



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Katedra klinických a preklinických oborů

Diplomová práce

Koordinovaná rehabilitace u klientů Ústavu sociální péče Domečky

Vypracovala: Bc. Pavla Jiroutová
Vedoucí práce: Mgr. Petra Zimmelová, Ph.D.

České Budějovice 2015

Abstrakt

Diplomová práce se zabývá problematikou koordinované rehabilitace. Koordinovaná rehabilitace představuje vzájemně provázaný proces léčebné, pedagogické, pracovní a sociální rehabilitace, jehož hlavním cílem je minimalizovat důsledky, které vycházejí z postižení jedince. Úspěšná rehabilitace spočívá ve včasném, plynulém a koordinovaném úsilí o co nejrychlejší a nejširší zapojení osob se zdravotním postižením do obvyklých aktivit života.

Teoretická část se skládá ze šesti základních kapitol. První kapitola se věnuje Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disability a zdraví, na kterou navazuje podkapitola zabývající se zdravotním postižením a následně mentálním postižením. Zaměřila jsem se na osoby s mentálním postižením, neboť organizace, kde byl proveden výzkum, poskytuje služby právě těmto osobám. Druhá kapitola obsahuje informace o koordinované rehabilitaci. Zbývající kapitoly se zabývají jednotlivými složkami koordinované rehabilitace, kterými jsou léčebná, pedagogická, pracovní a sociální rehabilitace.

Cílem diplomové práce je zjistit, jak je využíván systém koordinované rehabilitace v Ústavu sociální péče Domečky. Dílčím cílem je zjistit, jaký význam má systém koordinované rehabilitace pro klienty Ústavu sociální péče Domečky. V závislosti na cílech práce jsou nastoleny dvě výzkumné otázky. Hlavní výzkumná otázka zní: Jakým způsobem jsou uplatňovány jednotlivé složky koordinované rehabilitace v Ústavu sociální péče Domečky? Dílčí výzkumná otázka zjišťuje, jaká pozitiva přináší systém koordinované rehabilitace pro klienty Ústavu sociální péče Domečky.

Pro praktickou část diplomové práce byl zvolen kvalitativní výzkum. Byla použita metoda dotazování a technika polostukturovaného rozhovoru. Výsledky byly vyhodnoceny pomocí metody vytváření trsů. Výběrový soubor tvořilo 11 pracovníků Ústavu sociální péče Domečky. Respondenti byli vybráni záměrně, dle kritéria ochoty zúčastnit se výzkumu.

Výsledky jsou rozděleny do dvou kapitol dle výzkumných otázek. První kapitola se zabývá způsobem uplatnění jednotlivých složek koordinované rehabilitace v Ústavu sociální péče Domečky. Tyto výsledky jsou pro větší přehlednost také členěné dle jednotlivých složek koordinované rehabilitace. První část obsahuje identifikační údaje respondentů. Následují části: léčebná rehabilitace, pedagogická rehabilitace, pracovní rehabilitace a sociální rehabilitace.

Druhá kapitola výsledků zahrnuje subjektivní názory respondentů na výhody koordinované rehabilitace a její přínos pro klienty organizace.

Diskuze je též rozdělena dle výzkumných otázek a jednotlivých složek koordinované rehabilitace. V diskuzi porovnávám zjištěné informace s tvrzeními z odborných zdrojů.

Výzkum ukázal neznalost pojmu koordinované rehabilitace a s tím spojenou odlišnost v odpovědích, zda je koordinovaná rehabilitace poskytována v organizaci. V rámci léčebné rehabilitace bylo zjištěno, že zdravotní péči poskytují zdravotní sestry a praktický doktor. Dále zařízení spolupracuje s nemocnicí a poliklinikou, které sousedí s organizací. Ergoterapie není v organizaci nabízena, ale jsou tu pro klienty k dispozici pracovně rehabilitační dílny. Aktivizační činnosti jsou v organizaci prováděny v rámci pracovních dílen, společenských, kulturních a sportovních akcí. Muzikoterapie, arteterapie a canisterapie nejsou v organizaci nabízeny.

Z výzkumu, který je věnovaný pedagogické rehabilitaci, vyplývá nejednotná terminologie používaná ve speciálním vzdělávání. Organizace umožňuje vzdělávání prostřednictvím externích škol, do kterých klienti dochází či dojíždí. Žádný z klientů není integrován do běžného vzdělávacího proudu.

Pracovní rehabilitaci mohou klienti využívat v rámci zaměstnání v kuchyni a prádelně přímo v organizaci nebo zaměstnáním v občanském sdružení Pferda, které nabízí pracovní uplatnění v kavárně, úklidové firmě a pekárně. Výzkum ale ukázal nezájem klientů o získání práce. Nejčastěji pracovníci motivují klienty k práci slíbením odměny.

V rámci sociální rehabilitace byl popsán vztah klíčového pracovníka a klienta a tvorba individuálního plánování. Byla ujasněna problematika dávek sociálního

zabezpečení, kdy klienti pobírají invalidní důchody, příspěvek na péči, popř. přídavek na dítě. Adaptace a vytváření nových sociálních kontaktů probíhá při pořádání společenských akcí a společném trávení volného času. Soběstačnost klientů je podporována přístupem pracovníků ke klientům, dodržování režimu dne, nácvikem a opakováním činností a také prostřednictvím individuálního plánování a plánu podpory.

Výhody koordinované rehabilitace nebyly jednoznačně dány. Nejčastěji jde o kontakt s ostatními odborníky a jejich vzájemnou spoluprací. Přínos koordinované rehabilitace pro klienty je z pohledu respondentů v komplexní péči, která jim je věnovaná.

Získané výsledky mohou sloužit pro tvorbu nástroje pro zpětnou vazbu ve zkoumaném zařízení, který může být následně využit pro zvyšování kvality poskytované péče. Diplomová práce může být dále využita jako zdroj informací pro budoucí klienty a jejich rodiny.

Klíčová slova:

Koordinovaná rehabilitace

Léčebná rehabilitace

Pedagogická rehabilitace

Pracovní rehabilitace

Sociální rehabilitace

Mentální postižení

Abstract

The diploma thesis deals with the coordinated rehabilitation. Coordinated rehabilitation is a coherent process of medical, educational, vocational and social rehabilitation, whose main objective is to minimize the consequences, based on the individual's disability. Successful rehabilitation consists in ensuring early, continuous and coordinated efforts of the fastest and widest participation of persons with disabilities in the usual activities of life.

The theoretical part consists of six basic chapters. The first one is devoted to the International Classification of Functioning, Disability and Health, which is followed by the subchapter dealing with disabilities and consequently mental disabilities. I have focused on people with mental disabilities, as an organization where research was conducted, providing services to these people. The second chapter contains information about coordinated rehabilitation. The remaining chapters deal with the individual components of a coordinated rehabilitation, which are medical, educational, vocational and social rehabilitation.

The aims of this thesis is to determine how the system of coordinated rehabilitation is used in the Institute of social care Domečky. A partial aim is to determine the importance of a system of coordinated rehabilitation for clients of the Institute of social care Domečky. There are two research questions in the connection with the thesis aims. The main research question is: How are the individual components of a coordinated rehabilitation applied in the Institute of social care Domečky? The particular research question finds positives provides system of coordinated rehabilitation for clients of the Institute of social care Domečky.

Qualitative research was chosen for the practical section of the thesis. I have used the questioning method and the technique of the semi-controlled dialogue, Results were evaluated using the method of make the clusters. The selected group consisted of 11 employees of the Institute of social care Domečky. The respondents have been chosen intentionally, according to the criterion of willingness to participate in research.

The results are divided into two sections according to the research questions. The first section deals with the way the use of individual components of the coordinated rehabilitation in the Institute of social care Domečky. These results are also divided by the individual components of coordinated rehabilitation for greater clarity. The first part contains the identification of the respondents. Following parts: medical rehabilitation, educational rehabilitation, vocational rehabilitation and social rehabilitation.

The second part of results includes the subjective opinions of the respondents on the benefits of coordinated rehabilitation and its benefit to the clients of the organization.

Discussion is also divided based on research questions and individual components of coordinated rehabilitation. In the discussion I compare the found information with statements from the professional sources.

The research has shown ignorance of the concept of coordinated rehabilitation and associated differences in the responses, whether coordinated rehabilitation provided by the organization. Within medical rehabilitation it was found that health care is provided by nurses and practical doctor. The organization also works with hospitals and polyclinics, which are next to the organization. Occupational therapy is not offered in the organization, but there are occupationally rehabilitation workshops for clients. The stimulating activities are implemented within the occupationally rehabilitation workshops, social, cultural and sporting events. Music therapy, art-therapy and animal therapy is not offered in the organization.

The research, which is devoted to educational rehabilitation, results divided terminology used in special education. The organization enables clients to study by way of external schools in which clients go or commute there. Clients are not integrated into mainstream education.

Vocational rehabilitation can be used by clients within a job in the kitchen and the laundry in the organization or employment in the civic association Pferda which offer a job in a cafe, a cleaning company and a bakery. But research has shown client's disinterest to find work. Workers most often motivate clients by promising reward.

Within the social rehabilitation it was described the relationship of key worker and client and the creation of individual planning. It was clarified the issue of social security benefits when clients receive invalidity pensions, care allowance, alternatively child benefit. Adaptation and forming of new social contacts taking place at social events and joint leisure. Client's self-sufficiency is supported by access of workers to clients' compliance with the day practicing and repeating activities and also through individual planning and support plan.

The advantages of coordinated rehabilitation have not been clearly determined. It most often is in contact with other professionals and their reciprocal cooperation. From the perspective of respondents the benefit of coordinated rehabilitation is in complex care for clients that is devoted them.

The gained results can be used for making tool for the feedback of the analysis organization, which can subsequently be used for increase the quality of care. The thesis can be used as a source of information for expectant clients and their families.

Key words:

Coordinated rehabilitation

Medical rehabilitation

Educational rehabilitation

Vocational rehabilitation

Social rehabilitation.

Mental disability

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – 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 kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 18. 5. 2015

.....

Pavla Jiroutová

Poděkování

Ráda bych touto cestou vyjádřila poděkování vedoucí diplomové práce Mgr. Petře Zimmelové, PhD. za odborné vedení práce. Dále bych chtěla poděkovat pracovníkům Ústavu sociální péče Domečky za ochotu a spolupráci při výzkumu. V neposlední řadě děkuji mé rodině za její velkou podporu.

Obsah

1	Současný stav	14
1.1	Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (ICF)	14
1.1.1	Zdravotní postižení	15
1.1.2	Mentální postižení	16
1.2	Koordinovaná rehabilitace	17
1.2.1	Historie koordinované rehabilitace.....	18
1.2.2	Návrh zákona o koordinované rehabilitaci v České republice	19
1.2.3	Multidisciplinární tým	21
1.3	Léčebná rehabilitace.....	22
1.3.1	Léčebné prostředky rehabilitace	23
1.3.2	Aktivizační činnosti.....	26
1.4	Pedagogická rehabilitace.....	28
1.4.1	Vzdělávání osob se zdravotním postižením	29
1.4.2	Pedagogická integrace	32
1.4.3	Školská poradenská zařízení.....	34
1.5	Pracovní rehabilitace	36
1.5.1	Význam zaměstnání.....	38
1.5.2	Zaměstnávání osob se zdravotním postižením	39
1.6	Sociální rehabilitace	44
1.6.1	Sociální rehabilitace dle zákona	45
1.6.2	Sociální integrace	46
1.6.3	Sociální služby a individuální plánování.....	47
1.6.4	Podpora osob se zdravotním postižením ze sociálního systému	49
2	Cíle a výzkumné otázky	54
2.1	Cíle práce	54
2.2	Výzkumné otázky.....	54
3	Metodika	55
3.1	Metody a techniky sběru dat	55
3.2	Zkoumaný soubor.....	56
3.3	Realizace výzkumu	57

4	Výsledky	59
4.1	Výsledky k hlavní výzkumné otázce.....	59
4.2	Výsledky k dílčí výzkumné otázce	88
5	Diskuze	91
5.1	Diskuze k hlavní výzkumné otázce.....	91
5.2	Diskuze k dílčí výzkumné otázce.....	101
6	Závěr	104
7	Seznam použitých zdrojů	107
8	Přílohy	122

Seznam použitých zkratek

DVO – dílčí výzkumná otázka

HVO – hlavní výzkumná otázka

ICF - International Classification of Functioning, Disability and Health (Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví)

Kl. pracovník – klíčový pracovník

KRHB – koordinovaná rehabilitace

Pracovník v SS – pracovník v sociálních službách

VŠ bakalářské - vzdělání na vysoké škole, bakalářský obor

VŠ magisterské – vzdělání na vysoké škole, magisterský obor

Úvod

V průběhu studia na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích jsem se seznámila s problematikou koordinované rehabilitace. V letních měsících roku 2014 jsem pracovala v Ústavu sociální péče Domečky, kde mě práce s osobami s mentálním postižením zaujala na tolik, že jsem se rozhodla věnovat se hlouběji péči o tyto osoby v rámci koordinované rehabilitace. Tématem diplomové práce chci zdůraznit aktuálnost koordinované rehabilitace, která přináší velký význam při péči o jedince s postižením.

Pojem rehabilitace osob s postižením je v mezinárodním měřítku chápán jako interdisciplinární obor, který zahrnuje souhrn opatření směřujících k maximální možné míře začlenění lidí s postižením do aktivního života. V České republice probíhá prosazování myšlenek moderního pojetí rehabilitace. Jelikož je rehabilitace často chápána především jako součást léčebného programu, přiřazuje se označení koordinovaná, která zdůrazňuje zasahování rehabilitace i do dalších oblastí. Kromě léčebné rehabilitace se tedy jedná také o pedagogickou, pracovní a sociální rehabilitaci. Léčebná rehabilitace je zaměřena na odstranění postižení a funkčních poruch a na eliminaci následků zdravotního postižení. Pedagogická rehabilitace odpovídá pedagogickému působení a vzdělávání osob s postižením v pojetí speciální pedagogiky. Pracovní rehabilitace se zaměřuje na získání a udržení vhodného zaměstnání osob s postižením. Sociální rehabilitace usiluje o maximální možnou samostatnost a soběstačnost za účelem dosažení nejvyššího stupně sociální integrace.

Cílem diplomové práce je zjistit, jak je využíván systém koordinované rehabilitace v Ústavu sociální péče Domečky. Dílčím cílem je zjistit, jaký význam má systém koordinované rehabilitace pro klienty Ústavu sociální péče Domečky.

Teoretická část práce obsahuje informace z odborných zdrojů, které se zabývají problematikou koordinované rehabilitace. Pro praktickou část práce je zvolen kvalitativní výzkum. Je použita metoda dotazování a technika polostrukturovaného rozhovoru. Výsledky jsou vyhodnoceny metodou vytváření trsů.

1 Současný stav

1.1 Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (ICF)

Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (IGF = International Classification of Functioning, Disability and Health) je dokument z roku 2001, který vypracovala Světová zdravotnická organizace. Následně ji členské státy Evropské Unie přijaly jako základní pilíř pro klasifikaci a politiku rehabilitace osob se zdravotním znevýhodněním (129). Klasifikace ICF vznikla za účelem poskytnout jednotný a standardizovaný popisný nástroj pro hodnocení komplexního stavu člověka. Klasifikace zlepšuje komunikaci mezi medicínskými obory, systémem sociálního zabezpečení a další odbornou veřejností (130).

Klasifikace je používána pro účely hodnocení stupně disability, posuzování zdravotní způsobilosti k práci, posuzování speciálních potřeb ve vzdělávání, předepisování a proplácení zdravotnických prostředků, pro účely zdravotních pojišťoven, zjišťování zdravotního stavu, který je podkladem pro posouzení ve věcech dávek a služeb sociálního zabezpečení, zaměstnanosti (25). Klasifikace udává čtyři dimenze člověka, díky kterým se jakýkoli zdravotní stav dá definovat pomocí kódu. Kódy mohou být jednostupňové, dvoustupňové a třístupňové. Dimenze jsou následující:

- tělesné funkce (Body Functions) – označení b;
- tělesné struktury (Body Structures) – označení s;
- aktivity a participace (Activities and Participation) – označení d;
- faktory prostředí (Environmental Factor) – označení e (69).

Použití kódu doplňuje přidání kvalifikátoru, který určuje závažnost problému, stupeň zdraví. Bez kvalifikátorů by kódování nemělo smysl. Kvalifikátory jsou zadávány jako jedno nebo více čísel za tečkou každého kódu (117).

1.1.1 Zdravotní postižení

V České republice tvoří přibližně 10% obyvatel osoby se zdravotním postižením (75). Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví definuje zdravotní postižení jako „*souhrnné označení pro poruchy, limity aktivit a omezení participace*“ (51), s. 23). Z medicínského hlediska je zdravotní postižení individuální problém člověka, který je daný újmou na zdraví způsobenou nemocí nebo zraněním. Řešení tedy spočívá hlavně v medicínské rehabilitaci. Sociální přístup chápe zdravotní postižení jako vztah mezi člověkem a jeho okolím. Řeší především bariéry fyzické a sociální (85). Osoba se zdravotním postižením má funkční omezení, jež vytváří mimořádné požadavky na životní a pracovní podmínky. Péči, kterou osoba se zdravotním postižením potřebuje, obsahuje zdravotní, sociální, pracovní a pedagogickou oblast (135). Lidé se zdravotním postižením mají stejná práva a příležitosti k plnohodnotnému životu jako všichni ostatní (85).

Celosvětově se nyní prosazuje při označování lidí se zdravotním postižením zásada „*people first*“, která vystihuje tvrzení, že všichni jsme především lidé s různými vlastnostmi. Jednou z těchto vlastností může být zdravotní postižení (135). Je důležité chápat každého člověka jako jedinečnou bytost a teprve poté přihlížet k jeho zdravotnímu postižení (72). Je tedy doporučováno používat označení osoba, jedinec, žák, dítě, dospělý se zdravotním (mentálním, tělesným, zrakovým, sluchovým...) postižením. Zvláště označení mentálně postižený se považuje za neetické. Dříve užívané termíny jako mentálně retardovaný, duševně úchylní, duševně opoždění, slabomyslní a další je nevhodné užívat (4).

Klasifikace zdravotního postižení rozděluje nejčastěji zdravotní postižení dle postižení, které převládá. Klasifikace je následující:

- tělesné postižení;
- mentální postižení;
- zrakové postižení;
- sluchové postižení;
- řečové postižení;

- kombinovaná postižení (75).

1.1.2 Mentální postižení

Mentální postižení je „*souhrnné označení vrozeného postižení rozumových schopností, které se projeví neschopností porozumět svému okolí a v požadované míře se mu přizpůsobit.*“ (124), s. 289). Mentální postižení je vrozené a trvalé omezení adaptačních schopností (72). Vzniká jako důsledek poškození mozku v raném období těhotenství, během porodu, po porodu nebo do dvou let dítěte (84). Mezi znaky mentálního postižení patří nedostatečný rozvoj myšlení a řeči, omezená schopnost učení, pozornosti, abstrakce a zobecňování, potíže v komunikaci, horší orientace v prostoru a čase, nižší úroveň sociálních dovedností, nízké sebevědomí, nepřiměřené sebehodnocení, pomalejší tempo a obtížnější adaptace na běžné podmínky života (108).

Přes všechna omezení, která vyplývají z mentálního postižení, může člověk s mentálním postižením participovat na většině aktivit v běžném prostředí, v některých může i vynikat (70). Osoby s mentálním postižením mají stejná práva jako ostatní. Mají právo na život, pracovat, participovat na životě společnosti, využívat veškerých služeb poskytovaných státem, činit svá vlastní rozhodnutí a v co největší možné míře určovat svůj vlastní život (43). Lidé s mentálním postižením mají stejné potřeby jako ostatní, kterými jsou pocit bezpečí, sociální kontakt, vzdělání a práce (44).

Světová zdravotnická organizace porovnává závažnost postižení podle oddálení od modálního průměrného výkonu, který má hodnotu IQ 100. Za hranici mentálního postižení považuje IQ 70 (114). Mentální postižení se tedy člení dle rozumových schopností, jež se vyjadřují inteligenčním kvocientem na čtyři stupně. Osoby, které mají IQ nižší než 70% tvoří přibližně 3% celé populace (25). Každý druh a stupeň mentálního postižení si žádá jiný přístup a různý stupeň podpory (108). Klasifikace mentálního postižení je uvedena dle Světové zdravotnické organizace:

- lehká mentální retardace (IQ 50-69)
- středně těžká mentální retardace (IQ 35-49)
- těžká mentální retardace (IQ 20-34)

- hluboká mentální retardace (IQ pod 20)
- jiná mentální retardace
- nespecifikovaná mentální retardace (41).

1.2 Koordinovaná rehabilitace

Rehabilitace je novolatinský pojem, který byl zaveden v 19. století jako léčebný postup. Rehabilitace je chápána jako koordinované a souvislé úsilí společnosti, které má za cíl sociální integraci jedince (135). Dle WHO (2006) je rehabilitace soubor opatření směřujících k co nejrychlejší resocializaci jedince s postižením zdraví nemocí, úrazem, vrozenou vadou (26). Podporuje osoby se zdravotním postižením v dosažení a udržení jejich optimální úroveň fyzické, smyslové, intelektuální, psychické a sociální funkčnosti (143). Rehabilitace je významná činnost, neboť umožňuje lidem se zdravotním postižením zůstat nebo se vrátit do svého domova a sociálního prostředí, žít samostatně, podílet se na vzdělávání, participovat na trhu práce a účastnit se společenského života (142).

V zahraničí je samozřejmostí, že rehabilitace je multioborovým procesem, na kterém se podílejí nejen zdravotníci, ale také další pomáhající profese. V České republice se používá termín „ucelená“, „koordinovaná“, „komprehenzivní“ nebo „komplexní“ rehabilitace, která vystihuje kooperaci několika disciplín (59). Koordinovaná rehabilitace představuje interdisciplinární obor, ve kterém se propojují prostředky léčebné, pedagogické, sociální a pracovní rehabilitace (88). Celý proces musí probíhat uceleně, což zahrnuje včasnost, návaznost a komplexnost jednotlivých složek rehabilitace (82). Votava (135), s. 14) definuje koordinovanou rehabilitaci jako *vzájemně provázaný, koordinovaný a cílený proces, jehož základní náplní je co nejvíce minimalizovat přímé i nepřímé důsledky trvalého nebo dlouhodobého zdravotního postižení jednotlivců s cílem jejich optimálního začlenění do společnosti.* Pfeiffer, Jesenský a Novosad vykládají koordinovanou rehabilitaci jako *„kombinované a koordinované využití léčebných, sociálních, psychologických, výchovně vzdělávacích a*

technických prostředků a postupů k výcviku jedince za účelem znovuzískání a upevnění nejvyšší možné výkonnosti, funkční schopnosti a soběstačnosti s postižením, či nemocí dotčených oblastí života, i ke stabilizaci zdravotního stavu jedince.“ (79), s. 14). Koordinovaná rehabilitace se týká osob s postižením pohybovým, smyslovým, mentálním, psychickým, ale i s postižením vzniklým na základě interních, onkologických, metabolických, alergických, imunitních a jiných onemocnění (117).

Ve světě rehabilitace především usiluje o společenské začlenění osob se zdravotním postižením. V České republice však převládá mylný názor, kdy rehabilitaci dávají do souvislosti pouze s léčebně-preventivním pojetím (135). *„Úkolem a cílem rehabilitace je aktivizace občanů, kteří jsou krátkodobě, dlouhodobě či trvale tělesně, smyslově nebo psychicky postiženi. Nemohou sami toto zdravotní postižení nebo jeho následky překonat, popřípadě jim takové postižení hrozí a potřebují odbornou pomoc.“ (117), s. 30). Výsledkem rehabilitace má být znovuzачlenění jedince do jeho sociálního prostředí, znovuzapojení do pracovního procesu a zabránění tak sociální exkluzi (9). Z definic rehabilitace vyplývá, že její cíle mají široký záběr, proto se na rehabilitaci musí podílet celá společnost (87). Správný průběh rehabilitace je důležitý jednak pro osobu se zdravotním postižením, tak i pro stát a celou společnost, jelikož efektivním působením jednotlivých složek rehabilitace se člověk stává méně závislým na okolí, a má tak větší možnost zapojit se do pracovního procesu (82).*

1.2.1 Historie koordinované rehabilitace

V České republice se rehabilitace začala prosazovat až po druhé světové válce. Roku 1964 vznikla Československá rehabilitační společnost, o rok později se v Praze konal Mezinárodní rehabilitační kongres (135). Ministerstvo zdravotnictví založilo v roce 1991 pracovní skupinu „R“ (Rehabilitace) a vydalo Metodický návod k provádění léčebné rehabilitace a zajištění její návaznosti na pedagogickou, sociální a pracovní rehabilitaci (26). V Národním plánu vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením z roku 1998 byla formulována myšlenka zavedení komplexního

systemu rehabilitace osob se zdravotním postižením (79). V roce 1999 byla vytvořena Sekce pro rozvoj ucelené rehabilitace Společnosti rehabilitační a fyzikální medicíny České lékařské společnosti J. E. Purkyně (26)14). Téhož roku byla na Ministerstvu práce a sociálních věcí České republiky vytvořena mezirezortní skupina, která měla za úkol vypracovat koncepci systému rehabilitace pro osoby se zdravotním postižením. Výsledkem bylo vytvoření koncepčního materiálu „Ucelená rehabilitace“ (14).

Rehabilitace má nadnárodní význam, je upravována dohodami v národních dokumentech nebo se vyskytuje v zákonech jednotlivých států (88). Rada Evropy vydala Akční plán na podporu práv a plného zapojení osob se zdravotním postižením do společnosti: zlepšení kvality života osob se zdravotním postižením v Evropě 2006-2015, který byl schválen 5. dubna 2006. V něm uvádí, že rehabilitace osob se zdravotním postižením je povinností komunity, jelikož přináší ekonomickou a sociální integraci, zaručuje ochranu lidské důstojnosti a odstraňuje problémy ve společnosti, s kterými se jedinec potýká. Cíli koordinované rehabilitace mají být:

- umožnit získat maximální nezávislost a co nejvíce realizovat tělesné, duševní, sociální a pracovní schopnosti;
- organizovat, a rozšiřovat komplexní rehabilitační služby;
- umožnit přístup ke všem dostupným službám, které pomohou k jejich sociální integraci, zajistit včasnou intervenci vysoké kvality a multidisciplinární přístup (137).

Vláda České republiky schválila usnesením č. 253 ze dne 29. března 2010 Národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období let 2010-2014. Národní plán vydal Vládní výbor pro zdravotně postižené občany, kde je kapitola 11 věnována rehabilitaci (88).

1.2.2 Návrh zákona o koordinované rehabilitaci v České republice

Návrh zákona o koordinované rehabilitaci v České republice vychází z platné legislativy, ze schválených právních norem, ale také z Úmluvy o právech osob se

zdravotním postižením a Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví. Důvodem právní úpravy koordinované rehabilitace je pomoci osobám se zdravotním postižením zajistit dostupnost komplexní zdravotně sociální služby a vzdělání, jež jim poslouží v integraci na pracovní trh (14). Přístup k rehabilitaci snižuje následky nemoci nebo zranění, snižuje potřebu zdravotnické péče, zlepšuje zdraví a kvalitu života (142). Koordinovaná rehabilitace musí splňovat 2 podmínky:

- 1) lékař musí nemocného informovat o možnostech všech typů koordinované rehabilitace. Následně musí nemocný dát souhlas k její realizaci.
- 2) vyznačuje se včasností, komplexností, návazností, koordinovaností, dostupností, individuálním a psychologickým přístupem, opakovaným a závěrečným multidisciplinárním posouzením a součinností všech poskytovatelů rehabilitace (128).

V České republice se zatím nepodařilo dokončit práci na věcném záměru zákona. Prvním důvodem je zařazení začátku rehabilitačního procesu pod sekci Ministerstva práce a sociálních věcí, neboť ve zdravotnictví proces rehabilitace začíná léčebnou rehabilitací, tedy spadá do rezortu Ministerstva zdravotnictví. Sociální rehabilitace se nachází až na vrcholu koordinované rehabilitace (26). Dalšími důvody jsou nedostatečná nabídka a realizace koordinované rehabilitace, která tkví v nedostačující informovanosti poskytovatelů zdravotní péče, nedostatečné nabídce a soustředěnosti jednotlivých složek rehabilitace do komplexní podoby, nejsou zde naplněny materiální a personální předpoklady pro komplexnost služeb, chybí finanční prostředky pro fungování koordinované rehabilitace. Provázanost jednotlivých složek se směřováním k obnovení pracovního potenciálu u osob v produktivním věku není zajištěna. Nejčastěji je u těchto osob situace řešena pobíráním invalidního důchodu. Dalším úskalím realizace koordinované rehabilitace je sledování výsledků komplexního pojetí rehabilitace, tak i výsledků v rámci jednotlivých složek rehabilitace, které není v České republice vyřešeno (79).

