

UNIVERZITA HRADEC KRÁLOVÉ

Pedagogická fakulta

Katedra speciální pedagogiky a logopedie

**Realizace speciálně pedagogické péče v domovech pro
osoby se zdravotním postižením**

Diplomová práce

Autor: Bc. Veronika Šauerová

Studijní program: N 7506 Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika rehabilitační činnosti a management speciálních zařízení

Vedoucí práce: PhDr. Petra Bendová, PhD.

Oponent práce: PhDr. Miroslava Javorská, PhD.



Zadání diplomové práce

Autor: Veronika Šauerová

Studium: P16K0353

Studijní program: N7506 Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika rehabilitační činnosti a management speciálních zařízení

Název diplomové práce: **Realizace speciálně pedagogické péče v domovech pro osoby se zdravotním postižením**

Název diplomové práce AJ: Realization of special educational care in homes for people with disabilities

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Diplomová práce bude zaměřena na sledování četnosti výskytu a forem realizace speciálně pedagogické péče v domovech pro osoby se zdravotním postižením. V úvodních kapitolách diplomové práce bude definován termín zdravotní postižení, dále pak popsán systém sociální péče o osoby se zdravotním postižením v ČR a specifikovány možnosti speciálně pedagogické podpory pro osoby se zdravotním postižením umístěné do domovů pro osoby se zdravotním postižením. Na základě výzkumného šetření pak bude zjišťováno, jak často a jakým způsobem je zajišťována speciálně pedagogické péče v domovech pro osoby se zdravotním postižením v rámci ČR. Dále zde budou popsány konkrétní příklady realizace speciálně pedagogické péče u vybraných osob se zdravotním postižením. Z metodologického hlediska bude využito dotazníkového šetření.

BENDOVÁ, P., JAVORSKÁ, M. a KALIBA, M. a kol. Základy speciální pedagogiky nejen pro speciální pedagogy. 1. Vyd. Hradec Králové: Gaudeamus. 2015. 225 s. ISBN 978-80-7435-422-9 KRÁLOVÁ, J., RÁŽOVÁ, E. Sociální služby a příspěvek na péči. Olomouc: ANAG. 2012. 350 s. ISBN 978-80-7263-748-5 KRÁLOVÁ, J., RÁŽOVÁ, E. Zařízení sociální péče pro seniory a zdravotně postižené občany. 3. aktualiz. a dopl. vyd. Olomouc: ANAG. 2005. 303 s. ISBN 80-7263-275-2. MATOUŠEK, O., a kol. Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení. Praha: Portál. 2007. 183 s. ISBN 978-80-7367-310-9 MICHALÍK, J. Poradenství uživatelům sociálních služeb. 1. vyd. Olomouc: Výzkumné centrum integrace zdravotně postižených. 2008. 142 s. ISBN: 978-80-903658-2-7. MÜLLER, O. Terapie ve speciální pedagogice. Olomouc: UP. 2005. 295 s. ISBN 80-244-1075-3. NOVOSAD, L. Základy speciálního poradenství. Struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním. Praha: Portál. 2000. ISBN 80-7178-197-5. OPATŘILOVÁ, D. Možnosti speciálně pedagogické podpory u osob s hybným postižením. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita. 2008. 180 s. ISBN 978-80-210-4575-0. PIPEKOVÁ, J. Kapitoly ze speciální pedagogiky. 2. vyd. Brno: Paido. 2006. 404 s. ISBN 80-7315-120-0. ŠKODA, J. SVODOBA, Z., ZILCHER, L. FISCHER, S. Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se specifickými potřebami v oblasti somatické, psychické a sociální. Praha: Triton. 2014. 299 s. ISBN 978-80-7387-792-7.

Garantující pracoviště: Katedra speciální pedagogiky,
Pedagogická fakulta

Vedoucí práce: PhDr. Petra Bendová, Ph.D.

Oponent: PhDr. Miroslava Javorská, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 5.2.2015

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně pod vedením vedoucí diplomové práce a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové, dne

.....

Poděkování

Děkuji PhDr. Petře Bendové, Ph.D. za odborné vedení práce, poskytování rad a odborné konzultace. Dále bych chtěla poděkovat vedení, personálu a především speciálnímu pedagogovi, který mi umožnil zhodnotit přínos speciálně pedagogické péče v prostorách domova pro osoby se zdravotním postižením.

Anotace

ŠAUEROVÁ, Veronika. *Realizace speciálně pedagogické péče v domovech pro osoby se zdravotním postižením*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2018. 110 s. Diplomová práce.

Diplomová práce se zaměřuje na realizaci speciálně pedagogické péče v domovech pro osoby se zdravotním postižením. Z hlediska struktury je práce členěna do dvou částí. Teoretická část se zabývá jedincem se zdravotním postižením, popisuje současnou podobu poskytování sociálních služeb se zaměřením na domovy pro osoby se zdravotním postižením a neopomíjí roli speciálního pedagoga v sociální sféře. Praktická část je analýzou dat, jež byla získána z dotazníkového šetření. Šetření bylo zaměřeno na zjištění speciálně pedagogické péče, která je poskytována v domovech pro osoby se zdravotním postižením v ČR. Respondenty pro tento účel se stali zástupci těchto zařízení. Dále jsou v práci popsány konkrétní příklady realizace speciálně pedagogické péče u vybraných osob se zdravotním postižením v pobytovém zařízení.

Cílem diplomové práce bylo zjistit, jaké formy a jak často probíhá speciálně pedagogická péče ve všech oslovených domovech pro osoby se zdravotním postižením. Pomocí nepřímého pozorování je popsána konkrétní speciálně pedagogická péče u vybraných klientů. U každého klienta je v závěru uvedeno shrnutí speciálně pedagogické péče formou doporučení, které by podpořilo dosavadní dovednosti klientů.

Klíčová slova: Speciální pedagogika, péče, zdravotní postižení, sociální služby.

Annotation

ŠAUEROVÁ, Veronika. *Realization of special pedagogical care in homes for people with disabilities*. Hradec Králové: The Faculty Of Education of the University Hradec Králové, 2018. 110 pp. Diploma Thesis.

The diploma thesis focuses on realization of special pedagogical care in homes for people with disabilities. In terms of structure, the thesis is divided into two parts. The theoretical part deals with the individual with disabilities, describes the current form of provision of social services focusing on homes for people with disabilities and does not neglect the role of a special social pedagogue. The practical part is an analysis of the data obtained from the questionnaire survey. The survey focused on the discovery of special pedagogical care provided in homes for people with disabilities in the Czech Republic. Respondents for this purpose have become representatives of these facilities. Furthermore, concrete examples of the implementation of special pedagogical care for selected people with disabilities in residential facilities are described.

The aim of the diploma thesis was to find out what forms and how often special pedagogical care takes place in all addressed homes for people with disabilities. Indirect observation describes specific pedagogical care for selected clients. For each client there is a summary of special pedagogical care in the form of recommendations that would support the client's existing skills.

Keywords: Special education, care, disability, social services.

Obsah

Úvod	9
I. TEORETICKÁ ČÁST	10
1. Speciálně pedagogická péče o osoby se zdravotním postižením	10
1.1 Jedinec se zdravotním postižením	11
1.2 Vliv postižení na kvalitu života	13
1.3 Lidská práva osob se zdravotním postižením	17
1.4 Pojetí speciální pedagogiky	19
1.5 Metody speciální pedagogiky	21
2. Sociální služby pro osoby se zdravotním postižením	25
2.1 Standardy kvality v oblasti sociálních služeb	25
2.2 Druhy a formy sociálních služeb	31
2.2.1 Domov pro osoby se zdravotním postižením	33
2.2.2 Vliv ústavní péče na osobnost jedince	35
3. Role speciálního pedagoga v sociální sféře	39
3.1 Vymezení pracovníků v sociálních službách dle platné legislativy	39
3.2 Profesionální kompetence pracovníků v sociálních službách	40
3.3 Činnosti speciálně pedagogického charakteru při práci s jedinci se zdravotním postižením	42
3.3.1 Podpora komunikace - alternativní a augmentativní komunikace	42
3.3.2 Snoezelen	44
3.3.3 Koncept bazální stimulace	45
3.3.4 Pracovní a činnostní terapie	46
3.3.5 Arteterapie	47
3.3.6 Ergoterapie	48
3.3.7 Muzikoterapie	49

3.3.8 Zooterapie.....	50
II. PRAKTICKÁ ČÁST	52
4. Cíl práce a metody výzkumného šetření	52
4.1 Metodologie výzkumného šetření	52
4.2 Charakteristika výzkumného souboru	53
4.3 Charakteristika průběhu výzkumného šetření	56
4.4 Interpretace výsledků výzkumného šetření	56
4.4.1 Prezentace dat zjištěných dotazníkovým šetřením	57
4.4.2 Realizace speciálně pedagogické péče u vybraných klientů	73
4.5 Zhodnocení naplnění cílů a hypotéz výzkumného šetření, diskuze výsledků výzkumného šetření.....	81
Závěr.....	92
Seznam literatury.....	94
Seznam elektronických zdrojů.....	99
Seznam tabulek.....	101
Seznam grafů	102
Seznam obrázků.....	103
Seznam příloh.....	104

Úvod

Lidé kolem nás se liší nejen původem, barvou pleti, vzděláním, majetkem, ale i povahou a temperamentem. Přístup k jedincům se zdravotním postižením se v průběhu let změnil v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách. Otevřela se široká škála možností v oblasti využívání sociálních služeb a díky tomu se zcela změnila kvalita života také osob se zdravotním postižením. Prostředí instituce, která zajišťuje sociální služby, dává jedincům možnost poskytnutí komplexní podpory, výchovy, vzdělávání a celkový rozvoj osob se zdravotním postižením, což by mělo být primárním úkolem speciálních pedagogů. Práce je rozdělena do dvou hlavních částí, teoretické a praktické, které se vzájemně doplňují.

Cílem teoretické části je definovat jedince se zdravotním postižením, dále popsat vliv postižení na kvalitu života a neopomenout definovat lidská práva těchto osob. V práci je věnován nedílný prostor pro popis zařízení domova pro osoby se zdravotním postižením, legislativní vymezení, současné pojetí domovů pro osoby se zdravotním postižením, výhody i rizika života v ústavním zařízení. Dále je v práci vymezeno postavení speciálního pedagoga v sociální sféře, jeho kompetence, úloha a význam v zařízeních sociálních služeb. V teoretické části jsou rozpracovány vybrané speciálně pedagogické činnosti, které jsou nejčastěji poskytovány osobám se zdravotním postižením.

V praktické části je s využitím dotazníkové metody řešena problematika, jak často a jakým způsobem je zajišťována speciálně pedagogická péče v domovech pro osoby se zdravotním postižením. Pomocí cílených otázek je zjišťována potřebnost práce speciálních pedagogů v těchto zařízeních a důvody, které brání ukotvení dané pozice v sociální sféře. Metoda je dále doplněna o nepřímé pozorování realizované speciálním pedagogem, které je použito v rámci popisu realizace speciálně pedagogické péče u vybraných osob se zdravotním postižením. Téma diplomové práce bylo navrženo na základě zkušeností autorky se sociálními službami na pozici speciálního pedagoga.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. Speciálně pedagogická péče o osoby se zdravotním postižením

První část diplomové práce je zaměřena na specifikaci speciálně pedagogické péče u osob se zdravotním postižením.

Člověk se zdravotním postižením se nachází ve znevýhodněné situaci, ať už z důvodu např. tělesné dysfunkce, chronického onemocnění, či z důvodu smyslové vady, psychické nemoci, snížené mentální úrovně apod. Tyto bariéry mu brání ve výkonu a v naplňování jeho přirozených potřeb. V důsledku omezení vznikají speciální potřeby jedinců, které nelze uspokojit běžnými způsoby, lze je často kompenzovat různými nestandardními prostředky, jejichž rozmanitost je velmi pestrá v závislosti na individuálních potřebách osoby s postižením. Výjimkou není ani zcela originální způsob řešení, tzv. „ušito na míru“, neboli jinými slovy lze říct, že každý člověk s postižením potřebuje individuální míru pomoci či kompenzace při uspokojování přirozených lidských potřeb. Pomocí se zde myslí soubor opatření, která vedou ke zpřístupnění možnosti naplňovat a realizovat své přirozené potřeby. Prostřednictvím cílené podpory lze tak přispět k normalizaci uspokojování základních potřeb a zároveň sociální integraci jedinců s postižením. Speciální pedagog je vybaven dovednostmi a schopnostmi, které lze využít k výkonu pedagogických činností, nabízených v rámci služeb sociální péče a služeb sociální prevence jako výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti (Speciální pedagogika v sociální sféře 2014, online). Zmíněné činnosti nabízí velká část sociálních služeb, nicméně v sociální sféře nejsou vždy plně využívány a uskutečňovány. Dle autorky Spilkové (2001) je podstata pedagogické činnosti speciálního pedagoga v tom, že zná hlubší a širší souvislosti, které může aplikovat jak k žákům, tak ke klientům. Získané poznatky dokáže přepracovat a uspořádat tak, aby byly přijatelné chápání jedinců se zdravotním postižením či žákům se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním. Speciální pedagog podněcuje, povzbuzuje a měl by být schopen vyvolávat touhu po poznání a zájmové a vzdělávací všestrannosti. Oproti tomu sociální pracovník se snaží zlepšit lidskou společnost prostřednictvím práce s jednotlivcem, skupinou lidí nebo celou komunitou. Hlavním úkolem sociálního pracovníka je přispívat ke zlepšení narušených sociálních vztahů v přirozeném prostředí a učit jednotlivce správným životním postojům

a chování. Mimo jiné se snaží pomáhat člověku ke svobodnému životu a spojovat klienty zpět s jeho komunitou (Spilková 2001).

Je tedy zřejmé, že stejně tak, jako je v sociálních službách neodmyslitelná práce sociálního pracovníka, měla by zde být zastoupena také speciálně pedagogická činnost prováděná kvalifikovaným pracovníkem, který zajistí oblasti, na které již ostatní zaměstnanci nemají kompetence, časové možnosti atd.

1.1 Jedinec se zdravotním postižením

„Postižení, nemoc, slabost všeho druhu jsou nejen protipóly ne-postižení, zdraví a síly, ale ve své komplementaritě jsou součástí lidského údělu stejně jako narození a smrt“ (Titzl 2000, s. 9).

V minulosti bylo možné se setkat s označováním osob se zdravotním postižením různými pojmy jako například idiocie, imbecilita či debilita, které původně představovaly oficiální termín vzešlý z medicínské terminologie. Dnes jsou tato označení nepřipustná a je kladen velký důraz na užívání pojmů, která by nesrážela lidskou důstojnost. Nesmíme však zapomínat, že při užívání pojmů, které souvisí s jedincem se zdravotním postižením, se vždy snažíme klást důraz na to, aby vlastní termín označující postižení stál až jako druhořadý za tím nejdůležitějším, kterým je daná osoba, člověk (Michalík a kol. 2011).

Terminologii zdravotního postižení popisuje řada autorů různě, vesměs ale vysvětlují pojem podobně. Baštecká (2009) označuje zdravotní postižení jako stav, kdy má člověk vrozené či získané poškození určité tělesné struktury či funkce, které ho může omezovat ve vykonávání některých činností a začlenění se do společnosti. Vágnerová (2004) pojala definici zdravotního postižení takto: *„Zdravotní postižení lze označit jako ztrátu nebo poškození určitého orgánového systému. V důsledku toho dochází k narušení, omezení či úplnému chybění některé ze standartních funkcí, resp. kompetencí. Z psychologického hlediska platí, že jakékoli postižení se neprojeví jen poruchou funkcí jednoho orgánového systému, ale ovlivňuje rozvoj celé osobnosti postiženého jedince a podílí se na vytváření specifické sociální situace spoluurčující jeho společenské postavení“ (Vágnerová 2004, s. 161).*

Termín zdravotní postižení je také možné charakterizovat jako zdravotní defekt, pojící se s deficitem určité orgánové funkce nebo struktury. Myslí se tím, že pokud jedinci

chybí například část končetiny, je to somatické postižení, které ho do určité míry znevýhodňuje (Vágnerová in Svoboda a kol. 2001).

Jedinci se zdravotním postižením mívají často problémy v běžných životních situacích, jako je například nakupování, cestování, sport apod. Z toho důvodu byl vytvořen mezinárodní symbol přístupnosti (obr. 1), který tyto osoby informuje o přístupnosti daného místa či dopravního prostředku. Pokud uvidíme automobil označený tímto symbolem, je třeba jej respektovat a umožnit osobám bezpečné a pohodlné vystupování z vozu (Kelnarová, Matějková, Vojkovská 2016).



Obr. 1: Mezinárodní symbol přístupnosti

Zdravotní postižení lze dělit do několika kategorií. Vágnerová (2004) rozděluje zdravotní postižení na primární a sekundární. **Primární** postižení zahrnuje změny, které představují omezení v oblasti předpokladů pro rozvoj normálních funkcí např. zrakové či sluchové vnímání. **Sekundární** postižení vzniká jako důsledek působení nejrůznějších faktorů, které mohou být nějakým způsobem závislémi na existenci primárního postižení. Následují další kritéria dělení např. dle doby vzniku postižení, dle charakteru a dle druhu.

Dělení dle doby vzniku postižení a to na vrozené a získané.

Vrozené postižení vzniká v době prenatalní, perinatální nebo raně postnatální. *„Vrozené vady vznikají poruchou vývoje zárodku zpravidla během prvních týdnů těhotenství. Etiologicky se na jejich vzniku může podílet řada faktorů, působících v době prenatalní, perinatální a raně postnatální (např. infekční onemocnění matky v počátečních fázích těhotenství, parazitární onemocnění – toxoplazmóza aj., úrazy, psychická traumata, toxický vliv chemikálií, či léků, užívaných v době gravidity bez doporučení lékaře, komplikované porody, např. s křížením dítěte, protrahované nebo*

překotné porody, příliš malé, velké nebo nedonošené plody, úrazy dítěte s důsledky pro vývoj CNS, většinou do 1. roku věku, atd.)“ (Renotiérová 2002, s. 30). U vrozeného postižení dochází častěji k lepší adaptaci na postižení, ovšem osoba s postižením má neúplnou zkušenost s životem většinové populace.

Získané postižení vzniká v průběhu života v jakémkoli věku, nezávisle na pohlaví. V tomto případě osoba se zdravotním postižením dobře chápe, co prožívají lidé bez postižení a díky tomu se hůře adaptuje na nové životní situace v důsledku postižení.

Dělení dle charakteru postižení na orgánové a funkční.

Orgánové postihuje orgány nebo jejich části. Za příčiny jsou považovány vývojové vady (např. vývojové defekty CNS, končetin, rozštěpy patra, páteře apod.), nemoc a její následky (srdeční vady, obrny) nebo úraz (amputace, deformace orgánů).

Funkční postihuje poruchu funkce orgánu, případně celého organismu bez poškození jeho tkáně. Vznikají v důsledku narušení vzájemných sociálních vztahů osob (vliv výchovy, prostředí). Do skupiny se řadí orgánové neurózy, psychoneurózy a poruchy chování (Kelnarová, Matějková, Vojkovská 2016).

Dále může mít jedinec se zdravotním postižením různý typ a stupeň postižení. Nejčastěji se setkáváme s dělením postižení na postižení **mentální, tělesné, zrakové, sluchové, kombinované, poruchy v oblasti komunikace, poruchy chování**.

1.2 Vliv postižení na kvalitu života

Otázkou, co znamená a jak se měří kvalita života, se lidé zabývali v dávných dobách. Křivohlavý (2002) uvádí výrok Aristotela o tom, že štěstí (tedy i kvalita života) je něčím, o čem má každý člověk odlišnou představu. Ten samý člověk může vidět v různých životních situacích svého života štěstí a podobně i kvalitu života zcela v něčem jiném.

Existují tři sféry, do kterých lze rozdělit kvalitu života. **Makro-rovina** řeší otázky kvality života velkých společenských celků (např. země, kontinentu). Jedná se o nejhlubší zamyšlení nad problematikou kvality života – i absolutní smysl života. Život je v tomto pojetí chápán jako absolutní morální hodnota. Otázka kvality života se zde stává součástí základních politických úvah (otázky investic do infrastruktury, obsah základní výchovy, boj s epidemiemi, chudobou, hladomorem). **Mezo-rovina**, ve které se jedná o otázky kvality života v tzv. malých sociálních skupinách (např. škola, nemocnice, léčebna,

podniky). V této sféře mluvíme o respektu k morální hodnotě života člověka, ale i k otázce sociálního klimatu, vzájemných vztahů mezi lidmi, otázky uspokojování či neuspokojování potřeb každého člena dané společenské skupiny, existence sociální opory, sdílených hodnot a jejich hierarchie ve skupině. **Osobní/personální rovina** je definována nejjednodušeji. Jde o život samotného jednotlivce, týká se každého z nás. Při stanovení kvality života jde o subjektivní osobní hodnocení zdravotního stavu, bolesti, spokojenosti, nadějí atd. Do hry vstupují osobní hodnoty jednotlivce – jeho představy, očekávání, přesvědčení (Křivohlavý 2002).

Pro měření kvality života můžeme využít hodnocení z pohledu **druhé osoby** (lékař, rodinný příslušník), může jej hodnotit **osoba sama** či **zkombinovat první a druhý typ metod**.

Dle Jesenského (2000, s. 94) je kvalita života postižených „*multifaktorovým a multidimenzionálním jevem. Souvisí s heterogenním charakterem příčin poruch, disabilit, handicapů i efektivity. Týká se všech vnějších i vnitřních podmínek utváření osobnosti, socializace, existence a práce. Proto také služby a opatření ve prospěch handicapovaných, přes jejich nezřídka hlubokou diferencovanost, nelze chápat odděleně. Optimální řešení zabezpečuje jedině komplexní – ucelený přístup. Ucelené zabezpečení služeb, podpory a péče si stále žádá překonávání hranic resortnosti, vědních i pracovních oborů, které se na něm podílejí.*“ Každý člověk preferuje jinou oblast života a s postupem času se mění důležitost těchto hodnot. Záleží na individuálním hodnocení daného jedince. Kvalita života u osob s postižením bývá ovlivněna možnostmi a mírou zapojení do různých oblastí života. Každému z nás jakákoliv nemoc, zhoršený zdravotní stav (tedy i postižení) ovlivňuje jeho život. Míra ovlivnění závisí na stupni a druhu postižení, dále na věku, charakteru, osobnosti jedince, prostředí, ve kterém žije, rodině a na dostupnosti služeb. Mluvíme-li o kvalitě života, musíme také počítat s faktem, že různí lidé mají různé představy o svém životě, přesněji o tom, co jej činí kvalitním.

Omezení osob s postižením často nepramení z postižení samotného, spíše z bariér, kterými je obklopila společnost. Tyto překážky často vznikají z neznalosti, předsudků i stereotypů přetrvávajících v majoritní společnosti.

„Člověka s disabilitou nelze vnímat jako izolovaného jedince s tou či onou etiologickou diagnózou, ale jako někoho, jehož problémy jsou dány dynamickou interakcí mezi ním a prostředím, v němž žije. Občanům s disabilitou by měla být zaručena co nejvyšší dosažitelná míra autonomie, tedy rozhodování o vlastním osudu, aby se mohli

v co nejširší míře zapojit do života společnosti ve smyslu ekonomickém, sociálním, i kulturním. Jde o zvýšení jejich kvality života v nejširším slova smyslu“ (Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví 2018, online).

Kvalitu života osob s postižením zásadně ovlivňuje dodržování práv, proto je důležité zmínit dokument Úmluvu o právech osob se zdravotním postižením, která užívá stávající práva na specifickou situaci osob s postižením. Úmluva se řídí těmito principy: respektování lidské důstojnosti a nezávislosti, nediskriminace, plné zapojení do společnosti, rovnost příležitostí, rovnoprávnost mužů a žen, respektování rozvíjejících se schopností dětí a jejich práva na zachování identity (Ministerstvo práce a sociálních věcí 2016, online). Na kvalitě života se dále podílí tzv. sociální inkluze, neboli přijetí do společnosti. Stejně tak jako pro jedince bez omezení je důležité zaměstnání – práce, je tomu tak i u osob s postižením. Díky práci či jakékoli činnosti se zvyšuje jeho nezávislost a samostatnost. Zajišťuje mu ekonomické potřeby, kontakt se společností a zabraňuje sociální izolaci. Mimo jiné se člověk v práci stále zdokonaluje, učí se nové dovednosti a získává zkušenosti. Bohužel ve společnosti osob se zdravotním postižením existuje velká nezaměstnanost. Nedílnou součástí je utváření a udržování vztahů ať už pracovních, intimních či přátelských. Vztahy pomáhají rozvíjet sociální kompetence a uplatnit potřeby člověka s postižením (Pančocha, Procházková, Sayoud Solárová, et al. 2013).

Michalík (2013) uvádí, že se v posledních letech objevil názor, kdy pro určitou část veřejnosti představuje postižení jednu z nejtěžších životních zkoušek. Text uvádí přehled jednotlivých oblastí ovlivňujících kvalitu života osob se zdravotním postižením, který je doplněn o grafické schéma:

Socio-biologické aspekty a psychologické aspekty – postavení jedince se zdravotním postižením, psychický stav jedince, sociální vazby, možnost sebeobsluhy a orientace, trávení volného času.

Zdravotní a medicínské aspekty – zdravotní stav, dostupnost zdravotní péče, přístup jedince k nemoci a postižení, podpora ze strany společnosti.

Zaměstnanost – uplatnění se na trhu práce, rekvalifikační kurzy, poradenství v dané oblasti.

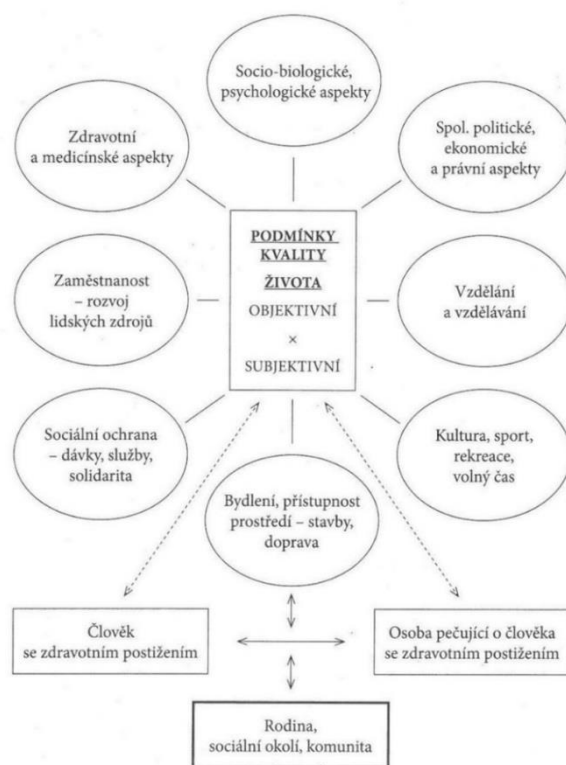
Sociální ochrana, dávky, služby – kvalita a dostupnost sociálních služeb, finanční podpora.

Bydlení, přístupnost prostředí – státní finanční podpora na úpravu bydlení, architektonické úpravy veřejných prostor, vznik kvalitních pobytových zařízení.

Kultura sport, rekreace – možnost účasti na sportovních aktivitách, přístupnost společenských akcí, aktivní podpora v pořádání různých činností, terapeutické aktivity.

Vzdělání a vzdělávání – možnost celoživotního vzdělávání, možnost vzdělání inkluzivní (integrační) cestou, dobrá nabídka učebních oborů či středních škol, možnost uplatnit vzdělání na pracovním trhu.

Ekonomicko-sociální a právní aspekty – dostatečná právní legislativa, začlenění osob do společnosti, přístupnost a vymahatelnost práva, zabezpečení veřejných zdrojů pro potřeby osob se zdravotním postižením (Michalík 2013).



Obr. 2: Aspekty kvality života osob se zdravotním postižením a jejich rodin

Výzkumy se po většinu času zaměřují na vnější podmínky života, ale pohled na život je třeba brát komplexně, tedy i z vnitřního hlediska. V České republice nejsou prováděna systematická měření, která by zachycovala kvalitu života osob se zdravotním postižením (Michalík 2013).

1.3 Lidská práva osob se zdravotním postižením

„Český právní řád neobsahuje komplexní definici, která by odpověděla na otázku, koho je třeba považovat za zdravotně postiženého“ (Michalík a kol. 2011, s. 59). Neexistuje speciální právní norma, která by jednotnou formou upravovala postavení občanů se zdravotním postižením. Základní lidská práva shrnuje Listina základních práv a svobod, která je součástí Ústavy ČR. Velká pozornost je věnována garanci lidských práv osob s postižením, neboť jejich kompetence prosazovat svá práva je zpravidla omezená. V Listině základních práv a svobod se setkáme s ustanovením zdravotně postižených ve čtvrté hlavě, která je věnována hospodářským, sociálním a kulturním právům. Jedná se o ustanovení čl. 29 odst. 1 a 2. Podle něj: „Ženy, mladiství a osoby zdravotně postižené mají právo na zvýšenou ochranu zdraví při práci a na zvláštní pracovní podmínky.“ A dále uvádí: „Mladiství a osoby zdravotně postižené mají právo na zvláštní ochranu v pracovních vztazích a na pomoc při přípravě k povolání“ (Poslanecká sněmovna parlamentu České republiky 2018, online).

Dle Michalíka (2011) se ústavodárce občanům se zdravotním postižením věnoval pouze ve vztahu k uplatnění na trhu práce. Na člověka se zdravotním postižením pak lze nahlížet jako na **občana se zdravotním postižením podle zákona o zaměstnanosti**.

Zákon o zaměstnanosti č. 435/2004 Sb. upravil způsob označování občanů se zdravotním postižením pro oblast působení na trhu práce. Dříve se užíval termín občan se změněnou tělesnou schopností (ZPS), případně ZPS s těžším zdravotním postižením. Osoby se zdravotním postižením jsou dle zákona osoby: „...*kteřé jsou orgánem sociálního zabezpečení uznány:*

- a) invalidními ve třetím stupni (dále jen „osoba s těžším zdravotním postižením“),*
- b) invalidními v prvním nebo druhém stupni, nebo*
- c) zdravotně znevýhodněnými (dále jen „osoba zdravotně znevýhodněná“).“*

Dle zákona se za zdravotně znevýhodněnou osobu považuje fyzická osoba, která má zachovány schopnost vykonávat soustavné zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost, ale její schopnost být nebo zůstat pracovně začleněna, vykonávat dosavadní povolání nebo využít dosavadní kvalifikaci nebo kvalifikaci získat jsou podstatně omezeny z důvodu jejího dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. Zákon dále vymezuje dlouhodobě nepříznivý stav a to: „*Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, se pro účely tohoto zákona považuje zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy má*

trvat déle než jeden rok a podstatně omezuje tělesné, smyslové nebo duševní schopnosti, a tím i schopnost pracovního uplatnění“ (Zákon č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti).

