



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Role sociálního pracovníka v komplexní péči o osoby s autismem

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

SOCIÁLNÍ POLITIKA A SOCIÁLNÍ PRÁCE

Autor: Vendula Nováková

Vedoucí práce: PhDr. Lenka Motlová

České Budějovice 2017

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem **„Role sociálního pracovníka v komplexní péči o osoby s autismem“** jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 2.5 2017

.....

Vendula Nováková

Poděkování

Předně bych chtěla poděkovat PhDr. Lence Motlové za její vstřícnost, podporu a odborné vedení mé bakalářské práce. Dále bych ráda poděkovala příspěvkové organizaci Domov Kopretina Černovice a všem komunikačním partnerům za umožnění výzkumu.

Role sociálního pracovníka v komplexní péči o osoby s autismem

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá tématem postavení sociálního pracovníka v komplexní péči o osoby s autismem. Hlavním cílem práce je popsat metody, techniky a přístupy používané v kontextu sociální práce a roli sociálního pracovníka. Dílčím cílem je zmapovat zkušenosti pracovníků týkajících se komplexní péče o osoby s autismem. Pomocí výzkumných otázek bylo zjištěno, jaká je role a postavení sociálního pracovníka v rámci multidisciplinárního týmu a jaké metody, techniky a přístupy se využívají v péči o osoby s autismem.

Práce je rozdělena do teoretické a praktické části. V teoretické části jsou definovány základní pojmy této práce, jako je autismus, sociální pracovník, sociální práce a multidisciplinární tým. Pro snadnější pochopení daného tématu je zde více specifikován autismus a jeho diagnostika. Seznámíme se více s příspěvkovou organizací Domov Kopretina Černovice, kde je vedena výzkumná strategie. V teoretické části jsou dále uvedeny a popsány techniky a metody, které se využívají v komplexní péči o osoby s autismem.

Praktická část práce je tvořena výzkumem, u kterého byla použita kvalitativní výzkumná strategie, metoda dotazování a technika polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumný soubor tvoří deset komunikačních partnerů, kteří jsou členy multidisciplinárního týmu pečující o děti s autismem v Domově Kopretina Černovice, p.o. V rámci tohoto výzkumu se seznámíme s výchovným a vzdělávacím programem v Základní škole speciální a Praktické škole působící v Domově Kopretina Černovice.

Výzkum ukázal, že náplň sociálního pracovníka v Domově Kopretina Černovice spočívá zejména v řešení sociální agendy. I ostatní členové multidisciplinárního týmu vidí postavení sociálního pracovníka spíše v oblasti administrace, než v přímé sociální péči o osoby s autismem. Zároveň považují sociálního pracovníka za významného člena tohoto týmu, neboť mu náleží první kontakt s klientem a důležitá část následné koordinované rehabilitace, kterou je samotné přijetí klienta do této organizace.

Klíčová slova

autismus; sociální práce; sociální pracovník; multidisciplinární tým; koordinovaná rehabilitace; Domov Kopretina Černovice, p.o.

Social Worker's Role in a Comprehensive Care for Autistic People

Abstract

The bachelor's thesis deals with the role of a social worker in a complex care of autistic people. The main goal of the thesis is to describe some methods, techniques and attitudes used in a context of social work and the role of a social worker. The intermediate objective is to map some worker's experience concerning the complex care of autistic people. The role of a social worker within the framework of a multidisciplinary team, some methods, techniques and attitudes used in a complex care of autistic people have been found via the research questions.

The bachelor's thesis is divided into a theoretical and a practical part. There are defined some basic terms: autism, social worker, social work and a multidisciplinary team in the theoretical part. Autism and its diagnostics is more specified for better understanding. That gives us opportunity to familiarise with the contributory organisation Domov Kopretina Černovice where the research strategy is placed. There are also introduced and described some techniques and methods used in a complex care of autistic people in the theoretical part.

The practical part consists of a research using a qualitative research strategy, methods of questioning and semi-structured interview techniques. The research group consists of ten communicative partners who belong to the multidisciplinary team taking care of the autistic children in the contributory organisation Domov Kopretina, Černovice. Within the framework of the research we'll learn about an educational programme in a special primary school and practical school applying in Domov Kopretina, Černovice.

The research has shown that the job description of a social worker consists of social agenda tackling in Domov Kopretina, Černovice. Also the other members of the multidisciplinary team see the role of a social worker in the administrative sphere instead of immediate social care of autistic people. The social worker is also regarded as an important member of the team because he/she has the earliest opportunity to get in touch with the client and consequential coordinated rehabilitation that means the acceptance the client to join the organisation.

Key words

autism; social work; social worker; multidisciplinary team; coordinated rehabilitation; Domov Kopretina Černovice, contributory organisation

Obsah

ÚVOD.....	8
1 TEORETICKÁ ČÁST	10
1.1 Terminologie autismus – pervazivní vývojová porucha	10
1.2 Historický pohled a vývoj autismu	12
1.3 Autismus v České republice.....	14
1.4 Prevalence poruch autistického spektra	14
1.5 Etiologie autismu a poruch autistického spektra.....	15
1.6 Diagnostika autismu.....	15
1.7 Dětský autismus (F 84.0)	20
2 KOMPLEXNÍ PÉČE O OSOBY S AUTISMEM.....	21
2.1 Komplexní péče	21
2.2 Sociální práce	24
2.3 Sociální pracovník.....	25
2.3.1 Vzdělání sociálního pracovníka	27
2.3.2 Etický kodex sociálního pracovníka	28
2.4 Multidisciplinární tým.....	29
2.5 Metody, přístupy a techniky užívané u osob s autismem	30
2.5.1 Psychoterapeutické přístupy	30
2.5.2 Metody a techniky.....	34
3 VÝCHOVNĚ VZDĚLÁVACÍ PROCES	36
3.1 Význam výchovy a sociální rehabilitace	36
3.2 Metody intervence.....	37
3.2.1 Strukturované učení	37
3.2.2 TEACCH program	38
3.2.3 Výměnný obrázkový komunikační systém PECS /VOKS	39
3.2.4 Aplikovaná behaviorální analýza.....	40
3.3 Legislativa.....	40
3.4 Domov Kopretina Černovice, příspěvková organizace	41
3.5 Výchovné a vzdělávací činnosti v Domově Kopretina Černovice, p.o.	42
4 VÝZKUMNÁ ČÁST.....	44
4.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky.....	44
4.2 Operacionalizace	44
4.3 Metodika výzkumu	46
4.4 Výzkumný soubor	46
4.5 Realizace výzkumu	47
4.6 Etická pravidla výzkumu	47
5 VÝSLEDKY	48
5.1 Charakteristika výzkumného souboru.....	48
5.2 Trs 1 – Role sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu v péči o děti s autismem	50
5.3 Trs 2 – Metody, techniky a přístupy užívané v péči o děti s autismem v kontextu sociální práce	54
5.4 Shrnutí výsledků	57
6 DISKUZE	58

7	ZÁVĚR.....	62
8	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	64
9	SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	70
10	SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK.....	71
11	SEZNAM PŘÍLOH	72

ÚVOD

Tato bakalářská práce se zabývá rolí sociálního pracovníka v komplexní péči o osoby s autismem. Autismus je starší název pro skupinu závažných poruch vyvíjejícího se mozku, které jsou v současné době označovány jako pervazivní vývojové poruchy. Název autismus pochází z řeckého slova *autos* = sám. Jedná se o vrozenou poruchu některých mozkových funkcí. Objevuje se před třetím rokem života a patří mezi poruchy autistického spektra (dále jen PAS). Autismus bývá často kombinován s jinými poruchami či handicapem psychického i fyzického rázu (Bartoňová et al., 2007).

Jedná se o neurologickou poruchu komplexního původu, která ovlivní schopnost dítěte zpracovávat informace vlastního těla nebo svého okolí (Miller, 2016).

Téma práce jsem si vybrala záměrně, neboť během studia na střední škole, jsem měla možnost pracovat jako brigádník v dnešním Domově Kopretina Černovice. Zde jsem se setkala s autismem poprvé. Jelikož jsem v Domově Kopretina pracovala ještě několikrát, začala mne problematika autismu zajímat. Domnívám se, že se laická veřejnost osob s autismem spíše bojí a vyhýbá se jim. Pro řadu z nás, jsou tito lidé odlišní a nepochopitelní. Následkem tohoto postoje je vyloučení ze společnosti a osamělý život. Byla bych ráda, kdyby tato práce zvýšila povědomí veřejnosti o autismu a pomohla ostatním lidem pochopit otázku, proč se lidé s autismem chovají právě tímto způsobem.

Cílem bakalářské práce je popsat metody, techniky a přístupy u osob s autismem používané v kontextu sociální práce a roli sociálního pracovníka. Dílčím cílem je zmapovat zkušenosti pracovníků týkajících se komplexní péče o děti s autismem. Dnes existuje mnoho možností v oblasti vzdělání, intervence, sociálních služeb, zdravotnictví a speciální pedagogické péče. Domov Kopretina Černovice, p.o. poskytuje osobám s autismem maximální péči v oblasti jak sociálních služeb, tak v oblasti výchovy a vzdělání, v rámci Základní školy speciální a Praktické školy Černovice.

Komplexní péče, jejíž součástí je sociální práce s osobami s autismem je v dnešní době na vysoké úrovni. Po roce 1989 se začalo na autismus pohlížet jako na poruchu autistického spektra, místo mentální retardace. Postupem doby došlo k velkému posunu přístupů, které se využívají jak v oblasti výchovy, tak v oblasti vzdělání a sociálních služeb.

Práce je rozdělena do čtyř kapitol. V první kapitole je zpracována teoretická část, která je věnována seznámení s pojmem autismus, pervazivní vývojové poruchy a další pojmy související s tímto onemocněním. Druhá kapitola je zaměřena na sociální péči a sociální práci věnované osobám s autismem. Dále je zde věnována pozornost rozdělení sociálních služeb dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a sociálnímu pracovníkovi. Třetí kapitola se věnuje výchově a vzdělání dětí s autismem. V této části jsou popsány možnosti a způsoby edukace těchto dětí. Také se zde seznámíme s Domovem Kopretina Černovice, příspěvková organizace, které byl věnován výzkumný projekt. A čtvrtá kapitola je výzkumnou částí obsahující cíl práce, metody, místo a charakteristiku výzkumného šetření. Výzkum bude zaměřen na roli sociálního pracovníka v péči o osoby s autismem v rámci multidisciplinárního týmu. Dotazování budou komunikační partneři, kteří pracují v Domově Kopretina Černovice. Ke zjištění stanovených cílů bude použita metoda dotazování v rámci polostrukturovaného rozhovoru.

1 TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Terminologie autismus – pervazivní vývojová porucha

Podle Thorové (2016) je název pervazivní vývojové poruchy (dále jen „PVP“) také označení všepromikající poruchy, které záporně mění motorickou, emoční, volní, kognitivní, řečovou – celou osobnostní a psychosociální úroveň dítěte, což mu zabraňuje úspěšně se adaptovat ve společnosti. Thorová (2016) uvádí, že tento typ poruch patří k nejzávažnějším vrozeným poruchám dětského vývoje. Dítě má závažné problémy v oblasti komunikace, sociálního chování a v oblasti představitosti. Tyto problémové oblasti vymezila britská psychiatryně Lorna Wingová a nazvala je *triádou poškození* (Thorová, 2016). Ošlejšková (2008) uvádí autismus jako starší název pro skupinu závažných poruch vyvíjejícího se mozku, které jsou nyní označovány jako „pervazivní vývojové poruchy (PDD Pervasive Developmental Disorders) nebo autistické spektrum či kontinuum (ASD Autistic Spectrum Disorders)“. U většiny poruch autistického spektra je stanovení diagnózy reálné ve věku 36 měsíců s výjimkou Aspergerova syndromu, kdy je to v 72 měsících (Ošlejšková, 2008). Rozpoznání klinických příznaků poruchy je však mnohdy možné už do roku věku. Přesto jsou děti s autismem k diagnostice stále odesílány pozdě (Ošlejšková, 2008). Autorka dále zdůrazňuje, že včasné stanovení diagnózy je velmi důležité. Především je to vysvětlení a odpověď pro rodiče, kteří jsou bezradní, nejistí a plní obav, protože vnímají, že s dítětem není vše v pořádku, aniž by jeho stav dokázali pojmenovat. Navíc podle některých autorů může zahájení časných edukačních a behaviorálních terapií „jádrové“ symptomy autismu alespoň zmírnit a tím zlepšit kvalitu života pacienta a celé jeho rodiny (Ošlejšková, 2008). Autismus bývá často kombinován s jinými poruchami či handicapami psychického i fyzického rázu (mentální retardace, epilepsie, smyslové poruchy, geneticky podmíněné vady atd.). Autorka poukazuje, že u některých lidí se autismus projevuje pouze mírnými problémy (nemají rádi změny), u druhých pozorujeme např. agresivní chování. Také hyperaktivita, neschopnost soustředění nebo výrazná pasivita se často pojí s autismem (Ošlejšková, 2008).

Švarcová (2006, str. 151) uvádí diagnostická kritéria autismu:

A. Kvalitativní poškození v sociální interakci

1. Zřetelná neschopnost používat běžných forem vystupování, jako je pohled z očí do očí, mimika, gesta, pohyby těla k sociální interakci.

2. Selhávání při vytváření vztahů s vrstevníky.
3. Nedostatek spontánní snahy sdílet zájmy a poznatky s ostatními. Neschopnost sdílet radost, smutek a další pocity jiných lidí.
4. Nedostatek sociální a emocionální vzájemnosti: neschopnost aktivně se účastnit her, preferování samotářství, používání ostatních osob jako nástroje k manipulaci.

B. Kvalitativní poškození komunikace

1. Vývoj mluvené řeči je opožděn nebo zcela chybí. Chybějí i pokusy o alternativní komunikaci pomocí gest, mimiky apod.
2. Je-li řeč vyvinuta, chybí schopnost začít a udržet konverzaci.
3. Používání jazyka je stereotypní, repetitivně.
4. Chybí schopnost napodobit chování přiměřené věku.

C. Omezený a opakující se repertoár zájmů a aktivit

1. Přílišné zaujetí jednou nebo více stereotypními činnostmi, které jsou abnormální buď intenzitou nebo předmětem zájmu (řetězy, provázek, hřebík...).
2. Zjevné přilnutí ke specifické nefunkční rutině nebo rituálu.
3. Stereotypní a opakující se pohybové manýry – třepání rukama, prsty, kroucení prstů, kroužení.
4. Vytrvalé zaujetí detailními částmi jednotlivých předmětů (kolečky autíčka...) (Švarcová, 2006).

Thorová (2016) uvádí **skupiny pervazivních vývojových poruch podle**

MKN - 10:

1. Dětský autismus – F 84.0
2. Atypický autismus – F 84.1
3. Rettův syndrom – F 84.2
4. Aspergerův syndrom – F 84.5
5. Jiná desintegrační porucha v dětství – F 84.3
6. Hyperaktivní porucha s mentální retardací a stereotypními pohyby – F 84.4
7. Pervazivní vývojová porucha nespecifikovaná F 84.9.

1.2 Historický pohled a vývoj autismu

Podle Thorové (2016) v průběhu druhé světové války popsali autismus nezávisle na sobě dva lékaři. V roce 1943 americký psychiatr Leo Kanner publikoval v časopise *Nervous child* článek, ve kterém popisoval výsledky pozorování jedenácti pacientů. Kanner popisuje, že se u těchto pacientů objevily specifické zvláštnosti v chování a v komunikaci, které nebylo možné přiřadit k žádné dosud známé diagnóze. Kanner svůj článek nazval *Autistická porucha afektivního kontaktu*. Thorová (2016) uvádí, že Kanner popisoval děti s autismem jako extrémně osamělé a uzavřené ve svém vlastním světě. Schopler (1999) poukazuje na to, že některé z hlavních znaků, které Kanner identifikoval, potvrdil podrobný výzkum a jsou zahrnuty ve čtvrtém vydání Diagnostického a statistického manuálu (DSM IV) American Psychiatric Association (1994). Podle Schoplera (1999) je Kanner pokládán za prvního, kdo popsal autismus v psychiatrické literatuře.

Nezávisle na Kannerovi v roce 1944 vídeňský pediatr Hans Asperger popsal podobnou symptomatiku u skupiny svých pacientů a shrnul ji pod názvem autistická psychopatie (Čadilová a Žampachová, 2008). Hrdlička a Komárek (2014) uvádějí, že Asperger ve své práci vysvětluje, že základní porucha syndromu je tvořena omezením sociálních vztahů. U dětí byla patrná těžká porucha sociální interakce, těžká porucha komunikace, přestože řeč byla dobře vyvinuta. Inteligence těchto dětí byla v normálu či byla dokonce nadprůměrná.

Jak dále uvádí Čadilová a Žampachová (2008, s.17), na přelomu šedesátých a sedmdesátých let rostl zájem o problematiku autismu, který se stával předmětem řady odborných diskusí a studií přinášejících nové intervenční techniky. Autorky popisují, že do odborné diskuse se také aktivně zapojili rodiče, a tak vznikly i národní rodičovské organizace (první byla založena v Anglii – The National Society for Autistic Children, v roce 1962), zastupující zájmy lidí s autismem. Problematika autismu se posunula z roviny medicíny a psychologie k pedagogické intervenci. Vznikají vzdělávací instituce pro děti s autismem. Začala také vycházet řada odborných publikací a časopisů. Čadilová a Žampachová (2008) navíc uvádějí, že ve stejné době, ve Spojených státech amerických, proběhlo několik velkých výzkumných studií, které jasně ukázaly, že dosavadní přetrvávající psychodynamický model vzniku autismu je chybný. Autorky poukazují, že na autismus začalo být pohlíženo jako na vrozenou vývojovou poruchu, která negativně ovlivňuje porozumění, komunikaci a chování

jedinců s autismem. Rodiče již nebyli považováni za příčinu problému svých dětí, ale naopak se stali součástí týmu Erika Schoplera, Roberta Reichlera a dalších odborníků. Tento tým umožnil poměrně velkému počtu osob, a to jak profesionálům, tak laikům, efektivně pracovat s lidmi s autismem. V době, kdy byly děti s autismem vylučovány ze škol, vytvořil tento tým domácí výukový program, který byl uskutečňován rodiči v domácím prostředí pod vedením odborníků. Autorky podotýkají, že základem výukového programu byla metodika strukturovaného učení. Rodiče i odborníci zaznamenali při práci s dětmi v domácím prostředí dobré výsledky, které se projeví změnou chování dětí, lepší spoluprací i posunem ve vývoji. Z domácího prostředí se tento program přenesl i do prostředí vzdělávacích institucí, které tento tým společně s rodiči postupně budovaly. Schoplerův tým dal tak nový prostor pedagogickým odborníkům pro komplexní péči, zahrnující i výchovu a vzdělávání.

