



Ucelená rehabilitace při uplatňování na trhu práce

Bakalářská práce

Studijní program:

B7506 Speciální pedagogika

Studijní obor:

Speciální pedagogika pro vychovatele

Autor práce:

Tereza Galbavá

Vedoucí práce:

Mgr. Martin Korych

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky





Zadání bakalářské práce

Ucelená rehabilitace při uplatňování na trhu práce

Jméno a příjmení: Tereza Galbavá
Osobní číslo: P17000383
Studijní program: B7506 Speciální pedagogika
Studijní obor: Speciální pedagogika pro vychovatele
Zadávací katedra: Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky
Akademický rok: 2018/2019

Zásady pro vypracování:

Cíl bakalářské práce: Zjistit přínos ucelené rehabilitace při procesu uplatňování na trhu práce v prostředí vybrané organizace.

Požadavky: Formulace teoretických východisek, příprava průzkumu, sběr dat, interpretace a vyhodnocení dat, formulace závěrů.

Metody: Pozorování, dotazování.

Při zpracování bakalářské práce budu postupovat v souladu s pokyny vedoucího práce.

Rozsah grafických prací:
Rozsah pracovní zprávy:
Forma zpracování práce:
Jazyk práce:

tištěná/elektronická
Čeština



Seznam odborné literatury:

- ČERVINKA, T., aj., 2012. Zaměstnávání občanů se zdravotním postižením, důchodců, mladistvých a studentů, absolventů škol, žen a dalších kategorií. 5. aktual. a dopl. vydání. Olomouc: ANAG. ISBN 978-80-7263-751-5.
- HRDÁ, J., a kol., 2007. Zaměstnávání lidí se zdravotním postižením. Praha: Jedličkův ústav a školy. ISBN 978-809-0367-616.
- KOMENDOVÁ, J., 2009. Pracovní podmínky osob se zdravotním postižením. 1. vyd. Ostrava: Key-Publishing. ISBN: 978-80-7418-022-4.
- NOVOSAD, L., 2009. Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním: základy a předpoklady dobré poradenské praxe. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-509-7.
- SOLOVSKÁ, V., 2013. Rozvoj dovedností dospělých lidí s mentálním postižením. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0369-8.

Vedoucí práce:

Mgr. Martin Korych
Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Datum zadání práce:

3. dubna 2019

Předpokládaný termín odevzdání:

30. dubna 2020

prof. RNDr. Jan Pícek, CSc.
děkan

L.S.

Ing. Zuzana Palouňková, Ph.D.
vedoucí katedry

V Liberci dne 3. dubna 2019

Prohlášení

Prohlašuji, že svou bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně jako původní dílo s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé bakalářské práce a konzultantem.

Jsem si vědoma toho, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu Technické univerzity v Liberci.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti Technickou univerzitu v Liberci; v tomto případě má Technická univerzita v Liberci právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Současně čestně prohlašuji, že text elektronické podoby práce vložený do IS/STAG se shoduje s textem tištěné podoby práce.

Beru na vědomí, že má bakalářská práce bude zveřejněna Technickou univerzitou v Liberci v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů.

Jsem si vědoma následků, které podle zákona o vysokých školách mohou vyplývat z porušení tohoto prohlášení.

9. prosince 2020

Tereza Galbavá

Poděkování:

Ráda bych tímto poděkovala Mgr. Martinu Korychovi, za odborné rady a trpělivý přístup při vedení této bakalářské práce. Mé poděkování patří také Mgr. Šárce Feige, která mi umožnila uskutečnit praktickou část bakalářské práce a byla velkou oporou a samozřejmě i všem ostatní zaměstnancům Sdružení Tulipán.

Anotace

Tato bakalářská práce se věnuje pojmu ucelené rehabilitace na trhu práce. V úvodních kapitolách je definován pojem rehabilitace a jeho historie na našem území. Následně jsou objasněny druhy ucelené rehabilitace, jako jsou rehabilitace léčebná, sociální, pedagogická a pracovní. Poslední kapitoly popisují postupný vývoj zaměstnávání osob zdravotně postižených na našem území, jejich integraci, legislativu a možnosti uplatnění na trhu práce. Praktická část bakalářské práce je realizována formou pozorování a dotazníku a zjišťuje, jakým způsobem je nastavená ucelená rehabilitace v konkrétní organizaci.

Klíčová slova: Rehabilitace, ucelená rehabilitace, osoba zdravotně postižená, historie, zaměstnávání

Annotation

This Bachelor thesis focuses on a comprehensive rehabilitation of the job market. The Introductory consist of rehabilitation definition and its history in our region. In the following chapters main types of rehabilitations are explained, such as medical, social, pedagogical, and occupational. The final chapters describe gradual career development of handicapped people in our region, their integration, legislation and their opportunities in the job market. The practical part of my thesis is a form of observations and surveys, which shows how is the global rehabilitation formed in each and individual organisation.

Key words: Rehabilitation, comprehensive rehabilitation, handicapped person, history, employment

Obsah

ÚVOD	10
1 HISTORIE POJMU REHABILITACE	12
1.1 Pojem rehabilitace v České republice.....	12
2 UCELENÁ REHABILITACE.....	14
3 SLOŽKY UCELENÉ REHABILITACE	15
3.1 Léčebná rehabilitace	16
3.2 Sociální rehabilitace.....	17
3.3 Pedagogická rehabilitace	18
3.4 Pracovní rehabilitace	18
3.4.1 Právo na ochranu osobních údajů účastníků pracovní rehabilitace	20
3.4.2 Právo na ochranu důstojnosti účastníků pracovní rehabilitace.....	21
3.4.3 Formy pracovní rehabilitace	21
4 ZAMĚSTNÁVÁNÍ POSTIŽENÝCH OSOB	24
4.1 Historie zaměstnávání postižených osob	24
4.1.1 Historický vývoj po roce 1989	24
4.1.2 Současné definice osob se zdravotním postižením.....	25
4.2 Rozdíl mezi OZP a OZZ.....	26
4.3 Legislativa v oblasti zaměstnávání OZP v České republice v současnosti	27
4.3.1 Zaměstnávání osob ve třetím stupni invalidity.....	27
4.3.2 Zaměstnávání osob v prvním a druhém stupni invalidity.....	27
4.3.3 Zaměstnávání osob zdravotně znevýhodněných	27
4.3.4 Zaměstnávání občanů zdravotně postižených podle zákoníku práce a předpisů o zaměstnanosti.....	28
4.3.5 Povinnosti zaměstnavatelů při zaměstnávání osob zdravotně postižených.....	29
4.4 Význam práce pro člověka OZP	29
5 POSKYTOVATELÉ PODPOROVANÉHO ZAMĚSTNÁVÁNÍ V LIBERCI	31
5.1 Sdružení Tulipán.....	31
5.2 Služby Sdružení Tulipán.....	32
5.2.1 Sociální služba – chráněné bydlení	32
5.2.2 Chráněná dílna.....	33
5.2.3 Náhradní plnění	33

6	METODOLOGIE PRÁCE	35
6.1	Výzkumný cíl.....	36
6.2	Výzkumný vzorek.....	36
6.3	Metoda sběru dat.....	37
6.3.1	Pozorování	37
6.3.2	Dotazníkové šetření	38
6.3.3	Návratnost dotazníku	38
6.4	Analýza a interpretace dat	39
6.5	Shrnutí výsledků výzkumného šetření.....	58
7	DISKUSE	61
8	NÁVRH OPATŘENÍ PRO LEPŠÍ PRAXI.....	63
	ZÁVĚR	64
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	66

Seznam grafů

Graf 1 Návratnost dotazníku	39
Graf 2 Složky.....	40
Graf 3 Které složky jsou naopak nejméně efektivní	41
Graf 4 Na kterých oblastech ucelené rehabilitace je potřeba s klienty nejčastěji pracovat, aby se zvýšila pravděpodobnost jejich uplatnění na trhu práce?.....	43
Graf 5 Hodnotíte spolupráci s místním úřadem práce jako efektivní?	44
Graf 6 Spokojenost s efektivitou spolupráce s ÚP dle poboček.....	45
Graf 7 Věk klientů	46
Graf 8 Typ postižení	47
Graf 9 Využití možností dalšího vzdělávání	48
Graf 10 Důvody odmítnutí možnosti dalšího vzdělávání.....	49
Graf 11 Úroveň vzdělání klientů	50
Graf 12 Doba od zahájení rehabilitace po nalezení zaměstnání.....	51
Graf 13 Způsoby motivace klientů.....	54

Seznam zkratek

ČR

MZ

OSVČ

OZP

OZZ

PKSZ

PR

SÚPM

SVČ

ÚP

USA

WHO

ZPS

Úvod

Tématem této bakalářské práce je pojem ucelené rehabilitace u osob znevýhodněných na trhu práce v konkrétní organizaci. Práce je rozdělená na dvě části teoretickou a praktickou. Teoretickou část tvoří pět hlavních kapitol. Nejdříve práce definuje samotný pojem rehabilitace a jeho historii. Další část je zaměřena na pojem ucelené rehabilitace a její složky. Následující kapitola se zabývá postupným vývojem zaměstnávání osob zdravotně postižených na našem území, jejich integrací, legislativou a možnostmi uplatnění na trhu práce. V závěru je zmiňovaná vybraná organizace, v tomto případě Sdružení Tulipán v Liberci, na niž navazuje praktická část, realizovaná formou pozorování a dotazníku a zaměřená na výzkum, jehož cílem je zjistit, jakým způsobem je nastavená ucelená rehabilitace v našich podmínkách.

1 Historie pojmu rehabilitace

V 19. století byl zaveden novolatinský pojem „rehabilitace“, který původně znamenal postupy vedoucí k návratu do stavu funkční schopnosti. Odstranění všech důsledků úrazu či nemoci, projevující se na pohybovém ústrojí, rozumových schopnostech, psychice i vnitřních orgánech, je nejvhodnějším důsledkem rehabilitace (Votava, 2005).

„Optimálním výsledkem by tedy mělo být odstranění veškerých těchto důsledků a úsilí o navrácení do předešlého stavu“ (Růžičková 2005, s. 17).

V roce 1969 definovala Světová zdravotnická organizace (WHO) rehabilitaci jako *„včasné, plynulé a koordinované úsilí o co nejrychlejší a co nejširší zapojení občanů s postižením do všech obvyklých aktivit života společnosti s využitím léčebných, sociálních, pedagogických a pracovních prostředků“ (Votava 2003, s. 14–15).*

1.1 Pojem rehabilitace v České republice

Vzhledem k odlišné historii vývoje v České republice probíhá prosazování myšlenek moderního pojetí rehabilitace jinak než u sousedních států. Ministerstvo zdravotnictví v roce 1951 rozhodlo o přejmenování všech fyziatrických oddělení na rehabilitační a tím se vyvolal dojem, že je ucelená rehabilitace dostatečně zajištěna. V této době je také rehabilitace označována jako lékařský obor, který se zabývá hlavně problémy porušené motoriky a léčbou bolestivých syndromů. V roce 1991 založilo MZ pracovní skupinu „R“ (Rehabilitace) a také vydalo Metodický návod k provádění léčebné rehabilitace s cílem zajistit její návaznost na sociální, pracovní a pedagogickou rehabilitaci, a proto začala vznikat další rehabilitační centra. Další příručku vydalo MZ v roce 1997. Příručka Činnost center rehabilitace shrnula odborné názory na rehabilitaci, materiálně technické a personální vybavení rehabilitačních center. V rámci společnosti rehabilitační a fyzikální medicíny České lékařské společnosti J. E. Purkyně byla v roce 1999 založena Sekce pro vývoj ucelené rehabilitace. Úkolem bylo prosazování moderního pojetí ucelené rehabilitace do povědomí odborné i laické veřejnosti. MZ až v roce 2001 schválilo koncepci oboru „Rehabilitační a fyzikální lékařství“ (Votava 2005).

V roce 2003 vláda rozhodla o přijetí Teze o ucelených rehabilitacích pro osoby se zdravotním postižením. Tyto teze byly upraveny a vloženy do legislativního záměru (věcný záměr zákona). V roce 2010 vláda přijala Národní plán, který stanovil rovné příležitosti pro všechny osoby se zdravotním postižením.

V roce 2012 Ministerstvo práce a sociálních věcí prezentovalo věcný záměr zákona, který navrhoval změny o rehabilitaci osob se zdravotním postižením. Na tomto návrhu se podíleli doc. MUDr. Jiří Votava CSc., prof. MUDr. Jan Pfeiffer, CSc., nebo doc. PhDr. Iva Švarcová, CSc. Věcný záměr předkládá seznam zákonů a vyhlášek, ve kterých se lze setkat s vymezením složek ucelené rehabilitace. Sociální rehabilitaci upravuje zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách, v podání následujících nařízení, lékařskou rehabilitaci a její poskytování lze nalézt v právních předpisech Ministerstva zdravotnictví, s pracovní rehabilitací se setkáváme například v zákoně č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů. Pedagogická rehabilitace je upravena v právních předpisech Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy. Věcný záměr zákona o rehabilitaci osob se zdravotním postižením obsahuje i návrh věcného řešení, který za hlavní úkoly při dalším rozvoji ucelené rehabilitace v České republice považuje zakotvení právního rámce ucelené rehabilitace, její institucionální zajištění a rozvoj jednotlivých složek ucelené rehabilitace (Národní rada osob se zdravotním postižením 2020).

2 Ucelená rehabilitace

Ucelená rehabilitace je přeložena z anglického názvu „comprehensive rehabilitation“. Ucelená rehabilitace je poskytována v případě, pokud se následky postižení nebo onemocnění nedají řešit čistě léčebnými prostředky a jedná se o dlouhodobý či trvalý stav (Votava 2005).

Pokud člověk sám sebe chápe jako ucelenou bytost, je třeba k němu tak i přistupovat. Ucelená rehabilitace má snahu naplnit rozmanité potřeby člověka, když je odkázán na pomoc druhých. „*Rehabilitace je koordinované a plynulé úsilí společnosti s cílem sociální integrace jedince*“ (Kolář, et al. 2007, s. 435).

Rehabilitace se musí řídit základními principy: komplexnost, včasnost, návaznost a koordinovanost, dostupnost, individuální přístup, součinnost (Čeledová, Čevela 2011).

Přídavné jméno „ucelená“ nám naznačuje, že se na rehabilitačním procesu podílejí nejen zdravotníci, ale kooperují i další pomáhající profese s cílem obsáhnout všechny stránky klientovy existence dotčené nemocí, úrazem či postižením. V zahraničí je rehabilitace multioborovým a interoborovým procesem, svébytná disciplína, kde není třeba zdůrazňovat její ucelenost. S pojmem ucelená rehabilitace se také pojí termín habilitace jako proces „prvoutváření“ schopností, a to u osob s velmi časně získaným postižením nebo postižením vrozeným (Novosad 2009).

Šandorová uvádí pojem habilitace jako „snahu o rozvoj schopností a dovedností u osob se zdravotním postižením, které tyto dovednosti a schopnosti neměly rozvinuté“ (Šandorová 2005).

Habilitace je spojována s ranou péčí. Zajímavým příkladem může být Švédsko, které má dokonce svá regionální habilitační střediska vymezená přímo pro realizaci rané péče. Rehabilitace či habilitace osob s vrozeným nebo velmi časně získaným postižením je velmi náročný a dlouhodobý proces (Balerová 2014).

3 Složky ucelené rehabilitace

Světová zdravotnická organizace WHO, definovala rehabilitaci roku 1969 jako „*včasné, plynulé a koordinované úsilí o co nejrychlejší a co nejširší zapojení občanů se zdravotním postižením do všech obvyklých aktivit života společnosti s využitím léčebných, sociálních, pedagogických a pracovních prostředků*“ (Votava 2005, s. 22).

Za cíl rehabilitace se pokládá návrat k původnímu zdravotnímu stavu. Podle mezinárodní definice není pojem zdraví jen nepřítomnost onemocnění nebo postižení, ale i tělesná, duševní a sociální pohoda. Pokud není možné odstranit nemoc či postižení a dosažení funkčních schopností, je zdraví v určitých směrech omezené, a tak je třeba stanovit další cíle rehabilitace. Mezi cíle můžeme zařadit návrat OZP z ústavní izolace do přirozeného prostředí a její začlenění do společnosti, tak aby dosáhla optimální životní kvality, která je u každého jedince zcela individuální. Dalším důležitým cílem jsou stejné příležitosti pro OZP, jako mají osoby zdravé, a to v oblasti vzdělávání, pracovních příležitostí, bydlení, rekreace, cestování či komunikace. Pro ucelení rehabilitace musí podle definice rehabilitace zakomponovat minimálně dvě složky, jež jsou dohromady propojeny. Prvním krokem je nejčastěji **léčebná rehabilitace**, kterou zabezpečují zdravotníci svými prostředky ve zdravotních zařízeních. Na léčebnou rehabilitaci navazuje **rehabilitace sociální**, protože každý jedinec má od narození sociální vazby, jež udržuje po celou dobu setrvání v nemocnici a poté se zase vrací do společnosti. Po sociální rehabilitaci často pokračuje **rehabilitace pracovní**, která napomáhá osobám v produktivním věku najít uplatnění v zaměstnání a pomalu se zařadit do sociálního a pracovního dění. **Rehabilitace pedagogická** je zase velmi důležitá pro děti i mládež. Další hlediska, která můžeme zahrnout do UR, jsou např. legislativní, technická, psychologická, ekonomická i architektonická. Propojením těchto uvedených složek je dána celková ucelenost rehabilitace (Votava, 2005).

3.1 Léčebná rehabilitace

Léčebná rehabilitace má snahu o obnovení fyzických, poznávacích, řečových, smyslových a psychických funkcí pacienta. V České republice je součástí veřejného zdravotního pojištění a zdravotních služeb. Podmínky zdravotní péče se vztahují k zákonu č. 48/1997 Sb., dále pak léčebná rehabilitační péče a lázeňská rehabilitační péče spadají pod zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Hlavním cílem léčebné rehabilitace je co nejvíce snížit dopady trvalého nebo dlouhodobého zdravotního postižení (Zvoníková 2014).

Léčebná rehabilitace je podstatnou složkou ucelené rehabilitace. Jedná se o postupy, techniky a různé prostředky, které zasahují do oblasti rehabilitace, ale i diagnostiky a terapie. Takovým příkladem může být fyzioterapie, ergoterapie, ergodiagnostika, balneoterapie, animoterapie, farmakoterapie, léčba prací, léčebná tělesná výchova, nácvik denních činností, indikace a aplikace technických pomůcek, poradenská činnost sociální i psychologické služby aj. (Neubauerová 2012, s. 19).

