

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH  
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

**Význam a možnosti osobní asistence při školní integraci dětí se  
zdravotním postižením**

**Bakalářská práce**

**Vedoucí práce:**

**Doc. PhDr. Jiří Jankovský, Ph.D.**

**Autor:**

**Iva Mráčková**

**17. 8. 2009**

## **Abstrakt**

Bakalářská práce se zaměřuje na význam a možnosti osobní asistence při školní integraci dětí se zdravotním postižením. Dílčím cílem bylo zmapování činnosti osobní asistence u dětí se zdravotním postižením, které jsou integrovány v rámci mateřských a základních škol v regionu jižních Čech.

Při práci jsem využila kvantitativní metodu. Zvolenou technikou byl dotazník pro osobní asistenty, kteří pracují s dětmi se zdravotním postižením a technika rozhovoru s vedoucími osobních asistentů a pracovníci speciálně pedagogického centra v centru ARPIDA, o. s. v Českých Budějovicích.

Výzkumem byla potvrzena hypotéza č. 1 předpokládající, že za pomoci osobního asistenta se děti se zdravotním postižením začleňují do kolektivu lépe. Z výzkumu vyplývá, že osobní asistent je u dítěte s těžkým zdravotním postižením nezbytný. Potvrzena byla také hypotéza č. 2 předpokládající, že v každodenní praxi dochází k záměně kompetencí osobního asistenta a asistenta pedagoga. Tato hypotéza byla potvrzena jak výsledkem dotazníkového šetření, tak z výsledků získaných z rozhovorů s vedoucími asistenčních služeb a pracovníci SPC. Obě asistenční služby mají jasně vymezenou náplň práce. Potřeby integrovaných žáků se zdravotním postižením mohou být plně pokryty pouze kombinací obou služeb.

Cílem sociální služby osobní asistence je integrace zdravotně postižených dětí mezi zdravé vrstevníky v rámci běžných škol. Posláním osobního asistenta je kompenzovat postižení žáka v činnostech, které nemůže vykonávat samostatně, pomáhat mu v rozvoji osobnosti a uspokojování sociálních potřeb. Dle mého názoru považuji práci osobního asistenta za velmi přínosnou, a proto je důležité informovat rodiče zdravotně postižených dětí o možnosti využití této služby.

Práce může sloužit jako informační materiál pro rodiče dětí se zdravotním postižením.

## **Abstrakt**

The bachelor thesis deals with importance and possibilities of personal assistance in school integration of handicapped children. A partial objective was to map such personal assistance activities with handicapped children who are integrated in nursery and primary schools in the South Bohemian Region.

A quantitative method was used, i. e. a questionnaire given to personal assistants of handicapped children and interviews with supervisors of the personal assistants and a worker from a special pedagogical centre ARPIDA, o. s., in České Budějovice.

The research confirmed No. 1 hypothesis that those handicapped children who had personal assistants could integrate better into the group. It can be seen that a personal assistant is necessary for children with serious handicap. No. 2 hypothesis that competences of a personal assistant and educational assistant are mixed in every day practice was confirmed as well by both the results of the questionnaire examination and on the basis of interviews with assistant supervisors and the SPC worker. Job descriptions of both kinds of assistance are strictly specified. Integrated handicapped pupils' needs can be fully satisfied only by combination of both the services.

The goal of the personal assistance social service is to integrate handicapped children into their healthy peers at common schools. Such a personal assistant should compensate a pupil's handicap in activities which the children cannot do themselves, help them in development of his/her personality and in satisfying their social needs. I believe such assistant's work is very useful and that's why handicapped children's parents should be informed how to use it.

The thesis can serve as an information material for such parents.

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem svoji bakalářskou práci na téma „*Význam a možnosti osobní asistence při školní integraci dětí se zdravotním postižením*“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č.111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 17. 8. 2009

Iva Mráčková

**Poděkování:**

Na tomto místě bych chtěla velmi poděkovat vedoucímu bakalářské práce doc. PhDr. Jiřímu Jankovskému Ph.D. za jeho cenné rady, pomoc a čas, který mi věnoval.

## OBSAH

<b>Úvod</b>	<b>8</b>
<b>1 Současný stav</b>	<b>9</b>
1.1 Zdravotní postižení	10
1.1.1 Dětská mozková obrna	13
1.1.2 Poruchy sdružené s DMO	14
1.1.3 Neuromuskulární a svalová onemocnění	16
1.1.4 Další somatická postižení včetně postižení nervové soustavy	16
1.1.5 Ortopedická a jiná postižení	16
1.1.6 Rodiče dítěte s postižením	17
1.2 Integrace	18
1.3.1 Reintegrace, resocializace	19
1.3.2 Integrace – Inkluze	20
1.3.3 Výchova a vzdělávání	21
1.3 Osobní asistence	23
1.3.1 Základní činnosti služby osobní asistence	23
1.3.2 Základní dělení osobní asistence	25
1.3.3 Legislativa služby osobní asistence	26
1.3.4 Individuální plán uživatele	27
1.3.5 Osobní asistence a školní docházka	28
<b>2 Cíl práce a hypotézy</b>	<b>30</b>
2.1 Cíl práce	30
2.2 Hypotézy	30
<b>3 Metodika</b>	<b>31</b>
3.1 Metody výzkumu	31
3.1.1 Dotazník	31
3.1.2 Rozhovor	31
3.2 Charakteristika zkoumaného souboru	31
<b>4 Výsledky</b>	<b>33</b>

4.1 Dotazník pro osobní asistenty	33
<b>5 Diskuse</b>	<b>53</b>
<b>6 Závěr</b>	<b>59</b>
<b>7 Seznam použitých zdrojů</b>	<b>60</b>
<b>8 Klíčová slova</b>	<b>63</b>
<b>9 Přílohy</b>	<b>64</b>

## Úvod

Důvodem volby tohoto tématu bakalářské práce je snaha zdůraznit význam činnosti osobní asistence při integraci dětí se zdravotním postižením do běžné školy.

Integrované vzdělávání dává možnost dětem se zdravotním postižením na vzdělávání v běžných školách s ostatními zdravými dětmi. Úspěšnost školské integrace zdravotně postižených dětí ovlivňuje celá řada faktorů. Vše začíná v rodině. Záleží na její skladbě, hodnotové orientaci, s čímž souvisí i proces přijetí dítěte s postižením a vyrovnání se s touto realitou a na výchovném stylu rodičů. Záleží však i na vzdělání rodičů, socio-kulturní a ekonomické úrovni rodiny, která se velmi často odvíjí od ekonomické úrovně státu, která podmiňuje množství prostředků směřujících do sociální sféry.

Je-li řeč o pedagogické integraci, pak nelze opomenout školu. Zde záleží na vybavenosti školy z hlediska materiálního, její bezbariérovosti, dosažitelnosti z bydliště žáka atp. Důležitá je také atmosféra, která ve škole převládá. Nejde jen o formální přijetí integračních trendů, ale o to, aby nejen učitelé, ale i žáci a jejich rodiče přijali integraci za svou a identifikovali se s ní.

Zásadní význam při integraci dětí se zdravotním postižením do běžné školy je využití sociální služby osobní asistence. Těžiště činnosti osobního asistenta tkví v sociální integraci dítěte s postižením a jeho pomoc se předpokládá zejména u dětí se závažným (kombinovaným) postižením. Smyslem činnosti osobní asistence je zajištění sebeobslužných a doprovodných činností během školní docházky i při volnočasových aktivitách.

Cílem mé práce bylo získat informace o činnosti osobních asistentů, kteří pracují s dětmi se zdravotním postižením a pomáhají jim tak začlenit se do společnosti. V bakalářské práci se pokusím zhodnotit své poznatky, získané spoluprací s vedoucími osobních asistentů a osobními asistenty pracující s dětmi se zdravotním postižením, které by mohly sloužit jako informační materiál pro rodiče dětí se zdravotním postižením.



## 1 Současný stav

Osobní asistence je sociální služba vymezená zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který nabyl účinnosti 1. ledna 2007. Podle § 39 je tedy osobní asistence terénní službou sociální péče a poskytuje se bez časového omezení, v přirozeném sociálním prostředí osob a při činnostech, které osoba potřebuje **(3)**.

Hlavním cílem osobní asistence je zachování integrity (celistvosti a neporušenosti) člověka i navzdory jeho nemohoucnosti, která plyne z jeho postižení. Osobní asistence řeší sociální oddělení od společnosti v důsledku zdravotního znevýhodnění **(3)**.

Žák se zdravotním postižením integrovaný v běžné třídě potřebuje přímou pomoc kompetentního odpovědného člověka, který je mu k dispozici v oblasti sebeobslužných aktivit s ohledem na jeho faktické možnosti a schopnosti. Osobní asistent mu tak pomáhá zapojit se do běžného života v přirozeném sociálním prostředí (tedy v rodině). Posláním osobního asistenta je kompenzovat postižení žáka v činnostech, které nemůže vykonávat samostatně, pomáhat mu v procesu vzdělávání, rozvoje osobnosti a uspokojování sociálních potřeb.

Osobní asistence se poskytuje dětem předškolního věku v rámci integrace do mateřské školy a dětem s těžkým zdravotním postižením do sítě základních škol a to denně dle potřeby v návaznosti na docházku do školního zařízení.

Volnočasovou osobní asistenci k integraci do běžného života zdravých vrstevníků se poskytuje dětem v rámci zájmových aktivit, společenské integrace, rehabilitace, víkendových či táborových pobytů.

## 1.1 Zdravotní postižení

Zdravotní postižení je nejenom újma na zdraví jako následek vrozené nebo získané poruchy struktury a funkce organismu, nýbrž všechna postižení vedoucí k omezení pohybové zdatnosti, funkce smyslových orgánů, mentálních a jiných funkcí vyúsťující v handicap dotýkající se postavení takového jedince ve společnosti (13).

**Impairment** je vhodné chápat jako poruchu, poškození, ztrátu, resp. abnormalitu ve funkcích či strukturách fyziologických, somatických, resp. anatomických a ovšem také psychických. Tato porucha je tedy změna funkce na úrovni tělního orgánu či systému(6).

Pojmem **disabilita** vyjadřujeme omezení, chybění, neschopnost – ve smyslu následku poškození, v důsledku čehož nelze vykonávat aktivity právě tím způsobem, jak je to obvyklé. Jedná se tedy o poruchu na úrovni celého jedince (6).

**Handicapem** pak rozumíme spíše znevýhodnění než postižení. Projevuje se to zejména snížením, resp. omezením možností (výkonu) daného člověka ve srovnání s tím, co by běžně zastal, pokud by ovšem nebyl znevýhodněn. Takto je tedy handicapovaný člověk znevýhodněn (poškozen) právě při plnění svých sociálních rolí. Jde o změnu rolí, které člověk zastává ve vztahu ke společnosti (6).

Při hodnocení snížené aktivity jedince se hodnotí především funkční schopnost, kterou daný jedinec má při různých poruchách tělesných funkcí a struktur, které se projeví sníženou aktivitou některých činností nebo plnění úkolů na úrovni individua. Hodnotí ale také ostatní orgány a funkce neporušené a tím i aktivity, které jsou tedy projevem zdravé části organismu (6).

Podle Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví se úplně opouští od pojmu handicap, který vnímá spíše jako zavádějící a místo něj se používá výrazu **restringovaná participace**. Restringovaná (omezená) participace, díky níž jedinec vlastně nemůže vykonávat určité aktivity. Participace je tak vnímána jako snížení aktivity, které je pro daného jedince omezující (restringující) právě v té aktivitě, která je pro něj důležitá ve vztahu k sociálnímu prostředí (6).

Zdravotní postižení:

- **vrozená** – dítě se s nemocí, poruchou již rodí. Tato porucha může být geneticky podmíněná – dědičná nebo získaná během těhotenství určitou poruchou v době embryonálního a fetálního vývoje (vrozená vývojová vada) **(11)**.
- **získaná** – znamená, že ke vzniku poruchy dojde v období porodu (perinatálně) či v jakémkoli období po něm (postnatálně). Příčiny vzniku těchto poruch jsou vnější a působí přímo na organismus **(11)**.

Vrozená postižení

Příčiny:

- prenatální
- perinatální
- postnatální

Získaná postižení

Příčiny:

- deformace - např. deformace páteře
- úrazy – komyce, kontuze, zlomeniny obratlů, úrazové poškození periferních nervů, amputace
- nemoci – revmatická onemocnění, dětská infekční obrna, Perthesova nemoc, myopatie **(18)**.

Typy postižení:

**1. Tělesné postižení** – postihuje především pohybový aparát, dochází k poruše anatomické struktury či funkce pohybového aparátu. Mohou to být kostní a svalové poruchy (deformity, amputace, svalové dystrofie), ale i funkční poruchy související s postižením periferní i centrální nervové soustavy **(11)**.

**2. Smyslové postižení** – dochází k poruše na orgánech zraku, sluchu, řeči, příp. dalších smyslů, někdy jsou postižena mozková centra sluchu, zraku, řeči apod. **(11)**.

**3. Mentální postižení** – porucha myšlení, kognitivních funkcí souvisí s postižením v oblasti centrální nervové soustavy, duševní poruchy **(11)**.

**4. Kombinované postižení** – jedná se o výskyt postižení v různých kombinacích, nejčastěji tělesné a mentální postižení, souvisí většinou s postižením centrální nervové soustavy **(11)**.

Nejčastěji se v praxi setkáváme s postižením kombinovaným. Většinou se jedná o postižení CNS, které vede jak k projevům opoždění motorického vývoje, tak i poruchám v oblasti smyslového vnímání či mentální retardaci **(11)**.

Při poruchách nervového systému je sledován svalový tonus. **Hypotonie** je snížení svalového napětí při postižení periferního neuronu. **Spasticita** je zvýšení svalového napětí a vzniká při lézi centrálního motoneuronu. **Obrna** je ztráta schopnosti uskutečnit volní pohyb **(6)**.

Obrna se dělí:

- paréza - obrna částečná
- plegie - obrna úplná

Obrna:

- centrální (spastická), pokud je postižena CNS (mozek, mícha)
- periferní (chabá), jsou-li postiženy periferní nervy
- smíšená
- psychogenní (např. funkční, hysterická apod.)

Obrna dle lokalizace:

- monoparéza - postižení jedné končetiny
- paraparéza - postižení zejména dolních končetin, nejčastěji v důsledku poškození míchy
- hemiparéza - postižení pravé či levé poloviny těla včetně obličeje
- kvadruparéza - postižení všech čtyř končetin
- diparéza - týká se zejména dětí s DMO a projevuje se především elasticitou dolních končetin **(6)**.

