

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ

FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ

Institut mezioborových studií Brno

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Brno 2012

Kateřina Vladíková

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ
Institut mezioborových studií Brno

Nové trendy v sociální práci s rodinou

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Marcela Zvonařová

Vypracovala:

Kateřina Vladíková

Brno 2012

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci „Nové trendy v sociální práci s rodinou“ vypracovala samostatně a použila jsem jen literaturu uvedenou v seznamu literatury, která je součástí této práce.

Elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné.

.....
Kateřina Vladíková

Poděkování

Děkuji vedoucí bakalářské práce Mgr. Marcele Zvonařové za pomoc při zpracování mé bakalářské práce.

Současně chci poděkovat mé rodině za pochopení a trpělivost během celého mého studia.

.....
Kateřina Vladíková

Brno 2012

Osnova:

Úvod	3
1. Definice základních pojmů	5
2. Rodina a postižené dítě	7
2.1. Model duševní krize rodiny	8
2.2. Rodina a instituce	10
3. Sociální práce s rodinami se zdravotně postiženými dětmi	14
3.1. Vymezení pojmu zdravotní postižen	14
3.2. Klasifikace postižení a specifika vzdělávání	15
3.3. Sociální práce s rodinami	20
3.3.1. Koncepce ucelené rehabilitace	20
3.3.2. Ideál inkluze, případně integrace	21
3.3.3. Východiska sociální práce se zdravotně znevýhodněnými	23
4. Legislativní zakotvení sociálních služeb v České republice	26
4.1. Legislativa do roku 2006	26
4.2. Legislativa v letech 2006 – 2011	27
4.3. Legislativa od roku 2012	28
5. Metody a techniky sociální práce	30
5.1. Raná péče	30
5.2. Osobní asistence	31
5.3. Sociálně terapeutické dílny	33
5.4. Sociální rehabilitace	34
6. Praktická část	36
Závěr	41
Resumé	43

Anotace	44
Klíčová slova	44
Anotation	44
Key words	45
Seznam použité literatury	46
Seznam příloh	47

Úvod

Jako téma své bakalářské práce jsem si zvolila téma nové trendy v sociální práci s rodinou. Svou práci jsem zaměřila na oblast sociální práce s rodinou se zdravotně postiženým dítětem. K tomuto zaměření jsem se rozhodla na základě dvou skutečností – jednak jsem sama vyrůstala v rodině s mladším zdravotně postiženým sourozencem, jednak jsem řadu let pracovala na odboru sociálních věcí a zdravotnictví na Městském úřadu v Boskovicích jako sociální pracovnice, a v současné době pracuji na Úřadu práce ČR, na referátu nepojistných sociálních dávek v Boskovicích, tudíž se takřka denně setkávám s problematikou rodin pečujících o těžce zdravotně postižené dítě.

Každá rodina, která se dostane do situace, že se v ní narodí těžce zdravotně postižené dítě, případně k postižení dojde během života dítěte, musí čelit nové životní situaci. Mění se struktura a funkce rodiny, rodinný systém, který doposud fungoval samostatně, bez cizí pomoci, je nyní rozhodující měrou ovlivňován z vnějšku. Příkazy lékaře, hospitalizace a řada dalších nároků mění závažně dosavadní způsob života rodiny a vynucuje si jiné rozdělení rolí. Na vývoj situace v rodině má i vliv, jakým způsobem je rodičům sdělena diagnóza, jakým způsobem pomohou v první fázi lékaři a zdravotnický personál, jak postižení dítěte vnímá širší rodina a přátelé. Velmi důležité je, aby situace byla řešena pokud možno okamžitě, respektive ihned po zjištění problému.

Ve své práci se zaměřím na to, jaká pomoc může být poskytnuta rodinám již od narození dítěte, jaké varianty pomoci jsou vhodné pro jednotlivé typy postižení. Jaké možnosti nabízí současná legislativa, jaké jsou výhody a nevýhody stávajícího systému. Dále se budu zabývat tím, jaké služby nabízejí zařízení v regionu Boskovicka pro těžce zdravotně postižené děti, a tím, zda tyto služby jsou vyhovující, či zda nějaké služby v regionu Boskovicka chybí. Boskovicko jsem si vybrala z toho důvodu, že v tomto regionu pracovně působím již řadu let, znám zde jednotlivá zařízení a klienty.

Cílem mé bakalářské práce je zjistit, zda jsou rodiny s postiženými dětmi dostatečně informovány o možnostech sociálních dávek, které nabízí stát pro rodiny s postiženými dětmi. Dalším cílem je zjistit, zda nabízené sociální služby v regionu Boskovicka nabízejí dostatečné množství služeb, které pomáhají rodinám s postiženými dětmi, zda jsou rodinami využívány, a zda jsou rodiny s postiženými dětmi s těmito službami spokojeny.

1. Definice základních pojmů

Pro bližší seznámení s problematikou sociální práce s rodinami s postiženými dětmi je třeba blíže se seznámit se základními pojmy z této oblasti. Nejdůležitější jsou pojmy sociální práce, sociální služba, sociální pracovník, rodina a zdravotní postižení.

Sociální práce

Společenskovední disciplína i oblast praktické činnosti, jejímž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů (např. chudoby, zanedbávání výchovy dětí, diskriminace určitých skupin, delikvence mládeže, nezaměstnanosti). Sociální práce se opírá jednak o rámec společenské solidarity, jednak o ideál naplňování individuálního lidského potenciálu. Sociální pracovník pomáhá jednotlivcům, rodinám, skupinám i komunitám dosáhnout způsobilosti k sociálnímu uplatnění nebo ji získat zpět. Kromě toho pomáhají vytvářet pro jejich uplatnění příznivé společenské podmínky. U klientů, kteří se již společensky uplatnit nemohou, podporuje sociální práce co nejdůstojnější způsob života (Matoušek, 2001, s. 10).

Sociální služba

„Činnost nebo soubor činností zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení“. (§ 3 zákona O sociálních službách č. 108/2006). Rozsah a forma musí zachovávat lidskou důstojnost, musí působit na osoby aktivně a motivovat je k činnostem, které neprodlužují nebo nezhoršují jejich nepříznivou sociální situaci, a musí zabraňovat jejich sociálnímu vyloučení.

Sociální pracovník

Sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace.

Rodina

Nejstarší společenská instituce. Plní socializační, ekonomické, sexuálně-regulační, reprodukční a další funkce. Vytváří určité emocionální klima, formuje interpersonální vztahy, hodnoty a postoje, základy etiky a životního stylu. Z hlediska sociologického je formou začlenění jedince do sociální struktury. Nejběžnějším modelem rodiny je tzv. nukleární rodina, kterou tvoří nejbližší příbuzní, tj. oba rodiče a děti. V posledních desetiletích se model rodiny, který je historicky flexibilní, významně proměňuje. Zvyšuje se variabilita rodinných typů, zahrnujících nejen rodinu vlastní a úplnou, ale také rodinu neúplnou, nevlastní a náhradní. Současné pojetí tenduje k chápání rodiny jako sociální skupiny nebo společenství, žijícího ve vlastním prostoru – domově, uspokojující potřeby, poskytující péči a základní jistoty dětem. Rodina spolu se školou plní významné výchovné funkce, které lze chápat jako komplementární

Zdravotní postižení

Jedinec postižený nějakým druhem trvalého tělesného, duševního, smyslového nebo řečového poškození, které mu bez speciální pomoci víceméně znemožňuje splňovat požadavky běžného vzdělávacího procesu a provozu. Výchova a vzdělání postižených jsou zčásti organizovány ve speciálních školách a zařízeních.

2. Rodina a postižené dítě

Vstup postiženého dítěte do rodiny vyvolává specifický stres, kdy rodiče zakoušejí i po překonání vstupní krize značnou úzkost a deprese. Negativně bývají ovlivněny manželské vztahy a v řadě případů se manželství rozpadají. Nemalé důsledky má příchod postiženého dítěte do rodiny pro jeho sourozence. Dochází k narušení základních funkcí rodiny, komunikace v rodině nabývá zvláštní podobu, srozumitelnou pouze jejím členům. Významnou roli hraje rovněž to, zda postižené dítě přichází do rodiny v období relativní stability, nebo ve fázi přechodu mezi jednotlivými vývojovými fázemi. Rodiny ovšem pociťují zvýšenou zátěž i v oblasti psychosociální – vyšší finanční zátěž, časté narušování běžných rodinných rutin a volného času, neuspokojující rodinnou interakci a její špatný vliv na své psychické zdraví.

„Řadou výzkumů bylo potvrzeno, že reakce rodičů na sdělení o narození postiženého dítěte má fáze zcela shodné s průběhem reakce na smrt milovaného člověka – šok a neschopnost tomu uvěřit, reakce odmítání, úzkost či hněv a postupné přizpůsobení až po novou orientaci.“ (Pešová, Šamalík 2006, s. 25).

Rodiče vážně postižených dětí mají více obtíží s tím, aby zachovali vyrovnaný a důsledný přístup k jejich výchově. Rodiče často zaujímají extrémní postoje nadměrného ochraňování nebo odmítání, případně kolísají mezi ochraňováním a odmítáním. Nadměrné ochraňování je do určité míry pochopitelné a odůvodnitelné. Nemocné dítě musí být chráněno před různými riziky. Nadměrné ochraňování ale ohrožuje vývoj dítěte, který má směřovat k nutné autonomii, a to tím více, čím je dítě starší. Někdy bývá nadměrné ochraňování kompenzováno výchovou jinak až příliš povolnou a je plněn každý rozmar dítěte. Oproti tomu odmítání je jinou krajností narušující proces socializace dítěte. V těchto případech rodiče pociťují, že jim dítě přináší řadu problémů, a tak se do vztahu k němu mísí podrážděnost až vyložený odpor. Těžkosti jsou reálné – matka musí zůstat doma s dítětem, tudíž má omezené šance na profesionální seberealizaci, rodina má ekonomické problémy. Tyto dva extrémní postoje se často prolínají a ústí v charakteristickou ambivalenci: netrpělivost a hostilita jsou následovány pocity viny a stupňovanou snahou odčinit negativní projevy.

Dalším problémem jsou vztahy postiženého dítěte a jeho sourozenců, prarodičů, blízkých příbuzných a přátel. V rodinné dělbě práce se část úkolů přenáší i na

sourozence. Časté je, že svoje postižené sourozence brání před útoky okolí. Zdravé dítě je zdrojem poznání pro postiženého sourozence a může se účelně podílet i na terapii. Postižené děti se i lépe učí od svých sourozenců hodnotám a postojům. Častým je ale problém ten, že na zdravého sourozence se soustřeďuje očekávání rodičů, kteří si tak vynahrazují zklamání z narození postiženého dítěte. Velký význam má přístup blízkých příbuzných k narození postiženého dítěte. Například útoky blízké rodiny, snažící se o to, aby bylo postižené dítě dáno do ústavu, jsou velmi zraňující. Důležité je i setkávání s přáteli, které má funkci sociální posily. Narození postiženého dítěte rodině vtiskuje určité stigma, které časem odrazuje i ty přátele, kteří jsou ochotni pomoci.