1.2.3 Multidisciplinární tým

Základem úspěšného fungování koordinované rehabilitace je týmová spolupráce odborníků, kterými jsou odborní lékaři, rehabilitační lékaři, posudkoví lékaři, fyzioterapeuti a ergoterapeuti, speciální pedagogové, psychologové a sociální pracovníci. Tito odborníci úzce spolupracují s klientem se zdravotním postižením a jeho sociálním okolím (59). Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením v České republice doporučuje při vytváření rehabilitačních služeb vytvořit prostor pro úzkou spolupráci Ministerstva práce a sociálních věcí, Ministerstva zdravotnictví, Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy, občanských sdružení a pojišťovacích společností (113). Aby byla péče co nejefektivnější, je rodina nepostradatelnou součástí multidisciplinárního týmu, v němž ve středu zájmu je osoba se zdravotním postižením. Mezi všemi členy týmu musí probíhat vzájemná spolupráce a komunikace (47).

Každá profese má v práci s lidmi s postižením jiný přínos (72). Lékař má zastávat funkci rádce, tolerovat názory nemocného a vést ho k aktivní spolupráci a odpovědnosti za výsledek léčby. Léčbu nerealizuje sám, ale spolupracuje s celým rehabilitačním týmem, který vede nemocného k návratu do smysluplného života (101). Speciální pedagogové mají kompetence v rámci didaktických postupů. Psychologové hodnotí duševní schopnosti, dovednosti a znalosti, které souvisejí s prožíváním a emocemi klientů. (72). Sociální pracovník v rámci interdisciplinárního týmu zprostředkovává nebo poskytuje adresné sociální služby nebo finanční podporu ze systému sociálního zabezpečení, pomáhá nalézat pracovní příležitosti, zprostředkovává bydlení. Jeho činnost také obsahuje sociální poradenství, pomoc a podporu při ochraně práv a oprávněných zájmů klienta. Práce sociálního pracovníka vytváří a podporuje dobré životní podmínky osoby s postižením (59). Sociální pracovník má stát na straně klienta a jeho rodiny. Podporuje především rodiče dítěte s postižením. Jeho funkcí v týmu je vysvětlovat všechny náležitosti vyplývající z dění multidisciplinárního týmu rodičům. Pomáhá jim tak pochopit vzniklé souvislosti a usnadnit rozhodnutí (46). Sociální pracovník má mít znalosti ze sociologie, psychologie, medicíny, práva a sociální

politiky, aby mohl diagnostikovat potřeby konkrétního klienta a navrhnout vhodné řešení (73).

Každý člen týmu si musí být vědom své odpovědnosti, musí mít předpoklady pro práci v týmu a být schopen komunikovat s ostatními členy týmu. Multidisciplinární tým vždy jedná ve prospěch dítěte/ osoby s postižením (46).

1.3 Léčebná rehabilitace

Léčebnou rehabilitaci upravují mnohé právní předpisy, mezi které lze zařadit zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů, v platném znění (54).

Léčebná rehabilitace je nezbytnou součástí zdravotní péče. Je zajišťována zdravotnickými rehabilitačními zařízeními (135). Tvoří soubor rehabilitačních, diagnostických, terapeutických a organizačních postupů, které směřují k maximální funkční zdatnosti jedince. Léčebná rehabilitace je poskytována v lůžkové péči nemocnicí, ambulantní péči a péči v odborných léčebných ústavech, zahrnujících lázeňskou péči. Rehabilitaci v oddělení včasné léčebné rehabilitace zabezpečuje tým pracovníků, kterými jsou rehabilitační lékaři, zdravotní sestry, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, psycholog, sociální pracovník, popř. logoped, speciální pedagog (54). Léčebná rehabilitace je zaměřena na odstranění postižení a funkčních poruch a také na odstranění následků zdravotního postižení. Lze rozdělit na vertikální léčebnou rehabilitaci, která vede k obnovení původního stavu, a na horizontální, která je dlouhodobější a jejím předmětem je problematika závažných a chronických postiženích (47).

Léčebně-rehabilitační plán může být krátkodobý nebo dlouhodobý. Krátkodobý léčebně-rehabilitační plán stanovuje konkrétní postupy a jejich koordinaci. Délka poskytování závisí na stavu pacienta, akutnosti a progresi onemocnění, obvykle trvá méně než 3 měsíce. Dlouhodobý léčebně-rehabilitační plán udává další medicínské postupy, které jsou nezbytné pro úspěšné naplnění procesu léčebné rehabilitace a přechod do dalších složek koordinované rehabilitace. Plán stanovuje tým na rehabilitační konferenci (54).

1.3.1 Léčebné prostředky rehabilitace

Spolu se základní zdravotnickou péčí je důležité nabízet klientům široké spektrum odborných terapií jako součást služby. Terapie mají být vhodně zvolené, konány v pravidelném harmonogramu a zařazené do individuálního plánování (36). Mezi léčebné prostředky rehabilitace patří především fyzikální terapie, léčebná tělesná výchova, ergoterapie, canisterapie, arteterapie, muzikoterapie, léčba pomocí chirurgických zákroků, kompenzačními pomůckami atd. (54).

Léčebná tělesná výchova

Léčebná tělesná výchova patří mezi základní prostředky léčebné rehabilitace. Provádí se individuálně nebo skupinově. Může být uskutečňována jako cvičení ve vodě. Léčba se může praktikovat v kombinaci s manuálními praktikami, měkkými a mobilizačními technikami, reflexní a vazivovou masáží. Cvičení ve vodě, které je uskutečňováno v bazéncích, využívá vztlaku vody, jež usnadňuje pohyb a nácvik chůze (146). Léčebná tělesná výchova vychází z tělesného cvičení. Reflexní motorika využívá reflexů, jež podmiňují nebo podporují stah ochrnutých svalů. Dále se používá inhibice svalů, které jsou ve zvýšeném napětí (47). Na tomto principu je založen Vojtův princip reflexní lokomoce. Jde o funkční a holistický přístup, kde se využívá dvou základních pohybových vzorů, kterými jsou reflexní plazení a reflexní otáčení. Pohyb probíhá

nezávisle na vůli jedince. Účinek terapie se odvíjí od úrovně plasticity centrální nervové soustavy (135).

Psychoterapie

V rámci psychoterapie se nejčastěji u osob s mentálním postižením uplatňuje kognitivně-behaviorální terapie. Cílem této terapie je rozvíjení potřebných dovedností a návyků a eliminace nežádoucích projevů. U osob s lehkým mentálním postižením je přínosná i skupinová terapie, která se zaměřuje na korekci sociálního chování, jež jsou vyvolávány negativním postojem okolí (124). Psychoterapie pozitivně působí k tomu, aby si lidé s postižením více věřili a zároveň rozpoznali vlastní hranice. Rozvíjí také a posiluje jejich kontaktní funkce, mezi které patří kontakt s realitou, kontakt se sebou samotným a kontakt s druhými lidmi. Naučí-li se osoby s postižením sami sebe lépe akceptovat, být více v kontaktu s realitou a s jinými lidmi, pozitivně se změní jejich chování. Změna se projeví větší jistotou v chování a vystupování, větší sebedůvěrou, odvahou k samostatnosti a vlastnímu názoru. Psychoterapie má tedy pro lidi s postižením značný smysl (94).

Fyzioterapie

Fyzioterapie je medicínský obor, jenž používá k zachování či obnově přírodní podněty. Hlavním cílem fyzioterapie je léčba funkčních poruch pohybového systému, při kterých využívá anatomické a fyziologické poznatky pohybového aparátu (148). Fyzioterapie se zabývá prevencí, diagnostikou a léčbou pohybového aparátu. Spolupracuje na léčbě dechových obtíží, problémů lymfatického systému a civilizačních onemocnění. Zaobírá se bolestmi kloubů, svalů, páteře, obtížemi, které vznikly přetížením. Napomáhá při špatném pohybovém vývoji dětí, vadném držení těla, skolióze a plochých nohách. Působí při uzdravování po úrazech a operacích. Má využití u pacientů s neurologickými onemocněními, která mají vliv na pohybový aparát (98).

Ergoterapie

Ergoterapie je profese, která pomocí smysluplného zaměstnávání aspiruje o zachování a využívání schopností jedince, které jsou nutné pro zvládnutí běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností u osob kteréhokoli věku s různým typem postižení. Snaží se maximálně podpořit participaci jedince v běžném životě při respektování osobnosti a možností jedince. Ergoterapie je nedílnou součástí rehabilitace, neboť pomáhá jedincům řešit praktické otázky, které souvisejí se snížením nebo ztrátou soběstačnosti v činnostech, jež jsou pro život nezbytné. Podporuje tak aktivní začlenění do společnosti a má pozitivní vliv na zachování optimální kvality života. Ergoterapie prochází všemi fázemi a prostředky rehabilitace (48).

Cílem ergoterapie je zachovat či navrátit schopnosti, které jsou pro člověka podstatné. Ergoterapie je především zaměřená na soběstačnost, evaluaci bytu a bezbariérovost, motoriku a funkci horních končetin, kognitivní funkce, ergodiagnostiku, program dne a volnočasové aktivity (109). Využívá specifické diagnostické a léčebné metody, postupy a činnosti při léčbě jedinců s různým typem postižení v každém věku, kteří mají dočasné nebo trvalé fyzické, psychické, smyslové či mentální postižení. Posláním ergoterapie je dosáhnout co nejvyšší soběstačnosti a nezávislosti jedinců v domácím, pracovním a sociálním prostředí (135).

Fyzikální terapie

Fyzikální terapie neboli fyziatrie využívá k léčbě fyzikálních prostředků, kterými mohou být elektrický proud (elektroterapie), voda (hydroterapie), magnetické pole (magnetoterapie), teplo (termoterapie), světlo (fototerapie) (134). Fyzikální terapie ovlivňuje analgeticky, protiedémově a stimulačně tělesné tkáně. Při indikaci je důležité brát zřetel na intenzitu a trvání léčby a na specifické vlastnosti přístrojů (146). Při realizaci fyzikální terapie se vychází z aktuálního i dlouhodobého zdravotního stavu dané osoby. Cílem fyzikální terapie je zvyšování a mobilizace obranných sil organismu, které působí proti chorobnému procesu (149).

1.3.2 Aktivizační činnosti

Aktivizace je proces, v němž jsou jedinci i skupiny vedeni k činorodosti. Výsledkem aktivizace je tedy stav jedince, který má dobrý pocit z toho, že něco dělá, ať už sám pro sebe nebo pro své okolí. Smyslem aktivizace je podporovat procesy, které docházejí k výsledku, jenž souvisí s větší nezávislostí, vyšší mírou samostatnosti a rozvojem osobnosti. Aktivizační činnosti lze rozdělit na 2 skupiny:

- činnosti, které vedou k získání něčeho nového – pro daného jedince jsou výzvou, základem je poskytnout prostor pro získání nové zkušenosti, která jej aktivizuje;
- činnosti, které jsou zaměřeny na udržení stávajících dovedností – vycházejí z předchozí činorodosti, kterou již nezvládne sám a potřebuje při ní podporu, nejde zde o hledání něčeho nového, ale o zachování předchozích dovedností a aktivit (133).

Při rozvoji jednotlivých oblastí u jedinců s postižením je důležité, aby jedinec prožíval úspěch a cítil, že je v něčem dobrý a může se prosadit. Je nutné jim nabízet intenzivní smyslové vjemy a prožitky. Požadavky, které jsou na ně kladené, ale musí odpovídat jejich schopnostem a možnostem. Při aktivizaci se klade důraz na tvorbu sociálních návyků, posilování adaptace a samostatnosti jedinců (4). Pro osoby s mentálním postižením je důležitá stimulace, která je nezbytná pro jejich psychický vývoj. Z pohledu množství, kvality a délky působení musí být podněty přiměřené možnostem jedince. Pro osoby s mentálním postižením je příhodnější stereotypnější, jednodušší a jednoznačnější stimulace (124).

Canisterapie

Canisterapie je speciální typ léčby, který využívá chování a fyziologie psa. Pes pozitivně působí na zdraví člověka. Pomáhá rozvíjet nebo získávat potřebné dovednosti, které klient ztratil. Využití má i jako pomocná a podpůrná psychoterapeutická metoda při řešení situací, kdy jiné metody selhaly či je nelze použít. Canisterapie má uplatnění také v oblasti vzdělávání, výchovy a vztazích. Pozitivní vliv má na rozvoj osobnosti u

jedinců s různými typy poruch v oblasti zdravotní, rozumové nebo psychosociální (121). Canisterapie se může zaměřit na rozvoj citových schopností, rozumových schopností, pohybových schopností nebo na relaxaci. Canisterapie se člení:

- aktivity za pomoci psa – přirozený kontakt člověka a psa zlepšuje kvalitu života klienta a jeho aktivizaci;
- terapie za pomoci psa – podpůrná metoda celkové rehabilitace klienta, kdy jde o cílený kontakt, který určuje odborník;
- vzdělávání za pomoci psů – využití pozitivního vlivu psů na žáky se specifickými potřebami nebo je součástí zážitkové výuky (113).

Muzikoterapie

Muzikoterapie je léčebná metoda, jež jako terapeutický prostředek využívá hudbu. Může být prováděna individuálně, párovou či skupinovou formou (7). Hudba v muzikoterapii rozvíjí jednotlivé složky psychiky, má vliv na paměť, pozornost, vnímání, prodlužuje soustředěnost, zlepšuje koordinaci pohybů, motoriku, cvičí smysl pro rytmus, který se využívá v logopedii, rozvíjí komunikaci a zkvalitňuje estetické vnímání. Muzikoterapie je dlouhodobý proces, jenž je založený na intenzivním a pravidelném opakování. Je účinná kvůli variabilitě a možnosti zapojit přirozenou hru. Během muzikoterapie se mění nástroje, hudba, postupy. Využití muzikoterapie je široké, je vhodná pro každou diagnózu a každý věk (36).

Arteterapie

Arteterapie patří mezi expresivní terapie. Využívá pro práci s klientem výtvarné umělecké formy. Jako hlavní léčebný prostředek používá výtvarné projevy klientů. Je zaměřena na proces tvorby místo na konečné dílo. V arteterapii má jedinec příležitost vyjádřit prostřednictvím umělecké formy své vlastní pocity, nálady a stavy (81). Výtvarnou činností může jedinec ventilovat nepřijatelné emoce, jako je strach, závist, agrese. Činností se uvolňuje svalové i psychické napětí, což eliminuje psychický tlak a

úzkost. Výtvoři odrážejí minulost, současnost i budoucnost jedince. Při opakování stejných témat v určitém časovém období lze zachytit vývoj nemoci v čase a porovnávat dosažené změny (139).

1.4 Pedagogická rehabilitace

Listina základních práv a svobod České republiky deklaruje každému občanovi právo na vzdělání (22). Edukace plní významnou roli v rámci socializace člověka (40). Vzdělávání provází člověka celý život, i když nejvíce patrné je v dětství a dospívání (47). Každý jedinec s mentálním postižením je schopný se vzdělávat a rozvíjet (61). Pedagogická rehabilitace je zaměřena na oblast výchovy, vzdělávání, přípravy na život a povolání, na rozvoj soběstačnosti, schopností a nadání osoby s postižením (72). Posláním pedagogické rehabilitace je optimální rozvoj osobnosti, který vede k usnadnění sociální, pracovní a kulturní integraci. Pedagogická rehabilitace využívá pedagogicko-psychologické prostředky k reedukaci člověka (47).

V rámci pedagogické rehabilitace spolu úzce spolupracuje pedagogika, speciální pedagogika a psychologie. (47). Pedagogickou rehabilitaci se především zabývá speciální pedagogika, která se dle druhu postižení člení na jednotlivé obory. Těmito obory jsou somatopedie, psychopedie, etopedie, tyflopédie, surdopedie a logopedie (135). Cílem pedagogické rehabilitace je dosáhnout u osob se zdravotním postižením co nejvyššího stupně vzdělání, kdy jsou respektovány jejich individuální potřeby a možnosti. Podporuje samostatnost a zapojení do všech běžných aktivit společenského života (54).

1.4.1 Vzdělávání osob se zdravotním postižením

Legislativní rámec, který upravuje vzdělávání jedinců se zdravotním postižením, zahrnuje zejména zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 563/2004 Sb. o pedagogických pracovnících, ve znění pozdějších předpisů (126). Vyhláška č. 103/2014 Sb., kterou se mění vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, ve znění vyhlášky č. 116/2011 Sb., a vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných, ve znění vyhlášky č. 147/2011 Sb. (138).

Zařazení jedince s postižením do vzdělávacího procesu je velmi důležité. Musí se však brát ohled na míru postižení, využitelnost zachovaných schopností a také vlastnosti osobnosti jedince (124). Ve vzdělávacím procesu si žák s mentálním postižením pod dozorem pedagoga osvojuje poznatky, rozvíjí své schopnosti a osobnost. Základní učivo se u žáků s mentálním postižením chápe jako učivo, které je nezbytně nutné si osvojit, aby se mohli orientovat v dané problematice či se dále vzdělávat. Vědomosti, které se žák ve škole naučí, mají být použitelné v praxi. Mají přispět k poznání a rozvoji poznávacích funkcí. Proces vzdělávání u žáků s mentálním postižením se vyznačuje dodržováním metod, forem a edukačních zásad a zároveň přihlíží k individuálním předpokladům, schopnostem, možnostem, danostem a potřebám žáků i pedagogů (40).

Osoby s mentálním postižením mají omezenou schopnost učení v důsledku nedostatečného porozumění, nedostatečné koncentraci pozornosti a paměti. Jejich učení je převážně mechanické. U osob s mentálním postižením je důležitá motivace k učení, která může spočívat v materiální odměně, pochvale, podpoře jiného člověka, ke kterému mají blízký vztah. Potřeba učení je pro ně důležitá z hlediska porozumění jejich okolí. Informace musí být opakované, nesmí jich být mnoho a měly by být poskytovány na základě určitého řádu (124).

Speciální výchovně-vzdělávací metody

U dětí se zdravotním postižením se musí uplatňovat speciálně pedagogické postupy a alternativní metody spolu s modifikovanými běžnými metodami vzdělávání. Speciální metody přispívají k rozvoji rozumových schopností, orientačních dovedností, zlepšování sociální komunikace a dalších dovedností dítěte (150). Mezi tyto metody patří: metoda vícenásobného opakování informace, metoda nadměrného zvýraznění informace, metoda zvýraznění informace instrukčními médii, metoda zapojení více kanálů do přijímání informací, metoda optimálního kódování, metoda intenzivní zpětné vazby, metoda pozitivního posilování a metoda individuálního přístupu (6). Nutné jsou také přiměřené učebnice a didaktické prostředky, přiměřené tempo vyučování, specifika hodnocení školních výkonů, nutnost neustálého psychopedického diagnostikování (40).

Pro osoby s mentálním postižením je obtížnější zpracovávat informace, ale jestliže jim jsou jednoduché informace sděleny ve snadném čtení se správnou podporou, dokáží formulovat svůj názor a provést rozhodnutí (42).

Síť zařízení vzdělávacího procesu

Síť zařízení vzdělávacího procesu pro děti a žáky s mentálním postižením především zahrnuje mateřskou školu speciální, základní školu praktickou, základní školu speciální, praktickou školu a odborné učiliště. Žáci s mentálním postižením mohou využívat nabídky školních družin, školních klubů, internátů a domovů mládeže (127).

Mateřská škola speciální se řadí mezi běžné předškolní zařízení. Vykonává, mimo jiné, funkce běžné pro mateřské školy, diagnostickou funkci, která slouží k určení následné institucionální péči, reedukační funkci, jež má za cíl rozvoj postižených funkcí, kompenzační funkci, která rozvíjí nepostižené funkce, rehabilitační, terapeuticko-formativní a respitní, která zajišťuje odlehčení rodičům starajícím se o dítě se zdravotním postižením (127). Předškolní pedagog by měl úzce spolupracovat

s odborníky – speciálním pedagogem, dětským psychologem, rehabilitačním pracovníkem lékařem (141).

Hodnocení školní zralosti a připravenosti je u dětí s postižením komplikovanější, náročnější. Musí se posoudit větší množství faktorů biologického a psychosociálního charakteru. Nástup školní docházky může pro dítě znamenat první krizi jeho vlastní identity (123). Pokud není dítě v šesti letech věku tělesně nebo duševně vyspělé, může jeho zákonný zástupce písemně požádat o odklad školní docházky. Dítě poté může docházet do přípravné třídy základní školy. Do přípravné třídy základní školy speciální mohou docházet děti od 5 let do zahájení povinné školní přípravy. Přípravný stupeň může nejvýše trvat 3 školní roky (150).

Vzdělávání v základní škole speciální trvá deset ročníků a je rozděleno na první a druhý stupeň. Ukončením vzdělání na základní škole speciální získává žák základy vzdělání (150). Základní škola speciální se od běžné školy odlišuje využíváním speciálně pedagogických prostředků, organizačními formami vzdělávání, strukturou a skladbou rámcového učebního plánu. Základní škola speciální je určena pro žáky, kteří nedosahují rozumových schopností nutných k zvládnutí učiva základní školy nebo základní školy praktické (127).

Základní škola praktická je nejnavštěvovanějším vzdělávacím zařízením žáky se zdravotním postižením. Vychází ze standardů Evropské agentury pro speciální vzdělávání. Rozdíly mezi základní školou praktickou a běžnou základní školou nejsou výrazné. Docházka žáků je devítiletá. Škola je dělena na první a druhý stupeň (127). Školy, které mají upravený vzdělávací program, mohou po souhlasu ministerstva trvat deset ročníků (150). Škola je často doplněna o cvičné byty, kuchyně, dílny, ateliéry a zahradami, kde je realizována praktická příprava žáků (127).

Žáci na středních školách jsou vzděláváni podle speciálních vzdělávacích programů nebo individuálních vzdělávacích plánů. Žáci mohou být integrováni individuálně nebo skupinově. Prodloužení středního vzdělávání lze prodloužit až o dva roky (150).

Praktické školy poskytují vzdělání pro žáky ze základních škol praktických nebo základních škol, kteří se nemohou vzdělávat na odborných učilištích. Žáci ze základních škol speciálních mohou navštěvovat praktickou školu s jednoletou přípravou, kde se

připravují především na práci v chráněných pracovištích a na pomocné a úklidové práce (127). Praktická škola dvouletá má za úkol rozšířit všeobecné vzdělání. Zaměřuje se na získání základních pracovních dovedností, návyků a pracovních postupů, které jsou využívané v každodenním i pracovním životě. Jejím cílem je připravit žáky k profesnímu uplatnění. (150).

Odborná učiliště představují pro žáky s postižením možnost profesní přípravy s širokou škálou učebních oborů, z kterých si může vybírat podle svých zájmů a schopností. Odborná učiliště doplňují a prohlubují učivo, ale především připravují žáky na profesní uplatnění (116). Na odborném učilišti získávají žáci základní školy praktické po absolvování dvou nebo tříletého učebního oboru výuční list a jsou plně kvalifikovaní ve svém oboru (127).

Celoživotní vzdělávání přináší pro jedince s mentálním postižením příležitost k získání další kvalifikace a udržení získaných znalostí a dovedností, které přispívají k úspěšnějšímu uplatnění na trhu práce (113). Osoby s mentálním postižením mohou v rámci celoživotního vzdělání získat základní vzdělání nebo další vzdělání. Základní vzdělání je určeno pro osoby, které dříve byly zbaveny povinnosti docházet do školy. Další vzdělání je poskytováno formou kurzů pro doplnění vzdělání, večerních škol a aktivizačních center (61).

1.4.2 Pedagogická integrace

V posledních letech dochází k transformaci školství v České republice. Největší změna nastala vlivem integračních a inkluzivních trendů vzdělávání, kdy se vzdělávání žáků s postižením stalo záležitostí nejen speciálního školství, ale také běžných typů škol a školských zařízení (118). Mezi formy speciálního vzdělávání žáků se zdravotním postižením patří individuální integrace, skupinová integrace, škola, která je samostatně zřízená pro žáky se zdravotním postižením nebo kombinací těchto forem. Upřednostňuje se forma individuální integrace v běžné škole za podmínky, že integrace odpovídá potřebám a možnostem žáka se zdravotním postižením a podmínkám a

možnostem školy (20). O integraci dítěte s postižením do běžného vzdělávacího proudu rozhoduje ředitel školy na základě vyjádření speciálně pedagogického centra nebo pedagogicko-psychologické poradny (113). Integrace je důležitá u všech typů škol, včetně terciárního vzdělávání (87). Účinná integrace se neobejde bez spolupráce s rodinou. Rodina by měla úzce spolupracovat se školou, participovat na tvorbě a realizaci individuálního vzdělávacího plánu, zprostředkovávat pedagogovi poznatky o změnách v chování dítěte (40).

Integrace dětí do běžných škol má své výhody ale také rizika. Mezi výhody beze sporu patří přiblížení se normálnímu prostředí, předcházení izolace dítěte od ostatních vrstevníků (141). Integrace přispívá k jejich osobnostnímu, sociálnímu a kognitivnímu rozvoji (150). Integrace dětí s postižením do běžných škol podporuje jejich motivaci, a tím mohou více vyniknout jejich schopnosti a dovednosti, které nejsou ovlivněny postižením (87). Problémy v integraci mohou nastat z důvodů osobní asistence, asistence učitele, dopravy dítěte do školy, úhrady kompenzačních pomůcek a nedostatečné spolupráce zodpovědných ministerstev (113). Jedinec s mentálním postižením si může uvědomovat svoji odlišnost (124). Předcházet rizikům lze zejména stanovením potřeb, které vyplývají z postižení, co tyto potřeby představují (materiální, psychosociální, personální a odborné podmínky) a jaké z nich vyplývají nároky na funkci pedagoga (141). Pro integrované děti je k dispozici nezbytná speciálně pedagogická podpora, využívání kompenzačních pomůcek a přítomnost asistenta (150). Aby byla integrace úspěšná, musí být vytvořené určité podmínky, kterými jsou:

- příprava a uspořádání třídy, školy;
- odborná připravenost pedagogů;
- přijetí od spolužáků, kolektivu třídy;
- příprava kolektivu;
- systematická spolupráce s rodinou;
- potřebné materiální vybavení;
- nižší počet žáků ve třídě;
- souhlas rodičů, ředitele dané školy a doporučení příslušného poradenského zařízení (90).

Asistent pedagoga

Funkce asistenta pedagoga spadá pod rezort Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy České republiky. Má funkci podpůrnou pro žáky se zdravotním postižením, kteří jsou integrováni v běžných mateřských, základních, středních a vyšších odborných školách a pro žáky s těžkým zdravotním postižením ve speciálních školách (118). Mezi hlavní činnosti asistenta pedagoga patří pomoc žákům při přizpůsobení se školnímu prostředí, pomoc pedagogickým pracovníkům školy při výchovné a vzdělávací činnosti, pomoc při komunikaci se žáky, pomoc při spolupráci se zákonnými zástupci žáků a komunitou, ze které žák pochází (20). Kromě asistenta pedagoga povoluje vyhláška č. 73/2005 Sb., ve škole přítomnost osobního asistenta. Osobní asistent není zaměstnancem školy, spadá do rezortu Ministerstva práce a sociálních věcí (64).

1.4.3 Školská poradenská zařízení

Poradenství ve školství je legislativně vymezeno a institucionálně zajištěno. Poskytování poradenských služeb ve školách a školských zařízeních je upraveno školským zákonem č. 561/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů a na něj navazující vyhláškou č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, ve znění pozdějších předpisů (115). Školská poradenská zařízení zahrnují pedagogicko-psychologické poradny a speciálně pedagogická centra. Zařízení, která poskytují poradenství ve školství, spolupracují se školskými zařízeními pro výkon ústavní nebo ochranné péče (střediska výchovné péče), orgány sociálně-právní ochrany dětí, policií, psychology, terapeutů, policií, nestátními neziskovými organizacemi, krizovými centry apod. (53).

