyslovenou nulovou hypotézou. Pro posouzení vypočítané hodnoty se dále určil počet stupňů volnosti tabulky. Pro tabulku o  $r$  řádcích a  $s$  sloupcích se určil počet stupňů volnosti podle vztahu  $f = (r - 1) \cdot (s - 1)$ . Následně se pro vypočítaný počet stupňů volnosti a pro zvolenou hladinu významnosti 0,05 našla ve statistických tabulkách kritická hodnota testového kritéria. Na základě srovnání vypočítané hodnoty testového kritéria s hodnotou kritickou, se zjišťovalo, zda je hodnota vyšší a je možné odmítnout nulovou hypotézu a přijmout hypotézu alternativní.

## 6 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

### 6.1 Demografická část

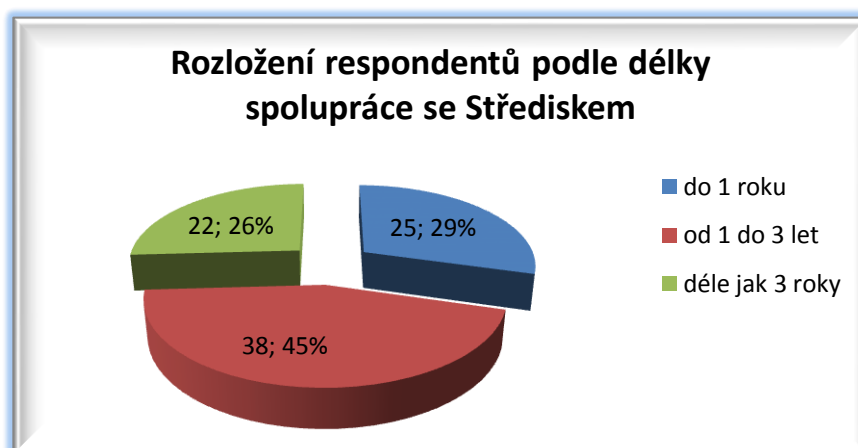
V této části jsou uvedeny odpovědi na otázky č. 1 – 4, týkající se délky spolupráce, vzdálenosti Střediska od bydliště, rodinné situace a typu postižení dítěte. Tabulky uvádí absolutní a relativní četnosti. V grafickém znázornění rozložení respondentů jsou uvedeny četnosti a procenta zastoupení jednotlivých skupin

- Rozložení respondentů dle délky spolupráce se Střediskem

Tab. č. 5 Tabulka četností rozložení respondentů dle délky spolupráce se Střediskem

délka spolupráce se Střediskem	četnosti	relativní četnosti
do 1 roku	25	0,29411
od 1 do 3 let	38	0,44705
déle jak 3 roky	22	0,25882

Graf č.2



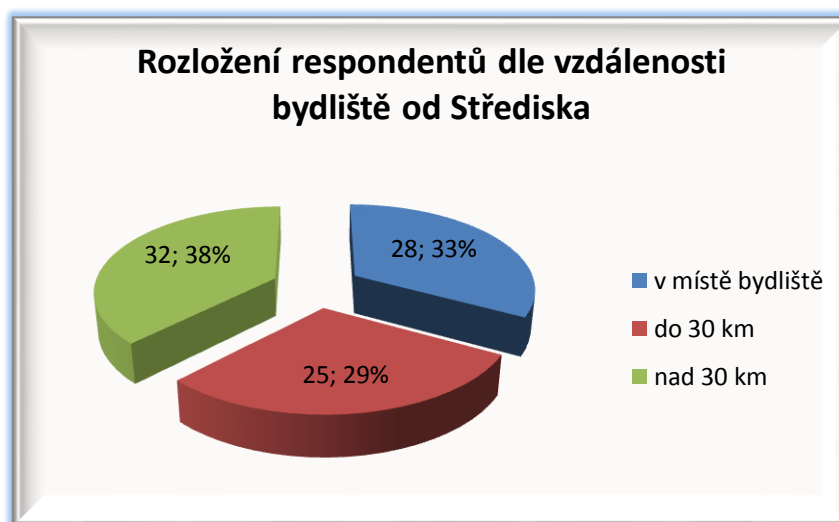
Největší zastoupení 45% tvoří respondenti, kteří spolupracují se Střediskem v rozmezí od 1 do 3 let. Přibližně podobné zastoupení tvoří respondenti, kteří spolupracují se Střediskem teprve krátce, tedy do 1 roku – činí to přesně 29 % a respondenti, kteří spolupracují se Střediskem déle jak 3 roky – 26 %.

- Rozložení respondentů dle vzdálenosti bydliště od Střediska

*Tab. č. 6 Tabulka četností rozložení respondentů dle vzdálenosti bydliště od Střediska*

vzdálenost bydliště od Střediska	četnosti	relativní četnosti
v místě bydliště	28	0,3294
do 30 km	25	0,2941
nad 30 km	32	0,3764

*Graf č.3*



Rozložení respondentů dle vzdálenosti je poměrně vyrovnané. Nejvíce respondentů má bydliště vzdáleno od Střediska dále jak 30 km - 38%, druhá nejpočetnější skupina jsou respondenti, kteří mají Středisko v místě bydliště a ve vzdálenosti do 30 km bydlí 29%.

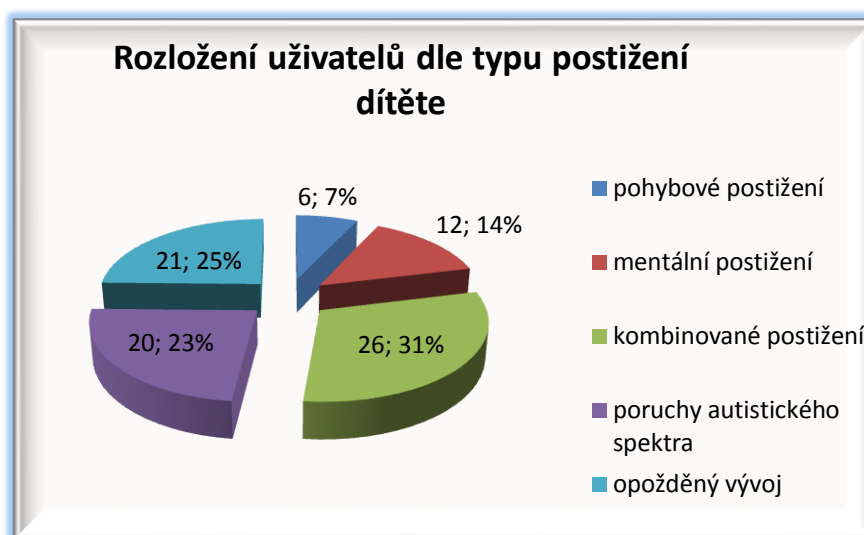
- Rozložení respondentů dle typu postižení dítěte

*Tab. č. 7 Tabulka četností rozložení respondentů dle typu postižení dítěte*

typ postižení dítěte	četnosti	relativní četnosti
pohybové postižení	6	0,07058824
mentální postižení	12	0,14117647
kombinované postižení	26	0,30588235

poruchy autistického spektra	20	0,23529412
opožděný vývoj	21	0,24705882

Graf. č.4



Dle grafického znázornění je zřejmé, že nejpočetnější skupinu tvoří děti s kombinovaným postižením – 31 %, přibližně stejně početné skupiny tvoří děti s poruchami autistického spektra – 23 % a děti s opožděným vývojem 25 %. Menší zastoupení má skupina dětí pouze s mentálním postižením 14 % a nejmeně je dětí s pohybovým postižením – 7 %.

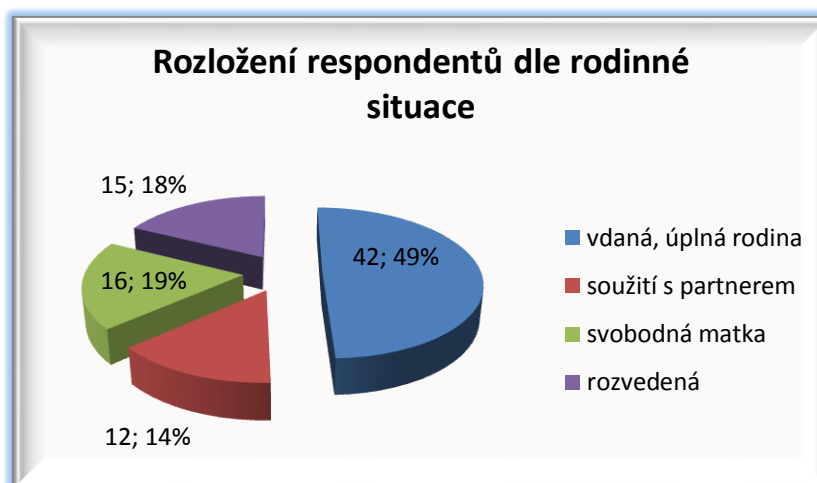
- **Rozložení respondentů dle rodinné situace**

Tab. č. 8 Tabulka četností rozložení respondentů dle typu postižení dítěte

rodinná situace	četnosti	relativní četnosti
vdaná, úplná rodina	42	0,49411765
soužití s partnerem	12	0,14117647
svobodná matka	16	0,18823529
rozvedená	15	0,17647059



Graf č. 5



Téměř polovina respondentů žije v úplné rodině, přesně tedy 49%, s partnerem žije 14%, ale také velké zastoupení mají svobodné matky – 19% a rozvedených je 18%.

## 6.2 Popisná část

V této části jsou uvedeny výsledky šetření, které byly zaměřeny na vyjádření spokojenosti s jednotlivými oblastmi. Respondenti hodnotili organizační podmínky, oblast podpory vývoje dítěte, jak jsou spokojeni s nabízenými službami, s chováním a přístupem pracovníků a v případě, že se účastní i akcí pořádaných střediskem, zhodnotit také tyto akce.