S poruchou svalového napětí (tonu) se můžeme setkat také při **mimovolních pohybech – hyperkinezích**, které vznikají neúčelně a nelze je potlačit vůlí **(6)**.

Hyperkineze projevující se poruchou svalového napětí měnlivého charakteru, jsou označovány jako **dystonie**. Nejznámější jsou grimasy, tiky, tremor a myoklonie. Jsou-li hyperkineze rychlé a trhavé, jedná se o **choreu**. Pomalé, kroutivé a vlnité pohyby se nazývají **atetóza (6)**.

### 1.1.1 Dětská mozková obrna

Jedná se o infantilní cerebrální parézu, která je vyvolána poškozením nezralého mozku a může se projevit motorickým, mentálním nebo smyslovým postižením **(10)**.

Etiologie DMO zůstává asi ve 20-30% případů nejasná **(6)**.

#### **Příčiny DMO:**

- prenatální – nitroděložní infekce, fyzikální a toxické noxy a metabolické poruchy matky
- perinatální – poškození v průběhu porodu, hypoxicko-ischemická encefalopatie, nitrolební krvácení, metabolické encefalopatie, bilirubinová encefalopatie a bakteriální meningoencefalitida
- postnatální – závažná poranění mozku, bakteriální meningoencefalitida, virová encefalitida a následky toxických a metabolických encefalopatií **(6)**

#### **Formy DMO:**

Spastické formy:

- diparetická – je charakteristická různým stupněm postižení zejména dolních končetin. V menší míře může dojít k postižení horních končetin. Vyskytuje se hlavně u předčasně narozených dětí. Jedná se tedy o nezralost nervového systému **(6)**.
- hemiparetická – projevuje se postižením jedné poloviny těla, patrná převaha postižení je na horní končetině **(6)**.

- kvadruparetická – typické poškození všech čtyř končetin, přičemž může jít u jednotlivých končetin o různý stupeň jejich postižení **(6)**.

Nespastické formy:

- hypotonická – dominantní je oslabení svalového tonu trupu i končetin a to centrálního původu **(6)**.
- dyskinetická – projevuje se grimasováním a hadovitými hyperkinézami hlavy, trupu i končetin. Časté je opistonické držení hlavy. Na vzniku se podílí poporodní žloutenka, která je následkem inkompatibility Rh-faktoru mezi matkou a plodem **(6)**.
- mozečková – jsou způsobeny postižením mozečku a mozečkových drah. Je zde patrný třes, špatná koordinace svalstva **(6)**.

Smíšené formy:

- kombinace dyskinetických forem se spastickými, ale i tzv. kombinované vady, kdy hybné postižení provázejí např. poruchy zraku, sluchu či těžší mentální postižení, které k vlastnímu syndromu DMO nepatří **(28)**.

### 1.1.2 Poruchy sdružené s DMO

Mentální retardace

Je trvalým stavem, pro který je charakteristické celkové snížení intelektových schopností a je obvykle doprovázeno poruchami adaptace **(5)**.

Dle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí se mentální retardace dělí:

- lehká mentální retardace, IQ 50- 69
- středně těžká mentální retardace, IQ 35- 49
- těžká mentální retardace, IQ 20- 34
- hluboká mentální retardace IQ pod 20 **(5)**.

## Epilepsie

Provází DMO poměrně často a někdy může být hlavní překážkou při zapojení člověka s postižením do aktivního života. Projevuje se opakovanými záchvaty, podmíněné výboji neuronů **(5)**.

Dělení záchvatů dle základní klasifikace:

- parciální (ložiskové), které mají původ v ohraničené části mozku
- generalizované tonické a klonické záchvaty
- Grand mal je velký záchvat se ztrátou vědomí a tonickou i klonickou fází. Petit mal je malý záchvat, např. krátkodobé absence projevující se zahleděním. Závažnou situaci představuje tzv. status epilepticus, což je protražovaný záchvat nebo série záchvatů, kdy se pacient neprobírá k plnému vědomí déle než ½ hodiny **(5)**.

Smyslové poruchy

Zrakové obtíže:

- amblyopie (tupožrakost)
- refrakční poruchy
- hemianopie (výpadek poloviny zorného pole)
- strabismus (šilhavost)
- nystagmus (rychlé mimovolní pohyby)

Poruchy sluchu:

- hypakuze (nedoslýchavost)

Poruchy řeči:

- alálie (zamezený vývoj řeči)
- afázie (přerušovaný vývoj řeči)
- dyslálie (špatná artikulace hlásek)
- anartrie (neschopnost artikulovat jednotlivé hlásky)
- dysartrie (artikulace je nesrozumitelná) **(5)**.

### 1.1.3 Neuromuskulární a svalová onemocnění

- artrogrypóza – jsou charakteristické mnohočetné kloubní deformity
- poliomyelitida – což je infekční onemocnění poškozující šedou hmotu v předních rozích míšních
- myopatie – poškození svalového vlákna
- Duchennova svalová dystrofie, která je dědičná a postihuje mužské pohlaví. Vede k postupnému úbytku svalstva.
- Charcotova-Marieova-Toothova choroba, jde o postupný zánik osových vláken a myelinových pochev u periferních nervů
- metabolické myopatie **(5)**.

### 1.1.4 Další somatická postižení včetně postižení nervové soustavy

- mikrocefalie, což je významné zmenšení obvodu hlavičky dítěte
- makrocefalie je dvojnásobně větší obvod hlavičky dítěte v prvních dvou měsících po porodu
- hydrocefalus – hromadění likvoru v mozkových komorách
- meningomyelokéla - dochází k výhřezu meningeálních obalů, nervových kořenů a míchy do dorzálního rozštěpu páteře
- metabolická megalencefalie – vzniká v důsledku vrozených poruch metabolismu a postihuje jak bílou, tak i šedou hmotu mozkovou.
- tuberózní skleróza – vrozené onemocnění mozku **(5)**.

### 1.1.5 Ortopedická a jiná postižení

- vrozené vykloubení kyčlí – dysplázie kyčelního kloubu



- deformace páteře
- Perthesova choroba – vyznačuje se osteonekrózou hlavice stehenní kosti
- Scheuermannova nemoc – projevuje se změnami na obratlích a meziobratlových ploténkách
- dysmelie – porucha zárodečného vývoje končetin
- amelie – vrozené chybění končetiny
- fokomelie - končetiny jsou zakrnělé
- mikromelie - končetiny jsou neúměrně krátké **(5)**.

Efektivní léčba dětí s tělesným, resp. motorickým, postižením by měla být ucelená a interdisciplinární. Vyžaduje týmovou spolupráci všech specialistů, kteří se jí zabývají (odborných lékařů, speciálních pedagogů, psychologů, fyzioterapeutů, ergoterapeutů, sociálních pracovníků, aj.), ale také spolupráci rodičů dítěte s postižením v duchu uceleného systému rehabilitace. **(5)**

#### 1.1.6 Rodiče dítěte s postižením

Za normálních okolností je narození dítěte očekáváno zpravidla s velkými nadějemi. Rodiče očekávají dítě, které bude naplněním jejich vztahu i tužeb. Pokud se jim ovšem narodí dítě s postižením, objevuje se hned na počátku při jeho narození obrovský problém, který se zdá být neřešitelným. Tento problém spočívá ve vyrovnávání se skutečností, že je dítě postiženo, že vybočuje z normálu a nemůže naplnit ta očekávání, která do jeho narození všichni s nadějemi vkládali **(6)**.

Rodina dítěte s postižením prochází několika fázemi:

- iniciální šok
- popření
- smlouvání
- agrese, zlost

- deprese (pocit viny)
- stadium vyrovnávání se, kdy dochází k postupnému snižování úzkosti a napětí, rodiče se vyrovnávají s tím, že mají dítě s postižením. Této fáze nedosáhnou všichni rodiče **(6)**.

Převládá smutek, pocit viny, ale i zloba, mohou vést k ambivalentnímu vztahu vůči dítěti a nelze vyloučit odmítnutí dítěte s postižením **(6)**.

Je důležitá podpora rodičů dítěte s postižením, která záleží na úzké spolupráci všech zainteresovaných odborníků (lékařů, psychologů, speciálních pedagogů, terapeutů). Spolupráce spočívá v poradenství rodičům a v podpoře dítěte. Tyto dvě roviny jsou vzájemně propojeny. Kompetence rodičů jako přirozených vychovatelů svého dítěte se přitom musí zachovat a posílit **(27)**.

Posláním všech odborníků je především pomoci rodičům vyrovnat se s narozením postiženého dítěte, a to do té míry, aby byli schopni přijmout daný problém ne jako úděl, ale úkol, který je zapotřebí splnit, a nabyli tak postupně přesvědčení, že i tato tíživá situace může mít určitý smysl **(7)**.

## **1.2 Integrace**

Integrace je základním právem všech lidí **(12)**.

České slovo integrace je odvozeno z latinského integer, čímž rozumíme sjednocení, ucelení, doplnění, spojení části celku. Integrace ve společenském významu je zde definována jako plnohodnotné soužití zdravých a jedinců s postižením, jež umožňuje respektování individuálních potřeb každého z nich v různých oblastech života **(12)**.

Integrace může být chápána jako stav, ale také především proces a to nejen v tom smyslu jak se daří jedinci s postižením plně začleňovat do společnosti. Tento proces souvisí se zráním naší vlastní osobnosti **(6)**.

Integrace patří k základním fenoménům rozvoje osobnosti a utváření kvality života zdravotně a sociálně postižených. Integrace se týká jednak vlastní osobnosti postiženého,

jednak jeho okolí. Integraci můžeme chápat jednak jako stav časově podmíněný, ale také jako proces, dynamický a měnlivý v závislosti na mnoha činitelích vnitřních a vnějších. Stav integrace nelze dosáhnout najednou, nýbrž postupně v jednotlivých fázích – vývojových stupních integrace. Ne všichni jedinci jsou schopni plné integrace dosáhnout, záleží na míře postižení, na věku jedince, na kvalitě péče a mnoha dalších faktorech **(17)**.

Cíl integrace spočívá v tom, vytvořit v kontextu rovnosti šancí vzájemné porozumění a akceptaci mezi postiženými a zdravými jedinci. Je to vzájemný proces, ve kterém se obě strany k sobě přibližují a mění se, takže roste oboustranná pospolitost a sounáležitost **(16)**.

Pojem sociální integrace se označuje proces rovnoprávného společenského začleňování specifických minoritních skupin do vzdělávacího i pracovního procesu a do života společnosti **(16)**.

Integrované vzdělávání jsou přístupy a způsoby zapojení žáků se speciálními vzdělávacími potřebami do hlavních proudů vzdělávání a do běžných škol. Cílem je poskytnout žákům společnou zkušenost s jejich zdravými vrstevníky a přitom respektovat jejich specifické potřeby **(16)**.

Pro děti s postižením je vyučování v přirozeném prostředí zásadní a i naopak, pro intaktní jedince je důležité poznat, že děti s postižením jsou přirozenou součástí lidské společnosti **(26)**.

### 1.2.1 Reintegrace, resocializace

Ačkoliv je integrace všeobecně chápána jako cílový stav, tedy jako smysl naší práce, není tento stav trvalý. Jeho stabilita závisí na vnějších okolnostech (např. rodinné zázemí, atmosféra ve společnosti a sociálně-ekonomické aspekty, vzdělání, práce, bydlení, sociální služby, zdravotní péče atd.) i na subjektivních faktorech na straně postiženého jedince (zejména změny psychiky i zdravotního stavu). Může nastat

regrese, kdy dojde k dezintegraci. Opětovnou, byť často velmi obtížnou, integraci nazýváme reintegrací, v širším kontextu pak jde o resocializaci **(16)**.

Sám proces integrace souvisí s rozvojem osobnosti, podnícením psychomotorických schopností zdravotně postižených jedinců, aktivizací příslušných kompenzačních mechanismů i s procesem učení. Z toho plyne, že integrace je pojmem popisujícím komplexní jev, který zahrnuje integraci osobnosti i integrace sociální, kulturní, pedagogickou i profesně-pracovní **(16)**.

### 1.2.2 Integrace - Inkluze

Pojem integrace nejčastěji slyšíme v posledních letech v souvislosti s přirozeným a nenásilným začleňováním lidí se zdravotním postižením do společnosti v tom smyslu, aby tvořili integrální součást společnosti. Souvisí to s vyrovnáváním **příležitostí**, jde o vztah majority (intaktní populace) a minority (lidí s postižením), jehož kvalita se promítá do všech oblastí vzájemného soužití. Integrace je tak jednak stavem (daného jevu), ale především i **procesem**, a to nejenom v tom slova smyslu, jak se daří jedince s postižením plně začleňovat do dané společnosti, ale také v tom významu, jak my sami jsme schopni tento žádoucí proces přirozeně akceptovat a identifikovat se s ním **(6)**.

Pojem integrace je postupně nahrazován výstižnějším pojmem **inkluzí**, což znamená rovnoprávný vztah (vyrovnání příležitostí) majority a minority, tedy úplné začlenění. V rámci pedagogické integrace se inkluzí rozumí plné (rovnoprávné) a úspěšné začlenění žáka se zdravotním postižením mezi vrstevníky v běžné škole **(26)**.

Inkluze je především postoj, přístup, hodnota, přesvědčení. Termín „include“ předznamenává být součástí něčeho, být zahrnut v celek **(6)**.

Podle Světové zdravotnické organizace je postižení, částečné nebo úplné omezení schopností vykonávat některou činnost či více činností, které je způsobeno poruchou nebo dysfunkcí orgánu. Postižení ovšem nemusí znamenat snížení kvality života jedince nebo jeho neschopnost pracovat. Jestliže jedinec přesto není zaměstnán, žije

v osamělosti, je odkázán na pomoc druhých, citově a podnětově strádá, je to proto, že nebyly využity mechanismy podporující vyrovnávání příležitostí a kompenzující překážky, které jedinci způsobuje život se závažným postižením **(16)**.

Všem těžce postiženým je společné, že na základě svého postižení mají specifické potřeby pro vlastní vývoj a interakci s jinými lidmi.

- potřebují tělesnou blízkost, aby mohli získat přímou zkušenost
- potřebují pedagoga, který jim přiblíží jejich prostředí co nejjednodušším způsobem
- potřebují každého, který jim rozumí i bez řeči a spolehlivě se o ně stará a pečuje o něj **(17)**.

