

UNIVERZITA HRADEC KRÁLOVÉ

FILOZOFICKÁ FAKULTA

Ústav sociální práce

**Pohled veřejnosti na tělesně i zdravotně
postižené děti**

Bakalářská práce

Autor: Barbora Šafránková
Studijní program: B6731 Sociální politika a sociální práce
Studijní obor: Sociální práce
Forma studia: Prezenční
Vedoucí práce: Mgr. Miroslav Kappl, Ph.D.

Hradec Králové

2019



Zadání bakalářské práce

Autor: Barbora Šafránková

Studium: U1630

Studijní program: B6731 Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální práce

Název bakalářské práce: Pohled veřejnosti na tělesně a zdravotně postižené děti

Název bakalářské práce AJ: Public perception of physically and handicapped children

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Bakalářská práce bude zaměřena na popis, jak lidé v okolí Jilemnice reagují na zařízení Dětské centrum Jilemnice, ve kterém jsou děti s mentálním a zdravotním postižením. Budu se také zabývat, jaké má okolí vůči těmto lidem stereotypy i předsudky a zda mají s takovým typem lidí zkušenost. Teoretická část práce bude zaměřena především na popis zařízení a stručný popis postižení, které děti v zařízení mají. K dosažení cíle bude využita kvalitativní výzkumná strategie.

- HENDL, Jan, Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace 2. aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2008, ISBN 978-80-7367485-4 - HRDLIČKA, M., KOMÁREK, V., Dětský autismus: přehled současných poznatků. Vyd. 1. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-813-9 - MATOUŠEK, O. Slovník sociální práce. 1. vyd. Praha : Nakladatelství Portál, 2003. ISBN 80-7178-549-0.

Garantující pracoviště: Ústav sociální práce,
Filozofická fakulta

Vedoucí práce: Mgr. Miroslav Kappl, Ph.D.

Oponent: prof. PhDr. Jana Levická, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 29.6.2018

Prohlašuji, že jsem tuto závěrečnou práci vypracovala pod vedením vedoucí práce samostatně a uvedla jsem veškeré použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne

.....

Barbora Šafránková

Poděkování

Ráda bych poděkovala Mgr. Miroslavu Kapplovi Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a připomínky k bakalářské práci a za čas, který mi věnoval. Dále děkuji své rodině za trpělivost a velkou oporu po celou dobu studia.

Anotace a klíčová slova

ŠAFRÁNKOVÁ, Barbora. *Pohled veřejnosti na tělesně i zdravotně postižené děti*. Hradec Králové, 2018. s. Bakalářská práce. Univerzita Hradec Králové. Filozofická fakulta, Ústav sociální práce. Vedoucí práce: Mgr. Miroslav Kappl, Ph.D.

Bakalářské práce bude zaměřena na popis, jak lidé v okolí Jilemnice reagují na zařízení Dětské centrum Jilemnice, ve kterém jsou děti s mentálním a zdravotním postižením. Budu se také zabývat, jaké má okolí vůči těmto lidem stereotypy i předsudky a zda mají s takovým typem lidí zkušenost. Teoretická část práce bude zaměřena především na popis zařízení a stručný popis postižení, které děti v zařízení mají. K dosažení cíle bude využita kvalitativní výzkumná strategie.

Cílem této práce je zjistit, jaké soužití převládá ve městě Jilemnice mezi občany již zmiňovaného města a klienty zařízení.

Klíčová slova

Dětské centrum Jilemnice, komunita, komunitní práce, kvalitativní výzkum, postižení.

Annotation

ŠAFRÁNKOVÁ, Barbora. Public perception of physically and handicapped children. Hradec Králové, 2019. Bachelor Degree Thesis. University of Hradec Králové, Philosophical Faculty, Institute of Social Work. Leader of Bachelor Degree Thesis: Mgr. Miroslav Kappl Ph.D.

The bachelor thesis will focus on the description of how people around Jilemnice react to the facilities of the Children's Center Jilemnice, where children with mental and health disabilities are. I will also deal with the stereotypes and prejudices of these people and whether they have experience with such people. The theoretical part of the work will be focused mainly on the description of the device and a brief description of the disability that children have in the facility. A qualitative research strategy will be used to achieve the objective.

The aim of this work is to find out what coexistence prevails in the town of Jilemnice among the citizens of the aforementioned city and clients of the facility.

Keywords:

Children's Center Jilemnice, community, community work, disability, qualitative research strategy.

Obsah

Úvod.....	9
Teoretická část	11
1 Dětské centrum Jilemnice.....	11
1.1 Denní stacionář.....	11
1.2 Týdenní stacionář	12
1.3 Osobní asistence.....	13
1.4 Odlehčovací služba	15
2 Postižení	18
2.1 Dětská mozková obrna	18
2.2 Mentální retardace.....	19
2.3 Epilepsie.....	21
2.4 Poruchy autistického spektra.....	21
2.4.1 Diagnostika poruch autistického spektra	22
2.4.2 Dětský autismus	22
2.4.3 Aspergerův syndrom.....	23
2.4.4 Atypický autismus	23
2.4.5 Rettův syndrom.....	23
2.4.6 Jiná dezintegrační porucha v dětství.....	24
2.4.7 Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby	25
3 Komunitní práce	26
3.1 Komunita.....	26
3.2 Komunitní plánování.....	27
3.3 Účastníci komunitního plánování	28
3.4 Komunitní plánování sociálních služeb v regionu Jilemnicko	29
3.4.1 Sociální služby na Jilemnicku.....	29

3.4.2	SWOT analýza.....	30
	Praktická část.....	33
4	Cíl a metodologie výzkumu.....	33
4.1	Kvalitativní výzkumná strategie	33
4.2	Transformace dílčích cílů.....	35
4.3	Výběr výzkumného vzorku a průběh sběru dat.....	35
4.4	Rizika výzkumu	37
5	Interpretace dosažených výsledků.....	39
5.1	DC1: Pohled veřejnosti na zařízení Dětské centrum.....	39
5.2	DC2: Možné příčiny problému, které se mohou vyskytnout mezi občany a zařízením Dětské centrum.....	42
5.3	DC3: Jak se dá s možnými neshodami pracovat a jak jim zamezit.	45
6	Shrnutí praktické části.....	47
	Závěr.....	48
	Zdroje.....	50
	Internetové zdroje	52
	Seznam obrázků.....	53
	Seznam tabulek.....	53
	Seznam příloh.....	53

Úvod

I když jsou lidé, jak s mentálním, tak i s tělesným postižením, součástí našeho běžného života, většina lidí se na ně dívá „skrz prsty“. Mezi mnoho vysvětlitelných i nevysvětlitelných důvodů je i fakt, že zdraví jedinci dříve nebyli zvyklí na přítomnost postižených lidí na místech, které teď běžně navštěvují (například obchodní domy, kina, divadla a jiné).

Lidé s jakýmkoli postižením vypadají jinak a lidé se otáčejí a pozorují tyto osoby. Ti s mentálním postižením mají mimo jiné i opožděný vývoj a s tím souvisí i opožděné myšlení a mnohdy i jiná mluva. Ti jedinci, kteří mají tělesné postižení, mohou být na invalidním vozíku, nebo mají pohyby, které naneštěstí sleduje každý, kdo kolem tohoto jedince projde. Myslím si, že čím více je jedinec postižený, tím menší má šanci, že ho společnost přijme.

Téma své práce- *Pohled veřejnosti na tělesně i zdravotně postižené děti*, jsem zvolila na základě praxe, kterou jsem vykonala během studia. Hlavním cílem bakalářské práce je zjistit, jak nastavit soužití občanů města Jilemnice a zařízením Dětské centrum. V tomto zařízení jsou děti s mentálním i zdravotním postižením.

Díličními cíli jsou:

DC1: Pohled veřejnosti na zařízení Dětské centrum.

DC2: Možné příčiny problému, které se mohou vyskytnout mezi občany a zařízením Dětské centrum.

DC3: Jak se dá s možnými neshodami pracovat a jak jim zamezit.

V zařízení Dětské centrum Jilemnice jsou děti, které musí chodit do tohoto institutu na základě doporučení ošetřujícího lékaře, nebo ze samotné iniciativy rodičů, kterým jejich umístění pomůže hlavně v tom, že mohou chodit i nadále do zaměstnání a tím pádem mohou zajistit plnohodnotnou péči pro své děti. V zařízení jsou děti, které mají jakoukoli formu postižení. Jako velikou výhodou tohoto zařízení považuji ten fakt, že jsou ochotni pomáhat dětem i s kombinovaným druhem postižení.

Díky času stráveném se zaměstnanci, kteří se intenzivně starali o své klienty, jsem změnila pohled na tyto lidi. Dokud jsem si tuto práci nevyzkoušela a pouze jsem

klienty s pracovníky potkávala ve městě, nevěděla jsem, jak se chovat. Napadaly mě například otázky: *mám se na ně dívat, nebo bude lepší, když odvrátím zrak, aby si nemysleli, že „civím“*? I prvních pár minut, možná i hodin na praxi jsem se bála pomoci s převlékáním klientů, abych jim neublížila. S pomocí pracovníků jsem se toho strachu zbavila.

V teoretické části nejprve popisuji Dětské centrum Jilemnice jako takové. Zmínila jsem se i o všech formách pomoci, které stacionář nabízí. Dále píše o postižení, které se často v zařízení vyskytuje, a krátce je popisuji. Na závěr teoretické části se zabývám komunitní prací, kde se zaměřím i na komunitní plánování ve městě Jilemnice.

Praktická část je zaměřena na interpretaci dat, která budou získávána pomocí kvalitativní výzkumné strategie, tedy metodou rozhovoru. Pro rozhovor budou vybráni občané, kteří žijí v Jilemnici.

Myslím si, že bakalářská práce by mohla být nápomocná pro pracovníky v zařízení, kde se tyto lidé nacházejí, i pro rodiče dětí, které jsou v těchto zařízeních a nakonec i pro občany, které se mohou blíže seznámit s touto problematikou.

Teoretická část

1 Dětské centrum Jilemnice

Dětské centrum Jilemnice (DC) je centrum zdravotnický a sociálně zaměřené pro děti od 1 do 15 let dítěte. Děti, které navštěvují DC, jsou s: kombinovanými vadami, mentálně, tělesně a smyslově postiženi, zdravotně oslabeni, logopedickými vadami, autismem a autistickými rysy.

DC poskytuje dětem komplexní zdravotnickou a sociální péči. O péči se stará více odborníků. Jsou to pediatři, rehabilitační lékař, klinický logoped, fyzioterapeuti, dětské sestry, sociální pracovníce, dětský lékař, ... Hlavním cílem DC je individualita ke každému z dětí, respektování potřeb a cílů každého z nich.

Děti se do DC dostanou na základě doporučení dětského nebo odborného lékaře (neurolog, rehabilitační lékař, ortoped, psycholog, klinický logoped, ...). Zařízení sídlí v Libereckém kraji, konkrétně v městě Jilemnice. Přijímají ale i děti, které nemají trvalé bydliště v tomto kraji. Na praxi, kterou jsem v tomto zařízení vykonávala, bylo například jedno z dětí „až“ z Jaroměře.

S Dětským centrem spolupracuje mnoho subjektů. Jsou to specializovaná pracoviště i odborní lékaři (Fakultní nemocnice v Motole Praha, Fakultní nemocnice Hradec Králové, Masarykova městská nemocnice Jilemnice, Speciálně pedagogické centrum Turnov, Pedagogicko psychologická poradna Semily, Středisko rané péče Liberec, ...).

