



Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta
Katedra křesťanské sociální práce

Návrh projektu na podporu rodičů s mentálně postiženými dětmi

Bakalářská práce

Studijní program

Sociální práce

Autor: Tereza Pospíšilová

Vedoucí práce: Mgr. Pavlína Jurníčková, Ph.D.

Olomouc 2024

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto práci zpracovala samostatně na základě použitých pramenů a literatury uvedených v bibliografickém seznamu.

V Olomouci 25.4.2024

Tereza Pospíšilová

Poděkování

Na tomto místě chci poděkovat své vedoucí práce, paní Mgr. Pavlíně Jurníčkové, Ph.D. za její vstřícné vedení. Jsem vděčná za její trpělivost, ochotu, cenné rady, připomínky a zpětnou vazbu. Poděkování také patří mé rodině za to, že mě po celou dobu studia plně podporovala.

Obsah

Seznam použitých zkratk	9
Úvod	11
1 Uvedení do problematiky mentálního postižení	13
2 Mentální postižení v rodině	17
2.1 Vztah mezi rodiči a dítětem	18
2.2 Vztah mezi oběma rodiči	19
2.3 Vztah mezi rodinou a okolím rodiny	20
3 Legislativní ukotvení tématu	23
3.1 Historie a vývoj lidských práv	23
3.2 Lidská práva jako východisko pro zkvalitnění života mentálně postižených osob	24
4 Propojení tématu se sociální politikou	27
4.1 Sociální služby	27
4.2 Sociální služby pro osoby s mentálním postižením	29
4.3 Sociální služby pro rodiče nebo blízké osob s mentálním postižením	31
4.4 Sociální dávky a příspěvky	32
5 Propojení tématu s teoriemi a metodami sociální práce	35
5.1 Teorie sociální práce a využití při práci s rodinami mentálně postiženého dítěte	35
5.1.1 Rodinná terapie	36
5.1.2 Kognitivně-behaviorální terapie	37
5.2 Metody sociální práce	38
5.3 Využívané metody při práci s lidmi s mentálním postižením	38
5.4 Využívané metody při práci s rodinami s mentálně postiženým dítětem	39
5.4.1 Snoezelen	40
5.5 Role sociálního pracovníka při práci s mentálně postiženými lidmi a jejich rodinami	40
6 Etické aspekty sociální práce s lidmi s mentálním postižením	43
6.1 Etické teorie	43
6.2 Etická dilemata při práci s mentálně postiženými lidmi a jejich rodinami	45
6.3 Soukromá praxe sociálních pracovníků v ČR	47
7 Analýza potřebnosti projektu	49
7.1 Cíl	49
7.2 Metodologie	49
7.3 Popis problému	49
7.4 Cílové skupiny	55
7.5 Příklady řešení	55
8 Cíl projektu	59
9 Klíčové aktivity	61
9.1 Harmonogram	61

9.1.1 Klíčová aktivita 1	62
9.1.2 Klíčová aktivita 2	64
9.1.3 Klíčová aktivita 3	67
10 Rozpočet projektu.....	71
10.1.1 Klíčová aktivita 1	71
10.1.2 Klíčová aktivita 2	73
10.1.3 Klíčová aktivita 3	74
11 Indikátory splnění klíčových aktivit.....	77
12 Předpokládané výstupy a výsledky projektu	79
13 Popis přidané hodnoty projektu.....	81
14 Management rizik	83
15 Logframe projektu	85
Závěr.....	87
Bibliografie.....	89
Anotace.....	95
Annotation	97

Seznam použitých zkratk

AAIDD	American Association on Intellectual and Developmental Disabilities/ Americká asociace pro intelektová a vývojová postižení
BOZP	Bezpečnost a ochrana zdraví při práci
ČSSZ	Česká správa sociálního zabezpečení
ČSÚ	Český statistický úřad
DOZP	Domov pro osoby se zdravotním postižením
IQ	Intelligenční kvocient
KBT	Kognitivně-behaviorální terapie
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
OSN	Organizace spojených národů
OZP	Osoba se zdravotním postižením
SO ORP	Správní obvod obce s rozšířenou působností
SPMP ČR	Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením v České republice
SSKM	Sociální služby města Kroměříže
TP	Tělesně postižený
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization/ Organizace spojených národů pro výchovu, vědu a kulturu
ÚP	Úřad práce
WHO	World Health Organization/ Světová zdravotnická organizace
ZTP	Zvlášť těžce postižený
ZTP/P	Zvlášť těžce postižený s průvodcem
ZSS	Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách

Úvod

Cílem bakalářské práce bude navrhnout projekt pro rodiče, jejichž děti mají středně těžké nebo těžké mentální postižení. Projektem navržená služba by měla ulehčit těmto rodinám lépe zvládat jejich situaci s přispěním pomoci nejen z lékařského či psychologického pohledu, ale i díky spolupráci se sociálním pracovníkem.

Téma mentálního postižení a podpory rodičů mentálně postižených dětí jsem si vybrala z toho důvodu, že mi tato cílová skupina byla blízká po absolvování praxí, ale také pro to, že společnost je vůči lidem s mentálním postižením stále uzavřená a plná předsudků, ačkoli se této problematice věnovalo již několik autorů a dostupných je plno článků. Navzdory všem snahám je na lidi s mentálním postižením nahlíženo stále jako na něco, čemu se lidé raději chtějí vyhnout a společností kolují různé mýty. Nelíbí se mi myšlení mnohých lidí, že by mentálně postižení lidé měli být separováni od společnosti, protože jsou to lidé jako my a chtějí svůj život plnohodnotně a se vším, co k němu patří. Stále jsem se na praxích setkávala s tím, že se sociální pracovníce bály navštívit s klienty například městský bazén, protože chtěly klienty ochránit od zlých pohledů. Dalším faktorem, proč jsem zvolila právě toto téma je to, že možností, jak jsou podporováni rodiče postižených dětí je sice na první pohled mnoho, ale na druhou stranu ne každý si může dovolit využívání sociálních služeb v míře, kterou by potřeboval. Proto jsem se snažila vymyslet projekt, který by rodičů alespoň ještě o trochu ulehčil péči o jejich mentálně postižené dítě.

Ve své práci bych se tedy chtěla zaměřit na vymezení teoretického pojetí mentálního postižení, které mi poslouží jako podklad pro projekt. Dále bych chtěla popsat analýzu potřebnosti navrhovaného projektu, který jsem zkonzultovala se sociálními pracovníci pracujícími v Domově pro osoby se zdravotním postižením a jeho potřebnost jsem si ověřila u rodičů mentálně postižených dětí. Nakonec popíšu samotný zpracovaný projekt.

1 Uvedení do problematiky mentálního postižení

Podle Valenty a kol. (2018, str. 34) můžeme mentální retardaci vymežit jako poruchu rozumových schopností, která se může projevovat snížením jedincových dovedností, ať už sociálních, řečových, kognitivních nebo pohybových. Dochází k oslabení adaptačních schopností jedince.

Americká asociace pro intelektová a vývojová postižení definuje mentální retardaci jako „*sníženou schopnost charakterizovanou výraznými omezeními v intelektových funkcích a také v adaptačním chování, což se projevuje v pojmových, sociálních a praktických adaptačních dovednostech.*“ (AAIDD [online]).

Slowík (2010, str. 47-48) tvrdí, že mentální retardace prostupuje celou osobností člověka a nezasahuje pouze jeho intelekt, takže je schopnost komunikace ovlivněna vždy. Může být však ovlivněna v různé míře a různými způsoby. Lidé s mentálním postižením mohou mít omezenou slovní zásobu, sníženou schopnost porozumění, mohou také tvořit odlišnosti ve tvarech slov či v celých větách. Často se setkáváme i s jinými přidruženými poruchami, například poruchou autistického spektra nebo Downova syndromu.

Rozlišujeme 4 základní stupně mentální retardace. Stupně mentální retardace můžeme změřit standardizovanými testy inteligence, které mohou být nahrazeny škálami, které určují, jak se člověk adaptuje v určitém prostředí. Měření škálami nám ale určuje pouze přibližný stupeň mentální retardace (WHO, MKN-10).

Lehká mentální retardace

U lehké mentální retardace se IQ pohybuje cca mezi 50 až 69. Tento stupeň odpovídá věku 9 až 12 let. Mnoho dospělých lidí s lehkou mentální retardací však zvládne pracovat a udržovat sociální vztahy. Nepotřebují tak v dospělosti příliš mnoho péče (WHO, MKN-10).

Lehce mentálně retardovaní jedinci dokáží užívat řeč účelně v běžném životě, dokážou udržet konverzaci, dokážou odpovídat na otázky, ale mluvu si většinou osvojují opožděně. Mívají specifické problémy se čtením či psaním. Vyjadřují se jednoduše, často gramaticky nesprávně. Pro tyto jedince je také typická spontánnost, například hlasité pozdravení na ulici, jde však spíše o vstřícná gesta. Velmi často kopírují ustálené fráze a výroky, které mohou slyšet například v médiích, od rodičů, kamarádů nebo spolupracovníků (Slowík, 2010, str. 48).

Jedinci s lehkým mentálním postižením jsou nejrozšířenější skupinou. Je uváděno, že až 200 milionů lidí na světě má mentální postižení, z toho většina má lehké mentální postižení.

Tito lidé mohou žít za správné podpory zcela samostatný a soběstačný život. K tomu, aby rodiče mohli takovou podporu dítěti poskytnout, je potřeba, aby měli informace a aby se vzdělávali. Dále by měli podporovat jejich nezávislost a nechat je úkoly dělat samostatně. Samozřejmě je nezbytná určitá míra vedení, když je to potřeba. A za třetí by rodiče měli své děti zapojovat do skupinových aktivit, při kterých mohou potkat jiné děti, budovat si sociální dovednosti a sebevědomí (www.humanrace.asia).

Středně těžká mentální retardace

Lidé se středně těžkou mentální retardací dosahují obvykle IQ někde mezi 35 a 49, což odpovídá věku 6 až 9letého dítěte. Tito jedinci dokážou dosáhnout určité míry nezávislosti a soběstačnosti. Také dokážou v přiměřené míře komunikovat. Jsou však velmi opožděni v dětství. V dospělosti potřebují různou míru podpory k práci (WHO, MKN-10).

Rozvoj komunikačních dovedností a řeči je u těchto jedinců opožděn a tyto schopnosti jsou omezené. Někteří si dokážou osvojit základy čtení, psaní a počítání. Mají však většinou velmi omezenou slovní zásobu, proto bývá někdy obtížné porozumět tomu, co nám chce jedinec říct. Pomocí jednoduchých výroků se dá však pochopit podstata sdělení. Při komunikaci používají také tzv. taktilní formy dorozumívání, jako je objetí, doteky nebo pohlazení, což nemusí být všem příjemné. Člověku se středně těžkým mentálním postižením to však pomůže lépe vyjádřit to, co cítí a co vyjádřit chce. Taktilní forma komunikace také dodává prostředí dobrou komunikační atmosféru, a i my bychom měli používat alespoň některé prvky augmentativní, čili doplňkové komunikace, jako například gesta, názorné předměty či obrázky. Zatímco někteří jedinci dosahují vyšší úrovně komunikace a sociální interakce, jiní bývají lepší v sensoricky-motorických dovednostech a hůře komunikují. Tato kategorie obsahuje širokou škálu jedinců. Někteří jedinci se nenaučí mluvit nikdy, zatímco jiní dokážou sdělit základní potřeby, ale narazíme i na ty, kteří dokážou komunikovat pomocí jednoduché konverzace (Slowík, 2010, str. 49).

Dle Švarcové (2006, str. 34-35) jsou tyto jedinci emocionálně labilní a nevyrovnaní. Jsou schopni zvládnout jednoduchou činnost pod dohledem pracovníka v chráněných dílnách. Málokdy jsou schopni vést samostatný život, protože potřebují neustálý dohled druhé osoby. Často je přidružená epilepsie, autismus nebo jiné vývojové vady.

Těžká mentální retardace

Podle WHO IQ dosahuje úrovně 20-34. „*Lidé s těžkou mentální retardací jsou v dospělosti schopni chápat jen základní souvislosti a vztahy, uvažují na úrovni batolete.*“ (Vágnerová, 2008, str. 302).

Podle Slowíka (2010, str. 50) je těžká mentální retardace podobná středně těžké mentální retardaci, ale úroveň schopností je ještě o nic snížená. Hranice mezi oběma kategoriemi se často nejasně určuje. Možnosti výchovy a vzdělání jsou taktéž omezené, ale ukázalo se, že „*včasná systematická a dostatečně kvalifikovaná rehabilitační, výchovná a vzdělávací péče může významně přispět k rozvoji jejich motoriky, rozumových schopností, komunikačních dovedností, samostatnosti a celkovému zlepšení kvality jejich života.*“ (Slowík, 2010, str. 50). Tento autor také uvádí, že je žádoucí používat při komunikaci piktogramy, obrázky či ukazování na předměty. Jedinci se nejčastěji dorozumívají neartikulovanými zvuky, gestikulací a doteky.

Hluboká mentální retardace

Podle WHO dosahuje IQ jedince s hlubokým mentálním postižením hodnot 0-19 a stav vyžaduje neustálou péči jak z hlediska hygieny, tak i z hlediska komunikace, stravování, pohybu. Způsobuje celkovou nesamostatnost. Dle Vágnerové (2008, str. 396) dokážou jedinci rozpoznat pouze známé a neznámé předměty a zareagovat na ně kladně nebo záporně. Většinou mají kombinované postižení a jsou odkázáni na péči druhých.

Dle Slowíka (2010, str. 50-51) nelze IQ přesně změřit, ale pro tyto jedince je prakticky nemožné porozumět požadovaným instrukcím. Chápání je omezeno přinejlepším jen na reakce na velmi jednoduché požadavky. Někdy lze dosáhnout orientace v prostoru a při vhodném dohledu se může jedinec podílet i na sebeobslužných úkonech. Tito lidé bývají ve většině případů imobilní a komunikace s nimi je vyžadována tzv. jeden na jednoho. Je potřeba si všimnout nonverbálních projevů komunikace, jako je zrychlený dech, pohyby končetin, neartikulované zvuky, pohyby očí, aj.

Jiná mentální retardace

Pokud je zařazení do kategorií zvláště nesnadné nebo nemožné (např. u neslyšících, nevidomých, nemluvících jedinců), pak je jedinec zařazen do této kategorie. Je důležité hledat vhodné komunikační strategie při práci s takto handicapovaným jedincem. Využívá se především metoda tzv. totální komunikace, kdy jsou využívány všechny známé metody komunikace s cílem dorozumět se (Slowík, 2010, str. 51).

Nespecifikovaná mentální retardace

Podle Švarcové (2006, str. 36) je jedinec zařazen do této kategorie v případě, že prokazatelně má mentální postižení, ale není znám dostatek informací pro to, aby mohl spadat do některé z výše uvedených kategorií retardace.

Rozdělení do výše uvedených kategorií ukázalo, jak pestré může být mentální postižení, a že musíme ke každému jedinci s mentálním postižením přistupovat individuálně, protože i jeho potřeby se liší v tom, jakou míru postižení má. Stejně tak musíme přistupovat odlišně k rodině, kde se nachází dítě s lehkým mentálním postižením a k rodině, jejíž člen má hluboké mentální postižení. Většinou však není jasně definováno, do jaké skupiny mentální retardace jedinec spadá a míra postižení se může prolínat do více skupin, jedinec se tak může nacházet například někde na pomezí středně těžké a těžké mentální retardace. Při práci s rodinou je však důležité znát alespoň orientačně, do jaké kategorie jedinec spadá, abychom mohli lépe identifikovat potřeby celé rodiny.

2 Mentální postižení v rodině

Cílem této kapitoly bylo popsat to, jaké vztahy mezi sebou mají jednotliví členové rodiny po tom, co se prokáže, že dítě se narodilo s mentálním postižením. Popsala jsem jednotlivé fáze vyrovnání se s postižením dítětem a následně je popsáno, jaký vztah mohou mít rodiče ke svému dítěti, jaký vztah mohou mít mezi sebou a jaký vztah může rodina mít se svým okolím a přáteli.

Když se do rodiny narodí dítě s postižením a dojde k potvrzení tohoto zdravotního stavu, mluvíme o krizi rodičovské identity. Požadavky a výchovné postoje nejsou stejné, jako kdyby bylo dítě zdravé. Reakce rodičů mají typické projevy a rodiče procházejí určitými fázemi (Vágnerová, 2001, str. 78).

Vágnerová (2001, str. 78-79) hovoří nejprve o fázi šoku a popření, kdy šok je prvotní reakcí na traumatizující událost a popření vzniká jako obrana před psychickým zhroucením. Rodiče se musí vyrovnávat se stresem a se zátěží, kterou neočekávali. Potřeba seberealizace v naplnění rodičovské role se mění na deprivaci. Rodiče svého zdravého dítěte berou narození zdravého dítěte za samozřejmost. Jinak je to v případech, kdy sami rodiče jsou postižení, nebo se jim v minulosti už postižené dítě narodilo, a tak mohou mít již v době těhotenství nastavené určité obranné mechanismy.

Jako druhou fázi Vágnerová (2001, str. 79-81) označuje fázi postupné akceptace reality a vyrovnávání se s problémem. Tato fáze závisí na emocionálních a rozumových faktorech. Přichází v době, kdy rodiče dostávají větší množství informací a poznávají charakterovou stránku dítěte. Tento rozumový faktor je však stále ovlivňován emocionálními faktory, jako jsou například deprese rodičů. Dochází k vyrovnávání se se situací, kterou mohou ovlivňovat zkušenosti rodičů, jejich zralost či citové zázemí. V této fázi dochází ke vzniku různých psychických obran, které jsou často jen málo pochopitelné nebo málo přijatelné. Tyto psychické obrany vznikají proto, aby rodičům pomohly udržet psychickou rovnováhu. Vycházejí z velmi starých mechanismů, kterými jsou útok a únik. To, jaký mechanismus člověk v situaci použije, záleží na jeho temperamentu, ale také na zkušenostech. Tedy, využíváme ty mechanismy, které se nám v minulosti osvědčily. Pokud chceme se situací bojovat, použijeme útok, který se může projevat tím, že hledáme jiného viníka, např. zdravotnický personál. Rodiče se mohou bránit také zvýšenou aktivitou, která potlačuje psychické napětí, například mohou vyhledávat léčitele nebo formy stimulace. Rodiče mohou použít také variantu úniku ze situace. Tím nejkrajnějším řešením může být odchod od rodiny nebo svěření dítěte do péče jiné osoby. Rodiče si mohou

rovněž namlouvat, že se stav dítěte zlepší a mohou o něj tedy pečovat tak, jako by bylo zdravé, což znamená, že negativní pocity vytěšňují. Dalšími variantami úniku ze situace jsou racionalizace (situaci vykládají přijatelnějším způsobem), únik do fantazie (představy, přání), rezignace (vzdání se cílů), regrese (přijetí méně zodpovědnosti, upínají se například na lékaře), izolace (distancování od okolí a světa). Fáze akceptace je velmi individuální a trvá různě dlouhou dobu. Jako přechodnou fázi označuje Vágnerová období smlouvání, kdy rodiče chtějí dosáhnout alespoň malého pokroku, kdy smyslem tohoto období je získat alespoň nějaké naděje.

Ve třetí fázi dosahují rodiče realistického postoje a akceptují dítě takové, jaké je. Ne všichni rodiče se s tím dokáží smířit v plné míře, a tak někdy dochází z jejich strany k neadekvátnímu chování směrem k dítěti. Dochází k přepečování, přehnanému ochranitelství či nekritickému postoji. To může mít na dítě negativní vliv a nemusí se kvůli tomu naučit víc, než by mohlo (Vágnerová, 2001, str. 81-82).

Je důležité si uvědomit, že nejpřirozenějším prostředím, kde by mělo dítě s mentálním postižením vyrůstat, je jeho rodina a domov, jak říká české přísloví „*Všude dobře, doma nejlíp.*“, protože žádné jiné prostředí mu nemůže poskytnout tolik bezpečí a možností rozvoje (Švarcová, 2006, str. 156).

2.1 Vztah mezi rodiči a dítětem

Podle předmluvy doc. PhDr. Zdeňka Matějčka, CSc. v knize *Mentálně postižené dítě v rodině* z roku 1987 může dítě s postižením rodinu spojit, ale i rozdělovat. Tím, že rodina je často „omezena“ jen na rodiče a děti, nikoli širší rodinu, může být rodina dost osamocena v péči o postižené dítě. Rodiče tak mohou být zatíženi více, než tomu bývalo v minulosti. Je tedy více potřeba výpomoc od širší rodiny, od prarodičů a přátel, aby rodiče společně s dítětem mohli žít poklidný a šťastný život a vyvarovali se co nejvíce napětí a úzkosti, které vznikají při péči o postižené dítě (Marková, Středová, 1987, str. 8-9).

Po narození dítěte hodně záleží na tom, jak situaci pojme matka, ale zřídka se stává i to, že by matka dítě zavrhlá. Ve většině případů se vyvine mezi matkou a dítětem stejně silné pouto a cit jako mezi normální matkou a zdravým dítětem. U otců bývá nalezení vztahu k dítěti složitější a trvá delší dobu. Tou nejlepší cestou je zapojení otce do péče o dítě co nejdříve. To platí stejně i u dítěte, které je postižené (Marková, Středová, 1987, str. 22-23).

Situace může vést také k rozpadu rodiny a sice v momentě, kdy postižené dítě odmítá jeden z rodičů. Tím ve většině případů bývá otec. Taková rodinná situace nebývá poté příliš perspektivní. Rozpad rodiny s mentálně postiženým dítětem mívá daleko závažnější důsledky než rozpad běžné rodiny, protože mentálně postižené dítě má větší potřeby. Situace je těžká pro oba rodiče. Když tedy jeden z rodičů od rodiny odejde a druhý rodič zůstane s dítětem osamocen, může být péče o něj až nadlidským úkonem (Švarcová, 2006, str. 158).

Podle Markové a Středové (1987, str. 23-24) je důležité, aby rodiče neupřednostňovali soucit před láskou, protože v takovém případě by se mohlo stát to, že rodiče své děti budou přepečovávat a budou za ně dělat i ty úkony, které by děti zvládly i samy. Mentálně postižené děti se úkony učí pomaleji a trvá také delší dobu, než rodiče zjistí, co může dítě motivovat a co na něj působí. S výchovou by se však mělo začít co nejdříve, protože odkládání výchovy v řádech několika měsíců se může projevit ještě větším zpožděním. Rodiče musí ke svému postiženému dítěti přistupovat s velkou dávkou trpělivosti, mírnosti a laskavosti. Také k němu často musí mít vyvinutý silný cit a zároveň rozum, který je dokáže pohánět kupředu. Rodiče také často dělají chybu v tom, že na dítě kladou přílišné požadavky a snaží se ho neustále zaměstnat nějakými úkony. Zapomínají tedy na to, že dítě s postižením potřebuje po „tréninku“ činností větší míru odpočinku. Rodiče by se na své dítě měli dívat reálnými očima, přijímat pokroky tak, jak přijdou a nemít žádná velká očekávání.

