



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

**Význam sociálně terapeutické dílny pro zapojení
klientů do budoucí činnosti v chráněných dílnách**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:
REHABILITACE

Autor: Lucie Němcová

Vedoucí práce: doc. PhDr. Adéla Mojžíšová, Ph.D

České Budějovice 2017

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „Význam sociálně terapeutické dílny pro zapojení klientů do budoucí činnosti v chráněných dílnách“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 17. 8. 2017

Poděkování

Ráda bych poděkovala doc. PhDr. Adéle Mojžíšové, Ph.D. za odborné vedení mé bakalářské práce, cenné rady a velmi vstřícný přístup. Dále bych chtěla poděkovat své rodině za podporu a pomoc, kterou mi poskytovala během mého studia. V neposlední řadě bych ráda poděkovala všem klientům a pracovníkům zařízení, kteří byli ochotni se mnou spolupracovat na praktické části mé bakalářské práce.

Význam sociálně terapeutické dílny pro zapojení klientů do budoucí činnosti v chráněných dílnách

Abstrakt

Tato bakalářská práce se zabývá významem sociálně terapeutické dílny pro zapojení klientů do budoucí činnosti v chráněných dílnách (chráněné pracovní místo). Hlavním cílem je zmapovat nezbytné pracovní dovednosti klientů pro přechod do činnosti v chráněných dílnách (chráněné pracovní místo).

Práce se skládá z teoretické části, která shrnuje literární poznatky, a výzkumné části, kde dochází k vyhodnocení stanovených cílů.

V kapitole nazvané současný stav je práce zaměřena na cílovou skupinu osob sociálně terapeutické dílny a chráněné dílny (chráněné pracovní místo), dále je zmiňován význam práce a seberealizace pro osoby se zdravotním postižením. Je zde pracováno s pojmem sociální služby, jejich charakteristika a konkrétní vymezení sociální rehabilitace a sociálně terapeutických dílen. Další kapitola je věnována pracovní rehabilitaci se zaměřením na chráněné dílny (chráněné pracovní místo). Následně je věnována pozornost sociálnímu pracovníkovi a pracovníkům v sociálních službách. Poslední kapitola se zabývá rodinou v kontextu péče o dítě se zdravotním postižením z pohledu rodiny a práce s touto rodinou z pohledu odborných pracovníků.

Ve výzkumné části byl vymezen cíl práce, a to: Identifikovat nezbytné pracovní návyky klientů v rámci procesu sociální rehabilitace, které získávají v sociálně terapeutické dílně. Hlavní výzkumná otázka, která zněla: „Jaké jsou nezbytné pracovní dovednosti klientů pro přechod do činnosti v chráněných dílnách?“, byla dále rozdělena do pěti dílčích výzkumných otázek.

Pro zjišťování informací byla zvolena kvalitativní výzkumná strategie. Data byla sbírána metodou dotazování, konkrétně technikou polostrukturovaného rozhovoru.

Výzkumný soubor byl vybrán metodou záměrného (účelového) výběru, kde byla definována určitá kritéria pro zařazení do výzkumného souboru. Byly vymezeny dva výzkumné soubory v zastoupení klientů sociálně terapeutické dílny a odborných vedoucích pracovníků sociálně terapeutické dílny a chráněných dílen (chráněné

pracovní místo). Získané informace byly zpracovány metodou kódování a následnou kategorizací. Výsledky jsou zařazeny do podkapitol podle dílčích výzkumných otázek.

Z výzkumu vyplynulo, že klienti docházejí do sociálně terapeutické dílny z důvodu smysluplného využití času a nácviku nových dovedností, které využijí jak v zaměstnání, tak v běžném životě. Velkou motivací je také kolektiv a s ním spojené sociální začlenění. Také rodina představuje nezastupitelnou roli, kterou je podpora v každodenních činnostech a pocit jistoty. Odborní vedoucí pracovníci zhodnotili sociálně terapeutickou dílnu jako velmi významný předstupeň samotného zaměstnání. Z jejich pohledu je výhodou sociálně terapeutické dílny možnost zmapování schopností a dovedností jednotlivců, kteří usilují o přechod ze sociální služby do chráněné dílny.

Klíčová slova

Zdravotní postižení; mentální a kombinované postižení; invalidita; sociální služby; sociálně terapeutická dílna; pracovní rehabilitace; chráněná dílna (chráněné pracovní místo)

The Importance of the Social Therapeutic Workshop for Integrating Clients in their Future Activity in the Sheltered Workshop

Abstract

This Bachelor's thesis deals with the importance of the social therapeutic workshop for integrating clients in their future activity in the sheltered workshop (sheltered workplace). The main objective is to map necessary work skills of clients for their transfer to the sheltered workshop (sheltered workplace).

The thesis consists of the theoretical part, which contains literary information, and the research part where the established objectives are being evaluated.

The chapter named "Current State" is focussed on the target group of persons in the social therapeutic workshop and the sheltered workshop (sheltered workplace), and further there is mentioned the importance of work and self-fulfilment for people with the health handicap. There is described the concept of social services, their characteristics and the proper definition of the social rehabilitation and the social therapeutic workshop. Next chapter deals with the work rehabilitation directed at the sheltered workshop (sheltered workplace). And consecutively, the attention is aimed at the social worker and workers in the sphere of social services. The last chapter is focussed on the family in the context of their care for the child with the health handicap from the point of view of the family, and the cooperation with them from the point of view of professional workers.

The research part established the following objective: To identify necessary work habits of clients in the process of the social rehabilitation which they obtain in the social therapeutic workshop. The main research question "What are the necessary work skills of clients for their transfer to the activity in the sheltered workshop?" was further divided into 5 partial research questions.

The qualitative research strategy was used for obtaining information. Data were collected by means of the questionnaire, in particular the technique of the semi-structured interview.

The research sample was made up with the method of the intentional (purpose) selection

which defined particular criteria for integration in the research sample. There were made up two research samples involving clients of the social therapeutic workshop and professional leading workers of the social therapeutic workshop and the sheltered workshop (sheltered workplace). The obtained information was processed with the method of coding and consequent categorization. The results are mentioned in the subheads corresponding with the partial research questions.

The research shows that clients come to the social therapeutic workshop in order to use their time meaningfully and to train new skills which they can use both at work and in their daily life. The big motivation is also the team and related social integration. The family represents irreplaceable role which includes support in everyday activities and the feeling of security. The professional leading workers consider the social therapeutic workshop to be the very important first stage of the job. They see the advantage of the social therapeutic workshop in providing possibility to map knowledge and skills of individuals who try to move from the social service to the sheltered workshop.

Key words

Health handicap; mental and combined handicap; disability; social services; social therapeutic workshop; work rehabilitation; sheltered workshop (sheltered workplace)

Obsah

Úvod	10
1 Současný stav	12
1.1 Klienti sociálně terapeutické dílny a chráněné dílny (chráněné pracovní místo)	12
1.1.1 Osoby se zdravotním postižením.....	13
1.1.2 Osoby s mentálním postižením (mentální retardace)	16
1.1.3 Osoby s kombinovaným postižením.....	17
1.1.4 Osoby s dalšími typy postižení.....	18
1.1.5 Význam práce a seberealizace pro osoby se zdravotním postižením	18
1.1.6 Plnění povinného podílu zaměstnávání osob se zdravotním postižením.....	20
1.2 Sociální služby	20
1.2.1 Sociální rehabilitace.....	21
1.2.2 Sociálně terapeutická dílna	22
1.2.3 Pracovníci sociálně terapeutické dílny	23
1.3 Pracovní rehabilitace	24
1.3.1 Invalidita	24
1.3.2 Chráněná dílna (chráněné pracovní místo)	25
1.3.3 Pracovníci chráněné dílny (chráněné pracovní místo).....	26
1.4 Sociální pracovník.....	28
1.4.1 Role sociálního pracovníka	29
1.4.2 Klíčový pracovník	29
1.4.3 Individuální plán (IP).....	29
1.4.4 Hlavní zásady tvorby individuálního plánu	30
1.4.5 Pracovník v sociálních službách.....	30
1.5 Rodina.....	31
2 Cíl práce a výzkumné otázky.....	33
2.1 Cíl práce.....	33
2.2 Hlavní výzkumná otázka	33
2.3 Dílčí výzkumné otázky.....	33
3 Operacionalizace pojmů	34
4 Metodika	35
4.1 Způsob výběru výzkumného souboru	35
4.2 Charakteristika výzkumných souborů	36
5 Výsledky	39

5.1	Vyhodnocení dílčích výzkumných otázek.....	39
5.1.1	Vyhodnocení dílčí výzkumné otázky č. 1.....	39
5.1.2	Vyhodnocení dílčí výzkumné otázky č. 2.....	40
5.1.3	Vyhodnocení dílčí výzkumné otázky č. 3.....	41
5.1.4	Vyhodnocení dílčí výzkumné otázky č. 4.....	43
5.1.5	Vyhodnocení dílčí výzkumné otázky č. 5.....	44
6	Diskuse	46
7	Závěr.....	53
8	Použitá literatura	54
9	Příloha.....	62
10	Seznam zkratk	64

Úvod

Tématem mé bakalářské práce je Význam sociálně terapeutické dílny pro zapojení klientů do budoucí činnosti v chráněných dílnách.

Toto téma jsem si zvolila na základě osobní zkušenosti, kdy jsem tři roky pracovala v sociálně terapeutické dílně jako pracovník v sociálních službách, kde jsem vedla klienty s mentálním a kombinovaným postižením k pracovním návykům a dovednostem, které někteří později využili v rámci zaměstnání v chráněných dílnách téže organizace. Dům sociálních služeb pro dospělé klienty této konkrétní organizace, kterou záměrně nebudu jmenovat, mě fascinuje svou provázaností služeb. Myslím si, že je to naprosto ukázková forma propojenosti a návaznosti, jelikož se v jedné budově nachází centrum denních služeb pro dospělé klienty, dále sociálně terapeutická dílna a chráněná dílna. Pracovníci tak mají možnost osobně poznat jednotlivce z řad klientů, zmapovat jejich možnosti a hranice, prokonzultovat je s ostatními odbornými pracovníky jednotlivých služeb či dílen a přispět tak k jejich osobnímu i pracovnímu posunu.

Pokud mluvíme o aktivizaci a pracovním uplatnění lidí s mentálním a kombinovaným postižením, o sociálních službách a nástrojích aktivní politiky zaměstnanosti, je sociálně terapeutická dílna a chráněná dílna jen jedním z možných prostředků využitelných pro aktivizaci a pracovní začlenění lidí se zdravotním postižením.

Právě význam sociálně terapeutické dílny (sociální služby) pro zapojení klientů do budoucí činnosti v chráněných dílnách (nástroj aktivní politiky zaměstnanosti), se stal námětem pro mou bakalářskou práci.

S účinností od 1. 1. 2012 ruku v ruce s novelizací zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, není pojem chráněné dílny již legislativně ukotven a byl nahrazen pojmem „chráněné pracovní místo“. Vzhledem ke skutečnosti, že v naší organizaci se nadále používá pojem chráněná dílna, budu ve své práci tento termín, s ohledem na legislativní správnost, též užívat.

Práce je důležitou složkou života každého člověka, přispívá k důstojné existenci, přináší materiální prospěch a zároveň mu dává pocit seberealizace a společenské užitečnosti. V neposlední řadě člověka zařazuje do určitého řádu sociálních vztahů, uspokojuje jeho potřeby ctižádosti, sebeuplatnění a sebeúcty.

Osoby se zdravotním postižením, v případě mé bakalářské práce osoby s mentálním a kombinovaným postižením, mají cestu k pracovním návykům a dovednostem poněkud těžší. Sociálně terapeutické dílny jsou skvělým pojítkem mezi nácvikem práce a reálným pracovním uplatněním.

Cílem mé bakalářské práce je definovat nezbytné pracovní návyky klientů v rámci procesu sociální rehabilitace, které získávají v sociálně terapeutické dílně.

Jako metodiku pro vypracování bakalářské práce jsem zvolila kvalitativní výzkumnou strategii, pomocí polostrukturovaného rozhovoru, výběrem informantů z řad klientů sociálně terapeutické dílny a odborných vedoucích pracovníků sociálně terapeutické dílny a chráněné dílny.

Výstupy z mé bakalářské práce by mohly přispět ke zkvalitnění procesu sociální rehabilitace v této církevní organizaci, kde jsou klienti s mentálním a kombinovaným postižením.

1 Současný stav

1.1 *Klienti sociálně terapeutické dílny a chráněné dílny (chráněné pracovní místo)*

Sociálně terapeutická dílna, je sociální službou, která se řídí zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve kterém je cílová skupina osob jednoznačně stanovena a podle kterého je určena osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení, v jehož důsledku nejsou tyto osoby umístitelné na otevřeném ani chráněném trhu práce (Matoušek et al., 2008). Určení cílové skupiny osob vyplývá přímo ze zákonné definice tohoto druhu služby a na rozdíl od chráněného pracovního místa není podmíněna uznáním jakéhokoliv stupně invalidního důchodu (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Cílovou skupinou chráněné pracovní dílny (chráněné pracovní místo) jsou osoby s postižením podmíněné posudkem o invaliditě, které ukončily povinnou školní docházku a jsou odkázané na chráněné pracovní místo z důvodu selhání jiné profesní integrace za předpokladu, že jsou schopné trvalé, produktivní spolupráce, která odpovídá zadanému provoznímu výkonu (Šesták, 2010). Chráněné pracovní místo je jedním z nástrojů aktivní politiky zaměstnanosti a Novosad (2009) uvádí, že cílovou skupinou pro pracující v chráněných dílnách (chráněné pracovní místo) je možné rozdělit do tří, často se překrývajících skupin:

1. Osoby s omezenými pohybovými schopnostmi – jedinec s tělesným postižením, který je sice do jisté míry omezen v praktické fyzické činnosti, ale dokáže si osvojit přiměřené dovednosti, akceptuje reálnou škálu hodnot, aspirací a vzorů.
2. Osoby s mentálním postižením – osoby se zřetelným úbytkem rozumových schopností, kam řadíme lehkou až střední mentální retardaci, Downův syndrom, kombinovaná postižení, ale také získané ztráty mentálních schopností, které vznikly v důsledku závažných úrazů či nemocí. Tyto osoby jsou většinou, po odpovídajícím zácvičku, schopné vykonávat jednodušší druh práce.
3. Osoby s psychiatrickými diagnózami – jedná se o osoby, jejichž stav je přes dosaženou stabilizaci velmi proměnlivý, není v jejich silách nést nároky běžného pracovního zařazení, ale v sociální izolaci by trpěly samotou a pocitem sociálního vyloučení.

Tyto tři skupiny jsou však pouze rámcové, jelikož se v praxi ukazuje, že řada těchto osob zasahuje svými problémy do více skupin najednou (Novosad, 2009). Lidé v chráněných dílnách (chráněné pracovní místo) potřebují přátelské prostředí, trpělivost, taktní vedení a dopomoc při řadě činností (Novosad, 2009).