Stejně tak školský zákon nahlíží na osoby se zdravotním postižením jako na **občany se zdravotním postižením.**

Školský zákon č. 561/2004 Sb. ve znění pozdějších předpisů nese v ustanovení § 16 pokus o definici dítěte se zdravotním postižením pro účely vzdělávání: *„Dítětem, žákem a studentem se speciálními vzdělávacími potřebami se rozumí osoba, která k naplnění svých vzdělávacích možností nebo k uplatnění nebo užívání svých práv na rovnoprávném základě s ostatními potřebuje poskytnutí podpůrných opatření. Podpůrnými opatřeními se rozumí nezbytné úpravy ve vzdělávání a školských službách žáka nebo studenta. Děti, žáci a studenti se speciálními vzdělávacími potřebami mají právo na bezplatné poskytování podpůrných opatření školou a školským zařízením odpovídající zdravotnímu stavu, kulturnímu prostředí nebo jiným životním podmínkám dítěte.“*

Dítě, žák a student se speciálními vzdělávacími potřebami již není dítě, žák a student definovaný pomocí určitého handicapu. Aktuálně se dítětem, žákem a studentem se speciálními vzdělávacími potřebami rozumí osoba, která k naplnění svých vzdělávacích možností nebo k uplatnění nebo užívání svých práv na rovnoprávném základě s ostatními potřebuje poskytnutí podpůrných opatření. Podpůrná opatření představují takovou podporu pro práci pedagoga se žákem, kdy jeho vzdělávání v různé míře vyžaduje upravit průběh jeho vzdělávání. Cílem úprav je především poskytnout takové podmínky ke vzdělávání žáka, které mu umožní plně se začlenit do společnosti. Další početnou skupinou budou žáci s nepříznivým aktuálním zdravotním stavem, který může ovlivňovat vzdělávání žáků nebo je příčinou zdravotní znevýhodnění (postižení) žáka. Podpůrná opatření jsou definována školským zákonem, mají různé stupně, které lze kombinovat. I. stupeň podpůrných opatření vždy navrhuje a poskytuje škola. II. - V. stupeň navrhuje a metodicky provází v jeho naplňování školské poradenské zařízení (Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy 2016, online).

V paragrafu § 16 novely školského zákona jsou uvedeny informace týkající se problematiky zdravotního handicapu. V již novelizovaném školském zákoně se neužívá definice zdravotní postižení. Okruh žáků, kterým zdravotní handicap umožňuje nárok na určité podpůrné opatření nebo způsob jeho poskytování je však nadále vymezen pomocí zdravotního handicapu. Stejně tak je nadále vymezen pomocí zdravotního handicapu

okruh dětí nebo žáků, pro které zdravotní handicap vyvolává jiné zákonem stanovené důsledky (např. přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání, povolení pokračování v základním vzdělávání, uvolnění žáka střední školy z provádění určitých činností, bezúplatné vzdělávání dítěte ve veřejné mateřské škole podle školského zákona). To znamená, že v těchto případech se zákon odkazuje na ustanovení § 16 odst. 9, který v textu uvádí děti, žáky a studenty s mentálním, tělesným, zrakovým nebo sluchovým postižením, závažnými vadami řeči, závažnými vývojovými poruchami učení, závažnými vývojovými poruchami chování, souběžným postižením více vadami nebo autismem (Vyhláška č. 27/2016 Sb., § 16).

Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách definuje jedince se zdravotním postižením jako **občana závislého na péči**.

Osoba se považuje za závislou na pomoci fyzické osoby, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc a dohled. Pro stanovení stupně závislosti se definuje 18 úkonů péče o vlastní osobu a 18 úkonů soběstačnosti, které jsou hodnoceny z hlediska jejich zvládnutí danou osobou. Jedná se např. o úkony „příprava stravy“, „přijímání stravy“, „mytí těla“ (úkony péče o vlastní osobu) a dále například úkony „komunikace slovní, písemná, neverbální“, „ nakládání s penězi nebo jinými cennostmi“, „běžný úklid v domácnosti“ (úkony soběstačnosti). Od 1. srpna 2016 výše příspěvku na péči pro osoby **do 18 let** věku činí za kalendářní měsíc (Integrovaný portál Ministerstva práce a sociálních věcí 2016, online):

- 3 300 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost)
- 6 600 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost)
- 9 900 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost)
- 13 200 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost)

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

- 880 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost)
- 4 400 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost)
- 8 800 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost)
- 13 200 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost)

1.4 Pojetí speciální pedagogiky

„Speciální pedagogika je humanitní věda, která se vyvíjela na základě praktické péče o jedince zdravotně a sociálně znevýhodněné“ (Kelnarová, Matějková, Vojkovská

2016, s. 10). Jejím cílem je rozvoj, výchova, vzdělávání, příprava na pracovní a společenské začlenění jedinců s handicapem od narození až po období stáří. Autor Valenta popisuje začátek formování speciální pedagogiky, který započal koncem devatenáctého a v průběhu dvacátého století, jde tedy o poměrně mladou vědní disciplínu. Lze na tento vědní obor nahlížet ze dvou úhlů. **Užší pojetí** definuje speciální pedagogiku jako disciplínu, která se zabývá edukací dětí, žáků a dospělých se speciálními vzdělávacími potřebami. Zkoumá vliv výchovy a vzdělání na tyto jedince. **Širší pojetí** nahlíží na speciální pedagogiku jako na interdisciplinární obor, který se zabývá péčí o jedince minoritních skupin obyvatelstva s ohledem na edukaci, reedukaci a kompenzaci, diagnostiku, terapeuticko-výchovnou intervenci, rehabilitaci, inkluzi a socializaci či resocializaci, prevenci a prognostiku osob se zdravotním postižením a zdravotním či sociálním znevýhodněním (Valenta a kol. 2014).

Je důležité neopomenout komplexní přístup ke znevýhodněným jedincům. To se odráží v rovině vztahu speciální pedagogiky k ostatním vědním oborům. Nejtěsnější vztah má především k **pedagogice**. Ke svým speciálním postupům a metodám využívá teoretická východiska a praktické zkušenosti z **psychologických disciplín, medicínských oborů a biologických oborů**. Speciální pedagogika dále čerpá ze společenskovědních oborů jako je například **sociologie, filozofie a etika**. V rámci tématu diplomové práce je důležité zmínit fakt, že v rovině zajištění některých sociálních potřeb jedince získává informace z oboru **sociální práce**. Pro zajištění komplexní podpory se nelze obejít bez poznatků z oblasti **práva** a z oblasti **ekonomie**. S narůstajícím technickým rozvojem společnosti a s rozvojem kompenzačních pomůcek, informačních technologií a dalších prvků z technické oblasti, získává na významu spolupráce s technickými obory, jako je například **kybernetika, protetika, či informatika** (Fischer 2014).

Metody a přístupy speciální pedagogiky se liší v závislosti na povaze znevýhodnění jedince a jeho příčinách. Rozdíl v metodách a přístupech bude pro pomoc a kompenzaci těm, kteří mají například poruchu sluchu oproti pomoci jedincům se somatickou poruchou či znevýhodněním. Z toho důvodu se speciální pedagogika člení na dílčí subdisciplíny. Členění odráží druh poruchy a handicapu, a z něho vyplývající znevýhodnění vůči většinové populaci. Jedná se o následující subdisciplíny:

- *Somatopedie* – zabývá se výchovou a vzděláváním osob, které mají handicap v oblasti fyzické (tělesné), které jsou nemocné, zdravotně oslabené, nebo mají omezenou mobilitu. Somatopedie se mimo jiné zabývá rehabilitací a terapií.
- *Oftalmopedie* – zabývá se výchovou a vzděláváním osob, které mají poruchy v oblasti vnímání zrakem. Setkáváme se také s názvem tyflopédie. Dle autora Fischera je vymezení oftalmopedie přesnější, neboť předmětem jsou nejen nevidomí, ale i jedinci s jinými poruchami a handicapem.
- *Surdopedie* – zabývá se výchovou a vzděláváním osob, které mají handicap z důvodu poruchy či postižení v oblasti sluchu.
- *Logopedie* – zabývá se výchovou a vzděláváním osob, které mají handicap v oblasti komunikačních schopností. Zabývá se především odstraňováním a korekcí poruch.
- *Psychopedie* – zabývá se výchovou a vzděláváním osob, které mají poruchu či handicap v oblasti mentální. Týká se jak vrozených, tak získaných poruch a handicapů. Psychopedie se zabývá rehabilitací i terapií těchto jedinců.
- *Etopedie* – zabývá se výchovou a vzděláváním, terapií a korekcí chování u jedinců s poruchami chování a s problémy v sociálních vztazích. Prozatím je do etopedie řazena problematika výchovy a vzdělávání osob se specifickými poruchami učení.

K výše uvedenému členění došlo zejména z důvodu potřeby odlišit přístup k jedincům s různým typem poruch, handicapů a z nich vyplývajících znevýhodnění. V rámci komplexního přístupu k jedinci je v současné speciální pedagogice kladen důraz na potřebu aplikace multidisciplinárního přístupu (Fischer 2014).

1.5 Metody speciální pedagogiky

V oblasti speciální pedagogiky ještě před zahájením diagnostiky či terapie rozlišujeme tři úrovně **prevence** a to konkrétně primární, sekundární a terciální.

Zaměření na prevenci je v současné době aktuální v mnoha vědních oborech. Tuto možnost nabízí především lékařství, např. oblast genetiky. Projevuje se snaha společnosti nesmiřovat se s existencí vad a poruch u člověka, a pokud je to možné, udělat vše pro to, aby se zabránilo jejich vzniku a zkusilo se jim předejít. Speciálně pedagogická prevence představuje souhrn opatření, jejichž cílem je předcházet vzniku mentálních, fyzických či smyslových poruch (primární prevence) nebo zamezit trvalému funkčnímu omezení nebo postižení, kdy se již jedná o sekundární prevenci (Slowík 2007).

Slowík (2007) popisuje všechny typy prevencí. **Primární prevence** má za cíl předcházet vzniku určitého jevu tím, že odstraňuje působení vyvolávajících faktorů. Jako praktický příklad primární prevence bývá nejčastěji uváděno předcházení riziku drogové závislosti u dětí, které dosud nepřišly s drogou do kontaktu – např. tím, že jim dáme dostatek informací o souvisejících nebezpečích, učíme je drogy odmítat a vytvářet si bezpečný hodnotový systém, poskytujeme jim dostatek možností pro vhodné využívání volného času atd. **Sekundární prevence** předchází vzniku a rozvoji závislosti u osob, které již mají s drogou zkušenost. Cílem je např. to, aby se mladý člověk experimentující s drogou neocítl ve stavu závislosti se všemi negativními důsledky, které s sebou závislost nese. Dokonce i v případě, kdy závislost už nastává, může být ještě čas na řešení (léčba, odvykací pobyty apod.) a předcházení těžšímu stavu závislosti. Mezi opatření sekundární prevence také patří např. screeningová vyšetření plodu v perinatálním období u matek, které patří do některé rizikové skupiny. Smyslem sekundární prevence je ochránit reálně ohrožené osoby před vlivem negativního jevu, který se v jejich životě objevil. **Terciární prevence** chce zamezit dalšímu zhoršování stavu jedinců, u kterých patologický jev již působí – snažíme se např. již předejít vážnému nebo trvalému zdravotnímu či sociálnímu poškození, které může vzniknout u osob užívajících drogy (snižování rizika infekce virem HIV nebo hepatitidy apod.)

Speciální pedagog stanovuje nejprve diagnózu (pomocí diagnostických metod získává informace o povaze postižení). Na základě diagnózy vytváří prognózu a stanoví terapii (způsob léčby, výchovy). **Metody speciální diagnostiky** lze dělit dvěma způsoby, jedná se o dělení na metody **klinické** a **testové** (Svoboda, Vágnerová in Fischer 2001, s. 35).

Metody klinické

Cílem těchto metod je sběr dat a základních údajů o vyšetřovaném jedinci. Klinické metody jsou zaměřeny na poznání individua, jedinečnosti. K těmto metodám patří **pozorování**, které spočívá v systematickém pozorování jedince, s cílem rozpoznat znaky a charakteristiky handicapu. Pozorování slouží ke zjišťování osobnostních vlastností, které jedinec projevuje zjevným způsobem. Pozorování probíhá nejčastěji záměrně a může mít formu přímou či nepřímou. Dále **rozhovor (interview)** je poměrně náročná diagnostická metoda. Rozhovor probíhá podle určitých kritérií a stanovených pravidel. Může mít různou formu, ať už strukturovanou, polostrukturovanou nebo nestrukturovanou. Tato forma může přinést nečekané poznatky. **Rodinná anamnéza**,

zjišťuje důležité informace o rodičích ale i prarodičích, sourozencích nebo o dalších rodinných příslušnících. Zabývá se výskytem neobvyklých jevů abnormalit či patologií v rodině. **Osobní anamnéza** navazuje na rodinnou anamnézu a zjišťuje postižení biologického, psychomotorického a sociálního vývoje jedince, který je vyšetřován. Zabývá se všemi abnormalitami, ale zároveň hodnotí i působení různých faktorů na jedince a jeho dosavadní vývoj. Součástí je i získání poznatků o prostředí, ve kterém jedinec žije. Nejčastěji je to škola či zaměstnání. Zjišťování stavu a vývoje jedince již po léčbě v určitém časovém odstupu se označuje jako **katamnéza** (Fischer 2014).

Metody testové

Tento způsob je standardizované vyšetření, při kterém se dodržují určitá pravidla, užívají se jednotné pomůcky a také jednotný způsob vyhodnocování získaných poznatků. Cílem metod je realizovat specializované vyšetření s následným odborným stanoviskem. Písemné i ústní explorační metody přinášejí důležité poznatky o různých oblastech, které jsou vyšetřovány. Metodou jsou zkoumány osobnostní znaky, jako jsou například kognitivní procesy, postoje, zájmy, potřeby, hodnoty jedince apod. Aplikace těchto metod vyžaduje multidisciplinární postup. Testových metod a technik je mnoho, mezi ty základní patří **výkonové testy**, neboli také testy schopností. Testy poskytují dobrou možnost měření a následné srovnání. Do této kategorie patří například testy inteligence, testy speciálních schopností (paměti, kreativita, test organicity atd.) a testy vědomostní (didaktické). **Testy osobnosti** reflektují různé osobnostní teorie. Patří sem metody projektivní, objektivní, dotazníky a posuzovací stupnice (Fischer 2014).

Výše uvedené popisuje diagnostické metody. Na diagnostiku navazují další základní metody speciálně pedagogické péče, dle Bendové (2015) tzv. **nápravné metody**. Základním cílem těchto metod je odstranění, nebo dosažení alespoň částečného vyloučení negativních aspektů, které souvisejí se znevýhodněním. Jedná se o **metodu reedukace**, což je souhrn všech speciálně pedagogických postupů, které jsou zaměřeny na postiženou funkci. Těmito postupy můžeme zlepšit a zdokonalit její činnost a výkonnost. Funkce, která byla omezena či snížena se rozvíjí. Metoda rozlišuje přístup *monosenzoriální*, který rozvíjí postižené funkce bez využití jiných funkcí a dále rozlišuje přístup *multisenzoriální*, který naopak využívá zdravé funkce jako pomocné činitele. Dále **metoda kompenzace**, která obsahuje souhrn speciálně pedagogických postupů, který je zaměřený na zlepšení a zdokonalení výkonnosti jiných funkcí, než jsou funkce postižené. A poslední **metoda rehabilitace**, která je zaměřena na úpravu společenských a

pracovních vztahů postiženého jedince. Navazuje na předchozí metody. Cílem je především subjektivní uspokojení speciálních potřeb handicapovaného jedince.

Fischer (2014) dále doplňuje, že proces rehabilitace zasahuje řadu aspektů a oblastí společenského života. Objevuje se i přístup, který hovoří o tzv. **komprehenzivní (ucelené rehabilitaci)**. Tento typ rehabilitace je realizován v oblasti:

- Léčebné – medikamenty, operace, rehabilitace, fyzioterapie;
- Výchovně vzdělávací – výchova a vzdělání, profesní příprava;
- Pracovní – kvalifikace, rekvalifikace, rozvoj dovedností a návyků, zvyšování odborné pracovní úrovně;
- Sociální – zajištění zaměstnání, bydlení, činnosti důležité pro život;
- Psychologické – psychoterapie, motivace a postoje;
- Technické – technické protézy a pomůcky, bezbariérové přístupy;
- Právní – legislativa, zákony, vyhlášky;
- Ekonomické – organizace specifické pracovní činnosti.

Cílem ucelené rehabilitace je zařadit, respektive znovu zařadit člověka se zdravotním postižením pro vrozenou vadu nebo následkem úrazu či nemoci do aktivního společenského života. Poskytování rehabilitace se ve všech jejích oblastech řídí základními zásadami, kterými jsou včasnost, dostupnost, komplexnost a koordinovanost, individuální a interdisciplinární posouzení a zhodnocení potřeb a rozsahu rehabilitace (Fischer 2014).

2. Sociální služby pro osoby se zdravotním postižením

„Sociální služby tvoří široké spektrum služeb. Jejich funkcí je uspokojování specifických potřeb určitých skupin obyvatelstva poskytnutím služby“ (Krebes 2007, s. 66). V případě diplomové práce se jedná o cílovou skupinu osob se zdravotním postižením.

Matoušek (2003) nahlíží na sociální služby jako na jeden z důležitých nástrojů sociální politiky. Sociální služby vidí jako služby krátkodobé i dlouhodobé, které jsou poskytovány oprávněným klientům, kteří je potřebují a jejich cílem je zlepšení kvality života jedince, případně i ochrana zájmů společnosti.

Oproti tomu Musil označuje sociální služby termínem „služby sociální práce.“ Podle něj to jsou „konkrétní, v praxi existující komplexy činností, které při práci na konkrétním místě a s konkrétními klienty přispívají k realizaci záměrů sociálních pracovníků“ (Musil 2004, s. 14). Z této definice je patrný individuální přístup ke klientům a jejich potřebám. Tento přístup se snaží aplikovat veškeré sociální služby, zároveň je individuální přístup vyžadován při kontrolách inspekce kvality sociálních služeb.

Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, který vešel v platnost 1. 1. 2007, uvádí definici sociální služby jako: „činnost nebo soubor činností, jimiž se zajišťuje pomoc a podpora osobám za účelem jejich sociálního začlenění nebo prevence jejich sociálního vyloučení“ (Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, §3). Sociální služby by měly na své klienty působit aktivně a motivovat je k činnostem, které neprodłużují nebo nezhoršují jejich nepříznivou sociální situaci, čímž by se mělo zabránit jejich sociálnímu vyloučení a zároveň vyloučit závislost na sociální službě. Rozsah a forma pomoci přitom musí zachovávat lidská práva a důstojnost a vycházet z individuálních potřeb jedince.

2.1 Standardy kvality v oblasti sociálních služeb

Pojem kvalita je v sociální práci a sociálních službách každodenní realitou všech sociálních služeb. Klienti a jejich rodiny od těchto zařízení očekávají vstřícný přístup, kompetentní radu či službu a příjemné prostředí. Na druhé straně očekávání poskytovatelů či zadavatelů služeb se zaměřují na faktory ekonomické, jako jsou výsledky, které mohou být určující pro zajištění dostatečného počtu personálu a jeho spokojenosti (Holasová 2014). Každý si pod pojmem kvalita představuje něco jiného. V českém prostředí sociální práce převládá názor, že kvalita práce rovná se standardy

kvality sociálních služeb. Je to ovšem pouze jedno hledisko z mnoha. Organizace sociální práce dnes rozvíjí další pohledy na oblast kvality nejen v podobě standardů, o kterých by se dalo napsat několik stran. V diplomové práci se pouze z malé části zaměřím na standardy kvality.

„Hlavním důvodem přípravy a publikování standardů kvality sociálních služeb byla snaha přiblížit prostředí a podmínky pro poskytování sociálních služeb změnám ve společnosti a v požadavcích na kvalitu života. Jde zejména o požadavky rozvoje autonomie, zajištění důstojnosti uživatelů sociálních služeb a důraz na dodržování lidských a občanských práv“ (Ministerstvo práce a sociálních věcí 2009, online).

Standardy jsou potřebné, protože v případě jejich absence, by si každý poskytovatel stanovil svá kritéria podle svého uvážení a postupně by docházelo k rozdílnému očekávání a rozdílným požadavkům (Holasová 2014).

Tyto standardy jsou zaměřeny na popis povahy sociální služby, zaměřují se na zapojení klienta do běžného života v jeho přirozeném prostředí, na posílení jeho samostatnosti a nezávislosti, a v neposlední řadě na zajišťování sociálních služeb na skutečně odborné a profesionální úrovni. Na jejich vypracování spolupracovali poskytovatelé, zřizovatelé i klienti sociálních služeb (Scháněl, Svehřepa, Lichtenbergová in Smutek, Svehřepa 2007). Standardy se týkají všech sociálních služeb, a proto jsou formulovány obecně, z důvodu větší srozumitelnosti, ale rovněž proto, aby bylo možno posoudit, zda služby požadavek standardů splňují, jsou rozloženy na jednotlivá kritéria. Kritéria jsou na rozdíl od obecně definovaných standardů měřitelná. Můžeme si na ně jednoznačně odpovědět. Porovnáním kritérií se skutečností lze tedy snadno zjistit, co je v zařízení v pořádku a co je třeba změnit. Měřitelnost kritérií je důležitá jak pro poskytovatele, tak pro klienty služeb (Ministerstvo práce a sociálních věcí. Národní akční plán sociálního začleňování 2004 – 2006, s. 58-59, online).

Aktuálně je stanoveno **15 standardů kvality**, které jsou děleny v různém počtu kritérií (v součtu tvoří standardy 48 kritérií). O výkladu standardů existuje mnoho příruček, brožur a výkladových sborníků. Jsou zpracovány do několika publikací. Pouze v krátkosti je v diplomové práci uveden smysl a stručný výklad jednotlivých standardů pro objasnění. Teorie pochází z velké části z publikace doktora a inspektora Bednáře (2015), který byl zároveň mým školitelem v rámci školení sociální práce a standardů kvality. Na publikaci se podílelo několik dalších autorů, kteří se věnují kvalitě v sociálních službách, a právě díky tomuto dokumentu se poskytovatelům lépe orientuje

v naplňování povinností. Standardy jsou rozděleny do tří základních částí, tj. na standardy procedurální, personální, provozní a jsou označeny čísly, která slouží nejen poskytovatelům, ale i pracovníkům a inspektorům kvality k orientaci mezi standardy.

Procedurální:

- cíle a způsoby poskytování sociálních služeb;
- ochrana práv osob;
- jednání se zájemcem o sociální službu;
- smlouva o poskytování sociální služby;
- individuální plánování průběhu sociální služby;
- dokumentace o poskytování sociální služby;
- stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby;
- návaznost na další zdroje.

Personální:

- personální a organizační zajištění sociální služby;
- profesní rozvoj zaměstnanců.

Provozní:

- místní a časová dostupnost sociální služby;
- informovanost o službě;
- prostředí a podmínky;
- nouzové a havarijní situace;
- zvyšování kvality sociální služby.

S ohledem na téma diplomové práce jsou níže popsány a stručně vysvětleny jednotlivé standardy kvality.

- **Cíle a způsoby poskytování služeb** – standard požaduje, aby jednotliví poskytovatelé stanovili a zpřístupnili své poslání, cíle a způsoby poskytování služeb ve formě veřejného závazku. Zveřejněno by mělo být více způsoby, aby bylo dostupné širokému spektru obyvatel (webové stránky, letáky apod.). Veřejnost i případní zájemci o službu se tak mohou předem seznámit s principy,

na kterých stojí samotný základ poskytovaných služeb, a tím se snáze rozhodnout, zda budou využívat dané služby či nikoliv. Jedná se mimo jiné o poslání a cíle organizace, cílovou skupinu uživatelů či využívání veřejně dostupných služeb. Z veřejného závazku by mělo být jasné, **kdo** službu poskytuje, **kde** je služba poskytována, **komu** je poskytována, **jak** je poskytována, **co** je cílem služby a **proč** je služba poskytována.

- **Ochrana práv osob** – východiskem standardu je listina práv a svobod. Poskytovatel musí mít identifikovány možné situace porušení lidských práv osob a stanovit opatření, aby k těmto situacím nedocházelo, rovněž musí mít popsané mechanismy nápravy. K tomu je důležité si uvědomit, která práva jsou ve službě nejrizikovější. Standard prostupuje ostatními standardy a tvoří jejich základní pilíř. K situacím, ve kterých jsou porušována práva, nedochází schválně, především v situacích, které jsou náhodné, přehlédnutelné či ve spěchu. Mnoho sociálních služeb si neuvědomuje rizika ani situace, které mohou nastat v průběhu poskytování služby, které porušují či omezují lidská práva (Bednář, 2012).
- **Jednání se zájemcem o službu** – jednání se zájemcem nesmí být podceněno, jelikož se později stává základem pro individuální práci s klientem. Záměrem tohoto standardu je umožnit potenciálnímu klientovi sociální služby seznámit se před uzavřením dohody se všemi podmínkami poskytování služby. Bez dostatečných informací o službě není možné uzavřít žádnou smlouvu.
- **Smlouva o poskytování služby** – uzavření smlouvy je základem pro definování vztahu mezi poskytovatelem a klientem. Ve smlouvě jsou uvedeny veškeré informace o tom, na čem se obě strany dohodly. Obsah takové smlouvy stanovuje zákon o sociálních službách 108/2006 Sb.
- **Individuální plánování průběhu sociální služby** – základem standardu je definice přání/potřeby klienta a tím stanovený osobní cíl, tedy stanovení žádoucí změny klienta. Standard potlačuje v minulosti značně preferovaný a rozšířený hromadný přístup zejména v zařízeních ústavního typu s celoročními pobyty. Dřívější přísně dodržované rozvrhy týdne pro všechny klienty, společné procházky a výlety, hromadné nakupování oblečení pro všechny, povinné denní výchovy, společné volnočasové aktivity apod., to vše tento standard „zakazuje“ a naopak klade zcela důraz na individuální potřeby jednotlivých klientů v oblasti

každodenního života. Individuální přístup tak přestal být pouze prázdným pojmem a začal být díky tomu uplatňován v každodenní praxi.

- **Dokumentace o poskytování sociální služby** – dokumentaci tvoří soubor vnitřních pravidel, pokynů, zásad, postupů, zápisů, hodnocení a dalších dokumentů. Smyslem standardu je zajistit bezpečné zacházení s osobními údaji klientů. Uchovávání a zpracování osobních údajů musí odpovídat platným obecně závazným normám a poskytovatel je nucen písemně jasně definovat, které osobní údaje jsou nezbytné pro zajišťování poskytovaných sociálních služeb a za jakým účelem je s nimi nakládáno (Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe 2002, online)
- **Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociálních služeb** – každý klient v zařízení má právo stěžovat si. Je zde třeba mít přesně stanovená pravidla (písemnou formou), např. jak postupovat při podávání stížnosti, na koho se mohou klienti obracet, kdo je povinen stížnosti projednat, jaký bude postup projednávání stížnosti apod. Tyto postupy musí znát pracovníci služby, znalosti nesmí být pouze formální. Důležité je myslet také na jedince zcela upoutané na lůžko, neschopné komunikovat, psát apod. Veškeré stížnosti je nutné evidovat a dále s nimi pracovat. Podstatné je nezapomínat na to, že žádná služba se nezavděčí všem tak, aby byli všichni spokojeni. Každá stížnost je možnost, jak službu posunout dál.
- **Návaznost na další zdroje** – povinností poskytovatele je nenahrazovat běžně dostupné veřejné služby, naopak podporovat jejich využívání mimo daná zařízení. V praxi to znamená, že běžné služby (např. kadeřník, pedikúra, lékař) nepřicházejí za klienty do zařízení, ale zařízení (poskytovatelé) umožňují, aby klienti mohli individuálně navštěvovat tyto služby jako většinová společnost. Standard je významný, neboť podporuje klienty, aby se zbavili možného návyku na sociální službu a dokázali se orientovat v běžném životě (Bednář 2012).
- **Personální a organizační zajištění služby** – pro naplňování osobních cílů klientů a zajištění chodu služby je důležité mít dostatečný počet kompetentních zaměstnanců. Pro jednotlivá pracovní místa je nutné mít vytvořené tzv. pracovní profily definující požadavky vykonávané práce lépe než zadáváním úkolů. Předpoklady k výkonu sociálního pracovníka definují § 109 – 114 zákona o sociálních službách, stejně tak u pracovníků v sociálních službách je dle § 116

určena povinnost odborné způsobilosti. Rozpoznat skutečné předpoklady pro výkon tohoto povolání je velmi obtížné. Důležité je nezapomenout na stanovení organizační struktury a počet zaměstnanců tak, aby odpovídal kapacitě služby.

- **Profesní rozvoj zaměstnanců** – vzdělávání a formování pracovních schopností se stalo celoživotním procesem. Z mnoha důvodů jako například: nové metody práce, nové požadavky na výkon práce, orientace na kvalitu, změna organizace práce, zvyšující se tlak na efektivitu práce, byl vytvořen standard, který zajišťuje profesní rozvoj zaměstnanců. Jedná se nejen o systém dalšího vzdělávání, ale také o potřebu vypracování systému pravidelného hodnocení a oceňování pracovníků a možnost využití nezávislého supervizora (Koubek 2008).
- **Místní a časová dostupnost služby** – standard zaručuje písemné stanovení místa a doby poskytování služby, které by mělo být v souladu s potřebami cílové skupiny osob, kterým je služba určena. Jde o to, aby provozování služeb odpovídalo skutečným potřebám, tedy aby sociální služby byly plně využívány. Např. denní stacionáře by měly napomáhat rodičům či opatrovníkům mentálně postižených osob účastnit se na trhu práce, proto by denní provozní doba měla pokrývat obvyklou pracovní dobu. Také umístění provozu sociální služby by mělo být dosažitelné pro obyvatele tak, aby klienti nebyli odtrženi od běžného prostředí a doprava do zařízení byla přístupná. Zároveň umístění služby nesmí být stigmatizující.
- **Informovanost o službě** – každá sociální služba by měla mít zpřístupněny základní informace pro širokou veřejnost. Formy zveřejnění těchto informací mohou být různé, od využití internetových médií, tisku či letáků. Vždy jde o to, aby byly tyto informace dostupné pro potenciální klienty a tím jim bylo usnadněno zvolit takovou službu, která nejvíce odpovídá jejich potřebám. Důležité je nezapomínat zpřístupnit informace v upravených formách jako jsou piktogramy, zvětšené písmo, apod.
- **Prostředí a podmínky** – v současnosti se klade důraz na to, aby zařízení služby odpovídalo druhu sociální služby a aby odpovídalo životnímu stylu lidí, kteří je využívají. Prostředí by mělo být upraveno pro potřeby cílové skupiny, jako například bezbariérovost, zajištění kompenzačních pomůcek, zajištění speciálních

pomůcek, hygienické podmínky, osvětlení, speciálně upravený nábytek apod. (Rychlík 2009).

- **Nouzové a havarijní situace** – každá sociální služba by měla být připravena na možnost vzniku nouzových a havarijních situací. Tyto situace si předem písemně definovat spolu s postupy jejich řešení. Klienti jsou tím jednak chráněni před ohrožením života či majetku, zároveň je jim zaručeno okamžité odborné řešení, pokud již taková situace nastane.
- **Zvyšování kvality sociální služby** – každá organizace musí hodnotit, zda je poskytování služby v souladu se stanoveným posláním a cíli. Při zjištění nedostatků je důležité přijmout adekvátní řešení. Hodnocení se zaměřuje také na plnění osobních cílů klientů, jinými slovy lze říct, jak je efektivní služba pro jednotlivé klienty (Bednář 2012).

Dle výše popsaných standardů kvality musí postupovat všechny sociální služby. V každém zařízení by měly být veškeré metodiky, pravidla, předpisy, která zaručují řádný průběh služby. Dodržování těchto pravidel je kontrolováno inspekci kvality.

