



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Ústav sociálních a speciálněpedagogických věd

Diplomová práce

Rodina a poradenství v procesu koordinované rehabilitace

Vypracoval: Bc. Michaela Chalupová
Vedoucí práce: doc. PhDr. Adéla Mojžíšová, Ph.D.

České Budějovice 2016

Abstrakt

Diplomová práce se zabývá problematikou role rodiny v procesu koordinované rehabilitace. V současné době již není rehabilitace chápána pouze jako zdravotnická aktivita ve smyslu fyzioterapie, ale jako interdisciplinární činnost, která zahrnuje nejenom péči léčebnou, ale také sociálně-právní, pedagogicko-psychologickou a pracovní. Koordinovaná rehabilitace proto vyžaduje spolupráci týmu odborníků, kteří se na ní podílejí. Nejde pouze o kvalifikované odborníky, ale i o člověka se zdravotním postižením a jeho rodinu. Rodina je nejdůležitější sociální skupinou a základním stavebním článkem společnosti. Plní základní výchovnou funkci, formuje postoje dítěte k sobě samému, k blízkým i k celému světu. Zásadním způsobem tak ovlivňuje společnost a naopak společnost působí zpětně na rodinu. Je proto třeba rodině poskytovat informace nezbytné pro plnění svých funkcí (zejm. pokud pečuje o osobu s disabilitou), například formou odborného poradenství.

Cílem práce bylo identifikovat roli rodiny a její spolupráci s poradenskými institucemi v procesu koordinované rehabilitace. Poradenskými institucemi byly kromě poraden pro osoby se zdravotním postižením myšleny i další organizace, které poskytují odborné sociální poradenství osobám se zdravotním postižením, a organizace, jejichž sociální služby jsou primárně určeny právě této cílové skupině. Pro zpracování empirické části byl použit kvalitativní výzkum. Sběr dat byl proveden pomocí metody dotazování, konkrétně techniky polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumný soubor tvořilo třináct sociálních pracovníků/pracovnic poskytujících odborné sociální poradenství nebo další sociální služby, jež jsou primárně určeny osobám se zdravotním postižením. V souvislosti s cílem práce byla stanovena hlavní výzkumná otázka, která zněla: Jaké nesnáze sociální pracovníci identifikují při práci s rodinou v procesu koordinované rehabilitace? Z hlavní výzkumné otázky byla dále odvozena dílčí výzkumná otázka, která zněla: Jaká je role rodiny v poradenském procesu z pohledu sociálního pracovníka?

Z výsledků vyplynulo, že sociální pracovníci jsou se spoluprací s rodinou uživatelů sociálních služeb spokojeni a udávají, že spolupráce mezi nimi funguje. Spolupráce

mezi sociálními pracovníky a rodinou se však výrazně liší podle druhu poskytované sociální služby. Výzkum dále odhalil, že poskytovatelé sociálních služeb se s nesnázemi při práci s rodinou setkávají spíše výjimečně. I přesto sociální pracovníci považují za nesnáze především limity v komunikaci s rodinou. Poskytovatelé sociálních služeb se snaží budovat vztah mezi nimi a rodinou uživatele dané služby a poskytují jim sociální oporu. Sociální pracovníci vnímají roli rodiny především jako jejich komunikačního a spolupracujícího partnera.

Nejlepší je tedy komunikace vedená na partnerské spolupráci sociálního pracovníka a rodiny uživatele sociálních služeb.

Diplomová práce identifikovala nesnáze sociálních pracovníků při jejich práci s rodinou a přináší informace pro podněty k aktivnějšímu zapojování rodin do řešení obtížné životní situace svých členů.

Klíčová slova

Rodina – poradenství – zdravotní postižení – koordinovaná rehabilitace – sociální služby – spolupráce – sociální pracovník/ce

Abstract

The thesis deals with the role of family in the course of coordinated rehabilitation. At present time, rehabilitation is understood not only as a medical care within the sphere of physiotherapy but also as an interdisciplinary activity which includes health-care, social-legal, pedagogical-psychological as well as work-related activities. Coordinated rehabilitation therefore requires cooperation of a team of involved specialists. This is not only about qualified experts but also about the disabled person and his/her family. Family is the most important social group and the basic building stone of society. It fulfils the basic educational function, forms the attitudes of the child to itself, its loved ones and the whole world. Thus it fundamentally affects the society and on the contrary the society influences the family. That is why the family has to receive information necessary for the fulfilment of its functions (in particular when taking care of a disabled person), for example in the form of expert counselling.

The objective of the work was to identify the role of family and its cooperation with counselling agencies within the process of coordinated rehabilitation. In addition to agencies taking care of handicapped persons, counselling institutions include also organisations whose social services are primarily provided to this target group. Qualitative research was used in the course of work on the empirical part. Input data were collected by the method of questioning, in particular by the technique of semi-structured interview. The research group consisted of thirteen social workers who provide expert social counselling or other social services primarily intended for handicapped persons. In connection with the objective of the thesis, the main research question was: What difficulties social workers identify when working with the family within the process of coordinated rehabilitation? The sub-question derived from the main research question was: What is the role of family within the counselling process from the perspective of a social worker?

The results showed that social workers are satisfied with the families of users of the social service and confirm that cooperation between them is good. However, coopera-

tion between social workers and the family differs significantly according to the type of provided services. The research also revealed that providers of social services in the course of their work with family encounter difficulties rather exceptionally. Still, social workers perceive as difficulties especially limits in the communication with family. Providers of social services try to build relations between them and the family of the user of the particular service and provide social support. Social workers perceive the role of family especially as being their communicating and cooperating partner.

The research showed that the best cooperation and communication between social workers and the family of user of the social services is one based on a partnership level.

The thesis identified the difficulties of social workers encountered during their work with families taking care of a handicapped person and suggested recommendations for more active involvement of families in dealing with a difficult life situation of its members. In addition, the thesis can serve as a basis for further quantitative research of this theme.

Keywords

Family – Counselling – Disability – Rehabilitation – Social services – Cooperation – Social Worker

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich 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 kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 16. 5. 2016

.....

Bc. Michaela Chalupová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala své vedoucí bakalářské práce doc. PhDr. Adéle Mojžíšové, Ph.D. za odborné vedení práce, trpělivost, věnovaný čas a cenné rady. Dále bych chtěla poděkovat komunikačním partnerům, kteří byli ochotni se zúčastnit výzkumu k této práci.

OBSAH

ÚVOD.....	11
1 SOUČASNÝ STAV.....	12
1.1 Koordinovaná rehabilitace	12
1.1.1 Složky koordinované rehabilitace.....	13
1.1.2 Legislativa.....	14
1.1.3 Zdravotní postižení	16
1.1.4 Sociální práce s osobami se zdravotním postižením	20
1.2 Rodina	25
1.2.1 Rodina pečující o dítě se zdravotním postižením	26
1.2.2 Sociální práce s rodinou.....	31
1.3 Poradenství.....	34
1.3.1 Cíle poradenství	35
1.3.2 Oblasti poradenství	36
1.3.3 Poradce.....	39
1.3.4 Poradenství pro osoby se zdravotním postižením.....	41
1.3.5 Průběh poradenského procesu	43
2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÁ OTÁZKA	45
2.1 Cíl práce	45
2.2 Výzkumná otázka.....	45
3 METODIKA PRÁCE	46
3.1 Použitá metodika.....	46
3.2 Výběrový soubor.....	46
3.3 Analýza dat.....	47
3.4 Etika výzkumu	48
4 VÝSLEDKY	49
4.1 Zdroj informací o sociální službě.....	49
4.2 Člen rodiny, který nejčastěji komunikuje s poskytovateli sociálních služeb... 51	

4.3	První téma, které rodinu zajímá	52
4.4	Odborná činnost sociálních pracovníků zaměřená na přijetí dítěte s postižením rodinou	53
4.5	Další situace, které sociální pracovníci s rodinami řeší	55
4.6	Spolupráce sociálních pracovníků s rodinou.....	56
4.7	Nesnáze, které sociální pracovníci identifikují při práci s rodinou uživatele sociálních služeb	59
4.8	Vztah sociálních pracovníků s rodinou uživatele sociálních služeb	62
4.9	Poznání rodiny sociálními pracovníky a sdílení pocitů rodinou	64
4.10	Zpětná vazba, kterou dostávají sociální pracovníci od rodin uživatelů sociálních služeb	65
4.11	Role rodiny z pohledu sociálních pracovníků	66
5	DISKUZE	67
6	ZÁVĚR	72
7	SEZNAM INFORMAČNÍCH ZDROJŮ	75
7.1	Monografie	75
7.2	Periodikum	82
7.3	Internetové zdroje.....	82
7.4	Právní předpisy.....	88

Seznam použitých zkratk

CMC	Civil Mediation Council
CSSP	Centrum sociálních služeb Praha
ČR	Česká republika
ČSSZ	Česká správa sociálního zabezpečení
DMO	Dětská mozková obrna
DSC	Disability Services Commission
ILO	International Labour Organization (Mezinárodní organizace práce)
IP MPSV	Integrovaný portál MPSV
IQ	Intelligenční kvocient
IWH	Institute for Work & Health
MKF	Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MŠMT	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
NRZP ČR	Národní rada pro osoby se zdravotním postižením
OSPOD	Odbor sociálně právní ochrany dětí
TP	středně těžké funkční postižení, včetně poruch autistického spektra
ÚP ČR	Úřad práce České republiky
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)
ZTP	těžké funkční postižení, včetně poruch autistického spektra
ZTP/P	zvlášť těžké funkční postižení, včetně poruch autistického spektra

ÚVOD

V současné době již není rehabilitace chápána pouze jako zdravotnická aktivita ve smyslu fyzioterapie, ale jako interdisciplinární činnost, která zahrnuje nejenom péči léčebnou, ale také sociální, pedagogickou a pracovní. Koordinovaná rehabilitace proto vyžaduje spolupráci týmu odborníků, kteří se na ní podílejí. Nejde pouze o kvalifikované odborníky, ale i o člověka se zdravotním postižením a jeho rodinu. Rodina je nejdůležitější sociální skupinou a základním stavebním článkem společnosti. Plní základní výchovnou funkci, formuje postoje dítěte k sobě samému, k blízkým i k celému světu. Je proto třeba rodině poskytovat informace nezbytné pro plnění svých funkcí (zejm. pokud pečuje o osobu se zdravotním postižením), například formou odborného poradenství.

V rámci diplomové práce jsem se pokusila nahlédnout do spolupráce rodiny, jejímž členem je osoba se zdravotním postižením, se sociálními službami. Diplomová práce zahrnuje část teoretickou, která se zabývá koordinovanou rehabilitací osob se zdravotním postižením, rodinou, poradenstvím a sociální prací s rodinou a osobami se zdravotním postižením. Na tuto část práce navazuje část praktická, jejímž cílem bylo identifikovat roli rodiny a její spolupráci s poradenskými institucemi v procesu koordinované rehabilitace. Poradenskými institucemi byly kromě poraden pro osoby se zdravotním postižením myšleny i další organizace, které poskytují odborné sociální poradenství osobám se zdravotním postižením, a organizace, jejichž sociální služby jsou primárně poskytovány právě této cílové skupině. Pro zpracování této empirické části byl použit kvalitativní výzkum a metoda dotazování.

Pomocí polostrukturovaného rozhovoru jsem se snažila zjistit, jak funguje spolupráce mezi rodinou uživatelů sociálních služeb a jejími poskytovateli; jaká je role rodiny v procesu koordinované rehabilitace a jaké nesnáze sociální pracovníci/pracovnice identifikují při práci s rodinou svých uživatelů. Výzkumný soubor tvořilo třináct sociálních pracovníků/pracovnic, kteří poskytují odborné sociální poradenství nebo další sociální služby, jež jsou primárně určeny osobám se zdravotním postižením.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Koordinovaná rehabilitace

V současné době již není rehabilitace chápána striktně pouze jako zdravotnická aktivita ve smyslu fyzioterapie, ale jako interdisciplinární činnost, která efektivně propojuje léčebné, sociální, pedagogické a pracovní prostředky (Jankovský, 2014). Jde o aktuální perspektivní přístup k celkové a adresné podpoře lidí se zdravotním postižením (Novosad, 2011), jejímž cílem je co největší minimalizace důsledků zdravotního postižení daného člověka a jeho návrat (začlenění) do jeho přirozeného sociálního prostředí (Bruthansová, Jeřábková, 2012).

V zahraničí se používá samotný pojem rehabilitace, protože je samozřejmé, že jde o multioborový proces, a není potřeba zdůrazňovat její ucelenost a koordinovanost (Novosad, 2009).

Světová zdravotnická organizace (2011) definuje rehabilitaci jako soubor opatření, která pomáhají jednotlivcům se zdravotním postižením dosáhnout nebo udržet optimální fungování jedince v interakci s jeho prostředím.

Rehabilitace se však týká nejen lidí, kteří byli původně zdraví a teprve v důsledku úrazu či onemocnění museli změnit své životní návyky, ale i jedinců, kteří se s postižením již narodili; v tomto případě je spíše vhodnější termín habilitace¹ (Jankovský, 2014).

¹ Předpona „re“ v latině znamená slova „znovu“ nebo „zpět“; slovo „habilis“ znamená „schopný.“, proto je pojem habilitace vhodný u dětí, které se s disabilitou již narodili, a tudíž nelze hovořit o znovunabytí předchozích schopností (Pfeiffer, Švestková, 2014).

1.1.1 Složky koordinované rehabilitace

Jednotlivé složky koordinované rehabilitace se vzájemně prolínají a účinně na sebe navazují s cílem znovu začlenit jedince do společnosti (Bruthansová, Jeřábková, 2012).

Mezi složky koordinované rehabilitace patří:

Léčebná rehabilitace

Léčebná rehabilitace zajišťuje zlepšení funkčního stavu, odstraňování či zmírňování poruchy, tj. provádí léčbu a odstraňuje následky nemoci či úrazu (Votava, Švestková, 2003). Do prostředků léčebné rehabilitace řadíme fyzikální terapie (masáže, trakce, ultrazvuk, termoterapie, hydroterapie, fototerapie, elektroterapie a další) (Zeman, 2014); léčebnou tělesnou výchovu, ergoterapii, animoterapii, arteterapii, muzikoterapii, psychoterapii, chirurgické zákroky, úpravu životosprávy, farmakoterapii apod. (Jankovský, 2014).

Sociální rehabilitace

Sociální rehabilitace pomáhá člověku získat soběstačnost v běžném životě (Emmerová, 2012); rozvíjí poškozené funkce a zbytkové schopnosti (reedukace); soustředí se na přijetí života s postižením (akceptace) a na stabilitu rodiny (Bruthansová, Jeřábková, 2012). Součástí je i vytvoření podmínek pro samostatný život osob se zdravotním postižením pomocí dávek sociálního zabezpečení (invalidní důchod, dávky státní sociální podpory a dávky sociální pomoci) (Jankovský, 2014).

Pedagogická rehabilitace

Pedagogická rehabilitace odpovídá vzdělávání osob se zdravotním postižením v pojetí speciální pedagogiky, jejímž cílem je dosáhnout co nejvyššího stupně vzdělání a optimální kvalifikace (Votava, Kaprová, 2003). Jde o celoživotní proces s důrazem na snahu o optimální rozvoj osob s postižením a jejich maximální integrace do společnosti (Bruthansová, Jeřábková, 2012).

Pracovní rehabilitace

Cílem pracovní rehabilitace je získání, obnovení či udržení pracovního potenciálu daného jedince (Šesták, 2014). Pracovní rehabilitace zahrnuje profesní přípravu, kariérové poradenství, průzkum trhu práce, vytváření a ochranu pracovních příležitostí (Novosad, 2009) a přizpůsobení pracovních podmínek pro pracovní začlenění osob s postižením (Šesták, 2014).

Koordinovaná rehabilitace tudíž zahrnuje více intervencí poskytovaných multidisciplinárním týmem (WHO, 2011). Multidisciplinární tým vyžaduje týmovou spolupráci celé řady odborníků, kteří jednají ve prospěch daného jedince s postižením (Jankovský, 2014). Tým by měl zahrnovat odborného lékaře (např. neurologa, ortopeda, aj.), sociálního pracovníka (popř. osobního asistenta), speciálního pedagoga (popř. asistenta pedagoga), psychologa, fyzioterapeuta, ergoterapeuta a další specialisty (Novosad, 2011). Veškerou spolupráci by měl koordinovat sociální pracovník jakožto odborník, který stojí na straně klienta (Jankovský, 2014).

1.1.2 Legislativa

Jedním ze základních legislativních pramenů je Úmluva Valného shromáždění OSN z roku 2006: Standardní pravidla vyrovnání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením, kde o rehabilitaci hovoří článek 26 – Habilitace a rehabilitace (Pfeiffer, Švestková, 2014).

Dle Bruthansové a Jeřábkové (2012) patří mezi další významné dokumenty:

- Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod,
- Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech,
- Úmluva o právech osob se zdravotním postižením,
- Úmluva o právech dítěte,
- Úmluva ILO č. 159 o pracovní rehabilitaci a zaměstnávání invalidů,

- Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny,
- Charta základních práv Evropské unie,
- Evropská sociální charta,
- Evropský sociální program,
- Charta pro 3. tisíciletí,
- Strategie Evropa 2020.

Lidé se zdravotním postižením tvoří významnou skupinu občanů naší republiky, přesto však není jednotný zákon, který by danou problematiku komplexně zastřešoval (Michalík, 2011b).

25. května 2015 vláda schválila Národní plán podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2015 – 2020 (Vláda ČR, 2015).

K dalším dokumentům zabývajícím se touto problematikou patří: Národní zpráva o strategiích sociální ochrany a sociálního začleňování; Strategie sociálního začleňování 2014 – 2020; Národní strategie rozvoje sociálních služeb v České republice na rok 2015; Národní rozvojový program mobility pro všechny; Strategie vzdělávání 2020; Vládní strategie pro rovnost žen a mužů v České republice na léta 2014 – 2020; Koncepce bydlení České republiky do roku 2020 a další (NRZP ČR, 2015).

Dle Bruthansové a Jeřábkové (2012) by bylo vhodné přijmout rámcový zákon, který by nositelům rehabilitace uložil povinnost spolupracovat a koordinovat své postupy, a to zejména v situaci, kdy tyto služby poskytuje více nositelů. Dále by bylo vhodné vytvořit jednotnou definici osoby se zdravotním postižením pro všechny právní předpisy, které se zabývají touto problematikou (Bruthansová, Jeřábková, 2012).

1.1.3 Zdravotní postižení

Zdravotní postižení je běžný a přirozený jev, který se vždy objevoval, objevuje a objevovat bude (Krhutová, 2013). Přesto však neexistuje jeho jednotná definice (Bruthansová, Jeřábková, 2012).

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v aktuálním znění, §3 (2006b) definuje zdravotní postižení jako *tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby*.

Světová zdravotnická organizace používá spíše termín disabilita, kterou vnímá jako zastřešující termín pro impairment², omezení aktivit a participace; tzn. jako negativní aspekty v interakci mezi jedincem (s jeho zdravotním stavem) a souvisejícími faktory daného jedince (jeho životním prostředím a dalšími osobními faktory) (WHO, 2013). V mezinárodní klasifikaci funkčních schopností disability a zdraví definuje disabilitu jako *snížení funkčních schopností na úrovni těla, jedince nebo společnosti, která vzniká, když se občan se svým zdravotním stavem (zdravotní kondicí) setkává s bariérami prostředí*. (NRZP ČR, 2001, s. 9). Zjednodušeně jde o jakoukoliv zdravotní kondici, která omezuje každodenní aktivity člověka (Disability Services Commission, 2011).

Vždy je důležité, aby dané postižení stálo až na druhém místě; tj. abychom mluvili o člověku/dítěti se zdravotním postižením (nikoli o postiženém člověku/dítěti) (Michalík, 2011b).

Zdravotní postižení můžeme dělit dle druhu (tělesné, smyslové, mentální, kombinované); dle doby vzniku (vrozené/časné a získané v pozdějším věku); a dle stupně či intenzity (lehké, středně těžké, těžké, velmi těžké/hluboké) (Krhutová, 2013a). Dělíme ho tedy na:

² Impairment (porucha) je definován jako ztráta nebo abnormalita (odchylka od stanovených norem) tělesné struktury či funkce (NRZP ČR, 2001).

Tělesné postižení

Za tělesné postižení považujeme dlouhodobý nebo trvalý stav, který je charakteristický orgánovou nebo funkční poruchou, již nelze léčbou zcela odstranit nebo výrazně zmírnit (Novosad, 2011).

Můžeme ho rozdělit na chronické onemocnění a pohybové (motorické) postižení.

Chronické onemocnění je poškození fyziologických funkcí, které vyžaduje dodržování stanovené životosprávy, životního stylu i léčebných opatření (Novosad, 2013). Mezi tato chronická onemocnění patří kardiovaskulární onemocnění (ischemická choroba srdeční); onemocnění plic a dýchacích cest (astma, tuberkulóza); poruchy imunity (alergie, syndrom získané imunodeficiace AIDS); poruchy metabolických procesů (lipidóza, diabetes mellitus); nádorová onemocnění; epilepsie; kožní onemocnění (ekzém, psoriáza) atd. (Slimáková, 2015; Novosad, 2011).

Pohybové (motorické) postižení se vyznačuje omezením pohybu a motorické koordinace v souvislosti s poškozením, vývojovou vadou či poruchou nosného a pohybového aparátu, inervací, amputací či deformací (Novosad, 2013). Do motorických postižení řadíme centrální obrny (dětská mozková obrna, infekční obrna, roztroušená skleróza, cévní mozková příhoda, poranění mozku a míchy); periferní obrny; deformity (nanismus, akromegalie, zakřivení páteře, svalová atrofie, zánětlivá poškození pohybového aparátu); amputace a další (Helpnet, 2015; Novosad, 2011).

Ke specifickým osob s tělesným postižením patří ztížení nebo ztráta schopnosti pohybu, problematická koordinace pohybů, narušení jemné motoriky, poruchy sebehodnocení, emoční labilita, komunikační bariéry atd. (Novosad, 2011).