1.1.1 Osoby se zdravotním postižením

Lidé se zdravotním postižením žijí ve všech částech světa, na všech úrovních společnosti a podle odhadů Mezinárodní organizace práce žije v současné době na celém světě přibližně 650 miliónů lidí se zdravotním postižením, z nichž 470 miliónů je v produktivním věku (Komendová, 2009). Obecně se odhaduje, že lidé se zdravotním postižením tvoří zhruba jednu desetinu populace, což potvrdilo šetření Českého statistického úřadu v roce 2007, podle něhož v té době žilo v České republice 1 015 548 osob se zdravotním postižením, což představuje 9,87 procenta celé populace (Osoby se zdravotním postižením, 2017). Počet lidí se zdravotním postižením stále vzrůstá v důsledku různých událostí, kterými mohou být přírodní katastrofy, válečné konflikty, dopravní nehody, pracovní úrazy, nemoci z povolání a mnoho dalších (Komendová, 2009). Komendová (2009) dále uvádí, že velkou roli v této oblasti hraje pokrok v medicíně, rehabilitaci a vývoji kompenzačních pomůcek, což do jisté míry pomáhá zmírnit následky zdravotního postižení a umožňuje zapojení se do života ve společnosti, včetně pracovního života (Komendová, 2009). Lidé se zdravotním postižením představují nejvíce ohroženou menšinu, což platí obzvláště v oblasti výkonu práce (Komendová, 2009).

Definice a obsah pojmu „zdravotní postižení“ a „lidé se zdravotním postižením“ se liší podle vědního oboru či oboru praxe, z něhož definice vychází (Krhutová, 2013).

Opatřilová a Procházková (2011) uvádějí, že zdravotní postižení je velmi široký pojem, který prošel dlouhodobým vývojem, jehož definice se liší podle politických resortů a jehož jednotnost bychom hledali velmi obtížně.

Zdravotní postižení lze charakterizovat jako dlouhodobý nebo trvalý nepříznivý zdravotní stav, který již nelze léčbou výrazně zlepšit či zcela odstranit (Osoby se zdravotním postižením, 2017).

Matějček (2001) mluví o zdravotním postižení nejen jako o újmě na zdraví jako následku vrozené či získané poruchy struktury a funkce organismu, ale míní tím

všechna postižení, která vedou k omezení pohybové zdatnosti, funkce smyslových orgánů, mentálních a jiných funkcí, kdy postižení přechází v handicap a ten se dotýká postavení tohoto jedince ve společnosti. Matoušek et al. (2008) definuje zdravotní postižení člověka jako postižení, které nepříznivě ovlivňuje kvalitu jeho života, zejména schopnost navazovat a udržovat vztahy s lidmi a schopnost pracovat. Vágnerová (2012) uvádí, že se jedná o trvalou vlastnost jedince, která bývá sociálně nápadná a znevýhodňující, což může vést k obtížnému zařazení do společnosti zdravých lidí.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, konkrétně § 3 vymezuje zdravotní postižení podle míry potřeby pomoci druhých, čímž je míněno postižení tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby.

§ 67 zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, vymezuje osoby se zdravotním postižením jako fyzické osoby, které jsou orgánem sociálního zabezpečení uznány invalidními ve třetím stupni, invalidními v prvním nebo druhém stupni nebo zdravotně znevýhodněnými, jímž se na trhu práce poskytuje zvýšená ochrana.

Ze zdravotnického pohledu definovala postižení v roce 1980 Světová zdravotnická organizace (WHO - World Health Organization) v Mezinárodní klasifikaci poruch (impartment), disabilit a handicapů (Janovský, 2006).

Zde dochází k vymezení tří základních pojmů:

- 1) **Impartment** - změna funkce na úrovni orgánu nebo tělního systému
- 2) **Disabilita** - omezení, chybění, neschopnost, nemohoucnost, invalidita - jako následek poškození, díky nimž jedinec není schopen vykonávat aktivity obvyklým způsobem
- 3) **Handicap** - spíše znevýhodnění než postižení, které se projevuje omezením možností plnění svých sociálních rolí ve vztahu ke společnosti (Janovský, 2006).

Janovský (2006) dále uvádí, že v poslední upravené verzi z roku 2001, která byla přijata také v ČR, dochází k významným změnám, které jsou patrné již ve změně názvu klasifikace, kdy mizí označení Mezinárodní klasifikace nemocí, respektive poruch, a je nahrazen názvem **Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví**

(MKF), v originále International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF).

Dochází k nahrazení výrazu handicap pojmem restringovaná (omezená) participace, kde dochází především k hodnocení funkčních schopností dané osoby (Janovský, 2006). Děje se tak v důsledku snížení určité aktivity daného člověka, která je důležitá ve vztahu k prostředí společnosti, například omezení při zaměstnání (Janovský, 2006). Dalo by se tedy říci, že zdravotní postižení podle WHO lze charakterizovat jako částečné nebo úplné omezení schopnosti vykonávat jednu či více činností v důsledku poruchy či dysfunkce některého orgánu (Janovský, 2006).

Cílem MKF je sjednocení a standardizace popisných nástrojů k hodnocení komplexního stavu člověka a usiluje o zlepšení komunikace mezi medicínskými obory, systémem sociálního zabezpečení, výzkumnými oblastmi sociální politiky a další širokou odbornou veřejností (Pfeiffer et al., 2014).

Klasifikace zdravotního postižení rozděluje nejčastěji zdravotní postižení podle postižení, které převládá. :

- tělesné postižení
- mentální postižení
- zrakové postižení
- sluchové postižení
- řečové postižení
- kombinovaná postižení
- civilizační choroby (Michalík et al., 2011).

Krhutová (2013) uvádí, že zdravotní postižení dělíme podle vzniku na vrozené či časně získané a na získané v pozdějším věku, kdy mezi jeho příčiny řadíme důsledky:

- některých nemocí v období těhotenství matky
- některých akutních či chronických somatických nebo duševních nemocí, infekcí, autoimunitních onemocnění či důsledky psychických traumat

- užívání drog, kouření v těhotenství
- porodních komplikací
- dědičných vlivů
- úrazů
- involučních změn ve stáří
- nezjistitelných příčin.

Krhutová (2013) dále uvádí, že příčiny vzniku mohou být stejné, ale projevy a důsledky se u jednotlivých lidí se stejným typem, stupněm i dobou vzniku liší, jsou rozmanité a zajisté je nelze zobecňovat. Kategorie osob se zdravotním postižením je oproti ostatním znevýhodněným skupinám specifická svou různorodostí, jelikož zahrnuje jednotlivce s různými druhy fyzického, smyslového nebo mentálního postižení, kdy v současné době se do skupiny zdravotně postižených osob řadí také jedinci trpící psychickou poruchou (Komendová, 2009).

1.1.2 Osoby s mentálním postižením (mentální retardace)

Prvotní pojem mentální retardace pochází z latinského mens (mysl, duše) a retardare (zpomalit, opozdit) a doslovný překlad by tedy mohl znít jako opoždění mysli (Plevová, Slowik, 2010). V české psychopedii je od 90. let 20. století používán termín mentální postižení, který byl přejat z angličtiny (Valenta, Müller, 2009). Mentální postižení je jednou z nejčtenějších poruch vůbec, kdy se všeobecně uvádí, že tímto způsobem postižených osob je v populaci rozmezí 3 – 4 % (Michalík et al. 2011). Statistické údaje uvádějí, že v České republice se jedná o přibližně 300 tisíc osob s mentálním postižením a na celém světě se počet těchto osob odhadem blíží k 200 milionům osob a každých 20 sekund přichází na svět další dítě s mentálním postižením a častěji postihuje muže (Michalík et al. 2011). Cipro (2015) uvádí, že v porovnání s minulostí je v této oblasti postižení značný nárůst, kdy příčinu přisuzuje lepší lékařské péči, která dá šanci na život takovému novorozenci, který by v minulosti po porodu zemřel. Mentální postižení představuje snížení úrovně rozumových schopností, které jsou v psychologii označovány jako inteligence (Švarcová, 2011).

Mentální postižení rozlišujeme podle inteligenčního kvocientu IQ (hloubky postižení), pro jehož klasifikaci v České republice používáme 10. revizi Mezinárodní klasifikace

nemocí, která byla zpracovaná Světovou zdravotnickou organizací (WHO) v Ženevě, vstupující v platnost v roce 1992, následovně:

F 70 – lehká mentální retardace (IQ 50 – 69)

(u dospělých osob odpovídá mentálnímu věku 9 až 12 let)

F 71 – středně těžká mentální retardace (IQ 35 – 49)

(u dospělých osob odpovídá mentálnímu věku 6 až 9 let)

F72 – těžká mentální retardace (IQ 20 – 34)

(u dospělých osob odpovídá mentálnímu věku 3 až 6 let)

F 73 – hluboká mentální retardace (IQ pod 20)

(u dospělých osob odpovídá mentálnímu věku pod 3 roky) (Svoboda et al. 2009; MKN, 2014).

Při komunikaci s osobou s mentálním postižením je velmi důležité dbát na věk mentální, nikoli kalendářní (Novosad, 2006). Novosad (2006) dále uvádí, že při rozhovoru s jednotlivými osobami užíváme individuální přístup, kdy je nezbytné užívání známých slov, vysvětlování opisem, komunikace v jednoduchých a jednoznačných větách. U většiny jedinců s poruchou intelektu je narušeno abstraktní myšlení a určité analyticko-syntetické funkce, ovšem oproti tomu může být dobrá mechanická paměť (Novosad, 2006).

1.1.3 Osoby s kombinovaným postižením

Kombinované postižení můžeme definovat jako kombinaci dvou a více druhů, forem a stupňů postižení u jednoho jedince, protože je velmi obtížné provést klasifikaci. Opatřilová (2005) uvádí, že postižení, poruchy a vady se velmi často sdružují, vyskytují se společně, což vede ke skutečnosti, že jejich nositel může být postižen více vadami. Terminologická nejednotnost vede k tomu, že se v odborné literatuře setkáváme

s mnoha termíny, jako například kombinované vady, vícenásobné postižení, multihandicap a mnoho jiných, proto je užíván neutrální termín „těžké postižení“ (Vítková, 2006). Školský zákon č. 561/2004 Sb. §16 užívá termín souběžné postižení více vadami.

V odborné literatuře se setkáváme s následovným dělením kombinovaného postižení:

- mentální postižení v kombinaci s jiným
- tělesné postižení v kombinaci se smyslovým a narušením komunikačních schopností, duální smyslové postižení (nejčastěji hluchoslepoty)
- poruchy chování v kombinaci s jiným postižením, poruchy autistického spektra (Kunhartová, 2017).

Kombinované postižení dále dělíme na vrozené (vzniklé během těhotenství, porodu či krátce po porodu) a získané v průběhu života, dále podle stupně postižení na lehké, střední a těžké. Kombinované postižení lze také rozdělit na syndromální (výskyt typických příznaků určitého onemocnění) a nesyndromální (Kunhartová, 2017).

Při práci s osobami s kombinovaným postižením je nutné, stejně jako u jiných skupin postižení, se řídit zásadou individuálního přístupu, zároveň hodnotit zachované schopnosti a možnosti, které nám ukazují cestu k maximálnímu využití osobního potenciálu každého člověka a tím osobní rozvoj provázaný se začleněním do společnosti (Jesenský, 2000).

1.1.4 Osoby s dalšími typy postižení

Kromě již výše uvedeného mentálního a kombinovaného postižení bych ještě zmínila postižení tělesné, smyslové a duševní nemoci. Vzhledem k obsahu mé bakalářské práce nebudu více rozebírat.

1.1.5 Význam práce a seberealizace pro osoby se zdravotním postižením

Práce zaujímá v životě člověka nezastupitelné postavení, které je důležitou podmínkou jeho důstojné existence a přináší mu nejen materiální prospěch, ale současně mu dává pocit seberealizace a společenské užitečnosti (Buchtová et al., 2002). Práce začleňuje člověka do řádu sociálních vztahů, uspokojuje jeho potřeby ctižádosti, sebeuplatnění a sebeúcty (Buchtová et al., 2002). Jandourek (2012) definuje práci jako plánovitou,

vědomou činností, kterou člověk vykonává s nasazením fyzických a duševních sil, která směřuje k uspokojení lidských potřeb a kdy se prací rozumí většinou práce za mzdu. Práce poskytuje různé hodnoty jako například způsob obživy, osvojení si dovedností, strukturování času, sociální kontakty, sebehodnocení a ztráta těchto hodnot pro osoby postižené může představovat vážný psychologický problém (Jandourek, 2012). Jandourek (2012) dále uvádí, že sociologie si všímá vlivu základních charakteristik jako je pohlaví, věk a sociální status. Seberealizací máme na mysli rozvíjení a soustavné využívání nadání a schopností jedince, tedy jeho uplatnění přirozených a také utvářených dispozic k určité činnosti, k určité práci nebo sociální aktivitě (Komendová, 2009). Seberealizace se týká také zájmů a činností, které člověk sám pociťuje jako důležité a tím patří k základním lidským potřebám (Komendová, 2009). Pracovní uplatnění na trhu práce jako součást seberealizace však může být u osob se zdravotním postižením obtížnější (Komendová, 2009).

Seberealizace a s ní související uplatnění na trhu práce je u osob se zdravotním postižením obtížnější a úspěšnost lze zaznamenat za předpokladu správné lokace, podchycení a programového rozvinutí vloh a schopností (Novosad, 1997). Osoby se zdravotním postižením jsou specifickou skupinou na trhu práce takzvaně rizikovou (Buchtová et al., 2002). Na prostupnosti systému, který podporuje osoby se zdravotním postižením a snaží se těmto osobám umožnit dosáhnout a udržet si co nejvyšší míru samostatnosti, mají svůj podíl sociální služby a nástroje aktivní politiky zaměstnanosti (Buchtová et al., 2002). V rámci své bakalářské práce se budu věnovat především specifikaci sociální služby zastoupené sociálně terapeutickou dílnou a chráněnou dílnou (chráněné pracovní místo) zastupující aktivní politiku zaměstnanosti.

Pokud budeme hovořit o aktivizaci a pracovním uplatnění osob s mentálním a kombinovaným postižením, je chráněná dílna (chráněné pracovní místo) jen jednou z možností. Zatím bohužel neexistuje jednotný systém spolupráce jednotlivých typů služeb, organizací a institucí, který by umožňoval jejich zcela logickou a nutnou provázanost (Šesták, 2007). Šesták (2007) dále nastiňuje, jak by mohla vypadat ideální cesta člověka s mentálním a kombinovaným postižením v období časně dospělosti k pracovnímu začlenění: sociální služba (centrum denních služeb, sociální rehabilitace, sociálně terapeutické dílny) => pracovní rehabilitace (příprava na pracovní uplatnění kvalifikace a rekvalifikace) => chráněná dílna (chráněné pracovní místo) => podporované zaměstnávání => volný trh práce a zaměstnání u běžného zaměstnavatele.

V rámci mé bakalářské práce se budu nadále věnovat návaznosti sociálně terapeutické dílny na chráněné dílny (chráněné pracovní místo).

1.1.6 Plnění povinného podílu zaměstnávání osob se zdravotním postižením

Pro zaměstnavatele plyne povinnost plnění povinného podílu zaměstnávání osob se zdravotním postižením, dále jen OZP, následujícími třemi způsoby. Integrovaný portál MPSV (2016) uvádí, že zaměstnavatelé, kteří zaměstnávají více než 25 zaměstnanců, mají povinnost zaměstnávání OZP ve výši povinného podílu 4 % OZP na celkový počet zaměstnanců zaměstnavatele. Další možností plnění povinného podílu je odebrání výrobků nebo služeb od zaměstnavatelů zaměstnávajících více než 50 % OZP na chráněné pracovní místo nebo zadávání zakázek těmto zaměstnavatelům a třetí možností plnění je odvod do státního rozpočtu (Plnění povinného podílu zaměstnávání osob se zdravotním postižením, 2016). S osobou se zdravotním postižením je tedy uzavřen pracovně právní vztah v souladu se zákoníkem práce a za odvedenou práci této osobě náleží odměna formou mzdy nebo platu (Komendová, 2009). Z výše uvedeného vyplývá, že u zaměstnavatele osob se zdravotním postižením může mít i nadále takové pracoviště název chráněná dílna (Chráněná dílna - náhradní plnění 2017). Tento zaměstnavatel pak může na základě dohody s příslušným Úřadem práce zřídit i několik chráněných pracovních míst v rámci jedné chráněné dílny a příslušné příspěvky od Úřadu práce (pokud splní dané podmínky) může dostat na každé takové chráněné pracovní místo (Chráněná dílna - náhradní plnění 2017). Jinými slovy - Úřad práce nebude přispívat na chráněnou dílnu jako takovou, ale na každé chráněné místo zvlášť (Chráněná dílna - náhradní plnění 2017). Chráněná dílna (chráněné pracovní místo) je nástrojem aktivní politiky zaměstnanosti a je významnou složkou pracovní rehabilitace (Šesták, 2014).

