

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta

DISERTAČNÍ PRÁCE

Formální podpora rodičů s mentálním postižením v kontextu sociální práce

Formal support of parents with intellectual disabilities in the context of social work

Vedoucí práce: prof. doc. PhDr. Iva Strnadová, Ph.D.

Studijní program: Pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika

2019

PROHLÁŠENÍ

Odevzdáním této disertační práce na téma „Formální podpora rodičů s mentálním postižením v kontextu sociální práce“ potvrzuji, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury.

Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne

.....

PODĚKOVÁNÍ

Příprava disertační práce stála nemalé úsilí, při kterém mi ovšem bylo mnoho lidí oporou a já bych jim proto ráda na tomto místě poděkovala. V úvodu bych chtěla poděkovat své nejbližší rodině. Mí rodiče mi zajistili to nejlepší zázemí pro mé vysokoškolské studium a vždy mě v mých studijních a výzkumných aktivitách podporovali. Zároveň mi v posledním roce velmi pomáhali s péčí o mého novorozeného syna a tím mi umožnili dokončení disertační práce. Velkou oporou mi byl i můj partner a jeho rodina, kteří mi díky své trpělivosti, starostlivosti a také ochotě pomáhat zajistili výborné podmínky pro studium a psaní disertační práce. Velkým zdrojem inspirace a životní energie pak pro mne byl (je) můj syn. Díky němu jsem se utvrdila v přesvědčení, že zasvětit svou práci podpoře rodičů s mentálním postižením, kteří neměli takové štěstí jako já a přirozené rodinné vazby postrádají, má obrovský smysl.

Děkuji také všem rodičům s mentálním postižením, kteří byli ochotni podělit se se mnou o své zkušenosti a životní příběhy. Bez nich, stejně jako bez zapojených sociálních pracovníků, by tato práce nemohla vzniknout. Jsem moc ráda, že si i rodiče i sociální pracovníci našli čas pro osobní setkání a velice si jejich přínosu vážím.

Zásadní oporou při psaní mé práce byla má školitelka prof. doc. Iva Strnadová, Ph.D. Její vysoká odbornost, laskavost a životní moudrost můj pracovní, ale i osobní život neskutečně obohatila a jsem jí proto za její pomoc velmi zavázána. Ve chvílích, kdy jsem zvažovala ukončení studia, byla ona tou hlavní motivací mé úsilí nevzdat a doufám, že mne její životní motto „Never give up“ bude provázet celým životem.

Rovněž děkuji pracovníkům katedry speciální pedagogiky Univerzity Karlovy, konkrétně pak PhDr. Monice Mužákové, Ph.D, doc. PhDr. Lee Květoňové, Ph.D., a doc. PaedDr. Vandě Hájkové, Ph.D., které mi poskytly mnoho cenných rad a zajistily dobré zázemí pro mou výzkumnou činnost. Jsem rovněž velmi vděčná Grantové agentuře Univerzity Karlovy, která mi udělila vysokoškolský grant (č. 310416) „Formální podpora rodičů s mentálním postižením: Analýza kapacit, znalostí a postojů sociálních pracovníků podporujících rodiče s mentálním postižením v rámci terénní práce“. Díky této finanční podpoře se mohla do předkládaného výzkumného projektu zapojit v roli školitelky a spoluředitelky prof. doc. Iva Strnadová, Ph.D. a spoluředitelka Mgr. Jana Bernoldová, Ph.D. Právě druhé jmenované Janě Bernoldové také patří velký dík; jsem jí moc vděčná, že mne přivedla k myšlence doktorského studia a k problematice rodičovství osob s mentálním postižením. Bez jejího impulzu bych se nikdy na vědeckou dráhu v této oblasti nevydala.

ABSTRAKT

Téma formální podpory rodičů s mentálním postižením dosud nebylo v českém prostředí dostatečně probádáno. S pokračujícím procesem deinstitutionalizace přibývají osobám s mentálním postižením možnosti volit si způsob života ve většinové společnosti a vytvářet partnerské svazky. Je proto vhodný čas zabývat se tím, zda nabízená formální podpora adekvátně reaguje na potřeby těchto rodin. Proto bylo cílem předkládaného výzkumu zanalyzovat stávající systém formální podpory pro rodiče s mentálním postižením. Autorka dále zjišťovala, jak jsou sociální pracovníci připraveni na práci s touto skupinou rodičů. V neposlední řadě bylo cílem provést analýzu zkušenosti samotných rodičů s mentálním postižením s poskytovanou formální podporou. Pro takto komplexní zkoumání autorka zvolila smíšenou výzkumnou strategii. Pro sběr dat s cílovou skupinou rodičů s mentálním postižením byl použit rozhovor, tzv. viněty a nástroj Support Interview Guide. U cílové skupiny sociálních pracovníků pak autorka využila dotazník a ohniskové skupiny. Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 18 rodičů s mentálním postižením, 294 respondentů z řad sociálních pracovníků vyplnilo dotazník a 39 sociálních pracovníků se zúčastnilo ohniskových skupin. Z výzkumného šetření vyplývá, že sociální pracovníci při své práci s rodiči s mentálním postižením často postupují intuitivně, bez širších znalostí vhodných technik práce a metodické podpory. Zároveň bylo zjištěno, že nastavení systému sociálních služeb neodpovídá potřebám rodičů; chybí jak vhodné pobytové, tak zejména terénní služby, které by nabízely i intenzivní podporu. Klíčovým zjištěním také bylo, že rodiče jsou sice s nabízenou podporou spokojeni, ale nejsou dostatečně posilovány jejich rodičovské dovednosti. Tím často bývá zpomalen proces osamostatňování a zplnomocňování. Závěry studie poukazují na to, že je potřeba rozšířit profesní přípravu sociálních pracovníků o téma rodičovství osob s mentálním postižením, seznámit je s vhodnými nástroji pro poskytování podpory těmto rodičům a zajistit jejich metodické vedení.

KLÍČOVÁ SLOVA

rodič s mentálním postižením, formální podpora, sociální pracovník, smíšený výzkum, sociální služby

ABSTRACT

There is a limited body of research about formal support for parents with intellectual disabilities in the context of the Czech Republic. As the process of deinstitutionalization continues, people with intellectual disabilities have more opportunities to make decisions about the ways they want to live in society and establish partner relationships. It is therefore appropriate to look at whether the available formal support adequately responds to the needs of families with intellectual disabilities. Therefore, the aim of this research was to analyze the existing system of formal support for parents with intellectual disabilities. The author also examined how social workers are prepared to work with this group of parents. Last but not least, the aim of this research study was to analyze the experience of parents with intellectual disabilities with formal support. In order to conduct such a comprehensive research study, the author used a mixed method research approach. Specifically, interviews, vignettes and the Support Interview Guide were used with parents with intellectual disabilities, as well as a survey and focus groups with social workers. The participants in this study were 18 parents with intellectual disabilities, 294 social workers who completed the survey, and 39 social workers who took part in focus groups. The research findings indicate that social workers often work intuitively with parents with intellectual disabilities, without having sufficient knowledge about appropriate work techniques and methodological support. Furthermore, it was concluded that the existing set up of the Czech social service system does not meet the needs of parents. Specifically, there is a lack of suitable accommodation, such as provision of field services, which would offer intensive support. The key finding was that while parents with intellectual disabilities are satisfied with the support received, their parental skills are not sufficiently strengthened. This often slows down the process of empowerment. The research findings demonstrate the need to extend professional training of social workers. They need to learn about parenthood of people with intellectual disabilities, familiarize themselves with appropriate support tools and ensure that they are provided with methodical guidance.

KEYWORD

Parents with intellectual disabilities, formal support, social worker, mixed methods, social services

Obsah

1. Úvod.....	14
1.1. Úvod do sledované problematiky.....	14
1.2. Přínos předkládané práce.....	16
1.3. Uspořádání disertační práce	19
1.4. Použitá terminologie	20
1.5. Autorčina zkušenost s rodiči s mentálním postižením.....	22
2. Přehled sledované problematiky.....	24
2.1. Mentální postižení v kontextu současného výzkumu.....	24
2.1.1. Mentální postižení prismaem sociálního modelu.....	24
2.1.2. Klasifikace mentálního postižení	26
2.2. Rodič s mentálním postižením v systému formální podpory	27
2.2.1. Rodičovství osob s mentálním postižením ve světle výzkumů.....	27
2.2.2. Systém poskytovaných sociálních služeb pro rodiče s MP.....	31
2.2.3. Nabídka stávajících sociálních služeb dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.....	34
2.2.4. Rodič s mentálním postižením v agendě sociálně-právní ochrany dětí.....	37
2.2.5. Rodičovská zodpovědnost: Vznik a výkon rodičovských práv a povinností u osob s mentálním postižením.....	40
2.2.6. Možnosti vzdělávání a přípravy osob s mentálním postižením na rodičovství v České republice a vzhled do zahraniční praxe	42
2.3. Sociální pracovník – klíčová postava v životě rodiče s mentálním postižením.....	48
2.3.1. Stresové faktory ovlivňující zvládnání role sociálního pracovníka při práci s rodiči s mentálním postižením.....	49
2.3.2. Etická dilemata při práci s rodiči s mentálním postižením.....	52

2.3.3. Profesní příprava sociálních pracovníků na práci s rodiči s mentálním postižením a možnosti dalšího vzdělávání.....	59
3. Výzkumné cíle a otázky	62
4. Metodologie výzkumu	63
4.1. Popis a volba výzkumné strategie	63
4.2. Etická dimenze výzkumu.....	68
4.3. Použité metody výzkumu.....	69
4.3.1. Dotazníkové šetření u sociálních pracovníků	70
4.3.2. Rozhovor s rodiči s mentálním postižením	75
4.3.3. Support interview guide.....	79
4.3.4. Viněty.....	81
4.3.5. Ohniskové skupiny se sociálními pracovníky	84
5. Výsledky dílčích analýz.....	89
5.1. Vyhodnocení dotazníkového šetření.....	89
5.2. Výsledky rozhovorů s rodiči s mentálním postižením	104
5.2.1. Téma: Sociální pracovník – klíčová osoba v životě rodiče s mentálním postižením	105
5.2.2. Téma: Možnosti (nástroje) sociální práce.....	116
5.2.3. Téma: Životní kontext péče o dítě	120
5.2.4. Téma: Dítě v životě rodiče s mentálním postižením.....	123
5.2.5. Téma: Rodičovské kompetence.....	127
5.3. Výsledky Vinět.....	134
5.4. Výsledky z využití nástroje Support interview guide	147
5.5. Výsledky analýzy ohniskových skupin	160
5.5.1. Téma: Systém podpory a péče o rodiče s MP a jejich děti.....	160
5.5.2. Téma: Sociální pracovník v systému poskytujícím podporu rodičům s mentálním postižením	177

5.5.3. Téma: Specifika rodičovství osob s mentálním postižením	180
5.5.4. Téma: Faktory ovlivňující plnění rodičovské role	186
6. Výsledný obraz výzkumné studie.....	195
7. Diskuze	206
8. Závěr.....	227
8.1. Doporučení pro praxi.....	228
8.2. Doporučení pro legislativu.....	229
8.3. Doporučení pro výzkum	230
8.4. Silné stránky a omezení výzkumu.....	231
9. Seznam použitých zkratk.....	233
10. Literatura	234
11. Seznam schémat, tabulek a grafů	247
12. Seznam příloh	249

1. Úvod

1.1. Úvod do sledované problematiky

Předkládaná disertační práce se věnuje problematice formální podpory rodičů s mentálním postižením. Řeší přitom otázky, které ještě v nedávné minulosti patřily k okrajovým, a to i v oboru speciální pedagogiky. Tento vědní obor se totiž musel na začátku devadesátých let vyrovnat s následky historicko-politického vývoje našeho státu, a tudíž nebyl součástí světového a evropského vědeckého diskurzu. V současné době již česká speciální pedagogika s jistým zpožděním reflektuje celosvětové trendy či ideje a tak je i v českém prostředí možné hovořit o probíhajícím procesu transformace pobytových služeb či deinstitucionalizaci, ale také o sociální inkluzi. S oběma pojmy problematika rodičovství osob s mentálním postižením jednoznačně souvisí. Vzhledem k postupné transformaci pobytových služeb do služeb komunitního typu, případně služeb poskytujících podporu v přirozeném prostředí (MPSV, 2013), mají osoby s mentálním postižením mnohem více příležitostí k tomu vést samostatný život a zakládat rodiny. Je proto potřeba se ptát, jak osobám s mentálním postižením pomoci v jejich snažení být „dostatečně dobrým“ rodičem. Speciálně pedagogický výzkum se zároveň stále více orientuje na otázky, které již nesouvisí pouze se školním věkem a prostředím vzdělávacích institucí, zabývá se i oblastí vzdělávání dospělých osob se zdravotním postižením a také jejich sociálním prostředím (Valenta, 2001). Sociální inkluze vyjádřená skrze sociální participaci je jedním z praktických cílů, který se netýká právě jen období školní docházky, ale pokrývá i dospělost a stáří. I dospělý člověk s mentálním postižením může mít speciální potřeby, které se nutně nemusí vázat jen na proces vzdělání (např. při volbě povolání, při trávení volného času, při sociální aktivizaci anebo také při plnění rodičovské role). Jesenský (2000) uvádí, že při přístupu k člověku s postižením skrze naplňování jeho speciálních potřeb primárně vnímáme neporušené schopnosti jedince a z porušených schopností následně odvozujeme specifické potřeby a služby. Toto pojetí se odráží zejména v praktických aplikacích, kdy se předpokládá, že individualizované služby na speciální potřeby jedince odpoví. Pančocha (2013) se ovšem domnívá, že tento přístup do jisté míry opomíjí fakt, že pro úspěšné sociální začlenění je spíše potřeba zásah do prostředí, ve kterém člověk žije (změna postojů odborníků, komunity, rodiny, odstranění bariér, úprava legislativy). Člověk s postižením dle názoru Pančochy (2013), se kterým se autorka plně ztotožňuje, totiž nemá žádné „speciální potřeby“. Potřeby člověka

s postižením jsou totožné s potřebami osob bez postižení. Od ostatních se liší pouze tím, že pro saturaci těchto potřeb mohou v některých situacích potřebovat speciální podporu.

Je proto potřeba zamýšlet se nad tím, jak prostředí a lidé v něm mohou být člověku s postižením nápomocni při uspokojení potřeb. Tento pohled na problematiku reflektuje i předkládaná disertační práce. Autorka se zaměřila zejména na formální podporu rodičů s mentálním postižením s ohledem na celkový kontext, tedy na prostředí (právní rámec, postoje a znalosti odborníků), v němž je podpora rodičům poskytována. Jak již bylo zmíněno v úvodu, téma je to v českém prostředí poměrně nové a zároveň ve společnosti i mezi odborníky často označované za kontroverzní (Kozáková, 2013). Tématu sexuality osob s mentálním postižením jsou na rozdíl od tématu rodičovství těchto osob věnovány přednášky¹, konference², či publikace pro laickou a odbornou veřejnost.³ Tématu rodičovství se ale prozatím takovéto pozornosti nedostává. I přesto má předkládaný výzkum na co navazovat. Práce Bernoldové (2018) mapující faktory ovlivňující zvládnání mateřské role matek s mentálním postižením přinesla mnoho zásadních poznatků týkajících se prožívání rodičovství, mateřské identity či důležitosti neformálních vztahových vazeb. Jedním z identifikovaných faktorů ovlivňujících plnění mateřské role byla kvalita a dostupnost formální podpory, které se matkám dostávalo. Autorka tedy vyšla z tohoto zjištění a v předkládané práci dále komplexněji rozpracovala možnosti systémové formální podpory rodičů s mentálním postižením. Oporou jí v tomto byly zejména zahraniční výzkumy, které již od začátku 90. let zejména v pracích Maurice Feldmana či Wendy a Tima Boothových a následně dalších autorů (např. Davida McConnella, Gwynnyth Llewellyn a dalších) přinesly celou řadu zajímavých poznatků věnujících se jak tématu vzdělávání rodičů s mentálním postižením, tak tématu spolupráce rodičů s mentálním postižením s odborníky. Podrobněji jsou všechna výše uvedená témata rozpracována v kapitole 2.

Hlavním důvodem, proč je potřeba se kvalitou formální podpory zabývat, je velmi vysoký počet odebraných dětí z péče rodiče s mentálním postižením. Dle výzkumu Collingsové a Llewellynové (2012) je v Austrálii více než 40% dětí odebráno z péče matek s mentálním postižením. Česká data k této problematice nejsou k dispozici, nicméně lze předpokládat, že situace bude obdobná. Je proto na místě se ptát po příčinách odebrání tak velkého počtu dětí,

¹ např. přednášky: *Sexualita a vztahy lidí s postižením* přednášené Petrem Eisnerem, DiS, nebo *Sexuální výchova a osvěta u žáků se speciálními vzdělávacími potřebami* organizované Společností pro plánování rodiny a sexuální výchovu.

² např. konference: Europe in Action „O mých vztazích a přátelství“, která proběhla v roce 2017 pod záštitou Společnosti pro podporu lidí s mentálním postižením v České republice, z.s., nebo kongresy k sexuální výchově pořádané Společností pro plánování rodiny a sexuální výchovu.

³ např. publikace: „Partnerský a sexuální život osob se zdravotním postižením“, „Postihnutie a sexualita“, „Sexualita osob s postižením a znevýhodněním“.

kteří přišly o možnost vyrůstat ve svých původních rodinách. Dostává se těmto rodinám adekvátní formální podpory v jejich snažení být dobrým a odpovědným rodičem naplňujícím potřeby svých dětí? Jak by taková formální podpora v ideálním případě měla vypadat? A jsou ti, kteří rodinám podporu poskytují, dostatečně kvalitně na svou nelehkou úlohu připraveni? Při absenci přirozených rodinných vazeb, což je pro rodiče s mentálním postižením charakteristické (Llewellyn & McConnell, 2002; Potvin & Brown, 2016), a bez kvalitní podpory odborníků mohou někteří rodiče s mentálním postižením ve své roli selhávat. Své děti pak vystavují neúmyslnému zanedbávání a nedostatečné péči ohrožující jejich zdravý tělesný a duševní vývoj.

Mužáková (2016) se zamýšlí nad rovnováhou práv a povinností člověka s mentálním postižením. Domnívá se, že i přes vědomí nejvyššího respektu k lidským právům osob s mentálním postižením, by právo nemělo směřovat k tomu, aby člověk s mentálním postižením byl vystavován situacím, ve kterých se nedokáže dostatečně zorientovat a zvládnout je. Vmanévrování do životní role, ve které není schopen obstát, byť v dobré víře spojené s naplňováním jeho práv, může jeho důstojnost zásadně otřást. „Kdy není schopen rozeznat, co znamená právo a co znamená povinnost. Jeho zranitelnost by se tím mohla naopak zdůraznit a prohloubit a jeho mentální odlišnost stát stigmatem“ (Mužáková, 2016, s. 177). Byť Mužáková nespecifikuje, o jaké životní situace se jedná, je možné zamýšlet se právě nad právem na rodičovskou roli, která by se pro člověka s mentálním postižením zároveň mohla stát trestem, a to i díky nedostatečné sociální intervenci. Je proto potřeba hledat cesty, jak zajistit dětem vyrůstajícím v péči rodiče s mentálním postižením dobré podmínky pro jejich rozvoj, a zároveň hledat cesty, jak naplnit právo člověka s mentálním postižením na rodinný život.

1.2. Přínos předkládané práce

Téma formální podpory rodičů s mentálním postižením, jak již bylo výše uvedeno, je v českém prostředí poměrně nové a neprobádané. Přitom, jak naznačují závěry výzkumných šetření z celého světa, důvodů, proč se jím zabývat, je celá řada. Tím naprosto klíčovým důvodem je nutnost hledání příčiny tak vysokého počtu odebraných dětí z péče rodičů s mentálním postižením, aniž bychom se uchýlovali k zjednodušujícímu pohledu na tuto problematiku a přičítali toto vysoké číslo pouze na vrub inteligenčnímu koeficientu rodičů. Jedním z faktorů, které ovlivňují schopnost rodiče zvládnout svou roli, je kvalita poskytované formální podpory (Bernoldová, 2018; Wade et al., 2008). Autorka se proto v předkládané práci snažila rozpracovat tuto problematiku natolik, aby bylo možné identifikovat slabá místa

v systému formální podpory. Autorka také doufá, že tato práce bude prostřednictvím analýzy zahraničních výzkumů a příkladů dobré praxe inspirovat odborníky ke kvalitnější podpoře rodičů s mentálním postižením, aby se tak počet odebraných dětí snížil a jejich potřeby v rodinách byly dostatečně naplňovány. Už práce Bernoldové (2018) nastínila to, jak silně negativní postoje odborníci ve vztahu k rodičům s mentálním postižením mají. Mnoho z nich se domnívá, že rodiče s mentálním postižením nejsou schopni vychovávat své děti. V předkládaném výzkumu se proto autorka rozhodla mimo jiné zjistit, z čeho tyto negativní postoje pramení. Zda zdrojem těchto předpokladů není spíše nedostatek informací o rodičích s mentálním postižením než zkušenosti z každodenní praxe s touto cílovou skupinou. Proto byly do výzkumu zahrnuty otázky týkající se rozsahu profesní přípravy k dané problematice.

Klíčový přínos autorka práce spatřuje v tom, že byl dán hlas samotným rodičům s mentálním postižením, aby vyjádřili své zkušenosti s poskytovanou podporou. Ve výzkumu o lidech s mentálním postižením jsou totiž často účastníky jejich rodiče či odborníci, nikoliv však samotní lidé s mentálním postižením (Wade at al., 2008).

Předkládaná práce bude díky svému zaměření také přínosem v diskuzi týkající se naplňování práv jak dětí vyrůstajících v rodinách rodičů s mentálním postižením, tak práv jejich rodičů. V současné době je zejména problematika naplňování práv a potřeb dětí diskutována českou společností v odborných kruzích i v médiích. K tomuto tématu vzniklo několik pořadů⁴, je realizována kampaň Ministerstva práce a sociálních věcí „Právo na dětství“. Existuje mnoho dalších projektů⁵ věnujících se právům dětí. Odborná diskuze se vede zejména ohledně práva dítěte vyrůstat v rodinném prostředí, a to v souvislosti s prozatím v legislativě neukotveným zákazem umístění dětí do 7 let věku do ústavních zařízení. Předkládaná práce usiluje o to, aby se diskuze týkající se práva na rodinný život alespoň trochu vyvážila. Právo na rodinný život totiž mají jak děti (Úmluva o právech dítěte, 1991), tak osoby se zdravotním a konkrétně pak mentálním postižením, jak je deklarováno v Úmluvě o právech osob se zdravotním postižením v článku 23 (Úmluva o právech osob se zdravotním postižením, 2010). Je proto potřeba věnovat prostor také tomu, zda má česká rodina dostatek podpory (nejen materiální) k tomu, aby zajistila svým dětem láskyplné podnětné prostředí. Zájem dítěte a zájem člověka (rodiče) s mentálním postižením nestojí na dichotomickém principu. Jsou to spojené

⁴ jako příklad lze uvést dokument České Televize od Lindy Kalistové Jablonské: „Český žurnál: V nejlepší zájmu dítěte“ (2016)

⁵ jako příklad lze uvést kampaň Nadace J&T „Hlas dítěte v náhradní rodinné péči a jak mu naslouchat“ (2015), kampaň organizace Domus – Centrum pro rodinu „Hlasy dětí – a co s tím uděláme“ (2015), anebo kampaň asociace „Dítě a rodina“

nádoby a úkolem speciální pedagogiky i sociální práce je hledat cesty, jak je naplnit..., jak naplnit společný nejlepší zájem rodiny.

Jak již bylo nastíněno v předchozím odstavci, jedná se o téma multidisciplinární, propojující speciální pedagogiku (nebo spíše speciální andragogiku) a sociální práci. Výsledky disertační práce by proto mohly obohatit oba tyto vědní obory. O získané poznatky lze rozšířit předměty věnující se například: kritické sociální práci, sociální práci s rodinou, komunikaci s klientem či psychopedii. Přesah práce do dvou vědních oborů může zároveň vyvolat diskuzi o vzájemné spolupráci odborníků, o vymezení kompetencí a o postavení speciálního pedagoga v systému sociálních služeb. Využití jeho znalostí při komunikaci s osobami s mentálním postižením by mohlo být velmi obohacující pro sociální pracovníky působící v systému sociálně právní ochrany dětí, a naopak dovednosti sociálních pracovníků při práci s ohroženou rodinou by byly přínosné pro speciální pedagogu.

Za přínosnou autorka považuje práci i v oblasti metodologické. Pro sběr dat bylo využito hned pět nástrojů (kvalitativních i kvantitativních) reflektujících pohled rodičů s mentálním postižením i pohled sociálních pracovníků. To umožnilo provést triangulaci dat získaných od obou cílových skupin a zároveň triangulaci dat získaných prostřednictvím kvalitativních i kvantitativních nástrojů. Data mezi sebou byla komparována, díky čemuž bylo možné vytvořit o dané problematice velmi komplexní obraz a zajistit tak validitu výzkumu. Unikátní je i volba použitých metod. Kromě těch běžně využívaných (rozhovor, dotazníkové šetření) autorka využila pro sběr kvalitativních dat u sociálních pracovníků ohniskových skupin a u rodičů s mentálním postižením tzv. vinět (hypotetických scénářů). Ty byly plně přizpůsobeny potřebám rodičů s mentálním postižením. Snahou bylo sestavit viněty tak, aby co nejvíce usnadnily rodičům porozumění abstraktních pojmů a situací, se kterými se při interakci se sociálními pracovníky mohli potkat. Tím bylo docíleno toho, že byli rodiče schopni hodnotit, zda jednání sociálního pracovníka považovali za správné či nikoliv. Zároveň na základě modelového příkladu byli tito rodiče schopni doplnit vlastní zkušenosti se sociálními pracovníky, což pro ně bylo při běžném interview velmi náročné. U rodičů byly rozhovory a viněty doplněny ještě kvantitativním nástrojem Support Interview Guide. Ten pro potřeby výzkumu autorka přeložila z angličtiny. V českém prostředí se jednalo o první využití tohoto nástroje pro mapování sociální sítě osob s mentálním postižením.

Jak uvádí Bernoldová (2018), téma sexuality osob s mentálním postižením je stále více diskutováno i s ohledem na probíhající proces transformace pobytových služeb pro osoby s mentálním postižením, a to v rámci odborné diskuze na konferencích, seminářích či v médiích. Logicky by se pozornost odborníků měla postupně přesouvat od problematiky

sexuality k problematice rodičovství. Zároveň je ve schvalovacím procesu novelizace zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Návrh novelizace je v současné době připomínkován v jednotlivých výborech (Senátní tisk č. 208, 2018). Je proto zřejmé, že je správný čas pro hledání optimální podoby formální podpory rodičů s mentálním postižením. Načasování této práce je také proto jedním z jejích klíčových přínosů.

1.3. Uspořádání disertační práce

Autorka předkládanou práci rozdělila na část teoretickou, které je věnována kapitola druhá. Tato kapitola představuje teoretický rámec pro druhou část věnovanou samotnému empirickému výzkumu. Ten je pak popsán v kapitole čtvrté, páté a šesté.

Ve druhé kapitole se autorka textu nejprve věnuje fenoménu mentálního postižení v kontextu současného výzkumu, jeho paradigmatickému zakotvení v sociálním modelu a klasifikaci dle míry podpory, kterou nejlépe reflektuje klasifikační materiál vytvořený American Association on Intellectual and Developmental Disabilities. Tato asociace ve svém klasifikačním a definičním materiálu využívá standardizované škály „Support Intensity Scale“. Dále se v textu autorka věnovala již konkrétně problematice rodičovství osob s mentálním postižením. Podkapitoly v této části práce se zabývají systémem poskytovaných služeb rodičům s mentálním postižením. Nastíněn je jeho historický vývoj a také je popsán současný legislativní kontext (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně právní ochraně dětí, Občanský zákoník č. 89/2012 Sb.). V závěru této části jsou také představeny možnosti vzdělávání a přípravy osob s mentálním postižením na rodičovství, a to jak v České republice, tak v zahraničí. Další část této teoretické kapitoly se zabývá druhou cílovou skupinou výzkumu, tedy sociálními pracovníky. Rozebírány jsou aspekty, které ovlivňují výkon jejich povolání, konkrétně pak jejich profesní příprava, působící stresové faktory a strategie, které jim umožňují náročné povolání zvládat.

Ve třetí kapitole autorka textu vymezuje výzkumné cíle a otázky v závislosti na cílových skupinách. Čtvrtá kapitola shrnuje metodologická východiska, volbu výzkumné strategie, etické dimenze výzkumu a použité metody výzkumu (dotazníkové šetření, rozhovor s rodiči s mentálním postižením, Support Interview Guide, viněty, ohniskové skupiny). Každá z těchto metod je nejdřív představena a je zdůvodněn její výběr, následuje popis procesu sběru dat, charakteristiky respondentů a popis analýzy dat.

V páté kapitole jsou prezentovány výsledky dílčích analýz. V dotazníkovém šetření jsou kromě deskriptivních statistik publikovány i výsledky komparace dvou základních sledovaných skupin, a to sociálních pracovníků působících v sociálních službách a sociálních pracovníků

působících v systému sociálně právní ochrany dětí. V rámci výsledků rozhovorů je postupně představeno pět témat identifikovaných v procesu obsahové analýzy. V této kapitole jsou také prezentována čtyři témata rovněž identifikována v průběhu obsahové analýzy ohniskových skupin. Dále lze v páté kapitole nalézt popis získaných dat z vinět a výsledky deskriptivní statistiky získané prostřednictvím nástroje Support Interview Guide. Získaná data byla zároveň použita pro testování dvou hypotéz. Výsledky tohoto testování jsou rovněž součástí této kapitoly.

Vzhledem k rozsahu výzkumné studie a množství výsledků autorka v šesté kapitole shrnula nejpodstatnější závěry do výsledného obrazu studie. Na výsledný obraz studie pak autorka navazuje v kapitole deváté, kde jsou tato hlavní zjištění porovnávána se zahraničními studiemi. Zároveň zde autorka mezi sebou propojuje výsledky jednotlivých dílčích studií a dává je do souvislosti s tématicky obdobně zaměřenými (převážně zahraničními) výzkumy.

Závěrečná osmá kapitola přináší odpovědi na položené výzkumné otázky, a tím tak shrnuje nejzajímavější výsledky studie. V závěru lze také nalézt úvahu nad silnými a slabými stránkami výzkumu. Autorka také předkládá doporučení pro další výzkum, legislativu a pro pracovníky v terénu.

1.4. Použitá terminologie

Člověk s mentálním postižením

Stejně jako se proměňuje paradigma speciální pedagogiky, spolu s ním se mění i jeho terminologický aparát. Příkladem tohoto procesu může být termín „mentální retardace“, ten je v mnohých zemích vnímán jako společensky neúnosný. Ve Velké Británii dokonce jeho jemnější varianta „mentální postižení“ není dostačující. Zde je používáno označení „osoby s potížemi v učení“. Překlad tohoto sousloví z anglického jazyka do češtiny ovšem může způsobovat jisté nepřesnosti, případně jeho špatné pochopení. Americká asociace podporující osoby s mentálním postižením (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities) pojem mentální retardace nahrazuje termínem „intelektové postižení“ (intellectual disability) (Palmer, 2015).

Odklon od používání termínu „mentální retardace“ Thomson a kol. (2010) zdůvodňuje tím, že opomíjí důležité determinanty. Dle těchto autorů je člověk s mentálním postižením vždy součástí určitého prostředí, a tak by při formulaci definice mentálního postižení měla být zohledněna charakteristika tohoto prostředí, která předznamenává vzájemný oboustranný vztah, což se v případě termínu „mentální retardace“ neděje. V českém prostředí tato

terminologická otázka stále ještě nebyla uspokojivě vyřešena a napříč resorty panuje nejednotnost. Například ve školském rezortu byl zaveden od roku 2015 spolu s katalogy podpůrných opatření dokonce nový termín, který označuje jedince v hraničním pásmu mentálního postižení. V katalogu pro tyto jedince lze nalézt označení „jedinci s oslabením kognitivního výkonu“ (Valenta et al., 2015).

Autorka této práce se rozhodla pro používání termínu „mentální postižení“. Dle jejího názoru se jedná, minimálně v českém prostředí, o termín zastřešující, všeobecně přijímaný a vzbuzující nejméně negativních emocí. Termín mentální postižení dle Wehmeyera (2013) nejlépe odráží změnu konstrukce zdravotního postižení a vytváří logický základ pro poskytování individuální podpory, protože je založen na sociálně-ekologickém rámci. Tento termín je také dle Wehmeyera (2013) v souladu s mezinárodní terminologií. Je využíván v názvech organizací, v názvech časopisů a je také nejčastěji zastoupen v odborných textech. Zároveň je pro samotné osoby s postižením nejméně negativně zabarven. Nelze to však zevšeobecnit na všechny osoby s mentálním postižením. Někteří jsou si vědomi negativních konotací, které s sebou termín „mentální postižení“ přináší, a neradi ho používají. Ve výzkumu Kittelsaové (2013) respondenti například preferovali označení „lidé, kteří potřebují nějakou pomoc“.

Autorka se rozhodla ve své práci využívat termín „osoba s mentálním postižením“ nebo „rodič s mentálním postižením“. Protože, jak shrnuje Černá a kol. (2008), používání této „people first“ terminologie, kde na prvním místě je člověk a až na druhém pak označení mentální postižení, zdůrazňuje individualitu a jedinečnost každého jedince. I tato terminologie má své odpůrce. Ti upozorňují na to, že používáním „people first“ terminologie dochází k poškozování těchto osob, neboť pozitivní charakteristiky se převážně umísťují před podstatné jméno, a tak nevidí důvod, proč by tomu v případě slova „postižený“ mělo být jinak (Ripamonti, 2016).

Podpora

Autorka ve své práci používá termín podpora v kombinaci s různými adjektivy. Termín formální podpora zahrnuje všechny dostupné možnosti podpory deklarované aktuálně platnou legislativou, zejména tedy zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a zákonem č. 359/1999 Sb., o sociálně právní ochraně dětí. Zároveň je v textu použit termín neformální podpora. Toto označení autorka používá pro přirozenou podpůrnou síť, ve které je zahrnuta rodina, přátelé, sousedé atd.

V textu se vyskytuje i termín „adekvátní podpora“ nebo také „vhodná podpora.“ Těmito termíny je myšlena nejlepší možná podpora reflektující individuální potřeby rodičů s mentálním postižením (MP) v rámci nabízené formální podpory.

Sociální pracovník

V předkládané práci autorka používá termín sociální pracovník, jako termín nadřazený pro všechny pomáhající pracovníky v sociálních službách a v systému sociálně právní ochrany dětí. Je si plně vědoma toho, že tato skupina osob je heterogenní, a to jak z hlediska pracovního zařazení, tak co se týče kvalifikace. Toto zastřešující označení bylo ovšem nutné zvolit pro lepší plynulost textu a redukci nadbytečného vyjmenovávání všech zúčastněných profesí.

1.5. Autorčina zkušenost s rodiči s mentálním postižením

K výzkumným aktivitám v oblasti rodičovství osob s mentálním postižením mě vedla má osobní zkušenost s prací s ohroženými a pěstounskými rodinami. Jako pracovnice jedné z nadací jsem tyto rodiny pravidelně navštěvovala a poskytovala jim podporu. Velmi záhy jsem zjistila, že mezi ohroženými rodinami se často objevují i ty, kde děti vychovává rodič potřebující zvýšenou míru podpory při plnění své rodičovské role v důsledku sníženého intelektu. Jejich životní příběhy byly samozřejmě rozdílné, ale přeci v mnohém stejné. Ve většině případů se jednalo o ženy – matky samoživitelky, dlouhodobě žijící v azylových domech či v ubytovnách. Jejich finanční situace byla neutěšená, obtížně si hledaly zaměstnání často z důvodu nedokončeného základního vzdělání. S tím úzce souviselo také to, že nemohly dlouhodobě dětem zajistit kvalitnější bydlení. Pro jejich dětství bylo charakteristické, že vyrůstaly v ústavním zařízení nebo v rodinách, kde byly samy týrány či zanedbávány. V partnerském životě opakovaně narážely na partnery, kteří nejen že jim z jejich tíživé životní situace nepomohli, naopak se na ní velkou měrou podíleli. I přes veškerá příkoří se ale tyto ženy snažily se o své děti s většími či menšími úspěchy postarat, zajistit jim vše potřebné, a to mnohdy jen za dopomoci sociálních pracovníků. Jejich přirozená podpůrná síť totiž vykazovala značné trhliny a v některých případech neexistovala vůbec. Stejně tak jsem měla možnost poznat mnoho pěstounů se vši láskou pečujících o děti rodičů, kteří rodičovskou roli nezvládli a děti jim byly odebrány. V životních příbězích těchto dětí se často opakovaly fráze jako „rodiče se nedokázali postarat, rodiče neměli dostatečně IQ, aby dokázali zajistit řádnou péči o dítě, rodiče dítě zanedbávali, rodiče si nebyli schopni zajistit řádné bydlení.“ Vždy, když jsem tyto fráze ve vyprávění pěstounů slýchala, přemýšlela jsem o tom, zda se nedalo něco udělat jinak. Zda rodič neselhal jen proto, že mu včas nebyla poskytnuta adekvátní podpora odpovídající

plně jeho potřebám. Snaha nalézt odpověď na tuto otázku se tak stala hlavní motivací při výběru tématu mé disertační práce. V mém rozhodnutí mě utvrdily také reakce okolí, a to nejen mých blízkých, kamarádů, ale také pracovních kolegů – odborníků (psychologů, sociálních pracovníků či speciálních pedagogů). Když jsem se seznámila se svým výzkumným tématem, jejich reakce doprovázely tázavé pohledy. „To budeš psát o rodičích, kteří vychovávají dítě s mentálním postižením?“ Vůbec je nenapadlo, že by výzkum mohl být zaměřen na samotné rodiče, kteří mají mentální postižení. Jak později někteří z nich přiznali, domnívali se, že lidé s mentálním postižením se rodiči nestávají. V ústavních zařízeních to přeci ani není možné, a tak jim přišlo velmi nepravděpodobné, že by někdo své výzkumné aktivity orientoval tímto směrem. I proto jsem se rozhodla přijmout tuto výzvu a své úsilí věnovat tématu v České republice natolik neprobádanému jako je rodičovství osob s mentálním postižením a možnostem jejich formální podpory.

2. Přehled sledované problematiky

2.1. Mentální postižení v kontextu současného výzkumu

Termín mentální postižení je v současné literatuře definován zejména prostřednictvím popisu změn kognitivních, poznávacích a emočních procesů, které toto postižení přináší. Valenta a kol. (2012) hovoří o změnách kognice v následujících oblastech: zpomalené tempo vnímání a zúžení jeho rozsahu, nediferencovanost počitků a vjemů, nedostatečné vnímání prostoru a času, a inaktivita vnímání. Omezená je také schopnost poznávacích činností, abstrakce a generalizace. Myšlení u osob s mentálním postižením bývá konkrétní, vyznačující se výraznou nekritičností (Valenta & Müller, 2007). V oblasti emočního vývoje se často objevuje přecitlivělost na emoční podněty, úzkostné stavy, emoční labilita, ale i častější výskyt přidružených duševních onemocnění (Hofer et al., 2009). Narušení je ale patrné i v dalších oblastech, zejména pak v řečové, ale také motorické (Valenta et al., 2012). Valenta a kol. (2012) dále hovoří o tom, že mentální postižení lze definovat jako vývojovou poruchu se sníženou inteligencí, která byla rozpoznána v období před dosažením dospělosti.

I přes výše uvedené skutečnosti je potřeba mít na paměti, že mentální postižení má velmi široký klinický obraz. Lidé s mentálním postižením jsou různorodou a nekonzistentní skupinou osob a liší se jak z hlediska hloubky tohoto postižení vyjádřeného inteligenčním koeficientem, tak z hlediska kvalitativních aspektů jejich vnímání, poznávání a prožívání (Pančocha, 2013).

Dle Schalocka a kol. (2013) je mentální postižení multidimenzionální a pozitivně ovlivnitelné individuálním přístupem a cílenou podporou. Právě poskytovaná podpora je klíčová pro aktivní spoluúčast jedince s mentálním postižením na životě v komunitě, pro jeho nezávislost a sebeurčení. Výše uvedený přehled negativních znaků osob s mentálním postižením vyplývajících z jednotlivých definic by se proto neměl stát dominantní charakteristikou a hlavním zaměřením odborníků poskytujících osobám s mentálním postižením podporu. Jejich pozornost by měla směřovat k hledání vhodných způsobů podpory vedoucích k co nejvyšší míře participace člověka s mentálním postižením na společenském životě (Thomson et al., 2016).

2.1.1. *Mentální postižení prismatickým modelem*

V průběhu společenského vývoje vznikala celá řada různorodých přístupů, definic, klasifikací, modelů a pojetí zdravotního postižení ve snaze o jeho co nejpřesnější definování. Obecně lze na zdravotní a potažmo mentální postižení a jeho vymezení nahlížet pohledem mnoha vědních oborů, mezi které například patří sociologie, antropologie, psychologie,

lékařské či technické vědy. Pro potřeby této práce se jako stěžejní jeví rozdělení spíše sociologické, které popisuje dva základní modely zdravotního postižení, a to je model medicínský a sociální (Barnes et al., 1999; Shakespeare, 2006; Silvers et al., 1998; a další), popřípadě individuální a sociální (Hiranandani, 2005; Oliver et al., 2012). Autorka toto sociologické rozdělení vybrala proto, že ve své disertační práci vychází z perspektivy samotných rodičů s mentálním postižením. Jejich pohled je klíčový při zkoumání systémových bariér znesnadňujících výkon jejich sociální role. Stejně se autorka snaží podrobit zkoumání postoje a zkušenosti sociálních pracovníků, kteří jsou spoluodpovědní za kvalitu poskytované podpory a s ní úzce související úspěšnosti sociální inkluze těchto rodičů. To odpovídá náhledu již zmíněného sociálního modelu. V pojetí Olivera sociální model chápe problém postižení ne jako individuální záležitost, ale jako problém společnosti. Postižení tedy neplyne z konkrétních omezení člověka, ale celkové nepřipravenosti společnosti a mnohých stereotypů a předsudků, které v ní panují. Oliver tak zpochybňuje kauzalitu mezi chronickou nemocí a poškozením na jedné straně a postižením na straně druhé. Postižení má tedy dle jeho představ ryze sociální rozměr (Oliver, 1990). Tzv. „Velkou ideu“ britského hnutí „Union of the Physically Impaired Against Segregation“ (v češtině „Svaz fyzicky postižených proti segregaci“) nazývanou „sociálním modelem postižení“ přinesla v 70. letech minulého století silící kritika medicínského modelu. Tento model byl kritizován proto, že nahlíží na postižení jako na nemoc vyžadující rehabilitaci a speciální odbornou (zejména zdravotní) péči (Šiška, 2005). Jedinci s postižením je pak přiřknuta role nemocného, tak jak ji ve své práci popsal Parsons již v roce 1951 (Parsons, 1991). Nemocný je nezpůsobilý vykonávat předepsané společenské povinnosti, a proto je od nich osvobozen. Jeho situaci může zlepšit pouze léčba. Tento model zdůrazňuje potřebu změny samotného jedince, nikoliv externího prostředí.

Nové paradigma sociálního modelu postižení získalo výrazný akademický kredit zejména díky pracím autorů Micheala Olivera (1990, 1996), a poté Toma Shakespeara (2002, 2006). Sám Oliver ale přiznává, že na sociální model je často přehnaně nahlíženo jako na komplexní explanační teorii vyjasňující problematiku postižení (Oliver, 1996). Sociálnímu modelu je často vyčítáno, že zapomíná na roli poškození či snížené zdatnosti, která s lidským životem úzce souvisí, a může mít při prosazování principů emancipačních hnutí vliv (Crow, 1996). Nelze mu však upřít, že se díky němu přesunula pozornost od samotného postižení a lékařského modelu, který viděl jedince pouze skrze léčbu a diagnózu, k postižení jakožto sociálním jevu, vznikajícímu v důsledku sociálních bariér, tedy znevýhodňující společnosti. Je nesporné, že sociální model také ovlivnil rozvoj a fungování sociálních služeb a otevřel tak cestu k jejich transformaci, která nestaví jen na základních speciálně pedagogických metodách

(kompenzaci, reedukaci či rehabilitaci), ale klade nový cíl, kterým je sociální změna a odstraňování sociálních bariér (Černá, 2008; 2015).

2.1.2. Klasifikace mentálního postižení

Z výše uvedeného tedy vyplývá, že jestliže chceme mluvit o mentálním postižení, musíme jednoznačně zohlednit také prostředí, ve kterém se člověk s mentálním postižením pohybuje. Rozlišujícím vodítkem při diagnostice tedy není pouze schopnost jedince adaptovat se v různých situacích, ale zejména míra podpory, kterou v konkrétní situaci v konkrétním prostředí potřebuje, aby mohl plnohodnotně žít (Lečbych, 2008).

Při hodnocení jedince nevycházíme v tomto pojetí z rozumové úrovně definované různými klasifikacemi nemocí jako je Diagnostický a statistický manuál duševních poruch (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), 5. revize (DSM-V, 2013) a Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems), 11. revize (ICD-11, 2018), ale z míry podpory, což v současné době bývá nejlépe reflektováno postoji American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD), která ve své klasifikačním a definičním materiálu využívá standardizované škály „Škála intenzity podpory“ (Support Intensity Scale) (dále jen SIS) (AAIDD, 2010). Tento diagnostický materiál je členěn do třech oddílů, přičemž každý z oddílů je zaměřen na zvláštní oblast podpory. První oddíl „Škála potřeby podpor“ se skládá ze 49 životních aktivit sdružených do šesti subškál (např. činnosti spojené se životem v obci, činnosti v zaměstnání). Při hodnocení se posuzuje frekvence, denní délka podpory a typ podpory. Druhý oddíl obsahuje „Škálu dodatečné ochrany a obhajování“, a ve třetím oddíle je zkoumána potřeba mimořádné podpory ve zdravotní oblasti a v oblasti chování. SIS je tedy diagnostický nástroj, který umožní u osob s mentálním postižením posoudit reálnou potřebu podpory a může tak pomoci k naplnění potřeb umožňujících vést těmto lidem nezávislý život. Poskytuje validní měření v 57 životních aktivitách, vyhodnocuje potřebu podpory v 15 zdravotnických položkách a 13 položkách problémového chování (AAIDD, 2010).

Tuto klasifikaci autorka zvolila rovněž z toho důvodu, že by v oblasti poskytování sociálních služeb mohla být vodítkem pro lepší individualizaci financování a nastavení služeb. Zjištění míry potřebnosti snáze pomůže odůvodnit náklady na službu pro jednotlivce a umožní porovnávat efektivitu poskytování sociální služby i mezi organizacemi navzájem. Lze ji využít nejen při vyhodnocování potřebnosti, ale i ve fázi sestavování individuálního plánu podpory.

Lze konstatovat, že stávající systém sociálních služeb z obdobného principu vychází. O jeho důkladnější analýze pojednává kapitola 2.2.2.

2.2. Rodič s mentálním postižením v systému formální podpory

2.2.1. Rodičovství osob s mentálním postižením ve světle výzkumů

Rodičovství osob s mentálním postižením a jeho zkoumání je historicky spjato zejména s eugenickým myšlením a nedobrovolnou sterilizací těchto osob v průběhu druhé světové války (Llewellyn & Hindmarsh, 2015). První vlna výzkumu se proto zaměřila zejména na zkoumání reprodukční funkce osob s mentálním postižením a případné poškození plodu. Výzkumy ovšem ukázaly, že počet dětí s postižením, které se narodily ženám s mentálním postižením, je stejný či nižší než v běžné populaci (Tymchuk, 1990).

Ve druhé vlně výzkumu se pozornost zaměřila na adekvátnost péče těchto rodičů a jejich individuální potřeby (Llewellyn & Hindmarsh, 2015). Z výzkumných šetření vyplývá, že mentální postižení samo o sobě není prediktorem neadekvátní rodičovské péče. Toto tvrzení bylo postulováno už v prvním článku ve vědecké literatuře o tématu rodičovství osob s mentálním postižením, které lze nalézt v 51. svazku *American Journal of Mental Deficiency* v roce 1947. Mickelson se zde snažil podrobit analýze tzv. metody kontroly těchto rodičů, mezi které patřily: institucionalizace, sterilizace a dohled skrze kontrolní aparát (Mickelson, 1947 in Llewellyn & Hindmarsh, 2015).

Průřezové téma, které se opakovaně v průběhu posledních několika desetiletí objevovalo, se zabývá riziky pro vývoj dítěte spojené s nedostatečnou péčí rodičů s mentálním postižením, nepodnětným sociálním prostředím a mírou ohrožení zanedbáváním a zneužíváním (Llewellyn & Hindmarsh, 2015). McConnel a kol. (2003) například zjistili, že existuje jen velmi málo charakteristik dětí rodičů s mentálním postižením, které lze zobecnit na celou populaci těchto dětí. Závěry tohoto výzkumu však naznačily jistou souvislost mezi IQ matky a opožděním ve všech sledovaných vývojových oblastech. Toto opoždění se ukázalo u 35 % - 57 % dětí v závislosti na sledované oblasti. Nejčastěji se jednalo o opoždění ve fyzickém vývoji a řečové oblasti, ačkoli typické bylo spíše opoždění globální než specifické. V materiálu vydaném Special Interest Research Group [SIRG] on Parents and Parenting with Intellectual Disabilities (2008) se však hovoří o tom, že vývoj dětí rodičů s mentálním postižením odpovídá vývoji jejich vrstevníků vyrůstajících ve stejném socioekonomickém prostředí.

V dalším výzkumu McGawová a kol. (2007) hledali souvislost mezi výskytem psychopatologie u rodičů s mentálním postižením a výskytem traumatických prožitků jejich dětí. Symptomy psychopatologického chování se objevily u 45 % rodičů s mentálním postižením, spojitost s traumatizací dětí se však nepotvrdila. Potvrzena ovšem byla souvislost mezi přítomností rodičovské psychopatologie a mentálních a kognitivních problémů jejich dětí. Dětem byly častěji diagnostikovány např. poruchy pozornosti, úzkostné poruchy či porucha autistického spektra. Rovněž byla zjištěna významná korelace mezi traumatickou zkušeností samotných rodičů z dětství a evidencí jejich dětí v systému sociálně právní ochrany dětí pro riziko zanedbání anebo špatného zacházení. Sexuální zneužívání a psychické týraní byly nejčastěji rizikovými kategoriemi, kvůli kterým byly tyto děti sledovány. Druhá kategorie významně souvisela právě s rodičovskou zkušeností z dětství, neboť někteří z nich byli sami psychicky týráni. Nejsou to ale jen negativní zkušenosti z dětství či zvýšený výskyt souběžných psychiatrických diagnóz, jež mohou vést k evidenci takovéto rodiny v systému sociálně právní ochrany dětí a v hraničním případě až k odebrání dětí. Výzkumy (Hindmarsh et al., 2015; Monsen et al., 2011) ukazují, že děti rodičů s mentálním postižením jsou častěji vystaveny riziku odebrání z péče rodičů s mentálním postižením jen kvůli jejich diagnóze (tedy aniž by došlo k zanedbávání dítěte).

Výše uvedené výzkumy naznačují, že problematika dopadů péče rodiče s mentálním postižením na vývoj dítěte není jednoznačná. Je vysoce pravděpodobné, že u každého individuálního případu závisí na celé řadě proměnných, jak rodič s mentálním postižením nakonec ve své roli bude úspěšný. K obdobnému závěru došla i Collingsová a Llewellynová (2012), které provedly rozsáhlou revizi 26 studií věnujících se této problematice. Ve své práci píší, že neexistuje jednoznačný konsensus o tom, zda má snížený intelekt rodiče za následek obtíže ve vývoji dítěte. Bohužel se však v praxi stává, že pokud je péče rodiče s mentálním postižením o dítě nedostatečná, bývá to automaticky považováno za důsledek jeho postižení, aniž by byly zkoumány širší konsekvence daného případu (Sigurjónsdóttir & Rice, 2017).

Ve třetí a zároveň aktuální výzkumné fázi lze vypozorovat několik směrů, kterými se současný výzkum ubírá. Kromě již zmíněných studií mapujících dopady rodičovské péče osob s mentálním postižením na dítě se výzkumníci začali dále zabývat zkušenostmi samotných dětí s dospíváním v rodině rodiče s mentálním postižením. V této oblasti však do současné doby bylo realizováno jen několik málo výzkumných šetření. Jednou z prvních prací věnujících se tomuto tématu byla publikace autorského týmu Booth a Boothová (1998). Je zde prezentován příběh ilustrující zvládnutý přechod dítěte vyrůstajícího s rodičem s mentálním postižením do dospělosti. Autoři vnímají rodičovské kompetence jako sociální

atribut spíše než individuální dovednost a upozorňují na to, že by se měla pozornost přesunout od ochrany zájmů dětí a restriktivních opatření ke komplexní podpoře rodin, aby se případnému selhání rodičů včas předešlo. Jako příklad aktuálního výzkumu lze uvést polskou studii autorů Wołowicz-Ruszkowské a McConnella (2017), která mapovala zkušenosti 23 dospělých dětí, které vyrostly v péči matek s mentálním postižením. Jednalo se o ženy, kterým nebyla poskytována téměř žádná formální podpora. Zkušenosti jejich dětí byly poměrně různorodé. Klíčovým aspektem, ovlivňujícím jejich prožitky bylo, zda do výchovy vstupovala nějaká další osoba (partner, prarodič), čili zda v rodině fungovala neformální vztahová síť. Děti, které vyrostly v péči matky, jež neměla možnost obrátit se o pomoc na partnera či blízkého rodinného příslušníka, popisovaly ve většině případů svou matku jako zodpovědnou a pečující. Charakteristické pro tuto skupinu dětí bylo silné citové pouto se svou matkou. Dále respondenti vyzdvihovali schopnost matek reflektovat jejich potřeby a také kladně hodnotili množství času, které jim v dětství matky věnovaly. Ne vždy ale jejich zkušenosti byly kladné, tři respondenti hodnotili svou matku jako nedostatečně kompetentní ke zvládnání mateřské role, což pro ně znamenalo převzetí matčiných povinností a zodpovědnosti již ve velmi útlém věku. Matce tak museli pomáhat například při vaření nebo nakupování, poskytovali jí ale i psychickou podporu při řešení náročných stresujících situací. Pestré zkušenosti měli ovšem i respondenti, kteří vyrostli v péči matky a jejich příbuzných. V některých rodinách došlo k úplnému převzetí mateřské role jiným členem domácnosti. Jinde měla podpora velmi intenzivní charakter, ale žena s mentálním postižením zůstávala hlavní pečující osobou. I v těchto rodinách to v mnoha případech pro respondenty znamenalo velmi brzké převzetí rodičovských povinností.

Collingsová a Llewellynová (2012) shrnuly, že narativní studie realizované přímo s dětmi rodičů s mentálním postižením potvrdily, že tyto děti zažívají běžný pocit lásky k rodičům. V případě, že byly z péče svých rodičů odebrány, v dospělosti se k nim i přesto snaží najít cestu a vztah znova budovat, a to navzdory negativním zkušenostem, které si z dětství odnesly. Společnou zkušeností těchto dětí však bývá sociální vyloučení, šikana a stigmatizace. Pohled dětí na jejich životy a zkušenosti si zaslouží velkou pozornost, a to zejména proto, že o jejich rodičích existuje mnoho negativních stereotypů a je nesmírně důležité, aby se i oni sami nestali součástí stereotypního vnímání a nebylo na ně nazíráno stejným způsobem.

Další směr ve výzkumu se zabývá možnostmi vzdělávání rodičů s mentálním postižením a efektivitou tréninkových programů pro tyto rodiče. Problematikou se zabývaly například tyto autoři: Cleaver a Nicholson (2007), Feldman a Case (2009), McGarry a kol. (2015). Tématu je blíže věnována kapitola 2.2.6. Pozornost je věnována i zdraví a kvalitě života matek s mentálním postižením. Například ve švédské populační studii Höglundové a kol.

(2012) bylo zjištěno, že ženy s mentálním postižením bývají častěji kuřačkami a trpí častěji nadváhou ve srovnání s ženami bez postižení. Ve vztahu k mateřství je významné zjištění, že tyto ženy dvakrát častěji předčasně rodily a porod byl v jejich případech častěji veden císařským řezem. Ve vztahu k porodu lze uvést také závěry další studie, která odhalila třikrát vyšší výskyt nízké porodní váhy u dětí žen s mentálním postižením. U těchto žen se také častěji vyskytovala preeklampsie⁶ (McConnell et al., 2008). I Aunosová a kol. (2008) zkoumali zdravotní stav matek s mentálním postižením. Ze 32 zapojených respondentek tři ženy uvedly, že trpí depresemi, ale nebyly medikovány. Čtyři ženy užívaly antidepressiva a tři užívaly léky na snižování úzkosti. Špatný zdravotní stav v období těhotenství žen s mentálním postižením potvrdila i studie Hindmarshové a kol. (2015), která se věnovala kvalitě života těchto žen. Ze závěrů výzkumu vyplynulo, že ženy s mentálním postižením dosahují nižšího vzdělání než ženy bez postižení. Nižší kvalifikovanost je důsledkem horší finanční situace rodin těchto matek a život v chudobě pak bývá spojován s vývojovými obtížemi jejich dětí.

Další poměrně rozsáhle zkoumanou oblastí je sociálně-právní ochrana dětí rodičů s mentálním postižením a výsledky těchto rodičů v soudních řízeních týkajících se plnění rodičovské odpovědnosti. Podrobněji se této problematice bude věnovat kapitola 2.2.4.

V neposlední řadě se mezinárodní výzkumy zaměřují na analýzu kvality systému formální podpory rodičů s mentálním postižením (např. Llewellyn et al., 1998; Weiber et al., 2016) a analýzu perspektiv klíčových odborníků, kteří poskytují rodičům s mentálním postižením podporu (např. Starke, 2011; Weiber et al., 2014). Toto poslední téma se stalo ústředním pro předkládanou disertační práci.

Jedním ze zásadních nedostatků v současném výzkumu týkajícím se rodičovství osob s mentálním postižením je absence dostatečného množství komparačních dat o rodičích bez postižení. Z toho vyplývá, že je jen velmi málo studií, které se snaží pochopit situaci rodičů s mentálním postižením ve vztahu k ostatním rodičům bez postižení. Přitom tento širší populační kontext je potřeba důkladně znát vzhledem k tomu, že právě k této normě bývají schopnosti a dovednosti rodičů s mentálním postižením vztahovány (Llewellyn & Hindmarsh, 2015). Autorky Llewellynová a Hindmarschová (2015) také poukazují na další mezeru ve výzkumu, kterou je nedostatek znalostí o individuálních proměnných (např. o zkušenostech z dětství, o zkušenostech s domácím násilím, či o nízké socioekonomické úrovni rodin),

⁶ Preeklampsie je stav, který může představovat poměrně závažné nebezpečí pro matku i dítě. Jeho příznaky jsou vysoký tlak, výskyt bílkovin v moči a výrazné otoky těla včetně obličeje (např. oční víčka). Pokud není správně léčen, může dojít k selhání jater a ledvin.

kteřé působí na rodiče s mentálním postižením a ovlivňují tak výkon jejich rodičovské role. Přitom to jsou zásadní informace užitečné pro nastavení vhodné podpory rodinám. Autorka předkládané disertační práce považuje za stěžejní výzkumnou studii Bernoldové (2018), která je zaměřená na analýzu faktorů ovlivňujících zvládání mateřské role. Pro práci Bernoldové je klíčový právě pohled samotných matek s mentálním postižením na jejich rodičovství a širší životní kontext, který spoluurčoval, jak úspěšné či neúspěšné v roli rodiče budou. Ukázalo se, že jedním z hlavních faktorů, které matky s mentálním postižením ovlivňují, je kvalita formální podpory (tj. nabídka poskytovaných služeb, kvalita interakce se sociálními pracovníky, a materiální podpora matek). Proto se autorka předkládané disertační práce rozhodla na výzkum Bernoldové (2018) navázat a hlouběji rozpracovat právě téma formální podpory jakožto klíčové determinanty pro zvládání rodičovské role osob s mentálním postižením.

2.2.2. Systém poskytovaných sociálních služeb pro rodiče s mentálním postižením

Už historicky měla většina sociálních problémů, která se jednoznačně týkala i osob se zdravotním postižením, společného jmenovatele, a tím byla chudoba. Boj s ní se postupně vyvinul až do současné poměrně pestré škály poskytovaných sociálních služeb. Z historického hlediska tyto služby ve společnosti plnily vždy dvojí úlohu. Tím prvním motivem, jež vedl k etablování sociálních služeb, bylo pomoci chudým a jinak ohroženým lidem. Zájem na existenci těchto služeb měla vždy vládnoucí skupina osob disponujících mocí, pro kterou sociální služby byly jakousi zárukou pro udržení rovnováhy ve společnosti, což lze vnímat jako druhou klíčovou úlohu sociálních služeb (Matoušek, 2007). Podoba sociálních služeb pak jednoznačně odrážela celkový přístup společnosti k potřebným a výrazně se proměňovala v závislosti na historických souvislostech, politickém uspořádání dané země a mnoha dalších proměnných. Vývoj v českých zemích víceméně kopíroval celoevropské trendy, a tak se z klasické chudinské péče, tak jak o ní hovoří dobové prameny, na začátku dvacátého století začala postupně rozvíjet lépe diferencovaná nabídka sociálních služeb (Matoušek, 2007).

V období první republiky se rozvíjí zejména dobrovolná sociální péče, rodí se také specializované poradenské služby jako například poradny pro matky s dětmi a městské sociální poradny. Nejčastější formou pomoci potřebným za první republiky je ale jednoznačně ústavní péče (Matoušek, 2007). Jako příklad lze uvést Ústav Idiotů, založený už v roce 1871 Karlem Slavojem Amerlingem, který byl určen právě pro osoby s mentálním postižením (Mužáková, 2016). S únorem 1948 a změnou politického uspořádání země však dochází k narušení z tradice

vycházejícího systému sociálních služeb a do jisté míry k přerušení jakési kontinuity v jeho vývoji.

Jestliže v předválečném a meziválečném období ležela péče na bedrech obcí, což upravoval Chudinský zákon č. 59/1868 Sb., a zákon č. 105/1833 Sb., o domovském právu, který deklaroval právní nárok příslušníků obce na „zaopatření podle dokázané potřeby“ a také Obecní zákon č. 18/1962 Sb., který kladl obcím povinnost „pečovati o chudé a obecní ústavy dobročinné“, tak s nástupem komunismu byl tento decentralizovaný způsob poskytování pomoci potřebným přísně centralizován. Zároveň byl zaveden jednotný systém sociálního zabezpečení kodifikovaný v zákoně č. 55/1956 Sb., o sociálním zabezpečení (Matoušek, 2007). V těchto společenských podmínkách se tak hlavním a v podstatě jediným (jen několik málo ústavů sociální péče mohlo být zřizováno dobrovolnými organizacemi, církvemi či družstvy) garantem sociálních služeb stal stát. I přes významný rozvoj poskytování sociálních služeb v 60. letech minulého století v západních zemích (mezi které patřilo například chráněné bydlení a zaměstnávání, podporované bydlení a zaměstnávání, osobní asistence či komunitní centra), tyto zahraniční trendy v rámci československého systému sociálního zabezpečení nebyly téměř reflektovány. Hlavním pilířem systému zůstává především ústavní péče a pečovatelská služba jako v podstatě jediná terénní služba (Matoušek, 2007).

Podpora osob s mentálním postižením v tomto období byla o to víc problematická, že jediná organizace fungující pod patronací státu, která spolčovala lidi s postižením – Svaz invalidů – mezi své členy nepřijímala osoby s mentálním postižením. Proto od roku 1968 na základě iniciativy rodičů dětí s mentálním postižením vzniklo tzv. Sdružení pro pomoc mentálně postiženým, které sice nebylo součástí národní fronty, takže jeho činnost nebyla nikterak finančně podporována státem, ale jeho existence byla tiše trpěna pod záštitou Ministerstva práce a sociálních věcí. Toto sdružení nabízelo svým členům alespoň základní sociální poradenství a možnost využití denních a týdenních stacionářů (Mužáková, 2016). Ústavní péče sice byla státem preferovanou formou péče o osoby s mentálním postižením, jak ale uvádí Mužáková (2016) čerpající z dobových zdrojů, pouze třetina osob s mentálním postižením žila v ústavním zařízení, a i přes postupné navyšování lůžkových kapacit ani v pozdějších letech nabídka zdaleka nepokryla poptávku. Lidé s mentálním postižením tak v komunistické éře převážně zůstávali v péči rodičů, a to nejen v dětství, ale i v dospělosti, protože téměř neexistující síť podpůrných sociálních služeb nenabízela jinou variantu. O možnostech smysluplného pracovního uplatnění či samostatného bydlení, které by přinášelo alespoň hypotetickou možnost, aby lidé s mentálním postižením mohli naplňovat své sexuální, případně rodičovské potřeby, tak nemůže být vůbec řeč.

Využijeme-li terminologii Olivera (1990; 1996) uplatňoval se v tomto období tzv. individuální model postižení. Základní příčinou znevýhodnění a následné exkluze byla samotná existence poškození či postižení, a i když z hlediska komunistické ideologie bylo o lidi s postižením dobře postaráno, neumožňoval „paternalistický“ přístup tehdejšího režimu lidem s postižením vést samostatný život se všemi radostmi a strastmi, které přináší. Tento ochranný přístup se bezesporu odráží i v soudobé legislativě. Ještě zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení deklaruje, že

„Sociální péči zajišťuje stát pomoc občanům, jejichž životní potřeby nejsou dostatečně zabezpečeny příjmy z pracovní činnosti, dávkami důchodového nebo nemocenského zabezpečení, popřípadě jinými příjmy a občanům, kteří ji potřebují vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nebo věku, anebo kteří bez pomoci společnosti nemohou překonat obtížnou životní situaci nebo nepříznivé životní poměry“ (§73),

čímž staví občana do pozice pasivního příjemce pomoci. Ke zrušení tohoto zákona došlo až k 1.1.2012, kdy jej nahradil zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, který mimo jiné vychází z průlomového zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (dále jen zákon O sociálních službách), který v polistopadové éře výrazně přispěl k reformně systému sociální pomoci. Ustanovení §2 tohoto zákona vychází z následující zásady: „Každá osoba má nárok na bezplatné poskytnutí základního sociálního poradenství (§37 odst. 2) o možnostech řešení nepříznivé sociální situace nebo jejího předcházení.“ Člověk zde již není chápán jako pasivní čekatel na zprostředkování pomoci, ale jako jedinec, který se na přijetí či nepřijetí pomoci sám podílí. Zmíněný odstavec 2 pak dále klade důraz na individuální přístup, uchování důstojnosti a nárok na veškeré informace. Jedná se o první zákon v porevolučním období, který reaguje na celkovou změnu přístupu k občanům se zdravotním postižením tím, že při definování příspěvku na péči, jakožto klíčové sociální dávky, odráží jak fyzické, tak sociální aspekty postižení. Tento zákon sice není dokonalým odrazem Oliverova pojetí postižení v diskurzu sociálního modelu, ale významně se přibližuje bio-psycho-sociálnímu pojetí postižení, jak jej vymezuje světová zdravotnická organizace.

V kontextu tzv. sociálního modelu postižení tak, jak byl popsán výše v textu, se tento zákon zaměřuje spíše na jednotlivce a jeho možnosti integrace prostřednictvím nabídky sociálních služeb, namísto hledání cest k inkluzi jako takové. Matoušek (2007) také upozorňuje, že posílení úlohy lékařské komise a způsob jejího rozhodování bývá mnohdy oprostěn od individuálních problémů jedince a že zákon opomíná otázku dostupnosti a kapacity poskytovaných služeb. I přes tyto výhrady lze konstatovat, že tento zákon zohledňuje sociální rozměr postižení a vnímá uživatele sociální služby jako partnera.

2.2.3. Nabídka stávajících sociálních služeb dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

Nabídka sociálních služeb je v současné době poměrně široká. Zákon o sociálních službách v §32 definuje základní druhy sociálních služeb: a) sociální poradenství (které je součástí všech poskytovaných sociálních služeb), b) služby sociální péče a c) služby sociální prevence. Dále tento zákon vymezuje formy poskytovaných služeb v §33 na pobytové, ambulantní nebo terénní. Zákon definuje celkově 34 sociálních služeb, některé z nich jsou však pro cílovou skupinu rodičů s mentálním postižením irelevantní. Proto bude následující text věnován přehledu služeb, které nabízí základní činnosti, které rodiče s mentálním postižením využívají nebo by hypoteticky mohli využívat.

Služby sociální péče

Mezi služby sociální péče patří (i) osobní asistence, (ii) podpora samostatného bydlení, (iii) chráněné bydlení, (iv) domovy pro osoby se zdravotním postižením.

(i) Osobní asistence

Jedná se o terénní službu poskytovanou osobám se sníženou soběstačností. Služba mimo jiné obsahuje tyto základní činnosti: pomoc při zajištění chodu domácnosti; výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti; zprostředkování kontaktu se společenským prostředím; pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (Zákon č. 108/2006 Sb.). Služba ze své podstaty cílí primárně na osobu s postižením, nikoliv na jeho rodinu. V rámci této služby není poskytována podpora při rozvoji rodičovských kompetencí, ale pomoc je zaměřena na sebeobslužné dovednosti, případně péči o domácnost. Jedná se o službu placenou.

(ii) Podpora samostatného bydlení

Služba je opět poskytována terénní formou v přirozeném prostředí uživatele a v některých základních činnostech kopíruje službu osobní asistence. Služba obsahuje tyto základní činnosti: pomoc při zajištění chodu domácnosti; výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti; zprostředkování kontaktu se společenským prostředím; sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Služba je pro uživatele za úhradu.

(iii) Chráněné bydlení

Chráněné bydlení je na rozdíl od podpory samostatného bydlení pobytovou službou, která má formu skupinového, případně individuálního bydlení. Činností, které služba poskytuje, je celá řada a většina z nich souvisí se zajištěním péče o vlastní osobu. Jak z podstaty služby vyplývá, zároveň uživateli zajistí ubytování a stravu, a dále pak zajišťuje všeobecné činnosti stejně jako předchozí dvě služby (např. zprostředkování osobního kontaktu). Služba chráněného bydlení je určena zletilým klientům. Dle registru poskytovatelů sociálních služeb je v České republice pouze několik služeb Chráněného bydlení, kde může být přijat i mladší uživatel služby, nicméně jedná se o osoby, které mají 16 a více let (Registr poskytovatelů sociálních služeb, 2018). V praxi to znamená, že by v tomto typu služby neměl být uživatel, který je mladší, a tak rodič s mentálním postižením, který vychovává dítě mladší 16 let, nemůže tento typ služby využít. Opět se jedná o službu hrazenou uživatelem.

(iv) Domovy pro osoby se zdravotním postižením

Tyto domovy poskytují pobytovou službu osobám, které mají sníženou soběstačnost. Jejich stav by přitom měl vyžadovat pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Činnostmi, které služba poskytuje, kopíruje nabídku služby chráněného bydlení, ale počítá se s vyšší mírou podpory, než tomu bylo u předchozích typů služeb. V tomto typu služby rovněž nemůže uživatel žít se svým dítětem dohromady, protože v Domovech mohou pobývat jen děti, které mají nařízenou ústavní péči, a to jen za předpokladu, že to vyžaduje jejich zdravotní stav. Rovněž tuto službu si hradí sám klient.

Služby sociální prevence

Mezi služby sociální prevence patří (i) raná péče, (ii) azylové domy, (iii) sociálně aktivizační služba pro rodiny s dětmi, (iv) sociální rehabilitace.

(i) Raná péče

Sociální služba raná péče se poskytuje v terénní, případně ambulantní formě rodinám s dětmi do sedmi let. Jedná se o rodiny dětí, které jsou zdravotně postižené, případně jejichž vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu. Mezi základní činnosti této služby patří: výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti; sociálně terapeutické činnosti; pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Z výše uvedeného vyplývá, že služba Raná péče pracuje s rodinami, kde je indikací zejména

zdravotní stav, který by mohl ohrozit vývoj dítěte. Pakliže rodič dítě s postižením nemá, nemůže této službě využít.

(ii) Azylové domy

Na přechodnou dobu tato služba poskytuje ubytování osobám, které se ocitly v nepříznivé životní situaci. Domy poskytují tyto základní činnosti: poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy; a poskytnutí ubytování a pomoc při uplatňování práv. Klíčovou nevýhodou této služby je její časové omezení. Uživatel zde může bydlet pouze jeden rok a je navíc placená. Zároveň v rámci základních činností definovaných prováděcí vyhláškou zákona č. 505/2006 Sb., o sociálních službách nenabízí činnosti spojené s rozvojem rodičovských kompetencí, pouze „pomoc při obnovení či upevňování kontaktu s rodinou“. Další nevýhodou je, že službu v mnoha případech nemohou využívat celé rodiny s dětmi, protože jednotlivé azylové domy nabízí své služby většinou jen matkám s dětmi (Registr poskytovatelů sociálních služeb, 2018). Stejně jako v případě ostatních pobytových služeb, jedná se o službu hrazenou uživatelem.

(iii) Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi

Převážně terénní formou poskytovaná sociální služba určená rodině s dítětem, u kterého je jeho vývoj ohrožen v důsledku nepříznivé sociální situace, jenž rodina nedokáže sama překonat. Služba se od předchozích jmenovaných svou náplní odlišuje, protože nabízí také činnosti související s rozvojem dítěte a rodičovských kompetencí. Jedná se o tyto činnosti: výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti; sociálně terapeutické činnosti; podporu vytváření a zdokonalování pracovních návyků a dovedností. Výhodou je, že je služba poskytována bezplatně a na rozdíl od předcházejících služeb, které cílily buď na dospělého člověka s mentálním postižením nebo na dítě, zahrnuje tato služba komplexně celou rodinu.

(iv) Sociální rehabilitace

Je službou, kterou je možné poskytovat ve všech třech formách, tedy ambulantně, v terénu nebo i formou pobytové služby nabízené v centrech sociálně rehabilitačních služeb. Jedná se o soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti prostřednictvím rozvoje specifických schopností a dovedností nácvikem. Nabízené činnosti by měly vést k sociálnímu začlenění. Jedná se o tyto činnosti: nácvik dovedností pro zvládnutí péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění; zprostředkování kontaktů se společenským prostředím; výchovně vzdělávací a aktivizační činnosti; pomoc při uplatňování práv. Služba je poskytována bezplatně.

Obecně lze shrnout, že nabídka sociálních služeb je z hlediska zákonného ukotvení poměrně široká. Každá registrovaná sociální služba musí uživateli nabídnout základní nabídku činností, které jí ukládá zákon. Rozšíření služby o další činnosti je pak v kompetenci daného poskytovatele. Nicméně z přehledu je patrné, že se poskytované služby ve vztahu k potřebám rodičů s mentálním postižením dají rozdělit do třech základních skupin: (i) služby, které pomáhají uživateli řešit bytovou situaci, (ii) služby, které zajišťují rozvoj dovedností v péči o vlastní osobu, případně mají napomoci k sociálnímu začlenění a (iii) služby, které se orientují spíše na dítě ohrožené na vývoji a které by měly podněcovat jeho rozvoj, potažmo rozvoj rodičovských kompetencí. Žádná ze služeb ale neřeší rodičovství osob s mentálním postižením komplexně. Chybí zde služba, která by byla poskytována v přirozeném rodinném prostředí a ošetřila by rodinu jako celek. V rámci služby takového typu by klíčový sociální pracovník měl být jednak připraven poskytnout specifickou podporu rodičům s mentálním postižením při rozvoji jejich dovedností (a to nejen těch rodičovských), a zároveň by měl být schopen věnovat se dítěti. To je důležité především proto, aby se předešlo případnému vývojovému opožďování dítěte z důvodu nepodnětného rodinného prostředí. Podrobněji je tato problematika rozpracována v závěrečné diskuzi, kde je platný legislativní rámec porovnán se zkušenostmi odborníků z praxe.

2.2.4. Rodič s mentálním postižením v agendě sociálně-právní ochrany dětí

Institucionalizace systému péče o ohrožené děti, a tím i tzv. sociálně právní ochrany dětí, je datována k roku 1863, kdy byla vydána právní norma „Zákon domovský“ č. 105 říšského zákoníku. Tato legislativní úprava obsahovala definici péče o výživu a výchovu chudých dětí i péči o zanedbávané děti v ústavních zařízeních (Kahoun, 2007). Od té doby systém prošel celou řadou proměn, které reflektovaly celospolečenský kontext, a zejména politickou situaci. V roce 1969 došlo ke zřízení Ministerstva práce a sociálních věcí. Do jeho gesce je dodnes systém sociálně právní ochrany dětí začleněn. Jeho současnou podobu vymezuje stále ještě platný zákon č. 359/1999 Sb. O sociálně právní ochraně dětí, na jehož základě je poskytována pomoc ohroženým rodinám, a zejména pak dětem, které v nich vyrůstají.

Během svého vývoje se nejen český systém péče o ohrožené dítě a rodinu potýkal, a v mnohých oblastech stále ještě potýká, s jasně nezodpovězenými otázkami a dilematy, které v čase mizí a opět se vynořují. Mezi ty nejpálčivější patří tyto:

- rodičovská práva versus potřeby dětí,
- ochrana dětí versus zachování rodiny,

- ochrana dětí versus podpora rodiny,
- státní versus místní zodpovědnost,
- protektivní versus rozvojové služby,
- služby poskytované v rodině versus náhradní rodinná péče versus institucionální péče,
- individualizovaný model intervence versus standardizovaná univerzální péče,
- specializované služby versus neformální podpůrné sítě a
- náklady versus přínosy poskytování služeb (McGowan, 2014).

Jedním z témat, které ale rozhodně nezmizí, je hledání nejlepšího řešení pro děti, kterým rodiče neumí, nedokáží nebo nemohou poskytnout adekvátní péči. Zahraniční výzkumy (Jones, 2013; McConnell & Sigurjónsdóttir, 2010) ukazují, že mezi tyto rodiče bývají někdy i stereotypně řazení rodiče s mentálním postižením. Pro tuto skupinu je pak charakteristické, že často přicházejí o svá rodičovská práva (Alexius & Hollander, 2014; Lightfoot & Slayter, 2014; McConnell et al., 2011; National Council on Disability, 2012). V rodinách rodičů s mentálním postižením dle zahraničních odhadů žije 0,2 % - 0,9 % z celkové dětské populace (Tøssebro et al., 2016). I když těchto dětí není na první pohled mnoho, a rodiče s mentálním postižením představují méně než jedno 1 % populace (Lewis et al., 2015), analýza soudních řízení dotýkajících se péče o děti v Anglii v roce 2000 ukázala, že v 15,3 % případů se jednalo o rodiny, kde alespoň jeden z rodičů měl mentální postižení (Booth & Booth, 2005). Z výše uvedeného vyplývá, že rodiče s mentálním postižením jsou jednoznačně častěji účastni soudních řízení ve věci péče o děti, což potvrzují i závěry novějších výzkumných šetření (Hindmarsh et al., 2015; McConnell et al., 2011; Monsen et al., 2011). Tato šetření poukazují na to, že rodiče s mentálním postižením jsou 30 - 60x častěji v evidenci orgánu sociálně právní ochrany dětí ve srovnání s většinovou populací. Dle závěrů analýzy Booth a Boothové (2005) cca 41 % dětí rodičů s mentálním postižením dokonce se svými rodiči nežije. Zajímavé je také srovnání počtu odebraných dětí v závislosti na typu postižení. Booth a Boothové (2005) zjistili, že děti rodičů s mentálním postižením, bývají z rodiny odebrány ve 41,7 % případů ve srovnání s dětmi vyrůstajícími v rodinách jinak postižených rodičů. Z jejich péče je odebráno 28,9 % dětí.

McConnell a kol. (2011) poukazují na další zajímavé poznatky, týkající se soudní praxe a vyhodnocování rodičovských kompetencí rodičů s mentálním postižením. Uvádí, že nespolupráce rodičů bývá častým negativním prediktorem průběhu soudního řízení. Navíc v případech, kdy se jedná o rodiče s mentálním postižením, bývá poměrně málo využíváno alternativních sankcí. Soudci častěji volí variantu zbavení rodičovské odpovědnosti rodičů s mentálním postižením, přitom jednoznačně preferovanou variantou mají být takové

sankce, které umožní dítěti dále setrvat v rodině, pakliže je to možné. Česká legislativa a konkrétně pak zákon č. 359/1999 Sb. O sociálně právní ochraně dětí nabízí dle §13 několik výchovných opatření, které mohou směřovat k dětem, ale také k rodičům (napomenutí, soudní dohled, nařízení odborné pomoci). Dále autoři výzkumu (McConnell et al., 2011) zjistili, že děti rodičů s mentálním postižením bývají nejčastěji vystaveny zanedbávání, nikoliv však zneužívání či týrání. To potvrzuje i závěr starší analýzy (Booth & Booth, 2005), kde bylo zjištěno, že většina rodičů byla účastna soudního řízení nikoliv kvůli zneužívání, ale kvůli obvinění z nedbalosti či neúmyslného zanedbávání.

V České republice lze nalézt ve výkazech Ministerstva práce a sociálních věcí pouze statistiky o důvodech odebrání dítěte rozdělených do následujících kategorií: týrání, zneužívání, zanedbávání, výchovné problémy dítěte, a jiné překážky v péči o dítě na straně rodičů. Například v roce 2016 bylo celkově odebráno 3841 dětí, a z toho 1010 dětí z důvodu jiné překážky na straně rodičů (Roční výkaz o výkonu sociálně právní ochrany dětí, 2016). Lze si ale jen domýšlet, o jaké překážky se mohlo jednat. Nabízí se například socioekonomické důvody, ale také mentální postižení rodičů. To jsou však jen domněnky autorky, neboť detailnější statistika vycházející ze soudních rozsudků, která by zaznamenávala bližší charakteristiky jednotlivých případů, není k dispozici.

Ze závěrů výzkumu Callowové a kol. (2017), kteří revidovali soudní rozhodnutí v USA, ve kterých byly využity IQ testy jakožto nástroj pro zjišťování rodičovské kapacity, je patrné, že v 86 % případů byl nízký intelekt prezentován jako překážka v plnění rodičovských povinností. V těchto případech nebylo využito komplexnějšího hodnocení, které by zkoumalo širší kontext proměnných, jež mohou mít vliv na rodičovské schopnosti. Ve většině analyzovaných rozsudků byla rodičovská kapacita rodičů s mentálním postižením vyhodnocena jako statická bez možnosti dalšího rozvoje. Toto je v rozporu s výsledky výzkumných studií (Bloomfield et al., 2010; Meppelder et al., 2015; Monsen et al., 2011), které jednoznačně potvrzují, že rodiče s mentálním postižením jsou schopni učit se a mnohé dovednosti potřebné k péči o dítě za využití vhodných metod práce si osvojit. Rodiče s mentálním postižením, kterým byly nakonec děti odebrány, na rozdíl od jiných rodičů se stejným postižením, se přitom významně neliší v kognitivních a adaptivních schopnostech. Spíše se jedná o rodiče, kteří ve své životní anamnéze mají zkušenost se zneužíváním a násilím, kteří často pochází z rodin z nižšího sociokulturního prostředí, a případně z rodin, kterým dlouhodobě nebyla poskytována sociální podpora (Feldman et al., 2012; McGaw & Candy, 2010).

2.2.5. Rodičovská zodpovědnost: Vznik a výkon rodičovských práv a povinností u osob s mentálním postižením

V roce 2014 nabyl účinnosti nový občanský zákoník, který významně ovlivňuje výkon rodičovských práv u osob, které měly do té doby omezenou způsobilost k právním úkonům (v současné terminologii se opět začal používat termín svéprávnost). Do roku 2014 podle § 34 odst. 2 bývalého zákona č. 94/1963 Sb., o rodině výkon rodičovské odpovědnosti úzce souvisel s omezením (i částečným) způsobilosti k právním úkonům. Člověk, který byl takto omezen či zbaven způsobilosti k právním úkonům, automaticky neměl ani rodičovskou odpovědnost a nebylo možné ji člověku ani dodatečně soudně přiznat. „Tento stav mohl být chápán jako rozporný s celkovou filosofií a étosem Českou republikou ratifikované a od 28. 10. 2009 platné Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením (č. 10/2010 Sb. m. s.), jejíž čl. 23 odst. 4 věta poslední ostatně výslovně stanovuje, že dítě nesmí být za žádných okolností odděleno od rodičů z důvodu (...) zdravotního postižení jednoho či obou rodičů.“ (Křístek, 2019).