Rodičům je také doporučováno, aby měli ještě další dítě, protože mentálně postižené dítě by nemělo zůstat jedináčkem. Pořízení sourozence je vhodné pro obě strany. Rodičům poskytne po pocitech stresu a depresí narození zdravého dítěte radost a uklidnění, což prospěje i mentálně postiženému dítěti. Mezi sourozenci může samozřejmě vznikat rivalita i žárlivost, proto je důležitá dělba péče a lásky tak, aby zdravé děti byly ochránci postiženého dítěte, a naopak mentálně postižené dítě mělo v sourozenci podporu a jistotu (Marková, Středová, 1987, str. 71-73).

2.2 Vztah mezi oběma rodiči

Podle Matějčka tedy přináší dítě s postižením do rodiny jednoznačně velkou zátěž, jak pracovní, tak citovou či organizační. Může vznikat podezření jednoho rodiče, že ten druhý není tolik pečující, milující, citlivý, když se o dítě nestará například tolik, jako ten první, nebo se ke starostem nestaví tak, jako první rodič. Toto podezření může zapříčinit to, že rodiče ztratí oporu jednoho v druhém. Pro postižené dítě je ale dobře fungující rodina stěžejní pro jeho zdravý

vývoj. Aby se rodina nerozpadla, je nutné ji na toto nebezpečí upozorňovat a snažit se s péčí pomoci (Marková, Středová, 1987, str. 9).

Může také dojít k syndromu vyhoření u pečujících osob, riziko je totiž vyšší. Navíc mezi rodiči může docházet vlivem konfliktů a stresu k odcizení, co se týče partnerského a intimního života (Bártlová, 2005, str. 99). K tomu, aby vztah mezi rodiči dobře fungoval i nadále je nutné také nevzdat se svého předchozího života a toho, co je těšilo, s čímž souvisí i pohled okolí na rodinu. Kontakt rodičů mentálně postiženého dítěte s přáteli je velice potřebný (Marková, Středová, 1987, str. 78).

Obecně jde o to, že na všech vztazích je potřeba pracovat – posilovat a pečovat o ně, jinak mohou zevšednět. Rodiče by tak měli umět o své situaci mluvit a v případě nutnosti i vyhledat pomoc odborníků, jako například psychologů nebo psychiatrů (www.sancedetem.cz).

K této podkapitole si dovoluji připsat svou zkušenost z dvouměsíční praxe u lidí s mentálním postižením. Měla jsem příležitost se setkat s rodiči klientů. Překvapilo mě, jak velké množství rodičů spolu zůstalo a dokázalo se o mentálně postižené dítě postarat. Na druhou stranu jsem se setkala s již postaršími matkami, které zůstaly na dítě samy. Se sociálními pracovníci jsme se bavily o tom, že je to z toho důvodu, že si otcové takového dítěte nedokázali hned od začátku k dítěti vytvořit ten správný vztah.

2.3 Vztah mezi rodinou a okolím rodiny

Okolí rodiny tvoří různí lidé – posměvační, chápaví, škodolibí, ale rodina by se měla oprostít od reakcí. Aby se vyhnula přetvářkám, je jednodušší říct nejbližším přátelům co nejdříve pravdu. Někteří lidé se mohou rodině i vyhýbat, ale přátelé by se měli snažit rodině pomoci a vnést trochu optimismu a naděje. Pro rodiče je kontakt s okolím velmi důležitý, stejně jako pro mentálně postižené dítě, které přátele a známé dokáže po nějaké době rozeznat a dochází tak k jeho obohacení. Mentálně postižené děti si musí zvykat na cizí dospělé lidi, ale i na jiné děti. Rodiče by neměli otálet ani s návštěvou míst, kde jiné děti a lidi potkat mohou, jako například dětská hřiště. Dětem s postižením však vždy bude trvat delší dobu, než si na prostředí zvyknou. (Marková, Středová, 1987, str. 77-79)

Co se týče okolí, které rodinu nezná, a sice například veřejnost na ulici, mohou vyvstat potíže v tom, že je na dítěti jeho postižení vidět. Často na sebe upozorňují již na dálku, kdy je těžší vysvětlit postiženému dítěti, jak se chovat. Může se jednat o různé zlozvyky, které se kolikrát ani nedokážou odnaučit, jako například chození s předchýlenou hlavou, hrbení, podupávání,

předvádění grimasů... Některé takové zlovyky přetrvávají do dospělosti (Marková, Středová, 1987, str. 50).

Společnost je navíc stále plná předsudků navzdory tomu, že je o mentálním postižení již poměrně mnoho informací. Mezi nejčastější mýtus patří to, že mentální postižení je neměnné a stav se nemůže zlepšit. Přitom je dokázáno, že lze dosáhnout toho, aby jedinec žil relativně samostatný život (www.sancedetem.cz).

Výchova dítěte s mentálním postižením rozhodně není nic jednoduchého. Rodiče musí oplývat velkou dávkou trpělivosti, kreativity, ale také se musí smířit s tím, že přes veškeré snahy se jejich děti nikdy nevyrovnají dětem zdravým. I přes lásku a péči, kterou rodiče svému mentálně postiženému dítěti věnují, potřebují i oni vypomoci a oddychnout si, což jsou hlavní identifikované potřeby rodičů. Právě proto jsou tu pro ně sociální služby a jiné možnosti podpory, které mají za cíl těmto rodičům ulehčit péči o dítě s mentálním postižením, a kterým se budu věnovat později.

3 Legislativní ukotvení tématu

Cílem této kapitoly je ujasnit, jak je mentální postižení pojímáno z hlediska lidských práv, legislativního opatření, a shrnout, jaké právní předpisy se v České republice vztahují k tématu rodin s dítětem s mentálním postižením.

3.1 Historie a vývoj lidských práv

Myšlenkou přirozených lidských práv se zabývali lidé již v Antice. Dále se lidskými právy zabývali řečtí filozofové, římské právníci, byla ovlivněna křesťanským právem, osvícenstvím, a nakonec nabyla ústavnosti. V renesanci začal růst zájem o tematiku lidských práv. Ve druhé světové válce došlo k porušování lidských práv a hrůzným událostem, proto byla pozornost lidským právům více věnována a rostly snahy o jejich mezinárodní ochranu a prosazení ukotvení do národních právních řádů. Lidská práva jsou tak zaručena ústavními zákony a zakotvena v mezinárodních smlouvách o lidských právech. Lidská práva se vztahují na každého člověka bez ohledu na jeho rasu, pohlaví, věk, náboženství nebo barvu pleti. Bez lidských práv by člověk nemohl žít jako plnohodnotná lidská bytost. Lidská práva mají také návaznost na morálku, z čehož pak vyplývá, že se lidská práva dynamicky vyvíjejí a fungují na principu otevřenosti (Pipeková a kol., 2014, str. 55-56). Na lidská práva se navíc můžeme dívat dvěma úhly pohledu. Můžeme je brát jako práva přirozená, která jsou odvozena od lidskosti každého člověka, a pak je tu druhý úhel pohledu, který vnímá lidská práva jako něco zákonného, co bylo vytvořeno národy a mezinárodními zákony. (Leah, 1993 dle Pipeková a kol., 2014, str. 56).

Podle Pipekové a kol. (2014, str. 56-57) se lidská práva také vyvíjela postupně. V osvícenství se například ukotvilo právo na život, princip formální rovnosti, právo na osobní svobodu a právo na majetek. Ve druhé fázi (v dobách, kdy vznikaly levicové politické strany) se ukotvila sociální práva, jako například právo na práci a spravedlivou odměnu, právo na sociální a důchodové zabezpečení, anebo právo na vzdělání. Tato práva již vyžadovala to, aby se stát aktivně podílel tím, že poskytne veřejné prostředky. Ve třetí fázi (období druhé poloviny 20. století) vznikla práva solidární, kam patří například právo na zdravé životní prostředí nebo právo na samosprávu. Solidární práva vyžadují to, aby se zapojily všechny subjekty sociální sféry.

3.2 Lidská práva jako východisko pro zkvalitnění života mentálně postižených osob

V 60. letech 20. století vznikla na popud organizací rodičů dětí s mentálním postižením Evropská liga společností mentálně handicapovaných. Cílem této vzniklé ligy bylo hájit práva a zájmy mentálně postižených lidí bez ohledu na jejich rasu a národnost. Kladla si za cíl, že služby by lidem s mentálním postižením neměly být poskytovány na základě dobročinnosti, ale jejich práv (Pipeková, 2014, str. 71).

Švarcová (2006, str. 17) uvádí, že po dlouho dobu byla jedinou mezinárodní smlouvou, zmiňující se o právech lidí s mentálním postižením, Evropská sociální charta, která byla přijata v roce 1961. Tato smlouva brala osoby s mentálním postižením jako nositele lidských práv.

Dne 20. prosince roku 1971 byla pak na Valném shromáždění OSN vyhlášena Deklarace o právech mentálně postižených osob. Důvodem byl fakt, že mentálně postižení jedinci špatně komunikují a nedokážou tak sami prosazovat svá práva. Podle Švarcové (2006, str. 17-18) sloužila deklarace na ochranu základních práv, jako například to, že má mít člověk s mentálním postižením co nejvíce stejná práva jako ostatní, má právo na zdravotní péči a co největší rozvoj schopností a možností, má právo na práci a ekonomické zabezpečení, má mít právo žít ve své vlastní rodině a účastnit se společenského života a pokud to není možné a mentálně postižený je umístěn do zařízení, pak má být prostředí a podmínky uzpůsobeny tak, aby byly co nejbližší normálnímu životu, dále má mentálně postižený jedinec právo na opatrovníka, který by hájil jeho zájmy, má právo na ochranu před vykořisťováním a pokud mají být jeho práva omezena nebo zrušena, nesmí se toho zneužívat.

V roce 1989 přijala OSN Úmluvu o právech dítěte, která se zabývala také problematikou handicapovaných osob, zvláště pak článek č. 23. Pro mou práci je důležitý hlavně první a druhý odstavec. V prvním odstavci je uvedeno, že *„státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, uznávají, že duševně nebo tělesně postižené dítě má požívat plného a řádného života v podmínkách zabezpečujících důstojnost, podporujících sebedůvěru a umožňujících aktivní účast dítěte ve společnosti.“* Ve druhém odstavci je zmínka také o pečujících osobách a sice, že *„státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, uznávají právo postiženého dítěte na zvláštní péči, v závislosti na rozsahu existujících zdrojů podporují a zabezpečují oprávněnému dítěti a osobám, které se o ně starají, požadovanou pomoc odpovídající stavu dítěte a situaci rodičů nebo jiných osob, které o dítě pečují.“* (Úmluva o právech dítěte [online]).

Pipeková a kol. (2014, str. 73) zmiňuje i další organizace, které se angažují v oblasti ochrany práv handicapovaných osob. Jde například o Mezinárodní organizaci práce, Světovou zdravotnickou organizaci, UNESCO, Radu Evropy, anebo Mezinárodní společnost pro rehabilitaci handicapovaných. K důležitým dokumentům, které stojí za zmínku, se řadí Charta na osmdesátá léta z roku 1980, která zdůrazňuje především integraci mentálně postižených do společnosti, dále Deklarace práv osob se sníženou pracovní schopností z roku 1975, a v roce 1987 byla přijata Evropská konvence o prevenci týrání a nelidského nebo ponižujícího zacházení nebo trestání, na jejímž základě byl založen Evropský výbor pro prevenci týrání.

Považuji za zajímavé se zmínit také o mezinárodní konferenci, která se konala v Praze v roce 1997 a jmenovala se Lidská práva pro osoby s mentálním postižením. Konference se účastnilo 200 lidí ze 42 zemí a jejím cílem bylo řešení oblastí práv lidí s mentálním postižením. Šlo o oblasti jako bezpečnost, zdraví, výchova a vzdělávání, rozhodování, nezávislost, rodinný život a další. Účastníci se shodli na tom, že podpora práv osob s mentálním postižením je důležitým prvkem rozvoje občanské společnosti. Tato konference přispěla k tomu, že ve vyspělých zemích je v současné době zakotven systém zákonů, který práva osob s postižením zajišťuje. Zároveň jsou práva těchto osob zakotvena i v mezinárodních deklaracích (Pipeková a kol., 2014, str. 73-74).

V roce 2014 vešel v platnost Nový občanský zákoník – Zákon č. 89/2012 Sb., který přinesl změny i nové možnosti pro osoby s mentálním postižením. Vymezil se například termín **právní osobnost**, kterou má člověk od narození do smrti a udává, že máme nějaká práva a povinnosti. Dalším termínem, který se vymezuje je **svéprávnost**, kterou člověk získává k tomu, aby mohl právně jednat a nabývá ji zletilostí. Je také možné, aby si člověk domluvil tzv. **podpůrce**, který mu může pomoci se sepsáním smluv. Člověk s postižením tak může být svéprávný a využívat toho, že mu v případě potřeby poradí jeho podpůrce, což by měl být člověk, kterému postižený věří. Vytyčil se také nový pojem – **předběžné opatření v očekávání budoucí omezené svéprávnosti**. Toto opatření se používá v situaci, kdy se předpokládá, že bude mít člověk obtíže právně jednat, tedy může jít o soupis přání, dokonce včetně stanovení budoucího opatrovníka. Pokud má člověk těžké postižení a nemůže právně jednat, využívá se **zastoupení členem domácnosti**. Tím může být někdo z rodiny, nebo někdo, kdo s daným člověkem sdílí alespoň tři roky domácnost. Zástupce zastupuje pouze ty zájmy a přání, které si přeje zastupovaný člověk. Další možností je **jmenování opatrovníka bez omezení svéprávnosti**, kdy soud neomezuje svéprávnost opatrovanci, takže mohou právně jednat jak opatrovník, tak opatrovanec. Opatrovník dohlíží na to, zda má opatrovanec vše potřebné zajištěno. Ale může

se využít samozřejmě i **omezení svéprávnosti a jmenování opatrovníka**. Soud omezí svéprávnost člověka v určitých oblastech, ve kterých ho poté zastupuje opatrovník. Soud musí všechny okolnosti řádně prozkoumat a k omezení svéprávnosti dochází až v případě, kdy všechny ostatní možnosti selhaly a mohlo by dojít k újmě postiženého člověka. Svéprávnost lze omezit nejdéle na dobu 3 let, kdy po uplynutí této doby nabývá člověk opět plnou svéprávnost. Pokud však je dán podnět k prodloužení, je nutné stav posuzovaného přezkoumat a poté omezení prodloužit. Opatrovníkem se stává ten, koho v první řadě navrhne opatrovanec. Pokud nikoho nenavrhne, hledá soud mezi příbuznými. Pokud soud nikoho nenajde, určí veřejného opatrovníka, ve většině případů městský či obecní úřad. Odvolání opatrovníka nastává v případě, kdy o to opatrovanec požádá, nebo pokud si opatrovník neplní své povinnosti a jedná v rozporu s přáním opatrovance. Může být také sjednána opatrovnická rada, která dohlíží na to, že opatrovník zastupuje zájmy opatrovance. Většinou je složena z alespoň třech blízkých lidí opatrovance. Opatrovník může s opatrovnickou radou také konzultovat vážnější rozhodnutí. O těch nejvýznamnějších rozhodnutích rozhoduje soud (Pipeková a kol., 2014, str. 74-76).

Rodiny s dítětem s mentálním postižením se v dnešní době mohou řídit Novým občanským zákoníkem. Často bývá využíváno omezení svéprávnosti lidí s mentálním postižením a jmenování opatrovníka, nejčastěji rodičů. V kapitole byla zmíněna také Úmluva o právech dítěte, která je rovněž důležitým dokumentem, který hájí práva osob s mentálním postižením, ale také uznává potřebu pomoci osobám pečujícím.

4 Propojení tématu se sociální politikou

Cílem této kapitoly je okrajově zmínit, co to sociální politika je, a zahrnout popis sociálních služeb v souvislosti s tím, jak je mohou využít rodiny s mentálně postiženým dítětem. Dále zmínit a popsat výčet služeb, které jsou vhodné pro osoby s mentálním postižením a jejich rodiče, a za důležitý považují také přehled sociálních dávek a příspěvků, které mohou využívat osoby s mentálním postižením a jejich pečující.

Sociální politika zabírá velmi významnou pozici v rámci celospolečenského systému. Jde o politiku, která se orientuje ke člověku, k rozvoji jeho života, k rozvoji kvality a osobnosti člověka. V moderním světě je sociální politika považována za fenomén, který je různě interpretovaný a také velmi náročný na veřejné zdroje. Sociální politika není samostatný fenomén. Většinou se zahrnuje a propojuje do určité sféry. Nejčastěji se mluví o sféře ekonomické, sociální, kulturní, politické atd. Vývoj všech sfér je velmi žádoucí pro bezporuchový vývoj celé společnosti. To, že jsou sféry vzájemně provázané zapříčiňuje to, že se sociální politika neutváří izolovaně, ale spolupracuje s ostatními sférami a řadou norem. Také se uvádí, že člověk a jeho životní úroveň je ve vyspělých státech čím dál tím důležitější a posunují se na vyšší příčky. Sociální politika svou orientací na člověka může spoluutvářet názory lidí, jejich postoje a chování (Mertl, 2023 [online]). Díky systému sociální politiky tedy mohou žít lidé s mentálním postižením důstojný život a mohou se snáze zapojit do společnosti. Tím, že dochází k začleňování mentálně postižených lidí do společnosti, se rozšiřuje povědomí veřejnosti o této cílové skupině. Postoje veřejnosti k rodinám s mentálně postiženým dítětem tak nejsou tolik odsuzující, jak tomu bývalo dřív. Zároveň je pečujícím lidem poskytnuta podpora v tom, že existuje velké množství sociálních služeb, dávek a příspěvků, které jim mohou pomoci s péčí o mentálně postižené dítě.

4.1 Sociální služby

Definice sociálních služeb se liší a není jednotná, ale pro mou práci je směrodatná definice ze Zákona o sociálních službách. Sociální službou se rozumí *„činnost nebo soubor činností podle tohoto zákona zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení.“* (ZSS 108/2006 Sb.). Sociálním začleněním se rozumí *„proces, který zajišťuje, že osoby sociálně vyloučené nebo sociálním vyloučením ohrožené dosáhnou příležitostí a možností, které jim napomáhají plně se zapojit do ekonomického, sociálního i kulturního života společnosti a žít způsobem, který je ve společnosti považován*

za běžný“ a sociálním vyloučením se rozumí „*vyčlenění osoby mimo běžný život společnosti a nemožnost se do něj zapojit v důsledku nepříznivé sociální situace*“ (ZSS 108/2006 Sb.).

Podle Zákona o sociálních službách rozlišujeme tři základní druhy sociálních služeb, a to sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Všechny tři druhy můžeme využít při práci s lidmi s mentálním postižením a jejich rodinami. Základní **sociální poradenství** poskytuje osobám potřebné informace pro to, aby mohli snáze vyřešit svou nepříznivou sociální situaci. Základní sociální poradenství musí zajistit každá služba, což znamená, že se s ním setkáme i v sociálních službách pro lidi se zdravotním postižením, či jejich pečující. Odborné sociální poradenství je orientováno na potřeby jednotlivých okruhů osob. S odborným sociálním poradenstvím se tedy můžeme setkat např. v domově pro osoby se zdravotním postižením. **Služby sociální péče** se snaží zajistit osobám s mentálním postižením jejich fyzickou i psychickou soběstačnost. Snaží se umožnit těmto osobám zapojit se v co nejvyšší míře do běžného života a podpořit je v životě v jejich přirozeném prostředí. Služby sociální péče dbají na to, aby těmto osobám bylo zajištěno důstojné prostředí i důstojné zacházení. „*Každý má právo na poskytování služeb sociální péče v nejméně omezujícím prostředí.*“ (ZSS 108/2006 Sb.). Službami sociální péče pro osoby se zdravotním postižením mohou být například osobní asistence nebo stacionáře. Díky tomu, že existují služby sociální péče, si mohou rodiče dětí s mentálním postižením odpočinout. Cílem **služeb sociální prevence** je napomáhat osobám předcházet vzniku sociálního vyloučení či jiných krizových situací. Tyto služby se snaží pomáhat v řešení nepříznivé sociální situace osob a chránit společnost před nežádoucími jevy ve společnosti (ZSS 108/2006 Sb.). Mezi služby sociální prevence bychom mohli zařadit například ranou péči nebo sociálně terapeutické dílny. Služby sociální prevence pomáhají rodičům mentálně postižených dětí získat potřebné informace k tomu, aby věděli, jak se svým dítětem pracovat, navázat kontakt s jinými rodiči mentálně postižených dětí (např. raná péče), a také jim dodat jistotu v tom, že by se jejich dítě mohlo začlenit do společnosti a mohlo by být pro ni přínosem (např. sociálně terapeutické dílny).

Dále rozlišujeme formy poskytování sociálních služeb, a ty mohou být pobytové, ambulantní nebo terénní. **Pobytovými službami** se rozumí služby, které jsou spojené s ubytováním v zařízení. Do **ambulantních služeb** musí osoba docházet, je tam doprovázena druhou osobou, nebo je tam dopravována. **Terénní službou** se rozumí taková služba, která je poskytována osobě v jejím přirozeném prostředí (ZSS 108/2006 Sb.). Z hlediska sociální práce s cílovou skupinou rodin s mentálně postiženými dětmi se využívají všechny formy poskytování sociálních služeb.

Všechna zařízení sociálních služeb jsou pro veřejnost snadno dohledatelná v Registru poskytovatelů sociálních služeb. Registr vede krajský úřad, který zapisuje poskytovatele sociálních služeb do veřejného informačního systému. Registr je veden jak v listinné, tak elektronické podobě. Registr v elektronické podobě eviduje údaje o tom, jakou kapacitu má dané zařízení, jaké je materiální, technické a personální zajištění, jaké činnosti poskytují (základní i fakultativní), jaké je financování jednotlivých sociálních služeb, komu může být smlouva poskytována, nebo naopak komu nemůže být smlouva poskytována, podle ustanovených důvodů. Správcem elektronické podoby Registru poskytovatelů sociální služeb je Ministerstvo práce a sociálních věcí (ZSS 108/2006 Sb.).

