

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH**  
**ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

**Raná péče o děti s kombinovaným postižením,  
se zaměřením na péči o pečujícího rodiče**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Mgr. Martina Chmelová

rok 2008

Jana Šormová

## **Abstract**

In my thesis titled „Early care for children with combined disability with the focus on the care for caring parents“ the following issues are dealt with: disability problems, the system of the early care in the Czech Republic, possibilities, techniques and methods used in the early care for children with combined disability. The thesis also refers to the role of the caring parent as the main component of the team of early care providers, the process of coping with the child disability and the danger of the burn-out syndrome.

Due to the long lasting physical and mental stress and the social isolation the parents themselves need to be given a specific care. The civic association Alfa Human service, in which the experimental part of my study was carried out, organizes educational activities, offers new opportunities for self-fulfilment, the social integration and the access to the job market for caring parents.

For the purpose of this study I used the educational projects prepared by the association Alfa Human Service „*Education and practice of persons caring for a dependent family member (CZ.04.3.07/2.2.1.01.1/2004)*“ and the project „*Support for the persons potentially endangered by unemployment (CZ.04.3.07/1.1.01.3/1088)*“. The projects are focused on parents who care for disabled dependent children but also on those caring for healthy children in the long term.

The objective of my thesis was to survey the needs of caring parents, their expectations and the effectiveness of educational activities aiming at the social integration and the access to the job market. The survey method was used in the investigation. The data were gathered by means of the project documentation the result of which was the record sheet of the survey. 70 participants were monitored, out of which 20 were parents caring for a disabled family member.

The hypotheses assumed that: 1/ Parents caring for disabled children would have different needs and expectations from those parents caring for healthy children have. 2/Due to the more challenging situation of parents caring for disabled children, the effectiveness of educational activities and the access to the job market would be worse.

None of the two hypotheses was confirmed, there were no significant differences in the results of the research. Obviously, the care for disabled children is more demanding than the care for healthy children, but consequences of the long-term care - social isolation and unemployment –proved to be basically the same. The very integration of parents caring for disabled children and parents caring for healthy children proved to be favourable.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem svoji bakalářskou práci na téma „, Raná péče o děti s kombinovaným postižením se zaměřením na péči o pečujícího rodiče“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu použité literatury.

Prohlašuji, že v souladu s §47b zákona č.111/1998sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě - v úpravě vzniklé vypuštěním částí archivovaných fakultou elektronickou cestou, ve veřejně přístupné části databáze STAG, provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích dne 1.5. 2008

.....  
Jana Šormová

## **Poděkování**

Chtěla bych prostřednictvím těchto řádek poděkovat paní Mgr. Martině Chmelové za poskytnutí cenných rad a informací při psaní této bakalářské práce.

## OBSAH

	Úvod .....	2
1.	Současný stav .....	4
1.1.	Zdravotní postižení .....	4
1.1.1.	Tělesné (somatické) postižení .....	4
1.1.1.1.	Dětská mozková obrna (cerebrální paréza) .....	5
1.1.2.	Mentální postižení .....	6
1.1.3.	Zrakové postižení .....	6
1.1.4.	Sluchové postižení .....	7
1.1.5.	Vady řeči .....	7
1.2.	Systém rané péče .....	8
1.2.1.	Prostředky rehabilitace v rané péči .....	9
1.2.1.1.	Léčebná rehabilitace .....	9
1.2.1.2.	Sociální rehabilitace .....	11
1.2.1.3.	Pedagogická rehabilitace .....	12
1.3.	Problematika pečujícího rodiče .....	13
1.3.1.	Vyrovnaní rodiče s postižením svého dítěte .....	14
1.3.2.	Pečující rodič a nebezpečí syndromu vyhoření .....	15
2.	Cíl práce a hypotézy .....	18
2.1.	Cíl práce .....	18
2.2.	Hypotéza .....	18
3.	Metodika .....	19
3.1.	Metoda a technika sběru dat .....	19
3.2.	Charakteristika projektů .....	19
3.3.	Charakteristika výzkumného souboru .....	20
4.	Výsledky .....	22
4.1.	Vstupní data o účastnících kurzů .....	22
4.2.	Dovednosti účastníků po výstupu z kurzů .....	34
5.	Diskuze .....	40

<b>6.</b>	<b>Závěr .....</b>	<b>44</b>
<b>7.</b>	<b>Seznam použité literatury .....</b>	<b>46</b>
<b>8.</b>	<b>Klíčová slova .....</b>	<b>50</b>
<b>9.</b>	<b>Přílohy .....</b>	<b>51</b>

## Úvod

Narození nového člena rodiny je vždy spojeno s velkými plány a tajnými ambicemi rodičů. Pokud se dítě narodí s postižením, objevuje se hned od začátku velký problém, který se zdá být zprvu neřešitelný.

Rodiče se musí, kromě vývoje partnerského vztahu, vyrovnat s pocity bezmoci, selhání, viny a beznaděje. Padnou veškeré sny a naděje rodičů, představa pokračování vlastního rodu a vytvoří si pocit nadměrné zátěže při výchově dítěte s postižením. Rodina však nesmí být v této nelehké situaci sama. Je jí třeba nabídnout účinnou pomoc a ne jenom soucit a lítost. Kromě lékařské podpory v současné době existují služby středisek rané péče, které pomáhají rodinám dětí s postižením nebo se sociokulturním znevýhodněním.

Rodiče, kteří by rádi s dítětem se zdravotním postižením pracovali, jsou často bezradní a neví, jak začít. Pracovník rané péče je v takových situacích rodičům oporou, usiluje o obnovení sebevědomých a odpovědných postojů u rodičů a snižuje tak závislost rodiny na sociálních službách. Umožňuje získat informace, orientovat se v daném problému a rozhodnout se pro vhodnou volbu řešení.

Samotní rodiče však také potřebují specifickou péči o svoji vlastní osobu z důvodu dlouholeté psychické i fyzické zátěže. Je potřeba, aby neztráceli kontakt se společností a neuzavírali se před světem. Přirozeným prostředím pro nenásilnou sociální interakci rodičů s okolím může být jejich zaměstnání. Odpoutají se od každodenních problémů, které na ně doléhají v domácím prostředí, realizují své dovednosti, vzdělání, zkušenosti a zachovávají si finanční soběstačnost.

Občanské sdružení Alfa Human Service, kde byla prováděna experimentální část mé bakalářské práce, je občanské sdružení pro pomoc a podporu rodičů pečujících o dítě se zdravotním postižením (ZP). Sdružení svých cílů dosahuje několika aktivitami. V první řadě pořádá vzdělávací akce pro rodiče (ale i odborníky), a tak nabízí nové možnosti seberealizace, sociální integrace a uplatnění na trhu práce. Dále sdružení shromažďuje a publikuje informační materiály s problematikou rodin s dětmi se ZP, pořádá pobytové psychorehabilitační kurzy pro celé rodiny s dětmi se ZP.



Má bakalářská práce by měla sloužit jako určitá orientace v systému rané péče v ČR, měla by seznámit s částí problematiky péče o pečujícího rodiče. V experimentální části bylo hlavním cílem zmapování potřeb a očekávání pečujících rodičů, průběhu vzdělávacích aktivit, které směřují k sociální integraci a začlenění na trh práce v rámci projektů Alfa Human Service.

## 1. Současný stav

### 1.1. Zdravotní postižení

Zdravotní postižení je velmi široký pojem. Hranice mezi postižením a normalitou je velmi nezřetelná. Proto se v současné péči klade důraz především na člověka jako takového, ne na pouhou diagnózu. Hovoří se (hlavně v pedagogické rehabilitaci) více než o typu postižení, o míře speciálních vzdělávacích potřeb a podpůrných opatření. Dle Jankovského je třeba vnímat postižení nejen jako určitou kategorii, ale jako určitý rozměr života - dimenzi.(1,5)

Hlavní úlohu má v tomto pojetí kvalitní diagnostika, která se neupíná pouze na zdravotnickou diagnózu, ale uplatňuje interdisciplinární přístup, kdy se do popředí dostává i psychologická a speciálně pedagogická diagnostika.(5)

Podle toho jaký funkční systém je postižen rozlišujeme tato základní rozdělení: *tělesná (somatická) postižení, mentální postižení, zraková, sluchová postižení a vady řeči.*(3,10,)

Málokteré postižení se objevuje v čisté formě, většinou se jedná o kombinaci více postižení tzv. *kombinovaná postižení*, kdy je narušeno několik funkcí. Pomoc je závislá na vlastní kombinaci postižení dítěte a na tom, které z těchto postižení dítě nejvíce znevýhodňuje.(3,5,10)

#### 1.1.1. Tělesné (somatické) postižení

Je takové postižení, které se v obecné rovině projevuje dočasnými, nebo trvalými problémy v motorických dispozicích člověka. Může se jednat o poruchu nervového systému, či muskuloskeletárního systému. Do skupiny spadají např. veškeré centrální, periferní obrny, různé deformace, malformace, amputace, všechna chronická onemocnění (např. astma, alergie, cystická fibroza...), epilepsie, myopatie, neuropatie. (5,10)

### **1.1.1.1 Dětská mozková obrna (cerebrální pareza)**

Dětská mozková obrna (DMO) je nejčastějším somatickým postižením. Vzhledem k tomu, že ne každá DMO má projevy obrny uvádí se v literatuře nověji cerebrální pareza. S. Kotagal popsal toto postižení jako stacionární encefalopatii (blíže nespecifikované postižení mozku).(5)

Pohybová porucha vzniká z důvodů poškozením nezralého mozku v prenatálním (např. nitroděložní infekce, fyzikální, toxické poškození, metabolické poruchy u matky), perinatálním (poškození v průběhu porodu může mít za následek hypoxicko – ischemickou encefalopatii, nitrolební krvácení, bakteriální meningoencefalitida, metabolická encefalitida), nebo postnatálním období (poranění mozku, lebky, bakteriální meningoencefalitida, virová encefalitida, toxické a metabolické encefalopatie).(5,10)

Podle postižení hybného systému rozlišujeme syndromy spastické, hypotonií, atetoidní (dyskinetické), ataktické, smíšené.(2,10)

Přibližně 70% všech syndromů tvoří *spastické*. Ty jsou způsobeny poruchou centrální motorické oblasti. Podle toho jaké končetiny jsou postižené rozlišujeme formu diparetickou (postižení DKK), kvadraparetickou (postižení HKK i DKK ve stejném stupni) a hemiparetickou (postižení HK i DK na stejné straně těla, kdy HK bývá postižena víc).V praxi se můžeme setkat i s formou pentaparetickou, kdy je ochrnut i hlavní dýchací sval, bránice. Mezi nejčastější projevy patří zvýšené svalové napětí, zvýšené hluboké šlachové reflexy, přetrvávající primitivní reflexy, automatizmy, kontraktury. Pro diparetickou formu je typická tzv. nůžkovitá chůze s našlapováním na špičky. Ke kvadrapareze se často přidružují další poruchy, jako porucha řeči, sbíhavé šilhání a časté jsou také epilepsie. Kromě těžkých kvadraparetiků mohou děti se spastickým syndromem mít normální intelekt a s podporou mohou být schopné sociální integrace.(2, 5,10)

*Atetoidní (dyskinetický) syndrom* způsobuje porucha v oblasti bazálních ganglií mozku Projevuje se atetoidními dyskinezami – pomalými krotivými pohyby, grimasováním, hadovitými pohyby těla, opistotonickým držením hlavy (s obloukovitým prohnutím dozadu), nebo trhavými (choreatiformními) pohyby. Často se přidružují

poruchy sluchu, zraku a těžké poruchy řeči (dysarthrie). Děti s tímto postižením jsou inteligentní a se speciálním přístupem schopny vzdělání.(2, 5,10)

*Ataktické syndromy* způsobuje postižení mozečku. Tato vzácná forma DMO (tvoří přibližně 10% DMO) se projevuje vrávoravou chůzí o široké bázi, třesem a souvisejícími problémy s jemnou motorikou, častá je porucha intelektu.(2,5,10)

*Smíšené formy* bývají nečastěji kombinací spastické, hypotoní či atetoidní formy a mívají špatnou prognózu.(10)

### **1.1.2. Mentální postižení**

Mentální postižení tvoří velkou skupinu, pro kterou je charakteristické celkové snížení intelektových schopností a je doprovázeno poruchami adaptace, tedy sníženou schopností orientovat se v daném prostředí. Vývoj je opožděný a trvale zaostává, což je doprovázeno omezenými možnostmi vzdělávání a sociální přizpůsobivosti, s čímž pak souvisejí problémy při socializaci. Mentální postižení se může vyskytovat samostatně nebo v kombinaci s jiným typem postižení.(5,7)

