

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

Bakalářská práce

Markéta Nepalová

Sociální služby pro děti s mentálním postižením a PAS

ve Zlínském a Moravskoslezském kraji

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma: Sociální služby pro děti s mentálním postižením a PAS ve Zlínském a Moravskoslezském kraji, vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího bakalářské práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci 2022

.....

Markéta Nepalová

Poděkování

Ráda bych poděkovala panu profesorovi PaedDr. Milanu Valentovi, Ph.D., za odborný dohled a cenné rady při vypracovávání mé bakalářské práce. Také bych ráda poděkovala ZŠ speciální v Novém Jičíně, MŠ Na Robinsonce v Ostravě, spolku ADAM, p.o. Centrum Áčko a MŠ speciální Valašské Meziříčí za pomoc při získávání respondentů pro praktickou část. A v neposlední řadě, bych také ráda poděkovala všem respondentům za vstřícnost a ochotu při vyplňování dotazníkového šetření.

OBSAH

ÚVOD.....	6
TEORETICKÁ ČÁST	7
1 Poruchy autistického spektra	7
1.1. Definice PAS.....	7
1.2. Etiologie PAS.....	8
1.3. Diagnostika PAS	8
1.4. Klasifikace PAS	9
1.4.1. Dle MKN-10	11
1.4.2. MKN-11	13
1.4.3. Dle funkčnosti.....	15
2 Mentální postižení	17
2.1. Definice mentálního postižení.....	17
2.2. Etiologie mentálního postižení.....	18
2.2.1. Dle časového hlediska.....	18
2.2.2. Vybrané syndromy spojené s MP	19
2.3. Diagnostika mentálního postižení	20
2.4. Klasifikace mentálního postižení	21
2.4.1. Dle MKN-10	23
2.4.2. Dle MKN-11	24
2.4.3. Dle AAMR/SIS-A.....	26
3 Sociální služby pro děti s PAS a MP.....	27
3.1. Definice sociálních služeb pro osoby se ZP.....	27
3.1.1. Sociální služby z hlediska formy	27
3.2. Druhy sociálních služeb pro osoby se ZP	28
3.2.1. Sociální poradenství.....	28
3.2.2. Služby sociální péče.....	28

3.2.3. Služby sociální prevence.....	31
3.3. Sociální služby v historickém kontextu	32
3.4. Sociální služby pro děti s PAS a MP ve vybraných krajích.....	33
3.4.1. Sociální služby ve Zlínském kraji pro děti s PAS a MP	33
3.4.2. Sociální služby v Moravskoslezském kraji	37
PRAKTICKÁ ČÁST	46
4 Výzkumné šetření	46
4.1. Cíl, výzkumné otázky a předpoklady, stanovení hypotéz	46
4.2. Výzkumný soubor	47
4.3. Specifikace metod sběru dat.....	48
4.4. Výsledky výzkumného šetření	49
4.4.1. Výzkumné předpoklady	50
4.4.2. Statistické testování hypotéz – metoda Chí-kvadrát.....	57
5. Diskuze	62
ZÁVĚR.....	64
SEZNAM ZKRATEK	65
SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ	67
SEZNAM INTERNETOVÝCH ZDROJŮ	68
SEZNAM TABULEK A GRAFŮ.....	70
SEZNAM PŘÍLOH	71
ANOTACE	75

ÚVOD

Každý rodič si zaslouží odpočinek, možnost relaxovat a aspoň na chvíli si dopřát čas sám pro sebe. Ať už je to rodič dítěte s postižením či rodič intaktního dítěte.

Mnoho rodičů dětí s postižením, ale bere své rodičovství jako výzvu a spoléhají se sami na sebe, aniž by přijali pomoc okolí. Snaží se zvládat péči bez pomoci, dokud to pro ně není příliš náročné. Bohužel ve chvíli, kdy se rozhodnou vyhledat pomoc, bývá mnohdy dítě už velké, a ještě obtížněji si přivyká změnám. Jsou také rodiče, kteří by rádi pomoci v rámci sociálních služeb využívali, ale neví, kde hledat informace nebo nemají ponětí, že takové služby vůbec existují.

Téma bakalářské práce se věnuje právě sociálním službám, na území Zlínského a Moravskoslezského kraje, pro děti s mentálním postižením a autismem. Vybrala jsem si jej, jelikož mi je téma PAS a mentálního postižení blízké. Pracuji v sociálních službách s cílovou skupinou dětí a mládež od 3 do 26 let s mentálním postižením, PAS a ADHD. Právě zde jsem měla možnost se setkat s rodiči, kteří své děti dali do odlehčovací služby poprvé až ve vyšším věku. Na praxi jsem zase zjistila, že někteří rodiče vůbec nemají ponětí o tom, že existují sociální služby, které by jim mohli pomoci s péčí o jejich dítě.

Cílem bakalářské práce je informovat čtenáře o možnostech využívání sociálních služeb pro danou klientelu. Tedy šířit povědomí, jaké sociální služby existují v rámci Zlínského a Moravskoslezského kraje. Ať už se jedná o rodiče dětí s postižením či rodiče s intaktními jedinci, protože právě ti můžou třeba znát někoho, komu by se tyto služby hodily.

Bakalářskou práci jsem rozdělila do dvou částí: teoretické a praktické. V praktické části jsou tři kapitoly a každá se zabývá rozličným tématem. V rámci první kapitoly se zabývám definicí, klasifikací a etiologií. Druhá kapitola se věnuje mentálnímu postižení, tedy opět definici, klasifikaci a etiologii. Poslední kapitola pojednává o definici sociálních služeb a konkrétních sociálních službách pro děti s mentálním postižením a PAS na území dvou vybraných krajů.

Praktická část obsahuje dotazníkové šetření, ve kterém je za cíl zjistit povědomí společnosti o sociálních službách pro osoby s mentálním postižením a autismem. A je uzavřena shrnutím a analýzou výsledků. Celou bakalářskou práci zakončuje závěr, ve kterém jsou shrnuty poznatky jak z teoretické, tak z praktické části.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Poruchy autistického spektra

„Neříkejte si, že za „autismem“ je jiné, lepší dítě. Toto je vaše dítě. Milujte dítě, které máte před sebou. Podporujte jeho zájmy, oslavujte jeho odlišnost, posilujte jeho slabosti, jako byste to dělali s každým jiným dítětem. Možná bude něco z toho těžší, ale to je váš cíl.“ Claire Scowell LaZebnik

1.1. Definice PAS

Autismus je pojem, který je dnes již poměrně známý ve společnosti. Každý si pod ním představí něco trochu jiného, podle informací či dosavadních zkušeností. Ti, kteří se však s autismem ve větší míře nesetkali, by možná překvapilo, co všechno se pod tímto pojmem skrývá.

Dle MKN-10 od světové zdravotnické organizace (WHO) se můžeme setkat také s termínem pervazivní vývojové poruchy, což je jen jiné označení pro poruchy autistického spektra. V MKN-10 najdeme PAS pod kódem F84. Pojem autismus je odvozen od z řeckého slova „autos“, které znamená „sám“, a přípony -ismus, která označuje stav, směr nebo orientaci. (Vocilka, 1996)

Termín autismus byl prvně použit v psychiatrii švýcarským psychiatrem Eugenem Bleurelem, přibližně roku 1911, jako označení souboru symptomů v schizofrenii. (Thorová, 2016)

Dle Vocilky (1996) se autismus stále více jeví jako neurobiologický syndrom, který spočívá v genetických faktorech. Projevy můžeme zaznamenávat od nejútlejšího věku a provází jedince po celý život. Symptomy mohou mít nejrůznější formy a během života se některé můžou proměňovat.

Projevy autismu můžou mít dva protikladné póly. U dětí s poruchou autistického spektra se setkáváme s celou škálou sociálního chování, které má extrémní póly. Pól osamělý, kdy se dítě při každé snaze o sociální kontakt odvrátí, protestuje, stáhne se do koutku nebo zaleze pod stůl, zakrývá si oči nebo uši, hučí a třepe rukama před obličejem nebo se věnuje manipulaci s nějakým předmětem. Protikladem je pól extrémní, nepřiměřené sociální aktivity, kdy se dítě s poruchou autistického spektra snaží navázat všude a s každým, nectí vůbec sociální normu, dotýká se lidí, upřeně jim hledí do obličeje a hodiny jim dokáže vyprávět o věcech, které je nezajímají či obtěžují. (Thorová, 2016)

1.2. Etiologie PAS

Pastieriková (2013, s.10) uvádí: „*Konkrétní, specifická příčina autismu není doposud známa. Navzdory mnohým výzkumům zabývajíc se možnými příčinami jeho vzniku doposud nemůžeme mluvit o jednoznačné etiologii. Komplexnost a vysoká variabilita symptomů poruch autistického spektra se odráží ve velkém množství poruch s mnoha příčinami.*“

Během zkoumání příčin autismu se přišlo na různé anomálie, které mohly nalézt téměř na všech chromozomech. Díky pokrokům ve vědě i medicíně a pokročilejším vyšetření genomiky bylo možné identifikovat stovky genů, které s velkou pravděpodobností mají vliv na vznik autismu. I tak je stále stěžejní význam připisován genetickým faktorům. V současné době se prokazatelně začíná brát důraz i na vlivy prostředí. Jedním ze zjištění, který podporuje vliv genetiky, jsou jisté autistické projevy chování u rodičů dětí s autismem nebo v širší rodině. Pro vznik autismu je však potřeba více činitelů, na které se věda snaží stále přijít. Shrnutím by se dalo říci, že vliv na vznik autismu hrají genetické vlivy, faktory prostředí a imunitní systém člověka. (Thorová, 2016)

1.3. Diagnostika PAS

Důležitá je včasná diagnostika již u malých dětí. Dle Jany Schmidtové (2019) autismem trpí podle nejnovějších výzkumů více než jedno ze sta dětí.

Diagnostika autismu může být poměrně složitá a náročná. A to i v případě, že si rodiče můžou všimnout už od roku až roku a půl, odlišností ve vývoji dítěte. Často se stává, že než se jim podaří se spojit s odborníkem uběhne poměrně dlouhá doba, a ještě delší dobu může trvat stanovení diagnózy PAS. Ve věku do 2 let se nejčastěji projevují odchylky jako je opožděný vývoj řeči, specifická hra dítěte a problémy v navazování sociálních vztahů s vrstevníky. Důležitá je včasná diagnostika, tedy u dětského autismu mezi 3 a 5 rokem či u Aspergerova syndromu mezi 5-7 rokem života. Díky neustálému posunu v diagnostice, je již přesnější a snižuje se i hranice věku (i v ČR), kdy se daří poruchu rozpoznat již před 3. rokem, u některých dětí i do 2 let. V zahraniční literatuře se můžeme setkat s pojmem tzv. časných indikátorů autistické poruchy, kdy se diagnostické znaky PAS popisují již v 1 a 2 letech dítěte. Raný vývoj mají kojenci s PAS jen v 1 z 5 případů, méně nápadný a projeví se zcela až v pozdějším věku. (Schmidtová, 2019)

Dle Krejčířové (in Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001) je u diagnostiky PAS a ostatních pervazivních vývojových poruch nejdůležitější pozorování. To by mělo být prováděno někým, kdo zná velmi dobře projevy těchto poruch v různých vývojových obdobích dítěte.

Diagnostika se provádí pomocí různých diagnostických pomůcek a metod mezi které patří například dotazník či standardizované testy. Volně dostupné jsou i některé diagnostické testy, které si rodiče mohou udělat, ale mnohem lepší je přenechat diagnostiku odborníkům, to tvrdí i Pešová a Šmalík (2006).

„Diagnostika autismu je vždy interdisciplinární záležitost a zcela jistě patří do kompetence SPC pro tyto poruchy. Pro použití v ostatních školských poradenských zařízeních je vhodné používat screeningové metody. Záznamový arch je vždy vhodné nechat vyplnit ve škole od učitelů dítěte a také od rodičů. Výrazná shoda obou hodnocení je důležitým signálem k odeslání dítěte k dalšímu odbornému vyšetření“ (Pešová, Šmalík, 2006, s.72)

Jedním z nejspolehlivějších diagnostických pomůcek pro Aspergerův syndrom je dotazník ASSQ (Asperger Syndrom Screening Questionnaire), který vytvořil Gilbert roku 1996. Další metodou jsou posuzovací škály CARS (Childhood Autism Rating Scale). Těmi se hodnotí chování dítěte během vyšetření. Spolehlivé jsou u dětí školního věku, mnohem méně se na ně můžeme ale spolehnout u dětí do 3 let, či dětí s kombinovaným postižením a vysokofunkčních i výrazně nízkofunkčních autistů. (ibid)

1.4. Klasifikace PAS

Pod termínem PAS se skrývá několik typů autismu. Nejznámější dělení je dle mého podle MKN-10. Jak už je dříve zmíněno, poruchy autistického spektra v této klasifikaci najdeme pod kódem F-84. Pod následujícím kódem F-84.0 najdeme dětský autismus.

Mezinárodní klasifikace nemocí neboli MKN (v originále – International Classification of Diseases, tedy ICD) je systém, který umožňuje zdravotníkům z celého světa, využívat stejnou normu pro hlášení nemocí a zdravotních stavů. Vymezuje škálu nemocí, poruch, poranění a dalších zdravotních stavů. Dle pokroků ve zdravotnictví se vydávají nové verze. V současné době se využívá verze MKN-10, která je v České republice platná od roku 1994. Nyní se však v ČR pracuje na překladu, do českého jazyka, nové MKN-11, které byla přijata v Ženevě v květnu roku 2019, kde se konalo již 72. Světové zdravotnické shromáždění. MKN-11 u nás začala platit 1.1. 2022. (MZCR, 2022)

V nové MKN-11 zcela zanikla kategorie pervazivních vývojových poruch a nahradila ji kategorie neurovývojových, duševních a behaviorálních poruch, pod označením 6A. Nově zde spadají vývojové poruchy intelektu (6A00), vývojové poruchy řeči a jazyka (6A01), porucha autistického spektra (6A02), vývojová porucha učení (6A03), vývojová porucha motorické

koordinace (6A04), porucha aktivity a pozornosti (6A05) a stereotypní pohybová porucha (6A06). Pokud jedinec nebude odpovídat kritériím pro zařazení do uvedených kategorií, může být zařazen do skupiny pro jinou neurovývojovou poruchu, která bude pod kódem 6A0Y. Nebo nespecifikovatelnou neurovývojovou poruchu (6A0Z). (AUTISMPORT, 22-04-07)

MKN-10 F84 Pervazivní vývojové poruchy	MKN-11 6A02 Poruchy autistického spektra
F84.0 Dětský autismus	6A02.0 PAS bez poruchy intelektového vývoje a s mírným nebo žádným narušením funkčního jazyka
F84.1 Atypický autismus	6A02.1 PAS s poruchou intelektového vývoje a s mírným nebo žádným narušením funkčního jazyka
F84.2 Rettův syndrom	6A02.2 PAS bez poruchy intelektového vývoje a s narušením funkčního jazyka
F84.3 Jiná dezintegrační porucha v dětství	6A02.3 PAS s poruchou intelektového vývoje a s narušením funkčního jazyka
F84.4 Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby	6A02.4 PAS bez poruchy intelektového vývoje a s absencí funkčního jazyka
F84.5 Aspergerův syndrom	6A02.5 PAS s poruchou intelektového vývoje a s absencí funkčního jazyka
F84.8 Jiná pervazivní vývojová porucha	6A02.Y Jiná specifická PAS
F84.9 Pervazivní vývojová porucha NS	6A02.Z PAS nespecifikovatelná

Tabulka č.1 Rozdíly PAS MKN-10 a MKN-11

Pro představu přikládám i rozdělení PAS dle DSM-5 (je zde pod kódem 299.0), které je velmi podobné nové klasifikaci v MKN-11.

- S přidruženou poruchou intelektu nebo bez poruchy intelektu
- S přidruženou poruchou řeči nebo bez poruchy řeči
- Spojenou se známým somatickým nebo genetickým onemocněním nebo enviromentálním faktorem
- Spojenou s jinou neurovývojovou, duševní nebo behaviorální poruchou
- Spojenou s katatonii

1.4.1. Dle MKN-10

Dětský autismus

Dle MKN-10 je dětský autismus typ pervazivní vývojové poruchy, která je definována:

- (a) přítomností abnormálního nebo porušeného vývoje, manifestujícího se před věkem tří let
- (b) charakteristickým typem abnormální funkce všech tří oblastí psychopatologie, kterými jsou reciproční sociální interakce, komunikace a opakující se omezené stereotypní chování.

K těmto specifickým diagnostickým rysům dále přistupuje běžně škála dalších nespecifických problémů, jako fobie, poruchy spánku a jídla, návaly zlosti (temper tantrum) a agrese namířená proti sobě. (MKN-10)

Dětský autismus se řadí mezi komplexní vývojové poruchy a dalo by se říci, že se jedná o jednu z nejzávažnějších poruch dětského mentálního vývoje. Je možné jej většinou diagnostikovat v každé z věkových skupin. Osoby s dětským autismem špatně rozumí tomu, co slyší, vidí či prožívají. Díky tomu je jedincům duševní vývoj narušen především v oblasti komunikace, sociální interakce a představivosti. (Šmalík, Pešová 2006)

Z historického hlediska bychom mohli říct, že dětský autismus je základem poruch autistického spektra. Může mít formu od mírné, kdy jsou přítomny jen lehké symptomy až po těžkou formu. Vyskytují se také další dysfunkce, které na povrch vypadají jako jakési odchylky v chování. (Thorová, 2006)

Atypický autismus

Atypický autismus nalezneme v MKN-10 pod kódem F-84.1, dle této klasifikace jej můžeme odlišit od dětského autismu za pomoci dvou kritérií, a to pozdním nástupem (po 3. roce života) nebo tím, že nespĺňuje některé ze tří základních kritérií dětského autismu. Atypický autismus se často vyskytuje u jedinců s mentálním postižením nebo těžkou vývojovou receptivní poruchou řeči. Podle jiných autorů sem naopak mohou být zařazeny děti s dobrou inteligencí, které však mají problém s komunikačními schopnostmi a tzv. autistickými rysy. Komunikační schopnosti u nich však nejsou tak těžké jako u běžného autismu nebo se u nich nemusí projevit typické omezení zájmů a potřeba rituálů a tak u nich lze očekávat i celkově lepší prognózu do dospělosti. Do této kategorie bývá někdy řazena i sémanticko-pragmatická porucha řeči. (Říčan, Krejčířová, kol. 2006)

Rettův syndrom

V MKN-10 nalezneme pod kódem F-84.2 a dle klasifikace se jedná o syndrom, které postihuje pouze dívky obvykle ve věku 7-24 měsíců. Prvotní časný vývoj probíhá jako u intaktních dětí, ale poté se začne zhoršovat. Objevuje se pomalu postupující ztráta řeči (může být i jen částečná), také porucha hrubé motoriky při chůzi a používání rukou, současně se zástavou růstu hlavy. Charakteristické jsou stereotypní krouživé pohyby rukou a spontánní hyperventilace. Zastavuje se také vývoj hraní a sociální vývoj, avšak sociální zájmy se většinou udržují. Téměř vždy je následkem těžká mentální retardace. (MKN-10)

Jiná dezintegrační porucha v dětství

K rozvoji autistického syndromu (s poruchou řeči, sociálních vztahů, stereotypy) dochází u dezintegračních poruch až po období úplně nebo téměř úplně normálního částečného vývoje, nejčastěji mezi 2.-4. rokem věku. Někdy je začátek zcela náhlý, jindy pozvolný. U částí dětí se porucha rozvíjí v návaznosti na somatické onemocnění (např. po neuroinfekci, ale i po běžné lehčí viróze), v mnoha případech však není zachycen žádný zřetelný provokující faktor. V době počátku onemocnění dochází k prokazatelné ztrátě dříve získaných dovedností, obvykle spolu se závažnými emočními poruchami, silnou úzkostí, neklidem, dráždivostí a emoční labilitou. Současně se začíná zhoršovat řeč a veškerá komunikace. (Říčan, Krejčířová, kol., 2006)

V klasifikaci MKN-10 nalezneme pod kódem F-84.3 dle ní je zde typická ztráta zájmu o okolí, stereotypní motorické manýrování a porušení sociální interakce a komunikace, tedy podobně jako je to u autismu.