V současné době reguluje výkon rodičovské odpovědnosti rodiče s omezenou svéprávností § 868 odst. 2 občanského zákoníku: „Výkon rodičovské odpovědnosti rodiče, jehož svéprávnost byla v této oblasti omezena, je po dobu omezení jeho svéprávnosti pozastaven, ledaže soud rozhodne, že se rodiči vzhledem k jeho osobě zachovává výkon povinnosti a práva péče o dítě a osobního styku s dítětem.“ Pokud se tedy rodičem stane osoba, která má omezenou svéprávnost, nabývá i přesto automaticky rodičovské odpovědnosti. Až poté může trvání a rozsah rodičovské odpovědnosti změnit soud. Jedině v případě, že rozsudek o omezení svéprávnosti zároveň obsahuje též výrok, jímž by byla zároveň omezena svéprávnost v oblasti výkonu rodičovské odpovědnosti, může nastat situace, kdy rodič svých práv a povinností vůbec nenabyde (Křístek, 2019). Tato otázka je však problematická. Jeden z názorů se přiklání k variantě, že je takové omezení možné. Pro tuto variantu by svědčil i samotný účel institutu svéprávnosti, který má primárně ochraňovat osoby omezené ve svéprávnosti. Zároveň by toto řešení mělo přispět k ochraně dosud nenarozeného dítěte (Kovaříková, 2016). Nicméně existuje i druhý právní výklad. Soud rozhoduje o omezení svéprávnosti rodiče, tedy ne osoby, která doposud rodičem není (Šmíd, 2014). Je třeba mít však na paměti, že rodič nemůže dítě zastoupit v takovém právním jednání, v němž ani on sám za sebe právně jednat nemůže (Matiaško & Rittichová, 2015).

V praxi je možné setkat se s touto situací v oblasti správy jmění dítěte. Dle § 858 občanského zákoníku rodičovská odpovědnost zahrnuje i další povinnosti a práva rodičů, která spočívají:

- (i) v péči o dítě (o jeho zdraví, tělesný, citový, rozumový a mravní vývoj),
- (ii) v ochraně dítěte,
- (iii) v udržování osobního styku s dítětem,
- (iv) v zajišťování jeho výchovy a vzdělání,
- (v) v určení místa jeho bydliště.

Ty však standardním omezením svéprávnosti dotčeny zpravidla nebývají.

V souvislosti s výše uvedeným je potřeba také upřesnit, kdo a jak dítě zastupuje v případě, že je rodič ve svých rodičovských právech omezen, případně jsou mu tato práva pozastavena. Má-li dítě oba rodiče, vyplývá z § 878 odst. 1 pravidlo, že rodičovskou odpovědnost vykonává druhý rodič. „Praktickým důsledkem je to, že dítěti nemusí být na místo druhého rodiče jmenován nejen poručník, ale ani opatrovník v rozsahu povinností a práv omezeného rodiče, neboť všechny tyto povinnosti a práva může zajistit neomezený rodič.“ (Křístek, 2019).

Institut poručníka se využívá jen v případech, kdy ani jeden z rodičů rodičovskou odpovědností nedisponuje (zemřel, byla mu pozastavena, případně jí byl zbaven). V případě, že rodiče byli v rodičovské odpovědnosti pouze omezeni, bývá jmenován nikoliv poručník, ale opatrovník, jehož kompetence jsou vymezeny rozsahem omezení rodičovské odpovědnosti u obou rodičů dohromady (Hrušáková & Králíčková, 2006). Zároveň je k tomuto potřeba dodat, že opatrovník matky může zastupovat pouze matku a dle § 458 občanského zákoníku „není oprávněn za zastoupeného právně jednat v záležitostech týkajících se (...) výkonu rodičovských povinností a práv“.

Ve věci rozhodování o rodičovské odpovědnosti omezeně svéprávného rodiče došlo v předloňském roce ještě k jedné změně, kterou přinesl zákon č. 296/2017 Sb., kterým se mění zákon č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 292/2013 Sb., o zvláštních řízeních soudních, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony. Ve shrnutí nový § 468a, říká toto: „Nebylo-li zastaveno řízení o svéprávnosti rodiče nezletilého dítěte podle § 35 odst. 2, soud zahájí řízení ve věcech rodičovské odpovědnosti a řízení spojí. Pro řízení je příslušný soud, který vede řízení o svéprávnosti. V rozsudku, jímž se omezuje svéprávnost v oblasti rodičovské odpovědnosti, vymezí soud rozsah, v jakém způsobilost posuzovaného omezil, nepostačují-li vzhledem k zájmu dítěte mírnější a méně omezující opatření.“ (Křístek, 2019). Tím novela zdůraznila, že v oblasti rodičovské odpovědnosti je třeba posuzovat konkrétní případ zejména s ohledem na zájem dítěte, přičemž musí soud zvažovat to nejméně restriktivní opatření. Toto ustanovení by mělo vést k tomu, že pokud bude postačovat omezení rodičovské odpovědnosti v daných oblastech, neměl by soud přistupovat

k pozastavení rodičovské odpovědnosti v celém rozsahu nebo úplnému zbavení (Křístek, 2019). Soud by ke zbavení rodičovské odpovědnosti měl přistoupit pouze pokud dle § 871 odst. 1 občanského zákoníku rodič „zneužívá svoji rodičovskou odpovědnost nebo její výkon, anebo svoji rodičovskou odpovědnost nebo její výkon závažným způsobem zanedbává (...)“. Podle téhož paragrafu odst. 2 zároveň soud může zbavit rodičovské odpovědnosti rodiče, spáchá-li vůči dítěti úmyslný trestný čin.

„Pojmem rodičovská odpovědnost zdůrazňuje příkaz náležité péče ve vztahu k dítěti, zejména aktivní působení rodičů a vytvoření bezpečného prostoru pro vývoj dítěte. Pojem náležité péče nelze vyložit jen jako osobní péči. Jde o péči ve vztahu k osobě dítěte, jeho výchovu, ale i o péči řádného hospodáře při správě jmění dítěte. Institut rodičovské odpovědnosti v sobě spojuje dva rozměry, jednak ochranu nezletilého dítěte a jednak realizaci samotného rodičovství. Tyto povinnosti a práva, které rodič ve vztahu ke svému nezletilému dítěti má, jsou ohraničeny maximou, kterou je nejvyšší zájem dítěte (Šínová, Wesphalová, & Králíčková, 2017, s. 64). Pojmu nejvyšší zájem dítěte se podrobněji věnuje kapitola 2.3.3.4.

2.2.6. Možnosti vzdělávání a přípravy osob s mentálním postižením na rodičovství v České republice a vzhled do zahraniční praxe

Potřebná speciálně pedagogická intervence šitá na míru rodičům s mentálním postižením má na rozdíl od českého kontextu v zahraničí jistou tradici, a to zejména v Americe, Austrálii, Kanadě, Velké Británii či v severských zemích. První programy začaly vznikat již na konci osmdesátých let minulého století. Za ten úplně první lze považovat koncept vytvořený „National Institute of Mental Retardation“ v Kanadě v roce 1987, který byl publikován pod názvem „Child Care Training for Adults with Mental Retardation“. Od devadesátých let pak na národních a regionálních úrovních vznikaly další vzdělávací programy, které si kladly za cíl vzdělávat rodiče s mentálním postižením v jejich rodičovských dovednostech. Za všechny lze uvést inovativní projekt, který byl vytvořen na začátku devadesátých let v „New York State Developmental Disability Services“ a na jehož základě vzniklo několik odlišných typů vzdělávacích programů pro rodiče s mentálním postižením (Feldman, 2010).

Velmi zajímavý výzkumný projekt, na který navázala samotná aplikace programu pro rodiče s mentálním postižením, byl realizován v Kanadě. Hlavním pilířem a první fází tohoto projektu byl výzkum, který byl vystavěn na analýze rozhovorů s rodiči s mentálním postižením a analýze evaluačních dotazníků. Cílem tohoto výzkumu bylo zmapovat vzdělávací potřeby rodičů s mentálním postižením. Následně pak probíhaly během tří let vzdělávací kurzy, kde se rozebíralo 34 témat vybraných z předcházejícího výzkumu jako nejžádanější.

Mezi témata, kterým byla věnována pozornost, patří například: (i) škola (role učitele a rodiče, jejich zodpovědnost, první den ve škole, pravidelná příprava na školní vyučování), (ii) oblasti vývoje dítěte (psychický, sociální, a emoční vývoj, poznávací funkce, motorické a řečové dovednosti, vývojové mezníky), (iii) soukromí a sexualita (sexuální vztahy, antikoncepce, osobní bezpečí, sexuální násilí, puberta u dětí, anatomie), (iv) hra (vhodné hry pro děti, interakce při společné činnosti), (v) verbální a neverbální komunikace (význam gest, naslouchání, mluvení, sebe prezentace, asertivita, komunikace s lékaři či úředníky), (vi) první pomoc, (vii) dětská onemocnění, (viii) výživa a (ix) bezpečné domácí prostředí (MacLean & Aunos, 2010). Odborníci používali skupinový přístup k řešení dalších potřeb rodičů s mentálním postižením, jako je zvyšování sebeobhajovacích schopností nebo využívání odborné přípravy ke snížení sociální izolace (Booth & Booth, 1999, 2003; McGaw et al., 2002). Širší sociální síť vytvořená díky společnému vzdělávání má pro rodiče s mentálním postižením zásadní dopad i na jejich psychický stav, protože je výrazně posilováno jejich rodičovské sebevědomí (Stenfert Kroese et al., 2002). Je to také nákladově efektivnější přístup, protože může více rodičů absolvovat přípravu současně (Feldman, 1994). I přes nesporné výhody se však skupinová příprava rodičů s mentálním postižením nevyužívá příliš často. Většina vzdělávacích programů pro tuto cílovou skupinu je koncipována pro využití v domácím prostředí, kde dle zjištění výzkumníků bývá rozvoj rodičovských dovedností efektivnější (Wade et al., 2008).

Jako příklad lze uvést program „Parenting Young Children“ (dále jen PYC), který vznikl v Austrálii, a který je určen rodičům dětí do sedmi let věku. Jedná se o tzv. „evidence-based programme“ (tj. program založený na výzkumu), což znamená, že jeho přínos byl vědecky evaluován. Obsah programu je přizpůsobován potřebám, cílům a tempu konkrétního rodiče a obsahuje dva základní moduly. Tím prvním je „Interakce rodiče s dítětem“ založený na Eybergově terapii rodičovsko-dětské interakce (Eyberg et al., 2001), a druhým „Dovednosti v péči o dítě“, založený na výzkumu Feldmana a Caseové (1997). V prvním modulu se rodiče naučí plánovat zapojení herních aktivit do procesu učení dítěte s využitím pozitivní zpětné vazby a modelování. Za dobře vedenou interakci je považována ta, kde je zapojena kooperace, kreativita a prosociální chování. Druhý modul se zaměřuje na rozvoj rodičovských dovedností v oblasti zdraví dětí. Stěžejní je pak zlepšení kvality bydlení a zajištění bezpečné domácnosti. Příručka k programu obsahuje také pokyny k nastavení rodičovských cílů a instrukce k jejich vyhodnocování a dále pokyny k rozvíjení dovedností, stejně jako kontrolní seznamy a formuláře k analýzám úkolů. Výzkumníci, kteří hodnotili efektivitu tohoto programu (Mildon et al., 2008; Starke et al., 2013), zjistili, že rodiče

po absolvování PYC pocívali nižší míru stresu, vnímali méně problémového chování u dítěte a zvýšila se jejich důvěra ve vlastní rodičovské schopnosti. O implementaci programu v evropském prostředí referují zejména autorky McHughová a kol. (2015) a Starkeová a kol. (2013), které jej využily při vzdělávání rodičů s mentálním postižením ve Švédsku. Oba výše uvedené příklady nabízí možnost koncepčního vzdělávání rodičů s mentálním postižením za využití komplexního programu, což je ale v mnoha zemích velmi obtížně proveditelné a Česká republika v tomto ohledu není výjimkou. Existuje však řada materiálů, které i přesto mohou odborníci využít při každodenní práci s rodiči s mentálním postižením. Mnoho z nich je však dostupných pouze v angličtině. Jako příklad lze uvést příručku, se kterou lze pracovat již v průběhu těhotenství „Healthy Start for Baby and Me”⁷. Tato příručka je jako všechny ostatní materiály připravena ve formátu snadného čtení, aby byly informace čtenářům co nejpřístupnější.

Po využití skupinových kurzů a individuální intervence v domácím prostředí se jako třetí možnou a zároveň nejméně nákladnou variantou, jak vzdělávat rodiče s mentálním postižením, jeví využití sebezvzdělávacích materiálů. Je prokázáno (Johnson & Cuvo, 1981; Stephan, 1987), že sebezvzdělávací materiály jsou u některých osob s mentálním postižením vhodné pro nácvik celé řady dovedností. Tyto materiály se osvědčily při osvojování pracovních postupů při vaření, profesních dovedností, sebeobslužných dovedností nebo například při práci s počítačem. Při péči o děti ověřili sebezvzdělávací materiály například již Feldman (2004) a Feldman a Caseová (1997; 2009). Uvádějí, že rodiče s mentálním postižením si dokáží pomocí těchto materiálů osvojit až 80 % dovedností v péči o dítě, které ovládají rodiče bez postižení, navíc materiály podporují jejich sebevědomí a sebeúctu. Individuální čtenářské schopnosti rodičů s mentálním postižením nemají na úspěšné sebezvzdělávání významnější vliv (Feldman, 2004).⁸

Při detailnější analýze programů pro rodiče s mentálním postižením lze zjistit, že většina z nich se svým obsahem zaměřuje na podporu rodičovských dovedností souvisejících s uspokojováním základních potřeb dítěte. Programy se rodiče snaží naučit, jakým způsobem podněcovat zdravý vývoj dítěte, a zajistit jeho bezpečí (Feldman, 2010). Problematiku ale lze uchopit podstatně komplexněji. Zatím zřejmě nejpropracovanějším národním konceptem na podporu rodičů s mentálním postižením je “Healthy Start”. Projekt byl spuštěn v roce

⁷Příručka je dostupná na internetovém odkazu

https://www.beststart.org/resources/rep_health/pdf/low_lit_book_fnl_LR.pdf

⁸ Tento odstavec bude zároveň publikován v knize: *Ženy s mentálním postižením v roli matek.* (v tisku) Praha: Karolinum a Nakladatelství Pedagogické fakulty. Autoři: Bernoldová, J., Strnadová, I. & Adamčíková, Z.

2005 v Austrálii. Klade si za cíl zlepšit kvalitu života dětí pocházejících z těchto rodin. Rozsah aktivit, které se realizovaly pod záštitou této národní strategie, byl velmi široký, a zdaleka se netýkal jen samotné realizace edukačních programů. Během prvních let působení bylo o tomto tématu proškoleny přes 400 odborníků v jednotlivých regionech Austrálie. Zároveň vznikly dva nové inovativní programy “Healthy Start for Me and My Baby” a “The Australian Supported Learning Program: Me and My Community”. Následovalo vytvoření vzdělávacích instruktážních manuálů na DVD “Step by Step Baby Care” a “Step by Step Everyday Interaction”. Jedním z hlavních cílů strategie je také rozšiřování povědomí o tématu a předávání nápadů, zkušeností a odborných znalostí získaných ze souběžně realizovaných výzkumů (Healthy Start, 2018).

Obecně však platí, že pro zdárný rozvoj rodičovských kompetencí je potřeba držet se základních principů, které lze vysledovat u většiny vzdělávacích programů pro osoby s mentálním postižením. Tím prvním je osvojování si nových dovedností v přirozeném prostředí, tudíž v domácnosti rodičů. Feldman (1994) dokázal, že rodiče dosahují lepších výsledků, když nejsou kurzy vedeny v učebnách, ale naopak v domácnostech frekventantů kurzu. Dále by kurz měl být zaměřen dovednostně. Každá dovednost by měla být rozdělena na dílčí úkony, a takto pak hodnocena za využití kontrolních listů, které umožní snáze identifikovat postup v osvojování si dovednostních celků a zaměřit se na dílčí dovednosti, které je třeba dále rozvíjet (Feldman, 1998).

Jako stěžejní je v rámci zahraničních programů vnímán princip individualizace. Společné programy jsou nevhodné zejména v tom, že škála potřeb rodičů je opravdu široká, a to v závislosti na věku dítěte a již nabytých rodičovských zkušenostech (Feldman, 2010). Roli také hraje místní dostupnost kurzu, protože rodiče z menších obcí mívají obtíže s dojížděním, které je pro ně časově a finančně zatěžující, a tak je možnost individuálního rozvoje rodičů jednoznačně nejefektivnější variantou.

Posledním a neméně podstatným principem je volba vhodných metod práce, zejména s přihlédnutím k využití behaviorálních strategií. Vhodné metody práce jsou podle Wadeové a kol. (2008): (i) diskuze o konkrétních tématech, (ii) přístup „Krok za krokem“, (iii) modelování, (iv) praktický nácvik dovedností, (v) pozitivní zpětná vazba a upevnění žádoucího jednání, (vi) korektivní zpětná vazba, (vii) hraní rolí, (viii) herní aktivity, (ix) sebepoznávání a (x) využití ilustrovaných manuálů případně doplněných audionahrávkami.

Naopak mezi nevhodné postupy a chyby při práci s rodiči s mentálním postižením Feldman (2010) řadí: (i) zaměřování se na nevědomost a chybu, (ii) předávání didaktických informací prostřednictvím psaného textu nebo při diskuzi o abstraktních věcech, (iii) nedostatek

času pro zapamatování naučeného, (iv) velká koncentrace informací, (v) nepropojování teoretických poznatků a samotných dovedností, (vi) děláni úkolů za rodiče s mentálním postižením, (vii) neobjektivní monitorování individuálního pokroku, či (viii) povyšování se nad rodiče s mentálním postižením.

Aktuální výzkum Corenové a kol. (2018), ve kterém autoři provedli velmi důkladnou revizi výsledků všech výzkumů mapujících přínos intervenčních programů pro rodiče s mentálním postižením, ovšem naznačuje, že dopady intervenčních programů nejsou ještě dostatečně probádanou oblastí. Existuje mnoho důkazů, bohužel však velmi nízké kvality, o tom, že pokud bude rodičům s mentálním postižením nabídnuta odpovídající podpora a vzdělání, budou schopni naučit se dovednosti, které při péči potřebují. Nicméně existuje jen velmi málo studií, které zkoumají to, jak mohou intervence fungovat, pro koho a za jakých okolností. Zejména existuje málo studií, které zahrnují otce s mentálním postižením nebo které zkoumají názory samotných rodičů.

V České republice se v oblasti poskytování podpory rodičům s mentálním postižením udály zásadnější změny až mezi lety 2013–2018. Před tímto obdobím neexistovaly v tuzemsku žádné podpůrné materiály, ani pro rodiče nebyl realizován žádný specifický program. Jediná pomoc, která se nabízela matkám s mentálním postižením, byla možnost azylového ubytování v jednom azylovém domě, kde nebyl časově limitován pobyt. Zde byla matkám a jejich dětem poskytována základní podpora a rozvíjen jejich rodičovský potenciál, jednalo se však o velmi omezený počet rodin (kapacita zařízení je 68 lůžek včetně lůžek dětských), které mohly tuto službu využít. Nicméně některé okolnosti příliš nenahrávají osamostatňování matek a případnému odstěhování do vlastního bydlení, či návazné služby s nižší mírou nabízené podpory. Azylový dům je totiž situován v regionu s ne úplně dobře rozvinutou sítí návazných služeb a s velkou mírou nezaměstnanosti, která emancipaci rodin znesnadňuje (Sociofaktor, 2014; 2015). V již zmíněném období 2013–2018 lze ale přeci jen pozorovat mírné zlepšení, a to konkrétně ve dvou směrech. Jednak byl v ČR realizován pilotní specifický terénní program pro tyto rodiče poskytovaný organizací Rytmus Benešov, o. p. s., jehož aktivity byly ale v roce 2015 ukončeny z organizačních důvodů. Dále vyšlo několik podpůrných sebevzdělávacích materiálů pro rodiče s mentálním postižením, které jsou v současné době ve volné distribuci v online verzích ke stažení. Těmi prvními materiály jsou edukační listy projektu „Neobyčejné rodičovství⁹“, zaměřující se na rozvoj rodičovských kompetencí v oblasti péče o dítě. Autorka disertační práce je spoluautorkou materiálů. Tato edukační metoda byla zvolena proto, že byla

⁹ Dostupné na webových stránkách: <http://www.neobycejnerodicovstvi.cz/>

prokázána její vysoká účinnost skupinou zahraničních odborníků v několika navazujících studiích (Feldman, Case, & Llewellyn, 1999; Feldman, Ducharme, & Laurie, 1999; Feldman, 2004). Každá ilustrace znázorňuje krok za krokem postup dané činnosti. Materiály obsahují edukační listy věnující se: (i) zásadám první pomoci (neodkladná resuscitace, zástava tepenného krvácení), (ii) bezpečnému domácímu prostředí (uchovávání chemikálií, zabezpečení domácnosti před úrazem) a (iii) základní péči o dítě (přebalování, koupání, kojení). Ilustrace jsou doplněny velmi jednoduchým návodným textem. Další výhodou takovýchto sebevzdělávacích materiálů je jejich nízkonákladovost.

Dalším příkladem takového nástroje je „Kniha pro rodiče¹⁰“, kterou vydala organizace LUMOS. Inspirací jí byly materiály vydané britskou organizací CHANGE. Kniha je věnována posilování rodičovské kapacity nejen rodičů s mentálním postižením. Nejedná se však o čistě sebevzdělávací materiál, protože publikace je tvořena dvěma částmi. Ta první je věnována rodičům a druhou pak tvoří manuál pro sociální pracovníky pracující s rodinami v terénu. Materiály jsou také volně k dispozici na internetových stránkách organizace. Třetí projekt je realizován Společností pro podporu lidí s mentálním postižením a nese název „Už vím! Srozumitelně o duši a těle pro ženy s mentálním postižením“¹¹. V rámci něj vyšlo několik brožur věnovaných tématům jako je sexualita, těhotenství či porod. Brožura o rodičovství v době vydání této disertační práce nebyla ještě publikována.

Stejně jako u intaktních rodičů jsou rodičovské schopnosti u osob s mentálním postižením determinovány širokou škálou sociokulturních a environmentálních faktorů. Lidé s mentálním postižením si ale dokáží osvojit nové schopnosti, znalosti a dovednosti využitelné pro běžný rodinný život v případě, že budou dostatečně respektovány jejich vzdělávací potřeby a odlišnosti ve způsobu osvojování nových informací a že budou vytvořeny odpovídající materiály, metody a postupy práce, jak si tyto kompetence osvojit (IASSIDD SIRG on Parents and Parenting with Intellectual Disabilities, 2008). A právě obdobné programy jako je „Healthy Start“ by nejen v České republice do budoucna měly být určujícím krokem k přemostění teorie a praxe a k vytvoření uceleného systému formální podpory určené rodičům s mentálním postižením. I na základě zahraničního výzkumu Wadeové a kol. (2008) bylo potvrzeno, že behaviorálně orientované, individualizované a v přirozeném prostředí realizované programy vedou k výraznému zlepšování rodičovských kompetencí.

¹⁰ Dostupná na webových stránkách: <http://czech.wearelumos.org/publication/kniha-pro-rodiče---péče-o-dítě-do-6-let> .

¹¹ Dostupné na webových stránkách: http://www.uzvim.org/?page_id=12

2.3. Sociální pracovník – klíčová postava v životě rodiče s mentálním postižením

Podpora rodičů s mentálním postižením přináší sociálním pracovníkům celou řadu výzev a úskalí, které musí zvládnout tak, aby v rodině byly dostatečně saturovány potřeby dětí. Zároveň ale musí být nabízena podpora korespondující s potřebami samotných rodičů s mentálním postižením. To, jak budou ve své podpůrné roli úspěšní, a jak se jim podaří se vypořádat s náročnou povahou svého povolání, determinuje celá řada aspektů. Následující podkapitoly se právě těmto klíčovým aspektům, výrazně ovlivňujícím schopnost zvládat výkon povolání s touto cílovou skupinou, věnují.

S kvalitou poskytované podpory úzce souvisí téma stresu a jeho zvládání. Sociální pracovník, který poskytuje podporu rodině rodiče s mentálním postižením, se nachází ve velmi specifické situaci. Může být vystaven stresovým faktorům vztahujícím se k samotné diagnóze mentálního postižení (např. frustrace pramenící z pomalého tempa učení nebo z obtíží v komunikaci) a zároveň se musí naučit zvládat stres, jenž způsobuje práce s ohroženými dětmi a jejich rodinami. Důležité proto je tyto potencionální stresové faktory nejen identifikovat, ale také popsat, jakými strategiemi se je sociálním pracovníkům daří zvládat. Proto se následující kapitoly věnují stresovým faktorům a tzv. kopingovým strategiím sociálních pracovníků. Významná pozornost je pak věnována etickým dilematům při práci s rodiči s mentálním postižením, jako jednomu ze zdrojů stresu. Výzkum McAuliffeové (2005) ukázal, že je potřeba uznat potenciál etických dilemat jakožto stresového faktoru, protože jednoznačně ovlivňují schopnost konstruktivně řešit vzniklé problémy jak s klienty, tak s vedením organizace. Dopad lze spatřovat jak v rovině osobního, tak pracovního života, a negativní důsledky, které z nich pramení, nelze podceňovat. Řešení eticky náročných situací, kdy sociální pracovník pociťuje rozpor mezi svými profesními hodnotami a dodržováním zákonů, předpisů či směrnic, může vyvolat zásadní profesní krizi, kterou bez podpory kolegů a managementu nemusí sám zvládnout. Nejsou to však pouze stres a etická dilemata, které ovlivňují zvládání role sociálního pracovníka. Výrazným determinantem je v tomto ohledu také profesní příprava sociálních pracovníků, které se bude věnovat podkapitola 2.3.3. Důraz je v ní kladen zejména na zahraniční zkušenosti se specifickou profesní přípravou zaměřenou na podporu rodičů s mentálním postižením, která dosud v České republice zcela chybí.

2.3.1. Stresové faktory ovlivňující zvládnání role sociálního pracovníka při práci s rodiči s mentálním postižením

Veřejný sektor prochází v posledních desetiletích nejen ve světě, ale i u nás značnými proměnami souvisejícími s celkovou profesionalizací, decentralizací odpovědnosti a snahou o co nejefektivnější využití finančních zdrojů (Astvik et al., 2014). Tento tlak mohou pracovníci vnímat velmi negativně a v kombinaci s vysokým pracovním zatížením se pro pracovníka může stát výkon jeho práce značně stresující (Härenstam, 2005; EASHW, 2009). Ve srovnání s jinými pracovními pozicemi, ve kterých je klíčová interakce s druhými lidmi, jsou to právě sociální pracovníci, a zejména pak ti působící v oblasti péče o děti, kteří jsou vystaveni vyššímu pracovnímu zatížení a také vyšší míře stresu než ostatní (Tham & Meagher, 2009). Několik výzkumných studií označilo vysokou pracovní zátěž sociálních pracovníků jako jeden z hlavních zdrojů stresu (Coffey, 2004; Coffey et al., 2009; Huxley et al., 2005) a zároveň jako nejčastější důvod pro opuštění zaměstnání v sociálních službách (Audit Commission, 2002 in Astvik et al., 2014).

Většina výzkumů v dané oblasti se zabývá působením stresu na výkon sociálních pracovníků. Pouze výzkum Claytonové a kol. (2008) je specificky zaměřený na skupinu sociálních pracovníků podporujících rodiče s mentálním postižením. Výsledky této studie budou komparovány se získanými daty v šesté kapitole předkládané disertační práce. Existuje však několik studií, které se zabývají stresem u pracovníků poskytujících podporu dospělým osobám s mentálním postižením. Mezi ně patří práce Hattona et al. (1999) nebo práce autorů Gray-Stanley a Muramatsu (2011), ze kterých je možno v teoretické rovině vycházet. Dle těchto zdrojů lze říci, že faktorů, ovlivňujících prožívání stresu, je jistě celá řada. Pro účely této práce autorka zvolila ty, které byly výzkumem Hattona a kol. (1999) ohodnoceny jako možné zdroje zátěžových situací a které autorka na základě své zkušenosti z praxe vnímá jako stěžejní i v kontextu práce s rodiči s mentálním postižením. Hatton a kol. (1999) vnímají jako stěžejní faktor podněcující vznik zátěžových situací specifika osob s mentálním postižením. Toto postižení je mimo jiné charakterizováno sníženou schopností učit se nové dovednosti. Hlavním cílem činnosti pracovníků je poskytování podpory zejména při rozvoji dovedností klientů. Často však snížené rozumové schopnosti způsobují velmi pomalý progres, a s přibývajícím věkem může docházet i k postupnému zhoršování schopností a dovedností. Tato skutečnost může vést obecně k frustraci u pracovníků z důvodu nenaplnění jejich očekávání, eventuálně k syndromu vyhoření.

Dlouhodobým obecným problémem systému sociálních služeb je jeho podfinancování, tedy nedostatek zdrojů. Nejistota v získávání financí a nerovnoměrnost při jejich rozdělování způsobuje problémy v plánování provozu, ve zkvalitňování služby, v udržení adekvátní péče poskytované kvalitními odborníky, v adekvátním ohodnocení pracovních výkonů a v zachování dostatečné kapacity (Hatton et al., 1999). Právě nadměrné pracovní vytížení sociálních pracovníků bylo označeno jako nejvýznamnější stresový faktor v již zmíněné studii Claytonové a kol. (2008) a jak ukázala analýza MPSV „Návrh optimalizace řízení systému ochrany práv dětí“ (2015), jedná se o téma, které velmi rezonuje i v českém kontextu.

Jedním z dalších faktorů, vyplývajícím z výzkumu Hattona a kol. (1999), je absence systematické psychosociální podpory pro sociální pracovníky poskytující podporu osobám s mentálním postižením. V českém prostředí vnímá autorka této disertační práce jako stěžejní nedostatek sociální a emocionální podpory ze strany externího supervizora. Neexistence supervizní práce je často důsledkem již zmíněného neadekvátního financování. Kvalitní supervize by však pracovníkům v tak náročné profesi mohla značně pomoci k obnově duševní pohody a umožnila by jim řešit problémy, které souvisí se samotným pracovním procesem. Pokud se supervize pracovníkovi nenabízí, je nucen zvládat všechny stresové situace vlastními silami.

Autoři Bellová a Espie (2002) ve své studii poukázali na to, že míra spokojenosti při práci sociálních pracovníků s osobami s mentálním postižením je přímo úměrná tomu, jaké praktické podpory se jim během výkonu práce dostává. Z práce Hattona a kol. (1999) dále vyplývá, že nejednoznačnost a konflikt rolí může být také jedním z faktorů, které přímo ovlivňují míru stresu, jež pracovník prožívá. Nejasnost pracovní náplně, nevytvořené pracovní kompetence a špatně specifikovaná očekávání ze strany zaměstnavatele; to vše může na zaměstnance působit stresově. Při výkonu práce může docházet také ke konfliktu rolí, což je příznačné obzvlášť v současném kontextu sociální práce, kdy přibývá administrativní zátěže na úkor přímé práce s klientem. Na toto upozorňuje i Concannon (2006). Role pracovníka se stává více administrativní. Význam sociální práce jakožto pomáhající profese se tak odsouvá. Pracovník tento odklon může vnímat jako frustrující, neboť se zde střetává role sociálního pracovníka poskytujícího podporu a byrokratická role vyžadovaná pracovištěm.

Rozpor mezi pracovními a domácími povinnostmi může být rovněž spojován s prožíváním vysoké míry stresu (Hatton et al., 1999). Vysoké pracovní nasazení bývá častou příčinou negativních emocí, neboť je na jedné straně v zájmu pracovníka zajistit finanční prostředky pro rodinu, na druhé straně se zájem střetává s tím, že díky vytíženosti a náročnosti práce nedokáže zajistit běžný chod domácnosti a péči o děti.

Vzhledem k již zmíněné skutečnosti, že rodiče s mentálním postižením společně se svými dětmi bývají často evidováni v systému sociálně právní ochrany, je potřeba se podívat na toto téma i z pohledu sociálních pracovníků, kteří sice nepracují primárně se skupinou osob s mentálním postižením, ale pracují s ohroženými dětmi a jejich rodinami. Proto je pro komplexnost informací a doplnění českého kontextu potřeba zmínit závěry výzkumného šetření „Analýza sítě služeb pro práci s rodinami a dětmi“ (2014), jež realizovalo Ministerstvo práce a sociálních věcí. Tato analýza mimo jiné identifikovala čtyři základní faktory, které se negativně promítají do každodenní práce sociálního pracovníka a následně mohou ovlivnit kvalitu poskytované služby. Kromě již zmíněné problematiky financování služeb a velké administrativní zátěže je to dále frustrace pracovníků vyplývající z náročnosti práce a obtížně dosažitelné změny jednání či situace klienta. Pro mnohé sociální pracovníky je totiž velmi frustrující práce s nemotivovanými klienty, protože často nevidí výsledky. Negativně na ně působí také skutečnost, že se setkávají se zneužíváním bezplatných sociálních služeb (Analýza sítě služeb pro práci s rodinami a dětmi, 2014). Na druhou stranu pro mnohé rodiče s mentálním postižením je spolupráce se sociálními pracovníky, úřady a institucemi velkým stresovým faktorem (Feldman et al., 2002). Jejich otevřenost ke spolupráci proto může být tímto limitována. Dalším zdrojem frustrace pracovníků je pak nerespektování potřeb a zájmů ohrožených dětí. Pracovníci se domnívají, že současné nastavení systému sociálně právní ochrany dětí nevede k respektování potřeb a zájmů ohrožených dětí (Analýza sítě služeb pro práci s rodinami a dětmi, 2014).

2.3.1.1. Kopingové strategie

S tématem stresových faktorů také úzce souvisí strategie, jak pracovní stres zvládat. Tyto strategie bývají označovány termínem „kopingové strategie“. Koping označuje proces zvládnutí zátěžové situace. Křivohlavý (1994) charakterizuje koping jako boj člověka s nepřiměřenou nadlimitní dlouhotrvající zátěží, jehož cílem je stres zdolat, zvládnout a podrobit díky své vlastní vůli. Kopingové strategie mohou dramaticky ovlivnit prožívání pracovního stresu. A vzhledem ke skutečnosti, že sociální práce je charakterizována na jedné straně nadměrnou pracovní zátěží, a na straně druhé pak jistou mírou profesní autonomie v tom, jak výsledně s rodinami pracovat, stávají se strategie zvládnutí stresu klíčové pro udržení duševního zdraví, výkonnosti a kvality poskytované služby (Astvik et al., 2014).

Výzkumy zabývající se strategiemi, které umožňují zvládnutí stresu, ukázaly, že mezi těmi nejčastěji používanými byly pozitivní a produktivní způsoby zvládnutí, jmenovitě pak (i)

plánování, které lze interpretovat jako přemýšlení o způsobech řešení problému, (ii) aktivní koping, pro který je charakteristické přijetí takových kroků, které vedou k vyřešení problému, (iii) přijetí, při kterém dochází k akceptaci problému, a (iv) pozitivní přerámování, při kterém je cílem vidět problém v lepším světle. Odtazení se (v angličtině „behavioural disengagement“), díky němuž člověk získává větší odstup od řešeného problému, a popření, pro které je charakteristické odmítání reálnosti situace, byly pak využívány nejméně, a to i přesto, že jsou obecně vnímány jako nejjednodušší způsob, jak si usnadnit zvládnutí stresové situace a tím minimalizovat strádání (Carver, 1997).

V souvislosti se sociálními pracovníky pracujícími s rodiči s mentálním postižením může podrobnější zkoumání pozitivních a vyhýbavých strategií těchto odborníků napomoci při koncipování profesní přípravy a programů zaměřených na snížení stresu. Claytonová a kol. (2008) proto navrhuje, aby vedle praktických témat zahrnovala odborná příprava také informace o pozitivních strategiích zvládnutí stresu jakožto prevenci vyhoření. Důvodem tohoto požadavku bylo potvrzení souvislosti mezi volbou kopingové strategie a mírou prožívání stresu odborníků. Odborníci, kteří se domnívají, že zažívají vysoký stres, často používají „odtažení se“ jako strategii zvládnutí. Jsou pro ně pak charakteristická následující prohlášení: „Přestal jsem se snažit, abych se s tím vyrovnal.“ a „Přestal jsem se snažit se s danou situací vypořádat.“ (Clayton a kol., 2008). Odtazení se je běžně označováno jako vyhýbavá strategie směřující ke snižování strádání spíše než k řešení stresujícího problému a obecně se považuje za sebedestruktivní (Smith 1993 in Clayton et al., 2008).

2.3.2. Etická dilemata při práci s rodiči s mentálním postižením

Velmi náročné povolání sociálního pracovníka neulehčuje ani skutečnost, že je téměř každodenně nucen hledat a volit co nejlepší řešení. O to náročnější je, když musí volit mezi dvěma variantami, které považuje ve vztahu ke klientovi za špatné řešení, případně když musí bojovat sám se sebou, to je s vlastním přesvědčením, hodnotami a postoji, které jsou v rozporu se zájmem klienta. Právě dilema, které určuje volbu mezi morálními hodnotami, etickými principy v sociální práci, zájmy klienta a osobním přesvědčením, pak můžeme nazvat etickým dilematem. Banksová (2004) uvádí, že etická dilemata vznikají, pokud je pracovník postaven před dvě a více nepříhodné možnosti, které jsou konfliktem morálních principů. Není přitom na první pohled zřejmé, které rozhodnutí je to správné.

Etické dilema ale není vždy spojeno se situací, kdy nevíme, jak se rozhodnout. Nastupuje v okamžiku kdy:

- „Jsme nejistí, zda je řešení správné.
- Máme několik alternativ řešení, které jsou dobré, ale zároveň se vylučují.
- Máme dělat něco, co nechceme (například je to v rozporu s našimi hodnotami).
- Víme, co bychom chtěli dělat, ale nemůžeme to provést.“ (Henriksen & Vetlesen, 2000, s. 207)

McConnell (2018) popisuje dilema jako situaci, kdy je sociální pracovník povinen provést dva nebo více zásahů, ale v praxi to není technicky možné. Jinými slovy, jakmile je sociální pracovník konfrontován s morálním dilematem, je předurčen k alespoň nějakému stupni morálního selhání. Cokoliv se rozhodne dělat, bude vést k situaci, kdy druhý zásah nebude moci provést.

Kutnohorská (2007) morální dilema přirovnává k rozcestí, kde žádný ze směrů úplně nevede k dosažení cíle. „Jakékoliv rozhodnutí s sebou může přinést řadu emocí, pocit viny, lítost, výčitky, ale také další nežádoucí účinky, se kterými se musí sociální pracovník vyrovnat.“ (Mátel et al., 2010, s. 110). Je potřeba si však uvědomit, že to, co vnímá jeden sociální pracovník jako etické dilema, nemusí nutně vzbuzovat stejný dojem u jiného odborníka. Dokonce toto vnímání nemusí být totožné ani u pracovníků ze stejného pracoviště, řešících totožnou situaci. Klíčová je pak osobní zkušenost a nastavení hodnotového systému. I přesto, že má sociální pracovník k dispozici směrnice, zákony, kodexy a další opěrné body, ve chvíli, kdy je vystaven tlaku a musí se rozhodnout, vychází jeho rozhodnutí z morální autonomie (McAuliffe, 2005).

Etických dilemat, jež sociální pracovníci řeší, je bezesporu celá řada. Nedělníková (2008, s. 40-44) je rozpracovává do několika kategorií. První z nich je dilema rozhodování mezi protichůdnými zadáními. S tímto dilematem je možné se setkat v případě, kdy zakázka uživatele nekoresponduje se zakázkou veřejné instituce nebo je v rozporu veřejný zájem se zájmem uživatele. Rozpor může být také v zájmech členů téže rodiny nebo se sociální pracovník může setkat s protichůdnými zájmy svých klientů. Další kategorií jsou dilemata pomáhajícího vztahu, které Nedělníková (2008) spatřuje v otázce hranic ve vztahu ke klientům a v dilematu pomoci a kontroly, které autorka disertační práce podrobněji rozpracovala dále v textu. Třetí kategorií tvoří dilemata volby způsobu řešení, kdy může sociální pracovník pod tlakem okolností zasahovat do témat, ke kterým nemá kompetence či kvalifikaci, případně stojí před dilematem volby strategií, které mohou pro klienta či organizaci představovat riziko. Poslední kategorií dle třídění Nedělníkové (2008) jsou dilemata vycházející z osobnostních a odborných kvalit, mezi která Nedělníková řadí dilemata nároků

profese a vlastního bezpečí a dilemata vycházející z vlastních nezpracovaných témat či osobního nastavení.

Mátel (2010, s. 145) výčet oblastí, ve kterých se může sociální pracovník setkat s dilematem, doplňuje o: (i) střet osobních hodnot s hodnotami organizace nebo profese, (ii) sociální zabezpečení minority či jednotlivce ve vztahu k majoritě, (iii) rozdělování omezených zdrojů, a (iv) rozdílné hodnoty a zájmy různých skupin obyvatel v rámci komunity nebo společnosti.

Musil (2004, s. 44-147) pak hovoří o tzv. všedních dilematech, tedy těch, se kterými se sociální pracovník setkává během každodenní praxe. Mezi ně řadí: (i) komplexní nebo zjednodušené cíle, (ii) množství klientů nebo kvalitu služeb, (iii) neutralitu nebo favoritismus, (iv) jednostrannost nebo symetrii ve vztahu s klientem, (v) procedurální nebo situační přístup, (vi) materiální nebo nemateriální pomoc a dilema (vii) zda zasáhnout nebo nezasahovat. V následujícím textu autorka podrobněji rozpracovala již jen ta dilemata sociální práce, která se nejčastěji vztahují přímo k práci s rodiči s mentálním postižením.

2.3.2.1 Neutralita vs. favoritismus

Toto první etické dilema se úzce rodičů s mentálním postižením dotýká, protože, jak prokázal například výzkum McConnella a Llewellynové (2002), sociální pracovníci jsou při kontaktu s touto cílovou skupinou často ovlivněni předsudky a stereotypy, které obecně ve společnosti panují. Musil (2004, s. 4.) uvádí, že „předsudek je chápán jako příznak selhání odborníka, který by se měl rozhodovat na základě ověřených domněnek, a ne na základě stereotypů“.

Jedním z možných příkladů je situace, kdy sociální pracovník upřednostňuje při výběru pečující osoby pro dítě člověka (pěstouna, rodinného příbuzného), který je schopen lépe spolupracovat, před biologickým rodičem dítěte, který díky svému mentálnímu postižení může mít jistá omezení, jež sociálnímu pracovníkovi komplikují výkon práce (např. špatné komunikační dovednosti). Právě neochota rodičů spolupracovat, bývá silným prediktorem pro neadekvátní zásah sociálního pracovníka (Llewellyn & Hindmarsh, 2015). Tato neochota může být důsledkem negativních zkušeností se sociálními pracovníky nebo také důsledkem obav z odebrání dítěte (Meppelder et al., 2014). Absenci neutrálního nehodnotícího přístupu ve vztahu k rodičům s mentálním postižením potvrdil i další zahraniční výzkum. Proctor a Azar (2012) ve své práci potvrdili domněnku o tom, že jsou sociální pracovníci natolik ovlivněni svým předsudečným vnímáním klientů, že apriori vnímají větší riziko zanedbávající péče u

rodičů s mentálním postižením, aniž by k tomu měli jakékoliv opodstatnění. Pracovník, který takto jedná, se dostává do rozporu s legitimním zakotvením sociální práce, protože jedním z hlavních očekávání je, že bude ke všem přistupovat stejně, bez ohledu na stupeň jejich postižení, úroveň komunikace a schopnosti se učit. Stereotypní vnímání je ale pro sociální pracovníky jednou z cest, jak lépe zvládat pracovní zátěž, protože se tak zbavují pocitu zodpovědnosti za některá selhání sociální práce. Rozlišování a upřednostňování klientů jim pak umožňuje uchovat představu dobře odvedené práce alespoň u menší části klientů. To je při jejich náročné práci klíčové pro uchování dobré psychické pohody (Musil, 2004).

2.3.2.2 Množství klientů oproti kvalitě služeb

V České republice je toto dilema velkým tématem. Pro ilustraci lze uvést skutečnost, že na jednu pracovníci orgánu sociálně právní ochrany připadá v průměru 130 případů (MPSV, 2015). Situace mezi poskytovateli sociálních služeb v tomto ohledu není až tak alarmující, ale i neziskové organizace před tímto dilematem stojí. Systém financování sociálních služeb totiž často neumožňuje koncepční plánování služby a dostatečné pokrytí mzdových nákladů (MPSV, 2015). „Sociální pracovníci tak pracují pod tlakem, protože množství klientů ovlivňuje čas pro poskytnutí služby, více klientů vyžaduje více energie, více pozornosti.“ (Musil, 2004, s. 61). Pomáhající pracovník tak může pociťovat vyšší míru stresu, protože nemůže klientovi věnovat tolik času, kolik by potřeboval. Přetížení pracovníci se proto snaží najít takové strategie, které jim umožní zjednodušit celý proces práce s klientem. Ty si ale mohou zafixovat a využívají je i v období, kdy velké pracovní vytížení opadne (Musil, 2004).

Sociální pracovníci považují nedostatek pracovní kapacity a času za klíčový zdroj stresu a výčitek svědomí, který jim výrazně komplikuje výkon práce (Nečasová & Musil, 2006). Toto zjištění potvrzuje i zahraniční výzkum Claytonové a kol. (2008), který analyzoval stresové faktory u sociálních pracovníků poskytujících podporu rodičům s mentálním postižením. Právě pracovní přetížení bylo označeno jako faktor přinášející nejvyšší míru stresu.

Toto dilema je jedno z nejčastěji se vyskytujících dilemat v sociální práci (Musil, 2004) a má úzkou vazbu na kvalitu pracovních podmínek, náplň práce a také na charakteristiku samotných klientů. Běžný den sociálního pracovníka bývá sestaven z mnoha rozdílných aktivit: přímé práce s různě laděnými klienty, účasti při soudních jednáních, administrativní činnosti. Vše dokonale naplánovat, zrealizovat a vyhodnotit je nesmírně náročné.

Sociální pracovníci, kteří toto nezvládnou, si pak zpravidla nemohou dovolit dát klientům najevo, že jim neposkytují komplexní servis. Proto volí strategii, kdy se snaží utlumit

své pracovní nasazení a vstřícnost. Potřeby klienta přehlíží, přitom jeho životní situace může být natolik závažná, že bez intervence odborníka si klient sám nedokáže pomoci (Musil, 2004). Klíčem k úspěšné sociální práci s rodinou je mimo jiné dáno kapacitou, kterou sociální pracovník disponuje. Zároveň je ale nutno dodat, že finance nejsou zárukou kvalitního poskytování služeb. Stejně tak větší množství pracovníků, či menší množství klientů. Vždy také záleží na odbornosti a motivovanosti týmu.

2.3.2.3 Pomoc (moc) a kontrola

Pomoc lze vnímat jako vzájemnou interakci mezi odborníkem a jeho klientem, která je založená na klientově výslovném přání. Jde tedy o předem sjednaný způsob spolupráce, kterou si sám klient vybral většinou na základě nabídky odborníka. Toto je ideální varianta, která většinou vede ke zlepšení situace klienta. V praxi se ale ne vždy podaří spolupráci dohodnout, a tím pádem není možné tuto zplnomocňující cestu využít. Například v krizových situacích (ohrožení zdraví a práv dítěte), kdy je potřeba neodkladně jednat, se z úzce vymezeného pojetí pomoci stává metodicky odlišovaná intervence pomáhajícího odborníka, která je založena na principu kontroly (Nedělníková, 2008). Kontrolu Nedělníková (2008, s. 43) chápe jako „proces, jehož prvním a rozhodujícím krokem je aktivita toho, kdo se rozhodl postarat se o klienta na základě své domněnky, že právě tuto intervenci (starost, péči, dozor, motivaci, vedení) potřebuje. Kontrolovat znamená sledovat „jiné zájmy“ než výslovné a rozhovorem ověřené přání klienta.“

Nastavení systému sociálně právní ochrany dětí v České republice tuto kontrolní funkci přisuzuje zejména pracovníkům orgánu sociálně právní ochrany dětí. Stejní pracovníci by ale zároveň měli plnit funkci podpurnou. Etický kodex sociálních pracovníků České republiky (Společnost sociálních pracovníků ČR, 2006) této oblasti doporučuje, aby si sociální pracovníci ujasnili etické důsledky kontrolní role a to, do jaké míry je tato role přijatelná z hlediska základních hodnot sociální práce. Z toho jednoznačně vyplývá, že sociální pracovníci jsou konfrontováni s dalším etickým dilematem, které se vztahuje k vyvážení míry podpory a míry kontroly. Musil (2004) za tímto dilematem vidí základní obtížně zodpověditelnou otázku sociálního pracovníka, zda je vhodné klienta usměrňovat dle svých představ anebo jej respektovat jako svébytného partnera. Zajímavý pohled na tuto otázku předkládá ve své práci Voňková (2009). Domnívá se, že pomoc je klientovi poskytována na základě svobodného rozhodnutí, a proto není v rozporu se stanovenými cíli sociální kontroly – společensky nežádoucího jednání. Voňková tvrdí, že potlačení kontrolní funkce sociální práce může vést

k oslabení účinnosti sociální práce jako takové. Dále pak doplňuje, že dosažení rovnováhy mezi pomocí a kontrolou v jednotlivých případech je svědectvím o znalostech, schopnostech a dovednostech sociálního pracovníka. Odlišně je však s mocí, pomocí a kontrolou pracováno v rámci Rogerovského přístupu zaměřeného na klienta. Bajer (2011) shrnuje, že v rámci tohoto přístupu, je moc přesunuta do rukou samotných klientů a tím je činí kompetentními k řešení jejich problémů. Právě toto zmocňování (empowerment) umožňuje jednotlivcům kontrolovat a mít moc nad co nejvíce rozličnými aspekty své životní situace, aniž by tuto moc na sebe přebíral sociální pracovník. Dilema se zdá být v tomto přístupu vyřešeno.

Jak ale na celou věc nahlížet prismatem sociálních pracovníků orgánu sociálně právní ochrany dětí, kteří do rodiny často vstupují, až když je rodinná funkce v ohrožení a jejich úkolem je, mnohdy i na základě rozhodnutí soudu, rodinu kontrolovat? Střet pohledů se nabízí. Sociální pracovníci z podstaty své práce rodině chtějí pomoci, ale zároveň je díky společenské zakázce jejich úkolem rodinu kontrolovat a v případě neplnění stanovených podmínek i navrhopvat sankce (soudní dohled, odebrání dítěte). Proto je potřeba, aby si sociální pracovník byl vědom své moci a uměl s ní pracovat. Schopnost správně vybalancovat míru podpory a míru kontroly by pak měla patřit k základní dovednostní výbavě každého sociálního pracovníka. Odborník by tedy měl ovládat oba způsoby práce, zároveň by však měl umět mezi nimi rozlišovat a odůvodnit, proč tu či onu variantu zvolil.

2.3.3.4 Specifické dilema při práci s rodiči s mentálním postižením

Při poskytování podpory rodičům se může sociální pracovník orgánu sociálně právní ochrany setkat s nejvyhrocenější variantou dilematu, a to, zda ponechat dítě v rodině nebo podat návrh na odebrání dětí z péče. Před dalšími odborníky pracujícími s rodinami může stát rovněž náročné rozhodnutí, zda dostát ohlašovací povinnosti, čímž může následně dojít k odebrání dětí z péče či nikoliv. Důvodem k odebrání dítěte z péče rodičů s mentálním postižením bývá dle výzkumů nejčastěji zanedbávání (Lamont & Bromfield, 2009). Jak již bylo zmíněno výše, s touto situací se setkávají zejména pracovníci orgánu sociálně právní ochrany dětí. Proto právě oni balancují na velmi tenké hranici. Jejich úsudek může silně ovlivnit další životní cestu jak dětí, tak jejich rodičů. Při rozhodování se musejí vyvarovat chyb, které v obou případech mohou mít fatální následky. První chybou je „jednat na základě falešného poplachu a tím pádem nesprávně zasáhnout“. Zároveň se však musí vyvarovat i chyby druhé: „z nedbalosti nesprávně nezasáhnout“ (Musil, 2004, s. 137-138). Tlak na sociální pracovníky a jejich rozhodovací schopnosti je proto obrovský. Musil (2004, s. 139) uvádí, že „nedbalost je v sociální práci

posuzována méně přísně než neoprávněný zásah“, což může vést sociální pracovníky mimo jiné k tomu, že z obavy před neoprávněným zásahem ponechávají děti v prostředí, kde je patrné, že zde nejlepší zájem dítěte naplňován rozhodně není.

A právě termín „zájem dítěte“ je naprosto stěžejním v problematice naplňování potřeb dítěte. Co je vlastně zájem dítěte a co je zájem rodiče? A čím se řídit, když jsou tyto zájmy v rozporu? Stěžejním lidskoprávním dokumentem, který se termínem „nejlepší zájem dítěte“ zabývá, je Úmluva o právech dítěte. V článku 3 odstavec 1 se deklaruje, že „zájem dítěte musí být předním hlediskem při jakékoli činnosti týkající se dětí, ať už uskutečňované veřejnými nebo soukromými zařízeními sociální péče, správními nebo zákonodárnyými orgány“. Výbor OSN pro práva dítěte vydal v roce 2013 komentář k tomuto textu, v němž interpretuje nejlepší zájem dítěte následujícím způsobem: „Nejlepší zájem dítěte je komplexní a dynamický koncept. Obsahuje tři složky: (i) základní právo dítěte, aby byl jeho nejlepší zájem posouzen a bylo k němu přihlédnuto, (ii) základní interpretační princip (je-li možné interpretovat právní předpis vícero způsoby, zvolí se ten, který nejefektivněji naplňuje nejlepší zájem dítěte) a (iii) procesní pravidlo (kdykoliv se přijímá rozhodnutí, které by mohlo ovlivnit dítě, je třeba posuzovat, jaké pozitivní či negativní dopady na dítě může toto rozhodnutí mít).“ (OSN, 2013)

Dále v tomto komentáři nalezneme aspekty, ke kterým je při hledání nejlepšího zájmu dítěte potřeba přihlédnout: jedná se o: (i) názor dítěte, (ii) identitu dítěte, (iii) zachování rodinného prostředí a vztahu, (iv) péči o dítě a ochranu bezpečí dítěte, (v) zranitelnost dítěte, (vi) právo dítěte na nejvyšší dosažitelnou úroveň zdravotního stavu a (vii) právo dítěte na vzdělání.

Ze znění mezinárodních smluv o právech dítěte nebo obecně o lidských právech a základních svobodách, ať již operují pojmem „zájem“ nebo „nejlepší zájem dítěte“, vyplývá, „že takovým zájmem je především možnost dítěte za účelem svého plného a harmonického rozvoje osobnosti a schopností vyrůstat v rodinném prostředí a v atmosféře štěstí, lásky a porozumění, a to přednostně v péči své původní rodiny.“ (Materiál MPSV).

Ve vztahu k rodičům s mentálním postižením je pak stěžejním mezinárodním dokumentem Úmluva o právech osob se zdravotním postižením (Convention on the Rights of Persons with Disabilities), která byla přijata OSN v roce 2006 a o tři roky později se stala součástí právního řádu ČR. Pro rodičovství osob s mentálním postižením je zásadní znění článku 23, jímž smluvní strany Úmluvy deklarují přijetí účinných a odpovídajících opatření vedoucích k odstranění diskriminace osob se zdravotním postižením ve všech záležitostech týkajících se manželství, rodiny, rodičovství a osobních vztahů na rovnoprávném základě s ostatními. Zároveň je v Úmluvě postulováno poskytnutí odpovídající podpory při

plnění jejich rodičovských povinností. A zde je dle názoru autorky této disertační práce podstata celého problému. Právo rodiče s mentálním postižením a právo dítěte by často nemuselo jít proti sobě, kdyby rodič včas dostal adekvátní podporu ve svém snažení být „dobrým rodičem“. Pakliže budou mít sociální pracovníci jistotu v tom, že rodině byla poskytnuta dostatečná podpora při řešení obtíží souvisejících s výchovou dětí, bude pro ně mnohem jednodušší dilema „zasáhnout či nezasahovat“ vyřešit. V nastavení současného systému sociálních služeb, které nedostatečně vykrývají jak plošně, tak obsahově poptávku, což potvrdily i závěry analýzy sítě služeb pro práci s rodiny a dětmi (Sociofaktor, 2015), je patrné, že tuto jistotu mít nemohou. A tak se pro ně kromě samotného řešení dilematu otevírá další otázka, zda rodině byla nabídnuta komplexní podpora k tomu, aby zájem dítěte mohl jít ruku v ruce se zájmem rodiče.

2.3.3. Profesní příprava sociálních pracovníků na práci s rodiči s mentálním postižením a možnosti dalšího vzdělávání

Výzkumná šetření ukázala, že poskytovatelé služeb a sociální pracovníci vyjádřili potřebu dalšího rozvoje kompetencí a školení v práci s rodiči s mentálním postižením (Adamčíková et al., 2017; Starke, 2011). Je tedy nutné zaměřit se na vhodnou profesní přípravu pomáhajících pracovníků, protože jejich nesprávná či nedostatečná příprava představuje riziko, že poskytnutá podpora bude v konečném důsledku neúčinná, nevhodně zvolená nebo špatně aplikovaná (McHugh & Starke, 2015). Rozhodně by se tento problém neměl opomíjet, protože vina za neosvojení si rodičovských dovedností může být nesprávně přičítána rodičům, nikoliv výukovým metodám, které odborníci používají (Starke et al., 2013). Aby se překlenula mezera v oblasti výzkumu a praxe, je nesmírně důležité poskytnout dobrou odbornou přípravu, která rozvíjí dovednosti odborníků v této specializované oblasti, což se v současné době v České republice neděje. V rámci celoživotního vzdělávání jsou totiž nabízeny pouze přednášky věnující se problematice sexuality a vztahů lidí s mentálním postižením. Tomuto tématu se konkrétně věnuje například lektor Petr Eisner, který nabízí kurzy mimo jiné pro odborníky poskytující podporu osobám s mentálním postižením. Problematika rodičovství osob s mentálním postižením však dosud nebyla v rámci žádného kurzu či semináře rozpracována. Sociální pracovníci tak mohou vycházet pouze ze znalostí získaných během svého studia. Případně mohou využít již zmíněný materiál „Kniha pro rodiče“. Jedna z publikací z této edice je určena odborníkům, zejména pak sociálním pracovníkům působících v orgánech sociálně právní ochrany dětí a dalším doprovázejícím sociálním pracovníkům, a měla by být nástrojem pro rozvoj rodičovských dovedností. Bohužel se však jedná o jedinou iniciativu v této oblasti. Komplexně problematika v České republice řešena není.

V zahraničí je v mnoha zemích situace odlišná. Například v Austrálii je v rámci již zmíněného národního programu „Healthy Start“ odborníkům (a to nejen sociálním pracovníkům a speciálním pedagogům, ale také zdravotníkům či soudcům) nabízena informační, ale i praktická podpora. Program „Healthy Start“ přemostňuje mezeru mezi teoretickým výzkumem a praxí a nabízí sociálním pracovníkům nástroje, které mohou při práci s rodiči s mentálním postižením využít. Například v rámci „Healthy start“ vzniklo několik praktických průvodců pro odborníky, kde se dozví bližší informace o tom, co je to mentální postižení, mohou zde dohledat příklady dobré praxe, ale také informace o zastupování rodičů v systému sociálně právní ochrany dětí. Rovněž bývají realizovány tzv. webináře pro odborníky. Dalším výstupem projektu „Healthy Start“ je tzv. program „The Parenting Young Children“ (dále jen PYC) (Parenting Research Centre, 2018).

Je to vzdělávací program, který má pomoci rodičům s mentálním postižením rozvíjet své rodičovské dovednosti a posilovat pozitivní interakci s dítětem. Jedná se o tzv. „evidence-based programme (dále jen EBP). Česky lze tento termín přeložit jako „program založený na důkazech“ (Parenting Research Centre, 2018). EBP poskytuje specifické metodické pokyny pro praxi a je pro něj charakteristické, že jeho účinnost je ověřena přísným vědeckým výzkumem. V této souvislosti je potřeba ještě zmínit druhý termín tzv. evidence-informed programme (EIP), které mají rovněž nějaký důkaz o účinnosti, ale nebyly podrobeny tak důkladné vědecké evaluaci (Metz et al., 2007).

Aby byl jakýkoliv program efektivní, je samozřejmě nezbytné rovněž proškolit pracovníky, kteří jej budou ve své praxi používat. Proto i samotné metody používané k odborné přípravě odborníků v EBP / EIP mohou být zkoumány pomocí výzkumu (Edmunds et al., 2013). Jako jakýmsi ideálním standardem se jeví kombinace workshopů, metodických manuálů a supervize v průběhu a po skončení školení (Beidas & Kendall, 2010). Je to právě supervizní vedení a předávání zpětné vazby v průběhu a po skončení kurzu, které je tou klíčovou přidanou hodnotou zajišťující účinnou formu trvalé podpory (Miller et al., 2004). Bohužel se však jedná o velmi finančně náročnou variantu profesní přípravy, a tak je potřeba hledat i jiné, pokud možno stejně efektivní, způsoby, jak nejlépe sociální pracovníky vzdělat.

Jednou z takových alternativ je tzv. vrstevnické učení. Jedná se o proces, který staví na principu získávání znalostí prostřednictvím znalostí a zkušeností vrstevníků či kolegů. Bylo zjištěno, že vzájemné učení pomáhá studentům a odborníkům učit se tomu, jak se správně učit, a to zejména tím, že jsou aktivně povzbuzováni k tomu, aby převzali zodpovědnost za svůj vlastní proces učení (Boud & Middleton, 2003). Ramanadhanová a kol. (2010) zkoumali neformální přenos dovedností prostřednictvím vztahových sítí a zjistili, že se jedná o velmi

užitečný doplněk formálních školení. Lze se tedy domnívat, že by se vzájemné učení mohlo profilovat jako vhodná metoda kontinuální podpory pro odborníky, kteří se nacházejí procesu učení nových dovedností.

Toto zjištění se snažil ověřit i švédský výzkum McHughové a Starkeové (2015), který mapoval proces vzdělávání 31 sociálních pracovníků poskytujících podporu rodičům s mentálním postižením. Jednalo se o sociální pracovníky, kteří doprovázeli rodiče s mentálním postižením, jež dostávali podporu podle švédskeho zákona o podpoře a poskytování služeb osobám s funkčními poruchami. Tito sociální pracovníci pracovali s rodiči v rámci již zmiňovaného programu PYC, který je využíván k rozvoji rodičovských kompetencí v domácím prostředí. Sociální pracovníci při osvojování znalostí a dovedností pro používání tohoto programu absolvovali třídní seminář. K dispozici měli také manuál, který obsahoval kontrolní listy (check-list) a listy pro analýzu úkolů, které se používají pro hodnocení rozvoje dovedností. Seminář zahrnoval jak přednáškové, tak aktivní výukové techniky, jako např. hraní rolí. Po jeho skončení byly naplánovány měsíční setkání podpůrných (vrstevnických skupin). Tato setkání měla zajistit nepřetržitou podporu rozvoje dovedností sociálních pracovníků při práci s rodiči s mentálním postižením a zároveň podpořit samotnou implementaci programu PYC. Účastníci těchto skupin měli prostor pro sdílení zkušeností s využitím programu a dále měli možnost předávat praktické připomínky samotným tvůrcům pro další zlepšení PYC. Analýza dat z ohniskových skupin a dat z dotazníků, které sociální pracovníci vyplnili na závěr projektu, ukázala, že se účastníci cítí mnohem kompetentnější v poskytování podpory rodičů s mentálním postižením a zároveň celkově vnímají zlepšení všech sledovaných dovedností, mezi které patřily např. koncipování podpory šité na míru individuálním potřebám, práce s nespolupracujícími klienty, dovednost využívat vhodných metod práce. Účastníci také hodnotili jednotlivé komponenty přípravy, mezi které patřily workshopy (semináře), metodické materiály a využití vrstevnické podpory. Tu zúčastnění sociální pracovníci označili jako velmi důležitou pro udržení a další rozvoj již nabytých znalostí a dovedností. Sdílení zkušeností je pak vedlo k hlubším úvahám o vlastních možnostech a dalšímu rozvoji. Jako velmi prospěšné se tyto skupiny ukázaly v případech, kdy sociální pracovník nějaký čas nebyl v kontaktu s žádným rodičem s mentálním postižením, protože mohl nadále upevňovat své dovednosti i přesto, že je neměl kde v praxi využít.

3. Výzkumné cíle a otázky

Jak vyplývá z přehledu sledované problematiky, formální podpora rodičů s mentálním postižením je v mezinárodním výzkumu diskutovaným tématem, kterému bylo věnováno mnoho studií pocházejících z Austrálie, Kanady, Velké Británie, USA či ze severských zemí. V českém kontextu je tato problematika téměř neprobádaná. Navíc ne všechny závěry zahraničních výzkumů jsou zobecnitelné i na české prostředí, a to vzhledem k odlišnému legislativnímu rámci, celkovému nastavení systému podpory ohroženým rodinám a lidem se zdravotním postižením a také vzhledem ke specifickému historicko-politickému vývoji naší země. Tento výzkum je proto zaměřen na problematiku poskytování podpůrných služeb rodičům s mentálním postižením. Cílem celého výzkumného šetření bylo provést analýzu formální podpory rodičů s mentálním postižením se zapojením obou klíčových aktérů - sociálních pracovníků a samotných rodičů s mentálním postižením.

Výzkumnou otázkou, která vedla předložený výzkum, bylo: Jak je připraven systém formální podpory (zahrnující legislativní rámec, agendu sociálně právní ochrany dětí, sociální služby i samotné sociální pracovníky) na poskytování pomoci rodičům s mentálním postižením?

Dílní výzkumné otázky vztahující se k cílové skupině sociálních pracovníků:

1. Jak sociální pracovníci hodnotí systém formální podpory rodičů s mentálním postižením?
2. Jak jsou sociální pracovníci připraveni na práci s touto cílovou skupinou?
3. Jaké mají sociální pracovníci praktické zkušenosti s poskytováním podpory rodičům s mentálním postižením?
4. Jaké názory a postoje mají sociální pracovníci k rodičům s mentálním postižením a jak jejich názory a postoje ovlivňují výkon profese?
5. Jak stres ovlivňuje výkon povolání sociálního pracovníka pracujícího s ohroženými rodinami a jak tento stres sociální pracovník zvládá?

Dílní výzkumné otázky vztahující se k cílové skupině rodičů s mentálním postižením:

1. Jak vypadá podpůrná síť rodičů s mentálním postižením?
2. Jaké jsou zkušenosti rodičů se sociálními pracovníky a metodami, které využívají?

4. Metodologie výzkumu

4.1. Popis a volba výzkumné strategie

Překládaná disertační práce vychází z kritické teorie, konkrétně pak na ni navazující kritické teorie postižení, jakožto hlavního paradigmatického rámce. Tato teorie vyplynula z nutnosti prosazovat sociální spravedlnost pro osoby se zdravotním postižením (Pothier & Devlin, 2006). Paradigma Guba a Lincolnová (1994) definují jako základní hodnotový systém založený na ontologických, epistemologických a metodologických předpokladech. Z ontologického hlediska má paradigma kritické teorie kořeny v historickém realismu. Povaha vědění je v tomto paradigmatu formováno politickými, sociálními, kulturními, genderovými a etnickými proměnnými, které se postupně vyvinuly v soustavu, nyní považovanou za reálnou a neměnnou. Vědění produkované výzkumem vzniká ve vztahu výzkumník a zkoumaný a výsledek bývá ovlivňován výzkumníkovými hodnotami. Proto je kritická teorie z epistemologického hlediska transakční a subjektivní. Po metodologické stránce je kritická teorie dialogická a dialektická, zaměřená na rekonstrukci již vybudovaných konstrukcí (Guba & Lincoln, 1994). Cílem bádání v paradigmatu kritické teorie je podle Guby a Lincolnové (1994) kritika a změna, zplnomocnění a emancipace marginalizovaných a utlačovaných skupin. Dle Šubrta (2007, s. 244) se „kritická teorie se pokouší o překonání špatné fakticity především deskriptivním zkoumáním a normativní kritikou forem zvěcnění člověka a přírody (...) Toto normativní hledisko dovoluje hodnotit sociální realitu a podmiňuje snahu o konstrukci lepšího světa“.

Konkrétně pak kritická teorie postižení, pro kterou byla kritická teorie a tzv. „disability studies“ hlavním myšlenkovým zdrojem (Meekosha & Shuttleworth, 2009), vychází z následujících principů: (i) postižení je společenský konstrukt a ne nevyhnutelný důsledek poruchy, (ii) postižení je nejlépe charakterizováno jako komplexní vzájemný vztah mezi individuální reakcí na poruchu a sociálním prostředím, (iii) sociální znevýhodnění lidí s postižením je způsobeno fyzickým, institucionálním a postojovým nebo také sociálním prostředím, které nesplňuje potřeby osob, jež se odchyľují od toho, co společnost považuje za normální (Hosking, 2008). Kritická teorie postižení poskytuje způsob, jak opětovně vymezit postižení a zpochybnit systém moci, které zbavují osoby se zdravotním postižením práv na plnohodnotnou participaci ve společnosti (Pothier & Devlin, 2006).

Překládaný výzkum je zasazen do tohoto paradigmatu především proto, že si klade za cíl kriticky zhodnotit stávající systém podpory rodičů s mentálním postižením jakožto

marginalizované skupiny obyvatelstva a také navrhnout změnu systému tak, aby došlo k narovnání příležitostí pro tyto rodiče a jejich následnému zplnomocňování a emancipaci.

Pro tuto disertační práci autorka zvolila smíšenou výzkumnou strategii, která v sobě zahrnuje jak kvalitativní, tak kvantitativní výzkumné metody. Tato metoda byla zvolena proto, aby autorka mohla dostát požadavku triangulace, komplementarity (objevování překrývajících se a rozdílných aspektů fenoménu) a také expanze, aby výsledný obraz studie předložil co nejširší a nejhlubší výpověď o zkoumané problematice (Hendl, 2016). Smíšená výzkumná strategie je historicky nejmladší výzkumnou strategií a její rozvoj na počátku nového milénia úzce souvisí s tzv. dekonstrukcí rozdílů mezi kvantitativním a kvalitativním výzkumem (Bergman, 2011; Stolz, 2016). S tím také souvisí odmítnutí nutného propojení mezi epistemologicko-filozofickými pozicemi a konkrétními výzkumnými metodami (Stolz, 2016). Stejného názoru je i Bergman (2011), který rovněž upozorňuje na to, že smíšeného přístupu by nebylo možné využít, kdyby kvantitativní a kvalitativní výzkum stavěl na odlišných ontologických, epistemologických a axiologických předpokladech. Autorka se proto při plánování výzkumného designu neopírala o dvojí ontologicko-epistemologické ukotvení studie, ale vycházela z výzkumné tradice již zmíněné kritické teorie, a to v obou výzkumných metodách.

Creswell (2015) dále hovoří o tom, že smíšený výzkum nelze chápat jen jako dvojí způsob sběru stejných dat jinou formou. Klíčová je integrace výsledků, přičemž obě strategie musí mít výzkumník výborně zvládnuty, protože požadavky na kvalitu teoretického zakotvení designu zůstávají totožné jako v případě, kdy výzkumník použije pouze jednu ze strategií. Všechny složky výzkumného designu (tj. výzkumná otázka, cíl, metody a strategie pro zajištění validity) tvoří vzájemně se ovlivňující celek. V praxi to pak znamená, že musí být vhodně zvolená metoda, aby se dalo zodpovědět výzkumnou otázku; není-li zodpovězena otázka, není dosaženo cíle (Maxwell, 2013). Ve smíšeném výzkumu je pro obě výzkumné strategie stanovena společná hlavní otázka a poté je formulována řada kvalitativních (ty bývají většinou otevřenější) a kvantitativních dílčích otázek.

Smíšená výzkumná strategie má několik forem, které se dělí buď dle pořadí užití přístupů (souběžný – simultánní, či následný - sekvenční) nebo dle dominance jednoho či druhého přístupu (Stolz, 2016). Autorka zvolila přístup, kdy při kvalitativním (rozhovory s rodiči s mentálním postižením) a kvantitativním sběru dat (dotazník) použila souběžné (simultánní) formy a tím byla provedena tzv. explorační, a následně při ohniskových skupinách využila následné (sekvenční) formy, aby prohloubila výsledky. Creswell (2015) tuto formu nazývá exploračně sekvenční, kdy dochází k druhé fázi výzkumu na základě prvotního

prozkoumání. Schematicky lze zaznačit design výzkumu následovně: $qn / ql \rightarrow QL$. Zkratka qn je označení pro výzkum kvantitativní a zkratka ql pro kvalitativní. Využití kapitálek pak naznačuje dominanci kvalitativní výzkumné metody v druhé fázi výzkumu.

Jak již bylo zmíněno výše, za dominantní výzkumnou metodu bylo označeno využití ohniskových skupin (v cizojazyčné literatuře je používán termín „focus groups“). Jedná se o výzkumnou metodu, která umožňuje velmi efektivní a časově méně náročný sběr dat (Rodriguez et al., 2011). Metoda je založená na otevřených skupinových diskusích, které zkoumají konkrétní soubor sociálně relevantních otázek. U této metody se očekává, že se povaha vzájemné interakce mezi účastníky bude podobat spontánním a neformálním diskusím. Jedná se však o řízenou diskusi (Marková et al., 2007).

Cílem výběru této metody bylo vytvořit takové výzkumné prostředí, ve kterém by se účastníci studie mohli navzájem podporovat či podněcovat k artikulaci myšlenek a prozkoumat své osobní zkušenosti, názory a postoje týkající se tématu, kterému je ohnisková skupina věnována (Kitzinger, 1994). Další výhodou ohniskových skupin je, že se při nich účastníci většinou cítí uvolněně (Kaehne & O'Connell, 2010). Na rozdíl od rozhovorů se ohniskové skupiny opírají o skupinovou dynamiku, která přispívá k podnětnosti diskuze, a pro účastníky bývá účast na ohniskové skupině zároveň zábavná a inspirující, protože zde mají možnost porovnat a sdílet své zkušenosti. Vzájemnou interakcí se mají účastníci možnost společně propracovávat k hlubším úvahám vztahujícím se k diskuznímu tématu (Morgan, 2001). Z výše uvedeného tedy vyplývá, že se tato metoda jevila jako ideální pro efektivní sběr dat právě u cílové skupiny sociálních pracovníků, protože jejich myšlenky formulované na základě vzájemné interakce mohou přinést celou řadu podnětných postřehů.

Jako každý nástroj, mají i ohniskové skupiny své nevýhody. Klíčová je osoba moderátora. Ten musí mít osvojeny komunikační dovednosti a strategie, které umožní zvládnout skupinovou dynamiku. Například musí být schopen zajistit dostatečný prostor pro vyjádření všech účastníků, a to i těch, jejichž názor je v dané chvíli menšinový a mohou proto pociťovat obavy z jeho vyslovení (Patton, 2015). Autorka práce si byla plně vědoma této skutečnosti, proto spolu s ní vždy ohniskovou skupinu vedl zkušený ko-facilitátor. Nevýhodou také je, že se ohniskové skupiny realizují zpravidla v nepřírodném prostředí (Morgan, 2001). Vzhledem k tomu, že k interakci mezi účastníky by bez jejich účasti v ohniskové skupině nedošlo, protože se vzájemně neznali, nevnímá tuto nevýhodu autorka jako relevantní ve vztahu k předkládanému výzkumu. Další méně zásadní nevýhodou je časová organizační a finanční náročnost, protože je potřeba ohniskové skupiny opakovat s větším množstvím účastníků (Morgan, 2001).

Za účelem získání dalších kvalitativních dat, tentokrát od rodičů s mentálním postižením, byl využit semistrukturovaný rozhovor. Při tomto výběru metody získávání dat bylo opět zohledňováno, kdo bude dotazovaný a jaké informace je potřeba zjistit. Využití rozhovoru se ukázalo jako správnou volbou i ve vztahu ke komunikačním specifickým osob s mentálním postižením. Otázky bylo totiž možné zopakovat, či jinak formulovat, aby respondent správně pochopil jejich obsah. Zároveň měl tazatel možnost průběžně verifikovat správné pochopení dané otázky. Výhodou také bylo to, že se jednalo o semistrukturovaný rozhovor. Bylo proto možné některá témata hlouběji rozpracovat nebo vynechat dle aktuální situace a potřeb dotazovaného.

Pro správně vedený rozhovor je zároveň klíčová dovednost tazatele pozorovat dotazovaného, číst jeho emoce a reflektovat je, tak aby pro něj prostředí bylo co nejpříjemnější a nejbezpečnější. Jen tak je možné očekávat, že se dotazovaný při rozhovoru více otevře a bude se ochoten podělit i o témata, která jsou pro něj nějakým způsobem nepříjemná či zraňující (Miovský, 2006). Badatel při vedení rozhovoru s lidmi s mentálním postižením musí být ve výše zmiňovaných dovednostech obzvláště velmi zdatný. Díky komunikačním specifickým osob s mentálním postižením mohou mezi ním a dotazovaným vzniknout bariéry, které pak neumožní sběr validních dat (Cambrige & Forrester-Jones, 2009). Autorka proto pro vedení rozhovoru využila spolupráce se spoluřešitelkou a výzkumnou asistentkou, které již z předcházejícího projektu měly dostatek zkušeností s cílovou skupinou, a tím pádem využila jejich dovednosti s vedením rozhovorů a také jejich několikaletou praktickou zkušenost s podporou osob s mentálním postižením. Zároveň autorka neopomněla badatelský tým proškolit v práci s protokolem a dalšími dvěma nástroji pro získání doplňujících dat. Konkrétně se jednalo o nástroj „Support interview guide“ a tzv. viněty, které byly v průběhu rozhovoru využity.

Jako třetí metodu sběru dat využila autorka dotazníkové šetření. Je to jedna z metod kvantitativního výzkumu, díky níž je možné sesbírat efektivně velké množství dat, které však nejsou úplně podrobné (Giddens, 2013). Cílem sběru dat z dotazníkového šetření bylo provést průzkumné šetření, které mapovalo postoje, zkušenosti, znalosti sociálních pracovníků, ale také jejich kopingové strategie, které jim umožňují zvládat působící stres. Na základě výsledku šetření byl pak sestavován protokol k ohniskovým skupinám. Tato kvantitativní průzkumná studie umožnila základní vhled při zkoumání daného fenoménu a měla spíše explorační charakter.

Schéma č. 1 Proces výzkumu



4.2. Etická dimenze výzkumu

V předkládané práci se autorka držela etického kodexu pedagogického výzkumu (Průcha & Švaříček, 2009), který byl v roce 2010 schválen Českou asociací pedagogického výzkumu. Tento kodex je ovšem obecný a nezohledňuje specifika osob s mentálním postižením. Proto se autorka dále v textu zaměřila na to, jak konkrétně u klíčových etických principů postupovala, aby těchto obecných zásad dostála ve vztahu k cílové skupině osob s mentálním postižením. Autorka vnímá naplňování těchto principů u osob s mentálním postižením jako naprosto klíčové, protože osoby s mentálním postižením jsou považovány za extrémně zranitelnou skupinu obyvatelstva, což pramení z nižší úrovně rozhodovacích schopností a zároveň nižšího povědomí o vlastních právech (Fischer et al., 2016). Výše zmíněný etický kodex obsahuje 10 principů realizace výzkumu a 10 principů publikační činnosti. Autorka se ve své práci drží všech uvedených principů, níže však analyzuje pouze ty, které se bezprostředně týkají zúčastněných rodičů s mentálním postižením, aby bylo zřejmé, jak ve vztahu k jejich postižení daný princip ošetřila.

Jedním z principů výzkumu uvedených v etickém kodexu je to, že výzkumník informuje účastníky výzkumu pravdivě o povaze, cíli a průběhu výzkumu, stejně jako o možných důsledcích výzkumu. Na tento princip byl ve studii kladen opravdu velký důraz. Při úvodním setkání s každým účastníkem rozhovoru tazatelka vždy důkladně vysvětlila záměr rozhovoru. Základní informace o výzkumu obsahoval informovaný souhlas (Příloha č. 1) ve formátu snadného čtení, což znamená, že text byl prezentován v krátkých a jednoduchých větách. Využito bylo také specifického formátování textu, většího řádkování, či většího bezpatkového fontu písma pro lepší čitelnost textu. Zároveň byla pro účastníky výzkumu připravena druhá verze (Příloha č. 2) informovaného souhlasu, která byla doplněna o ilustrativní piktogramy pro případ, že by mezi respondenty byl někdo s nižší úrovní čtenářských dovedností. Při úvodním setkání tazatelka vymezila dostatečný časový prostor na seznámení se s tímto textem. Pokud bylo potřeba a rodič s mentálním postižením si vyžádal bližší informace, vše vysvětlila, případně zopakovala.

S výše uvedeným principem souvisí i následující princip, podle kterého výzkumník získává pro výzkum dobrovolný informovaný souhlas od zkoumaných účastníků a poučí je o jejich možnosti z výzkumu kdykoliv odstoupit. Tuto informaci souhlas taktéž obsahoval. S touto skutečností byli všichni respondenti seznámeni na začátku setkání, kde byli zároveň informováni o tom, že pokud nějaké informace nebudou chtít sdělovat, mají na to samozřejmě

plné právo. Z výzkumu neodstoupil žádný z účastníků, nicméně jedna matka využila možnosti neodpovídat v případě, že se jí otázka zdála nepříjemná.

Důležitým z principů etického výzkumu je, že výzkumník zachovává anonymitu informací získaných během výzkumu od zkoumaných účastníků. K veškerým informacím měli přístup pouze členové realizačního týmu¹²: autorka, školitelka¹³, spolubadatelka¹⁴ a výzkumná asistentka¹⁵, která zajišťovala zejména přepis rozhovorů. O této skutečnosti byli účastníci výzkumu rovněž spraveni a informace byla taktéž součástí informovaného souhlasu. Veškeré údaje byly v prepisech rozhovorů, případně ohniskových skupin, zakódovány, aby nebylo možné žádného z účastníků výzkumu identifikovat.

Výzkumník, dodržující tento etický kodex, se zavazuje k tomu, že zprostředkuje výsledky svého výzkumu zkoumaným účastníkům s respektováním dohodnutého způsobu prezentace, že své výsledky prezentuje v závislosti na typu obsahu tak, aby byly k dispozici různým skupinám potenciálních uživatelů a že publikace ztvárňuje tak, aby svými komunikačními parametry byly přizpůsobeny očekávaným potřebám jednotlivých skupin uživatelů. Předcházející tři principy spolu úzce souvisí. Respondentům z řad rodičů s mentálním postižením bylo nabídnuto, že jim bude zaslána závěrečná zpráva o výzkumné studii, která byla zpracována ve formátu snadného čtení a opatřena piktogramy (Příloha č. 3). Tuto nabídku využila polovina zúčastněných. Autorka proto připravila závěry studie, které do formátu snadného čtení převedla a piktogramy opatřila skupina poradců s mentálním postižením fungující pod organizací Rytmus Střední Čechy, o. p. s.. Zprávu pak autorka rozeslala na kontaktní adresy (poštovní a e-mailové), které v této souvislosti od respondentů obdržela.

Druhou cílovou skupinou byli sociální pracovníci, kteří se zúčastnili ohniskových skupin. I oni obdrželi informovaný souhlas se všemi výše uvedenými informacemi. A i oni dostali nabídku zaslání závěrečné výzkumné zprávy. Tato zpráva mimo jiné odkazovala na články, které byly publikovány v odborných časopisech, takže měli možnost, v případě že pro ně zpráva nebyla dostatečně podrobná, další informace dohledat v doporučených zdrojích.

4.3. Použité metody výzkumu

Výzkumné nástroje autorka volila v závislosti na stanovených výzkumných cílech a výzkumných otázkách. Dále při volbě výzkumných metod autorka zohledňovala specifika

¹² Výzkum byl podpořen Grantovou agenturou Univerzity Karlovy, číslo projektu 310416

¹³ Prof. doc. PhDr. Iva Strnadová, PhD, UNSW Sydney, School of Education

¹⁴ Mgr. Jana Bernoldová, PhD, Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta

¹⁵ Mgr. Kateřina Sedláková

a potřeby jednotlivých zapojených skupin (populačního vzorku rodičů s mentálním postižením a sociálních pracovníků). Pro potřeby této práce byly využity následující nástroje:

- (i) Dotazník pro sociální pracovníky
- (ii) Protokol semistrukturovaného rozhovoru s rodiči s mentálním postižením
- (iii) Viněty
- (iv) Support interview guide
- (v) Scénář k ohniskovým skupinám

4.3.1. Dotazníkové šetření u sociálních pracovníků¹⁶

Pro rozšíření získaných dat a zapojení většího vzorku populace sociálních pracovníků autorka zvolila kvantitativně orientované šetření s kvalitativními prvky. Pro sběr dat byl zvolen dotazník, který byl sestaven autorkou (Příloha č. 4). Školitelka a spolubadatelka následně poskytly zpětnou vazbu. Část věnující se znalostem o rodičích s mentálním postižením byla autory vytvořena na základě práce Höglundové *Midwives' knowledge of, attitudes towards and experiences of caring for women with intellectual disability during pregnancy and childbirth: A cross-sectional study in Sweden* (2013). Tato část dotazníku byla adaptována pro cílovou skupinu sociálních pracovníků. Původní materiál byl použit se souhlasem jeho autorky.