1.2 Sociální služby

Podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, definujeme sociální službu jako činnost nebo soubor činností, které zajišťují pomoc a podporu osobám především za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení. Jsou tedy poskytovány lidem společensky znevýhodněným, jejichž hlavním cílem je zlepšit kvalitu jejich života, popřípadě je začlenit do společnosti v co možná nejvyšší míře, nebo chránit společnost samotnou před riziky, které tito lidé pro společnost představují (Matoušek et al., 2011). Sociální služby určitým způsobem zohledňují osobu uživatele,

ale také jeho rodinu a skupiny, do nichž patří, popřípadě zájmy širšího společenství (Matoušek et al., 2011).

Základními složkami sociálních služeb je poskytování sociálního poradenství, služeb sociální péče a sociální prevence (zákon 108/2006 Sb., § 32). Sociální služby mohou být poskytovány formou pobytových, ambulantních a terénních služeb (zákon 108/2006 Sb., § 33). Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, také uvádí, že rozsah a popis základních činností při poskytování jednotlivých služeb je podrobně definován ve vyhlášce 505/2006 Sb., ze dne 15. listopadu 2006, kde najdeme některá ustanovení zákona o sociálních službách.

1.2.1 Sociální rehabilitace

Sociální rehabilitace je jednou ze sociálních služeb, která se může pozitivně promítnout v možnostech pracovní integrace, a je vymezena §70 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, charakterizující sociální rehabilitaci jako soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob za pomoci rozvoje jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků plus nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí, kdy samotná sociální rehabilitace může být poskytována formou terénních, ambulantních a pobytových služeb (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách). Jednotlivé úkony jsou též podrobně rozepsány a upraveny vyhláškou č. 505/2006 Sb. (Vyhláška č. 505/2006 Sb.). Tato služba může být poskytována registrovaným poskytovatelem sociální služby na základě uzavřené smlouvy o jejím poskytnutí (Šesták, 2007). Základním cílem a účelem této služby není zdokonalování pracovních návyků a dovedností osob se zdravotním postižením, které bezprostředně souvisejí se schopností těchto osob uplatnit se na trhu práce (chráněném či otevřeném) nebo v sociálně terapeutické dílně, protože ve chvíli, kdy uživatel sociální rehabilitace dosáhl vytyčených cílů (samostatnosti a soběstačnosti v běžném životě) a projeví zájem o další rozvoj směrem k získání či zdokonalování pracovních návyků a dovedností, měl by poskytovatel sociální rehabilitace nabídnout tomuto uživateli možnost pracovní rehabilitace (Doporučený postup č. 1/2016 na podporu realizace prostupného systému sociální a pracovní rehabilitace osob se zdravotním postižením, 2016). Pokud není tento uživatel z jakéhokoli důvodu schopen zařazení do pracovní rehabilitace, pak je ideálním

návazným stupněm sociálně terapeutická dílna, kde na sobě uživatel může nadále pracovat a rozvíjet své pracovní dovednosti a návyky (Doporučený postup č. 1/2016 na podporu realizace prostupného systému sociální a pracovní rehabilitace osob se zdravotním postižením, 2016). Cílová skupina osob, kterým je určena sociální služba sociální rehabilitace (§ 70), není zákonem jednoznačně definována, avšak z charakteru základních činností lze soudit, že cílovou skupinu lidí představují především osoby se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení, ale je tu samozřejmě širší prostor ke spekulacím (Sociální rehabilitace (§ 70) a sociálně terapeutické dílny (§ 67), 2012). Na prvním místě se vždy jedná o to, jak základní činnosti sociální služby dokáží odpovídat na potřeby člověka, který patří k cílové skupině, a schopnost služby přispět k naplňování těchto potřeb (Sociální rehabilitace (§ 70) a sociálně terapeutické dílny (§ 67), 2012).

1.2.2 Sociálně terapeutická dílna

Sociálně terapeutická dílna patří do sociálních služeb sociální prevence podle § 53 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, které napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou sociálním vyloučením ohroženy pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, dále sociálně znevýhodňující prostředí a ohrožení práv a oprávněných zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby (Zákon č. 108/2006Sb., o sociálních službách, §53). Cílem tohoto druhu prevence je napomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace a tím chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů (Zákon č. 108/2006Sb., o sociálních službách, §53).

Sociálně terapeutická dílna je ambulantní služba, která je podle § 67 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, poskytována osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení, které nejsou umístitelné na otevřeném ani chráněném trhu práce a jejichž účelem je dlouhodobá a pravidelná podpora zdokonalování pracovních návyků a dovedností prostřednictvím sociálně pracovní terapie právě ve zmíněných sociálně terapeutických dílnách (Zákon č. 108/2006Sb., o sociálních službách, §67). Tato služba podle prvního odstavce § 67 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, obsahuje základní činnosti, kterými jsou: pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy plus nácvik dovedností pro zvládnání péče o vlastní osobu (soběstačnosti a dalších činností

vedoucích k sociálnímu začlenění), podpora vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, §67). Základní činnosti, které probíhají při poskytování sociálních služeb v sociálně terapeutických dílnách, a rozsah těchto úkonů je podrobně definován vyhláškou 505/2006 Sb., § 32. V tomto paragrafu vyhlášky je také vymezena maximální výše úhrady za oběd či celodenní stravu (Vyhláška č. 505/2006 Sb.) Sociálně pracovní terapii, která probíhá v rámci této sociální služby, nelze považovat za pracovní uplatnění, ovšem může představovat určitý stupeň v přechodu osoby se zdravotním postižením směrem k pracovnímu uplatnění (Doporučený postup č. 1/2016 na podporu realizace prostupného systému sociální a pracovní rehabilitace osob se zdravotním postižením, 2016). Práce odvedena během průběhu pracovní terapie v sociálně terapeutické dílně je provozována bez nároku na pravidelnou finanční odměnu a pobyt uživatele by zde měl být omezen na co nejkratší dobu, aby bylo naplněno poslání této sociální služby a to zvýšit šance uživatele na začlenění se na chráněný nebo otevřený trh práce (Doporučený postup č. 1/2016 na podporu realizace prostupného systému sociální a pracovní rehabilitace osob se zdravotním postižením, 2016). Jelikož se jedná o sociální službu, je uzavírána smlouva o poskytnutí této služby (Doporučený postup č. 1/2016 na podporu realizace prostupného systému sociální a pracovní rehabilitace osob se zdravotním postižením, 2016).

1.2.3 Pracovníci sociálně terapeutické dílny

Pracovníky v přímé práci s klientem představují klíčoví pracovníci a další odborní pracovníci, kteří jsou v přímém a soustavném kontaktu s klienty služby a přímo se podílejí na sociální práci v jeho prospěch prostřednictvím konkrétních aktivit a činností, které jsou realizovány těmito pracovníky korespondující s individuálními plány klienta na základě uzavřené smlouvy o poskytování sociální služby (MPSV, 2002). Jedná se především o pracovní pozice: sociální pracovník (vedoucí služby), pracovník v sociálních službách (sociální a pracovní asistent) a další odborné pracovníky splňující odbornou způsobilost dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů (Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe: Průvodce uživatele, 2002). U vedoucích pracovníků, vedoucích zařízení či služby, kteří současně částečně vykazují přímou práci s klienty, kterou mají stanovenou ve vymezení pracovního úvazku ve smlouvě, je nutné od přímé práce s klienty odečíst jinou odbornou práci, kterou může být např. metodické vedení pracovníků, realizace

standardů kvality, koordinace služeb a mnoho jiných (Závěrečná zpráva projektu: Evaluace poskytování sociálních služeb v Moravskoslezském kraji, 2015).

1.3 Pracovní rehabilitace

Podle specifikace zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, § 69 - § 74 je pracovní rehabilitace souvislou činností zaměřenou na získání a udržení vhodného zaměstnání pro osobu se zdravotním postižením, kterou na žádost osoby se zdravotním postižením zabezpečuje příslušný úřad práce podle trvalého bydliště žadatele, který také hradí náklady s ní spojené (Šesták, 2007). Zde je pracovníky úřadu zájemci o pracovní rehabilitaci sestaven individuální plán, který je přizpůsoben zdravotnímu stavu a schopnostem žadatele (Šesták, 2007). Svou roli také hraje aktuální stav situace na trhu práce (Šesták, 2007). Do programu pracovní rehabilitace mohou být zařazeny také fyzické osoby, které jsou z důvodu nepříznivého zdravotního stavu uznány dočasně práce neschopnými (Šesták, 2007). Pracovní rehabilitace není určena pouze lidem, kteří se s postižením již narodili nebo s ním žijí od raného dětství, ale také pro osoby, které žily a vyvíjely se jako zdraví jedinci a jejich pracovní možnosti a schopnosti se změnily až v důsledku onemocnění či úrazu (Šesták, 2014). Pracovní rehabilitace je stěžejním nástrojem pro integraci osob se zdravotním postižením na trh práce (Šesták, 2014).

1.3.1 Invalidita

Chceme-li tyto cílové skupiny jednoznačněji vymezit s ohledem na legislativní ukotvení, pak tu máme tři okruhy osob, které se vzájemně překrývají a prolínají:

- jedinec, který je invalidní podle zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění
- osoba se zdravotním postižením podle zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti
- osoba se zdravotním postižením podle zákona č. 108/ 2006 Sb., o sociálních službách (Šesták, 2014).

Důležitým pojmem je tedy invalidita samotná, kterou upravuje výše uvedený zákon o důchodové pojištění a který říká, že pojištěnec se stává invalidním, pokud dojde v důsledku jeho dlouhodobě nepříznivého stavu k poklesu pracovní schopnosti nejméně o 35 % (Čeledová et al., 2015). Od 1. 1. 2010 došlo k zásadním změnám v posuzování invalidních důchodů, kdy byly zavedeny tři stupně invalidity, které nahradily dosavadní pojmy „plná“ a „částečná“ invalidita následujícím způsobem:

- invalidita I. st.- míra poklesu pracovní schopnosti nejméně o 35 % až 49 %
- invalidita II. st.- míra poklesu pracovní schopnosti nejméně o 50 % až 69 %
- invalidita III. st.- míra poklesu pracovní schopnosti minimálně o 70 % (Komendová, 2009).

Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav charakterizujeme jako stav omezující tělesné, smyslové nebo duševní schopnosti, který má dopad na pracovní schopnost (omezení, snížení) oproti stavu před jeho vznikem a pokud tento zdravotní stav trvá déle než 1 rok nebo lze předpokládat, že bude trvat déle než 1 rok (Čeledová, 2015).

1.3.2 Chráněná dílna (chráněné pracovní místo)

Běžný nebo zkrácený pracovní úvazek v rámci zaměstnaneckého poměru na volném pracovním trhu může být pro řadu osob se zdravotním postižením nevhodný či přímo nereálný a práce v chráněné dílně (chráněné pracovní místo) pro ně může být částečným řešením (Novosad, 2009). Chráněné pracovní místo je ukotveno v § 75 zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů jako pracovní místo zřízené zaměstnavatelem pro osobu se zdravotním postižením na základě písemné dohody s Úřadem práce ČR, na jehož zřízení poskytuje zaměstnavateli příspěvek. S účinností od 1. 1. 2012 ruku v ruce s novelizací zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, není pojem chráněné dílny již legislativně ukotven a byl nahrazen pojmem „chráněné pracovní místo“ (Chráněná dílna - náhradní plnění 2017). Z praxe vyplývá jako hlavní důvod zrušení především náročná administrativa, a to jak na straně úřadu práce, tak i na straně zaměstnavatele (Nesčáková, 2012). To ovšem neznamená, že by chráněné dílny přestaly zcela existovat, ale zásadní změna nastala především v poskytování příspěvku od příslušného úřadu práce tak, že zaměstnavateli není již poskytován příspěvek na vytvoření chráněné dílny jako takové, ale pouze konkrétně na každé nově vytvořené chráněné pracovní místo, či-li došlo pouze k změně ve způsobu financování (Nesčáková, 2012). V praxi to funguje tak, že jsou zaměstnavatelem vymezena nebo zřízena jednotlivá chráněná pracovní místa pro osobu se zdravotním postižením, samozřejmě na základě písemné smlouvy s úřadem práce a toto místo musí být obsazeno po dobu 3 let (Doporučený postup č. 1/2016 na podporu realizace prostupného systému sociální a pracovní rehabilitace osob se zdravotním postižením,

2016). Za chráněné pracovní místo může být také považováno místo, které je obsazeno osobou se zdravotním postižením, pokud je vymezeno v písemné dohodě mezi zaměstnavatelem a úřadem práce, tato dohoda se též uzavírá na dobu 3 let (Chráněná dílna - náhradní plnění 2017). O zřízení chráněného pracovního místa může úřad práce také uzavřít dohodu s osobou se zdravotním postižením, jenž se rozhodla vykonávat samostatnou výdělečnou činnost (Doporučený postup č. 1/2016 na podporu realizace prostupného systému sociální a pracovní rehabilitace osob se zdravotním postižením, 2016). Chráněná pracovní dílna (chráněné pracovní místo) je jedinečná pro svůj individuální přístup k zaměstnancům a zvýšenou podporou při adaptaci nejen na nové pracovní podmínky, ale také podmínky společenské (Šesták, 2007). Je nápomocna v dosahování maximálních pracovních výkonů jejich zaměstnanců pomocí vhodné úpravy pracoviště a pracovních podmínek, především v podobě zkrácení pracovní doby, flexibilního pracovního tempa, detailních znázornění postupů, vhodně zvolených pracovních úkonů, popřípadě úpravou pracovního prostředí s ohledem na zdravotní postižení jednotlivých zaměstnanců (Šesták, 2010).

Shrneme-li výše uvedené informace, je nutné uvést, že chráněná dílna (chráněné pracovní místo) není sociální službou, ale jedním z nástrojů aktivní politiky zaměstnanosti, který je upravován zákonem č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti (Šesták, 2007). Chráněná pracovní místa jsou zřizována za účelem zaměstnávání osob se zdravotním postižením, oproti sociálně terapeutickým dílnám, které slouží k dlouhodobé, pravidelné podpoře zdokonalování pracovních návyků a dovedností prostřednictvím pracovní terapie (Šesták, 2014). Lidé se zdravotním postižením mají možnost pracovat nejen na chráněném trhu práce, ale také na volném trhu práce, který také bývá nazýván trhem otevřeným (Opatřilová, Procházková, 2011).

Otevřený trh práce lze definovat jako pracoviště, kde převážná většina pracovníků není znevýhodněna a nepotřebuje tedy zvláštní pomoc, či-li laicky řečeno se jedná o trh pracovních míst, která nemají status chráněného pracoviště (Opatřilová, Procházková, 2011).