2.1. Model duševní krize rodiny

Pešová, Šamalík (2006, s. 25) uvádí dle C. C. Cunnighama tyto následující fáze krize:

fáze prediagnostická

Rodiče si často povšimnou některých obtíží a přicházejí k psychologovi s určitou „teorií“, které je však nutno věnovat žádoucí pozornost, neboť ukazuje na skryté úzkosti či obavy.

první fáze – fáze šoku

Sdělení diagnózy je zpravidla pro rodiče hlubokým otřesem. U rodičů v této fázi nastupuje naprostá citová dezorganizace, zmatenost, ochromení jednání, neschopnost uvěřit sdělenému, iracionalita. Tento stav může trvat od několika minut až po několik dnů. Do hlubokého otřesu se mísí i nedůvěra. Rodiče hledají všechny známky, které by nasvědčovaly tomu, že informace není pravdivá.

druhá fáze – fáze reaktivní

Tato fáze je charakterizována projevy, jako je bolest, žal, zklamání, úzkost, agresivita, odmítání, vina, selhání. Převládá prožitek ztráty – ztráty hodnoty, kterou představuje zdravé a šťastné dítě jako příslib vlastní budoucnosti rodičů. Dominantním projevem tohoto období je agrese, hledání viníka. Jednání je často podloženo otázkou: Proč se to muselo stát právě nám? Odtud pak pramení skrytá nenávisť k druhým, což může vést k omezování styků s okolím a k izolaci celé rodiny.

třetí fáze – adaptace

V tomto období nastupuje realistické hodnocení situace. Rodiče se začínají ptát, co se dá dělat. Nezbytné je podat objektivní informace o léčebných a výchovných postupech, neboť neschopnost přiměřeně se vyrovnat s postižením dítěte a plánovat budoucnost může být podmíněno nedostatkem informací nebo jejich nevhodným podáním od lékaře. Je nutné si uvědomit, že velmi pozitivním cílů v terapii lze docílit pomoci dobré spolupráce mezi rodiči, zdravotníky i všemi ostatními, kteří o dítě pečují.

čtvrtá fáze – reorientace

V této fázi začínají rodiče jednat, vyjednávají pomoc, hledají další nové informace a plánují budoucnost. Mnozí rodiče těžce nesou přítomnost postiženého dítěte a rodiny se rozpadají. Jiné rodiny však dokážou žít velmi intenzivním životem. Mimořádný význam pro rodiče postižených dětí má setkávání s lidmi s podobným osudem. Poznávají tak, že nejsou se svými starostmi sami – navazují nové přátelské kontakty, vyměňují si zkušenosti. Reorientace je dlouhodobým procesem, který zřejmě není nikdy zcela ukončen. Krize a její jednotlivé fáze se mohou s různou intenzitou a v různých obměnách vracet, a to zejména v souvislosti s uzlovými životními situacemi, jako jsou např. vstup do školy, partnerské vztahy apod.

pátá fáze – překonání krize

Když se rodina po nějaké době „najde“, znamená to, že našlo nový druh rodinné organizace. Přesto však i po překonání vstupní krize zůstává pod stálým stresem. Oba rodiče zakoušejí značnou úzkost a deprese, negativně bývají ovlivněny manželské vztahy. Současně největší zátěž zůstává na bedrech matky.

Rodiče potřebují ke zpracování reality čas, a často až při konzultaci s odborníky připouštějí, že se u jejich dítěte jedná o postižení, na které neexistuje zázračný lék. V tomto případě je nezbytnou potřebností chápající přístup psychologa a pomoc sociální pracovnice i dalších lidí. Především musí zjistit, ve které z fází se rodina nachází. Nerespektování této zásady může velmi rychle vyvolat obranné reakce, které znemožní další spolupráci.

2.2. Rodina a instituce

V péči o rodiny se zdravotně postiženým dítětem došlo v posledních letech k velmi výraznému pozitivnímu posunu. Všechny zákonné normy, zabývající se poskytováním pomoci rodinám se zdravotně postiženým dítětem, mají oporu v nejvyšším právním dokumentu naší země, vyžadujícím obecný respekt a akceptaci, kterým je Ústava České republiky – Ústavní zákon ČNR ze dne 16.12.1992 č. 1/1993 Sb., a Usnesení předsednictva ČNR č. 2/1993 o vyhlášení Listiny základních práv a svobod jako součásti ústavního pořádku České republiky.

Péče o zdravotně postižené děti a jejich rodiny spadá především do kompetence tří rezortů – Ministerstva zdravotnictví, Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy a Ministerstva práce a sociálních věcí.

Ministerstvo zdravotnictví

V péči tohoto rezortu je občan se zdravotním postižením prakticky celý svůj život. Důležitá je úloha prevence, poskytovaná již od doby početí. V řadě případů se ale stane, že se narodí člověk s nějakým typem postižení. Úloha zdravotnictví spočívá v rozpoznání druhu a stupně postižení a poté poskytování péče rehabilitační. Jsou to právě zdravotnická zařízení, kde se rodiče zpravidla dozvídají, že jejich dítě má hendikep, s níž se musí naučit žít ono i jeho rodina. Pro život člověka se zdravotním postižením je důležitý způsob sdělení diagnózy a zejména stanovení prognózy pro jeho další život. V různých typech zařízení se pak rodiče mohou seznámit s tím, jak s takovým dítětem pracovat, a zacvičit se v technikách rehabilitačního cvičení. Významnou úlohu sehrávají lázeňské pobyty rodičů s dětmi, které plní řadu úkolů – zácvik rodičů, setkání s odborníky a setkávání rodičů mezi sebou.

Na Boskovicku je důležitým zdravotnickým zařízením, které se zabývá komplexní následnou rehabilitační péčí o pacienty dětského věku, Dětská léčebna pohybových poruch. Ve své práci ji zmiňuji hlavně z toho důvodu, že toto zařízení využívá většina rodin, které jsem oslovila ve svém dotazníku. Léčebna poskytuje následnou péči pro děti předškolního a mladšího školního věku, má celkem 30 lůžek a děti jsou zde přijímány i s doprovodem rodičů. Lékařskou péči zajišťují 2 lékaři, rehabilitační péči

zajišťuje 5 pracovníků rehabilitačního oddělení, ošetrovatelskou péči zajišťuje celkem 13 pracovníků. Součástí zařízení je i mateřská školka, kterou zajišťují 2 pracovnice. Léčebna je vybavena veškerým moderním zařízením důležitým pro léčbu a péči o malé pacienty. Z léčebných metod využívá zejména Vojtovu reflexní lokomoci, koncept manželů Bobathových, Kabat, synergetickou reflexní terapii, senzomotorickou stimulaci, magnetoterapii, hiporehabilitaci, vodoléčbu a výcvik plavání tělesně postižených. Dle získaných ohlasů jsem přesvědčená, že úroveň tohoto zařízení je velmi dobrá, profesionální a lidský přístup personálu výborný, rodiče i děti byli a jsou s tímto zařízením velmi spokojeni.

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

Zabezpečuje především činnosti spojené s výchovou a vzděláváním. V péči MŠMT je dítě se zdravotním postižením zpravidla od 3 do 18, respektive do 26 roků.. Děti jsou zařazovány dle svých předpokladů do různých typů škol. V případě, že jsou splněny požadavky a místní podmínky to dovolují, jsou děti s hendikepem integrovány do běžných škol. V ostatních případech se zařazují podle typu postižení či dominantní vady do škol speciálních. V poslední době je respektováno ústavní právo na vzdělávání i u dětí s nejtěžším postižením v tzv. rehabilitačních třídách. V krajních případech je možno vzdělávání poskytovat dětem přímo v rodině.

Z oblasti školství zmíním Základní školu, Praktickou školu a Dětský domov Boskovice. Tato příspěvková organizace vykonává činnost těchto škol – základní škola praktická, základní škola speciální, praktická škola jednoletá, školní jídelna, internát a dětský domov. Základní škola praktická poskytuje vzdělání žákům se zdravotním postižením, zejména s mentálním postižením. Její činnost se řídí zákonem č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon). Jedná se o školu s prvním až devátým ročníkem základní školy praktické, která je spádovou oblastí pro severní část okresu Blansko. V současné době navštěvuje školu 76 žáků. Pedagogický sbor má 17 členů, které tvoří učitelé, vychovatelka školní družiny, vedení školy, asistenti pedagoga, vychovatelka internátu. Všichni členové pedagogického sboru jsou kvalifikovaní nebo si kvalifikaci doplňují studiem. Učitelé realizují s žáky krátkodobé projekty zaměřené na různé oblasti výchovy a vzdělávání.

V těchto projektech jsou zohledněny individuální a věkové zvláštnosti každého žáka. Materiální podmínky pro výuku jsou vyhovující. Při výběru pomůcek jsou respektovány specifické potřeby zdravotně znevýhodněných žáků. Spolupráce s rodiči se neustále rozvíjí, rodiče mohou navštívit školu kdykoliv po vzájemné dohodě s vyučujícími. Škola spolupracuje s organizacemi města Boskovice a s nadacemi, které podporují zdravotně znevýhodněné děti a děti ze znevýhodněného socio-kulturního prostředí. Z důvodu specifických potřeb žáků a jejich rodičů byla navázána i úzká spolupráce s pedagogickou fakultou Masarykovy univerzity v Brně, zvláště s katedrou speciální pedagogiky a se Střední pedagogickou školou v Boskovicích. Cílem školy je rozvoj komunikačních schopností, praktických dovedností, výchova osobnosti, zdravé učení a zdravý životní styl. Ve škole zajišťuje poradenské služby výchovný poradce, školní metodik prevence a třídní učitel – hlavním úkolem je řešení dalšího vzdělávání u hendikepovaných žáků, orientační šetření žáků, jejich vývoj a vzdělávání vyžadující zvláštní pozornost, zajišťování nebo zprostředkování diagnostiky speciálních vzdělávacích potřeb a intervenční činnosti pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami, příprava podmínek pro integraci žáků se zdravotním postižením ve škole, koordinace poskytování poradenských služeb těmto žákům školou a školskými poradenskými zařízeními a koordinaci vzdělávacích opatření těchto žáků.

Škola má odloučené pracoviště na ulici Dukelská v zařízení sociálních služeb Betany, což je zařízení patřící svou působností pod Oblastní charitu Blansko. Na tomto pracovišti jsou vzdělávány děti s nejtěžším zdravotním postižením. Jedná se o pět žáků navštěvujících školu denně a jednoho žáka, který navštěvuje školu 2x týdně. Pro děti je uzpůsobená učebna, každé z nich má speciální židli a stůl uzpůsobený jejich typu postižení. Mimo učitele zde působí i pedagogický asistent a pro jednoho žáka i jeho osobní asistent. Výuka se přizpůsobuje aktuálnímu zdravotnímu stavu žáků a jejich rozpoložení v dané chvíli. Součástí učebny je i odpočinkový kout s hračkami a možností si lehnout.