2.2 Druhy a formy sociálních služeb

Veškeré sociální služby jsou poskytovány podle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. V sociálních službách existují **tři druhy sociálních služeb a to sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence.**

Sociální poradenství se dělí na základní a odborné. Základní poradenství by mělo každému zájemci o sociální službu nebo klientovi sociální služby poskytnout potřebné informace, které mu mohou pomoci řešit jeho nepříznivou sociální situaci. Tento druh poradenství musí být schopni zajistit všichni poskytovatelé sociálních služeb. Odborné sociální poradenství se poskytuje ve specializovaných poradnách podle druhu problému.

Služby sociální péče, mezi které patří služby: osobní asistence, pečovatelská služba, tísňová péče, průvodcovské a předčitatelské služby, podpora samostatného bydlení, odlehčovací služby, centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení a sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče. Služby sociální péče pomáhají zajistit osobám fyzickou a psychickou

soběstačnost a pomáhají jim zapojit se do života společnosti, nebo jim zajistily vhodné prostředí a péči (Matoušek 2007).

Služby sociální prevence, mezi které patří služby: raná péče, telefonická krizová pomoc, tlumočnické služby, azylové domy, domy na půl cesty, kontaktní centra, krizová pomoc, nízkoprahová denní centra, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, noclehárny, služby následné péče, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, sociálně terapeutické dílny, terapeutické komunity, terénní programy a sociální rehabilitace. Služby sociální prevence pomáhají osobám ohroženým sociálním vyloučením. V rámci některých služeb sociální prevence se uskutečňují probační programy pro mladistvé nebo probačně resocializační programy, které uložil soud (Sokol, Trefilová 2008).

Z hlediska **forem sociálních služeb**, lze rozlišit služby pobytové, ambulantní nebo terénní. **Služby pobytové** nabízí ubytování v zařízení sociálních služeb, v rámci služeb **ambulantních** klient za službou dochází, nebo ho někdo dopravuje či doprovází a **terénní** služba se klientovi poskytuje v jeho přirozeném prostředí (např. doma). Dle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách se zřizují tato zařízení:

- a) centra denních služeb;
- b) denní stacionáře;
- c) týdenní stacionáře;
- d) domovy pro osoby se zdravotním postižením;
- e) domovy pro seniory;
- f) domovy se zvláštním režimem;
- g) chráněné bydlení;
- h) azylové domy;
- i) domy na půl cesty;
- j) zařízení pro krizovou pomoc;
- k) nízkoprahová denní centra;
- l) nízkoprahová zařízení pro děti a mládež;
- m) noclehárny;
- n) terapeutické komunity;
- o) sociální poradny;
- p) sociálně terapeutické dílny;
- q) centra sociálně rehabilitačních služeb;

- r) pracoviště rané péče;
- s) intervenční centra;
- t) zařízení následné.

Praktická část diplomové práce je zaměřena pouze na vybrané zařízení sociálních služeb a to domov pro osoby se zdravotním postižením, proto je pozornost věnována bližší specifikaci toho typu zařízení sociálních služeb.

2.2.1 Domov pro osoby se zdravotním postižením

Domov pro osoby se zdravotním postižením (dále jen DOZP) je služba sociální péče poskytovaná na základě § 48 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Zákon definuje DOZP jako typ zařízení, které poskytuje pobyt osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení a potřebují pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Jedná se tedy o pobytovou formu sociální služby, která zabezpečuje komplexní, zpravidla trvalou péči. Pobyt v tomto zařízení nahrazuje domácí prostředí. DOZP jsou většinou zřizované státem, krajem či obcí s celoročním nebo týdenním pobytem. Dle Matouška (2013) mají za cíl podporovat soběstačnost člověka a pomoci mu zajistit takové podmínky, aby mohl vést důstojný život. S příchodem zákona o sociálních službách nastaly zásadní změny v poskytování péče. Hlavním cílem zákona bylo vytvoření takových podmínek, aby vztah mezi poskytovatelem a klientem byl rovnoprávný a přístup individuálně zaměřený vzhledem k potřebám jednotlivců.

Zákon o sociálních službách přesně vymezuje základní činnosti, které musí poskytovatel zajistit svým klientům, Jedná se o následující základní činnosti:

- poskytnutí ubytování;
- poskytnutí stravy;
- pomoc při zvládnání 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 klientů.

Konkrétně jsou tyto činnosti upraveny ve vyhlášce č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách (Králová, Rážová 2009).

Dříve byly domovy pro osoby se zdravotním postižením označovány jako „ústavy sociální péče“ pro mentálně, tělesně, smyslově nebo kombinovaně postižené. V ústavech sociální péče byli klienti rozdělováni podle věku a pohlaví. Péče měla charakter převážně zdravotní a sociální, zajišťovaly ji řádové a zdravotní sestry. Tato zařízení měla velkokapacitní charakter a často byla přeplněná, nedostupná dalším osobám. Soukromí klientů bylo téměř nulové, převažovala společná péče bez zohledňování individuality osobnosti jedince. Klienti byli zbavováni způsobilosti k právním úkonům a osvobození od povinné školní docházky (Pipeková 2006). Lidé, kteří v domově pro osoby se zdravotním postižením žili, byli dříve označováni jako obyvatelé. Nicméně současná legislativa hovoří o uživatelích sociálních služeb. Nové trendy používají pojem klient, který staví jedince do role aktivního účastníka participujícího na své životní situaci tím, že rozhoduje o typu a rozsahu služeb, které chce využívat a spolupodílí se na jejich finančním zajištění. I v této práci bude užíván termín **klient**.

Nyní DOZP procházejí velkými změnami, které jsou zaměřené na humanizaci a transformaci sociálních služeb. Mění se nejen přístup ke klientům, ale také samotné prostředí v těchto zařízeních. Prosazuje se respektující a individuální přístup ke všem klientům. Trendem je především *deinstitutionalizace*, která se snaží nahradit „ústavní“ péči u klientů, u kterých to je možné, službami, které eliminují sociální izolaci pomocí služeb poskytovaných v přirozeném občanském prostředí. Jedná se např. o byty či domy mimo areály, podporované bydlení v domácím prostředí apod. (Matoušek 2013). Silným argumentem, dle Pfeiffera (2009) pro přechod z institucionální péče, která u nás převládá, na alternativní formy péče, je velikost institucí, nemožnost individuálního přístupu ke klientům pobytové sociální služby a především to, že počet osob s postižením stále roste. Dožívají se také vysokého věku a náklady na tuto institucionální péči představují ve většině zemí Evropy více než polovinu výdajů na veřejnou péči.

Pipeková (2006, s. 127) dodává: „*Cílem je transformovat velké ústavy sociální péče, zlepšit jejich materiální vybavení, zaměřit se na komplexní péči o klienty, tzn. nejenom uspokojovat jejich potřeby, ale i rozvíjet zájmy, posilovat dovednosti a vést je k soběstačnosti.*“

Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách neurčuje cílovou skupinu na základě věku ani druhu postižení. Domovy pro osoby se zdravotním postižením poskytují své

služby osobám s mentálním, tělesným, smyslovým nebo kombinovaným postižením. Na základě informací získaných z Registru poskytovatelů sociálních služeb lze říci, že většina domovů pro osoby se zdravotním postižením je určena pro dospělé osoby s mentálním postižením, což je následně potvrzeno v praktické části této práce.

2.2.2 Vliv ústavní péče na osobnost jedince

V minulosti jsem měla možnost pracovat v DOZP pro osoby s mentálním postižením. I za tu krátkou dobu mého působení jsem se setkala s určitými riziky, která se vyskytují jako následek dlouhodobého pobytu v tomto typu zařízení. Literatura a další zdroje uvádějí výčet různých rizik. Byly vybrány ty nejčastější, se kterými se velká část klientů může setkat.

Rizika se mohou lišit podle toho, v jakém věku a v jaké životní situaci se klient do tohoto typu péče dostal. Autor Mühlpachr (2001) uvádí rizika: riziko hospitalismu, ponorková nemoc, nedostatek vztahů a chybění kontaktu s okolím, šikana a omezování práv, omezení či ztráta soukromí.

Hospitalismus je popsán jako stav dobré adaptace na ústavní podmínky, ale snížené adaptace na podmínky mimoústavní. Klient má v ústavu plné zaopatření, stará se o něj tým pracovníků, který mu nejen vaří, uklízí, ale vykonává většinu činností za klienta. Klient se stýká pouze s lidmi, kteří v ústavu pobývají, ať už se jedná o další klienty či o personál. Pohyb mimo ústav není většinou možný, klienti tak znají pouze ústavní prostředí a jeho blízké okolí. Díky tomu se stále snižuje orientace, ztrácí se zájem o okolní svět, zhoršuje se kvalita komunikace. Klienti takto omezení hledají různé způsoby náhradního uspokojení, jako například uspokojení v jídle, což způsobuje následek vznikající obezity, dlouhý spánek i v denních hodinách, automatismy atd. (Mühlpachr 2001). Setkala jsem se s několika klienty, kteří měli možnost opustit sociální služby a odešli z DOZP. Bohužel ne všichni dokázali plnohodnotně žít v běžné společnosti, nedokázali se přizpůsobit rychlému tempu, který je součástí našeho života, ztratili jistotu ve všem, co znali za branami ústavu. Někteří se z toho důvodu museli vrátit zpět.

Jak píše Matoušek (1990) v ústavech vzniká velmi snadno tzv. **ponorková nemoc**. Bednář (2012) v tomto případě píše, že se jedná o nucené sdílení malého prostoru s lidmi, které si člověk nemohl sám vybrat. Jedinci žijící v domově jsou neustále nuceni přizpůsobovat se jasně danému režimu a z toho plyne přizpůsobení se potřebám jiných obyvatel. Všechny projevy jsou stále pod veřejnou kontrolou a stále hrozí, že někomu

nebudou vyhovovat. Většinou není čas na řešení těchto problémů a ne vždy se jedná v zájmu klienta. Není tedy možné, aby si klient mohl uvařit jídlo, na které má chuť, jít spát kdy se mu bude chtít, vstávat v kteroukoliv hodinu, jít na vycházku apod. Klienti se postupem času začínají k sobě chovat agresivně, jsou uzavřenější a vztahovační, klesá jejich vstřícnost k dalším jedincům ústavu, ale i k personálu. Pokud spolu klienti sdílejí společný pokoj, mnohdy mezi nimi vznikají hádky a boj o své místo. Z vlastní zkušenosti vím, že tyto situace mohou vyústit až v potřebu přemístění a přestěhování jednotlivých klientů mezi sebou.

V důsledku ústavní péče dochází k psychické deprivaci. Důležitým činitelem při vzniku psychické deprivace je **nedostatek sociálních a citových podnětů**. Psychickou deprivaci můžeme pozorovat především u lidí, kteří od útlého dětství až do dospělosti pobývali v ústavním zařízení, kde výchovné prostředí se často měnilo a působilo chladně, neosobně a s nedostatkem podnětů (Mühlpachr 2001). V ústavních zařízeních je proto důležité vytvářet prostředí, které bude podporovat osobní vztahy (ne pouze v rovině profesionální), prostředí přátelské, chápající a naplňující potřebu bezpečí, uznání, lásky a sounáležitosti. Odstraňovat chyby v důsledku deprivace je již pozdě, důležitější je věnovat se prevenci.

S tímto problémem dále souvisí riziko sexuality mezi obyvateli. V minulosti byly především DOZP rozděleny podle pohlaví na muže a ženy. V současnosti se od tohoto trendu již domovy odklání, nicméně i přes to, lze takové typy zařízení najít. V dřívějších dobách se lidé s mentálním postižením sterilizovali. Sterilizace byla podle Mandzákové (2013) ve třicátých letech 20. století i později nejlepší způsob řízení kontroly porodu u lidí s mentálním postižením. V současnosti se ukazuje, že osoby s mentálním postižením často užívají tlumící léky, které nepotřebují a jejichž množství se dá po poradě s lékařem redukovat. V případě nepřítomnosti druhého pohlaví si sexualita hledá a nachází průchod v homosexuálních vztazích. U dospělých tato ústavní homosexualita v mnohých případech mizí, mladiství však mohou být poškozeni trvale. V DOZP jsem se následně setkala s napadáním klientů, kteří mezi sebou vyžadovali sexuální praktiky. Problém sexuality byl a stále je velké téma v sociálních službách. Mnohým pracovníkům chybí správná osvěta, která by jim pomohla dále pracovat se sexualitou osob se zdravotním postižením.

Ať už se jedná o DOZP či jiné ústavní zařízení, rozmáhá se mezi klienty **šikana** a bohužel nejen mezi nimi. Kromě šikany mezi klienty navzájem, může nastat situace, kdy

personál je součástí či zprostředkovatelem šikany. Ať už v minulosti či dnes, personál může zneužívat svou moc nad klienty, která se projevuje nepřiměřeným trestáním, ponižováním či ubližováním. Právě osoby s mentálním postižením, ale také děti, staří a nemocní se stávají objektem šikany, jelikož jsou to jedinci odlišní a nejslabší bez možnosti bránit se (Mühlpachr 2001). Šikana nemusí být pouze fyzická ale také psychická. V horších případech spojená se sexuální šikanou podporovanou nedostatkem vztahů a rizikové sexuality, kterou jsem popsala výš.

V souvislosti se šikanou se dá mimo jiné hovořit o **omezování či porušování práv**, se kterým se setkáme v sociálních službách zcela běžně. I přes to, že je sociální služba poskytována správně, k omezování dochází téměř vždy. Úkolem pracovníků je tyto situace minimalizovat. Jak již bylo řečeno, klienti jsou omezování například v situacích, kdy by měli mít možnost vybrat si, kdy chtějí vstávat, kdy chtějí chodit spát, kdy jít na výlet či procházku apod. Pracovníci k tomuto typu omezování dojdou v případě, kdy si chtějí zjednodušit organizování služby, neboli zjednodušit si vlastní práci či v případě, kdy pracovník „jedná v dobré víře a vždy v zájmu klienta“, nicméně zcela na klienta zapomíná. Cílem pracovníků by mělo vždy být maximálně naplňovat lidské potřeby a práva (Jůn 2010).

Klienti DOZP a dalších ústavních zařízení musejí **sdílet prostory s ostatními obyvateli**. Život v takovém prostředí je **neustále kontrolován**, jelikož pracovníci poskytují 24 hodinovou péči, což znamená, že většina klientů je neustále pod dohledem. Dle Vávrové (2010) je většina situací a činností prováděna za přítomnosti dalších osob a to většinou vždy podle jasně daného programu v zařízení. Klient není nikdy zcela sám, bez vystavení pohledů druhých. S tím souvisí kvalita a modernizace poskytování sociálních služeb. Na jedné straně jsou domovy, kde klienti mají možnost jednolůžkového pokoje a mají zajištěné soukromí, na straně druhé jsou zde domovy s malými prostory a pokoji po třech i více, což je dle probíhajících kontrol špatné a nepřijatelné. Ve velmi ojedinělých případech mají klienti možnost vybrat si svého spolubydlícího, nicméně často je klient přidělen do pokoje, kde je volné místo. V pokojích by též měla být možnost uzamknout si své osobní věci, případně uzamknout celý pokoj, což z důvodu bezpečnosti klientů většina zařízení nedovoluje. Často se stává, že personál neklepe na dveře pokoje a vchází bez jakéhokoliv ostychu a zachování soukromí. Poskytovatelé si neuvědomují, že ústavní zařízení různého druhu je domovem pro klienta, ve kterém by měl cítit bezpečí a jistotu. Klienti by měli mít možnost vlastnit osobní věci, ke kterým mají citový vztah. Tyto věci

by měli mít možnost vystavit v pokoji, jako například fotografie, knihy, dárky od přátel, hračky z dětství apod. V současnosti je při kontrolách dbáno na dodržování soukromí při osobní hygieně, tedy aby klienti měli např. možnost zavřít se na toaletě. Klientovi by mělo být dále umožněno vykonávat osobní hygienu sám, pokud mu to schopnosti a zdravotní stav dovolí, bez přítomnosti pracovníka. Zcela nepřijatelné je provádět hygienu ve více lidech najednou, což z vlastních zkušeností mohu říct, že je bohužel i v dnešní době možné vidět v některých typech domovů (Čadilová 2007). V takových případech bychom si všichni měli položit otázku, zda by nám bylo příjemné sdílet pokoj s člověkem, se kterým si nerozumíme? Nevadilo by nám provádět hygienu v přítomnosti druhých osob? Jůna (2010) dále uvádí situace, kdy klienti mají jediný požitek a to je jídlo. Nicméně bylo již zmíněno, že mají omezenou možnost vybrat si, kdy budou jíst, případně vůbec co budou jíst. Pracovníci často rozhodují, zda je nutné dodržovat určitý typ diety a omezení. Klienta může omezit k přístupu k jeho požitkům (např. káva, cigarety, ...) jen finanční stav. Do osobní svobody patří rozhodování o tom, co budu a kdy jíst, svoboda pohybu, svoboda myšlení, svoboda slova, svoboda rozhodnout se žít z osobního pohledu sice kvalitně, ale nezdravě (cigarety, káva, alkohol, čokoláda), svoboda volby partnera a známých, svoboda jít na toaletu, kdy chci a svoboda místa bydlení.

3. Role speciálního pedagoga v sociální sféře

Speciálního pedagoga, sociální pracovníky, fyzioterapeuty a rehabilitační pracovníky můžeme všechny sdružit pod jeden pojem, a to **profese pomáhající**. Ty jsou v psychologickém slovníku charakterizovány: „*Pomáhající profese je souhrnný název pro profese, které se zaměřují na pomoc druhým; pomáhají řešit nesnáze, problémy, zdravotní potíže druhých lidí. Společnými znaky jsou mimořádná psychická zátěž, odpovědnost a rizika pro vlastní duševní zdraví*“ (Hartl 2004, s. 188).

V dnešní době je profese speciálního pedagoga stále více potřebná a to nejen ve školství, ale i v jiných odvětvích jako například ve zdravotnictví či sociálních službách. Náplň práce speciálního pedagoga je proto velmi různorodá podle místa výkonu profese. Tato diplomová práce se zaměřuje na profesi speciálního pedagoga v sociální sféře.

3.1 Vymezení pracovníků v sociálních službách dle platné legislativy

Základní legislativní dokument v případě speciálních pedagogů představuje zákon č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů, který definuje, jaké potřebuje vzdělání, aby danou profesi mohl vykonávat. Zákon určuje: „*Speciální pedagog získává odbornou kvalifikaci vysokoškolským vzděláním získaným studiem v akreditovaném magisterském studijním programu v oblasti pedagogických věd zaměřené na speciální pedagogiku*“ (Zákon č. 563/2004 Sb. o pedagogických pracovnících, § 18).

V zákoně o sociálních službách se o uplatnění speciálních pedagogů dočteme velmi málo. Podstatnou informací, která vymezuje možnost zaměstnávat speciální pedagogy v sociálních službách, obsahuje část osmá § 110 o odborné způsobilosti k výkonu povolání sociálního pracovníka: „*Vysokoškolské vzdělání získané studiem v bakalářském, magisterském nebo doktorském studijním programu zaměřeném na sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální péči, sociální patologii, právo nebo speciální pedagogiku, akreditovaném podle zvláštního právního předpisu.*“ V tomto paragrafu je zmíněno, že za odbornou kvalifikaci se považuje mimo jiné i úplné vysokoškolské vzdělání v oboru speciální pedagogiky, nicméně není zde jasně vymezeno, zda musí být pro úplnou kvalifikaci toto vzdělání v magisterském nebo v bakalářském stupni. **Sociální pracovník** vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální

oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace, zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb (Zákon č. 108/2006 Sb., § 109). Naproti tomu **pracovník v sociálních službách** může vykonávat přímou obslužnou péči jak v domácím prostředí v bytech klientů, tak v pobytových zařízeních sociálních služeb spočívající v nácviku jednoduchých denních činností, pomoci při osobní hygieně a oblékání, manipulaci s přístroji, pomůckami, prádlem, udržování čistoty a osobní hygieny. Poskytuje podporu v soběstačnosti, posilování životní aktivizace, vytváření základních sociálních a společenských kontaktů a uspokojování psychosociálních potřeb. Dále může vykonávat základní výchovnou nepedagogickou činnost spočívající v prohlubování a upevňování základních hygienických a společenských návyků, působení na vytváření a rozvíjení pracovních návyků, manuální zručnosti a pracovní aktivity, provádění volnočasových aktivit zaměřených na rozvíjení osobnosti, zájmů, znalostí a tvořivých schopností formou výtvarné, hudební a pohybové výchovy, zabezpečování zájmové a kulturní činnosti (Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, § 116).

Pokud bychom porovnali oba zákony o pedagogických pracovnících a zákon o sociálních službách, zjistili bychom, že z legislativního vymezení vyplývá, že v resortu ministerstva školství je na speciálního pedagoga pohlíženo jako na pozici pedagogického pracovníka, zatímco v resortu ministerstva práce a sociálních věcí má speciální pedagog ve smyslu absolventa vysokoškolského studia speciální pedagogiky uplatnění na pozicích sociální pracovník a pracovník v sociálních službách. Toto tvrzení je též prokázáno ve druhé části diplomové práce v rámci zjišťování přítomnosti speciálního pedagoga v zařízeních sociálních služeb. Shrnu-li výše popsané: poskytovatel je povinen zajistit uspokojování potřeb klientů, což mu ukládá nejen zákon ale i standardy kvality. Pokud by v zařízení např. v již zmíněném domově pro osoby se zdravotním postižením byla potřeba činnosti speciálního pedagoga, je v zájmu poskytovatele tuto pozici zajistit. V jiném případě, kde činnosti speciálně pedagogického charakteru nejsou nutné, zákon nedává poskytovateli povinnost mít v zařízení speciálního pedagoga.

3.2 Profesionální kompetence pracovníků v sociálních službách

Nejprve si odpovíme na význam slova *kompetence*. Pedagogický slovník popisuje kompetence jako: „*Soubor profesních dovedností a dispozic, kterými má být vybaven učitel, aby mohl efektivně vykonávat své povolání. Existují četné pokusy o vymezení*

kompetence učitele, snažící se je sblížit s obsahem přípravy budoucích učitelů na pedagogických a jiných fakultách“ (Průcha, Walterová, Mareš 2003, s. 103).

Kompetence je široký pojem, který zahrnuje schopnost přenášet znalosti a dovednosti do nových situací v dané oblasti povolání. Původně termín *kompetence* pochází z latinského výrazu *competens*, neboli vhodný, příhodný, náležitý. Autoři Kubeš, Spillerová, Kurnický (2004) uvádějí tento termín ve dvou základních významech. **Kompetence jako pravomoc**, rozsah působnosti, oprávnění, obvykle udělené nějakou autoritou nebo patřící nějaké autoritě (instituci, jednotlivci). V tomto smyslu může někdo překročit svoje pravomoci (tj. zde kompetence), někomu je možné kompetence odejmout, mohou vznikat kompetenční spory. Kompetence v tomto významu je možné na někoho přesunout. **Kompetence jako schopnost vykonávat nějakou činnost**, umět ji vykonávat, tedy být v příslušné oblasti kvalifikovaný.

Společnost stále profesi speciálního pedagoga spojuje výhradně s edukací dětí a žáků se zdravotním postižením v období povinného vzdělávání. Vzdělávání dítěte v etapě primárního vzdělávání hraje klíčovou roli v systému celoživotního učení, o jehož významu pro kvalitu života člověka jistě není pochyb. Z psychologického hlediska je období předškolního a mladšího školního věku pro intelektuální vývoj dítěte a utváření některých postojů a hodnot rozhodující, navíc je zásadní také pro rozvoj jazykového kódu (Spilková 2001). Přítomnost speciálního pedagoga je, mj. také v souvislosti se změnami ve společnosti, v současné době zcela oprávněně mnohem širší, neboť se týká nejen dětí, ale všech osob se zdravotním postižením napříč věkovými kategoriemi. Jaký by měl být speciální pedagog, aby splňoval požadavky pro práci se zdravotně postiženými jedinci? Na tuto otázku ve svých publikacích odpovídá několik autorů.

Opatřilová (2005) uvádí několik důležitých ukazatelů, které by neměly speciálnímu pedagogovi chybět. Speciální pedagog by měl být **profesionálně zdatný**, měl by být dostatečně **vybaven teoretickými vědomostmi**. Neměla by mu chybět **trpělivost**, protože spěch a nervozita se lehce přenáší na druhé. Speciální pedagog musí být **emocionálně vyrovnaný**, aby nepřenášel své problémy na pracoviště nebo neprojevoval nepřiměřené reakce ke zdravotně postiženým jedincům. Dále je nedílnou součástí pedagoga **tolerance**, a to nejen ke klientům, ale i ke spolupracovníkům na profesionální bázi. Autorka dává důležitost **kreativitě**, která by měla v procesu edukace přispět k nalezení nových řešení, která by byla nejen správná, ale i přitažlivá, zábavná

a především přínosná pro jedince. Speciální pedagog by měl být **přiměřeně empatický**, aby vnímal pocity a prožitky klientů a **komunikativní** i ve vztahu k rodině klienta.

Havrdová (1999) uvádí několik kompetencí, které mají mít pracovníci zaměstnaní v sociálních službách. Hovoří o šesti kompetencích, ve skutečnosti se však jedná pouze o různé aspekty a projevy profesionální kompetence jako takové.

- Schopnost účinně komunikovat s jednotlivci, skupinami, rodinami a komunitou = **rozvíjet účinnou komunikaci.**
- Schopnost zorientovat se v potřebách, možnostech a porozumění, které má klient a vymezit spolupráci mezi ním a jeho okolím = **orientovat se a plánovat postup.**
- Schopnost rozeznat silné stránky klienta a jeho okolí a podporovat jeho soběstačnost, růst a sebeúctu = **podporovat a pomáhat k soběstačnosti.**
- Znat metody a systémy služeb, schopnost je správně využívat ve prospěch klienta, pomáhat mu je přijmout a ukončit = **zasahovat a poskytovat služby.**
- Přispívat k práci organizace.
- Odborně růst.

Mimo tyto výše jmenované existuje celá řada kompetencí a schopností, které by měl nejen speciální pedagog, sociální pracovník a další pracovníci mít. Nic to nemění na tom, že stejně tak, jako je pro sociální práci důležitý sociální pracovník či pracovník v sociálních službách, také speciální pedagog by měl mít zde své místo, kde by byl chápán a respektován jako plnohodnotná bytost.

3.3 Činnosti speciálně pedagogického charakteru při práci s jedinci se zdravotním postižením

Jak již bylo zmíněno výše, mezi speciálně pedagogické metody patří reedukace, kompenzace a rehabilitace. V této části diplomové práce bylo vybráno i několik speciálně pedagogických přístupů, které se uplatňují v péči o osoby se zdravotním postižením. Vybrány byly takové terapeutické činnosti, které se nejčastěji vyskytují v DOZP a to na základě dotazníkového šetření v praktické části diplomové práce.

3.3.1 Podpora komunikace - alternativní a augmentativní komunikace

Narušená komunikační schopnost, která je předmětem zájmu logopedie, se velmi často vyskytuje u osob se zdravotním postižením, a to ve formě tzv. symptomatických poruch řeči (Škodová Jedlička a kol. 2003). Vzhledem k principu individualizované péče

v rámci jednotlivých zařízení sociálních služeb, které by měly být orientovány na konkrétního člověka reflektující jeho specifické potřeby, by měla být v rámci těchto zařízení klientům poskytována mimo jiné, také péče logopedická (Matoušek a kol. 2011). V sociálních službách mohou logopedickou péči provádět speciální pedagogové zaměřeni na oblast logopedie, kliničtí logopedi a případně také logopedičtí asistenti. Všichni tito odborníci provádí u klientů logopedickou diagnostiku a dále následnou logopedickou terapii zaměřenou na maximální rozvoj komunikačních schopností dané osoby (Fukanová in Škodová, Jedlička a kol. 2003). Ne vždy je tato logopedická intervence do komplexní péče v zařízeních sociálních služeb zahrnuta, případně do ní ne vždy jsou zahrnuti všichni klienti daného zařízení. Příčin je mnoho, nejčastější příčina absence této terapie může být nedostatek financí, upřednostnění jiného druhu terapie u daného klienta či nedocení důležitosti logopedické péče u těchto osob (Kopečný 2014).

Mimo logopedickou péči může v zařízení sociálních služeb probíhat rozvoj komunikace formou alternativní a augmentativní komunikace. Alternativní a augmentativní komunikace (dále jen AAK) se pokouší kompenzovat (po určitou dobu nebo trvale) projevy závažných komunikačních poruch. AAK umožňuje těžce postiženým lidem, u nichž je částečně nebo úplně znemožněna verbální komunikace, dorozumívat se, komunikovat se svým okolím, vyjádřit svoje pocity, přání a reagovat na podněty (Klenková 2006).

Klenková (2006, s. 208) rozlišuje dva pojmy: *„Augmentativní a alternativní komunikace (AAK), což je obecný pojem, vyjadřující určitý přístup, který je možno uskutečnit mnoha různými způsoby, kdežto systém AAK je souhrn všech postupů a prostředků využitelný pro rozvoj dorozumívání konkrétní osoby.“*

K systémům AAK, které mají nahradit či podpořit mluvenou řeč patří ty, co nepotřebují pomůcky, užívají se tedy bez pomůcek a využívají prostředků nonverbální komunikace, např. mimika, gestikulace, pohled, vizuálně motorické znaky. Naopak ty, které potřebují pomůcky jako např. obrázky, fotografie, předměty, symboly, komunikátory, psaná slova a nakonec jiné typy, používající technické pomůcky, které slouží ke snadnějšímu ovládní počítače. Mluvím zde např. o dotekové obrazovce, alternativní klávesnici apod. (Janovcová 2004).

Klenková (2006) rozlišuje systémy AAK na dynamické a statické. Dynamické komunikační systémy zahrnují znaky a gesta, např. prstová abeceda, znaková řeč, Makaton. Mezi statické systémy patří systém Bliss, piktogramy, komunikační tabulky.

Vhodný komunikační systém je vždy nutné volit s ohledem na jedince, jeho možnosti a potřeby. Pro jeho funkčnost je důležitý nácvik pod vedením speciálního pedagoga, který disponuje potřebnými znalostmi a dovednostmi.

3.3.2 Snoezelen

„Snoezelen - MSE je terapeutický, vědecký koncept na pomezí speciální pedagogiky a psychologie, který prokazatelně zlepšuje zdravotní stav klientů. Podmínkou je zvláštní prostředí, kompetentní a vzdělaný terapeut společně s klientem, který mu věří“ (Filatová 2014, s. 11).

Snoezelen můžeme popsat jako libovolnou místnost, pokoj či klidovou zónu. Jedná se o terapeutické útočiště, určené k rekondici, rekonvalescenci, rehabilitaci smyslů, zklidnění těla i duše. Je koncipován, jako nabídka využití volného času zvláště pro osoby, jež jejich postižení omezuje v jeho aktivním využívání (Švarcová 2003).

Jedná se o místo, které nabízí poznání různých sensorických zkušeností v atmosféře důvěry a uvolnění. Účelem smyslových zkušeností je stimulace základních vjemů, aniž by bylo nutné zapojení duševní činnosti klienta. Ve snoezelenu jde o komplexní zaměření smyslů, o využití hlubokého smyslového zážitku. Redukují se zbytečné podněty, jedincům s postižením je cíleně nabízeno množství podnětů, zaměřených na prožívání libých pocitů, k získávání nových zkušeností, které jedinec v běžném životě neprožije. Člověk s postižením si sám může vybrat z nabízených podnětů, motivují ho samy věci či činnosti, ne pedagog (Švarcová 2003). Autorka Filatová popisuje princip snoezelenu jako vytvoření multismyslového prostředí, které nabízí co nejširší spektrum smyslových podnětů pro sensorickou stimulaci.