Mentální postižení

Mentální retardaci můžeme definovat jako vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí, projevující se především snížením poznávacích, řečových a sociálních schopností (Valenta, 2011). Širším termínem než mentální retardace je mentální postižení, jež je využíváno i pro jedince, kteří se nacházejí v hraničním pásmu mentální retardace (Bazalová, 2014).

Mentální postižení může být způsobeno vnějšími i vnitřními příčinami (Šiška, 2013). Nejčastějším rozlišením příčin je však dělení podle období vzniku postižení (Bazalová, 2014). V prenatálním období jde především o působení dědičných vlivů a genetických příčin (poté hovoříme např. o Downově syndromu, Williamsově syndromu, Angelmanově syndromu, De Lange syndromu, Klinefelterově syndromu či Superfemale apod.) (Valenta, 2011). Vliv na vznik mentálního postižení v tomto období mají i vnější vlivy biologické (viry a bakterie), chemické (alkohol, drogy, nikotin) a fyzikální (úrazy, rentgenové záření aj.) (Šiška, 2013). V perinatálním období se jedná zejména o perinatální encefalopatii (organické poškození mozku) či mechanické poškození mozku při porodu, hypoxii, asfyxii nebo předčasný porod aj. (Valenta, 2011). Do postnatálního období řadíme zánět mozku, úrazy, nádorová onemocnění, krvácení do mozku a degenerativní onemocnění vedoucí k poškození inteligence (typu Alzheimerovy či Parkinsonovy choroby, schizofrenie, alkoholové demence apod.) (Slowík, 2007; Valenta, 2011).

Mentální postižení lze dle hloubky postižení rozdělit na lehkou (IQ 50 – 69), středně těžkou (IQ 35 – 49), těžkou (IQ 20 – 34) a hlubokou mentální retardaci (IQ méně než 20) (Dobromysl, 2012).

U jedinců s mentálním postižením se objevují následující znaky: závislost na rodičích, porucha interpersonálních vztahů a komunikace, hyperaktivita nebo hypoaktivita, zpomalená chápavost, snížená paměť, těkavá pozornost a další (Valenta, 2011).

Smyslové postižení

Smyslové postižení dělíme na zrakové, sluchové či současné postižení zraku a sluchu (Krhutová, 2013).

Při zrakovém postižení jsou poškozené funkce zraku, které nejdou korigovat do normálního vidění (Krhutová, 2011). Zrakové postižení můžeme rozdělit do následujících skupin: částečná ztráta zraku (slabozrakost); zbytky zraku (praktická slepota); totální ztráta zraku (totální slepota) (Šumníková, 2014).

Mezi nejčastější příčiny ztráty zraku patří zelený a šedý zákal, onemocnění sítnice, refrakční vady (dalekozrakost, krátkozrakost, astigmatismus), binokulární vidění (šilhání, tupozrakost, nystagmus) atd. (Krhutová, 2011).

Lidé s poruchami zraku využívají v každodenním životě ostatní smysly (sluch, hmat, čich, chuť), které se nazývají smysly kompenzační (Kavalírová, 2014). Především na sluchovém či hmatovém vnímání jsou založené kompenzační pomůcky pro osoby se zrakovým postižením (Slowík, 2007).

U těchto jedinců se může projevat častější unavitelnost, psychická labilita, nervozita, stres a je významně ztížen oční kontakt, a tím i navazování sociálních kontaktů (Krhutová, 2011).

Sluchové postižení nastává, když člověk ztratí všechny své schopnosti slyšet (nebo jejich část) (Williams, 2015). Jedná se o méně početnou skupinu osob s postižením, ale je považována za skupinu s postižením nejtěžším (Potměšil, 2011). Vytváří komunikační bariéru; deficit v orientačních schopnostech; psychickou zátěž; omezení sociálních vztahů a negativní vliv na vývoj myšlení (Slowík, 2007).

Vady sluchu dělíme dle mohutnosti ztráty na ohluchlost (která vznikla v období již vyvinuté řeči); hluchotu (jež je vrozená nebo získaná v časném věku dítěte); zbytky sluchu (kdy ztráta sluchu není úplná) a nedoslýchavost (částečnou ztrátu sluchu, která je velmi těžká, těžká, střední nebo lehká) (Potměšil, 2011).

U osob se sluchovým postižením je důležité rozvíjet především vizuálně motorické (znakový jazyk, prstová abeceda), orální (základy jazyka mluveného či grafického), vizuální (odezírání) či zvukové komunikační dovednosti (Knotová, 2014).

Kombinované postižení

Kombinované postižení můžeme charakterizovat jako kombinaci dvou a více druhů postižení vyskytujících se u jednoho jedince (Kunhartová, 2015). Nejčastěji se jedná o hluchoslepotu či se různá postižení kombinují s mentálním postižením nebo s poruchami chování (Slowík, 2007).

Hluchoslepotu je jedno z nejtěžších postižení, protože se jedná o poškození dvou základních lidských smyslů (Spokojené děti, 2015). Způsobuje při komunikaci, sociální a funkční interakci s prostředím potíže při zajišťování životních potřeb a zabraňuje plnohodnotnému zapojení do běžného života společnosti (Helpnet, 2015).

Mentální postižení se vyskytuje nejčastěji společně s tělesným postižením (konkrétně s DMO) a se smyslovými poruchami (Slowík, 2007). Dále se také jedná o poruchy autistického spektra³ (Kunhartová, 2015), při kterých je mentální vývoj dítěte narušen v několika oblastech (Together We Can Manage, 2013). Často se pojí s epilepsií, úzkostnými poruchami, depresemi, jsou narušeny oblasti sociální interakce, verbální i neverbální komunikace a představitosti (Šporclová, 2015).

U poruch chování je důležité odlišit poruchy související s momentální situací či vývojem (charakteristické pro určitý věk či konflikt) a poruchy chování jako psychologickou či psychiatrickou diagnózu (která může zahrnovat vážné poruchy pozornosti⁴) (Pavlas Martanová, 2015). Poruchy chování jsou charakterizovány především agresivitou, asociálním nebo vzdorovitým chováním (ÚZIS, 2014).

1.1.4 Sociální práce s osobami se zdravotním postižením

Sociální práce s osobami se zdravotním postižením se zaměřuje především na podporu sociálního fungování⁵ těchto jedinců (Krhutová, 2013b). Sociální fungování zahrnuje uspokojování všech lidských potřeb (např. vzdělání, pocit sounáležitosti, ekonomické zabezpečení, podmínky pro samostatný život, péče o domácnost, výchova dětí apod.) (Novosad, Girgleová, 2013).

³ Mezi poruchy autistického spektra patří dětský autismus, atypický autismus, Rettův syndrom, Aspergerův syndrom, jiné pervazivní vývojové poruchy, pervazivní vývojová porucha nespecifikovaná (Šporclová, 2015; Together We Can Manage, 2013).

⁴ Mezi nejznámější poruchy pozornosti patří syndromy ADHD (syndrom deficitu pozornosti spojený s hyperaktivitou) a ADD (syndrom deficitu pozornosti bez přítomnosti hyperaktivity) (Jucovičová, Žáčková, 2010).

⁵ Koncept sociálního fungování je založen na myšlence, že lidé a prostředí jsou neustále ve vzájemné interakci, přičemž prostředí klade na člověka určité požadavky a člověk je nucen na ně reagovat (Krhutová, 2013b). Mezi požadavky prostředí a člověkem je obvykle rovnováha, ale pokud je tato rovnováha narušena, vzniká sociální problém (Novosad, Girgleová, 2013).

Nejdůležitějším nástrojem pro zvýšení kvality života jedinců se zdravotním postižením je koncept koordinované rehabilitace (viz výše) (Novosad, 2013). Kvalita života lidí se zdravotním znevýhodněním souvisí i s prací a se stabilitou jejich rodiny (bez těchto složek dochází k frustraci a stresovému stavu) (Koláčková, Kodymová, 2005).

Základem sociální práce je znalost životních podmínek lidí se zdravotním postižením, znalost konkrétních specifických potřeb daného jedince, respektování jeho důstojnosti, vhodný způsob komunikace s konkrétním klientem a znalost faktorů, které ovlivňují život s postižením (Krhutová, 2013). K posledně jmenovaným patří faktory biologické (zdravotní stav, akutní tělesná kondice), psychologické (osobnostní rysy, sebehodnocení, psychický stav a další), sociální (rodinné zázemí, sociální vztahy a vazby, postoje apod.), noetické (morální a etické hodnoty, náboženské přesvědčení aj.) a faktory sociální a veřejné politiky (dostupnost sociálních služeb, politika zaměstnanosti a trh práce, doprava, vzdělávání, bytová politika) (Koláčková, Kodymová, 2005).

Sociální pracovník by měl znát symptomy i dynamiku daného znevýhodnění (především u duševních onemocnění); měl by umět získat informace o klientovi, jeho okolí, zázemí; sestavit, realizovat a hodnotit plán intervencí; navázat kontakt, vést rozhovor, naslouchat; komunikovat s ostatními členy týmu a dalšími odborníky (Probstová, 2005; Šiška, 2013).

Cílem sociální práce je především integrace⁶ osob s postižením do společnosti (Hrušková, et al., 2005). K dalším cílům patří rozvoj schopností a dovedností jedinců se znevýhodněním; podpora rodinného života, bydlení, zaměstnání a vzdělání (Hrušková, et al., 2005). Při péči o jedince se zdravotním postižením je důležité zapojit celou rodinu a pomoci rodině nalézt podporu v organizacích, které se dané problematice věnují profesionálně (Vander, 2013).

Dle Koláčkové a Kodymové (2005) jsou důležitými cíli sociální práce podpora nezávislého způsobu života; život bez bariér; svépomoc, uživatelské aktivity (viz kapitola 1.2) a seberealizace.

⁶ Integrací rozumíme nenásilné a přirozené začleňování minority do majority, respektive začlenění osob se zdravotním postižením do společnosti tak, aby tvořili její součást (Jankovský, 2014).

Při podpoře nezávislého způsobu života jde především o to, aby měl člověk kontrolu nad svým životem, aby měl umožněn přístup ke stejným sociálním, politickým, ekonomickým a kulturním příležitostem jako většinová populace (tzv. koncept rovných příležitostí) (Krhutová, 2013b).

V životě existují bariéry fyzické (fyzická omezení v prostředí, která komplikují pohyb osob se zdravotním znevýhodněním), psychické (bariéry v psychice zdravých lidí, kteří se vyhýbají kontaktu s lidmi s postižením, i v psychice jedinců s postižením), hodnotové a kulturní (Krhutová, 2013b). Nejzávažnějším psychickým problémem je uvědomění si změny zdravotního stavu (obzvláště pokud k němu došlo náhle během života jedince). Je tudíž třeba podporovat bezbariérovost (Koláčková, Kodymová, 2005).

Seberealizací rozumíme využívání a uplatnění přirozených dispozic a schopností jedince k určité činnosti, práci či sociální aktivitě (Portál, 2015).

Důležité je vnímat člověka jako jedinečnou osobnost a nevnímat ho pouze jako pasivního příjemce služby (Koláčková, Kodymová, 2005). Služby nemají řídit uživatelův život, ale pomoci mu, aby ho mohl řídit sám (Hrušková, et al., 2005).

U jedinců s těžkým tělesným postižením vybírají možné ústavní zařízení jejich rodiny. Je nutné mít na paměti, že úroveň běžných sociálních dovedností uživatelů bývá nižší, na uživatele bývají kladeny menší nároky, uživatelům chybí sociální kontakty a možnost srovnání se zdravými jedinci a že uživatelé mají větší pocit odlišnosti (Koláčková, Kodymová, 2005). Systém péče o osoby se zdravotním znevýhodněním by měl proto podporovat tzv. deinstitucionalizaci neboli přesunutí těžiště péče z institucí do přirozených společenství (Probstová, 2005).

Osoby se zdravotním postižením i jejich rodiny mohou využívat širokou škálu sociálních služeb. Poskytování sociálních služeb upravuje zákon 180/2006 Sb., o sociálních službách (Česko, 2006b). Tyto služby poskytuje stát, nevládní neziskové organizace, církevní organizace, kraje, obce i soukromé osoby (Bazalová, 2014).

Mezi služby, které mohou využívat osoby se zdravotním postižením, patří: sociální poradenství (základní, odborné), raná péče⁷, osobní asistence⁸, pečovatelská služba, průvodcovské a předčitatelské služby, podpora samostatného bydlení, odlehčovací služby, centra denních služeb, denní a týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, chráněné bydlení⁹, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, sociálně terapeutické dílny, tísňová péče a sociální rehabilitace (MPSV, 2015).

Kvalita sociálních služeb je kontrolována dle Standardů kvality sociálních služeb¹⁰. Díky tomu je zaručeno, že poskytovatelé sociálních služeb splňují hygienické, personální, materiální, technické a odborné požadavky (Bazalová, 2014).

Problém v České republice představuje nedostupnost služeb a finanční náročnost některých služeb. Rodina je zatížena složitými administrativními postupy souvisejícími s vyřizováním dávek (ať jde o příspěvek na péči, dávky pro osoby se zdravotním postižením, dávky státní sociální podpory či o dávky pomoci v hmotné nouzi) a státní organizace (především speciálně pedagogická centra a pedagogicko-psychologické poradny) mají dlouhé lhůty pro objednání a vyšetření dítěte (Landischová, et al., 2014).

Aby byly osobám se zdravotním postižením usnadněny ztížené životní podmínky, které vznikají jako důsledek jejich zdravotního postižení, jsou jim poskytovány určité výhody, jež jsou spojeny s držetím průkazu osoby se zdravotním postižením (TP, ZTP nebo ZTP/P) (Šimák, 2013). Dle zákona č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů má nárok na průkaz osoby se zdravotním postižením osoba starší jednoho roku s tělesným, duševním či smyslovým

⁷ Raná péče se zaměřuje především na podporu rodiny a vývoje dítěte s postižením (Střediska pro ranou péči, b.d.). Agentury rané péče jsou však specializované, takže v určitých místech nemusí být tato péče pro děti s určitým druhem postižení dostupná (Matoušek, Palme, Landischová, 2014).

⁸ Osobní asistent vykonává pro klienta činnosti (nebo mu s nimi pomáhá), které by klient dělal sám, kdyby mohl (Osobní asistence, 2014).

⁹ Chráněné bydlení umožňuje lidem se zdravotním znevýhodněním nebo dlouhodobě závislým na pomoci druhé osoby žít běžným způsobem života, kdy jeden nebo více uživatelů obývá byty ve speciálním domě či byty v běžné bytové zástavbě (Kubalčíková, 2013). Existuje spousta typů chráněného bydlení spojených s různou mírou poskytování sociální pomoci (lidé bydlí samostatně, společně sdílí kuchyni, prádelnu, společenskou místnost, zahradu apod.) (AgeUK, 2015).

¹⁰ Standardy kvality sociálních služeb jsou obsaženy ve Vyhlášce č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách (Česko, 2006a).

postižením, které má charakter dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu a omezuje schopnost pohyblivosti nebo orientace (včetně osob s poruchou autistického spektra) (Česko, 2011).

Osoba, která je držitelem průkazu TP, má nárok na vyhrazené místo k sezení ve veřejných dopravních prostředcích a přednost při osobním projednávání své záležitosti, vyžaduje-li toto jednání delší čekání či stání (Pohyblivost, 2015).

Osoba, která je vlastníkem průkazu ZTP, má nárok na výhody spojené s průkazem TP; na bezplatnou dopravu ve veřejné hromadné dopravě a na slevu 75% jízdného v autobusové a vlakové vnitrostátní dopravě (Apla, 2015).

Osoba, která je držitelem průkazu ZTP/P, má nárok na výhody spojené s průkazy TP a ZTP; na bezplatnou dopravu průvodce (veřejnými hromadnými dopravními prostředky i v pravidelné vnitrostátní dopravě) a bezplatnou dopravu vodícího psa (pokud ji nedoprovází průvodce) (MPSV, b.d.).

Osoby se zdravotním postižením mají dále nárok na sociální dávky, mezi které patří především invalidní důchod, příspěvek na mobilitu, příspěvek na zvláštní pomůcku a příspěvek na péči (MPSV, 2015).

Invalidní důchod je poskytován ve třech stupních v závislosti na míře poklesu pracovní schopnosti (ČSSZ, 2014). Pokud pracovní schopnost osoby poklesla o 35% až 49%, jedná se o invaliditu prvního stupně; pokud pracovní schopnost poklesla o 50% až 69%, jedná se o invaliditu druhého stupně; a pokud pracovní schopnost osoby poklesla nejméně o 70%, jedná se o invaliditu třetího stupně (Kahoun, 2013).

Poskytování příspěvku na mobilitu a příspěvku na zvláštní pomůcku upravuje zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů (Jankovský, 2014). Na příspěvek na zvláštní pomůcku má nárok osoba, která má těžkou vadu nosného nebo pohybového ústrojí, těžké sluchové nebo zrakové postižení, těžkou nebo hlubokou mentální retardaci, a osoba, jejíž zdravotní stav má charakter dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu (Šimák, 2013). Zákon o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením ustanovuje, že nárok na příspěvek na mobilitu má osoba starší jednoho roku, která má nárok na průkaz osoby se zdra-

votním postižením (ZTP nebo ZTP/P), opakovaně se v kalendářním měsíci dopravuje nebo je dopravována za úhradu a nejsou jí poskytovány pobytové služby v domově pro osoby se zdravotním postižením, v domově pro seniory, v domově se zvláštním režimem nebo ve zdravotnickém zařízení ústavní péče (Česko, 2011).

Příspěvek na péči (upraven v zákonu o sociálních službách) je dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (2006b) přiznáván ve čtyřech stupních dle závislosti osoby na péči jiné osoby, která se hodnotí podle schopností zvládat základní životní potřeby¹¹. Nárok na příspěvek na péči má tudíž osoba, která je z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu závislá na pomoci jiné fyzické osoby (Šimák, 2013).

Osoby se zdravotním znevýhodněním mají samozřejmě nárok i na dávky státní sociální podpory¹² (přídavek na dítě, rodičovský příspěvek, porodné, pohřebné) a dávky pomoci v hmotné nouzi¹³ (příspěvek na živobytí, doplatek na bydlení, mimořádná okamžitá pomoc), pokud splní zákonem stanovené podmínky (MPSV, 2015).

1.2 Rodina

Rodina je nejpůvodnější, nejpřirozenější a nejdůležitější lidskou skupinou a institucí lidského jedince od narození až po úmrtí (Michalík, 2013). Jako ekonomická jednotka je i základním stavebním kamenem sociálních struktur (Reichel, 2008). Rodina je také základ osobní totožnosti každého jedince (Matoušek, Pazlarová, 2010). Jde o skupinu lidí se společnou historií, přítomností i budoucností, jejíž členové jsou propojeni vzájemnými interakcemi, intenzivními psychologickými a emocionálními vazbami (Sobotková, 2007). Najdeme ji ve všech lidských společenstvích; je strukturována a fungu-

¹¹ Mezi základní životní potřeby patří: mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity, péče o domácnost (tato základní životní potřeba se nehodnotí u osob mladších 18 let) (Česko, 2006b).

¹² Poskytování dávek státní sociální podpory blíže upravuje zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, ve znění pozdějších předpisů (IP MPSV, 2015).

¹³ Poskytování dávek pomoci v hmotné nouzi upravuje zákon č. 110/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, ve znění pozdějších předpisů (Veřejný ochránce práv, 2015).

je tak, jak funguje společnost (v dnešní postmoderní společnosti, která se orientuje na individualismus a pracovní úspěchy, jsou typické především malé a proměnlivé rodiny) (Matoušek, 2014).

V současné době již není přiměřené definovat rodinu legalizací manželského svazku mezi dospělými ani biologickou vazbou mezi rodiči a dětmi, ale definujeme ji jako společenství lidí, kteří se jako rodina cítí (Matoušek, 2014). Dnes jsou za rodinu považovány i nesezdané páry či náhradní rodiče (Sobotková, 2007). I přesto je však rodina nejvhodnějším prostředím pro výchovu dětí a žádná výchovná instituce ji nemůže nahradit (Michalík, 2013), a to zejména v následujících oblastech (Slowík, 2007):

- rozvoj osobnosti (dostatek vhodných podnětů a příbuzenských vztahů);
- kvalita života (atmosféra domácího prostředí, obětavý přístup ostatních členů rodiny);
- uspokojení vztahových a emočních potřeb (bezpodmínečné přijetí);
- vytváření vlastní identity (rodina jako referenční skupina, někdy i jediná).

Funkční rodina je řízena dospělými členy (děti se podílí na chodu rodiny podle uvážení dospělých), zajišťuje naplnění hlavních životních potřeb všech členů (jde především o bezpečí, jídlo, oblečení, bydlení, ochranu zdraví a emocionální podporu), navzájem komunikuje a má určité rituály, které umožňují součinnost a podporují vzájemnost (jde o činnosti, které probíhají ustáleným způsobem, např. společné jídlo, výlety, ukládání dětí ke spánku apod.) (Matoušek, 2014). Rodina je důležitým socializačním činitelem a důležitou složkou sociální kontroly¹⁴ (Sollárová, 2008).

1.2.1 Rodina pečující o dítě se zdravotním postižením

Narození postiženého dítěte představuje pro jeho rodiče vážné trauma (rodič se s dítětem instinktivně ztotožňuje) (Landischová, et al., 2014). Po narození dítěte

¹⁴ Sociální kontrola je soubor různých prostředků, institucí, procesů a mechanismů, které dávají souhlas k přijatým cílům, hodnotám, normám, potřebám a zajišťují řád a stabilitu společnosti (Urbanová, 2013).

s postižením jsou členové rodiny ve stavu šoku, který je velmi podobný šoku po náhlé smrti blízké osoby, kdy reakce rodiny probíhá (podobně jako při jiných zátěžových situacích) v několika fázích (Slowík, 2007).

Fáze vyrovnání se s narozením dítěte s postižením popsala E. Kübler-Rossová (i když se ve své práci věnovala především vyrovnání se člověka s letálním onemocněním, lze tento proces velmi dobře aplikovat i na situaci narození dítěte se zdravotním postižením) (Pfaifer, 2014). Kübler-Rossová (2011) uvádí pět stádií, jimiž rodiče dítěte s disabilitou procházejí.