Hyperaktivní porucha sdružená s MR a stereotypními pohyby

Pod následujícím kódem F-84.4. najdeme poruchu, která je dle MKN-10:

„Tato porucha je špatně definovatelná s nejistou nozologickou validitou. Položka označuje skupinu dětí s těžkou mentální retardací (IQ pod 34), jejichž hlavní problém tkví v hyperaktivitě a v poruchách pozornosti, ale i ve stereotypním chování. Po stimulantech se nezlepšuje (na rozdíl od dětí s normální inteligencí) a může docházet k těžkým dysforickým reakcím (někdy doprovázeným psychomotorickou retardací) po podání psychostimulantů a v dospívání jeví hyperaktivita sklon k nahrazení sníženou aktivitou (což u hyperkinetických dětí s normální inteligencí nebývá). Tento syndrom je často sdružen s řadou vývojových opoždění, ať již specifických nebo globálních. Do jaké míry je tento typ příznaků způsoben nízkým IQ nebo organickou chorobou mozku, není známo.“ (MKN-10)

Aspergerův syndrom

Pod předposledním kódem F-84.5 nalezneme Aspergerův syndrom, který se od autismu liší hlavně tím, že není opoždění ve vývoji řeči a kognitivních schopnostech.

S pojmem Aspergerův syndrom (dále zkratka AS), se pojí vídeňský pediatr Hans Asperger. Definoval tento syndrom před více než padesáti lety, kdy začal pozorovat rozdíly v určité kategorii schopností a v chování, především u chlapců (častěji se s AS můžeme setkat u chlapců než u dívek. Podobnost v projevech můžeme najít u dětského autismu, kdy je narušena triáda problémových oblastí a omezené jsou i sociální dovednosti současně s problémy v emoční stabilitě (citovou zralostí). Často se u dětí s AS můžeme setkat s tím, že některé ze schopností jsou výrazně lepší než jiné. Oproti dětskému autismu, mají jedinci s AS lepší prognózu, a to především v rámci základní soběstačnosti. Také nemají takový problém s adaptivním chování. (Kroupová a kol. 2016)

Častý je zde také egocentrismus a malá či vůbec žádná snaha navázání kontaktu s vrstevníky. Jedinci s AS mají často problém reagovat na emoce ostatních či se o pocity druhých vůbec nezajímají, jelikož jim chybí empatie. Poměrně často se můžeme setkat s tím, že se lidé s tímto syndromem podceňují, odsuzují, anebo příliš hledají chyby sami na sobě. Typické jsou také intenzivní a „úzké“ zájmy, a to nejčastěji o technické věci, encyklopedické zájmy, dopravní prostředky, elektronika... Dalo by se říct, že vše, v čem mohou nalézt nějaký řád nebo se prvky opakují. (Thorová, 2016)

Jiné pervazivní vývojové poruchy

S touto kategorií se nemusíme setkávat často, protože v Evropě tato kategorie není často používána a je zde složitá diagnostika. Protože nejsou jasně definována kritéria. V praxi se s touto diagnózou můžeme setkat u dětí, které sice mají narušenou triádu, ale ne do té míry, aby mohly spadat kategorie autismu. Jedinci s jinou pervazivní vývojovou poruchou jsou často na péči velmi nároční. (Thorová, 2016)

1.4.2. MKN-11

Dle Thorové (2021, s.59): „*Neurovývojové, duševní a behaviorální poruchy jsou syndromy charakterizované klinicky významným narušením poznávacích procesů (kognice), emoční regulace nebo chování jedince. Obvykle se pojí s dysfunkcí psychologických, biologických nebo vývojových procesů, které tvoří základ duševního a behaviorálního fungování.*“

Poruchu autistického spektra můžeme definovat pomocí tzv. triády, tedy problémy ve třech hlavních oblastech jako je: udržování a navazování sociálních interakcí, problém se sociální komunikací a stereotypních vzorců v chování a zájmech. Příznaky se nejčastěji objevují v raném dětství, ale můžeme je zpozorovat i v pozdějším věku. Jedná se o deficity, tak vážné, že negativně zasahují do oblasti fungování v rodině, sociálním prostředí či do vzdělávání. Ve spektru se u jednotlivců vyazuje celá škála intelektuálních a jazykových schopností (ibid)

V nové MKN-11, která začala platit 1.1.2022 je zmíněno několik subtypů PAS. Ty souvisí s intelektuálním a jazykovým vývojem. Definici jednotlivých skupin uvádí Thorová (2021) na portálu AUTISMPORT, takto:

PAS bez poruchy intelektového vývoje a s mírným nebo žádným narušením funkčního jazyka

V MKN-11 je tato porucha pod kódem 6A02.0 a spadají zde jedinci, kteří splňují všechna kritéria zmíněna v definici poruchy autistického spektra. A intelekt společně s adaptivním chováním odpovídá normě, také má zachovanou schopnost používat funkční jazyk, ať už mluvený či znakový, na takové úrovni, aby vyslovil přání či splnění osobní potřeby. Maximálně s mírným narušením této schopnosti.

PAS s poruchou intelektového vývoje a s mírným nebo žádným narušením funkčního jazyka

Pod kódem 6A02.1 spadají osoby, které splňují všechna kritéria definice PAS a definice poruchy intelektu. Opět se zachovanou schopností využívání funkčního jazyka, znakového či verbálního, za účelem přání či splnění potřeby. Případně je jen mírně narušena.

PAS bez poruchy intelektového vývoje a s narušením funkčního jazyka

Dalším kódem je 6A02.2, kdy je potřeba kromě splněných kritérií definice PAS, intelektu a adaptivním chováním v normě, výrazně narušena schopnost využívání funkčního jazyka (vzhledem k věku jedince). Osoba v této skupině není schopná použít více než jednotlivá slova nebo snadné fráze pro vyslovení požadavku na splnění osobní potřeb či přání.

PAS s poruchou intelektového vývoje a s narušením funkčního jazyka

Pro tuto skupinu, kterou najdeme pod označením 6A02.3, je kritériem opět splnění požadavků v rámci definice PAS a poruchy intelektu. A jedinec má narušenou komunikační schopnost, kdy nedokáže používat více než jednotlivá slova nebo jednoduché fráze.

PAS bez poruchy intelektového vývoje a s absencí funkčního jazyka

Poruchy autistického spektra bez poruchy intelektového vývoje a s absencí funkčního jazyka je skupina, která je definována tím, že osoba splňuje kritéria v rámci PAS, nemá poruchu intelektového vývoje ani adaptivního chování. Ale schopnost využívání funkčního jazyka znakového nebo mluveného, pro vyslovení požadavku či osobního přání, téměř nebo zcela chybí. V MKN-11 ji nalezneme pod kódem 6A02.4.

PAS s poruchou intelektového vývoje a s absencí funkčního jazyka

Poslední definovanou skupinou zaměřující se na subtyp PAS v souvislosti úrovně intelektuálního a jazykového vývoje je 6A02.5. Zde je třeba, aby byly naplněna všechna kritéria v souladu s definicí PAS a poruchy intelektu. Co se týče schopnosti využívat funkční jazyk, téměř nebo zcela zde chybí.

V rámci MKN-11 vznikla i nová diagnóza, Vývojová jazyková porucha s narušením hlavně pragmatického jazyka, kterou najdeme pod kódem 6A01.22 a je dost pravděpodobné, že do ní budou zařazeny děti, které v MKN-10 spadaly pod kritéria Aspergerova syndromu nebo Atypického autismu. Její charakteristikou jsou výrazné potíže, které přetrvávají, s porozuměním nebo využíváním jazyka v sociálním kontextu.

Dle MKN-11 do skupiny poruchy autistického spektra spadají ještě kódy 6A02.Y, což je **Jiná specifikovaná porucha autistického spektra** a 6A02.Z, **Nespecifikovaná porucha autistického spektra**. Na oficiálních stránkách WHO v MKN-11, však jsou jen zmíněny, ale ne charakterizovány.

1.4.3. Dle funkčnosti

Autismus můžeme rozdělit dle úrovně schopnosti a dovednosti se přizpůsobit, do tří kategorií, a to na autismus nízko funkční, středně funkční a vysoce funkční (Kroupová a kol., 2016):

a) Nízko funkční autismus

Autisté, kteří se řadí mezi nízko funkční, mají těžkou až hlubokou mentální retardaci, často se také objevuje jednotvárné opakující se chování. Jestliže se rozvine řeč většinou se jedná o opakování slyšených slov či naučených vět (echolálie). Obvykle je přítomno i sebepoškozování a agrese.

b) Autismus středně funkční

Řadí se zde jedinci s lehkou až středně těžkou mentální retardací, řeč je u těchto jedinců často více narušena, ale mohou z části mluvit funkčně i když se záměnou zájmen nebo třeba echolálií. Opět se zde může objevit stereotypní chování.

c) Autismus vysoce funkční

Jedinci s vysoko funkčním autismem mají inteligenci zcela v normě, a dokáží většinou v normě využívat komunikační funkce. Člověk si je někdy může zmýlit s osobou, která je neslušná, jelikož je zde slabý takt. V rámci vysoko funkčního autismu je asi 11-34% dětí s PAS.

2 Mentální postižení

V literatuře se můžeme setkat jak s pojmem mentální postižení, tak mentální retardace. A můžeme přemýšlet nad rozdílem těchto dvou pojmů. Jedná se o synonyma, kdy však někteří autoři využívají pojem mentální postižení jako širší a obecnější pojem. Pod tímto pojmem bychom tedy u těchto autorů našli všechny jedince s IQ pod 85. Což znamená jedince v pásmu mentální retardace ale i osoby v hraničním pásmu MR. Dalším využívaným pojmem je například porucha intelektu. (Kroupová a kol., 2016)

2.1. Definice mentálního postižení

Pojem mentální retardace používáme od roku 1995, kdy zazněl na konferenci WHO v Miláně. Dříve jsme mohli slyšet označení jako například slabomyslnost, slaboduchost, oligofrenie, duševní zaostalost či rozumový defekt a podobně. (Kroupová a kol., 2016)

Dle Švarcové-Slabinové (2011) je tedy mentální postižení či mentální retardace: „*trvalé snížení rozumových schopností, které vzniklo v důsledku poškození mozku nebo nedostatečné funkce centrální nervové soustavy.*“ Zmiňuje, že se nejedná o nemoc ale stav, který je již trvalý. (ibid)

Valenta (2018, s.34) definuje MR jako „*vývojovou poruchu rozumových schopností, demonstrující se především snížení kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální i časně postnatální etiologií, která oslabuje adaptační schopnosti jedince.*”

Pokud by chtěl někdo definovat osoby s mentální retardací jako celek, který by spadal pouze do jedné určité skupiny, s největší pravděpodobností by neuspěl. Jedinci s MR jsou velmi specifictí a každý má jiné osobnostní a originální zvláštnosti. Co je však spojuje jsou oslabené schopnosti v rámci vnímání, pozornosti, paměti a myšlení. Tyto psychické procesy jsou u jedinců s MR velmi individuální. Což také zasahuje do emocionality či volných vlastností. (Černá a kol., 2008)

Dalším pojmem, se kterým se v rámci definice mentální retardace můžeme setkat je termín oslabení kognitivního výkonu nebo oslabení kognitivních funkcí. Jedinci s oslabením kognitivních funkcí jsou přibližně na hraničním pásmu mentální retardace. Avšak ještě zde není takové snížení schopností, díky kterému by se dali zařadit do kategorie mentální postižení. I tak jsou ale znevýhodnění při vzdělávacím procesu. (Valenta, Michalík a kol. 2018)

2.2. Etiologie mentálního postižení

Etiologie mentálního postižení není zcela jednotná. Porušení či ohrožení plodu může způsobit mnoho vlivů již v prenatálním období. V pozdějším věku se často jako příčina uvádí různé infekce, úrazy, onemocnění anebo jiné biologické faktory. Ty na člověka působí od narození až do úmrtí. Poměrně zásadní význam zde má i dědičnost, ke které můžeme zařadit i chromozomální či metabolické poruchy. (Černá a kol, 2008)

Co se týče příčin, můžeme najít různé kategorie dělení. A to jak podle časového hlediska na faktory prenatální, perinatální a postnatální, tak na endogenní (vnitřní) a exogenní (vnější). Nebo postižení vrozené (již se s postižením narodí) či získané (to, které jedinec „získá“ v průběhu života). Když se zaměříme na rozdělení dle časového hlediska, tedy prenatální, perinatální a postnatální, postupně dojdeme k tomu, že se navzájem překrývají. (Valenta, Müller, 2018)

2.2.1. Dle časového hlediska

V prenatálním období, jak již bylo výše zmíněno, mají výrazný význam dědičné faktory (nebo také hereditární), do kterých spadají geneticky podmíněné poruchy. Vliv zde mohou mít ale i odchylky v počtu chromozomu. Mezi konkrétní infekční onemocnění, které mohou vznik mentální retardace ovlivnit patří například zarděnky, chřipka, neštovice a podobně – jedná se o exogenní faktory. Vliv na plod může mít ale také rentgenové záření, časté jsou i drogy a alkohol či chemikálie. (Valenta, Müller, 2018) Vliv, ale také může mít nedostatek plodové vody nebo vrozené vady lebky a mozku. (Valenta, Müller, 2013)

Během porodu se mezi nejčastější příčiny může zařadit například předčasný porod, při němž hrozí i nízká porodní hmotnost. Dále hypoxie, otřesy mozku a komplikace při porodu kvůli kterým může dojít k mechanickému poškození mozku. Častá je i nefyziologická novorozenecká žloutenka. (Černá a kol, 2008)

Po porodu, tedy v postnatálním období, můžeme mezi nejčastější příčiny mentální retardace zařadit encefalitidu, meningitidu, nádorové onemocnění nebo krvácení do mozku, alkoholová demence, schizofrenie. Příčinou MR však může být i rodinné či výchovné prostředí, kdy dochází k nedostatečným uspokojení základních fyzických či psychických potřeb. (Valenta, Müller, 2013)

2.2.2. Vybrané syndromy spojené s MP

„V etiologii mentální retardace mají významné postavení specifické genetické poruchy. Jejich největší skupinu tvoří syndromy způsobené změnou počtu chromozomů, dále pak narušením struktury chromozomů a genovou mutací.“ (Valenta, Michalík, Lečbých a kol., 2018, s. 63)

Downův syndrom

Častý a snad nejvíce rozšířený, co se týče povědomí, je Downův syndrom, který je způsobený změnou počtu chromozomů (Trizomie 21. chromozomu). V populaci se můžeme setkat s poměrně vysokým výskytem Downova syndromu u osob s postižením. Jednou z příčin, je věk matky. Čím později žena otěhotní, tím větší je pravděpodobnost, že narozené dítě bude mít Downův syndrom. Diagnostikován může být již v prenatálním období. (Černá a kol, 2008)

Angelmanův syndrom

Neboli „syndrom šťastné loutky“ je genetické postižení, které se pojí s odchylkou na 15. chromozomu. Charakteristickými rysy je zde narušená hrubá motorika, která se projevuje především tuhou chůzí a častým máváním rukama. Dále jsou časté epileptické záchvaty. Jedinci s tímto syndromem, neudrží dlouho pozornost, jelikož se nedokážou koncentrovat a je zde i motorická hyperaktivita, tedy že nedokáží funkčně manipulovat s předměty. Časté je i vkládání předmětů do úst. S tímto syndromem se pojí i mentální retardace. Při diagnostice v raném dětství se Angelmanův syndrom může zaměnit za mozkovou obrnu či PAS, protože v raném věku je těžko rozpoznatelný. (Kroupová a kol., 2016)

Edwardsův syndrom

Edwardsův syndrom je stejně jako Downův syndrom způsoben změnou počtu chromozomů. Tentokrát se ale jedná o trizomii 18. chromozomu. Bohužel značná většina dětí s Edwarsonovým syndromem umírá již v novorozeneckém věku. Mezi typické znaky, které u těchto dětí můžeme pozorovat jsou např. malá a zvláště tvarovaná hlava, malá ústa a nos, nízko posazené ušní boltce. Mají také obtíže s dýcháním, je zde přítomna mentální retardace a můžou mít i vrozené vývojové vady orgánů. (Valenta, Michalík, Lečbých a kol., 2018)

Prader-Williho syndrom

Opět syndrom, který je výrazně spojen s mentální retardací, a to nejčastěji se středně těžkým stupněm, kvůli poškození cévního nervového systému. Také se mezi specifikacemi objevují poruchy emocí a sociability, můžou se vyskytovat i psychiatrické poruchy. Často mají jedinci s tímto syndromem nutkání neustále jíst – je zde problematika obezity. Ve fyziologických

symptomech si můžeme všimnout malého vzrůstu a nenormálního svalového napětí, tedy hypotonie. Příčinou Prader-Williho syndromu je abnormalita 15. chromozomu. (Valenta, Michalík, Lečbých a kol., 2018)

Dle Černé (2008, s.92): „*Patří mezi chromozomální postižení, bývá zmiňován jako pátý nejčastěji diagnostikovaný syndrom po narození dítěte, s častějším výskytem u chlapců.*“

Cri du Chat syndrom

Známy také jako syndrom kočičího křiku pro typický hlasový projev, kdy pláč novorozence zní jako nařikání kočky. Většinou tento hlasový projev zaniká kolem druhého roku dítěte. Mezi symptomy opět řadíme mentální retardaci, především těžkou a hlubokou. Mikrocefalie, problémy s motorikou, také poruchy růstu. Často se vyskytují také vrozené vady srdce, které jsou pro novorozence neslučitelné se životem. (Valenta, Michalík, Lečbých a kol., 2018)

2.3. Diagnostika mentálního postižení

Dle Švarcové-Slabinové (2011, s.37): „*Je diagnostika dlouhodobý proces, který musí brát v úvahu všechny systémy, které ovlivňují vývoj dítěte. Na základě stanovené diagnózy pak můžeme volit optimální výchovné postupy, ovlivňovat podmínky života a výchovy dítěte a dosahovat tak postupných změn ve vývoji dítěte.*“ V rámci komplexní diagnostiky je dítě zkoumáno z hlediska jak biologického, tak i sociálního a psychologického, jelikož rozumové schopnosti závisí na vlohách, zrání, ale i na výchově a učení. (ibid)