### **1.1.3. Zrakové postižení**

Zrakový orgán je složen ze tří částí: *receptor (zevní oko), dráha spojující oko s centrem - oční nerv, zrakové centrum v mozku*. K poškození (oční choroba, vada, poškození) může dojít v každé z těchto částí. (10,22)

Mezi zraková postižení můžeme zařadit veškeré refrakční vady, strabismus, nystagmus, degenerativní změny sítnice, nevidomost, různé poruchy vidění atd.(10, 22)

Zrakově postižený je člověk s různými druhy a stupni snížených zrakových schopností. Však v užším slova smyslu se jedná o osoby, kterým poškození zraku nějak ovlivňuje činnosti v běžném životě a u nichž běžná optická korekce nepostačuje, v tomto případě se hovoří o těžce zrakově postižených.(22)

Skupina těžce zrakově postižených se může dále dělit na nevidomé a slabozraké. Podle WHO je klasifikace zrakového postižení následující (22):

- kategorie 1: střední slabozrakost
- kategorie 2: silná slabozrakost

- kategorie 3: těžce slabý zrak
- kategorie 4: praktická nevidomost
- kategorie 5: úplná nevidomost

#### ***1.1.4. Sluchové postižení***

Jednotlivé sluchové vady mohou vznikat na úrovni *převodní*, *percepční* a *centrální*. Z hlediska vnímání řeči se stupeň sluchové vady vyjadřuje jako lehká, středně těžká, těžká nedoslýchavost, zbytky sluchu a hluchota.(5,10,13)

*Převodní vada* je důsledek postižení vnějšího nebo středního ucha. Převodní vady sluchu mají většinou za následek přechodnou či trvalou, lehkou či středně těžkou nedoslýchavost, zejména v oblasti vnímání neřečových zvuků a hlasu.(5,10,13)

*Percepční (vnímací) vada* sluchu postihuje vlastní orgán sluchového vnímání - vláskové buňky (*Cortiho orgán*) v hlemýždi, tedy ve vnitřním uchu, či postihuje sluchový nerv. Percepční vady sluchu jsou trvalé, se stupněm postižení od středně těžké nedoslýchavosti až po hluchotu, dochází zejména k postižení vnímání řeči.(13)

*Centrální vady* sluchu vznikají v důsledku vývojového nebo traumatického postižení oblastí centrálního nervového systému (*v podkoří a kůře*), které jsou důležité pro přijímání, poznávání a zpracování sluchových podnětů. Dochází k postižení zpracování zvuků, resp. řeči.(13)

Sluchové vady mají samozřejmě za následek opožděny, nedokonalý vývoj řeči, při hluchotě se nemusí řeč vyvinout vůbec, postižený se stává hluchoněmým. Čím dříve vada sluchu vznikne, tím závažnější jsou důsledky pro vývoj řeči dítěte.(13)

#### ***1.1.5. Vady řeči***

Vady řeči mohou být v rozsahu pouhé patlavosti, huhňavosti až po dysfázie, afázie, breptavost, koktavost, poruchy porozumění řeči, mnoho dalších diagnóz, až po úplnou němotu.(10)

## ***1.2. Systém rané péče***

*Raná péče* je dle zákona o sociálních službách 108/2006 (§54) zařazena mezi služby sociální prevence a je definovaná takto:

(1) Raná péče je terénní, popřípadě ambulantní služba poskytovaná dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené, nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivé sociální situace. Služba je zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby.

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

- a) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- b) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- c) sociálně terapeutické činnosti,
- d) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí

(20)

Tento funkční systém služeb, má nejenom dětem, ale především celým rodinám umožnit pracovat s handicapem, zmírnit nebo eliminovat zdravotní postižení (dále jen ZP) dítěte a dosáhnout tak kvalitnějšího společenského začlenění dítěte i rodičů. Je to typ sociální služby, který pomáhá v prvních, mnohdy nejnáročnějších letech, tedy zpravidla od 0-3 let věku dítěte, max. však do 7 let (do přijetí dítěte vzdělávací institucí). Jedná se o nejdůležitější období ve vývoji dítěte s postižením.(17,20,23)

Raná péče je jedna z nejtypičtějších forem terénní sociální práce. Může být poskytována v domácím tedy v zcela přirozeném prostředí rodiny. Právě láskyplná a stimulující interakce mezi rodičem a dítětem s postižením je podstatným faktorem rozvoje nejen jeho psychických, ale i fyziologických funkcí. Pokud to však rodinné podmínky nedovolují, nebo se jedná již o starší dítě (maximálně však do 7 let věku) raná péče může být poskytována i ambulantně tj. ve středisku.(20,23)

Do služeb se promítají zdravotní, sociální, pedagogické a pracovní opatření – postupy ucelené rehabilitace. Pracovníci rané péče (speciální pedagogové, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, arteterapeuti aj..) podporují rodinu v jejich výchovném úsilí a nabízí takové výchovně vzdělávací a aktivizační činnosti, postupy a pomůcky,

kteře odpovídatí aktuální úrovni dítěte. Odborníci poskytují mimo jiné i nezávislé informace, poradenství (pomoc v krizi, speciální, výchovné, sociálně právní poradenství, caremanagement) pomáhají při prosazování práv a zájmů.(5,23)

Rodiče by měli být aktivním členem tohoto multidisciplinárního týmu, který ranou péči zajišťuje, jelikož mají nezastupitelnou úlohu v komplexní péči postižených dětí.(23)

### ***1.2.1. Prostředky ucelené rehabilitace v rané péči***

Jak bylo řečeno nejdůležitější pro vývoj dítěte je období prvních 3 let dítěte, proto je nutné co nejdříve využít veškerých možností a prostředků ucelené rehabilitace. Jedná se interdisciplinární obor, který zahrnuje metody léčebné, sociální, pedagogické i pracovní rehabilitace. (5,17, 23)

Rodič v rámci ucelené rehabilitace spolupracuje nejen s lékařem, ale i speciálním pedagogem, psychologem, sociálně právním poradcem, fyzioterapeutem a ergoterapeutem. Chtěla bych proto představit nejčastěji aplikované postupy, tak aby každý získal určitou představu jak nesmírně vyčerpávající je pro rodinu tato každodenní zátěž.(5)

#### ***1.2.1.1. Léčebná rehabilitace***

Léčebná rehabilitace, jedna z nejdůležitějších složek rehabilitace, zahrnuje postupy fyzioterapie, fyzikální terapie, ergoterapie, animoterapie, arteterapie, muzikoterapie, psychoterapie...aj. Mezi další postupy spojené s léčebnou rehabilitací se řadí i různé chirurgické zákroky, rehabilitační inženýring (kompenzační pomůcky), farmakoterapie.(5)

Fyzioterapie představuje prakticky nejúčinnější metodu léčebné rehabilitace dětí s DMO. Zaměřuje na tělesný vývoj dítěte, mezi nejpoužívanější metody u nás patří Vojtova reflexní terapie, Bobathova metoda, Kabatova metoda, měkké a mobilizační techniky (myskeletární medicína), také orofaciální regulační terapie, která má za cíl rozvoj řeči a komunikace.(5)

Podstatou *Vojtovy metody* je nácvik základního pohybového stereotypu – pohybu vpřed. Základ tvoří dva koordinační celky: *reflexní plazení* a *reflexní otáčení*. Tyto pohybové vzorce jsou vrozené, uložené v CNS (centrální nervová soustava), jako určitá předloha funkce. Vzory reflexního plazení s otáčení obsahují svalové souhry, vzory motorické ontogeneze, které vedou ke zdravému vývoji. Pro aktivaci reflexní lokomoce je důležitá poloha těla dítěte, její opěrné báze, centrované klouby, spoušťové zóny, na které se působí tlakem, odporem pod přesným směrem. (2)

Rodiče cvičí s dítětem několikrát denně asi 10-20 minut. Pro rodiče není náročné cvičení pouze fyzicky, ale i psychicky. Cvičení je totiž často doprovázeno pláčem, protože se miminku nelíbí být tlačěn do určité polohy. Proto se i s tímto musí rodič vyrovnat a pochopit, že právě tato cesta je pro motorický vývoj postiženého dítěte ta nejlepší.(2)

*Bobatova metoda* má za cíl podporu motorického vývoje, odbourávání patologických vzorů, regulaci tonusu, facilitaci fyziologického pohybu vedoucí k funkčním činnostem. Metoda učí technikám *polohování*, *handlingu*, tzn. způsob držení a zacházení s dítětem při jeho každodenním opatrování. Další složkou cvičení je *příprava*, kdy je účelem připravit tělo pro pohyb, tzn. stabilní základnu opory, normalizovat tonus. Bobathova metoda využívá také *facilitaci* a *inhibici*. Facilitace podporuje aktivní motorickou odpověď a pomáhá reagovat normálním způsobem. Inhibice naopak působí proti abnormálním vzorům postury a pohybu. Vždy musí být ve cvičení použita současně. Všechny tyto složky cvičení se vzájemně prolínají.(2)

Metodami *fyzikální terapie* jsou elektroléčba, vodoléčba (hydroterapie), léčba ultrazvukem, světlem (fototerapie), laserem, teplem (termoterapie), magnetoterapie, léčba přírodními prostředky (balneoterapie), masáže.(5)

Pro *ergoterapii* (léčba prací) v rané péči je základní metodou přirozená dětská hra, která respektuje vývojové hledisko dítěte. Pomocí hry se ergoterapeut snaží zlepšovat hrubou i jemnou motoriku, pohybovou, vizuomotorickou koordinaci, komunikaci..atd.



Opět nezastupitelnou úlohu hrají rodiče, kteří dle instrukcí pokračují s ergoterapií v domácím prostředí. To samozřejmě jako u každé metody vyžaduje spoustu trpělivosti, ale i důslednosti.(5)

Mezi nejznámější podpůrné metody *animoterapie* (léčebné využití zvířat) patří hipoterapie (léčebné využití koně) a canisterapie (léčebné využití psa).(5)

*Arteterapie* , neboli léčba pomocí výtvarných prostředků má vedle pozitivního vlivu na jemnou motoriku, vizuomotorickou koordinaci významný efekt na psychiku (prožitok vlastního úspěchu, emoční ladění, estetického vnímání, sebereflexe,)(5)

*Muzikoterapie*, léčba pomocí hudby má stejně jako arteterapie výrazný psychologický účinek.(5)

Velký význam jak v léčebné, ale i sociální rehabilitaci má *rehabilitační inženýring*, různé kompenzační pomůcky. Tyto pomůcky stimulují vývoj, usnadňují pohyb, pomáhají při rehabilitaci, komunikaci s okolím, napomáhají samostatnosti a soběstačnosti dětí.(5)

#### **1.2.1.2. Sociální rehabilitace**

Cílem sociální rehabilitace je člověka s postižením v maximální míře integrovat do společnosti. Odborníci poskytují sociálně právní pomoc, která zahrnuje informace potřebné k řešení životních situací při vyřizování nejrůznějších dávek, příspěvků souvisejících i nesouvisejících se zdravotním postižením dítěte. Dále nabízí poradenství ohledně pracovního práva v souvislosti s péčí o dítě se ZP, invalidního důchodu rodičů i dětí, důchodového zabezpečení rodičů, výkladu právních norem ohledně vzdělávání dětí se ZP, otázek týkajících se integrace, speciální vzdělávání, osobní asistence.(5,17, 23)

### ***1.2.1.3. Pedagogická rehabilitace***

Oblast pedagogické rehabilitace je doménou speciální pedagogiky, která se dělí na *somatopedii* (pro mentálně postižené), *etopedii* (zaměřena na jedince s poruchami chování) *tyflopédie* (pro zrakově postižené), *surdopedii* (pro sluchově postižené), *logopedii* (pro jedince poruchou řeči). Samozřejmě se může objevit i vícečetné postižení, v tomto případě se v pedagogice hovoří o více vadách. (5)

Speciálně pedagogickou péči zajišťují v raném období dítěte rodičům Společnosti pro ranou péči, Speciálně pedagogická centra (SPC), a speciální zařízení typu (Dětská centra, Rehabilitační stacionáře).(5,17)

Speciální pedagogové se snaží využít speciální metody k tomu, aby postižený dosáhl co nejoptimálnějšího vývoje a sociální, pracovní a kulturní integrace. Zabezpečují poradenské, terapeutické a metodické činnosti pro děti se ZP, pro jejich rodiče, nebo osoby zodpovědné za výchovu.(5,17)