Na začátku je to fáze popírání a izolace, v níž prvními reakcemi jsou šok a zmíněné popírání (provázené nejčastěji větami: „Ne! Ne my. To přece nemůže být pravda.“), kdy rodiče ztratili dokonalé dítě, které očekávali, na které se těšili a do kterého vkládali svoje naděje a sny (Kübler-Ross, 2011). Fáze popírání je často doprovázena i hledáním pravdy všude, kde to jenom jde (a to i mimo lékaře) (Jankovský, 2014).

Následuje fáze zloby, ve které často dochází k tomu, že se rodiče obviňují navzájem nebo obviňují zdravotnický personál (nejčastěji lékaře) (Jankovský, 2014). Rodiče vnímají narození dítěte se zdravotním postižením jako velkou nespravedlnost, a tak tuto křivdu přenáší na jiné (Kübler-Ross, 2011).

Další stádium je dle téže autorky fáze vyjednávání (smlouvání), která bývá spojena s hledáním nových postojů, ať ezoterických, mystických či náboženských. Odborní pracovníci by měli projevit porozumění, schopnost naslouchat, sdílet bolest a úzkost rodičů (Jankovský, 2014).

Během fáze deprese rodiče zasáhne těžký a hluboký smutek, který je doprovázen i pocity viny, selhání, a právě v tomto zlomovém období začínají rodiče (většinou s odbornou pomocí) opět hledat tzv. pevnou půdu pod nohama, aby se mohli vrátit do běžného života (Kübler-Ross, 2011). Narození dítěte s disabilitou vnímají jako trest a často se za své dítě stydí, což může vyústit až v sociální izolaci (Jankovský, 2014).

Posledním stádiem je fáze akceptace, k níž Slowík (2007) a Jankovský (2014) uvádějí, že jde o fázi, ve které u rodičů dochází k postupnému snižování úzkosti, napětí, k přijetí dítěte takového, jaké je, a k realistickému náhledu na celkovou životní situaci rodiny (včetně reorganizace jejich dosavadního života).

Dostatek správných a dobře podaných informací (jak z oblasti medicínské, sociální, pedagogické i psychologické) může proces vyrovnání se s realitou učinit jednodušším a méně náročným (Bazalová, 2014, Helpnet, 2015). Všichni rodiče však nemusejí posledního stadia akceptace dosáhnout a může dojít i k odmítnutí života s dítětem s postižením a jeho následné umístění do ústavní péče nebo odchod jednoho z partnerů od rodiny (Jankovský, 2014). Každopádně rozhodnutí, zda rodiče budou o dítě pečovat sami, nebo zvolí jinou formu péče, má být ponecháno zcela na nich; a pokud nebude dítě vychovááno v rodině, je důležité podporovat kontakty mezi jeho biologickými rodiči a těmi, kdo o dítě pečují (Landischová, et al., 2014).

Narození dítěte se zdravotním znevýhodněním je zároveň i příležitostí pro změnu hodnotové orientace rodiny a jejího životního stylu (Bazalová, 2014). Jedná se však o dlouhý a obtížný proces, kdy rodiče někdy mluví o tom, že pro přijetí dítěte s postižením bylo nutné nechat „zemřít“ jejich představu o zdravém dítěti; teprve poté dokázali milovat své dítě takové, jaké je (Landischová, et al., 2014).

Při péči o dítě s disabilitou jde vždy o významnou pečovatelskou zátěž pro toho, kdo o dítě pečuje (Eurocarers, 2015). Tento rodič (nejčastěji matka) se stává zároveň i zdravotníkem a rehabilitačním pracovníkem. Navíc se ke zdravotnímu postižení často váží i další nemoci, které se léčí nesnadněji a více ovlivňují celkový stav dítěte, na rozdíl od dětí bez zdravotního znevýhodnění (Landischová, et al., 2014). U pečující osoby může dojít k přetížení, které se nejčastěji projevuje únavou, rezignací a zhoršením fyzického i duševního zdraví (Eurocarers, 2015). V rodině se mohou objevit i různé konflikty (např. o přiměřené péči, o fungování rodiny apod.) a ostatní sourozenci navíc mohou mít pocit, že jim rodiče nevěnují dostatečnou pozornost (Landischová, et al., 2014), nebo naopak, že jsou na ně kladeny větší nároky (Baslerová, 2012). Na druhou stranu je tato situace může výrazně posílit a připravit na život; poté si v životě dokáží sami poradit, jsou empatičtí a zdraví neberou jako samozřejmost (Bazalová, 2014). Ne zřídka dochází i k rozpadu rodiny, nejčastěji protože se pečující osoba velmi upne na péči o dítě se znevýhodněním a na ostatní členy rodiny jí nezbývá moc času ani energie (Landischová, et al., 2014).

Významnou roli hraje i příbuzenská podpůrná síť, kdy je důležité, jak ostatní příbuzní přijmou fakt o narození dítěte se zdravotním postižením (Landischová, et al., 2014). Dále rodina potřebuje i příležitosti k účasti na běžném životě společnosti a kontakt s rodinami, které mají podobnou zkušenost a pečují o dítě s postižením; v opačném případě může být rodina ohrožena sociální izolací (Slowík, 2007).

Narozením dítěte s disabilitou se mění i ekonomická situace rodiny, kdy rodina ztrácí jeden příjem, protože jeden z rodičů zůstává doma a pečuje o dítě (tento rodič navíc může být deprivován odloučením od pracovního prostředí a odkázaností na partnera) (Landischová, et al., 2014). Dále je nezbytné pořídit potřebné zdravotní pomůcky, upravit byt, popřípadě i pořídit nový, lépe vyhovující (Národní centrum podpory transformace sociálních služeb, 2012).

Složité je i přechod dítěte do dospělosti, kdy pečující rodič může mít pocit, že dítě není schopné žít samostatně, a může dospívajícímu blokovat vstup do zaměstnání či partnerských vztahů (Národní centrum podpory transformace sociálních služeb, 2012). Smrt rodičů se poté stane pro dítě neřešitelným problémem a dotyčný pak často končí v ústavním zařízení, kterému se musí přizpůsobit až v pozdějším věku. (Landischová, et al., 2014)

Péče o dítě se zdravotním postižením

Matějček (2014) uvádí, že životní situaci rodiny s dítětem se zdravotním znevýhodněním může usnadnit několik základních zásad:

- **rodiče mají o svém dítěti co nejvíce vědět;**

Rodiče by měli znát podstatu postižení jejich dítěte (opoždění ve vývoji, proč a jak s dítětem dále postupovat), a proto jsou velmi důležité odborné informace, které poskytuje především síť poradenských služeb v rámci sociálních služeb, školství i zdravotnictví. Dostupné jsou i osvětové akce, přednášky, televizní pořady aj. (Matějček, 2014);

- **obětavost ano, ale ne obětování;**

Dítě s disabilitou potřebuje výchovně vést a mnohé naučit, ale úplné obětování se vede k vyčerpání, a proto je důležité péči již od počátku v rodině rozdělovat. (Labusová, 2010) Člověk, na kterém i přesto leží hlavní péče o dítě, by měl každý den relaxovat a měl by mít během roku delší celkovou dovolenou nejlépe na čtyři týdny (Matějček, 2014);

- **ne neštěstí, ale úkol;**

Prožívat disabilitu dítěte jako neštěstí vede k pasivitě a uzavření se do sebe, proto je potřeba přijmout situaci jako úkol (Michalík, 2012), být aktivní (např. spolupracovat s okolím, vymyslet vlastní pomůcky nebo hračky apod.) a pomáhat dítěti i sobě (Matějček, 2014);

- **přijmout pravdu, ale vždy s výhledem do budoucna;**

Rodiče by se na situaci měli dívat realisticky (nedoufat v rychlý a zázračný vývojový pokrok či dokonce uzdravení) a přijmout fakt, že se dítě bude vyvíjet svým tempem (Labusová, 2010). Rodiče by měli se základními informacemi získat i odhad dalšího vývoje dítěte do dohledné budoucnosti, aby neustále netápali v nejistotě (Matějček, 2014);

- **dítě samo netrpí;**

Dítě svoje postižení neprožívá jako strádání. Žije svůj vlastní život, má své radosti i starosti, které odpovídají úrovni jeho duševního vývoje. Stejný autor dodává, že je tudíž důležité pomáhat dítěti k radostnému a samostatnému životu než ho litovat (Matějček, 2014);

- **v pravý čas a v náležitě míře;**

Vývoj dítěte má své zákonitosti a každý krok ve výchově, učení, tělesném cvičení a rehabilitaci má přijít v pravý čas (ne příliš brzy, ale ani příliš pozdě) (Matějček, 2014);

- **nejsme sami;**

Je více rodičů, kteří mají také dítě se zdravotním znevýhodněním a jsou ochotni podělit se o své zkušenosti, starosti i radosti. Dále jsou tu i lékaři, psychologové, speciální pedagogové, sociální pracovníci a další (Matějček, 2014);

- **nejsme ohroženi;**

Matějček (2014) říká, že životní jistota rodičů je oslabena, a proto mnohdy nemají rádi zájem druhých lidí, jejich pohledy, chování a poznámky. Žijí ve zvýšeném napětí a čekají „útok“, proto je důležité, aby si rodiče uvědomili, že jde spíše o jejich pocity než o zlou vůli a škodolibost ostatních (většinou neinformovaných) lidí (Matějček, 2014);

- **chraňme si manželství a rodinu;**

Manželství rodičů dítěte s postižením mají tendenci se dříve rozpadat (především z důvodu zvýšené zátěže, úzkosti, nejistoty a napětí) (Matějček, 2014). Manželé by si proto měli být oporou a každý z manželů by měl mít oporu od širších společenských kruhů (Lábusová, 2010);

- **mysleme na budoucnost;**

Budoucnost dítěte se zdravotním postižením je potřeba vidět realisticky. Je nutné zvážit, zda bude dítě moci chodit do školy, jestli je vhodné kombinovat rodinnou výchovu s denním stacionářem, zda bude dítě jednou bydlet samostatně, jak dlouho budou moci rodiče zajistit všechny potřeby dítěte sami (Lábusová, 2010) apod. Vždy je vhodné situaci posoudit komplexně z mnoha hledisek a poradit se s příslušnými odborníky (Matějček, 2014).

1.2.2 Sociální práce s rodinou

S rodinou jako s klientem se můžeme setkat v různých podobách: může se jednat o práci s celou rodinou, s její částí (rodič - dítě), s dítětem nebo s dospělým členem rodiny (Chrenková, 2011).

Aby mohla rodina naplňovat své současné základní funkce (reprodukční a socializační funkce, ekonomické zajištění, emocionální podpora členů rodiny a výchova dětí), je potřeba, aby k tomu měla příslušné kompetence (Matoušek, 2013; Reichel, 2008). Mezi tyto kompetence patří např. zajištění příjmů a hospodaření s nimi, zajištění bydle-

ní a domácnosti, kooperace s širší rodinou a se sociálním prostředím, přijímání dětí a naplňování jejich potřeb (Matoušek, 2013).

Je důležité, aby sociální pracovník poznal rodinné vztahy a míru podnětnosti rodinného prostředí (Vojáčková-Kuncová, 2008). Poté je při dalším hodnocení rodiny potřeba vnímat a posuzovat faktory rizikové (činitelé, které ohrožují soudržnost rodiny) a protektivní (faktory, které rodině pomáhají zvládat různé nesnáze) (Matoušek, 2013). Mezi hlavní rizikové faktory patří např. dítě se zdravotním postižením, nevěra, trestná činnost, alkoholismus, nezáměr rodičů apod. (Zelená, Krégllová, 2006). K protektivním faktorům se řadí např. osobnostní nezdolnost dospělého, sociální inteligence dítěte atd. Pokud v rodině převažují rizikové faktory nad protektivními, jde o tzv. ohroženou rodinu (Matoušek, 2013). Sociální pracovníci musí ohrožení rozpoznat a správně mu porozumět, aby mohli podporovat změnu v životě těchto rodin a snižovat míru jejich ohrožení (Navrátilová, 2013).

Při práci s rodinou je potřeba pracovat se všemi členy rodiny, začlenit je do spolupráce, mluvit o všem a stát se rovnými partnery (Vojáčková-Kuncová, 2008). Při práci s ohroženou rodinou musí pracovník počítat s obranným postojem zejména u dospělých členů rodiny. Ochota členů rodiny docházet do instituce, která poskytuje odbornou pomoc, nebývá nijak vysoká, proto je vhodnější pracovat s rodinami v jejich přirozeném domácím prostředí (prostřednictvím asistenčních či terénních programů) (Matoušek, 2013).

Na začátku práce s rodinou je vhodné zjistit, zda již byla rodina v kontaktu s nějakými odbornými pracovníky a organizacemi, a pokud je rodina na nějaké organizace napojena, je třeba se dohodnout na rozdělení kompetencí, kdy by měl mít jeden pracovník koordinující funkci (Matoušek, 2013) a plánovat veškeré další intervence od ostatních organizací a odborných pracovníků (včetně zdravotnického personálu, pedagogů, fyzioterapeutů, psychologů a dalších terapeutů, osobních asistentů) (Matoušek, Pazlarová, 2010). Tento klíčový pracovník by měl dále plánovat péči s dítětem a rodinou, poskytovat odborné informace, moderovat průběh péče, sestavit individuální plán pomoci, monitorovat průběžnou realizaci plánu a pomoci, provádět revizi plánu (Ma-

toušek, Pazlarová, 2010). Tato koordinace a týmová spolupráce se označuje jako case management (Nedělníková, 2015).

Ve fázi prvotního šoku je optimálním přístupem krizová intervence, tj. podpora vyjadřování emocí, opory v blízkých lidech, tolerance únikových reakcí a nepřenesení viny na osoby, které ji nenesou (Landischová, et al., 2014). Měla by být poskytnuta rychle (již v porodnici a v prvních měsících po narození dítěte) a pokud možno nezprostředkovaně (tzn. bez získávání jakéhokoliv doporučení či kontaktu s dalšími institucemi a osobami) (Špatenková, 2011). K základním znakům patří okamžitá a snadno dosažitelná pomoc, zajištění pocitu bezpečí a emocionální podpory, zaměření se na aktuální situaci, intenzivní (i každodenní) kontakt, individuální přístup a strukturovaný, aktivní a někdy až direktivní přístup krizového intervenanta (Lucká 2003, Špatenková, 2011).

Rodina s dítětem s disabilitou může být ohrožena sociální izolací, především z důvodu negativních reakcí svého okolí. Proto by měly být podporovány společenské kontakty rodiny (Landischová, et al., 2014). Tyto aktivity jsou známé pod slovním spojením práce se sítěmi podpory, která spočívá zejména v navazování, dotváření a udržování vztahů mezi různými subjekty (k nim náleží především přátelé, širší rodina a místní komunita, dobrovolníci, sociální služby a orgány místní samosprávy a státu) (Gojová, Musil, 2013). Sociální síť je seskupení lidí nebo organizací, mezi nimiž se vytvořily neformální či formální kontakty a díky těmto kontaktům mohou lidé mezi sebou komunikovat, poskytovat si různé zdroje (kontakty, informace, znalosti), řešit společná témata, hájit společné zájmy (Gojová, Musil, 2013).

Někdy je potřeba pomáhat rodinám navázat kontakty s příslušnými sociálními službami (Matoušek, 2014).

Nezastupitelnou funkci mají i svépomocné skupiny neboli zájmová sdružení rodičů a přátel dětí se zdravotním postižením (Matějček, 2014). Jde o skupiny lidí, kteří sdílejí společný problém. Poskytují si vzájemnou podporu a jejich společným cílem je vypořádat se s danou situací (S. Ahmadi, 2015). Solidarita lidí, kteří zažili totožnou situaci, je velkou oporou (Matějček, 2014). Svépomocné skupiny mohou existovat samostatně

nebo jako součást větších organizací. Mohou fungovat neformálně nebo v souvislosti s nějakým programem a nejčastěji se setkávají v domácnostech členů, v komunitních sálech, ve školách, kostelech nebo jiných střediscích (S. Ahmadi, 2015). Obvykle bývají vedeny osobou, která má odborné znalosti dané problematiky (Kolínská, 2013).

1.3 Poradenství

Poradenstvím se v dnešní době zabývají všechny pomáhající profese, a proto je možné ho nalézt v činnosti velkého množství institucí (od škol, přes podniky až po věz-nice), přičemž rady neposkytují pouze odborní poradci, ale i přátelé, rodiče, příbuzní, náboženské instituce i média (Hartl, 2013).

Poradenství je především postaveno na vztahu klienta a poradce (Novosad, 2009) a metodách naslouchání a komunikace (Feltham, 2012). Jde o proces, při kterém profesionál poskytuje druhé osobě informace, rady, vedení a podporu přiměřeně k nepříznivé životní situaci klienta a jeho potřebám tak, aby se jedinec začal ve své životní situaci lépe orientovat a na základě využití vlastních sil a zdrojů okolí ji mohl co nejlépe řešit nebo přijmout (Procházka, et al., 2014; Novosad, 2009).

Úkolem poradce je především poskytnout klientovi reálný pohled na možnosti po-radenství i samotného poradce. Je důležité, aby byl klient aktivní, poradce by měl při-jmout podpůrnou nekritickou roli (Woolfe, 2010) a měl by pouze ulehčovat celkový proces a napomáhat klientovi uvědomit si své možnosti (Procházka, et al., 2014).

Hopson a Scally rozlišili šest typů pomoci druhým podle potřeb osoby, která pomoc vyhledala (Hartl, 2013):

- **podání jednoduchých věcných informací** – poskytnutí informací, které daný klient potřebuje k řešení své situace;
- **poskytování rad** – nabízení názoru odborníka (s vzhledem do konkrétní situace) na další počínání daného klienta;
- **učení** – umožnění klientovi získat určité dovednosti a znalosti, které pomohou zlepšit jeho situaci;

- **psychologický náhled** – pomoc klientovi pochopit problém, objasnit kde a proč se objevují úskalí, ukázat možné cesty dalšího jednání, aby se jedinec správně rozhodl, co dělat;
- **přímá akce** – vykonání určité činnosti za klienta, obstarání nutných potřeb (např. jídlo, bydlení, vyplnění formuláře apod.);
- **změna systému** – změna systémů, které jedinci způsobují potíže (např. organizační úpravy).

Klíčovým heslem poradenství je věta „Pomáhat znamená pomoci lidem, aby si dokázali pomoci sami.“ (Hartl, 2013). Dále dodává, že poradenství je způsob, jak pomáhat lidem zvládnout jejich nepříznivou situaci, jak objasňovat jejich osobní cíle a jak jich dosahovat.

Poradenství můžeme členit dle zaměření na skupiny občanů z hlediska věku na poradenství pro děti a mládež (např. raná péče, poradenství pro poruchy příjmu potravy aj.), poradenství pro dospělé osoby (např. manželské poradny, pomoc při hledání zaměstnání aj.) a poradenství pro seniory (např. poradny pro oběti domácího násilí, poradenství uživatelům sociálních služeb aj.) (Michalík, 2011a).

Dále můžeme poradenství členit dle zřizovatele daného poradenského systému, kdy se jedná především o tyto formy: státní organizace (např. poradenství pro prevenci kriminality poskytované Policií ČR), veřejnoprávní organizace (např. vysokoškolské poradny), nevládní organizace (např. poradna pro osoby se zdravotním postižením) a ostatní fyzické a právnické osoby (např. právní poradenství, výživové poradenství) (Michalík, 2011a).

1.3.1 Cíle poradenství

Novosad (2009) rozděluje cíle poradenství do tří základních rovin.

V nejobecnější rovině je cílem poradenství dosažení klientova zdraví v interakci s jeho sociálním prostředím. Kromě zdraví ze zdravotnického hlediska jde i o začleňo-

vání izolovaných jedinců do společnosti, stabilizaci manželství, rozvoj osobnosti jedince a jeho seberealizace, vytváření sociálních vztahů.

V rovině speciálních cílů jde o dosažení žádoucí změny, která by měla předejít ohrožení harmonického vývoje jedince nebo by měla pomoci dosavadní nepříznivý vývoj zastavit a situaci zlepšit.

V rovině individuálních cílů jde o již konkrétní opatření, která se týkají daného klienta v jeho specifické situaci. Může jít např. o změnu jeho chování, posílení adaptability, zlepšení psychosociálních dovedností, kompetencí, samostatnosti.

Současně patří do všech rovin také prevence (Novosad, 2009). Za prevenci považujeme aktivity zaměřené na snížení rizika nebo ohrožení zdraví (Institute for Work & Health, 2015). Dále se jedná o předcházení vzniku, rozvoji a prohlubování nepříznivých životních situací ohrožujících jedince i společnost¹⁵ (Novosad, 2009).

1.3.2 Oblasti poradenství

Poradenství se uplatňuje v nejrůznějších oblastech lidského života (Procházka, et al., 2014; Novosad, 2009; Michalík, 2011a).

Poradenství ve zdravotnictví

Tento typ poradenství se zaměřuje na pomoc při somatických onemocněních (např. endokrinologická poradna, alergologická poradna, diabetologická poradna a další), život s ním a úpravu životního stylu klienta; součástí je i poradenství pro lidi závislé na návykových látkách, tzv. adiktologické ambulance (Procházka, et al., 2014).

¹⁵ Rozeznáváme tři kategorie prevence: primární prevenci (která se snaží podpořit celkové zdraví člověka a snaží se zabránit samotnému vzniku nepříznivých situací), sekundární prevenci (která se snaží zmírnit dopad vzniklé nepříznivé situace, zastavit ji nebo zpomalit její postup) a terciární prevenci (která se snaží zabránit recidivě nepříznivé situace, popřípadě pomoci lidem zvládat dlouhodobé a často složité zdravotní problémy, aby se co nejvíce zlepšila kvalita jejich života a schopnost fungovat) (Institute for Work & Health, 2015).