Krejčířová (2001) také říká, že důležité pro stanovení diagnózy je hodnotit jedince komplexně a měl by být vždy pro proces diagnostiky použit komplexní inteligenční soubor a posouzení adaptivního chování. Podstatné je udělat co nejpřesnější anamnézu, která bude co nejlépe popisovat období prenatalní, perinatální a postnatální a to minimálně během prvního vyšetření. Také je třeba zaměřit se na podrobný rozbor souvislostí mezi centrální nervovou soustavou a psychikou. (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001)

Při provádění diagnostického procesu by se mělo brát v potaz, že každý jedinec je jedinečný a dle toho individuálně zvolit vhodný diagnostický nástroj, který bude odpovídat účelu diagnostiky, a zároveň zde bude brán v potaz kulturní a sociální prostředí společně s věkem a předpokládaným mentálním věkem jedince. (Černá a kol, 2008)

Za rozhodující výsledek, získaný testováním inteligenčního kvocientu, můžeme brát jen výsledek, u kterého jsem si zcela jistí, že jedinec byl ve skvělé formě, dokázal se plně soustředit

na úkoly a byl dostatečně motivován ke splnění zadané práce. Důležité je také nezaznamenat přílišné výkyvy. (Krejčířová v Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001)

K diagnostickému procesu se využívají testy inteligence, mezi které patří např. Wechslerův test inteligence a Stanford-Binetova zkouška. Struktura testů je sestavena od nejjednoduchých úkolů, které se týkají například manipulaci s předměty až po ty složitější, kdy se plní úkoly zaměřené na řečové a abstraktní schopnosti a logické uvažování. (Černá a kol., 2008)

Pokud diagnostiku nelze použít z důvodu, kdy má jedinec další znevýhodnění, nebo se jedná o malé děti, lze využít nestandardizované postupy a tak upravit a přizpůsobit jednotlivé úkoly testu. Jedná se třeba o zvětšení písma, využití alternativní komunikace. Nebo u tělesně postižených dbát na správné polohování. (Krejčířová v Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001)

V rámci diagnostiky je také možné se setkat s pojmem diferenciální diagnostika, jak je již zřejmé od slova diferenciální, tedy oddělovat, je jejím úkolem odlišit mentální retardaci od jiných příčin opožděného vývoje. Jako je třeba demence, psychiatrické onemocnění nebo snížení intelektu v důsledky sociálně kulturního prostředí. (Švarcová-Slabinová, 2011; Valenta, Michalík, Lečbych a kol. 2018)

Diagnostika mentálního věku jedince se v dnešní době provádí primárně v SPC, kde se na něm podílí tým, ve kterém jsou experti na danou skupinu. V týmu bychom se mohli setkat například se speciálním pedagogem nebo psychologem. (Švarcová-Slabinová, 2011)

Samozřejmostí je zde souhlas zákonného zástupce s diagnostikou. (Černá a kol, 2008)

2.4. Klasifikace mentálního postižení

Dle Valenty (2018) se stupeň mentální retardace určuje díky posouzení schopností adaptability, tedy adaptačního chování, kdy se posuzuje dovednost se přizpůsobit. Dále struktury inteligence, orientačně i inteligenčním kvocientem a mírou zvládnutí obvyklých sociálně-kulturních nároků na jedince. V klasifikaci dle MKN-10 najdeme mentální retardaci pod označením F70-F79. Pokud najdeme za tímto označením tečku s dalším číslem, jedná se o rozlišení postiženého chování jedince, jako je např. afekt vzteku, sebepoškozování a další. Například F71.0 bude znamenat, že jedince má středně těžkou mentální retardaci bez poruch chování.

- F70 Lehká mentální retardace
- F71 Středně těžká mentální retardace
- F72 Těžká mentální retardace
- F73 Hluboká mentální retardace

- F78 Jiná mentální retardace
- F79 Nespecifikovaná mentální retardace

Pro porovnání přidávám rozdělení dle DSM-5 (2013), kde stupně závažnosti zůstávají obdobné jako u DSM-IV (Valenta, 2018):

- 317 mírná mentální retardace
- 318.0 středně těžká mentální retardace
- 318.1 těžká mentální retardace
- 318.2 hluboká mentální retardace

Černá a kol. (2018) zmiňuje, že se v odborné literatuře můžeme setkat s mnoha způsoby klasifikace. Jsou různá schémata a kategori, dle kterých můžeme rozdělit jedince s mentální retardací, jako je třeba MKN-10. Dalšími možnými klasifikacemi jsou například AAMR klasifikace nebo klasifikace dle Penrose.

Od 1.1.2022 vstoupila v platnost MKN-11, která by se měla v průběhu roku 2022 přeložit do českého jazyka. Nově se mentální postižení řadí do skupiny Neurovývojových poruch, pod kterými nalezneme i poruchy autistického spektra. Mentální postižení budeme nyní hledat pod kódem 6A00.0 – 6A00.4 s názvem Poruchy intelektového vývoje. Klasifikace zůstává stejná, jen přibývá porucha intelektového vývoje, prozatímní. (MKN-11)

MKN-10 F70-F79 Mentální retardace	MKN-11 6A02 Poruchy intelektového vývoje
F70 Lehká mentální retardace	6A00.0 Porucha intelektového vývoje, mírná
F71 Středně těžká mentální retardace	6A00.1 Porucha intelektového vývoje, středně těžká
F72 Těžká mentální retardace	6A00.2 Porucha intelektového vývoje, těžká
F73 Hluboká mentální retardace	6A00.3 Porucha intelektového vývoje, hluboká
F84.4 Jiná mentální retardace	6A00.4 Porucha intelektového vývoje, prozatímní
F84.5 Nespecifikovaná mentální retardace	6A00.Z Porucha intelektového vývoje, nespecifikovaná

Tabulka č.2 Rozdíl MR MKN-10 a MKN-11

2.4.1. Dle MKN-10

Lehká mentální retardace

U lehké mentální retardace odpovídá mentální věk dospělého člověka přibližně 9 až 12 let (IQ je zde přibližně 50 až 69). Jedinci s LMR mívají obtíže při výuce ve školách, ale velká většina dospělých je schopna pracovat a navazovat sociální vztahy. (MKN10)

Švarcová-Slabinová (2011) uvádí, že v této skupině je převážná většina jedinců s mentálním postižením. Jedinci spadající do této skupiny většinou nemají problém s užíváním běžné řeči v rámci každodenního života. V dětství se, ale můžeme u nich setkat s opožděným vývojem řeči. Co se týče sebeobsluhy, mohou také dosáhnout úplné nezávislosti.

Diagnóza bývá často určena až v předškolním věku, pokud není přidruženo další postižení. U dítěte se přichází na rozdíly oproti intaktním dětem až ve chvíli, kdy mají řešit náročnější úkoly či situace. Časté jsou zde i specifické poruchy učení, které zde můžeme zaznamenat častěji než u běžné populace. Po ukončení základní školy (povinné docházky), se většina vyučí v prakticky zaměřených učebních oborech. (Říčan, Krejčířová a kol., 2006)

Středně těžká mentální retardace

V MKN-10 nalezneme definici pod F71, kdy: IQ dosahuje hodnot 35 až 49 (což u dospělých odpovídá mentálnímu věku 6 až 9 let). Výsledkem je zřetelné opoždění v dětství, avšak mnozí se dokážou vyvinout k určité hranici nezávislosti a soběstačnosti, dosáhnou přiměřené komunikace a školních dovedností. Dospělí budou potřebovat různý stupeň podpory k práci a k činnosti ve společnosti. (MKN-10)

V této kategorii MR je myšlení a řeč značně omezená. Po celý život, jedinci se středně těžkou mentální retardací, potřebují chráněné prostředí, kde se jim dostane dostatečná míra podpory. (Valenta, Müller, 2013)

Jedinci v horním pásmu středně těžké mentální retardace se ve škole dokáží naučit základním znalostem, mezi které řadíme počítání, čtení či psaní. Mnoho z nich dochází do speciálních škol a jsou nejčastěji vzdělávány podle programu pomocné školy. Znalosti jsou zde spíše zaměřeny na praktické dovednosti a stimulaci. (Říčan, Krejčířová a kol., 2006)

Těžká mentální retardace

IQ se zde pohybuje v pásmu 20 až 34, což u dospělých jedinců odpovídá přibližně mentálnímu věku 3 až 6 let. (MKN-10)

Dá se zjistit již u dětí útlého věku, nejčastěji se totiž jedná o kombinaci více postižení. Mnohdy se setkáme s kombinací s tělesným, zrakovým či sluchovým postižením, kdy je jedinec zasažen různou mírou stupňů. Některé děti si dokáží osvojit aspoň pár jednoduchých slůvek, bohužel častěji se nenaučí mluvit nikdy. Vzdělávání je zde zaměřeno především na zvládnutí základní komunikace ať už verbální či alternativní, sebeobslužné dovednosti a na porozumění běžných komunikačních situacích. (Říčan, Krejčířová a kol., 2006)

Hluboká mentální retardace

V této kategorii spadá IQ pod 20. Mentální věk dospělých jedinců tedy odpovídá nejvýše věku 3 let. (MKN-10)

Jedincům tvoří velký problém porozumět verbální komunikaci. Jednodušší je pro ně rozlišit neverbální komunikaci jako jsou gesta či vyjadřování pocitů, úsměv a pláč. Setkáme se často s tím že osoby s hlubokou MR jsou imobilní, tedy se nemohou samostatně pohybovat. Do definice této úrovně MR spadá i inkontinence a neschopnost pečování o sebe samé. Potřebují velkou míru dopomoci a nejlépe neustálý dohled. Vzdělávání se týká především rozvoje motoriky a komunikace, kdy je třeba alternativní komunikace. Některým se podaří dosáhnout základním zrakovým či prostorově orientačních dovedností. (Švarcová-Slabinová, 2008)

Jiná mentální retardace

Dle Švarcové-Slabinové (2008, s.36): *„Tato kategorie by měla být použita pouze tehdy, když stanovení stupně intelektové retardace pomocí obvyklých metod je zvláště nesnadné nebo nemožné pro přidružené senzorní nebo somatické poškození, např. u nevidomých, neslyšících, nemluvicích, u jedinců s těžkými poruchami chování, osob s autismem či u těžce tělesně postižených osob.“*

Nespecifikovaná mentální retardace

Tato poslední kategorie se udává pouze v případě, že jedinec má prokázanou mentální retardaci, avšak nemají dostatek informací, aby bylo možné specifikovat jednu z výše uvedených skupin. (ibid)

2.4.2. Dle MKN-11

V nové MKN-11 zůstávají skoro stejné kategorie, avšak místo hodnot IQ využívá definice dle odchylek (percentilu). Definice dle jednotlivých kategorií (ICD-11):

Porucha intelektového vývoje, lehká

Lehká porucha intelektového vývoje je stav, který je charakterizovaný podprůměrným intelektuálním fungováním a adaptivním chováním, které jsou přibližně 2-3 směrodatné odchylky pod průměrem (přibližně 0,1 – 2,3 percentilu), na základě vhodně normovaných, individuálně podávaných standardizovaných testů. V případě, kdy nejsou k dispozici standardizované testy je možné použít srovnatelné indikátory chování. Osoby s lehkou poruchou intelektu mají často potíže při osvojování a chápání složitých jazykových pojmů a akademických dovedností. Většina z nich ovládá základní sebeobsluhu, domácí a praktické činnosti. Obecně mohou jedinci s touto poruchou dosáhnout poměrně nezávislého života a zaměstnání s vhodnou mírou podpory.

Porucha intelektového vývoje, středně těžké

Středně těžká porucha intelektového vývoje je v MKN-11 (ICD-11) charakterizována výrazně podprůměrným intelektuálním fungováním a adaptivním chováním, které jsou přibližně 3-4 směrodatné odchylky pod průměrem, tedy cca 0,003 – 0,1 percentilu, opět na základě vhodně normovaného a individuálně podávaného, standardizovaného testu. Obecně se schopnost osvojení akademických dovedností, u jedinců se středně těžkou poruchou intelektu, omezuje na základní dovednosti. Většina osob s postižením potřebuje značnou a někteří i soustavnou podporu, aby mohli v dospělosti dosáhnout samostatného života či zaměstnání.

Porucha intelektového vývoje, těžká

Směrodatná odchylka v těžké poruše intelektového vývoje je přibližně 4 a více pod průměrem, tedy méně než cca 0,003 percentilu, což je opět vyhodnoceno na základě normovaného, individuálního podávaného a standardizovaného testu, případně srovnatelnými indikátory chování. Osoby s těžkou poruchou intelektového vývoje vykazují obvykle velmi omezený jazyk a schopnost získání akademických dovedností. Také se u nich mohou objevit motorické poruchy, většinou vyžadující každodenní podporu v prostředí pod dohledem. Díky intenzivnímu tréninku mohou získat základní dovednosti sebeobsluhy. Těžké a hluboké poruchy intelektového vývoje se rozlišují výhradně na základě rozdílů v adaptivním chování, jelikož existující standardizované testy inteligence nemohou spolehlivě nebo platně rozlišit intelektuální fungování pod 0,003 percentilem.

Porucha intelektového vývoje, hluboká

Jak již bylo výše řečeno, směrodatná odchylka je cca 4 a více pod průměrem s percentilem kolem 0,003. Jedinci s hlubokou poruchou intelektového vývoje mají velmi omezené

komunikační schopnosti a dokáží získat jen základní konkrétní dovednosti. Mohou mít také souběžné motorické a smyslové postižení. Obvykle potřebují každodenní podporu.

Porucha intelektového vývoje, provizorní

Tato porucha je přiřazena jedinci v případě, že existuje důkaz o poruše intelektuálního vývoje, přičemž jedinec je kojeneček nebo dítě mladší čtyř let. Nebo není možné provést platné posouzení intelektuálního vývoje a adaptivního chování kvůli smyslové nebo fyzické poruše, jako je například slepota a prelingvální hluchota, motorické nebo komunikační poruchy, závažné problémové chování nebo souběžně se vyskytující poruchy.

2.4.3. Dle AAMR/SIS-A

V rámci klasifikace AAMR se můžeme setkat s pojmem individuální míra podpory, tedy termín, který zastřešuje jakou úroveň dopomoci jednotlivý klient potřebuje. Jedná se o světový trend, kdy byl termín osoby se speciálními/specifickými potřebami doplněn o termín osoby se specifickou mírou podpory. (Valenta a kol., 2012)

V roce 2004 byla poprvé publikována Stupnice intenzity podpory (SIS – Supports Intensity Scale), která byla roku 2015 přejmenována na SIS-A. Druhé vydání SIS-A je naplánováno na rok 2023. (AAIDD, 2022)

SIS je manuál, který pomáhá klasifikovat stupeň MR, avšak ne podle úrovně mentálního věku (tedy míry inteligence), ale dle míry podpory, kterou klient potřebuje při konkrétní činnosti v určitém prostředí. (Valenta a kol, 2012)

Dle AAIDD (2022) (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities) SIS-A sehrála důležitou roli při zjišťování a měření intenzity podpory, kterou lidé s vývojovým a mentálním postižením potřebují.

Celkem je rozlišováno dle Lišky (2022) pět typů podpory:

- Žádná podpora
- Dohlížení
- Pobízení slovy a gesty
- Částečná asistence
- Úplná asistence

3 Sociální služby pro děti s PAS a MP

„Sociální služby jsou poskytovány lidem společensky znevýhodněným, a to s cílem zlepšit kvalitu jejich života, případně je v maximální možné míře do společnosti začlenit, nebo společnost chránit před riziky, jejichž jsou tito lidé nositeli. Sociální služby proto zohledňují jak osobu uživatele, tak jeho rodinu, skupiny, do nichž patří, případně zájmy širšího společenství.“
(Matoušek a kol., 2011, s.9)

3.1. Definice sociálních služeb pro osoby se ZP

Obecným cílem sociálních služeb je zapojit uživatele sociálních služeb do procesu sociálního začleňování a zároveň předcházet vyloučení ze společnosti. (Gulová, 2011)

Do protikladu Matoušek (2011) staví obecný problém ústavních zařízení pro postižené. Dle něj nejsou osobám s těžším postižením poskytovány služby dle jejich potřeb. Potřebují větší míru dopomoci než osoby s lehčím poskytováním, kteří jsou často příliš opečováváni, čímž je zpomalen jejich rozvoj.

Zřizovatelem sociálních služeb bývají nejčastěji obce či kraje, poté také neziskové organizace, občanská sdružení, MPSV či nadace. Je důležité znát v sociálních službách pojmy klient, zřizovatel a poskytovatel. Klient je osoba, které jsou poskytovány sociální služby. Zřizovatelem je osoba, organizace či kraj který vytvořil podmínky pro vznik sociální služby a zodpovídá za práci poskytovatele. Posledním pojmem je poskytovatel. Jedná se o fyzickou nebo právnickou osobu, která poskytuje sociální službu. Každá ze sociálních služeb využívá standarty kvality, díky kterým poskytují kvalitní služby. (Gulová, 2011)

Poskytovatelé tedy musí dbát na dodržování základních povinností, mezi které patří například právě dbaní na standarty kvality, při příchodu zájemce o službu jsou ze zákona povinni uzavřít smlouvu o poskytování sociální služby a mít zpracovaná vnitřní pravidla, se kterými zájemce seznámí. (Michalík in Valenta, Michalík, Lečbych, 2018)

3.1.1. Sociální služby z hlediska formy

Terénní služba je forma sociální služby, při nichž probíhá služba mimo prostory organizace. Tedy v prostředí, které je pro klienta přirozené, jako například domácnost či škola. Jedná se zejména o služby pečovatelské a osobní asistenci. Ale také odlehčovací službu. (Michalík in Valenta, Michalík, Lečbych, 2018)

Ambulantní služba, je po kratší časový úsek než pobytová, uskutečňuje se v zařízení sociálních služeb. Klient tedy dochází do místa, kde jsou poskytovány sociální služby. Případně je do služeb doprovázen (Švarcová-Slabinová, 2011)

Pobytová služba se ve většině případů odehrává po delší časový úsek, kdy je klientovi poskytováno ubytování. Zpravidla se jedná o týdenní, měsíční či dlouhodobé pobyty, ale můžeme se setkat i s pobyty víkendovými. (Michalík ve Valenta, Michalík, Lečbych, 2018)

3.2. Druhy sociálních služeb pro osoby se ZP

V zákonu o sociálních službách se také dočteme, jak správně označit cílové skupiny využívající sociální služby. Tedy místo pojmenování důchodci, mentálně postižení či nesvéprávní, by měla být cílová skupina charakterizována jako pro seniory, osoby s mentálním postižením, lidi zbavené způsobilosti k právním úkonům či osobám bez přístřeší. Také dřívější označení minoritní skupiny Cikáni, je již nazývaná Romové. Řada z nich však nemá problém ani s jedním oslovením. (Gulová, 2011)

3.2.1. Sociální poradenství

Služby sociálního poradenství dělíme na dvě skupiny. Základní sociální poradenství ze zákona povinně poskytuje každý poskytovatel sociálních služeb. Oproti tomu odborné sociální poradenství, jak již vyplývá z názvu, je zaměřeno na určitou cílovou skupinu, jako jsou například senioři, rodiny s dětmi, osoby se zdravotním postižením. A jedná se o samostatnou sociální službu. Obojí poradenství je poskytováno bezplatně. (Michalík in Valenta, Michalík, Lečbych, 2018)

Dle zákona o sociálních službách 108/2006 máme:

Sociální poradenství základní

Odborné sociální poradenství

3.2.2. Služby sociální péče

V rámci služeb sociální péče je jedincům poskytována pomoc v oblastech potřeb jako je asistence, bydlení, podpora samostatného bydlení, pečovatelská pomoc nebo podpora při péči o vlastní osobu. Služby péče, tedy stravování, ubytování, vlastní péče, jsou většinou poskytovány za úhradu. (Michalík in Valenta, Michalík, Lečbych, 2018)

Do služeb speciální péče dle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách v platném znění (§ 39 - § 52) řadíme:

- Osobní asistence
- Pečovatelská služba
- Tísňová péče
- Průvodcovské a předčitatelské služby
- Podpora samostatného bydlení
- Odlehčovací služby
- Centra denních služeb
- Denní a týdenní stacionáře
- Domovy pro osoby se ZP
- Domovy pro seniory
- Domovy se zvláštním režimem
- Chráněné bydlení
- Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče

Níže jsou charakterizovány služby, které mohou využívat jedinci s mentálním postižením, PAS či kombinovaným postižením:

Osobní asistence

Tuto službu definuje zákon č. 108/2006 Sb. O sociálních službách §39 jako: „*Terénní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje bez časového omezení, v přirozeném sociálním prostředí osob a při činnostech, které osoba potřebuje.*“

Matoušek (2011) navíc přidává, že se jedná o službu, která se rozvinula díky neziskovým organizacím, a to především po roce 1989.