Rehabilitovaný by měl mít v rehabilitaci primární roli, jeho motivace je nezbytnou součástí úspěchu. Pokud tato osoba nemá zájem a nechce být rehabilitován, nelze v tomto procesu pokračovat. Následuje stanovení krátkodobého, nebo dlouhodobého rehabilitačního programu dle individuální povahy případu, kde má důležitou roli rehabilitační lékař. Ten díky svým znalostem provádí vstupní vyšetření a rozhoduje, které další postupy jsou třeba (Votava 2003). Krátkodobý program trvá přibližně týdně až měsíce, podle zdravotního stavu jedince, věku a prognózy stanoví nejvhodnější terapeutické postupy a metody. Dlouhodobý program naopak využívá metody a nástroje, aby osoba s dlouhodobým či trvalým zdravotním postižením udržela pracovní způsobilost, funkční schopnosti a soběstačnost. Jedná se o „celoživotní“ proces. Léčebná rehabilitace má za cíl pomoci člověku se zdravotním postižením, aby dosáhl samostatnosti a mohl nadále žít plnohodnotný život. Protože je léčebná rehabilitace většinou prvotní formou rehabilitace, s níž se člověk setkává, je důležité zhodnotit a posoudit pacienta a také znát rozsah ztrát jeho sociálních a pracovních dovedností.

Poté lze na základě zjištěných výsledků předat informace úřadu práce a přispět k nalezení vhodného zaměstnání (Zvoníková 2014). Společně s léčebnou rehabilitací by měly systematicky navazovat ostatní složky ucelené rehabilitace (Jesenský 1995).

3.2 Sociální rehabilitace

Sociální rehabilitace spadá pod § 70 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, a vyhlášku č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Podle § 70 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, je ucelená rehabilitace *„soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonů běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí. Sociální rehabilitace se poskytuje formou terénních a ambulantních služeb, nebo formou pobytových služeb poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb“* (MPSV 2012).

Sociální rehabilitace je nabízena formou terénních, ambulantních a pobytových služeb, které poskytují jednak neziskové sektory, zdravotnická zařízení či různá občanská sdružení (Zvoníková 2014). Podle druhu a stupně postižení se zaměřuje jak na individuální tak společné problémy osob zdravotně postižených. Cílem je zapojit jedince do společnosti, rozvíjet a uplatnit jeho osobní potenciál, socializace a soběstačnost (Novosad 2006).

Mezi příklady terénních a ambulantních služeb můžeme řadit pomoc při prosazování práv a zájmů jedince, také péči o vlastní osobu či navazování kontaktů či pomoc v oblasti vzdělání a výchovy. Do pobytových služeb řadíme možnost ubytování a stravování a poskytnutí podmínek pro osobní hygienu (MPSV 2014). Získání praktických a sociálních dovedností a také způsob, jak přistupovat ke svému handicapu, je cesta k nejvyššímu dosažení sociální integrace a tím i možnost navázat na pracovní rehabilitaci (Votava 2003). U osob zdravotně postižených, především u těch, které mají těžší formy postižení, se například osvědčilo podporované zaměstnávání. Zde se propojuje jak sociální, tak pracovní začlenění. Jedinec se setkává s dalšími lidmi běžné populace a je zde vytvořeno obvyklé pracovní prostředí (Krejčířová, 2005).

Míra sociální rehabilitace je individuální, průběh je vázán na druh a průběh nemoci, délku trvání aj. Například s duševními chorobami jsou spojeny i poruchy sociální přizpůsobivosti, a proto pak intenzita sociální rehabilitace musí být vyšší (Bačkovská 1997).

3.3 Pedagogická rehabilitace

Pedagogická rehabilitace spadá pod resort školství a jeho legislativy, zaměřuje se na výchovu, vzdělání, rozvíjí schopnosti jedince a jeho soběstačnost v budoucí přípravě do života a výběru povolání (Novosád 2006). Cílem rehabilitace je využití vzdělání a výchovy k podpoře samostatnosti a tím i začlenění do společenského života. Díky pedagogické rehabilitaci je možnost znevýhodněným osobám vyrovnat příležitosti k zapojení do pracovního procesu (Zvoníková 2014).

3.4 Pracovní rehabilitace

Na pracovní rehabilitaci se vztahuje zákon 435/2004, § 69–74 a může o ni požádat každá osoba ZP bez ohledu na stupeň či druh postižení.

Pracovní rehabilitaci zabezpečuje krajská pobočka úřadu práce podle bydliště osoby ZP. Úřad práce často spolupracuje s různými středisky, která se zaměřují na pracovní rehabilitace. Na základě dohody lze využít možnost pomoci od jiné fyzické či právnické osoby (Richterová 2011).

Pracovní rehabilitace se především věnuje poradenství o volbě zaměstnání a povolání či jiné výdělečné činnosti. Tím rozumíme změnu a udržení povolání či zaměstnání, jejich zprostředkování a vytváření vhodných podmínek. Hlavním cílem pracovní rehabilitace je sestavení plánu pro osobu ZP. Tento plán bere v potaz zdravotní postižení, schopnost a způsobilost na vykonávání dané pracovní činnosti s ohledem na kvalifikaci osoby ZP na trhu práce. V rámci pracovní rehabilitace je umožněna jak teoretická, tak praktická příprava, která slouží k přípravě na povolání. Zahrnuta je i samostatná příprava na rekvalifikační kurzy potřebné pro výdělečnou činnost (Šesták 2007).

Praktická i teoretická část přípravy pro osoby ZP pojímá tyto aktivity:

- 1) Přípravu práce podle ojedinělých právních ustanovení.
- 2) Přípravu k práci.
- 3) Kvalifikační kurzy specializované pro danou výdělečnou činnost.

Cílem těchto příprav je zapracování osoby ZP na vhodnou pozici, nabytí zkušeností, znalostí, zvyků důležitých pro výkon práce či jiné činnosti. Teoretická a praktická příprava může trvat až 24 měsíců (2 roky).

Obě části přípravy se konají:

- 1) na místě pracovní činnosti, jednotlivě připravené pro osobu ZP, příprava může obsahovat i podporu odborného pracovníka,
- 2) v místě zabezpečeném fyzickou či právnickou osobou,
- 3) v různých místech zařízených pomocí státu, církve, občanského sdružení, územního samosprávného celku i různých právních a fyzických osob (Práce OZP 2020).

Poté úřad práce uzavírá s OZP dohodu o přípravě k zaměstnání.

Jestliže OZP nepobírá žádné dávky jako například starobní důchod, plat, náhradní plat, OZP má možnost využít finanční podporu od krajského úřadu práce po dobu přípravy k zaměstnání či rekvalifikaci. Tato podpora od úřadu práce náleží osobě se zdravotním postižením i v době, kdy není uvedena v listině uchazečů o práci. Zaměstnavateli, který realizuje na svém pracovišti pracovní rehabilitace (přípravu OZP k vykonávání zaměstnání), může úřad práce zaplatit náklady na uskutečnění dané rehabilitace (Práce OZP 2020).

Úřad práce může v rámci pracovní rehabilitace hradit:

- 1) Přímé náklady vynaložené na pracovní rehabilitaci (materiál, mzdy a odměny zaměstnanců, ostatní přímé náklady).
- 2) Náklady (přímé i nepřímé) potřebné pro uskutečnění pracovní rehabilitace.
- 3) Náklady zahrnující vzdělání (kurzy, kvalifikace) pro osobu ZP, jako součást pracovní rehabilitace.

Obsah dohody o zabezpečení pracovní rehabilitace:

- a) Identifikační informace aktérů smlouvy.
- b) Identifikační informace OZP, pro kterou je pracovní rehabilitace určena.
- c) Obsah a délka pracovní rehabilitace:
 - a. Výše, způsob a podmínky nákladů rehabilitace.
 - b. Metoda kontroly určených podmínek a jejich plnění.
 - c. Předpoklady a datum splacení úhrady nákladů pracovní rehabilitace.
 - d. Podmínky vrácení částky při nesplnění podmínek ze strany zaměstnavatele (suma a lhůta pro vrácení).
 - e. Domluva o odvolání dohody (Votava 2005).

3.4.1 Právo na ochranu osobních údajů účastníků pracovní rehabilitace

Zákon č. 101/2000 Sb., jednající o ochraně osobních údajů, rozlišuje základní pojmy, které vymezují soubory dat, která podléhají přísné ochraně.

- 1) **Osobní údaje** – za osobní údaj je považována jakákoliv informace o určeném subjektu. Jestliže někdo může tento subjekt označit přímo, či nepřímo podle jednoho z údajů, specifického pro jeho kulturu, ekonomickou situaci, fyzickou či fyziologickou identitu nebo sociální totožnost.
- 2) **Citlivé údaje** – citlivým údajem je jakýkoliv údaj, který zmiňuje národnost, rasu, etnický původ, politické postavení, členství v organizacích, náboženskou víru či filozofické názory subjektu. Další citlivé údaje mohou být trestné činy, zdravotní stav, sexualita, biometrické i genetické údaje.
- 3) **Anonymní údaje** – anonymním údajem je údaj, který v jakémkoli stavu nelze spojit s určeným subjektem

Data by měla být chráněna před zneužitím a před zneužitím neoprávněnou osobou.

„Slib mlčenlivosti pro všechny zainteresované osoby v procesu PR by měl být automatickým principem dodržovaným v organizaci realizující PR.“

Data by měla být chráněna před zneužitím a před zneužitím neoprávněnou osobou (Nezmar 2017).

3.4.2 Právo na ochranu důstojnosti účastníků pracovní rehabilitace

Při jednotlivých formách pracovní rehabilitace by měli všichni pracovníci dodržovat určité obecné zásady:

- 1) Uplatňování partnerského přístupu (hovoříme přímo s klientem, neobracíme se na jiné osoby).
- 2) Volit vhodné oslovení (u dospělých „paní, pane, slečno, příjmení“).
- 3) Komunikovat na úrovni jeho komunikačních dovedností a schopností.
- 4) Nesnižujeme účastníkovu důstojnost.
- 5) Podpora samostatnosti (neposkytovat nadměrnou podporu, dělat za ně, co zvládnou sami).
- 6) Metodika standardů a postupů pracovní rehabilitace v praxi.
- 7) Hovořit o účastnících pracovní rehabilitace mezi sebou, případně s dalšími osobami tak, aby v nich nevytvářeli negativní nebo nežádoucí obraz.
- 8) Zajistit chování ostatních účastníků pracovní rehabilitace, aby ve vztahu k účastníkovi nebylo ponižující.

Tyto zásady upravuje Etický kodex pracovníka ÚP ČR (Metodika standardů a postupů pracovní rehabilitace v praxi 2008).

3.4.3 Formy pracovní rehabilitace

Formy pracovní rehabilitace se zpravidla dělí do pěti hlavních kategorií, kterými jsou poradenská činnost, příprava na nastávající povolání, zprostředkování práce, změna a udržení práce, změna profese a v neposlední řadě jde o kategorii vytvoření přiměřených podmínek pro provedení výdělečné činnosti. Do každé z uvedených kategorií spadá několik dalších oblastí, a to:

Poradenská činnost

- 1) Bilanční diagnostika.
- 2) Ergodiagnostika.
- 3) Pracovní diagnostika.
- 4) Poradenství pro volbu zaměstnání.
- 5) Poradenství pro změnu výdělečné činnosti.
- 6) Poradenství pro výběr kvalifikace.
- 7) Poradenství pro výběr různých příprav k dané pracovní pozici.
- 8) Poradenství při volbě nástrojů APZ.
- 9) Poradenské programy (aktivizační, motivační aj.).
- 10) Job club.

Příprava na nastávající povolání

- 1) Zahájení pravidelné přípravy pro zaměstnání (například návrat do školského zařízení).

Příprava k povolání

- 1) Příprava k povolání na budoucích místech výkonu práce.
- 2) Příprava k povolání na zabezpečených pracovištích.
- 3) Příprava k povolání ve školských zařízeních.

Specializované rekvalifikační kurzy

- 1) Rekvalifikace.

Zprostředkování práce

- 1) Poradenství pro volbu a zajištění vhodného pracovního poměru.
- 2) Poradenství o dalších výdělečných činnostech (OSVČ).
- 3) Agenturní zajištění práce.

Změna a udržení práce, změna profese

- 1) Individuální poradenství.
- 2) Konzultace s psychologem.
- 3) Nezbytná spolupráce jiné fyzické osoby.

Vytvoření přiměřených podmínek pro provedení výdělečné činnosti

- 1) Odborná asistence během činnosti.
- 2) Podpora zaměstnavatele na zabezpečení pracoviště pro OZP.

Vytváření vhodných podmínek pro výkon jiné výdělečné činnosti

- 1) Podporu na zřízení SÚPM nebo se záměrem provedení SVČ (Metodika standardů a postupů pracovní rehabilitace v praxi 2008).

4 Zaměstnávání postižených osob

Lidé se zdravotním postižením se v současné době stále více objevují na veřejnosti, čímž vzniká dojem, že by těchto zdravotně znevýhodněných osob bylo v dnešní době více než v minulosti. Bohužel se jedná o pouhý následek minulosti. Vznikají tak mylné představy, že se takoví lidé kdysi méně rodili, nedocházelo k úrazům či dříve umírali.

4.1 Historie zaměstnávání postižených osob

Zaměstnávání postižených osob má svou historii a s novým prvkem přišla první světová válka, kdy se vracelo z front velké množství mladých mužů s různými druhy zranění. Země, které se války účastnily, začaly problém řešit součinností sociálních služeb, zdravotnictví, politické aktivity, zaměstnanosti a vzdělávání. USA vydalo v roce 1918 zákon o rehabilitaci válečných hrdinů. Také druhá světová válka musela řešit důsledky války, a tak se tento problém začal řešit. V zahraničí se rozvíjel program boje s nezaměstnaností a hlavním cílem pracovní rehabilitace bylo zaměstnat ty nejhůře postižené. U nás byl ale přístup jiný. Vytvořil se pojem změněná pracovní neschopnost (ZPS) a tvrdilo se, že nezaměstnanost neexistuje. Pokud tedy postižený neměl příznán charakter ZPS, neměl právo na práci a stát nepřipustil, že je nezaměstnaný. Hlavní institucí byla Posudková komise sociálního zabezpečení (PKSZ), pokud přiznala posuzovanému ZPS, byla mu doporučena práce v chráněných dílnách družstev invalidů nebo v rámci programu zaměstnávání ve výrobním podniku Svazu invalidů Meta. Teprve po r. 1990 se začalo prosazovat uplatňování OZP na širším trhu práce a s tím se na základě ekonomické reformy začala objevovat nezaměstnanost (Votava 2005).

4.1.1 Historický vývoj po roce 1989

Společenské změny začaly probíhat až v letech 1910 až 1993. Přinesly ve společnosti změněné vnímání osob se zdravotním postižením. Stát přijal právní normy a standardy, které usnadnily život OZP. V oblasti školství a sociálních služeb se vybudovala nové instituce podporující OZP. Byl založen nový Vládní výbor specializující se na osoby se zdravotním postižením (8. května 1991, usnesení vlády ČR číslo 151). Vláda přijala první Národní plán zabývající se podporou OZP.

Vznikala nová občanská sdružení pro OZP. Díky listopadové revoluci v roce 1989 vznikly nové podmínky a usnesení pro rozvoj občanských podniků. Jde například

o zrod nových organizací a občanských sdružení, které seskupily občany s různými typy zdravotních postižení, aby hájily zájmy OZP. Sdružení prosazovala zájmy a potřeby lidí s konkrétními typy postižení, které byly po celé republice. Občanská sdružení se zakládala s místní nebo regionální působností nebo kombinací obou specifických a místních působností. Tato sdružení měla dvě základní oblasti poskytování doposud chybějících a potřebných služeb na ochranu práv a zájmů OZP.

Druhá polovina devadesátých let pokračovala v rozvoji neziskového sektoru, vznikaly současné metody činnosti s OZP a také novelizace právních předpisů vůči vztahu k osobám s OZP, tj. sociální zabezpečení, školství, doprava. V roce 2000 vznikla Národní rada osob se zdravotním postižením České republiky, která postupně nabádala spoluobčany, aby se diskutovalo o problematice OZP s cílem změnit postavení OZP ve společnosti. Do této iniciativy se zapojila i média, která napomohla změně a postupnému odstranění diskriminujících předsudků k osobám se zdravotním postižením (Vláda 2020).

4.1.2 Současné definice osob se zdravotním postižením

Podle zákona č. 108/2006 Sb., jednající o sociálních službách, se pojmem zdravotní postižení rozumí „*tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby*“ (Komendová, 2013, s. 38).

Podle zákona č. 198/2009 Sb., který jedná o rovném zacházení, právních nástrojích diskriminace a o změně zákonů, definuje pojem zdravotní postižení jako „*tělesné, smyslové, mentální, duševní nebo jiné postižení, které brání nebo může bránit osobám v jejich právu na rovné zacházení v oblastech vymezených tímto zákonem; přitom musí jít o dlouhodobé zdravotní postižení, které trvá nebo má podle poznatků lékařské vědy trvat alespoň jeden rok*“ (Komendová, 2013, s. 38).

Ustanovení § 67 zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti (dále jen „zákon o zaměstnanosti“), definuje OZP jako osoby, kterým je poskytována zvýšená ochrana na trhu práce.

Osobami se zdravotním postižením jsou fyzické osoby, které jsou orgánem sociálního zabezpečení uznány:

- 1) **invalidními ve třetím stupni**, osoby, kterým klesla pracovní schopnost nejméně o 70 % (dříve známé pod pojmem plně invalidní osoby).
- 2) **invalidními v prvním nebo druhém stupni**, osoby v prvním stupni mají pokles pracovní schopnosti o 35 až 45 % a v druhém stupni se jejich pokles pracovní schopnosti pohybuje mezi 50 a 69%.
- 3) **Zdravotně znevýhodněnými (OZZ)** – jako OZZ je uznán „*občan, který má zachovánu schopnost vykonávat soustavné zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost, ale jeho schopnost být nebo zůstat pracovně začleněný, vykonávat dosavadní povolání nebo využívat dosavadní kvalifikaci či získat novou je podstatně omezena. Příčinou tohoto omezení je dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, který má podle poznatků lékařské vědy trvat déle než rok a podstatně omezuje tělesné, smyslové nebo duševní schopnosti a tím i schopnost pracovního uplatnění*“ (Úřad práce 2020).

4.2 Rozdíl mezi OZP a OZZ

Podle České správy sociálního zabezpečení je osobou se zdravotním postižením (OZP) dle ustanovení § 67 zákona o zaměstnanosti každá fyzická osoba, která je orgánem sociálního zabezpečení uznána invalidní ve třetím, druhém nebo prvním stupni, nebo zdravotně znevýhodněnou (OZZ), naopak osoby zdravotně znevýhodněné (OZZ) jsou specifickou kategorií OZP, jejichž zdravotní situace, která trvá dlouhodobě, redukuje způsobilost uplatnění na trhu práce. To popisuje všechny osoby, které nejsou uznány jako invalidní (první/ druhý/ třetí stupeň), podle zákona o důchodovém pojištění se na ně pohlíží jako na osoby se zdravotním postižením (OZP). Tyto podmínky platí i pro občany, kterým se invalidní důchod nevyplácí z jakéhokoliv důvodu, který nespĺňuje předem dané podmínky na vyplacené důchodového pojištění.

