

**Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií**

**Specifika zdravotně sociální práce s rodinou s dítětem  
s ohroženým vývojem**

**Eva Vlachová**

**Bakalářská práce  
2013**

Prohlašuji:

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

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 29. 11. 2013

---

Eva Vlachová

#### Poděkování:

Tímto děkuji PaedDr. Zdeně Šáňdorové Ph.D., za její cenné rady, ochotu a připomínky během psaní bakalářské práce. Také děkuji MUDr. Janě Lukáškové, za umožnění vypracování výzkumné části bakalářské práce a všem respondentům, kteří se zúčastnili výzkumného šetření.

## ANOTACE

Bakalářská práce je zaměřena na specifika zdravotně sociální práce s rodinou s dítětem s ohroženým vývojem. Při respektování obecných východisek, především místa a úlohy této oblasti v celkovém vývoji společnosti, obrací pozornost na zkoumání oblasti podmínek života rodin, ve kterých žijí děti s ohroženým vývojem. Práce se zabývá určujícími vývojovými fázemi těchto dětí od narození, všímá si nejčastějších kritických situací, současně se však věnuje možným ovlivněním kvality života těchto jedinců. Důležitou roli přitom samozřejmě sehrává rodina. Autorka se v této souvislosti zaměřuje zejména na informovanost rodičů a fakticky jejich připravenost adaptovat se na uvedenou situaci. Provedla k tomu dotazníkové šetření, které přispívá k poznání stavu. Na tomto základě se práce snaží přinést konkrétní náměty a doporučení pro praktickou činnost zaměřenou na rodiny, které jsou postaveny před každodenní problémy plynoucí ze skutečnosti, že v nich žijí děti s ohroženým vývojem. Ty mohou být inspirativní jak pro zdravotně-sociální pracovníky, tak pro specializované organizace, které ve výše uvedené oblasti péče působí.

## KLÍČOVÁ SLOVA

Zdravotně-sociální práce, rodina, ohrožené dítě, raná péče

## ANNOTATION

The bachelor's thesis is focused on specific health and social work with families with a child at risk of development. With respect to the general bases, especially the place and role of this area in the overall development of society, draws attention to examining the living conditions of families in which the children live with the risk of development. This work deals with determining developmental stages of children from birth, noting the most common critical situations at the same time, deals, about the possible influence on the quality of life for these individuals. Of course important role played the family. The author in this context focuses on the awareness of parents and their readiness to effectively face the challenges arising from that situation. Conducted the survey, which contributes to the knowledge of the state. On this basis, the work seeks to provide concrete suggestions and recommendations for the practical action aimed at families who are faced with everyday problems arising from the fact, that there lives children with the risk of development. They can be inspiring for health

social workers and specialized organizations which in the above mentioned areas of care work.

## **KEYWORDS**

health and social work, family, vulnerable child, early care

## Obsah

Úvod.....	9
Cíl teoretické části práce .....	11
I. TEORETICKÁ ČÁST .....	12
1. Sociální práce.....	12
1.1 Vývoj sociální práce ve zdravotnictví.....	12
1.2 Sociální práce ve zdravotnických zařízeních .....	13
1.3 Rodina .....	13
1.4 Ohrožené dítě raného věku.....	14
1.5 Rizikový novorozenec.....	15
2. Podpora vývoje dítěte.....	17
2.1 Riziková poradna .....	17
3. Raná péče jako služba sociální prevence .....	18
3.1 Kompetence poradce rané péče.....	18
3.2 Integrovaná raná péče a její služby .....	19
3.3 Systém integrované rané péče.....	20
4. Standardy kvality služby sociální prevence .....	21
II. VÝZKUMNÁ ČÁST .....	22
5. Metodika výzkumu .....	22
5.1 Cíle výzkumné části práce .....	23
5.2 Výzkumné otázky .....	23
6. Specifika zdravotně-sociální práce s rodinou s dítětem s ohroženým vývojem.....	25
7. Prezentace výsledků dotazníku .....	30
8. Kazuistika.....	45
9. Diskuze.....	49
10. Závěr .....	52
11. Soupis použité literatury .....	54
12. Seznam obrázků, tabulek .....	56
13. Seznam příloh .....	57

## Úvod

Problematika sociální a zdravotně-sociální práce nabývá objektivně stále více na významu. Na rozdíl od předlistopadového politického a ekonomického systému, který přistupoval k této oblasti selektivně-tj. vyzdvihoval ty oblasti sociální a zdravotně-sociální práce, které byly v souladu se státní ideologií a propagovanými společenskými úspěchy (sociální jistoty, úspěchy zdravotnictví, zejména preventivní medicíny, boj proti infekčním a nakažlivým onemocněním), naopak tlumil, či bagatelizoval ty oblasti, které byly „nepříjemné“ (např. oblast problému fyzicky a mentálně postižených osob), je tato oblast veřejně diskutována a sledována. Přispívají k tomu samozřejmě jevy provázející vývoj současné české společnosti s dominujícími rysy tržního hospodářství a politického pluralismu, včetně nepříznivých dopadů recese výrazné části světové ekonomiky. Sociální rozvrstvení společnosti se zvyrazňuje (příslušné nůžky se rozevírají), objevují se ve větší míře nedemokratické názory a tendence (nacionalismus, rasismus). Navíc, právě v oblasti sociální, jakoby v reakci na současné jevy, rezonovaly odezvy bývalé společnosti státního socialismu.

Sociální práce je široká oblast činnosti zaměřená na zlepšení kvality života lidí, sociálních skupin a celé společnosti. Je mnohohrstevná. Snaží o prosazování sociální spravedlnosti, zlepšování kvality života, zdraví a rozvíjení plného potenciálu každého jednotlivce, skupin a společenství. Úroveň sociálního zabezpečení obyvatelstva, systém, který je stanoven a funguje, to jsou také jednoznačné vizitky úrovně a renomé toho konkrétního státu.

Sociální práce má kořeny v boji společnosti proti chudobě a z ní vyplývajících problémů. Sociální práci nelze zužovat jen na charitativní činnost. Pojem charity sahá do starověku a praxe poskytování chudým má kořeny ve všech hlavních světových náboženstvích. Sociální práce ale musí být chápána v širším měřítku. Není to jen odstranění, či překlenutí okamžitého nedostatku. Sociální práce je systém činností, které navzájem navazují, prolínají a sledují stanovený cíl. Není to jednorázový akt, nýbrž soustavný a pokud možno spolehlivý systém.

Z celé široké oblasti sociální práce mne nejvíce oslovila oblast zdravotně sociální. Mám k této oblasti vztah už od let základní školní docházky. Vždy jsem ráda pomáhala lidem a z toho vyplynul také výběr mého zvoleného povolání - zdravotní asistent. V rámci studia tohoto oboru probíhala praxe na různých odděleních Fakultní nemocnice Hradce Králové, kde jsem si uvědomila, že ne každý pacient odejde z nemocničního zařízení zdravý a potřebuje další péči. Proto jsem si chtěla rozšířit obzor o sociální oblast, tudíž volba bakalářského oboru

zdravotně-sociální pracovník. Výuka a praxe probíhala ve zdravotnických, sociálních zařízeních a na úřadech práce. Práce byla zajímavá a poučná ve všech zařízeních, ale nejvíce mě zaujala cílová skupina dětí. Z tohoto důvodu jsem si vybrala téma bakalářské práce Specifika zdravotně sociální práce s rodinou s dítětem s ohroženým vývojem.



## **Cíl teoretické části práce**

Teoretickým cílem bakalářské práce je popsat teorii sociální práce, historii sociální práce, sociální práci v zdravotnických zařízeních, rodinu, ohrožené dítě, ranou péči, obecně popsat Standardy kvality služby sociální prevence.

# I. TEORETICKÁ ČÁST

## 1. Sociální práce

Sociální práce je dle Matouška „společenskovední disciplína, pro kterou je charakteristické odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů (chudoby, zanedbávání výchovy dětí, diskriminace určitých skupin, delikvence mládeže, nezaměstnanosti). Sociální práce se opírá jednak o rámec společenské solidarity, jednak o ideál naplňování individuálního lidského potenciálu. Návratu k sociálnímu uplatnění jednotlivcům, rodinám, skupinám i komunitám pomáhají sociální pracovníci. Sociální pracovníci také pomáhají vytvářet příznivé společenské podmínky. Sociální práce je hlavním přístupem při poskytování sociální pomoci.“ (Matoušek, 2008, s. 200)

### 1.1 Vývoj sociální práce ve zdravotnictví

Dle mnohých autorů má sociální práce v České republice velmi zajímavou historii. Dle Gulové historické počátky sociální práce můžeme studovat z různých zdrojů z oblasti duchovní literatury, literatury faktu, ale i z historické literatury, kde je popisován život jedince ve společnosti v rámci jednotlivých historických období. Historii sociální práce spojuje se současnou sociální prací skutečnost, kterou je pomoc bližnímu (Gulová, 2011).

Mülpachr poukazuje na to, že sociální práce jako odborná a vědecká disciplína se vyvíjela a stále vyvíjí v blízké souvislosti s ostatními humanitními vědami. V systému společenské péče o člověka mají speciální pedagogika a sociální práce nenahraditelné místo. Ve speciální pedagogice je jedinec s jakýmkoliv postižením odkázán na péči odborníka, který musí mít vedle speciálně pedagogického vzdělání i průpravu sociálního pracovníka. Domény sociální práce a speciální pedagogiky lze chápat jako doplňující se systémy. Tam, kde v sociální realitě slábne intenzita působení intervenčních postupů speciální pedagogiky, sílí intenzita technologických postupů sociální práce. Jednotlivé domény sociální práce a speciální pedagogiky nelze chápat jako absolutní a ostře ohraničené (Mülpachr, 2004).

O pomoci lidem v minulosti se zmiňuje Monatová (1996) v souvislosti s vývojem speciální pedagogiky, kde píše o tom, že od počátku vývoje lidstva existovali jedinci, kteří trpěli nedostatky, vadami či poruchami. V některých zemích byli tito lidé s handicapem odmítáni, či zneužíváni například k těžké práci a jinde se jim naopak věnovala pozornost, pečovali a starali se o ně a někde je dokonce vzdělávali. Postižení žili v kláštorech, špitálech i v městských útulcích.