Svou míru spokojenosti měli zaznačit na této stupnici:

1 – velmi spokojeni, 2 – spíše spokojeni, 3 – ani spokojeni, ani nespokojeni, 4 – spíše nespokojeni, 5 – velmi nespokojeni.

Pro každou oblast byla sestavena tabulka četností a z ní se provedl výpočet aritmetického průměru.

Vzhledem k tomu, že výsledné hodnoty u všech sledovaných hodnot se pohybovaly v rozmezí hodnoty 1 a 2, stala se klíčem pro interpretaci zmiňovaná kategorizace dat v rámci vztahové analýzy. 2 skupiny, do kterých byly řazeny data, která dosahovala následujících hodnoty.

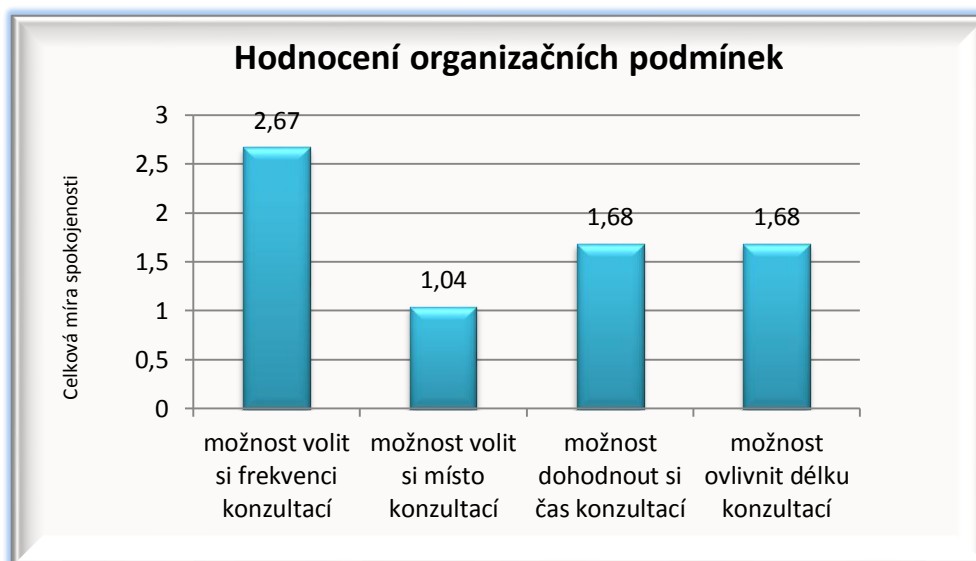
1. Skupina – 1,00 – 1,49 – velmi spokojeni
2. Skupina – 1,50 – 2,00 – méně spokojeni

Pro lepší přehlednost grafické znázornění ukazuje jednotlivé položky dané oblasti a jejich celkové hodnocení všemi respondenty.

### Hodnocení organizačních podmínek

V této oblasti byly zahrnuty tyto položky - možnost volit si frekvenci, možnost volit si místo konzultací, možnost ovlivnit délku konzultací a možnost ovlivnit čas konzultací

**Graf č. 6**



**Tab.č 9 Tabulka četností pro oblast hodnocení organizačních podmínek**

stupnice	absolutní četnosti $n_i$	$n_i \cdot x_i$
1	166	166
2	102	204
3	56	174
4	16	64
5	0	0
	$\Sigma$ 340	$\Sigma$ 608

Aritmetický průměr pro tuto sledovanou oblast se vypočítal pomocí vzorce.

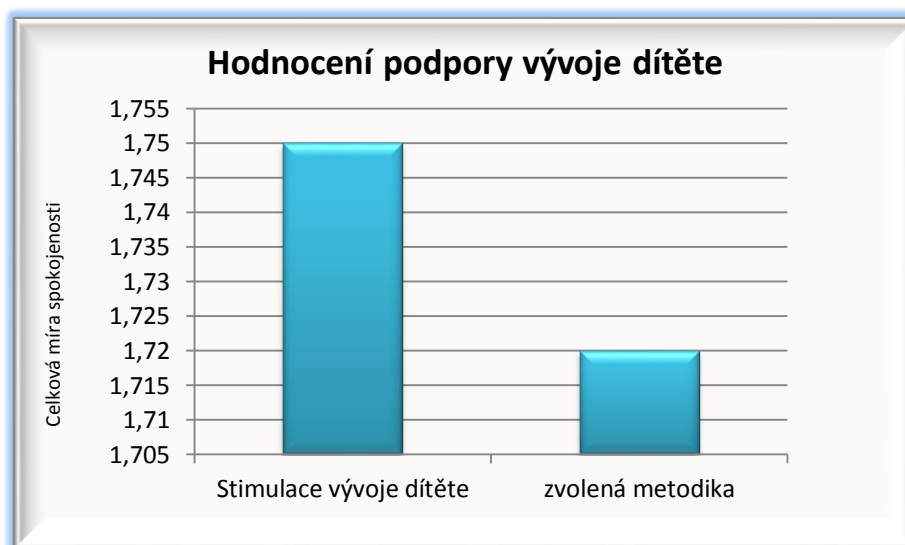
$$\bar{x} = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^k n_i \cdot x_i = \frac{608}{340} = 1,78$$

Tato vypočítaná hodnota nám ukazuje, že míra hodnocení se pohybuje mezi stupněm 1 – 2, více se přibližuje ke stupni 2, což by se dalo vyhodnotit, že jsou respondenti s organizačními podmínkami sice spokojeni, ale podíváme-li se podrobně na míru spokojenosti s jednotlivými položkami, nelze si nevšimnout, že u možnosti volit si frekvenci konzultací dosahuje celková míra spokojenosti až hranice 2,6 a zase naopak u položky možnost volit si místo konzultací se pohybuje kolem 1 – tedy velmi spokojeni. Z této skutečnosti, lze vyvodit, že jednoznačně jsou respondenti spokojeni s možností volit si místo konzultace a využívat pomoci a podpory v domácím prostředí nebo ambulantně a co se týká spokojenosti s frekvencí konzultací - tady byla získaná hodnota nevvyšší, což může být bráno jako signál a podnět k dalšímu prošetření s uživateli v rámci individuálního plánování.

### Hodnocení podpory vývoje dítěte

V této oblasti respondenti hodnotili oblast podpory vývoje dítěte – jak jsou spokojeni se stimulací vývoje dítěte a jak hodnotí zvolenou metodiku.

**Graf č. 7**



**Tab. č 10** Tabulka četností pro oblast hodnocení podpory vývoje dítěte

stupnice	absolutní četnosti $n_i$	$n_1 \cdot x_1$
1	71	71
2	72	144

3	27	81
4	0	0
5	0	0
	$\Sigma$ 170	$\Sigma$ 296

Aritmetický průměr pro tuto sledovanou oblast se vypočítal pomocí vzorce.

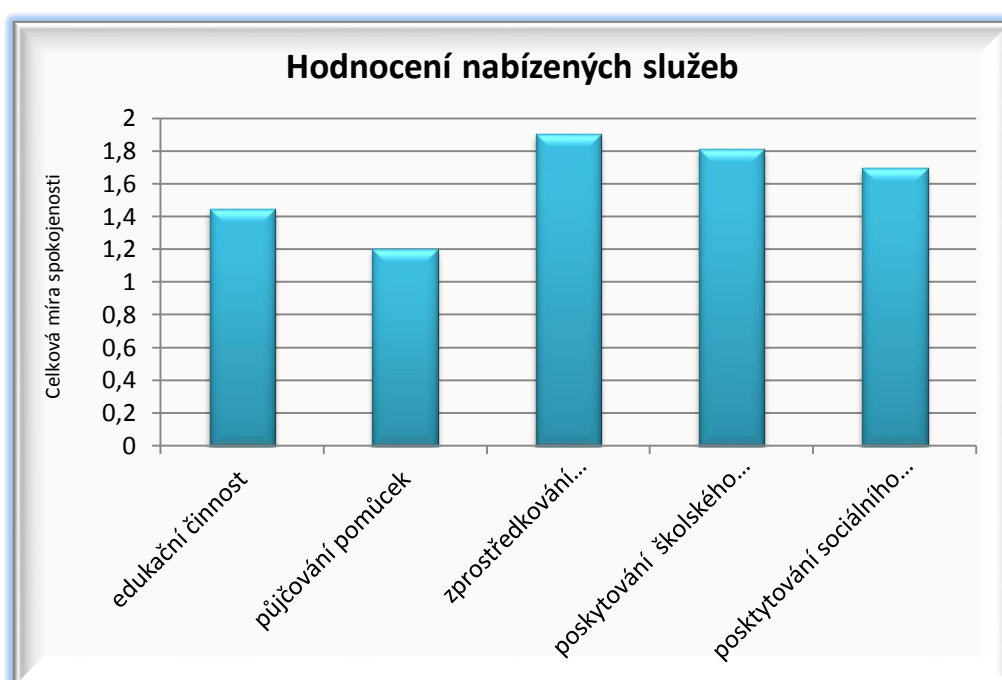
$$\bar{x} = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^k n_i \cdot x_i = \frac{296}{170} = 1,74$$

Tato vypočítaná hodnota nám ukazuje, že míra hodnocení se pohybuje podobně jako u hodnocení organizačních podmínek služby mezi stupněm 1 – 2, více se přibližuje ke stupni 2. Dle nově vytvořené kategorie tato průměrná hodnota spadá do skupinky méně spokojeni. Ukazuje se, že uživatelé jsou s podporou vývoje dítěte méně spokojeni. Z grafu lze vyčíst, že hodnocení dvou položek v této oblasti je rozdílné pouze nepatrně, přesněji stimulace vývoje dítěte je ohodnocena 1,75 a zvolená metodika 1,72.