Plánovanou multismyslovou místnost lze vytvořit s ohledem na specifické potřeby klienta, jeho možnosti volby a řízení průběhu pobytu. Důležitou podmínkou je rozmanitost prostředí. To znamená, že se místnost vytváří tak, aby mohla být alternativně obměněna dle různorodosti klientů a jejich individualit (Filatová 2014). Aby byl snoezelen účelný, měly by být pomůcky rozmanité. Nejčastěji je zabudováno vodní lůžko, relaxační vaky, závěsné sítě, trampolíny, vaky, polštáře, masážní koberečky, plyšové hračky, flakónky různých vůní apod. Dále je součástí různé zvukové vybavení, mikrofony, sluchátka, UV světlo, lampy apod. (Opatřilová 2005).

Metoda snoezelenu je určena pro jedince s nejtěžšími formami postižení. Jedná se především o jedince, kteří využívají velmi málo jiné aktivity a velkou část dne tráví

v pokoji. Metoda předpokládá rozvoj vnímání vázané výlučně na tělo, jelikož se vychází z faktu, že osoby těžce zdravotně postižené jsou odkázáni na vnímání a poznávání okolí pouze pomocí primárních smyslových vjemů. Většina takových jedinců není schopna komunikovat a sdělit své pocity, prožívání a přání. Komunikace se nejčastěji odehrává na úrovni řeči těla. Pochopit a vcítit se do způsobu prožívání lidí s nejtěžším postižením je velmi složité a edukátor musí být velmi empatický a mít mnoho schopností (Opatřilová 2005).

3.3.3 Koncept bazální stimulace

Pojem bazální označuje slovo elementární. Jedná se o základní nabídku, která se realizuje v nejjednodušší podobě. Stimulací autorka rozumí nabízené podněty. Cílovou skupinou pro tuto formu terapie, jsou především jedinci s těžkým mentálním postižením a jedinci s vícenásobným postižením (Vítková 2001).

Metoda byla vyvinuta v 70. letech Andreasem Fröhlichem. Klade důraz na interdisciplinární přístup, základní myšlenkou této terapie je komplex celistvosti a principem je zjištění, že pomocí těla uvádíme jedince do reality, zprostředkováváme mu různé zkušenosti a vjemy s okolním světem. Koncept bazální stimulace vychází ze tří složek: pohyb, komunikace a vnímání. Tyto tři složky jsou navzájem propojeny. Koncept umožňuje lidem s poruchami, v některé z této oblasti podporu, cílenou stimulací smyslových orgánů. Využívá zejména schopnost lidského mozku uchovat své návyky v paměťových drahách. Cílená stimulace umožňuje znovu aktivovat mozkovou činnost, podporovat vnímání, komunikaci, hybnost. Bazální stimulace se orientuje na všechny oblasti lidských potřeb, přizpůsobuje se věku klienta, aktuálnímu zdravotnímu stavu a na člověka pohlíží jako na rovnocenného partnera s vlastní historií, určitými schopnostmi a individualitou. Cílem je zachovat život a zajistit vývoj, umožnit klientovi pocítit vlastní život, poskytnout klientovi pocit jistoty a důvěry, rozvíjet vlastní rytmus, umožnit klientovi poznat okolní svět, pomoci navázat vztah, umožnit zažít smysl a význam věcí či konaných činností, pomoci upořádat život, poskytnout autonomii a zodpovědnost za svůj život (Friedlová 2007).

Opatřilová (2005) ve své knize, která je zaměřená na práci s jedinci s těžkým postižením a více vadami popisuje jednotlivé oblasti bazální stimulace. **Somatické podněty** pomáhají docílit pozitivní zkušenosti s vlastním tělem. Základní tělesná zkušenost je vyvíjena dotykem. Jedinec se učí poznávat a využívat povrch těla jako orgán vnímání. Terapeut se snaží podporovat motoricky, aby jedinec reagoval na podněty těla,

učí je lokalizovat podněty na svém těle, vytvářet předpoklady pro základní poznatky o vlastním těle. **Vibrační podněty** učí cítit vibrace. Jedinec vnímá chvění a směr odkud přichází. Při akusticko-vibrační stimulaci je podněcován sluch synchronně, což znamená, že slyší chvění v přímém tělesném kontaktu, když jsou hlavy těsně vedle sebe, což působí konejšivým a klidným dojmem. **Vestibulární podněty** pomáhají zprostředkovat informace o poloze a pohybu těla v prostoru. Jedinec se učí vnímat různé směry (nahoru, dolů, dokola apod.). Podstatou je, aby nepocíťoval tělo jen jako podložku. **Orální podněty** aktivizují oblast úst. Terapeut se snaží senzibilovat nejrůznější vjemy, pomáhá jedinci užívat ústa ke zkoumání vlastností. Mimo ústa jsou využívány také podněty čichové a chuťové, kdy se jedinec učí přiřazovat vůně a chuť. **Akustické podněty** jsou využívány při učení reakce na podněty, které nejsou bezprostředně vztažené k tělu. Tóny, šumy a zvuky mohou mít různou kvalitu, mohou přicházet z různých směrů, mohou mít různý zdroj a různý informační charakter. Mimo vnímání zvuků se jedinec učí sám zvuky vytvářet. **Taktilně haptické podněty** využívají oblasti rukou. Jedinec má možnost rukama cítit, má možnost něco uchopit, držet věci a vědomě je pustit. Je podporován v poznání, že věci jsou charakteristické na omak. **Vizuální podněty** stimulují fixovat nejjednodušší podněty. Jedinec se učí vědomě aktivovat postavení očí, cvičí pohyby očí a hlavy za podnětem.

3.3.4 Pracovní a činnostní terapie

V odborné literatuře se lze setkat s tím, že pojem pracovní a činnostní terapie bývá dáván do úzké souvislosti s ergoterapií. Přičemž činnostní terapie je na rozdíl od ergoterapie terapie vycházející ze speciálně pedagogického prostředí (Krivošíková 2011).

V případě těchto dvou terapií jde o vzájemně se překrývající terapeutické kategorie. Obě je můžeme definovat jako aplikaci manipulace s okolním materiálem (manipulace s předměty, surovinami, materiály). Rozdíl mezi těmito terapiemi je minimální. Pracovní terapie směřuje k jistému konkrétnímu výsledku práce (výrobek). Terapie je někdy nesprávně spojována s pracovní rehabilitací, která má v zájmu adekvátní pracovní zařazení klienta do pracovního procesu (Müller a kol. 2014).

Jedná se o léčbu prací a činností, které se zaměřují především na praktické problémy každého jedince, využívajícího tyto terapie. Činnostní terapie má široké možnosti uplatnění, jak z hlediska zdravotního stavu, postižení tak i věku klienta. Aplikuje se od dětského věku až po stáří. Terapeut má možnost pozorováním odhalit

veškeré problémy klienta, jak v běžných, tak i v modelových situacích (Krivošíková 2011).

Nejčastější využití terapie lze vidět v sociálně terapeutické oblasti. K dosažení terapeutického záměru je důležitá samotná činnost. Výsledek práce, nebo dokončená činnost mají jen druhořadý význam. Nejčastěji jsou využívány běžně dostupné materiály a suroviny, jako např. hlína, textilní materiál, papír, proutí, barvy, apod. Terapie je rozšířena i o zájmové činnosti a každodenní práci, jako např. domácí práce (vaření, praní prádla, nákupy), práce na zahradě, profesní oblasti (práce v provozní sféře – kuchyně, prádelna), rukodělné a výtvarné činnosti apod. (Müller a kol. 2014). Jakákoli smysluplná práce ovlivňuje klienta, působí na něj jako psychosociální rehabilitace. Vlivem terapie klienti přijímají požadavky běžného života, vstupují aktivně do kontaktu s jinými lidmi a činnostmi, mají pocit, že jsou užiteční (Pipeková, Vítková 2001). U osob s postižením je aplikace činnostní terapie jednou z důležitých metod v rozvoji osobnosti, musíme však počítat s nedostatky v oblasti motivace, psychomotorickém výkonu, apod. Jedinci s lehkým postižením mají možnost využívat prvky terapií v rámci vzdělávacích programů škol praktických, např. pracovní a výtvarná výchova. Naopak u jedinců s těžším postižením bývá terapie aplikovaná samostatně ve stacionářích či programech podporovaného zaměstnávání (Valenta, Müller 2004).

3.3.5 Arteterapie

Arteterapie bychom mohli v širším smyslu pojmenovat jako léčbu uměním, které zahrnuje léčbu hudbou, poezií, prózou, divadlem, tancem a výtvarným uměním. V užším slova smyslu se jedná o léčbu výtvarným uměním (Kořínková 2001). Perout (2005) doplňuje, že jedinec má možnost svojí tvorbou vyjádřit svůj vnitřní svět. Tvorbou je možné převádět potlačovanou energii na akceptovatelnou formu.

Arteterapii lze rozdělit do dvou forem. Arteterapie **receptivní** vnímá umělecká díla s určitým záměrem arteterapeuta. Cílem je lepší pochopení vlastního nitra, poznávání pocitů jiných lidí. Arteterapie **produktivní** používá konkrétní tvůrčí činnosti (kresby, malby, modelování) nebo intermediální aktivity (tj. činností propojující různá média), happeningu u jednotlivce či skupiny (Šicková – Fabrici 2008).

Kořínková (2001) rozděluje arteterapii na dvě skupiny. V **individuální terapii** zažívá jedinec silný emocionální zážitek. Terapeut se věnuje pouze jednomu jedinci, vzniká tak mezi nimi velmi důvěrný a chápající vztah. Je vhodná pro jedince, kteří

vyžadují individuální vedení, tím i celou pozornost terapeuta, rovněž pro klienty, jejichž agresivní chování, psychotické projevy, negativní vůdcovství, by mohlo působit rušivě vzhledem ke skupině, pro ostatní jedince by mohlo mít negativní následky. Ze začátku individuální terapii vyžadují hyperaktivní nebo naopak anxiózní jedinci.

Druhou možností je využít **skupinovou** arteterapii. Ve skupinové arteterapii je skupina uzavřená a její sestavení není náhodné, je spoluurčováno věkem, typem onemocnění, jeho průběhem atd. Skupiny mohou být i různě smíšené, jedinci jsou tak různého věku a různých diagnóz. Důležité je brát ohled na diagnózu, dle zkušeností odborníků vyplývá, že není užitečné vytvářet skupinu například z psychotiků a neurotiků (Kořínková 2001).

Šicková – Fabrici (2008) uvádí že, při každé arteterapeutické činnosti je nejdůležitější stanovení a upřesnění cílů, kterých bychom chtěli s jedincem dosáhnout. Při stanovení těchto cílů je nutné brát ohled na individualitu jedince a na jeho věk. Můžeme si zvolit cíle **individuální**, mezi které patří uvolnění, schopnost sebevímání, rozvoj fantazie a osobnosti, svoboda rozhodování, růst sebevědomí a sebehodnocení. K **sociálním** cílům můžeme zařadit navazování kontaktů a kooperace ve skupině, schopnost společně řešit problémy, přijetí názorů ostatních, vytváření prosociálního chování ve skupině, snižování agresivního chování a vytváření prostoru pro impulzivní aktivity.

3.3.6 Ergoterapie

Ergoterapie je komplexní proces, který zahrnuje řadu složek, a proto není jednoduché formulovat jednotnou definici. Hagedornová (in Jelínková, 2000) uvádí, že problém definovat ergoterapii souvisí s tím, že terapeuti pomáhají lidem vykonávat běžné činnosti (obléknout se, uvařit, dojet do práce apod.). Proto snaha stručně objasnit čím se ergoterapie zabývá, vede často k velkému zjednodušení a posluchači mají pocit, že „na tom nic není“ (Krivošíková, Šajtarová 2009).

Pokud bychom přece jen chtěli znát nějakou definici, je možné uvést od České asociace ergoterapeutů: *„Ergoterapie je profese, která prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a užívání schopností jedince potřebných pro zvládnání běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoli věku s různým typem postižení. Pojem „zaměstnávání“ jsou myšleny veškeré činnosti, které člověk vykonává v průběhu života a jsou vnímány jako součást jeho identity. Primárním*

cílem ergoterapie je umožnit jedinci účastnit se zaměstnávání, které jsou pro jeho život smysluplné a nepostradatelné“ (Česká asociace ergoterapeutů 2008, online).

Primárním cílem ergoterapie je umožnit jedinci účastnit se každodenních aktivit, provádět činnosti, které považuje za důležité a potřebné pro život, a přispět tak k zachování odpovídající kvality života (Jelínková, Krivošíková, Šajtarová 2009). Česká asociace ergoterapeutů dále uvádí cíle jako pomáhat ve zlepšení schopností, které osoba potřebuje pro zvládnání běžných denních činností, pracovních činností a aktivit volného času. Dále pak umožnit osobě naplňovat její sociální role, pomáhat osobě k plnému zapojení do aktivit sociálního prostředí, posilovat osobu v udržení, obnovení či získání kompetencí potřebných pro plánování a realizaci jejich každodenních činností v interakci a nakonec usilovat o zachování příležitosti účastnit se aktivit každodenního života všem osobám bez ohledu na jejich zdravotní postižení či znevýhodnění.

Jak uvádí autorka a zároveň ergoterapeutka Hagedornová (1995), ergoterapie působí převážně na tři oblasti lidského života. Jedná se o oblast **soběstačnosti** (péče o sebe sama i druhé), tedy o tzv. běžné denní činnosti jako např. oblékání, komunikaci s okolím, domácí práce, ale i péči o děti a partnera, zajištění si určitého standardu života. Dále o **práci a produktivní aktivity**. Do této oblasti patří zaměstnání a profesní život. Také příprava na budoucí zaměstnání (rekvalifikace nebo studium) a práce v domácnosti. A v neposlední řadě **zábava a volný čas**. Tato oblast aktivit je poměrně široká. Jsou to různé záliby a koníčky, sporty, kulturní a sociální aktivity.

3.3.7 Muzikoterapie

Kantor (2009) uvádí pojem muzikoterapie, který má řecko-latinský původ. V překladu může znamenat „lечение hudbou“. V dnešní době se nemusíme setkat pouze s pojmem muzikoterapie, ale také s termínem „hudební terapie“.

Muzikoterapie je terapie za použití hudby nebo hudebních elementů (zvuk, rytmus, melodie, harmonie) kvalifikovaným muzikoterapeutem. Terapie se užívá jak pro samotného klienta, tak pro skupinu. Účelem tohoto procesu je usnadnit a rozvinout komunikaci, vztahy, učení, pohyblivost, sebevyjádření, organizaci a jiné relevantní terapeutické záměry za účelem naplnění tělesných, emocionálních, mentálních, sociálních a kognitivních potřeb. Cílem muzikoterapie je rozvinout potenciál nebo obnovit funkce jedince tak, aby mohl dosáhnout lepší intrapersonální nebo interpersonální integrace a následně také vyšší kvality života prostřednictvím prevence,

rehabilitace nebo léčby. Dnešní svět nám nabízí mnoho odlišných stylů a žánrů hudby. Každý z nás je především ovlivněn prostředím, ve kterém žijeme, a od toho se také odvíjí náš zájem o styl hudby. Výběr té správné hudby pro muzikoterapii může být různý. Na jedné straně muzikoterapeuti používají specifický hudební žánr a také hudební nástroje. Na druhé straně terapeuti často záměrně vybírají skladby různých žánrů nebo interpretů, je na uvážení každého terapeuta, který styl zvolí (Kantor 2009).

Muzikoterapie využívá formu **receptivní** (vnímání a prožívání hudby) a formu **aktivní** (aktivní hudební tvorba). Aktivní forma se soustředí mimo jiné na práci s projevem vokálním (zpěv) a instrumentálním (hra na hudební nástroj), ale také na projev řečový, pohybový, dramatický či výtvarný. Receptivní forma terapie se soustředí na poslech živé či reprodukované hudby, který slouží k uvolnění emocí, šíření vnímání, prožívání apod. (Valenta, Müller 2004).

Podle počtu klientů, kteří se podílejí na terapeutickém procesu, se muzikoterapie dělí na **individuální**, při které se terapeut zaměřuje jen na jednoho klienta. Koná se při samostatných setkáních, kdy se vychází především ze vztahu terapeut a klient. Dále na **skupinovou**, během níž může být přítomno tři až osm klientů. V některých případech se může stát, že terapeut přejde k terapii individuální, jelikož interakce mezi klienty se sníží a tím se zmenší skupinová dynamika, které je základem pro malou skupinovou terapii. A poslední může být skupina **hromadná**, kdy se pracuje s větším počtem klientů, většinou 15 a více. V tomto a vyšším počtu členů se ovšem oslabuje terapeutický vztah mezi jednotlivým klientem a terapeutem (Kantor 2009).

3.3.8 Zooterapie

Využívání zvířat pro nejrůznější druhy pomoci člověku je stejně staré jako jejich domestikace. I v minulosti lidé uplatňovali léčebnou moc kontaktu se zvířaty. Zjednodušeně řečeno pod pojmem zooterapie autor Velemínský a kol. (2007, s. 30) rozumí: „*Pozitivní až léčebné působení zvířete na člověka. Ať už nám jde o zlepšení motoriky, komunikace nebo zmírnění stresu, je zde zvíře vždy v hlavní roli prostředníka, tzv. koterapeuta*“.

Cass (in Fogle 1981) definoval terapii za pomoci zvířat jako uvedení zvířat do bezprostřední blízkosti jedince nebo skupiny jako prostředek pro interakce a vztahy za terapeutickým účelem vyvolání psychosociálních a emocionálních reakcí majících léčebný účinek.

Může se jednat o nejrůznější druhy zvířat, avšak nejčastěji jsou využíváni psi a koně. V prvním případě hovoříme o canisterapii ve druhém případě o hipoterapii (neboli hiporehabilitaci). Dále jsou k terapii užívány například kočky (felinoterapie), delfini (delfinoterapie), ptáci (ornitoterapie), hmyz (insektoterapie) a méně známé lamy, neboli lamaterapie (Velemínský a kol. 2007). Ať už je užíváno jakékoliv zvíře, všechny tyto terapie napomáhají k psychické stimulaci, rozvoji sociální komunikace, určitému stupni nezávislosti a samostatnosti a pocitu bezpečí a jistoty (Valenta, Müller 2004).

Existuje několik forem zooterapie, které popisuje autor Nerandžič (in Velemínský 2007). **Návštěvní program** zahrnuje pravidelné návštěvy v domácnostech klientů či zařízeních nebo také docházení klienta za zvířetem a setkávání se v neutrálních prostorech. **Jednorázové aktivity** jsou podobné jako u návštěvního programu, odvíjejí se od momentálních potřeb klientů. Jedná se o jednorázové či krátkodobé aktivity pro uzavřený kruh publika či pro širokou veřejnost. Tým terapeutů se podílí na ukázkách, různých prezentacích, setkáních a přednáškách. Mohou probíhat jak pro zdravé klienty, tak i zdravotně postižené. **Pobytový program** může být veden jako jednorázový či pravidelný. Klienti jsou ubytováni především na statcích, táborech, ekofarmách, výcvikových střediscích nebo jiných zařízeních. Mohou se zde objevovat kombinace terapie s různými zvířaty. **Rezidentní program** využívá pravidelně terapeutické zvíře. Zvíře se stává, ale i nemusí, majetkem klienta nebo zařízení. Jsou určovány specifické podmínky, za kterých je zvíře předáno a provádí se výcvik osob vykonávajících zooterapii. **Ambulantní program** je opakem rezidentního, kdy klient dochází na terapie do ordinací lékařů, psychologů apod. Zvíře se využívá k odbourávání stresu, strachu z lékařských procedur či samotného prostředí a motivují k lepší spolupráci s lékařem. Jedná se o specifickou formu návštěvního programu, ne zcela běžnou. **Program péče o zvíře** využívá zvíře jako formu motivace k dané práci, vedení k samostatnosti, zodpovědnosti a pravidelným návykům. Cílem je obvykle lepší zapojení klienta do běžného života. Klient o zvíře pečuje, případně vychovává a cvičí bez dohledu odborníka. Tuto formu lze kombinovat s mnohými dalšími jako například s terapií pomocí pěstování rostlin. **Zooterapie s asistenčním zvířetem** se poskytuje za účelem zvýšení samostatnosti, integrace do společnosti a zlepšení kvality života zdravotně postižených jedinců pomocí asistenčních zvířat, většinou psů. Zooterapeutem je sám klient či rodinný příslušník.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4. Cíl práce a metody výzkumného šetření

Hlavní cíl praktické části bude zjistit četnost výskytu a forem realizace speciálně pedagogické péče v domovech pro osoby se zdravotním postižením. Hlavní cíl bude naplňován prostřednictvím jednoho dílčího cíle a to:

Dílčí cíl 1: Popsat/konkretizovat přínos speciálně pedagogické péče u vybraných osob se zdravotním postižením.

Hypotézy pro výzkumné účely byly stanoveny následovně:

Hypotéza č. 1: Více než polovina (< 50 %) oslovených respondentů je přesvědčena, že speciálně pedagogická péče je činností, která je v sociálních službách potřebná.

Hypotéza č. 2: Velká část oslovených zařízení (tj. více než < 75 %) nedisponuje v pracovním týmu speciálním pedagogem, který by vykonával speciálně pedagogickou činnost.

Hypotéza č. 3: V zařízeních, ve kterých je zaměstnán speciální pedagog, je z velké části (< 75 %) zaměstnán na jiné pracovní pozici než na pozici speciálního pedagoga tj., nevykonává speciálně pedagogickou činnost.

4.1 Metodologie výzkumného šetření

Pro splnění hlavního cíle byla využita metoda **dotazníku**. Podle Skutila a kol. (2011) je dotazník nejrozšířenější pedagogickou výzkumnou technikou. Dotazník je písemné zpracování otázek a následné získávání odpovědí. Gavora (2000) dodává, dotazník se mimo jiné skládá z informací o autorovi a cílech jeho výzkumného šetření. Tyto informace by měly respondenty motivovat k vyplnění dotazníku. Dotazník obsahuje vlastní otázky, které mohou být otevřené (respondent odpovídá volně, nemá na výběr), polouzavřené (respondent má možnost výběru odpovědi, ale zároveň se po něm vyžaduje objasnění výběru v podobě otevřené otázky) a v neposlední řadě uzavřené otázky (respondent pouze vybírá z nabízených možností).

V rámci výzkumného šetření byly využity všechny typy otázek a to uzavřené, polouzavřené a otevřené, přičemž otevřené otázky byly stěžejní částí, kdy respondenti měli volnost ve způsobu zodpovězení každé této otázky. Dotazník byl zveřejněn online

na webových stránkách a obsahoval 13 otázek, jejichž počet se měnil dle odpovědí respondentů, neboť některé otázky, ať už se jednalo o odpovědi „ano“ či „ne“ dále odkazovaly na další otázku. V otevřených otázkách jsou vždy uvedeny všechny typy odpovědí s daným počtem. U všech otevřených otázek v dotazníku jsou současně uváděny u nejčastějších odpovědí konkrétní příklady s doslovným přepisem. Výběr odpovědí je uvážený dle důležitosti a významu pro diplomovou práci. Výsledky dotazníkové šetření byly zpracovány do podkapitoly 4.4.1 Presentace dat zjištěných dotazníkovým šetřením.

Ke splnění dílčího cíle, tedy popisu realizace speciálně pedagogické péče, byla využita forma **nepřímého pozorování**, ve kterém byly sesbírány informace od jiné osoby (konkrétně od speciálního pedagoga pracujícího ve vybraném pobytovém zařízení) a **rozhovor** s pedagogem, který podkládá informace o formách speciálně pedagogické činnosti, o jejich využitelnosti apod. Dále bylo umožněno prostudovat **interní dokumentaci** vybraných klientů, která vzhledem k zachování anonymity zařízení nebude uváděna v součtu zdrojů. Metoda rozhovoru se skládá ze dvou částí – otázek a odpovědí, díky nimž je možné zjistit subjektivně zabarvené informace v daný okamžik. Rozhovor může být strukturovaný, polostrukturovaný nebo nestrukturovaný, kdy první možnost staví na tom, že máme předem připravené otázky a alternativy odpovědí, z časového hlediska je nejméně náročný. Druhá možnost je kompromisem mezi strukturovaným a nestrukturovaným, tazatel se drží předem připravených otázek, ale reaguje na podněty od respondenta. Nestrukturovaný rozhovor se podobá běžnému dialogu. Tento typ rozhovoru přináší nové a nepředpokládané informace. V diplomové práci byl využit rozhovor s nestrukturovanými otázkami, kdy pedagog v dialogu popisoval speciálně pedagogickou činnost u vybraných klientů a kterou dále doplňoval praktickými ukázkami (Skutil a kol. 2011). Popis realizace speciálně pedagogické péče byl zpracován v podkapitole 4.4.2 Realizace speciálně pedagogické péče u vybraných klientů.

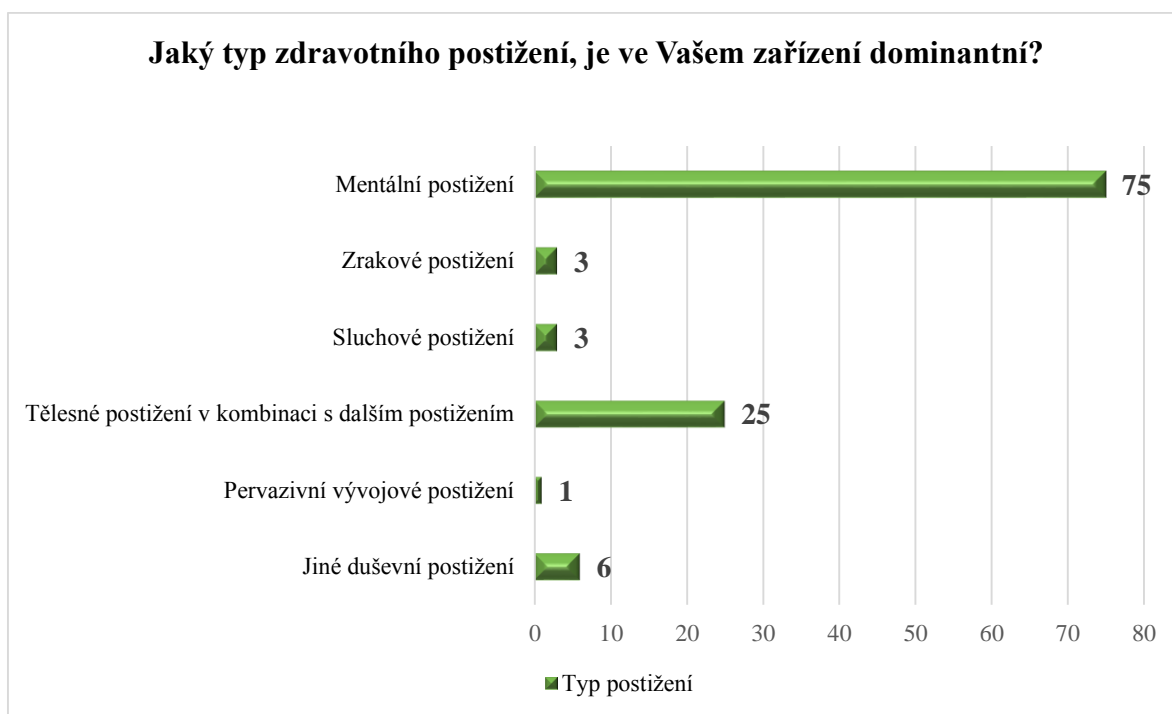
4.2 Charakteristika výzkumného souboru

V rámci výzkumného šetření byly osloveny všechny domovy pro osoby se zdravotním postižením v celé České republice. Při výběru bylo vycházeno z registru poskytovatelů sociálních služeb Ministerstva práce a sociálních věcí (dostupné online na internetových stránkách MPSV). Pomocí filtrace byly vybrány všechny domovy, které poskytují sociální službu osobám se zdravotním postižením. Osloveni byli především ředitelé případně vedoucí pracovníci daného zařízení, kteří mají kompetence k posouzení

potřebnosti péče a zastoupení pracovníků ve službách. Působnost domovů pro osoby se zdravotním postižením, které byly osloveny, je dle jednotlivých krajů zaznamenána v tabulce č. 1. Z uvedeného zjištění lze zaznamenat nejvyšší četnost poskytování služeb v Moravskoslezském, Ústeckém a Středočeském kraji. Konkrétní počet DOZP v jednotlivých krajích, které se zúčastnily výzkumného šetření, nebylo možné zaznamenat z důvodu anonymity dotazníku.

Kraj	Počet DOZP
Hlavní město Praha	8
Jihočeský	8
Jihomoravský	18
Karlovarský	8
Královehradecký	12
Liberecký	10
Moravskoslezský	27
Olomoucký	10
Pardubický	8
Plzeňský	12
Středočeský	25
Ústecký	33
Vysočina	10
Zlínský	19
Celkem DOZP	208

Tabulka 1: Počet oslovených DOZP v jednotlivých krajích ČR (červenec – srpen 2017).



Graf 1: Dominantní typ zdravotního postižení v oslovených DOZP

V grafu č. 1 je znázorněno zastoupení jednotlivých typů zdravotního postižení ve všech vybraných a oslovených DOZP. U této odpovědi měli respondenti možnost výběru více odpovědí, jelikož byl předpoklad, že v každém vybraném DOZP bude různé složení klientů. Z mé dosavadní praxe v sociálních službách mám zkušenost, že pouze velmi malé procento DOZP poskytuje sociální služby osobám s jedním typem postižení. Z grafu vyplývá, že diagnostické spektrum DOZP tvoří nejčastěji osoby s mentální retardací (75) a tělesným postižením v kombinaci s dalším postižením (25). Naopak nejméně jsou zastoupena smyslová postižení zraku (3), sluchu (3) a pervazivní vývojová postižení (1). Šest respondentů dále uvedlo z výběru jiná duševní postižení. Z výsledků je patrné, že z důvodu snížené sociální adaptability a omezených předpokladů pro samostatný život je zastoupení osob s mentálním postižením v pobytových zařízeních sociální péče nejvyšší. Diferenciace nebyla považována za důležitou, jelikož byl předpoklad, že speciálně pedagogická péče by měla probíhat u všech jedinců s jakýmkoliv typem postižení.

Do výzkumného šetření bylo dále vybráno pobytové zařízení, ve kterém probíhá speciálně pedagogická péče realizovaná speciálním pedagogem. V přílohách práce budou uvedeny fotografie dokumentující vybrané činnosti, dále výrobky klientů a nejčastěji využívané pomůcky pro rozvoj dovedností. Vybrané pobytové zařízení pro zachování

anonymity a pro ochranu osobních údajů nebude uváděno identifikačními údaji a osoby zachycené na fotografiích budou též anonymizováni.