Ministerstvo práce a sociálních věcí

Působnost rezortu zahrnuje ve vztahu ke zdravotně postiženým velmi širokou škálu činností. Je propracován systém všestranné pomoci rodinám se zdravotně postiženým dítětem. Rodinám jsou poskytovány na několika úrovních sociální dávky na zakoupení rehabilitačních a kompenzačních pomůcek a řada jednorázových a opakovaných dávek. Občanům se zdravotním postižením jsou přiznávány mimořádné výhody I.-III. stupně. Rodinám jsou poskytovány i další výhody – prodloužení rodičovské dovolené do 7 roků dítěte, poskytování příspěvku na péči a řada dalších. Podrobněji se budu sociálním dávkám věnovat ve 4. kapitole.

I přes dosažené pokroky v péči o zdravotně postižené děti a jejich rodiny je stále co zlepšovat. Z pohledu rodičů dětí s hendikepem je nutné především zlepšit koordinaci činností a spolupráci mezi jednotlivými rezorty.

3. Sociální práce s rodinami se zdravotně postiženými dětmi

Tato kapitola rozděluje do tří podkapitol. V první vymezují pojem zdravotní postižení a v přehledné tabulce rozděluje základní typy postižení. Druhá část klasifikuje jednotlivá postižení a specifika vzdělávání u daného typu postižení. Třetí část se již zabývá samotnou sociální prací s rodinami, kam je zařazena koncepce ucelené rehabilitace, ideál inkluze a východiska práce se zdravotně znevýhodněnými lidmi.

3.1. Vymezení pojmu zdravotní postižení

Existuje řada různých definic. „Za postižené ve smyslu pedagogickém se považují všechny děti, mladí lidé a dospělí, kteří jsou v učení, sociálním chování, v komunikaci a řeči nebo v psychomotorických schopnostech tak omezeni, že jejich spoluúčast na životě ve společnosti je podstatně snížena. Proto vyžadují speciálně-pedagogickou péči. Jednotlivé druhy postižení mají své východisko v omezení zraku, sluchu, řeči, podpůrných a pohybových funkcích, inteligence, emocionality, která se projevují klinickým obrazem nebo určitým chronickým onemocněním. Častým případem jsou kombinace postižení“ (Pipeková, 2006, s. 98).

Schematické znázornění fenoménu postižení:

Postižení	Sociální, popř. komunikační omezení
	<ul style="list-style-type: none">• Vady řeči• Poruchy chování
	Mentální omezení
	<ul style="list-style-type: none">• Mentální postižení• Lehké mentální postižení

	<p>Smyslové omezení</p> <p>Sluchové postižení</p> <ul style="list-style-type: none"> • Těžká nedoslýchavost • Hluchota <p>Zrakové postižení</p> <ul style="list-style-type: none"> • Slabozrakost • Slepota
	<p>Tělesné omezení</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tělesné postižení bez mentálního postižení – schopný chůze neschopný chůze • Tělesné postižení s přidruženým mentálním postižením schopný chůze neschopný chůze

3.2. Klasifikace postižení a specifika vzdělávání

Poruchy řeči

Dle profesora Lechty je „*logopedie definována jako vědní obor interdisciplinárního charakteru, jehož předmětem jsou zákonitosti vzniku, eliminování a prevence narušené komunikační schopnosti. Logopedie je v moderním chápání vědou, zkoumající narušenou komunikační schopnost z hlediska jejích příčin, projevů, následků, možností diagnostiky, terapie i prevence.*“ (Pipeková, 2006, s. 108)

Předmětem vědního oboru logopedie je narušená komunikační schopnost. Logopedie se zabývá individuální schopností člověka používat jazyk jako systém při promluvě. Definovat narušenou komunikační schopnost je samo o sobě velmi nesnadné. Velmi

problematické je vymezení normality, tzn. o určení, kdy se jedná o normu a kdy již o narušení.

Logopedie klasifikuje narušenou komunikační schopnost do 10 základních kategorií: vývojová nemluvnost (vývojová dysfázie), získaná orgánová nemluvnost (afázie), získaná psychogenní nemluvnost (mutismus), narušení zvuku řeči (rinolalie, palatolalie), narušení fluence řeči (balbuties, tumulus sermonis), narušení článkování řeči (dyslalie, dysartrie), narušení grafické stránky řeči, symptomatické poruchy řeči, poruchy hlasu, kombinované vady a poruchy řeči.

Logopedická intervence je realizována v těchto rezortech:

- Školství mládeže a tělovýchovy (logopedické třídy při běžných MŠ a ZŠ, mateřské a základní školy logopedické,...)
- Zdravotnictví (logopedické poradny při poliklinikách, privátní logopedické poradny, rehabilitační stacionáře,...)
- Práce a sociálních věcí (ústavy sociální péče)

Sluchové postižení

Výchovou, vzděláváním a rozvojem jedinců se sluchovým postižením se zabývá sociálně-pedagogická disciplína surdopedie.

Sluchové postižení klasifikujeme dle:

- 1) Místa vzniku postižení
 - Periferní nedoslýchavost či hluchota (převodní, percepční, smíšená)
 - Centrální nedoslýchavost či hluchota
- 2) Období vzniku postižení
 - Vrozené vady (geneticky podmíněné, kongenitálně získané)
 - Získané vady sluchu (získané před fixací řeči, získané po fixaci řeči)
- 3) Stupně postižení
 - Normální sluch
 - Lehká nedoslýchavost
 - Střední nedoslýchavost

- Středně těžké poškození sluchu
- Velmi závažné postižení sluchu
- neslyšící

Péče o sluchově postižené by měla mít komplexní charakter. V současné době je zajišťována raná péče pro sluchově postižené v rámci Střediska rané péče v Praze, Olomouci a Brně. Při školách pro sluchově postižené jsou zřizovány mateřské školy pro sluchově postižené, sociálně-pedagogická centra pro sluchově postižené. V současné době nabízejí střední školy širokou škálu možností pro profesní zaměření.

Tělesné postižení

Vědním oborem, který se zabývá výchovou a vzděláváním jedinců s tělesným a zdravotním postižením, je somatopedie. Osoby s tělesným postižením představují velmi heterogenní skupinu. Jejich společným znakem je omezení pohybu. Tělesné postižení postihuje člověka v celé jeho osobnosti. Jako tělesně postižený je označován člověk, který je omezen v pohybových schopnostech v důsledku poškození podpůrného nebo pohybového aparátu nebo jiného organického poškození.

Pohybové vady rozlišujeme dvě základní skupiny, a to na poruchy vrozené včetně dědičných a poruchy získané. Podle postižené části těla rozeznáváme skupinu obrn centrálních a periferních, deformace, malformace a amputace.

Vzdělávání tělesně postižených může probíhat v běžných mateřských a základních školách, ve speciálních mateřských a základních školách, dětském rehabilitačním stacionáři.

Zrakové postižení

Výchovou, vzděláváním a rozvojem osob se zrakovým postižením se zabývá sociálně-pedagogický obor oftalmopedie. Zrakové postižení znamená zpravidla pro postiženého jedince, že jeho schopnost přijímat vizuální informace je omezena, ztížena. U nevidomých osob je tato schopnost úplně vyloučena. Zraková vada ovlivňuje celou osobnost jedince a jeho psychický vývoj. Její vliv je komplexní.

Zrakové vady dělíme na vrozené a získané. Doba vzniku je důležitá pro subjektivní zpracování zátěže, kterou zrakové postižení přináší. Později získaná vada působí jakou trauma, mění situaci k horší variantě. Tato varianta je subjektivně větší zátěží než vrozený handicap, který pro dítě žádnou určitou ztrátu neznamena. Nejdůležitějším kritériem pro vzdělávání je dělení osob se zrakovým postižením dle stupně zrakové vady – ty jsou slabozrakost, zbytky zraku, nevidomost, poruchy binokulárního vidění.

Vzdělávání zrakově postižených dětí probíhá dle stupně zrakové vady v mateřských a základních školách pro zrakově postižené, ve třídách pro zrakově postižené při běžných mateřských a základních školách, nebo v běžných mateřských a základních školách. Důležitou úlohu při vzdělávání hrají kompenzační pomůcky, které usnadňují výuku.

Mentální postižení

Speciálně-pedagogická disciplína, která se zabývá edukací osob s mentálním či jiným duševním postižením a zkoumáním výchovných a vzdělávacích vlivů na tyto osoby, se nazývá psychopedie. Zabývá se edukací, reedukací, diagnostikou, poradenstvím, terapeuticko-formativní intervencí, kompenzací, rehabilitací, integrací a socializací jedinců s mentálním postižením, ale také prevencí a prognostikou mentální retardace. Mentální retardace je vývojová porucha integrace psychických funkcí postihující jedince ve všech složkách jeho osobnosti – duševní, tělesné i sociální. Nejvýraznějším rysem je trvale porušená poznávací schopnost, která se projevuje především v procesu učení. Mentální retardaci rozlišujeme na vrozenou a získanou. Hloubku mentální retardace je možno určit pomocí inteligenčního kvocientu, který vyjadřuje úroveň rozumových schopností. Rozlišujeme dle stupně postižení mentální retardaci lehkou, středně těžkou, těžkou a hlubokou, dle typu postižení typ eretický, torpidní a nevyhraněný.

Vzdělávání mentálně postižených probíhá v mateřských a základních školách, mateřských a základních školách speciálních, ve speciálních třídách při mateřské a základní škole, v základních školách praktických.

Autismus

Autismus je považován za pervazivní vývojovou poruchu, jedná se o postižení hluboké a vážné, které se projevuje především v oblasti komunikace, sociálního chování a vnímání. Příznaky autismu jsou neschopnost vzájemné společenské interakce, neschopnost komunikace, omezený, stereotypně se opakující repertoár zájmů a aktivit. Vyskytují se abnormální smyslové reakce, čichové, sluchové, zrakové a chuťové. Je provázen problémovým chováním, jako jsou výbuchy vzteku, agrese, sebezraňování.

Jedinci s diagnózou autismu mají právo na vzdělání. To probíhá formou individuální integrace, skupinové integrace, ve speciální škole nebo ve formě kombinace předchozích uvedených forem.

Kombinované postižení

Těžké postižení je komplex omezení člověka jako celku ve všech jeho prožitkových sférách a výrazových možnostech. Podstatně jsou omezeny a změněny schopnosti emocionální, kognitivní a tělesné, ale také sociální a komunikační. Velká část dětí s kombinovaným postižením má v anamnéze předčasné narození. Další velkou skupinu tvoří děti po těžkých úrazech, které již po fázi reanimace nenavážou na předešlý vývoj. Pro okruh těchto jedinců je společné poškození centrálních funkcí, tzn., že se jedná o podstatné narušení nebo ztrátu koordinujících centrálních systémů, které řídí a realizují vnímání, pohyb a jejich zpracování.

Pro potřeby resortu zdravotnictví se žáci s kombinovanými vadami dělí na 3 skupiny: pro první skupinu je společným znakem mentální retardace, druhou skupinu tvoří kombinace vad tělesných, smyslových a vad řeči, třetí skupinu tvoří děti s autismem a autistickými rysy.

Děti, pokud je jedinou vadou mentální postižení, se vzdělávají v základní škole praktické nebo základní škole speciální. Pro děti s kombinovaným postižením se poskytuje rehabilitační vzdělávací program základní školy speciální. V popředí tohoto vzdělávání je rozvoj komunikačních dovedností, snaha o pohybový rozvoj, rozvoj sebeobsluhy, chování, klade se důraz na rozvíjení jejich zájmů v oblasti

hudebních, výtvarných a jednoduchých pracovních aktivit, při respektování jejich individuálních potřeb. U většiny žáků se nepočítá s osvojením trivia.

