



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

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

Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

REHABILITACE

Autor: Tereza Burešová

Vedoucí práce: PhDr. Lenka Motlová

České Budějovice 2019

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejnění své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, že aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne *1. května 2019*

.....

Tereza Burešová

Poděkování

Touto formou bych chtěla poděkovat vedoucí bakalářské práce PhDr. Lence Motlové za odborné vedení, cenné rady a vstřícnost při konzultacích. Mé poděkování směřuje také všem zúčastněným komunikačním partnerům, kteří mi věnovali chvíli času. Nakonec bych poděkovat svému partnerovi, rodině a kolegům za jejich trpělivost, podporu a poskytnutí prostoru ke zpracování práce.

Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi

Abstrakt

Cílem bakalářské práce bylo zjistit přínos sociálně aktivizačních služeb pro rodiny s dětmi s poruchou autistického spektra ve vybraném zařízení, a to jak z pohledu rodičů, tak sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách. Do teoretické části byly zahrnuty základní pojmy týkající se poruchy autistického spektra, rodiny s dítětem s poruchou autistického spektra, informace o sociálně aktivizačních službách pro rodiny s dětmi. V empirické části byla zodpovězena hlavní výzkumná otázka týkající se přínosu sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi s poruchou autistického spektra. Prostřednictvím dílčích výzkumných otázek jsem se snažila zmapovat přínos jednotlivých činností sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, konkrétně přínos výchovných vzdělávacích a aktivizačních činností, sociálně terapeutických činností a nácviků sociálních dovedností.

Pro výzkum byla vybrána kvalitativní výzkumná strategie, metoda dotazování a technika polostrukturovaného rozhovoru. Data byla analyzována prostřednictvím metody vytváření trsů. Výzkumné soubory byly zvoleny pomocí účelového výběru. První výzkumný soubor tvořilo 6 rodičů a druhý soubor 2 sociální pracovnice a 2 pracovnice v sociálních službách splňující předem stanovená kritéria.

Výzkum ukázal, že přínos sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi s poruchou autistického spektra je v tom, že se rodině dostane pomoci za každé situace, rozvíjí se jim dítě, získávají kontakt s jinými rodinami, se kterými tak mohou sdílet své starosti, poradit se a získají pocit, že nejsou sami. Za přínosné se jeví také použití terénní sociální práce, protože dítě pracuje v přirozeném prostředí, využívá nabyté dovednosti v praxi, dítě se učí dovednosti běžného dne, rodina získá nové zážitky, ale také chvíli pro sebe. Jako hlavní přínosy výchovných vzdělávacích a aktivizačních činností uváděli rodiče dětí s PAS kontakt s ostatními dětmi, rozvoj dítěte, adaptace na hluk, kontakt s ostatními rodiči, zapojení sourozence do aktivit a odpočinek rodiče během aktivit. Sociální pracovnice a pracovnice v sociálních službách spatřovaly přínos výchovných, vzdělávacích a aktivizačních činností rovněž v odpočinku pro rodiče, sociálním kontaktu, ale také v naučení dovedností pro běžný život, kvalitnější komunikaci, rozvoji pohybových dovedností, a faktu, že se rodina začleňuje do společnosti. Jako hlavní přínosy sociálně terapeutických činností u rodin s poruchou autistického spektra uváděli

rodiče nasměrování terapeutem, získání pocitu, že vše lze vyřešit, sdílení starostí a vnitřní klid. Sociálním pracovnícím spatřovali v této kategorii za přínosné, že se rodiny podporují navzájem, snižuje se u nich stres a dítě se rozvíjí v sociální oblasti. Mezi hlavní přínosy nácviků sociálních dovedností uvádějí rodiče dětí s PAS to, že mají volno, děti se učí toleranci, přizpůsobují se, učí se nápodobou, spolupracovat a být součástí kolektivu, zkvalitňuje se jim komunikace, nabyté dovednosti aplikují v praxi. Sociální pracovníce a pracovníce v sociálních službách rovněž považují za přínosné rovněž to, že rodiče mají chvíli pro sebe, ale také, že rodiče mohou využít skupinovou konzultaci ohledně průběhu terapie, rodič vidí pokroky dítěte, děti se učí vyjadřovat své potřeby a především ovládat své emoce

Bakalářská práce bude sloužit jako zpětná vazba pro pracovní tým v Občanském sdružení ProCit, z.s. ohledně smysluplnosti a kvality poskytovaných sociálně aktivizačních činností.

Klíčová slova

přínos; sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi; rodina; dítě; porucha autistického spektra; výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti; sociálně terapeutické činnosti; sociální dovednosti

Socially Activating Services for Families with Children

Abstract

The aim of this bachelor thesis was to find out a benefit of Socially Activating Services for Families with Children with autism spectrum disorders. Into account were taken points of view of parents with children with autism spectrum disorders, social workers and social service workers. In the theoretical part, the basic terms was defined. The terms included informations about autism spectrum disorders, families with children with autism spectrum disorders and socially activating services for families with children with autism spectrum disorders. In the practical part, the research question, dealing a benefit of socially activating services for families with children with autism was answered. Partial research questions tried to map the benefits of individual social activities of socially activating services for families with children with autism spectrum disorders. Specifically they included education and activation activities, social therapeutic activities and social skills training.

The method of interviewing by means of half-structured interview, as well as qualitative research strategy were chosen for the research. The analysis of the data was made with the use of clustering. The research sets were chosen with the help of purposive choice. The first research set consisted of 6 parents and the second one consisted of 2 social workers and 2 social service workers fulfilling the predetermined choosing criteria.

The research showed the main benefits of the Socially Activating Services for Families with Children with autism spectrum disorders: families get help in every situation, child development, touch with other families, parents can share their worries and can consult with other families and feeling they are not alone. With using the street work it seems to be beneficial, because the child learns in a natural environment, uses the acquired skills in practice, the child learns the skills of the day, the family gains new experiences but also free time. According to opinion of parents main benefits of educational and activation activities were contact with other children, child development, adaptation to noise, contact with other parents, involvement of siblings in activities and rest for the parents during activities. The interviewed social workers and social services workers listed as the main benefits of educational and activation activities: resting for families, establishing and maintaining social contact, learning skills for everyday life, better communication, developing motor skills, and the fact that the family is integrated into society. According

to opinion of parents, the main benefits of social therapeutic activities were finding the right way with the therapist, knowing that everything can be solved, sharing worries and calming inner. The interviewed social social workers listed as the main benefits of social therapeutic activites: supporting families with each other, reducing stress and developing the child in the social field. There are the main benefits of the social skills training according to opinion of parents of children with autism spectrum disorders: free time for parents, learning tolerance in children, children adapting, learning with imitation, learning cooperation, being part of collective, improving communication and applying skills in practice. There are the main benefits of the social skills training for family and their children with autism spectrum disorders according to opinion of social workers and social service workes: free time for parents, parents can use group counseling of social skills training, seeing the progress of the child and the children learn to express their needs and especially control their emotions.

The bachelor thesis will serve as a feedback for the staff of Občanské sdružení ProCit, z.s. about the meaningfulness and the quality of the social activating activities.

Key words:

Benefit; Socially Activating Services for Families with Children; Family; Child; Autism Spectrum Disorder; Educational and Activating Activities; Social Therapy Activities, Social Skills

Obsah

Úvod.....	11
1. Teoretická část.....	13
1.1 Poruchy autistického spektra	13
1.1.1 Problémové oblasti společné pro poruchy autistického spektra	14
1.1.2 Dětský autismus.....	15
1.1.3 Atypický autismus	16
1.1.4 Aspergerův syndrom.....	16
1.1.5 Dětská dezintegrační porucha	17
1.1.6 Rettův syndrom.....	17
1.2 Rodina s dítětem s poruchou autistického spektra	17
1.2.1 Sociální aspekty a volný čas	18
1.2.2 Fyzické a duševní zdraví.....	19
1.3 Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi	20
1.3.1 Cílová skupina	21
1.3.2 Charakteristika služby.....	22
1.3.3 Výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti	25
1.3.4 Sociálně terapeutické činnosti	28
1.3.5 Nácviky sociálních dovedností	31
1.3.6 Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím.....	32
1.3.7 Pomoc při uplatňování práv, zájmů a při obstarávání osobních záležitostí	32
1.3.8 Občanské sdružení ProCit, z.s.	33
2. Praktická část	36

2.1	Cíle práce	36
2.2	Výzkumné otázky.....	36
2.2.1	Operacionalizace pojmů	37
3.	Metodika.....	38
3.1	Metodický postup.....	38
3.1.1	Výzkumný soubor	39
3.1.2	Realizace výzkumu	40
3.1.3	Etická pravidla výzkumu	40
4.	Výsledky	41
4.1	Výsledky - polořizené rozhovory s rodiči	41
4.1.1	Sociodemografické údaje.....	41
4.1.2	Výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti	42
4.1.3	Sociálně terapeutické činnosti	48
4.1.4	Nácviky sociálních dovedností	51
4.2	Výsledky - polořizené rozhovory sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách.....	56
4.2.1	Sociodemografické údaje.....	56
4.2.2	Výchovné vzdělávací a aktivizační činnosti	56
4.2.3	Poskytování výchovných, vzdělávacích a aktivizačních činností	57
4.2.4	Sociálně terapeutické činnosti	61
4.2.5	Nácviky sociálních dovedností	65
4.3	Shrnutí výsledků	69
5.	Diskuze	72

6. Závěr	78
Seznam použité literatury.....	80
Přílohy	87
Seznam použitých zkratk.....	95

Úvod

Dítě s diagnostikovanou poruchou autistického spektra (dále jen PAS) ovlivňuje kvalitu života všech členů rodiny. Velké procento dětí má mentální retardaci a vyžaduje nepřetržitou celoživotní péči druhých. Vyřčená diagnóza přináší mnoho změn a značnou zátěž do rodiny, kdy každá rodina se svým vlastním způsobem s nastalou situací vyrovnává. Někdy je k autismu přidruženo problémové chování, kdy se děti projevují agresivně k sobě i svému okolí. Mlátí se do hlavy, naráží hlavou do zdi, škrábou se do krve, hlučí, ubližují druhým. Rodiče neodhadnou, kdy záchvat přijde ani v jaké intenzitě. To může pro pečující znamenat permanentní stres, absolutní vyčerpání a následné psychické problémy, pokud se jim nedostane pomoc zvenčí.

Snad každý člověk v České republice o autismu alespoň slyšel, nebo se s ním osobně setkal. Lékaři již dokážou tuto nemoc včas diagnostikovat. Existuje spousta léčebných postupů a terapií, jak projevy autismu zmírnit, zkvalitnit život nemocným a jejich rodině. Rodiče mohou využít mimo jiné služeb rané péče. Svou službu plní v období školní docházky pedagogicko-psychologické poradny, speciálně-pedagogická centra, kde pracovníci dítěti doporučí vhodnou školu, kde se dále vzdělává podle individuálního plánu. Na školách působí výchovný poradce a u znevýhodněného dítěte mohou rodiče obvykle využít služeb asistenta pedagoga. V zahraničí se již setkáme se sociálním pracovníkem na každé škole.

Vyjma rané péče se příliš institucí na celou rodinu nezaměřuje. Co mnohdy chybí rodičům, je odpočinek a běžné fungování. Stát finančně nedokáže zajistit náročnému dítěti s poruchou autistického spektra asistenta, v některých regionech chybí odlehčovací služby a nedostatek je rovněž domovů pro dospělé osoby s PAS. Jedinci s vysoce funkčním autismem mohou vést relativně samostatný normální život, ale osoby s nízkou funkcí autismem naopak vyžadují doživotní permanentní péči další osoby. Klíčový význam pro rodiny s dětmi s autismem mají nestátní neziskové organizace, které hrají roli v mnoha oblastech života, pořádají různé vzdělávací akce a vydávají informační a metodické příručky. Terénní práci s rodinou vykazovanou v kategorii sociálně aktivizačních služeb pro rodiny s dětmi se zdravotním znevýhodněním poskytuje v České republice pouze pár poskytovatelů poskytovatelů, a to především z řad nestátních neziskových organizací. Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi ale mohou být ideálním řešením k rozvoji a přípravě dětí s autismem na co nejsamostatnější život.

Téma bakalářské práce Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi jsem si vybrala, protože jsem v rámci praxe navštěvovala službu Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi v zařízení zaměřené na děti s poruchami autistického spektra, kde mi práce s klienty velmi naplňovala. Líbilo se mi, že se pracuje komplexně s celou rodinou, což je u poruch autistického spektra dle mého názoru více než žádoucí.

1. Teoretická část

1.1 Poruchy autistického spektra

Dětský autismus tvoří převážně z historického hlediska hlavní pilíř poruch autistického spektra, kdy závažnost poruchy a variabilita symptomů se u jedinců výrazně liší a problémy se musí objevit v každé části diagnostické triády a mění se s věkem dětí (Thorová, 2016). Autismus je závažná pervazivní, tedy vše prostupující vývojová porucha, která postihuje deset až patnáct dětí z tisíce, kdy první symptomy nastupují v raném dětství před třicátým měsícem věku dítěte a zřetelnější začínají být až s vývojem komunikačního jazyka (Richman, 2015). Poruchy autistického spektra postihují většinu oblastí rozvoje jedince a způsobují velmi specifický a atypický model komunikačního a sociálního vývoje (Hollander a kol., 2010). Lidé s autismem mají postižení ve třech hlavních oblastech: v schopnostech společenských, komunikačních a imaginativních (Graham, 2008). Vyskytuje se neobvyklý repertoár opakujících se chování, abnormální behaviorální reakce na společné environmentální podněty a změny v každodenních rutinách, nedostatkem typických zájmů dětí v dětských a společenských a rekreačních aktivitách u dospělých (Hollander a kol. 2010). Často autismus souvisí s mentálním postižením (Thorová, 2016).

Počet osob s autismem se pravděpodobně zvyšuje, protože dříve se této poruše věnovali pouze profesionální odborní specialisté, dnes již pediatri provádí rutinně screening pro diagnostikování autismu, jako pro jakýkoli jiný vývojový problém (Hollander a kol., 2010). Na stanovení diagnózy PAS se podílí pediatr, psycholog, dětský psychiatr, neurolog a k doplnění diagnózy dítě podstoupí vyšetření genetické, vyšetření zraku, foniatrické a logopedické vyšetření a speciálněpedagogickou diagnostiku (Thorová, 2016).

Autismus jako takový se vyléčit nedá, ale existují intervence, kterými se dají projevy poruchy upravit (Hrdlička a Komárek, 2014). Pro dítě i rodinu je stěžejní začít s intervencí okamžitě po stanovení diagnózy, kdy postupovat by se mělo vždy individuálně dle potřeb a míry disability jedince (Hrdlička a Komárek, 2014). Terapie cílí na usnadnění vývoje a učení, podporuje socializaci, snižuje malaadaptivní chování a podporuje vzdělávání, kdy nejdůležitější složku pomoci k dosažení těchto cílů zastupuje rodina (Sharma, 2013). Sharma (2013) dále uvádí, že terapie a intervence slouží k nápravě projevů poruchy, které se mohou v průběhu času měnit, ale většina dětí si sebou nese

specifické charakteristiky chování do dospělosti. Většina dospělých s PAS má potíže s dosažením práce, která vyhovuje jejich schopnostem, a nevytváří bohaté společenské vztahy mimo svou rodinu (Hollander a kol., 2010). Sharma (2013) dodává, že dospělá osoba s PAS zažívá problémy s osamostatněním se a duševním zdravím.

Thorová (2016) se přiklání k názoru, že poruchy autistického spektra vznikají v důsledku geneticky podmíněných změn v mozgovém vývoji, tudíž jsou vrozené a konkrétně jde o neurovývojové onemocnění komunikačních a integračních funkcí v mozku. Kromě genetických příčin se mohou na vzniku autismu podílet prenatální infekce matky, deficit zinku, s tím související abnormální syntéza melatoninu, diabetes u matek, prenatální či perinatální stres, toxické látky, či pokročilý věk jednoho z rodičů (Graubruker, 2013).

1.1.1 Problémové oblasti společné pro poruchy autistického spektra

Lidé s autismem mají postižení ve třech hlavních oblastech: v schopnostech společenských, komunikačních a imaginativních (Graham, 2008).

a) poruchy v oblasti sociálního chování

Děti s poruchami autistického spektra se setkávají s poruchami v oblasti sociálního chování, kdy se porucha sociální interakce mezi nimi různí vzhledem k závažnosti postižení (Hrdlička a Komárek, 2014). Tito autoři dále doplňují, že sociální intelekt je vzhledem k mentálním schopnostem člověka s autismem na výrazně nízké úrovni, kdy mírnější sociální forma sociálního chování nemusí výrazně ovlivňovat chod rodiny dítěte s autismem a dítě tak bez větších obtíží zvládne absolvovat školní docházku, ale těžší forma poruchy již značně omezuje a ovlivňuje celou rodinu. Dítě se setkává s těžkostmi během celé školní docházky, v dospělosti porucha znesnadňuje a zhoršuje nalezení a působení v zaměstnání. (Thorová, 2016). Děti nevytvářejí typickou vazbu k matce, v pozdějším věku mohou vnímat důležitost rodiny pouze z hlediska uspokojování svých potřeb (Hrdlička a Komárek, 2014). Jedinec s PAS špatně snáší jakékoliv změny, na které reaguje vztekem a typické je dodržování nefunkčních rituálů, např. motorické manýrismy, doplňují Hrdlička a Komárek (2014).

b) poruchy v oblasti komunikace

Poruchy autistického spektra představují primárně poruchy komunikace, kdy opožděný vývoj řeči bývá prvním impulsem pro rodiče, že něco není v pořádku (Thorová, 2016). Autorka dále zastává názor, že řeč nemusí být poškozena, ale abnormity se vyskytují vždy ve verbální i neverbální komunikaci, kdy děti s autismem obvykle špatně vyjadřují gesta a postoje, které vyjadřují jejich emoční prožívání a potíže nastávají i s porozumění neverbální komunikace. Řeč nese malý komunikativní význam, plochá bývá i miminka, nereagující na aktuální dění kolem (Hrdlička a Komárek, 2014). Lidé s PAS často opakují slova, přehnaně podrobně se vyptávají a vysvětlují věci, mívají problémy s intonací i hlasitostí projevu, řeč je monotónní, bez emocí (Graham, 2008). Graham (2008) dále uvádí, že jedinci s PAS postrádají schopnost zapojit se do rozhovoru, mívají omezený repertoár konverzačních témat a špatně rozumí vtipům a alegorii, některé děti naopak téměř nekomunikují (Graham, 2008).

c) poruchy v oblasti představivosti

Lidi s PAS mohou postrádat schopnost představivosti, čímž se jim zhoršuje schopnost imitace a symbolického myšlení, což se projevuje nerozvíjením hry (Thorová, 2016). Uchylují se tak k jednoduchým stereotypním činnostem, volný čas nevyužívají k funkční rozvíjející aktivitě, obvyklá je vyšší míra zaujetí, neodklonitelnost, ulpívavou, stereotypie a četnost opakování, kdy přerušeni dané aktivity znamená vysokou míru problémového chování, doplňuje (Thorová, 2016). U dětí s PAS se také mohou objevit extrémní reakce na zvuky – buď na ně reagují přecitlivěle, nebo nereaguje vůbec. Neobvyklá není ani abnormální zraková stimulace, kdy dítě například rovná předměty do řady, zírá do světla (Richman, 2015).

Některé častěji se vyskytující poruchy autistického spektra jako dětský autismus, atypický autismus, Rettův syndrom, Aspergerův syndrom a jiná dezintegrační porucha ještě níže stručně specifikuji.

1.1.2 Dětský autismus

Hrdlička a Komárek (2014) uvádí, že nejvýrazněji bývají projevy dětského autismu vyjádřeny v období třetího až pátého roku života a typická psychopatologie se projevuje především v oblasti sociálních vztahů, řeči, komunikace, abnormálního chování, hry a zájmů, kdy příznaky nastupují dovršením tří let věku dítěte. Není ojedinělé odlišné

abnormální a bizární chování (Thorová, 2016). Jedinci s dětským autismem nevyhledávají oční kontakt, nezajímají se o ostatní lidi, vrstevníky, hra je u nich výrazně narušena – chybí fantazie a napodobování Hrdlička a Komárek (2014). Autoři doplňují, že pacienti vyžadují neměnnost života a prostředí, samostatnost odráží míru adaptability, kdy lidé s dětským autismem a přidruženou mentální retardací vyžadují doživotně asistenci rodiny nebo ústavu. V prognóze se promítnou vrozené dispozice, raná péče a kvalita absolvovaného vzdělávacího programu (Thorová, 2016).

1.1.3 Atypický autismus

Atypický autismus se svou psychopatologií prezentuje velmi heterogenně, kdy jedinec trpící poruchami autistického spektra splňuje pouze některá diagnostická kritéria z triády problémových oblastí (Thorová, 2016). Tato autorka dále tvrdí, že s prvními symptomy poruchy se okolí setká až po třetím roce života, kdy z hlediska diagnostiky je těžké rozlišit vážnost komunikačního či sociálního deficitu, protože k autistickému chování se přidružuje těžká nebo hluboká mentální retardace. U této poruchy se vyskytuje zástup specifických sociálních, emocionálních a behaviorálních symptomů typických pro dětský autismus, kdy i péče o tyto jedince je srovnatelná, ale sociální dovednosti bývají ovšem na lepší úrovni (Kukla, 2016).

1.1.4 Aspergerův syndrom

Aspergerův syndrom je vážná a chronická neurovývojová porucha charakterizovaná významným a závažným sociálním deficitem spolu s omezenými zájmy, jako u autismu, ale na rozdíl od autismu, relativně a selektivně zachovaných jazykových a kognitivních schopností (McPartland, 2013). Hosák a kol. (2015) uvádí, že jedinci s Aspergerovým syndromem dosahují většího IQ (vyšší než 70) než lidé s vysoko funkčním autismem. Autor doplňuje, že řečové schopnosti nebývají poškozeny, jedinec mluví formálně správně ale abnormálně, která se projevuje šroubovaností ve vyjadřování, egocentrickým komunikačním stylem, preferencí dlouhých monologů na témata, zajímaví pouze pacienta a neschopností navázat kvalitní vzájemnou konverzaci. Děti mívají vyhraněné zájmy, jako jsou dopravní prostředky, počítače, vesmír, vodovodní potrubí, zeměpis, osvojují si encyklopedické pojmy, často mají vynikající paměť v oblasti, která je zajímavá, proto je vhodné, seznamovat je s dětmi s podobnými zájmy (Thorová, 2016). Někteří pasivní jedinci podle Thorové (2016) nemají problémy s chováním, zvláště jim tedy nedělá problém školní docházka, snáze si najdou partnera a zaměstnání ale jiní potřebují

asistenta, nebo je pro ně výhodnější chodit do speciální školy. Problémem obvykle je, že si rodiče všimnou nápadností většinou až po zařazení dítěte do kolektivu a do péče psychiatra se dostávají po 7 roce života (Hosák a kol., 2015)

1.1.5 Dětská dezintegrační porucha

Při Dětské dezintegrační poruše se dítě vyvíjí normálně do tří až čtyř let, kdy ovšem dochází bez zjevných příčin k autistické regresi se ztrátou řeči a všech nabytých dovedností a nástupu těžké mentální retardace (IQ okolo 34) (Hosák a kol., 2015). Protože se na rozdíl od dětského autismu porucha projevuje v pozdějším věku, kdy už má dítě osvojeno více dovedností, je tento regres mnohem výraznější (Thorová, 2016). Děti se projevují větší agresivitou a méně projevují zájem o repetitivní hru než děti s dětským autismem a klinický obraz i prognóza bývá horší než u dětského autismu (Hosák a kol., 2015).

1.1.6 Rettův syndrom

Rettův syndrom v sobě zahrnuje hlubokou kognitivní poruchu, špatné komunikační dovednosti, stereotypní pohyby rukou a pervazivní poruchu růstu, kdy první příznaky se dostávají ve věku od 6 do 18 měsíců, do té doby se dítě vyvíjí relativně normálně, získává jemné motorické dovednosti a začíná mluvit (Percy, 2011). Autor dále uvádí, že s postižením přijde regrese a dítě ztrácí jemné motorické dovednosti, nekomunikuje a chybí efektivní oční kontakt. Thorová (2016) doplňuje, že obvykle se vyskytuje i epilepsie. Autistické rysy nejsou trvalé, ale přetrvávají týdny až měsíce, přibližně ve školním věku děti již postupně opět zvládají oční kontakt a navazují sociální kontakt, ale komunikační jazyk použít nedokážou (Percy, 2011). S onemocněním se setkáme pouze u dívek, které jsou vyloženě společenské, v pozdějším věku zvládají sociální úsměv, v komunikaci mnohem více rozumí, než dokážou vyjádřit, používají se piktogramy (Thorová, 2016). Autorka doplňuje, že v aktivitě se děvčata projevují nízkou pracovní pozorností, prožívají nepřiměřenou emoční reaktivitu, která se věkem upraví, ale intelekt snižuje středně těžká, těžká nebo hluboká mentální retardace.