Z uvedeného vyplývá, že těžce postižený by měli mít zajištěný nárok na celistvost v podpoře vývoje. Tato celistvost je potřebná pro veškerý režim dne, pro interakci s postižením. Integruje rovněž uspokojování základních lidských potřeb, otázky základní péče jako podpůrnou a speciální péči, otázky tréninku vnímání, pohybovou podporu a podporu komunikace **(17)**.

### 1.2.3 Výchova a vzdělávání

Mezi základní práva každého dítěte na naší planetě patří právo na vzdělání. Výchova dítěte má směřovat k rozvoji osobnosti dítěte, jeho nadání a jeho rozumových schopností na nejvyšší možnou míru **(22)**.

Každé dítě je jedinečnou a neopakovatelnou bytostí, která se projevuje svými vlastnostmi, dispozicemi, zájmy, ale také rozličnými potřebami, resp. jejich uspokojováním. To se dotýká také oblasti vzdělávání, neboť zdaleka ne všechny děti jsou schopny bezproblémově saturovat své potřeby v této oblasti. Specifickou skupinu tvoří děti, resp. žáci, s různými poruchami učení, speciálními vzdělávacími potřebami a děti se zdravotním postižením **(6)**.

Škola spolu s rodinou mají nejvýznamnější vliv na vývoj a rozvoj osobnosti dítěte. Mělo by tedy být cílem zařadit co nejvíce zdravotně postižených dětí mezi zdravé spolužáky do běžných škol. Škola by měla dát vyniknout těm dovednostem a vědomostem, které nejsou negativně ovlivněny zdravotním postižením **(16)**.

Pokud se podaří zařadit co nejvíce postižených dětí do běžné školní skupiny vrstevníků, posílí to nejen jejich sebevědomí, ctižádost a sociálněadaptační schopnosti, ale také napomůže vytváření nezkresleného obrazu, který o nich budou jejich spolužáci mít. Tento obraz se v dospělosti zhodnotí i v přístupu veřejnosti ke spoluobčanům se zdravotním postižením. Naopak u dětí a mládeže, jejichž stupeň tělesného, smyslového či mentálního postižení je natolik závažný, že neumožňuje zařazení do běžných škol, je třeba podporovat zakládání a rozvoj speciálních škol, stacionářů apod. **(16)**

Zdařilé integraci musí předcházet vytvoření řady určitých podmínek, protože kromě samotného dítěte a jeho rodiny musí být po všech stránkách připravena i škola. Mezi základní faktory patří rodina, škola, učitelé, poradenství a diagnostika, prostředky speciálně pedagogické podpory (kompenzační a učební pomůcky, úprava vzdělávacích podmínek), doprava dítěte, osobní asistence **(16)**.

Škola přijímající dítě s postižením – postiženému dítěti musí být škola dostupná. Vzniká tu tedy problém dopravy do školy, která nesmí být příliš vzdálená. Dalším požadavkem na školu je úroveň výchovné atmosféry ve škole. Atmosféru školy ovlivňuje sociokulturní zázemí žáků a nejvíc úroveň pedagogického sboru a vedení školy. Rozhodující je i stupeň motivace spolužáků a jejich vztah ke vzdělání a studiu **(15)**.

Integrace do běžné školy přináší zdravotně postiženým dětem velký význam. Zůstává tak ve svém přirozeném prostředí, se sourozenci, nemusí bydlet samo v internátu, není přerušen kontakt s rodinou, která se na úspěšné integraci aktivně podílí. Dítě získává úměrně svému postižení životní dovednosti a životní zkušenosti z okolního prostředí, ve kterém se bude pohybovat. I po skončení školy je tedy lépe připraveno pro další život. Děti zde mají možnost najít něco, v čem vyniknou. Dochází ke zvýšení vlastního sebehodnocení a pocitu vlastní ceny. Dítě s postižením přebírá vzor chování a jednání zdravých dětí a postupně se stává jejich partnerem. Vzájemným

působením zdravých a postižených dětí dochází ke zvýšené motivaci vzájemně si pomáhat, pochopit, že jsou odlišní a přesto stejní **(20)**.

Zkušenost ukazuje, že při vhodné přípravě a odborné pomoci se děti zdravé a děti s postižením navzájem dobře přijímají už od předškolního věku. V této době s větší samozřejmostí a přirozeněji než později, neboť ještě nejsou zatíženy společenskými a psychologickými předsudky. Zdařilou integrací získávají obě strany – zdraví si uvědomují, že jejich schopnosti nejsou něčím samozřejmým, učí se chápat je jako dar, který mají i pro druhé. Děti s postižením se pak učí důvěře ve své sociální okolí, učí se přijímat pomoc v případě potřeby, zakoušejí však i to, že i oni mají druhým co nabídnout, rozvíjejí své schopnosti a obdarování **(4)**.

### **1.3 Osobní asistence**

Osobní asistence je forma sociální služby, která spadá do resortu MPSV určena zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve kterém legislativní zabezpečení osobní asistence představuje § 39 odstavce 1 a 2. Osobní asistence je zde vymezena jako terénní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje bez časového omezení, v přirozeném sociálním prostředí osob a při činnostech, která osoba potřebuje **(31)**.

#### 1.3.1 Základní činnosti služby osobní asistence

Služba obsahuje tyto základní činnosti:

- pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu
- pomoc při osobní hygieně
- pomoc při zajištění stravy
- pomoc při zajištění chodu domácnosti
- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti

- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí **(31)**.

Základní činnosti poskytování osobní asistence dle vyhlášky č. 505/2006 Sb., se zajišťují v rozsahu těchto úkonů:

*Pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu*

Pomoc a podpora při podávání jídla a pití, pomoc při oblékání a svlékání včetně speciálních pomůcek, pomoc při prostorové orientaci, samostatném pohybu ve vnitřním i vnějším prostoru, pomoc při přesunu na lůžko nebo vozík **(29)**.

*Pomoc při osobní hygieně*

Pomoc při úkonech osobní hygieny, pomoc při použití WC.

*Pomoc při zajištění stravy*

Pomoc při přípravě jídla a pití.

*Pomoc při zajištění chodu domácnosti*

Pomoc s úklidem a údržbou domácnosti a osobních věcí, nákupy a běžné pochůzky.

*Výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti*

Pomoc a podpora rodině v péči o dítě, pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob, pomoc s nácvikem a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností **(29)**.

*Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím*

Doprovázení do školy, školského zařízení, zaměstnání, k lékaři, na zájmové a volnočasové aktivity, na orgány veřejné moci a instituce poskytující veřejné služby a doprovázení zpět **(29)**.



### *Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí*

Pomoc při komunikaci vedoucí k uplatňování práv a oprávněných zájmů, pomoc při vyřizování běžných záležitostí **(29)**.

Osobní asistence je adekvátní forma sociální péče o osoby s těžkým zdravotním postižením, která v nejvyšší možné míře kompenzuje důsledky zdravotního postižení. Umožňuje klientovi nezávislé rozhodování o jeho životě, tzn. o uspokojování jeho potřeb. Osobní asistence je dopomoc osobám s postižením a širokým záběrem služeb kompenzuje postižení ve všech činnostech, jež osoba s postižením nemůže vykonávat. Osobní asistence probíhá tak, že osobní asistent klientovi dopomáhá se vším, co kvůli svému postižení nezmůže sám. Rozsah poskytovaných služeb závisí hlavně na stupni zdravotního postižení a skutečných potřebách postiženého **(26)**.

Služby osobní asistence mají klientovi zabezpečit základní životní potřeby, a to jak biologické (pomoc při jídle, pomoc s hygienou), tak společenské (např. při výchově a vzdělávání dětí, při kulturních a společenských činnostech). To vše jako nutné vyrovnání příležitostí k běžnému životu, které jsou oproti většinové populaci sníženy zdravotním postižením **(3)**.

#### 1.3.2 Základní dělení osobní asistence

Osobní asistence se podle zaměření dělí na sebeurčující a řízenou. Uživatel sebeurčující osobní asistence musí být schopen řídit práci osobního asistenta, u řízené se předpokládá vnější koordinátor. Sebeurčující osobní asistence je činnost, jež nevyžaduje žádné odborné školení asistentů. Jestliže je potřebné jakékoliv školení přesahující i běžné vzdělání, jde o řízenou osobní asistenci. Řízená osobní asistence vyžaduje odbornou přípravu osobních asistentů. Týká se totiž osob, které potřebují specializovanou pomoc **(26)**.

V současné době, kdy zákon o sociálních službách a jeho prováděcí vyhláška jednoznačně stanovili stupeň kvalifikace a druh vzdělání, který musí osobní asistent splňovat, poskytují seburčující osobní asistenci převážně rodinní příslušníci či známí, kteří nemají osobní asistenci jako výdělečnou činnost. Ty podle zákona o sociálních službách žádnou kvalifikaci mít nemusí, avšak vyžaduje se velké zapojení samotného uživatele **(3)**.

Řízená osobní asistence již vyžaduje odbornou přípravu osobních asistentů dle zákona o sociálních službách č.108/2006 Sb. Tento zákon a jeho prováděcí vyhláška č.505/2006 stanoví kvalifikační požadavky pro výkon pracovní pozice osobní asistent, včetně definování kompetencí osobní asistence. Při řízené osobní asistenci jsou osobní asistenti zaškolováni poskytovatelem, který jim i organizuje jejich práci a oni poté asistují osobám se zdravotním postižením. Zákon o sociálních službách popisuje řízenou osobní asistenci, kterou poskytují právnické osoby. Ty, pokud se zaregistrují, musí splňovat podmínky zákona, tzn., že osobní asistenti musí mít kvalifikaci a poskytovatel je povinen se řídit standardy kvality sociálních služeb **(3)**.

### 1.3.3 Legislativa služby osobní asistence

Podle zákona č.108/2006 o sociálních službách je služba osobní asistence částečně hrazena uživatelem. Ten si tuto službu hradí z přiznaného příspěvku na péči. Po přijetí nového zákona o sociálních službách má každý člověk v nepříznivé sociální situaci nárok na příspěvek na péči a rozhoduje se sám, jak s ním naloží. Příspěvek na péči je v zákoně č. 108/2006 Sb., definován jako příspěvek poskytovaný osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby za účelem zajištění potřebné pomoci. O cenách za poskytované sociální služby potom rozhoduje sám provozovatel. V současné době legislativa jako maximální částku stanovuje 100,- Kč za jednu hodinu osobní asistence. Zbylé náklady jsou hrazeny ze státního rozpočtu MPSV, rozpočtu města a sponzorských darů **(31)**.

S každým uživatelem, u dětí s jeho zákonným zástupcem, který se rozhodne využívat služby osobní asistence, je uzavřena písemná smlouva o poskytování služby osobní

asistence, která zahrnuje veškeré podrobné informace o službě, ale také vymezení práv a povinností obou smluvních stran. Poskytovatel sjednává s osobou rozsah a průběh poskytování služby osobní asistence s ohledem na osobní cíl závislý na možnostech, schopnostech a přání klienta **(3)**.

#### 1.3.4 Individuální plán uživatele

Od uzavření smlouvy dochází k procesu plánování činnosti osobní asistence s uživatelem. Poskytování služeb vychází z osobních cílů a potřeb uživatelů a vytváří se individuální plán rozvoje uživatele **(3)**.

Individuální plán je souhrn dlouhodobých a krátkodobých cílů, kterých služba osobní asistence uživateli pomáhá dosáhnout. Vychází se především z vnitřních zdrojů a možností klienta, sleduje se dosažení dohodnutých osobních cílů. Individuální plán je důležitý především pro klienta. Ten si v jeho průběhu stanovuje svůj osobní cíl, způsoby a období, ve kterém jej chce dosáhnout. U dětí se stanovují cíle ve spolupráci s jejich rodiči. Individuální plán se staví na specifických potřebách klienta **(3)**.

Na tvorbě individuálního plánu se podílejí klient, u dětí jejich zákonní zástupci, klíčový pracovník a vedoucí osobní asistence – sociální pracovník. Klíčový pracovník je „důvěrník“ uživatele, který s ním přichází do nejužšího kontaktu. Klíčový pracovník definuje osobní cíle klientů, plánování a aktualizaci plánu průběhu služby. Klíčový pracovník si všímá zájmů a potřeb „svého uživatele“, koordinuje práci a zodpovídá za realizaci individuálního plánu **(3)**.

Cíle si lze představit jako úseky různých cest k dosažení poslání. Cíle musí být stanoveny tak jasně, aby bylo těžké zmanipulovat posuzování, zda je jich dosahováno. Musí být dosažitelné v reálném čase, musí se k nim dojít prostřednictvím procesů, které mají měřitelné výsledky. Vlastnímu sestavení individuálního plánu a stanovení cílů uživatele předchází sestavení osobního profilu uživatele. Osobní profil je souhrn informací o uživateli, získaných z komunikace s ním, u dětí především z rozhovorů s jejich zákonnými zástupci. Cíle se plánují dlouhodobé – cílem je stanovení osobního

cíle uživatele na počátku poskytování služby. Mapují se zde oblasti, které uživatel zvládá zcela, částečně nebo vůbec. Krátkodobý cíl stanovuje menší, dílčí cíle a postupů jejich dosažení v krátkém časovém úseku. Provádí se kontrola a hodnocení plnění plánů. Výsledkem vyhodnocení je zhotovený zápis, v němž jsou podrobně popsány jednotlivé kroky, které vedly ke splnění cíle **(3)**.

### 1.3.5 Osobní asistence a školní docházka

Služby osobní asistence umožňují dětem předškolního a školního věku se zdravotním postižením plnit povinnou školní docházku, neboť tyto děti jsou v důsledku stupně a rozsahu svého zdravotního postižení na tuto pomoc odkázány **(1)**.

Osobní asistence neřeší vlastní výuku a vzdělávání, které jsou záležitostmi škol a školských zařízení, ale právě díky osobní asistenci je umožněno dětem a žákům se zdravotním postižením účastnit se plnohodnotným způsobem výuky, vzdělávání a volnočasových (zájmových) aktivit a dalších přidružených aktivit a terapií **(1)**.

Těžiště služby osobní asistence spočívá v zabezpečování běžných úkonů péče o vlastní osobu (zejména úkony sebeobsluhy), v zajištění osobní hygieny klientů, jejich pohybu a poskytování stravy **(1)**.