Zařízení maximálně spolupracuje se zásadami lidských práv dětí, chrání osobních údajů, dat a ostatních informací, poskytují služby podle individuality aktuálních potřeb dětí, podporují soběstačnost a rozvoj schopností dětí.

DC poskytuje služby dle zákona 108/2006 Sb. O sociálních službách.

V tomto zařízení jsou čtyři typy zařízení, kam mohou děti docházet. Je jimi denní stacionář, týdenní stacionář, osobní asistence a nově odlehčovací služby.

1.1 Denní stacionář

Dle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách, se denní stacionář definuje: „V denních stacionářích se poskytují ambulantní služby osobám, které mají sníženou

soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.“ (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách- online)

Ambulantní služba je sociální péče s celodenní docházkou. V České republice začaly být denní stacionáře jako neziskové organizace po roce 1989.

Konkrétně denní stacionář v DC Jilemnici poskytuje služby dětem se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního, mentálního, kombinovaného a tělesného postižení. Toto centrum se snaží poskytnout potřebnou péči a podporu v jejich sebe rozvíjení schopností. Zařízení se zapojuje v jejich seberealizaci i v sociálním začleňování. Zde patří například různé návštěvy společenských akcí pro děti, mezi které patří návštěva divadla, účast na dětském dnu určený pro školy, vycházky s dětmi do města...

Denní stacionář je určen pro děti od 1 roku do 15 let s různým zdravotním postižením. Dětské centrum navštěvují děti s kombinovanými vadami, mentálním, tělesným a smyslovým postižením, autismem a jeho rysy, zdravotně oslabenými dětmi, děti s logopedickými vadami i jiným postižením. (www.dc.jilemnicko.cz)

Maximální kapacita denního centra v zařízení je 27 dětí.

Ve vyhlášce 505/2006 Sb. §12 jsou stanoveny základní činnosti denních stacionářů. Vyhláška se zde zmiňuje o pomoci se sebeobsluhou, výchovné a vzdělávací aktivity, sociálně terapeutické aktivity, poskytování stravy, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. (vyhláška č. 505/2006 Sb., vyhláška, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách- online)

1.2 Týdenní stacionář

I týdenní stacionář je definován v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Zákon definuje službu: „V týdenních stacionářích se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.“ (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách- online)

Ve vyhlášce 505/2006 Sb. §13 jsou definovány základní činnosti při poskytování sociálních služeb. Mezi tyto sociální služby se řadí poskytnutí ubytování, poskytnutí stravy, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, pomoc při zvládnutí běžných úkonů, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv. (vyhláška č. 505/2006 Sb., vyhláška, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách- online)

V týdenním stacionáři jsou podobné cíle služby i cílové skupiny dětí. Zařízení nabízí službu pro děti, které odpovídá schopnostem, potřebám a přáním dětí. Mezi cílové skupiny patří děti, které jsou staré od jednoho roku do patnácti let. Tyto děti mají kombinované vady, jsou mentálně, zdravotně či smyslově postiženi, mají autismus nebo autistické rysy, jsou zdravotně oslabeni, nebo mají jiné zdravotní postižení.

Kapacita v týdenním stacionáři je 10 dětí.

1.3 Osobní asistence

Osobní asistence se řadí mezi moderní sociální služby. Je definována v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Ten ji charakterizuje jako „terénní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje bez časového omezení, v přirozeném sociálním prostředí osob a při činnostech, které osoba potřebuje“. (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách- online)

Osobní asistence si ukládá za své cíle umožnit klientovi žít v přirozeném prostředí, nejlépe v domácím. Jako další bod je zmiňováno možné zajištění běžných každodenních dovedností a úkolů, které by člověk zvládl sám, pokud by mu v těchto úkonech nebránilo zdravotní postižení či věk. Podpora při rozvíjení nebo zachování schopnosti a dovednosti klienta, či podpořit klienta v seberealizaci a zapojení do volnočasových aktivit je také pro klienta důležité.

Služba osobní asistence je individuální podle každé potřeby klienta. „Nezbytnou podmínkou pro to je úcta k jeho důstojnosti, životnímu stylu a k naplnění jeho smyslu života“ (Hrdá 2006, s. 4).

Hrdá (1997) uvádí, že mezi hlavní principy osobní asistence patří nezávislost a samostatnost klienta samotného. Myslí tím, že se člověk může sám rozhodnout o svém životě a zároveň za něj přebírá zodpovědnost.

Konkrétně v Jilemnickém zařízení se pečující osoby starají o lidi v rozmezí od narození až do třiceti let. Pečují o lidi s mentálním., kombinovaným, tělesným, zdravotním či chronickým postižením. Pracovníci dojíždějí ze zařízení do blízkých vesnic okolo města Jilemnice, kde se o klienty starají v jejich přirozeném prostředí. Pracovníci se z důvodu menšího pracovního obsazení mohou starat o 2 klienty zároveň s tím, že každý klient má svého osobního asistenta.

Vyhláška 505/2006 Sb., definuje činnosti, které osobní asistence poskytuje. (vyhláška č. 505/2006 Sb., vyhláška, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách- online)

Služba osobní asistence se rozděluje na dva základní typy.

- **Sebeurčující osobní asistence**

Tento druh asistence nepožaduje žádné odborné vzdělání. Takovou osobní asistenci mohou provádět blízké osoby člověku, která tuto pomoc potřebuje. Mohou jím být například rodinní příslušníci, přítel, soused, absolvent školy. Na předešlém oboru pečující osoby nezáleží.

Osoba, o níž je pečováno si činnosti, se kterými potřebuje pomoci, definuje sama. Osobní asistent pomáhá s činnostmi, které si klient nedokáže zařídit sám. „Sebeurčující osobní asistence je přesně ten typ, který se ve světě považuje za osobní asistenci v pravém slova smyslu. Naplňují se při ní základní principy hnutí Independent Living, tzv. čtyři „D“ (Křivák, Krhutová, 2013; s. 77):

1. Demedikalizace- pomoc lékaře vyhledává pomoc člověk pouze v nutném případě. Není případem lékařské péče.
2. Delimitace- osobní asistence není vymezena taxativně určenými výkony, jež mají být prováděny v určitém čase.
3. Deprofesionalizace- klient instruuje své asistenty sám, asistenti nejsou profesionály.

4. Deinstitutionalizace- uživatel osobní asistence má možnost žít ve svém bytě a řídit osobní asistenci přímo, bez mezičlánku.“ (Hrdá, 2004; s. 4)

- **Řízená osobní asistence**

V tomto typu osobní asistence přebírá zodpovědnost za uživatele zákonný zástupce. Osobní asistenti pomáhají osobám se zdravotním či mentálním postižením, proto je potřeba, aby osobní asistent měl odbornou přípravu, nebo dostatečné vzdělání. Uživatel v tomto případě neškolí své asistenty, to za něj dělá poskytovatel.

1.4 Odlehčovací služba

Odlehčovací služba patří mezi služby sociální péče. Zákon definuje tuto službu jako pomoc osobě v prostředí mu důstojném. „Odlehčovací služby jsou terénní, ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí; cílem služby je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek.“ (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách-online)

Popis úkonů, které poskytuje odlehčovací služba, je definováno ve vyhlášce č. 505/2006, §10. Vyhláška popisuje pomoc při zvládnutí běžných úkonů, které zahrnuje například podávání jídla a pití, pomoc při oblékání a svlékání, pomoc při přesunu na lůžko či vozík, pomoc při prostorové orientaci a samostatném pohybu v prostoru. Pomoc při osobní hygieně i podmínek pro osobní hygienu, které zahrnuje pomoc při úkonech osobní hygieny, při základní péči o vlasy a nehty i při použití WC. Další činnost, která je zmíněna ve vyhlášce, je poskytování stravy nebo pomoc při jejím zajištění, mezi které patří zajištění stravy nebo pomoc při přípravě stravy. Pokud jde o službu, která poskytuje ubytování, je povinnost zařízení poskytnout ubytování i úklid, praní, a drobné opravy ložního a osobního prádla. Pro klienta v odlehčovacích službách je důležitý i kontakt se společenským prostředím, který zahrnuje doprovázení jak do školy, k lékaři nebo do zaměstnání a pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách, které pomáhají k začleňování osob. Sociálně terapeutické činnosti pomáhají k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností, které pomáhají sociálnímu začleňování osob. V rámci uplatňování práv, oprávněných zájmů a obstarávání osobních záležitostí pomáhá osobní asistence při komunikaci vedoucí k uplatňování práv a oprávněných

zájmů a pomáhá i při vyřizování běžných záležitostí. Výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti pomáhají při nácviku a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností i dovedností a podporu při zajištění chodu domácnosti.

Vyhláška č. 505/2006, §10 také uvádí výši úhrady za poskytování odlehčovací služby. Částka je závislá na čase a prováděném výzkumu. (vyhláška č. 505/2006 Sb., vyhláška, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách- online)

Odlehčovací služba, nebo-li respitivní péče je převzata z anglického výrazu respite care. Tato sociální služba je určena pro osoby, které dlouhodobě pečují o osobu, která tuto pomoc potřebuje. Služba poskytuje osobě odpočinek, který je pro ni nezbytný. Během poskytování odlehčovací služby je uživatel umístěn ve stacionáři, nebo po domluvě ve svém přirozeném prostředí. „Odlehčovací služby neboli úlevová (respitivní) péče spočívá buď v tom, že postižený člověk dostane v domácím prostředí k dispozici pečovatele, a pečující osoby z rodiny tak mohou na nějakou dobu přestat pečovat, nebo je člověk s postižením umístěn do pobytového zařízení, které přebere péči o něj kompletně“ (Matoušek, 2007, s. 97).

- **Terénní služba**

Rozumí se tím služba, kdy pečovatel dochází do domácnosti klienta. Je to například v případech, kdy pečující potřebuje opustit domácnost za účelem návštěvy lékaře či úřadu.

- **Ambulantní služba**

Klient dochází, nebo je doveden do zařízení jako do denního stacionáře. Tím je myšleno, že klient přijde do zařízení ráno a odpoledne jde domů. Klient tuto službu může využívat na několik hodin i vícekrát týdně.

Tato služba je pro klienta pozitivní především díky sociálnímu začleňování, kdy se klient setká s více lidmi.

- **Pobytová služba**

Tuto službu využívá pečující osoba především, kdy má naplánovanou cestu například na dovolenou, nebo pracovní cestu. Služba je poskytována nejdéle ze všech tří možných služeb. Z pravidla je poskytována po dobu 3 měsíců.

Pobyt v zařízení zahrnuje stravu a péči, kterou klient požaduje. Po uplynutí doby pobytu se klient vrací zpět do svého domácího prostředí, kde je o něj nadále kvalitně postaráno.

2 Postižení

V této kapitole popíšeme některá postižení, která se v zařízení objevují nejčastěji.

2.1 Dětská mozková obrna

Dětská mozková obrna je chronické onemocnění, které je definováno jako porucha kontroly hybnosti. Toto postižení se nejčastěji objevuje v dětském věku, což také můžeme již z názvu vytušit. Označení dětská je popisované období, kdy nemoc vzniká v několika prvních letech života, mozková označuje fakt, že nemoc vzniká v mozku a pojem obrna vyjadřuje, že jde o poruchu hybnosti části nebo celého těla.

Mezi příznaky DMO je velmi často zmiňováno opoždění jedince. Do prvního roku dítěte je rozpoznání postižení obtížné. Ke konci tohoto období můžeme ale zpozorovat, že dítě neleze, nepřetáčí se, nebo se ani nepokouší posadit se.