Speciálně pedagogická centra

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy založilo síť speciálně pedagogických center. Centrum má za úkol depistáž, speciálně pedagogickou a psychologickou diagnostiku, ambulantní a poradenskou činnost, poskytování konzultací a metodickou pomoc učitelům i rodičům při integraci dítěte s postižením (113). Při integraci pomáhají vypracovat individuálně vzdělávací program, poskytují podpůrné služby, zapůjčují speciální pomůcky, speciální učebnice a odbornou literaturu (54). Centra jsou zakládána při státních i nestátních speciálních školách (136). Pracovní tým ve speciálně pedagogickém centru se skládá ze speciálního pedagoga, psychologa, sociálního pracovníka. Dále je tým doplněn o další odborníky nebo externí pracovníky dle druhu a stupně zdravotního postižení klientů. Těmito odborníky mohou být logoped, terapeut, rehabilitační pracovník, etoped, pediatr, psychiatr a další specialisté (53).

Speciálně pedagogická centra se dělí dle typu zaměření:

- SPC poskytující služby dětem, žákům a studentům s vadami řeči;
- SPC poskytující služby dětem, žákům a studentům se zrakovým postižením;
- SPC poskytující služby dětem, žákům a studentům se sluchovým postižením;
- SPC poskytující služby dětem, žákům a studentům s tělesným postižením;
- SPC poskytující služby dětem, žákům a studentům s mentálním postižením;
- SPC poskytující služby dětem, žákům a studentům s poruchami autistického spektra;
- SPC poskytující služby dětem, žákům a studentům hluchoslepým;
- SPC poskytující služby dětem, žákům a studentům s více vadami (53).

Pedagogicko-psychologické poradny

Pedagogicko-psychologické poradny nabízejí pomoc při výchově a vzdělávání žáků. Poradenství poskytují dětem, žákům, studentům, jejich zákonným zástupcům, školám a školským zařízením. Jejich činnost je zaměřena na diagnostickou, intervenční, informační a metodickou činnost (110). Pedagogicko-psychologická poradna pracuje

formou individuální i skupinové práce s dětmi od 3 let do ukončení středního, resp. vyššího odborného vzdělání. Poradna vydává doporučení, podle kterého je volena nebo upravována vzdělávací cesta žáků. Poradna poskytuje kariérové poradenství, působí v oblasti prevence rizikového chování, pomáhají při rozvoji pedagogicko-psychologických kompetencí učitelů. Pracovní tým poradny se skládá z psychologů, speciálních pedagogů, dále se na činnosti podílejí sociální pracovníci. Činnost poradny je prováděna zejména ambulantně a návštěvami pracovníků ve školách a školských zařízeních (131).

1.5 Pracovní rehabilitace

Článek 29 Listiny základních práv a svobod České republiky říká, že „*osoby zdravotně postižené mají právo na zvýšenou ochranu zdraví při práci a na zvláštní pracovní podmínky, na zvláštní ochranu v pracovních vztazích a na pomoc při přípravě k povolání*“ (22). Každý má tedy mít možnost pracovat a získávat k tomu potřebné znalosti a dovednosti (45).

Pracovní rehabilitace je upravena v zákoně č. 435 z roku 2004 o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů, v paragrafu 69, kde je ustanoveno, že na pracovní rehabilitaci mají právo osoby se zdravotním postižením (51). Pracovní rehabilitace je zde vymezena jako „*souvislá činnost zaměřená na získání a udržení vhodného zaměstnání osoby se zdravotním postižením, kterou na základě její žádosti zabezpečují krajské pobočky Úřadu práce a hradí náklady s ní spojené.*“ (18). Pracovní rehabilitace je součástí aktivní politiky zaměstnanosti sloužící k vyrovnání příležitostí osob se zdravotním postižením na trhu práce (54). V České republice jsou hlavními aktéry v politice zaměstnávání osob se zdravotním postižením Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky a Úřady práce (97).

Pracovní rehabilitace usiluje o získání či obnovení a udržení pracovního potenciálu a pracovní integraci osoby s postižením. Předpokladem pro pracovní rehabilitaci je připravenost a motivace osoby se postižením, připravenost a motivace subjektu umožnit

pracovní uplatnění osobě se zdravotním postižením, existence a použití vhodného konkrétního prostředku pracovní rehabilitace. Úspěšnost pracovní rehabilitace závisí na postojích společnosti, na podpoře cílených programů a existenci subjektů, které poskytují možnost pracovního uplatnění pro osoby se zdravotním postižením. Často se kombinují prostředky pracovní rehabilitace s jinými podpůrnými službami, mezi které patří osobní asistence, sociální rehabilitace, podpora samostatného bydlení, aktivizační činnosti, léčebná rehabilitace, další vzdělání, poradenství (111).

Při pracovní rehabilitaci se posuzuje zdravotní stav, pracovní způsobilost, dosažené vzdělání, dovednosti a situace na trhu práce. Odborný tým z úřadu práce sestaví s žadatelem o pracovní rehabilitaci individuální plán pracovní rehabilitace, který obsahuje harmonogram naplňování dohodnutého postupu, který má vést k pracovnímu uplatnění. Harmonogram může obsahovat poradenské činnosti, teoretickou a praktickou přípravu pro zaměstnání, specializované rekvalifikační kurzy, zprostředkování zaměstnání a jeho udržení, vytváření vhodných podmínek pro výkon zaměstnání (54).

Pracovní rehabilitace obsahuje především poradenskou činnost týkající se volby povolání, volby zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti, teoretickou a praktickou přípravu pro zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost, zprostředkování, udržení a změnu zaměstnání, změnu povolání a vytváření vhodných podmínek pro výkon zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti (18).

Teoretická a praktická část přípravy pro zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost osob se zdravotním postižením zahrnuje:

- přípravu na budoucí povolání;
- přípravu k práci;
- specializované rekvalifikační kurzy (83).

Příprava k práci slouží k zapracování osoby se zdravotním postižením na vhodné pracovní místo a k získání znalostí, dovedností a návyků, které jsou nutné pro výkon zvoleného zaměstnání. Příprava k práci trvá nejdéle 24 měsíců a probíhá ve vzdělávacích zařízeních nebo na pracovištích, kde má po pracovní rehabilitaci osoba s postižením pracovat (86).

Specializované rekvalifikační kurzy jsou určeny pro osoby se zdravotním postižením. Tyto kurzy jsou prováděny za stejných podmínek jako rekvalifikace. Krajská pobočka Úřadu práce nabízí podporu při rekvalifikaci po dobu konání těchto kurzů pro osoby se zdravotním postižením, které nepobírají dávky nemocenského pojištění, starobní důchod, mzdu nebo náhradu mzdy. Nárok na podporu při rekvalifikaci má i osoba, která není vedena v evidenci uchazečů o zaměstnání (18).

1.5.1 Význam zaměstnání

Práce patří mezi základní potřeby člověka a musí být uspokojována, aby nedocházelo k frustraci. Zaměstnávání osob s mentálním postižením patří mezi nejzávažnější témata v práci s nimi (91). Práce zaujímá v životě člověka důležité místo. Pracovní uplatnění nabízí ekonomickou a sociální samostatnost a nezávislost, získává status pracujícího a výdělečného člověka (97). Přináší mu pocit seberealizace prostřednictvím rozvíjení a využívání jejich talentu a dovedností, pozitivně působí na sebeurčení jedince, naplňuje pocit společenské užitečnosti, uspokojuje potřeby ctižádosti, sebeuplatnění, sebeúcty a potřebu otevřené budoucnosti (38).

Prostřednictvím pracovního uplatnění zvyšuje smysl života a pocitu lidské důstojnosti (11). Při práci rozvíjí sociální vztahy, učí se novým dovednostem, rozvíjí své kompetence. Lidé se zdravotním postižením, kteří jsou zaměstnaní, jsou lépe přijatí společností, zmenšují předsudky a stereotypy intaktní společnosti ve vnímání lidí s postižením (111). Pracovní zkušenost napomáhá k pochopení ceny, hodnoty lidské práce, lepšímu chápání času, prostoru a energie. Člověk se stává součástí pracovního týmu, spolupracuje s ostatními zaměstnanci, učí se je respektovat a komunikovat s nimi (38). Zapojení do práce má pro člověka i zdravotní přínos a může mu pomoci při zotavení z fyzických nebo duševních problémů (55). U každého jedince s postižením je proto vhodné usilovat o pravidelné zaměstnání (72).

1.5.2 Zaměstnávání osob se zdravotním postižením

V zaměstnaneckém systému v České republice je jen málo možností pro přizpůsobení pracovních podmínek potřebám osob se zdravotním postižením. Osoby, které jsou dlouhodobě nezaměstnaní, ztrácí motivaci při hledání pracovního uplatnění (38). Pro osoby se zdravotním postižením je obtížné zvládnout vstup na pracovní trh. Potřebují k tomu pomoc a podporu, specifické poradenské služby a asistenční služby v osobním i profesním životě (97). Stát podporuje zaměstnávání osob s mentálním postižením prostřednictvím:

- daňového zvýhodňování zaměstnavatelů;
- zvýšením právní ochrany zaměstnanců se sníženou pracovní schopností;
- systému povinného podílu zaměstnanců se změněnou pracovní schopností;
- finančních příspěvků podnikatelským subjektům, které nabízejí zaměstnání osobám se sníženou pracovní schopností (113).

Sociální firma

Konfederace evropských sociálních firem, iniciativ zaměstnávání a sociálních družstev CEFEC (Confederation of European social Firms, Employment initiatives and social Co-operatives) je mezinárodní organizace, která se zabývá provozováním sociálních firem. Sociální firma je podnikatelský subjekt, který užívá vlastní tržně orientované výroby zboží a služeb k naplňování sociálních cílů, které si nastavil. Významný počet zaměstnanců tvoří lidé s postižením nebo jiným znevýhodněním na trhu práce (2). Tento počet je v rozmezí od 25 – 55% zaměstnanců se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním. Vhodnou cílovou skupinou jsou osoby, které mají nejobtížnější přístup na trh práce, v průběhu výkonu pracovní činnosti potřebují dlouhodobou či opakovanou pracovní podporu. Jedná se zejména o osoby s dušením, onemocněním, s mentálním postižením, drogově závislí nebo osoby bez přístřeší (144). Každý zaměstnanec dostává tržní mzdu nebo plat, který odpovídá jeho práci bez ohledu na produktivitu práce. Pracovní podmínky jsou stejné pro zaměstnance se

znevýhodněním tak bez něj. Všichni zaměstnanci mají stejná práva a povinnosti. Účelem sociální firmy je zaměstnávání lidí s postižením nebo s jiným znevýhodněním na trhu práce (2). Cílem podpory je udržení pracovního místa a zvyšování konkurenceschopnosti zaměstnanců se znevýhodněním (144).

Sociální firma podporuje ekonomickou soběstačnost zaměstnanců se znevýhodněním prostřednictvím vyplácení mezd, a zvyšuje tak jejich životní standard. Pracovní prostředí v sociální firmě je nastaveno tak, aby byli zaměstnanci se znevýhodněním schopni si dlouhodobě udržet práci nebo odejít na otevřený trh práce. Zaměstnávání osob se znevýhodněním snižuje nezaměstnanost těchto osob a jejich závislost na státu a jeho finanční podpoře, je tedy přínosem i pro společnost (144).

Podporované zaměstnávání

Podporované zaměstnávání se v České republice rozvíjí od roku 1995 po vzoru americké organizace The American Jewish Joint Distribution Committee. Mezi první sdružení, které začalo podporované zaměstnávání nabízet, bylo sdružení Rytmus (72). Podporované zaměstnávání je časově omezená služba, jež je určena lidem, kteří hledají placené zaměstnání v běžném pracovním prostředí a zároveň jsou jejich schopnosti získat a udržet si zaměstnání z různých důvodů omezeny do takové míry, že potřebují individuální dlouhodobou průběžně poskytovanou podporu, která je jim dána před i po nástupu do práce (12).

Posláním podporovaného zaměstnávání je vyrovnávání příležitostí pro pracovní uplatnění lidí, kteří mají ztížený přístup na otevřený trh práce z důvodu zdravotního postižení či jiných znevýhodňujících faktorů. To má za následek omezení v jejich společenském uplatnění. Cílem podporovaného zaměstnávání je umožnění lidem z cílové skupiny získat a zachovat si vhodné zaměstnání na otevřeném trhu práce, a zvýšit tak jejich samostatnost (12). Podporované zaměstnávání obsahuje poradenství, zprostředkování práce, přípravu na práci a podporu při udržení zaměstnání (75). Podpora je poskytována rovněž zaměstnavatelům, kteří zaměstnávají klienty služby podporované zaměstnávání. (12). S osobou se zdravotním postižením dochází asistent

na pracoviště. Asistent zajišťuje vhodné pracovní podmínky a přiměřené vedení osoby. Po nástupu pomáhá osobě s postižením s pracovní činností, s řešením složitých situací (71).

Chráněné pracovní místo

Chráněné pracovní místo je vymezeno v zákoně č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů, v § 75 jako pracovní místo, které na základě písemné dohody s Úřadem práce, zřídil zaměstnavatel pro osobu se zdravotním postižením. Chráněné místo musí být obsazeno na dobu 3 let. Chráněným pracovním místem může být i pracovní místo, kde pracuje osoba se zdravotním postižením, pokud je tak udáno v písemné dohodě mezi zaměstnavatelem a Úřadem práce, kdy má dohoda platnost 3 roky (18). Popis chráněného pracovního místa obsahuje pracovní činnosti, pracoviště a jeho umístění a pracovní podmínky (19).

Příspěvky zaměstnavatelům

Stát se snaží motivovat zaměstnavatele, aby zaměstnávali osoby se zdravotním postižením (122). Úřad práce České republiky poskytuje příspěvek zaměstnavateli na zřízení chráněného pracovního místa a příspěvek na částečnou úhradu provozních nákladů chráněného pracovního místa (147). Úřad práce v roce 2014 evidoval 61 146 osob se zdravotním postižením. Na podporu jejich zaměstnávání přispěl částkou 4,104 mld. Kč (122).

Příspěvek na zřízení chráněného pracovního místa

Příspěvek slouží na pořízení potřebného vybavení zřizovaného místa. Pracovní místo musí být obsazeno minimálně tři roky (122). Příspěvek může činit u osoby zdravotně znevýhodněné a osoby v 1. a 2. stupni invalidity maximálně osminásobek a u osoby s těžším zdravotním postižením (3. stupeň invalidity) dvanáctinásobek průměrné

mzdy v národním hospodářství za první až třetí čtvrtletí předchozího kalendářního roku. Zaměstnavateli, který zřizuje deset a více chráněných míst, může být poskytnut příspěvek na zřízení jednoho chráněného pracovního místa pro osobu se zdravotním postižením ve výši maximálně desetinásobku a pro osobu s těžším zdravotním postižením maximálně čtrnáctinásobku uvedené průměrné mzdy (18). Úřad práce takto v roce 2014 podpořil 1902 chráněných pracovních míst. Nejčastěji se jednalo o místa v administrativě, řemeslné práce, osobní, úklidové a masérské služby, prodavači, skladníci, šičky a ostraha objektů (122).

Příspěvek na částečnou úhradu provozních nákladů

Příspěvek na částečnou úhradu provozních nákladů lze poskytnout nejdříve po uplynutí 12 měsíců ode dne obsazení zřízeného chráněného pracovního místa nebo ode dne vymezení chráněného pracovního místa. Příspěvek může činit nejvýše 48 000 Kč za rok (18).

Příspěvky na podporu zaměstnávání osob se zdravotním postižením a osob zdravotně znevýhodněných

Zaměstnavateli, který zaměstnává na chráněných pracovních místech více než 50% osob se zdravotním postižením z celkového počtu svých zaměstnanců, je poskytován příspěvek na podporu zaměstnávání těchto osob. Příspěvek je poskytován formou částečné úhrady prostředků, které vynaložil na mzdy nebo platy a další náklady. Příspěvek slouží na náhradu skutečně vynaložených prostředků na mzdy nebo platy ve výši 75% skutečně vynaložených prostředků na mzdy nebo platy na zaměstnance v pracovním poměru, který je osobou se zdravotním postižením za měsíc (18). Úřad práce poskytuje příspěvek až do výše 8 000 Kč měsíčně na zaměstnance, který je uznán v 1. - 3. stupni invalidity. Po roce má zaměstnavatel nárok na zvýšení příspěvku, nejvýše o 1 000 Kč měsíčně u osoby zdravotně znevýhodněné a o 2 000 Kč měsíčně u osoby v 1. – 3. stupni invalidity (122).

Dále může Úřad práce poskytnout příspěvek zaměstnavateli, který provádí na svém pracovišti přípravu k práci osob se zdravotním postižením. Příspěvek spočívá v úhradě nákladů vynaložených na přípravu k práci těchto osob (147).

Systém povinného podílu zaměstnanců se změněnou pracovní schopností

Zaměstnavatelé, kteří zaměstnávají více než 25 zaměstnanců v pracovním poměru, jsou povinni zaměstnávat osoby se zdravotním postižením ve výši povinného podílu těchto osob na celkovém počtu zaměstnanců zaměstnavatele. Povinný podíl je stanoven na 4% (18). Osoby uznané invalidními ve 3. stupni invalidity se započítávají jako 3 osoby se zdravotním postižením (63). Plnění povinného podílu zaměstnanců se změněnou pracovní schopností lze:

- zaměstnáváním v pracovním poměru;
- odebíráním výrobků či služeb od zaměstnavatelů, kteří zaměstnávají více než 50% zaměstnanců na zřízených nebo vymezených chráněných pracovních místech, jež jsou osobami se zdravotním postižením, či zadáváním zakázek takovému zaměstnavateli, či odebíráním výrobků či služeb od osob se zdravotním postižením, které jsou osobami samostatně výdělečně činnými;
- odvodem do státního rozpočtu, který činí za každou osobu se zdravotním postižením, kterou má zaměstnavatel zaměstnávat, 2,5 násobek průměrné měsíční mzdy v národním hospodářství za první až třetí čtvrtletí kalendářního roku;
- kombinací výše uvedených způsobů (18).

Sleva na dani pro zaměstnavatele zaměstnávající OZP

Dle zákona č. 586/1992 Sb., o daních z příjmu mají zaměstnavatelé, kteří zaměstnávají osoby se zdravotním postižením, nárok na snížení daně za zdaňovací období, za které podává daňové přiznání následovně:

- o částku 18 000 Kč za každého zaměstnance se zdravotním postižením, kteří jsou invalidní v prvním či druhém stupni;
- o částku 60 000 Kč za každého zaměstnance s těžším zdravotním postižením, kteří jsou invalidní ve třetím stupni invalidity;
- polovinu daně u zaměstnavatelů, kteří zaměstnávají nejméně 25 zaměstnanců, u kterých podíl zaměstnanců, jež jsou osobami se zdravotním postižením, činí více než 50% průměrného ročního přepočteného počtu všech jejich zaměstnanců (24).

1.6 Sociální rehabilitace

Výrazný rozvoj sociální rehabilitace nastal v České republice po roce 1989, kdy vznikaly nestátní neziskové organizace, především občanské sdružení osob se zdravotním postižením, zdravotnická zařízení a nadace, která začala provozovat střediska, kde se jedinci se zdravotním postižením učí základním dovednostem v oblasti sebeobsluhy, soběstačnosti, orientace apod. (54). Přestože pojem sociální rehabilitace není v právním řádu České republiky přesně vymezen, týká se všech osob se zdravotním postižením (135). Návrh věcného záměru zákona o rehabilitaci osob se zdravotním postižením popisuje sociální rehabilitaci jako soubor specifických činností, které jsou zaměřeny na nácvik potřebných dovedností osob se zdravotním postižením a směřují k dosažení samostatnosti a soběstačnosti v maximální možné míře s ohledem na jejich dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav. Účelem sociální rehabilitace je dosažení co nejvyššího stupně sociálního začlenění, které je nezbytným předpokladem pro pracovní rehabilitaci, rekvalifikaci a nalezení vhodného pracovního uplatnění (39).

Sociální rehabilitace se zaměřuje na nácvik potřebných dovedností osob s dlouhodobým či trvalým zdravotním postižením, jež směřují k dosažení samostatnosti a soběstačnosti (54). Zpravidla je sociální rehabilitace poskytována ambulantní formou, ale může být i formou pobytovou (47). Na úspěšnost sociální rehabilitace má vliv rehabilitační inženýring, pod který spadají kompenzační, reedukační a protetické

pomůcky, technická vybavení rehabilitace a eliminace architektonických bariér (10). V sociální rehabilitaci je využívána metoda reedukace, neboli rozvíjení poškozené funkce a nenarušených schopností. Metoda kompenzace, která spočívá v náhradě postižené funkce jinou funkcí. Metoda akceptace, která usiluje o přijetí života s postižením (46).

1.6.1 Sociální rehabilitace dle zákona

Sociální rehabilitace je popsána v § 70 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Zde je sociální rehabilitace definována jako *„soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí.“* Sociální rehabilitace je nabízena formou terénních, ambulantních nebo pobytových služeb, které jsou poskytovány v centrech sociálně rehabilitačních služeb (21).

Služba obsahuje základní činnosti, kterými jsou:

- nácvik dovedností sloužící ke zvládnutí péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností, které vedou k sociálnímu začlenění;
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím;
- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti;
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (105).

Sociální rehabilitace poskytovaná formou pobytových služeb kromě základních činností (uvedeno výše) obsahuje činnosti:

- poskytnutí ubytování;
- poskytnutí stravy;
- pomoc při osobní hygieně či poskytnutí podmínek pro osobní hygienu (105).

Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, podrobněji popisuje jednotlivé základní činnosti a jejich obsah. Sociální rehabilitace pomáhá klientům pracovat na jejich celkovém osobnostním rozvoji a změně návyků. Umožňuje jim získat základní a komunikační dovednosti, pomáhá jim orientovat se ve vlastní sociální a životní situaci. Klient může využívat poradenské konzultace se sociálním pracovníkem, individuální konzultace s psychologem, kreativní aktivity, skupinové aktivity, alternativní metody, např. zooterapii, muzikoterapii. Základním pilířem při práci v sociální rehabilitaci je individuální přístup, který je orientovaný na klienta a jeho konkrétní potřeby. K tomu je nezbytné vytvořit bezpečný vztah mezi klientem a pracovníkem (92).

1.6.2 Sociální integrace

Sociální integrace je proces rovnoprávného společenského začleňování do společenských procesů (38). Integrace osob se zdravotním postižením je nejvyšším stupněm socializace jednotlivce, která znamená schopnost zapojit se do společnosti, akceptovat její normy a pravidla, vytvářet a formovat k ní pozitivní vztahy a postoje (87). Sociální integrace se snaží o to, aby všichni jedinci s postižením byli přijímáni jako součást společnosti (135). Práce s jedinci s mentálním postižením má proto směřovat k tomu, aby žili způsobem, který co nejvíce odpovídá životu běžné populace ve společnosti. Dále se uplatňuje princip rozvoje a udržení co největší samostatnosti (72).

Důležité je učit osoby s mentálním postižením sociálními dovednostem, které jsou nezbytné pro začlenění do společnosti a na pracovní trh (8). U osob s mentálním postižením je velmi silná potřeba jistoty a bezpečí. Potřeba emoční podpory se v dospělém věku projevuje infantilitou. Citová podpora mu pomáhá k udržení rovnováhy, která je narušená neporozuměním okolnímu světu. Míra mentálního postižení udává potřebu seberealizace. Osoby s mentálním postižením nejsou schopné sebehodnocení, to

pouze vyplývá z názoru blízké osoby. Je pro ně tedy důležité ocenění od ostatních (124).

Osoby s mentálním postižením jsou společností stigmatizovány z důvodu obtížnějšího dorozumívání s majoritní společností, snížené schopnosti sebeovládání, odlišnému chování a vzhledu a zvýšené závislosti na okolí (124). Proto je nutným předpokladem pro integraci osob s postižením vzdělávání a výchova široké veřejnosti tak, aby přijímala osoby s postižením, aby chápala jejich potřeby a oceňovala jejich snahu se začlenit do společnosti. Je ale také důležité, aby si osoba s postižením dokázala říci o pomoc, aby byla schopná komunikovat s okolím (135).

1.6.3 Sociální služby a individuální plánování

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám, které se nacházejí v nepříznivé sociální situaci, prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči (27).

Sociální službou se rozumí „*činnost nebo soubor činností podle tohoto zákona zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení*“ (21), § 3). Na začátku devadesátých let začaly vznikat nové sociální služby (stacionáře, chráněné dílny), které se zaměřily na smysluplné využívání volného času klientů a rozvoj jejich dovedností a samostatnosti (72).

Státní správu v oblasti sociálních služeb vykonává Ministerstvo práce a sociálních věcí, krajské úřady, obecní úřady obcí s rozšířenou působností, okresní správy sociálního zabezpečení a úřady práce – krajské pobočky (21). V dnešní době se mluví o deinstitucionalizaci sociálních služeb, kdy je péče zajišťovaná státem rozšířena na služby poskytované nevládními neziskovými organizacemi, církevními organizacemi, kraji, obcemi i soukromými osobami. Uživatelé sociálních služeb dostali větší práva a kompetence. Důraz je také kladen na kvalitu poskytovaných sociálních služeb, na zachování lidských práv a důstojnosti uživatelů (4).

Služby podporují jedince k samostatnosti a snaží se, aby byl na službě co nejméně závislý. Přijetí do sociální služby by mělo předcházet posouzení jedince s mentálním postižením z hlediska míry rozumových schopností, lékařské diagnózy, adaptačních schopností a dovedností jedince (72). Sociální služby mají být zaměřené na rozvoj myšlení, schopností a dovedností osob s postižením (108). Cílem sociálních služeb je podporovat rozvoj osob s postižením, zachovat jejich stávající soběstačnost, návrat do vlastního domácího prostředí, obnovení nebo zachování původního životního stylu, rozvoj schopností klientů, snížení sociálních a zdravotních rizik a pomoc vést samostatný život (10).

Zákon o sociálních službách vymezuje tři základní oblasti sociálních služeb, kterými jsou sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence (30). Sociální služby jsou také děleny podle místa poskytování na terénní, ambulantní a pobytové služby (77). Služby určené pro osoby s mentálním postižením jsou:

- základní a odborné sociální poradenství
- osobní asistence
- pečovatelská služba
- průvodcovské a předčitatelské služby
- podpora samostatného bydlení
- odlehčovací služby
- denní a týdenní stacionář
- domov pro osoby se zdravotním postižením
- chráněné bydlení
- raná péče
- sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením
- sociálně terapeutické dílny
- sociální rehabilitace (67).

Individuální plánování

Individuálním plánováním se označuje proces dojednávání toho, jakým způsobem a s jakým zaměřením bude podpora a péče poskytována jednotlivým klientům (31). Poskytovatelé sociálních služeb mají dle zákona č. 108/2006 SB., o sociálních službách, a vyhlášky 505/2006 SB., kterou se provádějí některá ustanovení tohoto zákona, povinnost určit každému klientovi zaměstnance pro individuální plánování průběhu sociálních služeb. Zaměstnanec, který je určený pro individuální plánování se nejčastěji označuje jako „klíčový pracovník“. Ten má dle standardu č. 5 plánovat společně s klientem průběh poskytování sociální služby s ohledem na jeho osobní cíle a možnosti. Plán má průběžně s klientem hodnotit (132).

Při domlouvání postupu mezi pracovníkem a klientem sociální služby se může jednat o zásadní potřeby a cíle klienta, ale také o běžné drobnosti, které klienta provází každý den, kontakt s pracovníkem, či způsob poskytování služby (31). Individuální plány mají vycházet z potřeb klientů a zároveň mají splňovat standardy kvality sociálních služeb. Pro klienty s těžším postižením je obtížné vypracovávat individuální plány. Ty se poté zaměřují na zabezpečení fyziologických potřeb a udržení základních návyků (136). Nejčastěji je individuální plánování prováděno pravidelným předem sjednaným dialogem klienta a klíčového pracovníka. V dialogu vyhodnocují průběh služby a plánují, jakým způsobem bude poskytování služby reagovat na cíle a potřeby klienta. Výsledkem dialogu je sjednaný a písemně zaznamenaný individuální plán služby (31).

1.6.4 Podpora osob se zdravotním postižením ze sociálního systému

Osoby se zdravotním postižením mohou zažádat o příspěvek na péči, příspěvek na mobilitu a příspěvek na zvláštní pomůcku. Je jim přiznán invalidní důchod a mohou používat průkaz osoby se zdravotním postižením (78).