Čadilová a Žampachová (2008) dále poukazují na fakt, že v dalších letech docházelo k velkému rozvoji péče o osoby s autismem. Zájem o tuto problematiku stále rostl, jehož následkem bylo několik mezinárodních kongresů v různých zemích (Paříž, Hamburk, Haag, Oslo, Barcelona, Glasgow, Lisabon). V roce 2002 se uskutečnil ustavující kongres World Autism Organisation neboli Světové autistické organizace (WAO), která sdružuje národní organizace celého světa a snaží se o šíření informací týkajících se problematiky autismu, o vzájemnou komunikaci mezi odborníky a pořádá různé mezinárodní kongresy, na kterých je prezentován aktuální stav z pohledu odborné a i laické veřejnosti (Čadilová a Žampachová, 2008).

Usnesením, přijatým Valnou hromadou Organizace spojených národů, byl určen 2. duben jako Světový den autismu a současně bylo ustanoveno, aby byl každoročně připomínán v každém následujícím roce od roku 2008 (Čadilová a Žampachová, 2008). Škamlová (2011) doplňuje, že symbolem autismu je motiv puzzle, které má čtyři barvy: tmavomodrou, světle modrou, žlutou a červenou. Modrá barva je symbolem komunikace – jedné ze tří oblastí, které jsou pro osoby s PAS problematické a pro vzájemné porozumění zcela zásadní. Proto se stala modrá barva symbolem Světového dne autismu. Základní škola speciální v Domově Kopretina Černovice se účastní Světového dne autismu již pátým rokem. V letošním roce byl tento den zaměřen na boření bariér mezi dětmi s autismem a veřejností. Významem tohoto dne, letošního ročníku, bylo změnit všeobecné povědomí veřejnosti o autismu. Ukázky z tohoto dne je možné shlédnout na webových a facebookových stránkách školy

(<http://www.domovkopretina.cz>, <https://www.facebook.com/Základní-škola-speciální-a-Praktická-škola-Černovice>).

1.3 Autismus v České republice

Čadilová a Žampachová (2008) poukazují na povědomost autismu před rokem 1989, která byla v tehdejší Československu na velmi nízké úrovni. Výraznou osobností předrevolučního období byla česká psychiatrička Růžena Nesnídalová. V roce 1973 vyšla její kniha *Extrémní osamělost*, která přispěla k širší informovanosti rodičů dětí s autismem a laické i odborné veřejnosti. V této knize jsou uvedeny kazuistiky některých pacientů, se kterými se v průběhu své praxe setkala. Nesnídalová ve své knize uvádí, že při diagnostice se opírala o diagnostická kritéria Kannerova časného dětského autismu. Do roku 1989 se nikdo další, kromě Růženy Nesnídalové, této problematice nevěnoval (Čadilová a Žampachová, 2008). Autorky dále uvádějí, že po roce 1989 se situace v tehdejší Československu postupně měnila ve prospěch lidí s autismem. Již v roce 1990 vznikla sekce Sdružení na pomoc mentálně postiženým Autistik, jehož hlavní představitelkou byla Miroslava Jelínková. Autistik se v roce 1994 osamostatnil jako nezávislé občanské sdružení, které ve svých řadách sdružovalo především rodiče lidí s autismem a odborníky různého zaměření. Autistik se významně zasloužil o informovanost rodičovské i odborné veřejnosti, navázal kontakty s řadou významných světových odborníků a organizoval přednášky a praktické výcviky pro rodiče a odborníky (Čadilová a Žampachová, 2008). V roce 2000 založili Kateřina Thorová, Zuzana Žampachová a Martin Polenský Asociaci pomáhající lidem s autismem (APLA). Posláním této organizace je poskytovat lidem s autismem takovou podporu, aby mohli žít, pracovat a vzdělávat se v běžném prostředí. Prvořadým úkolem asociace se stala osvěta o problematice autismu, vzdělávání odborníků a rodičů. Z důvodu posunutí působnosti do jednotlivých regionů, vznikaly další regionální organizace (Čadilová a Žampachová, 2008).

1.4 Prevalence poruch autistického spektra

Zablotsky et al. (2015) uvádějí, že odhadovaná prevalence poruch autistického spektra podle údajů z roku 2014 je 2,24 %. Epidemiologické studie uvádějí 1-2 případy poruch autistického spektra na 100 osob (podle šířky diagnostických kritérií). Potencionálně tedy žije v České republice 100 000 - 200 000 osob s poruchou

autistického spektra, každý rok se narodí v České republice okolo 500 dětí s PAS. Miller (2016) poukazuje na to, že dle zveřejnění US Centers for Disease Control and Prevntion (dále jen CDC) z roku 2012, se prokázalo, na základě výzkumu z roku 2008 mezi osmiletými dětmi, že chlapci jsou rizikovější skupinou než děvčata. 1 z 54 chlapců trpí poruchou PAS. U dívek je tento poměr 1 z 252. Takže v USA jsou chlapci víc než čtyřiapůlkrát ohroženější autismem než dívky. V březnu 2013 zveřejnilo CDC výsledky nového průzkumu, podle kterého jedno dítě z 50 trpí některou formou PAS (Ki-muna, 2013).

1.5 Etiologie autismu a poruch autistického spektra

Jelínková (2008) uvádí, že v **současné** době je obtížné o etiologii autismu psát, neboť je stále nejasná. Samozřejmě existuje spousta tezí a pohledů, ale stále není úplně jasné, který je ten správný. Autorka konstatuje, že naše české prostředí je v této oblasti poněkud „strnulé“ a těžko přijímá nové názory plynoucí ze zahraničí. Jelínková (2008) dále uvádí, že za příčinu vzniku autismu byla v 60. letech považována nedostatečná péče matek, jejich chladnost, nedostatek motivace a celkový frustrující vliv rodiny. Tento názor je již ale překonán. Také se předpokládá, že určitou roli hrají **genetické faktory**. Odborníci soudí, že se dědí určitý typ kognitivní neschopnosti nebo sociálního deficitu, který ve spojení s dalšími faktory vede k rozvinutí symptomů autismu. Jde zatím pouze o dohady, protože dědičnost autismu a PAS nebyla dosud prokázána (Jelínková, 2008). Autorka ještě uvádí, že autismus je čtenější u mužů než u žen, a to v poměru 4:1.

1.6 Diagnostika autismu

Šporclová (2014) poukazuje na fakt, že přibývajícím počtem odborníků, kteří se věnují problematice autismu, zkvalitňuje se také diagnostika a věková hranice pro určení diagnózy se snižuje. Rok od roku přibývá dětí mladších tří let věku se stanovenou diagnózou a s tím spojenou potřebou následné péče. Základním cílem rané intervence je srozumitelnou formou seznámit rodiče s handicapem jejich dítěte, s účinnou formou pomoci a poskytnout rodině oporu v její nelehké situaci.

Pátá (2016) uvádí, že vzhledem ke komplikovanosti diagnostiky PAS, je důležité včasné odhalení této poruchy. Důvodem je fakt, že symptomologie poruchy se mění s časem a nejvíce typických autistických symptomů je u dítěte možné pozorovat v předškolním věku. V pozdějším věku u dětského autismu někdy dochází k vymizení nebo redukci typických autistických příznaků a objevení jiných příznaků méně typických, což může vést ke stanovení chybné diagnózy. Druhým faktem včasné diagnózy je zahájení rané intervence, již v předškolním věku, neboť díky včasnému odhalení této poruchy je možné zvolit adekvátní vzdělávací a terapeutický program pro dítě.

Podle Čevely a Zvoníkové (2012) při posuzování zdravotního stavu a funkčních schopností dětí platí, že se stav porovnává se stavem, schopnostmi a dovednostmi stejně starého dítěte bez zdravotního postižení. Nepřihlíží se tedy k potřebě péče, která vyplývá z věku a tomu odpovídajícího stupně biopsychosociálního vývoje. V případě mimořádné péče se pak porovnává rozsah, intenzita a náročnost péče, kterou je potřeba věnovat posuzované osobě se zdravotním postižením, s péčí, kterou je třeba věnovat zdravé osobě téhož věku (Čevela a Zvoníková, 2012).

Patrick (2011) ve své knize upozorňuje, že mnozí dospívající a dospělí s PAS uvádějí, že před tím, než jim odborníci diagnostikovali poruchu autistického spektra, měli stanovenou diagnózu *porucha pozornosti s hyperaktivitou (ADHD)*. Důvodem je fakt, že lidé s PAS (konkrétně s Aspergerovým syndromem) často mívají potíže s pozorností a organizací činností. Neschopnost soustředění brání tomuto člověku, aby se věnoval delší dobu jediné věci. Zvýšená pozornost někdy pak způsobí, že se lidé s Aspergerovým syndromem zabývají všemi podněty. Problémy s pozorností často doprovází zvýšená hyperaktivita a to může být pro okolí problematické. Thorová (2016) uvádí, že autismus je v podstatě behaviorálním syndromem, kdy je stanovena diagnóza na základě projevů chování bez ohledu na možnou příčinu vzniku. Diagnostický proces se odehrává nejprve v psychologickém a psychiatrickém vyšetření, které musí upřesnit, zda se skutečně jedná o poruchu autistického spektra. V další fázi se zjišťuje, zda je autistická porucha v souvislosti s jinou somatickou nemocí či (genetickou) anomálií. Moderní diagnostika dětského autismu je tedy mezioborová. Komplexní vyšetření umožňuje posouzení této poruchy z různých pohledů. Thorová (2016) také poukazuje, že děti s autismem mívají výsledky ve vývojových škálách či inteligenčních testech nesourodé. V některých oblastech selhávají, v jiných jsou úspěšnější. Hlubší potíže zaznamenáváme v oblasti komunikace, představitosti, sociálním porozumění

a emocionální empatii. Děti s autismem naopak mnohdy vynikají v abstraktně vizuálním myšlení, mívají dobrou mechanickou paměť.

Jak uvádí Krejčířová (2003) v České republice se k hodnocení míry dětského autismu nejčastěji používá posuzovací škála CARS (Childhood Autism Rating Scale), u které se dítě hodnotí celkem v patnácti oblastech. Patří sem vztahy k lidem, schopnost nápodoby, schopnost adaptace, úroveň neverbální i verbální komunikace, percepční potíže, hra a užívání předmětů, zvláštnosti v oblasti motoriky. Míra abnormality se hodnotí na čtyřstupňové škále. Škála může být užita na základě přímého pozorování, informací od rodičů či jiných anamnestických dokumentů. Škálou CARS je možné hodnotit již dvouleté děti a děti, které sice nemluví, ale dosáhly alespoň 18 měsíců mentálního věku (Krejčířová 2003).

Thorová (2007) uvádí **Diagnostická kritéria pro autistickou poruchu (autistic disorder, 299.0) dle DSM – IV**

Kategorie I

K diagnóze je zapotřebí minimálně šest níže uvedených symptomů z kategorie I, a to nejméně dva symptomy z odstavce A, nejméně jeden symptom z odstavce B a nejméně jeden symptom z odstavce C.

A. Kvalitativní narušení sociální interakce (nejméně dva symptomy)

1. Výrazně narušená schopnost přiměřeně užívat neverbální chování (oční kontakt, výraz obličeje, postoj těla a gesta) v různých sociálních situacích.
2. Neschopnost vytvářet vztahy s vrstevníky s přihlédnutím na dosaženou vývojovou úroveň.
3. Malá schopnost spontánně sdílet s ostatními radost a zájmy, mít potěšení ze společné činnosti (např. dítě neukazuje věci, které ho zajímají; nepřináší věci ostatním, aby se podívali apod.).
4. Nedostatečná schopnost sociální a emocionální empatie (neúčastní se jednoduchých sociálních hříček, preferuje činnost o samotě, ostatní lidi může využívat jako pomocníky nebo „mechanické“ pomůcky).

B. Kvalitativní narušení komunikace (nejméně jeden symptom)

1. Opožděný vývoj řeči nebo se řeč vůbec nevyvine (dítě se snaží nedostatek kompenzovat jiným alternativním způsobem komunikace jako jsou např. mimika a gesta).
2. U dětí, které mají vyvinutou řeč, je výrazně postižená schopnost iniciovat nebo udržet konverzaci s ostatními.
3. Stereotypní a opakující se používání řeči nebo idiosynkratický jazyk.
4. Chybí různorodá, spontánní, symbolická a sociálně napodobivá hra odpovídající vývojové úrovni.

C. Omezené, opakující se nebo stereotypní vzorce chování, zájmů nebo aktivit (nejméně jeden symptom)

1. Nápadně výrazné zaujetí jednou nebo více činnostmi, které je abnormální buď intenzitou nebo předmětem zájmu (např. meteorologie, statistika).
2. Zjevné ulpívání na specifických, nefunkčních rituálech a rutinní činnosti, odpor ke změnám (mladší děti mohou mít katastrofální reakce na drobné změny jako je změna záclon, nebo změna polohy jídelního stolu, vyžadování stejné cesty).
3. Stereotypní a opakující se motorické manýrování (třepání či krouživé pohyby rukama a prsty nebo komplexní specifické pohyby celým tělem).
4. Nepřiměřeně dlouho trvající zaujetí částmi předmětů (knoflíky, části těla)

Kategorie II

Opožděný vývoj či abnormální chování alespoň jedné z následujících kategorií se projeví před třetím rokem věku dítěte.

- a) sociální interakce
- b) jazyk ve vztahu k sociální komunikaci
- c) symbolická a fantazijní hra

Kategorie III

Diagnostická kritéria dětské dezintegrační poruchy, Rettova syndromu či Aspergerova syndromu lépe nevyhovují

Nespecifické rysy

- a) nerovnoměrný profil kognitivních schopností (např. hyperlexie)

- b) problémy s užíváním jazyka a jeho gramatickou strukturou, užívání 3. osoby singuláru namísto 1. osoby („já“), mnoho dětí s vysocefunkčním autismem má úroveň receptivního jazyka na nižší úrovni než expresivního.
- c) upřednostňování periferního zrakového vnímání (koutkem oka) před přímým pohledem
- d) snížená schopnost imitace pohybů, nachýlená chůze či chůze po špičkách, tleskání, luskání prsty
- e) fascinace pohybem (roztáčení hraček, otvírání a zavírání dveří, fén či jiné otáčející se předměty)
- f) neobvyklé reakce na smyslové podněty (hypersenzitivita na zvuky, světla nebo doteky, nepřiměřená reakce na vůně a pachy)
- g) nepřiměřené emociální reakce (bezdůvodný pláč nebo smích, střídání nálad, afekty, úzkost, absence strachu v nebezpečných situacích)
- h) problémy s chováním (dyskoncentrace, agresivita, sebezraňování, impulzivita, záchvaty vzteku)
- i) problémy se spánkem, jídlem (Thorová, 2007).

Thorová (2007) ve svém článku uvedla několik mýtu týkající se lidí s autismem. Autorka uvádí, že ne vždy platí, že **děti s autismem se nemazlí a nejsou kontaktní**. Většina dětí s autismem má fyzický kontakt ráda a svým rodičům tak vyjadřuje pozitivní city (přijdou na klín, obejmou, dají pusinku, vyjádří bližší vztah, projeví radost ze shledání nebo pocítují separační úzkost). Nebo, že **lidé s autismem nenavazují přátelství**. Lidé s autismem o přátelství často stojí, ale nevědí, jak přátelství navázat a jak ho udržet. Často se o kontakt snaží velmi neobratným způsobem, což bývá u veřejnosti nepochopeno. Jejich odlišné zájmy a jiný způsob komunikace je staví mimo kolektiv. Také uvádí, že **lidé s autismem nemohou navazovat oční kontakt**. Mnozí dospívající či dospělí s autismem uvádí, že se oční kontakt naučili používat, ale není pro ně přirozený (Thorová 2007).

Léčba autismu jak uvádí Bartoňová et al. (2007) není možná. Autorka označuje autismus za celoživotní neurovývojové postižení, proto k úplnému vyléčení autismu nedochází. Na druhé straně uvádí, že speciální výchova mírní problematiku chování (agresivitu, sebezraňování, záchvaty vzteku) a zdůrazňuje, že byl zaznamenán nárůst IQ, zvýšení adaptability a samostatnosti. Dříve docházelo k situacím, kdy se lidé s autismem ocitali na psychiatrických odděleních s vysokými dávkami psychofarmak,

a to z důvodu, že k nim nebyl použit speciální přístup založený na znalosti dané problematiky. Někdy byly děti s PAS vylučovány ze škol, do kterých však úroveň svého intelektu patřily. Dnes se situace díky povědomí odborné i širší veřejnosti o tomto problému výrazně zlepšila. Autoři uvádějí, že obecným a úspěšným způsobem, jak pomoci dětem s autismem, je speciální pedagogická péče s využitím metodiky kognitivně behaviorální terapie. Pokud dítěti svým speciálním přístupem umožníme porozumět světu, který ho díky jeho handicapu chaoticky obklopuje, je stoprocentní šance, že u dítěte dojde ke zlepšení. Speciálně vyškolení pedagogové užívají nejčastěji metodiku *Strukturovaného učení*, která za nejdůležitější považuje nácvik funkční komunikace a individuální přístup v psychoedukaci. Vizualizace, individualizace a strukturalizace jsou základními metodickými pilíři přístupu k lidem s autismem (Bartoňová et al. 2007).