V některých případech se DMO objevuje jako samostatné postižení bez jiných zdravotních komplikací. Není to ale pravidlem a někdy se k tomuto postižení přidruží i jiné postižení. O většině postižení se ve své práci zmiňuji, je to například mentální retardace v různém intelektovém rozmezí, epilepsie, mohou se objevit i růstové problémy, nebo například poruchy zraku či sluchu.

Procházková (2005) dělí DMO na diparezu, hemiparezu, triparezu nebo kvadruparezu. Je to proto, že postižení se může objevovat u horních nebo dolních končetin, na jedné polovině těla, nebo může zasáhnout celé tělo.

- **Diparetická forma DMO-** Většina dětí je prvních 6 až 12 měsíců bez jakýchkoli příznaků. Poté se objevují hypotomie, která už vzbudí podezření, že něco není v pořádku. Později se dítě nedokáže ani posadit. Dítě má v oblasti pánve vzpřimovací mechanismy na úrovni novorozence. V dalším stadiu dochází ke spastické fázi, kdy má dítě flexi kyčlí i kolen. Pokud dítě začne chodit, chodí pouze po špičkách. (Kraus, 2005, s. 77)
- **Hemiparetická forma DMO-** Jedná se o poruchu hybnosti na jedné straně těla. Postižení se začne projevovat kolem 6 měsíce. Dítě používá převážně pouze zdravou stranu těla. Z pravidla bývá více postižena horní končetina, kdy

je ruka ohnuta v lokti. Dítě s hemiparetickou formou je spojována epilepsie, mentální retardace a poruchy učení. (Kraus, 2005, s. 69, 72)

- **Triparetická forma DMO-** Tělo dítěte je postižené z 80%. S tímto postižením je spojována mentální retardace a epilepsie.
- **Kvadruparéza-** Jedná se o nejtěžší formu DMO. Je to postižení všech čtyř končetin. Dítě je společně s kvadruparézou těžce mentálně postiženo. S tímto postižením ztratí dítě možnost, že by mohlo chodit. Péče je velmi náročná. (Kraus, 2005, s. 79-80)

2.2 Mentální retardace

„ Mentální retardace je souhrnné označení vrozeného postižení rozumových schopností, které se projevují neschopností porozumět svému okolí a v požadované míře se mu přizpůsobit. Je definována jako neschopnost dosáhnout odpovídajícího stupně intelektového vývoje (méně než 70 % normy), přestože postižený jedinec byl přijatelným způsobem stimulován. Hlavními znaky mentální retardace jsou nedostatečný rozvoj myšlení a řeči, omezená schopnost učení a z toho vyplývající obtížnější adaptace na běžné životní podmínky. Limitovaný rozvoj rozumových schopností bývá spojen s postižením či změnou dalších schopností ve struktuře osobnosti. Mentální retardace je vrozená, dítě se již od počátku svého života nevyvíjí standardním způsobem. (Na rozdíl od demence, která vzniká později a je pro ni typický úbytek již rozvinutých schopností.) Mentální retardace je trvalá, přestože je v závislosti na etiologii a kvalitě stimulace možné určité zlepšení. Horní hranice dosažitelného rozvoje jedince s mentální retardací je dána jak závažností a příčinou defektu, tak individuálně specifickou vhodností působení prostředí, tj. výchovných, výukových a terapeutických vlivů“ (Vágnerová, M. 2004, s. 289).

Mentální retardace se dělí do šesti kategorií, ty jsou rozděleny podle hodnoty inteligenčního kvocientu (IQ). IQ se zjišťuje pomocí standardizovaných dotazníků, nebo škálou, která určuje stupeň v sociálním prostředí.

- **Lehká mentální retardace (IQ 50 – 69)-** Dříve se označovala termínem debilita. Mentálně odpovídá věku 9 až 12 let. Osoba má při tomto postižení potíže ve škole, ale v běžném životě je schopna práce i životu ve svém přirozeném prostředí.

- Středně těžká mentální retardace (IQ 35 – 49)- Dříve byl používán pojem imbecilita. Věkové postižení odpovídá 9 až 6 let mentálního rozvoje. Postižení je u dětí diagnostikováno v kojeneckém, nejpozději v batolecím období. U těchto jedinců je myšlení a řeč omezená, stejně tak je omezená motorika a zručnost. Potřebují někoho, kdo jim pomáhá v samoobsluze. V dospělosti jsou klienti schopni zvládat jednoduché činnosti v chráněných dílnách na chráněných pracovištích.
- Těžká mentální retardace (IQ 20 – 34)- U dospělých mentální věk odpovídá věku 3 až 6 let. Těžká mentální retardace je zjevná již v nejranějším období života dítěte. Snížená úroveň schopností je větší než u středně těžké mentální retardace. Stejně jako u středně těžké mentální retardace je potřeba asistenta. Jedinci s tímto stupněm MR mají často stereotypní pohyby. Ke komunikaci používají výkřiky, které nemají žádný komunikační význam. Při dlouhodobém úsilí jsou jedinci schopni zvládnout základní sebe obslužnou činnost. Pod dohledem jsou schopni pracovat v chráněných dílnách.
- Hluboká mentální retardace (IQ pod 19)- Dříve také nazývána jako idiocie. Hluboká MR odpovídá mentálnímu věku méně než 3 roky. Považuje se za nejvážnější postižení intelektu, ke kterému je často přidruženo vážné postižení pohybové soustavy. Ve většině případech jsou jedinci imobilní, nebo je jejich pohyb výrazně omezen a musí být připoutáni na invalidní vozík. Řečový vývoj je nevyvinutý, proto se jedinec dorozumívá skřeky. Jsou ale velmi citliví na okolí kolem nich. Tito jedinci potřebují nepřetržitou péči. Děti jsou zařazovány do rehabilitačních tříd, kde jsou vzdělávány podle jejich možností.
- Jiná mentální retardace- Toto označení MR se používá u jedinců, u kterých nelze jednoznačně určit stupeň MR. Je to z důvodu, že společně s mentální retardací má jedinec přidružený autismus, smyslová postižení, somatická postižení, nebo těžké poruchy chování.
- Nespecifikovaná mentální retardace- Řadí se mezi zvláštní skupinu mentální retardace. Jedinec má prokázanou MR, ale není možné určit, do jaké kategorie spadá. Je to z důvodu nedostatku informací.

2.3 Epilepsie

Epilepsie je popisována jako jedno z nejdéle známých onemocnění. Řadí se mezi neurologická onemocnění. Toto onemocnění se projevuje opakovanými a neřízenými záchvaty. Epilepsie se u každého projevuje jinak a má různé příznaky. Vzniká především v době dětství nebo až v dospívání.

Mezi hlavní příznaky epilepsie se řadí například ztráta vědomí, sevření úst, křečové projevy končetin během záchvatu, během záchvatu může osoba přestat dýchat, po záchvatu upadá do hlubokého spánku.

Pokud se u nás projeví epilepsie, je nutné dodržovat správnou životosprávu. Ta zahrnuje pravidelné užívání léků, omezení, v nejlepším případě vymezení, návykových látek (především alkoholu), pravidelný spánek a v neposlední řadě omezení fyzického a psychického zatížení.

První pomoc při záchvatu:

Pokud je klient v místnosti, kde jsou předměty, které by ho mohli poranit, je nutné je odstranit. Poté je vhodné zaměřit se na oblečení, které klient má na sobě. Je nutné uvolnit oděv hlavně v okolí krku. Klienta pomocí násilí nijak nebráníme v pohybech, nerozevíráme ústa a nic do úst nevkládáme. Pokud je klient po záchvatu v bezvědomí, uložíme ho do stabilizované polohy a vyčistíme ústa. Klienta neuklidňujeme fyzicky, ale pouze slovně. Záchranou pomoc voláme pouze v případě, pokud je to klientův první záchvat, došlo k poranění, nebo je klient dezorientovaný a záchvat se opakuje. (www.homolka.cz)

2.4 Poruchy autistického spektra

Poruchy autistického spektra patří mezi tzv. pervazivní vývojové poruchy. „Pervazivní vývojové poruchy patří k nejzávažnějším poruchám dětského mentálního vývoje. Slovo pervazivní znamená všepromokávající a vyjadřuje fakt, že vývoj dítěte je narušen do hloubky v mnoha směrech. V důsledku vrozeného postižení mozkových funkcí, které dítěti umožňují komunikaci, sociální interakci a symbolické myšlení (fantazii), dochází k tomu, že dítě nedokáže vyhodnocovat informace stejným způsobem jako děti stejné mentální úrovně. Vnímá, prožívá, tudíž se i chová jinak“ (Thorová, 2006, s. 58).

Autismus bývá často doprovázen jinými diagnózami. Těmi mohou být například: mentální retardace, epilepsie, smyslové poruchy, geneticky podmíněné vady, ...

„Dětský autismus je častější u chlapců než u dívek v poměru 4:5“ (Hrdlička, Komárek, 2004, s. 35).

2.4.1 Diagnostika poruch autistického spektra

Diagnostika je činnost, která směřuje ke zjištění diagnózy a stanovit její příčiny. Diagnostiku rozdělujeme na části a těmi je raná, nebo pozdní. Počátečních příznaků si většinou všimnou jako první rodiče. Ti to poté řeší se svým pediatrem, který dítě vyšetří a pošle ke specialistovi na odbornější vyšetření.

Jako ideální tým při diagnostice autismu je pediatr, psycholog, dětský psychiatr a neurolog. Diagnostika se provádí pomocí určité sumy symptomů. Autistické chování můžeme sledovat už během prvního roku života dítěte. Diagnózu stanovujeme na základě chování dítěte, které sledujeme až do pěti let věku dítěte. Toto časové pásmo je pro nás stěžejní. Symptomy se u každého dítěte liší v síle projevu, četnosti a stupni závažnosti, proto je určení a diagnostika PAS obtížná. Klinický obraz se věkem mění, a proto lze říci, že je každý jedinec s diagnózou PAS jedinečný. (Thorová, 2006)

2.4.2 Dětský autismus

Hrdlička (2004) tvrdí, že pojem „autismus“ poprvé použil Eugen Bleuler v roce 1911 při popisu psychopatie. Tento pojem ale neznamenal totéž, co dnes. „Označoval jím schizofrenní stažení se z reálného světa a ponoření se do vlastního, nesrozumitelného světa nemoci“ (Hrdlička, 2004, s. 12) Tyto děti žijí ve svém světě, které okolí nedokáže pochopit.

Dětský autismus je nejlépe popsanou poruchou. „Typický je výskyt projevů již před třetím rokem věku dítěte a postižení ve všech oblastech triády. Projevy jsou patrné už mezi 12. - 18. měsícem“ (Bazalová, 2012, s. 31).

Nejčastěji objevovaným psychickým onemocněním k dětskému autismu je mentální retardace, neurologickým onemocněním je epilepsie.

2.4.3 Aspergerův syndrom

Aspergerův syndrom je považován za nejpozitivnější diagnózu z PAS. (Bazalová 2012, s. 38)

Většina osob, které Aspergerův syndrom mají, mají intelekt v normě. Ve škole tím pádem nemají s učením problémy. Objevují se však i výjimky. Mentální retardace není v tomto případě přítomná.

Diagnóza Aspergerův syndrom je vrozené, celoživotní a nevratné.

Aspergerův syndrom má noho forem, proto je někdy obtížné rozeznat to od Aspergerova syndromu, nebo zda jde pouze o výraznější rysy, se kterými souvisí sociální neobratnost. (Thorová, 2016) Aspergerův syndrom je také nazýván jako sociální dyslexie. Mezi typické projevy se řadí například neobvyklé vyjadřování, nekontrolované záchvaty vzteku, nebo svévolný výběr tématu k rozhovoru, aniž by to posluchače zajímalo.