Občané se statusem OZP nemusí žádat o status OZZ, jelikož oba statusy mají shodný účel, například poskytnutí podpory a přípravy na uplatnění v zaměstnání či jiné výdělečné činnosti. K prokázání statusu OZZ občan potřebuje rozhodnutí o nabytí právní moci, které vydává oprávněná OSSZ. Naopak k dokázání statusu OZP občan potřebuje posudek nebo potvrzení o invaliditě, vydaný rovněž příslušnou OSSZ (ČSSZ 2020).

4.3 Legislativa v oblasti zaměstnávání OZP v České republice v současnosti

4.3.1 Zaměstnávání osob ve třetím stupni invalidity

Osoba třetího stupně invalidity je osoba s těžším zdravotním postižením. Na tyto osoby se můžou vztahovat různé výhody (daňové výhody, příspěvky a dotace), a to obzvláště pro jejich zaměstnavatele (Hrubá 2007).

Osoba v třetím stupni invalidity nemusí prokazovat žádným jiným potvrzením či rozhodnutím těžší zdravotní postižení. Dokazuje to rozhodnutím či potvrzením orgánu sociálního zabezpečení, nejčastěji Rozhodnutí o přiznání invalidního důchodu, které zaměstnavatel má zaevidované z důvodu daňových odpočtů. Některé osoby nejsou poživateli invalidních důchodů, ale mají pouze rozhodnutí o invaliditě. Každý invalidní občan ve třetím stupni invalidity je ze zákona počítán jako osoba s těžším stupněm postižení (dříve osoby plně invalidní) (Červinka, et al. 2012).

4.3.2 Zaměstnávání osob v prvním a druhém stupni invalidity

Osoba v druhém či prvním stupni invalidity je považována ze zákona za osobu se zdravotním postižením. Osoba v takovém stupni se prokazuje dokladem rozhodnutí o invaliditě nebo rozhodnutí o přiznání invalidního důchodu podle příslušného stupně nebo jeho změně, potvrzení či posudku orgánu sociálního zabezpečení. U invalidních důchodců se nehlásí příjem z výdělečné činnosti v souběhu s příjmem ze zaměstnání. Je důležité z dokladů poznat, jaký je stupeň invalidity a jak dlouho trvá (Červinka, et al. 2012).

4.3.3 Zaměstnávání osob zdravotně znevýhodněných

Zdravotně znevýhodněná osoba patří do kategorie OZP. O daném statusu rozhodují okresní orgány, specializující se na sociální zabezpečení. Krajský úřad práce věnuje dostatek prostředků a politických nástrojů na podporu OZZ při hledání práce. Jednou z podpor je poskytnutí příspěvků pro zaměstnavatele při zaměstnání osoby se zdravotním znevýhodněním (Šimůnek 2016).

4.3.4 Zaměstnávání občanů zdravotně postižených podle zákoníku práce a předpisů o zaměstnanosti

Práva a povinnosti při zaměstnávání osob platí stejně jak pro OZP, tak pro ostatní pracovníky. Zákoník práce zvýhodňuje pouze zaměstnance podle jejich zdravotního stavu a sociálního postavení v jistých směrech. Zdravotní postižení znamená pouhé omezení na zdravotním stavu, ale neznamená to, že nelze pracovat. Před vstupem do práce musí zaměstnavatel požadovat lékařskou prohlídku, která musí být před samotným nástupem do pracovního poměru. Tuto prohlídku si platí uchazeč o zaměstnání sám u poskytovatele pracovněprávních služeb, se kterým má zaměstnavatel uzavřenou smlouvu. Zaměstnavatel a vybraný lékař mezi sebou uzavřou smlouvu o vzájemné spolupráci podle zákona o specifických zdravotnických službách v souvislosti se zákoníkem práce a povinnosti zaměstnavatele při péči o zdraví zaměstnanců. Tato povinnost zaměstnavatele platí nejen pro zaměstnance zdravotně postižené (Červinka, et al. 2012).

Lékařské prohlídky u všech zaměstnanců zaměstnavatele

Lékařské prohlídky vstupní i výstupní musí absolvovat každý zaměstnanec nehladě na formu či délku pracovněprávního vztahu. Pokud se osoba ucházející o zaměstnání odmítne podrobit vstupní prohlídce, považuje se zdravotně nezpůsobilou.

Zdravotní způsobilost posouzená praktickým lékařem

Pokud se jedná o práci v první kategorii, může zaměstnavatel zajišťovat pracovně lékařské prohlídky a posuzování zdravotní způsobilosti na základě písemné žádosti praktického lékaře zaměstnance nebo uchazeče o zaměstnání.

Mimořádná pracovně lékařská prohlídka

Zaměstnavatel má právo na pracovně lékařskou prohlídku, pokud má nějaké pochybnosti o zdravotní způsobilosti svého zaměstnance. Taktéž má povinnost zaměstnance poslat na takovou prohlídku, pokud si ji sám zaměstnanec vyžádá.

4.3.5 Povinnosti zaměstnavatelů při zaměstnávání osob zdravotně postižených

Každý zaměstnavatel, který zaměstnává více než 25 zaměstnanců, je povinen přijmout i OZP. Povinný podíl činí 4 %. Tuto povinnost mohou plnit:

- 1) Zaměstnáváním občanů OZP v pracovním poměru.
- 2) Odvodem příspěvků do rozpočtu státu.
- 3) Využíváním služeb a výrobků zaměstnavatelů, kteří mají přes 50 % OZP, nebo zadáváním objednávek osobám OZP, které nabízí jejich služby a nemají žádné jiné zaměstnance, či zadáváním zakázek do rozpočtu státu.
- 4) Kombinací všech uvedených způsobů (Červinka, et al. 2012).

Dalším krokem zaměstnavatele podle zákona o zaměstnanosti by mělo být:

- 1) Informovat úřad práce o volných pracovních místech pro OZP.
- 2) Vést evidenci vhodných pracovních míst pro OZP a také evidenci zaměstnávaných osob.
- 3) Rozšiřovat možnosti zaměstnávání pro OZP.
- 4) Spolupracovat na zajišťování ucelené rehabilitace s krajským úřadem práce (Hrdá, et al. 2007).

4.4 Význam práce pro člověka OZP

Práce je důležitou podmínkou pro plnohodnotné začlenění do společenského života, proto zaujímá nezastupitelnou úlohu v životě člověka. Díky práci získává člověk ekonomickou samostatnost, uspokojuje své potřeby a také získává své místo ve společnosti. Zároveň si i společnost vytváří postoj k danému člověku. Neschopnost si najít zaměstnání či ztráta zaměstnání může v člověku vyvolat psychické a somatické reakce jako ztráta důvěry v sebe sama a v ostatní lidi, deprese, beznadějí, sociální izolovanost a konflikty ve vlastní rodině, které mohou vést až ke zhoršení zdravotního stavu (Buchtová 2002).

Proto je důležité při volbě povolání posoudit vhodnost a přiměřenost zvoleného zaměstnání ve vztahu k postižení, osobnosti, prognóze a pracovnímu potenciálu (Pipeková, et al. 2014).

Součástí schopnosti zvládnout všechny části procesu zaměstnání či aktivizace člověka se předpokládá prostor pro rozvíjení sociálních, komunikačních dovedností, trénování poznávacích procesů a propojení se zážitky podporujícími vlastní, vnitřní motivaci člověka. Možnost přípravy na konkrétní povolání je velmi důležitá stejně

jako dostupnost konkrétních učebních oborů a jejich výběr v daném regionu. Vše může být vnímáno jako komplex, který v sobě spojuje více rovin. Jsou to schopnosti a dovednosti člověka, který chce být zaměstnán, jeho motivace pro práci, jeho dosažené vzdělání (Solovská 2013).

5 Poskytovatelé podporovaného zaměstnávání v Liberci

Tato kapitola je stěžejní pro vymezení poskytovatelů, jejichž aktivity spočívají v podporovaném zaměstnávání zdravotně postižených osob v Liberci. Tato kapitola bezprostředně navazuje na druhou část této bakalářské práce, a to na část praktickou. Mezi hlavní poskytovatele podporovaného zaměstnávání v Liberci patří:

- 1) Občanské sdružení D.R.A.K.
- 2) Česká unie neslyšících, z.ú.
- 3) TyfloCentrum Liberec o.p.s.
- 4) Elva Help z.s.
- 5) Tyfloserfis, o.p.s.
- 6) Rytmus Liberec, o.p.s.
- 7) Sdružení Tulipán, z.s.

5.1 Sdružení Tulipán

Pro praktickou část této práce bylo zvoleno sdružení Tulipán.

Sdružení Tulipán provozuje chráněnou dílnu, kde zaměstnává osoby se zdravotním znevýhodněním. Poradenství tohoto sdružení se zaměřuje nejen na osoby se zdravotním znevýhodněním, ale i na ostatní osoby, které potřebují získat informace k řešení svého problému. V tomto sdružení se realizuje množství kulturních i vzdělávacích akcí s cílem začlenit handicapovanou populaci mezi zdravou. Posláním této organizace je podpora nezávislosti, začlenění do společnosti a realizace volnočasových aktivit rozvíjejících osobnost OZP, osob znevýhodněných na trhu práce, osob s nízkou úrovní kvalifikace či jinak závislých osob. Součástí její práce je také podpora sebeobslužných dovedností, pracovní rehabilitace, rozšiřování výběru činnorodého trávení volného času nebo předpokladů pro seberealizaci OZP, zdokonalování informačních kanálů a poskytování neplaceného poradenství pro zákazníky, rodiče i blízké s handicapem.

Sdružení Tulipán dále nabízí:

- 1) Prosociální a prointegrační výcvikově-metodické aktivity.
- 2) Systematické vzdělávání veškerých zúčastněných.
- 3) Spolupořádání i přípravu školení nebo konferencí.
- 4) Popularizačně-osvětové aktivity v konkrétní oblasti.
- 5) Poskytování sociálních služeb.
- 6) Podporované bydlení.
- 7) Informační servis pro organizace neziskového sektoru a jejich partnerské subjekty.
- 8) Organizační a finanční zajištění obecně prospěšných aktivit.
- 9) Nakladatelskou a vydavatelskou činnost.
- 10) Nákup a prodej zboží a služeb za účelem jeho prodeje přímému spotřebiteli.
- 11) Realizaci projektů směřujících k plnění cílů spolku.
- 12) Praktickou spolupráci se subjekty na národní i mezinárodní spolupráci (Sdružení Tulipán 2020).

5.2 Služby Sdružení Tulipán

Samotné sdružení Tulipán poskytuje sociálně chráněné bydlení, chráněné dílny a náhradní plnění.

5.2.1 Sociální služba – chráněné bydlení

Chráněné bydlení se poskytuje osobám se sníženou soběstačností. Snaží se jim ponechat co největší možnou míru autonomie a zodpovědnosti za vlastní záležitosti společně s podporou, která vede uživatele dle jejich schopností a možností k samostatnosti v bydlení, stravování, péči o vlastní osobu, o domácnost, finance, zapojení do společnosti a pracovního procesu. Úkony péče jsou poskytovány v pracovní dny dle provozní doby sociální služby a v rozsahu dle individuálních potřeb klientů.

Základní činnosti služby

- 1) Zabezpečení ubytování.
- 2) Podpora při zabezpečení domácnosti a stravování.
- 3) Pedagogické, školicí a aktivizační činnosti.
- 4) Zajištění spojení se společenským prostředím.

5) Sociálně terapeutické aktivity.

Principy chráněného bydlení:

- Rovnocenný přístup.

Uživatel služeb, jeho opatrovník a pracovníci jsou rovnocenní partneři a podle toho spolu jednají.

- Přiměřená odpovědnost.

Každý člověk nese odpovědnost za svá rozhodnutí dle svých schopností.

- Přiměřená podpora.

Uživateli služeb je poskytnuta dohodnutá podpora, která mu umožní samostatně žít a neomezuje ho.

- Přiměřené riziko.

Snaha předcházet rizikům, přípravou a úpravou prostředí tak, aby nás v našem životě jejich případný výskyt co nejméně omezoval.

- Individuální přístup.

Veškerá činnost se odvíjí od požadavků a potřeb jednotlivce.

- Respektování práv, důstojnosti a potřeb každého člověka.

Respektování se navzájem.

- Aktivní účast.

Dělání věcí společně.

5.2.2 Chráněná dílna

Chráněná dílna zaměstnává lidi se zdravotním postižením, kteří by neměli šanci uplatnit se na běžném pracovním trhu, a to podle stupně jejich handicapu.

Chráněná dílna se zabývá výrobou:

- 1) Keramických předmětů.
- 2) Uměleckých předmětů.
- 3) Textilních doplňků.
- 4) Ručního papíru a výrobků z něj.

5.2.3 Náhradní plnění

Každý zaměstnavatel, který zaměstnává více než 25 zaměstnanců, je povinen přijmout i OZP. Tento podíl se daní 4 % podle zákona o zaměstnanosti č. 435/2004 Sb. **Pokud zaměstnavatel nesplní tyto podmínky, musí využít jednu z podmínek**

náhradního plnění. Tyto podmínky jsou – spolupracovat a čerpat výrobky od firem, které zaměstnávají přes 50 % OZP, nebo zadat zakázku OZP, které jsou samostatně výdělečně činné (OSVČ). Využitím služeb či nákupem výrobků od Sdružení Tulipán, které zaměstnává zdravotně postižené pracovníky, podpoří zaměstnavatel jejich práci a dosáhne daňové úspory ve formě náhradního plnění.

6 Metodologie práce

Teoretická část této bakalářské práce se zaměřila na teoretická východiska, která se zabývala tématem ucelené rehabilitace. Předním zájmem ucelené rehabilitace je pohled na člověka, a to ze všech úhlů pohledů. Rehabilitace jako taková by se měla zaměřovat především na koordinaci a kontinuální úsilí celé společnosti, tak aby jejím výsledkem byla sociální integrace jedince. Pojem ucelená rehabilitace představuje multioborový pojem, ve kterém figurují specialisté z různých oborů. Takovými specialisty v rámci ucelené rehabilitace jsou zpravidla zdravotníci, pedagogičtí pracovníci, psychologové, sociální pracovníci, prostě všechny druhy pomáhajících profesí.

Cílem praktické části je zjistit přínos ucelené rehabilitace při procesu uplatňování na trhu práce v prostředí vybrané organizace. Toto výzkumné šetření probíhalo prostřednictvím realizace dotazníkového šetření elektronickou formou, aby bylo možné získat co nejvíce relevantních odpovědí od selektovaných respondentů. Vedle dotazníkového šetření jako doplňkový výzkum proběhne pozorování v dané organizaci. Výzkumné šetření bylo původně realizováno v průběhu ledna 2020. Získaná data však neodpovídala cílům práce, a proto bylo nutné výzkumné šetření realizovat znovu a lépe, a to v průběhu srpna až října 2020.

Praktická část bakalářské práce má zpravidla za úkol rozvinout postřehy předchozí teoretické části práce. Zaměřuje se konkrétně na výzkum, jehož zájmem je zjistit, jakým způsobem je nastavená ucelená rehabilitace v našich podmínkách. Výzkumná strategie bude mít kombinovaný charakter, kdy budou spojeny vybrané prvky kvalitativního i kvantitativního výzkumného šetření. Nejprve proběhne dotazníkové výzkumné šetření na reprezentativním vzorku respondentů, které lze považovat primárně za kvantitativní, kdy toto šetření obohatíme doplňkovým výzkumem, který proběhne prostřednictvím metody pozorování v terénu.

Dle odborné literatury je kvantitativní strategie realizovaná ve většině případů na dostatečně velkém množství dotazovaných respondentů, z čehož lze dále vyvodit obecné výsledky. Kvantitativní výzkumné šetření by mělo poukázat na problémy předem zvolené cílové skupiny. Tento typ výzkumu se často realizuje skrze metody dotazování, a to nejčastěji formou dotazníkového šetření (Kozel, 2006).

Dotazníky byly elektronickou formou distribuovány do všech poboček předem oslovené organizace, kde byla následovně realizována i druhá výzkumná technika, a to pozorování. Realizace kvantitativního výzkumu nám pomůže testovat předem zvolené

otázky, a sice jejich správnost, a zároveň zda korespondují s teoretickou částí, či nikoliv. Zájmem výzkumného šetření bude ověření vhodnosti vybraných metod sběru dat. Před samotnou realizací výzkumného šetření bylo nutné realizovat krátký předvýzkum v podobě studia dostupných informací o zkoumané problematice.

6.1 Výzkumný cíl

Před samotným začátkem bakalářské práce je základem stanovení hlavního cíle výzkumného šetření. Poznatky, které jsou získány v rámci teoretické části, která se opírá o teoretická východiska zkoumané problematiky, nám dávají vhodné odpovědi na cílové otázky.

Zpravidla je nutné si ujasnit, čeho chceme dosáhnout, abychom si správně určili cíl výzkumného šetření. Jak již bylo uvedeno výše, cílem výzkumu je **„zjistit přínos ucelené rehabilitace při procesu uplatňování na trhu práce v prostředí vybrané organizace.“**

Vzhledem k takto zvolenému cíli, byly zvoleny tyto čtyři výzkumné otázky:

- 1) Která ze složek ucelené rehabilitace je dle zkušeností pracovníků dané organizace při získávání zaměstnání u osob se zdravotním postižením nejdůležitější?
- 2) Která ze složek ucelené rehabilitace je dle zkušeností pracovníků dané organizace při získávání zaměstnání u osob se zdravotním postižením nejméně efektivní?
- 3) Na kterých oblastech ucelené rehabilitace je dle zkušeností pracovníků dané organizace potřeba s klienty nejčastěji pracovat, aby se zvýšila pravděpodobnost jejich uplatnění na trhu práce?
- 4) Jak hodnotí zaměstnanci organizace efektivitu spolupráce s úřadem práce při získávání zaměstnání u osob se zdravotním postižením?

6.2 Výzkumný vzorek

Aby bylo možné výzkumné šetření považovat za spolehlivé a platné, je nutné selektovat reprezentativní výzkumný vzorek, který by měl svými charakteristikami dle Urbánka (2011) reflektovat charakteristiky populace, ze které je vzorek vybírán. Reprezentativnost výběrového souboru lze do značné míry považovat za nezávislou na jeho velikosti, přestože příliš malý soubor vzhledem k velké populaci nebude reprezentativní. V případě předložené práce však zkoumáme poměrně malou a velmi specifickou skupinu respondentů, a proto její vztah k velké populaci nesnižuje reprezentativnost našeho výzkumného souboru.

Pro účely této práce byl tedy zvolen Stratifikovaný náhodný výběr, který pracuje s populací selektovanou podle vhodně zvolených znaků (Urbánek, 2011). V našem případě jsou těmito znaky: zaměstnanecký poměr ve vybrané organizaci, přímá práce s klienty při realizaci ucelené rehabilitace, a minimálně roční praxe v oboru.