Smyslem služby osobní asistence u dětí se zdravotním postižením je účinná pomoc při řešení jejich problémů a znevýhodnění. V rámci služeb osobní asistence se jedná zejména o:

- Pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, která je realizována např. při svlékání a oblékání a při jídle a pití.
- Návčik přesunu klienta z vozíku na vozík.
- Asistence při chůzi po rovině i na schodech, orientace ve vnitřních prostorech a mezi lidmi, kteří jsou s uživateli služeb v přímém kontaktu.
- Pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu.

- Asistence při poskytování stravy, součástí této služby je pomoc při přijímání stravy, včetně nácviku této činnosti a dále též návrh potřebných pomůcek a popřípadě i jejich nákup a výroba.
- Doprovod na volnočasové aktivity.
- Doprovod při jednotlivých akcích, jichž se neúčastní rodiče.
- Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím.
- Pomoc s nácvikem a upevňováním motorických, psychických a sociálních aktivit.
- Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí, a to formou pomoci při jednotlivých úkonech a dále kontrolu uplatnění oprávněných nároků na sociální podporu a sociální pomoc **(1)**.

Služby osobní asistence pomáhají dětem se zdravotním postižením kompenzovat zdravotní znevýhodnění, pomoc při základních životních potřebách a tak se mohou děti se zdravotním postižením zařadit do společnosti. Je nutné nabízet takové služby, které uživatelé opravdu potřebují. Záruka dobré kvality služeb by měl být cíl služby osobní asistence **(1)**.

## **2 Cíle práce a hypotézy**

### **2.1 Cíl práce**

Cílem práce bylo zhodnotit uplatnění osobního asistenta při školní integraci dětí se zdravotním postižením v regionu jižních Čech. Popsat význam a možnosti osobní asistence při školní integraci dětí se zdravotním postižením.

### **2.2 Hypotézy**

Hypotézy jsem si stanovila dvě.

Hypotéza č. 1: Za pomoci osobního asistenta se děti s těžkým zdravotním postižením začleňují do kolektivu lépe.

Hypotéza č. 2: V každodenní praxi dochází k záměně kompetencí osobního asistenta a asistenta pedagoga.

## **3 Metodika**

### **3.1 Metody výzkumu**

Pro tuto metodu jsem zvolila metodu kvantitativního výzkumu. Zvolila jsem techniku dotazníku pro osobní asistenty a rozhovoru s vedoucími služeb osobní asistence a pracovníci speciálně pedagogického centra.

#### **3.1.1 Dotazník**

Dotazníkové šetření je výhodné, protože jde o velmi efektivní techniku sběru informací v poměrně krátkém čase. Mezi nevýhody dotazníku patří nízká návratnost či vyhnutí se odpovědi na otázku **(2)**.

Dotazník obsahoval celkem 15 otázek, kde osobní asistenti vybírali z více variant jednu nebo více odpovědí. Z dotazníku jsem se snažila zjistit význam osobní asistence při integraci dítěte se zdravotním postižením do běžné školy.

#### **3.1.2 Rozhovor**

Rozhovor je tradiční používanou technikou terénního sběru informací, kdy jsou informace od respondentů získávány prostřednictvím cíleně kladených otázek v rozhovoru vedeném tváří v tvář **(2)**.

Pro výzkum byla použita technika rozhovoru s odbornými pracovníky asistenčních služeb a pracovníci speciálně pedagogického centra. Cílem rozhovoru bylo zjistit, zda dochází k záměně kompetencí osobního asistenta a asistenta pedagoga.

### **3.2 Charakteristika zkoumaného souboru**

Cílovou skupinou byli osobní asistenti pracující s dětmi se zdravotním postižením. Osobní asistenty jsem si zvolila proto, že se přímo účastní integrace zdravotně postižených dětí a jsou tak zdrojem teoretických informací a praktických zkušeností. Dotazník byl rozdán 40 osobním asistentům. Navrátilo se všech 40 dotazníků. O spolupráci jsem požádala osobní asistenty v centru ARPIDA, o. s České Budějovice,

osobní asistenty pracující při Městské charitě České Budějovice a osobní asistenty pracující v organizaci ICOS Český Krumlov.

Rozhovory jsem vedla s vedoucími asistenčních služeb a pracovníci SPC v centru ARPIDA.

Sběr dat probíhal od ledna do konce března 2009.



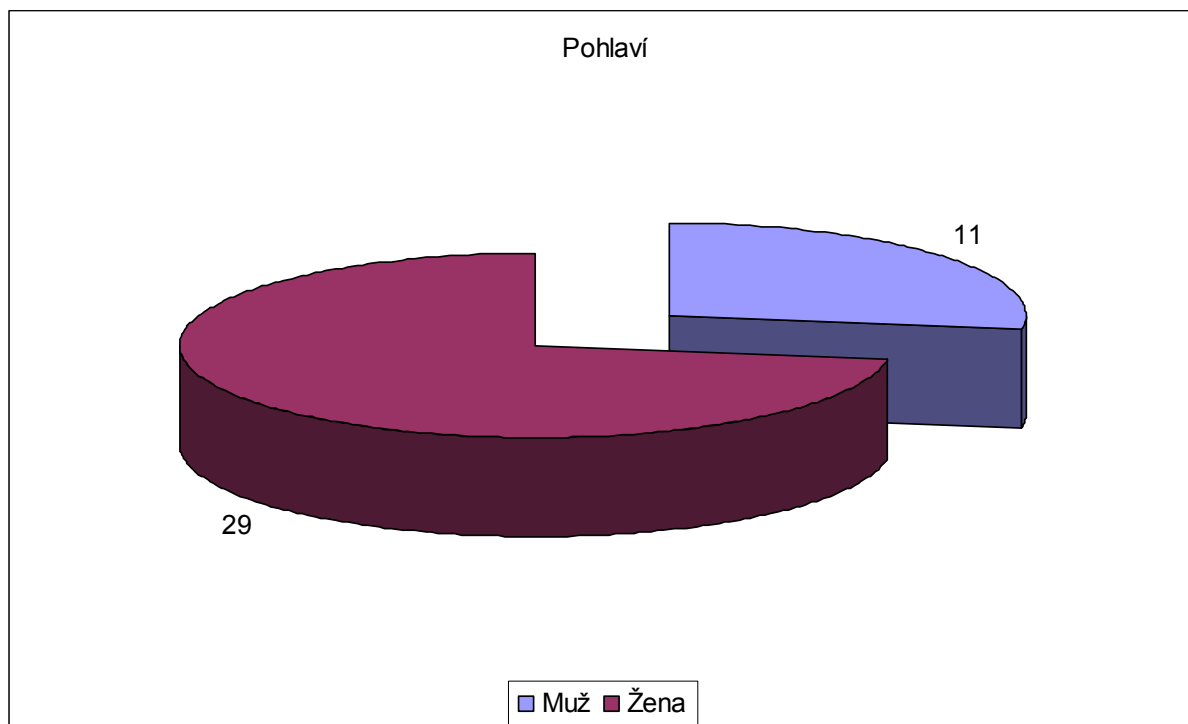
## 4 Výsledky

### 4.1 Dotazník pro osobní asistenty

#### Otázka č. 1: Vaše pohlaví?

Pohlaví	Počet
Muž	11
Žena	29

Graf 1



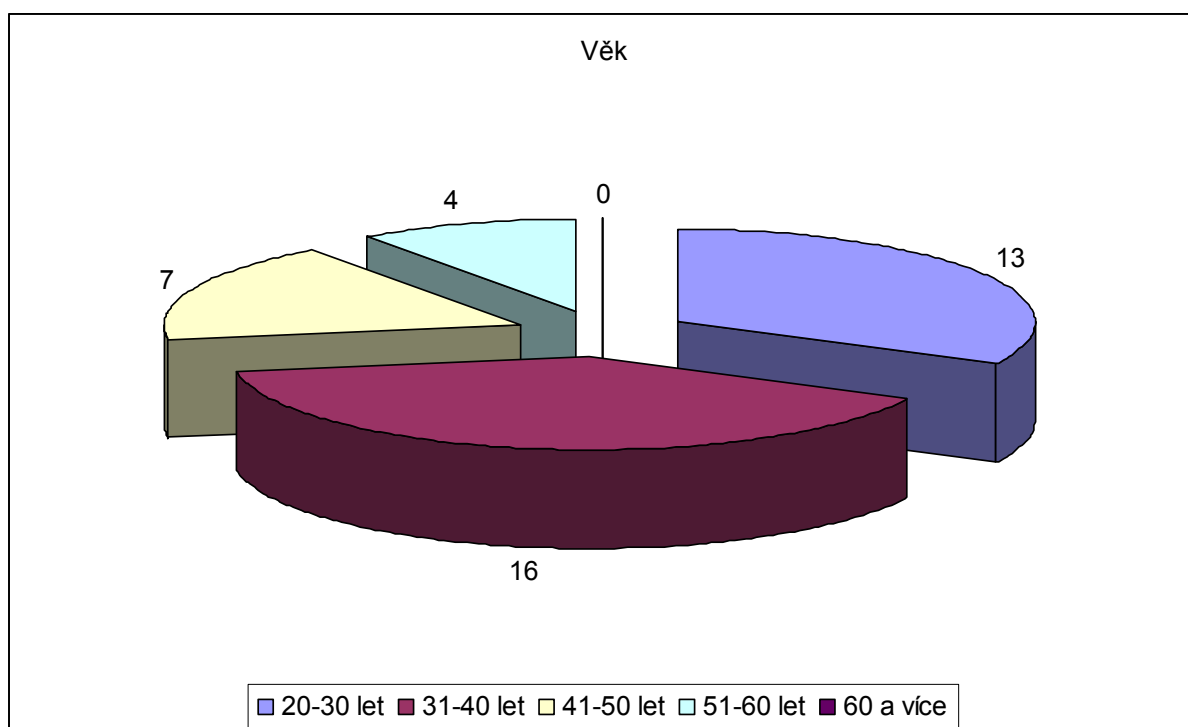
Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že (72%) osobních asistentů tvoří ženy a (28%) muži.

## Otázka č. 2 : Váš věk?

Věk	Počet
20 – 30 let	13
31 – 40 let	16
41 – 50 let	7
51 – 60 let	4
60 a více	0

Graf 2



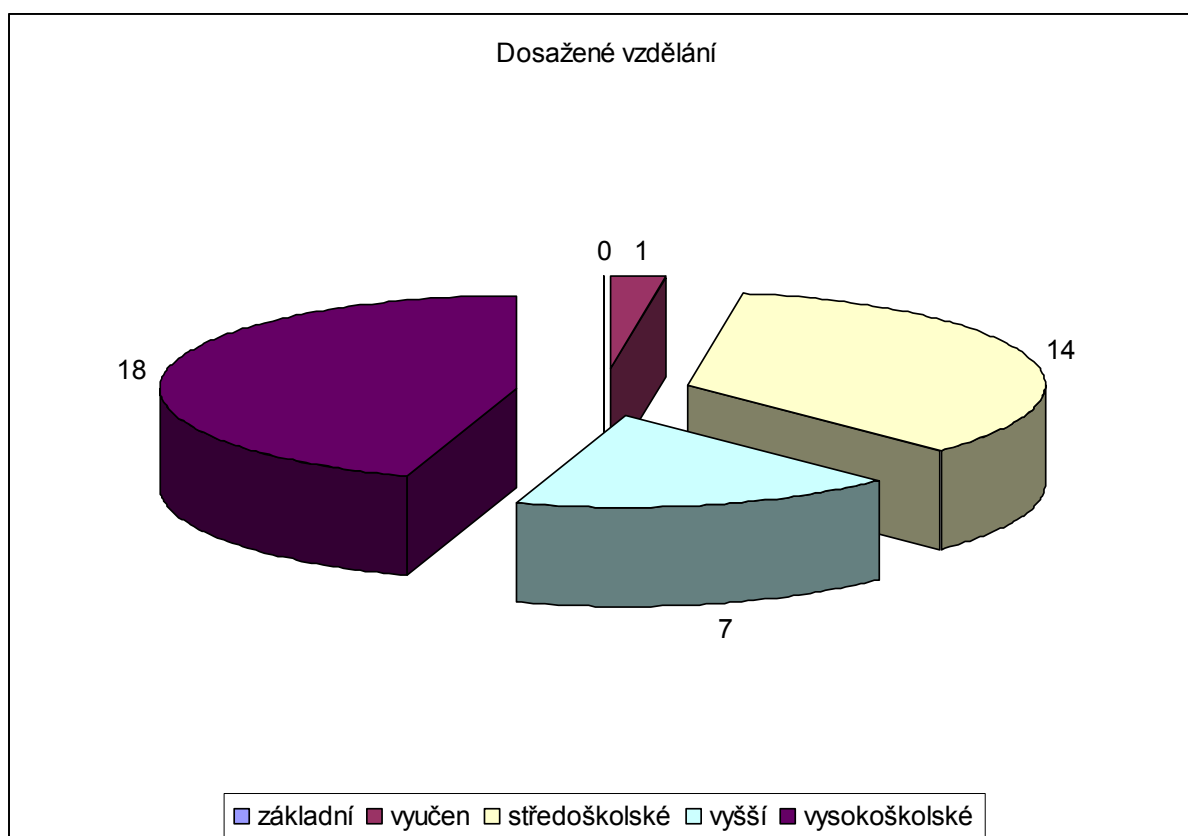
Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že nejvíce osobních asistentů (39%) je ve věku mezi 31- 40 lety, (33%) je ve věku 20-30 let, (18%) je ve věku 41-50 let a (10%) je ve věku 51-60 let.