1.7 Dětský autismus (F 84.0)

Thorová (2016) označuje dětský autismus jako jádro poruch autistického spektra. Stupeň závažnosti poruchy bývá různý, od mírné formy (málo mírných symptomů) až po těžkou (velké množství závažných symptomů). Pro stanovení diagnózy se problémy musí projevit v každé části diagnostické triády. Hrdlička a Komárek (2014) uvádějí, že většina autorů se shoduje, že už v kojeneckém věku se objevuje vyhýbání se očnímu kontaktu a nezájem o lidské tváře. Děti nevytvářejí typickou vazbu k matce. Později se u nich vyvíjí typický vzorec kvalitativního narušení sociální interakce, kdy děti nevyžadují přítomnost ani pomoc druhých lidí. Také se objevuje slabá nebo žádná odpověď na emoce okolí. Vážně přizpůsobení chování sociální situaci, nápadné je také špatné používání sociálních signálů a slabá integrace sociálního, emočního a komunikačního chování (Hrdlička a Komárek 2014). Krejčířová (2003) uvádí, že pravidlem je i značná emoční labilita dostavující se bez zjevného vnějšího podnětu a poruchy spánku. Jelínková (2008) uvádí, že u třetiny postižených se vyskytuje epilepsie. Porucha navíc bývá doprovázena mírným až těžkým stupněm mentální retardace, což může způsobit obtíže při stanovování diagnózy. Hrdlička a Komárek (2014) zdůrazňují, že v praxi je důležité dělení Dětského autismu (DA) na **vysoce funkční, středně funkční a nízko funkční**. **Vysoce funkční** autismus (high functioning autism - HFA), označuje jedince bez přítomnosti mentální retardace (tedy s IQ minimálně 70) a s existencí komunikativní řeči. Poměr HFA ve skupině DA se

udává v rozmezí 11-34%. **Sředně funkční autismus** zahrnuje jedince s lehkou nebo středně těžkou mentální retardací (MR), kde je již více patrné narušení komunikativní řeči a v klinickém obraze 16 přibývá stereotypií. **Nízko funkční autismus** je popisován nejvíce u mentálně retardovaných dětí (těžká a hluboká MR), které nemají rozvinutou použitelnou řeč, velmi málo navazují jakýkoli kontakt a u kterých převládají stereotypní, opakující se příznaky (Hrdlička a Komárek 2014).

2 KOMPLEXNÍ PÉČE O OSOBY S AUTISMEM

2.1 Komplexní péče

Komplexní péče o tyto osoby je zahrnuta v oblasti *sociální, zdravotní, rehabilitační, výchovné a vzdělávací*. Tato péče je poskytována v ústavním i mimoústavním zařízení. Ústavní i mimoústavní péče měla v průběhu vývoje společnosti nejrůznější podoby. Mühlpachr (2001) uvádí, že většina dnešních ústavních zařízení vznikla v poválečné době, kdy byl vytvořen systém, který jednoznačně stanovil kritéria k zařazení jedince do ústavu zdravotního, sociálního či výchovného charakteru. Matoušek (1999) poukazuje, že i přes rozvolnění tradic v ústavní péči dochází k tzv. skryté izolaci, kdy dotyční žijí v komunitě stejně „postižených“ osob. Podle Matouška (1999) vedl tento trend, v minulosti, ke koncipování ústavní péče jako ochrany klientů před nároky vnějšího světa, kam ale paradoxně byla zahrnuta i klientova rodina.

V Čechách byly postupně zakládány ústavy sociální péče v opuštěných zámeckých objektech a budovách mimo veřejnost. Klienti zde byli rozděleni podle věku a pohlaví. Staraly se o ně řádové a zdravotní sestry a lékaři. Péče v zařízení byla především ošetrovatelská a sociální. Do ústavů sociální péče byli umísťováni lidé s různým druhem postižení. Jen zřídka se stávalo, že se o osobu s postižením starala rodina. Krahulcová (2002) uvádí, že ústavy byly v minulosti vždy plně obsazeny, někdy i přeplněny. Tato skutečnost přispěla k tomu, že nově vybudované ústavy sociální péče se stávaly velkokapacitními. Koncem 19. a začátek 20. století dochází ke změně. Ústavy původně sloužící k vylučování lidí ze společnosti se orientují na potřeby klientů. Pipeková (2006) se pozastavuje nad faktem, že celková situace v institucionální péči se mění až po roce 1989, kdy se mění celá společnost. Cílem bylo transformovat velké ústavy sociální péče, zlepšit jejich materiální vybavení, zaměřit se na komplexní péči o klienty, rozvíjet jejich zájmy, zdokonalovat dovednosti a vést je k soběstačnosti.

Pipeková (2006) také poukazuje na to, že v souvislosti s institucionální péčí se v posledních letech hovořilo o **normalizaci, integraci a humanizaci**. Autorka uvádí, že současné poslání i cíle domovů, organizací, sdružení atd. se zaměřují na kvalitu komplexní péče o klienty z hlediska jejich individuálních schopností, dovedností, potřeb a zájmů. Autorka se pozastavuje nad skutečností, že úkolem a současně i cílem je vytvoření a zajištění optimálních podmínek pro zařazení klientů do běžného života ve společnosti, ke které bezesporu náleží. Důraz je především kladen na to, aby zde byla zachována klientova důstojnost a mohl tak každý prožít plnohodnotný život (Pipeková, 2006). Čámský et al. (2011) se zamýšlí nad současným stavem sociálních služeb. Uvádí, že existuje více podob zařízení, ve kterých je, osobám s autismem, poskytována sociální péče. Významným mezníkem v modernizaci rychle se rozvíjejícího sektoru sociálních služeb je **Zákon o sociálních službách č.108/2006 Sb.** Zákon poprvé říká, jak by měly sociální služby vypadat. O přijetí zákona o sociálních službách se usilovalo od počátku 90. let, schválen byl až v březnu 2006 s platností od 1.1.2007. Zákon o sociálních službách se stal realitou a každodenní součástí života lidí, kteří jsou závislí na sociálních službách, nebo sociální služby poskytují. Čámský et al. (2011) poukazuje, že tento zákon přinesl zásadní změnu v systému sociální péče. Upustil od dosavadní praxe paternalisticko-direktivního modelu a vytvořil prostředí pro rozvoj vztahů mezi poskytovateli sociálních služeb a jejich uživateli, založený na rovnoprávnosti, dobrovolnosti a individuálním přístupu. Důraz byl kladen na úsilí nevyčleňovat adresáty sociálních služeb z přirozeného prostředí a ze společnosti, s cílem mobilizovat uživatele sociálních služeb k převzetí spoluodpovědnosti na řešení jejich nepříznivé sociální situace a závislosti na pomoci druhých (Čámský et al., 2011).

Dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách je sociální službou činnost nebo soubor činností, kterými se zajišťuje pomoc osobám v nepříznivé sociální situaci. Rozsah a forma pomoci musí zachovávat *lidskou důstojnost*, musí působit na osoby *aktivně a motivovat je* k činnostem, které nezhoršují jejich nepříznivou sociální situaci.

Podle Kozlové (2005) je možné rozdělit sociální služby z několika hledisek. Nejčastěji používaná hlediska jsou: *povaha činnosti, délka trvání a místo poskytování služby*. Kozlová (2005) uvádí rozdělení služeb podle charakteru činnosti na *sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence*. Podle místa poskytování sociálních služeb uvádí autorka dělení na sociální služby *ambulantní, terénní a pobytové*.

Autorka vysvětluje toto dělení následujícím způsobem:

1) Za *ambulantními* službami člověk dochází nebo je doprovázen do zařízení sociálních služeb jako jsou např. poradny, denní stacionáře, sociálně terapeutické dílny. Součástí těchto služeb není ubytování.

2) *Pobytovými službami* se rozumí služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb, tzn., že jsou poskytovány v zařízeních, kde člověk v určitém období svého života celodenně, respektive celoročně žije.

3) *Terénní služby* jsou poskytovány v prostředí, kde člověk žije, tj. především v domácnosti, v místě, kde pracuje, vzdělává se nebo tráví volný čas. Jedná se například o pečovatelskou službu nebo osobní asistenci.

Posledním hlediskem členění služeb je délka trvání, podle které jsou sociální služby děleny na *dlouhodobé, střednědobé a krátkodobé* (Kozlová, 2005).

Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., vymezuje základní činnosti při poskytování sociálních služeb:

- a) pomoc při zvládnání běžných úkonů o vlastní osobu,
- b) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- c) pomoc při zajištění chodu domácnosti,
- d) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,
- e) poskytnutí ubytování, popřípadě přenocování,
- f) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- g) sociální poradenství,
- h) telefonická krizová pomoc,
- i) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- j) sociálně terapeutické činnosti,
- k) pomoci při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí,
- l) nácvik dovedností pro zvládnání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění,
- m) podpora vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností.

2.2 Sociální práce

Gulová (2011, str. 14) uvádí ve své knize, že „*Sociální práce je to, co dělají sociální pracovníci, ... (nebo to, co prostě jiní – zdravotníci, učitelé, rodiče...nedělají).*“

Gulová (2011) poukazuje, že sociální práce vychází z altruismu a její podstatou bylo pomáhat a angažovat se pro potřebné. Sociální práce měla různé podoby a její vývoj probíhal v různých částech světa celá staletí. Jednotlivci, skupiny i celé komunity ji udržovali a prohlubovali v řadě oblastí až k současnosti (Gulová, 2011, str.14). Dále autorka uvádí, že sociální práce je z pohledu teorie uznávána jako vědecky fundovaná odborná disciplína, která prostřednictvím metod sociální práce zajišťuje na profesionální úrovni péči o potřebné. Sociální práce vstupuje do života v nejrůznější podobě, buď jako služby, nebo aktivity, které mají pomoci klientovi tak, aby si **dokázal pomoci sám**. Cílem sociální práce dle Gulové (2011) je především reflexe, zmírňování a následně řešení sociálních problémů společnosti.

Gulová (2011) dále poukazuje, že sociální práce by měla jednotlivcům a sociálním systémům pomáhat zlepšovat jejich fungování v situacích, které není schopen řešit sám. Důležitým prvkem, o který se sociální práce opírá je solidarita, do které se výrazně promítá i dobrovolnictví. Gulová (2011) uvádí, že cílové skupiny sociální práce vymezuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který vytváří základní rámec pro působnost sociální práce. S nástupem humanizace metod sociální práce se mění postoj sociálního pracovníka vůči klientům, skupinám a komunitám. Původní autoritativní přístup, kdy druh, způsob a prostředky pomoci byly klientovi nepřímou vnuceny, se postupně mění v samostatné rozhodování klienta pod vedením sociálního pracovníka na základě rovnocenného partnerského vztahu (Gulová, 2011, str. 19).

Matoušek a kol. (2013) považují za důležité, v sociální práci, hodnoty, které sdílejí sociální pracovníci jako profesní skupina. Tyto hodnoty najdeme v podtextu všech etických teorií. Určují povahu sociální práce i povahu vztahu mezi sociálním pracovníkem a klientem, kolegy i širší společností. Autor se také zamýšlí nad skutečností, že hodnoty ovlivňují, jakou metodu práce sociální pracovník použije, a jsou zároveň klíčové při řešení etických dilemat. Hodnoty také ovlivňují principy práce s klienty. Matoušek (2013) ve své knize uvádí autora Reamera, který v roce 1995 identifikoval šest hodnotových směrů v sociální práci.

Jedná se o tyto orientace:

- a) **paternalistická orientace,**
- b) **orientace na sociální spravedlnost,**
- c) **náboženská orientace,**
- d) **klinická orientace,**
- e) **defenzivní orientace,**
- f) **morálněneutrální orientace** (Matoušek, 2013).

2.3 Sociální pracovník

V České republice je sociální pracovník vymezen v § 109 odst. 1 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.: „*Sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytující služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace, zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb.*“ Předpokladem pro výkon tohoto povolání je, dle zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb., svéprávnost, bezúhonnost, zdravotní a odborná způsobilost.

Gulová (2011) v této souvislosti poukazuje, že prostřednictvím sociálních služeb jsou profesionální sociální pracovníci zaměstnáváni sociálními subjekty, aby realizovali jejich sociální cíle a programy. Gulová dále uvádí, že dobře připravení sociální pracovníci, odborníci v oboru profesionalizují tyto služby. Jankovský (2003) ještě doplňuje, že sociální pracovník se řídí etickým kodexem a měl by rozvíjet a zlepšovat sociální politiku.

Řezníček (1994) popisuje řadu rolí sociálního pracovníka, které se vzájemně prolínají:

- a) **pečovatel nebo poskytovatel sociálních služeb** napomáhá klientům v jejich každodenním životě tam, kde kvůli postižení, slabosti nebo onemocnění nejsou schopni sami zvládat důležité činnosti,
- b) **zprostředkovatel služeb** napomáhá získat klientům kontakt na potřebná sociální zařízení, sociální pracovník dále zastává funkci situačního diagnostika,

informátora klienta, odhadce dostupných zdrojů pomoci a je obhájcem klientových potřeb,

- c) **cvičitel (učitel) sociální adaptace** pomáhá klientovi pozměnit chování tak, aby mohl účinněji řešit své problémy,
- d) **poradce nebo terapeut** pomáhá klientovi získat náhled na jeho postoje, pocity a způsoby jednání,
- e) **případový manažer** je role zajišťující koordinaci, vhodný výběr a kontinuální poskytování služeb,
- f) **manažer pracovní náplně** v zařízení plánuje načasování a dávkování intervence a sleduje kvalitu poskytovaných služeb,
- g) **personální manažer** zajišťuje výcvik a výuku, supervize, konzultace a řízení pracovníků v zařízení,
- h) **administrátor** je vedoucí pracovník nebo ředitel zařízení, který má na starosti zařízení, rozvoj a zavedení způsobů práce, služeb a programů,
- i) v poslední řadě může sociální pracovník být **činitelem sociálních změn** a v rámci této funkce přebírá kompetence analytika sociálních problémů, mobilizátora vůle komunity, skupinového advokáta a povzbuzovatele sociální iniciativy (Řezníček, 1994).

Dle Gulové (2011) vykonává sociální pracovník profesi na nejrůznějších úrovních sociální práce. Autorka uvádí možné uplatnění vzestupně:

- a) sociálně-správní činnosti,
- b) sociálně-právní poradenství,
- c) sociální diagnostika,
- d) sociální prevence a ochrana,
- e) sociální intervence,
- f) sociální koncepce,
- g) supervize,
- h) sociální management,
- i) výzkum v sociální práci,
- j) vědecká činnosti – rozvoj teorie a metodologie,
- k) vzdělávání a další vzdělávání sociálních pracovníků.

Matoušek a kol. (2013) uvádí předpoklady, na nichž je sociální práce založena. Jedná se o **úctu (respekt) ke klientovi, přesvědčení o sociální povaze lidí**, kdy člověk

je jedinečnou bytostí, ovšem jde o vzájemnost lidí ve společnosti a **víra** v to, že každý jedinec je schopen změny, růstu a sebezdokonalení. Gulová (2011) uvádí Asociaci vzdělavatelů v sociální práci, která vytvořila v letech 1993 až 1999 minimální vzdělávání v sociální práci. Tento standard předpokládá vzdělávání pracovníka v těchto oblastech:

- a) filozofie a etika,
- b) teorie a metody sociální práce,
- c) sociální politika,
- d) praxe v terénu,
- e) metody a techniky sociálního výzkumu,
- f) úvod do právní teorie a praxe,
- g) sociální patologie,
- h) problémy etnických a menšinových skupin,
- i) zdraví a nemoc (Gulová, 2011).

Požadavky na kvalifikaci sociálního pracovníka vymezuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

2.3.1 Vzdělání sociálního pracovníka

Vzdělání sociálního pracovníka podléhá podmínkám zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Předpokladem pro výkon profese sociálního pracovníka je bezúhonnost, svéprávnost, zdravotní způsobilost a vzdělání. Zákon přímo uvádí, že formy vzdělání, které jsou brány jako adekvátní odborná způsobilost, jsou: a) **vyšší odborné vzdělání** získané absolvováním vzdělávacího programu v oborech zaměřených na sociální práci, sociální pedagogiku, sociální a humanitární práci, sociálně právní činnost a charitní a sociální činnost, b) **vysokoškolské vzdělání** získané studiem v bakalářském, magisterském či doktorském studijním programu zaměřeném na sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální péči, sociální patologii, právo nebo speciální pedagogiku, c) **absolvování akreditovaných vzdělávacích kurzů** ve výše uvedených oblastech v celkovém rozsahu nejméně 200 hodin a praxe při výkonu povolání sociálního pracovníka v trvání nejméně 5 let, za podmínky ukončeného vysokoškolského vzdělání, které není z oborů uvedených v bodě b) a praxe při výkonu povolání sociálního pracovníka v trvání nejméně 10 let, za podmínky středního vzdělání s maturitou v oboru sociálně právním (Zákon č.108/2006 Sb., §110).

2.3.2 *Etický kodex sociálního pracovníka*

Dle Jankovského (2003) etika sociální práce bezpochyby zahrnuje všechny kladné, humanistické hodnoty, které se vyvíjely během staletí lidského soužití. Je souborem norem, požadavků a pravidel chování, jak se postupně vytvářely od vzniku povolání sociálního pracovníka a jak se měnil postoj celé společnosti k člověku. Jankovský (2003) dále uvádí, že sociální pracovníci vyházejí z obecně uznávaných pravidel a norem té které společnosti. Eticky posuzují skutečné či zamyšlené činy a jednání svých klientů a zvažují jejich důsledky. Přitom musí respektovat etické principy, které jsou vlastní tomuto povolání. Podle Gulové (2011) etický kodex sociálních pracovníků v ČR předpokládá etické zásady, etické chování ke klientovi, k zaměstnavateli, ke kolegům, k povolání, k odbornosti, ke společnosti. Matoušek a kol. (2013) uvádí, že etické kodexy sociálních pracovníků vydávají profesní asociace. V ČR vznikla Společnost sociálních pracovníků v roce 1990 a etický kodex vydala v roce 1995. Obecně se etické kodexy věnují následujícím tématům: respektování jedinečné hodnoty a důstojnosti každé lidské bytosti, podpoře sebeurčení klienta a podpoře sociální spravedlnosti a profesní integrity.