4.3 Charakteristika průběhu výzkumného šetření

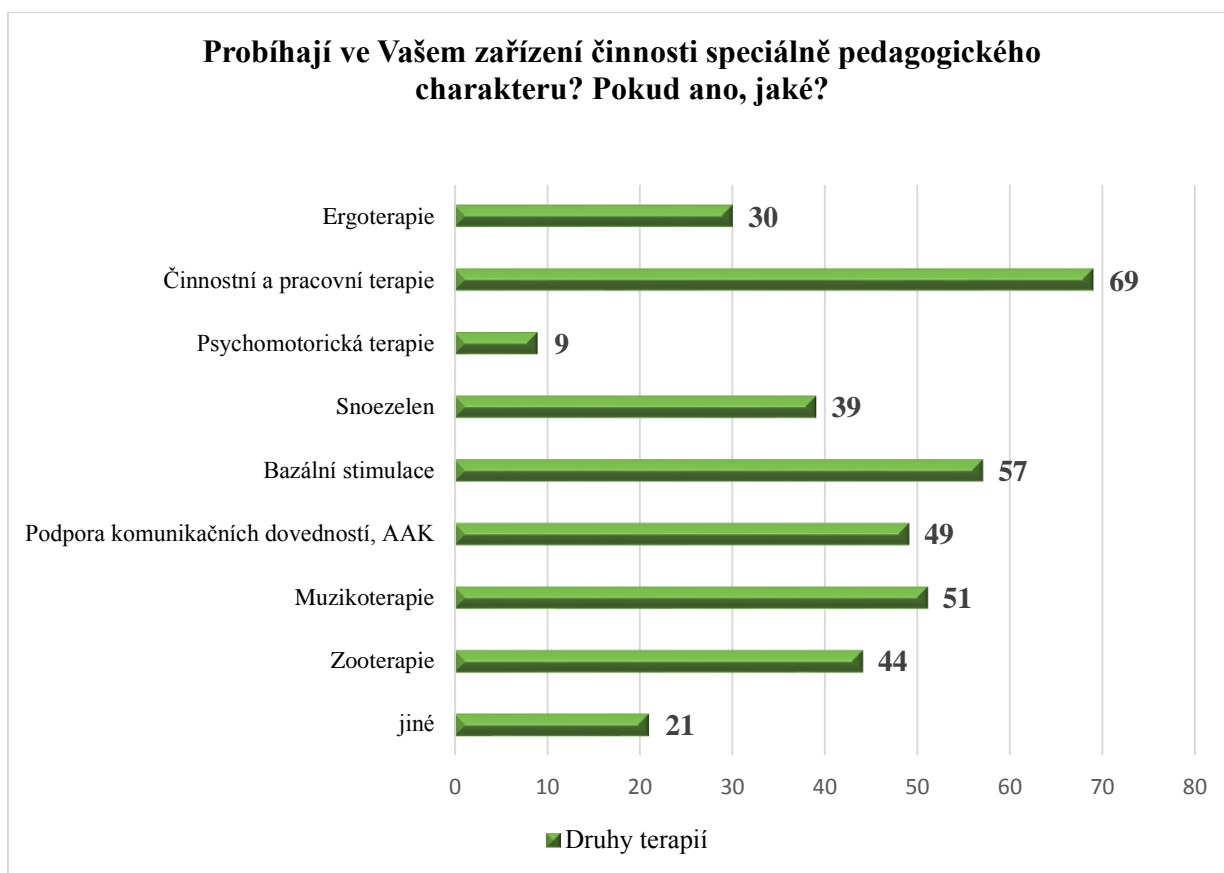
Sběr dat proběhl formou dotazníku. Dotazník byl vytvořen ve webovém rozhraní a rozeslán elektronicky na emaily jednotlivých DOZP. Email je v dnešní době běžnou součástí komunikace s organizacemi. Díky elektronické formě bylo možné zachovat celorepublikovou působnost výzkumu. Dotazník byl rozeslán společně s průvodním dopisem, ve kterém byli respondenti seznámeni s autorkou dotazníku, tématem práce a účelem výzkumného šetření. Distribuce probíhala vyhledáváním e-mailových kontaktů na ředitele či vedoucí pracovníky. Na základě výše uvedených požadavků, bylo celkem osloveno 208 registrovaných zařízení v období července 2017. Respondenty jsou pro účely této práce zástupci těchto institucí. Vráceno bylo 84 dotazníků z 208 oslovených DOZP, což tvoří 40%. Dotazníkové šetření, z důvodu letních měsíců a díky tomu nástupem dovolených, probíhalo celý červenec a srpen. Organizacím, ze kterých se e-mail vrátil s upozorněním na nepřítomnost pracovníka, byl e-mail s dotazníkem odeslán opakovaně, případně byl distribuován jiné odpovědné osobě. Začátkem září 2017 proběhlo třídění odpovědí a kontrola relevantního vyplnění. Zpracováno a vyhodnoceno bylo všech 84 vyplněných zodpovězených dotazníků.

V prosinci téhož roku byla uskutečněna návštěva vybraného pobytového zařízení, ve kterém působí speciální pedagog. Speciální pedagog byl předem kontaktován v červenci 2017. Během návštěvy byla popsána speciálně pedagogická péče u vybraných osob se zdravotním postižením na základě rozhovoru s pracovníkem. Výběr osob, které byly zařazeny do diplomové práce, byl ponechán speciálnímu pedagogovi, vzhledem k dlouholetým zkušenostem s vybranými klienty.

4.4 Interpretace výsledků výzkumného šetření

Pro lepší přehlednost byla data rozdělena do dvou podkapitol dle využití metody. V první části jsou prezentovány výsledky dotazníku strukturované do grafů a doplněné o komentář autorky, druhá část se věnuje zpracování informací o realizaci speciálně pedagogické péče, která probíhá ve vybraném zařízení.

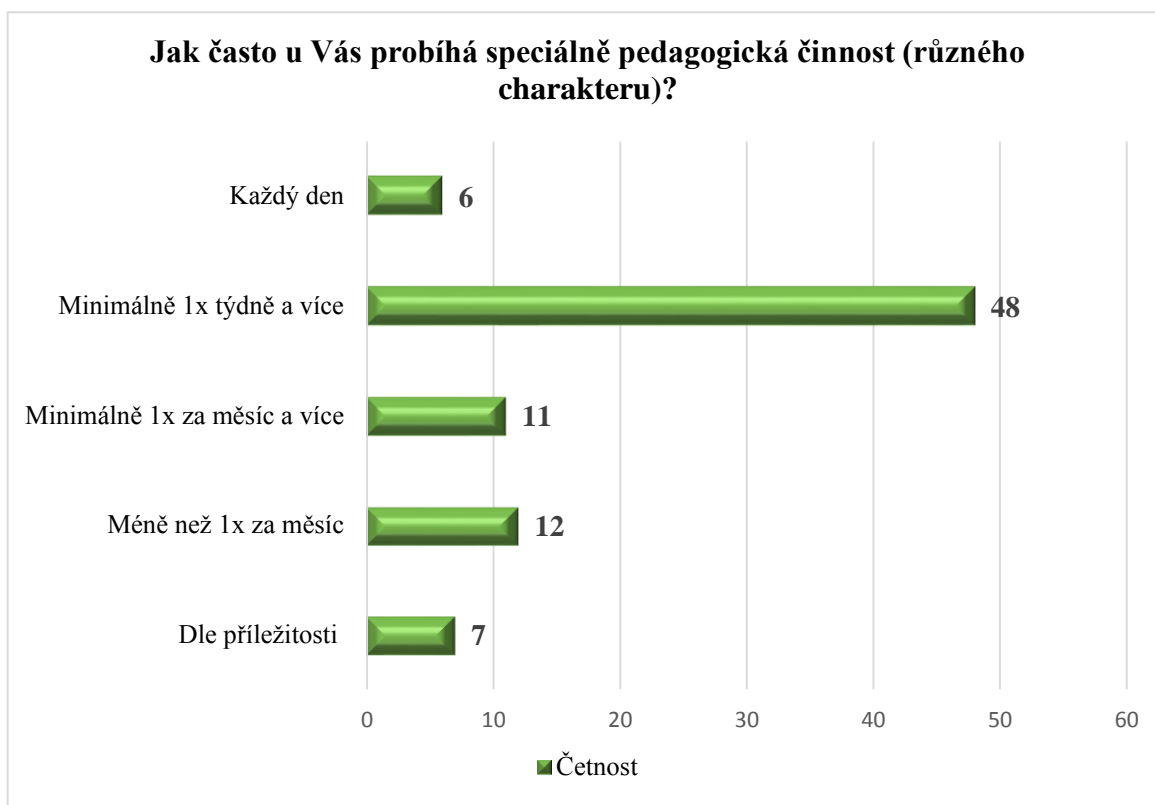
4.4.1 Prezentace dat zjištěných dotazníkovým šetřením



Graf 2: Činnosti speciálně pedagogického charakteru

Výzkumným šetřením byla zjišťována realizace speciálně pedagogických činností ve vybraných organizacích. Tato otázka měla možnost výběru více odpovědí. U každé činnosti měli respondenti v závorce uvedené vysvětlení, co konkrétně je myšleno danou činností (viz příloha A). Výsledky ukazují na to, že v DOZP se nejvíce využívají činnostní a pracovní terapie, tuto odpověď vybralo 69 zařízení (82 %), oproti tomu ergoterapii uvedlo pouze 30 respondentů (35 %). Byl zde předpoklad, že rozdíl mezi těmito terapiemi, které jsou si pojmy velice blízké a podobné, bude jednotlivým zařízením známé pomocí definice obou terapií v dotazníku. Vyšší výsledek byl očekávaný zejména u ergoterapie, jelikož během této činnosti klienti procvičují každodenní dovednosti a činnosti, se kterými se setkávají v běžném životě a jsou pro ně důležité. Jedná se zejména o sebeobsluhu, manipulaci s penězi, procvičování čtení, psaní, počítání apod. Ergoterapii uvedlo o polovinu méně respondentů oproti činnostní a pracovní terapii, otázkou zůstává, zda respondenti tyto dvě terapie nespojují dohromady.

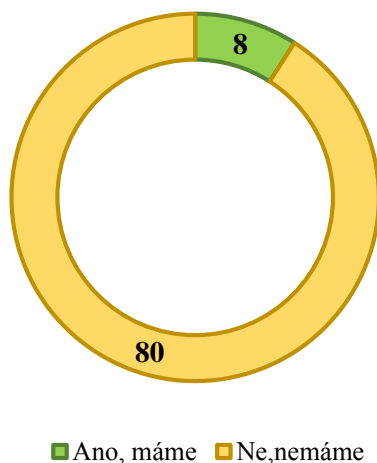
Respondenti jako další častou terapii uváděli bazální stimulaci, která je v praxi realizována nejčastěji masážemi, odpověď vybralo 57 respondentů (68 %). Dále byla uvedena muzikoterapie, uvedeno 51 (61 %) respondenty, která je z vlastních zkušeností ze sociálních služeb velmi dobře přijímána osobami s mentálním postižením. Bylo překvapením, že celých 49 (58 %) zařízení využívá činnosti zaměřené na podporu komunikačních dovedností, s možností využití prvků AAK. V sociálních službách se velmi málo setkávám s touto formou činnosti, která je víc než potřebná a není dostatečně službami zajišťována. 39 (46 %) respondentů vybralo odpověď, že v jejich zařízení využívají zooterapii. Respondenti měli u této odpovědi dále možnost vybrat z různých druhů. Z terapií založených na účasti zvířete většinou převažuje canisterapie ve 24 (29 %) zařízení a felinoterapie v 11 (13 %) zařízení. Pro navození relaxace, uvolnění, zklidnění, ponoření se do celkové relaxace těla uvedlo 39 (46 %) respondentů využití snoezelenu. Nejméně využívané jsou psychomotorické terapie, pouze v 9 (11 %) zařízení, což je velká škoda, jelikož vztah člověka k tělesné výchově a k prožitkům z pohybu je u osob s postižením důležitý. Respondenti měli možnost uvést další terapie v odpovědi *jiné*, kde byla uváděna dramaterapie, arteterapie a taneční terapie. Z výše uvedených výsledků je zřejmé, že v pobytovém zařízení pro osoby se zdravotním postižením, je využíváno mnoho speciálně pedagogických činností formou terapií. Je otázkou, kdo tyto terapie zajišťuje, zda sociální pracovníci či speciální pedagogové.



Graf 3: Četnost speciálně pedagogických činností

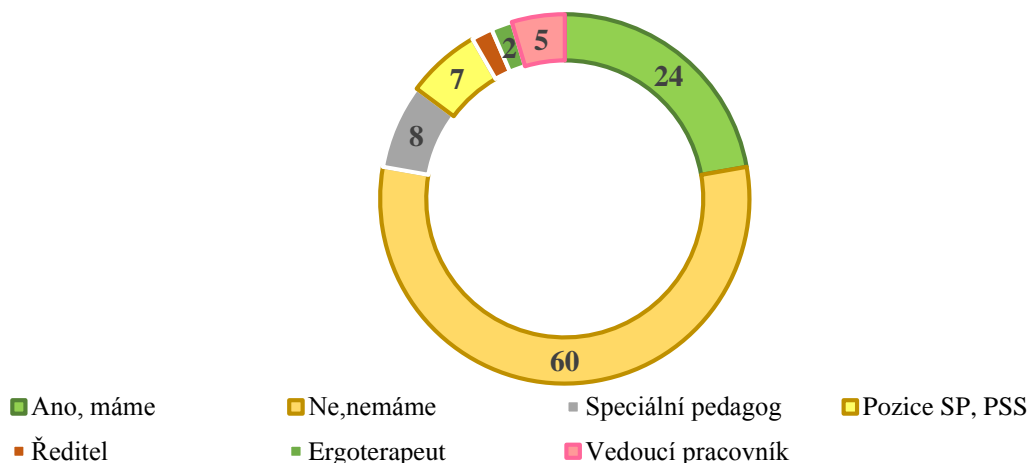
V návaznosti na odpovědi v otázce č. 2, byli respondenti dotazováni, jak často jsou výše uvedené činnosti zajišťovány. Více než polovina dotázaných (48) odkazovala na četnost minimálně 1x týdně a více (58 %). Nebylo překvapením, že pouze v šesti zařízeních probíhá speciálně pedagogická činnost každý den (7 %). Vzhledem k nedostatku a vyčerpání pracovníků (běžné a časté problémy v sociálních službách) není reálné pracovat s klienty každý den, což je bohužel nepříznivá skutečnost. Ve 12 zařízeních jsou speciálně pedagogické činnosti zajišťovány méně než 1x za měsíc (14 %). Téměř stejné procento (13 %) zařízení uvedlo, že u nich jsou činnosti zajišťovány 1x za měsíc a více (11). Relativně nízké procento 8 % respondentů uvedlo, že v jejich zařízení jsou činnosti realizovány pouze příležitostně, odpovědělo tak sedm respondentů. Přesto, že číslo není nijak vysoké, činnosti, ať už se jedná o terapie či jiné aktivity, by měly probíhat pravidelně, aby se klienti učili určitému řádu a chodu v zařízení a mimo jiné, aby se měli na co těšit. V takových případech se stává, že klienti celý den nic nedělají, svůj volný čas tráví sledováním televize a internetu. Nevěnují se žádné činnosti, sportu nebo čemukoliv, co by je bavilo a rozvíjelo jejich dovednosti. Z těchto důvodů často trpí obezitou a špatným zdravotním stavem.

Máte ve Vašem zařízení speciálního pedagoga (který není zaměstnán jako sociální pracovník či pracovník v sociálních službách) a je zaměstnán na své odpovídající pozici (tedy SP)?



Graf 4: Speciálního pedagoga v DOZP zaměstnán na své odpovídající pracovní pozici (SP)

Máte ve Vašem zařízení speciálního pedagoga (který je zaměstnán jako sociální pracovník či pracovník v sociálních službách či jiný pracovník)? V případě odpovědi ANO, prosím uveďte pozici

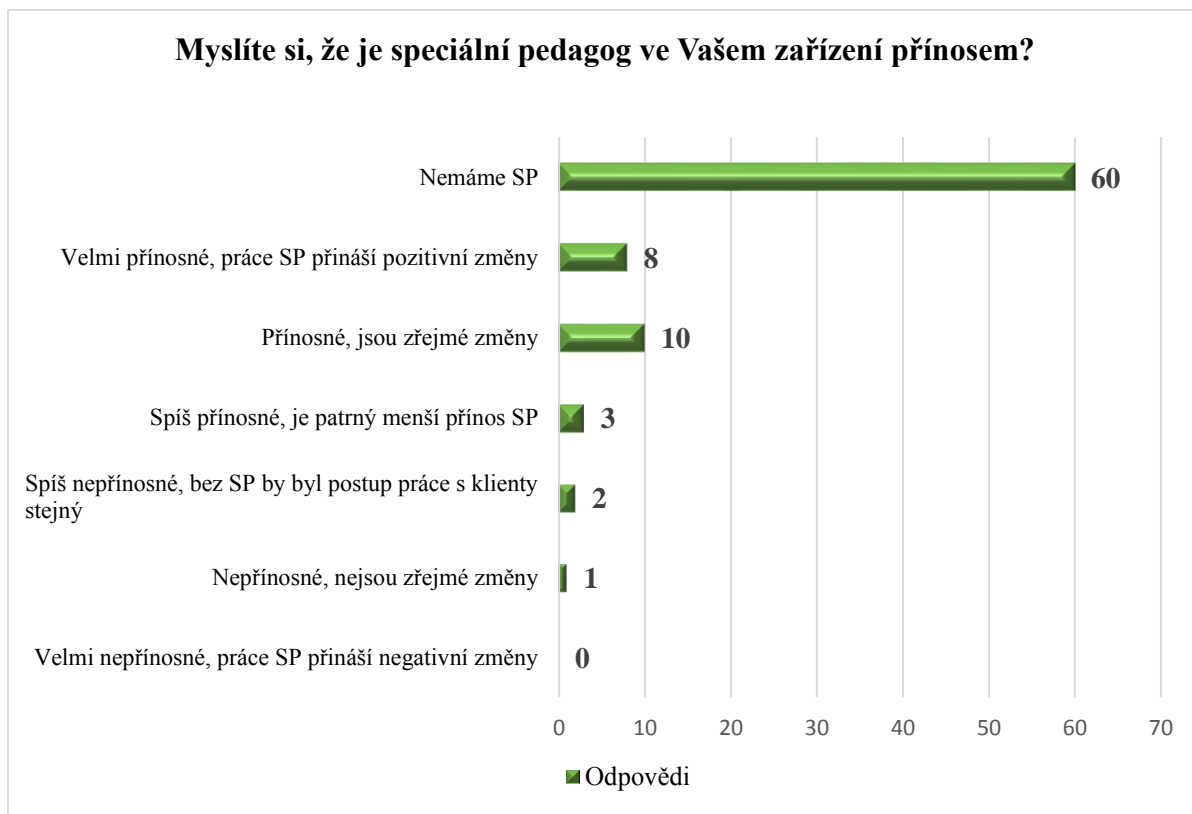


Graf 5: Speciální pedagoga v DOZP zaměstnán jako sociální pracovník či pracovník v sociálních službách či jiný pracovník

Výzkumným šetřením bylo ve 4. otázce sledováno, zda oslovené DOZP mají speciálního pedagoga, který neplní pozici sociálního pracovníka či pracovníka v sociálních službách. Výsledky v grafu č. 3 uvádějí, že 80 respondentů uvedlo, že

v DOZP nemají zaměstnaného speciálního pedagoga, který neplní jinou funkci, což tvoří 95 %. Speciálního pedagoga na této pozici má 8 zařízení, tedy 5 %. Již z těchto výsledků je zřejmé, že většina DOZP pro osoby se zdravotním postižením nezaměstnává speciálního pedagoga a výše uvedené činnosti a aktivity (viz otázka č. 2) jsou zajišťovány jinými pracovníky.

Oproti tomu v otázce č. 5 byli respondenti dotázáni, zda speciálního pedagoga zaměstnávají na jiné pracovní pozici. Z odpovědí není patrné, že by se výsledky zásadně lišily oproti předchozímu grafu. Stále vysoké číslo respondentů (60) uvádí, že speciálního pedagoga nezaměstnávají ani na jiné pracovní pozici (celých 71 %), zbylých 24 (29 %) zařízení uvedlo, že zaměstnávají. Těchto 24 respondentů dále označilo konkrétní pozice speciálního pedagoga. Jako v předchozím případě osm speciálních pedagogů je zaměstnáno na své pozici. Sedm speciálních pedagogů pracuje na pozicích sociálního pracovníka či pracovníka v sociálních službách. Další pozicí, kterou respondenti uvedli, byl vedoucí služby ať už vedoucí přímé péče či vedoucí celého sociálního úseku (5). Nejméně zastoupena byla pracovní pozice ředitele, kterou uvedli dva respondenti a dále dva speciální pedagogové pracují na pozici ergoterapeuta. Ze zjištěných výsledků lze konstatovat, že celkový počet speciálních pedagogů není v sociálních službách nijak vysoký. Proč poskytovatelé nevyhledávají speciálního pedagoga, zodpoví otázky č. 8 a 9.



Graf 6: Přínos speciálního pedagoga v DOZP

Otázka, zda je speciální pedagog přínosem, byla směřována především na DOZP, kde respondenti uvedli, že ve svém zařízení mají zaměstnaného speciálního pedagoga, v tomto případě nebylo důležité na jaké pozici. Respondenti měli možnost výběru z odpovědí:

- Nemáme SP
- Velmi přínosné, práce SP přináší pozitivní změny.
- Přínosné, jsou zřejmé změny.
- Spíše přínosné, je patrný menší přínos SP.
- Spíše nepřínosné, bez SP by byl postup práce s klienty stejný.
- Nepřínosné, nejsou zřejmé změny.
- Velmi nepřínosné, práce SP přináší negativní změny.

Zařízení, kde speciální pedagog nepůsobí, uvedlo 60 respondentů (71 %). Ostatní respondenti nejčastěji zaznamenali, že přítomnost speciálního pedagoga je přínosná (uvedlo deset respondentů, tedy 12 %) či velmi přínosná (uvedlo osm respondentů, tedy 10 %). Z výsledků lze prohlásit, že působením speciálního pedagoga jsou patrné pozitivní změny. Tři respondenti (4 %) označili možnost, že přínos speciálního pedagoga je malý.

Dva dotazovaní (2 %) si myslí, že postup práce s klienty by byl i bez speciálního pedagoga stejný, nevidí žádný přínos. Jeden respondent (1 %) odpověděl, že nezaznamenal žádné změny, nevidí tedy žádný zisk této pozice. Žádný dotázaný respondent neohodnotil speciálního pedagoga jako velmi nepřínosného, který by vnášel negativní změny.

7. S jakou cílovou skupinou by měl dle Vás speciální pedagog pracovat?

V otázce č. 7 mohli respondenti volně odpovědět bez výběru již předem zvolené odpovědi. Z analýzy dat vyplynulo, že polovina respondentů (50 %) si myslí, že speciální pedagog by měl pracovat především s mladšími klienty, dětmi či mladými dospělými, u kterých je možný jakýkoliv posun schopností a dovedností (42):

- *„S klienty, kteří jsou aspoň trochu vzdělavatelni, tj. jejichž mentální a kognitivní schopnosti dosahují alespoň takové úrovně, aby práce pedagoga měla smysl.“*
- *„S dětmi a mladými dospělými. V rámci přípravy na výuku, vzdělávání a přípravy na samostatný život.“*
- *„V našem zařízení zejména s dětmi s poruchami autistického spektra, ale i s dětmi s mentálním postižením, měl by se věnovat logopedii a dalším technikám (např. orofaciální stimulace), které v našem zařízení probíhají.“*
- *„Měl by pracovat s mladými lidmi, u kterých je možný posun v učení či udržení dosavadních schopností (čtení, psaní, počítání), procvičování jemné či hrubé motoriky.“*
- *„Asi bych jej směřovala spíše do práce s dětmi a mladistvými. Viděla bych jeho uplatnění např. v nízkoprahových zařízeních, ale i v DOZP, kde žijí děti a dospívající.“*

Z odpovědí je zřejmé, že speciální pedagog se uplatní dle dotázaných především u dětí. Zajímavá byla odpověď, že uplatnění shledávají pouze tam, kde jsou klienti alespoň trochu vzdělavatelni, což je termín, který se již nepoužívá a zároveň respondent uvedl, že by taková práce měla mít smysl. Z takové odpovědi by se dalo soudit, že s klienty, kde již není jasný posun, nemá význam pracovat. Vzhledem k tomu, že respondenty dotazníkového šetření byli ředitelé či vedoucí pracovníci byla odpověď zarážející. Jiný respondent uvedl, že by se uplatnil především v logopedii, což je mylná představa, že speciální pedagog je automaticky kvalifikovaný odborník na logopedii. Mimo jiné se našel respondent, který odkazoval speciálního pedagoga na sociální služby jiného druhu a to konkrétně nízkoprahová zařízení, kde jsou nejčastěji klienti do 26 let.

Druhou častou odpovědí (28 %) bylo uváděno, že speciální pedagog by měl pracovat s osobami se zdravotním postižením, konkrétně bylo odkazováno na jedince s mentálním postižením a na osoby s poruchami autistického spektra (24):

- „Osoby se zdravotním postižením (mentální postižení).“
- „Osoby s mentálním postižením, osoby se sluchovým, zrakovým, řečovým postižením, osoby s výchovnými problémy.“
- „S lidmi s mentálním postižením.“
- „S lidmi s mentálním postižením, s autisty, s lidmi, kteří mají speciální vzdělávací potřeby.“
- „S dospělými klienty s mentálním postižením.“
- „Děti, mládež, mladí dospělí s mentálním postižením, lidé s těžkým mentálním postižením (po celý jeho život).“
- „Osoby se zdravotním postižením ve školství.“

V praxi se často setkávám s představou společnosti, že speciální pedagog je vystudovaný pracovník pro osoby s mentálním postižením. Stejně tak, jako pracovníci zaměstnaní v sociálních službách, společnost zapomíná na důležité, a to, aby například osoby s tělesným či zrakovým postižením měly možnost využívat znalostí speciálních pedagogů. Méně často respondenti odpovídali (17 %), že speciální pedagog může pracovat s kteroukoliv skupinou osob, dle cílové skupiny daného zařízení nebo dle svého vlastního uvážení (14):

- „Nevymezila bych práci speciálního pedagoga dle cílové skupiny.“
- „Speciální pedagog se uplatní v práci napříč postižením v zařízení.“
- „Nevidím rozdíl, s jakoukoliv, dle zájmu klienta popřípadě skupiny klientů.“
- „S každou cílovou skupinou.“
- „Záleží podle zaměření speciálního pedagoga a v jakém zařízení pracuje.“
- „Podle mě je speciální pedagog velmi přínosný, ať se jedná o jakoukoli cílovou skupinu, lepší přístup ke klientům, je to odborník, který si dokáže poradit v situacích, v nichž nevystudovaný člověk v oboru speciální pedagog nemá možnost využít.“

Zbylí tři respondenti poukazovali na práci speciálního pedagoga s dětmi s poruchami chování, dále s osobami s poruchou komunikace (4 %), jeden respondent uvedl, že neví (1 %).

Pokud shrnu veškeré odpovědi, vyplývá z nich představa, že speciální pedagog je vhodný především k dětem a mladistvým, u kterých je potřeba stále zvyšovat či alespoň udržovat dosavadní schopnosti a dovednosti. Je zřejmé, že zaměstnanci v sociálních službách mají spojenou osobu speciálního pedagoga s pedagogickým pracovníkem, pomáhajícím osobám, které jsou stále ve vzdělávacím procesu. Druhým faktem zůstává, že speciální pedagog se dle četnosti odpovědí dobře uplatní u osob s mentálním postižením a osob s poruchami autistického spektra, zapomíná se tak na další cílové skupiny speciální pedagogiky.

8. Které překážky dle Vás brání v ustanovení pracovní pozice speciální pedagoga v sociálních službách?

Druhý typ otevřené otázky, kde respondenti měli možnost odpovědět, dle svého uvážení bylo, jaké překážky vidí v ustanovení pracovní pozice speciálního pedagoga v sociálních službách. Respondenti se nejvíce shodli na odpovědi, že problém s ukotvením pozice speciálního pedagoga pro tento typ služeb jsou především finance, tedy finanční náročnost mít takového pracovníka a nutnost šetření peněz v sociálních službách, odpovědělo tak 51 dotázaných (60 %):

- *„Sociální služba poskytuje pomoc nebo pomáhá udržovat soběstačnost a klade důraz na sociální začleňování lidem v nepříznivé sociální situaci, práci speciálního pedagoga v sociálních službách nepovažují za vhodnou, vzdělávání ano, ale mimo domov.“*
- *„Nepochopení ostatních pracovníků o jeho užitečnosti, možná finanční otázka? Kde na něho vzít finance?“*
- *„Tabulky, mzdové prostředky. Neexistence minimálních personálních standardů dané zákonem.“*
- *„Příliš vysoké finanční ohodnocení pro příspěvkovou organizaci.“*
- *„Špatné zařazení do platových tabulek, je veden jako vychovatel- peníze- drahá pracovní síla, na MR stačí pracovník v sociálních službách.“*
- *„Dotační řízení, které tuto pracovní pozici nefinancuje.“*
- *„Nejspíše finanční ohodnocení a určitě legislativní zakotvení této pozice mezi základní tým v DOZP, což zatím není.“*
- *„Nedostatek finančních prostředků na zřízení pozice spec. ped.“*
- *„Speciální pedagog je pro sociální služby drahý zaměstnanec :- (“*

Z odpovědí jsou zarážející dvě informace. Respondent ze zařízení, kde speciálního pedagoga nemají, argumentuje tím, že speciální pedagog není vhodná pozice do sociálních služeb. Respondent neshledává důležité, aby se klienti vzdělávali přímo v domově, ale pouze mimo něj. Vzhledem k tomu, že DOZP se pro většinu klientů stane opravdovým domovem, nevidím důvod, proč jim odpírat možnost vzdělávání právě v tomto prostředí, samozřejmě uzpůsobenému tak, aby klienti nezůstali odtrženi od majoritní společnosti a upoutáni pouze v pobytovém zařízení. Druhou zarážející informací je fakt, že respondenti shledávají, že situace, kdy s jedinci s mentálním postižením pracují pracovníci v sociálních službách, je dostačující. Vzhledem k tomu, že těmto pracovníkům stačí k výkonu pozice mnohdy pouze základní vzdělání doplněné o kurz pracovníka v sociálních službách, není zřejmé, jak tyto osoby dokážou nastavit správnou speciálně pedagogickou péči a podporu o takového jedince. V odpovědích byla uvedena velmi obsáhlá zpověď ředitelky z osloveného DOZP, která poukázala na další problém a to je přesvědčit pracovníky o postupech, které speciální pedagog navrhuje. Mnohdy je vnímán jako nadbytečný prvek v sociálních službách, jelikož pracovníci mají pocit, že by tyto činnosti zvládli vymyslet a realizovat sami. *„V našem zařízení 1 "okénko" pro speciálního pedagoga máme - kvalifikací požadujeme speciálního pedagoga, i když je pravda, že zařazením mluvíme o vychovateli. Bohužel se nám dlouhodobě nedaří tuto pozici obsadit - speciální pedagogové jdou raději do školství (přijde jim to lepší). Původně jsme chtěli 8 speciálních pedagogů - v době kdy jsme zřídili oddělení pro děti s poruchami autistického spektra (dokonce bychom na ně získali i peníze) jsme chtěli mít SP přímo ve službách. Nesehnali jsme ale lidi, tak jsme pozice obsadili klasicky pracovníky v sociálních službách. Sama mám speciálně pedagogickou kvalifikaci, pracovala jsem 13 let na pozici sociální pracovníce a speciálně pedagogické metody se snažila do praxe přenášet. Je však leckdy velmi obtížné přesvědčit pracovníky o některých postupech. Nyní jsem na pozici ředitelky. Třetím rokem máme speciálním pedagogem obsazenou pozici vedoucí Domova, která by měla pracovníky v přímé péči rovněž metodicky řídit.“*

Druhou častou odpověď respondenti uváděli, že speciální pedagog nepatří do sociálních služeb, ale především do školství, uvedlo 31 % dotázaných (25). Tyto odpovědi potvrzují již zmíněné názory, že speciální pedagog patří především k dětem a mladistvým:

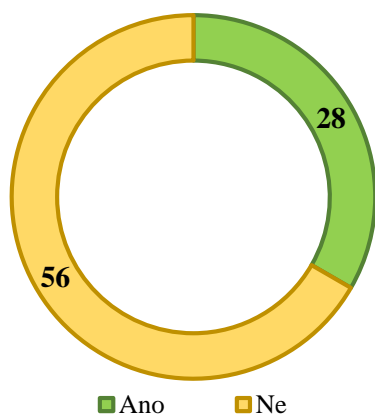
- „Nevím, jak kde, v kterých sociálních službách. V našem zařízení si nejsem jista, zda by práce speciálního pedagoga měla, vzhledem k postižení klientů, nějaký efekt.“
- „Domnívám se, že pozice speciálního pedagoga je spojována spíše s dětmi, se školstvím nebo s prací v pedagogicko-psychologické poradně, nikoli v domově pro osoby se zdravotním postižením.“
- „Pozice a působení SP v sociálních službách není povinná ze zákona jako třeba sociální pracovník.“
- „Věkové seskupení klientů nevyžaduje speciálního pedagoga.“
- „Dle mého názoru je to pozice vhodná spíše do školství než do ss.“

Zbylé odpovědi (9 %) byly různého druhu, ať už bylo uváděno, že ukotvení této pozice není problém či pozice není potřeba. Někteří respondenti nevěděli, v čem daný problém spočívá (8):

- „Nebrání tomu nic.“
- „V naší službě není třeba.“
- „Nedokážu posoudit.“

Shrnu-li výsledky, je patrné, že speciální pedagog je především tzv. „drahý zaměstnanec“ pro sociální služby. Není možné, aby byl dostatečně finančně ohodnocen dle zákona a platových tabulek. Z toho důvodu jsou speciální pedagogové často zaměstnáváni na pozici sociálních pracovníků či vedoucích služeb, jak vyplynulo z výsledků grafu č. 3. Speciální pedagog nemusí mít z tohoto důvodu motivaci v sociálních službách pracovat, pokud není dostatečně finančně ohodnocen a respektován. Je tedy předpokladem, že mnohem raději bude zaměstnán ve školství, kde jeho práce bude respektována a podporována. Přesto, že je tato pozice vnímána jako drahá záležitost, je zřejmé, že respondenti speciálně pedagogickou činnost vidí jako přínosnou a důležitou (viz otázka č. 10).