4.2 Sociální služby pro osoby s mentálním postižením

Sociální služby jsou pro osoby s mentálním postižením velmi důležité, protože jim poskytují potřebnou podporu, pomoc, ale i smysluplnou aktivizaci, popřípadě možnost pracovat v rámci svým možností. Nepřímo však poskytují podporu a pomoc pečujícím rodičům, protože jim ulehčují péči o jejich mentálně postižené dítě.

Podle Společnosti pro podporu lidí s mentálním postižením v České republice (SPMP ČR [online]) mohou využít lidé s mentálním postižením tyto služby:

- Osobní asistence
- Sociální rehabilitace
- Podporované zaměstnávání
- Sociálně terapeutické dílny
- Chráněné bydlení
- Podpora samostatného bydlení
- Denní stacionář
- Týdenní stacionář
- Domov pro osoby se zdravotním postižením
- Raná péče

Osobní asistence spočívá v tom, že asistent může mentálně postiženého člověka doprovodit kamkoli, kam zrovna potřebuje, například k lékaři, do školy, na úřady, ale i třeba do divadla. Asistent však může dopomoci i v domácnosti, například s vařením, praním, a dalšími činnostmi, které rozvíjí samostatnost. Za tuto službu se platí a sazba je stanovena za hodinu.

Při **sociální rehabilitaci** nacvičují pracovníci s lidmi s mentálním postižením různé činnosti, které vedou k samostatnosti, například cestování, nakupování, finanční gramotnost, přípravu jídla. Služba může být zřízena ve i formě pobytové.

Podporované zaměstnávání je služba, která spadá pod sociální rehabilitaci. Jde o zprostředkování práce člověku s mentálním postižením. Asistent může dopomoci konkrétní práci nacvičit, anebo pomoci s úkony pro její získání (např. pomoci napsat životopis nebo dopis). Za tuto službu se neplatí.

Pro lidi, kteří nemohou pracovat na běžném trhu práce, ani v chráněných dílnách, je tu služba **sociálně terapeutických dílen**. Lidé docházejí vykonávat drobné činnosti, například v keramických dílnách, šicích dílnách, dřevodílnách. Za práci odměnu nedostávají a ve službě si hradí pouze oběd.

Chráněné bydlení je pobytová služba, kdy v bytě žije více mentálně postižených osob, z nichž každá má svůj pokoj. Lze se také setkat s domem, kdy každá osoba má svůj vlastní byt. Byty patří poskytovateli. Asistenti jsou klientům neustále k dispozici, v některých zařízeních bývají i noční služby. Tato služba je placená, bývá na ni využíván příspěvek na péči, protože je nutné uhradit asistenci. Na úhradu pobytu a stravy se využívá invalidní důchod.

Podpora samostatného bydlení je podobnou službou jako chráněné bydlení, akorát asistenti pouze docházejí do bytu klienta a dopomáhají mu. Lidé s mentálním postižením žijí ve vlastním či pronajatém bytě, nikoli v komplexu bytů s ostatními klienty. Dochází k většímu začlenění do společnosti.

V **denním stacionáři** se mohou lidé s postižením setkávat se svými vrstevníky, mohou smysluplně strávit čas pod vedením asistentů. Většinou je tato služba poskytována ve všední dny v časovém rozmezí 7-17 hodin. Činnosti mohou vést k rozvoji dovedností, pracovních návyků, schopností atd. Jedná se o placenou službu.

Týdenní stacionář je pobytová služba. Funguje od pondělí do pátku, klienti ve službě bydlí. Na víkendy a svátky si je pečující berou domů. Činnosti jsou podobné jako v denním stacionáři, jen jsou rozšířené o nakupování, péči o domácnost, přípravu jídel, ale také návštěvu kulturních akcí, plánování volného času, aj. Klienti se ve službě učí vzájemnému respektu. Tato služba je placená.

Domovy pro osoby se zdravotním postižením jsou pobytovou službou, která funguje celoročně a poskytuje klientům ubytování, stravu, pomoc při osobní hygieně atd. Dříve šlo o ústavy s velkou kapacitou, kde prakticky nebyl možný individuální přístup ke klientům.

V dnešní době nalezneme i menší zařízení s domácí atmosférou, ale stále většinou převažují domovy pro velmi mnoho klientů. Domov si ponechává příspěvek na péči klientů, ubytování a strava jsou hrazeny z invalidního důchodu, popřípadě z jiných příjmů klienta tak, že mu po odečtení úhrady zbyde 15 % jeho příjmů. Pokud částka nepokryje stravu a ubytování, může, ale i nemusí, ji doplatit rodina.

Raná péče je určena dětem od 0 do 7 let věku. Snaží se podpořit raný vývoj dítěte a poradit rodičům. Do služby mohou rodiče s dětmi docházet, nebo pracovníci služby dojíždějí za rodinami. Služba není placená.

(SPMP ČR [online])

4.3 Sociální služby pro rodiče nebo blízké osob s mentálním postižením

Pro pečující je úlevou, když jejich mentálně postižený blízký využívá nějaké sociální služby pro osoby s mentálním postižením a ve velké míře jim to pomáhá, takže předchozí popsané služby bych také zařadila jako možnost podpory pečujících rodičů. Vyplývalo mi to také z informací, které jsem získala na praxích. Existují však služby, které jsou určeny ryze pro pečující osoby, a díky nimž si mohou pečující o člověka s mentálním postižením odpočinout.

Podle SPMP ČR [online] jsou to tyto dvě:

- Poradenství
- Odlehčovací služby

Odborné sociální poradenství může pečujícím pomoci v tom, že nabídne dostupné sociální služby, příspěvky pro lidi s postižením, může pomoci s vyřizováním na úradech, poradit se svéprávností atd.

Jednou z mála služeb, které jsou určeny přímo pečujícím, jsou **odlehčovací služby**. Mohou být jak terénní, tak pobytové. Služba je poskytována pečujícím, když si potřebují zajít například k lékaři nebo si odpočinout. Asistent „pohlídá“ klienta za úhradu. V pobytové odlehčovací službě může navíc člověk strávit několik dní, týdnů, někde i měsíců. Klientů zpravidla bývá v zařízení víc a většinou má služba ustanoveno, že maximální doba pobytu nesmí překročit 3 měsíce.

(SPMP ČR [online])

4.4 Sociální dávky a příspěvky

Lidé s mentálním postižením a jejich pečující mají často nárok na sociální dávky a příspěvky pro lidi se zdravotním postižením, ale někdy se stane, že o tom ani neví. Přijde mi tedy užitečné podívat se na to, jaké sociální dávky a příspěvky mohou tito lidé a jejich pečující využít. Ačkoli ve většině případů jsou peníze a výhody z dávek míněné lidem s postižením, jsou to nakonec pečující, kdo je využijí pro účely péče o postiženého, nebo z nich přinejmenším mohou také těžit.

SPMP ČR [online] uvádí tyto sociální dávky a příspěvky, které dále rozepisuje MPSV [online]:

- Příspěvek na péči
- Invalidní důchod
- Průkaz pro osoby se zdravotním postižením
- Příspěvek na mobilitu
- Příspěvek na zvláštní pomůcku

O **příspěvek na péči** si mohou zažádat lidé, kteří mají zdravotní postižení a potřebují pomoc jiné osoby. Podle toho, co daný člověk zvládá a co ne, se určí stupeň závislosti na pomoci jiné osoby. Existují 4 stupně. Výše příspěvku je daná podle stupně. Postupuje se tak, že sociální pracovník z ÚP provede sociální šetření, přičemž posuzuje mobilitu, orientaci, komunikaci, stravování, oblékání a obouvání, hygienu, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity, péče o domácnost (od 18 let věku). Podle toho, kolik okruhů daný člověk nezvládá, se přiřadí do příslušného stupně.

Stupeň závislosti	1–18 let	Nad 18 let
I. stupeň – lehká závislost	3 300 Kč	880 Kč
II. stupeň – středně těžká závislost	6 600 Kč	4 400 Kč
III. stupeň – těžká závislost	13 900 Kč	12 800 Kč
IV. stupeň – úplná závislost	19 200 Kč	19 200 Kč

Tabulka 1: Výše příspěvku na péči, zdroj: MPSV [online]: <https://www.mpsv.cz/-/prispevek-na-peci>

Pokud člověku klesla míra pracovní schopnosti, může si zažádat o **invalidní důchod**, což je dávka buď trvalého nebo dočasného charakteru a závisí na předešlém sociálním pojištění daného člověka. Invalidní důchod se vyřizuje na ČSSZ, kde mají přímo tabulku, která určuje míru poklesu pracovní schopnosti v závislosti na zdravotním stavu ve třech stupních. Potřebná

doba pojištění závisí na věku žadatele a je rovněž zjištělná na ČSSZ. Invalidní důchod může vyřídít také blízký člověk žadatele, a to na základě plné moci, nebo lékařským potvrzením o neschopnosti podpisu žadatele.

Pro výhody a slevy je vhodné si zažádat o **průkaz pro osoby se zdravotním postižením**. Průkazy jsou navíc vázány i na další výhody, jako například u příspěvku na mobilitu nebo u parkovacích průkazů. Žadatel o průkaz OZP musí být starší 1 roku a musí mít tělesné, smyslové nebo duševní postižení. Existují tři typy průkazů, a sice průkaz TP (tělesně postižený), ZTP (zvláště tělesně postižený) a ZTP/P (zvláště tělesně postižený s průvodcem). O průkaz se žádá na Úřadu práce ČR, kde se lze také informovat o možných výhodách a slevách.

Příspěvek na mobilitu se může zase hodit v případě, pokud osoba se zdravotním postižením hodně cestuje, například k lékaři, a má tak s cestováním měsíčně vyšší náklady. Příspěvek na mobilitu se vyplácí vy výši 900,- měsíčně a zažádat si o něj lze na Úřadu práce ČR. Podmínkami pro nárok o tento příspěvek je, aby žádající osoba nebyla umístěna v žádné pobytové službě, byla držitelem průkazu ZTP nebo ZTP/P a byla za úhradu v daném kalendářním měsíci dopravována.

O **příspěvek na zvláštní pomůcku** může žadatel požádat, pokud má těžké postižení. Tento příspěvek lze využít například na pořízení vodícího psa, motorového vozidla, úpravu motorového vozidla nebo úpravu bytu. Výše příspěvku může být až 350 000,- a u schodišťové plošiny až 400 000,-. U pořízení zvláštní pomůcky, která je dražší než 10 000,- se vyžaduje spoluúčast, a sice asi 10 % z ceny pomůcky. Příspěvek lze vyřídít na Úřadu práce ČR.

(MPSV [online])

V této kapitole bylo popsáno, jaké podpory mohou rodiče dosáhnout prostřednictvím sociální politiky státu. Pro své dítě mohou využít široké spektrum sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením, které jim mohou pomoci v péči o jejich dítě, mohou jim poskytnout poradenství a zprostředkovat kontakty s ostatními rodinami a svépomocnými skupinami. Mohou rovněž využít sociální služby určené ryze pro pečující. Mimo oblast sociálních služeb se v případě potřeby mohou obrátit na jiné odborníky, jako například na psychologa nebo terapeuta. Byly popsány možnosti pomoci pečujícím také z hlediska finanční podpory. Díky dárkům a příspěvkům mohou rodiče poskytnout svým mentálně postiženým dětem větší míru péče. Z výpovědí rodičů jsem však na svých praxích zjistila, že dosavadní pomoc od státu není dostačující a uvítali by větší finanční podporu a více sociálních služeb typu denních stacionářů.

5 Propojení tématu s teoriemi a metodami sociální práce

Cílem této kapitoly bylo vymezit, co to jsou teorie sociální práce a jaké teorie můžeme využívat při práci s rodinami s dítětem s mentálním postižením. Co to jsou metody sociální práce a jaké metody se používají při práci s lidmi s mentálním postižením, s jejich rodinami, což se z mého pohledu do jisté míry také dost prolíná. Byly rozepsány dvě teorie sociální práce, které se dle mého názoru nejvíce používají při práci s touto cílovou skupinou a dále jedna metoda. Nakonec byla vydefinována role sociálního pracovníka při práci s rodinami s mentálně postiženým dítětem.

5.1 Teorie sociální práce a využití při práci s rodinami mentálně postiženého dítěte

Podle Matouška a kol. (2001, str. 193) jsou teorie v sociální práci užitečné jako zdroj identity sociálních pracovníků. Užívání teorií usnadňuje praxi, říká sociálním pracovníkům, co mají dělat. Sociální pracovník potřebuje při své práci takové návody. Navrátil říká, že je velký rozdíl v tom, zda pomáháme pouze pocitově, nebo pro naše jednání máme teoretický rámec. Řešení klientovy situace bez teoretického rámce může být nebezpečná a ohrožovat klienta.

Probíhaly pokusy utřídit typologie teorií sociální práce. Janis Fooková (1993, dle Matoušek a kol., 2001, str. 193) navrhla tyto typy teorií: obecná teorie, praktické teorie a specifické metody. Obecná teorie představuje teorii nebo spíše ideologii, ve které společnost žije, např. marxismus. Praktické teorie jsou již méně obecné a popisují ucelené teorie, které se zaměřují na vysvětlení práce s klientem, např. transakční analýza. Oproti tomu specifické metody se soustřeďují přímo na práci s klientem a popisují jednotlivé techniky práce.

Dále se pokusil teorie sociální práce roztřídit Roger Sibeon. Rozlišuje teorie formální a neformální, kdy formální teorie je psaná a je respektována profesními komunitami, naopak teorie neformální je souborem znalostí a zkušeností z praxe. Dále roztřídil teorie na: teorie o sociální práci, teorie sociální práce a teorie klientova světa. Teorie o sociální práci jsou většinou teorie z oblasti sociologie a zkoumají sociální práci jako disciplínu. Teorie sociální práce poskytují návody sociálním pracovníkům, jak s klienty pracovat a jak řešit vzniklé problémy. Teorie klientova světa se snaží vysvětlovat jevy z hlediska psychologického a sociálního a pomoci tak sociálnímu pracovníkovi v porozumění klientovy situace (Sibeon, 1990, dle Matoušek a kol., 2001, str. 194-195).

Při práci s rodinou, ve které je mentálně postižené dítě, musíme rozlišit jejich potřeby a musíme ke každé rodině přistupovat individuálně. Vzhledem k tématu své práce jsem se rozhodla podrobněji rozepsat 2 teorie, kterými jsou rodinná terapie a kognitivně-behaviorální přístup, protože ze svých zkušeností vím, že jsou to teorie pracující s celou rodinou.

5.1.1 Rodinná terapie

Podle Valenty a kol. (2018, str. 153) se rodinná terapie obvykle snaží do procesu zapojit celou rodinu, kdy dochází k léčbě psychických, vztahových, ale i psychosomatických poruch. Tato terapie zkoumá jedince v systému, ve kterém se nachází. Nesnaží se měnit jedince, ale celý systém, čímž dojde i ke změně jedince. Stojí na určitých principech, a sice se soustředí na rodinu jako celek a nesnaží se měnit pouze jednotlivce, předpokládá, že problém jednotlivce souvisí s vývojem jeho rodiny, cílem je změna ve fungování celé rodiny a klade větší důraz na to, proč se změna nedaří a problémy v rodině přetrvávají než na hledání příčiny problémů. Tato terapie je zcela vhodná pro rodiny, kde je mentálně postižené dítě, protože taková situace přináší do rodiny vždy napětí. Terapeutickým úkolem je změna rodinného systému, takže se terapeut soustředí hlavně na rodinné emoční vazby, vzájemné vztahy, moc v rodině a hranice.

Hranice v rodině určují kompetence jednotlivců a jejich způsob, jak se podílí na rodinném dění. Zdravé hranice by měly být srozumitelné, přizpůsobivé vůči změnám, jasně stanovené. Za problematické hranice jsou považovány takové, které jsou rigidní (nepřipouští změnu a otevřenou komunikaci), propletené (nerozlišují role v rodině a není zde jistota, řád). Nepropustné hranice jsou pak problematické ve vztahu rodiny k okolnímu světu, protože pak bývá rodina izolovaná. Naopak mohou být také hranice slabé, kvůli kterým si rodina nedokáže udržet celistvost ve vztahu k okolí (Valenta a kol., 2018, str. 154).

Dále rozlišujeme vazby mezi jednotlivými členy rodiny. Ty mohou být v ideálním případě pozitivní – aliance, nebo naopak negativní – koalice. Koalice se projevují tak, že jejich cílem je jít proti přání určitého člena rodiny. Koalice mohou být stálé nebo skryté (Valenta a kol., 2018, str.154).

Moc je v rodině také velkým ukazatelem. Představuje míru vlivu člena rodiny na ostatní členy. Pokud nemá jedinec dostatečně silnou moc v rodině, nemá dostatečné kompetence a nemůže tak plnit úkoly, za které je ve své roli zodpovědný (Valenta a kol., 2018, str. 154).

Při využívání této terapie uplatňuje terapeut také prvky tzv. milánského modelu rodinné terapie, což je dílčí koncepce spadající pod terapii systemickou rodinnou. Valenta (2018, str. 154-155)

vyjmenovává ty to prvky: neutralita a terapeutická zvědavost, cirkularita (cirkulární dotazování), hypotetizování, citlivost k použití jazyka a pozitivní konotace, které budou blíže popsány v kapitole 5.4.

Uplatnění systemického přístupu má smysl v takové rodině, kde se problémové vzorce neustále opakují. Je důležitá orientace na jazykové významy, vzájemné vztahy členů rodiny a význam opakování, díky čemuž můžeme dosáhnout nové formy rodinného systému. Cirkulární dotazování může být pro rodinu velmi užitečné, ale pro člena rodiny s mentálním postižením může být komunikace velmi náročná, proto musí terapeut dbát na to, aby obsah jeho sdělení byl maximálně srozumitelný. Ačkoli je cirkulární dotazování určeno více pro rodinné příslušníky, člen rodiny s mentálním postižením by se měl terapie také účastnit, protože jeho komentáře a reakce jsou pro terapeuta nepostradatelné (Valenta a kol., 2018, str. 155).

5.1.2 Kognitivně-behaviorální terapie

Setkala jsem se s tím, že je rodinná terapie velmi často kombinována s kognitivně-behaviorální terapií, proto jsem se rozhodla popsat také tuto terapii.

Kognitivně-behaviorální terapie (KBT) se velmi často používá při práci s dítětem s mentálním postižením. Tento přístup vznikl tak, že se spojily dva přístupy, a sice behaviorální terapie, která vycházela z teorie klasického podmiňování, a kognitivní terapie, která se snaží o ovlivnění myšlení a usuzování. Oba přístupy se vyvíjely zároveň (Valenta a kol., 2018, str. 148).

KBT usiluje o porozumění člověka tomu, jak vnímáme svět, ostatní lidi a nás samotné. To, jak vnímáme svět kolem nás totiž ovlivňuje to, jak se chováme a jak přemýšlíme. KBT předpokládá, že dojde ke zlepšení, když psychické problémy identifikujeme a změním chybě postoje k nim. Tato terapie je tedy o tom, že se člověk učí, jak změnit svoje myšlení, což se projeví ve změně chování (www.vycvikkbt.cz).

Když tedy terapeut používá oba přístupy (rodinnou terapii i KBT), hledá špatné vzorce myšlení a chování v celé rodině a snaží se je nahradit myšlením zdravým. Tímto způsobem se může změnit rodinný systém v oblastech komunikace, porozumění, řešení problémů a konfliktů, vztazích v rodině a chování jednotlivých členů rodiny.

5.2 Metody sociální práce

Jako metody sociální práce jsou označovány postupy sociálních pracovníků, které mají definovaný cíl práce nebo cílovou skupinu. Může jí například o poskytnutí poradenství, úřední úkon, materiální pomoc atd. Cílovou skupinou může být jednotlivec, rodina, komunita nebo skupina. Matoušek tedy rozlišuje práci s jednotlivcem = případová sociální práce, práci s rodinou, komunitní práci a práci se skupinou. Pokud bychom chtěli cílové skupiny uvádět obecněji, můžeme hovořit o mikropraxi (s jednotlivcem), mezopraxi (s rodinou a malou skupinou) a makropraxi (práce s komunitou a se systémem) (Matoušek, 2008, str. 100).

5.3 Využívané metody při práci s lidmi s mentálním postižením

Při práci s lidmi s mentálním postižením se mohou využívat metody jak individuální sociální práce, tak práce se skupinou a komunitní sociální práce.

Individuální sociální práce je úzce spjatá s **asistencí**, kdy dochází ke kompenzaci chybějících dovedností a osobnímu rozvoji klienta. Cílem je, aby si klient osvojil základní dovednosti, které zvýší míru jeho samostatnosti. Lidé s mentálním postižením se neučí úkony pozorováním v takové míře jako zdraví lidé. K osvojení dovedností potřebují činnosti zkoušet a nacvičovat, což se může dít právě za přítomnosti asistenta. Je potřeba také nastavit individuální plán, na kterém se podílí sociální pracovník, klient, obvykle i zákonný zástupce, někdy i ostatní blízcí lidé, které si klient vybere. Asistent učí klienta tak, že postupně omezuje míru své pomoci a nechává klienta, aby si úkony zkoušel sám, popřípadě dopomáhá, klade otázky, pozoruje, jak si klient vede. Postupy jsou vždy individualizované a můžeme se setkat s nácvikem různých činností, například nácvik často využívané trasy, sociálních dovedností, plánování výletů, seznamování (Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2010, str. 117-118).

Dále tedy můžeme využívat metody **skupinové sociální práci**. Většinou může jít o to, že se klienti účastní pravidelného setkávání s lidmi s postižením, kde se s pomocí sociálního pracovníka učí, jak spolu komunikovat. Mohou se zde vytvářet i přátelské či partnerské vztahy. Ve skupině se mohou také učit formou modelových situací, aby mohli případně adekvátně reagovat (Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2010, str. 118-119).

Komunitní sociální práce využívá toho, že spolu lidé s postižením mohou sdílet domov a učit se od sebe navzájem. Taková zkušenost nahrazuje práci asistentů a přitom každý jednotlivec do komunity přináší něco nového. Práce v komunitě je rozdělena podle schopností jednotlivců, a

tak se komunita stává celkem soběstačným společenstvím (Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2010, str. 120).

V této souvislosti se Matoušek (2008, str. 35) zmiňuje o **camphillských komunitách**, což znamená, že lidé s postižením žijí v menších domácnostech. V domácnostech s lidmi s postižením žijí rovněž dobrovolní pomocníci a pečovatelé. Každá domácnost má svého vedoucího, kterým může být jednotlivec nebo i manželský pár, který může mít rovněž své děti. Pracovníci a pomocníci dostávají kapesné, nikoli plat, ale komunita jejich potřeby hradí. Klienti mají k dispozici své peníze.