3.3. Sociální práce s rodinami s postiženými dětmi

V současné době neexistují přesné údaje o počtu zdravotně postižených dětí. Jednak neexistuje systém předávání všech relevantních informací mezi zdravotnictvím a sociálními službami, jednak nejsou evidovány všechny druhy postižení. Jako podklady pro zjišťování počtu zdravotně postižených dětí se nejčastěji využívají informace o počtu uživatelů příspěvku na péči, případně držitelů průkazů mimořádných výhod. Podle výzkumů rodiny se zdravotně postiženými dětmi nestojí o soucit, ale o možnost zařadit se i se svými zdravotně postiženými dětmi do běžného společenského života, možnost, aby děti pokud možno navštěvovaly běžnou mateřskou, základní a střední školu, kde by se denně setkávaly se svými vrstevníky, aby děti mohly pokud možno vykonávat stejné úkony jako jejich vrstevníci. K tomuto stavu postupně vede koncepce ucelené rehabilitace a v současné době rozmáhající se možnosti integrace do společnosti.

3.3.1. Koncepce ucelené rehabilitace

Rehabilitace v současné době nezahrnuje již jen zdravotní aktivitu ve smyslu fyzioterapie, ale v současné době již ke zdravotnické péči zahrnuje také péči sociálně-právní a pedagogicko-psychologickou.

Matoušek (2005, s. 92) člení dle Novosada ucelenou rehabilitaci na tyto složky:

- zdravotní rehabilitace
- psychologická rehabilitace
- pedagogická rehabilitace
- volnočasová rehabilitace
- sociální rehabilitace

„Kdy při ucelené rehabilitaci jde zejména o provázané a týmové využívání aplikovaných metod z oblasti lékařství, sociální práce, výchovy, vzdělávání a profesní přípravy. V tomto smyslu jde o rehabilitaci dlouhodobou, která se uskutečňuje v různých institucích, v rodině a v rámci nestátních neziskových organizací.“ (Matoušek, 2005, s. 92).

V tomto smyslu jde o rehabilitaci dlouhodobou, při které je nutno odlišit od rehabilitace krátkodobé či přechodné, jejímž cílem je návrat ke stavu zdraví a upevnění celkové kondice. Rehabilitace se týká nejen lidí, kteří byli původně zdraví, ale také jedinců, kteří se narodili se zdravotním znevýhodněním. Rehabilitace se děje v různých institucích, při práci, v rodině a v posledních letech stále více v nestátních neziskových organizacích. V rámci rehabilitace hraje sociální rehabilitace důležitou úlohu – zaměřuje se na podporu fungování člověka v běžných životních situacích, jako např. zabezpečení podmínek pro samostatný život, poskytování asistenčních služeb v domácnosti, výcvik pro pohyb v přirozeném prostředí. Kvalita života lidí také úzce souvisí s rodinou a její stabilitou, a dále s prací, která rovněž patří mezi základní potřeby člověka.

3.3.2. Ideál inkluze, případně integrace

„Pojem integrace se v posledních desetiletích užívá v souvislosti s lidmi se zdravotním postižením velmi často. Pochází z latiny a v doslovném překladu znamená znovu vytvoření celku. Při integraci nejde jen o vyrovnávání příležitostí pro hendikepované a jejich soužití s tzv. „majoritou“, ale jde především o úspěšnost začleňování jedinců se zdravotním znevýhodněním do společnosti. Setkáváme se s ní v sociologii, psychologii, pedagogice, ale i třeba v biologii, matematice aj.“ (Matoušek, 2005, s. 97).

Inkluze bývá mnohdy vnímána a také prezentována jako synonymum integrace. Častější a přesnější je pojetí inkluze jako vyššího stupně integrace, vyšší kvality. Zatímco při integraci se zaměřujeme na potřeby jedince se znevýhodněním, které se snažíme naplnit například změnou prostředí, pro inkluzi je charakteristické zaměření na potřeby všech vzdělávaných, celková změna atmosféry ve škole, kvalitní výuka pro všechny děti a prospěch pro žáky i pedagogy. Podstatou inkluzivního vzdělávání je

snaha poskytnout všem dětem kvalitní vzdělání nezávisle na jejich schopnostech, individuálních zvláštностech, znevýhodnění či nadání.

„U dětí s těžkým postižením stojí před rozhodnutím, jaký typ zařízení či služby vybrat, jejich rodiny. Speciální programy, jichž se účastní jen lidé s postižením, dávají uživatelům větší pocit ochrany a bezpečí, jejich rodinám zase pocit, že je jim poskytována specializovaná péče. Výběr služby by však měl být i prevencí pobytu ve „skleníkovém prostředí“, které některé programy vytvářejí. V jejich důsledku může dojít k následujícím rizikům – uživatelé se později srovnávají se svým hendikepem, jejich úroveň sociálních dovedností bývá nižší, v těchto zařízeních jsou na klienty kladeny nižší nároky, chybí zde srovnání se zdravými lidmi, uživatelé mají více pocit odlišnosti. V některých zařízeních je integrace chápána jako spojení zdravotně znevýhodněných se zdravými bez toho, že by toto spojení bylo účelně využito. Integrace především znamená nutnost vytváření takového soužití, které všem zúčastněným přináší hluboký pozitivní zážitek. Každý člověk ze skupiny by měl mít především pocit, že do skupiny patří, že v ní má své pevné a bezpečné místo, že je potřebný“ (Matoušek, 2005, s. 98)

Úspěšné integraci musí předcházet vytvoření řady podmínek, které se týkají, jak uživatele služeb, tak i jeho rodiny a příslušného zařízení:

- služba musí být dostupná
- důležitá je kvalitní příprava pracovníků – pouhá snaha a entuziasmus bez teoretických a praktických znalostí nestačí. Navíc být součástí integrace musí být pro pracovníka svobodnou volbou, protože přináší větší nároky na odborný a lidský přístup k uživatelům
- dále je důležité přijetí uživatele skupinou – např. postižené dítě integrované do běžné třídy základní školy. Je důležité pracovat se skupinou, aby nedocházelo k izolaci nebo šikaně ze strany spolužáků.
- S integrací musí souhlasit rodina a musí si ji přát. Zařazení uživatele do běžného prostředí klade vyšší nároky na spolupráci rodiny se zařízením, na speciální domácí přípravu a péči, na laskavost a pochopení. Nutné je odstranění architektonických bariér a zajištění odpovídajícího zázemí či speciálních pomůcek.

3.3.3. Východiska sociální práce se zdravotně znevýhodněnými

V posledních letech dochází v České republice ke kvalitativnímu obratu v přístupu ke zdravotně znevýhodněným. Prosazuje se úsilí o skutečnou integraci do majoritní populace, nejen v materiální rovině, ale také v jejich zapojení do běžného života.

„V komplexní péči o zdravotně znevýhodněné má často zásadní význam léčebná rehabilitace, která je poskytována ve speciálních zařízeních. Ta se často izoluje od okolního světa a pobyt v nich pak klientům sice poskytuje odborné služby, ale jen minimum kontaktů mimo zařízení. Okruh sociální interakce by měl být pro klienty a jejich rodiny co nejširší. V moderních přístupech se klientům nabízejí takové činnosti a programy, které rozšiřují sociální a integrační možnosti i mimo tato zařízení.“ (Matoušek, 2005, s. 101).

Je důležité, aby se rodiny s postiženými dětmi neuzavíraly do sebe, ale aby umožnily dětem co nejširší možné sociální kontakty, ať už v rámci školy a jejích programů, ale i v oblasti různých aktivit mimo školu, jako například návštěva různých kroužků pro děti, pobytové akce pro rodiny, které některé organizace poskytují, či možnosti setkávání se nejen s dalšími rodinami se zdravotně postiženými dětmi, ale i s rodinami se zdravými dětmi.

Právě při těchto aktivitách je třeba překonat bariéry fyzické i psychické. Fyzickými překážkami jsou reálná omezení v prostředí, kde žijeme a denně se pohybujeme. Tyto bariéry komplikují nebo zcela znemožňují pohyb osob v určitém prostředí. Psychické překážky jsou jak v mysli zdravých lidí, tak v psychice zdravotně znevýhodněných. Zdravý člověk se někdy střetnutí se zdravotně znevýhodněnými vyhýbá. Často totiž neví, jak s postiženou osobou komunikovat, jak jí pomoci. Někdy se tu projevuje i pocit viny, že oni jsou zdraví a ten druhý je více či méně bezmocný. Často se také stává, že neznají komplikace a rozsah omezení, které je se zdravotním znevýhodněním spojeno, tudíž nemají jistotu, jakým způsobem se k dané osobě mají chovat. Člověk či rodina s dítětem se zdravotním postižením se cítí vyřazena ze společnosti právě do té míry, jak se k němu chová či jak s ním zachází jeho okolí. Největším psychickým problémem pro rodiny s postiženým dítětem je, jak se s jeho zdravotním znevýhodněním vyrovná, zvláště pokud postižení velmi výrazně ovlivnilo chod rodiny a její plány do budoucna, její styl života.

Důležitým je také pojem bezbariérovost. Je třeba si ale uvědomit, že tělesná postižení jsou různá, tudíž vznikají i různé nároky na přístupnost a vybavenost. Jistým způsobem pomoci by měla být kategorizace podle míry postižení, ale nelze se podle ní zcela řídit. Provést kategorizaci není totiž jednoduché vzhledem k obrovskému množství druhů nemocí, úrazů a jejich následků. Také je tu rozdíl například mezi bariérovými postiženími u zrakově postižených a tělesně postižených.

Další velkou roli hrají v pomoci postiženým lidem svépomocné aktivity. Je ale nutné, aby společenský systém svépomocné aktivity alespoň připouštěl, pokud je již přímo nepodporuje, a veřejné klima by mělo být takové, aby svépomocné společenské aktivity přijímalo s pochopením a snažilo se je akceptovat a podpořit.

„V současné době působí v České republice řada sdružení zdravotně znevýhodněných. Ta obvykle sdružují občany s určitým typem hendikepu. Kromě toho u nás pracují organizace rodičů zdravotně znevýhodněných dětí. Tyto organizace pracují jednak na místní úrovni, jednak se společně sdružují k efektivnímu prosazování svých potřeb v oblasti legislativy, sociální a zdravotní péče, školství, zaměstnání a podobně“ (Matoušek, 2005, s. 104).

Jako příklad uvedu Asociaci rodičů a přátel zdravotně postižených dětí. Jedná se o otevřené, nepolitické občanské sdružení s právní subjektivitou. Asociace má celorepublikovou působnost a prostřednictvím svých klubů sdružuje všechny, kteří chtějí aktivně pomoci zdravotně postiženým dětem, mládeži a jejich rodinám. Asociace vznikla v roce 1991 a navázala na dlouholetou práci Komise rodičů tělesně postižených dětí. V rámci činnosti celá Asociace nabízí pomoc při řešení složitých životních situací, základní a odborné sociální poradenství, bohatou klubovou a zájmovou činnost, osobní asistenci, odlehčovací služby, rekondiční, psychorehabilitační a integrační pobyty pro zdravotně postižené děti a jejich rodiče, rehabilitační cvičení, vzdělávací kurzy a odborné semináře.