Dotazník byl tematicky rozdělen do sedmi částí. V první části byli sociální pracovníci dotazováni na své znalosti o mentálním postižení a postoje k osobám s tímto postižením. Tuto část dotazníku vyplnilo v průměru 294 participantů. Průměry jsou zde uváděny z toho důvodu, že položky v jednotlivých částech nebyly povinné, a tak na každou z podotázek odpovídal rozdílný počet respondentů. Druhá část dotazníku byla věnována praktickým zkušenostem z terénu. Otázky v této části dotazníků vyplnilo v průměru 277 respondentů. Dále byli respondenti dotazováni na to, jaká podpora je rodinám nabízena. Tuto část dotazníku vyplnilo v průměru 133 dotázaných. V následující části se autoři ptali respondentů na jejich profesní přípravu. V tomto bloku otázek odpovídalo v průměru 130 dotázaných. V páté části byla pozornost věnována vzdělávacím potřebám respondentů a v ní odpovídalo v průměru opět 130 dotázaných. V předposlední části dotazníku autoři po zvážení zařadili otázky vztahující

¹⁶ Celá kapitola 3.3.1 a její podkapitoly byly publikovány ve článku: Připravenost sociálních pracovníků v terénních službách pro práci s rodiči s mentálním postižením v recenzovaném časopise Fórum sociální politiky, 2-11, Autoři článku: Adamčíková, Z., Bernoldová, J., Strnadová, I., Chvál, M., Vznik článku byl podpořen Grantovou agenturou Univerzity Karlovy, číslo projektu 310416.

se k demografickým údajům respondentů. Zde odpovídalo v průměru 145 dotázaných. Poslední část dotazníku byla věnována stresovým faktorům, jenž působí na sociální pracovníky, a strategiím umožňujícím zvládat stres které sociální pracovníci při své práci využívají. Tato část dotazníku byla již nánástavbová. Po vyplnění demografických údajů bylo dotazovaným navrženo, zda chtějí ve vyplňování dotazníku dále pokračovat. Pro zjišťování kopingových strategií byl kompletně převzat nástroj Brief cope (Carver, 1997). Nástroj byl dvěma nezávislými překladateli přeložen z anglického do českého jazyka. Následně byla provedena kompilace obou překladů. Poté další překladatel provedl zpětný překlad do výchozího jazyka tedy angličtiny. Byla provedena komparace obou anglických verzí, aby bylo ověřeno, že při překladu nedošlo k posunu ve významu. V závěrečné části dotazníku byl využit nástroj *The Mental Health Professionals Stress Scale* (Cushway et al., 1996) pro zjišťování stresových faktorů ovlivňujících pracovní výkon sociálních pracovníků. Při překladu materiálu byl využit stejný postup jako u nástroje Brief Cope.

Dotazník měl dvě verze. Jedna byla určena pro pracovníky v sociálních službách (33 otázek) a druhá pro pracovníky Orgánu sociálně právní ochrany dítěte (OSPOD) (32 otázek). Otázka navíc byla určena pro sociální pracovníky v sociálních službách, kteří měli vymezit, v jaké sociální službě působí. Vyjma otázky vztahující se k využití oznamovací povinnosti při podezření na zanedbávání, týraní či zneužívání dítěte, byly dotazníky shodné. Pět otázek v dotazníku bylo otevřených. Tyto otázky se týkaly znalostí respondentů o lidech s mentálním postižením, profesní přípravy respondentů, jejich vzdělávacích potřeb a praktických zkušeností s rodiči s mentálním postižením. Za účelem analýzy těchto údajů autorka a školitelka otevřené otázky kódovala s tím, že nejprve byly vytvořeny kategorie, do kterých byly všechny otevřené odpovědi zařazeny. Kategorizace odpovídala postupu induktivní obsahové analýzy (Satu & Kyngäs, 2008). V případě, že se ve vymezení kategorií členky týmu neshodly, proběhla diskuze ke sjednocení návrhů.

V dotazníku byly použity dvě rozdílné škály. První škálou byla stupnice 0–5, přičemž v otázce, vztahující se k vzdělávacím potřebám, odpověď 0 znamenala „nemám potřebu se v dané oblasti vzdělávat“ a 5 znamenala „mám silnou potřebu se v dané oblasti vzdělávat“. Stejná škála byla použita i v otázce poskytované podpory rodinám (0 = rodiny v této oblasti pomoc nepotřebují, 5 = rodiny v oblasti potřebují nejvyšší míru poskytované podpory). Dále byla použita v jedné otázce tzv. Likertova škála, kdy respondenti měli vyjádřit míru pravdivosti daného tvrzení. Nabízely se jim následující možnosti: pravdivé tvrzení, částečně pravdivé tvrzení, částečně nepravdivé tvrzení a nepravdivé tvrzení.

Před vlastním šetřením byl dotazník pilotován se čtyřmi respondenty, kdy byla ověřována srozumitelnost, časová náročnost (průměrná doba vyplňování dotazníku byla 25 minut) a vhodnost formulací otázek. Na základě jejich postřehů byly provedeny drobné změny ve formulaci otázek. Po tomto prvním kole pilotáže následovala druhá pilotáž zapracovaných změn se dvěma sociálními pracovníky. Respondenti z obou kol pilotáže pocházeli z pěti různých okresů. Délka jejich praxe se pohybovala v rozmezí 3–10 let. Mezi respondenty byl jeden kurátor pro mládež, jedna sociální pracovnice ze sociálně aktivizační služby a dále pracovníci ze sociální rehabilitace a podpory samostatného bydlení.

4.3.1.1. Proces sběru dat

Distribuce dotazníku probíhala elektronickou cestou prostřednictvím e-mailu, který byl rozeslán na e-mailové adresy všech sociálních pracovníků orgánu sociálně-právní ochrany dětí ČR. Základní databáze kontaktů byla získána z webových stránek Ministerstva práce a sociálních věcí (MPSV). Databázi následně aktualizoval na základě informací uvedených na internetových stránkách jednotlivých orgánů IT pracovník. Osloven byl tedy celý základní soubor sociálních pracovníků OSPOD. Dále byli elektronicky osloveni ředitelé vybraných registrovaných sociálních služeb k datu 20. 7. 2016. K získání kontaktů byl využit online registr sociálních služeb (Registr poskytovatelů sociálních služeb, 2018). Pokud byly uvedeny na webových stránkách poskytovatele kontakty na konkrétní sociální pracovníky, byly do databáze zahrnuty také. Počet oslovených respondentů je uveden v tabulce č. 1 a přehled základních údajů o respondentech v tabulce č. 2. Vzhledem k nízkým četnostem získaných odpovědí, nízké návratnosti a absenci přesných informací o základním souboru respondentů bylo s daty počítáno jako s daty jednoho vzorku, jehož popis je uveden v tabulce č. 1 a tabulce č. 2.

Tabulka č. 1 Počet oslovených respondentů dotazníkového šetření

		Počet oslovených organizací	Počet oslovených respondentů	Počet částečně vyplněných dotazníků	Počet dokončených dotazníků
OSPOD		195	1998	190	134
Registrované sociální služby	Azylové domy	183	201	106	54
	Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi	231	250		
	Raná péče	66	86		
	Podpora samostatného bydlení	58	64		

4.3.1.2. Charakteristika respondentů – sociálních pracovníků

Popis vzorku dokresluje tabulka č. 2. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 294 dotazovaných. Kromě níže uvedených demografických údajů bylo o respondentech zjišťováno, z jakého kraje pochází. Nejčetnější byli zastoupeni respondenti ze Středočeského kraje (24) a dále pak Moravskoslezského kraje (20), hlavního města Praha (16), Olomouckého kraje (11), Zlínského kraje a Pardubického kraje (10), kraje Vysočina (9), Ústeckého, Plzeňského a Jihomoravského kraje (8), Královéhradeckého kraje (7), Karlovarského kraje (4), Jihočeského kraje (4) a kraje Libereckého (3). Krajevou příslušnost nevedlo 152 respondentů.

Tabulka č. 2 Demografické údaje respondentů dotazníkového šetření

	%	N	% z uvedených
Pohlaví			
Ženské	43,88	129	90,85
Mužské	4,42	13	9,15
Pohlaví neuvedeno	51,7	152	
Stupeň dosaženého vzdělání			
Středoškolské	1,36	4	2,82
Vyšší odborné	6,46	19	13,38
Bakalářské	15,65	46	32,39
Magisterské	22,79	67	47,18
Doktorské	2,04	6	4,23
Vzdělání neuvedeno	51,7	152	
Délka praxe			
20 a víc	9,52	28	18,06
10–19 let	7,14	21	13,55
6–9 let	27,89	82	52,9
1–5 let	6,8	20	12,9
Méně než 1 rok	1,36	4	2,58
Délka praxe neuvedeno	47,28	139	
Zkušenost			
20 a víc rodičů	4,08	12	8,51
11–20 rodičů	5,1	15	10,64
6–10 rodičů	12,93	38	26,95
1–5 rodičů	22,11	65	46,1
Bez zkušenosti	3,74	11	7,8
Zkušenost neuvedena	52,04	153	
Ročník			
1941–1950	0,34	1	0,78
1951–1960	5,78	17	13,18
1961–1970	15,65	46	35,66
1971–1980	14,97	44	34,11
1981–1990	6,8	20	15,5
1991–2000	0,34	1	0,78
Věk neuveden	56,12	165	
Pracoviště			
OSPOD	65,99	194	65,99
Poskytovatel soc. služby	25,85	76	25,85
Pověřená osoba k SPOD	3,06	9	3,06
Jiné	5,1	15	5,1

4.3.1.3. *Analýza získaných dat*

Kontrolovány byly rozdíly mezi odpověďmi pracovníků OSPOD a nestátních neziskových organizací (NNO). Tato kategorie zahrnuje organizace, které mají pověření k sociálně právní ochraně dětí dle zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně právní ochraně dětí a organizace s registrovanými sociálními službami dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Osloveni byli pracovníci následujících sociálních služeb: azylový dům, raná péče, sociálně aktivizační služba a podpora samostatného bydlení. Tyto služby byly vybrány proto, že se jejich pracovníci z podstaty jejich činnosti s největší pravděpodobností mohou potkat s rodiči s mentálním postižením a také proto, že většina z nich poskytuje terénní služby v domácnostech rodin. I přesto, že je služba “azylový dům” definována dle výše uvedeného zákona jako pobytová a nikoliv terénní, byli jejich pracovníci pro účely výzkumu osloveni taktéž, protože vstupují do domácností klientů, i když se jedná o bydlení dočasného charakteru. Náplň jejich práce proto často koresponduje s činnostmi, jež v rámci své práce vykonávají pracovníci sociálně aktivizačních služeb. Některé z azylových domů mají dokonce tyto sociální služby registrovány současně. U některých otázek jsou tyto rozdíly prezentovány i v této studii. U škálových otázek byly spočítány aritmetické průměry a směrodatné odchylky. U otázek s odpověďmi kategoriálního typu jsou uváděny četnosti a relativní četnosti odpovědí, v některých tabulkách jsou využity grafické symboly ke zvýraznění rozdílů ve výsledcích.

4.3.2. ***Rozhovor s rodiči s mentálním postižením***

Rozhovor s rodiči s mentálním postižením byl veden na základě protokolu k semistrukturovanému rozhovoru vytvořeného autorkou. Protokol byl konzultován se školitelkou a spolubadatelkou. Sestaven byl na základě komplexní rešerše české a zahraniční odborné literatury. Původní protokol obsahoval 8 otázek demografického charakteru a 35 otázek zaměřených zejména na přímé zkušenosti rodičů s mentálním postižením s poskytováním formální podpory, tudíž na jejich zkušenosti se sociálními pracovníky, případně na zkušenosti s absolvováním případových konferencí. Dotazování byli ale také na povědomí o svých rodičovských právech a povinnostech zejména ve vztahu k právu na využití sociálních služeb a právu na finanční zaopatření. Tento protokol k rozhovoru byl po realizované pilotáži výrazně krácen na 14 otázek a 8 otázek demografického charakteru (příloha č. 5), protože se některé otázky pro respondenty ukázaly jako příliš abstraktní a těžko zodpověditelné. Byly proto nahrazeny tzv. „Viněťami“ (Příloha č. 6), tedy modelovými příklady, kdy měli rodiče na konkrétních situacích ohodnotit, zda daný sociální pracovník postupoval správně, a

toto hodnocení měli následně doplnit o vlastní komentář a zkušenost s obdobným jednáním. Bližší popis metody je obsahem kapitoly 4.3.3.

4.3.2.1. *Proces sběru dat*

Rozhovory s rodiči s mentálním postižením probíhaly v letech 2016-2017. Rodiče s mentálním postižením výzkumný tým kontaktoval prostřednictvím poskytovatelů následujících sociálních služeb: (i) domov pro osoby s mentálním postižením, (ii) podporované bydlení, (iii) azylové bydlení a (iv) chráněné bydlení. Informaci o náboru respondentů do výzkumu obdrželi také pracovníci sociálně právní ochrany dětí. Výše zmíněné sociální služby a pracovníci sociálně právní ochrany dětí byli kontaktováni proto, že v předchozím výzkumném šetření Bernoldové (2018), které bylo zaměřeno na stejnou cílovou skupinu, se potvrdila domněnka, že právě výše zmínění sociální pracovníci ze sociálních služeb a OSPOD se s cílovou skupinou ve své praxi setkávají a mohli by tedy být potenciálním zprostředkovatelem kontaktu na konkrétního rodiče. Ředitelům výše jmenovaných poskytovatelů a všem sociálním pracovníkům OSPOD byl zaslán elektronicky průvodní dopis, v němž byl specifikován cíl výzkumu a také popsány konkrétní kritéria pro výběr případných respondentů. Kritéria byla následující: a) mentálním postižení respondenta, b) dostatečné komunikační schopnosti umožňujícími vést rozhovor, a c) zkušenost s výchovou vlastních dětí. Rodiče, kteří projeví zájem se výzkumu účastnit, předali svůj kontakt pracovníkovi, který je zprostředkoval autorce. Následně bylo, někdy za pomoci kontaktní osoby, s potenciálními respondenty domluveno osobní setkání. To probíhalo ve většině případů v bydlišti respondenta, případně v jeho pokoji v azylovém domě. V jednom případě využila respondentka možnost setkání v restauraci. Snahou tazatelky bylo zajistit pokud možno klidné prostředí, které by poskytovalo dostatečnou míru soukromí. Tři respondentky pak vyjádřily přání sejít se v prostorách zprostředkující sociální služby. Zde byla předjednána rezervace konzultačních místností, které respondentkám zaručovaly soukromí a zároveň se jednalo o prostor, který jim byl znám. Žádný z respondentů nevyužil možnosti, aby se rozhovoru zúčastnila blízká osoba (rodinný příslušník, či sociální pracovník). Jen v jednom případě byla u rozhovoru přítomna dcera v adolescentním věku, respondentka s její účastí souhlasila.

Na začátku setkání respondenti obdrželi písemný souhlas s účastí ve výzkumné studii (viz Přílohy č. 1 a 2). Byli seznámeni s účelem setkání a také s možností případného odstoupení. Zdůrazňováno jim bylo zejména pravidlo zachování anonymity. Souhlasy byly připraveny ve dvou verzích, jeden jako běžný text a druhý typ souhlasu byl opatřen návodnými ilustracemi v podobě „snadného textu“. Po prostudování souhlasu respondenti měli možnost dotazovat

se na další podrobnosti, které je zajímaly, případně požádat o podrobnější vysvětlení obsahu. Ani jeden z respondentů se po přečtení souhlasu nerozhodl od výzkumu odstoupit. Ze setkání byla se souhlasem respondentů pořízena audionahrávka. Autorka koncipovala rozhovor tak, aby byl realizovatelný v průběhu jednoho setkání, nakonec však u 9 respondentů proběhly setkání dvě, protože bylo potřeba některé informace více upřesnit. Časy obou setkání byly sečteny. Celkově se jednalo o 8 hodin a 55 minut čistého záznamu, který byl doslovně přepsán. Nejkratší rozhovor trval necelých 8 minut, nejdelší pak 58 minut. Údaje, které by mohly vést k identifikaci respondenta (vlastní jména, jména dalších osob, názvy sociálních služeb, geografická označení nebo názvy zařízení), byly anonymizovány.

4.3.2.2. *Charakteristika účastníků výzkumu: Rodiče s mentálním postižením*

Charakteristiku shrnuje přehledně tabulka č. 3. Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 18 rodičů, 17 matek a jeden otec. Průměrný věk dotazovaných byl 41,6 let. Nejmladšímu bylo 26 a nejstaršímu 61. Nejčastěji patřili dotazovaní do věkové kategorie 30–39 let. V průměru měli dotazovaní 2 děti. Pouze 11 rodičů mělo v péči všechny své děti, ve 3 případech bylo dítě z péče rodiče odejmuto.

Tabulka č. 3 Demografické údaje účastníků rozhovorů

	Počet respondentů
Celkový počet rodičů	18
Pohlaví	
Muž	1
Žena	17
Věk respondentů (26-61)	
20-29 let	2
30-39 let	7
40-49 let	5
50-59 let	3
60-69 let	1
Rodinný stav	
Svobodná/ý	5
Vdaná/ý	2
Rozvedená/ý	9
Vdova/Vdovec	1
V partnerském svazku	1
Bydlení	

Dům nebo byt rodičů	2
Azylový dům	9
Pronajatý byt	4
Vlastní byt nebo dům	3
Soužití	
Jen s partnerem/manželem	1
Sám/a	2
S rodiči	1
S rodiči a dítětem/děťmi	1
S dítětem/děťmi	10
S partnerem dítětem/děťmi	3
Zaměstnání	
Nezaměstnaná/ý	10
Mateřská dovolená	3
Zaměstnaná/ý	4
Zaměstnaná/ý na chráněném pracovišti	1
Počet dětí	
Jedno dítě	6
Dvě děti	8
Tři děti	2
Čtyři děti	1
Pět dětí	1
Péče o dítě/ děti	
Všechny děti v péči	11
Tři děti má v péči, jedno dítě je u manžela	1
Pouze jedno dítě má v péči	3
Dítě/děti nejsou v péči respondenta	3
Příspěvek na péči	
Ano	3
Ne	15
Invalidní důchod	
Ano	9
Ne	9

4.3.2.3. *Analýza získaných dat*

Pro analýzu kvalitativních dat získaných z rozhovorů byla použita induktivní obsahová analýza. Tento typ analýzy využívá mechanismu, který poskytuje zajímavé a teoreticky užitečné zobecnění s minimální ztrátou informací z původních dat (Downe-Wamboldt, 1992). Proces analýzy probíhal dle Graneheimové a Lundmanové (2004). Nejprve bylo provedeno

nezávislé kódování jednoho rozhovoru autorkou a školitelkou. Spolubadatelka následně provedla porovnání obou kódů. Následovala společná diskuse, v níž došlo ke sjednocení rozdílných návrhů kódů. Další rozhovory byly kódovány autorkou disertační práce a následně připomínkovány školitelkou a spolubadatelkou. Kódy pak byly syntetizovány autorkou nejdříve do kategorií a následně do ústředních témat. Tyto návrhy kategorií a témat byly školitelkou a spolubadatelkou připomínkovány, dokud nenastal konsenzus a nebyla všechna témata shledána vyčerpávajícími a vzájemně se vylučujícími. Následující tabulka č. 4 představuje příklad procesu analýzy.

Tabulka č. 4 Příklad procesu analýzy rozhovorů

Téma	Kategorie	Kód
Sociální pracovník/ klíčová osoba	Vztah se sociálním pracovníkem	Důvěra v sociálního pracovníka
		Úcta k současnému sociálnímu pracovníkovi
		Komunikace sociálního pracovníka o nepříjemných věcech
		Ideální sociální pracovník
		Nepříjemná [osobní] témata k hovoru se sociálním pracovníkem
		Změna sociálního pracovníka
		Pozitivní hodnocení rodiče s MP

4.3.3. *Support interview guide*

Jedná se o nástroj, který byl vyvinut autorským týmem Llewellynová, McConnell a Byeová (1995) na Univerzitě v Sydney na základě zkušeností s poskytováním sociální podpory a na základě teorie osobních sítí (Pierce et al., 1996; Tracy & Whittaker, 1990). Mapa sociálních sítí od Tracyové a Whittakera (1990) poskytla konceptuální schéma nástroje Support interview guide (dále jen SIG), který využívá soustředných kruhů pro určování kvality vztahů. Dále byl tento nástroj aktualizován a přeložen do švédštiny autorským týmem Starkeovou a Gustavssonovou Holmströmovou. Aktualizace se týkala doplnění otázky mapující frekvenci kontaktu mezi respondentem a podpůrnou osobou prostřednictvím telefonu. Otázka byla rozšířena o kontakt prostřednictvím mailu a Facebooku. Toto doplnění zapracovala

autorka do výsledné české verze tohoto nástroje. Při překladu by zvolen postup, kdy dvě osoby (autorka a lektorka anglického jazyka) nezávisle na sobě přeložily celý materiál, autorka připravila porovnání dvou verzí a ve spolupráci se školitelkou vybraly přílehavější variantu textu. SIG používá zjednodušený jazyk, barevné karty odpovědí a další grafické prvky, které usnadňují chápání využívaných pojmů (Llewellyn & McConnell, 2002).

4.3.3.1. *Proces sběru dat*

Při sběru dat byl využit záznamových arch (Příloha č. 7). Při vedení rozhovoru byli rodiče s mentálním postižením nejprve požádáni, aby identifikovali osoby (max. 15), které je podporují, pomáhají jim a na které se mohou obrátit, když potřebují s něčím pomoci. Jména identifikovaných osob byla napsána v příslušné části schématu, který byl součástí záznamového archu, dle toho, zda se jednalo o rodinu, kamarády, sousedy či odborníky poskytující služby. Na základě tohoto úkolu byla následně kvantifikována velikost a kompozice sítě podpory. Dále nástroj zkoumal také funkční charakteristiku podpůrné sítě. Respondent uvedl, jakého typu pomoci se mu od konkrétní osoby (tj. podpůrné vazby) dostává. Nabízely se tyto možnosti: informační, přátelská, emocionální a praktická podpora. Pro každou z možností autorka uvedla příklady pro lepší pochopení. Tato funkční charakteristika se používá k určení zdrojů každého typu podpory a výpočtu souběžného výskytu více rolí, které je definováno jako počet různých typů podpory dostupných z každé podpůrné vazby (Llewellyn & McConnell, 2002).

V další části SIG byl rodič požádán, aby uvedl relativní blízkost každé podpůrné vazby tím, že jméno osoby napsal do jednoho ze tří soustředných kruhů. Například ve vnitřním kruhu rodiče zaznamenávali jména lidí, kteří jsou jim tak blízcí, že by bylo těžké si představit život bez nich. V poslední části tohoto nástroje byly použity karty předpřipravených odpovědí, které rodič volí jako odpověď na zadané otázky. V této části SIG byly zkoumány další strukturální charakteristiky rodičovské sítě, včetně frekvence a typu kontaktu s každou podpůrnou vazbou, délkou trvání vztahu, geografickou blízkost a reciprocitu.

4.3.3.2. *Charakteristika rodičů s mentálním postižením*

Nástroj SIG byl použit po skončení rozhovorů s respondenty. Jejich charakteristika je tedy totožná s údaji uvedenými v kapitole 4.3.2.2.

4.3.3.3. *Analýza získaných dat*

Nástroj SIG byl použit při rozhovoru se 16 respondenty, kteří v něm označili celkem 115 blízkých osob. Předmětem statistického zpracování je analýza charakteristik těchto blízkých osob. Vzhledem k malému výzkumnému souboru jsou výsledky prezentovány pomocí četností a relativních četností odpovědí, a to buď v tabulkách nebo grafech. Výjimečně je použit chí-kvadrát test nebo korelační koeficient pro zjištění vztahu mezi dvěma proměnnými. Tyto statistické testy mají jen orientační charakter, protože analyzované odpovědi nejsou nezávislé (některé jsou společné pro jednoho respondenta) a respondenti nejsou náhodným výběrem ze sledované populace osob s mentálním postižením. V obou případech byla použita hladina významnosti 5 %. Statistické testy byly voleny v případech nejzřetelnějších souvislostí mezi sledovanými proměnnými.

4.3.4. *Viněty*

Jak již bylo zmíněno výše v textu, pro důkladnější prozkoumání kvality interakce mezi rodiči s mentálním postižením a sociálními pracovníky autorka reflektovala specifické potřeby cílové skupiny rodičů s mentálním postižením a při semistrukturovaném rozhovoru využila kromě klasických otázek pro získání dat také tzv. viněty. Viněty lze popsat jako hypotetické realistické scénáře nebo také modelové příklady, které mají vyvolat reakci respondenta a podnítit tak formulaci jeho názoru (Jenkins et al., 2010; Schoenberg & Ravdal, 2000). Tento způsob získávání dat využívají badatelé pro objasnění úsudku respondenta. Klíčovou roli mohou viněty mít při výzkumu citlivých témat, o kterých je pro respondenty náročné hovořit (Barter & Renold, 1999). Tyto charakteristiky vinět vedly k jejich uplatnění při studiu řady sociálních témat a bývají využívány v psychologii, sociální práci či v oblasti vzdělávání. Většina publikovaných studií využívá vinět v kvantitativně orientovaných výzkumech (Barter & Renold, 1999). V souladu s novějšími výzkumnými trendy lze ale s vinětami pracovat i v kvalitativně orientovaném výzkumu (Holloway, 2005). Autorka předkládané práce využila získaných dat komplexně a při jejich analýze odpovědi jednak kvantifikovala, a jednak provedla jejich kvalitativní analýzu. Při tvorbě vinět autorka ve spolupráci se školitelkou a spolubadatelkou dodržely doporučený postup dle Jacksonové a kol. (2015). Nejdřív vyhodnotily přiměřenost této techniky v souvislosti s výzkumnými otázkami, metodologickým rámcem a charakteristikou cílové skupiny respondentů. Poté spolubadatelka s výzkumnou asistentkou vytvořily 20 témat, které formulovaly do modelových příkladů, ve kterých je popisováno jednání sociálního pracovníka tak, aby viněty působily realisticky a byly relevantní vzhledem k výzkumnému záměru. Následně tyto viněty konzultovaly s ostatními

členkami výzkumného týmu. Protokol s vinětami je součástí Přílohy č. 6. Deset modelových příkladů popisovalo neprofesionální jednání sociálního pracovníka a 10 naopak jednání profesionální. Negativní modelové příklady se dotýkaly narušování hranic mezi klientem a sociálním pracovníkem, zneužívání klienta sociálním pracovníkem a neprofesionálního jednání sociálního pracovníka. Mezi kladné modelové příklady lze zařadit viněty týkající se schopnosti sociálního pracovníka povzbudit a ocenit klienta, zachovat jeho právo na soukromí, vést jej k samostatnosti a podporovat ho v informovaném rozhodování. Vytvořené viněty byly pilotně testovány s jednou z respondentek, aby byla ověřena jejich srozumitelnost a také účinnost vzhledem k výzkumnému záměru.

4.3.4.1. *Proces sběru dat*

Sběr dat touto metodou byl součástí sezení s respondenty, při kterém byl také veden semistrukturovaný rozhovor a proveden sběr dat za využití nástroje SIG. Respondentům bylo vysvětleno, že jim bude předložena sada modelových situací a jejich úkolem je vyhodnotit, zda v dané modelové situaci sociální pracovník jednal správně či nikoliv. Poté měl respondent okomentovat, jestli se obdobnou situací ve svém životě setkal a jaké z toho měl případně pocity a zážitky. Celé sezení bylo nahráváno na audiozáznam a následně doslovně přepsáno. Celkově se jednalo o 5 hodin a 6 minut čistého času audiozáznamu. Nejkratší záznam trval 8 minut 44 sekund, nejdelší pak 45 minut 33 sekund.

4.3.4.2. *Charakteristika rodičů s mentálním postižením*

I přesto, že byly viněty použity stejně jako nástroj SIG v průběhu setkání, u dvou respondentů se nepodařilo z časových a organizačních důvodů data získat, proto je zkoumaný vzorek menší. Jeho složení lze nalézt v následující tabulce č. 5

Tabulka č. 5 Demografické údaje - Viněty

	Počet respondentů
Celkový počet respondentů	16
Pohlaví	
Muž	1
Žena	15
Věk respondentů (26-61)	
20-29 let	0
30-39 let	7
40-49 let	5

50-59 let	3
60-69 let	1
Rodinný stav	
Svobodná/ý	4
Vdaná/ý	2
Rozvedená/ý	8
Vdova/Vdovec	1
V partnerském svazku	1
Bydlení	
Dům nebo byt rodičů	2
Azylový dům	7
Pronajatý byt	4
Vlastní byt nebo dům	3
Soužití	
Jen s partnerem/manželem	1
Sám/a	2
S rodiči	1
S rodiči a dítětem/děťmi	1
S dítětem/děťmi	8
S partnerem dítětem/děťmi	3
Zaměstnání	
Nezaměstnaná/ý	10
Mateřská dovolená	1
Zaměstnaná/ý	4
Zaměstnaná/ý na chráněném pracovišti	1
Počet dětí	
Jedno dítě	6
Dvě děti	7
Tři děti	1
Čtyři děti	1
Pět dětí	1
Péče o dítě/ děti	
Všechny děti v péči	10
Tři děti má v péči, jedno dítě je u manžela	1
Pouze jedno dítě má v péči	2
Dítě/děti nejsou v péči respondenta	3
Příspěvek na péči	
Ano	3
Ne	13

Invalidní důchod	9
Ano	7
Ne	

4.3.4.3. *Analýza získaných dat*

Získaná data byla nejprve vyhodnocena kvantitativně. V tabulce byly evidovány četnosti správných a špatných odpovědí u jednotlivých respondentů a vinět. Posléze bylo provedeno kódování, ve kterém byly kódy tvořeny jednotlivými vinětami. Vzhledem k povaze získaných dat nebylo prováděno další třídění do kategorií či témat. Kódy, ve kterých byly zachyceny komentáře respondentů k příslušným vinětám, byly důkladně prostudovány autorkou, školitelkou a spolubadatelkou a následně byl proveden popis získaných dat. Ten posléze umožnil komparaci se získanými daty z rozhovorů.

4.3.5. *Ohniskové skupiny se sociálními pracovníky¹⁷*

Pro řízenou diskuzi by připraven protokol s 22 návodnými otázkami, který byl sestaven jednak na základě studia odborné české a zahraniční literatury, ale také na základě výsledků dotazníkového šetření, které ohniskovým skupinám předcházelo a které mělo mimo jiné za cíl identifikovat klíčová témata pro tato setkání (Příloha č. 8). Protokol byl rozdělen do následujících bloků:

- (i) Systém poskytování služeb (6 otázek)
- (ii) Zkušenosti účastníků (4 otázky)
- (iii) Případová konference (3 otázky)
- (iv) Rodičovství osob s mentálním postižením (4 otázky)
- (v) Etická dilemata (2 otázky)
- (vi) Soudní praxe (5 otázek)

4.3.5.1. *Proces sběru dat*

Potencionální účastníci výzkumu byli osloveni přes následující organizace: (i) Orgány sociálně-právní ochrany dětí (dále také jen OSPOD), (ii) poskytovatele Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, (iii) poskytovatele služby Raná péče, (iv) poskytovatele služby

¹⁷ Celá kapitola 3.3.4 a její podkapitoly budou publikovány v článku: Formální podpora rodičů s mentálním postižením pohledem sociálních pracovníků v recenzovaném časopise Sociální práce. 18(6) 123-142. Autoři článku: Adamčíková, Z., Bernoldová, J., Strnadová, I. Vznik článku byl podpořen Grantovou agenturou Univerzity Karlovy, číslo projektu 310416.

Podpora samostatného bydlení, (v) poskytovatele služby Sociální rehabilitace a (vi) poskytovatele pobytových služeb pro osoby s mentálním postižením. Celkem byly realizovány čtyři ohniskové skupiny. Dvě ohniskové skupiny se konaly v Praze, jedna v Chrudimi a jedna v Ostravě. Pro účely setkání byly pronajaty vhodné prostory zaručující účastníkům výzkumu soukromí.

Ohniskové skupiny byly vedeny na základě předem připraveného scénáře s následujícími body:

- (i) Představení projektu a členů výzkumného týmu,
- (ii) Seznámení s metodou výzkumu (nahrávání, zachování anonymity, publikace výsledků),
- (iii) Vzájemné představení respondentů (region, pracoviště, pozice),
- (iv) Seznámení se základními tématy diskuze,
- (v) Samotná řízená diskuze a
- (vi) Shrnutí a poděkování účastníkům.

Na začátku setkání byl účastníkům předložen písemný souhlas s účastí na výzkumné studii, kde byly popsány účel setkání a podmínky účasti ve studii (Příloha č. 9). Účastníci byli požádáni o dobrovolné vyplnění demografického dotazníku (Příloha č. 10). Účastníci poskytli souhlas s nahráváním ohniskových skupin. Na jednu ohniskovou skupinu byly vyhrazeny 2 hodiny času, které byly ve všech čtyřech případech plně využity. Záznamy byly následně doslovně přepsány. Veškeré údaje (např. názvy poskytovatelů služeb, geografická označení a názvy zařízení) vedoucí k identifikaci účastníků byly anonymizovány. Ohniskové skupiny vždy vedl jeden hlavní facilitátor a další dva ko-facilitátoři.

4.3.5.2. *Charakteristika sociálních pracovníků*

Čtyř ohniskových skupin se zúčastnilo celkem 39 účastníků. Jednalo se o 36 žen a 3 muže z celkem 7 krajů České Republiky. Nejčastěji pocházeli účastníci z hlavního města Prahy (12). Průměrná délka praxe účastníků byla 12,3 let. Nejvíce (14) účastníků bylo v praxi 6 - 10 let. Středoškolské vzdělání měli dva účastníci, čtyři měli vyšší odborné vzdělání, čtrnáct bakalářské, sedmnáct magisterské a dva účastníci dosáhli doktorského vzdělání. Nejčastěji se jednalo o vystudované sociální pracovníky (25) a speciální pedagogy (10). Ohniskových skupin se zúčastnilo 10 pracovníků orgánů sociálně-právní ochrany dětí a 29 zástupců neziskových organizací poskytujících sociální služby. Z rozšiřujících údajů vyplynulo, že pouze 15 účastníků výzkumu se nějakým způsobem v rámci své profesní přípravy dotklo tématu

rodičovství osob s mentálním postižením. Více než polovina (25) účastníků se za svou profesní kariéru setkala s maximálně 5 rodiči s mentálním postižením (viz. tabulka č. 6).

Tabulka č. 6 Demografické údaje účastníků ohniskových skupin

	Počet respondentů
Celkový počet účastníků výzkumu	39
Pohlaví	
Muž	3
Žena	36
Ročník	
1981–1990	11
1971–1980	14
1961–1970	11
1951–1960	1
Neuvedeno	2
Délka praxe	
0-5 let	5
6–10 let	14
11–15 let	8
16–20 let	5
21–25 let	4
26 a více let	2
Neuvedeno	1
Dosažené vzdělání	
Středoškolské	2
Vyšší odborné	4
Bakalářský stupeň	14
Magisterský stupeň	17
Doktorský stupeň	2
Kraj	
Praha	12
Středočeský	3
Pardubický	12
Zlínský	1
Moravskoslezský	6
Vysočina	1
Ústecký	4

Pracovní zařazení (bylo možné volit více než jednu odpověď)	
OSPOD	10
Raná péče	2
Azylový dům	3
Podpora samostatného bydlení	6
Sociálně aktivizační služba	4
Chráněné bydlení	2
Stacionář	4
Domov pro osoby se zdravotním postižením	1
Sociální rehabilitace	6
Osobní asistence	1
Ostatní	8
Vystudovaný obor (bylo možné volit více možností)	
Sociální práce	25
Speciální pedagogika	10
Psychologie	3
Sociální pedagogika	3
Ostatní	5
Setkání s tématem rodičovství během studia	
Ano	15
Ne	22
Neuvedeno	2
Člověk s MP jako rodinný příslušník nebo známý	
Ano	33
Ne	4
Neuvedeno	2
Počet rodičů s mentálním postižením, se kterými účastník výzkumu pracoval	
0–5 rodičů	25
6–10 rodičů	5
11–15 rodičů	2
16 a více rodičů	1
Neuvedeno	6

4.3.5.3. *Analýza získaných dat*

Získaná data byla stejně jako v případě rozhovorů zpracovávána za využití obsahové analýzy. Dodržen byl i výše uvedený postup při kódování získaných dat. Tabulka č.7 obsahuje příklad procesu analýzy.

Tabulka č. 7 Příklad procesu analýzy ohniskových skupin

Téma	Kategorie	Kód
Systém podpory a péče o rodiče s mentálním postižením a jejich děti	Identifikace rodičů s mentálním postižením	Vyhledávání rodin s rodičem s mentálním postižením
		Obtíže při vyhledávání rodičů s mentálním postižením
		Problémy s diagnostikou kategorií mentálního postižení
		Význam včasné identifikace rodičů s mentálním postižením

Výsledkem analytického procesu byla 4 témata, a to: (i) systém podpory a péče o rodiče s mentálním postižením a jejich děti, (ii) sociální pracovník v systému poskytujícím podporu rodičům s mentálním postižením, (iii) specifika rodičovství osob s mentálním postižením, (iv) faktory ovlivňující plnění rodičovské role.

5. Výsledky dílčích analýz

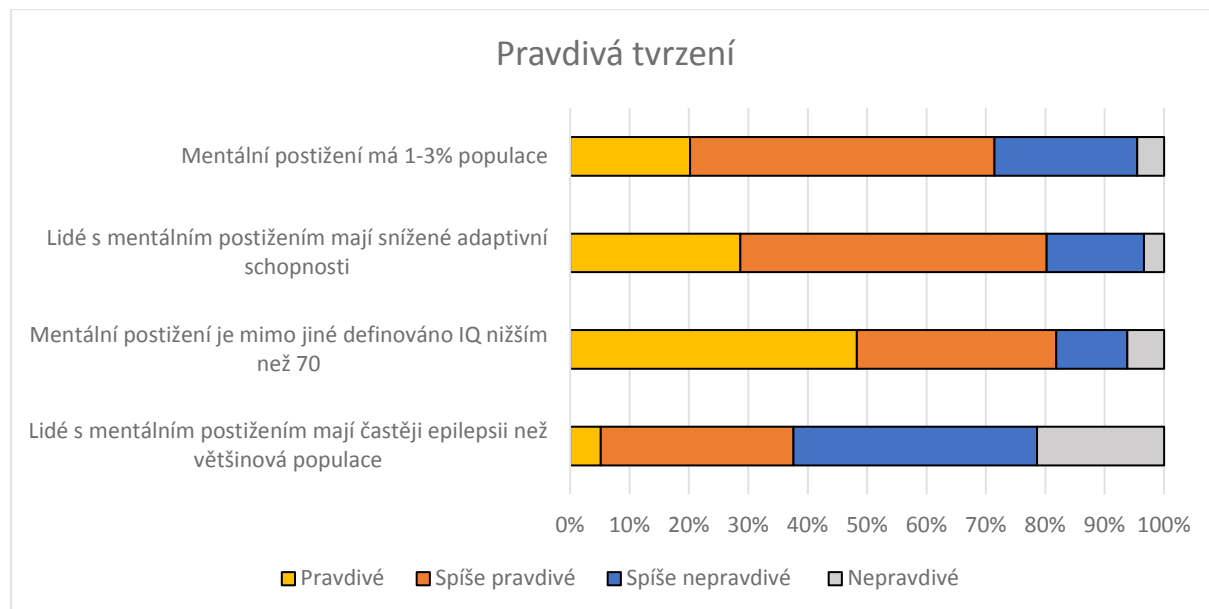
V následující kapitole budou postupně prezentovány výsledky jednotlivých dílčích studií. Nejdříve budou prezentována data získaná prostřednictvím kvantitativního dotazníkového šetření. Dále budou představena data získaná v průběhu rozhovorů s rodiči s mentálním postižením, a to v následujícím pořadí: i) výsledky kvalitativní analýzy samotných rozhovorů s rodiči s mentálním postižením, ii) výsledky kvalitativní analýzy vinět, iii) výsledky statistického zpracování dat získaných prostřednictvím nástroje Support interview guide. Jako poslední budou prezentovány výsledky kvalitativní analýzy ohniskových skupin.

5.1. Vyhodnocení dotazníkového šetření¹⁸

Znalostní otázky

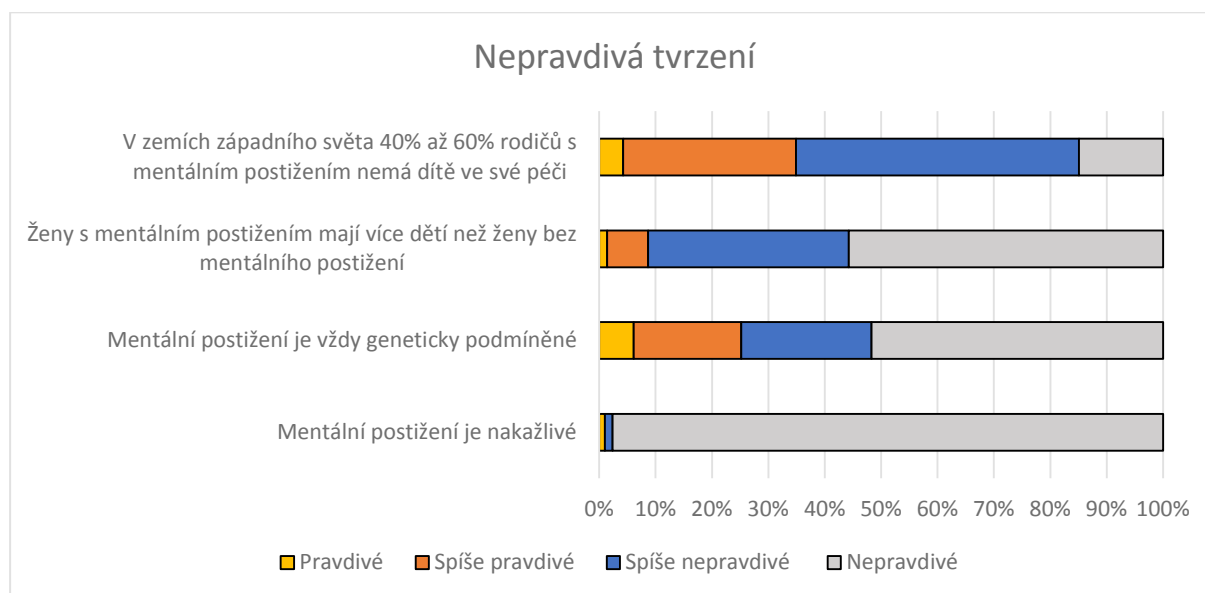
Cílem dotazníkového šetření bylo analyzovat znalosti sociálních pracovníků o lidech s mentálním postižením a o rodičovství osob s mentálním postižením. Respondentům byla předložena řada tvrzení. Úkolem respondentů bylo označit, do jaké míry je tvrzení pravdivé či nikoliv. Všechna předložená tvrzení měla správnou odpověď.

Graf č. 1 Pravdivá tvrzení – znalostní otázky



¹⁸ Výsledky následujících subkapitol: Znalostní otázky, Vzdělávací potřeby, Zkušenosti a postoje sociálních pracovníků byly publikovány v článku: Přípravenost sociálních pracovníků v terénních službách pro práci s rodiči s mentálním postižením v recenzovaném časopise Fórum sociální politiky, 2-11, Autoři článku: Adamčíková, Z., Bernoldová, J., Strnadová, I., Chvál, M., Vznik článku byl podpořen Grantovou agenturou Univerzity Karlovy, číslo projektu 310416.

Graf č. 2 Nepravdivá tvrzení – znalostní otázky

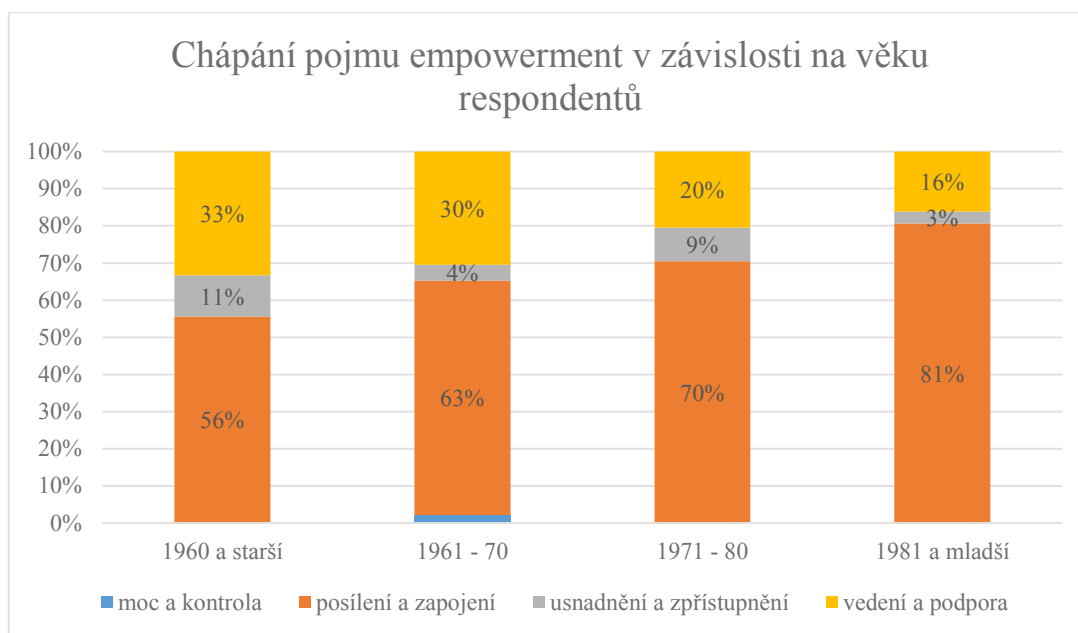


Z grafů č. 1 a 2 lze vyčíst i míru váhání na danou otázku. Z grafu č. 1 je patrné, že největší chybovost vykazuje otázka, jež se vztahuje k souběhu epilepsie a mentálního postižení. 62 % odpovědí bylo chybných. Dále je zajímavé, že 18 % dotázaných odpovědělo nesprávně na otázku, jakou hranicí IQ je definováno mentální postižení, a 29 % nezná správnou odpověď na otázku, kolik procent osob ve společnosti má mentální postižení. Naopak 99 % dotázaných zná správnou odpověď na otázku, zda je mentální postižení nakažlivé. Obecně však lze hodnotit znalosti sociálních pracovníků o mentálním postižení jako dobré.

Další otázka, která měla dokreslit úroveň znalostí respondentů, se týkala konceptu “empowermentu” neboli posílení či zmocnění. Tento koncept je v současné době jednou z cest, kterou by se práce s rodiči s mentálním postižením měla ubírat, neboť “zmocnění” lze chápat jako pomoc lidem v získání větší kontroly nad vlastními životy a životními podmínkami. Podle Navrátila (2001, s. 141) lze “zmocňování” definovat jako “prostředek, který umožňuje legitimní užití síly vůči diskriminaci a opresi.” Autorka předkládané práce je proto přesvědčena, že sociální pracovníci by při práci s rodiči s mentálním postižením měli disponovat alespoň znalostmi o tom, na jakých principech tento přístup staví.

Autorku tohoto výzkumu proto zajímala obeznámenost respondentů s tímto pojmem. Správnou odpověď na tuto otázku znalo 64 % respondentů. Téměř 27 % se pak mylně domnívalo, že pod pojmem empowerment se skrývá „vedení a podpora“, což byla jedna z nabízených možností. V rámci analýzy bylo zjištěno, že znalost tohoto termínu koreluje s věkem respondentů.

Graf č. 3 Chápání pojmu empowerment v závislosti na věku



Mezi respondenty s datem narození 1981 a mladší znalo správnou odpověď 81 % dotázaných. Naopak mezi respondenty s datem narození 1960 a starší, znalo správnou odpověď jen 56 %.

Vzdělávací potřeby

Respondenti také měli ohodnotit své vzdělávací potřeby v navržených oblastech (tabulka č. 3), a to na škále 0 do 5, přičemž odpověď 0 znamenala *nemám potřebu se v dané oblasti vzdělávat* a 5 znamenala *mám silnou potřebu se v dané oblasti vzdělávat*. Svě znalosti by respondenti chtěli rozvíjet zejména v oblasti práce s nedobrovolným klientem (3,5). Zajímá je ale také téma individuální intervence (3,2). Naopak nejmenší zájem projevili o oblast zdravotnických služeb (1,6). Autorka práce také porovnávala, zda se budou vzdělávací potřeby pracovníků působících na odděleních sociálně právní ochrany lišit od pracovníků z nestátních neziskových organizací (do skupiny byli zahrnuti respondenti ze sociálních služeb, případně z organizací, jež mají pověření k sociálně právní ochraně). Z tabulky č. 8 je patrné, že pracovníci neziskových organizací mají větší zájem o téma individuální intervence šité na míru (rozdíl -0,3), pracovníci OSPOD cítí potřebu se dále vzdělávat spíše v oblasti sociálních služeb pro cílovou skupinu (0,4). Obecně vyšší míru potřeby vzdělávat se mírně vykazuje skupina pracovníků působících v NNO (2,7 ku 2,6).

Tabulka č. 8 Srovnání vzdělávacích potřeb pracovníků z NNO a pracovníků OSPOD

	OSPOD	N=80	NNO	N=48	rozdíl
	a.p. ¹⁹	sm.odch ²⁰	a.p.	sm.odch.	OSPOD – NNO
Individuální intervence šitá na míru rodiči s mentálním postižením	3,1	1,6	3,4	1,6	-0,3
Znalosti o vědecky doložených přístupech ke zvládnání problémového chování dítěte.	3,0	1,5	3,2	1,3	-0,2
Znalosti z oblasti psychiatrických onemocnění	2,6	1,5	2,8	1,7	-0,2
Přizpůsobení intervence dle rodičovských schopností	2,6	1,3	2,8	1,4	-0,1
Nástroje pro vyhodnocování chování dítěte	2,8	1,6	2,9	1,5	-0,1
Práce s rodiči v rámci terénní služby v jejich domácnostech	1,9	1,4	1,9	1,6	-0,1
Primární prevence (včasná detekce ohrožené rodiny, aktivizace rodiny, spolupráce s učiteli, znalost služeb primární prevence ve spádové oblasti)	2,7	1,6	2,7	1,7	0,0
Nejlepší zájem dítěte (vyhodnocování situace dítěte, oznamovací povinnost)	2,8	1,8	2,8	1,6	0,0
Zdravotnické služby	1,5	1,3	1,5	1,6	0,0
Obhajoba rodičovských práv	2,5	1,5	2,5	1,5	0,0
Lidské vztahy a sexualita osob s mentálním postižením	2,6	1,5	2,6	1,7	0,0
Znalosti v oblasti vývojové psychologie	2,2	1,5	2,1	1,6	0,1
Kooperace s ostatními poskytovateli podpory (lékaři, rodina, jiné sociální služby)	2,3	1,5	2,2	1,5	0,2
Podpora interakce rodič - dítě, rozvoj dítěte prostřednictvím hry	2,9	1,5	2,7	1,5	0,2
Práce s nedobrovolnými klienty	3,5	1,5	3,3	1,6	0,3
Rozvoj rodičovských kompetencí v oblasti péče o dítě	3,1	1,4	2,8	1,5	0,3
Specifika osob s mentálním postižením	2,4	1,5	2,1	1,7	0,3
Komunikace s rodiči s mentálním postižením	3,1	1,4	2,8	1,6	0,3
Sociální služby pro cílovou skupinu	2,7	1,5	2,3	1,9	0,4

¹⁹ a. p. = aritmetický průměr

²⁰ sm. ch. = směrodatná odchylka

Profesní příprava

Účastníci výzkumu měli kromě svých vzdělávacích potřeb také zhodnotit, zda jejich profesní příprava byla dostatečná pro to, aby mohli poskytovat adekvátní podporu rodičům s mentálním postižením. Škála byla v intervalu 1–5 (“ano”, “spíše ano”, “nevím”, “spíše ne”, “ne”). Celých 61 % dotázaných zhodnotilo, že jejich příprava nebyla dostatečná. Odpověď “spíše ne” zvolilo 42 % dotázaných a odpověď “ne” pak 19 % dotázaných. Toto zjištění je zásadní a alarmující. Při porovnání aritmetických průměrů mezi jednotlivými sledovanými podskupinami se ukázalo, že nejvíce je se svým vzděláním spokojena nejmladší skupina (r. 1981 a mladší), která vykazovala aritmetický průměr 3,8, dále pak spokojenost s věkem klesá a u nejstarší generace pracovníků (r. 1960 a starší) je nejnižší.

Následující část dotazníku byla věnována rozsahu profesní přípravy v jednotlivých vzdělávacích etapách respondentů, a to ve třech oblastech. Autorku zajímalo, jaká časová dotace byla věnována: (i) tématu osob s mentálním postižením obecně, (ii) tématu sexuality osob s mentálním postižením a (iii) tématu rodičovství stejné skupiny.

Téma osob s mentálním postižením

Tabulka č. 9 Rozsah přípravy v oblasti tématu osob s mentálním postižením (psychopedie)

	SŠ	VOŠ	VŠ	CZV
Celý ročníkový kurz	☒ 1%	☒ 1%	☒ 12%	☒ 2%
Celý semestrální kurz	☒ 1%	☒ 4%	🟡 15%	☒ 2%
Více než pět vyučovacích hodin	☒ 4%	🟡 14%	🟢 28%	☒ 8%
Méně než pět vyučovacích hodin	☒ 12%	☒ 12%	☒ 12%	☒ 3%
Seminář, kterého jsem se zúčastnil(a)	☒ 1%	☒ 3%	☒ 6%	🟡 26%
Příspěvek na konferenci	☒ 1%	☒ 2%	☒ 9%	🟡 18%
V rámci samostudia	☒ 2%	☒ 4%	☒ 9%	🟡 22%
S tématem jsem se nesetkal(a)	⬤ 39%	🌙 17%	⬤ 28%	○ 9%

Z tabulky č. 4 je patrné, že se s tímto tématem vůbec nesetkalo na střední škole (SŠ) 39 % dotázaných, na vyšší odborné škole (VOŠ) 17 % dotázaných a na vysoké škole (VŠ) dokonce 28 % dotázaných. Z nabízených možností se ukázalo, že nejčastěji se s tímto tématem respondenti setkali na VŠ, kde bylo tématu věnováno více než 5 vyučovacích hodin.

Téma sexuality osob s mentálním postižením

Z výsledků je patrné, že jakmile se jedná už o velmi konkrétní téma, výrazně klesá rozsah vzdělávací přípravy, a to ve všech vzdělávacích etapách. S tématem se vůbec nesetkalo 42 % respondentů na SŠ, 21 % respondentů na VOŠ, 28 % na VŠ a 17 % respondentů v rámci

celoživotního vzdělávání. Pokud už se k tomuto tématu respondent dostal, tak to bylo nejčastěji až v rámci poslední vzdělávací etapy celoživotního vzdělání, a to formou samostudia.

Téma rodičovství osob s mentálním postižením

S mírně překvapivým závěrem dopadla analýza rozsahu vzdělávání pro téma rodičovství osob s mentálním postižením. Oproti tématu sexuality bylo častěji toto téma zahrnuto ve všech nabízených časových dotacích. Nejčastěji se s tímto tématem setkali respondenti na semináři, který se konal v rámci jejich celoživotního vzdělávání (29 %) a během studia na VŠ (29 %), kdy tématu bylo věnováno více než pět vyučovacích hodin.

Jako velmi zajímavá se jeví skutečnost, že se ve všech třech tematických oblastech ukázalo, že se s tématy nesetkalo více respondentů v rámci studia na VŠ (82 %) oproti studiu na VOŠ (51 %). Dále bylo zjištěno, že s tématem osob s MP se vůbec nesetkalo 12 % dotázaných, s tématem rodičovství pak 8 % dotázaných a s tématem sexuality u osob s MP 24 % respondentů. Dokonce 2 % respondentů se nesetkala s žádným z témat v žádném rozsahu. Pouze 3 % dotázaných se setkala se všemi tématy v rámci ročníkového kurzu a 23 % dotázaných se setkala alespoň s jedním z témat v rámci ročníkového kurzu.

Zkušenosti sociálních pracovníků

V tabulce č. 10 je uveden přehled odpovědí, jež mapují praktické zkušenosti s cílovou skupinou rodičů s mentálním postižením.

Tabulka č. 10 Praktické zkušenosti s cílovou skupinou rodičů s mentálním postižením

Zkušenosti z praxe	ANO	NE
Měl/a jste možnost při vaší spolupráci oceňovat rodiče s MP za pokroky?	57 %	43 %
Měl/a jste na podobu poskytované služby jiný názor než rodič s MP?	68 %	32 %
Měl/a jste někdy obavy o nejlepší zájem dítěte v péči rodiče s MP?	68 %	32 %
Měl/a jste někdy obavy, že je dítě rodiče s MP v přímém ohrožení života?	24 %	76 %
Byl/a jste někdy nucen/a v rámci oznamovací povinnosti hlásit zanedbávání, zneužívání či týrání rodičem s anamnézou MP na OSPOD?	25 %	75 %
Byl jste někdy nucen/a odebrat dítě z péče rodičů primárně z důvodu jejich mentálního postižení?	16 %	84 %

Obavy z přímého ohrožení života mají častěji pracovníci OSPOD (26 %) ve srovnání s pracovníky ve skupině NNO (20 %). Stejně tak byl identifikován výraznější

rozdíl v odpovědi na otázku, jestli respondent měl někdy obavy o nejlepší zájem dítěte. 70 % pracovníků OSPOD a 65 % pracovníků NNO tuto obavu potvrdilo.

Respondenti měli u některých z předchozích otázek svůj názor zdůvodnit. Z těchto zdůvodnění vyplynulo, že:

- (i) Nejčastěji byli rodiče oceňováni za péči o dítě (33 % – relativní četnosti z odpovědi “ano”) a domácnost (21 % – relativní četnosti z odpovědi “ano”).
- (ii) Odlišný názor na podobu poskytované služby mělo celkem 68 % respondentů. Z těchto respondentů pak mělo 20 % odlišný názor na vhodnou péči o dítě a 10 % na míru poskytované podpory.
- (iii) Obavy o nejlepší zájem dítěte měli respondenti nejčastěji z důvodu nedostatečných rodičovských kompetencí (17 %) a nedostatečně podnětného prostředí (12 %).
- (iv) Přímého ohrožení života se obávalo 24 % dotázaných, z toho 44 % z důvodu nesprávné výživy pro dítě a 24 % pro neschopnost poskytnout dítěti základní péči.
- (v) Jako silnou stránku rodičů většinou (65 %) vnímali jejich citovou oblast, dále pak schopnost empatie (7 %) a trpělivost (5 %).

Poskytovaná podpora

O tom, jaká podpora se ohroženým rodinám (nikoliv jen těm, kde je rodič s MP) v praxi nabízí, lze vyčíst z tabulky č. 11, která zároveň předkládá srovnání skupiny OSPOD a NNO. Tato tabulka obsahuje seznam oblastí, v níž mohou být sociální pracovníci nápomocni. Byla použita škála 0–5. Z výsledků vyplývá, že je rodinám v rámci terénních služeb nejčastěji poskytována podpora při řešení výchovných problémů dětí (3,6) a podpora při řešení bytové situace – hledání vhodného bydlení (3,5). Nejméně pak respondenti podporují rodiče s mentálním postižením při doprovázení dětí (škola, lékař, kroužky) (1,5) a při cestování (1,6). V rámci analýzy autoři také zjišťovali, do jaké míry se liší poskytovaná podpora mezi pracovníky OSPOD a pracovníky NNO. Sledovány byly ozdily mezi aritmetickými průměry obou skupin. OSPOD poskytuje intenzivnější podporu v následujících oblastech: podpora při nácviku poskytování první pomoci (0,5) a podpora při hájení rodičovských práv (0,4). Naopak výrazně odlišnou míru podpory nabízí NNO v následujících oblastech: podpora v navazování sociálních kontaktů (1,0), podpora při zajištění podmínek pro společensky přijatelné volnočasové aktivity (1,0) a podpora při využívání veřejných služeb jako například pošta (0,8).

Tabulka č. 11 Oblasti poskytované podpory

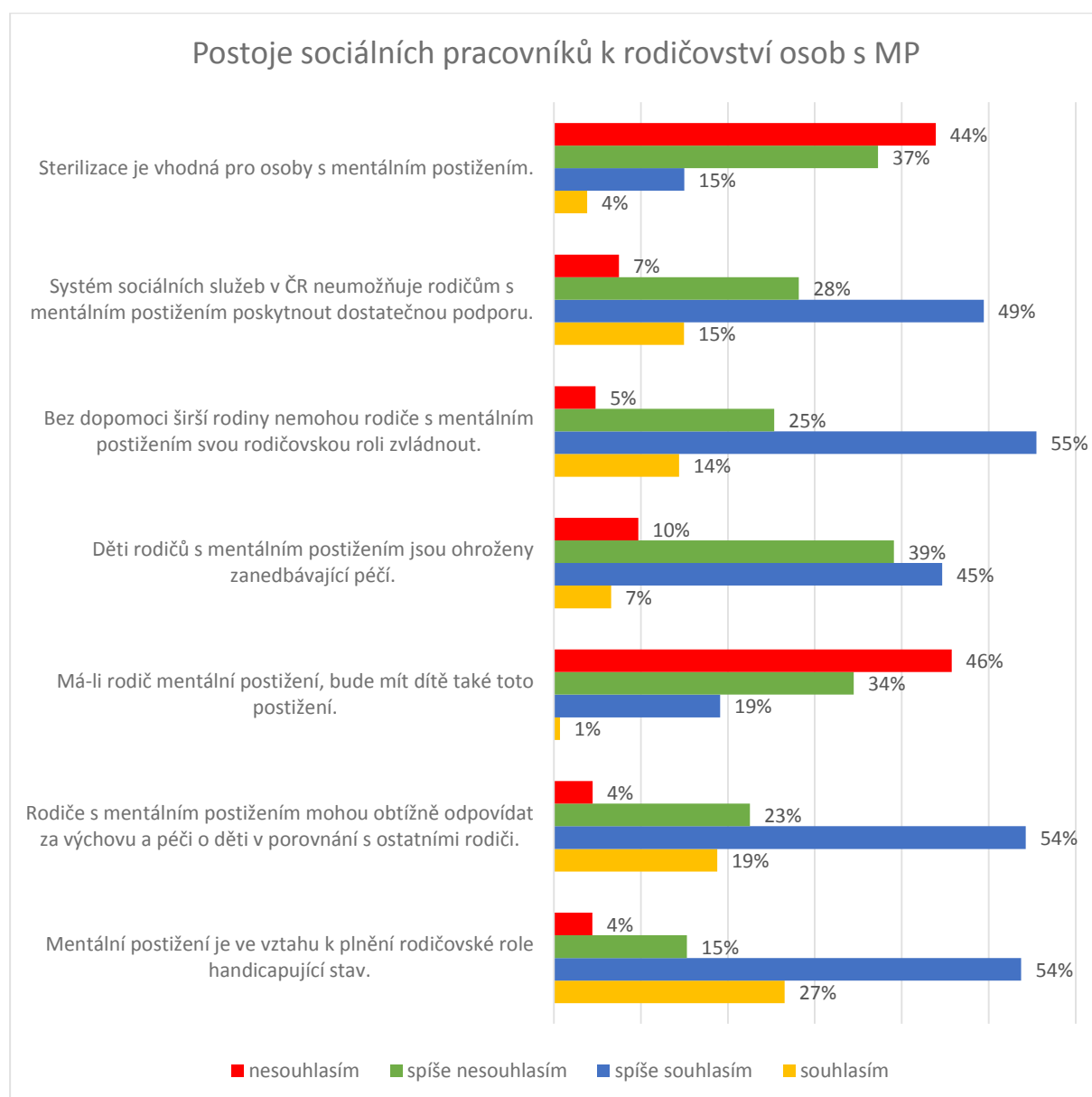
	Aritmetický průměr		rozdíl OSPOD minus NNO
	OSPOD	NNO	
Podpora při nácviku poskytnutí první pomoci dítěti	1,9	1,4	0,5
Podpora při hájení rodičovských práv	3,2	2,7	0,4
Podpora při řešení výchovných problémů dětí	3,7	3,5	0,2
Podpora při řešení bytové situace (hledání vhodného bydlení)	3,6	3,5	0,1
Podpora při rozpoznání a ošetření běžných dětských nemocí (např. podávání léků)	2,0	1,9	0,1
Podpora při správné výživě dětí	2,4	2,3	0,0
Podpora v oblasti celoživotního učení (praktické používání naučeného – čtení nápisů, počítání, využívání technologií k učení, přístup do výukového prostředí)	1,9	1,9	0,0
Podpora při plánování denních aktivit rodiny	1,8	1,8	0,0
Podpora při hospodaření s penězi a vlastními finančními prostředky a nakupování a pořizování služeb	3,2	3,2	0,0
Podpora při zajištění bezpečného domácího prostředí	2,6	2,7	-0,1
Podpora při úklidu a údržbě domácnosti	2,2	2,3	-0,1
Podpora v činnostech spojených se zdravím a bezpečností (užívání léků, předcházením zdravotním a bezpečnostním rizikům, využívání služeb zdravotní péče, udržování psychické pohody)	1,9	2,0	-0,1
Podpora při zajištění osobní hygieny a úpravě zevnějšku (koupání, úprava zevnějšku, péče o šaty, oblékání)	1,7	1,8	-0,2
Podpora při doprovázení dětí do školy, školského zařízení, k lékaři či na zájmové aktivity	1,4	1,6	-0,2
Podpora v hledání a udržení si zaměstnání	2,9	3,0	-0,2
Podpora při řešení partnerských záležitostí (zamilovat se, navázat intimní vztah, vysvětlování zásad partnerského soužití)	1,8	2,0	-0,2
Podpora při obnovení či upevnování kontaktu s rodinou	2,5	2,7	-0,2
Podpora při péči o dítě v oblasti hygieny	2,4	2,6	-0,2
Podpora při sebeobhajování a dodatečné ochraně (sebeobrana proti zneužívání a vykořisťování, sebeobhajování, využívání právnických služeb, uplatňování zákonné odpovědnosti)	2,9	3,1	-0,3

Podpora při zajištění podmínek pro přiměřené vzdělávání dětí	3,0	3,2	-0,3
Podpora při ovládnání domácích spotřebičů	1,6	1,8	-0,3
Podpora při stimulaci správného vývoje dítěte	3,0	3,5	-0,5
Podpora při cestování (přesun z místa na místo)	1,4	1,9	-0,5
Podpora při zajištění stravy (příprava stravy, konzumace jídla)	1,8	2,3	-0,5
Podpora v sociálních kompetencích v jednání na úřadech, školách, školských zařízeních	3,0	3,6	-0,6
Podpora při využívání veřejných služeb (pošta)	1,6	2,5	-0,8
Podpora při zajištění podmínek pro společensky přijatelné volnočasové aktivity	1,7	2,7	-1,0
Podpora v navazování sociálních kontaktů (hledání a udržování si přátel, používání odpovídajících sociálních dovedností, setkávání v domácnosti a mimo domácnost)	1,7	2,7	-1,0

Postoje sociálních pracovníků

Respondentům byla také předložena sada otázek mapujících jejich postoje ohledně rodičovství osob s mentálním postižením. Z grafu č. 4 je zřejmé, že mezi respondenty převládá stále velká řada negativních postojů vůči rodičům s mentálním postižením. S tvrzením, že je sterilizace pro tuto skupinu osob vhodným řešením, souhlasí 5 % dotázaných, a spíše souhlasí 15 % dotázaných. S tvrzením, že mentální postižení je vzhledem k plnění rodičovské role handicapující stav, spíše souhlasí 54 % a souhlasí 27 % dotázaných. Dokonce 45 % respondentů spíše souhlasí a 7 % souhlasí s tvrzením, že jsou děti rodičů s mentálním postižením ohroženy zanedbávající péčí. Zároveň je alarmující, že 49 % spíše souhlasí a 15 % souhlasí s tvrzením, že systém služeb v ČR neumožňuje poskytnout rodičům adekvátní podporu.

Graf č. 4 Postoje sociálních pracovníků k rodičovství osob s mentálním postižením



Kopingové strategie

Respondenti měli u každé z 28 nabízených položek vyjádřit, do jaké míry „nabízenou činnost“ využívají či nikoliv, když jsou vystaveni stresové situaci. Škála byla následující: 1 = „Obvykle to nikdy nevyužívám“, 2 = „Obvykle to využívám trochu (občas)“, 3 = „Obvykle to využívám středně“, 4 = „Obvykle to využívám hodně“. Každá z prezentovaných hodnot je součtem aritmetických průměrů dvou položek z dotazníku, které se vztahovaly ke stejné kopingové strategii. Jak je patrné z tabulky č. 12 nejčastěji využívanou kopingovou strategií je tzv. plánování (6,8), dále pak aktivní zvládnání (6,4) a přijetí (6,1). Nejméně využívaná strategií bylo užití návykových látek.

Tabulka č. 12 Kopingové strategie sociálních pracovníků

Strategie	součet aritmetických průměrů
Plánování	6,8
Aktivní zvládání	6,4
Akceptace	6,1
Využití instrumentální podpory	6,1
Využití emoční podpory	5,9
Dát průchod pocitům	5,7
Pozitivní přerámování	5,2
Seberozpýlení	4,7
Vtipkování	4,5
Sebeobviňování	4,3
Víra	4,2
Odtahování se	2,8
Popření	2,7
Užití návykových látek	2,2

V tabulce č. 13 je možné vidět kompletní výsledky všech položek v dotazníku seřazené od nejčastěji volené strategie zvládání stresu a tou byla položka „Snažím se vymyslet strategii, jak postupovat“ (3,5) až po nejméně volenou položkou „Užívám alkohol a jiné drogy, které mi pomáhají přenést se přes to“ (1,2). Z tabulky je zároveň patrné, jak byly jednotlivé položky rozděleny do nadřazených strategií.

Tabulka č. 13 Celková data dle jednotlivých položek – Kopingové strategie

Položka v dotazníku	Strategie	Aritmetický průměr	Směrodatná odchylka
Snažím se vymyslet strategii, jak postupovat.	Plánování	3,5	0,6
Jednám ve snaze situaci zlepšit.	Aktivní zvládání	3,4	0,7
Usilovně přemýšlím o tom, jaké kroky podniknout.	Plánování	3,3	0,8
Přijímám skutečnost, že se to stalo.	Akceptace	3,2	0,8
Snažím se získat radu nebo podporu pro to, co dělat od ostatních.	Využití instrumentální podpory	3,1	0,9
Dostává se mi pomoci a rad od ostatních.	Využití instrumentální podpory	3,0	0,7

Soustředím se ze všech sil na to, abych něco udělal se situací, v níž se nacházím.	Aktivní zvládnání	3,0	1,0
Dostává se mi od někoho útěchy a porozumění.	Využití emoční podpory	3,0	0,8
Vyjadřuji své negativní pocity.	Dát průchod pocitům	3,0	0,8
Učím se s tím žít.	Akceptace	2,9	0,9
Dostává se mi citové podpory od ostatních.	Využití emoční podpory	2,9	0,9
Hledám něco pozitivního na tom, co se mi děje.	Pozitivní přerámování	2,8	0,8
Mluvím, abych dal průchod nepříjemným pocitům.	Dát průchod pocitům	2,7	1,0
Dělám něco proto, abych o tom přemýšlel méně, např. chodím do kina, sleduji TV, čtu, sním během dne, spím nebo nakupuji.	Seberozpýlení	2,6	1,0
Snažím se vidět to v lepším světle, aby to vypadalo pozitivněji.	Pozitivní přerámování	2,4	0,9
Vtipkuji o tom.	Vtipkování	2,4	1,0
Kritizuji sám sebe.	Sebeobviňování	2,3	0,9
Utíkám k práci nebo jiným činnostem, abych se vyhnul přemýšlení o věcech.	Seberozpýlení	2,1	1,0
Dělám si z dané situace legraci.	Vtipkování	2,1	0,9
Modlím se nebo medituji.	Víra	2,1	1,2
Snažím se najít útěchu v náboženství nebo spirituální víře.	Víra	2,1	1,3
Obviňuji se z věcí, které se staly.	Sebeobviňování	2,0	1,0
Vzdávám snahu vypořádat se s tím.	Odtaznění se	1,5	0,8
Sám sobě si říkám „Tohle není skutečné.“	Popření	1,4	0,7
Odmítám věřit, že se to děje.	Popření	1,3	0,6
Vzdávám snahu se s tím vyrovnat.	Odtaznění se	1,3	0,5
Piji alkohol nebo užívám drogy, abych se cítil lépe.	Užití návykových látek	1,2	0,4
Užívám alkohol a jiné drogy, které mi pomáhají přenést se přes to.	Užití návykových látek	1,2	0,5

Pakliže byla data vyhodnocována dle jednotlivých kategorií NNO a OSPOD, je z dat patrné (tabulka č. 14), že nejčastěji využívanou strategií je v obou případech plánování (OSPOD 6,7; NNO 6,9). Na druhém místě je u OSPOD strategie aktivního zvládnání (6,4), u NNO je to pak využití instrumentální podpory (6,5). To znamená, že pracovníci NNO si častěji chodí pro radu ke kolegům. Užití návykových látek je pak nejméně využívanou strategií u obou sledovaných skupin (NNO 2,4; OSPOD 2,4). Největší rozdíly jsou pak patrné ve využití strategie „obratu k duchovnímu životu“, kterou podstatně častěji volí pracovníci NNO (NNO 5,5; OSPOD 4,4). Stejně je pak znatelný rozdíl ve využití strategie „instrumentální podpory“, kterou opět podstatně víc preferují pracovníci NNO (NNO 6,5; OSPOD 6,0). Oproti tomu strategie „popření“ je více preferovanou pracovníky OSPOD (OSPOD 2,9; NNO 2,6).

Tabulka č. 14 Srovnání kopingových strategií mezi NNO a OSPOD

Strategie	OSPOD	NNO	rozdíl OSPOD – NNO
Víra	4,4	5,5	-1,1
Využití instrumentální podpory	6	6,5	-0,5
Plánování	6,7	6,9	-0,2
Využití emoční podpory	5,8	5,9	-0,1
Akceptace	6	6,1	-0,1
Vtipkování	4,5	4,6	-0,1
Aktivní zvládnání	6,4	6,4	0,0
Dát průchod pocitům	5,7	5,7	0,0
Pozitivní přerámování	5,2	5,2	0,0
Užití návykových látek	2,4	2,4	0,0
Seberozpýlení	4,7	4,7	0,0
Sebeobviňování	4,4	4,3	0,1
Odtážení se	2,9	2,6	0,3
Popření	2,9	2,6	0,3

Stresové faktory

Tento dotazník obsahoval celkem 42 položek rozdělených do sedmi faktorových subškál. Prezentované hodnoty jsou pak součtem aritmetických průměrů položek, spadajících pod konkrétní subškálu. Jak ukazuje tabulka č. 15 sociální pracovníci se cítí být nejvíce stresováni pracovní zátěží (9,8) a dále pak profesním sebepochybováním (7,7). Jako nejmenší zdroj stresu respondenti označili vztahy a konflikty s ostatními odborníky (5,7).

Tabulka č. 15 Stresové faktory

Subškála	Součet aritmetických průměrů
Pracovní zátěž	9,8
Profesní sebepochybování	7,7
Obtíže spojené s klientem	7,3
Organizační struktura a procesy	6,6
Nedostatek zdrojů	5,9
Konflikt ve vztahu domácnost práce	5,9
Vztahy a konflikty s ostatními odborníky	5,7

V tabulce č. 16 je možné vidět kompletní výsledky všech položek v dotazníku. Položky jsou seřazené od nejčastěji voleného stresového faktoru, kterým bylo „*Velké pracovní vytížení*“ (2,3), až po nejméně volenou položkou „*Práce posiluje pocit prázdnoty a/nebo izolace*“ (0,5). Z tabulky je stejně jako v předchozím případě u kopingových strategií patrné, jak byly jednotlivé položky rozděleny do nadřazených subškál.

Tabulka č. 16 Celková data dle jednotlivých položek – Stresové faktory

Položka	Subškála	Aritmetický průměr	Směrodatná odchylka
Velké pracovní vytížení	Pracovní zátěž	2,3	0,8
Komplikovaní a/nebo nároční klienti	Obtíže spojené s klientem	2,0	0,8
Mnoho rozdílných pracovních povinností	Pracovní zátěž	2,0	1,1
Nedostatek času pro rodinu	Konflikt ve vztahu domácnost práce	1,8	1,1
Nedostatek času pro kvalitní (uspokojivé) plnění pracovních povinností	Pracovní zátěž	1,8	0,9
Obava z pochybení v péči o klienta	Profesní sebepochybování	1,5	0,9
Žádná změna nebo velmi pomalá změna u klientů	Obtíže spojené s klientem	1,5	0,9
Pochybnosti o účinnosti úsilí	Profesní sebepochybování	1,5	0,8
Příliš mnoho klientů	Pracovní zátěž	1,5	1,0
Nedostatek (kvalifikovaného/odpovídajícího) personálu	Nedostatek zdrojů	1,4	1,0
Vyrovňávání se s úmrtím a utrpením	Obtíže spojené s klientem	1,4	0,9
Pocit nedostatečné kvalifikovanosti pro řešení emocionálních potřeb klientů	Profesní sebepochybování	1,3	1,0
Nedostatek času pro odpočinek	Pracovní zátěž	1,3	1,0

Organizační struktura a politika	Organizační struktura a procesy	1,2	0,9
Nejistota týkající se svých vlastních schopností	Profesní sebepochybování	1,2	1,0
Konflikt rolí s ostatními odborníky	Vztahy a konflikty s ostatními odborníky	1,2	0,9
Nedostatek finančních zdrojů pro další vzdělávání	Nedostatek zdrojů	1,2	1,2
Nedostatek podpory ze strany vedení	Organizační struktura a procesy	1,2	1,1
Komunikace a tok informací v práci	Organizační struktura a procesy	1,2	1,0
Pocit nedostatečné kvalifikovanosti pro práci s komplikovanými klienty	Profesní sebepochybování	1,2	0,9
Konflikt s ostatními profesionály	Vztahy a konflikty s ostatními odborníky	1,1	1,0
Nedostatečná ochrana v potenciálně nebezpečném prostředí	Nedostatek zdrojů	1,1	0,9
Způsob řešení konfliktů v organizaci	Organizační struktura a procesy	1,1	1,0
Nedostatek času na přátelé/společenské vztahy	Konflikt ve vztahu domácnost práce	1,1	1,0
Nošení si práce domů	Konflikt ve vztahu domácnost práce	1,1	1,1
Vztahy s nadřízenými	Organizační struktura a procesy	1,0	1,0
Obtížná spolupráce s některými kolegy	Vztahy a konflikty s ostatními odborníky	1,0	0,9
Příliš dlouhá pracovní doba	Pracovní zátěž	1,0	0,8
Udržení profesionálních dovedností	Profesní sebepochybování	1,0	0,9
Ukončení péče o klienty	Obtíže spojené s klientem	1,0	0,8
Špatné vedení a supervize	Organizační struktura a procesy	0,9	1,0
Zvládání terapeutických vztahů	Obtíže spojené s klientem	0,9	0,7
Práce v multidisciplinárním týmu	Vztahy a konflikty s ostatními odborníky	0,8	0,8
Neschopnost oddělit osobní a profesní roli	Konflikt ve vztahu domácnost práce	0,8	0,9
Kritika ze strany ostatních odborníků	Vztahy a konflikty s ostatními odborníky	0,8	0,9
Nedostatečné administrativní/technické zázemí	Nedostatek zdrojů	0,7	0,9

Špatné materiální/hmotné/pracovní podmínky	Nedostatek zdrojů	0,7	0,9
Nedostatek emoční podpory od kolegů	Vztahy a konflikty s ostatními odborníky	0,7	0,9
Nedostatek potřebného vybavení	Nedostatek zdrojů	0,7	0,8
Fyzicky mě ohrožující klienti	Obtíže spojené s klientem	0,7	0,9
Vztah s parterem/partnerkou ovlivňuje práci	Konflikt ve vztahu domácnost práce	0,6	0,9
Práce posiluje pocit prázdnoty a/nebo izolace	Vztahy a konflikty s ostatními odborníky	0,5	0,8

Při porovnání obou sledovaných skupin (viz tabulka č. 17) bylo zjištěno, že u obou skupin byla největším stresovým faktorem „pracovní zátěž“, výrazněji tento stresový faktor ale pociťují pracovníci OSPOD (OSPOD 10,7; NNO 9,1). Nejmenším stresovým faktorem je pak pro pracovníky OSPOD nedostatek zdrojů (5,2) a pro pracovníky NNO je to pak konflikt ve vztahu domácnost práce (5,6). Dle předpokladů je největší rozdíl mezi oběma skupinami v položce „Nedostatek zdrojů“. Tento stresový faktor mnohem silněji působí na pracovníky NNO (NNO 6,8; OSPOD 5,2). Další signifikantní rozdíl lze nalézt v položce „pracovní zátěž“. Tu mnohem silněji pociťují pracovníci OSPOD (OSPOD 10,7; NNO 9,1).

Tabulka č. 17 Srovnání stresových faktorů mezi OSPOD a NNO

	Součet aritmetických průměrů OSPOD	Součet aritmetických průměrů NNO	Rozdíl OSPOD - NNO
Nedostatek zdrojů	5,2	6,8	-1,6
Organizační struktura a procesy	6,2	7	-0,8
Vztahy a konflikty s ostatními odborníky	5,3	6,1	-0,8
Profesní sebepochybování	7,8	7,4	0,4
Obtíže spojené s klientem	7,5	6,9	0,6
Konflikt ve vztahu domácnost práce	6,2	5,6	0,6
Pracovní zátěž	10,7	9,1	1,6

5.2. Výsledky rozhovorů s rodiči s mentálním postižením

Během procesu kódování rozhovorů vzniklo celkem 87 kódů, které byly syntetizovány do 21 kategorií, a při následném třídění bylo identifikováno celkem 5 témat, která jsou analyzována v následujícím textu. Tabulka č. 18 obsahuje přehled všech kategorií a témat.

Tabulka č. 18 Přehled identifikovaných kategorií a témat

Téma	Kategorie
Sociální pracovník/odborník - klíčová osoba	Vztah se sociálním pracovníkem Kontakt se sociálním pracovníkem Neprofesionální přístup odborníka Zkušenosti se sociálními pracovníky/odborníky
Možnosti (nástroje) sociální práce	Formální podpora Případová konference
Životní kontext, v němž rodiče s mentálním postižením pečují o své děti	Zaměstnání Finance Bydlení Rodinné a partnerské vztahy Neformální podpora Specifické osobní zkušenosti
Dítě v životě rodiče s mentálním postižením	Dítě mimo rodinu Dítě v problémových situacích Dospělý potomek rodiče s mentálním postižením
Rodičovské kompetence	Vnímání rodičovské role Rodičovská práva a povinnosti Sebenáhled Emancipace rodiče s mentálním postižením Právní nástroje pro kontrolu výkonu rodičovské role Ochrana práv rodičů s mentálním postižením

5.2.1. Téma: Sociální pracovník – klíčová osoba v životě rodiče s mentálním postižením

Zkušenosti se sociálními pracovníky

Všichni účastníci výzkumu se během svého života setkali nebo pravidelně setkávají se sociálními pracovníky, a to jak z orgánu sociálně právní ochrany dětí, tak z podpůrných sociálních služeb. Jejich role a kvalita vztahu se v životě rodiče s mentálním postižením ukazuje jako naprosto klíčová, což mimo jiné dokresluje to, že 12 z 18 rodičů se raději s žádostí o pomoc obrátí na sociálního pracovníka než na svou rodinu.

Pozitivním zjištěním výzkumného šetření je, že většina rodičů hodnotila vztah se sociálním pracovníkem kladně. Jen jeden rodič měl zkušenost s povyšováním sociálního pracovníka, nicméně tato skutečnost nevyplývala z rozhovoru, ale z dat získaných prostřednictvím vinět. Jeden z rodičů se setkal s tím, že mu sociální pracovník vnucoval své přání. Nejčastěji zúčastnění rodiče charakterizovali sociální pracovníky slovy: „milá“, „hodná“,

„ochotná“, „vstřícná“, „umí poradit“. Pokud byl sociální pracovník rodině v něčem nápomocen, nejčastěji se pomoc vztahovala k řešení problematických vztahů s dětmi (způsob a charakter pomoci byl více specifikován v rámci vinět). Dvěma rodičům sociální pracovnice pomohla natolik, že nedošlo k odebrání dětí z jejich péče.

„Ona mně hodně pomohla, co se týče dětí, protože mně málem odebrali děti, protože můj manžel mně a děti mlátil, takže mně měli děti odebrat, takže jsem měla strašnej strach, takže děti zůstaly u mě, díky tomu.“

[„Takže v tom vás podpořila?“]

„Hodně, jak sociálka, tak i ten [jméno sociální služby].“ Anna

Popisovány byly také zkušenosti, kdy sociální pracovník odkázal rodiče na doprovázející sociální službu, a ta následně rodině velmi pomohla v tíživé životní situaci. Pozitivní zkušenost měl i jeden z rodičů, kterému sociální pracovnice opakovaně pomáhala řešit záležitosti týkající se soudních řízení.