5.4 Využívané metody při práci s rodinami s mentálně postiženým dítětem

Jak již bylo zmíněno výše, podle Valenty a kol. (2018, str. 154-155) můžeme při práci s rodinou využívat tyto konkrétní metody a techniky:

Neutralita a terapeutická zvědavost – Tento prvek představuje terapeutovu neutralitu a nezaujatost vůči jednotlivým členům. Zároveň se snaží aktivně zajímat o názory členů rodiny a nemá předsudky. Projevuje svou zvědavost, díky které dokáže zjistit nové popisy systému.

Cirkularita – Terapeut se doptává na jednotlivé vztahy mezi členy rodiny a jejich představy o ostatních členech. Uvažuje o problému z hlediska cirkulární kauzality, tedy důsledek chování je zároveň příčinou jiného chování, a jak se problémy rodí a jak na sebe navzájem působí.

Hypotetizování – Terapeut záměrně vytváří různé hypotézy a dohady, které mohou být vyvráceny, a tedy může být problému snáze porozuměno.

Citlivost k použití jazyka – Lečbych uvádí, že to, jak hovoříme o věcech vykazuje to, jak o nich smýšlíme, proto bychom měli pečlivě zvažovat, jaká slova použijeme.

Pozitivní konotace – Tento prvek nám udává to, že bychom se měli oprostít od obviňování, jedná se tedy o pozitivní aspekt řešení problému.

(Valenta a kol., 2018, str. 154-155)

Snoezelen – Metoda, která má za cíl aktivizovat klienta za pomoci speciálně vybavených místností, vhodná především pro rodiny s dětmi s mentálním postižením. Tato metoda bude popsána v následující podkapitole.

5.4.1 Snoezelen

Tato metoda vznikla v 70. letech 20. století v Holandsku, kdy se dva odborníci, Hulsegge a Verheul, „chytili“ myšlenky „smyslové samoobsluhy“ amerických psychologů Clelanda a Clarka. Hulsegge a Verheul začali zlepšovat životní situaci lidí s mentálním nebo kombinovaným postižením. Místnosti, které byly uzpůsobeny k provozování této metody, byly nazvány *Snoezelen*, což je slovo vytvořené spojením slov „snuffelen“ (čichat) a „doezelen“ (dřímát). Do České republiky se však Snoezelen dostalo až v 90. letech, kdy se otevřela první multisenzorická místnost (Faltysová, 2021 [online]).

Snoezelen pomáhá lidem s mentálním postižením vnímat jejich vnitřní svět, stimulovat tělo a smysly. Přitom využívá speciálně uzpůsobené prostory s vhodným technickým vybavením, jako například bublinkové vodní sloupy, hvězdné nebe, vodní postel, vibrační pomůcky, a dále nejrůznější vonné olejčky, tvarované předměty z rozdílných materiálu, míčky a balonky, zrcadla atd. Důležité je, aby měl člověk s mentálním postižením o aktivizaci zájem, prováděl je dobrovolně a měl z nich radost. Snoezelen nevyužívá pouze místnosti, ale mohou se využívat také zahrady, bazén nebo také bezpodněťová místnost, která se využívá pro zklidnění a uvolnění, když je okolo až příliš mnoho podnětů. Takový prostor je možné snadno vytvořit i ve škole nebo doma (Faltysová, 2021 [online]).

Podle Faltysové (2021 [online]) uplatňuje metoda terapeutický přístup, kdy je ke každému mentálně postiženému člověku přistupováno zcela individuálně s ohledem na to, co mu přináší potěšení a radost. Tato metoda rozvíjí zdravou složku jedince a její potenciál.

Snoezelen je metoda doporučena při práci s celými rodinami, protože může dojít také k uvolnění rodičů a zodpovězení jejich otázek a emočních projevů. Podle odborníků představuje práce s rodinami ve Snoezelen příležitost ke snadnější komunikaci s rodiči ohledně jejich strachu, o pocitech, a tím se nabízí prostor pro další terapeutickou pomoc (Nasser, 2004 [online]).

5.5 Role sociálního pracovníka při práci s mentálně postiženými lidmi a jejich rodinami

Sociální pracovníci hrají klíčovou roli při práci s rodinami dětí s mentálním postižením, protože jim poskytují podporu a pomoc v různých prostředích.

Rodiče se mohou se sociálními pracovníky setkat například v nemocnicích, školách, službách a agenturách péče o děti, centrech duševního zdraví, aj. Sociální pracovníci v nemocnicích mohou rodičům poskytnout emocionální podporu, pomoci s nalezením vhodných sociálních služeb, spojit rodinu s ostatními rodinami, kde je dítě s postižením nebo spojit rodinu s podpůrnými skupinami. Nemocniční sociální pracovník může rodičům také pomoci vyrovnat se s jejich myšlenkami a poskytnout vhodné informace. Dále se můžeme setkat se sociálními pracovníky ve školách, a to jak ve všeobecných, tak speciálních. Sociální pracovníci ve školách mohou pomáhat postiženým dětem individuálně, nebo s nimi pracovat ve skupinách, popřípadě i pracovat s celými třídami. Stejně jako sociální pracovníci v nemocnicích, tak i školní sociální pracovníci mohou pomoci rodině najít různé podpůrné skupiny. Zároveň mohou také spolupracovat s učiteli a ostatními pracovníky ve škole. Sociální pracovníci ve školách mohou také upozorňovat na nebezpečí návykových látek. Dále se rodina může setkat se sociálními pracovníky v centrech duševního zdraví nebo v různých komunitních centrech. V těchto centrech je poskytováno rodinám především poradenství a mohou být využívány různé terapie (o kterých jsem se však již zmínila výše), jako například individuální terapie, rodinná terapie, kognitivně-behaviorální terapie (helpstartshere.org).

V této kapitole bylo shrnuto, jaké teorie jsou využívány při práci s rodinami s dítětem s mentálním postižením, byly rozepsány dvě teorie, dále vypsány metody sociální práce s osobami s mentálním postižením a metody sociální práce s rodinami s mentálně postiženým dítětem, z nichž byla rozepsána jedna metoda uplatňovaná při práci s celými rodinami. Byla identifikována také role sociálního pracovníka při práci s rodinami s mentálně postiženým dítětem, přičemž bylo zjištěno, že sociální pracovník má při práci s touto cílovou skupinou nezastupitelnou funkci.

6 Etické aspekty sociální práce s lidmi s mentálním postižením

Etikou sociální práce je myšlen „soubor mravních zásad, které by měl pracovník v sociálních službách dodržovat.“ (Matoušek, 2008, str. 55). Matoušek (2008, str. 55-56) dále uvádí, že tento soubor bývá formalizován do standardů, které jsou schváleny profesní komorou nebo národní asociací sociálních pracovníků. Standardy nám říkají, jaké chování a jednání je žádoucí, hlavně co se týče konfliktních situací. Týkají se klientových práv a také práv a odpovědnosti sociálních pracovníků, a to nejen vůči klientům, ale i vůči kolegům, profesi a společnosti.

„Sociální práce s jednotlivcem, rodinami, skupinami, komunitami a organizacemi vytváří pro sociálního pracovníka situace, ve kterých musí nejen eticky hodnotit, vybírat možnosti, ale i eticky rozhodovat. Sociální pracovník eticky uvažuje při sociálním šetření, sběru informací, jednáních a při své profesionální činnosti o použití metod sociální práce, o sociálně technických opatřeních a administrativně správních postupech z hlediska účelu, účinnosti a důsledků na klientův život.“ (Etický kodex Společnosti sociálních pracovníků ČR [online]).

Rozlišujeme etické problémy a etická dilemata. Etický problém vzniká tehdy, když je evidentní, jak se má pracovník rozhodnout situaci řešit, ale řešení je v rozporu s jeho osobním přesvědčením. Etické dilema značí situaci, kdy sociální pracovník musí zvolit mezi dvěma či více možnostmi řešení, ale ani jedno z nich není jednoznačně správné. Vzniká mezi nimi konflikt morálních zásad (Banksová, 1995, dle Matoušek a kol., 2003, str. 24).

6.1 Etické teorie

Znalost etických teorií by měla pracovníkovi pomoci při rozhodování. Stejně jako znalost základních hodnot profese, etického kodexu sociálních pracovníků a také znalost vlastní osobnosti (Matoušek a kol., 2003, str. 24). Vztah mezi pomáhajícím pracovníkem a klientem hraje podstatnou roli. Mezi klientem a sociálním pracovníkem vzniká důvěra a lidský zájem. Osobnost pracovníka je tedy hlavním nástrojem v pomáhajících profesích (Kopřiva, 1997, str. 14).

Matoušek a kol. (2003, str. 26-30, 35-36) uvádí jako relevantní teorie tyto:

- Teorie přirozeného zákona
- Deontologie
- Utilitarismus
- Antiopresivní teorie

Teorie přirozeného zákona

Podle Matouška vznikla tato teorie kombinací judaismu, řecké filozofie a křesťanství. Spojuje principy náboženské etiky s důrazem na racionální vyvažování a závazky správných morálních hodnot. Cílem teorie přirozeného zákona je udržování a zdokonalování lidské přirozenosti, a to prostřednictvím božího mravního zákona (Matoušek a kol., 2003, str. 26-27).

Deontologie

Deontologická etika se nesoustředí na výsledek, ale na úmysl jednatelů. Jde hlavně o dodržování norem a povinností, podle kterých bychom se měli řídit, ať už jsme v jakékoli situaci. Nejznámějším představitelem je Immanuel Kant, který říkal, že člověk má přírodní, ale také rozumovou složku osobnosti. Výhodou je oddělení povinnosti od osobního prospěchu, takže se dá předejít diskriminaci. Nevýhodou může být to, že v konkrétní situaci se můžeme rozhodovat pouze na základě povinnosti. Takové chování může člověka odlidšťovat (Matoušek a kol., 2003, str. 27-28).

Utilitarismus

Zkráceně znamená utilitarismus to, že budeme jednat tak, abychom tím způsobili co nejvíce dobra a co nejméně zla, ideálně co největšímu počtu lidí. Prospěšnost je hlavním kritériem k uskutečnění dobra. Sociální pracovník by měl tedy zvážit, kolik dané jednání přinese dobra a kolik zla, ve výsledku by pak měla pozitiva převažovat. Takové učení nazýváme utilitarismus jednání. Existuje však ještě utilitarismus pravidel. Ten nám říká, že můžeme jednat podle pravidel, ale jenom tehdy, pokud jsou pravidla správná na základě důsledků, které z jednání vyplynou. Je také třeba myslet na to, že štěstí je relativní, takže co přináší jednomu slast, druhému nemusí. Nebo se může stát, že sice dosáhneme blaha, ale pouze z krátkodobého hlediska, řešení tak nemusí být vhodné z dlouhodobé perspektivy. Představiteli této teorie jsou Jeremy Bentham a John Stuart Mill (Matoušek a kol., 2003, str. 29).

Antiopresivní teorie

Antiopresivní teorie, nebo jinak antiopresivní přístup je přístupem radikálního hnutí, které předpokládá především rovnost ve výsledku a chápe člověka jako společenskou bytost. Tím se liší nejvíce od utilitarismu, kde je důraz kladen spíše na individualitu člověka a jeho práva a povinnosti. Za jednoho z autorů této teorie je považován Paulo Freire. Ten zdůrazňuje proces humanizace jako cíl antiopresivního radikálního hnutí. Čili jde o dosažení co největšího lidství. To, co tomuto cíli brání, je vykořisťování a těmi, kdo mohou být v procesu humanizace aktivní,

jsou utlačovaní (vykořisťování). Podle Freireho jde tedy o to, že utlačovaní bojují za svou svobodu a takto se mění k dobrému i utlačovatelé a získávají zpátky ztracené lidství. Obě strany tedy poté dosahují svobody. Pod antiopresivní hnutí patří různé přístupy, jako například i feministická sociální práce, při které je snaha o zplnomocnění žen obecně – jak klientek, tak sociálních pracovníků (Matoušek a kol., 2003, str. 30-31).

Etika diskurzu

Etika diskurzu rozlišuje mezi perspektivou životního světa a perspektivou systému, kdy životní svět znamená komunikace, vzájemné porozumění, rovnocenný vztah při komunikaci a v systémové perspektivě jde především o to, abychom uplatnili strategické jednání, jehož cílem bude dosažení určité chování jiné osoby. Sociální pracovník by měl zaujmout pozici někde mezi těmito dvěma stranami, tj. měl by být středem mezi občanem a státem. Z pohledu občana jako perspektivy životního světa, by měl sociální pracovník pomáhat, z pohledu státu jako perspektivy systému by měl sociální pracovník spíše ostatní nutit ke strategickému jednání a ovládat je. Za každých okolností by měl ale sociální pracovník dodržovat hodnoty své profese (Matoušek a kol., 2003, str. 35-36).

Při práci s osobami s mentálním postižením a jejich rodinami se využívá nejvíce teorie utilitarismu, tedy teorie největšího štěstí, pro co největší počet lidí, jak jsem vyzorovala na svých praxích. Měli bychom zvážit následky svého jednání a ujasnit si, jaké řešení přinese co nejvíce užitku všem stranám. Tuto teorii můžeme používat k řešení různorodých etických dilemat. Stejně tak můžeme ale na etická dilemata nasadit i ostatní etické teorie. Uvedla jsem zde tedy všechny tyto etické teorie, aby bylo jasné, jak se využívají a byl v nich přehled.

6.2 Etická dilemata při práci s mentálně postiženými lidmi a jejich rodinami

Problematiku etických dilemat zpracoval velmi dobře v roce 2004 prof. PhDr. Libor Musil, CSc. ve své práci „*Ráda bych Vám pomohla, ale ...*“. I já jsem se rozhodla z této jeho práce vycházet.

V prvé řadě je potřeba zmínit to, že se občas stává, že se pracovníci ne zcela ztotožňují s postupy, které po nich vedení organizace chce. Sice pravidla respektují, ale je pro ně těžké najít soulad mezi osobním a profesním přesvědčením. Nakonec se pracovníci nejvíce uchylují k řešení, které jim v minulosti zafungovalo, a které považují oni za přijatelné, což znamená, že mezi osobními a profesními preferencemi není až tak velký nesoulad (Musil, 2004, str. 35).

Podle Musila (2004, str. 38-40) mají pracovníci také snahu se dilematům vyhýbat tím, že je oddalují. Pokud se dilema podaří oddálit, je tento postup opakován. Někdy tento systém ale selže, a pak je namístě vyřešení dilematu. Pokud se dilema podaří vyřešit, je tento postup brán jako pravidlo jednání, které pracovníci uznávají. Z tohoto hlediska rozlišujeme dilema zjevné a dilema latentní. Jako zjevná dilemata jsou popisována ta, u kterých je nutná naléhavost řešení a musíme se zpravidla rozhodovat mezi dvěma řešeními, z nichž ani jedno není zcela správné. Pokud problém vyřešíme tak, že se nám dilema podaří oddálit, jde o latentní dilema. Neznamená to, že by zjevné dilema zaniklo, ale dojde alespoň k oddálení naléhavosti jeho řešení. Těžko říct, jaké řešení je správné, protože pro pracovníky může být oddalování rozhodování v rozporu s jejich svědomím.

Musil (2004, str. 6) popisuje sedm všedních dilemat sociálních pracovníků:

- Dilema mezi komplexností a jednoduchostí cílů při práci s klientem
- Dilema mezi množstvím klientů a kvalitou poskytovaných služeb
- Dilema mezi neutralitou a favoritismem
- Dilema mezi jednostranností a symetrií ve vztahu s klientem
- Dilema mezi prací „procedurální“ („administrativní“) a situační
- Dilema mezi poskytnutím materiální a nemateriální pomoci
- Dilema „kdy zasáhnout a kdy ne“

Při práci s mentálně postiženými lidmi a jejich rodinami jsem se nejvíce setkala s prvními třemi dilematy. Prvním dilematem, které je celkem obvyklé při práci s lidmi s mentálním postižením a jejich rodinami, je dilema mezi tím, jaké cíle by se měly stanovovat. Já osobně jsem se na praxích setkala s tím, že pracovník a klient se dohodli na jednoduchém krátkodobém cíli, který byl popsán v individuálním plánu. Pracovník však věděl, že stanovení jednoduchého cíle bude v rozporu s tím, co si přálo vedení organizace a zejména také klientova rodina, která na organizaci „tlačila“, aby zvolený cíl byl komplexní a dlouhodobý. Pracovník věděl, že takový cíl není možné naplnit, vzhledem ke zdravotnímu omezení klienta a chtěl hájit klientovy zájmy v tom, že klient si stanovil cíl sám za podpory pracovníka.

Další dilema, které jsem na svých praxích identifikovala, se týkalo dilematu mezi množstvím klientů a kvalitou služeb. Zařízení potřebovalo ufinancovat svou existenci, proto přijímalo více klientů. Sociální pracovníce však měly za úkol přistupovat ke každému klientovi individuálně vzhledem k tomu, jaké má potřeby, což se při tolika klientech stihnout nedalo. Rodiny klientů pak byly nespokojené s poskytnutou péčí. Pokud by však zařízení chtělo poskytovat kvalitnější služby, nemohlo by přijmout tolik klientů, a naopak, když má zařízení dostatečný počet klientů

na pokrytí nákladů, nemůže poskytovat kvalitní služby. V tomto případě by řešením mohlo být vyhledávání více zdrojů financování.

Třetí dilema se týkalo toho, jak přistupovat ke klientům. Někteří klienti byli u sociálních pracovníků více oblíbeni, jiní méně, což se stávalo v případech, kdy měli klienti častěji záchvaty agresivity, nebo zkrátka nechtěli spolupracovat. Tento rozdíl však mohla pocítit i klientova rodina, když například nemohli konkrétní klienti jezdit na výlety a pobyty s ostatními, nebo nechodili tolik na procházky, protože se chovali například agresivně a nevhodně. Svou roli mohlo hrát i to, že sociální pracovník mohl mít s různými rodinami různé vztahy a mohl vědomě upřednostňovat konkrétní rodiny. V takovém případě by bylo na místě, aby sociální pracovník oddálil své osobní vztahy a zaměřil se na profesní neutralitu.

6.3 Soukromá praxe sociálních pracovníků v ČR

Poptávka po sociálních službách v České republice neustále stoupá. Dalo by se říct, že soukromé praxe sociálních pracovníků by nebyly na škodu. Zatímco v jiných zemích již soukromá praxe v sociální práci probíhá, u nás tomu tak není (Loebe, 2015 [online]).

Podle Ladislava Loebe, autora článku *Soukromé praxe sociálních pracovníků v ČR. Realita blízké budoucnosti, nebo utopie?* (2015 [online]) z časopisu Sociální práce, zákony v České republice zaostávají, konkrétně se jedná o Zákon č. 455/1991 Sb., o živnostenském podnikání, ve znění pozdějších předpisů. Ten totiž ve svém druhém odstavci říká, že „*Živností je soustavná činnost provozovaná samostatně, vlastním jménem, na vlastní odpovědnost, za účelem dosažení zisku a za podmínek stanovených tímto zákonem*“. Pasáž o dosažení zisku se však neslučuje s posláním sociální práce. Zákonodárci se zřejmě při sestavování tohoto zákona báli, že by docházelo k obohacování sociálních pracovníků – živnostníků na lidském neštěstí a chudobě. Živnostenský zákon navíc přímo zakazuje, aby osoby provozovaly živnost v sociálních službách, což se můžeme dočíst v § 3, odstavci 3af). Tento stav shledává Loebe jako „*neuspokojivý a neodpovídající potřebám současné společnosti, kdy poptávka po sociálních službách nejrůznějších zaměření neustále stoupá*“. Dodává, že by bylo potřeba novelizovat jak Živnostenský zákon, tak Zákon o sociálních službách v takové míře, aby reagoval na to, že sociální služby mohou být poskytovány jako živnost a připustil tak i účel dosažení zisku.

V této kapitole bylo popsáno, co to etika je, a jaké rozlišujeme etické teorie, podle kterých můžeme řešit etická dilemata. Byla popsána tři etická dilemata na konkrétních příkladech, které

jsem zažila na svých praxích. V souvislosti s důležitostí práce sociální pracovníka bylo nahlédnuto na problematiku soukromých praxí sociálních pracovníků v ČR.

7 Analýza potřebnosti projektu

Navrhovaný projektu bude koncipován na území správního obvodu obce s rozšířenou působností Kroměříž, konkrétně bude součástí sociální služby Denního stacionáře v Kroměříži. Rozhodla jsem se projekt navrhnout do této služby, protože jsem zde byla na své dlouhodobé praxi a sociální pracovnice myšlenku navrhovaného projektu podpořily. Analýza potřebnosti se tedy soustředila na území SO ORP Kroměříž.

7.1 Cíl

Cílem analýzy potřebnosti bude zjistit aktuální stav sociálních služeb na podporu rodičů dětí s mentálním postižením, což bude zahrnovat také zjištění, jestli jsou ve správním obvodu obce s rozšířenou působností Kroměříž sociální služby, které poskytují podporu rodičům mentálně postižených dětí a pokud ano, tak jaké.

Jako rodiče dětí s mentálním postižením jsou v mém projektu definováni pečující rodiče, jejichž děti mohou být starší 18 let, ale vyžadují neustálou péči svých rodičů. Nejedná se tedy pouze o cílovou skupinu rodičů s mentálně postiženými dětmi mladšími 18 let, ale i převyšující tuto věkovou hranici.

7.2 Metodologie

Analýza potřebnosti se opírá o data získaná technikou sběru dotazníků s otevřenými otázkami od rodičů dětí s mentálním postižením, a dále technikou rozhovoru se sociálními pracovníci Domova pro osoby se zdravotním postižením Barborka a Denního stacionáře, což jsou sociální služby pro mentálně postižené, spadající pod organizaci Sociální služby města Kroměříže. Dále jsem vycházela ze seznamu sociálních služeb v SO ORP Kroměříž, které byly uvedeny v Registru poskytovatelů sociálních služeb.