Poradenství v sociální oblasti

Sociální poradenství upravuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších zákonů (2006b). Ten jej dělí na základní sociální poradenství, které je zaměřené na poskytnutí informací potřebných k řešení nepříznivé sociální situace klienta a je základní činností při poskytování veškerých sociálních služeb, a odborné sociální poradenství, jež je poskytováno se zaměřením na potřeby jednotlivých skupin osob v poradnách občanských, manželských a rodinných, poradnách pro seniory, pro osoby se zdravotním postižením, pro oběti trestných činů a domácího násilí.

Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách (2006a), dále uvádí, že mezi základní činnosti odborného sociálního poradenství patří zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Poradenství ve školství

Tento systém je podpořen vyhláškou č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních (2005), která rozeznává tato školská zařízení:

speciálně pedagogická centra - jsou zaměřena na práci s dětmi se speciálními potřebami a jsou specializována dle jednotlivých druhů zdravotního postižení (Bendová, 2011). Rozlišujeme speciálně pedagogická centra poskytující služby dětem, žákům a studentům s vadami řeči, se zrakovým postižením, se sluchovým postižením, s tělesným postižením, s mentálním postižením, s poruchami autistického spektra, s více vadami a hluchoslepým (Česko, 2005). Pracovní tým se skládá ze speciálního pedagoga, psychologa, sociálního pracovníka, popř. je doplněn o další odborníky či externí spolupracovníky (např. logopeda, fyzioterapeuta, etopeda a další) (Knotová, 2014). K základním činnostem těchto center patří depistáž klientů s disabilitou, speciálně pedagogická diagnostika, poradenské, konzultační, terapeutické a metodické činnosti pro klienty, jejich rodiče a pro pedagogické pracovníky apod. (Knotová, 2014);

pedagogicko-psychologické poradny - pracují se všemi žáky a zabývají se především diagnostickou činností (zjišťování speciálních vzdělávacích potřeb žáků a pedagogicko-psychologické připravenosti žáků na povinnou školní docházku) a poradenstvím poskytovaným žákům, jejich zákonným zástupcům a pedagogickým pracovníkům vzdělávajícím tyto žáky (Bendová, 2011). Poskytují také metodickou podporu školám (Česko, 2005);

školní poradenská pracoviště při základních a středních školách - poradenské služby v nich poskytují výchovný poradce a školní metodik prevence, popř. školní speciální pedagog a školní psycholog (Knotová, 2014). Služby jsou zaměřené především na prevenci sociálně patologických jevů, prevenci školní neúspěšnosti, informační a poradenskou podporu (při integraci a inkluzi, volbě profesního uplatnění či péči o nadané i neprospívající žáky) (Zapletalová, 2015);

střediska výchovné péče - zajišťují preventivně-výchovnou péči pro děti, žáky a studenty, u kterých hrozí riziko vzniku a vývoje poruch chování. Služby poskytují také zákonným zástupcům nebo škole (MŠMT, 2015).

Profesně-kariérové poradenství

Tento typ poradenství se orientuje na volbu vhodného zaměstnání dle možností a nadání jedince a situace na trhu práce (Novosad, 2009).

Dále se zabývá poradenstvím v nezaměstnanosti (v rámci Úřadu práce České republiky), jež je zaměřeno na řešení osobních, sociálních a zdravotních problémů, které mohou být bariérou jedince při hledání vhodného zaměstnání, dále na získání schopností orientovat se na trhu práce či pomoc při volbě a změně zaměstnání (ÚP ČR, 2015).

Technicko-kompenzační poradenství

Toto poradenství se zaměřuje na problematiku kompenzačních pomůcek pro osoby s tělesným, komunikačním či smyslovým postižením (optimalizace výběru pomůcky na základě zdravotního stavu klienta, budoucího vývoje, jeho schopností; další doporučení či úpravy kompenzačních pomůcek), bezbariérové úpravy prostředí (vnitřního i vnějšího), řešení přístupnosti dopravy apod. (Novosad, 2009; Tyflocentrum Brno, 2014).

Pastorační činnost

Pastorační činnost poskytuje duchovní pomoc a podporu člověku v obtížných životních situacích a doplňuje tak péči poskytovanou ostatními pomáhajícími pracovníky (Novosad, 2009). Většinou probíhá na bázi křesťanské etiky či jiné legitimní vírouky (příčemž respektuje náboženské odlišnosti) (Doehring, 2015).

Resocializační poradenství, kurátorská činnost

Jedná se o pomoc lidem obviněným, obžalovaným z trestného činu, podmíněně odsouzeným, nepodmíněně odsouzeným, podmíněně propuštěným a propuštěným z výkonu trestu odnětí svobody a ústavního léčení, přičemž tato pomoc se zaměřuje na individuální potřeby klientů a jejich současnou situaci (Centrum sociálních služeb Praha, 2015). Poradenství je zaměřeno především na sociální a právní poradenství ve smyslu řešení trestně právních otázek, dluhů a sociálních problémů, hledání zaměstnání a bydlení (Novosad, 2009). Pracuje se i s rodinou klientů a jejich sociálním okolím (Centrum sociálních služeb Praha, 2015).

Mediace

Mediací rozumíme alternativní metodu řešení konfliktních situací nebo sporů mezi dvěma a více stranami prostřednictvím nezávislého poradce, mediátora (jde tedy o pomoc za účelem dosažení dohody či smíru mezi lidmi mimosoudní cestou) (Novosad, 2009). Mediace je dobrovolný proces, který může probíhat pouze, pokud se na této variantě obě strany dohodnou; pokud účastníci nejsou schopni dojít k dohodě, mohou se vždy obrátit na soud (Civil Mediation Council, 2015).

1.3.3 Poradce

V poradenské praxi se můžeme setkat s dobrými i špatnými poradci. Dobrého poradce charakterizuje především pozitivní vztah ke svým klientům, neskrývání svých pocitů, upřímnost, empatie, konkrétnost, úcta ke klientům, schopnost nalézt a definovat

problém, umět nalézt způsoby jeho řešení (Hartl, 2013). Oproti tomu špatný poradce diriguje, ihned zná diagnózu (aniž by znal podstatná fakta), bagatelizuje klientův problém, příliš moralizuje, je nepřiměřeně odborný, zveličuje své zásluhy apod. (Novosad, 2009).

Poradce je odborně kvalifikovaná osoba, která musí disponovat i určitými osobnostními vlastnostmi, např. sebeuvědoměním, kulturní citlivostí, zájmem o vztahy mezi lidmi, zájmem pomáhat, uznáváním hodnoty jiných lidí, inteligencí, přirozeným optimismem, životní zralostí, poctivostí, respektem lidských práv; a dále si tato osoba musí být vědoma svých silných i slabých stránek a svých možností, které má jako poradce (Hartl, 2013; McLeod, McLeod, 2011).

Poradce by se měl dále vzdělávat (jde především o různé výcviky v oblasti verbální i neverbální komunikace, vnímavosti k potřebám osob se zdravotním postižením a získávání simulovaných zkušeností se situacemi, které souvisí s běžným životem osob s postižením, např. použití vozíku, vykonávání činností bez zrakového či sluchového vnímání apod.) a neměla by chybět supervize¹⁶, která významně pomáhá předcházet syndromu vyhoření¹⁷ (Novosad, 2009). Nicméně dobrý poradce není výsledkem pouze odborného vzdělání, ale je především výtvozem svého vlastního života (McLeod, McLeod, 2011).

Je třeba, aby poradci měli široké pole zaměření, aby disponovali rozsáhlými dovednostmi a byli schopni pomáhat v mnoha různých směrech. Poradce by měl být schopen rozpoznat klientovu situaci a musí vědět, na kterého dalšího odborníka se může klient obrátit (Novosad, 2009).

¹⁶ Supervize je proces, který je zaměřen na reflexi profesní role, činností a aktivit spojených s pracovní pozicí. Je využívána především v profesích zaměřených na práci s lidmi (tj. sociální práce, zdravotnictví, vzdělávání a výchova, řízení lidských zdrojů apod.) Má vzdělávací (rozšiřování kompetencí), podpůrnou (sdílení emocí a zážitků a práce s nimi) a řídicí (kontrola) funkci. Supervize může být buď individuální, týmová nebo skupinová (Venglářová, 2013).

¹⁷ Syndrom vyhoření je stav emocionálního, mentálního a fyzického vyčerpání způsobený působením nadměrného a dlouhodobého stresu. Snižuje produktivitu a energii, takže se člověk cítí neustále bezmocný, beznadějný, rozčilený, vyčerpaný a cynický. Jedinec má pocit, že je každý den špatný, že jakákoliv činnost je nudná a jde pouze o plýtvání energií. Negativní účinky vyhoření mohou přejít i do společenského a každodenního života a mohou způsobit psychosomatické potíže (Smith, et al., 2015).

1.3.4 Poradenství pro osoby se zdravotním postižením

Ve vztahu s osobami se zdravotním postižením musí poradenský pracovník počítat s určitými specifiky, ke kterým patří např. velké množství obtížných životních situací a problémů (které mohou a nemusí přímo souviset s disabilitou jedince), rozmanitost klientely (lidé s různými typy disability, rodina, pečující osoby), rozdílné adaptační schopnosti jedinců se zdravotním znevýhodněním (Counselling Directory, 2015). Poradenství může nastartovat potřebné změny, a tím pozitivně ovlivnit kvalitu života člověka s postižením (Novosad, 2009). Tentýž autor dodává, že je však důležité počítat i s možností prohloubení disability, regrese nebo opakování problémové situace (na tuto skutečnost je třeba klienta připravit a společně eliminovat faktory, které by mohly k negativnímu vývoji vést).

Poradenský pracovník také musí respektovat některé společné rysy osob s disabilitou, k nimž patří citová a podnětová deprivace; působení stresu a frustrace; obtíže s osamostatňováním a nezažité kompetence k rozhodování i zacházení s vlastním životem; poruchy sebepojetí (hledání vlastní identity) a sebehodnocení; citová labilita; sociální izolace, snížené sociální schopnosti, komunikační bariéry; nedostatek zkušeností v partnerských a mezilidských vztazích a další (Counselling Directory, 2015; Independence Australia, 2015).

Dle Novosada (2009) pomáhá poradenství pro osoby se zdravotním postižením lidem porozumět sobě samým a obtížím spojeným s životem s jejich konkrétním zdravotním znevýhodněním a dodává, že je důležité uvědomit si předsudky a různá očekávání, se kterými se mohou ve svém životě setkat; nebýt pasivní a hledat podporu ve svém okolí; dokázat sdělit vlastní pocity a potřeby ostatním lidem, požádat o pomoc a umět ji přijímat; zvyšovat svoji sebedůvěru a umět využívat své možnosti (dovednosti, znalosti, schopnosti, nadání) a postupně si vytvářet pozitivní sebepojetí.

Ve studijní a profesní oblasti poradce pomáhá posoudit, rozvinout a uplatnit klientův osobní potenciál (zájmy, znalosti, dovednosti, kompetence, motivace) potřebný pro studium a pracovní uplatnění (Novosad, 2009). Pomáhá klientovi v procesu volby své

profesní (a studijní) orientace a učí ho nacházet informace o nabídkách zaměstnání. Poradenství pro studenty s disabilitou je poskytováno i přímo na univerzitách (např. Loughborough University (2015) ve Velké Británii, York University (2015) v Kanadě, Flinders University (2015) v Austrálii, Pädagogische Hochschule Bern (2015) ve Švýcarsku, Slezská univerzita v Opavě (2011), Univerzita Karlova v Praze (2015), Mendelova univerzita v Brně (2015) a mnoho dalších.

Oporu je třeba poskytovat i jedincům, kteří již zaměstnání jsou, protože mohou být vystaveni riziku diskriminace, bossingu¹⁸ či mobbingu¹⁹. Poté se poradenství zaměřuje na dostatečnou informovanost klienta o svých právech, schopnost obstát na pracovišti, zvládnutí komunikace a spolupráce s ostatními a na schopnost prezentovat výsledky svojí práce (Novosad, 2009).

Poradenství může mít formu práce s jednotlivcem (dítětem či dospělým); s jeho rodinou; s třídou, do které je (nebo má být) jedinec integrován; se spolupracovníky či se skupinou osob s postižením, svépomocnou skupinou apod.; a pokud jedince s postižením do poradny doprovází další osoba, je považována pouze za doprovod (může informace doplnit), ale skutečným adresátem poradenství je vždy samotný klient. (Novosad, 2009).

Poradce provádí také konzultační činnost, již poskytuje institucím, které potřebují radu či pomoc (školy, zaměstnavatelé, úřady, sociální služby apod.); osvětovou a informační činnost (Novosad, 2009).

Zásadní informací při práci s osobami se zdravotním znevýhodněním je, zda se jedinec s postižením již narodil, nebo zda je získal až v průběhu života (Jankovský, 2014).

Vrozené zdravotní postižení vzniká v období od početí do porodu nebo velmi krátce po porodu (v tzv. perinatálním období) jako důsledek působení fyzikálních (škodlivé

¹⁸Bossing je systematické šikanování ze strany vedoucího pracovníka. Jedná se o praktiky vedoucího, který vyvíjí nátlak na podřízeného, aby si vynutil jeho poslušnost nebo aby ho vypudil z pracovního místa (Šikana v práci, 2015a).

¹⁹Mobbingem rozumíme zejména psychické týrání, systematický, cílevědomý a opakovaný útok na určitou osobu na pracovišti, kdy jde především o útoky (intriky, zesměšnění, pohrdání, nátlak, psychický teror, sexuální obtěžování, hanobení, likvidace a další) ze strany spolupracovníků (Šikana v práci, 2015b).

záření), chemických (jedy, léky, drogy), biologických (infekce) nebo psychických a sociálních faktorů (stres) či mechanického poškození plodu, nedostatku kyslíku aj. (Slowík, 2007).

Získané zdravotní postižení vzniká jako následek (nebo doprovodný jev) vážných onemocnění nebo úrazů (nejčastěji např. klíšťové encefalidity, lymfské boreliózy, meningitidy nebo cévní mozkové příhody) (Slowík, 2007).

Obě situace jsou naprosto objektivně neporovnatelné, neboť sociální postavení i psychika člověka, který se s disabilitou již narodil, se vyvíjí zcela odlišně ve srovnání s psychikou člověka, jenž disabilitu získal až v průběhu života, a proto nemůžeme říct, že jedinec s vrozenou disabilitou je ve výhodnějším postavení (Dobromysl, 2012). Tento člověk má pouze více času na přijetí své životní situace, podpůrná opatření a možnost naučit se žít nejlépe, jak mu to jeho zdravotní stav umožní (Novosad, 2011).

Pokud u člověka dojde k náhlému přechodu z úplného zdraví v nemoc, či dokonce zdravotní postižení, jde o jeden z nejnáročnějších tlaků na lidskou psychiku, a proto je vhodné počítat s psychologickou intervencí, která by podpořila celkovou rehabilitaci i adaptaci člověka na jeho další život (Novosad, 2009). Je vědecky potvrzeno, že lidé se získaným zdravotním postižením, kteří mají dostatek informací o svém zdravotním stavu, jsou vhodně motivováni, mají podporu dalších osob, mají vytvořený systém hodnot a životní perspektivu, mnohem lépe spolupracují ve všech fázích rehabilitace, rychleji se zotavují a lépe snáší život s disabilitou (Novosad, 2009).

1.3.5 Průběh poradenského procesu

Vlastnímu poradenskému procesu předchází fáze prvního kontaktu (osobní kontakt nebo prostřednictvím telefonu či e-mailu), kdy člověk přichází na poradenské pracoviště poprvé a poradce zjišťuje, zda klient spadá do jeho cílové skupiny (pokud ne, může doporučit jiného odborníka či instituci) (Procházka, 2014).

Pokud daný jedinec patří do cílové skupiny poradce, měl by se dovědět, jak dlouho bude setkání trvat, kolik služba stojí, kdo se mu bude věnovat, popř. i kde je služba po-

skytována; poradce by se měl od klienta dovědět, kdo přijde (zda klient dorazí sám, s příbuzným či s partnerem) a získat kontakt na klienta (např. při náhlém onemocnění poradce) (Procházka, 2014).

Rooney (2009) a Procházka (2014) definují různé typy klientů, kteří do poradenského procesu vstupují:

- jde o klienty, kteří jsou odesláni do procesu prostřednictvím jiných organizací (např. OSPOD, škola, zdravotnické zařízení, soud apod.), kteří jsou často nedůvěřiví nebo nuceni vyhledat odbornou pomoc, a proto nechtějí nic řešit. Takovéto klienty můžeme označit jako nedobrovolné klienty;
- dalším typem jsou tzv. spontánní klienti, kteří sami aktivně vyhledávají poradenské služby ze svého vlastního zájmu;
- posledním typem jsou klienti posláni do poradny partnery, rodiči či jinými autoritami, kteří mohou přijít v jejich doprovodu či sami pod jejich nátlakem.

Počáteční fáze slouží k navázání pracovního vztahu mezi klientem a poradcem (na vztahu totiž stojí a padá celý poradenský proces) (Hartl, 2013); objasnění a vymezení problému; prvotnímu vyhodnocení situace (prodiskutování různých variant řešení a dalšího postupu) a uzavření kontraktu o další společné spolupráci (způsoby a metody spolupráce, cíle, apod.) (Procházka, 2014).

Další fáze (prostřední fáze) se zaměřuje na vlastní pomoc klientům a na možnost přehodnocení obtíží (vždy v souladu s uzavřenou smlouvou a cíli). V této fázi je velmi důležité udržet pracovní vztah, protože proces je často velmi náročný, až bolestivý a v klientech může vyvolat různé emoce (od hněvu a agrese až po bezradnost a apatii) (Procházka, 2014).

Závěrečná fáze se zabývá jednáním, volbou vhodné změny a její realizací; v neposlední řadě i ukončením poradenského vztahu; v ojedinělých případech je možné kontakt prodloužit a pokračovat ve spolupráci (Procházka, 2014). Vždy je vhodné o ukončení procesu s klienty hovořit, aby se předešlo situaci, kdy klient nechce spolupráci ukončit, a v důsledku toho může zhoršovat svoji situaci (Hartl, 2013).

2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÁ OTÁZKA

2.1 Cíl práce

Cílem práce je identifikovat roli rodiny a její spolupráci s poradenskými institucemi v procesu koordinované rehabilitace.

Poradenskými institucemi jsou kromě poraden pro osoby se zdravotním postižením myšleny i další organizace, které poskytují odborné sociální poradenství osobám se zdravotním postižením, a organizace, jejichž sociální služby jsou primárně poskytovány právě této cílové skupině.

2.2 Výzkumná otázka

V souvislosti s cílem práce byla stanovena hlavní výzkumná otázka:

Jaké nesnáze sociální pracovníci identifikují při práci s rodinou v procesu koordinované rehabilitace?

Z hlavní výzkumné otázky byla dále vyvozena dílčí výzkumná otázka, která zní:

Jaká je role rodiny v poradenském procesu z pohledu sociálního pracovníka?

3 METODIKA PRÁCE

3.1 Použitá metodika

Na základě výše stanoveného cíle byl pro zpracování empirické části použit kvalitativní přístup. Hendl (2005, s. 50) uvádí, že kvalitativní výzkum je *proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému*. Využívá princip jedinečnosti a neopakovatelnosti a pro popis, analýzu a interpretaci dané situace využívá kvalitativní metody (Miovský, 2006). Disman (2002, s. 285) dodává, že kvalitativní přístup je především *nenumerické šetření a interpretace sociální reality*.

Výzkum byl prováděn pomocí metody dotazování, která je charakteristická především nasloucháním, kladením otázek a získáváním odpovědí (Hendl, 2005).

Data byla získávána pomocí techniky polostrukturovaného rozhovoru, při kterém jsou stanoveny okruhy otázek, na něž se tazatel ptá (Miovský, 2006). Pořadí i formulace otázek je možné přizpůsobovat dle konkrétní situace (Hendl, 2005).

3.2 Výběrový soubor

Účastníci výzkumu byli vybíráni dle záměrného (účelového) výběru, při němž je jasně a přesně definována populace, která daný vzorek reprezentuje (Disman, 2002).

Soubor byl tvořen sociálními pracovníky/pracovnicemi, kteří poskytují odborné poradenství osobám se zdravotním postižením, rodinám pečujícím o zdravotně znevýhodněného člena rodiny, a sociálními pracovníky poskytujícími poradenství a služby v organizacích, jejichž činnost je primárně zaměřena na osoby se zdravotním postižením.

Výběrový soubor tvořilo třináct sociálních pracovníků/pracovnic, kteří spadali do záměrného výběru a souhlasili s účastí na výzkumu.

Výzkum se zaměřil na sociální pracovníky, kteří poskytují sociální služby v Jihočeském kraji a Kraji Vysočina.

Rozhovory probíhaly v kancelářích účastníků výzkumu na základě předem domluveného setkání.

Kvalitativní data byla fixována pomocí diktafonu jako audiozáznam. Každý z účastníků dal ústní svolení s pořízením zvukového záznamu z rozhovoru.

3.3 Analýza dat

Data byla analyzována pomocí strategie zakotvené teorie a metodou vytváření trsů. Strategie zakotvené teorie analyzuje data mezi jednotlivými vstupy do terénu a sběr dat pokračuje do té doby, až je teorie saturována (Hendl, 2005). Metoda vytváření trsů slouží k seskupení určitých výroků do skupin a poté vznikají obecnější kategorie, jejichž zařazení do dané skupiny (trsu) je spojováno s určitými opakujícími se znaky, určitým charakteristickým uspořádáním (Miovský, 2006).

Identifikovány byly tyto kategorie: Zdroj informací o sociální službě; Člen rodiny, který nejčastěji komunikuje s poskytovateli sociálních služeb; První téma, které rodinu zajímá; Odborná činnost sociálních pracovníků zaměřená na přijetí dítěte s postižením rodinou; Další situace, které sociální pracovníci s rodinami řeší; Spolupráce sociálních pracovníků s rodinou; Nesnáze, které sociální pracovníci identifikují při práci s rodinou uživatele sociálních služeb; Vztah sociálních pracovníků s rodinou uživatele sociálních služeb; Poznání rodiny sociálními pracovníky a sdílení pocitů rodinou; Zpětná vazba, kterou dostávají sociální pracovníci od rodin uživatelů sociálních služeb a Role rodiny z pohledu sociálních pracovníků (více viz. kapitola 4).