„Ve všech společnostech na světě existují překážky, které brání osobám se zdravotním znevýhodněním uplatňovat svá práva a svobody a ztěžují jim plné zapojení do společenských aktivit. Státy jsou odpovědné za to, že přijmou vhodná opatření k odstranění takových překážek. V tomto procesu by osoby se zdravotním znevýhodněním, jejich rodiny a organizace měly hrát aktivní partnerskou roli.“ (Matoušek, 2005, s. 105).

V současné době platný zákon o sociálních službách zajistil to, že občan již není pojmán jako pouhý objekt péče, ale stává se aktivním subjektem, který může mít vliv na podmínky a způsob uspokojování sociálních potřeb v prostředí, v němž žije.

4. Legislativní zakotvení sociálních služeb v ČR

Právní úprava sociálních služeb spadajících do rezortu Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky se hodně dlouho právem označovala za popelku českého práva sociálního zabezpečení. Již od začátku devadesátých let se právní úprava jevila jako nevyhovující. Proto byl vyvíjen tlak, aby došlo k výrazné změně stávajících podmínek. K tomu došlo schválením zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, a dále schválením zákona č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením. V následujících kapitolách proto rozlišuji legislativu platnou do roku 2006, dále v letech 2007 až 2011, a nakonec legislativu platnou od roku 2012.

4.1. Legislativa do roku 2006

Za první republiky byly sociální služby provozovány obcemi a dobročinnými spolky. Tato kompetence přešla od roku 1956 do rukou státu a byl vytvořen jednotný systém sociálního zabezpečení. Postupně bylo přijato několik zákonů – č. 55/1956 Sb., č. 101/1961 Sb., č. 121/1975 Sb., č. 100/1988 Sb. Všechny tyto zákony obsahovaly úpravu sociální péče a byly doprovázeny prováděcím předpisem, který definoval jednotlivé nároky v sociální péči včetně sociálních služeb. Zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, je v platnosti přes veškeré reformy do dnešní doby.

Vyhláška MPSV ČR č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení, upravovala řadu úseků sociální péče – definovala různé typy zařízení sociální péče, poskytovala mimořádné výhody pro těžce zdravotně postižené občany – přiznávání a vydávání průkazů mimořádných výhod pro těžce zdravotně postižené občany, určovala jednorázové peněžité dávky pro zdravotně postižené občany – příspěvek na opatření zvláštních pomůcek, příspěvek na úpravu bytu, příspěvek na zakoupení, celkovou opravu a zvláštní úpravu motorového vozidla, příspěvek na provoz motorového vozidla, příspěvek na individuální dopravu, a opakující se peněžité dávky – příspěvek na úhradu za užívání bezbariérového bytu a garáže, příspěvek úplně nebo prakticky nevidomým občanům.

V tomto systému sociální péče dále existovala dávka sociálního zabezpečení – tzv. příspěvek při péči o osobu blízkou nebo jinou osobu. Na tuto dávku vznikl nárok osobě,

kteřá celodenně, osobně a řádně pečovala o osobu, kteřá byla převážně nebo úplně bezmocná, nebo starší 80 let a částečně bezmocná. Výše dávky činila 3776 Kč při péči o jednu osobu, a 6490 při péči o dvě a více osob. Až v roce 2005 došlo k navýšení této dávky na částku 5310 Kč, respektive 9086 Kč. Tato výše byla příznivější, ale stále nedostatečná, především s ohledem na skutečnost, že se pečující osoba vzdala pracovní kariéry a zůstala doma pečovat o nemocného člověka.

4.2. Legislativa od roku 2007 do roku 2011

Od 1. 1. 2007 vstoupil v platnost zákon č. 108/2006 Sb., O sociálních službách. Záměrem a hlavním cílem tohoto zákona bylo umožnit postiženým aktivním způsobem se podílet na tom, jaké služby bude využívat. Došlo ke změně koncepce vyplácení příspěvku – příspěvek již nedostávala osoba, kteřá o nemocného pečovala, ale přímo nemocný nebo postižený člověk, kteřý si sám určoval, koho, či jakou službu si z příspěvku zakoupí. Posuzování již nevycházelo pouze z vyhodnocení zdravotního stavu, ale sociální pracovnice při šetření přímo v rodině zjišťovaly a posuzovaly 36 úkonů péče o vlastní osobu a soběstačnosti. Poté dle sociálního šetření a zdravotního posudku České správy sociálního zabezpečení došlo k přiznání příspěvku dle stupně postižení a potřeby v rozsahu 1. – 4. stupně:

- 1. stupeň lehká závislost
- 2. stupeň – středně těžká závislost
- 3. stupeň – těžká závislost
- 4. stupeň – úplná závislost

Dle přiznaného stupně závislosti došlo také ke konkrétnímu přiznání výše příspěvku - viz § 11 zákona č. 108/2006 S., o sociálních službách:

(1) Výše příspěvku pro osoby do 18 let věku činí za kalendářní měsíc

a) 3000 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost)

b) 6000 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost)

c) 9000 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost)

d) 12000 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost)

(2) Výše příspěvku pro osoby starší 18 let věku činí za kalendářní měsíc

a) 800 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost)

b) 4000 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost)

c) 8000 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost)

d) 12000 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost)

Dále zákon rozlišil druhy sociálních služeb, které rozdělil na zařízení sociálních služeb, sociální poradenství a služby sociální prevence a stanovil úhrady nákladů za sociální služby. I zde byly rozlišeny sociální služby poskytované bez úhrady (např. sociální poradenství, raná péče, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi apod.) a služby poskytované za úhradu (např. týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením apod.).

Současně také zákon řešil situaci nestátních subjektů. Ty se do roku 2007 potýkaly s neustálým nedostatkem finančních prostředků a panovala zde jistá nervozita a nejistota plynoucí z těchto problémů. Finanční podporu mohly očekávat od státu v případě, pokud uspěly v dotačním řízení, ale tyto prostředky byly poskytovány pouze po dobu jednoho roku, bez jistoty, zda se podaří uspět opět v následujícím dotačním řízení. Nový zákon umožnil nestátním subjektům zaevidovat se, po dodržení určitých podmínek uvedených v § 79, do registru poskytovatelů sociálních služeb. Klienti byli dále zákonem ze strany státu chráněni nově zavedeným institutem inspekce poskytování sociálních služeb. Tuto činnost vykonává registrující orgán, ve většině případů tedy krajský úřad. Předmětem této inspekce je plnění podmínek stanovených pro registraci poskytovatelů sociálních služeb a kvalita poskytovaných sociálních služeb. Negativní výsledek inspekce může vést až ke zrušení registrace.

4.3. Legislativa od roku 2012

Od 1. 1. 2012 došlo opět k razantním změnám v sociální oblasti. Veškeré příspěvky dle zákona č. 182/1991 Sb., byly zrušeny. Místo nich nový zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, nově zavedl příspěvek

na mobilitu, který sloučil původní příspěvek na provoz motorového vozidla a příspěvek na individuální dopravu. Současně se tento příspěvek již nevyplácí jednorázově jednou do roka, ale každý měsíc ve výši 400,- Kč. V případě nejvíce zdravotně postižených jde oproti předchozímu příspěvku o snížení částky. V původním zákonu č. 182/192 Sb., se totiž jednalo o rozlišení částek pro držitele průkazů mimořádných výhod II. stupně o částku 3.000,- Kč a držitele průkazu mimořádných výhod III. stupně o částku 7.920,- Kč, v případě žadatelů o individuální dopravu se jednalo o částku 6.500,- Kč.

V případě příspěvku na pořízení kompenzační pomůcky došlo ke sloučení příspěvku na pořízení kompenzační pomůcky, příspěvku na zakoupení motorového vozidla a příspěvku na úpravu bytu. Ze seznamu kompenzačních pomůcek došlo k odstranění řady pomůcek, jejichž pořízení nemělo velký efekt pro potřeby postiženého, jako například televize či mobilní telefon. Bohužel došlo i k odstranění řady pomůcek, které postiženým určitý přínos daly, jako například polohovací postele, rehabilitační stoly, čtyřkolky, či trojkolky pro děti. Dále došlo ke změně příspěvku na pořízení velmi drahých kompenzačních pomůcek typu schodišťová plošina či schodolez. Jednak příspěvek činí maximálně 350.000,- Kč (často částka na pořízení schodišťové plošiny činí 500.000 Kč a výše), jednak zde dochází k tomu, že daná kompenzační pomůcka zůstane majetkem státu, dojde pouze k zapůjčení této pomůcky. Nevýhodou pro postiženého zůstává to, že stát platí pouze pomůcku, postižený si musí zaplatit dopravu, instalaci a případnou pravidelnou údržbu, přičemž tato pomůcka není jeho majetkem. V současné době není dořešeno, jakým způsobem bude probíhat výběrové řízení na dodavatele této pomůcky, a kam se případně pomůcka uskladí v případě, že dojde k ukončení smlouvy o výpůjčce.

Nově dochází k zavedení karty sociálních systémů, která nahrazuje současné průkazy pro držitele mimořádných výhod – průkazy TP, ZTP a ZTP/P. Tato karta bude fungovat i jako platební karta a veškeré sociální dávky budou převáděny na tuto kartu.

Dále došlo ke změně i v oblasti státní sociální podpory, které se dotkly i rodin s postiženými dětmi. Došlo totiž ke zrušení možnosti prodloužit si rodičovský příspěvek až do 7 let postiženého dítěte. Místo toho rodiče pobírající prodloužený rodičovský příspěvek byli převedeni automaticky na příspěvek na péči a musí si požádat o přehodnocení zdravotního stavu dítěte.

5. Metody a techniky sociální práce

Existuje celá řada autorů, kteří se pokusili vymezit obsah, pojetí a cíle sociální práce, ale jen některé z navržených definic skutečně posloužily k ohraničení profesionálního pole sociální práce. „*Například americká Národní asociace sociálních pracovníků definovala cíl následovně: Sociální práce je profesionální aktivita zaměřená na pomáhání jednotlivcům, skupinám či komunitám zlepšit nebo obnovit jejich schopnost sociálního fungování a na tvorbu společenských podmínek příznivých pro tento cíl*“.
(Matoušek, 2001, s. 184).