„Ona mi pomohla, jako všechno, jsem měl soudy ted'ko, 3x jsem měl soudy s paní [D – matkou dětí]. Kvůli Monice, co šla do toho ústavu, tak se to řešilo, že jo.“ Lukáš

Tři z rodičů účastníků se tohoto výzkumu měli dobré zkušenosti s podporou ze strany sociálních pracovníků působících na orgánu sociálně právní ochrany dětí. Ve všech třech případech sociální pracovníci pomohli nalézt matce azylové bydlení, aby nedošlo k odebrání dítěte.

„No snažila se mně všelijak prostě pomoc... no dá se říct, že mi vlastně zařídila to ubytování v azylovém domě v [C – název města], protože jsme vlastně díky ní, protože jsem vlastně byla bez příjmu bez všeho, tak díky ní jsem si to mohla všechno vyřídit, což mi vlastně dávali tu jednorázovku, abych si mohla udělat doklady a všechno.“ Erika

Při poskytování podpory je významným aspektem určujícím kvalitu vztahu vzájemná důvěra. Většina rodičů konstatovala, že k sociálnímu pracovníkovi mají důvěru a mohou se mu se vším svěřit. Důvěru si sociální pracovníci převážně získávali tím, že rodiče učili dovednosti potřebné

pro samostatný život, poskytovali jim rady či emociální podporu, případně jim pomáhali v získání zaměstnání či nalezení vhodného bydlení.

[„Jo. Měla jste v ně důvěru?“]

„Určitě.“

[„Jo? Jak se to projevovalo?“]

„Tak většinou, že jsem věděla, že jí to můžu říct a věřila jsem jí, že to prostě nikde nerozkyne.“ (dotazovaná slovem nerozkyne myslela nerozkřikne)

[„A jak tu důvěru u vás získaly? Čím si jí zasloužily?“]

„Tím, že vlastně byly příjemné na mě a že mi vlastně pomáhaly v tom bydlení a vlastně nabídly mi hledání práce, takže i v tom.“

[„A co dalšího vám na té spolupráci vyhovovalo, vzpomenete si ještě na něco? Co pro vás bylo důležité v té spolupráci?“]

„Tak určitě mít v ně důvěru a věřit jim a věděla jsem, že když budu něco potřebovat, tak jsou většinou na telefonu, takže tady v tom.“

[„Jo, takže jste se na ně kdykoliv mohla obrátit.“]

„Ano.“ Věra

Důvěra byla posilována také tím, že sociální pracovník pomohl rodiči v tíživé situaci, kdy hrozilo odebrání dítěte. Jedna z matek popisuje svůj vztah se sociální pracovnící následovně:

[„Měla jste v ní důvěru?“]

„Ano...měla jsem důvěru v tom, že prostě paní [B] chtěla hned, abych dceru tam nechala, abych jí dala k adopci a ona mi v tom prostě pomáhala, abych jí dostala zpátky.“

[„Takže podporovala ten váš zájem?“]

„Asi tak nějak no.“

[„Co ještě dělala proto, aby si získala tu vaši důvěru?“]

„No a právě mě propouštěli domu na podmínku, ale až porodím, tak jsem se měla vrátit zpátky na výkon trestu nebo do vazby, že jo a pak bych měla výkon trestu a ona vlastně dá se říct, že mi zařídila, ne jako tu amnestii, ale jako požádala toho prezidenta o tu amnestii, takže mi jí dal.“

[„A ještě něčím si získala tu vaši důvěru?“]

„No hlavně tím, že prostě když mi paní [B] doporučovala, abych tam nechala tu dceru, protože věděla, že mám nástup trestu, tak ona prostě se prala za to, abych jí tam nenechala, já bych jí tam teda nenechala, ale jakože se prala prostě.“ Erika

Vřelý vztah mezi rodičem s mentálním postižením a sociálním pracovníkem má ale i své stinné stránky. Pokud dlouhodobá spolupráce v rámci poskytované pobytové služby, např. v azylovém bydlení, přeroste do intenzivnějšího vztahu, který funguje na rodinném principu, může to výrazně znesnadnit přechod do následné služby, případně do samostatného bydlení. To pak jednoznačně snižuje úspěšnost v procesu osamostatňování a snižování závislosti na poskytovaných službách a formální podpoře. Situaci, kdy byla hranice překročena, naznačuje následující výpověď, která dokresluje důsledky dlouhodobého „soužití“ klientů a jejich sociálních pracovníků v jedné pobytové službě.

[„Máte k ní (sociální pracovníci) důvěru?“]

„Určitě.“

[„A jak se to projevuje?“]

„Snaží se nám vstříc, když přijdeme s nějakým problémem.“

[„Takže se na něj můžete obrátit kdykoliv.“]

„Hm.“

[„aA jak si tu důvěru získali?“]

„Já nevím, tu dlouho žijeme takže...co bydlíme tady (v novém azylovém domě), se bereme jako rodina.“ Renata

Dva rodiče si však důvěrný vztah se svou sociální pracovnící nevybudovali a v jednom případě si sociální pracovnice důvěru získala nikoliv odbornou erudicí, či dobrými radami, ale pouze tím, že rodinu dlouhodobě pravidelně navštěvovala.

[„A měla jste v ní důvěru? Jako věřila jste jí?“]

„Ale jo, jako co mi jinýho zbejvalo no, co mi jinýho zbejvalo, ona mi musela pomoc s Pavlem, musela jsem se s někým poradit, co s ním mám dělat.“

[„No a jak si tu vaší důvěru získala, jak se to stalo, že jste jí začala věřit?“]

„No prostě k nám chodila, chodila, docházela...“

[„Takže jste jí začala věřit, protože k vám chodila dlouho, takže jste jí dobře znala? Proto?“]

„Ano.“ Lenka

Pomáhající vztah mezi odborníkem a rodičem s mentálním postižením lze snáze navázat, mimo jiné, pakliže charakterové vlastnosti a schopnosti odpovídají rodičovským představám o ideálním sociálním pracovníkovi a právě na jeho charakteristiky byli rodiče dotazováni. Mezi vlastnosti, které by si u sociálního pracovníka cenili, patřily zejména upřímnost, milé a slušné chování. Dále u sociálního pracovníka rodiče oceňovali, když jim dá radu, případně pomůže, když o pomoc požádají. Tyto jejich představy o ideálním sociálním pracovníkovi z části kopírovaly jejich reálné zkušenosti ze vzájemné interakce, které byly popsány výše.

Na druhou stranu tři rodiče zmiňují primárně negativní vlastnosti, které by u sociálního pracovníka rozhodně neuvítali. Neměl by křičet, neměl být agresivní a také by se neměl povyšovat nad klienta, a to i přesto, že byli dotázáni na to, jaký by sociální pracovník měl být. (Z výsledků vinět je ovšem zřejmé, že se s tímto jednáním setkávají často.)

„(...)nesmí se nad nikoho povyšovat...nesmí bejt arogantní.“ Klára

Velmi zajímavé také bylo hodnocení dvou rodičů, kteří zmiňovali, že by sociální pracovník měl být důsledný. Rodiče tak automaticky předjímají, že budou potřebovat zvýšenou kontrolu nad vlastním konáním a tím pádem budou potřebovat sociálního pracovníka, který na ně důsledně dohlédne. Přebírají tak obecně vžitou představu, že lidé s mentálním postižením jsou jako děti vyžadující zvýšený dohled a s tímto konstruktem pak dále budují svůj obraz o vlastních schopnostech a dovednostech.

Toto téma se v rozhovorech objevovalo opakovaně. Například jedna z matek negativně reflektovala i zkušenost, kdy jí sociální pracovníci přehnaně chválí, což v ní vzbuzovalo pocit, jako by jednali s malým dítětem.

„(...)ale nemám ráda, když se mnou jednaj někdy jak, já nevím, jak bych vám to řekla, prostě nemám ráda, když se mnou někdo jedná jako „no, Eričko, tohleto, to vůbec, nemám ráda takový ty zdrobněliny vůbec.“

[„Že z vás dělaj jako dítě?“]

„Přesně, jak kdybych byla malá no, asi tak, to není, jako že by mě ponižovali, jako malá.“ Erika

Při opačně formulovaném dotazu „jaký by sociální pracovník naopak být neměl“ nejčastěji zaznívala odpověď, že by neměl sociální pracovník dál roznášet intimní informace o klientech, neměl by klienty urážet a do čehokoliv je nutit. Lze z toho tedy usuzovat, že během svého života rodiče s mentálním postižením získali nejen pozitivní zkušenost ze vzájemné interakce, ale že se setkali i s opačným jednáním. Konkrétní příklady situací rodičů jsou popsány v následujícím odstavci. Rodiče s mentálním postižením popisovali mnoho situací, kdy nebyli spokojeni s přístupem sociálního pracovníka. Jako naprosto zásadní jsou však pochybení, která se nějakým způsobem dotýkají vztahu a kontaktu mezi rodičem a dítětem. Jednalo se například o vyhrožování odebráním dítěte.

„Akorát ta jedna taková ta starší byla taková arogantnější, říkala, že je to, jsem od mládeže a péče a klidně vám to dítě můžu sebrat, ani se vám nebudu ptát.“

[„Takže byla arogantní.“]

„Arogantnost to nesnáším jako no.“ Lenka

„No tak, díky mým zkušenostem se sociálníma pracovníkama, který teda nemám moc valný, tak se mi to stalo, jenže tenkrát ta osoba, takhle já jsem byla v azylovém domě a tam je smlouva na tři měsíce jenom, tam se to po třech měsících vždycky obnovuje a záleží na nich, jestli vám to obnovej anebo ne, no a já jsem tam byla půl roku už a tam byla sociální pracovnice a ona mi říkala, že mi tu smlouvu neprodloužej, že si mám něco najít, ale že to musím najít asi do 3 nebo 4 hodin, jinak prostě mi vezmou dceru, tak já jsem si něco našla, šla jsem na ubytovnu, díky kamarádce, teda, šla jsem na ubytovnu a ona mi nakonec, když jsem odcházela z toho azylového domu, řekla, že se stejně postará, aby mi sebrali dceru, no a já jsem se otočila a vynadala jsem jí nevybraným způsobem, takhle, nejsem vulgární, nemám to ráda, ale opravdu, když mě někdo vytočí, tak ano. A ona mi říkala, že na mě zavolá policajty a to, že jsem jí napadla, no ještěže tam byla kámoška, by mě sebrali hnedka.“

[„Takže vám vyhrožovala ta pracovnice odebráním, jak je vám, když vám takhle vyhrožovala?“]

„To se ani neptejte, jsem myslela, že jí zabiju.“

[„Byla jste teda vzteklá spíš nebo jste měla nějakou úzkost, strach?“]

„Hlavně jsem měla strach a za druhý mě naštvalo, že si to vůbec dovolila jako ona by si to přece jenom dovolit neměla.“ Erika

Dalším příkladem znepokojujícího přístupu sociálního pracovníka bylo vyslovení nedůvěry rodiči ohledně jeho schopnosti zvládnout problémové chování dítěte. V tomto případě bylo dítě umístěno do výchovného ústavu, ale matka má zájem na tom, aby se dcera vrátila zpět domů.

[„A je v tuhle chvíli nějaká sociální pracovnice, která se vás zastává, která podporuje to, abyste jí [dceru z výchovného ústavu] měla zase zpátky?“]

„No právě žádná, paní [E]o tom nechce ani slyšet, řekla, já bych vám to dovolila, ale víte dobře, že vy na ní nestačíte, a proto vás chráním, ne jí ale vás, protože víme, že je nezvladatelná, že nedovede s mámou jednat, já říkám, ale ono se to změnilo, ona říká: změnilo se to na měsíc, na tejdén ano, ale co bude, když jí, já říkám, já bych to chtěla jenom zkusit, tady nemám prostě důvěru jí pustit do rodiny.“ Petra

Jiným příkladem neprofesionálního jednání sociálního pracovníka bylo zamezování kontaktu mezi matkou s mentálním postižením a jejím dítětem. Celá situace nakonec vyústila až k výměně sociální pracovnice, ke které jí pomohla sociální pracovnice z poskytované sociální služby. Paní Jitka svou zkušenost popisuje následovně.

„Když jsem mívala paní [C], tak jsem za ní vždycky přišla a chtěla jsem si brát kluky na víkendy a potom teda Petr měl 3 roky, narozeniny, tak jsem si ho chtěla vzít, aby prostě byl doma na ty narozeniny, tak jsem za ní přišla, že bych si ho chtěla vzít domů a ona mi odpověděla a z jakých důvodů a proč bych vám ho měla pustit, takový jako nepříjemný to bylo, mně to přišlo ke mně, no a pak jsem tam volala, co a jak, a ona řekla, já jsem vám tu žádost zamítla, já vám toho kluka nepustim...“ Jitka

Mezi další kriticky hodnocené způsoby jednání sociálních pracovníků patřilo například zatajování podstatných informací.

„No a dopadlo to tak, že asi na třetí návštěvě mi teprve řekla, že máma má dluh na nájmu.“ Andrea

Některé sociální pracovnice vnucovaly rodičům s mentálním postižením svá přání.

„No teda jako já jsem měla jít na ten dům, na ten azylák, to jsem byla hodně naštvaná, protože mě se nechtělo na ten azylák, protože mám ráda jak zvířata, tak i děti a oni mi řekli, co je mi přednější, jestli děti nebo psi a já jsem říkala, Dášenska, to je jako moje rodina, Dášenku jsem dostala od mého táty, když mi bylo 35 a najednou jí dát pryč? To jako, kdyby já jsem to dítě dala pryč.“ Anna

V neposlední řadě kritizovali někteří sociální pracovníci rodiče s mentálním postižením za nedostatečný úklid a přípravu jídla.

[„Proč to [návštěva sociální pracovnice] není příjemný?“]

„No většinou tady mám bordel, protože ty dva si věčně hrajou, takže tady je bordel a nestíhám prostě to uklidit a občas ani nestihnu uvařit, takže hubujou, jestli už mám uvařeno, říkám, že si uvařim večer a druhý den jim to dávám, když to mám v lednici a když mám třeba támhle někde litání, tak prostě nestihnu uvařit a támhle jim koupim párek v rohlíku. Už mě zjebali, jak to že jsem si dokázala jít na jídlo za pěti kilo, říkám, no tak jako co, litám ve městě, musela jsem na policii, šla jsem na sociálku, řešila jsem ty alimony, tady s tím mi nikdo nebyl schopnej pomoc. Až prostě že jsem si u toho pana [F] otevřela pusku, ať prostě mi pomůžou z něho dostat alimony.“ Jana

[„Minule jste říkala, že se na vás sociální pracovnice někdy zlobila a někdy vás chválila. Máte zkušenost s tím, že by vás nějaký pracovník kritizoval?“]

„Právě že kritizovali, byla tam právě ta [Q], ta právě říkala, že musím udržovat pořádek, nesmí tam bejt binec, aby to, jestli by tam byl takovej binec, tak že by mi museli kluka odebrat, že jo.“ Lenka

Velkým tématem bylo také porušování hranic poskytované služby, a to jak směrem k rodičům s mentálním postižením, tak k jejich dětem. Jednalo se zejména o pobytové služby, kde rodiče mají možnost bydlet i několik let. Jedna z matek komentovala vztah své dcery se sociálními pracovníky v azylovém domě.

„No tak právě že by, Jana je taková prostě, že chodí radši za chlapama, třeba tady s panem [H] vždycky nebo maj takovej zvyk, ona když přišel, tak se k němu vždycky natáhla, pomazlila se a bylo.“

[„A myslíte si, že by pan [H] měl objímat vaši dceru?“]

„Tak on jí jenom, no neměl jako, to vzájemný přátelství jako on jí obejmě, že jo, nebo jí pohladí, ale to je všechno.“

[„A nedošlo to třeba ještě do takového stádia, že byste se domluvili s panem [H], že i on jí bude říkat, že už není malé dítě?“]

„Já jsem se právě chtěla s nim domluvit, ale on říkal, že to prostě je to holka, no jo, ale aby jeho paní že jo, zase neměla, protože ona se vždycky nachomýtně ke každému chlapovi, právě že i panu [I] se mazlí, ale ona se mazlí i s učitelkami i tady se všema.“ Magda

Naprosto extrémním porušením hranic mezi odborníkem a klientem (v tomto případě matkou s mentálním postižením) je navázání milostného vztahu. Zranitelnost a zneužitelnost osob s mentálním postižením je vysoká. Je proto alarmující, že odborník – sociální pracovník, který s touto cílovou skupinou pracuje několik let a musí si být proto tohoto specifika vědom, zneužije svého postavení a intimní poměr naváže. Své zkušenosti popisuje ve výpovědi paní Pavla.

[„Vy jste měla poměr s panem [R]?“]

„Ano.“

[„To je sociální pracovník.“]

„No, je jenže, nevím, o co mu šlo, jestli nějaký úlet nebo...“

[„A [L – sociální pracovnice a zároveň manželka sociálního pracovníka] se to dozvěděla?“]

„No minule, že tady [paní Pavla se odstěhovala do jiné pobytové služby] byl za mnou se podívat.“

[„On tady byl za váma?“]

„No, nakonec teda řekl on pravdu, že s náma něco měl, takže už bylo zle, no takže on teda dostal výpověď.“

[„A teď teda to pokračuje ten váš poměr nebo?“]

„Ne, já jsem to vlastně ukončila a ukončila jsem to tím důvodem, že mě neřekl, že řekl celou pravdu a on mně lhal do očí, že má nějakou nemoc.“

[„Takže takový to má závěr teda.“]

„Závěr to bude mít, já doufám, že nepřijede i s paní [L] teda, závěr by bylo, že bych se s nim nakonec ještě pohádala kvůli tomuhle tomu, že bych mu řekla svoje a to už nechci, já už nemám zájem se s ním vidět.“

[„Myslíte si, že to z jeho strany bylo profesionální, to jak se choval?“]

„Ne.“

[„A cítila jste tehdy jako, že dělá něco špatně?“]

„Nepochopila jsem ho, proč to dělá.“ Pavla

Průběh setkání se sociálními pracovníky

Téměř všichni účastníci výzkumu se shodují v tom, že sociální pracovníci běžně vstupují do jejich bytu či pokoje, pokud žijí v azylovém domě, a tuto skutečnost hodnotí kladně či neutrálně. Pro většinu rodičů není podstatné místo, kde se se sociálním pracovníkem scházejí. Tři rodiče se ale vyjádřili, že jsou pro ně příjemnější schůzky v domácím prostředí mimo jiné proto, že si zde připadají příjemněji a mají pocit, že mohou otevřeněji hovořit.

„Tak jako příjemnější je, když se sejdeme u mě na pokoji, ale když třeba se sejdeme v kanceláři, tak mi to taky jako nevadí, ale na tom pokoji se cejtím taková, je mi to víc příjemnější, když jsme jenom já a paní [O], no, tak mi to připadá, že jsem k ní i taková víc otevřenější, že se dokážu zeptat i na věci, který třeba... v té kanceláři bych se taky třeba zeptala, ale zase bych se zeptala jiným tím způsobem no se dá říct jako.“ Jitka

Návštěvy jsou pro ně příjemné a nevyvolávají v nich stres nebo jiné negativní emoce. Rodiče bydlící ve vlastním bytě se shodují v tom, že návštěvy sociálních pracovníků bývají v naprosté většině případů ohlášené. Rodiče žijící v azylové domě se zase shodují v tom, že sociální pracovníci do jejich pokojů vstupují vždy po předchozím zaklepaní. Je ale až zarážející, s jakou samozřejmostí přijímají skutečnost, že cizí člověk často i vícekrát denně

vstupuje do jejich domácnosti na „kontrolu“. Kriticky návštěvy sociálních pracovníků nehodnotil ani jeden z rodičů a stejně tak ani jeden z rodičů to nepovažuje za narušování soukromí. (V rámci vinět ale jedna z respondentek odpovídala odlišně, návštěvy sociálních pracovníků považovala za zásah do soukromí.)

[„Vstupují někdy pracovníci do vaší domácnosti, do vašeho pokoje?“]

„Ano.“

[„Je vám to příjemné?“]

„Jo, já s tím nemám problém.“

[„A má to nějaká pravidla, když tam vstupují?“]

„No tak kontrola lednic nebo něco takovýho, to asi musí bejt. I ten pořádek a to, někdy jsme i trochu nepořádní...“ Simona

Komunikace se sociálními pracovníky

Kvalitu pomáhajícího vztahu také ovlivňuje schopnost sociálního pracovníka pracovat s pozitivní zpětnou vazbou a tohoto nástroje případně využít při zlepšování dovedností a upevňování vztahu s rodičem s mentálním postižením. Aby autorka zjistila, zda vůbec a jak sociální pracovníci pozitivní zpětné vazby využívají, cíleně se v rozhovoru na tuto oblast zaměřila. Škála dovedností a schopností, za které rodiče v minulosti dostali pozitivní hodnocení, byla velmi rozmanitá. Od banalit, jako například kladné hodnocení oblečení, přes péči o domácnost (úklid a vaření, včasné přivolání instalatéra), až k dovednostem vztahujícím se k financím (šetření peněz, zřízení účtu) a v neposlední řadě ke kladnému hodnocení vztahujícímu se k péči o děti (správná volba oblečení, správná péče o kojence, dobrý školní prospěch dítěte).

„Třeba za úklid, že se dobře starám o malou...že jsem se naučila už vařit, že se dobře starám o Katku.“ Eva

Poslední zmiňovaná oblast byla spolu s pozitivním hodnocením vztahujícím se k péči o domácnost zastoupena ve výpovědích nejčastěji, a to u pěti rodičů. Obecně bylo z výpovědí patrné, že sociální pracovníci kladou velký důraz na úklid domácnosti, jako by schopnost vychovávat a pečovat o dítě byla podmíněna právě pečlivě uklizeným bytem.

Z výpovědí jednoznačně vyplynulo, že kladné hodnocení má významný vliv na sebevědomí rodičů s mentálním postižením. Pouze v jednom případě jeden rodič uvedl,

že nemá rád, když je přehnaně oceňován. Z rozhovorů bohužel ale nebylo jasné, zda pozitivní zpětnou vazbu sociální pracovníci využívají pravidelně a koncepčně s cílem posílit kýžené dovednosti.

5.2.2. Téma: Možnosti (nástroje) sociální práce

Formální podpora

Poskytování komplexní podpory rodičům s mentálním postižením je stěžejním úkolem sociálního pracovníka. Tato formální podpora v sobě skrývá mnoho dílčích úkolů. Jedním z nich je rozvíjet rodičovské kompetence a kompetence nezbytné pro vedení samostatného života. Rodiče proto byli dotazováni, jaké dovednosti si právě díky sociálním pracovníkům osvojili. Dva rodiče vyhodnotili, že je sociální pracovník nenaučil vůbec nic. Další rodiče často uváděli např. pomoc při vaření. Jednoznačně nejčastěji byli ale rodiče podporováni při vyřizování úředních záležitostí. Podporu v této oblasti zmínilo 12 rodičů. Podpora většinou spočívala v asistenci při vyplňování formulářů, vysvětlování obsahu úředních dokumentů, případně v doprovodu na úřad. Z výpovědi některých dotazovaných ale bylo patrné, že jejich role při vyřizování vlastních záležitostí bývá mnohdy velmi pasivní a sociální pracovníci daný úkon vykonají za ně a tím pádem o zmocňování nemůže být řeč.

„Kdyby něco, ví [opatrovnice] všechno za mě, já jí řeknu tohle to, ona řekne, nestarejte se, já to zařídím, ona to má v popisu práce, to mi řekla, a já jsem spokojenej s ní, jako suprová ženská.“ Lukáš

Další oblastí, která byla nejčastěji zmiňována, byla podpora při hospodaření a manipulaci s penězi. Zkušenosti s tímto typem podpory popisovalo 8 dotazovaných. Ti zmiňovali, že jim sociální pracovníci pomáhají rozlišit zbytné a nezbytné výdaje, vypisují jim složenky, doprovázejí je k bankomatu, řeší s nimi dluhovou problematiku, případně jim vedou asistované hospodaření.

Třetí nejpočetněji zastoupenou oblastí (7 rodičů), ve které dostávají rodiče s mentálním postižením podporu, je oblast péče, výchovy a vzdělávání jejich dětí. Konkrétně pak sociální pracovníci pomáhají rodičům se školní přípravou a psaním, se stravováním dětí a dále radí rodičům v oblasti sexuality dětí (menstruace, přechod do puberty, erotické sny). Pouze tři rodiče zmínili, že jim sociální pracovníci pomohli osvojit si dovednosti potřebné k péči o dítě, například to, jaké zvolit pro dítě oblečení. Z výpovědí však přímo nevyplývá, jak taková

podpora vypadá a jaké metody práce při ní sociální pracovníci využívají. Nejčastěji se pravděpodobně jedná o prosté udělování rad, jak je patrné v následující citaci.

„No, jo, občas to jde, ale občas je držkatá taková.“

[„Takže vám pracovníci pomůžou nastavit hranice ve výchově?“]

„No.“

[„Jak to vypadá, jakou radu dostanete třeba, co dělat?“]

„No, zaměstnat jí, aby pomáhala doma a takový.“

[„Takže jí najít nějakou náplň, aby se nenudila?“]

„Ano.“

[„Dostanete nějakou radu, jak s ní mluvit, jakým způsobem jí to říkat nebo to ne?“]

„To ne, to já si vždycky poradím, ale ona by radši koukala na televizi a četla si a takový.“

[„Myslíte si, že by vám pomohl někdo další, kdyby vás viděl, jak spolu mluvíte?“]

„Tak to nevím.“

[„Nepřemýšlela jste o tom nikdy, nedokážete to posoudit?“]

[ticho] Simona

Jedna z matek zmínila, že jí sociální pracovnice pomohla se strukturovaným plánováním a organizací chodu domácnosti. Z výpovědi je patrné, že sociální pracovnice využila i názorných pomůcek, které matce pomáhaly při každodenním fungování.

„No a to jsme si právě s paní [N] určily od 1 do 10, a tam byly právě určité ty body, třeba jako naučit se zvládat děti, vaření, uklízení, jako ty věci, který člověk potřebuje k tomu životu, se dá říct, práci s dětma, když je mám u sebe, postarat se o ně, jim uvařit a tady to, tak se prostě i teď kon snažím dodržovat, jak by to mělo bejt, pořádek v domácnosti, aby děti, když je mám u sebe měly, co potřebujou, tak tady ty body, furt mám určitý místa, kde je mám nalepený a furt si to občas i opakuju a snažím se podle těch bodů jít.“ Jitka

Sociální pracovníci dle výpovědi dotazovaných poskytovali také podporu při hledání bydlení a zaměstnání. Tuto zkušenost popsalo šest rodičů. Díky sociálním pracovníkům tak využili

v oblasti bydlení následující sociální služby: chráněné bydlení, azylový dům a podpora samostatného bydlení. V oblasti zaměstnávání se pak jednalo zejména podporu při hledání chráněného pracovního místa, ale také pracovního místa na otevřeném trhu práce.

[„Pomáhají vám sociální pracovníci při hledání zaměstnání?“]

„No to říkám, to mi našla paní [K]. Právě ten [J – zaměstnavatel], tam jsem vlastně rok, ta mi pomohla najít zaměstnání, takže jsem řekla, že ty můžu poděkovat, taky jsem poděkovala, je ráda, že jsem v zaměstnání, že nedělám nějaký problémy nebo to.“

[„Taky vám pomáhali hledat bydlení?“]

„Ano, tady to bydlení, co jsme tady, to mi taky našli, to je pravda.“ Petra

Prostřednictvím podpory rodiče s mentálním postižením by se přeneseně mělo dostávat i podpory jeho dítěti. Toto ve své výpovědi reflektuje paní Erika.

„Hm, tak vlastně, co potřebuje [od sociálního pracovníka], to vlastně, že tady může být, že jo, což máte bydlení, že jo, ošacení a to no...“ Erika

Sociální pracovník však může být nápomocen dítěti i přímo. Dotazování rodiče ale mnohdy nevnímají sociálního pracovníka jako někoho, kdo by zároveň měl pomáhat i jejich dětem. Pokud tedy zmínili nějakou oblast, ve které sociální pracovník rodiči pomáhá, jednalo se zejména o přípravu do školy případně o zajištění volnočasových aktivit. Je ale bezesporu k zamyšlení, zda by zrovna tato oblast měla být tím hlavním pilířem práce sociálního pracovníka. Doučování dětí a zajištění (nikoliv zprostředkování) volnočasových aktivit by jednoznačně mělo spadat do kompetence školy a jejich pedagogů, případně do kompetence nízkoprahových center, nikoliv však sociálních pracovníků ze sociálních služeb, jako je služba azylového bydlení, či sociálně aktivizační služba. Jedna z matek od sociálních pracovníků dokonce očekává, že jí pomohou při hledání sponzorů, kteří by zafinancovali studium její dcery na gymnáziu. Výpovědi naznačují, že rodiče nejsou příliš informováni o tom, co vlastně mohou od sociálního pracovníka očekávat, což může vést k nepochopení jeho pozice. V extrémním případě sociální pracovník dokonce zastával roli „náhradního otce a mužského vzoru“ pro dítě.

[„A co potřebují od toho pracovníka, co za vámi dochází, je něco, co potřebují od toho pracovníka?“]

„Asi akorát učení.“

[„Od pracovníků potřebují jen pomoc s učením nebo ještě něco dalšího?“]

„No Adam by měl chodit za panem [L], tam se jako přiučuje, když něco opravuje, aby věděl jak na to.“

[„To znamená, že mu nahrazuje ten mužský vzor, ukazuje mu nějaké práce, které vy, předpokládám, že s vrtačkou vy neděláte.“]

„Ne, to ne, ale šroubky rovnat, to mě nebavilo.“

[„Takže sociální pracovník ukazuje synovi, jak si opravit doma věci, ještě něco dalšího vás napadá takhle s čím...“]

„Nevím, no.“ Simona

Případová konference

Novelizace zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně právní ochraně dětí, která vstoupila v platnost v roce 2013, přinesla mnoho zásadních změn v systému péče o ohrožené děti. V rámci této novelizace byla také uzákoněna povinnost pořádat tzv. případové konference pro řešení konkrétních situací ohrožených dětí a jejich rodin, a tak se tento nástroj v poslední době začal plošně využívat. Toto setkání zainteresovaných odborníků, rodiče a případně dítěte hraje významnou roli při hledání nejvhodnějšího řešení pro dítě a jeho rodinu v krizové situaci, kdy například hrozí odebrání dítěte z rodiny. U některých zapojených účastníků výzkumu bylo možné předpokládat, že této případové konferenci byli účastni, a proto byli dotazováni na přímé zkušenosti z tohoto setkání. Celkem 5 dotazovaných potvrdilo, že k řešení jejich životní situace byla konference svolána. Zbytek účastníků se případové konferenci nezúčastnil anebo popisoval zkušenost z jiného setkání s odborníky, např. ve škole kvůli prospěchu dítěte. Důvodem pro svolání konference byla v jednom případě neutěšená bytová situace jedné z matek. U dalších dvou matek byla svolána konference z důvodu možného odebrání dětí. V jednom případě se řešilo možné navrácení dětí zpět do péče matky. U posledního dotazovaného nebyl účel svolání případové konference zcela zřejmý. Pravděpodobně se na ní řešily neshody mezi otcem a jeho bývalou partnerkou, která v té době měla jejich společné dítě v péči.

Před samotnou realizací případové konference nebyli tři rodiče vůbec seznámeni s tím, jak setkání bude probíhat. Nikdo je na schůzku nepřipravil. Pouze jeden dotazovaný popisoval, jak byl na setkání připravován, z jeho popisu je však patrné, že kromě informativních dopisů žádná komplexnější příprava nejspíš neproběhla.

Rodiče se ale shodli, že na konferenci rozuměli všem záležitostem, které se na místě řešily. Dva rodiče setkání vyhodnotili jako neúčinné. Jeden z nich hodnotil konferenci jako nepříjemný zážitek. Naopak pro dva rodiče bylo setkání přínosné. První si na setkání uvědomil, že se o své děti opravdu musí starat, a pro druhého bylo setkání prospěšné, protože se zde dozvěděl, že je jeho bytová situace i vzhledem k počtu jeho dětí, řešitelná.

[„Zopakovala byste si jí, kdybyste měla nějaký problém, chtěla byste znova organizovat takové setkání, bylo to pro vás užitečné?“]

„Jo.“

[„Jako například, co vás zajímalo?“]

„Jako třeba že já jako matka, když mám jedno dítě, tak se třeba umísťuju líp než matky, co maj víc dětí, že mám šanci na umístění, že mám třeba větší šanci, že třeba navrácení do toho ne života, ježíš marja, jak se to jmenuje, normální prostě, abych mohla bydlet sama jako normálně prostě tak než matky, co maj víc dětí, že jo.“

[„Jste se tam dozvěděla nějaké informace, co pro vás bylo důležité?“]

„Hm.“ Erika

Na případové konferenci měli dva rodiče i své děti, ale vzhledem k jejich ranému věku nebyly do diskuze nikterak zapojovány. Oporou pro ně byla ve třech případech sociální pracovnice, potažmo opatrovnice. V jednom případě se jednalo o manžela. Jeden z rodičů upřesnil, že mu sociální pracovnice pomáhala s formulováním myšlenek. V jednom případě bylo závěrem případové konference to, že rodič není schopen se o děti postarat, a tak zůstávají v dětském centru. Ve třech případech děti zůstaly v péči rodiče. V posledním případě došlo k úpravě poměrů mezi bývalými partnery a zajištění řádného kontaktu otce s dítětem.

5.2.3. Téma: Životní kontext péče o dítě

Materiální kontext

Rodiče s mentálním postižením jsou jednou z chudobou nejohroženějších skupin obyvatelstva, a to zejména díky souběhu dvou příčin. Jednak je jejich zdravotní postižení často výrazně limituje při hledání vhodného pracovního uplatnění a jednak jsou ve velké většině rodiče samoživitelé, což jejich finanční situaci nikterak nezlepšuje. Rodiče z tohoto výzkumu nejsou v tomto ohledu žádnou výjimkou. Deset dotazovaných je nezaměstnaných, tři rodiče jsou na mateřské dovolené a pouze pět rodičů má zaměstnání. Přičemž jeden rodič pracuje

v chráněné dílně. Přesně polovina dotazovaných pobírá invalidní důchod a další 3 příspěvek na péči na svou osobu. Z tohoto výčtu je patrné, že závislost na různých druzích finanční podpory ze strany státu je značná. Rodiče jsou pak při vyřizování jednotlivých dávek odkázáni na podporu sociálních pracovníků, kteří s nimi často dávky vyřizují. To, jaké rodina bude mít nakonec příjmy, tedy závisí mimo jiné na ochotě, informovanosti a schopnosti sociálního pracovníka dávky vyřídit.

„No, dostala jsem na jaře, mám příspěvek 4000.“

[„A kdo vám ho (příspěvek na péči) pomáhal vyřizovat?“]

„Sociální pracovnice.“

„Z toho [D – sociální služba]?“

„No.“

[„A kde jste se o něm dozvěděla?“]

„No, to mi ta [M] řekla, ta sociální pracovnice.“ Martina

Výše citovaná paní Martina získala příspěvek na péči díky podpoře sociální pracovnice. Většina rodičů ale o možnosti žádat o tento typ finanční podpory nemá vůbec tušení, a tak se stávají nejčastěji pobíranými dávkami dávky v hmotné nouzi (příspěvek na živobytí a doplatek na bydlení).

Bydlení

Finanční situace rodičů s mentálním postižením se jednoznačně projektuje do situace bytové. Polovina z celkového počtu 18 rodičů žije i několik let v azylovém bydlení. Například jedna z matek vystřídala již 4 různé azylové domy. Tyto „azylové“ rodiče lze rozdělit do dvou skupin. Pro některé z nich je azylové bydlení nevyhovující a rádi by se osamostatnili a podnikají v tomto ohledu aktivní kroky. Pro druhou skupinu je cesta k osamostatnění velmi náročná a tito rodiče mnohdy kromě nedostatku financí bojují s nízkým sebevědomím a obavami, že samostatný život bez protektivního vedení sociálních pracovníků nezvládnou.

[„Takže vy se teď připravujete, abyste se odstěhovala jinam?“]

„No třeba no někdy to půjde, ale zatím ještě ne.“

[„Proč to ještě nechcete, máte pocit, že byste to ještě nezvládla nebo?“]

„No já bych se chtěla osamostatnit, ale ještě na to nejsem připravená.“

[„A v čem si myslíte, že nejste připravená?“]

„Právě že s těma penězma, já si to řeknu takhle, mám víc, větší částku peněz, tak bych to utratila za blbosti, ale takhle, když to mám tady pod zámkem a dostanu jenom tu částku, kterou potřebuju, tak s tou třeba vyžiju 14 dní.“

[„Dokážete si představit, že byste bydlela ve svém s dcerou a ten pracovník by vám pomáhal jenom s těma penězi?“]

„Právě že mi teďkon, nevím, jestli to tak je, oni chtěli koupit nějaký dům ještě zase, právě že ty mamky, co jsou tady, nevím, jestli to tak bude, asi nějaký jako jo, já nebo druhá spolubydlící, prostě nějaký maminky, že by šly bydlet tam a tam by maximálně dojížděla ta jedna pracovnice odtud.“

[„A líbilo by se vám to?“]

„Jako zkusila bych to, ale nevím.“

[„Jste říkala, že taky hodně záleží na dceři, jak se na to dívá, už jste o tom hovořily?“]

„Právě že ona by chtěla se taky osamostatnit, že bychom měly svoje, jinej než tady, tady se nám to taky líbí, ale taky chceme něco změnit v tom životě.“

Magda

Někteří rodiče žijící v azylovém domě o možnosti odstěhovat se z azylového bydlení nikterak aktivně neuvažují a chráněné bydlení či službu „podpora samostatného bydlení“ jako další stupeň k osamostatnění nevnímají. Ti pak tvoří třetí kategorii.

[„A teď to máte jak jako vy vnitřně, chcete jít už odsud nebo?“]

„Ne.“

[„Jak dlouho tady jste?“]

„Na tomhle tom azylu jsem třetí rok a na [C předchozí azylový dům] jsem byla 12 let.“

[„No a nějaké..., vím, že vaše spolubydlící paní [V]... odešla do nějakého chráněného bydlení a něco takového si nepředstavujete teď pro sebe?“]

„Ne, protože to jsou to samý, jako jsme tady my.“

[„Myslíte si, že je to podobná služba?“]

„No, tam každej den za ní choděj.“

[„Takže vám to nepřijde jako nějaký postup k větší samostatnosti?“]

„Ne.“

[„Máte to tak rovnocenně jo.“]

„No, protože tam, vlastně když něco potřebujete vy, tak si můžete dojít do tý [J- sociální služba], a když potřebujou něco oni, tak si dojdou za ní.“ Andrea

Mezi dotazovanými byli i rodiče, pro které přestěhování se do azylového domu nebyla jejich svobodná volba. K tomuto kroku byli donuceni pod pohrůžkou odebrání dětí z péče. V níže uvedené výpovědi je ale patrné, že za jistých okolností je možné i po letech azylového bydlení odejít z pobytové služby a nahradit ji pouze službou terénní. Paní Pavla se přestěhovala do pronajatého bytu, kde jí je poskytována sociální služba: „podpora samostatného bydlení“. Doprovázející organizace jí také pomohla najít zaměstnání. Pracuje jako pomocná kuchařka. Zkušenost této ženy tedy může být exemplárním příkladem smysluplnosti podpory poskytované sociálními pracovníky.

[„No to náhradní bydlení tady máte, protože se tohle [poměr se sociálním pracovníkem] provařilo nebo to s tím nesouvisí?“]

„Ne, to s tím nesouvisí, tady jde o to, že v tom [O – azylový dům] už mi neměli co dát, protože jsem byla připravená vlastně na svůj život.“

[„Avám to teď vyhovuje teda líp, víc?“]

„Vyhovuje mi to líp, protože máme tady hřiště, kluk může bejt venku, já tady mám kamarádku a tak dále. Já jsem vlastně, dá se říct, celkem ve svém.“

[„Celkem ve svém, no tak to je velká změna, a co, kde to bylo lepší [předchozí bydliště azylový dům?“]

„Já bych řekla, že tady, protože máme klid, pokoj je úplně jinej, můžu bejt do kolika chci venku.“

[„Takže nejsou taková přísná pravidla?“]

„Ne, vlastně už máme svoje soukromí, jenom za náma paní [H – vedoucí AD] přijíždí a tak dále, jenom se podívat.“

[„Jak často?“]

„Moc často ne, úplně normálně, jako by jsme měli svůj život, si žijeme spokojeně šťastně, bez žádných hádek, nic, když člověk poslouchá nějaké hádky.“ Pavla

5.2.4. Téma: Dítě v životě rodiče s mentálním postižením

Všichni účastníci výzkumu, byť alespoň po krátkou dobu, pečovali o své děti. Někteří z nich ale díky rozličným životním okolnostem o svou rodičovskou zodpovědnost

přišli, případně přenechali péči o děti svým blízkým – rodičům, bývalým partnerům atd. Z celkového počtu 18 rodičů o všechny své děti pečuje či pečovalo pouze 11 z nich. Celkem 3 rodiče naopak v současné době dítě ve své péči nemají. Zbylí čtyři rodiče se starají jen o některé ze svých dětí. I přesto, že dle zákona není možno odebírat děti z rodin z materiálních důvodů, v praxi se tak mnohdy děje, což potvrzuje následující výpověď paní Eriky:

„Hm, tak tam bylo prostě to, že když se mi narodila dcera, tak jsem vlastně neměla vyřízený peníze, protože jsem bydlela u kamarádky, tak jsme měly společný bydlení a vlastně já jsem neměla vyřízený peníze, protože jsem dělala domácí práce, to nikde vedený nebylo, že jo... Takže mě brali jako bez peněz, bezprizorní, a tak mi vzali dceru hned po narození do kojeneckého ústavu.“ Erika

I díky velké snaze sociální pracovnice, která matku provázela, se podařilo následně po úpravě životních poměrů získat dceru zpět do péče. Bohužel tomu však předcházela pobyt dítěte v ústavním zařízení minimálně po dobu jednoho měsíce. Další matce byly děti odebrány pravděpodobně primárně kvůli zdravotnímu stavu, konkrétně pak psychiatrické diagnóze. A i když by si matka moc přála, aby její děti byly navráceny zpět do její péče, v době realizace rozhovoru se to ještě nepodařilo. Se starším synem v kontaktu není vůbec na základě zákazu styku nařízeného soudně. Tento chlapec vyrůstá se svým otcem. S mladším synem se ale stýká pravidelně, v pěstounské péči ho má její matka. Svůj boj o děti popisuje následovně:

„Ono se to dá jako zrušit a právě i u toho má pan doktor zkušenost, že můžu mít děti u sebe.“

[„Hm.“]

„Že to není ten problém.“

[„Na tom teď teda se sociálními pracovníky hodně pracujete?“]

„Ano, malý byl už u psychologičky s mamkou a já jenom čekám, kdy se mi ozve přímo ta paní, co to bude se mnou dělat a podstoupím taky to psychiatrické vyšetření jako to psychologické vyšetření. Mám z toho trošku takový zvláštní pocit.“

[„Popište ho.“]

„Jako trošku mi je to nepříjemné a za druhé, mám z toho trošku i strach, obavy, naučit se nějaké to téma.“

[„Z něčeho konkrétního máte obavy?“]

„No jako, že budu muset mluvit o mé minulosti, ono mi to nedělá moc dobře, vzpomínat na to, co kdy udělali partneři, ubližovali, takže takové spíš citlivé, toho se spíš bojím, já jsem totiž strašně citlivý člověk, mě stačí jenom trošku bodnout a já se z toho sesypu.“

[„Hm, rozumím.“]

„Fakt jako trošku se toho obávám.“

[„A co Ivan, chtěl by k vám?“]

„Chtěl moc.“

[„To je super, to by mohlo klapnout.“]

„Chtěl by hodně ke mně jít, my dva jsme s Ivanem na sebe hodně fixovaní, my jsme prostě krev, prostě nám to ubližuje.“

[„Že nejste spolu...“]

„My jsme byli vždycky zvyklí být jenom spolu.“ Věra

I pan Lukáš by rád měl své děti v péči, jeho mentální postižení je ale překážkou pro to, aby o děti mohl osobně celodenně pečovat.

[„A vy jste nezkoušel třeba s tou opatrovníci žádat do své péče?“]

„Zkoušel, ale nejde to, co mám ten hendikem, tak kvůli tomu, ale jako stýkám se, jezdí za mnou dcera tady odtad ta nejmladší, ale tady ta je v tom ústavu.“

Lukáš

Dva rodiče nemohli své děti vychovávat, protože jim byla nařízena ústavní výchova, případně diagnostický pobyt ve Středisku výchovné péče z důvodu problematičného chování. Pro oba to byla opravdu citelná ztráta a velmi si přejí, aby jejich dítě mohlo žít opět v rodině.

„Jo, to bych si přála, to je moje jediný přání, který bych si přála, to zkusit, i kdyby to nešlo zrušit tu ústavní výchovu, prosím, ať se neruší, ale aspoň na dohodu, aspoň na zkoušku, jak nám to bude spolu fungovat, i kdyby to nešlo, tak že by jí třeba odvezli zpátky do [A – název města], to jsem nabízela i paní [E], ale ona o tom nechce ani slyšet, ona Alena má teď kon novou sociálku,

paní [E] jí má pořád, ale Alena má novou, já nevím, jak se jmenuje, s tou jsem ještě nemluvila, ale říkala, že ne a já jsem řekla, že bych chtěla prostě, jste první, komu to říkám, ani paní [Č] jsem to neřekla, ale bych to chtěla ještě zkusit, aby šla prostě na zkoušku domu, že by jsme to zkusili o těch velkých prázdninách a kdyby to klaplo, tak aspoň na tu zkoušku, jestli by nemohla jít domů, že by jezdila tady odsud do školy a to no, oni maj právě strach, že by začala znovu blbnout, že by se prostě nevyučila, že by neměla dobrý známky a tak, ona má dobrý známky, ona má jenom dvě trojky.“ Petra

Pro všechny rodiče, kteří z nějakého důvodu nemohli vychovávat své děti, bylo velmi důležité, že s nimi mohou mít pravidelný kontakt.

„Ano, já jezdím do dětského domova, pondělí a čtvrtek jezdím na návštěvy a každý měsíc o sociálce si je vždycky na týden беру k sobě na návštěvy.“ Jitka

Jak již bylo zmíněno výše, jedné matce bylo v kontaktu s dítětem zamezeno soudní cestou. I přesto je její touha obnovit kontakt se synem opravdu silná a hodlá do budoucna v této věci podniknout následující kroky:

„A pak až budu v pořádku, budu mít svoje bydlení, tak vlastně chci, chtěla bych se pak později třeba domluvit normálně s tím otcem, pokud by to nešlo, tak bych to musela, jakože požadovat po soudu.“

[„Hm a kdo si myslíte, že by vám v tom mohl pomoci? Na koho byste se s tím obrátila, protože to asi ...“]

„To bych musela určitě zajít na sociálku, která mě má na starosti. Musela bych si to zjistit a prostě jí poprosit, ať tam dochází se mnou anebo u soudu, jediná možnost.“

[„A byla jste někdy v kontaktu s tou sociálkou jejich, co je má na starosti?“]

„Ne, momentálně ne, já vůbec nevím, kde to je, já vím jenom, že to je u úřad městského obvodu na [B – název městského obvodu].“ Věra

Velkým tématem byly pro mnoho rodičů výchovné obtíže jejich dětí. Ty se projevovaly buď směrem k jiným dětem, například ve školním prostředí, nebo bylo agresivní chování namířeno směrem k matce – dotazované. Dvě děti rodičů měly problémy s návykovými

látkami. Syn paní Lenky měl zkušenosti s marihuanou. U paní Petry měla dcera problémy s pitím alkoholu.

[„A dcerka je v dětském domově, co se stalo?“]

„No domácí násilí na mě.“

[„Byla hrubá k vám?“]

„No mě mlátila, my jsme teda vyrůstali po azylách, v [B – název města], tam jsme bydleli vlastně 12 let, jenže s ní byly problémy vlastně od těch 9 let, začala si dovolovat na mámu, začala se chytat takový party, která vlastně to no, s ní věčně věků byly problémy, pak jsme se vlastně přestěhovali na azylák do [C - název města], to bylo taky kvůli Aleně, protože tam udělala nějaký bordel, tak nás paní [D], to byla strašně hodnej člověk, ale říkala, že s naší Alenou to budu mít hodně těžký, tak jsme šli bydlet sem, tam na azylu v [C] mě dala facku, řešila to sociálka, paní [E], pak vlastně nám našla [F – sociální služba] byt tady ten, co bydlíme, jsme tady dva roky a bydlela tady se mnou do února, v únoru jí odvezli do [G – název města] kvůli tomu, že mi tady dala taky facky a to už jsem řekla, nebylo to moje domácí násilí, ona se porvala s nějakou holčinou tady, nechtěla, ona chodila do školy, ale věčně říkala, že jí je blbě, že jí bolí břicho, proto jsem s ní měla problémy, aby chodila do školy, ne že by něco zameškala, to nemůžu říct, ale vždycky si něco našla, aby do té školy nemohla, chytala se kluků, chodila domů v podnapilim stavu, když jsem jí něco řekla, tak se nedala, prosadila si svůj názor, když jsem jí řekla, že ven nepůjde, tak řekla, to tebe poslouchat nebudu, to jako půjdu ven, to jako si myslíš, co, to jako prostě s ní nešlo, potom si našla přítele, ten jako jí hodně z toho dostal, no byli jsme, pak měla soud vlastně a tam to zvrcholilo tím, že prostě řekli, že jí dají do [G], tam byla půl roku, no a řekli, že doma to nemá cenu, že maminka je na ní krátká, že by jí nestačila, že by to začalo na novo, tak se nad ní nařídila ústavní výchova.“ Petra

5.2.5. Téma: Rodičovské kompetence

Lidé s mentálním postižením se při prožívání rodičovské role nikterak neliší od intaktní společnosti. Jak je dále v textu popsáno, mají pro své děti stejná přání, ale bojují i se stejnými obavami jako ostatní rodiče. Rodičovská odpovědnost se dle jejich názoru projevuje strachem,

který o dítě mají. Jejich snaha dítě ochránit před vším negativním, co by ho v životě mohlo potkat, je velmi silná.

[„A myslíte si, že máte odpovědnost za svoje děti?“]

„Vždycky když někam jdou, tak musím vědět, kam jdou, kdy se vrátěj a tohle to, abych neměla strach, že se jim něco stane, nebo když se zdržej ve škole, tak já šílím, aby se jim něco nestalo.“

[„Takže ta odpovědnost se projevuje strachem o děti?“]

„Hm.“

[„Takže máte teda pocit, že je váš úkol, aby byly zdravé, aby se jim nic nestalo, ještě něco dalšího je úkol váš?“]

„Nevím.“ Simona

Jednou z charakteristik, která je často rodičům s mentálním postižením připisována, je jejich neschopnost identifikovat potřeby svých dětí. Z rozhovorů ale vyplynulo, že rodiče s mentálním postižením mají velmi jasnou představu o tom, co od nich jejich děti potřebují; od základních věcí, které považují za samozřejmost (např. péče, láska, výchova, mazlení, zázemí či pocit bezpečí), k dalším již náročnějším potřebám (např. k zajištění dobrého vzdělání, porozumění či vedení k samostatnosti).

„No tak všechno vlastně, že jo. Abych jí naučila všechno, aby nebyla zakřiknutá, aby si dokázala prosadit svůj názor, aby prostě nevím, se dokázala jednou v životě sama o sebe postarat, všechno tak přibližně, no.“

Erika

Uvažováním nad potřebami svých dětí se tedy také rodiče s mentálním naprosto neliší od rodičů bez postižení. To tvrzení platí i v případě přání, která pro své děti mají. Nejčastěji si přejí, aby děti byly zdravé a aby dokončily školu. Apel na vzdělání se u rodičů objevuje opakovaně a je na něj kladen opravdu velký důraz. Rodiče se často sami cítí handicapováni při hledání vhodného zaměstnání, a tak pravděpodobně nechtějí, aby jejich děti potkal stejný osud. Otázkou, zda s nimi nějaký sociální pracovník někdy řešil přání, která pro své děti mají, byli povětšinou zaskočení a svorně jí negovali.

[„Bavil se s váma nějaký sociální pracovník tady o těch cílech, co máte pro dceru? Zajímá to někoho?“]

„Ne ne.“

[„Nikoho to nezajímá, nikdo se neptal, co si přejete pro dceru?“]

„Ale tak jí je málo, jí bude pět let ve čtvrtek nebo to, ale to jsou moje vize, nemůžu říct, že to tak bude, že jo, třeba bude hloupá, co já vim...ale já nechci, aby dělala hlavou nebo, ale prostě nechci, aby byla bez výučáku.“ Erika

K dosažení svých rodičovských cílů a přání pak využívají nejrůznější strategie, jakými své děti vedou, vychovávají a rozvíjí. Opakovaně se v rozhovorech objevuje, že se na své děti snaží být přísní a ve výchově využívají často zákazů, křiku či trestů včetně trestů fyzických.

[„Stalo se vám, že by vás sociální pracovník kritizoval?“]

„Kritizoval? Za kluka, že na něj furt křičím, že jsem na něj to.“

[„Prudká?“]

„No.“

[„Jak jste se cítila?“]

„Normálně, vzala jsem si to do hlavy, přemýšlela jsem na tím.“

[„A k čemu jste došla, měli pravdu nebo?“]

„Jo.“

[„A změnila jste na tom chování něco?“]

„Změnila jsem, jde o to, že když člověk něco řekne, jako neposlechne, tak to zvednu hlas, ale když už to, tak nad tím vlastně ne to, že na něj nekřičím, ale prostě jdu a už mu jednu plácnu, aby věděl za co to je, protože jemu bylo 12 a nechci, aby mě přerostl přes hlavu, takže jako.“

[„Myslíte si, že to je správně, plácnout?“]

„Po zadku, je to správně, protože si uvědomí, že něco udělal.“ Pavla

Z výpovědi paní Pavly je patrné, jednak to, že se setkala s kritikou svého výchovného stylu, ale rovněž to, že nad zpětnou vazbou odborníků přemýšlela a svůj způsob, jak dítě vést, se snažila dle rad upravit. Zkušenost s kritizováním výchovy popisovalo více rodičů. Sociální pracovníci jim vyčítali na jedné straně bezhraniční shovívavou výchovu, na druhé straně ale také výchovu příliš přísnou. O tom, jak sociální pracovníci vedou rodiče k rozvoji

rodičovských kompetencí, se ale konkrétněji žádný z dotazovaných nerozhovořil. Není proto jasné, jaké metody sociální pracovníci v této naprosto klíčové oblasti používají.

Sami sebe rodiče ve vztahu k plnění rodičovské role příliš často nehodnotili. Jeden z rodičů zmínil, že nezvládá se svým synem přípravu na hodiny matematiky a angličtiny. Další dotazovanou, která pak opakovaně hodnotila své selhání v roli matky a poukazovala na to, že její syn je v mnoha činnostech schopnější než ona, byla paní Petra.

„No vypisovali mi složenky, v [B – Azylový dům], to jako to, teďkon mi je vypisuje můj syn, protože je zřejmě chytrější než maminka.“ Petra

Někteří rodiče kromě svých rodičovských kompetencí hodnotili také své znalosti a schopnosti. Tomu, že jejich sebevědomí není nikterak vysoké, napovídalo mnoho výpovědí. Většinou hodnotili negativně své školní výsledky z dětství, případně neschopnost ovládnout trivium.

„Já jsem takovej jako, že neumím číst, psát, že jsem tak blbej na tohle, ale všechno si udělám.“ Lukáš

S rodičovskými kompetencemi rodičů s mentálním postižením úzce souvisí i klíčová kompetence autonomního rozhodování ve věcech, které se bezprostředně dotýkají života jejich dětí. Moc sociálního pracovníka ovlivnit názor a rozhodnutí člověka s mentálním postižením je značná a tito rodiče mohou být po této stránce velmi zranitelní. Během rozhovorů rodiče popisovali několik zkušeností, kdy manipulaci čelili více či méně úspěšně. I přes tíživost situace se ale někteří rodiče dokázali vzepřít a proaktivně jednat, aby jim nebylo dále ubližováno. Jedna z matek si například byla schopna prosadit změnu sociální pracovnice.

„S paní [C] jsme mezi sebou nějak nevycházely, a já jsem se potom dozvěděla, že si můžu jako sociální pracovníci změnit, že nemusím bejt u tý, u který jsem, tak jsem si podala žádost, donesla jsem to paní vedoucí na sociálce...“ Jitka

Další pak bylo vnucováno, aby odešla ze stávajícího bydlení a odstěhovala se do azylového domu, ona však přesvědčování nepodlehla a udělala tak naprosto autonomní rozhodnutí. Nátlaku sociálních pracovníků ale nakonec podlehl další rodič, kterému bylo

neustále vnučováno, aby umístil svou dceru do předškolního zařízení. I když si to nepřál, argumenty sociálních pracovníků ho nakonec přesvědčily. V situaci se ale cítil velmi nepříjemně. Stejně tak se pod tíhou argumentů rozhodl jeden z rodičů umístit svého syna do střediska výchovné péče.

[„Když teda vás poňoukali, abyste tam [do Střediska výchovné péče] syna dala, tak co vám běželo hlavou? Co jste cítila, co jste prožívala?“]
„Jsem vždycky byla protivná na ně...nebylo to příjemný, pak jsem s tím, ale musela souhlasit, protože jinak, jak by mu padlo 15, tak prý sociálka by ho už dala do toho, do diagnostáku.“ Andrea

Sociální pracovníci do samostatného života rodin rodičů s mentálním postižením často zasahují i na základě právního nástroje – soudního dohledu. S tímto institutem měl zkušenost jeden rodič, který však hodnotí tento zásah do soukromí a svých rodičovských práv kladně. Sám přijal roli rodiče, který nad sebou dohled potřebuje. Je však zarážející, že do jeho bydliště (bydlí v azylovém domě) sociální pracovníci vstupují i v době, kdy v pokoji není přítomen.

[„Jak jste se dozvěděla, že budete mít soudní dohled nad dcerou?“]
„Mně přišel papír, ale teď minulý rok, mi měli teda jako zrušit soudní dohled, ale nechali mi ho ještě.“
[„A ten dohled, proč vám ho nechali?“]
„Asi je lepší, když mám nad sebou nějakou kontrolu.“
[„Takhle jste tomu rozuměla a bylo to třeba v tom vyjádření popsáno, proč máte dál ten soudní dohled?“]
„Nevím.“
[„Máte pocit, že jste rozuměla tomu papíru, který vám přišel nebo vám s tím někdo pomáhal?“]
„Vysvětlila mi to tady.“
[„A měla jste předtím nějaký jednání s tou pracovnící OSPODu, když se řešilo, jestli se to bude obnovovat nebo ne?“]
„Ne, jenom byl soud, že mi ho chtěli zrušit jako ten soudní dohled, ale nevím.“
[„Nikdo se s vámi o tom předtím nebavil, jenom jste byla přizvaná k tomu soudu, rozumím tomu?“]
„A byl tam i jako otec Evy.“

[„A předtím s váma nikdo nemluvil, prostě jenom jste dostala pozvání k soudu a přišla jste k soudu.“]

„Hm.“

[„A předtím třeba probíhala nějaká kontrola?“]

„Jo, oni choděj sem jako na kontrolu, jak na tom jsou děti a známky ve škole, jakou dělaj školu.“

[„A jakej jste měla, když sem přijdou na tu kontrolu, jakou vám dávali zpětnou vazbu, chválili vás?“]

„Teď tady byli, ale já jsem byla v práci, tak měli klíčovýho jako...“

[„Pracovníka, takže s vámi vůbec nemluvili.“]

„Ne, já jsem byla pryč.“ Simona

U dalšího rodiče by mělo pro změnu v nejbližší době dojít k významnému omezení způsobilosti k právním úkonům, které by mělo zasáhnout zejména oblast nakládání s financemi. Tentokrát to ale dotazovaný kladně nehodnotí, naopak je pro něj celá záležitost velmi nepříjemná, což je mimo jiné zapříčiněno tím, že samotný návrh podala na soud jeho matka, která má do péče svěřeno jedno z jeho dětí.

[„Jak to budete hodnotit, když teda soud rozhodne, že vám nějakým způsobem omezí ty pravomoce v tom nakládání.“]

„Tak budu snažit se, záleží, koho mi daj.“

[„Berete to jako, že je to pro vás krok dobrým směrem nebo špatným?“]

„Spíš nepříjemné je to, nepříjemné a budu se snažit, jako, záleží, koho mi oni přiřknou, a budu se snažit s ní komunikovat, aby mi pomáhala s těmi financemi nějak řešit, ale ne aby mi něco zakazovala nebo zakazoval, prostě tak.“

[„A říkala jste to mamince, že z toho máte takové pocity, že to nechcete?“]

„Říkala, ona tvrdí, že to potřebuju... že mi ubližovali, mý strašně bývalý lidi, že mi ubližovali, zneužívali mě a využívali mého dobrého já, bohužel jako.“

[„Takže by to jako mělo být pro vaši ochranu?“]

„Ano.“

[„Tak to vnímá maminka, a vy to vnímáte jako, že by vás to omezovalo.“]

„Ano.“

[„Tak uvidíte, jak to dopadne, teď vám v tom pomáhají sociální pracovníci třeba se lecos naučíte, jak s těmi penězi...“]

„No mi psychiatr právě říkal, mám to ty tři roky vydržet, kdyby náhodou mi to takhle dopadlo a že se pak budeme snažit po těch třech letech to zrušit.“

Věra

K rodičovské roli se velmi úzce váží i rodičovská práva a povinnosti z ní vyplývající. Neznalost rodičovských povinností potvrdili 4 rodiče. Ostatní dotazovaní sice na otázku, zda znají své rodičovské povinnosti, odpověděli kladně, ale výklad tohoto termínu byl v jejich podání velmi vágní. Často se ve výpovědích objevovala povinnost se o dítě postarat, nakrmit ho, dostatečně ho obléci, zajistit jeho školní docházku, případně zajistit dítě po materiální stránce. Jedna z matek byla o svých povinnostech informována u soudu. Jediný rodič potvrdil, že se o svých rodičovských povinnostech dozvěděl od sociální pracovnice.

[„A s kým jste se o tom bavila, co vám o těch právech říkali?“]

„Tak jako tady tohlecoto, potom, jak jsem přestoupila k paní [O], tak jsem to probírala s ňou tady tohlecoto a ona mi povídá, že tam je potřeba hlavně to bydlení mít zajištěný pro ně, mít zajištěnej určitej příjem, tak aby oni měli to, co potřebujou, jako tu stravu, zajistit tu školku a takový.“ Jitka

Mnohem horší povědomí měli ale rodiče o rodičovských právech. Jedna z matek se o nich dozvěděla od své psychiatricky, další pak od své známé, a do třetice získala informace o rodičovských právech jedna dotazovaná ve škole a od orgánu sociálně právní ochrany dětí.

[„Svá rodičovská práva a povinnosti znáte. Kde jste se o nich dozvěděla?

Kdo vám je řekl?“]

„Probírali jsme to hlavně ve škole, ty rodičovský práva a tak dále a hlavně v tom OSPODu, tam to bylo vlastně napsaný, jaký mám práva.“ Pavla

Jediným spontánně vyjmenovaným právem, které rodiče uvedli, bylo právo na výchovu svého dítěte, a to konkrétně ve třech případech. Rodiče byli dotazováni i naprosto konkrétně na to, zda si myslí, že mají právo na poskytnutí sociální služby. Jejich odpovědi byly rozpačité. Celkem 5 rodičů odpovědělo, že „neví“, k variantě „spíše ano“ se klonilo 7 dotázaných

a o svém právu na službu byli pevně přesvědčeni pouze 3 dotazovaní. K variantě „ne“ se pak přikláněli zbylí 3 rodiče.

5.3. Výsledky Vinět

V rámci rozhovorů s rodiči s mentálním postižením bylo využito celkem 20 vinět. Deset z nich představovalo jednání, které je v rozporu se zásadami sociální práce, a deset vinět představovalo modelový příklad správného jednání sociálního pracovníka. Rozhovor za využití vinět byl veden s 16 rodiči z celkového počtu 18, a to z časových a organizačních překážek na straně rodiče. Rodičům byla viněta nejdříve přečtena, následně měli účastníci výzkumu hodnotit, zda se jednalo o správné či špatné jednání sociálního pracovníka, a poté měli svůj názor zdůvodnit a případně připojit vlastní zkušenost s obdobným jednáním. Níže jsou uvedeny jednotlivé viněty a jejich vyhodnocení doplněné o komentáře samotných účastníků výzkumu.

„Sociální pracovník se před návštěvou předem ohlásí.“

Naprosté většině rodičů vyhovovalo, pokud věděli o návštěvě sociálního pracovníka předem. Všichni dotazovaní se zároveň shodli, že takové jednání považují za správné. Pouze jeden rodič z celkového počtu 16 oceňoval nenahlášené návštěvy, protože ho „udržují ve střehu“ a nutí ho uklízet. Pouze jeden rodič vnímal jakékoliv návštěvy sociálních pracovníků jako zásah do soukromí.

„No je mi to trošku nepříjemný, ale nemůžu říct, jestli se mi to líbí nebo ne, ale spíš nepříjemné je mi to takové... spíš jdou do soukromí, rozumíte mi, že.“

Věra

Ostatní považovali návštěvu sociálního pracovníka za běžnou záležitost, která patřila neodmyslitelně k jejich každodennímu životu. Toto platilo i pro rodiče žijící mimo azylový dům. Samozřejmě součástí těchto návštěv pro ně byla kontrola bytu či pokoje.

„Sociální pracovnice si při povídání s vámi stěžuje na jinou kolegyni.“

Zúčastnění rodiče se shodli v tom, že takové chování ze strany sociálního pracovníka není vhodné. Žádný z nich se s obdobným chováním nesetkal. Někteří z rodičů zdůrazňovali, že se jedná o soukromou věc daných pracovníků, která by neměla být šířena mezi klienty.

„Sociální pracovník žádá klientku, aby mu pomohla s prací, například roztřídit prádlo, doručit vzkaz jiné klientce, tedy, aby vyřídila nějaké věci za něj.“

Většina rodičů považovala takové jednání za nevhodné. Třem z nich připadalo v pořádku, když sociální pracovníci pomáhají s vyřizováním vzkazů nebo údržbovými pracemi. Z výše uvedeného vyplývá, že se jedná o situaci, kterou ne vždy dokáží rodiče s mentálním postižením správně vyhodnotit. Komentář k této situaci mohla ale ovlivnit zkušenost rodičů s bydlením v pobytovém zařízení, kde v rámci vnitřních pravidel může být po obyvatelích vyžadována aktivní účast např. při úklidu či údržbě společných prostor. Klíčové však je, zda rodiče dobře rozumí pravidlům zařízení, zda s nimi byli seznámeni vhodnou a pro ně srozumitelnou formou a zda dobře rozumí, jak jsou kompetence rozděleny, aby nedocházelo k jejich zneužívání. Velmi dobře ilustruje vztahovou asymetrii níže uvedená citace. V tomto případě byla prosba sociálního pracovníka něčím, co rodič považoval za neslušné odmítnout.

„No někdy, jako že pomáhám, třeba opravit záchod tak jako ne, to nezvládnou, ale pomáhám třeba odvízt, když něco potřebujou na poštu poslat, tak to taky odvezu anebo.“

[„A myslíte si, že je to věc, kterou byste měla dělat?“]

„No tak když mě o to požádají, tak to udělám.“

[„A je to dobře nebo špatně?“]

„Tak je to slušnost, když mě o to požádají, tak přece neřeknu ne, já mám jinou práci.“ Magda

„Sociální pracovník oceňuje klientku za to, že si vyřídila doklady na úřadě.“

V tomto případě se rodiče jednoznačně shodli na tom, že se jedná o pozitivní jednání. Pochvala byla považována za motivační aspekt.

„Jako určitě jo, protože potom je vidět, když oni to hezky, jak paní [O] spolupracuje se mnou, tak mi řekne, no tohle se povedlo, tak je to fajn, je vidět, že se to dá, dokáže naučit tady tím způsobem, tak věřím aji tomu, že ona prostě vidí, že tím mám větší chuť do toho jít a spolupracovat ohledně toho.“

[„Takže vás to motivuje?“]

„Ano.“ Jitka

Tři z rodičů uvedli, že obdobnou zkušenost s pozitivní zpětnou vazbou od sociálního pracovníka neměli. Někteří pracovníci využívají pozitivní zpětnou vazbu neadekvátně jejich věku a sociální roli, rodiče chválí za naprosté banality, jako by byli malé děti.

„Když pomůžu něco, co se týče, když mi dávaj, jestli víte, jak je ta sešívačka, tak vždycky pomáhám akorát tohle to opravovat tamty spony, jsem dostala vždycky pochvalu, že jsem, jak to říkaj, že tady pomáhám jakoby i, jako pomáhat, když se něco rozbije, že mám sílu jako chlap.“

[„Za to vás chválí.“]

„Hm.“ Magda

„Sociální pracovník poslouchá, co si klientka přeje a pomáhá jí to splnit.“

Až na jednoho rodiče se všichni shodli, že by bylo hezké, kdyby se jim tohoto typu podpory od sociálních pracovníků dostávalo. Nicméně zkušenosti s každodenní podporou pro ně byli rozdílné. Někteří rodiče v této souvislosti uváděli, že jim sociální pracovníci pomáhali plnit si svůj sen v podobě osamostatnění, a to buď tím, že jim pomáhali hledat bydlení nebo je učili hospodařit s penězi.

[„A jak to tady dělají vaši pracovníci?“]

„No tak to nevím, jestli něco pomáhaj, hlavně, že nám pomáhaj, abysme měli něco do tý, nějaký ty peníze jako našetřený.“

[„A to je vaše přání mít našetřené peníze?“]

„No třeba bych chtěla mít přání, mít našetřené peníze, třeba kdybych se chtěla osamostatnit, mít svůj byt, tak bych měla alespoň jeden nájem.“

[„Snaží se vám v tom pomoci? A když tak jak?“]

„No právě že teď tam mám nějakou sumu a chceme docílit toho, aby tam bylo třeba 20 000, teď tam mám třeba jenom 15.“ Magda

Jeden rodič uvedl, že mu sociální pracovnice pomohla, aby mu nebyly odebrány děti. Jiný rodič měl zkušenost s tím, že mu sociální pracovnice pomohla vyřešit situaci, kdy byl ohrožen domácím násilím, ale už mu nepomohla docílit návratu dcery z výchovného ústavu. Čtyři rodiče uvedli, že se obdobným jednáním u sociální pracovnice vůbec nesetkali a se svými sny se tak nikomu nesvětili.

[„Jaké máte přání, co si teď nejvíc přejete?“]

„Abych si našla vhodné bydlení.“

[„A co proto sociální pracovníci dělají, jak vám pomáhají v tomhle?“]

„To jsem ještě neřešila.“

[„Takže oni neví, že si tohle přejete zatím?“]

„Ne.“ Eva

Přítom v případě samostatného bydlení je reflektování přání klientů naprosto klíčová záležitost a spolu s podporou rozvoje rodičovských dovedností by to měl být hlavní cíl v rámci individuálního plánování u rodičů žijících v azylových zařízeních. Velmi výstižně to zhodnotila paní Erika, která vnímala podporu v plnění snů jako hlavní činnost v náplni práce sociálních pracovníků.

„To jo, to jsem zažívala, to je normální, že jo, od toho ty sociální pracovnice jsou, bych teda řekla.“ Erika

V případech, kdy se rodičům s mentálním postižením podpory dostávalo, a tak to i subjektivně hodnotili, bylo obtížné zjistit, jak taková „podpora“ v praxi vypadala. Jak napovídá komentář paní Andrey, může se spíše než o podporu v informovaném rozhodování jednat o rozhodování za klienta, byť to klient interpretuje jinak.

„Hm, to je pěkný... protože aspoň ta klientka ví, že jí někdo naslouchá a že jí pomůže... tady dělaj jako, když potřebujeme něco, tak se zeptám a buď řeknou ano, máte na to, nebo řeknou, Andrejko, už je... budeme šetřit, anebo řeknou ne, to se nehodí.“ Andrea

„Sociální pracovník půjčuje klientce své peníze.“

Většina rodičů půjčování peněz vnímala jako jasné porušení hranic. Půjčování peněz v nich vyvolávalo pocit studu.

„Ne, nikdy, ono jako půjčit cizí, ano, kamarádka, ségra, mamka, ano, ale že bych řekla jako až takhle tý pracovníci, to ne. Za prvý bych se cítila hodně trapně, a za druhý bych si to ani nedovolila, prostě není to takovej ten, je to prostě určitej respekt, není to prostě takovej kamarádskej vztah se ségrou

nebo kamarádkou, je to prostě, i když jsem jí znala hodně dlouho, když mi tykala nebo tohle, prostě ne.“ Erika

Nicméně čtyři z 16 rodičů považovali půjčování peněz od sociální pracovníce za správné jednání. V situaci, kdy je klient v nouzi, by mu dle jejich názoru mohla být taková pomoc nabídnuta. V praxi klientům azylových domů bývají peníze půjčovány. Je ovšem nezbytné, aby zařízení mělo v takovýchto případech jasně definováno pravidlo, za jakých podmínek mohou matce peníze půjčit a také aby bylo specifikováno, z jakých zdrojů tyto peníze pochází. Problém ale rodiče neviděli v tom, že jim sociální pracovníci půjčí peníze, ale v tom, že je složité zapůjčené finance vrátet.

„Tak každé by měl mít svoje peníze, takhle, když ten dotyčný nemá, je bez peněz, přijdou mu peníze třeba dýl, tak jako si udělaj takovej úpis, tam si prostě napiše ta dotyčná klientka nebo pani půjčuje klientce tolik a tolik peněz a klientka to podepíše a musí to vrátit.“

[„Vy jste se někdy dostala do takové situace, že byste si musela půjčit peníze?“]

„Jednou jsem přišla do takový situace, že jsem potřebovala půjčit.“

[„A bylo to přímo od té sociální pracovníce nebo to bylo v rámci toho zařízení možné si půjčit peníze přímo od toho zařízení?“]

„Ne, od té jedny pracovníce.“

[„Přímo konkrétně od ní, to byly teda osobní peníze, které půjčovala.“]

„No nevím, oni maj tady v tom trezoru maj takovej, jednu obálku, kde maj jakoby peníze a jednou z těch fondů a že půjčí maximálně no.“

[„Takže to nebylo z její peněženky přímo, ale z organizace.“]

„No.“

[„Jaký to pro vás bylo půjčovat si peníze?“]

„Ježiš, takový divný, že se mi to nelíbilo, že mi to bylo blbý, že si musím půjčovat.“

[„Ale byla jste za to asi ráda, protože to byla nutnost.“]

„No jsem mohla aspoň něco nakoupit.“

[„A líbí se vám teda to, že to ta sociální pracovníce udělala?“]

„Ano, že jako půjčí.“

[„Když není jiný cesty a myslíte si, že je to běžné, že by to tak mělo být?“]

„No nemělo by to tak být, bychom měli mít peníze každé svý nastřádaný, ale prostě ty peníze nedorazej a jste na nule, tak nic jinýho nezbyvá než si jenom půjčit.“ Magda

„Klientka se stýká se sociálními pracovníky v jejich volném čase.“

Většina rodičů neměla zkušenost s porušováním hranic tohoto charakteru, ale pět z nich by takové chování ocenilo. Ostatní vnímali, že se jedná o soukromý čas sociálního pracovníka, ve kterém by si od klientů měl odpočinout.

„No tak nelíbí... protože pracovník má mít svůj taky volnej čas, aby si odpočinul od nás, a ta klientka to taky může zneužívat... tady [azylový dům] jenom maximálně, když třeba někam jedu a potřebuju, že mi ujel autobus, tak buď zavolám, nebo pošlu esemesku, ale je to udělaný takhle, že se domluvíme, že ona mi to nebude brát, já to típnu a ona mi zavolá zpátky, když bude moci, jinak tohlencto se nestalo.“ Andrea

Naprostou extrémním případem byla zkušenost paní Pavly, která měla poměr se sociálním pracovníkem z azylového domu.

„To se mně nelíbí [společné trávení volného času] a já už myslím, že se mně to líbit nebude z tohohle toho důvodu, co se stalo [poměr s pracovníkem sociální služby].“ Pavla

„Sociální pracovník vysvětluje klientce odborné výrazy v úředních dokumentech.“

Třináct rodičů mělo obdobnou zkušenost a považovalo tuto službu za standardní náplň práce sociálního pracovníka. Z uvedených výpovědí lze usoudit, že podpora při vyřizování úředních záležitostí a podobné činnosti jsou jednou z nejčastěji poskytovaných forem podpory, které se rodičům dostává. Jedna z matek uvedla, že je pro ni důležité, aby si získanou informaci zapamatovala a nemusela tak již dále podpory sociálních pracovníků využívat.

„Sociální pracovník připravil klientce informace doplněné obrázky, aby jim lépe rozuměla (např. Pravidla služby).“

Žádný z rodičů neměl s materiály ve formátu snadného čtení, případně s materiály opatřenými piktogramy, přímé zkušenosti. Pouze dva rodiče uvedli, že sociální pracovnice něco

obdobného používaly při komunikaci s cizinkou, která bydlela v azylovém domě. Kromě dvou ze všech dotazovaných však takovýto počín hodnotili kladně, často se však v odpovědích opakovalo, že ony samy takové materiály nepotřebovaly. Tři rodiče zmiňovali, že jim materiály s piktogramy připadají dětinské, nicméně ale pro některé jiné klienty prospěšné. Dva rodiče po návodném dotazu uvedli, že by to pro ně konkrétně bylo ponižující.

„To jo, sice mi to připadá jak pro děti, ale kdybych tomu nerozuměla, tak to je pěkný, to jo.“

[„Měl by to teda ten pracovník předem zkonzultovat s tou klientkou, než použije obrázky, aby se jí to nedotklo?“]

„To určitě.“ Erika

„Sociální pracovník ukáže klientce dobré i špatné možnosti (řešení situace), pomůže jí vysvětlit, co se stane, a nechá výběr na ní.“

Tato viněta vyžadovala od rodičů poměrně velkou míru zobecnění, kterého někteří rodiče nebyli schopni. Obecně lze říct, že panuje shoda v tom, že to rodiče považují za dobré jednání a oceňují možnost si vybrat. Některé odpovědi ale byly sporné. Nejdřív jedna z matek řekla, že se sama rozhodnout nemohla, ale v druhé větě zmiňovala, že dostala na výběr z možností. Pouze u pěti rodičů bylo jasně zřejmé, že jim to připadalo vhodné a zároveň, že takovou zkušenost z vlastního života měli.

„Správný.“

[„Stalo se vám to někdy?“]

„To nevim.“

[„A když řešíte nějaký problém, tak vám někdo nadiktuje, jak to vyřešit nebo nechaj to řešení na vás?“]

„Nechaj to řešení na mě, si nechám poradit a řešení nechaj na mě.“ Simona

„Sociální pracovnice se svěřuje se svými problémy.“

U této viněty byly odpovědi poměrně jednoznačné. Mezi rodiči panuje shoda na tom, že je to nevhodné chování a logicky je to vyargumentováno tím, že se přeci jedná o jejich soukromí. Zároveň rodiče s tímto jednáním neměli zkušenosti. Snad kromě atypického případu paní Pavly, která měla poměr se svým sociálním pracovníkem v AD, kde byla zaměstnána také jeho žena. Ta pak jeho nevěru s klientkou rozebírala.

„Sociální pracovnice vás samostatně nechá si vyřizovat své záležitosti.“

Rodiče sdíleli stejný názor, že je to správné jednání a zároveň potvrzovali obdobnou zkušenost ze svého života. Své výpovědi zdůvodňovali tím, že je to potřeba k jejich osamostatnění, zároveň pozitivně hodnotili, když byli po zvládnutí činnosti oceněni.

„Já mám zkušenost takovou, že prostě jsem nikdy papíry nebo něco jsem si vypisovala sama, i když jsem si šla něco vyřídit všeobecnou pojišťovnu, tak jsem dostala taky pochvalu, že jsem šikovná, že jsem si to vyřídila, mě nemuseli chytit za ručičku a odvést tam.“

[„Dostala jste pochvalu, jste říkala, jak jste se přitom cítila?“]

„Tak dobře.“

[„Jo, bylo vám to příjemné.“]

„Ano.“ Magda

„Klientka chodí za sociální pracovnicí se svými problémy, sociální pracovnice jí vyslechne a poradí.“

U této viněty se všichni rodiče shodli, že se jim obdobné jednání líbí a ze svého života měli zkušenost, že tento typ podpory u svých sociálních pracovníků nacházeli. V jednom případě ale měla jedna z matek odlišný pohled a rady odborníků pro ni byly spíše nepříjemné.

„To ne, já si to řeším sama.“

[„Vy si to řešíte sama?“]

„Bez sociální pracovnice.“

[„Nechodila jste si pro radu...a když se takhle chová sociální pracovnice ke klientce, která potřebuje pomoc, přijde za ní a potřebuje pomoc a ta pracovnice jí poradí a vyslechne jí, tak je to od té pracovnice dobré chování nebo není, líbí se vám to nebo ne?“]

„Podle toho, jestli ta klientka taky o to stojí, že jo.“

[„Hm, když za ní přijde, tak o to stojí, jinak by za ní nešla, takže když o to stojí, tak co?“]

„Tak asi to je dobrý, když jí poradí.“

[„A vy jste zažila, že jste třeba o to nestála, aby vám sociální pracovnice poradila?“]

„No, nestála.“

[„A radila vám.“]

„No.“

[„Aa to se vám teda nelíbí.“]

„Nelíbí, no, já si radši řeším svoje věci sama.“ Lenka

Z některých dalších odpovědí ale vyplývá, že ne vždy sociální pracovník jen vyslechne a poradí. Například dotazovaný pan Lukáš měl zkušenost, že sociální pracovnice vyřizovala věci za něj. Obdobou zkušenost popsal i jeden z rodičů, tentokrát se to ale týkalo výchovy dětí. Místo toho, aby byly trénovány rodičovské kompetence a posilována rodičovská autorita, sociální pracovník jeho dítěti domlouval za něj.

„Ano, že mě vyslechne a pochopí mě.“

[„S čím byste se na ní obrátila třeba, co byste s ní řešila?“]

„Mě občas kluci neposlouchaj, tak třeba o klukách.“

[„A co vám dají za radu, když za nima jdete a řešíte tohle konkrétně?“]

„Myslím si, že by mi řekli, abych je třeba zavolala.“

[„A řešíte to pak dohromady všichni?“]

„Ano.“

[„Takže od nich nedostanete radu jak to vyřešit nebo jo?“]

„Taky.“

[„A někdy to řeší za vás?“]

„Někdy to řešej za mě.“

[„Někdy s vámi nebo ne, když to řešíte všichni dohromady?“]

„Někdy to řešíme všichni dohromady a nějak domlouvaj klukům.“ Eva

„Klientka chce po své sociální pracovníci něco vysvětlit. Sociální pracovnice se zasměje a řekne klientce, že té věci nemůže rozumět.“

Kromě jednoho rodiče všichni vyhodnotili jednání jako negativní. Jeden rodič se vyjádřil, že mu to přijde v pořádku. S obdobným chováním měla ale zkušenost jen paní Jitka, pro kterou situace byla velmi nepříjemná.

[„A měl by se takhle chovat sociální pracovník?“]

„Ne, když se na tu větu zeptá, tak by měl bejt schopnej to říct nebo to nějak vysvětlit, u paní [C] se mi to stalo několikrát.“

[„A jak jste se při tom cítila?“]

„Jako bylo mě to jako hodně líto.“ Jitka

„Sociální pracovník vždy dodrží, na čem se s klientkou dohodne.“

Zde panuje naprostá shoda, že se jedná o správné jednání a z výpovědí bylo patrné, že důvěra je pro rodiče velmi důležitá. Žádný z dotazovaných nepopisoval, že by se setkal se situací, kdy by sociální pracovník nedodržel, co přislíbil.

„Sociální pracovnice lže klientovi.“

Všichni rodiče se shodují v tom, že toto jednání není v pořádku. Dva rodiče ale mají se lží ze strany sociálního pracovníka zkušenost. Jednou se spíš jednalo o zatajování skutečností, aby dotazovaný rodič byl „ušetřen“. Nebyla mu sdělena skutečnost, že jeho děti mají výchovné obtíže ve škole. Podruhé se jednalo opět o paní Pavlu a jejího sociálního pracovníka, se kterým měla poměr a který jí lhal mimo jiné o svém zdravotním stavu.

Jedna z matek také reflektovala to, že je velmi důvěřivá a není schopná rozklíčovat, když jí druhá osoba lže, a proto může být ohrožena manipulací.

„No tak to se mi ještě nestalo.“

[„To jednání se vám líbí, nelíbí?“]

„Líbí.“

[„Vám se líbí?“]

„To jako že lže? Ne, nemělo by to být, protože některý jsou takový hodně důvěřivý jako já, právě že u mě je ten problém, že já nepoznám lež, víte, já jsem hrozně důvěřivej kůň.“

[„Takže se bojíte, že s vámi lidé budou manipulovat třeba?“]

„Přesně tak jako manžel, ten mě má totálně v hrsti.“ Anna

„Sociální pracovník je rozčilený na klientku, zvedá na ni hlas.“

Tři rodiče toto chování vnímali jako „výchovný prostředek“, na který má sociální pracovnice právo.