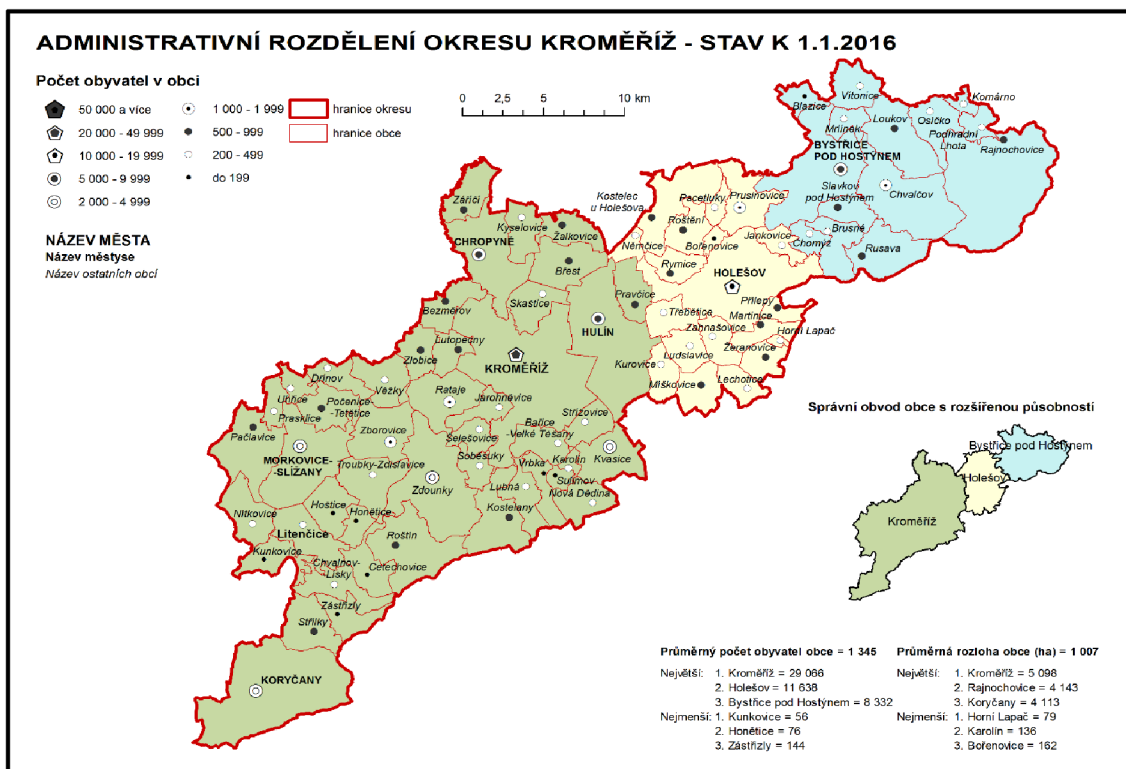
7.3 Popis problému

Problémem je nedostupnost sociálních služeb pro rodiče dětí s mentálním postižením převážně z finančního hlediska, ale také z hlediska nedostupnosti služeb blízko bydliště dané rodiny. Tento problém má negativní dopad především na pečující, kteří mohou mít omezenější možnosti, např. při hledání zaměstnání.

V okrese Kroměříž se nachází celkem 79 obcí z nichž 7 má statut města, a sice Bystřice pod Hostýnem, Holešov, Hulín, Chropyně, Koryčany, Kroměříž a Morkovice-Slížany, a jedna statut městysu, a sice obec Litenčice. Okres je rozdělen na tři správní obvody obcí s rozšířenou působností (Bystřice pod Hostýnem, Holešov a Kroměříž). Ke dni 31.12.2022 žilo v okrese o rozloze 79 600 hektarů celkem 104 522 osob (Český statistický úřad [online]).

Kompletní výčet obcí v okrese Kroměříž: Bařice-Velké Těšany, Bezměrov, Blazice, Bořenovice, Brusné, Břest, Bystřice pod Hostýnem, Cetechovice, Dřínov, Holešov, Honětice, Horní Lapač, Hoštice, Hulín, Chomýž, Chropyně, Chvalčov, Chvalnov-Lisky, Jankovice, Jarohněvice, Karolín, Komárno, Koryčany, Kostelany, Kostelec u Holešova, Kroměříž, Kunkovice, Kurovice, Kvasice, Kyselovice, Lehotice, Litenčice, Loukov, Lubná, Ludslavice, Lutopecny, Martinice, Mískovice, Morkovice-Slížany, Mrlínek, Němčice, Nítkovice, Nová Dědina, Osíčko, Pacetluky, Pačlavice, Počenice-Tetěnice, Podhradní Lhota, Prasklice, Pravčice, Prusinovice, Přílepy, Rajnochovice, Rataje, Roštění, Roštín, Rusava, Rymice, Skaštice, Slavkov pod Hostýnem, Soběsuky, Střílky, Střížovice, Sulimov, Šelešovice, Troubky-Zdislavice, Třebětice, Uhřice, Věžky, Vítovice, Vrbka, Zahnašovice, Záříčí, Zástřizly, Zborovice, Zdounky, Zlobice, Žalkovice, Žeranovice. Tyto obce jsou zaznamenány na obrázku

1.

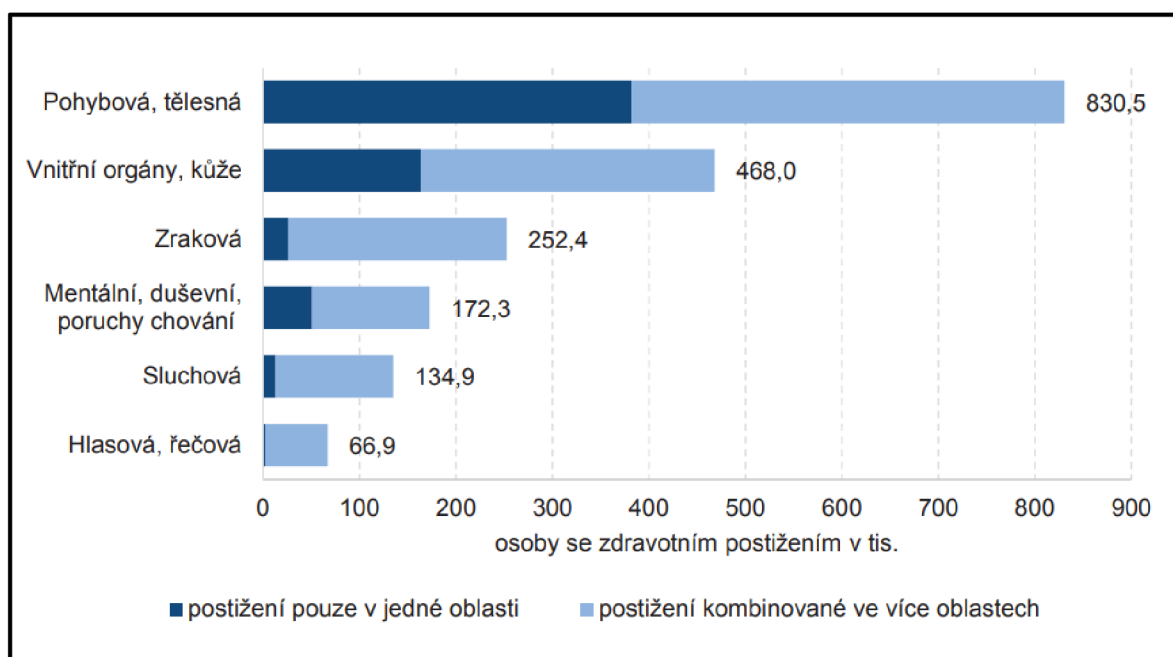


Obrázek 1: Administrativní rozdělení okresu Kroměříž, zdroj: CSZO, b.d.:

https://www.czso.cz/documents/11284/81380840/Krom%C4%9B%C5%99%C3%AD%C5%BE_admin.png/9adc8b10-e4e7-4ccc-bfa8-333c17edbe35?version=1.1&t=1524653107348

Správní obvod obce s rozšířenou působností Kroměříž (dále SO ORP Kroměříž) čítá 46 obcí a 67 708 obyvatel. Index stáří je 146,6. Ten udává, kolik osob starších 65 let připadá na 100 dětí ve věku 0-14 let. Ve SO ORP Kroměříž tedy populace stárne (Český statistický úřad [online]). V návaznosti na toto zjištění je potřeba zajištění dostatečného množství sociálních služeb nejen pro seniory, ale také pro osoby se zdravotním postižením.

Podle ČSÚ má v České republice až 13 % lidí zdravotní postižení, což je cca 1 152 000 lidí. Toto číslo však zahrnuje všechny typy zdravotního postižení, ať už jsou získané nebo vrozené. 60 % těchto osob se cítí omezeno a dalších 40 % se cítí vážně omezeno. 52 % osob se zdravotním postižením potřebuje pomoc druhé osoby, ale i přesto uvádí 15 % těchto osob, že pomoc není dostačující a potřebovali by pomoci více. Z 96 % pomáhá lidem se zdravotním postižením jejich blízcí. Nejvíce lidem s postižením chybí finance, dostupná zdravotní péče a podpora ze strany státu. Tato informace se shoduje s tím, co jsem zjistila pomocí dotazníků od rodičů dětí s mentálním postižením.



Graf 1: Oblasti zdravotního postižení, zdroj: CZSO, 2019:

<https://www.czso.cz/documents/10180/90600407/26000619.pdf/b1d5a2b3-a309-4412-a962-03d847d3d1a0?version=1.5>

Z grafu 1 vyplývá, že mentální postižení a poruchy chování má 172 300 osob. To znamená, že průměrně každý 61. člověk v České republice má formu mentálního postižení. Pokud bych tedy tuto skutečnost vztáhla k SO ORP Kroměříž, bylo by na tomto území celkem cca 1 110 osob s mentálním postižením. Samozřejmě, že ne všechny tyto osoby potřebují pomoc a podporu 24 hodin denně. Vycházím z předpokladu, že 15-30 % těchto osob potřebuje takovou míru podpory, že potřebují využívat sociální služby, což může být až 350 osob. Je potřeba zajistit

podporu a pomoc pečujícím rodičům těchto cca 350 osob. Hledala jsem proto možné sociální služby na území SO ORP Kroměříž. K takovému účelu jsem využila vyhledávání v Registru poskytovatelů sociálních služeb.

Z Registru vyplynulo, že v SO ORP Kroměříž mohou využít rodiny s dětmi s mentálním postižením 11 služeb, jejichž seznam jsem uvedla níže do tabulky 2.

Název zařízení	Název poskytovatele služby	Město
Domov pro osoby se zdravotním postižením Barborka	Sociální služby města Kroměříže, příspěvková organizace	Kroměříž
Denní stacionář	Sociální služby města Kroměříže, příspěvková organizace	Kroměříž
Odlehčovací služby	Sociální služby města Kroměříže, příspěvková organizace	Kroměříž
Podpora samostatného bydlení	Sociální služby města Kroměříže, příspěvková organizace	Kroměříž
Sociálně terapeutické dílny Hanáček	Sociální služby města Kroměříže, příspěvková organizace	Kroměříž
Chráněné bydlení Květná	Sociální služby města Kroměříže, příspěvková organizace	Kroměříž
Domov pro osoby se zdravotním postižením Zborovice	Sociální služby Haná, příspěvková organizace	Zborovice
Domov pro osoby se zdravotním postižením Javorník	Sociální služby Haná, příspěvková organizace	Chvalčov
Chráněné bydlení Kroměříž	Sociální služby Haná, příspěvková organizace	Kroměříž
Chráněné bydlení Kroměříž	Sociální služby Haná, příspěvková organizace	Morkovice-Slížany
Domov pro osoby se zdravotním postižením Kvasice	Sociální služby Haná, příspěvková organizace	Kvasice

Tabulka 2: Seznam sociálních služeb pro mentálně postižené osoby a jejich pečující v OS ORP Kroměříž, zdroj: vlastní zpracování z dat Registru poskytovatelů sociálních služeb

Z tabulky 2 vyplývá, že nejvíce služeb je poskytováno přímo ve městě Kroměříž organizací Sociální služby města Kroměříže. V SO ORP Kroměříž působí také organizace Sociální služby Haná, která se snaží pokrýt potřeby mentálně postižených osob a jejich rodin také mimo město Kroměříž. Vzhledem k tomu, že okres Kroměříž patří k menším okresům, je vzdálenost libovolné obce k nejbližší sociální službě pro osoby s mentálním postižením a jejich rodiny maximálně 25 km. Tato vzdálenost není zas tak velká, ale přesto mají rodiny problémy službu využívat, protože je to pro ně příliš drahé, jak jsem zjistila přímo od rodičů mentálně postižených dětí.

Použila jsem techniku sběru dotazníků. Dotazník obsahoval 9 otevřených otázek. Rodičům jsem dotazníky dávala, když si šli vyzvednout své postižené dítě z denního stacionáře a na jeho vyplnění jsem si určila lhůtu 1 týden. Po týdnu se mi vrátilo 12 vyplněných dotazníků z celkem 20 kusů. Dotazník obsahoval tyto otázky:

1. Jaký je věk Vašeho dítěte?
2. Jaké konkrétní diagnózy nebo postižení má Vaše dítě?
3. Jaké jsou hlavní výzvy, se kterými se Vaše dítě setkává v každodenním životě?
4. Jaké jsou Vaše cíle a očekávání pro budoucnost Vašeho dítěte?
5. Jak se Vaše dítě cítí v interakci s vrstevníky a ve společnosti obecně?
6. Jaký je Váš názor na inkluzi (začleňování) dětí s mentálním postižením do běžných škol a komunit?
7. Jaká další podpora by Vám a Vašemu dítěti pomohla zvládnout denní výzvy a zlepšit kvalitu života?
8. Jak byste zhodnotili stávající podpůrné služby a zdroje dostupné pro děti s mentálním postižením ve Vašem regionu?
9. Máte nějaké obavy nebo otázky ohledně budoucnosti Vašeho dítěte?

Nejvíce pozornosti jsem věnovala otázkám č. 7, 8 a 9, protože byly klíčové pro zaměření a cíl navrhovaného projektu. Ostatní otázky mi posloužily spíše orientačně, abych se dokázala vcítit do situace rodiny a jejich vnímání.

5 rodičů – respondentů uvedlo, že nemají dostatečné finanční prostředky na to, aby více využívali sociální služby, což dokazuje například matka-samoživitelka v důchodovém věku svého 32letého syna: „...a když si spočítám náklady na dům, auto plus 2x týdně 4 hodiny stacionář, nezbyvá mi skoro nic, na jiné aktivity nebo jinou pomoc již nemám finance.“ Jiná paní, matka 38letého těžce mentálně i tělesně postiženého syna zase uvedla, že „v sociálních

službách za cenu 155,- na hodinu už by mělo mít dítě i rehabilitaci aspoň 1x týdně. Za 17 dní zaplatím 12 000,-. Soc. dávka je 19 200,- a matka má obstarat zbytek dní za 7 200,-... “

6 respondentů uvedlo, že by chtěli větší kvalitu a dostupnost sociálních služeb. Rodiče 18letého těžce mentálně postiženého klienta uvedli, že si přejí, aby *„bylo více takových denních zařízení, kde by byl se svými vrstevníky a zapojoval se do činností.“* Přáním těchto rodičů bylo také to, aby děti s mentálním postižením nebyly izolovány od společnosti a upozorňovali na to, že děti s mentálním postižením mohou být pro společnost přínosem, ale zároveň je v regionu málo takových služeb. Toto potvrzuje také jiná respondentka, která má přání, *„aby byla možnost pomoci mně jako matce, podle potřeby dát syna na odlehčovací službu, ale v Kroměříži je 10 míst pro tak velký region...“* Objevily se také zmínky o dobrovolnictví: *„Chybí možnost dobrovolnictví – postaráni se např. vrstevníky o syna mimo domov bez úhrady“*. Zároveň lze i z této poslední věty vyčíst to, že rodičům brání v plném využívání sociálních služeb jejich finanční nedostupnost.

Téměř všichni rodiče mají pak obavy z budoucnosti svého dítěte. Spousta z nich se dožaduje také toho, aby jejich dítě bylo umístěno do Domova pro osoby se zdravotním postižením Barborka přednostně, a to z toho důvodu, že služeb Denního stacionáře využívají již několik let a tyto dvě služby se nachází ve stejném areálu a jsou tak částečně propojené. Takovému přání však sociální pracovníci nemohou vyhovět. Mnoho rodičů také necítí jistotu v tom, že se stát postará o jejich postižené dítě, až oni sami již nebudou moci, což potvrzuje také matka – samoživitelka, když do dotazníku připsala tuto větu: *„Je mi zle ze současných zákonů a z celé situace v zemi.“*

Sociální pracovníce obou služeb, tedy DOZP Barborka a Denního stacionáře, mi potvrdily slova rodičů i jejich obavy z budoucnosti a rozhořčení na stát. Poskytly mi na problematiku jejich náhled a rady, jakým směrem bych svůj projekt měla orientovat na základě získaných informací od rodičů. Z jejich pohledu mi také poradily, abych svůj projekt orientovala na podporu rodičů dětí, které mají těžké nebo středně těžké mentální postižení, a to z toho důvodu, že v jejich službě se nachází nejvíce klientů právě s touto měrou postižení. Jedinci s lehkým mentálním postižením žijí často spokojené životy např. v chráněném bydlení, takže není potřeba více podpory zajišťovat. Na druhou stranu jedinci s hlubokým mentálním postižením jsou již často umístěni v domovech pro osoby se zdravotním postižením, takže rodiče mají jistotu, že o ně bude postaráno. Sociální pracovníce by také uvítaly možnost vytvoření projektu přímo v jejich službě nebo alespoň v rámci areálu DOZP Barborka. Společně jsme prokonzultovaly možnost realizace projektu v rámci Denního stacionáře.

Zřizovatelem Denního stacionáře jsou Sociální služby města Kroměříže, příspěvková organizace. Jde o zařízení poskytující ambulantní služby. Denní stacionář je součástí areálu Domova pro osoby se zdravotním postižením Barborka, nachází se však v samostatném pavilonu. V areálu se nachází také odlehčovací služby, a to jak pobytové, tak terénní, a sociálně-terapeutické dílny Hanáček. Součástí Denního stacionáře jsou vybavené herny na rozvoj mentálně postižených osob, místnost pro individuální relaxační terapii, jídelna, aj. Klienti Denního stacionáře mohou využít také zahradu, která je využívána na volnočasové aktivity a uzpůsobena potřebám cílové skupiny. „*Posláním denního stacionáře je poskytnutí podpory a péče osobám se středně těžkým, těžkým mentálním či kombinovaným postižením včetně poruch autistického spektra s cílem podpořit a rozvíjet jejich samostatnost dle specifických individuálních potřeb tak, aby byl zachován běžný způsob života v přirozeném prostředí.*“ (Sociální služby města Kroměříže [online]).

7.4 Cílové skupiny

Přímou cílovou skupinou navrhovaného projektu jsou rodiče dětí s mentálním postižením, a to hlavně těžkým či středně těžkým, přičemž je věková hranice těchto dětí neomezená, a také mentálně postižené děti. V SO ORP Kroměříž je cca 300-350 mentálně postižených osob, které potřebují neustálou péči, jak bylo odhadnuto výše. Můj projekt se tedy bude zaměřovat na potřeby a podporu rodičů těchto 300-350 osob.

Nepřímými cílovými skupinami budou širší rodina, ale i veřejnost, pomáhající dobrovolníci a Denní stacionář. Projekt může být prospěšný všemi směry. Mentálně postižené děti budou mít zajištěnou péči po dobu, kdy si budou chtít rodiče odpočinout nebo zajistit potřebné věci. Mohlo by dojít ke zlepšení finanční situace, zdraví a pohody všech členů rodiny. Zároveň dojde k většímu propojení dobrovolníků s lidmi postiženými, což může přinést užitek jak konkrétním dobrovolníkům, tak veřejnosti, protože se bude zvyšovat povědomí o lidech s mentálním postižením.

7.5 Příklady řešení

Existují organizace v České republice, které sdružující dobrovolníky. Ti mohou dobrovolnictví vykonávat i u lidí s mentálním postižením. Mezi neziskové organizace, které využívají práci dobrovolníků na podporu mentálně postižených lidí, patří například tyto:

- SPOLU Olomouc

- POHODA, z. ú. – Společnost pro normální život lidí s postižením
- Společnost DUHA – Sociální služby pro dospělé osoby s mentálním znevýhodněním
- Společnost APLA – organizace, jejíž cílovou skupinou jsou však lidé s poruchou autistického spektra
- Via Cordis, z. ú.
- Alfa Human Service – Občanské sdružení pro pomoc pečujícím o děti se zdravotním postižením
- Pestrá, o. p. s. – psi asistence u lidí s postižením
- Spolek Rozrazil
- Sociální agentura, o. p. s.
- Sedmibarevno, z. ú.
- Komunitní centrum Motýlek
- Rytmus – od klienta k občanovi, o. p. s. - Pomáháme lidem s postižením žít běžný život
- Člověk v tísni, o. p. s.
- Diakonie Českobratrské církve evangelické
(HESTIA [online])

Existuje daleko větší množství neziskových organizací na podporu mentálně postižených lidí, které využívají dobrovolnické pomoci. Neexistuje přímo výčet všech takových organizací, proto jsem organizace hledala na webu organizace HESTIA a vždy překontrolovala, zda je osoba s mentálním postižením jejich cílovou skupinou a jestli skutečně využívají práci dobrovolníků.

Podle Ministerstva práce a sociálních věcí [online] je dobrovolnictví formou lidské solidarity a sounáležitosti. V moderním pojetí vnímáme dobrovolnictví jako něco, co má v sociálních službách své místo, ale mělo by být vnímáno spíše jako podpůrná forma péče, a rozhodně se práci dobrovolníků nedá nahradit péče profesionálů. Dobrovolník vykonává svou práci dobrovolně, ve svém volném čase, dle svých možností a bez nároku na odměnu.

Dobrovolnická centra pomáhají organizacím sehnat dobrovolníky po celé České republice. V okrese Kroměříž působí Dobrovolnické centrum ADRA Frýdek-Místek, které však koordinuje dobrovolnické aktivity i na Kroměřížsku, a dále Spektrum Kroměříž, což je dobrovolnické centrum zabývající se preventivními programy pro děti a mládež, které spadá pod Národní dobrovolnické centrum HESTIA Praha. Jiné organizace dobrovolníky v SO ORP

Kroměříž nesdružují, proto může být pro organizace a zařízení obtížné dobrovolníky z řad jednotlivců obstarat (ADRA, b.d., Spektrum Kroměříž, b.d., HESTIA, b.d.).

V navrhovaném projektu budou figurovat dobrovolníci z řad seniorů, studentů, praktikantů, ale také lidé ve výkonu trestu veřejně prospěšných prací. Podle Úřadu práce ČR [online] jsou veřejně prospěšnými pracemi hlavně práce nekvalifikované, jako například údržba veřejných prostranství nebo úklid veřejných budov nebo obdobné činnosti. „*Za jiné obdobné činnosti lze považovat práci osobního asistenta osob se zdravotním postižením, pomocné práce v oblasti charity, pomocné práce v oblasti sociální a kulturní, pomocné práce ve školách a při údržbě sportovišť.*“ (Úřad práce ČR [online]). Lidé ve výkonu trestu veřejně prospěšných prací však mohou vykonávat danou práci pouze 12 měsíců, nanejvýš 24 měsíců, na což musí být taktéž pomýšleno.