Gulová (2011) uvádí devět zásad sociální práce obsažených v etickém kodexu sociálního pracovníka:

- a) **nezávislost,**
- b) **osvobození od represe a podřadných životních podmínek,**
- c) **protidiskriminační přístup,**
- d) **demokracie a lidská práva,**
- e) **spoluúčast klientů,**
- f) **ochrana integrity klientů,**
- g) **sebeurčení,**
- h) **odpor proti násilí,**
- i) **osobní zodpovědnost.**

Zásady jdou krok za krokem směrem od sociálního pracovníka ke klientovi (Gulová, 2011).

2.4 Multidisciplinární tým

Multidisciplinární tým je obecně definován jako kolektiv vzájemně spolupracujících odborníků, kteří působí v různých oborech (Mental Health Commission, 2006). Každý multidisciplinární tým v oblasti sociálních služeb předně vyžaduje odborníky z oblasti medicíny, psychologie a sociální práce (Mental Health Commission, 2006). Kodymová (2015) uvádí, že využití multidisciplinárních týmů je v sociální práci cenné při dosahování pozitivních výsledků intervencí, zejména ve prospěch klientů v obtížných nebo složitých situacích, jejichž řešení je odkázáno na působnost více resortů či institucí. Luksová a Tajanovská (2015) seznamují veřejnost ve svém článku časopisu Sociální služby, o zřizování takzvaných etických komisí coby poradní orgány podílející se na hledání optimálního řešení vzniklého etického problému v sociální službě. Poskytovatelé sociálních služeb zřizují tuto komisi jako nedílnou součást managementu kvality poskytované služby, a to nejen v pobytových, ale i ambulantních či terénních službách. Tento poradní orgán má přispět k profesionální a etické citlivosti při řešení každodenních situací a problémů v sociální službě. Prezident Asociace poskytovatelů ČR Jiří Horecký uvedl, že členy etické komise jsou vždy ze dvou třetin zaměstnanci poskytovatele tvořící multidisciplinární tým a zbylou třetinu doplňují externí odborníci nebo osoby nezávislé na poskytovateli sociální služby. Mohou jimi být například praktický lékař, psycholog, psychiatr, terapeut, dobrovolník, právník, zástupce zřizovatele nebo obce. Právě tyto osoby mají přinést na řešený problém již zmiňovaný pohled zvenčí, který není ovlivněn běžnými zvyklostmi a přístupy v poskytované sociální službě či osobními vztahy ke klientovi. Etická komise tedy napomáhá řešit situace, ve kterých si nejsou multidisciplinární týmy poskytovatele v navrhovaných řešeních jisty (Luksová a Tajanovská, 2015).

Matoušek (2005) uvádí za základní princip sociální práce týmovou spolupráci, ve které se nejedná o hierarchický systém, protože zástupci jednotlivých profesí vnášejí do týmu své specifické dovednosti a nové možnosti řešení problémů uživatele.

V multidisciplinárním prostředí se stírají rozdíly mezi jednotlivými členy, avšak každý člen si udržuje svou vlastní profesní identitu a jeden ze specialistů, kterého můžeme označit jako vedoucí pracovník, většinou tým koordinuje (Brown et al., 2000).

Jankovský (2003) uvádí, že multidisciplinární tým by měl nahlížet na uživatele holisticky, kdy v rámci jednoho přístupu jsou všichni odborníci postaveni do

rovnocenného vztahu. Autor zařazuje do multidisciplinárního týmu tyto odborníky - psycholog, odborní lékaři, fyzioterapeut, ergoterapeut a sociální pracovník.

2.5 Metody, přístupy a techniky užívané u osob s autismem

2.5.1 Psychoterapeutické přístupy

Léčbych (2012) uvádí, že s rostoucími snahami o integraci osob s mentální retardací do společnosti se také postupně začal proměňovat jejich společenský obraz. Začaly se objevovat příklady dobré praxe, při které byly integrační snahy vhodně a citlivě realizovány. Ukázalo se, že i osoby s mentální retardací jsou schopny naučit se řadu věcí, dále se vyvíjet, dosahovat poměrně uspokojivé úrovně samostatnosti. Léčbych (2012) popisuje několik přístupů, které jsou orientovány na osoby s mentální retardací.

A. Individuální a skupinová sociálně-terapeutická práce

Podle Matouška a kol. (2005) se *individuální práce* s lidmi s mentálním postižením do jisté míry překrývá s asistencí. Individuální práce směřuje k tomu, aby si klient osvojil specifické dovednosti. Součástí této terapie je vytvoření individuálního plánu, který obsahuje popis současné situace čili toho, co uživatel už umí. V plánu se popíše dlouhodobý cíl, k němuž bude terapie směřovat. Další část plánu je tvořena menšími cíli, které představují postupné kroky, podle nichž se bude postupovat.

Jiná sforem terapeutické práce je pravidelné setkávání skupin lidí.

Docházka do skupiny má dva významné aspekty:

- a) za prvé se klienti s pomocí pracovníka učí komunikovat ve skupině tzn. vnímat a respektovat ostatní, vyslechnout si něčí názor, projevit vlastní názor atd.,
- b) druhou úroveň tvoří sama práce skupiny, která se zaměřuje na oblasti, které jednotlivým uživatelům dělají obtíže.

B. Pracovní a umělecké terapie

Matoušek a kol. (2005) uvádí, že *pracovní terapie* se zaměřuje na rozvoj člověka s mentálním postižením pomocí pracovní činnosti. Spočívá především v provádění pracovních úkonů, v nichž se uživatelé postupně zlepšují. Důraz bývá kladen na odpovědnost a určitý řád. Jedním z cílů pracovní terapie je získání pracovních návyků.

Tato metoda se používá v některých chráněných dílnách, denních a týdenních stacionářích, ústavech sociální péče.

Matoušek a kol. (2008) dále uvádí *taneční, hudební a výtvarnou terapii*, která se spíše využívá jako doplňkové aktivity v rámci komplexu jiných sociálních služeb. Jejich cílem je podpora osobnostního rozvoje a relaxace lidí s mentálním postižením. Terapeuti usilují o nalezení výrazových prostředků, které by uživatelům mohly usnadnit komunikaci. Tuto terapii můžeme chápat i jako formu setkávání lidí, neboť se často uskutečňuje ve skupině lidí.

C. Adaptace rogeriánského přístupu – preterapie

Lečbych (2012) uvádí metodu *preterapie*, která se zabývá právě postupem navazování kontaktu s osobami s autismem. Techniky preterapie vycházejí z postřehu, že jedinci mimo kontaktovou úroveň vnímají svět kolem sebe velmi konkrétně. Tato metoda tudíž usiluje o to, aby se terapeut přizpůsobil konkrétnímu vnímání svých klientů a dokázal jim poskytovat konkrétní reflexe. Reflexe je popis stavu nebo situace klienta, který vychází z jeho pozorování (jeho postoje, chování, výrazu tváře...). Podstatou je jejich opakování, neboť je základem prvotní komunikace mezi pečující osobou a dítětem. Aplikace reflexí by měla být citlivá, empatická, přímé napodobování chování je přípustné tam, kde nevyvolává dojem posměchu nebo trapnosti na straně klienta. Lečbych (2012) uvádí, že samotná *rogeriánská psychoterapie* je založená na úctě a laskavém přístupu ke každé lidské bytosti. Mezi základní stavební kameny rogeriánského přístupu patří opravdovost terapeuta, při které terapeut vystupuje jako autentická osoba, odkládá interpersonální masky a může tak vytvářet vzor autentického chování, bezvýhradné přijetí pacienta (akceptace), při kterém dává terapeut najevo svůj zájem o druhého. Terapeut zaujímá nehodnotící postoj a poskytuje kladné ocenění a empatie.

D. Terapie hrou

Podle Lečbycha (2012) lze teorii hrou vymezit jako takové způsoby terapeutické práce s klienty (dětmi), při nichž je využíváno herních prostředků za účelem pomoci jim změnit jejich chování, myšlení, emoce a další předpoklady společensky i individuálně přijatelným směrem. U terapie hrou prováděné s dětmi s mentálním postižením obecně platí nutnost počítat zejména s jistými omezujícími specifiky jejich motivace ke hře. Tato specifika se mohou odvíjet jak od primárních deficitů v psychomotorice, tak také

od negativních vlivů prostředí. Naopak je třeba počítat s tím, že vhodné sociální prostředí a přiměřeně aktivizující výchovné podmínky mohou tyto možné motivační nedostatky do jisté míry eliminovat.

E. Muzikoterapie

Thorová (2016) uvádí, že tato terapie počítá s faktem, že hudba usnadňuje projevy emocí, otevírá komunikační kanály, usnadňuje sociální interakci a umožňuje relaxaci. Důležitou roli hraje vztah terapeuta a dítěte. Muzikoterapie v širším slova smyslu bývá součástí školního vzdělávání v řadě speciálních škol. Může se stát, že některým dětem s PAS může hudba vadit, nicméně většina z nich má hudbu a určité zvuky velmi ráda. U této skupiny dětí se muzikoterapie jeví jako velmi efektivní podpůrná metoda rozvoje.

F. Zooterapie

Lidé s PAS reagují na různá zvířata značně nekonzistentně. U této terapie se setkáváme s váhovým kontaktem, který může přerůst ve vřelé přijetí a radost z aktivity, ale i s fobickými stavy, které kontakt znemožňují (Thorová, 2016). Odendaal (2007) upozorňuje, že je důležité, aby proběhl před touto terapií vhodný výběr zvířete. Galajdová (1999) popisuje, že pro mladé lidi s autismem může být, kontakt se zvířetem, úlevou. Zvíře, podle Galajdové komunikuje jednoznačně a jednoduše jim, srozumitelně. Velice oblíbenou a rozšířenou formou zooterapie je canisterapie, kterou Thorová (2016) uvádí jako interaktivní metodu, která využívá kladného vztahu dítěte ke psům a jeho zájmu o interakci se zvířetem. Setkání se účastní vyškolený psovod, dítě a pedagog. Galajdová (1999) uvádí, že Grandinová autistka s Aspergerovým syndromem říká, že když je se zvířaty, nemusí je poznávat a zkoumat, neboť ví, co cítí. Pes totiž lidem s autismem poskytuje potřebnou lásku a něhu, když jí potřebují. Děti s autismem vyhledávají zvířata jako společníky, důvěrníky a zdroj útěchy. Dítě se učí pod vedením pedagoga nejrůznějšími dovednostem. Hasilová (2017) poukazuje ve svém článku na to, že hromadná canisterapie v prostorách zařízení, v tělocvičně, škole apod. je ideální příležitostí ke hrám a soutěžím. Každá fyzická aktivita, každé rozhýbání dětí je pozitivní. Jak uvádí, pes je báječná motivace k tomu, aby se hýbali tak nějak „mimoděk“ – bez pocitu, že musí.

G. Relaxace

Thorová (2016) poukazuje na to, že nervový systém dítěte s PAS je nesmírně křehký a velmi snadno podlehne přetížení. Naučit se relaxovat je pro děti s autismem nesmírně důležité. Relaxace redukuje úzkost a tenzi. Zvyšuje schopnost dítěte odolávat frustraci, a tudíž i přijímat nové informace. Odpočinek a relaxace by se měly stát pevným bodem domácího i školního programu. Autorka v knize uvádí několik forem relaxace:

- a) zraková,
- b) doteková (masáže, koupele, zábaly),
- c) čichová (aromaterapie),
- d) sluchová (poslech hudby, meditační zvuky),
- e) vestibulo-kochleární (houpačky, závěsné sítě),
- f) fyzický pohyb (trampolína, skákání na míči, procházky),
- g) „senzorická dieta“ (možnost poležet nebo věnovat se oblíbené činnosti v naprostém klidu bez vyrušování) Thorová (2016).

H. Arteterapie

Arteterapeutický program je pro některé děti s autismem velmi přínosnou součástí výchovy a vzdělávání, podporuje rozvoj řady mentálních funkcí. Jedná se o proces tvoření, který umožňuje sebevyjádření, navozuje příjemný pocit uvolnění a přináší radost z výsledku. Tento program využívá různé výtvarné techniky, které jsou přizpůsobeny věku, schopnostem a individuálním preferencím. Mnoho dětí s PAS kreslí velmi originálně a za jejich díla by se nemusel stydět ani akademický malíř (Thorová, 2016). Cílem arteterapie jsou léčebné kognitivní, motivační a emocionální aspekty, jako je sebevyjádření, aktivizace, sebepoznání, osobnostní růst, změna stereotypů, zmírnění úzkosti atd. Forma arteterapie může být individuální nebo skupinová (Česká arteterapeutická asociace, 2017).

CH. Bazální stimulace

Bazální stimulace je vědecký pedagogicko-ošetrovatelský koncept podporující vnímání, komunikaci a pohybové schopnosti člověka. Ošetrovatelská péče nebo pedagogická praxe je aplikována tak, aby byly podporovány zachovalé schopnosti (komunikační a pohybové) klienta nebo žáka. Předpokládá se práce s autobiografií

(individualitou) klienta a integrace jeho příbuzných do ošetrovatelského nebo pedagogického procesu. Koncept má vypracované rehabilitační techniky pro stimulaci vnímání tělesného schématu (somatická stimulace), vestibulární stimulaci, vibrační, taktilně-haptickou, chuťovou, optickou, auditivní a olfaktorickou stimulaci. Přední propagátorkou a první certifikovanou lektorkou konceptu Bazální stimulace v České republice je PhDr. Karolína Friedlová (Arpida).

2.5.2 Metody a techniky

Asistence

Matoušek a kol. (2013) uvádí asistenci jako jednu z hlavních metod práce s lidmi s mentálním postižením. Jde o pomoc uživateli s činnostmi, které lidé bez postižení dělají sami. Tato metoda se využívá v nejrůznějších oblastech jako pomoc při bydlení, navštěvování školy, pomoc při zvládnání běžných činností. Důležitým rysem je asistence zaměřená na jednotlivce. Je „šitá na míru“ jednomu uživateli.

Komunitní podpora

Dle Matouška a kol. (2005) uvádí, že vytváření komunit, v nichž žijí lidé s postižením společně s lidmi bez postižení, představuje alternativu k ostatním službám hlavně v oblasti bydlení. Cílem je vytvořit pro lidi s mentálním postižením domov, kde budou mít svoje místo. V komunitě je práce rozdělena podle schopností členů. Rozvoj lidí s postižením zde může probíhat prostřednictvím běžných aktivit.

Péče

Matoušek a kol. (2005) uvádí, že tento model odpovídá spíše staršímu pojetí služeb. Jeho hlavním rysem je důraz na zajištění základních potřeb lidí s mentálním postižením, přičemž jejich aktivní účast nebo snaha o ni není podmínkou ani pravidlem. Péče se zaměřuje na uspokojení primárních potřeb uživatelů. Pečovatelský model služby obvykle zahrnuje různé jednoduché aktivity jako kreslení a uklízení. V rámci pečovatelského modelu jsou tyto činnosti více naplněním volného času klientů než cíleným rozvíjením jejich dovedností.

Eklektický a celostní přístup

Thorová (2016) uvádí eklektismus jako přístup, který se nesnaží stavět na novém objevném přístupu, nevychází z jednoho vyhraněného podnětu, ale vybírá si to, co mu vyhovuje podle různých předloh, a tyto prvky spojuje do jednotného a smysluplného celku. Celostní přístup zahrnuje intervenci v oblasti vzdělání a sebeobslužných dovedností, rozvíjí schopnosti v oblasti vnímání a motoriky, věnuje se rozvoji sociální interakce a nácvikům sociálních a komunikačních dovedností. Dbá na emoční pohodu dítěte. Ranná diagnostika vede i k zahájení časně intervence, která běží po třech liniích, jež spolu navzájem souvisí.

- 1. Adaptivní intervence** jejímž cílem je zlepšení adaptability dítěte vytvářením žádoucích dovedností, o nichž víme, že zmenšují riziko vzniku problémového chování a umožňují dítěti fungovat v běžném prostředí. Patří sem různé nácviky, rozvoj komunikace, sociální interakce, sebeobsluhy a samostatnosti, zapojení dítěte do vzdělávacího procesu podle jeho schopností.
- 2. Preventivní intervencí** přizpůsobujeme dítěti prostředí tak, aby vyhovovalo jeho kognitivnímu stylu, dyskoncentraci, percepčním a komunikačním potížím, problémům s časovou a prostorovou orientací. Úprava prostředí může být částečná nebo úplná. Dítě se nesnažíme adaptovat na běžné podmínky, ale naopak přizpůsobíme dílčí postupy specifickým potížím. Úpravy přizpůsobujeme prostředí, kde program probíhá (doma, ve škole, v chráněném bydlení apod.)
- 3. Následná intervence** se používá ve spojení adaptivní a preventivní intervencí. Zaměřuje se na odstranění problémového chování, jakým je agresivita, rigidní rituály narušující běžnou aktivitu, sebezraňování, afektivní záchvaty či odmítavý postoj k sociálním kontaktům.

3 VÝCHOVNĚ VZDĚLÁVACÍ PROCES

3.1 Význam výchovy a sociální rehabilitace

Čevela a Zvoníková (2012) uvádějí, že v případě dětí s pervazivními vývojovými poruchami je nutno zmínit význam výchovných a edukačních opatření v rodině, speciálně-pedagogických metod a sociální rehabilitace, zaměřených na nácvik komunikace a sociální interakce, což může napomoci k zlepšení sociálního fungování dítěte a tím i snížit míru jeho závislosti. Platí, že čím dříve se přistoupí k intervenci, tím lepší lze očekávat výsledek. Stěžejní zůstává, že přístup k lidem s pervazivními vývojovými poruchami musí být vždy individuální. To uvádí i Šporclová (2014), kdy každému dítěti je sestaven individuální vzdělávací plán, tak aby docházelo k rozvoji jeho schopností a dovedností. Základní pomocí je umožnit dítěti s poruchou autistického spektra přístup ke vzdělávání a zajistit mu ve školce či škole přístup podle jeho konkrétních potřeb. Rodiče se učí úspěšně aplikovat znalosti o problematice autismu tak, aby docházelo k postupné změně chování dítěte.