Jednou z pedagogických metod, která se uplatnila v rámci léčebné pedagogiky u dětí s nejrůznějším typem postižení, včetně dětí s kombinovaným postižení je Montessori pedagogika (vypracovaná Marií Montesori v první pol. 20.st). (5)

Jejími krédem je: „Pomoz mi, abych to dokázal sám“. Učitel sleduje individuální rozvoj jedince a jakmile vidí, že je dítě připravené naučit se novou dovednost, pomáhá mu s jejím osvojením. Montesori pedagogika využívá dobře propracovaný systém názorných pomůcek.(5)

### ***1.3. Problematika pečujícího rodiče***

Rodině, v níž se narodí dítě se zdravotním postižením se najednou změní celý dosavadní život. Do tří let věku dítěte, než je možné jej umístit do předškolního zařízení, je péče především na rodinných příslušnících a pracovnících poskytujících ranou péči. Asi nejtěžší a zároveň nejdůležitější je vyrovnat se s postižením dítěte, přijmou tuto situaci ne jako neštěstí, ale určitý úkol. Jedná se o nelehký celoživotní proces, kterým se zabývalo mnoho psychologů. (viz.1.3.1.)(4,5)

Pečující rodič je často nucen opustit svou profesi a stává se z něj pečovatel na 24 hodin denně. Což způsobuje fyzické i psychické přetížení rodiče. Tato situace se samozřejmě promítá i do rodinných, partnerských, přátelských vztahů a dalších sociálních vazeb. Proto je potřeba nabídnout pomoc nejen v péči o děti, ale i v péči o samotné rodiče. Péče by měla být zaměřena na udržení psychického, fyzického zdraví a na kvalitní odpočinek.(14)

Účinnou pomocí jsou také vlastní aktivity rodičů. Existuje mnoho sdružení a klubů rodičů, tzv. svépomocné skupiny, kde si lidé se stejným problémem předávají rady, informace, zkušenosti, dodávají sílu. Rodiče si uvědomí, že nejsou v takto nelehké situaci sami. Tato sdružení pořádají různé kroužky pro děti, přednášky, společné výlety, pobytová setkání atd.(14,23)

Asi každý pečující rodič by si měl občas přečíst desatero rad pro rodiče profesora Matějčka, především poslední rada: „Obětovat ano, ale ne obětování hovoří za vše“. Jelikož čas, který rodič věnuje svému zdraví se mnohonásobně vrátí v kvalitě péče o dítě se ZP a ovlivní i smysluplnost a kvalitu života celé rodiny.(12)

- *Rodiče mají o svém dítěti vědět co nejvíce* (mohou potom lépe rozumět a pomáhat)
- *V pravý čas a v náležitě míře!* (vývoj a výchova dítěte má své zákonitosti, není náhodilý proces)
- *Ne neštěstí, ale úkol.* (potřeba přejít do aktivity ve prospěch svého dítěte a sebe)
- *Přijmou pravdu , ale vždy s výhledem do budoucna.* (potřeba realistického pohledu na věc)
- *Dítě samo netrpí!* (dítě žije svým dětským životem s jeho radostmi a starostmi)

přiměřeně jeho možnostem a schopnostem)

- *Nejsme sami!* (sdílení a solidarita)
- *Nejsme ohroženi!* (reakce okolí, integrace a integrita)
- *Obětavost ano, ale ne obětování.* (udržet si dobrou tělesnou a duševní kondici)

### **1.3.1. Vyrovnání rodiče s postižením svého dítěte**

Proces vyrovnání se s postižením svého dítěte, sledovalo mnoho psychologů zabývajících se traumatem (E. Kubler-Ross, Matějček, Blažek, Olmrová...a další). Obecně se ukazuje, že rodina prochází několika fázemi, v nichž problém racionálně i emocionálně zpracovává. (14)

V literatuře jsou uváděny různé počty fází.

Např. dle Jankovského (4) se jedná celkem o 6 stádií: *šok*, následně *popření*, *smlouvání*, *agresi (zlost)*, *depresi (pocit viny)*, následně dojde k *rovnováze a přijetí postižení svého dítěte* jako výzvu a úkol. Blažek a Olmerová naopak popisují pouze 4 základní fáze. Na počtu fází však nezáleží.

Obecně lze shrnout reakce takto:

- První fáze je *šok*, který je akutní reakcí na stres. Jedná se o silnou iracionální emoční reakci na neočekávanou realitu. Reakce jsou řízeny podkorově, jsou vůlí neovladatelné a mohou být zcela nepředvídatelné. Nemá smysl člověka slovně utěšovat, dávat informace, zdůvodnění. Je třeba mu být spíše nablízku, projevit mu svou účast, protože se šokem je spojen pocit hrozné ztráty, ztráty očekávaného dokonalého miminka. (4, 9,14,18)
- Následuje *fáze reaktivní*, která může mít zpočátku silné psychické a somatické projevy (hroucení, neurozy, nespavost, záchvaty pláče, vzteku). Rodiče vnímají novou skutečnost jako omyl, popírají, nechťejí si připustit že se právě jim narodilo postižené dítě. Rodiče vyhledávají další a další odborníky a doufají, že jim řeknou příznivější zprávu. Mají pocit viny, obviňují sebe, případně hledají viníka, nejčastějším cílem této agrese, zloby bývají odborníci, zdravotníci, ale i lidé z nejbližšího okolí a samozřejmě se může stát i samo dítě. Zloba střídá depresi pocit viny selhání a může vyústit i ve stud za dítě, kdy se pak rodina

dostává do nepříznivé izolace od společnosti. Nejdramatičtější únikovou reakcí je odložení dítěte. V reaktivní fázi je třeba mít pro rodiče co největší pochopení, porozumění, uvědomit si míru jejich zranění, bolesti a respektovat je. Nezavalit je informacemi, protože nejsou ještě připraveni vše vstřebat. Důležité je vždy ocenit výchovné snažení, dát jim pocit úspěšnosti v rodičovství. (4,9,14,18)

- Po reaktivní fázi následuje *fáze adaptační*, kdy se rodiče pokoušejí už racionálně zhodnotit situaci, začínají si zvykat a sami aktivně vyhledávat pomoc. Dožadují se přesných prognóz, časovou prognózu a hledají dostupná řešení do budoucna. Proto je nezbytné poskytovat pouze kompetentní, realistické informace (ale ne zraňující), protože nesplněná naděje se stává novým traumatem a celý proces vyrovnání se zbrzdí. (4,9,14,18)
- Poslední fází je *fáze reorientace*. V ní už rodiče začínají jednat, vyhledávají pomoc lékařskou, psychologickou i sociální. Spojují se pro duševní podporu i pro získání většího množství zkušeností s lidmi s podobnou životní situací. Dochází ke změnám životního stylu a plánuje se budoucnost, často sebou přináší zásadní změny (změny bydliště, práce, rodinného uspořádání atd.). Všechny změny jsou ekonomicky a časově náročné. Nejen proto tu jsou specializovaná centra rané péče, která vytvoří ucelenou síť pomoci tak, aby rodina byla samostatná a kompetentní. (4,9,14,18)
- Vyrovnání rodiče s postižením svého dítěte je celoživotní proces, není plynulý, velmi často dojde s novou životní situací k regresi do fáze předchozí a ne vždy se podaří dojít až do fáze reorientace. Záleží na mnoha faktorech, na citových vztazích v rodině, zda je postižení vrozené, či získané, zda je jediným dítětem v rodině, na osobnosti dítěte a ostatních členů rodiny, postojích okolí atd.. (4,9,14,18)

### ***1.3.2. Pečující rodič a nebezpečí syndromu vyhoření***

Přestože existují centra rané péče, kde se odborníci snaží rodičům poradit, pomáhat, ukázat veškeré možnosti terapie, nejdůležitějším členem tohoto multifunkčního týmu je právě pečující rodič. Ten se stará denně téměř 24 hodin, plánuje

fyzioterapii, ergoterapii, logoterapii, psychologa, speciální pedagogiku atd., naučí se všem dovednostem, které potom denně s dítětem provádí. Sám se musí vypořádat se skutečností, že právě jemu se narodilo dítě se zdravotním postižením. Tato situace se projevuje také v partnerském vztahu, rodič se dostává do sociální izolace.(5,9,11,14)

Pro rodiče se jedná o dlouhodobou psychickou i fyzickou zátěž a jedním z reálných nebezpečí může být *syndrom vyhoření*. (11)

Syndrom vyhoření je stav ztráty důvěry v osobní výkon, ztráta citového snažení. Vede k pocitům vlastní neschopnosti. Projevuje se celkovým vyčerpáním, a to v důsledku chronické zátěže spojené s dlouhodobým nasazením o jiné lidi. Mezi příznaky patří zklamání, skepse, ztráta elánu, zájmu, radosti ze života, smyslu života. (11,14)

V chování převažuje podrážděnost, negativní ladění až agresivita vůči sobě a lidem, nakonec dochází k celkové stagnaci a rezignaci. Tělesné vyčerpání se projevuje chronickou únavou, slabostí. Časté jsou bolesti hlavy, zad, poruchy spánku, narušeny stravovací návyky. Člověk je více náchylný k nemoci a úrazům. (11,14)

Proces vyhoření má pozvolný, plíživý průběh a také své fáze. Na počátku bývá nadšení a mnohé naděje, ale ty často souvisí s nepřiměřeným, nereálným očekáváním. Péče o druhé se může stát smyslem života. Poté ale energie klesá, nadšení dohasíná a objevuje se fáze stagnace. Ta přechází do fáze frustrace, kdy si člověk dává otázky, zda má jeho činnost vůbec smysl, dostavují se osobní obtíže. Frustrace přerůstá v úplnou apatii. (11,14)

Je třeba si uvědomit, že ztráta energie je normální vývoj přirozená reakce na dlouhodobou zátěž, není selháním rodiče. Proto je důležité zapojit do rané péče dítěte se ZP i rodiče, nabídnout jim pomoc. Podněty, které dokáží pečujícího dostat zpět do plnohodnotného života mohou mít hodně podob. Člověk se může začít znovu vzdělávat, udělá si více času na soukromý život, začne se věnovat koníčkům, ale může to být i práce ve svépomocné skupině. Tyto impulzy jsou popisovány jako poslední fáze syndromu vyhoření, a to jako fáze intervence. (5,11,14)

Přirozeným prostředím pro nenásilnou sociální intervenci může být zaměstnání, kde řeší zcela jiné situace než v domácím prostředí. Dá se říci, že i dnešní sociální politika podporuje aktivní přístup samotných rodičů. Proto je potřeba poskytovat nejen

odbornou lékařskou, psychologickou, sociálně-právní pomoc a poradenství, ale další aktivity, které pomohou rodiče začlenit připravit, nebo začlenit na trh práce. (5,11,14)

Situace při hledání nového zaměstnání je pro pečující osoby složitá. Rodiče nevědí, kde začít, kam se obrátit, na co nezapomenout při hledání nového zaměstnání atd. .

Jedním kdo se snaží pomoci v této nelehké situaci je občanské sdružení Alfa Human Service, které uskutečňuje řadu kurzů. Projekt „*Vzdělávání a praxe pečujících osob o závislého rodinného příslušníka*“(CZ.04.3.07/2.2.1.01.1/2004) a projekt „*Podpora osob potenciálně ohrožených nezaměstnaností*“ (CZ.04.3.07/1.1.01.3/1088), jsou určeny především pečujícím rodičům, kteří hledají uplatnění na trhu práce. Tyto projekty slouží k provedení experimentální části bakalářské práce. (15,16, 24)

## **2. Cíl práce a hypotézy**

### ***2.1. Cíl práce***

Pro experimentální část bakalářské práce byly využity vzdělávací projekty sdružení Alfa Human Service „Vzdělávání a praxe pečujících osob o závislého rodinného příslušníka“ (CZ.04.3.07/2.2.1.01.1/2004) a projekt „Podpora osob potenciálně ohrožených nezaměstnaností“ (CZ.04.3.07/1.1.01.3/1088), které jsou finančně podpořeny z Evropského sociálního fondu, státního rozpočtu ČR a Úřadu práce hlavního města Prahy. Díky této podpoře jsou aktivity kurzu bezplatné. (15,16, 24)

Jedná se o projekty, které byly určeny pouze pro klienty z Prahy, především pečujícím rodičům hledajícím uplatnění na trhu práce. (15,16, 24)

Vizí projektů byla podpora vzdělanosti skupin osob pečujících o závislého člena rodiny a pomoc při vyhledávání pracovních míst těchto osob. (15,16, 24)

Cílem mé práce bylo zmapovat potřeby, očekávání pečujících rodičů a úspěšnost vzdělávacích aktivit, směřující k sociální integraci a začlenění na trh práce.