Plánujete v budoucnu zaměstnat speciálního pedagoga, který by zajišťoval speciálně pedagogickou činnost? Pokud odpovíte NE, uveďte prosím, proč?



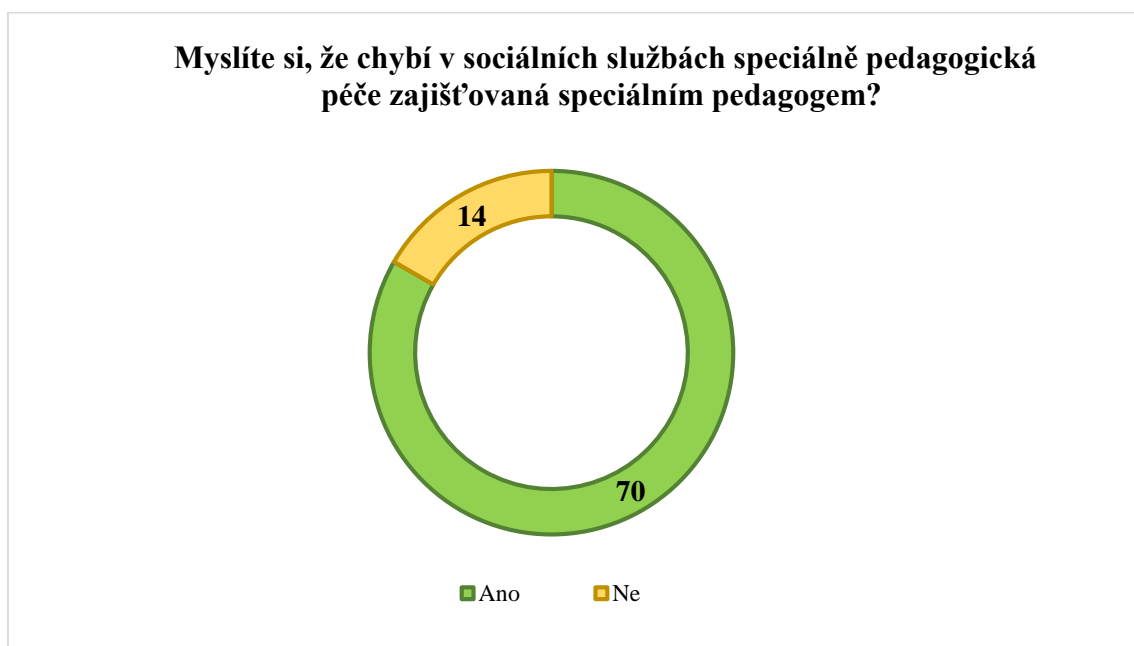
Graf 9: Budoucnost speciálního pedagoga v zařízení DOZP

Graf č. 9 znázorňuje výsledky odpovědí na otázku, která analyzovala, zda oslovené DOZP mají v budoucnu plán zaměstnat speciálního pedagoga. Respondenti měli dále možnost uvést v případě negativní odpovědi, důvod, proč tuto možnost neplánují. Celých 33 % respondentů (28 odpovědí) uvedlo, že by rádi v budoucnu speciálního pedagoga zaměstnali. Zbylých 67 % (56 odpovědí) uvedlo, že tuto možnost nové pozice v plánu nemají. Tito respondenti dále definovali důvody, proč tomu tak je. V tomto směru se respondenti rozdělili téměř na dvě poloviny. Na jedné straně byla nejčastější odpověď, podobně jako v předchozí otázce č. 8, že jim brání finanční důvody (28). Druhá častá odpověď se týkala především představy, že vysoký věk klientů v DOZP a tím pádem menší možnost rozvoje schopností a dovedností není již pro speciálního pedagoga důležitý bod zájmu (23). Některé odpovědi v tomto směru byly zajímavé až překvapující:

- „K čemu? Dospělí se nevychoávají.“
- „V rámci získávání, prohlubování a udržení si vědomostí, dovedností a návyků i v dospělém věku není potřeba.“
- „S ohledem na cílovou skupinu - průměrný věk našich uživatel je 55 let.“
- „Dle mého názoru není potřeba u seniorů a zdr. postižených“
- „Pozice speciálního pedagoga není v našem zařízení potřeba - zajišťujeme péči dospělým lidem.“
- „Protože to bychom mohli zaměstnat dále fyzioterapeuta, lékaře, logopeda, rehabilitačního pracovníka.“

Ze zbylých odpovědí vyplynulo, že prozatím nebylo potřeba nad touto možností uvažovat, jelikož si vystačí se sociálními pracovníky nebo že pravý důvod neznají (5).

V odpovědích byl zajímavý názor, že dospělí se nevychoávají a již není potřeba prohlubovat jejich vědomosti a dovednosti. S odpovědí částečně lze souhlasit ve smyslu, že není vhodné užívat spojení výchova dospělého člověka, nicméně stále by mu měla být poskytnuta potřebná pomoc a podpora. Je očividné, že tento názor není správný, jelikož i dospělé osoby s jakýmkoliv postižením a znevýhodněním či jakkoliv staré osoby mají možnost stále prohlubovat, zdokonalovat či při nejmenším udržovat své dovednosti a schopnosti na stávající úrovni. I touto otázkou se potvrdily názory respondentů, podobně jako v otázce č. 7, že zaměstnanci v sociálních službách mají většinový názor, že speciální pedagog patří pouze k dětem a mladistvým, kde mohou být plně využity jeho dovednosti při výchově.



Graf 10: Nedostatek speciálně pedagogická péče v sociálních službách zajišťované speciálním pedagogem

Výsledky, které byly shrnuty v otázce č. 10, si odporují s výsledky předchozí otázky č. 9. Přesto, že velká část respondentů 67 % (56 odpovědí) uvedla, že speciálního pedagoga zaměstnat nepotřebují, zde převažují odpovědi, že právě speciálně pedagogická péče zajišťovaná speciálním pedagogem v sociálních službách chybí, uvedlo tak 83 % (70 odpovědí). Pouze 14 respondentů (17 %) neshledává speciální pedagogickou činnost v sociálních službách za důležitou. Tento výsledek si odporuje s tím, co vybraná zařízení

považují za důležité a co naopak plánují do budoucna změnit. Finanční náročnost a z toho důvodu nemožnost financování této pozice sice mnohdy neovlivní vedoucí ani ředitele DOZP, kteří v našem případě odpovídali na otázky, ale prozatím není zřejmé, zda tento problém vidí jako stěžejní a zda vůbec mají zájem problematiku v budoucnu řešit.

11. otázka: Při jaké příležitosti a jak často přicházejí pracovníci do pracovního styku se speciálním pedagogem?

Otázka č. 11 byla směřována na všechny respondenty, ať už v dotazníkovém šetření uvedli, že ve svém zařízení mají či nemají speciálního pedagoga. Tímto dotazem bylo předpokládáno, že i přes to, že v DOZP nepracuje speciální pedagog na hlavní pracovní poměr, je možné, že dochází buď externě do zařízení, nebo klienti společně s pracovníky sami za ním docházejí do jiné instituce (např. do školy). Téměř většina respondentů (71 %) uvedla, že se speciálním pedagogem pracovníci nepřicházejí do styku vůbec či velmi zřídka, kde nebyla uvedena frekvence (60). Výsledek je zřejmý z předchozích dotazů, kde bylo odpovězeno, že speciální pedagog v DOZP není zaměstnán:

- „U nás v DOZP do styku nepřichází.“
- „V našem zařízení nepřicházejí vůbec do styku se speciálním pedagogem.“
- „V našem domově pracovníci téměř vůbec nepřicházejí do kontaktu se speciálním pedagogem.“
- „Nepřichází do pracovního styku s SP.“

V zařízeních, kde se pracovníci setkávají se speciálním pedagogem, uvedlo 16 %, respondenti nejčastěji odkazovali na příležitosti při docházení do škol a při školních činnostech během roku (14). Předpokladem zde bylo, že se jednalo především o zařízení, ve kterých jsou děti či mladiství se zdravotním postižením. Četnost setkávání zde byla uvedena různá. Ať už se jednalo o pravidelná setkávání během celého týdne či různou frekvenci dle jednotlivých služeb pracovníků, z výsledků vyplynulo, že v průměru nejméně jednou týdně se se speciálním pedagogem setkají. Nicméně při tomto typu odpovědi bylo vícekrát uvedeno, že se jedná pouze o setkání při předání a následném vyzvednutí klienta ze školy, nikoliv o interakci a spolupráci mezi pracovníky sociálních služeb a speciálním pedagogem.

Pouze čtyři respondenti uvedli (5 %), že se se speciálním pedagogem stýkají téměř denně a vyměňují si informace a poznatky o klientech, které se týkají především změn chování, nálad a školních výsledků:

- *„Denně v průběhu školního roku při zprostředkování a pomoci ve školní docházce.“*
- *„Pečující o děti prakticky denně. Mělo by docházet k výměně informací, které se pozitivně projeví na jeho vývoji.“*
- *„V každodenním kontaktu se školou, při spec. ped. vyšetřeních.“*

Zbýlých šest odpovědí nebylo nejspíš pochopeno správně, jelikož respondenti uvedli, že například opatrovníci mají speciálně pedagogické vzdělání, dále byl uveden metodik, který řeší speciálně pedagogické činnosti či odpověď zůstala nevyplněná (7 %).

Ze shrnutí výsledků vyplývá, že se pracovníci DOZP buď vůbec se speciálním pedagogem nesetkávají, nebo se setkají pouze při doprovodech do školy. Není zde zřejmá větší interakce a tím pádem větší působení mezi pracovníky, což potvrzuje otázka č. 12, viz níže.

12. otázka: Změnil/a jste někdy při práci s klienty v sociálních službách svá rozhodnutí na základě intervence speciálního pedagoga? Uveďte prosím, jak?

Otázka č. 12 byla propojena s předchozí otázkou. Cílem zde bylo zjistit, zda působení speciálního pedagoga v sociálních službách nějakým způsobem výrazně ovlivnilo rozhodnutí, a díky tomu styl práce pracovníků v sociálních službách. Nicméně díky výsledkům z odpovědí v předchozí otázce č. 11 jsou následující odpovědi očekávané. Téměř většina respondentů odpověděla, že svá rozhodnutí při styku či při intervenci se speciálním pedagogem nezměnila, jelikož se většina s pedagogem ani nesetkala. Dohromady takto odpovědělo 75 respondentů (89 %). Zbýlí respondenti (9) popsali různé situace, při kterých změnili rozhodnutí či styl práce (11 %). Svá rozhodnutí změnili především v jednání a při postupu práce s klientem. Dále změnili způsob výběru vhodného studia, práci s rizikem či způsob komunikace (pomocí využití AAK systémů):

- *„Dá se říci, že v oblasti komunikace - nastavování AAK. Zde se změnily názory mnoha pracovníků (od "to nejde" po "vidíme mnoho dalších možností").“*
- *„Ano. Návrhy a poznatky speciálních pedagogů se využívají ke zlepšení kvality péče o klienty.“*
- *„Přístup v komunikaci s uživatelem.“*

- „Ano, např. při jednání s klienty, kdy mi SP vysvětlil, jak mám s klientem pracovat, proč klient negativně reaguje.“
- Na základě doporučení SP, nastaven nový plán vzdělávání klienta.“

13. otázka: Na jakých dalších pracovních pozicích v sociálních službách by bylo speciálně pedagogické vzdělání vhodné?

Poslední otázka byla zacílena na názory jednotlivých dotazovaných DOZP na to, jakou mají představu o pozici, ve které by bylo vzdělání speciálního pedagoga vhodné. Nejvíce respondentů (27) se shodlo, že v tomto směru neví, kde by se tento typ vzdělání v sociálních službách uplatnil, jelikož veškerá práce spadá do kompetencí sociálních pracovníků či pracovníků v sociálních službách (33 %):

- „Nevím, nemám zkušenosti.“
- „Nedokážu posoudit.“
- „Nevím, řada zaměstnanců v pozici pracovníka v sociálních službách má např. vysokoškolské vzdělání v tomto oboru, jestli je jim přínosem, těžko posoudit.“

Téměř podobný počet respondentů, konkrétně 24, uvedl, že speciální pedagog by měl pracovat jako sociální pracovník či vedoucí sociální pracovník, kde by využil své znalosti speciální pedagogiky (28 %). 14 respondentů se shodlo na odpovědi, že speciální pedagog by měl být zaměstnán tam, kde jsou vedeny různé terapie a aktivizační činnosti, tedy jako terapeut či aktivizační pracovník, uvedlo 17 % dotázaných:

- „Do pracovní pozice aktivizačního pracovníka, v sociálně terapeutických dílnách.“
- „Aktivizační pracovník, metodik IP.“
- „Myslím, že při různých terapiích, volnočasových aktivitách.“
- „Aktivizační pracovník nebo PSS - základní výchovná činnost: - vyplňování volného času uživatelů.“
- „Na pozicích aktivizačních pracovníků, pracovníků v sociálních službách hlavně ve službách Sociální rehabilitace a Sociálně terapeutických dílnách.“

Dále se objevovaly odpovědi, kde respondenti uváděli pracovní pozice jako ředitel nebo metodik, odpovědělo 12 respondentů (13 %). V sedmi (9 %) odpovědích nebyla uvedena konkrétní pozice, nicméně se stejně jako v předešlých odezvách objevil názor, že speciální pedagog by měl pracovat ve školství případně s dětmi či mladšími 18 let:

- „Speciální pedagog patří do školství.“
- „U sociálních služeb, jejich cílových skupin dětí a mládeže do 18 let.“
- „Ve speciálních školách, domovy dětí, mladší postižení.“
- „Myslím, že stačí jeden člověk v zařízení se vzděláním speciálního pedagoga. Který bude umět komunikovat se školským zařízením. Respektive ho bude škola tzv. brát a vnímat.“

V této odpovědi byla zajímavá odezva, kdy respondent uvedl, že se v DOZP uplatňuje kdokoliv se speciálně pedagogickým vzděláním, který především dokáže komunikovat se školským zařízením a pedagogičtí pracovníci jej tzv. „berou“, tedy respektují. Myslím si, že ke komunikaci se školským zařízením není nutné, aby měl člověk podobné vzdělání jen proto, že by si lépe rozuměl se skupinou pedagogů. Pedagogové by jistě respektovali i sociální pracovníky či pracovníky v sociálních službách.

4.4.2 Realizace speciálně pedagogické péče u vybraných klientů

K popisu realizace speciálně pedagogické péče bylo vybráno pobytové zařízení, ve kterém je zaměstnán speciální pedagog na hlavní pracovní poměr. Ředitel společně se zaměstnanci si přáli ponechat anonymitu svého zařízení, zaměstnanců a především klientů z důvodu ochrany osobních údajů. Z toho důvodu byla osobám přidělena smyšlená jména a osoby zaznamenány na fotografiích, které dokládají některé vybrané speciálně pedagogické činnosti (viz příloha C), byly cenzurovány. Z vybraného zařízení byl popis speciálně pedagogické péče zaměřen na tři klienty, kteří byli vybráni na základě doporučení speciálního pedagoga. Vybraní klienti navštěvují zařízení již několik let. Pedagogická péče zde probíhá pravidelně, je tedy možné zaznamenat zlepšení dovedností a schopností. U každého klienta je uveden stručný popis jeho dosavadní situace a zdravotního stavu, který byl získán z interních dokumentů aktualizovaných k prosinci 2017. Tento popis nedokládá podrobnosti o životě daného klienta, zaměstnanci a rodinní příslušníci si nepřáli uvádět veškeré informace spojené s rodinnou či osobní anamnézou. V diplomové práci nebylo účelem sestavit kompletní kazuistiku se všemi náležitostmi, nýbrž popsat speciálně pedagogickou péči, která v zařízení probíhá.

A/ Karel (35 let)

Karel se narodil se středně těžkou mentální retardací. Příčina postižení nebyla uvedena, nicméně v dokumentech u matky byl záznam o alkoholismu během těhotenství a možném fetálním alkoholovém syndromu. Matce byl odebrán hned po porodu a již od

útlého dětství vyrůstal v kojeneckém ústavu a později v několika dětských domovech, matka se o syna za celou dobu nezajímala. Karel již v dětském věku začal trpět psychickými problémy, které následně musely být a nadále jsou tlumeny medikamenty.

Charakteristika klienta:

Karel je veselý muž, který má rád společnost druhých lidí. Rád zpívá (především lidové písně), vyrábí různé předměty nebo hraje společenské pohybové hry. V jeho blízkosti se nesmí objevit pes, jelikož z nich má panický strach. Ve většině situací potřebuje pomoc druhé osoby. Karel neumí číst ani psát, pokud si podepisuje svůj obraz či výrobek, udělá na něm pouhou čáru.

Speciálně pedagogická péče:

Speciálně pedagogická péče byla poskytnuta Karlovi v oblasti hrubé a jemné motoriky, sebeobsluhy, komunikaci a v neposlední řadě v podpoře rozumových schopností.

Hrubá motorika

Speciální pedagog se na počátku svého působení zaměřil na rozvoj hrubé motoriky z důvodu nekoordinovaných pohybů. K rozvoji využil Karlovu oblibu pohybových her. V případě, kdy to počasí dovoluje, chodí klienti cvičit do přírody, lesa a do města, kde se mimo pohybových aktivit učí poznávat různá místa, předměty, učí se, k čemu slouží, nacvičují orientaci. Aktivity ve venkovním prostředí nejsou časté, což je škoda, jelikož není dostatečně využito přírodního prostředí. Během nepříznivého počasí je většina pohybových aktivit směřována do společné tělocvičny, ve které lze využívat různé pomůcky. Pro rozvoj hrubé motoriky jsou u Karla často využívány hry s obručí, které musí chytat, točit s nimi ve vzduchu, skákat do jejich středu a ven, posílat je po zemi apod. Dále je využíváno cvičení na gymnastických balonech. Během dvou let, kdy Karel začal navštěvovat zařízení, se zlepšila hrubá motorika horní části rukou a to především při hrách s míčem. Karel měl za úkol střílet míčem na cíl, trefit se do koše či házet míč druhému klientovi. Speciální pedagog mimo jiné zapojoval do pohybových her rozumová cvičení. Při těchto hrách si klienti mezi sebou hází míč a musí co nejrychleji odpovídat na různé otázky, např. Jaké je roční období? Kolik má měsíc dnů? Kolik má rok měsíců? Karel dokáže jít po schodech ve dvojici i samostatně nahoru i dolů, při chůzi střídá nohy. Zvládne stát s krátkou výdrží na jedné i druhé noze. Jednotlivé poskoky snožmo nejsou dostatečně koordinované. Z toho důvodu speciální pedagog vymýšlí různé překážkové

dráhy, které jsou zaměřené na rychlé střídání pohybů. Složitější gymnastické cviky jako například kotoul, klient nezvládne.

Jemná motorika

Jemná motorika je u Karla výrazněji omezena než hrubá. Motoriku ruky trénuje především nácvikem psaní (kreslení) a prací s drobným materiálem (např. přebírání korálků různé velikosti, práce s přírodními materiály apod.). V rámci zařízení navštěvuje Karel keramickou a výtvarnou dílnu, ve které vyrábí keramické předměty, vždy s pomocí pracovníka. Karlovi je velmi příjemné pracovat s hlínou, se kterou cvičí sílu a procvičuje jednotlivé prsty. Vyrobené předměty je poté možné prodávat na trzích, za které klienti dostávají výdělek. Karel ve výtvarné dílně nejraději pracuje s vlnou, ze které vyrábí různé tvary, zvířata, rostliny apod. Vlna mu je v ruce příjemná. Speciální pedagog nacvičuje s klientem správný úchop tužky. Karel preferuje pravou horní končetinu v oblasti laterality, nicméně zrovna pravou polovinu těla má o něco slabší než levou. Dlouho u psaní nevydrží i přes to, že využívá speciálně upravené pomůcky pro snadnější úchop a manipulaci. Do levé ruky si tužku odmítá dávat. S nechtí opisuje předem připravené tvary, ale baví ho omalovánky. Jelikož má rád barvy, je malování pro něj zajímavější, přesto u kresebných a grafomotorických činností nevydrží příliš dlouho.

Sebeobsluha

Prvky ergoterapie jsou využívány také v sebeobslužných činnostech. S Karlem jsou nacvičovány téměř každý den. Nicméně tyto činnosti závisí na míře nálady a dobrého rozpoložení Karla. Dle pedagoga se stává, že se Karel špatně vyspí a odmítá provádět jakoukoliv hygienu a péči o sebe sama. Je třeba ukazovat, jak oblečení správně obléci, obuv si často nasazuje opačně. Tkaničky si nezavazuje, nejčastěji používá boty, které jsou na zip nebo pantofle. S Karlem jsou nacvičovány základní činnosti již od probuzení až po ulehnutí. O svou hygienu příliš nedbá, musí mít nad sebou neustálý dozor, bez něj by nevykonal žádnou činnost. Speciálním pedagogem je stále slovně doprovázen, jak si čistit zuby, jak se učesat, obléct apod.

Verbální schopnosti

Procvičování komunikačních schopností u Karla neprobíhá pravidelně, spíše příležitostně dle situace. Karel vydává různé zvuky, hlásky a známá krátká slova. Má oslabenou motoriku jazyka. Speciální pedagog se za dobu svého působení již naučil rozumět téměř všemu, co Karel říká nebo co chce. Nezvládne složit dohromady delší větu,

jeho slovník je velmi chudý. Při nácvičku hlásek či opakování jednoduchých vět většinou nespolupracuje, procvičování řeči je u něj nejlepší formou písniček, které má rád. Nicméně díky naučeným slokám, používá automatismy a jiná neznámá slova či hlásky nevyslovuje. Další cvičení, která by se zaměřovala na řeč, nejsou prováděna.

Rozumové schopnosti

Karel zná své jméno, jména pracovníků a klientů. Bydliště ani jména rodičů nezná z důvodu jeho složitého cestování po ústavech. Speciálně pedagogická péče se v rozumové oblasti zaměřuje na schopnost třídění tvarů, barev, předmětů podle vlastností. Speciální pedagog dáva Karlovi jednoduché slovní pokyny, např. aby ze všech obrázků vybral pouze zelené předměty, aby vybral obrázky, na kterých je slunce apod. Dále nacvičují pomocí různých speciálních her rozumovou oblast formou jednoduchých otázek a odpovědí. Karel nezná roční období, dny v týdnu či měsíce. Často dokončuje či opakuje známá slova, která pedagog řekne. U činností nevydrží dlouho, rychle ztrácí pozornost a odmítá většinou pokračovat.

B/ Marie (31 let)

Marii byla diagnostikována středně těžká mentální retardace hned po narození z důvodu předčasného porodu, který byl provázen komplikacemi. Již od narození jsou u Marie patrné autistické rysy, které ale nikdy nebyly zcela diagnostikovány a potvrzeny lékařem. Marie trpí výkyvy nálad a depresivními stavy, které nejsou nijak korigovány léky, jelikož si to rodina nepřeje.

Charakteristika klienta:

Marie je velmi citlivá osobnost. Špatné nálady ostatních, zvýšený hlas či hádky ji okamžitě uvedou do deprese a k pláči. Někdy naopak vyvolají agresivní chování vůči druhým, což se velmi často projevuje silným boucháním dveřmi a křikem. Její zálibou je aktuálně sběr letáků a novin, které si jen tak prohlíží, odmítá se o ně dělit s dalšími klienty. V případě, kdy by jí někdo letáky vzal, vyvolalo by to silné agresivní chování. Marie není společenská, do aktivit se zapojuje velmi zřídka. Klientka nemluví, v případě agrese pouze křičí, mnohdy nesrozumitelná slova.

Speciálně pedagogická péče:

Speciálně pedagogická péče byla poskytnuta Marii v oblasti hrubé a jemné motoriky, sebeobsluhy, komunikaci a v podpoře rozumových schopností.

Hrubá motorika

Hrubá motorika není nijak zvlášť rozvinuta. Marie chodí pomalu, neběhá. Neúčastní se tak společenských her či jiných pohybových aktivit, ve kterých je potřeba určitá míra koordinace a rychlost pohybů. Naopak má ráda relaxační hry s prvky muzikoterapie. Velmi často pedagog využívá relaxační „padák“, který je ručně vyrobený z velkého šátku. Padák slouží k aktivizačním hrám, ve kterých se provádí různé činnosti například podbíhání pod padákem, když je ve vzduchu. Uprostřed padáku je díra, která slouží k zachycování míčků, které jsou uvnitř. Pro Marii je tato forma činnosti především relaxační, kdy padákem pouze klienti mávají rytmicky do pomalé hudby. Využití je mnoho, místo padáku jsou dále používány obyčejné šátky, se kterými se Marie pomalu pohybuje též do hudby či zpěvu. Tyto činnosti jsou u všech klientů velmi oblíbené. Marie se neúčastní procházek ve venkovním prostředí, klienti jsou rychlejší a nestačí jejich tempu, velmi rychle se unaví. Nezvládá žádné pohybové činnosti, které vyžadují sílu a koordinaci. Speciálně pedagogická činnost zde není pestrá, pracovníci zařízení se snaží s Marií alespoň často chodit ve známém prostředí.

Jemná motorika

Marie mnohem raději rozvíjí jemnou motoriku. Speciální pedagog vždy na začátku činnosti využívá speciálních masážních míčků, které mají bodlinky a díky tomu působí na smyslové receptory klientů. Výstupky stimulují svaly, reflexní body a zlepšují krevní oběh. Dále provádí jógu prstů pro uvolnění napětí. Marie dochází do keramické a výtvarné dílny, ve které se podílí na tvorbě různých předmětů a dárků. Ráda pracuje především s hlinou. Další činností pro rozvoj jemné motoriky je využíváno přebírání kamínků, různých velikostí, tvarů a barev. V zařízení existuje několik variant této činnosti. Marie v mé přítomnosti zrovna přebírala modré kamínky, které nejen, že měly jiný povrch, ale zároveň jiný odstín modré, díky tomu byly rozvíjeny i zrakové schopnosti. Při určitých činnostech je potřeba Marii pomáhat, nicméně tato forma trávení času jí vyhovuje a baví. Velmi ráda se podílí na vyrábění předmětů určených k prodeji, proto je vždy přítomna při všech podobných činnostech. Marie nepíše ani nečte. Speciální pedagog se snažil v průběhu jejího pobytu zařazovat činnosti, které podněcují správný úchop tužky, nabídl trojhranné pastelky, které jí více vyhovují. Formou jednoduchých omalovánek podněcoval Marii ke kresbě. Z obsahu interních dokumentů bylo zjištěno, že Marie má horší zrak, z toho důvodu dlouho nevydrží u psaní ani kreslení.

Sebeobsluha

Marie má dobře rozvinuté sebeobslužné činnosti, je schopna se ustrojít a učesat. Vše dělá velmi opatrně a pomalu. Pomoc, případně dohled potřebuje v osobní hygieně, nicméně nevyhovuje jí přítomnost jiné osoby během hygieny. Je jí proto dopomáháno slovně. V rámci speciálně pedagogické činnosti je kladen důraz na zdokonalování a upevňování naučených dovedností.

Verbální dovednosti

Během speciálně pedagogických činností není procvičována řeč. Již při příchodu do zařízení Marie nemluvila s nikým a nějaké známky pokusu o společný dialog se neseťkaly s úspěchem. Speciální pedagog se snažil Marii zapojovat do společných her, ve kterých jsou využívána říkadla, básně či známé písničky. V těchto případech se přidává broukáním nebo nejasnými zvuky či napodobováním slov. O procvičování řeči ale nelze mluvit. Podle pracovníků Marie umí komunikovat v krátkých větách, ale velmi zřídka se o to pokusí. V případě, kdy se pedagog snaží trénovat motoriku mluvidel, setká se velmi často s agresí či nechutí zapojit se. Tento přístup není nijak odůvodněn, nikdo zcela jistě neví, proč odmítá mluvit, ani proč se odvrací od všech, kteří s ní mluvit chtějí.

Rozumové schopnosti

Jelikož Marie odmítá mluvit, není zcela jasné, zda zná svůj věk, jména pracovníků či rodiny. Svě jméno řekla pouze párkrát svému klíčovému pracovníkovi, který s ní tráví více času oproti jiným. Pomocí jednoduchých her se speciální pedagog snažil naučit Marii i ostatní klienty jména, roční období, dny v týdnu, měsíce apod. Marie se ale většinou do her nezapojuje. Nemá problém s pozorností a koncentrací na činnosti, které ji baví a zajímají. U činností, ve kterých vyrábí různé výrobky pro sebe i k prodeji, vydrží mnohem delší čas, než ostatní klienti. Naopak činnosti, které ji nezajímají, většinou odmítá okamžitě, případně vydrží několik málo minut.

C/ Jana (36 let)

Jana se narodila předčasně ve 33. týdnu. Matka měla rizikové, ale udržované těhotenství. Po porodu byla kříšena a následně umístěna do inkubátoru. Kolem 1,5 roku byla Janě diagnostikována DMO s lehkou mentální retardací. Vývoj je opožděn, nicméně Jana nemá vážnější tělesné omezení. Rodiče se jí dostatečně nevěnovali, postupem času se rodina rozpadla a Jana zůstala pouze s matkou a dvěma sourozenci. Matka neměla čas starat se o dítě s postižením, z toho důvodu je Jana sice velmi šikovná, nicméně opožděná v základních věcech, jako je sebeobsluha, řeč a rozumové schopnosti.