Thorová (2006) ve své knize zmiňuje, jaký je nepoměr výskytu Aspergerova syndromu mezi chlapci a děvčaty na 4,7:1. „Existuje předpoklad, že vysoký nepoměr mezi pohlavími může být způsoben nedokonalou diagnostikou u děvčat. Dívky mají mírnější manifestaci symptomů, jsou méně agresivní a více sociabilní.“(Thorová, 2006, s. 227)

2.4.4 Atypický autismus

Diagnóza atypického autismu je používána, pokud se opožděný vývoj projeví až po třetím roce života. Tuto diagnózu určíme také podle toho, zda jsou naplněny tři okruhy diagnostických kritérií. Pokud dítě nesplňuje jedno z nich, poté můžeme atypický autismus potvrdit.

Atypický autismus se v některých symptomech podobá s dětským autismem. Pro atypický autismus je charakteristická těžká mentální retardace.

2.4.5 Rettův syndrom

Doposud se tento syndrom vyskytuje převážně u žen. Je to onemocnění genetického charakteru, které je vázané na X chromosom.

Rettův syndrom má několik stádií, které se u všech dívek neprojevuje vždy stejně, je to pouze schematické.

Po porodu se většina dětí rozvíjí stejně jako každé jiné dítě. Výjimkou může být například pouze velmi opožděný psychomotorický vývoj.

- 1. stadium- 6. – 18. měsíc- změny mohou být minimální a rodiče si těchto změn nemusí ani všimnout. Je to například zpomalení nebo úplná zástava psychomotorického vývoje, snižování zrakového kontaktu, stranění se od okolí, retardace růstu obvodu hlavy.
- 2. stadium- 1. – 4. rok- regrese celkového vývoje (ztráta řečových dovedností i používání rukou), časté mnutí rukou, stereotypní pohyby, příznaky demence s autistickými rysy, zrychlené dýchání, ataky smíchu.
- 3. stadium- období předškolního a časně školního věku- ataktická chůze, zhoršení motoriky, epileptické záchvaty, autistické rysy začínají ustupovat, stabilizace stavu a zlepšení kontaktu s okolím (snaha o oční kontakt, zájem o komunikaci).
- 4. stadium- zhruba po 10. roce- ortopedické potíže, snížení mobility, kachexie (fyzická slabost, vyhubnutí), lepší emocionální kontakt, snaha komunikovat.
- 5. stadium- dospívání a dospělost- psychické dozrávání, lepší sociální porozumění, zapojování se do sociálního prostředí.

Ženy rettovým syndromem se obvykle dožívají 40 – 50 let. Tento věk dožití je také přidružený s různými zdravotními komplikacemi. (www.rarediseases.cz)

2.4.6 Jiná dezintegrační porucha v dětství

Dětská dezintegrační porucha (= Hellerův syndrom) je známá tím, že po období vývoje dítěte dochází ke stagnaci těla. Dítě v průběhu několika měsíců ztrácí dovednosti, které dříve nabylo. S poruchou je doprovázena ztráta zájmu o okolí, stereotypní chování a přerušování sociální interakce podobně jako u autismu. (www.uzis.cz)

2.4.7 Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby

Hrdlička (2004) tvrdí, že se jedná o poruchu, která je sloučením hyperaktivity, mentální retardací a stereotypními pohyby. V dospívání je hyperaktivita nahrazena hypoaktivitou. U většiny postižení jakoukoli formou autismu je charakteristické stranění se společnosti. V tomto postižení se však neobjevuje.

3 Komunitní práce

Pojem komunitní práce je pro obor sociální práce důležité znát a poté požit v praxi. Mezi znaky komunitní práce se řadí větší počet lidí, spolupráce v samostatné nebo politické moci a v neposlední řadě účast občanů. (Kovář, 2014, s. 330)

Do sociální práce patří metoda komunitní práce. Jednou z důležitých cílů je vyvolání a podpora změny problému, se kterým klient za pracovníkem přišel. V nejlepším případě si klient na potřebnou změnu přijde sám. Kappl (2014, s. 10) ve své práci zmiňuje úkoly sociálního pracovníka, které by v komunitní práci měl použít: inicializace vzniku či semknutí určité komunity, analýza problému a potřeb jejích, organizování a plánování procesu komunitní práce.

Pokud komunitní práce proběhne tak, jak si členové stanovili, nebo i lépe, než předpokládali, občané se začnou osamostatňovat a další pomoc sociálního pracovníka budou potřebovat v minimální možné míře.

3.1 Komunita

Jedním ze základních prvků pro komunitní práci je komunita. Definice, které popisují, co komunita znamená, je mnoho. Kappl (2004, s. 6) zmiňuje, že za nejstarší definici komunity je tvrzení, které označuje skupinu o počtu členů vyšší 50 osob.

V dnešní době je mnoho autorů, kteří komunitu definují mnoha způsoby. Například Kinkor (2003) ve své publikaci uvádí členění komunity na čtyři typy.

- Občanská komunita- jde o společenství osob, které vykonávají každodenní aktivity ve společném prostoru.
- Výcviková komunita- jde o společenství osob, které se zaměřuje na sebepoznávání, nácvik dovedností a postojů.
- Terapeutická komunita- specifická forma organizace léčebné instituce, která umožňuje otevřenou komunikaci všech členů instituce včetně pacientů a jejich spolurozhodování a podílení se na léčbě.

- Spirituální komunita- jde o společenství osob, které sdílí podobné myšlenky a ideje a snaží se společně o spirituální rozvoj, někdy i žijí ve společném prostředí.

Hartl komunitu definuje jako: „Komunita je místo, kde člověk může získávat emocionální podporu, ocenění a praktickou pomoc v každodenním životě.“ (Hartl, 1997, s. 35)

Matoušek ve své knize zase definuje komunitu takto: „Společenství lidí žijících či kooperujících v jedné instituci nebo v jedné lokalitě. Pokud je komunita subjektem práva, může jít o společenství soukromoprávní nebo veřejnoprávní (obecní). V ještě širším významu se výraz používá pro komunikující společenství profesionální a zájmová, tyto komunity dnes díky pokročilým komunikačním technologiím nevyžadují stálé kontakty tváří v tvář. Komunita má svou atmosféru, své způsoby komunikace, svou hranici, která je více nebo méně propustná vůči okolí. Místní komunita uspokojuje potřebu blízkosti, intimity, potřebu domova.“ (Matoušek, 2003, s. 92)

Musil zase ve své práci tvrdí, že pojem komunita je spíše jako pomůcka pro sociálního pracovníka. „Komunita, jakožto určitá organizovaná skupina znevýhodněných je především výsledkem profesionálního působení komunitního pracovníka, zčásti se také může z druhé strany jednat o spontánní potřebu klientů sdružit se“. (Musil in Příhodová, 2004, s.51)

3.2 Komunitní plánování

Komunitní plánování je nejvíce spojováno s pojmem sociální práce. Řadí se mezi jedny z modelů komunitní práce. Mezi cíle se řadí zlepšení plánování služeb, analyzují se sociální problémy, hodnotí se efektivita služeb.

Komunitní plánování je činnost, které se z pravidla účastní společnost. Zejména se řeší společenské problémy, potřeby a záležitosti obce, komunity. Nejdůležitější v této společné činnosti je společné stanovení problémů a poté i společného hledání možného řešení. Členy komunitního plánování tvoří především ti, kterých se daný problém týká. Mohou to být například osoby, které jsou ohroženy sociálním vyloučením, osoby s hendikepem, senioři, ...

Komunitní plánování je u nás, dá se říci, ještě stále novinkou. Bylo zavedeno Ministerstvem věcí a sociálních věcí v roce 1999.

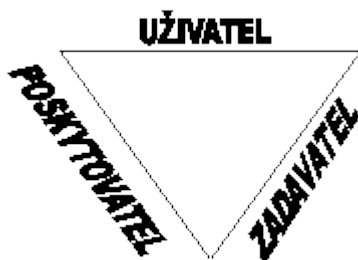
Toto označení se používá především u plánování sociálních služeb.

3.3 Účastníci komunitního plánování

Účastníků v komunitním plánování se nachází nespočet. Nejdůležitější jsou ale tři subjekty, které nemohou v komunitním plánování chybět. Jsou jimi zadavatel, poskytovatel a uživatel.

- **Zadavatel-** je odpovědný za vybrání správné sociální služby, která je potřebná pro občany dané lokality, nebo celého města. S tím souvisí i odpovědnost za zajištění dané sociální služby. Zadavatelé mohou být jak obce, kraje, tak i ministerstvo práce a sociálních věcí. Ti mimo zajišťování sociálních služeb jsou i garanty, bez nichž by sociální služba nemohla vzniknout.
- **Poskytovatelé-** provozují služby, které si zadavatel objedná a stanoví. Tyto osoby mohou být ve státním nebo nestátním sektoru. Také se může jednat o ziskovou či neziskovou organizaci. Úkolem poskytovatelů je vytvářet projekty pro sociální službu, popřípadě vytvářet nová pracovní místa.
- **Uživatelé-** uživatelem, nebo také klientem je považována osoba, která využívá dané sociální služby, jež pomáhají její nepříznivé sociální situaci. Jsou považováni za nejdůležitější účastníky komunitního plánování, jelikož uživatelé mohou vyslovit své potřeby a poté i pohled na vytvořenou sociální službu. Díky nim se sociální služba může zdokonalovat. Uživateli jsou považováni například uživatelé drog, senioři, lidé se zdravotním postižením, dospívající lidé a jiné skupiny.

Obrázek 1- "triangl" (uživatel - poskytovatel - zadavatel)



Zdroj: MPSV. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/852>

3.4 Komunitní plánování sociálních služeb v regionu Jilemnicko

Jilemnice jako město má s komunitním plánováním dlouholetou zkušenost. V roce 2003 se zástupci Jilemnice zúčastnili seminářů pro zavádění komunitního plánování, které bylo pomocné pro komunitní plánování sociálních služeb v okrese Semily.

Evropská unie podporuje komunitní plánování města Jilemnice a obcí, které spadají pod město.

3.4.1 Sociální služby na Jilemnicku

Přímo ve městě Jilemnice funguje 12 sociálních služeb. Převážně se jedná o terénní službu.

Do komunitního plánování sociálních služeb jsou zahrnuty 4 cílové skupiny:

První skupinou jsou **senioři**. Do této cílové skupiny spadají osoby starší 65 let, jsou soběstační, nesoběstační i s různým stupněm postižení.

Do druhé skupiny jsou řazené **osoby se zdravotním postižením**, kam patří tělesně, mentálně, duševně a smyslově postižení, kombinované postižení i rodiče se zdravotně postiženým dítětem.

Další cílovou skupinou jsou **rodiny s dětmi a mládeží**, do které spadají manželé s dětmi, děti žijící s jedním z rodičů, děti žijící u jiné fyzické osoby, děti v pěstounské nebo poručnické péči.

Jako poslední cílovou skupinou jsou zmiňované **osoby ohrožené sociálním vyloučením**. Jedná e například o osoby užívající návykové látky (drogy, alkohol, ...), osoby propuštěné z výkonu vazby nebo trestu, osoby bez přístřeší, osoby bez zaměstnání, osoby trpící chudobou nebo ohrožené sociálním vyloučením.

3.4.2 SWOT analýza

Ke komunitnímu plánování neodmyslitelně patří SWOT analýza.