1.3.3 Pracovníci chráněné dílny (chráněné pracovní místo)

Pro pracovní uplatnění člověka se zdravotním postižením na chráněném místě je na cestě k úspěšnosti velmi důležitou osobou nejbližší spolupracovník v roli pracovního kolegy, ale také v roli jakéhosi asistenta, který s ním prožívá většinu dne, pracuje s ním,

učí ho pracovním dovednostem, používá stejnou šatnu, hovoří spolu o běžných záležitostech, vede ho k osobním návykům a podobně (Šesták, 2007). Před transformací chráněné pracovní dílny, kde musel být podíl zaměstnanců s postižením minimálně 60 % na chráněné pracovní místo, měli zaměstnanci přesně definované podmínky pro výkon svého zaměstnání, které již v zákoně zakotveny nejsou (Burianová, 2017).

Pokud bychom chtěli hovořit o pracovním asistentovi v rámci chráněného pracovního místa, který je většinou na pozici mistra dané dílny, z pohledu zákona o zaměstnanosti, tak zjistíme, že na rozdíl od sociálních služeb žádným způsobem neupravuje pracovní pozici ani odbornou způsobilost potřebnou pro výkon této pracovní funkce, avšak je nepochybně žádoucí každé vzdělávání, které pracovního asistenta pomůže vybavit potřebnými znalostmi a dovednostmi pro konkrétní pracovní místo (chráněnou dílnu) (Šesták, 2007). Z pracovního hlediska musí mít pracovní asistent přehled v pracovně právních vztazích, znát předpisy a zásady bezpečnosti práce a požární ochrany (Šesták, 2007). Jednoznačně by měl být mistrem ve své profesi, aby mohl co nejvíce dovedností předat svým svěřencům (Šesták, 2010). Bylo by dobré, kdyby měl přehled o typech postižení, jeho základních projevech, potřebách a rizicích, která z něho vyplývají (Šesták, 2010). Z lidského hlediska by měl překypovat trpělivostí, uměním naslouchat a bez pochyby mít správně nastavené etické a morální kodexy (Šesták, 2007). V případě potřeby je vybrán patron, který osobě s postižením podle potřeby radí, chrání ji před nevhodným jednáním spolupracovníků v pozici spoluzaměstnanců a podobně (Votava, 2003).

Zajisté je důležité neopomenout také potřebnou roli sociálního pracovníka, se kterým se již nyní můžeme setkat pouze na místech, kde je pracovní začlenění člověka se zdravotním postižením realizováno jako sociální služba nebo tam, kde sociální služba a chráněná dílna dle zákona o zaměstnanosti tvoří nerozlučný, navzájem propojený a prostupný komplex podpory člověku se zdravotním postižením (Šesták, 2007). Šesták (2007) také uvádí, že v Německu a Rakousku je pozice sociálního pracovníka nedílnou součástí provozovaných chráněných dílen, kde sociální pracovník provází svého klienta (zaměstnance se zdravotním postižením nebo uživatele sociální služby) od jeho prvopočátečního vstupu až do poslední chvíle, kdy opouští tuto chráněnou dílnu nebo sociální službu a při tom zaujímá roli jednoho z klíčových pracovníků, což samozřejmě musí být plně kvalifikovaný odborník.

1.4 Sociální pracovník

Při moderním pojetí rehabilitace je předpokládáno zapojení sociálních pracovníků v multidisciplinárních rehabilitačních týmech, čímž je v tomto smyslu sociální práce praktickou disciplínou disponující specifickými soubory intervencí k řešení různorodých obtížných životních situací, ale zároveň profesí s konkrétní působností, kde je zapotřebí podmínek odborné způsobilosti, profesních kompetencí a velká dávka profesní odpovědnosti (Krhutová, 2013). V rámci komplexní péče o osoby se zdravotním postižením je tedy důležité zmínit komplexnost rehabilitace, jejíž náplní vzájemně provázaného a koordinovaného procesu je co nejvíce minimalizovat přímé i nepřímé dlouhodobé nebo trvalé následky postižení jedince (Pfeiffer et al., 2014). Cílem koordinované rehabilitace se stává co nejrychlejší a co možná nejširší včasná návaznost jednotlivých složek rehabilitace – léčebná, pedagogická, pracovní a sociální rehabilitace (Pfeiffer et al., 2014). Díky nácviku potřebných dovedností ze zdravotně postižený jedinec stává méně závislým na pomoci okolí, čímž se zároveň zvedá jeho sebevědomí (Komendová, 2009).

Sociální pracovník provádí sociální šetření, zabezpečuje sociální agendu včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odbornou činnost v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitaci (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, §109). Dalo by se tedy říci, že sociální pracovník je osobou, která sociální služby přímo poskytuje, koordinuje, vyhledává klienty, popřípadě služby plánuje a hodnotí (Matoušek et al. 2011). Sociální pracovník by také měl být dobrým diagnostikem, umět pomoci svým klientům se zorientovat v jejich sociálním prostoru či situaci (Mojžíšová, 2008). V roli poradce pomáhá klientům k získání náhledu na jejich postoje, pocity a způsoby jednání s cílem napomoci adaptabilnějšímu jednání (Mojžíšová, 2008). V roli mediátora pomáhá osobám se zdravotním postižením navázat kontakt s potřebnými sociálními zařízeními (Mojžíšová, 2008). Důležitou rolí ve vztahu ke klientům se zdravotním postižením je role učitele sociální adaptace, kdy je sociální pracovník nápomocen klientům při změně jejich chování tak, aby byli schopni co nejlépe řešit svoji situaci (Mojžíšová, 2008). Sociální pracovník má mnoho nezastupitelných rolí (Mojžíšová, 2008). Předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka ukládá zákon, čímž umožňuje zachování úrovně jejich

kvality (Matoušek et al. 2011). Prioritními předpoklady k výkonu tohoto povolání je způsobilost k právním úkonům, bezúhonnost, zdravotní a odborná způsobilost (Matoušek et al. 2011). Dále bych zmínila, že činnost sociálního pracovníka nelze vykonávat bez minimálně vyššího odborného vzdělání specializovaného na sociální práci (Matoušek et al. 2011). Sociální pracovník působí v rámci práv a povinností definovaných právním systémem, zaměstnavatelem a profesními standardy (Matoušek, 2008). Prioritou profesionálního sociálního pracovníka jsou práva a zájem klienta, řídí se etickým kodexem, je pro něj důležitý individuální vztah s klientem, který chápe jako aktivní spolupráci, a jejich vztah je upevňován respektem práv klienta (Matoušek, 2008). Úkolem sociálního pracovníka, metodami jeho práce, je práce a pomoc jednotlivcům, rodinám, skupinám a komunitám a jejich dosažení nebo návrat k způsobilosti k sociálnímu uplatnění (Matoušek, 2008).

1.4.1 Role sociálního pracovníka

Sociální pracovníci, jak již bylo nastíněno výše, vykonávají celou řadu rolí, které se při jejich profesionální činnosti vzájemně prolínají (Řezníček, 1994). Sociální pracovník může zastupovat roli pečovatele, poskytovatele služeb, zprostředkovatele služeb, cvičitele sociální adaptace, poradce nebo terapeuta, případového manažera, manažera pracovní náplně, personálního manažera a administrátora (Matoušek, 2008). Dále je možné rozdělit sociální pracovníky podle přístupu k praxi na angažované, radikální, profesionální a byrokratické (Matoušek, 2008).

1.4.2 Klíčový pracovník

Klíčovým pracovníkem je nazýván zaměstnanec poskytovatele služby, který je na základě Zákona o sociálních službách určen každému uživateli zvláště pro jeho individuální plánování průběhu sociální služby a jeho hodnocení naplňování osobních cílů (Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe: Průvodce uživatele, 2002). Pokud klíčový pracovník klientovi nevyhovuje, což se může stát, je právem uživatele požádat o jeho změnu (Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe: Průvodce uživatele, 2002).

1.4.3 Individuální plán (IP)

Individuální plán slouží pro vymezení činností a aktivit pro uživatele, ale také pro samotného poskytovatele služby, kdy dochází k ujasnění si nabídky ze strany

poskytovatele služby a zakázky ze strany uživatele (MPSV, 2002). Základním cílem při vytváření individuálního plánu uživatele je kvalita jejich života a jejich skutečné potřeby, které se zjišťují vzájemným poznáváním, a dochází k mapování možností, přání a k motivování klienta, aby bylo možné stanovení cílů k plánování postupů k jejich dosažení, samotné realizování plánu a hodnocení dosažených výsledků. IP je uzavírán písemně (MPSV, 2002).

1.4.4 Hlavní zásady tvorby individuálního plánu

Podle Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe: Průvodce uživatele, (2002) se při tvorbě IP dodržují určité zásady, kterými jsou:

- partnerství

Plán je o klientovi a jeho přáních, z tohoto důvodu dochází mezi klientem a klíčovým pracovníkem k vzájemnému partnerství.

- týmovost

Plán vždy tvoří klíčový pracovník společně s klientem, kdy mohou být přítomni také lidé, které si klient přeje do plánování zapojit (další pracovníci, přátelé, rodiče, opatrovník apod.)

- dobrovolnost

Plán musí být vytvořen bez jakéhokoli tlčení klienta k cíli, jeho přání nesmí být uměle přeformulováno k cíli, který by byl pro pracovníka či službu výhodnější nebo snadnější.

- srozumitelnost

Plán je stručný a přehledný za použití jednoduchých výrazů, které nejsou pro klienta cizí (Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe: Průvodce uživatele, 2002).

Postup při vytváření cílů IP musí odpovídat tzv. SMART pravidlu, které určuje, že cíle musí být: **S**pecifické, **M**ěřitelné, **A**kceptovatelné, **R**eálné a **T**ermínově ohraničené.

Hlavní metodou při sestavování IP je intenzivní rozhovor, ve kterém jsou hledány odpovědi na základní otázky: Co (co bude naplní) – Jak (jak se bude postupovat) – Kdo (kdo se bude na IP podílet) – Kdy (termín hodnocení) (Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe: Průvodce uživatele, 2002).

1.4.5 Pracovník v sociálních službách

Podle §109 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, je pracovníkem v sociálních službách ten, kdo vykonává přímou obslužnou péči o osoby v ambulantních nebo

pobytových zařízeních sociálních služeb, základní výchovnou nepedagogickou činnost, pečovatelskou činnost v domácnosti osoby a pod dohledem sociálního pracovníka základní poradenské a jiné činnosti. Stejně jako u sociálních pracovníků je podmínkou výkonu této činnosti způsobilost k právním úkonům, bezúhonnost, zdravotní a odborná způsobilost (Matoušek et al. 2011). Požadavky na jejich odbornou způsobilost nejsou tak přísné, jako u sociálního pracovníka, vždy se ovšem musí jednat minimálně o absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu (Matoušek et al., 2011). Změny, které přináší Sociální reforma v oblasti dalšího vzdělávání sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách, s účinností od 1. ledna 2012, dávají povinnost zaměstnavatelům zabezpečit těmto pracovníkům další vzdělávání v rozsahu nejméně 24 hodin za kalendářní rok, kterým si obnovují, upevňují a doplňují kvalifikaci (Změny, které přináší Sociální reforma v oblasti dalšího vzdělávání sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách, s účinností od 1. ledna 2012, 2012).

1.5 Rodina

Základní forma rodiny, která se skládá z dospělých rodičů a jejich potomků, je vryta do našeho podvědomí jako nukleární rodina (Jandourek, 2012). Rodina je považována za nejdůležitější sociální skupinu, ve které člověk žije a ve které dochází k uspokojování jeho potřeb (Jandourek, 2012). Rodina poskytuje zázemí potřebné ke společenské seberealizaci jedince, zároveň je zdrojem zkušeností a vzorců chování, které nemůže získat v jiném prostředí (Fischer, Škoda, 2008). Ze společenského hlediska plní rodina biologickou (reprodukční, včetně ochranné), ekonomickou, sociální a psychologickou roli (Fischer, Škoda, 2008).

Vágnerová (2012) uvádí, že rodina s postiženým dítětem má jinou sociální identitu a je do jisté míry výjimečná. Existence postiženého dítěte je příčinou změny životního stylu celé rodiny, jelikož se musí do jisté míry přizpůsobit možnostem a potřebám tohoto dítěte (Vágnerová, 2012). Každé dítě s postižením, jehož rodiče nerezignují a nesvěří ho do trvalé nebo převážně trvalé pobytové péče, má z části vyhráno, jelikož vývoj v harmonickém rodinném prostředí má významné psychoterapeutické a motivační účinky (Novosad, 2000). Michalík et al. (2011) uvádí, že dříve či později se každý odborník z pomáhajících profesí dostává do situace, kdy součástí řešení určité situace se stává celá rodina osoby se zdravotním postižením. Pečující osoby často vykazují známky značné únavy, ztrácejí schopnost užít si volné chvíle a získávají pocit ztráty

osobních životních perspektiv, což má značný dopad na sociopsychologickou stabilitu pečujících osob a je otázkou, nakolik a kdy se tyto pocity promítnou do celkové rodinné atmosféry (Michalík et al., 2011). Matoušek et al. (2008) uvádí, že kvalifikovaná práce s rodinou vyžaduje nejen odbornou kvalifikaci, ale také nezastupitelný praktický výcvik a zkušenosti. Podpora rodiny ze strany odborníků je nezbytná pro aktivní zapojení všech členů rodiny do včasné intervence, pro lepší porozumění konceptu jednotlivých služeb včetně navazujících pracovních činností a možností (Padney, Agarval, 2013). Typy sociálních služeb poskytovaných rodinám dělíme podle délky jejich trvání, prostředí, podle metody práce a někdy také podle toho, co dalo podnět k práci s rodinou (Matoušek et al., 2008). Pro zapojení osoby s postižením do plnohodnotného života, v rámci jeho možností, pomocí odborných pracovníků, sociálních služeb nebo pracovní činnosti, je důležitý celkový přístup rodiny, který představuje především jejich lásku a zdravá očekávání (nepodceňovat nebo naopak nepřehánět nároky), která jsou zajisté silnou motivací (Matoušek et al., 2008; Shapiro, 2014). Při běžné práci s rodinou se můžeme setkat s rodinnými příslušníky, kteří mají snahu jednat a rozhodovat za klienta (pracovníka), což je velmi častý jev u osob s mentálním či kombinovaným postižením (Šesták, 2010). Zde musí mít nejen sociální pracovník, ale také ostatní pracovníci na paměti, že jeho středem zájmu je klient (pracovník) a ne jeho rodina, a tím pádem musí vynaložit úsilí na zmapování skutečných přání a potřeb svého skutečného klienta (Šesták, 2010). Samotná práce s rodinou může být realizována v různých podobách již od rané péče, kdy se může jednat jak o činnosti zaměřené pouze na jednu rodinu, tak na skupinku rodin se stejným či podobným problémem, kde lze využít poradenství, aktivizační činnosti či rodinné terapie (Matoušek et al., 2008). Je skvělé, když si rodiče mezi sebou mohou předávat jednotlivé zkušenosti, typy na služby či pracovní příležitosti pro své děti (Luecking, Wittenburg, 2009).

2 Cíl práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

Cílem této bakalářské práce je identifikovat nezbytné pracovní návyky klientů v rámci procesu sociální rehabilitace, které získávají v sociálně terapeutické dílně.

2.2 Hlavní výzkumná otázka

„Jaké jsou nezbytné pracovní dovednosti klientů pro přechod do činnosti v chráněných dílnách?“

2.3 Dílčí výzkumné otázky

Na základě hlavní výzkumné otázky byly stanoveny následující dílčí výzkumné otázky (DVO):

DVO 1: Jak vnímá uživatel sociálně terapeutickou dílnu, její klady a zápory?