1.2 Rodina s dítětem s poruchou autistického spektra

Vychovávání dítěte s poruchou autistického spektra má dopad na celou rodinu, protože převládající a závažné deficity, které se často vyskytují u dětí s poruchami autistického spektra, jsou spojeny s množstvím obtíží u pečujících, včetně zvýšeného stresu a

psychických a fyzických zdravotních problémů ve srovnání s rodiči normálně se vyvíjejících dětí, tak dětí s jinými vývojovými poruchami (Karst, 2012). Autor dále tvrdí, že zátěž se projevuje také v oblasti časové, vyskytuje se vysoká míra rozvodovosti, nižší celková pohoda rodiny, kdy tyto rodičovské a rodinné účinky vzájemně a negativně ovlivňují diagnostikované dítě a mohou dokonce sloužit k potlačení pozitivních účinků zásahů (Karst, 2012).

Diagnostický zážitek pro rodiče dětí s PAS bývá daleko horší než u rodičů dětí s jinými speciálními potřebami, protože jejich dítě nevykazuje žádné náznaky poruchy v době narození, ale až například za rok za dva rodiče zjistí, že se jejich dítě vyvíjí jiným než typickým způsobem (Fiske 2017). Autor dodává, že tito rodiče už, stejně jako všichni rodiče, přemýšlejí o budoucnosti svého dítěte v rámci kulturních norem společnosti: absolvování vysoké školy, sňatek, získání práce, mít děti a být zdravý a šťastný.

Thorová (2016) vyjmenovává jednotlivé fáze rodičů po sdělení diagnózy, kdy začíná obdobím sdělení diagnózy, v níž rodiče zažívají šok, další stadium je charakterizováno zapojením obranných mechanismů, v další fázi rodiče zažívají depresivní období v přijímání diagnózy, následuje kompenzované období, a nakonec nastupuje období životní rovnováhy, kdy rodina přebudovává své hodnoty.

1.2.1 Sociální aspekty a volný čas

Dítě s autismem působí svým chováním na své okolí výrazně rušivě, a neosvícení lidé si neumí vysvětlit smysl a špatnou ovlivnitelnost chování dítěte (Vágnerová, 2014). Thorová (2016) radí proto rodičům, aby si na negativní reakce okolí předem připravili vysvětlující odpověď obhajující diagnózu, kterou by měli nejlépe sdělit bez emocí, ale jako ideální řešení se jeví informativní průkazka, kterou si rodiče mohou obstarat u některé regionální organizace.

Dalším častým jevem je dle Vágnerové (2014) sociální izolace, kdy většina rodin ukončí fungující sociální kontakty a omezí společenské styky z důvodu nedostatku času a negativních projevů dítěte s autismem, kdy je například v popředí agresivita a sebepoškozování. Autorka dále vysvětluje, že z těchto důvodů se jeví jako obtížené sehnat vhodnou osobu na hlídání, kdy se proto rodina často musí přizpůsobit dítěti a vzdát se různých volnočasových aktivit a zájmů. Péče o děti je velmi vyčerpávající, rodiče zažívají proto velkou úlevu zažívá ve chvíli, když dítě začne navštěvovat mateřskou

školku, základní školu či jiné specializované zařízení (Vágnerová, 2014). Ustilaitè a Cvetkova (2011) naopak tvrdí, že zatímco rodiče hledají způsoby, jak dosáhnout pozitivnějších zkušeností a zůstat součástí společenského života, stávají se otevřenějšími, prožívají radost z každodenního života, maličkosti je činí šťastnějšími, naleznou různé způsoby pomoci a podpory a jsou více nápadití při organizování volného času pro blaho každého člena rodiny, kdy pozitivní zkušenosti závisí na mnoha faktorech: pozitivní postoj rodičů vůči jejich dětem, zdravotní postižení dítěte, hodnoty rodiny, dobré rodinné vztahy, otevřenost změnám a postoje ostatních dětí k sourozenci s postižením. Autorky dodávají, že rodiče by proto měli udržovat a zlepšovat svůj fyzický a duševní stav a vytvářet potřebné životní dovednosti.

1.2.2 Fyzické a duševní zdraví

Hrdlička a Komárek (2014) zastávají názor, že autismus způsobuje rodině vyšší míru stresu než jakákoliv jiná postižení. Vágnerová (2014) tvrdí, že autistické specifické projevy vyvolávají frustraci a obavy z jejich nezvládnutí, rodiče zažívají pocity selhání, že jejich péče není dostatečně efektivní. Autorka pokládá proto za nejdůležitější, dostatečně a včas informovat rodiče o problematice PAS. Thorová (2016) vyzdvihuje, že děti s PAS vyžadují speciální výchovný styl a rodiče se často dopouští chyb, jestliže nebyli dostatečně obeznámeni specifiky autismu, což může být u rodičů spouštěčem depresí, úzkostí a somatických problémů. Řešení spatřuje autorka v tréninkových seminářích pro rodiče, návštěvách terapeutů doma, kdy se učí funkční komunikaci, základní behaviorální techniky a techniky určené k rozvoji sociální interakce. Hrdlička a Komárek (2014) říká, že ideální je rodiče informovat o všech aspektech poruchy a jejich možnostech, co dítě umí, jaké mají nároky na podporu a kontakt na charitativní a neziskové organizace.

Sourozenec autistického dítěte potřebuje získat co nejdříve informace o tom, proč se jeho bratr či sestra chová jinak než všechny ostatní děti, protože mu to pomůže to rozptýlit nežádoucí a škodlivé názory, získat pochopení a informace, aby se dokázal vyrovnat s nastalou situací v rodině i mezi vrstevníky (Richman, 2015). Thorová (2016) zmiňuje, že rodiče by měli se zdravým sourozencem otevřeně komunikovat, dát mu prostor vyjádřit své pozitivní a negativní názory na sourozence a probrat řešení jeho problémů. Richman (2015) říká, že dítě s PAS vyžaduje větší a časově náročnější péči a pozornost, což by měli rodiče vykompenzovat zdravému sourozenci tím, že mu věnují čas, kdy se s ním budou věnovat činnostem, které ho baví, popovídají si, zkrátka ocitne se v centru pozornosti. Rodiče uvítají jistě pomoc od zdravého sourozence s péčí o dítě s PAS, ale určitě by za ně neměl převzít odpovědnost (Thorová, 2016). Rodiče mohou podpořit kladný vztah sourozenců tím, že je budou podporovat v jejich společných zájmech a činnostech (Richman, 2015). Richman (2015) dodává, že sourozenec si nese v dobře fungující rodině do života umění pomáhat, toleranci a trpělivost, empatii a odpovědnost.

Bohužel stále se potýkáme v České republice s nedostatkem vhodných předškolních a školních zařízení, kdy respitní péče pro děti trpící poruchami autistického spektra chybí zcela (Hrdlička a Komárek, 2014). Tento autor dále tvrdí, že pokud se matka rozhodne vychovávat dítě v domácím prostředí a plně se mu věnovat, je nucena opustit zaměstnání, což pro otce znamená tlak na to, aby si našel dobře placené zaměstnání. Pohroma ovšem nastává, když rodinu otec či ve výjimečných případech matka opustí a veškerá péče padá na hlavu jednoho z rodičů (Hrdlička a Komárek, 2014).

1.3 Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi

Jak už název služby předestírá, služba se věnuje rodinám, které vychovávají děti (Matoušek a kol., 2013). Rodina prezentuje malou primární skupinu, která utváří člověka, jeho sociální charakter, postoje, a tím významně působí na vývoj a fungování celé společnosti. (Klíma, 2016). Výchova dítěte v rodině je nenahraditelná, protože v ní získá dítě pocit jistoty a základní dovednosti, postoje a hodnotovou orientaci, což institucionální péče plnohodnotně zajistit nedokáže (Matoušek a kol., 2013). Urbanovská in Dokoupilová et al. (2017) naopak dodává, že míra, kterou rodina dokáže naplnit všechny základní funkce (biologicko-reprodukční, emocionálně-socializační a ekonomickou) a dokáže být adekvátní psychickou podporou, závisí na kvalitě vytvořeného vzájemného vztahu mezi rodiči a dětmi a na přístupu rodičů, který k dítěti

zaujmou. Matoušek a Pazlarová (2010) tvrdí, že děti, které vyrůstají v ústavech, se dostatečně neumí vcítit do ostatních lidí, řeší často problémy agresivitou, hůře se orientují v interpersonálních vztazích, nemají osvojené morální hodnoty, normy, a proto snadno sociálně selhávají. To je důvod, proč si institut rodiny zasluhuje řádnou podporu společnosti, mimo jiné i proto, že moderní sociální práce přišla na to, že z ekonomického hlediska je mnohem výhodnější předcházet sociálním problémům, než řešit jejich následky. (Vrtišková, 2009). Touto podporou se nazývají programy, které napomáhají členům rodiny navzájem naplňovat své potřeby, aby se chovali v zájmu rodiny i vně rodinného prostředí (Matoušek a kol., 2014).

Vrtišková (2009) uvádí, že se po roce 1990 Česká republika začala zabývat prevencí a přímou prací s klientem v jeho přirozeném prostředí, kdy se odpovědnost za život svůj i život rodiny přenáší na konkrétního člena rodiny. Sociálně aktivizační služby pro rodiny a děti (dále jen SASRD) poskytují komplexní práci s rodinami, které se dostali do dlouhodobé nepříznivé sociální situace (Pavličková, 2017). Ze zákona se poskytují bezplatně a finanční zdroje mohou získávat ze státního rozpočtu a dotacemi z rozpočtu obce nebo kraje (Holá a kol., 2013). Pavličková (2017) dodává, že tyto služby lze poskytovat pouze v souvislosti s oprávněním k poskytování sociálních služeb vydané příslušným krajským úřadem.

SASRD jsou vhodnou službou pro rodiny s dítětem s postižením, kde jeho výchova bude představovat značnou zátěž (Matoušek, 2013). Černá a kol. (2008) se domnívá, že tyto rodiny vyžadují holistický přístup v podpoře vzdělávací, legislativní, finanční, poradenské, operativní, informační a svépomocné. S tímto ohledem se SASRD dají zahrnout do ucelené rehabilitace osob se zdravotním postižením, kde sociální pracovník podporuje a vytváří vhodné životní podmínky a vyrovnává příležitosti osob s postižením běžné populaci (Kuzníková a kol., 2011). Pokud chceme, aby byla péče o dítě se zdravotním postižením efektivní, musí být komplexní (Jankovský in Šrajer a Musil eds., 2008). Ucelená rehabilitace se skládá ze složky zdravotní, pedagogické, sociální, pracovní, technické a vzdělávací (Kuzníková a kol., 2011).

1.3.1 Cílová skupina

SASRD poskytuje dlouhodobé programy a je v rámci svého preventivního charakteru zaměřená na rizikové rodiny s dětmi, u nichž je vysoká pravděpodobnost vážných obtíží, například rodiny s dítětem se zdravotním nebo mentálním postižením (Matoušek a kol.,

2013). Středem zájmu SASRD se stávají rodiče, kteří žili v dětství v dysfunkční rodině, či v ústavním zařízení, některé z dětí jim bylo odebráno, či dali souhlas s jeho adopcí, nebo zneužívali návykové látky (Botková, 2018). Dále Botková (2018), dodává, že tito klienti mívají obvykle nízké vzdělání, jsou dlouhodobě nezaměstnaní, neumí hospodařit s penězi, dluží na nájmu nebo různým energetickým či finančním společnostem. Matoušek a Pazlarová (2010) souhlasí s tím, že chudoba a nezaměstnanost zvyšuje stres v rodině a ztěžuje zdravé fungování rodiny. K tělesnému týrání se často uchýlí rodič, který v mládí rovněž zažil týrání, trpí depresí, úzkostnou poruchou, nebo se jedná o anomální osobnost rodiče (Matoušek a Pazlarová, 2010). Se zanedbáváním se rovněž můžeme setkat u rodičů trpících duševní nemocí, ale také u svobodných matek bez adekvátního zázemí, mladých matek a u matek, které mají děti s více partnery (Matoušek a Pazlarová, 2010). Kastnerová (2012) dodává, že problémy se mohou objevit i na straně dítěte, které se projevuje rizikovým chováním, nebo se špatně učí. Podpořit potřebují také rodiče, kteří potomka teprve čekají, ale ocitají se v obtížné životní situaci, nebo panuje oprávněná obava, že rodina bude nefunkční (Kastnerová, 2012).

Dobrych výsledků bývá u rizikových rodin dosaženo, pokud je spolupráce dobře zacílena, zahájena včas a nabízí dobře vedenou podporu, kterou rodina dobrovolně přijímá. (Bechyňová a Konvičková, 2011). Rodiny s dětmi mohou SASRD vyhledat sami, pokud si nejsou jistí s výchovou, bojí se, že by jim mohlo být dítě odebráno, pokud jim už bylo odebráno, chtějí se s ním stýkat, nebo usilují o vrácení dítěte z ústavní výchovy zpět do domácího prostředí (Střep, 2019). Obvykle potencionálním klientům službu doporučí například sociální pracovník orgán sociálně právní ochrany dětí, soudce opatrovnického senátu pro nezletilé, pracovník kojeneckého ústavu či dětského domova, gynekolog, pediatr nebo učitel (Střep, 2019).

1.3.2 Charakteristika služby

Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách stanoví, že *sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi jsou terénní, popřípadě ambulantní služby poskytované rodině s dítětem, u kterého je jeho vývoj ohrožen v důsledku dopadů dlouhodobě krizové sociální situace, kterou rodiče nedokáží sami bez pomoci překonat, a u kterého existují další rizika ohrožení jeho vývoje.* Základní služby vymezuje vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádí některá ustanovení zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách:

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

Cílem sociálně aktivizačních služeb pro rodiny s dětmi (dále jen SASRD) je posílit funkčnost rodiny, která je ohrožena sociálním znevýhodněním, má být prevencí k umístění dětí do náhradní rodinné péče a podporuje rodinu dítěte, které o pomoc požádalo (Kastnerová, 2012).

Sociální prevence

SASRD se řadí do služeb sociální prevence (Matoušek a kol., 2013). Sociální prevence zahrnuje řadu aktivit, které přispívají k procesu socializace a sociální integrace (Vrtišková, 2009) Služby sociální prevence se dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, snaží zvrátit proces sociálního vyloučení osob, které jsou ohroženy sociálním vyloučením v rámci své krizové sociální situace, návyků, nežádoucího způsobu života, žijí v nevyhovujících podmínkách, či jsou jejich práva a oprávněné zájmy ohroženy trestnou činností jiné fyzické osoby. Posláním služeb sociální prevence tkví v pomoci potřebným osobám s jejich nepříznivou sociální situací a ochraně společnosti před nežádoucími společenským chováním (Arnoldová, 2016). Sociální prevence vede k zamezení výskytu nežádoucích jevů v životě člověka, zabránění rozvoji negativních jevů tam, kde jimi společnost ještě není zasažená, sociální integraci osob, které již sociálně patologické jevy postihly (Vrtišková, 2009).

Matoušek a kol. (2013) řadí SASRD k sociální práci s rodinou, kterou poskytují sociální pracovníci i zaškolení dobrovolníci. Pro úspěšnost intervence by kontakt pracovníků služeb a klientů měl být pravidelný a dlouhodobý (Matoušek a kol., 2013). Agentura pro sociální začleňování (© 2019) uvádí, že nejdůležitější je v počátcích získat důvěru rodiny, což může trvat nějakou dobu, a až poté může sociální pracovník řešit současnou situaci rodiny. Dále Agentura pro sociální začleňování (© 2019) uvádí, že spolupráce obvykle trvá půl roku, kdy na jednoho pracovníka by mělo spadat nejvíce 10 rodin.

Terénní sociální práce

Terénní sociální práce představuje účinný nástroj k získání důvěry a respektu mezi klientem a sociálním pracovníkem (Gulová, 2011). Sociální pracovník se ocitne v přirozeném prostředí klienta, což mu umožní lépe pochopit jeho situaci a věnuje případu více času než při intervenci v kanceláři, dodává Gulová (2011). Vrtišková (2009) ve své knize uvádí, že intervence se všemi členy rodiny je mnohem efektivnější, než práce s jednotlivcem, protože problém často není izolovaný a týká se celé rodiny. Mimo rodinu se terénní sociální práce může uplatnit také v zaměstnání nebo vzdělávacím zařízení klienta (Černá in Janoušková, Nedělníková, 2008). Černá in Janoušková, Nedělníková, 2008 dále uvádí, že mezi další výhody terénní sociální práce patří menší formálnost, možnost intervenovat preventivně, lepší dostupnost klienta, naopak se zvyšují nároky na profesionalitu a etické chování pracovníků. Tento typ práce zprostředkovává kontakt s lidmi, kteří z vlastní iniciativy institucionální pomoc nevyhledávají, nebo ji zprvu odmítají, ale doma se poté cítí jistěji než v cizím prostředí (Pavličková, 2017). Pavličková (2017) pokračuje, že se ovšem rodina může naopak obávat narušení soukromí a běžného chodu domácnosti a pracovník naopak bude ovlivněn vnějšími vlivy, jako jsou domácí zvířata či hlasitě puštěná televize.

Multidisciplinární přístup

Multidisciplinární přístup je žádoucí při práci s rodinou s dětmi, kdy se prostřednictvím něho zmírňují příčiny ohrožení dítěte, rodině se poskytuje pomoc, poradenství a podpora hodnotových změn v rodině (Kastnerová, 2012). Multidisciplinární přístup představuje ideální formu k hodnocení rizik ohroženého dítěte, na základě něhož se rodině doporučí další odborný postup (Bechyňová a Konvičková, 2011). V rámci multidisciplinárního týmu s rodinou zpravidla pracují pracovníci sociálně právní ochrany dětí, pokud to situace vyžaduje, a kteří mají za úkol koordinovat celý tým, dále se setkáme s pracovníky neziskových organizací, kteří spolupracují s rodinou a dítětem, školou, kterou dítě navštěvuje, ostatními odbornými školskými zařízeními, lékařem (např. psychiatrem), psychologem, policisty, pracovníky probační a mediační služby či trenéry či vedoucích kroužků, kam dítě dochází a pracovníky ústavního zařízení, pokud je v něm dítě umístěno (Bechyňová, 2012). Mezi významné a nepostradatelné členy týmu patří rodiče, kteří jestliže se podílí na terapiích, osvojují si informace ohledně péče o své děti a podle toho jsou schopni se racionálně rozhodovat (Jankovský in Šrajter a Musil (eds.), 2008). Jacobs

a Betts (2013) doplňují, že by se nemělo zapomínat na dítě, které už odmala umí dát najevo své názory, to platí i v případě dítěte s disabilitou.

1.3.3 Výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti

Jedná se o pracovní výchovnou činnost s dětmi nebo s dospělými, např. nácvik rodičovské role, hospodaření a udržování domácnost, vedení k získání sociálních kompetencí při jednáních na úřadech či školách, dítě nacvičuje motorické, psychické a sociální schopnosti, volnočasové aktivity (Vyhláška č. 505/2006 Sb.). Klíma, et al. (2009) tvrdí, že výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti skrývají stejný potenciál jako institut rodiny.

Vzdělávací aktivity

Buchta (2013) se domnívá, že vzdělávací aktivity se v případě dětí týkají hlavně školního vzdělávání a rodiče jsou intervenováni v každodenních oblastech. Pracovníci mají za úkol podporovat řádnou školní docházku a pravidelnou přípravu dětí na školní vyučování, doprovázet do poradenských či jiných odborných zařízení a motivovat rodiče k uhrazování školních výdajů a k pomoci a podpoře dětí při přípravě na vyučování (Pavličková, 2017).

Výchovné činnosti

Výchovné činnosti u dětí jsou zaměřené na primární prevenci a používá se celá řada aktivit probíhající nejlépe za aktivní účasti rodičů, například zapojování dětí do úklidu domácnosti či vhodného trávení volného času (Pavličková, 2017). Pavličková (2017) doplňuje, že je žádoucí motivovat rodiče, aby naučené dovednosti dětí opakovali i v praxi. Děti se vedou k nácviku motorických, sociálních, psychických a hygienických dovedností, například jde o nácvik chování v krizových situacích (Buchta, 2013). Výchovná činnost u dospělých znamená posílenou motivaci a prakticky podporovaný nácvik, kdy si rodiče osvojují dovednosti potřebné ke kvalitní výchově dítěte, vhodné rodičovské a partnerské chování, rodiče se učí porozumět projevům chování dítěte, podpořit jeho vývoj, zajistit dětské potřeby a rozdělovat pozornost mezi všechny sourozence (Bechyňová a Konvičková, 2011). Mezi další intervence například patří nácvik sociálních kompetencí důležitých k jednání s různými institucemi a udržování čisté domácnosti (Pavličková, 2017). Malíková (2011) tvrdí, že k motivaci klienta slouží specificky zaměřený rozhovor, který má stanovený cíl a jde v něm o společnou dohodu.

Sociální pracovníci používají jako motivaci rozhovory k reflexi změn, například nasměrování rodiče k hledání či udržení stávajícího zaměstnání a zodpovědnosti za pravidelné platby (Bechyňová a Konvičková, 2011). Sociální pracovník by měl komunikovat s klientem srozumitelně a pravidelně se ujišťovat, že mu klient rozumí (Malíková, 2011).

Aktivizační činnosti

Aktivizační činnosti se dle Buchty (2013) prolínají s výchovnými a vzdělávacími činnostmi, protože stěžejní je aktivní spoluúčast celé rodiny na konkrétních aktivitách a u sociálního pracovníka se předpokládá, že bude v rámci intervence podporovat aktivity rodiny prostřednictvím pozitivního hodnocení. Sociální aktivizace nabízí aktivity, které pozitivně působí na proces socializace, sociální integrace a formování osobnosti (Pavličková, 2017). Pavličková (2017) dále upozorňuje na důležitost aktivit směřující ke změně nežádoucích společenských i ekonomických podmínek, které způsobují sociálně nebezpečné jevy. Rodinná výchova a informování rodičů zase zastupuje aktivitu sociální prevence, která brání rozvoji sociálně-patologických jevů v rodinách, které mohou negativně zasáhnout všechny členy rodiny (Pavličková, 2017). Aktivizaci lze také hodnotit prostřednictvím kontrol a kontaktních rozhovorů, které cílí na rozvoj pozitivního vztahu klienta a sociálního pracovníka (Buchta, 2013). Jedincům s PAS bychom měli umožnit všechny aktivity, které souvisí s běžným životem, které mají rádi a které jsou v rámci jejich možností (Thorová, 2016).

Pojem aktivizace, se dle Gulové (2011) v sociální práci užívá nejčastěji, kdy aktivizace znamená mimo jiné uvedení v činnost, většího zapojení centrálního nervového systému na patřičný stimul, nebo nespécifické pojmenování úrovně aktivity, vybuzení založené na smyslové, žlázoové, hormonální a svalové pohotovosti k činnosti. Klíma et al. (2009) tvrdí, že aktivizovat lze životní způsob klientů prostřednictvím nabývání nových vědomostí, dovedností a návyků, kdy cílem je rozvíjet či upevňovat psychické, fyzické a především sociální dovednosti jedince.

Výchovně vzdělávací pobyty a jednorázové zaměřené akce

Výchovně vzdělávací a pobyty a jednorázově zaměřené akce pořádají sociální pracovníci, pokud to finanční situace organizace dovolí. Zážitkové pobyty jsou velmi oblíbenou

událostí pro více rodin, kde se pracuje ve skupinách, a tím se podporuje socializace a budují se vztahy (Buchta, 2013).

Zooterapie

Zooterapie znamená kontakt mezi pacientem a zvířetem, kdy zvíře nahrazuje sociální kontakt klienta s jinými lidmi (Šauerová et al, 2012). Jedná se o léčebnou metodu, která vychází z přirozeného vztahu člověka a zvířete (Linhartová, 2012). Autorka dále uvádí, že zooterapie nabízí aktivity volnočasové nebo terapeutické programy a nejčastěji ji dělíme na canisterapii (pes), hipoterapii (kůň) a felinoterapii (kočka). U dětí s PAS se nejčastěji využívá canisterapie, kdy pejskové zastupují roli prostředníka mezi lidmi a okolním světem, zlepšují duševní rovnováhu a pocit samoty (Müller a kol., 2014). Autor dodává, že pes napomáhá dítěti rozeznat společenské situace, pochopit ostatní, dává mu lásku, něhu, kdy těmito faktory může dojít ke zmírnění projevu autismu.