5.1. Raná péče

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách definuje službu rané péče takto:

§ 54 Raná péče

- (1) *Raná péče je terénní služba, popřípadě doplněná ambulantní formou služby, služba poskytovaná dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené, nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu. Služba je zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby.*
- (2) *Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:*
 - a) *výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,*
 - b) *zprostředkování kontaktu se společenským prostředím*
 - c) *sociálně terapeutické činnosti*
 - d) *pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí*

Službu rané péče zajišťuje pro Boskovicko Společnost pro ranou péči - Středisko rané péče v Brně. Jde o občanské sdružení, jehož cílem je předcházet postižení, eliminovat nebo zmírnit jeho důsledky a poskytnout rodině, dítěti i společnosti předpoklady sociální integrace. Služby rané péče mají být poskytovány od zjištění rizika nebo postižení do přijetí dítěte vzdělávací institucí tak, aby zvyšovaly vývojovou úroveň dítěte v oblastech, které jsou ohroženy faktory biologickými, sociálními a psychologickými. Cílovými skupinami jsou rodiny s dítětem se zrakovým postižením ve věku 0-4 roky a rodiny s dítětem se zrakovým a kombinovaným postižením ve věku

0-7 let. Středisko má celkem 7 pracovníků, kteří nabízí jednak službu ve formě terénní, kdy dochází k návštěvám a konzultacím přímo v rodinách, jednak službu přímo v centru Střediska, kde probíhá komplexní posouzení potřeb zájemců o službu, program stimulace zraku, kauzuistické semináře, kurzy pro rodiny. Dále Centrum vydává časopis Rolnička, pořádá semináře, provozuje klub rodičů, apod.

Další organizací, která nabízí služby rané péče je Poradna rané péče Dorea, která patří svou působností pod Slezskou diakonii. Služby nabízí rodinám, ve kterých vyrůstají děti se zdravotním postižením a ohroženým vývojem v důsledku nepříznivého zdravotního stavu, maximálně do sedmi let věku dítěte. Cílovou skupinou jsou rodiny s dětmi s tělesným postižením, mentálním postižením, kombinovaným postižením a rodiny s dětmi s ohroženým psychomotorickým vývojem. Rodina se sama rozhoduje, jaké služby a v jakém rozsahu využije. Cílem služby je poskytovat rodině s dítětem se zdravotním postižením ucelenou podporu, aby zvládala péči o dítě v domácím prostředí, snížit negativní vliv postižení na rodinu dítěte a na jeho vývoj a usilovat o sociální začleňování rodiny. Organizace nabízí následující služby:

- Konzultace – základní činností je návštěva v místě bydliště rodiny, kde dojde ke zjištění potřeb rodiny a dítěte se zdravotním postižením, doporučení vhodné stimulace dítěte, dále dojde k nácviku dovedností, které mohou pečujícím osobám pomoci při podpoře přiměřeného vývoje dítěte, vyhodnocování osobních cílů a k psychosociální podpoře formou naslouchání
- Poradenství – sociální poradenství, psychologické poradenství, poradenství k odborným metodám
- Další služby – zhodnocení schopností a dovedností, půjčování speciálních pomůcek, hraček a odborné literatury, vzdělávání rodičů, pořádání setkání s dalšími rodinami za účelem sdílení a výměny zkušeností, doprovod při vyřizování žádostí a na jednání v záležitostech týkajících se dítěte

5.2. Osobní asistence

„Osobní asistence bývá definována jako komplex služeb, jejichž cílem je pomoci člověku se zdravotním postižením zvládnout s podporou osobního asistenta ty úkony,

keré by dělál sám, kdyby mohl. Je to sociální služba, poskytuje se bez omezení místa a času. Služby sociální asistence mají uživatelé zabezpečit základní životní potřeby, biologické a společenské. Patří mezi ně pomoc při vzdělávání a výkonu povolání.“ (Uzlová, 2010, s. 23).

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách definuje službu osobní asistence takto:

§ 39 Osobní asistence

(1) Osobní asistence je 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,

(2) Služba podle odst. 1 obsahuje zejména tyto základní činnosti:

- a) pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,*
- b) pomoc při osobní hygieně,*
- c) pomoc při zajištění stravy,*
- d) pomoc při zajištění chodu domácnosti,*
- e) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,*
- f) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,*
- g) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.*

Zákon rovněž stanoví pravidla pro poskytování sociálních služeb a trvá na jejich dodržování. K základním zásadám patří zachování důstojnosti a lidských práv člověka, který službu využívá, a individuální přístup vycházející z potřeb konkrétní osoby.

Osobní asistent je v užším slova smyslu zaměstnanec poskytovatele sociálních služeb, které je registrován pro poskytování služby osobní asistence, v širším slova smyslu je to fyzická osoba, jež poskytuje péči klientovi v jeho přirozeném prostředí, a to dobrovolně nebo za dohodnutou finanční odměnu hrazenou z příspěvku na péči. Osobním asistentem se může stát každý, kdo se pro tuto práci rozhodl a kdo splní požadavky konkrétního klienta nebo poskytovatele sociální služby. Při stanovení kritérií

záleží na míře a typu zdravotního postižení uživatele i na tom, zda osobní asistent bude pomáhat dítěti či dospělému.

Pracovní náplň osobního asistenta dítěte se zdravotním postižením je velmi individuální. Závisí na zdravotním stavu dítěte a řídí se jeho potřebami a možnostmi. V domácím prostředí jde většinou o pomoc při sebeobslužných činnostech, při hygieně a příjmu potravy, stimulaci zraku či sluchu, aktivizační činnosti, hry, pomoc s přípravou do škol, apod. Osobní asistence ve škole má svá specifika. Asistent spolupracuje nejen s rodinou, ale také s učiteli a dalšími členy týmu zabezpečujícího začlenění do jeho práce. Řídí se potřebami dítěte, ale svou činnost koordinuje s činnostmi učitelů. Pomáhá dítěti zvládat nároky školního prostředí, orientovat se v něm a zapojit se mezi vrstevníky. Poskytuje dítěti podporu hlavně při sebeobsluze, osobní hygieně, stravování, při přesunech do školy a ze školy, pomáhá s kontakty a komunikací se spolužáky.

5.3. Sociálně terapeutické dílny

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách definuje službu sociálně terapeutické dílny takto:

§ 67 sociálně terapeutické dílny

(1) Sociálně terapeutické dílny jsou 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.

(2) Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:

- a) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,*
- b) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy*
- c) Nácvik dovedností pro zvládnutí péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění,*
- d) podpora vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností.*

Tuto službu poskytuje na Boskovicku například komplex služeb Betany Boskovice.

5.4. Sociální rehabilitace

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách definuje službu sociální rehabilitaci takto:

§ 70 sociální rehabilitace

- (1) *Sociální rehabilitace je soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí. Sociální rehabilitace se poskytuje formou terénních a ambulantních služeb nebo formou pobytových služeb poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb.*
- (2) *Služba podle odstavce 1 poskytovaná formou terénních nebo ambulantních služeb obsahuje tyto základní činnosti:*
- a) nácvik dovedností pro zvládání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění,*
 - b) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím*
 - c) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti*
 - d) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí*

Na Boskovicku **služby terapeutických dílen a sociální rehabilitace** nabízí komplex služeb Betany Boskovice. Jedná se o zařízení, patřící svou působností pod Diecézní charitu Brno a Oblastní charitu Blansko. Sociální rehabilitaci nabízí klientům od 18 let. Denní stacionář je určen pro osoby ve věku od 16 do 65 let, a pro děti od 7 let, které si plní školní docházku ve speciální třídě na odloučeném pracovišti Praktické školy Boskovice.

Posláním Betany Boskovice je poskytovat přiměřenou pomoc lidem s mentálním postižením lehkého a středního stupně a kombinovaným postižením zaměřenou na jejich schopnosti a dovednost. Vést je k samostatnosti a k rozšiřování jejich osobních možností vedoucích k zapojení se do běžného života svých vrstevníků. Důležité je posilování osobní kompetence, schopností a dovedností, aby lidé s mentálním a kombinovaným postižením mohli využívat běžné společenské zdroje v přirozeném prostředí. Dávat prostor k jejich seberealizaci zejména v oblasti zaměstnání a v oblastech kulturního a společenského dění, a tím docílit zlepšení kvality jejich života.

Cílem Betany Boskovice je pomocí nabízených aktivit a činností u uživatelů rozvíjet a udržovat již získané pracovní dovednosti a návyky vedoucí k jejich osamostatňování. Nácvikem běžných činností v péči o domácnost upevňovat jejich soběstačnost. Podporovat uživatele v kontaktu s přirozeným prostředím a tím napomáhat v zapojování do běžného života. Na základě získaných a zafixovaných návyků, schopností a dovedností podpořit uživatele získat práci, podpořit uživatele, aby byli schopni smysluplně trávit svůj volný čas, podpořit uživatele v samostatnosti v oblasti péče o sebe, chod domácnosti, hospodaření s financemi.

Sociální rehabilitace je zaměřena na posilování osobních kompetencí, schopností a dovedností u lidí s mentálním a kombinovaným postižením tak, aby mohli využívat běžné společenské zdroje v přirozeném prostředí. Je poskytována jak forma ambulantní, tak i pobytová. Sociální rehabilitace nabízí uživatelům:

- Nácvik dovedností vedoucí k sociálnímu začlenění (např. činnost v Centrální kuchyni, v Údržbářské skupině apod.)
- Výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti (např. základy práce s počítačem, nácvik finančních dovedností apod.)
- Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím (návštěva kulturních, sportovních a společenských akcí)
- Pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů (například pomoc při vyřizování různých kompenzačních pomůcek, příspěvku na péči apod.)

Při návštěvě tohoto zařízení jsem byla velmi mile překvapena krásným prostředím. Byla jsem seznámena s chodem celého zařízení. Na přehledných tabulích bylo rozděleno, na kterém pracovišti se bude konkrétní klient konkrétního dne nacházet. Každý klient má přiřazen své pracoviště a 2x týdně může být na jiném pracovišti. Jednotlivá pracoviště byly – výtvarná dílna, keramická dílna, pracovní místnost, kde jsou vytvářeny výrobky různými technikami, místnost s počítačovou technikou, kde dochází i k výuce administrativních činností a práce s financemi, kuchyň, dále pracovna, kde se klienti učí šít, háčkovat, pracovat se šicím strojem apod. Tyto dílny mohou navštěvovat i děti, které v Betany navštěvují školu, a to buď před výukou, nebo i po výuce.

6. Praktická část

Pro účel této práce jsem si stanovila následující hypotézu: *„veřejnost Boskovicka je o příspěvcích ze strany státu dostatečně informována. Počet služeb je dostačující a některé služby v regionu chybí.“*

Pro ověření hypotézy jsem použila metodu anonymního dotazníkového šetření, hlavně s ohledem na to, že se jedná o velmi citlivou tematiku. V dotazníku jsem použila jednak otázky uzavřené a jednak otevřené, s možností dotazovaných vyjádřit svůj názor.

Cílem šetření bylo zjistit, zda jsou rodiče zdravotně postižených dětí dostatečně informováni o možnostech příspěvků ze strany Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky. Dalším cílem dotazníku bylo zjištění, zda rodiče zdravotně postižených dětí využívají sociálních služeb v regionu Boskovicka, zda jsou s uvedenými sociálními službami spokojeni, popřípadě, zda jim nějaká služba chybí.

Celkem jsem v dotazníku položila 23 otázek (viz příloha č. 1), všechny se týkaly tématu bakalářské práce. Oslovila jsem rodiče s postiženými dětmi do věku 18 let. Vrátilo se mi celkem 23 vyplněných dotazníků.