## 1.2 Sociální práce ve zdravotnických zařízeních

Zdravotně-sociální práce stojí na rozhraní sociální práce a zdravotnictví. Nemůžeme ji chápat pouze ve smyslu běžné sociální práce, ani jako zdravotní péči, o čemž svědčí důkazy v práci Kutnohorské, Ciché a Goldmanna (2011, s. 24).

Sociální práce ve zdravotnických zařízeních je nezbytnou součástí léčebného i ošetrovatelského procesu. Představuje oblast, kde se péče zdravotní prolíná s péčí sociální. Pomáhá při řešení sociálních problémů pacienta/klienta v případech, kdy toho není sám schopen a rodina v této krizové situaci péči poskytnout nechce nebo nemůže. V mnoha případech pacient/klient žádnou rodinu nemá. Tato forma pomoci nepochybně patří ke komplexnosti léčby (Marková, Šlenkrťová, 2008, [online]).

Kuzníková a kol. (2011, s. 18-19) podotýká, že sociální práce ve zdravotnictví je velmi různorodá. V souladu s posláním oboru sociální práce a s posláním daného zdravotnického zařízení, klade důraz na komplexní péči o pacienta/klienta.

Táž autorka uvádí, že sociální práce má svůj význam především v pomoci pacientovi/klientovi, jeho rodině i širšímu prostředí při zmírnění a odstranění negativních sociálních důsledků vyplývajících z nemoci. Nejedná se pouze o nemoc, ale i o zdravotní postižení, věk, ztrátu soběstačnosti, osamělost, závislost způsobující nepříznivou sociální situaci.

Shrneme-li tuto kapitolu, pak cílem zdravotně-sociální práce je *„iniciovat a realizovat sociálně-zdravotní služby, zapojovat se do týmové spolupráce a zároveň zdůrazňovat svou profesionální nezávislost“* a cílem sociální práce *„je využít vlivu psychosociální sféry na nemoc k lepší adaptaci, překonání obtíží, motivaci k léčbě, ke spolupráci a konečně ke kvalitnějšímu životu“* (Kuzníková, 2011, s. 18-19).

## 1.3 Rodina

Rodina má velmi důležitý význam pro celkový vývoj každého jedince. V průběhu historického vývoje se však měnil názor nejen na to, v čem je rodina pro vývoj dítěte účinná, ale co pod pojmem rodina rozumíme. Rodinný život je dán právními, sociálními a etickými normami, které se formují na pozadí úrovně společenského bytí (Šándorová, 2005, s. 51).

Nejvýznamnější součástí společenské mikrostruktury je rodina, v níž se realizují procesy zespolečňování jedince. Vědomí této skutečnosti se odráží v přístupech

společnosti k rodině. Motivuje společenskou péči o tuto instituci a podporuje její ochranu. Péče státu o dítě má v komplexní celospolečenské péči o dětskou populaci mimořádně významné místo. Lze ji chápat z hlediska systémového přístupu. Rodina představuje biosociální systém, který neustále hledá a nachází své místo ve společnosti (Šándorová, 2005, s. 51).

*„Dále je možné rodinu definovat jako malou primární společenskou skupinu, založenou na svazku muže a ženy, na pokrevním vztahu rodičů a dětí či vztahu jej substituujícím (osvojení), na společné domácnosti, jejíž členové plní společensky určené a uznané role vyplývající ze soužití, a na souhrnu funkcí, jež podmiňují existenci tohoto společenství a dávají mu vlastní význam ve vztahu k jedincům a celé společnosti“ (Dunovský, 1999, s. 92).*

Rodinu chápeme jako:

- nukleární (tvořena pouze rodiči a potomky),
- rozšířenou (zahrnuje i další příbuzné, např. prarodiče),
- orientační (rodiny, kde jedinec vyrůstal),
- rozmnožující (rodina založená dvojicí nových manželů).

Funkce rodiny je charakterizována jako souhrn úkolů, které rodina plní vůči svým členům v daném sociálním prostředí. Většina autorů uvádí následující funkce:

- biologicko-reprodukční: pokračování rodu a uspokojování vzájemných sexuálních potřeb mezi manžely,
- emocionální: uspokojování citových potřeb
- výchovně- socializačních a enkulturačních: utváří charakterové vlastnosti osobnosti dítěte
- ekonomicko-zabezpečovací: materiální zabezpečení jednotlivých členů,
- ochrannou (Šándorová, 2005, s. 52).

## **1.4 Ohrožené dítě raného věku**

Za dítě s ohroženým vývojem v této bakalářské práci považuji konkrétně dítě z rizikového těhotenství, např. ohrožené drogovou závislostí matky a to již v prenatálním období, s nízkou porodní hmotností, nedonošené, s vrozenou vývojovou vadou,

s metabolickými poruchami a dalšími funkčními problémy. Toto dítě potřebuje okamžitou zvýšenou zdravotní péči a rodina psychosociální podporu a služby.

## 1.5 Rizikový novorozenec

Rizikový novorozenec je každý novorozenec, jenž je ohrožen ve svém vývoji, i v oblasti biologické, tak i sociální i psychické. Příčiny ohrožení mohou být různé, vnější či vnitřní. Vztahují se k pre-, peri- a postnatálnímu vývoji dítěte. Mohou vycházet ze zdravotního stavu dítěte, matky, ale i z patologie okolí.

Období prenatální je pro vývoj plodu důležitým, ale zároveň velice citlivým a rizikovým obdobím. Během intrauterinního vývoje může dojít ke vzniku mnohých patologií. Příčiny mohou být různé:

- Zdravotní stav matky- některá onemocnění mohou vést k postižení plodu, nebo přenosu onemocnění z matky na plod,
- Kontakt matky s infekčním onemocněním během těhotenství (př. zarděnky, toxoplazmóza, syfilis),
- Postižení rodičů- u některých vad, či onemocnění hraje roli dědičnost,
- Věk ženy (Za rizikové se uvádí matky mladší 17 let a starší 35 let. U těchto žen je vyšší riziko předčasných porodů, či vrozených vad u narozených dětí),
- Neúspěchy předchozích těhotenství a interrupce,
- Vícečetná těhotenství,
- Nezdravý životní styl matky- špatná výživa matky během těhotenství, ale i užívání alkoholu, kouření a jiných drog,
- Tvrdá fyzická práce, vlivy psychosociální,
- Špatná socioekonomická situace – nízký finanční příjem, nízké dosažené vzdělání, nezaměstnanost,
- Nedostatečná prenatální péče.

K uvedené skupině rizikových novorozenců, u nichž je příčinou poruch vývoje zdravotní stav, lze přiřadit i děti ohrožené ve vývoji z příčin patologie v prostředí, které obklopuje narozené dítě. Novorozenec přichází do prostředí, které mu není schopno zajistit vhodnou péči a vedení, uspokojovat jeho základní bio-psycho-sociální potřeby, čímž je ohrožen následný vývoj. Příkladem může být:

- Výchova dítěte nezletilou matkou, u níž se může vyskytnout psychická nepřipravenost o dítě pečovat,
- Výchova rodiči, kteří jsou zdravotně postiženi či zdravotně oslabeni,
- Výchova dítěte v rodině, která není schopna se o své dítě starat, zanedbává jeho péči, nebo dokonce své dítě týrá.

Zvláštní kategorií jsou děti z nechtěného těhotenství, kdy je matka „nucena“ k výchově dítěte, které nebylo očekáváno, nebo vůbec chtěno. U ohrožených dětí je důležitá především včasná a správná diagnóza, snaha o prevenci a terapii rizikových stavů, dlouhodobé sledování dítěte a správně diagnostické a prognostické zhodnocení jeho stav. Je tu kladen důraz na včasnou intervenci. Čím dříve se riziko odhalí, tím dříve se může pro jeho eliminaci něco učinit. Včasnou speciálně výchovnou péčí, spolu s odbornou zdravotnickou péčí se může opožďování vývoje dítěte často předejít nebo ho alespoň do značné míry zmírnit a připravit tak optimální podmínky pro rozvoj dětské osobnosti (Šándorová, 2005, s. 41).

## **2. Podpora vývoje dítěte**

Podporu pro rodinu a ohrožené dítě v České republice v kontextu zdravotnických služeb poskytují rizikové poradny a neonatologická centra a v kontextu sociálních služeb služby sociální prevence rané péče.

### **2.1 Riziková poradna**

Jedná se o zdravotnickou specializovanou ambulanci pro děti ohrožené rizikovým vývojem. Tyto ambulance jsou zřizovány u většiny perinatologických nebo intermediárních center. Jsou k tomu dva hlavní důvody.

První a nejdůležitější důvod je sledovat vývoj konkrétního dítěte, včas odhalit případné problémy a co nejdříve je pomoci řešit.

Druhým důvodem je zpětná vazba pro lékaře neonatologie, a to v pozitivním i negativním smyslu slova. Je velice povzbuzující sledovat, jak se dítěti přes všechny nástrahy, které muselo překonat, dobře daří. Vědět, že přes počáteční beznaděj je někde na konec obrovská naděje, že se bude dobře vyvíjet.

Hlavním lékařem v rizikové poradně bývá neonatolog. Může jím být také pediatr orientující se na problematiku nedonošených novorozenců. Poradna většinou spolupracuje s dalšími odborníky, jako je neurolog, fyzioterapeut, alergolog a pneumolog, vývojový pediatr, psycholog. Do rizikové poradny se většinou dochází v delších časových intervalech, např. 1x za 3 měsíce, podle potřeb dítěte.

### 3. Raná péče jako služba sociální prevence

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

Do rané péče je nutno zahrnout nejen dítě s postižením, ale i jeho rodiče a celou rodinu, neboť podstatným faktorem pro rozvoj psychických a fyzických funkcí dítěte je láskyplná stimulace a interakce s jeho rodiči (Šándorová, 2005, Hradilková [online], 2006). Rodiče také mohou odborníkům poskytnout o dítěti důležité informace o problémech dítěte, jeho očekáváních pocitech (Šándorová, 2005, s. 89). Raná péče podporuje nejen vývoj dítěte v psychosomatické a sociální oblasti, ale také celou rodinu. Rodina je členem týmu, který dítěti pomáhá. Dalšími členy týmu jsou lékaři, sociální pracovníci, psychologové, speciální pedagogové, fyzioterapeuti, pracovníci středisek pro ranou péči. Velmi důležitá je jejich vzájemná spolupráce. Při poskytování rané péče provádějí odborníci konzultační návštěvy v rodině klienta, protože v domácím prostředí se dítě cítí nejlépe. Odborník může navázat lepší kontakt a spolupráci (Pilařová a Hradilková, 1999).