**Otázka č. 3: Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

Vzdělání	Počet
Základní	0
Vyučen	1
Středoškolské	14
Vyšší	7
Vysokoškolské	18

Graf 3



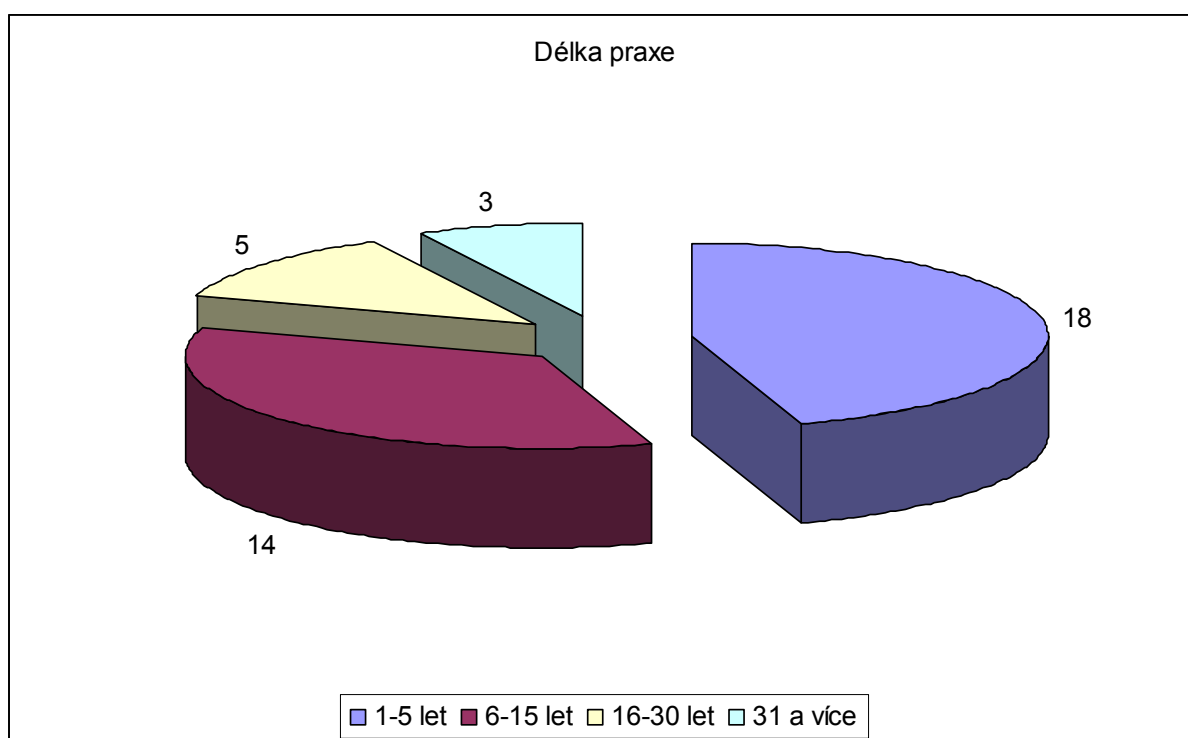
Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že osobní asistenti mají nejčastěji vysokoškolské vzdělání (44%), středoškolské vzdělání má (35%) osobních asistentů, (18%) má vyšší vzdělání a (3%) osobních asistentů je vyučeno.

#### Otázka č. 4: Délka Vaší praxe?

Praxe	Počet
1 – 5 let	18
6 – 15 let	14
16 – 30 let	5
31 a více let	3

Graf 4



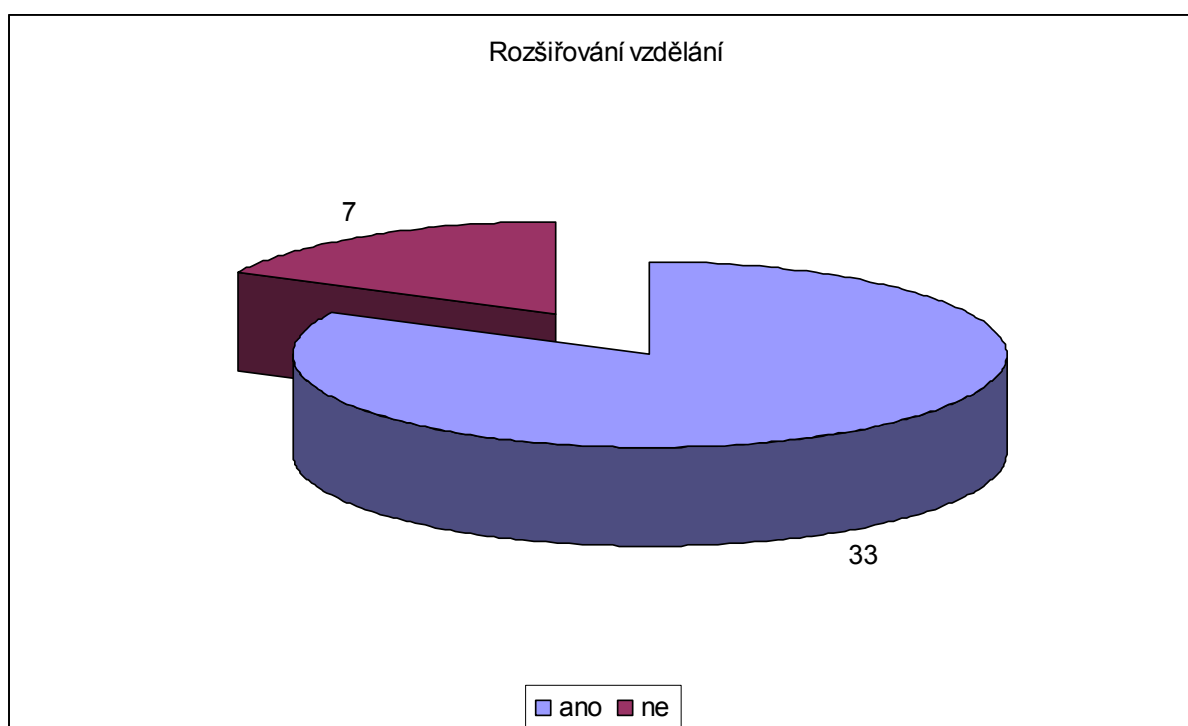
Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že nejčastější délka praxe osobních asistent je 1-5 let (44%), 6 – 15 let praxe má (35%) dotázaných, (13%) dotázaných má praxi 16 - 30 let a 31 a více let praxe má (8%).

**Otázka č. 5: Rozšiřujete si své vzdělání?**

Rozšiřování vzdělání	Počet
Ano	33
Ne	7

Graf 5



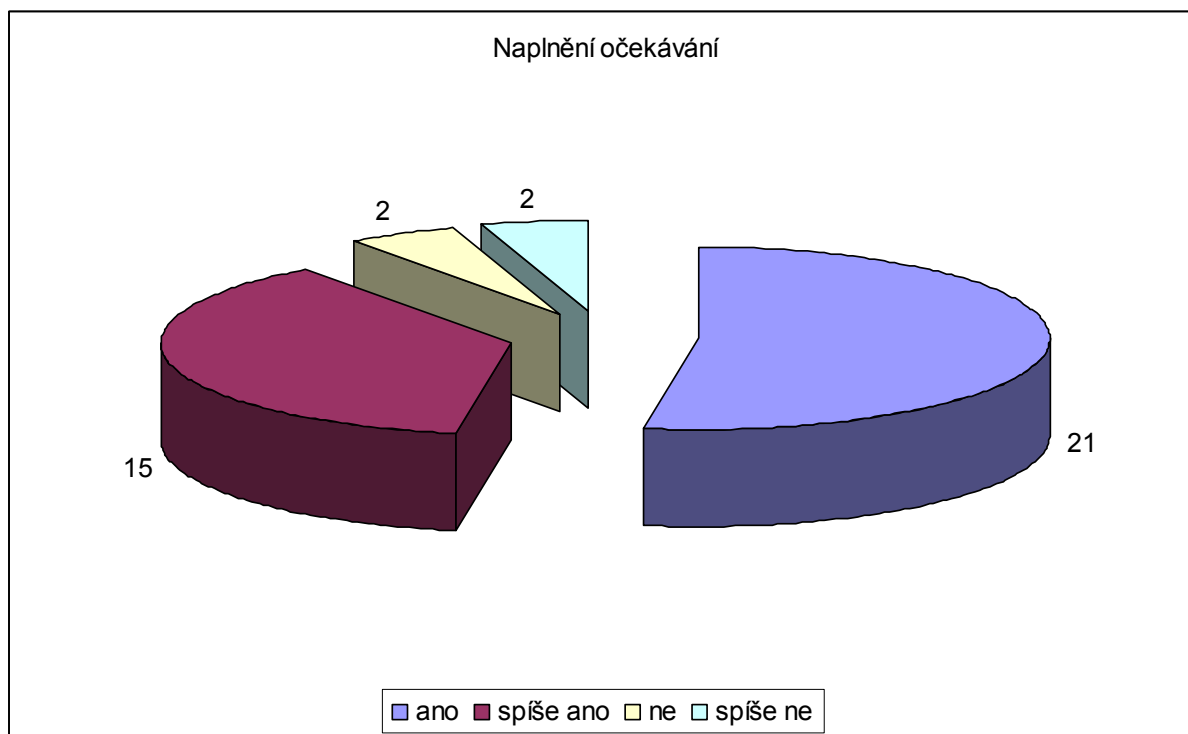
Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že (82%) dotázaných si rozšiřuje své vzdělání, pouze (18%) si své vzdělání dále nerozšiřuje.

### Otázka č. 6: Splnila práce osobního asistenta vaše očekávání?

Naplnění očekávání	Počet
Ano	21
Spíše ano	15
Ne	2
Spíše ne	2

Graf 6



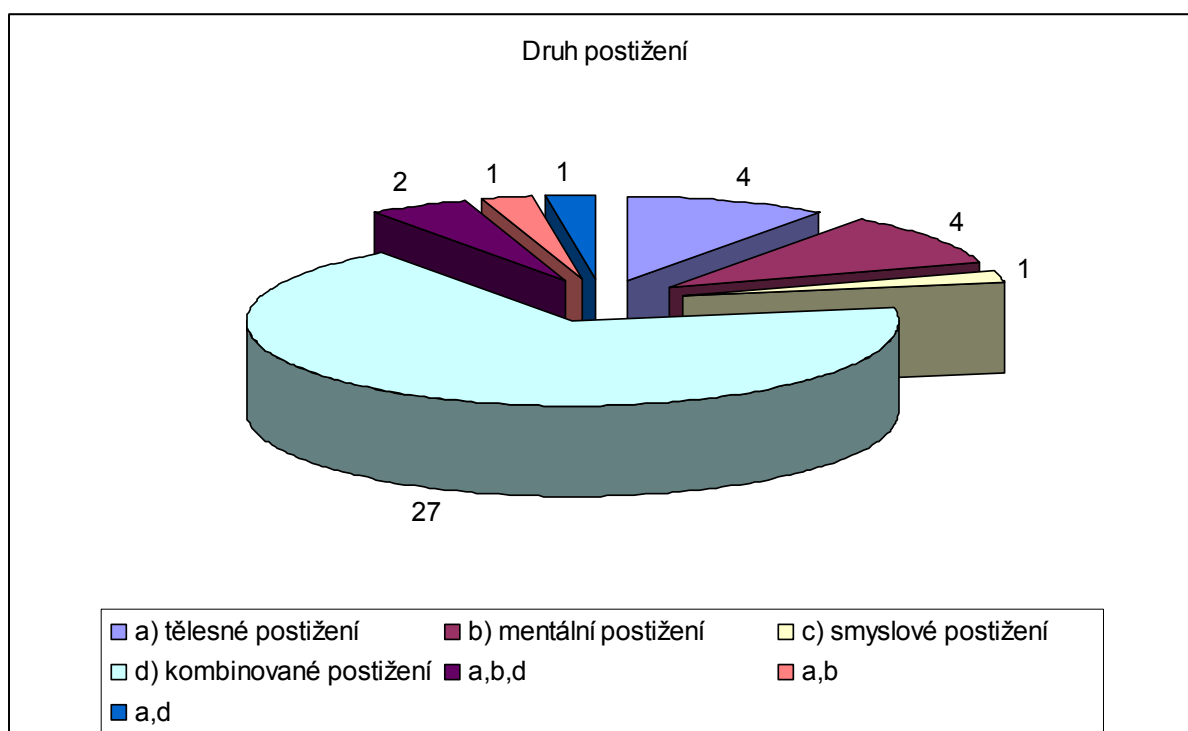
Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že práce osobního asistenta naplňuje (52%) dotázaných, (38%) naplňuje spíše ano, nenaplňuje (5%) a spíše nenaplňuje (5%) dotázaných.

**Otázka č. 7: S jakým druhem postižení se při své práci osobního asistenta setkáváte nejčastěji?**

Druh postižení	Počet
a) Tělesné postižení	4
b) Mentální postižení	4
c) Smyslové postižení	1
d) Kombinované postižení	27
a, b, d	2
a, b	1
a, d	1

Graf 7



Zdroj: Vlastní výzkum

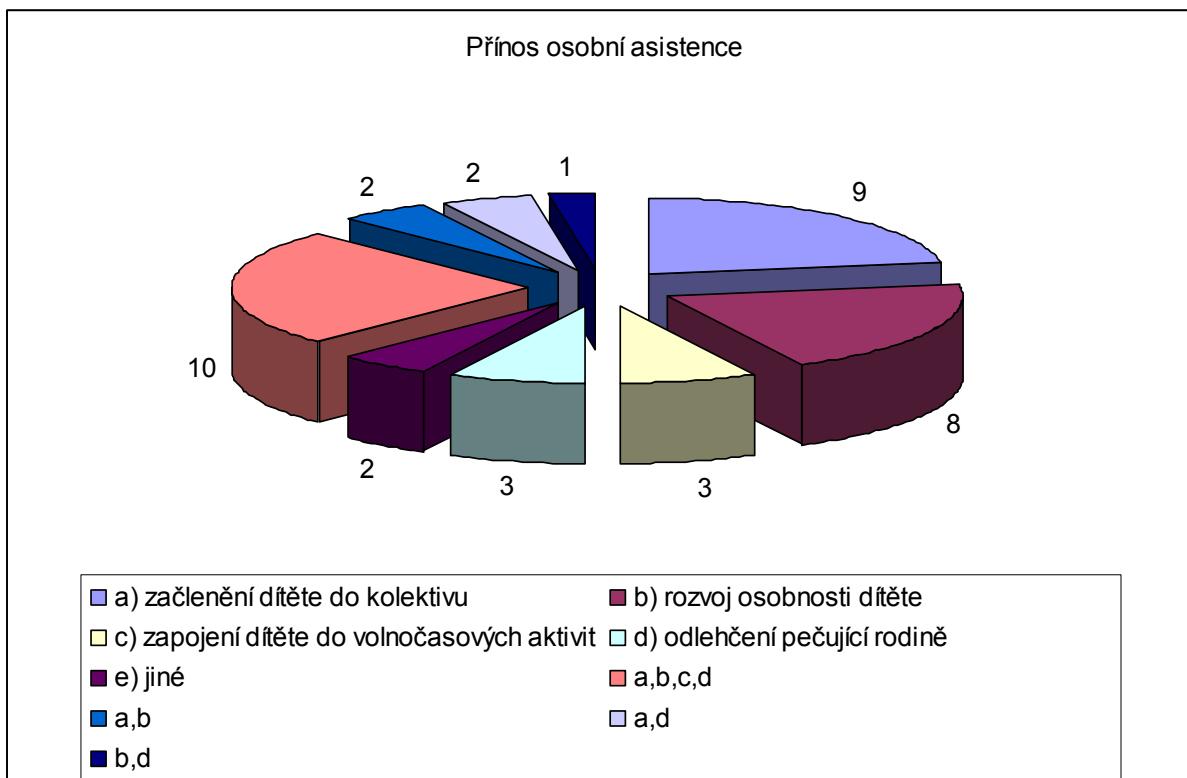


Z grafu vyplývá, že osobní asistenti se nejčastěji setkávají při své práci s kombinovaným postižením (66%), s tělesným postižením se setkává (10%), s mentálním postižením (10%), se smyslovým postižením (3%), s tělesným, mentálním a kombinovaným postižením se setkává (5%), s tělesným a mentálním (3%) a s tělesným a kombinovaným (3%) dotázaných.