První tři otázky dotazníku jsou zaměřeny na deskripci zkoumaného vzorku respondentů. Jednalo o 13 chlapců ve věku 6 -14 let a 10 dívek ve věku 3-16 let. Nejmladšímu dítěti byly 3 roky a jednalo se o dívku, nejstaršímu dítěti bylo 16 let a opět se jednalo o dívku. Z celkového počtu dětí se jednalo o 4 děti s pohybovým postižením, 5 dětí s mentálním postižením, 2 děti zrakově postižené, 11 dětí s postižením kombinovaným, 1 dítě bylo těžký kardiak.

Druhá část dotazníku (otázka č. 4-15 přílohy č. 1) je zaměřena na zjištění úrovně informovanosti respondentů šetření o dávkách poskytovaných ze strany státu. Z této části dotazníku vyplynulo, že o využívání různých druhů příspěvku byli rodiče informováni z větší části odbornými lékaři – 18 rodin, 4 rodiče byli informováni psychologem, 1 rodinu informovalo Středisko rané péče v Brně. Všechny děti jsou držiteli průkazu mimořádných výhod, z toho 7 dětí má přiznán průkaz ZTP a 16 dětí průkaz ZTP/P. Všechny rodiny jsou držiteli zvláštního označení do auta, pobírají příspěvek na provoz motorového vozidla – dle nového zákona č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, platného od roku 2012,

příspěvek na mobilitu. O příspěvek na zakoupení motorového vozidla požádalo celkem 21 rodin, z toho 20 rodin příspěvek obdrželo, 1 rodina čeká na výsledek posouzení zdravotního stavu na Okresní správě sociálního zabezpečení v Blansku. Celkem 22 rodin pobírá příspěvek na péči, z toho 3 rodiny příspěvek ve výši 3. stupně a 19 rodin příspěvek ve výši 4. stupně. Z tohoto příspěvku platí dětem služby v zařízeních, které navštěvují, a dále různé aktivity rodin jako plavání, výlety a podobně. Pro zřehlednění odpovědí na tuto část dotazníku jsem zvolila následující tabulku:

Tabulka č. 2

Otázky:	Odpověď (počet dětí)		
	Ano	Ne	V řízení
Vlastní dítě průkaz mimořádných výhod?	23 Z toho: ZTP 7 ZTP/P 16	0	0
Je dítě držitelem zvláštního označení do auta?	23	0	0
Uplatňujete příspěvek na mobilitu?	23	0	0
Žádali jste o příspěvek na zakoupení motorového vozidla?	20	2	1
Byl vám výše uvedený příspěvek přiznán?	20	0	1
Pobíráte příspěvek na péči?	22 Z toho: 3. stupeň 3 4. stupeň 19	1	0
Využíváte tento příspěvek pouze v rámci rodiny?	0	22	

Dále jsem se zajímala o to, zda rodiny používají kompenzační pomůcky pro své děti. V souhrnu lze říci, že rodiny v plné míře kompenzační pomůcky využívají a jsou

o možnostech příspěvků jak ze strany Úřadu práce ČR, tak ze strany pojišťoven dobře informováni. U pohybově postižených a kombinovaně postižených se jednalo hlavně o pomůcky typu mechanický invalidní vozík, elektrický invalidní vozík, speciální pleny, speciální kočáry, chodítka, rehabilitační stoly na cvičení, polohovací zařízení do vany, schodolez, schodišťová plošina, nájezdové ližiny do auta, stropní kolejnicový systém, speciální autosedačky do auta.

Dílčí závěr: hypotéza, že rodiny jsou dostatečně informovány a příspěvky od státu využívají, se potvrdila.

Třetí část dotazníku (otázka č. 16-21 přílohy č. 1) je zaměřena, zda dítě navštěvuje nějaké zařízení sociálních služeb, jaké služby toto zařízení nabízí, a zda je klient v tomto zařízení využívá, zda jsou s danými službami spokojeni.

Z celkového počtu zdravotně postižených dětí navštěvují 2 Speciální školu v Blansku, 6 dětí zařízení Betany Boskovice, 7 dětí Dětskou léčebnu pohybových poruch v Boskovicích, 3 děti navštěvují praktickou školu v Boskovicích, 3 děti jsou integrovány do základní školy, 2 děti jsou integrovány do mateřské školy.

Tabulka č. 3

Zařízení	Počet dětí, které je navštěvují
Speciální škola Blansko	2
Betany Boskovice	6
Dětská léčebna pohybových poruch	7
Integrace do školky	2
Integrace do školy	3
Praktická škola Boskovice	3

Betany Boskovice mimo výuky na odloučeném pracovišti Praktické školy Boskovice, terapeutických dílen a sociální rehabilitace nabízí službu denního stacionáře. Dále nabízí možnosti canisterapie, hippoterapie, zapůjčení odborné literatury.

Dětská léčebna nabízí možnost celodenní péče v mateřské škole, která je součástí zařízení.

Speciální škola Blansko nabízí mimo výuky dále poradenství (součástí školy je speciálně-pedagogické centrum) a logopedii.

Integrace dětí do mateřské školy a základní školy probíhají jak přímo v Boskovicích, tak i mimo ně. Například jedno z pohybově postižených dětí, které je trvale odkázáno na invalidní vozík je integrováno v málotřídní škole na malé obci. Tato třída je dokonce v 1. patře v budově bez výtahu. Škola rodině vyšla maximálně vstříc, dítě má i svého pedagogického asistenta, který se mu individuálně věnuje.

Všichni respondenti v dotaznících uváděli, že jsou se službami ve výše uvedených zařízeních spokojeni. Pokud se vyskytly připomínky, tak pouze k rozsáhlé administrativě v případě zájmu o novou službu. Dále by rodiče, zejména maminky, uvítali službu dopravy dítěte ráno do zařízení a odpoledne zpět ze zařízení. Maminky si v tomto směru stěžují, že stráví v podstatě polovinu dne dopravou dítěte do zařízení a samy potom tudíž těžko hledají pracovní uplatnění alespoň na částečný úvazek. U starších dětí rodiče spíše řešili nemožnost najít vhodný zájmový kroužek pro jejich dítě v rámci odpolední aktivity po výuce - hlavně se jednalo o pohybové kroužky. Vyplývaly zde zejména špatné zkušenosti rodičů, kteří se setkali s neochotou vedoucích kroužků, kteří neměli zájem věnovat se speciálně dítěti s postižením. Dalším problémem byla obava rodičů, co bude dále s dětmi po ukončení povinné výuky. Na Boskovicku jsou sice 2 zařízení, která nabízí služby pro starší zdravotně postižené občany – jedná se o zařízení Betany a zařízení Emanuel (toto zařízení se specializuje na klienty starší 18 let s nejtěžšími zdravotními postiženími a vztahuje se pouze na muže). Tyto zařízení ale mají omezenou kapacitu klientů a čekací doba na volné místo je dlouhá. V blízkém okolí už lze najít pouze zařízení Domov Olga působící v Blansku – Klepačově. Dojíždění do tohoto zařízení je ale časově i finančně náročné. Často se tedy stává, že dítě po ukončení povinné školní docházky zůstává doma s rodiči, nejčastěji maminkou, která i v případě, že měla možnost zaměstnání, tak je musí ukončit a zůstat doma s dítětem. V tomto případě by uvítali rodiče možnost vzniku nějakého dalšího zařízení, kam by dítě mohlo docházet.

Dílčí závěr: hypotéza, že počet služeb je dostačující, se potvrdila jen částečně. Rodiče by potřebovali služby týkající se dopravy dětí do zařízení, poskytování

služeb v odpoledních hodinách a volnočasové aktivity pro jejich hendikepované děti zcela chybí.

Poslední otázka byla zařazena dodatečně s ohledem na aktuální situaci, která nastala s účinností zákona č. 329/2011 Sb., od 1. 1. 2012. Především jsem se zajímala o to, zda jsou rodiče informováni o těchto změnách, a jaký názor na tyto změny mají. Největší zklamání u rodičů bylo snížení příspěvku na mobilitu (dříve příspěvek na provoz motorového vozidla) z částky 7.920,- Kč na částku 4.800,- Kč, která se navíc oproti dřívějšímu příspěvku vyplácí měsíčně v částce 400,- Kč. Dále v rámci reformy došlo ke změně příspěvku na zakoupení motorového vozidla, kde děti s lehčím mentálním postižením nebudou mít na tento příspěvek nárok, přičemž rodina by motorové vozidlo plně využila hlavně z důvodů časté dopravy k lékařům a do zařízení sociálních služeb. Obavu také projeví rodiče, kteří byli převedeni automaticky z prodlouženého rodičovského příspěvku na příspěvek na péči, kde budou muset být děti opět přehodnoceny ze zdravotního hlediska, zda příspěvku budou odpovídat a v jaké výši. Zklamání přišlo i při zjištění, že řada kompenzačních pomůcek, které by byly pro dítě vhodné, a rodina na takovou pomůcku nemá finance, byla ze zákona odstraněna. Celkově všechny rodiny vyjádřily nespokojenost s novou sociální reformou, kterou vnímají jako krok zpět s ohledem na potřeby zdravotně postižených lidí.

Výsledky dotazníkového šetření:

Ze zpracování dotazníků vyplynulo, že rodiče zdravotně postižených dětí jsou již hned po zjištění zdravotního postižení dostatečně informováni o možnostech čerpání všech dávek vhodných pro rodiny s postiženými dětmi. Všechny rodiny využívají sociálních služeb v zařízeních, která jsou vhodná pro typ zdravotního postižení konkrétního dítěte. Všichni rodiče jsou s nabízenými službami spokojeni. Hlavním problémem na Boskovicku tedy zůstává umístění dětí, které postupně dospívají. Kapacity zařízení pro dospělé jsou omezené, tudíž vzniká problém ten, že v dospělosti se tyto lidé opět postupně ocitají v sociální izolaci. Jako hlavní úkol do budoucna navrhuji jednak rozšíření kapacit stávajících zařízení pro dospělé zdravotně postižené občany, či případně vznik dalšího nového zařízení pro zdravotně postižené.

Stanovená hypotéza byla ve všech částech potvrzena.

Závěr

Ve své bakalářské práci na téma „Nové trendy v sociální práci s rodinou“ jsem se zaměřila na problematiku rodin s postiženými dětmi. I v dnešní době lidé často nevědí, jak zareagovat při setkání s rodinou s postiženým dítětem. Rodiny jsou často vyčleněny ze svého okolí, nemají dostatek sociálních kontaktů, zejména těch, které se netýkají přímo postižení jejich dítěte.

Zaměřila jsem se hlavně na to, jakým způsobem rodina reaguje na příchod zdravotně postiženého dítěte do rodiny, jakými fázemi duševní krize rodina prochází. Jde o velmi zdlouhavé období, a jsou i rodiny, které se se zdravotním postižením svého dítěte nikdy nesmíří. Často dochází k rozpadu manželství, kdy otec danou situaci neunes a od rodiny odejde. Často dojde k omezení sociálních kontaktů, přátelé si nejsou jistí, jak reagovat, jak se zachovat, proto raději od kontaktů upouští. Vliv příchodu postiženého dítěte je patrný i ve vztazích v blízké rodině, kdy sourozenci těchto dětí jsou často nuceni ustoupit do pozadí vzhledem k péči o těžce nemocné dítě. Vliv na rodinu má i přístup prarodičů, kteří mnohdy i určí, zda dítě zůstane v rodině, či bude dáno do ústavu.