3.4 Etika výzkumu

Před zahájením rozhovorů byl každý z účastníků výzkumu seznámen s účelem setkání a byly jim podány informace týkající se zachování anonymity. Každý z účastníků udělil s výzkumem ústní informovaný souhlas.

Každý komunikační partner byl obeznámen s možností z výzkumu kdykoliv odstoupit, nahlédnout do přepisů jejich rozhovoru. Všichni účastníci výzkumu vyjádřili svůj souhlas se zpracováním získaných dat.

Jména komunikačních partnerů byla ve výzkumu následně anonymizována velkými písmeny postupně od počátku abecedy.

4 VÝSLEDKY

4.1 Zdroj informací o sociální službě

Rodiny uživatelů sociálních služeb se o konkrétním poskytovateli sociální služby, kterou potřebují, nejčastěji dozvídají prostřednictvím jiných odborníků. Nejčastěji jsou to praktičtí lékaři pro děti a dorost (ale i další odborní lékaři), psychologové, sociální pracovníci v nemocnicích, fyzioterapeuti, logopedi, lázeňská zařízení, občanské poradny, učitelé/učitelky v mateřských školách. „*Rodina by měla získat informaci od lékařů. Objíždíme osobně všechny pediatriy, neurology a oftalmology, protože naše cílová skupina jsou děti s postižením zraku a děti s kombinovaným postižením. Dáváme informace i na odbory sociálních věcí a na instituce, které s rodinou pracují. Takže všichni odborníci, kteří i na nás navazují nebo s nimi i spolupracujeme, mají o nás informace – rehabilitační pracovníci, logopedi, psychologové... Dále se děti musí přihlásit k pediatrii, takže pediatr by je měl informovat. Bohužel se to neděje v takové míře, jak bychom si přáli. Málo dětí přichází od místních lékařů.*“ (Komunikační partner D). „*...tady taky sídlí občanská poradna, která je na nás směřuje.*“ (Komunikační partner J). „*Dáváme kontakty do porodnic, dětským lékařům, odborníkům, aby to přes ně nějak fungovalo. Některé maminky si to najdou na internetu, hodně maminek přijede třeba z lázní, že o tom jiná maminka mluvila...*“ (Komunikační partner E). „*Nejčastěji je to škola, dětský lékař, foniatr.*“ (Komunikační partner I). „*Děláme cíleně depistáž, což znamená, že objíždíme pediatriy, neurology, rehabilitační pracovníky, ergoterapeuty. Vlastně všechny odborníky, kteří přijdou do styku, do kontaktu s dítětem nebo s tou rodinou dřív než my. Takže se je snažíme informovat o tom, že tady tato služba je. My si nemůžeme sami rodiny oslovovat. Ta rodina musí oslovit nás, aby tam mohlo docházet ke spolupráci.*“ (Komunikační partner F). „*Bud' učitelky v mateřské školce nebo nějaký odborný lékař.*“ (Komunikační partner H).

Dále se o konkrétní sociální službě dozví z doporučení uživatelů dané služby nebo od jejich rodinných příslušníků. „...jsou to většinou webový stránky nebo prostě i jiný uživatel, který má zkušenosti...“ (Komunikační partner B). „Bud' je to na doporučení jiných lidí, potkávají se v jiných zařízeních. Nebo se taky stává, že se o nás dozví i v jiných zařízeních... a kdo potom chce, tak si potom najde víc, takže, kdo potřebuje tu službu jako takovou.“ (Komunikační partner C). „V podstatě je to bud' na doporučení od známých, nebo někde dostanou letáček.“ (Komunikační partner G).

Dalším významným zdrojem informací o sociálních službách jsou svépomocné skupiny rodičů a různé informační materiály (letáky, brožury, reklamy, internetové stránky, facebook). „Spolupracujeme s nemocnicí, kde třeba každý pacient, když je tam hospitalizovaný, tak dostane náš letáček, kde má základní informace o službách, máme samozřejmě webovky, facebook, letáčky. Snažíme se, aby o nás bylo vědět.“ (Komunikační partner A). „Pokud mají zájem o naše služby, tak většinu ví z informačních materiálů...“ (Komunikační partner L).

4.2 Člen rodiny, který nejčastěji komunikuje s poskytovateli sociálních služeb

V případě dětských uživatelů sociální službu často kontaktují matky uživatelů nebo oba rodiče. Občas i sám otec. „...je to většinou ta maminka, kdo je hodně aktivní. Hodně rodin je tak zčásti vlastně dysfunkční, že tam není otec, to je dost často.“ (Komunikační partner L). „...v drtivé většině jsou to maminky.“ (Komunikační partner A). „Bud' maminka, nebo rodiče dohromady. Tatínek málokdy. Většinou v rodinách, kde maminka není.“ (Komunikační partner I). „Většinou jsou to maminky, protože otec je v rodině často živitelem. Přirozeně je tedy otec často v práci.“ (Komunikační partner D). „Většinou je to o maminkách, nebo třeba i tatínek, že by chtěl pomoc pro maminku, že cítí, že není úplně... Ale většinou jsou to maminky...“ (Komunikační partner E).

Pokud jde o dospělé uživatele, tam sociální službu kontaktují partneři, manželé, děti nebo opatrovníci. „Dcery i synové je to různé.“ (Komunikační partner K). „...bud' děti, anebo je to partner. To je nejčastěji.“ (Komunikační partner M). „...děti, manželé.“ (Komunikační partner J).

4.3 První téma, které rodinu zajímá

Spektrum témat, která rodinu na začátku poskytování sociální služby zajímají, je poměrně rozmanité. Sociální pracovníci se nejčastěji setkávají s potřebou pomoci s péčí o dítě s postižením, podporou jeho vývoje, sebeobsluhy a zvládání běžných úkonů; s tím, jestli je daná sociální služba vůbec schopna řešit jejich problémovou situaci, jaké další sociální služby mohou oslovit, jaké kompenzační pomůcky by jim situaci ulehčily; jaké volnočasové aktivity je možné využít. „Přijdou s tím, že potřebují pomoci..., s tím, aby se dítě rozvíjelo co nejlépe.“ (Komunikační partner D). „Většinou chtějí, aby se děťátko rozvíjelo, abychom dohlédli na to, jestli se správně vyvíjí, abychom jim dali informace o tom, co mají za možnosti. Ta jejich priorita je většinou to dítě.“ (Komunikační partner E). „...myslím, že je velké téma sebeobslužnost a zvládání běžných úkonů. Někteří řeší volný čas jejich potomka, když už není školou povinný.“ (Komunikační partner C). „...rovnou začnou o tom jejich problému, jestli ten jejich problém jsme schopni řešit. Popíšou tu svoji situaci většinou. Pak se ptají, jestli my to můžeme zajistit.“ (Komunikační partner B). „Služby. Nebo pomůcky, jestli je možné zapůjčení, nebo získání přes své doktory.“ (Komunikační partner J).

Rodiny se také zajímají o oblast vzdělávání jejich dětí a možnosti integrace. „Asi jak vést integraci. Oni potřebují, aby se nastavily správné podmínky ve škole.“ (Komunikační partner I).

Dále rodiny hledají někoho, kdo by jim naslouchal a s kým by mohli sdílet své pocity, potíže, radosti a starosti. „Ono je toho hodně moc. Záleží, kdy se k nám rodina dostane, v jaké fázi. Protože, když se k nám ta rodina dostane až po delší době, kdy se sami vyrovnávají s tím postižením u dítěte, tak už nějaké informace mají a jsou zmatení. Velké téma je také naslouchání a sdílení. Maminky i rodiny jsou vlastně zasyčené informacemi, emocemi, na druhou stranu i nedostatkem informací, protože se s nimi nikdo moc nebaví, co potřebují, protože doktoři jim řeknou diagnózu a konec. Takže je to o tom, že se maminky potřebují hodně vypovídat.“ (Komunikační partner F).

4.4 Odborná činnost sociálních pracovníků zaměřená na přijetí dítěte s postižením rodinou

Poskytovatelé sociálních služeb se s touto problematikou buď vůbec nesetkají (pokud jsou jejich uživatelé dospělého věku nebo pokud již rodina nějakým způsobem funguje), nebo odkazují rodinu na další odborníky. *„No to bychom byli rádi, kdybychom u toho mohli být. Začátek je klíčový proto, jak rodiče dítě přijmou. Na tom závisí i jeho další život a život celé rodiny. Často se nám stává, že u toho nejsme, protože rodina nedostala informace.“* (Komunikační partner D). *„Spíš je odkazují na někoho jiného. Tady funguje psycholog, ale asi není to jako moji náplní tady to řešit, nebo s nimi v těch fázích pracovat. Ty fáze se tady samozřejmě objevují, u každého je to hodně individuální. Jsou rodiny, kdy to dítě nepřijmou celoživotně. Dost často se setkáváme s takovou tou, s tím stavem toho, že to svádí na někoho jiného, což teda můžou být lékaři, nebo ty situace jako vztek a hledání viníka, takže dost často to odnese i my jako pracovníci, přímá péče a podobně. To určitě. Já spíš ty rodiny dostávám po nějaké době, kdy už teda o té diagnóze ví, nějaký rok fungují...“* (Komunikační partner L).

Komunikační partner F se s touto problematikou setkává a daná organizace s tímto pracuje formou psychologického poradenství nebo krizové intervence. *„Jednou z našich nabídek je psychologické poradenství a krizová intervence. Takže určitě musíme vidět průběh toho vyrovnávání se s tím postižením, musíme vycházet z toho, jak to rodina cítí. My tam nejsme jako nějaký poradenský orgán. My jsme tam proto, abychom tu rodinu provedli. Provázíme je tím těžkým obdobím. ...se snažíme předávat i kontakty na odborníky, co se týče psychologů a psychiatrů, když rodina potřebuje pomoc. My nabízíme psychologické konzultace na pomoc rodinám... Pokud je potřeba, tak s námi jezdí i na konzultace do rodin, ale hlavně s námi jezdí na ty pobyty, kde s rodiči pracuje. Jak v rámci skupinových sezení, tak i v rámci individuálních konzultací.“*

S přijetím dítěte s postižením pracuje i komunikační partner E. *„Určitě s tím pracujeme během každé konzultace. Ta je nastavena dle potřeb maminky nebo rodiny, podle toho, co potřebují nebo co chtějí. Ale je to i o tom, že si povídáme, co prožívají, jak se maminky cítí, co se daří, jestli mají nějaké dobré zážitky, špatné zážitky, jestli je něco*

trápí, takže i s tím. Ale je to i o tom, že zprostředkováváme kontakt i na jiné maminky třeba, které mají děťátko s podobným postižením. Děláme odpolední setkávání rodin, tam se mohou setkat a popovídat si o tom, co prožívají. Někdy ta zkušenost té jiné maminky je lepší než to, co jim my můžeme nabídnout. Můžou sdílet svoje problémy a zažívají podobné věci, takže ta podpora tady je.“

4.5 Další situace, které sociální pracovníci s rodinami řeší

Kromě zajištění pomoci při péči o dítě s postižením řeší sociální pracovníci s rodinami i další situace, k nimž patří finanční zajištění rodiny, pomoc při vyřizování různých příspěvků od státu, zabezpečení ústavní péče, kompenzační pomůcky, vztahové problémy, integrace, budoucnost dětí s postižením, kontakty na další odborníky a podpora sourozenců dětí s postižením. „...*finanční zabezpečení, to je první. Pak potom s tím, kam se obrátit na nějaké zařízení nebo volnočasový aktivity, aby se dítě rozvíjelo. Potom teda taky to poradenství při rozvodech. Pak řešíte omezování nebo zbavení právní způsobilosti k právním úkonům u dětí. A potom třeba řešíte zařazení do pobytového zařízení sociálních služeb.*“ (Komunikační partner H). „*Spíš jako často to bývá zhoršení zdravotního stavu klientů, kdy oni řeší, jestli jsou ještě schopní to vůbec zvládnout doma, nebo potřebují nějakou ústavní péči.*“ (Komunikační partner M). „*Co já vím, tak je to příspěvek na péči... na bydlení, žádosti.*“ (Komunikační partner B). „*Řešíme i návaznost služeb. Potom dáváme nabídku, kde mohou třeba i služby navázat. Spolupracujeme se školkami, pokud se zařídí, že se dítě integruje, tak jsme hodně ve spolupráci, aby ten postup práce s dítětem byl jednotný. Jak jsem říkala, řešíme hodně sourozence v rodinách.*“ (Komunikační partner F). „...*at' už je to poradenství, pomoc při zprostředkování kompenzačních pomůcek klientů...*“ (Komunikační partner C). „*At' se to týká sociální situace rodiny, vztahových problémů, sourozenecké otázky, podpory při různém rozhodování o dítěti, kontaktování dalších odborníků a návazných služeb – řešíme s rodinou prostě všechno, co potřebuje.*“ (Komunikační partner D). „*Občas třeba řeší příspěvek na péči... Občas taky chtějí kontakty na pedagogicko-psychologickou poradnu, zeptat se, jak to tam chodí, dobrého klinického logopeda.*“ (Komunikační partner I).

4.6 Spolupráce sociálních pracovníků s rodinou

Spolupráce mezi sociálními pracovníky a rodinou se výrazně liší podle druhu poskytované sociální služby. V ambulantně poskytovaných sociálních službách (i v pobytových sociálních službách), především v organizacích, které poskytují odborné sociální poradenství, je intenzita spolupráce s rodinou nižší. „*To je případ od případu. Záleží na zdravotním stavu uživatele. Jsou uživatelé, kteří si vyřídí všechno sami, a s rodinou nejsem vůbec v žádném kontaktu. U některých klientů vlastně ani vůbec.*“ (Komunikační partner M). „*První zřetel bereme samozřejmě na toho klienta a pak se domlouváme s rodinou. Minimálně jednou za půl roku, když se provádí to zhodnocení toho individuálního plánu, tak určitě se mluví s rodinou. A jinak nám to takhle vyhovuje.*“ (Komunikační partner J). „*A nedělám jako terapie, kdy bych pracovala s tou rodinou.*“ (Komunikační partner L). „*My je teda nevidíme, a pokud se něco neřeší jako významnějšího nebo úředně se potřebuje něco vyřídit, tak vlastně s tou rodinou v kontaktu ani být nemusíme. ...pokud je to uživatel, který si je schopný tady ledacos s námi vyřizovat sám, všechno podepíše, všemu rozumí, rozumíme si s ním, tak mnohdy jako není zase důvod tu rodinu kontaktovat.*“ (Komunikační partner K). „*...tak vlastně ten rok už nejsou. Ale samozřejmě jsme v kontaktu, když zavolají...*“ (Komunikační partner I). „*Já jako z postu sociální pracovníce nemůžu docházet do rodin a pracovat s tou rodinou. Já je můžu vést tady, můžu jim dát jednotlivé body, co mají dělat, jako směřovat je. Ale nemůžu je doprovázet nikam. To mi nenáleží.*“ (Komunikační partner H).

Oproti tomu v organizacích, které poskytují kromě odborného sociálního poradenství ještě další terénní sociální služby, je intenzita spolupráce výrazně vyšší a snaží se do poskytování služby zapojit celou rodinu. „*Ta služba je pro celou rodinu. Není to jenom zaměřený na to dítě, ale opravdu pro celou rodinu. Ta nabídka těch služeb je, aby zabezpečila nebo podpořila celou tu rodinu. Máme to zaměřené nejenom na to dítě, ale i na rodinu, že je možnost opravdu stanovit cíle, které se týkají podpory dítěte a jeho vývoje, ale taky samozřejmě té rodiny.*“ (Komunikační partner F). „*Určitě pracujeme s celou rodinou. I tatínci, sourozenci, babičky, dědové, celá rodina široká. Akorát jakoby je to asi ve většině případů, kdy jsme nejvíce v kontaktu s mamkou. Táta třeba fungu-*

je normálně v práci, takže máma se většinou stará doma.“ (Komunikační partner E).
„...je efektivnější pracovat s celou rodinou, protože rodina funguje jako systém. Není to o jednom člověku a hned, když se dítě narodí, tak je rodina nečekanou situací zasažena celá a nemůžeme říct, že se to týká jenom maminky. Týká se to i sourozenců i prarodičů.“ (Komunikační partner D).

V předchozích odstavcích je vidět, že rozdíl ve spolupráci byl zaznamenán i mezi sociálními službami, jejichž primární cílovou skupinou jsou děti se zdravotním postižením a mladí dospělí lidé se zdravotním postižením, a sociálními službami, které se zaměřují na dospělé uživatele se zdravotním postižením nebo seniory. Intenzita spolupráce je vyšší u organizací poskytujících sociální služby dětem a mladším dospělým lidem.

Podle sociálních pracovníků spočívá spolupráce především v tom, že rodina: projevuje zájem jak o samotného uživatele, tak i o samotnou sociální službu; chodí na schůzky; projevuje snahu; řeší a plní určené věci v termínu; má nové zakázky a cíle; vyplní dotazník. *„...když ta rodina spolupracuje, tak zajímá se o klienta, jak ta služba probíhá. Většinou, když tam chodíme, tak jednou třeba přijdou a zeptají se, jak to je, nebo si zavolají, jak to vypadá.*“ (Komunikační partner B). *„...tak ta spolupráce je o tom, že se zajímají, že se podílejí na plnění plánů dítěte, kam ho dál chceme posouvat, co chceme s tím dítětem zkoušet, a samozřejmě můžou i ty věci dělat ve volném čase.*“ (Komunikační partner L). *„Pokud chodí na všechny schůzky, které vyvoláme. Pokud, když řešíme nějakou věc, a třeba poznáme z jednání, že je tam snaha to vyřešit, a ne se v tom jenom plácát, tak a když to třeba řeší v termínu, na kterém jsme se dohodli, tak poznáme, že s námi spolupracují.*“ (Komunikační partner C). *„Já si myslím jenom projevením toho zájmu. Podle toho poznám, že spolupracuje. Ona ani nemusí splnit to, co jí řeknu, protože je to pro ni náročný, nebo ani neví, jak to má udělat. Ale spolupracuje, když potom přijde a řekne... já si toho teda strašně vážím, když přijdou a řeknou, že to neudělali. Tak to rozklíčujeme.*“ (Komunikační partner H). *„Každá rodina má nastaven individuální plán. Pokud má rodina stále nové zakázky a cíle a shoduje se to s naší nabídkou, tak vnímáme, že spolupracuje, a že nás rodina potřebuje.*“ (Komunikační partner D). *„Celkově beru jako spolupráci i to, že když jim dáme i nějaký dotazník na vyplnění zpětné vazby.*“ (Komunikační partner A).

Sociální pracovníci podporují spolupráci také tím, že dávají rodině na sebe telefonní kontakt a ta se pak na ně může dle potřeby kdykoliv obrátit. „*Já všem říkám, kdybyste cokoliv, kdykoliv potřebovali, tak se ozvěte. Mají na mě číslo. Já mám telefon zapnutý čtyřicet hodin denně, a když něco, tak se mi ti lidé dovolají, a když ne, tak volám okamžitě zpátky.*“ (Komunikační partner G). „*...může se kdykoliv obrátit...*“ (Komunikační partner I). „*...jsme s rodinami v e-mailovém kontaktu nebo telefonickém. Rodina na ni má e-mail, telefon. Můžou se na ni kdykoliv obrátit.*“ (Komunikační partner F). „*...když jsou s něčím nespokojeni ve službě, tak volají mně a já to potom řeším.*“ (Komunikační partner C).

Obecně však téměř všichni komunikační partneři (kromě komunikačního partnera M) považují spolupráci mezi nimi a rodinou za dostačující a funkční. „*Funguje ta spolupráce. Ale i tím, že se na nás rodina obrací sama, tak to trochu zaručuje i tu spolupráci, že o to opravdu stojí, a zpětná vazba rodin je skvělá. Fakt tu službu potřebují a hodně kvitují, že je dobře, že tady ta spolupráce je. Ta spolupráce je v devadesáti pěti procentech skvěle nastavená.*“ (Komunikační partner F). „*To funguje, tam já s rodiči jsem skoro v denním kontaktu. Když nejsme pobytový zařízení, tak ti rodiče sem chodí prakticky denně, takže tam problém není. Vždycky s nimi komunikuji při přijetí, při sepsání smlouvy, kterou děláme každoročně, takže já minimálně jednou ročně ty rodiče vidím a samozřejmě oni mají možnost a prostor za mnou přijít pokud něco potřebují.*“ (Komunikační partner L). „*...ano. Nedávalo by to smysl, kdyby to nechtěli. Proto oni tuto službu chtějí a mají ji a snaží se spolupracovat.*“ (Komunikační partner A). „*Jo. Funguje to. Prostě to funguje.*“ (Komunikační partner G). „*Jo. Rodiny nás kontaktují během té doby, kdy se třeba za ten měsíc nevidíme.*“ (Komunikační partner E). „*Já si myslím, že je to takhle v pořádku, protože si myslím, že ty věci, který mají fungovat, tak fungují... Já si myslím, že i v případě z naší strany, kdybychom víc jako urgovali ty rodiče, že by to mohli někteří brát i osobně jako kontrolu z naší strany.*“ (Komunikační partner I). „*Někdy je to ideální, někdy je to z pohledu rodiny nedostačující.*“ (Komunikační partner M).