Pojmenování této analýzy je vytvořeno z počátečních písmen anglických názvů, které jsou klíčové: Strengths- silné stránky, Weaknesses- slabé stránky, Opportunities- příležitosti a Threats- hrozby. Hlavník úkolem je se zaměřit na silné a slabé stránky jak sociální služby, tak i dané obce nebo kraje, kde se sociální služba realizuje. Důležité také je znát možné hrozby, které se mohou objevit ve vnějším prostředí komunitního plánování.

Díky vyhotovení SWOT analýzy více než pravděpodobné, že zpracování různých dokumentů pro komunitní plánování bude jednodušší a přehlednější.

Konkrétně ve městě Jilemnice se SWOT analýza zaměřuje na ty cílové skupiny, které jsou již výše uvedeny. Já se ale zaměřím pouze na zpracování potřeb cílové skupiny osob se zdravotním postižením. (www.mestojilemnice.cz)

Tabulka 1- SWOT analýza potřeb cílové skupiny osob se zdravotním postižením

<p>Silné stránky</p> <ul style="list-style-type: none"> • fungující terénní služby pro OZP (podpora samostatného bydlení, pečovatelská služba, sociální rehabilitace, raná péče, atp.) • charitní taxi • navazující služby na služby Dětského centra (Život bez bariér Nová Paka, nové služby Dětského centra) 	<p>Slabé stránky</p> <ul style="list-style-type: none"> • bariérovost (úřady, pošta, atd.) • nedostatek pracovních míst či dílen pro OZP • nízká informovanost o dostupných sociálních službách a příležitostech pro OZP • získávání informací od občanů o jejich potřebách • absence zařízení pro duševně nemocné • nedostatek sociálních bytů a vhodného bydlení • chybí pracovní místa na zkrácené úvazky • pomoc a péče o pečující osoby (vzdělávání, psychická podpora) • absence multidisciplinárního týmu pro OZP • pomoc pečujícím osobám (vzdělávání, psychologická podpora)
<p>Příležitosti</p> <ul style="list-style-type: none"> • podpora státu při zaměstnávání OZP (dotace, daňové úlevy od státu) • politická podpora • komunitní plánování sociálních služeb • záměr Libereckého kraje vybudovat pobytové zařízení pro osoby s poruchou autistického spektra od 15 ve Rváčově 	<p>Hrozby</p> <ul style="list-style-type: none"> • nedostatek financí • nedostatek kvalifikovaného personálu v sociálních službách • nedostatek psychiatrů a psychologů • stárnutí pečujících osob • vzrůstající počet osob s chronickým duševním onemocněním • přesah poskytovaných sociálních služeb mezi jednotlivými kraji

Zdroj: Komunitní plán rozvoje sociálních služeb na Jilemnicku. Dostupné z:

http://www.mestojilemnice.cz/data/jil_files/11068/komunitni769-pla769n-www.pdf

Po vytvoření SWOT analýzy ve městě Jilemnice, vyhotovilo vedení města shrnutí, které uvádí, že sociální služby zaměřené na tuto problematiku poskytují terénní, ambulantní i pobytovou formu.

Dále se zaměřili na potřeby, kterým se město bude muset více věnovat. Je to například: zlepšení informovanosti o sociálních službách, lepší internetový přístup k informacím o sociálních službách, zřízení více sociálních služeb pro osoby s chronickým duševním onemocněním, zlepšit bezbariérový přístup v celém městě Jilemnice, řešit možnost sociálního bydlení a jiné.

Praktická část

4 Cíl a metodologie výzkumu

Bakalářská práce je zaměřena na pohled veřejnosti na tělesně i zdravotně postižené. Jelikož má práce je zaměřena především na zařízení, kde jsou klienty děti do 15 let, je můj výzkum zaměřen především na postižené děti.

Pro realizaci výzkumného šetření byla použita kvalitativní výzkumná metoda. Pro sběr dat byl vytvořen rozhovor. Z mého pohledu dvěma hlavními osobami určené pro rozhovor jsou starosta a místostarosta. Je to především proto, že už v názvu bakalářské práce je pohled veřejnosti a podle mého názoru je starosta i místostarosta zástupcem veřejnosti, kde se zařízení nachází.

Hlavním cílem bakalářské práce je zjistit, jak nastavit soužití občanů města Jilemnice a zařízením Dětské centrum. Dozvědět se, jaký je pohled veřejnosti na zařízení a pokud se objeví nějaké problémy, co může být jejich příčinou. A posledním dílčím cílem bylo zjistit, jak může okolí i zařízení s možnými neshodami pracovat.

Hlavní cíl je rozdělen do tří dílčích cílů:

- Pohled veřejnosti na zařízení Dětské centrum.
- Možné příčiny problému, které se mohou vyskytnout mezi občany a zařízením Dětské centrum.
- Jak se dá s možnými neshodami pracovat a jak jim zamezit.

4.1 Kvalitativní výzkumná strategie

V některých literaturách se uvádí, že kvalitativní výzkum je pouze jako doplněk kvantitativní výzkumné strategie. Postupem času získal kvalitativní výzkum rovnocenné postavení, jaké mají ostatní formy výzkumu.

Pro tento druh výzkumné strategie se nachází mnoho rozdílných definic a způsobů, jak kvalitativní výzkum uchopit. Například Disman (2002, s. 285) ve své tvorbě píše, že „kvalitativní výzkum je nenumerické šetření a interpretace sociální reality. Cílem tu je odkrýt význam podkládaný sdělovaným informacím.“

Rozdíl mezi kvalitativním a kvantitativním výzkumem je především ten, že kvantitativní výzkum je založen na číselném podkladu, zatímco kvalitativní výzkum je proces, který hledá daný sociální nebo lidský problém.

Forma kvalitativního výzkumu je velmi často využívána v sociálních vědách. Jak už jsem zmiňovala, kvantitativní výzkum je zaměřený hlavně na číselný projev. Kvalitativní výzkum dokáže vycházet z vyprávění a autor si z celého projevu dokáže vybrat to nejdůležitější, co ke své práci potřebuje. To souvisí i s tím, že se dotazující nedozví pouze otázky, ale vytvoří si hypotézy, díky kterým může objevit nová rozhodnutí, jak svou práci dále vést. Jednou z nevýhod kvalitativního výzkumu můžeme považovat fakt, že výklad představuje pouze subjektivní dojmy a nejdou zcela replikovat.

Smutek (2014) ve své práci popisuje kvalitativní strategii jako příběh. Na autorovi díla je poté, aby vyprávění tazatele interpretoval. Do kvalitativní strategie se zahrnují narativní rozhovory, polo strukturované rozhovory nebo studium dokumentů. Tato strategie se zaměřuje především na porozumění, ať už se jedná o jedince nebo jakoukoli životní situaci. Rozhovor (kvalitativní) oproti např. dotazníku (kvantitativní) je chápán jako celek a pracuje s tím jako s komplexem.

4.2 Transformace dílčích cílů

Tabulka 2- Transformační tabulka- kvalitativní výzkum

Hlavní cíl: Jak nastavit soužití občanů města Jilemnice se zařízením Dětské centrum?	
Dílčí cíle:	Tazatelské otázky:
• DC 1: Pohled veřejnosti na zařízení Dětské centrum.	TO 1: Jak vnímáte chování okolí vůči zařízení?
	TO 2: Jaká rizika se podle Vás vyskytují v kontaktu mezi zařízením a okolí?
	TO 3: Jaké pozitivní názory/pohledy na zařízení by šlo zaznamenat mezi veřejností?
• DC 2: Možné příčiny problému, které se mohou vyskytnout mezi občany a zařízením Dětské centrum.	TO 4: V čem město pomáhá dětem ze zařízení v jejich socializaci v lokalitě a kde například vidíte rezervy či dokonce nedostatky?
	TO 5: Co může být příčinou neshod mezi zařízením a okolí?
	TO 6: Jaké předsudky či stereotypy objevujete u tohoto tématu?
• DC 3: Jak se dá s možnými neshodami pracovat a jak jim zamezit.	TO 7: Jakými způsoby se dá změnit kritický pohled veřejnosti na zařízení?
	TO 8: Jsou nějaké možnosti, jak vylepšit vztahy mezi zařízením a okolí?

4.3 Výběr výzkumného vzorku a průběh sběru dat

Výběr výzkumného vzorku, kterým jsou, podle mého, vhodní respondenti na uskutečnění rozhovoru, jsem volila na základě zvoleného cíle mé práce. V něm chci zjistit především názor veřejnosti na Dětské centrum v Jilemnici. Jako zástupce

veřejnosti považují starostu a místostarostu města Jilemnice, proto jsem i s nimi uskutečnila rozhovor.

Jelikož mě ale zajímal i názor zaměstnanců daného zařízení, domluvila jsem si i tam pár rozhovorů. Zbylé rozhovory jsem vytvořila s pomocí občanů, které jsem náhodě oslovila na ulici.

Před každým rozhovorem jsem respondentu seznámila s důvodem, proč chci rozhovor realizovat. Poté jsem se zeptala, zda zařízení, o kterém se budeme bavit, zná a poté jsem požádala o svolení si rozhovor nahrávat. Rozhovor jsem si chtěla nahrávat především proto, abych měla možnost lepšího sběru dat. Miovský (2006) tvrdí, že vytvoření audiozáznamu je pro výzkumníka velká pomoc. Zpětně v něm můžeme pozorovat respondentův tón hlasu (Miovský, 2006). V případě nesouhlasu jsem měla připravený i blok s tužkou, kam bych si informace zapisovala. Všechny respondenty jsem ujistila v tom, že jejich odpovědi zůstanou v anonymitě a že to bude sloužit čistě jenom pro mé účely. U pokládání otázek jsem se řídila především transformační tabulkou, kterou jsem měla k dispozici já i zvolený respondent.

Někteří dotazovaní respondenti odpovídali velmi stručně, a proto jsem se musela dotazovat více do hloubky, jiní zase povídali, aniž by se dívali na otázky, o kterých s nimi chci mluvit a i přes to se k danému tématu vyjadřovali tak, jak jsem to zamýšlela. U některých rozhovorů jsme se dostali i ke zkušenostem, jaké mají se zařízením. Mile mě překvapilo, že všichni dotazovaní o zařízení mluvili hezky a nestěžovali si na chod, ani na klienty zařízení.

O poskytnutí rozhovoru jsem požádala celkem osm respondentů a všichni souhlasili.

Tabulka 3- Seznam respondentů

Označení respondent a	Pohlaví	Věk	Dotazovaný
R1	Žena	47	Pracovnice v Dětském centru Jilemnice
R2	Žena	58	Pracovnice v Dětském centru Jilemnice
R3	Žena	24	Náhodná osoba na ulici
R4	Muž	49	Starosta
R5	Muž	50	Místostarosta
R6	Muž	25	Náhodná osoba na ulici
R7	Žena	27	Náhodná osoba na ulici
R8	Muž	19	Náhodná osoba na ulici

4.4 Rizika výzkumu

Jako etická rizika můžeme chápat samotný sběr dat. Zvolení respondenti mohou odmítnout nabídku rozhovoru. Nikoho z respondentů do rozhovoru nebudu nutit. Dalším etickým rizikem můžeme chápat i fakt, že dotazovaní nebudou souhlasit s audionahrávkou, nebo se budou stydět odpovídat a jejich odpovědi budou neúplné. Pro mé štěstí každý s nahráváním souhlasil. Posledním etickým rizikem ve výzkumu se objevila otázka anonymity. Každý z respondentů byl ujištěn, že jeho výpověď bude

anonymní. Se dvěma z respondentů (starosta a místostarosta) jsem se dohodla na částečném odkrytí anonymity, a to tak, že čtenář bude znát jeho funkci.

Během svého výzkumu jsem narazila na pár rizik. Některé tazatelské otázky si byly podobné, a tak jsem se nedozvěděla nic nového, protože respondent pouze odpověď zopakoval.