#### 3.1 Kompetence poradce rané péče

*Dle definice 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. Služba je zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby.“ (Zákon č. 108/2006 Sb., v platném znění §54)*

Postižené dítě má právo na zvláštní péči, výchovu profesní přípravu, aby mohlo žít plným a důstojným životem a dosáhnout nejvýše možného stupně samostatnosti a sociálního začlenění (Úmluva o právech dítěte, 1989).

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



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

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

### **3.2 Integrovaná raná péče a její služby**

Hlavní dvě skupiny služeb, do kterých můžeme ranou péči rozdělit, jsou:

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

Podpora rodiny zahrnuje:

- poradenství
- terénní sociální práce (vyhledávání klientů, navazování kontaktů)
- socioterapie
- rodinná terapie
- návštěvy poradců a konzultantů v rodinách
- rehabilitační pobyty
- půjčování pomůcek a literatury
- pomoc při prosazování zájmů a práv rodiny
- mnoho dalších (Jurčková [online], 2008)

Podpora vývoje dítěte zahrnuje:

- posouzení vývojové úrovně
- vypracování individuálního plánu
- podpora v domácím prostředí, ale také poskytování terapie ambulantně v poradnách rané péče či jiných institucích, jako například kojenecké ústavy apod. (Jurčková [online], 2008).

### **3.3 Systém integrované rané péče**

Pojem integrovaná raná péče (IRP) zahrnuje podporu vývoje dítěte v oblasti psychosomatické i sociální a také poskytuje podporu celé rodině. Rodina se stává jedním z článků týmu, který pomáhá dítěti. Dalšími články týmu jsou lékaři, sociální pracovníci, speciální pedagogové, psychologové, fyzioterapeuti, pracovníci středisek pro ranou péči a mnozí další. Velmi důležitá je zde především spolupráce všech těchto článků navzájem (Pilařová a Hradilková, 1996).

## **4. Standardy kvality služby sociální prevence**

V současné době je vnímání sociálních služeb obecně zacíleno na kvalitu poskytovaných služeb, na nastavení jejich pravidel, na přístup ke klientům, na odbornost pracovníků, kteří tuto služby zajišťují. Při poskytování služeb je kladen důraz na dodržování lidských práv při individuálním poskytování služeb, respektování svobodné vůle klienta, na zajištění jeho důstojného života a zaměřením na jeho sociální začlenění, integraci.

Obecným cílem sociálních služeb je tedy zajistit takovou míru podpory, která vede k samostatnému a důstojnému životu.

V procesu poskytování sociálních služeb je zásadní změnou zaměření na konkrétní situaci klienta, z níž vychází uplatňovaný princip individuálního plánování. Poskytovatel společně s klientem uzavírají smlouvu o poskytování sociální služby. Tím jsou stanovena základní práva i povinnosti obou smluvních stran. Samotné poskytování sociální služby vychází z individuálních potřeb, cílů a přání klienta a z možností konkrétního poskytovatele. Konkrétní služba a její rozvoj musí vždy vycházet z potřeb klienta, z jeho individuálního plánu.

Nositelem kvalitních sociálních služeb je personál. Profesionalizace sociálních služeb vyústila v nastavení odborné způsobilosti sociálních pracovníků, pracovníků v sociálních službách a dalších pracovníků. Pro poskytování bezpečné, kvalitní a efektivní služby již nestačí jen nadšení a empatie, ale pracovníci musí rozvíjet svoji odbornost a přizpůsobovat se novým požadavkům vzhledem ke své profesi.

S rozvojem kvality poskytovaných služeb nutně souvisí celková formalizace. Je proto oprávněným požadavkem, aby sociální služby byly jasně vymezeny, aby byly veřejně známy jejich závazky a aby byla jasně formulována pravidla jejich poskytování. To specifikuje Zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách v platném znění a stanovuje povinnosti poskytovatelů, další požadavky se odvíjí od standardů kvality sociálních služeb.

## II. VÝZKUMNÁ ČÁST

### 5. Metodika výzkumu

Bakalářská práce je teoreticko-výzkumná. V rámci výzkumné části byla použita analýza materiálu - Standardy kvality sociálních služeb, metoda dotazníkového šetření a kazuistika.

Kvantitativní výzkum byl prováděn prostřednictvím dotazníkového šetření. Jedná se o písemný způsob dotazování. Dotazníkové šetření bylo sestaveno po dohodě s vedoucí práce a obsahovalo 14 otázek. Otázky charakterizují cílovou skupinu respondentů, poskytující základní data o ohroženém dítěti, zaměřující se na uspokojování potřeb podpory rodiny ze stran odborníků, rady pro rodiny v oblasti obdobné situace. Dotazníkové šetření bylo zcela anonymní. Bylo rozdáno 45 dotazníků rodičům předčasně narozených dětí ve zdravotnickém zařízení v Královéhradeckém kraji v období od 1. do 30. 5. 2013. Kompletně vyplněných dotazníků se vrátilo 30. Na dotazník odpovědělo 29 matek a 1 otec. Respondenti měli možnost označit ve většině případů vždy jednu správnou odpověď. U jediné otázky mohli respondenti označit více možností. Získaná data ve výzkumu byla vyhodnocena a graficky znázorněna pomocí programu Microsoft Excel 2010. U dotazníku byl použit statistický vzorec:  $f_i = (n_i / n) * 100$  pro procentuální vyjádření, ( $f_i$ ) označuje relativní četnost, kterou udáváme v procentech, ( $n_i$ ) označuje absolutní četnost a ( $n$ ) celkový počet respondentů. V interpretacích výsledků a v grafech byly výsledky zaokrouhleny. V prezentaci výsledků jsou uvedeny grafy eventuelně tabulka.

#### **Analýza dokumentů**

Analýza dokumentů je velmi významným zdrojem informací při provádění výzkumu. Opírá se o hmatatelné výsledky činnosti člověka. Na rozdíl od pozorování, které zachycuje aktuální skutečnosti má analýza dokumentů výhodu v tom, že není omezena na krátký časový úsek. Dokumenty a zkoumáme proto, abychom získali co možná nejvíce informací o studovaném objektu, události (Hendl, 2005).

#### **Dotazník**

Dotazníky slouží k zjišťování informací v populaci nebo i v nějaké menší skupině osob. Na jejich základě dochází k vyhodnocování určitých skutečností (názorů, postojů,

preferencí. Dotazníky mohou sloužit například k průzkumům veřejného mínění (Chráška, 2007).

### **Kazuistika**

Kazuistika je popis a výklad konkrétních případů, zpravidla místo teoretické analýzy pojmových znaků. Ve vztahu k moderním vědám užíván jako synonymum pro případovou studii. Vytvoření kazuistiky je součástí druhé etapy sociální práce, a to etapy diagnostické. Diagnostická etapa je zaměřena na zjištění a hledání příčin, které vedly k určitému sociálnímu problému. K diagnóze sociální pracovník dospěje na základě záměrných rozhovorů s jedincem a šetřením v domácnosti. Na základě zjištěných poznatků sociální pracovník vytvoří kazuistiku (Punch, 2008).

## **5.1 Cíle výzkumné části práce**

Ve výzkumné části práce v rámci kvalitativního výzkumu je hlavním cílem popsat na základě analýzy materiálu Standardy kvality sociálních služeb specifika zdravotně-sociální práce v rodinách s dětmi s ohroženým vývojem.

Za dílčí výzkumné cíle na základě dotazníkového šetření považujeme:

- Zjistit charakteristiku respondentů
- Popsat základní data o ohroženém dítěti
- Zjistit, jaká je kvalita podpory odborníků od narození ohroženého dítěte a jak jsou uspokojovány potřeby rodičů v péči o ohrožené dítě
- Zjistit, jaké rady a informace doporučují rodiče rodičům v obdobné situaci

## **5.2 Výzkumné otázky**

Hlavní výzkumná otázka:

**Jak odrážejí Standardy kvality specifika zdravotně-sociální práce s rodinou s dítětem s ohroženým vývojem?** (práce poradce rané péče)

Další výzkumné otázky:

**Poskytli zdravotně sociální pracovníci ve spolupráci s lékařským týmem rodičům dítěte s ohroženým vývojem dostatek informací?**

**Mají rodiče možnost využít pomoci a podpory u dalších institucí nebo organizací?**

**Jaké rady a informace doporučují rodiče rodičům v obdobné situaci?**

Dotazníkových šetřeních byla zjišťována otázkami č. 1-3 charakteristika respondentů, otázkami č. 4-8 základní údaje o ohrožených dětech.

## **6. Specifika zdravotně-sociální práce s rodinou s dítětem s ohroženým vývojem**

**Výzkumná otázka: Jak odrážejí Standardy kvality specifika zdravotně-sociální práce s rodinou s dítětem s ohroženým vývojem?** (práce poradce rané péče)

Specifika zdravotně-sociální práce s rodinou a dítětem raného věku s ohroženým vývojem můžeme odvodit mimo jiné ze standardů kvality služby sociální prevence rané péče. I když standardy dávají jasný rámec kvalitě každé služby, cesty k jejich naplňování na pracovišti rané péče jsou odrazem specifických a jedinečných podmínek vzhledem k procedurálním, personálním i provozním podmínkám.

V rámci standardů nazýváme zdravotně-sociálního pracovníka tzv. poradcem rané péče.

**Dle standardu, který se zaměřuje na cíle a zásady služby sociální prevence rané péče,** poradce rané péče poskytuje terénní, popřípadě ambulantní formou službu sociální prevence ranou péči, a to dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let. Zaměřuje se na podporu rodiny a podporu psychomotorického vývoje dítěte s ohledem na individuální speciální potřeby, aktivizuje a posiluje kompetence rodiny a snižuje její závislost na sociálních systémech, vytváří pro dítě i rodinu podmínky sociálního začleňování. Poradce poskytuje službu sociální prevence ranou péči v náležité kvalitě s důsledným zajištěním lidské důstojnosti, lidských práv a základních svobod. Služba je poskytovaná zcela zdarma.

### **Poradce se řídí zásadami a principy služby**

Mezi zásady patří:

- zachování lidské důstojnosti
- dodržování lidských práv a základních svobod.