Příspěvek na péči

Příspěvek na péči náleží osobám, které jsou z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu závislé na pomoci jiné fyzické osoby při zvládnání základních životních potřeb (57). Za dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav je považován takový stav, který podle poznatků lékařské vědy trvá nebo má trvat déle než jeden rok a který omezuje duševní, smyslové nebo fyzické schopnosti, a omezuje tak zvládnání základních životních potřeb (16). Příspěvek na péči náleží osobě starší jednoho roku, o kterou má být pečováno (13). Z poskytnutého příspěvku pak osoby hradí pomoc, která jim může být poskytována osobou blízkou, asistentem sociální péče, registrovaným poskytovatelem sociálních služeb, dětským domovem nebo speciálním lůžkovým zdravotnickým zařízením hospicového typu (76). Výše příspěvku na péči se odvíjí od stupně závislosti, který je určen rozsahem zvládnání základních životních potřeb (21). Mezi základní životní potřeby patří mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity, péče o domácnost (102). Osoba se považuje za závislou ve čtyřech stupních:

- stupeň I (lehká závislost)
- stupeň II (středně těžká závislost)
- stupeň III (těžká závislost)
- stupeň IV (úplná závislost) (16).

Výše příspěvku na péči pro osoby do 18 let věku činí za kalendářní měsíc

- 3 000 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost)
- 6 000 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost)
- 9 000 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost)
- 12 000 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost) (13).

Výše příspěvku na péči pro osoby starší 18 let činí za kalendářní měsíc

- 800 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost)
- 4 000 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost)

- 8 000 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost)
- 12 000 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost) (21).

Dávky pro osoby se zdravotním postižením

Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů a vyhláška č. 388/2011 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, upravují poskytování peněžitých dávek osobám se zdravotním postižením. Dále zákon určuje průkaz osoby se zdravotním postižením (102). Dávky pro osoby se zdravotním postižením jsou peněžité dávky, které se poskytují za účelem zmírnění sociálních důsledků, které nastaly v návaznosti na jejich zdravotní postižení, a podpory sociálního začleňování (5). Jedná se o následující dávky:

- příspěvek na mobilitu;
- příspěvek na zvláštní pomůcku (147).

Příspěvek na mobilitu je nárokován osobě starší 1 roku, jež není schopna zvládat základní životní potřeby v oblasti mobility a orientace. Osoba se opakovaně dopravuje či je dopravována. Zároveň nejsou osobě poskytovány pobytové sociální služby v domově pro osoby se zdravotním postižením, v domově pro seniory, v domově se zvláštním režimem či ve zdravotnickém zařízení ústavní péče. Příspěvek na mobilitu je opakující se dávka, její výše za kalendářní měsíc činí 400 Kč (112).

Příspěvek na zvláštní pomůcku je nárokován osobě, která má těžkou vadu nosného či pohybového ústrojí, těžké sluchové postižení, nebo těžké zrakové postižení, které je charakterizováno jako dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav. Zdravotní stav zároveň nevyklučuje přiznání příspěvku na zvláštní pomůcku. Nárok na pořízení motorového vozidla nebo úpravu bytu má osoba, která je starší 3 let, 15 let musí být osobě při pořízení vodícího psa a u ostatních pomůcek musí být osoba starší 1 roku (23). Seznam druhů a typů zvláštních pomůcek, pro které je dávka určena, je uveden ve vyhlášce č. 388/2011 Sb. Příspěvek se může poskytnout i na pomůcku, která není uvedena ve

vyhláše, pokud krajská pobočka úřadu práce ji považuje za srovnatelnou s některou z pomůcek, která je v seznamu uvedena (147).

Invalidní důchod

Invalidní důchod zabezpečuje ekonomické a další materiální podmínky pro samostatný život (72). Invalidními důchody jsou ze systému důchodového pojištění zabezpečeny osoby, které v důsledku nepříznivého zdravotního stavu přišly o způsobilost pracovat, nebo jejichž pracovní způsobilost byla výrazně snížena. Nárok na invalidní důchod vzniká splněním 2 podmínek, kterými jsou existence invalidity a získaná potřebná doba pojištění. Invalidní důchod je členěn podle stupně invalidity a vyšší procentní výměry. Stupně invalidity se rozdělují dle míry poklesu pracovní schopnosti na:

- invalidita prvního stupně – pracovní schopnost poklesla o 35 – 49 %;
- invalidita druhého stupně – pracovní schopnost poklesla o 50 – 69 %;
- invalidita třetího stupně – pracovní schopnost poklesla o nejméně 70 % (50).

Průkaz osoby se zdravotním postižením

Osobě, které byl přiznán příspěvek na mobilitu, příspěvek na zvláštní pomůcku, příspěvek na péči nebo osobě, která je starší 1 roku a nepobírá některý z uvedených příspěvků, jestliže z dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat základní životní potřeby v oblasti mobility či orientace, nebo je uznána závislou na pomoci jiné fyzické osoby, vydává krajská pobočka Úřadu práce kartu sociálních systémů. Karta je využívána jako:

- průkaz osoby s těžkým zdravotním postižením (průkaz TP)
- průkaz osoby se zvlášť těžkým zdravotním postižením (průkaz ZTP)
- průkaz osoby se zvlášť těžkým zdravotním postižením s potřebou průvodce (průkaz ZTP/P) (112).

Průkaz TP je určen osobám, které jsou pro účely příspěvku na péči považovány za osoby závislé na pomoci jiné osoby ve stupni I (lehká závislost). Průkaz ZTP náleží osobám, které jsou závislé na pomoci jiné osoby ve stupni II (středně těžká závislost) a osobám, které jsou starší 18 let a nejsou schopny zvládat základní životní potřeby v oblasti mobility či orientace z důvodu úplné či praktické hluchoty. Průkaz ZTP/P je vydáván osobám, které jsou závislé na pomoci jiné osoby ve stupni III (těžká závislost) nebo ve stupni IV (úplná závislost) (23).

2 Cíle a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cílem práce je zjistit, jak je využíván systém koordinované rehabilitace v Ústavu sociální péče Domečky.

Dílčím cílem je zjistit, jaký význam má systém koordinované rehabilitace pro klienty Ústavu sociální péče Domečky.

2.2 Výzkumné otázky

Pro dosažení cíle práce byla stanovena hlavní výzkumná otázka:

HVO: Jakým způsobem jsou uplatňovány jednotlivé složky koordinované rehabilitace v Ústavu sociální péče Domečky?

K hlavní výzkumné otázce byla zvolena dílčí výzkumná otázka:

DVO: Jaká pozitiva přináší systém koordinované rehabilitace pro klienty Ústavu sociální péče Domečky?

3 Metodika

3.1 Metody a techniky sběru dat

Teoretická část práce byla vytvořena za pomoci metody analýzy a syntézy dat z odborných zdrojů, které se zabývají problematikou koordinované rehabilitace a jejich jednotlivých složek.

Pro praktickou část práce byl zvolen kvalitativní výzkum, který patří mezi základní formy výzkumu v sociálních vědách. Kvalitativní výzkum je proces, ve kterém se hledá porozumění, jenž je založené na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního problému. Výzkumník produkuje komplexní holistický obraz, informuje o názorech účastníků výzkumu a realizuje zkoumání v přirozených podmínkách (34). V centru pozornosti výzkumu je člověk. Při výzkumu je daná problematika rozvíjena a vyjasňována (62). Mezi základní metody v kvalitativním výzkumu náleží pozorování, práce s texty a dokumenty, interview, audiozáznamy a videozáznamy (34).

Při realizaci výzkumu byla použita metoda dotazování a technika polostrukturovaného rozhovor. Výsledky byly vyhodnoceny pomocí metody vytváření trsů.

Dotazování je specifický způsob získávání výzkumných informací v sociálním výzkumu. Základem dotazování je kladení otázek (99). Dotazování obsahuje různé typy rozhovorů, dotazníků, škál a testů. Tyto metody se dají aplikovat samostatně, nebo v kombinaci s jinými metodami (34). Cílem dotazování je zajistit co nejdůvěryhodnější informace. Dotazování začíná fází adaptace, kde jde o vysvětlení cíle dotazování, popsání způsobu dotazování, navázání vztahu s respondentem. Následuje fáze kontaktu, kdy je respondent uveden do problematiky. Dosažení a vytyčení cíle je další fází, v které se získávají základní informace. V závěru dotazování se respondentovi umožňuje projevení vlastního názoru (140).

Polostrukturovaný rozhovor je nejpoužívanější formou metody interview. Vyžaduje technickou přípravu, kdy se vytváří určité schéma, které je pro respondenta závazné. Schéma obsahuje okruhy otázek, na které respondent bude odpovídat. Při rozhovoru lze

pořadí otázek upravovat dle potřeb a možností tak, aby byla maximálně využita výtěžnost rozhovoru (34). Některé okruhy otázek mohou být ponechány více na respondentovi, jiné mohou být řečeny v plně strukturované formě a je vyžadováno jejich pořadí i znění. Při rozhovoru je ověřováno, zda dotazovaný správně pochopil odpovědi. Jsou kladeny doplňující otázky a téma se dále rozpracovává vzhledem k cílům a definovaným otázkám (80).

Metoda vytváření trsů je založena na seskupování výroků do skupin. Tyto skupiny, tzv. trsy, vznikají na základě vzájemné podobnosti mezi jednotkami. Vznikají tak obecnější kategorie, jejichž zařazení do daného trsu je sdružováno s určitými znaky, které se opakují a mají charakteristické uspořádání. Principem metody vytváření trsů je srovnávání a agregace dat (80).

3.2 Zkoumaný soubor

V kvalitativním výzkumu je soubor respondentů poměrně malý, jelikož zde nejsou kladeny nároky na statistickou reprezentativnost (62). Zkoumaný soubor je množina objektů, pro které zkoumání platí a na které se výsledky vztahují. Základní soubor značí množinu jednotek, která ve výzkumné situaci figuruje jako cílový soubor. Jde o souhrn objektů, které je možné vymezit, identifikovat a z něhož se vybírá výběrový soubor. Výsledky se po realizaci výzkumu zobecňují na základní soubor. Výběrový soubor, označovaný jako vzorek, je množina objektů, která zastupuje základní soubor ve výzkumu. Způsob výběru vzorku zajišťuje reprezentativnost základního souboru (99).

Základní soubor tvoří sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, kteří pracují v Ústavu sociální péče Domečky. Výběrový soubor představuje 11 respondentů, z toho 3 sociální pracovnice a 8 pracovníků v sociálních službách. Bližší charakteristika výběrového souboru je zaznamenána v tabulce 1 Identifikační údaje respondentů.

Respondenti byli vybíráni záměrně, dle kritéria ochoty zúčastnit se výzkumu. Metoda záměrného výběru je nejspíše nejpoužívanější metodou výběru v kvalitativním výzkumu. Výběr zkoumaného souboru se provádí záměrným vyhledáváním

respondentů podle jejich určitých vlastností. Kritériem výběru je určená vlastnost nebo stav respondentů. Na základě stanoveného kritéria se tedy cíleně vyhledávají jedinci, kteří kritérium splňují (80).

3.3 Realizace výzkumu

Polostrukturované rozhovory k výzkumu, které měly objasnit využití systému koordinované rehabilitace, byly provedeny v Ústavu sociální péče Domečky. Ústav sociální péče Domečky je příspěvková organizace, která sídlí v Rychnově nad Kněžnou, jejím zřizovatelem je Královehradecký kraj. Do provozu byla uvedena v září 2001. Registrovanou službou, kterou nabízí, je domov pro osoby se zdravotním postižením. Jedná se o komplex budov, které jsou vybudované s myšlenkou bydlení rodinného typu pro cca 12 klientů. Cílovou skupinu tvoří osoby se zdravotním postižením, převážně mentálním, od 3 let věku. Tyto osoby potřebují podporu pro zabezpečení životních a osobních potřeb, jež není možné zajistit jinými formy sociálních služeb. Posláním organizace je poskytování pobytových sociálních služeb a podpory, jež umožní klientům prožít aktivní život v důstojných podmínkách (145). Ústav sociální péče Domečky poskytuje základní činnosti:

- poskytnutí ubytování;
- poskytnutí stravy;
- pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu;
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu;
- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti;
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím;
- sociálně terapeutické činnosti;
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (95).

Provedení výzkumu bylo předem schválené od vedoucí úseku sociální péče. Před realizací výzkumu jsem ji kontaktovala a domluvila jsem si s ní termín výzkumu, který

se uskutečnil na jaře roku 2015. Před samotným výzkumem jsem provedla předvýzkum, který měl za cíl ověřit srozumitelnost daného tématu a jednotlivých otázek.

Rozhovor se skládal z předem stanovených otázek, které byly otevřené a uspořádané do okruhů. První okruh se zabýval identifikačními údaji respondentů. Následoval okruh, který se zabíral pohledem na koordinovanou rehabilitaci jako celek. Ostatní okruhy byly členěny dle jednotlivých složek koordinované rehabilitace. Poslední okruh se týkal přínosu koordinované rehabilitace. Záznamový arch k rozhovoru je obsažen v příloze č. 1. Dle odpovědí respondentů jsem pokládala doplňující otázky, které vedly k upřesnění daného tématu.

Rozhovory byly uskutečňovány osobně, vedeny byly v kancelářích pracovníků, které nabízely soukromí. Každý respondent byl seznámen s tématem a účelem rozhovoru, poskytováním odpovědí a dobrovolností účastnit se rozhovoru. Všichni respondenti byli seznámeni s nahráváním rozhovoru a informováni o anonymitě svých odpovědí. S nahráváním rozhovoru ústně souhlasili. Rozhovory trvaly v rozmezí 40-70 minut.

4 Výsledky

Výsledky jsou rozděleny do 2 podkapitol dle výzkumných otázek. Podkapitola 4.1 Výsledky k hlavní výzkumné otázce se zabývají způsobem uplatnění jednotlivých složek koordinované rehabilitace v Ústavu sociální péče Domečky. Výsledky jsou pro větší přehlednost rozdělené do částí dle jednotlivých složek koordinované rehabilitace. První část obsahuje identifikační údaje respondentů. Následují části: léčebná rehabilitace, pedagogická rehabilitace, pracovní rehabilitace a sociální rehabilitace.

Podkapitola 4.2 Výsledky k dílčí výzkumné otázce zahrnují subjektivní názory respondentů na výhody koordinované rehabilitace a její přínos pro klienty organizace.

U každého okruhu nejdříve stručně oznamuji, na které informace jsem se respondentů ptala. Dále jsou uvedeny tabulky se stručným přehledem odpovědí respondentů. Na konci každého okruhu podrobněji rozpracovávám a porovnávám výroky, které jsem od respondentů získala a přidávám přímé citace jejich odpovědí.

4.1 Výsledky k hlavní výzkumné otázce

HVO: Jakým způsobem jsou uplatňovány jednotlivé složky koordinované rehabilitace v Ústavu sociální péče Domečky?

Identifikační údaje respondentů

Na začátku rozhovoru jsem zjišťovala pohlaví respondentů, jaké mají vzdělání v sociální práci, na jaké pozici a jak dlouho v zařízení pracují.

Tabulka 1 Identifikační údaje respondentů

Identifikační údaje respondentů				
Respondent	Pohlaví	Vzdělání	Pracovní pozice	Praxe (roky)
1	žena	VŠ magisterské	sociální pracovník	13
2	žena	VŠ magisterské	sociální pracovník	7
3	žena	VŠ bakalářské	sociální pracovník	3
4	žena	Kurz pracovníka v soc.sloužbách	Pracovník v SS	2
5	žena	Kurz pracovníka v soc.sloužbách	Pracovník v SS	10
6	žena	Kurz pracovníka v soc.sloužbách	Pracovník v SS	11
7	žena	Kurz pracovníka v soc.sloužbách	Pracovník v SS	1,5
8	žena	Kurz pracovníka v soc.sloužbách	Pracovník v SS	2
9	žena	Kurz pracovníka v soc.sloužbách	Pracovník v SS	8
10	žena	Kurz pracovníka v soc.sloužbách	Pracovník v SS	3
11	žena	Kurz pracovníka v soc.sloužbách	Pracovník v SS	6
Průměr				6

Zdroj: vlastní výzkum

Výzkumný soubor tvořilo 11 respondentů, všechny byly ženy. Dle informací od respondentů v zařízení pracuje pouze jeden muž jako pracovník v sociálních službách.

Vzdělání v sociální práci mají 3 respondenti formou vysoké školy, dva z nich mají dokončené magisterské studium, jedna má bakalářské studium. Ostatní respondenti mají jiné vzdělání než v sociální práci a později absolvovali kurz pracovníka v sociálních službách. Respondent č. 7 uvádí: *„Dřív jsem pracovala jako prodavačka. Pak jsem nastoupila sem a tady jsem uklízela skoro rok. Potom jsem si udělala kurz a nastoupila sem jako pracovnice o klientky.“*

Následující údaje se týkají pracovní pozice, kterou respondenti zastávají. V 8 případech se jedná o pracovníky v sociálních službách. Respondent č. 1, 2 a 3 v zařízení pracují jako sociální pracovnice. Respondent č. 9 říká: *„Na jednotlivých domečkách pracuje 5 až 7 pracovníků, kteří se starají o klienty, které mají na domečku.“* Respondent č. 5 vypráví: *„Je tu už jenom jeden zdravotní domek, dřív jsme i my patřili pod zdravotní. To se ale před několika roky změnilo a teď všechny domečky patří pod výchovný úsek a má je na starosti vedoucí sociálního úseku.“*

Průměrná délka zaměstnání v zařízení je 6 let. Nejdéle zde pracuje respondent č. 1. *„Pracovala jsem tady jako pracovnice v přímé péči na domečku. U práce jsem si dodělala vysokou školu, a když se vyskytla možnost, přihlásila jsem se do výběrového řízení na sociální pracovníci, kterou teď dělám 5. rokem.“* Naopak respondent č. 7 je v organizaci nejkratší dobu a říká: *„Jak jsem říkala, tak dřív jsem tady uklízela, takže jsem dopředu věděla, do čeho jdu, když jsem si začala dělat kurz. Ale když jsem nastoupila, bylo to těžký. Musela jsem se naučit kupu nových věcí, hlavně všechny ty papíry psát. Pořád se učím něco nového. Ted' se učím pořádně na počítači, abych tam uměla zadávat údaje o klientkách, který jsem dostala na starost. No je to těžký, ale na druhou stranu mě ta práce baví.“*

Koordinovaná rehabilitace

Zajímala jsem se, zda respondenti znají koordinovanou rehabilitaci. Pokud odpověděli, ano, znají, doptala jsem se jich, jak by ji charakterizovali. V případě negativní odpovědi jsem jim stručně koordinovanou rehabilitaci popsala. Následně jsem zjišťovala, zda si myslí, že je v organizaci koordinovaná rehabilitace prováděna.

Tabulka 2 Koordinovaná rehabilitace

Koordinovaná rehabilitace			
Respondent	Pojem KRHB	charakteristika	KRHB v zařízení
1	ano	ucelená rehabilitace	ne
2	ne	-	ne
3	ano	propojení péče	ano
4	ne	-	ano
5	ne	-	ne
6	ne	-	ano
7	ne	-	ano
8	ano	více služeb v jednom	ano
9	ne	-	ne
10	ne	-	ano
11	ne	-	ano

Zdroj: vlastní výzkum

První otázka se týkala pojmu koordinovaná rehabilitace. Ptala jsem se respondentů, zda tento pojem znají nebo ho slyšeli. Koordinovanou rehabilitaci znají 3 respondenti. Respondentka č. 1 uvádí: *„My jsme se ve škole učili ucelená rehabilitace. To je teda to samý.“* Ostatní respondenti tento pojem neslyšeli, je pro ně nový. Častou mylnou odpovědí bylo, že se jedná pouze o rehabilitační cvičení. Oba termíny jsem uvedla na pravou míru, aby bylo zřejmé, že nejde o totéž.

Zajímala jsem se, jak by respondenti koordinovanou rehabilitaci vysvětlili. Respondentům, kteří pojem neznali, jsem koordinovanou rehabilitaci stručně charakterizovala. Po vysvětlení jsem se jich zeptala, zda tomu rozumí, abych se ujistila, že můžeme pokračovat k dalším otázkám. Respondenti, jež odpověděli kladně na otázku, zda pojem znají, dokázali koordinovanou rehabilitaci popsat. *„Ale myslím, že jde o to, aby ta péče o klienty byla všude co nejvíc propojená. Nevím, jak to chodí jinde, ale například tady u nás to jde poznat podle toho, že je zařízení postavený vedle nemocnice, právě proto, aby když je potřeba, tak abychom se rychle dostali do nemocnice nebo oni sem.“* (respondent č. 3). Respondent č. 8 popisoval koordinovanou rehabilitaci následovně: *„Asi to neřeknu úplně přesně, jak byste to chtěla slyšet, ale myslím si, že koordinovaná rehabilitace znamená, že je v jedné organizaci poskytováno víc služeb. Myslím, že tam mají kromě pracovníků, kteří pracují přímo s klienty, taky třeba fyzioterapeuta, nebo pracovníky co s nimi dělají pracovní činnosti a tak podobně.“*

Dále jsem zjišťovala názor respondentů, zda si myslí, že je v jejich organizaci koordinovaná rehabilitace prováděna. Odpovědi se lišily. Celkem 4 respondenti se domnívají, že v organizaci koordinovaná rehabilitace není uskutečňována. Respondent č. 1 má názor na provádění koordinované rehabilitace v organizaci následující: *„No já bych řekla, že ta léčebná složka nám pokulhává, že tady nemáme rehabilitaci jako takovou, systematickou, pouze u klientů, kterým to předepíše pojišťovna a dochází sem s nima. Ale že by to potřebovali všichni nebo každéj druhý a nemáme vlastního rehabilitačního pracovníka, ale jinak ty ostatní složky, ty jo.“* Respondent č. 2 odpovídá: *„Podle toho, jak jste mi tu rehabilitaci vysvětlila, tak si myslím, že u nás všechny ty jednotlivé složky nefungují na sto procent. Na druhou stranu si myslím, že tu všechny*

složky máme, akorát nejsou v takové kvalitě, jak by bylo třeba. Máme tu problémy s doktory a docházením klientů do nemocnice na rehabilitace a různá vyšetření. Je to vždycky složitý domluvit, aby tam klienta objednali. Pak také ta pracovní složka by mohla být lepší. Bylo by potřeba, aby se víc klientů zaměstnalo, ale to je ještě složitější. A jak že jsou ty další části? Sociální a pedagogická. Tak ta pedagogická si myslím, že je v pořádku a sociální taky.“

Naopak 7 respondentů odpovědělo kladně. Myslí si, že organizace koordinovanou rehabilitaci provádí. *„No podle toho co říkáš, tak myslím, že jo. Jo určitě.“* (respondent č. 4). Respondent č. 6 odpověděl: *„Nejsem si teda úplně jistá, ale asi jo. Jak si to říkala, tak si myslím, že to tady bude. Hele pracuje tady tolik lidí. Ty holky (klientky) vlastně celý život nemusí vystrčit nos tady odsud. Mají tady kompletní péči. Do školy můžou chodit tady, zdravotní sestřičky se starají o léky a ty zdravotní věci. Pracovat taky můžou přímo tady a na sociální věci jsou v kanceláři sociální pracovnice a naše vedoucí. Takže tady mají prostě všechno, co potřebují.“* Respondent č. 11 tvrdí:

„Myslím, že tady ta rehabilitace funguje. Staráme se tady o klienty 24 hodin, 7 dní v týdnu a mají tady všechno.“ Odpověď od respondenta č. 10 byla v jiném smyslu: *„Určitě tady koordinovaná rehabilitace funguje. Proto musíme psát tolik papírů, aby to všechno fungovalo do kupy. Takže doufám, že to tak je, když s tím psaním máme tolik práce a zabere tolik času.“*

Léčebná rehabilitace

V okruhu otázek, které se zabývají léčebnou rehabilitací, jsem se tázala respondentů, jakým způsobem je v zařízení prováděna zdravotní péče a kdo ji poskytuje. Vzápětí jsem zjišťovala, zda spolupracují s jiným zdravotnickým zařízením. Další otázka se týkala ergoterapie. Ptala jsem se, zda klienti mají možnost využívat ergoterapii a jakým způsobem. Následující otázky se týkaly aktivizačních činností. Zajímala jsem se, jaké aktivizační činnosti organizace klientům nabízí. Doptávala jsem se, jakým způsobem jsou provozovány, jak často, kde a kým jsou prováděny.

Tabulka 3 Léčebná rehabilitace 1

Léčebná rehabilitace 1		
Respondent	Zdravotní péče	Spolupráce ve zdravotnictví
1	zdravotní sestry, lékař	ano, podle potřeby
2	zdravotnický personál	nemocnice, poliklinika, další odborníci
3	zdravotní sestry, doktor	nemocnice, poliklinika, psycholog
4	zdravotní sestry, doktor	nemocnice, poliklinika
5	zdravotní sestry, doktor	nemocnice, poliklinika
6	zdravotní sestry	nemocnice, poliklinika
7	zdravotní sestry	nemocnice, poliklinika
8	zdravotní sestry	nemocnice, poliklinika
9	zdravotní sestry, doktor	nemocnice, poliklinika
10	zdravotní sestry, doktor	nemocnice, poliklinika
11	zdravotní sestry	nemocnice, poliklinika

Zdroj: vlastní výzkum

Respondentům byla položena otázka, jakým způsobem je v jejich organizaci prováděna zdravotní péče a kdo ji poskytuje. Z výpovědí respondentů vyplývá, že zdravotní péče je poskytována zdravotními sestrami, které klientům podávají léky, sledují jejich zdravotní stav a pokud je potřeba, mají na starosti propojení péče s dalším zdravotnickým zařízením. Podávání léků respondenti popisovali odlišně. Celkem 4 respondenti uvedli, že léky podávají klientům sami podle toho, jak to určí vrchní zdravotní sestra. Naopak 7 respondentů zmínilo, že podávání léků je výhradně v režii

zdravotních sester. Dohromady 7 respondentů poznamenalo, že zdravotní péči poskytuje také lékař. „Zdravotní sestřičky jsou tu pořád, 24 hodin denně, kdyby se náhodou něco dělo, a pak sem tak jednou za týden jezdí pan doktor. Ten jde na zdravotní domek a jde zkontrolovat, koho je potřeba a pak taky píše recepty pro holky. Myslím, že je to obvod'ák.“ (respondent č. 5). Respondenti se shodli na tom, že ke zdravotní péči sami přispívají, neboť mají na starosti administrativní záležitosti, které se zdravotní péče týkají. „Na každém domečku si pracovnice vedou zdravotní záznamy o klientech, kam zapisují zdravotní ošetření, které udělali, jako třeba ošetření zraněného místa. Také vyplňujeme tabulky, kam se zaznamenává každý den stolice a menstruace u klientů. Všechno se pak odevzdává zdravotním sestřím.“ (respondent č. 6).