5 Interpretace dosažených výsledků

V této kapitole se budu zabývat interpretací informací, které jsem v průběhu rozhovorů získala.

5.1 DC1: Pohled veřejnosti na zařízení Dětské centrum.

Pomocí tohoto dílčího cíle (DC) jsem se snažila zjistit, jaký názor/pohled mají občané města Jilemnice na zařízení, které mají ve svém městě.

K dosažení DC1 jsem zvolila tři tazatelské otázky (TO1 – TO3), které mi pomohou k dosažení DC.

TO1: Jak vnímáte chování okolí vůči zařízení?

Účelem této otázky bylo zjistit, jak občané, ale i zaměstnanci zařízení vnímají chování obyvatel vůči zařízení. Toto chování se dá vyzorovat převážně na vycházkách, které zařízení vykonává každý den, když jim to počasí dovolí. Právě během vycházek mohou zaměstnanci vyzorovat chování, které mají občané vůči klientům.

Zařízení se snaží o socializaci klientů s okolím. Mezi tyto aktivity patří již zmíněné vycházky, nebo účasti na různých kulturních i sportovních akcích. R1: *„Běžně nás lidé mohou potkat s klienty ve městě, v divadle, v bazénu nebo třeba na hřišti.“*

Každý z respondentů (R1- R8) ve svých výpovědích uváděli, že zařízení je vnímáno pozitivně a pokud se ve městě pohyboval někdo, kdo zařízení a děti v něm neznal, choval se spíše s nejistotou a děti z dálky pozoroval. To dokládá tvrzení od R1, která je zaměstnancem zařízení: *„... S vyloženě záporným chováním jsem se nesešla. Někdy se setkáváme se zdrženlivým chováním lidí, ...“* R8 ve své odpovědi uvedl *„...zařízení pomáhá dětem, to se negativně snad vnímat nedá“*. Toto tvrzení potvrzuje i výpověď R6: *„Pokaždé jsem se setkal s pozitivní reakcí...“*.

R5, který je zástupcem města (místostarosta), otázku pojal trochu jinak, než ostatní dotazovaní, ale žádná otázka není špatná. Tento dotazovaný odpověděl: *„Zařízení je unikátní především v tom, že tu je speciální škola, mohou zde být postižené děti během dne i přes týden. Občané jsou za zařízení rádi.“*

Shrnutí: Obyvatelé jsou již s existencí zařízení ve městě sžití. Berou ho, jako součást města a snaží se pomáhat. Mnohdy pomohou třeba jenom pochopením, ale i to je nápomocné.

Občas se občané chovají zdrženlivě, to si zaměstnanci vykládají neznalostí postižení jedince a neví, jak se v jaké situaci chová.

Myslím si, že občané se vůči zařízení chovají vlídně a přátelsky.

TO2: Jaká rizika se podle Vás vyskytují v kontaktu mezi zařízením a okolí?

Další otázkou v rozhovoru jsem se chtěla dozvědět, jestli obyvatelé, ale i zaměstnanci zařízení vnímají nějaká rizika, která se mohou, nebo se již vyskytují. U této otázky se většina respondentů zastavila a musela se na pár chvil zamyslet.

Většina respondentů rizika vůči Dětskému centru necítí. Spíše než rizika to dotazovaní vysvětlují jako neznalost situace. Lidé nemají žádné narážky, pouze pokukují.

R1 uvedla pouze: „*Nepochopení situace*“. R2 byla naštěstí výřečnější a vysvětlila mi, že: „*...ti kdo zařízení dobře znají, se chovají přátelsky, pozdraví děti, prohodí pár slov. Kdo nás nezná, spíš je ostražitý, kouká....*“. R3 se ne doslova ztotožnila s R2, myslí si totiž, že: „*Může se stát, že bude nepochopena práce s klienty...*“. R4 i R5 žádná rizika nevnímají a jsou si jisti, že: „*... lidé jsou zvyklí na pracovníky i klienty.*“

Jako jediné riziko, které by se zde mohlo vyskytnout, uvedli dva respondenti (R6 a R7) nezávazně na sobě: „*Jako jediné riziko vidím pouze například nepochopení lidí, které zařízení neznají.*“

Shrnutí: U této otázky se ani jeden z respondentů moc nerozmluvil. Odpovídali spíše jedno větně, ale i z takové odpovědi se dalo vyzorovat, že obyvatelé žádné riziko nevnímají.

Jediné, co dotazovaní uvedli za možné riziko, je nepochopení chování dětí a následné chování zaměstnanců.

Je pravda, že zařízení je ve městě již dlouho a občané tak měli čas si na zařízení zvyknout. Troufám si tvrdit, že zařízení nepatří mezi ty, které by dělalo cokoli, co by mohlo pohoršit jeho pověst. Možná i díky spolupráci města a zařízení se zde nevyskytují rizika, která by ohrožovala jednu ze stran. Tím mám na mysli město, nebo

zařízení. Již v předchozí výpovědi (TO1, R1) zaměstnankyně zařízení odpověděla, že se zařízení snaží socializovat s občany. V rámci socializace chodí do divadla, kde jsou přítomné i děti ze škol a školek z jiných měst.

TO3: Jaké pozitivní názory/pohledy na zařízení by šlo zaznamenat mezi veřejností?

Poslední otázkou v DC1 jsem se chtěla dozvědět, jaká pozitivita se mezi obyvateli objevují. Je možné, že někteří lidé mají tyto názory vžity.

Ze své zkušenosti si troufám tvrdit, že si už děti ve školních letech urovnávají myšlenky a názor na zařízení. Může to být díky již zmiňovanému divadlu, kde se setkávají zdravé i postižené děti a během praxe jsem nenarazila na negativní odezvu.

Jako druhý příklad bych mohla zmínit základní školu, kterou jsem jako malá navštěvovala. Když jsem chodila na první stupeň základní školy, naše třída si připravovala menší divadelní vystoupení, které jsme poté šli předvést do stacionáře. Po představení nám zbyl ještě čas a hráli jsme si s dětmi. Pokud si dobře vzpomínám, hrály si s nimi všechny děti od nás ze třídy. Nikdo se neodvracel.

I lidé z města mají pohled na toto zařízení pohledy pozitivní. Například R4 zapátral v paměti a tvrdí: „*Pozitivním pohledem vnímám i již dlouholeté fungování zařízení a někteří lidé se se zaměstnanci během vycházky čas od času dají do řeči.*“ Toto tvrzení mohu potvrdit z vlastní zkušenosti. Během praxe se mi toto milé chování také přihodilo. R6 vnímá za pozitivní „*Obdiv všech pracovníků, ...*“ R8 zase vidí pozitivní chování v tom, že: „*...zařízení pomáhá dětem.*“ R1, která pracuje v zařízení, měla odpověď, která se mi líbila snad ze všech odpovědí nejvíce, proto ji budu citovat celou: „*Veřejnost vnímá dle mého názoru zařízení pozitivně. Hlavně starší lidé mají porozumění, často říkají, že je naše práce záslužná a obdivují nás.*“

Shrnutí: Lidé ve městě vnímají zařízení pozitivně. Každý, s kým jsem měla o tomto tématu možnost mluvit, viděl zařízení jako něco, co je potřeba, aby ve městě bylo. Zařízení pomáhá dětem a to je, podle mého, ta nejvhodnější pomoc.

5.2 DC2: Možné příčiny problému, které se mohou vyskytnout mezi občany a zařízením Dětské centrum.

V této části dílčího cíle jsem se snažila zaměřit na možnou příčinu neshod občanů města a zařízení. Díky tomu, že jsem měla možnost uskutečnit rozhovor se starostou i místostarostou, jsem se mohla dozvědět, jak konkrétně město pomáhá stacionáři (ať se to týká financování, nebo hmotné pomoci).

Pro dosažení DC2 jsem vytvořila opět tři tazatelské otázky (TO4-TO6), stejně jako v předešlém dílčím cíli.

TO4: V čem město pomáhá dětem ze zařízení v jejich socializaci v lokalitě a kde například vidíte rezervy či dokonce nedostatky?

Cílem této otázky bylo zjistit, zda občané vědí o aktivitách města, kterými by mohlo pomoci v chodu Dětského centra. Díky rozhovoru se starostou i místostarostou jsem měla možnost získat informace tzv. „z první ruky“.

Převážná většina respondentů odpovědělo podobně. Všichni dotazovaní berou zařízení jako součást města, a proto chápou veřejné akce jako dobrý způsob začleňování.

R2 jako jediná zmínila, že financování neprovádí město jako takové, „*spíš se jedná o organizace spadající pod město...*“ Město i samotní občané města se snaží o to, aby každý, kdo je třeba jen návštěvníkem města kvůli kulturním zážitku, věděl, že se Dětské centrum nesnaží dostat na kraj města a zařízení bylo zavrhnuto. Pokud město pořádá jakékoli akce, rezervuje nějaká místa i pro stacionář. R1: „*Klienti našeho zařízení se účastní akcí společně s veřejností,... chodí do kina, do divadla, na koncerty.*“

Mnou zvolení zástupci města vidí pomoc z jiné strany. Starosta i místostarosta se zaměřili spíše na pomoc finanční, která je pro zařízení také velmi důležitá, jelikož díky finančním příspěvkům mohou pracovat a fungovat tak, jako dosud. R4: „*..., město pomáhá především příspěvky, které podporují fungování zařízení.*“ Mezi finanční pomoc se město snaží o větší bezbariérovost města, to potvrzuje R5: „*..., ale také se snaží přizpůsobit prostory pro bezbariérový přístup, například sjednotit školu se zařízením, aby děti nemusely komplikovaně přecházet do jiné budovy.*“

Dotazovaní občané měli stejné možnosti jako R1, R2, R4 a R5. Jediný, kdo odpověděl jinak, byl R8, který uvádí: „*Bohužel o tomto tématu nejsem moc informován, takže na tuto otázku nedokážu odpovědět.*“

Shrnutí: Valná většina dotazovaných odpověděla stejně. Tedy, že město pomáhá socializací, která je podle mého častá. Během mého působení v zařízení díky praxe jsem mohla být součástí minimálně tří akcí, kdy děti ze zařízení šly do bazénu, a dvakrát na divadelní představení.

Zástupci města vidí pomoc z hlediska finanční stránky. Jelikož zařízení spadá pod město Jilemnice, je povinno finančně přispívat. Financování je dle mého názoru stejně důležité jako socializace. Kdyby zařízení nemělo dostatek financí, děti by neměly potřebné pomůcky k jejich rekonvalescenci či alespoň udržení dosavadního stavu.

Jediný dotazovaný odpověděl, že o žádné pomoci neví. To si vysvětluji tak, že o zařízení ví, ale nijak více se o něj nezajímá. Z jeho dalších výpovědí je vidno, že mu zařízení ve městě nevadí, pouze se nejeví zájem.

TO5: Co může být příčinou neshod mezi zařízením a okolím?

Pátou otázkou jsem se chtěla dozvědět, co by mohlo být příčinou neshod, pokud by se mezi zařízením a jeho okolím nacházeli.

Skoro každý z dotazovaných odpověděl velmi podobně a to: „*neznalost situace, strach z neznámého, ...*“ Je známé rčení, že co lidé neznají, toho se bojí. O postižení a jeho projevech se mluví málo a lidé, kteří se o tuto problematiku nezajímají, nedokáží posoudit, jak se v dané situaci zachovat. To potvrzuje i výpověď R4: „*..., pokud jsou nějaké neshody, je to spíš nevědomost okolí a zařízení.*“

R8 se nijak nestyděl odpovědět, že o tomto tématu nemá žádné informace: „*Bohužel o tomto tématu nejsem moc informován, takže na tuto otázku nedokážu odpovědět.*“

Shrnutí: Myslím si, že lidé ještě nemají tak dostačující informace o postižení. Během posledních pár let se lidé zabývající se touto problematikou snaží o větší informovanost o postižení.