### **Z principů jsou nejdůležitější:**

#### **Princip důstojnosti a individuálního přístupu**

Dle tohoto principu jednání poradce rané péče s klientem probíhá v každé situaci dle zásad partnerství v souladu s Etickým kodexem. Je respektována ochrana klienta před předsudky

a negativním hodnocením, individualita dítěte a kulturní, sociální a výchovné zvláštnosti každé rodiny.

**V kontextu principu ochrany soukromí klienta** během konzultace v domácím prostředí klienta vstupuje poradce rané péče pouze na ta místa, kam je zván. Veškeré informace o klientovi poskytuje pouze s jeho souhlasem. S dokumentací o klientovi se nakládá jako s důvěrným materiálem.

**Princip zplnomocnění spočívá v tom, že poradce** rané péče respektuje právo klienta na kvalifikované a objektivní informace v množství, jaké si vyžádá a právo a zodpovědnost klienta rozhodovat o sobě. Při plánování a hodnocení programu služby raná péče jsou rodiče členy interdisciplinárního týmu.

**Dle principu přirozenosti prostředí** je převážná část služeb klientům poskytována v přirozeném prostředí dítěte, tj. v rodině. Poradce si domlouvá domácí konzultace tak, aby respektoval běžný chod a rytmus rodiny.

**V principu kontinuity péče** v rámci ukončování služby je klient poradcem rané péče informován o návazných službách a je mu nabídnuto jejich zprostředkování v regionu. Poradce podporuje sociální integraci (sociální začleňování) dítěte a jeho rodiny v rámci komunity a regionu, společnosti.

Aby zvládl poradce rané péče **pracovní postupy zajišťující řádný průběh služby**, musí být orientován v právní oblasti, v metodických a diagnostických postupech při plnění činností a úkonů dané zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a Vyhláškou v platném znění č. 505/2006 Sb., a v konkrétních vnitřních předpisech organizace poskytujících službu sociální prevence ranou péčí dle § 54 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

**Poradce musí respektovat dle standardů ochranu práv osob.** Poradce respektuje standard, kde jsou písemně zpracovaná pravidla, jak jednat v případě, kdyby došlo při poskytování služby k porušování práv nebo kdyby došlo ke střetu zájmů mezi uživateli či mezi uživatelem a poradcem. Poradce je povinen zajišťovat rovné zacházení se všemi klienty. Je zakázána jakákoli diskriminace klientů, ať už z důvodů rasy, náboženství, pohlaví nebo majetkových poměrů. Poradce nesmí neoprávněně zasahovat do soukromého a rodinného života klienta. Musí zachovávat jeho lidskou důstojnost, osobní čest, dobrou pověst. Dále je zavázán chránit veškeré osobní údaje klienta před zneužitím.



Také standard- **jednání se zájemcem o službu sociální prevence raná péče** má svá pravidla. Při prvním kontaktu má poradce stanovený rozsah a obsah základních informací a údajů, které jsou poskytovány a zjišťovány všem zájemcům při prvním kontaktu tak, aby každý zájemce disponoval stejnými informacemi. Obsahem prvního kontaktu jsou základní informace o službě a poskytovateli a cílové skupině. Poradce zjišťuje, zda zájemce splňuje okruh oprávněných osob pro poskytování sociální služby v ČR dle §4 zákona o sociálních službách, základní kritéria pro přijetí, zjišťuje kontaktní údaje a domluví osobní schůzku v místě dle přání zájemce o službu. Z prvního kontaktu pořizuje poradce písemný záznam. Záznamy se ukládají do složky k tomu určené (např. jednorázové konzultace).

Po prvním kontaktu následují jednorázová konzultace. Probíhá vždy formou osobního setkání. Vzhledem k optimálnímu, nerušenému a efektivnímu průběhu je nutné, aby poradce předem dohodnul začátek jednání, jeho orientační délku a místo. Zájemce musí obdržet od poradce všechny zásadní informace o službě, aby se mohl objektivně rozhodnout, zda službu využije. Jednorázová konzultace se může realizovat přímo v terénu - přirozeném prostředí, v rodině, v místě sídla poradce nebo jinde dle volby zájemce. Nejedná se o sociální šetření ve smyslu zákona o sociálních službách, proto poradce vstupuje k zájemci na základě pozvání a vstup do bytu ani samotné provedení konzultace si nemůže vynucovat jako zákonné oprávnění.

#### **Doporučuje se následující průběh jednorázové konzultace se zájemcem o službu:**

Jednorázové konzultace se zájemcem se zpravidla zúčastní 2 poradci rané péče. Jednání vede poradce rané péče – sociální pracovník, který vede konzultaci s rodiči, zákonnými zástupci. Druhý poradce pracuje s dítětem, aby rodiče, resp. zákonní zástupci a poradce rané péče – sociální pracovník, měli klidné prostředí pro jednání.

**Dle standardu, který popisuje strategii Smlouvy o poskytování služby sociální prevence raná péče**, jsou nutné údaje pro uzavření smlouvy. Ty jsou získávány při jednání poradce rané péče a zájemce o službu. Identifikační údaje jsou zjišťovány při osobním jednání a zaznamenány v osobním listě klienta. Spolu se smlouvou seznamuje poradce zájemce s vnitřními pravidly poskytování služby sociální prevence rané péče.

#### **Ve standardu je také doporučen postup při ukončení smlouvy o poskytování služby.**

Ukončení služby je proces, který trvá cca 3 měsíce. Poradce rané péče vypracuje návrh Zprávy o rané péči, jejíž obsah konzultuje s klientem. Podpisem Zprávy o rané péči klientem

dochází k ukončení poskytování služby a tím i platnost smlouvy. Součástí Zprávy o rané péči je doporučení poradce dalšího postupu, nabídka následných služeb sociálních, zdravotnických a výchovně vzdělávacích, které napomohou řešit jeho další situaci. Poradce je povinen po ukončení služby vyžádat si od rodičů zapůjčené stimulační didaktické hračky, literaturu a další kompenzační a rehabilitační pomůcky.

**Dle standardu, který se zaměřuje na individuální plánování služby sociální prevence rané péče** poradce s každým uživatelem plánuje průběh služby a vyhotovuje o něm záznam, tzv. individuální plán. Individuální plán vychází z potřeb cílů, kterých chce uživatel pomocí užívané služby dosáhnout. Každý uživatel má k dispozici určeného, tzv. klíčového pracovníka, se kterým může probírat změny svých potřeb a přání.

**Důležitou součástí práce poradce rané péče je zajištění dokumentace o poskytování služby sociální prevence rané péče.** Poradce rané péče je povinen chránit osobní dokumentaci před ztrátou, zneužitím a dalšími typy ohrožení. Dokumentace klienta je uložena v uzamčené místnosti a v uzamčené skříni. Přístup k dokumentaci mají pouze poradci rané péče. V případě terénní práce musí poradce rané péče dokumentaci maximálně ochraňovat a zajistit její bezpečnou přepravu, např. tím, že ji nebude nechávat bez dozoru ve služebním automobilu, v případě cestování hromadnými prostředky ji nebude odkládat do prostoru zavazadel, ale zajistí její bezpečnost s tím, že ji položí v bezpečném prostoru u sebe. Je zakázáno brát si k doplnění dokumentace dokumentační materiál mimo pracoviště, např. domů.

**Poradce rané péče má povinnost seznámit dle standardu uživatele s návaznými dostupnými službami na další dostupné zdroje.** Poradce rané péče svou činnost nenahrazuje běžně dostupné veřejné služby, ale vytváří příležitosti pro využívání této služby klientem, poradce zprostředkovává klientovi kontakt na služby jiných fyzických a právnických osob, poradce podporuje klienty v kontaktech a vztazích s přirozeným sociálním prostředím.

**Nezbytně nutným předpokladem efektivní a kvalifikované sociální služby je její personální a organizační zajištění.** Poradce musí znát personální a organizační zajištění sociální služby.

**Standardy zdůrazňují také důležitý profesní rozvoj zaměstnanců.** Poradce je nucen celoživotně se vzdělávat a zvyšovat si kvalifikaci.

Další standardy kvality sice nesouvisí přímo se specifikací zdravotně-sociální práce, ale jsou podstatné pro efektivní poskytování služby. Jedná se o standard zabývající se místní a časovou dostupností poskytované služby sociální prevence raná péče. Poradce poskytuje služby převážně v terénu, tedy v domácím přirozeném prostředí klienta. Ambulantní služba se poskytuje na pracovišti poradce na příslušné adrese. Poradce musí dodržovat materiální, technické a hygienické podmínky, doplňkovou ambulantní formu služby sociální prevence raná péče poskytuje poradce v důstojném prostředí. Poradce ví, jak postupovat při nouzových a havarijních situacích, poradce vede dokumentaci o průběhu a řešení nouzových a havarijních situací.

**Posledním významným standardem je - Zvyšování kvality služby.** Poradce průběžně kontroluje a hodnotí, zda je způsob poskytování služby v souladu s definovaným posláním, cíli, zásadami, osobními cíli jednotlivých klientů, poradce se zapojuje do hodnocení.

V rámci standardů je diskutována problematika získávání zdravotních informací o dítěti a uchování těchto informací v dokumentaci klienta. V rámci analýzy standardů bylo zjištěno, že tato dokumentace je v klientském materiálu, ale výrazně odlišena. Tato situace je ošetřena zákonem č. 101/2000 Sb.

Shrnutí:

Na výzkumnou otázku Jak odrážejí Standardy kvality sociální služby specifika zdravotně-sociální práce s rodinou s dítětem s ohroženým vývojem lze konstatovat, že je tento materiál plně využitelný. Přesně popisuje specifika zdravotně-sociální práce jak v oblasti procedurální (průběh sociální služby), tak personální a provozní.

## 7. Prezentace výsledků dotazníku

Při prezentaci výsledků dotazníkovým šetřením je realizován tento postup: Otázka, graf a komentář výsledků.