Další otázka směřovala ke spolupráci s jiným zdravotnickým zařízením. Všichni respondenti shodně uvedli, že s jiným zařízením spolupracují. Jedná se o nemocnici a polikliniku, které se nachází v sousedství organizace. Dále 3 respondenti navíc zmínili spolupráci s dalšími odborníky, především s psychologem. „Ano spolupracujeme s jiným zařízením. Především klienti dochází sem na polikliniku nebo do nemocnice. Objednávání klientů má na starost zdravotnický personál. Zdravotní sestry, když se dozví, že je u klientky potřeba vyšetření nebo nějaké větší ošetření, tak kontaktují nemocnici, kde domluví vyšetření. Na vyšetření pak s klientkou dojde pracovnice z domečku. No a když je také potřeba, jsme domluveni s jedním psychologem, který sem přijede, kdyby bylo potřeba, ale moc často se to nestává.“ (respondent č. 3). Respondent č. 5 popisuje, jak spolupráce probíhá: „Teď třeba hodně holky (klientky) vozíme na polikliniku na rehabilitace. Rehabilitaci mají napsanou normálně od doktora a my tam s nima pak jezdíme. Když chce ten chlap, co rehabilitaci dělá, pomoc, tak mu pomůžem, že třeba holku přidržíme nebo tak. No a pak ji zase odvezem zpátky.“

Tabulka 4 Léčebná rehabilitace 2

Léčebná rehabilitace 2		
Respondent	Ergoterapie	Aktivizační činnosti
1	ne	pracovní dílny, společenské, kulturní a sportovní akce
2	ne	pracovní dílny, společenské, kulturní a sportovní akce, aktivity na jednotlivých domečkách
3	ne	pracovní dílny, společenské, kulturní a sportovní akce aktivity na jednotlivých domečkách
4	ano	pracovní dílny, zahrada, výlety, kulturní akce
5	ne	pracovní dílny, společenské, kulturní a sportovní akce aktivity na domečku
6	ano	pracovní dílny, společenské, kulturní a sportovní akce aktivity na domečku
7	ano	pracovní dílny, společenské, kulturní a sportovní akce, aktivity na domečku
8	ne	pracovní dílny, výlety, kulturní akce, aktivity na domečku
9	ano	pracovní dílny – prádelna, společenské, kulturní a sportovní akce aktivity na domečku
10	ano	pracovní dílny, aktivity na domečku, společenské, kulturní a sportovní akce
11	ne	pracovní dílny, společenské, kulturní a sportovní akce, aktivity na domečku

Zdroj: vlastní výzkum

V rozhovoru jsem zjišťovala, zda je v organizaci nabízena ergoterapie. Odpovědi se liší, 6 respondentů říká, že ergoterapie není klientům poskytována. Naopak 5 respondentů tvrdí, že ergoterapie v zařízení probíhá. Nesrovnalost v odpovědích může vysvětlit tvrzení respondenta č. 2, který říká: *„My nemáme přímo ergoterapeutický dílny, kde by byl kvalifikovaný ergoterapeut, ale spíš to jsou takový volnočasový dílny. Říkáme tomu pracovní rehabilitační dílny, jako je to pracovní rehabilitace, ale není to přímo ergoterapie. Ale zase tam dochází, já nevím, nějakých 24 klientek.“* Odlišnost v odpovědích také způsobuje nedostatek informací o fungování dílen, které vyplývá z odpovědí respondentů. *„Chodí do dílen tady každý den, kdo teda chce. Sami si vždycky vyberou, do jaké dílny chtějí chodit. Víc by ti k tomu řekli tam, já o tom jinak moc nevím.“* (respondent č. 5).

Poslední otázky v rámci okruhu léčebné rehabilitace se zabývaly aktivizačními činnostmi. Otázka zněla: Jaké aktivizační činnosti nabízí vaše organizace? Jakým způsobem jsou provozovány – jak často, kde, kdo je má na starost? Z odpovědí respondentů vyplývá, že aktivizační činnosti jsou prováděny v rámci pracovních dílen, společenských, kulturních a sportovních akcí. Pracovní dílny se skládají z tkalcovské, keramické, šicí dílny a dílny, kde se pracuje s přírodními materiály. V pracovních dílnách jsou pracovníci v sociálních službách, které mimo to pracují také na jednom z domečků. Pracovní dílny jsou pro klienty k dispozici každé dopoledne ve všední dny. Každému klientovi jsou nabízeny pracovní dílny. Klient si poté může vybrat, do jaké dílny chce docházet a jak často. *„Holky můžou chodit tady do dílen. Je tam keramika, šijovna, tkalcovna a výroba svíček a podobných věcí. Holky si z toho můžou vybrat, co se jim líbí a tam pak chodí ve všední dny od 9 do 11 hodin.“* (respondent č. 5). Respondent č. 6 provoz pracovních dílen chválí: *„Je dobře, že to tady pro ně je. Víš, jinak by byly holky pořád zavřeny na domkách, takhle se aspoň něco naučí a mají taky trochu změnu. Od nás tam teď začala jedna chodit a hrozně se jí tam líbí. Konečně se dostala i mezi jiný holky a práce tam ji baví.“*

Organizace nabízí spoustu společenských, kulturních a sportovních akcí. Vedoucí pracovnice úseku sociální péče má v náplni práce organizaci těchto akcí. Všechny akce jsou dále předávány na jednotlivé domečky a jejich seznam je vyvěšený v hlavní

budově. Pracovnice na jednotlivých domečkách se dle zájmu klientů účastní akcí pořádaných ve městě nebo chodí na procházky, jelikož, jak většina respondentů zmínila, největší problém u klientů je nedostatek pohybu. Mezi společenské a kulturní akce, kterých se klienti zúčastňují, patří návštěvy divadelních představení, jarmarky, besídky, diskotéky pořádané sociálními organizacemi, exkurze, výlety atd. „*Těch akcí pro ně je, si myslím, hodně. Většinou, když se něco pořádá ve městě, tak se tam taky jdeme podívat, třeba na divadlo, nebo klienti mají hodně rádi jarmark. A minulý rok jsme se byli podívat v automobilce, tak tam z toho byli unešený hlavně kluci. No pořád se něco děje. A to nepočítám akce jako čarodějnice, Velikonoce a Vánoce.*“ (respondent č. 9).

Organizace také zpravidla jednou ročně pořádá pro klienty zájezd k moři nebo letní tábor. „*Loni v létě bylo přes deset klientů na táboře, kde byli i jiní klienti z podobných zařízení. A třeba od nás jedna klientka byla už takhle na zájezdě u moře v Itálii. Ale tyhle akce jsou jen pro ty klienty, kteří na to mají peníze a jsou celkem schopný, aby to tam všechno zvládli. Většinou na tyhle zájezdy a tábory jezdí vedoucí a někdo z pracovníků. Vedoucí si vybírá, kdo s klientů by mohl jet. Klient pak dostane seznam věcí, které s sebou musí vzít, takže to s nimi pak balíme do cestovek.*“ (respondent č. 10).

Klienti se účastní také sportovních akcí, ať už se jedná o různé soutěže, turnaje nebo olympiády. „*Máme tady za domečkama hřiště, kam si mohou klienti chodit a kde se občas koná nějaká soutěž. Zhruba tak 10 klientů jezdí i po různých soutěžích po kraji. Máme tady klientku, která skvěle běhá a dobře hraje vybíjenou, tak třeba ta pak vozí i medaile. Klienty to baví, jsou dost soutěživí. Škoda jen, že se těch soutěží můžou účastnit jen ti, co jsou na tom zdravotně líp.*“ (respondent č. 10).

V rámci aktivizačních činností jsem se ptala na možnost nabídky muzikoterapie, arteterapie a canisterapie. Tyto terapie nejsou v organizaci nabízeny, pouze činnosti s prvky z muzikoterapie nebo arteterapie jako součást aktivit konaných na jednotlivých domečkách. „*Muzikoterapii ani arteterapii jako takovou nemáme, protože nemáme zaměstnance, kteří by tuhle práci mohli kvalifikovaně dělat. Je to škoda, protože u klientů je hudba i malování oblíbený.*“ (respondent č. 2). Na domečkách se proto pracovníci snaží připravovat aktivity zaměřené na hudbu nebo výtvarné činnosti. „*Holky si rády pouští různé písničky. Mají hodně cédéček. Ty schopnější si na pokoji pouští*

písničky, které se jim líbí nebo poslouchají často rádio. Ostatním je pouštíme my, protože 2 klientky, který se jinak moc neprojevují, tak na hudbu slyší a tančí do rytmu. Takže se takhle snažíme je přimět aspoň trošku k pohybu. Navíc je vidět, že je to baví.“ (respondent č. 5). Respondent č. 7 popisuje výtvarné činnosti: *„Nedá se říct, že bysme tady s holkama nějak organizovaně kreslily, ale občas si samy řeknou, že si chtějí malovat, nebo když jen tak sedí u stolu, podáme jim obrázek na vybarvení. Některý holky jsou fakt šikovný a malování se jim daří. Navíc jim tím trochu zpestříme den. Co ony taky mají celý dny dělat?“*

Pedagogická rehabilitace

Při rozhovoru o pedagogické rehabilitaci jsem zkoumala, zda organizace umožňuje vzdělávání klientů. Hledala jsem odpověď na otázku, jak je vzdělávání poskytováno. Mojí další otázkou bylo, zda mají všichni klienti možnost vzdělávat se. Zajímala jsem se, jestli organizace spolupracuje i s jinými vzdělávacími institucemi.

Tabulka 5 Pedagogická rehabilitace 1

Pedagogická rehabilitace 1		
Respondent	Umožnění vzdělávání	forma vzdělávání
1	škola v zařízení, externí školy	kurz na doplnění vzdělání, předškolní vzdělání, základní škola a praktická škola
2	škola v zařízení, externí školy	základní škola speciální, střední vzdělání, kurz na doplnění vzdělání
3	škola v zařízení, externí školy	předškolní, základní a střední vzdělání, kurz na doplnění vzdělání
4	škola v zařízení, speciální škola	základní vzdělání
5	škola v zařízení, externí školy	předškolní, základní a střední vzdělání
6	škola v zařízení, externí školy	předškolní, základní a střední vzdělání
7	škola v zařízení, praktická škola	základní a střední vzdělání
8	škola v zařízení, externí školy	předškolní, základní a střední vzdělání
9	škola v zařízení, externí školy	předškolní, základní a střední vzdělání
10	škola v zařízení, externí školy	základní a střední vzdělání
11	škola v zařízení, externí školy	předškolní, základní a střední vzdělání

Zdroj: vlastní výzkum

Z výzkumu vyplývá nejednotná terminologie ve speciálním vzdělávání. První otázka zjišťovala, zda organizace umožňuje vzdělávání. Všichni respondenti se shodli, že organizace umožňuje vzdělávání prostřednictvím místní školy a externích škol, do kterých klienti dochází nebo dojíždí. *„Škola je přímo tady v Domečkách nebo dojíždějí do speciální školy ve městě.“* (respondent č. 4). Dle slov respondenta č. 2 povinnou školní docházku plní kolem 15 klientů v externí škole, která se nachází v téže městě. Nyní žádný z klientů nedojíždí do praktické školy, která je jednou z možností pokračování ve vzdělávání po absolvování povinné školní docházky. *„Jsou tady klientky, které se vyučily kuchařkama nebo cukrářkama, školu už dokončily. Teď, myslím, nikdo do té školy nedojíždí.“* (respondent č. 3).

Pokračovala jsem otázkou, jak je vzdělávání pro klienty poskytováno. Celkem 7 respondentů sdělilo, že je v organizaci poskytováno předškolní vzdělání. Všichni respondenti uvedli, že klienti absolvují základní vzdělání. Respondent č. 2 popisuje poskytování vzdělávání v organizaci: *„Tady je vyučuje jedna paní. Učí dopoledne v týdnu, ale holky tam chodí třeba jen 2krát do týdne, jako naše klientka. My ji tam ráno vezeme a po škole ji přiváží učitelka, vždycky před obědem. Má zápisníček, kam učitelka napíše, když je něco potřeba. Na konci roku klasicky dostávají vysvědčení.“* Respondent č. 1 nabízí informace o jiném způsobu vyučování: *„Povinnou školní docházku si plní všichni klienti, ti s těžším mentálním postižením mají jinou formu vzdělávání, že za nimi dochází paní učitelka podle jejich individuálního plánu.“* Celkem 10 respondentů řeklo, že klientům je nabízeno také střední vzdělání. *„Když skončí základku, tak můžou dojíždět na školu, něco jako učňák. Jsou tady holky, který se tam vyučily.“* (respondent č. 6). Z dotazovaných pracovníků 3 respondenti uvedli možnost využívání kurzu na doplnění vzdělání. Jeho význam vysvětluje respondent č. 1: *„Máme tady kurz na doplnění vzdělání, to je pro lidi, kteří dřív nemohli chodit do školy, protože byli zbaveni povinné docházky, tak to je pro ty starší. Ten kurz probíhá normálně tady v hlavní budově, kde asi 8 klientů vyučuje paní učitelka.“*

Zjišťovala jsem také, jestli je nějaký klient integrován do běžného vzdělávacího proudu. Odpovědi respondentů ukázaly, že žádný klient není integrován. Respondent č. 3 se k integraci vyjádřil: *„Žádný klient není integrován do normální školy. Je to kvůli*

tomu, že je tady dobrá nabídka speciálního vzdělávání a navíc integrace by byla složitá, protože by byla nejspíš nutná taky spolupráce s rodinou a to nám tady dost vážně. Rodiny nemají ve většině případů o děti zájem, natož na ně přijít s integrací. A pro nás by to taky bylo asi spoustu práce navíc, takže naši klienti využívají jen speciálního vzdělávání“

V rámci pedagogické rehabilitaci jsem se doptávala, zda respondenti vědí, jestli je při vyučování přítomný osobní asistent nebo asistent pedagoga. Všichni respondenti mě odkázali přímo na pracovníky škol, jelikož odpověď neznali. Pouze odpovídali, že v organizaci je pouze pedagog, který vyučuje 8 klientů v jedné třídě bez asistenta pedagoga a osobních asistentů. „*Paní učitelka, která sem chodí učit jednu třídu, tak je učí sama. Je tam 8 klientů, tak se to snad dá zvládnout. A jak to chodí v těch školách, to popravdě přesně nevím, ale naši klienti osobního asistenta nemají, jestli je ve škole nějaký asistent, tím si nejsem jistá. To byste se musela zeptat přímo tam.*“ (respondent č. 8).

Tabulka 6 Pedagogická rehabilitace 2

Pedagogická rehabilitace 2		
Respondent	Vzdělávání pro všechny	Spolupráce ve vzdělávání
1	ano	základní škola a praktická škola, praktická škola, speciálně pedagogické centrum
2	ano	základní škola a praktická škola, praktická škola, speciálně pedagogické centrum
3	ano	základní škola a praktická škola, praktická škola, speciálně pedagogické centrum
4	ano	speciální škola, střední škola
5	ano	speciální škola, střední škola
6	ano	zvláštní škola, střední škola
7	ano	základní škola, praktická škola
8	ano	základní škola speciální a praktická, praktická škola
9	ano	základní škola, střední škola
10	ano	základní škola speciální, střední škola
11	ano	zvláštní škola, střední škola

Zdroj: vlastní výzkum

Zjišťovala jsem odpověď na otázku, zda všichni klienti v zařízení mají možnost vzdělávat se. Všichni respondenti shodně vyjádřili, že vzdělání je dostupné pro všechny

klienty. „*Jo jo všichni klienti se u nás můžou vzdělávat a povinnou školní docházku musí plnit všichni. Plus k tomu je možnost toho předškolního vzdělávání a po povinné školní docházce taky můžou pokračovat dál ve vzdělávání.*“ (respondent č. 3).

Zajímala jsem se, jestli organizace spolupracuje s jinými vzdělávacími institucemi. Z výzkumu vyplynula nejednoznačnost v odpovědích, týkající se především klasifikace vzdělávacích zařízení, s kterými organizace spolupracuje. Celkem 3 respondenti shodně udali, že organizace spolupracuje se základní a praktickou školou. V dalších odpovědích se nachází základní škola, základní škola speciální, speciální škola. Nejednotnost v odpovědích může objasnit odpověď respondenta č. 2, který vysvětluje terminologii vzdělávacího zařízení: „*Tady ta škola Na Láni není přímo speciální škola, ale je to oficiálně základní škola a praktická škola, nemá to název speciální škola, ale poskytují vzdělání jako základní škola speciální a základní škola praktická.*“ Respondenti č. 6 a 11 označili spolupracující organizaci jako zvláštní školu. „*Hele holky tady buď chodí do zvláštní školy ve městě a pak můžou jít na střední školu*“ (respondent č. 6).

Z celkového počtu respondentů 6 odpovědělo, že organizace spolupracuje se střední školou. Bližší informace o škole neměli, pouze to, kde sídlí a co tam klienti studovali. „*Holky, když teda chtějí, jakože se jim moc nechce, tak můžou dojíždět na střední školu do Novýho města, tam je něco jako učňák. Po pár letech se vyučí buď kuchařkou, nebo cukrářkou.*“ (respondent č. 5). Druhou možnou odpovědí, kterou uvedlo 5 respondentů, byla praktická škola. Z odpovědí respondentů lze konstatovat, že se s nejvyšší pravděpodobností jedná o tutéž školu, kterou polovina respondentů označila za střední školu a druhá část za praktickou školu. „*Když klienti absolvují povinnou školní docházku na základní a praktické škole tady ve městě, mají možnost nastoupit na praktickou školu do Nového města nad Metují.*“ (respondent č. 3).

Pouze 3 respondenti se zmínili o spolupráci organizace se speciálně pedagogickým centrem. „*Jakým způsobem bude klientovi poskytováno vzdělání, ať už jde o základní, střední nebo v kurzu na doplnění vzdělání, záleží na speciálně pedagogickém centru, který vytváří klientův individuální plán poskytování vzdělání.*“ (respondent č. 2).

Pracovní rehabilitace

V rámci pracovní rehabilitace jsem se respondentů ptala, zda se mohou klienti zapojit do pracovního procesu v organizaci, jestli je organizace oprávněna uzavírat s klienty pracovní smlouvy a vyplácet jim mzdu. Dle daných odpovědí jsem se doptávala, jakou práci mohou vykonávat. Hledala jsem odpovědi na otázku, zda klienti mohou docházet do jiných organizací, které poskytují zaměstnání. Mým posledním záměrem v tomto okruhu otázek bylo zjistit, jaký je zájem o práci ze strany klientů a jak je pracovníci k práci motivují.

Tabulka 7 Pracovní rehabilitace 1

Pracovní rehabilitace 1		
Respondent	Zaměstnávání klientů	Zapojení do pracovního procesu
1	smlouvy, mzda	kuchyň
2	smlouvy, mzda	kuchyň
3	smlouvy, mzda	kuchyň
4	mzda	prádelna, kuchyň
5	smlouvy, mzda	prádelna, kuchyň
6	smlouvy, mzda	prádelna, kuchyň
7	nevím	prádelna, kuchyň
8	smlouvy, mzda	prádelna, kuchyň
9	mzda	prádelna, kuchyň
10	mzda	prádelna, kuchyň
11	smlouvy, mzda	prádelna, kuchyň

Zdroj: vlastní výzkum

Okruh pracovní rehabilitace jsem začala otázkou, zda je organizace oprávněna uzavírat s klienty pracovní smlouvy a vyplácet jim odměnu za práci. Kromě jednoho respondenta všichni dotazovaní uvedli, že klientům je za práci vyplácena určitá mzda. Respondent č. 7 na otázku odpověděl: „*Na tuhle otázku ti asi neodpovím, nevím, jak to s tou prací tady je. Ale co vím, tak od nás z domečku žádná klientka pracovat nechodí,*

takže fakt nevím, jak to je.“ Respondent č. 4 si také nebyl jistý, jak to se zaměstnáváním klientů v organizaci probíhá. *„Dostávají peníze, ale jinak nevím, jak to mají se smlouvami.“* Z celkového počtu respondentů 7 z nich povědělo, že je organizace oprávněna s klienty uzavírat smlouvy a následně jim za provedenou práci vyplácet odměnu v peněžní formě. *„Ano tady můžou pracovat, mají to jako práci na dohodu. Mají tady normálně pracovní smlouvu a mají výplatu.“* (respondent č. 2).

Respondentům byla položena otázka, zda se klienti mohou zapojit do pracovního procesu organizace. Všichni respondenti shodně odpověděli, že se klienti zapojují do prací vykonávaných v organizaci. Celkem 8 respondentů sdělilo, že jsou klienti zaměstnáváni v kuchyni a prádelně, které fungují v zařízení. *„Pár holek chodí pomáhat do kuchyně. Bud' tam pomáhají připravovat jídla, samozřejmě takový ty lehčí věci, nebo potom rozváží snídaně, obědy a večeře po domečkách a potom zase zpátky do kuchyně.“* (respondent č. 11). Respondent č. 7 zase popisuje práci v prádelně: *„Každý domeček má sice svoji pračku, ale většina prádla se dává prát do prádelny a tam holky můžou chodit pracovat. Hlavně v létě je holky vidět, jak vozí prádlo a věší ho venku na šňůry. Potom ho třídí a roznáší podle domečků.“* Respondent č. 9 hodnotí celkové zaměstnávání klientů, odpověď od něho zněla: *„Jakože je tu zaměstnáváme, ale je to málo a chybí návaznost někam jinam, nemají uplatnění nikam jinam.“*

Tabulka 8 Pracovní rehabilitace 2

Pracovní rehabilitace 2		
Respondent	Spolupráce s organizacemi	Zájem, motivace
1	organizace Pferda – úklid, kavárna Láry Fály, pekárna	nezájem, složité, výplata
2	organizace Pferda – úklid, kavárna Láry Fály, pekárna	nezájem, výplata
3	organizace Pferda – úklid, kavárna Láry Fály	nezájem, výplata
4	organizace Pferda – úklid, kavárna Láry Fály	nezájem, výplata
5	organizace Pferda – úklid, kavárna Láry Fály	nezájem, žádná
6	organizace Pferda – úklid, kavárna Láry Fály	nezájem, žádná
7	organizace Pferda – úklid, kavárna Láry Fály	nezájem, žádná
8	organizace Pferda – úklid, kavárna Láry Fály	nezájem, výplata, čas s kamarády
9	organizace Pferda – úklid, kavárna Láry Fály	zájem i nezájem, výplata, pomoc, organizovaný čas s kamarády
10	organizace Pferda – úklid, kavárna Láry Fály, pekárna	nezájem, žádná
11	organizace Pferda – úklid, kavárna Láry Fály	nezájem, žádná

Zdroj: vlastní výzkum

Zjišťovala jsem informace o tom, zda organizace spolupracuje s jinými zařízeními, kam klienti mohou docházet pracovat. Z výzkumu vyplynulo, že klienti mohou být zaměstnáni v občanském sdružení Pferda. Všichni respondenti uvedli, že klienti dochází do úklidové firmy a kavárny Láry Fáry. Možnost využití pekárny, která také patří pod organizaci Pferda, vyjádřili 3 respondenti. *„Jo to chodí do té organizace Pferda, takže někdo chodí uklízet a někdo chodí do kavárny Láry Fáry.“* (respondent č. 4). Respondent č. 2 zmiňuje také pekárnu: *„Klienti chodí do města do úklidové firmy a kavárny, nebo mohou dojíždět do Kvasin, kde je tréninková pekárna.“* Respondent č. 1 k těmto údajům dodává počty klientů, kteří využívají této možnosti zaměstnání, a hodnotí situaci *„Dvě klientky jsou zaměstnané u té úklidové firmy od Pferdy, dvě chodí do kavárny a jedna klientka je zaměstnaná v pekárně. Je to opravdu málo, bylo by potřeba, aby se víc klientů zaměstnalo, ale je to složitý. Navíc práce je spíš pro ty lehce mentálně postižené, ale u nás jsou spíš s těžšími formami postižení a ti by zaměstnat nešli kvůli jejich postižení.“* (respondent č. 1).

Na konci části rozhovoru, který se týkal pracovní rehabilitace, mě zajímalo, zda klienti mají o práci zájem a jak je pracovníci motivují. Z výzkumu vyplývá, že klienti o práci nejeví zájem. Pouze odpověď respondenta č. 9 se lišila: *„U nás na domečku pracuje jen jedna klientka, jinak pracovat nechtějí, jsou prostě zhýčkaný a pracovat se jim nechce. Ale ta jedna klientka zase nemůže bez práce být. Ona je úplně nesvá, když zrovna do práce nemůže jít. Má to tak prostě daný. Je zvyklá na svůj režim a chodit do práce jí vyloženě baví.“* Ostatní odpovědi zněly jako odpověď respondenta č. 6: *„Hele je to prostě jednoduchý, kdo pracovat chce, tak pracuje. Ale těch je minimum. Většina jich je tady zvyklá ne veškerou péči a nic se jim dělat nechce.“*

Odpovědi týkající se motivování klientů se od sebe nijak výrazně nelišily. Všichni respondenti se shodli na tom, že motivovat klienty k práci je velmi těžké. Z dotazovaných 5 respondentů tvrdilo, že motivace žádná neexistuje. *„Klienti se do práce zrovna moc nehrnou, Prostě se jim pracovat nechce a my s tím ni nenaděláme. Buď se jim pracovat chce, nebo ne. Rozhodnutí je na nich. A fakt nevím, co bysme jim museli slíbit, aby začali chtít pracovat.“* (respondent č. 5). Další častou odpovědí bylo, že k motivaci napomáhá slíbení odměny za práci. *„To je strašně těžký, někomu se chce,*

někomu ne. Ale říkají holky, že teda ne, málo málo. Vždycky za něco, když mu něco slíbíš nebo dáš, tak jo. Prostě když nabídneš peníze, tak to jo, Ale jinak o práci zájem nemaj.“ (respondent č. 4). Respondent č. 2 také říká: *„Ty co chtěj, tak ty jdou a ty, co nechťej, tak ty se nedaj zmotivovat. Jinak motivace je finanční no. Co si budem povídat. Výplata, to je motivace dobrá pro ně.“*

Sociální rehabilitace

V okruhu otázek směřující k sociální rehabilitaci mě zajímalo, jaké činnosti vyplývají ze vztahu klíčového pracovníka a klienta. Navázala jsem na to otázkou, jak je v organizaci prováděno individuální plánování, kdo ho vytváří, jak probíhá kontrola, jak často se plány obnovují a zda se na tvorbě individuálních plánů podílejí sami klienti. Ptala jsem se, jakým způsobem je vyřešena problematika dávek sociálního zabezpečení. Poslední otázky se týkaly sociálních kontaktů a soběstačnosti klientů. Otázka zněla: *„Jak klienta podporujete při adaptaci v organizaci a při navozování sociálních kontaktů?“* Poslední otázkou jsem zjišťovala, jak je klient podporován k soběstačnosti.

Tabulka 9 Sociální rehabilitace 1

Sociální rehabilitace 1			
Respondent	Klíčový pracovník a klient	Individuální plánování	Dávky soc. zabezpečení
1	individuální plánování, osobní složka	tvoří kl. pracovník s klientem, kontrola	invalidní důchod, příspěvek na péči, přídavek na dítě
2	individuální plánování, osobní složka	tvoří kl. pracovník s klientem, kontrola	invalidní důchod, příspěvek na péči
3	individuální plánování, osobní složka	tvoří kl. pracovník s klientem	invalidní důchod, příspěvek na péči, přídavek na dítě
4	individuální plánování, dohlížení, nákupy	tvoří kl. pracovník, kontrola	nevím
5	individuální plánování, dohlížení, nákupy, osobní složka	tvoří kl. pracovník, kontrola	invalidní důchod, příspěvek na péči
6	individuální plánování, dohlížení, nákupy, osobní složka	tvoří kl. pracovník, kontrola	invalidní důchod
7	individuální plánování, dohlížení, osobní složka	tvoří kl. pracovník, kontrola	invalidní důchod
8	individuální plánování, dohlížení, osobní složka	tvoří kl. pracovník, kontrola	invalidní důchod, příspěvek na péči
9	individuální plánování, dohlížení, osobní složka	tvoří kl. pracovník s klientem, kontrola	invalidní důchod
10	individuální plánování, dohlížení, osobní složka	tvoří kl. pracovník s klientem, kontrola	invalidní důchod, příspěvek na péči
11	individuální plánování, dohlížení, osobní složka	tvoří kl. pracovník s klientem, kontrola	invalidní důchod

Zdroj: vlastní výzkum

První otázka směřovala na vztah klíčového pracovníka a klienta. Požadovala jsem po dotazovaných, aby mi tento vztah popsali. Všichni respondenti odpověděli, že ze vztahu klíčového pracovníka a klienta vyplývá individuální plánování, které dělají. Dále 9 respondentů říká, že klíčový pracovník má na starost osobní složku klienta, která je vedená v elektronické formě v programu IS Cygnus. Pracovníci do složky zaznamenávají situaci klienta, vedou záznamy o jeho osobních věcech. *„Máme na starost jejich složky na počítači, kde jsou napsané základní údaje o nich, jako je datum narození a podobně. A my tam musíme psát třeba všechny jeho osobní věci, který tady má. Když ji třeba koupím novou hračku, nebo oblečení, musím to tam zadat, aby bylo jasné, že to patří zrovna jí.“* (respondent č. 7). Mezi odpověďmi se vyskytly 3 tvrzení, že klíčový pracovník nakupuje věci, které jsou pro klienta. *„Já jako klíčový pracovník musím hlídat, kdy má která klientka narozeniny a svátek. To se vždycky vezme z jejich peněz a něco malýho se jim koupí. Pak samozřejmě se kupují dárky na Vánoce. No a když je potřeba koupit třeba nové boty nebo oblečení, tak to taky kupujeme my. Tam, kde mají schopnější holky na domku, tak si to koupí samy, ale tady si to nikdo nekoupí. Takže já kontroluju i její oblečení, jestli má všeho dost a dyžtak to koupím.“* (respondent č. 6). Velmi často respondenti odpovídali, že vztah klíčového pracovníka a klienta spočívá v kontrolování klienta. *„Pomáhám ji uklízet pokoj, dohlížím na ni, musíš jí říct, co a jak, musím ji prostě hlídat. Opakuju ji, že si musí měnit trička a tak celkově, protože ty holky tohle moc neumí.“* (respondent č. 4).