Pečovatelská služba

Zřizovatelem této služby jsou většinou kraje nebo obce a jedná se opět o terénní službu, která je poskytována v domácnostech. Z neústavních služeb se jedná o tu nejrozšířenější. Cílovou kategorií této sociální služby jsou opět především senioři a osoby se ZP. (Matoušek a kol., 2011)

V zákoně č. 108/2006 Sb. O sociálních službách v §40 je pečovatelská služba definována jako služba, která je poskytnutá pouze ve vymezeném čase, v domácnosti klienta a je mu poskytnuta pomoc s úkony, které definuje daná služba.

Podpora samostatného bydlení

Opět se jedná o terénní službu, která je poskytována osobám zdravotně postiženým či duševně nemocným. Klientovi pomáhá s chodem domácnosti, také v kontaktu se společenským prostředím či při uplatňování práv nebo obstarávání osobních záležitostí. (zákon č. 108/2006 sb. o sociálních službách v platném znění)

Odlehčovací služby

Odlehčovací služba neboli respitní může mít formu terénní, ambulantní nebo pobytovou. Jejím cílem je ulehčit pečujícím osobám. (Matoušek a kol., 2011)

Dle Michalíka (Valenta, Michalík, Lečbých, 2018) je škoda, že se u nás moc odlehčovacích služeb nevyskytuje. Díky kterým by si mohli pečující osoby odpočinout. Jelikož je tato služba zpoplatněna mohlo by být využívání této služby pro některé pečující osoby náročná.

Centra denních služeb

Ambulantní služba, která pomáhá osobám, kteří potřebují dopomoc se základními činnostmi jako je např. osobní hygiena, strava, výchovné a vzdělávací činnosti, pomoc při uplatňování práv. (zákon č. 108/2006 sb. o sociálních službách v platném znění)

Denní a týdenní stacionáře

Denní stacionář je ambulantní formou sociální služby, která pomáhá osobám, které potřebují častou nebo pravidelnou dopomoc jiné fyzické osoby, aby mohly být naplněny jejich základní potřeby. (zákon č. 108/2006 sb. o sociálních službách v platném znění)

Týdenní stacionář má pobytovou formu, kdy jsou zde klienti ubytováni na týden či více. Definice, kterou uvádí zákon je stejná jako pro denní stacionář. (zákon č. 108/2006 sb. o sociálních službách v platném znění)

V rámci stacionářů můžeme narazit i na sociálně-terapeutické dílny. Stacionáře mají oproti jiným službám spíše výchovný, vzdělávací a aktivizační charakter. (Matoušek a kol., 2011)

Domovy pro osoby se ZP

Jak vyplývá již z názvu služby, jedná se o pobytovou sociální službu, pro osoby které mají sníženou soběstačnost a potřebují pravidelnou podporu od jiné fyzické osoby. Pokud se do této služby dostane nezaopatřené dítě, je mu poskytnuto základní osobní vybavení, dle jeho potřeb.

Také zde může být vykonávána ústavní výchova, výchovná opatření či předběžná opatření. (108/2006 zákon o sociálních službách v platném znění)

Chráněné bydlení

Včetně osob se ZP mohou tuto pobytovou službu využívat i osoby s duševním onemocněním, pokud potřebují každodenní pomoc. V rámci chráněného bydlení se můžeme setkat s individuálním či skupinovým bydlením, které je poskytováno mimo ústavní péči. (Matoušek a kol, 2011)

3.2.3. Služby sociální prevence

„Služby sociální prevence napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou tímto ohroženy pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí a ohrožení práv a oprávněných zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby. Cílem služeb sociální prevence je napomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů.“ (zákon č. 108/2006 Sb. O sociálních službách §53, v platném znění)

Mezi služby sociální prevence patří (zákon č. 108/2006 Sb. O sociálních službách §53):

- Raná péče
- Telefonická krizová pomoc
- Tlumočnické služby
- Azylové domy
- Domy na půl cesty
- Kontaktní centra
- Krizová pomoc
- Intervenční centra
- Nízkoprahová denní centra
- Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež
- Noclehárny
- Služby následné péče
- Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi
- Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se ZP
- Sociálně terapeutické dílny
- Terapeutické komunity

- Terénní programy
- Sociální rehabilitace
- Centrum duševního zdraví

Raná péče

Terénní služba, která může mít i ambulantní formu. Je poskytována dětem do sedmi let se zdravotním postižením. Nebo v případě, že je dítě ohroženo v důsledku nepříznivého zdravotního stavu. Takto sociální služba podporuje celou rodinu (i širší), nejen dítě. Pomáhá rodině s podporou jeho vývoje a specifickými potřebami. Některé poskytují i zapůjčen speciálních pomůcek či pořádají informační setkání. (zákon č. 108/2006 sb. o sociálních službách v platném znění)

Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se ZP

Ve většině případech ambulantní forma, ale můžeme se setkat i s formou terénní, která je poskytována jedincům, kteří jsou ohroženi sociálním vyloučením, jako jsou senioři nebo osoby se ZP. V rámci této sociální služby nabízí podporu v základních činnostech jako je zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv. (zákon č. 108/2006 sb. o sociálních službách v platném znění)

Sociálně terapeutické dílny

Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách §67 definuje sociálně terapeutické dílny jako: *„ambulantní služby poskytované osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení, které nejsou z tohoto důvodu umístitelné na otevřeném ani chráněném trhu práce. Jejich účelem je dlouhodobá a pravidelná podpora zdokonalování pracovních návyků a dovedností prostřednictvím sociálně pracovní terapie.“*

Sociální rehabilitace

Jedná se o ambulantní i terénní formu sociální služby (může být i pobytová), která poskytuje soubor určitých činností, které pomáhají jedincům směřovat k dosažení samostatnosti, nezávislosti, rozvíjet jejich specifické schopnosti, posílit návyky a nácvik pro samostatný život. (zákon č. 108/2006 sb. o sociálních službách v platném znění)

3.3. Sociální služby v historickém kontextu

Před rokem 2006 byla členěna ústavní zařízení pro těžce zdravotně postižené jedince na následující typy:

- Ústavy pro tělesně postiženou mládež
- Ústavy pro tělesně postiženou mládež s přidruženým MP
- Ústavy pro tělesně postiženou mládež s více vadami
- Ústavy pro mentálně postiženou mládež
- Ústavy pro tělesně postižené dospělé občany
- Ústavy pro tělesně postižené dospělé občany s přidruženým MP
- Ústavy pro tělesně postižené dospělé občany s více vadami
- Ústavy pro mentálně postižené dospělé občany
- Ústavy pro chronické alkoholiky a toxikomany
- Ústavy pro chronické psychotiky a psychopaty

V zákonu č. 108/2006 Sb. o sociálních službách můžeme nalézt už jen dvě kategorie ústavních zařízení a jsou to domovy pro osoby se ZP a domovy se zvláštním režimem. (Matoušek, 2011)

3.4. Sociální služby pro děti s PAS a MP ve vybraných krajích

Zlínský kraj a Moravskoslezský kraj

Oba kraje jsem si vybrala, jelikož mi jsou blízké. Ve Zlínském kraji bydlím a také pracuji v jedné ze sociálních služeb. V Moravskoslezském kraji znám několik ze sociálních služeb a díky psaní této bakalářské práce jsem se dozvěděla o mnohých dalších. Překvapilo mě především to, kolik raných péčí v rámci Moravskoslezského kraje máme. Naopak nemile mě překvapilo zjištění, jak málo máme odlehčovacích služeb, které by mohli rodiče či zákonní zástupci pro své děti využívat. A přitom bych řekla, že zrovna tyto služby jsou opravdu důležité.

Předchozí podkapitolu tvoří definice sociálních služeb, které mohou rodiny s dětmi využívat. V této podkapitole jsem sepsala konkrétní sociální služby se základními údaji jako je místo, oblast poskytování, cílová skupina a krátký popis služby. Vypsané sociální služby jsou pro děti, primárně raného věku, s mentálním postižením a PAS.

3.4.1. Sociální služby ve Zlínském kraji pro děti s PAS a MP

Auxilium o.p.s. - Vsetín

sídlo: 756 22 Hošťálková 428

pracoviště: Vsetín, Nemocniční 945

e-mail: auxilium@auxilium.cz

web: www.auxilium.cz

Cílovou skupinou služby jsou osoby s tělesným, mentální či kombinovaným postižením a osoby s PAS. Pracují především v regionech měst Vsetín, Valašské Meziříčí a Rožnov pod Radhoštěm. Auxilium o.p.s nabízí tyto služby:

Raná péče

Cílová skupina: od narození do 7 let věku dítěte

Popis služby: Služba je určena pro rodiny dětí od narození do 7 let, které mají zdravotní postižení (děti s mentálním, tělesným, kombinovaným postižením nebo s autismem a děti předčasně narozené) nebo mají obtíže ve vývoji. Dle zákona o sociálních službách, je služba poskytována zdarma.

Sociálně aktivizační služby

Cílová skupina: 1-26 let

Popis služby: Posláním sociálně aktivizačních služeb pro osoby se zdravotním postižením je podpora a rozvoj schopností a možností jedince, tedy všeho, co umí, může a zvládne dělat, a rozvoj toho, co mu pomůže zapojit se do společnosti. Služba je poskytována zdarma a její kapacita je 45 osob po 5 osobách dle zaměření skupiny.

Odlehčovací služba

Cílová skupina: děti od 3 do 18 let a dospělí od 18-30 let

Popis služby: Odlehčovací služba je službou terénní. Je poskytována v pracovní dny v době od 6 do 18 hodin, přesné vymezení času průběhu služby je dohodnuto s uživatelem. Okamžitá denní kapacita odlehčovací služby je 8 uživatelů. Služba je placená.

Osobní asistenci

Cílová skupina: děti od 3 do 18 let a dospělí od 18-30 let

Popis služby: terénní sociální služba, která je uživateli poskytována v jeho přirozeném sociálním prostředí.

Středisko CESTA – Uherské Hradiště

pracoviště: Na stavidle 1266, Uherské Hradiště 686 01

Kontakt:

Raná péče – rana.pece@strediskocesta.cz, 737 507 915

Denní stacionář - stacionar@strediskocesta.cz, 603 731 670

web: www.strediskocesta.cz

Působnost sociálních služeb Střediska Cesta je správní obvod obce s rozšířenou působností Uherské hradiště.

Raná péče

Cílová skupina: Rodina s dětmi ve věku od 0 až 7 let se zdravotním postižením (mentálním, pohybovým nebo kombinovaným) a ohroženým vývojem.

Popis služby: Nabízíme odbornou pomoc a podporu v nepříznivé životní situaci rodinám s dětmi se zdravotním postižením (mentálním, pohybovým nebo kombinovaným) a ohroženým vývojem.

Denní stacionář

Cílová skupina: poskytována osobám se středním až hlubokým mentálním či kombinovaným postižením ve věku od 6 do 40 let

Popis služby: Zpoplatněná služba ve všední dny od 7:30-15hod, probíhá ambulantně.

Denní stacionář zajišťuje pomoc a podporu osobám v nepříznivé životní situaci, která je dána především jejich zdravotním stavem a potřebou péče druhé osoby.

Charita Kroměříž

Adresa: Ztracená 63, Kroměříž 767 01

Zakostelí 36, Zdounky 768 02

Kolaříkova 879, Morkovice 768 33

Telefon: 733 755 841, 733 741 444

Email: osobni.asistence@kromeriz.charita.cz

web: www.kromeriz.charita.cz/sluzby/osobni-asistence/

Osobní asistence

Cílová skupina: Osoby od 4 let a senioři se zdravotním znevýhodněním, kteří potřebují pomoc druhé osoby, a mají: MP, TP nebo kombinované postižení, duševní onemocnění ve stabilizovaném stavu nebo zdravotní znevýhodnění

Popis služby: Místo poskytované služby je Kroměřížsko, Koryčansko, Zdounecko, Morkovsko. Jedná se o terénní službu, jejímž posláním je poskytnout podporu lidem, kteří v důsledku věku, ZP nebo omezení potřebují pomoc při prožívání života podle svých potřeb, přání a možností.

EDUCO – Zlín

Adresa: Středisko rané péče EDUCO Zlín z.s., Chlumská 453, 763 02 Zlín - Louky

Telefon: 734 706 205

Email: melkova@ranapecezlin.cz

web: www.ranapecezlin.cz

Raná péče

Cílová skupina: Rodiny s dětmi se zdravotním znevýhodněním od narození do sedmi let

Popis služby: Posláním střediska je poskytovat odbornou pomoc a podporu rodinám s dětmi se zdravotním znevýhodněním od narození do 7 let. Dětem a rodinám pomáháme v jejich přirozeném prostředí, s cílem posílit jejich samostatnost a nezávislost na sociální pomoci. Působíme ve Zlínském kraji.

Za sklem - Zlín

Adresa: Sedmdesátá 7055, House 64/2, 2. patro, 760 01 Zlín

Telefon: 777 337 707

Email: poradna@zasklem.com

web: www.zasklem.com/zlin/

Skupinové a další činnosti jsou poskytovány v rámci Zlínského kraje. Základní poradenství a individuální konzultace jsou poskytovány v rámci těchto krajů:

Olomoucký, Jihomoravský, Pardubický, Moravskoslezský.

Sociálně aktivizační služby

Cílová skupina: Děti a dospělí s PAS

Popis služby: Poskytují jak individuální, tak skupinové práce. Skupinové jsou poté rozděleny dle věku.

Odborně sociální poradenství

Cílová skupina: Děti a dospělí s PAS

Popis služby: Poskytovat rodinám s dětmi, dospívajícím lidem s PAS takovou podporu, která jim usnadní žít, vzdělávat se a pracovat v přirozeném prostředí.

Centrum Áčko, p.o. – Valašské Meziříčí

Adresa: Husova 402/15

Kontakt: Odlehčovací služba – pavlina.bartkova@centrum-acko.cz, 739 306 865

Poradna – lucie.bekova@centrum-acko.cz, 602 651 064

web: www.centrum-acko.cz

Odborně sociální poradenství

Cílová skupina: Rodiny s dětmi od narození do 26 let s vážným podezřením, či již stanovenou diagnózou poruchy autistického spektra, ADHD a přidruženými diagnózami.

Popis služby: Posláním služby je poskytovat rodinám s dětmi od narození do 26 let s poruchou autistického spektra a ADHD takovou podporu, aby mohly žít, pracovat a vzdělávat se v přirozeném sociálním prostředí a tím předcházet jejich sociálnímu vyloučení.

Odlehčovací služba – terén a ambulance

Cílová skupina: Rodiny s dítětem/děťmi od 18 měsíců do 26 let s vážným podezřením, či již stanovenou diagnózou PAS, ADHD, mentálním postižením a přidruženými diagnózami.

Popis služby: Posláním je zajistit podporu rodinám a poskytnout pečující osobě čas na odpočinek, který může využít dle svých potřeb a přání. Služba je placená a probíhá pondělí až čtvrtek od 7:00 – 18:00, dle individuální domluvy.

Odlehčovací služba – pobytová (víkend)

Cílová skupina: Osoby zdravotně postižené od 3 do 26 let s vážným podezřením, či již stanovenou diagnózou PAS, ADHD, mentálním postižením a přidruženými diagnózami.

Popis služby: Cílem pobytové odlehčovací služby je poskytnout dítěti s PAS, ADHD a mentálním postižením péči s individuálním přístupem, rozvíjet jeho schopnosti, dovednosti a sebeobslužné činnosti. Služba probíhá od pátku 8:00 do neděle 17:00. Přednostně jsou zde bráni klienti, kteří mají zájem o celý víkend. Placená služba.

3.4.2. Sociální služby v Moravskoslezském kraji

Centrum PAPERSEK - Třinec

Adresa: Máchova 1134, 739 61 Třinec

Telefon: 558 332 167

Email: reditel@csptrinec.cz

web: www.csptrinec.cz

Denní stacionář PAPERSEK

Cílová skupina: Děti a mládež od 1 do 18 let s různým typem ZP (tělesným, mentálním, smyslovým a kombinovaným, vývojovými poruchami, PAS, poruchami řeči, v kombinaci s ADHD), kteří potřebují pomoc a podporu v péči sami o sebe.

Popis služby: Kapacita denního stacionáře je 25 uživatelů, funguje celoročně (po-pá od 6hod do 16hod.) kromě období Vánočních prázdnin. Poskytují i fakultativní činnosti – svoz uživatelů a léčebnou rehabilitaci.

Osobní asistence

Cílová skupina: mají zde rozdělenou cílovou skupinu na dvě skupiny: děti, mládež a dospělí od zahájení povinné školní docházky do 26 let, kteří využívají osobní asistenci ve školním prostředí A děti a dospělí ve věku od 3-35 let, kteří využívají osobní asistenci v domácím nebo jiném přirozeném prostředí.

Popis služby: Osobní asistence je poskytována ve dvou formách: a to ve škole v průběhu školního vyučování nebo v přirozeném prostředí, především v domácnostech uživatelů.