Bylo zjištěno, že je potřeba pomoci pečujícím rodičům mentálně postižených dětí v SO ORP Kroměříž, a to zejména v rozšíření sociální služby a její finanční dostupnosti. Projekt bude vystaven na převážné práci dobrovolníků.

8 Cíl projektu

Cílem práce je navržení projektu, který bude podporovat rodiče v péči o jejich mentálně postižené dítě. Tento projekt počítá se spoluprací dobrovolníků, kteří budou součástí týmu zajišťující péči v Denním stacionáři v areálu DOZP Barborka v Kroměříži. Půjde o službu terénní, takže dobrovolníci budou moci v případě nutnosti zajišťovat dohled nad mentálně postiženými dětmi v jejich přirozeném prostředí. Spolupráce s dobrovolníky bude prospěšná pro pečující rodiče, děti s mentálním postižením, Denní stacionář, ale i pro samotné dobrovolníky a veřejnost.

Cílovou skupinou projektu jsou rodiče středně a těžce mentálně postižených dětí, kteří se o své děti musejí dennodenně starat, a zároveň samotné děti, přičemž věková hranice těchto dětí je neomezená, tzn. děti mohou být starší 18 let. Cílová skupina sama vytyčila své potřeby, na kterých je postaven navrhovaný projekt. Potřeby pečujících rodičů byly popsány v kapitole 7.3. Vyplynula poptávka po sociální službě podobné dennímu stacionáři, avšak ne tolik finančně náročné. Nepřímé cílové skupiny, na které bude mít projekt dopad, byly popsány v kapitole 7.4.

Výsledkem projektu bude větší dostupnost služeb a menší nákladovost péče. Pečující rodiče si tak budou moci častěji odpočinout či zařídit osobní záležitosti, aniž by se báli, že nepokryjí náklady spojené s péčí o jejich mentálně postižené dítě.

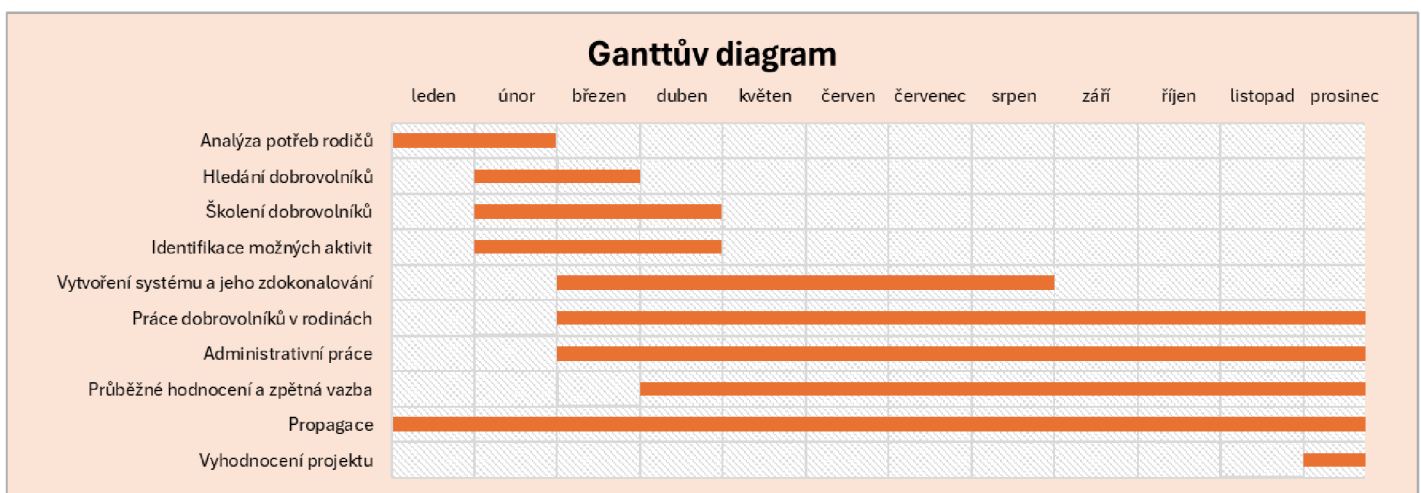
9 Klíčové aktivity

V této kapitole budou detailně popsány klíčové a dílčí aktivity navrhovaného projektu v souvislosti s harmonogramem dílčích aktivit. Klíčové aktivity jsou nezbytným krokem k dosažení úspěšného provedení projektu. Poskytují postup, bez kterého by mohla být realizace projektu velmi zmatená. Součástí mého navrhovaného projektu jsou tyto klíčové aktivity a jejich dílčí aktivity:

- **KA 1: Zajištění dobrovolníků**
 - Analýza konkrétních potřeb rodičů
 - Hledání dobrovolníků
 - Školení dobrovolníků
- **KA 2: Reálná práce v rodinách**
 - Identifikace možných aktivit
 - Vytvoření systému a jeho zdokonalování
 - Práce dobrovolníků v rodinách
 - Administrativní práce
- **KA 3: Evaluace a propagace**
 - Průběžné hodnocení a zpětná vazba
 - Propagace
 - Vyhodnocení projektu

9.1 Harmonogram

Harmonogram dílčích aktivit byl zpracován do následujícího Ganttova diagramu (obrázek 2).



Obrázek 2: Ganttův diagram, zdroj: vlastní zpracování

Navrhovaný projekt je pro zjednodušení nastíněn do časového harmonogramu 1 roku, počínaje lednem a konče prosincem. Pokud by se projekt osvědčil, mohl by se s určitými úpravami realizovat i v dalším roce. Cílem této kapitoly je detailně popsat roli jednotlivých klíčových aktivit, respektive dílčích aktivit, nikoli jejich rozpočet. Rozpočet projektu bude představen v kapitole 10.

9.1.1 Klíčová aktivita 1

První klíčovou aktivitou je **Zajištění dobrovolníků**. Tato klíčová aktivita zastřešuje tři dílčí aktivity, a sice Analýzu potřeb rodičů, Hledání dobrovolníků a Školení dobrovolníků.

Analýza potřeb rodičů by měla probíhat v prvních dvou měsících projektu. To znamená, že je třeba zjistit, jaké konkrétní potřeby rodiče mají, co by vyžadovali, aby dobrovolníci dělali s jejich dětmi ve volném čase. Tato aktivita bude zaměřená na již konkrétní potřeby, na rozdíl od zanalyzování potřeb rodičů v Analýze potřebnosti projektu, kde bylo pouze zjištěno, jestli bude projekt potřebný a užitečný. Jsou rodiče, kteří by raději dítě ve volném čase vzdělávali, jiní by byli raději, kdyby šel dobrovolník s dítětem na procházku nebo do kina. Dále se musí vytyčit představy rodičů o časovém vymezení služby, tj. kolik času by měl dobrovolník strávit s jejich mentálně postiženým dítětem. Někteří rodiče mohou vyžadovat pomoc s péčí pouze na jednu hodinu, jiní však mohou chtít využít dobrovolnickou pomoc na celé dopoledne. Analýzu potřeb rodičů provádí sociální pracovnice, protože dokážou vnést do problému svoje zkušenosti a odbornost, pohlíží na potřeby rodičů za použití holistického přístupu. Zároveň mají zkušenosti a informace o cílové skupině lidí s mentálním postižením. Mohou také upozornit rodiče na možný syndrom vyhoření, pokud by pečovali o své mentálně postižené dítě 24 hodin denně, 365 dní v roce. Měly by zdůrazňovat důležitost odpočinku a ujistit rodiče, že v době jejich nepřítomnosti bude o jejich dítě vhodně pečováno. Někteří rodiče se občas bojí nechat dítě s mentálním postižením samotné pod dohledem cizího člověka, na kterého dítě nemusí vždy adekvátně reagovat. Vždy je vhodné, aby rodiče seznámili dítě s dobrovolníkem, než začne první spolupráce dobrovolníka v rodině. Sociální pracovnice bude do rodin buď dojíždět, nebo mohou rodiče osobně navštívit Denní stacionář.

Je důležité zjistit podrobné potřeby rodičů a mít přehled o jejich představách, protože se od této fáze projektu odvíjí **Hledání dobrovolníků**. Tato druhá dílčí aktivita bude trvat rovněž dva měsíce, ale je potřeba počítat s tím, že se jednotlivci z řad dobrovolníků budou postupem času střídát. Je důležité znát, jestli bude potřeba shánět dobrovolníky spíše z řad studentů a

praktikantů nebo jimi mohou být i starší lidé, kteří se spíše hodí pro pouhé hlídání dětí s mentálním postižením. Při hledání dobrovolníků mohou být osloveny školy ve městě Kroměříž a jiné instituce, kde se sdružují studenti. Může být také osloven Klub seniorů Kroměříž, který sdružuje aktivní seniory, a tudíž je i vyšší šance na jejich zapojení do dobrovolnického projektu. Mohou být osloveny také neziskové organizace nebo dobrovolnická centra. Dále může být využito sociální sítě a lokálních médií (konkrétně rádio Český rozhlas Zlín a Týdeník Kroměřížska). Důležité však je také to, aby informace o hledání dobrovolníků byly viditelné mimo sociální síť. Je vhodné vyvěšení plakátů na veřejných místech. Jak bylo zmíněno výše, do projektu je možné zapojit také osoby ve výkonu trestu veřejně prospěšných prací. U těchto osob je však nutné, aby měly čistý trestní rejstřík. Do projektu je vhodné najít alespoň 50 dobrovolníků různých věkových skupin. Musíme počítat s tím, že počet dobrovolníků bude mírně stoupat a klesat v závislosti na tom, zda bude mít organizace v daném momentě k ruce i praktikanty. Stabilně by ale Denní stacionář měl disponovat cca 50 dobrovolníky. Hledání dobrovolníků mají na starosti rovněž sociální pracovníce Denního stacionáře, popř. Domova pro osoby se zdravotním postižením Barborka. Sociální pracovníce vytvoří plakáty (alespoň 200 kusů), které budou informovat o potřebnosti dobrovolnické činnosti a nabídce spolupráce. Sociální pracovníce také vědí nejlépe, jaký typ dobrovolníků je potřeba sehnat. Mohou tedy provádět hodnocení potenciálních dobrovolníků a vybírat ty, kteří budou odpovídat potřebám a očekáváním. Mohou hodnotit jejich dovednosti, zkušenosti a osobní motivaci k práci s mentálně postiženými lidmi. Dále by sociální pracovníce měly nově přijatým dobrovolníkům poskytnout podporu a orientaci. Je-li nalezeno alespoň 50 dobrovolníků, může organizace začít s jejich proškolením.

Školení dobrovolníků je třetí dílčí aktivitou klíčové aktivity *Zajištění dobrovolníků*. Tato dílčí aktivita potrvá tři měsíce. Jednotlivá školení se budou konat vždy pod vedením 2 sociálních pracovníc, buď z Denního stacionáře nebo z Domova pro osoby se zdravotním postižením Barborka. Přítomna by měla být také zdravotní sestra, která poučí dobrovolníky o případných rizicích práce s mentálně postiženými dětmi a připomene zásady první pomoci. Dále bude přítomen školitel BOZP. Časové rozložení jedné školící lekce bude následovné:

- Školení BOZP – 1 hodina
- Školení první pomoci – 1 hodina
- Školení o specifických práce s mentálně postiženými osobami a jejich rodinami – 2 hodiny
- Diskuse, prověření znalostí a závěr – 1 hodina

Jedné školící lekce se zúčastní maximálně 10 dobrovolníků a bude trvat cca 5 hodin. Denní stacionář nabídne celkem 6 termínů školících lekcí, na které se budou moci dobrovolníci zapsat u sociálních pracovníků Denního stacionáře. Nově příchozí dobrovolníci (do již rozběhlého projektu) budou proškoleni individuálně sociálními pracovníky. Školící lekce by měla obsahovat základní informace o mentálním postižení a o nutnosti podpory pečujících rodičů. Dále metody komunikace s mentálně postiženými dětmi, praktický nácvik dovedností a zvládání chování při práci s touto cílovou skupinou, seznámení s případnými riziky práce s cílovou skupinou, shrnutí zásad první pomoci, poučení o bezpečnosti a ochraně zdraví při práci, a jiné informace a nácviky, které vyhodnotí sociální pracovníci za užitečné. Bude dbán důraz na průběžné ověřování porozumění. Prověření znalostí získaných ze školící lekce bude probíhat formou ústního shrnutí účastníků školení.

9.1.2 Klíčová aktivita 2

Druhou klíčovou aktivitou bude **Reálná práce v rodinách**. Tato klíčová aktivita bude zahrnovat čtyři dílčí aktivity: Identifikaci možných aktivit, Vytvoření systému a jeho zdokonalování, Práci dobrovolníků v rodinách a Administrativní práci.

Identifikace možných aktivit bude probíhat zároveň s procesem zaškolování dobrovolníků. Proces identifikace možných aktivit s dětmi s mentálním postižením navazuje na první klíčovou aktivitu. Když jsou zjištěné a zanalyzované potřeby a přání rodičů, mohou sociální pracovníci Denního stacionáře ve spolupráci s multidisciplinárním týmem a dobrovolníky vytvořit seznam aktivit, které může dobrovolník s dětmi s mentálním postižením vykonávat a kterými je může zabavit. Role sociálních pracovníků při identifikaci možných aktivit je nezanedbatelná. Sociální pracovníci mají hlubší povědomí o potřebách rodin s mentálně postiženým dítětem, mají odbornou znalost, díky které mohou snáze identifikovat aktivity, které budou sloužit k rozvoji mentálně postiženého dítěte. Dále mohou sociální pracovníci využít své pozice v multidisciplinárním týmu a poradit se o vhodnosti aktivit s členy týmu. Aktivity by měly být promyšlené a odpovídající porozumění dětí s mentálním postižením. K mentálně postiženému dítěti by se mělo přistupovat zcela individuálně, dobrovolník musí být poučen o pestré nabídce aktivit, nelze aplikovat jednu aktivitu na všechny děti s mentálním postižením. Seznam aktivit by měl zahrnovat aktivity rekreační, vzdělávací, kreativní, sociální a aktivity na podporu každodenních dovedností. Orientační seznam navrhovaných aktivit je uveden v následující tabulce 3.

Funkce aktivit	Aktivity
rekreační	výlety do přírody, do parků, návštěva ZOO, Snoezelen, návštěva kina...
vzdělávací	čtení knih, poslech hudby, povídání si na oblíbená témata...
kreativní	malování, kreslení, výroba dekorací v rámci ročního období, zpívání...
sociální	návštěva kavárny, nákup v obchodě, návštěva kulturních akcí...
podpůrné	doprovod, podpora při plánování času, pomoc s přípravou jídla...

Tabulka 3: Seznam navrhovaných aktivit, zdroj: vlastní zpracování na základě zkušeností

Aktivity musí odpovídat schopnostem a dovednostem dítěte s mentálním postižením, a zároveň musí být přiměřené dovednostem a možnostem dobrovolníků. Vzhledem k finanční rozvaze projektu budeme vycházet z předpokladu, že každá rodina také využije ročně průměrně:

- 1x návštěvu Snoezelen – Uherské Hradiště nebo Zlín
- 2x návštěvu Kina Nadsklepí
- 1x návštěvu Květné zahrady
- 1x návštěvu Arcibiskupského zámku Kroměříž
- 1x návštěvu ZOO Zlín Lešná

Snoezelen je v SO ORP Kroměříž prováděno pouze na Základní a Mateřské škole Kroměříž, F. Vančury, a to pouze pro děti a žáky této školy. Podle dostupných zdrojů není možné využívat tuto místnost Snoezelen pro veřejné účely. Bylo zjištěno, že v celém Zlínském kraji, pro veřejné účely, pro všechny věkové kategorie, může být použito Snoezelen pouze v zařízení Akropolis z.s., Uherské Hradiště a Kamarád – Nenuda z.s., Zlín. Organizace této aktivity bude tedy více náročná, ale za to velmi užitečná a vhodná pro osoby s mentálním postižením.

Dobrovolník musí každou provedenou aktivitu zapsat do dokumentu *Evidence aktivit dobrovolníků s klienty*. Díky Evidenci bude mít dobrovolník, rodina mentálně postiženého dítěte i Denní stacionář možnost nahlédnout do provedených aktivit. Pro všechny zúčastněné bude tak Evidence cennou zpětnou vazbou. Evidence by měla obsahovat datum, kdy byla aktivita provedena, název aktivity, jméno dobrovolníka a jméno klienta s mentálním postižením. Sociální pracovníce budou zodpovědné za správné vedení Evidence.

Navazující dílčí aktivitou bude **Vytvoření systému a jeho následné zdokonalování**. Tento proces by měl trvat cca půl roku. Je důležité pracovat v takovém systému, který bude vyhovovat

oběma stranám. Pokud budou rodiče potřebovat pohlídat jejich mentálně postižené dítě, musí oslovit jednu ze sociálních pracovníc v Denním stacionáři. Sociální pracovníce budou mít k dispozici eEquip – informační systém pro sociální služby, který již běžně v dané službě využívají. V tomto systému bude k dispozici záložka *Dobrovolníci*, ve které bude časový harmonogram – kalendář, do kterého budou sociální pracovníce zapisovat údaje o tom, ve který den, v jakém časovém rozpětí, budou rodiče mentálně postiženého dítěte potřebovat využít službu dobrovolníka. Do systému eEquip budou mít v omezené míře přístup také dobrovolníci, kteří budou moci nahlédnout do záložky *Dobrovolníci* a přihlásit se na jednotlivé asistence dle svých časových možností. Na jednu asistenci se mohou přihlásit až 3 dobrovolníci podle náročnosti péče o daného klienta nebo náročnosti aktivity. Systém bude potřeba zdokonalovat podle potřeb a možností rodičů, dobrovolníků i Denního stacionáře. Dotvoření stávajícího systému eEquip a jeho zdokonalení v průběhu projektu bude mít na starost IT technik.

Další dílčí aktivitou klíčové aktivity *Reálná práce v rodinách* je **Práce dobrovolníků v rodinách**. Denní stacionář bude mít 50 zaregistrovaných dobrovolníků. Počítejme však, že nebudou moci vypomoci všichni dobrovolníci každý den. Vycházejme z předpokladu, že pouze méně než jedna třetina dobrovolníků bude k dispozici v jeden konkrétní den. V jeden den bude tedy k dispozici pouze cca 15 dobrovolníků, kteří mohou pokrýt potřeby cca 10 rodin. Denní stacionář zajišťuje péči pouze v pracovních dnech, mimo víkendy a svátky, dobrovolníci by tedy byli využíváni také pouze v pracovní dny. Při 251 pracovních dnech za rok 2025 dojde k výpomoci u rodin celkem 2510x. Jak vyplynulo z Analýzy potřebnosti projektu, rodin, které potřebují podporu, je 300-350. Když vezmeme v potaz nižší číslo (protože některé rodiny svého člena umístily do DOZP), čili 300 rodin, zjistíme, že si každá rodina může dovolit cca 8-9 „možností dobrovolnické spolupráce“. Samozřejmě se jedná o průměrný odhad, protože existují rodiny, které službu nebudou chtít využít, nebudou o ní vědět, a naopak rodiny, které budou využívat služeb dobrovolníků velmi často. Dobrovolníci budou moci pracovat s mentálně postiženými dětmi samostatně, ale i ve skupinkách po 3 dobrovolnících. Dobrovolníci si budou moci vybrat, jakému klientovi, jaký den, v jakém časovém rozpětí, se budou věnovat. Mohou se inspirovat seznamem aktivit uvedených výše (taktéž Snoezelen, návštěvu kina, zámku, Květné zahrady a ZOO), nebo mohou zvolit jinou aktivitu, která bude vhodná s ohledem na klientovy potřeby a možnosti. Pokud si vhodností navrhované aktivity nebudou jisti, mohou využít odbornosti a znalostí sociálních pracovníc a poradit se s nimi. Sociální pracovníce musí koordinovat a monitorovat práci a aktivity dobrovolníků. Po vykonání asistence musí dobrovolník aktivitu zapsat do *Evidence aktivit dobrovolníků s klienty*, jak bylo

zmíněno výše, aby měly sociální pracovníce přehled o průběhu projektu. Za aktivitu se považuje také pouhý dozor nad klienty (např. pohlídání v době spánku).

Se spuštěním systému a započnutím práce dobrovolníků je svázaná také **Administrativní práce**, která je poslední složkou klíčové aktivity *Reálná práce v rodinách*. Administrativní práce se velmi prolíná s procesem vytvoření systému, ale obsahuje také registraci dobrovolníků, jejich databázi, komunikaci s rodiči mentálně postižených dětí, sledování rozpočtu, řešení problémů a stížností, a jiné obdobné činnosti související s chodem celého projektu. S ohledem na časovou náročnost koordinace projektu a vytíženosti sociálních pracovníc Denního stacionáře by mohla být přijata administrativní pracovníce pro Denní stacionář, která by byla zaměstnaná na 0,35 úvazku. V její kompetenci by bylo zajištění správného fungování v rámci administrativy (úkony popsané výše), jednalo by se pouze však o výpomoc stávajícím sociálním pracovnícím. Po finanční stránce budou sociální pracovníce a možná administrativní pracovníce spolupracovat s účetní Denního stacionáře. Administrativní pracovníce by však měla umět koordinovat finanční stránku projektu. Rozpočet projektu bude představen níže.