Čevela a Zvoníková (2012) zdůrazňují, že z charakteru poruchy však vyplývají některá obecná pravidla výchovně-vzdělávacích přístupů. Jsou jimi např. předvídatelnost a pravidelnost činností, jasnost a srozumitelnost instrukcí, pochopení potřeb a konání včetně adekvátní motivace, vysoká míra pozornosti při řešení obtíží, vyšší míra tolerance a empatie, vyšší míra vysvětlování, pomoci a podpory v některých situacích, důslednost v přístupu, vizuální podpora, efektivní strategie nácviku rolí, situací a vhodného chování a stanovení jednoznačných pravidel. Lze tak docílit zlepšení verbální i neverbální komunikace, kognitivního výkonu, kvality sociální interakce či snížit nepřizpůsobivé, tzv. maladaptivní chování Čevela a Zvoníková (2012). Dle Richmana (2008) se výchovně vzdělávací proces u autistických dětí zaměřuje především na poznávací procesy, rozvoj psychomotoriky, komunikativní dovednosti a změny chování. Autor zdůrazňuje, že je velice důležité při všech činnostech s autistickým dítětem chránit jeho důstojnost, individualitu a identitu. Poukazuje také na podporu kontinuálního vzdělávání, pracovní výchovu, hledání vhodného zaměstnání a zkvalitnění trávení volného času. Autor také podotýká, že s výchovou dětí s autismem je nejvhodnější začít v předškolním věku. Práce s těmito dětmi je velmi náročná, učitel i asistent pedagoga musí s dětmi neustále komunikovat, aby s nimi udržel kontakt.

Richman (2008) uvádí, že výuku dětí s autismem lze realizovat následujícím způsobem:

- a) v běžné třídě běžné školy (u dětí s nejmenší mírou poškození),
- b) ve speciální třídě běžné školy,
- c) ve speciální škole pro děti s autismem,
- d) ve speciální třídě při speciální škole.

Richman (2008) upozorňuje na **nároky kladené na učitele a vychovatele:**

- a) profesionalita,
- b) teoretické porozumění autismu,
- c) schopnost vycházet z aktuálních výsledků hodnocení, schopnosti flexibilně přizpůsobovat program, schopnost přizpůsobit prostředí s ohledem na specifika dítěte,
- d) reálný odhad schopností dítěte,
- e) důraz na nácvik komunikace a sociálního chování.

3.2 Metody intervence

3.2.1 *Strukturované učení*

Thorová (2016) řadí strukturované učení mezi úspěšné vzdělávací programy. Strukturalizace znamená vnesení jasných pravidel, zprůhlednění posloupnosti činností a jednoznačné uspořádání prostředí, ve kterém se člověk s PAS pohybuje. Díky tomuto přístupu nastupuje místo nejistoty a zmatku logičnost, řád, pocit jistoty a bezpečí.

Čadilová, Žampachová (2008) uvádí, že intervence prováděná metodou strukturovaného učení staví na odstranění deficitů vycházejících z diagnózy PAS a současně rozvíjí silné stránky lidí s PAS. Při uplatňování principů strukturovaného učení se řídíme základním pravidlem, kterým je nastavení systému práce **zleva doprava a shora dolů**. Tento systém vychází z našich kulturních tradic a je uplatňován ve všech oborech lidské činnosti. Čadilová, Žampachová (2008) uvádí strukturalizace v několika podobách. Jedná se o strukturu prostoru, strukturu pracovního místa a strukturu času.

3.2.2 TEACCH program

Tento program státní modelový program Severní Karolíny a je široce používán i v Evropě. Teacch program již funguje třicet let. Vznikl spoluprací rodičů a profesionálů jako reakce na tvrzení, že děti s autismem jsou nevzdělatelné. TEACCH program (Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children – péče a vzdělávání dětí s autismem a dětí s problémy v komunikaci/volně přeloženo/) je modelovým programem péče o lidi s autismem v každém věku. V České republice využíváme metodiku tohoto programu a mluvíme o tzv. strukturovaném učení (Thorová, 2007).

Filozofie a základy u TEACCH programu:

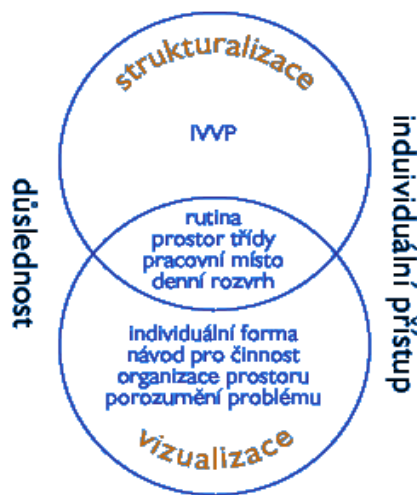
- a) individuální přístup k dětem
- b) aktivní generalizace dovedností (prostupnost a propojenost školního a domácí prostředí)
- c) úzká spolupráce s rodinou
- d) integrace lidí s autismem do společnosti
- e) přímý vztah mezi ohodnocením a intervencí
- f) pozitivní přístup i k dětem s problematickým chováním
- g) aktivní snaha o pedagogickou intervenci

Nároky kladené na učitele a vychovatele:

- a) profesionalita
- b) teoretické porozumění autismu
- c) schopnost vycházet z aktuálních výsledků hodnocení a flexibilně přizpůsobovat program
- d) schopnost přizpůsobit prostředí dítěti s přihlédnutím na specifika poruchy
- e) reálný odhad schopností dítěte, využití jeho silných stránek
- f) důraz na nácvik komunikace a sociálního chování

Základní principy strukturovaného učení:

- a) individuální přístup,
- b) strukturalizace,
- c) vizualizace (zviditelnění) (Thorová a Semínková, 2007).



Obrázek 1: Strukturované učení

Zdroj: Thorová a Semínková (2007) dostupné z: <http://www.autismus.cz/strukturovane-uceni/strukturovane-uceni-2.html>

3.2.3 *Výměnný obrázkový komunikační systém PECS /VOKS*

Knapcová (2005) uvádí, že tento komunikační systém byl vyvinut v Americe v roce 1985 Andrewem Bondy a Lori Frost. Systém PECS znamená The Picture Exchange Communication System jehož česká verze je VOKS (výměnný obrázkový vzdělávací systém). Jedná se o jedinečný alternativně-augmentativní způsob vzdělávání a komunikování dětí či dospělých s autismem, případně dalších osob s problémy v komunikaci.

Bondy (2007) se zamýšlí, že mnoho malých dětí s autismem (např. těch, kterým je méně než pět let) v době, kdy vstupují do vzdělávacích či výchovných programů neumí používat řeč či jiné formy komunikace. Kritickým problémem pro takové děti je to, že mají nedostatek komunikačních dovedností v jakékoliv formě. Výhodou je, že existují způsoby, které pomohou dítěti pomoci naučit se komunikovat, aniž by vyžadovalo řeč či napodobování. Jedním takovým způsobem je právě VOKS. Jelínková (2008) popisuje tento obrázkový systém jako program, který se snaží o rozvoj funkční sociální komunikace. Dítě se učí navazovat kontakt, vyjádřit svá přání pomocí obrázků. Autorka uvádí, že je vhodný pro děti nemluvící stejně jako pro mluvící děti, které nejsou schopny samy iniciovat komunikaci. Knapcová (2005) uvádí, že se začíná výměnou obrázku za požadovaný předmět. Návčik postupně směřuje žáka k samostatné komunikaci. Návčik komunikačních dovedností probíhá v běžných denních situacích.

Verbální pomoc se téměř nepoužívá. Systém učí rozlišovat jednotlivé symboly a pak je spojovat do jednoduchých vět. V pokročilém stádiu mohou být někteří žáci schopni komentovat události kolem sebe nebo odpovídat na různé otázky. Důležitá je odměna. Knapcová (2005) dále zdůrazňuje, že předpokladem pro zvládnutí VOKS je to, aby dítě zvládalo rozlišit konkrétní předměty.

3.2.4 Aplikovaná behaviorální analýza

Thorová (2016) uvádí, že se jedná se o propracovaný, strukturovaný a systematický intervenční program, který se u lidí s PAS používá od šedesátých let. Tento individuální a účinný přístup sleduje potřeby konkrétního dítěte a vychází z principů behaviorální terapie. Cílem programu je úprava různého chování (emočního, jazykového, sociálního). Výrazně se pracuje s pozitivními odměnami, kdy systematicky posiluje chtěné projevy a trestům se vyhýbá. Negativní reakcí je pouze „ne“ nebo ignorace. Program se vytváří individuálně pro každé dítě a práce a pokroky jsou pečlivě zaznamenány do podrobného inventáře.

3.3 Legislativa

Zásady přístupu k osobám s autismem jsou zakotveny v **Listině základních lidských práv a svobod**, ze dne 16.12.1992. **Článek 7** vymezuje právo na důstojný život, neboť v tomto článku je uvedeno, že *nikdo nesmí být mučen ani podroben krutému, nelidskému nebo ponižujícímu zacházení nebo trestu*. **Článek 10** vymezuje právo na *zachování lidské důstojnosti*.

Právo všech dětí na vzdělání je uvedeno v **článku 28 Úmluvy o právech dítěte**, která vstoupila v České republice platnost dne 6. února 1991 a stejně tak je právo na vzdělání každému zaručeno **článkem 33 Listiny lidských práv a svobod**, jež je součástí ústavy České republiky.

Základní legislativa, která upravuje školní podmínky pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami (i pro žáky s PAS), je stanovena **zákonem č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon)**.

Vyhláška č. 72/2005 O poradnách a poradenských zařízeních, zajišťuje žákům s autismem právo na vzdělání v základní škole speciální, pokud nejsou vzděláváni jinak.

3.4 Domov Kopretina Černovice, příspěvková organizace

„Starajíce se o štěstí druhých, nacházíme své vlastní.“ (motto organizace)

Domov Kopretina Černovice je umístěn v areálu památkově chráněného zámku v Černovicích. K objektu přiléhá památkově chráněný lesopark o rozloze cca 28 ha. V roce 1945 přešel zámek do vlastnictví státu. V období 1945 – 1962 sloužil zámek různým účelům – kasárna, rekreační zařízení, TJ Sokol, sklady, byty a v neposlední řadě jako pobočka Psychiatrické léčebny v Jihlavě (Historie Domova Kopretina Černovice, 2015). Průlomovým se stal rok 1962, kdy byl v zámku založen ústav sociální péče pro mentálně postižené děti. V roce 1973 se stal ÚSP Černovice sídlem Krajského ústavu sociální péče pro děti a mládež, který nejdříve zahrnoval 6 ústavu a postupně do roku 1990 spravoval 1197 lůžek v 13ti zařízeních Jihočeského kraje. V roce 1975 vzniklo v sídle tohoto krajského zařízení diagnostické oddělení s cílem posoudit aktuální stav handicapovaných dětí a metodicky pomáhat zajistit další odbornou péči. Po zrušení krajů a krajských organizací byl ústav od 1.1.2001 převeden pod MPSV jako diagnostický ústav s působností v celé ČR. Od 1.7.2001 byla zřizovatelská funkce ústavu převedena na kraj Vysočina a byla změněna forma hospodaření na příspěvkovou organizaci. 1. ledna 2015 mění organizace v rámci humanizace sociálních služeb název na „**Domov Kopretina Černovice, příspěvková organizace** (Domov Kopretina Černovice, 2015a).

Poskytované sociální služby dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách:

- a) denní stacionář,
- b) týdenní stacionář,
- c) domov pro osoby se zdravotním postižením,
- d) chráněné bydlení,
- e) sociálně terapeutické služby,
- f) odlehčovací služby (Domov Kopretina Černovice, 2015b).

3.5 Výchovné a vzdělávací činnosti v Domově Kopretina Černovice, p.o.

V roce 1988 byla při ÚSP Černovice v rámci experimentu zřízena první třída pomocné školy při ústavu a na základě tohoto experimentu došlo k průlomu ve vzdělávání do té doby nevzdělavatelných dětí a byla novelizována vyhláška MŠMT o vzdělávání ve speciálních školách. V roce 1993 byla škola při ústavu rozšířena o speciální rodinnou školu a zařazena do sítě škol. Od 1.9.1996 byla Pomocná škola a Praktická škola v Černovicích zřízena MŠMT jako samostatný právní subjekt a aktivně se zapojila do vzdělávání dětí a mládeže v DÚSP Černovice. V roce 2001 byla zřizovatelská funkce školy převedena na kraj Vysočina a v roce 2006 byl změněn název na Základní škola speciální a Praktická škola Černovice (Domov Kopretina Černovice, 2015c).

Základní škola speciální

Základním cílem pedagogického působení na naší škole je osvojení si základů vědomostí, dovedností a návyků s přihlédnutím na schopnosti žáků.

Zaměřuje se především na rozvoj těchto oblastí:

- a) rozvoj pracovních dovedností a sebeobslužných návyků,
- b) rozvoj estetického vnímání,
- c) výchova ke zdraví,
- d) výchova k ochraně životního prostředí,
- e) rozvoj komunikačních dovedností,
- f) rozvoj sociálních dovedností (Domov Kopretina Černovice, 2015c).

Praktická škola jednoletá

Zaměřuje se především na rozvoj manuálních činností, které umožní absolventům co možná nejvyšší stupeň zařazení do pracovního procesu, především v chráněných dílnách. **Dosažený stupeň** vzdělání je střední vzdělání. Ukončení studia je závěrečnou zkouškou a vydáním vysvědčení o závěrečné zkoušce. **Vzdělávací oblast** je jazyková komunikace, matematika, informační a komunikační technologie, člověk a společnost, umění a kultura, člověk a zdraví, odborné činnosti (rodinná výchova, výživa a příprava pokrmů, pěstitelské práce, rukodělné činnosti) (Domov Kopretina Černovice, 2015c).

Praktická škola dvouletá

V této škole se zaměřuje na rozvoj pracovních dovedností v oblasti přípravy pokrmů, osvojení práce s pedigem, keramikou, hlínou, učí se základům tkaní, věnují se práci se dřevem a jinými materiály, prohlubují si znalosti a dovednosti z pěstitelství. *Dosažený stupeň vzdělání* je střední vzdělání. *Vzdělávací oblast* je jazyková komunikace, matematika, informační a komunikační technologie, člověk a společnost, člověk a příroda, umění a kultura (výtvarná a hudební výchova), člověk a zdraví, odborné činnosti (rodinná výchova, výživa a příprava pokrmů, pěstitelské práce, rukodělné činnosti (Domov Kopretina Černovice, 2015c).

4 VÝZKUMNÁ ČÁST

4.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Cílem bakalářské práce je popsat metody, techniky a přístupy u osob s autismem používané v kontextu sociální práce a roli sociálního pracovníka v Domově Kopretina Černovice, p.o. Dílčím cílem je zmapovat zkušenosti pracovníků týkajících se komplexní péče o děti s autismem.

Výzkumné otázky:

VO1: Jaká je role sociálního pracovníka v rámci multidisciplinárního týmu v péči o děti s autismem?

VO2: Jaké metody, techniky a přístupy se využívají v péči o děti s autismem v kontextu sociální práce?

4.2 Operacionalizace

Z důvodu správného pochopení výzkumných otázek je důležité definování některých pojmů.

Sociální pracovník je definován v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. (str. 24)

Multidisciplinární tým je poradní orgán, který má přispět k profesionální a etické citlivosti při řešení každodenních situací a problémů v sociální službě (Luksová a Tajanovská, 2015). Jedná se o tým tvořený odborníky z různých oblastí. (str. 28)

Sociální práce dle Matouška (2013, str. 24) je součástí státem organizovaného a zabezpečeného systému redistribuce zboží a služeb. Jejím cílem je uspokojování sociálních potřeb klientů a zajištění kontroly, příp. změny chování, které je považováno za sociálně problematické nebo deviantní.

Pod pojmem *metody sociální práce*, podle Matouška (2013), si představuje většina odborníků postupy vázané na cílový subjekt (jednotlivce, skupina, rodina, komunita atd.), na jeho aktuální situaci, na relevantní vztahový kontext a někdy i na systémové vazby.

Autismus je neurologická porucha komplexního původu, která ovlivní schopnost dítěte zpracovávat informace vlastního těla nebo svého okolí. Je narušena také schopnost dítěte hrát si a komunikovat. Díky neurologickému postižení může dítě

s autismem trpět komplexní poruchou smyslového vnímání a motoriky, ztrátou řeči nebo jiných schopností (Miler, 2016). (str. 8)

Touto operacionalizací byly vytvořeny konkrétní otázky, které byly použity v rozhovoru s komunikačními partnery.

Tabulka 1: Schéma výzkumných otázek

Výzkumná otázka	Indikátory	Otázky do rozhovoru
Jaká je role sociálního pracovníka (dále jen SP) v rámci multidisciplinárního týmu v péči o děti s autismem?	<p>SP zastává role:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ poskytovatel sociálních služeb ▪ zprostředkovatel služeb ▪ učitel soc. adaptace ▪ poradce nebo terapeut ▪ případový manažer ▪ manažer prac. náplně ▪ personální manažer ▪ administrátor ▪ činitel soc. změn. <p>SP jako člen multidisciplinárního týmu? Je tak vnímán i okolím?</p>	<p>Jaké činnosti podle Vás vykonává SP v Domově Kopretina? Jaké profesionální role v Domově Kopretina podle Vás zastává SP? Co si představujete pod pojmem multidisciplinární tým? Je SP v přímém kontaktu s osobami s autismem? Je SP členem multidis. týmu? Setkáváte se při plnění svých pracovních povinností se SP?</p>
Jaké metody, techniky a přístupy využívají pracovníci Domova Kopretina v péči o děti s autismem v kontextu sociální práce?	<p>Metody, techniky a přístupy užívané k osobám s autismem:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ terapeutické přístupy ▪ výchovné a vzdělávací přístupy ▪ přístupy zaměřené na smyslové vnímání 	<p>Jaké metody a techniky užíváte ve své práci? Znáte dostatečně tyto přístupy? Snažíte se zvyšovat si kvalifikaci ve svém oboru?</p>

Zdroj: vlastní výzkum

4.3 Metodika výzkumu

Pro výzkum byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu, kterou Miovský (2006) považuje za jedinečnou a plnohodnotnou. Také uvádí, že kvalitativní přístup je přístupem využívajícím principů jedinečnosti a neopakovatelnosti. Reichel (2009) konstatuje: „i přesto, že nemůžeme u kvalitativního přístupu statisticky vyčíslit výsledky, zůstává jeho smyslem porozumět a odhalit podstatu zkoumaných jevů“. Reichel (2009) označuje tento způsob výzkumu za nejvhodnější pro studie cílené na každodenní život lidí.