Dětská rehabilitace Hlučín

Adresa: Hluboká 1117/23, 748 01 Hlučín

Telefon: 774 482 373

Email: drh@drh.cz

Web: www.drh.cz

Denní stacionář

Cílová skupina: Ve stacionáři poskytujeme služby dětem ve věku 1 – 7let s různým spektrem postižení jako je třeba DMO, PAS, ADD, ADHD, chromozomální poruchy, vývojové a smyslové vady, snížená mentalita, zdravotní, tělesné, kombinované postižení

Popis služby: Denní kapacita je max. 20 dětí. Provozní doba je po-pá od 6:30 do 15:00 a služba je ambulantní. Jednou z podmínek pro přijetí dítěte je doporučení odborného lékaře. O děti stabilně pečují pracovníci v sociálních službách, pedagogický a sociální pracovník, rehabilitace poskytují registrovaní fyzioterapeuti. Plánování denních činností je individuální s ohledem na zdravotní stav a možnosti dítěte. Služba je placená.

Středisko VÝZVA - Ostrava

Adresa: Syllabova 19, 703 86 Ostrava-Vítkovice

Telefon: 552 301 404

Email: vyzva@prorodiny.cz

Web: <https://vyzva.prorodiny.cz/>

Odborné sociální poradenství

Cílová skupina: Osoby se zdravotním postižením (tělesným, mentálním, kombinovaným, PAS nebo vzniklým následkem těžkého úrazu) a vzácným onemocněním. Naši specializací jsou rodiny pečující o dítě nebo mladého dospělého se zdravotním postižením a osoby pečující. Osobou pečující se rozumí nejen rodinní příslušníci, ale i další osoby a instituce spolupracující a podílející se na péči.

Popis služby: Posláním služby odborného sociálního poradenství RODINNÝ

PRŮVODCE je poskytovat podporu lidem a osobám pečujícím při řešení nepříznivé sociální situace vzniklé v důsledku zdravotního postižení. Poskytováním informací a cílené podpory přispíváme k jejich samostatnosti, zvyšování nezávislosti a napomáháme udržet či zlepšit kvalitu jejich života.

Osobní asistence OASA

Cílová skupina: Služba OASA poskytuje osobní asistenci dětem a mladým lidem do 30 let se zdravotním postižením, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby

Popis služby: Služba působí v rámci Moravskoslezského kraje s dojezdem do čtyřiceti kilometrů od zázemí služby ve Středisku VÝZVA v areálu Syllabova 19 v Ostravě-Vítkovicích. Služba je placená.

Odlehčovací služba RESPIT

Cílová skupina: službu poskytujeme dětem nebo mladým lidem od 1 roku do 35 let se zdravotním postižením

Popis služby: Terénní forma služby je dostupná pro územní oblast Ostrava a okolí. Je poskytována v domácím prostředí uživatele, popřípadě v jeho okolí, či zajišťuje doprovázení na skupinové a veřejné aktivity. Vždy dle domluvy. Ambulantní forma služby je dostupná pro územní oblast Moravskoslezského kraje, služba je poskytována ve vymezeném prostoru ve Středisku VÝZVA. Ambulantní služba je k dispozici v úterý a v pátek po domluvě, mezi 13 až 20 hodinou.

Alfi - Ostrava

Adresa: Brandlova 1267/6, Ostrava, Moravská Ostrava a Přívoz, 702 00

Telefon: 603 337 641, 737 360 325

Email: info@alfi-ostrava.cz

Web: <http://www.alfi-ostrava.cz/>

Raná péče

Cílová skupina: Rodiny s dětmi s PAS nebo podezřením na PAS ve věku 2-7 let, především rodiny žijící na území města Ostravy. Služba může být poskytována také rodinám žijícím na území v okruhu 15 km od hranice města Ostravy.

Popis služby: Celková kapacita služby je 52 rodin. Cílem této služby je provázet a podporovat rodiny dětí s PAS, které se v důsledku diagnózy autismus dostávají do mnoha nezáviděníhodných situací. Vytváření vhodných podmínek pro integraci dětí s PAS a jejich rodiny do společnosti je tedy dalším z cílů služby rané péče AlFi. Jedná se o terénní službu.

Odlehčovací služba

Cílová skupina: Děti s poruchou autistického spektra nebo důvodným podezřením na tuto diagnózu ve věku 1-15 let. Sociální služba je poskytována uživatelům žijícím na území města Ostravy a v přilehlých obcích (do 15 km od hranice Statutárního města Ostrava).

Popis služby: Posláním je umožnit pečujícím odlehčení v každodenní péči o dítě s PAS, získání času pro odpočinek a pro vyřízení osobních záležitostí.

Terénní služba – pondělí až čtvrtek 7.00 – 9.00 a 12.00 – 17.00, pátek 7.00 – 9.00 a 12.00 – 16.00, sobota 16.00-22.00 dle předchozí dohody s klientem služby. Ambulantní služba – pondělí až čtvrtek 15.00 – 18.00, sobota 8.00-12.00 na základě předchozí domluvy s uživatelem v prostorách AlFi, z.s.

Benjamín p.o. - Havířov

Adresa: Moskevská 1588/7a, 736 01 Havířov-Město

Telefon: 596 411 438, 596 411 544

Email: tatana.chmielova@nas-benjamin.cz

Web: https://www.benjaminpetrvald.cz/?page_id=224

Domov pro osoby se ZP

Cílová skupina: Děti a mladí se ZP, kteří prozatím nemohou vyrůstat v běžné rodině.

Konkrétně od 3 let do ukončení povinné školní docházky (nejdéle do 26 let), kteří mají: středně těžké, těžké, hluboké mentální postižení případně kombinované tzn. MP v kombinaci s tělesným, smyslovým nebo PAS

Popis služby: Kapacita je 24 dětí a primárně jsou přijímány děti ve věku 3-10let, s nařízenou ústavní výchovou, s rodinnou vazbou v Moravskoslezském kraji. Posláním Domova pro osoby se zdravotním postižením Benjamín středisko v Havířově je poskytnout odpovídající, bezpečné zázemí dětem se zdravotním postižením, které prozatím nemohou žít v rodinném prostředí. Prostřednictvím cílených aktivit děti podporujeme při znovunavázání rodinných vazeb a pomáháme jim při návratu do rodinného prostředí. S respektem k jejich potřebám usilujeme o začleňování dětí do společnosti a zapojení do aktivit, které prožívají jejich vrstevníci.

Nestátní zařízení DUHA

Adresa: Orlová-Lutyně, Mláďí 725

Telefon: 739 638 273

Email: DUHA.Orlova@seznam.cz

Web: ndz-duha.unas.cz

Centrum denních služeb

Cílová skupina: 25 zdravotně postižených osob ve věku 1 – 64 let

Popis služby: Kromě základních sociálních služeb poskytujeme i další činnosti

(hippoterapie, tkaní na tkalcovském stavu, keramické činnosti, výlety, ozdravné pobyty, kino, divadlo a mnoho dalších). Těchto činností se mohou účastnit i rodiče. Pondělí až pátek od 15.30 hod do 20.00 hod, sobota a neděle od 6.00 hod do 20.00 hod.

iTy z.s.

Adresa: Starý Jičín 34, 742 31

Telefon: 605 918 230

Email: ity@centrum.cz

Web: <https://www.ity-os.cz/nase-sluzby/respitni-centrum/>

Odlehčovací služba

Cílová skupina: Naš spolek si dal za cíl podporu rodin pečujících o děti a osoby s poruchou autistického spektra a s kombinovaným handicapem (ve věku od 6 do 26 let).

Popis služby: Sociální službu je nutné si objednat minimálně 5 pracovních dnů předem.

Hlavním cílem je řešit situaci rodičů a osob pečujících o děti s handicapem – převážně s poruchou autistického spektra. V pracovní dny úterý a středa od 9:30 do 13:30, čtvrtek od 13:30 do 17:30. Týdenní a víkendové hlídání dle aktuálních termínů na stránkách.

SLEZSKÁ DIAKONIE

Následující sociální služby všechny spadají pod Slezskou diakonii:

MATANA - Krnov

Adresa: Hlubčická 9, 794 01 Krnov

Telefon: 731 191 868

Email: matana@slezskadiakonie.cz

Web: <https://www.slezskadiakonie.cz/sluzby/lide-s-handicapem/strediska-pro-lidi-s-handicapem/centrum25>

Poradna rané péče

Cílová skupina: Služba je určena rodinám s dětmi od narození do 7 let věku z okresu

Bruntál, Opava, Nový Jičín, které vnímají odlišnosti ve vývoji svého dítěte s opožděným a odlišným vývojem (například v oblasti řeči, pohybu), s mentálním, pohybovým, kombinovaným postižením, s PAS, s ohroženým vývojem v důsledku předčasného narození.

Popis služby: Služba je poskytována v domácnostech rodin na Krnovsku, Bruntálsku,

Opavsku, Vítkovsku, Rýmařovsku, Kravaňsku, Hlučínsku a Novojičínsku. Terénní forma ve všední dny od 8 do 18hod. Ambulantní v úterý od 8:00 do 18:30 nebo dle domluvy. Kapacita je 53 rodin.

SALOME Bohumín

Adresa: Štramberská 2871/47, 703 00, Ostrava

Telefon: 703 434 862

Email: salome@slezskadiakonie.cz

Web: <https://www.slezskadiakonie.cz/sluzby/lide-s-handicapem/strediska-pro-lidi-s-handicapem/centrum28>

Poradna raná péče

Cílová skupina: Děti od narození do 7 let věku s nerovnoměrným vývojem nebo zdravotním postižením, včetně mentálního a kombinovaného postižení, vývojových poruch, poruch PAS, tělesného postižení, těžkých poruch komunikace a ohroženého psychomotorického vývoje.

Popis služby: Služba je poskytována terénní a ambulantní službou ve městě Bohumín (městské části), obcích v okolí Bohumína do 20 km a Ostravě (všechny městské obvody Ostravy). Forma terénní – po předchozí domluvě s poradcem. Ambulantní forma také po předchozí domluvě v kancelářích Poradny rané péče, Nerudova 1041, Bohumín. Maximální kapacita služby je 20 rodin.

Sociálně aktivizační služba

Cílová skupina: Děti se zdravotním postižením od 2 do 11 let a mladým lidem od 12 do 26 let s tělesným, mentálním nebo kombinovaným postižením, vývojovými poruchami, PAS a těžkými poruchami komunikace

Popis služby: Služby se poskytují na adrese Nerudova 1041, 735 81 Bohumín v době od pondělí do pátku 8:00 – 15:30. Kapacita je 6 klientů na danou aktivitu. Služba je poskytována zdarma. Cílem je rozvoj sociálních dovedností a vytvoření podmínek pro integraci dětí mezi zdravé vrstevníky v rámci sociálního začleňování.

EUNIKA - Karviná

Adresa: Kašparova 2978/1, 733 01 Karviná - Hranice

Telefon: 731 670 761

Email: vedouci.eunika@slezskadiakonie.cz

Web: <https://www.slezskadiakonie.cz/sluzby/lide-s-handicapem/strediska-pro-lidi-s-handicapem/centrum27>

Raná péče

Cílová skupina: od narození do 7 let věku dítěte s nerovnoměrným vývojem nebo zdravotním postižením včetně mentálního a kombinovaného postižení, vývojovými poruchami, poruchami PAS, tělesným postižením, těžkých poruch komunikace a ohroženým psychomotorickým vývojem.

Popis služby: Služba je poskytována ve městech Karviná, Frenštát pod Radhoštěm, Frýdek-Místek, Orlová a v jejich okolních obcích. Služba je poskytována formou návštěv poradce v domácnosti uživatele.

Sociálně aktivizační služba

Cílová skupina: Cílovou skupinou sociálně aktivizační služby pro osoby se zdravotním postižením jsou osoby ve věku od 3–20 let s mentálním, tělesným postižením, DMO, kombinovaným postižením a s PAS.

Popis služby: Služba je poskytována uživatelům ambulantně, případně terénně na území města Karviné. Služba je poskytována individuálně, případně ve skupinových blocích po dohodě se sociálním pracovníkem.

LYDIE – Český Těšín

Adresa: Třanovského 1758/10, 737 01 Český Těšín

Telefon: 737 117 998

Email: lydie@slezskadiakonie.cz

Web: <https://www.slezskadiakonie.cz/sluzby/lide-s-handicapem/strediska-pro-lidi-s-handicapem/centrum15>

Raná péče

Cílová skupina: od narození do 7 let věku dítěte s nerovnoměrným vývojem nebo zdravotním postižením včetně mentálního a kombinovaného postižením, vývojovými poruchami, poruchami PAS, tělesným postižením, těžkých poruch komunikace a ohroženým psychomotorickým vývojem.

Popis služby: Posláním rané péče LYDIE je pomáhat rodině poznat, pochopit a naplnit potřeby svého dítěte a nalézt nejvhodnější cestu, která by pomohla dítěti vyrůst v rodině a začlenit se do společnosti. Ranou péčí poskytujeme v oblasti Těšínska, Třinecka, Jablunkovska a Frýdlantska.

Sociálně aktivizační služba

Cílová skupina: Děti a mladí dospělí se zdravotním postižením od 2 do 26 let, kteří jsou z důvodu svého postižení nebo projevů chování ohroženi sociálním vyloučením s tělesným, mentálním nebo kombinovaným postižením, vývojovými poruchami, PAS a těžkými poruchami komunikace.

Popis služby: Formy poskytování sociální služby: ambulantní, terénní. Sociálně aktivizační služby LYDIE pomáhají rozvíjet a uplatnit naučené dovednosti dětí a mladých dospělých se zdravotním postižením v jejich přirozeném prostředí. Služba se zaměřuje na uživatele a jeho individuální potřeby.

Odlehčovací služba

Cílová skupina: Děti a mladí dospělí se zdravotním postižením od 2 do 26 let, kteří jsou z důvodu svého postižení nebo projevů chování ohroženi sociálním vyloučením s tělesným, mentálním nebo kombinovaným postižením, vývojovými poruchami, PAS a těžkými poruchami komunikace.

Popis služby: Posláním odlehčovacích služeb LYDIE, je zajistit dětem a mladým dospělým se zdravotním postižením bezpečné, podnětné prostředí a odbornou péči odpovídající individuálním potřebám uživatele. Zároveň umožnit pečujícím osobám potřebný čas k odpočinku, regeneraci a vyřízení osobních záležitostí.

Duhový dům - Ostrava

Adresa: Klostermannova 1586/25, 709 00 Ostrava –Mariánské Hory a Hulváky

Telefon: 736 757 533, 730 811 309

Email: n.simikova@slezskadiakonie.cz

Web: <https://www.slezskadiakonie.cz/sluzby/lide-s-handicapem/strediska-pro-lidi-s-handicapem/centrum44>

Odlehčovací služba

Cílová skupina: Osoby se zdravotním postižením ve věku od 5 do 65 let, jejichž zdravotní stav vyžaduje celodenní péči jiné osoby pro zajištění základních životních potřeb a udržení kvality života (uživatel služby). Osoby s těžkým tělesným postižením, tělesným postižením v kombinaci s dalším (MP, PAS, smyslové postižení) a s mentálním postižením.

Popis služby: Odlehčovací služba je poskytována jako pobytová služba s přechodným pobytem ve středisku DUHOVÝ DŮM Ostrava. Uživatel využívá službu v rozsahu 24 hodin po dobu nejdéle 3 měsíců. Služba má kapacitou 6 odlehčovacích lůžek ve dvojlůžkových pokojích. Posláním odlehčovací služby je zajistit dětem a dospělým osobám s mentálním, tělesným či kombinovaným postižením individuální péči a pomoc a zastoupit tak pečující osobu, která potřebuje využít čas k odpočinku, regeneraci a vyřízení osobních záležitostí.

PRAKTICKÁ ČÁST

4 Výzkumné šetření

V rámci praktické části jsem zkoumala povědomí rodičů dětí s PAS a MR o možnostech využívání sociálních služeb na území Zlínského a Moravskoslezského kraje. Díky své práci v sociálních službách a praxi, kterou jsem během studia na vysoké škole absolvovala, jsem dospěla k pocitu, že povědomí o možnostech využívání sociálních služeb, není dostatečné. Během studia literatury, jsem zaznamenala i myšlenku, že ačkoliv jsou odlehčovací služby pro rodiče, dle mého pohledu důležité, není jich dostatek. Proto jsem se rozhodla v praktické části zabývat právě možnostmi využívání služeb pro danou klientelu. Zaměřila jsem se především na to, jak velké je povědomí o sociálních službách a jaké služby jsou nejvyužívanější.

4.1. Cíl, výzkumné otázky a předpoklady, stanovení hypotéz

Cílem výzkumného šetření je povědomí o možnostech využívání sociálních služeb pro rodiče dětí s PAS a MP na území Zlínského a Moravskoslezského kraje.

Výzkumné otázky

1. Znájí rodiče sociální služby ve svém okolí, které mohou využívat?
2. Jaká věková skupina služby nejvíce využívá?
3. Která sociální služba je nejvíce využívána?
4. Z jakého důvodu rodiče nevyužívají sociální služby?
5. Kde by si přáli rodiče dětí s PAS a MR získat prvotní informace o možnostech využívání sociálních služeb?

Výzkumné předpoklady

1. Rodiče dětí s PAS a MR nemají povědomí o možnostech využívání sociálních služeb a neznají ani služby v okolí.
2. Sociální služby jsou využívány spíše staršími dětmi.
3. Nejvíce využívaná služba je raná péče.
4. Rodiče nevyužívají sociální služby, jelikož nejsou dostatečně informováni.
5. Nejčastěji by si přáli rodiče dostat informace o sociálních službách u lékaře (pediatra, psychologa či psychiatra).

Stanovení hypotéz

1. H (a) Existuje staticky významný rozdíl v míře informovanosti o možnostech využívání sociálních služeb pro děti s PAS a MR v Moravskoslezském a Zlínském kraji.
H (0) Neexistuje staticky významný rozdíl v míře informovanosti o možnostech využívání sociálních služeb pro děti s PAS a MR v Moravskoslezském a Zlínském kraji.
2. H (a) Informovanost o sociálních službách má vliv na jejich využívání.
H (0) Informovanost o sociálních službách nemá vliv na jejich využívání.
3. H (a) Rodiče dětí s PAS a MR ve věkovém rozmezí 0-7 let, využívají sociální služby více než rodiče dětí 8-26 let.
H (0) Rodiče dětí s PAS a MR ve věkovém rozmezí 0-7 let, využívají sociální služby méně než rodiče dětí 8-26 let.
4. H (a) Existuje statisticky významný rozdíl ve využívání druhů sociálních služeb.
H (0) Neexistuje statisticky významný rozdíl ve využívání druhů sociálních služeb.

4.2. Výzkumný soubor

Výběrový soubor je tvořen z rodičů dětí a mladých dospělých (do 26let) s primární diagnózou PAS, MR a kombinované postižení. Sběr dat byl uskutečněn skrze online dotazník, který jsem pro tento účel vytvořila na platformě survio. Dotazník byl sdílen na sociálních sítích (Facebook) ve skupinách pro rodiče dětí s danou diagnózou. Také byl zaslán emailem do sociálních služeb, škol a školek s působištěm ve Zlínském a Moravskoslezském kraji, s žádostí o přeposlání rodičům. Odpověděly dvě zařízení (sociální služby, spolek), jedna MŠ a jedna základní škola. Sběr dat skrze dotazník probíhal od 28.3.2022 do 14.4.2022, tedy 18 dní. Respondentů, kteří vyplnili dotazník bylo celkem 97 a skrze první tři otázky bylo zkontrolováno, zda odpovídá bydliště, diagnóza a jestli se jedná o dítě (mladého dospělého). Nejvíce odpovědí bylo od rodičů dětí ve věku 7-15 let. Nejčastější diagnózou PAS, často v kombinaci s MR.