4.7 Nesnáze, které sociální pracovníci identifikují při práci s rodinou uživatele sociálních služeb

Poskytovatelé sociálních služeb se s nesnázemi setkávají spíše výjimečně. I přesto sociální pracovníci považují za nesnáze při práci s rodinou především: nedostatečnou komunikaci; neuhrazení ceny služby; pokud rodina nereaguje, neozývá se, nepřijde do služby a neomluví se; neudělá to, na čem se domluvili, nechce zavádět nové věci; sociálně slabé rodiny; nízkou informovanost rodin. „*Jako jejich zájem je se domluvit, ale je to zase jako rodina od rodiny. Já jako nepamatuju si, že bychom měli nějaké výrazné problémy. Je to o domluvě.*“ (Komunikační partner M). „*Někdy bych řekla, že je horší komunikovat s tou rodinou uživatele než se samotným uživatelem. Je problém s tím, že uživatel chce něco, ale rodina by to chtěla trochu jinak. A někdy je problém vysvětlit té rodině, že tato služba je ušitá na míru tomu uživateli...*“ (Komunikační partner A). „*...rodiny ze sociálně slabšího prostředí, které třeba nemají tu možnost mít mobilní telefon nebo s námi být v kontaktu, tak tam je ta komunikace v mezidobí náročnější.*“ (Komunikační partner F). „*Projevuje se to například tak, že poradkyně nabízí rodině termíny konzultací, rodina však nereaguje, neozývá se. Poradkyně přijede na konzultaci a rodina není doma, přestože konzultaci neodvolají – někdy na to prostě zapomenou. Jinak se nám nestává, že by rodina nespolupracovala, protože nás musí rodiče sami oslovit. Přicházejí tedy rodiny, které mají zájem spolupracovat. Dlouhodobě vnímáme neinformování rodin jako problém.*“ (Komunikační partner D). „*Je to třeba, že si kolegyně domluvily schůzku s nimi, že měli přijít na vyšetření nebo na logopedii nebo nám měli zaslat nějaké dokumenty zpátky a nemají dostupný telefon nebo nereagují. Taky je máme no. Většinou jsou to trošku sociálně znevýhodnění klienti.*“ (Komunikační partner I). „*...spíš je to tak, že rodič dluží za službu, že neplatil dlouho...*“ „*...kdy se občas na něčem domluvíme, a ono to třeba pak neplatí. To se dá považovat za nespolupráci. Stejně tak, když klientka přijde do služby, nebo spíš nepřijde do služby nebo do školy a neomluví ji.*“ (Komunikační partner C). „*Čas od času se vyskytne rodina, teď třeba máme takový dvě, kde ta situace je složitá a je možné mluvit i o spolupráci s OSPODem, ale jinak tím, jak jsme denní zařízení, jak rodiče musí platit za služby, v podstatě musí spo-*

lupracovat.“ (Komunikační partner L). „...nechtějí přímo některé věci, které my tam vnášíme. ...Setkáváme se výjimečně. Jsou to spíš výjimky. Někomu se do toho nechce, tak hledá důvody, proč to nejde, ale většinou to chtějí.“ (Komunikační partner E).

Komunikační partner C vidí nesnáze především ve velkých požadavcích a příliš aktivních rodičích. *„Jsou tam problémy, když třeba rodiče mají moc velké požadavky na to, co od nás očekávají...“ „...kdy třeba maminka jednoho klienta by chtěla, aby klient cvičil každý den, což je náročné i pro zdravého člověka, a je z toho unavenej, tak my třeba máme strategii, že třeba klient každý den cvičí, ale třeba každý druhý den má relaxační cvičení, že to není fyzicky náročný. Takže ty problémy mohou nastat i u těch aktivních rodičů, kteří chtějí, aby potomek dobře prospíval, a tak ho posílají i na různé pobyty rekondiční a podobný a občas se nám stane, že se klient vrátí v horším stavu, než tam jel, a i potom ne dobře reaguje na procedury, které tady s ním dělají. On sám má k tomu pak odpor s tím, že je toho moc, a pak navázat znovu spolupráci je složitý, protože klient nespolupracuje. Takže spíš ty problémy pramení spíš z těch aktivních rodičů, než aby zase byl někdo příliš pasivní.“*

Komunikační partner B se dokonce setkává s absolutní nespoluprací. *„...ta rodina jako vůbec nechce spolupracovat. Tam jsou vždycky oči, že teda to jsme k ničemu, že my nezvládneme dědu, že tam někdo musí jít a že otravujeme.“* S podobnou situací se setkal i komunikační partner G: *„Nespolupracovali. Opravdu nespolupracovali. A já to zkrátím, tohle bych nerada rozebírala. Zkrátím to do jedné věty: Když někdo nechce, tak nechce. A můžete se na hlavu postavit. Jak jsem říkala, můžeme pomoci spoustě lidí, ale v první řadě oni musí chtít.“*

Komunikační partner H vidí velkou potíž v tom, že jako sociální pracovník poskytující odborné sociální poradenství nemůže s rodinou pracovat přímo. *„...vůbec není o tom, že já bych mohla dělat přímou práci s klientem. ...Jako sociální pracovnice nemáte povolení vstupovat do bytu. Jsme školský poradenský zařízení, takže vy jako sociální pracovnice tam nemáte co dělat. K tomu jsou oprávnění, kdo do toho bytu vstoupit může. Takže vy tam můžete vstoupit pouze se speciálním pedagogem jako doprovod, že jo. A potom s rodinou nějak pracovat. ...nemůžu docházet do rodin a pracovat s tou*

rodinou. Já je můžu vést tady, můžu jim dát jednotlivé body, co mají dělat, jako směřovat je. “

Jednou z poměrně častých nesnází je i finanční náročnost sociální služby a finanční situace rodin, kterou, jak je uvedeno výše, sociální pracovníci pomáhají rodinám řešit. „Finanční stránka může být důvodem pro někoho, že si to naše zařízení nevybere. ...Musí počítat s tím, že ten příspěvek mají na to, aby ty služby platili. Samozřejmě upřímně je jasný, že se jim nechce to celý dát, tomu rozumím, ale to bychom tady hovořili jenom o tom systému, kdy prostě si myslím, že největší chyba byla dát lidem ty peníze do ruky. Že forma voucherů nebo nějaké kombinace by byly lepší než toto.“ (Komunikační partner L). „Většina z nich mají příspěvek na péči. Příspěvek na péči je určen k tomu, aby oni si mohli nakoupit sociální služby, a pokud je to pro někoho neúnosné, tak oni si pletou, na co ten příspěvek na péči vlastně je. ...ale ten příspěvek na péči není určen k tomu, aby oni si zajistili hypotéku a plat, když otec nevydělává. Ten příspěvek na péči je k tomu, aby si oni nakoupili sociální služby...“ (Komunikační partner A). „...se všech uživatelů ptáme, jestli mají požádáno o příspěvek na péči, jestli nemají, tak nosím s sebou formuláře nebo je rodinným příslušníkům pošlu. Kde je tedy ta péče delší, tak tam příspěvek třeba ne vždy dostačuje, tak tam rodina doplácí.“ (Komunikační partner G). „...já se kolikrát divím, že to utáhnou. Přijde mi, že je ta služba drahá.“ (Komunikační partner B). „...pokud teda člověk nepobírá příspěvek na péči, tak tam to problém může být. Tam málokdy, třeba když mají úspory, tak to můžou hradit z těch úspor anebo rodina jim to zaplatí...“ (Komunikační partner K).

4.8 Vztah sociálních pracovníků s rodinou uživatele sociálních služeb

Sociální pracovníci se snaží budovat vztah mezi nimi a rodinou uživatele sociální služby. „U každé rodiny je individuální, ale poradkyně je často jediný člověk, který se ptá na věci ohledně té situace rodiny a s kterým rodina může o tomto otevřeně mluvit. Rodiny bývají se svými problémy často izolovány. Ostatní mají zdravé děti, takže nemohou pochopit to, co oni prožívají, situace rodiny s dítětem s postižením je opravdu specifická. Řekla bych, že pokud si rodina s poradkyní dobře „sedne“, tak to jde velmi rychle – rozvoj vztahu i důvěry.“ (Komunikační partner D). „Samozřejmě jsou klienti, kteří nám přirostou k tomu srdíčku, ke kterým se chodí často, vlastně oni otvírají své srdíčko...“ (Komunikační partner J). „I to, že se mají rodiče sami ozvat, je pro ně náročné. I ten první kontakt, že mají zvednout ten telefon a zavolat a říct: 'Máme problém, potřebujeme pomoci.', tak to je pro rodinu hodně náročné. Potom samozřejmě ten příjezd, tím že jezdíme do toho domácího prostředí, tak je to pro ně jiná situace, než když jezdí k tomu odborníkovi... ..vztah se musí navázat. Přijde tam cizí člověk a většinou děti reagují dobře, protože s sebou vozíme i pomůcky a hračky... Nikam nechvátáme, nejsou v časovém presu. Ty konzultace jsou různě rozděleny. Nejdřív třeba pracujeme s tím dítětem a pak si povídáme s maminkou, co je potřeba, co se událo. Takže vztah se tam určitě vyvíjí.“ (Komunikační partner F). „Ten vztah tam určitě je...“ (Komunikační partner C). „Chce to čas. Ta zkušenost je, že ze začátku jsou maminky uzavřené nebo přichází tam člověk cizí do jejich prostředí, do jejího domova... Čím více se známe, tím více se otevírají hlubší témata. Někdy taky ne. Někdy je to pořád takový na stejné úrovni, ale hodně řekla bych, tak po roce nebo po půl roce je to mnohem lepší, po roce ten vztah už je hodně blízký a už se řeší i věci, nejenom o děťátku a o běžných starostech, ale i starosti – třeba vyplouvají i partnerské neshody a takového věci.“ (Komunikační partner E). „Je potřeba, aby si ta pracovnice vybuodovala u uživatele a u rodiny pocit důvěry. ...A ten uživatel po čase. Když se třeba na začátku hlavně senioři se tomu brání, protože nebyli zvyklí, aby k nim někdo cizí chodil. Ted' ze všech stran se pořád říká: 'Dávejte si pozor.' A ted' ty kampaně na ty šmejdy, podomní prodejci, a aby je nikdo

neokradl. Takže na jednu stránku oni se pořád před něčím varují a na druhou stránku pak tam k nim někdo dochází domů. Takže někdy to trvá. Oni ze začátku mají strach, obavu, nechce, aby tam chodil někdo cizí, ale v drtivé většině se to změní, protože oni poznají tu pracovníci, zjistí, že je tam proto, aby jim pomohla, a ne aby jim uškodila. Jsou pak rádi, že tam někdo přijde a už je vyhlížejí.“ (Komunikační partner A). „No já si myslím, že v momentě, kdy osobní asistent začne docházet do rodiny, tak se v podstatě tak trochu stává členem rodiny... ...většina asistentů má klíče a více méně jsou členové rodiny. Protože tam tráví několik hodin denně.“ (Komunikační partner G).

Dva komunikační partneři s rodinami uživatelů vztah nemají. „...tak to není intenzivní.“ (Komunikační partner I). „Ale abych se... na to není ani čas.“ (Komunikační partner H).

4.9 Poznání rodiny sociálními pracovníky a sdílení pocitů rodinou

Sociální pracovníci se poměrně často setkávají s tím, že s nimi rodiče sdílí své pocity, radosti, starosti, úspěchy apod. V souvislosti s touto skutečností mohou sociální pracovníci/pracovnice poznat rodinu více do hloubky (její funkčnost, vztahy apod.). „*No to je vlastně nedílná součást. Jsou maminky, které potřebují hodně sdílet, takže jsou konzultace tak, že se snažíme, aby tam tahle složka byla. Víme, že tahle maminka to potřebuje, tak je to nastavený i v tom individuálním plánu, aby tam bylo to naslouchání a sdílení... Tím, že jsme v domácím prostředí a řešíme i ty vztahové věci, nejenom ohledně sourozenců, ale i partnerské vztahy.*“ (Komunikační partner F). „*Ano. Velmi intenzivně. ...Podle toho, jak rodina chce. Hranice jsou tam, kde si je rodina stanoví.*“ (Komunikační partner D). „*Jako dost často se to stává... z mnoha rodin znám mnoho detailů a podrobností...*“ (Komunikační partner M). „*...dochází k takové situaci, že by se nám svěřovali. Samozřejmě se svěřují i se svými soukromými věcmi...*“ (Komunikační partner C). „*Probíhá. Maminky se časem otvírají a řeknou: 'Tohle jsme zažily, tohle bylo dobrý', takže chválíme, když něco dělají. ...A jsem pak v rodině, kde vím, jak fungují, znám starosti, co řeší, jak jde běžný život. Je to hodně i o povaze maminky.*“ (Komunikační partner E). „*Určitě. To oni si hodně řeknou i z rodiny a takhle. I když je něco štve. To oni se zase svěřují. Ze soukromí toho víme spoustu. ...Když ta služba probíhá ve větším rozsahu, pravidelně.*“ (Komunikační partner B). „*Ty pracovnice fungují i jako vrby. Pokud se svěří, že prochází těžkou situací, když se třeba rozvádí a podobně. Ale tím i upozorní na to, že dítě ty změny špatně nese a tak. Takže tohle je třeba velmi důležitá informace.*“ (Komunikační partner A). „*Sdílí. Sdílí. Asi každý se potřebuje vypovídat a setkávám se s tím, že spousta lidí neví, kam se obrátit.*“ (Komunikační partner G).

Komunikační partner L se setkává spíše s tím, že rodiče sdílí své pocity s jinými rodiči. „*Tady to funguje spíš mezi rodiči, kdy jsou tady přátelské skupiny, jsou tu setkání, kde si předávají informace z toho soukromí.*“

4.10 Zpětná vazba, kterou dostávají sociální pracovníci od rodin uživatelů sociálních služeb

Všichni sociální pracovníci získávají od uživatelů a jejich rodin zpětnou vazbu o poskytování sociální služby. Některé organizace si zpětnou vazbu i vyžadují. „*My průběžně děláme hodnotící telefonické rozhovory. Máme i hodnotící dotazník zaměřený na kvalitu služby, který vyplňujeme v okamžiku, kdy rodina odchází. A to děláme osobně (ne aby něco zaškrtili), jedeme udělat rozhovor do rodiny. Rozhovor vede metodik nebo vedoucí střediska. Probíráme zpětně, jak služba fungovala, co se rodičům líbilo, co bylo nejužitečnější, zda vyhovovala frekvence konzultací atd. Máme nastavenou řadu kritérií, která zkoumáme. Vždy rodiče pobízíme k tomu, aby řekli, co jim chybělo, co se jim nelíbilo, co by chtěli zlepšit, abychom mohli v případě nových rodin pracovat tak, aby byly spokojeny. Rodiče mají totiž vždy tendenci službu jen chválit.*“ (Komunikační partner D). „*...probere se zpráva a nějaké ty závěry a to nastavení.*“ (Komunikační partner I). „*Děláme v rodinách průběžné hodnocení. Když ta rodina je po roce poskytování služby... Pak se dělá závěrečné hodnocení při ukončování služby. Je taky formou ústního dotazníku, kdy rodiče mají možnost sdělit nám zpětnou vazbu.*“ (Komunikační partner F). „*Máme ji většinou na těch schůzkách, jinak klienti mají většinou deníčky, do kterých si píšou aktivity, které dělali, tak někteří rodiče využívají ty deníčky jako nějakou zpětnou vazbu...*“ (Komunikační partner C). „*Děláme každoročně dotazníky, zjišťování spokojenosti, zjišťování kvality služeb, tak to je poměrně rozsáhlé...*“ (Komunikační partner L). „*Tak řeknou to většinou, kdyby nebyli spokojeni, tak si myslím, že už se nám nevrátí, no. Já si myslím, že většinou bývají poměrně spokojeni.*“ (Komunikační partner K). „*Bud' je kladná, nebo není žádná. Zpětná vazba se vždycky ukáže, že jsou lidi spokojení. Řeknou: 'To nám pomohlo, to jsme rádi, to jsme nevěděli.' Prostě Vám to řeknou, protože mají radost. A když nemají nebo když nedělají, tak to chtějí ututlat. Neřeknou nic.*“ (Komunikační partner H). „*...dotazník na vyplnění zpětné vazby. Strašně se mi líbí, když uživatelé sami zavolají nebo někdo z rodiny a prostě nás pochválí, poděkují za to, co děláme, pochválí pracovníci, takže mám tu zpětnou vazbu, aniž bych já musela volat a ptát se.*“ (Komunikační partner A).

4.11 Role rodiny z pohledu sociálních pracovníků

Sociální pracovníci vnímají roli rodiny jako: jejich komunikačního partnera (toto vyplývá z výše uvedených informací); spolupracujícího partnera; základ; podporu; zázemí; rozvíjející, stimulující a utlumující, reprodukční a výchovnou instituci. „*Určitě z pohledu mě, když ta rodina funguje a když partneři za sebou stojí a podporují se, tak je to úplně jiná práce, než když tam je jenom ta máma a nemá oporu. Pokud je ten základ stabilní, tak se jinak pracuje... Je to fungující zázemí. Jak pro ty partnery, tak pro to dítě. Je znát, když je to funkční. Pro mě je rodina partner, se kterým pracuji, a snažím se, aby fungovali, aby jim bylo dobře, aby se s dítětem sžili a aby nebyl problém, že mají dítě s handicapem.*“ (Komunikační partner E). „...*tak určitě je to základní pilíř. Bez té rodiny to nejde. Podpora dítěte. Bez rodičů by to nebylo. To se asi nedá říct, že je to jinak u postiženého dítěte. Obecně rodina je základ. Takhle to беру. Role, já nevím, pro mě je rodina základ a další role podporující, rozvíjející, utlumující, stimulující...*“ (Komunikační partner L). „*Pokud si rodiče pořídí děti, tak je rolí rodiny funkce reprodukční a výchovná.*“ (Komunikační partner D).

5 DISKUZE

Tato diplomová práce se zabývá problematikou role rodiny v procesu koordinované rehabilitace a její spolupráci s poskytovateli sociálních služeb.

Cílem práce bylo identifikovat roli rodiny a její spolupráci s poradenskými institucemi v procesu koordinované rehabilitace. Poradenskými institucemi byly kromě poraden pro osoby se zdravotním postižením myšleny i další organizace, které poskytují odborné sociální poradenství osobám se zdravotním postižením, a organizace, jejichž sociální služby jsou primárně poskytovány právě této cílové skupině.

Rozhovory s účastníky výzkumu poskytly odpovědi na to, z jakých informačních zdrojů se rodina dovídá o dané sociální službě, kterou by mohla využít a která by jí pomohla v jejich nepříznivé sociální situaci; kdo z rodiny je hlavní komunikátor s poskytovateli sociálních služeb; jaké je první téma, které rodinu zajímá; jak poskytovatelé sociálních služeb pracují s přijímáním dítěte se zdravotním postižením jeho rodinou; jaké další situace sociální pracovníci/pracovnice s rodinou řeší; jak funguje spolupráce mezi rodinou uživatele sociálních služeb a jejími poskytovateli; jaké nesnáze identifikují sociální pracovníci/pracovnice při práci s rodinou svých uživatelů; zda sociální pracovníci/pracovnice udržují vztah s rodinou; jestli mohou poskytovatelé sociálních služeb poznat rodinu uživatele více do hloubky a zda rodina se sociálními pracovníky/pracovnicemi sdílí své pocity, radosti, starosti apod.; jak funguje zpětná vazba mezi rodinou uživatelů a poskytovateli sociálních služeb; jaká je role rodiny v procesu koordinované rehabilitace.

Hlavní výzkumná otázka zněla: Jaké nesnáze sociální pracovníci identifikují při práci s rodinou v procesu koordinované rehabilitace? Z hlavní výzkumné otázky byla dále vyvozena dílčí výzkumná otázka, která zněla: Jaká je role rodiny v poradenském procesu z pohledu sociálního pracovníka?

Z výzkumu vyplývá, že všichni poskytovatelé sociálních služeb, kteří se výzkumu účastnili, podávají svým uživatelům základní sociální poradenství tak, jak to uvádí zá-

kon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (Česko, 2006b). Stejný zákon stanovuje, že odborné sociální poradenství je poskytováno se zaměřením na potřeby osob určitých sociálních skupin a je poskytováno v občanských poradnách, manželských poradnách, manželských a rodinných poradnách, poradnách pro seniory, poradnách pro osoby se zdravotním postižením a dalších specializovaných poradnách. Výzkum však ukázal, že pokud má daná sociální služba registrované mimo jiné i odborné sociální poradenství, pak ho neposkytuje pouze ve specializovaných poradnách, ale souběžně s dalšími jimi poskytovanými a registrovanými sociálními službami.

Procházka (2014) dělí poradenský proces na tři fáze: počáteční (která slouží k navázání vztahu poradce s klientem, objasnění a vymezení problému, ujednání další spolupráce a cílů), prostřední (která se zaměřuje na vlastní pomoc klientům a na možnost přehodnocení obtíží) a závěrečnou (která se zabývá volbou vhodné změny, vlastní realizací a ukončením poradenského vztahu). Z výzkumu však vyplynulo, že celý poradenský proces se v praxi odehraje během jednoho setkání poradce a klienta. Poradenský proces je v podstatě založen pouze na objasnění problému a odkázání na další odborníky, kteří by s daným člověkem pracovali dále. Tímto velmi často celý poradenský proces končí a poradce již nemusí daného klienta nikdy vidět.

Matoušek (2003) uvádí, že rodina byla a je zdrojem podpory lidí, kteří se dostali do nesnází. A to bez ohledu na to, jestli se s postižením již narodili, nebo jejich nesnáze vznikly později. Toto potvrzuje i výzkum. Komunikační partner E uvádí, že pokud se rodina navzájem podporuje, potom se s celou rodinou a její životní situací pracuje daleko lépe a snadněji.

Krhutová (2013a), Probstová (2005), Koláčková, Kodymová (2005) uvádí, že rodinám pečujícím o člena rodiny se zdravotním postižením je třeba věnovat pozornost a že sociální pracovník má kromě uživatele samotného pracovat i s jeho rodinou. Výzkum však ukázal, že intenzita kontaktu mezi rodinou uživatele a sociálními pracovníky, kteří poskytují pouze odborné sociální poradenství, popřípadě pracují s dospělými uživateli či seniory, je velmi malá. Sociální pracovníci se s rodinou setkávají víceméně pouze při sjednávání dané sociální služby. Další kontakt poté již nepodporují, a pokud se rodina sama od sebe neozve, pak ho ani nevyhledávají. Daleko vyšší intenzitu spolu-

práce s rodinami uživatelů vykazují sociální pracovníci, kteří poskytují terénní sociální služby určené především dětským, popřípadě mladším dospělým uživatelům.