### Hodnocení nabízených služeb

V této oblasti respondenti hodnotili jednotlivé nabízené služby ve Středisku rané péče - edukační činnost, půjčování pomůcek, zprostředkování kontaktů, poskytování školského a sociálního poradenství.

**Graf č. 8**



Tab. č. 11 Tabulka četností pro oblast hodnocení nabízených služeb

stupnice	absolutní četnosti $n_i$	$n_i \cdot x_i$
1	235	235
2	117	234
3	73	219
4	0	0
5	0	0
	$\Sigma$ 425	$\Sigma$ 688

Aritmetický průměr pro tuto sledovanou oblast se vypočítal pomocí vzorce.

$$\bar{x} = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^k n_i \cdot x_i = \frac{688}{425} = 1,61$$

Tato vypočítaná hodnota nám ukazuje, že míra hodnocení se pohybuje podobně jako u hodnocení organizačních podmínek služby mezi stupněm 1 – 2. V porovnání s předchozími oblastmi je tato hodnota nižší. Respondenti jsou tedy o něco více spokojeni s nabízenými službami než s organizačními podmínkami a než s podporou vývoje dítěte. Porovnáme-li mezi sebou jednotlivé položky, zjistíme, že nejlépe je ohodnoceno půjčování pomůcek, druhou nejlépe hodnocenou položkou je edukační činnost a z grafického znázornění také vyplývá, že v rámci této oblasti je největší hodnota připsána zprostředkování kontaktů, což znamená, že k této nabízené službě mohou mít více připomínek či výhrad. Vypočítaný aritmetický průměr 1,61 spadá do skupinky méně spokojeni.

### Hodnocení chování pracovníků

V této oblasti respondenti hodnotili chování poradců. Tato oblast zahrnuje tyto položky – respektování potřeb rodiny, ochota naslouchat, ochota poskytnout potřebné informace, komunikační dovednosti poradce, důvěryhodnost poradce a jeho spolehlivost

Graf č.9



Tab. č.12 Ttabulka četností pro oblast hodnocení chování pracovníků

stupnice	absolutní četnost $n_i$	$n_i \cdot x_i$
1	336	336
2	104	208
3	70	210
4	0	0
5	0	0
	$\Sigma$ 510	$\Sigma$ 754

Aritmetický průměr pro tuto sledovanou oblast se vypočítal pomocí vzorce.

$$\bar{x} = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^k n_i \cdot x_i = \frac{754}{510} = 1,47$$

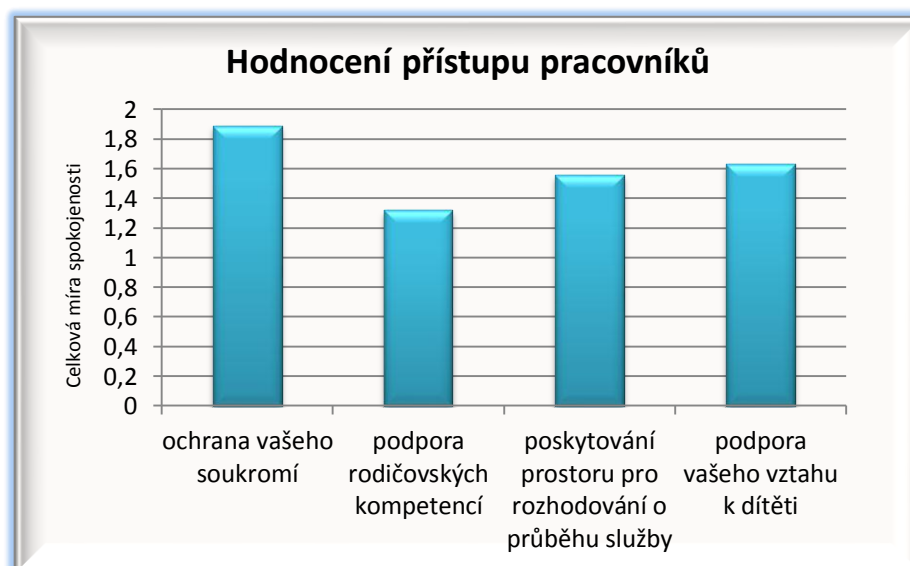
Tato vypočítaná hodnota nám ukazuje, že míra hodnocení 1,4 je zatím nejnižší ze všech naměřených hodnot. Tato průměrná hodnota spadá do 1. Skupinky, z čehož lze vyvodit, že s chováním pracovníků jsou uživatelé velmi spokojeni. Porovnáme-li mezi sebou jednotlivé

položky, zjistíme, že nejlépe je ohodnoceno půjčování pomůcek 1,2, druhou nejlépe hodnocenou je edukační činnost a z grafického znázornění také vyplývá, že v rámci této oblasti je největší hodnota připsána zprostředkování kontaktů, což znamená, že k této nabízené službě mohou mít více připomínek či výhrad.

### Hodnocení přístupu pracovníků

V této oblasti respondenti vyjadřovali svoji spokojenost s přístupem pracovníků měli zaznačit jak by ohodnotili ochranu jejich soukromí, podporu rodičovských kompetencí ze strany poradce, poskytování prostoru pro rozhodování o průběhu služby a podporu vztahu k dítěti při využívání služby rané péče.

**Graf č. 10**



**Tab.č 13 Tabulka četností pro oblast hodnocení přístupu pracovníků**

stupnice	absolutní četnosti $n_i$	$n_i \cdot x_i$
1	192	192
2	90	180
3	58	174
4	0	0
5	0	0
	$\Sigma$ 340	$\Sigma$ 546

Aritmetický průměr pro tuto sledovanou oblast se vypočítal pomocí vzorce.

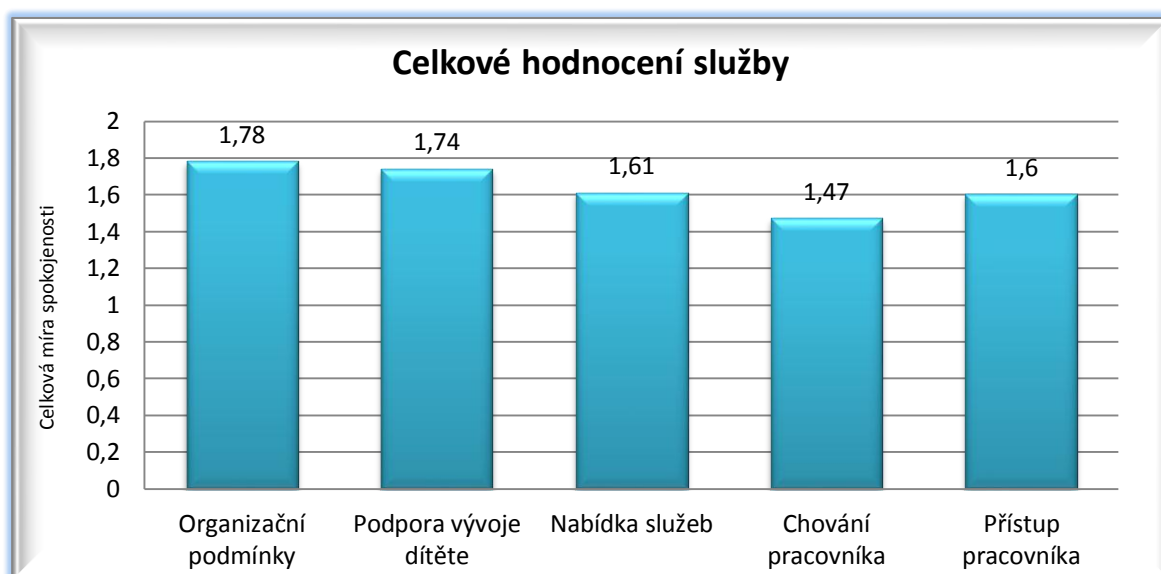
$$\bar{x} = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^k n_i \cdot x_i = \frac{546}{340} = 1,6$$

Tato vypočítaná hodnota nám ukazuje, že míra hodnocení bude spadat do 2. skupinky, což lze interpretovat tak, že uživatelé jsou s přístupem pracovníků méně spokojeni. V porovnání s předchozími není tato hodnota ani nejnižší, ani nejvyšší. Pohybuje se blízko hranice 1,5. Porovnáme-li mezi sebou jednotlivé položky, zjistíme, že nejlépe je ohodnocena podpora rodičovských kompetencí, druhou nejlépe hodnocenou je poskytování prostoru pro rozhodování o průběhu služby. Na třetím místě je podpora vztahu k dítěti a nevyšší hodnotu získala ochrana soukromí, což znamená, že v této sledované oblasti jsou nejméně spokojeni právě s ochranou soukromí.

### Celkové hodnocení služby rané péče

V této části jsme zhrnuli všech 5 předešlých oblastí a vyhodnotili je celkově. V grafickém znázornění se potom přehledně ukázalo hodnocení za jednotlivé oblasti - míra spokojenosti respondentů s organizačními podmínkami, s podporou vývoje dítěte, s nabídkou služeb, s chováním a s přístupem pracovníka.