Další část rozhovoru je věnovaná individuálnímu plánování. Ptala jsem se, jak je v organizaci individuální plánování prováděno, kdo ho vytváří a jak probíhá kontrola. Tvorba individuálního plánu je v náplni práce pracovníků v sociálních službách. Celkem 6 respondentů odpovědělo, že se na individuálním plánování podílí klíčový pracovník a klient. *„Individuální plánování vytváříme tak, že si vlastně povídáme s tím našim klientem. Zjišťujeme, co se mu líbí a nelíbí, co by chtěl zlepšit nebo změnit. Pak z toho zkusíme navrhnout teda nějaký ten cíl, který zase proberem s klientem. Někdy je to ale dost těžký vymyslet, co by se jako cíl dalo dát. No pořád se něco vymýšlí. Člověk nad tím fakt musí přemýšlet, aby to na toho klienta pak teda sedělo.“* (respondent č. 8). Naopak 5 respondentů udává, že individuální plánování tvoří pouze pracovník bez

angažovanosti klienta. „Plán vytvářím já tak, aby to sedělo na klientku. Třeba ona má plán chodit takhle po těch akcích, jako je jarmark, divadlo, diskotéka a tak, takže to jí tam pak píšu no. Tady se na tom klienti nepodílejí. Oni si sami neřeknou, tak já nevím vid'. Takhle třeba, moje klientka přijde, že si chce jít koupit kafe, tak jde, že chce jít na výstavu, tak jde a já jí to pak zapíšu. Na jiných domkách to třeba dělají společně, ale tady to nejde, když většina holek ani nemluví, tak jak má s nima člověk něco plánovat.“ (respondent č. 4). Respondent č. 7 popisuje, jak individuální plánování probíhá: „U toho plánování se nejdřív musí vymyslet ten cíl, tak aby tak nějak pasoval na tu klientku. Pak na to máme takový arch, kam se zapíše jméno klientky, datum toho vytváření plánu. Pak se popíše její situace, třeba co zvládá udělat, co ne, jestli komunikuje a tak. Nastaví se teda nějaký ten cíl, ale u toho cíle musí být ještě napsané kroky, jak k tomu cíli dojít. No a všechno se pak vyhodnocuje, to dělá taky ten klíčovej pracovník.“ Kontrola individuálního plánování probíhá dle úspěšnosti naplnění cíle. Kontrolu všech individuálních plánů provádí vedoucí pracovnice úseku sociální péče. „Kontrola toho plánu se dělá podle toho, jak maj ten cíl nastavenej. Dělá se to zhruba nárok, ale když maj ten cíl hotovej dřív, tak můžou prostě udělat novej, ale když to trvá dýl, tak si ho prostě rozloží, to záleží na tom, jaký ten cíl ještě podle těch dílčích kroků.“ (respondent č. 1).

Další otázka se zabývala problematikou dávek sociálního zabezpečení. Kromě jednoho respondenta, který mě odkázal na sociální pracovnice, všichni odpověděli, že klienti pobírají invalidní důchody. K této odpovědi 6 respondentů dodalo, že klientům také náleží příspěvek na péči. Dva respondenti uvedli přídavek na dítě. Problematiku dávek sociálního zabezpečení objasňuje respondent č. 3: „U nás berou invalidní důchod třetího stupně všichni, kdo jsou plnoletí a příspěvek na péči a přídavek na dítě těm, co jim nebylo ještě osmnáct. Nejvíc tady mají příspěvek na péči trojku a čtyřku, jiný by tady ani neměly bejt, ale taky jsou. Na jiný dávky, jako je třeba příspěvek na bydlení, tak to nemají, na to nedošáhnou. Příspěvek na péči nám náleží celej a jídlo a ubytování platí z důchodu, z kterýho jim musí zbejt 15%.“

Tabulka 10 Sociální rehabilitace 2

Sociální rehabilitace 2		
Respondent	Sociální kontakty	Soběstačnost
1	Společné trávení času, a společné akce	individuální plánování, plán podpory
2	přechod klientů do jiného zařízení, návštěvy, prohlídka zařízení, společné akce	individuální plánování, plán podpory
3	návštěvy, prohlídka zařízení, společné akce	individuální plánování, plán podpory
4	společné trávení času, návštěvy, společné akce	opakování činností a kontrola, režim dne
5	společné trávení času, společné akce	přenechání kompetencí na klientovi
6	společné trávení času, společné akce	pouze nutná podpora klienta, režim dne
7	společné trávení času, společné akce	pouze nutná podpora klienta
8	společné trávení času, společné akce	pouze nutná podpora klienta, opakování činností
9	společné trávení času, společné akce	pouze nutná podpora klienta
10	společné trávení času, společné akce	pouze nutná podpora klienta, kontrola
11	společné trávení času, společné akce	pouze nutná podpora klienta, společný nácvik, opakování činností

Zdroj: vlastní výzkum

Zabývala jsem se otázkou, jak pracovníci podporují klienty při adaptaci v organizaci a navozování sociálních kontaktů. Výzkum ukázal, že adaptace a vytváření nových kontaktů je podporováno pořádáním společných akcí, ať už se jedná o akce uvnitř nebo mimo zařízení s klienty z jiných sociálních služeb. Druhou nejčastější odpovědí se stalo společné trávení volného času, kdy se klienti za příznivého počasí schází venku nebo ve společenské místnosti. *„Děláme tady pro klienty nejrůznější akce, jako třeba čarodějnice a podobně, pak taky jezdíme po různých akcích, kde se setkáváme s jinými zařízeními. Klienti už se mezi sebou celkem znají a rádi se setkávají. Je to třeba na letních táborech, zábavách nebo soutěžích, kde se mohou potkat. No a jinak, hlavně v létě je vidět, jak se naši klienti spolu scházejí tady za hlavní budovou. Jde teda o ty schopnější klienty, ty si rádi spolu poklábosí.“* (respondent č. 9).

Adaptaci v zařízení vysvětluje respondent č. 3: *„Přímo jako nějakou metodiku na adaptování klientů nemáme. Většinou to chodí tak, že nový klient přijde za mnou nebo kolegyní, mi mu vysvětlíme, jak to tady chodí a pak mu nabídneme, že si to tady může prohlídnout. Pak ho teda provedeme po zařízení, aby na vlastní oči viděl, jak to tady vypadá. A adaptace na jednotlivých domečkách záleží na pracovnících. Je potřeba, aby novému klientovi věnovali víc péče a zapojili ho do fungování domečku.“* Další 3 respondenti uvádí, že se klienti navštěvují na domečkách. Musí ale předem pracovníci oznámit, že jdou na návštěvu na jiný domeček. *„Jo od nás třeba jedna holčina chodí občas vedle na domeček. Už je naučená, v který čas tam může, kdy na ní mají pracovníce čas.“* (respondent č. 5).

Poslední otázky se týkaly soběstačnosti a samostatnosti klientů. Zjišťovala jsem, jakým způsobem pracovníci podporují klienty v soběstačnosti. Nejčastěji zazněla odpověď, ve které pracovníci vysvětlovali, že soběstačnost klientů stimulují nabízením pouze nutné podpory. Jinak řečeno, úkony, které je klient schopný udělat sám, za něho pracovníci nedělají. Pomáhají mu jen v případech, kdy je to nutné. *„Hodně nám ulehčuje práci, když jsou klienti co nejvíc samostatní třeba v oblíkání nebo při jídle. Zkoušíme je naučit třeba jíst samostatně, a když to dokážou sami, tak je necháme. Je to dobrý jak pro ně tak pro nás.“* (respondent č. 11). Respondent č. 6 k tomu dodává: *„Máme tady hodně holek, které by toho zvládly o dost víc, ale prostě se jim nechce. To*

je pak těžký, ale necháváme je, aby to zvládly, a když mají problémy, tak jim teda pomůžem. Ale nemůžeme ty věci dělat za ně, to je pak hrozně rychle vidět, jak se to s nima horší. Nejdřív se samy neumyjou, neoblíknou a za chvíli ani samy nevstanou z postele.“ Respondent č. 5 odpověděl na téma soběstačnosti, že je přínosné nechat určité kompetence na klientech. „Donedávna jsme se s ostatníma holkama (pracovnicemi) střídaly v umejvání podlahy tady v domečku, teď už to ale děláme jen v sobotu. Udělala jsem rozpis služeb pro naše dvě schopné klientky a ty se teď v umejvání podlahy střídají. Plus k tomu mají utírání prachu a podobný práce. Je to fajn. Holky sice nejdřív prskaly, ale teď už si zvykly. Je dobře, že tady s tím pomáhají. Je to tady zavedený na stylu rodinného bydlení a doma by taky musely uklízet. A navíc mají pohyb, kterej jim neuškodí.“ (respondent č. 5).

Mezi dalšími odpověďmi se vyskytuje udržování denního režimu, nácvik a opakování činností. Respondent č. 4 tvrdí: *„No tak my bysme rádi, kdyby všichni byli soběstačný. No jako musíš jim to furt říkat, co jak mají dělat, aby si to zapamatovali a začali dělat automaticky. Musí mít určitý režim, opakovat to, pak se to naučí, si teda myslím já.“*

Další 3 respondenti sdělili, že soběstačnost je záležitostí individuálního plánování a plánu podpory. *„V individuálních plánech často pracovníci píšou cíl, který je spojený právě s udržením soběstačnosti a pak je ještě plán podpory. V plánu podpory se popisuje současnej stav, jakou podporu potřebuje, když ji potřebuje, a jak často garantujeme tu podporu. To se pak vyhodnocuje jednou za rok. Pokud se změní nějaká potřeba toho klienta, tak se to sem taky zapíše bez ohledu na to, že se to vyhodnocuje jednou za rok.“* (respondent č. 2).

4.2 Výsledky k dílčí výzkumné otázce

DVO: Jaká pozitiva přináší systém koordinované rehabilitace pro klienty Ústavu sociální péče Domečky?

Přínos koordinované rehabilitace

V tomto okruhu otázek jsem se ptala, v čem respondenti vidí výhody koordinované rehabilitace. Poslední otázka zjišťovala, jaký přínos má systém koordinované rehabilitace pro klienty.

Tabulka 11 Přínos koordinované rehabilitace

Přínos koordinované rehabilitace		
Respondent	Výhody KRHB	Přínos KRHB pro klienty
1	spolupráce s ostatními odborníky, více informací o klientech	dostupnost kvalitní péče
2	spolupráce s ostatními odborníky	komplexní péče
3	spolupráce s ostatními odborníky, více informací o klientech	komplexní péče
4	celková péče	komplexní péče
5	žádné	komplexní péče
6	žádné	komplexní péče
7	vzájemná spolupráce	komplexní péče
8	vzájemná spolupráce	komplexní péče
9	spolupráce s odborníky	komplexní péče
10	propojená péče	komplexní péče
11	nevím	komplexní péče

Zdroj: vlastní výzkum

Moje otázka směřovala k zjištění výhod koordinované rehabilitace z pohledu respondentů. Odpovědi se v mnohém lišily. Nejčastěji vyřčenou odpovědí byl kontakt s ostatními odborníky a vzájemná spolupráce odborníků, kteří pečují o klienty. Dále se vyskytly odpovědi jako propojená nebo celková péče o klienty a dostupnost většího množství informací o klientech. Z celkového počtu dotazovaných dva respondenti nevidí žádné výhody koordinované rehabilitace a jeden respondent odpověděl: „Nevím, jaké výhody by to mohlo mít.“ (respondent č. 11). Respondent č. 5 má na koordinovanou rehabilitaci skeptický pohled: „*Já ti nevím. Mně přijde, že výhody to snad ani nemá. Podívej, vedle je domek, kde slouží zdravotní sestry, občas sem chodí, ptají se, co a jak, ale to nejdůležitější nám neřeknou. Představ si, že mi nemůžem znát zdravotní diagnózy našich holek. Ví se, že je tady jedna infekční, ale sestry nám to nesmí prozradit, co to teda má. A takových věcí je víc. Prostě to tady docela vážne. Přijde mi, že si každý dělá to svoje a nic víc. Já třeba nám tak nějak všechno, co se dělá tady na domku, ale jak ses třeba ptala na ty aktivizační činnosti nebo práci, tak o tom toho teda moc nevím a tak je to se vším. A pak se člověk nestačí divit, co se dozví od vedoucí.*“ Z druhé strany respondent č. 3 koordinovanou rehabilitaci vítá: „*Jak už jsem řekla, jde o to propojení péče, takže jako největší výhodu bych viděla ve spolupráci s ostatními lidmi a organizacemi, které také pečují o klienty. A pak mě ještě napadá, že díky tý spolupráci máme o klientech větší přehled. Víc se toho o nich dozvíme. Já jsem třeba často v kontaktu se školou i Láry Fáry. Když se děje něco závažného a klient je převezený do nemocnice, tak o tam taky víme, takže v tom to je fakt užitečný.*“

Moje poslední otázka se zabývala přínosem koordinované rehabilitace pro klienty z pohledu pracovníků. Z výzkumu jasně vyplývá, že všichni respondenti vnímají přínos koordinované rehabilitace pro klienty. Všichni, kromě jednoho respondenta vidí přínos v komplexní péči, která je klientům v zařízení věnovaná. Respondent č. 1 udává odpověď: „*Tak pro klienty je ta rehabilitace důležitá. Vlastně jim zaručuje dostupnou péči, která je taky kvalitní. My jako organizace se jim snažíme nabídnout veškerou péči. Tím, že bydlíme vedle nemocnice a máme tady několik zdravotních sester, je i ta zdravotní péče dobře dostupná. Jen tu rehabilitaci nějak vyřešit. Pak to vzdělávání mají taky, si myslím, kvalitní. Pracovní se snažíme dohánět těmi dílnami a ta poslední,*

sociální, je myslím, taky v pořádku.“ Odpověď respondenta č. 4 se velmi podobá výrookům ostatních respondentů: „No těžko říct, asi teda, že se jim věnuje víc lidí a jsou pod kontrolou z víc stran. Hlavně holky (klientky), jak jsou tady vlastně celý život, tak aby se tady tak nenudily, aby něco zažily a trochu se jim ten život zpestřil. Třeba naše klientka dřív z domečku nevylezla a teď začala každý dopoledne chodit do dílen a hrozně se jí to líbí. Je tam s holkama, s kterýma si může popovídat, copak tady, když tady s nikým mluvit nemůže, jen s náma pracovnicema. No a taky se všechny vždycky těší na ty jejich diskotéky. Mají kamarády i z jiných zařízení a to se vždycky vidí jen na nějakých společných akcích, tak to je vždycky zážitek. No takže tak, prostě, výhoda je, že se jim věnuje hodně lidí.“ Respondent č. 10 k tomu dodává zdravotní péči: „Myslím, že největší výhodou je, že tady mají i zdravotní sestry, který jim dávají léky a zařizují ty zdravotní věci. Že klienti hned nemusí na vyšetření do nemocnice, ale dojde k nim na domek zdravotní sestra, která to většinou vyřeší.“

5 Diskuze

5.1 Diskuze k hlavní výzkumné otázce

HVO: Jakým způsobem jsou uplatňovány jednotlivé složky koordinované rehabilitace v Ústavu sociální péče Domečky?

Z výzkumu vyplývá, že pojem koordinované rehabilitace není mezi pracovníky všeobecně známý. Opakovaně respondenti uváděli, že se jedná o rehabilitační cvičení. Pouze 3 respondenti pojem znají v pravém smyslu nebo o něm alespoň slyšeli. Tito respondenti dokázali dle svých slov koordinovanou rehabilitaci stručně charakterizovat. Respondent č. 3 ji popsal: „*Myslím, že jde o to, aby ta péče o klienty byla všude co nejvíc propojená.*“ Nejasnost v pohledu na koordinovanou rehabilitaci popisuje ve svém článku Duba (28) který uvádí, že je rehabilitace v praxi často redukována pouze na léčebnou složku namísto synergické spolupráce mezi jednotlivými složkami na základě individuality klienta. Jankovský (47) také vysvětluje změnu termínu koordinované (ucelené) rehabilitace, kdy píše, že se jedná o současné pojetí rehabilitace, které již neznamená pouze zdravotnickou péči zahrnující fyzioterapii, ale jde o interdisciplinární péči, která obsahuje také sociálně právní, pedagogicko-psychologickou a pracovní péči.

I přes studium odborné literatury i mě v práci limitovalo nepochopení propojenosti koordinované rehabilitace, a proto jsou níže diskutovány jednotlivé složky rehabilitace. Domnívám se, že přijetí zákona o koordinované rehabilitaci by přispělo k informovanosti o tomto tématu a odlišení od rehabilitace prováděné ve zdravotnictví.

Z celkového počtu respondentů 7 z nich tvrdí, že je koordinovaná rehabilitace realizována v zařízení. Častou příčinou, proč si respondenti myslí, že koordinovaná rehabilitace u nich není provozována, je nedostatečná spolupráce mezi jednotlivými složky a absence některých odborníků při péči o klienty. Duba (28) sděluje, že koordinovaná rehabilitace je často prováděna v jednotlivých oblastech zvláště bez provázanosti a koordinace jednotlivých složek. V praxi se stává, že je spolupráce odborníků narušena různorodými vztahy mezi odborníky, které se projevují soupeřením

nebo pasivitou jednoho z odborníků. Tyto vztahy pak negativně působí na kvalitu poskytované péče, která je závislá na součinnosti a rovnocenném postavení pomáhajících profesionálů (66).

Léčebná rehabilitace

Respondenti se shodují, že zdravotní péče je v zařízení poskytována zdravotními sestrami a 7 respondentů dále zmiňuje poskytování zdravotní péče lékařem. „*Zdravotní sestřičky jsou tu pořád, 24 hodin denně, kdyby se náhodou něco dělo, a pak sem tak jednou za týden jezdí pan doktor.*“ (respondent č. 5). Zdravotní sestry podávají léky klientům, sledují jejich zdravotní stav, v případě nutnosti zařizují návaznost péče od jiných zdravotnických zařízení. Respondenti podotýkají spolupráci s místní nemocnicí a poliklinikou. Ke zdravotní péči přispívají také jednotliví pracovníci na domečkách prostřednictvím administrativy zdravotní péče, kterou sami poskytují a sledují. Myslím, že je velmi přínosné zapojení pracovníků, kteří přímo pracují s klienty, do zdravotní péče, neboť právě oni jsou s klienty nejvíce v kontaktu. Jak má vypadat zdravotní péče v sociálních službách popisuje Metodika k zajištění zdravotní péče, kdy má být zajištěna kontinuita a integrita péče o klienta podle vzdělání jednotlivých pracovníků. Péče má vycházet z individuálních potřeb klientů a má být interdisciplinární, všichni kvalifikovaní pracovníci mají tedy spolupracovat v týmu (37). Kalvach (51) zmiňuje důležitost spolupráce odborníků a vyjasňuje jejich náplň práce. Úkony sociální péče mají v náplni práce pracovníci v sociálních službách a sociální pracovníci a zdravotní péče je v kompetencích kvalifikovaného odborného personálu (51).

Dalším tématem rozhovoru byla ergoterapie. Na otázku, zda zařízení nabízí pro své klienty ergoterapii, 5 respondentů odpovědělo kladně a 6 respondentů uvedlo, že ergoterapie v zařízení není uskutečňována. Odlišnost v odpovědích vysvětluje skutečnost, že v zařízení jsou poskytovány činnosti, které jsou podobné ergoterapii a jsou realizovány v pracovních rehabilitačních dílnách. Organizace je nazývá pracovní rehabilitací, nikoli ergoterapií, jelikož nejsou vedeny ergoterapeutem. Dle názoru Krivošíková (60) výraz ergoterapie, který označuje profesi ergoterapie, nahradil

původní pojmenování, které bylo pracovní terapie. Dále uvádí, že i dnes je často tento výraz zaměňován za původní název, který však není dostatečně výstižný. Pracovní rehabilitace označuje přípravu na určité zaměstnání, které odpovídá možnostem klienta (60). Na rozdíl od ergoterapie, která jako hlavní terapeutický prostředek využívá smysluplnou činnost nebo zaměstnávání, které pomáhá k obnově postižených funkcí. Zaměstnávání je zde chápáno jako veškeré činnosti, které člověk vykonává v průběhu života. Ergoterapii vede kvalifikovaný ergoterapeut. Jeho odbornou způsobilost k výkonu povolání ergoterapeuta vymezuje zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních (100).

Poslední okruh otázek u léčebné rehabilitace se věnoval aktivizačním činnostem, které jsou v organizaci provozovány. Z výzkumu je zřejmé, že aktivizační činnosti jsou klientům nabízeny v rámci již zmíněných pracovních dílen, společenských, kulturních a sportovních akcí. Pracovní dílny se skládají z tkalcovské, keramické, šicí dílny a dílny, kde se pracuje s přírodními materiály. Mezi společenské a kulturní akce, kterých se klienti zúčastňují, patří návštěvy divadelních představení, jarmarky, besídky, diskotéky pořádané sociálními organizacemi, exkurze, výlety atd. Klienti se účastní také sportovních akcí, ať už se jedná o různé soutěže, turnaje nebo olympiády. Organizace také zpravidla jednou ročně pořádá pro klienty zájezd k moři nebo letní tábor. Muzikoterapie, arteterapie, canisterapie a další terapeutické přístupy nejsou v organizaci uplatňovány. Aktivity, které probíhají na jednotlivých domečkách, vycházejí z těchto terapií, avšak nejsou vedeny kvalifikovanými pracovníky ale pracovníky v sociálních službách. Dle mého názoru by bylo efektivní začlenit do nabídky činností pro klienty terapie, jako je arteterapie, dramaterapie, muzikoterapie, biblioterapie, zooterapie, neboť je prokázáno pozitivní působení na klienty. Terapeutické přístupy využívají odborného a cíleného jednání s klientem, které směřuje od odstranění nebo zmírnění nežádoucích potíží nebo odstranění jejich příčin, k prospěšné změně. Přístupy jsou aplikovány v rámci terapií nebo nepřímo v rámci jednotlivých odborných a cílených činností. Vycházejí z nejrůznějších zdrojů a využívají nepřeberného množství prostředků, metod, technik a forem práce. Veškeré tyto činnosti jsou nepostradatelnou a nezaměnitelnou součástí komplexní péče o klienty (127). Neznamena to, že jde pouze o to klienty nějakým

způsobem zaneprázdnit. Je to celkový proces, v kterém je každému poskytnuta příležitost žít způsobem, jenž mu vyhovuje. Aktivity dávají klientovi pocit jistoty, výkonnosti, sociálního začlenění a vlastní hodnoty. Pracovníci by měli znát hodnotu a význam těchto aktivit a měli by být vyškoleni v technikách aktivizace. Nabídka aktivizačních činností je rozmanitá. Patří sem výtvarné umění, hudba, diskuzní kroužky, cvičení, jednoduché úkoly každodenního života, pracovní činnosti, čtení novin, časopisů, zahradní práce, procházky, sportovní události, společné oslavy a výlety (151).

Pedagogická rehabilitace

Výpovědi respondentů ukázaly, že organizace umožňuje vzdělávání prostřednictvím externích škol. Celkem 7 respondentů sdělilo, že je v organizaci možnost předškolního vzdělání. Povinnou školní docházku klienti plní v Základní a praktické škole v témže městě. Pro klienty s těžšími formami mentálního postižení je vzdělávání plněno osobní návštěvou pedagoga dle jejich individuálního plánu. Kromě jednoho respondenta všichni respondenti uvádí nabídku středního vzdělávání. Dále 3 respondenti uvedli, že organizace nabízí kurz na doplnění vzdělání, který je určen klientům, kteří nemají splněnou povinnou školní docházku z důvodu dřívějšího zbavení povinnosti ji absolvovat. Pedagogická rehabilitace je nejpodstatnější v období dětství a dospívání, přestože je vzdělávání a výchova nepostradatelnou složkou při socializaci člověka a jedná se o celoživotní proces (47). Matoušek (72) tvrdí, že všichni mají možnost se vzdělávat a rozvíjet se. Otázkou je, jakým způsobem je to možné. V současné době se pozitivně rozvíjí vzdělávání především ve školách, které jsou určené ke vzdělávání osob se speciálními vzdělávacími potřebami, kde se zavádí a rozvíjí nové způsoby vzdělávání (89).

Z výzkumu dále vyplynulo, že žádný klient není integrován do běžného vzdělávacího proudu. Souhlasím s Bazalovou (4), která zmiňuje, že ačkoliv žáci s postižením mají legislativně ustanovenou možnost integrovaného vzdělávání ve školách hlavního vzdělávacího proudu, tak jsou stále vzdělávání zejména segregovaně. V běžných školách bývají vzdělávání žáci s lehčím stupněm mentálního postižení.

Přijetím školského zákona č. 561/2004 Sb., byli do vzdělávání začleněni také osoby s těžším mentálním postižením, kteří dříve byli označováni jako nevzdělavatelni (4).

Otázka, zda je při vyučování přítomný asistent pedagoga nebo osobní asistent, nebyla zodpovězena. Respondenti mě odkazovali na pracovníky školy. Působení asistentů na školách je velice přínosné. Asistent pedagoga pomáhá žákům při přizpůsobení se školnímu prostředí, pedagogickým pracovníkům pomáhá při výchovné a vzdělávací činnosti, participuje při komunikaci se žáky a při spolupráci se zákonnými zástupci žáků a komunitou, ze které pochází (6). Osobní asistent žákovi pomáhá při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, při osobní hygieně, zajištění stravy a zajištění chodu domácnosti. Nabízí výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkovává kontakt se společenským prostředím a pomáhá při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (21).

Z výzkumu vyplynulo, že všichni klienti mají možnost vzdělávat se. *„Jo jo všichni klienti se u nás můžou vzdělávat a povinnou školní docházku musí plnit všichni.“* (respondent č. 3). Právo na vzdělání patří mezi základní lidská práva, která upravuje Úmluva o právech dítěte, Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod a další závazné dokumenty. Široká řada mezinárodních smluv zaručuje rovné právo na vzdělání, např. Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech (96). Česká legislativa také obsahuje právo na vzdělání, ať už se jedná o Listinu základních práv a svobod, tak i školský zákon, které deklarují každému právo na vzdělání. To znamená, že nikoho nelze ze vzdělávacího procesu vyloučit na základě charakteristik, které mohou zakládat důvod diskriminace. Mezi takové příčiny lze zařadit rasu, barvu pleti, pohlaví, příslušnost k náboženské skupině, věk, sociální status nebo postižení. Žádná z těchto charakteristik nesmí mít příčinou pro odepření vzdělání (65).

Poslední téma v pedagogické rehabilitaci se zabývá spoluprací s jinými vzdělávacími institucemi. Z výzkumu vyplynula nejednoznačnost v odpovědích, týkající se především terminologie vzdělávacích zařízení, s kterými organizace spolupracuje. Respondenti odpovídali, že zařízení spolupracuje se základní a praktickou školou, základní školou, základní školou speciální, speciální školou, zvláštní školou, střední školou a praktickou školou. Lze se domnívat, že respondenti odlišně nazvali

stejně školy, kde se klienti mohou vzdělávat. „*Tady ta škola Na Láni není přímo speciální škola, ale je to oficiálně Základní škola a praktická škola, nemá to název speciální škola, ale poskytují vzdělání jako základní škola speciální a základní škola praktická.*“ (respondent č. 2). Myslím si, že klienti mají rozmanitou nabídku vzdělávání, kdy jsou pro ně školy dobře dostupné. Speciálním vzděláváním je označeno vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami, to jsou žáci se zdravotním postižením, zdravotním nebo sociálním znevýhodněním. Dle zákona č. 561/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů, mají tito žáci právo na vzdělání podle jejich vzdělávacích potřeb a možností (107). Nový školský zákon nevymezuje druhy speciálních škol, jako je speciální základní škola, zvláštní škola, pomocná škola, odborné učiliště, učiliště, praktická škola. Dřívější název pomocná škola se v souladu s platnou právní úpravou změnil na základní školu speciální. Zákon těmito změnami a přizpůsobením podmínek vzdělávání speciálním potřebám dětí, žáků a studentů přispívá daleko více k jejich vzdělávání než předchozí právní úprava. Odstraňuje institucionální dělení škol. Speciální vzdělávání upravují prováděcí vyhlášky, zejména vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných, ve znění pozdějších předpisů (125).