Pro výzkum byla použita metoda dotazování prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů. Miovský (2006) považuje tuto metodu za nejrozšířenější podobu metody rozhovoru. Přípravou polostrukturovaného rozhovoru je schéma, které specifikuje okruhy otázek, na které se budeme účastníků ptát. Za velkou výhodou této metody považuje Miovský (2006) možnost pokládat doplňující otázky, které účastník dává na pevně strukturované podněty. Komunikačním partnerům je tím umožněno vyjádřit své myšlenky a ubírat se vlastním směrem.

4.4 Výzkumný soubor

Výzkum byl prováděn v Domově Kopretina Černovice, p.o. Tato příspěvková organizace byla zřízena krajem Vysočina dne 1. 7. 2001. Domov Kopretina vytváří domov dětem, mládeži a dospělým se zdravotním postižením, kteří vzhledem ke své sociální situaci nemohou žít v přirozeném prostředí. Své služby podle zákona o sociálních službách poskytuje osobám od 3 let věku.

Výzkumný soubor tvoří 10 komunikačních partnerů (dále jen KP), kteří pracují v Domově Kopretina Černovice. Vybrání byli metodou záměrného (účelového) výběru. Miovský (2006) tuto metodu označuje za nejrozšířenější, kterou se při aplikaci kvalitativního přístupu setkáváme. Touto metodou cíleně vyhledáváme účastníky podle jejich určitých vlastností. V praxi to vypadá tak, že na základě stanoveného kritéria cíleně vyhledáváme pouze ty jedince, kteří toto kritérium splňují a současně jsou ochotni se do výzkumu zapojit (Miovský, 2006).

Výzkumný soubor v Domově Kopretina Černovice, p.o. tvoří:

- a) 2 x pedagog – učitel
- b) 2x asistent pedagoga

- c) 2x zdravotnický personál – zdravotní sestra, ošetřovatelka
- d) 2x pracovník sociální péče – vychovatel
- e) 2x sociální pracovník

4.5 Realizace výzkumu

Výzkum byl realizován v březnu a dubnu roku 2017. Předvýzkum se uskutečnil v roce 2016, včetně získávání informací o sociální práci, činnosti sociálních pracovníků a ucelené rehabilitaci klientů Domova Kopretina Černovice (dále jen DK).

Před samotným výzkumem byl vytvořen scénář polostrukturovaného rozhovoru. Celý rozhovor se ubíral k předem stanoveným tématům, směřujícím k výzkumným otázkám. Na základě operacionalizace jednotlivých výzkumných otázek byly vytvořeny konkrétní otázky, které byly následně pokládány komunikačním partnerům (dále jen KP). Tyto scénáře jsou uvedeny v příloze A a B. Rozhovory s KP probíhaly v prostorách Domova Kopretina. KP byli nejdříve seznámeni s cílem výzkumu a poté požádáni o souhlas se zapojením do výzkumu a nahráváním rozhovoru na diktafon. Všichni KP s nahráváním a průběhem rozhovoru souhlasili. Nahrané rozhovory byly později doslovně přepsány a tvořily základ pro zpracování a vyhodnocení výsledků. Dále následovala analýza dat, která probíhala pomocí metody vytváření trsů, při které podle Miovského (2006) dochází k seskupení určitých výroků do skupin, dle rozlišení určitých jevů, místa, případů atd.

4.6 Etická pravidla výzkumu

Mioviský (2006) pokládá za důležitá etická pravidla chránící účastníky výzkumu: *souhlas s účastí ve výzkumu a ochranu soukromí a osobních údajů.*

Všichni KP byli předem seznámeni s tématem a cílem bakalářské práce. Také ředitel Domova Kopretina Ing. František Vránek byl požádán o souhlas uvést Domov Kopretina Černovice v bakalářské práci. KP byli předem ujištěni, že zůstane zachována jejich anonymita a získané údaje z rozhovorů budou použity pouze v této práci. Z důvodu zachování anonymity jsem neuvedla v charakteristice výzkumného souboru přesná data o věku KP a délce zaměstnání. Zde je uvedeno pouze číselné rozmezí.

5 VÝSLEDKY

Tato kapitola se zabývá zpracováním a vyhodnocením získaných dat a charakteristikou výzkumného souboru. Podle Sedlákové (2014) je metoda vytváření trsů kategorizací získaných dat podle jednotlivých znaků, které jsou si v určité oblasti podobné. Na základě této metody byly vytvořeny dva trsy, které jsou následně více popsány:

1. Trs 1 – Role sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu v péči o děti s autismem.
2. Trs 2 – Metody, techniky a přístupy užívané v péči o děti s autismem v kontextu sociální práce.

5.1 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor byl tvořen pracovníky Domova Kopretina Černovice. Tento pracovní tým se skládá z 10 komunikačních partnerů (dále jen KP), kteří se určitým způsobem podílejí na komplexní péči o osoby s autismem. Osobní charakteristiku KP uvádí tabulka 2 na str. 48. KP byli dotázáni na nejvyšší dosažené vzdělání, pracovní zařazení, délku praxe v DK, pohlaví a věk. Tým KP se skládá ze sedmi žen a třech mužů.

Tabulka 2: Výzkumný soubor

	Dosažené vzdělání	Pracovní zařazení	Délka praxe v DK/let	Údaje o KP	
				Pohlaví	Věk/let
KP1	vysokoškolské	sociální pracovník	11–20	žena	37–48
KP2	vysokoškolské	sociální pracovník	déle než 21	žena	37–48
KP3	vysokoškolské	pedagog	11–20	muž	37–48
KP4	vysokoškolské	pedagog	11–20	žena	37–48
KP5	středoškolské	asistent pedagoga	do 5	žena	37–48

KP6	středoškolské	asistent pedagoga	11–20	žena	37–48
KP7	středoškolské	pracovník sociální služby – vychovatel	11–20	žena	26–36
KP8	středoškolské	pracovník sociální služby – vychovatel	6–10	muž	26–36
KP9	středoškolské	zdravotní sestra	déle než 21	žena	37–48
KP10	základní	ošetřovatelka	déle než 21	žena	49–56

Zdroj: Vlastní výzkum

Z tabulky 2 vyplývá, že KP1 a KP2 mají vysokoškolské vzdělání, pracují v DK na pozici sociálního pracovníka a jejich věk je v rozmezí 37–48 let. Délka praxe je u KP1 v rozmezí 11–20 let, délka praxe u KP2 je delší než 21 let. Oba KP jsou ženy.

KP3 a KP4 jsou vysokoškolsky vzdělání, pracují jako pedagogové na Základní škole speciální, délka jejich praxe je v rozmezí 11–20 let a jejich věkové rozmezí je 37–48 let. V tomto případě je KP3 muž a KP4 žena.

KP5 a KP6 mají středoškolské vzdělání, pracují na pozici asistent pedagoga Základní školy speciální, KP5 má délku praxe kratší než 5 let a KP6 zde pracuje v rozmezí 11–20 let. Oba KP jsou ve věkovém rozmezí 37–48 let. KP5 i KP6 jsou ženy.

KP7 a KP8 mají středoškolské vzdělání, pracují v DK jako pracovníci sociální služby na pozici vychovatele, délka praxe KP7 je v rozmezí 11–20 let, u KP8 je 6–10 let. Věková hranice obou partnerů je v rozmezí 26–36 let. KP 7 je žena a KP8 je muž.

KP9 má středoškolské vzdělání, pracuje v DK déle než 21 let jako zdravotní sestra a je to žena ve věku 37–48 let.

KP10 má pouze základní vzdělání, pracuje v DK déle než 21 let jako ošetřovatelka, je to žena ve věku 49–56 let. Díky délce praxe a pracovním zkušenostem získaných v DK, není nižší dosažené vzdělání problémem.

Tato charakteristika KP je pro náš výzkum dostačující, tudíž vzhledem k zachování anonymity není potřeba další specifikace.

Složení tohoto výzkumného souboru je záměrné a společně jej lze pokládat za multidisciplinární tým poskytující komplexní péči osobám s autismem.

5.2 Trs 1 – Role sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu v péči o děti s autismem

Trs číslo 1 se zabývá činnostmi a rolí sociálního pracovníka v Domově Kopretina. Otázky na toto téma byly položeny sociálním pracovníkům i ostatním členům tohoto týmu. Na základě odpovědí bylo možné získat informace o pracovní náplni sociálního pracovníka. Zároveň jsme mohli na základě odpovědí specifikovat, jakou roli plní sociální pracovník v DK. Neméně důležitou informaci, kterou jsme získali na základě rozhovoru, je povědomí ostatních členů týmu o celkové náplni sociálního pracovníka. Tabulka č. 3 ukazuje názory jednotlivých komunikačních partnerů na to, jaké činnosti vykonává sociální pracovník.

Tabulka 3: Činnosti sociálního pracovníka

	Přijetí nového klienta	Sociální dávky	Výměna osobních dokladů	Přímá péče o klienta	Vedení osob. konta klienta
KP1	X	X	X		X
KP2	X	X	X		X
KP3	X	X			
KP4	X	X			
KP5	X	X			
KP6	X	X			
KP7	X	X	X		X
KP8	X	X	X		X
KP9	X	X	X		X
KP10	X	X	X		X

Zdroj: Vlastní výzkum

KP1 a KP2 uvedli, že vykonávají téměř všechny činnosti, které jsou uvedeny v tabulce. Je to pochopitelné, neboť oba komunikační partneři působí v DK jako sociální pracovníci. Kromě zmiňovaných činností dále uvedli: *že zabezpečují komunikaci s rodinami klientů, jednání s úřady a soudy, sociální poradenství, uzavírání smluv s rodinami klientů využívajících odlehčovací službu*. I tento okruh činností spadá do kompetence sociálních pracovníků v DK. Na druhou stranu neuvedl ani jeden

sociální pracovník činnost týkající se přímé péče o klienta. Ta náleží ostatním členům multidisciplinárního týmu.

KP3, KP4, KP5 a KP6 uvedli shodné činnosti SP. Všichni tyto partneři pracují v Základní škole speciální, a tudíž se setkávají se SP ve shodných situacích. Proto i povědomí o náplni SP je shodné. I tyto KP nespatřují činnost sociálního pracovníka v přímé péči o klienta.

KP7, KP8, KP9 a KP10 uvedli také shodné odpovědi. Jsou to pracovníci, kteří přímo pečují o klienta, a tudíž mají i přehled o činnostech, které se jich týkají. Vědí, že pokud přijde nový klient, smlouvu s ním uzavírá SP. Taktéž KP uvedli, že SP vyřizuje a eviduje klientům sociální dávky a invalidní důchody. Zmínili se také o osobních kontech klientů, které jim spravují SP. Na tato konta chodí klientům sociální dávky a invalidní důchody. Klienti si ze svého konta hradí různé poplatky spojené s pobytem, stravou, výlety a nákupy osobních věcí. KP zmínili další činnost, o které vědí, že spadá do kompetence sociálního pracovníka. Jedná se o evidenci osobních dokladů, kdy společně s kmenovým vychovatelem klientů dohlížejí na platnost osobních dokladů (občanský průkaz, kartička ZP). V případě, že klientům končí platnost těchto dokladů, je povinností SP zajistit jejich výměnu.

Z rozhovorů tedy vyplývá, že členové tohoto týmu spatřují za nejdůležitější činnosti SP přijímání nových klientů a administrativu spojenou se sociálními dávkami. Tyto dvě činnosti uvedli všichni KP. Taktéž se všichni KP domnívají, že mezi činnostmi sociálních pracovníků v DK není přímá sociální péče o klienty. Tudíž můžeme říci, že komplexní péče o osoby s autismem, vycházející ze strany sociálních pracovníků, je záležitostí spíše administrativní než výchovnou či pečovatelskou.

Tabulka 4: Role sociálního pracovníka

	Poskytovatel soc. služeb	Zprostředkovatel Služeb	Terapeut	Personální manažer	Administrativní pracovník
KP1		X			X
KP2		X			X
KP3		X			X
KP4		X			X
KP5		X			X
KP6		X			X
KP7					X
KP8					X
KP9		X			X
KP10		X			X

Zdroj: Vlastní výzkum

Následující téma rozhovoru se vztahovalo k roli sociálního pracovníka.

Řezníček (1994) rozděluje role sociálního pracovníka na *pečovatel nebo poskytovatel sociálních služeb, zprostředkovatel služeb, cvičitel (učitel) sociální adaptace, poradce nebo terapeut, případový manažer, manažer pracovní náplně, personální manažer, administrátor a činitel sociálních změn*. Tyto role jsou více popsány v teoretické části bakalářské práce str. 25, 26). Pro náš výzkum jsem vybrala 5 rolí, které by mohl zastávat sociální pracovník v DK. Jsou to role: poskytovatel sociálních služeb, zprostředkovatel služeb, terapeut, personální manažer a administrátor.

Z odpovědí komunikačních partnerů je téměř jasné, že roli sociálního pracovníka vidí členové multidisciplinárního týmu jako roli administrativní. Další roli, kterou téměř všichni KP uvedli, je role zprostředkovatele služeb. Sociální pracovníci se v této roli vidí jednoznačně, neboť, jak SP uvádí: „... k nám směřují telefonáty informující se o jednotlivých nabízených službách“. KP1 uvedl: *Když k nám zavolají, jestli poskytujeme např. odlehčující služby nebo týdenní stacionáře a jaký mají tito klienti režim, tak my musíme vědět, kam je odkázat, pokud se nás třeba zeptají, jaké služby mohou využívat během tohoto pobytu. Musíme jim podat základní informace např. ohledně školní výuky, družiny, terapeutických přístupů atd. a zároveň jim zprostředkovat další kontakt*. KP2 ještě dodává: *Také musíme klientům zprostředkovávat kontakt např. s rodinou, úřady, soudy atd.* KP3 dodává: *Já si myslím,*

že SP je v roli zprostředkovatele, když musí zajistit přesun klienta z jednoho zařízení do druhého. Nebo, když domlouvá, aby děti z jiného zařízení mohly docházet do Základní školy speciální v DK Černovice. KP9 vysvětluje: Já vidím roli SP jako zprostředkovatele služeb v případě, kdy SP musí zajistit a zprostředkovat kontakt mezi klientem a rodinou. Např. v případě, když si rodina bere klienta domů, např. na Vánoce. Je na SP, aby zajistil a připravil potřebná opatření a podklady, které musí předcházet této návštěvě.

Z provedených rozhovorů vyplynulo, že nikdo z KP nevidí sociálního pracovníka v roli pečovatele nebo poskytovatele sociálních služeb, terapeuta a ani personálního manažera.

Tabulka 5: Člen multidisciplinárního týmu

	Cítíte se být členem multidisciplinárního týmu?	Je sociální pracovník členem multidisciplinárního týmu?
KP1	X	X
KP2	X	X
KP3	X	X
KP4	X	X
KP5	X	X
KP6	X	X
KP7	X	X
KP8	X	X
KP9	X	X
KP10	X	X

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka číslo 5 zjišťovala, zda se jednotliví KP považují za členy multidisciplinárního týmu v komplexní péči o osoby s autismem a zároveň, zda považují za člena týmu i sociálního pracovníka. Z odpovědí jednoznačně vyplývá, že vybraní komunikační partneři se cítí být členy multidisciplinárního týmu a za člena považují i sociálního pracovníka.

5.3 Trs 2 – Metody, techniky a přístupy užívané v péči o děti s autismem v kontextu sociální práce

Trs číslo 2 popisuje metody, techniky a přístupy užívané v péči o děti s autismem v kontextu sociální práce. Otázky na toto téma byly položeny všem komunikačním partnerům z Domova Kopretina. Z výzkumu vyplynulo, jaké metody, techniky a přístupy využívají členové multidisciplinárního týmu v Domově Kopretina Černovice. Zjistili jsme, jak se členové týmu orientují v této problematice a jaké mají znalosti o přístupech k dětem s autismem. Tabulka 6 uvádí používané metody a techniky.