[„Líbí se vám to nebo nelíbí?“]

„Nelíbilo se mi to, ale řekla jsem si, měla na to právo, tak se mi to muselo líbit.“

[„Proč si myslíte, že na to měla právo?“]

„No, protože to byla moje vina, tak musela na mě zvýšit hlas.“ Petra

Osm rodičů mělo s tímto jednáním přímou zkušenost, ale jen jeden rodič zmínil, že se jí za to pak sociální pracovník omluvil a společně pak hledali řešení vzniklého problému. Na odpovědích k této vině je patrné, jak nízká očekávání tito rodiče od sociálních pracovníků mají. Zároveň se do jejich odpovědí projektuje nízké sebevědomí, protože jim takové jednání přijde v pořádku, anebo si na něj nestěžují. I přesto, že to byla jejich častá zkušenost, nezvládli obdobné situace vyhodnotit jako neprofesionální jednání ze strany odborníka.

„Sociální pracovník pomáhá klientce sestavit jídelníček pro děti.“

Tři rodiče vnímali takovouto pomoc jako zásah do své autonomie. Jsou to totiž oni, kdo chce rozhodovat o tom, co jejich dítě bude jíst a “pomoc” tohoto charakteru by proto neocenili. Naopak jí vnímají jako ponižující.

„Tak to ne, to já si určuju to, to já si určuju sama, co svým dětem vařím a to, to nepotřebuju, aby mi ještě někdo radil, abych co mám dávat svým dětem k jídlu, to jako ne.“

[„A líbí se vám to chování nebo nelíbí?“]

„To by se mi nelíbilo... no, aby mi teda říkal, co mám dávat svým dětem to jako ne, teda, to si umím poradit sama, já nepotřebuju, aby se mnou jednala jako s blbým teda.“ Lenka

Ostatní rodiče podporu při sestavování jídelníčku vnímali kladně a mnozí z nich měli v tomto směru pozitivní zkušenost.

„Sociální pracovník se zajímá o to, co chce klientka pro své děti.“

Dva rodiče vyhodnotili zájem o přání pro dítě jako negativní s odůvodněním, že do toho sociální pracovníci nic není. Ostatní by takové jednání ocenili. Zdaleka ne všichni ale měli takovou zkušenost. Pouze devět z celkového počtu se s tímto setkalo a z toho dvěma to nebylo příjemné.

[„A patří do tý její práce, aby se zajímala, co pro ty děti chcete, nebo si myslíte, že to do tý její práce nepatří?“]

„Asi jo, to asi je její práce a já si myslím, že to patří k její práci, aby věděla, jestli to dítě žije dobře nebo ne, od toho je to sociální pracovnice.“

[„Přesně tak, takže ona se musela zajímat o to, co chcete pro vaše děti.“]

„Ano.“

[„Ale vám se to nelíbilo, jste říkala.“]

„No, moc ne, já nemám ráda, když se mi někdo plete do mejch věcí, no.“

Lenka

V některých případech se jednalo o přání materiálního charakteru (tablety, kola). Většinou však rodiče uváděli, že si pro své děti přejí kvalitní vzdělání a dobrou práci, samostatné bydlení i to, aby mohli vyrůstat opět ve své rodině, a ne v dětském centru. To vše jsou jednoznačně přání, která by sociálního pracovníka měla zajímat a měl by je při sestavování individuálního plánu reflektovat. Z uvedených výpovědí je ovšem patrné, že se tak v mnoha případech neděje.

„Sociální pracovnice věří vašim schopnostem, že budete dobrým rodičem.“

Všichni rodiče se shodli na tom, že je správné, aby jim sociální pracovnice věřila, že budou dobrým rodičem. Zkušenosti jsou však velmi rozmanité. Někteří si důvěru vysvětlovali tím, že bylo dítě nakonec ponecháno v péči, případně byl zrušen soudní dohled. Další rodič si důvěru vykládá tak, že mu bylo na delší dobu svěřeno do péče dítě jiné obyvatelky AD. Jeden z rodičů si důvěru ve své schopnosti vykládal tak, že kdyby mu sociální pracovník nedůvěřoval, tak by ho nepodporoval v získání dítě zpět do péče. Jiný rodič naopak neměl pocit, že by mu bylo dostatečně důvěřováno zejména v procesu osamostatňování se. Další pak popisoval nedůvěru v jeho schopnost dítě správně výchovně vést.

„Jo, kdyby to bylo podle jejich představ, dělala jsem všechno podle jejich představ, tak by věřili, že jsem dobrá matka.“

[„Já se neptám, jestli věří nebo nevěří, ale jak se vám to líbí?]

„To je správný.“

[„Je to správné, proč se vám to líbí?“]

„Protože nemusím už tak často za nima.“

[„Jo, jako že budete samostatnější, že věří v ty vaše schopnosti? Takhle tomu mám rozumět?“]

„Jo.“

[„A jak to tady [v azylovém domě] je? Jak to tady dělají?“]

„Tady mi řekli do očí, že ještě nejsem připravená na samostatný život“

[„A jak to cítíte vy?“]

„Tak asi maj pravdu kvůli ted'kon, když se něco stane, tak nemám nějakou rezervu peněz no a pak jako to nechci zažít to samý jako ted'kon, že ten pobyt, kde je mladší syn (diagnostický ústav) se platí a naštěstí mi to udělali na tři splátky, že jsem to mohla zaplatit na tři splátky, kdyby to chtěli zaplatit najednou, tak bych to neutáhla.“

[„Takže to znamená, jestli tomu dobře rozumím, že sociální pracovníci vám zatím nevěří, že byste se mohla osamostatnit kvůli financím?“]

„Hm, financím a výchově.“

[„A u té výchovy vám nedůvěřují v čem?“]

„Protože jsem prý laxní.“

[„Laxní, to je ta tvrdá ruka, o které jste mluvila, že byste jí více potřebovala?“]

„No.“

[„Tak a myslíte si to vy, že jí potřebujete nebo si to myslí sociální pracovníci?“]

„Sociální pracovníci, já jsem říkala, že kluci jako to, že je zvládnou.“ Andrea

Důvěra ve schopnosti svého klienta zvládnout samostatný život, zvládnout výchovu dítěte a zajistit podnětné prostředí pro dítě, je naprosto klíčová pro to, aby sociální pracovník mohl rodině poskytovat kvalitní podporu vystavěnou na principech empowermentu. Některé předchozí výpovědi ale příliš nenasvědčují tomu, že se rodiče s mentálním postižením s tímto typem podpory setkávají. Opakovaně a v různých souvislostech se v jejich reakcích objevovalo to, že sociální pracovník vykonává činnosti za ně a místo informovaného rozhodnutí překládá rodičům finální řešení problému. To je vysoce problematické i vzhledem k tomu, že toto nevhodné jednání rodiče vzhledem k svému postižení často nejsou schopni vůbec rozpoznat. Tím je jejich proces emancipace výrazně zpomalen nebo úplně zastaven.

5.4. Výsledky z využití nástroje Support interview guide

Nástroj Support interview guide (dále jen SIG) se využívá pro mapování podpůrných sítí osob s mentálním postižením. Prostřednictvím tohoto nástroje je možné zjistit nejen velikost podpůrné sítě, ale také kvalitu jednotlivých vazeb na podpůrné osoby. Nejprve jsou prezentována základní statistická zjištění týkající se velikosti podpůrné sítě, typu blízké osoby, typu poskytované podpory, míry blízkosti, frekvence kontaktu, délky známosti a reciprocit při poskytování podpory. Dále se autorka zaměřila na korelace mezi typem bydlení a dalšími sledovanými proměnnými, kde byly testovány i dvě hypotézy. V poslední části autorka předkládá přehled statisticky významných korelací mezi sledovanými proměnnými.

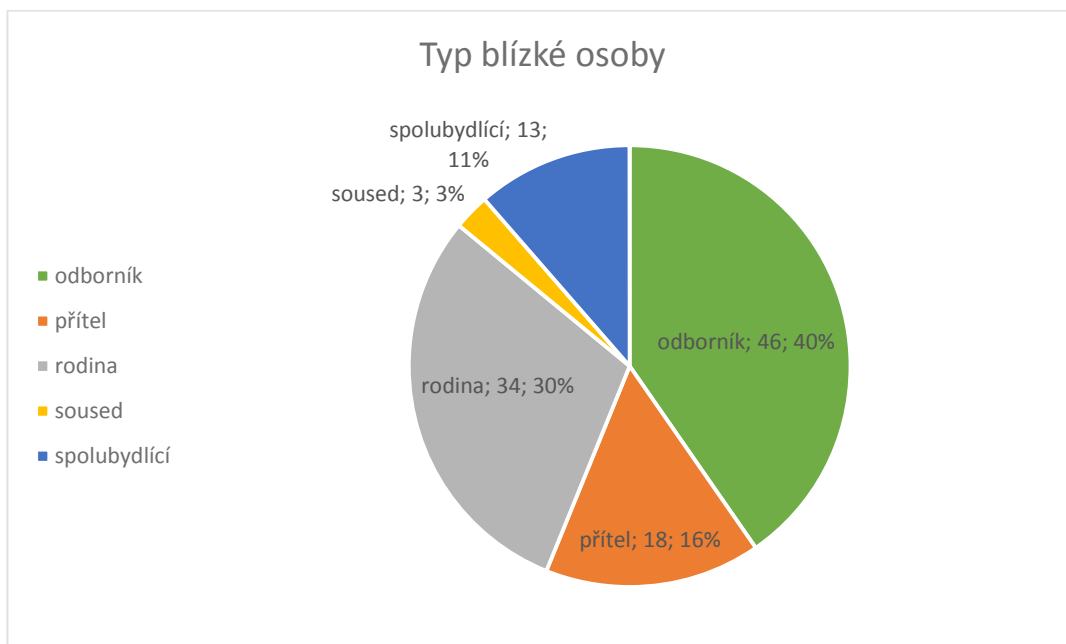
Z tabulky č. 19 je patrné, že počet blízkých osob se u rodičů pohybuje od 0 do 15 (v obou případech se jednalo o rodiče žijícího v azylovém domě). Z velké variability počtu blízkých osob u jednotlivých rodičů je patrné, že uváděné počty blízkých osob jsou individuální a nezávisí na typu bydlení. Bylo proto zejména zjišťováno, zda typ bydlení souvisí s dalšími proměnnými. V následujících grafech a tabulkách jsou prezentovány charakteristiky 115 identifikovaných blízkých osob.

Tabulka č. 19 Počet blízkých osob a vztah k respondentovi

jméno	typ bydlení	počet uvedených blízkých osob	vztah k uvedené blízké osobě				
			Rodina	Přítel	Spolubydlicí	Soused	Odborník
Andrea	azylový dům	9	1	2			6
Erika	azylový dům	7	3		2		2
Eva	azylový dům	3		2			1
Jana	azylový dům	7	3		2		2
Kamila	azylový dům	0					
Magda	azylový dům	15	1	1	5	2	6
Renata	azylový dům	5		1			4
Simona	azylový dům	10		1	2		7
Pavla	podporované bydlení	7	1	1	1		4
Anna	Podnájem	11	4	5			2
Lukáš	Podnájem	7	7				
Petra	Podnájem	5	2	1			2
Lenka	Pronájem	5	1	3			1
Martina	Pronájem	8	3				5
Bára	u rodičů	3	2				1
Věra	u rodičů	12	6	1	1	1	3
CELKEM		115	34	18	11	3	46

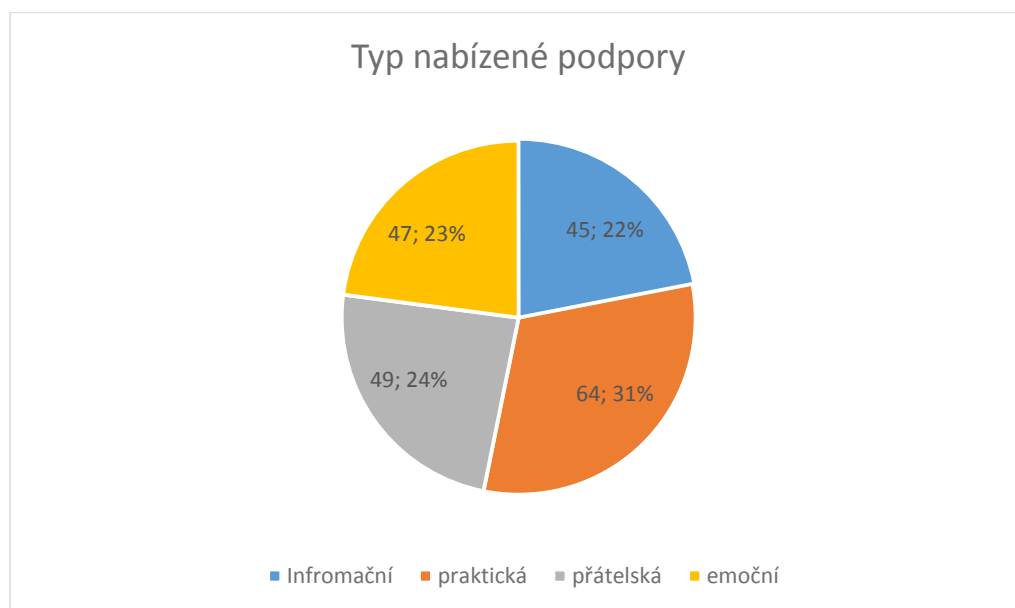
Analýza ukázala (viz. graf č. 5), že nejčastějším typem blízké osoby byl pro respondenty odborník. Z celkového počtu 115 blízkých osob bylo 40 % (46) odborníků. Následovali rodinní příslušníci (30 %, tj. 34) a přátelé (16 %, tj. 18). Pouze ve 2 % (3) případech se jednalo o souseda, což ukazuje na nízkou míru integrace do komunity obce, ve které rodiče žijí.

Graf č. 5 Typ blízké osoby



Rodiče byli dále požádáni, aby všechny blízké osoby rozdělili do skupin podle toho, jakou podporu jim daná osoba poskytuje. Nabídnuty byly čtyři druhy podpory: emoční, přátelská, informační a praktická. K jedné blízké osobě bylo možné přiřadit více druhů podpor. Jak ukazuje graf č. 6, všechny druhy podpory byly zastoupeny téměř rovnoměrně. Nejčastěji (31 %, tj. 64) pak osoba blízká rodičům poskytuje podporu praktickou.

Graf č. 6 Typ nabízené podpory



Dále měli respondenti pro každou blízkou osobu zvláště upřesnit míru blízkosti s danou osobou na stupnici od 1 do 3, přičemž hodnota jedna znamenala nejvyšší míru blízkosti. Z celkového počtu 113 blízkých osob, 53 % (60) osob bylo označeno hodnotou jedna, tedy nejvyšší mírou blízkosti. Dále 30 % (34) hodnotou 2 a 17 % (19) hodnotou tři.

Respondenti měli také hodnotit délku známosti s každou blízkou osobou. Z celkového počtu 110 blízkých osob 65 % (71) znalo danou osobu více než 5 let. 1-5 let se znali se 14 % (16) osob, 3-12 měsíců se znali s 9 % (10) osob a méně než 3 měsíce se znali s 12 % (13) osob.

Vzdálenost mezi místem bydliště a blízkou osobou bylo další informací, kterou měli respondenti hodnotit. Z celkového počtu 113 blízkých osob 58 % (66) blízkých osob bydlelo blízko, což znamenalo buď přímo v domácnosti s respondentem, nebo v docházkové vzdálenosti. Dvacet sedm procent (30) blízkých osob bydlelo nedaleko v dosahu městské hromadné dopravy. 12 % (14) blízkých osob bydlelo daleko, taková cesta vyžaduje několik hodin času. Tři procenta (3) blízkých osob pak bydlela pro respondenty velmi daleko.

Frekvenci jednotlivých typů kontaktů s blízkými osobami ukazuje tabulka č. 20. Nejčastěji jsou respondenti v osobním každodenním kontaktu, a to celkem s 55 blízkými osobami. Z dat je dále patrné, že respondenti téměř nevyužívají jako komunikační kanál e-mail a Facebook.

Tabulka č. 20 Frekvence kontaktů

	Frekvence osobního kontaktu (n)	%	Frekvence telefonního kontaktu (n)	%	Frekvence mailového kontaktu (n)	%	Frekvence kontaktu na sociální síti Facebook (n)	%
Každý den	55	49,1	9	8,0	3	2,7	5	4,5
Častěji než jednou týdně	12	10,7	4	3,6	0	0,0	0	0,0
Týdně	9	8,0	15	13,4	0	0,0	5	4,5
Každé dva týdny	4	3,6	4	3,6	0	0,0	0	0,0
Měsíčně	18	16,1	13	11,6	3	2,7	0	0,0
Několikrát do roka	6	5,4	8	7,1	0	0,0	0	0,0
Možná jednou do roka	8	7,1	3	2,7	0	0,0	0	0,0
Nikdy	0	0,0	56	50,0	106	94,6	102	91,1
Celkem	112	100 %	112	100 %	112	100 %	112	100 %

Tabulka č. 21 ukazuje na kvalitu vztahu vyjádřenou mírou prožíváním pocitů příjemnosti či nepříjemnosti při žádání o podporu či pomoc a následné přijímání této podpory. Data ukazují, že většina respondentů 74 % (81) se cítí velmi příjemně nebo příjemně, když žádají blízkou osobu o pomoc, a stejně tak je většině respondentů 81 % (88) velmi příjemné nebo příjemné pomoc od dané blízké osoby přijímat.

Tabulka č. 21 Žádání o podporu a její přijímání

	Je Vám příjemné žádat ho (ji) o podporu? (n)	%	Je Vám příjemné být od ní (něj) podporována? (n)	%
Velmi příjemné	16	14,7	17	15,7
Příjemné	65	59,6	71	65,7
Trochu nepříjemné	19	17,4	15	13,9
Nepříjemné	9	8,3	5	4,6
CELKEM	109	100 %	108	100 %

V poslední části měli respondenti hodnotit reciprocitu podpory. Z celkových 112 hodnocených blízkých osob celkem 55 % (62) blízkých osob pomáhalo respondentům. U 35 % (39) blízkých osob respondenti označili pomoc za vzájemnou, v 8 % (9) případech

pak respondent primárně pomáhal blízké osobě a ve 2 % (2) případech respondent nedokázal vzájemnost posoudit.

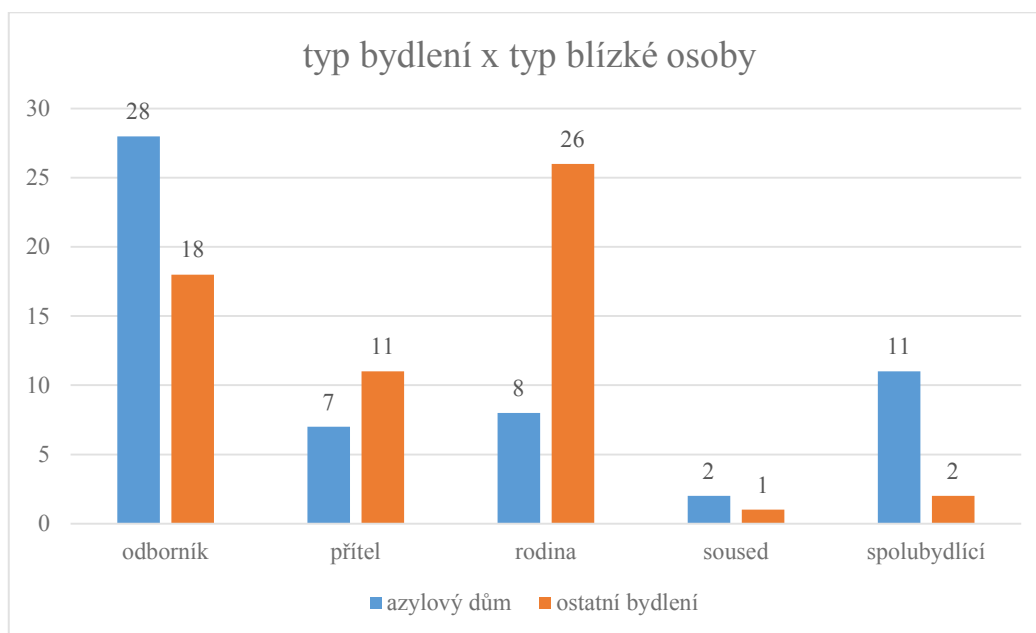
Pro hlubší pochopení problematiky sociálních vazeb rodičů s mentálním postižením rozdělila autorka respondenty do dvou základních skupin: (i) na rodiče, kteří žijí v domácím prostředí (vlastní byt či dům, spolubydlení s rodiči, podporované bydlení), a (ii) na ty, kteří žijí v azylovém domě a tyto dvě skupiny vzájemně komparovala.

Autorka stanovila následující dvě nulové hypotézy:

- (i) Typ bydlení nemá vliv na množství blízkých vazeb s odborníky.
- (ii) Typ bydlení nemá vliv na množství blízkých vazeb s rodinnými příslušníky.

U obou provedených výpočtů byla stanovena hladina významnosti α na úrovni 0,05. Obě hypotézy byly testovány chí-kvadrát testem. Pro obě H_0 platí, že na pětiprocentní hladině významnosti byly tyto nulové hypotézy zamítnuty. U první H_0 byla hodnota P 0,039. Typ bydlení tedy ovlivňuje množství blízkých vazeb s odborníky. Rodiče, kteří bydlí v azylových domech, mají vyšší počet blízkých vazeb s touto skupinou blízkých osob. U druhé testované H_0 byla hodnota P 0,000366. Typ bydlení tedy ovlivňuje i množství blízkých vazeb s rodinnými příslušníky. Rodiče žijící v azylových domech mají méně blízkých osob mezi rodinnými příslušníky než rodiče žijící v domácím prostředí. Výše uvedené informace dobře dokresluje následující graf č. 7. U následujících grafů svislá osa vždy značí počet blízkých osob. U rodičů s mentálním postižením žijících v azylových domech výrazně převyšuje počet blízkých osob z řad odborníků (28) oproti rodičům žijícím v ostatních typech bydlení (18). Opačnou tendenci lze vysledovat u blízkých osob – rodinných příslušníků, kde tento typ vazby dominuje u rodičů žijících v rodinném prostředí mimo instituci.

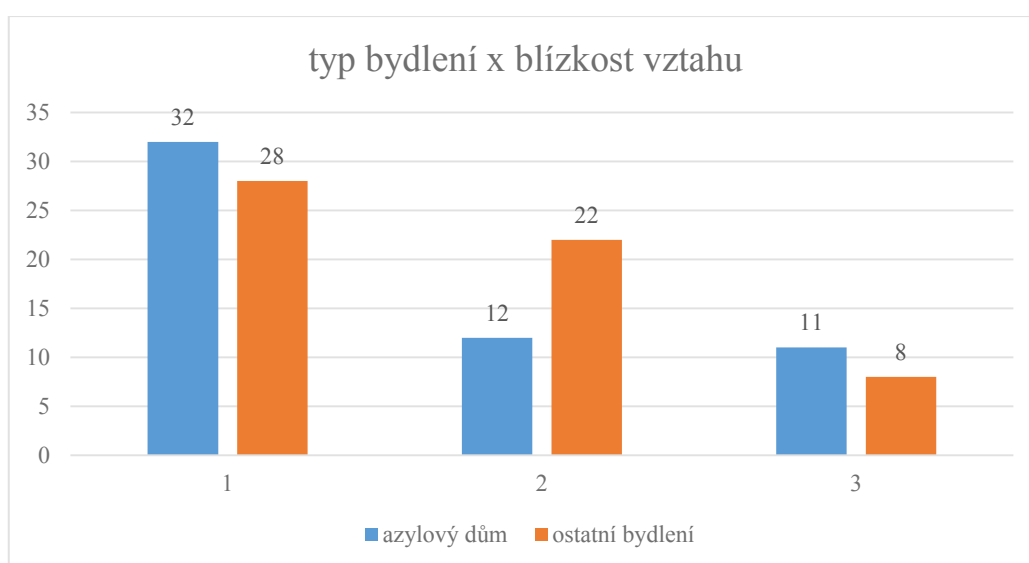
Graf č. 7 Korelace mezi typem bydlení a typem blízké osoby



Vzhledem k nízké četnosti odpovědí u ostatních otázek nebyly další hypotézy testovány. Následující data jsou proto prezentována pouze deskriptivně.

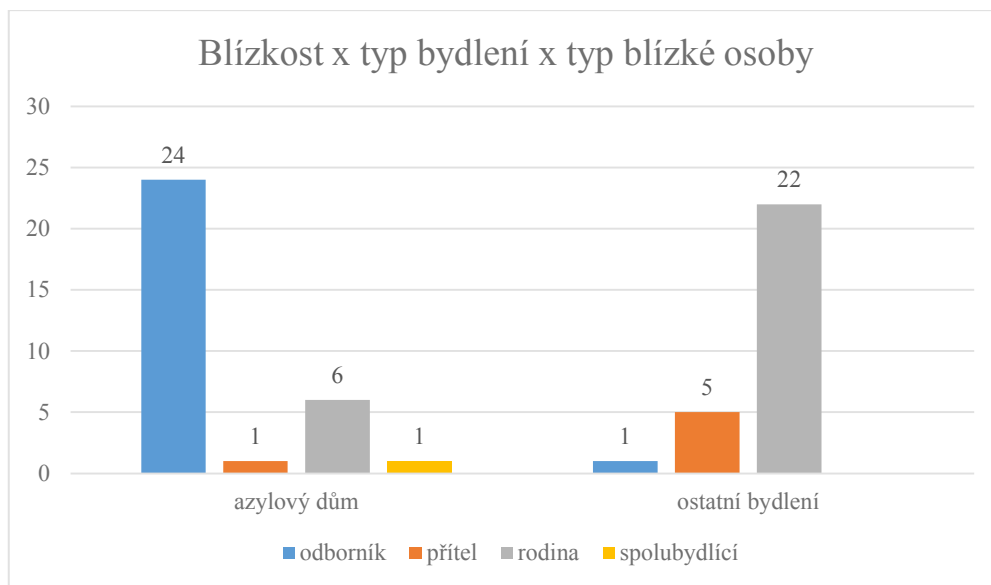
Graf č. 8 ukazuje souvislost mezi typem bydlení a blízkostí vztahu, přičemž 1 = nejvyšší míra blízkosti. Jak ukazuje graf, rodiče žijící v azylovém bydlení volili nejvyšší míru blízkosti častěji (32) než rodiče žijící v domácím prostředí (28).

Graf č. 8 Korelace mezi typem bydlení a blízkostí vztahu



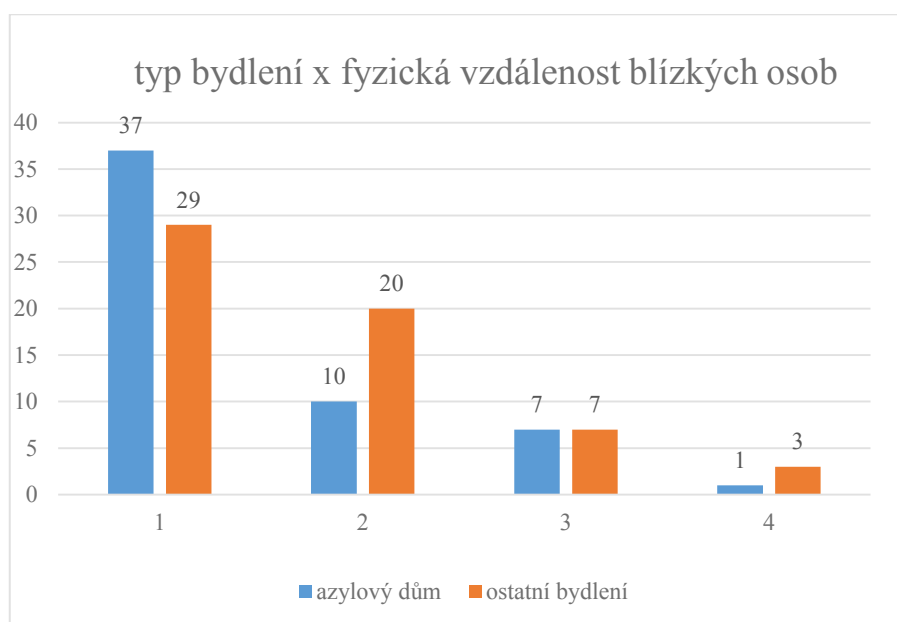
Nejvyšší mírou blízkosti (viz. graf č. 9) pak rodiče žijící v azylovém domě označovali odborníky, a to ve 24 případech. Naopak pro rodiče žijící v domácím prostředí byli nejbližší jejich rodinní příslušníci (22).

Graf č. 9 Korelace mezi typem bydlení, typem podpory a nejvyšší mírou blízkosti



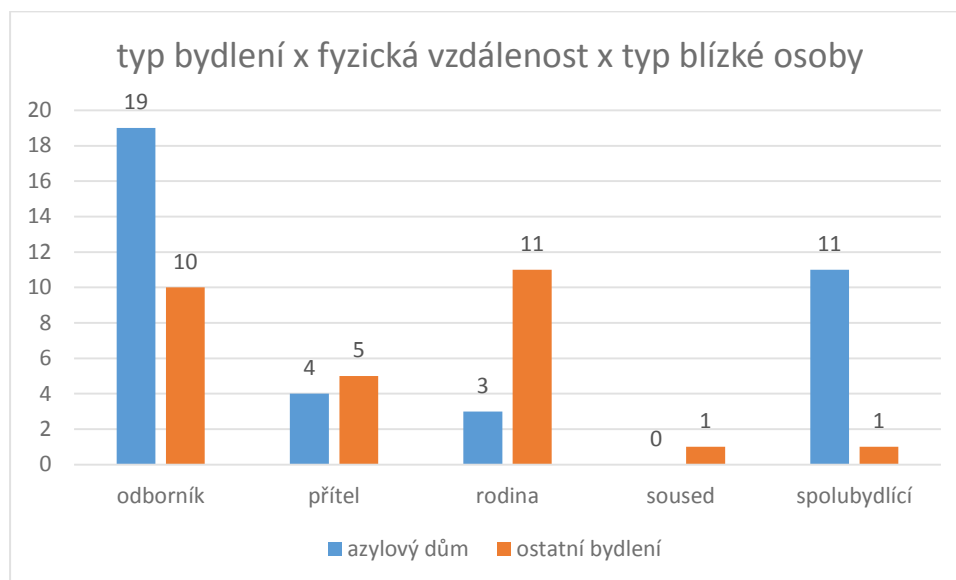
Další sledovaným vztahem byl typ bydlení rodiče a fyzická vzdálenost s blízkou osobou. Hodnota 1 přitom označovala nejbližší vzdálenost. Jak ukazuje graf č. 10 obě sledované skupiny měly své blízké osoby nejčastěji v nejbližší nabízené vzdálenosti.

Graf č. 10 Korelace mezi typem bydlení a fyzickou vzdáleností blízkých osob



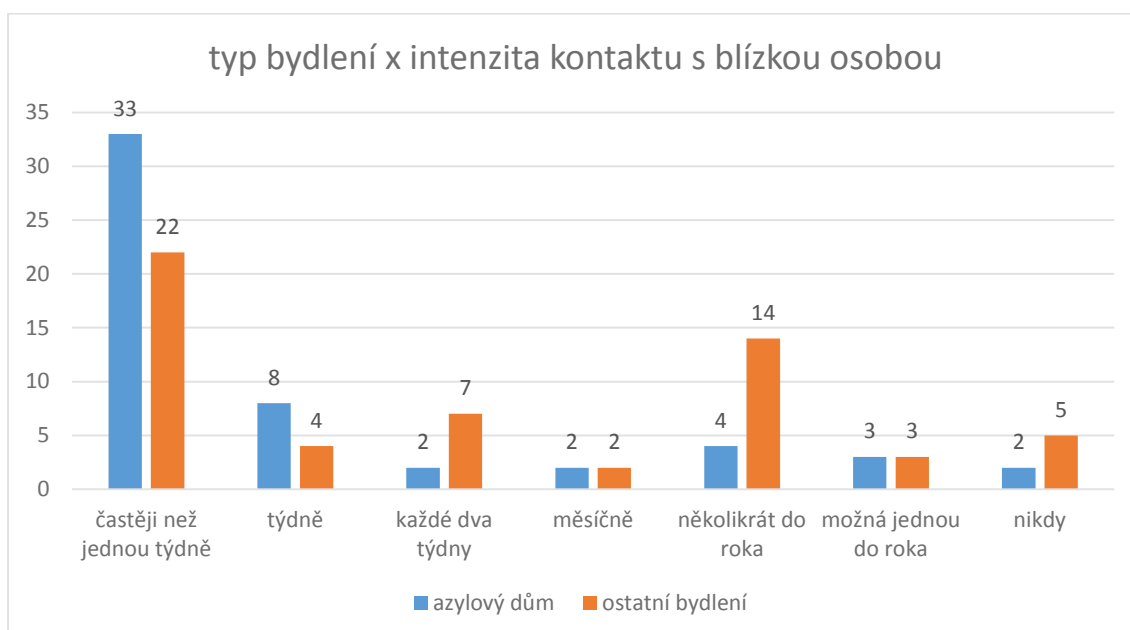
Jak ukazuje graf č. 11, variantu 1, tedy nejbližší fyzickou vzdálenost, volili rodiče žijící v azylovém domě nejčastěji u odborníka. Rodičům z domácího prostředí jsou v 11 případech fyzicky nejbliž rodinní příslušníci a v 10 případech odborníci. Rodičům žijícím v azylovém domě jsou tedy sociální pracovníci nejbližšími osobami, a to nejen psychicky, ale i fyzicky.

Graf č. 11 Korelace mezi typem bydlení, nejbližší fyzickou vzdáleností a typem blízké osoby



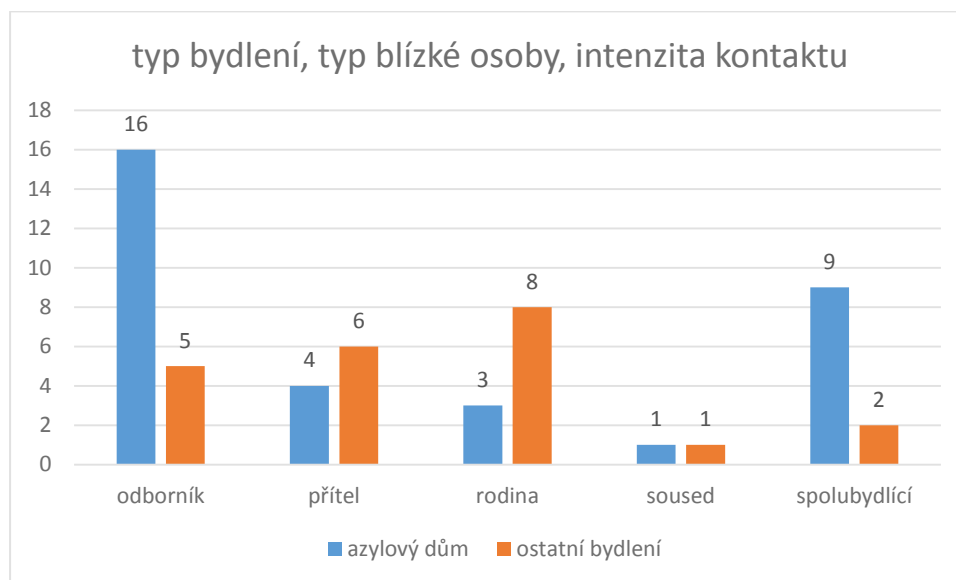
Analyzován byl rovněž vztah mezi typem bydlení a intenzitou kontaktu s blízkou osobou. Graf č. 12 ukazuje, že častěji se s blízkými osobami setkávají rodiče žijící v azylovém domě.

Graf č. 12 Korelace mezi typem bydlení a intenzitou kontaktu s blízkou osobou



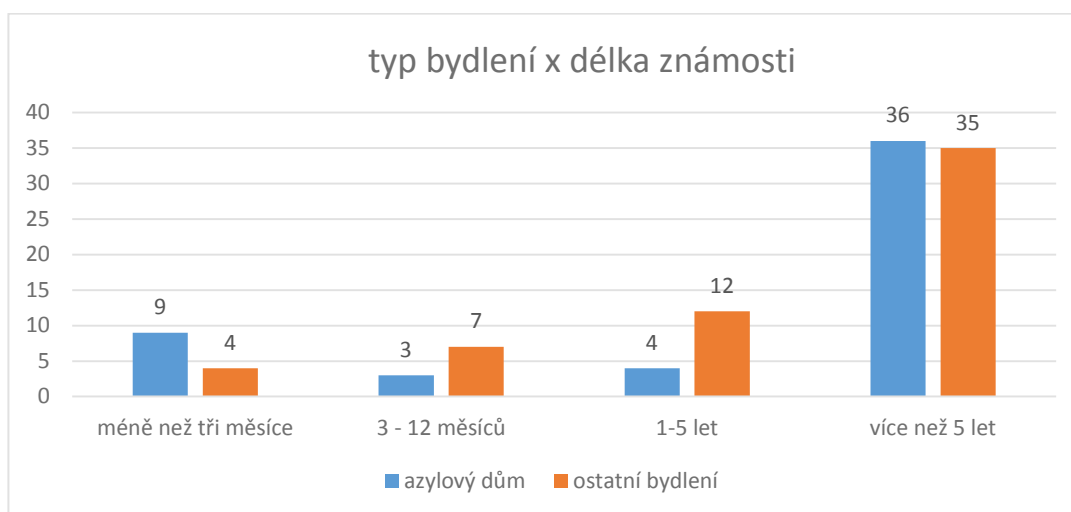
Je tomu tak zejména proto, že tento nejintenzivnější kontakt mají s odborníky (jedná se ve většině případů o sociální pracovníky pracující v azylovém domě), jak ukazuje další graf č. 13.

Graf č. 13 Korelace mezi typem bydlení, typem blízké osoby a intenzitou kontaktu



Délka známosti mezi respondentem a blízkou osobou byla další sledovanou proměnnou. Obě sledované skupiny respondentů znají nejvíc blízkých osob více než pět let (viz graf č. 14).

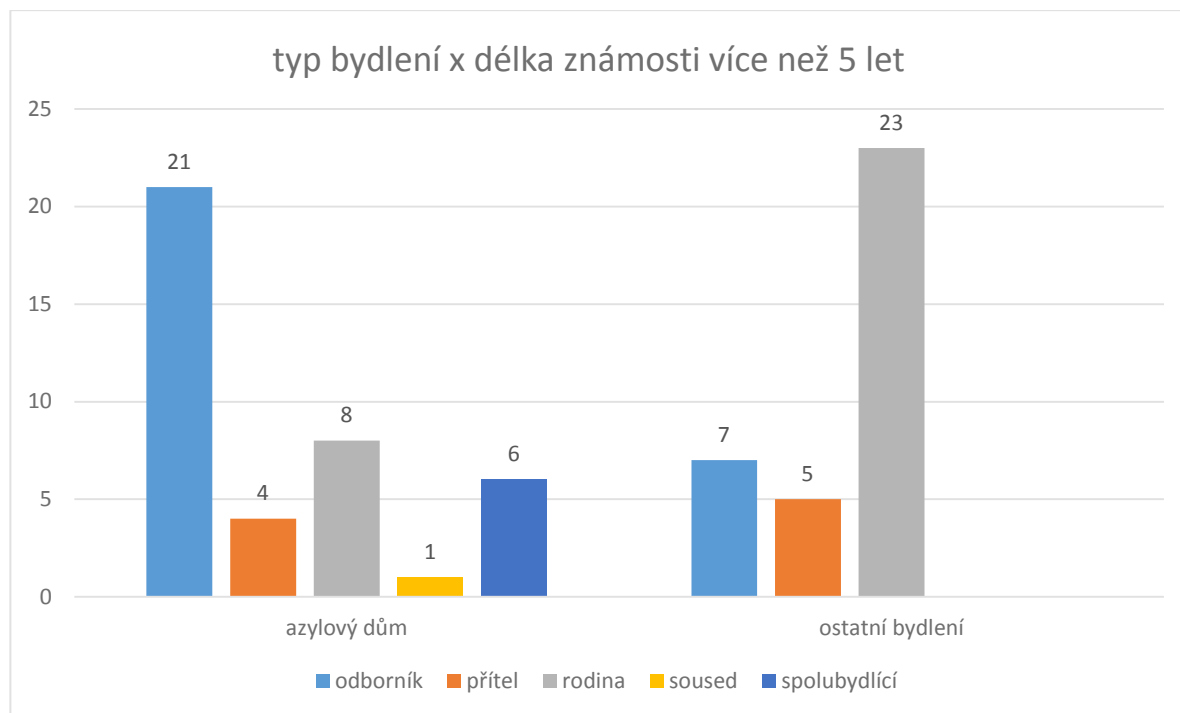
Graf č. 14 Korelace mezi typem bydlení a délkou známosti



Autorka také analyzovala, jaké je složení blízkých osob, kde známost trvá déle než pět let, u obou sledovaných skupin. Graf č. 15 ukazuje, že je zde opět významný rozdíl mezi

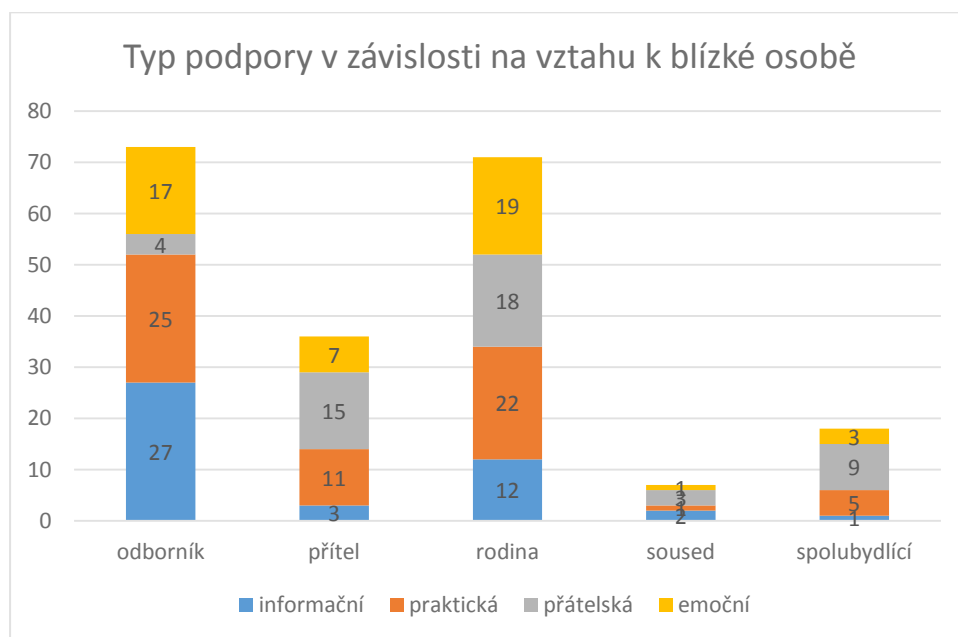
skupinou respondentů žijících v azylovém domě a v ostatních typech bydlení. Respondenti v azylových domech se déle než pět let znají převážně s odborníky. Oproti tomu respondenti, kteří žijí v jiných typech bydlení, mají nejdelší vztahy s rodinnými příslušníky.

Graf č. 15 Korelace mezi typem bydlení a délkou známosti více než 5 let



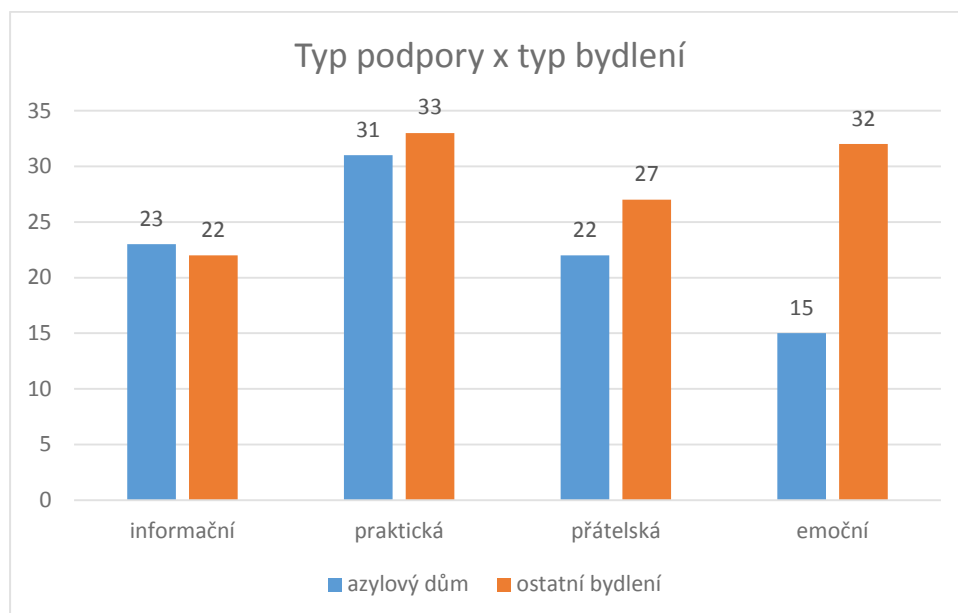
Jak již bylo výše uvedeno, jednou z hodnocených proměnných byl typ podpory, kterou blízká osoba nabízí. Na grafu č. 16 je znázorněno rozložení jednotlivých typů podpor podle typu blízké osoby. Odborník nejčastěji nabízí informační (27) a praktickou (25) podporu. U rodinných příslušníků je nejčastěji zastoupena podpora praktická (22) a emoční (19).

Graf č. 16 Rozložení jednotlivých typů podpor v závislosti na vztahu k blízké osobě



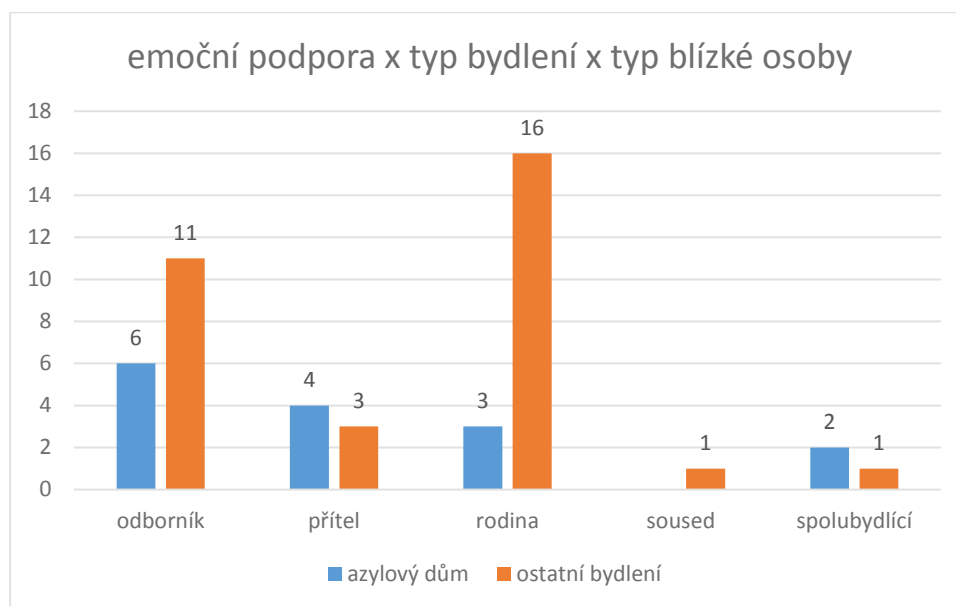
Testována byla rovněž souvislost mezi typem bydlení respondenta a typem podpory, kterou mu blízká osoba poskytuje. Významnější rozdíl lze vidět na grafu č. 17 zejména v oblasti emoční podpory, kterou respondentům poskytuje více než dvojnásobek blízkých osob.

Graf č. 17 Korelace mezi typem podpory a typem bydlení



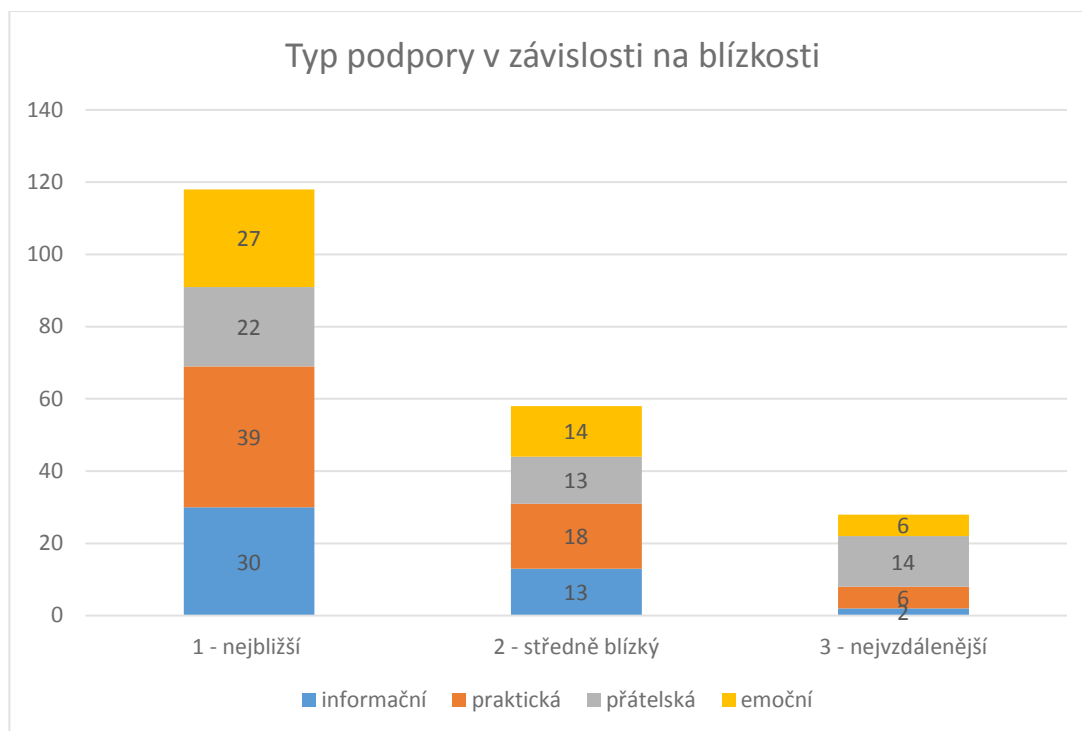
Vzhledem k výraznějšímu rozdílu u emoční podpory bylo dále analyzováno, kdo konkrétně tento typ podpory respondentům poskytuje. Nejčastěji je to pak rodinný příslušník (16) a odborník (11) (viz graf č. 18).

Graf č. 18 Korelace mezi emoční podporou, typem bydlení a typem blízké osoby



Dalším možným kritériem pro sledování typu nabízené podpory byla blízkost dané osoby. Jak ukazuje graf č. 19 blízké osoby, které respondenti označili za ty úplně nejbližší, poskytují respondentům všechny typy podpory, nejčastěji pak praktickou (39) a informační (30).

Graf č. 19 Korelace mezi typem podpory a emoční blízkosti



U vybraných vztahů mezi proměnnými byla testována také statistická významnost za využití Spearmanova a Pearsonova korelačního koeficientu. U následujících korelací byla zjištěna souvislost mezi proměnnými na 5 % hladině významnosti.

Tabulka č. 22 Statistická významnost mezi sledovanými proměnnými

	Spearmanův korelační koeficient	hladina významnosti	Pearsonův korelační koeficient	hladina významnosti
emoční blízkost x délka známosti	-0,33	< 0,001	-0,269	0,005
fyzická blízkost x frekvence kontaktu	0,568	< 0,001	0,583	< 0,001
délka známosti x frekvence kontaktu	0,164	0,087 ²¹	0,216	0,023

Grafy zobrazující tyto tři zmíněné korelace jsou obsahem přílohy (Příloha č. 11).

²¹ U této souvislosti mezi dvěma proměnnými byla korelace zjištěna jen u Pearsonova korelačního koeficientu

5.5. Výsledky analýzy ohniskových skupin

Výsledkem analytického procesu bylo celkem 92 kódů syntetizovaných do 20 kategorií. Při následném třídění vznikla 4 témata. Celkový přehled témat a kategorií je obsažen v tabulce č. 23

Tabulka č. 23 Přehled identifikovaných kategorií a témat

Téma	Kategorie
Systém podpory a péče o rodiče s mentálním postižením a jejich děti	Vedení případu (case management) Systémové nedostatky ve formální podpoře rodičů s MP Terénní služby Výkon sociální práce s rodiči s MP v praxi Případové a rodinné konference Identifikace rodičů s mentálním postižením Návrhy na zlepšení systému podpory rodičů s MP Pobytové služby Spolupráce s institucemi spadajícími do resortu zdravotnictví Systémové okolnosti ovlivňující výkon povolání sociálního pracovníka
Sociální pracovník v systému poskytujícím podporu rodičům s MP	Metodické vedení a vzdělávání sociálních pracovníků Osobnost sociálního pracovníka a jeho postoje vztahující se k rodičovství osob s MP
Faktory ovlivňující plnění rodičovské role	Překážky v naplňování rodičovské role Specifické okolnosti ovlivňující plnění rodičovské role Omezení osobních a rodičovských práv a z nich plynoucí důsledky pro výkon rodičovské role
Specifika rodičovství osob s mentálním postižením	Dobré rodičovství - naplňování potřeb dítěte Strategie rodičů při jednání se sociálními pracovníky Rodina rodiče s MP Potřeby rodičů s MP Dítě rodiče s mentálním postižením

5.5.1. *Téma: Systém podpory a péče o rodiče s mentálním postižením a jejich děti*

Identifikace rodičů s mentálním postižením

Během všech čtyř ohniskových skupin byli účastníci výzkumu dotázáni na jejich zkušenosti s identifikací rodičů s mentálním postižením. Podle účastníků se jedná o klíčovou záležitost, které by měla být věnována ze strany poskytovatelů zdravotních a sociálních služeb značná pozornost. Včasná identifikace umožňuje odborníkům navázat spolupráci s matkami s mentálním postižením již v době těhotenství. Toto období je významné, protože

rodičům s mentálním postižením často chybí vhodné zázemí, například bezpečné bydlení a dostatek finančních prostředků. Díky včasnému napojení na službu mohou být budoucí rodiče s mentálním postižením také včas vzdělávání a připravování např. na porod a na péči o dítě.

Účastníci výzkumných skupin hovořili o několika problematických oblastech v souvislosti s identifikací rodičů s mentálním postižením: (i) odpovědné instituci, (ii) problémech v systému, (iii) rozpoznání rodičů s mentálním postižením a (iv) stigmatizaci nálepkou mentální postižení.

„Já vlastně z vlastní zkušenosti bych ráda poukázala na to, že vlastně ještě než se to dítě narodí, by ta rodina měla být ve službě a začít se s nimi pracovat, my třeba máme projekt podporovanéj Terezou Maxovou Cesta na začátku a už běží asi 6 let a vlastně prvním krokem bylo to síťování, zdravotních sester, porodnic, gynekologů, ale moc se to nedaří. My máme navázanou spolupráci s [název města] nemocnicí se sociálníma pracovníci a ty nám třeba volaj, narodilo se tady miminko, maminka si s ním neví rady (...) ale my bychom právě potřebovali tu maminku vytáhnout třeba tři čtvrtě roku nebo půl roku předtím, protože fakt máme spoustu materiálů a můžeme jí vzdělávat, pracovat s ní, připravovat se, že třeba i ta rodina se o ní postará.“ FG2²²

Mezi účastníky výzkumu panovaly rozdílné názory o tom, kdo by měl být za depistáž zodpovědný. Na systému péče o ohrožené děti se podílí tři resorty (ministerstva). Podchycení potencionálně ohrožených rodin v čele s rodičem s mentálním postižením by podle některých účastníků mohl zajišťovat resort zdravotnictví. Řada účastníků uvedla, že by měli být rodiče s mentálním postižením zachyceni již v období před narozením dítěte nebo krátce po něm. V takovém případě by měli klíčovou roli při identifikaci těchto rodičů (zejména matek) lékaři v oboru gynekologie a porodnictví. Případně mohou depistáž zajistit sociální pracovníci působící v porodnicích. Ne v každé porodnici je ale pozice sociálního pracovníka zřízena. Dle vyhlášky č. 99/2012 Sb. o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotnických služeb totiž nemají porodnice povinnost zřizovat pozici zdravotně-sociálního pracovníka.

²² Zkratkou FG+číslo jsou označovány jednotlivé ohniskové skupiny, ze kterých daná citace pochází.

„My jsme to řešili s jiným odborníkem a pan doktor řekl, že jediný, co může udělat, je předat kontakt, že nemá pravomoc nám volat, to je ten problém, on to může jenom předat a doporučit, a pak už je to na tom pacientovi, jak se rozhodne.“ FG2

Zásadním problémem je podle účastníků výzkumu skutečnost, že zdravotníci v praxi využívají oznamovací povinnost až v opravdu hraničních případech, kdy hrozí dítěti přímé nebezpečí. Přičemž dle zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně právní ochraně dětí “každá fyzická osoba, která se dozví o týrání, zneužívání nebo zanedbávání dítěte nebo má důvodné podezření na porušování práv a zájmů dítěte, má právo upozornit na tuto skutečnost kterýkoliv orgán sociálně-právní ochrany dětí“. Matky, které by mohly mít obtíže při péči o dítě, tak většinou nejsou identifikovány a nedostane se jim potřebné podpory.

„Ale zase pokud ta maminka úplně nevybočuje, že by byla úplně mimo, tak zase ta sociální pracovnice [z porodnice] nemá potřebu nás informovat, to by to už teda muselo mít grády... to musí být nějaká nápadnost, nesledované těhotenství nebo nápadnost při porodu a po porodu, mně jednou napsali, že za ní choděj divný lidi.“ FG3

V případech, že zdravotníci mají pochybnosti o schopnostech matky řádně pečovat o dítě, mohou doporučit matce a dítěti společný pobyt v dětském domově pro děti do tří let, někdy označovaném jako dětském centru (v bývalém kojeneckém ústavu). Tato zařízení mohou matku přijmout na základě žádosti OSPOD, případně na základě předběžného opatření vydaného soudem nebo na vlastní žádost rodiče. Maximální délka pobytu není zákonem konkretizována. Jedna z účastnic výzkumu ale poukázala na skutečnost, že to, že matka s dítětem absoluuje pobyt v tomto zařízení, ještě neznamená, že následně ze systému podpory nevypadne, a to jen proto, že si mezi sebou resorty nepředají informace.

„Co máme vysledovaný, tak porodnice, pokud se tam matka dostane, tak tyto vlastně úplně jednoduše přešoupnou do dětskýho centra, do kojeňáku, tam se to někdy ten OSPOD ani nedozví, protože tam je to vlastně v rámci zdravotnickýho zařízení, [...] dostane se vlastně do toho dětskýho centra a potom to dítě, je vlastně zřejmě povinnost těch dětských center, aby nahlásit

těm OSPODům, že vlastně už všichni vědí, že je to jediný řešení, jak pokračovat.“ FG1

Další variantou včasné identifikace, která byla navržena ve dvou ohniskových skupinách je, že identifikovat rodiče s mentálním postižením by měl praktický lékař pro děti a dorost, který jako první po odchodu z porodnice přijde do kontaktu s rodinou. Účastníci výzkumu uvedli hned dva problémy, které v systému podpory rodičů s mentálním postižením podle jejich názoru existují. I přesto, že při odchodu z porodnice bývá matka dotazována na jméno ošetřujícího praktického lékaře pro děti a dorost (pediatra), zákon matce neukládá povinnost registrovat dítě u pediatra, a tudíž není v možnostech porodnic kontrolovat, zda pediatr skutečně péči o novorozence přebírá. Rodič a dítě se tak může úplně ze systému vytratit. Dalším problémem je, že v současné době platná legislativa (vyhláška č. 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách) neukládá pediatrovi povinnost navštívit rodinu doma. Ve vyhlášce je pouze uvedeno, že všeobecná preventivní prohlídka novorozence se provádí, pokud je to možné, v jeho vlastním sociálním prostředí. Navíc tuto prohlídku může rodič bez udání důvodu odmítnout. Zákon, který by mu nařizoval vpustit do svého domova pediatra, totiž neexistuje. Může se tak stát, že se s rodiči pediatr setká až během preventivní prohlídky přímo v ordinaci, kde ale nemusí případnou zvýšenou potřebu podpory rozpoznat.

„No jsou různé situace, kdy se projevují různé věci, někdy pediatr nemůže nic poznat, protože z té návštěvy, co tam píše? Řvou tam všechny děti nebo prostě, že to dítě je špinavý, není důvod hlásit to na OSPOD, to by muselo opravdu už mít boláky nějaký neřešený nebo něco...“ FG3

Dalším aktérem zodpovědným za včasnou identifikaci jsou Orgány sociálně-právní ochrany (dále jen OSPOD) spadající do kompetence Ministerstva práce a sociálních věcí. Ze zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí je OSPOD přímo zodpovědný za vyhledávání ohrožených rodin, mezi které mohou spadat i rodiče s mentálním postižením. Bohužel se však do jejich evidence rodiny dostávají příliš pozdě, až když nějaké rodinné funkce začnou selhávat a někdo rodinu tzv. oznámí. Navíc s matkou nemohou zahájit spolupráci dřív, než se dítě narodí, protože na nenarozené dítě se nevztahuje §6 zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně právní ochraně dětí, který vymezuje okruh osob (dětí), kterým se sociálně-právní ochrana poskytuje.

„No ono to ani nejde, jo, nebo nedaří se to, protože ty maminky, když jsou v době těhotenství, tak vlastně ani OSPOD se to nedozví a vlastně OSPOD může pracovat s maminkou nebo tou rodinou, až vlastně když se dítě narodí a má rodný číslo, takže občas se k nám dostane takováhle mamka, protože už nějaký děti mají a OSPOD o nich ví, ale pokud to jsou prvorodičky, tak se vlastně k nim nedostanem, no.“ FG2

„Ne, čistě na oznámení, my se tady k těm případům nedostaneme jinak, než že nám to někdo řekne, my nechodíme po sídlišti a neříkáme, nechová se tu někdo divně? Když jdeme, tak máme zavřené oči, abychom nic neviděli.“ FG3

V rámci ohniskové skupiny FG4 jedna z účastnic zmínila, že odpovědnost by měla ležet na bedrech pracovníků ve školství, kteří přicházejí do kontaktu s dětmi rodičů s mentálním postižením již v raném věku v mateřských školách.

„V mateřský škole, teďka se tomu věnuju tomu tématu, spolupracuju se spoustou mateřských škol, já to беру jako prevence syndromu týraného zanedbávaného a zneužívaného dítěte, a to je první prostředí, kam dítě vlitne z domácího prostředí, tam děti říknou všechno, takže ty učitelky maj informace a i zkušenost, jaký informace jsou jakoby dětský, jaký závažnější, a potom škola. Ale to dítě, když je doma, protože ten mentálně postižený rodič pochopitelně ty výchovný kompetence nemá na dostatečné úrovni, takže se to v té výchově projeví, a to dítě se tak taky projevuje, ale až je starší, to víte, že tam se to pozná na tom vývoji. Takže tam se to projeví nějakými výchovnými problémy u dítěte, a teprve, když škola vejde do komunikace s rodičem, tak může získat náhled na to, že tam není něco v pořádku.“ FG2

Účastníci se v souvislosti s identifikací rodičů zabývali ještě dvěma problematickými oblastmi. Zmiňovali, že je mnohdy velmi náročné rozpoznat, že se jedná o mentální postižení. Sociální pracovníci o diagnóze nemívají povědomí, pokud rodič neprošel diagnostikou při řešení svéprávnosti. Často jim tak informace o mentálním postižení chybí a jen intuitivně se snaží odhadnout rozumové možnosti rodičů.

„Ale možná tím, že jsem se o to trochu víc zajímala, takže v rámci výzkumu jsem řešila tuhle identifikaci lehkého mentálního postižení a i co můžu s kolegy, tak neuměj to rozpoznat, často to je ještě spojený s nepodnětným prostředím rodiny, takže oddělit tohle, na kolik je to postižení, na kolik v důsledku nějaký výchovy, a pak už je to jednoduchý, když to řeknu, když je to maminka omezená ve svéprávnosti a je tam k tomu posudek, tak už to umí každé, že jo, ale když se to neidentifikuje, tak se obtížně vhodná sociální služba třeba zdůvodňuje.“

FG1

Samotná diagnóza mentálního postižení není nosnou informací pro nastavení optimální podpory, jak upozornila jedna z účastnic ohniskové skupiny FG2. Důležitější jsou schopnosti a silné stránky rodiče, na kterých se dá budovat spolupráce, a znalost případných omezení rodiče.

„Pro mě ještě z druhé strany, je mi to trošku jedno, protože mně jde o volní vlastnosti, jestli se můžem domluvit, spolehlivost, a tak, a to ta mentální úroveň, to člověk vidí ty kapacity, a to každé máme, takže hledáme, ty kapacity jsou tam snížené, ale když se to něčím jiným porovná, takže člověk si to spíš mapuje, jak si mapuje tu rodinu, tak toho jednotlivého člověka, co se dá a co se nedá a narazí se na nějaký ty omezení třeba.“ FG2

Poslední problematickou oblastí, které se účastníci výzkumu v souvislosti s identifikací rodičů s mentálním postižením dotkli, byla stigmatizace nálepkou mentálního postižení. Jedna z účastnic vyjádřila obavu z toho, že by lidé s mentálním postižením byli automaticky kvůli své diagnóze vedeni v nějakém registru. S tím úzce souvisí i problematika identifikace ohrožených dětí a subjektivity, která při posuzování rodin do tohoto procesu vstupuje.

„No ale na druhou stranu si dokážu představit, že to může být vysoce stigmatizující pro ty lidi, kteří budou v nějaké evidenci, jestli potenciálně otěhotní a budou mít dítě... Jako systém sociálně-právní ochrany dětí je nastaven tak, že když se jedná o ohrožené dítě, tak do toho nějakým způsobem je možné, aby vstoupil, takže je otázka, jestli vlastně všechny děti, které se narodí rodičům s mentálním postižením, jsou jakoby ohrožené, to si myslím, že je o tom, jak kdo nahlíží na paragraf 6 zákona o sociálně-právní ochraně dětí,

jak si kdo vykládá nejlepší zájem dítěte, jak si kdo vykládá další paragrafy spojené s oznamovací povinností a dalšíma věcmi, takže to záleží vždycky na vůli a nějakém osobním nastavení toho daného úřadu, pracovníka.“ FG4

Systémové nedostatky ve formální podpoře rodičů s mentálním postižením

Ve všech čtyřech ohniskových skupinách panovala shoda v názoru, že současný systém poskytování podpory rodinám v čele s rodičem s mentálním postižením není připraven na to, nabídnout těmto rodičům adekvátní podporu tak, aby mohlo dítě dál vyrůstat ve vlastní rodině.

„No já nemám úplně pocit, že by tady ti rodiče byli nějak extra podporováni, když se na nás obracej jako na sociální službu, buď to zástupci těchto rodičů o pomoc, tak mám pocit, že je ta tendence oddělit dítě a matku, že to není úplně ta práce, aby se matka naučila pečovat, případně tréninkové, podporované bydlení.“ FG4

Účastníci hovořili o množství systémových mezer, které výrazně limitují kvalitu poskytované podpory. Za hlavní mezeru považovali absenci služeb vhodných pro tuto skupinu rodičů, a to jak terénních, tak pobytových.

„To nejen pro mentálně postižený, to pro mnoho rodin, protože v podstatě nic jinýho tady pro tohle není. Azylové domy to je krizová intervence, že jo, ale to podporovaný bydlení, to je ono.“ FG2

Podle předpokladů účastníků výzkumu a také podle jejich zkušeností ze závěrů soudních znaleckých posudků vyžadují rodiče s mentálním postižením téměř 24 hodinovou podporu. V současném systému služeb však podle účastníků výzkumu nejsou terénní služby kapacitně schopny takové potřeby podpory pokrýt. Zároveň zcela chybí služby pobytové. Služba Domov pro osoby se zdravotním postižením a služba Chráněné bydlení podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách neumožňují poskytovateli nabízet podporu v úkonech souvisejících s péčí o dítě.

„Častokrát je ta tendence orgánu sociálně-právní ochrany dětí zajistit tu rodinu nějakou službou, aby tam pravidelně docházela, aby byli trošku krytí,

že je to fakt jakoby bezpečné, ale ty služby tu kapacitu nemají takovou, aby se někdo věnoval té rodině tak, že tam bude 3x, 5x týdně, a když se potom řeší to opatrovnictví nebo zbavení svéprávnosti nebo tyhle další věci soudně, dělají se znalecký posudky, tak většina znaleckých posudků v sobě obnáší to, že jako: pod stálým dohledem je matka schopná zvládnout péči o dítě nebo s pravidelnou podporou a většinou je to tam tak explicitně napsané, že to není možné obsáhnout formou sociálně aktivizační služby a taky jak kolegyně říkala, taková služba tady není.“ FG4

„Ono je právě problém, že ty chráněná bydlení nejsou nastavená na tu pomoc těm matkám, my jsme měli taky... vlastně že otěhotněla ta klientka, a to vlastně znamenalo, že s ní budou muset ukončit tu službu.“ FG1

Dalším problémem je udělení / či neudělení diagnózy mentálního postižení těmto rodičům. Zatímco pro některé poskytovatele představuje tato diagnóza překážku pro poskytnutí služby (např. službu Azylové bydlení), pro jiné poskytovatele (např. Podpora samostatného bydlení, Chráněné bydlení) je to její absence, která představuje důvod odmítnout klienta s potřebou podpory.

„Z naší zkušenosti je zase málo organizací, který chtějí spolupracovat, když je tam mentální postižení, o azylech nemluvě, často je to kontraindikace ...“ FG1

„Protože pak se třeba stává, že je to ohraničeno tou diagnózou a my máme třeba teďka v poradenství starší maminku, ona už má dospělého syna a ona asi nemá to mentální postižení, ale má, jak vy říkáte to nižší IQ, ale v tom reálu, co zvládá, nezvládá, tak vlastně potřebuje podporu jako člověk s lehkým mentálním postižením, nezvládá hospodaření s penězi, nezvládá péči o domácnost, plánovat nějaké složitější věci a je pro ni teda jedno, jestli má nižší IQ nebo mentální postižení. A teďka narazíme, ona bydlí v azylovém domě a potřebuje najít nějaké bydlení, peníze na nájem nemá a teď narazíme, že nám chráněné bydlení řekne, že tam být nemůže, protože nemá to mentální postižení.“ FG1

Nedostatečné finanční zajištění rodičů je podle účastníků často další překážkou v tom, aby dítě mohlo zůstat v rodině. Za to je Česká republika dlouhodobě kritizována Evropským soudem pro lidská práva, protože dochází k odebírání dětí čistě z ekonomických důvodů (Usnesení vlády ČR ze dne 7. prosince 2010 č. 882/2010). Rodiče s mentálním postižením většinou nemají finance na zajištění základního živobytí. V systému sociálních služeb jsou považováni za finančně nesoběstačné uživatele, protože ve většině případů nedosáhnou na tzv. příspěvek na péči, sociální dávku určenou na úhradu za pomoc. Nedostatek financí nezatěžuje ale jen rodiče s mentálním postižením, se špatným financováním se potýkají také poskytovatelé sociálních služeb.

„Pro nás je často alfa a omega bydlení a finance, tam se potom dá pracovat na těch rodičovských kompetencích a nácviky a cokoliv, tam se dá už cokoliv, ale my většinou pracujeme s tím, že není bydlení a řešíme, ze kterého azyláku do kterého azyláku, jestli maj peníze dneska a budou mít i zítra a tam se neodpracuje z mého pohledu skoro nic, protože na to není kapacita.“ FG3

S obtížemi ve financování úzce souvisí další zásadní systémový problém: přetíženost sociálních pracovníků, a to zejména těch působících na OSPOD. Podle účastníků o tyto pracovní místa není velký zájem, protože je práce špatně finančně ohodnocena, a tak sociální pracovníci bývají zahlceni velkým množstvím klientů.

„Jsme největší obvod v [název města], takže pro nás je ten objem klientů obrovské, takže my se spíš snažíme, než tu přímou práci, přímí vedení. Najít organizaci, která nám bude v tomhle jako pomáhat.“

[„Můžu se zeptat, kolik v současné době klientek doprovází jedna pracovnice na OSPODu?“]

„Ze zákona to má být 80, my máme kolem 100.“ FG1

Při spolupráci s rodiči s mentálním postižením se toto zatížení projevuje v uchylování se pracovníků k “jednoduchým” řešením. Rodič s mentálním postižením představuje podle respondentů klienta, jenž potřebuje podporu trvající několik let.

„(...) takže zase se nedivme pracovníkovi OSPOD, v okamžiku, když mu tam přijde rodič s mentálním postižením, tak pro něj je to případ, kterej by vlastně

nikdy z toho šanonu nevyřadil ve svý podstatě, protože to je podpora řekněme každodenní na 18 let a mnohdy to řešení, umístit dítě někam jinam je vlastně jakoby jednodušší.“ FG1

Pokud se pracovníci OSPOD rozhodnou napojit klienta na poskytovatele sociálních služeb, v některých případech narazí na problém spojený s dobrovolností využívání těchto služeb. Někteří účastníci ohniskových skupin popsali negativní zkušenosti týkající se spolupráce se samotnými rodiči s mentálním postižením. Ti nemusí mít zájem se službami (např. Sociálně aktivizační službou pro rodiny s dětmi) spolupracovat. Protože je poskytování sociálních služeb založeno na smluvním principu (na rozdíl od povinnosti spolupracovat se sociálními pracovníky OSPOD, případně pracovníky z organizace, která má pověření k výkonu sociálně-právní ochraně dětí), není možné služby poskytovat bez svobodné vůle jedinců s mentálním postižením.

„Je to právě problém toho nastavení, třeba tý sanace z mé zkušenosti..., taky máme přímo neziskovku teda sanaci, ale tam je problém, když klient nespolupracuje, oni prostě s ním taky nespolupracujou ... takže zatímco s námi musej spolupracovat a my s nima musíme spolupracovat, tak ta sanace, byť je ta služba prostě dobrá, tak tam tu povinnost nemaj a soudně se to nedá nařít nic ... přeci jenom je to pomoc a oni to vnímají jako buzeraci, když jim záleží na tom, aby ty děti v péči měli, tak by to byla cesta... já nevím, jestli by to fungovalo nebo ne, ale v praxi o tom sním.“ FG3

Systemové možnosti formální podpory

V současném sociálním systému spolupracovali účastníci výzkumu při řešení situace svých klientů s mentálním postižením se službou „Sociálně aktivizační služba pro rodiny s dětmi“, se kterou měli spíše kladné zkušenosti. Výhodou této služby je, že se primárně zaměřuje na rozvoj rodičovských schopností a kompetencí. Poradenství, které je v této službě zahrnuto, cílí mimo jiné na podporu při uplatňování práv a zájmů rodičů a jejich dětí.

„Tak zase jsou i dobré zkušenosti. Obrátila se na nás maminka, která má tři děti a té hrozilo, že jí ty děti odeberou, měla jít k soudu, volala teda na poslední chvíli, chtěla, ať tam přijdu, a to fakticky nešlo, ale zkontaktovali jsme právě sanaci, ty jí doprovodili k tomu soudu, dopadlo to dobře, takže nejsou jenom

negativní zkušenosti, nicméně je jich opravdu málo těch služeb, specializovaných na tu podporu.“ FG1

Další možností, kterou účastníci výzkumu využívali pro své klienty, byla služba „Sociální rehabilitace“. Zde oceňovali možnost širokého zaměření služby, která může klienta podporovat ve všech oblastech jeho života a zároveň umožňuje flexibilně nastavovat intenzitu podpory.

„Já tam vidím sociální rehabilitaci, protože ta vlastně podporuje toho člověka jenom ve chvíli, kdy tu podporu potřebuje a pak zase navazuje ve chvíli, kdy ten člověk selhává, v tom vidíme tu zajímavou službu, která reaguje na akutní potřeby toho člověka.“ FG4

Dále jmenovanou možností byla služba „Podpora samostatného bydlení“, s poskytováním podpory touto formou služby ale účastníci výzkumu neměli praktické zkušenosti.

Poslední zmiňovanou terénní službou, byla služba „Raná péče“. Přímou zkušenost s poskytováním této služby měla jedna z účastnic z ohniskové skupiny FG2. Tato žena popsala slabé stránky při využívání této služby, která necílí na rodinu jako celek. Podle jejího názoru se spíše jedná o službu, která přichází za dítětem, jež má samo nějaké postižení nebo je ohroženo na vývoji. Do této široké definice tím pádem za jistých okolností lze zahrnout i děti rodičů s mentálním postižením. Zde však vyvstává otázka, zda jsou všechny děti rodičů s mentálním postižením skutečně ohroženy na vývoji. Zároveň je služba omezena věkem dítěte.

„Myslím si, že raná péče má limity v práci s těma rodičema, tak cítím, že je tam hodně kladený důraz na ty děti prostě a na to rozvíjení dětí a ono by to spíš, bych to viděla na spolupráci s těmi rodiči, aby oni se to naučili, ale často to sklouzává k tomu, jo přijela ti paní z rané péče, pojd' si hrát s paní a já tady zatím něco udělám, takže i to zapojení rodičů je kolikrát velice těžký a vysvětlení vůbec toho, že to neděláme pro ty děti, ale pro ty rodiče vlastně a obzvlášť, když je tam nějaký ten mentální nedostatek, tak je to takový ještě asi omezenější o něco.“ FG2

Při řešení naléhavé krizové bytové situace rodičů s mentálním postižením měli účastníci výzkumu bohatou zkušenost s využitím pobytových služeb azylových domů. Běžné azylové domy ze své intervenční povahy mají dobu pobytu limitovanu hranicí jednoho roku. Po jejím dovršení musí uživatel službu opustit. Podle účastníků tak není neobvyklým scénářem, že rodiče střídají jedno azylové bydlení za druhým, což rozhodně není vhodné pro jejich děti a ani pro ně samotné.

„No, my jsme azylák, a když takhle máme klienty s mentálním postižením, a ještě teda jsou diagnostikováni, tak jediná možnost, kde by mohli být dlouhodobě je ten [název zařízení], u nás maximálně rok, což v každém azylu. Takže střídat azyly po roce, ale tím, že je to pro ně úplně neznámej kraj, tak tam kvůli tomu nechtěj, protože žijou v [název města], a na to, že je tady těch lidí docela dost, tak by se hodila nějaká služba blíž nebo přímo tady.“ FG3

Účastníci ohniskových skupin měli zkušenost se dvěma pobytovými službami typu Azylové bydlení, které cílí na rodiče s mentálním postižením (zejména tedy matky). Jedno z nich mělo výjimku ze zákona, díky níž není omezena délka pobytu. Obě zařízení se ale nachází cca 10 km od sebe v příhraniční oblasti. Zbytek republiky je obdobnou službou naprosto nepokryt. Podle jedné z účastnic ohniskové skupiny FG3 je silnou stránkou služby možnost intenzivní podpory.

„Ale minimálně by se mi líbilo, kdyby tady poblíž bylo takový zařízení jako je [název zařízení], to by mi pro začátek úplně stačilo, protože, co mám tu zkušenost, tak tady ta maminka tam byla velice hezky opečovaná a vlastně pod tím vedením tam tu péči o svoji holčičku moc hezky zvládala a v jiným prostředí by to určitě nedokázala a holčička by musela pryč, tam nebýt toho [název zařízení] tak skutečně ta maminka by na to neměla sama vyrostla v pěstounský péči, neměla z rodiny vzory a zkrátka nebyla na tom tak, že by byla schopná se starat bez týhle ty masivní podpory, ona předtím vystřídala několik azylových domů, jenomže protože byla problematická a ráda se nabumbala, jo a prostě chodila pozdě z vycházek a vrzla spolubydlící tady tu holčičku, tak jí odevšad vysypali, protože jí domlouvali, ona si nenechala říct, až ten [název zařízení] jí vlastně zvládnul.“ FG3

Zmiňovanou variantou intenzivní podpory byla také dětská centra (dříve kojenecké ústavy), které mohou nabídnout matce a dítěti společný pobyt trvající 2-3 měsíce, který má zejména vzdělávací charakter. Problematické ovšem je, že nácvik dovedností neprobíhá v přirozeném prostředí domácnosti, kde pak rodič bude své dítě vychovávat. V praxi se zároveň někteří sociální pracovníci setkávají se situacemi, kdy tato dětská centra odmítnou jejich klienta s odůvodněním, že na cílovou skupinu nejsou specializováni.

„Tak prvotní informace, když teda veřejná opatrovnice hledala dětské centrum, ve kterém by byla maminka po porodu umístěná, a pomohlo by se jí s tou péčí, tak vlastně dětské centrum řeklo, ne my nejsme specializovaní na matky s mentálním postižením...“ FG2

Lze tedy shrnout, že mnohdy soudy vyžadovanou 24 hodinovou podporu rodiče s mentálním postižením jsou v současné době schopny poskytnout v rámci sociálních služeb pouze 2 azylové domy v celé České republice a pravděpodobně některá dětská centra spadající do gesce Ministerstva zdravotnictví, kde se však jedná pouze o edukativní pobyty v řádu několika málo měsíců. Ani jedna z variant však není trvalým řešením pro rodiče s mentálním postižením, kteří vyžadují vysokou míru podpory při rozvoji rodičovských kompetencí.

Návrhy na zlepšení systému poskytované podpory

Účastníci ohniskových skupin byli také dotázáni, jak by bylo možné systém zlepšit, aby mohla být podpora rodičům s mentálním postižením poskytována v dostatečné kvalitě. Účastníci zdůrazňovali individuální přístup k rodině, kde by bylo možné využít zapojení více typů sociálních služeb pod koordinací sociálního pracovníka OSPOD.

„Pokud mluvíme o situaci, kdy je rodina s dítětem a ten OSPOD hledá nějakou podporu pro tu rodinu, jestliže je to rodina s rodičem s mentálním postižením, tak je to pro mě třeba už ten impuls, představovala bych si, že se na tu spolupráci může sejít jednak ta osoba pověřená, sanační služba, terénní služba, která má cílovou skupinu lidí s mentálním postižením a dá se dobře kooperovat na tom, kdo co umí nebo neumí a je potřeba, aby to dělal ten druhý, [...] mám s tím zkušenosti s jinými cílovými skupinami, kdy ta služba třeba naše sanační

může říct, toto neumíme a potřebujeme se na tom s někým podílet, než abychom to dělali sami a jde to velice dobře a je to komfortnější mít více lidí v týmu, který podporují, takže je to v něčem jako dobrý a je to obohacující, ale myslím, že by to mělo vzejít od toho OSPODu ten požadavek, pojďme podpořit tuto rodinu a potřebujeme k tomu více odborníků.“ FG1

Pro některé účastníky výzkumu představovalo zapojení více služeb riziko zahlcení a zneschopnění klienta. Dále za riziko považovali nedostatečné pokrytí potřebných služeb v regionu, proto by upřednostnili vznik nové specializované služby pro rodiče s mentálním postižením.

„To je právě to dilema, když budete mít víc služeb, neznámá to lepší péči kolikrát, když je univerzální služba, tak hrozí, že pracovník bude mít velké portfolio, ale nebude umět, když budou všichni specialisti, tak bude třeba 5 služeb ve výsledku v té rodině, ale otázka je, jestli je to cesta k socializaci, protože cílem je, podle mě, navazovat ty nitky do přirozené společnosti, když já na 5 těch nitkách, které je člověk schopen navazovat do přirozených vztahů, když na každou věc mu najdu službu, tak já ho totálně izoluju v prostředí služeb a odřizu ho od přirozeného života, protože kolem toho mentálně postiženého člověka fungují jenom odborníci, který jsou zvyklí komunikovat a umět navazovat vztahy, mám tu zkušenost, pak ho dám do běžného bytu a on bude totálně neschopný, protože ty služby ho zneschopnily normálně navazovat vztahy, protože tam byli sami odborníci, milí lidé jako vy zřejmě a ten klient si na to zvyknul.“ FG3

„Mně se nabízí otázka univerzálnosti nějaký služby nebo specializace a všechno má svoje, když budu mluvit za velké město, tak to specializované služby pokrejou, když za menší tak tam se hodí nějaká univerzálnější služba.“ FG3

Jeden z účastníků ohniskové skupiny FG1 navrhl větší zapojení zdravotního systému, kde by bylo možné využít propojení tzv. komunitních zdravotních sester, které pracují s ženami ještě před porodem, a návazných sociálních služeb.

„Tak ten systém nebo se spíš zabýváme nějakými systémovými změnami, ... Jako třeba ve Velké Británii fungují takový ty komunitní sestry, který vlastně dělají za první ten monitoring, za druhý se vlastně věnují těm maminkám před tím porodem a pak je to navázaný na specializovanou službu, komunitní, která se tomu věnuje, jo. Podle mě nějaký mobilní tým, který by obsáhl za 1. skupinu maminek s dítětem s mentálním postižením, něco jako raná služba jako raná péče, ta je, myslím si, omezená věkem do 7 let a pak vlastně to končí, anebo prostě tým, který by dělal podporu těm pracovníkům OSPODu.“ FG1

Pro rodiče s mentálním postižením, kteří potřebují vysokou míru podpory, účastníci ohniskových skupin zvažovali proškolení specializovaných pěstounů, u kterých by bylo možné podporu poskytovat celé rodině.