### ***2.2. Hypotéza***

Potřeby a očekávání z hlediska dalšího vzdělávání rodičů pečujících o závislého rodinného příslušníka se zdravotním postižením jsou odlišné než u rodičů pečujících o zdravé děti, úspěšnost vzdělávacích aktivit a úspěšnost v nalézání zaměstnání bude menší vzhledem k větší náročnosti péče o dítě se ZP.



### **3. Metodika**

#### ***3.1. Metoda a technika sběru dat***

V práci byla využita metoda průzkumového šetření. Sběr dat byl proveden na základě projektové dokumentace, která obsahovala vstupní dotazníky, projektové pohovory, podklady o průběhu kurzů, individuální hodnocení účastníků kurzu, výstupy z kurzů, vyhodnocení úspěšnosti závěrečných zkoušek z počítačové gramotnosti, dokumentace týkající se zaměstnanosti účastníků.

Na základě těchto informací byl vytvořen záznamový arch průzkumového šetření (viz příloha), který byl rozdělen na dvě části.

První část o dvanácti bodech obsahovala vstupní data o účastnících před zahájením kurzu. Tato část byla zaměřena na získání základních informací o respondentech k provedení charakteristiky výzkumného souboru. Otázky zjišťovaly co motivovalo a jakým očekáváním nastupovali účastníci do kurzu

Druhá část byla zaměřena na dovednosti po výstupu z kurzu, tzn. na základní počítačovou gramotnost, zaměstnanost účastníků po ukončení kurzu a případnou aktivizaci účastníků při řešení problémů se zaměstnaností.

#### ***3.2. Charakteristika projektů***

Projekty sdružení Alfa Human Service „Vzdělávání a praxe pečujících osob o závislého rodinného příslušníka“ a navazující projekt „Podpora osob potenciálně ohrožených nezaměstnaností“ probíhaly 4-5 měsíců 2 dny v týdnu po 6 hodinách. Cílem projektů bylo zvýšení vzdělanosti osob ohrožených nezaměstnaností a vyhledávání pracovních míst pro některé z těchto osob.(15,16, 24)

V rámci kurzů účastníci absolvovali aktivity zaměřené na základní počítačovou gramotnost ( v rozsahu 72 hod.), jako je základní obsluha PC, práce se soubory, Word, Excel, emailová pošta, práce s informačními zdroji internetu. Kurzy byly završeny závěrečnou zkouškou v AHS a jednou z MS Office certifikovanou zkouškou ECDL v počítačové škole Gopas (jedná se standardizovanou mezinárodní zkoušku).(15,16, 24)

Mezi další dovednosti, které si účastníci kurzu osvojovali patřily aktivity na zlepšení komunikačních dovedností (v rozsahu 18hod.) a aktivity na zvýšení sebevědomí (v rozsahu 24 hod.). V terapeutické skupině byl věnován čas tématům jako sebevědomí, žena (muž) v nás, práce v týmu, relaxační techniky. Cílem bylo seznámit rodiče s možnostmi jak skloubit práci a rodinu, naučit je mechanismům prevence syndromu vyhoření.(15,16, 24)

V rámci přímého oslovování potenciálních zaměstnavatelů bylo zajištěno poradenství, nejen sociálně právní (dávky, atd.), ale především pracovní poradenství. Každý úspěšný účastník odcházel s dobře vypracovaným životopisem, znal kritéria přijímacích pohovorů, byl zaregistrovaný na [www.job.cz](http://www.job.cz), naučil se číst inzeráty mezi řádky tak, aby vyloučil neprofesionální nabídky zaměstnání.(15,16, 24)

Hlavním kritériem úspěšného absolventa kurzu byla zaměstnanost, mezi dílčí kritéria se řadila zkouška v AHS, a samozřejmě zpětná vazba klienta, zda byla uspokojena očekávání od kurzu a jeho aktivizace k řešení zaměstnanosti. Aby tato kritéria mohla být zhodnocena, jsou pracovníci AHS s účastníky v kontaktu ještě 2 roky po ukončení kurzu.(15,16, 23)

### **3.3. Charakteristika výzkumného souboru**

V průběhu dvou let (od září 2005 do října 2007) absolvovalo během čtyř pětíměsíčních kurzů projekt: „Vzdělávání a praxe osob pečujících o závislého rodinného příslušníka“, 40 účastníků. Cílovou skupinou tohoto kurzu byly osoby, které dlouhodobě pečují o zdravotně postižené dítě a matky (příp.otcové) pečující dlouhodobě o jedno a více dětí. 16 rodičů z těchto kurzů se staralo o rodinného příslušníka se zdravotním postižením.(24)

Od začátku března 2007 do konce ledna 2008 byly realizovány a úspěšně zakončeny 3 vzdělávací kurzy projektu „ Podpora osob potenciálně ohrožených nezaměstnaností“, které navštívilo 30 účastníků. Projekt byl určen rodičům na rodičovské dovolené, osobám pečujícím o zdravotně postiženého rodinného příslušníka a nezaměstnaným osobám evidovaným na ÚP méně než 6 měsíců nad 25 let. Z tohoto projektu byly 4 osoby pečující o dítě se ZP.(24)

Pro průzkumové šetření byly využity oba projekty jako celek, tedy 70 účastníků. 67 účastníků pečovalo o závislého rodinného příslušníka, z toho 20 o rodinného příslušníka se zdravotním postižením, 47 pečovalo o zdravé děti. 3 účastníci kurzu byly zařazeni z důvodu ohrožení nezaměstnaností.(24)

Graf 1-5 (kapitola 4.1.) sledoval základní informace o všech účastnících, tedy z celkového počtu 70 osob.

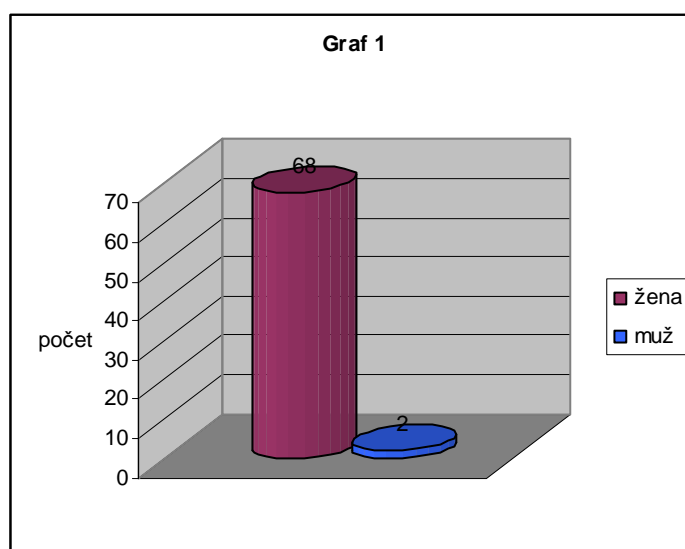
Graf 6-12 (kapitola 4.1.) řešil otázky týkající se hypotézy bakalářské práce, proto byly zařazeny informace od pečujících rodičů. Data však byla relevantní pouze u 64 uchazečů z 67 pečujících, z důvodu nedostatečnosti ve vyplnění vstupních dotazníků, nebo dotazníky chyběly úplně. Výstupní data jsou hodnoceni u 67 účastníků, kteří kurzy dokončili.

#### 4. Výsledky

*Vstupní data o účastnících kurzů*

**Graf 1**

**Pohlaví účastníků kurzu**



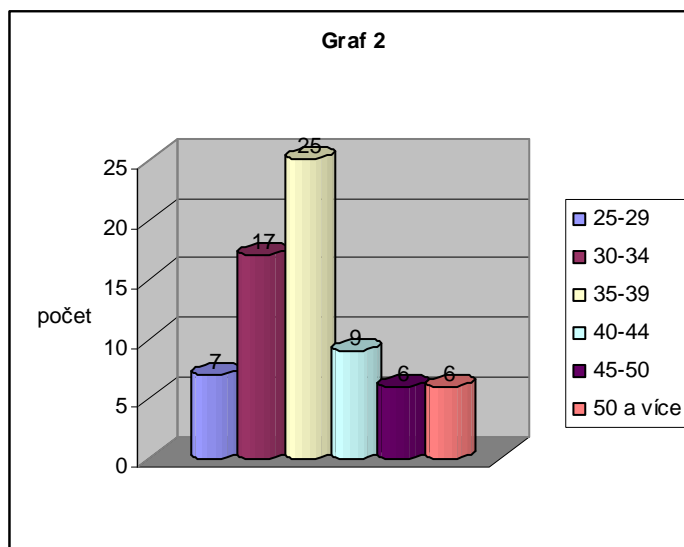
Zdroj: vlastní průzkum

Graf 1

Z celkového počtu 70 účastníků kurzu bylo 68 žen a 2 muži

## Graf 2

### Věk účastníků kurzu



Zdroj: vlastní průzkum

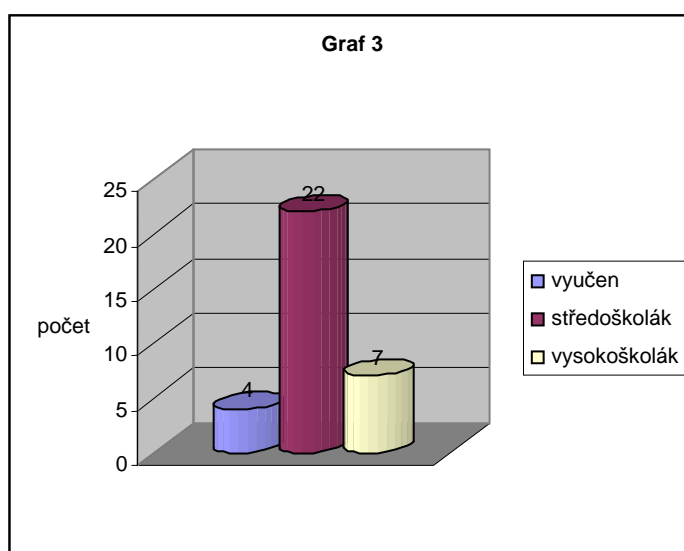
### Graf 2

Z celkového počtu 70 účastníků bylo 7 v rozmezí 25-29 let, 17 v rozmezí 30 - 34 let, 25 v rozmezí 35 – 39 let, 9 v rozmezí 40-44 let, 6 v rozmezí 45-49 let a 6 účastníků starších 50 let.

### Graf 3

#### Vzdělání účastníků kurzu

Vzhledem k dlouhodobému propůjčení dokumentace druhé osobě nebylo možné získat informace ohledně dosaženého vzdělání účastníků kurzů projektu „Podpora osob potenciálně ohrožených nezaměstnaností“.



Zdroj: vlastní průzkum

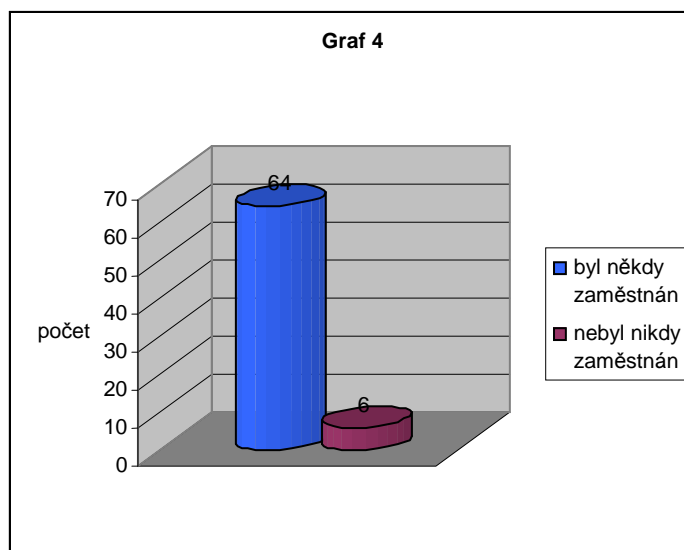
#### Graf 3

Z celkového počtu 40 účastníků jsou 4 vyučeni, 22 má středoškolské vzdělání, 7 dosáhlo vzdělání vysokoškolského

#### Graf 4

##### Předchozí zaměstnanost účastníků kurzu

Tento graf ukazuje kolik z uchazečů o kurz již pracovalo a kolik zatím nemá žádné pracovní zkušenosti.



