

# Rodičovství lidí se zdravotním znevýhodněním

Magda Zábranská

---

Bakalářská práce  
2017



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2016/2017

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Magda Zábranská**  
Osobní číslo: **H14088**  
Studijní program: **B5350 Zdravotně sociální péče**  
Studijní obor: **Zdravotně sociální pracovník**  
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Rodičovství lidí se zdravotním znevýhodněním**

Zásady pro vypracování:

**Studium odborné literatury.**

**Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti sociální práce, osob se zdravotním znevýhodněním a rodičovství lidí se znevýhodněním.**

**Příprava metodologie praktické části.**

**Realizace kvalitativního průzkumu technikou polostrukturovaného rozhovoru.**

**Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.**

**Prezentace výsledků šetření, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.**

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

**MATOUŠEK, Oldřich. Základy sociální práce. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-331-4.**

**MATOUŠEK, Oldřich, KODYMOVÁ, Pavla a Jana KOLÁČKOVÁ. Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi. Praha: Portál, 2005. ISBN 978-80-7367-818-0.**

**MICHALÍK, Jan. Zdravotní postižení a pomáhající profese. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-859-3.**

**PAYNE, Malcolm. Modern social work theory. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2014. ISBN 978-0-230-24960-8.**

**SLOWÍK, Josef. Speciální pedagogika. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1733-3.**

Vedoucí bakalářské práce:

**PhDr. Lucia Slobodová, PhD.**

Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce:

**9. prosince 2016**

Termín odevzdání bakalářské práce:

**19. května 2017**

Ve Zlíně dne 9. prosince 2016

  
doc. Ing. Aněžka Lengálová, Ph.D.  
děkanka



  
Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.  
ředitelka ústavu

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 28.2.2018

Valbranská .....

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užití či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

## **ABSTRAKT**

Bakalářská práce se zabývá rodičovstvím lidí se zdravotním znevýhodněním. V teoretické části jsou popsány základní definice sociální práce, metody sociální práce se zdravotně znevýhodněnými, definice zdravotního znevýhodnění, rozdělení zdravotního znevýhodnění se stručnou charakteristikou, definice rodiny, její rozdělení a funkce. Dále se zabývá rodinou, jejíž člen je zdravotně znevýhodněný.

Cílem praktické části je zjistit možnosti intervence sociálních pracovníků při práci s těmito rodinami.

Klíčová slova: zdravotní znevýhodnění, sociální práce, rodina

## **ABSTRACT**

This bachelor thesis deals with the parenting of people with health disabilities. The theoretical part describes basic definitions of social work, methods of social work with disadvantaged people, definitions of health handicap, distribution of health handicap with brief characteristics, definition of family, its distribution and function. It also deals with a family whose member is physically disadvantaged.

The aim of the practical part is to find out the possibilities of social workers to work with these families.

Keywords: health disabilities, social work, family

Tímto bych chtěla poděkovat PhDr. Lucii Slobodové, PhD. za odborné vedení mé bakalářské práce, za její ochotu a připomínky, které byly nápomocné při tvorbě této bakalářské práce.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

# OBSAH

<b>ÚVOD.....</b>	<b>9</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST.....</b>	<b>11</b>
<b>1 SOCIÁLNÍ PRÁCE .....</b>	<b>12</b>
1.1    DEFINICE SOCIÁLNÍ PRÁCE .....	13
1.2    VYBRANÉ METODY SOCIÁLNÍ PRÁCE S OSOBAMI SE ZDRAVOTNÍM ZNEVÝHODNĚNÍM .....	14
1.3    VYBRANÉ TECHNIKY SOCIÁLNÍ PRÁCE SE ZDRAVOTNĚ ZNEVÝHODNĚNÝMI .....	16
1.4    OSOBNOST SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA .....	17
1.5    ETIKA .....	18
1.6    HISTORIE SOCIÁLNÍ PRÁCE S OSOBAMI SE ZDRAVOTNÍM ZNEVÝHODNĚNÍM .....	19
<b>2 ZDRAVOTNÍ ZNEVÝHODNĚNÍ .....</b>	<b>21</b>
2.1    DEFINICE ZDRAVOTNÍHO ZNEVÝHODNĚNÍ .....	21
2.2    VZNIK ZDRAVOTNÍHO ZNEVÝHODNĚNÍ .....	21
2.3    DŮSLEDKY ZDRAVOTNÍHO ZNEVÝHODNĚNÍ .....	22
2.4    TYPY ZDRAVOTNÍHO ZNEVÝHODNĚNÍ .....	23
2.4.1    Tělesné .....	23
2.4.2    Mentální .....	24
2.4.3    Zrakové .....	25
2.4.4    Sluchové .....	26
2.4.5    Řečové .....	27
2.4.6    Kombinované .....	27
2.5    ALTERNATIVNÍ A AUGMENTATIVNÍ KOMUNIKACE .....	28
<b>3 RODINA.....</b>	<b>30</b>
3.1    DEFINICE RODINY .....	30
3.2    FUNKCE RODINY .....	31
3.3    TYPOLOGIE RODINY .....	31
3.4    RODINA SE ČLENEM ZDRAVOTNĚ ZNEVÝHODNĚNÝM .....	32
3.5    INTEGRACE .....	36
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>37</b>
<b>4 METODOLOGICKÁ ČÁST PRÁCE.....</b>	<b>38</b>
4.1    VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	38
4.2    VÝZKUMNÁ METODA .....	38
4.2.1    Výzkumný vzorek .....	39
4.3    TECHNIKA SBĚRU DAT .....	39
4.4    ORGANIZACE VÝZKUMU .....	39
4.5    OTÁZKY ROZHOVORU .....	39
<b>5 VÝSLEDKY ROZHOVORŮ .....</b>	<b>41</b>
5.1    ANALÝZA A INTERPRETACE DAT .....	41
5.1.1    Výzkumná otázka 1 .....	41
5.1.2    Výzkumná otázka číslo 2 .....	42
5.1.3    Výzkumná otázka číslo 3 .....	45



5.1.4	Výzkumná otázka číslo 3.1 .....	46
5.1.5	Výzkumná otázka číslo 3.2 .....	47
5.1.6	Výzkumná otázka číslo 3.3 .....	48
5.1.7	Výzkumná otázka číslo 4 .....	48
5.2	SHRNUTÍ.....	49
5.3	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	50
<b>ZÁVĚR .....</b>		<b>51</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>		<b>52</b>
<b>SEZNAM TABULEK.....</b>		<b>56</b>
<b>SEZNAM GRAFŮ .....</b>		<b>57</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>		<b>58</b>

## ÚVOD

Redaktorka se ptá matky, která je na invalidním vozíku: „Kdybyste si měla vybrat handicap nevidět, neslyšet, a nebo to, jak jste na tom dnes, co byste si vybrala?“ Žena odpovídá: „Být na vozíku není zase až takový handicap, takže bych neměnila.“ Redaktorka stejnou otázku položila rodičům, kteří jsou neslyšící. Muž odpovídá: „Radši sluchově postižený, než tělesně a zrakově.“ Žena by si také vybrala sluchové postižení. Do třetice se redaktorka zeptala rodičů, kteří jsou nevidomí. Odpovídají: „Neměnili bychom. Všechno slyším, můžu vzít děti za ruku a říct „Tak a teď utíkáme“. My jen nevidíme a ostatním nezávidíme.“ (Moji milovaní, 2008)

Každý z nás si určitě někdy alespoň na chvíli vyzkoušel, jaké to je, když má člověk nějaké postižení. Je to zvláštní pocit – nevidět, neslyšet, nechodit, mluvit tak, že vám nikdo nerozumí. Je neuvěřitelné, že člověk si může na takové postižení zvyknout, začlenit se do společnosti, chodit do práce, aj.

Téma bakalářské práce jsem si zvolila, protože mě práce se zdravotně znevýhodněnými zajímá, baví a naplňuje. Téma zdravotně znevýhodnění je příliš obsáhle, proto jsem se zaměřila na rodičovství lidí se zdravotním znevýhodněním.

O tomto tématu se téměř nemluví – je to tabu. Existuje velké množství předsudků o zdravotně znevýhodněných, např. mají velký sexuální apetit, jsou náruživí, aj.

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část má 3 kapitoly. První kapitola je o sociální práci, kde jsou popsány definice sociální práce, vybrané metody a techniky sociální práce, osobnost sociálního pracovníka, etika a historie sociální práce s cílovou skupinou zdravotně znevýhodnění. Druhá kapitola je věnována zdravotnímu znevýhodnění. Jsou zde popisovány definice zdravotního znevýhodnění příčiny zdravotního znevýhodnění, důsledky zdravotního znevýhodnění, jednotlivé typy zdravotního znevýhodnění a jejich charakteristika, poslední podkapitola je věnována alternativní a augmentativní komunikaci. Třetí kapitola je o rodině, kde jsou popisovány definice rodiny, funkce rodiny, jednotlivé typologie rodiny a rodina se členem se zdravotním znevýhodněním. Praktická část má 2 kapitoly. Jsou zde popsány výzkumné otázky, výzkumná metoda, technika sběru dat, organizace výzkumu a interpretace a analýza dat.

Cílem bakalářské práce je získat přehled o tématu a zjistit informace o cílové skupině zdravotně znevýhodnění. Cílem praktické části je zjistit potřebnost a možnosti intervence sociálních pracovníků při práci s rodinou, kde je alespoň jeden z rodičů zdravotně znevýhodněný.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 SOCIÁLNÍ PRÁCE

Sociální práce vzniká jako samostatný obor v průběhu 20. století. V roce 1915 se již sociální práce vyučovala na několika vysokých školách. (Matoušek et al, 2001, s. 9 - 10)

V Československé republice v roce 1918 byla otevřena Vyšší škola sociální péče. Ve 30. letech 20. století se z vyšší školy stala vysoká škola s názvem Masarykova státní škola zdravotní a sociální péče. Po roce 1950 se sociální práce na vysokých školách přestala vyučovat a byla pouze na školách středních. Od začátku 90. let 20. století se sociální práce vyučovala nejen na středních školách, ale i na vyšších odborných a vysokých školách (Paulík, 2005, s. 17)

Z toho vyplývá, že sociální práci můžeme pojmut jako akademickou disciplínu nebo obor studia, který se protíná s vědními obory jako je filosofie, sociologie, politologie, psychologie, pedagogika, andragogika, psychiatrie, aj. Další oblastí, jak lze sociální práci pojmut, je praktická činnost. (Matoušek et al, 2001, s. 10)

Sociální práce jako vědecká disciplína, jejíž vývoj je propojený s vývojem sociální politiky. Stát je ten, který by se měl postarat o lidi, kteří jsou sociálně vyloučení. V 70. letech 20. století vzniká potřeba pojmut sociální práci jako vědeckou disciplínu a to díky jejímu rozvoji. (Matoušek et al, 2013. S. 503, 505)

Na začátku vývoje sociální práce byla pouze neprofesionální. Vykonávali ji dobrovolné spolky nebo charitativní organizace. Nyní můžeme mluvit o sociální práci jako činnosti na profesionální úrovni. (Paulík, 2005, s. 9)

Sociální práce jako pomáhající profese. Tu můžeme definovat jako *„profesi, jež je orientována na potřeby člověka a jejich podstatným rysem je jednání vůči druhému člověku, které je zaměřeno na řešení jeho potřeb a poskytování podpory a pomoci. Podstatným znakem rovněž bývá zaměření na individuální přístup.“* (Michalík, 2011, s. 14)

Existují 3 pohledy na cíle sociální práce – zmocnění (empowerment), sociální změna a řešení problémů. (Payne, 2014, s. 3)

Podle Americké asociace sociálních pracovníků mezi cíle sociální práce patří podpora klienta, aby byl schopný řešit svůj problém, seznámit klienta s ostatními sociálními službami, které by mohly být nápomocné problém řešit, rozvíjet a zlepšovat sociální politiku. (Matoušek et al, 2013, s. 13 – 14)

Navrátil za cíl sociální práce považuje „podporu sociálního fungování klienta v situaci, kde je taková potřeba buď skupinově, nebo individuálně vnímána a vyjádřena.“ (Matoušek et al, 2001, s. 184)

## 1.1 Definice sociální práce

Definice sociální práce od Mezinárodní federace sociální pracovníků z roku 1988 „Je to činnost, která předchází nebo upravuje problémy jednotlivců, skupin a komunit, vznikající z konfliktů potřeb jedinců a společenských institucí. Jejím záměrem je zlepšit kvalitu života všech lidí“. (Burianová et al.)

Další definice od autorů Hanvey a Philpot z roku 1996 tvrdí, že, „Sociální práce je prostě to, co dělají sociální pracovníci“ (Matoušek et al, 2001, s. 184)

Definice z roku 2000 od Navrátila „Sociální práce se profesionálně zabývá lidskými vztahy v souvislosti s výkonem sociálních rolí.“ (Matoušek et al, 2001, s. 184)

Matoušková definice z roku 2001 je obsáhlejší a snaží se popsat co sociální práce je a co by sociální pracovníci měli dělat. „Sociální práce je společenskovední disciplína i oblast praktické činnosti, jejímž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů. Sociální práce se jednak opírá o rámec společenské solidarity, jednak o ideál naplňování individuálního lidského potenciálu. Sociální pracovníci pomáhají 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 život“ (Matoušek et al, 2013, s. 11)

„Sociální práce je odborná disciplína, která se profesionálním způsobem, s použitím speciálních pracovních metod, zaměřuje se na řešení problémů jednotlivce, rodin či celých skupin klientů. Základem sociální práce jsou principy lidských práv, sociální spravedlnosti a občanské společnosti.“ (Kutnohorská, Cichá, Goldmann, 2011, s. 25)

Definice sociální práce Mezinárodní federace sociální pracovníků z roku 2014 zní: „Sociální práce je praktická profese a vědecký obor, který podporuje sociální změnu, sociální soudržnost, práva a svobodu lidí. Zásady sociální spravedlnosti, lidských práv, kolektivní zodpovědnosti a respektování rozdílností jsou základem sociální práce. S pomocí teorií sociální práce, sociálních věd, humanitních oborů a tradičních poznatků, sociální

*práce zapojuje lidi a struktury do řešení problémů života a do posilování sociálního blaha.*“ (IFSW, © 2016)

Definice sociální práce se postupem času měnila. Podobných definic existuje nesčetné množství. Dříve se mluvilo o sociální práci jen jako o práci a co od ní člověk může očekávat. Později se definice upřesňují.