Výkon sociální práce s rodiči s mentálním postižením

V následujícím textu jsou shrnuty zkušenosti účastníků s metodami, zásadami a nástroji práce pro podporu rodin v čele s rodičem s mentálním postižením. Služby péče a podpory, které byly pracovníky poskytovány, se zaměřovaly na posílení dovedností a znalostí těchto rodičů v péči o dítě a řešení každodenních situací. Jako stěžejní metodu účastníci vnímali praktický nácvik dovedností, modelování (učení se nápodobou) a nácvik rolí v přirozeném prostředí. Účastníci například pomáhali klientům nacvičovat telefonáty s úředníky, vyřizovat si záležitosti v obchodě. Pro tyto účely využívali i videonahrávky jako zpětné vazby pro posílení sebereflexe klienta. Účastnice z ohniskové skupiny FG2 také popsala orientaci na silné stránky a zdroje klientů s mentálním postižením a význam využívání pozitivní zpětné vazby při podpoře rodičů s tímto postižením. Pro účastníky ohniskových skupin bylo stěžejní, aby rodiče s mentálním postižením porozuměli informacím, které se týkaly např. vzájemné spolupráce, vývoje jejich dítěte či úředním dokumentům. Proto se pracovníci snažili přizpůsobovat svou komunikaci jazykovým schopnostem rodičů a verbální sdělení se snažili doplnit například textem v podobě tzv. snadného čtení, videí, obrázků, či materiálů vytvořených pro podporu rodičů s mentálním postižením. Účastnice ohniskové skupiny FG1 popsala využití tzv. deníku pro rodiče s mentálním postižením, do něhož jsou klientce zaznamenávány základní informace vztahující se k vývoji dítěte, což jí umožňuje lepší orientaci v čase a pokrocích jejího dítěte. Pro posílení komunikace mezi rodičem s mentálním postižením a dítětem byla využita jednou účastnicí výzkumu také metoda videotréninku interakcí (VTI).

Dvě účastnice také hovořily o možnosti využití tzv. „vrstevnické podpory“ (peer podpory) nebo také rodičovských skupin, např. v běžných rodinných centrech či v rodičovské skupině pořádané pro rodiče s nižší rodičovskou kapacitou. Vrstevnická podpora měla v jednom případě podobu “matek dobrovolnic”, které doprovází jiné matky potřebující podporu například s osvojováním rodičovských dovedností.

„Já nevím, jestli je to přímo specifikum pro lidi s mentálním postižením nebo je to u klientky, se kterou jsem zkoušela nějaký věci dělat, nicméně mně se moc neosvědčilo, když jsem se pokoušela, to jakoby vysvětlovat a racionálně to podkládat, to se mijelo účinkem, co se osvědčilo, bylo, jako že jsem s těma věcma začla sama a ta klientka se vlastně k tomu přidala nebo si to začla zkoušet taky, takže nějaké názorné ukázky, kolegyně třeba klientce ukazovala, jak se miminko pozoruje v zrcadle, a ta na to velmi dobře reagovala a hned si to zapamatovala, že to miminko vnímá nebo sleduje samo sebe, takže názorný věci, a ta klientka nebyla vlastně vystavena tomu, tak něco si teď budete zkoušet a já vás u toho budu sledovat, neměla pocit, že je pod drobnohledem, tak právě i komunikace přes to dítě, jo, že vlastně jsem mluvila na miminko a ta maminka mi přes to miminko odpovídala.“ FG2

„Já si myslím u tý motivace dávat tu zpětnou vazbu, když se něco podaří, ocenit to, často je tendence jakoby všímat si toho, co nefunguje, dávat tu kritiku, a to je velmi demotivující, často jsou ty rodiče v pozici, kdy musí dokázat, že to zvládnou, že na to mají, jsou pod drobnohledem. Často se zapomíná na to, že prvorodička bez postižení, má často také ze začátku problém, než tu péči o dítě zvládne, takže opravdu to ocenění a podporování toho co funguje.“ FG2

Účastníci třech ze čtyř ohniskových skupin uvedli jako možný nástroj podpory rodičů s mentálním postižením také tzv. rodinné konference. Ty ponechávají odpovědnost za situaci na rodině jako takové. Metoda využívá postupy, prostřednictvím kterých se aktivizují širší rodinné zdroje tak, aby došlo k zplnomocnění rodičů s mentálním postižením (Pavlíková et al., 2015). Tuto metodu mohou sociální pracovníci využít i v případě, že dítě zatím není vyhodnoceno dle paragrafu 6 zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně právní ochraně jako ohrožené. Pro úspěšné využití této metody je ale zapotřebí, aby byla využita co nejdříve. Účastníci výzkumu popsali, že tento nástroj vzhledem k často přetřhaným či nefungujícím rodinným

vazbám nelze plošně využít u všech rodičů. Zároveň většina účastníků neměla žádné zkušenosti s jeho využitím a nevěděla, jak jej v praxi použít.

„Mě napadaj dvě možnosti, jedna s tím, ale nevím, jestli je reálná, nemám s tím zkušenost, tak jsou rodinný konference, ale nevím, jestli je nějaká organizace, která dělá rodinný konference.“ FG1

Mnohem četnější zkušenosti měli účastníci skupin s konferencemi případovými, a to mimo jiné proto, že novela zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí přinesla povinnost za jistých zákonem definovaných okolností tuto metodu využívat. Ta spočívá v zapojení rodičů, případně dalších osob zodpovědných za výchovu dítěte a dalších zainteresovaných subjektů do řešení situace dítěte. Rodič by na takovéto konferenci měl být rovnocenným partnerem při hledání toho nejlepšího řešení pro dítě. Řada účastníků předkládaného výzkumu však uvedla, že případové konference představují pro osoby s mentálním postižením náročné setkání, a to hned z několika důvodů: (i) jedná se o setkání řady odborníků, (ii) tito lidé hovoří často úředním jazykem, (iii) témata, která se řeší, mohou být pro rodiče s mentálním postižením náročná z hlediska nároků na abstraktní myšlení, často nemusí souvislostem ani porozumět a (iv) délka setkání většinou neodpovídá potřebám osob s mentálním postižením soustředit se. Pocit frustrace pro jednu účastnici ohniskové skupiny pak představovalo pořádání konference jen proto, aby došlo k naplnění zákonné povinnosti.

„Já ještě k té případovce, spíš je organizuje OSPOD ze zákona a teď možná zacílím do svých řad, ne úplně nejlíp, ale dobře většinou ten OSPOD i ti další lidé vědí, za jakým účelem je to pořádáný, buď to pořádám pro to, že chci té rodině pomoc nebo to pořádám proto, že si udělám tu čárku do spisu, kterou musím, než podám návrh na ústavní výchovu nebo náhradní rodinnou péči, a to se samozřejmě na průběhu případovky odráží, protože to z toho prostě vyvěrá, buď jsme tam za účelem podpory nebo jsme tam za účelem něčeho jinýho.“ FG1

Proto se někteří účastníci ohniskových skupin snažili konference činit přístupnější a srozumitelnější použitím různých způsobů práce. Například za základ kvalitní práce

považovali přípravu konference, její naplánování a přípravu samotného rodiče. Dále zdůraznili význam facilitátora se zkušeností s cílovou skupinou.

„Občas hledáme facilitátory, kteří pracují v neziskovém sektoru, tak by třeba nebylo špatný, kdyby byl specialista na tyhle klienty, z neziskovky, která se zabývá prací s mentálně postiženými, vyškolenej facilitátor, to by vůbec nebylo špatný.“ FG3

Jinou možností byla volba tzv. interaktivní formy případové konference, která je přizpůsobena tak, aby umožňovala intenzivnější zapojení účastníků například s pomocí využití grafických znázornění, obrázků, strukturování práce. Jinou možností bylo využití asistenta pro rodiče s mentálním postižením, který by vytvářel pro rodiče vhodný prostor pro jeho potřeby, například podrobnějším vysvětlením.

„My jsme řekli, kdo tam všechno bude, tu konferenci jsem nepořádala já, ale snažila jsem se získat od těch lidí, co se jí budou ptát, co se jí můžou ptát, takže otázky, který jsme rozebírali, ne všichni teda kooperovali v tomhle, ale aspoň mi byl dán seznam těch lidí, který tam budou, pokud byly fotky, tak jsem jí ukázala fotky, samozřejmě místo a příprava na ty otázky, ale na všechno prostě nelze připravit, jak říkáte.“ FG1

„My jsme se pak aspoň snažili o to, aby tam ta paní měla osobu, která tam byla pro ní, která trochu dohlížela na to, když paní nebude rozumět, aby jí pomáhala, ale opravdu ta případovka trvala přes dvě hodiny, což je hrozný čas.“ FG2

5.5.2. Téma: Sociální pracovník v systému poskytujícím podporu rodičům s mentálním postižením

Nedostatečná připravenost pro poskytování podpory

Během ohniskových skupin účastníci popsali svou nedostatečnou připravenost pro práci s rodiči s mentálním postižením. Jako hlavní oblasti svých nedostatečných znalostí uvedli: (i) komunikace s lidmi s mentálním postižením, (ii) oblast sexuality, (iii) oblast rodičovství a (iv) návazné služby pro rodiče s mentálním postižením. Tato témata byla v rámci jejich

profesní přípravy opomíjená. V důsledku svých nedostatečných znalostí zažívali pracovníci pocity nízkého sebevědomí, např. v otázkách týkajících se vyhodnocení rodinné situace rodičů s mentálním postižením či vyhodnocování kapacity rodičů poskytovat adekvátní podněty svému dítěti.

„... já si myslím, že služby a tak by měly být, pomoz mi, abych to potom dokázal sám, a ráda bych se pohybovala v té hranici, kde už je to mentální postižení tak velký, že už ta péče o to dítě, to dítě ohrožuje, jo, je to téma nepopulární, ale hodně na něj narážíme, tak kde to je, tohle bych byla ráda, aby byl jeden z výstupů i tohohle výzkumu, říct nám, dát nám, sociálním pracovníkům OSPODu nějakou berličku, abychom věděli, na co se můžeme v tohle tématu odkázat, protože cejtím, že je to úplně pole neorané.“ FG3

Jiným příkladem bylo vyhodnocení míry potřebné intervence v důsledku vyššího rizika sugestibility jejich klientů:

„Naopak můžete mít rodinu, kde je těžký postižení, kde rodina nefunguje, a jak potom tam, oddělit matku s dítětem od rodiny, dát jí nějaký samostatný bydlení, což ta matka bude trpět, protože je navázaná na tu rodinu, je to strašně těžký a pro nás jako pracovníky OSPOD je to sakramentsky těžký, protože my zastáváme práva dítěte a je to tam velká kolize.“ FG3

Frustrace sociálních pracovníků při práci s rodiči s mentálním postižením

Pracovníci zažívali také pocity frustrace, když cítili, že jejich klienti jsou ve svém rozhodování omezovali rozhodnutími svých blízkých či opatrovníka, jež mohou často být v rozporu s jejich zájmy. Například neumožňují sjednat službu, kterou by klient potřeboval, protože není oprávněn podepisovat jakékoliv právní dokumenty.

„Jak dalece má jít ten sociální pracovník, proti tomu opatrovníkovi, což je osoba blízká mnohdy a umí takovým způsobem zmanipulovat toho člověka, takže tam je takový dilema, kam až jít, když vim, že ten člověk s mentálním postižením, když by byl sám, tak by něco chtěl a ten pracovník by ho chtěl v

tom podpořit, ale na druhou stranu na toho člověka je obrovské tlak ze strany toho opatrovníka.“ FG2

Pocity nejistoty a frustrace také provázely pracovníky během spolupráce s dalšími subjekty, např. zdravotnickými či školskými zařízeními. Pracovníci cítili, že jejich vystupování může rodiče s mentálním postižením poškodit, neboť může být vysoce stigmatizující. Příkladem byla situace, kterou popsala jedna účastnice ohniskové skupiny FG4:

„Já jsem ta dilemata říkala ve vztahu, komu podat informace o tom, že ten rodič je omezený ve svéprávnosti třeba, ve vztahu k těm lékařům anebo v případě školky, ona podepisuje přihlášku k předškolnímu vzdělávání jako matka dítěte a správně by ji měl podepsat opatrovník, ale je to pro ní taky vysoce stigmatizující v té školce, jo, takže to jsou takové dramatické situace, na které ty pracovníci narážejí a které není dobré sdělovat, pokud to není vyloženě nutné, takovýmhle institucím, ale právně je to, že by to bylo asi potřeba.“

Postoje sociálních pracovníků k rodičovství osob s mentálním postižením

Nedostatečné znalosti vedly také k pocitům strachu, např. při spolupráci při plánování rodinného života jejich klientů. V řadě případů pracovníci spíše než o plánovaném rodičovství u osob s mentálním postižením hovořili, o kontrole plodnosti svých klientů. Dále sdíleli obavy o častějším narození dítěte s postižením mezi lidmi s mentálním postižením či sdíleli názor, že lidé s tímto postižením po rodičovství ani netouží. Častá byla také obava, že dítě dosáhne vyššího IQ a schopností než jeho rodič.

Někteří pracovníci popsali své snažení hledat v rámci své profese vhodné cesty pro řešení situace svých klientů. Nicméně v jejich snaze je provázely pocity frustrace související s negativními postoji odborné i laické veřejnosti k otázce rodičovství jejich klientů. Velmi často se opakoval názor, že jejich klienti s mentálním postižením často ani nedostanou příležitost pro to, být dobrými rodiči.

„My nemáme úplně pozitivní zkušenost, ale my jsme zaznamenali spíše to, že rodičovství lidí s mentálním postižením není bráno jako něco, co by mohlo být vůbec, je na to ten pohled takový, možná až negativní, že to je věc, která by jako být neměla, a pak je to pro ty lidi a pro ty jednotlivé služby strašně těžké

probojovat, aby se dítě mohlo narodit a mohlo zůstat vlastně u těch rodičů, tak pak si myslím, že ty služby se dají najít, myslím, že ta dlouhodobost je možná jako jí zajistit, ale myslím si, že je strašně těžký to ustát, protože to není bráno jako něco, na co by lidé s mentálním postižením měli právo.“ FG2

Někteří účastníci ohniskových skupin považovali téma rodičovství osob s mentálním postižením za velmi specifické, a tak by místo dalšího vzdělávání dala přednost metodické opoře či vnější odborné garanci při poskytování podpory těmto rodičům.

5.5.3. Téma: Specifika rodičovství osob s mentálním postižením

V úvodu je potřeba upřesnit, kdo jsou vlastně rodiče s mentálním postižením. Základní rozdělení dvou skupin rodičů vystihla jedna z účastnic druhé ohniskové skupiny.

„Já přemýšlím, o jakých osobách tady vlastně jako hovoříme, jsou osoby, které žijí v sociálně slabších rodinách, kde dojde ke zneužití a ženská otěhotní, tam to rodičovství není jako by nic, po čem by vehementně zatoužila a chtěla, pak je druhá skupina osob s mentálním postižením, které jsou v pobytové službě, postupem času se dostanou do chráněného bydlení, žijou partnerským životem, v čemž je dneska ty pobytovky podporují v tomhle tom a pak samozřejmě, kdyby uvažovali o rodičovství, přemýšlím, neznám žádný konkrétní případ, že by v pobytovce, kde se lidi potkali, žijou partnerským životem, došlo k rodičovství (...) takže si myslím, že o kom se teď tady bavíme, jsou rodiče s mentálním postižením, kde ve většině případů to nebylo cílený, chtěný, ale bylo to prostě z nějaký situace.“ FG2

Formální podpora rodičů s mentálním postižením

Ať se jedná o podporu neformální či formální, je zřejmé, že její absence výkon rodičovské role výrazně znesnadňuje. Právě potřeba podpory byla často označována jako jedno ze specifíků rodičů s mentálním postižením. Tato podpora by měla nastoupit ještě před samotným porodem, aby žena byla na tento životní milník připravena. Zkušenosti s touto včasnou podporou popisuje jedna z účastnic.

„... já jsem s ní vlastně byla i v době těhotenství, tak vlastně jsme se na to připravovali na přijetí toho miminka a opravdu to bylo hodně intenzivní a nedokážu říct, kolik hodin jsem s ní vlastně strávila, ale v podstatě mi to zabralo strašně moc času, musela jsem si ubrat klienty prostě jinde, protože to bylo opravdu intenzivní a teďka vlastně my za ní docházíme, nejdřív to bylo každý den, tak jsme za ní docházeli do toho centra, kde jí podporujeme jak psychicky tak vlastně monitorujeme tu situaci tam.“ FG1

Doprovázení těchto rodin by dle účastníků mělo být skutečně dlouhodobé. Jedna z respondentek zmínila, že by rodiče nad sebou měli mít stanoven soudní dohled. Účastníci diskutovali nejen o dlouhodobosti podpory, ale také o její intenzitě. Domnívají se, že podporovat takovou rodinu často vyžaduje téměř každodenní docházení do rodiny, což ale často není možné realizovat, protože to kapacita poskytované sociální služby neumožňuje. To ovšem bývá v kolizi s požadavkem soudu, kdy je ponechání dětí v rodině podmiňováno právě každodenní asistencí sociálního pracovníka v domácnosti. Zmiňována byla dokonce i potřeba 24 hodinové podpory. Účastníci se také domnívali, že podmínkou pro to, aby dítě mohlo zůstat v rodině, kde rodič nemá širší rodinné vazby, je nutnost poskytování nějaké formy sociální služby.

„Jak říká třeba kolegyně, že by to bylo fajn a s podporou, že vlastně to bezpečí dítěte my nezpochybňujeme, určitě by tam měla být ta služba, která bude doprovázet, bude na to dohlížet, klidně i nějaké to centrum, když tam nebude širší rodina.“ FG2

Dítě rodiče s mentálním postižením

Dále bylo na ohniskových skupinách diskutováno, jaké možnosti systém formální podpory nabízí samotným dětem vyrůstajícím v těchto rodinách. Saturace jejich potřeb by měla být tím stěžejním zájmem při poskytování podpůrných služeb. Dle názoru některých diskutujících dětí rodičů s mentálním postižením mohou vyžadovat odlišnou formu podpory, a to například v oblasti školní přípravy, protože přepokládají, že dítě může intelektově převýšit rodiče, který pak nemá znalosti a dovednosti potřebné k vedení dítěte při plnění školních povinností. V jedné ohniskové skupině se účastníci shodli také na tom, že je potřeba s dítětem specificky pracovat i ohledně tématu mentálního postižení jejich rodiče a dobře je připravit,

aby v pubertě měli tuto skutečnost zpracovánu. Práce s identitou je opravdu stěžejní pro to, aby se dítě bezpečně zorientovalo v životě a širších životních souvislostech. Sociální pracovníci pro to využívají různé nástroje, jedna z účastnic je popisuje takto:

„...jí to hodně pomáhalo, jsme pak spolu dělaly takový ty věci, jako je rodokmen, kde se hledala i široká rodina (...) ale dělaly jsme různé ty nástroje, co máme na tu identitu, stavěly jsme si pískoviště, fakt to bylo takový, že ona se sama poznávala, už jenom to, že slyšela, že někdo řekl: aha, tohle si fakt přeješ, tak to bylo nejdůležitější.“ FG2

Doprovázení dítěte je rovněž nedílnou součástí práce s dítětem. Se svou zkušeností se podělila účastnice druhé ohniskové skupiny.

„A od OSPODu byla zakázka pro mě, s tou holčičkou pracovat, to bylo takový období kolem 12 let, co vlastně dosáhla úroveň svý mamky a ten strejda prostě nezvládal takový ty klasický holčičí věci, řešili školu, přinesl domů peníze, uvařil, ale prostě takový jako, chyběla tam ženská jemnost (...) že jsem vlastně jednou za týden nebo za 14 dní za ní jezdila a bavily jsme se o úplně obyčejných věcech, nebyla to klasická SASka, ale spíš taková podpora identity té holčiny, to bylo strašně důležitý, že jí někdo slyšel, že mohla říct svoje přání (...) a to byla práce pro mě, proběhlo tam několik případovek, kde se vlastně zjišťoval zájem a přání té holčičky, co by si přála, protože ona několikrát říkala, že chce jít pryč z té rodiny, ale to bylo takový volání o pomoc, že tam nechce bejt, protože jí nikdo neslyší, nikdo s ní nepracuje, nikdo za ní nechodí orodovat do školy (...), když jsem přišla a řekla, tak já do tý školy zajdu a zeptám se, jak to teda je (...) takže jsme pak udělali setkání s OSPODem, se školou, kde jsme si všechno vyříkali a bylo to úplně jiný, takže tohle tam fakt jako chybělo, ten rodič, ta maminka to podat neuměla.“ FG2

Další možností, jak podporovat děti vyrůstající s rodiči s mentálním postižením, je využití dobrovolnických vrstevnických programů, které dítěti mohou nabídnout odlišný typ podpory například společné trávení volného času.

Obavy z ohrožení nejlepšího zájmu dítěte

Účastníci ohniskových skupin zmínili, že dítě v péči rodiče s mentálním postižením může být ohroženo na vývoji, a to z několika důvodů. Tím prvním je možná šikana dítěte ze strany vrstevníků. Možné řešení nastínila jedna z diskutujících. Domnívala se, že by se dětem těchto rodičů dalo pomoci tak, že by se v rámci primární prevence pracovalo s jejich spolužáky, aby se případné šikaně předešlo.

„Mě k tomu napadlo, že v naší organizaci kromě rané péče a SASu je centrum prevence a ti jezdí do školy na různé preventivní programy, a že by možná stálo za to i do těch preventivních programů zakomponovat nějakou osvětu ohledně třeba lidí s mentálním postižením a toho, že i, jo že si dovedu představit situaci, kdy puberťák má mentálně postiženého rodiče a jeho spolužáci se mu prostě smějou a myslím si, že tady by byl prostor i třeba pro tohle.“ FG2

Zmiňovaná byla i obava z nepodnětnosti prostředí a následné zanedbání a opoždění vývoje dítěte či případné výchovné problémy. Smutnou zkušenost s rodičem s mentálním postižením měla jedna z diskutujících ve třetí ohniskové skupině.

„Tady sociálka v L. (pozn.město) za pomoci různých organizací sanovala přes tři roky a zkrátka, myslím si, že už i tahle ta délka sanace byla proti zájmu toho chlapečka, nakonec muselo dojít k odebrání (...) vůbec nemluvil, nebyl schopnej jíst nic jinýho než jogurty, na tuhou stravu vůbec nebyl zvyklej, ted'ka přezpívá písniček spoustu, je strašně šikovnej, snaží se to dohánět, konečně má podněty pro rozvoj, u maminky žádný podněty neměl, nebyl tam ani základ jako jídlo, hygiena, ale nebyly tam ani žádný podněty pro jeho rozvoj.“ FG3

Pokud vyrůstá dítě s rodičem s mentálním postižením a samo toto postižení nemá, panují mezi odborníky také obavy, že dítě bude velmi brzy nuceno přebrat na sebe zodpovědnost za celou domácnost, což dle názoru diskutující může přerůst až například v úzkostnou poruchu. Ve třetí ohniskové skupině byla zmiňována další z obav. Diskutující se domnívali, že rodič s postižením nedokáže včas identifikovat ohrožení dítěte druhým rodičem.

Dobré rodičovství

V návaznosti na předchozí zmiňované zkušenosti diskutující otevřeli téma identifikace ohroženého dítěte. Snažili se nalézt odpověď na otázku, co je dobré rodičovství a co nikoliv, kde je hranice mezi dobrou a špatnou – ohrožující výchovou. V diskuzích se objevovaly výroky, které byly velmi obdobné tomuto:

„Tak nemusí zcela kopírovat to, co je obecně vžitě, ale pokud je ta maminka... je tam cit a reaguje na dítě nebo jeho potřeby, tak je to úžasný, a jestli to miminko drží takhle nebo ho chce nosit takhle, je úplně jedno, jestli ho dává spát v 6 nebo až v 8, někdy ty hodně zaběhlý a tvrdý lidi jsou kontra produktivní, takže když je tam ten zdravý vztah a dost intelektu na to, aby tomu děcku neublížila, na to je potřeba dávat pozor, ale jestli si ho maminka přebaluje zleva, zprava, ze zdola, shora...neznamená to, že ten jedinej návod, kterej je v knížce je ten správněj.“ FG1

Dobré rodičovství dle tohoto názoru staví zejména na vřelém láskyplném vztahu mezi rodičem a dítětem. Ostatní okolnosti, např. schopnost dokonale zajistit základní péči o dítě jsou zde upozaděny. Navíc je ve výpovědích často reflektován subjektivní rozměr posuzování dobrého rodičovství a také byl zmiňován význam kulturního kontextu. V jedné z ohniskových skupin byl termín dobré rodičovství spojován s termínem intuitivní rodičovství. Dobrý rodič je tedy ten, který je pohotově schopen reagovat v dané situaci a reflektovat potřeby dítěte, aniž by k tomu potřeboval nějakou příručku. Pro některé diskutující bylo znakem dobrého rodičovství schopnost akceptace druhého rodiče, například při rozvodových situacích. Dobré rodičovství se podle diskutujících dále vyznačuje tím, že si rodič přizná své nedostatky a je ochoten přijmout podporu (a to i odbornou) a začít na nich pracovat. Schopnost upozadit vlastní potřeby před potřebami dítěte byl pak poslední z jmenovaných znaků dobrého rodičovství.

Nároky, které jsou na rodiče s mentálním postižením kladeny, jsou opravdu velké. Díky svému postižení bývají pod drobnohledem sociálních pracovníků, kteří vyžadují, aby jejich péče o dítě byla opravdu precizní. Těžko ale lze očekávat dokonalé zvládnutí všech rodičovských dovedností, když ani v běžné populaci rodiče takto precizně nezvládají skloubit chod domácnosti s péčí o dítě.

„A ještě mě napadlo, my se setkáváme nejenom kvůli rodičovství, my máme takovou, ale myslím, že to platí obecně, i ty centra pro matky s dítětem, mně to přijde, že to tam je v dobré víře, neříkám, že ne, ale my pak na ty lidi máme strašně vysoké nároky (...) ale na mě se nikdo nezaměří, protože jsme v uvozovkách zdravá, ale mnohdy jsou taková očekávání, že to musí udělat dokonale, 100 % anebo nic, že mi přijde, že opravdu se někdy kladou strašně vysoký nároky a já si často říkám jestli bych uspěla, v nějakým tom centru, já nevím, jestli by mi nevzali moje děti, jestli dělám všechno úplně jako dobře, on se na mě nikdo nezaměřuje, mám to štěstí.“ FG2

Nejlepší zájem dítěte

Během ohniskových skupin se diskutující velmi často dostávali k polemizování o tématu, který s chápáním dobrého rodičovství úzce souvisí, a to je „nejlepší zájem dítěte“. V současné době se jedná o základní princip, který by měl vést k naplnění Úmluvy o právech dítěte, tj. uznání dítěte jako nositele práv, a nikoliv jako objektu péče a ochrany. Spolu s ním je ale třeba zmínit právo rodiče s mentálním postižením na rodinný život deklarovaný Úmluvou o právech osob se zdravotním postižením. Obecně lze říci, že se sociální pracovníci více akcentovali nejlepší zájem dítěte jako hlavní princip při posuzování situace v rodině.

„...a právo dítěte je na řádnou výchovu v rodině, ale jestliže ten člověk už z hlediska svého postižení není schopen něčeho takového, ne že by nechtěl, ale prostě nemůže, tak tam si myslím, že se musí dát přednost zájmu dítěte.“

„Taky si myslím, že zájem dítěte je nad zájmem rodiče, ale je to asi odvozeno od naší práce, protože my děláme OSPOD.“ FG3

Pro mnohé diskutující ale zůstává nezodpovězenou otázkou, co ten nejlepší zájem je a jak si ho vlastně vykládat.

„Jako systém sociálně právní ochrany dětí je nastaven tak, že když se jedná o ohrožené dítě, tak do toho nějakým způsobem je možné, aby vstoupil, takže je otázka, jestli vlastně všechny děti, které se narodí rodičům s mentálním postižením, jsou jakoby ohrožené, to si myslím, že je o tom, jak kdo nahlíží na paragraf 6 zákona o sociálně právní ochraně dětí, jak si kdo vykládá nejlepší

zájem dítěte, jak si kdo vykládá další paragrafy spojené s oznamovací povinností a dalšíma věcmi, takže to záleží vždycky na vůli a nějakém osobním nastavení toho daného úřadu, pracovníka.“ FG4

5.5.4. Téma: Faktory ovlivňující plnění rodičovské role

Neformální podpora

Účastníci ohniskových skupin se dále zabývali faktory, které ovlivňují zvládnání jejich rodičovské role. Diskutovali například o kvalitě neformální vztahové sítě. Úspěšnost zvládnutí rodičovské role je podle nich u této skupiny rodičů mnohem více determinována existencí a kvalitou vztahu s blízkými osobami, což je tvrzení, na kterém se shodli účastníci všech čtyř skupin. Jejich působení na rodiče je může ovlivnit jak negativním, tak pozitivním směrem. V případě, že je širší rodina funkční, často se stává, že rodič s mentálním postižením vůbec identifikován není, pokud se třeba ve vyšším věku dítěte neobjeví nějaké školní či kázeňské problémy. Mnohdy bývá situace vyřešena příbuzenskou pěstounskou péčí nebo institutem svěřením do péče jiné osoby než rodiče, kdy děti mají oficiálně svěřeny do péče prarodiče dítěte a žijí dohromady i s matkou dítěte. Obecně mezi účastníky ale panovalo přesvědčení, že rodičů s mentálním postižením bez podpory rodiny mnoho není.

Jak bylo zmíněno výše, rodina nemusí být vždy ten nejlepší podpůrný systém pro rodiče s mentálním postižením a zkušenosti zejména pracovníků z azylových domů toto potvrzují. U rodičů s mentálním postižením se často setkávají s jejich snadnou manipulovatelností.

„Nebo má (rodinu) a to je pro ni ta horší varianta, zvláště ty maminky s mentálním hendikepem ... ta rodina přijde a řekne, Maruško, proč tady jsi, vždyť pojd' k nám, my se o tebe postaráme a za měsíc je bez peněz, bez dítěte.“

FG1

Klíčovou roli pak v těchto případech hraje postava partnera – otce dítěte. I když není matce nápomocen v každodenní péči o dítě, je jeho přítomnost v rodině pro ženu statusovou záležitostí podporující její sebevědomí. Není proto možné v poskytované podpoře cílit jen na matku, ale je třeba pracovat s celým rodinným systémem. S funkčním partnerským svazkem rodičů s mentálním postižením se ovšem odborníci často nesetkávají. Pokud však podpora ze strany otce funguje, může mít pak jeho ztráta na fungování rodiny zásadní dopad.

Kvalita neformálních vztahů úzce souvisí i s problematikou domácího násilí páchaného na rodičích s mentálním postižením, případně s jejich šikanou. Oběťmi se ale rodiče nestávají jen ve svých domácnostech, ale případně i v zařízeních, kde žijí.

Zneschopňování rodičů s mentálním postižením bylo dalším pojmenovaným faktorem, který rovněž negativně ovlivňuje jejich reálné dovednosti potřebné ke kvalitnímu zvládnání rodičovské role, a to nejen v oblasti péče o dítě, ale také například v oblasti hospodaření s financemi.

„Tam je to o tom, aby mentálně postižený dokázal identifikovat svoje potřeby za tu částku, protože když ty peníze tečou mimo něj, jsou u opatrovníka tak on dostane potom to 500 týdně a on potom nechápe, co to znamená šetřit, co se má všechno zaplatit, a ty zkušenosti jsou také důležité hlavně pro ty rodiče s mentálním postižením, protože tam nějaká zodpovědnost vůči tomu dítěti musí být, a když je ten člověk chráněnej v některých ohledech tím systémem, tak je to kontraproduktivní, on nemá zájem o něco se snažit, protože o všechno má postarané, když dostane těch pár stovek, tak ví, že to může zvesela utratit, všechno má zajištěné a oni ani neví, co se zjišťuje. Máme piktogramy, máme individuální plány pro každého člověka, kde jsou zakresleny bydlení, peníze, jídlo, věci denní potřeby, ale když ty prachy nemá v ruce, tak to nedokáže identifikovat.“ FG4

Specifika rodičů s mentálním postižením

Účastníci diskutovali také o specifikách rodičů jako o jednom z faktorů ovlivňujících rodičovskou roli. Ve svých příspěvcích vycházeli zejména z vlastních zkušeností, v některých výrocích byla ale patrná velká míra generalizace a stereotypního vnímání. Nejčastěji se objevoval komentář týkající se neschopnosti rodičů s mentálním postižením správně saturovat základní potřeby dítěte.

„Rozvoj, měli jsme taky maminku, jenom se domníváme, že patrně tam bylo mentální postižení, bylo tam nasazenejch organizací, pomáhaly jí, až krev stříkala, jako miminko nebo miminko, to už bylo skoro dvouletý, následně tříletý dítě v postýlce, s plínkami, špatná strava, jako vůbec nebylo v živý moci,

aby ta matka pochopila, co má dělat, tam by to musel dělat někdo za ní, a to už je pak otázka, jestli by to celý neměl dělat někdo jinej.“ FG3

Účastníci výzkumu měli dále obavu o schopnost rodičů s mentálním postižením dítě stimulovat v jeho vývoji nebo je výchovně vést.

„Tak možná to nejsou nějaký obslužný věci, až když jsou ty děti větší tak možná selhávání v té důslednosti nebo vedení těch dětí.“ FG1

Objevil se zde také názor, že jsou limitováni v chápání všech složek rodičovské odpovědnosti. Například nedodržují povinnost posílat své děti do školy, z čehož pak plyne i jejich následný právní postih. Diskutující se dále domnívali, že tito rodiče často nezvládají péči o více dětí, případně o dítě, které má samo nějaké znevýhodnění. Dále jim byla vyčítána neochota spolupracovat na řešení své situace. Zde je právě potřeba zamyslet se, co k nemotivovanosti rodiče skutečně vede, zda nezájem nebo negativní zkušenosti z předchozí spolupráce s odborníky. Velmi často zmiňovaným problémem je, dle jednoho z diskutujících, neschopnost zamezit týrání svých dětí právě z důvodu snadné manipulovatelnosti.

„Tak já mám tenhle problém, že většina vážnejch kauz, kde bylo týrání nebo natvrdo sexuální zneužívání, šílenství bych to popsál, tak to ty mámy věděly a nebyly schopný, neměly právě ty kompetence...“ FG3

Při diskuzích o specifických cílové skupiny rodičů s mentálním postižením také účastníci zmiňovali další negativní charakteristiky jako například: špatná krátkodobá paměť, nutnost 24 hodinové podpory v rodičovství, neschopnost domýšlet právní důsledky svých činů, například u podpisu smlouvy, bezradnost při vyřizování úředních záležitostí nebo nejistota v rodičovské roli. Dále byla zmiňována absence přirozených vazeb na okolí.

Nejsou to však pouze osobnostní charakteristiky, které ovlivňují plnění rodičovské role. Vstupuje do toho ještě celá řada dalších okolností jako například vzdělávání mladých dospělých s mentálním postižením a jejich rodičů v oblasti sexuální výchovy. Účastníci se shodli, že osvěta v tomto tématu není dostatečná a lidé s mentálním postižením odchází ze škol bez teoretických znalostí. Obecně lze říci, že zde lze vysledovat, a to nejen ze strany vzdělávacích institucí, ale i sociálních pracovníků, patrná jasná tendence otěhotnění předcházet než řešit „následky.“ Pokud se tedy nějaké vzdělávání přeci jen nabízí, bývá zaměřeno

na identifikaci sexuálních potřeb a jejich řešení či prevenci početí, nikoliv však na osvětu týkající se pohlavního života, těhotenství, partnerského života či nácviku rodičovských kompetencí.

„Tak my se třeba snažíme pracovat s těmi klienty už jako preventivně, klienty máme v dospívání, tak samozřejmě si chtějí nacházet partnerky, akorát to někdy nezvládají, takže se je snažíme edukovat jakým způsobem, nacvičovat tyhle situace, aby věděli, co se může stát, když si nedají pozor...“ FG4

Vzdělávacímu systému účastníci skupin vyčítali, že se lidem s mentálním postižením nedostává dostatek informací v adekvátní formě, aby se o svém sexuálním životě, případně o své rodičovské roli mohli svobodně rozhodovat. Problematická se jeví také osvěta v rámci pobytových zařízení, kde je velmi negativně vnímána zejména z řad rodičů mladých dospělých s mentálním postižením. Se vzděláváním osob s mentálním postižením také úzce souvisí téma plánovaného rodičovství. Zkušenosti účastníků s přípravou osob s mentálním postižením na rodičovskou roli ale nejsou velké, a to jak již bylo zmíněno výše zejména proto, že v naprosté většině případů žena s mentálním postižením otěhotní neplánovaně. Jedna z účastnic zpochybňovala vůbec samotnou příležitost pro plánování rodičovství.

„Oni ani nemají podporu v tom, aby plánovali, jako jakákoliv jiná žena, muž, prostě se to smete ze stolu.“ FG2

V předchozích odstavcích byly jmenovány faktory, které znesnadňovaly výkon rodičovské role. Účastníci skupin ale identifikovali i faktory, které rodiče naopak posilují. Jedním z nich je kvalitní vztah s odborníkem vystavěný na vzájemné důvěře.

„Tam je výhoda, když ti lidi naváží úzký vztah s tím pracovníkem a o to je tam pak zkrácená ta obava, že se něco může stát, protože ten klient zavolá nebo přijde, jakýkoliv problém má nebo je z něčeho vystresovaný, tak jde za tím pracovníkem a svěří se, to je taky důležitá věc, vytvořit si takovýhle vztah, aby věděl, na koho se má obrátit, když se cokoli nebude dařit a pak když má takovou oporu v zádech, tak může fungovat samostatně a i ten sociální pracovník si může být jistý, že když se v té rodině bude něco dít, tak se to dozví.“

FG4

V kontextu pozitivních okolností, které ovlivňují rodiče při zvládnání jejich role, je potřeba také zmínit postoje veřejnosti a možnosti, které jim společnost a systém služeb nabízí. Někteří z respondentů se domnívají, že se v čase postupně zlepšují.

I přes to, že se v naprosté většině případů rodičem stává žena s mentálním postižením, diskuze byla věnována také otcovství osob s mentálním postižením, protože i pohlaví rodiče je aspekt ovlivňující výkon rodičovské role. Velká většina z respondentů s muži, kteří by vychovávali své děti, zkušenosti neměla, a tak diskuze probíhala povětšinou v čistě hypotetické rovině. Problém tedy nastává již v samotné identifikaci otců s mentálním postižením. Jedna z respondentek se domnívala, že pokud otec podporu sám nevyhledá, není možné, aby jej systém zachytil. Pod větším drobnohledem odborníků bývají ženy, jakožto primární pečovatelky. Pokud už by se nějaký otec skutečně našel, diskutující se domnívali, že by mu byla poskytována stejná podpora jako matce, na čemž se shodla většina účastníků.

Jeden z účastníků (shodou okolností muž) měl ale odlišnou perspektivu na podporu poskytovanou mužům. Roli otců vnímá specificky, a proto by například výlučně pro muže pořádal svépomocné skupiny.

Omezení osobních a rodičovských práv a z nich plynoucí důsledky pro výkon rodičovské role

Jak ukázaly všechny čtyři ohniskové skupiny, rodiče s mentálním postižením bývají nezdůvodněně omezeni ve svéprávnosti a mnohdy také ve svých rodičovských právech. Lze tedy předpokládat, že se účastní soudních řízení. Účastníci proto byli dotazováni, zda rodiče s mentálním postižením na průběh soudního přelíčení nějak konkrétně připravují. Bylo patrné, že s tímto zkušenosti příliš nemají. Jedna z účastnic popsala z praxe přípravu následovně.

„To ano, co tam bude, kdo tam bude a ještě říkám a budu tam já a když nebudete vědět, tak se na mě podíváte a já řeknu sudkyni, že vám to musím vysvětlit.“ FG4

Jiná účastnice naopak smysl přípravy zpochybňovala. Jako mnohem důležitější se účastníkům zdála dobrá připravenost zastupující osoby. Bohužel však v systému není dostatek kvalitních právníků nebo organizací hájících práva osob, které by u soudu intervenovaly ve prospěch člověka s mentálním postižením.

„Bohužel je i nedostatek organizací nebo právníků, kteří pracují, my takhle spolupracujeme s Quipem., jenže tam jsou dva a zaměřují se spíše na jiný kraj, takže nám sem tam poskytnou nějakou konzultaci, ale není možné, že by nám mohla zastupovat uživatele u soudního řízení, i Liga lidských práv má omezené možnosti, což si myslím, že je ještě důležitější než ta příprava člověka, tak mu zajistit někoho, kdo tam za něj opravdu bude bojovat, to mi přijde taky nejdůležitější to bezpečí, mít tam nějakýho průvodce, kterému na něm záleží.“

FG1

Samotnou soudní praxi v oblasti posuzování rodičovských kompetencí a zajímavý rozdíl mezi posuzováním rodičovské odpovědnosti osob s mentálním postižením a osob intaktních popsala účastnice jedné ze skupin.

„Tam je asi rozdíl, že když se odebírá dítě lidem bez postižení, tak nedochází k omezení té rodičovské odpovědnosti, bavím se v tomhle kontextu, že u těch lidí s mentálním postižením to má často vazbu na to omezení nebo zbavení rodičovské odpovědnosti, ale u normálních rodičů není přece řešena, ale nesouvisí to samo o sobě s předáním dítěte do péče někoho jiného, ale u rodičů s mentálním postižením je to častější.“ FG4

Dle jejího názoru jsou tedy rodiče omezováni ve svých rodičovských právech častěji. Podrobněji se tomuto tématu věnuje kapitola 2.2.6. Nicméně ještě před novelizací občanského zákoníku v roce 2013 omezení právní způsobilosti (nyní omezení svéprávnosti) pro osoby s mentálním postižením v důsledku znamenalo zároveň ztrátu rodičovských práv. Nyní by se však zvlášť měla posuzovat úroveň svéprávnosti a zvlášť rodičovská odpovědnost. Zda tomu tak skutečně je, jsme se ptali i účastníků skupin. Jedna z účastnic byla přesvědčená, že omezení svéprávnosti má vždy dopad na rodičovskou odpovědnost, takže i ta musí být zákonitě omezena. Další účastnice doplnila, že pokud je člověk omezen specificky ve správě jmění, je zároveň omezen i v rodičovské odpovědnosti při správě jmění dítěte.

Zkušenosti jsou ale rozdílné a mezi účastníky byli i tací, kteří se setkali s variantou, že rodič omezený ve svéprávnosti má uznánu rodičovskou odpovědnost v plném rozsahu. Alarmující situací ale je, že někteří lidé s mentálním postižením přichází o svá rodičovská práva ještě dřív, než se vůbec dítě narodí, protože při rozsudku týkajícím se svéprávnosti bývá zároveň omezen rozsah rodičovských práv.

„U týchle mojích klientky bylo už primárně v tom rozsudku napsaný, že ona nemůže určit otce, otcovství, a že vlastně nemá právo požadovat osvojení dítěte, už takhle, dopředu, když se přezkoumávala její svéprávnost, tak už byla těhotná a už věděli, že to budu řešit, takže už do rozsudku napsali, že opatrovnice její může řešit osvojení dítěte, ale pak tam dodali, že se vlastně ta rodičovská odpovědnost bude řešit až po narození dítěte, ale už to maj předpřipravený prostě...“ FG1

Na rozhodnutí soudu má pak klíčový dopad obsah znaleckého posudku. Zkušenosti respondentů ale ukázaly, že posudky často vznikají bez důkladného seznámení se s posuzovanou osobou během několika málo minut. Někteří účastníci měli také zkušenost s tím, že rozsah omezení, které daný člověk měl, vůbec neodpovídal jeho možnostem a potřebám. Dalším identifikovaným problémem znaleckých posudků je to, že soudní znalec nemá možnost zkoumanou osobnost více poznat. Pro osoby s mentálním postižením, které často velmi složitě navazují komunikaci, pak může mít tato jejich obtíž značné důsledky. Dalším naprosto zásadním selháním soudního systému je, že znalecké posudky o rodičovských kompetencích vznikají ještě předtím, než se dítě narodí a než vůbec může rodič dokázat svou schopnosti či neschopnost se o dítě postarat. Obdobnou zkušenost popisuje jedna z účastnic první skupiny.

„Znalecký posudek už jeden byl a ten byl ještě v těhotenství negativní silně, že ani s podporou nedokáže pečovat, takže znalecký posudek už byl vypracován dopředu, aniž by byla evidence o tom, jo, takže znalecký posudek špatnej, to jsme čekali, to nás nepřekvapilo a soudce vlastně přiklonil k tomu znaleckému posudku, ale když jsme do toho zaangažovali Ligu lidských práv, tak vlastně vyčkává, jak dopadne diagnostický pobyt a je to takový ty soudy nebo ten soud náš je zaujatej už předem.“ FG1

Znalecké posudky jsou tedy často jediným diagnostickým vodítkem pro soudce při rozhodování o omezování osobních či rodičovských práv, ale i sociální pracovníky, od kterého se při poskytování podpory mohou odrazit. Tyto posudky přitom mají zásadní vliv na samotný výkon rodičovství, protože důsledkem znaleckého posudku může být v hraničním případě odebrání dítěte z péče rodičů a buď částečné omezení rodičovských práv, nebo jejich

úplné odejmutí. Účastníci proto byli dotazováni, zda se setkali s případy, že dítě bylo odebráno z rodiny jen z toho důvodu, že má rodič mentální postižení.

„Tak z praxe víme, že to je... Podle mě je to stejně skryté jako třeba z bytových důvodů, děti se tady neodebírají z bytových důvodů, ale stejně všichni víme, že to jsou bytové důvody, že rodina nemá kde bydlet, že nemají vyřešenou finanční situaci, ale neudává se to standardně, jsou tam popsány jiné problémy, tak si myslím, že to je podobný příklad.“ FG4

Účastníci se shodli, že v rozsudcích pochopitelně toto zdůvodnění nenacházejí. Důvod odebrání bývá popsán obsírněji, což ovšem neznamená, že by primárním důvodem skutečně nebylo mentální postižení.

Opatrovnictví

V předešlých kapitolách bylo poukazováno na to, jak významnou funkci v životě rodiče s mentálním postižením hraje opatrovník v případě, že je rodič omezen ve svéprávnosti. Opatrovnictví je jednou z forem zastoupení, které představuje ochranný prostředek pro osoby, které jsou neschopné spravovat své osobní záležitosti, a to například v důsledku mentálního postižení. Rozsah omezení způsobilosti bývá různý, u rodičů s mentálním postižením dle postřehů účastníků bývá nejčastěji omezeno nakládání s financemi. Opatrovníkem může být jmenována osoba blízká, ale také například pracovník obecního úřadu či pracovník pobytového zařízení. Zkušenosti s tímto institutem jsou ale ve vztahu k rodičům různé. Účastníci zmiňovali, že tento institut může vést k zneschopňování opatrovance.

„To se samozřejmě zneužívá ten institut, protože se ví, že se rodiče potýkají s nějakými finančními problémy, mají omezený rozpočet, velký nájem a tak, tak se tam zvolí opatrovník, zvláště je to na těch menších úřadech, kde to jde všechno na ten úřad, oni to z toho všechno zaplatí a teď tomu klientovi přidělí nějaký jako obnos, a přitom si nemyslíme, že je na tom tak špatně ta klientka.“

FG4

Díky rozhodnutí opatrovníka můžou být rodiče omezeni i ve svém právu využívat podpůrných služeb, jak je popsáno v následujícím komentáři.

„Jsou fakt lidi, kteří jsou omezeni ve svéprávnosti a mají opatrovníka, který chce za ně rozhodovat, nejenom jednat po právní stránce, a to je velmi obtížné pro práci s jakoukoliv službou, protože ten opatrovník má pocit, že za něj má právo rozhodovat, mnohdy to tak není a mnohdy mu sám klade překážky, prostě v tom, co by chtěl sám ten opatrovanec, to jako je pravda.“ FG2

Ze zkušenosti účastníků jsou ale i tací, kteří sami chtějí, aby opatrovník například spravoval jejich jmění, protože mají značné obavy z toho, že se výrazně zadluží nebo podepíše nevýhodou smlouvu.

6. Výsledný obraz výzkumné studie

Autorka si ve své práci kladla za cíl analyzovat formální podporu rodičů s mentálním postižením. Do výzkumu byli zapojeni rodiče s mentálním postižením a sociální pracovníci, kteří v rámci podpůrných služeb pracují s ohroženými rodinami nebo osobami s mentálním postižením. Vzhledem k mnoho-vrstevnatosti dané problematiky autorka zvolila pro sběr dat pět různých kvantitativních a kvalitativních metod, které umožnily získání velmi rozmanitých perspektiv pohledu na danou problematiku od obou cílových skupin. Paradigmatickým východiskem této práce se stala kritická teorie postižení. V souladu s cíli této práce se autorka pokusila o deskriptivní zkoumání a normativní kritiku sociální reality, protože kritický pohled může vést ke změně, zplnomocnění a emancipaci marginalizovaných skupin obyvatelstva, mezi které patří rodiče s mentálním postižením.

Jedním z nástrojů, které autorka pro sběr dat využila, byl tzv. Support interview guide. Tento nástroj byl použit proto, že umožňuje zmapovat sociální síť a kvalitu i kvantitu podpůrných vazeb dotazovaného. Vzhledem k záměru překládané studie bylo potřeba nejdříve zjistit, do jaké míry jsou sociální pracovníci pro rodiče s mentálním postižením v jejich životě opravdu důležití, kolik podpůrných vazeb je tvořeno právě jimi a jak intenzivní vztah s rodiči mají.

Výsledky ukázaly, že nejčastější blízkou osobou pro zapojené rodiče s mentálním postižením byl odborník. Z celkového počtu 115 blízkých osob tvořilo tuto skupinu celkem 40 %. Hlubší analýza pak potvrdila autorčinu domněnku, že rodiče žijící v institucích, konkrétně pak v azylových domech, mají vyšší počet blízkých vazeb mezi odborníky oproti druhé sledované skupině rodičů žijících v domácím prostředí. Za zmínku také stojí skutečnost, že rodiče žijící v azylovém bydlení za nejbližší osoby označovali právě odborníky. Sociální pracovníci jsou tak pro mnoho rodičů velmi blízkými osobami, se kterými mají intenzivní, často i každodenní kontakt trvající déle než pět let. Odborníci rodičům poskytují nejen informační nebo praktickou podporu, často ale rodiče podporují i po emoční stránce. Vzhledem k výše uvedeným skutečnostem autorka považovala za důležité hlouběji prozkoumat kvalitu pomáhajícího vztahu mezi rodiči s mentálním postižením a jejich sociálními pracovníky. K tomu zvolila semistrukturovaný rozhovor s rodiči s mentálním postižením a tzv. viněty.

Z obsahové analýzy získaných dat vyplynulo, že všichni zapojení rodiče měli velmi intenzivní zkušenosti z interakce se sociálními pracovníky, a to jak těmi, poskytující podporu v rámci sociální služby (azylové bydlení či sociálně aktivizační služba), tak se sociálními

pracovníky působícími v orgánech sociálně právní ochrany dětí. Dvanáct dotazovaných preferovalo sociálního pracovníka jako podpůrnou osobu před blízkými osobami (rodinou, přáteli). Je proto klíčové zabývat se kvalitou této interakce a spokojeností samotných rodičů. Jak naznačují závěry analýzy, ne vždy bývá spokojenost rodiče a kvalita interakce přímo úměrná. Rodiče ve většině případů hodnotili sociální pracovníky kladně, měli zkušenosti s pozitivní zpětnou vazbou od odborníků a vzájemný vztah popisovali jako důvěrný.

[„Jo. Měla jste v ně důvěru?“]

„Určitě.“

[„Jo? Jak se to projevovalo?“]

„Tak většinou, že jsem věděla, že jí to můžu říct a věřila jsem jí, že to prostě nikde nerozkyne.“

[„A jak tu důvěru u vás získaly? Čím si jí zasloužily?“]

„Tím, že vlastně byly příjemné na mě a že mi vlastně pomáhaly v tom bydlení a vlastně nabídly mi hledání práce, takže i v tom.“

[„A co dalšího vám na té spolupráci vyhovovalo, vzpomenete si ještě na něco? Co pro vás bylo důležité v té spolupráci?“]

„Tak určitě mít v ně důvěru a věřit jim a věděla jsem, že když budu něco potřebovat, tak jsou většinou na telefonu, takže tady v tom.“

[„Jo, takže jste se na ně kdykoliv mohla obrátit...“]

„Ano.“ Věra

Sociální pracovníci jim pomohli v řešení mnoha obtížných životních situací, kdy například hrozilo rodiči odebrání dětí z péče nebo ztráta bydlení. Velmi často rodičům sociální pracovníci poskytují podporu při vyřizování úředních záležitostí či při hospodaření s penězi. Na druhou stranu se v jejich výpovědích objevily i zkušenosti s neprofesionálním jednáním ze strany odborníků (zastašování, zamezování kontaktu s dítětem, vnucování přání, nedůvěra ve schopnosti rodiče, nevhodné formy komunikace a navázání milostného vztahu s klientkou).

„No tak, díky mým zkušenostem se sociálníma pracovníkama, který teda nemám moc valný, tak se mi to stalo, jenže tenkrát ta osoba, takhle já jsem byla v azylovém domě a tam je smlouva na tři měsíce jenom, tam se to po třech měsících vždycky obnovuje a záleží na nich, jestli vám to obnovejí anebo

ne, no a já jsem tam byla půl roku už a tam byla sociální pracovníce a ona mi říkala, že mi tu smlouvu neprodloužej, že si mám něco najít, ale že to musím najít asi do 3 nebo 4 hodin, jinak prostě mi vezmou dceru, tak já jsem si něco našla, šla jsem na ubytovnu, díky kamarádce, teda, šla jsem na ubytovnu a ona mi nakonec, když jsem odcházela z toho azylového domu, řekla, že se stejně postará, aby mi sebrali dceru, no a já jsem se otočila a vynadala jsem jí nevybraným způsobem, takhle, nejsem vulgární, nemám to ráda, ale opravdu, když mě někdo vytočí, tak ano. A ona mi říkala, že na mě zavolá policajty a to, že jsem jí napadla, no ještěže tam byla kámoška, by mě sebrali hnedka.“

[„Takže vám vyhrožovala ta pracovníce odebráním, jak je vám, když vám takhle vyhrožovala?“]

„To se ani neptejte, jsem myslela, že jí zabiju.“

[„Byla jste teda vzteklá spíš nebo jste měla nějakou úzkost, strach?“]

„Hlavně jsem měla strach a za druhý mě naštvalo, že si to vůbec dovolila jako ona by si to přece jenom dovolit neměla.“ Erika

I přesto, že rodiče přesně nepojmenovali další nevhodné způsoby jednání, z jejich odpovědí vyplývalo, že je sociální pracovníci často nepodporují v samostatnosti a nerozvíjí dostatečně jejich rodičovské dovednosti. Například za ně přebírají odpovědnost za výchovu dítěte, jak vyplývá z následující zkušenosti jedné ze zapojených matek:

[„S čím byste se na ní obrátila třeba, co byste s ní řešila?“]

„Mě občas kluci neposlouchaj, tak třeba o klukách.“

[„A co vám dají za radu, když za nima jdete a řešíte tohle konkrétně?“]

„Myslím si, že by mi řekli, abych je třeba zavolala.“

[„A řešíte to pak dohromady všichni?“]

„Ano.“

[„Takže od nich nedostanete radu jak to vyřešit nebo jo?“]

„Taky.“

[„A někdy to řeší za vás?“]

„Někdy to řešej za mě.“

[„Někdy s vámi nebo ne, když to řešíte všichni dohromady?“]

„Někdy to řešíme všichni dohromady a nějak domlouvaj klukům.“ Eva

Jiným příkladem je nepodnikání aktivních kroků k tomu, aby rodina mohla opustit pobytovou službu. Tímto neprofesionálním přístupem se posiluje závislost rodičů s mentálním postižením na poskytované sociální službě. Nedostatečné odborné kompetence sociálních pracovníků se projevily i v případě využití jednoho se základních nástrojů sociální práce a to konkrétně tzv. případových konferencí. I když zkušenosti rodičů s účastí na konferenci byly ojedinělé, jejich výpovědi naznačují, že pro toto setkání nebyli dostatečně předem připraveni a v průběhu konání jim nebyla poskytnuta specifická podpora, která by zajistila co nejvyšší míru jejich participace na tomto setkání.

Další témata, která se v průběhu rozhovorů vynořila, již tolik nesouvisí s hlavní sledovanou problematikou, nicméně dokreslují širší souvislosti výkonu rodičovské role osob s mentálním postižením. Popisován je celkový životní kontext, v němž rodiče plní své rodičovské povinnosti, i problematika vztahů mezi rodiči a jejich dětmi, rodičovské kompetence a rodičovská práva a povinnosti.

Dalším nástrojem pro sběr dat byly tzv. viněty. Využití vinět umožnilo autorce lépe pochopit, jak rodiče s mentálním postižením vnímají hranice při poskytování formální podpory sociálními pracovníky a zároveň lépe zmapovat jejich přímé zkušenosti s nabízenou podporou. Analýza získaných dat ukázala, že v některých oblastech je pro rodiče s mentálním postižením velmi těžké rozpoznat, zda sociální pracovník poskytuje podporu v souladu se zásadami sociální práce. Týkalo se to zejména otázky půjčování financí a zvyšování hlasu v komunikaci s rodiči s mentálním postižením. S tímto neprofesionálním jednáním mělo zkušenost dokonce osm dotazovaných. Z odpovědí u této viněty bylo patrné, jak nízká jsou očekávání těchto rodičů od odborníků.

[„Líbí se vám to (sociální pracovnice zvyšuje na klientku hlas) nebo nelíbí?“]

„Nelíbilo se mi to, ale řekla jsem si, měla na to právo, tak se mi to muselo líbit.“

[„Proč si myslíte, že na to měla právo?“]

„No, protože to byla moje vina, tak musela na mě zvýšit hlas.“ Petra

Zkušenosti s poskytovanou podporou však byly interpretovány převážně pozitivně. Při hlubší analýze bylo ale patrné, že ne vždy se rodičům dostává podpory v souladu s principy

empowermentu, který by umožnil jejich emancipaci. Mnohdy se spíše než o podporu v informovaném rozhodování jednalo o rozhodování za klienta. Zároveň sociální pracovníci měli tendence vykonávat činnosti (vyřizování na úřadech, výchova dítěte) za rodiče. Místo toho, aby byly trénovány jejich rodičovské kompetence a posilována rodičovská autorita, sociální pracovník převzal roli rodiče a například dítěti domlouval za něj. To je vysoce problematické, protože toto nevhodné jednání nejsou rodiče, vzhledem k svému postižení, často schopni vůbec rozpoznat a vymezit se proti němu. Sociální pracovníci také nereflektovali životní přání svých klientů i přesto, že úzce souvisely s jejich procesem osamostatňování. Individuální plánování by přitom mělo odrážet zejména přání klienta.

[Jaké máte přání, co si teď nejvíc přejete? “]

„Abych si našla vhodné bydlení.“

[„A co proto sociální pracovníci dělají, jak vám pomáhají v tomhle? “]

„To jsem ještě neřešila.“

[„Takže oni neví, že si tohle přejete zatím? “]

„Ne.“ Eva

Na základě výše uvedených zjištění bylo pro dokreslení celkového obrazu studie zapotřebí zapojit rovněž sociální pracovníky, kteří by vzhledem k svému pracovnímu zařazení mohli poskytovat podporu rodičům s mentálním postižením. Autorka nejdříve plošně oslovila cílovou skupinu za využití kvantitativního nástroje s kvalitativními prvky, a to konkrétně dotazníkového šetření, na který navazoval sběr kvalitativních dat v ohniskových skupinách.

Závěry dotazníkového šetření ukazují, že sociální pracovníci ve své praxi běžně spolupracují s rodiči s mentálním postižením. Vzhledem k tomu, že sociální pracovníci ve většině případů nemají přístup k lékařské dokumentaci rodičů a mnoho osob s mentálním postižením ani tuto diagnózu nemá explicitně stanovenou, je v tomto bodě nutné vycházet při identifikaci rodičů s mentálním postižením z jejich odborného odhadu. Oslovení respondenti poskytovali podporu celkem 2 301 rodinám a z toho v 259 případech se respondenti domnívají, že dítě vychovával rodič s mentálním postižením. Jedná se tedy o 11,26 % případů.

Poskytovanou podporu mohou ovlivňovat podmínky, v nichž sociální pracovníci služby rodinám poskytují. Tím se detailněji zabývá analýza ohniskových skupin. Dalším aspektem určujícím kvalitu poskytované služby může ale být i samotná profesní příprava sociálních pracovníků. Celých 61 % dotázaných zhodnotilo, že jejich příprava nebyla dostatečná pro

poskytování adekvátní podpory rodičům s mentálním postižením. Tento sebekritický pohled ještě dokresluje skutečnost, že například s tématem podpory osob s mentálním postižením se v rámci profesní přípravy vůbec nesešlo 12 % dotázaných.

Profesní příprava do jisté míry formuje jak znalosti a dovednosti sociálních pracovníků, tak také jejich postoje, které jsou rovněž významným faktorem při práci s rodiči s mentálním postižením. To, jak spolu vzdělání a postoje úzce souvisí, potvrdily závěry výzkumu. Šedesát osm procent účastníků předkládaného výzkumu potvrdilo, že má obavy o nejlepší zájem dítěte v péči rodiče s mentálním postižením. Někteří z respondentů využili možnost svou volbu dále okomentovat. Z mnohých lze uvést následující komentáře: „*Ne vždy se daří překročit vlastní stín.*“ (R51), „*Mám obavy o budoucí zapojení se dítěte do života - spojení zdravotního postižení rodiče s jeho obtížnou sociální situací.*“ (R38), „*Mám obavy neustále, zda zvládne péči o dítě, zajistí všechny potřeby, a také správný vývoj dítěte a být dobrým vzorem pro dítě.*“ (R105). Dvacet čtyři procent dotázaných se dokonce obávalo, že je dítě v péči rodiče s MP v přímém ohrožení života.

Kvalita poskytované služby souvisí nejen se vzděláním a s podmínkami, za jakých sociální pracovník svou profesi vykonává, ale také s jeho osobnostními rysy a schopnostmi a dovednostmi umožňujícími zvládat stres a překonávat překážky při náročné práci s ohroženými rodinami. Z výsledků tohoto dotazníkového šetření v oblasti zvládání stresu vyplývá, že největším stresovým faktorem je pro respondenty „velká pracovní zátěž“, kterou ale intenzivněji pociťuje sledovaná skupina sociálních pracovníků působících na OSPODech oproti pracovníkům NNO (OSPOD 10,7; NNO 9,1). Na druhém místě se u obou sledovaných skupin objevila položka „profesní sebepochybování“ (OSPOD, 7,8; NNO 7,4). Působení tohoto stresového faktoru opět více reflektují pracovníci OSPOD. Naopak tomu je v případě položky „nedostatek zdrojů“. Tato položka vykazovala největší rozdíl výsledků mezi oběma sledovanými skupinami. Mnohem citelněji tento stresový faktor působí na pracovníky NNO (NNO 6,8; OSPOD 5,2).

Respondenti byli v souvislosti se stresovými faktory rovněž dotazováni na to, jaké strategie při zvládání stresu využívají. Nejčastěji využívanou strategií bylo „plánování“ (OSPOD 6,7; NNO 6,9). Na druhém místě se u pracovníků OSPOD objevila strategie „aktivního zvládání“ (6,4) a u pracovníků NNO strategie „instrumentální podpory“ (6,5), což znamená, že pracovníci NNO si častěji chodí pro radu ke kolegům. „Užití návykových látek“ je pak nejméně využívanou strategií u obou sledovaných skupin (2,4). Největší rozdíly mezi sledovanými skupinami jsou patrné ve využití strategie „obratu k duchovnímu životu“ (NNO 5,5; OSPOD 4,4), kterou podstatně častěji volí pracovníci NNO. Znatelný rozdíl vykazuje také

strategie „instrumentální podpory“ (NNO 6,5; OSPOD 6,0), kterou opět podstatně víc preferují pracovníci NNO. Oproti tomu strategie „popření“ je více preferovanou pracovníky OSPOD (OSPOD 2,9; NNO 2,6).

Dotazníkové šetření se nezabývalo jen postoji a profesní přípravou sociálních pracovníků a jejich schopnostmi vypořádat se se stresem. Autorka dále zjišťovala, jaké jsou praktické zkušenosti s poskytovanou podporou. I když toto téma bylo rovněž více řešeno v ohniskových skupinách, již výsledky dotazníkového šetření mnohé naznačily. Sociální pracovníci byli dotazováni, jaká podpora se rodinám (a to nejen těm, kde péči zajišťuje rodič s mentálním postižením) při terénní práci poskytuje. Nejčastěji je rodinám poskytována podpora při řešení výchovných problémů dětí (3,6) a dále pak podpora při řešení bytové situace (3,5), podpora při stimulaci správného vývoje dítěte (3,3) a podpora při hospodaření a manipulaci s financemi (3,2). Nejméně pak respondenti podporují rodiče s mentálním postižením při doprovázení dětí (škola, lékař, kroužky) (1,5) a při cestování (1,6).

V návaznosti na dotazníkové šetření autorka dále při sběru kvalitativních dat využila nástroje ohniskových skupin. V rámci těchto skupin účastníci diskutovali o celkovém nastavení podpůrného systému pro rodiče s mentálním postižením. Identifikovali v něm řadu problémů, které mohou negativně ovlivnit kvalitu poskytované služby. Už při prvotním zachycení rodiče s mentálním postižením selhává systém v mezirezortní spolupráci.

„Co máme vysledovaný, tak porodnice, pokud se tam matka dostane, tak tyto vlastně úplně jednoduše přešoupnou do dětského centra, do kojeňáku, tam se to někdy ten OSPOD ani nedozví, protože tam je to vlastně v rámci zdravotnického zařízení, [...] dostane se vlastně do toho dětského centra a potom to dítě, je vlastně zřejmě povinnost těch dětských center, aby nahlásit těm OSPODům, že vlastně už všichni vědí, že je to jediný řešení, jak pokračovat.“ FGI

Absence služeb, které by byly schopny rodinu doprovázet komplexně a zároveň s ohledem na její individuální potřeby, byl další pojmenovaný problém. Pro rodiny není dostupná služba, která by zajistila velmi intenzivní způsob podpory.

„... Častokrát je ta tendence orgánu sociálně-právní ochrany dětí zajistit tu rodinu nějakou službou, aby tam pravidelně docházela, aby byli trochu krytí,

že je to fakt jakoby bezpečné, ale ty služby tu kapacitu nemají takovou, aby se někdo věnoval té rodině tak, že tam bude 3x, 5x týdně, a když se potom řeší to opatrovnictví nebo zbavení svéprávnosti nebo tyhle další věci soudně, dělají se znalecký posudky, tak většina znaleckých posudků v sobě obnáší to, že jako: pod stálým dohledem je matka schopná zvládnout péči o dítě nebo s pravidelnou podporou a většinou je to tam tak explicitně napsané, že to není možné obsáhnout formou sociálně aktivizační služby a taky jak kolegyně říkala, taková služba tady není.“ FG4

Zároveň nejsou dostupné ani služby pobytové, které by byly připraveny s těmito rodinami pracovat.

„No já nemám úplně pocit, že by tady ti rodiče byli nějak extra podporováni, když se na nás obracej jako na sociální službu, buď to zástupci těchto rodičů o pomoc, tak mám pocit, že je ta tendence oddělit dítě a matku, že to není úplně ta práce, aby se matka naučila pečovat, případně tréninkové, podporované bydlení.“ FG4

Účastníci skupin také hovořili o osobnosti sociálního pracovníka a jeho pohledu na danou problematiku. Někteří zúčastnění diskutující se potýkají s frustrací při práci s těmito rodinami.

„My nemáme úplně pozitivní zkušenost, ale my jsme zaznamenali spíše to, že rodičovství lidí s mentálním postižením není bráno jako něco, co by mohlo být vůbec, je na to ten pohled takový, možná až negativní, že to je věc, která by jako být neměla, a pak je to pro ty lidi a pro ty jednotlivé služby strašně těžké probíjet, aby se dítě mohlo narodit a mohlo zůstat vlastně u těch rodičů, tak pak si myslím, že ty služby se dají najít, myslím, že ta dlouhodobost je možná jako jí zajistit, ale myslím si, že je strašně těžký to ustát, protože to není bráno jako něco, na co by lidé s mentálním postižením měli právo.“ FG2

Zároveň jejich nedostatečné znalosti vedou také k pocitům strachu, např. při spolupráci při plánování rodinného života jejich klientů. Sdíleli například také obavu o častějším narození dítěte s postižením mezi lidmi s mentálním postižením.

Specifika rodičovství osob s mentálním postižením byla dalším frekventovaným tématem. Hlavním identifikovaným specifikem byla zvýšená míra potřeby podpory při plnění rodičovské role. Podpora by měla být také cílena směrem k dítěti. Zajištění podpory při plnění školních povinností, práce s jeho identitou, doprovázení sociálním pracovníkem nebo využití vrstevnických programů, byly zmiňované možnosti podpory dítěte rodiče s mentálním postižením. V souvislosti se specifiky rodičovství bylo dále diskutováno hledání nejlepšího zájmu dítěte či téma definování dobrého rodičovství. Ve třetí ohniskové skupině se diskutující shodli, že zájem dítěte je nadřazen zájmu rodiče.

„...a právo dítěte je na řádnou výchovu v rodině, ale jestliže ten člověk už z hlediska svého postižení není schopen něčeho takového, ne že by nechtěl, ale prostě nemůže, tak tam si myslím, že se musí dát přednost zájmu dítěte.“

„taky si myslím, že zájem dítěte je nad zájmem rodiče, ale je to asi odvozeno od naší práce, protože my děláme OSPOD.“ FG3

Do posuzování nejlepšího zájmu dítěte dle zúčastněných diskutujících výrazně zasahuje individuální nastavení každého sociálního pracovníka, který situaci vyhodnocuje.

„Jako systém sociálně právní ochrany dětí je nastaven tak, že když se jedná o ohrožené dítě, tak do toho nějakým způsobem je možné, aby vstoupil, takže je otázka, jestli vlastně všechny děti, které se narodí rodičům s mentálním postižením, jsou jakoby ohrožené, to si myslím, že je o tom, jak kdo nahlíží na paragraf 6 zákona o sociálně právní ochraně dětí, jak si kdo vykládá nejlepší zájem dítěte, jak si kdo vykládá další paragrafy spojené s oznamovací povinností a dalšíma věcmi, takže to záleží vždycky na vůli a nějakém osobním nastavení toho daného úřadu, pracovníka.“ FG4

Sociální pracovníci také rozebírali konkrétní faktory ovlivňující zvládání rodičovské role. Neformální podpora a její význam pro rodiče byla označena jako nejvýznamnější faktor. Dále diskutující pojmenovali několik charakteristik rodičů s mentálním postižením, které rovněž vnímají jako klíčové při plnění rodičovských povinností. Konkrétně se jednalo o negativní výčet vlastností (manipulovatelnost, neschopnost dítěti zajistit podnětné prostředí, neschopnost rozeznat ohrožení dítěte, neochota spolupracovat s odborníky, nedostatečné vzdělání v oblasti sexuality a rodičovství).

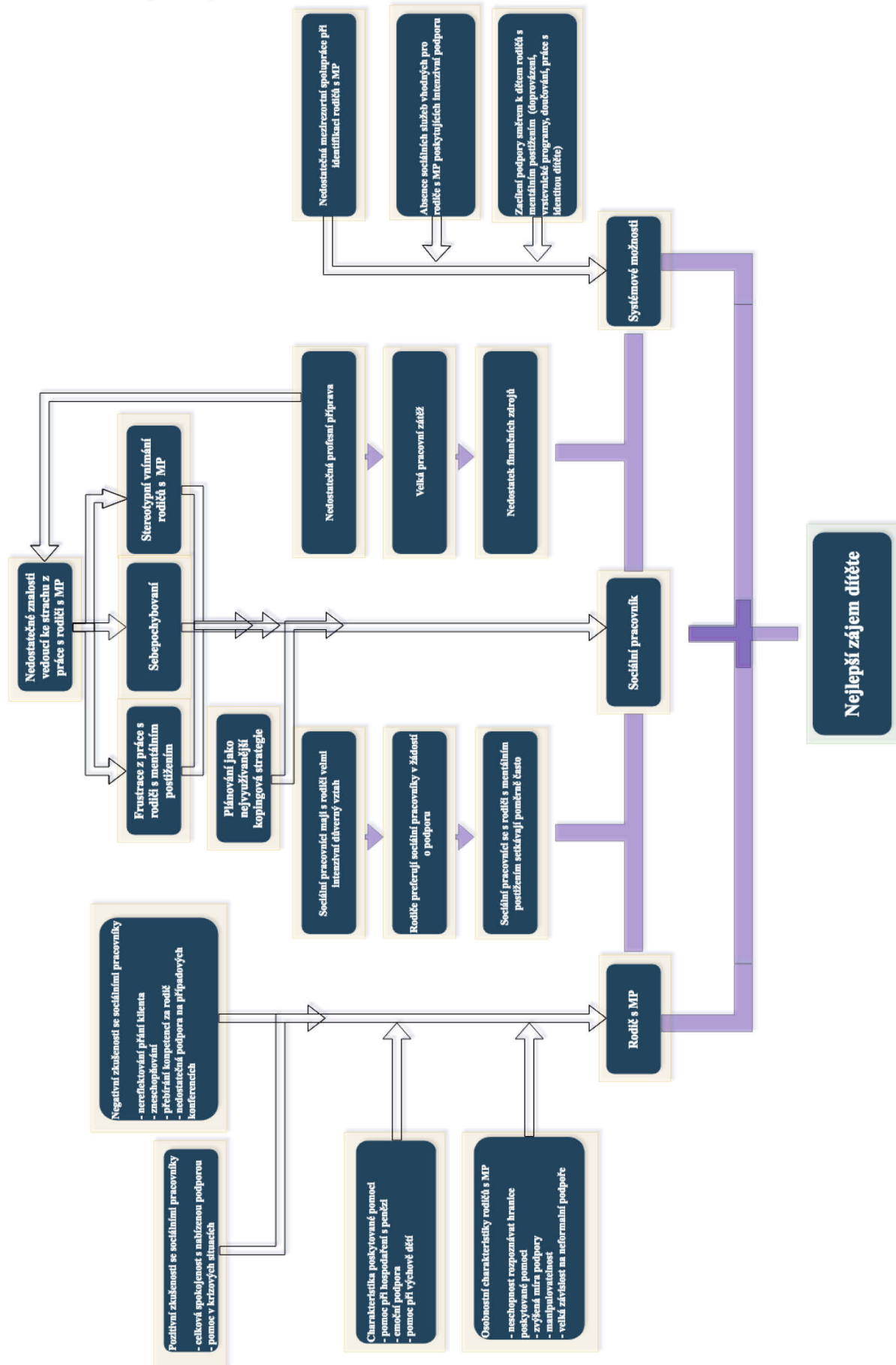
„Rozvoj, měli jsme taky maminku, jenom se domníváme, že patrně tam bylo mentální postižení, bylo tam nasazených organizací, pomáhaly jí, až krev stříkala, jako miminko nebo miminko, to už bylo skoro dvouletý, následně tříletý dítě v postýlce, s plínkami, špatná strava, jako vůbec nebylo v živý moci, aby ta matka pochopila, co má dělat, tam by to musel dělat někdo za ní, a to už je pak otázka, jestli by to celý neměl dělat někdo jinej.“ FG3

Jako pozitivní faktor ovlivňující zvládání rodičovské role vnímali diskutující kvalitní pomáhající vztah se sociálním pracovníkem založený na vzájemné důvěře. Dále bylo diskutováno omezování rodičovských práv a jeho dopad na život rodin, a význam opatrovníka v životě rodičů s mentálním postižením. Zkušenosti zúčastněných nebyly sice nikterak bohaté, ale jejich výpovědi naznačují, že při posuzování osob s mentálním postižením ve věci rozsahu jejich osobních a rodičovských práv se vychází z nedostatečně zpracovaných posudků, které nereflektují skutečný stav a reálné potřeby posuzované osoby. Při omezení způsobilosti k daným úkonům je pak rodiči stanoven opatrovník, který za zastupovaného v příslušné věci rozhodne. Účastníci ohniskových skupin ovšem popisovali zkušenosti, kdy tento opatrovník nejednal v zájmu zastupované osoby.

Schéma č. 2 znázorňuje výsledný obraz studie v grafickém provedení. V dolní části schématu autorka umístila tři hlavní aktéry výzkumné studie: systém a jeho možnosti, rodiče s mentálním postižením a sociální pracovníky. Všem těmto aktérům by mělo jít o blaho a zájem dítěte (jenž se stal ústředním bodem schématu). Nejlepší zájem dítěte autorka spatřuje v naplňování potřeb dítěte primárně (pokud je to možné) v péči rodiče s mentálním postižením. Tomu by pak k naplňování potřeb dítěte měla být k dispozici kvalitní dostupná formální podpora zprostředkovaná sociálními pracovníky.

Horní část schématu pak znázorňuje vzájemné vztahy mezi intervenujícími proměnnými, které ovlivňují hlavní aktéry.

Schéma č. 2 Výsledný obraz studie



7. Diskuze²³

Tato kapitola obsahuje diskuzi klíčových zjištění předkládané výzkumné studie v kontextu s dalšími, převážně pak zahraničními výsledky, tematicky podobných výzkumů. Text je členěn do čtyř částí, které v sobě zahrnují odpovědi na stanovené výzkumné otázky. Některé části reflektují více výzkumných otázek najednou, protože se dané otázky tematicky úzce prolínají.

Podpůrná síť rodičů s mentálním postižením

Cílem výzkumného šetření bylo provést analýzu formální podpory rodičů s mentálním postižením se zapojením klíčových aktérů, tedy sociálních pracovníků a samotných rodičů s mentálním postižením. S ohledem na tento stanovený cíl se autorka nejprve zabývala problematikou sociálních vazeb rodičů s mentálním postižením. Zkoumala kvantitativní a kvalitativní charakteristiky vzájemných vztahů, aby zjistila, do jaké míry rodiče s mentálním postižením využívají přirozené zdroje podpory a do jaké míry naopak hledají podporu u odborníků v rámci formální podpůrné sítě. Pro tyto účely autorka využila nástroj Support Interview Guide. Díky tomu se nabízí srovnání s výsledky australského výzkumného šetření (Llewellyn & McConnell, 2002), ve kterém byl použit stejný nástroj pro získání dat u 70 matek s mentálním postižením. Z výsledků australského šetření vyplynulo, že tyto matky často zůstávají izolovány od místních komunit, protože mezi blízkými osobami v jejich podpůrných sítích chybějí přátelé a sousedé. Neexistence těchto přirozených vazeb na komunitu je znepokojující, vzhledem k tomu, že se jedná o jeden z ukazatelů kvality života a míry sociální inkluze dospělých osob s mentálním postižením (Llewellyn & McConnell, 2002). Dalším klíčovým zjištěním tohoto australského výzkumu bylo, že poskytovatelé služeb tvořili druhou největší skupinu osob v podpůrné síti matek s mentálním postižením a byli pro ně hlavním zdrojem informací a rad. Vztahy s nimi však byly poměrně krátkodobé, charakterizované častým kontaktem. I když vztahy s odborníky hodnotily respondentky jako blízké, zároveň bylo zjištěno, že se cítí příjemně, když tyto odborníky žádaly o podporu. Ve studii autorky předkládané disertační práce byly výsledky mírně odlišné. Pro české

²³ Některé části této kapitoly byly již prezentovány v následujících publikacích:

Připravenost sociálních pracovníků v terénních službách pro práci s rodiči s mentálním postižením v recenzovaném časopise Fórum sociální politiky, 2-11, Autoři článku: Adamčíková, Z., Bernoldová, J., Strnadová, I., Chvál, M. Vznik článku byl podpořen Grantovou agenturou Univerzity Karlovy, číslo projektu 310416.

Formální podpora rodičů s mentálním postižením pohledem sociálních pracovníků. (V tisku) v recenzovaném časopise Sociální práce. Autoři článku: Adamčíková, Z., Bernoldová, J., Strnadová, I. Vznik článku byl podpořen Grantovou agenturou Univerzity Karlovy, číslo projektu 310416.

účastníky výzkumu byli mezi blízkými osobami odborníci na prvním místě (tvořili 40 % blízkých osob). Vztahy s nimi byly dlouhodobějšího, velmi intenzivního charakteru. Rozdíl ve zjištěných výsledcích může být ovšem způsoben jistými odlišnostmi mezi zúčastněnými respondenty. V překládané studii byli z poloviny zastoupeni rodiče dlouhodobě využívající pobytové služby pro rodiny s dětmi, tudíž jsou jejich zkušenosti s interakcí se sociálními pracovníky a dalšími odborníky mnohem dlouhodobější, a tím pádem i intenzivnější. V obou srovnávaných výzkumech se ale ukazuje, že sociální pracovníci hrají v životech rodičů s mentálním postižením důležitou roli. Často jimi rodiče nahrazují přirozené sociální vazby a nejsou pro ně pouze zdrojem informační a praktické, ale i například přátelské a emoční podpory. Nedostatek přirozených sociálních vazeb poskytujících emoční a sociální podporu je typický i pro nastávající matky s mentálním postižením (Potvin & Brown, 2016). Autoři australského výzkumu (Llewellyn & McConnell, 2002) se domnívají, že se rodiče častou interakcí s odborníky snaží kompenzovat nepřítomnost rodinných, přátelských a sousedských vazeb v jejich životě. Odborníci, kteří se zúčastnili ohniskových skupin, rovněž zdůrazňovali význam neformální podpory, konkrétně pak rodinných příslušníků v životě rodiče s mentálním postižením. Kvalita a dostupnost neformální podpory pro ně byla klíčovým faktorem ovlivňujícím schopnost osob s mentálním postižením zvládnout rodičovskou roli.

Přítom absence těchto přirozených vazeb je dle autorky Mirfin-Veitchové (2010) velmi problematická, protože některé z krizových situací, se kterými se rodiče potýkají, není možné vyřešit pouze zaměřením se na jejich individuální potřeby. Aktivní občanství²⁴ a účast na komunitním životě nebo naopak nedostatek interakce s okolím má významný dopad na schopnost rodičů dosáhnout „dostatečně dobré“ úrovně rodičovských kompetencí. Podobně Booth a Boothová (2000) popsali rodičovství jako sdílenou aktivitu, protože rodičovské dovednosti považovali spíše za distribuované znaky rodinné sociální sítě než za individuální atribut.

Dle výzkumu Meppelderové a kol. (2014) jsou rodiče, kteří mají horší přístup k neformální podpoře, více závislí na kvalitě profesionální podpory a vztahu s doprovázejícím odborníkem. Proto je jednoznačně potřeba zabývat se možnostmi formální podpory. Výsledky empirické studie Wadové a kol. (2008), ve které byl hodnocen dopad rodičovských

²⁴ Termín aktivní občanství dle Andersena a Halvorsena (2002) znamená možnost uplatňovat svá občanská práva směrem k politickému společenství zejména skrze právo účastnit se voleb, ale také skrze právo vytvářet vztahy s okolními lidmi, vstupovat do rozličných spolků a jiných občanských organizací či tyto přímo zakládat a ovlivňovat tím dění kolem sebe.

intervenčních programů totiž potvrzují, že přístup k formální podpoře ovlivňuje kvalitu rodičovské péče, která pak výrazně ovlivňuje životní podmínky dětí těchto rodičů.

Zkušenosti rodičů s mentálním postižením se sociálními pracovníky

Prezentovaná studie přinesla dvojí pohled na problematiku obsahu poskytované podpory rodičům s mentálním postižením. V úvodu této části lze shrnout poznatky artikulované podporujícími sociálními pracovníky ve dvou navazujících dotazníkových šetřeních. V prvním výzkumném šetření realizovaném v rámci předcházejícího projektu GAUK²⁵, kterého se zúčastnilo 329 respondentů – sociálních pracovníků, byli sociální pracovníci dotazováni na to, jakou podporu dle jejich názoru rodiče s mentálním postižením potřebují. Data pak byla porovnávána s výsledky výzkumu předkládaného v této disertační práci, ve kterém byli sociální pracovníci dotazováni, jaká podpora se rodinám při terénní práci skutečně poskytuje. V prvním zmiňovaném výzkumu dle respondentů rodiče s mentálním postižením nejvíce potřebují podporu při hospodaření s penězi (Adamčíková, et al., 2015). Ve výzkumu v předkládané disertační práci se ukázalo, že tato nabízená podpora je až na čtvrtém místě. Shodně na druhém místě se v obou dotazníkových šetřeních umístila podpora při řešení bytové situace. Nejčastěji je rodinám poskytována podpora při řešení výchovných problémů dětí, tato oblast byla v prvním šetření až na čtvrtém místě, takže jí respondenti nevnímají jako zásadně potřebnou pro tyto rodiny. Dle prvního výzkumu se na třetím místě co do potřebnosti podpory umístila podpora při nácviu první pomoci, ve skutečnosti je to však oblast, které je v praxi věnována velmi malá pozornost a ve druhém výzkumu se umístila až na zadních příčkách. Výsledky výše popsaných studií dále ukazují, že sociální pracovníci nevnímají obhajobu rodičovských práv jako důležitou oblast podpory těmto rodičům a ani se této oblasti pracovníci ve své praxi často nevěnují, a to i přesto, že statistické údaje ukazují, že rodiče s mentálním postižením bývají často zapojeni v soudních řízeních ve věcech týkajících se péče o dítě. Výzkum Lewisové et al. (2015) poukázal na to, že nezávislé obhajování je klíčovou formou podpory těmto rodinám.