Pouze 3 respondenti se zmínili o spolupráci organizace se speciálně pedagogickým centrem. Domnívám se, že organizace jistě spolupracuje se speciálně vzdělávacím centrem, neboť centrum má důležité funkce ve speciálním vzdělávání pro žáky. Speciálně pedagogické centrum je školské poradenské zařízení, které poskytuje poradenství dětem, žákům, studentům se zdravotním postižením, jejich rodičům, zákonným zástupcům, školám a školským zařízením. Mimo jiné poskytují činnosti jako je komplexní diagnostika žáka, tvorba plánu péče o žáka, která zahrnuje komplexní podporu žáka, zpracovávání návrhů k zařazení do režimu vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami, zpracování návrhů individuálních vzdělávacích plánů a nabídka speciálních pomůcek dle individuálních potřeb žáků (32).

Pracovní rehabilitace

Z výzkumu vyplynulo, že klienti mají možnost zapojit se do pracovního procesu organizace. Celkem 8 respondentů odpovědělo, že jsou klienti zaměstnáváni v kuchyni a prádelně, které fungují v zařízení. Na toto tvrzení se vztahuje odpověď většiny respondentů, že organizace je oprávněna s klienty uzavírat smlouvy a následně jim za provedenou práci vyplácet odměnu v peněžní formě. *„Ano tady můžou pracovat, mají to jako práci na dohodu. Mají tady normálně pracovní smlouvu a mají výplatu.“* (respondent č. 2). Vnímám možnost zaměstnání klientů v organizaci za úspěšný krok v pracovní rehabilitaci, kdy klienti mají možnost pracovat alespoň v rámci organizace, když se jim nedaří zapojit se na otevřený trh práce. Listina základních práv a svobod deklaruje každému občanovi právo získávat prostředky na své životní potřeby prací. Právo na zaměstnání je právo každé fyzické osoby, která chce a může pracovat a o práci se uchází, na zaměstnání v pracovně-právním vztahu, na zprostředkování zaměstnání a na poskytování dalších služeb, které jsou stanoveny zákonem o zaměstnanosti. Pracovně-právní vztahy vznikají mezi zaměstnavateli a zaměstnanci a jsou upraveny v zákoníku práce. Tam jsou také formulována pravidla pro skupiny lidí se znevýhodněním ve smyslu jejich pracovní výkonnosti (58). Práce má pro člověka existenční a materiální, rozvojový a tvořivý, kooperační a socializační, estetický a kulturní a relaxační přínos (93).

Dále jsem se zajímala, zda organizace spolupracuje s jinými zařízeními, kam klienti mohou docházet pracovat. Z výzkumu vyplynulo, že klienti mohou být zaměstnání v občanském sdružení Pferda. Všichni respondenti uvedli, že klienti dochází do úklidové firmy a kavárny Láry Fáry. Možnost využití pekárny, která také patří pod organizaci Pferda, vyjádřili 3 respondenti. *„Klienti chodí do města do úklidové firmy a kavárny, nebo mohou dojíždět do Kvasin, kde je tréninková pekárna.“* Občanské sdružení Pferda nabízí všestranný rozvoj osob s mentálním postižením. Soustředí se na pracovní dovednosti, vzdělávání v oblasti pracovních dovedností, každodenní činnosti, volnočasové aktivity. Služby poskytují v rámci Tréninkové kavárny Láry Fáry, Tréninkové pekárny Láry Fáry, Tréninkového bytu a Takového normálního života

(samostatné bydlení), Úklidové služby Láry Fáry (1). Tréninková pracovní místa umožňují lidem se znevýhodněním na trhu práce získat potřebné pracovní i teoretické dovednosti a návyky a připravují je na budoucí zaměstnání na otevřeném trhu práce. Vychází z individuálních potřeb uchazečů o práci a z jejich představ o vlastním pracovním uplatnění. Zaměřují se na rozvoj pracovní kariéry uchazečů, která následně vede k aktivnímu přístupu k vlastnímu pracovnímu uplatnění (119).

Na konci rozhovoru o pracovní rehabilitaci jsem zjišťovala, zda klienti mají o práci zájem a jak je pracovníci motivují. Z výzkumu vyplývá, že klienti o práci zájem nejeví. Všichni respondenti se shodli na tom, že motivovat klienty k práci je velmi složité. Z dotazovaných 5 respondentů tvrdilo, že motivace žádná neexistuje. Další častou odpovědí bylo, že k motivaci napomáhá slíbení odměny za práci. *„Ty co chtěj, tak ty jdou a ty, co nechtěj, tak ty se nedaj zmotivovat. Jinak motivace je finanční no. Co si budem povídat. Výplata, to je motivace dobrá pro ně.“* (respondent č. 2). Domnívám se, že motivace klientů je opravdu velmi složitá, ale také velmi přínosná, protože práce je jednou ze základních potřeb člověka a přináší mu jisté uspokojení. Mezi příčiny, které brání úspěšnější integraci osob se zdravotním postižením na trh práce, patří ze strany osob se zdravotním postižením slabá sebedůvěra, nedostatečná schopnost sebe prezentace, nevyhovující kvalifikační struktura a právě výše zmiňovaná nízká motivace k práci (106). Motivace k práci je velmi specifickým a subjektivním vlivem, která je u každého jedince jiná. Projekt Analýza institucionálních faktorů ovlivňujících ekonomické chování a motivaci OZP zjišťoval motivy, které jsou pro vykonávání práce pro osoby se zdravotním postižením nejdůležitější. Z dotazníkového šetření vyplynulo, že největším motivem k práci jsou peníze, kdy je práce vnímána jako zdroj obživy. Mezi dalšími motivy se ukázala možnost nesesedět pouze doma, možnost setkávat se s dalšími lidmi, možnost být potřebný a možnost získávat nové znalosti a zkušenosti (3).

Sociální rehabilitace

První otázka se zabývala činnostmi, které vyplývají ze vztahu klíčového pracovníka a klienta. Všichni respondenti odpověděli, že ze vztahu klíčového pracovníka a klienta vyplývá individuální plánování. Dále 9 respondentů zmiňuje, že klíčový pracovník má na starost osobní složku klienta. Mezi odpověďmi se vyskytly 3 tvrzení, že klíčový pracovník nakupuje věci klientovi. Velmi často respondenti odpovídali, že vztah klíčového pracovníka a klienta spočívá v kontrolování klienta. Klíčový pracovník je koordinátorem péče a podpory u přiděleného klienta. Tvoří a přehodnocuje individuální plány spolu s klientem, koordinuje a řídí plánování u přiděleného klienta, zodpovídá za to, že údaje v plánování odpovídají skutečnostem. Propojuje ostatní členy týmu, shromažďuje dostupné informace o klientovi, má na zodpovědnost dokumentaci přiděleného klienta (33). Matoušek (74) dále rozšiřuje činnosti klíčového pracovníka, kterými jsou dohlížení na klienta, který se zúčastňuje skupinového programu a odpovídá vedoucímu organizace za průběh péče, konzultace s klientem o jeho osobních problémech. Poslední zmíněná činnosti mi připadá velmi důležitá, jelikož si myslím, že je nutné, aby pracovník věnoval dostatek času klientovi a pochopení jeho situace.

Tvorba individuálního plánu je v organizaci činností pracovníků v sociálních službách. Celkem 6 respondentů odpovědělo, že se na individuálním plánování podílí klíčový pracovník a klient. Naopak 5 respondentů říká, že individuální plánování tvoří pouze pracovník bez spolupráce s klientem. Kontrola individuálního plánování probíhá dle úspěšnosti naplnění cíle. Kontrolu všech individuálních plánů provádí vedoucí pracovnice úseku sociální péče. Johnová (49) popisuje dva pohledy na individuální plánování. Můžeme na něj pohlížet jako na zbytečnou byrokracii, která pracovníky okrádá o čas na práci s klienty nebo ho můžeme chápat jako stěžejní prvek sociální práce. Souhlasím s jejím upozorněním na to, že především, je to nástroj, který pracovníkům pomáhá stanovit, co vlastně mají dělat (49). Setkala jsem se s oběma pohledy. Především pracovníci, kteří v organizaci pracují dlouhodobě, si stěžovali na množství administrativy, do které zařazovali právě individuální plánování. Sobek (104) vysvětluje význam individuálního plánování, který vidí v lepším poznání člověka, se

kterým pracujeme. Poznáváme tak jeho potřeby, touhy a přání, můžeme tak lépe pochopit, jak vypadá jeho svět. Dle slov respondenta č. 6 se i v této organizaci snaží prostřednictvím individuálního plánování klienta lépe poznat. „*Individuální plánování vytváříme tak, že si vlastně povídáme s tím našim klientem. Zjišťujeme, co se mu líbí a nelíbí, co by chtěl zlepšit nebo změnit.*“ Při individuálním plánování je potřeba přemýšlet o tom, kdo náš klient je, jaký je, jak mu může být užitečný. Pracovníci by měli být schopni formulovat, co přínosného může klient díky pracovníkovi získat (35). „*Plán vytvářím já tak, aby to sedělo na klientku.*“ (respondent č. 4).

Další otázka se zabývala problematikou dávek sociálního zabezpečení. Kromě jednoho respondenta, který mě odkázal na sociální pracovnice, všichni odpověděli, že klienti pobírají invalidní důchody. K této odpovědi 6 respondentů dodalo, že klientům také náleží příspěvek na péči. Dva respondenti uvedli přídavek na dítě. Respondent č. 3 objasňuje financování sociální služby: „*Příspěvek na péči nám náleží celej a jídlo a ubytování platí z důchodu, z kterýho jim musí zbejt 15%.*“ Usuzuji, že respondenti odlišně odpovídali na otázku, protože administrativu dávek sociálního zabezpečení mají v náplni práce pouze sociální pracovnice. Platby za pobyt v pobytových sociálních službách lze členit na platby za ubytování, poskytnutou stravu a zajištění péče. Klienti stravu a ubytování platí z důchodů a příspěvek na péči slouží v plné výši k úhradě nezbytné pomoci poskytovateli domova pro osoby se zdravotním postižením, kde je klient ubytován (103). Maximální výše úhrady za poskytování sociálních služeb v domovech pro osoby se zdravotním postižením stanovuje vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů (21).

Následně jsem zjišťovala, jak pracovníci podporují klienty při adaptaci v organizaci a navozování sociálních kontaktů. Výzkum ukázal, že adaptace a vytváření nových kontaktů je podporováno pořádáním společných akcí. Druhou nejčastější odpovědí se stalo společné trávení volného času klientů. Zároveň výzkum odhalil, že v zařízení není vypracovaná žádná metodika na adaptování klientů, což si myslím je chybějící při práci s novým klientem. Jak píše Kalvach (52), k přijetí do pobytového zařízení sociálních služeb by se měl klient aktivně připravit. Celý proces by měl být dobře naplánovaný a

poté vyhodnocován. Důležitá je role sociálního pracovníka nebo klíčového pracovníka. Klient potřebuje dostatek informací, které mu budou poskytnuty včas, aby měl možnost se rozhodnout a udržet si kontrolu. Z druhé strany ale také potřebuje dostatečnou emocionální podporu od sociálního nebo klíčového pracovníka, který ho v době adaptace v novém prostředí doprovází (52).

Z otázek, které se zabývaly soběstačností a samostatností klientů, vyplynulo, že soběstačnost klientů stimulují pracovníci nabízením pouze nutné podpory klientů. Mezi dalšími odpověďmi se objevilo udržování denního režimu, nácvik a opakování činností. K soběstačnosti také pracovníci přispívají vytvářením individuálního plánování a plánu podpory. Odpovědi korespondují s výrokem Gulové (30), která říká, že pomoc je velmi důležitá. V sociálních službách nejde ale o pomoc jako takovou, ale o potřebu pomoci tak, aby si klient dokázal pomoci sám. Pomoc klientům může tedy mít různou potřebu dle situace klienta (30). Jsem přesvědčena o tom, že je důležité, aby klientovi byl nechán prostor pro vykonávání činností, které dle svých možností je schopen zvládnout. Valenta (127), stejně jako respondenti, uvádí význam opakování činností a udržování denního režimu, kdy tvrdí, že při opakování činností vznikají návyky, které pak působí na další průběh činností a klientova života. Návyky usnadňují vznik a průběh navyklé činnosti. Návyky, které jsou zformované denním režimem, ve velké míře ulehčují klientovi, pracovníkům a celé skupině každodenní život, šetří zbytečné váhání a rozhodování (127).

5.2 Diskuze k dílčí výzkumné otázce

DVO: Jaká pozitiva přináší systém koordinované rehabilitace pro klienty Ústavu sociální péče Domečky?

První část otázek se věnovala výhodám koordinované rehabilitace z pohledu respondentů. Výzkum neukázal jednoznačnou odpověď, neboť výroky respondentů se odlišovaly. Nejčastější odpovědí byla spolupráce odborníků, kteří pečují o klienty. Dále

se vyskytly odpovědi jako propojená nebo celková péče o klienty a dostupnost většího množství informací o klientech. Z celkového počtu dotazovaných dva respondenti nevidí žádné výhody koordinované rehabilitace. „*Mně přijde, že výhody to snad ani nemá.*“ (respondent č. 5). Troufám si tvrdit, že negativní odpovědi vyplývají z nedostatečné propojenosti informací mezi jednotlivými pracovníky, kteří se věnují klientům a ne zcela úspěšného realizování koordinované rehabilitace v organizaci. Především z výpovědí respondentů, kteří pracují v přímé péči o klienty, jsem zaznamenala neochotu v získávání větší informovanosti o péči, kterou mohou klienti využívat. Duba (28) poznamenává, že v některých případech je obecně podceňován přínos spolupráce s dalšími složkami rehabilitace, nebo je jejich účinek bagatelizován. To může vést až k sociálnímu vyloučení, neboť klient nemůže participovat na společenském nebo v pracovním životě společnosti. Nedostatek koordinace jednotlivých složek rehabilitace sebou nese riziko opožděné realizace nebo absence intervenčních zásahů, vyšší náklady na jednotlivé intervence, což vede ke snížení výsledného efektu rehabilitace (28).

Z druhého úhlu pohledu v odpovědích zaznělo několik výhod, které koordinovaná rehabilitace přináší. V odborné literatuře se píše, že jednotlivé složky rehabilitace mají být nejen koordinovány, ale mají přímo vytvářet celek. Základní principy, kterými se má koordinovaná rehabilitace řídit jsou včasnost, komplexnost, návaznost, koordinovanost, dostupnost, individuální přístup, multidisciplinární posouzení a součinnost (79). Přínos koordinované rehabilitace lze tedy vnímat v provázanosti a týmovém využívání aplikovaných metod, které vycházejí z oblasti lékařství, sociální práce, výchovy, vzdělávání a profesní přípravy a podporovaného pracovního uplatnění k adaptaci jedince na odlišné životní podmínky (72).

Moje poslední otázka se zabývala přínosem koordinované rehabilitace pro klienty z pohledu respondentů. Z výzkumu jasně vyplývá, že všichni respondenti vnímají přínos koordinované rehabilitace pro klienty. Přínos vidí v komplexní péči, která je klientům v zařízení věnovaná. „*Tak pro klienty je ta rehabilitace důležitá. Vlastně jim zaručuje dostupnou péči, která je taky kvalitní.*“ (respondent č. 1). Přínos koordinované rehabilitace pro klienty je široký, neboť cílem rehabilitace je soběstačnost a celkové

zmenšení závislosti klienta, vyrovnání příležitostí na otevřeném trhu práce, sociální uplatnění a začlenění nebo subjektivně vnímané zlepšení kvality klientova života (28). Světová zdravotnická organizace popisuje koordinovanou rehabilitaci, která má směřovat k optimální resocializaci (sociální integraci) jedince, který je postižený nemocí, úrazem nebo vrozenou vadou (68). Müller (81) tvrdí, že koordinovaná rehabilitace je zaměřená na předcházení, zmírnění nebo odstranění problému jedince, např. zdravotního postižení. Zaměřuje se ale také na nepříznivé sociální důsledky s cílem dosažení maximální možné integrace do života. Bendová a Zíkl (6) vnímají přínos koordinované rehabilitace ve všestranné podpoře optimálního psychomotorického a sociálního vývoje osob se zdravotním postižením.

6 Závěr

Cílem práce bylo zjistit, jak je využíván systém koordinované rehabilitace v Ústavu sociální péče Domečky. Dílčím cílem bylo zjistit, jaký význam má systém koordinované rehabilitace pro klienty Ústavu sociální péče Domečky. Pro zpracování těchto cílů byly zvoleny výzkumné otázky, které souvisí s daným tématem. HVO: Jakým způsobem jsou uplatňovány jednotlivé složky koordinované rehabilitace v Ústavu sociální péče Domečky? DVO: Jaká pozitiva přináší systém koordinované rehabilitace pro klienty Ústavu sociální péče Domečky?

Ke sběru dat byl využit kvalitativní výzkum. Odpovědi na výzkumné otázky byly zjišťovány metodou dotazování a technikou polostukturovaného rozhovoru. Následně byly výsledky vyhodnoceny pomocí metody vytváření trsů. Výzkumu se zúčastnilo 11 respondentů, z toho 3 sociální pracovníce a 8 pracovníků v sociálních službách.

Výsledky výzkumu odhalily neznalost pojmu koordinované rehabilitace. Pouze 3 respondenti pojem znají, nebo ho slyšeli a dokázali ho charakterizovat vlastními slovy. Na toto zjištění navazuje odlišnost v odpovědích na otázku, zda je koordinovaná rehabilitace prováděna v zařízení, při čemž 4 respondenti se domnívají, že není uskutečňována a 7 respondentů si myslí, že zařízení koordinovanou rehabilitaci provádí.

Následující výsledky byly členěny dle jednotlivých složek koordinované rehabilitace. Co se týče výsledků výzkumu zabývajících se léčebnou rehabilitací, bylo zjištěno, že zdravotní péče je v organizaci poskytována zdravotními sestrami a praktickým lékařem. Ke zdravotní péči přispívají také pracovníci v sociálních službách prostřednictvím administrativní činnosti, do které zaznamenávají údaje o klientech týkající se jejich zdravotní péče. Dále zařízení spolupracuje s nemocnicí a poliklinikou které se nacházejí v sousedství organizace. Navíc 3 respondenti zmínili spolupráci s dalšími odborníky, především s psychologem. Odpovědi na otázku, zda zařízení nabízí ergoterapii klientům, se lišily. Odlišnost je nejspíše způsobená neinformovaností o ergoterapii a nejednotností v používaných termínech. Aktivizační činnosti jsou v organizaci prováděny v rámci pracovních dílen, společenských, kulturních a sportovních akcí. Organizace také zpravidla jednou ročně pořádá pro klienty zájezd k

moři nebo letní tábor. Muzikoterapie, arteterapie a canisterapie nejsou v organizaci nabízeny, pouze činnosti s prvky z muzikoterapie nebo arteterapie jako součást aktivit konaných na jednotlivých domečkách.

Z výzkumu, který je věnovaný pedagogické rehabilitaci, vyplývá nejednotná terminologie ve speciálním vzdělávání. Všichni respondenti shodně vyjádřili, že vzdělání je dostupné pro všechny klienty. Organizace umožňuje vzdělávání prostřednictvím externích škol, do kterých klienti dochází či dojíždí. Organizace poskytuje předškolní vzdělání. Povinnou školní docházku plní klienti na Základní a praktické škole v témže městě. Klienti s těžšími stupni mentálního postižení mají vzdělávání upraveno tak, že za nimi pedagog osobně dochází. Dále organizace nabízí kurz na doplnění vzdělání, jež je určen klientům, kteří byli dříve osvobozeni od povinné školní docházky. Klienti mají možnost dojíždět do praktické školy, kde mohou pokračovat ve vzdělání. Zároveň žádný klient není integrován do běžného vzdělávacího proudu. Pouze 3 respondenti zmínili spolupráci se speciálně vzdělávacím centrem.

Z výsledků pracovní rehabilitace vyplývá, že organizace je oprávněna uzavírat s klienty pracovní smlouvy a vyplácet jim odměnu za práci. Klienti jsou zaměstnáváni v kuchyni a prádelně, které se nachází v areálu zařízení. Organizace spolupracuje s občanským sdružením Pferda, které klientům nabízí zaměstnání v kavárně, úklidové firmě a pekárně. Výzkum ukázal nezájem klientů o získání práce. Další otázka proto směřovala k motivování klientů. Všichni respondenti se shodli na tom, že motivovat klienty k práci je velmi těžké, 5 respondentů tvrdilo, že motivace žádná neexistuje. Nejčastější odpovědí, jak klienty motivovat k práci, bylo slíbení odměny za práci.

Výsledky sociální rehabilitace ukázaly, že vztah klíčového pracovníka a klienta obnáší z pohledu klíčového pracovníka tvorbu individuálního plánování, starost o osobní složku klienta, nákupy potřebných věcí pro klienta a kontrolu klienta. Jak vyplývá z minulých odpovědí, individuální plánování tvoří klíčový pracovník. Pouze 6 respondentů odpovědělo, že se na něm podílí i klient, přestože je to zákonná povinnost. Kontrola individuálního plánování probíhá dle úspěšnosti naplnění cíle. Kontrolu všech individuálních plánů provádí vedoucí pracovnice úseku sociální péče. Výsledky, které se věnují problematice dávek sociálního zabezpečení, ukazují, že všichni klienti pobírají

invalidní důchody. K této odpovědi 6 respondentů dodalo, že klientům také náleží příspěvek na péči. Dva respondenti uvedli přídavek na dítě. Výzkum dal najevo, že adaptace a vytváření nových kontaktů je podporováno pořádáním společných akcí a společným trávením volného času klientů. Soběstačnost klientů pracovníci stimulují prostřednictvím pouze nutné podpory klienta, udržováním denního režimu, nácvikem a opakováním činností. Soběstačnost je také podporována v rámci individuálního plánování a plánu podpory, které pracovníci vytvářejí.

V čem respondenti vidí výhody koordinované rehabilitace, se neshodli. Nejčastější odpovědí byl kontakt s ostatními odborníky a jejich vzájemná spolupráce, propojená či celková péče o klienty. Zároveň však 2 respondenti žádný přínos v koordinované rehabilitaci nevidí. Co se týče přínosu koordinované rehabilitace pro klienty, respondenti uvedli komplexní péči, která je klientům věnovaná.

Domnívám se, že by bylo velmi přínosné nabídnout pracovníkům zařízení vzdělávací kurz, který by se zabýval koordinovanou rehabilitací, případně rozšířit informovanost jinou cestou, např. letáky, články, přednášky tak, aby se zvýšila povědomost o jednotlivých složkách koordinované rehabilitace. Dále by bylo užitečné stimulovat propojení jednotlivých odborníků, kteří se podílejí na péči o klienty.

Získané výsledky mohou sloužit pro tvorbu nástroje pro zpětnou vazbu ve zkoumaném zařízení, který může být následně využit pro zvyšování kvality poskytované péče. Diplomová práce může být dále využita jako zdroj informací pro budoucí klienty a jejich rodiny.

7 Seznam použitých zdrojů

- 1) Aktivity. *PFERDA : sdružení pro všestranný rozvoj osob s mentálním postižením*. [online]. 2013 [cit. 2015-04-19]. Dostupné z: <http://www.pferda.cz/old/kdojsme.html>
- 2) AMBROŽ, Marcel, Nela BERANOVÁ a Radka ERBANOVA et al. *Sociální firma: - výzva v podnikání 21. Století*. Praha: Fokus Praha. [online]. 2007 [cit. 2015-03-12]. Dostupné z: http://www.socialnifirmy.cz/images/publikace_fokus_6.pdf
- 3) ASISTENČNÍ CENTRUM. *Analýza institucionálních faktorů ovlivňujících ekonomické chování a motivaci OZP*. [online]. 2012 [cit. 2015-04-20]. Dostupné z: http://portal.mpsv.cz/sz/obcane/zamestnavani_ozp/helpforthem/hlavni_vystupy_p_rojektu_a_jejich_prinosy/analiza_institucionalnich_faktoru_ovlivnujících_ekonomické_chování_a_motivaci_ozp.pdf
- 4) BAZALOVÁ, Barbora. *Dítě s mentálním postižením a podpora jeho vývoje*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2014, 183 s. ISBN 978-80-262-0693-4
- 5) BECK, Petr, Dana HACAPERKOVÁ, Jarmila KRÁLOVÁ et al. *Dávky pomoci v hmotné nouzi a dávky pro osoby se zdravotním postižením: komentář, právní předpisy*. 1. vyd. Olomouc: ANAG, 2012. ISBN 978-80-7263-744-7
- 6) BENDO VÁ, Petra a Pavel ZIKL. *Dítě s mentálním postižením ve škole*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 140 s. ISBN 978-80-247-3854-3
- 7) BENÍČKOVÁ, Marie. *Muzikoterapie a specifické poruchy učení*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 155 s. ISBN 978-80-247-3520-7
- 8) BLAŽKOVÁ, Anna et al. *Metodika podpory sociálních dovedností: Aneb jak připravit a vést kurzy sociálních dovedností pro lidi s mentálním postižením*. Praha: Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením v České republice, 2011. ISBN 978-80-260-0446-2

- 9) BRUTHANSOVÁ, Daniela a Věra JEŘÁBKOVÁ. *Koordinovaná rehabilitace*. 1. vyd. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2012, 73 s. ISBN 978-80-7416-102-5
- 10) BŘÍZOVÁ, Bohdana a Alena BOCKSCHNEIDEROVÁ. Sociální práce s handicapovanými. In MOJŽÍŠOVÁ, Adéla. *Kapitoly sociální práce v praxi*. Vyd. 1. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2008, 139 s. ISBN 978-80-7394-074-4
- 11) BUCHTOVÁ, Božena, Josef ŠMAJS a Zdeněk BOLELOUCKÝ. *Nezaměstnanost*. 2. vyd. Praha: Grada, 2013, 187 s. ISBN 978-80-247-4282-3
- 12) Co je PZ?. *Česká unie pro podporované zaměstnávání*. [online]. [cit. 2015-03-12]. Dostupné z: <http://www.unie-pz.cz/3-podporovane-zamestnavani/14-co-je-pz.html>
- 13) ČÁMSKÝ, Pavel, Jan SEMBDNER a Dagmar KRUTILOVÁ. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2011, 263 s. ISBN 978-80-262-0027-7
- 14) ČELEDOVÁ, Libuše a Rostislav ČEVELA. Koordinovanost ucelené rehabilitace. *Praktický lékař*. 2011. č. 11. s. 653 – 656. ISSN 0032-6739
- 15) ČELEDOVÁ, Libuše a Rostislav ČEVELA. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 126 s. ISBN 978-80-247-3213-8
- 16) ČELEDOVÁ, Libuše. *Posudkové lékařství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2010, 127 s. ISBN 978-80-246-1869-2
- 17) ČERVENKOVÁ, Anna a Jaromíra KOTÍKOVÁ. *Odborná příprava zdravotně postižené mládeže a její uplatnění na trhu práce*. [online]. 2001 [cit. 2014-12-08]. Dostupné z: <http://praha.vupsv.cz/Fulltext/OdbPri.pdf>
- 18) ČESKO. Zákon č. 435 ze dne 13. května o zaměstnanosti. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2009, částka 22, s. 842 – 900. Dostupné z: https://portal.mpsv.cz/sz/obecne/prav_predpisy/akt_zneni/zoz_-_22._1._2015.pdf
- 19) ČESKO. Vyhláška č. 329 ze dne 23. 9. 2004, kterou se provádí zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2014, částka 178, s. 4309 – 4319. Dostupné z:

https://portal.mpsv.cz/sz/obecne/prav_predpisy/akt_zneni/vyhlasaka_518-2004_sb.pdf