Informační údaje o respondentech

Otázka č. 1- Vaše pohlaví?

a) Muž

b) Žena

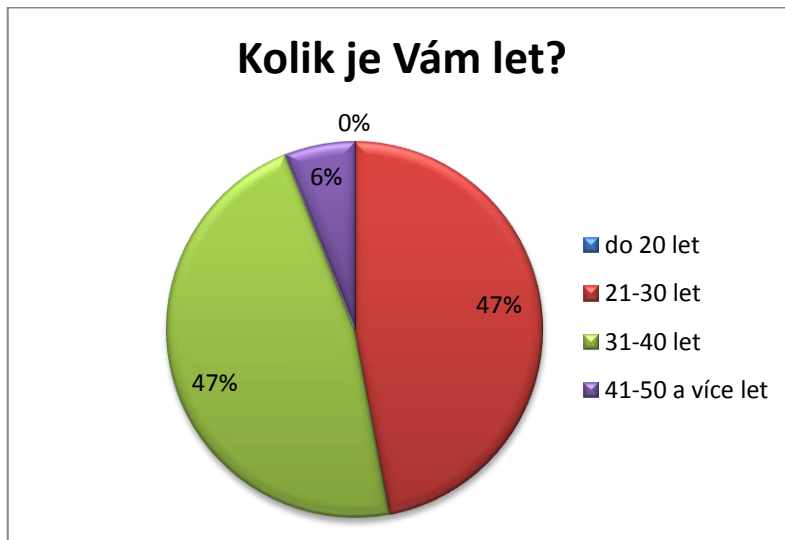


Obrázek 1 Graf pohlaví

Ve složení respondentů jednoznačně převažovaly ženy- 29 (99 %). Odpověděl pouze 1 muž (1 %).

Otázka č. 2- Kolik je Vám let?

- a) do 20 let
- b) 21 – 30 let
- c) 31 – 40 let
- d) 41 - 50 a více



Obrázek 2 Graf věk respondentů

Věková hranice respondentů se shodně soustředovala do rozmezí 21-30 let 14 odpovědí (47 %), nebo 31-40 let 14 odpovědí (47 %). Do 20 let byla četnost respondentů nulová (0 %), nad ní malá- 2 odpovědi (6 %).

Otázka č. 3- Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) Základní      b) Vyučen/a      c) Středoškolské bez maturity  
d) Středoškolské s maturitou    e) Vyšší odborné    f) Vysokoškolské

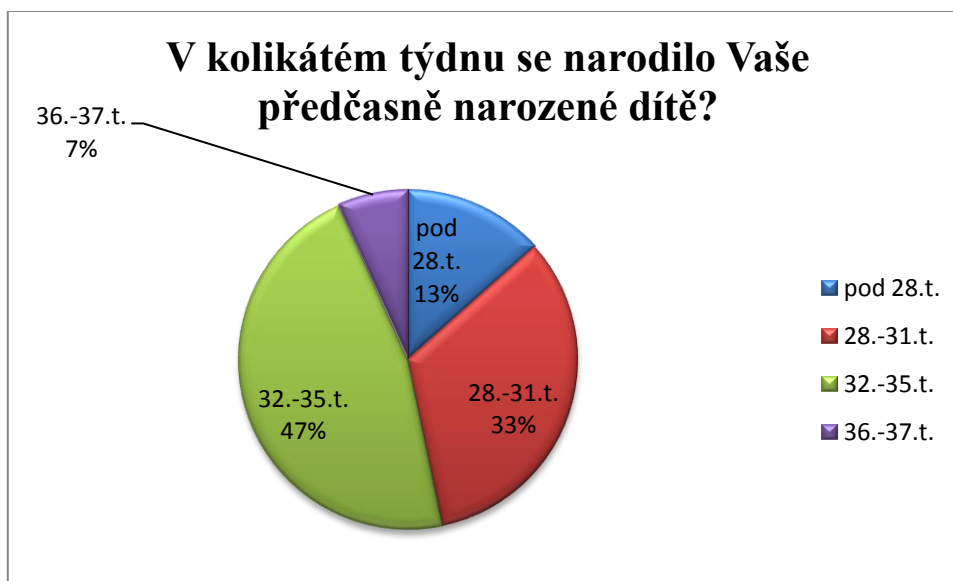


Obrázek 3 Graf vzdělání respondentů

Z hlediska vzdělání bylo nejvíce středoškoláků s maturitou 12 (40%) a poté vysokoškolsky vzdělaných 8 (27%). 4 respondenti (7%) uvedli, že jsou vyučeni, 4 respondenti (7%) uvedli vyšší odborné vzdělání, 2 respondenti (7%) uvedli středoškolské vzdělání bez maturity.

Otázka č. 4-V kolikátém týdnu se narodilo Vaše předčasně narozené dítě?

- a) pod 28. týden
- b) 28. – 31. týden
- c) 32. – 35. týden
- d) 36. – 37. týden



Obrázek 4 Graf týden porodu

Ve výzkumném vzorku se v 32. – 35. týdnu těhotenství se narodilo 14 dětí (47 %), v 28. - 31. týdnu těhotenství se narodilo 10 dětí (33 %), 4 děti (13 %) se narodily pod 28. týden těhotenství, 2 děti (7 %) byly narozeny téměř v plánovaném termínu.

Otázka č. 5- Jaká byla porodní váha Vašeho předčasně narozeného dítěte?

a) pod 1000g

b) 1000g – 1500g

c) 1500g- 2500g

d) nad 2500g



Obrázek 5 Graf porodní váhy

Ve výzkumném vzorku mělo největší zastoupení váhové rozmezí 1500g- 2500g 16 odpovědí (53 %). 11 respondentů (37 %) uvedlo odpověď 1000g – 1500g. S porodní váhou nad 2500g se narodily 2 děti (7 %). Potěšující okolností je, že pod 1000g se narodilo pouze 1 dítě (3 %).



Otázka č. 6- Jaké zdravotní problémy mělo Vaše dítě po narození?

a) syndrom dechové tísně

b) nezralé plíce

c) infekce

d) krvácení do mozku

e) jiné

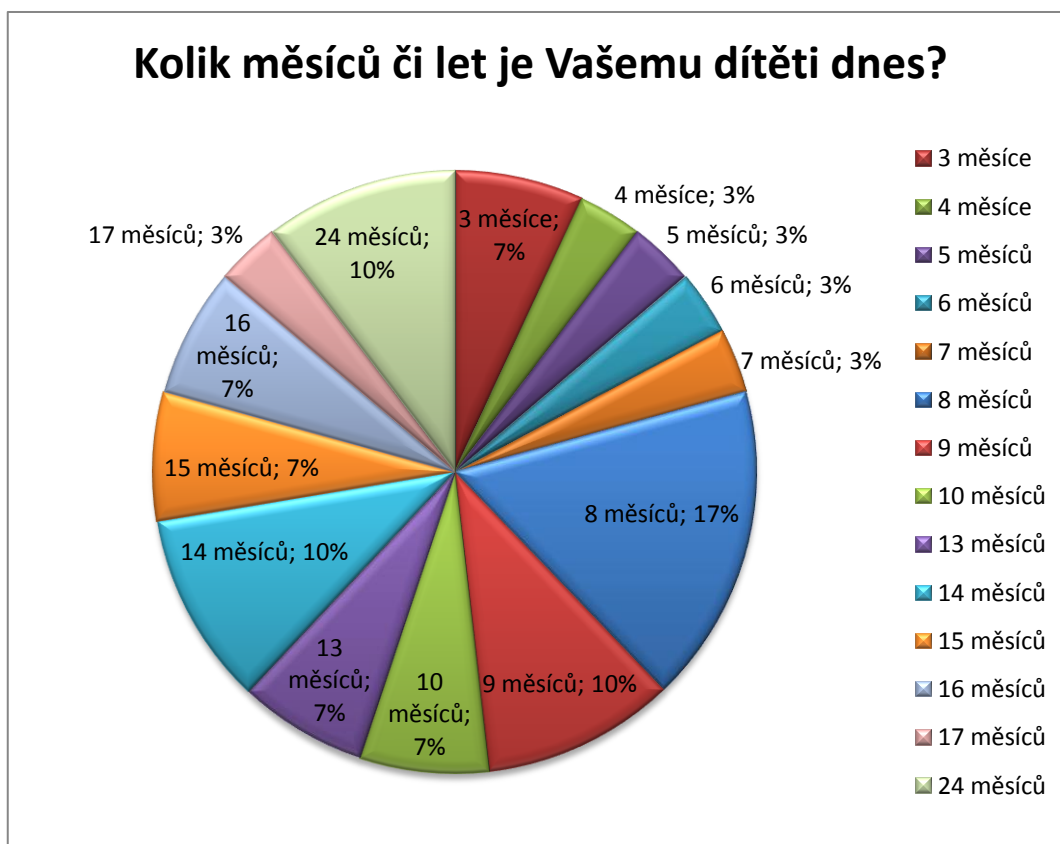
f) žádné

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) syndrom dechové tísně	9	23%
b) nezralé plíce	6	15,5%
c) infekce	4	10%
d) krvácení do mozku	3	8%
e) jiné	8	20,5%
f) žádné	9	23%
<b>Celkem</b>	<b>39</b>	<b>100,0%</b>

Obrázek 6 Zdravotní problémy

Nejvíce zastoupené odpovědi byly syndrom dechové tísně- 9 respondentů (23 %) a žádný zdravotní problém- 9 respondentů (23 %). V osmi odpovědích (20,5 %) respondenti uvedli jiné zdravotní problémy, 6 respondentů (15,5 %) označilo nezralé plíce, 4 respondenti (10 %) infekce, 3 respondenti (8 %) krvácení do mozku.

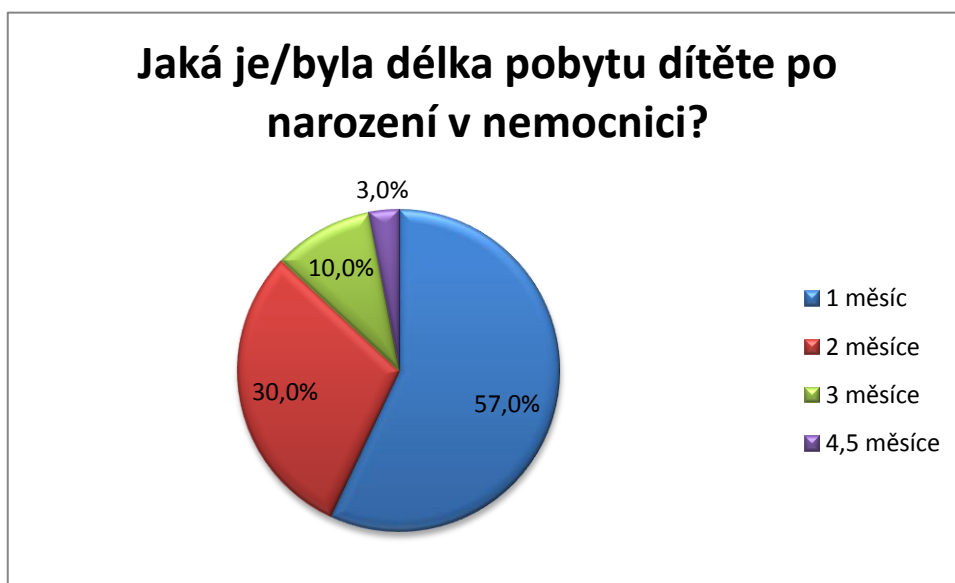
Otázka č. 7- Kolik měsíců či let je Vašemu dítěti dnes?