Muzikoterapie

Muzikoterapií se rozumí terapeutický obor, který využívá hudby nebo hudebních prvků k léčebným cílům, osobnímu rozvoji, zlepšování kvality života nebo mezilidských vztahů (Gerlichová, 2014). Autorka dále zmiňuje, že mezi cíle muzikoterapie s jedinci s PAS patří například snižování sociální izolace a výuka sociálních dovedností, motivování k sociální interakci, zvyšování nezávislosti, dovedností důležité pro zapojení do běžných aktivit, snižování nežádoucího chování, motivace ke komunikaci a osvojení si funkční schopnosti komunikovat, porozumění a osvojování řeči či alternativních prostředků komunikace, rozvoj percepčních a motorických procesů či rozvoj kognitivních schopností a podpora procesu učení. Hudební terapie rovněž pozitivně ovlivňuje projevy emocí dětí, přispívá ke zvýšení sociálních adaptačních schopností u dětí s PAS, relaxaci a podpoře kvality vztahů mezi rodiči a dětmi (Geretsegger, 2016). Muzikoterapie se uplatňuje v otevřené i v uzavřené skupině, kdy pro děti s PAS je vhodnější skupina uzavřená, kvůli snížené schopnosti adaptace (Kantor a kol., 2009). Autor dále dělí muzikoterapii na individuální a skupinovou.

Volnočasové aktivity

Sociální pracovník by měl rodiče informovat o vhodných volnočasových aktivitách cílené na rozvoj dítěte, poradit a motivovat ohledně aktivit vedoucích k smysluplnému trávení času (Pavličková, 2017). Dětem docházka do kroužků napomáhá k snadnějšímu

zapadnutí do vrstevnického kolektivu, namísto toho, aby daly přednost sociálně problematickému kolektivu (Bechyňová a Konvičková, 2011). Pokud si rodina nemůže kroužky či jiné akce dovolit, sociální pracovník se snaží hledat a zajistit finance např. formou nadací, darů (Pavličková, 2017). Většina dětí s PAS má motorické dovednosti na vyšší úrovni, což lze využít pro fyzické aktivity, kde není potřeba kreativity, představitivosti či znalosti jazyka (Schlemmerová, 2009). Autorka doplňuje, že tyto činnosti vedou k lepší koordinaci pohybů, fyzické zdatnosti, zvyšují sebedůvěru, děti více baví, ale musíme brát zřetel na individualitu klienta, protože děti s PAS mohou mít problémy např. s rovnováhou či nedostatkem energie a síly svalů. Venkovní aktivity skýtají mnoho podnětů a mají tak různé výhody pro děti s PAS, jako je podpora emocí, poznávání, interakce, fyzická aktivita, snižuje se autistická citlivost a rodiče zaznamenávají lepší komunikaci s dítětem (Chang, 2010).

1.3.4 Sociálně terapeutické činnosti

Posláním sociálně terapeutických činností je rozvoj či udržení osobních i sociálních schopností a dovedností, napomáhat k sociálnímu začleňování osob (Krejčířová a Taznerová, 2011). Toho má být docíleno vedením rozhovorů, zjišťování potřeb, přání, schopností, kompetencí a dovedností klientů, hledání vnitřních zdrojů klienta a cesty nejvhodnější podpory za účasti klienta tak, aby se co nejvíce osamostatnil, doplňuje Krejčířová a Taznerová (2011).

Krizová intervence

Patří sem krizová intervence, což je činnost poskytující okamžitou podporu klientovi, který se dostal do zátěžové a ohrožující situace a sociální pracovník má tak za úkol co nejrychleji zklidnit klienta a pomoci s vyřešením jeho krizové situace (Buchta, 2013). Botková (2018) popisuje krizovou sociální situaci jako stav, který způsobuje změnu životního stylu jedince. Nastalá změna způsobuje u postiženého stres, stav nerovnováhy a ohrožení (Botková, 2018). Cílem krizové intervence je zvrácení paralyzující úzkosti a sebevražedných tendencí (Špatenková a kol., 2017). Řeší se konkrétní problémy a faktory, které souvisí s krizovou situací, a to například formou rozhovoru, který klientovi pomáhá využít jeho schopností a kompetencí k řešení jeho tíživé situace, dodává Špatenková a kol. (2017). Cimrmannová a kol. (2013) dodává, že mimo empatického rozhovoru se krizová intervence zaměřuje na práci s emocemi, monitorování zdrojů podpory a krizový plán, který poskytuje ideální profesionální krizový pracovník mající

specializovaný výcvik. Krizová intervence může pomoci rodině dítěte s PAS realisticky přijmout situaci tak, aby si byla vědoma všech omezení, které porucha představuje, ale aby zároveň znala i vlastní možnosti a chtěla je využívat i rozvíjet (Špatenková, 2011).

Sociální terapie pro dosažení svých cílů využívá především sociálně-terapeutický rozhovor, sociální diagnostiku, šetření a návštěvy v rodině, terapeutický vztah, mezioborovou spolupráci, přímá opatření ve prospěch klienta, speciální techniky sociální terapie a další metody podporující sociální terapii (Zakouřilová, 2014). U rodin, které se starají o dítě s disabilitou, se jeví jako vhodná doba pro socioterapii nástup dítěte do školy, kdy už sice rodiny přijaly odlišnosti dítěte, zajišťují plnohodnotně jeho potřeby, ale znovu mohou pociťovat nenaplněnost jejich očekávání a může docházet ke konfliktu mezi jednotlivými členy rodiny (Gjuričová a Kubička, 2009). Rodiče se v terapeutické práci s rodinou účastní různých programů, učí se pochopit, sladit očekávání a nároky na dítě s ohledem na závažnost jeho poruchy (Hrdlička a Komárek, 2014).

Individuální a skupinová terapie

Individuální terapie je charakterizována vztahem terapeut – klient, kdy nejčastěji se jedná o individuální sezení (Kantor a kol., 2009). Většinou se řeší konkrétní problém, kdy se během této terapie se vypracovává individuální plán, který popisuje současný stav situace klienta, konkrétně co už klient v konkrétní situaci, kde potřebuje podpořit, umí a následně se stanoví dlouhodobý cíl a dílčí cíle, kterými se bude k cíli směřovat (Matoušek et. al., 2010). V neposlední řadě se stanoví doba, za kterou bude zakázka zhodnocena, doplňuje autor. U některých klientů, kteří nejsou schopni pracovat v kolektivu v rámci např. závažného sociálního narušení (nespolupráce, agrese), se zdá být individuální terapie mnohem efektivnější metodou, často ale slouží pro přípravu se na přechod do skupinové terapie u klientů, kteří si nejprve potřebují osvojit základní sociální zkušenosti a dovednosti, což je ideální pro klienty s PAS. Skupinová terapie naopak používá skupinovou dynamiku, stimuluje osobu a zvyšuje tak její výkon (Kantor a kol., 2009) Autor dodává, že děti s PAS v ní mají možnost sociálního učení. Mezi výhody skupinové terapie patří komunikace ve skupině, kde se děti učí respektovat ostatní děti, jejich názory, vnímat, nepřekřikovat se, projevit vlastní názor, utvářejí vlastní postoje, učí se sociálním dovednostem a navazují nové sociální vztahy (Matoušek et. al., 2010). Autor dále uvádí, že dalším pozitivním aspektem je, že skupina řeší oblasti, které dělájí jednotlivým klientům potíže a společně se snaží najít řešení, radit si, např. využívají scénky.

Skupinové sezení v rámci např. muzikoterapie zaměřené na sociální dovednosti může zlepšit společnou pozornost a oční kontakt vůči jiným osobám (LaGasse, 2015).

Motivační rozhovor

Motivační rozhovor, obvykle strukturovaný, se do sociálně terapeutických činností dá rovněž zahrnout, přičemž obsahuje výstup a revizi (Buchta, 2013). Buchta (2013) dále uvádí, že motivační rozhovor má podpořit klienta v kooperaci a v dodržování předem určeného individuálního plánu. Jeho cílem je změna chování klienta, přičemž sociální pracovník se společně s klientem snaží vybrat jedno téma, které je pro něj aktuálně nejtěžší a v rámci něho se pracovník snaží zvyšovat důležitost změny a posilovat důvěru ve vlastní schopnosti klienta (Kalina a kol., 2015). Motivační rozhovor se zaměřuje na posílení vnitřní motivace klienta ke změně zkoumáním a ovlivňováním jeho ambivalencí, jedná se o direktivní metodu, která stojí na aspektech spolupráce, evokace a autonomie (Hohman, 2015). Sociální pracovník zde sehrává roli průvodce, doplňuje Hohman (2015).

Relaxace

U dítěte s PAS se setkáme s výrazně křehkým nervovým systémem, který často podléhá přetížení, proto je třeba naučit tyto děti „vypnout“ (Thorová, 2016). Relaxací se jedinci učí vnímat vlastní tělo, zklidnit myšlenky, směřuje ke zklidnění, protože fyzickým uvolněním docílíme uvolnění psychického (Poláková, 2019). Díky relaxaci se snižuje u dítěte tenze, úzkost a frustraci, takže je schopno vnímat nové informace (Thorová, 2016). Relaxace představuje vhodné řešení i pro matky dětí s PAS, které jsou vystaveny značnému stresu (Gika, 2012). Mezi formy relaxace patří:

- a) zraková,
- b) doteková (zábaly, masáže, koupele),
- c) čichová (aromaterapie),
- d) sluchové (meditační zvuky, poslech hudby),
- e) vestibulo-kochleární (závěsné sítě, houpačky),
- f) „senzorická dieta“ (ležení či věnování se jiné oblíbené aktivitě s absencí vyrušování (Thorová, 2016).

Buchta (2013) zastává názor, že sociálně terapeutické činnosti se pouze opírají o psychoterapeutické metody, protože pokud není sociální pracovník zároveň odborník v psychoterapeutických postupech, psychoterapii provozovat nemůže. Jediným řešením je přizvat si do terapeutické intervence odborníka a sociální práce by se poté mohla vykázat jako doprovodná činnost, doplňuje Buchta (2013). Pokud mají rodiče zájem, mohou v rámci sociálně terapeutických činností využít služeb rodinné, párové či individuální psychoterapie převážně u privátních psychologů, kteří jsou ve smluvním vztahu se zdravotními pojišťovnami, v městských centrech sociálních služeb či střediscích výchovné péče (Bechyňová a Konvičková, 2011).

1.3.5 Návinky sociálních dovedností

Socializace je procesem, kdy si dítě osvojuje sociální dovednost tím, že vchází do sociálního prostředí a aktivně se začleňuje do společnosti, kdy si prostřednictvím tohoto procesu osvojuje sociální zkušenosti a participuje na životě společnosti, utváří se mu osobnost (Vrtišková, 2010). Topinka in Janoušková, Nedělníková (2008) zastává názor, že sociální potřeby patří mezi sekundární lidské potřeby, které se přímo odvozují z primárních biologických a fyziologických potřeb. Sociální dovednosti se rozvíjejí sociálním učením, jsou závislé na interpersonálních vztazích a rozvíjejí se prostřednictvím sociability (Kodým, 2014). Kodým (2014) dále dělí sociální dovednosti na: interakční, percepční, komunikační, organizační a behaviorální. Návinky sociálních dovedností se tedy rozumí aktivity směřující k praktickým nácvikům, využíváním rozličných pracovních postupů a metod k zlepšování konkrétních schopností dětí, nacvičuje se prevence nežádoucího chování dětí či překonávání stresových událostí v rodině a osvojování si odpovědnosti za své činy jejich jednotlivých členů (Pavličková, 2017).

Děti s PAS vykazují deficity v sociálních dovednostech, jako je např. zahájení konverzace, reakce na sociální situace, řešení sociálních problémů, kdy tyto deficity jsou promítnuty v rámci intervencí v oblasti nácviků sociálních dovedností (Reed et al., 2011). Zitková (2014) zastává názor, že sociální dovednosti jsou klíčem k úspěchu ve škole, později v zaměstnání, pomáhají získat sebedůvěru, vedou k lepším komunikativním dovednostem a spoluprací, což jedinci pomůže fungovat v mezilidských vztazích. Intervence sociálních dovedností mohou zahrnovat přímou výuku jednotlivců s PAS, ale výcvik může být zaměřen i na vrstevníky, sourozence a rodiče, s cílem naučit je efektivní

komunikaci s jedincem s PAS (Bohlander et al., 2012). Návčivky se zaměřují na vědomí vlastního těla, zlepšení koordinace (koordinace oko – ruka, souhra obou polovin těla), dovednosti jemné motoriky, porozumění světu pomocí smyslů, dovednosti běžného dne aktivity doma, ve škole a v komunitě a děti se učí uklidňující techniky (Jacobs a Betts, 2013). Návčivky mohou být individuální nebo skupinové a mohou obsahovat vizuální prvky, jakou jsou videa nebo obrázky (Bohlander et al., 2012)

Hrdlička a Komárek (2014) vysvětlují, že při návčivku sociálních dovedností by se mělo postupovat krok za krokem, kdy intervence se v nejlepším případě účastní dva terapeuti, jeden je pro klienta cizí. Hrdlička a Komárek (2014) dále uvádí, že nejprve se začne návčiv v terapeutické místnosti pomocí hraní rolí či kreslených příběhů. Pokud dítě situaci ovládá, dovednost se znovu učí v reálném životě za přítomnosti neznámého terapeuta, který na klienta dohlíží a navazuje s ním sociální kontakt, doplňuje (Hrdlička a Komárek, 2014).

Skupinových návčivků se účastní většinou 2-8 dětí za účasti více terapeutů a jejich posláním je pomoci dětem, naučit se lépe spolupracovat s ostatními vrstevníky, komunikovat, rozvíjet nová přátelství, získávat dovednosti pro řešení problémů a kontrolu nad svými emocemi, či věnovat pozornost názorům druhých (Stepping Stones, 2017).

1.3.6 Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím

SASRD umožňuje doprovody dětem do škol, školských zařízení, k lékaři na zájmové a volnočasové aktivity a doprovázení zpět (Vyhláška č. 505/2006 Sb.). Doprovody se uskutečňují z různých sociálních důvodů, probíhají za účasti rodiče i dítěte, pokud v tom rodiči nebrání odůvodněná a výjimečná překážka (Pavličková, 2017). Dle Buchty (2013) intervence nejčastěji probíhá formou doprovázení za účasti sociálního pracovníka a odborným informačním servisem. Příkladem mohou být matky na mateřské dovolené (MD), které lze před skončením MD informovat o rekvalifikačních kurzech (Bechyňová a Konvičková, 2011). Sociální pracovník by měl klienta postupně aktivizovat natolik, aby si klient sám ve svém okolí hledal zdroje pomoci a nestal se tak závislým na sociálním doprovázení (Vávrová, 2012).

1.3.7 Pomoc při uplatňování práv, zájmů a při obstarávání osobních záležitostí

Tyto činnosti se dle zákona 108/2006 Sb. týkají odborného sociálního poradenství, které se zaměřuje na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin. Jedná se o poradenství

v rámci individuální práce s motivovaným klientem a jeho konkrétní zakázkou (Buchta, 2013). Buchta (2013) dále uvádí, že od sociálního pracovníka se očekává vysoká informovanost v mnoha oblastech, kdy pokud nezná odpověď na klientovo otázku, pomůže klientovi s hledáním, odkáže ho na subjekt, který by mu mohl se zakázkou pomoci, nebo mu kontakt s ním rovnou zprostředkuje. Sociální pracovníci pomáhají při vyřizování běžných záležitostí nebo při upevnění kontaktu s rodinou (Vyhláška č. 505/2006 Sb.). Centrem zájmu je rodina s dítětem, která se ocitla v těžké sociální situaci, kdy pomoc směřuje k tomu, aby klienti znali a uměli využít svých možností a práv, na které mají nárok a věděli, co pro to musí udělat (Bechyňová a Konvičková, 2011). Pavlíčková (2017) dodává, že odborné sociální poradenství cílí na jednotlivé členy rodiny, řeší problémy vztahové a výchovné, někdy i sociálně právní či dluhové problémy. Další intervencí může být komunikace s institucemi či osobami blízkými klienta, kde on samotný nemusí být přítomný (Buchta, 2013). Pavlíčková (2017) zastává názor, že poradenství nahrazuje složku výchovy a vzdělávání, pomáhá jedinci s nacházením řešení problémů i smyslu života, ovšem za aktivní spoluúčasti klienta, který se podílí na rozboru problému, pochopení stimulu ke změně a učí se znovu fungovat ve společnosti.

1.3.8 Občanské sdružení ProCit, z.s.

Občanské sdružení ProCit, z.s. bylo založeno na popud rodičů a odborníků pracujících s osobami s poruchou autistického spektra. Najdeme ho v centru města Plzně. Od roku 2014 poskytuje sociálně aktivizačních služby pro rodiny s dětmi s poruchou autistického spektra, dále nabízí komplexní speciálně pedagogickou diagnostiku ve spolupráci s dětskou psychiatrickou a poradenství, nácviky sociálních dovedností, organizují víkendové i týdenní pobyty pro rodiny s dětmi, pořádají plavecké kurzy, besedy a semináře s odborníky, spolupracují s jinými odborníky. Posláním je obohatit a smysluplně vyplnit volný čas svých klientů a přátel sdružení (Občanské sdružení ProCit, © 2018)

Cílovou skupinu zahrnují rodiny s dětmi s diagnostikovanou poruchou autistického spektra (PAS) nebo s podezřením na poruchu autistického spektra nebo s podezřením na poruchy vývoje směřem k vážným poruchám komunikace a sociálních vztahů. Rodiče mohou sdružení navštěvovat s dětmi od 1 do 18 let věku. Kapacita je 12 stálých klientů - rodin. Pro akutní případy je otevřená i pro další klienty z Plzeňského kraje (Občanské sdružení ProCit, © 2018).

Občanské sdružení ProCit poskytuje dle § 65 odst. 1 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách službu „Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi“. Posláním sociální služby je především zkvalitňovat život celé rodiny prostřednictvím všestranné podpory. Pracovníci prosazují individuální přístup. Snaží se o maximální zplnomocnění a samostatnost rodiny. Služby jsou zajišťovány terénně i ambulantně. Terénní služby zahrnují doprovod rodičů na úřady, dětské hřiště, pracovníci spolupracují se školou, aktivity a nácviky sociálních dovedností se hojně poskytují rovněž v terénu za přítomnosti sociálního pracovníka. Využit lze také terapeutickou místnost, konzultační místnost, přijímací místnost či hernu (Občanské sdružení ProCit, © 2018).

V následujících odstavcích popíši jednotlivé činnosti Občanského sdružení ProCit (© 2018) v rámci této služby:

a) Odborné poradenství

V rámci ambulantní služby je rodičům poskytována individuální odborná podpora v otázkách výchovy a vzdělávání dítěte, rodinných vztahů, otázky péče a rozvoje osobnosti dítěte. Sociální pracovník se snaží o stabilizaci rodiny o pomoc rodičům vnímat potřeby jejich dítěte a radí ohledně trávení volného času.

b) Odborně vedené situační intervence

Situační intervence vede speciální pedagog a zaměřuje se na různé běžné situace, které rodina vnímá problematicky.

c) Nácviky sociálních dovedností

K nácviku sociálních dovedností slouží dětem přehledná terapeutická místnost plná hraček a edukačních pomůcek. Děti se zde orientují pomocí obrázků, nápisů či piktogramů. Nácviky sociálních dovedností mají předem danou strukturu, vždy jsou na jiné téma a probíhají i formou aktivizačních a zážitkových programů v terénu.

d) Doprovody

V rámci terénní sociální práce sociální pracovník rodiče doprovází na úřady, dětské hřiště, či do škol, když se řeší integrace dítěte nebo individuální vzdělávací plán. Dochází samozřejmě do rodin.

e) Zprostředkování sociálních kontaktů s okolím

Pracovníci organizace se snaží o sociální začlenění a aktivní trávení volného času rodiny s dětmi prostřednictvím volnočasových aktivit (plavání a cvičení, relaxační a jógová cvičení), pořádáním různých besed. Dětem je k dispozici herna. V neposlední řadě mohou rodiny využít zážitkové programy. Jedná se o týdenní letní pobyty u vody, v přírodě či příměstské aktivity, vzdělávací a sportovně-relaxační víkendy na horách. Účastnit se také mohou každoročního charitativního běhu „Run forProCit“, bruslení, laser game a návštěvy zoologické zahrady a jiné.

f) Muzikoterapie

Oblíbenou činností se stává muzikoterapie. Jedná se o hravé cvičení, kde se používá bubnování, které má za cíl zklidnit, aktivizovat a naučit dítě vnímat rytmus.

g) Canisterapie

Canisterapie probíhá individuální formou pro jednu rodinu na objednání.

h) Volnočasové aktivity

Klienti mohou v rámci zařízení navštěvovat kroužky plavání, cvičení, relaxační a jógová cvičení, zážitkové programy pro celou rodinu.

2. Praktická část

2.1 Cíle práce

Cílem bakalářské práce je zjistit přínos sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi s poruchou autistického spektra. S ohledem na hlavní cíl práce bylo stanoveno šest dílčích cílů.

Dílčí cíl 1: Zjistit přínos výchovných, vzdělávacích a aktivizačních činností pro rodiny s dětmi s poruchou autistického spektra, a to z pohledu rodičů.

Dílčí cíl 2: Zjistit přínos výchovných, vzdělávacích a aktivizačních činností pro rodiny s dětmi s poruchou autistického spektra, a to z pohledu pracovníků.

Dílčí cíl 3: Zjistit přínos sociálně terapeutických činností pro rodiny s dětmi s poruchou autistického spektra, a to z pohledu rodičů.

Dílčí cíl 4: Zjistit přínos sociálně terapeutických činností pro rodiny s dětmi s poruchou autistického spektra, a to z pohledu sociálních pracovníků.

Dílčí cíl 5: Jaký je přínos nácviků sociálních dovedností u rodin s dětmi s poruchou autistického spektra, a to z pohledů rodičů.

Dílčí cíl 6: Jaký je přínos nácviků sociálních dovedností pro rodiny s dětmi s poruchou autistického spektra, a to z pohledu pracovníků.

2.2 Výzkumné otázky

Vzhledem k cílům bakalářské práce byla stanovena hlavní výzkumná otázka, ke které byly zvoleny tři dílčí výzkumné otázky.

HVO: Jaký je přínos sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi s poruchou autistického spektra?

DVO1: Jaký je přínos výchovných, vzdělávacích a aktivizačních činností pro rodiny s dětmi s poruchou autistického spektra?

DVO2: Jaký je přínos sociálně terapeutických činností pro rodiny s dětmi s poruchou autistického spektra?

DVO3: Jaký je přínos nácviků sociálních dovedností u rodin s dětmi s poruchou autistického spektra?

2.2.1 Operacionalizace pojmů

Z důvodu správného pochopení výzkumných otázek je praktické definovat některé pojmy.

Přínos – Havránek a kol. (2011) definuje přínos jako přinesení něčeho nového, nové hodnoty a lze ho chápat rovněž jako synonymum pro zisk. Pro účely své práce vidím přínos sociálně aktivizační služby pro rodinu s dětmi s poruchou autistického spektra v získání nebo obohacení něčeho, co pomáhá vést rodině relativně normální a spokojený život.

Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi – služby nabízející pomoc rodině při zvládnání její dlouhodobé krizové či tíživé sociální situace (Mahrová, 2008).

Rodina – malá, specifická sociální skupina jedinců, nejčastěji asociována s institutem manželství, do kterého se rodí děti, plní určité funkce a vztahy mezi jednotlivými členy vznikají za přispění citového zázemí a jejich rolemi v rodině (Mlýnková, 2011).

Dítě – nedospělý lidský jedinec přibližně do svých čtrnácti let (Havránek a kol., 2011).

Porucha autistického spektra – pervazivní vývojová porucha patřící do Mezinárodní klasifikace nemocí jako F84 (Bendová a Zikl, 2011).

Výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti – směřují k pomoci i podpoře rodině pečující o dítě, pomáhají obnovit či upevnit kontakt s rodinou a pomáhají při dalších aktivitách, směřujících k sociálnímu začleňování jedinců (Vyhláška č. 505/2006 Sb.).