Výběru respondentů předcházelo jednání s vedením organizace, kdy vedení s realizací výzkumu pro účely této bakalářské práce souhlasilo, a následně poskytlo potřebné podklady včetně kontaktů na konkrétní pracovníky organizace, kteří vyhovovali předem stanoveným, a výše popsaným kritériím. Vybraným účastníkům výzkumu pak byly dotazníky distribuovány elektronickou formou, konkrétně prostřednictvím emailu. Stejným způsobem se pak vyplněné dotazníky dostaly zpět. Všichni účastníci výzkumu byli seznámeni s tím, že dotazníkové šetření je zcela anonymní, a získaná data budou použita výhradně pro účely této bakalářské práce.

Dotazníkového šetření se účastnili zaměstnanci pobočky v Liberci, Frýdlantu, České Lípě, Jablonci nad Nisou a Nové Město pod Smrkem. Vedlejším zájmem práce je mimo jiné získat možnost porovnat odpovědi respondentů napříč pobočkami, a zároveň získat prostředek ke vzájemné komparaci jednotlivých poboček. K tomu bylo potřebné mít z každé pobočky k dispozici stejný počet respondentů, což se v konečném důsledku podařilo.

6.3 Metoda sběru dat

V této podkapitole budou představeny zvolené metody, které slouží ke sběru získaných dat.

6.3.1 Pozorování

V rámci výzkumného šetření došlo k zúčastněnému pozorování, které představuje takový druh pozorování, kdy jde o sledování zkoumané problematiky, a to přímo v prostředí, kde se odehrává a kde dochází k interakci mezi výzkumníkem a pozorovanými účastníky. Pozorování je běžná součást života, kdy samotný jedinec neustále pozoruje množství věcí kolem sebe. Vědecké pozorování má však odlišný účel, obsah, průběh a výsledky. Charakteristickými rysy jsou plánovitost, systematickosti a objektivnost (Disman, 2000).

„Pozorování je velmi silným nástrojem, který nám pomáhá vcítit se do chování studentů v kurzu a poznat je více detailně. Krom terénních poznámek může mít výzkumník k dispozici také předpřipravený záznamový arch, do kterého je zaznamenávána četnost a časové trvání sledovaných událostí. Pozorování se mohou účastnit jak jednotlivci, tak skupiny“ (Černá, 2015, s. 121).

Základním Předpokladem pro náš průzkum je seznámení se s výzkumným terénem. Pro tyto účely byla zvolena výše popsaná výzkumná metoda, která autorce pomohla seznámit se důkladněji s prostředím, které bude součástí jejího výzkumného šetření v rámci tvorby praktické části této práce.

6.3.2 Dotazníkové šetření

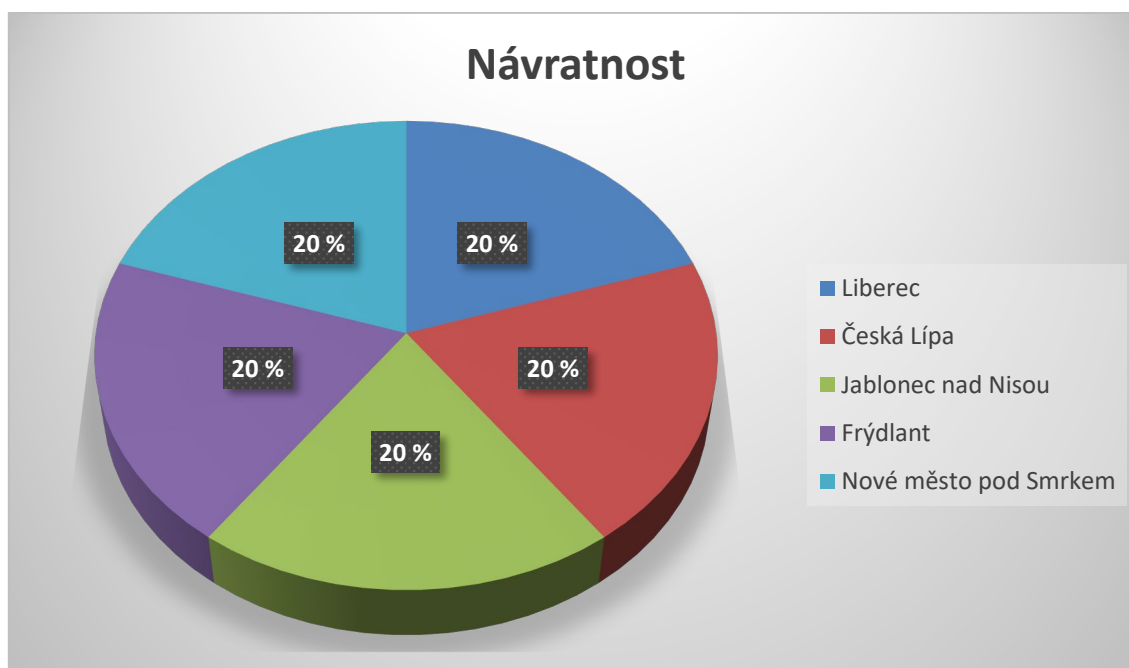
Jako nejvhodnější metoda pro naše výzkumné šetření se jeví využití anonymního dotazníkového šetření. Dotazníkové šetření je považováno za jednu z nejrychlejších metod, sloužících ke sběru potřebných dat v poměrně v krátkém časovém úseku. S pomocí dotazníkového šetření lze dosáhnout širokého záběru respondentů a relevantních dat. Metoda dotazníkového šetření se řadí mezi tzv. subjektivní výzkumné metody, kdy může dojít k situaci, kdy jsou odpovědi respondentů subjektivně zabarveny. K tomuto dochází v případech, kdy má výzkumný vzorek potřebu simulovat nebo diskriminovat (Řezánková, 2011). Zde máme za to, že je úkolem výzkumníka, aby byl s problematikou seznámen natolik dobře, aby byl schopen emocionální zabarvení respondentů identifikovat, a zohlednit jej při vyhodnocení výsledků výzkumného šetření.

Dotazník, jenž byl vytvořen pro účely tohoto výzkumného šetření, se skládá z třinácti otázek, které jsou buďto otevřené, uzavřené či polootevřené. Účelem všech položených otázek i celkového dotazníkového šetření je naplnit hlavní výzkumný cíl této práce, tedy zjistit přínos ucelené rehabilitace při procesu uplatňování na trhu práce v prostředí vybrané organizace.

6.3.3 Návratnost dotazníku

Dotazníky byly distribuovány vybraným pracovníkům na všech pobočkách organizace, přičemž jak bylo uvedeno výše, bylo vhodné získat stejný počet respondentů z každé z nich, aby bylo možné komparovat výsledky jednotlivých poboček. Předem byl stanoven předpoklad pro získání vyplněných dotazníků. Očekávaná návratnost byla 100 zcela vyplněných dotazníků, návratnost byla stoprocentní.

Graf 1 návratnost dotazníku



Zdroj: Vlastní zpracování

Vzhledem k tomu, že byli osloveni pouze předem selektovaní pracovníci na jednotlivých pobočkách, kteří odpovídali zvoleným kritériím, byla návratnost vyplněných dotazníků stoprocentní. Počty respondentů na každé pobočce jsou totožné, jelikož všechny pobočky jsou obdobně velké, mají podobný počet pracovníků, a naši respondenti mají díky předem stanoveným kritériím obdobné zkušenosti, délku praxe atp., všichni respondenti jsou rovněž seznámeni s pojmy uvedenými v dotazníku, znají jejich význam i obsah, o čemž se autorka informovala před začátkem samotného výzkumu.

Z výše uvedeného grafu lze vidět, že návratnost byla 100 %, a je tedy možné mimo jiné jednotlivé pobočky komparovat.

6.4 Analýza a interpretace dat

V této podkapitole budou jednotlivě analyzovány otázky dotazníkového šetření. Následně budou interpretovány a doplněny o relevantní komentář. Z výsledků dat budou následně vyvozeny závěry, jež budou součástí shrnutí výzkumné části. Aby byly otázky lépe interpretovány, budou pro jejich přehlednost vytvořeny samostatné grafy.

Otázka č. 1 Které ze složek ucelené rehabilitace na základě Vašich praktických zkušeností se získáváním zaměstnání u osob se zdravotním postižením přisuzujete největší důležitost?

Graf 2 Složky



Zdroj: Vlastní zpracování

U této otázky je v první řadě nutné zohlednit, že pokud hovoříme o zaměstnávání osob se zdravotním postižením, je primární souhra všech složek ucelené rehabilitace, a realizace všech současně hraje svou roli. Cílem této otázky však bylo zjistit, na kterou oblast se s klienty pracovníci musí nejčastěji nejvíce zaměřit, aby se zvýšila pravděpodobnost, že klient uspěje na trhu práce. Tímto způsobem byla otázka respondentům v komentáři i dovysvětlena, aby nedošlo k jejímu špatnému pochopení.

Ze získaných dat bylo zjištěno, že podle praktických zkušeností našich respondentů napříč všemi pobočkami, hraje nejstěžejnější roli složka pracovní, kterou uvedlo 38 respondentů, kteří představují 38 % výzkumného vzorku, a složka léčebná, kterou uvedlo 28 respondentů, tedy 28 % výzkumného souboru.

Získaný výsledek není překvapující, jelikož bereme-li v úvahu fakt, že se jedná o pracovní zařazení osob se zdravotním postižením na trhu práce, bude jednu z hlavních rolí hrát pracovní složka rehabilitace. Vedle toho bez léčebné složky by celý systém nemohl fungovat, protože pouze klient, který je v optimálním zdravotním stavu, může být zařazen na vhodnou pracovní pozici. Nejméně respondentů, a to pouze 12 % považovalo za stěžejní pedagogickou složku. Tento výsledek opět není překvapením, bereme-li

v úvahu, že tato složka ucelené rehabilitace je primárně poskytována dětem a mladým dospělým, kteří ještě zaměstnání nehledají. Mohou se pochopitelně ale objevit i dospělí, kteří tuto složku využívají, a proto ji respondenti zvolili. Zde se pouze potvrzuje individualita každého klienta a specifika potřeb, které má. Máme tím na mysli, že ne všichni dospělí nepotřebují pedagogické působení, a vše se odvíjí od individuální práce zaměstnanců s klientem. Tímto způsobem je tedy i nutné chápat výsledky našeho výzkumného šetření, tedy s ohledem na individuální potřeby každého klienta.

Abychom si ověřili platnost odpovědí respondentů u této otázky, a zároveň odpověděli na druhou výzkumnou otázku, byla pracovníkům položena na dalším místě dotazníku otázka v tomto znění: Která ze složek ucelené rehabilitace je dle zkušeností pracovníků dané organizace při získávání zaměstnání u osob se zdravotním postižením nejméně efektivní?

Otázka č. 2 Která ze složek ucelené rehabilitace je dle zkušeností pracovníků dané organizace při získávání zaměstnání u osob se zdravotním postižením nejméně efektivní?

Graf 3 Které složky jsou naopak nejméně efektivní



Zdroj: Vlastní zpracování

Z uvedeného grafu jasně vyplývá, že naprostá majorita, konkrétně 96 % zaměstnanců organizace má na základě svých pracovních zkušeností na této pozici za to, že v rámci zaměstnávání osob se zdravotním postižením je samostatně nejméně efektivní složkou ucelené rehabilitace právě rehabilitace pedagogickým působením. Jak již bylo ale uvedeno

u předchozí otázky, je nutné zde brát v úvahu fakt, že tato složka je primárně poskytována školou povinným klientům, kteří vyžadují pedagogické působení, což u dospělých klientů není ve všech případech nutné. Vzhledem k tomu, že zaměstnanci zvolili tuto složku ucelené rehabilitace jako samostatně nejméně efektivní, přestože víme, že je nedílnou součástí systému ucelené rehabilitace. Potvrdila se nám rovněž validita odpovědí respondentů na předchozí otázku.

Další otázka dotazníku byla zaměřena na nejčastěji rozvíjené oblasti ucelené rehabilitace.

Otázka č. 3: Na kterých oblastech ucelené rehabilitace je dle zkušeností pracovníků dané organizace potřeba s klienty nejčastěji pracovat, aby se zvýšila pravděpodobnost jejich uplatnění na trhu práce?

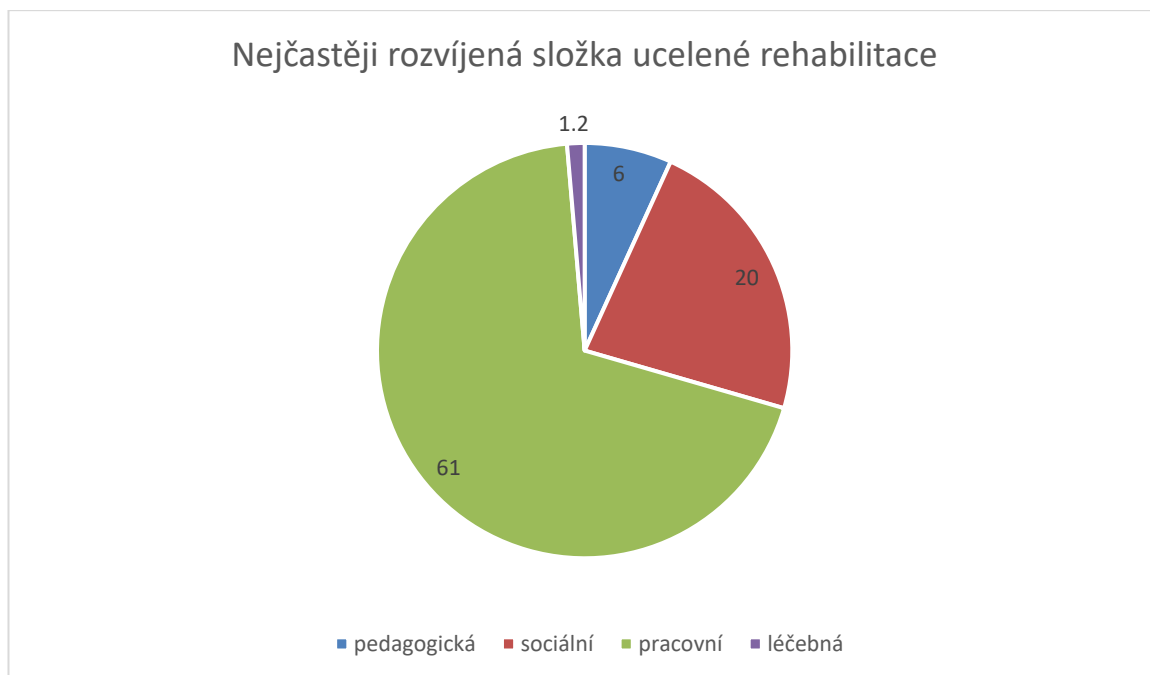
Zde jsme se snažili zjistit, ve kterých oblastech mají klienti nejčastěji prostor k rozvoji, a na které oblasti se s nimi tedy pracovníci organizace v rámci ucelené rehabilitace musejí nejčastěji soustředit a pracovat na nich, aby bylo docíleno zvýšení pravděpodobnosti, že klienta některý ze zaměstnavatelů přijme na vhodnou pracovní pozici.

Opět je zde nutné mít na paměti, že každý klient je individuální, a práce s ním vyžaduje propojení působení několika, resp. všech složek ucelené rehabilitace. My jsme se zde však soustředili na nuance, které je schopen identifikovat pouze člověk s praxí, který už umí rozlišit, co daný klient potřebuje, aby mohl získat zaměstnání. S uvedeným se rovněž pojí znalosti pracovníků z oblasti pracovního trhu, kdy tito musí být obeznámeni s tím, jaké možnosti jsou klientům k dispozici, a jakým směrem je nejvhodnější na ně působit, rozvíjet je a pomáhat jim.

Rovněž je důležité zohlednit, že se soustředíme na dospělé klienty, kteří hledají zaměstnání, nikoliv na nezletilé klienty, kteří navštěvují povinnou školní docházku, resp. si

ještě nějakým jiným způsobem doplňují vzdělání nebo specializaci (vyučení se v oboru apod.).

Graf 4 Na kterých oblastech ucelené rehabilitace je potřeba s klienty nejčastěji pracovat, aby se zvýšila pravděpodobnost jejich uplatnění na trhu práce?



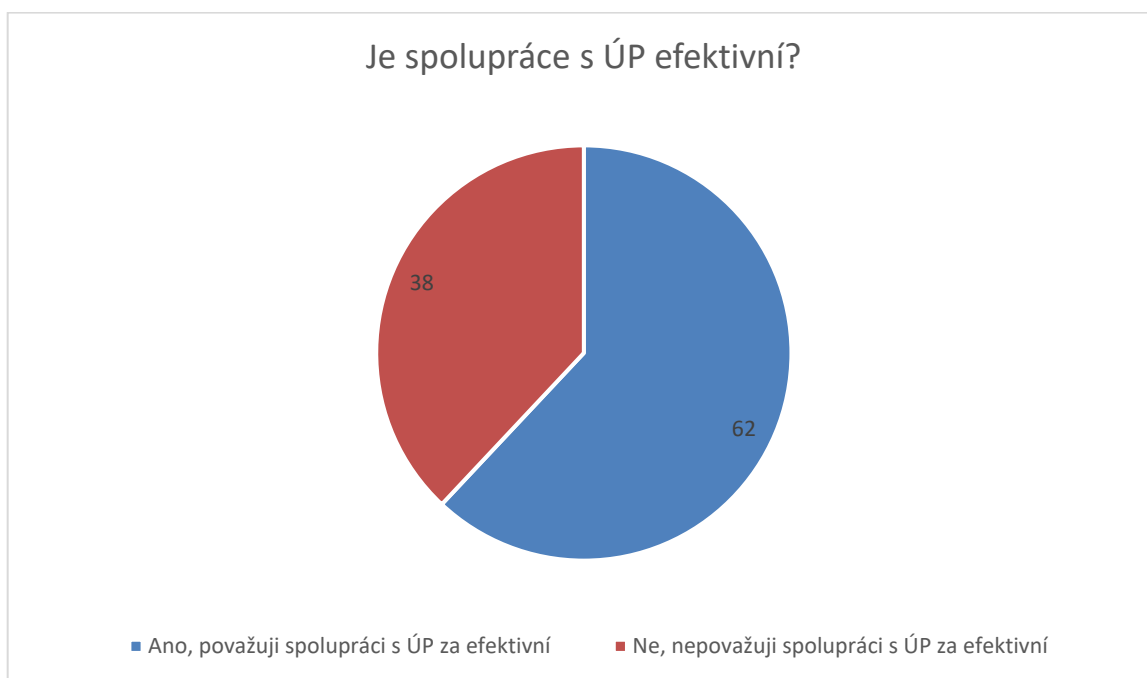
Zdroj: Vlastní zpracování

Z odpovědí na třetí otázku, které jsou zapracovány v grafu č.4 je zřejmé, že pracovníci napříč organizací mají na základě svých dosavadních zkušeností za to, že s klienty nejčastěji rozvíjejí pracovní složku ucelené rehabilitace, aby se zvýšila jejich uplatnitelnost na současném pracovním trhu pro OZP. Konkrétně zde hovoříme o 61 % pracovníků. Druhou nejčastěji rozvíjenou oblastí je oblast sociální, což se ve spojitosti se zaměstnáváním, a tedy i kontaktem se sociálním okolím nabízí jako zcela relevantní výsledek. Opět je zde nutné brát v úvahu, že je velmi důležitá kombinace několika, resp. všech složek ucelené rehabilitace, zde jsme se však soustředili na nuance, které postřehnou pouze zaměstnanci s určitou praxí, a jedná se zde o jejich zkušenosti s tím, na kterou oblast se v rámci práce s klientem za účelem jeho získání zaměstnání nejčastěji soustředí.