4.3. Specifikace metod sběru dat

Pro praktickou část jsem zvolila kvantitativní výzkum, metodou dotazníkového šetření. Dle Skutila (2011) patří mezi důležité rysy kvantitativního možnost měření určitých jevů za pomoci čísel. Jde lze o činnost, která se řídí určitým systémem a za pomoci metod získávání zkušeností se ověřují a testují hypotézy. Ty jsou založeny na teorii a předpokladech vztahů mezi určitými jevy. Švaříček a Šed'ová (2007, s.22) uvádějí, že „*výstupem výzkumu je ověření určité hypotézy či teorie.*“

Ve výzkumu se může řešit i více než jeden výzkumný problém. Pokud postupujeme dle systému, který obsahuje určité související kroky výsledkem nám v tomto případě bude řešení vědeckého problému. A to i v případě, kdy kroky nenásledují ve stejném pořadí. Můžeme však říct, že základním schématem postupu je:

- Stanovení problému
- Formulace hypotézy
- Testování neboli verifikace (ověření) hypotézy
- Vyvození závěrů a jejich prezentace (Chráška, 2016)

Do kvantitativního výzkumu, můžeme zařadit takzvaně empirické metody, mezi které patří například dotazník, pozorování, různé škály či rozhovor a další. Setkat se zde také můžeme s pojmem základní soubor neboli populace. Patří zde všechny osoby nebo věci či situace, které v rámci výzkumu zkoumáme. Menší skupinou, tedy jen výběr ze základního souboru, je poté výběrový soubor. (ibid)

Pro vyhodnocení statických metod byl použit test Chí-kvadrát. Prvním krokem v tomto testu je vytvoření dvou protikladných hypotéz. Takzvané nulové a alternativní. U nulové hypotézy můžeme předpokládat, že mezi sledovanými úkazy není souvislost či rozdíl. U alternativní hypotézy předpokládáme přesný opak, tedy že se sledované jevy navzájem ovlivňují nebo je mezi nimi rozdíl. (Skutil, 2016)

U testu významnosti, v tomto případě chí-kvadrátu, je cílem určit testové kritérium. Pozorujeme zde dvě četnosti. Pozorovanou četnost, která je získána z výběrového souboru, tedy skutečná hodnota a očekávanou četnost, ta odpovídá nulové hypotéze. Pro určení testového kritéria odečteme od pozorované četnosti četnost očekávanou. (ibid)

Využit se k výpočtům dají i počítačové programy jako je MS Excel nebo Statistica. (Chráska, 2016) Při výpočtech jsem zvolila právě program MS Excel, který mi výpočty urychlil a usnadnil.

Jak bylo zmíněno již výše, metodou tohoto kvantitativního výzkumu byl dotazník. Ten Skutil (2011, s.80) definuje jako: „*snad nejrozšířenější pedagogickou technikou vůbec. Je používán i v sociologických, demografických a dalších šetřeních zabývajících se člověkem. Podstatou dotazníku je zjištění dat o respondentovi, ale i jeho názorů a postojů k problémům, které dotazujícího zajímají.*“

Dotazník se skládá z písemných otázek neboli položek, které by měly být logicky sestaveny a napsány srozumitelně. Nejčastěji se v dotazníku můžeme setkat se dvěma základními druhy položek. První je nestrukturovaná, jinými slovy otevřená a jedná se o otázku, na kterou respondent odpovídá vlastními slovy a nejsou zde na výběr žádné možnosti. Nevýhodou zde můžeme spatřit ve vyhodnocování, která se pro tazatele stává složitě pro velký počet jednotlivých odpovědí. Ty při vyhodnocování musí seřadit na zvolené kategorie čímž se může stát, že se informace ztratí. U uzavřených otázek neboli strukturovaných, jsou již předem zvoleny typy a počty odpovědí. Je zde tedy mnohem snazší vyhodnocování. Ale nevýhodou zůstává, že se respondenti musí vtěsnat do určité odpovědi. (Chráska, 2016)

Můžeme se setkat i s otázkami polouzavřenými, ty definuje Skutil (2011, s. 83) jako: „*tento typ otázek nejprve nabízí varianty odpovědi jako otázky uzavřené, ale následně umožňuje dovysvětlení.*“ Tedy často je pod nabízenými odpověďmi odpověď „Jiná“, kde může respondent odpovědět vlastními slovy, v případě, že mu žádná z nabízených odpovědí nevyhovuje. (Skutil, 2011). V rámci dotazníku, který jsem pro výzkum využila, jsem použila všechny tři typy otázek.

4.4. Výsledky výzkumného šetření

Dotazování bylo formou online dotazníku, ke kterému byl přístup přes odkaz. Díky platformě Survio, jsem mohla průběžně kontrolovat odpovědi a počet respondentů. Úspěšnost dotazníku byla 54,8% (statistika otevření x vyplnění) a průměrný čas vyplňování 2-5min.

Dotazník měl celkem 11 otázek. Z toho bylo 6 uzavřených, 4 polouzavřené a 1 otevřená. Základními údaji a zároveň kontrolními dotazy, kterými dotazník začínal, byl dotaz na věk dítěte, místo bydliště a diagnóza.

Celkem odpovědělo 97 respondentů, z toho 64,9% z Moravskoslezského kraje a 35,1% ze Zlínského kraje. Nejčastější odpovědi na věk dítěte, bylo 7-15 let. Odpovědi: raný věk (0-7let)

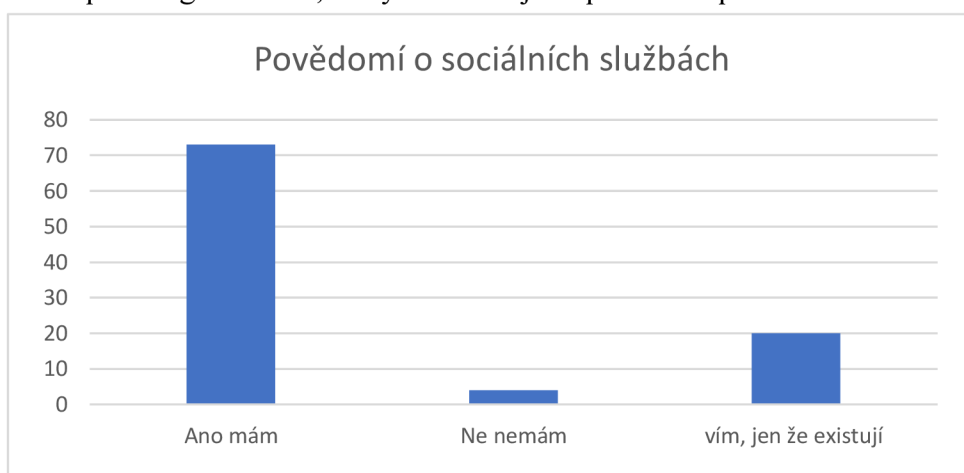
a 15-26 let bylo přibližně stejně. Nejčastěji se vyskytovala diagnóza autismus, často v rámci kombinovaného postižení.

4.4.1. Výzkumné předpoklady

Výzkumný předpoklad č. 1

Rodiče dětí s PAS a MR nemají povědomí o možnostech využívání sociálních služeb a neznají ani služby v okolí.

Jak vyplývá z tabulky č.2 z 97 respondentů odpovědělo 75% kladně a jen 4% záporně. Zbýlých 21% na otázku zda mají povědomí o možnostech využívání sociálních služeb pro své dítě, odpověděla, že ví o jejich existenci, ale nic podrobnějšího ne. Pro lepší zobrazení, je tabulka č.2 doplněna grafem č.1, který znázorňuje odpovědi respondentů.

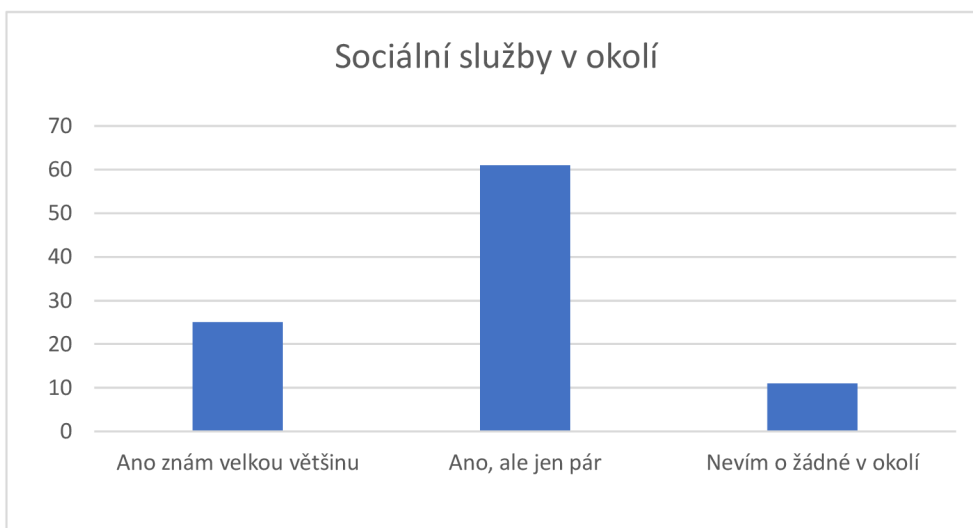


Graf č.1: Povědomí rodičů o sociálních službách

Mají rodiče povědomí o možnostech využívání sociálních služeb?				
	Ano, mám	Ne, nemám	Vím že, existují, více nic	
Absolutní četnost	73	4	20	97
Relativní četnost	75%	4%	21%	100%

Tabulka č.3: Povědomí rodičů o sociálních službách

Doplňující otázkou bylo, zda rodiče znají sociální služby, které se nachází v jejich okolí. Zde si plně vědomí sociálních služeb již bylo jen 26%, pár služeb v okolí znalo 63% a o žádné službě zde neví 11%. Tabulka je opět doplněna i grafem (graf č.2).



Graf č.2: Znalost sociálních služeb v okolí

Znají rodiče sociální služby ve svém okolí?				
	Ano znám, ale jen pár	Nevím o žádné v okolí	Ano, znám velkou většinu	
Absolutní četnost	61	11	25	97
Relativní četnost	63%	11%	26%	100%

Tabulka č.4: Znalost sociálních služeb v okolí

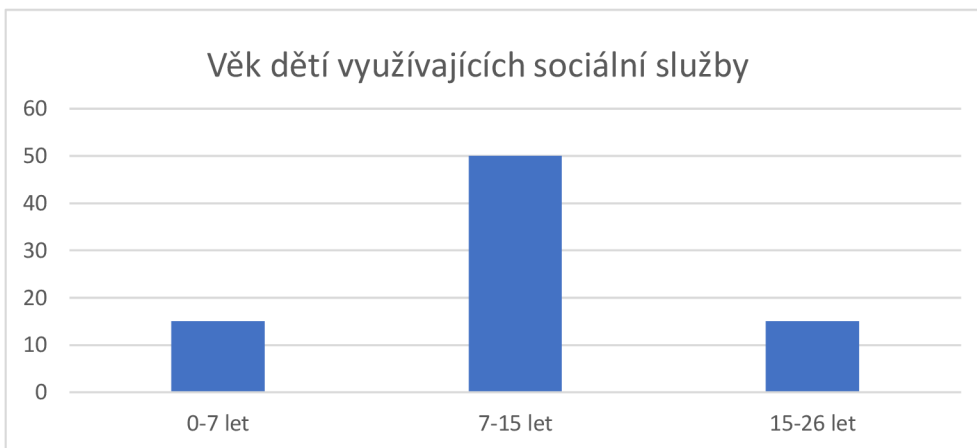
Na základě odpovědí respondentů se výzkumný předpoklad č.1 neprokázal. Ale v tabulce č.2 můžeme vidět, že povědomí o sociálních službách, které se nachází v okolí už tak velká není.

Výzkumný předpoklad č. 2

Sociální služby jsou využívány spíše staršími dětmi (8-26 let)

Z celkem 97 respondentů odpovědělo 80, že sociální služby využívá nebo využívali. Z toho ze 63 % se jedná o děti ve věku 7-15 let, které sociální služby stále navštěvuje nebo někdy navštěvovaly. Děti ve věku 0-7 a 15-26 využívá či využívalo sociální služby ve stejné míře 19% dětí či mladých dospělých (tabulka č.4 a graf č.3). Pro přesné šetření výzkumného předpokladu, je přidán graf č.4 a tabulka č.5, ve které jsou děti rozděleny dle věku jen do dvou skupin. Raný věk, který je zde obsazen jen 19% a zbylých 81% zabírají děti 7-26let.

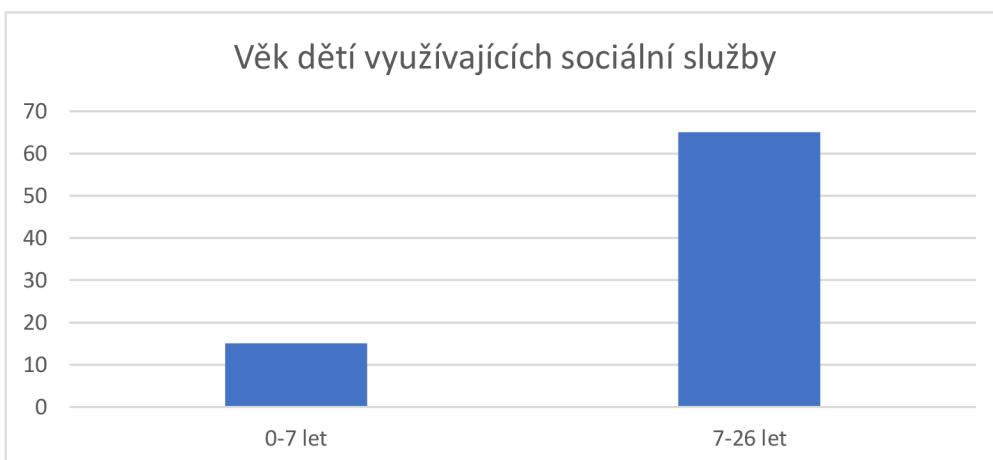
Podle tabulek, vzniklých z odpovědí respondentů se tedy výzkumný předpoklad č.2 prokázal.



Graf č.3: Věk dětí využívajících sociální služby (1)

Věk dětí, které využívají, či využívali sociální služby				
	0-7 let	7-15 let	15-26 let	
Absolutní četnost	15	50	15	80
Relativní četnost	19%	63%	19%	100%

Tabulka č.5: Věk dětí využívajících sociální služby (1)



Graf č.4: Věk dětí využívajících sociální služby (2)

Věk dětí, které využívají, či využívali sociální služby			
	0-7 let	7-26 let	
Absolutní četnost	15	65	80
Relativní četnost	19%	81%	100%

Tabulka č.6: Věk dětí využívajících sociální služby (2)

Výzkumný předpoklad č. 3

Nejvíce využívaná služba rodinami s dětmi s diagnózou PAS a MR je raná péče.

Při odpovídání respondentů na tuto otázku, měli možnost vybrat více možností. Celkem odpovědí je zde 126 což tvoří 100% výchozích procent. Nejvyšší počet procent zde tvoří raná péče, kterou využívá 39 respondentů na druhém místě je zde odlehčovací služba s 21% a těsně za ní sociálně aktivizační služby s 20%. Z vyšších čísel je ještě poměrně dost využívané odborné sociální poradenství, které využívá 18% rodin z celkového počtu využívaných služeb. Mezi nejméně využívané patří osobní asistence se 7% a jen 3% využívá denní stacionář.

Vzhledem k odpovědím respondentů a grafům z nich vytvořených se výzkumný předpoklad č. 3 potvrdil.



Graf č.5: Druhy sociálních služeb

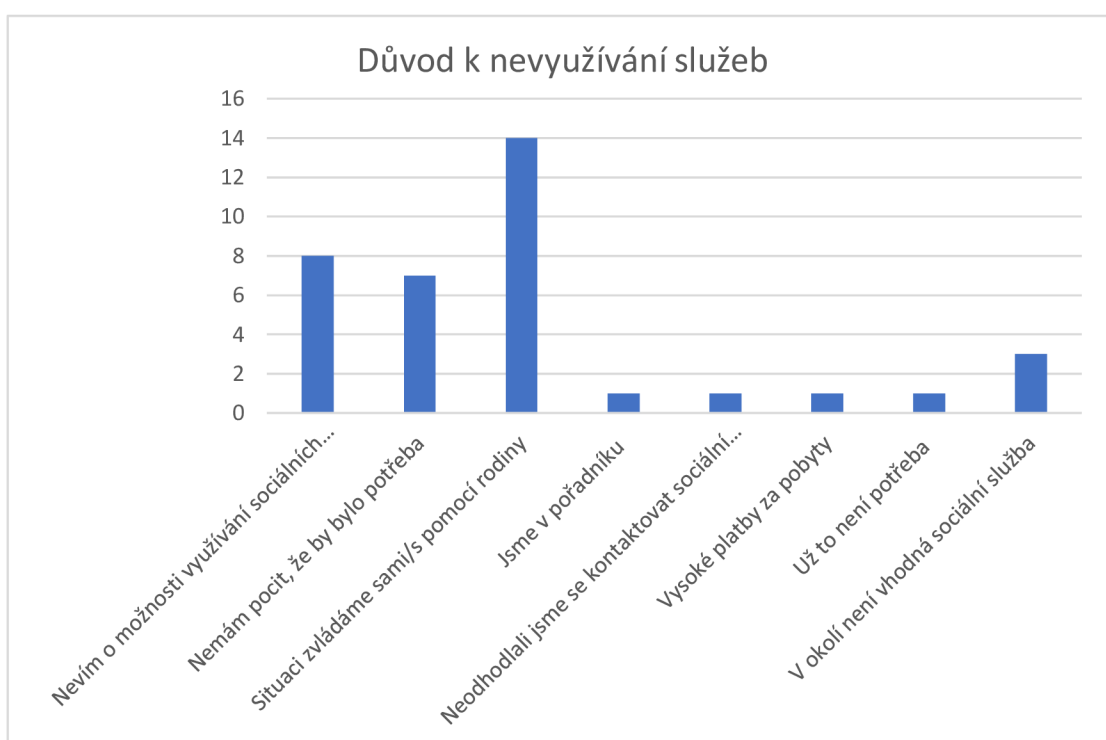
Druhy využívaných sociálních služeb							
	Raná péče	Odlehčovací služba	Osobní asistent	Sociálně aktivizační služba	Denní stacionář	Odborné poradenství	
Absolutní četnost	39	26	9	25	4	23	126
Relativní četnost	31%	21%	7%	20%	3%	18%	100%

Tabulka č.7: Druhy sociálních služeb

Výzkumný předpoklad č. 4

Rodiče nevyužívají sociální služby, jelikož nejsou dostatečně informováni.