Sociálně terapeutické činnosti – dle Bobka a Penišky (2008) se jedná poradenství, koučování, terapii nebo socioterapii vedoucí k rozvoji či udržení osobních a sociálních schopností, dovedností směřující k sociálnímu začleňování jedinců.

Sociální dovednosti – schopnost naslouchat, soucítit s ostatními, přizpůsobit se dané situaci, požádat o pomoc, říci vlastní názor, omluvit se, zvládnout hněv i vztek, vědět, kdy je možné mluvit a kdy ne, být vůči ostatním slušný a chovat se k nim s respektem (Kooijman, 2016).

3. Metodika

3.1 Metodický postup

Pro účely své bakalářské práce byl zvolen kvalitativní výzkum. Dle Dismana (2011) se jedná o výzkum a interpretaci sociální reality za absence čísel. Poznatky jsou naopak získány z toho, co lidé píšou nebo říkají (Walker, 2013). Cílem je zjistit význam sdělovaných informací (Disman, 2011). Často vysvětlí daleko více než kvantitativní přístup a přichází s novými pohledy a názory (Walker, 2013). Dosahuje se tím hloubkovým šetřením a prozkoumání všech detailů týkající se předmětu výzkumu (Hendl, 2016). Výhodné je pro výzkumníka také to, že dochází za komunikačními partnery do jejich přirozeného prostředí a vidí interakci objektu s okolím, případně zjistí jejich zkušenosti a pochopí jejich subkulturu (Hendl, 2016).

Ke sběru dat byla vybrána metoda dotazování, technika polostrukturovaného rozhovoru.

Mezi prostředky dotazování patří rozhovory, dotazníky, škály a testy, které lze aplikovat samostatně či v kombinaci s dalšími metodami (Hendl, 2016). Neměli bychom se ptát na údaje, které dokážeme zjistit jinak a jako praktické se jeví, zjistit si v předvýzkumu, jestli komunikační partner bude disponovat žádanou informací (Reichel, 2009). Dle Walkera (2013) bychom si měli dát záležet na objektivitě dotazů. Polostrukturovaný rozhovor kombinuje strukturovaný a nestrukturovaný rozhovor a čerpá jejich výhody (Mioviský, 2006). Pro polostrukturovaný rozhovor je charakteristické, že si výzkumník před samotným rozhovorem připraví okruh otázek, kdy jejich pořadí může během rozhovoru dle situace změnit, rozhovor lze aplikovat ve standardizovaném prostředí, ale i v terénu (Mioviský, 2006).

V rámci příprav polostrukturovaného rozhovoru byly sestaveny dva typy záznamových archů. První typ záznamového archu byl určen pro rodiče dětí s PAS využívající SASRD ve vybraném zařízení a skládá se ze 4 oblastí, které obsahují 25 otázek. Tyto oblasti se týkají sociodemografických údajů komunikačních partnerů, výchovných, vzdělávacích a aktivizačních činností, sociálně terapeutických činností a nácviků sociálních dovedností (Příloha č. 1). Druhý záznamový arch byl určen sociálním pracovním a pracovním v sociálních službách ve vybraném zařízení poskytující SASRD. Skládá se z 26 otázek, které jsou rovněž rozděleny pro sociální pracovníky do čtyř oblastí, a to identifikační údaje sociálních pracovníků, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, sociálně

terapeutické činnosti a nácviky sociálních dovedností. Pro pracovnice v sociálních službách byla záměrně vynechána oblast sociálně terapeutických činností, protože tyto aktivity nevykonávají, rozhovory pro ně tedy obsahovaly pouze 21 otázek (Příloha č. 2).

Výsledky byly vyhodnoceny pomocí metody trsů. Metoda vytváření trsů uspořádává části dat do kategorií na základě podobnosti, například dle společného téma, prostředí, času (Sedláková, 2015). Jednalo se o tyto kategorie: výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, sociálně terapeutické činnosti a nácviky sociálních dovedností. Výsledky jsou zobrazené prostřednictvím myšlenkových map a tabulek. Pro myšlenkové mapy jsem se rozhodla z důvodu jejich přehlednosti pomocí jejich grafického zobrazení, znázornění souvislostí a vztahů (Buzan a Buzan, 2011). Myšlenkové mapy byly sestaveny pomocí aplikace XMind.

V rámci kvalitnější komunikace s komunikačními partnery a použití doplňujících otázek či změn jejich pořadí se po ústním souhlasu účastníků rozhovory nahrávaly na mobilní telefon. Z mobilního telefonu byly poté rozhovory smazány. Přepisy rozhovorů jsou uloženy v osobním archivu autorky této bakalářské práce.

3.1.1 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor byl vytvořen pomocí záměrného (účelového) výběru. V rámci kvalitativního výzkumu mluvíme o nejčastější metodě výběru, kdy se cíleně vybírají komunikační partneři na základě specifických vlastností či jejich stavu (Miovský, 2006). Používá se pro menší počet účastníků, který nepřesahuje desítky jednotek, výzkumník sám obvykle dovede určit, které osoby je vhodné oslovit (Reichel, 2009). Oslovování by měli být pouze jedinci, kteří splňující stanovené kritérium a souhlasí s podílením se na výzkumu, dodává Miovský (2006).

Organizace ProCit, z.s. má v rámci SASRD v péči 12 klientů. Pro záměry tohoto výzkumu bylo za pomoci pracovníků Občanského sdružení ProCit, z.s. vybráno z tohoto základního souboru 6 rodičů dětí s PAS podle předem stanovených kritérií, a to navštěvující zařízení více než 1 rok, využívající aktivity SASRD alespoň 1x týdně a ústní souhlas informantů se zapojením do výzkumu. Druhým výzkumným souborem byly dvě sociální pracovnice a dvě pracovnice v sociálních službách vykonávajících SASRD. Tento výzkumný vzorek je zastoupen pouze ženami, vzhledem k absenci sociálního pracovníka v zařízení. Všechny rodiče dětí s PAS, sociální pracovnice, pracovnice

v sociálních službách splnili kritéria výběru a také ústně souhlasili se zapojením se do výzkumu, způsobem jeho realizace a zaznamenáváním si získaných informací do záznamových archů.

3.1.2 Realizace výzkumu

Výzkum se uskutečnil v organizaci ProCit, z.s. poskytující SASRD v Plzeňském kraji, kam jsem docházela na své odborné praxe během studia na ZSF JU a vedení organizace ústně souhlasilo s realizací výzkumu v zařízení.

Jak již bylo uvedeno výše, před zahájením samotného výzkumu byly zpracovány dva záznamové archy pro polostrukturované rozhovory s určenými cílovými skupinami. Poté byl s pracovníci domluven termín a čas, kdy mohl být realizován výzkum. Pracovnice byly nápomocné při hledání vhodných komunikačních partnerů. Účastníkům výzkumu bylo sděleno, že nemusí odpovídat na otázky, na které neznají odpověď, nebo na ně nechtějí odpovědět. Nikdo z oslovených komunikačních partnerů rozhovor neodmítl. Polostrukturovaný rozhovor byl proveden vždy individuálně v kanceláři sociálních pracovníků. Všichni z oslovených odpovídali mile, s nadšením pro věc. Někteří komunikační partneři neměli co říct k okruhu sociálně terapeutických činností, protože využívají pouze aktivizační činnosti, jinak se nikdo žádným otázkám záměrně nevyhýbal. Rozhovor trval s každým komunikačním partnerem přibližně od 30 minut do 45 minut.

3.1.3 Etická pravidla výzkumu

Každý komunikační partner byl nejprve seznámen s tématy rozhovoru a cíli výzkumu. Ředitelka zařízení ústně souhlasila s uveřejněním názvu zařízení v bakalářské práci. Dále byla komunikačním partnerům zaručena anonymita, byli informováni o přibližné časové náročnosti rozhovoru, o dobrovolnosti rozhovoru a o souhlas s nahráváním rozhovoru na mobilní telefon. Pro zachování anonymity nejsou nikde v bakalářské práci uvedeny osobní údaje žádného účastníka výzkumu. Namísto fiktivních jmen jsem použila označení KP (dále KP 1, KP 2, KP 3, KP 4, KP 5, KP 6) u sociálních pracovníků označení SP (SP 1, SP 2) a u pracovníků v sociálních službách označení PSS (PSS 1, PSS 2). Rozhovory proběhly během března 2019, analýza dat metodou vytváření trsů se uskutečnila na přelomu března a dubna 2019 a prezentace dat proběhla prostřednictvím tabulek a myšlenkových map během dubna 2019.

4. Výsledky

V této kapitole proběhne zpracování informací od komunikačních partnerů (rodičů) využívající sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi ve vybraném zařízení a pracovníků (sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách) pracujících v tomto zařízení. Kapitola byla rozdělena na dva oddíly, protože jsem pracovala se dvěma výzkumnými soubory. Při analýze výsledků jsem se snažila najít podobnosti a odlišnosti.

4.1 Výsledky - polořízené rozhovory s rodiči

Tato podkapitola se zabývá výsledky polostrukturovaných rozhovorů rodičů (KP) dětí s poruchou autistického spektra využívající sociálně aktivizační službu pro rodiny s dětmi v zařízení ProCit, z.s.

4.1.1 Sociodemografické údaje

V této úvodní části výzkumu jsem se zabývala identifikačními údaji komunikačních partnerů, jednalo se o pohlaví a věk rodiče, dítěte s PAS a případných jeho sourozenců. Poslední otázka souvisela s dobou užívání sociálně aktivizační služby. Pro přehlednost jsem zjištěné informace roztřídila do tabulky č. 1

Tabulka č. 1: Sociodemografické údaje komunikačních partnerů

	Pohlaví	Věk	Dítě s PAS (pohlaví, věk)	Sourozenec (pohlaví, věk)	Délka užívání služby
KP1	žena	41 let	muž, 18 let	žena, 9 let	8 let
KP 2	žena	47 let	muž, 12 let		4 roky
			muž, 14 let		
KP 3	žena	35 let	muž, 15 let	muž, 1 měsíc	8 let
KP 4	žena	43 let	muž, 11 let	žena, 18 let	4 roky
KP 5	žena	39 let	muž, 8 let	muž, 8 let	3 roky
KP 6	žena	36 let	muž, 7 let	žena, 5 let	2 roky

Zdroj: Vlastní výzkum

4.1.2 *Výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti*

K nabídce výchovných, vzdělávacích a aktivizačních činností jsem se snažila zjistit, jaké aktivity a jak často komunikační partneři využívají. Při položení této otázky jsem zjistila, že KP těmito činnostmi rozumí všechny nabízené služby zařízení. Dále jsem se v rámci tohoto oddílu ptala na nejužitečnější, a naopak nejméně užitečné aktivizační činnosti z pohledu KP, jak jsou spokojeni s jejich nabídkou, v čem jsou pro ně přínosem, v čem vidí přínos spolupráce více odborníků. Nakonec jsem se zaměřila na pozitivní změny u jejich dítěte, na přínos sociálně aktivizační služby a na to, co by rádi ve službě změnili.

Účast KP na výchovných, vzdělávacích a aktivizačních činnostech

V tabulce č. 2 je zaznamenáno, jaké výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti komunikační partneři využívají a jak často se jich účastní.

Tabulka č. 2: Účast KP na výchovných, vzdělávacích a aktivizačních činnostech

Nabídka výchovných, vzdělávacích a aktivizačních činností								
	Plav.	Cvič.	Muzikoter.	Logoped.	Herní klub	Vzděl. pobyty	Zážit. progr.	Nácv. soc. dov.
KP 1	1x týdně	1x týdně	1x měsíčně			4x ročně	1x měsíčně	1 x měsíčně
KP 2	1x týdně	1x týdně	1x měsíčně		1x týdně	2x ročně	1x měsíčně	1 x měsíčně
KP 3	1x týdně	1x týdně	1x měsíčně	1x týdně	1x týdně	4 x ročně	1x měsíčně	1 x měsíčně
KP 4	1x týdně	1x týdně	1x měsíčně	1x týdně	1x týdně	4 x ročně	1x měsíčně	1 x měsíčně
KP 5	1x týdně	1x týdně	1x měsíčně	1x týdně	1x týdně			1 x měsíčně
KP 6	1x týdně	1x týdně	1x měsíčně	1x týdně		4x ročně	1x měsíčně	1 x měsíčně

Zdroj: vlastní výzkum

Z tabulky č. 2 vyplývá, že KP 1, KP 2, KP 3, KP 4, KP 5, KP 6 docházejí pravidelně na plavání, cvičení a muzikoterapii. KP 2 uvádí, že v čase cvičení pro děti probíhá i cvičení pro rodiče, což všem rodičům uleví. KP 3, KP 4 shodně uvedli, že využívají naplno všechny aktivity. KP 1 a KP 2 nedocházejí na logopedii. KP 1, KP 2, KP 3, KP 4, KP 6 se účastní víkendových a týdenních vzdělávacích a sportovně-relaxačních pobytů a zážitkových programů pro celé rodiny, kdy KP 2 se přihlašuje na pobyty nepravidelně dle ročního období, přibližně 2 x ročně. Do herního klubu dochází KP 2, KP 3, KP 4 a KP 5. KP 2 dodává, že v herním klubu si dělají program děti sami.

Nejvíce a nejméně užitečné výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti z pohledu KP

Schéma č. 1 zobrazuje, jaké aktivizační činnosti vnímají komunikační partneři jako nejužitečnější, a jaké naopak považují za nejméně užitečné.

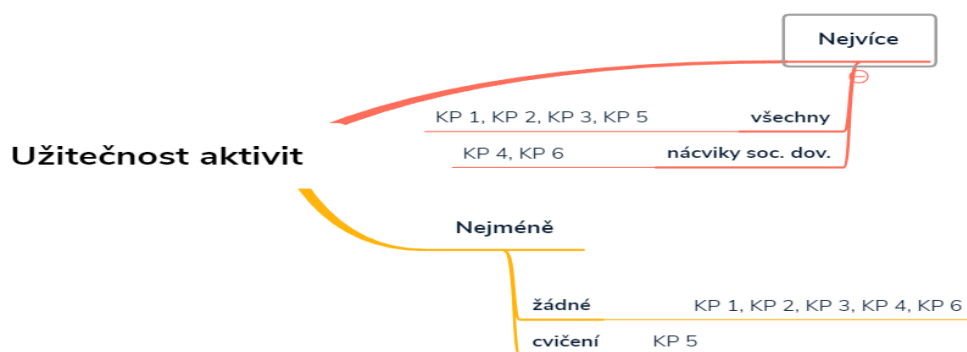


Schéma č. 1: Nejužitečnější a nejméně užitečné výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti z pohledu KP

Zdroj: vlastní výzkum

Výzkum ukázal že, KP 1, KP 2, KP 3, KP 5 se shodli na tom, že jsou pro ně užitečné všechny výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti. KP 1 dodává: *Se všemi aktivitami jsme hrozně spokojeni, a hlavně tam chodí náš syn rád. Jsme rádi, že se můžeme setkávat s ostatními rodiči, být s nimi v kontaktu, nějak to sdílet, jejich starosti, naše starosti. Neumím si představit, že bychom neznali nikoho dalšího, to bychom se v tom asi hrozně plácali*. KP 3: *„Malý se strašně rozvíjí, co se týče sociálních vazeb, na plavání se učí, aby měl vztah ke sportu – lepší fyzickou, učí se samostatnosti, to je hrozně důležité*“. KP 4 a KP 6 uvedli, že za nejužitečnější aktivizační činnosti považují návčivky sociálních

dovedností. KP 4 k tomu dodává: „*I když syn je dost specifický, že se třeba neúčastní, veškeré ty informace do sebe nasává a vsřebává, že pak třeba překvapí tím, že k tomu něco řekne, nebo zareaguje tak, jak oni si tady nacvičují*“. Pro K 1, K 2, K 3, K 4, K 6 neexistuje žádná neúčinná aktivizační činnost ve službě, shodli se na tom, že každá aktivita je důležitá. K 4: „*Z mého pohledu nejsou žádné, z pohledu malého jsou absolutně neúčinné, on je silně negativistický*“. K 5 uvedla jako nejméně užitečnou činnost cvičení: „*Dá se to zajistit i jinak. Není to až tak zaměřené na ten rozvoj dětí s autismem, ale to jenom tím, že si musím vybrat, přijde mi to všechno užitečné*“

Spokojenost KP s nabídkou výchovných, vzdělávacích a aktivizačních činností

Tabulka č. 3 prezentuje spokojenost KP s nabídkou výchovných, vzdělávacích a aktivizačních činností.

Tabulka č. 3: Spokojenost KP s nabídkou výchovných, vzdělávacích a aktivizačních činností

	Spokojenost	Nespokojenost
KP 1	X	
KP 2	X	
KP 3	X	
KP 4	X	
KP 5	X	
KP 6	X	

Zdroj: vlastní výzkum

Bylo zjištěno, že KP 1, KP 2, KP 3, KP 4, KP 5 a KP 6 jsou spokojeni s nabídkou aktivizačních činností. KP 3 uvádí: „*Naprosto, jsem zamilovaná do ProCitu*“. KP 4 je spokojená, ale loni se nedostali na vzdělávací sportovně-relaxační týdenní pobyt: „*Bylo narváno, uvítala bych, kdyby se rozšířily kapacity, letos stojím o příměstské tábory*“.

Přínos výchovných, vzdělávacích a aktivizačních činností z pohledu KP .

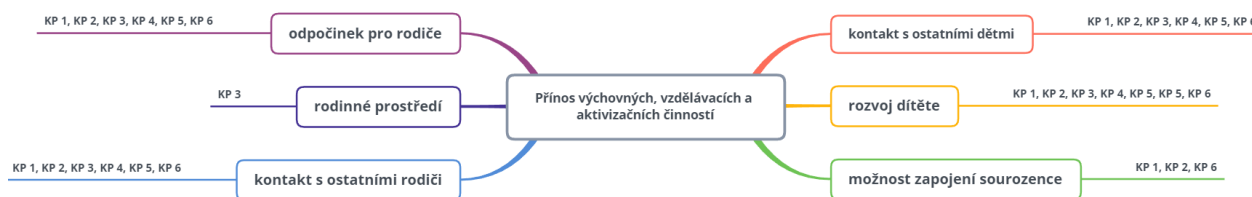


Schéma č. 2: Přínos výchovných, vzdělávacích a aktivizačních činností

Zdroj: vlastní výzkum

Výzkum přinesl zjištění, že KP 1, KP 2, KP 2, KP 4, KP 5, KP 6 spatřují přínos výchovných vzdělávacích a aktivizačních činností v kontaktu s ostatními dětmi a rodiči, rozvoji dítěte a je to pro ně čas, kdy si mohou odpočinout. KP 1: „*Jsem ráda, že syn může být v kontaktu s ostatními dětmi, kam chodí děti s autismem, tak i ti sourozenci, je v kolektivu, a ještě pod vedení lidí, kteří tomu rozumí a chápou je. Vím, že ho hrozně ty aktivity baví, plavat se naučil, ze začátku potřeboval syn pořád asistenci, nyní pracuje sám, zvládá emoce, hrozně ho to posunuje dopředu*“. KP 3 uvádí: *Já si tady odpočinu, vyměním si zkušenosti, synovi to prospívá tím, že je v kolektivu*. KP 4: „*Získám chvíli klidu, on se tady setkává s partou kamarádů, které on zná, protože se tady setkávají pravidelně, takže už nějak ví, co od nich očekávat a začínají si spolu hrát, povídat*“. KP 1, KP 2 a KP 6 uvedli jako přínos možnost zapojení sourozenců do aktivit. KP 3 považuje za přínosné také rodinné prostředí.

Přínos multidisciplinárního týmu z dle KP

Ve schématu č. 3 je vyjádřen přínos multidisciplinárního týmu z pohledu KP.

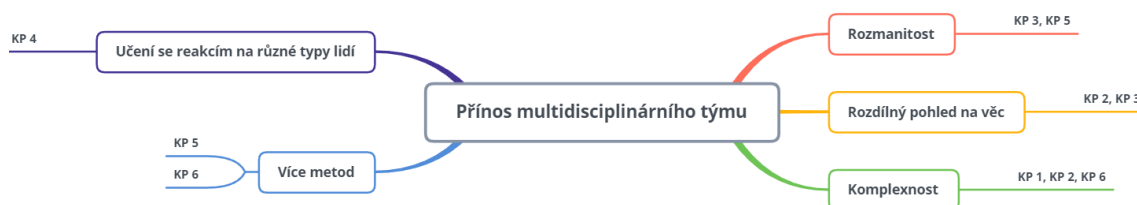


Schéma č. 3: Přínos multidisciplinárního týmu dle KP

Zdroj: vlastní výzkum

KP 3 a KP 5 uvádí, že multidisciplinární tým přispívá k rozmanitosti. KP 3: „*Každý Ti dá něco, každý je zaměřen na jinou část. Lektor tým, jak je to chlap, tak to s dětma perfektně umí, umí je srovnat do latě, dát tomu disciplínu, lektorka je šikovná na sporty, výborný logoped, speciální pedagog, relaxační cvičení, protahování; skvělá sociální pracovnice*“. KP 5 neví, že je mezi pracovníky rozdíl: „*Nerozumím tomu, kdo je sociální pracovník, beru je všechny jako jednu skupinu*“. Dle názoru KP 1, KP 2 a KP 6 je přínosem spolupráce více odborníků její komplexnost. KP 2 a KP 3 spatřují přínos v rozdílném pohledu na věc. KP 5 a KP 6 shodně uvedli, že spolupráce více odborníků přináší do práce s dítětem více metod. KP 4 je nejvíce spokojená s tím, že se dítě učí reagovat na různý typ lidí.

Vliv sociálně aktivizační služby na pozitivní změny u dítěte s PAS z pohledu KP

Schéma č. 4 se snaží zjistit, jestli sociálně aktivizační služba pozitivně ovlivnila dítě s poruchou autistického spektra z pohledu KP.

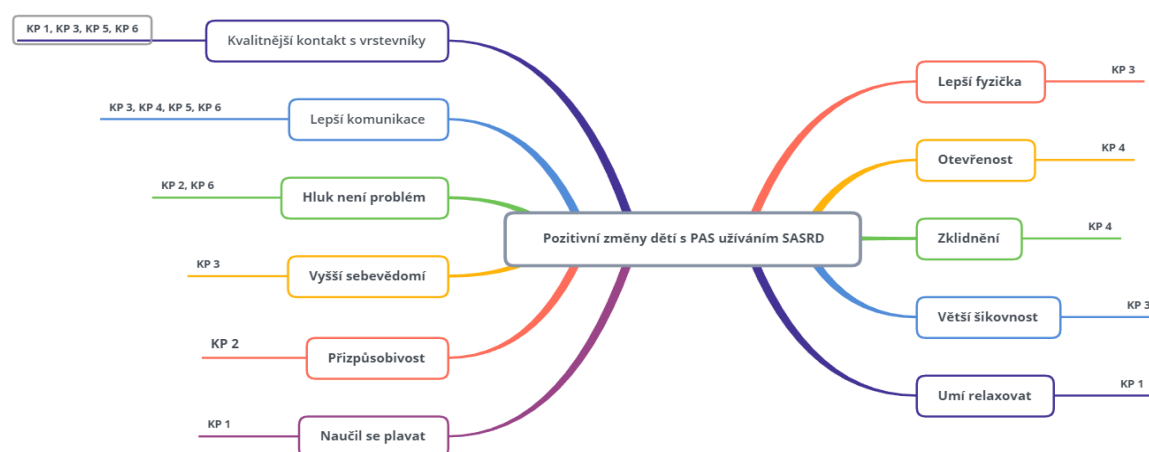


Schéma č. 4: Vliv sociálně aktivizační služby na pozitivní změny u dítěte s PAS

Zdroj: vlastní výzkum

KP 1, KP 3, KP 5 a KP 6 sdělili, že děti navazují kvalitnější kontakty s vrstevníky. KP 3, KP 4, KP 5 a KP 6 zaznamenali kvalitnější komunikaci. KP 2 a KP 6 vnímají, že dítě již tolik neřeší hluk. KP 3 se svěřila, že syn má vyšší sebevědomí, lepší fyzickou díky sportu, je šikovnější: „*Strašně se zvednul, obrovský progres, co se týče všeho, vyjadřování, sebevědomí, fyzicky díky sportovním akcím, umí si říct, co chce, umí navazovat kontakty, je mnohem šikovnější, soběstačnější, hrozně ho to posouvá*“. KP 1 objevila pozitivní

změnu také v tom, že syn se naučil plavat a umí relaxovat. Syn KP 4 se díky službě zklidnil.