V rámci čtvrté otázky se dotazník zaměřil na hodnocení efektivity spolupráce s místně příslušnými úřady práce při získávání zaměstnání u osob se zdravotním postižením. Tato otázka mohla být do dotazníku zařazena, jelikož všichni pracovníci, kteří odpovídají kritériím výběru našeho výzkumného souboru v rámci své náplně práce s úřady práce přímo nebo zprostředkovaně sami jednájí. Konkrétně se jedná o úřady práce v Liberci, Frýdlantu, Jablonci nad Nisou, Novém městě pod smrkem a České lípě.

Otázka č. 4 Jak hodnotí zaměstnanci organizace efektivitu spolupráce s úřadem práce při získávání zaměstnání u osob se zdravotním postižením?

Graf 5 Hodnotíte spolupráci s místním úřadem práce jako efektivní?



Zdroj: Vlastní zpracování

Graf č. 5 Zobrazuje odpovědi pracovníků organizace na otázku, zda hodnotí spolupráci s místně příslušným ÚP jako efektivní. Jako efektivní ji hodnotí 62 % respondentů, a jako neefektivní 38 % respondentů. Mimo tuto možnost byli respondenti rovněž požádáni o to, aby uvedli, se kterou pobočkou ÚP konkrétně spolupracují. Dále v rámci této otázky měli také respondenti možnost kromě volby možnosti ANO/NE v dotazníku k dispozici volný řádek, na který mohli vepsat svůj komentář ke své odpovědi. Majorita možnosti vyjádřit hlouběji svůj názor nevyužila, řádek popsalo pouze 10 respondentů, z toho 6 považovalo spolupráci za efektivní, a zbývající 4 nikoliv. Konkrétně se objevily následující komentáře k této otázce:

Efektivní spolupráce s ÚP:

„Ano, jednám vždy se stejnou pracovníci, všechny naše požadavky je schopná operativně řešit, a my jí rovněž v rámci spolupráce vycházíme vstříc, pokud to lze.“

„Ano, jsme v těsném kontaktu, s ÚP jednám často, jde tu hlavně o přenos aktuálních informací o pracovních místech“.

„ÚP je nápomocen, jsou seznámeni s aktuální legislativou, vždy se na ně obracím.“

„Naše pracovnice z ÚP je moc hodná, známe se osobně, obratem vyřídí co je třeba, což považují za efektivní, že nemusíme čekat“.

„Spolupráce je zcela v pořádku“.

„Paní někdy i sama zavolá, když dojde k nějaké změně nebo posunu, nebo se objeví něco, co by nás mohlo zajímat, apod.“

Neefektivní spolupráce:

„Je to těžší, čekací doba na vyřízení čehokoliv je problematická, pracovníci nejsou úplně vstřícní, je to na dlouhý lokte.“

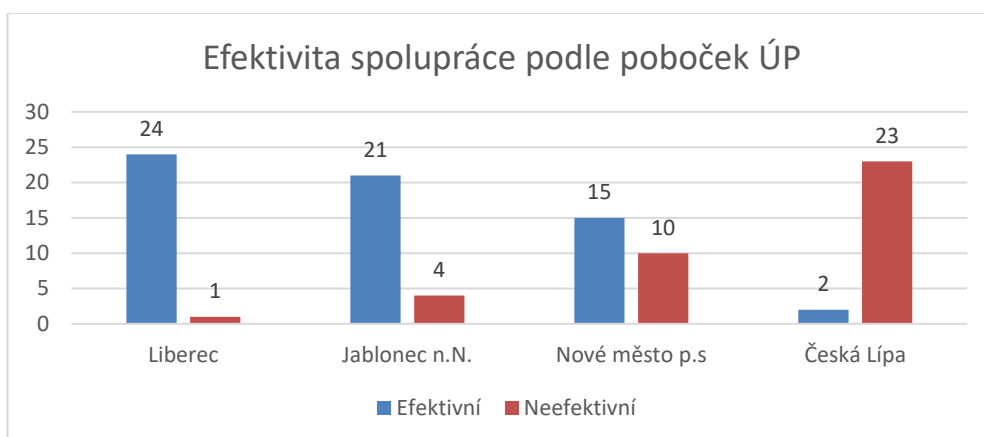
„Spolupráce je těžká, levá ruka neví, co dělá pravá, pracovníci málokdy rozumí našim požadavkům.“

„Spolupráce je hrozná, jednání není jednoduché, jsou neochotní.“

„Snažíme se řešit jen to nejdůležitější, co můžeme, si vyřídíme online nebo jinak.“

Zde považujeme za zajímavé si odpovědi na uvedenou otázku rozdělit také podle jednotlivých poboček ÚP, abychom zjistili, zda existuje problém s konkrétním ÚP, nebo se jedná o plošnou problematiku napříč všemi zkoumanými pobočkami a oblastmi.

Graf 6 Spokojenost s efektivitou spolupráce s ÚP dle poboček



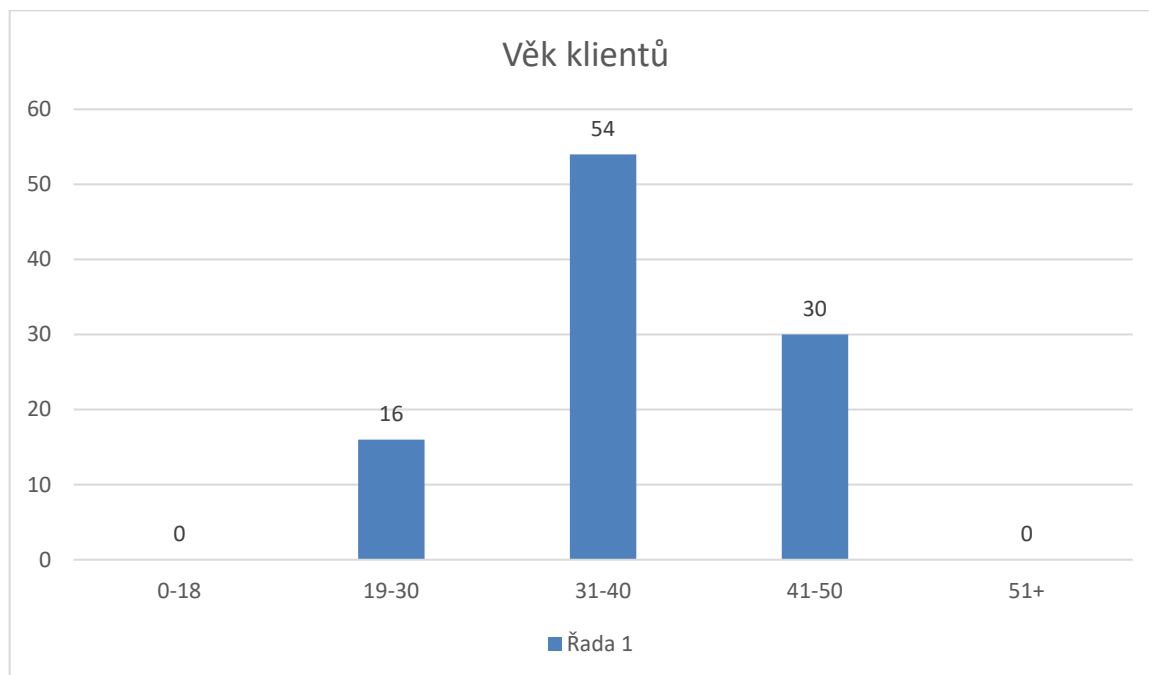
Zdroj: Vlastní zpracování

Graf č. 6 nám částečně objasnil situaci v oblasti efektivity spolupráce organizace s jednotlivými pobočkami ÚP. Jako problémová se v rámci efektivity spolupráce s naší organizací jeví pobočka ÚP v České Lípě, zatímco pobočky v Liberci a Jablonci nad Nisou vykazují s organizací ukázkovou spolupráci. Velmi sporný je výsledek u Nového města pod smrkem, kdy byly odpovědi respondentů velmi rozpolcené. Tento výsledek je možné přisuzovat antipatiím mezi konkrétními lidmi navzájem, a podobně. Graf nám však velmi hezky dokreslil pozadí otázky v dotazníku.

Následující otázka je zaměřena na věkové složení klientů, se kterými respondenti pracují. Rozmezí bylo určeno na 0-18 let, 19-30 let, 31-40 let, 41-50 let, a 51+.

Otázka č. 6: Klientů, které věkové kategorie máte nejvíce?

Graf 7 Věk klientů



Zdroj: Vlastní zpracování

U této otázky bylo voleno grafické zpracování za všechny pobočky. Graf č. 6 zobrazuje, v jakém věkovém rozmezí jsou klienti, s nimiž se respondenti v rámci všech poboček setkávají. Ze získaných dat tak vyplývá, že nejvíce zastoupenou klientelou jsou dle respondentů osoby ve věku 31–40 let, a to celkem 54 %. Ani jeden ze sta respondentů neuvedl věkovou skupinu do 18 let ani 51+.

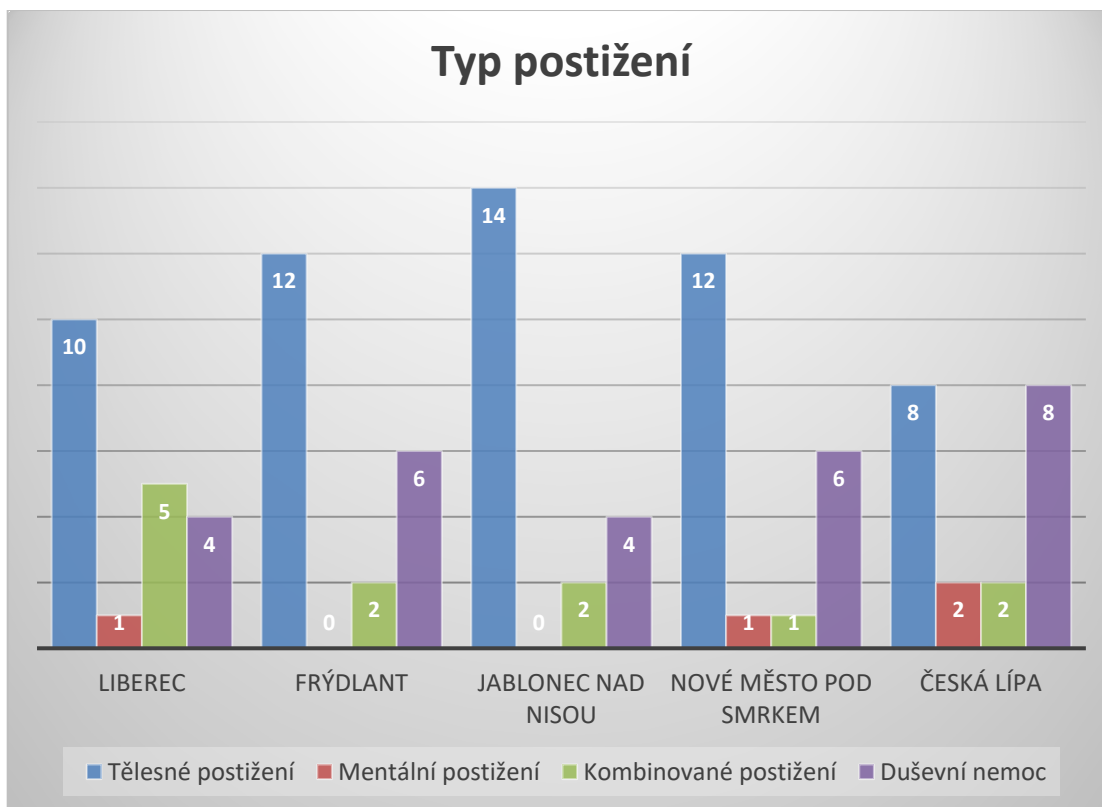
U této otázky je vhodné, vzhledem k cíli této práce uvést zajímavý jev. Pobočka v České Lípě disponuje v porovnání s ostatními pobočkami nejvyšším počtem klientů ve věkovém rozmezí 41-50 let. Na této pobočce respondenti rovněž přisuzovali nejvyšší důležitost léčebné složce ucelené rehabilitace, a nejmenší pedagogické složce, což je možné přisuzovat právě věkovému složení jejich klientely. Naopak pobočka v Liberci disponuje majoritně klienty ve věku 19-41 let, a největší důležitost přisuzuje složce pracovní, což lze odůvodnit tím, že jejich klientela je v nejproduktivnějším pracovním věku.

Další otázka je pak zaměřena na typ postižení klientů, se kterým se respondenti v rámci svého povolání nejčastěji setkávají. Z níže zobrazeného grafického znázornění lze konstatovat, že se všechny pobočky nejčastěji setkávají s tělesným postižením. Tělesné postižení bylo odpovědí, kterou označilo nejvíce respondentů, což je 56 %. V rámci ucelené rehabilitace se setkávají také s duševními nemocemi, uvedlo je 28 %

respondentů. Třetí nejvíce zastoupenou skupinou odpovědí je kombinované postižení, které volilo 12 % respondentů. Pouhá 4 % z celkového počtu respondentů jmenovala mentální postižení.

Otázka č. 7 S jakým typem postižení se nejčastěji setkáváte?

Graf 8 Typ postižení



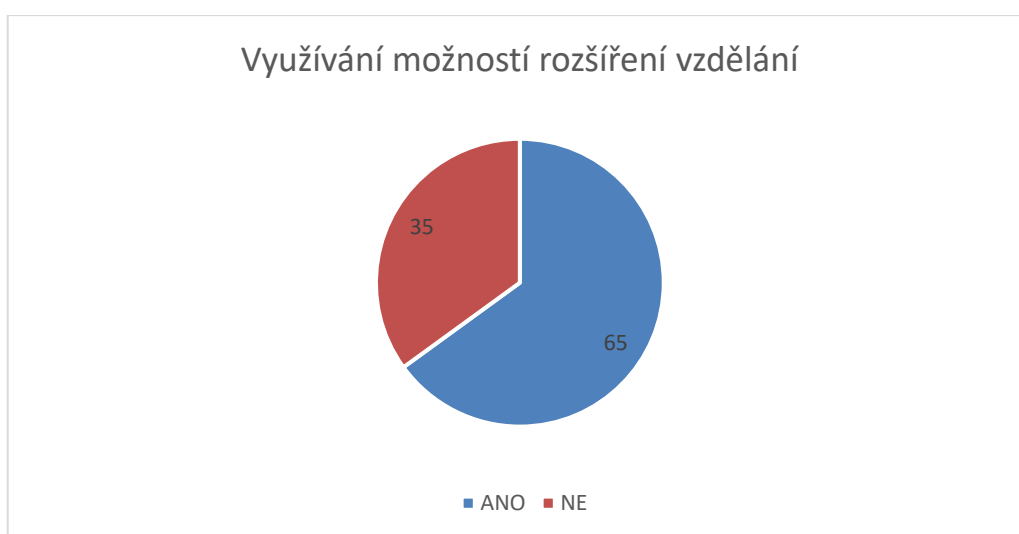
Zdroj: Vlastní zpracování

Výsledky získané z odpovědí respondentů na tuto otázku jsou rozděleny podle jednotlivých poboček, aby bylo možné v návaznosti na výzkumné otázky a cíle určit, zda nejfrekventovanější typ postižení klienta má vliv na to, kterou složku ucelené rehabilitace považují jednotlivé pobočky za nejpodstatnější, a kterou naopak využívají nejméně. Z grafu je patrné, že největší množství klientů napříč všemi pobočkami disponuje nějakým typem tělesného postižení, a proto by se mohlo jevit, že budou jednotlivé pobočky přisuzovat největší důležitost léčebné složce ucelené rehabilitace. Je tomu tak ale pouze na pobočce v České Lípě, jak již bylo uvedeno výše, jelikož tato pobočka má v porovnání s ostatními nejstarší klientelu. Ostatní pobočky považují za nejdůležitější pracovní složku ucelené rehabilitace, což přisuzujeme tomu, že majorita jejich klientů se nachází v nejproduktivnějším období lidského života, kdy se soustředí na pracovní, popř. rodinný život.

V návaznosti na zkoumanou problematiku jsme se zaměřili na oblast dalšího vzdělávání, resp. rozšiřování kvalifikace klientů, aby se zvýšily možnosti jejich pracovního uplatnění. Vzhledem k tomu, že mentálně postižených, a těžce vzdělatelných klientů námi zkoumané organizace je dle výsledků předchozí otázky minorita, lze předpokládat, že rozšíření vzdělání představuje pro účely nalezení zaměstnání přínos. Z tohoto důvodu je na toto téma orientována i otázka č. 8. Graf č. 9 pak zpracovává odpovědi všech respondentů.

Otázka č. 8 Využívají klienti aktivně možnosti dalšího vzdělávání a rozšíření svého pracovního uplatnění?