Lidé, kteří neznají druhy projevů jakéhokoli postižení a postiženou osobu potkají na ulici, ve městě či jinde, dívají se. Je to ale přirozené. Každý, kdo potká a vidí něco, co jindy v životě neviděl, dívá se a pozoruje.

Mezi zařízení a okolím neshody nejsou. Jedná se pouze o neinformovanost lidí. Lidé ve městě Jilemnice jsou tolerantní a nestěžují si například na vycházky dětí a pracovníků po městě. I procházky patří do začleňování těchto lidí.

TO6: Jaké předsudky či stereotypy objevujete u tohoto tématu?

Touto otázkou jsem se zaměřila na předsudky, nebo stereotypy, které by se mohli ve společnosti vyskytovat. I já jsem měla vůči těmto lidem nějaké stereotypy. Díky možnosti této praxe jsem se stereotypů zbavila a udělala si na postižení jako samotné nový názor.

U této otázky se mi líbila rozmanitost ze strany respondentů, jelikož každý odpověděl rozdílně. Nejhezčí na těchto odpovědích je, že ani jedna není nesprávně.

R5 se zaměřil opět spíše na finanční stránku daného problému: „*Mohou se ocitnout v chudobě, jelikož všechny peníze vloží do léčby.*“. Pro rodiny s postiženými dětmi jsou finance velmi důležité. Kdyby byla rodina bez financí, nemohla by svému dítěti poskytnout péči, která je pro jeho nemoc potřebná. R5 zmiňuje i fakt, který se může stát: „*Někdy s dítětem zůstanou pouze matky, ...*“. V této chvíli je ještě složitější postarat se jak o postižené dítě, ale i celkově o chod domácnosti, popřípadě i o další děti, které matka může mít.

Někteří lidé, kteří vědí o postižení pouze z filmů, které nemusí být ani podle skutečné události si myslí, že nejlepší je, aby tito lidé byly co nejdále od ostatních lidí. To z malé části potvrzuje i tvrzení R8: „*Občas slýchám, že děti v tomto ústavu mohou být nebezpečné okolí. Dle mého názoru to je ale naprostý nesmysl.*“ Jiní lidé ale neodpovídali přímo na předsudky či stereotypy a spíše popisovaly pocity. Například R7: „*Převážně to je lítost klientů zařízení a jejich rodin.*“

Ze strany zaměstnanců (R2) jsem se doslechla, že lidé, které potkají s dětmi například v divadle tvrdí, že: „*..., práce s těmito klienty je smutná a depresivní*“, nebo R1: „*..., naše práce je bez viditelných pokroků klientů*“

Shrnutí: Každý člověk je jiný a díky tomu má i jiný pohled na svět i na tuto problematiku. Nelze říci, že by si člověk měl myslet pouze jednu věc a jiné jsou špatné.

Někteří lidé spíše popisovali své pocity, když lidi s postižením potkají. U jednoho z dotazovaných mě překvapilo, že od jiných lidí slyšel, že tito lidé jsou okolí nebezpeční.

5.3 DC3: Jak se dá s možnými neshodami pracovat a jak jim zamezit.

U posledního dílčího cíle jsem se zaměřila na možné řešení problému, který by se mohl vyskytnout mezi zařízením a jeho okolím.

Pro dosažení DC3 jsem vybrala dvě tazatelské otázky (TO7 a TO8).

TO7: Jakými způsoby se dá změnit kritický pohled veřejnosti na zařízení?

Účelem této otázky bylo zjistit, jak by se dal změnit kritický pohled veřejnosti na zařízení Dětské centrum.

U této otázky se respondenti rozdělili na dvě skupiny. První tvrdila, že žádné kritické pohledy nevnímají a nezaznamenávají. Ta druhá skupina netvrdila, že kritické pohledy vnímá, či dokonce má, ale přišla s nápady, jak by se eventuálně tyto pohledy mohly ještě více minimalizovat.

R1, která patří do mé pomyslné první skupiny tvrdí: „*kritické pohledy nezaznamenáváme*“. I R5 neregistruje mezi občany negaci vůči zařízení a říká: „*Občané jsou shovívaví a tolerují ho.*“

V mé druhé pomyslné skupině se odpovědi respondentů podobaly. Například chtěli lepší informovanost. To potvrzuje R8: „*Daly by se uspořádat nějaké fungování akce, které by mohly veřejnosti přiblížit zařízení.*“ R3, ještě doplňuje odpověď nápady, jak více okolí informovat: „*vzájemná spolupráce se školami, spolky, ...*“. R6 byl také pro větší informovanost okolí, mimo jiné měl také nápad: „*přednáška o dané práci.*“

Shrnutí: Zařízení se dle zaměstnanců snaží o větší vědomí o této problematice. Účastní se různých společenských akcí, které město pořádá. I zařízení samo pořádá akce, které pomáhají k možné toleranci zařízení.

Někteří respondenti ale tvrdili, že by byli rádi, aby je zařízení více informovalo o chodu zařízení. Jeden z respondentů měl i návrh na možnou přednášku, kde by se

lidé mohli dotazovat zaměstnanců na možné otázky, které je například dlouhou dobu trápí.

TO8: Jsou nějaké možnosti, jak vylepšit vztahy mezi zařízením a okolím?

Poslední tazatelskou otázkou jsem se chtěla dozvědět, jak by se mohli vylepšit vztahy mezi okolím a zařízením.

Každý z respondentů se shodl, že vztahy mezi zařízením a okolím jsou dobré. Například R7: „*Myslím si, že vztahy k zařízení jsou dobré.*“ I R6 si myslí, že jsou vztahy dobré a dodává: „*..., zbytek už je na obyvatelích města.*“

Místostarosta, který je zástupcem obyvatelů a který se také snaží o dobré vztahy mezi obyvateli a zařízením tvrdí, že vztahy mezi zařízením a občany jsou dobré a zmiňuje i aktivity, díky kterým občané mohou poznat děti i chování zaměstnanců: „*Pořádají dny otevřených dveří, aby občané viděli, jak zde klienti žijí a jak se k nim pracovníci chovají.*“

Shrnutí: U poslední otázky v rozhovoru se všichni respondenti shodli na tom, že občané mají dobré vztahy se zařízením. Je to jednak už kvůli dlouhodobému působení zařízení ve městě a druhá kvůli snaze zaměstnanců o dobré vztahy. I díky snaze zaměstnanců, kteří se snaží pro děti uspořádat program a během toho i pozvat občany, aby měli možnost nahlédnout „za zdi“ zařízení.

6 Shrnutí praktické části

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit, jak nastavit soužití mezi občany města Jilemnice a zařízením Dětské centrum Jilemnice.

K tomuto hlavnímu cíli byly nápomocné další tři dílčí cíle: zjistit, jaký má veřejnost pohled na zařízení, jaké mohou být příčiny vzniklého problému a nakonec jak by se dalo s možnými neshodami pracovat.

Dále byla stanovena výzkumná strategie. „Kvalitativní výzkum je nenumerické šetření a interpretace sociální reality. Cílem tu je odkrýt význam podkládaný sdělovaným informacím.“ Disman (2002, s. 285) Tu představovala kvalitativní výzkumná strategie pomocí metody rozhovoru. Poté byl charakterizován výběr vhodných respondentů a postupný průběh sběru dat. Na závěr byl interpretován celý průběh šetření.

Při výzkumném šetření jsem vybírala náhodné kolemjdoucí ve městě Jilemnice. Vybrala jsem i dva zástupce občanů- starostu a místostarostu. Výběr těchto byl pro mě jasný, jelikož by měli vědět, zda se občané na zařízení stěžují či nikoli. O další výzkumný vzorek jsem požádala i dvě zaměstnankyně Dětského centra. Bylo to převážně proto, abych viděla pohled zařízení z „druhé strany“.

Pro sběr dat jsem použila audiozáznam. Učinila jsem tak proto, že díky této možnosti jsem se mohla plně věnovat respondentovi a případně jsem se mohla i dotazovat na nějaké nesrovnalosti. Nikomu z respondentů tento sběr dat nevadil.

Závěr

Tématem mé bakalářské práce byl Pohled veřejnosti na tělesně i zrakově postižené děti. Toto téma jsem si vybrala z důvodu praxe během mého studia na vysoké škole. Praxi jsem prováděla právě v Dětském centru Jilemnice, kde jsou postižené děti do věku patnácti let. Téma jsem si vybrala, i protože si myslím, že se o postižených lidech málo mluví a tito lidé jsou z větší části přehlíženi.

Cílem práce bylo zjistit, jak nastavit soužití občanů města Jilemnice se zařízením Dětské centrum Jilemnice. Mezi mé dílčí cíle patřil úkol zjistit, jaký má veřejnost pohled na zařízení, co může být příčinou možných neshod a nakonec, jak možné neshody řešit a jak s nimi například pracovat.

Z výzkumu jsem se dozvěděla, že lidem Dětské centrum nijak nevadí. Zařízení je ve městě dostatečně dlouhou dobu, aby se začlenilo. Jako jeden z mála problémů směřovaný na zařízení Dětské centrum, respondenti zmiňovali malou informovanost. Týkalo se to především chování. Každé postižení má jiné projevy a člověk, který se touto problematikou nezabývá, ho nezná. Podle mého by zařízení v rámci větší socializace mohli uspořádat besedu s možnými zájemci. Dle mého názoru by bylo zajímavé, kdyby na besedu přišli i rodiče, kteří v rodině mají postižené dítě. Ten by občany seznámil i s tím, o čem se zase tolik nemluví, a to o financování léčby a starost o takového člena rodiny. To by bylo samozřejmě možné, pokud by rodič souhlasil. Zaměstnanci by mohli přiložit informace o zařízení, které ve městě působí, seznámili by přichozí se zařízením, které používají a poté by nechali prostor na možné dotazy.

Ze všech výpovědí je zřejmé a povzbudivé, že jsou občané za zařízení rádi. Je možné, že zařízení přijímají i proto, že se stará o postižené děti. Toto zařízení je jedinečné v tom, že se zde nacházejí děti s různým typem postižení. Jiná zařízení mají stanovené, o jaké typy postižení se starají.

Pro svůj výzkum jsem zvolila kvalitativní výzkumnou strategii. Pro sběr dat byl vytvořen rozhovor, který byl prováděn s osmi respondenty. Čtyři respondenty jsem si zvolila náhodně a zbylí čtyři byli zvoleni záměrně. Dva z nich byli vybráni jako zástupci obyvatel (starosta a místostarosta) a dva byli zástupci z řad zaměstnanců Dětského centra. Metoda rozhovoru se mi osvědčila, jelikož jsem mohla pozorovat, jak se daný respondent tváří a dle toho i posoudit, jaký názor a zařízení má opravdu.

V prvním dílčím cíli jsem zjišťovala, jak se obyvatelé tváří na to, že v jejich městě je zařízení, ve kterém jsou postižené děti. Všichni z dotazovaných odpovídali na zařízení kladně. Zařízení ve městě působí již dlouhou dobu. Během těchto let si na děti i zařízení lidé zvykli. Někteří sice zařízení přehlíží, ale nemají žádné poznámky o tom, že by jim zařízení nějak vadilo. Jiní jsou naopak rádi, že takové zařízení ve městě je a pomáhá dětem s postižením.