Přínos sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi s PAS z pohledu KP

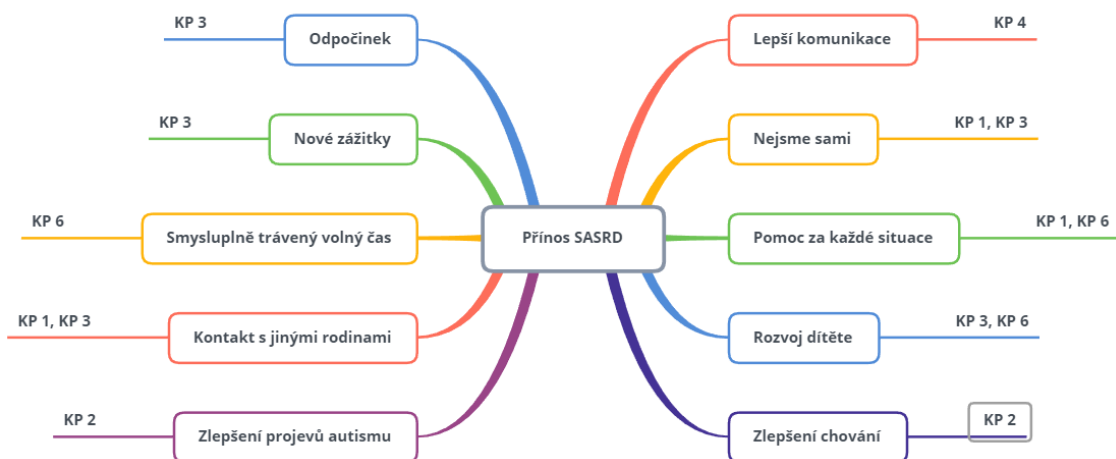


Schéma č. 5: Přínos sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi s PAS z pohledu KP

Zdroj: vlastní výzkum

Rozhovor ukázal, že KP 1, KP 3 se shodli, že přínosem SASRD je kontakt s jinými rodinami. KP 3 doplňuje: „*Mám tady kamarády, s někým to prostě sdílíš, vyměňuješ si názory, můžeš si postěžovat, pochlubit, je dobré, že jsi zapojovaná do toho kolektivu, že zažíváš i spoustu zajímavých věcí*“. KP 1 a KP 6 oceňují, že se jim dostane pomoci za každé situace. KP 3 a KP 6 spatřují přínos služby v rozvoji dítěte. KP 1 a KP 3 získali pocit, že nejsou sami. Pro KP 4 je důležité zlepšení komunikace. KP 3 zahrnuje do přínosu i odpočinek a nové zážitky. KP 2 spatřuje přínos v zlepšení projevů autismu a chování: „*Není to vyléčitelný, ale dá se s tím pracovat*“.

Změny, které by KP ocenili v sociálně aktivizační službě pro rodiny s dětmi

Ze schématu č. 6 vyplývá, co by si KP přáli změnit v sociálně aktivizační službě pro rodiny s dětmi.

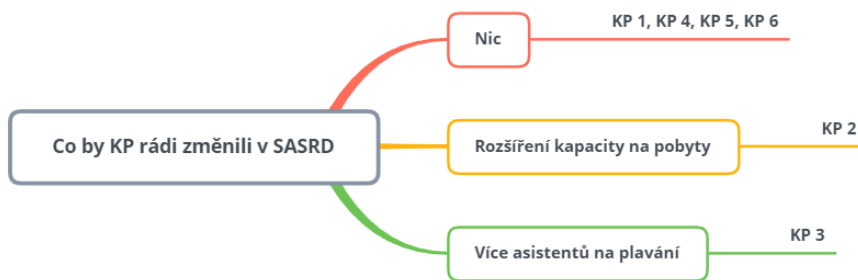


Schéma č. 6: Co by KP rádi změnili v sociálně aktivizační službě pro rodiny s dětmi

Zdroj: vlastní výzkum

KP 1, KP 4, KP 5 a KP 6 se shodli na tom, že by nic ve službě neměnili. KP 2 si postěžovala na nízkou kapacitu vzdělávacích pobytů. KP 3 řeší nedostatek asistentů na plavání: „Starší kluci tam zůstávají sami v šatně a dělají tam bordel, jsou tam konflikty občas, to je jediná věc, že někdy máš nedostatek asistentů na to, jak by si to rodiče představovali (kapička v moři), ale myšlenka je zase dobrá, že oni se sami převlíknou, sami se připraví“.

4.1.3 Sociálně terapeutické činnosti

Tyto otázky jsou zacíleny na sociálně terapeutické činnosti v zařízení. Cílem bylo zjistit přínos sociálně terapeutických činností. Otázky směřovaly na to, jakým způsobem tyto činnosti probíhají, co KP přináší, s jakými problémy se nejčastěji na terapeuta obrací, jak jsou spokojeni s jeho přístupem. V posledních otázkách jsem se dotazovala na to, jak s nimi pracuje pracovník v rámci terénní sociální práce a na její přínos.

Průběh sociálně terapeutických činností z pohledu KP



Schéma č. 7: Průběh sociálně terapeutických činností z pohledu KP

Zdroj: vlastní výzkum

Z rozhovoru vyplynulo, že KP 1, KP 3, KP 4, KP 6, že sociální terapeutické činnosti probíhají formou individuální terapie s rodičem v ambulanci na aktuální téma a jednotlivá sezení probíhají dle potřeby, tedy nepravidelně. KP 3 a KP 6 společně využívají relaxační terapii a 1 x měsíčně spolupráce s psychologem. KP 3: „Zařízení nabízí službu terapie pro rodiče - 1x měsíčně spolupráce s psychologem - rodinné vztahy, partnerské vztahy, akreditované kurzy, workshopy, vzdělávají rodinu, veřejnost“. KP 2 a KP 5 ještě terapie nevyužili.

Potíže, které nejčastěji KP v rámci sociální terapie řeší

Schéma č. 8 se věnuje potížím, které nejčastěji KP řeší v rámci sociální terapie s pracovníky služby.



Schéma č. 8: Nejčastější potíže řešené na sociálních terapiích z pohledu KP

Zdroj: vlastní výzkum

Výzkum ukázal, že KP 1 a KP 6 nejčastěji s terapeutem řeší stresové situace týkající se dítěte. KP 4 a KP 6 se radí ohledně negací dětí. KP 4 dodává: „Párkrát jsem si zašla popovídat, když byl syn krizovější, ale teď, jak se vylepšuje, nemusím“. KP 3 se na terapeuta obrací se svými úzkostmi a sexualitou dospívajícího syna: „Je to k určitému stadiu vývoje dítěte, nebo já, když se cítím vyčerpaná“. KP 1 poradil terapeut, jak nacvičovat samostatné nakupování. KP 6 trápily synovo emoce.

Přínos sociálně terapeutických činností z pohledu KP



Schéma č. 9: Přínos sociálně terapeutických činností z pohledu KP

Zdroj: vlastní výzkum

Z rozhovoru vyplynulo, že KP 1, KP 3 a KP 6 spatřují přínos v tom, že každý problém lze vyřešit. KP 6: „Vždy se mi dostane pomoci, jak k problému přistoupit, vždycky se najde řešení a nic není ztraceno“. Pro KP 3 a KP 6 je přínosné nasměrování terapeutem. KP 1 a KP 3 oceňují, že mohou sdílet s někým své starosti. KP 3 a KP 4 dodali že jim sociálně terapeutické činnosti přináší vnitřní klid.

Spokojenost s přístupem terapeuta z pohledu KP

Tabulka č. 4: Spokojenost s přístupem terapeuta

Spokojenost s přístupem terapeuta		
	Spokojenost	Nespokojenost
KP 1	X	
KP 3	X	
KP 4	X	
KP 6	X	

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 4 se zabývala spokojeností s přístupem terapeuta, kdy KP 1, KP 3, KP 4 a KP 6 vyjádřili spokojenost. KP 3: „Naprosto, absolutní dokonalost, přátelský vztah s terapeutkou, otevřenost“.

Terénní sociální práce z pohledu KP



Schéma č. 10: Přínos terénní sociální práce z pohled KP

Zdroj: vlastní výzkum

Bylo zjištěno, že KP 1, KP 2, KP 3, KP 4, KP 5 ani KP 6 nevyužívají terénní sociální službu. KP 3: „Pracovnice se chodí dívat, jak děti reagují při vyučování, v družině, jak se chovají, chodí i na volnočasové aktivity, aby děti znala i v jiných situacích než na terapii či na sociálních nácvikách, bere děti na víkendy na Šumavu bez rodičů, příměstský tábory, víkendové aktivity pro rodiny, tábory pro rodiče s dětmi“.

4.1.4 Nácviky sociálních dovedností

K problematice nácviků sociálních dovedností jsem připravila otázky týkající se přínosu nácviků sociálních dovedností. Protože všichni KP mi sdělili v prvním bloku otázek, že navštěvují nácviky sociálních dovedností, už jsem se jich znovu nedotazovala. Nejprve jsem tedy zjišťovala, jestli dítě s PAS navštěvuje nácviky sociálních dovedností sami nebo s přítomností KP a jakou využívají formu nácviků sociálních dovedností. V další sekci jsem se dotazovala na klady a zápory individuálních a skupinových nácviků sociálních dovedností. Poslední otázka se týkala přínosu nácviků sociálních dovedností a na dítě a na rodiče.

Účast dítěte na nácvikách sociálních dovedností z pohledu KP

Tabulka č. 5 se věnuje tomu, jestli se dítě s PAS účastní nácviků sociálních dovedností samo nebo za přítomnosti rodičů.

Tabulka č. 5: Způsob práce s dítětem na nácvikách sociálních dovedností

Účast dítěte na nácvikách sociálních dovedností		
KP	S rodiči	Bez rodičů
KP 1		X
KP 2		X
KP 3		X
KP 4		X
KP 5		X
KP 6		X

Zdroj: vlastní výzkum

Výzkum ukázal, že KP 1, KP 2, KP 3, KP 4, KP 5 a KP 6, tedy všichni KP uvedli, že pracují dítě jen odvedou na nácviky a po skončení si pro něj zase přijdou. KP 2: „Zavezla jsem je tam samozřejmě, odvezla, ale tam se to odehrává v rámci terapeutů, maminky mají volno“.

Individuální a skupinová forma nácviků sociálních dovedností

Tabulka č. 6 ukazuje, kdo se účastní individuální a kdo skupinové formy nácviků sociálních dovedností.

Tabulka č. 6: Individuální a skupinová forma nácviků sociálních dovedností

Individuální a skupinová forma nácviků sociálních dovedností		
KP	Individuální	Skupinová
KP 1		X
KP 2		X
KP 3		X

KP 4		X
KP 5		X
KP 6		X

Zdroj: vlastní výzkum

Z rozhovorů vyplynulo, že KP 1, KP 2, KP 3, KP 4, KP 5 a KP 6 se účastní pouze skupinové formy nácviků sociálních dovedností. KP 2, KP 3 a KP 4 sdělili, že individuální formu nácviků sociálních dovedností využili pouze ze začátku. KP 4: „*Na muzikoterapii jsme začínali individuálně, protože syn měl velký problém s hlukem, teď už to zvládá lépe*“.

Klady a zápory individuální formy nácviků sociálních dovedností dle KP

Schéma č. 11 prezentuje klady a zápory individuální formy nácviků sociálních dovedností dle KP.



Schéma č. 11: Klady a zápory individuální formy nácviků sociálních dovedností

Zdroj: vlastní výzkum

KP 1, KP 2, KP 3, KP 5, KP 6 kladně hodnotí u individuální formy nácviků sociálních dovedností to, že se to ušije dítěti na míru. KP 4 pozitivně hodnotí, že dítě při individuální intervenci lépe pracuje a soustředí se. Naopak KP 2, KP 3 KP 4, KP 6 sdělují, že děti u tohoto způsobu práce nerozvíjí kontakty. KP 1 a KP 5 vnímají negativně, že se děti neučí interakci ve skupině.

Klady a zápory skupinové formy nácviků sociálních dovedností dle KP

Schéma č. 12 se zabývá naopak klady a zápory skupinové formy nácviků sociálních dovedností dle KP.

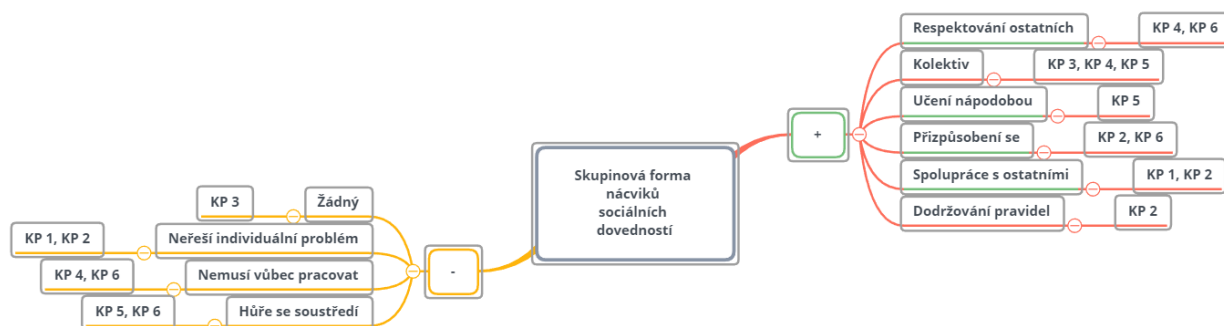


Schéma č. 12: Klady a zápory skupinové formy nácviků sociálních dovedností dle KP

Zdroj: vlastní výzkum

Z výzkumu se dá usuzovat, že KP 3, KP 4 a KP 5 vnímají jako přínos skupinové formy nácviků sociálních dovedností to, že se děti ocitnou v kolektivu. KP 4 a KP 6 se líbí, že se děti učí respektovat ostatní. KP 2 a KP 6 pozitivně hodnotí, že se děti musí přizpůsobovat ostatním. KP 2 doplňuje: „*Nejsou sami za sebe, nemohou tam úplně lumpačit. Musí dodržovat více pravidel, nehlučit, nepřekřikovat se, čekat, až na ně přijde řada*“. KP 5 vidí přínos skupiny v učení se nápodobou z reakcí ostatních dětí. Po KP je klad skupiny také to, že děti musí dodržovat pravidla. Naopak KP 1 a KP 2 si postěžovali, že skupinová forma nácviků sociálních dovedností nemusí řešit individuální problém. KP 4 a KP 6 uvedla jako negativum, že děti, pokud nemají náladu, nemusí vůbec pracovat. Pro KP 5 KP 6 skupina způsobuje, že se děti hůře soustředí. Pro KP 3 nemá skupinová forma nácviků žádné negativum: „*Holky se snaží to tomu dítěti přizpůsobit, takže když měly děti problémy se zvukem, tak jim to přizpůsobily*“.

Přínos nácviků sociálních dovedností z pohledu KP



Schéma č. 13: Přínos nácviků sociálních dovedností z pohledu KP

Zdroj: vlastní výzkum

Z rozhovoru vyplynulo, že KP 1, KP 3, KP 4, a KP 6 přikládají nácvikům sociálních dovedností pozitivní význam v oblasti kvalitnější komunikace. KP 2, KP 3, KP 4 a KP 5 oceňují, že mají v době konání nácviků prostor pro sebe. KP 3 a KP 6 vidí přínos v tom, že se dítě osamostatňuje. KP 3 a KP 5 si všimlo, že se dítě začíná orientovat díky nácviků v sociálních vazbách. KP 1 a KP 4 jsou nadšeni z toho, že dítě dokáže vyjadřovat své pocity. KP 2 a KP 4 oceňují na nácvikách sociálních dovedností, že děti dokáží aplikovat nabyté dovednosti v praxi. KP 1 se zdá být přínosné, že dítě má osvojenou znalost emocí, učí se nápodobou, dostane se jim odborné rady a dítě se tak posouvá. KP 2 se obává, že účinky nácviků sociálních dovedností nejsou tak výrazné u syna s těžší formou autismu. KP 3 vítá, že dítě dokáže reagovat na lidi. KP 4 se naopak líbí, že dítě umí projevit vlastní názor.

4.2 Výsledky - polořízené rozhovory sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách

Výsledky z této kapitoly vycházejí s polostrukturovaných rozhovorů se sociálními pracovníky a pracovníky v sociálních službách organizace ProCit.

4.2.1 Sociodemografické údaje

První otázky, které jsem položila pracovníkům zařízení se týkali pohlaví, nejvyššího dosaženého vzdělání, pracovního zařazení, délky praxe v zařízení a s cílovou skupinou. Pro přehlednost jsem informace zanesla do tabulky č. 7.

Tabulka č. 7: Sociodemografické údaje sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách

SP/PSS	Pohlaví	Vzdělání	Pracovní zařazení	Působení v zařízení	Délka praxe
SP 1	žena	VOŠ	Sociální pracovník	1,5 roku	1,5 roku
SP 2	žena	VŠ	Sociální pracovník	4 roky	10 let
PSS 1	žena	VŠ	Prac. v soc. službách	8 let	8 let
PSS 2	žena	VŠ	Prac. v soc. službách	6 let	6 let

Zdroj: vlastní výzkum

4.2.2 Výchovné vzdělávací a aktivizační činnosti

V této části výzkumu jsem cílila na přínos výchovných vzdělávacích a aktivizačních činností z pohledu SP a PSS. Nejprve jsem se jich dotazovala, jaké výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti poskytují, jak probíhají a v čem spatřují jejich přínos. Dále jsem zjišťovala, v čem vidí pracovníci přínos v práci s dítětem bez rodičů, v čem naopak vidí výhody práce s rodiči. Zkoumala jsem také zapojení sourozenců do aktivit a přínos multidisciplinárního týmu.

4.2.3 Poskytování výchovných, vzdělávacích a aktivizačních činností

Tabulka č. 8 popisuje, jaké výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti poskytují sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách.

Tabulka č. 8. Poskytování výchovných, vzdělávacích a aktivizačních činností

Nabídka výchovných, vzdělávacích a aktivizačních činností										
SP/ PSS	Plavání	Cvičení	Muzikoterapie	Logopedie	Herní klub	Vzdělávací pobyty	Zážitkové programy	Nácviky soc. dovedností	Poradenství (terén)	Konzultace s klienty (ambulace)
SP 1	X	X	X			X	X	X	X	X
SP 2	X	X			X	X	X	X		X
PS 1	X	X		X		X	X			
PS 2	X	X			X	X	X	X		

Zdroj: vlastní výzkum

Výzkum ukázal, že SP 1, SP 2, PSS 1 a PSS 2 se účastní plavání, cvičení, zážitkových programů a vzdělávacích pobytů. Nácviky sociálních dovedností vykonávají SP 1, SP 2 a PSS 2. Herní klub provozuje SP 2 a PSS 2. SP 1 a SP 2 poskytují konzultace klientům v ambulanci. SP provádí poradenství rodičům v terénu a muzikoterapii: „Poskytují poradenství rodičům v rámci volnočasových aktivit, nácviky sociálních dovedností v terénu (dovednosti sebesprávy, aby se děti naučily zaplatit reálnými penězi nebo říct si o něco venku, jednorázové výlety, kde se děti učí věci v tom terénu, nějakou soběstačnost a samostatnost, víkendové pobyty“.

Průběh výchovných, vzdělávacích a aktivizačních činností

Tabulka č. 9: Průběh výchovných, vzdělávacích a aktivizačních činností

Průběh výchovných, vzdělávacích a aktivizačních činností	
SP 1	„Připravíme téma a děti musí makat dle programu. Některé aktivity jsou pravidelné, jiné nepravidelné.“
SP 2	„Individuální nebo skupinová práce s dětmi, někdy je to individuální práce s klientem, tady třeba uvnitř zařízení nebo uvnitř skupiny – hodinová řízená a tématická terapeutická práce, když jdeme do terénu, tak třeba celý den, je to vždy na zakázce té rodiny, je to variabilní.“
PSS 1	“Každý týden čtvrtek plavání hodina, pátek cvičení 1x za 14 dní, hodina logopedie každé úterý individuální a skupinová“
PSS 2	„Jsou řízené, mají daný program - ten, kdo vede aktivitu, jsme mu k ruce“

Zdroj: vlastní výzkum

Z tabulky vyplývá, že SP 1 a SP 2 se shodly na tom, že konání aktivit je buď pravidelné nebo nepravidelné. SP 1, SP 2 a PSS 2 vysvětlily, že aktivity jsou řízené a probíhají na základě předem připraveného programu. SP 2 a PSS 1 přiznaly, že činnosti vykonávají individuálně i skupinově.

Přínos výchovných, vzdělávacích a aktivizačních činností z pohledu SP a PSS



Schéma č. 14: Přínos výchovných, vzdělávacích a aktivizačních činností dle SP a PSS

Zdroj: vlastní výzkum

Přínosem výchovných, vzdělávacích a aktivizačních činností jdou dle SP 1, PSS 1 a PSS 2 shodně uvedly, že přínosem výchovných vzdělávacích a aktivizačních činností jsou pohybové dovednosti. Pro SP 2 a PSS 1 je důležitý sociální kontakt. SP 2: „*Nejdůležitější je to komunitní centrum, kde se ty rodiny mohou setkávat a ty aktivity jim situují ty přirozené aktivity toho reálného života, takže se mohou začleňovat mezi společnost*“. SP 1 a PSS 1 pokládají za přínos výše uvedených činností zkvalitnění komunikace. Pro SP 2 a PSS 2 je přínosem, že se děti učí dovednosti důležité do běžného života. SP 1 uvedla jako přínos výchovných, vzdělávacích a aktivizačních činností to, že se děti učí spolupracovat ve skupině. PSS 1 oceňuje, že rodiče obdrží během spolupráce s dětmi chvíli klidu. PSS 2 vidí přínos také v práci s emocemi dětí.

Přínos práce s dítětem bez přítomnosti rodičů dle SP a PSS



Schéma č. 15: Přínos práce s dítětem bez přítomnosti rodičů dle SP a PSS.

Zdroj: vlastní výzkum

Ze schématu vyplývá, že SP 1, SP 2, PSS 1 a PSS 2 zastávají názor, že se dítě chová jinak bez přítomnosti rodičů. PSS 1: „*To dítě se úplně jinak chová. Víc poslouchá, jasně daná autorita učitele*“. SP 1 uvedla, že dítě řekne i to, co by neřeklo před rodiči, chová se zodpovědněji a udržuje větší pozornost. SP 2 je toho názoru, že se dítě bez rodičů nepřizpůsobuje očekávání rodiče a je samostatnější.

Přínos práce s dítětem s přítomností rodičů dle SP a PSS



Schéma č. 16: Přínos práce s dítětem s přítomností rodičů dle SP a PSS

Zdroj: vlastní výzkum

Schéma č. 16 ukazuje, že SP 1, PSS 1, PSS 2 nevidí žádný významný přínos práce s dítětem s přítomností rodičů. SP 2 vidí přínos práce s dítětem s přítomností rodičů v začátcích, kdy mu rodič poskytuje podporu a dítě se tak necítí opuštěné.

Způsob zapojování sourozence do výchovných, vzdělávacích a aktivizačních činností

Tabulka č. 10: Způsob zapojování sourozence do výchovných, vzdělávacích a aktivizačních činností

Sourozenec ve výchovných, vzdělávacích a aktivizačních činnostech	
SP 1	<i>„Klasicky jako děti s poruchou s PAS, výhoda je, že např. cvičí dítě s PAS společně se zdravým sourozencem (dělají něco spolu)“.</i>
SP 2	<i>„Některé aktivity jsou bez sourozenců, tam kde se pracuje na nějaké konkrétní aktivitě, ve které potřebuje podpořit, např. nácvik čisté komunikace, nácviky sociálních dovedností. Jinak jsou všechny otevřené pro sourozence tak, aby rodina mohla zůstat pohromadě a pro dítě to bylo co nejpřirozenější prostředí“.</i>
PSS 1	<i>„Ve všech našich aktivitách jsou zdraví sourozenci, můžou chodit na všechny aktivity“.</i>
PSS 2	<i>„Plavání, cvičení, stejně jako děti s PAS kromě nácviků dovedností, které jsou určeny jen pro děti s PAS.“</i>

Tabulka č. 10 ukazuje, že SP 1 a PSS 1 jsou sourozenci zapojováni do všech aktivit stejně jako děti s PAS. Dle SP 1 a SP 2 jsou děti zapojovány do všech aktivit vyjma nácviků sociálních dovedností.