Janečková (2005) dále uvádí, že rodina by měla být zapojena do procesu péče o seniora, rozhodování o jeho budoucnosti a mělo by fungovat naslouchání rodině a jejím starostem. Výzkum ale ukázal, že pokud je senior (i dospělý člověk se zdravotním postižením) schopen vyjádřit své potřeby, je schopen komunikovat a není omezena jeho svéprávnost, potom poskytovatelé sociálních služeb určených těmto cílovým skupinám s rodinou svého uživatele nejsou příliš v kontaktu a sdílení pocitů probíhá většinou v rovině uživatel – sociální pracovník.

Pouze malá část sociálních pracovníků se během poskytování sociálních služeb setkává s fázemi vyrovnání se s narozením dítěte s postižením, které popsala E. Kübler-Rossová (2014). Dle této autorky lze rozlišit pět stádií, kterými rodina s dítětem s postižením prochází. Patří k nim fáze popírání, zloby, vyjednávání, deprese a akceptace (Kübler-Rossová, 2014). Dostatek správných a dobře podaných informací může proces vyrovnání se s realitou učinit jednodušším a méně náročným (Bazalová, 2014, Helpnet, 2015). Avšak dle dvou komunikačních partnerů rodiny dětí se zdravotním postižením nemají dostatek informací, s nimiž by mohly pracovat, a pozdě se dovídají o sociálních službách, které by jim v této životní situaci mohly výrazně pomoci.

Vymětal (2010) uvádí, že výrazný terapeutický účinek mají svépomocné skupiny, které neformálně sdružují klienty se stejným problémem včetně jejich rodinných příslušníků a fungují na bázi vzájemné pomoci laiků mezi sebou. Autor dále konstatuje tvorbu takových skupin především na základě názoru, že odborníci umí řešit problém na odborné úrovni, ale lidé bezprostředně zasaženi danou nepříznivou životní situací sami nejlépe vědí, co pro ně daná situace znamená a jak se s ní vyrovnat. Toto tvrzení (tj. že zkušenosti ostatních rodinných příslušníků jsou někdy lepší než to, co jim mohou nabídnout odborníci) ve výzkumu potvrdilo i několik sociálních pracovníků/pracovnic, kteří se účastnili výzkumu. Sami dokonce rodiny svých uživatelů vybízí ke kontaktování těchto skupin, nebo dokonce tyto skupiny pomáhají zakládat a podporují jejich fungování.

Dle Vandera (2013) je při péči o jedince se zdravotním postižením důležité zapojit celou rodinu a pomoci rodině nalézt podporu v organizacích, které se dané problematice věnují profesionálně. Z výzkumu však vyplynulo, že o zapojení celé rodiny do péče o jedince se zdravotním postižením se snaží převážně sociální pracovníci, kteří poskytují terénní sociální služby rodinám s dětmi se zdravotním postižením. Ostatní sociální služby pracují pouze s tím členem rodiny, který danou sociální službu sjednává a který s odbornými pracovníky komunikuje. Oproti tomu všichni dotazovaní sociální pracovníci/pracovnice spolupracují i s dalšími odborníky či organizacemi, které by dané rodině (či uživateli) pomohly více. Buď s nimi mají přímo sepsanou smlouvu o spolupráci, nebo si vedou adresáře, v nichž evidují kontakty na jednotlivé odborníky, jež svým uživatelům a jejich rodinám doporučují. Komunikační partner E dokonce vypověděl, že kontakty na další odborníky získávají hlavně od samotných rodičů. Ke každému kontaktu si píše poznámky o tom, jak daný odborník s rodinou spolupracuje a jak je s ním rodina spokojená. Tyto kontakty poté předávají dalším rodinám, které hledají, na koho dalšího se ještě obrátit.

Péče o dítě se zdravotním postižením představuje významnou pečovatelskou zátěž pro toho, kdo o dítě pečuje (Eurocarers, 2015). Výzkum ukázal, že z tohoto důvodu spousta sociálních služeb nabízí rodičům i odlehčovací služby nebo různé víkendové pobyty pro jejich děti a rodiče, v této době mohou načerpat nové síly pro další péči.

Landischová (2014) dále dodává, že pečujícím rodičem je nejčastěji matka. I toto tvrzení výzkum potvrdil, neboť sociální pracovníci sdělili, že ve většině případů jsou hlavními komunikátory a pečovateli matky jejich uživatelů, popřípadě dcery.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (2006b) říká, že poskytovatel sociálních služeb je povinen plánovat průběh poskytování sociálních služeb podle cílů, potřeb a schopností vždy konkrétního uživatele, vést individuální záznamy a dodržovat standardy kvality sociálních služeb (tj. mimo jiné provádět individuální plánování průběhu sociální služby a společně s uživatelem průběžně hodnotit, zda jsou naplňovány její osobní cíle). Z výzkumu vyplynulo, že tuto povinnost poskytovatelé sociálních služeb plní. Někteří z nich dokonce provádí vyhodnocování individuálního plánu poskytování sociální služby uživateli nejenom se samotným uživatelem, ale i s jeho rodinnými pří-

slušníky. Všichni společně poté plánují průběh poskytování sociální služby na další časové období.

Sociální služby jsou osobám poskytovány zdarma, za částečnou nebo plnou úhradu nákladů (Česko, 2006b). Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách uvádí, že na zajištění sociálních služeb poskytuje stát osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby příspěvek na péči. Tento zákon dále říká, že nárok na příspěvek na péči má osoba, která je závislá na péči jiné fyzické osoby, pokud jí tuto pomoc poskytuje osoba blízká, asistent sociální péče nebo poskytovatel sociálních služeb, který je zapsaný v registru poskytovatelů sociálních služeb. Z výzkumu však vyplynulo, že příspěvek na péči je velmi často používán i k jiným účelům než pouze k úhradě péče, která je poskytována registrovanými poskytovateli sociálních služeb (nebo osobou blízkou či asistentem sociální péče). Poté dochází k situacím, že si uživatel nemůže danou sociální službu, kterou by potřeboval, zaplatit. Buď si danou sociální službu vůbec nezjedná, nebo z jeho strany vznikají nedoplatky za poskytnutou péči.

Vždy je důležité, aby dané postižení stálo až na druhém místě; tj. abychom mluvili o člověku/dítěti se zdravotním postižením (nikoli o postiženém člověku/dítěti), jak uvádí Michalík (2011b). Ve výzkumu se však velmi často objevovala i opačná situace (kdy sociální pracovníci/pracovnice hovořili o postiženém dítěti/člověku), která je pravděpodobně stále mezi laickou i odbornou veřejností zakořeněna. Podobně je na tom i používání pojmu handicap (který se ve výzkumu také několikrát objevil), jež Světová zdravotnická organizace nahradila pojmem restringovaná (omezená) participace (NRZP ČR, 2001).

Výzkum ukázal, že nejlepší spolupráce mezi sociálními pracovníky/pracovnicemi a rodinou uživatelů sociálních služeb je ta, která je vedená na partnerské úrovni. K podpoře spolupráce dále významně přispívá budování vztahu mezi sociálními pracovníky a rodinou uživatelů sociálních služeb a poskytování sociální opory rodinám. Z výzkumu také vyplynulo, že velmi významná je multidisciplinární spolupráce odborníků z různých oborů.

6 ZÁVĚR

V rámci diplomové práce jsem se pokusila nahlédnout do problematiky role rodiny v procesu koordinované rehabilitace. Cílem práce bylo identifikovat roli rodiny a její spolupráci s poradenskými institucemi v procesu koordinované rehabilitace. Poradenskými institucemi byly kromě poraden pro osoby se zdravotním postižením myšleny i další organizace, které poskytují odborné sociální poradenství osobám se zdravotním postižením, a organizace, jejichž sociální služby jsou primárně poskytovány právě této cílové skupině. Výzkumný soubor tvořilo třináct sociálních pracovníků/pracovnic, kteří poskytují odborné sociální poradenství nebo další sociální služby, jež jsou primárně určeny osobám se zdravotním postižením. V souvislosti s cílem práce byla stanovena hlavní výzkumná otázka, která zněla: Jaké nesnáze sociální pracovníci identifikují při práci s rodinou v procesu koordinované rehabilitace? Z hlavní výzkumné otázky byla dále vyvozena dílčí výzkumná otázka, jež zněla: Jaká je role rodiny v poradenském procesu z pohledu sociálního pracovníka?

Z výzkumu vyplývá, že rodiny osob se zdravotním postižením se o sociálních službách, které by jim mohly pomoci řešit jejich nepříznivou životní situaci, nejčastěji dovídají od různých odborníků (lékařů, psychologů, sociálních pracovníků v nemocnicích, fyzioterapeutů, učitelů aj.), na základě doporučení uživatelů dané sociální služby či jejich rodinných příslušníků nebo z různých informačních materiálů, kterými jsou letáky, brožury, internetové portály, reklamy aj. Se sociální službou nejčastěji komunikují matky uživatelů nebo oba rodiče. Pokud jde o dospělé uživatele, tam sociální službu kontaktují partneři, manželé, děti nebo opatrovníci. Mezi první témata, která rodinu nejvíce zajímají, patří potřeba pomoci s péčí o člena rodiny se zdravotním postižením, podpory jeho vývoje, sebeobsluhy a zvládání běžných úkonů. Dále rodiny zjišťují, jestli je daná sociální služba vůbec schopna řešit jejich problémovou situaci, jaké další sociální služby mohou oslovit, jaké kompenzační pomůcky by jim situaci ulehčily, jaké volnočasové aktivity je možné využít, jak probíhá integrace a vzdělávání. Dále rodiny hledají někoho, kdo by jim naslouchal a s kým by mohly sdílet své pocity, potíže, radosti a starosti.

Výzkum také ukázal, že poskytovatelé sociálních služeb se příliš nesetkávají s problematikou vyrovnání se s narozením dítěte se zdravotním postižením nebo rodinu odkazují na další odborníky. Jeden komunikační partner s touto situací pracuje pomocí poskytování psychologického poradenství a krizové intervence a jeden sociální pracovník pomáhá rodinám především prostřednictvím naslouchání a zprostředkování kontaktu na další maminky, které jsou v podobné životní situaci. Kromě zajištění pomoci při péči o dítě s postižením řeší sociální pracovníci s rodinami i další situace, k nimž patří finanční zabezpečení rodiny, pomoc při vyřizování různých příspěvků od státu, zajištění ústavní péče, kompenzační pomůcky, vztahové problémy, integrace, budoucnost dětí s postižením, kontakty na další odborníky a podporu sourozenců dětí s postižením.

Z výzkumu také vyplynulo, že spolupráce mezi sociálními pracovníky a rodinou se výrazně liší podle druhu poskytované sociální služby. V ambulantně poskytovaných sociálních službách (i v pobytových sociálních službách) a především v organizacích, které poskytují pouze odborné sociální poradenství, je intenzita spolupráce s rodinou nižší. Oproti tomu v organizacích, které poskytují kromě odborného sociálního poradenství ještě další terénní sociální služby, je intenzita spolupráce výrazně vyšší. Rozdíl ve spolupráci byl zaznamenán i mezi sociálními službami, jejichž primární cílovou skupinou jsou děti se zdravotním postižením a mladí dospělí lidé se zdravotním postižením, a sociálními službami, které se zaměřují na dospělé uživatele se zdravotním postižením nebo seniory. Intenzita spolupráce je vyšší u organizací poskytujících sociální služby dětem a mladším dospělým lidem. Podle sociálních pracovníků spočívá spolupráce především v tom, že rodina projevuje zájem jak o samotného uživatele, tak i o danou sociální službu; chodí na schůzky; projevují snahu; řeší a plní určené věci v termínu; mají nové zakázky a cíle; popřípadě vyplní dotazník spokojenosti se sociální službou. Obecně však téměř všichni komunikační partneři považují spolupráci mezi nimi a rodinou za dostačující a funkční.

Výzkum odhalil, že poskytovatelé sociálních služeb se s obtížemi při práci s rodinou setkávají spíše výjimečně. I přesto sociální pracovníci považují za nesnáze hlavně špatnou komunikaci; neuhrazení ceny služby; pokud rodina nereaguje, neozývá se, nepřijde do služby a neomluví se; neudělá to, na čem se domluvili; nechce zavádět

nové věci; sociálně slabé rodiny; nízkou informovanost rodin. Jednou z poměrně častých nesnází je i finanční náročnost sociální služby a finanční situace rodin, kterou sociální pracovníci pomáhají rodinám řešit. Jeden komunikační partner vidí naopak nesnázi především v příliš aktivních rodičích a dva sociální pracovníci/pracovnice se setkali s absolutní nespoluprací ze strany rodiny. Sociální pracovníci/pracovnice se snaží budovat vztah mezi nimi a rodinou uživatele sociální služby a poměrně často se setkávají s tím, že s nimi rodiče sdílí své pocity, radosti, starosti, úspěchy apod.

Sociální pracovníci/pracovnice vnímají rodinu především jako svého komunikačního partnera; spolupracujícího partnera; základ; podporu a zázemí. Dále jako rozvíjející, stimulující a utlumující, reprodukční a výchovnou instituci.

Diplomová práce identifikovala nesnáze sociálních pracovníků při jejich práci s rodinou a přináší informace pro podněty k aktivnějšímu zapojování rodin do řešení obtížné životní situace svých členů. Práce může sloužit jako podklad pro další kvantitativní zmapování této problematiky.

7 SEZNAM INFORMAČNÍCH ZDROJŮ

7.1 Monografie

1. BASLEROVÁ, P., et al., 2012. *Katalog posuzování míry speciálních vzdělávacích potřeb: část II. (diagnostické domény pro žáky se zrakovým postižením)*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3051-5.
2. BAZALOVÁ, B., 2014. *Dítě s mentálním postižením a podpora jeho vývoje*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0693-4.
3. BENDO VÁ, P., 2011. Diagnostika a poradenství v oblasti edukace dětí s mentálním postižením. **In:** BENDO VÁ, P., ZIKL, P. *Dítě s mentálním postižením ve škole*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. s. 69 – 86. ISBN 978-80-247-7701-6.
4. BRUTHANSOVÁ, D., JEŘÁBKOVÁ, V., 2012. *Koordinovaná rehabilitace*. 1. vyd. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí. ISBN 978-80-7416-102-5.
5. DISMAN, M., 2002. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Karolinum. ISBN 80-246-0139-7.
6. DOEHRING, C., 2015. Defining Pastoral and Spiritual Care. **In:** DOEHRING, C. *The Practice of Pastoral Care: A Postmodern Approach*. 2. vyd. Louisville: Westminster John Knox Press. p. 22 – 24. ISBN 978-0-664-23840-7.
7. EMMEROVÁ, M., 2012. Úvod – Co je to koordinovaná rehabilitace? **In:** MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Základní východiska zavedení koordinované rehabilitace zdravotně postižených v ČR*. 1. vyd. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. s. 5 – 12. ISBN 978-80-7421-052-5.
8. FELTHAM, C., 2012. What Are Counselling and Psychotherapy? **In:** FELTHAM, C., HORTON, I. *The Sage Handbook of Counselling and Psychotherapy*. 3. ed. London: SAGE Publications. p. 3 – 9. ISBN 978-0-85702-325-4. Dostupné z:<http://www.amazon.co.uk/Sage-Handbook-Counselling-Psychotherapy-Handbooks/dp/0857023268>

9. GOJOVÁ, A., MUSIL, L., 2013. Práce se sítěmi podpory. **In:** MATOUŠEK, O., et al. *Encyklopedie sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál. s. 316 – 319. ISBN 978-80-262-0366-7.
10. HARTL, P., 2013. Poradenství. **In:** MATOUŠEK, O. *Metody a řízení sociální práce*. 3. vyd. Praha: Portál. s. 83 – 118. ISBN 978-80-262-0213-4.
11. HENDL, J., 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7367-040-2.
12. HRUŠKOVÁ, H., MATOUŠEK, O., LANDISCHOVÁ, E., 2005. Sociální práce s lidmi s mentálním postižením. **In:** MATOUŠEK, O. et al. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1. vyd. Praha: Portál. s. 111 – 131. ISBN 80-7367-002-X.
13. CHRENKOVÁ, M., 2011. Sociální práce s rodinami. **In:** KUZNÍKOVÁ, I., et al. *Sociální práce ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. s. 72 – 81. ISBN 978-80-247-3676-1.
14. JANEČKOVÁ, H., 2005. Sociální práce se starými lidmi. **In:** MATOUŠEK, O. et al. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1. vyd. Praha: Portál. s. 163 – 194. ISBN 80-7367-002-X.
15. JANKOVSKÝ, J., 2014. Koordinovaná podpora dětí a mládeže s tělesným (motorickým) a kombinovaným postižením v rámci uceleného systému rehabilitace. **In:** PFEIFFER, J., et al. *Koordinovaná rehabilitace*. 1. vyd. České Budějovice: ZSF JU v Českých Budějovicích. s. 49 – 120. ISBN 978-80-7394-461-2.
16. JUCOVIČOVÁ, D., ŽÁČKOVÁ, H., 2010. Terminologie – dřívější a současná. **In:** JUCOVIČOVÁ, D., ŽÁČKOVÁ, H. *Neklidné a nesoustředěné dítě: ve škole a v rodině*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. s. 9 – 11. ISBN 978-80-247-2697-7.
17. KAHOUN, V., 2013. Důchodové pojištění. **In:** KAHOUN, V. et al. *Sociální zabezpečení: vybrané kapitoly*. 2. akt. vyd. Praha: Triton. s. 213 – 249. ISBN 978-80-7387-733-0.
18. KNOTOVÁ, D., et al. 2014. *Školní poradenství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4502-2.

19. KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P., 2005. Sociální práce se zdravotně znevýhodněnými. **In:** MATOUŠEK, O. et al. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1. vyd. Praha: Portál. s. 89 – 110. ISBN 80-7367-002-X.
20. KOLÍNSKÁ, R., 2013. Svépomocné skupiny. **In:** MATOUŠEK, O., et al. *Encyklopedie sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál. s. 439 – 441. ISBN 978-80-262-0366-7.
21. KRHUTOVÁ, L., 2011. Lidé se zrakovým postižením a pomáhající profese. **In:** MICHALÍK, J., et al. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. 1. vyd. Praha. s. 269 – 346. ISBN 978-80-7367-859-3.
22. KRHUTOVÁ, L., 2013a. *Sociální práce a lidé se zdravotním postižením*. 2. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. ISBN 978-80-7464-290-6.
23. KRHUTOVÁ, L., 2013b. Lidé se zdravotním postižením. **In:** MATOUŠEK, O. et al. *Encyklopedie sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál. s. 387 – 388. ISBN 978-80-262-0366-7.
24. KUBALČÍKOVÁ, K., 2013. Chráněné bydlení. **In:** MATOUŠEK, O., et al. *Encyklopedie sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál. s. 419 – 421. ISBN 978-80-262-0366-7.
25. KÜBLER-ROSS, E., 2014. *On Death and Dying: What the Dying Have to Teach Doctors, Nurses, Clergy and Their Own Families*. 3. ed. New York: Scribner. ISBN 978-1-4516-6444-7.
26. LANDISCHOVÁ, E., MATOUŠEK, O., PALME, O., 2014. Rodina s dítětem s postižením. **In:** MATOUŠEK, O., PAZLAROVÁ, H., et al. *Podpora rodiny: manuál pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál. s. 99 – 104. ISBN 978-80-262-0697-2.
27. LUCKÁ, Y., 2003. Krizová intervence. **In:** MATOUŠEK, O. et al. *Metody a řízení sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál. s. 119 – 134. ISBN 80-7178-548-2.
28. MATOUŠEK O., 2003. Práce s rodinou. **In:** MATOUŠEK, O. *Metody a řízení sociální práce*. 3. vyd. Praha: Portál. s. 181 – 200. ISBN 80-7178-548-2.

29. MATOUŠEK, O., 2013. Sociální práce s rodinou. **In:** MATOUŠEK, O., et al. *Encyklopedie sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál. s. 302 – 304. ISBN 978-80-262-0366-7.
30. MATOUŠEK, O., 2014. Východiska podpory rodiny. **In:** MATOUŠEK, O., PAZLAROVÁ, H., et al., *Podpora rodiny: manuál pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál. s. 17 – 24. ISBN 978-80-262-0697-2.
31. MATOUŠEK, O., PAZLAROVÁ, H., 2010. *Hodnocení ohroženého dítěte a rodiny: v kontextu plánování péče*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-739-8.
32. McLEOD, J., McLEOD, J., 2011. *Counselling Skills: A Practical Guide for Counsellors and Helping Professionals*. 2. ed. Berkshire: Open University Press. ISBN 978-0-33-524426-3.
33. MICHALÍK, J., 2011. Charakteristika zdravotního postižení. **In:** MICHALÍK, J. et al. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál. s. 31 – 42. ISBN 978-80-7367-859-3.
34. MICHALÍK, J., 2011. Pomáhající profese. **In:** MICHALÍK, J. et al. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál. s. 14 – 30. ISBN 978-80-7367-859-3.
35. MICHALÍK, J., 2012. Rodina s dítětem se zdravotním postižením. **In:** MICHALÍK, J. *Metodický průvodce rodiče dítěte se zdravotním postižením (nejen) na základní škole*. 1. vyd. Ústí nad Labem: Tomáš Mikulěnka. s. 8 – 28. ISBN 978-80-904927-8-3.
36. MICHALÍK, J., 2013. Rodina s dítětem se zdravotním postižením. **In:** MICHALÍK, J. *Rodiče a dítě se zdravotním postižením (nejen) na základní škole*. 1. vyd. Pardubice: Studiopress. s. 6 – 9. ISBN 978-80-86532-29-5.
37. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ, 2015. *Příručka pro osoby se zdravotním postižením v roce 2015: informace o pravidlech i pomoci na trhu práce a ze sociálního systému*. 2. vyd. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. ISBN 978-80-7421-090-7.
38. MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1362-4.