Druhým dílčím cílem jsem odhalovala různé příčiny problému, které se mohou vyskytnout mezi občany i zařízením. Z výzkumu mi vyplynulo, že spíše než problémy to lidé chápou jako neznalost diagnózy, nebo postižení jako takového. I přes tyto důvody lidé berou možné střetnutí s postiženými jako možnost k socializaci těchto jedinců.

Ve třetím dílčím cíli jsem zjišťovala možnosti, jak s možnými neshodami pracovat. Jejich nejčastějšími odpověďmi byla větší informovanost o této problematice. Jeden z respondentů měl dokonce návrh uskutečnit besedu, kde by se občané se zaměstnanci zařízení setkali, a diskutovalo by se o nejasnostech, které občané mají. Jiný z respondentů zase odpověděl, že zařízení i město se o dobré vztahy snaží a nyní je to už na snaze samotných obyvatel.

Hlavní výzkumná otázka byla zodpovězena. Obyvatelé města Jilemnice chápou zařízení jako součást města. I když ne všichni se aktivně podílejí na lepších vztazích, nikdo z obyvatel není výhradně proti zařízení.

Výsledná bakalářská práce může být přínosem pro zaměstnance, kteří pracují v takovýchto, nebo podobných typech zařízení. Myslím si, že by tato práce mohla pomoci k pochopení situace těm jedincům, kteří se o tuto problematiku více zajímají.

Zdroje

BAZALOVÁ, Barbora. Poruchy autistického spektra v kontextu české psychopedie. Brno: Masarykova univerzita, 2012. ISBN 978-80-210-5930-6.

DISMAN, Miroslav. Jak se vyrábí sociologická znalost. Charles University in Prague, Karolinum Press, 2002. ISBN 80-246-0139-7.

HARTL, P. Komunita občanská a komunita terapeutická. Praha: SLON, 1997, 221 s., ISBN 80-85850-45-1

HENDL J.. Kvalitativní výzkum. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.

HRDÁ, J. Osobní asistence, poradenství a zprostředkování. Praha: Asociace poraden pro zdravotně postižené, 2006.

HRDÁ, J. Osobní asistence, příručka postupů a rad pro klienty. Praha: Pražská organizace vozíčkářů, 1997.

HRDÁ, J. Osobní asistence, příručka postupů a rad pro poskytovatele. Praha: Pražská organizace vozíčkářů, 2004.

HRDLIČKA, M., KOMÁREK, V. Dětský autismus: přehled současných poznatků. Vyd. 1. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-813-9.

KAPPL, M. Úvod do teorií a metod sociální práce s komunitou. 1. vyd., Univerzita Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. ISBN 978-80-7435-401-4

KINKOR, Milan. Komunitní práce. In MATOUŠEK, Oldřich. a kol. Metody a řízení sociální práce. Praha: Portál, 2003, s. 253-270. ISBN 80-7178-548-2.

KOVÁŘ, P., Všeobecný přehled, 1. vyd., Praha: Fragment, 2007. ISBN 978-80-253-0531-7

KRAUS, J., a kol. Dětská mozková obrna. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 344 s., s. obr. příl. ISBN 80-247-1018-8.

KŘIVÁK, David, KRHUTOVÁ Lenka. Interpersonální osobní asistence. 2.vyd. Ostrava: Ostravská univerzita 2013. 77 s. ISBN 978-80-7464-289-0

MATOUŠEK, Oldřich. Slovník sociální práce. 1. vyd. Praha: Portál, 2003, 287 s. ISBN 80-717-8549-0.

MATOUŠEK, Oldřich. Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení. 1. Vyd., Praha: Portál, 2007, 183 s. ISBN 978-80-7367-310-9.

MIOVSKÝ, Michal. Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha: Grada, 2006, 332 s. Psyché. ISBN 80-247-1362-4.

PROCHÁZKOVÁ, E. Dětská mozková obrna. Moderní gynekologie a porodnictví. 2005, roč. 14, č. 3, s. 418 - 427. ISSN 1211-1058.

PŘÍHODOVÁ, Alice. Koncept komunity v komunitní sociální práci. Sociální práce / Sociální práce, 2004, roč. 4, č. 3, s. 43-56. ISSN 1213-624.

SMUTEK, Martin. Tvorba odborné publikace. 1. vydání, Univerzita Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. ISBN 978-80-7435-449-6.

STRAUSS, A., CORBIN, J. 1999. Základy kvalitativního výzkumu. Boskovice: Albert. 196 s. ISBN 80-85834-60-X

THOROVÁ, Kateřina. Poruchy autistického spektra. Rozšířené a přepracované vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0768-9.)

THOROVÁ, Kateřina. Poruchy autistického spektra: dětský autismus, atypický autismus, Aspergerův syndrom, dezintegrační porucha. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-091-7.

VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3

Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, 2006. In: Sbírka zákonů České republiky, částka 164. ISSN 1211-1244.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, 2006. In: Sbírka zákonů České republiky, částka 37. ISSN 1211-1244.

Internetové zdroje

Dětské centrum Jilemnice [online]. © Dětské centrum Jilemnice 2019 [cit. 28.01. 2019]. Dostupné z: <http://www.dc.jilemnicko.cz/>

Město Jilemnice [online]. © Komunitní plán rozvoje sociálních služeb na Jilemnicku 2018-2026 [cit. 22.03.2019]. Dostupné z: http://www.mestojilemnice.cz/data/jil_files/11068/komunitni769-pla769n-www.pdf

MPSV.CZ : Hlavní zásady a principy komunitního plánování sociálních služeb. [online]. [cit. 22.03.2019] Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/852>

První pomoc při záchvatu - Nemocnice Na Homolce. *Home - Nemocnice Na Homolce* [online]. © Nemocnice Na Homolce 2017 [cit. 28.01.2019]. Dostupné z: <https://www.homolka.cz/>

ÚZIS ČR [online]. © Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [cit. 11.02.2019] Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F80-F89.html>

Základní informace o Rettově syndromu - Vzácná onemocnění. *Vzácná onemocnění* [online]. © Mediaplanet [cit. 11.02.2019]. Dostupné z: <http://www.rarediseases.cz/vzacna-onemocneni/zakladni-informace-o-rettove-syndromu>

Seznam obrázků

Obrázek 1- "triangl" (uživatel - poskytovatel - zadavatel)	29
--	----

Seznam tabulek

Tabulka 1- SWOT analýza potřeb cílové skupiny osob se zdravotním postižením ...	31
Tabulka 2- Transformační tabulka- kvalitativní výzkum	35
Tabulka 3- Seznam respondentů.....	37

Seznam příloh

Příloha 1: Přepis rozhovoru

Příloha 1- Přepis rozhovoru

Dobry den. Prišla jsem sem na domluveny rozhovor ohledne mé bakalářské práce. Z minulých rozhovorů se mi osvědčilo nosit s sebou papír s otázkami, aby dotazovaný měl otázky před sebou.

„Víte co, já jsem strašně rád, že tady to centrum tady je, že tady existuje, protože je unikátní. Myslím si, že tam jsou děti postižené, je tam škola i když ta se teď rozdělila. My se budeme snažit, aby se ta škola zase vrátila pod město, protože teď je pod krajem. Díky rozdělení školy a centra se to tam rozhádkalo, že málem odešli klienti. Teď se situace uklidnila. Rodiče jsou spokojení, děti jsou spokojení a my se snažíme jako město je všemožně podporovat finančně, aby to nezaniklo. Protože tohle zařízení je široko daleko jediný, který nabízí tyhle služby. O tom i svědčí to, že sem jezdí děti z Harrachova, z Vrchlabí, no prostě z daleka. Ale abych odpovídal na otázky. Já neumím takhle odpovídat.“

Jak vnímáte chování okolí vůči zařízení?

„To jsem tady už vlastně říkal. Občané jsou rádi, že to je tady, žádný stížnosti, že by tady někdo poukazoval tady, nemáme. Spíš všichni chtějí, aby to tady bylo, takže tak.“

Jaká rizika vás napadají mezi zařízením a okolím?

„Jak to myslíte?“

Jestli například vidíte, že si například lidé stěžují, ale vy jste teď na to vlastně odpověděl.

„Vůbec ne. Tady žádná diskriminace, nebo že by se posmívali dětem, protože oni některý jsou hlučnější, chodí po pěší zóně, děti jsou nemocný, vykřikují, v životě jsem nezaznamenal jedinou stížnost. Spíš je lidi litují a obdivují práci těch sester, protože na to lidi musejí mít žaludek. Ne každý to psychicky dá. Já tam jdu na hodinu na jednání a jsem z toho vyřízený. Mám slz na krajíčku. Když jdu za nimi, oni mají radost, ale taky sílu a někdy ubližují, ale oni si to neuvědomují.“

V čem město pomáhá dětem ze zařízení v jejich socializaci v lokalitě a kde například vidíte rezervy či dokonce nedostatky?

„My se jim snažíme pomoci hlavně finančně. Snažíme se o přestavby ve stacionáři, protože budova je města, takže se to tam přestavovalo. Řeší se prostory všemožným způsobem. Chtěli bychom, aby bylo všechno v jedné budově, aby nepřecházeli. Je tam i byt domovnice, která se bude stěhovat, takže nebudeme dávat ten byt jako domovní, ale chceme to tam předělat pro děti a pro potřeby.“

Co může být příčinou neshod mezi zařízením a okolím?

„No, nevím, nevím. To může být asi spíš neinformovanost občanů, o jaké zařízení se vůbec jedná a jak je financované. Protože občané si myslí, že je všechno města. Ano, budova je města a je to příspěvková organizace města, ale většina je dotovaná z kraje. Je to totiž sociálně zdravotní, takže něco platí pojišťovny, něco platí ministerstvo školství a něco sociálka, takže se to míchá, takže ono to není financováno z jednoho zdroje, ale ty zdroje se tam potkávají a je na možnostech, dovednostech ředitelky, aby všechno využívala, čerpala. Třeba sehnala skvělé auto.“

Jaké předsudky či stereotypy objevujete u tohoto tématu?

„Co tím je myšleno? To mi musíte vysvětlit.“

Předsudek je něco, co máme vžitě, například: myslela si to naše maminka, předala nám tuto informaci a my jí věříme. Stereotyp je zase něco, co si myslíme o celé skupině lidí, kteří mají například podobný vzhled. Třeba skupina skinheads. Ne všichni, co tak vypadají, musí být vulgární nebo vytváří násilí. Ale my si to myslíme.

„To vůbec nezaznamenávám. Většina lidí je spíše lituje, protože, když tohle někoho postihne, tak to není, že se to týká jenom dítěte, ale týká se to celého okolí. Jak rodiče, matka se o něj musí starat, nemůže pracovat, žijí ze sociálních dávek, dostávají se do chudoby, ale jenom z těchto důvodů, protože mají tyto problémy. Zůstat s dítětem doma, rodiny se musejí zadlužit, protože mnohdy nemají na léky, nebo na operaci, protože je to špatně financováno.“

Jakými způsoby se dá změnit kritický pohled veřejnosti na zařízení?

„Já opravdu nevím, že by tady byl nějaký problém. Možná ve velkých městech někde to chápou možná jinak. Ani nejsou stížnosti od obyvatel, kteří žijí vedle v bytovkách.“

Jsou nějaké možnosti, jak vylepšit vztahy mezi zařízením a okolím?

„Oni mají dobré jméno v Jilemnici a dělají si to reklamou. Pořádají tam různé akce, mají tam dny otevřených dveří, kdy lidi mají možnost se podívat, jak tam děti žijí, co všechno tam je, jaké mají zázemí, teď jsme jim tam pořídili zvedák na pacienty.“