**Graf č.11**





Tab. č. 14 Tabulka četností pro oblast celkového hodnocení služby

stupnice	absolutní četnosti $n_i$	$n_i \cdot x_i$
1	1000	1000
2	485	970
3	284	852
4	16	64
5	0	0
	$\Sigma$ 1785	$\Sigma$ 2886

Aritmetický průměr pro tuto sledovanou oblast se vypočítal pomocí vzorce.

$$\bar{x} = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^k n_i \cdot x_i = \frac{2886}{1785} = 1,62$$

Tato vypočítaná hodnota nám ukazuje, že míra hodnocení se pohybuje za hranicí 1,5 – spadá tedy do skupinky č. 2 – méně spokojeni. Porovnáme-li jednotlivé oblasti mezi sebou navzájem, zjistíme, že nejlépe je ohodnoceno chování pracovníků – 1,47. Jediná tato oblast spadá do skupinky č. 1 – velmi spokojeni. Druhou nejlépe ohodnocenou oblastí je přístup pracovníka 1,6. Této hodnotě se přibližuje také třetí nejlépe ohodnocená oblast, a to nabízené služby – 1,61. V celkovém hodnocení byly hůře hodnoceny organizační podmínky – 1,78 a také oblast podpory vývoje dítěte – 1,74.

Po podrobnějším prozkoumání jednotlivých dat jsme zjistili, že lze vypíchnout určité vyčnívající hodnoty v obou směrech - z nižších hodnot, které znamenají vyšší míru spokojenosti a z vyšších hodnot, které znamenají menší míru spokojenosti. Z toho důvodu jsme se rozhodli pro přehlednější uspořádání a následné vyhodnocení získaných dat.

Položky, které získaly hodnoty v rozmezí 1 – 1,49 byly zařazeny do skupiny „velmi spokojeni“, položky s hodnotami v rozmezí 1,5 – 1,8 byly zařazeny do skupiny „spokojeni“ a položky, které získaly hodnoty nad 1,8 byly přidány do skupiny „méně spokojeni“.

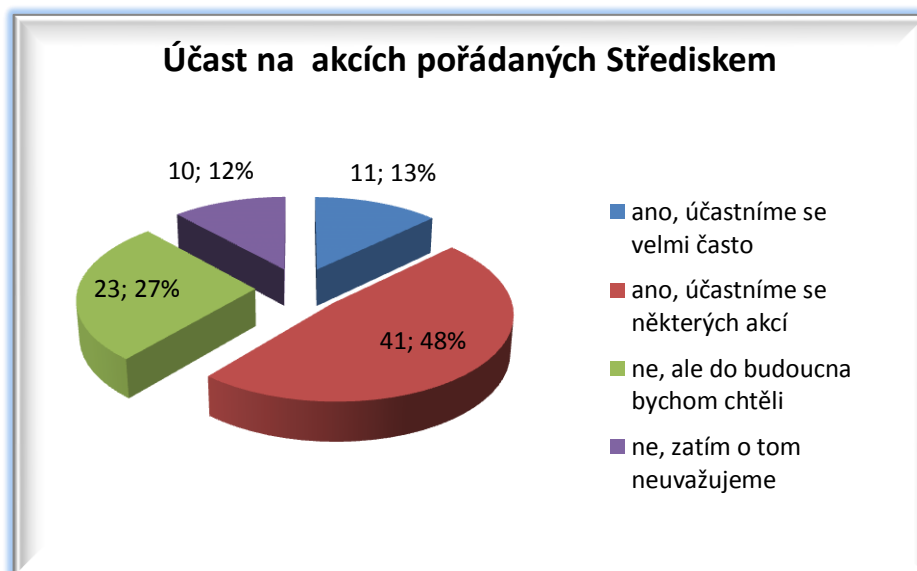
Vznikly tak 3 skupiny rozlišené dle míry spokojenosti.

- 1. Velmi spokojeni** - s možností volit si místo konzultací, edukační činností, půjčováním pomůcek, respektováním potřeb, ochotou naslouchat, ochotou poskytnout potřebné informace, důvěryhodností poradce, podporou vztahu k dítěti
- 2. Spokojeni** - s možností volit si čas a délku konzultací, se stimulací vývoje dítěte, zvolenou metodikou, poskytováním sociálního poradenství, spolehlivostí poradce, podporou rodičovských kompetencí, poskytováním prostoru pro rozhodování o průběhu služby
- 3. Méně spokojeni** - s možností volit si frekvenci konzultací, se zprostředkováním kontaktů, poskytováním školského poradenství, komunikačními dovednostmi poradce a ochranou soukromí

### Vyhodnocení odpovědí ohledně účasti na akcích pořádaných Střediskem

V této části byly vyhodnoceny otázky č. 7 a č. 8 – účastni na akcích pořádaných Střediskem. Pro lepší názornost byl vložen graf a tabulka četností s jednotlivými odpověďmi.

*Graf č.12*

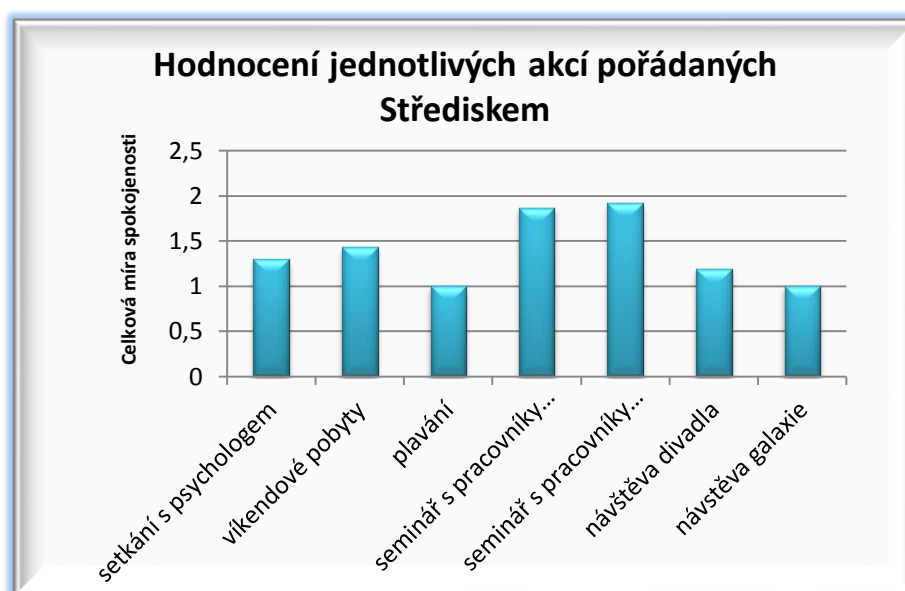


Tab. č. 15 Tabulka četností odpovědí na otázku týkající se účasti na akcích Střediska

Účast na akcích střediska	četnosti	Relativní četnosti
ano, účastníme se velmi často	11	0,12941176
ano, účastníme se některých akcí	41	0,48235294
ne, ale do budoucna bychom chtěli	23	0,27058824
ne, zatím o tom neuvažujeme	10	0,11764706

Z výsledků je patrné, že téměř polovina dotázaných – 48 % se některých akcí účastní. Velmi často se účastní akcí 13%. Poněkud početnou skupinkou jsou respondenti, kteří se zatím žádné akce nezúčastnili, ale do budoucna by měli zájem – 27 %. 12 % respondentů nemá zájem o akce pořádané Střediskem a ani o tom výhledově neuvažují. Ti, kteří odpověděli na otázku zda se účastní akcí pořádaných Střediskem měli možnost zaznačit v následující otázce č. 8 jak jsou s jednotlivými nabízenými akcemi spokojeni. Graf názorně ukazuje ohodnocení jednotlivých akcí. Další zpracovaná data týkající se účasti na akcích pořádaných Střediskem jsou součástí vztahové analýzy.

Graf. č.13



### Vyhodnocení námětů a připomínek

V této části byla vyhodnocena poslední otázka č. 9, která dávala respondentům možnost vyjádřit své připomínky, postřehy, náměty aj. Ze získaných odpovědí byly vytvořeny kategorie dle společných znaků. Vznikly tak 3 typy odpovědí.

1. **Poděkování** - za pomoc při rozvoji dítěte, za mimořádnou podporu při každodenních problémech
2. **Chvála** – úžasné profesionální empatické personální obsazení
3. **Přínos a ocenění** setkání s psychologem
4. **Bez připomínek**

### 6.3 Testování hypotéz

V této části jsme ověřovali vyslovené hypotézy. První čtyři hypotézy byly testovány pomocí testu nezávislosti chí-kvadrát pro kontingenční tabulku a zbylé 2 hypotézy byly testovány pomocí testu dobré shody.

#### Hypotéza $H_1$

Test nezávislosti chí-kvadrát začíná formulováním nulové a alternativní hypotézy.

$H_0$  – Mezi mírou spokojenosti se službou a délkou spolupráce není žádná souvislost.

$H_A$  – Mezi mírou spokojenosti se službou a délkou spolupráce existuje souvislost.

**Tab. č. 16 Kontingenční tabulka pro vyhodnocení hypotézy  $H_1$**

	délka spolupráce			$\Sigma$
	do 1 roku	od 1 do 3 let	déle jak 3 roky	
skup. č.1	4 (5)	6 (7,6)	7 (4,4)	17
skup. č.2	21 (20)	32 (30,4)	15 (17,6)	68
$\Sigma$	25	38	22	85

Dále bylo nutné provést výpočet očekávaných četností  $O$  pro každé pole kontingenční tabulky. Pro každé pole kontingenční tabulky se rovněž vypočítala hodnota  $\frac{(P-O)^2}{O}$ .