**Otázka č. 8: V čem vidíte největší přínos osobní asistence u dětí se zdravotním postižením?**

<b>Přínos osobní asistence</b>	<b>Počet</b>
a) Začlenění dítěte do kolektivu	9
b) Rozvoj osobnosti dítěte	8
c) Zapojení dítěte do volnočasových aktivit	3
d) Odlehčení pečující rodině	3
e) Jiné	2
a, b, c, d	10
a, b	2
a, d	2
b, d	1

Graf 8



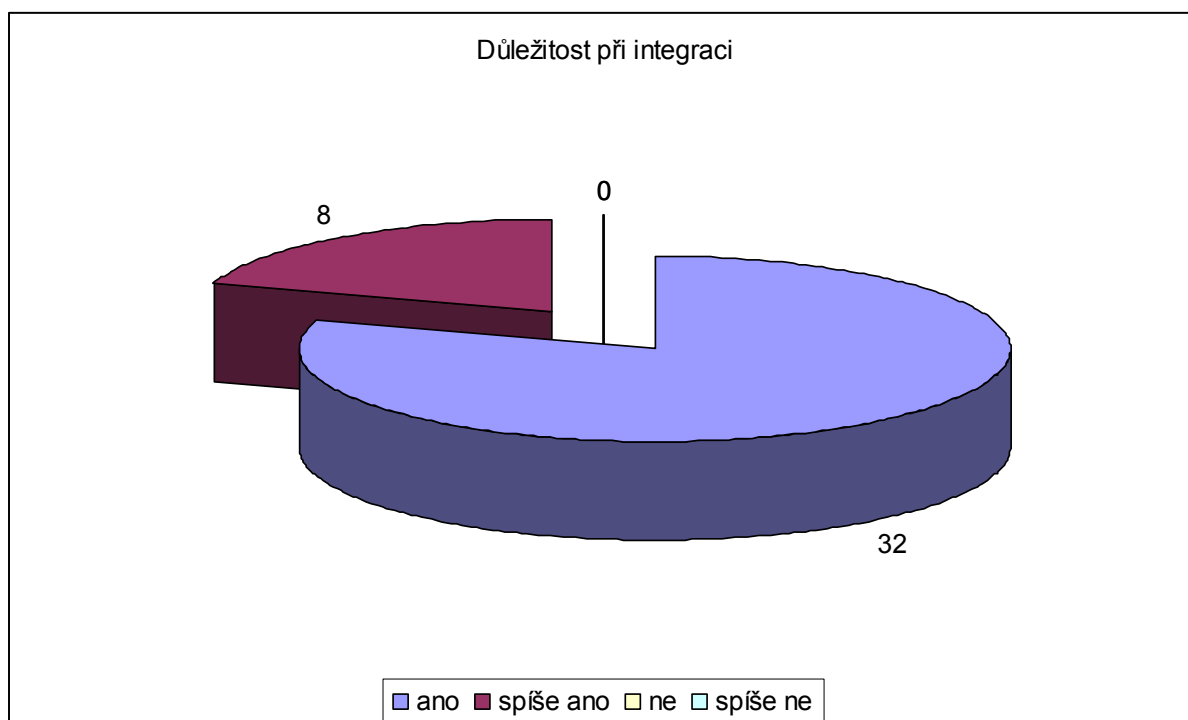
Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že největší přínos osobní asistence považuje (24%) dotázaných v začlenění dítěte do kolektivu, v rozvoji osobnosti dítěte, v zapojení dítěte do volnočasových aktivit a v odlehčení pečující rodiny, (22%) považuje největší přínos v začlenění dítěte do kolektivu, (20%) v rozvoji osobnosti dítěte, (8%) v zapojení dítěte do volnočasových aktivit, (8%) v odlehčení pečující rodiny, (5%) v začlenění dítěte do kolektivu a rozvoji osobnosti dítěte, (5%) v začlenění dítěte do kolektivu a odlehčení pečující rodiny, (3%) v rozvoji osobnosti dítěte a odlehčení pečující rodiny, (5%) uvedlo jiné.

**Otázka č. 9: Považujete práci osobního asistenta při integraci dítěte se zdravotním postižením za důležitou?**

Důležitost při integraci	Počet
Ano	32
Spíše ano	8
Ne	0
Spíše ne	0

Graf 9



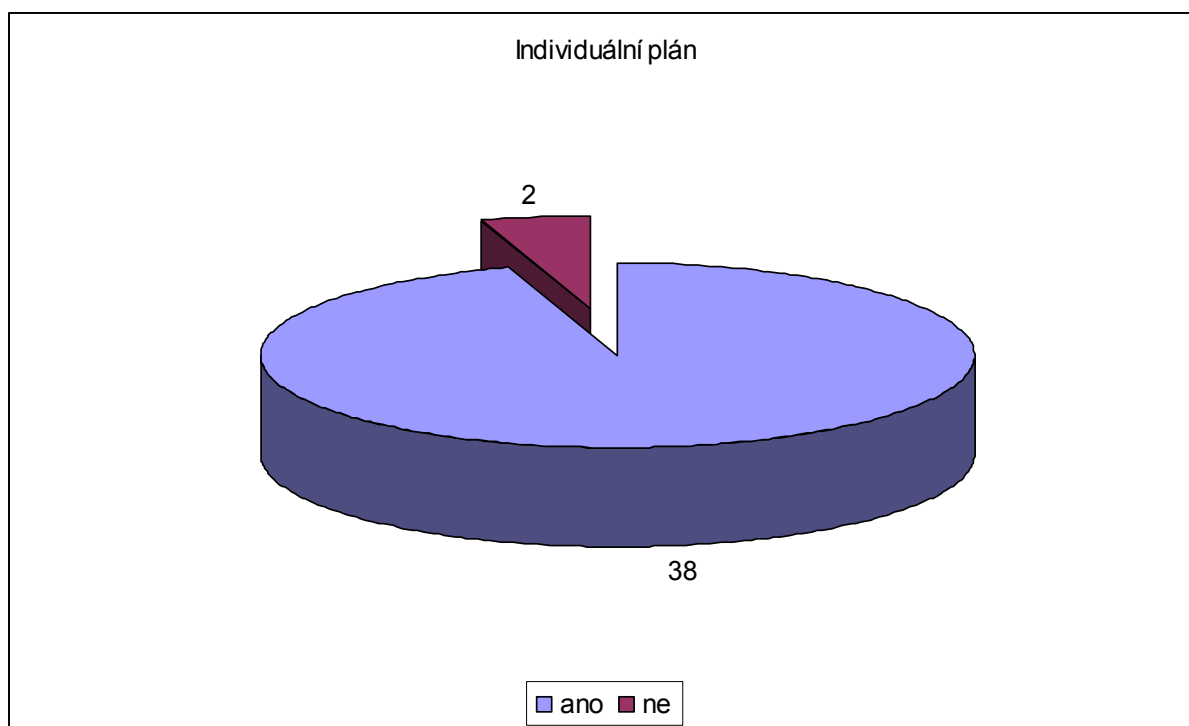
Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že (80%) dotázaných považuje práci osobního asistenta při integraci dítěte se zdravotním postižením za důležitou, (20%) považuje za důležitou spíše ano.

**Otázka č. 10: Spolupracujete při vytváření individuálního plánu s rodiči dítěte se zdravotním postižením?**

Individuální plán	Počet
Ano	38
Ne	2

Graf 10



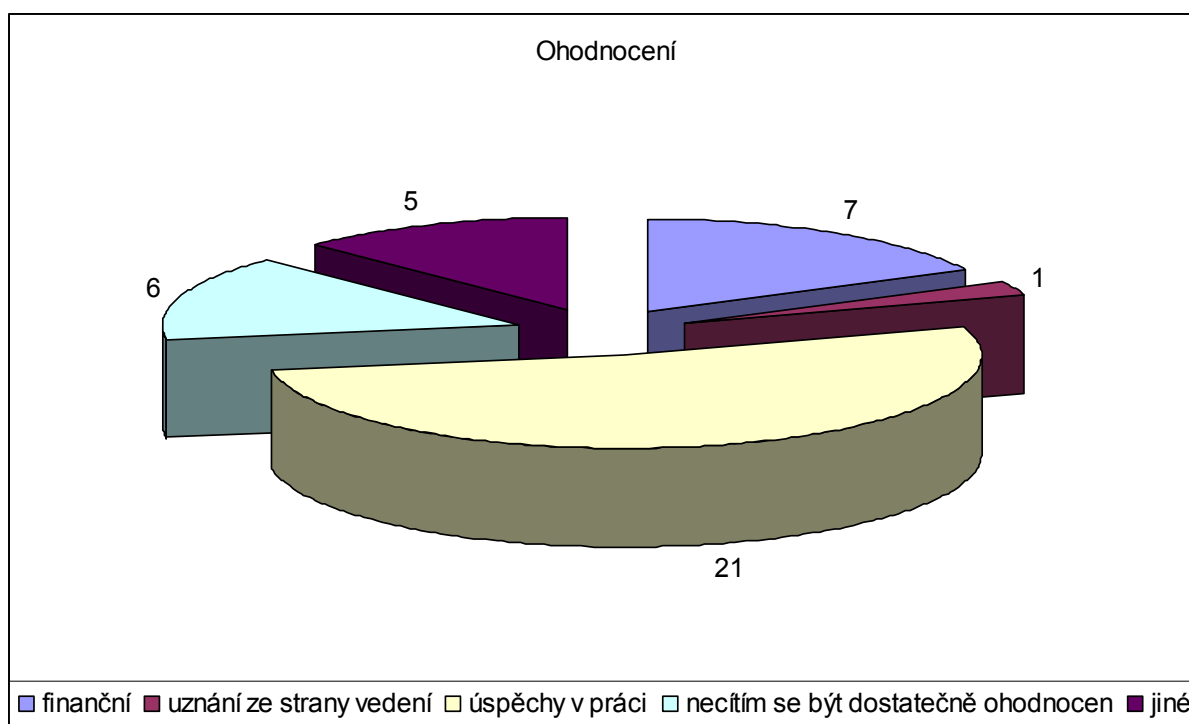
Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že (95%) dotázaných spolupracuje při vytváření individuálního plánu s rodiči dítěte se zdravotním postižením, (5%) nespolupracuje.

**Otázka č. 11: Které ohodnocení je pro vaši práci osobního asistenta nejdůležitější?**

Ohodnocení	Počet
Finanční	7
Uznání ze strany vedení	1
Úspěchy v práci	21
Necítím se být dostatečně ohodnocen	6
Jiné	5

Graf 11



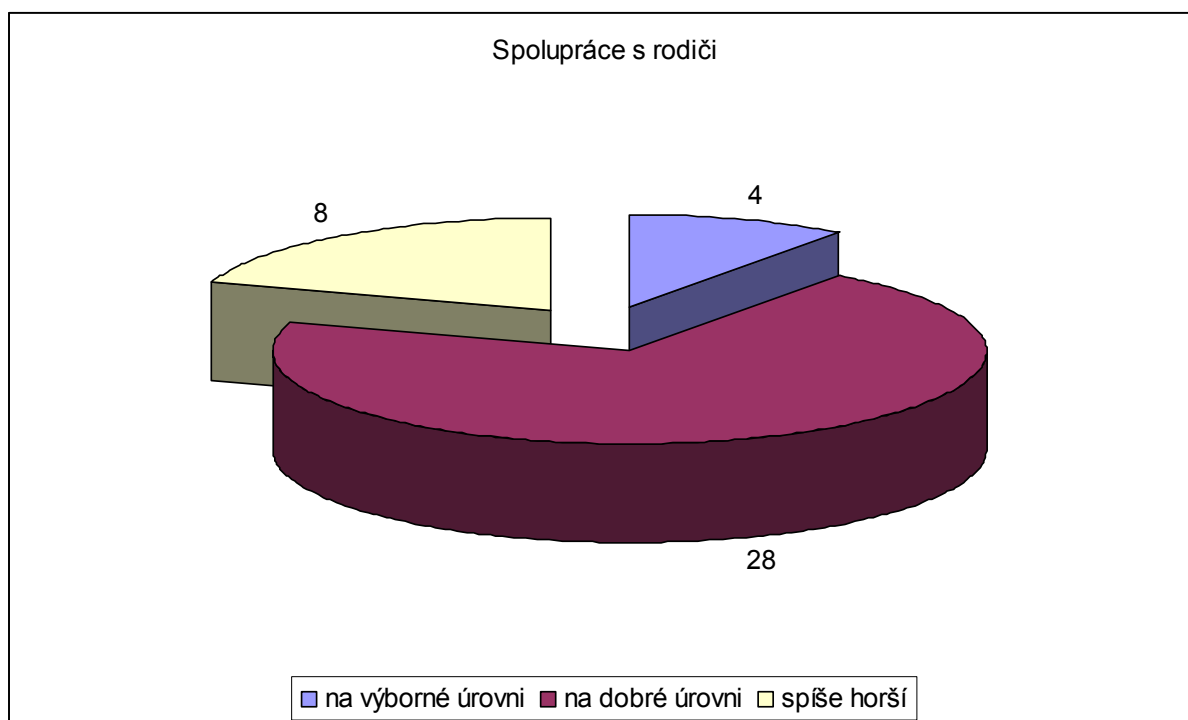
Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že (52%) dotázaných považuje za nejdůležitější úspěchy v práci, (17%) finanční ohodnocení, (15%) se necítí být dostatečně ohodnoceni, (13%) odpovědělo jiné např. spokojenost uživatelů, úsměv dítěte, (3%) uznání ze strany vedení.