Charakteristika klienta:

Jana je velmi pracovitá a šikovná. Je zručná v různých činnostech, ať už se jedná o pohybové aktivity či vyrábění výrobků. Z toho důvodu dochází na tréninkové pracoviště, které je součástí zařízení. Dříve docházela do květinářství, nicméně nyní se učí pracovat v pekárně, kde má většinou za úkol výrobu preclíků a jednoduchých dortů. Jana rozumí všemu, co jí je řečeno, ráda mluví s ostatními, nicméně řeč je nesrozumitelná. Nemá dostatečně rozvinutý aktivní a pasivní slovník, má omezenou artikulaci a pohyblivost jazyka.

Speciálně pedagogická péče:

Speciálně pedagogická péče byla poskytnuta Janě v oblasti hrubé a jemné motoriky, sebeobsluhy, komunikaci a v podpoře rozumových schopností.

Hrubá motorika

Jana chodí i běhá samostatně, v pohybu nemá výraznější problémy. Problém jí však dělají skoky, ať už přes překážky nebo z vyvýšeného místa na zem, nejspíš ze strachu či z nejistoty. Speciální pedagog trénuje s Janou různé jednoduché překážkové dráhy, ve kterých střídá pohyby a učí se volně navazovat např. z běhu jít do kleku, následně do skoku. Většina přechodů není dostatečně koordinovaná a rychlá, nicméně tato forma cvičení je velmi zábavná nejen pro Janu, ale i pro další klienty. Společně s klienty chodí cvičit na gymnastických míčích, na kterých provádějí převážně uvolňovací a relaxační cviky. Jana má ráda všechny společenské hry, proto velmi často hrají míčové hry, ve kterých trénuje koordinaci rukou, hry jsou spojené s rozumovou výchovou. S míčem jsou dále zapojovány aktivity například házení na cíl, které pomáhají zlepšit koordinaci očí a rukou. Jedinec si procvičí schopnost odhadnout vzdálenost cíle i sílu, kterou je třeba míček hodit. Společně s ostatními klienty hrají florbal i fotbal, který je náročný nejen na koordinaci pohybů, ale na pozornost a rychlost. Stejně tak jako u Karla je velmi často využívána obruč, se kterou lze vymyslet různá cvičení ať už klasické točení v pase, točení na ruku, kutálení po zemi, házení apod. Obruč dále slouží k vytvoření další překážkové dráhy, kdy Jana musí skákat pouze doprostřed obruči a nesmí vyskočit mimo ně.

Jemná motorika

Jana je velmi šikovná, což se odráží při činnostech zaměřených na jemnou motoriku. Se speciálním pedagogem vyrábí téměř vše. Chodí do keramické i výtvarné dílny, ve které ji nejvíce baví výroba svíček. Pedagog se u Jany zaměřuje převážně na

ergoterapii a arteterapii. Janě je nutné v některých činnostech, například při navlékání a lepení malých korálků, pomáhat, nicméně většinu práce zvládne sama pouze s dohledem druhé osoby. K uvolňování jemné motoriky používá pedagog různé masážní míčky nebo činky, se kterými provádí jemné pohyby nebo si je sama mačká v dlaních a tím stimuluje reflexní body. Velmi oblíbenou činností, nejen u Jany, je přebírání korálků či různých přírodních materiálů, je to nejspíš proto, že tyto materiály jsou klientům pocitově příjemné v ruce. Oproti jiným klientům Jana ráda pracuje s modelínou, jelikož dokáže vyvinout dostatečnou sílu ke zpracování modelíny, což velká část klientů nedokáže. Pro trénování nejen jemné motoriky, ale také koordinaci rukou a očí jsou využívány stavebnice podobné legu. Učí se je nejen skládat, ale také rozebírat. Speciální pedagog dále procvičuje psaní a čtení. Jana umí počítat do 20, psát číslice i krátká slova. Aktuálně se speciální pedagog snaží naučit Janu jednoduché příklady z matematiky (př. $2 + 3$, $5 + 5$), v budoucnu by rád docílil toho, že bude schopna vyplnit například jednoduchou složenku či formulář. Při psaní používá levou ruku, ovšem někdy si tužku přehodí do pravé. Styl psaní je málo čitelný, ale i přes to je Jana s pomocí druhé osoby schopna doplňovat různá cvičení dle zadání.

Jana je sice šikovná v mnoha činnostech, ale neměla dobrý základ v dětství, chyběla odpovídající péče. Z tohoto důvodu je v mnoha základních věcech velmi opožděná, což se odráží na tom, že se nedaří najít jí odpovídající práci.

Sebeobsluha

Při sebeobslužných činnostech je samostatná. Dokáže se najíst, obléct, svléct, provést hygienu, samostatně použít toaletu. U většiny činností potřebuje pouze dohled případně slovní doprovod druhé osoby, jinak by na určité činnosti, které jí nepřijdou důležité, zapoměla, například vyčistit si zuby. V začátcích, kdy Jana přišla do zařízení, byla hodně nesamostatná. Většinu věcí se naučila až zde, kde na ni pracovníci měli dostatek času, než tomu bylo doposud v domácím prostředí. Speciální pedagog se nyní zaměřuje především na upevňování a zdokonalování naučených dovedností.

Verbální schopnosti

Se zanedbáním souvisí též úroveň komunikačních schopností. Jana má problémy s výslovností některých souhlásek např. R či Ř, záměna S na Š = šištění, nevyslovuje některé hlásky, protože je ve slově neslyší př. Neci – Nechci. Zvládne se vyjádřit celou větou, nicméně řeč není vždy dobře srozumitelná. Ráda komunikuje se všemi, ať už se

známými či s cizími osobami. U Jany se objevuje artikulační neobratnost, řeč je pomalejší, někdy naopak v nadšení mluví rychle, až se řeč stává zcela nesrozumitelná. Na otázky či při popisu obrázků odpovídá nejčastěji jedním slovem, případně jednoduchou větou. Má omezenou motoriku jazyka a horší artikulační obratnost. Speciální pedagog při nácviku využívá rytmičtějších říkadlech, do kterých Jana doplňuje slova či slovní spojení, dále využívá oblíbené písničky. Aktivnější práce s procvičováním řeči zde neprobíhá.

Rozumové schopnosti

Jana zná své jméno, věk, jména pracovníků a klientů. Při cvičeních umí rozlišovat obrázky podle velikosti, barev, umí vybrat obrázek dle zadání, většinu úkolů dokončí. Pracuje s vytrvalostí, u činnostech, které ji baví, vydrží déle, nicméně nechce určitou činnost opakovat dvakrát za den. Dobře pracuje, pokud není rušena a není kolem ní mnoho lidí. V případě, kdy je v okolí hluk, je odvedena její pozornost na vše, co se kolem ní děje. Speciální pedagog ji zapojuje do jednoduchých činností zacílených na rozumovou výchovu, například když staví kostky stavebnice, dává Janě různé otázky, které musí správně zodpovědět, aby si mohla postavit další část stavebnice.

4.5 Zhodnocení naplnění cílů a hypotéz výzkumného šetření, diskuze výsledků výzkumného šetření

Hlavní cíl diplomové práce byl naplňován analýzou dat zjištěných formou dotazníkového šetření. Hlavní cíl diplomové práce **byl naplněn** (viz podkapitola 4.4.1 Prezentace dat zjištěných dotazníkovým šetřením).

V otázkách položených respondentům byla pozornost zaměřena na zjišťování četnosti výskytu a formy realizace speciálně pedagogické péče v domovech pro osoby se zdravotním postižením.

Z dotazníkového šetření vyplynulo, že speciálně pedagogická činnost probíhá především **formou různých terapií**, je tedy možné konstatovat, že se jedná o cílené působení na rozvoj dovedností a schopností jedinců s užitím speciálních metod a postupů. V tomto případě by bylo vhodné zajistit terapie osobou, která má kvalifikaci na zajišťování zmíněných činností. Z výsledků uvedených v grafu č. 2 je patrné, že nejčastěji je využívána činnostní a pracovní terapie, bazální stimulace a muzikoterapie. Pro klienty s jakýmkoliv typem postižení by bylo vhodné zapojovat více prvků ergoterapie a vést je tak k samostatnosti a soběstačnosti, není však jasné, zda respondenti nezaměňovali činnostní a pracovní terapii za ergoterapii přesto, že obě terapie byly v dotazníku

vysvětleny. Nicméně tyto dvě terapie jsou si velice blízké a mnohdy jsou zaměňovány nebo spojovány.

Díky vlastním zkušenostem ze sociálních služeb mohu říci, že ve většině pobytových zařízení, a nejen v nich, jsou využívány především prvky ergoterapie. Klienti se díky této formě činnosti učí samostatnosti a soběstačnosti. Ergoterapie je učí, jak se zapojit do majoritní společnosti. Vzhledem ke stanoveným cílům, nebyl výzkum zaměřen na kvalitu prováděných terapií a skutečný přínos těchto činností klientům, což by dále podtrhlo význam zařazení pozice speciálního pedagoga.

Četnost (frekvence) speciálně pedagogických činností je z velké části prováděna minimálně 1x týdně a více. Bylo předpokladem, že nejméně 1x za týden by bylo vhodné absolvovat s klienty jakoukoliv formu aktivit. I přesto, že se personál snaží naplnit klientům program dne, bylo by vhodné každý den zapojovat klienty do různých činností tak, aby svůj čas trávili plnohodnotně a ne např. sledováním televize.

Často se stává, že klienti nemají vhodně nastavenou náplň dne a svůj čas tráví lenošením a nečinností. Pracovníci jsou povinni plnit individuální plány, které byly nastaveny již při příchodu klienta do zařízení. Běžná praxe ukazuje, že tyto plány jsou mnohdy pouze formální záležitost, aby v zařízení tzv. „něco bylo“ pro případ příchodu inspekce kvality. Studium interních dokumentů, které byly předloženy ve vybraném zařízení je zřejmé, že s klienty speciální pedagog pracuje téměř každý den a zapojuje je do činností, které zvyšují jejich dovednosti a schopnosti. Vzhledem k počtu a složení klientů, ale i časových a prostorových možnostech speciálního pedagoga, jsou tyto činnosti vykonávány bez stanoveného harmonogramu, který by se dodržoval a opakoval. Z důvodu nedostatku pracovníků v sociálních službách, nemohou být činnosti zajišťovány v plném rozsahu, což se odráží na schopnostech a dovednostech klientů.

Vzhledem k odpovědím se ukázalo, že činnosti, které jsou prováděny v oslovených DOZP, jsou zajišťovány především sociálními pracovníky či pracovníky v sociálních službách, jelikož pouze ve 14 zařízeních, která se zúčastnila dotazníkového šetření (z celkového počtu 84), pracuje speciální pedagog. Nicméně ani v případě, kdy poskytovatelé zaměstnávají kvalifikovaného speciálního pedagoga, není vždy veden na pracovní pozici jako speciální pedagog, ale například jako sociální pracovník, pracovník v sociálních službách, vedoucí sociálního úseku či ergoterapeut. *Tato praxe je bohužel výsledkem špatně nastavené legislativy, která zcela nepodporuje přítomnost speciálního pedagoga v sociálních službách. Poskytovatelé mají kvůli tomu pocit, že není nutné*

takového pracovníka zaměstnávat, jelikož potřebné činnosti jsou v kompetencích sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách, nicméně opomíjí se již kvalita zajišťovaných speciálně pedagogických činností.

Mimo výše uvedené pracovní pozice si respondenti myslí (24), že speciální pedagog by se dobře uplatnil jako vedoucí sociálního úseku. Nicméně vedoucí služeb se ne vždy dostanou do přímé práce s klienty, není tedy zřejmé, jaký vliv by měla jejich případná speciálně pedagogická intervence. Tyto činnosti spadají především do náplně práce pracovníků v sociálních službách. Dále respondenti uváděli pozice jako sociální pedagog či aktivizační pracovník, který by zajišťoval terapeutické a aktivizační činnosti. *Zmíněné pozice jsou více či méně zajišťovány též pracovníky v sociálních službách, což usuzují dle praxe. Pracovníci mají mnoho pracovních úkolů a nestíhají zajišťovat další potřebné aktivity a činnosti, které klienti potřebují nebo které byly nasmlouvány při vstupu do sociální služby.*

Shrnu-li výsledky dat zjištěných dotazníkovým šetřením, speciální pedagogové se v sociálních službách vyskytují sporadicky, ať už na své odpovídající pozici, či na pozici jiné. Tzn., že zastoupení jedinců se speciálně pedagogickým vzděláním se více uplatňuje v jiných sférách, například již zmíněných školách a školských zařízeních. Dle respondentů je speciální pedagog, který je u nich zaměstnán, přínosem pro jejich zařízení. Pracovníci v DOZP, kteří speciálního pedagoga nemají, se z velké části ani nechystají tuto situaci měnit. Hlavní důvod, který brání ukotvení pozice speciálního pedagoga pro tento typ služeb, jsou především finance a nutnost šetření peněz v sociálních službách. Jelikož speciální pedagog spadá do jiných platových tabulek (měl by být veden jako pedagogický pracovník) oproti sociálním pracovníkům, je tento stav pro poskytovatele zatěžující a finančně nevýhodný. *Zde narážíme na nedostatečnou podporu ze strany státního systému v podobě neuspokojivých legislativních opatření. Poskytovatelé si mnohdy nemohou dovolit platit pedagogického pracovníka na hlavní pracovní poměr. Kvůli tomu nastává situace, že speciální pedagog je veden v pracovní smlouvě jako sociální pracovník, a i přesto vykonává speciálně pedagogické činnosti, s čímž jsem se sama setkala v praxi.* Oproti tomu druhý častý názor plyne z představy, že speciální pedagog patří především do školství, kde by měl pracovat se skupinou dětí či mladistvých, a mohl tak dále rozvíjet jejich schopnosti a dovednosti. Respondenti neshledali důvod, proč by se měl speciální pedagog účastnit na péči a podpoře o dospělé a starší klienty. Nicméně tento názor převládá ve většinové společnosti.

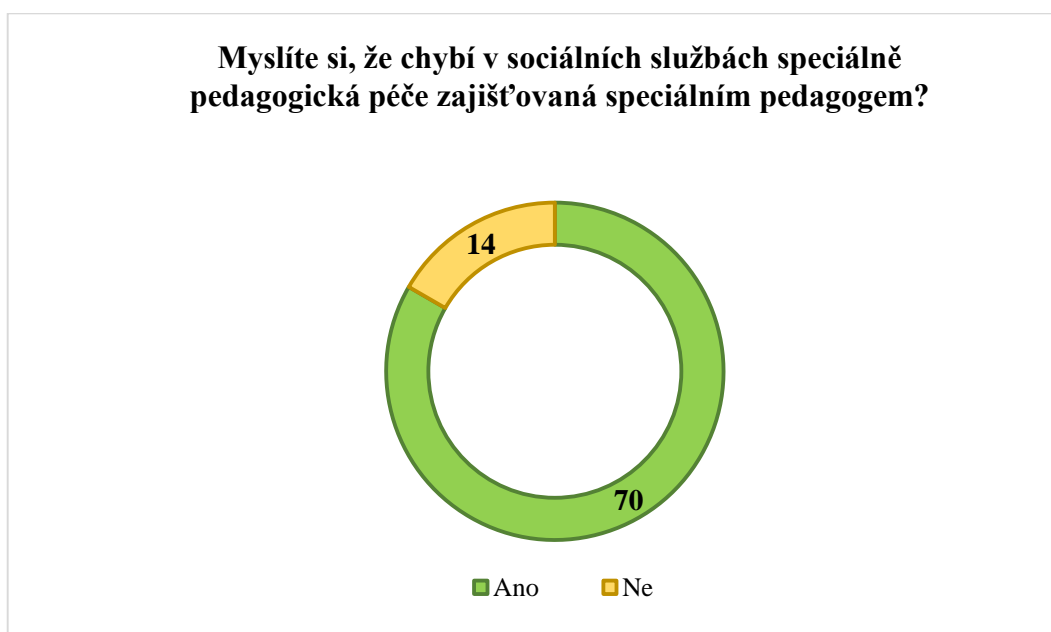
Speciální pedagog se po ukončení studia automaticky zaměřuje na oblast školství, kde pro něj plynou mimo jiné lepší finanční podmínky, respektování jeho práce, zajištění zázemí apod. V případě, kdy se rozhodne pro sociální sféru, je mu mnohdy nabídnuta pouze pozice sociálního pracovníka, pro kterou má odpovídající vzdělání. Jelikož je v současné době velký nedostatek těchto pracovníků, poskytovatelům mnohdy nezbyvá jiná možnost, neboť zákon o sociálních službách ukládá poskytovatelům povinnost mít v sociální službě sociálního pracovníka. Speciální pedagog je pouze volba poskytovatele takového pracovníka zaměstnat.

Díky této skutečnosti se pracovníci setkávají se speciálním pedagogem především v prostorách škol, kam docházejí v doprovodu klienta. Četnost setkávání není vysoká, v těchto případech se jedná pouze o předání a vyzvednutí klienta. Interakce mezi sociální a speciálně pedagogickou sférou je v tomto směru minimální. Výsledky nám ukazují, že speciálně pedagogická činnost není dostatečně dobře zastoupena, a i přesto, že si respondenti myslí, že je velmi potřebná, neuvažují nad změnou organizační struktury a ukotvením pozice speciálního pedagoga.

V závěru shrnutí hlavního cíle se vracím k hypotézám, které byly stanoveny, a bude rozhodnuto, zda byly podpořeny či nepodpořeny. Jedná se o hypotézy:

Hypotéza č. 1: Více než polovina (< 50 %) oslovených respondentů je přesvědčena, že speciálně pedagogická péče je činností, která je v sociálních službách potřebná.

K hypotéze č. 1 se vztahuje graf č. 10.



Graf 10: Nedostatek speciálně pedagogická péče v sociálních službách zajišťované speciálním pedagogem

Graf znázorňuje odpovědi respondentů, kteří si myslí, že speciálně pedagogická péče zajišťovaná kvalifikovaným pracovníkem, tedy speciálním pedagogem, v sociálních službách chybí a mohou tedy konstatovat, že je potřebná. Speciálně pedagogická péče chybí 83 % respondentům (70 odpovědí). Zbylých 17 % respondentů (14 odpovědí) nepovažuje tento typ péče za důležitý a v sociálních službách jim nechybí. Z výsledků je zřejmé, že **hypotéza č. 1 byla podpořena**, více než polovina (< 50 %) oslovených respondentů je přesvědčena, že speciální pedagogická péče je činnost, která je v sociálních službách potřebná

Hypotéza č. 2: Velká část oslovených zařízení (tj. více než < 75 %) nedisponuje v pracovním týmu speciálním pedagogem, který by vykonával speciálně pedagogickou činnost.

K hypotéze č. 2, byly využity odpovědi z otázky č. 4.

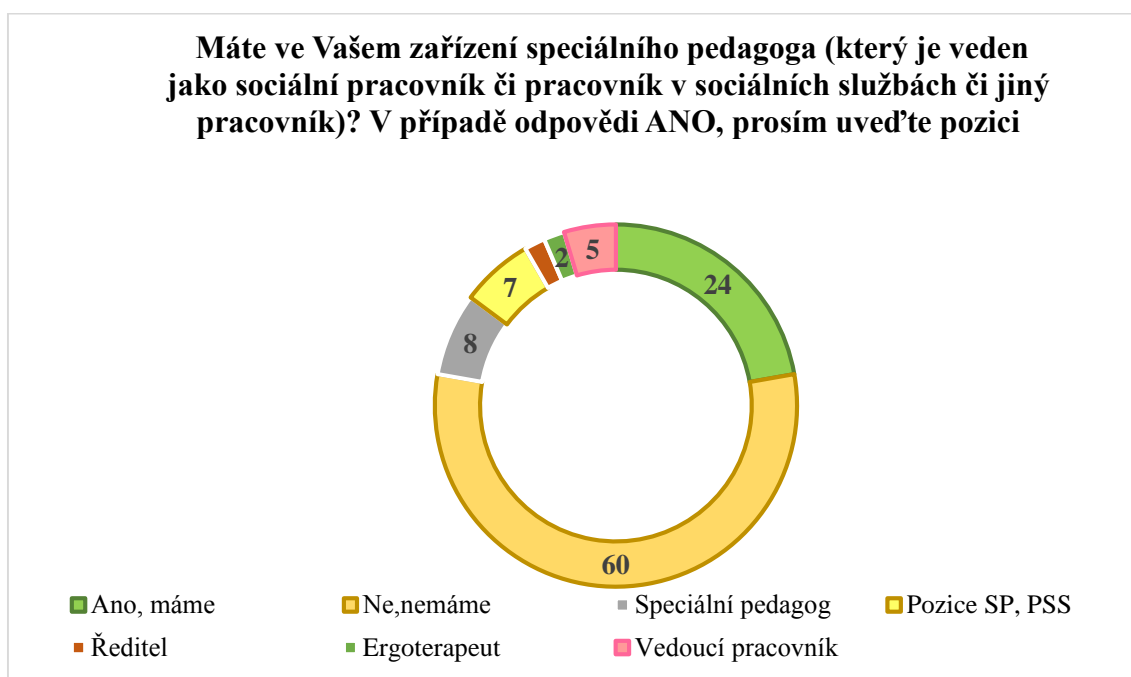


Graf 4: Speciální pedagog v DOZP zaměstnán na své odpovídající pracovní pozici (SP)

Pro zjištění výsledků byly využity odpovědi v otázce č. 4, ve které se táži, zda je v zařízení DOZP zaměstnán speciální pedagog, ale není veden jako sociální pracovník či pracovník v sociálních službách, nýbrž je zaměstnán na pozici pedagogického pracovníka. Z praxe jsou tyto situace velmi časté. 80 respondentů odpovědělo, že

v DOZP, ve kterém pracují, nemají zaměstnaného speciálního pedagoga, který by plnil pouze funkci speciálního pedagoga, což tvoří 95 %. Speciálního pedagoga, jehož činnost je takto vedena i v pracovní smlouvě má osm zařízení, tedy 5 %. Již z těchto výsledků je jasné, že většina DOZP pro osoby se zdravotním postižením nezaměstnává speciálního pedagoga. **Hypotéza č. 2**, velká část oslovených zařízení (tj. více než < 75 %) nedisponuje v pracovním týmu speciálním pedagogem, který by vykonával speciálně pedagogickou činnost, byla na základě zjištěných výsledků **podpořena**.

Hypotéza č. 3: V zařízeních, ve kterých je zaměstnán speciální pedagog, je z velké části (tj. více než < 75 %) zaměstnán na jiné pracovní pozici než na pozici speciálního pedagoga, tj. nevykonává speciálně pedagogickou činnost.



Graf 5: Speciální pedagog v DOZP zaměstnán jako sociální pracovník či pracovník v sociálních službách či jiný pracovník

Hypotéza č. 3 navazuje na zjištěné výsledky z hypotézy č. 2. Následující otázka, byla směřována, zda v případě, kdy je v DOZP speciální pedagog, působí na jiné pozice, než by měl. Z grafu č. 4 je zřejmé, že nejčastěji 71 % respondenti uvedli, že v DOZP speciálního pedagoga nemají (60 odpovědí). Ostatních 24 respondentů (29 %) uvedlo, že jedince se speciálně pedagogickým vzděláním zaměstnávají. Uvedeno bylo, jako v přechodím případě, osm speciálních pedagogů, kteří jsou zaměstnáni na své pozici. Dále jsou zaměstnáváni na pozicích sociálního pracovníka či pracovníka v sociálních službách, uvedeno sedmi respondenty. Do dotazníku dále byly vypsány pozice jako je vedoucí

služby, ať už se jednalo o vedoucí přímé péče či vedoucí celého sociálního úseku, u pěti respondentů. Dva respondenti uvedli pracovní pozici ředitele a stejný počet uvedl pozici ergoterapeuta. Vycházím z výsledků, kdy 24 respondentů uvedlo, že evidují jedince se speciálně pedagogickým vzděláním, sedm respondentů zaměstnává speciálního pedagoga na pozici sociálního pracovníka či pracovníka v sociálních službách, což odpovídá 29 % (je vycházeno z odpovědí od 24 respondentů). Tvrzení **hypotézy č. 3 nebylo podpořeno**, v zařízeních, ve kterých je zaměstnán speciální pedagog, není z velké části (< 75 %) zaměstnán na pozici speciálního pedagoga, tj. nevykonává speciálně pedagogickou činnost.

Ze stanovených hypotéz byly na základě vyhodnocených výsledků **dvě hypotézy podpořeny a jedna zůstala nepodpořena**.

Dílčí cíl byl zaznamenán popisem průběhu speciálně pedagogické péče u třech klientů. Tento popis vzešel z rozhovoru se speciálním pedagogem, který dlouhodobě pozoroval zlepšování schopností a dovedností vybraných klientů. Následné změny byly popsány v interních dokumentech, které bylo možné prostudovat. Speciální pedagog poté popsal dílčí změny v dovednostech a schopnostech klientů a doplnil je o krátkou ukázkou vybraných speciálně pedagogických činností, které jsou s klienty prováděny. Zhodnotím-li celkový přínos speciálně pedagogické péče u vybraných klientů, je zřejmé, že činnosti speciálně pedagogického charakteru napomáhají k prohlubování a zdokonalování schopností a dovedností všech výše zmíněných klientů. Ať už se jedná o velké posuny ve zlepšení hrubé a jemné motoriky či zlepšení orientace v prostoru, tak o malé změny jako např. správné držení tužky či zlepšení sebeobslužných činností, kdy si klient sám vyčistí zuby. Vráťím se ke zhodnocení efektivity speciálně pedagogické péče u jednotlivých klientů doplněnou o doporučení, která by podpořila aktuální schopnosti a dovednosti.

Zhodnocení efektivity speciálně pedagogické péče u Karla: Speciálně pedagogická péče se v případě Karla zaměřuje především na oslabené dovednosti a schopnosti v hrubé a jemné motorice. Jsou využívány různé techniky práce tak, aby Karla nepřestaly bavit, jelikož u žádné činnosti nevydrží delší dobu. Doporučila bych zařazovat cvičení s cíleným nácvikem pohybů, které dělají Karlovi potíže. Ke zvýšení motivace a zájmu o cvičení bych zařadila cvičení s hudbou a různá relaxační cvičení, např. jógu. K rozvoji jemné motoriky bych viděla jako vhodné jiné techniky, které nemá naučené, např. práci s papírem – lepení, trhání, skládání. Zaměřila bych se na hry, které

cvičí nejen motoriku, ale i koordinaci ruky a oka. Karel nerad píše dle předlohy, pro zpestření bych využila různé druhy psacích předmětů, pastelek, štětců, které nezná, a jsou zajímavé. Bylo by vhodné použít kromě omalovánek, různá doplňovací cvičení a obkreslování, která by se prokládala oblíbenými činnostmi, vzhledem k nechuti psát podle předloh. V sebeobslužných činnostech Karel vyžaduje nepřetržitou pomoc, je tedy potřeba stále opakovat a učit péči o sebe sama a především nacvičovat osobní hygienu. Velmi málo času je věnováno procvičování komunikačních schopností. Karel využívá v řeči automatismy, v písničkách zná sloky nazpaměť. Do procvičování by mohly být zařazeny cviky k uvolňování a procvičování motoriky mluvidel a jazyka a cvičení k rozvoji pasivního slovníku. Aktivity by měly dát prostor pro artikulační, řečové, sluchové a rytmické hry, hry se slovy a slovní hádanky. Karel neudrží dlouho pozornost, bylo by dobré zaměřit se na posilování pozornosti a koncentrace formou her, které rozvíjí smyslové vnímání, jako např. hmat (prstové barvy, reliéfní knihy, zadělávání těsta), sluch (hry na hudební nástroj, hádání zvuků), zrak (navlékání korálků, hledání rozdílů mezi dvěma obrázky, přiřazovací hry – přiřazování obrázků), čich a chuť (hádaní vůně bez zrakové opory, hádání potravin podle chuti) a další různé hry.

Velká část aktivit je podmiňována náladovostí a citovým rozpoložením Karla, což je způsobeno jeho psychickými potížemi. Jsou vybírány techniky a činnosti, které má rád a nejsou prováděny určité změny, které by se zaměřovaly na další oblasti rozvoje jako například rozvoj zraku, sluchu, větší důraz na rozvoj řeči či rozvoj v rozumové oblasti. Nicméně Karel je v zařízení spokojený, je obklopen lidmi, které má rád a nic mu neschází. Za dobu svého pobytu v zařízení udělal pokroky především v oblasti hrubé a jemné motoriky.

Zhodnocení efektivity speciálně pedagogické péče u Marie: Marie se z důvodu špatné koordinace pohybů a pomalé chůze nezapojuje do pohybových her. V tomto případě bych navrhovala využívat individuální cvičení s pedagogem například na gymnastických míčích, které by sloužily především k relaxaci a uvolnění. Dále bych zapojila více prvků jógy s jednoduchými cviky na protažení, nikoliv zaměřené na sílu. K rozvoji motoriky bych využila jednoduchá náčiní. Jelikož Marie není společenský typ, většina cvičení by bylo dobré nejprve provádět samostatně a postupně s dalšími klienty. Kromě cvičení ve vnitřních prostorách bych se zaměřila také na krátké procházky venku. Ať už s pedagogem či pracovníkem, který má zrovna volnější denní službu. Výběr činností k rozvoji jemné motoriky je rozmanitý. Ke zpestření činností, které Marie ráda

vykonává, bych nabídla jiné formy přírodních materiálů, se kterými by mohla pracovat. Nevzdávala bych nácvik psaní. Při psaní by bylo vhodné používat speciální psací sešity (velké linky), využití metody obtahování k upevňování tvarů písmen, uvolňovací cviky rukou, psát na velký formát měkkou tužkou, dodržovat hygienu psaní, fixovat správný úchop, naklonění sešitu apod. Na všechny tyto činnosti je samozřejmě potřeba dostatek času, ale v krátkých chvílích lze zkoušet zařazovat různá cvičení ať už s pedagogem či se sociálními pracovníky. V případě omalovánek a různých dokreslovacích cvičeních by bylo vhodné používat zvětšené formáty, aby Marie dobře viděla, zároveň zapojit využití větších štětců a výrazných barev. Marie potřebuje pouze slovní pomoc při sebeobslužných činnostech, je důležité upevňovat a stále zdokonalovat naučené dovednosti. Nejméně zajištěnou oblastí speciálně pedagogické péče je rozvoj komunikačních dovedností. Přes veškerá úsilí odmítá s kýmkoliv mluvit, účastnit se her pro procvičování komunikace, odmítá artikulační cvičení. Zaměřila bych se ze začátku na relaxační cvičení s tichým broukáním. Marie ráda poslouchá, proto pomocí čtení z knih, časopisů, poslechem rádia a vyprávění bych rozvíjela zájem o společnou komunikaci. Přesto, že několik pracovníků slyšelo, že Marie dokáže říct krátkou větu, není prozatím větší snaha pokusit se s ní aktivně komunikovat a navázat kontakt. Jak již bylo řečeno výše, klientka nemá problém s koncentrací a pozorností na oblíbené činnosti. Snažila bych se formou různých her rozvíjet dále hmat, sluch, zrak, čich i chuť, tak aby se známé aktivity měnily a díky tomu by Marie dostávala nové podněty. Využila bych hry jako např. hra nedokončené obrázky (rozvoj zrakového vnímání a rozlišování, pozornosti), hledání rozdílů u obrázků (rozvoj vizuální diferenciacie – v čem se od sebe liší), hra „Na čichanou“ (vnímání a rozlišování vůní a pachů), procvičování prostorového vnímání i orientace pomocí používání předložek (snažit se komunikovat) a dalších slovních druhů k označení umístění v prostoru a další.