Zdroj: vlastní průzkum

#### Graf 4

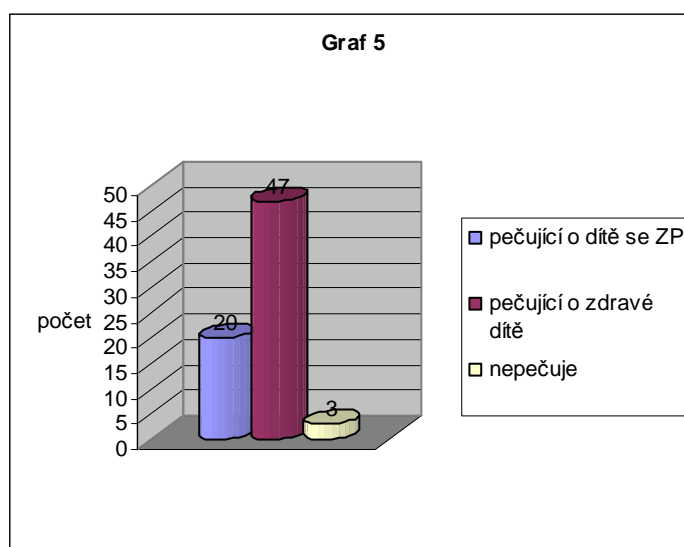
Z celkového počtu 70 účastníků 64 bylo někdy zaměstnáno a 6 nikdy nepracovalo

## Graf 5

### Podíl účastníků pečujících o rodinného příslušníka se ZP

Cílem tohoto průzkumu bylo zjistit kolik účastníků kurzu dlouhodobě pečovalo o závislého rodinného příslušníka se zdravotním postižením.

Z celkového počtu 70 účastníků byli 2 muži a 1 žena, kteří nepečovali o závislého rodinného příslušníka. Do kurzu byly zařazeni z důvodu ohrožení nezaměstnaností a stimulem pro vstup do kurzu bylo především zvýšení kvalifikace v počítačové gramotnosti. 67 účastníků pečovalo o závislého rodinného příslušníka z toho 20 o rodinného příslušníka se zdravotním postižením, 47 pečovalo o zdravé děti.



Zdroj: vlastní průzkum

### Graf 5

Z celkového počtu 70 účastníků pečujících o závislého rodinného příslušníka 20 pečovalo příslušníka se zdravotním postižením, 47 účastníků se staralo dlouhodobě o zdravé děti a 3 z účastníků nepečovalo o závislého rodinného příslušníka

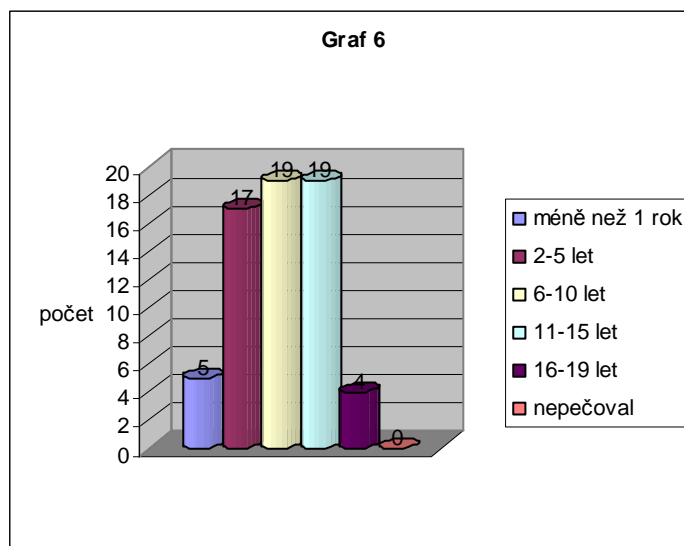


## Graf 6

### Doba péče o závislého rodinného příslušníka

V tomto bodě je popsáno jak dlouho byl uchazeč mimo zaměstnání a pečoval doma o závislého rodinného příslušníka. Bez rozlišení zda se jednalo o péči dítěte se ZP, nebo matky starající o 2 a více dětí.

Informace pro tento bod, ale i následující data v grafu 7, 8, 9, 10 byly získány na základě vstupních dotazníků, které uchazeči vyplňovali před nástupem do kurzu. Data byla relevantní pouze u 64 uchazečů z 68, ať z důvodu nedostatečnosti ve vyplnění vstupních dotazníků, nebo dotazníky chyběly úplně.



Zdroj: vlastní průzkum

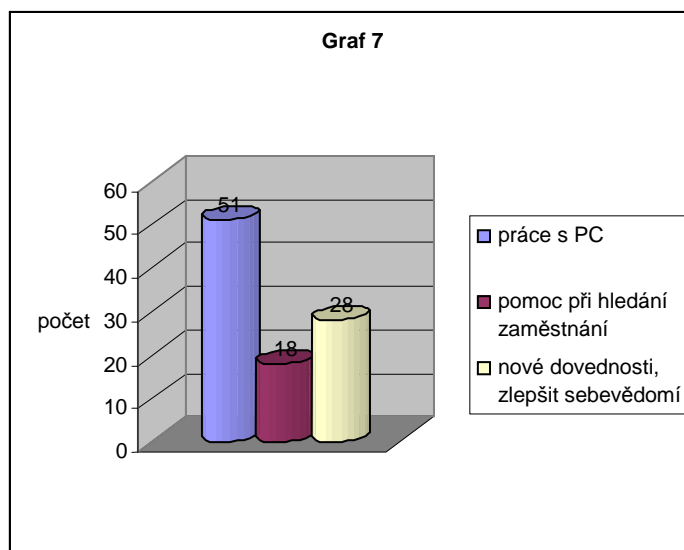
### Graf 6

Z celkového počtu 64 účastníků 5 pečovalo o závislého rodinného příslušníka po dobu maximálně jednoho roku, 17 po dobu 2-5 let, 19 po dobu 6–10 let, 19 po dobu 11-15 let, 4 po dobu 16-20 let

## Graf 7

### Očekávání od kurzu

Očekávání, která účastníci popisovali se vzájemně prolínala, proto u některých bylo označeno více odpovědí.



Zdroj: vlastní průzkum

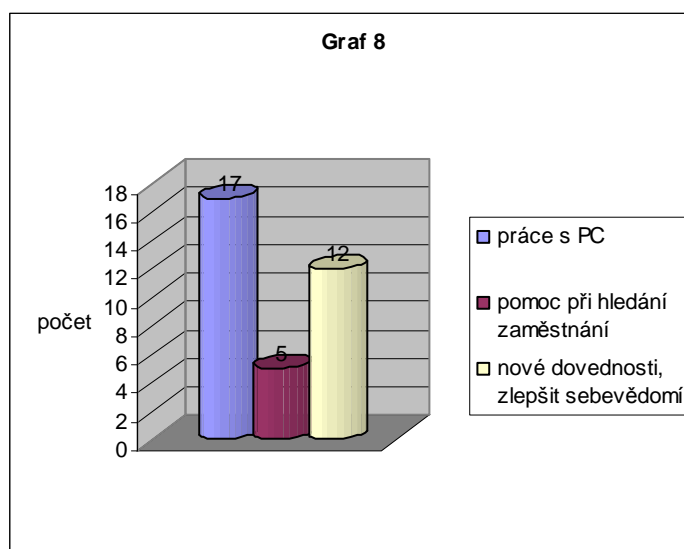
### Graf 7

Z celkového počtu 64 účastníků si 51 účastníků slibuje od kurzu, že se naučí pracovat s počítačem, 18 pomoc při hledání zaměstnání a 28, že se naučí novým dovednostem a zvýší si tak sebevědomí a sebedůvěru

### Graf 8

#### Očekávání rodičů pečujících o rodinného příslušníka se ZP, kteří nastoupili do kurzu

Opět bylo u každého z rodičů hned několik očekávání, proto u některých bylo označeno více odpovědí.



Zdroj: vlastní průzkum

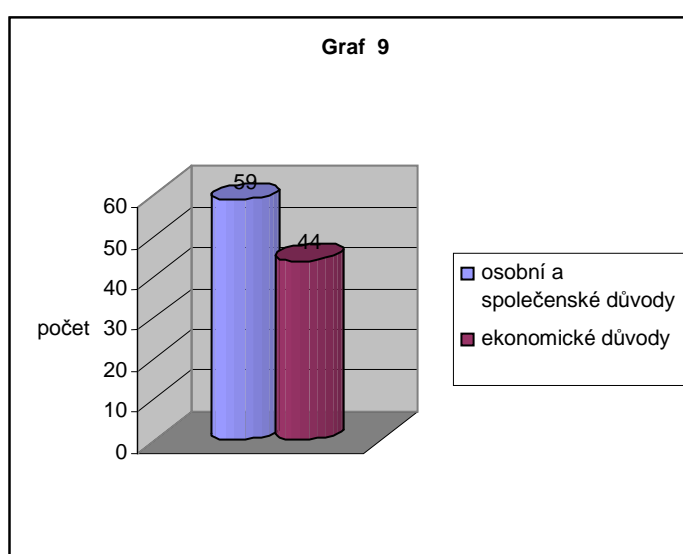
#### Graf 8

Z celkového počtu 20 účastníků si 17 účastníků slibuje od kurzu, že se naučí pracovat s počítačem, 5 pomoc při hledání zaměstnání a 12, že se naučí novým dovednostem a zvýší si tak sebevědomí a sebedůvěru

## Graf 9

### Motivace k nastoupení do kurzu

V této části bylo cílem zmapovat co bylo podnětem, motivem, že se sledované osoby přihlásily do kurzu. Zda to byly pouze ekonomické důvody, nebo osobní a společenské důvody, jako potřeba sebevzdělání, a zvýšit si tak sebevědomí, poznat nové lidi, dostat se ze stereotypu domácnosti, vrátit se na trh práce.



Zdroj: vlastní průzkum

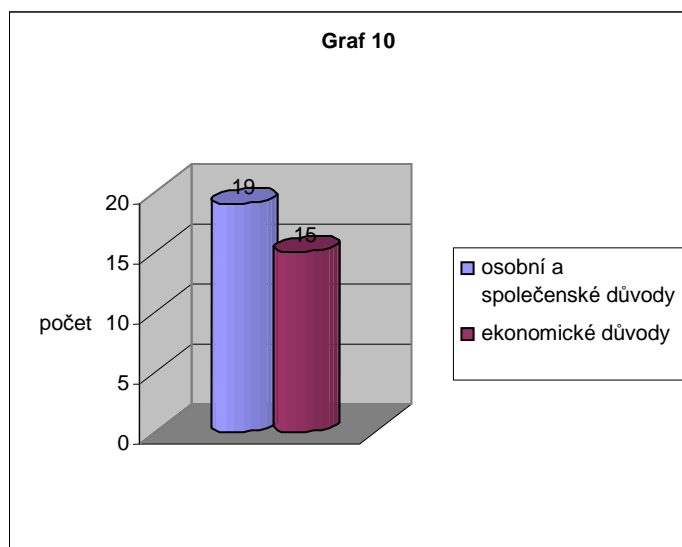
### Graf 9

Z celkového počtu 64 účastníků popsalo 59 jako motiv osobní a společenské důvody, 44 ekonomické důvody

### **Graf 10**

#### **Motivace rodičů pečujících o rodinného příslušníka se ZP k nastoupení do kurzu**

Graf 10 mapuje jaká byla motivace k nastoupení do kurzu pouze u rodičů pečujících o rodinného příslušníka se ZP.



Zdroj: vlastní průzkum

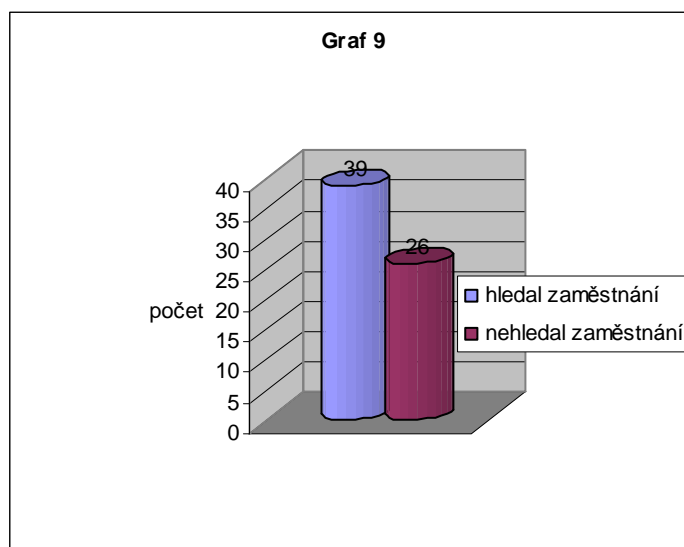
#### **Graf 10**

Z celkového počtu 20 účastníků popsalo 19 jako motiv osobní a společenské důvody, 15 ekonomické důvody

## Graf 11

### Snaha hledat v posledních 6 měsících zaměstnání

Bylo zkoumáno zda se účastníci již před vstupem do kurzu snažili sami aktivně vyhledávat zaměstnání, začlenit se na trh práce.