9.1.3 Klíčová aktivita 3

Poslední klíčovou aktivitou projektu je **Evaluace a propagace**. Mezi dílčí aktivity spadající do této klíčové aktivity patří Průběžné hodnocení a zpětná vazba, Propagace a Vyhodnocení projektu. **Průběžné hodnocení a zpětná vazba** je proces, který bude započat měsíc po zahájení přímé práce dobrovolníků. Rodiče budou moci psát své názory, připomínky nebo stížnosti do schránky důvěry, která bude zřízena v elektronické podobě a bude k dispozici na webu Sociálních služeb města Kroměříže, v záložce *Denní stacionář*. Tuto elektronickou schránku důvěry zřídí IT technik. Své stížnosti mohou dále vhodit do stávající schránky důvěry v budově Denního stacionáře, nebo přijít do kanceláře sociálních pracovníc. Dobrovolníci mohou rovněž poskytnout zpětnou vazbu, a to prostřednictvím již zmíněné schránky důvěry, nebo mohou vyhledat některou ze sociálních pracovníc a podělit se o názory, podněty, připomínky přímo s ní. Stížnosti na kvalitu poskytovaných služeb řeší také Standardy kvality sociálních služeb, konkrétně Standard č. 7. Každá organizace má svoje Standardy kvality. MPSV ČR vydalo v rámci projektu „Vzdělávání v zavádění standardů kvality sociálních služeb“ příručku pro uživatele. Standard č. 7 této příručky MPSV (Čermáková, 2008 [online]) říká, že uživatel má možnost podat svou stížnost na kvalitu poskytování sociální služby, a zároveň má mít možnost podat svou stížnost anonymně, což by měla služba zaručit. Poskytovatel má povinnost informovat uživatele služby o tom, jak, komu a na co si může stěžovat, a jak bude jeho stížnost

vyřízena. „Zároveň by se poskytovatel měl řídit zásadou, že každá stížnost je podnětem pro rozvoj služby a zvyšování její kvality.“ (Čermáková, 2008, [online]). Sociální pracovníce by měly každou stížnost individuálně prošetřit a řešit. Měly by brát ohled také na zpětnou vazbu dobrovolníků. Sociální pracovníce mohou navrhnout řešení a možnosti ke změnám, mohou stížnosti řešit také za pomoci multidisciplinárního týmu. Kontrolu kvality poskytovaných služeb má na starost manažer kvality organizace SSKM, do projektu musíme počítat také s jeho zapojením, a sice cca 2 hodiny týdně. Díky průběžnému hodnocení a zpětné vazbě bude služba zdokonalovat a zlepšovat dobrovolnickou službu. Zpětná vazba je důležitým prvkem pro zkvalitňování služeb, proto ani podané stížnosti by neměly odradit Denní stacionář od pokračování v projektu. Rodiny i dobrovolníci by měli poskytovat zpětnou vazbu vždy, když budou mít ke službě jakékoli námitky či připomínky a neměli by s nimi otálet. Hodnocení a zpětná vazba bude probíhat od dubna do prosince, tj. 9 měsíců. Průměrný počet stížností, námitek a připomínek je odhadnut na 10 za měsíc, tzn. 90 za celý rok.

Po celou dobu projektu je důležitá také jeho **propagace**, která je další dílčí aktivitou klíčové aktivity *Evaluace a propagace*. Propagace projektu zajistí v jeho začátcích informovanost veřejnosti a pomůže s hledáním vhodných dobrovolníků. Po celou dobu projektu zajistí propagace informovanost veřejnosti a možnost výpomoci, čímž se zajistí dostatek dobrovolníků po celou dobu projektu. Propagace bude prostředkem k dosažení správného fungování a uspokojivých výsledků projektu. Nejde však pouze o propagaci samotného projektu, ale také o propagaci sociální práce a dobrovolnictví. Možností, jak propagovat, je více. Nejlepší volbou, jak propagovat, je využít online prostor (sociální sítě) a oslovit lokální média, jak bylo popsáno v dílčí aktivitě *Hledání dobrovolníků*. Vhodnou cestou je také propagace skrze dobrovolníky. Ti mohou myšlenku projektu, důležitost sociální práce a dobrovolnictví rozšířit mezi své známé a rodinu. Veřejnost se může o projektu dozvědět také prostřednictvím akcí pořádaných organizací SSKM, či Denním stacionářem. Role sociálních pracovníků je při této aktivitě také nezastupitelná. Sociální pracovníce mohou uspořádat přednášky ve školách o tématu zapojení dobrovolníků v oblasti sociální práce, mohou přidávat příspěvky z aktivit na sociální sítě a na webové stránky, mohou zviditelnit projekt, sociální práci a dobrovolnictví prostřednictvím Dnů otevřených dveří, jejichž organizaci mají na starost. V neposlední řadě je v kompetenci sociálních pracovníků tvorba letáčků a plakátů a zajištění jejich tisku. Pro účely zviditelnění projektu bude vytisknuto 200 letáčků. Díky povědomí veřejnosti o projektu, sociální práci a dobrovolnictví může být na rodiny s mentálním postižením nahlíženo s menší stigmatizací, a

zároveň dojde ke zvýšení prestiže sociální práce na základě většího zapojení dobrovolníků v oblasti sociální práce.

Poslední dílčí aktivitou je celkové **vyhodnocení projektu**, které proběhne v prosinci. Vyhodnocení projektu bude vypracováno sociálními pracovníci, ale také administrativní pracovníci. Sociální pracovníci budou mít na vyhodnocení projektu po sociální stránce 2 týdny. Administrativní pracovníci budou mít na vyhodnocení projektu po finanční stránce 1 týden. Vyhodnocením projektu za celý rok bude zjištěna jeho užitečnost. Zároveň budou identifikovány mezery v jeho průběhu a možnost zlepšení v dalším roce. Při procesu vyhodnocení dojde k analýze zpětných vazeb dobrovolníků i rodičů mentálně postižených dětí, k analýze rozpočtu, dopadu na rodiče mentálně postižených dětí, jeho efektivity, aj. Je vhodné také vytvoření finální zprávy, která bude pojednávat o dosažených výsledcích. Finální zpráva bude vytvořena sociálními pracovníci, přičemž finanční úsek bude zpracován administrativní pracovníci. Tato zpráva poté bude sloužit k propagaci při pokračování projektu.

10 Rozpočet projektu

ZDROJE	ZAJIŠTĚNÍ DOBROVOLNÍKŮ			REÁLNÁ PRÁCE V RODINÁCH				EVALUACE A PROPAGACE			CELKEM
	Analýza potřeb rodičů	Hledání dobrovolníků	Školení dobrovolníků	Identifikace možných aktivit	Vytvoření systému a jeho zdokonalování	Práce dobrovolníků v rodinách	Administrativní práce	Průběžné hodnocení a zpětná vazba	Propagace	Vyhodnocení projektu	
Nákupy - celkem	3 970,00 Kč	0,00 Kč	7 000,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	12 500,00 Kč	6 000,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	29 470,00 Kč
Provozní materiál	270,00 Kč		1 500,00 Kč			5 000,00 Kč					6 770,00 Kč
Kancelářské potřeby							1 000,00 Kč				1 000,00 Kč
Energie	1 000,00 Kč		3 000,00 Kč				5 000,00 Kč				9 000,00 Kč
Pohonné hmoty	2 700,00 Kč										2 700,00 Kč
Ostatní			2 500,00 Kč			7 500,00 Kč					10 000,00 Kč
Služby - celkem	0,00 Kč	19 485,00 Kč	8 000,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	135 000,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	162 485,00 Kč
Cestovné						90 000,00 Kč					90 000,00 Kč
Proplacení aktivit						45 000,00 Kč					45 000,00 Kč
Propagace		19 485,00 Kč									19 485,00 Kč
Školení, semináře			8 000,00 Kč								8 000,00 Kč
Osobní náklady - celkem	20 342,00 Kč	4 602,00 Kč	15 983,00 Kč	5 811,00 Kč	4 148,00 Kč	100 832,00 Kč	95 400,00 Kč	36 637,00 Kč	93 713,00 Kč	26 492,00 Kč	403 960,00 Kč
Mzdové náklady - admin. pracovníce						31 920,00 Kč	53 200,00 Kč		26 600,00 Kč	5 320,00 Kč	117 040,00 Kč
Mzdové náklady - zdravot. pracovníce			1 086,00 Kč								1 086,00 Kč
Mzdové náklady - sociální pracovníce	15 204,00 Kč	3 439,00 Kč	10 860,00 Kč	4 344,00 Kč		43 440,00 Kč	18 100,00 Kč	13 032,00 Kč	43 440,00 Kč	14 480,00 Kč	166 339,00 Kč
Mzdové náklady - IT technik					3 100,00 Kč			310,00 Kč			3 410,00 Kč
Mzdové náklady - manažer kvality								14 040,00 Kč			14 040,00 Kč
Zdravotní a sociální pojištění (33,8%)	5 138,00 Kč	1 163,00 Kč	4 037,00 Kč	1 467,00 Kč	1 048,00 Kč	25 472,00 Kč	24 100,00 Kč	9 255,00 Kč	23 673,00 Kč	6 692,00 Kč	102 045,00 Kč
Náklady - celkem	24 312,00 Kč	24 087,00 Kč	30 983,00 Kč	5 811,00 Kč	4 148,00 Kč	248 332,00 Kč	101 400,00 Kč	36 637,00 Kč	93 713,00 Kč	26 492,00 Kč	595 915,00 Kč
		79 382,00 Kč				359 691,00 Kč			156 842,00 Kč		

Obrázek 3: Rozpočet projektu, zdroj: vlastní zpracování

Obrázek 3 představuje rozpočet navrhovaného projektu, který byl sestaven za pomoci veřejně dostupných dat, ale i z interních dat organizace SSKM. Rozpočet byl rozpracován do oblastí klíčových aktivit, ale i jednotlivých dílčích aktivit pro větší přehlednost.

Klíčová aktivita *Zajištění dobrovolníků* bude nejméně náročná na finanční zdroje, podle propočtů bude stát cca 79 382 Kč, naopak nejdražší klíčovou aktivitou bude *Reálná práce v rodinách*, která Denní stacionář vyjde na cca 359 691 Kč. Vysvětlení částek v jednotlivých dílčích aktivitách bude rozepsáno v následujících odstavcích.

10.1.1 Klíčová aktivita 1

Analýza potřeb rodičů: Provozním materiálem je myšlen tisk dotazníků. Na tuto aktivitu bude spotřebováno cca 300 listů papíru, na jejichž nákup bude vynaloženo cca 120 Kč. Tisk jednoho dotazníku (=jeden list papíru) vyjde na cca 50 haléřů, tudíž za tisk bude zapláceno 150 Kč. Celkem tedy 270 Kč za provozní materiál. Energiemi je myšlena částka za plyn, elektřinu a vodu, tedy za náklady kanceláře – topení, svícení, zapnutý počítač... Je počítáno s náklady 500 Kč/měsíc, tzn. 1 000 Kč za oba měsíce. Pohonnými hmotami je myšlen benzín, tedy cena za benzín, který spotřebují sociální pracovníce na cestách služebním autem za rodinami, aby provedly sociální šetření. Beru v potaz, že průměrně za den najedou sociální pracovníce 20 km. Aktivita potrvá 2 měsíce, tj. 42 pracovních dní, z čehož vyplývá, že sociální pracovníce autem

najedou cca 840 km. Při průměrné spotřebě 8 litrů benzínu/100 km a aktuální průměrné ceně benzínu 39,40 Kč/1 litr budou náklady na pohonné hmoty cca 2 700 Kč. V projektu je počítáno se sociálními pracovníci, které mají obě stejné pracovní podmínky, a sice 5 let praxe, platová třída 10 dle státní mzdové tabulky č. 2, tzn. cca 30 400 Kč/měsíc, tj. 181 Kč/hodinu. Na cestách bude vždy pouze jedna sociální pracovníce a průměrně stráví na sociálním šetření (i s cestou) 2 hodiny denně, tj. 84 hodin za měsíc. Náklady na mzdy sociálních pracovníků budou tedy 15 204 Kč + odvody na sociální a zdravotní pojištění (aktuálně ve výši 33,8 %), tedy 5 138 Kč.

Hledání dobrovolníků: Velmi nákladnou položkou je v této dílčí aktivitě propagace. Je počítáno s tiskem 200 plakátků, kdy tisk jednoho stojí průměrně 3 Kč, tedy 600 Kč za tisk všech. Dále byla započítána inzerce v Týdeníku Kroměřížska. Za reklamu o velikosti A6 požaduje Týdeník 6 300 Kč. Protože se však bude jednat o reklamu opakovanou (3-6x), bude využita sleva 5 % (Týdeník Kroměřížska [online]). Za inzerci (reklamu) v Týdeníku tedy Denní stacionář zaplatí 5 985 Kč. Dále bude využita reklama v rádiu, konkrétně se bude jednat o Český rozhlas Zlín. Podle Českého rozhlasu [online] stojí vytvoření 30vteřinového reklamního spotu 1 500 Kč. Vysílání jednoho spotu stojí 380 Kč. Počítá se s vysíláním spotu 2x denně v pracovním týdnu (v časech 8:59 a 14:59). Za týden bude tedy reklamní spot odvysílán 10x. Kvůli nákladnosti reklamy v rádiu bude reklamní spot vysílán pouze 1 měsíc, odvysílá se tedy 40 reklamních spotů. Cena tedy vychází na 15 200 Kč. Český rozhlas [online] však uvádí, že pokud se jedná o spolupráci zahrnující 21 spotů a více, je poskytnuta sleva 25 %. Denní stacionář dá tedy za měsíční reklamu v rádiu 11 400 Kč plus 1 500 Kč za vytvoření reklamního spotu. Práce sociální pracovníce byla odhadnuta na celkem 19 hodin za oba měsíce (3 hodiny na vytvoření letáčku a 16 hodin na vybrání dobrovolníků). Mzdové náklady budou tedy 3 439 Kč, odvody budou ve výši 1 163 Kč.

Školení dobrovolníků: Provozním materiálem byly myšleny bloky a propisky pro dobrovolníky, kdy balíček jednoho bloku a propisky vyjde Denní stacionář na 30 Kč, tedy 1 500 Kč celkem. Energie související se školeními byly odhadnuty na celkem 3 000 Kč (dataprojektor, osvětlení, topení, voda). Mezi ostatní nákupy bylo zařazeno drobné občerstvení pro dobrovolníky (voda v pet lahvi, koláček či tatrunka), jeden takový balíček vyjde na cca 50 Kč, tedy 2 500 Kč celkem. Podle webu skolenibozp.cz vyjde školení BOZP jedné osoby na 160 Kč, musíme tedy počítat s nákladem 8 000 Kč. Dále bude na školení potřeba jedna zdravotní pracovníce. Bude počítána podobně jako sociální pracovníci, tedy že jde o zdravotní pracovníci s pětiletou praxí, v 10. platové třídě tabulky č. 2, tzn. že její mzda je také 181 Kč/hodinu. Zdravotní pracovníce bude přítomna na každé školící lekci po dobu cca jedné

hodiny, celkem tedy 6 hodin. Náklady na její mzdu budou tedy 1 086 Kč plus odvody ve výši 367 Kč. Sociální pracovníce budou přítomny vždy po celou dobu školící lekce. Každá z nich tedy odpracuje 30 hodin. Náklady na mzdy obou sociálních pracovníc tak budou činit 10 860 Kč a odvody na zdravotní a sociální pojištění budou ve výši 3 672 Kč.

10.1.2 Klíčová aktivita 2

Identifikace vhodných aktivit: Do této dílčí aktivity je započítána pouze práce sociální pracovníce, a sice průměrně 2 hodiny týdně, tj. 24 hodin za 3 měsíce. Náklady na mzdu budou tedy ve výši 4 344 Kč a odvody budou ve výši 1 46 Kč.

Vytvoření systému a jeho zdokonalování: Bylo počítáno pouze s prací IT technika, který bude muset do stávajícího systému eEquip nainstalovat záložku *Dobrovolníci*, včetně kalendáře. Systém bude testován po dobu půl roku. V případě obtíží bude nápomocen IT technik, který má rovněž 5 let praxe v oboru, 10. platovou třídu v tabulce č.1. Jeho měsíční mzda je tedy 25 980 Kč, což je cca 155 Kč/hodinu. Na vytvoření a zdokonalení systému stráví celkem cca 20 hodin. Náklady na mzdu tedy budou 3 100 Kč a odvody pak 1 048 Kč.

Práce dobrovolníků v rodinách: Tato dílčí aktivita je ze všech nejnákladnější. Provozním materiálem jsou myšlené opěť bloky a propisky pro dobrovolníky, popřípadě jiné potřeby spojené s jejich činností. Balíček pro jednoho dobrovolníka vyjde na cca 100 Kč, na provozní materiály tedy bude vynaložen náklad ve výši 5 000 Kč. Z hlediska ochrany zdraví budou dobrovolníkům poskytnuty ochranné rukavice, každému jedna krabice za 150 Kč, tj. 7 500 Kč, které jsou zařazeny do kolonky *Ostatní*. Další položkou je cestovné dobrovolníků, tj. proplacení vlaků, autobusů, MHD. Počítám s tím, že bude mít Denní stacionář denně k dispozici 15 dobrovolníků. Průměrně bude každému proplacena částka 30 Kč denně, což je vyplacených 450 Kč denně. Za měsíc bude proplacena částka ve výši 9 000 Kč. Práce dobrovolníků v rodinách bude probíhat v roce 2025 až od března, tedy 10 měsíců, tudíž je částka cestovného rovna 90 000 Kč. Bylo počítáno také s tím, že dobrovolníci navštíví s mentálně postiženými dětmi 1x Snoezelen, 2x Kino Nadsklepí, 1x Květnou zahradu, 1x Arcibiskupský zámek Kroměříž a 1x ZOO Zlín Lešná. Z veřejně dostupných zdrojů (webových stránek těchto objektů) bylo zjištěno, že doprovod osoby s průkazem zdravotního postižení je na většině míst zdarma. Pouze Kino Nadsklepí [online] uvádí, že doprovod platí 50 % z ceny vstupenky. Průměrná cena vstupenky je 150 Kč, doprovod tedy zaplatí 75 Kč. Bylo stanoveno, že průměrně rodina využije návštěvu Kina Nadsklepí 2x, tj. 150 Kč za dobrovolníka. Pomoc bude poskytnuta

300 rodinám, proplacení kina dobrovolníkům bude tedy ve výši 45 000 Kč. V této fázi projektu bude přibrána do týmu administrativní pracovnice, jejíž práce byla popsána výše. Administrativní pracovnice bude mít taktéž pětiletou praxi, platovou třídu 8 v tabulce č. 1. Její měsíční mzda bude tedy 22 330 Kč, tj. 133 Kč/hodinu. Její práce bude čítat 240 hodin celkem čili náklady na její mzdu budou 31 920 Kč a odvody budou 10 789 Kč. Sociální pracovnice vykoná také 240 hodin práce, což jsou v jejím přepočtu náklady na mzdu 43 440 Kč a odvody ve výši 14 683 Kč.

Administrativní práce: Kancelářskými potřebami jsou myšleny pořadače, eurosložky, přihrádky, papíry, psací potřeby, nůžky, děrovače atd. Přesná cena nelze vyčíslit, ale počítám s nákladem 1 000 Kč. Cena za energie byla popsána výše, a sice cca 500 Kč/měsíc. Za 10 měsíců administrativní práce je to tedy 5 000 Kč. Energie je vyčíslena pouze u aktivity *Analýza potřeb rodičů a Administrativní práce*, protože by bylo velice nepřehledné, kdyby byla vepsána do každé dílčí aktivity zvlášť. Dále je zde vyčíslena práce administrativní pracovnice, celkem 400 hodin za 10 měsíců, tj. náklady na mzdu 53 200 Kč a odvody 17 982 Kč. Sociální pracovnice pokryje práci v rozsahu 100 hodin za 10 měsíců (průměrně půl hodiny denně) a náklady na její mzdu budou tedy 18 100 Kč a dále odvody ve výši 6 118 Kč.

10.1.3 Klíčová aktivita 3

Průběžné hodnocení a zpětná vazba: Bude využito znalostí a odbornosti IT technika pro zřízení elektronické schránky důvěry, na čemž bude pracovat cca 2 hodiny. Jeho náklady na mzdu budou tedy 310 Kč a odvody 105 Kč. Na kvalitu poskytované služby dohlédne také manažer kvality, který týdně stráví 2 hodiny kontrolou kvality dobrovolnických služeb. Manažer kvality pro naše účely bude mít rovněž 5 let praxe v oboru, platovou třídu 11 tabulky č. 2. Jeho měsíční mzda bude tedy 32 820 Kč, tj. 195 Kč/hodinu. Jeho práce pro Denní stacionář zabere celkem 72 hodin, náklady na mzdu budou tedy 14 040 Kč a odvody budou ve výši 4 745 Kč. Svou roli bude hrát při průběžném hodnocení také sociální pracovnice, v jejíž kompetenci je i prověření a řešení stížností. Předpokládáme, že jí tato práce zabere 2 hodiny týdně, za dobu 9 měsíců je to tedy 72 hodin. V jejím případě jsou náklady na mzdu 13 032 Kč a odvody 4 405 Kč.

Propagace: V této aktivitě již není započítaná propagace v začátcích projektu – v aktivitě *Hledání dobrovolníků*. Sociální pracovnice s výpomocí administrativní pracovnice zajistí úkony za účelem propagace, které jsou popsány výše. Předpokládejme, že průměrně bude

sociální pracovníce věnovat propagaci 1 hodinu denně, za rok jde cca o 240 hodin. Náklady na její mzdu tedy budou 43 440 Kč a odvody 14 683 Kč. Administrativní pracovníce se bude průměrně věnovat propagaci také 1 hodinu denně, ale protože je přijatá od března, vykoná za 10 měsíců 200 hodin práce. Náklady na mzdu v jejím případě budou ve výši 26 600 Kč plus odvody 8 990 Kč.

Vyhodnocení projektu: Celkové vyhodnocení projektu budou mít na starosti rovněž sociální pracovníce a administrativní pracovníce. Sociální pracovníce mají stanovenou lhůtu na zpracování sociálního úseku finální zprávy 2 týdny, tj. 80 hodin. Rozpočet počítá tedy s 80 hodinami práce pro vytvoření sociálního úseku a zkompletování finální zprávy, již nezáleží na tom, jak si sociální pracovníce práci rozdělí, zda na ní budou pracovat obě nebo pouze jedna z nich. Náklady na mzdy budou tedy ve výši 14 480 Kč, odvody pak 4 894 Kč. Administrativní pracovníce bude mít za úkol zpracovat finanční úsek finální zprávy, na což má týden, tedy 40 hodin. Náklady na její mzdu budou 5 320 Kč plus odvody na sociální a zdravotní pojištění ve výši 1 798 Kč.

Celkové náklady na projekt se budou pohybovat bez mála na **600 000 Kč za celý rok** fungování projektu. Cílem projektu nebylo identifikovat možné finanční zdroje, ale přesto je důležité vědět, odkud by bylo možné finanční zdroje získat. Šlo by hlavně o dotace ze zdrojů Evropské unie, od Ministerstva práce a sociálních věcí, od krajů a od zřizovatele organizace Sociální služby města Kroměříže, tzn. od města Kroměříž. V případě úspěšné propagace by se mohlo podařit získat zdroje i prostřednictvím darů jednotlivců i firem.

Na první pohled se může zdát, že je projekt příliš drahý, ale zároveň si trůfám říct, že jde o velice potřebný projekt, který v uspokojivé míře pokryje potřeby všech 300 rodin s mentálně postiženým dítětem v SO ORP Kroměříž.