Pro pole tabulky s četnostmi 4 (5) vychází hodnota  $\frac{(4-5)^2}{5} = 0,2$ ; pro pole tabulky s četnostmi 6 (7,6) vychází hodnota  $\frac{(6-7,6)^2}{7,6} = 0,3368$ ; pro pole tabulky s četnostmi 7 (4,4) vychází hodnota  $\frac{(7-4,4)^2}{4,4} = 1,53636$ ; pro pole tabulky s četnostmi 21 (20) vychází hodnota  $\frac{(21-20)^2}{20} = 0,05$ ; pro pole tabulky s četnostmi 32 (30,4) vychází hodnota  $\frac{(32-30,4)^2}{30,4} = 0,08421$ ; pro pole tabulky s četnostmi 15 (17,6) vychází hodnota  $\frac{(15-17,6)^2}{17,6} = 0,38409$

$$\chi^2 = \frac{(P-O)^2}{O} = 0,2 + 0,3368 + 1,5363 + 0,01 + 0,08421 + 0,38409 = 2,5514$$

Dalším krokem byl výpočet stupňů volnosti. V tomto případě tedy  $f = (2 - 1) \cdot (3 - 1) = 2$

Pro vypočítaný počet stupňů volnosti 2 a pro zvolenou hladinu významnosti 0,05 jsme našli ve statistických tabulkách kritickou hodnotu testového kritéria.  $\chi^2_{0,05}(2) = \text{viz. tabulka}$

Srovnáme-li vypočítanou hodnotu testového kritéria s hodnotou kritickou,  $2,5514 < 5,991$  zjišťujeme, že vypočítaná hodnota je nižší a proto není možné odmítnout nulovou hypotézu a přijmout hypotézu alternativní. Hypotéza se nepotvrdila. Mezi vyjádřenou mírou spokojenosti v závislosti na délce spolupráce se Střediskem nejsou statisticky významné rozdíly.

### Hypotéza $H_2$

Test nezávislosti chí-kvadrát začíná formulováním nulové a alternativní hypotézy.

$H_0$  – Mezi mírou spokojenosti se službou a délkou spolupráce není žádná souvislost.

$H_A$  – Mezi mírou spokojenosti se službou a délkou spolupráce existuje souvislost.

**Tab.č. 17 Kontingenční tabulka pro vyhodnocení hypotézy  $H_2$**

#### vzdálenost Střediska od bydliště

	v místě bydliště	do 30 km	nad 30 km	$\Sigma$
skup. č.1	7 (5,6)	3 (5)	7 (6,4)	17
skup. č.2	21 (22,4)	22 (20)	25 (25,6)	68

$\Sigma$                       28                      25                      32                      85

Pro pole tabulky s četnostmi 7 (5,6) vychází hodnota  $\frac{(7-5,6)^2}{5,6} = 0,35$ ; pro pole tabulky s četnostmi 3 (5) vychází hodnota  $\frac{(3-5)^2}{5} = 0,8$ ; pro pole tabulky s četnostmi 7 (6,4) vychází hodnota  $\frac{(7-6,4)^2}{6,4} = 0,05625$ ; pro pole tabulky s četnostmi 21 (22,4) vychází hodnota  $\frac{(21-22,4)^2}{22,4} = 0,0875$ ; pro pole tabulky s četnostmi 22 (20) vychází hodnota  $\frac{(22-20)^2}{20} = 0,2$ ; pro pole tabulky s četnostmi 25 (25,6) vychází hodnota  $\frac{(25-25,6)^2}{25,6} = 0,36$

$$\chi^2 = \frac{(P-O)^2}{O} = 0,35 + 0,8 + 0,05625 + 0,0875 + 0,2 + 0,36 + 0,38409 = \mathbf{2,23784}$$

Dalším krokem byl výpočet stupňů volnosti. V tomto případě tedy  $f = (2 - 1) \cdot (3 - 1) = 2$

Pro vypočítaný počet stupňů volnosti 2 a pro zvolenou hladinu významnosti 0,05 nalezneme ve statistických tabulkách kritickou hodnotu testového kritéria.

$$\chi^2_{0,05} (2) = 5,991$$

Srovnáme-li vypočítanou hodnotu testového kritéria s hodnotou kritickou  $\chi^2 = 2,23784 < \chi^2_{0,05} (2) = 5,991$ , zjišťujeme, že vypočítaná hodnota je nižší a proto není možné přijmout alternativní hypotézu, musíme přijmout nulovou hypotézu. Hypotéza se tedy nepotvrdila. Mezi vyjádřenou mírou spokojenosti v závislosti na vzdálenosti bydliště od Střediska nejsou statisticky významné rozdíly.

### Hypotéza H<sub>3</sub>

Test nezávislosti chí-kvadrát začíná formulováním nulové a alternativní hypotézy.

$H_0$  – Mezi mírou spokojenosti se službou a délkou spolupráce není žádná souvislost.

$H_A$  – Mezi mírou spokojenosti se službou a délkou spolupráce existuje souvislost.

**Tab. č. 18 Kontingenční tabulka pro vyhodnocení hypotézy H<sub>3</sub>**

	typ postižení dítěte					
	pohybové	mentální	kombinované	PAS	opožděný vývoj	$\Sigma$
skup.č.1	1 (1,2)	1 (2,4)	8 (5,2)	6 (4)	1 (4,2)	17
skup.č.2	5 (4,8)	11 (9,6)	18 (20,8)	14 (16)	20 (16,8)	68

$\Sigma$	6	12	26	20	21	85
----------	---	----	----	----	----	----

Pro pole tabulky s četnostmi 1(1,2) vychází hodnota  $\frac{(1-1,2)^2}{5,6} = 0,03333$ ; pro pole tabulky s četnostmi 1 (2,4) vychází hodnota  $\frac{(1-2,4)^2}{2,4} = 0,81666$ ; pro pole tabulky s četnostmi 8 (5,2) vychází hodnota  $\frac{(8-5,2)^2}{5,2} = 1,50769$ ; pro pole tabulky s četnostmi 21 (22,4) vychází hodnota  $\frac{(21-22,4)^2}{22,4} = 0,0875$ ; pro pole tabulky s četnostmi 1 (4,2) vychází hodnota  $\frac{(1-4,2)^2}{4,2} = 2,43809$ ; pro pole tabulky s četnostmi 5 (4,8) vychází hodnota  $\frac{(5-4,8)^2}{4,8} = 0,008333$ ; pro pole tabulky s četnostmi 11(9,6) vychází hodnota  $\frac{(11-9,6)^2}{9,6} = 0,204166$ ; pro pole tabulky s četnostmi 18 (20,8) vychází hodnota  $\frac{(18-20,8)^2}{20,8} = 0,3769$ ; pro pole tabulky s četnostmi 14 (16) vychází hodnota  $\frac{(14-16)^2}{16} = 0,25$ ; pro pole tabulky s četnostmi 20 (16,8) vychází hodnota  $\frac{(20-16,8)^2}{16,8} = 0,60952$

$$\chi^2 = \frac{(P-O)^2}{O} = 0,03333 + 0,81666 + 1,50769 + 0,0875 + 2,43809 + 0,008333 + 0,204166 + 0,3769 + 0,25 + 0,60952 = \mathbf{6,33218}$$

Dalším krokem byl výpočet stupňů volnosti. V tomto případě tedy  $f = (2 - 1) \cdot (5 - 1) = 4$

Pro vypočítaný počet stupňů volnosti 4 a pro zvolenou hladinu významnosti 0,05 nalezneme ve statistických tabulkách kritickou hodnotu testového kritéria.

$$\chi_{0,05}^2(4) = 9,488$$

Srovnáme-li vypočítanou hodnotu testového kritéria s hodnotou kritickou,  $\chi^2 = 6,33218 < \chi_{0,05}^2(4) = 9,488$ , zjišťujeme, že vypočítaná hodnota je nižší a proto není možné odmítnout nulovou hypotézu a přijmout hypotézu alternativní. Hypotéza se nepotvrdila. Mezi vyjádřenou mírou spokojenosti v závislosti na délce spolupráce se Střediskem nejsou statisticky významné rozdíly

#### Hypotéza H<sub>4</sub>

Test nezávislosti chí-kvadrát začíná formulováním nulové a alternativní hypotézy.

**H<sub>0</sub>** – Mezi mírou spokojenosti se službou a délkou spolupráce není žádná souvislost.

$H_A$  – Mezi mírou spokojenosti se službou a délkou spolupráce existuje souvislost.

Tab. č.19 Kontingenční tabulka pro vyhodnocení hypotézy  $H_4$

	rodinná situace				$\Sigma$
	úplná na	rodi- nerem	Soužití s part matka	svobodná rozvedená	
skup. č.1	8 (8,4)	2 (2,4)	2 (3,2)	5 (3)	17
skup. č.2	34 (33,6)	10 (9,6)	14 (12,8)	10 (12)	68
$\Sigma$	42	12	16	15	85

Pro pole tabulky s četnostmi 8(8,4) vychází hodnota  $\frac{(8-8,4)^2}{8,4} = 0,01904$ ; pro pole tabulky s četnostmi 2 (2,4) vychází hodnota  $\frac{(2-2,4)^2}{2,4} = 0,06666$ ; pro pole tabulky s četnostmi 2 (3,2) vychází hodnota  $\frac{(2-3,2)^2}{3,2} = 0,45$ ; pro pole tabulky s četnostmi 5 (3) vychází hodnota  $\frac{(5-3)^2}{3} = 1,33333$ ; pro pole tabulky s četnostmi 34 (33,6) vychází hodnota  $\frac{(34-33,6)^2}{33,6} = 0,00476$ ; pro pole tabulky s četnostmi 10 (9,6) vychází hodnota  $\frac{(10-9,6)^2}{9,6} = 0,01666$ ; pro pole tabulky s četnostmi 14 (12,8) vychází hodnota  $\frac{(14-12,8)^2}{12,8} = 0,1125$ ; pro pole tabulky s četnostmi 10 (12) vychází hodnota  $\frac{(10-12)^2}{12} = 0,3333$ . Po sečtení všech hodnot jsme získali hodnotu testového kritéria.

$$\chi^2 = \frac{(P-0)^2}{0} = 0,01904 + 0,06666 + 0,45 + 1,33333 + 0,00476 + 0,01666 + 0,1125 + 0,3333 = \mathbf{2,33622}$$

Dalším krokem byl výpočet stupňů volnosti. V tomto případě tedy  $f = (2 - 1) \cdot (4 - 1) = 3$

Pro vypočítaný počet stupňů volnosti 3 a pro zvolenou hladinu významnosti 0,05 nalezneme ve statistických tabulkách kritickou hodnotu testového kritéria.

$$\chi^2_{0,05} (3) = 7,815$$

Srovnáme-li vypočítanou hodnotu testového kritéria s hodnotou kritickou,



$\chi^2 = 2,33622 < \chi_{20,05}^2(3) = 7,815$ , zjišťujeme, že vypočítaná hodnota je nižší a proto není možné odmítnout nulovou hypotézu a přijmout hypotézu alternativní. Hypotéza se nepotvrdila. Mezi vyjádřenou mírou spokojenosti v závislosti na délce spolupráce se Střediskem nejsou statisticky významné rozdíly

### Hypotéza H<sub>5</sub>

Test dobré shody chí-kvadrát

Formulace hypotéz

H<sub>0</sub>: Mezi četnostmi odpovědí na účast na akcích střediska nejsou žádné rozdíly.