## **1.2 Vybrané metody sociální práce s osobami se zdravotním znevýhodněním**

V podkapitole jsou popsány metody sociální práce se zdravotně znevýhodněnými. Zabývá se asistencí, individuálním plánováním, preterapií, sociálním šetřením, rozhovorem, pozorováním, krizovou intervencí a poradenstvím.

Metody sociální práce jsou postupy práce sociálního pracovníka.

**Asistence** je jedna ze základních metod sociální práce. Asistent svému klientovi asistuje např. při nákupu, při návštěvě lékaře/školy, při vaření, při úklidu domácnosti a aj. - nahrazuje chybějící dovednosti. Asistent by měl rozvíjet klientovi dovednosti a nikdy by neměl rozhodovat za klienta. (Matoušek, 2010, s. 116) Cílem asistence je, aby člověk se zdravotním znevýhodněním zvládl činnosti, které by za normálních okolností dělal sám. (Michalík, 2011, s. 237)

Další metodu, kterou využívá každé zařízení je **individuální plánování**. „*Individuální plánování je proces, ve kterém uživatel a poskytovatel hledají cíle, které bude uživatel ve spolupráci s poskytovatelem dosahovat = cíl společné práce.*“ (Hauke, 2011, s.16)

Než začneme s hledáním cílů, musíme mít na paměti, že nemůžeme uživateli vnucovat naše názory a představy. Uživatel se musí na individuálním plánování podílet. (Hauke, 2011, s.16)

Nesmíme zapomenout také na to, že všechny stanovené cíle musí splňovat metodu SMART. To znamená, že cíl musí být konkrétní, měřitelný, dosažitelný, důležitý z hlediska cílů organizace a dosažitelný v určitém termínu. V okamžiku, kdy se nám podaří s uživatelem najít cíl, následuje plánování, jak cíle dosáhnout. (Individuální plánování v sociálních službách, © 2016)

Individuální plán obsahuje krátkodobé a dlouhodobé cíle. Dlouhodobý cíl může být obecnější. Stanoví se doba, např. půl roku nebo rok, poté se zhodnotí, zda byl cíl naplněn.

Krátkodobý cíl se většinou stanoví na jeden měsíc, ale není to pravidlem. (Hauke, 2011, s.99)

Individuální plán většinou tvoří klíčový pracovník. Při plánování kroků k naplnění cíle bychom si měli položit následující otázky: Kdo bude zjišťovat naplnění cíle, kdy/do kdy, kde, jak a proč? Abychom sestavili cíl, je nutné znát klientovi potřeby. Ty může pracovník zjistit při rozhovoru nebo při pozorování. (Hauke, 2011, s. 101 – 102)

K přehodnocení individuálního plánu dochází v předepsaných termínech, při mimořádných náhlých změnách, pokud sám uživatel o to požádá nebo pokud dojde-li ke změně klíčového pracovníka. (Hauke, 2011, s. 109 – 110)

Další metodou, která se využívá při práci se zdravotně znevýhodněnými je **preterapie**. Tato metoda se využívá u lidí s nejtěžším postižením (např. schizofrenie, hluboké mentální postižení, demence, aj.). Cílem je navázat kontakt, komunikovat a navázat vztah s klientem. (Matoušek et al, 2013, s. 275)

Autorem této metody je Prouty. Vznikla v roce 1966 a využívá se od roku 1992. Metoda je založena na principu zrcadlení a reflektování, které slouží k tomu, aby klient navázal kontakt s realitou, se sebou samým a s ostatními lidmi. (Prouty, 2005, s. 17, 28)

*„Základní charakteristikou je „směřování ke konkrétnímu“. Jde o zvláštní způsob nazírání na prožívanou zkušenost. Onou zkušeností myslíme vše konkrétní, to, co skutečně vnímáme a vidíme, okamžité prožitky – konkrétní židli, konkrétní zvuk, konkrétní pocit.“* (Prouty, 2005, s. 31)

Preterapie vychází z Rogersova přístupu k terapii – bezpodmínečné pozitivní přijetí, empatie, kongruence (*„emoční opravdovost, otevřené projevení pocitů terapeuta vůči klientovi“*). (Prouty, 2005, s. 35)

Za základ terapie se považují tyto 3 přístupy a zrcadlení klientových pocitů. (Prouty, 2005, s. 35)

**Sociální šetření** je další často využívanou metodou, nejen při práci se zdravotně znevýhodněnými lidmi, ale i jinými cílovými skupinami sociální práce. Cílem sociálního šetření je analýza situace, ve které se klient nachází. Zjišťuje se soběstačnost, sociální zázemí a interpersonální vztahy klienta. (Novosad, 2009, s. 143)

**Poradenství** je taktéž často využívanou metodou. Hlavním cílem je poskytnout klientovi informace, které jsou potřebné pro řešení jeho aktuální situace nebo problému. Poradenství



může být krátkodobé, dlouhodobé nebo pouze jednorázové. Poradenství nemusí probíhat jen v sociálních zařízeních, ale i v nejrůznějších bezplatných poradnách. Poradenství se může týkat dluhů, problémů v partnerství/manželství, rodiny, závislostí, nároků na sociální dávky atd. (Matoušek, 2008, s. 142)

**Rozhovor** „je ucelená soustava ústního jednání mezi tazatelem a respondentem, v němž výzkumník získává informace prostřednictvím otázek, směřujících ke zjištění skutečnosti.“ (Bártlová, Sadílek, Tóthová, 2005, s. 41)

**Pozorování** je metodou výzkumnou a diagnostickou. Slouží k prostudování prostředí, klienta, rodiny atd. Pozorování může být zúčastněné a nezúčastněné. Při zúčastněném pozorování musí pozorovatel plnit stejnou roli, jako pozorovaný. (Matoušek, 2008, s. 149) „Je to soustředěné a cílevědomé sledování se záměrem něco poznat, zjistit, vyzkoumat.“ (Bártlová, Sadílek, Tóthová, 2005, s. 38)

**Krizová intervence** je praktická, specializovaná činnost, díky níž se sociální pracovník snaží klientovi, který se ocitl v krizi pomoci. Specifické znaky krizové intervence jsou - okamžité poskytnutí pomoci, emocionální podpora, rozebrání krize, aktivní přístup sociálního pracovníka ke svému klientovi a pravidelné setkávání klienta a pracovníka. (Špatenková et al., 2004, s. 15 – 16)

### 1.3 Vybrané techniky sociální práce se zdravotně znevýhodněnými

Jako první vybranou technikou je komunikační technika **aktivní naslouchání**. Cílem je zjistit to, co potřebujeme a poskytnout zpětnou vazbu, tzn. jak sociální pracovník rozhovor pochopil. U aktivního naslouchání by měly zaznít věty, jako řekněte mi o tom, jak to bylo dál, rozumím tomu správně, že ... Naslouchající by měl vnímat emoční rozpoložení mluvčího a správně s tímto rozpoložáním dále pracovat. Pozornost bychom také měli věnovat neverbální komunikaci. (Matoušek et al, 2013, s. 265 -267)

„Naslouchat znamená pozorně sledovat, co druhá osoba říká a nevnášet do toho žádné vlastní názory, rady nebo komentáře.“ (Kopřiva, 2006, s. 113)

Při sociální práci s rodinou se využívají speciální techniky. Cílem techniky je zjistit, co si klient přeje, co prožívá a co je onen problém. Technika musí být přizpůsobena problému, zralosti klienta, současnému psychickému stavu klienta, aj. Jako konkrétní techniku bych uvedla **Krizový plán**. V krizovém plánu si klient určí jeho slabá místa, kde

by se mohly objevit problémy. Klient je veden k tomu, aby přemýšlel o budoucnosti a předvídal potenciální problémy. (Zakouřilová, 2014, s. 75, 134)

**Bazální stimulace** podporuje vnímání vlastního těla a vlastního já, prostředí kolem sebe, aj. Je založena na doteku. Využívá se při ošetrovatelské péči. Základní prvky bazální stimulace jsou vnímání, komunikace a pohyb. Nejčastěji se využívá u osob s těžkým postižením. (Vytejková et al., 2011, s. 98 - 99)

#### 1.4 Osobnost sociálního pracovníka

V podkapitole jsou stručně popsány jednotlivé přístupy sociálních pracovníků ke klientům a také vlastnosti, které by sociální pracovník měl mít.

Sociální pracovník je zástupcem státu, ale také prostředník mezi klientem a společností. Měl by dodržovat normy a zákony. To může ztížit vztah ke klientovi. (Kutnohorská, Cichá a Goldman, 2011, s. 86)

**Neangažovaný** sociální pracovník je ten, který vykonává svoji práci bez osobního zájmu o klienta. S takovým chováním se může setkávat denně. Neangažovaný pracovník považuje za svůj úkol odpovídat na dotazy v úřední den a hodiny. Nemá zájem, aby klientovi, který si neví rady se svými problémy, pomohla. Zdvořilé chování u takového pracovníka chybí. Klient nemá důvěru v takovém pracovníkovi, protože od něj vycítí nezájem. (Kopřiva, 2006, s. 16)

**Angažovaný** pracovník u své práce uplatňuje své morální hodnoty. Klienty vnímá s respektem a empatií. Snaží se opravdově pečovat o klienty, jedná s nimi jako s přáteli. Může být ovlivněn klientem a lehce si s ním naváže vztah. (Matoušek, 2003, s. 46)

Angažovaný pracovník může nadbytečně kontrolovat své klienty a také se často obětuje pro své klienty. Nemá čas na svůj odpočinek. (Kopřiva, 2006, s. 18 - 19)

**Radikální pracovník** vkládá do práce své osobní hodnoty. Má zájem změnit zákony v oblasti sociální politiky a praxe. Zákony považuje za nespravedlivé. Klienta vnímá jako rovnocenného partnera. Pracuje raději v kolektivu. (Matoušek, 2003, s. 46 - 47)

**Byrokratický pracovník** odděluje od sebe hodnoty zaměstnavatele, osobní hodnoty a profesní hodnoty. Řídí se pravidly. Manipuluje s lidmi. Snaží se, aby docílil změny klientů. V některých situacích je přísný. Snaží se podporovat veřejné blaho. (Matoušek, 2003, s. 46 - 47)

**Profesionální pracovník** se řídí etickým kodexem, je vzdělaný. Prioritou jsou práva klientů. Mezi klientem a pracovníkem je individuální vztah. Uznává princip participace. Klient pracovníkovi důvěřuje a navzájem se akceptují. (Matoušek, 2003, s. 46 - 47)

Každý z uvedených typů pracovníků má své pozitivní i své negativní stránky. V sociálních zařízeních či institucích je potřeba různých pracovníků. Jiná práce je například na úřadu práce a jiná v domově seniorů. Pro práci s klientem je ale nejlepší, když se sociálním pracovník stane profesionálním pracovníkem.

Kromě uvedených přístupů sociálních pracovníků je také důležitá osobnost, vlastnosti a dovednosti pracovníka, což je empatie, předvídatost, schopnost dělat samostatná rozhodnutí, loajálnost, schopnost pomáhat, vzbuzovat důvěru, komunikativnost, pravdomluvnost, nekonfliktnost, ambicióznost, schopnost odpouštět, rozvážnost, trpělivost, profesionální i životní zkušenosti. (Kutnohorská, Cichá a Goldman, 2011, s. 86) Asertivita, schopnost dávat a přijímat zpětnou vazbu, tvořivost, odvaha, pozitivní naladění, schopnost říci „NE“, tolerance, aj. (Horská, Lásková a Ptáček, 2010, s. 163)

## 1.5 Etika

*„Etika je filozofická disciplína zabývající se mravností, původem a podstatou morálního vědomí a jednání. Nauka o správném jednání, mravouka.“* (Kutnohorská, Cichá, Goldmann, 2011, s. 17)

*„Etika se zabývá studiem morálky a rozumovým odůvodněním morálního jednání.“* (Matoušek et al, 2013, s. 22)

Zahrnuje následující principy – advokacie (zdůrazňování etické správnosti hledaného řešení), autonomie (ke všem zúčastněným přistupujeme rovnocenně), cílevědomost, důstojnost, důvěrnost, mlčenlivost, neškodit, prospěšnost, solidarita, společné dobro, spravedlnost. (Kutnohorská, Cichá, Goldmann, 2011, s. 54 – 55)

Etika sociální práce zahrnuje několik rovin etiky. První je *„etická rovina bezprostředního, konkrétního řešeného vztahu“* – problém může být ve vzájemném působení sociálního pracovníka a klienta. Druhá je *„etická rovina související s cíli konkrétního případu“* - problém může pramenit ze sociálních institucí, sociálního systému. Třetí je *„etická rovina společenské atmosféry“* – jsou to aktuální sociální problémy (nezaměstnanost, nárůst imigrantů, aj.) (Kutnohorská, Cichá, Goldmann, 2011, s. 76)

Sociální pracovník by se měl řídit etickým kodexem. Obsahuje etické zásady a pravidla etického chování. Popisuje, jak by se sociální pracovník měl chovat ke klientovi, zaměstnavateli, kolegům, společnosti a ke svému povolání. (Kutnohorská, Cichá, Goldmann, 2011, s. 154 – 157)

Při práci se sociální pracovník neřídí pouze etickým kodexem, ale svými vlastními hodnotami, hodnotami společnosti a klienta. Pod pojmem hodnota rozumíme všechno, čeho si vážíme a co je pro nás důležité. (Kutnohorská, Cichá, Goldmann, 2011, s. 77, 18)