Obrázek 7 Graf nynější věk dítěte

Ve výzkumném vzorku odpověděli 2 respondenti (7 %), že jejich dítě je tříměsíční. U 4, 5, 6 a 7 měsíců byla vždy jedna odpověď (3 %). Nejčastěji navštěvují rizikovou poradnu osmiměsíční děti- 5 odpovědi (17 %), devítiměsíční děti- 3 odpovědi (10 %). Desetiměsíční, třináctiměsíční, patnáctiměsíční, šestnáctiměsíční děti měly vždy 2 odpovědi (7 %), čtrnáctiměsíční a dvouleté děti- 3 odpovědi (10 %), 1 respondent (3 %) odpověděl, že je jeho dítě sedmnáctiměsíční.

Otázka č. 8- Jaká je/byla délka pobytu dítěte po narození v nemocnici?



Obrázek 8 Graf délka pobytu dítěte

Dle respondentů nejčastěji dítě stráví v nemocnici 1 měsíc- 17 odpovědí (57 %). 2 měsíce pobytu v nemocnici uvedlo 9 respondentů (30 %), 3 měsíce 3 respondenti (10 %) a pouze 1 dítě (3 %) bylo v nemocnici 4,5 měsíce.

Otázka č. 9- Navštívil Vás při pobytu v nemocnici zdravotně-sociální pracovník či sociální pracovník?

a) ano

b) ne

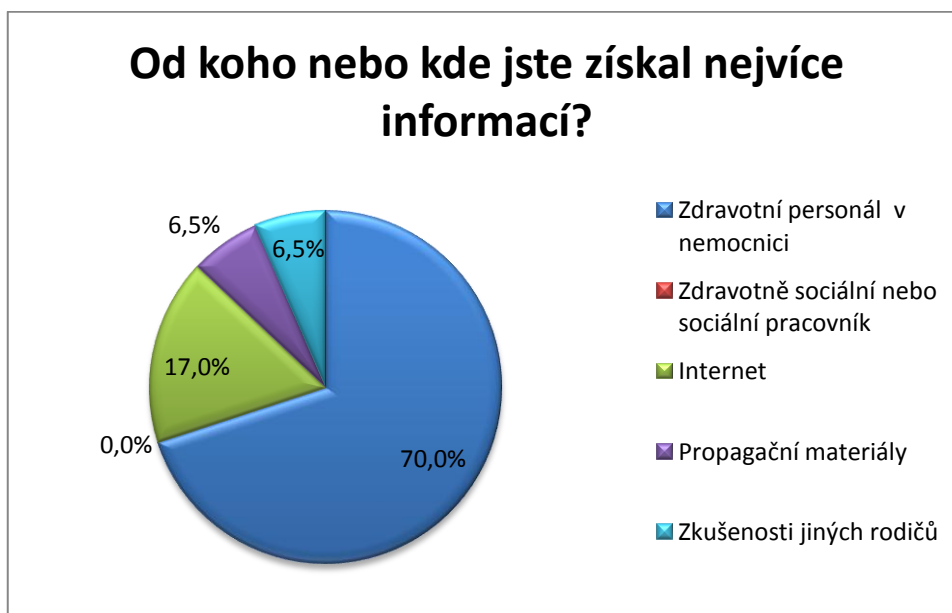


Obrázek 9 Graf návštěva sociálního pracovníka

Pouze 3 respondenti (10 %) uvedli, že je při pobytu v nemocnici navštívil sociální pracovník. 27 respondentů (90 %) sociálního pracovníka v nemocnici neviděli.

Otázka č. 10- Od koho nebo kde jste získal/a nejvíce informací, které Vám pomohly se v dané složité životní situaci zorientovat?

- a) zdravotní personál v nemocnici
- b) zdravotně sociální pracovník, sociální pracovník
- c) internet
- d) propagační materiál
- e) zkušenosti jiných rodičů



**Obrázek 10 Graf získaných informací**

Nejvíce informací získali rodiče od zdravotního personálu v nemocnici- 21 odpovědí (70 %). 5 respondentů (17 %) našlo informace na internetu, 2 respondenti (6,5 %) získali informace z propagačních materiálů, 2 resp. (6,5 %) od jiných rodičů, 0 % od sociálního pracovníka.

Otázka č. 11- Bylo narození nedonošeného dítěte zdrojem ztráty Vašich sociálních vztahů?  
(přátelé, známí apod.)

a) ano

b) ne



Obrázek 11 Graf ztráty sociálních vztahů

Pouze jeden respondent (1 %) odpověděl, že nedonošené dítě bylo zdrojem ztráty sociálních vztahů. 29 respondentů (99 %) uvedlo odpověď ne.

Otázka č. 12- Vyhledáváte pomoc a podporu v některé organizaci, zabývající se problematikou nedonošených dětí?

a)ano

b) ne



Obrázek 12 Graf podpora a pomoc v organizacích

Z výzkumného vzorku 27 respondentů (90 %) odpovědělo, že nehledá pomoc a podporu v žádné organizaci. 3 respondenti (10 %) odpovědělo, že ano.

Otázka č. 13- Pokud ano, jak se organizace nazývá?



Obrázek 13 Graf organizace

Z výzkumného vzorku 1 respondent (33,33 %) uvedl, že navštěvuje Středisko rané péče, 1 respondent (33,33 %) Lentilku, 1 respondent (33,33 %) Nedonošeňátka.



Otázka č. 14- Jaké zásadní rady a informace byste poskytli/a rodinám, které se ocitly v obdobné situaci jako Vy?

- Pokud možno zajistit, aby byl u porodu opravdu kvalifikovaný člověk.
- Na všechno se ptát.
- Zbytečně neřešit „co kdyby“ a snažit se být v pohodě, najít/zjistit si informace, ale nezahlcovat se jimi, když je dítě v inkubátoru v nemocnici pokračovat v běžném životě, koníčcích.
- Napojit se na Nedoklubko nebo jiné rodiny, které zažili podobnou situaci.
- S úsměvem jde všechno lépe, lékařská věda je na tom tak dobře, že zachrání „fazolku,, + vesmír je veliký.
- Ptát se.
- Obrnit se a nehroutit se, to miminku nepomůže.
- Být s miminkem co nejvíce a radovat se z jeho přírůstků.
- Důvěra v lékařský personál. Zachovat si klid. Obrnit se trpělivostí, je to běh na dlouhou trať.
- Pozitivně myslet na vaše miminko, být s ním co nejvíce, odstříkávat mléko, klokánkovat a chovat.
- Zůstat trpělivý.
- Trpělivost přináší růže, 100% cvičit a cvičit.
- Věřit a bojovat.
- Cvičit Vojtovu metodu.
- Hlavně všechno brát v klidu.
- Řídit se radami personálu, všechno potřebné přijde samo.
- Ptát se, nenechat se odbýt a věřit, že všechno dobře dopadne.
- Být trpělivý.
- Podpora rodiny, nevzdávat se.
- Hlavně klid.
- Důvěra lékařům.
- Podpora rodiny a trpělivost.
- Zajistit si dostatek informací.
- Trpělivost a klidné nervy.
- Nebát se.

- Neztrácej nervy.
- Chytnout se toho lepšího, mluvit o problému.
- Trpělivost, zvládnout danou situaci.
- Nezkracovat dobu jídla.
- Pevnou vůli a víru, že bude vše v pořádku, zázemí v rodině a dobré kamarádky.

## 8. Kazuistika

Pro doplnění problematiky zdravotně-sociální práce s rodinou s dítětem s ohroženým vývojem je uvedena kazuistika. Na příkladu konkrétní kazuistiky dítěte můžeme vidět, jak důležitá je znalost a dobrá orientace poradce rané péče jak v sociální, ale také zdravotní i speciálně pedagogické oblasti. Uplatnění profese zdravotně-sociální pracovník je v tomto případě žádoucí, protože tento pracovník patří do nelékařských zdravotnických oborů a může pracovat bez odborného dohledu a nahlížet do zdravotnické dokumentace, což sociální pracovník nemůže.



Obrázek 15 Kazuistika



Obrázek 14 Chlapec

Tuto kazuistiku jsem si zvolila na doporučení MUDr. Jany Lukáškové, která pracuje v rizikové poradně. Informace jsou získány od matky dítěte stejně jako zveřejněné fotografie. Matka souhlasí s uveřejněním kazuistiky v bakalářské práci.

Jedná se o pětiletého chlapce postiženého dětskou mozkovou obrnou s kvadrupostihem (všech čtyř končetin), sekundární epilepsií.

Chlapec T.P. narozený 18. 7. 2008 ve 26. gestačním týdnu s extrémně nízkou porodní hmotností – 900g, délka 33cm. Hospitalizován 18. 7. – 20. 11. 2008,

propuštěn s dg.:

- Syndrom dechové tísně
- Perinatální asfyxie (edém mozku)
- Krvácení do mozku
- Pozdní sepse s oboustrannou pneumonií
- Nekrotizující enterokolitida
- Retinopatie (onemocnění sítnice)
- Anémie



**Obrázek 16** Po narození

Chlapec je napojen na komplexní podpůrnou terapii. Dochází do Střediska rané péče v Liberci, na rehabilitaci, opakovaně s maminkou jezdí na lázeňské pobyty, absolvuje

zrakovou stimulaci, logopedii, hipoterapii, do tří let věku navštěvoval pravidelně rizikovou poradnu.