V rámci 8. otázky dotazníku, měli respondenti uvést z jakého důvodu nevyužívají sociální služby. Ať už služby nevyužívali nikdy, tak i v případě, že je využívat přestali. Jednalo se o otázku polouzavřenou. Z nabízených odpovědí byla nejčastěji vybrána odpověď, že situaci zvládají sami nebo s pomocí rodiny či přátel. Tuto odpověď zvolilo 18 osob z celkové počtu 48 což je 38%. Druhou nejčastější odpovědí bylo, že neví o možnosti využívání sociálních služeb. To bylo v 27% případů. Třetí nejčastější odpovědí bylo: „Nemám pocit, že by to bylo potřeba.“ Takto odpovědělo 10 respondentů, tedy 21%. Dalších 7 osob nabídlo svou vlastní odpověď. V 6% se jednalo o nenalezení vhodné služby v okolí. A 5x po 2% byly odpovědi: Už to není potřeba, jsme v pořádku, neodhodlali jsme se službu kontaktovat a poslední 2% zastoupení byly vysoké platby za služby.



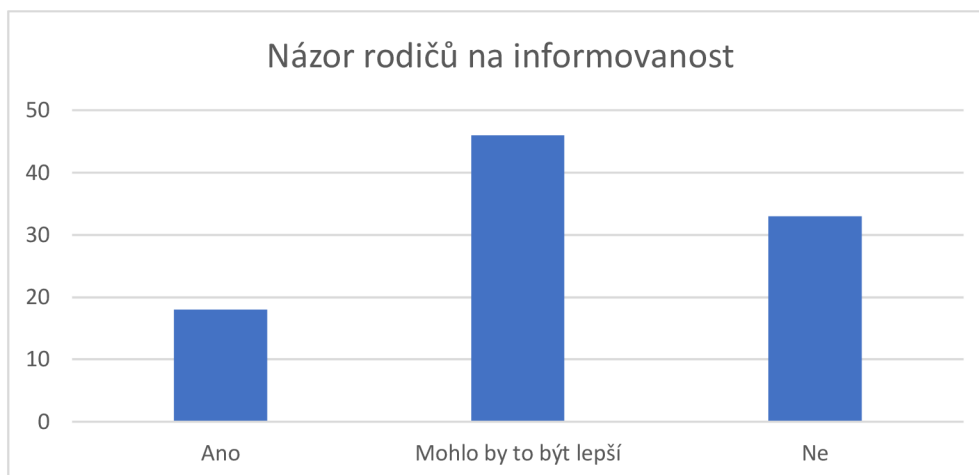
Graf č.6: Důvody nevyužívání sociálních služeb

Z jakého důvodu nevyužívají sociální služby?									
	Nemám povědomí o možnosti využívání	Nemám pocit, že by bylo potřeba	Situaci zvládáme sami/s rodinou	Jsem v pořádku	Neodhodlali jsme se kontaktovat	Vysoké platby za pobyty	Už to není potřeba	V okolí není vhodná sociální služba	
Absolutní četnost	13	10	18	1	1	1	1	3	48
Relativní četnost	27%	21%	38%	2%	2%	2%	2%	6%	100%

Tabulka č.8: Důvody nevyužívání sociálních služeb

Další otázkou pro rodiče bylo, zda si myslí, že je dostatečná informovanost o sociálních službách. Odpovědi byly uzavřené. Nabízeny byly odpovědi ano, mohlo by to být lepší a ne.

Téměř polovina respondentů 47% odpověděla, že si myslí, že by to mohlo být lepší. Dalších 34% odpovědělo ne – tedy nemyslí si, že by bylo dostatečné povědomí. A zbylých 19% odpovědělo ano.



Graf č.7: Názor rodičů na informovanost

Je dle rodičů dostatečná informovanost?				
	Ano	Mohlo by to být lepší	Ne	
Absolutní četnost	18	46	33	97
Relativní četnost	19%	47%	34%	100%

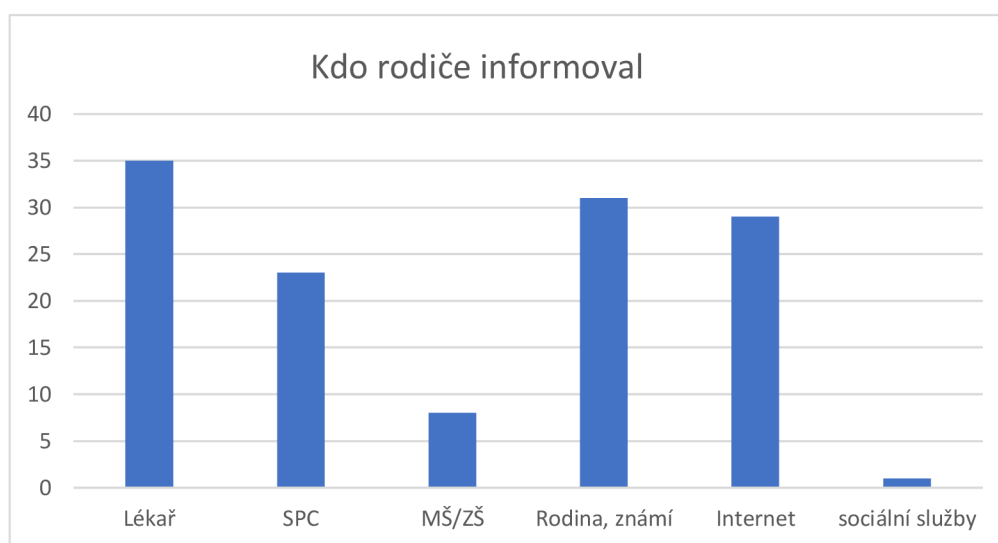
Tabulka č.9: Názor rodičů na informovanost

Dle tabulky č.7 a grafu č.6 není možné výzkumný předpoklad č.4 potvrdit. Ale informovanost zde byla zastoupena, jako důvod k nevyužívání, hned na druhém místě. Současně když vezmeme v úvahu i odpovědi rodičů, bylo by možno že v případě více respondentů by neinformovanost mohla být téměř rovnoměrně zastoupena.

Výzkumný předpoklad č. 5

Nejčastěji by si přáli rodiče dostat informace o sociálních službách u lékaře (pediatra, psychologa či psychiatra).

V tabulce č.9 můžeme vidět, kde rodiče dostali informaci o možnosti využívání sociálních služeb. Jednalo se opět o polouzavřenou otázku. Vlastní odpověď zaznamenal však jen jeden respondent tedy 1% z celku. O více možnostech využívání sociálních služeb se dozvěděl, z jiné sociální služby. Ze základní školy, či mateřské školky se o sociálních službách dozvědělo 6% respondentů. 3x více procent tedy 18% rodičů dostali informace v SPC, 23% si sociální služby vyhledalo na internetu. Dva největší zdroje o možnosti využívání sociálních služeb se ukázaly jako rodina a známí či maminky ze školy v 24% a lékař, který informoval 28% rodičů.



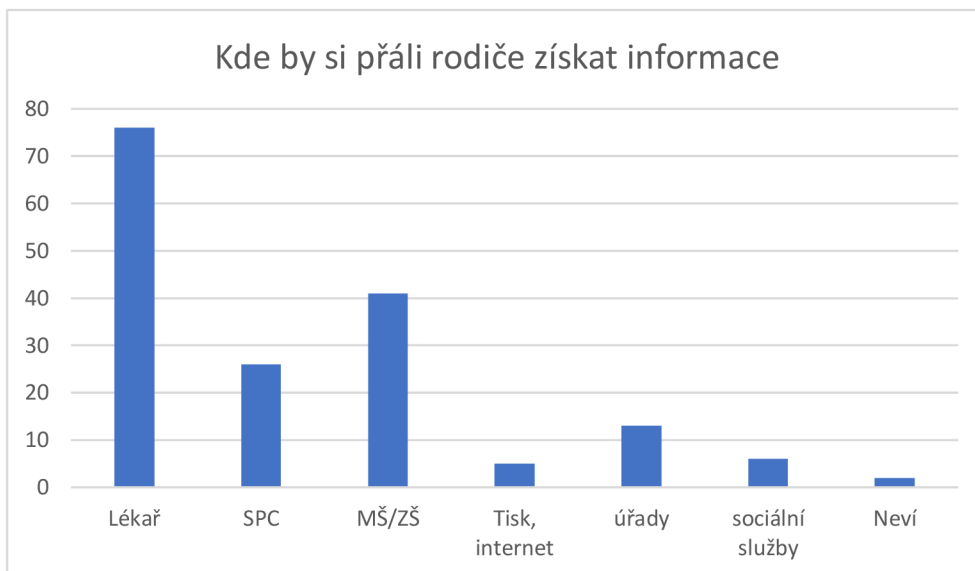
Graf č.8: Kdo informoval rodiče o sociálních službách

Kde se rodiče dozvěděli o možnosti využívání sociálních služeb?							
	Lékař	SPC	MŠ/ZŠ	Rodina, známí	Internet	Sociální služby	
Absolutní četnost	35	23	8	31	29	1	127
Relativní četnost	28%	18%	6%	24%	23%	1%	100%

Tabulka č.10: Kdo informoval rodiče o sociálních službách

Poslední otázkou v dotazníku byla otevřená otázka, kde by si rodiče přáli dostat primárně informace o možnosti využívání sociálních služeb. Odpovědi jsem rozdělila podle kategorií do 7 skupin. Nejčastěji se objevovala kategorie lékař (pediatr, psycholog, psychiatr, praktický lékař atd.), ta dosáhla 45% což bylo ze všech odpovědí 76 respondentů. Na druhém místě s 24% se objevila kategorie základní školy a mateřské školky, kde byl zmiňován i speciální pedagog. V rámci vyšších procent se objevilo i SPC, kde by si přálo více informací 15% rodičů. Mezi nižší hodnoty patřily úřady (sociální pracovníce, sociální odbor města) s 8%, další 4%

zmiňovali, že by mohli dostat informace o dalších službách od sociálních služeb, které nyní využívají. Poslední zastoupení 3% by si přáli se více dozvědět v tisku (letáčky) nebo na informačních portálech na internetu.



Graf č.9: Získání informací

Kde by si rodiče přáli se dozvědět o sociálních službách?								
	Lékař	SPC	MŠ/ZŠ	Tisk, internet	Úřady	Sociální služby	Neví	
Absolutní četnost	76	26	41	5	13	6	2	169
Relativní četnost	45%	15%	24%	3%	8%	4%	1%	100%

Tabulka č.11: Získání informací

Výzkumný předpoklad č.5 můžeme díky odpovědím respondentům, které jsou zpracované v tabulce č.9 potvrdit. Za úvahu zde stojí i nová informace, že by rodiče byli rádi za větší osvětu o sociálních službách v základních školách či mateřských školách.

4.4.2. Statistické testování hypotéz – metoda Chí-kvadrát

Hypotéza č.1

- H (a) Existuje staticky významný rozdíl v míře informovanosti o možnostech využívání sociálních služeb pro děti s PAS a MR v Moravskoslezském a Zlínském kraji.
- H (0) Neexistuje staticky významný rozdíl v míře informovanosti o možnostech využívání sociálních služeb pro děti s PAS a MR v Moravskoslezském a Zlínském kraji.

Zlínský kraj	Ano	Vím	Ne	
Absolutní četnost	27	5	2	34
Relativní četnost	79%	15%	6%	100%
Moravskoslezský	Ano	Vím	Ne	
Absolutní četnost	46	15	2	63
Relativní četnost	73%	24%	3%	100%

Tabulka č.12: Četnosti povědomí v krajích

Pozorované četnosti (P)				n _j
	Ano	Vím	Ne	
Zlínský	27	5	2	34
Moravskoslezský	46	15	2	63
n _i	73	20	4	97
Očekávané četnosti (O)				(n _i *n _j)/n
	Ano	Vím	Ne	
Zlínský	25,588	7,010	1,402	
Moravskoslezský	47,412	12,990	2,598	
Testovací kritérium				(P-O) ² /O
	Ano	Vím	NE	
Zlínský	0,078	0,576	0,255	
Moravskoslezský	0,042	0,311	0,138	

Tabulka č.13a: tabulka k testu zamítnutí nulové hypotézy č.1

Výsledné číslo	1,400
Stupeň volnosti	2
Kritická hodnota dle tabulek (0,05)	5,991
Porovnání kritické hodnoty a výsledného čísla	1,4 < 5,99
Závěr	
Výsledné číslo kritickou hodnotu nepřevyšuje. Proto se přikláníme k nulové hypotéze.	

Tabulka č.13b: tabulka k zamítnutí nulové hypotézy č.1

Pomocí testu Chí-kvadrátu bylo zjištěno, že nulovou hypotézu nelze zamítnout.

Hypotéza č.2

H (a) Informovanost o sociálních službách má vliv na jejich využívání.

H (0) Informovanost o sociálních službách nemá vliv na jejich využívání.

	Ano, využíváme	Už ne	Nikdy nevyužívali	
Ano, mám.	52	16	5	73
	71%	22%	7%	100%
Ne, nemám	1	1	2	4
	25%	25%	50%	100%
Vím, jen že existují.	7	3	10	20
	35%	15%	50%	100%

Tabulka č.14: Četnosti využívání a povědomí o službách

Pozorované četnosti (P)				n _j
	Ano	už ne	Nikdy	
Ano, mám.	52	16	5	73
Ne, nemám	1	1	2	4
Vím, jen že existují.	7	3	10	20
n _i	60	20	17	97
Očekávané četnosti (O)				(n _i *n _j)/n
	Ano	už ne	Nikdy	
Ano, mám.	45,155	15,052	12,794	
Ne, nemám	2,474	0,825	0,701	
Vím, jen že existují.	12,371	4,124	3,505	
Testovací kritérium				(P-O) ² /O
	Ano	už ne	Nikdy	
Ano, mám.	1,038	0,060	4,748	
Ne, nemám	0,878	0,037	2,407	
Vím, jen že existují.	2,332	0,306	12,035	

Tabulka č.15a: tabulka k zamítnutí nulové hypotézy č.2

Výsledné číslo	23,841
Stupeň volnosti	4
Kritická hodnota dle tabulek (0,05)	9,488
Porovnání kritické hodnoty a výsledného čísla	23,84 > 9,49
Závěr	
Výsledné číslo kritickou hodnotu převyšuje, proto se přikláníme k alternativní hypotéze.	

Tabulka č.15b: tabulka k zamítnutí nulové hypotézy č.2

Pomocí testu Chí-kvadrátu bylo zjištěno, že nulovou hypotézu lze zamítnout.

Hypotéza č.3

H (a) Rodiče dětí s PAS a MR ve věkovém rozmezí 0-7 let, využívají sociální služby více než rodiče dětí 8-26 let.

H (0) Rodiče dětí s PAS a MR ve věkovém rozmezí 0-7 let, využívají sociální služby méně než rodiče dětí 8-26 let.

	Ano	Už ne	Nikdy	
0-7 let	13	2	5	20
	65%	10%	25%	100%
7-26 let	47	18	11	76
	62%	24%	14%	100%

Tabulka č.16: Četnosti využívání dle věku uživateli

Pozorované četnosti (P)				
	Ano	už ne	Nikdy	n_j
0-7 let	13	2	6	21
7-26 let	47	18	11	76
n_i	60	20	17	97
Očekávané četnosti (O)				
	Ano	už ne	Nikdy	$(n_i * n_j) / n$
0-7 let	12,990	4,330	3,680	
7-26 let	47,010	15,670	13,320	
Testovací kritérium				$(P-O)^2/O$
	Ano	už ne	Nikdy	
0-7 let	0,0000082	1,254	1,462	
7-26 let	0,0000023	0,346	0,404	

Tabulka č.17a: tabulka k zamítnutí nulové hypotézy č.3

Výsledné číslo	3,466
Stupeň volnosti	2
Kritická hodnota dle tabulek (0,05)	5,991
Porovnání kritické hodnoty a výsledného čísla	$3,47 < 5,99$
Závěr	
Výsledné číslo kritickou hodnotu nepřevyšuje. Proto se přikláníme k nulové hypotéze.	

Tabulka č.17b: tabulka k zamítnutí nulové hypotézy č.3

Pomocí testu Chí-kvadrátu bylo zjištěno, že nulovou hypotézu nelze zamítnout.

Hypotéza č.4

H (a) Existuje staticky významný rozdíl ve využívání druhů sociálních služeb.

H (0) Neexistuje staticky významný rozdíl ve využívání druhů sociálních služeb.

	Raná péče	Odlehčovací služba	Osobní asistent	Sociálně aktivizační služba	Denní stacionář	Odborné poradenství	
Absolutní četnost	39	26	9	25	4	23	126
Relativní četnost	31%	21%	7%	20%	3%	18%	100%

Tabulka č.18: Četnosti využívání služeb

	Pozorovaná četnost (P)	Očekávaná četnost (O)	Testovací kritérium
Raná péče	39	18	24,500
Odlehčovací služba	26	18	3,556
Sociálně aktivizační služby	25	18	2,722
Odborné sociální poradenství	23	18	1,389
Osobní asistence	9	18	4,500
Denní stacionář	4	18	10,889
Pečovatelské služby	0	18	18,000
Σ	126	126	65,556

Tabulka č.19a: tabulka k zamítnutí nulové hypotézy č.4

Výsledné číslo	65,556
Stupeň volnosti	6
Kritická hodnota dle tabulek (0,05)	12,592
Porovnání kritické hodnoty a výsledného čísla	65,56 > 12,59
Závěr	
Výsledné číslo převyšuje kritickou hodnotu, proto se přikláníme k alternativní hypotéze.	

Tabulka č.19b: tabulka k zamítnutí nulové hypotézy č.4

Pomocí testu Chí-kvadrátu bylo zjištěno, že nulovou hypotézu lze zamítnout.

5. Diskuze

V praktické části své bakalářské práce jsem se zabývala především výzkumnými předpoklady, které se věnovaly informovanosti o sociálních službách a jejich využívání. Prvním předpokladem bylo, že rodiče nemají dostatečné povědomí o využívání sociálních služeb, především pak ve svém okolí. Tento výzkumný předpoklad se neprokázal, ale ukázalo, že v případě služeb v okolí, již tak vysoký přehled není.

Druhým předpokladem, který jsem zkoumala, bylo využívání sociálních služeb především staršími klienty (dětmi), což se potvrdilo. Dle šetření využívá sociální služby nejvíce střední věková skupina 7-15let. Raný věk, zde byl zastoupen pouze 19% uživatelů. Zároveň je však do protikladu postaveno nejčastější využívání sociální služby rané péče – v rámci dotazníku však odpovídali respondenti i na služby, které využívali dříve (nejen aktuálně využívané). Druhou nejvyužívanější sociální službou je odlehčovací služba, což však může být zapříčiněno i tím, že byl dotazník přeposlán i sociální službě s odlehčovací službou.

Rodiče nevyužívají sociální služby, jelikož nejsou dostatečně informováni, to byl třetí předpoklad. Respondenti, kteří uvedli, že sociální služby nevyužívají byli dotazováni, z jakého důvodu je nevyužívají. Výzkumný předpoklad se zde nepotvrdil. Nejvíce odpovědi zde mělo, že situaci zvládají sami či s pomocí rodiny a přátel. Nízká informovanost, ale byla hned na druhém místě. Doplňující otázkou zde bylo, jestli si rodiče myslí, že je dostatečné povědomí o využívání sociálních služeb. Skoro polovina odpověděla, že by to mohlo být lepší. U 34% byla odpověď ne, a jen 19% si myslelo, že je povědomí dostatečné.