DVO 2: Jaká je pro uživatele motivace k docházení do sociálně terapeutické dílny?

DVO 3. Jaká činnost dělala uživatelům při nácviku v sociálně terapeutické dílně největší problém a naopak, která činnost nebyla velkým problémem?

DVO 4: Jaké dovednosti, prováděné v rámci sociálně terapeutické dílny, považuje uživatel za největší přínos v zaměstnání?

DVO 5: Jakým způsobem podporuje uživatele služby rodina? Jaké má uživatel vize do budoucnosti?

3 Operacionalizace pojmů

Sociálně terapeutická dílna (STD): *sociálně terapeutické dílny jsou ambulantní služby poskytované osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení, které nejsou z tohoto důvodu umístitelné na otevřeném ani chráněném trhu práce. Jejich účelem je dlouhodobá a pravidelná podpora zdokonalování pracovních návyků a dovedností prostřednictvím sociálně pracovní terapie* (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 67).

Chráněná dílna (CHD): *pracoviště zaměstnavatele vymezené na základě dohody s úřadem práce a přizpůsobené pro zaměstnávání osob se zdravotním postižením, kde je v průměrném ročním přepočteném počtu zaměstnáno nejméně 60 % těchto zaměstnanců (definice platná do roku 2011, k 1. 1. 2012 došlo k transformaci chráněných dílen na chráněná pracovní místa)* (Slovníček pojmů, 2012).

Chráněné pracovní místo (CHPM): *chráněné pracovní místo je pracovní místo vytvořené zaměstnavatelem pro osobu se zdravotním postižením na základě písemné dohody s úřadem práce* (Slovníček pojmů, 2012).

Chráněný trh práce: *pracoviště, kde převažují (50% a více) pracovníci s postižením/znevýhodněním* (Slovníček pojmů, 2012).

Otevřený trh práce: *otevřený trh práce lze definovat jako pracoviště, kde převládá většina pracovníků není znevýhodněna a nepotřebuje tedy zvláštní pomoc, či-li laicky řečeno se jedná o trh pracovních míst, která nemají status chráněného pracoviště* (Opatřilová, Procházková, 2011).

Klient: *V rámci sociální práce definujeme klienta jako osobu, rodinu či sociální skupinu, kterou je možné vymezit na základě nějakého společného znaku a na níž je zaměřena intervence sociální práce* (Novotná, 2014).

V případě výzkumu mé bakalářské práce se jedná o osoby se zdravotním postižením, konkrétně s mentálním a kombinovaným postižením.

4 Metodika

Pro výzkum bakalářské práce „Význam sociálně terapeutické dílny pro zapojení klientů do budoucí činnosti v chráněných dílnách“ s cílem identifikovat nezbytné pracovní návyky klientů v rámci procesu sociální rehabilitace, které získávají v sociálně terapeutické dílně, byla zvolena kvalitativní výzkumná strategie. Kvalitativní přístup nezískává data v podobě čísel, ale data mají povahu vyprávění, kdy se šetření opírá o hloubkové rozhovory s jednotlivými klienty, případně o pozorování jednotlivců (Matoušek et al., 2011). Hendl (2008) uvádí, že v typickém případě se určí základní výzkumné otázky, které může výzkumník během výzkumu, sběru dat a jejich analýzy modifikovat nebo doplňovat a z tohoto důvodu je někdy kvalitativní výzkum považován za pružný typ výzkumu. V psychologických vědách je kvalitativní výzkum přístupem využívajícím principy jedinečnosti, neopakovatelnosti, kontextuálnosti, procesuálnosti a dynamiky, kdy v rámci jeho cíle pracujeme s reflexivní povahou jakéhokoli psychologického zkoumání (Miovský, 2006). Kvalitativní výzkum také popisují Švaříček et al. (2007) jako proces zkoumání jednotlivých jevů a problémů ve skutečném prostředí s cílem objasnit, jak lidé za pomoci celé řady postupů a metod prožívají a vytvářejí sociální realitu.

4.1 Způsob výběru výzkumného souboru

Výzkum byl proveden metodou dotazování, konkrétně technikou polostrukturovaného rozhovoru, který pracuje s využitím návodu, kdy je předem dán soubor témat a základních otázek, jejichž pořadí a formulace mohou být podle vývoje samotného rozhovoru měněny, ale vždy je důležité se držet cíle studie (Kajanová et al., 2017). Polostrukturovaný rozhovor tedy lze přirovnat k interview (Miovský, 2006). Otázky v kvalitativním interview by měly být otevřené, neutrální, citlivé, jasné a neměly by si vynucovat určité odpovědi již samotnou formulací otázky (Hendl, 2008).

Pro výzkum byly zvoleny dva výzkumné soubory, kdy výzkumný soubor č. 1 (VS1) tvořili informanti z řad klientů, a výzkumný soubor č. 2 (VS2) odborní vedoucí pracovníci STD a CHD.

Pro techniku polostrukturovaného rozhovoru bylo na základě hlavní výzkumné otázky předem připraveno 5 dílčích výzkumných otázek (viz. Příloha č.1), které v sobě zahrnovaly další konkrétní dotazy. Tyto otázky byly v původním znění položeny

informantům z řad klientů (VS1) a na základě jejich odpovědí byly otázky pro VS2 modifikovány a doplněny odpověďmi z pohledu vedoucích pracovníků.

Rozhovory probíhaly v přirozeném prostředí informantů v prostorách organizace, ve kterém byl výzkum prováděn. Každý si sám stanovil čas, který mu vyhovoval, a mohl se tak plně věnovat rozhovoru. Informanti byli individuálně seznámeni s tématem výzkumu, strukturou otázek a přibližnou délkou samotného rozhovoru. Na počátku samotného výzkumu, který každý informant podstupoval zcela dobrovolně, byl prvotně ujištěn o anonymitě rozhovoru a diskrétnosti.

4.2 Charakteristika výzkumných souborů

Výzkumný soubor byl vybrán metodou záměrného (účelového) výběru, který je zřejmě nejrozšířenější metodou kvalitativního přístupu (Miovský, 2006). Za záměrný výběr výzkumného vzorku považujeme cílené vyhledávání účastníků podle jejich určitých vlastností, kdy se kritériem výběru stává určitá vlastnost nebo stav, což znamená, že na základě stanovených kritérií cíleně vyhledáváme pouze účastníky, kteří tato kritéria splňují a také jsou ochotni se do výzkumu zapojit (Miovský, 2006). Velikost výzkumného souboru je dána takzvaným vysycením vzorku, což je okamžikem, kdy nám další informanti již nepřinášejí nové informace (Disman, 2011).

Pro výzkum mé bakalářské práce byly zvoleny dva výzkumné soubory s jasnými kritérii.

Výzkumný soubor 1 (VS1) je tvořen 6 informanty z řad klientů sociálně terapeutické dílny (STD). Jedná se o osoby s mentálním a kombinovaným postižením, které díky této sociální službě byly nebo stále jsou částečně zaměstnány v chráněných dílnách (chráněné pracovní místo), konkrétně pět z šesti informantů využívá služby STD a zároveň pracuje na 0,5 úvazku v CHD (textilní dílně, dřevodílně, keramické dílně, výtvarné dílně a místní čajovně). Či-li jsou půl dne v CHD a půl dne v STD dle stanovené docházky, kterou společně sestavují vedoucí jednotlivých dílen a služeb. Také v tomto ohledu funguje báječná provázanost celé budovy a jejích odborných vedoucích pracovníků. Pouze informantka 6 není zaměstnána v CHD a v současné době hledá stálé zaměstnání. Dva informanti z šesti mají také zkušenost z pracovní pozicí na otevřeném trhu práce mimo organizaci. Téma práce je orientováno na nezbytné

pracovní dovednosti klientů sociálně terapeutické dílny pro přechod do chráněné dílny (chráněné pracovní místo), což ohraničuje věkovou kategorií na věk od 18 do 64 let. Každý rozhovor začínal třemi základními otázkami, které zjišťovaly pohlaví, věk, využívání STD a zda jsou v současné době zaměstnání v CHD (viz. Tabulka č.1).

Tabulka č. 1 – VS1 Základní informace o informantech výzkumu

Informant	Pohlaví	Věk	Sociální služba	Chráněná dílna
Informant 1	žena	29	STD	ano
Informant 2	muž	34	STD	ano
Informant 3	žena	30	STD	ano
Informant 4	muž	46	STD	ano
Informant 5	žena	27	STD	ano
Informant 6	žena	25	STD	ne

Zdroj: Vlastní výzkum

Pět informantů před nástupem do STD navštěvovalo sociální službu Centrum denních služeb pro dospělé klienty, kterým služba byla prostřednictvím rodičů nabídnuta. Pouze informantka 6 neprošla centrem denních služeb a přišla z odborného učiliště po vyučení. Dva informanti z šesti využívají přidruženou službu chráněného bydlení, což je samozřejmě důležitou motivací k postu zaměstnance v chráněné dílně.

Výzkumný soubor 2 (VS2) je tvořen 2 informanty z řad odborných vedoucích pracovníků, což bylo hlavním kritériem jejich výběru.

Konkrétně se jedná o sociální pracovníci a vedoucí pracovníci STD v jedné osobě a druhým informantem je vedoucí pracovník chráněných dílen.

Každý rozhovor začínal třemi základními otázkami, které zjišťovaly pohlaví, věk, pracovní pozici a délku působnosti v organizaci (viz. Tabulka č.2).

Tabulka č. 2 – VS2 Základní informace o informantech výzkumu

Informant	Pohlaví	Věk	Pracovní pozice	Působnost
Informant 1	žena	40	Vedoucí pracovník STD	5 let
Informant 2	muž	43	Vedoucí pracovník CHD	6 let

Zdroj: Vlastní výzkum

5 Výsledky

V této části bakalářské práce jsou vyhodnocována data, která byla získána prostřednictvím kvalitativního výzkumu pomocí techniky polostrukturovaného rozhovoru na základě vyslechnutí a posouzení dvou výzkumných souborů, kdy VS1 tvořilo 6 informantů z řad klientů sociálně terapeutické dílny a VS2 byl složen z 2 informantů, kterými byli odborní vedoucí pracovníci STD a CHD.

Získaná data jsou zpracována metodou kódování a následnou kategorizací, jejíž základním principem je srovnávání a spojení dat, kdy prostřednictvím kategorizace zvolených základních jednotek vytváříme jednotky obecnější. Výsledky jsou zařazeny do podkapitol dle dílčí výzkumné otázky.

Přímé citace jsou ponechány autentické bez jazykové korekce.

5.1 Vyhodnocení dílčích výzkumných otázek

5.1.1 Vyhodnocení dílčí výzkumné otázky č. 1

První dílčí výzkumná otázka zní: „Jak vnímá uživatel sociálně terapeutickou dílnu, její klady a zápory?“

VS1: Identifikovala jsem 2 kategorie:

- Smysluplné využití času
- Návčik nových dovedností

Smysluplné využití času

Z výzkumu vyplynulo, že většina informantů začala docházet do STD za účelem smysluplného využití času. Informantka 6 konkrétně vypověděla: „*Protože jsem v tu chvíli byla po škole, neměla jsem práci, neměla jsem co dělat a chtěla jsem zkusit chodit sem. A přitom si najít práci. Chtěla jsem do chráněné dílny.*“ Po dovršení dospělosti a ukončení školní docházky bylo pro informanty složité najít pracovní uplatnění. Informanti se dále shodují na skutečnosti, že je lepší docházet do STD, než být doma a nevědět, co se svým časem.

Návčik nových dovedností

Hlavní výhody informanti spatřují v možnosti učit se stále novým a novým věcem. Dále ve skutečnosti, že mají příležitost se zde naučit dovednosti, které informanti využijí

nejen v pracovním, ale také v každodenním praktickém životě. Konkrétně informantky v zastoupení žen uvedly, že se naučily šít, pohybovat se v kuchyni, na zahradě a podobně, což využijí také v domácím prostředí. Informantka 1 například uvedla: „*STD mě hodně naučilo, je ideální. Učím se tam nové věci, které nemám možnost se nikde jinde naučit. Třeba šít, něco si i sama zašiju.*“

VS2: Identifikovala jsem 2 kategorie:

- Smysluplné využití času s možností nácviku nových dovedností
- Zmapování schopností a možností

Smysluplné využití času s možností nácviku nových dovedností

Zde dochází k potvrzení tvrzení a identifikovaných kategorií informantů VS1. Odborní pracovníci se shodují, že pro informanty je velmi důležité smysluplně využít volný čas, který by jinak trávili doma před televizní obrazovkou. Nácvik nových dovedností jim dává pocit seberealizace a uspokojení z naučení se nových věcí. Samozřejmě je zde motivace k zaměstnání v chráněných dílnách.

Zmapování schopností a možností

Zde se informanti shodují, že STD slouží k rozkoukání a aklimatizaci klienta v oblasti pracovních návyků a dovedností a zároveň je zde důkladně zhodnocen pracovníky po lidské i pracovní stránce, což je důležité pro další možný a úspěšný postup do chráněné dílny. Informant č. 2 uvedl: „*STD je skvělé, je možnost si zde pracovní proklepnout klienty. Skvělá spolupráce s vedoucí služby. Je zde skvělá návaznost služeb, kdy klienti přicházejí z naší školy do STD a pak dále do CHD, pokud k tomu mají předpoklady.*“

5.1.2 Vyhodnocení dílčí výzkumné otázky č. 2

Druhá dílčí výzkumná otázka zní: „Jaká je pro uživatele motivace k docházení do sociálně terapeutické dílny?“

VS1: Identifikovala jsem 2 kategorie:

- Nácvik k práci
- Komunikace

Nácvik k práci

Informanti se shodli, že do STD chodí z několika důvodů, ale mezi dva nejčastěji zmiňované patřil nácvik k práci, možnost učit se novým dovednostem nebo rozvoj dovedností, které jsou pro ně uplatnitelné při práci v chráněné dílně. Informant 2 uvedl: „*Chci se učit nové věci, pracovat na věcech, který využiju v dílně.*“ Informant 6 uvedl: „*Chtěla bych pracovat v dílnách.*“ A toto tvrzení pouze podtrhuje vše, co již bylo řečeno.

Komunikace

Jako největší motivaci klienti uvedli kamarády, kolektiv. Informantka 5 uvedla: „*Baví mě sem chodit, mám tu kámoše. Pokecáme. Doma je nuda.*“

VS2: Identifikovala jsem 2 kategorie, kdy došlo k potvrzení výpovědí informantů VS1:

- Nácvik k práci
- Komunikace

Nácvik k práci

Největší motivací a náplní STD je právě začlenění do pracovních povinností s možností zaměstnání a udržení si pracovní pozice v CHD.

Informant 1 uvedl: „*Klient chce pracovat, chce do dílen, je to jeho cíl. V STD by neměli již dělat práci, kterou dělali dopoledne v dílně, pokud jsou v ní zaměstnání. Jinak je to samozřejmě klient od klienta.*“ Informant 2 uvedl: „*Získání nových dovedností, něco se naučí a stále se zdokonaluje, proces zlepšování se a zlepšování vzhledu výrobku je stále v rozvoji. S pocitem, že něco umím, se zvedá sebevědomí.*“

Komunikace

Informanti vypověděli, že práce není jediným důvodem. Samozřejmě je zde provázanost sociálních kontaktů, kdy informanti mají v organizaci přátele a pracovní kolektiv je obrovskou motivací. Mezi všemi klienty STD se najdou jedinci, kteří do dílny docházejí právě pouze kvůli kolektivu a sociálnímu začlenění, samotná práce je až druhotným podnětem. Ale i to je pro mnohé klienty STD důležité.