Etika se snaží řešit také velmi důležité otázky, se kterými se sociální pracovník při své práci může setkat. Kdy a jak má sociální pracovník zasáhnout do života klienta? Jaká míra pomoci je vhodná? Kdy je klient připraven ukončit sociální terapii? Kde je hranice mezi pracovníkem a klientem? (Kutnohorská, Cichá, Goldmann, 2011, s. 157 - 158)

## **1.6 Historie sociální práce s osobami se zdravotním znevýhodněním**

V teoriích společenských věd se rozděluje vztah společnosti ke člověku se znevýhodněním do 4 fází: represivní, zotročovací, charitativní, socializační. (Michalík, 2011, s. 43)

Další rozdělení historie sociální práce s osobami se zdravotním znevýhodněním je podle Slowíka na přístup represivní, charitativní, humanistický, rehabilitační, preventivně-integrační a inkluzivní. (Slowík, 2007, 12 – 14)

Represivní fázi můžeme najít například ve Spartě, kdy se děti s postižením shazovaly ze skály. (Michalík, 2011, s. 44) V předcivilizované společnosti se člověk s handicapem bral jako ztělesněné zlo, a tudíž může být obětován bohům. (Matoušek, 2007, s. 16) Pokud se ve starověkém Řecku narodilo dítě s postižením, bylo svrženo do rokle nebo se dítě odkládalo za řeku. Tam umřelo hlady. (Michalík, s. 44) Důvodem bylo, že takové dítě je pro společnost nepřínosné. Bylo potřeba fyzické síly, kvůli častým válkám. Rozhodnutí, zda dítě usmrtit, měl otec, proto se ojediněle stalo, že přežilo pár chlapců s postižením, ale žádné děvče. (Matoušek, 2007, s. 85) Přesto však hodně archeologických nálezů dokázalo, že ve starověku přežilo několik těžce postižených lidí. (Slowík, 2007, s. 12)

V charitativní fázi se vztah společnosti k osobám se zdravotním znevýhodněním postupně vyvíjel. Křesťanství zastávalo postoj ochrany a pomoci. (Slowík, 2007, s. 13)

Ve středověku církev začala zakládat útulky pro lidi nemocné nebo handicapované. O tyto lidi se zajímaly hlavně ženské řády. (Matoušek, s. 89)

Humanistický přístup můžeme zařadit do období novověku. Zdůrazňují se tělesné stránky člověka. S rozvojem vědeckého poznání souvisí programová péče o lidi s handicapem a také specializovaný přístup k jednotlivým druhům postižení. Na člověka se začíná pohlížet holisticky. V tomto období se také začínají zakládat různé instituce pro lidi s postižením. (Slowík, 2007, s. 13)

Rehabilitační přístup můžeme zařadit na přelom 19. a 20. století. Novinkou je propojování léčby s výchovou a vzděláním. I tento přístup měl své negativní dopady. Lidé, kteří nebyli schopni znovu získat potřebné schopnosti, byli často přijati do institucionální péče, např. do ústavní péče. (Slowík, 2007 s. 13)

Preventivně-integrační přístup se zaměřuje na prevenci vzniku postižení a také se soustředí na integraci osob se zdravotním znevýhodněním do společnosti. (Slowík, 2007, s 14)

Inkluzivní přístup, který popisuje Slowík, 2007, je stejný jako socializační přístup, který popisuje Michalík, 2011.

V současné době se společnost na celém světě snaží, aby lidé se zdravotním znevýhodněním byli integrováni do společnosti – tzn. zapojení do různých projektů, vzdělávacích a organizačních aktivit. (Michalík, 2011, s. 26 - 27)

## 2 ZDRAVOTNÍ ZNEVÝHODNĚNÍ

Dopady zdravotního postižení na sociální fungování člověka mohou být ovlivněny faktory prostředí (např. sociální, postojové, ekonomické, politické, aj.) a osobními faktory (pohlaví, věk, druh postižení, doba vzniku postižení, společenský status, aj.) (Matoušek et al, 2013, s. 387)

Zdravotní znevýhodnění můžeme obecně rozdělit na tělesné, mentální, zrakové, sluchové, řečové, kombinované. (Michalík, 2011, s. 34 - 35)

Každé postižení dále můžeme dělit na vrozené a získané.

### 2.1 Definice zdravotního znevýhodnění

*„Zdravotní postižení je dlouhodobé fyzické, duševní, mentální nebo smyslové postižení, které v interakci s různými překážkami může bránit jejich plnému a účinnému zapojení do společnosti v rovnoprávném základě s ostatními.“* (Matoušek et al. 2013, s. 387)

Dle zákona 108/2006 Sb. – zákon o sociálních službách § 3, (g) je *„zdravotně znevýhodněná osoba ta, která má postižení zdravotní, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované. Dopady tohoto postižení mohou zdravotně znevýhodněnou osobu nechat zcela závislou na pomoci jiné osoby.“* (Česko, 2006)

*„Zdravotní postižení je individualistický a medicínský přístup vnitřního stavu jedince.“* (Jupp, 2006, s. 70)

Všechny definice jsou si velmi podobné. Zdravotní postižení je dlouhodobé znevýhodnění. Tito lidé často potřebují pomoc při běžných denních činnostech nebo aktivitách.

### 2.2 Vznik zdravotního znevýhodnění

*„Vrozené vady vznikají poruchou vývoje zárodku zpravidla během prvních týdnů těhotenství. Etiologicky se na jejich vzniku může podílet řada faktorů, působících v době prenatální, perinatální a raně postnatální.“* (Renotierová, 2003, s. 30)

Další rozdělení vzniku postižení je na vnitřní (endogenní) a vnější (exogenní) faktory. (Slowík, 2007, s. 47)

Mezi endogenní faktory můžeme zařadit chromozomální aberace, např. trizomie, monizomie. (Downův syndrom), genové mutace (daltonismus), dispozice (projeví

se při výskytu spouštěcího vlivu), změněná reaktivita (alergie, astma), problémy imunity. (Slowík, 2007, s. 47)

Do exogenních faktorů řadíme období prenatalní, perinatální a postnatální. (Slowík, 2007, s. 46)

Rizikové vlivy v prenatalním období, tzn. od početí do porodu, můžeme rozdělit na chemické (léky, drogy), fyzikální (škodlivé záření), nutriční (nesprávná strava), biologické (virové a bakteriální infekce, nemoc zarděnky, kongenitální syfilis, toxoplazmóza, otravy olovem, spalničky), psychické a sociální (stres, sociálně patologické prostředí). (Slowík, 2007, s. 46), (Michalík, 2011, s. 121)

V perinatálním období, tzn. období při porodu a krátce po narození dítěte, se můžou objevit rizikové faktory jako je nedostatek kyslíku, mechanické poškození plodu, infekce, předčasný porod nebo jiné komplikace. (Slowík, 2007, s. 46), (Michalík, 2011, s. 121)

V postnatálním období, tzn. období po porodu a během života, jsou příčiny vzniku postižení úrazy nebo vážná onemocnění (cévní mozková příhoda, klíšťová encefalitida, meningitida, krvácení do mozku, aj.) (Michalík, 2011, s. 121)

Snížený intelekt může způsobit deprivace dětí, které vyrůstaly v nepřátelském, nepodnětném prostředí.

### 2.3 Důsledky zdravotního znevýhodnění

Důsledkem postižení může být problém s uplatněním se na trhu práce, diskriminace, odpor vůči lidem s postižením, obavy z komunikace, omezení pohybu, např. pohybovat se po městě, protože ne všechny chodníky, budovy, městská hromadná doprava aj. jsou bezbariérové. Když je člověk se získaným postižením během života, tak pro něj může být důsledek i špatná psychika, učení se sebeobsluhy, ztráta přátel nebo naopak získání nových přátel, ztráta zaměstnání, rodiny, zájmů, aj.

Dalším důsledkem je problém s přístupností informací např. na úřadě. *„Informačním systémům akustickým, vizuálním, elektronickým, hmatovým odpovídají způsoby komunikace, které mohou probíhat formou mluvení – tváří v tvář nebo telefonicky; psaní vizuálním způsobem (obrázky, piktogramy), dotekem či elektronicky atd.“* (Michalík, 2011, s. 88)

Zdravotní znevýhodnění má určitý dopad na formování osobnosti. Osobnost člověka s postižením je ovlivněna faktorem biologickým, sociálním a vlastní aktivitou. Pod biologický faktor patří například genetická výbava jedince (velikost inteligenčního kvocientu, dysfunkce, ...) a celkový vzhled (být upravený, v čistém neroztrhaném oblečení, ...). Pod sociální faktor můžeme zařadit různé příkazy, zákazy, vztahy mezi vrstevníky, rodině, mezi kamarády. Vlastní aktivita je vše, co člověk udělá, zpětná vazba od okolí. Přispívá k lepšímu sebehodnocení. (Vágnerová, Hadj-Mousová, Štech, 2004, s. 57 - 58)

## 2.4 Typy zdravotního znevýhodnění

V podkapitole jsou popsány tělesná, mentální, smyslová a kombinovaná postižení. Zaměřuji se na popis postižení, klasifikaci jednotlivých postižení a kompenzační pomůcky, které může osoba s postižením využívat.

### 2.4.1 Tělesné

Mezi tělesná postižení můžou patřit onemocnění vnitřních orgánů (např. nemoci oběhové soustavy) a nemoci nosného a pohybového ústrojí. Lze je rozdělit na postižení chronické a pohybové. **Chronické onemocnění** většinou nelze zcela vyléčit, tudíž je považováno za dlouhodobý a závažně nepříznivý zdravotní stav. „*Je to poškození, narušení nebo podstatné oslabení fyziologických funkcí lidského organismu, které vyžaduje stanovenou životosprávu a životní styl i dodržování určitých léčebných opatření.*“ Nemusí být viditelné na první pohled. Chronické onemocnění může ovlivňovat kvalitu života, výkonnost člověka, také může dojít k utlumení fyzických aktivit. (Matoušek et al, 2013, s. 391)

**Pohybové postižení** lze definovat *jako omezení hybnosti až znemožnění pohybu s dysfunkcí motorické koordinace v příčinné souvislosti s poškozením vývojovou vadou, či funkční poruchou nosného a hybného aparátu.*“ (Matoušek et al, 2013, s. 391)

Mezi velmi časté příčiny vrozeného tělesného postižení patří dětská mozková obrna, což je vrozené poškození mozku nebo míchy. Dětská mozková obrna se může projevit ochablým svalstvem, postižením všech čtyř končetin, levostranné nebo pravostranné postižení hybnosti jedné nebo obou končetin, zvýšené svalové napětí, aj. (Michalík, 2011, s. 198 – 199)



K dětské mozkové obrně se přidružuje i epilepsie nebo mentální postižení. Epilepsie je záchvatovité onemocnění. Záchvaty dělíme na malé a velké. Malý záchvat se může projevit například krátkým výpadkem vnímání. Velký záchvat se může projevit bezvědomím, křečemi, aj. (Slowík, 2007, s. 100)

Pro lidi s tělesným postižením existuje velké množství kompenzačních pomůcek - chodítka, berle, hole, invalidní vozík, protézy, korzety, ortézy, upravená obuv, schodolezy, nájezdové rampy, plošiny, výtahy, aj. (Michalík, 2011, s. 259 – 260)

#### 2.4.2 Mentální

Mentální postižení je nadřazený pojem, který zahrnuje lidi s mentální retardací a demencí. O mentální retardaci mluvíme, pokud se člověk s mentálním postižením narodil nebo získal do 2 let věku, tzn. primární mentální postižení. Je to neměnný, trvalý a chronický stav. (Michalík, 2011, s. 115 - 116)

O demenci, nebo-li sekundárním postižení, hovoříme až po 2. roce věku v důsledku úrazu nebo nemoci. (Michalík, 2011, s. 116)

Definice mentálního postižení dle Světové zdravotnické organizace říká, že mentální postižení je „stav zastaveného či neúplného vývoje, který je charakterizován narušením dovedností projevujících se během vývojového období, přispívajících k povšechné úrovni inteligence, tj. poznávacích, řečových, pohybových a sociálních schopností. Mentální retardace se může a nemusí vyskytovat ve spojení s jinými psychickými nebo tělesnými obtížemi“ (Bendová, Zikl, 2011, s. 9)

Mentální retardaci si rozdělíme podle hloubky postižení, jejímž kritériem je výše IQ. (Michalík, 2011, s. 116)

Rozdělení podle Mezinárodní klasifikace nemocí „lehká mentální retardace (50 – 69 IQ), středně těžká mentální retardace (35 – 49 IQ), těžká mentální retardace (20 – 34 IQ), hluboká mentální retardace (pod 20 IQ), jiná mentální retardace, nespecifikovaná mentální retardace“. (Bendová, Zikl, 2011, s. 11)

Mezi znaky mentální retardace můžeme zařadit větší závislost na péči rodičů, úzkostné stavy, nervovou slabost, opoždění psychosexuálního vývoje, zvýšenou potřebu bezpečí, poruchu komunikace, poruchu mezilidských vztahů, nepřizpůsobivost sociálním a školním požadavkům, zvýšenou aktivita/sníženou aktivita, pomalejší chápavost, impulzivnost, agresivitu, těkavá pozornost, malé srovnávací schopnosti, sníženou logická a mechanická

paměť, nedůsledné myšlení, porucha pohybové koordinace, snížený rozsah zrakového vnímání, zpomalený poznávací proces, vnímání detailů, nedokonalé vnímání času a prostoru. (Michalík, 2011, s. 122 – 123)

Lehká mentální retardace se většinou zjistí, až s nástupem dítěte do školy, protože dítě má obtíže s učením. Tito lidé mohou mít opožděný vývoj řeči. Jsou nezávislí, schopni chodit do méně náročného zaměstnání. Velký význam má výchovné prostředí. (Michalík, 2011, s. 128)