Zdroj: vlastní průzkum

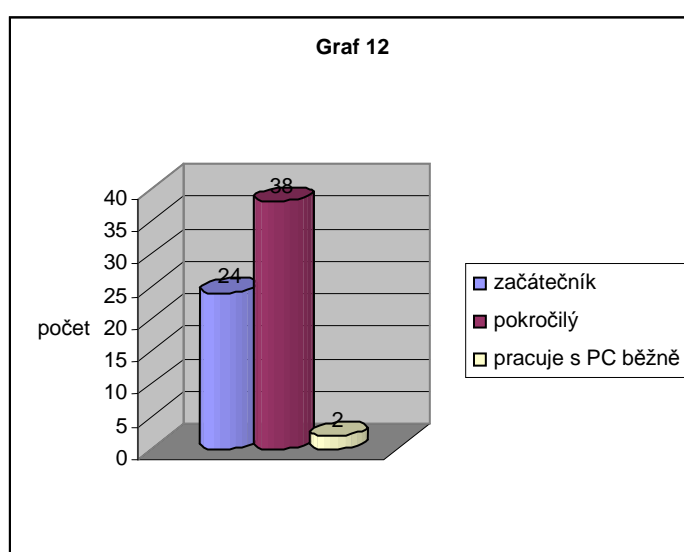
## Graf 11

Z celkového počtu 64 účastníků 39 hledalo v posledních 6 měsících zaměstnání, 26 nikoli

## Graf 12

### Počítačové dovednosti

Podle odpovědí na dílčí otázky ohledně základní počítačové gramotnosti (zvládnání základní obsluha PC, práce se soubory, Word, Excel, emailová pošta, práce s informačními zdroji internetu) byla vyhodnocena úroveň uchazečů v počítačové gramotnosti .



Zdroj: vlastní průzkum

### Graf 12

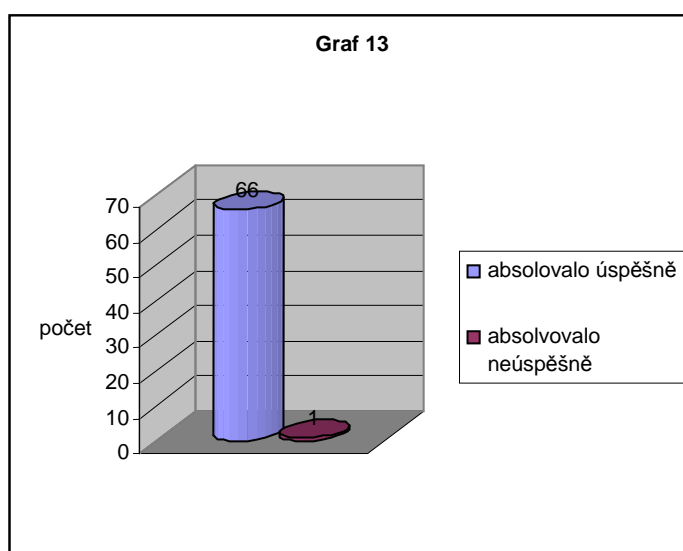
Z celkového počtu 64 účastníků bylo 24 účastníků úplní začátečníci v práci s počítačem, 38 účastníků pokročilí a 2 pracovali s počítačem běžně, ale měli potřebu se zdokonalit

#### 4.2. Dovednosti účastníků po výstupu z kurzu

##### Graf 13

##### Závěrečná počítačová zkouška v Alfa Human Service (AHS)

Kurzy byly završeny závěrečnou zkouškou v AHS. Celkově kurz dokončilo 67 osob.



Zdroj: vlastní průzkum

##### Graf 13

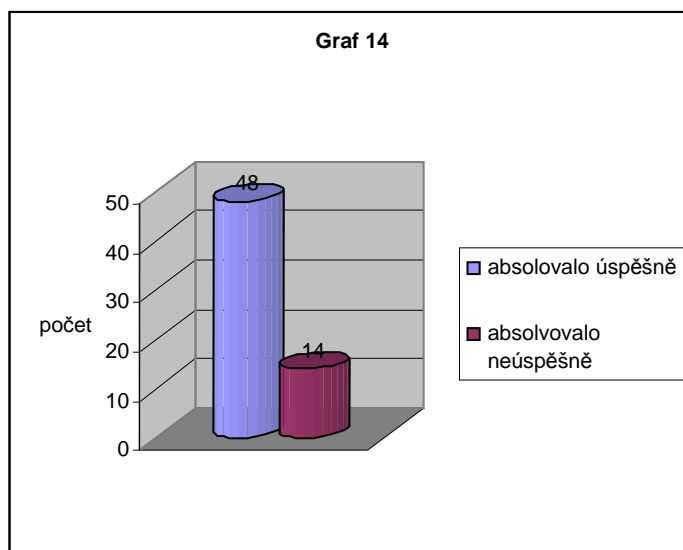
Z celkového počtu 67 respondentů bylo 66 úspěšných a pouze 1 neúspěšný.



### **Graf 14**

#### **Certifikovaná počítačová zkouška v počítačové škole Gopas**

Kromě zkoušky v Alfa Human Service si účastníci mohou udělat certifikovanou zkoušku v počítačové škole Gopas. Pro tuto variantu se rozhodlo 62 respondentů.



Zdroj: vlastní průzkum

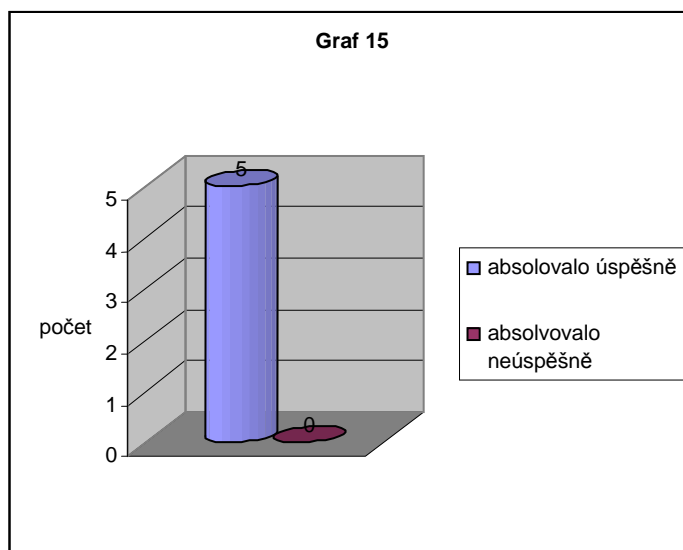
### **Graf 14**

Z celkového počtu 62 respondentů bylo 48 úspěšných a neúspěšných 14.

### Graf 15

#### Další certifikované počítačové zkoušky v počítačové škole Gopas

V počítačové škole Gopas bylo umožněno se dále zdokonalovat a zvýšit další kvalifikaci v navazujících zkouškách. Následné zkoušky absolvovalo 5 lidí.



Zdroj: vlastní průzkum

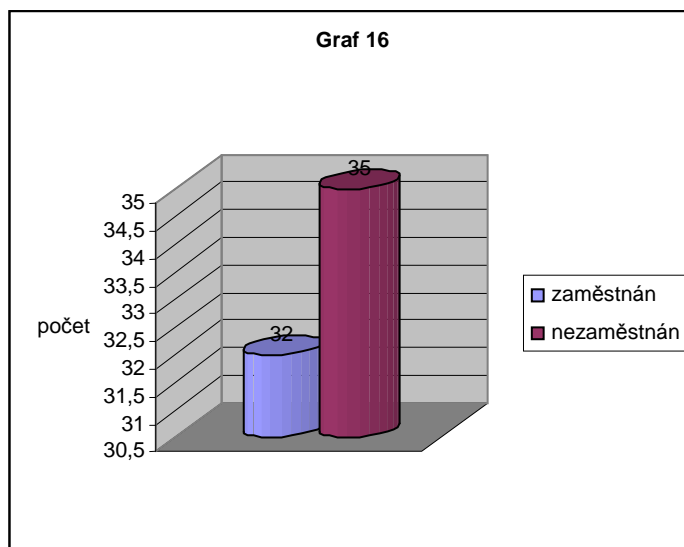
### Graf 15

Z celkového počtu 5 respondentů byly všichni úspěšní

## Graf 16

### Zaměstnanost účastníků po ukončení kurzu

Bylo sledováno kolik ze 67 účastníků, kteří dokončili kurz, opravdu našlo uplatnění na trhu práce.



Zdroj: vlastní průzkum

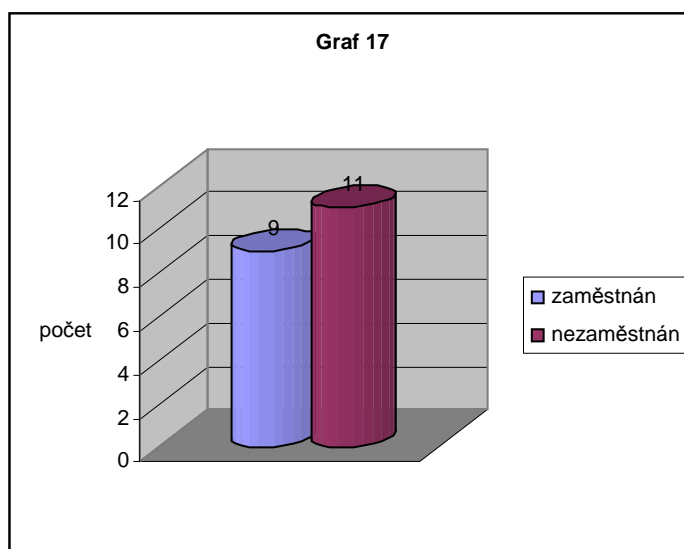
Graf 16

Z celkového počtu 67 respondentů je 32 zaměstnáno a 35 nezaměstnáno

### *Graf 17*

#### **Zaměstnanost rodičů starajících se závislého rodinného příslušníka se ZP po ukončení kurzu.**

Bylo sledováno kolik z rodičů starajících se o závislého rodinného příslušníka se ZP jsou zaměstnaní.



Zdroj: vlastní průzkum

### Graf 17

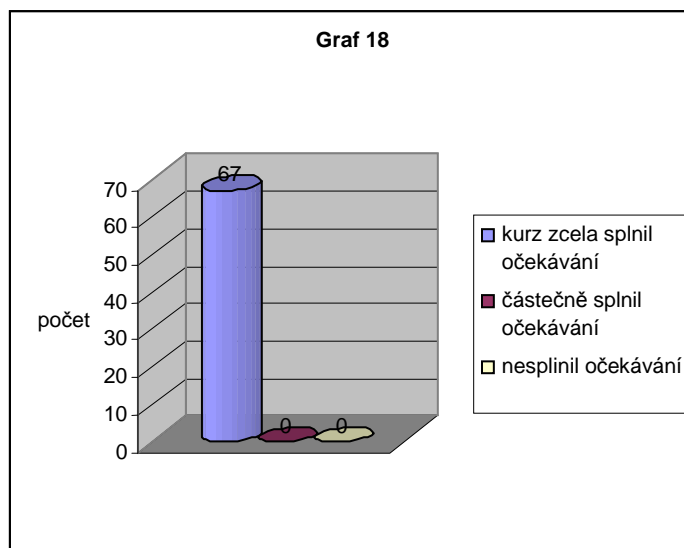
Z celkového počtu 20 respondentů je 9 zaměstnáno a 11 nezaměstnáno

## Graf 18

### Aktivizace účastníků na plnění očekávání

Na základě ústních pohovorů s koordinátory AHS bylo hodnoceno do jaké míry splnily kurzy očekávání účastníků, zda jsou motivováni začlenit se na trh práce, dále se vzdělávat. Zda jim tyto aktivity pomohly v osobním a společenském životě. Zda si více věří, získali sebevědomí, sebedůvěru atd.

Vzhledem k tomu, že hodnocení každého účastníka bylo individuální, bohaté, graf byl rozdělen pouze na holé konstatování zda byla očekávání splněna zcela, částečně nebo vůbec.



Zdroj: vlastní průzkum

Graf 18

Z celkového počtu 67 z 67 respondentů hodnotilo, že kurz zcela splnil jejich očekávání.