5.1.3 Vyhodnocení dílčí výzkumné otázky č. 3

Třetí dílčí výzkumná otázka zní: „*Jaká činnost dělala uživateli při nácviku v sociálně terapeutické dílně největší problém a naopak, která činnost nebyla velkým problémem?*“

VS1: Identifikovala jsem 1 kategorii:

- Neschopnost obsahově naplnit náplň práce

Obsahová náplň pracovní činnosti

Na základě odpovědí nebylo zcela jasné definovat, co bylo pro informanty nejobtížnější. Informantka 1 uvedla: *„Já nevím. To už si nepamatuju.“* Informant 4 odpověděl: *„No já nevím, všechno, co sem neuměl.“* Naopak informantka 6 odpověděla: *„Počítání. Neumím moc počítat. Takže si spočítat, že mám udělat třeba třicet kusů magnetek. Ale to mám problém pořádk. Musí mi někdo pomoci.“* Z rozhovoru však vyplynulo, že mezi obtížné záležitosti patřily a patří činnosti, které informanty nebaví a nemají k nim vztah. Zcela naopak za bezproblémové byly definovány právě činnosti, které informanty zaujaly nebo se s nimi setkali již dříve. Většina oslovených informantů se s dílčími činnostmi sociálně terapeutické dílny již v minulosti setkala. Buďto v rámci organizace nebo v rámci rodiny. Všichni klienti bez rozdílu pracují na nácviku včasného příchodu, dodržování přestávek, uklízení si pracovního prostoru po práci, nádobí po jídle atd. Jednotlivými činnostmi je práce s vlnou, háčkování, šití a vyšívání, pletení podsedáků, broušení dřeva, lakování a natírání dřeva, práce na zahradě, práce v kuchyni a mnoho dalších dovedností.

VS2: Identifikovala jsem 2 kategorie:

- Sociální návyky
- Pracovní tempo

Sociální návyky

Informanti se shodli, že největší problém, nejen informantům VS1, ale všem příchozím klientům do STD, dělají sociální návyky. Základy si každý přinese z domova, ale jejich udržení a rozvoj je někdy problematický. Pozdravit, umět požádat, poděkovat a podobně. Informant 1 uvedl: *„Určitě návyky, řekla bych, že nejvíc sociální začlenění.“* Dále informant 1 vypověděl: *„Přijde mi, že přijít včas, uklidit po sobě...ale největší problém jim dělá sociální návyk, hlavně nekontaktovat přes míru ostatní. Udržet pozornost, soustředění na jednu opakující se věc, stále dokola se opakující jednu věc, takže je to za chvíli např. přestane bavit, ale hlavně ten kontakt a ulpívání na pracovnících.“* Z osobní zkušenosti vím, že klienti STD mají tendenci ulpívat na pracovnících a udržet si zdravý odstup může být náročné a to pro obě strany.

Pracovní tempo

Zde se oba informanti zcela shodují a odpovídají naprosto stejným způsobem, kdy za největší problém identifikují pomalé pracovní tempo. Informant 1 uvedl: *„Problémem je pomalé pracovní tempo. Myslím si, že někteří klienti by se dnes, když již funguje STD, do dílen nedostali.“* Tuto odpověď informant 2 zcela potvrdil a dodal: *„Škoda, že nebylo STD dříve. Dnes někteří z nich, kteří jsou v současné době již několik let na pracovní pozici v CHD, by dnes přes danými kritérii neprošli. V návaznosti na CHD se pracovní tempo stává problémem v podobě plnění norem, zakázek apod. Což je pak několikanásobně větším problémem na otevřeném trhu práce. Řada jedinců, kteří zkusili zaměstnání na otevřeném trhu práce, se vrátili právě z důvodu nedostatečného pracovního tempa, z kterého pro ně vyplýval velký až neúnosný stres.“*

5.1.4 Vyhodnocení dílčí výzkumné otázky č. 4

Čtvrtá dílčí výzkumná otázka zní: *„Jaké dovednosti, prováděné v rámci sociálně terapeutické dílny, považuje uživatel za největší přínos v chráněné dílně (zaměstnání)?“*

VS1: Identifikovala jsem 2 kategorie:

- Zodpovědnost a orientace v čase

Tyto dvě kategorie se navzájem prolínají, proto je ponechám jako jeden společný bod a vyjádřím se k nim najednou.

Zodpovědnost a orientace v čase

Při debatě na tuto otázku byli informanti nejsdílnější. Došla jsem k závěru, že nejvíce využijí nácvik docházky, konkrétně přijít včas do práce, potvrdit příchod a odchod z práce, omluvit se v případě nepřítomnosti apod. Dodržet čas práce, jednotlivých přestávek na svačinu, oběd a podobně. Informantka 6 uvedla: *„STD mi dalo to, že musím ráno vstát, přijít na určitou hodinu, zapsat se a tak. Využila jsem to, když jsem pracovala.“* Informantka 3 uvedla: *„STD mě naučila, že když něco nevím, nemám se bát zeptat. Je lepší se zeptat, než nevědět a udělat to špatně.“* Což se mi zdá velmi zodpovědné, neudělat si výrobek po svém a informovat se.

VS2: Identifikovala jsem 2 kategorie:

- Zodpovědnost a orientace v čase

- Zapracovanost - po pracovní i lidské stránce (seznámení se s lidmi, chodem organizace)

Zodpovědnost a orientace v čase

Informanti plně podpořili výpovědi informantů VS1, kdy nácvik zodpovědnosti provázaný s dodržováním včasného příchodu do práce a dodržením jiných časových intervalů označili jako velmi důležitý.

Zapracovanost - po pracovní i lidské stránce (seznámení se s lidmi, chodem organizace)

Informant 2 opět pochválil provázanost spolupráce s STD, kdy konkrétně uvedl: *„Perfektně nám funguje provázanost s vedoucí STD, která mi doporučí šikovné a schopné klienty na pozici zaměstnance v chráněné dílně.“* Dále uvedl, že takový „vychovaný“ klient službou STD je pro chráněnou dílnu kvalitním pracovníkem. Kdy dále uvedl: *„Od člověka, který přichází zvenku na místo zaměstnance v chráněné dílně, nevíme co čekat a chvíli trvá, než se zapracuje a rozkouká. Náš klient z STD se v této službě rozkouká, je důkladně zhodnocen pracovníky této dílny po lidské i pracovní stránce. Navíc, pokud v chráněné dílně neuspěje, má možnost se vrátit do STD. Lidi vyhazovat nechceme a neděláme to, pokud hrubě neporuší pracovní kázeň.“* Také bylo řečeno, že program práce jednotlivých dílen je vytvořen místním lidem na míru tak, aby práci zvládli, kdy přesně informant 2 uvedl: *„Program práce u nás je vytvořen lidem na míru tak, aby to zvládli. V naší organizaci je styl chráněných dílen raritou. Parádní. Celkově návaznost služeb je tady perfektní.“*

5.1.5 Vyhodnocení dílčí výzkumné otázky č. 5

Pátá dílčí výzkumná otázka zní: „Jakým způsobem podporuje uživatele služby rodina? Jaké má uživatel vize do budoucnosti?“

VS1: Identifikovala jsem 2 kategorie:

- Zabezpečení
- Osamostatnění

Zabezpečení

Rodina představuje pro oslovené informanty nedílnou součást jejich životů a především rodiče a sourozenci jsou jim velmi nápomocni. Čtyři informanti z šesti bydlí trvale

s rodiči. Dva informanti využívají byty v chráněném bydlení téže organizace, kdy domů jezdí jednou za čtrnáct dní na víkend. Informant 4 uvádí: „*Pro mě tatka někdy jezdí autem, abych nemusel autobusem.*“ V tomto kontextu se vyjadřuje informantka 5, která uvádí: „*Jezdím autobusem. Ale někdy mě vozí ségra. Někdy pro mě i přijede, to je fajn.*“ Řada informantů přiznává, že jim rodiče připravují svačiny, čisté oblečení apod. Rodiče informantů plní své rodičovské povinnosti, motivují je a podporují v každodenním docházení do sociálně terapeutické dílny a chráněné dílny. Rodiče jsou často jedním z hlavních důvodů, proč informanti zodpovědně každé ráno vstanou a vypraví se do práce. Žádný z oslovených informantů nemá pocit, že by za ním rodiče nestáli.

Osamostatnění

Na vizích do budoucna se shodují. Největším přáním a jistou mírou motivace je osamostatnění se od rodiny v podobě samostatného bydlení. Informantka č. 5 uvedla: „*Chtěla bych bydlet sama, bez rodičů. Osamostatnit se.*“ V tomto duchu zněly všechny odpovědi. Přání a vize informantů bydlících s rodiči jsou o samostatném bydlení a vlastní rodině.

Informantka 6, která v současné chvíli hledá stálé zaměstnání, k těmto cílům přidružuje touhu po dobré práci s vstřícným kolektivem.

VS2: Identifikovala jsem 1 kategorii:

- Zabezpečení

Zabezpečení

Informanti se shodli, že podpora rodiny je velmi důležitá, ať už se jedná o rodiče, sourozence či opatrovníky. Dále zaznělo, že pokud rodina není objektivní v posuzování možností a limitů klienta, může mu být do jisté míry rizikem.

Vzhledem ke skutečnosti, že do STD a CHD docházejí dospělí klienti, komunikace s rodinou není velká a odborní pracovníci rodinu vyhledávají pouze v případě, že nastane nějaký problém, je plánována změna apod.

Vize do budoucna

K vizím do budoucna informant 1 uvedl: „*Bylo by fajn, kdyby klienti měli možnost více exkurzí, nakouknout do výrobních provozů.*“

Informant 2 uvedl, že je spokojený: „*Systém bych nerad měnil, nechtěl bych. Je to dobré. Pouze se ho snažíme ladit. Také pracujeme na e-shopu. To bude k dokonalosti.*“

6 Diskuse

Tato bakalářská práce se zabývá významem sociálně terapeutické dílny pro zapojení klientů, s mentálním a kombinovaným postižením, do budoucí činnosti v chráněných dílnách (chráněné pracovní místo), kdy zásadním cílem práce bylo identifikovat nezbytné pracovní dovednosti klientů pro přechod do činnosti v chráněných dílnách (chráněné pracovní místo). K dosažení tohoto cíle byl zvolen polostrukturovaný rozhovor, který byl rozdělen do pěti dílčích částí, které se zabývaly tím, jak sociálně terapeutickou dílnu vnímají informanti, jaká je pro ně motivace k docházení do sociálně terapeutické dílny (STD), dále které činnosti jim dělaly při nácviku v STD největší problém a které naopak nebyly problémem. Také jaké dovednosti, které informant získal v STD, mu byly největším přínosem v chráněné dílně. V konečné fázi, jakým způsobem podporuje informanta rodina a jaké má informant vize do budoucna.

Klienti STD mohou v rámci integrace a naplňování IP usilovat o postup do CHD, kdy STD slouží jako prostor k nácviku určitých dovedností a návyků, které jsou nezbytnou součástí každodenních činností v CHD. Pracovní dovednosti se odvíjejí od typu dílny, do které by klient chtěl postoupit a pracovní návyky se zaměřují především na stabilní výkon, pečlivost, schopnost uklidit po sobě své pracoviště, samostatně zvládnout zadaný úkol, samostatně dodržovat pracovní dobu (příchod, odchod, pauzy na svačinu a na oběd), respektovat zadání, rozhodnutí mistra a odborného vedoucího pracovníka. Dále schopnost začlenit se do kolektivu, pracovat soustředěně na zadaném úkolu, nevyrušovat a nekontaktovat zbytečně ostatní pracovníky, nevyvolávat spory a hádky.

Pro VS1 má STD daleko větší význam, než se na první pohled může zdát. Podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, je sociálně terapeutická dílna ambulantní sociální službou určenou osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení, jejíž účelem je dlouhodobá a pravidelná podpora zdokonalování pracovních návyků a dovedností prostřednictvím sociálně pracovní terapie. Po dovršení dospělosti a ukončení školní docházky bylo pro informanty složité najít pracovní uplatnění a docházet do STD je pro ně daleko přijatelnější, než být izolován v domácím prostředí a nevědět, co se svým časem. STD umožňuje klientům s mentálním a kombinovaným postižením zapojení do režimu, který je pro zdravé lidi zcela běžný. Matoušek et al. (2005) uvádí, že lidé s mentálním postižením často žijí v zaběhlých stereotypech, díky kterým mají nejasnou představu o tom, co by mohli změnit, tedy jaké služby by mohly

zkvalitnit jejich život. Pouhé informace o jejich možnostech jsou často nedostačující a je tedy velmi důležité je podpořit, aby si si mohli něco nového osobně vyzkoušet (Matoušek et al., 2005). Informanti se shodli, že do STD dochází z několika důvodů, kdy mezi nejčastěji zmiňované patří nácvik k práci a možnost učit se novým dovednostem, které informanti využijí nejen v pracovním, ale také v každodenním praktickém životě. Informanti v zastoupení žen uvedly, že se naučily šít, pohybovat se v kuchyni, na zahradě a podobně, což využijí také v domácím prostředí mimo organizaci. Muži si cení chlapeckých prací, jako je prohrnování a zametání chodníku, třídění odpadu, broušení dřeva apod. V rámci individuální či skupinové práce dochází k udržení, v lepším případě, rozvoji stávajících sociálních a pracovních dovedností či návyků, které přispívají k vyššímu sebevědomí jedince. Samozřejmě je zde motivace pracovního uplatnění v CHD, ale vzhledem k tomu, že pět z šesti informantů je již v CHD zaměstnáno, jedná se nyní spíše o udržení si postu zaměstnance, který je velmi prestižní ze společenského hlediska, ale také z ekonomického, kdy vlastní přísun finančních prostředků tvoří nezanedbatelnou motivaci k práci. Také Šesták (2007) uvádí, že cílem služby STD je především vytvoření (obnovení), udržování a zdokonalování pracovních návyků a dovedností, které by v budoucnu mohly umožnit nebo ulehčit člověku se zdravotním postižením uplatnění na chráněném či otevřeném trhu práce, kdy logickým navazujícím stupněm této služby je zaměstnání v chráněné dílně nebo na otevřeném trhu práce. STD byla informantům v zaměstnání přínosem, kdy v počátku nejvíce ocenili oblast zodpovědnosti a orientace v čase, kdy v rámci STD měli možnost pracovat na dochvilnosti a docházce obecně (přijít včas do práce, dodržet čas práce, jednotlivých přestávek na svačinu, oběd apod.), potvrdit příchod a odchod z práce, omluvit se v případě nepřítomnosti atd. Z osobní zkušenosti vím, že orientace v čase je opravdu problematická. Čas, kdy začíná svačina či pauza na oběd, se tyto osoby umí naučit a pohlídat, ale přijít včas do práce je častým prohřeškem. Pipeková (2006) uvádí, že orientaci v novém prostředí, situaci a čase osobě s mentálním postižením ztěžuje úzký rozsah vnímání, který má také vliv na představivost a paměť a na jehož základě dochází k špatnému vyhodnocení souvislostí. Významnou motivaci k docházce jsou také pro informanty přátelé a pracovní kolektiv. Podle Matouška et al. (2005) je postavení člověka ve společnosti sociální status, který člověk získává během života a úzce souvisí se sociálním chováním a zaujmutím postoje a role ve společnosti. Společenská role formuje člověka jako celek a dává mu schopnost žít plnohodnotný život (Matoušek et al., 2005). Činnost, která v počátcích nácviku práce v STD dělala