**Otázka č. 12: Na jaké úrovni je dle Vašeho názoru spolupráce s rodiči dětí se zdravotním postižením?**

<b>Spolupráce s rodiči</b>	<b>Počet</b>
Na výborné úrovni	4
Na dobré úrovni	28
Spíše horší	8

Graf 12



Zdroj: Vlastní výzkum

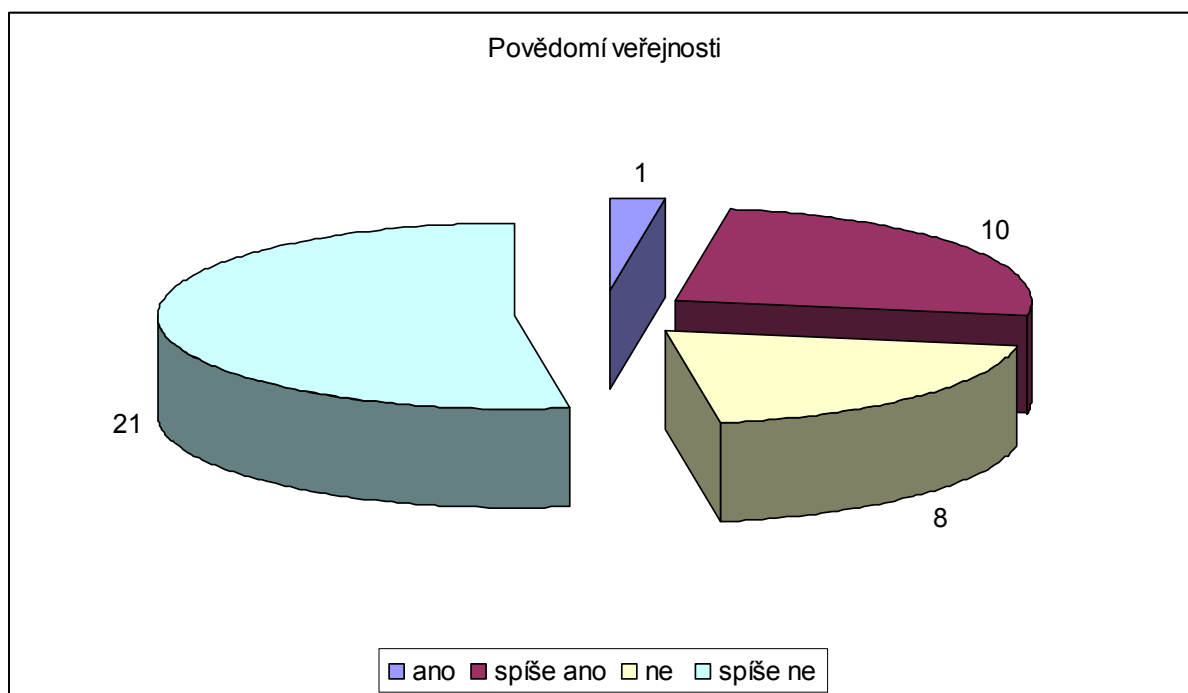
Z grafu vyplývá, že (70%) dotázaných odpovědělo, že spolupráce s rodiči je na dobré úrovni, (20%) uvedlo spíše horší spolupráce, (10%) odpovědělo na výborné úrovni.



**Otázka č. 13: Myslíte si, že je práce osobního asistenta široké veřejnosti dostatečně známá?**

Povědomí veřejnosti	Počet
Ano	1
Spíše ano	10
Ne	8
Spíše ne	21

Graf 13



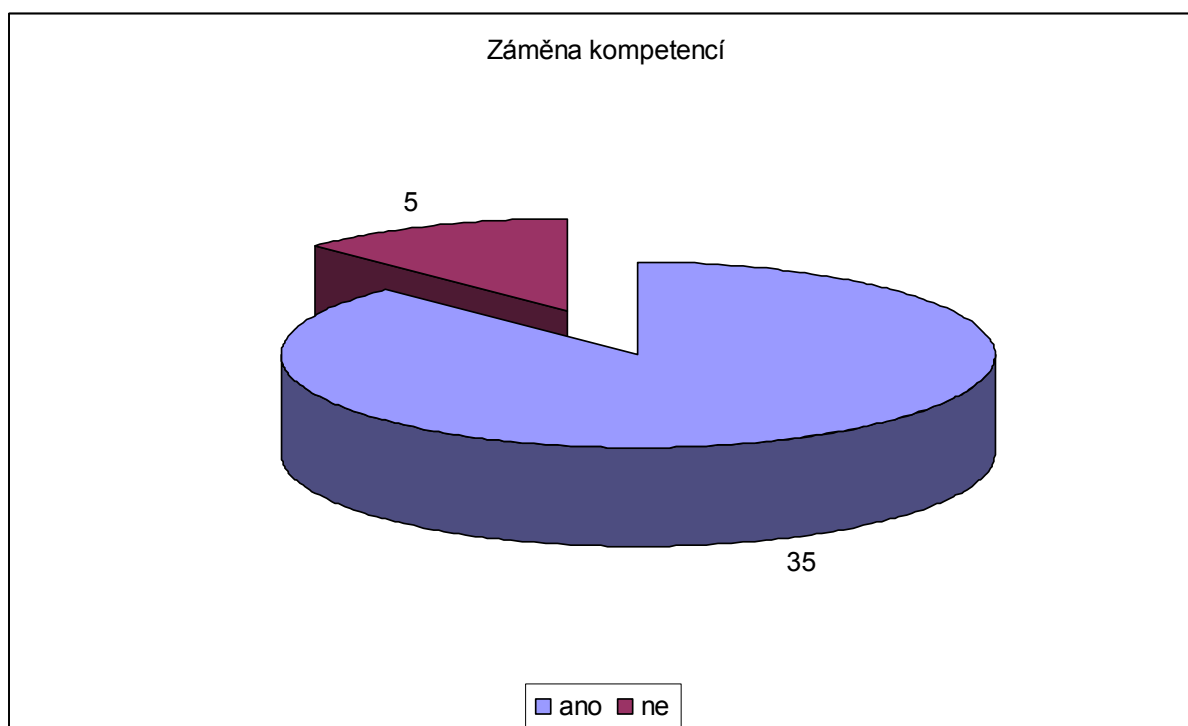
Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že (52%) dotázaných si myslí, že práce osobního asistenta spíše není známá, (25%) si myslí, že je známá spíše ano, (20%) není známá, (3%) dotázaných si myslí, že je známá.

**Otázka č. 14: Myslíte si, že dochází často k záměně kompetencí osobního asistenta a asistenta pedagoga?**

Záměna kompetencí	Počet
Ano	35
Ne	5

Graf 14



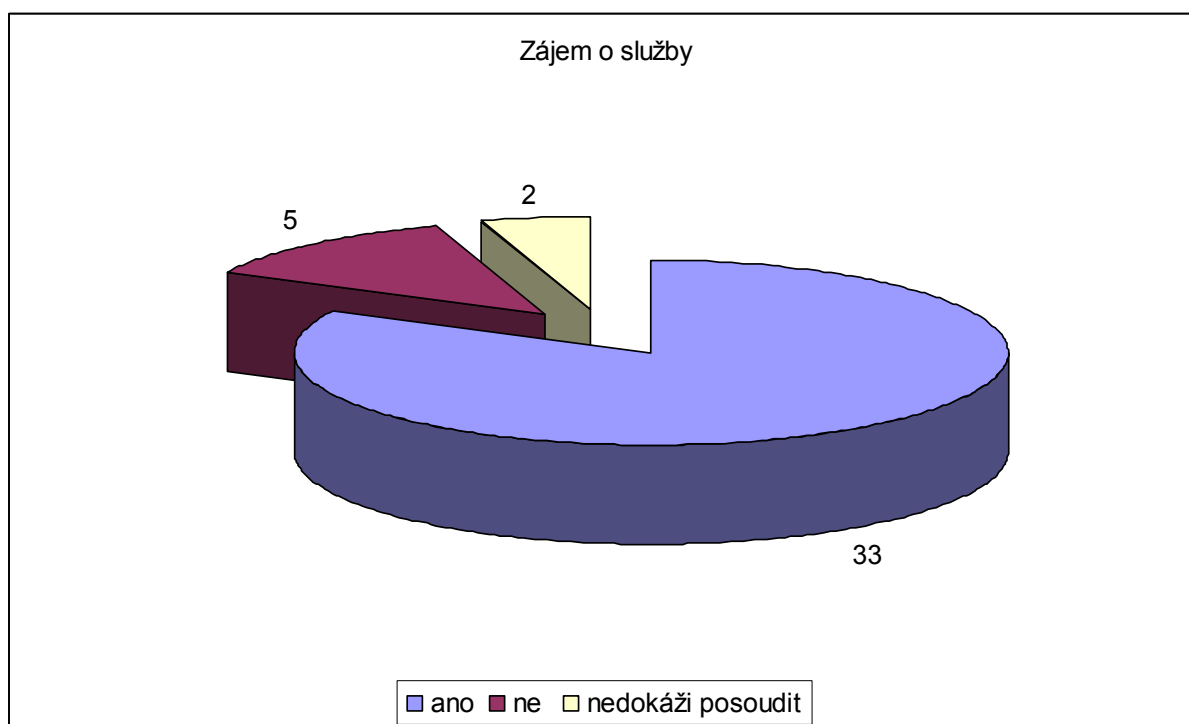
Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že (87%) dotázaných se domnívá, že dochází k záměně kompetencí osobního asistenta a asistenta pedagoga, (13%) se domnívá, že k záměně nedochází.

**Otázka č. 15: Domníváte se, že stoupá zájem ze strany uživatelů o čerpání služby osobní asistence?**

Zájem o služby	Počet
Ano	33
Ne	5
Nedokážu posoudit	2

Graf 15



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že (82%) dotázaných se domnívá, že stoupá zájem o služby osobní asistence, (13%) se domnívá, že nestoupá zájem, (5%) nedokáže posoudit.

## 5 Diskuze

Ve své práci jsem zjišťovala problematiku integrace dětí se zdravotním postižením do běžných škol. Zjišťovala jsem význam a možnosti osobní asistence při školní integraci dětí se zdravotním postižením.

Výzkumná část byla provedena pomocí dotazníků, které byly určeny osobním asistentům, kteří pracují s dětmi se zdravotním postižením.

Otázka č. 1 měla identifikační charakter a zjišťovala, zda činnost osobní asistence u dětí se zdravotním postižením vykonávají více ženy nebo muži. Z výsledků dotazníků vychází, že služby osobní asistence u dětí s postižením poskytují více ženy.

U otázky č. 2 jsem zjišťovala nejčastější věk osobních asistentů pracujících s dětmi se zdravotním postižením. Nejčastější věk osobních asistentů je mezi 31 – 40 lety.

Otázka č. 3 potvrdila, že nejvíce osobních asistentů má vysokoškolské vzdělání, na druhém místě je vzdělání středoškolské.

Na otázku jak dlouho vykonávají činnost osobní asistence u dětí se zdravotním postižením, nejvíce respondentů označilo odpověď 1 -5 let.

Na otázku č. 5, zda si osobní asistenti rozšiřují své vzdělání, odpovědělo 82 procent respondentů ano. Dle zákona o sociálních službách č.108/2006 Sb., musí všichni pracovníci v sociálních službách, tedy i osobní asistenti splňovat určité kvalifikační požadavky. Jednou z možností je i absolvování akreditovaného kurzu osobní asistence, kde získá absolvent odpovídající kvalifikaci. Absolvent kurzu ovládá standardy kvality sociálních služeb, základy mezilidské komunikace, psychologie, psychopatologie a somatologie, ovládá příčiny jednotlivých zdravotních postižení a komplikace s nimi spojené, příslušné kompenzační pomůcky a zná etiku pracovníka v sociálních službách. Je vyškolen i v podpoře rodinám klientů.

V otázce č. 6 většina dotázaných respondentů uvádí, že práce osobního asistenta splnila jejich očekávání.

Otázka č. 7 potvrdila mojí domněnku, že většina osobních asistentů se při své práci nejčastěji setkává s kombinovaným postižením.

Marie Vítková ve své knize (26) popisuje pojem kombinované postižení, jako komplex omezení člověka jako celku ve všech jeho prožitkových sférách a výrazových možnostech. Podstatně jsou omezeny a změněny schopnosti emocionální, kognitivní a tělesné, ale také sociální a komunikační.

Ve speciálně pedagogické terminologii je pro tento stav vžitý termín více vad (případně vícečetná postižení) (6).

Jiří Jankovský (6) uvádí, že z hlediska vzdělávání jsou přirozeně důležité zejména mentální dispozice daného žáka. Jedná se o komplikovanou situaci, jejíž řešení je závislé jednak na vlastní kombinaci obou postižení u daného jedince (dítěte) a dále na tom, které z těchto postižení dítě nejvíce znevýhodňuje. Na těchto skutečnostech pak závisí léčba (rehabilitace), sociální péče a v neposlední řadě též edukace. Žák (dítě) by měl být vždy vzděláván podle programu, který odpovídá druhu a stupni jeho postižení (respektující jeho reálné možnosti).

Z výzkumu vyplývá, že nejvíce respondentů považuje za největší přínos osobní asistence jak začlenění dítěte do kolektivu, rozvoj osobnosti dítěte, zapojení dítěte do volnočasových aktivit, tak i v odlehčení pečující rodině.

Osobní asistent podporuje dítě s postižením tak, aby mělo možnost a motivaci k maximálnímu rozvoji podle svých individuálních schopností a usiluje o jeho přirozenou integraci. Pracuje s klientem individuálně. Náplň práce asistenta u konkrétního dítěte je dána především domluvou s rodiči dítěte. Obsah práce osobního asistenta je stanoven podle individuálních zvláštností a potřeb každého dítěte. Pomáhá mu v sebeobslužných činnostech, zajišťuje docházku do školy i na volnočasové aktivity. Zajišťuje dítěti se zdravotním postižením kontakt se společenským prostředím a pomáhá s prosazováním jeho práv a zájmů.

U otázky č. 9 jsem zjišťovala, zda dotázaní respondenti považují práci osobního asistenta při integraci dítěte se zdravotním postižením za důležitou. Souhlasím s názorem respondentů, kdy naprostá většina dotázaných považuje tuto činnost za důležitou.

Marie Vítková (26) popisuje ve své knize výhody integrativního vzdělání, získané školní znalosti, nová přátelství, místa pro komunikaci, výuku ke skupinové spolupráci,

prohlubování zájmů a upevnění sociálních dovedností. Tyto zdánlivé drobnosti jsou v životě zdravotně postižených dětí nezbytně nutné – v životě takto postiženého jedince může být problémem sociální izolace, jenž by mohla v krajním případě vést až k poruchám psychiky. Tento problém lze odstranit úspěšnou integrací postiženého žáka do kolektivu třídy.