## 5. Diskuze

Do bakalářské práce byli začleněni rodiče, kteří se účastnili projektů sdružení Alfa Human Service „Vzdělávání a praxe pečujících osob o závislého rodinného příslušníka“ (CZ.04.3.07/2.2.1.01.1/2004), nebo projektu „Podpora osob potenciálně ohrožených nezaměstnaností (CZ.04.3.07/1.1.01.3/1088)“, Jednalo se o rodiče dlouhodobě pečující o závislé rodinné příslušníky se ZP, ale i ty, kteří dlouhodobě pečovali o zdravé děti.(23)

Cílem mé práce bylo zmapovat potřeby, očekávání pečujících rodičů a úspěšnost vzdělávacích aktivit, směřující k sociální integraci a začlenění na trh práce. V práci byla využita metoda průzkumového šetření. Sběr dat byl proveden na základě projektové dokumentace, jejich výstupem se stal záznamový arch průzkumového šetření. Arch byl rozdělen na 2 části, a to na vstupní data účastníků a dovednosti účastníků po výstupu z kurzu.

Hlavní hypotézou bylo, že vzhledem k náročnější situaci rodičů starajících se o dítě se ZP, budou jejich potřeby a očekávání odlišné než u rodičů pečujících o zdravé děti, úspěšnost vzdělávacích aktivit a úspěšnost v nalézání zaměstnání bude menší..

Celkový počet sledovaného souboru byl 70 rodičů, z toho 68 žen a pouze 2 muži (Graf 1), přičemž muži účastníci se kurzu nepečovali o závislého rodinného příslušníka, ale nastoupili s cílem zvýšit si kvalifikaci v počítačové gramotnosti. Toto rozložení se potvrzuje, že péče závislého rodinného příslušníka stále zůstává doménou především žen.

Graf 2 znázorňuje věkové rozvrstvení respondentů. Největší zastoupení bylo ve věkovém rozmezí 35-39 let (36%), následně ve věku 30-34 let (24%). Ve věku 40-44 let bylo 13% účastníků, ve věku 25-29 let 10%. Ve stejném zastoupení byla věková kategorie 45-49 a 50 a více (8,5%). Ukazuje se, že mezi nejohroženější nezaměstnaností patří ženy ve věku 30-39 let, tedy v nejproduktivnějším věku.

Následující průzkum (Graf 3 a Graf 4) ukázal, že většina respondentů má středoškolské vzdělání (55%) a mají za sebou už pracovní zkušenosti (91%).

Jak bylo uvedeno, rodičů pečujících o zdravotně postiženého bylo 20 a 47 dlouhodobě pečovalo o zdravé děti (Graf 5). Doba péče o závislého rodinného příslušníka byla pro mne velmi zářející. Jak znázorňuje Graf 6, 30% z žen se staralo doma o dítě 6-10 let, dalších 30% pečovalo 11-15 let a 27% z žen zůstalo doma 2-5 let, pouze 8% účastnic je doma méně než 1 rok a 6% déle než 16-19 let. Jak bylo popsáno v předcházejících kapitolách, takové dlouhodobé nasazení pro jiné osoby, vlastní izolace ze společnosti, nemožnost seberealizace může vyústit i v syndrom vyhoření.

Při pročítání vstupních dotazníků jsem byla překvapena jak si účastnice nevěřily, s jak nízkým sebevědomím, sebedůvěrou se potýkaly, nevěděly jaké schopnosti, dovednosti by mohly svému budoucímu zaměstnavateli nabídnout. O to příjemnější je poznání, že tyto ženy našly odvahu se do kurzů přihlásit.

Graf 7, 8 a Graf 9,10 sleduje jaké mají očekávání účastníci od kurzu a jaká byla motivace k nastoupení do kurzu. Přestože se v hypotéze předpokládalo, že rodiče starající se o dítě se ZP budou mít jiná očekávání a motivaci k nastoupení do kurzu než rodiče dlouhodobě pečující o zdravé děti, průzkum ukázal, že zde nejsou významné rozdíly. Samozřejmě, že pečující o postiženého jsou ve složitější situaci, ale důsledky dlouhodobé péče, izolace od společnosti, nezaměstnanosti jsou v podstatě stejné. Většina respondentů potřebovala řešit ekonomickou situaci rodiny, ale zároveň cítila potřebu udělat něco pro sebe, vzdělávat se, naučit se ovládat počítač, zlepšit si kvalifikaci, dostat se ze stereotypu všedních dní, potkat nové lidi, získat sebevědomí, odvahu hledat zaměstnání, osamostatnit se od partnera...atd.

Dalším bodem průzkumu bylo zjištění zda se účastníci sami snažili hledat zaměstnání již před vstupem do kurzu. 61 % účastníků již hledalo předtím zaměstnání, nebo se aspoň snažili zjistit jaká je nabídka a poptávka na trhu práce. Tato orientace pomohla účastníkům odhalit své rezervy, právě v nedostatečné znalosti práce s počítačem. 39% zatím zaměstnání nehledalo (Graf 11).

Poslední Graf vstupní části Graf12 hodnotí jaká byla úroveň počítačové gramotnosti účastníků před vstupem do kurzu. 38% účastníků byli úplní začátečníci, 59% již mělo částečné znalosti práce s počítačem a 3% účastníků běžně pracovalo

s počítačem a chtělo se zdokonalit a získat certifikát a tím další kvalifikaci pro zaměstnavatele.

Přestože bylo v kurzu velké procento začátečníků, závěrečné zkoušky z počítačové gramotnosti byly velmi úspěšné. Z celkového počtu 67 lidí, kteří kurz dokončili nezvládl základní kurz v Alfa Human Servis pouze 1 účastník (Graf13). I následnou certifikovanou zkoušku v počítačové škole Gopas úspěšně dokončilo 77 % zúčastněných (Graf14). Pět z respondentů se ještě úspěšně zúčastnilo dalších pokračovacích kurzů (Graf15).

Z rodičů pečujících o závislého rodinného příslušníka se ZP ukončili kurz všichni, proto rozhodně neplatí domněnka, že by vzhledem k náročnosti péče byli méně úspěšní.

Hlavním ukazatelem úspěšného absolventa kurzu bylo zda je zaměstnaný. Z celkového množství účastníků, kteří ukončili kurz je nyní zaměstnáno 48% lidí. Z celkového počtu pečujících o zdravotně postiženého má nyní práci 45% účastníků.

Hlavní hypotéza, že potřeby a očekávání z hlediska dalšího vzdělávání rodičů pečujících o závislého rodinného příslušníka se zdravotním postižením jsou odlišné než u rodičů pečujících o zdravé děti a úspěšnost vzdělávacích aktivit a v hledání zaměstnání bude menší, vzhledem k větší náročnosti péče o dítě se ZP, se nepotvrdila ani v jednom bodě.

Přestože se zdá, že rodiče, kteří dlouhodobě pečují o závislého rodinného příslušníka se zdravotním postižením a rodiče dlouhodobě pečující o zdravé děti jsou odlišné skupiny, mají mnoho společného. Společné znaky obou skupin jsou hlavně sociální izolace, nedostatečnost podnětů k seberealizaci, stereotypy, ohrožení syndromem vyhoření.

Nelze vyloučit fakt, že péče o zdravotně postiženého je mnohem náročnější, namáhavější a rodič musí být opravdu velmi dobrý manažer svého času, aby zvládl zkoordinovat péči a vlastní aktivity (např. kurz, zaměstnání).

Ukázalo se, že pokud rodič cítí jako vlastní potřebu začít něco pro sebe dělat, vzdělávat se, být zaměstnán, zvládne vše stejně jako rodič pečující o zdravé dítě a rodina může fungovat zcela normálně. Neodmyslitelně k tomu musí být správně



nastaven systém pomoci a podpory v rámci ucelené rehabilitace, systému rané péče, rodiče musí najít vhodné zařízení nebo stacionář pro své dítě.

Uvědomuji si možnosti rodičů pečujících o závislého rodinného příslušníka se zdravotním postižením se odvíjí od regionu v kterém žijí. Můj průzkum byl směřován na obyvatele hl. města Prahy, kde je velké zázemí v různých zařízeních, stacionářích na poměrně malé ploše, je zde i malá nezaměstnanost. To samozřejmě ovlivnilo výsledky průzkumového šetření.

Jako velmi příznivá se ukázala i samotná integrace obou skupin rodičů. Rodiče dlouhodobě pečující o zdravé děti a o děti se ZP měli možnost navzájem nahlédnout do spektra svých problémů a vytvořily svépomocnou skupinu.

Výstupní dotazníky účastníků dokázaly, jak významnou úlohu hrál v jejich životě vstup do tohoto kurzu. I z pouhého papíru bylo cítit nadšení, novou chuť do života, odhodlání pokračovat v další aktivitách, jak se zvýšilo sebevědomí, sebedůvěra absolventů. Proto hodnocení všech účastníků, kteří kurz dokončili, byl více než pozitivní a splnil nadmíru jejich očekávání (Graf 18).

Základní filozofie celého projektu sdružení AHS bylo seznámit s aktivními přístupy tak, aby určité situace zvládali, a dokázali řešit i sami.

## 6. Závěr

System služeb rané péče, má nejenom dětem, ale především celým rodinám umožnit zmírnit, nebo eliminovat zdravotní postižení dítěte a dosáhnout tak kvalitnějšího společenského začlenění dítěte i rodičů.

V bakalářské práci jsem se snažila pojmut problematiku rané péče o děti s kombinovaným postižením nejen z pohledu péče o dítě se zdravotním postižením, ale především jsem chtěla upozornit na to, že i samotní rodiče vzhledem k dlouhodobé fyzické a psychické zátěži potřebují speciální péči.

První nelehký úkol rodičů je vůbec se vyrovnat s postižením dítěte. To vše se promítá i do partnerských vztahu a jiných sociálních vztahů, často musí rodič opustit své zaměstnání a stává se z něj pečovatel na 24 hodin denně, dostává se do sociální izolace a není divu, že jedním z reálných nebezpečí je syndrom vyhoření. Mohli by jsme vše popsat jako začarovaný kruh lásky – péče – snahy – vyčerpání – ztráty iluzí – nedostatku financí i ocenění – sociální izolace.

Jedním kdo se snaží pomoci v této nelehké situaci je občanské sdružení Alfa Human Service, které uskutečňuje řadu kurzů. Projekt „*Vzdělávání a praxe pečujících osob o závislého rodinného příslušníka*“ (CZ.04.3.07/2.2.1.01.1/2004) a projekt „*Podpora osob potenciálně ohrožených nezaměstnaností*“ (CZ.04.3.07/1.1.01.3/1088), jsou určeny především pečujícím rodičům, kteří hledají uplatnění na trhu práce. Tyto projekty sloužily k provedení průzkumového šetření v mé bakalářské práci.

Závěrem mohu konstatovat, že cíl mé práce byl splněn. Zmapovala jsem potřeby, očekávání pečujících rodičů a úspěšnost aktivit, směřující k sociální integraci a začlenění na trh práce.

Hypotéza, že vzhledem k náročnější situaci rodičů starajících se o dítě se ZP, budou jejich potřeby a očekávání odlišné než u rodičů pečujících o zdravé děti a jejich úspěšnost vzdělávacích aktivit a úspěšnost v nalézání zaměstnání bude menší se nepotvrdila ani v jednom z bodů.

Je nezpochybnitelné, že rodiče pečující o postiženého jsou ve složitější situaci, ale důsledky dlouhodobé péče, izolace od společnosti, nezaměstnanosti jsou v podstatě

stejně a ukázalo se, že jejich potřeby a očekávání od kurzů sdružení Alfa Human Service jsou téměř totožné.

Výsledky týkající se úspěšnosti a zaměstnanosti absolventů kurzu potvrdily , že pokud rodič cítí jako vlastní potřebu, rozhodne se začít vzdělávat, uplatnit se na trhu práce, hledat možnosti seberealizace, dokáže vše zvládnout stejně jako rodič pečující o zdravé dítě a rodina může fungovat zcela normálně. Neodmyslitelně k tomu patří dostatečné zázemí v zařízeních nebo stacionářích v rámci ucelené rehabilitace.

Práce by mohla posloužit k vyhodnocení úspěšnosti a dalšímu statistickému zpracování projektů sdružení Alfa Human Service, které jsou finančně podpořeny z Evropského sociálního fondu, státního rozpočtu ČR a Úřadu práce hlavního města Prahy. Věřím, že by se mohla stát podnětem k vytvoření dalších vzdělávacích center zaměřené na pomoc pečujícím rodičům.