Psychomotorický vývoj je výrazně opožděný, ale ne zastavený. Nemluví, částečně rozumí, slyší dobře, brouká si, výská. Co se týče vnímání, je zvědavý, rád otevírá šuplíky, má rád různé knoflíky a ovladače, pouští rádio, DVD, vypíná a zapíná PC. Miluje zvukové hračky. Hned pozná, kde ji má zapnout. Má rád říkanky, kouzelnou školku, Maxipsa Fíka, Kocoura Mikeše, reklamy a různé znělky. Rozumí slovu ne. Reaguje na zvýšený a utěšující hlas. Umí ukázat malá, čau, buchy buchy a cáky cáky. Poznává fotce a mámu, tátu, psa a několik předmětů z okolí.

Chlapec nechodí ani nesedí. Na břichu je schopný opřít se o lokty. Plazí se vpřed s nakročením pro levou dolní končetinu a přitažením za obě horní končetiny. Váhu těla neudrží. Dostane se do překážkového sedu a do sedu mezi patami. Dostane se i na čtyři, ale tam se jen pohoupe. Vytáhne se za ruce do stoje. Snaží se vylézt za hračkou na sedačku.

Velkým problémem je strava. T. nekouše a dokáže sníst pouze malé množství mixované stravy a vypít jen malé množství tekutin a musí tak být dokrmován pegem (PEG je zkratka pro odborně znějící název Perkutánní Endoskopická Gastrostomie. Do češtiny přeloženo je to zavedení hadičky skrz břišní stěnu do žaludku. PEG je speciálním typem podávání stravy, ke kterému se ovšem lékaři u pacientů uchylují jen, je-li to nezbytně nutné.). K svačině sní přesnídávku nebo mixované ovoce s piškoty, jogurt bez kousků ovoce, Pribináček, Bobík atd. K večeři pak cca 250-300g mixované běžné stravy (omáčky, maso, přílohy, zeleninu atd.). Zda to sní, je ale sázka do loterie. Když si usmyslí, že jíst nebude, nebo pokud mu to nechutná, je to moc husté či řídké, tak se nadává a pozvrací. Takto reaguje, i pokud se mu něco nelíbí nebo zakáže. Jeho reakce je pláč a dávení.

V poslední době projevuje i zájem o psa a mladší sedmiměsíční sestru. Od září T. navštěvuje denní stacionář v Semilech.



Obrázek 17 Sourozenci

## 9. Diskuze

### **Diskuze k analýze Standardů:**

Práce poradce rané péče se řídí danými Standardy, dle nichž je možné velice podrobně specifikovat zdravotně-sociální práci s rodinou s dítětem s ohroženým vývojem, a to v oblasti procedurální, personální i provozní. Na základě těchto Standardů poradce ve své práci postupuje tak, aby byly dodrženy všechny smluvní podmínky a nedošlo k porušování základních lidských práv a svobod jak dítěte, tak jeho rodiny a dostalo se jim kvalitní a odpovídající péče. Bere přitom v potaz konkrétní diagnózu dítěte, jeho schopnosti a možnosti a snaží se prostřednictvím odborných rad a doporučení rodině situaci usnadnit a dopomoci tak k dalšímu fyzickému i psychickému rozvoji dítěte.

### **Diskuze k výsledkům dotazníkového šetření:**

V úvodu diskuze nejprve popíšeme skupinu respondentů. Převažovaly jednoznačně ženy. Věková hranice se shodně soustřeďovala do rozmezí 21-30 let, nebo 31-40 let. Pod touto hranicí byla četnost respondentů nulová, nad ní malá. Tento stav odráží současný trend porodnosti žen ve vyšším věku a také to, že v péči o ohrožené dítě se angažují a převažují ženy. Nezodpovězenou otázkou a otázkou k diskuzi je míra aktivity otců či dalších členů rodinného systému. Na toto téma by bylo vhodné další šetření.

Z hlediska vzdělání bylo nejvíce středoškoláků (40%) a poté vysokoškolsky vzdělaných respondentů (26,5 %), což klade na zdravotně-sociálního pracovníka vyšší nároky v oblasti odborné komunikace a znalosti problematiky. Při komunikaci a sdělování odborných informací je nutné respektovat vzdělání respondenta.

Zjištění základních dat o dítěti, tedy proč byla data v dotazníkovém šetření uvedena, odráží nutnost pro zdravotně-sociálního pracovníka znát základní informace např. o psychomotorickém vývoji nedonošeného dítěte, manipulaci s ním, o zdravotních problémech, o délce hospitalizace. Nejvíce dětí se narodilo v 32. – 35. týdnu těhotenství, dále pak v 28. - 31. týdnu těhotenství. Ve výzkumném vzorku mělo největší zastoupení váhové rozmezí 1500g- 2500g 16 odpovědí. 11 respondentů uvedlo odpověď 1000g – 1500g. S porodní váhou nad 2500g se narodily 2 děti (7 %). Pod 1000g se narodilo pouze 1 dítě (3 %). Na otázku, jaké mělo dítě zdravotní komplikace byly nejvíce zastoupené odpovědi syndrom dechové tísně (23 %) a žádný zdravotní problém- 9 respondentů (23 %). Dle

respondentů nejčastěji dítě strávilo v nemocnici 1 měsíc (57 %). 2 měsíce pobytu v nemocnici uvedlo (30 %), 3 měsíce (10 %).

**V diskuzi k výzkumné otázce** „Zda poskytl zdravotně sociální-pracovníci ve spolupráci s lékařským týmem rodičům dítěte s ohroženým vývojem dostatek informací“ je nejzávažnější a nejpodstatnější zjištění, že zdravotně-sociální, či sociální pracovník kontaktoval rodinu (rodiče) **v minimu případech**. S tím korespondují i nepříznivé výsledky ohledně získávání informací. Zdravotně-sociální a sociální pracovníci jsou minimálně zastoupeni. Na tomto místě lze konstatovat, že v oblasti práce zdravotně-sociálních a sociálních pracovníků s uvedenou rizikovou skupinou jsou značné rezervy. To se dle osobních zkušeností autorky práce týká i oblasti zdravotně osvětové činnosti, jejího zacílení na konkrétní rizikovou skupinu. Nabízí se však i otázka, zda tito pracovníci mají o této rizikové skupině vůbec informace předem? Tato problémová rovina však přesahuje rámec dotazníkového průzkumu, nicméně je to další možná oblast zkoumání.

**V diskuzi k výzkumné otázce zda** „Mají rodiče možnost využít pomoci a podpory u dalších institucí nebo organizací?“ je uspokojivé povědomí respondentů o existenci a činnosti organizací, které se zabývají dětmi s ohroženým vývojem (např. organizace Nedoklubko, Středisko rané péče, DRC Lentilka apod.), ale tuto možnost využívá minimum respondentů.

K otázce „Jaké rady a informace doporučují rodiče rodičům v obdobné situaci? Citace od respondentů: Pokud možno zajistit, aby byl u porodu opravdu kvalifikovaný člověk, na všechno se ptát, zbytečně neřešit „co kdyby“ a snažit se být v pohodě, najít/zjistit si informace, ale nezahlcovat se jimi, když je dítě v inkubátoru v nemocnici pokračovat v běžném životě, koníčcích, napojit se na Nedoklubko nebo jiné rodiny, které zažili podobnou situaci, s úsměvem jde všechno lépe, lékařská věda je na tom tak dobře, že zachrání „fazolku,, + vesmír je veliký, ptát se, obrnit se a nehroutit se, to miminku nepomůže, být s miminkem co nejvíce a radovat se z jeho přírůstků, důvěra v lékařský personál. Zachovat si klid. Obrnit se trpělivostí, je to běh na dlouhou trať, pozitivně myslet na vaše miminko, být s ním co nejvíce, odstříkávat mléko, klokánkovat a chovat, zůstat trpělivý (trpělivost přináší růže), 100% cvičit, věřit a bojovat, hlavně všechno brát v klidu, řídit se radami personálu, všechno potřebné přijde samo, ptát se, nenechat se odbýt a věřit, že všechno dobře dopadne, být trpělivý, podpora rodiny, nevzdávat se, hlavně klid, důvěra lékařům, zajistit si dostatek informací,



nebát se, chytout se toho lepšího, mluvit o problému, zvládnout danou situaci, nezkracovat dobu jídla, mít pevnou vůli a víru, že bude vše v pořádku, zázemí v rodině a dobré kamarádky. Se všemi odpověďmi rodičů se ztotožňuji. Nejvíce se přikláním o názoru, že by měli rodiče zachovat klid, řídit se radami odborníků, nastudovat si co nejvíce informací a snažit se odreagovat a nestresovat se.

### **Kazuistika**

Na příkladu konkrétní kazuistiky dítěte můžeme vidět a diskutovat o tom, jak důležitá je znalost a dobrá orientace poradce rané péče jak v sociální, ale také zdravotní i speciálně pedagogické oblasti. Uplatnění profese zdravotně-sociální pracovník je v tomto případě žádoucí, protože tento pracovník patří do nelékařských zdravotnických oborů, orientuje se v ošetrovatelské práci a může pracovat bez odborného dohledu a nahlížet do zdravotnické dokumentace, což sociální pracovník nemůže. Jak z konkrétního příkladu vyplývá, úloha poradce není jednoduchá, jelikož každý případ má svá specifika a je nutné vždy postupovat s individuálním přístupem. Psychosomatický vývoj zmiňovaného chlapce je velice pomalý, avšak dále pokračuje a to i díky službám poskytovaným konkrétním poradcem.

## 10. Závěr

Práce na téma“ Specifika zdravotně sociální práce s rodinou s dítětem s ohroženým vývojem“ přinesla některá zjištění, které bych ráda adresovala širší veřejnosti, hlavně však profesionálům na úseku sociální a zdravotně-sociální práce. Čerpat z nich mohou například ale i ti, kteří se budou obdobnou problematikou v budoucnu zabývat.

Cílem teoretické části práce bylo popsat teorii a historii sociální práce, sociální práci ve zdravotnických zařízeních a definovat základní pojmy jako rodina, ohrožené dítě a raná péče, obecně popsat Standardy kvality služby sociální prevence.