Graf 9 Využití možností dalšího vzdělávání



Zdroj: Vlastní zpracování

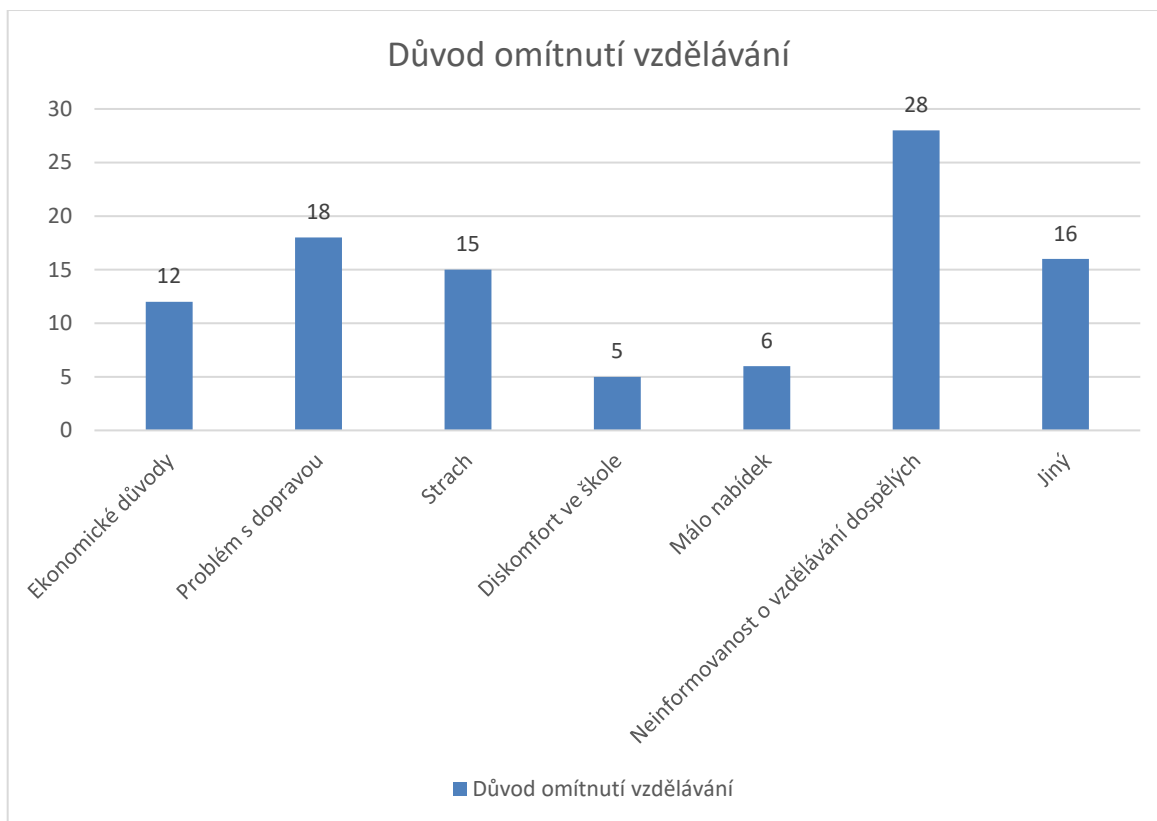
Na grafu č. 9 je patrné, že poměrně velká část respondentů se setkává s tím, že klienti nevítají možnosti dále se vzdělávat, a rozšířit si tak kvalifikaci novým směrem, což by jim mohlo dopomoci k získání zaměstnání, resp. lepšího zaměstnání. Primárně se jednalo o klienty pobočky Česká Lípa, tedy klienty patřící do vyšší věkové skupiny, a pak klienty z pobočky z Jablonce nad Nisou, která naopak disponuje nejvyšším počtem klientů z nejmladší věkové skupiny. Z uvedeného lze usuzovat, že velmi mladí klienti, a klienti z vyšší věkové skupiny častěji odmítají další vzdělávání, než je tomu u jiných věkových skupin klientů.

Pokud respondent zvolil možnost NE u této otázky, byl požádán otázkou č. 10, aby svou odpověď blíže odůvodnil, a objasnil konkrétní důvody, které klienti nejčastěji uvádějí, když odmítnou možnost dalšího studia.

Otázka č. 9: Jaký je nejčastější důvod klienta k odmítnutí dalšího studia a rozšíření možností nalézt vhodné zaměstnání?

Pro přehlednost byla data získaná z odpovědí na tuto otázku zapracována do jednoho grafu č. 10 pro celou organizaci, bez dělení na jednotlivé pobočky.

Graf 10 Důvody odmítnutí možnosti dalšího vzdělávání



Zdroj: Vlastní zpracování

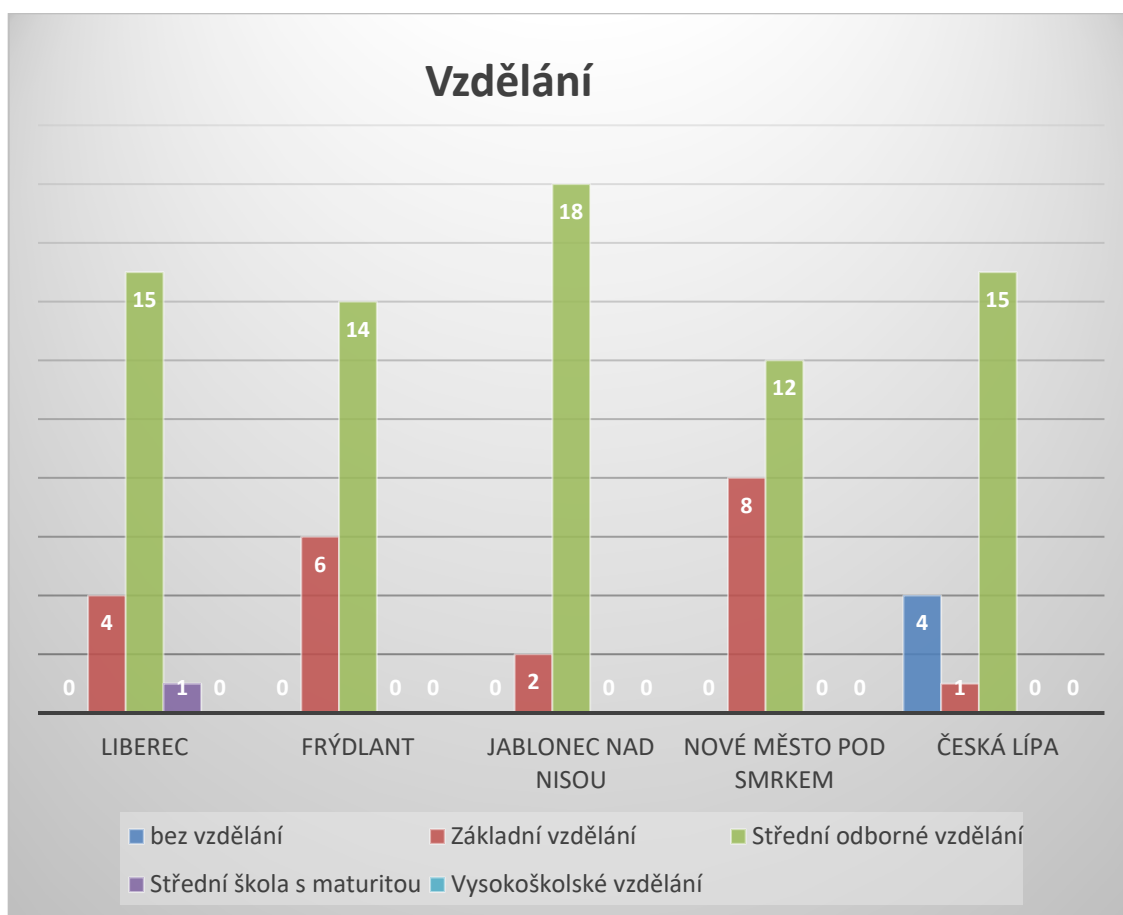
Na otázku č. 9 Jaký je nejčastější důvod klienta k odmítnutí dalšího studia a rozšíření možností nalézt vhodné zaměstnání? Respondenti nejčastěji volili odpověď „*Nedostatek informací o možnostech vzdělávání v dospělosti*“. Tato nejvíce zastoupená odpověď byla označena 28 % respondentů, 18 % respondentů volilo odpověď „*Problémy s dopravou, komplikace s dojížděním*“. Na dalším místě byla nejčastěji uvedena odpověď „*jiné*“, tu označilo 16 % z celkového počtu dotazovaných. 15 % respondentů si myslí, že nejčastější důvod, proč jejich klienti odmítají dále studovat a mít více možností pro získání vhodného zaměstnání, spočívá ve strachu z nezvládnutí kurzu. 12 % respondentů tento problém připisuje ekonomickým důvodům, kdy si myslí, že klienti nemají dostatečné finanční prostředky, aby mohli jít někam dále studovat. To, že se v daném regionu nenachází takové nabídky, které by klienty zajímaly, označilo 6 % dotazovaných. Pouhých 5 % respondentů označilo odpověď „*Necítí se dobře ve školním prostředí*“. Žádný z respondentů neoznačil odpověď „*Nedostatek času*“.

Součástí této otázky byla i odpověď, na kterou 16 % respondentů odpovědělo písemným vyjádřením, tudíž šlo o odpověď „jiné“. Tato odpověď měla možnost otevřené volby, kdy nejčastějšími odpověďmi respondentů bylo, že klienti necítí potřebu dalšího vzdělávání. Mezi dalšími odpověďmi se nacházela odpověď, že tam, kde je to relevantní, využívají účastníci projektu rekvalifikační kurzy, přičemž je využívají velmi rádi. Další velmi častou odpovědí bylo, že rekvalifikační kurzy klienti neodmítají, ale na denní či distanční studium již nemají věk.

Další otázka č. 10 se k předchozí otázce pochopitelně váže, a zjišťuje, jakou úroveň vzdělání klienti majoritně aktuálně disponují.

Otázka č. 10 Jakou úroveň vzdělání nejčastěji Vaši klienti disponují?

Graf 11 Úroveň vzdělání klientů



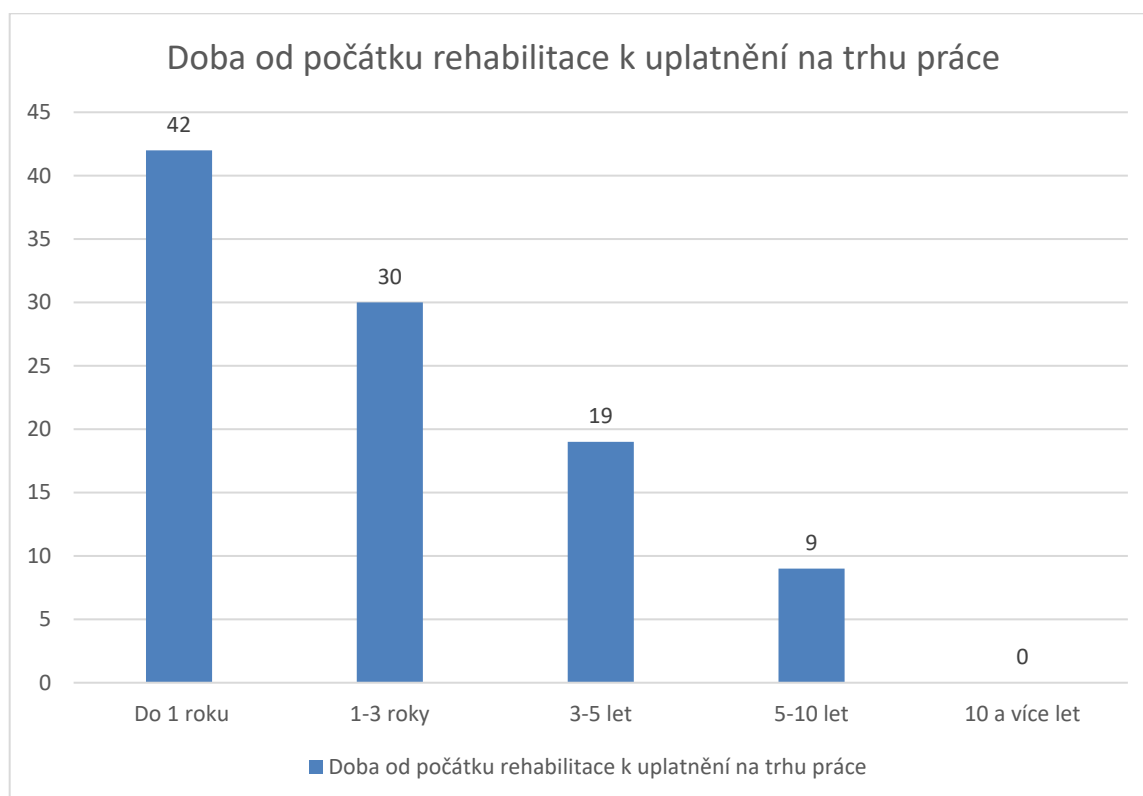
Zdroj: Vlastní zpracování

Z výše uvedeného Grafu č. 11 zřetelně vyplývá, že nejpočetnější skupinou klientů, kteří využívají služby v rámci všech poboček, jsou klienti se středním odborným vzděláním. Označilo ho 74 % respondentů, 21 % dotazovaných uvedlo jako nejčastější skupinu klientů lidi se základním vzděláním. Zbývající 4 % respondentů jsou zcela bez vzdělání a 1 % má středoškolské vzdělání s maturitou. Žádný z respondentů nevedl

klienta se vzděláním vysokoškolským. V souvislosti s výzkumnými otázkami a cíli této práce je vhodné uvést, že všechny pobočky disponují majoritně klienty se středním odborným vzděláním, což potvrzuje určitou specializaci majority klientů. Zároveň však více než 60 % respondentů u předchozí otázky dotazníku uvedlo, že se v rámci ucelené rehabilitace s klienty nejčastěji musí soustředit na rozvoj pracovní složky ucelené rehabilitace, aby se zvýšila pravděpodobnost, že klient získá zaměstnání. Potvrzuje to, že vzdělání není dostačující, jsou nutné rekvalifikace a další vzdělávání, a v tomto je pracovní složka ucelené rehabilitace nenahraditelná.

Otázka č. 11 Jak dlouhý je nejčastěji časový úsek od zahájení ucelené rehabilitace do uplatnění klienta na trhu práce?

Graf 12 Doba od zahájení rehabilitace po nalezení zaměstnání



Zdroj: Vlastní zpracování

Ze získaných informací našich respondentů bylo zjištěno, že klienti organizace se na trhu práce uplatní nejčastěji do 1 roku od začátku ucelené rehabilitace a spolupráce s organizací. Celkem se jedná o celých 42 % respondentů, kteří tuto možnost zvolili. Doplňkovým šetřením bylo k této otázce zjištěno, že se nejčastěji jedná o interval ještě kratší, a klienti najdou zaměstnání do půl roku od začátku spolupráce s organizací na ucelené rehabilitaci.

Druhou největší množinu tvoří respondenti, kteří uvedli, že se jejich klienti na trhu práce uplatnili v časovém intervalu od jednoho do tří let, kdy zde se často jednalo o stav, kdy určitý časový úsek klient věnoval rozšíření své kvalifikace a dalšímu vzdělávání dospělých, což se mu následně vyplatilo, a po jeho dokončení zaměstnání našel.

Třetí nejpočetnější skupinou respondentů, konkrétně tvořících 19 % výzkumného souboru byli ti, kteří uvedli, že jejich klienti nejčastěji naleznou zaměstnání v intervalu 3-5 let. Doplnkovým šetřením zde bylo rovněž zjištěno, že se často jedná o klienty, kteří zpočátku odmítali možnosti dalšího vzdělávání, následně se pak rozhodli této možnosti využít, a proto se doba od jejich počátku spolupráce s organizací po dobu nalezení zaměstnání prodloužila.

Minorita, pouhých 9 % respondentů má klienty, kterým nalezení zaměstnání trvalo od 5 do 9 let, zde se nejčastěji jedná o klienty odmítající rozšíření kvalifikace, popř. odmítající nabízené pracovní pozice, nebo klienty se kterými není spolupráce tak intenzivní, jak by si celý proces vyžadoval. Žádný z respondentů pak nevedl, že by klientům trvalo nalezení zaměstnání více než 10 let.

Otázka č. 12 Co považujete za největší dosažený přínos při procesu začleňování OZP do pracovního procesu?

U této otázky respondenti nejčastěji za dosažené přínosy označovali nalezení zaměstnání pro OZP, dlouhodobé udržení tohoto zaměstnání a bezproblémovou stabilizaci pracovního života klientů, s čímž se pojí i stabilizace jejich finanční situace. Pro účely naší práce však tyto informace nepovažujeme za nijak překvapivé, jelikož se jedná o organizaci poskytující službu právě za těmito účely. Z tohoto důvodu zde lze pouze konstatovat úspěšný chod organizace včetně všech jejích poboček. V rámci vypracování této praktické části se však rovněž snažíme nalézt určité nuance a jiný druh přínosů, které se s procesem ucelené rehabilitace pojí. I takové byly v odpovědích našich respondentů nalezeny, konkrétně se jednalo o následující:

Respondent pobočky z Nového Města pod Smrkem označili za svůj největší úspěch situaci, kdy se účastníci projektu povedlo významně psychicky stabilizovat a pomohlo se jí s pracovním uplatněním, které odpovídá jejím možnostem. Tato klientka je s organizací dále v kontaktu, ale dochází pouze na „přátelské popovídání“, udržuje si stabilní zaměstnání a je spokojená.

Respondent z Liberecké pobočky pak uvedl, že považuje za svůj největší úspěch situaci klienta, který se potýkal s rodinnými problémy v souvislosti s tím, že neměl zaměstnání. Docházelo k hádkám s manželkou o rodinných financích a celkové situaci

rodiny, včetně špatného příkladu, který dává svou nečinností svému synovi. Hrozil i rozvod manželství. Klient začal s organizací intenzivněji spolupracovat, rozšířil si kvalifikaci, a do šesti měsíců si našel i zaměstnání. Jeho finanční i rodinná situace se dala do pořádku, a rodina nyní spokojeně funguje.

Jiný respondent Liberecké pobočky pak za svůj největší úspěch označil klienta, který ochrnil po autonehodě. Se svým postižením se velmi těžko vyrovnával, trpěl depresemi, a omezoval kontakty se sociálním okolím, od všech se distancoval, a užíral se ve vlastní sebelítosti. Ztratil motivaci k životu. Jeho ošetřující lékař jej přesvědčil, aby navštívil sdružení Tulipán, a začal s nimi spolupracovat. Jeho psychický stav se natolik zlepšil, že během dvou let se klient vypracoval na kouče, a nyní se v rámci svého pracovního uplatnění věnuje koučingu obětí nejrůznějších úrazů, a snaží se je tak dostat ze stavu, ve kterém se sám před několika lety nacházel.

Respondent z České Lípy pak rovněž popsal příběh jednoho z klientů, kterému byla diagnostikovaná lehká mozková dysfunkce, časem i řada vrozených poruch. Až v Tulipánu mu byla díky odborníkům a lékařům diagnostikována obsedantně kompulzivní porucha a porucha autistického spektra. V Tulipánu mu byla věnována péče hlavně v oblasti sociálního a finančního poradenství a také terapie. Psychicky se stabilizoval tak výrazně, že již během prvních dvou let nebyla potřebná pravidelná medikace. Klient získal sebevědomí, našel si zaměstnání v chráněné dílně, a díky všem složkám ucelené rehabilitace se vrátil zpátky do systému a nyní žije zcela samostatně v sociálním bytě.