Multidisciplinární tým z pohledu SP a PSS



Schéma č. 17: Přínos multidisciplinárního týmu dle SP a PSS

Zdroj: vlastní výzkum

Ze schématu č. 17 vyplývá, že SP 1, SP 2 a PSS 2 spatřují v multidisciplinárním týmu více řešení problému. PSS 2 poukazuje na přínos v podobě diagnostiky klienta a PSS 1 vidí přínos multidisciplinárního týmu v komplexní péči o dítě s PAS.

4.2.4 Sociálně terapeutické činnosti

K této oblasti byly vytvořeny otázky zabývající se sociálně terapeutickými činnostmi poskytovanými v zařízení ProCit, z.s. Nejprve jsem dotazovala na způsob práce s klienty v krizové situaci, na cíl sociálně terapeutických činností při práci s dětmi s PAS a přínos těchto činností pro rodiče a děti. Poté jsem se klientům položila otázky ohledně terapeutických metod a technik, jestli se sociální pracovníci opírají o nějaký psychoterapeutický přístup a na výhody a nevýhody terénní sociální práce.

Způsob práce s klienty v krizové situaci

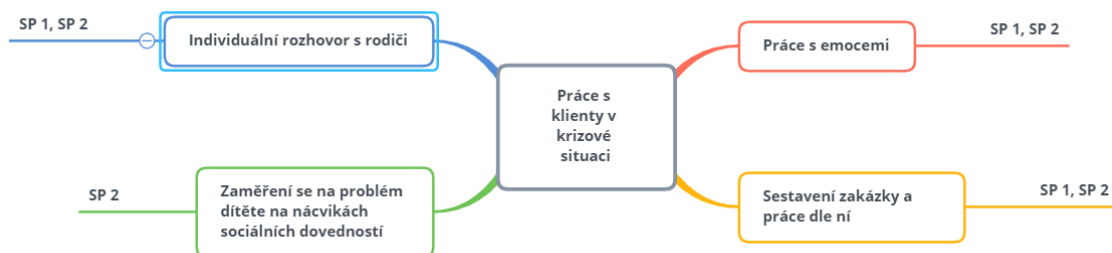


Schéma č. 18: Způsob práce s klienty v krizové situaci

Zdroj: vlastní výzkum

Schéma č. 18 vyjadřuje, že SP 1 a SP 2 poskytují rodičům dítěte s PAS individuální rozhovor. SP 1 a SP 2 pracují s emocemi. SP 1 a SP 2 sestavují zakázku a dále podle ní pracují. SP 2 se zaměřuje na problém dítěte na nácvikách sociálních dovedností: „Domlouváme se s rodinou, jaké rychlé kroky se dají podniknout, tak třeba to dítě se začlení do těch nácviků sociálních dovedností, když už tam není, učí se pracovat s těmi emocemi“ SP 1 a SP 2 navíc shodně prohlásili, že k nim chodí rodiče nejčastěji v případě výrazného zhoršení chování dítěte.

Cíl sociálně terapeutických činností při práci s dětmi s PAS z pohledu SP

Schéma č. 19 zobrazuje cíl sociálně terapeutických činností při práci s dětmi s PAS dle pohledu SP.



Schéma č. 19: Cíl sociálně terapeutických činností při práci s dětmi s PAS z pohledu SP

Zdroj: vlastní výzkum

Z rozhovorů vyplývá, že SP 1 a SP2 se shodují na tom, že cíl sociálně terapeutických činností při práci s dětmi s PAS je splnit zakázku klienta. Dle SP 2 se za cíl sociálně terapeutických činností při práci s dětmi s PAS se dá považovat rovněž rozvoj v sociální oblasti: „Úplně nejobecněji může být cílem rozvoj sociální oblasti, kde ty děti mají největší problémy – navazování vztahů, verbální a neverbální komunikace, práce s emocemi“.

Přínos sociálně terapeutických činností pro rodiče a děti z pohledu SP

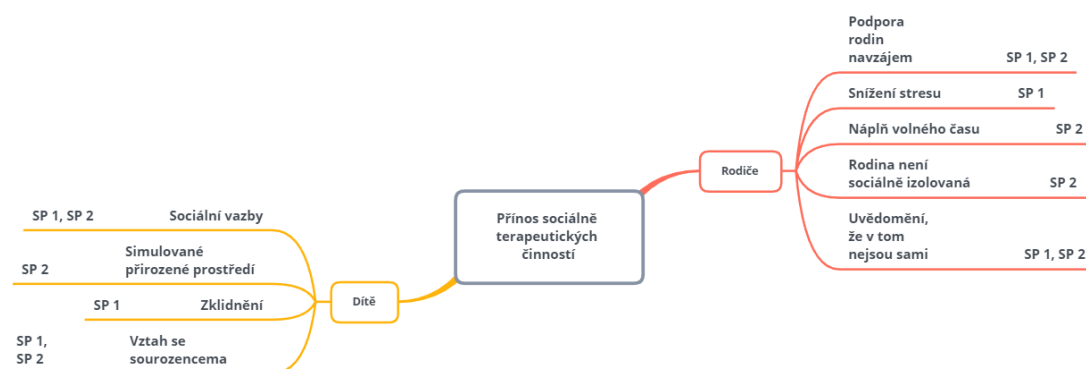


Schéma č. 20: Přínos sociálně terapeutických činností pro rodiče a děti dle SP

Zdroj: vlastní výzkum

Ze schématu č. 20 vyplývá, že SP 1 i SP 2 vidí přínos sociálně terapeutických činností pro rodiče v uvědomění, že v tom nejsou sami, v podpoře rodin navzájem. SP 1 pozitivně hodnotí snížení stresu u rodičů. Dle SP 2 je přínos sociálně terapeutických činností pro rodiče v smysluplné náplni volného času a v tom, že rodina není sociálně izolovaná. SP 1 a SP 2 spatřují přínos sociálně terapeutických činností pro děti v sociálních vazbách a ve vytvoření vztahu se sourozencem. SP 1 se dítě v rámci terapie zklidní a dle SP 2 je pro dítě přínosné, že je mu v rámci terapií simulované přirozené prostředí.

Sociálně terapeutické metody a techniky

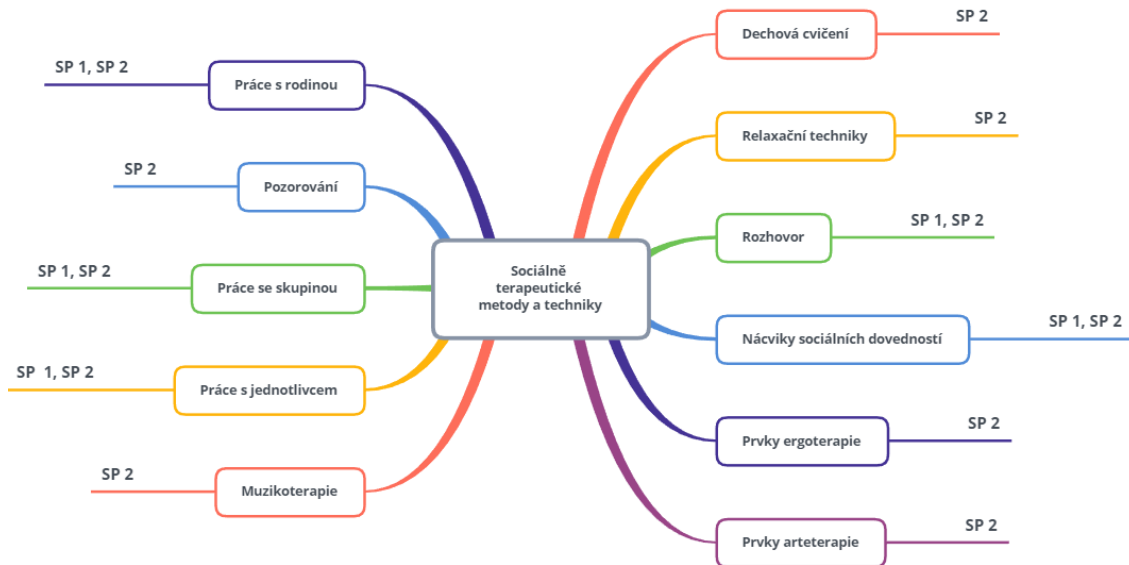


Schéma č. 21: Sociálně terapeutické metody a techniky využívané SP

Zdroj: vlastní výzkum

Ve schématu č. 21 je zobrazeno, že SP 1 a SP 2 pracují v rámci sociálně terapeutických činností s rodinou, se skupinou i s jednotlivcem. SP 1 i SP 2 využívají nácviky sociálních dovedností a rozhovor. SP 2 navíc poskytuje pozorování, muzikoterapii, dechová cvičení, relaxační cvičení, prvky arteterapie a ergoterapie. SP 1 a SP 2 shodně uvedli že se při své terapeutické práci neopírají o žádný psychoterapeutický přístup.

Výhody a nevýhody terénní sociální práce dle SP

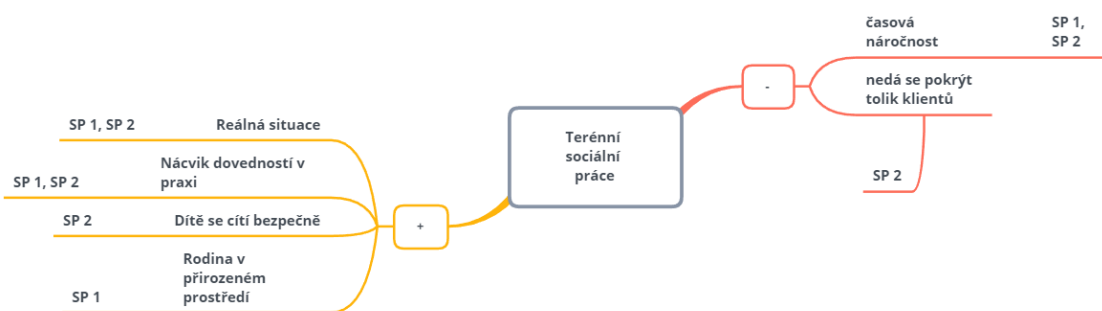


Schéma č. 22: Výhody a nevýhody terénní sociální práce dle SP

Zdroj: vlastní výzkum

Mezi výhody terénní sociální práce patří dle SP 1 a SP 2 reálná situace a nácvik sociálních dovedností v praxi. SP 2: „*Je to mnohem reálnější situace, když si to mohou koupit, než když si to tady nacvičujeme*“. Dle SP 2 je výhoda terénní sociální práce v tom, že dítě se

cítí bezpečně. SP 1 považuje za praktické, že je rodina situovaná v přirozeném prostředí. Mezi nevýhody terénní sociální práce dle SP 1 a SP 2 patří časová náročnost. SP 2 dodává, že terénní sociální práci nejde pokrýt více klientů najednou.

4.2.5 *Nácviky sociálních dovedností*

V této kapitole se zabývám přínosem nácviků sociálních dovedností. Nejprve byli SP dotazováni na průběh nácviků sociálních a typ sociálních dovedností, na klady a zápory individuálních nácviků sociálních dovedností, a naopak na klady a zápory skupinové formy nácviků sociálních dovedností. Následně jsem se zaměřila na přínos nácviků sociálních dovedností pro děti a pro rodiče.

Způsob poskytování nácviků sociálních dovedností

Tabulka č. 11: Způsob poskytování nácviků sociálních dovedností

Poskytování nácviků sociálních dovedností	
SP 1	<i>„Vždy připravíme program, ne vždy to ale proběhne, na úvod si děti řeknou, jako mají náladu na teploměru, řešíme proč, poté začneme pracovat na programu, následuje vybití energie, zklidnění, pak třeba emoce či jiné nácviky sociálních dovedností, na závěr relaxace. Individuální formu nemáme“.</i>
SP 2	<i>„3 skupiny dětí podle toho, na čem potřebují zapracovat. V té nejnovější se děti učí základní emoce, které mohou vyplavit v bezpečném prostředí a učili se s nimi pracovat. Zbylé dvě jsou zaměřené na jiné sociální dovednosti – komunikace, terén, dovednosti sebesprávy“.</i>
PSS 1	<i>„Neúčastním se nácviků sociálních dovedností“</i>
PSS 2	<i>„3 skupiny, probíhají 1 x měsíčně, trvají 45 minut a max. pro 6 dětí, připraven program, asistuji na muzikoterapii, téma emoce, šikana, peníze, komunikace“</i>

Zdroj: vlastní výzkum

Z tabulky č. 11 vyplývá, že SP 1 a PSS 2 shodně uvedly, že nácviky sociálních dovedností probíhají podle programu. SP 2 a PSS 2 sdělily, že nácviky sociálních dovedností jsou rozděleny do tří skupin. SP 1, SP 2 a PSS 2 vypověděly, že obvykle na nácvicích sociálních dovedností pracují s emocemi a jinými sociálními dovednostmi. SP 2 a PSS 2

uvedly, že se cílí na finanční gramotnost. SP 1 sdělila, že se zaměřuje na náladu, vybití energie, zklidnění a relaxaci. SP 2 chodí do terén. PSS 2 uvedla, že se nácviků sociálních dovedností účastní 1 x měsíčně, asistuje na muzikoterapii, nácviky trvají 45 minut, jsou pro max. 6 dětí a řeší se i téma šikana. PSS 1 uvedla, že se nácviků sociálních dovedností neúčastní a nic k nim tedy nemůže říci.

Klady a zápory individuální formy nácviků sociálních dovedností dle SP a PSS

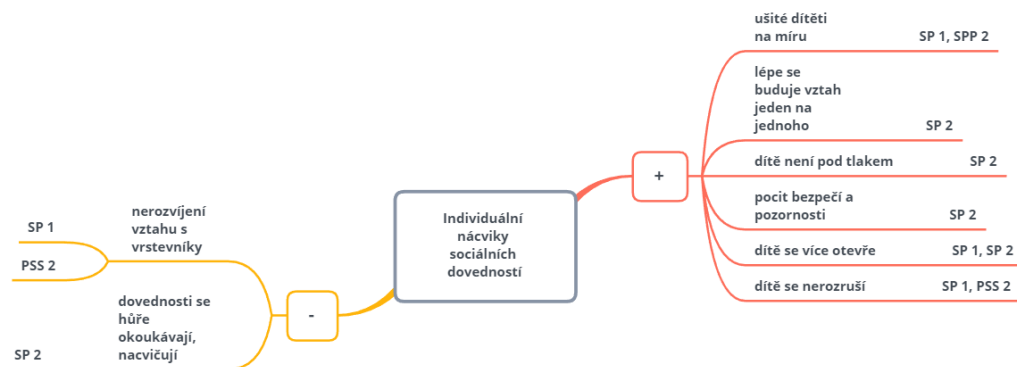


Schéma č. 23: Klady a zápory individuální formy nácviků sociálních dovedností dle SP PSS

Zdroj: vlastní výzkum

Ze výzkumu vyplývá, že SP 1 a SPP 2 shodně uvedly, že mezi výhody individuálních nácviků sociálních dovedností patří to, že jsou dítěti ušité na míru a dítě se více otevře. SP 1 a PSS 2 spatřují výhodu také v tom, že se dítě oproti skupinové formě nerozruší. Dle SP 2 se také lépe buduje vztah jeden na jednoho, dítě není pod tlakem a zažívá pocit bezpečí a pozornosti: *Nemá pocit, že by se mělo vyrovnávat skupině, některé děti jsou hodně uzavřené*. Naopak za nevýhody SP 1 a PSS považují to, děti s PAS nerozvíjí vztah s vrstevníky. SP 2 dodává, že se dovednosti v individuální formě hůře okoukávají a nacvičují.

Klady a zápory skupinové formy nácviků sociálních dovedností dle SP a PSS

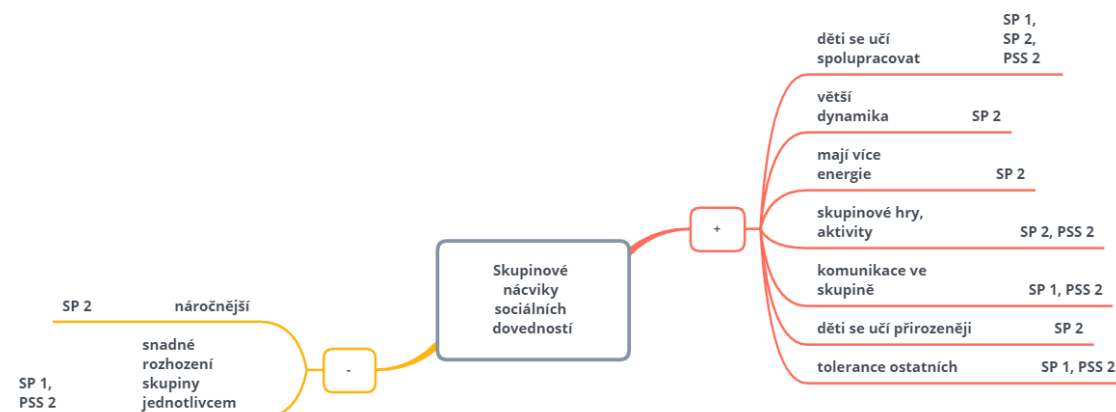


Schéma č. 24: Klady a zápory skupinové formy nácviků sociálních dovedností dle SP a PSS.

Zdroj: vlastní výzkum

Výzkum prokázal, že SP 1, SP 2 a PSS 2 shodně uvedly, že se děti na skupinových nácvicích sociálních dovedností učí spolupracovat. SP 2 a PSS 2 vnímají prospěšnost skupiny v pořádání skupinových her a aktivit. SP 1 a PSS 2 vnímají jako přínos, že se děti učí komunikovat ve skupině. SP 1, PSS 2 oceňují, že se děti učí toleranci. SP 2 také uvedla, že skupina má větší dynamiku a energii. Nevýhody skupinové formy nácviků sociálních dovedností SP 1 a PSS 2 spatřují v tom, že se skupina snadno rozhodí jednotlivcem. SP 1: *Když jeden nemá den, umí to rozhodit tu skupinu, celou tu lekci, poté se to musí obrátit jiným směrem, než člověk chtěl*. SP 2 říká, že skupinové nácviky sociálních dovedností jsou náročnější: *„Je to o tom hledat kompromisy v tom, co dítěti vyhovuje, když dětem vadí hluk, hledají se alternativy, třeba ten hluk řešíme tím, že když to těm dětem nevyhovuje, mohou přijít vedle do místnosti, nebo dostanou sluchátka, ale je to vždy najít nějaké aktivity, aby ta skupina kooperovala*“. Zároveň SP 1, SP 2 a PSS 2 přiznaly, že nejčastějším důvodem rozhození skupiny je hluk.

Přínos nácviků sociálních dovedností pro děti dle SP a PSS



Schéma č. 25: Přínos nácviků sociálních dovedností pro děti dle SP a PSS

Zdroj: vlastní výzkum

Ze schématu č. 25 vyplývá, že SP 1, SP 2 a PSS 2 shodně uvedli, že přínosem nácviků sociálních dovedností pro děti je práce s emocemi a zkvalitnění komunikace. SP 2: *Tím, že děti nejsou nacítěné na tu tělesnost, tak ty emoce nejsou schopny včas rozpoznat, takže hodně pracujeme s tím tělem*. SP 1 a SP 2 považují za přínosné, že se děti učí dát a přijmout pochvalu. SP 2 vyzdvihuje za přínosné různorodost témat, v kterých potřebují děti s PAS podpořit. PSS 2 pozitivně hodnotí nácvik finanční gramotnosti.

Přínos nácviků sociálních dovedností pro rodiče dle SP a PSS



Schéma č. 26: Přínos nácviků sociálních dovedností pro rodiče dle SP a PSS.

Zdroj: vlastní výzkum

Výzkum ukázal, že SP 1 a PSS 2 shodně vyjádřily, že přínosem nácviků sociálních dovedností pro rodiče je 45 minut oddech od tětí. SP 1 a SP 2 považují za přínosnou skupinovou konzultaci rodičů se sociálním pracovníkem. Dle SP 1 a PSS 2 se zdá být pro rodiče motivující, že vidí u dítěte pokroky. Dle SP 2 je pro rodiče výhodné, že se spolupodílí na tvorbě individuální zakázky: *„Dávají si zakázku, co chtějí změnit, co je*

problém a na tom tam pracujeme, pro každého je to něco jiného, co si zadá za zakázku (hodně individuální)“. PSS 2 uvedla, že nácviky sociálních dovedností pomáhají rodičům v tom, že dítě dokáže vyjádřit své potřeby.

4.3 Shrnutí výsledků

HVO: Jaký je přínos sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi s poruchou autistického spektra

Odpověď: Dle získaných dat klienti SASRD spatřují největší přínos v tom, že se jim dostane pomoci za každé situace, rozvíjí se jim dítě a získávají kontakt s jinými rodinami, se kterými mohou sdílet své starosti, poradit se a získají pocit, že nejsou sami. Sociální práci v terénu považují za užitečnou, protože vidí, jak dítě pracuje v přirozeném prostředí, využívá nabyté dovednosti v praxi a rodina získá nové zážitky. Rodiče zaznamenali, že děti mají kvalitnější kontakt s vrstevníky, lépe komunikují, dokáží relaxovat, mají lepší fyzickou, jsou klidnější, otevřenější a přizpůsobivější. Podle názoru sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách je v SASRD nejvíce přínosné, že je celá rodina v sociálním kontaktu, dítě se učí dovednosti běžného dne a rodiče získají chvíli pro sebe, protože děti pracují bez rodičů. V rámci terénní sociální práce se shodují s klienty služby v tom, že si děti osvojují dovednosti v přirozeném prostředí, ovšem je časově náročnější.

DVO1: Jaký je přínos výchovných, vzdělávacích a aktivizačních činností pro rodiny s dětmi s poruchou autistického spektra?

Odpověď: Ze zjištěných informací vyplývá, že Občanské sdružení ProCit, z.s. v rámci výchovných, vzdělávacích a aktivizačních činností klientům poskytuje plavání, cvičení, muzikoterapii, logopedii, herní klub, zážitkové programy pro celou rodinu, nácviky sociálních dovedností a vzdělávací, sportovně-relaxační pobyty. Sociální pracovníce zahrnuly do těchto aktivit rovněž poradenství v terénu a ambulantní konzultaci s klienty a sdělily, že probíhají dle programu, řízeně, individuálně či skupinově. Z výzkumu vyplývá, že všechny aktivity SASRD jsou nějakým způsobem dle klientů užitečné a důležité a současně vyjádřili spokojenost s jejich poskytováním. Čtyři z šesti dotazovaných klientů by na službě nic neměnilo. Nejlépe klienti hodnotili nácviky sociálních dovedností, protože děti se učí samostatnosti a rozvíjí se v sociálních vazbách. Přínos výchovných, vzdělávacích a aktivizačních činností nejvíce klienti spatřují v kontaktu s ostatními dětmi a rodiči, rozvoji dítěte, jsou spokojeni s tím, že se může

zapojit sourozenec do většiny aktivit a během nich si může také sám rodič odpočinout. Sociální pracovníce a pracovníce v sociálních službách spatřují přínos výchovných, vzdělávacích a aktivizačních činností rovněž v odpočinku pro rodiče, sociálním kontaktu, ale také v naučení dovedností pro běžný život, děti kvalitněji komunikují, zaměřují se na pohybové dovednosti, rodina se začleňuje do společnosti. Činnosti pozitivně ovlivnily děti dle klientů kvalitnějším kontaktem s vrstevníky, zlepšením komunikace a reakcí na hluk. Klienti zhodnotili také přínos multidisciplinárního týmu, a to tak, že v něm vidí rozmanitost, komplexnost a rozdílný pohled na věc. Sociální pracovníce a pracovníce v sociálních službách spatřují přínos multidisciplinárního týmu ve více návrhů řešení. Hlavní přínos práce s dítětem bez přítomnosti rodičů spatřují všichni dotazovaní pracovníci SASRD v tom, že se dítě jinak chová. Tři ze čtyř dotazovaných pracovníků nevidí naopak žádný přínos práce s dítětem za přítomnosti rodičů.

DVO2: Jaký je přínos sociálně terapeutických činností pro rodiny s dětmi s poruchou autistického spektra?