informantům největší potíž, se u všech informantů nepodařilo zcela jednoznačně identifikovat, ovšem z vyplývajících rozhovorů vyplynulo, že by se mohli ztotožnit s výpovědí informanky 6, u které jsem za obtížné identifikovala schopnost obsahově naplnit náplň práce. V jejích silách není zcela pochopit zadávané informace k práci a je nutné ji činnost podrobněji, trpělivě a opakovaně přiblížit a to především v situaci, kdy je k práci zapotřebí čísel, jelikož ji orientace v číslech činí značný problém, např. pokud bude v zadání práce cílem vyrobit 20 kusů výrobku, bude nutná asistence, což je způsobené, jak uvádí Švarcová (2011) následkem trvalého poškození mozku, které má za následek snížení intelektových schopností. Vnímání osob s mentálním postižením je celkově pomalejší, opožděné a zjednodušeně až nedostatečné (Pipeková, 2006). Vágnerová (2012) také uvádí, že pro myšlení osob s mentálním postižením je charakteristická stereotypnost, rigidita a ulpívání na určitém způsobu řešení. Zároveň je nutné zmínit, že osoby s mentálním postižením vyžadují jistá specifika komunikace a to nejen při přijímání úkolů a pokynů k práci, ale i v běžné komunikaci (Valenta, 2011). Valenta (2011) dále uvádí, že je vhodné s těmito lidmi mluvit srozumitelně a pomalu, nepoužívat cizí slova ani dlouhá souvětí a přizpůsobit se, pokud možno, jim blízkému stylu vyjadřování. Nejlepší je situace, kdy je možné jednotlivé úkony názorně předvést a v neposlední řadě je vhodné si ověřit, že osoba s mentálním postižením porozuměla a pochopila, co jste jim chtěli říct (Valenta, 2011). V poslední výzkumné části jsem se zabývala rodinou informantů, která je nedílnou součástí jejich životů v kontextu zabezpečení a funkčnosti. Rodiče nebo sourozenci velmi často zajišťují přípravu stravy, čisté oblečení, dohlízejí na hygienu, pomáhají s ranní výpravou pro včasný příchod do služby či díly apod. Rodiče plní své rodičovské povinnosti podle svých možností, motivují a podporují své potomky v jejich každodenních povinnostech. V souvislosti s prodlužujícím se věkem dožití osob s mentálním postižením, také roste věk rodičů starajících se o dospělého potomka. Fischer, Škoda (2008) a Vágnerová (2012) se shodují, že právě z tohoto důvodu je správná rodičovská výchova velmi důležitá, jelikož osoba s mentálním postižením je také v dospělém věku částečně nebo úplně závislá na rodičovské péči a podpoře, proto by rodiče měli své potomky vést a podporovat v co nejvyšší samostatnosti, aby byli připraveni vyrovnávat se i s náročnějšími životními situacemi. Přáním a jistou mírou motivace, je osamostatnění se od rodiny v podobě samostatného bydlení, což bývá u osob s mentálním a kombinovaným postižením obtížnější, než u běžné zdravé populace. V České republice bylo v roce 2000 více než 15.000 občanů umístěno v ústavech (Dobromysl.cz, 2002). V současné době značná část

dospělých lidí s mentálním postižením žije stále ve společné domácnosti se svými rodinami (Dobromysl.cz, 2002). Lidí s možností žít v chráněných domácnostech a jiných komunitních formách bydlení jsou spíše stovky než tisíce, i když jsou tu možnosti samostatného bydlení v podobě např. chráněného bydlení nebo bydlení s asistenční službou, kde je možnost zajištění služeb podle svých individuálních potřeb a přání (Dobromysl.cz, 2002). V organizaci, kde výzkum probíhal, skvěle funguje přidružená služba chráněného bydlení, kterou využívají dva z šesti oslovených informantů VS1. Je na nich vidět větší podíl samostatnosti a zodpovědnosti, jelikož musí dopředu přemýšlet o tom, co nakoupí, uvaří apod. Také si ale uvědomují, že žít zcela osamotě, bez odborné asistence, je odlišné a bez soustavného dozoru by jim chyběl pocit jistoty, který jim služba chráněného bydlení zajišťuje.

VS2 považuje STD za smysluplně využitý volný čas, který by jinak informanti VS1 trávili doma např. před televizní obrazovkou a docházelo by tak k poklesu jejich schopností a tím také zdravého sebevědomí. Návuk nových dovedností dává každému jedinci pocit seberealizace a uspokojení z naučení se nových věcí. Největší motivací a náplní služby je začlenění do pracovních povinností s možností zaměstnání a udržení si pracovní pozice v CHD, kdy STD je v tomto návazném procesu důležitým předstupněm a zároveň výbornou příležitostí k rozkoukání a aklimatizaci klienta v organizaci. Klienti přichází do STD s hlavním cílem a to být zaměstnán v CHD, který je také podle Šestáka (2007) logickou a přirozenou návazností. Šesták (2007) dále uvádí, že tento způsob přípravy k práci je cílená činnost, která směřuje k zapracování osoby se zdravotním postižením na vhodné pracovní místo. Matoušek et al. (2005) uvádí, že lidé s mentálním postižením se nemají šanci běžné věci naučit pouhým pozorováním jako vrstevníci bez postižení, proto je důležité si většinu věcí vyzkoušet a v případě potřeby využít asistenčních služeb pracovníků. VS2 také vidí výhodu STD v možnosti kvalitního zhodnocení klienta, které obnáší posouzení jeho sociálních a pracovních dovedností a v případě, že splňuje očekávaná kritéria pro postup do CHD, stává se jejím zaměstnancem. Z toho vyplývá, že STD si může „vychovat“ kvalitního pracovníka pro pozici v místní CHD. V případě, že by v chráněné dílně tento člověk neuspěl, má možnost návratu do STD, čímž získává pocit jistoty. Program práce jednotlivých dílen je v této organizaci vytvořen místním lidem se zdravotním postižením na míru tak, aby ji zvládli. Také Šesták (2007) uvádí, že s ohledem na zdravotní stav a pracovní možnosti osoby se zdravotním postižením, je možná úprava

pracovních podmínek k spokojenosti obou stran. Dále jsem došla k závěru, že pro některé klienty je největší motivací k docházce do STD pracovní kolektiv a přátelé a to především ve chvíli, kdy se klientovi nedaří postoupit na pozici zaměstnance CHD. Sociální začlenění do skupiny podobné stylem života, sdílením společných hodnot, postojů a norem chování, se stává součástí osobní identity jednotlivce a dochází k získání určité pozice, role a statusu (Vágnerová, 2012). Pipeková (2006) a Vágnerová (2012) se shodují, že pracovní aktivita a s ní spojený pravidelný režim, do kterého patří také kontakt se společenským prostředím, vhodným způsobem stimuluje a udržuje schopnosti osob s mentálním postižením. Za problematické v rámci STD a zároveň pro přechod do CHD byly identifikovány sociální návyky a to nejen u informantů VS1, ale u většiny nově přichozících klientů do STD. Sociální návyky a dovednosti nejsou vždy podmíněny pouze stupněm postižení, ale pramení také z rodiny a výchovy. Kozáková et al. (2013) uvádí, že výchova je pro vývoj každého člověka zcela nezbytná, kdy cílem výchovy osob s mentálním postižením je co nejvšestrannější rozvoj jejich osobnosti, samozřejmě s přihlédnutím k jejich optimálním možnostem vycházejícím z povahy a stupně postižení (Kozáková et al., 2013). Za výsledek je považován co možná nejvyšší stupeň socializace, kdy velmi důležitou roli v celém výchovném procesu sehrávají motivační činitele (Kozáková et al., 2013). V STD je také kladen důraz na nácvik zodpovědnosti provázaný s dodržováním včasného příchodu do práce a dodržení jiných časových intervalů, které jsou v CHD nutností a z čehož vyplývá, že zodpovědnost a orientace v čase jde ruku v ruce a patří mezi prioritní záležitosti v pracovním uplatnění. Opatřilová (2005) uvádí, že orientace v čase, která souvisí s prostorovou orientací, je poměrně náročnou oblastí, kdy je již od raného věku důležité dodržování denního režimu, výrazné vizualizace předmětové nebo obrázkové. Prostorová orientace je uvědomění si okolního prostředí, ve kterém jsou věci v určitém vztahu mezi sebou (Opatřilová, 2005). Lidé s mentálním a kombinovaným postižením často představu o čase a prostoru nemají, čímž se stávají ve svém chování nejistí z čehož také může následně pramenit problém s chováním (Opatřilová, 2005). Při práci je také pro klienty poměrně problematické udržet soustředěnost a pozornost. Valenta (2011) označuje pozornost u osob s mentálním postižením za nestálou a snadno unavitelnou, kdy s nárůstem požadavku na kvantitu výkonu narůstá počet chyb. Valenta (2011) dále uvádí, že člověk s mentálním postižením je schopen udržet záměrnou pozornost daleko kratší dobu, než jeho zdravý vrstevník. Také pracovní tempo, které je velmi často pomalé až nedostačující, se stává velkou překážkou v pracovním posunu do

CHD. Podle Valenty (2011) si osoby s mentálním postižením vše nové osvojují pomalu a je zapotřebí mnohočetné opakování činnosti, ale ani to nezaručí rychlejší pracovní tempo, jelikož pro mentální postižení je příznačná celková zpomalenost. V této souvislosti vyplynulo, že osoby, které nyní dochází do STD či CHD, a které měli v minulosti možnost vyzkoušet zaměstnání na otevřeném trhu práce, zde neuspěli právě z důvodu nedostačujícího pracovního tempa, které pro ně bylo neúnosným stresovým faktorem vedoucím k odchodu ze zaměstnání a návratu zpět do organizace. U osob s mentálním postižením se důsledky a omezení, plynoucí z jejich postižení, liší člověk od člověka, stejně jako se liší schopnosti lidí bez zdravotního postižení. Přibližně 87% těchto osob je pomalejších než standardní průměr, avšak v dospělosti jsou schopni vykonávat řadu zaměstnání (Zaměstnávání lidí s mentálním postižením, 2002). Zbývajících 13% má vážná funkční omezení, což vyžaduje výraznější podporu při výběru zaměstnání a rozvoji samotných pracovních dovedností, ovšem pokud je jim tato podpora poskytnuta, mohou být i mnozí z nich v práci velmi úspěšnými a spokojenými (Zaměstnávání lidí s mentálním postižením, 2002). Pro klienty STD a zaměstnance CHD je velmi důležitá podpora rodiny, ať už se jedná o rodiče, sourozence či opatrovníky. Valenta (2011) uvádí, že typickým znakem jedince s mentálním a kombinovaným postižením je zvýšená závislost na rodičích, což je podle mě logické. Z výzkumu dále vyplynulo, že pokud rodina není objektivní v posuzování možností a limitů klienta, může mu být do jisté míry rizikem. Vzhledem ke skutečnosti, že do STD a CHD docházejí dospělí klienti, komunikace s rodinou není velká a odborní pracovníci rodinu vyhledají pouze v případě, že nastane nějaký problém, je plánována změna apod. Vize odborných pracovníků do budoucna se liší, ale identifikovala jsem z nich, že jim jde vždy o dobro jejich klientů a zaměstnanců. STD by uvítala více exkurzí do výrobních a pracovních provozů, aby klienti měli možnost nahlédnout do reálných pracovních prostor. Vyladění dílčích drobností v celkovém propojení, které se postupně daří zlepšovat a vybudováním kvalitního internetového obchodu bude momentálně stačit k dokonalosti a spokojenosti odborného vedoucího pracovníka CHD. Tito odborní pracovníci každý den odvádějí báječnou práci, jak po pracovní, tak po lidské stránce, a já jim velmi děkuji, že jsem měla možnost více nahlédnout do problematiky, kterou se tato bakalářská práce zabývá.

Z výzkumu vyplynulo, že STD je pro informanty významným prostorem k nácvičce dovedností a návyků, které jsou součástí každodenních činností nejen v CHD, ale také

v běžném praktickém životě. Pro přechod klientů z STD do CHD je nezbytné zvládnout požadovanou dovednost podle typu dílny (dřevodílna, keramická dílna, textilní dílna ad.), dále je kladen důraz na sociální návyky a dovednosti, odpovídající pracovní tempo, zodpovědnost, spolehlivost a samostatnost při práci a dodržování pracovní doby.

7 Závěr

Cílem bakalářské práce bylo identifikovat nezbytné pracovní návyky klientů v rámci procesu sociální rehabilitace, které získávají v sociálně terapeutické dílně. Pro dosažení cíle byla stanovena hlavní výzkumná otázka: „Jaké jsou nezbytné pracovní dovednosti klientů pro přechod do činnosti v chráněných dílnách (chráněné pracovní místo)?“ Pro výzkum byly zvoleny dva výzkumné soubory (VS), kdy VS1 tvořili informanti z řad klientů STD a VS2 odborní vedoucí pracovníci STD a CHD.

Z výzkumu vyplynulo, že informanti VS1 vnímají sociálně terapeutickou dílnu jako příležitost, jak smysluplně využít svůj volný čas a naučit se novým dovednostem, které využijí v pracovním i soukromém životě. Motivací k docházce je pro ně především nácvik k práci v CHD a také komunikace v rámci kolektivu. Při nácviku v STD bylo pro informanty nejobtížnější splnit obsahově náplň práce, kdy bylo zapotřebí informantům zadání práce opakovaně vysvětlit, popřípadě názorně předvést nebo dopomoci. Dovedností, která byla po přechodu do CHD největším přínosem, byla identifikována zodpovědnost a orientace v čase. Pro informanty také hraje nezastupitelnou roli rodina, která plní především zabezpečovací funkci. Vizí do budoucna je udržení si pracovní pozice v CHD a vedení samostatného života.

Z výzkumu dále vyplynulo, že VS2 považuje STD za jedinečnou příležitost, jak zhodnotit schopnosti a možnosti klienta po pracovní i lidské stránce. Největší motivací k docházce označují možnost zaměstnání v CHD a udržení si této prestižní pozice. Za nejproblematictější byly označeny sociální návyky a pomalé pracovní tempo. Výhodou byla stanovena možnost seznámit se s chodem organizace, místními lidmi a zapracovat se, ještě před možným postupem do CHD. V rodině též VS2 spatřuje především roli zabezpečovací. Vizí do budoucna jsou exkurze do reálných pracovních provozů a doladění internetového obchodu, který slouží k prodeji výrobků chráněných dílen.

Jako nezbytné pracovní návyky pro přechod do CHD bych označila: sociální návyky a dovednosti, odpovídající pracovní tempo, zodpovědnost, samostatnost a spolehlivost.

Výstupy z bakalářské práce by mohly přispět ke zkvalitnění procesu sociální rehabilitace v církevní organizaci, kde výzkum probíhal a kde jsou klienti s mentálním a kombinovaným postižením. Dále by mohly posloužit laické i odborné veřejnosti a studentům, kteří se zabývají touto problematikou.