11 Indikátory splnění klíčových aktivit

Indikátory splnění klíčových aktivit určují, zda byla klíčová aktivita naplněna, nebo ne. V případě nenaplnění klíčové aktivity dojde k úpravám průběhu projektu. Indikátory splnění jsou tak důležitým vodítkem při finálním vyhodnocení úspěšnosti projektu.

- **KA 1: Zajištění dobrovolníků:** identifikace konkrétních potřeb rodičů pomocí analýzy získaných dat z rozhovorů či dotazníků, zajištění 50 dobrovolníků, jejich úspěšné proškolení v 6 vypsanych termínech v oblasti BOZP, první pomoci a specifík práce s osobami s mentálním postižením
- **KA 2: Reálná práce v rodinách:** vytvoření seznamu vhodných aktivit, praktické ověření vhodnosti zvolených aktivit v terénu, zahrnutí aktivity Snoezelen, pokrytí potřeb cca 300 rodin, z nichž každá průměrně ročně využije pomoc dobrovolníka 8-9x, fungování systému eQuip – žádné kolize, pokrytí potřeb rodin, přehled ve vykonaných aktivitách, zpětná vazba od rodin i dobrovolníků – jejich spokojenost, finanční stabilita
- **KA 3: Evaluace a propagace:** plné využití schránky důvěry a následné vyřešení všech námitek a stížností (90 za rok), zpětná vazba a podněty od dobrovolníků, alespoň 5 přednášek ve školách na téma dobrovolnictví, sociální práce a mentálního postižení, tvorba, tisk a distribuce 200 letáčků a plakátů, příspěvky na sociálních sítích, uspořádání akce *Den otevřených dveří* (alespoň 1x za rok), zkompletování finální zprávy sociálními pracovníci na základě zpětných vazeb, dopadu projektu na rodiče dětí s mentálním postižením, analýzy rozpočtu

12 Předpokládané výstupy a výsledky projektu

Předpokládaným výstupem projektu bude finální zpráva, která bude popisovat průběh projektu a oblasti možného vylepšení v dalším roce pokračování projektu. Dále odpracované hodiny dobrovolníků (dle Evidence), proškolení dobrovolníci, data získaná z rozhovorů a dotazníků, seznam vhodných aktivit, zpětná vazba a propagace.

Předpokládanými výsledky projektu bude větší dostupnost služby na podporu rodičů mentálně postižených dětí, menší nákladovost péče a usnadnění péče. Dobrovolnickou službu bude moci využít cca 300 rodin s mentálně postiženým dítětem. Díky projektu by měla veřejnost získat větší povědomí o dobrovolnické činnosti v oblasti sociální práce a mělo by dojít ke snížení stigmatizace osob s mentálním postižením a jejich rodin.

13 Popis přidané hodnoty projektu

Dá se očekávat, že projekt bude mít největší vliv na rodinu s mentálně postiženým dítětem. Když rodičům poskytneme potřebnou podporu a zajistíme, aby byla služba více dostupná (zejména po finanční stránce), můžeme očekávat obecné zlepšení vztahů v celé rodině. Rodiče budou mít více času sami na sebe, ale také například na další své děti – sourozence mentálně postiženého dítěte. Tím se zabrání potenciální hrozbě rozpadu rodiny. Rodiče budou moci načerpat novou energii, a tím bude jejich následná péče o dítě s mentálním postižením účinnější a plnější, což přispěje k lepšímu zvládnání každodenních výzev a posílí jejich schopnost poskytovat milující a podpůrné prostředí pro své dítě. Mohou se také zlepšit vztahy rodiny s jejím okolím. Rodiče budou moci trávit alespoň o trochu více času se svými známými a přáteli, se kterými se například běžně nestýkají, čímž může dojít k obnovení sociální vazeb.

Projekt bude mít příznivý dopad na samotné mentálně postižené dítě. Díky spolupráci dobrovolníků pozná nové tváře a bude mít příležitost navázat sociální kontakt, což může dítěti s mentálním postižením přinést možnost obohacení, jak bylo popsáno v kapitole 2.3. I přes to, že dobrovolnická péče není péčí odbornou, dojde k rozvoji sociálních dovedností dítěte s mentálním postižením, a to i komunikace a porozumění.

Realizací projektu by mohlo dojít také k odstranění všeobecného „strachu“ z osob s mentálním postižením. Jak jsem popsala v Úvodu práce, společnost je stále plná předsudků, navzdory tomu, že bylo vydáno již mnoho publikací a zveřejněno mnoho informací o problematice mentálního postižení. Tím, že se do péče zapojí lidé „zvenčí“, se bude o mentálním postižení ve společnosti více mluvit, a tím by se mohlo změnit smýšlení mnoha lidí.

14 Management rizik

Je pravděpodobné, že v průběhu projektu vyvstanou nějaké překážky a rizika. Na některá předpokládaná rizika je možno se dopředu připravit. Je možné je předem definovat a naplánovat vhodná řešení těchto rizik, aby se minimalizoval jejich negativní dopad na úspěšné dokončení projektu.

Teoreticky může dojít k **nedostatku dobrovolníků**. Je důležité, aby byli lidé k dobrovolnictví motivováni. V ČR je do dobrovolnické činnosti zapojeno cca 29 % občanů starších 14 let. Dá se však říci, že dobrovolnictví v ČR od 90. let 20. století stagnuje (Matulayová, Jurníčková, Doležel a kol., 2016, str. 5). Být dobrovolníkem není jednoduché, ale vyžaduje úsilí, čas, a někdy i náklady z hlediska financí. Jde tedy o to, aby bylo porozuměno motivaci dobrovolníků (Matulayová, Jurníčková, Doležel a kol., 2016, str. 6). Matulayová uvádí, že jsou lidé k dobrovolnictví motivováni osobními hodnotami (např. solidarita) a zájmem měnit věci k lepšímu. Významná je také sociální podmíněnost, a sice kulturní normy a důležitost sociálních kontaktů. Motivace je také úzce spjatá s potřebou aktivně a smysluplně využít volný čas (Matulayová, Jurníčková, Doležel a kol., 2016, str. 14-15). Z výše uvedených údajů vyplývá, že v ČR není o dobrovolníky nouze, tudíž by neměl být problém najít do navrhovaného projektu dostatečné množství dobrovolníků, je jich navrženo 50. Názorově může mít však organizace o dobrovolníky nouzi. Navrhuji připojit na web Denního stacionáře stručné informace o dobrovolnictví a jeho výhodách, aby byly snáze dostupné potenciálním dobrovolníkům.

Další výraznou překážkou, která by mohla ohrozit projekt, je **nedostatek financí po dobu dalšího pokračování projektu**. Tím, že dobrovolnictví je poskytováno bez nároku na odměnu, může být pro Denní stacionář tento projekt v době jeho dalšího pokračování bez využívání projektových peněz velmi náročný na zdroje. Kromě získávání financí z dotací, grantů a darů od jednotlivců a firem navrhuji také navázat spolupráci s místními firmami a sponzory. Navrhuji rovněž pravidelně připomínat rodičům důležitost odborné péče a podporovat je v tom, že projekt dobrovolnické spolupráce nemůže nikdy plně nahradit sociální službu Denní stacionář, která poskytuje své služby za úhradu. Denní stacionář poskytuje, na rozdíl od práce dobrovolníků, specializovanou a odbornou péči, a učí klienty nové schopnosti a dovednosti. Tyto finanční prostředky poté Denní stacionář využívá i na pokrytí nákladů spojených s chodem dobrovolnického projektu.

Tím, že rodinám budou pomáhat dobrovolníci, může vyvstat otázka, jestli služba nebude poskytovat příliš **neodbornou péči**. Může upadat kvalita poskytované služby prostřednictvím dobrovolníků, postupem času může narůstat množství stížností. Nově příchozí dobrovolníci nemusí být proškoleni tolik, jako dobrovolníci na počátku projektu. Proto navrhuji, aby se pořádala pravidelná hromadná proškolení všech dobrovolníků, ideálně vždy po půl roce. První proškolení v průběhu projektu by tedy proběhlo v září 2025 (cca půl roku po první vlně školení), další v březnu 2026, atd.

15 Logframe projektu

	Intervenční logika	Objektivně ověřitelné ukazatele	Zdroje informací (prostředky) pro ověření	Předpoklady dosažení/rizika
Obecný záměr	Ulehčení péče rodičům mentálně postižených dětí	Spokojenost rodičů s poskytovanou službou	Zpětná vazba rodičů	Neodbornost dobrovolníků
Cíl projektu	Poskytnutí podpory 300 rodinám na území SO ORP Kroměříž za pomoci dobrovolníků	Úspěšná podpora 300 rodin	Evidence aktivit dobrovolníků s klienty – provedené aktivity	Málo dobrovolníků, kteří se do péče zapojí, nedostatek financí na pokrytí nákladů spojených s podporou 300 rodin
Výstupy	Finální zpráva projektu, data analýzy potřebnosti a spokojenost rodin s projektem	Zpětná vazba prostřednictvím schránek důvěry (90 vyřešených vzkazů a stížností), analýza finančního úseku projektu, vypracování finální zprávy	Finální zpráva projektu, zachování analýzy potřebnosti pro další práci s projektem i mimo něj	

Cílové aktivity	Zajištění dobrovolníků Reálná práce v rodinách Evaluace	Zajištění alespoň 50 dobrovolníků, 15 dobrovolníků denně Dobrovolnická výpomoc 300 rodinám za rok, vytvoření seznamu vhodných aktivit, zahrnutí Snoezelen, funkčnost systému eEquip Zpětná vazba od rodin a dobrovolníků (90 vyřešených stížností a vzkazů), dostatečná informovanost veřejnosti a zmírnění „strachu“ z mentálně postižených osob	Vyplněné dotazníky Evidence aktivit dobrovolníků s klienty Finální zpráva Zpětná vazba	Předpokladem je zájem dobrovolníků o cílovou skupinu a o dobrovolnictví
-----------------	---	---	---	---

Tabulka 4: Logický rámec projektu, zdroj: vlastní zpracování

Závěr

Cílem této bakalářské práce bylo zaměřit se na problematiku podpory rodin s mentálně postiženým dítětem. Bylo zjištěno, že stávající sociální služby nejsou dostačující, navíc jsou mnohdy pro rodiny velmi finančně nákladné. Proto byl v této práci představen projekt, jehož realizace by přispěla ke kvalitnějšímu životnímu stylu těchto rodin.

V první části bakalářské práce byla teoreticky popsána problematika mentálního postižení v kontextu vztahů v rodině, legislativního ukotvení, sociální politiky, teorií a metod sociální práce a etických aspektů sociální práce. Dále byla zpracována analýza potřebnosti, která potvrdila potřebnost navrhovaného projektu. V rámci této analýzy byli formou dotazníku osloveni rodiče dětí s mentálním postižením, a dále formou rozhovoru také sociální pracovníci. Byla také prošetřena dostupnost sociálních služeb pro mentálně postižené osoby v SO ORP Kroměříž. Na základě dat získaných z analýzy potřebnosti byly detailně vypracovány klíčové aktivity projektu včetně harmonogramu a indikátorů splnění, byl navržen rozpočet projektu, případná rizika, předpokládané výstupy a výsledky, byla popsána přidaná hodnota projektu, a nakonec byl projekt zaznamenán do logického rámce.

Jsem si jistá, že potřebnost projektu a jeho efektivita byla prokázána. Péče o mentálně postiženého člena rodiny není nic snadného, naopak to vyžaduje mnoho dennodenní trpělivosti, starostí a úsilí. Rodiče by však neměli zanedbávat sami sebe a měli by si čas od času odpočinout, aniž by měli výčitky, že je jejich odpočinek stojí příliš mnoho peněz. Proto já sama podporuji myšlenku dalšího rozvoje projektu a uvítám jeho případnou realizaci.

Bibliografie

ADRA. *Dobrovolnictví v Kroměříži a okolí* [online]. [cit. 2024-04-18]. Dostupné z: <https://adra.cz/jak-pomahame/dobrovolnictvi/frydek-mistek/kde-pusobime/oblast-kromeriz/>

AMERICAN ASSOCIATION ON INTELLECTUAL AND DEVELOPMENTAL DISABILITIES [online]. 2024 [cit. 2024-03-05]. Dostupné z: <https://www.aaid.org/home>

ARCIBISKUPSKÝ ZÁMEK A ZAHRADY V KROMĚŘÍŽI. *Ceník 2024* [online]. [cit. 2024-04-15]. Dostupné z: <https://www.zamek-kromeriz.cz/cenik/>

BÁRTLOVÁ, Sylva. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 9788024762890.

BOZP ŠKOLENÍ. *Ceník* [online]. [cit. 2024-04-15]. Dostupné z: <https://www.skolenibozp.cz/cenik/>

ČERMÁKOVÁ, Kristýna. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Standardy kvality sociálních služeb – Příručka pro uživatele* [online]. 2008 [cit. 2024-04-15]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/skss_final_web.pdf/1daaf363-940e-9c10-ee88-4048722a9be9

ČESKÝ ROZHLAS. *Ceník regionálních stanic Českého rozhlasu 2024* [online]. [cit. 2024-04-15]. Dostupné z: <https://informace.rozhlas.cz/sites/default/files/documents/53534f4e2a5adc0da58359739549c17a.pdf>

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Okres Kroměříž* [online]. [cit. 2024-04-15]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/xz/okres_kromeriz

DĚTSKÝ ÚSVIT, Z. S. [online]. 2024 [cit. 2024-03-09]. Dostupné z: <https://detskyusvit.cz/>

DŮM KULTURY V KROMĚŘÍŽI. *Vstupenky* [online]. [cit. 2024-04-15]. Dostupné z: <https://www.dk-kromeriz.cz/vstupenky>

FALTYSOVÁ, Erika. *Vnímání a radost, aneb, SNOEZELEN-MSE* [online]. 2021 [cit. 2024-04-08]. Dostupné z: <https://sancedetem.cz/vnimani-radost-aneb-snoezelen-mse>

HESTIA – CENTRUM PRO DOBROVOLNICTVÍ, Z. Ú. *Seznam organizací* [online]. [cit. 2024-04-15]. Dostupné z: https://www.dobrovolnik.cz/organizace?field_zamereni_tid%5B%5D=25

HUMAN RACE. *3 Ways To Support Your Child With Intellectual Disability* [online]. 2022 [cit. 2024-03-05]. Dostupné z: <https://humanrace.asia/3-ways-to-support-your-child-with-intellectual-disability/>

HUMPREY, Kristen. NATIONAL ASSOCIATION OF SOCIAL WORKERS. *How Do Social Workers Help the Families of Children With Disabilities?* [online]. 2024 [cit. 2024-03-15]. Dostupné z: <https://www.helpstartshere.org/how-do-social-workers-help-the-families-of-children-with-disabilities/>

KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese*. Vydání osmé, v Portále sedmé. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1147-1.

KVĚTNÁ ZAHRADA KROMĚŘÍŽ. *Vstupné* [online]. [cit. 2024-04-15]. Dostupné z: <https://www.kvetnazahrada-kromeriz.cz/cs/informace-pro-navstevniky/vstupne>

LOEBE, Ladislav. ČASOPIS SOCIÁLNÍ PRÁCE. *Soukromé praxe sociálních pracovníků v ČR. Realita blízké budoucnosti, nebo utopie?* [online]. 2015(4) [cit. 2024-03-15]. Dostupné z: https://socialniprace.cz/online-clanky/soukrome-praxe-socialnich-pracovniku-v-cr-realita-blizke-budoucnosti-nebo-utopie/#_ftn18

MARKOVÁ, Zdeňka a Ljuba STŘEDOVÁ. *Mentálně postižené dítě v rodině*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1987. Knižnice speciální pedagogiky. ISBN 14-340-87.

MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2.

MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Druhé, přepracované vydání. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-368-0.

MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0.

MATOUŠEK, Oldřich a a kol. *Základy sociální práce*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-473-7

MATULAYOVÁ, Tatiana, Pavlína JURNÍČKOVÁ, Jakub DOLEŽEL a a kol. *Motivace k dobrovolnictví*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2016, 109 s. ISBN 978-80-244-5110-7.

MERTL, Jan. *Sociální politika* [online]. 7., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Wolters Kluwer, 2023 [cit. 2024-03-05]. ISBN 978-80-7676-675-4. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/socialni-politika-7-vydani-1500178/>

NASSER, K., C. CAHANA, I. KANDEL, S. KESSEL a J. MERRICK. *Snoezelen: Children with Intellectual Disability and Working with the Whole Family*. The Scientific World Journal. 2004, 500-506. ISSN 1537-744X.

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Príspevek na péči* [online]. [cit. 2024-04-04]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/-/prispevek-na-peci>

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Registr poskytovatelů sociálních služeb* [online]. [cit. 2024-04-15]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/registr-poskytovatelusluzeb>

MUSIL, Libor. „*Ráda bych Vám pomohla, ale ...*” - Dilemata práce s klienty v organizacích. Brno: Marek Zeman, 2004. ISBN 80-903070-1-9.

ODYSSEA – MEZINÁRODNÍ INSTITUT KBT. *Vycvikkbt.cz* [online]. 2024 [cit. 2024-03-14]. Dostupné z: <https://www.vycvikkbt.cz/>

OSN. *Úmluva o právech dítěte* [online]. [cit. 2024-03-15]. Dostupné z: <https://osn.cz/wp-content/uploads/2022/08/umluva-o-pravech-ditete.pdf>

PARENTING A CHILD WITH A DISABILITY [online]. [cit. 2024-03-05]. Dostupné z: <https://www.helpguide.org/articles/family-caregiving/parenting-a-child-with-a-disability.htm>

PIPEKOVÁ, Jarmila, Marie VÍTKOVÁ a kol. *Od edukace k sociální inkluzi osob se zdravotním postižením se zaměřením na mentální postižení*. 2. upravené vydání. Brno: Masarykova univerzita, 2014. ISBN 978-80-210-7689-1.

PRACOMAT. *Platové tabulky a třídy státních zaměstnanců 2024* [online]. [cit. 2024-04-15]. Dostupné z: <https://www.pracomat.cz/poradna/pro-pracujici/228-platy-statnich-zamestnancu.html>

SLOWÍK, Josef. *Komunikace s lidmi s postižením*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-691-9.

SOCIÁLNÍ SLUŽBY MĚSTA KROMĚŘÍŽE. *Sociální služby pro osoby se zdravotním postižením* [online]. [cit. 2024-04-15]. Dostupné z: <https://www.sskm.cz/sluzby-pro-osoby-se-zdravotnim-postizenim>

SPEKTRUM KROMĚŘÍŽ – DOBROVOLNICKÉ CENTRUM. *Dobrovolnictví* [online]. [cit. 2024-04-18]. Dostupné z: <https://spektrum-km.webnode.cz/sluzby/dobrovolnictvi/>

SPOLEČNOST PRO PODPORU LIDÍ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM V ČESKÉ REPUBLICĚ, Z. S. [online]. 2024 [cit. 2024-03-05]. Dostupné z: <https://www.spmpr.cz/>

SPOLEČNOST SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ ČR. *Etický kodex společnosti sociálních pracovníků ČR* [online]. 2006 [cit. 2024-03-05]. Dostupné z: <https://www.socialnipracovnici.cz/ke-stazeni>

ŠANCE DĚTEM [online]. 2012 [cit. 2024-03-05]. ISSN 1805-8876. Dostupné z: <https://sancedetem.cz>

ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace*. 3., přepracované vydání. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-060-7.

TÝDENÍK KROMĚŘÍŽSKA. *Komerční inzerce* [online]. [cit. 2024-04-15]. Dostupné z: <https://www.tydenik-km.cz/inzerce/komercni/>

ÚŘAD PRÁCE ČESKÉ REPUBLIKY. *Veřejně prospěšné práce* [online]. [cit. 2024-04-15]. Dostupné z: <https://www.uradprace.cz/verejne-prospesne-prace>

VALENTA, Milan, Jan MICHALÍK a Martin LEČBYCH. *Mentální postižení*. 2., přepracované a aktualizované vydání. Praha: Grada, 2018. ISBN 978-80-271-0378-2.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie I*. Dotisk 1. vyd. Praha: Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-0956-0.

VÁGNEROVÁ, Marie, Zuzana HADJ-MOUSSOVÁ a Stanislav ŠTECH. *Psychologie handicapu*. Dotisk. Karolinum, Praha 1, 2001. ISBN 80-7184-929-4.

WHO. *MKN-10 2023: 10.revize Mezinárodní klasifikace nemocí* [online]. 2023 [cit. 2024-03-05]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F70-F79>

ZÁKLADNÍ ŠKOLA A MATEŘSKÁ ŠKOLA KROMĚŘÍŽ, F. VANČURY. *Doplňkové terapie* [online]. [cit. 2024-04-15]. Dostupné z: <http://msazskm.cz/zs-a-ms-kromeriz/doplnkove-terapie/>

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů [online]. [cit. 2024-03-05]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

Zákon č. 455/1991 Sb., o živnostenském podnikání, ve znění pozdějších předpisů [online]. [cit. 2024-03-15]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1991-455>

Zákon č. 89/2012 Sb. – Občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů [online]. [cit. 2024-03-15]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-89>

ZOO ZLÍN LEŠNÁ. *Ceny vstupného pro rok 2024* [online]. [cit. 2024-04-15]. Dostupné z: <https://www.zoozlin.eu/vstupne-zoo/>

Anotace

POSPÍŠILOVÁ, Tereza. *Návrh projektu na podporu rodičů s mentálně postiženými dětmi*. Olomouc, 2024, 97 s. Bakalářská práce. Univerzita Palackého. Vedoucí práce Mgr. Pavlína Jurníčková, Ph.D.

Tato bakalářská práce se zabývá možnostmi podpory rodin, v nichž je vychováváno dítě s mentálním postižením. Analyzuje stávající podporu rodičů v péči o jejich mentálně postižené dítě a formou dobrovolnické pomoci navrhuje projekt, který bude mapovat potřeby těchto konkrétních rodin ve správním obvodu obce s rozšířenou působností Kroměříž.

Klíčová slova: mentální postižení*, postižení v rodině*, podpora rodičů*, rodiče mentálně postižených dětí*, mentally handicaped children*

Annotation

POSPÍŠILOVÁ, Tereza. *Návrh projektu na podporu rodičů s mentálně postiženými dětmi*. Olomouc, 2024, 97 s. Bakalářská práce. Univerzita Palackého. Vedoucí práce Mgr. Pavlína Jurníčková, Ph.D.

This bachelor thesis deals with the possibilities of supporting families with a child with intellectual disabilities. It analyses the existing support for parents in caring for their mentally disabled child and proposes a project in the form of volunteer help that will map the needs of these particular families in the administrative district of Kroměříž municipality with extended authority.

Keywords: intellectual disability*, disability in the family*, parent support*, parents of intellectually disabled children*, mentally handicapped children*