H<sub>1</sub>: Mezi četnostmi odpovědí na účasti na akcích střediska existují významné rozdíly.

**Tab. č 20 Tabulka testu dobré shody chí-kvadrát pro vyhodnocení hypotézy H<sub>5</sub>**

Typy odpovědí	P	O	(P-O) <sup>2</sup>	$\frac{(P-O)^2}{O}$
ano, účastníme se velmi často	11	21,25	110,25000	5,1882353
ano, účastníme se některých akcí	41	21,25	390,06250	18,3558824
ne, do budoucna bychom chtěli	23	21,25	3,06250	0,1441177
ne, zatím o tom neuvažujeme	10	21,25	126,56250	5,9558824
	$\Sigma$ 85	$\Sigma$ 85		29,64411769

Vypočítaná hodnota  $\chi^2 = \frac{(P-O)^2}{O} = 29,64411769$

Dalším krokem byl výpočet stupňů volnosti. V tomto případě tedy  $f = (4 - 1) = 3$

Pro vypočítaný počet stupňů volnosti 3 a pro zvolenou hladinu významnosti 0,05 nalezneme ve statistických tabulkách kritickou hodnotu testového kritéria  $\chi_{20,05}^2(3) = 7,815$

Srovnáme-li vypočítanou hodnotu testového kritéria s hodnotou kritickou,

$\chi^2 = 29,64411769 > \chi_{20,05}^2(3) = 7,815$ , zjišťujeme, že vypočítaná hodnota je vyšší a proto je možné zamítnout nulovou hypotézu a přijmout hypotézu alternativní. Mezi četnostmi odpovědí ohledně účasti na akcích střediska existují významné statistické rozdíly.

### Hypotéza H<sub>6</sub>

Formulace hypotéz

$H_0$ : Mezi četnostmi účasti na jednotlivých akcích střediska nejsou žádné rozdíly.

$H_1$ : Mezi četnostmi účasti na jednotlivých akcích střediska existují rozdíly.

**Tab. č. 21** Tabulka testu dobré shody chí-kvadrát pro vyhodnocení hypotézy  $H_0$

Pořádané akce	P	O	(P-O) <sup>2</sup>	$\frac{(P-O)^2}{o}$
setkání s psychologem	10	25,1428571	229,30612	9,12012979
víkendové pobyty	23	25,1428571	4,5918366	0,18262987
plavání	31	25,1428571	34,306123	1,36444808
seminář s pracovníky SPC	24	25,1428571	1,3061224	0,05194805
seminář s pracovníky ÚP	25	25,1428571	0,02040815	0,00081461
návštěva divadla	31	25,1428571	34,306123	1,36444808
návštěva galaxie	32	25,1428571	6,8571429	0,27272727
	$\Sigma$ 176	$\Sigma$ 176		12,35714575

Vypočítaná hodnota  $\chi^2 = \frac{(P-O)^2}{o} = 12,35714575$ .

Dalším krokem byl výpočet stupňů volnosti. V tomto případě tedy  $f = (7 - 1) = 6$

Pro vypočítaný počet stupňů volnosti 6 a pro zvolenou hladinu významnosti 0,05 nalezneme ve statistických tabulkách kritickou hodnotu testového kritéria  $\chi^2_{0,05}(6) = 12,592$

Srovnáme-li vypočítanou hodnotu testového kritéria s hodnotou kritickou,

$\chi^2 = 12,3571 < \chi^2_{0,05}(6) = 12,592$ , zjišťujeme, že vypočítaná hodnota je menší a proto není možné zamítnout nulovou hypotézu a přijmout hypotézu alternativní. Mezi počty účasti na jednotlivých akcích střediska neexistují významné statistické rozdíly.

Jestliže si však pozorně prohlédneme četnosti na jednotlivých akcích, můžeme si povšimnout, že větší četnosti se objevují u akcí, které se týkají celé rodiny, účastní se jich i děti a u akcí, které jsou určeny pouze pro rodiče, se objevují menší četnosti. Zajímá nás, zda skutečně existují významně vyšší četnosti účasti na akcích pro celou rodinu než na akcích určených pouze pro rodiče. Abychom získali odpověď na otázku, musíme nejdříve sdružit četnosti účasti do 2 skupin podle uvažovaných kritérií. Vznikají tak skupiny s názvy – akce s dětmi, akce bez dětí. A můžeme vyslovit následně statistické hypotézy.

$H_0$ : Počty na akcích s dětmi a na akcích bez dětí jsou stejné.

$H_1$ : Počty na akcích s dětmi a na akcích bez dětí jsou rozdílné.

**Tab. 22** Tabulka pro test dobré shody chí-kvadrát (různě velké očekávané četnosti)

Pořádané akce	P	O	(P-O) <sup>2</sup>	$\frac{(P-O)^2}{O}$
akce bez dětí	59	75,4285	269,89561	3,5781
akce s dětmi	117	100,5714	269,89797	2,6836
	$\Sigma$ 176	$\Sigma$ 176		$\Sigma$ 6,2618

Při výpočtu očekávaných četností se vychází z toho, že u akcí bez dětí (tj. 3) bychom očekávali (v případě, že platí nulová hypotéza)  $\frac{3}{7}$  z celkového počtu všech účastí a ze zbývajících 4 akcí s dětmi  $\frac{4}{7}$  z celkového počtu všech účastí. Na základě této úvahy byly vypočítány očekávané četnosti  $\frac{3}{7} \cdot 176 = 75,4285$  a  $\frac{4}{7} \cdot 176 = 100,5714$

Vypočítaná hodnota  $\chi^2 = \frac{(P-O)^2}{O} = 6,2618$

Dalším krokem byl výpočet stupňů volnosti. V tomto případě tedy  $f = (2 - 1) = 1$

Pro vypočítaný počet stupňů volnosti 1 a pro zvolenou hladinu významnosti 0,05 nalezneme ve statistických tabulkách kritickou hodnotu testového kritéria  $\chi^2_{0,05}(1) = 3,841$

Srovnáme-li vypočítanou hodnotu testového kritéria s hodnotou kritickou,

$\chi^2 = 6,2618 > \chi^2_{0,05}(1) = 3,841$ , zjišťujeme, že vypočítaná hodnota je větší a proto je možné zamítnout nulovou hypotézu a přijmout hypotézu alternativní. Mezi počty účasti na jednotlivých akcích střediska existují významné statistické rozdíly. Více se uživatelé účastní akcí určených pro celou rodinu než akcí, které jsou určeny pouze pro rodiče.

## 7 SHRnutí VÝzkumnÉHO ŠETŘENÍ

Z výsledků výzkumného šetření, které proběhlo ve spolupráci se Střediskem rané péče, vyplynuly tyto závěry. Uživatelé služby rané péče hodnotili kvalitu poskytované služby vyjádřením míry své spokojenosti v jednotlivých oblastech. Získané hodnoty u jednotlivých oblastí se porovnávaly mezi sebou a zjišťovalo, se s čím jsou uživatelé spokojeni nejvíce a nejméně, což může přispět k dalšímu zkvalitňování služby a následně k větší spokojenosti. Zaměříme-li se na hodnocení jednotlivých oblastí, zjistíme, že nejlépe bylo ohodnoceno chování pracovníků a nejnižší míra spokojenosti byla vyjádřena u organizačních podmínek. Nutno však podotknout, že naměřené průměrné hodnoty za jednotlivé oblasti se pohybovaly v rozmezí od 1,47 do 1,78 – tedy rozmezí stupnice 1 (velmi spokojeni) – 2 (spíše spokojeni). Proto by se výsledek dal interpretovat tak, že uživatelé jsou s kvalitou poskytované služby rané péče v konkrétním Středisku spokojeni.

Při podrobnějším zkoumání výsledků jsme zjistili, že se u některých zkoumaných položek vyskytují vyčnívající hodnoty v obou směrech. Z toho důvodu jsme se rozhodli pro přehlednější uspořádání a následné vyhodnocení získaných dat. Vzniklé 3 skupiny tak určily, se kterými položkami jsou uživatelé velmi spokojeni, se kterými jsou spokojeni a se kterými jsou spokojeni méně. A právě položky v poslední skupině by se měly stát podkladem pro pracovníky ve Středisku rané péče k sebereflexi a měly by se stát námětem pro diskusi o možnostech dalšího zkvalitňování v daném směru. **Méně spokojeni** jsou uživatelé s možnostmi volit si frekvenci konzultací, se zprostředkováním kontaktů, poskytováním školského poradenství, komunikačními dovednostmi poradce a ochranou soukromí.