8 Použitá literatura

1. BUCHTOVÁ, B. et al., 2002. *Nezaměstnanost; Psychologický, ekonomický a sociální problém*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing a.s. 240 s. ISBN 80-247-9006-8.
2. BURIANOVÁ, K., 2017. *Formy pracovního začlenění osob se zdravotním postižením navazující na využívání sociálně terapeutických dílen*. České Budějovice. Bakalářská práce. ZSF JU.
3. CIPRO, M., 2015. *Psychoanalytické koučování: vliv nevědomé motivace na jednání koučovaného*. 1. vydání. Praha: Grada. 260 s. ISBN 978-80-2475350-8.
4. ČELEDOVÁ, L. et al., 2015. *Posudkové lékařství pro studenty nelékařských fakult*. 1. vydání. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. 96 s. ISBN 978-80-7394-498-8.
5. DISMAN, M., 2011. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 4. vydání. Praha: Karolinum. 374 s. ISBN 978-80-246-1966-8.
6. *Doporučený postup č. 1/2016 na podporu realizace prostupného systému sociální a pracovní rehabilitace osob se zdravotním postižením*, 2016. [online]. MPSV. [cit. 2017-03-13]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/23591/Doporuceny-postup-c.1-2016-na-podporu-realizace-prostupneho-systemu-socialni-a-pracovni-rehabilitace-osob-se-zdravotnim-postizenim.pdf>
7. FISCHER, S., ŠKODA, J., 2008. *Speciální pedagogika, Edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. 1. vydání. Praha: Triton. 205 s. ISBN 978-80-7387-014-0.
8. HENDL, J., 2008. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2. vydání. Praha: Portál, s.r.o. 408 s. ISBN 978-80-7367-485-4.

9. *Chráněná dílna - náhradní plnění 2017*, 2017 [online]. HANDICO s.r.o. [cit. 2017-02-04]. Dostupné z: <http://www.handico.cz/chranena-dilna.htm>
10. JANDOUREK, J., 2012. *Slovník sociologických pojmů, 610 hesel*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s. 264 s. ISBN 978-80-247-3679-2.
11. JANKOVSKÝ, J., 2006. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska*. 2. vydání. Praha: Triton. 173 s. ISBN 80-7254-730-5.
12. JESENSKÝ, J., 2000. *Základy komprehenzivní speciální pedagogiky*. Hradec Králové: Gaudeamus. 275 s. ISBN 80-7041-196-1.
13. KAJANOVÁ, A. et al., 2017. *Metodologie výzkumu v oblasti sociálních věd*. 1. vydání. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. 108 s. ISBN 978-80-7394-639-5.
14. KOMENDOVÁ, J., 2009. *Pracovní podmínky osob se zdravotním postižením*. 1. vydání. Ostrava: KEY Publishing s.r.o. 158 s. ISBN 978-807418022-4.
15. KOZÁKOVÁ, Z. et al., 2013. *Výchova a vzdělávání osob s mentálním postižením*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 127s. ISBN 978-80-244-3714-9.
16. KRHUTOVÁ, L., 2013. *Autonomie v kontextu zdravotního postižení*. Ostrava: Albert. 242 s. ISBN 978-80-7326-232-7.
17. KUNHARTOVÁ, M., 2017. *Charakteristika kombinovaného postižení* [online]. Šance dětem [cit. 2017-03-13]. Dostupné z: <http://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/deti-se-zdravotnim-postizenim/deti-s-kombinovanym-postizenim/charakteristika-kombinovaneho-postizeni.shtml>

18. LUECKING, G., WITTENBURGB, D., 2009 *Providing supports to youth with disabilities transitioning to adulthood* (s. 241-251) DOI: 10.3233/JRV-2009-0464 [online]. Journal of Vocational Rehabilitation 30. [cit. 2017-05-01] Dostupné z : <http://content.iospress.com/articles/journal-of-vocational-rehabilitation/jvr00464>
19. MATĚJČEK, Z., 2001. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. Praha: HaH. 151 s. ISBN 8086022927.
20. MATOUŠEK, O. et al., 2008. *Metody a řízení sociální práce: Legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 2. vydání. Praha: Portál. 384 s. ISBN 978-80-7367-502-8.
21. MATOUŠEK, O., 2010. *Slovník sociální práce*. 2. vydání. Praha: Portál. 271 s. ISBN 978-80-7367-368-0.
22. MATOUŠEK, O., et al., 2011. *Sociální služby*. 2. vydání. Praha: Portál. 200 s. ISBN 978-80-262-0041-3.
23. MICHALÍK, J., et al., 2011. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. 1. vydání. Praha: Portál. 512 s. ISBN 978-80-7367-859-3.
24. MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
25. MOJŽÍŠOVÁ, A., 2008. *Kapitoly sociální práce v praxi*. 1. vydání. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. 139 s. ISBN 978-80-7394-074-4.
26. *MKN- Mentální retardace (F70-F79)*, 2014. [online]. ÚZIS ČR. [cit. 2017-03-13]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F70-F79.html>

27. MPSV, 2002. *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe. Průvodce poskytovatele*. 1. vydání. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. 112 s. ISBN 80-86552-45-4.
28. NESČÁKOVÁ L. 2012. *Pracovní právo pro neprávnický: rozbor vybraných ustanovení, praktická aplikace, vzory a příklady*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s. 272 s. ISBN 978-80-247-4091-1.
29. NOVOSAD, L., 1997. *Některé aspekty socializace lidí se zdravotním postižením*. 1. vydání. Liberec: Technická univerzita v Liberci. 50 s. ISBN 80-7083-268-1.
30. NOVOSAD, L., 2006. *Zásady speciálního poradenství*. 2. vydání. Praha: Portál. 159 s. ISBN 80-7367-174-3.
31. NOVOSAD, L., 2009. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním: základy a předpoklady dobré poradenské praxe*. 1. vydání. Praha: Portál. 272 s. ISBN 978-80-7367-509-7.
32. NOVOTNÁ, J., 2014. *Teorie sociální práce: skripta* 1. vydání. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava. 127 s. ISBN 978-80-87035-96-2.
33. OPATŘILOVÁ, D., 2005. *Metody práce u jedinců s těžkým postižením a více vadami*. Brno: Masarykova univerzita. 146 s. ISBN 80-210-3819-5.
34. OPATŘILOVÁ, D., PROCHÁZKOVÁ, L., 2011. *Předprofesní a profesní příprava jedinců se zdravotním postižením*. 1. vydání. Brno: Masarykova univerzita. 159 s. ISBN 978-80-210-5536-0.
35. *Osoby se zdravotním postižením*, 2017. [online]. Pomoc na dvanáctce. [cit. 2017-03-13]. Dostupné z: <http://p12.helpnet.cz/osoby-se-zdravotnim-postizenim>
36. PADNEY, S., AGARWAL S., 2013. *Transition to Adulthood for Youth with Disability: Issues for the Disabled Child and Family* (s. 41-45) ISSN: 2279-

0837 [online]. IOSR Journals Of Humanities And Social Science [cit.2017-05-01]

Dostupné z: <http://iosrjournals.org/iosr-jhss/papers/Vol17-issue3/I01734145.pdf>

37. PFEIFFER, J., et al., 2014. *Koordinovaná rehabilitace*. 1. vydání. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. 176 s. ISBN 978-80-7394-461-2.
38. PIPEKOVÁ, J., 2006. *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů*. 1. vydání. Brno: MSD. 208 s. ISBN 80-86633-40-3.
39. PLEVOVÁ, I., SLOWIK, R., 2010. *Komunikace s dětským pacientem*. 1. vydání. Praha: Grada. 247 s. ISBN 978-80-247-2968-8.
40. *Plnění povinného podílu zaměstnávání osob se zdravotním postižením, 2016*. [online]. MPSV [cit. 2017-01-16]. Dostupné z: <https://portal.mpsv.cz/sz/obecne/prav-predpisy/vyklady/plneni-povinneho-podilu-ozp>
41. ŘEZNÍČEK, I., 1994. *Metody sociální práce*. 1. vydání. Praha: Sociologické nakladatelství (Slon). 80 s. ISBN 80-85850-00-1.
42. SHAPIRO, L. E., 2014. *Emoční inteligence dítěte a její rozvoj: Emoční inteligence a úspěšný život; rozvoj sociálních dovedností*. 4. vydání. Praha: Portál. 272 s. ISBN 978-80-262-0651-4.
43. *Slovníček pojmů, 2012*. [online]. Česká unie pro podporované zaměstnávání [cit. 2017-05-01]. Dostupné z: <http://www.unie-pz.cz/3-podporovane-zamestnavani/82-slovnicek-pojmu.html>
44. Sociální rehabilitace (§ 70) a sociálně terapeutické dílny (§ 67), 2012. [online]. MPSV. [cit. 2017-03-13]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/13929>

45. SVOBODA, M. et al., 2009. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. 2. vydání. Praha: Portál. 792 s. ISBN 978-80-7367-566-0.
46. ŠESTÁK, J., 2007. *Chráněná dílna – nástroj k pracovnímu uplatnění a začlenění lidí se zdravotním postižením*. 1. vydání. Týn nad Vltavou: Domov sv. Anežky, o.p.s. 86 s. ISBN 978-80-254-0108-8.
47. ŠESTÁK, J., 2010. *Chráněné dílny v Jihočeském kraji a Horním Rakousku jako součást systémových nástrojů podporujících pracovní uplatnění a začlenění lidí se zdravotním postižením: Studie realizovaná v rámci projektu Jihočeské rozvojové, o.p.s. „CHD Net“* [online]. CHD Net [cit. 2017-02-04]. Dostupné z: <http://docplayer.cz/605572-Mgr-jan-sestak-ph-d-brezen-2010.html>
48. ŠESTÁK, J., 2014. Pracovní rehabilitace In: PFEIFFER, J. et al., *Koordinovaná rehabilitace*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, s. 157-165. ISBN 978-80-7394-461-2.
49. ŠVARCOVÁ, I., 2011. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Praha: Portál. 224 s. ISBN 978-80-7367-899-0.
50. ŠVAŘÍČEK, R., et al., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vydání. Praha: Portál. 384 s. ISBN 978-80-7367-313-0.
51. VALENTA, M., MÜLLER, O., 2009. *Psychopedie: teoretické základy a metodika*. 4. vydání. Praha: Parta. 386 s. ISBN 978-807320-137-1.
52. VALENTA, M., 2011. Lidé s mentálním postižením a jinou duševní poruchou. In: MICHALÍK, J., et al. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál, s. 112-179. ISBN 978-80-7367-859-3.
53. VÁGNEROVÁ, V., 2012. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. 872 s. ISBN 978-80-262-0225-7.

54. VÍTKOVÁ, M., 2006. Somatopedie. In: PIPEKOVÁ, J. et al., *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido. ISBN 80-7315-120-0.
55. VOTAVA, J. et al., 2003. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1. vydání. Praha: Karolinum. 207 s. ISBN 80-246-0708-5.
56. *Zaměstnávání lidí s mentálním postižením*, 2002 [online]. Dobromysl.cz [cit. 2017-03-13]. Dostupné z: <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=47&tmplid=45>
57. *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe: Průvodce uživatele*, 2002. [online]. MPSV. [cit. 2017-03-13]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/5964/pruvodce.pdf>
58. *Závěrečná zpráva projektu: Evaluace poskytování sociálních služeb v Moravskoslezském kraji*, 2015. [online]. Moravskoslezský kraj [cit. 2017-01-16]. Dostupné z: <http://www.msk.cz/assets/eu/evaluace-zaverecna-zprava-08.pdf>
59. *Změny, které přináší Sociální reforma v oblasti dalšího vzdělávání sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách, s účinností od 1. ledna 2012*, 2012. [online]. MPSV [cit. 2017-03-13]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/11934/stanovisko.pdf>

Zákony a vyhlášky:

Školský zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, 2017 [online]. MŠMT [cit. 2017-03-13]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/dokumenty-3/skolsky-zakon-ve-zneni-ucinnem-od-1-1-2017-do-31-8-2017>

Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách 2015 [online]. MPSV [cit 2017-03-13]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/13639/505_2006_2015.pdf

Zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách, 2016 [online]. MPSV [cit 2017-03-13]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/zakon-c.-108-2006-stav-k-.8.2016.pdf>

Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, 2017 [online]. MPSV [cit 2017-03-13]. Dostupné z: <https://portal.mpsv.cz/sz/obecne/prav-predpisy/akt-zneni/ZOZ-PLATNE-ZNENI-OD-1.4.2017.PDF>

9 Příloha

Scénář pro rozhovor

DVO 1: Jak vnímá uživatel sociálně terapeutickou dílnu, její klady a zápory?

1. Řekněte mi, z jakého důvodu jste začal/a docházet do sociálně terapeutické dílny?
2. Jak jste se o službě dozvěděl/a? Co jste dělal/a předtím?
3. Jaké vidíte v sociálně terapeutické dílně výhody – klady?
4. Jaké vidíte v sociálně terapeutické dílně nevýhody – zápory?
5. Pracujete na individuálních plánech? Co mi k tomu můžete říct?
(S kým spolupracujete, přijdou Vám individuální plány užitečné apod.)

DVO 2: Jaká je pro uživatele motivace k docházení do sociálně terapeutické dílny?

1. Víte, že sociálně terapeutická dílna je sociální službou zdarma a slouží k vytvoření, udržení a zdokonalení pracovních návyků a dovedností k případnému postupu do zaměstnání?
2. Docházíte do služby dobrovolně a pravidelně, můžete mi říci Váš důvod?
3. Řekněte mi, co je pro Vás největší motivací?
4. Jaké jsou pro Vás další důvody k docházce?
5. Jste sám/a se sebou, v rámci práce sociálně terapeutické dílny, spokojen/a? Kde vidíte své rezervy?

DVO 3. Jaká činnost dělala uživateli při nácviku v sociálně terapeutické dílně největší problém a naopak, která činnost nebyla velkým problémem?

1. Řekněte mi, byly pro Vás činnosti v sociálně terapeutické dílně nové?
2. Jaké činnosti jste v rámci sociálně terapeutické dílny dělal/a?
3. Řekněte mi, co Vám činilo největší problém (při nácviku, v kolektivu, cokoliv jiného)?
4. Co Vám naopak nedělalo problém, co pro Vás bylo nejsnazší či přirozené?
5. Řekněte mi, kdo Vám při práci v sociálně terapeutické dílně pomáhal a jak?

DVO 4: Jaké dovednosti, prováděné v rámci sociálně terapeutické dílny, považuje uživatel za největší přínos v chráněné dílně (zaměstnání)?

1. Řekněte mi, jste zaměstnán/a v chráněné dílně? Znáte popřípadě svůj úvazek?

2. Řekněte mi, jak Vám průprava sociálně terapeutické dílny pomohla či pomáhá v chráněné dílně (v zaměstnání)?
3. Které konkrétní činnosti, naučené v rámci sociálně terapeutické dílny, využíváte při práci?
4. Byl/a jste někdy zaměstnána na otevřeném trhu práce - mimo organizaci? Pokud ano, co mi o tom můžete říci?
5. Pokud můžete porovnat práci v organizaci se zkušeností práce „venku“, co pro Vás bylo lepší a proč?

DVO 5: Jakým způsobem podporuje uživatele služby rodina? Jaké má uživatel vize do budoucnosti?

1. Můžete mi říci, bydlíte s rodiči či odděleně?
2. Řekněte mi, podporuje Vás při docházce do sociálně terapeutické dílny nebo do chráněné dílny rodina? Pokud ano, můžete mi říci, jak Vám rodina pomáhá?
3. Jakým způsobem se dopravujete do organizace – do sociálně terapeutické dílny, chráněné dílny a zpět domů?
4. Jaké máte vize do budoucna?
5. Souhlasí s tím rodiče? Jak Vás ve Vašem plánu podporují?

10 Seznam zkratek

ad. = a další

apod. = a podobně

atd. = a tak dále

č. = číslo

CHD = chráněná dílna

CHPM = chráněné pracovní místo

IP = individuální plán (plánování)

IQ = Inteligenční kvocient

LZPS = Listina základních práv a svobod

MKN 10 = Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů

OZP = osoba se zdravotním postižením

Sb. = sbírky

STD = sociálně terapeutická dílna

tzv. = tak zvaně

z. = zákon