Lidé se středně těžkou retardací mají omezenou řeč, myšlení a schopnost sebeobsluhy. Řeč těchto lidí je jednoduchá. Často se přidružují nemoci neurologické, duševní a duševní poruchy. (Michalík, 2011, s. 128)

Těžká mentální retardace je typická opožděním psychomotorického vývoje, závislostí na druhé osobě při sebeobsluze, zastavení řečového vývoje. Přítomny jsou motorické poruchy a celkové poškození centrální nervové soustavy. Lidé s těžkou mentální retardací pójíždají nejrůznější věci a sebepoškozují se. (Michalík, 2011, s. 128)

Osoby s hlubokou mentální retardací vyžadují nepřetržitou péči, jsou inkontinentní, mají těžké senzorické a motorické postižení a neurologické poruchy. Tito lidé by měli být schopni porozumět jednoduchým požadavkům. (Michalík, 2011, s. 128)

Jiná mentální retardace – tato kategorie se využívá pokud „*stanovení stupně intelektové retardace pomocí obvyklých metod je nemožné.*“ Např. u nevidomých, neslyšících, nemluvicích. (Slowík, 2007, s. 114)

Nespecifikovaná mentální retardace – „*je prokázána mentální retardace, ale není dostatek informací, aby bylo možno zařadit pacienta do jedné z výše uvedených kategorií.*“ (Slowík, 2007, s. 114)

### 2.4.3 Zrakové

„*Za osobu se zrakovým postižením považujeme toho jedince, který i po optimální korekci (chirurgické, brýlové) má v běžném životě problémy se získáváním a zpracováním informací zrakovou cestou (čtení černotisku, zraková orientace v prostoru).*“ (Slowík, 2007, s. 59)

Zrakové postižení můžeme klasifikovat podle „*postižených funkcí – snížení zrakové ostrosti, omezení zorného pole, poruchy barvocitu, poruchy akomodace, poruchy zrakové adaptace, poruchy okohybné aktivity, poruchy hloubkové vidění.* Podle stupně zrakové

*postižení – slabozrakost, zbytky zraku, nevidomost. Podle etiologie – orgánové, funkční.“* (Slowík, 2007, s. 60)

Světové zdravotnické organizace rozdělují zrakové postižení na „*střední slabozrakost, silnou slabozrakost, těžce slabý zrak, praktickou nevidomost, úplnost nevidomost.“* (Slowík, 2007, s. 62)

O osobě se zrakovým postižením mluvíme až pokud kompenzační pomůcka (např. dioptrické brýle, kontaktní čočky) nezlepší kvalitu vidění. (Michalík, 2011, s. 278)

Lidé se zrakovým postižením využívají nejrůznější pomůcky – rozlišovač bankovek, hodinky a budíky s hmatovým označením ciferníku, oddělovač bílku od žloutku, indikátor světla, ozvučené semaforey, Pichtův psací stoj, Breillovo písmo, diktafony, hmatové displeje, minutník, kalkulačku, indikátor hladiny tekutin, kontrastní hrnky aj. (Slowík, 2007, s. 63), (Michalík, 2011, s. 333)

Tyto pomůcky využívají při běžných činnostech. Nevidomí k prostorové orientaci využívají bílou hůl. Ta nejen, že dává najevo, že člověk, který ji využívá, nemá dobrý zrak, ale má i další funkce – ochrannou (upozorní na překážku, schody, aj.), orientační (udržuje vodící linie), signalizační a opěrnou. Pro bezpečnou orientaci a pohyb slouží ozvučené semaforey nebo reliéfní zámková dlažba. (Michalík, 2011, s. 292 – 293)

Slabozrací lidé pro čtení a zapisování využívají lupy. Velký význam zde má barevný kontrast prostředí a dostatečné osvětlení. Osoby se zbytky zraku využívají čtecí techniku. Nevidomí využívají Braillovo písmo nebo různé speciální programy v počítači, které text přečtou. Pomocí speciálních programů taky člověk může přečíst e-mail nebo nějaký dokument. (Michalík, 2011, s. 294- 297)

#### 2.4.4 Sluchové

*„Sluchové postižení je následkem organické nebo funkční vady v kterékoliv části sluchového analyzátoru, sluchové dráhy a sluchových korových center, případně funkcionálně percepčních poruch.“* (Slowík, 2007, s. 72)

Sluchové postižení můžeme dělit podle **stupně postižení** na lehkou nedoslýchavost (20 – 40 dB, problémy se slyšením v hlučném prostředí), středně těžkou nedoslýchavost (40 – 60 dB, lidé s tímto stupněm postižení už musí využívat kompenzační pomůcky - sluchadla), těžkou nedoslýchavost (61 – 80 dB, lidé v této kategorii využívají taktéž sluchadla, bez nich nic neslyší), praktickou hluchotu a úplnou hluchotu. (Vady sluchu, © 2010) Další

dělení je podle **stupně sluchové ztráty** na nedoslýchavost (percepční nedoslýchavost – člověk má zkreslené vnímání řeči, převodní – člověk dokáže rozeznat lidskou řeč, ale slyší málo), hluchotu (člověk má pouze zbytky sluchu), ohluchlost (vzniká až v průběhu života - po rozvoji řeči, člověk má zachovanou řeč, jedná se buď o těžkou nebo úplnou ztrátu sluchu). (Slowík, 2007, s. 74) Lidé se sluchovým znevýhodněním dokážou komunikovat pomocí odezírání, znakovým jazykem, znakovanou češtinou nebo daktylní abecedou.

Lidé se sluchovým postižením využívají různé kompenzační pomůcky - sluchadla (kapesní, závěsná, aj.), zesilovací aparaturu, sluchátka, budíky se světelnou signalizací, signalizaci pláče dítěte, signalizace mobilního telefonu, atd. (Slowík, 2007, s. 75 – 76)

#### 2.4.5 Řečové

Řečové postižení můžeme označit jako narušení komunikačních schopností. Řeč může být narušena dysartrií, afázií, koktavostí, vývojovou dysfázií, breptavostí, dyslálií, rhinolálií. (Michalík, 2011, s. 410)

Dysartrie je celková porucha artikulace, afázie je narušení vyvinuté schopnosti porozumění, koktavost je porucha plynulosti řeči, vývojová dysfázie je opožděný vývoj řeči s výrazně narušenou schopností sluchového vnímání a chápání řeči, breptavost je porucha tempa řeči, dyslálie je špatná výslovnost hlásek nebo jejich zaměňování, rhinolálie nebo-li huhňavost znamená poruchu nosní rezonance. (Slowík, 2007, 88 – 90)

#### 2.4.6 Kombinované

Kombinované postižení znamená kombinaci minimálně dvou vad nebo poruch. (Slowík, 2007, s. 147)

Sovák rozdělil kombinované postižení na lidi „*slepohluchoněmé, slabomyslně hluchoněmé, slabomyslně slepé, slabomyslně tělesně postižené (a podobně)*.“ Jesenský dělí kombinované postižení podle převládajícího postižení, tzn. „*slepohluchoněmota a lehčí smyslové postižení, mentální postižení s tělesným postižením, mentální postižení se sluchovým postižením, mentální postižení s chorobou, mentální postižení se zrakovým postižením, mentální postižení s obtížnou vychovatelností, smyslové a tělesné postižení, postižení řeči se smyslovým, tělesným a mentálním postižením a chronickou chorobou.*“ (Ludíková, 2005, s. 10) Mezi další kombinovaná postižení patří mentální postižení s dětskou mozkovou obrnou, poruchou autistického spektra nebo smyslovými vadami. (Slowík, 2007, 147 – 148)

Hluchoslepota je postižení sluchové a zrakové současně. Pro tyto lidi je velmi těžké nahradit poškozený smysl. Jediným vhodným komunikačním prostředkem je hmat. Pro komunikaci s hluchoslepými je např. Lormova abeceda nebo daktylotika do dlaně. Jejich typickou kompenzační pomůckou je červenobílá hůl. (Slowík, 2007, 149 – 150)

## 2.5 Alternativní a augmentativní komunikace

Alternativní a augmentativní komunikace je nemluvená řeč, pomocí které osoby se zdravotním znevýhodněním dokážou komunikovat. Mezi alternativní a augmentativní komunikaci patří piktogramy, znaková řeč, znak do řeči, Lormova abeceda, komunikační systém MAKATON, Bliss, sociální čtení, vpisování tiskacích písmen do dlaně, aj. Využívají ji osoby s těžkým nebo kombinovaným postižením.

**Znaková řeč** je systém manuálních znaků, který využívají neslyšící a jejich okolí. (Janovcová, 2004, s. 42) Řeč je založena na několika základních postavení ruky a pohybem ruky. Pro křestní jména se využívají typické znaky člověka s daným jménem, který ale musí znát celá komunita, ve které se člověk nachází nebo se jméno znakuje pomocí prstové abecedy. **Prstová abeceda**, nebo-li daktylotika, je hlásková slov písmeno po písmenu. Písmena se hláskují pomocí postavení prstů. Znaky mají vzhled tiskacího písmena.

**Braillovo písmo** se čte pomocí hmatu 6 reliéfních bodů, které jsou uspořádány do dvou sloupců a tří řádků a lze vytvořit 63 znaků. V Brailleově písmě jsou vydávány některé noviny, knihy, pohádky pro děti aj. (Janovcová, 2004, s. 46)

**Lormova abeceda** je dlaňový abecední komunikační systém. „*Aktivní užívání předpokládá schopnost rozumění gramatické struktury, ve smyslu složení slov z písmen, členění slov do vět a vztahů mezi slovy.*“ Využívají lidé s hluchoslepotou. (Janovcová, 2004, s. 42)

Ke zjednodušení komunikace s lidmi s mentálním postižením nebo dětmi se často využívají fotky, obrázky nebo **piktogramy**. Existuje velké množství různých piktogramů. Pokud se ale rozhodneme tento komunikační systém využívat, musíme si být jistí, že osoba, která má systém využívat, ví, co jednotlivé obrázky nebo piktogramy znamenají. Obrázky nebo piktogramy řadíme podle kategorií (rodina, škola, zařízení, aktivity, hygiena, oblečení, ...) a zařazujeme je do komunikačního deníku. (Janovcová, 2004, s. 24)

**Makaton** je kombinace znaků a symbolů. Tento systém využívají osoby s mentálním postižením nebo s poruchou autistického spektra. Slovník Makatonu má 350 slov, je rozdělený do 8 stupňů. Je mezinárodní. (Janovcová, 2004, s. 26)

**Bliss** vznikl s myšlenkou univerzálního jazyka, kterému by rozuměli lidé na celém světě. Je to logicky uspořádaná obrázková řeč se zachovanou gramatikou. Některé symboly Bliss se dají kombinovat se znaky Makatonu. (Janovcová, 2004, s. 27 - 28)

### 3 RODINA

V kapitole jsou popsány definice rodiny od různých autorů, funkce rodiny, nejrůznější typologie rodiny a také rodina se zdravotně znevýhodněným členem, kde se hlavně věnují významu partnerství mezi znevýhodněnými a následnému rodičovství.

#### 3.1 Definice rodiny

*„Rodina poskytuje člověku jako bytosti hmotné, duševní a společenské možnosti k uspokojení hmotného „já“, duševního „já“ a naplnění společenské souvztažnosti.“* (Holá, Westphalová, Kováčová, Spáčil, 2014, s. 13)

*„Rodina složená z manželského páru a jejich přímých potomků je základní společenskou jednotkou.“* (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 183)

*„Rodina je důležitá sociální skupina, která plní celou řadu funkcí.“* (Vágnerová, 2008, s. 589)

*„Rodina je instituce, kterou formuje civilizace, kultura i společnost“* (Matoušek, Pazlarová, 2010, s. 11)

*„Rodina je prvním a dosti závazným modelem společnosti, s jakým se dítě setkává. Předurčuje jeho osobní vývoj, jeho vztahy k jiným skupinám lidí. Rodina dítě orientuje na určité hodnoty, vystavuje ho určitým konfliktům a poskytuje mu určitý typ podpory.“* (Matoušek, 2003, s. 9)

*„Rodina je malá primární společenská skupina, založená na svazku muže a ženy, na pokrevním vztahu rodičů a dětí, či vztahu společné domácnosti, jejíž členové plní společensky uznávané určené a uznané role vyplývající ze soužití, a na souhrnu funkcí, jež podmiňují existenci tohoto společenství a dávají mu vlastní význam ve vztahu k jedincům i k celé společnosti.“* (Dunovský, 1999, s. 92)

*„Současná rodina je postavena na dlouhodobějším partnerství osob opačného pohlaví, u nichž se předpokládá příbuzenství.“* (Mahrová, et al., 2008, s. 101)

Z předchozích definic vyplývá, že rodina má své funkce a je složená z manželského páru. To už dnes není zcela pravda, protože mnoho partnerů, kteří mají děti, nejsou sezdaní. Stále ale platí, že rodina je primární společenská skupina, která má plnit své funkce.