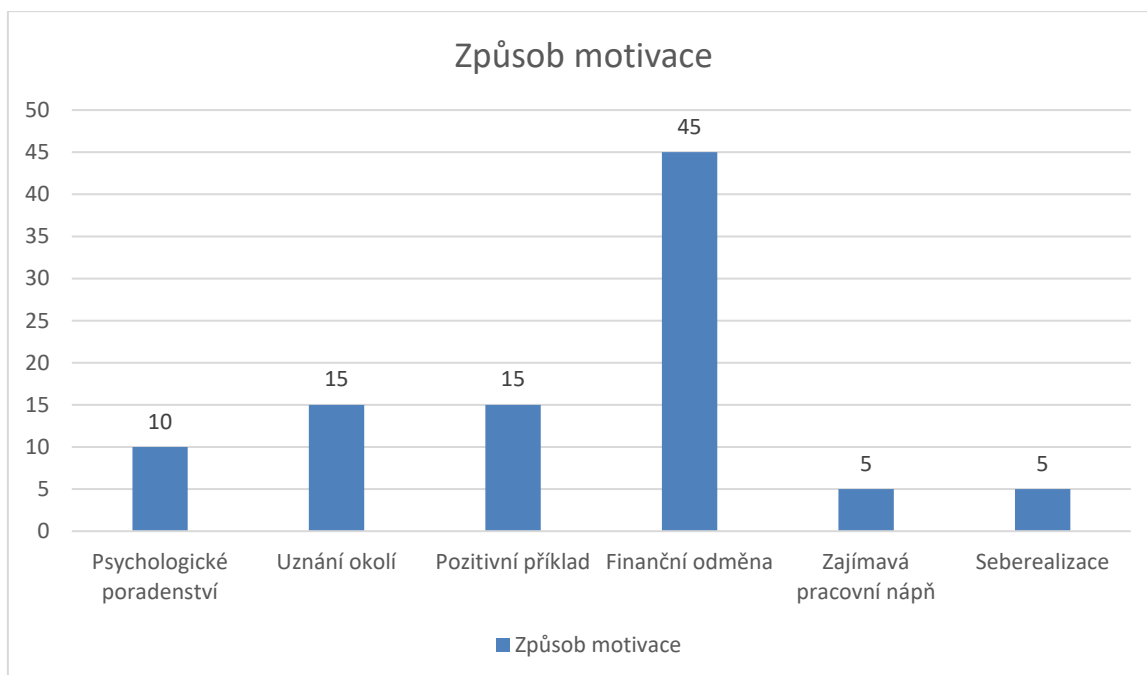
Následující otázka č. 13 dotazníku je zaměřena na motivaci klienta k nalezení zaměstnání. U otázky měli respondenti možnost výběru z několika možností, a pokud si z uvedených možností nevybrali, měli možnost svou odpověď rozepsat na volný řádek pod otázkou.

Otázka č. 13 Jakým způsobem motivujete klienta k práci?

Majorita respondentů si vybrala z uvedených možností, pouze 5 z nich zvolilo možnost „jiné“ a svou odpověď napsali.

Odpovědi respondentů z otázky č. 13 zobrazuje graf č.13.

Graf 13 Způsoby motivace klientů



Zdroj: Vlastní zpracování

Respondenti našeho výzkumného souboru nejčastěji, a to ve 45 % uváděli, že motivují klienta finanční odměnou, kterou za práci získá. Plat samozřejmě může napomoci ke stabilizaci a zlepšení celkové životní situace klienta, jak se například projevilo v odpovědích na předchozí otázku. Po 15 % respondentů uvedlo možnosti pozitivního příkladu a motivaci skrze možnost uznání ze strany okolí. Pozitivní příklad je obecně často využívaným nejen v oblasti zaměstnávání OZP. Motivace skrze uznání okolí pak spočívá ve využití jedné ze základních lidských potřeb, kterou je potřeba znání a seberealizace. Pouze 10 % respondentů motivuje své klienty prostřednictvím individuálního psychologického poradenství. Zbývajících 5 % respondentů motivuje klienta skrze zajímavou pracovní náplň, a dalších 5 % skrze možnost seberealizovat se. Zajímavé je, že na pobočkách s mladší klientelou dominovala odměna finanční povahy, zatímco například na pobočce Česká Lípa, kde je klientela starší, se častěji objevovala motivace uznáním okolí, možnostmi seberealizace, zajímavou pracovní náplní apod.

Nutno zmínit, že v rámci motivace klienta je vždy stěžejní vybrat metodu s ohledem na individuální zvláštnosti a osobnostní charakteristiky klienta, k čemuž je potřebné klienta důkladně poznat.

Respondenti, kteří zvolili možnost „jiné“, pak své odpovědi formulovali následovně:

„Motivujeme klienty tak, že pomalu posouváme jejich hranice a nastavujeme jim možnosti, kterých mohou ve skutečnosti dosáhnout.“

„Účastníci projektu navštěvují aktivity projektu velmi rádi a nepotřebují tak žádnou velkou motivaci.“

„Motivaci klientů umožňujeme prostřednictvím motivačních klubů, podporou psychologa, individuálního poradenství, případně dluhová poradenství a poradenství k vyřešení aktuální životní situace. Zaměstnavatele motivujeme k zaměstnávání osob se zdravotním postižením nějakými bonusy, jimiž mohou být mzdové příspěvky či příspěvky na asistenta“

„Klienti docházejí zcela dobrovolně, což je samo o sobě motivující, ale řádnou motivací je kvalita provozované aktivity.“

„Motivace není potřeba, klienti chtějí sami.“

Z těchto odpovědí považujeme za nejzajímavější, že u některých klientů není nutné dodávat další vnější motivaci, a jsou schopni se motivovat sami, popřípadě je motivuje samotná kvalita poskytované aktivity.

Otázka č. 14 Co byste ve své organizaci (na své pobočce) rádi změnili?

Z výzkumného šetření vyplynulo, že by respondenti téměř ze všech poboček uvítali následující zlepšení:

- větší míra spolupráce s externími organizacemi,
- častější školení,
- lepší možnost poskytnout klientům adekvátní poradenskou činnost,
- větší škálu kompenzačních pomůcek,
- více sociálních pracovníků.

V následující fázi praktické části budou popsány výsledky realizovaného zúčastněného pozorování ve vybrané organizaci i mimo ni.

Pozorování probíhalo v průběhu měsíců srpen a září 2020, a to na její hlavní liberecké pobočce organizace a v jedné z libereckých chráněných dílen. V rámci této části výzkumu bylo záměrem se svolením personálu i zúčastněných klientů nejprve od dvou vybraných pracovníků pobočky získat relevantní data o dvou vybraných klientech, a jejich spolupráci s organizací. První ze selektovaných klientů již má ucelenou rehabilitaci za sebou, a druhý klient své pracovní uplatnění hledá, a pravidelně spolupracuje s organizací na procesu ucelené rehabilitace.

Data získaná od pracovníků organizace pak budou ověřena a komparována vlastním pozorováním u skutečných klientů.

Celkem se jednalo o 2 pozorování týdně, celkem 8 pozorování po 90 minutách. Na základě analýzy našeho pozorování pak bude možné posoudit, jaký přínos měla ucelená rehabilitace při jejich procesu uplatňování na trhu práce.

KLIENTKA A-35 let

Klientka A již má ucelenou rehabilitaci za sebou. Zaměstnána byla cca před třemi měsíci, a to po celkem devíti měsících spolupráce s organizací, se kterou pracovala na procesu ucelené rehabilitace. Z informací získaných od pracovníka organizace bylo zjištěno následující:

Anamnéza: Vystudovala angličtinu, španělštinu průvodcovství. Cestovala a pracovala v prestižním hotelu. Přišla o práci, přišel rozvod a s tím spojený velký stres, což způsobilo rozvoj její nemoc, bipolární porucha osobnosti, a deprese. Ze samostatného člověka se stala osoba závislá na péči okolí. Časem se nepohodla s otcem a přišla o střechu nad hlavou. Policíí byla nalezena a odvezena ve špatném psychickém stavu na psychiatrické oddělení, kde byla medikována tlumícími léky, měla zákaz vycházení ze zařízení, byla izolována pouze v jedné uzavřené místnosti. Následně požádala o přesun do zařízení v Kosmonosích, kde se její psychický stav stabilizoval, ale dále a trpěla úzkostmi a depresemi. V prosinci 2019 našla útočiště v Tulipánu, kde jí byla nabídnuta pomoc. Postupem času začala pracovat v chráněné dílně a poté se vypracovala až na asistentku ředitele. Nyní je zcela samostatná, soběstačná, žije s partnerem ve stálém domově.

Shrnutí stěžejních poznatků vlastního pozorování:

Klientka byla velmi komunikativní, v rámci sociálních kontaktů otevřená a přátelská, bez problémů jednala s cizími lidmi osobně i telefonicky. Pracuje jako asistentka ředitele chráněné dílny, kde má na starosti veškerou administrativu spojenou s chodem tří poboček dílen. S Tulipánem je nadále v kontaktu, jelikož se zaměstnanci často jedná kvůli zaměstnávání klientů v jejich chráněných dílnách. Na dotaz, zda jí ucelená rehabilitace nějakým způsobem dopomohla k její současné životní situaci, uvádí, že jí organizace pomohla se v první řadě psychicky stabilizovat, kdy během několika měsíců byla schopná vysadit každodenní medikaci. V současnosti dochází ambulantně k psychologovi, aby bylo jisté, že je její onemocnění pod kontrolou. S psychickou stabilizací se otevřely možnosti stabilizovat se i finančně, a nejprve tak, že pracovala v chráněné dílně, během 3 měsíců jí však s ohledem na její předchozí pracovní zkušenosti byla nabídnuta pozice asistentky ředitele dílen. V tomto období si našla i přítele, se kterým momentálně bydlí v nedalekém

bytě, který mají společně pronajatý, a plánují budoucnost, dokonce i děti, pokud to bude po zdravotní stránce možné. Spolupráci s organizací nevidí jen jako prostředek k nalezení práce, ale jako pomocnou ruku, která jí byla nabídnuta v době nejvyšší potřeby, a která jí pomohla se v životě stabilizovat po všech stránkách.

KLIENT B-45 let

Klient B aktuálně procesem ucelené rehabilitace prochází.

Z informací získaných od pracovníka organizace bylo zjištěno následující:

Anamnéza: nejmladší ze 4 dětí, rodiče neměli dostatek informací, trpělivosti ani sil na výchovu. Po porodu mu byla diagnostikovaná lehká mozková dysfunkce, časem i řada dalších vrozených poruch. Škola pro něj nebyla jednoduchá, chodil do vyrovnávací třídy, pak do zvláštní školy. Po dokončení školní docházky mu nebyla doporučena žádná specializovaná škola. Rodiče mu nejdříve našli manuálně zaměřené zaměstnání, které zvládal, firma ale na jaře 2020 zkrachovala. Do Tulipánu přišel na doporučení pracovnice z Úřadu práce. V zařízení mu v rámci ucelené terapie byla diagnostikována obsedantně kompulzivní porucha a také porucha autistického spektra. Dále mu je poskytována pomoc v oblasti sociální a finančního poradenství a také terapie. Díky souhře jednotlivých složek ucelené rehabilitace složkám se organizace snaží o jeho zařazení zpátky do společnosti a do pracovního procesu. Jedná se rovněž o sociálním bytě, ve kterém by mohl postupem času bydlet a žít samostatně.

Shrnutí stěžejních poznatků: Klient působí nejistě, je mu poskytováno psychologické poradenství, kvůli jeho obsedantně kompulzivní poruše a poruše autistického spektra. Rovněž dochází na schůzky ohledně sociálního poradenství, kde si nacvičuje nejrůznější životní situace v interakci s jinými lidmi, rodinou, nebo cizími lidmi, které mohou běžně nastat, a zkouší, jak by se na ně dalo reagovat, aby ho to nevyvedlo z míry. Sociální interakce jsou procvičovány i jinými způsoby. Nacvičováno je i jednání s úřady, úkony každodenního života, jako je vyřízení telefonního tarifu, nebo zajištění potřebných sociálních dávek apod. Se zajištěním státních sociálních dávek souvisí i poradenství finanční, které je klientovi rovněž poskytováno. Také bylo s klientem pracováno na tvorbě měsíčního rozpočtu, a jeho dodržování takovým způsobem, aby s penězi vyšel celý měsíc. S pracovními návyky klient nemá problém, je zvyklý z minulosti, kdy pracoval ve fabrice u pásu. Měl zde však problémy s kolegy, kteří jej šikanovali. Klient začal pracovat v jedné z chráněných dílen. V práci je spokojený, pochvaluje si i spolupracovníky. Jeho cílem do budoucna je samostatné bydlení v sociálním bytě, o čemž se aktuálně jedná, a jakmile

bude klient připraven i po ostatních stránkách, bude mu tento typ bydlení zprostředkován, aby se mohl zcela osamostatnit. Spolupráce s organizací však bude probíhat i nadále.

Pozorováním bylo zjištěno, že mimo zajištění a pomoc se zprostředkováním uplatnění klientů na pracovním trhu, je efektem ucelené rehabilitace i celková stabilizace klientů, a to jak po jejich psychické, resp. zdravotní stránce, tak také v osobním životě, kdy jim zlepšení jejich stavu dovoluje pracovat, vydělat si vlastní peníze, a samostatně fungovat, aniž by byli závislí na dohledu nebo péči třetí osoby.

6.5 Shrnutí výsledků výzkumného šetření

Cílem praktické části bylo zjistit přínos ucelené rehabilitace při procesu uplatňování na trhu práce v prostředí vybrané organizace. Toto výzkumné šetření probíhalo prostřednictvím realizace dotazníkového šetření elektronickou formou, aby bylo možné získat co nejvíce relevantních odpovědí od selektovaných respondentů. Vedle dotazníkového šetření jako doplňkový výzkum proběhlo i pozorování v dané organizaci. Výzkumné šetření bylo původně realizováno v průběhu ledna 2020. Získaná data však neodpovídala cílům práce, a proto bylo nutné výzkumné šetření realizovat znovu a lépe, a to v průběhu srpna až října 2020.

Dotazníky byly elektronickou formou distribuovány do všech poboček předem oslovené organizace, kde byla následovně realizována i druhá výzkumná technika, a to pozorování.

Cílem výzkumu bylo **„zjistit přínos ucelené rehabilitace při procesu uplatňování na trhu práce v prostředí vybrané organizace.“**

Vzhledem k takto zvolenému cíli, byly zvoleny tyto čtyři výzkumné otázky:

- 1) *Která ze složek ucelené rehabilitace je dle zkušeností pracovníků dané organizace při získávání zaměstnání u osob se zdravotním postižením nejdůležitější?*

U této otázky bylo zjištěno, že podle praktických zkušeností našich respondentů napříč všemi pobočkami, hraje nejstěžejnější roli složka pracovní, kterou uvedlo 38 respondentů, kteří představují 38 % výzkumného vzorku, a složka léčebná, kterou uvedlo 28 respondentů, tedy 28 % výzkumného souboru.

Získaný výsledek není překvapující, jelikož bereme-li v úvahu fakt, že se jedná o pracovní zařazení osob se zdravotním postižením na trhu práce, bude jednu z hlavních rolí hrát pracovní složka rehabilitace. Vedle toho bez léčebné složky by celý systém

nemohl fungovat, protože pouze klient, který je v optimálním zdravotním stavu, může být zařazen na vhodnou pracovní pozici. Nejméně respondentů, a to pouze 12 % považovalo za stěžejní pedagogickou složku. Tento výsledek opět není překvapením, bereme-li v úvahu, že tato složka ucelené rehabilitace je primárně poskytována dětem a mladým dospělým, kteří ještě zaměstnání nehledají. Mohou se pochopitelně ale objevit i dospělí, kteří tuto složku využívají, a proto ji respondenti zvolili. Zde se pouze potvrzuje individualita každého klienta a specifika potřeb, které má. Máme tím na mysli, že ne všichni dospělí nepotřebují pedagogické působení, a vše se odvíjí od individuální práce zaměstnanců s klientem. Tímto způsobem je tedy i nutné chápat výsledky našeho výzkumného šetření, tedy s ohledem na individuální potřeby každého klienta.

Druhá, související výzkumná otázka byla:

2) Která ze složek ucelené rehabilitace je dle zkušeností pracovníků dané organizace při získávání zaměstnání u osob se zdravotním postižením nejméně efektivní?

Ze zjištěných dat vyplynulo, že naprostá majorita, konkrétně 96 % zaměstnanců organizace má na základě svých pracovních zkušeností na této pozici za to, že v rámci zaměstnávání osob se zdravotním postižením je samostatně nejméně efektivní složkou ucelené rehabilitace právě rehabilitace pedagogickým působením. Jak již bylo ale uvedeno u předchozí otázky, je nutné zde brát v úvahu fakt, že tato složka je primárně poskytována školou povinným klientům, kteří vyžadují pedagogické působení, což u dospělých klientů není ve všech případech nutné. Vzhledem k tomu, že zaměstnanci zvolili tuto složku ucelené rehabilitace jako samostatně nejméně efektivní, přestože víme, že je nedílnou součástí systému ucelené rehabilitace. Potvrdila se nám rovněž validita odpovědí respondentů na předchozí otázku.

Třetí výzkumná otázka zněla:

3) Na kterých oblastech ucelené rehabilitace je dle zkušeností pracovníků dané organizace potřeba s klienty nejčastěji pracovat, aby se zvýšila pravděpodobnost jejich uplatnění na trhu práce?

Zde bylo zjištěno, že pracovníci napříč organizací mají na základě svých dosavadních zkušeností za to, že s klienty nejčastěji rozvíjejí pracovní složku ucelené rehabilitace, aby se zvýšila jejich uplatnitelnost na současném pracovním trhu pro OZP. Konkrétně zde hovoříme o 61 % pracovníků. Druhou nejčastěji rozvíjenou oblastí byla oblast sociální, což se ve spojitosti se zaměstnáváním, a tedy i kontaktem se sociálním okolím nabízí jako zcela relevantní výsledek. Opět je zde nutné brát v úvahu, že je velmi

důležitá kombinace několika, resp. všech složek ucelené rehabilitace, zde jsme se však soustředili na nuance, které postřehnou pouze zaměstnanci s určitou praxí, a jedná se zde o jejich zkušenosti s tím, na kterou oblast se v rámci práce s klientem za účelem jeho získání zaměstnání nejčastěji soustředí.

Čtvrtou výzkumnou otázkou jsme se snažili zjistit:

4) *Jak hodnotí zaměstnanci organizace efektivitu spolupráce s úřadem práce při získávání zaměstnání u osob se zdravotním postižením?*

Zde bylo zjištěno, že jako efektivní ji hodnotí 62 % respondentů, a jako neefektivní 38 % respondentů. Mimo tuto možnost byli respondenti rovněž požádáni o to, aby uvedli, se kterou pobočkou ÚP konkrétně spolupracují. Dále v rámci této otázky měli respondenti možnost kromě volby možnosti ANO/NE v dotazníku také k dispozici volný řádek, na který mohli vepsat svůj komentář ke své odpovědi. Majorita možnosti vyjádřit hlouběji svůj názor nevyužila, řádek popsalo pouze 10 respondentů, z toho 6 považovalo spolupráci za efektivní, a zbývajících 4 nikoliv.

Zaměříme-li se na zhodnocení výsledků výzkumného šetření ve vztahu k hlavnímu cíli práce, je možno uvést, že jako přínos ucelené rehabilitace při procesu uplatňování na trhu práce v prostředí vybrané organizace bylo identifikováno hned několik jevů. Prvním z nich je celková stabilizace klientů, a to nejen v oblasti pracovního života, ale nejprve v rovině psychické, resp. zde hovoříme o primární stabilizaci jejich zdravotního stavu po psychické stránce. Některých klientů se jednalo o omezení, nebo úplné vysazení medikace, u jiných pak například o komplexní diagnózu. Narovnání psychického stavu pak u klientů poskytlo prostor k rozvoji sociálních vztahů a interakcí, popřípadě s možností klienta zařadit do pracovního procesu. Pokud i tyto úkony proběhly úspěšně, byl prostor k celkovému osamostatnění, finanční nezávislosti a zařazení do běžného života společnosti se vším všudy. Těmito zjištěními se nám povedlo odhalit přínos, který s sebou nese ucelená rehabilitace při procesu uplatňování na trhu práce, a naplnit tak hlavní cíl práce.