V přecházejícím textu věnovala autorka pozornost pohledu sociálních pracovníků na poskytovanou podporu. Jako naprosto klíčový se jeví i pohled samotných rodičů s mentálním postižením. Následující text proto přináší přehled oblastí, ve kterých rodiče z předkládaného výzkumu dostávali od sociálních pracovníků podporu, v porovnání

²⁵ Jednalo se o projekt č. 1756214; „Mateřství žen s mentálním postižením: Analýza dostupné podpory a faktorů ovlivňujících plnění mateřské role“, kde autorka disertační práce působila v pozici spoluřešitelky projektu

se zjištěními obdobného zahraničního výzkumu Tarletonové a Wardové (2007) mapujícího příklady dobré praxe. V tomto zahraničním výzkumu autorky rozdělily poskytovanou podporu rodičům s mentálním postižením do devíti oblastí: (i) Podpora v tom, být dobrým rodičem, (ii) Podpora při plnění přání rodičů, (iii) Podpora při rozvoji a učení se rodičovským dovednostem, (iv) Podpora při překonávání „velkých problémů“, (v) Emocionální podpora, (vi) Podpora v navazování vztahů s jinými rodiči, (vii) Podpora při obhajování zájmu a práv rodičů, (viii) Podpora ve snaze udržet dítě v péči rodiče, (ix) Podpora při soudních procesech. Autorka předkládané disertační práce v následujícím textu doplňuje jednotlivé oblasti podpory dle Tarletonové a Wardové (2007) o závěry předkládaného výzkumu a kde je to možné, výzkumná zjištění porovnává.

(i) Podpora v tom, být dobrým rodičem. Tato oblast zahrnovala následující aktivity: pomoc při vyřizování úředních záležitostí, pomoc při hospodaření s penězi, pomoc při komunikaci se školou, pomoc s vařením a osvojováním pravidel zdravého stravování, a pomoc s ranní a večerní rutinou. S obdobnými činnostmi pomáhali sociální pracovníci i českým rodičům zahrnutým do předkládané výzkumné studie. Právě podpora při vyřizování úředních záležitostí a pomoc při hospodaření s penězi byly nejčastěji jmenovanými typy podpory, které rodiče dostávali.

(ii) Podpora při plnění přání rodičů. V rámci této oblasti potřebovali rodiče s mentálním postižením od sociálních pracovníků, aby reflektovali jejich přání, naslouchali jim, důvěřovali v jejich schopnosti, nesoudili je a nedělali ukvapené závěry. Byť z výsledků předkládané studie vyplynulo, že rodiče jsou s poskytovanou podporou spokojeni a vzájemný vztah považovali za důvěrný, bylo z jejich výpovědí patrné, že sociální pracovníci nevěnují dostatek prostoru tomu, aby pomáhali svým klientům plnit jejich přání, a to i v případě, že se jednalo například o přání nalezení vlastního bydlení.

(iii) Podpora při rozvoji a učení se rodičovským dovednostem. Ve výzkumu Tarletonové a Wardové (2007), stejně jako v předkládané studii, si rodiče velmi dobře uvědomovali, že se potřebují učit nové dovednosti, tak jako všichni ostatní rodiče. Rodičovství vnímali jako něco, o čem toho příliš nevěděli, dokud se sami rodiči nestali. Toto zjištění není nikterak překvapující vzhledem k tomu, že vzdělávací příprava osob s mentálním postižením na sexuální a rodinný život není dostatečná, což potvrdily zahraniční (McCarthy, 2009; Frawley & Wilson, 2016) i české výzkumy (Mandzáková & Horňák, 2013). Rodiče z výzkumu Tarletonové a Wardové (2008) zároveň uznávali, že jim jejich sociální pracovníci umožnili rozvinout širokou škálu dovedností odpovídajících potřebám dětí v příslušných fázích jejich vývoje. Řada rodičů ve výzkumu Tarletonové a Wardové (2007) ocenila podporu při výchově a nastavování hranic,

a také podporu při osvojování dovedností, jak si s dětmi hrát a podněcovat jejich rozvoj. I v předkládané studii rodiče popisovali obdobné zkušenosti se sociálními pracovníky, nicméně z výpovědí bylo patrné, že sociální pracovníci často přebírali odpovědnost za rozvoj a výchovu dětí místo toho, aby podporovali rodiče v rozvoji a učení se těchto rodičovských dovedností.

(iv) Podpora při překonávání „velkých problémů“. V obou komparovaných studiích se rodiče s mentálním postižením potýkali s celou řadou náročných životních situací souvisejících s chudobou. Ta je u rodičů s mentálním postižením pravděpodobněji ve srovnání s běžnou populací (Powel et al., 2017). Zejména hledání bydlení a vhodné práce bylo častou oblastí, ve které rodiče potřebovali podporu. Zkušenosti českých rodičů ovšem byly jak pozitivní, tak negativní. V některých případech se rodičům dostalo podpory ve snaze nalézt lepší bydlení či zaměstnání, v jiných jejich přání vyslyšena nebyla.

(v) Emocionální podpora. Rodiče si v obou výzkumech velmi cenili emocionální podpory, kterou získali od svého sociálního pracovníka. Vztah se sociálním pracovníkem popisovali jako důvěrný. V předkládaném výzkumu byla ale často patrná jistá forma závislosti vzhledem k tomu, že vztahy se sociálními pracovníky byly opravdu dlouhodobé a často nahrazovaly přirozené sociální vazby.

(vi) Podpora v navazování vztahů s jinými rodiči. Ve výzkumu Tarletonové a Wardové (2007) rodiče velmi oceňovali možnost setkávání s dalšími rodiči s mentálním postižením v rámci svépomocných rodičovských skupin. Zatímco sociální pracovníci doufali, že se zlepšení znalostí a dovedností rodičů povede skrze poskytování kvalitní formální podpory, sami rodiče hodnotili jako přínosnější možnost sdílení s lidmi ve stejné situaci. V České republice však žádná obdobná svépomocná skupina rodičů s mentálním postižením neexistuje. Rodiče s mentálním postižením tak nemají prostor pro společné sdílení.

(vii) Podpora sebevědomí rodičů. Jedná se o velmi důležitou oblast podpory. Rodiče z výzkumu Tarletonové a Wardové (2007) popisovali, že s rostoucím sebevědomím, dovednostmi a důvěrou, které dostávali od sociálního pracovníka, klesala intenzita poskytované podpory. Někteří z rodičů postupně zvládli vychovávat své děti bez podpory, i přesto ale dále navštěvovali rodičovské skupiny, aby své zkušenosti mohli předávat ostatním. V předkládaném výzkumu rodiče rovněž hodnotili, že se díky sociálním pracovníkům například naučili vyřizovat některé úřední záležitosti. Sociální pracovníci do jisté míry pracovali i s pozitivní zpětnou vazbou, nicméně v některých případech se pozitivní zpětná vazba týkala naprostých banalit podobajících se spíše pochvale malého dítěte.

(viii) Podpora při obhajování zájmu a práv rodičů. Jak již bylo zmíněno výše v textu, jedná se o jednu z klíčových oblastí, ve které by rodiče s mentálním měli dostávat podporu,

ale jak ukázaly závěry dotazníkového šetření k této studii, zdaleka se nejedná o častou formu podpory ze strany sociálních pracovníků. Z výzkumu Tarletonové a Wardové (2007) vyplynulo, že mnoho rodičů má negativní zkušenosti s interakcí se sociálními pracovníky ze systému sociálně právní ochrany dětí, což následně vedlo k celkové nedůvěře k formálnímu systému podpory a nezájmu o nabízené podpůrné služby. Rodiče se tak ocitali v začarovaném kruhu, kdy jejich neochota spolupracovat posilovala přesvědčení sociálních pracovníků, že nemohou být dobrými rodiči. Až v okamžiku, kdy s rodinou začaly pracovat místní dobrovolnické organizace a jejich zaměstnanci na sebe vzali roli obhájce při vyjednávání s institucemi, mezi které patřil orgán sociálně právní ochrany dětí, se podařilo tento začarovaný kruh přerušit. Tito podpůrní pracovníci hráli důležitou roli ve zprostředkování informací. Byli „tlumočníky“, kteří informace předávali v jednodušším jazyce a zároveň zajišťovali prostor pro výpověď samotného rodiče, aby byl slyšet jeho hlas. Rodiče si plně uvědomovali, že podpora, kterou dostali, jim v mnoha příležitostech umožnila stát se aktivními rodiči a hybateli událostí, nikoli pouze pasivními diváky přihlížejícími tomu, jak jejich dítě opouští rodinu. Tato podpora však plně chyběla českým rodičům v předkládaném výzkumu, což dokresluje jejich zkušenosti z případových konferencí. Ani v přípravné fázi ani na samotném setkání (případové konferenci) neměli nikoho, kdo by jim zprostředkoval potřebné informace a pomohl jim se na setkání aktivně zapojit. Jedna ze sociálních pracovníček v předkládaném výzkumu měla zkušenost s touto formou podpory, tj. svou klientku řádně na setkání připravovala a zároveň poskytovala podporu i v průběhu setkání, i přesto se jí však nepodařilo zajistit vše tak, aby byly respektovány potřeby této klientky. Setkání totiž bylo tak dlouhé, že její klientka musela několikrát opustit, protože to pro ni bylo velmi vyčerpávající (mimo jiné i proto, že se nacházela v období šestinedělí).

(ix) Podpora ve snaze udržet dítě v péči rodiče. Otázka ochrany práv dětí je samozřejmě zásadní. Dle názorů rodičů z výzkumu Tarletonové a Wardové (2007) přispěla podpora, kterou dostávali od doprovázejících pracovníků, k ochraně a prosazování dobrých životních podmínek svých dětí, stejně jako k ochraně jejich rodičovských práv. Jejich názory na důležitou otázku ochrany práv jejich dětí byly vyvážené a zodpovědné. Pro rodiče mělo zásadní význam blaho jejich dětí. Poskytovaná podpora v rodinách umožnila posílit rodičovské dovednosti natolik, aby nebyla „otázka blaha“ dítěte vůbec zpochybňována. Odborníci působící v těchto rodinách byli jasně přesvědčeni o tom, že by rodiče měli být posuzováni na základě podpory, která jim byla poskytnuta, a ne na základě jejich dřívější historie. A to zejména v případech, kdy bylo nějaké ze starších dětí z rodiny odebráno, protože se rodině v té době žádné podpory nedostávalo. Vedle svého odhodlání posilovat rodiče v jejich rodičovské roli a rozvíjet jejich

dovednosti a znalosti si ale byli velmi dobře vědomi své základní odpovědnosti za ochranu dítěte. Rodiče zapojení do předkládaného výzkumu rovněž v několika případech popisovali, že jim tento typ podpory udržet dítě ve své péči byl poskytnut a oni tak mohli dále pečovat o své dítě. Například sociální pracovnice pomohla zprostředkovat rodině azylové bydlení. Zkušenosti však měli rodiče i negativní – například měli zkušenost se zastrásováním. V těchto případech jim sociální pracovníci zejména z orgánu sociálně právní ochrany vyhrožovali odebráním dětí z péče.

(x) Podpora při soudních procesech. Závěry zahraničních výzkumů (např. Callowové et al., 2017; Sigurjónsdóttirové & Rice, 2017) potvrdily, že rodiče s mentálním postižením jsou často účastni soudních řízení týkajících se jejich rodičovské odpovědnosti. Rodiče z výzkumu Tarletonové a Wardové (2007) nebyli výjimkou. Ve svých výpovědích zmiňovali, že byli velmi vděční za podporu ze strany sociálního pracovníka nebo nezávislého advokáta v průběhu řízení. Zkušenosti ze soudních řízení popisovali jako děsivé, dění v síni jako těžko pochopitelné a jednání náročnější, než bylo s pracovníky orgánů sociálně právní ochrany dětí. Rodiče uznali, že potřebují podporu, aby průběh řízení správně pochopili a mohli aktivně prosazovat svá práva. Rodiče zapojení ve výzkumu autorky předkládané práce ve svých výpovědích nepopisovali konkrétní zkušenosti ze soudních řízení. O tématu se však rozhovořili účastníci ohniskových skupin. Někteří zpochybňovali význam přípravy rodiče, spíše jim přišlo důležité dostatečně připravit zastupující osoby. Shodli se však, že v systému není dostatek kvalitních právníků nebo organizací hájících práva osob, které by u soudu intervenovaly ve prospěch člověka s mentálním postižením.

V závěru této části je třeba říci, že rodiče v předkládaném výzkumu byli obecně spokojeni s poskytovanou podporou a svůj vztah se sociálními pracovníky hodnotili jako důvěrný. Tato zjištění jsou v souladu s výsledky výzkumu Guineové (2016). V jejím výzkumu ovšem rodiče zmiňovali, že by ocenili, kdyby na ně měli sociální pracovníci více času.

System formální podpory pohledem sociálních pracovníků

Pro pochopení celkového kontextu formální podpory pro rodiče s mentálním postižením je potřeba nejen analyzovat kvalitu poskytované podpory sociálními pracovníky, ale zaměřit se na systém jako celek. Ten totiž do jisté míry pracovníkovi určuje rámeček, v jakém se při hledání nejlepšího možného řešení a vhodných podpůrných opatření pro rodinu může pohybovat. V českém kontextu poskytují právní rámeček zejména dva zákony, a to konkrétně zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí a zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních

službách. Právě zmíněný zákon o sociálních službách v souvislosti s poskytováním podpory rodičům s mentálním postižením neusnadňuje sociálním pracovníkům jejich pozici, protože explicitně neřeší cílovou skupinu těchto rodičů. To v konečném důsledku znamená, že sociální služby, tak jak jsou nyní definované zákonem, často rodiče s mentálním postižením vydělují z okruhu oprávněných uživatelů konkrétní sociální služby. Tím vlastně neumožňují sociálnímu pracovníkovi poskytnout rodině adekvátní podporu. Služby sociální péče jsou navíc zatíženy finanční spoluúčastí klientů. Vzhledem k tomu, že rodiče s mentálním postižením nebývají příjemci tzv. příspěvku na péči, což potvrdila tato výzkumná studie, nemohou vzhledem ke své často velmi tíživé finanční situaci na tyto služby dosáhnout. Přitom by z hlediska nabízených činností mohla být daná služba vhodná. Jedná se například o služby osobní asistence nebo službu podpora samostatného bydlení. Jednou ze služeb, která by pro rodiče s mentálním postižením byla velmi vhodná, je bezplatná služba sociální prevence, tzv. raná péče. Ze závěrů ohniskových skupin ovšem vyplynulo, že rodiče s mentálním postižením službu rané péče nevyužívají. Důvodem je, že jejich děti často nemají žádné znevýhodnění, které by opravňovalo rodinu k čerpání této služby. Pokud by pracovníci služby do rodiny chtěli docházet, museli by doložit silnou argumentaci, proč je dítě ohroženo na vývoji. V takovém případě by bylo hypoteticky možné, aby poskytovali podporu v rodinách rodičů s mentálním postižením.

Velkým problémem se také jeví absence služby, která by byla schopna zajistit velmi vysokou intenzitu podpory rodičům v domácím prostředí. Nabízí se jen možnost využití dvou azylových domů, které se do jisté míry specializují na tyto rodiče – zejména tedy matky. Blíže o tomto typu bydlení pojednává část kapitoly 2.2.6. Jedná se ovšem ze zákona o pobytovou službu, která by měla mít krizový a krátkodobý charakter. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ohraničuje délku pobytu v jednom zařízení tohoto typu na 1 rok. Ubytování se v jednom z těchto domů se skutečně poskytuje na časově ohraničenou dobu jednoho roku. Ve druhém domě není délka pobytu omezena, což je na první pohled pro rodiče s mentálním postižením výhodnější. Nicméně z výsledků rozhovorů výzkumu Bernoldové (2018) vyplynulo, že rodiče v tomto zařízení setrvávají mnoho let a některé děti zde prožily celé dětství. Proces osamostatňování zde téměř neprobíhá.

Terénní služba, která je bezplatná a která by teoreticky rodině mohla poskytnout intenzivní podporu, se nazývá tzv. sociálně aktivizační služba. Účastníci ohniskových skupin se však shodli, že personální kapacita služby a nedostatečné finanční zdroje neumožňují poskytovatelům této služby zajistit dlouhodobou každodenní podporu rodičům s mentálním postižením. Otázkou však zůstává, zda rodiče s mentálním postižením vůbec potřebují tak intenzivní podporu, jak se odborníci domnívají. Ve výzkumu McConella a Llewellynové.

(2000) o diskriminaci rodičů s postižením v soudních řízeních byla právě tato domněnka označena za jeden z nejčastějších nepodložených stereotypů panujících mezi odborníky. Sami rodiče ve výzkumu Tarltonové a Wardové (2007), který se zabýval příklady dobré praxe v poskytování podpory rodičům s mentálním postižením, cítili, že v mnoha situacích potřebují podporu. Popisovali proto, že by ocenili 24hodinovou pohotovostní linku, na kterou by mohli volat v případě, že by si v nějaké životní situaci nevěděli rady. Neočekávali však pouze radu po telefonu, ale přivítali by, kdyby na základě telefonu dorazil někdo, kdo by jim situaci pomohl vyřešit. Byť je takový typ podpory organizačně a finančně náročný, nejedná se o nepřetržitý celodenní dohled nad rodičem, tak jak si ho představují někteří odborníci ve výše uvedeném výzkumu McConella a kol. (2000).

Z výsledků výzkumu Tarltonové a Wardové (2007) navíc vyplynulo, že míra intenzity podpory je proměnlivá v čase. S postupným osvojováním si dovedností se zvyšovalo sebevědomí rodičů a klesala jejich potřeba využívat formální podpory doprovázejícího pracovníka. S obdobnými závěry přišel i výzkum Weiberové a kol. (2014), kde rodiče absolvovali program PYC. Intenzita kontaktu v průběhu devíti let, kdy sociální pracovníci využívali tohoto programu při podpoře rodin s mentálním postižením, výrazně klesala. Zároveň žádné zapojené rodině nebylo odebráno dítě z péče. Všechny rodiny s touto podporou byly schopny adekvátně fungovat a péče těchto rodičů neměla na psychický a fyzický stav dětí žádný negativní dopad.

O nutnosti 24hodinového dohledu nad rodinami diskutovali i účastníci ohniskových skupin. Zmiňovali, že se setkali s rozsudky upravujícími rodinné poměry rodičů s mentálním postižením, kde bylo setrvání dítěte v rodině podmíněno celodenním dohledem nad rodičem. Pokud rodič ve svém okolí nemá příbuzného nebo partnera, který by tento dohled zajistil, mohou za těchto soudem stanovených podmínek vychovávat dítě jen ve dvou již zmíněných azylových domech nebo krátkodobě v dětském centru (bývalém kojeneckém ústavu) v rámci diagnostického pobytu.

Další překážkou v poskytování kvalitních a adekvátních služeb rodičům s mentálním postižením je už samotná identifikace těchto rodičů. Přitom včasná identifikace rodiče s mentálním postižením je naprosto klíčová. Švédský výzkum Weiberové a kol. (2016) potvrdil, že významnou roli v problematice včasné identifikace hraje mezioborová spolupráce. Neexistující nebo velmi sporadické vazby mezi odborníky v různých sektorech byly považovány za závažný problém, který vede k tomu, že rodiče s mentálním postižením dlouho zůstávají v populaci skryti a potřebná podpora přichází až v okamžiku, kdy je v rodině řešeno např. zanedbávání dítěte. Ve výzkumu Weiberové a kol. (2016) je také reflektována důležitost

koordinátora či případového manažera propojujícího všechny zainteresované osoby. Účastníci ohniskových skupin předkládaného výzkumu se domnívali, že v českém prostředí by bylo ideální, kdyby tuto pozici zastával pracovník orgánu sociálně právní ochrany dětí.

Výzkum Mitrové a kol. (2018) potvrdil, že kvalitní formální podpora je klíčová už v období těhotenství žen s mentálním postižením zejména s ohledem na zdravotní a duševní stav nastávajících matek. Těhotné ženy s mentálním postižením jsou totiž častěji hospitalizovány, protože se jim nedostává srovnatelné prenatální péče, a to jak ve smyslu průběžné kontroly zdravotního stavu, tak informační podpory. Pokud ovšem nedojde k rozpoznání nastávající matky s mentálním postižením potřebující zvýšenou míru podpory již ve zdravotnickém zařízení, zůstává tento úkol na sociálních pracovnících. V České republice mají sociální pracovníci k dispozici nástroj pro vyhodnocování potřeb dítěte v rodině (Racek et al., 2014). Tento nástroj obsahuje i vyhodnocování rodičovské kapacity a celkového stavu rodiny (rodinná historie a fungování primární rodiny, širší rodiny, bydlení a zaměstnání, finanční situace, sociální začlenění rodiny a komunitní zdroje). Nástroj byl z Velké Británie převzat a upraven pro české poměry. Britští autoři popisují, že v praxi jsou tyto metodiky velmi špatně využitelné pro populaci rodičů s mentálním postižením, a to zejména proto, že tyto nástroje nejsou specificky navrženy pro tuto skupinu rodičů (Tarleton et al., 2006). Odborníci často popisují, že nejsou schopni interpretovat výsledky hodnocení tak, aby mohli vyvodit závěry o rizikovosti rodinného prostředí pro dítě. Navíc přesnost těchto nástrojů používaných k predikci rizik zneužívání nebo zanedbávání dětí byla v již v minulosti v odborné literatuře zpochybňována (Taylor et al., 2008). Špatnou využitelnost nástrojů a nejistotu v posuzování rodinné situace popisovali i účastníci ohniskových skupin v předkládaném výzkumu.

Mezinárodní výzkum (Alexius & Hollander, 2014; Gould & Dodd, 2014; Lightfoot et al., 2017; Mc Connell, Llewellyn, & Ferronato, 2006; Reinders, 2008; Sigurjónsdóttir & Rice, 2016; Traustadóttir & Sigurjónsdóttir, 2008) stejně jako závěry ohniskových skupin v předkládaném výzkumu ukázaly, že rodiče se zdravotním postižením a zejména pak rodiče s mentálním postižením čelí nepřiměřeným zásahům orgánů sociálně právní ochrany dětí a významnému riziku ztráty rodičovské odpovědnosti. Z výše uvedené literatury vyplývá, že strach, předsudky, negativní postoje a diskriminace hrají významnou roli při legitimizaci odebrání dětí či stanovení soudního dohledu, jimž rodiče se zdravotním postižením čelí.

Badatelky Alexiusová a Hollanderová (2014) tvrdí, že je obtížné dokázat v oblasti ochrany právní ochrany dětí popírání práv, i přesto ale lze některé praktiky označit jednoznačně za diskriminační. Výše IQ rodiče se v mnoha případech stává vodítkem při posuzování rodičovské kapacity, aniž by byly prozkoumány širší souvislosti. To naznačují i výsledky

následujících výzkumů. Ve studii Callowové a kol. (2017) byla provedena revize rozsudků týkajících se odejmutí rodičovských práv. Bylo zjištěno, že v 86 % případů bylo nízké rodičovské IQ prezentováno jako překážka v plnění rodičovské role. Při přezkumných řízeních u vyššího soudu byl v 81 % případů tento verdikt potvrzen a rodiče o svá práva skutečně přišli. Islandský výzkum Sigurjónsdóttirové a Rice (2018) popisuje, že v některých případech bývá status invalidity označen orgány sociálně právní ochrany dětí jako primární důvod, proč nejsou osoby se zdravotním postižením schopny řádně zajistit péči o své děti, byť pro popsání stavu byly použity opisné výrazy jako např. „neschopen těžít z léčby, či odborné přípravy“. Autoři tohoto islandského výzkumu dále hovoří o tom, že systém posuzování rodičovské kapacity je nastaven tak, že bagatelizuje jejich silné stránky a zpochybňuje účinnost podpůrných opatření. S rodiči s mentálním postižením tak v soudních řízeních není spravedlivě zacházeno a často ani nedostanou příležitost k tomu, aby za pomoci smysluplné podpory dokázali, že svou rodičovskou roli zvládají. Účastníci ohniskových skupin předkládaného výzkumu dokonce hovořili o případech, kdy jsou budoucím rodičům s mentálním postižením odebrána jejich rodičovská práva ještě před narozením dítěte. Rodiče tak nedostanou vůbec příležitost pečovat o dítě a rozvíjet své dovednosti.

Přípravenost sociálních pracovníků na práci s rodiči s mentálním postižením

Nejen nástroje pro identifikaci rodin jsou v zahraniční literatuře diskutovaným tématem. Značná pozornost mezi výzkumníky byla v minulosti věnována i nástrojům, technikám a metodám práce s rodiči s mentálním postižením. Zahraniční výzkumy (Wade et al., 2008; Wilson et al., 2013) potvrdily, že kvalitní a vhodná podpora může rodičům s mentálním postižením pomoci: (i) naučit se vytvářet pozitivní a stimulující interakci s dětmi, (ii) zlepšit své dovednosti při řešení problémů, (iii) rozvíjet dovednosti používané v každodenním životě a (iv) zajistit pro své děti bezpečné prostředí. Nicméně zahraniční zkušenost je taková, že i navzdory existujícím a funkčním nástrojům a metodám sociální práce jsou tyto formy podpory rodičům s mentálním postižením nabízeny velmi zřídka (National Council on Disability, 2012) a je velmi obtížné přenést znalosti získané výzkumem do účinných intervencí v praxi. Ze závěrů předkládaného výzkumného šetření vyplynulo, že ani v České republice situace není jiná. Účastníci ohniskových skupin měli jisté povědomí o vhodných metodách práce, ne vždy je ale využívali, a pokud ano, většinou jim k tomu chyběla metodická opora. Výběr metod a jejich použití se tak stává spíše intuitivní záležitostí než koncepční prací podpořenou jak teoretickými znalostmi, tak praktickými zkušenostmi. Jsou to právě praktické zkušenosti, které účastníkům

chyběly. Z doprovodného převážně demografického dotazníku, který účastníci předkládaného výzkumu v ohniskových skupinách vyplňovali, vyplývá, že 25 z 39 účastníků ohniskových skupin se za svou praxi potkalo s méně než 5 rodiči s mentálním postižením. Jejich požadavek na metodické vedení v případech ohrožených rodin, kde figuruje rodič s mentálním postižením, je proto naprosto legitimní a svědčí o vysoké schopnosti sebereflexe zúčastněných.

Za nejčastěji používanou a stěžejní metodu pak účastníci označili praktický nácvik dovedností, modelování (učení se nápodobou) a nácvik rolí v přirozeném prostředí. Dále pak hovořili o častém využívání pozitivní zpětné vazby pro posilování žádoucího jednání. Někteří z účastníků měli zkušenosti s materiály upravenými do podoby tzv. snadného čtení. Pro posílení komunikace mezi rodičem s mentálním postižením a dítětem byla využita jednou účastníci výzkumu také metoda videotréninku interakcí (VTI). Přínos této metody při práci s rodiči s mentálním postižením byl potvrzen i v zahraniční studii Hodesové a kol. (2014).

Již v čistě teoretické rovině účastníci hovořili o možnosti využití tzv. vrstevnické podpory. Praktickou zkušenost s touto formou podpory shrnul výzkum Weiberové a kol. (2014), ve kterém byly zkušenosti odborníků z uspořádání těchto skupinových setkání smíšené. Udržování skupiny bylo vnímáno jako obtížné, protože účastníci (tedy rodiče s mentálním postižením) měli tendenci skupinu opouštět, což bylo problematické vzhledem ke stanoveným cílům. Dále při ohniskových skupinách účastníci teoreticky hovořili o využití rodinných konferencí²⁶ či tzv. interaktivních případových konferencí.²⁷ Praktické zkušenosti ovšem měli účastníci s případovými konferencemi. Řada účastníků skupin uvedla, že případové konference představují pro osoby s mentálním postižením náročné setkání. Bez řádné přípravy a kvalitního doprovázení v průběhu setkání, nelze dle těchto účastníků skupin naplno využít potenciálu, který tento nástroj skýtá, protože nedojde k plnému zapojení rodiče s mentálním postižením do průběhu setkání.

Dalším aspektem určujícím kvalitu poskytované služby může být samotná profesní příprava sociálních pracovníků. Celých 61 % dotázaných v rámci dotazníkového šetření zhodnotilo, že jejich příprava nebyla dostatečná proto, aby mohli poskytovat adekvátní podporu rodičům s mentálním postižením. Tento sebekritický pohled ještě dokresluje skutečnost,

²⁶ Rodinná konference vychází z principu ponechání odpovědnosti za vlastní situaci na rodině jako takové a využívá tak přirozených vazeb komunity.

²⁷ Jedná se o přístup, kdy rodina, dítě a odborníci hledají společně řešení obtížné situace. Vychází z dnes již běžně využívaných případových konferencí, ale rozšiřuje je o přítomnost dítěte (nebo rodiče s mentálním postižením) jako rovnocenného účastníka. Pro jeho zapojení se využívá různých nástrojů a pomůcek. Setkání probíhá interaktivní formou.

že například s tématem podpory osob s mentálním postižením se v rámci profesní přípravy vůbec nesetkalo 12 % dotázaných. S uvedenými závěry se shodují i názory účastníků ohniskových skupin. I oni potvrdili, že by potřebovali rozšířit své znalosti v oblasti poskytování podpory rodičům s mentálním postižením. Byť také zmínili, že do vzdělávat všechny sociální pracovníky působící v oblasti sociálně právní ochrany dětí je v podstatě nereálné. Za snáze proveditelné řešení považují proškolení několika odborníků pro každý region, kteří by v případě potřeby poskytovali metodické a supervizní vedení. Neznalost možností intervence a nejistotu při poskytování podpory rodičům s mentálním postižením vyjádřili i sociální pracovníci v zahraničním výzkumu autorů Lewis et al. (2015). O významu speciální profesní přípravy hovoří také autoři Weiberová a kol. (2014) nebo Starkeová (2011).

Své znalosti by respondenti dotazníkového šetření předkládaného výzkumu chtěli rozvíjet zejména v oblasti práce s nedobrovolným klientem a v oblasti poskytování intervence tzv. „šité na míru“ individuálním potřebám rodiny. Ve výzkumu Claytonové a kol. (2008), ve kterém byly rovněž mapovány vzdělávací potřeby u sociálních pracovníků, se ukázalo, že by nejvíc potřebovali rozvíjet své dovednosti v oblasti učení rodičovských dovedností a na druhém místě se umístila taktéž oblast poskytování intervence tzv. „šité na míru“. V obou výzkumech respondenti projevili naopak nejmenší zájem o oblast znalostí zdravotnických služeb. Účastníci ohniskových skupin pak silně akcentovali potřebu dalšího vzdělání zejména v oblasti právních aspektů souvisejících s rodičovskou odpovědností a svéprávností.

Sociální pracovníci ovšem nejsou jediní odborníci, se kterými rodiče s mentálním postižením přichází do kontaktu a kteří mohou další fungování rodiny ovlivnit už na jejím úplném začátku. Jsou to také pracovníci ve zdravotnictví (gynekologové, porodníci, pediatři, zdravotní sestry) a jak z předchozího výzkumu autorů Bernoldové a kol. (2016) vyplynulo, ani ti nejsou pro specifickou práci s rodiči s mentálním postižením dostatečně připraveni. Jejich znalosti o návazných službách pro tyto rodiče jsou nízké, potřeby matek v prenatálním, intra partum i postnatálním období nejsou dostatečně zohledňovány a postoje k rodičovství matek s mentálním postižením jsou veskrze negativní.

Názory a postoje sociálních pracovníků k tématu rodičovství osob s mentálním postižením

Profesní příprava do jisté míry formuje jak znalosti a dovednosti sociálních pracovníků, tak také jejich postoje, které jsou rovněž významným faktorem určujícím kvalitu poskytované podpory rodičům s mentálním postižením. To, jak spolu vzdělání a postoje úzce souvisí, potvrdily závěry výzkumu Jöreskogové a Starkeové (2013). Respondenti z citovaného

výzkumu, kteří absolvovali speciální profesní přípravu pro práci s rodiči s mentálním postižením, lépe hodnotili svou schopnost poskytovat adekvátní podporu těmto rodinám oproti ostatním respondentům, kteří tuto vzdělávací zkušenost neměli, a také se cítili více kompetentní při řešení dilematu mezi nejlepším zájmem dítěte a právem rodiče s mentálním postižením na rodinný život. Vzdělání v tomto případě výrazně formovalo postoje respondentů, kteří poté dovedli situaci rodiny vnímat v širším kontextu. Výzkum Hollandové (1999) zdůraznil, že proces posuzování situace rodiny není čistě racionální činností. Posuzování je ovlivněno právě znalostmi a zkušenostmi jednotlivých pracovníků. Je tedy důležité, aby jejich profesní příprava byla co nejkvalitnější. Pozitivní přínos systematické přípravy sociálních pracovníků pro práci s rodiči s mentálním postižením potvrdil i výzkum McHughové a Starkeové (2015). Proškolení pracovníci například lépe zvládali spolupráci s tzv. nedobrovolnými klienty, byli schopni s nimi snadněji navazovat vzájemný vztah. Právě poptávku zlepšování se v této dovednosti potvrdil i předkládaný výzkum. Jak již bylo výše uvedeno, rozvoj dovedností v oblasti práce s nespolupracujícím klientem byl respondenty označen jako nejžádanější. Závěry výzkumu McConnella a kol. (2011) ukázaly, že nespolupráce rodičů s mentálním postižením s odborníkem bývá nejčastějším důvodem pro zahájení soudních řízení ve věci rodičovské odpovědnosti. Proto dovednost navázat kvalitní pomáhající vztah i s těmito rodiči hraje významnou roli ve snaze udržet dítě v péči rodiče s mentálním postižením. Ve výzkumu McHughové a Starkeové (2015) sociální pracovníci absolvující program PYC reflektovali po skončení výcviku, že by se dále potřebovali rozvíjet v oblasti interakce s dětmi rodičů s mentálním postižením. A to zejména v souvislosti s tím, že se v posledních letech začal více klást důraz na zapojování dětí do rozhodovacích procesů.

Dalším příkladem, jak se postoje sociálních pracovníků promítají do jejich každodenní praxe a procesu rozhodování, je výzkum McConnella et al. (2006). Autoři této studie zjistili, že sociální pracovníci zahajují soudní řízení u rodičů s mentálním postižením mnohem dříve než u rodičů bez tohoto postižení, protože od samého začátku nevěří, že by rodiče s mentálním postižením zvládli péči o dítě. Výzkum (Proctor & Azar, 2013) poukázal na to, že sociální pracovníci častěji vnímají riziko ohrožení dítěte v případech, kdy má rodič mentální postižení, aniž by tyto obavy byly podloženy konkrétními riziky. Tyto obavy byly patrné i u sociálních pracovníků, kteří se zúčastnili dotazníkového šetření. Šedesát osm procent účastníků předkládaného výzkumu potvrdilo, že má obavy o nejlepší zájem dítěte v péči rodiče s mentálním postižením a 24 % dotázaných se dokonce obávalo, že je dítě v péči rodiče s MP v přímém ohrožení života. Takové jsou zkušenosti sociálních pracovníků z dotazníkového šetření.

V předchozím výzkumném šetření autorského týmu (Strnadová et al., 2017) se potvrdilo, že sociální pracovníci mají vytvořenou celou řadu negativních postojů a předsudků o nekompetentnosti matek s mentálním postižením, což zahraniční autoři (např. McConnell et al., 2009; Philips et al., 2004) připisují nedostatečnému porozumění fenoménu mentálního postižení a jeho důsledkům pro mezilidskou interakci. To může být důsledkem nízké informovanosti a nízké úrovně znalostí. Zároveň zahraniční výzkumníci zjistili, že sociální pracovníci, kteří neprošli odbornou přípravou věnující se problematice mentálního postižení (zejména ti, působící v agendě sociálně právní ochrany dětí), se při práci s lidmi s mentálním postižením necítí dostatečně kompetentní (Lewis et al., 2015), měli více negativních postojů týkajících se rodičů s mentálním postižením (Jones et al., 2010) a menší pochopení pro jejich potřeby, než sociální pracovníci, kteří se ve své práci primárně věnují dospělým osobám s mentálním postižením (McBrien & Power, 2002).

Skov a Henningsen (2001 in Jöreskog a Starke 2013) například zjistili, že představy a postoje sociálních pracovníků o rodičích s mentálním postižením ovlivňují výkon jejich práce natolik, že dle nich pak volí jednotlivá podpůrná opatření. Ti sociální pracovníci, kteří důvěřovali ve schopnosti svých klientů být dobrými rodiči, se snažili v hledání vhodné podpory reflektovat jejich individuální potřeby. Naopak sociální pracovníci, kteří shledávali rodičovskou kapacitu nedostatečnou a vnímali osoby s mentálním postižením jako neschopné postarat se sami o sebe, natož o své děti, nerozvíjeli jejich rodičovské dovednosti a jejich “podpora” byla zaměřena na prevenci neplánovaného početí. O této problematice hovořili i účastníci ohniskových skupin v předkládané studii. Z jejich výpovědí lze vysledovat, že při řešení problematiky rodičovství osob s mentálním postižením mají tendence hledat preventivní řešení, aby k těhotenství vůbec nedošlo. Ani vzdělávací systém nenabízí osvětu v této problematice. Pokud se realizuje nějaká vzdělávací aktivita směrem k osobám s mentálním postižením zejména v pobytových službách, bývá zaměřena na identifikaci sexuálních potřeb a jejich řešení či prevenci početí, nikoliv však na osvětu týkající se pohlavního života, těhotenství, partnerského života či nácviku rodičovských kompetencí (Bernoldová et al., 2019). Samotní sociální pracovníci se rovněž necítí být připraveni na vzdělávání osob s mentálním postižením v této oblasti.

Vzhledem k jejich negativním postojům k problematice (Adamčíková et al., 2015; Proctor & Azar, 2013) mohou sociální pracovníci při své práci vycházet z předpokladu, že rodiče s mentálním postižením nejsou schopni pochopit instrukce a rozvíjet své dovednosti. Tím v konečném důsledku mohou tuto neschopnost vytvářet a následně posilovat. V sociologii se tento jev nazývá Thomasův teorém. Jedná se o situaci, ve které lidé jednájí na základě svých

domněnek a jejich subjektivní interpretace situací se mohou promítnout do reálného života a stát se skutečnými (Merton, 2007). Ve své kvalitativní studii O'Connorová a Leonardová (2013) také popsaly, jak negativní emoce vůči klientům mohou motivovat sociální pracovníky k tomu, aby využili při práci s rodinou tvrdších opatření. Studie O'Connorové a Leonardové zdůrazňuje důležitost porozumění postojům a emocím sociálních pracovníků, vztahujícím se k rodičům s mentálním postižením. Silné emoce a obavy se objevily i v případě účastníků ohniskových skupin v předkládaném výzkumu. Týkaly se zejména plánování rodinného života jejich klientů. Sdíleli také obavy o častější narození dítěte s postižením mezi lidmi s mentálním postižením, zároveň se ale obávali toho, že dítě dosáhne vyššího IQ a schopností než jeho rodič a ten pak nebude schopen péči a výchovu o dítě zvládnout. I sociální pracovníci a zdravotní sestry z výzkumu Weiberové a kol. (2014) popisovali tento druh zkušenosti s rodiči s mentálním postižením. Což podle účastníků tohoto výzkumu má ve vztahu k dětem dvojí dopad. Jednak byly děti nuceny převzít zodpovědnost za chod domácnosti za svou matku a jednak byly ve srovnání s ostatními dětmi znevýhodněny při přípravě do školy. Řešením v těchto situacích je dle účastníků ohniskových skupin i dle závěrů výzkumu Weiberové a kol. (2014) práce s identitou dítěte. Dítě by mělo být přiměřenou formou informováno o postižení rodiče. Měla by s ním být vedena diskuze o tom, jaké důsledky to pro něj může mít, aby se snáze dokázalo vypořádat s danou situací. Jakákoliv intervence v takové rodině by měla zahrnovat právě i aktivity směřující k podpoře identity dítěte.

Ve výzkumu Starkeové (2011) sociální pracovníci popisovali kromě obav týkajících se neschopnosti zvládnout péči o dítě a neschopnosti rodičů rozvíjet své rodičovské dovednosti také frustraci z toho, že při snaze podporovat rodiče s mentálním postižením zjistili, že je práce velmi obtížná, stresující a generující mnoho náročných výzev. I zde lze vidět paralelu se závěry ohniskových skupin, na kterých účastníci jasně pojmenovávali zdroj frustrace, který souvisel s negativními postoji odborné i laické veřejnosti k otázce rodičovství jejich klientů. Velmi často se opakoval názor, že jejich klienti s mentálním postižením často ani nedostanou příležitost pro to, být dobrými rodiči.

Vzhledem k tomu, že do výzkumného šetření byl zahrnut také jeden muž s mentálním postižením, je potřeba v závěru této části shrnout poznatky ze zahraničních výzkumů, ale i názory respondentů z ohniskových skupin, týkající se otcovství osob s mentálním postižením. V několika zahraničních výzkumech byli rovněž zapojeni muži – otcové jakožto respondenti výzkumu (např. Hodes et al., 2016; Milot et al., 2014). Data, která byla získána od otců, ovšem nebyla nikterak zvlášť analyzována. Při důkladné rešerši literatury autorka

disertační práce zjistila, že se specificky problematice otcovství věnuje jen velmi málo odborných textů.

Jako příklad lze uvést práci Strikea a McConnella (2002), kdy první autor tohoto textu je sám otec s mentálním postižením, který v článku psaném formou rozhovoru popisuje své zkušenosti s rolí otce a text adresuje odborníkům poskytujícím podporu. Jeho poselství vyplývá už ze samotného názvu článku, který v překladu zní „Podívej se na mě, poslouvej mě, chci ti něco důležitého říct“. Z dalších publikací věnujících se specificky otcovství lze uvést práci Sigurjónsdóttirové (2004), kde otcové popisují zejména své zkušenosti s formální podporou. Zajímavým zjištěním bylo, že i přesto, že otcové o spolupráci se sociálními pracovníky stáli a celkově se zapojovali aktivně do dění v domácnosti, v podstatě se s nimi nesetkávali, protože tito pracovníci docházeli do rodin v pracovní době, kdy byl otcové ve svém zaměstnání. Tudiž sociální pracovnice spolupracovala jen s matkami a jejich dětmi, byť by rodině měla být poskytnuta podpora jako celku. Účastníci ohniskových skupin se shodli, že otcům, pokud jsou primární pečovatelé, je poskytnuta stejná podpora jako matkám a že s nimi není nikterak specificky pracováno. Pouze jeden účastník ohniskové skupiny, shodou okolností muž, byl toho názoru, že by mužům měla být poskytnuta odlišná podpora. Navrhoval například, že by speciálně pro otce s mentálním postižením mohly vzniknout svépomocné skupiny.

Problematice prožívání otcovské role a zkušenostem mužů s mentálním postižením se ještě věnuje odborný text autorů Gosdena a Kirklanda (2008 in McGaw et al., 2010), kde v rámci ohniskových skupin diskutovali se skupinou otců s mentálním postižením. Závěry diskuzí ukázaly, že tito muži měli nízké povědomí o tom, co jejich rodičovská role obnáší. Závěry z výzkumu McGawové a kol. (2010) ovšem naznačují, že lepší párovou stabilitu vykazují páry, kde jsou oba rodiče s mentálním postižením. To v důsledku může znamenat lepší zázemí pro děti a menší riziko spojené se zanedbáváním. Nicméně, jak shrnuje Collingsová (2012), v současné době na základě dostupných dat není možné vyvodit závěry týkající se vlivu pohlaví rodiče na dítě a jeho rozvoj.

Zdroje stresu a způsoby jejich zvládnání u sociálních pracovníků podporujících ohrožené rodiny

Poskytovanou podporu mohou ovlivňovat podmínky, v nichž sociální pracovníci služby rodinám poskytují. Pracovníci orgánu sociálně-právní ochrany dětí jsou dlouhodobě vystaveni vysoké míře administrativní zátěže a pracovnímu přetížení, jak ukázal výzkum zadaný Ministerstvem práce a sociálních věcí v roce 2009. Tento stav má za následek nedostatek času

pro samotnou práci s rodinami v terénu. Závěrem této analýzy bylo, že „sociální pracovníci jsou jen hasiči a jejich činnost není sociální práce“ (MPSV, 2009, s. 36). Závěry předkládaného výzkumu potvrdily tato zjištění. Velké pracovní vytížení bylo nejčastějším zdrojem stresu u zúčastněných respondentů. Nabízí se zde ještě srovnání s výsledky obdobného výzkumu (Clayton et al., 2008), který mapoval stresové faktory a kopingové strategie přímo u sociálních pracovníků poskytujících podporu rodičům s mentálním postižením. Obecně lze říci, že všechny položky vykazovaly u českých odborníků vyšší hodnoty než ve zmiňovaném zahraničním výzkumu. Co se týká srovnání pořadí položek, tak v obou případech dominuje stresový faktor „pracovní zátěž“. Velmi zajímavé je, že v zahraničním článku na druhém místě byly „obtíže spojené s klientem“, ale v předkládaném výzkumu se na druhé příčce mezi stresovými faktory umístilo profesní sebepochybování.

Obdobná zjištění přinesl také výzkum Berlandové a kol. (2017), ve kterém autoři identifikovali čtyři hlavní zdroje nespokojenosti a stresu mezi pracovníky v systému sociálně právní ochrany dětí. Mezi tyto zdroje patřily: nedostatek důvěry a vzájemného respektu, pracovní přetížení; organizační aspekty a vztahy se zaměstnavatelem; a řešení obtížných případů.

Vysoká míra pracovního zatížení přitom negativně ovlivňuje pracovní spokojenost sociálních pracovníků. Může vést ke snižování produktivity, zvyšování chybovosti a následnému zvyšování organizačních nákladů (Gryna, 2004). Pracovní přetížení je jedním z nejdůležitějších prediktorů vyhoření (Ben-Zuhr & Michael, 2007; Weigl et al., 2016), emočního vyčerpání (Bakker, 2007; Demerouti et al., 2001) a konfliktu mezi pracovním životem a osobním životem (Allan et al., 2007; Skinner & Pocock, 2008).

Změnu v systematickém přetěžování pracovníků zejména orgánů sociálně právní ochrany dětí v českém prostředí měla přinést novelizace zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně právní ochraně dětí, která mimo jiné zavedla standardy kvality pro OSPOD. Na základě standardu 8d může každý zaměstnanec obce s rozšířenou působností zařazený do obecního úřadu k výkonu sociálně-právní ochrany aktuálně pracovat maximálně s 80 rodinami (MPSV, 2014). I přesto se jedná o velmi vysoké číslo, jež napovídá, že se situace dramaticky nezměnila. To může představovat při spolupráci s rodiči s mentálním postižením výraznou překážku v poskytování kvalitní služby. Lidé s mentálním postižením potřebují dostatek času pro zpracování informací (Valenta & Müller, 2009; Černá a kol., 2015), konzultace s takovým rodičem musí být dostatečně časově dotována. Navíc lidé s mentálním postižením často potřebují opakování informací a informace uzpůsobené jejich potřebám např. v podobě „snadného textu“ či text doplněný obrázky (Parents with Intellectual Disabilities,

2017). Tento způsob práce vyžaduje další čas nepřímo věnovaný klientům s mentálním postižením.

Výzkum Mänttari-van der Kuipové (2016) přinesl ještě jedno velmi zajímavé zjištění. Prokázal statisticky významnou souvislost mezi nedostatkem zdrojů a díky tomu narůstajícímu přetěžování zaměstnanců a tzv. morálním distresem. Termín morální distres je využíván pro popis zkušeností sociálních pracovníků, kteří nejsou schopni vykonávat svou profesi dle svého morálního kodexu. Morální distres je definován jako stav související s prací, který se rozvine ve chvíli, kdy sociální pracovník nemůže pracovat morálně vhodným způsobem z důvodu vnitřních (osobních) nebo externích (institucionálních, organizačních a jiných kontextuálních) překážek (Mänttari-van der Kuip, 2016). Stručně řečeno, sociální pracovníci, kteří vykazovali vysokou míru reaktivního morálního distresu, zároveň pociťovali vyšší míru pracovního přetížení. Tito pracovníci zároveň podstatně více zvažovali odchod ze svého zaměstnání.

Z výše uvedeného vyplývá, že morální distres jednoznačně negativně působí na výkon pomáhající profese sociálního pracovníka. S termínem morální distres ovšem úzce souvisí i problematika etických dilemat v sociální práci. Situace, v níž se morální distres rozvine, však není skutečným dilematem v pravém slova smyslu, protože pracovník ví, jaký je morálně vhodný způsob jak jednat, ale je mu v jeho jednání zabráněno. V opravdovém dilematu žádné ze dvou či více konfliktních řešení nenahradí to druhé a navíc žádné nemusí být eticky správné (Sinnott-Armstrong, 1988 in Mänttari-van der Kuip, 2016). Přitom každodenní praxe sociálních pracovníků zahrnuje rozhodování o tom, jaký postup je potřeba zvolit v eticky komplikovaných případech. Podle zásad stanovených v etických kodexech pro sociální pracovníky je etické povědomí základním prvkem odborné praxe, a tudíž schopnost a odhodlání jednat eticky jsou klíčovými aspekty kvality služeb nabízených sociálními pracovníky. Principy lidských práv a sociální spravedlnosti jsou chápány jako základní hodnoty, které řídí jejich každodenní práci (IASSW, 2012). Zároveň je třeba si uvědomit, že dilemata, která sociální pracovník řeší, jsou dvojí povahy. Nejedná se pouze o náročné rozhodování ve vztahu pomáhající pracovník a klient. Sociální pracovníci totiž nejsou při výkonu své profese v různých organizačních a institucionálních podmínkách ve svém rozhodování plně autonomní. Jsou součástí rozsáhlé a často komplikované sítě vztahů ovlivňovaných zákony a organizačními strukturami. Nejenže nesou odpovědnost za své morální rozhodování na individuální úrovni při kontaktu se svými klienty, ale také nesou odpovědnost za morální rozhodování ve vztahu k vyšším systémovým strukturám (Weinberg, 2009). Přirozeně se tato mnohonásobná odpovědnost někdy střetává, což vede k morálním konfliktům, dilematům a někdy i morálnímu distresu. Lundquist (1993 in Mänttari-van der Kuip, 2016) tvrdil, že etické stanovisko sociálních

pracovníků je řízeno několika etickými systémy včetně obecné byrokratické etiky, profesní etiky a osobní etiky. Tyto etické systémy ovšem nekladou na sociální pracovníky ve všech případech stejné požadavky, což může být příčinou etických dilemat. V odborné literatuře o sociální práci je ovšem věnována minimální pozornost zkoumání dopadů etických dilemat na prožívání sociálního pracovníka (McAuliffe, 2005). Proto je potřeba využít starších zdrojů. Například respondenti ve výzkumu Hollanda a Kilpatrickové (1991) popisují, že se při řešení náročných morálních otázek cítili velmi osamoceni. Již dříve bylo potvrzeno, že pracovníci v oblasti pomáhajících profesí jsou nadměrně vystavováni stresujícímu prostředí, mohou zažívat úzkosti, deprese a onemocnění související s vysokou mírou stresu (Maslach, 1982; Pines et al., 1980 in McAuliffe, 2005). Pozdější výzkum (Cournoyer, 1988) doplnil celkový obraz dopadů náročného povolání na osobnost sociálního pracovníka. Ten může prožívat nedostatek sebedůvěry v rozhodování a nejistotu při plnění profesních povinností. Jak již bylo zmíněno výše, tato nejistota a sebepochybování se ukázala jako druhý nejsilnější stresový faktor i v předkládaném výzkumu. Dále se sociální pracovník může potýkat s poklesem výkonnosti v práci a následnou ztrátou zaměstnání a také jeho schopnost podávat co nejkvalitnější výkon mohou ovlivnit předsudky vůči některým klientům (McAuliffe, 2005), jak již bylo dříve v textu diskutováno. S dalším zásadním zjištěním přišli Hawkins a Shohet (2000), protože potvrdili explicitní vztahy mezi pracovním stresem a morální nerozhodností. Tvrdí, že stres způsobený nerozhodností, se může projevit v emocionální, kognitivní, behaviorální i fyzické rovině a zároveň může sociální pracovníky ovlivnit při výkonu práce a/nebo v osobním životě.

Nyní je obecně uznáváno, že organizační a profesní konflikt či dilema je jedním z hlavních zdrojů pracovního stresu a podle Laitové a Wallace (2002) pomáhající pracovníci mohou být touto formou konfliktu obzvláště zranitelní, protože sociální práce je výrazně hodnotově orientované povolání a aktéři mohou sdílet obzvláště silné profesní hodnoty a morální zásady. I v předkládaném výzkumu uváděli účastníci ohniskových skupin příklady dilematických situací, které musí ve své práci při podpoře rodičů s mentálním postižením řešit, a zároveň popisovali, že pro ně řešení náročných dilematických situací bývá zdrojem frustrace. Ve výzkumu Jöreskogové a Starkeové (2013) hovořili zapojení sociální pracovníci o nejpálčivějším dilematu, které ve vztahu k rodičům s mentálním postižením identifikovali. Jednalo se o dilema potřeb (zájmů) rodičů versus potřeb (zájmů) dítěte. Dilema, které řešili účastníci zmiňovaného výzkumu, souviselo s právem rodičů s mentálním postižením na rodinný život a právem dětí vyrůstat v dobrých a bezpečných podmínkách. Zajímavé bylo ovšem porovnání názorů dvou komparovaných skupin sociálních pracovníků. Těch, kteří

se zúčastnili speciálního výcviku v programu PYC, a sociálních pracovníků bez tohoto výcviku. Mezi oběma porovnávanými skupinami se objevil rozdílný přístup k vnímání této problematiky. Zatímco v postojích sociálních pracovníků bez výcviku se zrcadlil pohled skrze funkční definici postižení jakožto individuálního jevu, což dle názorů autorů výzkumu vede ke zúžení myšlení na prosté dichotomické chápání problematiky práv dětí versus práv rodičů. Ve druhé sledované skupině se projevil odklon od tohoto černobílého vnímání problematiky směrem k relativním nebo environmentálním definicím zdravotního postižení, které sociální pracovníky stimulovalo ke hlubšímu uvažování nad touto problematikou. Pro toto uvažování bylo charakteristické, že bylo méně ambivalentní. Zároveň tento přístup zvyšoval kompetence sociálních pracovníků řešit obtížné dilematické situace kde se na první pohled jevilo, že právo rodiče na rodinný život a právo dítěte na dobré a bezpečné podmínky stojí proti sobě.

S problematikou působení stresu úzce souvisí i strategie jeho zvládnutí. Opět se nabízí srovnání výsledků se studií Claytonové a kol. (2008), kdy výsledky potvrdily zahraniční závěry výzkumu. V obou případech bylo nejčastější kopingovou strategií plánování. I další dvě příčky byly totožné. Konkrétně se jednalo o strategii aktivního zvládnutí a strategii přijetí. Je potěšujícím zjištěním, že všechny nejvíc využívané strategie patří mezi tzv. pozitivní a produktivní strategie zvládnutí stresu. Naopak v nejméně využívaných kopingových strategiích se česká a zahraniční data mírně rozcházejí. Zatímco v ČR byla nejméně využívaná strategie užití návykových látek. V zahraničním článku se pak jednalo o strategii tzv. popření.

8. Závěr

Cílem celého výzkumného šetření bylo provést analýzu formální podpory rodičů s mentálním postižením se zapojením obou klíčových aktérů, sociálních pracovníků a samotných rodičů s mentálním postižením. Vzhledem k výzkumnému cíli autorka zvolila strategii smíšeného výzkumu. Pro získání dat od skupiny sociálních pracovníků autorka využila nejdříve kvantitativní nástroj, a to konkrétně dotazníkové šetření, poté následovaly tzv. ohniskové skupiny, které umožnily rozšířit získaná data z dotazníků o kvalitativní rozměr. To přispělo k prohloubení a rozšíření výzkumných zjištění. Druhý a naprosto klíčový pohled na problematiku formální podpory rodičů s mentálním postižením přinesly rozhovory se samotnými rodiči s mentálním postižením. V rámci rozhovorů s rodiči byl využit semistrukturovaný protokol pro vedení rozhovoru, tzv. viněty a nástroj Support Interview Guide. Díky těmto nástrojům a následné analýze získaných dat autorka získala naprosto unikátní výsledky reflektující zkušenosti rodičů s mentálním postižením s nabízenou formální podporou. Vzájemné porovnání a doplnění dat od obou sledovaných skupin přineslo odpověď na výzkumnou otázku, která vedla předložený výzkum. Otázka zněla: Jak je připraven systém formální podpory (zahrnující legislativní rámec, agendu sociálně právní ochrany dětí, sociální služby i samotné sociální pracovníky) na poskytování podpory rodičům s mentálním postižením?

Závěry studie ukázaly, že systém a jeho jednotlivé komponenty připraveny nejsou. Systém podpůrných služeb, tak je jej definuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně právní ochraně dětí vykazuje značné mezery v oblasti poskytování ucelených a individuálně orientovaných služeb. S cílovou skupinou rodičů s mentálním postižením není počítáno ani ve službách adresovaných osobám s mentálním postižením, ani ve službách, které jsou určeny ohroženým rodinám. Zároveň nabízené sociální služby nejsou schopny v přirozeném domácím prostředí zajistit intenzivní podporu, kterou mohou rodiče s mentálním postižením potřebovat.

Klíčový aktér, tedy sociální pracovník, jenž je nucen pohybovat se v mezích stanovených legislativním rámcem, má při poskytování podpory rodičům nelehkou úlohu. Kromě výše uvedených systémových nedostatků mu výkon jeho práce znesnadňuje: (i) nedostatečná profesní příprava a z toho vyplývající nízké povědomí o problematice rodičovství osob s mentálním postižením; (ii) nedostatečné supervizní a metodické vedení; (iii) negativní postoje

(a to jejich vlastní, i odborné a laické veřejnosti); a (iv) řešení náročných dilematických situací, které se k cílové skupině rodičů s mentálním postižením vážou.

Ani pohled rodičů s mentálním postižením nenasvědčuje tomu, že by systém formální podpory byl dostatečně připraven poskytnout rodičům podporu, kterou potřebují. Z analýzy jejich vztahových sítí za využití nástroje Support Interview Guide je zřejmé, že sociální pracovníci v životech těchto rodičů hrají velmi důležitou roli a často jsou pro rodiče s mentálním postižením bližšími osobami než rodina či kamarádi. Proto bylo klíčové zkoumat jejich zkušenosti s nabízenou podporou. Z výsledků předkládaného výzkumu vyplývá, že byť jsou rodiče s nabízenou podporou povětšinou spokojeni, mnozí z nich mají i negativní zážitky. V jejich zkušenostech se objevuje zastrasování, podávání nepravdivých informací, zneužívání (milostný poměr mezi sociálním pracovníkem a klientkou sociální služby), ale také ponižující přístup, kdy se sociální pracovník ke klientovi – rodiči s mentálním postižením – chová jako k malému dítěti. Z výzkumu rovněž vyplynulo, že sociální pracovníci nedostatečně využívají empowermentu a často přebírají odpovědnost za výchovu dítěte či za řešení složitých životních situací za rodiče. Tím dochází k jejich zneschopňování. A také k výraznému zbrzdění emancipačních snah o plné osamostatnění a nezávislost na sociálních službách. Problematická se jeví také oblast individuálního plánování. Zapojení rodiče pocíťovali, že sociální pracovníci dostatečně nereflektovali jejich přání, která mnohdy souvisela právě s jejich snahou vést samostatný život ve vlastním bydlení.

8.1. Doporučení pro praxi

Doprovázet rodiče s mentálním postižením je dle názoru autorky pro sociální pracovníky nelehký úkol. Aby jejich podpora byla co nejkvalitnější, jednoznačně potřebují metodickou i supervizní podporu. Jak totiž ukázal předkládaný výzkum, sociální pracovníci v tuto chvíli nemají dostatečné povědomí o problematice rodičovství osob s mentálním postižením v důsledku jejich nedostatečné profesní přípravy a nedostatečného průběžného celoživotního vzdělávání. Změnit tuto situaci se zřejmě nepovede v krátkém časovém horizontu, a tak je potřeba zamýšlet se, jak sociálním pracovníkům pomoci už nyní, když jejich teoretické znalosti a praktické zkušenosti nepostačují. Bohužel v tuto chvíli ovšem neexistuje příliš institucí, jejichž služby by mohli využít. I přesto je možné obrátit se například na Ligu lidských práv, která stejně jako organizace Quip nabízí právní poradenství týkající se obhajoby práv osob se zdravotním postižením. V oblasti metodické podpory se mohou sociální pracovníci, kteří primárně pracují s ohroženými rodinami, obrátit na organizace, které se

naopak věnují cílové skupině dospělých osob s mentálním postižením. Jedná se například o Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením či organizaci Rytmus. Tyto organizace mají letité zkušenosti s podporou osob s mentálním postižením, a proto mají k dispozici mnoho materiálů v přístupném formátu snadného čtení. Dále mají zpracované metodiky v oblasti individuálního plánování a pracují zde lidé, kteří mají zkušenosti s doprovázením osob s mentálním postižením a obhajobou jejich práv. Naopak pracovníci, kteří působí v oblasti sociálních služeb pro osoby s mentálním postižením (např. domovy pro osoby se zdravotním postižením, chráněné bydlení), se při podpoře například nastávajících rodičů s mentálním postižením mohou obrátit na organizace, které poskytují služby ohroženým rodinám (sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, případně raná péče). Jejich pracovníci pro změnu mohou poskytnout konzultace v oblasti hledání vhodného bydlení, v oblasti podpory interakce rodič – dítě nebo při hledání volnočasových aktivit pro dítě i celou rodinu. Klíčová je v tomto ohledu spolupráce, a to jak mezioborová (speciální pedagogika a sociální práce), tak spolupráce mezi organizacemi poskytujícími podporu lidem s mentálním postižením a těmi, které se věnují sanaci původní rodiny. Příkladem dobré praxe, kdy zafungovala vzájemná spolupráce, může být kazuistika, kterou v publikaci věnující se mateřství žen s mentálním postižením prezentuje Bernoldová a kol. (2019). Zde se propojila organizace, která poskytuje služby sociální rehabilitace a podpory samostatného bydlení osobám s mentálním postižením, a organizace věnující se sociálně aktivizační službě pro rodiny s dětmi. Poměrně efektivní variantou by rovněž bylo proškolení sociálního pracovníka na úrovni kraje, který by následně poskytoval metodickou podporu a supervizi svým kolegům při řešení případů týkajících se rodičů s mentálním postižením.

8.2. Doporučení pro legislativu

Rodiče s mentálním postižením, kteří se zúčastnili výzkumného šetření, nejsou až na výjimky příjemci dávky „příspěvek na péči“. Dávka jim bývá obvykle přiznána až když se u nich vyskytne jiné souběžné onemocnění. Žádná další dávka, na kterou mohou mít nárok (zejména dávky ze systému hmotné nouze a dávky státní sociální podpory), nezohledňuje jejich specifický stav a potřebnost ve vztahu k nákupu sociálních služeb. Jejich finanční situace je tíživá a i přesto, že by sociální službu (například sociální rehabilitaci nebo podporu samostatného bydlení) potřebovali, nemohou na ni dosáhnout. Jejich rozpočet bývá velmi napjatý, což zároveň znemožňuje rodinám najít adekvátní bydlení. Na městské byty bývají dlouhé čekací lhůty a k pronájmu soukromých bytů je potřeba složit kauci ve výši několika nájmů. Najít si vlastní bydlení se tak často pro rodiny s mentálním postižením stává

neřešitelným úkolem. Byť mohou podat žádost u několika nadací, které jim s úhradou kauce či nájmu mohou pomoci, nejedná se o systémové řešení na legislativní úrovni, ale pouze o filantropické aktivity suplující roli státu. Polovina rodičů, kteří se zúčastnili výzkumného šetření také proto využívala služeb azylového bydlení. To je ovšem z dlouhodobého hlediska naprosto neefektivní variantou. Migrace mezi azylovými domy je vysoce problematická jak pro rodiče s mentálním postižením, tak zejména pro jejich děti. Jako ideální autorka vnímá tzv. „sociální bydlení“. Bohužel se v minulosti zákon o sociálním bydlení nepodařilo v rámci legislativního procesu prosadit, a tak koncepční celorepublikové řešení, kde by došlo k provázání finančně dostupného bydlení s podmínkou intenzivní sociální práce s danou rodinou, stále chybí. Přitom právě dostupné bydlení s podporou sociálního pracovníka je zejména pro tyto rodiny naprosto klíčové. Obdobné projekty v ČR sice běží, ale jedná se o ojedinělé aktivity několika radnic ve spolupráci s neziskovými organizacemi. Za zmínku stojí Brněnský projekt Rapid re-housing, který zaštiťuje brněnský magistrát ve spolupráci s neziskovou organizací IQ Roma Servis. Díky němu našlo nové bydlení 50 rodin, toto bydlení je ovšem podmiňováno právě spoluprací se sociálními pracovníky z orgánu sociálně právní ochrany dětí a doprovázející organizace IQ Roma Servis (Sociální bydlení, 2018). S obdobným projektem přišlo i město Ostrava. Projekt s názvem „Koncepce bydlení“ a jeho pilotní ověření v Ostravě běží od roku 2016 (Sociální začleňování, 2018).

8.3. Doporučení pro výzkum

Autorka ve své práci musela vycházet ze zahraničních výzkumných studií, kde jejich autoři provedli revizi soudních rozsudků týkajících se zbavování či omezování rodičovských práv. V České republice obdobná data chybí, byť Ministerstvo práce a sociálních věcí vede alespoň statistiku o důvodech odebrání dětí z péče, podle kterých je hlavním důvodem ve 43,7% případů zanedbávání dítěte. Dále pak např. ve 26,5 % případů je důvodem jiná překážka v péči o dítě na straně rodičů (Topinka, 2017). O jaké překážky jde, se ovšem čtenář nedozví. Zároveň se není možné dozvědět, kolik procent rodičů o své dítě přišlo z důvodu nedostatečných rodičovských kompetencí. Důkladnější analýza soudních rozsudků a předběžných opatření by k objasnění příčin odebrání dětí rozhodně napomohla. Poté by totiž bylo možné i v českém prostředí vytvořit komplexní obraz o příčinách odebírání dětí z péče s ohledem na rodičovskou kapacitu.

Dalším stále nedostatečně probádaným tématem, které se v průběhu výzkumu objevilo, bylo otcovství mužů s mentálním postižením. Jak již bylo uvedeno výše, do předkládaného výzkumu byl zapojen nízký počet otců s mentálním postižením, což neumožnilo komplexnější

rozbor problematiky. Při rešerši odborné literatury autorka zjistila, že ani mezinárodní výzkum se otcům s mentálním postižením a jejich vnímání rodičovské role doposud příliš nevěnoval. Je proto důležité, aby se otcovstvím mužů s mentálním postižením výzkumníci v České republice i v zahraničí začali systematicky zabývat.

Inspirací pro následující podnět k výzkumným aktivitám byl projekt, který od roku 2010 probíhal ve Švédsku. Zde se odborníci pokusili implementovat tzv. evidence-based (na výzkumech založený) program „Parenting Young Children“ pro rodiče s mentálním postižením pečující o děti do 7 let věku a následně provedli evaluaci přínosu tohoto programu. Výsledky tohoto programu byly velmi pozitivní, a to jak pro rodiče, kteří jej absolvovali, tak pro sociální pracovníky, kteří byli pro práci s těmito rodinami v rámci programu proškoleni (viz. kapitola 2.2.6 a 2.3.3) (Starke et al., 2013; Mc Hugh et al., 2015). Autorka se domnívá, že pilotní implementace tohoto programu v českém prostředí a následná evaluace projektu by jednak přinesla zajímavá výzkumná zjištění a zároveň by se tak mohlo jednat o první koncepční pokus o přemostění teorie a praxe v ČR.

8.4. Silné stránky a omezení výzkumu

Pro komplexní obraz o dané problematice byli do výzkumného šetření zapojeni jak rodiče s mentálním postižením, tak sociální pracovníci, kteří poskytují podporu ohroženým rodinám nebo osobám s mentálním postižením. U obou sledovaných skupin probíhal sběr dat zejména kvalitativními metodami, konkrétně pak rozhovory, vinětami a ohniskovými skupinami, což je naprosto klíčové pro hlubší vhled do kvality interakce mezi sledovanými skupinami. Toto lze jednoznačně považovat za silnou stránku předkládaného výzkumu, stejně jako využití hned pěti různých jak kvalitativních, tak kvantitativních výzkumných nástrojů. Sekvenční triangulace umožnila zvýšit validitu prováděného výzkumu. Jednalo se o nástroje, které se v českém výzkumném prostředí využívají spíše ojediněle. Nástroj Support Interview Guide, který byl převzat z Austrálie, byl v České republice použit poprvé, a tak lze výsledky z něj považovat za výjimečné. Metoda ohniskových skupin se ukázala jako velmi vhodně zvolená zejména proto, že interakce mezi zúčastněnými přinesla velké množství podnětných reflexí o přímých zkušenostech sociálních pracovníků s rodiči s mentálním postižením a také úvah nad fungováním systému poskytování sociálních služeb v kontextu českého právního systému. Dobře zvoleným nástrojem bylo také využití tzv. vinět, které vhodným způsobem doplnily získaná data ze semistrukturovaných rozhovorů. Rodiče s mentálním postižením mohli na modelových příkladech (vinětách) jednodušeji hodnotit a popsat vhodné a nevhodné způsoby

jednání sociálních pracovníků. Tím byly doplněny otázky z rozhovorů vyžadující vysokou míru abstrakce, která pro některé zúčastněné rodiče byla příliš náročná.

Výzkum měl ovšem i jistá omezení. Do šetření nebyla zapojena kontrolní skupina rodičů bez mentálního postižení, takže nemohlo dojít ke komparaci jejich zkušeností s poskytovanou podporou. Další slabou stránkou je zapojení pouze jednoho otce s mentálním postižením. Nebylo tak možné provést hlubší analýzu případných odlišností jednotlivých rodičovských rolí. Nábor účastníků výzkumu z řad rodičů s mentálním postižením byl celkově dosti obtížný. Pro jejich získání autorka využila zejména osobních kontaktů, protože všeobecné výzvy adresované poskytovatelům sociálních služeb a orgánům sociálně právní ochrany dětí se míjely účinkem.

Výběr vzorku pro ohniskové skupiny se rovněž jevil jako problematický. Účast ve skupinách vyžadovala časový prostor převážně v pracovní době. Je tedy možné, že některým zájemcům nebyla účast umožněna zaměstnavatelem. Účast ve skupinách byla dobrovolná, lze proto také přepokládat, že se skupin zúčastnili sociální pracovníci, kteří jsou danou problematikou více osobně zaujati, což může ovlivnit jejich názory a postoje. Daný vzorek tak nemusí být dostatečně reprezentativní.

Poslední omezení autorka spatřuje v nedostatečném sběru dat v oblasti demografických údajů v rámci dotazníkového šetření. V dotazníku byly demografické otázky zařazeny až na konec, což mělo za následek, že mnoho respondentů ukončilo vyplňování dotazníku ještě před zodpovězením tohoto typu otázek. To znesnadnilo to komparaci a následnou interpretaci dat.

9. Seznam použitých zkratek

AAIDD	American Association on Intellectual and Developmental Disabilities
DSM-V	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, pátá revize
EBP	Evidence based programme
EIP	Evidence-informed programme
ICD-11	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 11 revize
IASSID	International Association for the Scientific Study of Intellectual and Developmental Disabilities
IQ	Intelligenční kvocient
MP	Mentální postižení
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů
OSN	Organizace spojených národů
OSPOD	Orgán sociálně právní ochrany dětí
PYC	The Parenting Young Children
SIG	Support Interview Guide
SIS	Support Intensity Scale
SIRG	Special Interest Research Group on Parents and Parenting with Intellectual Disabilities
VTI	Videotrénink interakcí

10.Literatura

- Adamčíková, Z., Bernoldová, J., Strnadová, I., & Klusáček, J. (2015). Mateřství žen s mentálním postižením pohledem sociálních pracovníků: Bezmoc, ale čí? *Sociální práce*(5), 28-40.
- Adamčíková, Z., Strnadová, I., Bernoldová, J., & Chvál, M. (2017). Přípravenost sociálních pracovníků v terénních službách pro práci s rodiči s mentálním postižením. *Fórum sociální politiky*, 2-11.
- Alexius, K., & Hollander, A. (2014). Care assessments concerning involuntary removal of children from intellectually disabled parents. *Journal of Social Welfare and Family Law*, 36(3), 295-310.
- Allan, C., Loudoun, R., & Peetz, D. (2007). Influences on work/ non-work conflict. *Journal of Sociology*, 43(3), 219-239.
- Astvik, W., Melin, M., & Allvin, M. (2014). Survival strategies in social work: a study of how coping strategies affect service quality, professionalism and employee health. *Nordic Social Work Research*, 4(1), 52-66.
- Aunos, M., Feldman, M. A., & Goupil, G. (2008). Mothering with intellectual disabilities: relationship between social support, health and well-being, parenting and child behaviour outcomes. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 21(4), 320-321.
- Bajer, P. (2011). *Dilemata pomoc versus kontrola v přístupu zaměřeném na člověka*. Brno: FSS MU.
- Bakker, A., & Demerouti, E. (2007). The job demands-resources model: state of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22(3), 309-328.
- Banks, S. (2004). Ethical challenges for social work. *Intervencao Social*, 29, 11-24.
- Barnes, C., Mercer, G., & Shakespeare, T. (1999). *Exploring disability: a sociological introduction*. Malden: Mass: Polity Press.
- Barter, C., & Renold, E. (1999). The use of vignettes in qualitative research. *Social Research Update*, 25(9).
- Beidas, R., & Kendall, P. (2010). Training therapists in evidence-based practice: A critical review of studies from a systems-contextual perspective. *Clinical Psychology: Science and Practice*., 17(1), 1-30.
- Bell, D., & Espie, C. (2002). A preliminary investigation into staff satisfaction, and staff emotions and attitudes in a unit for men with learning disabilities and serious challenging behaviours. *British Journal of Learning Disabilities*, 30(1), 19-27.
- Ben-Zur, H., & Michael, K. (2007). Burnout, social support, and coping at work among social workers, psychologists, and nurses. *Social Work in Health*, 45(4), 63-82.
- Bergman, M. (2011). O nezbytnosti třetí generace ve smíšeném designu, teorii a výzkumu. *Pedagogická orientace*, 21(4), 457-473.
- Berlanda, S., Pedrazza, M., Trifiletti, E., & Fraizzoli, M. (2017). Dissatisfaction in child welfare and its role in predicting self-efficacy and satisfaction at work: A mixed-method research. *BioMed Research International*, 5, 1-12.
- Bernoldová, J. (2018). Rodičovství žen s mentálním postižením: Faktory ovlivňující plnění mateřské role (Disertační práce). Praha: Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy.
- Bernoldová, J., Strnadová, I., & Adamčíková, Z. (v tisku). *Ženy s mentálním postižením v roli matek*. Praha: Nakladatelství Karolinum a Nakladatelství Pedagogické Fakulty Univerzity Karlovy.

- Bloomfield, L., Kendall, S., & Fortuna, S. (2010). Supporting parents: development of a tool to measure self-efficacy of parents with learning disabilities. *British Journal of Learning Disabilities*, 38(4), 303-309.
- Booth, T., & Booth, W. (1999). Parents Together: action research and advocacy support for parents with learning difficulties. *Health and Social Care in the Community*, 7(6), 464-474.
- Booth, T., & Booth, W. (2000). Against the odds: Growing up with parents who have learning difficulties. *Mental Retardation*, 38(1), 1-14.
- Booth, T., & Booth, W. (2003). Self-Advocacy and supported learning for mothers with learning difficulties. *Journal of Learning Disabilities*, 7(2), 165-193.
- Booth, T., & Booth, W. (2005). Findings from a Court study of care proceedings involving parents with intellectual disabilities. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 1(3-4), 179-181.
- Booth, T., & Wendy, B. (1998). *Growing up with parents who have learning difficulties*. New York: Routledge.
- Boud, D., & Middleton, H. (2003). Learning from others at work: communities of practice and informal learning. *Journal of Workplace Learning*, 15(5), 194-202.
- Callow, E., Tahir, M., & Feldman, M. A. (2017). judicial reliance on parental IQ in appellate-level child welfare cases involving parents with intellectual and developmental disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 30(3), 553-562.
- Cambridge, P., & Forrester-Jones, R. (2009). Using individualised communication for interviewing people with intellectual disability: a case study of user-centred research. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 28(1), 5-23.
- Carver, C. (1997). you want to measure coping but your protocol's too long: consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 92-100.
- Clayton, O., Chester, A., Mildon, R., & Matthews, J. (2008). Practitioners who work with parents with intellectual disability: stress, coping and training needs. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 21(4), 367-376.
- Cleaver, H., & Nicholson, T. D. (2007). *Parental learning disability and children's needs: family experiences and effective practice*. Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Coffey, M. (2004). Stress in social services: mental wellbeing, constraints and job satisfaction. *British Journal of Social Work*, 34(5), 735-746.
- Coffey, M., Lindsey, D., & Tattersall, A. (2009). Working in the public sector. *Journal of Social Work*, 9(4), 420-442.
- Collings, S., & Llewellyn, G. (2012). Children of parents with intellectual disability: Facing poor outcomes or faring okay? *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 37(1), 65-82.
- Concannon, L. (2006). Inclusion or control? commissioning and contracting services for people with learning disabilities. *British Journal of Learning Disabilities*, 34(3), 200-205.
- Cournoyer, B. (1988). Personal and professional distress among social caseworkers. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 69(5).
- Creswell, J. W. (2015). *A concise introduction to mixed methods research*. Los Angeles: SAGE.
- Crow, L. (1996). *Including all of our lives: renewing the social model of disability. Exploring the divide : illness and disability*. Leeds: University of Leeds.
- Cushway, D., Tyler, P. A., & Nolan, P. (1996). Development of a stress scale for mental health professionals. *British Journal of Clinical Psychology*, 36(2), 279-295.
- Černá, M. (2008; 2015). *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Praha: Karolinum.

- Demerouti, E., Bakker, A., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. (2001). The job demands–resources model of burnout article. *Journal of Applied Psychology Source*, 86(3), 499-512.
- Downe-Wamboldt, B. (1992). Content analysis: method, applications, and issues. *Health Care for Women International*, 13(3), 313-321.
- Edmunds, J., Beidas, R., & Kendal, P. (2013). Dissemination and implementation of evidence-based practices: Training and consultation as implementation strategies. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 20(2), 152-165.
- Eyberg, S. M., Funderburk, B. W., Hembree-Kigin, T. L., McNeil, C. B., Querido, J. G., & Hood, K. (2001). Parent-child interaction therapy with behavior problem children: one and two year maintenance of treatment effects in the family. *Child & Family Behavior Therapy*, 23(4), 1-20.
- Feldman, M. A. (1994). Parenting education for parents with intellectual disabilities: A review of outcome studies. *Research in Developmental Disabilities*, 299-332.
- Feldman, M. A. (1998). Parents with intellectual disabilities. V J. R. Lutzker, *Handbook of Child Abuse Research and Treatment*. Springer US, 1998, s. 401-419. Boston: Springer.
- Feldman, M. A. (2004). Self-directed learning of child-care skills by parents with intellectual disabilities. *Infants*, 17(1), 17-31.
- Feldman, M. A. (2010). Parenting education programs. V G. Llewellyn, R. Traustadóttir, D. McConnell, & B. Sigurjónsdóttir, *Parents with intellectual disabilities: past, present and futures*, s. 121-136. Malden: Wiley-Blackwell.
- Feldman, M. A. & Case, L. (1999). Teaching child-care and safety skills to parents with intellectual disabilities through self-learning. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 24(1), 27-44.
- Feldman, M. A., & Case, L. (1997). The effective of audiovisual self- instructional materials in teaching child- care skills to parents with intellectual disabilities. *Journal of Behavioral Education*, 7(2), 235-257.
- Feldman, M. A. & Case, L. (1999). Teaching child-care and safety skills to parents with intellectual disabilities through self-learning. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 24(1), 27-44.
- Feldman, M. A., Ducharme, J., & Laurie, C. (1999). Using self-instructional pictorial manuals to teach child-care skills to mothers with intellectual disabilities. *Behavior Modification*, 23(3), 480-497.
- Feldman, M. A., Jean, V., Ramsay, J., & Rajska, D. (2002). Relationships between social support, stress and mother-child interactions in mothers with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 5(4), 314-323.
- Feldman, M. A., McConnell, D., & Aunos, M. (2012). Parental cognitive impairment, mental health, and child outcomes in a child protection population. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 5(1), 66-90.
- Fisher, M., Baird, J., Currey, A., & Hodapp, R. (2016). Victimization and social vulnerability of adults with intellectual disability. *Australian Psychologist*, 51(2), 114-127.
- Frawley, P., & Wilson, N. J. (2016). Young people with intellectual disability talking about sexuality education and iDLnformation. *Sexuality and Disability*, 34(4), 469-484.
- Giddens, A. (2013). *Sociologie*. (P. Sutton, Editor) Praha: Argo.
- Gold, S., & Dodd, K. (2014). Normal people can have a child but disability can't': The experiences of mothers with mild learning disabilities who have had their children removed. *British Journal of Learning Disabilities*, 42(1), 25–35.

- Graneheim, U., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.
- Gray-Stanley, J., & Muramatsu, N. (2011). Work stress, burnout, and social and personal resources among direct care workers. *Research in developmental disabilities*, 32(3), 1065-1074.
- Gryna, F. M. (2004). *Work Overload!: Redesigning Jobs to Minimize Stress and Burnout*. Milwaukee: ASQ Quality Press.
- Guba, E., & Lincoln, Y. (1994). Competing paradigms in qualitative research. V N. Denzin, & Y. Lincoln, *Handbook of qualitative research*, s. 105-117. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Guinea, S. (2016). Parents with a learning disability and their views on support received: A preliminary study. *Journal of Learning Disabilities*, 5(1), 43-56.
- Hatton, C., Emerson, E., Rivers, M., Mason, H., Mason, L., Swarbrick, R., Kierman, C., Reeves, D., Alborz, A. (1999). Factors associated with staff stress and work satisfaction in services for people with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 43(4), 253-267.
- Hawkins, P., & Shohet, R. (2000). *Supervision in the helping professions An individual, group and organizational approach* (2. vyd.). Philadelphia: Open University Press Buckingham.
- Hendl, J. (2016). *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál.
- Henriksen, J. O., & Vetlesen, A. J. (2000). *Blízke a vzdálené. Etické teorie a principy práce s lidmi*. Boskovice: Nakladatelství ALBERT.
- Hindmarsh, G., Gwynnyth, L., & Emerson, E. (2015.). Mothers with intellectual impairment and their 9-month-old infants. *Journal of Intellectual Disability Research.*, 59(6), 541–550.
- Hiranandani, V. S. (2005). *Rethinking Disability in Social Work: Interdisciplinary Perspectives Ending disability discrimination: strategies for social workers*. Boston: MA: Pearson Allyn and Bacon.
- Hodes, M., Meppelder, M., de Moor, M., Kef, S., & Schuengel, C. (2016). Alleviating parenting stress in parents with intellectual disabilities: A randomized controlled trial of a video-feedback intervention to promote positive parenting. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 30(3), 423-432.
- Hodes, M., Meppelder, M., Schuengel, C., & Kef, S. (2014). Tailoring a video-feedback intervention for sensitive discipline to parents with intellectual disabilities: a process evaluation. *Attachment & Human Development*, 16(4), 387-40.
- Hofer, S., Gray, K., Piccinin, A., Mackinnon, A., Bontempo, D., Einfeld, S. L., Hoffman, L., Parmenter, T. & Tonge, B. (2009). Correlated and coupled within-person change in emotional and behavior disturbance in individuals with intellectual disability. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 114(5), 307-321.
- Holland, S. (1999). "Discourses of decision making in child protection: conducting comprehensive assessments in Britain". *International Journal of Social Welfare*, 8(4), 277-287.
- Holland, T. P., & Allie, K. (1991). Ethical issues in social work: Toward a grounded theory of professional Ethics. *Social Work*, 36(2), 138-144.
- Holloway, I. (2005). *Qualitative research in health care*. Maidenhead: Open University Press.
- Hosking, D. (2008). *Critical disability theory. A paper presented at the 4th Biennial Disability Studies Conference at Lancaster University*. Lancaster: Lancaster University.
- Hrušáková, M., & Králíčková, Z. (2006). *České rodinné právo*. Brno: Masarykova Univerzita.