### 3.2 Funkce rodiny

Rodina by měla dítěti zajistit funkce biologické, sociální, ekonomické a psychologické. (Vágnerová, 2008, s. 589) Dále rodina „zabezpečuje své členy hmotně, pečuje o zdraví, výživu a kulturní návyky svých členů, vytváří specifické socializační a výchovné prostředí pro děti, předává jim kulturní dědictví, vštěpuje jim morální postoje, ovlivňuje je, chrání a podporuje.“ Funkce rodiny se v průběhu dějin mění. (Kraus et al., 2001, s. 79)

**Biologicko-reprodukční** funkce zajišťuje udržení společnosti a taky uspokojuje biologické potřeby člověka. (Kraus et al. 2001, s. 79)

**Ekonomická** funkce rodiny zahrnuje příjem - materiální prostředky, finance, ale také výdaje, investice, které rodina má. (Kraus et al. 2001, s. 80)

Socializací rodiny rozumíme proces, jak rodina působí na své členy po stránce ekonomické, sociální, kulturní, mravní, estetické, zdravotních, aj. Z toho vyplývá, že další funkcí rodiny je **socializačně-výchovná**. Rodina učí dítě, aby se přizpůsobilo sociálnímu životu. (Kraus et al., 2001, s. 80)

Pod socializační funkcí si můžeme představit to, že rodina předává dítěti své hodnoty, sociální dovednosti, vztahy k jiným lidem, aj. (Matoušek, 2003, s. 9)

Mezi **psychologické** funkce rodiny můžeme zařadit pocit jistoty a bezpečí, rozvoj v oblasti poznávacích procesů, seberealizace, plnění sociálních rolí. (Vágnerová, 2008, s. 590 - 591) Dále zde můžeme zařadit vědomí, že jsem uznáván, hodnocen a přijímán. (Kraus et al, 2001, s. 82)

Další funkce rodiny je **emoční**. Tato funkce představuje vnitřní vztahy v rodině. Tuto funkci potřebují nejen děti ale i rodiče. Emocionalita je nejdůležitějším faktorem rodiny. (Dunovský et al., 1999, s. 93)

Dunovský vytvořil Dotazník funkčnosti rodiny, který slouží ke zhodnocení rodiny. Dotazník má 8 položek – složení rodiny, stabilitu rodiny (vnitřní vztahy členů rodiny), sociálně-ekonomická situace, osobnost rodičů, sourozenec/sourozenci, osobnost šetřeného dítěte, zájem o dítě, péče o dítě. (Dunovský, 1986, s. 25 – 27)

### 3.3 Typologie rodiny

**Orientační rodina** poskytuje dítěti socializační zkušenost. Je to rodina, do které se dítě narodí. Učí dítě, že svět je celek a dítě je jeho součástí. Rodina se soustřeďuje



na uspokojování hlavně psychické funkce – dává dítěti pocit důvěry, jistoty a bezpečí, podporuje proces socializace a rozvoj poznávacích procesů. Rodina dítě hodnotí, a má od něj určitá očekávání. (Vágnerová, 2008, s. 589 – 590)

Zkušenosti získané z orientační rodiny se přenáší do **prokreační rodiny**, což je rodina, kterou si člověk vytváří v dospělosti. Dospělý člověk se chová buď podle svých rodičů, nebo se snaží o úplný opak. Opět se zaměřuje na psychologickou funkci – hledání nebo nalezení partnera, se kterým člověk založí rodinu, což znamená i seberealizaci, protože je přirozené založit si rodinu a vychovávat děti. V rodině/partnerovi by měl být pocit jistoty a bezpečí. (Vágnerová, 2008, s. 591)

**Biologická rodina** znamená, že alespoň jeden z rodičů je biologickým rodičem dítěte. Biologičtí rodiče mají výhodu v tom, že přirozeně chrání své dítě. **Funkční rodina** si plní všechny své funkce, vývoj dítěte není ohrožen. **Problémová** rodina má problémy s uspokojování více funkcí, například rodina nemá finance, nemají kde bydlet, rodiče mají problém se závislostí. Vývoj dítěte není ohrožen. Rodina problémy dokáže vyřešit své pomocí. (Matoušek, Pazlarová, 2010, s. 17 – 18, 46), (Fischer, Škoda, 2009, s. 143)

**Dysfunkční rodina** má dlouhodobé problémy s uspokojování svých funkcí. Problémy sama zvládnout nedokáže. Mezi dysfunkční rodiny můžeme zařadit rodiny nezralé, přetížené, rozvodové, generačně smíšené, perfekcionické, aj. O **rodině afunkční** mluvíme, pokud rodina neplní funkce rodiny a hrozí opožděný vývoj dítěte nebo postrádá smysl společného soužití. (Fischer, Škoda, 2009, s. 143) V **rodině úplné** jsou oba rodiče (sezdaní) a jejich děti. **Rodina neúplná** je pouze jeden rodič a jeho dítě nebo děti. Pro **doplňenou rodinu** je charakteristické, že je rodič se svým dítětem nebo dětmi, které má v péči je v nové rodině s novým partnerem. **Družská rodina** je stejná jako rodina úplná. Rozdíl je v tom, že rodiče nejsou sezdaní a žijí „na hromádce“. **Náhradní rodina** má dítě v adopci nebo pěstounské péči. (Dunovský et al., 1999, s. 25)

### 3.4 Rodina se členem zdravotně znevýhodněným

Když se do rodiny narodí dítě se zdravotním znevýhodněním, je to pro rodinu mimořádná událost. Rodina prochází krizí, řeší spousty otázek, mění své představy, rozhodnutí. Rodina prochází několika fázemi. (Slowík, 2007, s. 33 – 34)

Jako první reakce rodičů je počáteční šok. Dále následují fáze popírání, agrese, deprese a nakonec přichází fáze akceptace. (Šrajer, Musil, 2008, s. 108)

Péče o člena rodiny se zdravotním znevýhodněním je finančně náročná. I když znevýhodněný dostává invalidní důchod a příspěvek na péči, stává se, že tyto finance jsou nedostatečné. Péče je i psychicky a časově náročná. Pečující musí také popřemýšlet, zda nebude potřeba odstranit bariéry v bytě či domě. (Michalík, 2011, s. 98 – 102)

Kvůli tomu, že lidé zdravotním znevýhodněním byli umístováni do ústavní péče, kde byli v sociální izolaci, docházelo k citovému strádání a sexuální frustraci. (Novosad, 2009, s. 53) Sociální práce s osobami se zdravotním znevýhodněním by měla být zaměřena na uspokojování potřeb a integraci do společnosti. (Drábek, 2013, s. 25 - 26)

Sexualitu řadíme k základním lidským potřebám a bývá často považována za nedůležitou. Pro někoho je to téma, o kterém se prostě nemluví. Přitom se nejedná jen o samotný akt, ale zahrnuje sexuální chování, identifikaci, orientaci a emoce. „*Světová zdravotnická organizace definuje sexualitu jako souhrn tělesných, citových, rozumových i společenských stránek člověka jakožto sexuální bytosti, který obohacuje osobnost, zlepšuje její vztahy k lidem a rozvíjí schopnost lásky.*“ (Venglářová et al., 2013, s. 18)

Okolí si většinou myslí, že lidé s postižením nemají žádné sexuální potřeby, jsou asexuální, nemůžou mít děti nebo nedokážou mít plnohodnotný partnerský vztah. (Drábek, 2013, s. 15)

To, že si člověk s postižením najde partnera a založí rodinu, je považováno za důkaz úspěšné integrace. Vytváření vztahů mezi lidmi s postižením je doprovázeno řadou problémů. Můžou to být různé představy o partnerství, do jaké míry je reálné vztahy realizovat. (Vágnerová, Hadj-Moussová, Štech, 2004, s. 223) Další problém může být současný zdravotní stav člověka, např. řečové obtíže, imobilita, viditelné nebo nevzhledné onemocnění, pocit méněcennosti, narušené adaptační schopnosti, ... a sociální klima, které „*souvisí s pohledem společnosti na sexualitu občanů se zdravotním handicapem.*“ Partnerský vztah se musí zbavit nebo minimalizovat tyto specifické problémy. (Novosad, 2009, s. 55 – 56)

Že si člověk najde partnera a následně spolu založí rodinu, je očekávání společnosti. Mimo to, člověk potřebuje mít důvěrný vztah, který mu kamarádi nenahradí. Pro hledání partnera jsou vhodné nejrůznější akce, kde jsou lidé s různým postižením. (Drábek, 2013, s. 21)

U lidí s postižením můžeme nalézt dva typy partnerství. Prvním typem je, že jeden z partnerů je zdravý, v druhém případě jsou oba partneři s handicapem. Pro partnery je důležité, aby navzájem respektovali určitá omezení. Vztah by měl být založen na vzájemné lásce a úctě.

(Novosad, 2009, s. 59) Lidé hledají pochopení pro své problémy, a tak často vyhledávají partnery se stejným postižením. Volba partnera také ovlivňuje omezení sociálních kontaktů, např. člověk se stýká pouze s lidmi ze zařízení, ve kterém se nachází nebo které navštěvuje. (Vágnerová, Hadj-Mousová, Štech, 2004, s. 223)

V časovém dokumentu „*Moji milovaní*“, je příběh 3 handicapovaných rodin. Natáčení probíhalo 5 let. V první rodině je žena, která v dospělosti nešťastně spadla z kola a zůstala na invalidním vozíku, manžel handicap nemá. V druhé rodině jsou oba rodiče nevidomí, postižení je vrozené. A ve třetí rodině jsou oba rodiče neslyšící. Muž má ztrátu sluchu 99 % a s tímto handicapem se už narodil, žena je neslyšící od 2 let. I když ztráta sluchu byla v nízkém věku, oba rodiče mluví. Všechny 3 ženy otěhotněly přirozenou cestou. (Moji milovaní, 2008)

**První rodina:** Žena s tělesným postižením říká, že ji handicap trochu omezuje. Dává to do souvislosti s péčí o dítě. Když musí například přebalit dítě, musí dopředu popřemýšlet, co bude potřebovat a první si vše nachystat. Až poté si vezme dítě a přebalí ho. Z koupání malého dítěte má strach, protože vanička pro dítě je na zemi a žena se bojí dítě koupat. Strach má z toho, že by ona sama mohla z vozíku spadnout, protože by se dostatečně nedržela, proto dítě koupe manžel. Jinak žena zvládá péči o dítě a domácnost dobře. Ženě se po pár letech podařilo znovu otěhotnět. Celá rodina se přestěhovala do nového prostornějšího rodinného domu. Jako pomůcky využívala: polštář, na kterém měla položené dítě a mohla se tak pohodlně a bez obav pohybovat ve vozíku po domě. Další vynikající pomůckou je obyčejný provaz. Ten si uvázala kolem sebe, kolem vozíku a dítěti kolem pasu. Sloužil k tomu, aby se dítě mohlo volně pohybovat po terase nebo zahradě. Když už jít někam nemohlo, protože dítěti mohl hrozit úraz, provaz ho nepustil a dítě okamžitě změnilo směr. Dále žena využívá osobní automobil, v domě chtějí vybudovat výtah/plošinu, aby žena měla pohodlný přístup do dalšího patra. Rodina jezdí na dovolené, manžel se snaží vést děti ke sportu. Obě děti nemají žádný handicap. (Moji milovaní, 2008)

**Druhá rodina:** Nevidomí manželé. Když žena otěhotněla, setkala se s hroznou reakcí gynekoložky. Ta jí řekla, že by se mělo zjistit co nejdříve, jestli dítě bude postižené a následně poté dát dítě pryč. Žena se svou gynekoložkou o tomto téma už dál nediskutovala a začala se péčí o dítě učit na panence. S manželem žili v bytě. O pár let později žena znovu otěhotněla a to se už setkala s nepříjemnou reakcí okolí. „Oni už budou mít další“. Žena říká, že s péčí o dítě to je náročnější, ale vše s manželem zvládají, zásada

číslo jedna je komunikace s manželem. Kde je dítě, kde jsou věci, co jsem udělala atd. Aby například věděli, kde dítě je, dali mu rolničku. Nebo žena říká, že se stačí zaposlouchat do zvuků, co dítě vydává (dýchání, mluvení, dětské žvatláni). Další velmi praktická věc je, jak chodit s dítětem v náručí, aby se například nebouchlo do hlavičky, kdyby rodič narazil do dveří nebo do zdi. Muž chodí s dítětem pozadu. Když manželé mají už druhé dítě, tak starší, prvorozené dítě upozorňuje rodiče na to, co mladší dítě dělá, podává mamince různé pomůcky, aby mohla např. přebalit dítě, atd. Žena vyrůstala v internátu a manžel taky, ale jezdíval za svými rodiči. Oba si strašně moc přejí, aby byli dobrými rodiči, dali dětem všechno, co oni neměli, hlavně lásku, cit a péči. Oba rodiče se taky starají o to, aby děti nebyly ochuzeny o „normální“ život, takže jezdí na různé výlety, svůj čas věnují hlavně dětem, dokonce chodí i do kostela, vymýšlí dětem program. Obě děti byly během natáčení bez handicapu. (Moji milovaní, 2008)

**Třetí rodina:** Neslyšící rodiče. Když si rodiče novorozence dovezli domů, měli strašný strach třeba i večer usnout, aby se dítěti něco nestalo. V porodnici žena využívala monitor, který zaznamenával dýchání novorozence. Domů si pořídili přístroj, který začne blikat, když dítě mluví nebo brečí. Taky využívají digitální chůvičku. Největší strach mají z toho, že když bude dítě už mluvit, že mu nebudou rozumět. Dítě se už od malička musí učit znakovou řeč, aby mohlo s rodiči komunikovat. I když rodiče umí odezírat z úst, dítě přece jen neumí správně artikulovat. S učením mluvit pomáhají rodiče od matky. Pokud by přetrvávaly problémy, dítě musí začít chodit k logopedovi. Dítě se taky dívá na televizi, aby si řeč zafixovalo. V tomto směru mi to přijde jako dobrý nápad, ale rodiče narazili na to, že dítě pochytilo i nevhodná slova. Na problémy s komunikací narážejí i při řízení osobního vozidla. Když matka nebo otec řídí a dítě sedí v zadní části auta v autosedačce, něco mluví, řidič ho neslyší. Dost často se rodičům taky stávalo, že dítě mluvilo, ale ne přímo na otce nebo matku, takže bylo nutné dítěti vysvětlit zásady komunikace s nevidomými. Rodiče péči o dítě zvládají bez problémů a čekají další dítě. (Moji milovaní, 2008)

Dokument poukazuje na to, že lidé s handicapem sice můžou mít složitější život, co se týče péče o dítě, ale všechno se dá vyřešit a děti nestrádají a nejsou zanedbávané. Dostane se jim veškerá péče a láska, jako od „zdravých“ rodičů. (Moji milovaní, 2008)

### 3.5 Integrace

Slovo integrace znamená začlenění osoby se znevýhodněním do společnosti. Člověk se musí naučit být samostatný a nezávislý. (Novosad, 2009, s. 21) Mezi lidmi s postižením a lidmi bez postižení by měl vzniknout pozitivní vztah. S integrací souvisí inkluze, což můžeme označit za postupy předcházející sociálnímu vyloučení. (Matoušek, 2008, s. 77) Velmi často můžeme vidět osoby se znevýhodněním v kině, na kulturních a společenských akcích, v obchodech, při nakupování, v restauracích, u kadeřníka, na pedikúře, úřadech, u lékaře, prostě kdekoli, kde se pohybují „zdraví“. S integrací souvisí i chráněná pracovní místa, které jsou určeny pro tuto cílovou skupinu.