- 20) ČESKO. Vyhláška č. 73 ze dne 9. února 2005 o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2005. Částka 20, s. 503 – 508. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/dokumenty/vyhlasaka-c-73-2005-sb-1>
- 21) ČESKO. Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 37, s. 1257 – 1289. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf
- 22) ČESKO. Zákon č. 2 ze dne 16. prosince 1992 o vyhlášení LISTINY ZÁKLADNÍCH PRÁV A SVOBOD jako součásti ústavního pořádku České republiky In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1993, částka 1, s. 17 – 23. Dostupné z: <http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>
- 23) ČESKO. Zákon č. 329 ze dne 13. října 2011 o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 115, s. 3970 – 3994. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/11911/zakon_329_2011.pdf
- 24) ČESKO. Zákon č. 586 ze dne 20. 11. 1992 o daních z příjmů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1992, částka 117. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1992-586>
- 25) ČEVELA, Rostislav a Libuše ČELEDOVÁ. Nové posuzování stupně závislosti dle principů Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví. *Kontakt: Odborný a vědecký časopis pro zdravotně sociální otázky*. 2011, č.13/3, s. 308-314. ISSN 1212-4117
- 26) ČEVELA, Rostislav a Libuše ČELEDOVÁ. *Osud koordinované rehabilitace*. [online]. 2011. [cit. 2014-11-29]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/11618>
- 27) ČEVELA, Rostislav, Libuše ČELEDOVÁ a Alena ZVONÍKOVÁ. *Posudkové lékařství: vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 143 s. ISBN 978-80-247-3285-5

- 28) DUBA, Pavel. Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením. *Sociální služby*. 2010, č. 11, s. 33. ISSN 1803-7348
- 29) DUKOVÁ, Ivana, Martin DUKA a Ivanka KOHOUTOVÁ. *Sociální politika: učebnice pro obor sociální činnost*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 200 s. ISBN 978-80-247-3880-2
- 30) GULOVÁ, Lenka. *Sociální práce: pro pedagogické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 208 s. ISBN 978-80-247-3379-1
- 31) HAICL, Martin a Veronika HAICOVÁ. Individuální plánování v sociálních službách ČR In: BICKOVÁ, Lucie et al. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2011. ISBN 978-80-904668-1-4
- 32) HANÁK, Petr a Jan MICHALÍK. *Speciálně pedagogické centrum: Informační brožura o činnosti speciálně pedagogických center*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011
- 33) HAUKE, Marcela. *Pečovatelská služba a individuální plánování: praktický průvodce*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 135 s. ISBN 978-80-247-3849-9
- 34) HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012, 407 s. ISBN 978-80-262-0219-6
- 35) HERZOG, Aleš. Zaznamenávání individuálních plánů. *Sociální revue: Sociální práce a společenské otázky*. [online]. 2011 [cit. 2015-04-20]. Dostupné z: <http://socialnirevue.cz/item/zaznamenavani-individualnich-planu>
- 36) HEŘMÁNKOVÁ, Irena. Hudba v muzikoterapii. *Sociální služby*. 2009, č. 1. s. 16-17. ISSN 1803-7348
- 37) HOLMEROVÁ, Iva a Monika VÁLKOVÁ. *Zajištění zdravotní péče v rámci procesu transformace sociálních služeb*. [online]. 2011 [cit. 2015-04-17]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/8498>
- 38) HORŇÁČEK, Josef. *Postavení osob se zdravotním postižením na trhu práce v městě Brně*. Brno: Masarykova univerzita, [online]. 2012. [cit. 2015-02-02]. Dostupné z:

<http://socialnipece.brno.cz/useruploads/files/kpss/studiepostaven%C3%ADozp.pdf>

- 39) HRUBÝ, Vladimír. *Rehabilitace osob se zdravotním postižením: Tisková zpráva*. Praha: MPSV. [online]. 2004. [cit. 2015-03-10]. Dostupný z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/311/030604b.pdf>
- 40) HUČÍK, Ján. Mentální postižení. In LECHTA, Viktor. *Základy inkluzivní pedagogiky: dítě s postižením, narušením a ohrožením ve škole*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010, 435 s. ISBN 978-80-7367-679-7
- 41) CHRÁSTKOVÁ, Eva a Renata KOJENECKÁ. Komunikace u osob s mentálním postižením. *Sestra*. 2011. č. 4, s. 27. ISSN 1210-0404
- 42) INCLUSION EUROPE. *Recommendations for Accessible Elections in Europe*. Brussels: Inclusion Europe. 2011. ISBN 2-87460-122-5
- 43) INCLUSION EUROPE. *Equal Rights for all! Access to rights and justice for people with intellectual disabilities*. Brussels: InclusionEurope. 2005. ISBN 2-87460-028-8
- 44) INCLUSION EUROPE. *The Differences between Mental Illness and Intellectual Disability*. Brussels: InclusionEurope. [online]. 2011. [cit. 2014-12-08]. Dostupné z: http://www.spmpr.cz/uploaded/Publikace/Rozdily_MP_DO_CZ.pdf
- 45) INCLUSION EUROPE. *The European Union against Social Exclusion*. Brussels: Inclusion Europe. 2004. ISBN 2-930415-57-6
- 46) JANKOVSKÝ, Jiří. Koordinovaná podpora dětí a mládeže s tělesným (motorickým) a kombinovaným postižením v rámci uceleného systému rehabilitace. In: PFEIFFER, Jan. *Koordinovaná rehabilitace*. České Budějovice: Jihočeská univerzita (České Budějovice), 2014, 175 s. ISBN 978-80-7394-461-2
- 47) JANKOVSKÝ, Jiří. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska*. 2. vyd. Praha: Triton, 2006, 173 s. ISBN 80-7254-730-5
- 48) JELÍNKOVÁ, Jana a Mária KRIVOŠÍKOVÁ. *Koncepce oboru ergoterapie*. Praha: Česká asociace ergoterapeutů, 2007, s. 16.

- 49) JOHNOVÁ, Milena. Individuální plánování – utajovaná síla sociální práce. *Sociální práce*. 2011, č. 3. ISSN 1213-6204
- 50) KAHOUN, Vilém. *Sociální zabezpečení: Vybrané kapitoly*. 2. vyd. Praha: Triton, 2013. s. 466 ISBN 978-80-7387-733-0
- 51) KALVACH, Zdeněk et al. *Křehký pacient a primární péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 399 s. ISBN 978-80-247-4026-3
- 52) KALVACH, Zdeněk. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4
- 53) KNOTOVÁ, Dana et al. *Školní poradenství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014, 258 s. ISBN 978-80-247-4502-2
- 54) KOLÁŘ, Pavel et al. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009, 2012, 713 s. ISBN 978-80-7262-657-1
- 55) KOŘÁNOVÁ, Marie. *Politika zaměstnanosti osob se zdravotním postižením ve Velké Británii*. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2012, 159 s. ISBN 978-80-7416-133-9
- 56) KOZLOVÁ, Lucie. *Sociální služby*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005, 79 s. ISBN 80-7254-662-7
- 57) KRÁLOVÁ, Jarmila a Eva RÁŽOVÁ. *Sociální služby a příspěvek na péči 2008*. 2. vyd. Olomouc: ANAG, 2008, 373 s. ISBN 978-80-7263-462-0
- 58) KREJČÍŘOVÁ, Olga et al. *Problematika zaměstnávání občanů se zdravotním postižením*. Praha: RYTMUS, 2005. ISBN 80-903598-1-7
- 59) KRHUTOVÁ, Lenka. *Sociální práce a lidé se zdravotním postižením*. 2.vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2013. ISBN: 978-80-7464-290-6
- 60) KRIVOŠÍKOVÁ, Mária. *Úvod do ergoterapie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 364 s. ISBN 978-80-247-2699-1
- 61) KŘÍŽKOVSKÁ, Petra. *Vzdělávání dětí s mentálním postižením. Šance Dětem: Pomáháme dětem, které neměly v životě štěstí*. [online]. 10. 11. 2013 [cit. 2015-02-18]. Dostupné z: <http://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/deti-se-zdravotnim-postizenim/vzdelavani-deti-se-specialnimi-potrebami/vzdelavani-deti-s-mentalnim-postizenim.shtml>

- 62) KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 175 s. ISBN 978-80-247-2713-4
- 63) Legislativa. *Česká unie pro podporované zaměstnávání*. [online]. [cit. 2015-03-12]. Dostupné z: <http://www.unie-pz.cz/3-podporovane-zamestnavani/19-legislativa.html>
- 64) LÍBENKOVÁ, Eva. Vzdělávání dětí s mentálním postižením se zaměřením na Jihočeský kraj. *Kontakt*. 2008, č. 1, s. 90-95. ISSN 1212-4117
- 65) LIDSKÁ PRÁVA A VZDĚLÁNÍ. *RESPEKT NEBOLÍ*. [online]. 3. 5. 2015 [cit. 2015-04-19]. Dostupné z: <http://www.respektneboli.eu/zaci-a-studenti/materialy/liska-prava-a-vzdelani>
- 66) MACKOVÁ, Iva. Role pedagoga v multidisciplinárním týmu pomáhajících profesionálů. In: *Rozvoj školy a supervize*. Praha: Lumen vitale – Centrum vzdělávání, 2012. ISBN 978-80-905000-7-5
- 67) MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 168 s. ISBN 978-80-247-2138-5
- 68) MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, 2006, 352 s. ISBN 80-247-1151-6
- 69) MATLASOVÁ, Hana. Praktická aplikace Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví. *Kontakt*. 2010, č. 13/1, s. 54-64. ISSN 1212-4117
- 70) MÁTLOVÁ, Martina, Jaroslav KELLER et al. *I my jsme občané: Jak zpřístupnit úřady i lidem s bariérami v komunikaci*. Praha: Fokus. 2010. ISBN:978-80-254-6468-7
- 71) MATOUŠEK, Oldřich et al. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 2. vyd. Praha: Portál, 2011, 194 s. ISBN 978-80-262-0041-3
- 72) MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ, Jana KOLÁČKOVÁ et al. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005, 351 s. ISBN 80-7367-002-x

- 73) MATOUŠEK, Oldřich. *Základy sociální práce*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007, 309 s. ISBN 978-80-7367-331-4
- 74) MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003, 287 s. ISBN 80-7178-549-0
- 75) MICHALÍK, Jan. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 2011, 511 s. ISBN 978-80-7367-859-3
- 76) MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR. *Příspěvek na péči*. [online]. 2015 [cit. 2015-03-08]. Dostupný z: <https://portal.mpsv.cz/soc/ssl/prispevek>
- 77) MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR. *Stručný průvodce zákonem o sociálních službách*. Praha: MPSV. [online]. 2006 [cit. 2015-12-02]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/3222/zlom170x170web.pdf>
- 78) MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR: *Informace o pravidlech i pomoci na trhu práce a ze sociálního systému*. Praha: MPSV, 2013, s 32. ISBN: 978-80-7421-061-7
- 79) MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Základní východiska zavedení koordinované rehabilitace zdravotně postižených v ČR*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2012. 44 s. ISBN 978-80-7421-052-
- 80) MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 332 s. ISBN 80-247-1362-4
- 81) MÜLLER, Oldřich. *Terapie ve speciální pedagogice*. 2. vyd. Praha: Grada, 2014, 508 s. ISBN 978-80-247-4172-7
- 82) NÁRODNÍ RADA OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM ČR. *Národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2010-2014* [online]. [cit. 2014-11-29]. Dostupné z: <http://www.nrzp.cz/dokumenty/np-ozp.pdf>
- 83) NEŠČÁKOVÁ, Libuše. *Pracovní právo pro neprávnický: rozbor vybraných ustanovení, praktická aplikace, vzory a příklady*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 272 s. ISBN 978-80-247-4091-1

- 84) NOVÁKOVÁ, Iva. *Zdravotní nauka: učebnice pro obor sociální činnost*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 204 s. ISBN 978-80-247-3709-62
- 85) NOVÁKOVÁ, Iva. *Zdravotní nauka 2. díl: učebnice pro obor sociální činnost*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 208s. ISBN 978-802-4737-096
- 86) NOVÁKOVÁ, Lenka. Pracovní rehabilitace. *PRACEPROZP.cz*. [online]. © 2011 [cit. 2015-04-04]. Dostupné z: <http://www.praceprozp.cz/informace/poradenstvi/pracovni-rehabilitace>
- 87) NOVOSAD, Libor. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním: základy a předpoklady dobré poradenské praxe*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009, 269 s. ISBN 978-80-7367-509-7
- 88) PFEIFFER, Jan. *Koordinovaná rehabilitace*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2014. 175 s. ISBN 978-80-7394-461-2
- 89) PILAŘ, Jiří. Osoby se speciálními vzdělávacími potřebami v podmínkách českého vzdělávacího systému a ve srovnání s evropskými zeměmi. *ANV.cz: Aspekty náhradní výchovy*. [online]. 5. 10. 2009 [cit. 2015-04-21]. Dostupné z: <http://www.anv.cz/odborne/126-osoby-se-specialnimi-vzdelavacimi-potrebami-v-podminkach-ceskeho-vzdelavaciho-systemu-a-ve-srovnani-s-evropskymi-zememi>
- 90) PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3. vyd. Brno: Paido, 2010, 401 s. ISBN 978-80-7315-198-0
- 91) PIPEKOVÁ, Jarmila. *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů*. Vyd. 1. Brno: MSD, 2006, 208 s. ISBN 80-86633-40-3
- 92) PITÁKOVÁ, Jana. Sociální rehabilitace: možnosti v praxi. *Sociální služby*. 2011, č. 2, s. 21. ISSN 1803-7348
- 93) Politika zaměstnanosti a seberealizace člověka s postižením. *Portál*. [online]. © 2005 — 2015 [cit. 2015-04-19]. Dostupné z: <http://www.portal.cz/scripts/detail.php?id=28494>
- 94) PÖRTNER, Marlis. *Psychoterapie pro lidi s mentálním postižením na základě přístupu zaměřeného na člověka*. [online]. 2008. [cit. 2015-03-19]. Dostupné z: <http://www.kvalitavpraxi.cz/ostatni-texty-ke-stazeni.html>

- 95) Poskytované služby. *ÚSP Domečky: Rychnov nad Kněžnou*. [online]. 13. 2. 2015 [cit. 2015-03-27]. Dostupné z: <http://www.domecky-rk.cz/poskytovane-sluzby/d-1005/p1=1001>
- 96) Právo na vzdělání a Úmluva o právech dítěte. *Inkluzivní škola.cz: Informační portál zaměřený na začleňování žáků cizinců do českého vzdělávacího systému*. [online]. 3. 7. 2013 [cit. 2015-04-20]. Dostupné z: <http://www.inkluzivniskola.cz/kdo-jsou-nove-prichozi/pravo-na-vzdelani-cizinci-mezinarodni-smlouvy>
- 97) PROCHÁZKOVÁ, Lucie. *Podpora osob se zdravotním postižením při integraci na trhu práce v Rakousku*. Brno: Okresní hospodářská komora Brno-venkov, [online]. 2009 [cit. 2015-11-01]. Dostupný z: <http://expak-at.cz/expak/display/publications>
- 98) PROKÚPKOVÁ, Eva. *Jaký je rozdíl mezi fyzioterapií a rehabilitací?* [online]. 2012 [cit. 2015-03-03]. Dostupný z: <http://www.fyzioterapiepro.cz/jaky-je-rozdil-mezi-fyzioterapii-a-rehabilitaci/>
- 99) REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 184 s. ISBN 978-80-247-3006-6
- 100) ROD, Michal. *Co je ergoterapie?. Česká asociace ergoterapeutů*. [online]. 25. 7. 2008 [cit. 2015-04-18]. Dostupné z: <http://www.ergoterapie.cz/Page.aspx?PageID=1>
- 101) ROKYTA, Richard. *Bolest a jak s ní zacházet: učebnice pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 174 s. ISBN 978-802-4730-127.
- 102) SEIFERT, Bohumil a Libuše ČELEDOVÁ. *Základní pojmy praktického a posudkového lékařství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2012, 193 s. ISBN 978-80-246-2082-4
- 103) Smlouvy, účtování a úhrady. *MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ*. [online]. 25. 9. 2013 [cit. 2015-04-21]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/13373#d8>
- 104) SOBEK, Jiří. Význam cílů v individuálním plánování. *Sociální služby*. 2010, č. 8-9. ISSN 1803-7348

- 105) Sociální rehabilitace (§ 70) a sociálně terapeutické dílny (§ 67). *MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ*. [online]. 23. 11. 2012 [cit. 2015-03-18]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/13929#1>
- 106) SOKOLOVSKÝ, Tomáš. *Diverzita pro OZP a trh práce*. Ostrava: Centrum vizualizace a interaktivity vzdělávání, [online]. 2011 [cit. 2015-04-20]. Dostupné z: <http://www.diverzitaproozp.cz/system/files/04%20Tom%C3%A1%C5%A1%20Sokolovsk%C3%BD%20%20Diverzita%20pro%20OZP%20a%20trh%20pr%C3%A1ce.pdf>
- 107) SPECIÁLNÍ VZDĚLÁVÁNÍ. *Národní ústav pro vzdělávání*. [online]. © 2011 – 2015 [cit. 2015-04-19]. Dostupné z: <http://www.nuv.cz/cinnosti/kurikulum-yseobecne-a-odborne-vzdelavani-a-evaluace/specialni-vzdelavani>
- 108) SPOLEČNOST PRO PODPORU LIDÍ S MENTÁLNÍM POSITŽENÍM V ČESKÉ REPUBLICĚ. *Jak jednat s lidmi s potížemi v komunikaci*. Praha: QT Studio. [online]. 2011. [cit. 2014-12-08]. Dostupné z: <http://www.spmpr.cz/uploaded/Publikace/brozura-jak-jednat-s-lidmi-web.pdf>
- 109) SVĚCENÁ, Kateřina a Olga ŠVESTKOVÁ. Ergoterapie. In: PFEIFFER, Jan. *Koordinovaná rehabilitace*. České Budějovice: Jihočeská univerzita (České Budějovice), 2014, 175 s. ISBN 978-80-7394-461-2
- 110) ŠAUEROVÁ, Markéta, Klára ŠPAČKOVÁ a Eva NECHLEBOVÁ. *Speciální pedagogika v praxi: komplexní péče o děti se SPUCH*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 248 s. ISBN 978-80-247-4369-1
- 111) ŠESTÁK, Jan. Pracovní rehabilitace. In: PFEIFFER, Jan. *Koordinovaná rehabilitace*. České Budějovice: Jihočeská univerzita (České Budějovice), 2014, 175 s. ISBN 978-80-7394-461-2
- 112) ŠIMÁK, Martin. Sociální pomoc. In: KAHOUN, Vilém et al. *Sociální zabezpečení: vybrané kapitoly*. 2. vyd. Praha: Triton, 2013. s. 466 ISBN 978-80-7387-733-0
- 113) ŠIŠKA, Jan. *Lidská práva lidí s mentálním postižením: Národní zpráva Česká republika*. Praha: Modrý klíč, 2002, 16 s. ISBN 80-902-494-4-2

- 114) ŠIŠKA, Jan. *Mimořádná dospělost: edukace člověka s mentálním postižením v období dospělosti*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005, 100 s. ISBN 80-246-0992-4
- 115) ŠOJDROVÁ, Michaela, Zona BAŘINKOVÁ et al. *Rovný přístup ke vzdělávání v České republice: situace a doporučení*. Praha: Česká školní inspekce. [online]. 2014. [cit. 2015-03-03]. Dostupný z: <http://www.cosiv.cz/files/materialy/cesky/CSI-CR-ROVNY-PRISTUP-KE-VZDELAVANI.pdf>
- 116) ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. 4. vyd. Praha: Portál, 2011, 221 s. ISBN 978-80-7367-889-0.
- 117) ŠVESTKOVÁ, Olga a Simona HOSKOVCOVÁ. Nové přístupy k náhledu na občana se zdravotním postižením a Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví. *E-psychologie: Elektronický časopis ČMPS*. [online]. 2010, roč. 4, č. 4 [cit. 2015-01-29]. ISSN 1802-8853. Dostupné z: http://e-psycholog.eu/pdf/svestkova_etal.pdf
- 118) TEPLÁ, Marta a Hana ŠMEJKALOVÁ. *Základní informace k zajišťování asistenta pedagoga do třídy, v níž je vzděláván žák nebo žáci se zdravotním postižením*. 2. vyd. Praha: Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR, 2010, 48 s. ISBN 978-80-86856-66-7
- 119) Tréninková pracovní místa. *365: Nasloucháme potřebám neslyšících....* [online]. 2014 [cit. 2015-04-20]. Dostupné z: <http://www.365ops.cz/codelame/treninkova-pracovni-mista/>
- 120) Typy canisterapie. *POMOCNÉ TLAPKY – Canisterapie*. [online]. 31. 8. 2009 [cit. 2015-03-11]. Dostupné z: <http://www.canisterapie.cz/cz/canisterapie-zakladni-informace/typy-canisterapie-38.html>
- 121) UNGEROVÁ, Darina. Canisterapie v praxi. *Kontakt*. 2008, č. 1, s. 99-101. ISSN 1212-4117
- 122) ÚŘAD PRÁCE ČR. Loni Úřad práce ČR podpořil zaměstnávání handicapovaných více než 4,1 miliardy korun. *Práce & sociální politika: měsíčník Ministerstva práce a sociálních věcí ČR*. 2015, č. 3, s. 4. ISSN 0049-0962

- 123) VÁGNEROVÁ, Marie, Zuzana HADJ-MOUSSOVÁ a Stanislav ŠTECH. *Psychologie handicapu*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2004, 230 s. ISBN 80-7184-929-4.
- 124) VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2008, 870 s. ISBN 978-80-7367-414-4
- 125) VALENTA, Jiří. *Školské zákony a prováděcí předpisy s komentářem: k 1. 4. 2007*. 3. vyd. Praha: ANAG, 2007, 655 s. ISBN 978-80-7263-387-6
- 126) VALENTA, Milan a Oldřich MÜLLER. *Psychopedie*. 3. vyd. Praha: Parta, 2007, 386 s. ISBN 978-80-7320-099-2
- 127) VALENTA, Milan. *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 349 s. ISBN 978-80-247-3829-1
- 128) VÁLKOVÁ, Monika a Jaroslav DEMBINNÝ. *Základní východiska zavedení koordinované rehabilitace zdravotně postižených v ČR*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2012. 44 s. ISBN 978-80-7421-052-5
- 129) VELEMÍNSKÝ, Miloš et al. *Zdraví a nemoc*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2011, 133 s. ISBN 978-80-7394-326-4
- 130) VELEMÍNSKÝ, Miloš. *Klinická propedeutika*. 6. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2012, 168 s. ISBN 978-80-7394-360-8
- 131) VELICKÝ, Jan. *Pedagogicko-psychologické poradenství*. [online]. 2012. [cit. 2015-03-03]. Dostupný z: <http://www.nuv.cz/cinnosti/ppp/poradenstvi/skolska-poradenska-zarizeni>
- 132) VÍTOVÁ, Marcela. Jsem klíčový pracovník. In BICKOVÁ, Lucie et al. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2011. ISBN 978-80-904668-1-4
- 133) VOJÍŘOVÁ, Dita. Aktivizace – proces, který jsou lidé vedeni k činorodosti. *Sociální služby*. 2012, č. 10, s. 20-22 ISSN 1803-7348

- 134) VOKURKA, Martin, Jan HUGO et al. *Velký lékařský slovník*. 6. vyd. Praha: Maxdorf, 2006, 1017 s. ISBN 80-7345-105-0
- 135) VOTAVA, Jiří. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. 207 s. ISBN 80-246-0708-5.
- 136) VRTIŠKOVÁ, Marie. *Teorie a metody sociální práce*. 1. vyd. Brno: Tribun EU, 2009, 210 s. ISBN 978-80-7399-877-6
- 137) VÝBOR MINISTRŮ RADY EVROPY. *Akční plán na podporu práv a plného zapojení osob se zdravotním postižením do společnosti: zlepšení kvality života osob se zdravotním postižením v Evropě 2006 – 2015*. [online]. 2006. 45 s. [cit. 2015-01-29]. Dostupné z: http://www.coe.int/t/e/social_cohesion/soc-sp/Rec%282006%295%20Czech%20Republic.pdf
- 138) VYHLÁŠKY. *MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY*. [online]. © 2013 – 2015 [cit. 2015-04-01]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/vzdelavani/socialni-programy/vyhlasky>
- 139) VYMĚTAL, Jan et al. *Speciální psychoterapie*. 2. vyd. Praha: Grada, 2007, 396 s. ISBN 978-80-247-1315-1
- 140) Výzkumné metody. *Výzkumy.cz*. [online]. © 2010-2014 [cit. 2015-03-11]. Dostupné z: <http://www.vyzkumy.cz/vyzkumne-metody>
- 141) VÝZKUMNÝ ÚSTAV PEDAGOGICKÝ V PRAZE. *Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání*. Praha: TAURIS, 2006. ISBN 80-87000-00-5
- 142) WORD HEALTH ORGANIZATION. *Rehabilitation and habilitation*. [online]. [cit. 2014-12-04]. Dostupný z: <http://www.who.int/disabilities/care/en/>
- 143) WORD HEALTH ORGANIZATION. *Rehabilitation*. [online]. [cit. 2014-12-04]. Dostupné z: <http://www.who.int/topics/rehabilitation/en/>
- 144) WÜRTHERLOVÁ, Markéta. *SOCIÁLNÍ FIRMA – nový model zaměstnávání osob znevýhodněných na trhu práce*. Praha: Fokus Praha. [online] 2008 [cit. 2015-03-12]. Dostupné z: http://www.equalcr.cz/files/clanky/1289/02_Fokus.pdf
- 145) Základní informace. *ÚSP Domečky: Rychnov nad Kněžnou*. [online]. 13. 2. 2015 [cit. 2015-03-27]. Dostupné z: <http://www.domecky-rk.cz/>

- 146) Základní rehabilitační prostředky a postupy. *Zdravotnictví a medicína*. [online]. 13. 2. 2013 [cit. 2015-02-19]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/zakladni-rehabilitacni-prostredky-a-postupy-151717>
- 147) Zdravotní postižení. *MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ*. [online]. 2015 [cit. 2015-03-16]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/8#zozp>
- 148) ZEMAN, Marek. Fyzioterapie v současné moderní medicíně. *Kontakt*. 2009, č. 2, s. 467-470. ISSN 1212-4117
- 149) ZEMAN, Marek. *Základy fyzikální terapie*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2013, 105 s. ISBN 978-80-7394-403-2
- 150) ZEZULKOVA, Eva a Martin KALEJA. *Základní východiska edukace žáků se speciálními vzdělávacími potřebami*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2013, 85 s. ISBN 978-80-7464-272-2
- 151) ZGOLA, Jitka M. a Věra EISENBERGEROVÁ. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003, 226 s. ISBN 80-247-0183-9

8 Přílohy

Příloha č. 1 Záznamový arch pro polostandardizovaný rozhovor s pracovníky Ústavu sociální péče Domečky.

Identifikační údaje

- Pohlaví
- Vzdělání v sociální práci
- Pracovní pozice
- Praxe v zařízení

Koordinovaná rehabilitace

- Znáte pojem koordinovaná (ucelená, komplexní) rehabilitace? Jak byste ho charakterizovala?
- Myslíte si, že je ve vaší organizaci prováděna koordinovaná rehabilitace?

Léčebná rehabilitace

- Jakým způsobem je u vás prováděna zdravotní péče? Kdo ji poskytuje?
- Spolupracujete s jiným zdravotnickým zařízením?
- Mají klienti možnost využívat ergoterapii? Jakým způsobem?
- Jaké aktivizační činnosti nabízí vaše organizace? Jakým způsobem jsou provozovány- jak často, kde, kým?

Pedagogická rehabilitace

- Umožňuje organizace vzdělávání klientů?
- Jak je vzdělávání poskytováno?
- Mají všichni klienti možnost vzdělávat se?
- Spolupracuje zařízení i s jinými vzdělávacími institucemi?

Pracovní rehabilitace

- Mohou se klienti zapojit do pracovního procesu organizace?
- Je organizace oprávněna uzavírat s klienty pracovní smlouvy a vyplácet jim mzdu?
- Mohou klienti docházet do jiných organizací poskytující zaměstnání?
- Je zájem o práci ze strany klientů? Jak je motivujete?

Sociální rehabilitace

- Jaké činnosti vyplývají ze vztahu klíčového pracovníka a klienta?
- Jak je v organizaci prováděno individuálního plánování? Kdo ho vytváří, jak probíhá kontrola, jak často se obnovují, podílejí se na tvorbě IP klienti?
- Jakým způsobem je vyřešena problematika dávek sociálního zabezpečení?
- Jak klienta podporujete při adaptaci v organizaci, navozování sociálních kontaktů?
- Je klient podporován k soběstačnosti? A jak?

Přínos koordinované rehabilitace

- V čem vidíte výhody koordinované rehabilitace?
- Jaký přínos má systém koordinované rehabilitace pro klienty?