- Härenstam, A. (2005). Different development trends in working life and increasing occupational stress require new work environment strategies. *Work*, 24(3), 261-277.
- Höglund, B., Lindgren, P., & Larsson, M. (2012). Pregnancy and birth outcomes of women with intellectual disability in Sweden: a national register study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 91(12), 1381-1387.
- Höglund, B., Lindgren, P., & Larsson, M. (2013). Midwives' knowledge of, attitudes towards and experiences of caring for women with intellectual disability during pregnancy and childbirth: A cross-sectional study in Sweden. *Midwifery*, 29(3), 950-955.
- Huxley, P., Evans, S., Gately, C., Webber, M., Mears, A., Pajak, S., Kendall, T., Medina, J. & Katona, C. (2005). Stress and pressures in mental health social work: The Worker Speaks. *British Journal of Social Work*, 35(7), 1063-1079.
- Intellectual disability: definition, classification, and systems of supports*. 11th ed. (2010) Washington, DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities,
- Jackson, M., Harrison, P., Swinburn, B., & Lawrence, M. (2015). Using a Qualitative Vignette to Explore a Complex Public Health Issue. *Qualitative Health Research*, 25(10), 1395-1409.
- Jenkins, N., Bloor, M., Fischer, J., Berney, L., & Neale, J. (2010). Putting it in context: The use of vignettes in qualitative interviewing. *Qualitative Research*, 10(2), 175-198.
- Jesenský, J. (2000). *Andragogika a gerontagogika handicapovaných*. Praha: Karolinum.
- Johnson, B. F., & Cuvo, A. J. (1981). Teaching mentally retarded adults to cook. *Behavior Modification*, 5(2), 187-202.
- Jones, L., Binger, T., McKenzie, C., & Ramcharan, P. (2010). Sexuality, pregnancy and midwifery care for women with intellectual disabilities: A pilot study on attitudes of university students. *Contemporary nurse: a journal for the Australian nursing profession*, 35(1), 47-57.
- Jones, N. (2013). Good enough parents? Exploring attitudes of family centre workers supporting and assessing parents with learning difficulties. *Practice: Social Work in Action*, 25(3), 169-190.
- Jöreskog, K., & Starke, M. (2013). Professionals' perceptions of and approach to parents with intellectual disability: A question of knowledge. *International Journal of Social Science Studies*, 1(2), 20-30.
- Kaehne, A., & O'Connell, C. (2010). Focus groups with people with learning disabilities. *Journal of Intellectual Disabilities*, 14(2), 133-145.
- Kahoun, V. (2007). *Vybrané kapitoly k sociální práci: sociální práce II*. Praha: Triton.
- Kittelsaa, A. M. (2013). Self-presentations and intellectual disability. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 16(1), 29-44.
- Kitzinger, J. (1994). The methodology of Focus Groups: the importance of interaction between research participants. *Sociology of Health and Illness*, 16(1), 103-121.
- Kovaříková, M. (2016). Výkon rodičovské odpovědnosti. Univerzita Palackého v Olomouci, Právnická fakulta.
- Kozáková, Z. (2013). Rodičovství osob s mentálním postižením. V S. Mandzáková, D. Marková, & L. Horňák, *Sexualita a postižení*, s. 181-211. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, Pedagogická fakulta.
- Kutnohorská, J. (2007). *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada.
- Křivohlavý, J. (1994). *Jak zvládat stres*. Praha: Grada.
- Křístek, A. (2019). Vznik a výkon rodičovských práv a povinností rodičů s mentálním postižením, zejména s omezenou způsobilostí. V J. Bernoldová, I. Strnadová, & Z. sAdamčíková. (v tisku). *Ženy s mentálním postižením v roli matek*, s. 55-75. Praha: Nakladatelství Karolinum a Nakladatelství Pedagogické Fakulty Univerzity Karlovy.

- Lait, J., & Wallace, J. E. (2002). "Stress at work : A study of organizational-professional conflict and unmet expectations. *Industrial Relations*, 57(3), 463-490.
- Lamont, A., & Bromfield, L. (2009). Parental intellectual disability and child protection: Key issues. *National Child Protection clearinghouse Issues*(31).
- Lečbych, M. (2008). *Mentální retardace v dospívání a mladá dospělosti*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Lewis, C., Stenfert-Kroese, B., & O'brien, A. (2015). Child and family social workers' experiences of working with parents with intellectual disabilities. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*, 9(6), 327-337.
- Lightfoot, E., & Slayter, E. (2014). Disentangling over-representation of parents with disabilities in the child welfare system: Exploring child maltreatment risk factors of parents with disabilities. *Children and Youth Services Review*, 47, 283-290.
- Lightfoot, E., Laliberte, T., & Cho, M. (2017). A case record review of termination of parental rights cases involving parents with a disability. *Children and Youth Services Review*, 79(C), 399–407.
- Lištiak Mandzáková, S., & Horňák, L. (2013). Rizikové sexuálne správanie osôb s ľahkým mentálnym postihnutím v kontexte reprodukčného zdravia. V S. Lištiak Mandzáková, L. Horňák, & D. Marková, *Sexualita a postihnutie*, s. 149-180. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, Pedagogická fakulta.
- Llewellyn, G., & Hindmarsh, G. (2015). Parents with intellectual disability in a population context . *Current Developmental Disorders Reports*, 2(2), 19-126.
- Llewellyn, G., & McConnell, D. (2002). Mothers with learning difficulties and their support networks. *Journal of Intellectual Disability Research*, 46(1), 17-34.
- Llewellyn, G., McConnell, D., & Bye, R. (1998). Perception of service needs by parents with intellectual disability, their significant others and their service workers. *Research in Developmental Disabilities*, 19(3), 245–260.
- McCarthy, M. (2009). „I have the jab so I can't be blamed for getting pregnant“: Contraception and women with learning disabilities. *Women 's Studies International Forum*, 32(3), 198-208.
- McConnell, D., & Llewellyn, G. (2000). Disability and discrimination in statutory child protection proceedings. *Disability & Society*, 5(16), 883-895.
- McConnell, D., & Llewellyn, G. (2002). Stereotypes, parents with intellectual disability and child protection. *Journal of Social Welfare and Family Law*, 24(3), 297-317.
- McConnell, D., & Sigurjónsdóttir, H. (2010). Caught in the child protection net. V G. Llewellyn, R. Traustadóttir, D. McConnell, & B. Sigurjónsdóttir, *Parents with Intellectual Disabilities: Past, Present and Futures* (pp. 171-187). Chichester: Wiley & Sons Ltd.
- McConnell, D., Feldman, M. A., Aunos, M., & Prasad, N. (2011). Child maltreatment investigations involving parents with cognitive impairments in Canada. *Child Maltreatment*, 16(1), 21-32.
- McConnell, D., Llewellyn, G., & Bye, R. (1997). Providing services for parents with intellectual disability: Parent needs and service constraints. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 22, 5–17.(22), 5–17.
- McConnell, D., Llewellyn, G., & Ferronato, L. (2006). Context-contingent decision-making in child protection practice. *International Journal of Social Welfare*, 15(3), 230–239.
- McConnell, D., Llewellyn, G., Mayes, R., Russo, D., & Honey, A. (2003). Developmental profiles of children born to mothers with intellectual disability. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 28(2), 122-134.

- McConnell, D., Mayes, R., & Llewellyn, G. (2008). Women with intellectual disability at risk of adverse pregnancy and birth outcomes. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52(6), 529-535.
- Mc Hugh, E., & Starke, M. (2015). Understanding support workers' competence development in working with parents with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disabilities*, 19(4), 326-341.
- McAuliffe, D. (2005). I'm still standing: impacts and consequences of ethical dilemmas for social workers in direct practice. *Journal of Social Work Values and Ethics*, 2(1), 1-12.
- McBrien, J., & Power, M. (2002). "Professional attitudes to supporting parents with learning disabilities", *Tizard Learning Disability Review*, 7(3), 16-22.
- McGarry, A., Stenfert Kroese, B., & Cox, R. (2016). How do women with an intellectual disability experience the support of a doula during their pregnancy, childbirth and after the birth of their child?. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 29(1), 21-33.
- McGaw, S., & Candy, S. (2010). Supported decision making for women with intellectual Disabilities. V G. Llewellyn, R. Traustadóttir, D. McConnell, & H. Sigurjónsdóttir, *Parents with Intellectual Disabilities: Past, Present and Future s. 137-154*. Chichester: Wiley-Blackwell.
- McGaw, S., Ball, K., & Clark, K. (2002). The Effect of Group Intervention on the Relationships of Parents with Intellectual Disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 15(4), 354-366.
- McGaw, S., Scullyb, T., & Pritchard, C. (2010). Predicting the unpredictable? Identifying high-risk versus low-risk parents with intellectual disabilities. *Child Abuse & Neglect*, 34(9), 699-710.
- McGaw, S., Shaw, T., & Beckley, K. (2007). Prevalence of psychopathology across a service population of parents with intellectual disabilities and their children. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 4(1), 11-22.
- McGowan, B. (2014). Historical evolution of child welfare services. V G. Mallon, & P. M. Hess, *Child Welfare for the Twenty-first Century: A Handbook of Practices, Policies, and Programs s. 10-46*. Columbia: Columbia University Press.
- MacLean, K., & Aunos, M. (2010). Addressing the needs of parents with intellectual disabilities: Exploring a parenting pilot project. *Journal on Developmental Disabilities*, 16(1), 18-33.
- Marková, I., Linell, P., Grossen, M., & Orvig, A. (2007). *Dialogue in focus groups: exploring socially shared knowledge*. Oakville: CT: Equinox.
- Matiaško, M., & Rittichová, B. (2015). Svěprávnosti, qua vadis? *Právo a rodina (10)*, 4.
- Matoušek, O. (2007). *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál.
- Matoušek, O. a kol. (2003). *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál.
- Maxwell, J. A. (2013). *Qualitative research design: an interactive approach*. California: Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Meekosha, H., & Shuttleworth, R. (2009). "What's so 'critical' about critical disability studies?". *Australian Journal of Human Rights*, 15(1), 47-75.
- Meppelder, M., Hodes, M., Kef, S., & Schuengel, C. (2014). Parents with intellectual disabilities seeking professional parenting support: the role of working alliance, stress and informal support. *Child Abuse*, 38(9), 1478-1486.
- Meppelder, M., Hodes, M., Kef, S., & Schuengel, C. (2015). Parenting stress and child behaviour problems among parents with intellectual disabilities: the buffering role of resources. *Journal of Intellectual Disability Research*, 59(7), 664-677.

- Merton, R. K. (2007). *Studie ze sociologické teorie* (2. vyd.). Praha: Sociologické nakladatelství.
- Mildon, R., Wade, C., & Matthews, J. (2008). Considering the Contextual Fit of an Intervention for Families Headed by Parents with an Intellectual Disability: An Exploratory Study. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 21(4), 377-387.
- Miller, W., Yahne, C., Moyers, T., Martinez, J., & Pirritano, M. (2004). A Randomized Trial of Methods to Help Clinicians Learn Motivational Interviewing. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(6), 1050-1062.
- Milot, É., Turcotte, D., & Sylvie, T. (2014). Support to parents with cognitive limitations: parental abilities and social participation. *British Journal of Learning Disabilities*, 44(1), 71-77.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Psyché (Grada).
- Mirfin-Veitch, B. (2010). Citizenship and community participation . V G. Llewellyn, R. Traustadóttir, D. McConnell, & H. B. Sigurjónsdóttir, *Parents with Intellectual Disabilities: Past, Present and Futures s. 95-106*. Wiley - Blackwell.
- Mitra, M., Parish, S., Clements, K., & Zhang, J. (2018). Antenatal hospitalization among U.S. women with intellectual and developmental disabilities: A retrospective cohort study. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 123(5), 399-411.
- Monsen, K., Sanders, A., Yu, F., Radosevich, D., & Geppert, J. (2011). Family home visiting outcomes for mothers with and without intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 55(5), 484-499.
- Morgan, D. (2001). *Ohniskové skupiny jako metoda kvalitativního výzkumu*. Tišnov: Sdružení SCAN.
- Mänttari-van der Kuip, M. (2016). Moral distress among social workers: The role of insufficient resources. *International Journal of Social Welfare*, 25(1), 86-97.
- Mátel, A. (2010). *Etika sociálnej práce*. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžběty.
- Mátel, A., Schavel, M., Mühlpachr, P., & Roman, T. (2010). *Aplikovaná etika v sociální práci*. Brno: Institut mezioborových studií.
- Mužáková, M. (2016). *Byly to naše děti: o fenoménu lásky a sounáležitosti k rodičům a jejich dětem s mentálním postižením v každodennosti totality*. Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta.
- Musil, L. (2004). „*Ráda bych Vám pomohla, ale...*“ *Dilemata práce s klienty v organizacích*. Brno: Marek Zeman.
- Nedělníková, D. (2008). *Metodická příručka pro výkon terénní sociální práce*. (D. Nedělníková, Editor) Ostrava: Ostravská Univerzita.
- Nečasová, M., & Musil, L. (2006). Pracovní podmínky a dilemata pomáhajících pracovníků. *Sociální práce* (3), 70.
- O'Connor, L., & Leonard, K. (2013). Decision making in children and families social work: The practitioner's Voice. *British Journal of Social Work*, 44(7), 1805-1822.
- Oliver, M. (1990). *The politics of disablement*. Hampshire: Education Ltd Macmillan.
- Oliver, M. (1996). *Understanding disability: from theory to practice*. New York: Palgrave Macmillan.
- Oliver, M., Sapey, B., & Thomas, P. (2012). *Social work with disabled people* (4. vyd.). New York: Palgrave Macmillan.
- Palmer, S. (2015). Presidential Address, 2015—Making a difference through research, practice, and policy. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 53(6), 430-440.
- Pančocha, K. (2013). *Postoje veřejnosti k sociální participaci osob s postižením* (Habilitační práce). Brno : Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta.

- Parents labelled with Intellectual Disability: Position of the IASSID SIRG on Parents and Parenting with Intellectual Disabilities (2008)*. IASSID. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 21(5), 296-307.
- Parsons, T. (1991). *The social system*. Routledge.
- Patton, M. Q. (2015). *Qualitative Research & Evaluation Methods* (4. vyd.). Thousand Oaks: Sage Publications Ltd.
- Philips, A., Morrison, J., & Davis, R. (2004). General practitioners' educational needs in intellectual disability health. *Journal of Intellectual Disability Research*, 48, 142–149.
- Pierce, G., Sarason, B., & Sarason, I. (1996). *Handbook of Social Support and the Family*. Boston: MA: Springer.
- Pothier, D., & Devlin, R. (2006). *Critical Disability Theory: Essays in Philosophy, Politics, and Law*. Vancouver: UBS Press.
- Potvin, L. A., & Brown, H. (2016). Social support received by women with intellectual and developmental disabilities during pregnancy and childbirth: An exploratory qualitative study. *Midwifery*, 37, 57-64.
- Powell, R. M., Parish, S., & Akobirshoev, I. (2017). The health and economic well-being of US mothers with Intellectual Impairments. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 30(3), 456-468.
- Proctor, S., & Azar, S. (2013). The effect of parental intellectual disability status on child protection service worker decision making. *Journal of Intellectual Disability Research*, 57(12), 1104-1116.
- Průcha, J., & Švaříček, R. (2009). Etický kodex české pedagogické vědy a výzkumu. 19(2), 89-105.
- Racek, J., Solařová, H., & Svobodová, A. (2014). *Vyhodnocování potřeb dětí Praktický průvodce Metodika vyhodnocování*. Praha: Lumos Foundation .
- Ramanadhan, S., Wiecha, J., Gortmaker, S., Emmons, K., & Viswanath, K. (2010). Informal training in staff networks to support dissemination of health promotion programs. *American Journal of Health Promotion*, 25(1), 12-18.
- Reinders, H. (2008). Persons with disabilities as parents: What is the problem? *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 21(4), 308–314.
- Ripamonti, L. (2016). Disability, diversity, and autism: Philosophical perspectives on health. *The New Bioethics A Multidisciplinary Journal of Biotechnology and the Body*, 22(1), 56-70.
- Rodriguez, K., Schwartz, J., & Lahman, M. (2011). Culturally responsive Focus Groups: Reframing the research experience to focus on participants. *International Journal of Qualitative Methods*, 10(4), 400-417.
- Schalock, R., & Ruth, L. (2013). What's at stake in the lives of people with intellectual disability? Part I: The power of naming, defining, diagnosing, classifying, and planning supports intellectual and developmental disabilities. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 51(2), 86-93.
- Schoenberg, N., & Ravidal, H. (2000). Using vignettes in awareness and attitudinal research. *International Journal of Social Research Methodology*, 3(1), 63–74.
- Satu, E., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107–115.
- Shakespeare, T. (2006). *Disability rights and wrongs*. New York: Routledge.
- Shakespeare, T., & Watson, N. (2001). The social model of disability: An outdated ideology? In S. Bartnartt, & B. Altman, *Exploring Theories and Expanding Methodologies: Where we are and where we need to go* (s. 9-28). Bingley: Emerald Group Publishing Limited.

- Sigurjonsdóttir, H. B. (2004). Intellectually limited fathers, their families and formal support services. V K. Kristiansen, & R. Traustadóttir, *Gender and disability research in the nordic countries*. (s. 239–254). Lund: Studentlitteratur.
- Sigurjonsdóttir, H. B., & Rice, J. G. (2016). Stigmatic representation of intellectual disability and termination of parental custody rights. V K. Scior, & S. Werner, *Intellectual disability and stigma* (s. 77-90). London: Palgrave Macmillan.
- Sigurjonsdóttir, H. B., & Rice, J. G. (2017). ‘Framed’: Terminating the parenting rights of parents with intellectual disability in Iceland. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 30(3), 543-552.
- Sigurjonsdóttir, H. B., & Rice, J. G. (2018). ‘Evidence’ of neglect as a form of structural violence: Parents with intellectual disabilities and custody deprivation. *Social Inclusion*, 6(2), 66–73.
- Silvers, A., Wasserman, D. T., & Mahowald, M. B. (1998). *Disability, difference, discrimination: perspectives on justice in bioethics and public policy*. Lanham, Md.: Rowman.
- Skinner, N., & Pocock, B. (2008). Work—life conflict: Is work time or work overload more important? *Asia Pacific Journal of Human Resources*, 46(3), 303-315.
- Starke, M. (2011). Supporting families with parents with intellectual disability: Views and experiences of professionals in the field. *Journal of Policy and Practice In Intellectual Disabilities*, 8(3), 163-171.
- Starke, M., Wade, C., Feldman, M. A., & Mildon, R. (2013). Parenting with disabilities: Experiences from implementing a parenting support programme in Sweden. *Journal of Intellectual Disabilities*, 17(2), 145-156.
- Stenfert Kroese, B., Hussein, H., Clifford, C., & Nazia, A. (2002). Social support networks and psychological well-being of mothers with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 15(4), 324-340.
- Stephan, R. (1987). Audiotape instruction of face-washing for an adult with mental retardation. *American Journal of Occupational Therapy*, 184- 185 .
- Stolz, J. (2016). Opening the black box. How the study of social mechanisms can benefit from the use of explanatory mixed methods. *Analyse & Kritik*, 38(1), 257–286.
- Strike, R., & McConnell, D. (2002). Look at me, listen to me, I have something important to say. *Sexuality and Disability*, 20, 53–63.
- Strnadová, I., Bernoldová, J., Adamčíková, Z., & Klusáček, J. (2017). Good enough support? Exploring the attitudes, knowledge and experiences of practitioners in social services and child welfare working with mothers with intellectual disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 30(3), 563-572.
- Šiška, J. (2005). *Mimořádná dospělost Edukace člověka s mentálním postižením v období dospělosti*. Praha: Karolinum.
- Šínová, R., Wesphalová, L., & Králíčková, Z. (2017). *Rodičovská odpovědnost*. Praha: Nakladatelství Leges.
- Šmíd, O. (2014). V M. Hrušáková, *Občanský zákoník II. Rodinné právo (§655-975)* (str. 534). Praha: Nakladatelství C. H. Beck.
- Šubrt, J. (2007). *Soudobá sociologie*. Praha: Karolinum.
- Tøssebro, J., Midjo, T., Paulsen, V., & Berg, B. (2016). Prevalence, trends and custody among children of parents with intellectual disabilities in Norway. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 30(3), 533-542.
- Tarleton, B., & Ward, L. (2007). “Parenting with support”: The views and experiences of parents with intellectual disabilities. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 4(3), 194-202.

- Tarleton, B., Ward, L., & Howarth, J. (2006). *Finding the right support? A review of issues and positive practice in supporting parents with learning difficulties and their children*. Bristol: The Norah Fry Research Centre.
- Taylor, J., Baldwin, N., & Spencer, N. (2008). Predicting child abuse and neglect: ethical, theoretical and methodological challenges. *Journal of Clinical Nursing*, 17(9), 1193-1200.
- Tham, P., & Meagher, G. (2009). Working in human services: How do experiences and working conditions in child welfare social work compare? *British Journal of Social Work*, 39(5), 807-827.
- Thompson, J., Shogren, K., Seo, H., Wehmeyer, M., & Lang, K. (2016). Creating a SIS—A annual review protocol to determine the need for reassessment. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 54(3), 217-228.
- Thompson, J., Wehmeyer, M., & Hughes, C. (2010). Mind the Gap! Implications of a person-environment fit model of intellectual disability for students, educators, and schools. *Exceptionality: A Special Education Journal*, 18(4), 168-181.
- Tracy, E., & Whittaker, J. (1990). The social network map: Assessing social support in clinical practice.' *Families in Society*. *Families in Society*, 71(8), 461-470.
- Traustadóttir, R., & Sigurjónsdóttir, H. B. (2008). The 'mother' behind the mother: Three generations of mothers with intellectual disabilities and their family support networks. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 21(4), 331-34.
- Tymchuk, A. (1990). Parents with mental retardation: A National strategy. *Journal of Disability Policy Studies*, 1(4), 43-55.
- Valenta, M. (2001). Krátké zamyšlení nad nutností změny paradigmatu české speciální pedagogiky pro jednadvacáté století. *Speciální pedagogika: časopis pro teorii a praxi speciální pedagogiky*, 11(1), 1-3.
- Valenta, M. a kol. (2015). *Katalog podpůrných opatření, dílčí část pro žáky s potřebou podpory ve vzdělávání z důvodu mentálního postižení nebo oslabení kognitivního výkonu*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Valenta, M., & Müller, O. (2009). *Psychopedie: [teoretické základy a metodika]*. Praha: Grada.
- Valenta, M., Michalík, J., & Lečbych, M. (2012). *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Praha: Grada.
- Wade, C., Llewellyn, G., & Matthews, J. (2008). Review of parent training interventions for parents with intellectual disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 21(4), 351-366.
- Wehmeyer, M. L. (2013). *The Story of Intellectual Disability: An Evolution of Meaning, Understanding, and Public Perception*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing.
- Weiber, I., Eklund, M., & Tensland, P.-A. (2016). The characteristics of local support systems, and the roles of professionals, in supporting families where a mother has an intellectual disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 29, 197-210.
- Weiber, I., Tensland, P.-A., Berglund, J., & Eklund, M. (2014). Social and healthcare professionals' experiences of giving support to families where the mother has an intellectual disability: Focus on children. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 11(4), 293-301.
- Weigl, M., Stab, N., Herms, I., & Angerer, P. (2016). The associations of supervisor support and work overload with burnout and depression: A cross-sectional study in two nursing settings. *Journal of Advanced Nursing*, 72(8), 1774-1788.
- Weinberg, M. (2009). Moral distress: A missing but relevant concept for ethics in social work. *Canadian Social Work Review*, 26(2), 139-151.

- Wilson, S., McKenzie, K., Quayle, E., & Murray, G. (2013). A systematic review of interventions to promote social support and parenting skills in parents with an intellectual disability. *Child: Care, Health and Development*, 40(1), 7-19.
- Wolowicz-Ruszkowska, A., & McConnell, D. (2017). The experience of adult children of mothers with intellectual disability: A qualitative retrospective study from Poland. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 30(2), 482-491.

Elektronické zdroje

- A Progress Report* (2012). National Council on Disability. Dostupné z https://www.ncd.gov/progress_reports/Aug202012
- Analýza současného stavu v oblasti terénní činnosti orgánů sociálně-právní ochrany dětí a stanovení optimálních podmínek výkonu sociálně-právní ochrany dětí ve vazbě na počet klientů (2009)* Ministerstvo práce a sociálních věcí. Dostupné z www.mpsv.cz/files/clanky/8669/Projekt_HR170_08_def.pdf
- Analýza sítě služeb pro práci s rodinami a dětmi.* (2014). Sociofaktor. Dostupné z <https://www.mpsv.cz/files/clanky/17905/analyza.pdf>
- Classification of Diseases, 11.th ed.* (2018). World health organization. Dostupné z: <http://www.who.int/classifications/icd/en/>
- Etický kodex sociálních pracovníků České Republiky.* (2006). Společnost sociálních pracovníků ČR. Dostupné z <http://sspcr.xf.cz/code.html>
- Healthy start.* (2018). Parenting research centre. Dostupné z <https://www.parentingrc.org.au/programs/healthy-start/>
- Komentář k nejlepšímu zájmu dítěte.* (2013). Organizace spojených národů. Dostupné z: <https://www.vlada.cz/cz/ppov/rlp/aktuality/vybor-osn-pro-prava-ditete-vydal-komentar-k-nejlepsimu-zajmu-ditete-107820/>
- Koncepce bydlení a její pilotní ověření ve městě Ostrava* (2016). Statutární město Ostrava. Dostupné z <https://socialnizaclenovani.ostrava.cz/category/bydleni/>
- Manuál transformace ústavů. Deinstitutionalizace sociálních služeb.* (2013). Ministerstvo práce a sociálních věcí. Dostupné z <http://www.trass.cz/wp-content/uploads/2016/02/manual-T-ustavu.pdf>
- Manuál implementace standardů kvality sociálně-právní ochrany pro orgány sociálně-právní ochrany.* (2014). Ministerstvo práce a sociálních věcí. Dostupné z https://www.mpsv.cz/files/clanky/19081/manual_PO.pdf
- McConnell, T. (2018). *Moral Dilemmas*. Dostupné z: Stanford Encyclopedia of Philosophy: <https://plato.stanford.edu/entries/moral-dilemmas/>
- Metz, A., Espiritu, R., & Moore, K. (2007). *What is evidence-based practice?* Research to Results brief. Dostupné z <https://www.childtrends.org/wp-content/uploads/2007/06/2007-14WhatIsEBP.pdf>
- Návrh optimalizace řízení systému ochrany práv dětí a péče o ohrožené děti.* (2015). Sociofaktor. Dostupné z https://www.mpsv.cz/files/clanky/21721/optimalizace_rizeni.pdf
- Nejlepší zájem dítěte.* Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy. Dostupné z www.msmt.cz/file/1561_1_1/
- Parents with Intellectual Disabilities* (2014). Intellectual disability and health. Dostupné z <http://www.intellectualdisability.info/family/articles/parents-with-intellectual-disabilities>

- Parenting Young Children training program* (2018). Parenting research centre. Dostupné z <https://www.parentingrc.org.au/programs/positive-parent-child-interactions-for-parents-with-learning-difficulties/>
- Rapid re-housing Brno*. (2018). Platforma sociálního bydlení: Housing first. Dostupné z <https://hf.socialnibydeni.org/rapid-re-housing-brno>
- Registr poskytovatelů sociálních služeb*. Ministerstvo práce a sociálních věcí. Dostupné z http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vitejte_fw.do?SUBSESSION_ID=1543071795356_2
- Rocking The Cradle: Ensuring The Rights Of Parents With Disabilities and Their Children*, (2012). National council on disability. Dostupné z www.ncd.gov/publications/2012/Sep272012
- Roční výkaz o výkonu sociálně právní ochrany dětí za rok 2016*. (2016). Ministerstvo práce a sociálních věcí. Dostupné z https://www.mpsv.cz/files/clanky/30184/Rocni_vykaz_o_vykonu_socialne_pravni_ochrany_deti_za_rok_2016.xls
- Sociodemografická analýza. Mapy rozložení ohrožení dětí a rodin v ČR*. (2013). Sociofaktor. Dostupné z https://www.mpsv.cz/files/clanky/15675/SOCDEM_ANALYZA_OHROZENE_DETII.pdf
- Statement of ethical principles* (2012). International federation of social workers. Dostupné z: <https://www.ifsw.org/global-social-work-statement-of-ethical-principles/>
- Stress at Work – Facts and Figures. OSH in Figures*. (2009). European Agency for Safety and Health at Work. Luxemburg. Dostupné z https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/reports/TE-81-08-478-EN-C_OSH_in_figures_stress_at_work
- Topinka, D. (Ed.) (2017). *Zpráva o příčinách umístování dětí mimo vlastní rodinu z perspektivy orgánů sociálněprávní ochrany dětí*. Ministerstvo práce a sociálních věcí. [online]. [9. 7. 2018]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/files/clanky/32655/Zprava.pdf>
- Voňková, J. (2009). *Smysl postpenitenciární péče v systému sociálních služeb 21. století*. Dostupné z: Charita Praha: www.charita-adopce.cz/download/5/vonkova.doc

Legislativní dokumenty

- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.
- Zákon č. 94/1963 Sb., o rodině.
- Zákon č. 100/1988 Sb. o sociálním zabezpečení
- Zákon č. 89/2012 Sb., Občanský zákoník.
- Zákon č. 401/2012 Sb., kterým se mění zákon č. 359/1999 sb., o sociálně právní ochraně dětí
- Zákon č. 296/2017 Sb. o zvláštních řízení soudních.
- Předpis č. 104/1991 Sb. Úmluva o právech dítěte.
- Sdělení č. 10/2010 Sb. m. s., Úmluva o právech osob se zdravotním postižením.
- Senátní tisk č. 208, 2018. [online]. [3. 4. 2018]. Dostupné z: <https://www.senat.cz/xqw/xervlet/pssenat/historie?action=detail&value=4197>

11. Seznam schémat, tabulek a grafů

Schéma č. 1 Proces výzkumu

Schéma č. 2 Výsledný obraz studie

Tabulka č. 1 Počet oslovených respondentů dotazníkového šetření

Tabulka č. 2 Demografické údaje respondentů dotazníkového šetření

Tabulka č. 3 Demografické údaje účastníků rozhovorů

Tabulka č. 4 Příklad procesu analýzy rozhovorů

Tabulka č. 5 Demografické údaje – Viněty

Tabulka č. 6 Demografické údaje účastníků ohniskových skupin

Tabulka č. 7 Příklad procesu analýzy ohniskových skupin

Tabulka č. 8 Srovnání vzdělávacích potřeb pracovníků z NNO a pracovníků OSPOD

Tabulka č. 9 Rozsah přípravy v oblasti tématu osob s mentálním postižením (psychopedie)

Tabulka č. 10 Praktické zkušenosti s cílovou skupinou rodičů s mentálním postižením

Tabulka č. 11 Oblasti poskytované podpory

Tabulka č. 12 Kopingové strategie sociálních pracovníků

Tabulka č. 13 Celková data dle jednotlivých položek – Kopingové strategie

Tabulka č. 14 Srovnání kopingových strategií mezi NNO a OSPOD

Tabulka č. 15 Stresové faktory

Tabulka č. 16 Celková data dle jednotlivých položek – Stresové faktory

Tabulka č. 17 Srovnání stresových faktorů mezi OSPOD a NNO

Tabulka č. 18 Přehled identifikovaných kategorií a témat

Tabulka č. 19 Počet blízkých osob a vztah k respondentovi

Tabulka č. 20 Frekvence kontaktů

Tabulka č. 21 Žádání o podporu a její přijímání

Tabulka č. 22 Statistická významnost mezi sledovanými proměnnými

Tabulka č. 23 Přehled identifikovaných kategorií a témat

- Graf č. 1 Pravdivá tvrzení – znalostní otázky
- Graf č. 2 Nepravdivá tvrzení – znalostní otázky
- Graf č. 3 Chápání pojmu empowerment v závislosti na věku
- Graf č. 4 Postoje sociálních pracovníků k rodičovství osob s mentálním postižením
- Graf č. 5 Typ blízké osoby
- Graf č. 6 Typ nabízené podpory
- Graf č. 7 Korelace mezi typem bydlení a typem blízké osoby
- Graf č. 8 Korelace mezi typem bydlení a blízkostí vztahu
- Graf č. 9 Korelace mezi typem bydlení, typem podpory a nejvyšší mírou blízkosti
- Graf č. 10 Korelace mezi typem bydlení a fyzickou vzdáleností blízkých osob
- Graf č. 11 Korelace mezi typem bydlení, nejbližší fyzickou vzdáleností a typem blízké osoby
- Graf č. 12 Korelace mezi typem bydlení a intenzitou kontaktu s blízkou osobou
- Graf č. 13 Korelace mezi typem bydlení, typem blízké osoby a intenzitou kontaktu
- Graf č. 14 Korelace mezi typem bydlení a délkou známosti
- Graf č. 15 Korelace mezi typem bydlení a délkou známosti více než 5 let
- Graf č. 16 Rozložení jednotlivých typů podpor v závislosti na vztahu k blízké osobě
- Graf č. 17 Korelace mezi typem podpory a typem bydlení
- Graf č. 18 Korelace mezi emoční podporou, typem bydlení a typem blízké osoby
- Graf č. 19 Korelace mezi typem podpory a emoční blízkosti

12. Seznam příloh

Příloha č. 1 Informovaný souhlas pro participanty

Příloha č. 2 Informovaný souhlas pro participanty ve formátu snadného čtení

Příloha č. 3 Závěrečná zpráva pro participanty – rodiče s mentálním postižením

Příloha č. 4 Dotazník pro sociální pracovníky

Příloha č. 5 Protokol k rozhovoru s rodiči s mentálním postižením

Příloha č. 6 Protokol s vinětami k rozhovoru s rodiči s mentálním postižením

Příloha č. 7 Záznamový arch nástroje Support Interview Guide

Příloha č. 8 Protokol k ohniskovým skupinám

Příloha č. 9 Informovaný souhlas s účastí na ohniskové skupině a se zpracováním osobních a citlivých údajů

Příloha č. 10 Dotazník k demografickým údajům účastníků ohniskových skupin

Příloha č. 11 Grafické znázornění korelace

Přílohy

Příloha č. 1 Informovaný souhlas pro participanty

Souhlasím se svou účastí na výzkumné studii

Mgr. Zdeňky Adamčíkové:

„Formální podpora rodičů s mentálním postižením“

(grantový projekt č. 250-079 v rámci GA UK)

vedené Doc. PhDr. Ivou Strnadovou Ph.D.

Účast na šetření bude obnášet jeden rozhovor v délce cca 60. minut. Rozhovor bude nahráván.

Jsem srozuměna s tím, že veškeré údaje budou anonymní a důvěrné.

Účastníci šetření nebudou identifikováni v žádné publikaci.

K nezpracovaným údajům budou mít přístup pouze badatelé zapojení v šetření.

Jsem srozuměna s tím, že mohu kdykoliv od šetření odstoupit.

Dne: _____

Podpis: _____

Příloha č. 2 Informovaný souhlas pro participanty ve formátu snadného čtení



Souhlasím se svou účastí na výzkumné studii
Mgr. Zdeňky Adamčíkové:
„Formální podpora rodičů s mentálním postižením“
(grantový projekt č. 250-079 v rámci GA UK)
vedené Doc. PhDr. Ivou Strnadovou Ph.D.



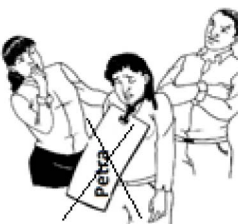
Účast na šetření bude obnášet jeden rozhovor.



Rozhovor bude trvat asi 60 minut.



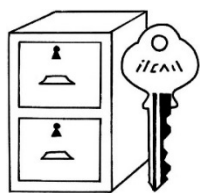
Rozhovor bude nahráván.



Jsem srozuměna s tím,
že veškeré údaje budou anonymní a důvěrné.



Účastníci šetření nebudou identifikováni v žádné publikaci.



K nezpracovaným údajům budou mít přístup pouze
badatelé zapojení v šetření.



Jsem srozuměna s tím,
že mohu kdykoliv od šetření odstoupit.

Dne: _____ Podpis: _____



Závěrečná zpráva z výzkumu pro participanty



Výzkum znamená něco zkoumat, zjišťovat.



Participant je člověk, který se účastnil výzkumu.



Kdo se výzkumu účastnil?

19



19 rodičů s mentálním postižením (1 muž a 18 žen)

39



39 sociálních pracovníků ve skupinách

294

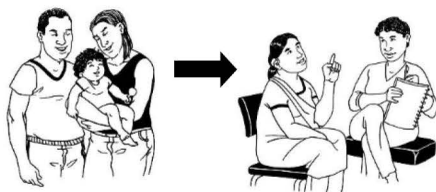


294 sociálních pracovníků vyplnilo dotazník



Jaké byly použity metody ve výzkumu?

Ve výzkumu bylo použito více metod.



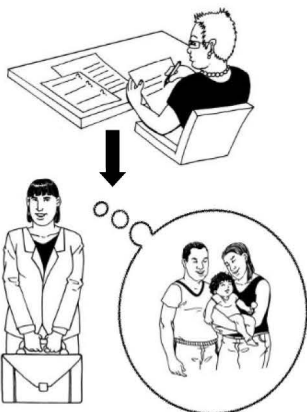
S rodiči s mentálním postižením byly vedeny rozhovory.



Sociální pracovníci se zúčastnili 4 setkání. Na setkáních měli možnost mluvit o tématu rodičovství osob s mentálním postižením.



Získané informace z rozhovorů i z jednotlivých skupin byly rozebrány, porovnány a vyhodnoceny.



Jako doplňková metoda byly použity dotazníky, které měly za úkol zjistit za A) zkušenosti a za B) znalosti sociálních pracovníků ohledně rodičovství osob s mentálním postižením.



Souhrn výsledků z rozhovorů s rodiči



Rodiče s mentálním postižením jsou ve většině případů spokojeni s tím, jak se k nim sociální pracovník chová.



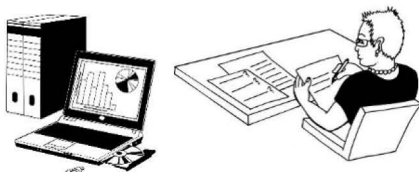
4 rodiče ale měli zkušenost s tím, že jim sociální pracovník vnucoval své přání. Například jim vnucoval přestěhování do azylového domu nebo hospitalizaci dítěte v lázních kvůli nadváze.



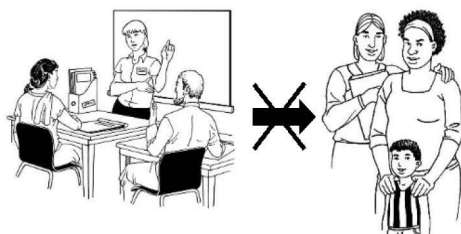
Rodiče s mentálním postižením nejčastěji potřebují pomoci s vyřizováním věcí na úřadech a s hospodařením s penězi.



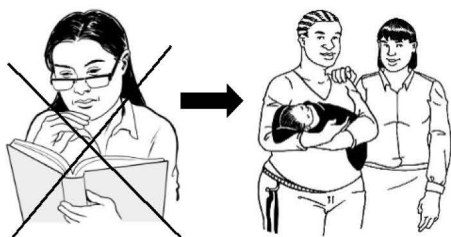
Sociální pracovníci by měli více poslouchat, co si rodiče s mentálním postižením přejí, a pomáhat jim tato přání plnit. Například pomáhat plnit přání, které se týká samostatného bydlení nebo které se týká budoucnosti jejich dětí.



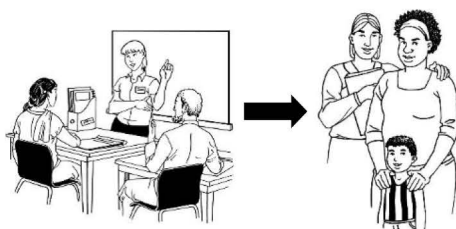
Souhrn výsledků z dotazníků



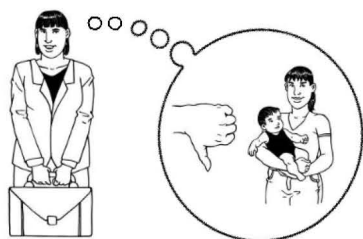
Sociální pracovníci se při vzdělávání téměř nesetkali s tématem, jak pomáhat rodičům s mentálním postižením.



Sociální pracovníci se necítí být dostatečně odborně připraveni na to, aby mohli rodičům s mentálním postižením pomáhat.



Sociální pracovníci by potřebovali zlepšit své dovednosti v tom, jak pomáhat rodičům s mentálním postižením, aby tato pomoc byla přizpůsobena jejich potřebám.



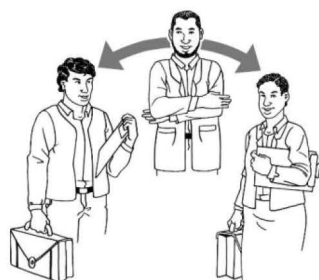
Více než polovina sociálních pracovníků, kteří vyplnili dotazník, si myslí, že rodiče s mentálním postižením se neumějí o dítě dobře postarat.



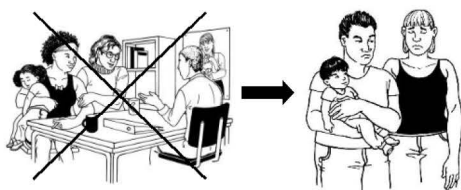
Souhrn výsledků z jednotlivých skupin



Sociální pracovníci by potřebovali nástroje pro rozpoznání rodičů s mentálním postižením.



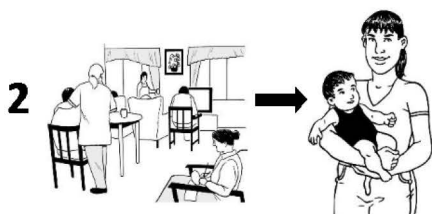
Pro včasné rozpoznání rodiče, který potřebuje pomoci, je potřeba, aby spolupracovali zdravotníci v porodnicích a sociální pracovníci na úřadech a v sociálních službách.



Některé sociální služby nejsou přizpůsobeny tak, aby je mohli využívat rodiče s mentálním postižením.



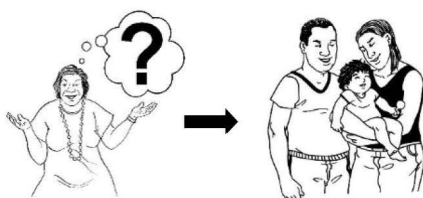
Chybí terénní služby, které by rodičům pomáhaly přímo v jejich domě či bytě (například služba podpora samostatného bydlení).



V České republice jsou pouze 2 azylové domy, které cíleně poskytují služby rodičům s mentálním postižením.



Rodiče s mentálním postižením nemívají dostatek peněz, aby si některé pomocné služby mohli dovolit.



Sociální pracovníci nemají s rodiči s mentálním postižením mnoho zkušeností.



Sociální pracovníci
by potřebovali,
aby je někdo odborně vedl.



**Využití výsledků z výzkumu
a doporučení pro praxi**



Sociální pracovníci potřebují
lepší vzdělání
a odborné vedení,
aby věděli,
jak správně pomáhat rodičům
s mentálním postižením.



Sociální pracovníci často
zneschopňují
rodiče s mentálním
postižením.
To znamená,
že dělají věci za ně,
místo toho,
aby je naučili,
jak si ty věci mají zařídit sami.



Systém sociálních služeb
by se měl vylepšit tak,
aby rodiče s mentálním
postižením mohli lépe využívat
nabídku sociálních služeb.



Stát by měl lépe finančně
podporovat sociální služby.
Měl by lépe finančně podporovat
i rodiče s mentálním postižením,
aby si mohli dovolit využívat
více služeb.

Příloha č. 4 Dotazník pro sociální pracovníky

Gauk 2016

Dotazník pro sociální pracovníky a speciální pedagogy působící v terénních službách.

Tento dotazník je zaměřen na rodiče s lehkým stupněm mentálního postižení. Přečtěte si pečlivě následující otázky a zakřížkujte (případně doplňte) Vaši odpověď. Předpokládaný čas pro vyplnění dotazníku je 20 min

* 1. Prosím, uveďte, na jakém typu pracoviště působíte?

- Orgán sociálně právní ochrany dětí
- Pověřená osoba k výkonu sociálně právní ochrany dětí dle zákona 359/1999 sb. o sociálně právní ochraně dětí
- Poskytovatel sociální služby dle zákona 108/2006 sb. o sociálních službách
- Jiné (prosím upřesněte)

* 2. Na stupnici od 1 do 4 ohodnoťte, do jaké míry jsou následující tvrzení pravdivá.



	Pravdivé	Spíše pravdivé	Spíše nepravdivé	Nepravdivé
Mentální postižení je nakažlivé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mentální postižení je vždy geneticky podmíněné	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lidé s mentálním postižením mají častěji epilepsii než většinová populace	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mentální postižení je mimo jiné definováno IQ nižším než 70	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lidé s mentálním postižením mají snížené adaptivní schopnosti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mentální postižení má 1-3% populace	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ženy s mentálním postižením mají více dětí než ženy bez mentálního postižení	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
V zemích západního světa 40% až 60% rodičů s mentálním postižením nemá dítě ve své péči	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 3. Na stupnici od 1 do 4 ohodnotte, do jaké míry souhlasíte s následujícími tvrzeními. 

	Souhlasím	Spíše souhlasím	Spíše nesouhlasím	Nesouhlasím
Mentální postižení je ve vztahu k plnění rodičovské role handicapující stav.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rodiče s mentálním postižením mohou obtížně odpovídat za výchovu a péči o děti v porovnání s ostatními rodiči.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Má-li rodič mentální postižení, bude mít dítě také toto postižení.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Děti rodičů s mentálním postižením jsou ohroženy zanedbávající péčí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bez dopomoci širší rodiny nemohou rodiče s mentálním postižením svou rodičovskou roli zvládnout.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Systém sociálních služeb v ČR neumožňuje rodičům s mentálním postižením poskytnout dostatečnou podporu.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sterilizace je vhodná pro osoby s mentálním postižením.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 4. Pojem empowerment ve vztahu k rodičům s mentálním postižením nejlépe charakterizuje: 

- posílení a zapojení
- moc a kontrola
- vedení a podpora
- usnadnění a zpřístupnění

* 5. Měl/a jste možnost při Vaší spolupráci oceňovat rodiče s mentálním postižením za pokroky? 

- Ano
- Ne

6. O jaké pokroky se jednalo? 

* 7. Měl/a jste na podobu poskytované služby jiný názor než rodič s mentálním postižením? 

- Ano
- Ne

8. O jakou oblast se jednalo? 

9. V jakých oblastech jsou podle Vás silné stránky rodičů s mentálním postižením? 

* 10. Měl/a jste někdy obavy o nejlepší zájem dítěte v péči rodiče s mentálním postižením?



Ano

Ne

11. O jakou situaci se jednalo? 

* 12. Měl/a jste někdy obavy, že je dítě rodiče s mentálním postižením v přímém ohrožení života? 

Ano

Ne

13. O jakou situaci se jednalo? (neposkytnutí řádné první pomoci, nepravidelné podávání medikace, podvýživa dítěte, fyzické násilí) 

* 14. Byl/a jste někdy nucen/a odebrat dítě z péče rodičů primárně z důvodu jejich mentálního postižení? 

Ano

Ne

podporu při sebeobhajování a dodatečné ochraně (sebeobrana proti zneužívání a vykořisťování, sebeobhajování, využívání právnických služeb, uplatňování zákonné odpovědnosti)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
podporu při hájení rodičovských práv	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
podporu v hledání a udržení si zaměstnání	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
podporu v oblasti celoživotního učení (praktické používání naučeného - čtení nápisů, počítání, využívání technologií k učení, přístup do výukového prostředí ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
podporu při zajištění osobní hygieny a úpravě zevnějšku (koupání, úprava zevnějšku, péče o šaty, oblékání)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
podporu v činnostech spojených se zdravím a bezpečností (užívání léků, předcházením zdravotním a bezpečnostním rizikům, využívání služeb zdravotní péče, udržování psychické pohody)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
podporu při zajištění podmínek pro společensky přijatelné volnočasové aktivity	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
podporu v sociálních kompetencích v jednání na úřadech, školách, školských zařízeních	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
podporu při plánování denních aktivit rodiny	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
podporu při cestování (přesun z místa na místo)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
podporu při využívání veřejných služeb (pošta ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16. V jakém rozsahu jste se v rámci studia setkal(a) s tématem osob s mentálním postižením:

	středoškolské vzdělávání	vyšší odborné vzdělávání	vysokoškolské vzdělávání	celoživotní vzdělávání
S tématem jsem se nesetkal(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tématu bylo věnováno méně než pět vyučovacích hodin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tématu bylo věnováno více než pět vyučovacích hodin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tématu byl věnován celý semestrální kurz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tématu byl věnován celý ročníkový kurz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tématu byl věnován příspěvek na konferenci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tématu byl věnován seminář, kterého jsem se zúčastnil(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tématu jsem se věnoval(a) jen v rámci samostudia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. V jakém rozsahu jste se v rámci studia setkal(a) s tématem rodičovství osob s mentálním postižením: 

	středoškolské vzdělávání	vyšší odborné vzdělávání	vysokoškolské vzdělávání	celoživotní vzdělávání
S tématem jsem se nesetkal(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tématu bylo věnováno méně než pět vyučovacích hodin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tématu bylo věnováno více než pět vyučovacích hodin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tématu byl věnován celý semestrální kurz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tématu byl věnován celý ročníkový kurz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tématu byl věnován příspěvek na konferenci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tématu byl věnován seminář, kterého jsem se zúčastnil(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tématu byl věnován seminář, kterého jsem se zúčastnil(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tématu jsem se věnoval(a) jen v rámci samostudia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* 18. Byly pro Vás informace, které jste se dozvěděl/a během Vašeho studia dostatečné proto, abyste mohl/a poskytovat adekvátní podporu rodičům s mentálním postižením?



- Ano
- Spíše ano
- Nevím
- Spíše ne
- Ne

19. V jakém rozsahu jste se v rámci setkal(a) s tématem sexuality osob s mentálním postižením: 

	středoškolské vzdělávání	vyšší odborné vzdělávání	vysokoškolské vzdělávání	celoživotní vzdělávání
S tématem jsem se nesetkal(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tématu bylo věnováno méně než pět vyučovacích hodin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tématu bylo věnováno více než pět vyučovacích hodin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Tématu byl věnován celý semestrální kurz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tématu byl věnován celý ročníkový kurz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tématu byl věnován příspěvek na konferenci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tématu byl věnován seminář, kterého jsem se zúčastnil(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tématu jsem se věnoval(a) jen v rámci samostudia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* 20. Jaké oblasti znalostí a dovedností byste potřeboval/a dále rozvíjet? Ohodnotte svou potřebu vzdělávání v dané oblasti na škále od 0 do 5. Přičemž 0 = nemám potřebu se v dané oblasti dále vzdělávat 5 = mám silnou potřebu se v dané oblasti dále vzdělávat 

	0	1	2	3	4	5
Nejlepší zájem dítěte (vyhodnocování situace dítěte, oznamovací povinnost)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Obhajoba rodičovských práv	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sociální služby pro cílovou skupinu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Komunikace s rodiči s mentálním postižením	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Podpora interakce rodič - dítě, rozvoj dítěte prostřednictvím hry	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rozvoj rodičovských kompetencí v oblasti péče o dítě	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kooperace s ostatními poskytovateli podpory (lékaři, rodina, jiné sociální služby)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Primární prevence (včasná detekce ohrožené rodiny, aktivizace rodiny, spolupráce s učiteli, znalost služeb primární prevence ve spádové oblasti)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19. V jakém rozsahu jste se v rámci setkal(a) s tématem sexuality osob s mentálním postižením: 

	středoškolské vzdělávání	vyšší odborné vzdělávání	vysokoškolské vzdělávání	celoživotní vzdělávání
S tématem jsem se nesetkal(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tématu bylo věnováno méně než pět vyučovacích hodin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tématu bylo věnováno více než pět vyučovacích hodin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tématu byl věnován celý semestrální kurz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tématu byl věnován celý ročníkový kurz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tématu byl věnován příspěvek na konferenci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tématu byl věnován seminář, kterého jsem se zúčastnil(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tématu jsem se věnoval(a) jen v rámci samostudia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Práce s nedobrovolnými klienty	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lidské vztahy a sexualita osob s mentálním postižením	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Individuální intervence šitá na míru rodiči s mentálním postižením	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Znalosti v oblasti vývojové psychologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Práce s rodiči v rámci terénní služby v jejich domácnostech	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zdravotnické služby	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Specifika osob s mentálním postižením	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nástroje pro vyhodnocování chování dítěte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Přizpůsobení intervence dle rodičovských schopností	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Znalosti z oblasti psychiatrických onemocnění	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Znalosti o vědecky doložených přístupech ke zvládnání problémového chování dítěte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 21. Jste? 

- Muž
- Žena

* 22. Prosím, vyberte kraj, ve kterém aktuálně pracujete. 

- Hlavní město Praha
- Středočeský
- Jihočeský
- Plzeňský
- Karlovarský
- Ústecký
- Liberecký
- Královéhradecký
- Pardubický
- Vysočina
- Jihomoravský
- Olomoucký
- Zlínský
- Moravskoslezský

* 23. Jaký je stupeň Vašeho nejvyššího dosaženého vzdělání? Vyberte pouze jednu z možností. 

- Základní vzdělání
- Středoškolské vzdělání
- Vyšší odborné vzdělání
- VŠ bakalářský stupeň
- VŠ magisterský stupeň
- VŠ doktorský stupeň (PhDr. nebo PhD.)

Jiné (prosím doplňte):

24. Prosím, vyberte ročník svého narození? 

- 1921 - 30
- 1931 - 40
- 1941 - 50
- 1951 - 60
- 1961 - 70
- 1971 - 80
- 1981 - 90
- 1991 - 2000

25. Prosím, uveďte, kolik let pracujete v oblasti sociálních služeb. 

- 0-1
- 1-5
- 5-10
- 10-20
- 20 a víc

26. Prosím, uveďte počet rodičů s mentálním postižením, s nimiž jste během své praxe pracoval (a). 

- 0
- 1-5
- 5-10
- 10-20
- 20 a víc

27. Které okresy jsou Vaší spádovou oblastí? 

28. Kolika ohroženým rodinám poskytujete v současné době podporu (jako jejich klíčový sociální pracovník)? 

29. A u kolika z těchto rodin se domníváte, že alespoň jeden rodič má v anamnéze mentální postižení? 

* 30. Znáte ve svém blízkém okolí někoho s mentálním postižením (např. člen širší rodiny, blízkých přátel aj.)? 

Ano

Ne

* 31. Rádi bychom se Vás ještě zeptali na nejčastější stresory ve Vaší práci a strategie, které Vám tento stres pomáhají zvládat. 

Ano, přeji si pokračovat ve vyplňování dotazníku

Ne, přeji si dotazník ukončit

32. Následující tvrzení byla shledána jako potencionální zdroje tlaku či stresu v pomáhajících profesích. Prosím odpovězte zakroužkováním čísla, které reprezentuje, do jaké míry se Vás daná položka týká - do jaké míry pro Vás představuje zdroj tlaku při Vaší práci. 0 = netýká se mě to, 3 = týká se mě to hodně. 


	0	1	2	3
Velké pracovní vytížení	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ukončení péče o klienty	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nedostatek podpory ze strany vedení	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Konflikt s ostatními profesionály	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nedostatek (kvalifikovaného/odpovídajícího) personálu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pocit nedostatečné kvalifikovanosti pro řešení emocionálních potřeb klientů	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nedostatek času pro rodinu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mnoho rozdílných pracovních povinností	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vyrovňování se s úmrtím a utrpením	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vztahy s nadřízenými	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Konflikt rolí s ostatními odborníky	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nedostatek finančních zdrojů pro další vzdělávání	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nejistota týkající se mých vlastních schopností	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Neschopnost oddělit osobní a profesní roli	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nedostatek času pro kvalitní (uspokojivě) plnění pracovních povinností	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Žádná změna nebo velmi pomalá změna u klientů	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Komunikace a tok informací v práci	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Práce v multidisciplinárním týmu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nedostatek potřebného vybavení	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pocit nedostatečné kvalifikovanosti pro práci s komplikovanými klienty	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nošení si práce domů	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Příliš mnoho klientů	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Komplikovaní a/nebo nároční klienti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Špatné vedení a supervize	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kritika ze strany ostatních odborníků	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nedostatečná ochrana v potenciálně nebezpečném prostředí	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pochybnosti o účinnosti úsilí	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vztah s partnerem/partnerkou ovlivňuje práci	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Příliš dlouhá pracovní doba	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fyzicky mě ohrožující klienti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Způsob řešení konfliktů v organizaci	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nedostatek emoční podpory od kolegů	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nedostatečné administrativní/technické zázemí	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Udržení profesionálních dovedností	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Práce posiluje pocit prázdnoty a/nebo izolace	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nedostatek času pro odpočinek	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zvládání terapeutických vztahů	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Organizační struktura a politika	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Zvládání terapeutických vztahů	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Organizační struktura a politika	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Obtížná spolupráce s některými kolegy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Špatné materiální/hmotné/pracovní podmínky	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Obava z pochybení v péči o klienta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nedostatek času na přátel/společenské vztahy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

33. Zajímá nás, jak lidé reagují, když jsou konfrontováni s těžkými stresovými situacemi v jejich životě. Existuje totiž mnoho cest, jak se ze stresem vyrovnat. Tato otázka se Vás ptá na to, co obvykle cítíte a prožíváte, když se setkáte se stresující situací. Samozřejmě, různé situace přináší různé odpovědi, ale zkuste přemýšlet nad tím, co obvykle děláte, když jste nějaké stresové situaci vystaveni.

Pak reagujte na každou z následujících položek tak, že zakřížkujete v záznamovém archu jedno pole. Využijte stupnici, přiloženou níže v textu. Prosím, zkuste se nad každou položkou zamyslet zvlášť. Vyberte si takovou odpověď, aby byla pro Vás co nejpravdivější. Odpovězte, prosím, na každou položku. Neexistují žádné "správné" nebo "špatné" odpovědi, takže vybírejte nejpřesnější odpověď pro vás. Nehleďte proto odpovědi, které by mohlo uvést co nejvíc lidí. Označte to, co obvykle děláte, když jste ve svém zaměstnání při práci s klientem vystaven (a) stresové situaci.

- 1 = Obvykle to nikdy nevyužívám
2 = Obvykle to využívám trochu (občas)
3 = Obvykle to využívám středně
4 = Obvykle to využívám hodně 

	1	2	3	4
Utíkám k práci nebo jiným činnostem, abych se vyhnul přemýšlení o věcech.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Soustředím se ze všech sil na to, abych něco udělal se situací, v níž se nacházím.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sám sobě si říkám „Tohle není skutečné.“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Piji alkohol nebo užívám drogy, abych se cítil lépe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dostává se mi citové podpory od ostatních.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vzdávám snahu vypořádat se s tím.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jednám ve snaze situaci zlepšit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Odmítám věřit, že se to děje.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mluvím, abych dal průchod nepříjemným pocitům.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Dostává se mi pomoci a rad od ostatních.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Užívám alkohol a jiné drogy, které mi pomáhají přenést se přes to.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Snažím se vidět to v lepším světle, aby to vypadalo pozitivněji.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Křídím sám sebe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Snažím se vymyslet strategii jak postupovat.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dostává se mi od někoho útěchy a porozumění.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vzdávám snahu se s tím vyrovnat.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hledám něco pozitivního na tom, co se mi děje.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vtípkuji o tom.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dělám něco proto, abych o tom přemýšlel méně, např. chodím do kina, sleduji TV, čtu, sním během dne, spím nebo nakupuji.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Přijímám skutečnost, že se to stalo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vyjadřuji své negativní pocity.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Snažím se najít útěchu v náboženství nebo spirituální víře.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Snažím se získat radu nebo podporu pro to co dělat od ostatních.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Učím se s tím žít.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Usilovně přemýšlím o tom, jaké kroky podniknout.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Obviňuji se z věcí, které se staly.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Modlím se nebo medituji.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dělám si z dané situace legraci.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Následují otázky, které byly odlišné pro respondenty volící při první odpovědi variantu:

Poskytovatel sociální služby dle zákona 108/2006 sb. o sociálních službách

2. Jakou sociální službu má organizace, ve které působíte, registrovanu?

- Podpora samostatného bydlení
- Sociálně aktivizační služba pro rodiny s dětmi
- Raná péče
- Azylový dům
- Osobní asistence

Jiná, prosím specifikujte.

* 15. Byl/a jste někdy nucen/a v rámci oznamovací povinnosti hlásit zanedbávání, zneužívání či týrání rodičem s anamnézou mentálního postižení na OSPOD?



Ano

Ne

* 16. V jakých oblastech poskytujete rodinám v rámci terénních služeb podporu?

Protokol k rozhovoru s rodiči s mentálním postižením

Demografické údaje

1. Jak se jmenujete?
2. Kolik je Vám let?
3. Jste: vdaná, rozvedená, svobodná?
4. Kolik máte dětí?
5. Jak jsou staré?
6. Žijí s Vámi?
7. Kde žijete?
8. Pracujete? A kde?

Otázky zaměřující se na zkušenosti s podporou sociálních pracovníků

9. S kolika sociálními pracovníky jste během života svého dítěte spolupracoval/la? (pomůcka: alespoň s jedním, do 10 osob, nad 10 osob)
10. Odkud byli pracovníci? (pomůcka: např. z OSPODu, sociální služby: azylový dům, Podpora samostatného bydlení, sociálně aktivizační služba pro rodiny s dětmi)
11. Byl mezi nimi někdo, na koho vzpomínáte? Proč? V případě negativní odpovědi doplňující otázka: Vzpomínáte na někoho i pozitivně?
12. Co vás pracovník naučil? (pomůcka: jednání na úřadech, péče o dítě, cestování, uklízení, vaření, hospodaření s penězi, nakupování, hledání zaměstnání, hledání bydlení, telefonování, mluvení s neznámými lidmi, ...něco jiného?)
13. Jak Vás to učil? (pomůcka: říkal Vám, co máte dělat; ukazoval Vám to; dal Vám to napsané)
14. Zúčastnil/a jste se někdy případové konference? (Vysvětlení: Jedná se o setkání odborníků (např. OSPOD, azylového bydlení, učitele ze školy) a Vás, a může se účastnit i otec dětí, abyste vyřešili nějakou situaci např. Vaše bydlení, docházku dětí do školy, výchovu dětí aj.)
15. Pokud ano, v čem Vám měl/a pomoci? (Doplňující otázky: Byl/a pro Vás užitečná? Čím? Jak jste se na ní cítil/a? Kdo tam byl kromě Vás přítomen? Byly přítomny Vaše děti? Kdo Vás tam doprovodil? V čem Vám pomáhal? Bylo něco, co se Vám na konferenci nelíbilo? Co Vám nebylo příjemné? Vysvětlil Vám dopředu někdo, jak bude probíhat? Co se na ní bude řešit? Jaký byl závěr, jak to dopadlo? Rozuměl/a jste všemu? Čemu jste nerozuměla?)
16. Slyšel/a jste o rodičovských právech a povinnostech? (Vysvětlení: zákon říká každé mámě a tátovi, co musí pro své dítě dělat) Kdo Vám o nich říkal? Jaké znáte?
17. Myslíte si, že máte ze zákona právo na službu, která by Vám pomáhal/a?
18. Máte příspěvek na péči?
19. Žádal/a jste o něj někdy? S jakým výsledkem?
20. Kde jste se o možnosti příspěvku dozvěděl/a?
21. Pomáhal Vám někdo s jeho podáním? S čím jste potřeboval/a pomoci?
22. Na co příspěvek máte? (Myslím tím, zda jen z důvodu mentálního postižení, nebo kombinace s dalšími onemocněními)

Příloha č. 6 Protokol s vinětami k rozhovoru s rodiči s mentálním postižením

Protokol s vinětami k rozhovoru s rodiči s mentálním postižením

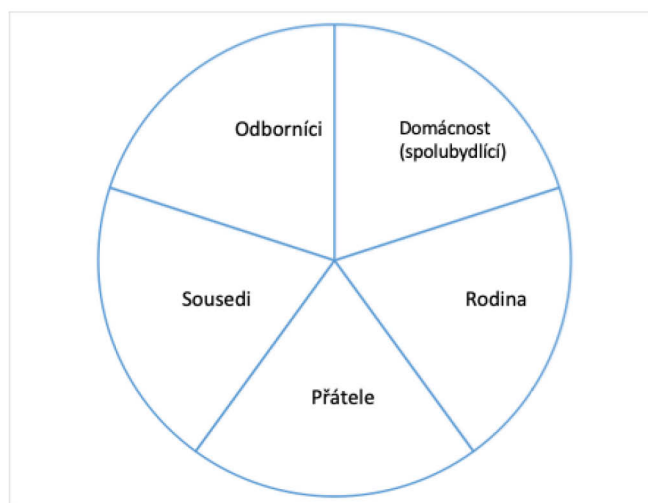
Zadání: Nyní Vám popíši různé situace. Chtěla bych, abyste mi řekl/a, jak se Vám líbí. Představte si, že by se takto choval Váš pracovník.

1. Sociální pracovník chodí do domácnosti a vždy se předem ohlásí. Proč se Vám to líbí/nelíbí? Jak to dělají Vaši pracovníci?
2. Sociální pracovník si při povídání s klientkou stěžuje na jinou kolegyni. Proč se Vám to líbí/nelíbí? Stalo se Vám někdy něco podobného?
3. Sociální pracovník žádá klientku, aby jí pomohla se svojí prací např. roztřídit prádlo, poštu, posílá po klientce vzkazy jiným klientkám. Proč se Vám to líbí/nelíbí? Stalo se Vám někdy něco podobného?
4. Sociální pracovník oceňuje klientku za to, že si vyřídila doklady na úřadě. Proč se Vám to líbí/nelíbí? Stalo se Vám někdy něco podobného?
5. Sociální pracovník poslouchá, co si klientka přeje a pomáhá jí to splnit. Proč se Vám to líbí/nelíbí? Jak to dělají Vaši pracovníci?
6. Sociální pracovník půjčuje klientce své peníze. Proč se Vám to líbí/nelíbí? Jak to dělají Vaši pracovníci?
7. Klientka se stýká s pracovníkem ve volném čase. Například si píše zprávy v noci. Proč se Vám to líbí/nelíbí? Jak to dělají Vaši pracovníci?
8. Sociální pracovník vysvětluje klientce odborné výrazy v úředních dokumentech. Proč se Vám to líbí/nelíbí? Jak to dělají Vaši pracovníci?
9. Sociální pracovník připravil klientce informace doplněné obrázky, aby jim lépe rozuměla. Např. Pravidla služby. Proč se Vám to líbí/nelíbí? Jak to dělají Vaši pracovníci?
10. Sociální pracovník ukáže klientce dobré i špatné možnosti (řešení situace), pomůže jí vysvětlit co se stane a nechá výběr na ní. Proč se Vám to líbí/nelíbí? Jak to dělají Vaši pracovníci?
11. Sociální pracovník se svěřuje se svými problémy. Proč se Vám to líbí/nelíbí? Jak to dělají Vaši pracovníci?
12. Sociální pracovník nechala klientku vyřizovat si své záležitosti. Proč se Vám to líbí/nelíbí? Jak to dělají Vaši pracovníci?
13. Klientka chodí za sociálním pracovníkem a svěřuje se jí s problémy, sociální pracovník jí vyslechne a poradí. Proč se Vám to líbí/nelíbí? Jak to dělají Vaši pracovníci?

14. Klientka chce po svém sociálním pracovníkovi něco vysvětlit. Sociální pracovník se zasměje a řekne klientce, že té věci nemůže rozumět. Proč se Vám to líbí/nelíbí? Jak to dělají Vaši pracovníci?
15. Sociální pracovník vždy dodrží, na čem se s klientkou dohodne. Proč se Vám to líbí/nelíbí? Jak to dělají Vaši pracovníci?
16. Sociální pracovník lže klientce. Proč se Vám to líbí/nelíbí? Jak to dělají Vaši pracovníci?
17. Sociální pracovník rozčílený na klientku, zvedá na ní hlas a mračí se. Proč se Vám to líbí/nelíbí? Jak to dělají Vaši pracovníci?
18. Sociální pracovník pomáhá klientce sestavit jídelníček pro děti. Proč se Vám to líbí/nelíbí? Jak to dělají Vaši pracovníci?
19. Sociální pracovník se zajímá o to, co chce klientka pro své děti. Proč se Vám to líbí/nelíbí? Jak to dělají Vaši pracovníci?
20. Sociální pracovník věří schopnostem klientky, že bude dobrým rodičem. Proč se Vám to líbí/nelíbí? Jak to dělají Vaši pracovníci?

Příloha č. 7 Záznamový arch nástroje Support Interview Guide (zmenšená verze pro přílohu k dizertační práci)

Nejdříve potřebujeme, abyste vytvořil(a) seznam jmen lidí, kteří Vás podporují, kteří Vám pomáhají a seznam lidí, na které se obracíte, když potřebujete podpořit či s něčím pomoci. Neuvádějte jména všech, které znáte, ale jen těch, kteří Vás podporují, kteří Vám pomáhají (ne více než 10 osob). Přemýšlejte o lidech, se kterými mluvíte, když máte strach, jste rozrušený(a) nebo máte vztek. Přemýšlejte o lidech, kteří vám pomáhají v praktických věcech, jako je vyplňování formulářů, půjčování peněz, nebo hlídání dětí. Zkuste si vzpomenout také na lidi, ke kterým si chodíte pro radu či informaci. Zkuste si také vzpomenout na lidi, se kterými rád(a) chodíte ven a rád(a) s nimi trávíte čas. Teď budeme jejich jména vypisovat do jednotlivých polí tohoto koláče.



Teď jména těch stejných lidí dáme do jiného koláče. Tentokrát je koláč rozdělen podle druhu podpory, kterou Vám tyto lidé dávají. Rozdělili jsme podporu do 4 různých typů. (Ukažte rodiči/rodičům podpůrné karty, vysvětlete každý typ podpory a požádejte respondenta o další příklad pro kontrolu jeho/jejich porozumění.) Pro každou podpůrnou osobu, o které jsme mluvili, zvolte typ poskytované podpory (každá osoba může poskytovat více než jeden typ podpory). Nyní budeme vpisovat jejich jména do jednotlivých polí.



Návodný popis k jednotlivým typům podpory

Informační podpora

- Říkají Vám věci, které potřebujete nebo chcete vědět
- Odpovídají Vám na otázky
- Dávají Vám dobré rady

Emoční podpora

- zajímají se o Vaše pocity
- poslouchají Vaše problémy
- snaží se, abyste se cítil(a) dobře
- je vaší podporou

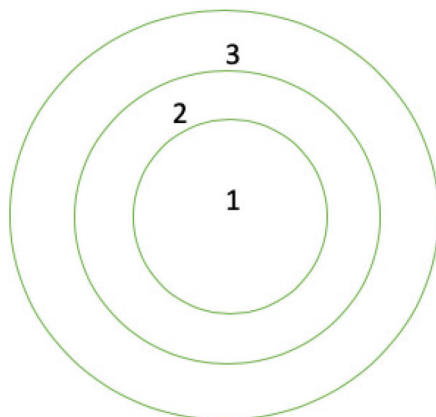
Praktická podpora

- pomáhají s věcmi kolem domu
- pomáhají s vyplňováním formulářů
- pomáhají s financemi
- pomáhají s hlídáním dítěte
- pomáhá s dopravou z místa na místo

Přátelská podpora

- Scházíte se a povídáte si
- Chodíte spolu na kafe
- Děláte spolu věci, jako například nakupování, nebo jiné aktivity, které vás oba/obě baví

Nyní se podíváme na každého z těchto lidí. Pojďme je uspořádat od nejbližšího k nejdálšímu. Teď půjdeme dát stejná jména do dalšího grafu. Tentokrát je do grafu umístíte podle toho, jak blízko k Vám ta daná osoba je. Ve vnitřním kruhu (1), umístíte jména lidí, kteří jsou vám tak blízko, že si jen těžko dokážete život bez nich představit. Do prostředního kruhu (2), dejte jména lidí, kteří Vám nejsou tak blízcí, ale jsou pro Vás stále velmi důležití. Ve vnějším kruhu (3) umístíte jména osob, které nejsou tak blízko, jako ti v prostředním kruhu, ale jsou pro Vás stále jistou podporou.



Nyní do následující tabulky přiřaďte jednu z nabízených možností, které Vám ukáží.

Jméno	Jaký k sobě máte vztah?	Jak daleko od tebe žije?	Jak často se spolu vidáte?	Jak často spolu telefonujete?	Jak dlouho se znáte?	Je Vám příjemné žádat ho (jí) o podporu?	Je Vám příjemné být od ní (něj) podpořena?	Kdo obvykle pomáhá komu?	Jak často si píšete e-mailly?	Jak často spolu komunikujete přes internet – facebook?

Blízko – docházková vzdálenost
Nedaleko – krátká a jednoduchá cesta autem nebo veřejnou dopravou
Daleko – dlouhá nebo náročná cesta
Velmi daleko – příliš daleko pro jednodenní výlet

Každý den
Častěji než jednou týdně
Týdně
Každé dva týdny
Měsíčně
Několikrát do roka
Možná jednou do roka
Méně než tři měsíce
3-12 měsíců
1-5 let
Více než pět let

Nikdy se necítím dobře- Nikdy mi to není příjemné?
Trochu nepohodlně Trochu nepříjemné?
Dobře - Příjemné?
Velmi dobře – Velmi příjemné?
Oni více pomáhají Vám
Pomáháme si vzájemně
Vy více pomáháte jim

Příloha č. 8 Protokol k ohniskovým skupinám

Systém poskytování služeb

1. Jak podle Vaší zkušenosti v ČR funguje systém poskytování sociálních služeb reagující na potřeby podpory rodičům s MP?
2. Co se v ČR na tomto poli daří?
3. V čem shledáváte největší mezeru v tomto systému?
4. Jak v českém systému funguje včasná identifikace rodičů s ID?
5. Dle Vaší zkušenosti, jak by měla vypadat spolupráce mezi organizacemi, které podporují rodiče s MP a které se zaměřují na podporu vývoje dítěte? Daří se to? V čem jsou největší úskalí?
6. Jaká služba je pro tyto rodiny lepší? Sociálně aktivizační služba, Osobní asistence, podpora samostatného bydlení, sociální rehabilitace nebo kombinace?

Zkušenosti účastníků

1. Jaký prostor věnujete ve Vašem zaměstnání podpoře těchto rodičů? S jakými výsledky?
2. Jaké metody práce používáte při práci s těmito rodiči? (Praktický nácvik, úprava dokumentů do snadného čtení, VTI, plánování zaměřené na člověka, empowerment ...)
3. Do jaké míry si myslíte, že jsou vaše znalosti dostatečné pro poskytování adekvátní podpory? Pokud máte pocit, že nikoliv, z jaké oblasti vám znalosti chybí?
4. Co je podle Vašeho názoru nejdůležitější při spolupráci s těmito rodiči? (včasná detekce, dlouhodobost podpory, speciální metody práce..)

Případová konference

1. Byli jste někdy účastní případové konference? Pokud ano, jaké máte zkušenosti s poskytováním podpory při této události?
2. Myslíte si, že je potřeba přizpůsobit průběh případové konference pro rodiče s MP? A jak?
3. Je potřeba rodiče s MP na PK připravit? Jakým způsobem? Co se vám v praxi nejvíce osvědčilo?

Rodičovství osob s MP

1. Jak byste popsali rodiče s mentálním postižením?
2. Co považujete za znaky dobrého rodičovství?
3. Vidíte rozpor mezi právy člověka s MP na rodinný život a právy dítěte na rodiče, kteří mají zajistit jeho správný fyzický, mravní i psychický vývoj? V čem tento rozpor spočívá?
4. Vnímáte rozdíl v přístupu ke službám pro matky s MP a otce s MP? Pokud ano, v čem tento rozdíl spočívá?

Etická dilemata

1. Myslíte si, že se při poskytování služeb rodičům s MP může pracovník dostat do etického dilematu?
2. Pokud ano, zažila jste někdy takovou situaci, v čem spočívalo etické dilema? Prosim, popište takovou situaci.

Soudní praxe

1. Do jaké míry se podle Vašeho názoru v ČR daří pracovat s těmito rodiči při soudních řízeních týkajících se jejich rodičovské odpovědnosti? Co je podle Vás největší úskalí?
2. Pokud jste byli účastní soudního řízení s těmito rodiči, s jakými obtížnými situacemi jste se během řízení setkali? Jak jste je vyřešili?
3. Máte zkušenosti s rodiči, kterým byla omezena způsobilost k právním úkonům, ale rodičovská zodpovědnost jim zůstala v plném rozsahu?
4. Jak je možné podle Vás rodiče na soudní řízení připravit?
5. Setkali jste se s případy, kdy byly odebrány děti s péče jen na základě diagnózy mentálního postižení rodičů, aniž by odebrání dětí bylo opodstatněné?

Příloha č. 9 Informovaný souhlas s účastí na ohniskové skupině a se zpracováním osobních a citlivých údajů

Informovaný souhlas s účastí na ohniskové skupině a se zpracováním osobních a citlivých údajů.

Souhlasím tímto s poskytnutím informací pro výzkumnou studii Mgr. Zdeňky Adamčíkové: „Formální podpora rodičů s mentálním postižením“ (grantový projekt č. 250-079 v rámci GA UK) vedené Doc. PhDr. Ivou Strnadovou, Ph.D. ve formě audionahrávky ohniskové skupiny, která bude následně přepsána a kódována.

Vzhledem k citlivosti zkoumané problematiky je pozornost věnována etickým otázkám a zajištění bezpečí účastníků/nic výzkumu. Důraz je kladen na:

1. Anonymitu účastníků/nic výzkumu – v přepisu záznamu z ohniskové skupiny budou odstraněny (i potenciálně) identifikující údaje.
2. Mlčenlivost pracovníků výzkumného týmu (jmenovitě: Zdeňka Adamčíková, Jana Bernoldová, Kateřina Sedláková, Iva Strnadová) ve vztahu k osobním údajům o účastnících výzkumu (k výzkumným materiálům nebude mít přístup žádná další osoba).
3. Účastníci/nice výzkumu mají právo kdykoli odstoupit od výzkumné aktivity.

Podle zákona 101/2000 sbírky o ochraně osobních údajů ve znění pozdějších předpisů uděluji dobrovolný souhlas s účastí v uvedeném výzkumném projektu a s poskytnutím výzkumného materiálu.

Dne: _____

Jméno a příjmení: _____

V případě zájmu o zaslání výsledků výzkumného šetření, prosím, uveďte svůj e-mailový kontakt: _____

Podpis: _____

Příloha č. 10 Dotazník k demografickým údajům účastníků ohniskových skupin

Demografické údaje účastníka ohniskové skupiny

1. Prosím zakřížkujte vhodnou variantu: Muž Žena

2. Prosím, zakřížkujte kraj, ve kterém aktuálně pracujete.

Hlavní město Praha		Královéhradecký	
Středočeský		Pardubický	
Jihočeský		Vysočina	
Plzeňský		Jihomoravský	
Karlovarský		Olomoucký	
Ústecký		Zlínský	
Liberecký		Moravskoslezský	

3. Prosím zakřížkujte, jaký je stupeň Vašeho nejvyššího dosaženého vzdělání.

Základní vzdělání	
Středoškolské vzdělání	
Vyšší odborné vzdělání	
Vš bakalářský stupeň	
Vš magisterský stupeň	
Vš doktorský stupeň (PhDr. nebo PhD.)	
Jiné (prosím doplňte):	

4. Prosím, zakřížkujte, jaký je Váš obor vzdělání.

Sociální práce	
Speciální pedagogika	
Psychologie	
Sociální pedagogika	
Jiné (prosím doplňte):	

5. Prosím, uveďte, jak dlouho pracujete v oblasti sociálních služeb? _____ rok/let

6. Prosím, zakřížkujte interval odpovídající Vašemu roku narození.

1921 - 30	<input type="checkbox"/>	1961- 70	<input type="checkbox"/>
1931 - 40	<input type="checkbox"/>	1971- 80	<input type="checkbox"/>
1941 - 50	<input type="checkbox"/>	1981- 90	<input type="checkbox"/>
1951 - 60	<input type="checkbox"/>	1991-2000	<input type="checkbox"/>

7. Prosím, zakřížkujte, zda jste pracovníkem OSPOD, případně v jakém typu sociální služby pracujete.

OSPOD	<input type="checkbox"/>
Podpora samostatného bydlení	<input type="checkbox"/>
Sociálně aktivizační služba	<input type="checkbox"/>
Raná péče	<input type="checkbox"/>
Azylový dům	<input type="checkbox"/>
Sociální rehabilitace	<input type="checkbox"/>
Jiné (prosím, upřesněte pod tabulkou)	<input type="checkbox"/>

Jiné: _____

8. Prosím, uveďte počet rodičů s mentálním postižením, s nimiž jste během své praxe pracoval (a)?

_____ rodičů s mentálním postižením

9. Kolika ohroženým rodinám poskytujete v současné době podporu (jako jejich klíčový sociální pracovník)?

10. A u kolika z těchto rodin se domníváte, že alespoň jeden rodič má v anamnéze mentální postižení?

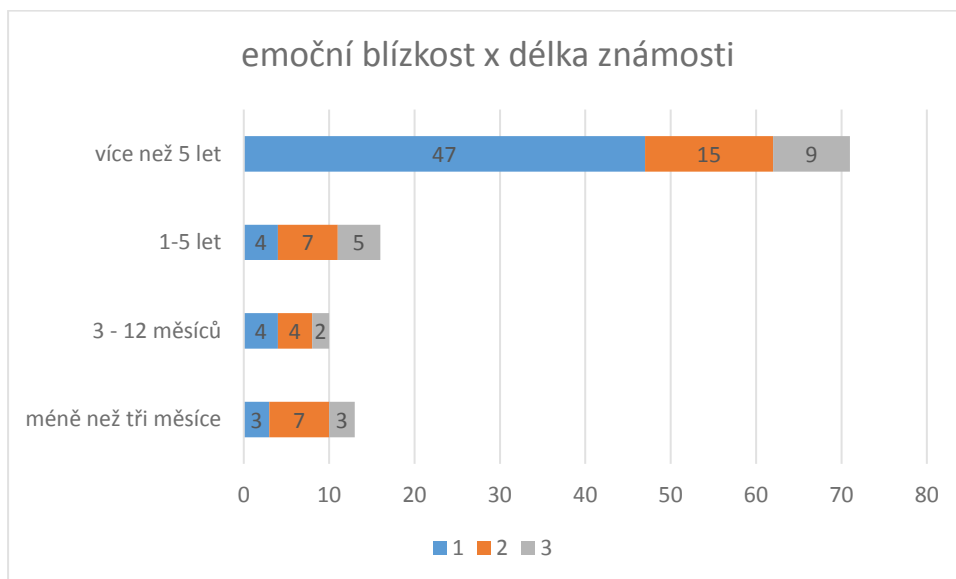
11. Setkali jste se během studia s tématem rodičovství osob s mentálním postižením?

ANO	<input type="checkbox"/>	NE	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------	----	--------------------------

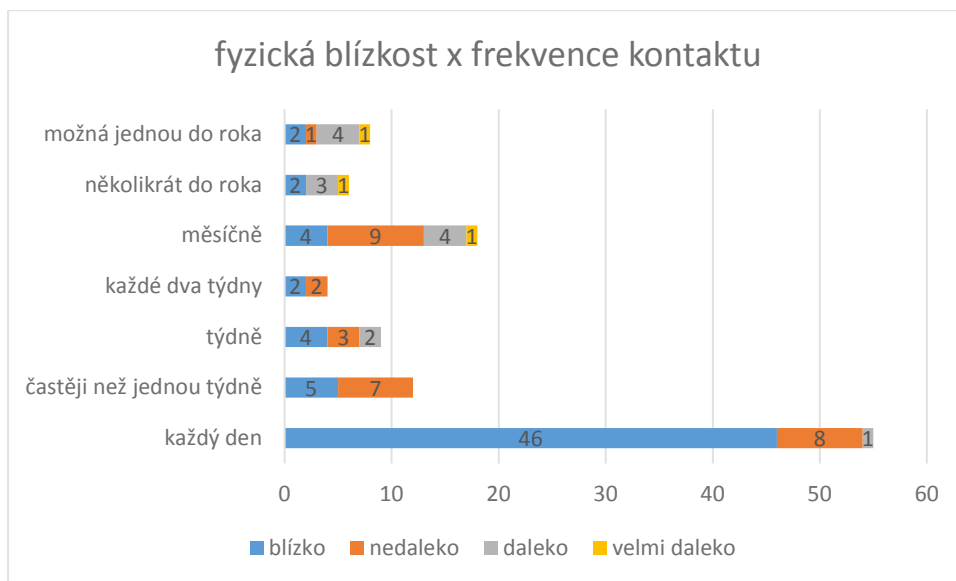
12. Znáte ve svém blízkém okolí někoho s mentálním postižením (např. člen širší rodiny, blízkých přátel aj.)?

Příloha č. 11 Grafické znázornění korelace

Korelace mezi emoční blízkostí a délkou známosti



Korelace mezi fyzickou blízkostí a frekvencí kontaktu



Korelace mezi délkou známosti a frekvencí kontaktu