Odpověď: Z výzkumu vyplynulo, že klienti SASRD řadí mezi sociálně terapeutické činnosti relaxaci pro rodiče, individuální terapii s rodičem dle potřeby a jedenkrát za měsíc schůzku s psychologem. Sociální pracovníce do nich řadí také dechová cvičení, rozhovor, pozorování, nácviky sociálních dovedností, prvky ergoterapie, arteterapie a muzikoterapii. Z odpovědí lze usuzovat že klienti spatřují přínos sociálně terapeutických činností v tom, že jsou nasměrováni terapeutem, získají pocit, že všechno lze vyřešit, mohou sdílet své starosti a pociťují tak vnitřní klid. Mezi nejčastější důvody vyhledání sociální terapie dle klientů patří stresové situace a negace dítěte. Sociální pracovníce považují za přínosné, že si rodiny uvědomí, že nejsou ve stejné situaci sami, podporují se navzájem, což jim snižuje stres. Krizovou situaci u klientů se snaží sociální pracovníce překonávat individuálním rozhovorem s rodiči, prací s emocemi a sestavením a plněním zakázky. Cílem je dle nich poté splnění zakázky klienta a rozvoj v sociální oblasti. Přínos pro děti obě sociální pracovníce spatřují v tom, že navazují sociální vazby a rozvíjí vztah se sourozenci.

DVO3: Jaký je přínos nácviků sociálních dovedností u rodin s dětmi s poruchou autistického spektra?

Odpověď: Z výzkumu je zřejmé, že v zařízení se poskytují individuální i skupinové nácviky sociálních dovedností. Z dotazovaných klientů individuální formu nácviků

sociálních dovedností nikdo nevyužívá, ale přičítají jí význam v tom, že je ušitá dítěti na míru, takže dítě, které je uzavřenější, má šanci se více soustředit a lépe pracuje, oproti skupinové formě, kde se snadno rozruší. S tím souhlasí také pracovníce zařízení a dodávají, že dítě se lépe otevře a cítí se bezpečněji. Naopak skupinová forma sociálních dovedností pomáhá dětem s PAS dle rodičů respektovat ostatní, učit se nápodobou, přizpůsobit se, spolupracovat s ostatními a být součástí kolektivu. Sociální pracovníce a pracovníce v sociálních službách uvedly příkládají význam skupiny stejně jako rodiče v tom, že děti se učí spolupráci a toleranci, dále k lepší komunikaci, protože během nácviků sociálních dovedností se děti účastní skupinových her a aktivit. Přínos nácviků sociálních dovedností spatřují čtyři ze šesti klientů v tom, že si děti zkvalitňují komunikaci a rodiče si mohou v době nácviků sociálních dovedností odpočinout, protože se nácviky odehrávají bez nich. Klienti SASRD dále uvedli, že přínos nácviků sociálních dovedností pro ně má aplikování nabytých dovedností v praxi, orientace v sociálních vazbách, zvládání emocí a vyjadřování pocitů. Přínosem nácviků sociálních dovedností pro děti sociální pracovníce a pracovníce v sociálních službách spatřují v práci stejně jako rodiče s emocemi a zkvalitňování komunikace, ale také v tom, že děti se učí dát a přijmout pochvalu. Význam nácviků sociálních pro rodiče dle dotazovaných pracovníc je především v tom, že rodiče získají chvíli pro sebe, mohou využít skupinovou konzultaci ohledně průběhu terapie, rodič vidí pokroky u dítěte a děti se učí vyjadřovat své potřeby, což ulehčuje rodičům.

5. Diskuze

Cílem bakalářské práce bylo zjistit přínos sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi s poruchou autistického spektra. Prvním dílčím cílem bylo zjistit přínos výchovných, vzdělávacích a aktivizačních činností pro rodiny s dětmi s PAS, a to z pohledu rodičů. Druhým dílčím cílem bylo zjistit přínos výchovných, vzdělávacích a aktivizačních činností pro rodiny s dětmi s PAS, a to z pohledu pracovníků. Třetím dílčím cílem bylo zjistit přínos sociálně terapeutických činností pro rodiny s dětmi s PAS, a to z pohledu rodičů. Čtvrtým dílčím cílem bylo zjistit přínos sociálně terapeutických činností pro rodiny s dětmi s PAS, a to z pohledu pracovníků. Pátým dílčím cílem bylo zjistit přínos nácviků sociálních dovedností, a to z pohledu rodičů a šestým dílčím cílem bylo zjistit přínos nácviků sociálních dovedností, a to z pohledu pracovníků.

U HVO výzkum ukázal, že sociálně aktivizační služba pro rodiny s dětmi s PAS pozitivně ovlivňuje rodinu v oblastech sociálních, psychických i fyzických. Děti s PAS mají problémy ve třech hlavních oblastech: v sociálním chování, komunikaci a představitosti (Graham, 2008). Tím, že jsou děti během služby neustále v kontaktu s vrstevníky, rodinami, zdravými sourozenci, pracovníky a studenty, programy jsou promyšlené a řízené, nepřekvapil mi výsledek, že rodiče zaznamenaly pozitivní změny u dítěte ve výše uvedených oblastech. Vágnerová (2014) tvrdí, že rodina se často dostane do sociální izolace, omezí společenské styky z důvodu nedostatku času a nežádoucího chování dítěte. Proto dle mého názoru rodiče mohou považovat za velice přínosné, že obdrží pomoc za každé situace, získávají kontakt s jinými rodinami, se kterými mohou sdílet své starosti, poradí se a získají pocit, že nejsou sami. S tím souhlasí i jedna ze dvou sociálních pracovníc, která mezi rodinami vidí podpůrnou síť, kde si mohou vyměnit své zkušenosti. Zároveň podle mě služba naplňuje smysluplně volný čas rodiny, protože děti jsou vyčleňovány z běžných kroužků a aktivit, kterých se tak nemohou rodiny zúčastnit. S tím souhlasí i Kuzníková a kol. (2017), která tvrdí, že by sociální pracovník měl podporovat a vytvářet vhodné životní podmínky a vyrovnávat příležitosti osob s postižením běžné populaci. Během praxe v zařízení jsem zjistila, že rodiny mezi sebou udržují přátelské vztahy a navštěvují se i mimo zařízení.

Přínosem SASRD dle sociálních pracovníc a pracovníc v sociálních službách také je, že si děti s PAS nacvičují dovednosti běžného dne, což dle mého názoru učí děti samostatnosti, rodičům snižuje stres a šetří volný čas a v neposlední řadě děti připravuje

na budoucí samostatný život v rámci možností. Výzkum ukázal, že rodiče získávají během aktivit SASRD chvíli pro sebe, protože s dětmi je pracováno bez jejich přítomnosti. Všichni pracovníci se shodli na tom, že při práci s dítětem bez rodičů se dítě jinak chová, lépe přijímá jejich autoritu, soustředí se a řekne i to, co by neřeklo před rodiči. Naopak nespátřují žádný přínos v tom, když se rodič aktivit účastní. S tím úplně nesouhlasím, řekla bych, že je praktické, aby rodiče alespoň viděli, jakým způsobem se s dětmi pracuje a mohli to na ně sami aplikovat. Vágnerová (2014) uvádí, že díky problémovému chování dítěte s PAS mají rodiče problém sehnat pro rodinu vhodnou osobu dítěti na hlídání. Z registru poskytovatelů sociálních služeb vyplývá, že sociálně aktivizační služby zaměřené na děti se zdravotním postižením vykazuje pouze deset poskytovatelů v České republice (MPSV, 2019).

Terénní sociální práce se ukázala jako přínosná v tom, že si děti osvojují nabyté dovednosti v přirozeném prostředí a rodiče vidí, jak děti fungují v praxi. Z rozhovorů vyplynulo, že za reálné situace klienti i pracovníci považují např. nakupování, jízdu MHD, vzdělávací sportovně-relaxační akce pro celou rodinu či jiné zážitkové programy zapojující celou rodinu. Vrtišková (2009) uvádí, že intervence v terénu se všemi členy rodiny bývá mnohem efektivnější, protože problém se většinou týká celé rodiny. Černá in Janoušková, Nedělníková (2008) sděluje, že mezi výhody terénní sociální práce patří menší formálnost, lepší dostupnost klienta, ale klade to větší nároky na profesionalitu. Rodiny mají s pracovníky přátelské vztahy, tykají si, ale s ohledem na cílovou skupinu v tom nevidím nic špatného. Všechny rodiny jsou naprosto spokojeny s přístupem pracovníků. Pracovníci na některé aktivity vodí i své děti a zařízení funguje spíše jako komunitní centrum plné podpory a pochopení. Překvapilo mi, že za rodinou domů sociální pracovník k nikomu z dotazovaných klientů nedochází, ačkoliv to jeden ze dvou sociálních pracovníků dle výsledků rozhovorů nabízí. Dle mého názoru klienti neví, že tuto možnost mají, protože všichni byli překvapeni, že se jich na to ptám.

U DVO 1 z výzkumu vyplynulo, že sociální pracovnice řadí do výchovných vzdělávacích a aktivizačních činností všechny aktivity, které poskytuje služba, tj. i poradenství v terénu a ambulantní konzultaci s klienty. Je to logické, protože služby se překrývají. Muzikoterapii, nácviky sociálních dovedností a např. logopedii lze zahrnout do aktivizačních činností, stejně jako do terapeutické intervence. Odpovědi týkající se přínosů v jednotlivých kategoriích, na které jsem je rozdělila, se rovněž proto často duplikují.

Všichni dotazovaní rodiče uvedli, že jsou pro ně všechny aktivity užitečné a důležité, protože každá rozvíjí jinou oblast. To koresponduje s výrokiem Jankovského in Šrajer a Musil eds. (2008), který tvrdí, že pokud se snažíme, aby byla péče o dítě se zdravotním postižením efektivní, musí být komplexní. Klíma, et al. (2009) zase tvrdí, že výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti skrývají stejný potenciál jako institut rodiny. Jediný rodič ze šesti dotazovaný uvedl, že cvičení pro děti s PAS je sice užitečné, ale dá se nahradit i jinak, protože se nezaměřuje na problémové oblasti autistické poruchy. S tím ale rozhodně nesouhlasím, protože jsem se v rámci praxe několikrát cvičení pro děti s PAS účastnila, programy byly zaměřeny na motoriku, interakční hry, a děti museli při různých činnostech spolupracovat. Tyto činnosti probíhají bez přítomnosti rodičů ale s možností účasti v případě zájmu. Během cvičení pro děti probíhá v jiné tělocvičně i cvičení pro rodiče, takže je možné, že tento rodič cvičení pro děti příliš nenavštěvuje.

Rodiče, sociální pracovníce a pracovníce v sociálních službách vyzdvihli přínos plavání a cvičení, protože děti se tak učí budovat vztah ke sportu, zlepšují si fyzičku a nacvičují pohybové dovednosti. Rodiče mají v této době čas pro sebe, ale mohou si zdarma bez dítěte také zaplavat. Shlemmerová (2009) tvrdí, že obvykle děti s PAS disponují lepšími motorickými dovednostmi, což lze aplikovat právě na fyzické aktivity, kde není potřeba kreativity, představitivosti a jazyka a tyto činnosti přispívají k lepší koordinaci pohybů, fyzičce a děti více baví. Protože nervový systém dítěte s PAS se přetíží mnohem rychleji než u zdravého dítěte, zastávám názor, že sport může být pro dítě zdrojem relaxace a vybití energie, které v sobě děti dusí ve školním prostředí. Sportovních aktivit se mohou zúčastnit rovněž rodiče i sourozenci, což dle mého názoru pomáhá ke snížení stresu, lepšímu vztahu mezi sourozenci a rodině to smysluplně naplňuje volný čas. Pracovnice vidí přínos v tom, že děti mohou dělat něco spolu. Thorová (2016) tvrdí, že rodiče mohou podpořit kladný vztah sourozenců tím, že je budou právě podporovat v jejich společných zájmech a činnostech.

Rodiče také zaznamenali u dětí snížení reakce na hluk a kvalitnější komunikaci. Chang (2010) tvrdí, že autistickou citlivost mohou snižovat právě venkovní aktivity. Geretsegger (2016) uvádí, že muzikoterapie zastupuje vhodný nástroj k sociální adaptaci dětí. S tím souhlasí rodiče dětí, které mají problém s hlukem, ale navštěvují bez problémů skupinovou muzikoterapii, protože jim terapeuti nasazují sluchátka, nebo v případě potřeby si je vezmou do vedlejší místnosti, ale děti mají pořád možnost zapojit se do kolektivu. Jiný rodič je nadšen z toho, že dítě prostřednictvím hudby lépe komunikuje.

Tím potvrzuje výrok Gerlichové (2014), že děti si během muzikoterapie osvojují funkční schopnosti komunikovat, učí se porozumět, či alternativních prostředků komunikace. Pracovníci nejvíce na muzikoterapii oceňují práci s emocemi, protože dle nich s nimi děti mají největší problém. Na muzikoterapii mohou emoce v bezpečném prostředí projevit. Geretsegger (2016) u muzikoterapie rovněž uvádí, že má schopnost pozitivně ovlivňovat projevy emocí dětí. LaGasse (2015) tvrdí, že skupinová terapie zlepšuje společnou pozornost a oční kontakt, ale nikdo z dotazovaných tyto aspekty nezmiňuje.

Zařízení ProCit má v nabídce služeb individuální canisterapii, která je realizována dle domluvy, ale nikdo z komunikačních partnerů ji nevyužívá. To mi hodně překvapilo, protože účinků zooterapie u dětí s PAS je dle odborníků celá řada. Müller a kol. (2014) jako příklady uvádí, že pes pomáhá dítěti rozeznat společenské situace, zmírňuje projevy autistické poruchy, pes zastupuje roli prostředníka mezi lidmi a okolním světem, zlepšuje duševní rovnováhu a pocit samoty. Z toho důvodu, bych ji doporučila u uzavřenějších dětí v rámci individuální terapie před nástupem do terapie skupinové

Přínos výchovných, vzdělávacích a aktivizačních činností spatřují klienti i pracovníci v kontaktu s ostatními dětmi, kontaktu s ostatními rodiči, a tím, že se sourozenec může zapojit téměř do všech aktivit. Nejvíce se tyto aspekty naplňují dle mého názoru na výchovně vzdělávacích sportovně relaxačních pobytech a jednorázově zaměřených akcí, kde je celá rodina pohromadě. To potvrzuje i Buchta (2013), který tvrdí, že zážitkové pobyty jsou velmi oblíbenou událostí pro více rodin, kde se pracuje ve skupinách, a tím se podporuje socializace a budují se vztahy. Jeden ze šesti rodičů si postěžoval na kapacitu pobytů, která je dle něho nedostatečná. Zjistila jsem během praxe, že se tyto pobyty nabízí přednostně klientům sociálně aktivizačních služeb a ostatním klientům se tak často stává, že na ně nezbyde místo. Protože se jich účastní celé rodiny, je logické, že kapacita musí být nastavena, ale osobně bych zkusila změnit místa, kam se obvykle jezdí a podívala se po ubytovacích zařízeních s větší kapacitou.

Klienti zhodnotili také přínos multidisciplinárního týmu, a to tak, že v něm vidí rozmanitost, komplexnost a rozdílný pohled na věc. Sociální pracovníce a pracovníce v sociálních službách spatřují přínos multidisciplinárního týmu ve více návrhů řešení. Bude to způsobeno zřejmě tím, že v zařízení pracují sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách, lektori a speciální pedagog, ale do zařízení rovněž externě dojíždí psycholog, spolupracuje se s psychiatrem, rodiče dostanou kontakty na lékaře a

vzdělávací zařízení, které pracují s dětmi s PAS. V zařízení je možné rovněž provést diagnostiku dítěte. Do multidisciplinárního týmu by měli patřit i rodiče, kteří jestliže se podílí na terapiích, osvojují si informace ohledně péče o své děti (Jankovský in Šrajfer a Musil (eds.), 2008). Rodiče jsou součástí multidisciplinárního týmu v rámci konzultací se sociálními pracovníky a poradenstvím v terénu.

DVO 2 se zabývala přínosem sociálně terapeutických činností. Nikdo z dotazovaných nevěděl, co tyto činnosti přesně jsou, takže jsem jim musela tento termín před započítím rozhovoru v této oblasti vysvětlit. Ačkoliv na stránkách zařízení je tato činnost zanesena, nikdo nevěděl, co se do nich řadí. Dva ze šesti rodičů jsem nemohla do této kategorie zahrnout, protože tyto činnosti kromě nácviků sociálních dovedností a muzikoterapie nevyužívaly a jimi se zabývám v jiných kategoriích.

Rodiče na nich oceňují, že je terapeut dokáže nasměrovat, mají pocit, že všechno se dá vyřešit, mohou sdílet své starosti a vnitřně je to uklidňuje. Karst (2012) tvrdí, že péče o děti s PAS je velice vyčerpávající a stresová po všech stránkách, takže tyto aspekty se jeví jako velice žádoucí. Rodiče se často radí s terapeutem v rámci individuálního sezení ohledně negací dítěte, změny chování dítěte, většinou se jedná o různá vývojová stadia dítěte a řeší se i stres rodičů. Spouštěčem stresu a úzkosti může být dle Thorové (2016) to, že rodiče se často dopouští chyb při výchově dítěte, protože nebyli dostatečně obeznámeny se specifiky autistické poruchy, takže intervence v této oblasti se jeví jako nutná. Nikdo z nich ale nevedl, že by zašel za terapeutem v době nástupu dítěte do školního zařízení, což se vylučuje s tvrzením Gjuričové a Kubičky (2009), která tvrdí, že rodiče v této fázi již sice přijmou odlišnosti dítěte, zajišťují plnohodnotně jeho potřeby, ale znovu mohou pociťovat nenaplněnost jejich očekávání a může docházet ke konfliktu mezi jednotlivými členy rodiny. Jeden ze sociálních pracovníků rovněž nabízí relaxační techniky a dechová cvičení, což dle Giky (2012) představuje vhodné řešení pro matky dětí s PAS, které jsou vystaveny značnému stresu. Za krizovou situaci považují sociální pracovnice změnu chování dítěte, které se značně například zhorší ve škole. Pracují tak s rodičem v rámci individuálního rozhovoru, kdy cílem je změna zakázky a zaměření se na problém na nácvikách sociálních dovedností a s rodičem se pracuje na snížení stresu relaxačními technikami, nebo je jim jednou měsíčně nabídnuté sezení s psychologem. To bývá pravděpodobně důvod, proč se sociální pracovnice při vykonávání terapeutických činností neopírají o žádný psychoterapeutický přístup.

Sociální pracovníce považují za přínosné, že si rodiny uvědomí, že nejsou ve stejné situaci sami, podporují se navzájem, což jim snižuje stres a naplňuje volný čas. Toho je dle mého dosahováno především tím, že se rodiče po nácvikách sociálních dovedností setkávají ve skupině s terapeutem a společně se radí ohledně svých problémů a pracují společně na programu aktivit nácviků sociálních dovedností pro děti.

DVO 3 řeší přínos nácviků sociálních dovedností. Z výzkumu je zřejmé, že všichni dotazovaní klienti využívají skupinové nácviky sociálních dovedností, protože dle rodičů, sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách se děti učí respektovat ostatní, spolupracovat s ostatními, zkvalitňují si komunikaci, lépe zvládají emoce. Dle rodičů se také děti ve skupině orientují lépe v sociálních vazbách a učí se navazovat kontakty. Stepping Stones (2017) potvrzují výše uvedené aspekty a jako další uvádí, že děti získají dovednosti pro řešení problému ve skupině a mají větší kontrolu nad svými emocemi. Dva ze šesti rodičů, které má uzavřenější děti přiznalo, že individuální forma byla pro jejich dítě vhodnější v začátcích, protože na prvních nácvikách sociálních dovedností vůbec nespolečně pracovala. S tím by souhlasil i Kantor a kol. (2009), který tvrdí, že individuální forma je jakási příprava na přechod do skupinové terapie u klientů, kteří si nejprve potřebují osvojit základní zkušenosti a dovednosti.

Přínos nácviků sociálních dovedností je dle většiny dotazovaných to, že děti dokáží zvládat emoce a vyjadřují pocity. Bude to dle mého názoru tím, že emoce bývají dle pracovníků klíčové téma nácviků sociálních dovedností i muzikoterapie. Jedna ze sociálních pracovníků uvedla, že děti učí, aby byly schopné vnímat emoce v těle a mohly s nimi dál pracovat. Jacobs a Betts (2013) souhlasí, že by se nácviky sociálních dovedností měly zaměřit na vědomí vlastního těla, ale také na zlepšení koordinace obou polovin těla, dovednosti jemné motoriky a dovednosti běžného dne, což pracovníci s dětmi rovněž nacvičují.

6. Závěr

Tato bakalářská práce se zabývala sociálně aktivizačními službami pro rodiny s dětmi s poruchou autistického spektra. Teoretická část byla věnována poruchám autistického spektra, konkrétně problémovým oblastem společnými pro všechny poruchy autistického spektra, které byly pro vysvětlení stručně definovány. Dále se čtenáři mohli seznámit s rodinou pečující o dítě s poruchou autistického spektra a nejčastějšími aspekty týkající se sociální oblasti, volného času, fyzického a duševního zdraví. Nakonec se všechna témata propojila v kapitole o sociálně aktivizačních službách pro rodiny s dětmi, která obsahuje základní informace o cílové skupině, poskytovaných činnostech a vybraném zařízení cílící na rodiny s dětmi s poruchami autistického spektra.

V úvodu empirické části je zformována základní výzkumná otázka pro výzkum takto: Jaký je přínos sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi s poruchou autistického spektra? V rámci této základní otázky byly zformovány dílčí výzkumné otázky, kterými jsme se dotazovali na přínos výchovných, vzdělávacích a aktivizačních služeb, sociálně terapeutických služeb a nácviků sociálních dovedností. Na všechny dílčí otázky jsme se ptali rodičů dětí s PAS využívající SASRD, sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách vyjma sociálně terapeutických činností, kde jsme záměrně vynechali pracovníce v sociálních službách.

Výzkum ukázal, že přínos sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi s poruchou autistického spektra spatřuje rodina v tom, že se rodině dostane vždy pomoci, rozvoj dítěte, kontakt s jinými rodinami, se kterými tak mohou sdílet své starosti, poradit se a vědět, že nejsou v situaci sami. Terénní sociální práci spatřuje většina dotazovaných přínos v nacvičování dovedností dítěte v přirozeném prostředí, využíváním nabytých dovedností v praxi a naučením dovedností běžného dne, jako např. finanční gramotnost. Rodina také získává venku nové zážitky. Jako hlavní přínosy výchovných vzdělávacích a aktivizačních činností uváděli rodiče dětí s PAS kontakt s ostatními dětmi, rozvoj dítěte, adaptace na hluk, kontakt s ostatními rodiči, zapojení sourozence do aktivit a odpočinek rodiče během aktivit, protože pracovníci rodiče k aktivitám většinou nepotřebují. Sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách spatřovaly přínos těchto činností vyjma výše zmiňovaných v kvalitnější komunikaci, rozvoji pohybových dovedností a začleňování rodiny do společnosti. Jako hlavní přínosy sociálně terapeutických činností u rodin s poruchou autistického spektra uváděli rodiče nasměrování terapeutem, získání

pocitu, že vše lze vyřešit, sdílení starostí a vnitřní klid. Sociální pracovníce spatřovaly v této kategorii za přínosné, že se rodiny podporují navzájem, snižuje se u nich stres a dítě se rozvíjí v sociální oblasti. Mezi hlavní přínosy nácviků sociálních dovedností uvádějí rodiče dětí s PAS to, že mají volno, děti se učí toleranci, přizpůsobují se, učí se nápodobou, spolupracovat a být součástí kolektivu, zkvalitňuje se jim komunikace, nabyté dovednosti aplikují v praxi. Sociální pracovníce a pracovníce v sociálních službách rovněž považují mimo již výše uvedené za přínosné, že rodiče mohou využít skupinovou konzultaci ohledně průběhu terapie, vidí pokroky dítěte a děti si zlepšují vyjadřovací schopnosti.

Výsledek výzkumu může prospět pracovníkům Občanského sdružení ProCít, z.s. ohledně zjištění smysluplnosti a kvality poskytované péče, ale i potencionálním klientům. Z mého pohledu zjištěné přínosy sociálně aktivizační služby velice zkvalitňují a obohacují život rodině s dětmi s poruchou autistického spektra, a proto by bylo žádoucí, aby výsledek práce posloužil i potencionálním poskytovatelům sociálních služeb podobného typu.