Důležité pro rodinu je dozvědět se diagnózu co nejdříve, aby mohla adekvátně reagovat, a aby došlo co nejdříve k cílené celkové rehabilitaci dítěte. Zdravotní péče je samozřejmě na prvním místě, dále je nutné, aby dítě mělo přiměřené sociální kontakty, navštěvovalo v možnostech svého zdravotního postižení nějaké školské zařízení. Dále je nutná znalost zákonů a možností, které rodiče mohou vzhledem ke zdravotnímu stavu dítěte uplatnit, jako je příspěvek na péči, příspěvek na mobilitu, příspěvky na kompenzační pomůcky, jak od státu, tak od zdravotních pojišťoven, příspěvek na zakoupení motorového vozidla, různé úlevy na daních, slevy na jízdném a podobně.

Další součástí mé práce bylo kategorizování jednotlivých typů zdravotního postižení, popsání typických projevů chování, možností vzdělávání těchto dětí. Dále jsem se soustředila na legislativu, zabývající se pomocí rodinám s postiženými dětmi. Důležitou část tvoří také představení jednotlivých zařízení pomáhajících rodinám se zdravotním postižením, zaměření na jejich práci a nabídky služeb.

V současné době existuje řada zařízení pomáhajících rodinám s postiženými dětmi, ať jsou to již zdravotnická zařízení, školská zařízení, či nestátní neziskové organizace,

nadace a podobně. Všechna tato zařízení již nabízejí kompletní a kvalitní služby, jsou ve velké většině moderně vybavená a poskytují i v rámci možností potřebné kompenzační pomůcky.

Tuto část práce jsem zaměřila na problematiku rodin s postiženými dětmi, která je i v současné době velmi aktuální. Rodinám s postiženými dětmi je vždy třeba věnovat speciální pozornost, hlavně z důvodu, aby se tyto rodiny nedostaly do sociální izolace či do finančních problémů. Vždyť hlavním záměrem Zákona o sociálních službách bylo především to, aby tyto děti nekončily v ústavech, ale zůstávaly v rodině, která i přese všechno je tou hlavní a nenahraditelnou institucí, která může dát těmto dětem do života nejvíce.

Z praktické části vyplynulo, že na Boskovicku jsou sociální služby pro rodiny s postiženými dětmi kvalitní. Vystává zde ovšem zcela nový problém do budoucna. Tímto problémem je, že zařízení pro dospělé zdravotně postižené občany mají omezené kapacity, tudíž opět zde vzniká problém sociální izolace těchto občanů v dospělosti. Hlavním úkolem do budoucna by tedy mělo být jednak rozšíření kapacit v zařízeních pro dospělé postižené občany, či případný vznik zcela nového zařízení pro těžce zdravotně postižené občany, aby k případné sociální izolaci těchto občanů nedocházelo.

Resumé

Ve své práci jsem v první části uvedla základní pojmy týkající se problematiky rodin s postiženými dětmi.

V další části jsem psala o tom, jaké dopady na rodinu má narození postiženého dítěte, jakým způsobem se rodina vyrovnává s tímto stavem. Uvedla jsem jednotlivé fáze duševní krize rodiny. Dále jsem se zabývala možnostmi pomoci ze strany Ministerstva práce a sociálních věcí, Ministerstva zdravotnictví a Ministerstva školství, přičemž jsem uvedla příklady institucí těchto rezortů poskytujících péči na Boskovicku. Dále jsem uvedla jednotlivé typy postižení, jejich charakteristiku a možnosti vzdělávání těchto dětí. Zabývala jsem se i moderními pojmy integrace a inkluze, zejména v souvislosti se vzděláváním zdravotně postižených dětí.

Zabývala jsem se i legislativou z rezortu Ministerstva práce a sociálních věcí, jak minulou, tak i současnou. Dále jsem uvedla nejčastější formy sociálních služeb, které mohou užívat rodiny s dětmi.

V praktické části jsem použila formu dotazníků, kdy jsem oslovila rodiny s postiženými dětmi. Zajímalo mě hlavně, zda jsou tyto rodiny informovány o všech možnostech dávek a příspěvků ze strany státu, zda využívají dostupné kompenzační pomůcky, jaká zařízení navštěvují zdravotně postižené děti, a zda využívají jejich nabídky sociálních služeb, a zda jsou s těmito službami spokojeni.

Anotace

Bakalářská práce „Nové trendy v sociální práci s rodinou“ je rozdělena do šesti částí, které na sebe navazují.

První část specifikuje základní pojmy, jako jsou sociální pracovník, sociální práce, rodina, zdravotní postižení. Druhá část je zaměřena na rodinu a její vyrovnávání se se situací, že se v ní narodí postižené dítě. Třetí část charakterizuje jednotlivé typy postižení. Čtvrtá část se zabývá legislativou, která se zabývá pomocí rodinám se zdravotně postiženými dětmi. V páté části se zabývá nejčastějšími sociálními službami, které může rodina s postiženými dětmi využívat. Poslední šestá část se věnuje dotazníkům, ve kterých rodiny s postiženými dětmi reagují na otázky týkající se jejich dětí – postižení, využití pomoci ze strany státu, spokojeností se službami, které se v jejich oblasti nacházejí.

Klíčová slova

Zdravotní postižení, rodina, dítě, sociální služby, sociální pracovník, osobní asistent, integrace, inkluze, sociální vyloučení

Anotation

Thesis „New trends in social work with the family“ is divided into six parts to bind.

The first part specifies the basic concepts such as social worker, social work, family, disability. The second part is focused on her family and coping with the situation that in the birth of a handicapped child. The third part describes the various types of disabilities. The fourth part deals with legislation that deals with helping families with disabled children. The fifth section deals with the most frequent social services that families can use with handicapped children. The sixth part deals with questionnaires in which families with disabled children respond to questions about their children –

disability, use of assistance from the state, satisfaction with services, which are located in their area.

Key words

Disability, family, child, social services, social worker, personal assistant, inclusion, social exclusion

Seznam použité literatury:

- 1) Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů
- 2) Zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů
- 3) Vyhláška MPSV č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů
- 4) Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, v platném znění
- 5) Kolektiv autorů, Kapitoly ze speciální pedagogiky, IMS Brno 2008, 235 s.
- 6) Matoušek O. a kol., Sociální služby, Portál, Praha 2007, 184 s., ISBN 978-80-7367-310-9
- 7) Matoušek O. a kol., Základy sociální práce, Portál, Praha 2007, 312 s., ISBN 978-80-7367-331-4
- 8) Matoušek O. a kol., Sociální práce v praxi, Portál, Praha 2010, 352 s., ISBN 80-7367-002-X
- 9) Matoušek O. a kol., Metody a řízení sociální práce, Portál Praha 2003, 384 s., ISBN 80-7178-548-2
- 10) Pešová I., Šamalík M., Poradenská psychologie pro děti a mládež, Grada, Praha 2006, 152 s., ISBN 80-247-1216-4
- 11) Pipeková J., Kapitoly ze speciální pedagogiky, Paido, Brno 2006, 404 s., ISBN 80-7315-120-0
- 12) Radvan E., Vavřík M., Metodika psaní odborného textu a výzkum v sociálních vědách, IMS Brno 2009, 57 s.
- 13) Uzlová E., Asistence lidem s postižením a znevýhodněním, Portál Praha 2010, 136 s., ISBN 978-80-7367-764-0

Seznam příloh:

Příloha č. 1 - dotazník

Příloha č. 1

Dotazník

Dobrý den, jmenuji se Kateřina Vladíková, jsem pracovnící Úřadu práce Boskovice. V současné době studuji dálkově obor sociální pedagogika na IMS Brno – pobočka Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně a zpracovávám bakalářskou práci na téma Nové trendy v sociální práci s rodinou - toto téma zaměřuji na rodiny se zdravotně postiženými dětmi. Tímto bych Vás ráda oslovila a současně požádala o vyplnění následujícího dotazníku. Dotazník je anonymní, je v něm pouze uveden věk a pohlaví dítěte, a výsledky budou použity pouze pro účely mé bakalářské práce. V případě, že dotazník vyplníte, prosím odevzdejte jej buď na Městském úřadu Boskovice, odboru sociálních věcí a zdravotnictví, přímo u mě v kanceláři na nám. 9. Května 2, 3. patro, kancelář č. 4.21., případně jej zašlete poštou na Úřad práce Boskovice, přímo k mým rukám. Předem děkuji za ochotu. Kateřina Vladíková.

1. Věk dítěte

2. Pohlaví dítěte

- Chlapec
- Dívka

3. Druh postižení dítěte

- Pohybové
- Mentální
- Sluchové
- Zrakové
- Kombinované

4. Kdo Vám jako první sdělil možnosti využívání různých druhů příspěvků pro postižené

- Sociální pracovníce v nemocnici
- Odborný lékař
- Psycholog
- Jiná osoba

5. Vlastní dítě průkaz mimořádných výhod?

- Ano
- Ne

6. Dítě je držitelem průkazu mimořádných výhod

- 1. Stupně (TP)
- 2. Stupně (ZTP)
- 3. Stupně (ZTP/P)

7. Dítě je držitelem zvláštního označení do auta

- Ano
- Ne

8. Pobíráte příspěvek na provoz motorového vozidla

- Ano
- Ne

9. Žádali jste na příspěvek na zakoupení motorového vozidla?

- Ano
- Ne

10. Byl vám výše uvedený příspěvek přiznán?

- Ano
- Ne

11. Používáte pravidelně kompenzační pomůcky?

- Ne
- Ano, používám následující pomůcky

.....
.....
.....
.....
.....

12. Pobíráte příspěvek na péči?

- Ano
- Ne

13. Který stupeň příspěvku na péči byl Vašemu dítěti přiznán

- 1. Stupeň
- 2. Stupeň
- 3. Stupeň
- 4. Stupeň

14. Využíváte tento příspěvek pouze v rámci rodiny?

- Ano
- Ne

15. Platíte z tohoto příspěvku dítěti některý typ služby?

- Ne
- Ano, platím dítěti tyto služby

.....
.....
.....
.....

16. Navštěvuje Vaše nějaké zařízení pro těžce zdravotně postižené děti?

- Ne
- Ano, navštěvuje následující zařízení

.....
.....

17. Jaké služby nabízí toto zařízení

.....
.....
.....
.....
.....

18. Jste s úrovní těchto služeb spokojení?

- Ano
- Ne, mám tyto výhrady

.....
.....
.....
.....

19. Je nějaký typ služby, který ve Vašem okolí není, a vy byste jej využívali?

- Ne
- Ano, chybí mi tento typ služby

.....
.....
.....

20. Byla Vám nabídnuta možnost využít služeb Střediska rané péče v Brně (pouze sluchové a kombinované postižení)?

- Ne
- Ano, a využili jsme následující služby

.....
.....

21. Byla Vám nabídnuta možnost využít služeb Poradny rané péče Dorea v Brně?

- Ne
- Ano, využili jsme těchto služeb

.....
.....

22. Byli jste již obeznámeni s připravovanou sociální reformou, která proběhne v roce 2012, a jejími dopady na dávky pro zdravotně postižené?

- Ano
- Ne