Tabulka 6: Metody, techniky a přístupy

	Strukturalizace	VOKS	Psychoterapeut. přístupy a relaxace	Aplikovaná behaviorální analýza
KP1				
KP2				
KP3	X	X	X	X
KP4	X	X	X	X
KP5	X	X	X	X
KP6	X	X	X	X
KP7	X		X	
KP8	X		X	
KP9	X		X	
KP10	X		X	

Zdroj: Vlastní výzkum

KP1 a KP2 se v rozhovoru na téma metody, techniky a přístupy vyjádřili tímto způsobem: *Jelikož se s klienty stýkáme převážně v případě, kdy potřebujeme vyřídit dokumentaci nebo nějakou organizační záležitost, není prostor na aplikaci zmíněných přístupů. Určitě víme jak přistupovat k dětem s autismem a snažíme se tak postupovat. Snažíme se ke každému přistupovat individuálně, dle jeho schopností a potřeb.* Na otázku, zda znají zmíněné přístupy a techniky odpovídají následovně. KP1: *Jistě, znám a vím, jak postupovat k dětem s autismem, ale v případě, že potřebujeme vyřídit pouze organizační záležitosti, není prostor na nějaké terapie.* KP3, KP4, KP5 a KP6 se shodli

na přístupech, které využívají v rámci školní výuky. Jedná se o všechny zmíněné přístupy. KP2 a KP3 uvádějí za nejdůležitější strukturalizaci, která je v životě autistů velmi důležitá. KP2 odpovídá: *U nás máme na strukturovaném učení založenou celou vzdělávací činnost. To, že každé dítě má své pracovní místo, kterému se říká „autobox“, je pro žáka velice důležité. Dodává mu to pocit jistoty a bezpečí. V autoboxu má svou fotografii a své pracovní pomůcky. Boxy jsou odděleny přepážkou, aby zajišťovaly dětem maximální klid a soukromí.* KP3 dále zmiňuje: *Pro autisty je zvláště důležitá i strukturalizace času v podobě denního a týdenního režimu. Informace o tom, jak bude probíhat výuka jim dává pocit jistoty. Autisti prostě potřebují ve svém životě řád.* K tomu se přiklání i ostatní KP, kteří přenášejí důležitost strukturalizace i mimo školní prostředí. Dalším systémem uvedeným v tabulce je VOKS. Jedná se o výměnný obrázkový komunikační systém, kterým děti s autismem komunikují pomocí obrázků. KP1, KP2, KP3 a KP4 uvádějí tento systém jako základ komunikace mezi pedagogem a žákem. KP2 a KP3 dodávají: *VOKS je jediný komunikační systém v DK. Užíváme ho nejen v předmětu řečová výchova, ale i v rámci ostatních předmětů.* Užívání systému VOKS zmiňují i KP7, KP8, KP9 i KP10, kteří systém sice znají, nicméně nevyužívají. Důvodem je časová náročnost, kterou systém vyžaduje. Jak KP7 uvádí: *V případě, kdy máme na oddělení 10 dětí na jednoho vychovatele, nemůžeme tento systém používat, protože bychom to časově nezvládli. Aby byly dodrženy správné postupy systému, museli bychom věnovat pozornost jen dítěti, se kterým komunikujeme. To bohužel nejde.* KP8 to doplňuje: *Chod oddělení je natolik režimový, že děti ho dobře chápou. Komunikace probíhá na základě našich řečových pokynů, kterým děti rozumějí. I to je pro ně důležité, naučit se porozumět okolí bez speciálních komunikačních systémů.*

Dalším dotazovaným přístupem byl psychoterapeutický přístup a relaxace. Do této skupiny lze zařadit mnoho terapeutických a relaxačních přístupů, které užíváme v péči o děti s autismem. KP3, KP4, KP5 a KP6 využívají tyto přístupy v rámci školní výuky. Považují je za velice důležité, neboť celková i momentální pohoda těchto dětí je výrazným pomocníkem ke vzdělávání. KP4 vysvětluje: *Spoustu terapeutických přístupů máme zavedených jako výukové předměty. V rámci tělocviku používáme trampolingu, fyzioterapii a hydroterapii (v DK máme vlastní plavecký bazén). Často chodíme s dětmi na procházky do lesa a na hřiště.* KP6 uvádí: *Také používáme muzikoterapii, kdy s dětmi posloucháme hudbu a zpíváme. Pracovní a uměleckou terapii máme v předmětu výtvarná výchova.* KP7, KP8, KP9 a KP10 se shodují na terapeutických přístupech, které užívají u dětí na oddělení. Jedná se o zájmové kroužky,

kteře děti navštívují po školní docházce. KP7 a KP8 uvádějí: *Děti mohou navštívovat zájmové kroužky, které samozřejmě vycházejí z jejich dispozic a možností. Jsou to např. kytarový kroužek, dramatický kroužek, sportovní kroužek (děti si mohou vybrat, jestli chtějí hrát fotbal nebo přehazovanou), kroužek aerobiku.* KP8 zmiňuje relaxační terapii Snoezelen, pro kterou mají v DK vybavenou speciální místnost. Tuto metodu popisuje Filatová a Janků (2010) jako poskytnutí individuální a přirozeně návazné senzoričké stimulace v přijatelném a nestresujícím prostředí. Toto prostředí má vytvářet pocit pohody, uvolnění a zklidnění. Zároveň stimuluje a probouzí zájem, vyvolává vzpomínky, organizuje komplexní rozvoj a snižuje pocity strachu a úzkosti. KP8 popisuje: *Do této místnosti vodíme děti pro uklidnění, odpočinek a naladění pozitivní nálady. Děti sem chodí rády, ale je nutné rozlišit, pro koho je tato metoda vhodná. Máme u nás děti, které mají z této místnosti spíše strach a budí v nich úzkost. Je tam na ně moc světelných a barevných podnětů.*

Poslední dotazovanou metodou je aplikovaná behaviorální analýza. K té se přihlásili pouze KP3, KP4, KP5 a KP6. Tento přístup užívají KP při výchovném a vzdělávacím procesu. Thorová (2016) popisuje tento přístup za individuální a účinný, který sleduje potřeby konkrétního dítěte. Cílem programu je úprava různého chování (emočního, jazykového, sociálního). Výrazně se pracuje s pozitivními odměnami a tím posiluje chtěné projevy. Trestům se vyhýbá. KP4 a KP5 upřesňují: *Tento přístup používáme záměrně k dětem, u kterých se může objevit agrese. Naším cílem je vyvarovat se situacím, které klienta rozčílí. Vyvarovat se direktivnímu přístupu a předcházet tak agresivnímu chování. Někdy to ovšem není vždy nejvhodnější varianta a musíme přistoupit k nastavení jasných a striktních pravidel.*

Závěrem byli komunikační partneři dotázáni, zda si průběžně doplňují vzdělání v oblasti nových přístupů ke klientům. Všichni KP odpověděli kladně, buď již z důvodů vyplývajících z povinnosti, která je dána zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, nebo z důvodu osobního. KP3 uvedl: *Určitě se snažím sledovat nové přístupy. Je to práce náročná a jakýkoliv nový podnět, který pomůže posunout tyto děti dále, je pro mne přínosným a zajímavým. V Domově Kopretina máme velmi dobře vybavenou knihovnu, kterou můžeme využívat. Také můžeme využívat, jako studijní materiál, odborné časopisy a publikace, které DK odebírá.*

5.4 Shrnutí výsledků

Trs 1: Role sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu v péči o děti s autismem

Z výsledků je patrné, že hlavní činností sociálního pracovníka v Domově Kopretina Černovice je řešení sociální agendy. Především se jedná o řešení sociálních dávek a invalidních důchodů. Neméně důležitou činností sociálního pracovníka v DK je uzavírání smluv s novými klienty, vedení finančního osobního konta, kontrola občanských průkazů a průkazů těžkého nebo zvláště těžkého postižení. Sociální pracovník také poskytuje sociální poradenství, především rodinám klientů. Jako nejdůležitější se podle výsledků výzkumu ukázala role sociálního pracovníka jako zprostředkovatele služeb a administrativního pracovníka. Výzkum také ukázal, že členové multidisciplinárního týmu považují sociálního pracovníka za člena týmu, i přesto, že se nepodílí na přímé péči klientů. Sociální pracovník se také cítí být členem tohoto týmu. Je si plně vědom, že jeho pracovní náplní není přímá péče o klienta, nicméně považuje svou činnost za neméně důležitou.

Trs 2: Metody, techniky a přístupy užívané v péči o děti s autismem v kontextu sociální práce

Sociální práce je v péči o děti s autismem velice významná. Důležitá byla separace autismu (pervazivních vývojových poruch) od mentální retardace a tím jeho osamostatnění. Postupem doby vznikaly a stále vznikají metody, techniky a přístupy orientované přímo na lidi s PAS. Výzkum ukázal, že Domov Kopretina Černovice je výrazně orientován a dostatečně vybaven pro klienty s PAS. Nabízí komplexní sociální péči pro děti s autismem jak v oblasti vzdělání a výchovy, tak v oblasti sociální péče. Vybraní komunikační partneři mají přehled o přístupech a technikách užívaných k osobám s PAS. Dobře se orientují v daných přístupech a jsou schopni společně poskytnout komplexní sociální péči pro tyto osoby. Průběžně si doplňují vzdělání a sledují nové přístupy. KP považují za stěžejní a nejdůležitější, v péči o děti s autismem, strukturované učení. Tento systém se využívá v oblasti výchovy i vzdělání. Struktura prostoru a času je pro klienty zásadní a dodává klientům pocit jistoty a bezpečí. Stěžejním komunikačním systémem v Domově Kopretina je VOKS. Na tomto systému je založena veškerá komunikace mezi pedagogem a žákem v Základní škole speciální.

6 DISKUZE

Tato bakalářská práce se zabývá rolí sociálního pracovníka v komplexní péči o osoby s autismem. Práce vystihuje a popisuje činnosti, ve kterých sociální pracovník pomáhá klientovi s autismem a zároveň zjišťuje, jaké postavení zaujímá sociální pracovník v multidisciplinárním týmu poskytující komplexní péči dětem s autismem.

V teoretické části jsou definovány základní pojmy, jako je autismus, sociální pracovník, sociální práce a multidisciplinární tým. Pro pochopení daného tématu je více specifikován autismus a jeho diagnostika. Ošlejšková (2008) uvádí autismus jako starší název pro skupinu závažných poruch vyvíjejícího se mozku, které jsou nyní označovány jako pervazivní vývojové poruchy. O autismu se v ČR začalo výrazně hovořit až po roce 1989. To potvrzují i Čadilová a Žampachová (2008), které uvádějí, že povědomost autismu před rokem 1989, v tehdejší Československu, byla na velmi nízké úrovni. Jelikož má matka pracovala v tehdejší Diagnostickém ústavu Černovice (dnešní Domov Kopretina) 25 let, mohu zmínit vlastní postřehy o autismu před rokem 1989. Uvědomuji si, že se o této problematice téměř nemluvalo. Nevzpomínám si, že bych jako dítě na základní škole získala jakoukoliv informaci o autismu. Nebo bych se účastnila nějaké veřejné akce pořádané pro osoby s autismem. Z mého pohledu se o pervazivních vývojových poruchách téměř nemluvalo a ze strany státu nebyl zájem rozvíjet péči o tyto osoby. Autismus byl, dle mého názoru, cíleně „potírán“ a rodině, které se narodilo dítě s PAS to přineslo jen stud a pohrdání. Tyto děti byly, ve většině případů, předány do ústavní péče diagnostických ústavů s nejčastější diagnózou mentální retardace. Jen několik rodin mělo tolik odvahy a lásky, ponechat si své dítě v domácí péči. Temple Grandinová (2014) uvádí, že autismus jí byl diagnostikován až v dospělosti, pomocí vyšetření magnetické rezonance. Do této chvíle zněla její diagnóza „poškození mozku“. To potvrzuje, že povědomí o autismu se rozšířilo až dlouho po jeho prvním odborném pojmenování.

Hlavním cílem práce bylo popsat metody, techniky a přístupy používané v kontextu sociální práce a roli sociálního pracovníka. Dílčím cílem bylo zmapovat zkušenosti pracovníků týkajících se komplexní péče o osoby s autismem. Pro zjištění výsledků byly definovány dvě výzkumné otázky:

VO1: Jaká je role sociálního pracovníka v rámci multidisciplinárního týmu v péči o děti s autismem?

VO2: Jaké metody, techniky a přístupy se využívají v péči o děti s autismem v kontextu sociální práce?

Tyto výzkumné otázky byly reflektovány v trsech vytvořených v rámci vyhodnocení výsledků. Výzkumný soubor tvořilo 10 komunikačních partnerů (dále jen KP), kteří pracují v Domově Kopretina Černovice. Vybrání byli metodou záměrného (účelového) výběru. Miovský (2006) tuto metodu označuje za nejrozšířenější, s jakou se při aplikaci kvalitativního přístupu setkáváme. Autor uvádí, že touto metodou cíleně vyhledáváme účastníky podle jejich určitých vlastností. V praxi to vypadalo tak, že na základě stanoveného kritéria jsem cíleně vyhledala zaměstnance, kteří dané kritérium splňují a následně je oslovila, zda jsou ochotni zapojit se do výzkumu.

Trs 1 se zabývá hlavní činností a rolí sociálního pracovníka v Domově Kopretina. Ze získaných odpovědí bylo možné analyzovat informace o pracovní náplni sociálního pracovníka. Zároveň jsme mohli na základě odpovědí specifikovat, jakou roli plní sociální pracovník v této organizaci. Neméně důležitou informací, kterou jsme získali na základě rozhovoru, je povědomí ostatních členů týmu o celkové náplni sociálního pracovníka. Tabulka č. 3 ukazuje názory jednotlivých komunikačních partnerů na činnosti, které vykonává sociální pracovník v DK. Nejčastěji zmiňované činnosti byly: přijetí nového klienta a vyřizování sociálních dávek. Všichni KP považují tyto činnosti za nejdůležitější. Z rozhovoru byly zaznamenány další dvě činnosti, které podle některých KP náleží sociálním pracovníkům. Je to výměna osobních dokladů a vedení osobního konta klienta. Výzkum ukázal, že podle KP, nepatří mezi činnosti SP v Domově Kopretina, přímá péče o klienta. Jak uvedl KP1: *Naše práce nezasahuje do rehabilitačního procesu klientů, neboť to není možné z časových důvodů. Administrativa spojená s agendou sociálních dávek nás natolik zaměstnává, že není prostor na činnosti spojené s přímou péčí o klienta.* KP2 k tomu dodává: *Navíc se domnívám, že podle hierarchie činností a kompetencí Domova Kopretina, náleží péče o klienta ostatním členům multidisciplinárního týmu.*

Výzkum se také zabývá otázkou, jaká je role sociálního pracovníka v rámci multidisciplinárního týmu. Řezníček (1994) vymezuje několik rolí sociálního pracovníka, které se navzájem prolínají. Jsou to: pečovatel nebo poskytovatel sociálních služeb, cvičitel sociální adaptace, zprostředkovatel služeb, poradce nebo terapeut, případový manažer, manažer pracovní náplně, personální manažer, administrátor a činitel sociálních změn. Z odpovědí komunikačních partnerů je téměř jasné, že roli sociálního pracovníka vidí členové multidisciplinárního týmu jako roli administrativní

a roli zprostředkovatele služeb. K určení těchto rolí vedl i výčet činností, které sociální pracovník vykonává v Domově Kopretina a nejsou přímo specifikovány v tabulce. KP1 uvádí tyto činnosti: *komunikace s rodinami klientů, jednání s úřady a soudy, sociální poradenství, uzavírání smluv s rodinami klientů využívající odlehčovací služby atd.* Zkoumána byla i otázka fungování multidisciplinárního týmu v Domově Kopretina. Mahrová a Venglářová (2008) uvádějí, že v rámci organizace je konkrétní podoba spolupráce ovlivněna mnoha aspekty a zvyklostmi. Za důležité považují autorky ochotu spolupracovat, důvěřovat jiným odborníkům a respektovat jejich názor. Autorky uvádějí, že důvěru a respekt k týmu musí mít i management zařízení. Ze získaných odpovědí jednoznačně vyplynulo, že tým komunikačních partnerů je skutečně tým multidisciplinární. Vybraní komunikační partneři se cítí být členem tohoto týmu a za člena týmu považují i sociálního pracovníka. I přesto, že jeho roli spatřují jako zprostředkovatele služeb a administrativního pracovníka starajícího se o sociální agendu, považují jeho činnost za důležitou v komplexní péči o osoby s autismem. Multidisciplinární tým v Domově Kopretina spatřují jako dobře zavedený tým, který je schopen spolupracovat s ostatními členy týmu, důvěřovat a respektovat se navzájem.

Během odborné praxe ve vztahu k bakalářské práci jsem měla možnost více nahlédnout do činností sociálního pracovníka v Domově Kopretina. Musím přiznat, že pro mne bylo velkým zklamáním, uvědomit si, že v náplni sociálního pracovníka není prostor pro přímou péči s klientem. Domnívám se, že je to dáno strukturou práce a především časovou náročností daných činností. Na druhou stranu jsem byla překvapena, kolik povinností spadá do činnosti sociálního pracovníka v Domově Kopretina. Domnívám se, že při kapacitě zařízení 172 klientů, kterým může Domov Kopretina zajistit péči, je téměř nemožné, aby práce sociálního pracovníka v této organizaci obsahovala i činnosti související s koordinovanou rehabilitací.

Trs 2 sleduje metody, techniky a přístupy užívané v péči o děti s autismem v kontextu sociální práce. Otázky na toto téma byly položeny všem komunikačním partnerům. Z výzkumu vyplynulo, jaké metody, techniky a přístupy využívají členové multidisciplinárního týmu v Domově Kopretina. Zjistili jsme, že členové týmu se v dané problematice orientují a znalosti o jednotlivých přístupech mají na profesionální úrovni. Především pedagogové a jejich asistenti znají dobře všechny uvedené přístupy, neboť je užívají v rámci výchovného a vzdělávacího programu Základní školy speciální. Jak sami uvádějí, za nejdůležitější přístup k dětem s autismem považují strukturalizaci. KP2 v rozhovoru uvádí: *U nás máme na strukturovaném učení založenou celou*

*vzdělávací činnost. Strukturalizace prostoru a času dává osobám s autismem pocit jistoty a bezpečí. Důležitým systémem v komunikaci s autisty je komunikační systém VOKS. Jedná se o výměnný obrázkový komunikační systém, kterým děti komunikují pomocí obrázků. KP1, KP2, KP3 a KP4 uvádějí tento systém jako základ komunikace mezi pedagogem a žákem. Jelínková (2008) popisuje tento obrázkový systém jako program, který se snaží o rozvoj funkční sociální komunikace. Dítě se učí navazovat kontakt, vyjádřit svá přání pomocí obrázků. Autorka uvádí, že je vhodný pro děti nemluvící stejně jako pro mluvící děti, které nejsou schopny samy iniciovat komunikaci. KP3 a KP4 potvrzují, že komunikace prostřednictvím tohoto systému probíhá společně s aktivitou žáka, neboť ten musí v tzv. „autoboxu“ nejdříve složit pomocí obrázků větnou vazbu a následně ji předat pedagogovi. Na otázku, jaké metody, techniky a přístupy používají KP v péči o děti s autismem odpověděli KP1 a KP2: *Z důvodu, že se stýkáme s klienty pouze v případech, kdy potřebujeme vyřídit pouze organizační záležitosti, není prostor na aplikaci zmíněných přístupů. Určitě víme jak přistupovat k dětem s autismem a snažíme se tak postupovat. Snažíme se ke každému přistupovat individuálně, dle jeho schopností a potřeb. Zmíněné přístupy samozřejmě známe a víme, jak postupovat k dětem s autismem.**

7 ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá rolí sociálního pracovníka v komplexní péči o osoby s autismem. Práce vystihuje a popisuje činnosti, ve kterých pomáhá sociální pracovník klientovi s pervazivní vývojovou poruchou a zjišťuje, jaké postavení zaujímá sociální pracovník v multidisciplinárním týmu poskytující komplexní péči dětem s autismem.