Integraci se věnuje i Národní plán osob zdravotně postižených 2015 – 2020. Věnuje se tématům: osvěta, diskriminace, bezbariérovost dopravních prostředků, budov, rovnost před zákonem, nezávislý život, osobní mobilita, přístupnost informací, vzdělávání, zdravotní péče, zaměstnání, aj. Každý z těchto témat má své dílčí cíle. Integrace je dlouhodobý proces. I když se o integraci mluví už dlouho, neustále se v systému nalézají další a další bariéry. (Vláda České republiky, © 2009 – 2017)

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 4 METODOLOGICKÁ ČÁST PRÁCE

Cílem praktické části bylo zjistit potřebnost sociálního pracovníka při práci s rodinami, kde je alespoň jeden z rodičů zdravotně znevýhodněný. Dalším cílem bylo analyzovat možnosti intervence sociálních pracovníků při práci s těmito rodinami.

### 4.1 Výzkumné otázky

1. Jaký mají sociální pracovníci názor na rodičovství lidí se zdravotním znevýhodněním?
2. Je podle participantů potřebné pracovat s rodinami, kde je jeden z rodičů se zdravotním znevýhodněním?
3. Kde je prostor pro práci s rodinou s rodičem se zdravotním znevýhodněním?
  - 3.1 Jak může sociální pracovník pomoci zlepšit ekonomickou stránku?
  - 3.2 Jak může sociální pracovník pomoci při obsluze/péči o dítě?
  - 3.3 Jak jinak může sociální pracovník rodině pomoci?
4. Co je nejdůležitější při práci s rodinou s rodičem se zdravotním znevýhodněním?

Následně jsem si zvolila výzkumnou metodu a výzkumný vzorek.

### 4.2 Výzkumná metoda

Rozhodla jsem se postupovat metodou kvalitativního výzkumu, protože chci zjistit, proč je sociální práce s rodinami, kde je rodič se zdravotním znevýhodněním důležitá, co všechno může taková rodina potřebovat, a také názor sociálních pracovníků, kteří pracují s lidmi se zdravotním znevýhodněním, na danou problematiku.

Kvalitativní výzkum můžeme definovat jako „*nenumerické šetření a interpretace sociální reality, jehož cílem je odkrývat význam podkládanými informacemi.*“ Další možnost, jak je možné chápat kvalitativní výzkum: „*Je to určitý princip nebo rámec, určující v závislosti na výzkumném problému výběr a způsob aplikace kvalitativních metod.*“ (Miovský, 2006, s.16)

Rozhovor patří mezi nejpoužívanější metodu výzkumu. Realizuje se v přímém kontaktu mezi výzkumníkem a participantem. Může se uplatňovat i rozhovor přes telefon, aj. (Interview)

#### 4.2.1 Výzkumný vzorek

Jako výzkumný vzorek jsem si zvolila 6 sociálních pracovníků, kteří pracují s osobami se zdravotním znevýhodněním. Konkrétně jsem zvolila následující zařízení: chráněné bydlení Uherský Brod, chráněná bydlení v Uherském Hradišti, terapeutická dílna sv. Justiny Uherský Brod, terapeutická dílna Naděje. Kvůli anonymitě participantů neuvádím bližší údaje.

#### 4.3 Technika sběru dat

Jako techniku pro sběr dat jsem si zvolila polostrukturovaný rozhovor. Připravené otázky do rozhovoru vychází z hlavního cíle a výzkumných otázek praktické část. Následně záleží na každém rozhovoru individuálně, zda jsou dodány ještě další, doplňující otázky.

V polostrukturovaném rozhovoru byly využity otevřené otázky, tudíž participanté nemohli odpovídat pouze ano/ne. Technika polostrukturovaného rozhovoru byla zvolena jako nejvhodnější.

#### 4.4 Organizace výzkumu

Výzkum byl veden vždy v klidném a příjemném prostředí v kancelářích sociálních pracovníků. K rozhovoru byly připravené otázky. Rozhovory byly zaznamenávány téměř doslovně v písemné formě. Až byly všechny rozhovory hotové, následovalo vyhodnocování rozhovorů.

#### 4.5 Otázky rozhovoru

1. Jaký je Váš názor na to, aby se lidé se zdravotním znevýhodněním stali rodiči?
2. Co vidíte jako nejdůležitější při práci s rodinou (kde je alespoň jeden z rodičů zdravotně znevýhodněný) a proč?
3. Kdy si myslíte, že je vhodné začít pracovat s rodiči (kde je alespoň jeden z rodičů zdravotně znevýhodněný) a proč?
4. Myslíte si, že rodiče se zdravotním znevýhodněním se někdy mohou o dítě starat bez pomoci třetí osoby?
5. S čím konkrétním je potřeba rodině (kde je alespoň jeden z rodičů zdravotně znevýhodněný) pomoci?



6. Která stránka (ekonomická/bytové podmínky/volnočasové aktivity/...) je podle Vás pro rodinu (kde je alespoň jeden z rodičů zdravotně znevýhodněný) nejdůležitější? Může to být i více stránek.

## 5 VÝSLEDKY ROZHOVORŮ

V této kapitole jsou interpretovány a vyhodnocovány jednotlivé výzkumné otázky.

### 5.1 Analýza a interpretace dat

V následující podkapitola je rozdělená na jednotlivé výzkumné otázky, které jsou následně vyhodnoceny.

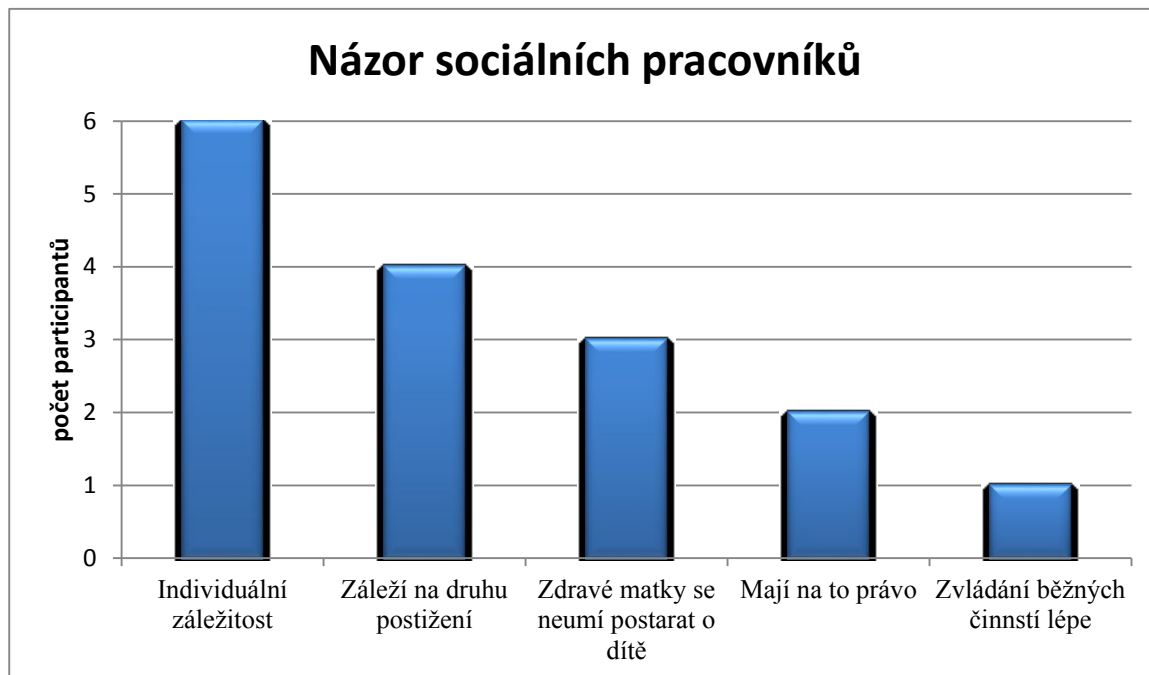
#### 5.1.1 Výzkumná otázka 1

Výzkumná otázka číslo 1 zní: Jaký mají sociální pracovníci názor na rodičovství lidí se zdravotním znevýhodněním?

Tabulka 1

Participant 1	Je to individuální podle postižení a poruchy. Určitě by mohli být dobrými rodiči. Nelze se orientovat podle diagnóz.
Participant 2	Je to individuální. Záleží na postižení. Nelze říct, že některá osoba se zdravotním znevýhodněním péči o dítě zvládne a některá ne.
Participant 3	Je to individuální, záleží, jaké má člověk zdravotní znevýhodnění. Péči o dítě kolikrát nezvládá ani matka bez postižení.
Participant 4	Mají na to právo. Je to individuální.
Participant 5	Je to individuální - záleží na tom, o jaké zdravotní znevýhodnění se jedná a zda je konkrétní člověk schopen převzít zodpovědnost za své dítě a dovede zabezpečit jeho potřeby.
Participant 6	Mají na to právo, ale je to individuální. Někteří mají omezenou svéprávnost, takže by bylo potřeba rozhodnout o opatrovníkovi. Bylo by to náročné.

Protože u odpovědí respondentů je více informací, pro lepší přehlednost názorů byl zpracován graf.



Graf 1

Všichni participanté se shodli, že je to individuální záležitost, aby osoby se zdravotním znevýhodněním měly děti. Také se všichni shodují na tom, že nikdo nemá právo těmto osobám říct, ty můžeš mít děti a ty ne.

Dva participanté upozorňují na to, že i osoby se zdravotním znevýhodněním mají svá práva, ve kterých by neměli být omezeni.

Jeden participant zdůrazňuje, že lidé se zdravotním znevýhodněním kolikrát zvládají běžné věci mnohem lépe, než lidé bez zdravotního znevýhodnění a je velmi důležité člověka poznat – co dokáže, jaké má schopnosti, aj. Nelze se orientovat pouze podle diagnóz, které určil lékař.

Další participanté upozorňují, že i „zdravé“ matky se někdy nedokážou postarat o dítě, uspokojit všechny jeho potřeby. Taky záleží na druhu postižení (tělesné, mentální, smyslové,...).

### 5.1.2 Výzkumná otázka číslo 2

Výzkumná otázka číslo 2 zní: Je podle participantů potřebné pracovat s rodinami, kde je jeden z rodičů se zdravotním znevýhodněním?

Tabulka 2

Participant 1	Je důležité pracovat s těmito lidmi. Je potřeba zapracovat na dobrých vztazích s rodinou (komunikaci), sebedůvěra, degradace znevýhodněného.
Participant 2	Je důležité pracovat s těmito lidmi. Je potřeba zapracovat na dobrých vztazích s rodinou (komunikaci), degradace zdravotně znevýhodněného.
Participant 3	Je důležité pracovat s těmito lidmi. Je potřeba zapracovat na dobrých vztazích s rodinou (komunikaci), informovanost o možnostech.
Participant 4	Je důležité pracovat s těmito lidmi. Je potřeba zmapovat potřebnou míru podpory, je to individuální zapracovat na dobrých vztazích s rodinou, informovanost o možnostech, podpora
Participant 5	Je důležité pracovat s těmito lidmi. Je potřeba zapracovat na dobrých vztazích s rodinou (komunikaci), je to individuální, zmapovat potřebnou míru podpory.
Participant 6	Je důležité pracovat s těmito lidmi. Je potřeba zapracovat na dobrých vztazích s rodinou (komunikaci).

Protože u odpovědí respondentů je více informací, pro lepší přehlednost informací byl vytvořen graf.



Graf 2

Všichni participanté se shodli, že je důležité a potřebné pracovat s rodinami, kde je jeden z rodičů se zdravotním znevýhodněním. Všichni se také shodli, že je potřebné zapracovat na dobrých vztazích s rodinou.

Dva participanté odpovídají, že je to individuální a je důležité zmapovat míru potřebné podpory.

Dva participanté říkají, že je důležité podat rodičům informace o možnostech, tzn. zda mají nárok na nějaký příspěvek, informovanost (přehled) o možných službách v okolí, nasměrování na úřady, aj.

U této otázky jsme téměř u všech participantů narazili na to, jestli je sexuální výchova pro lidi se zdravotním znevýhodněním dostatečná. V sociálních zařízeních, kde jsem rozhovory uskutečňovala, se snaží o sexualitě mluvit, ale není to jejich prioritou. Spíše, když se uživatel na něco zeptá, nebo pokud je potřeba o tomto tématu mluvit a vysvětlovat. (sourozenci se narodí dítě)

Jeden participant zdůrazňuje, že je důležitá sebedůvěra.

Dva participanté vidí problém v segregaci zdravotně znevýhodněných – rodina člověka se zdravotním znevýhodněním nenechá nic dělat samostatně.

Na všem zmíněném nemusí pracovat pouze vystudovaný sociální pracovník, ale jakýkoliv blízký člověk nebo jiný člověk, kterému osoba se zdravotním znevýhodněním důvěřuje.

Pro větší přehlednost je zpracován graf.

### 5.1.3 Výzkumná otázka číslo 3

Výzkumná otázka číslo 3 zní: Kde je prostor pro práci s rodičem se zdravotním znevýhodněním?