Marie je oproti prvnímu klientovi Karlovi introvert, který má rád svůj klid a oblíbené známé činnosti. Vyprávění speciálního pedagoga na mě působilo, že pokud nemá zájem o danou činnost, není jí nabídnuta jiná varianta. Z toho důvodu je dost často mimo kolektiv se svými letáky a novinami, které si tak ráda prohlíží. I přes to je snahou zajišťovat v malé míře činnosti zaměřené na rozvoj schopností a dovedností, ve kterých má Marie potíže.

Zhodnocení efektivity speciálně pedagogické péče u Jany: Jana nemá výraznější problémy v oblasti hrubé motoriky. Je schopna zapojovat se do většiny her,

kteře vyžadují koordinaci pohybů. Horší výkony podává v případě rychlého střídání jednotlivých pohybů a úkonů. V tomto případě bych se zaměřila na větší využití překážkových drah případně her, které využívají různé změny pohybů těla. Více bych se zaměřila na venkovní prostředí, které samo o sobě nabízí spoustu možností ke zdokonalování pohybů (různé druhy terénu, nerovnosti prostředí, využití venkovních míst určených pro cvičení). Bylo by dobré zaměřit se také na jiné formy sportu například plavání (v případě, že to zdravotní stav umožňuje). Jelikož je Jana velmi aktivní, zařadila bych relaxační cvičení s prvky muzikoterapie. Je zručná v oblasti jemné motoriky, proto je možné střídat velké množství činností. Zapojovala bych více práce s hlnou či s těstem, které jsou dobré pro trénování síly rukou. Dále bych využívala techniky práce s papírem společně s užitím nůžek (trhání, lepení, mačkání), které vyžaduje zručnost a pomáhá koordinovat prsty. Doporučila bych zapojit oblíbené puzzle, které pomáhají rozvíjet nejen motoriku, ale také vnímání tvarů, barev. Tyto činnosti nezlepšují pouze zručnost, posilují rovněž ruce a pomáhají zlepšit koordinaci pravé a levé ruky a koordinaci očí a rukou. Při rozvoji psaní a kreslení bych více zapojovala nejen předtištěný text, ale prokládala jej omalovánkami a doplňovacím cvičením. Zaměřila bych se na trénování čitelnějšího psaného projevu tak, aby byl dobře k přečtení formou různých cvičení, kde je úkolem napodobit vlnky, čáry, jednotlivá písmena apod. Trénink psaní bych zapojovala intenzivněji do speciálně pedagogické činnosti. V sebeobsluze je důležité stále upevňovat a zdokonalovat naučené činnosti, zaměřila bych se dále na učení skládání prádla, uklízení do skříní apod. (aktuálně vykonávají pracovníci). Stejně jako u ostatních klientů by bylo vhodné zaměřit se na rozvoj verbálních schopností. Především zapojovat artikulační cvičení, uvolňovací cviky jazyka a mluvidel, zaměřit se na výslovnost hlásek, které Jana nepoužívá. Cvičení bych propojila se sluchovou oporou tak, aby dokázala rozlišit a díky tomu si uvědomit hlásky ve slovech. Více bych zapojovala hry, které rozvíjí řeč. Rozumová cvičení využívají omezenější varianty formou otázek a odpovědí, které jsou pokládány všem klientům. V případě Jany, ale i ostatních, by bylo vhodné podporovat cíleně rozvoj rozumových schopností v mnohem širším rozměru. Rozvíjet abstraktní myšlení skládáním a výukou geometrických tvarů, vytvářením nových obrazců z tvarů, rozvíjet kreativitu dokreslováním nedokončených tvarů, na co vše by se dal využít (doplnit předmět), dokončení příběhu, hraní rolí. Často je opomíjeno rozvíjení paměti, kdy můžeme využít hry typu pexeso, Kimova hra, ale také pracovní listy se zakrýváním symbolů a vyžadováním překreslení aj.

Jak je již z popisu patrné, Jana se za dobu svého působení zde v zařízení naučila mnohé věci, které jí scházely z důvodu zanedbávání v rodinném prostředí. Nemá problémy vykonávat nejrůznější typy činností, u všech aktivit je patrné nadšení a vůle úkoly vždy dokončit. Bohužel ani v tomto případě není dostatečně procvičována řeč, která je na velmi nízké úrovni. Zároveň nejsou dostatečně posilovány rozumové schopnosti, které jsou omezeny jen na určité činnosti bez úmyslu rozvíjet jiné smysly a dovednosti.

U všech třech klientů je patrné, že za dobu svého pobytu zde v zařízení, udělal každý z nich pokrok v různých dovednostech. Navržená doporučení by mohla ještě více upevnit aktuální schopnosti klientů a zpestřit tak každodenní aktivitu, kterou již znají. Nicméně v celém procesu speciálně pedagogické péče vidím jako největší problém nedostatek času, malé nebo nevyhovující prostory a velký počet klientů připadajících na jednoho speciálního pedagoga. Již z popisu je patrné, že velká část činností se zaměřuje na aktivity, které lze provádět vždy ve skupině. Není zde prostor pro individuální péči. Mohlo by se zdát, že speciální pedagog funguje v zařízení zároveň jako pedagog volného času, což znamená, že mimo speciálně pedagogické činnosti jednotlivých klientů, vymýšlí aktivity, které by měly zaměstnat všechny klienty v daný čas bez zaměření na to, zda se jedná o záměrné činnosti k prohlubování dovedností. Kombinace speciální pedagogiky a pedagogiky volného času je ideální kombinací pro zajištění volnočasových a aktivizačních činností, vzniká zde prostor pro nabídku individuálních i skupinových aktivit. Nicméně pro tuto kombinaci a při počtu klientů by v zařízení nesměl pracovat pouze jeden speciální pedagog, který má mnohdy na starosti nejméně deset klientů najednou, s nimiž vykonává různé činnosti. V takovém počtu se nelze zaměřit pouze na jednoho klienta a plně mu věnovat svůj čas. Při zhodnocení veškerých proměnných lze říct, že je klientům ve vybraném pobytovém zařízení poskytována v rámci možností dostatečná speciálně pedagogická péče. Během návštěvy zařízení bylo pořízeno několik fotografií (viz přílohy), na kterých byly zdokumentovány ruční výrobky klientů, vybrané popsané činnosti a pomůcky pro rozvoj dovedností, které jsou v zařízení využívány.

Následně **dílčí cíl, který byl stanoven**, popsat/konkretizovat přínos speciálně pedagogické péče u vybraných osob se zdravotním postižením byl také **splněn**. Cíl byl **zaznamenán a výše popsán**.

Závěr

Diplomová práce se zabývala přístupem zaměřeným na speciálně pedagogickou péči v domovech pro osoby se zdravotním postižením.

Teoretická část diplomové práce nejprve definovala pomocí odborných publikací a internetových zdrojů charakteristiku a základní pojmy týkající se osob se zdravotním postižením, aspekty kvality života a práva těchto jedinců. Nedílnou součástí byl popis domovů pro osoby se zdravotním postižením. V teoretické části bylo dále uvedeno vymezení úlohy a kompetence speciálního pedagoga v domovech pro osoby se zdravotním postižením. Byly popsány vybrané speciálně pedagogické činnosti, které podporují osoby se zdravotním postižením v jejich zapojení se do majoritní společnosti. Tyto činnosti jim umožňují prožít plnohodnotný život.

K dosažení stanoveného cíle praktické části diplomové práce byla použita metoda dotazníku. Za pomoci dotazníkového šetření byla oslovena pobytová zařízení poskytující své služby osobám se zdravotním postižením. Respondenty dotazníkového šetření se stali zástupci těchto zařízení. Odpovídali na otázky týkající se cílové skupiny zařízení, dále na otázky poskytování výchovných, vzdělávacích, aktivizačních a terapeutických činností v zařízení a v neposlední řadě se otázky týkaly zaměstnávání a přínosu speciálního pedagoga v DOZP. K naplnění dílčího cíle bylo využito popisu speciálně pedagogické činnosti ve vybraném pobytovém zařízení, které bylo uskutečňováno za pomoci nepřímého pozorování, realizované speciálním pedagogem.

Cílem praktické části diplomové práce bylo zjistit četnost a formy poskytované speciálně pedagogické činnosti v domovech pro osoby se zdravotním postižením. Z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že převážná část oslovených DOZP nezaměstnává speciálního pedagoga. Důvodem této skutečnosti jsou nedostatečné finanční možnosti zařízení či přesvědčení pracovníků o nevyužitelnosti speciálních pedagogů u dospělých a stárnoucích osob. Speciálně pedagogické činnosti jsou nejčastěji realizovány sociálními pracovníky či pracovníky v sociálních službách. Mezi nejčastější činnosti respondenti řadili činnostní a pracovní terapii, bazální stimulaci a muzikoterapii. Zmíněné činnosti speciálně pedagogického charakteru jsou zajišťovány minimálně 1x týdně. Působení speciálního pedagoga je v zařízeních, kde je na samostatné pozici zaměstnán, hodnoceno jako přínosné, nicméně ani při odezvách, že speciálně

pedagogická péče je činnost, která by měla být v sociálních službách zajištěna, poskytovatelé neuvažují o zavedení podobné pozice.

Z otevřených odpovědí respondentů byl prezentován názor, že speciální pedagog je vnímán jako nadbytečný prvek v sociálních službách, což přináší otázku, zda tato skutečnost určitým způsobem neomezuje péči o klienty. Stejně tak, jako se dětem a mladistvým dostává plná podpora při vzdělávání a zdokonalování schopností a dovedností, měl by se tento postup zachovat i u dospělých a stárnoucích osob. I přes to, že se péče o osoby se zdravotním postižením výrazně změnila k lepšímu, v některých oblastech by bylo vhodné změnit postoje nejen pracovníků v sociálních službách, ale celé společnosti, ať už se jedná o změnu legislativní či o přesvědčení, že využitelnost speciálního pedagoga u dospělých osob ztrácí smysl. Některé názory, které prezentovaly, že je podstatné vzdělávat klienty, u kterých to má stále smysl, či že bylo shledáno, že je dostačující situace, kdy s jedinci s mentálním postižením pracují pracovníci v sociálních službách, vyvolávají otázku, zda je možné změnit názory sociálních pracovníků či pracovníků v sociálních službách, když samotné vedení organizace je přesvědčeno, že aktuální situace v sociálních službách je vyhovující. Díky tomu lze předpokládat, že nedostatky v některých zařízeních mohou být způsobeny nedostatečným financováním, nicméně velká část změny závisí především na ochotě zřizovatele, ředitele a zaměstnanců změnit pohled na speciální podporu.

Pro šetření podobného typu by bylo vhodné rozdělit respondenty na dvě části a to na střední management a na pracovníky v přímé péči. Díky tomu by byly získány rozsáhlejší poznatky o speciální podpoře od pracovníků, kteří jsou s klienty v kontaktu téměř každý den a kteří svoji práci vnímají určitě jiným způsobem oproti jejich vedení.

Z prezentovaných výsledků diplomové práce vyplývá, že speciální pedagog by měl být součástí multidisciplinárního týmu DOZP především proto, aby se klientům dostávala plná podpora a péče, na kterou má každá osoba využívající sociální služby nárok. K optimalizaci péče by přispělo zařazení definice náplně práce speciálního pedagoga v domovech pro osoby se zdravotním postižením do legislativy. Mimo tato opatření by bylo vhodné podrobněji informovat pracovníky v sociálních službách o potřebnosti speciálně pedagogické činnosti.

Seznam literatury

- BAŠTECKÁ, Bohumila. *Psychologická encyklopedie: aplikovaná psychologie*. Praha: Portál, 2009. s. 515. ISBN 978-80-7367-470-0.
- BEDNÁŘ, Martin. *Kvalita v sociálních službách*. Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. s. 153. ISBN 978-80-244-3069-0.
- BENDOVIÁ., Petra. JAVORSKÁ, Miroslava. KALIBA, Martin. KUČEROVÁ, Anna. RŮŽIČKOVÁ, Kamila. VÍTOVÁ, Jitka. *Základy speciální pedagogiky nejen pro speciální pedagogy*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015. s. 225. ISBN 978-80-7435-422-9.
- CASS, Jules. *Pet-facilitated therapy in human health care*. In FOGLE. B. Editor. *Interrrelations Between People and Pets*. Illinois: Charles C. Thomas. 1981.
- ČADILOVÁ, Věra, JŮN, Hynek, THOROVÁ, Kateřina. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007, 243 s. ISBN 978-807-3673-192.
- FILATOVÁ, Renáta. *Snoezelen – MSE*. Frýdek-Místek: Kleinwächter, 2014. s. 160. ISBN 978-80- 905419-3-1.
- FISCHER, Slavomil. ŠKODA, Jiří. SVOBODA, Zdeněk. ZILCHER, Ladislav. *Speciální pedagogika: Edukace a rozvoj osob se specifickými potřebami v oblasti somatické, psychické a sociální*. Praha: TRITON, 2014. s. 299. ISBN 978-80-7387-792-7.
- GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Překlad Vladimír Jůva. Brno: Paido, 2000. s. 207. ISBN 80-859-3179-6.
- HAGEDORN, Resemary. *Occupational Therapy: Perspectives and Processes*. First publ. New York: Pearson Professional Limited, 1995. s. 315. ISBN 0 443 04978 5.
- HAVRDOVÁ, Zuzana. *Kompetence v praxi sociální práce*. Praha: OSMIUM, 1999. s. 165. ISBN 80-902081-8-5.
- HOLASOVÁ, Věra. *Kvalita v sociální práci a v sociálních službách*. Praha: Grada Publishing, a.s. 2014. s. 160. ISBN 978-80-247-4315-8.
- JESENSKÝ, Jan. *Andragogika a gerontagogika handicapovaných*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2000. ISBN 80-7184-823-9.

JUKLOVÁ, Kateřina. LOUDOVÁ, Irena. SKORUNKOVÁ, Radka. ŠVARCOVÁ, Eva. VONDROUŠOVÁ, Jindra. *Vybrané kapitoly z pedagogiky a psychologie nejen pro speciální pedagogy*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015. s. 160. ISBN 978-80-7435-427-4.

JŮN, Hynek. *Moc, pomoc a bezmoc v sociálních službách a ve zdravotnictví*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2010. s. 141. ISBN 978-80-7367-590-5.

KANTOR, Jiří. LIPSKÝ, Matěj. WEBER, Jan a kol. *Základy Muzikoterapie*. 1.vyd. Praha: Grada, 2009. s. 296. ISBN 978-80-247-2846-9.

KELNAROVÁ, Jarmila. MATĚJKOVÁ, Eva. VOJKOVSKÁ, Gabriela. *Speciální pedagogika pro zdravotnické obory*. Praha: Galén, 2016. s. 106. ISBN 978-80-7492-273-2.

KOPEČNÝ, Petr. *Logopedická intervence u osob se zdravotním postižením ve věku mladé dospělosti*. Brno: Masarykova univerzita, 2014. s. 210. ISBN 978-80-210-7339-5.

KOUBEK, Josef. *Řízení lidských zdrojů*. Praha: Management Press, 2008. in BEDNÁŘ, Martin. *Kvalita v sociálních službách*. Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. s. 153. ISBN 978-80-244-3069-0.

KOŘÍNKOVÁ-VINDUŠKOVÁ, Kateřina. *Arteterapie z pohledu arteterapeutů*. Praha, 2001. s. 106. Diplomová práce. Univerzita Karlova: Filozofická fakulta.

KUBEŠ, Marián. SPILLEROVÁ, Dagmar. KURNICKÝ, Roman. *Manažerské kompetence: způsobilosti výjimečných manažerů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. s. 14. ISBN 80-247-0698-9.

KRÁLOVÁ, Jarmila, RÁŽOVÁ, Eva. *Sociální služby a příspěvek na péči*. Vyd. 3. Olomouc: Anag, 2009. ISBN 978-80-7263-559-7.

KREBS, Vojtěch a kol. *Sociální politika*. Praha: ASPI, 2007. s. 66. ISBN 978-80-7357-276-1.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. s. 198. ISBN 80-247-0179-0.

- MANDZÁKOVÁ, Stanislava. *Sexuální a partnerský život osob s mentálním postižením*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2013. s. 178. ISBN 978-80-262-0502-9.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003. s. 272. ISBN 978-80-262-1154-9
- MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2005. s. 352. ISBN 80-7367-002-X.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. s. 200. ISBN 978-80-7367-310-9.
- MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 2013. s. 576. ISBN 978-80-262-0366-7.
- MICHALÍK, Jan a kol. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál, 2011. s. 512. ISBN 978-80-7367-859-3.
- MICHALÍK, Jan. *Rodina pečující o člena se zdravotním postižením – kvalita života*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. s. 133. ISBN 978-80-244-3644-9.
- MUSIL, Libor. „*Ráda bych Vám pomohla, ale...*“: dilemata práce s klienty v organizacích. Brno: Marek Zeman, 2004. s. 243. ISBN 80-903070-1-9.
- MÜHLPACHR, Pavel. *Vývoj ústavní péče: (filosoficko-historický pohled)*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2001. s. 49. 1 slož. list. ISBN 80-210-2512-3.
- MÜLLER, Oldřich (ed.) a kol. *Terapie ve speciální pedagogice*. Praha: Grada. 2014. 2. přepracované vydání. ISBN 978-80-247-4172-7.
- OPATRÍLOVÁ, Dagmar. *Metody práce u jedinců s těžkým postižením a více vadami*. Brno: Masarykova Univerzita v Brně, 2005. s. 146. ISBN 80-210-3819-5.
- PEROUT, Evžen. *Arteterapie se zrakově postiženými*. Praha: Okamžik, 2005. s. 101. ISBN 80-903247-9-7.
- PIPEKOVÁ, Jarmila. VÍTKOVÁ, Marie. *Terapie ve speciálně pedagogické péči*. 2. rozšířené vydání. Brno: Paido, 2001. s. 165. ISBN 80-7315-010-7.
- PROCHÁZKOVÁ, Lucie. SOLÁROVÁ SAYOUD, Kateřina. *Edukativní, intervenční a terapeutické přístupy k dospělým osobám a seniorům se zdravotním postižením*. 1. vyd. Brno: Masarykova Univerzita, 2013, s. 272. ISBN 978-80-210-6306-8.

RENOTIÉROVÁ, Marie. *Somatopedické minimum*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2002. s. 290. ISBN 80-244-0532-6.

RYCHLÍK, Daniel. *Provozní standardy sociálních služeb I. Sociální práce/Sociální práce č. 1. 2009* In BEDNÁŘ, Martin. *Kvalita v sociálních službách*. Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. s. 153. ISBN 978-80-244-3069-0.

SCHÁNĚL, Martin, ŠVEŘEPA, Milan, LICHTENBERGOVÁ, K. *Rozvoj sociálních služeb: komunitní plánování a standardy kvality*. In SMUTEK, Martin, ŠVEŘEPA, Milan, ed. *Sociální práce a sociální služby*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2007. s. 141. ISBN 978-80-7041-105-6.

SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada Publishing, 2007. s. 160. ISBN 978-80-247-1733-3.

SOKOL, Radek. TREFILOVÁ, Věra. *Sociální pracovník v rezidenčních zařízeních sociálních služeb*. Praha: ASPI, 2008. s. 424. ISBN 978-80-7357-316-4.

SPIPKOVÁ, Vladimíra. *Pojetí, smysl a základní orientace primárního (elementárního) vzdělávání*. In KOLLÁRIKOVÁ, Zuzana. PUPALA, Branislav. *Předškolní a primární pedagogika. Předškolní a elementární pedagogika*. Praha: Portál, 2001. s. 456. ISBN 80-7178-585-7.

SVOBODA, Mojmír. VÁGNEROVÁ, Marie. KREJČÍŘOVÁ, Dana. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001. s. 791. ISBN 80-7178-545-8.

ŠICKOVÁ-FABRICI, Jaroslava. *Základy arteterapie*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-408-3.

ŠKODOVÁ, Eva. JEDLIČKA, Ivan. *Klinická logopedie*. s. 615. Praha: Portál, 2003. ISBN 978-80-7178-546-0.

ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2003. s. 224. ISBN 80-7178-821-X.

TITZL, Boris. *Postižený člověk ve společnosti*. Praha: Univerzita Karlova, 2000. s. 120. ISBN 80-86039-90-0.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004. 865 s. ISBN 80-7178-802-3.

VALENTA, Milan a kol. *Přehled speciální pedagogiky: rámcové kompendium oboru*. Praha: Portál, 2014. s. 274. ISBN 978-80-262-0602-6.

VALENTA, Milan. MÜLLER, Oldřich. *Psychopedie*. Praha: PARTA, 2003. s. 512. ISBN 80-7320-063-5.

VELEMÍNSKÝ, Miloš a kol. *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. Nakladatelství DONA s.r.o., 2007. s. 335. ISBN 978-80-7322-109-ž.

VOTAVA, Jiří a kol. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Univerzita Karlova v Praze: Nakladatelství Karolinum, 2003. s. 207. ISBN 80-246-0708-5.

Seznam elektronických zdrojů

Česká asociace ergoterapeutů: Co je ergoterapie. *Česká asociace ergoterapeutů* [online]. [cit. 2018-02-02]. Dostupné z:

<http://www.ergoterapie.cz/Page.aspx?PageHierarchyID=41&PageIndex=1&PageID=1&node=33&ParentPageID=38>

Integrovaný portál MPSV: Příspěvek na péči. *Portal.mpsv.cz* [online]. [cit. 2018-02-02]. Dostupné z: <https://portal.mpsv.cz/soc/ssl/prispevek>

Ministerstvo práce a sociálních věcí: Kvalita sociálních služeb – standardy, podpora. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. [cit. 2018-02-02]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/5962>

Ministerstvo práce a sociálních věcí: Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe. Průvodce poskytovatele. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. [cit. 2018-02-02]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/files/clanky/5964/pruvodce.pdf>

Ministerstvo práce a sociálních věcí: Národní akční plán sociálního začleňování 2004 – 2006. s. 58-59. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. [cit. 2018-02-02]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/2090>

Ministerstvo práce a sociálních věcí: Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. [cit. 2018-02-02]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/28419>

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy: Vzdělávání v ČR. *Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy* [online]. [cit. 2018-02-02]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/vzdelavani/skolstvi-v-cr>

Ministerstvo zdravotnictví České republiky: Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF). *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. [cit. 2018-02-02]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/obsah/mezinarodni-klasifikace-funkcnich-schopnostidisability-a-zdravimkf-1982_3.html

PFEIFFER, Jan et al. Zpráva odborné skupiny o přechodu od institucionální péče na péči komunitní. Evropská společnost [online]. 2007 [cit. 2018-02-02]. Dostupné z: http://www.mhesme.org/assets/files/publications/reports/Spidla_Czech.pdf

Poslanecká sněmovna parlamentu České republiky: Listina základních práv a svobod. *Poslanecká sněmovna parlamentu* [online]. [cit. 2018-02-02]. Dostupné z: <https://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>

Vyhláška č. 27/2016 Sb.: Vyhláška o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných. *Zákony pro lidi.cz* [online]. [cit. 2017-11-25]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2016-27>

Vyhláška č. 416/2017 Sb., kterou se mění vyhláška č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných, ve znění vyhlášky č. 270/2017 Sb. *Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy* [online]. [cit. 2017-11-25]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/dokumenty-3/vyhlasaka-c-27-2016-sb-o-vzdelavani-zaku-se-specialnimi-2>

Zákon č. 561/2004 Sb.: Zákon o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon). *Zákony pro lidi.cz* [online]. [cit. 2018-02-02]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-561>

Zákon č. 563/2004 Sb.: Zákon o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů. *Zákony pro lidi.cz* [online]. [cit. 2018-02-02]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-563>

Zákon č. 435/2004 Sb.: Zákon o zaměstnanosti. *Zákony pro lidi.cz* [online]. [cit. 2018-02-02]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-435>

Zákon č. 108/2006 Sb.: Zákon o sociálních službách. *Zákony pro lidi.cz* [online]. [cit. 2018-02-02]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

ZEZULKOVÁ, Eva. Speciální pedagogika v sociální sféře. [online]. 2014 [cit. 2018-02-02]. Dostupné z: <http://projekty.osu.cz/svp/opory/46-pdf-adaptace.pdf>

Seznam tabulek

Tabulka 1: Počet oslovených DOZP v jednotlivých krajích ČR (červenec – srpen 2017).	54
---	----

Seznam grafů

Graf 1: Dominantní typ zdravotního postižení v oslovených DOZP	55
Graf 2: Činnosti speciálně pedagogického charakteru	57
Graf 3: Četnost speciálně pedagogických činností.....	59
Graf 4: Speciálního pedagoga v DOZP zaměstnan na své odpovídající pracovní pozici (SP).....	60
Graf 5: Speciální pedagog v DOZP zaměstnan jako sociální pracovník či pracovník v sociálních službách či jiný pracovník.....	60
Graf 6: Přínos speciálního pedagoga v DOZP	62
Graf 9: Budoucnost speciálního pedagoga v zařízení DOZP	68
Graf 10: Nedostatek speciálně pedagogické péče v sociálních službách zajišťované speciálním pedagogem	69

Seznam obrázků

Obr. 1: Mezinárodní symbol přístupnosti.....	12
Obr. 2: Aspekty kvality života osob se zdravotním postižením a jejich rodin.	16

Seznam příloh

Příloha A: Dotazník pro pracovníky v DOZP

Příloha B: Výrobky klientů z vybraného pobytového zařízení

Příloha C: Vybrané činnosti k rozvíjení hrubé a jemné motoriky a k osvojování pohybových dovedností

Příloha D: Pomůcky používané k rozvoji jemné motoriky a koordinaci ruky a oka

Příloha A

Dobrý den,

věnujte prosím několik minut svého času vyplnění následujícího dotazníku. Velmi mi tím pomůžete ke zpracování mé diplomové práce. Předem Vám moc děkuji za Váš čas.

1/ Jaký typ zdravotního postižení je ve Vašem zařízení dominantní?

- Mentální postižení
- Zrakové postižení
- Sluchové postižení
- Tělesné postižení v kombinaci s dalším postižením
- Pervazivní vývojové postižení
- Jiné duševní onemocnění

2/ Probíhají ve Vašem zařízení činnosti speciálně pedagogického charakteru? Pokud ano, jaké?

- Ergoterapie (smysluplného zaměstnávání usilující o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládnutí běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností)
- Snoezelen (navození relaxace, uvolnění, zklidnění, ponoření se do celkové relaxace těla ve speciální místnosti)
- Činnostní a pracovní terapie (manipulace s materiálním okolím, předměty, surovinami za účelem změnit chování, myšlení a emoce)
- Psychomotorická terapie (vztah člověka k tělesné výchově a k prožitkům z pohybu)
- Relaxační terapie
- Bazální stimulace (uvedení do reality (skutečnosti), zprostředkováním zkušenosti a vjemů)
- Rozvoj komunikačních schopností, AAK (využívání VOKS, Makaton, Bliss aj.)
- Muzikoterapie
- Zooterapie
 - Hippoterapie
 - Felinoterapie

- Canisterapie
- jiné
- Jiné
- Ne, neprobíhají

3/ Jak často u Vás probíhá speciálně pedagogická činnost (různého charakteru)?

- Každý den
- Minimálně 1x týdně a více
- Minimálně 1x měsíčně a více
- Méně než 1x za měsíc
- Dle příležitostí

4/ Máte ve Vašem zařízení speciálního pedagoga (který není zaměstnán jako sociální pracovník či pracovník v sociálních službách) a je zaměstnán na své odpovídající pozici (tedy SP)?

- Ano, máme
- Ne, nemáme

5/ Máte ve Vašem zařízení speciálního pedagoga (který je zaměstnán jako sociální pracovník či pracovník v sociálních službách či jiný pracovník)? V případě odpovědi ANO, prosím uveďte pozici

- Ano, máme
- Pozice SP - doplnit
- Ne, nemáme

6/ Myslíte si, že je speciální pedagog ve Vašem zařízení přínosem?

- Velmi přínosné, práce SP přináší pozitivní změny
- Přínosné, jsou zřejmé změny
- Spíš přínosné, je patrný menší přínos SP
- Spíš nepřínosné, bez SP by byl postup práce s klienty stejný
- Nepřínosné, nejsou zřejmé změny
- Velmi nepřínosný, práce SP přináší negativní změny
- Nemáme SP

7/ S jakou cílovou skupinou by měl speciální pedagog dle Vás pracovat? – otevřená otázka

8/ Které překážky podle Vás brání ustavení pracovní pozice speciální pedagog v sociálních službách? – otevřená otázka

9/ Plánujete v budoucnu zaměstnat speciálního pedagoga? V případě odpovědi NE, uveďte prosím proč?

- Ano, plánujeme
- Ne, neplánujeme
- Proč?

10/ Myslíte si, že chybí v sociálních službách speciálně pedagogická péče?

- Ano, chybí
- Ne, nechybí

11/ Při jaké příležitosti a jak často přicházejí pracovníci do pracovního styku se speciálním pedagogem? – otevřená otázka

12/ Změnil/a jste někdy při práci s klienty v sociálních službách svá rozhodnutí na základě intervence speciálního pedagoga? Uveďte prosím jak? – otevřená otázka

13/ Na jakých dalších pozicích v sociálních službách by bylo speciálně pedagogické vzdělání vhodné? – otevřená otázka

Příloha B



Fotografie 1: Výrobky klientů – věnec z klubíček vlny.



Fotografie 2: Výrobky klientů – zavěšená dekorace vyšíváná z vlny.

Příloha C



Fotografie 3 a 4: Pohybové cvičení pro rozvoj hrubé motoriky – hry s obručí

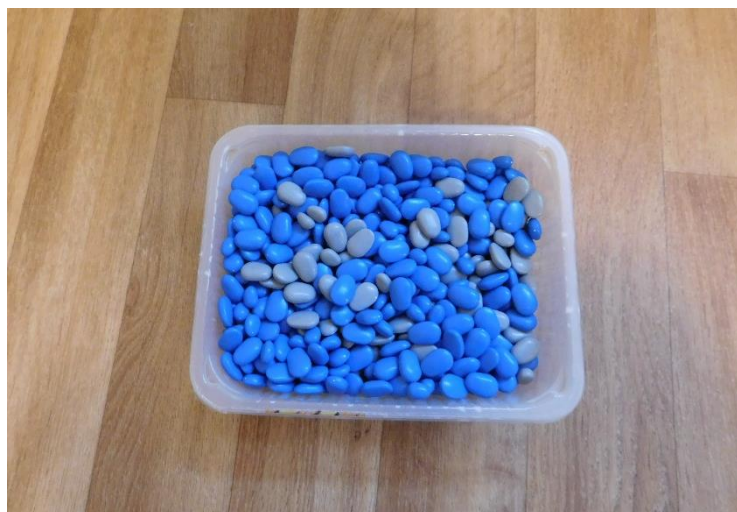


Fotografie 5: Rozvíjení jemné a hrubé motoriky balančním cvičením s „padákem“

Příloha D



Fotografie 5: Rozvíjení jemné motoriky a koordinace pohybů ruky a oka házením provazů na kůly.



Fotografie 6: Rozvíjení jemné motoriky a probíráním korálek různých povrchů a barev