Cílem výzkumné části bylo na základě analýzy materiálu Standardy kvality sociálních služeb popsat specifika zdravotně-sociální práce v rodinách s dětmi s ohroženým vývojem. Dílčími výzkumnými cíly na základě dotazníkového šetření bylo charakterizovat jednotlivé respondenty, shromáždit základní data o ohroženém dítěti, zjistit, jaká je kvalita podpory odborníků od narození ohroženého dítěte a jak jsou uspokojovány potřeby rodičů v péči o ohrožené dítě, zjistit, jaké rady a informace doporučují rodiče rodičům v obdobné situaci. Všechny cíle práce byly splněny.

V návaznosti na avizované cíle a obsahové zaměření práce se při jejich naplňování objevily okruhy dílčích problémů, kterým, domnívám se, je potřebné věnovat pozornost. Je to například práce s otci, kteří se v rizikové poradně objevili v minimálním zastoupení. Předně lze konstatovat, že práce s dětmi, jejichž normální vývoj je ohrožen, je faktor, který prostupuje veškerý život a dění v rodinách, ve kterých tito jedinci žijí. Je to nemalá zátěž psychická, fyzická, ale i ekonomická, která se promítá do sociálního postavení těchto rodin.

Systém pomoci těmto rodinám existuje, což je dobrá vizitka pro celou naši zdravotně-sociální oblast, nicméně si myslím, že má rezervy. Zejména zdravotně-sociální profesionálové by měli aktivněji vyhledávat cíle svého působení a snažit se podávat včasné a kvalitní informace. Ne vždy jsou rodičům automaticky k dispozici informační a podpůrné materiály, a to kolikrát bohužel ani ve zdravotnických zařízeních, což se mi osobně potvrdilo v průběhu získávání informací k dotazníkovému šetření v rizikové poradně. Funkci informačního činitele pak přebírají jiné složky (v našem případě hlavně nemocniční personál porodnických oddělení). Metodika zpráv k tomuto tématu chybí. Výraznou roli sehrává v této souvislosti internet. Je to činitel, který pomáhá hledat a sjednocovat rodiny s obdobnými vývojovými

a zdravotními problémy dětí a orientovat rodiče na vyhledávání organizací, které v jejich nejbližším okolí vyvíjejí činnost zaměřenou na pomoc takto zatíženým rodinám.

Nutnost posílení aktivní zdravotně-osvětové práce, vzájemná informovanost, budování důvěry v profesionály, to jsou také hlavní doporučení pro praxi v námi sledované problémové oblasti.

## 11. Soupis použité literatury

1. BOREK, Ivo. a kol. *Vybrané kapitoly z neonatologie a ošetrovatelské péče*. Brno: ISNB 80-7013-338-4
2. Česká republika. Vyhláška č. 505 ze dne 29. Listopadu 2006, nyní v účinném znění. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 164, s. 7021. [online]. [cit. 2013-03-10].
3. Česká republika. Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách, nyní v účinném znění. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 37, s. 1257. [online]. [cit. 2013-02-10]. Dostupné z: <<http://ftp.aspi.cz/opispdf/2006/037-2006.pdf>>. ISSN 12-11-1244.
4. DOKOUPILOVÁ, Marie. *Narodilo se předčasně*. PORTÁL, 2009. ISBN 978-80-7367-552-3
5. DUNOVSKÝ, Jiří. *Sociální pediatrie*. Grada, 2003. ISBN 8071692549
6. GULOVÁ, Lenka. *Sociální práce: pro pedagogické obory*. 1.vyd. Praha: Grada, 2011, 208 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-3379-1.
7. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, 407 s. ISBN 80-736-7040-2.
8. HRADILKOVA, Tereza. *Raná péče jako proces*. In *Raná péče pro rodiny s dětmi se zrakovým a kombinovaným postižením: Vybrané příspěvky z kurzu „Poradce rané péče“*. Praha: Středisko rané péče Praha, 1998, 113 s. ISBN 80-238-3267-0.
9. HRADILKOVÁ, Tereza, Lenka KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, Jana VACHULOVÁ. *Raná péče pro rodiny s dětmi se zrakovým a kombinovaným postižením. Vybrané příspěvky*
10. CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Vydání 1. Praha: Grada Publishing, 2007, 265 s. ISBN 978-80-247-1369-4.
11. JOHNOVÁ, Milena. *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe: průvodce poskytovatele*. Vyd. 1. Editor Kristýna Čermáková. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2002, 111 s. ISBN 80-865-5245-4.
12. JURČEKOVÁ, Martina. *Vzdělávání pracovníků rané intervence*. [online]. Brno: 2008 [cit. 2013-03-08]. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta. Dostupné také z: :

<[http://is.muni.cz/th/183827/pdf\\_m/Vzdelavani\\_pracovniku\\_rane\\_intervence.txt?lang=en/](http://is.muni.cz/th/183827/pdf_m/Vzdelavani_pracovniku_rane_intervence.txt?lang=en/)>.

13. KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese*. 5. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-181-6.
14. KUTNOHORSKÁ, Jana, Martina CICHÁ a Radoslav GOLDMANN. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3843-7.
15. KUZNÍKOVÁ, Iva a kol. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3676.
16. MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Metod a řízení sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003, 384 s. ISBN 80-7178-548-2.
17. MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2005. ISBN 978-80-7367-368-0
18. MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Základy sociální práce*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-331-4.
19. MARKOVÁ, Věra a Helena ŠLENKRTOVÁ. Pracovní postupy: Proces sociální práce ve zdravotnických zařízeních. In: *Česká asociace sester* [online]. 2008, polední revize 2012 [cit. 2013-01-06]. Dostupné z: <<http://www.cnna.cz/tiskoviny/organizacni-normy-cas>>
20. MONATOVÁ, Lili. *Pojetí speciální pedagogiky z vývojového hlediska*. Brno: Paido – edice pedagogické literatury, 1996, 77 s. ISBN 80-85931-20-6.
21. MÜHLPACHR, Pavel. *Sociální práce*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2004, 100 s. ISBN 80-210-3323-1.
22. PILAŘOVÁ, Martina a Tereza HRADILKOVÁ. *Raný vývoj dítěte a možnosti rané intervence*. Praha: Občanské sdružení Futurum, 1999. Interní materiál Společnosti pro ranou péči.
23. PUNCH, Keith. *Základy kvantitativního šetření*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2008, 150 s. ISBN 978-80-7367-381-9.
24. ŠÁNDOROVÁ, Zdenka. Přednášky z kurzu: Poradce rané péče pro rodiny dětí s postižením. Olomouc, 2010.
25. ŠÁNDOROVÁ, Zdenka. *Základy komprehenzivní a integrativní speciální pedagogiky raného věku*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2005. ISBN 80-7041-259-3
26. *Úmluva o právech dítěte* [online] 1989 [cit. 2013-08-12]. Dostupné z: <http://www.osn.cz/dokumenty-osn/soubory/umluva-o-pravech-ditete.pdf>.

## 12. Seznam obrázků, tabulek

Obrázek 1 Graf pohlaví.....	30
Obrázek 2 Graf věk respondentů .....	31
Obrázek 3 Graf vzdělání respondentů .....	32
Obrázek 4 Graf týden porodu .....	33
Obrázek 5 Graf porodní váhy .....	34
Obrázek 6 Zdravotní problémy .....	35
Obrázek 7 Graf nynější věk dítěte .....	36
Obrázek 8 Graf délka pobytu dítěte .....	37
Obrázek 9 Graf návštěva sociálního pracovníka .....	38
Obrázek 10 Graf získaných informací .....	39
Obrázek 11 Graf ztráty sociálních vztahů.....	40
Obrázek 12 Graf podpora a pomoc v organizacích .....	41
Obrázek 13 Graf organizace .....	42
Obrázek 15 Kazuistika.....	45
Obrázek 14 Chlapec.....	45
Obrázek 16 Po narození.....	46
Obrázek 17 Sourozenci.....	48

## 13. Seznam příloh

Příloha A: Dotazník použitý k výzkumné části bakalářské práce.

### DOTAZNÍK

Dobrý den,

jmenuji se Eva Vlachová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studijního oboru Zdravotně- sociální pracovník na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Dovoluji si Vás požádat o vyplnění dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce na téma: „*Specifika zdravotně sociální práce s rodinou s dítětem s ohroženým vývojem*“.

Cílem výzkumu je zjistit situaci a informovanost rodičů předčasně narozených dětí. Informace získané z dotazníku jsou zcela anonymní a budou využity pouze pro účely zpracování práce. Zakroužkujte prosím vždy jednu odpověď nebo vypište správnou odpověď.

Předem děkuji za vyplnění dotazníku.

Eva Vlachová

#### 1. Vaše pohlaví?

- a) Muž
- b) Žena

#### 2. Kolik je Vám let?

- a) do 20 let
- b) 21 – 30 let
- c) 31 – 40 let
- d) 41 - 50 a více

#### 3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) Základní
- b) Vyučen/a
- c) Středoškolské bez maturity

- d) Středoškolské s maturitou
- e) Vyšší odborné
- f) Vysokoškolské

**4. V kolikátém týdnu se narodilo Vaše předčasně narozené dítě? .....**

**5. Porodní váha Vašeho předčasně narozeného dítěte?.....**

**6. Jaké zdravotní problémy mělo Vaše dítě po narození?**

- a) syndrom dechové tísně
- b) nezralé plíce
- c) infekce
- d) krvácení do mozku
- e) jiné
- f) žádné

**7. Kolik měsíců či let je Vašemu dítěti dnes? .....**

**8. Jaká je/byla délka pobytu dítěte po narození v nemocnici? .....**

**9. Navštívil Vás při pobytu v nemocnici zdravotně sociální pracovník či sociální pracovník?**

- a) ano
- b) ne

**10. Od koho nebo kde jste získal/a nejvíce informací, které Vám pomohly se v dané složité životní situaci zorientovat?**

- a) zdravotní personál v nemocnici
- b) zdravotně sociální pracovník, sociální pracovník
- c) internet
- d) propagační materiál
- e) zkušenosti jiných rodičů

**11. Bylo narození nedonošeného dítěte zdrojem ztráty Vašich sociálních vztahů? (přátelé, známí apod.)**



a)ano

b) ne

**12. Vyhledáváte pomoc a podporu v některé organizaci, zabývající se problematikou nedonošených dětí?**

a)ano

b) ne

**13. Pokud ano, jak se organizace nazývá? .....**

**14. Jaké zásadní rady a informace byste poskytl/a rodinám, které se ocitly v obdobné situaci jako Vy?**

.....  
.....  
.....  
.....