Tabulka 3

Participant 1	Pomoc s nacvičováním situací, které s dítětem můžou nastat, nacvičování péče o dítě, poradenství, zajištění pomůcek (i kompenzačních), asistence, zajištění příspěvků.
Participant 2	Pomoc s nacvičováním situací, které s dítětem můžou nastat, nacvičování péče o dítě, poradenství, příprava na porod.
Participant 3	Pomoc s nacvičováním situací, které s dítětem můžou nastat, nacvičování péče o dítě, zajištění příspěvků (zajištění financí pro domácnost), pomoc při uplatňování práv.
Participant 4	Pomoc s nacvičováním situací, které s dítětem můžou nastat, nacvičování péče o dítě, zajištění lékařů (odborníků), podpora, pomoc při uplatňování práv, poradenství, zajištění pomůcek (i kompenzačních), zajištění bydlení.
Participant 5	Pomoc s nacvičováním situací, které s dítětem můžou nastat, nacvičování péče o dítě, poradenství, podpora.
Participant 6	Pomoc s nacvičováním situací, které s dítětem můžou nastat, nacvičování péče o dítě, zajištění bydlení, poradenství, zajištění lékařů (odborníků), zajištění dozoru nad rodiči se zdravotním znevýhodněním, podpora, pomoc při uplatňování práv.

Protože u odpovědí respondentů je více informací, pro lepší přehlednost informací byl vytvořen graf.



Graf 3

Všichni participanti se shodli, že je potřeba pomoci s nacvičováním péči o dítě a nacvičováním situací, které s dítětem můžou nastat.

Pět tázaných participantů shledává, že sociální pracovník může rodině poskytnout poradenství.

3 participanti odpovídají, že bude potřeba pomoci s uplatňování práv.

2 participanti shledávají, že sociální pracovník může pomoci s vyřizováním příspěvků, zajištěním pomůcek (i kompenzačních), zajištěním lékařů a jiných odborníků, sociální pracovník může být také podporou.

Dále participanti dodávají, že práce pro sociálního pracovníka spočívá i při nápomoci hledání bydlení, zajištění dozoru nad rodiči, kde je alespoň jeden z rodičů má zdravotní znevýhodnění, přípravou na porod (například pomocí videa), asistence.

#### 5.1.4 Výzkumná otázka číslo 3.1

Výzkumná otázka číslo 3.1 zní: Jak může sociální pracovník pomoci zlepšit ekonomickou stránku?

Tabulka 4

Participant 1	Zajistit sociální dávky, zvýšit invalidní důchod
Participant 2	Zajistit sociální dávky
Participant 3	Zajistit sociální dávky
Participant 4	Zajistit sociální dávky
Participant 5	Zajistit sociální dávky
Participant 6	Zajistit sociální dávky

Všichni participantů se shodli na tom, že je potřeba zajistit nejrůznější příspěvky, na které nastávající rodiče budou/mají nárok. Prvním krokem pro sociálního pracovníka je vyhodnocení situace a podání informací o příspěvcích, popřípadě rodičům se zdravotním znevýhodněním pomoci s vyplňováním formulářů.

Jeden z participantů ještě dodává zvýšení důchodu, pokud to bude možné.

### 5.1.5 Výzkumná otázka číslo 3.2

Výzkumná otázka číslo 3.2 zní: Jak může sociální pracovník pomoci při obsluze/péči o dítě?

Tabulka 5

Participant 1	Učit se péči o dítě
Participant 2	Učit se péči o dítě
Participant 3	Zajistit lékaře, aby rodiče naučil, co s dítětem
Participant 4	Učit se péči o dítě
Participant 5	Učit se péči o dítě
Participant 6	Učit se péči o dítě

Všichni participantů se opět shodli, že péči o dítě je potřeba nacvičovat co nejdříve. Sociální pracovník může pomoci s nacvičováním péči o dítě.



Nacvičování může probíhat prakticky na panenkách – trénovat se může přebalování, oblékání, koupání, pěstování v náručí, manipulace s dítětem, a vůbec ten samotný pocit, že se rodiče musí o dítě postarat. Praktický nácvik může probíhat i s lékařem.

Nebo teoreticky, pomocí různých dokumentů, výukových filmů, aj. Všichni se také shodli na to, že je potřeba pomoc a podpora rodiny před porodem i po porodu. Opět se zmiňuje sexuální výchova. Ženy i muži by měli vědět, co se s dítětem dělá – že se musí přebalovat, matka ho musí krmit, potřebuje lásku, aj.

Jeden participant zdůrazňuje, že budoucí matka musí vědět, do čeho jde. Měla by se podívat na průběh porodu.

3 participanty dodávají, že kolikrát i lidé bez zdravotního znevýhodnění se o dítě neumí postarat.

#### 5.1.6 Výzkumná otázka číslo 3.3

Výzkumná otázka číslo 3.3 zní: Jak jinak může sociální pracovník rodině pomoci?

Tabulka 6

Participant 1	Psychická pomoc
Participant 2	Psychická pomoc
Participant 3	Psychická pomoc
Participant 4	Psychická pomoc
Participant 5	S konkrétními věcmi, individuálně, podpora
Participant 6	S konkrétními věcmi, individuálně, podpora

4 participanty odpověděli, že sociální pracovník může rodině poskytnout psychickou pomoc/podporu. Věřit, že rodiče se péčí o dítě naučí, být jim všemožně nápomocni.

2 participanty odpověď nespecifikují. Říkají, že je to individuální a je pomoc s konkrétními věcmi, s konkrétními situacemi.

#### 5.1.7 Výzkumná otázka číslo 4

Výzkumná otázka číslo 4 zní: Co je nejdůležitější při práci s rodičem se zdravotním znevýhodněním?

Tabulka 7

Participant 1	Dobré vztahy s rodinou
Participant 2	Komplexní záležitost
Participant 3	Komplexní a záležitost
Participant 4	Dobré vztahy s rodinou, zabránit sociálnímu vyloučení
Participant 5	Komplexní záležitost
Participant 6	Komplexní záležitost

4 Participantů odpověděli, že je to komplexní záležitost – člověk musí někde bydlet, potřebuje peníze, protože musí platit energie, jídlo, měl by nějak trávit volný čas, měl by se realizovat, například pomocí koníčků, dobrovolnictví, aj. Sociální pracovník tak může pomoci najít bydlení, zajistit určité finance, doporučit kluby, sdružení, neziskové organizace, aj.

2 participantů odpověděli, že nejdůležitější je mít kvalitní a pevné vztahy v rodině. Jeden participant ještě dodává, že je potřeba zabránit sociálnímu vyloučení.

## 5.2 Shrnutí

Cílem praktické části bylo zjistit potřebnost sociálního pracovníka při práci s rodinami, kde je alespoň jeden z rodičů zdravotně znevýhodněný. Analyzovat možnosti intervence sociálních pracovníků při práci s těmito rodinami a do jaké míry je potřebný sociální pracovník při práci s rodinami, kde je alespoň jeden z rodičů zdravotně znevýhodněný.

Z rozhovorů vyplývá, že sociální pracovník je velmi důležitý a potřebný při práci s rodinou, kde je jeden z rodičů zdravotně znevýhodněný.

Sociální pracovník má kompetence k tomu, aby rodině poskytl všechny potřebné informace, poskytl poradenskou činnost, ve smyslu, co se dá dělat, na jaké příspěvky má rodina nárok, aj.

Terénní sociální pracovník může s nastávajícími rodiči nacvičovat péči o dítě v domácím prostředí.

Sociální pracovník je člověk, který může rodině, kde je alespoň jeden z rodičů zdravotně znevýhodněný, pomoci komplexně. Může rodině pomoci najít bydlení, může zlepšit ekonomickou stránku rodiny, může pracovat i s širší rodinou.

Je potřeba zjistit míru samostatnosti v jednotlivých oblastech, zjistit potřebnou míru pomoci, zajistit pomoc odborníků (gynekolog, psycholog, pediatr ...).

### 5.3 Doporučení pro praxi

Téma rodičovství lidí se zdravotním znevýhodněním je poměrně tabuizováno. Mluví se o partnerství a sexualitě osob se zdravotním znevýhodněním. Některým lidem se zdravotním znevýhodněním stačí pouze partnerský vztah, společné bydlení, společné starání se o zvířátko, atd. Partneři spolu mohou mít i pohlavní styk. Nemělo by se zapomínat na to, že žena, která je zdravotně znevýhodněná, může úplně jednoduše otěhotnět.

Výzkumný vzorek je příliš malý a výsledek se nedá zobecnit na celou populaci. Přesto si myslím, že rozhovory byly úspěšné a přínosné.

Na základě zjištěných informací mám určitá doporučení pro praxi.

1. Zjistit, do jaké míry jsou osoby se zdravotním znevýhodněním poučeni o sexuální výchově, o svých pohlavních orgánech, o bezpečném sexu, aj.
2. Informovat veřejnost o tomto tématu.
3. Mluvit o tématu partnerství a rodičovství s lidmi se zdravotním znevýhodněním.

## ZÁVĚR

Bakalářská práce je zaměřena na rodičovství lidí se zdravotním znevýhodněním. V úvodu jsem popisovala, že cílem bakalářské práce je získat přehled o tématu a zjistit informace o cílové skupině zdravotně znevýhodnění. Tento cíl jsem splnila v teoretické části, která je věnována sociální práci, zdravotnímu znevýhodnění a rodině. Každá kapitola je strukturovaná do podkapitol. Jsou zde popsány základní informace. K sepsání teoretické části byla využita odborná literatura.

Teoretická část má 3 kapitoly. První kapitola je o sociální práci, kde jsou popsány definice sociální práce, vybrané metody a techniky sociální práce, osobnost sociálního pracovníka, etika a historie sociální práce s cílovou skupinou zdravotně znevýhodnění.

Druhá kapitola je věnována zdravotnímu znevýhodnění. Jsou zde popisovány definice, příčiny, důsledky, jednotlivé typy zdravotního znevýhodnění, jejich charakteristika a alternativní a argumentativní komunikace.

Třetí kapitola je o rodině, kde jsou popisovány definice rodiny, funkce rodiny, jednotlivé typologie rodiny a rodina se členem se zdravotním znevýhodněním.

Praktická část má 2 kapitoly. Jsou zde popsány výzkumné otázky, výzkumná metoda, technika sběru dat, výzkumný vzorek, organizace výzkumu, analýza a interpretace dat a doporučení pro praxi.

Cílem praktické části bylo analyzovat možnosti intervence sociálních pracovníků při práci s těmito rodinami a do jaké míry je potřebný sociální pracovník při práci s rodinami, kde je alespoň jeden z rodičů zdravotně znevýhodněný.

Pro výzkum byla vybrána kvalitativní metoda. Jako techniku pro sběr dat byl zvolen polostrukturovaný rozhovor. V polostrukturovaném rozhovoru byly využity otevřené otázky, tudíž partcipanti nemohli odpovídat pouze ano/ne. Technika polostrukturovaného rozhovoru byla zvolena jako nejvhodnější.

Z rozhovorů vyplývá, že sociální pracovník je potřebný při práci s rodinou, kde je alespoň jeden z rodičů zdravotně znevýhodněný a má potřebné kompetence.

Intervence sociálních pracovníků může probíhat ve všech oblastech. Vždy záleží na daném partnerském/manželském páru.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

- [1] BÁRTLOVÁ, Sylva, SADÍLEK, Petr a Valérie TÓTHOVÁ, 2005. Výzkum a ošetrovatelství. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotních oborů. ISBN 80-7013-416-X.
- [2] BENDOVIÁ, Petra a Pavel, ZIKL, 2011. *Dítě s mentálním postižením ve škole*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3854-3.
- [3] DRÁBEK, Tomáš, 2013. *Partnerský a sexuální život osob se zdravotním postižením - publikace pro odborné sociální poradenství*. Praha: Střední škola grafiky a tisku. ISBN 978-80-260-5282-1.
- [4] DUNOVSKÝ, Jiří et al., 1999. *Sociální pediatrie vybrané kapitoly*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-254-9.
- [5] DUNOVSKÝ, Jiří, 1986. *Dítě a jeho poruchy*. Praha: Avicenum. ISBN 08-040-86
- [6] DRÁBEK, Tomáš, 2013. *Partnerský a sexuální život osob se zdravotním postižením - publikace pro odborné sociální poradenství*. Praha: Střední škola grafiky a tisku. ISBN 978-80-260-5282-1.
- [7] FISCHER, Slavomil a Jiří, ŠKODA, 2009. *Sociální patologie, Analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2781-3.
- [8] HAUKE, Helena, 2011. *Pečovatelská služba a individuální plánování*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3849-9.
- [9] HOLÁ, Lenka, WESTPHALOVÁ, Lenka, KOVÁČOVÁ, Lenka a Ondřej, SPÁČIL, 2014. *Rodinná mediace v České republice*. Praha: Leges. ISBN 978-80-7502-015-4.
- [10] HORSKÁ, Bohuslava, Andrea LÁSKOVÁ a Ladislav PTÁČEK, 2010. *Internet jako cesta pomoci, internetová poradenství pro pomáhající profese*. Praha: Sociologické nakladatelství. ISBN 978-80-7419-034-6.
- [11] JANOVCOVÁ, Zora, 2004. *Alternativní a augmentativní komunikace*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-210-3204-9.
- [12] JUPP, Viktor, 2006. *The Sage Dictionary of Social Research Methods*. London: Thousand Oaks: New Delhi. ISBN 0-7619-6297-2.

- [13] KOPŘIVA, Karel, 2006. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-181-6.
- [14] KRAUS, Blahoslav, et al., 2001. *Člověk – prostředí- výchova*. Brno: Paido. ISBN 80-7315-004-2.
- [15] LANGMEIER, Josef a Dana, KREJČÍŘOVÁ, 2006. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1284-9.
- [16] LUDÍKOVÁ, Libuše, 2005. *Kombinované vady*. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 80-244-1154-7.
- [17] MAHROVÁ, Gabriela et al., 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2138-5.
- [18] MATOUŠEK, Oldřich, et al., 2013. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0366-7.
- [19] MATOUŠEK, Oldřich, 2003. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha: Sociologické nakladatelství. ISBN 80-86429-19-9.
- [20] MATOUŠEK, Oldřich, 2007. *Základy sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-331-4.
- [21] MATOUŠEK, Oldřich a Hana, PAZLAROVÁ, 2010. *Hodnocení ohroženého dítěte a rodiny v kontextu plánování péče*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-739-8.
- [22] MATOUŠEK, Oldřich, KODYMOVÁ, Pavla a Jana, KOLÁČKOVÁ, 2005. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-818-0.
- [23] MICHALÍK, Jan, 2011. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-859-3.
- [24] MIOVSKÝ, Michal, 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. 80-247-1362-4.
- [25] NOVOSAD, Libor, 2009. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-509-7.
- [26] PAULÍK, Karel, 2005. *Uplatnění věd o člověku v sociální práci*. Ostrava: Ostravská univerzita. ISBN 80-7042-690-X.