V neposlední řadě bylo výzkumným šetřením zjištěno, že zaměstnanci by uvítali změnu ve větším zapojení zdravotní složky ucelené rehabilitace, lepší spolupráci s externími organizacemi nebo by přivítali více sociálních pracovníků. Daná organizace svým klientům poskytuje pomoc, pracovní uplatnění, sociální i pracovní návyky, navazování vztahů, možnost práce s PC, poradenství.

7 Diskuse

V rámci této kapitoly budou diskutovány vybrané poznatky z teoretické části práce s výsledky získanými v průběhu vlastního výzkumného šetření autorky.

Jako první bude uvedena teze Votavy (2003), který uvádí, že rehabilitovaný by měl mít v rehabilitaci primární roli, jeho motivace je nezbytnou součástí úspěchu. Pokud tato osoba nemá zájem a nechce být rehabilitován, nelze v tomto procesu pokračovat. Otázkou motivace a jejích druhů, které respondenti při práci s klienty využívají, je celá řada, a některé z nich byly podrobněji popsány. Výzkumným šetřením se nám však výše popsaná teze potvrdila. Dále bylo zjištěno, že například klienti, kteří zpočátku odmítali možnosti rozšíření své kvalifikace, a dalšího vzdělávání, a nebyli tedy dostatečně silně motivováni k učinění všech potřebných kroků k nalezení zaměstnání a zařazení se do běžného života společnosti, s postupem času tuto motivaci našli, což jim následně pomohlo si v poměrně krátkém časovém horizontu nalézt zaměstnání a stabilizovat svou životní situaci.

O znovunalezení a důležitosti motivace pro život je velmi vypovídající příběh klienta, Liberecké pobočky, který ochrnul po autonehodě. Se svým postižením se velmi těžko vyrovnával, trpěl depresemi, a omezoval kontakty se sociálním okolím, od všech se distancoval, a užíral se ve vlastní sebelítosti. Ztratil motivaci k životu. Jeho ošetřující lékař jej přesvědčil, aby navštívil sdružení Tulipán, a začal s nimi spolupracovat. Jeho psychický stav se natolik zlepšil, že během dvou let se klient vypracoval na kouče, a nyní se v rámci svého pracovního uplatnění věnuje koučingu obětí nejrůznějších úrazů, a snaží se je tak dostat ze stavu, ve kterém se sám před několika lety nacházel.

Nehovoříme zde ale pouze o motivaci k pracovní činnosti, ale také o motivaci k psychické i fyzické stabilizaci aktuálního stavu jedince, aby on sám sobě umožnil začlenit se do společnosti, a je-li to možné i fungovat bez závislosti na pomoci druhé osoby.

Další tezí z teoretické části, která se výzkumným šetřením potvrdila, je teze Buchtové (2002), podle které je práce je důležitou podmínkou pro plnohodnotné začlenění do společenského života, proto zaujímá nezastupitelnou úlohu v životě člověka. Díky práci získává člověk ekonomickou samostatnost, uspokojuje své potřeby a také získává své místo ve společnosti. Zároveň si i společnost vytváří postoj k danému člověku (Buchtová 2002).

Neschopnost si najít zaměstnání či ztráta zaměstnání může v člověku vyvolat psychické a somatické reakce jako ztráta důvěry v sebe sama a v ostatní lidi, deprese, beznaděj, sociální izolovanost a konflikty ve vlastní rodině, které mohou vést až ke zhoršení zdravotního stavu (Buchtová 2002).

Tato myšlenka se v rámci našeho výzkumného šetření zcela ukázkově potvrdila v části, kde byli respondenti dotazováni na to, co považují za svůj největší úspěch své práce, kdy respondent z Liberecké pobočky uvedl, že považuje za svůj největší úspěch situaci klienta, který se potýkal s rodinnými problémy v souvislosti s tím, že neměl zaměstnání. Docházelo k hádkám s manželkou o rodinných financích a celkové situaci rodiny, včetně špatného příkladu, který dává svou nečinností svému synovi. Hrozil i rozvod manželství. Klient začal s organizací intenzivněji spolupracovat, rozšířil si kvalifikaci, a do šesti měsíců si našel i zaměstnání. Jeho finanční i rodinná situace se dala do pořádku, a rodina nyní spokojeně funguje.

Potvrzení této teze se však prolíná výsledky jak dotazníkového šetření, tak i pozorování v terénu, kdy byl popsán příběh klientky, která ucelenou rehabilitaci má úspěšně za sebou. Tato klientka nejprve musela využít léčebnou složku ucelené rehabilitace, která je pro utišení zdravotního i psychického stavu klienta velmi často zcela stěžejní, a následně byla schopná se pomalu zařadit do pracovního života díky pracovní složce ucelené rehabilitace, což jí umožnilo si ve velmi krátkém časovém horizontu vybudovat dobrou pracovní pozici, a celkově harmonizovat svou životní situaci po všech stránkách.

Podarilo se zjistit, že obecně se problematikou ucelené rehabilitace z různých pohledů zabývala celá řada bakalářských i diplomových prací. Avšak žádná z nalezených prací nebyla zaměřena tak specifickým způsobem na přínos ucelené rehabilitace právě při procesu uplatňování na trhu práce v prostředí vybrané organizace, a proto se nepodařilo ani nalézt konkrétní data nebo výsledky výzkumu, se kterými by bylo možné komparovat výsledky této výzkumné činnosti.

8 Návrh opatření pro lepší praxi

Na základě dosažených poznatků v rámci výzkumné činnosti bude nyní předloženo několik doporučení, která by mohla přispět k lepší praxi organizace.

V první řadě považujeme za důležité uvést, že ve fungování organizace a vzájemné kooperaci zaměstnanců s klienty, nebo mezi zaměstnanci navzájem, nebyly naším výzkumným šetřením odhaleny žádné závažnější nedostatky. Následující návrhy mají tedy pouze doporučující charakter.

Výzkumným šetřením bylo přímo zjištěno, že zaměstnanci by uvítali změnu v podobě většího zapojení zdravotní složky ucelené rehabilitace, a to zejména v oblasti vyjednávání zdravotnické rehabilitace, na kterou mají klienti často nárok, a sami o tom mnohdy nejsou ani informováni. S tím souvisí prostor na zlepšení informovanosti klientů o možnostech, které se jim nabízejí, a to nejen v rámci léčebné rehabilitace, ale také například v oblasti dalšího vzdělávání a rozšíření jejich kvalifikace za účelem zvýšení pravděpodobnosti získat zaměstnání. To, že klienti nejsou často o možnostech dalšího vzdělávání informováni, se rovněž projevilo ve výsledcích našeho výzkumu. Zde rovněž vidíme prostor pro větší zapojení pedagogické složky ucelené rehabilitace, která je napříč všemi pobočkami spíše upozadřována, ve srovnání s ostatními složkami ucelené rehabilitace, což se také projevilo ve výsledcích našeho výzkumného šetření.

Sami zaměstnanci organizace dále sami vidí prostor pro zlepšení chodu organizace v oblasti zlepšení možností spolupráce s externími organizacemi. Tohoto by bylo možné docílit například skrze zorganizování pravidelných schůzek, například čtvrtletních, se zástupci dotčených organizací. Vzhledem k tomu, že některé pobočky rovněž v našem výzkumu zmiňovaly problémy v jednání s příslušnými úřady práce, bylo by možné na tato setkání, na nichž by se probíraly aktuální problémy, které organizace řeší, pozvat i zástupce Úřadu práce.

Další oblastí k jednání, tentokrát mezi vedením organizace a jejími řadovými zaměstnanci, je dle našeho názoru možné zvýšení počtu sociálních pracovníků v organizaci. Zde je však nutné zohlednit dostupné finanční zdroje a možnosti organizace.

Pokud by výše popsaná opatření byla doplněna v praxi, mohlo by dojít ke zlepšení a zefektivnění chodu této organizace.

Závěr

Tématem bakalářské práce byla problematika ucelené rehabilitace při uplatňování na trhu práce. Práce byla rozdělena na dvě hlavní části, kterými byla část teoretická a část praktická. Teoretická část byla dále rozdělena do pěti hlavních kapitol. První kapitola se zabývala historií a vznikem samotného pojmu rehabilitace. V roce 1951 došlo Ministerstvem zdravotnictví k rozhodnutí, že rehabilitace bude označována jako lékařský obor, který se bude zabývat porušenou motorikou a léčbou bolestivých příznaků. Druhá kapitola je věnována pojmu ucelená rehabilitace a složkami, jež tento komplex tvoří. Ucelená rehabilitace si stojí za tím, že je nutno pohlížet na potřeby jedince ve všech jeho rovinách. Dochází tak k tomu, že se stává pro ucelenou rehabilitaci stěžejní holistické pojetí. Třetí kapitola slouží k vymezení a představení pracovní rehabilitace, která je nedílnou součástí ucelené rehabilitace, a rovněž se jedná o předmět zájmu této bakalářské práce. V této kapitole jsou vymezená práva, a to v oblasti ochrany osobních údajů všech účastníků pracovní rehabilitace a ochrany důstojnosti jejich účastníků. Neméně důležitá je také zmínka o všech formách pracovní rehabilitace, což je samotná podkapitola. Čtvrtou kapitolou je definováno zaměstnávání postižených osob. Součástí této kapitoly je historie zaměstnávání postižených osob, definice samotné osoby s postižením. Taktéž nemohlo být zapomenuto na legislativu, která se k této kapitole pojí. Dále se zde nachází popis významu práce pro člověka se zdravotním postižením. Poslední, pátou kapitolou teoretické části je organizace, na kterou se vztahuje a navazuje praktická část. Jedná se o Sdružení Tulipán, která si klade za cíl provozovat chráněnou dílnu, kde jsou zaměstnávány osoby se zdravotním znevýhodněním. V rámci poradenských služeb tato organizace pomáhá nejenom osobám se zdravotním znevýhodněním, které jsou i jejich zaměstnanci, ale také těm, kdo potřebují získat informace k řešení jejich vlastních problémů. Organizace Tulipán realizuje celou škálu kulturních, volnočasových a vzdělávacích akcí, jejichž cílem je inkluze mezi zdravou a znevýhodněnou populací.

Praktická část práce si položila čtyři výzkumné otázky, na které se podařilo odpovědět, což napomohlo identifikovat přínos ucelené rehabilitace při procesu uplatňování na trhu práce v prostředí vybrané organizace. Popsáno zde bylo hned několik doprovodných jevů. Prvním z nich byla celková stabilizace klienta, a to nejen v oblasti pracovního života, ale nejprve v rovině psychické, resp. zde hovoříme o primární stabilizaci jejich zdravotního stavu po psychické stránce. U některých klientů se jednalo o omezení, nebo úplné vysazení medikace, u jiných pak například o komplexní,

a hlavně správnou diagnózu. Narovnání psychického stavu pak u klientů poskytlo prostor k rozvoji sociálních vztahů a interakcí, popřípadě s možností klienta zařadit do pracovního procesu. Pokud i tyto úkony proběhly úspěšně, byl prostor k celkovému osamostatnění, finanční nezávislosti a zařazení do běžného života společnosti se vším všudy. Těmito zjištěními se nám povedlo odhalit přínos, který s sebou nese ucelená rehabilitace při procesu uplatňování na trhu práce, a naplnit tak hlavní cíl práce.

Ucelená rehabilitace je velmi důležitá pro osoby, které jsou z nějakého důvodu znevýhodněné. Prostřednictvím ucelené rehabilitace lze lépe dosáhnout požadovaných cílů, které se na první pohled zdají jako nedosažitelné. Důležitá je v tomto směru motivace, která stimuluje znevýhodněné osoby a pomáhá jim dosáhnout lepších výsledků, a to nejen v rámci pracovního uplatnění, ale i v životě jako takovém. Práce může také sloužit jako podklad pro další výzkumné šetření, které se bude zabývat touto problematikou.

Seznam použitých zdrojů

- ADAIR, J. E., 2004. *Efektivní motivace*. Praha: Alfa Publishing. ISBN 80-86851-00-1.
- BUCHTOVÁ, B., 2002. *Nezaměstnanost: psychologický, ekonomický a sociální problém*. Praha: Portál. ISBN 80-247-9006-8.
- ČERNÁ, M., 2015. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. 2. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3071-7.
- ČERVINKA, T., et al., 2012. *Zaměstnávání občanů se zdravotním postižením, důchodců, mladistvých a studentů, absolventů škol, žen a dalších kategorií*. 5. aktualiz. a dopl. vyd. Olomouc: ANAG. ISBN 978-80-7263-751-5.
- DISMAN, M., 2000. *Jak se vyrábí sociologická znalost: Příručka pro uživatele*. 3. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0139-7.
- HRDÁ, J., et al., 2007. *Zaměstnávání lidí se zdravotním postižením*. Praha: Jedličkův ústav a školy. ISBN 978-809-0367-616.
- JESENSKÝ, J., 1995. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. Praha: Karolinum, ISBN 80-7066-941-1.
- KOLÁŘ, P., et al., 2009. *Rehabilitace v klinické praxi*, Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-657-1.
- KOMENDOVÁ, J., 2007. *Pracovní podmínky osob se zdravotním postižením*. Ostrava: Key-Publishing. ISBN 978-80-7418-022-4.
- NEUBAUEROVÁ L., M. JAVORSKÁ a K. NEUBAUER, 2012. *Ucelená rehabilitace osob s postižením centrální nervové soustavy*. 2., uprav. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, ISBN 978-80-7435-174-7.
- NEZMAR, L., 2017. *GDPR: Praktický průvodce implementací*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0668-4.
- NOVOSÁD, L., 2006. *Základy speciálního poradenství*. Praha: Portál. ISBN 8073671743.
- NOVOSAD, L., 2009. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním: základy a předpoklady dobré poradenské praxe*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-509-7.

PIPEKOVÁ, J., et al., 2014. *Od edukace k sociální inkluzi osob se zdravotním postižením se zaměřením na mentální postižení*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-7581-8.

RICHTEROVÁ, B., 2009. *Teorie a praxe problematiky zaměstnávání osob se zdravotním postižením v České republice*. Krnov: Reintegra. ISBN 978-80-254-9526.

ŘEZANKOVÁ H., 2011. *Analýza dat z dotazníkových šetření*, 3. vyd, Příbram: PBTisk. ISBN 978-80-7431-062-1.

SOLOVSKÁ, V., 2013. *Rozvoj dovedností dospělých lidí s mentálním postižením*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0369-8.

ŠÁNDOROVÁ, Z., 2005 *Základy komprehenzivní a integrativní speciální pedagogiky raného věku: Učební text pro studující speciální pedagogiky*. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 80-7041-259-X.

ŠESTÁK, J., 2007. *Chráněná dílna: nástroj k pracovnímu uplatnění a začlenění lidí se zdravotním postižením*. Týn nad Vltavou: Domov sv. Anežky, o.p.s. ISBN 978-80-254-0108-8.

VOTAVA, J., 2003. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Karolinum, učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 80-246-0708.

Web:

AV Institut, 2004. Pracovní rehabilitace. *PráceOZP.cz* [online]. © 2020 [vid. 03. 03. 2020]. Dostupné z: <https://www.praceozp.cz/informace/poradenstvi/pracovni-rehabilitace>

ČELEDOVÁ L. a R. ČEVELA, 2011. Koordinovanost ucelené rehabilitace. *Prakt. Lek.* [online]. roč. 91, č. 11, s. 653–656 [vid. 03. 03. 2020]. Dostupné z: <http://content.ebscohost.com.ipac.kvcli.cz:8080/ContentServer.asp?T=P&P=AN&K=70399354&S=R&D=a9h&EbscoContent=dGJyMNHX8kSeqLU4yOvsOLCmsEieprNSsq64S7aWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGrrkq1qbVQuePfgex43zx>

ČESKÁ SPRÁVA SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ, 2020. Osoby zdravotně znevýhodněné. *Cssz.cz* [online]. © 2020 [vid. 03. 03. 2020]. Dostupné z: <https://www.cssz.cz/web/cz/osoby-zdravotne-znevuhodnene>

NÁRODNÍ RADA OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM ČR, 2003. *SKOK DO REALITY speciální noviny o legislativě pro zdravotně postižené* [online]. roč. 4, č. 3 [vid. 03. 06. 2020]. Dostupné z: https://nrzp.cz/wp-content/uploads/2010/05/dokumenty_skok_2003skok03.pdf

OBČANSKÉ SDRUŽENÍ - TULIPAN. Občanské sdružení – TULIPAN. *Sdruzenitulipan.cz* [online]. [vid. 3. 03. 2020]. Dostupné z: <https://www.sdruzenitulipan.cz>

ŠIMŮNEK, M., 2016. Od nového roku je opět zavedena kategorie osob zdravotně znevýhodněných. In: *C-m-t.cz* [online]. 29. 1. 2016 [vid. 03. 03. 2020]. Dostupné z: <https://www.c-m-t.cz/2016/01/29/od-noveho-roku-je-opet-zavedena-kategorie-osob-zdravotne-znevychodnenych/>

URBÁNEK, Tomáš, Denisa DENGLEROVÁ a Jan ŠIRŮČEK. *Psychometrika: měření v psychologii*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-836-4.

Úřad práce ČR, 2020. Definice OZP. *Uradprace.cz* [online]. [vid. 03. 03. 2020]. Dostupné z: <https://www.uradprace.cz/web/cz/definice-ozp>

ÚSTECKÝ KRAJ, 2018. *Metodika standardů a postupů pracovní rehabilitace v praxi* [online]. Ústí nad Labem: Ústecký kraj [vid. 03. 03. 2020]. Dostupné z: https://www.kr-ustecky.cz/assets/File.ashx?id_org=450018&id_dokumenty=1714637

VLÁDNÍ VÝBOR PRO ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÉ OBČANY, 2015. Národní plán podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2015–2020 [online]. Praha: MPSV ČR [vid. 03. 03. 2020]. Dostupné z: https://www.vlada.cz/assets/ppov/vvzpo/dokumenty/Narodni-plan-OZP-2015-2020_2.pdf

ZVONÍKOVÁ A., 2014. Rehabilitace z pohledu lékařské posudkové služby. *Reviz. posud. Léč.* [online]. roč. 17, č. 2–3, s. 65–68 [vid. 03. 03. 2020]. Dostupné z: <http://ipac.kvkli.cz:8080/login?url=http://eds.b.ebscohost.com%2feds%2fpdfviewer%2fFormatLink%3fsid%3d0cd9fb37-7713-4a81-bdaf-2451f1f489b7%40sessionmgr101%26vid%3d2%26oid%3dAN%2520100092713%26rdb%3da9h%26rid%3dAN%2520100092713%26fmt%3dC>