Seznam použité literatury

1. ARNOLDOVÁ, A. 2016. *Sociální péče 2. díl: Učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. 320 s. ISBN 978-80-247-5148-1.
2. BAZALOVÁ, B., 2017. *Autismus v edukační praxi*. Praha: Portál. 208 s. ISBN 978-80-262-1195-2.
3. BENDOVIÁ, P., ZIKL, P., 2011. *Dítě s mentálním postižením ve škole*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-3854-3.
4. BOBEK, M., PENIŠKA, P., 2008. *Práce s lidmi*. Brno: NY Publishing. 288 s. ISBN 978-80-903858-2-5.
5. BOTKOVÁ, A., 2018. *Přístup sociálních pracovníků vybrané sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi k rodičovským kompetencím klientů*. Brno. Diplomová práce. FSS MU.
6. BOHLANDER, AJ et al., 2012. Social Skills Training for Children with Autism. *Pediatric Clinic*. (59) 1, 165-174, doi: <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2011.10.001>.
7. BECHYŇOVÁ, V., KONVIČKOVÁ, M., 2011. *Sanace rodiny*. 2. vydání. Praha:Portál. 151 s. ISBN 978-80-262-0031-4.
8. BECHYŇOVÁ, V., 2012. *Případové konference*. Praha: Portál. 160 s. ISBN 978-80-262-0181-6.
9. BUCHTA, J. 2013. *Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi*. Brno. Diplomová práce. PdF MU.
10. BUZAN, T., BUZAN, B., 2011. *Myšlenkové mapy: probudte svou kreativitu, zlepšete svou paměť, změňte svůj život*. Brno: Computer Press. 52 s. ISBN 97880-251-2910-4.
11. CIMRMANNOVÁ, T. a kol., 2013. *Krize a význam pomáhajících prvního kontaktu*. Praha: Karolinum. 200 s. ISBN 978-80-246-2205-7.
12. ČERNÁ, D., 2008. *Úvod do terénní sociální práce*. In: Janoušková, K., Nedělníková, D. (eds.), 2008. *Sborník studijních textů*. Ostrava: ZSF OSU, s. 9-24. ISBN 978-80-7368-504-1.
13. ČERNÁ, M., 2008. *Česká psychopedie*. Praha: Karolinum. 237 s. ISBN 978-80-246-1565-3.
14. DISMAN, M., 2011. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1966-8.

15. FISKE, KE, 2017. *Autism and the Family*. New York: W. W. Norton & Company. 336 s. ISBN 978-0393710557.
16. GERLICOVÁ, M., 2014. *Muzikoterapie v praxi: Příběhy muzikoterapeutických cest*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-9171-5.
17. GERETSEGGER, M., 2014. Music therapy for people with autism spectrum disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. (2016) 3, doi: 10.1002/14651858.CD004381.pub3.
18. GIKA, DM, 2012. Use of relaxation technique by mothers of children with autism: A case-serious study. *Psychological Reports*. (111) 3, 797-804.
19. GJURIČOVÁ, Š., KUBIČKA J., 2009. *Rodinná terapie*. 2. vydání. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-2390-7.
20. GRAHAM, J., 2008. *Autism, Discrimination and the Law*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers. 144 s. ISBN 978-1-84310-627-2.
21. GRABRUCKER, AM, 2013. Environmental factors in autism. *Frontiers in Psychiatry*. (118) 3, doi: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2012.00118>.
22. GULOVÁ, L., 2011. *Sociální práce*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-3379-1.
23. HAVRÁNEK, B., et al., 2011. Slovník spisovného jazyka [online]. [cit. 2019-04-20]. Dostupné z: <https://ssjc.ujc.cas.cz/search.php?hledej=Hledat&heslo=p%C5%99%C3%ADnos&sti=EMPTY&where=hesla> .
24. HAVRÁNEK, B., et al., 2011. Slovník spisovného jazyka [online]. [cit. 2019-04-20]. Dostupné z: <https://ssjc.ujc.cas.cz/search.php?heslo=d%C3%ADt%C4%9B&sti=10267&where=hesla>.
25. HENDL, J., 2016. Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace. 4. přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál. 440 s. ISBN 978-80-262-0982-9
26. HOHMAN, M., 2015. *Motivational Interviewing in Social Work Practice*. NY: The Guilford Press. 178 s. ISBN 978-146-252-369-6.
27. HOLÁ, L. a kol., 2013. *Mediace a možnosti využití v praxi*. Praha: Grada. 512 s. ISBN 978-80-247-4109-3.
28. HOLLANDER, E. a kol., 2010. *Textbook of Autism Spectrum Disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing. 627 s. ISBN 9781585623419.

29. HOSÁK, L. a kol., 2015. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum. 648 s. ISBN 978-80-246-2998-8.
30. *How a social skills group can benefit your children*. 2017 [online]. Stepping Stones [cit. 2019-02-01]. Dostupné z: <https://www.steppingstonesca.com/single-post/2017/04/27/How-a-social-skills-group-can-benefit-your-child>.
31. HRDLIČKA, M., KOMÁREK, V., 2014. *Dětský autismus*. 2. vydání. Praha: Portál. 212 s. ISBN 978-80-262-0686-6.
32. HRUŠKOVÁ, H., MATOUŠEK, O., LANDISCHOVÁ, E., 2010. Sociální práce s lidmi s mentálním postižením. In: MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P., *Sociální práce v praxi*. 2. vydání. Praha: Portál. 352 s. ISBN 978-80-7367-818-0.
33. CHANG, YY, CHANG CHY, 2010. *The Benefits of Outdoor Activities for Children with Autism* [online]. Texas: 16th International Symposium on Society and Resource Management (ISSRM) [cit. 2019-02-01]. Dostupné z: file:///C:/Users/Honza/Downloads/The_Benefits_of_Outdoor_Activities_for_Children_wi.pdf.
34. JACOBS, DS, BETTS, DE, 2013. *Nácvik sebeobsluhy a sociálních dovedností u dětí s autismem*. Praha: Portál. 152 s. ISBN 978-80-262-0498-5.
35. JANKOVSKÝ, J., 2008. *Etická dilemata v sociální práci ve vztahu k rodině*. In: Šrajfer, J., Musil, L. (eds.), 2008. *Etické kontexty sociální práce s rodinou*. České Budějovice, Brno: Albert, s. 107-117. ISBN 978-80-7326-145-0.
36. KALINA, K. a kol., 2015. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada. 696 s. ISBN 978-80-247-4331-8.
37. KANTOR, J. a kol., 2009. *Základy muzikoterapie*. Praha: Grada. 296 s. ISBN 978-80-247-2846-9.
38. KARST, JS, 2012. Parent and Family Impact of Autism Spectrum Disorders: A Review and Proposed Model for Intervention Evaluation. *Clinical Child and Family Psychology Review*. (15) 3, 247-277. doi: <https://doi.org/10.1007/s10803-014-2231-6>.
39. KASTNEROVÁ, T., 2012. *Sociálně aktivizační služby a jejich etická reflexe*. České Budějovice. Diplomová práce. TF JU.

40. KENT, C. et al., 2018. Peer-mediated intervention to improve play skills in children with autism spectrum disorder: A feasibility study. *Australian Occupational Therapy Journal*. (65) 3, 176-186, doi: 10.1111/1440-1630.12459.
41. KLÍMA, J. a kol., 2016. *Pediatric pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-5014-9.
42. KLÍMA, P. et al., 2009. *Kontaktní práce: antologie textů České asociace streetwork*. 2. vydání. Praha: Česká asociace streetwork. 359 s. ISBN 978-80-254-4001-8.
43. KODÝM, M., 2014. *Metody rozvoje sociálních dovedností*. Praha: UJAK. 108 s. ISBN 978-80-7452-046-4.
44. KOOIMAN, A., 2016. *Děti a sociální dovednosti*. Praha: Didactive Plus. 131 s., ISBN 978-80-270-0598-7.
45. KREJČÍŘOVÁ, O., TAZNEROVÁ, I., 2011. *Malý lexikon sociálních služeb*. Olomouc: FTK UPOL. 86 s. ISBN 978-80-244-2754-6.
46. KUKLA, L. a kol., 2016. *Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí*. Praha: Grada. 456 s. ISBN 978-80-247-3874-1.
47. KUTNOHORSKÁ, J. et al., 2012. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3843-7.
48. KUZNÍKOVÁ, I. a kol., 2011. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-3676-1.
49. LAGASSE, AB, 2015. Effect of Music Therapy Group Intervetion on Enhancing Social Skills in Children with Autism. *Journal of Music Therapy*. 51 (3), 250-275, doi:10.1093/jmt/thu012.
50. LINHARTOVÁ, K., 2012. *Zooterapie a možnost jejího využití ve výchově ke zdraví*. Brno. Diplomová práce. PedF MU.
51. MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. a kol., 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada. 168 s., ISBN 978-80-247-2138-5.
52. MALÍKOVÁ, E., 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
53. MATOUŠEK, O. a kol., 2013. *Metody a řízení sociální práce*. 3. vydání. Praha: Portál. 400 s. ISBN 978-80-262-0213-4.
54. MATOUŠEK, O. a kol., 2014. *Podpora rodiny*. Praha: Portál. 176. ISBN 978-80-262--0697-2.
55. MATOUŠEK, O., PAZLAROVÁ, H., 2010. *Hodnocení ohroženého dítěte*. Praha: Portál. 184 s. ISBN 978-80-7367-739-8.

56. MCPARTLAND, JC, 2013. *Asperger syndrome: Assessing and Treating High Functioning Autism Spectrum Disorders*. 2. vydání. New York: Guilford Press. 482. ISBN 978-146-251-414-4.
57. MIOVSKÝ, M., 2006. Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha: Grada. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
58. MISÍKOVÁ, M., 2008. *Sociální vyloučení*. In: Janoušková, K., Nedělníková, D. (eds.), 2008. *Sborník studijních textů*. Ostrava: ZSF OSU, s. 169-191. ISBN 978-80-7368-504-1.
59. MPSV, © 2019 [online]. Registr poskytovatelů sociálních služeb [cit. 2019-04-30]. Dostupné z:
http://iregistr.mpsv.cz/socreg/rozsirene_hledani_sluzby.do?pg=1&zn=&zao=&sd=oci%C3%A1ln%C4%9B+aktiviza%C4%8Dn%C3%AD+slu%C5%BEby+pro+rodi+ny+s+d%C4%9Btmi&pic=&zak=&spd=&spo=&zaok=&zau=&pn=&scs=17&si=&srp=pdaz&SUBSESSION_ID=1556759994306_10#results .
60. Müller, O. a kol., 2014. *Terapie ve speciální pedagogice*. 2. vydání. Praha: Grada. 512 s. ISBN 978-80-247-4172-7.
61. Občanské sdružení ProCit, © 2018 [online]. Plzeň [cit. 2018-12-15]. Dostupné z:
<http://www.autismusprocit.cz/>.
62. PAVLÍČKOVÁ, J., 2017. Práce v terénu – Aktuální trend sociálně-pedagogické práce s rodinou. *Sociální pedagogika*. 5(2). 91-102. ISSN 1805-8825.
63. PERCY, AK, 2011. Rett Syndrome: Exploring the Autism Link. *Jama Neurology*. (68) 8, 985-989, doi: doi10.1001/archneurol.2011.149.
64. POLÁKOVÁ, P., 2019. *Jak rozvíjet pohyb, emoce, smysly*. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-271-0760.
65. *Průvodce sociální službou*, © 2018 [online]. Občanské sdružení ProCit, z.s. [cit. 2018-12-15]. Dostupné z:
http://www.autismusprocit.cz/dok/Realizace_socialnich_sluzeb_pruvodce_ProCit.pdf.
66. REED, FDD et al., 2011. Application of technology to teach social skills to children with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*. (5) 3, 1003-1010, doi: <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2011.01.022>.
67. REICHEL, J., 2009. Kapitoly metodologie sociálních výzkumů. Praha: Grada. 184 s. ISBN 978-80-247-3006-6.

68. RICHMAN, S., 2015. *Výchova dětí s autismem*. 3. vydání. Praha: Portál. 128 s. ISBN 978-80-262-0984-3.
69. SCHLEMMEROVÁ, J., 2009. *Možnosti pohybových aktivit ovlivňující funkční oblasti chlapce s poruchou autistického spektra*. Brno. Diplomová práce. PedF MU.
70. SHARMA, A. et al., 2013. An Improved Case of Autism as Revealed by PET CT Scan in Patient Transplanted with Autologous Bone Marrow Derived Mononuclear Cells. *J Stem Cell Research & Therapy*. (3) 2, 1-4, doi:10.4172/2157-7633.1000139.
71. SEDLÁKOVÁ, R., 2015. *Výzkum médií: Nejužívanější metody a techniky*. Praha: Grada. 544 s. ISBN 978-80-247-3568-9.
72. *Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi*. © 2019 [online]. Agentura pro sociální začleňování. [cit. 2019-01-02]. Dostupné z: <http://www.socialni-zaclenovani.cz/socialne-aktivizacni-sluzby-pro-rodiny-s-detmi>
73. *Sociálněaktivizační služby pro rodiny s dětmi*. © 2019 [online]. Střep. [2019-01-02]. Dostupné z: <http://www.strep.cz/cs/index.php?page=socialni-sluzby>.
74. ŠAUEROVÁ, M. et al., 2012. *Speciální pedagogika v praxi*. Praha: Grada. 248 s. ISBN 978-80-247-8186-0.
75. ŠPATENKOVÁ, N. a kol., 2017. *Krize a krizová intervence*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-5327-0.
76. ŠPATENKOVÁ, N. a kol., 2011. *Krizová intervence pro praxi*. 2. vydání. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-247-2624-3.
77. THOROVÁ, K., 2016. *Poruchy autistického spektra*. 4. vydání. Praha: Portál. 488 s. ISBN 978-80-262-0768-9.
78. TOPINKA, D., 2008. *Analýza potřeb v sociálních službách*. In: Janoušková, K., Nedělníková, D. (eds.), 2008. *Sborník studijních textů*. Ostrava: ZSF OSU, s. 330-362. ISBN 978-80-7368-504-1.
79. URBANOVSKÁ, E., 2017. *Rodina jako významný faktor vývoje dítěte*. In: Dokoupilová, I. et al., 2017. *Rodina a dítě se zdravotním postižením*. Brno: Paido, s. 9-28. ISBN 978-80-7315-262-8.
80. USTILAITE, S., CVETKOVA, L., 2011. Positive experience of families raising children's with disability. *Pedagogika*. (102) 1, 135-142, ISSN 13920340.
81. VÁGNEROVÁ, M., 2014. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vydání. Praha: Portál. 816 s. ISBN 978-80-262-0696-5.
82. VÁVROVÁ, S., 2012. *Doprovázení v pomáhajících profesích*. Praha: Portál. 160 s. ISBN 978-80-262-0087-1.

83. VÍTKOVÁ RULÍKOVÁ, K., 2009. *Metodické doporučení MPSV č. 9/2009 k sociální práci s ohroženou rodinou*[online]. Praha: MPSV [cit. 2018-12-15]. Dostupné z: https://nautis.cz/files/userfiles/Zpravodaje/Zpravodaj_4_2017.pdf.
84. VÍTOVCOVÁ, I., 2015. *Stanovy Občanské sdružení ProCit, z.s.* [online]. Plzeň: Občanské sdružení ProCit,z.s. [cit. 2018-12-15]. Dostupné z: http://www.autismusprocit.cz/dok/Stanovy_Spolek_ProCit_17_12_2015.pdf.
85. VRTIŠKOVÁ, M., 2009. *Teorie a metody sociální práce*. Praha: Tribun EU. 211 s. ISBN 978-80-7399-877-6.
86. VRTIŠKOVÁ, M., 2010. *Teorie a metody sociální práce II*. Praha: Tribun EU. 190 s. ISBN 978-80-7399-228-6.
87. Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, 2006. In: Sbíрка zákonů České republiky, částka 164, s. 7042–7047. ISSN 1211–1244.
88. *Výroční zpráva za rok 2015*, © 2018 [online]. Občanské sdružení ProCit, z.s. [cit. 2018-12-15]. Dostupné z: http://www.autismusprocit.cz/dok/vyrocní_zprava_ProCit_2015.pdf.
89. WALKER, I., 2013. *Výzkumné metody a statistika*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80--247-3920-5.
90. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, 2006. In: Sbíрка zákonů České republiky, částka 37, s. 1273. ISSN 1211-1244.
91. ZITKOVÁ, H., 2014. *Rozvoj sociálních dovedností u žáků na I. stupni základních škol*. Pardubice: FF UPCE. 183 s. ISBN 978-80-7395-850-3.
92. ZAKOUŘILOVÁ, E., 2014. *Speciální techniky sociální terapie rodin*. Praha: Portál. 192 s. ISBN 978-80-262-0583-8.

Přílohy

Příloha č. 1 - Záznamový arch pro polostrukturované rozhovory s rodiči

Příloha č. 2 - Záznamový arch pro polostrukturované rozhovory se sociálními pracovníci a pracovníci v sociálních službách

Příloha č. 3 – Seznam schémat

Příloha č. 4 – Seznam tabulek

Záznamový arch pro polostrukturované rozhovory s rodiči

I. Sociodemografické údaje

1. Pohlaví
 - rodiče
 - dítě s poruchou autistického spektra
2. Věk
 - rodiče
 - dítě s poruchou autistického spektra
3. Počet a věk sourozenců dítěte s autismem
4. Doba užívání služby

II. Výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti

5. Jaké výchovné, vzdělávací a aktivizačních činností, a jak často využíváte?
6. Jaké aktivizační činnosti jsou pro Vás nejužitečnější, a z jakého důvodu?
7. Jaké aktivizační činnosti jsou pro Vás naopak nejméně užitečné, a z jakého důvodu?
8. Jak jste spokojeni s nabídkou aktivizačních činností?
9. V čem jsou výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti pro Vás přínosem?
10. V čem spatřujete přínos spolupráce více odborníků?
11. Jaké pozitivní změny nastaly u dítěte užíváním sociálně aktivizační služby
12. Jaký přínos pro Vás má sociálně aktivizační služba?
13. Co byste naopak změnili?

III. Sociálně terapeutické činnosti

14. Jak probíhají sociálně terapeutické činnosti?
15. S jakými obtížemi se v rámci sociálně terapeutických činností obracíte na pracovníky zařízení?
16. Co Vám sociálně terapeutické činnosti přináší?

17. Jak jste spokojeni s přístupem terapeuta?
18. Jakým způsobem s Vámi pracujete pracovník v rámci terénní sociální práce?
19. V čem spatřujete přínos terénní sociální práce

IV. Náviky sociálních dovedností

20. Využíváte náviky sociálních dovedností, pokud ano, jak často?
21. Navštěvuje Vaše dítě náviky sociálních dovedností samo nebo s Vaší přítomností?
22. Jakou formu nácviků sociálních dovedností využíváte?
23. Jaké jsou podle Vás klady a zápory individuální formy nácviků sociálních dovedností?
24. Jaké jsou podle Vás klady a zápory skupinové formy nácviků sociálních dovedností?
25. Jaký je přínos nácviků sociálních dovedností pro Vás a Vaše dítě?

Záznamový arch pro polostrukturované rozhovory se sociálními pracovníky a pracovníky v sociálních službách

I. Sociodemografické údaje

1. Pohlaví
2. Nejvyšší dosažené vzdělání
3. Pracovní zařazení
4. Délka praxe v zařízení
5. Délka praxe s cílovou skupinou

II. Výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti

6. Jaké výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti poskytujete?
7. Jak probíhají výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti?
8. V čem spatřujete přínos výchovných, vzdělávacích a aktivizačních činností?
9. Pracujete v rámci výchovných, vzdělávacích a aktivizačních činností individuálně s dítětem bez přítomnosti rodičů?
10. V čem spatřujete přínos práce s dítětem bez přítomnosti rodičů?
11. V čem spatřujete přínos práce s dítětem s přítomností rodičů?
12. Jakým způsobem zapojujete sourozence do výchovných, vzdělávacích a aktivizačních činností?
13. S jakými odborníky spolupracujete?
14. V čem vidíte přínos multidisciplinárního týmu?

III. Sociálně terapeutické činnosti

15. Jakým způsobem pracujete s klienty v krizové situaci?
16. Jaký je cíl sociálně terapeutických činností při práci s dětmi s PAS?
17. V čem spatřujete přínos sociálně terapeutických činností u rodičů?
18. V čem spatřujete přínos sociálně terapeutických činností u dětí?
19. Jaké metody a techniky využíváte v rámci sociálně terapeutických činností?

20. Využíváte při práci s dětmi a rodiči nějaký psychoterapeutický přístup?
21. V čem spatřujete výhody a nevýhody terénní sociální práce?

IV. Návinky sociálních dovedností

22. Jakým způsobem probíhají návinky sociálních dovedností, jaké dovednosti to jsou?
23. Jaké jsou podle Vás klady a zápory individuální formy návinků sociálních dovedností?
24. Jaké jsou podle Vás klady a zápory skupinové formy návinků sociálních dovedností?
25. Jaký přínos mají návinky sociálních dovedností pro děti?
26. Jaký přínos mají návinky sociálních dovedností pro rodiče?

Seznam schémat

Schéma č. 1: Nejužitečnější a nejméně užitečné výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti z pohledu KP

Schéma č. 2: Přínos výchovných, vzdělávacích a aktivizačních činností dle KP

Schéma č. 3: Přínos multidisciplinárního týmu dle KP

Schéma č. 4: Vliv sociálně aktivizační služby na pozitivní změny u dítěte s PAS dle KP

Schéma č. 5: Přínos sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi s PAS z pohledu KP

Schéma č. 6: Co by KP rádi změnili v sociálně aktivizační službě pro rodiny s dětmi

Schéma č. 7: Průběh sociálně terapeutických činností z pohledu KP

Schéma č. 8: Nejčastější potíže řešené na sociálních terapiích z pohledu KP

Schéma č. 9: Přínos sociálně terapeutických činností z pohledu KP

Schéma č. 10: Přínos terénní sociální práce z pohledu KP

Schéma č. 11: Klady a zápory individuální formy nácviků sociálních dovedností dle KP

Schéma č. 12: Klady a zápory skupinové formy nácviků sociálních dovedností dle KP

Schéma č. 13: Přínos nácviků sociálních dovedností z pohledu KP

Schéma č. 14: Přínos výchovných, vzdělávacích a aktivizačních činností dle SP a PSS

Schéma č. 15: Přínos práce s dítětem bez přítomnosti rodičů dle SP a PSS

Schéma č. 16: Přínos práce s dítětem s přítomností rodičů dle SP a PSS

Schéma č. 17: Přínos multidisciplinárního týmu dle SP a PSS

Schéma č. 18: Způsob práce s klienty v krizové situaci

Schéma č. 19: Cíl sociálně terapeutických činností při práci s dětmi s PAS z pohledu SP

Schéma č. 20: Přínos sociálně terapeutických činností pro rodiče a děti dle SP

Schéma č. 21: Sociálně terapeutické metody a techniky využívané SP

Schéma č. 22: Výhody a nevýhody terénní sociální práce dle SP

Schéma č. 23: Klady a zápory individuální formy nácviků sociálních dovedností dle SP
PSS

Schéma č. 24: Klady a zápory skupinové formy nácviků sociálních dovedností dle SP
PSS

Schéma č. 25: Přínos nácviků sociálních dovedností pro děti dle SP a PSS

Schéma č. 26: Přínos nácviků sociálních dovedností pro rodiče dle SP a PSS

Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Sociodemografické údaje komunikačních partnerů

Tabulka č. 2: Účast KP na výchovných, vzdělávacích a aktivizačních činnostech

Tabulka č. 3: Spokojenost KP s nabídkou výchovných, vzdělávacích a aktivizačních činností

Tabulka č. 4: Spokojenost s přístupem terapeuta

Tabulka č. 5: Způsob práce s dítětem na nácvikách sociálních dovedností

Tabulka č. 6: Individuální a skupinová forma nácviků sociálních dovedností

Tabulka č. 7: Sociodemografické údaje sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách

Tabulka č. 8: Poskytování výchovných, vzdělávacích a aktivizačních činností

Tabulka č. 9: Průběh výchovných, vzdělávacích a aktivizačních činností

Tabulka č. 10: Způsob zapojování sourozence do výchovných, vzdělávacích a aktivizačních činností

Tabulka č. 11: Způsob poskytování nácviků sociálních dovedností

Seznam použitých zkratk

PAS - poruchy autistického spektra

SASRD - sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi

KP - komunikační partner

KP 1 - komunikační partner 1

KP 2 - komunikační partner 2

KP 3 - komunikační partner 3

KP 4 - komunikační partner 4

KP 5 - komunikační partner 5

KP 6 - komunikační partner 6

SP - sociální pracovníce

SP 1 - sociální pracovníce 1

SP 2 - sociální pracovníce 2

PSS 1 - pracovníce v sociálních službách 1

PSS 2 - pracovníce v sociálních službách 2