## 7. Seznam použité literatury

1. DOMAN, G.: *Jak pečovat o vaše postižené dítě.* 1. vydání. Olomouc: Votobia, 1997. 306 stran. ISBN 80-7198-390-X
2. HROMÁDKOVÁ, J. a kolektiv: *Fyzioterapie.* 1. vydání. Jinočany: H&H, Vyšehradská s.r.o., 1999. 428 stran. ISBN 80-86022-45-5
3. CHVÁTALOVÁ, H.: *Jak se žije dětem s postižením.* 1. vydání. Praha: Portál , 2001. 182 stran. ISBN 80-7178-588-1
4. JANKOVSKÝ, J.: *Etika pro pomáhající profese.* 1. vydání. Praha: Triton, 2003. 223 stran. ISBN 80-7254-329-6
5. JANKOVSKÝ, J.: *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením.,* 1.vydání. Praha: Triton, 2001. 158 stran. ISBN 80-7254-192-7
6. KOPŘIVA, K.: *Lidský vztah jako součást profese.,* 4. vydání. Praha: Portál, 2000. 146 stran. ISBN 80-7178429-X
7. ŠVARCOVÁ, I.: *Mentální retardace.,* 1. vydání. Praha: Portál , 2001.178 stran. ISBN 80-7178-506-7
8. TRAIN, A.: *Nejčastější poruchy chování dětí.,* 1. vydání. Praha: Portál, 2001. 198 stran. ISBN 80-7178-503-2
9. VÁGNEROVÁ, M., HADJ-MOUSSOVÁ, Z., ŠTECH, S.,: *Psychologie handicapu.* 2. vydání. Praha: Karolinum, 1999. 230 stran. ISBN 382-104-99

10. VELEMÍNSKÝ, M. a kol.: *Vybrané kapitoly z pediatrie.*, 5. vydání, dotisk. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2007. 136 stran. ISBN 80-7040-813-8
11. VODÁČKOVÁ, D. a kol.: *Krizová intervence.*, 1. vydání. Praha: Portál, 2002. 543 stran. ISBN 80-7178-696-9
12. MATĚJČEK, Z. *Desatero zásad v péči o dítě nejen s duševním postižením.* [on line]. [cit.2008-19-02]. Dostupné z:  
[http://www.alfabet.cz:7783/portal/page?\\_pageid=36,1,36\\_32442&\\_dad=portal&\\_schema=PORTAL&Id=91&Id\\_Cl=118&Action=4&StartPg=1&back\\_url=http://www.alfabet.cz:7783/portal/page?\\_pageid=36,1,36\\_32442^\\_dad=portal^\\_schema=PORTAL^Id=91^Action=3^StartPg=1](http://www.alfabet.cz:7783/portal/page?_pageid=36,1,36_32442&_dad=portal&_schema=PORTAL&Id=91&Id_Cl=118&Action=4&StartPg=1&back_url=http://www.alfabet.cz:7783/portal/page?_pageid=36,1,36_32442^_dad=portal^_schema=PORTAL^Id=91^Action=3^StartPg=1)
13. ALFABET.CZ. *Jak se žije dětem se sluchovým postižením.* [on line]. [cit.2008-19-01]. Dostupné z:  
[http://www.alfabet.cz:7783/portal/page?\\_pageid=36,1,36\\_32442&\\_dad=portal&\\_schema=PORTAL&Id=309&Id\\_Cl=355&Action=4&StartPg=2&back\\_url=http://www.alfabet.cz:7783/portal/page?\\_pageid=36,1,36\\_32442^\\_dad=portal^\\_schema=PORTAL^Id=309^Action=3^StartPg=2](http://www.alfabet.cz:7783/portal/page?_pageid=36,1,36_32442&_dad=portal&_schema=PORTAL&Id=309&Id_Cl=355&Action=4&StartPg=2&back_url=http://www.alfabet.cz:7783/portal/page?_pageid=36,1,36_32442^_dad=portal^_schema=PORTAL^Id=309^Action=3^StartPg=2)
14. ALFABET.CZ. *Péče o pečující.* [on line]. [cit.2008-19-02]. Dostupné z:  
[http://www.alfabet.cz:7783/portal/page?\\_pageid=36,1,36\\_32442&\\_dad=portal&\\_schema=PORTAL&Id=169&Action=3&StartPg=1](http://www.alfabet.cz:7783/portal/page?_pageid=36,1,36_32442&_dad=portal&_schema=PORTAL&Id=169&Action=3&StartPg=1)
15. ALFABET.CZ. *Podpora osob potenciálně ohrožených nezaměstnaností.* [on line]. [cit.2008-19-02]. Dostupné z:  
[http://www.alfabet.cz:7783/portal/page?\\_pageid=99,1&\\_dad=portal&\\_schema=PORTAL&Id=21&Action=3&StartPg=1](http://www.alfabet.cz:7783/portal/page?_pageid=99,1&_dad=portal&_schema=PORTAL&Id=21&Action=3&StartPg=1)

16. ALFABET.CZ. *Speciální péče a předškolní příprava dětí se zdravotní postižením.* [on line]. [cit.2008-19-02]. Dostupné z:  
[http://www.alfabet.cz:7783/portal/page?\\_pageid=36,1,36\\_32442&\\_dad=portal&\\_schema=PORTAL&Id=345&Id\\_Cl=372&Action=4&StartPg=1&back\\_url=http://www.alfabet.cz:7783/portal/page?\\_pageid=36,1,36\\_32442^\\_dad=portal^\\_schema=PORTAL^Id=345^Action=3^StartPg=1](http://www.alfabet.cz:7783/portal/page?_pageid=36,1,36_32442&_dad=portal&_schema=PORTAL&Id=345&Id_Cl=372&Action=4&StartPg=1&back_url=http://www.alfabet.cz:7783/portal/page?_pageid=36,1,36_32442^_dad=portal^_schema=PORTAL^Id=345^Action=3^StartPg=1)
  
17. ALFABET.CZ. *Vzdělávání pečujících osob.* [on line]. [cit.2008-19-02]. Dostupné z:  
[http://www.alfabet.cz:7783/portal/page?\\_pageid=99,1&\\_dad=portal&\\_schema=PORTAL&Id=11&Action=3&StartPg=1](http://www.alfabet.cz:7783/portal/page?_pageid=99,1&_dad=portal&_schema=PORTAL&Id=11&Action=3&StartPg=1)
  
18. DOBROMYSL.CZ. *Jak rodiče přijímají postižení dítěte.* [on line]. [cit.2008-26-02]. Dostupné z:  
<http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=531>
  
19. LAWNICZAK, S. *Pocit viny...* [on line]. [cit.2008-26-02]. Dostupné z:  
<http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=947>
  
20. MPSV.CZ. *Sociální služby.* [on line]. [cit.2008-19-02]. Dostupné z:  
<http://www.mpsv.cz/cs/9>
  
21. SAGIT.CZ. *Sbírka zákonů – Zákon ze dne 14.března 2006 o sociálních službách.* [on line]. [cit.2008-15-04]. Dostupné z:  
<http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?cd=76&typ=r&zdroj=sb06108>
  
22. SCHINDLER, R., PEŠÁK, M.: *Kdo je zrakově postižený.* [on line]. [cit.2008-19-01]. Dostupné z:  
<http://www.sons.cz/kdojezp.php>

23. RANA PECE.CZ. *Co je raná péče?* [on line]. [cit.2008-19-02]. Dostupné z:  
<http://www.ranapece.cz/spolecnost.htm>

24. Projekty sdružení ALFA HUMAN SERVICE

*Vzdělávání a praxe pečujících osob o závislého rodinného příslušníka*

Číslo: CZ.04.3.07/2.2.1.01.1/2004

Poskytovatel: Úřad práce hl. města Praha

Jednotný programový dokument pro Cíl 3 regionu hl. města Prahy

Číslo priority: 7.2

Název priority: Sociální integrace a rovnost příležitostí

Číslo opatření: 7.2.2

Název opatření: Sladění rodinného a pracovního života

Číslo výzvy: 01

Název grantového schématu: Podpora rovných příležitostí mužů a žen na trhu práce

Oblast zásahu: Pozitivní akce na trhu práce pro ženy

*Podpora osob potenciálně ohrožených nezaměstnaností*

Číslo: CZ.04.3.07/1.1.01.3/1088

Poskytovatel: Úřad práce hl. města Praha

Jednotný programový dokument pro Cíl 3 regionu hl. města Prahy

Číslo priority: 7.1

Název priority: Aktivní politika zaměstnanosti

Číslo opatření: 7.1.1.

Název opatření: Rozšíření zvýšení adresnosti aktivní politiky

Číslo výzvy: 3

## **8. Klíčová slova**

Raná péče

Pečující rodič

Zdravotní postižení

Kombinované postižení

Ucelená rehabilitace

Léčebná rehabilitace

Sociální rehabilitace

Pedagogická rehabilitace

Syndrom vyhoření

Zaměstnanost

Sociální integrace



## 9. Přílohy

*Příloha č. 1* záznamový arch průzkumového šetření

### VSTUPNÍ DATA ÚČASTNÍKŮ

#### 1) Pohlaví

- |                            |    |
|----------------------------|----|
| <input type="radio"/> Žena | 68 |
| <input type="radio"/> Muž  | 2  |

#### 2) Věk?

- |                                 |    |
|---------------------------------|----|
| <input type="radio"/> 20 – 24   | 0  |
| <input type="radio"/> 25 – 29   | 7  |
| <input type="radio"/> 30 – 34   | 17 |
| <input type="radio"/> 35 – 39   | 15 |
| <input type="radio"/> 40 – 44   | 9  |
| <input type="radio"/> 45 – 49   | 6  |
| <input type="radio"/> 50 a více | 6  |

#### 3) Vzdělání?

- |                                 |    |
|---------------------------------|----|
| <input type="radio"/> ZŠ        | 0  |
| <input type="radio"/> Vyučen(a) | 4  |
| <input type="radio"/> SŠ        | 29 |
| <input type="radio"/> VOŠ       | 0  |
| <input type="radio"/> VŠ        | 7  |

#### 4) Byl(a) někdy zaměstnán(a)?

- |                           |    |
|---------------------------|----|
| <input type="radio"/> Ano | 64 |
| <input type="radio"/> Ne  | 6  |

<b>5) Pečuje o zdravotně postiženého rodinného příslušníka?</b>	
○ Ano	20
○ Ne	47
○ nepečuje	3
<b>6) Doba péče o závislého rodinného příslušníka?</b>	
○ 0-1	5
○ 2-5	17
○ 6-10	19
○ 11-15	19
○ 16-20	4
<b>7) Očekávání od tohoto kurzu</b>	
○ Naučit se pracovat na PC	51
○ Pomoc při hledání zaměstnání	18
○ Naučit se novým dovednostem a zvýšit si tak sebevědomí a sebedůvěru	28
○ Jiná odpověď	
<b>8) Očekávání pečujících o závislého rodinného příslušníka se ZP</b>	
○ Naučit se pracovat na PC	17
○ Pomoc při hledání zaměstnání	5
○ Naučit se novým dovednostem a zvýšit si tak sebevědomí a sebedůvěru	12
○ Jiná odpověď	0
<b>9) Motivace k nastoupení do tohoto kurzu?</b>	
○ Společenské důvody	59
○ Ekonomické důvody	44
○ Osobní důvody	59

<b>10) Motivace k nastoupení do tohoto kurzu u pečujících o dítě se ZP</b>	
○ Společenské důvody	19
○ Ekonomické důvody	15
○ Osobní důvody	19
<b>11) Vyhledávání práce v posledních 6 měsících práci?</b>	
○ Ano	29
○ Ne	35
<b>12) Počítačové dovednosti?</b>	
○ Začátečník	24
○ Pokročilý	38
○ Pracuje s počítačem běžně	2

## DOVEDNOSTI PO VÝSTUPU Z KURZU

### 13) Závěrečná zkouška v AHS

○ Celkem	67
○ Úspěšně	66
○ Neúspěšně	1

### 14) Certifikovaná zkouška v počítačové škole Gopas

○ Celkem	62
○ Úspěšně	48
○ Neúspěšně	14

### 15) další certifikované zkoušky v počítačové škole Gopas – zkouška Gopas E

○ Celkem	5
○ Úspěšně	5
○ Neúspěšně	0

### 16) zaměstnanost účastníků pečujících opo ukončení kurzu

○ zaměstnaný (zaměstnanecká smlouva, DPP, DPČ, OSVČ)	32
○ nezaměstnaný	38

### 17) zaměstnanost účastníků po ukončení kurzu pečujících o zdravotně postiženého rodinného

○ zaměstnaný (zaměstnanecká smlouva, DPP, DPČ, OSVČ)	9
○ nezaměstnaný	11

### 18) aktivizace účastníků na plnění očekávání (na základě ústních pohovorů s koordinátory)

○ zcela	67
○ částečně	0
○ vůbec	0