Teoretická část práce vymezuje pojmy autismus, sociální práce, sociální pracovník a multidisciplinární tým. Tím je vytvořen teoretický rámec dané problematiky, který bude základem pro následnou praktickou část bakalářské práce.

Hlavním cílem výzkumné části práce bylo popsat metody, techniky a přístupy používané v kontextu sociální práce a roli sociálního pracovníka. Dílčím cílem bylo zmapovat zkušenosti pracovníků týkajících se komplexní péče o osoby s autismem. V souladu s těmito cíli byly definovány dvě výzkumné otázky:

1. Jaká je role sociálního pracovníka v rámci multidisciplinárního týmu v péči o děti s autismem?
2. Jaké metody, techniky a přístupy se využívají v péči o děti s autismem v kontextu sociální práce?

Z výsledků vyplynulo, že náplní sociálního pracovníka je především vyřizování sociálních dávek a příspěvků na péči, administrativa spojená s invalidním důchodem, pomoc při vyřizování občanských průkazů, průkazů těžkého postižení a zvláště těžkého postižení. Neméně důležitou činností sociálního pracovníka v Domově Kopretina je uzavírání smluv při přijímání nových klientů a klientů využívajících odlehčovací služby. V Domově Kopretina Černovice, p.o. působí dva sociální pracovníci. Při kapacitě zařízení 172 klientů, kterým může Domov Kopretina zajistit péči, je téměř nemožné, aby náplň sociálního pracovníka spočívala i v jiných činnostech než je tomu doposud. Z toho vyplývá, že péče výchovná a vzdělávací, terapeutická a zdravotní připadá na ostatní členy multidisciplinárního týmu. Provedeným výzkumem se ukázalo, že sociální pracovník je členem multidisciplinárního týmu v péči o děti s autismem.

Výzkum ukázal, že role sociálního pracovníka v Domově Kopretina Černovice je převážně role zprostředkovatele služeb a administrativního pracovníka zajišťujícího sociální dávky a invalidní důchody klientům. Řezníček (1994) uvádí, že zprostředkovatel služeb napomáhá získat klientům kontakt na potřebná sociální zařízení, zastává funkci situačního diagnostika, informátora klienta, odhadce dostupných zdrojů pomoci a obhájcem klientových potřeb. Charakteristika této role

vystihuje nejvíce postavení a činnost sociálního pracovníka v Domově Kopretina Černovice.

Z výsledků vyplynulo, že Domov Kopretina Černovice je výrazně orientován a dostatečně vybaven pro klienty s PAS. Nabízí komplexní sociální péči pro děti s autismem jak v oblasti vzdělání a výchovy, tak v oblasti sociální péče. Vybraní komunikační partneři mají přehled o přístupech a technikách užívaných k osobám s PAS. Dobře se orientují v daných přístupech a jsou schopni společně poskytnout komplexní sociální péči pro děti s autismem. Průběžně si doplňují vzdělání a sledují nové přístupy. V péči o děti s autismem považují komunikační partneři strukturované učení za stěžejní a nejdůležitější. Tento systém se využívá v oblasti výchovy, vzdělání a plnění základních hygienických potřeb. Struktura prostoru a času je pro klienty zásadní a dodává klientům pocit jistoty a bezpečí. Stěžejním komunikačním systémem v Domově Kopretina je VOKS. Na tomto systému je založena veškerá komunikace mezi pedagogem a žákem v Základní škole speciální.

Bakalářská práce bude využita jako informační materiál pro laickou veřejnost v oblasti péče o klienty s problematikou autismu, která někdy zbytečně vylučuje jedince ze společnosti. Výsledky bakalářské práce mohou sloužit jako zpětná vazba pro Domov Kopretina Černovice, p.o., kde byl výzkum realizován.

8 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- 1) BARTOŇOVÁ, Miroslava, Barbora BAZALOVÁ a Jarmila PIPEKOVÁ. *Co víme o autismu* [online]. 2007 [cit. 2017-04-15]. Dostupné z: <http://www.apla-jm.cz/index.php?a=cat.22>
- 2) BONDY, Andy a Lori FROST. *Vizuální komunikační strategie v autismu*. Praha: Grada, 2007. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2053-1.
- 3) BROWN, B., CRAWFORD, P., DARKONGKAMAS, J.: Blurred roles and permeable boundaries: the experience of multidisciplinary working in community mental health. In: *Health and Social Care in the Community*, 2000, č. 8, s. 425–435. ISSN 1365-2524. Dostupné z: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2524.2000.00268.x/epdf?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=onlinelibrary.wiley.com&purchase_site_license=LICENSE_DENIED_NO_CUSTOMER
- 4) Co je arteterapie. *Česká arteterapeutická asociace* [online]. 2017 [cit. 2017-04-26]. Dostupné z: <http://www.arteterapie.cz/arteterapie>
- 5) ČADILOVÁ, Věra a Zuzana ŽAMPACHOVÁ. *Strukturované učení: vzdělávání dětí s autismem a jinými vývojovými poruchami*. Praha: Portál, 2008. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 978-80-7367-475-5.
- 6) ČADILOVÁ, Věra, Hynek JŮN a Kateřina THOROVÁ. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-319-2.
- 7) ČÁMSKÝ, Pavel, Jan SEMBDNER a Dagmar KRUTILOVÁ. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0027-7.
- 8) ČESKO. Vyhláška č. 72/2005 Sb. vyhláška o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních. *Zákony pro lidi* [online]. 2005 [cit. 2017-04-23]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2005-72>
- 9) ČESKO. Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 37, s. 1274. Dostupné z: http://www.epravo.cz/_dataPublic/sbirky/archiv/sb037-06.pdf

- 10) ČESKO. Zákon č. 561/2004 Sb. zákon o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon). *Zákony pro lidi* [online]. 2004 [cit. 2017-04-23]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-561#Top>
- 11) ČEVELA, Rostislav a Alena ZVONÍKOVÁ. *Děti s pervazivní vývojovou poruchou* [online]. 2012 [cit. 2017-04-15]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/13898>
- 12) DOMOV KOPRETINA ČERNOVICE. Historie. *Domov Kopretina Černovice, p.o.* [online]. 2015a [cit. 2017-04-15]. Dostupné z: <http://www.domovkopretina.cz/historie/>
- 13) DOMOV KOPRETINA ČERNOVICE. Poskytované služby. *Domov Kopretina Černovice, p.o.* [online]. 2015b [cit. 2017-04-15]. Dostupné z: <http://www.domovkopretina.cz/poskytovane-sluzby/>
- 14) DOMOV KOPRETINA ČERNOVICE. Výchovná a vzdělávací činnost. *Domov Kopretina Černovice, p.o.* [online]. 2015c [cit. 2017-04-15]. Dostupné z: <http://www.domovkopretina.cz/vychovna-a-vzdelavaci-cinnost/>
- 15) FILATOVA, Renata a Kateřina JANKŮ. *Snoezelen*. Frýdek-Místek: Kleinwächter, 2010. ISBN 9788026001157.
- 16) GALAJDOVÁ, Lenka. *Pes lékařem lidské duše aneb Canisterapie*. Praha: Grada, 1999. Strom života. ISBN 80-7169-789-3.
- 17) GRANDIN, Temple a Richard PANEK. *Mozeček autisty: myšlení napříč spektrem*. Praha: Mladá fronta, 2014. ISBN 978-80-204-3115-8.
- 18) GULOVÁ, Lenka. *Sociální práce: pro pedagogické obory*. Praha: Grada, 2011. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-3379-1.
- 19) HASILOVÁ, Renata. *Sociální služby: Canisterapie u dětí*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2017, 19.(3/2017). ISSN 1803-7348.
- 20) HRDLIČKA, Michal a Vladimír KOMÁREK, ed. *Dětský autismus: přehled současných poznatků*. 2., dopl. vyd. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0686-6.

- 21) JANKOVSKÝ, Jiří. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-329-6.
- 22) JELÍNKOVÁ, Miroslava. *Vzdělávání a výchova dětí s autismem*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta, 2008. ISBN 978-80-7290-383-2.
- 23) KI-MUN, Pan. *World Autism Awareness Day 2 April: Secretary-General's Message for 2013* [online]. 2013 [cit. 2017-04-21]. Dostupné z: <http://www.un.org/en/events/autismday/2013/sgmessage>
- 24) KNAPCOVÁ, Margita a Marcela JAROLÍMOVÁ. *Výměnný obrázkový komunikační systém – VOKS*. [2. vyd.]. Praha: Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR, 2006. ISBN 80-86856-14-3.
- 25) KOZLOVÁ, Lucie. *Sociální služby*. V Praze: Triton, 2005. ISBN 80-7254-662-7.
- 26) KRAHULCOVÁ, Beáta. *Postižený člověk v procesu senescence*. Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, 2002. ISBN 80-7290-094-3.
- 27) KREJČÍŘOVÁ, Dana. *Autismus VII. Diagnostika poruch artistického spektra*. Praha: Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR, 2003.
- 28) LUSKOVÁ, Daniela a Andrea TAJANOVSKÁ. *Etická komise v sociální službě. Sociální služby* [online]. 2015, srpen 2015 [cit. 2017-04-22]. Dostupné z: <http://www.socialnisluzby.eu/ckfinder/userfiles/files/Etick%C3%A1%20komise.pdf>
- 29) MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2138-5.
- 30) MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.
- 31) MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0213-4.

- 32) MATOUŠEK, Oldřich. *Ústavní péče*. Vyd. 2. přeprac. a rozš. Praha: Sociologické nakladatelství, 1999. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-85850-76-1.
- 33) MENTAL HEALTH COMMISSION. Multidisciplinary Team Working: From Theory to Practice: Discussion paper. Dublin: MHC, 2006, s. 68. ISBN 09549292-5-X. Dostupné z: <http://www.mhcirl.ie/file/discusspamultiteam.pdf>.
- 34) MILLER, Arnold a Theresa C. SMITH. *101 tipů pro rodiče dětí s autismem: účinná řešení každodenních problémů*. Přeložil Miroslava JELÍNKOVÁ. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1106-8.
- 35) MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.
- 36) MÜHLPACHR, Pavel. *Vývoj ústavní péče: (filosoficko-historický pohled)*. Brno: Masarykova univerzita, 2001. ISBN 80-210-2512-3.
- 37) ODENDAAL, Johannes. *Zvířata a naše mentální zdraví: proč, co a jak*. Praha: Ve spolupráci s Českou zemědělskou univerzitou v Praze vydalo nakl. Brázda, 2007. ISBN 978-80-209-0356-3.
- 38) OŠLEJŠKOVÁ, Hana. *Poruchy autistického spektra: Poruchy vyvíjejícího se mozku* [online]. 2008 [cit. 2017-04-15]. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2008/02/03.pdf>
- 39) PÁTÁ, Perchta Kazi a Petr Matyáš HÁJEK. *Svět očima dítěte s autismem*. Praha: Beletris, 2016. ISBN 978-80-7520-082-2.
- 40) PATRICK, Nancy J. *Rozvíjení sociálních dovedností lidí s poruchami autistického spektra: tipy a strategie pro každodenní život*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-867-8.
- 41) PIPEKOVÁ, Jarmila. *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů*. Brno: MSD, 2006. ISBN 80-86633-40-3.
- 42) REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada, 2009. Sociologie (Grada). ISBN 978-80-247-3006-6.

- 43) ŘEZNÍČEK, I. 1994. *Metody sociální práce*. Praha: Sociologické, s. 57-58. ISBN 8085850-00-1.
- 44) SEDLÁKOVÁ, R., 2014. *Výzkum médií: nejužívanější metody a techniky*. Praha: Grada. *Žurnalistika a komunikace*. ISBN 978-80-247-3568-9.
- 45) SCHOPLER, Eric. *Příběhy dětí s autismem a příbuznými poruchami vývoje: výchova a vzdělávání dětí s autismem: [jak řešit problémy dětí v rodině i ve škole]*. Praha: Portál, 1999. *Speciální pedagogika (Portál)*. ISBN 80-7178-202-5.
- 46) Sociální služby: Bazální stimulace. *Centrum Arpida* [online]. [cit. 2017-04-22]. Dostupné z: <http://www.arpida.cz/bazalni-stimulace>
- 47) *Stručný průvodce zákonem o sociálních službách*. In: Ministerstvo práce a sociálních věcí, [online] 2006.[Citováno 21.3.2017]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/3222/zlom170x170web.pdf>
- 48) ŠKAMALOVÁ, Dominika. *Světový den autismu* [online]. 2011 [cit. 2017-04-13]. Dostupné z: <https://autismus.zdrave.cz/svetovy-den-autismu/>
- 49) ŠPORCLOVÁ, Veronika. *Poruchy autistického spektra (PAS): Základní principy práce s dítětem s PAS* [online]. 2014 [cit. 2017-04-17]. Dostupné z: <http://www.autismus.cz/>
- 50) ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Vyd. 3., přeprac. Praha: Portál, 2006. *Speciální pedagogika (Portál)*. ISBN 80-7367-060-7.
- 51) THENHAUSEN, Nora, Martin KUSS, Alfred WIATER a Angelika A. SCHLARB. Sleep problems in adolescents with Asperger syndrome or high-functioning autism. *Somnologie* [online]. 2017, 21(S1), 28-36 [cit. 2017-04-19]. DOI: 10.1007/s11818-016-0078-0. ISSN 1432-9123. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s11818-016-0078-0>
- 52) THOROVÁ, Kateřina a Magdalena SEMÍNKOVÁ. *Autismus.cz: Strukturované učení* [online]. 2007 [cit. 2017-04-22]. Dostupné z: <http://www.autismus.cz/strukturovane-uceni/strukturovane-uceni-2.html>

- 53) THOROVÁ, Kateřina. *Poruchy autistického spektra* [online]. 2007 [cit. 2017-04-15]. Dostupné z: <http://www.autismus.cz/poruchy-autistickeho-spektra/index.php>
- 54) THOROVÁ, Kateřina. *Poruchy autistického spektra*. Rozšířené a přepracované vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0768-9.
- 55) VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-678-0.
- 56) VALENTA, Milan, Jan MICHALÍK a Martin LEČBYCH. *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Praha: Grada, 2012. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3829-1.
- 57) ZABLOTSKY, B. Estimated Prevalence of Autism and Other Developmental Disabilities Following Questionnaire Changes in the 2014. *National Health Interview Survey: National Health Statistics Reports* [online]. 2015(87) [cit. 2017-04-15].

9 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

DK	Domov Kopretina Černovice, p.o.
SP	sociální pracovník
KP	komunikační partner
str.	strana
PAS	poruchy autistického spektra
PVP	pervazivní vývojové poruchy
VOKS	výměnný obrázkový komunikační systém

10 SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1: Strukturované učení	39
Tabulka 1: Schéma výzkumných otázek	45
Tabulka 2: Výzkumný soubor.....	48
Tabulka 3: Činnosti sociálního pracovníka	50
Tabulka 4: Role sociálního pracovníka	52
Tabulka 5: Člen multidisciplinárního týmu	53
Tabulka 6: Metody, techniky a přístupy	54

11 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A: Scénář rozhovoru se sociálním pracovníkem (dále jen „SP“)

Příloha B: Scénář rozhovoru se členem týmu v DK

PŘÍLOHA A

Scénář rozhovoru se sociálním pracovníkem (dále jen „SP“).

I. Identifikační údaje:

1. Pohlaví
2. Věk
3. Dokončené vzdělání
4. Délka praxe v zařízení
5. Pracovní pozice v Domově Kopretina (dále jen DK)

II. Role sociálního pracovníka v DK

1. V čem podle Vás spočívá role SP v péči o děti s autismem?
2. Jaké činnosti vykonává SP v DK?
3. Jaké profesionální role zastáváte při práci s klientem?
4. Domníváte se, že je SP v Domově Kopretina Černovice spíše osobou administrativní a s klientem se setkává zcela ojediněle?
5. Snažíte se si průběžně zvyšovat svou kvalifikaci?
6. Využíváte ve své práci některé metody, techniky a přístupy v kontaktu s dětmi s autismem?
7. Myslíte si, že je sociální práci v DK věnován dostatečný prostor?

III. Multidisciplinární tým

1. Co si představujete pod pojmem multidisciplinární tým?
2. Dokážete říci, kdo tvoří multidisciplinární tým pečující o děti s autismem v DK?
3. Jak jste zapojeni do multidisciplinárního týmu, považujete se za člena tohoto týmu?
4. Myslíte si, že SP je důležitým členem týmu?
5. Setkáváte se při své práci s ostatními členy tohoto týmu?
6. V čem podle Vás spočívá spolupráce SP s ostatními členy týmu?
7. Myslíte si, že SP je pro klienta důležitý?

PŘÍLOHA B

Scénář rozhovoru se členem týmu v DK.

I. Identifikační údaje

8. Pohlaví
9. Věk
10. Dokončené vzdělání
11. Délka praxe v zařízení
12. Pracovní pozice v Domově Kopretina (dále jen DK)

II. Význam sociální práce a role sociálního pracovníka

1. V čem podle Vás spočívá role SP v péči o děti s autismem?
2. Jaké činnosti podle Vás vykonává SP v DK?
3. Jaké profesionální role podle Vás zastává SP při práci s klientem v DK?
4. Domníváte se, že je SP v Domově Kopretina Černovice spíše osobou administrativní a s klientem se setkává zcela ojediněle?
5. Myslíte si, že náplň SP v DK je dostačující a odpovídající povinností této pozice?

III. Multidisciplinární tým

1. Co si představujete pod pojmem multidisciplinární tým?
2. Dokážete říci, kdo tvoří multidisciplinární tým pečující o děti s autismem v DK?
3. Jak jste zapojeni do multidisciplinárního týmu? Považujete se za člena tohoto týmu?
4. Myslíte si, že SP je členem tohoto týmu?
5. Setkáváte se při své práci s ostatními členy týmu?
6. V čem podle Vás spočívá spolupráce SP s ostatními členy týmu?
7. Myslíte si, že SP je pro klienta důležitý?

IV. Znalosti a zkušenosti jednotlivých členů týmu

1. Snažíte se si průběžně zvyšovat svou kvalifikaci?
2. Jaké metody a techniky sociální práce využíváte ve své profesi?
3. Jaké přístupy využíváte ve své profesi?