Posledním výzkumným předpokladem bylo, že si rodiče přejí dostávat informace primárně u lékaře. Nejdříve byli dotazováni, kde se dozvěděli o možnosti využívání sociálních služeb. Nejčastěji se informace dozvěděli u lékaře, hned vzápětí byla kategorie od rodiny, či přátel. Pomocí otevřené otázky jsem poté zjišťovala, kde by si respondenti přáli se dozvědět možnosti využívání sociálních služeb. Na prvním místě se objevil opět lékař, hned za ním však překvapivě, byla základní či mateřská škola. Výzkumný předpoklad se zde potvrdil.

V rámci ověření nulových hypotéz jsem se zabývala informovaností ve dvou daných krajích, zda má vliv povědomí o sociálních službách na jejich využívání, jestli souvisí věk dítěte s využíváním sociální služby a v poslední, zda je využívání druhů sociálních služeb rovnoměrně zastoupeno.

V první hypotéze se prokázalo, že nulovou hodnotu nelze zamítnout. Tedy povědomí v rámci obou krajů je přibližně stejné. Druhou hypotézu lze zamítnout a přikláníme se tedy k alternativní. Což znamená, že informovanost má vliv na využívání sociálních služeb. U třetí hypotéze nelze zamítnout nulovou hypotézu. Potvrzuje se nám zde, že rodiče mladších dětí využívají sociální služby méně než rodiče starších dětí. U poslední hypotézy zamítáme nulovou hypotézu a přikláníme se k alternativní. V rámci využívání druhů sociálních služeb je poměrně velký rozdíl.

Poznatky získané díky výzkumu dotazníkovým šetřením jsou pro praxi přínosné. Je docela pravděpodobné, že při vyšším počtu respondentů, nejlépe rodičů z mateřských škol a základních škol, by byly výsledky ještě jasnější a pro praxi využitelnější.

I tak je možné využít poznatky v praxi jako například vnést větší informovanost o sociálních službách a možnostech využívání do ZŠ, MŠ či na úřady. Zajímavým pokračováním výzkumu by mohlo být šetření, jestli kategorie skupin, kde by si rodiče přáli dostávat informace, mají povědomí o službách v okolí či jejich kraji. A následně se zamyslet nad tím, jak informovanost co nejvíce rozšířit.

Na konec bych ráda shrnula věci týkající se výzkumu, které bych nyní při zpětném pohledu uchopila jinak. Jako první je dotazníkové šetření, které probíhalo online formou. Díky této formě byla více jak 50% návratnost (vyplnění dotazníku). Avšak dostat dotazník k lidem, kteří by spadali do skupiny rodič dítěte (0-26 let) s PAS a mentálním postižením, který bydlí na území Zlínského nebo Moravskoslezského kraje, se ukázalo poměrně nesnadné.

Pro příště bych hned od začátku zvolila napsat email do škol a školek na daném území s prosbou o přeposlání dotazníku. Napsat email mě napadlo až později. Email jsem napsala 12 zařízením a odpověděli jen čtyři.

V otázkách v dotazníku jsem později také našla pár věcí, které by se daly udělat lépe. Např. věkové rozmezí dětí, kdy se mi v každé skupině opakoval předchozí nejvyšší věk. Poté některé uzavřené otázky bych lépe formulovala.

ZÁVĚR

V teoretické části své bakalářské práce jsem v jednotlivých kapitolách definovala pojmy poruchy autistického spektra, mentální postižení a sociální služby. Kapitoly týkající se mentálního postižení a PAS mají podkapitoly, které se zabývají jejich etiologií, diagnostikou a klasifikací.

V rámci klasifikace je zahrnuta jak MKN-10, tak i MKN-11, která je platná od 1.1.2022. V kapitole o sociálních službách jsou definovány jednotlivé sociální služby pro děti do 7 let s PAS a mentálním postižením a jsou zde vypsané i konkrétní služby v rámci dvou vybraných krajů. Péče o dítě s postižením je náročná, což může vyplývat už jen z definicí jednotlivých pojmů. Proto si myslím, že si každý rodič zaslouží čas pro sebe a pomocnou ruku, o kterou se někdy bojí říct.

V praktické části jsem se zabývala dotazníkovým šetřením, které probíhalo online formou přes platformu Survio. Celkem se mi podařilo získat odpovědi od 97 respondentů, kteří odpovídali kritériím věku a diagnózy dítěte a bydliště. Při šetření jsem se setkala i s odpověďmi, které mě překvapily. Například, že se neodhodlali kontaktovat sociální službu. Jedná se o poměrně pochopitelnou reakci, avšak si myslím, že nepotřebnou. Sociální služby jsou tu pro rodiny s dětmi, aby jim pomohly v těžkých chvílích, poradily či jen podpořily. Oproti překvapivé odpovědi, zde byla jedna, kterou jsem očekávala, a to vysoké platby za pobyty. Péče o dítě s postižením není jen psychicky či fyzicky náročná, ale může značně zasahovat i do financí. Existují však nadace, u kterých lze zažádat o nadační příspěvek, s čímž vám může pomoci například i v odborně sociálním poradenství.

Cíl teoretické části se mi povedl zcela naplnit, tedy informovat čtenáře o jednotlivých postižených a nabídnout i orientaci v sociálních službách, které mohou rodiny využívat. Také se v teoretické části nachází přehled konkrétních zařízení se službami, které ve Zlínském a Moravskoslezském kraji pro děti s PAS a MP.

Cílem praktické části bylo provést dotazníkové šetření, jaké povědomí v rámci Zlínského a Moravskoslezského kraje mají rodiče dětí s PAS a MP o využívání sociálních služeb. Tyto poznatky jsou shrnuty v diskuzi.

SEZNAM ZKRATEK

AAIDD	American Association on Intellectual and Developmental Disabilities
AAMR	American Association on Mental Retardation
ADD	porucha pozornosti bez hyperaktivity
ADHD	porucha pozornosti s hyperaktivitou
AS	Asperger syndrom
ASSQ	Asperger Syndrom Screening Questionnaire
CARS	Childhood Autism Rating Scale
č.	číslo
ČR	Česká republika
DMO	Dětská mozková obrna
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
IBID	"tamtéž"
ICD	ICD-11 The International Classification of Diseases 11
IQ	intelligenční kvocient
LMR	Lehká mentální retardace
MKF	MKF Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví
MKN	MKN Mezinárodní klasifikace nemocí
MP	Mentální postižení
MPSV	ministerstvo práce a sociálních věcí
MR	Mentální retardace
MŠ	Mateřská škola
MZCR	ministerstvo zdravotnictví

o.p.s.	obecně prospěšná společnost
PAS	Porucha atistického spektra
s.	strana
sb.	sbírka
SIS	Supports Intesity Scale
SPC	Speciálně pedagogické centrum
WHO	světové zdravotnické organizace
z.s.	zapsaný spolek
ZP	Zdravotní postižení
ZŠ	Základní škola

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ

- Černá, M., 2015. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením* Vydání druhé., Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. 978-80-246-3071-7
- Dokoupilová, I. et al., 2015. *Speciálně pedagogická intervence u dětí v raném věku*, Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 978-80-244-4432-1
- Gulová, L., 2011. *Sociální práce: pro pedagogické obory*, Praha: Grada. 978-80-247-3379-1
- Hradilková, T., 2018. *Praxe a metody rané péče v ČR: průvodce sociálním modelem*, Praha: Portál. 978-80-262-1386-4
- Chráška, M., 2016. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu 2.*, aktualiz. vyd., Praha: Grada. 978-80-247-5326-3
- Kroupová, K., 2016. *Slovník speciálně pedagogické terminologie: vybrané pojmy*, Praha: Grada. 978-80-271-9345-8
- Matoušek, O., 2011. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení 2.*, aktualiz. vyd., Praha: Portál. 978-80-262-0041-3
- Pastieriková, L., 2013. *Poruchy autistického spektra*, Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 978-80-244-3732-3
- Pešová, I. & Šamalík, M., 2006. *Poradenská psychologie pro děti a mládež*, Praha: Grada. 80-247-1216-4
- Pugnerová, M. & Kvintová, J., 2016. *Přehled poruch psychického vývoje*, Praha: Grada. 978-80-247-5452-9
- Říčan, P. & Krejčířová, D., 2006. *Dětská klinická psychologie 4.*, přeprac. a dopl. vyd., Praha: Grada. 978-80-247-1049-5
- Skutil, M., 2011. *Základy pedagogicko-psychologického výzkumu pro studenty učitelství*, Praha: Portál. 978-80-7367-778-7
- Svoboda, M., Krejčířová, D. & Vágnerová, M., 2001. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*, Praha: Portál. 80-7178-545-8

- Švarcová-Slabinová, I., 2011. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče* Vyd. 4., přeprac., Praha: Portál. 978-80-7367-889-0
- Švaříček, R. & Šedřová, K., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*, Praha: Portál. 978-80-7367-313-0
- Thorová, K., 2016. *Poruchy autistického spektra* Rozšířené a přepracované vydání., Praha: Portál. 978-80-262-0768-9
- Valenta, M. & Müller, O., 2013. *Psychopedie: [teoretické základy a metodika]* 5., aktualiz. a rozš. vyd., Praha: Parta. 978-80-7320-187-6
- Valenta, M., 2012. *Katalog posuzování míry speciálních vzdělávacích potřeb - část II*, Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta. 978-80-244-3055-3
- Valenta, M., Michalík, J. & Lečbych, M., 2018. *Mentální postižení 2.*, přepracované a aktualizované vydání., Praha: Grada. 978-80-271-0378-2
- Vocilka, M., 1996. *Autismus: [metodická příručka pro učitele speciálních škol a vychovatele ústavů sociální péče pro mentálně postiženou mládež]*, Praha: Tech-market. 80 - 902134 – 3-X

SEZNAM INTERNETOVÝCH ZDROJŮ

- Anon., c2022. *SIS-A 2nd Edition*. AAIDD: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities. [online]
Dostupné z: <https://www.aidd.org/sis/sis-a/sis-a-2nd-edition> [10.4.2022].
- Anon., 2022. *Mezinárodní klasifikace nemocí - desátá revize: MKN-10*. ÚZIS.
Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F84.5> [9.4.2022].
- Anon., c2022. *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (version 2/22)*. WHO. [online]
Dostupné z: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2f1516623224> [13.4.2022].
- Kotková, V., 2012. *Čím se liší osobní asistence od pečovatelské služby a jak je zařídit. Pomoc v domácnosti: Pomoc v domácnosti*. [online]
Dostupné z: <https://pomocvdomacnosti.cz/cim-se-lisi-osobni-asistence-od-pecovatelske-sluzby-a-jak-je-zaridit> [10.4.2022].

Schmidtová, J., c2019. *Autismus: Poruchy autistického spektra, Aspergerův syndrom*. ADDP: Asociace dětské a dorostové psychiatrie. [online]

Dostupné z: <https://www.addp.cz/dusevni-poruchy/autismus/> [30.3.2022].

Šiška, J., c2011–2022. *Klasifikace mentálního postižení a podpora dítěte: Definice mentálního postižení. Šance dětem*. [online]

Dostupné z: <https://sancedetem.cz/klasifikace-mentalniho-postizeni-podpora-ditete> [10.4.2022].

Thorová, K., 2021. *Porucha autistického spektra dle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN 11)*. Autismport. [online]

Dostupné z: <https://autismport.cz/o-autistickem-spektru/detail/porucha-autistickeho-spektra-dle-mezinarodni-klasifikace-nemoci-mkn-11> [7.4.2022].

Thorová, K., 2021. *Autismus dle diagnostického statického manuálu duševních poruch DSM-5*. Autismport. [online]

Dostupné z: <https://autismport.cz/o-autistickem-spektru/detail/autismus-dle-diagnostickeho-a-statistickeho-manualu-dusevnych-poruch-dsm5> [13.4.2022].

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

- Tabulka č.1: *Rozdíly PAS mezi MKN-10 a MKN-11*
- Tabulka č.2: *Rozdíly MR mezi MKN-10 a MKN-11*
- Tabulka č.3: *Povědomí rodičů o využívání sociálních služeb*
- Tabulka č.4: *Znalost sociálních služeb v okolí*
- Tabulka č.5: *Věk dětí využívajících sociální služby (1)*
- Tabulka č.6: *Věk dětí využívajících sociální služby (2)*
- Tabulka č.7: *Druhy sociálních služeb*
- Tabulka č.8: *Důvody nevyužívání sociálních služeb*
- Tabulka č.9: *Názor rodičů na informovanost*
- Tabulka č.10: *Kdo informoval rodiče o sociálních službách*
- Tabulka č.11: *Získání informací*
- Tabulka č.12: *četnosti: povědomí v krajích*
- Tabulka č.13a: *tabulka k zamítnutí nulové hypotézy č.1*
- Tabulka č.13b: *tabulka k zamítnutí nulové hypotézy č.1*
- Tabulka č.14: *četnosti: využívání a povědomí o službách*
- Tabulka č.15a: *tabulka k zamítnutí nulové hypotézy č.2*
- Tabulka č.15b: *tabulka k zamítnutí nulové hypotézy č.2*
- Tabulka č.16: *četnosti: využívání dle věku*
- Tabulka č.17a: *tabulka k zamítnutí nulové hypotézy č.3*
- Tabulka č.17b: *tabulka k zamítnutí nulové hypotézy č.3*
- Tabulka č.18: *četnosti: využívání sociálních služeb*
- Tabulka č.19a: *tabulka k zamítnutí nulové hypotézy č.4*
- Tabulka č.19b: *tabulka k zamítnutí nulové hypotézy č.4*
- Graf č.1: *Povědomí rodičů o využívání sociálních služeb*
- Graf č.2: *Znalost sociálních služeb v okolí*
- Graf č.3: *Věk dětí využívajících sociální služby (1)*
- Graf č.4: *Věk dětí využívajících sociální služby (2)*
- Graf č.5: *Druhy sociálních služeb*
- Graf č.6: *Důvody nevyužívání sociálních služeb*
- Graf č.7: *Názor rodičů na informovanost*
- Graf č.8: *Kdo informoval rodiče o sociálních službách*
- Graf č.9: *Získání informací*

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Dotazník – povědomí rodičů o využívání sociálních služeb ve Zlínském a Moravskoslezském kraji

Dobrý den,

obracím se na Vás s žádostí o vyplnění krátkého dotazníku, který poslouží jako podklad k mé bakalářské práci.

Dotazník je zcela anonymní.

Je určen primárně pro rodiče a pečující osoby o dítě s autismem, mentálním postižením či kombinovaným postižením ze Zlínského a Moravskoslezského kraje.

V rámci praktické části své bakalářské práce zkoumám, jaké je povědomí rodičů dětí s PAS a mentálním postižením o možnostech využívání sociálních služeb.

Jak staré je Vaše dítě?

Vyberte jednu odpověď.

- Raný věk (0-7 let)
- 7-15 let
- 15-26 let

2. Jaká je diagnóza vašeho dítěte?

Vyberte jednu nebo více odpovědí.

- PAS
- Mentální postižení
- ADHD/ADD
- Kombinované postižení
- Jiné: _____

3. Bydlíme v....

Vyberte jednu odpověď.

- Zlínský kraj
- Moravskoslezský kraj

4. Máte povědomí o možnostech využívání sociálních služeb pro vaše dítě?

Vyberte jednu odpověď.

- Ano, mám.
- Ne, nemám.
- Víím, že existují, ale více nevím.

5. Víte jaké sociální služby můžete pro vaše dítě v okolí využívat?

Vyberte jednu odpověď.

- Ano, znám velkou většinu sociálních služeb v okolí.
- Ano, ale znám jen pár.
- Nevím o žádné sociální službě ve svém okolí.

6. Využíváte nějakou sociální službu?

Vyberte jednu odpověď.

- Ano, využíváme.
- Využívali jsme, ale nyní už ne.
- Ne, nikdy jsme nevyužívali.

Na následující 2 otázky prosím odpovězte, pokud jste na předchozí otázku odpověděli ano.

7. Jakou sociální službu využíváte? Případně jste využívali?

Vyberte jednu nebo více odpovědí.

- Raná péče
- Odlehčovací služba
- Osobní asistence
- Sociálně aktivizační služby
- Denní stacionář
- Odborné sociální poradenství
- Jiné: _____

8. Kde jste se o sociálních službách dozvěděli?

Vyberte jednu nebo více odpovědí.

- Od lékaře, psychologa, psychiatra
- V poradně SPC

- Od paní učitelky v MŠ
- Od známých, rodiny
- Z internetu
- Jiné: _____

9. Pokud sociální služby nevyžíváte, jaký je důvod?

Vyberte jednu nebo více odpovědí.

- Nemám povědomí o možnostech využívání sociálních služeb
- Nemám pocit, že by to bylo potřeba
- Situaci zvládáme sami/s pomocí rodiny a přátel
- Jiné: _____

10. Myslíte si, že je dostatečná informovanost o možnosti využívání sociálních služeb pro děti s postižením?

Vyberte jednu odpověď.

- Ano
- Mohlo by to být lepší
- Ne.

11. Kde si myslíte, že byste měli primárně dostat informace o možnostech využívání sociálních služeb pro vaše děti?

Napište jedno či více slov

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Markéta Nepalová
Katedra nebo ústav:	Ústav speciálně pedagogických studií
Vedoucí práce:	prof. PaedDr. Milan Valenta, Ph.D.
Rok obhajoby:	2022

Název práce:	Sociální služby pro děti s mentálním postižením a PAS ve Zlínském a Moravskoslezském kraji
Název v angličtině:	Social services for children with mental disabilities and PAS in the Zlín and Moravian-Silesian region
Anotace práce:	Bakalářská práce je zaměřená na poskytování sociálních služeb pro děti s mentální postižením a poruchou autistického spektra v rámci Zlínského a Moravskoslezského kraje. Cílem teoretické práce seznámit čtenáře se základními definicemi pojmů PAS, mentálního postižení a možnostech využívání sociálních služeb pro tuto kategorii. V praktické části je cílem dotazníkové šetření, které zjišťuje povědomí o možnosti využívání sociálních služeb v rámci již zmíněných krajů.
Klíčová slova:	Autismus, PAS, mentální postižení, sociální služby, Zlínský kraj, Moravskoslezský kraj
Anotace v angličtině:	The bachelor's thesis is focused on providing social services for children with mental disabilities and autism in the Zlín and Moravian-Silesian region. The aim of the theoretical work is to acquaint the reader with the basic definitions of PAS, mental disability and the possibility of using social services for this category. The aim of the questionnaire is to find out the awareness of the possibilities of using social services within the practical already mentioned regions.

Klíčová slova v angličtině:	Autism, autism spectrum disorders, mental disability, social services, Zlín region, Moravian-Silesian region
Přílohy vázané v práci:	Příloha č.1 – Dotazník
Rozsah práce:	76 stran
Jazyk práce:	Český jazyk