39. NÁRODNÍ RADA OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM ČR, 2001. *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví: MKF*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1587-2.
40. NAVRÁTILOVÁ, J., 2013. Ohrožená rodina. **In:** MATOUŠEK O., et al. *Encyklopedie sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál. s. 359 – 361. ISBN 978-80-262-0366-7.
41. NOVOSAD, L., 2009. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním: základy a předpoklady dobré poradenské praxe*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-509-7.
42. NOVOSAD, L., 2011. *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita: diskurzivní pohledy na tělo, tělesnost, pohyb, člověka a tělesné postižení*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-873-9.
43. NOVOSAD, L., 2013. Lidé s tělesným postižením. **In:** MATOUŠEK, O. et al. *Encyklopedie sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál. s. 391 – 392. ISBN 978-80-262-0366-7.
44. PFEIFFER, J., ŠVESTKOVÁ, O., 2014. Úvod do problematiky koordinace zdravotních, sociálních, didaktických a pracovních prostředků. **In:** PFEIFFER, J. et al. *Koordinovaná rehabilitace*. 1. vyd. České Budějovice, ZSF JU v Českých Budějovicích. s. 6 – 10. ISBN 978-80-7394-461-2.
45. POTMĚŠIL, M., 2011. Osoby se sluchovým postižením jako cílová skupina. **In:** MICHALÍK, J. et al. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál. s. 347 – 408. ISBN 978-80-7367-859-3.
46. PROBSTOVÁ, V., 2005. Sociální práce s duševně nemocnými. **In:** MATOUŠEK, O. et al. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1. vyd. Praha: Portál. s. 133 – 161. ISBN 80-7367-002-X.
47. PROCHÁZKA, et al., 2014. *Teorie a praxe poradenské psychologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4451-3.
48. REICHEL, J., 2008. Rodina. **In:** REICHEL, J. *Kapitoly systematické sociologie*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing. s. 177 – 194. ISBN 978-80-247-2594-9.

49. ROONEY, R. H., 2009. Introduction to Involuntary Practice. **In:** ROONEY, R. H., *Strategies for Work with Involuntary Clients*. 2. ed. New York: Columbia University Press. p. 3 – 18. ISBN 978-0-231-13319-7.
50. SLOWÍK, J., 2007. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1733-3.
51. SOBOTKOVÁ, I., 2007. *Psychologie rodiny*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-250-8.
52. SOLLÁROVÁ, E., 2008. Socializace. **In:** VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I. et al. *Sociální psychologie, 2., přepracované a rozšířené vydání*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. s. 49 – 64. ISBN 978-80-247-1428-8.
53. ŠESTÁK, J., 2014. Pracovní rehabilitace. **In:** PFEIFFER, J. *Koordinovaná rehabilitace*. 1. vyd. České Budějovice: ZSF JU v Českých Budějovicích. s. 157 – 163. ISBN: 978-80-7394-461-2.
54. ŠIMÁK, M., 2013. Sociální pomoc. **In:** KAHOUN, V. et al. *Sociální zabezpečení: vybrané kapitoly*. 2. vyd. Praha: Triton. s. 326 – 365. ISBN 978-80-7387-733-0.
55. ŠIŠKA, J., 2013. Lidé s mentálním postižením. **In:** MATOUŠEK, O. et al. *Encyklopedie sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál. s. 393 – 394. ISBN 978-80-262-0366-7.
56. ŠPATENKOVÁ, N., 2011. Krizová intervence. **In:** ŠPATENKOVÁ, N., et al. *Krizová intervence pro praxi: 2., aktualizované a doplněné vydání*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. s. 13 – 16. ISBN 978-80-247-2624-3.
57. URBANOVÁ M., 2013. Mediace jako nástroj sociální kontroly v postmoderní společnosti – vybrané sociologické aspekty mediace. **In:** HOLÁ, L., et al. *Mediace a možnosti využití v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. s. 289 – 304. ISBN 978-80-247-4109-3.
58. VALENTA, M., 2011. Lidé s mentálním postižením a jinou duševní poruchou. **In:** MICHALÍK, J., et al. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál. s. 112 – 179. ISBN 978-80-7367-859-3.
59. VANDER, J., 2013. Lidé s duševní nemocí. **In:** MATOUŠEK, O. et al. *Encyklopedie sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál. s. 400 - 402. ISBN 978-80-262-0366-7.

60. VENGLÁŘOVÁ, M., et al., 2013. Supervize, supervizor a supervidovaný – vymezení pojmů. **In:** VENGLÁŘOVÁ, M., et al. *Supervize v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. s. 14 – 27. ISBN 978-80-247-4082-9.
61. VOJÁČKOVÁ-KUNCOVÁ, J., 2008. Sociální práce s dítětem s duševním onemocněním v kontextu rodiny. **In:** MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. et al. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. s. 101 – 105. ISBN 978-80-247-2138-5.
62. VOTAVA, J., KAPROVÁ, Z., 2003. Pedagogická rehabilitace: vysvětlení základních pojmů. **In:** VOTAVA, J. et al. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze. s. 123 – 126. ISBN 80-246-0708-5.
63. VOTAVA, J., ŠVESTKOVÁ, O., 2003. Léčebná rehabilitace: vymezení pojmů. **In:** VOTAVA, J. et al. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze. s. 24 – 26. ISBN 80-246-0708-5.
64. VYMĚTAL, J., 2010. *Úvod do psychoterapie: 3., aktualizované a doplněné vydání*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2667-0.
65. WOOLFE, R., 2010. Counselling in Britain: Present Position and Future Prospects. **In:** PALMER, S., McMAHON, G. *Handbook of Counselling*. 2. ed. Reprint. London: Routledge. p. 3 – 21. ISBN 978-0-415-13951-9.
66. WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011. World Report on Disability 2011. [online] 1. ed. Geneva, WHO Press. [cit. 2015-11-08]. ISBN 978-92-4-068521-5. Dostupné z: http://who.int/disabilities/world_report/2011/en/
67. ZEMAN, M., 2014. Fyzioterapie v systému zdravotnické rehabilitace. **In:** PFEIFFER, J. et al. *Koordinovaná rehabilitace*. 1. vyd. České Budějovice: ZSF JU v Českých Budějovicích. s. 131 – 148. ISBN 978-80-7394-461-2.

7.2 Periodikum

68. NOVOSAD, L., GIRGLEOVÁ, L., 2013. Aplikace konceptu sociálního fungování u dospělého klienta s mentálním postižením. *Sociální práce: nabízíme spojení teorie s praxí*. Frýdlant nad Ostravicí: Lupress, **13**(3): 59 - 66. ISSN 1213-6204.

7.3 Internetové zdroje

69. AGE UK: LOVE LATER LIFE, 2015-04-28. Sheltered Housing. *Ageuk.org.uk*. [online] [cit. 2015-09-22]. Dostupné z: <http://www.ageuk.org.uk/home-and-care/thinking-about-your-options/sheltered-housing/>
70. APLA JIŽNÍ MORAVA, 2015-10-16: ASOCIACE POMÁHAJÍCÍ LIDEM S AUTISMEM. Mimořádné výhody pro těžce zdravotně postižené občany, tzv. průkazy ZTP. [online] [cit. 2015-10-24]. Dostupné z: <http://www.apla-jm.cz/index.php?ID=426>
71. CENTRUM SOCIÁLNÍCH SLUŽEB PRAHA, © 2015. Resocializační a reintegrační programy. *Csspraha.cz* [online] [cit. 2015-10-08]. Dostupné z: <http://www.csspraha.cz/24827-resocializacni-a-reintegracni-programy>
72. CIVIL MEDIATION COUNCIL, © 2015. What is Mediation? *Civilmediation.org* [online]. [cit. 2015-10-07]. Dostupné z: <http://www.civilmediation.org/about-mediation/29/what-is-mediation->
73. COUNSELLING DIRECTORY, © 2015. Disabilities. *Counselling-directory.org.uk* [online] [cit. 2015-10-09]. Dostupné z: <http://www.counselling-directory.org.uk/disabilities.html>
74. ČESKÁ SPRÁVA SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ, 2014-12. Invalidní důchody. *Cssz.cz* [online] [cit. 2015-10-23]. Dostupné z: <http://www.cssz.cz/cz/duchodove-pojisteni/davky/invalidni-duchody.htm>

75. DISABILITY SERVICES COMMISSION, © 2011: GOVERNMENT OF WESTERN AUSTRALIA. What is Disability? [online] [cit. 2015-10-28]. Dostupné z: <http://www.disability.wa.gov.au/understanding-disability1/understanding-disability/what-is-disability/>
76. DOBROMYSL, © 2002 – 2012. Klasifikace mentální retardace. *Dobromysl.cz* [online] [cit. 2015-10-28]. Dostupné z: <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=623>
77. EUROCARERS, © 2015: EUROPEAN ASSOCIATION WORKING FOR CARERS. Strategie zvládání pečovatelské zátěže. [online] [cit. 2015-10-22]. Dostupné z: <http://eurocarers.org/innovage/care-professionals/your-work-and-informal-care-cs/recognising-users-needs-cs/strategies-in-managing-carers-burden-cs/?lang=cs>
78. FLINDERS UNIVERSITY, 2015-01-10. Health, Counselling and Disability Services. *Flinders.edu.au* [online] [cit. 2015-10-09]. Dostupné z: <http://www.flinders.edu.au/current-students/healthandcounselling/>
79. HELPNET: © 2015: INFORMAČNÍ PORTÁL PRO OSOBY SE SPECIFICKÝMI POTŘEBAMI. Rodiče dětí se ZP. *Helpnet.cz* [online] [cit. 2015-09-15]. Dostupné z: <http://www.helpnet.cz/rodice-deti-se-zp>
80. INDEPENDENCE AUSTRALIA, © 2015 Psychology. *Independenceaustralia.com* [online] [cit. 2015-10-09]. Dostupné z: <https://www.independenceaustralia.com/services/psychology>
81. INFORMAČNÍ, PORADENSKÉ A SOCIÁLNÍ CENTRUM: UNIVERZITA KARLOVA, © 2015. Kancelář pro studenty se speciálními potřebami. *Ipsc.cuni.cz* [online] [cit. 2015-10-09]. Dostupné z: <http://ipsc.cuni.cz/IPSC-138.html>
82. INSTITUTE FOR WORK & HEALTH, 2015. What Researchers Mean By... Primary, Secondary and Tertiary Prevention. *At Work*, vol. 80, p. 2. ISSN 1261-5148.
83. INTEGROVANÝ PORTÁL MPSV, 2015-01-05. Obecné informace. *Portal.mpsv.cz* [online] [cit. 2015-10-24]. Dostupné z: <http://portal.mpsv.cz/soc/ssp/obcane/obecne>

84. KAVALÍROVÁ, K. Život bez zraku. *Nevidomimezinami.cz* [online] červen 2014 [cit. 2015-11-01]. Dostupné z: http://www.nevidomimezinami.cz/main/nmn/Texty/O_zivote_bez_zraku/Zivot_bez_zraku.html
85. KUNHARTOVÁ, M., 2015-10-29. Charakteristika kombinovaného postižení. *Sancedetem.cz* [online] [cit. 2015-11-01]. Dostupné z: <http://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/deti-se-zdravotnim-postizenim/deti-s-kombinovany-m-postizenim/charakteristika-kombinovaneho-postizeni.shtml>
86. LABUSOVÁ, E., © 2006 – 2015. Postižené dítě v rodině. *Evalabusova.cz* [online] [cit. 2015-09-15]. Dostupné z: <http://www.evalabusova.cz/clanky/postizene.php>
87. LOUGHBOROUGH UNIVERSITY, © 2015. Counselling and Disability Service. *Lboro.ac.uk* [online] [cit. 2015-10-09]. Dostupné z: <http://www.lboro.ac.uk/services/cds/counselling/>
88. MATĚJČEK, Z., 2014-02-16. Desatero zásad v péči o dítě se zdravotním postižením. *Alfabet.cz* [online] [cit. 2015-09-16]. Dostupné z: <http://www.alfabet.cz/pece-o-dite/73-desatero-zasad-v-peci-o-dite-se-zdravotnim-postizenim>
89. MENDELOVA UNIVERZITA V BRNĚ: INSTITUT CELOŽIVOTNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ, © 2015. Studenti se specifickými potřebami. *Icv.mendelu.cz* [online] [cit. 2015-10-09]. Dostupné z: <http://icv.mendelu.cz/studenti-se-specifickymi-potrebami>
90. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ, [b.d.]. Zdravotní postižení. *Mpsv.cz* [online] [cit. 2015-10-24]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/8>
91. MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY, © 2013 – 2015. Střediska výchovné péče. *Msmt.cz* [online] [cit. 2015-10-07]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/vzdelavani/socialni-programy/strediska-vychovne-pece>
92. NÁRODNÍ CENTRUM PODPORY TRANSFORMACE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB, 2012. Potřeby dětí se zdravotním postižením: výstup pracovní skupiny dětí na cestě z ústavů. [online] [cit. 2015-10-22]. Dostupné z: <http://trass.cz/Download.aspx?param=T2lkOmk6ODk4ODw/JSQKDT5GaWxlSWQ6aTo4OTg5PD8lJAoNPkNyYzpzOjYyMjAxMjMyMzMTk2MTY1MjRkZmVkMDJiN->

- mY3MDNjMDM0OTAzYTU5ZDE0OTgyZDYyMjw/JSQKDT5UeXB1OnM6Q29
udGVudDw/JSQKDT5NZXR0b2Q6czpJbmxpbmU8PyUkCg0%2B
93. NEDĚLNÍKOVÁ, D., © 2015. Case management v sociálních službách. *Socialni-zaclenovani.cz* [online] [cit. 2015-09-16]. Dostupné z: <http://www.socialni-zaclenovani.cz/case-management-v-socialnich-sluzbach>
 94. OSOBNÍ ASISTENCE, © 2009 – 2014 Osobní asistence. *Osobniasistence.cz* [online] [cit. 2015-10-25]. Dostupné z: <http://www.osobniasistence.cz/?tema=1>
 95. PÄDAGOGISCHE HOCHSCHULE BERN, © 2015. Beratung. *Phbern.ch* [online] [cit. 2015-10-09]. Dostupné z: <https://www.phbern.ch/ueber-die-phbern/angebote-fuer-angehoerige-der-phbern/beratung.html>
 96. PAVLAS MARTANOVÁ, V., 2015-05-03. Problémy s chováním. *Sancedetem.cz* [online] [cit. 2015-11-01]. Dostupné z: <http://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/rodina-v-problemove-situaci/psychicke-problemy-ditete/problemy-s-chovanim.shtml>
 97. POHYBLIVOST, 2015-10-10: PSYCHOLOGICKÁ PORADNA A OSOBNÍ PORADENSTVÍ PRO HANDICAPOVANÉ, JEJICH RODINY A PŘÁTELE, PRO OSOBY PO ÚRAZECH A VŠECHNY DALŠÍ ZÁJEMCE. Co je to karta, průkaz TP, ZTP a ZTP/P. [online] [cit. 2015-10-24]. Dostupné z: <http://www.pohyblivost.cz/co-je-to-karta-prukaz-tp-ztp-a-ztpp.php>
 98. PORTÁL, © 2005 – 2015. Politika zaměstnanosti a seberealizace člověka s postižením. *Portal.cz* [online] [cit. 2015-10-25]. Dostupné z: <http://www.portal.cz/scripts/detail.php?id=28494>
 99. S. AHMADI, K., 2015-09-19. What is a Self-Help Group? *PsychCentral.com*. [online] [cit. 2015-09-21]. Dostupné z.: <http://psychcentral.com/lib/what-is-a-self-help-group/>
 100. SLEZSKÁ UNIVERZITA V OPAVĚ, © 2011. Poradenství pro studenty se specifickými potřebami. *Slu.cz* [online] [cit. 2015-10-09]. Dostupné z: <http://www.slu.cz/slu/cz/poradenska-centra/akademicka-poradna/poradenstvi-pro-studenty-se-specifickymi-potrebami>

101. SLIMÁKOVÁ, M., © 2000 – 2015. Encyklopedie. *Margit.cz* [online] [cit. 2015-10-28]. Dostupné z: <http://www.margit.cz/encyklopedie/>
102. SMITH, M., SEGAL, J., SEGAL, R., 2015-04. Preventing Burnout: Signs, Symptoms, Causes, and Coping Strategies. *HelpGuide.org* [online] [cit. 2015-10-17]. Dostupné z: <http://www.helpguide.org/articles/stress/preventing-burnout.htm>
103. SPOKOJENÉ DĚTI, © 2015. Děti s kombinovaným postižením. *Spokojenedeti.cz* [online] [cit. 2015-11-01]. Dostupné z: <http://www.spokojenedeti.cz/deti-s-postizenim/deti-s-kombinovanim-postizenim>
104. STŘEDISKA PRO RANOU PÉČI, [b.d.]. Raná péče. *Ranapece.eu* [online] [cit. 2015-10-25]. Dostupné z: <http://www.ranapece.eu/>
105. ŠIKANA V PRÁCI © 2015b. Mobbing. *Sikanavpraci.cz* [online] [cit. 2015-10-09]. Dostupné z: <http://sikanavpraci.cz/enigma-portfolio/mobbing/>
106. ŠIKANA V PRÁCI, © 2015a. Bossing. *Sikanavpraci.cz* [online] [cit. 2015-10-09]. Dostupné z: <http://sikanavpraci.cz/enigma-portfolio/bossing/>
107. ŠPORCLOVÁ, V., 2015-06-26. Poruchy autistického spektra. *Sancedetem.cz* [online] [cit. 2015-11-01]. Dostupné z: <http://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/deti-se-zdravotnim-postizenim/deti-s-mentalnim-postizenim/poruchy-autistickeho-spektra.shtml>
108. ŠUMNÍKOVÁ, P., 2014-05-26. Děti se zrakovým postižením. *Sancedetem.cz* [online] [cit. 2015-10-28]. Dostupné z: <http://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/deti-se-zdravotnim-postizenim/deti-se-zrakovym-postizenim/deti-se-zrakovym-postizenim.shtml>
109. TOGETHER WE CAN MANAGE, 2013-02-07: SPOLEČNĚ TO ZVLÁDNEME. Poruchy autistického spektra. *Twcm.cz* [online] [cit. 2015-11-01]. Dostupné z: <http://www.twcm.cz/cz/zivot-s-pas/co-je-pas/88-poruchy-autistickeho-spektra>
110. TYFLOCENTRUM BRNO, © 2002 – 2014. Odborně technická poradna. *Centrumpronevidome.cz* [online] [cit. 2015-10-04]. Dostupné z: <http://www.centrumpronevidome.cz/odborne-technicka-poradna>
111. ÚŘAD PRÁCE ČESKÉ REPUBLIKY, 2015-04-16. Poradenské služby. *Portal.mpsv.cz* [online] [cit. 2015-10-04]. Dostupné z: <https://portal.mpsv.cz/upcr/kp/>

jhm/kop/hustopece/profesni_poradenstvi

112. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR, 2014-04-01. Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v dospívání (F90 – F98). *Uzis.cz* [online] [cit. 2015-11-01]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F90-F98.html>
113. VEŘEJNÝ OCHRÁNCE PRÁV, 2015-01: OMBUDSMAN. Dávky pomoci v hmotné nouzi. *Ochrance.cz* [online] [cit. 2015-10-24]. Dostupné z: <http://www.ochrance.cz/stiznosti-na-urady/chcete-si-stezovat/zivotni-situace-problemy-a-jejich-reseni/davky-pomoci-v-hmotne-nouzi/>
114. VLÁDA ČESKÉ REPUBLIKY, 2015-06-01. Národní plán podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2015 – 2020. *Vlada.cz* [online] [cit. 2015-11-09]. Dostupné z: <http://www.vlada.cz/cz/ppov/vvzpo/dokumenty/narodni-plan-podpory-rovnych-prilezitosti-pro-osoby-se-zdravotnim-postizenim-na-obdobi-2015-2020-130992/>
115. VLÁDNÍ VÝBOR PRO ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÉ OBČANY, 2015. Národní plán podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2015 – 2020. [online] Praha: Vládní výbor pro zdravotně postižené občany. [cit. 2015-11-09]. Dostupné z: <http://www.vlada.cz/cz/ppov/vvzpo/dokumenty/narodni-plan-podpory-rovnych-prilezitosti-pro-osoby-se-zdravotnim-postizenim-na-obdobi-2015-2020-130992/>
116. WILLIAMS, Y., © 2003 – 2015. What is Hearing Impairment? – Definition, Causes & Treatment. *Study.com* [online] [cit. 2015-11-01]. Dostupné z: <http://study.com/academy/lesson/what-is-hearing-impairment-definition-causes-treatment.html>
117. WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013. How to Use the ICF: A Practical Manual for Using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). [online] Geneva: WHO. [cit. 2015-10-23]. Dostupné z: <http://www.who.int/classifications/drafticfpracticalmanual2.pdf?ua=1>
118. YORK UNIVERSITY, © 2015. Counselling & Disability Services. *Yorku.ca* [online] [cit. 2015-10-09]. Dostupné z: <http://cds.info.yorku.ca/>

119. ZAPLETALOVÁ, J., © 2011 – 2015. Školní poradenská pracoviště. *Nuv.cz*. [online] [cit. 2015-10-03]. Dostupné z: <http://www.nuv.cz/t/pp/pedagogicko-psychologicke-poradenstvi/skolni-poradenska-pracoviste>
120. ZELENÁ, M., KRÉGLOVÁ, A, 2006. *Podpora rodiny*. [online] 1. vyd. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí. ISBN 80-86991-67-9. [cit. 2015-10-20] Dostupné z: <http://www.viod.cz/editor/assets/download/publikace/podpora.pdf>

7.4 Právní předpisy

121. ČESKO, 2005. *Vyhláška Ministerstva školství mládeže a tělovýchovy České republiky č. 72 ze dne 9. února 2005 o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních ve znění vyhlášky 103/2014 Sb.*
122. ČESKO, 2006a. *Vyhláška Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky č. 505 ze dne 15. listopadu 2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách ve znění vyhlášky č. 389/2013 Sb.*
123. ČESKO, 2006b. *Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách ve znění zákona č. 401/2012 Sb.*
124. ČESKO, 2011. *Zákon č. 329 ze dne 13. října 2011 o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů ve znění zákona č. 329/2014 Sb.*