Dále byly vyhodnocovány otázky týkající se účasti na akcích pořádaných Střediskem. Toto vyhodnocování probíhalo jednak na popisné a poté i na vztahové úrovni, kdy byly ověřovány vyslovené hypotézy pomocí statistické metody pro analýzu nominálních dat – testu dobré shody chí-kvadrát. V případě stanovených hypotéz týkajících se účasti na akcích střediska se potvrdily 2 hypotézy. Pro pracovníky Střediska se jeví jako směřodlatné zjištění, že větší účast je zaznamenána na akcích, které jsou pořádané pro celou rodinu.

Při vztahové analýze se také ověřovaly hypotézy, kdy se zjišťovala závislost míry spokojenosti na délce spolupráce, na vzdálenosti bydliště od Střediska, na typu postižení dítěte a na rodinné situaci pomocí testu nezávislosti chí-kvadrát pro kontingenční tabulku. Ani v jednom případě se vyslovená hypotéza nepotvrdila. Mezi stanovenými proměnnými a mírou spokojenosti nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl.

## 8 ZÁVĚR

Tato práce je zaměřena na problematiku kvality poskytovaných služeb v sociální službě rané péče z pohledu uživatelů. Přesto, že se tato problematika dotýká úzké specifické skupiny – rodin dětí s postižením a poskytovatelů služeb rané péče, aktuálnost tohoto tématu a potřebnost věnovat se zjišťování spokojenosti s nabízenou službou od samotných uživatelů, je zcela namístě. Vždyť získávání zpětné vazby v jakémkoliv vztahu dává smysl každému počínání. Při poskytování sociálních služeb se vychází z potřeb uživatelů. V případě služeb rané péče je to podpora a provázení rodiny s dítětem s postižením v jejich nelehkém úkolu. Pomoc a podpora ze strany odborníků přijmout a vyrovnat se s tak tíživou situací, která mění dosavadní životní návyky celé rodiny.

Práci tvoří 2 části. V úvodní kapitole teoretické části jsou vymezeny základní pojmy, týkající se problematiky sociálních služeb, její kvality a hodnocení této kvality z pohledu uživatelů. Navazuje kapitola, která blíže specifikuje sociální službu rané péče, její programy a nabídku služeb. Závěrečná část teoretické části je věnována cílové skupině služby rané péče – rodině s dítětem s postižením.

Hlavním cílem kvantitativního výzkumu bylo zjistit jaká je míra spokojenosti uživatelů v konkrétním Středisku rané péče. Smyslem šetření bylo zjistit zpětnou vazbu od uživatelů sociální služby rané péče prostřednictvím dotazníku a získat tak co největší počet dat pro zpracování analýzy. Právě pohled samotných uživatelů služby je významnou součástí hodnocení kvality poskytovaných služeb. Díky získaným informacím, vyjádření uživatelů k nabízeným službám, vyjádření spokojenosti s chováním pracovníků, s nastavením služby se zjišťovala jejich spokojenost. Výzkum sledoval významná kritéria kvality služby v kontextu spokojenosti uživatelů. Dále se zjišťovalo, zda existuje souvislost mezi vyjádřenou mírou spokojenosti a jednotlivými proměnnými. Na základě získaných dat, které se dále třídily, analyzovaly a vyhodnocovaly, se dospělo k výsledkům šetření. Výzkumným šetřením se zjistilo, že uživatelé služby rané péče konkrétního Střediska jsou s nabízenými službami spokojeni. Nejlépe bylo ohodnoceno chování pracovníků a nejhůře organizační podmínky. Při testování hypotéz se nepotvrdilo, že by existoval vztah mezi mírou spokojenosti a stanovenými proměnnými – s délkou spolupráce, vzdáleností bydliště od Střediska, typem postižení dítěte a rodinnou situací. Stanovený cíl byl naplněn a doufám, že zjištění při analýze dotazníkového šetření přispěje pracovníkům ve Středisku rané péče k dalšímu zkvalitňování poskytovaných služeb.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

- BARTOŇOVÁ, Miroslava, BAZALOVÁ Barbora a Jarmila PIPEKOVÁ, 2007. *Psychopedie: texty k distančnímu vzdělávání*. 2. vyd. Brno: Paido, ISBN 978-80-7315-161-4.
- BAŠTECKÁ, Bohumila et. al., 2008. *Hodnocení kvality v sociálních službách. Standardy kvality sociálních služeb - Výkladový sborník pro poskytovatele*. Praha: Tigis Print.
- BEDNÁŘ, Martin, 2007. *Obecné modely hodnocení kvality a naplňování standardů kvality sociálních služeb v praxi*. České Budějovice.
- ČÁMSKÝ Pavel, SEMBDNER Jan a Dagmar KRUTILOVÁ, 2011. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. Praha: Portál, ISBN 978-80-262-0027-7.
- ČERNÁ, Marie, 2008. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Praha: Karolinum, ISBN 978-80-246-1565-3.
- ČESKO, 2006. *Vyhláška Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky ze dne 15. listopadu 2006 č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů*. In *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 164, s. 7021–7048. ISSN 1211–1244. Systém ASPI, a. s., U Nákladového nádraží 6, 130 00 Praha 3.
- ČESKO, 2006. *Zákon Parlamentu České republiky ze dne 14. března 2006 č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů*. In *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 37, s. 1257–1289. ISSN 1211–1244. Systém ASPI, a. s., U Nákladového nádraží 6, 130 00 Praha 3.
- DITTRICHOVÁ, Jaroslava, PAPOUŠEK Mechtchild a Karel PAUL, 2004. *Chování dítěte rané věku a rodičovská péče*. Praha: Grada, ISBN 80-247-399-8
- GAVORA, Petr, 2000. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido. ISBN 80-85931-79-6.
- HRADILKOVÁ, Terezie, 2006. *Raná péče – vymezení pojmů* In *Sborník vybraných příspěvků z kurzu poradce rané péče*. Praha: Společnost pro ranou péči, Interní materiál Společnosti pro ranou péči.
- HARTL, Pavel, 2004. *Stručný psychologický slovník*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-803-1.
- HESKETT, J. L., SASSER, W. E. Jr., HART, Ch. W., 1993. *Služby – cesta k úspěchu*. Praha: Victoria Publishing,. ISBN 80-85605-36-8.
- CHRÁSKA, Miroslav, 2007. *Metody pedagogického výzkumu: Základy kvantitativního výzkumu*. 1. vyd. Praha : Grada, ISBN 978-80-247-1369-4.

- KLENKOVÁ, Jiřina, 2000. *Možnosti stimulace preverbálních a verbálních schopností vývojově postižených dětí*. Brno: Paido, ISBN 80-85931-91-5.
- KUDELOVÁ, Ivana, ed., 2006. *Sborník vybraných příspěvků z kurzu poradce rané péče. Interní materiál Společnosti pro ranou péči*. Praha: Společnost pro ranou péči.
- KUNOVÁ, Alena, 2006. *Rodina*. In *Sborník vybraných příspěvků z kurzu poradce rané péče. Interní materiál Společnosti pro ranou péči*. Praha: Společnost pro ranou péči, (s. 43-44)
- LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ, 2006. *Vývojová psychologie*. 2., aktualizované vyd. Praha: Grada, ISBN 80-247-1284-9.
- MATĚJČEK, Zdeněk, 2001. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených*. Ústí nad Labem: Nakladatelství H&H, ISBN 80-86022-92-7.
- MATĚJČEK, Zdeněk a Zdeněk DYTRYCH, 1994. *Děti, rodina a stres: vybrané kapitoly a prevence psychické zátěže u dětí*. Praha: Galén, ISBN 80-85824-06-x.
- MATOUŠEK, Oldřich et al., 2007. *Sociální služby. Legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál, ISBN 978-80-7367-310-9.
- MATOUŠEK, Oldřich, 2003. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha: Sociologické nakladatelství, ISBN 8-86429-19-9.
- NOVOSAD, Libor, 2009. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*. Praha: Portál, ISBN 978-80-7367-509-7.
- OPATŘILOVÁ, Dagmar, 2006. *Pedagogicko-psychologické poradenství a intervence v raném a předškolním věku u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami*. Brno: Masarykova univerzita, ISBN 80-210-3977-9.
- PEXIEDEROVÁ, Alice, 2006. *Standards a principy rané péče*. In *Sborník vybraných příspěvků z kurzu poradce rané péče. Interní materiál Společnosti pro ranou péči*. Praha: Společnost pro ranou péči, (s. 29 – 30)
- PIPEKOVÁ, Jarmila ed., 2006. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido. 2. Rozšířené a přepracované vydání. ISBN 80-7315-120-0.
- PŮČEK, Milan et. al. *Měření spokojenosti v organizacích veřejné správy – soubor příkladů*. Praha: Ministerstvo vnitra České republiky, 2005. ISBN 80-239-6154-3.
- SOBOTKOVÁ, Daniela a Jaroslava DITTRICHOVÁ, 2006. *Hra ve vývoji dětí v prvním roce života*. Praha: Grada, ISBN 80-247-1137-0.
- ŠVARCOVÁ – SLABINOVÁ, Iva, *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Vyd. 3., přeprac. Praha: Portál, ISBN 80-7367-060-7

- ŠULOVÁ, Lenka, 2004, Raný psychický vývoj dítěte. Praha: Karolinum, ISBN 80-246-0877-4.
- TOMEŠ, Igor, 2002. *Sociální správa*. Praha: Portál, ISBN 80-7178-560-1.
- VÁGNEROVÁ, Marie, 2004. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál, ISBN 80-7178-802-3.
- VÁGNEROVÁ, Marie, 2007. *Vývojová psychologie pro obor Speciální pedagogika předškolního věku*. Liberec: Technická univerzita v Liberci, ISBN 978-80-7372-213-5.
- VÁGNEROVÁ Marie, STRNADOVÁ, Iva a Lenka KREJČOVÁ, 2009. *Náročné mateřství: Být matkou postiženého dítěte*. Praha: Karolinum, ISBN 978-80-246-1616-2.
- VOSMÍK Miroslav a Lucie BĚLOHLÁVKOVÁ, 2010. *Žáci s poruchou autistického spektra v běžné škole*. Praha: Portál, ISBN 978-80-7367-687-2
- WATKINS, A., LISSABECK NIELSEN, O. (ed.), 2006. *The European Agency Development in Special Needs Education*. Halstan Co. Ltd.2. ISSN 1811-8119.
- *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe. Průvodce poskytovatele*. 2002, Praha. Ministerstvo práce a sociálních věcí, ISBN 80-86552-45-4.