- [27] PAYNE, Malcolm, 2014. *Modern social work theory*. Basingstoke: Palgrave Macmillan. ISBN 978-0-230-24960-8.
- [28] PROUTY, Garry, 2005. *Preterapie: navázání a udržení kontaktu s obtížně komunikujícími klienty*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-949-6.
- [29] RENOTIÉROVÁ, Marie, 2003. *Somatopedické minimum*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomoci. ISBN 80-244-0532-6.
- [30] SLOWÍK, Josef, 2007. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1733-3.
- [31] ŠPATENKOVÁ, Naděžda et al., 2004. *Krizová intervence pro praxi*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0586-9.
- [32] ŠRAJER, Jindřich a Libor, MUSIL, 2008. *Etické kontexty sociální práce s rodinou*. Brno: Albert. ISBN 80-72043-09-9.
- [33] VÁGNEROVÁ, Marie, 2008. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-414-4.
- [34] VÁGNEROVÁ, Marie, HADJ-MOUSSOVÁ Zuzana a Stanislav, ŠTECH, 2008. *Psychologie handicapu*. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-929-4.
- [35] VYTEJČKOVÁ, Renata et al., 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3419-4.

**WEB:**

- [36] BURIANOVÁ, Iva et al. Sociální práce. In: *Charita Opava* [online]. Opava: Charita. [cit. 2017-01-20]. Dostupné z: [www.charitaopava.cz/equal/metodika/cd/cz/text5a.htm](http://www.charitaopava.cz/equal/metodika/cd/cz/text5a.htm).
- [37] *IFSW* [online], © 2016, [cit. 2016-11-24]. Dostupné z: [www.ifsw.org/policies/definition-of-social-work](http://www.ifsw.org/policies/definition-of-social-work).
- [38] *Individuální plánování v sociálních službách* [online], © 2016, [cit. 2016-11-29]. Dostupné z: [www.individualniplanovani.cz/co-je-individualni-planovani/obsah-individualniho-planovani](http://www.individualniplanovani.cz/co-je-individualni-planovani/obsah-individualniho-planovani).
- [39] Interview. *Elektronická učebnica pedagogického výskumu* [online]. [cit. 2017-04-04]. Dostupné z: [www.e-metodologia.fedu.uniba.sk/index.php/kapitoly/interview.php?id=i14](http://www.e-metodologia.fedu.uniba.sk/index.php/kapitoly/interview.php?id=i14).

[40] *Vady sluchu*, © 2010. Logopedonline.cz, průvodce světem logopedie [online]. [cit. 2017-03-15]. Dostupné z: <http://www.logopedonline.cz>.

[41] Vláda České republiky, © 2009 - 2017. *Dokumenty Vládního výboru pro zdravotně postižené občany* [online]. Praha: Vláda ČR [cit. 2017-30-3]. Dostupné z: [www.vlada.cz](http://www.vlada.cz)

#### **LEGISLATIVA:**

[42] ČESKO, 2006. Zákon č. 108/2006 Sb. Ze dne 14. března 2006 o sociálních službách. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. [cit. 2017-01-20]. Dostupné z: [www.zakonyprolidi.cz](http://www.zakonyprolidi.cz).

#### **ČASOSBĚRNÝ DOKUMENT:**

[43] *Moji milovaní* [dokumentární film]. Režie: Alena DERZSIOVÁ. Česko. 2008.



**SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1 .....	41
Tabulka 2 .....	43
Tabulka 3 .....	45
Tabulka 4 .....	47
Tabulka 5 .....	47
Tabulka 6 .....	48
Tabulka 7 .....	49

**SEZNAM GRAFŮ**

Graf 1 .....	42
Graf 2 .....	44
Graf 3 .....	46

## SEZNAM PŘÍLOH

<b>Příloha 1</b> - ukázka rozhovoru.....	59
<b>Příloha 2</b> – žádosti o umožnění výzkumného šetření .....	61

## **Příloha 1 - ukázka rozhovoru**

1. Jaký je Váš názor na to, aby se lidé se zdravotním znevýhodněním stali rodiči?

„Nevím, proč by lidé se zdravotním znevýhodněním nemohli mít děti. Mají stejná práva jako všichni lidé. Dnes je úplně jiná doba a lidé se zdravotním znevýhodněním mají úplně jinou podporu než dříve. Doufám, že se mění stigmatizace.“

2. Co vidíte jako nejdůležitější při práci s rodinou a proč?

„Je důležité zmapovat, co potřebují za podporu, aby to zvládli. Jestli je rodina, kde má člověk se zdravotním znevýhodněním podporu vnitřní podpory (rodiče, sourozenci, aj.) Až potom bych hledala sociální službu formou asistence, záleží, jaké má člověk znevýhodnění. Existuje spousta sociálních služeb. Některé služby nejsou registrované sociální služby – jsou to například různé neziskové organizace, sdružení, které zařizují různé výlety nebo podporu. Takže sociální pracovník může ukázat přehled nejrůznějších služeb. Nevím, jestli je to nejdůležitější, ale určitě by to mělo být jako první. Dále je to určitě podpora, dále budou určitě potřebovat pomoc při uplatňování práv, musí vědět, že to všechno nějak půjde. Překážky se dají překonávat, když budou. Nejdůležitější je, aby rodina měla pocit, že to zvládne a že to půjde. Také to mohou být dostatečné kompenzační pomůcky. Pomoc ale může poskytnout i praktický nebo odborný lékař.“

3. Kdy si myslíte, že je vhodné začít pracovat s rodiči a proč?

„Pokud začnou plánovat rodičovství nebo pokud je žena se zdravotním znevýhodněním už těhotná. Důležitá je osvěta, komunikace – pracovat nad tím, jaké potenciální rodiče mají obavy, aby mohli fungovat, jaké mají představy, možnost vlastní informované volby. Znam rodiče se zdravotním znevýhodněním a normálně fungují. Budoucí rodiče ale musí mít překonané bariéry, co se týče své obsluhy, atd. „

4. Myslíte si, že rodiče se zdravotním znevýhodněním se někdy mohou o dítě starat bez pomoci třetí osoby?

„Určitě mohou, ale záleží, jaké je zdravotní znevýhodnění. Jde to za určitých podmínek, s pomocí kompenzačních pomůcek. Ale nejde to úplně vždy. Třetí osoba může být i starší sourozenec. Děti, které mají rodiče se zdravotním znevýhodněním mi přijdou více samostatné a empatické.“

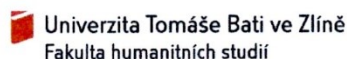
5. S čím konkrétním je rodině potřeba pomoci?

„Je to obecná otázka. Je to opravdu individuální. Jsou situace, kdy si myslíme, že činnost osoba se zdravotním znevýhodněním nezvládne, ale člověk může činnosti zvládnout. Taky je to naopak – my si myslíme, že to osoba se zdravotním znevýhodněním zvládne a ona tu danou činnost nezvládne. Je důležité „šít na míru“. Ne to, co si myslím já.“ Neposkytovat nevyžádanou podporu. Smyslem sociální práce je pomoc a podpora člověka, aby si poradil co nejvíc sám.“

6. Která stránka (ekonomická/bytové podmínky/volnočasové aktivity/...) je podle Vás pro rodinu nejdůležitější?

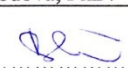
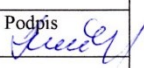
„Je to o žebříčku hodnot daného člověka. Zdraví a vztahy. Zabránit sociálnímu vyloučení, když se rodina snaží fungovat.“

## Příloha 2 – žádosti o umožnění výzkumného šetření



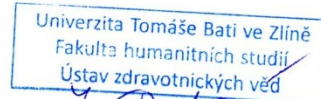
### ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění výzkumného šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Zdravotně sociální péče, studijního oboru Zdravotně sociální pracovník (prezenční forma studia).

Jméno a příjmení studenta	Magda Zábranská	
Téma bakalářské práce	Rodičovství lidí se zdravotním znevýhodněním	
Vedoucí bakalářské práce	PhDr. Lucia Slobodová, PhD.	
	 ..... podpis	
Metoda výzkumu	Kvalitativní výzkum: technika polostrukturovaného rozhovoru	
Skupina respondentů	Sociální pracovníci	
Pracoviště	Vyjádření vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis
	Souhlasím <del>Nesouhlasím</del>	
	Souhlasím      Nesouhlasím	
	Souhlasím      Nesouhlasím	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne - 7 -03- 2017 .....

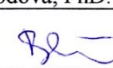
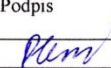


.....  
Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.  
ředitelka Ústavu zdravotnických věd  
Sociální služby Uherské Hradiště,  
příspěvková organizace, IČO 692096  
Chráněné bydlení - Rosislavova  
Rosislavova 686, 686 01 Uh. Hradiště

.....  
razítko a podpis zástupce zařízení

### ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění výzkumného šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Zdravotně sociální péče, studijního oboru Zdravotně sociální pracovník (prezenční forma studia).


Jméno a příjmení studenta	Magda Zábranská		
Téma bakalářské práce	Rodičovství lidí se zdravotním znevýhodněním		
Vedoucí bakalářské práce	PhDr. Lucia Slobodová, PhD.		
	 ..... podpis		
Metoda výzkumu	Kvalitativní výzkum: technika polostrukturovaného rozhovoru		
Skupina respondentů	Sociální pracovníci		
Pracoviště	Vyjádření vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis	
	Souhlasím	<del>Nesouhlasím</del>	
	Souhlasím	<del>Nesouhlasím</del>	
	Souhlasím	<del>Nesouhlasím</del>	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

- 7 - 03 - 2017

Ve Zlíně dne .....

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií  
Ústav zdravotnických věd



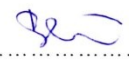
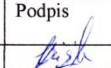
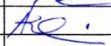
Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.  
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

Sociální služby Uherské Hradiště,  
právní forma: příspěvková organizace, IČO 092 096  
CHRÁNĚNÉ BYDLENÍ  
Antonína Dvořáka 1248  
688 01 Uherský Brod .....

.....  
razítko a podpis zástupce zařízení

### ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění výzkumného šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Zdravotně sociální péče, studijního oboru Zdravotně sociální pracovník (prezenční forma studia).

Jméno a příjmení studenta	Magda Zábranská	
Téma bakalářské práce	Rodičovství lidí se zdravotním znevýhodněním	
Vedoucí bakalářské práce	PhDr. Lucia Slobodová, PhD.	
	 ..... podpis	
Metoda výzkumu	Kvalitativní výzkum: technika polostrukturovaného rozhovoru	
Skupina respondentů	Sociální pracovníci	
Pracoviště	Vyjádření vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis
	Souhlasím <del>Nesouhlasím</del>	
	Souhlasím <del>Nesouhlasím</del>	
	Souhlasím <del>Nesouhlasím</del>	


Děkujeme za pochopení a spolupráci.

- 7 -03- 2017  
Ve Zlíně dne .....

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií  
Ústav zdravotnických věd




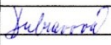
.....  
Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.  
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

  
.....  
razítko a podpis zástupce zařízení



### ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění výzkumného šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Zdravotně sociální péče, studijního oboru Zdravotně sociální pracovník (prezenční forma studia).


Jméno a příjmení studenta	Magda Zábranská	
Téma bakalářské práce	Rodičovství lidí se zdravotním znevýhodněním	
Vedoucí bakalářské práce	PhDr. Lucia Slobodová, PhD.	
	 ..... podpis	
Metoda výzkumu	Kvalitativní výzkum: technika polostrukturovaného rozhovoru	
Skupina respondentů	Sociální pracovníci	
Pracoviště	Vyjádření vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis
	Souhlasím <del>Nesouhlasím</del>	
	Souhlasím      Nesouhlasím	
	Souhlasím      Nesouhlasím	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

- 7 -03- 2017

Ve Zlíně dne .....

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií  
Ústav zdravotnických věd



Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.

ředitelka Ústavu zdravotnických věd

Občanská charita Uherský Brod  
Terapeutická dílna sv. Justiny

Pod Vály 664

688 01 Uherský Brod



IČO: 48489336



.....  
razítko a podpis zástupce zařízení

### ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ


Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění výzkumného šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Zdravotně sociální péče, studijního oboru Zdravotně sociální pracovník (prezenční forma studia).

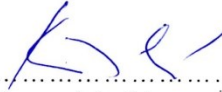
Jméno a příjmení studenta	Magda Zábranská	
Téma bakalářské práce	Rodičovství lidí se zdravotním znevýhodněním	
Vedoucí bakalářské práce	PhDr. Lucia Slobodová, PhD.	
	 ..... podpis	
Metoda výzkumu	Kvalitativní výzkum: technika polostrukturovaného rozhovoru	
Skupina respondentů	Sociální pracovníci	
Pracoviště	Vyjádření vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis
	Souhlasím <del>Nesouhlasím</del>	
	Souhlasím Nesouhlasím	
	Souhlasím Nesouhlasím	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne - 7 - 03 - 2017 .....

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií  
Ústav zdravotnických věd

  
.....  
Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.  
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

  
.....  
razítko a podpis zástupce zařízení



OBLASTNÍ CHARITA UHERSKÉ HRADIŠTĚ  
Chráněné bydlení Ulička  
Velehradská třída 246  
602 01 Uherské Hradiště  
telefon: +420 604 222 171