#### Internetové zdroje:

- ASOCIACE PRACOVNÍKU V RANÉ PÉČI, 2010. *Standardy kvality* [online]. [cit. 2013-03-25]. Dostupné z: <[http://www.asociaceranapece.unas.cz/hlavni\\_strana.php](http://www.asociaceranapece.unas.cz/hlavni_strana.php)>.
- *Bílá kniha v sociálních službách, konzultační dokument*, 2003.[online]. c2005.[cit.2013-03-15]. Dostupné z: <[http://www.mpsv.cz/files/clanky/736/bila\\_kniha.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/736/bila_kniha.pdf)>.
- ČESKO. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *MPSV: Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. MPSV, © 2012 [cit. 2013-03-24]. Dostupné z: <<http://www.mpsv.cz/>>.
- DOREA, ©2010. *Průběh a náplň služby*. [online]. [cit. 2013-03-20] dostupné z: <<http://www.dorea.cz/nase-sluzby/prubeh-a-napl-n-sluzby/>>.
- *Evropská charta kvality*, 2010, [online]. [cit. 2013-03-20] dostupné z: <<http://www.npj.cz/narodni-politika-kvality/dokumenty/strategie-narodni-politiky-kvality-2008-2013/>>.
- HORECKÝ, Jiří, ©2010. *Kapacita, dostupnost, struktura a kvalita sociálních služeb*. [online]. [cit. 2013-03-25]. Dostupné z:



[http://www.horecky.cz/images/1329978466\\_kapacita-dostupnost-struktura-a-kvalita.pdf](http://www.horecky.cz/images/1329978466_kapacita-dostupnost-struktura-a-kvalita.pdf)>.

- MPSV ČR, 2006. *Jaké jsou služby sociálních služeb a komu jsou určeny? Stručný průvodce zákonem o sociálních službách* [online], cit. [2013-03-25]. Dostupné z: <<http://www.mpsv.cz/files/clanky/3222/zlom170x170web.pdf>>.
- *Standardy kvality sociálních služeb*. [online]. [cit. 2013-03-24]. Dostupné z: <[http://www.asociace-ranapece.unas.cz/hlavni\\_strana.php](http://www.asociace-ranapece.unas.cz/hlavni_strana.php)>.

**SEZNAM OBRÁZKŮ**

Graf č.1 Rozložení četností zaznačení spokojenosti na stupnici 1 -5.....	51
Graf č.2 Rozložení respondentů podle délky spolupráce se Střediskem.....	54
Graf č.3 Rozložení respondentů dle vzdálenosti bydliště od Střediska.....	55
Graf č.4 Rozdělení respondentů dle typu postižení dítěte.....	56
Graf č.5 Rozdělení respondentů dle rodinné situace.....	57
Graf č.6 Hodnocení organizačních podmínek.....	58
Graf č.7 Hodnocení podpory vývoje dítěte.....	59
Graf č. 8 Hodnocení nabízených služeb.....	60
Graf č. 9 Hodnocení chování pracovníků.....	62
Graf č.10 Hodnocení přístupu pracovníků.....	63
Graf č.11 Celkové hodnocení služby.....	64
Graf č.12 Účast na akcích pořádaných Střediskem.....	66
Graf č.13 Hodnocení jednotlivých akcí pořádaných Střediskem.....	67

**SEZNAM TABULEK**

Tab. č. 1	Výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti .....	27
Tab. č. 2	Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím.....	27
Tab. č. 3	Sociálně terapeutická činnost.....	28
Tab. č. 4	Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů.....	28
Tab. č. 5	Četností rozložení respondentů dle délky spolupráce se Střediskem.....	54
Tab. č. 6	Četnosti rozložení respondentů dle vzdálenosti bydliště od Střediska.....	55
Tab. č. 7	Četnosti rozložení respondentů dle typu postižení dítěte.....	55
Tab. č. 8	Četnosti rozložení respondentů dle rodinné situace.....	56
Tab. č. 9	Tabulka četností pro oblast hodnocení organizačních podmínek.....	58
Tab. č. 10	Tabulka četností pro oblast hodnocení podpory vývoje dítěte.....	59
Tab. č. 11	Tabulka četností pro oblast hodnocení nabízených služeb.....	61
Tab. č. 12	Tabulka četností pro oblast hodnocení chování pracovníků .....	62
Tab. č. 13	Tabulka četností pro oblast hodnocení přístupu pracovníků.....	63
Tab. č. 14	Tabulka četností pro oblast celkového hodnocení služby.....	65
Tab. č. 15	Tabulka četností odpovědí na otázku týkající se účasti na akcích Střediska.....	67
Tab. č. 16	Kontingenční tabulka pro vyhodnocení hypotézy $H_1$ .....	68
Tab. č. 17	Kontingenční tabulka pro vyhodnocení hypotézy $H_2$ .....	69
Tab. č. 18	Kontingenční tabulka pro vyhodnocení hypotézy $H_3$ .....	71
Tab. č. 19	Kontingenční tabulka pro vyhodnocení hypotézy $H_4$ .....	72
Tab. č. 20	Tabulka testu dobré shody chí-kvadrát pro vyhodnocení hypotézy $H_5$ .....	73
Tab. č. 21	Tabulka testu dobré shody chí-kvadrát pro vyhodnocení hypotézy $H_6$ .....	74
Tab. č. 22	Tabulka pro test dobré shody chí-kvadrát (různě velké očekávané četnosti)..	75

**PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK**

Dobrý den, jmenuji se Jana Vyvlečková a jsem studentkou oboru sociální pedagogika na fakultě humanitních studií UTB ve Zlíně. V rámci své diplomové práce provádím výzkum zaměřený na kvalitu poskytované sociální služby rané péče ve Středisku rané péče z pohledu samotných uživatelů. Dotazník je zcela anonymní a jeho výsledky budou sloužit jednak pro účely mé diplomové práce a pro zlepšení nabízené služby. Děkuji Vám za Váš drahocenný čas a spolupráci.

**1. Jak dlouho spolupracujete se Střediskem rané péče?**

- a) do 1 roku
- b) od 1 do 3 let
- c) déle jak 3 roky

**2. Vzdálenost bydliště od Střediska rané péče**

- a) v místě bydliště
- a) do 30 km
- b) nad 30 km

**3. Typ postižení Vašeho dítěte**

- a) pohybové postižení
- b) mentální postižení
- c) kombinované postižení
- d) poruchy autistického spektra
- e) opožděný vývoj

**5. Rodinný stav**

- a) vdaná – úplná rodina
- b) soužití s partnerem
- c) svobodná matka bez partnera
- d) rozvedená
- e) vdova

**5. Jak hodnotíte službu z vašeho pohledu? Zaznačte prosím na stupnici 1 – 5 míru spokojenosti s jednotlivými položkami.** ( 1- velmi spokojeni , 2 - docela spokojeni, 3 – ani spokojeni, ani nespokojeni, 4 – nespokojeni, 5 – velmi nespokojeni)

<b>Organizační podmínky</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
možnost volit si frekvenci konzultací					

možnost volit si místo konzultací (domácí prostředí, středisko)					
možnost dohodnout si čas konzultací					
možnost ovlivnit délku konzultací					
<b>Podpora vývoje dítěte</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Stimulace vývoje dítěte					
Zvolená metodika					
<b>Nabídka služeb</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Edukační činnost					
Půjčování pomůcek					
Zprostředkování kontaktů					
Poskytování školského poradenství					
Poskytování sociálního poradenství					
<b>Chování pracovníka</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Respektování vašich potřeb					
Ochota naslouchat					
Ochota poskytnout potřebné informace					
Komunikační dovednosti poradce					
Důvěryhodnost poradce					
Spolehlivost poradce					
<b>Přístup pracovníka</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Ochrana vašeho soukromí					
Podpora rodičovských kompetencí					
Poskytování prostoru pro rozhodování o průběhu služby					
Podpora vašeho vztahu k dítěti					

**6. Účastníte se akcí pořádaných střediskem?**

- a) ano, účastníme se velmi často
- b) ano, účastníme se někdy některých akcí
- c) ne, ale do budoucna bychom chtěli
- d) ne, zatím o tom, neuvažujeme

**7. Pokud ano, uveďte prosím, kterých akcí střediska se účastníte?**

- a) setkání s psychologem
- b) víkendové pobyty
- c) plavání
- d) seminář s pracovníky SPC
- e) seminář s pracovníky Úřadu práce
- f) návštěva divadla
- g) návštěva galaxie

**8. Jak hodnotíte jednotlivé akce, kterých se účastníte.**

**Zaznačte na stupnici 1 -5** (1 - velmi spokojeni – 5 - vůbec nejsme spokojeni)

Akce střediska	1	2	3	4	5
Setkání s psychologem					
Víkendové pobyty					
Plavání					
Semináře s pracovníky SPC					
Semináře s pracovníky úřadu práce					
Návštěva divadla					
Návštěva galaxie					

**9. Napište své připomínky, náměty, postřehy a potřeby**

.....

.....