Podobný názor zastává ve své knize i Libor Novosad **(16)**, který uvádí, že dítě, které je integrováno v běžné škole, získává úměrně svému postižení životní dovednosti a životní zkušenosti z okolního prostředí, ve kterém se bude pohybovat i po skončení školy.

Činnosti osobního asistenta jsou aplikovatelná na školní prostředí a školní integrace dětí se zdravotním postižením zahrnuje velké množství situací a úkonů, které jsou součástí náplně osobního asistenta, jak ve své knize uvádí Jana Hrdá **(3)**.

Otázka č. 10 zjišťovala, zda osobní asistenti spolupracují při vytváření individuálního plánu s rodiči dětí se zdravotním postižením. 95 procent respondentů odpovědělo, že spolupracují.

Marie Vítková **(26)** ve své knize vyjadřuje názor, že rodiče jakožto nejbližší osoby dětí s postižením, by měli být zpravidla nejlépe obeznámeni s potřebami svých dětí, protože oni jsou vlastně experty jejich blaha.

Rodiče jsou plnohodnotnými partnery celého týmu odborníků a měli by být respektovány jejich přání i případné námítky.

Z otázky č. 11 vyplývá, že pro většinu dotázaných jsou nejdůležitějším ohodnocením jejich práce úspěchy v práci.

Hodnocení pracovníků, jak píše Jana Hrdá **(3)** ve své knize, by mělo být postaveno na hodnocení efektivity služby jako takové. Pracovní výsledky osobních asistentů se pravidelně slovně hodnotí na základě obecných ukazatelů, jako je docházka, kvantita a kvalita práce, znalost náplně práce, schopnost koordinovat činnosti, znalost a uplatnění nových poznatků v oboru, práce s dokumentací a technikou, spolehlivost, čestnost, odolnost vůči zatížení a stresům, dále na základě zvláštních ukazatelů, které vypovídají o jejich schopnostech, jako je postoj ke klientům a spolupráce s nimi, spolupráce s poskytovateli osobní asistence, schopnost spolupracovat s kolegy atd.

U otázky č. 12 většina dotázaných odpověděla, že spolupráce s rodiči dětí se zdravotním postižením je na dobré úrovni.

Spolupráce rodičů dětí se zdravotním postižením nejen s osobními asistenty, ale i ostatními odborníky je nezbytná a důležitá.

Aby poskytovaná péče byla co nejefektivnější, stávají se rodiče dětí se zdravotním postižením důležitými členy multidisciplinárního týmu. Dokumentuje to i Jiří Jankovský (6), který popisuje rodiče jako významné účastníky tzv. „kruhové“ péče, kde je jejich dítě na vrcholu všech aktivit, které jsou realizovány v jeho zájmu. Je zřejmé, že se mezi všemi členy týmu očekává dobrá spolupráce a vzájemná komunikace a možné problémy by měli být řešeny vždy v zájmu a ve prospěch dítěte s postižením

Náročnost nové situace a strach ze selhání spojené s integrací do školy může nepříznivě ovlivnit postoje rodičů k osobním asistentům a ostatním odborným pracovníkům a tím ovlivnit i průběh integrace, jak uvádí Marie Vágnerová (24).

Podobně se vyjadřuje ve své knize i Libor Novosad (16), který uvádí, že poradenské pracoviště by mělo rodiče informovat o úskalích integračního procesu, vedoucí osobní asistence řešit vždy aktuální problémy, tak aby rodina byla aktivním článkem v procesu integrace.

Z otázky č. 13 vyplývá, že většina respondentů se domnívá, že práce osobního asistenta není široké veřejnosti dostatečně známá. Je důležité, aby široká veřejnost byla kvalitně informována o existenci, potřebě a přínosu služby osobní asistence. Zvýšit povědomí veřejnosti o službách osobní asistence např. vytvořením kvalitních propagačních materiálů a zlepšit orientaci v možnostech využití této služby.

V otázce č. 14 se shodují s názorem respondentů, kteří se domnívají, že dochází často k záměně kompetencí osobního asistenta a asistenta pedagoga.

Osobní asistence patří mezi služby sociální péče, která spadá legislativně do resortu MPSV a je určena zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Osobní asistenci provádí pracovník sociální péče. Pracovní náplní osobní asistence v souvislosti s účastí dětí se zdravotním postižením ve vyučovacím procesu je doprovod dítěte do školy před počátkem vyučování a jeho vyzvednutí ze školy po skončení vyučování. Osobní asistence spočívá v podpůrných činnostech, souvisejících s nezbytně



nutnou kompenzací znevýhodnění žáků se specifickými potřebami v oblasti dopravy, sebeobsluhy, osobní hygieny a stravování. Osobní asistent může dítě ráno přivést do školy, po vyučování s ním jít na oběd, do družiny, domů. Činnost osobního asistenta neprobíhá v době vyučovacího procesu. Osobní asistent je placen rodiči dítěte se zdravotním postižením z přiznaného příspěvku na péči dle zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb.

Asistent pedagoga je definován jako pedagogický pracovník dle § 2 zákona č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících a změně některých zákonů. Pozici asistenta pedagoga upravují právní předpisy MŠMT. Asistent pedagoga asistuje pedagogovi (tedy většinou třídnímu učiteli) ve třídě, kde je integrován žák se speciálními vzdělávacími potřebami (se zdravotním postižením). Asistent pedagoga napomáhá žákům při přizpůsobení se školnímu prostředí, pomáhá pedagogickým pracovníkům školy při výchovné a vzdělávací činnosti, pomáhá při komunikaci se žáky, spolupracuje se zákonnými zástupci žáka a komunitou, ze které žák pochází. Podnětem ke zřízení této pracovní pozice je doporučení, které vydává speciálně pedagogické centrum a pedagogicko-psychologické poradny. Asistent pedagoga je financován z finančních prostředků MŠMT.

Potřeby integrovaných žáků s těžkým zdravotním postižením mohou být plně pokryty pouze kombinací obou služeb. Důvodem je nejen stupeň postižení většiny žáků, vyžadující oba typy asistence, ale i skutečně vykonávané činnosti asistenta osobního a pedagogického.

U otázky č. 15 se většina respondentů domnívá, že stoupá zájem o čerpání sociální služby osobní asistence. Domnívám se, že ukazatelem úspěchu služby osobní asistence je pomoc rodinám dětí se zdravotním postižením, zapojení dětí mezi zdravé vrstevníky a integrace dětí se zdravotním postižením do společnosti. Je důležitá informovanost rodičů o možnosti využití služby osobní asistence. Při integraci dětí s pomocí osobního asistenta se však můžeme setkat s problémem nedostatku financí na jejich zaplacení. Financování osobní asistence je částečně hrazena z dotací MPSV a částečně si klient tuto službu hradí z přiznaného příspěvku na péči a svého příjmu. Státní dotace jsou

velmi omezené a může tak vzniknout rozpor mezi potřebami a možnostmi využití služby osobní asistence u dětí se zdravotním postižením.

**Hypotéza č. 1 byla potvrzena:** Za pomoci osobního asistenta se děti s těžkým zdravotním postižením začleňují do kolektivu lépe.

Tato hypotéza byla potvrzena jak z dotazníku pro osobní asistenty, tak z rozhovorů s vedoucími osobní asistence. Z výzkumu vyplývá, že osobní asistent je při školní integraci dětí s těžkým zdravotním postižením nezbytný.

**Hypotéza č. 2 byla potvrzena:** V každodenní praxi dochází k záměně kompetencí osobního asistenta a asistenta pedagoga.

Na tuto hypotézu jsem zaměřila otázku č. 14 v dotazníku pro osobní asistenty a rozhovor s vedoucími asistenčních služeb. Z výzkumu vyplynulo, že v praxi dochází k záměně kompetencí osobního asistenta a asistenta pedagoga.

## 6 Závěr

Cílem práce bylo popsat význam a možnosti sociální služby osobní asistence při školní integraci dětí se zdravotním postižením. Zjistit, jakým způsobem naplňuje činnost osobní asistence potřeby zdravotně postiženého žáka integrovaného do běžné školy.

Teoretická část je shrnutím obecných poznatků, které vysvětlují pojmy zdravotní postižení, integrace dětí se zdravotním postižením a sociální služba osobní asistence. Ve výzkumné části jsem zjišťovala, jaký význam má osobní asistence u dětí se zdravotním postižením.

Děti se zdravotním postižením, které jsou integrováni do běžných škol, potřebují pomoc se zajištěním některých potřeb i mimo výuku. Bez zajištění pomoci se sebeobslouhou a dopravou se pro tyto děti stává dlouhodobý pobyt ve škole prakticky nemožný. Tyto potřeby dítěti zajišťuje osobní asistent. Zajištění těchto nepedagogických potřeb je v kompetenci Ministerstva práce a sociálních věcí a především rodičů žáka, kteří osobního asistenta financují.

Výzkum mi potvrdil, že přítomnost osobního asistenta při školní integraci se celkově ukazuje jako velmi pozitivní a dle mého názoru u dětí s těžkým zdravotním postižením nezbytný.

Vytváření podmínek plnohodnotné integrace pro děti se zdravotním postižením je vhodné ve spolupráci s institucemi v oblasti školství, sociálních služeb a zejména rodiči zdravotně postižených dětí. Je žádoucí realizovat zajištění podpůrných služeb u dětí se zdravotním postižením při vzdělávání i při volnočasových aktivitách.

Domnívám se, že je třeba zlepšovat informovanost široké veřejnosti o různých druzích zdravotního postižení a z toho vyplývajících specifikách a postupně tak měnit postoje veřejnosti k občanům se zdravotním postižením. Je třeba zásadním způsobem podpořit možnosti a ochotu rodin dětí se zdravotním postižením k využití služeb osobní asistence. Je potřeba, aby systém sociálních služeb podporoval vytvoření kvalitních a dostupných služeb, které budou reagovat na individuální potřeby a umožní uživatelům plnohodnotný život v jejich přirozeném prostředí.

## 7 Seznam použitých zdrojů

1. ARPIDA, o. s. *Osobní asistence*. [online]. [cit. 2009-07-21]. Dostupné z: <<http://www.arpida.cz/>>.
2. DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2002. 374s. ISBN 80-7184-141-2.
3. HRDÁ, J. *Osobní asistence, poradenství a zprostředkování*. Praha: APZP, 2006. 76. s. ISBN 80-7540-321-6.
4. CHVÁTALOVÁ, H. *Jak se žije dětem s postižením*. 1. vyd. Praha: Portál 2001. 184 s. ISBN 80-7178-588-1.
5. JANKOVSKÝ, J. PFEIFFER, J. ŠVESTKOVÁ, O. *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2005. 103 s. ISBN 80-7040-826-X.
6. JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí*. 1. vyd. Praha: Triton, 2001. ISBN 80-7254-192-7.
7. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Triton, 2003. 223 s. ISBN 80-7254-329-6.
8. JESENSKÝ, J. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 1995. 159 s. ISBN 80-7066-941-1.
9. KOZLOVÁ, L. KUBELOVÁ, V. *Jak psát bakalářskou a diplomovou práci*. 1.vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2008. 56 s. ISBN 978-80-7394-112-3.
10. KRAUS, J a KOL. *Dětská mozková obrna*. 1.vyd. Praha: Grada, 2005. 348 s. ISBN 80-247-1018-8.
11. KVĚTOŇOVÁ, L. *Edukace dětí se speciálními potřebami v raném a předškolním věku*. 1.vyd. Brno: Paido, 2004. ISBN 80-7315-063-8.
12. LINHART, J a KOL. *Slovník cizích slov pro nové století*. Litvínov: Dialog, 2004. 412 s. ISBN 80-8543-61-7.
13. MATĚJČEK, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3. vyd. Jinočany: HaH, 2001. 147 s. ISBN 80-86022-92-7.

14. MICHALÍK, J. *Školská integrace žáků s postižením na základních školách České republiky*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. 297 s. ISBN 80-7314-087-X.
15. MÜLLER, O a KOL. *Dítě se speciálními vzdělávacími potřebami v běžné škole*. 1.vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2001. 289 s. ISBN 80-244-0231-9.
16. NOVOSAD, L. *Základy speciálního poradenství*. 2. vyd. Praha: Portál, 2006. 159 s. ISBN 80-7367-174-3.
17. PIPEKOVÁ, J. VÍTKOVÁ, M. et al. *Sociálně pedagogické aspekty ve speciální pedagogice*. Brno: Paido, 1996. 138 s. ISBN 80-85931-27-3.
18. RENOTIÉROVÁ, M. LUDVÍKOVÁ, L. et al. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. 290 s. ISBN 80-244-0646-2.
19. SOVÁK, M. a KOL. *Defektologický slovník*. 1.vyd. Praha: H+H, 2000. 418 s. ISBN 80-86022-76-5.
20. STAROVÁ, P. *Integrace handicapovaných dětí a mládeže při výchově – vzdělávacím procesu*. [online]. [cit. 2009-07-21]. Dostupné z: <<http://www.konjuktura.cz/img/img6.gif>>.
21. ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 3.vyd. Praha: Portál, 2006. 200 s. ISBN 80-7367-060-7.
22. Úmluva o právech dítěte. In: *Práva dítěte v dokumentech*. Praha, 1997.
23. VALENTA, M. a KOL. *Přehled speciální pedagogiky a školská integrace*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. 322 s. ISBN 80-244-0698-5.
24. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3.vyd. Praha: Portál, 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3.
25. VÁGNEROVÁ, M. *Úvod do psychologie*. Praha: Karolinum, 2003. 210 s. ISBN 80-246-0015-3.
26. VÍTKOVÁ, M. *Integrativní speciální pedagogika: Integrace školní a sociální*. 2. vyd. Brno: Paido, 2004. 463 s. ISBN 80-7315-071-9.
27. VÍTKOVÁ, M. *Otázky speciálně pedagogického poradenství. Základy, teorie, praxe*. 2.vyd. Brno, 2004. 261 s. ISBN 80-86633-23-3.

28. VÍTKOVÁ, M. *Somatopedické aspekty*. 2.vyd. Brno: Paido, 2006. 144 s. ISBN 80-7315-134-0.
29. Vyhláška MPSV ČR č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.
30. Vyhláška MŠMT ČR č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných.
31. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v platném znění.

## **8 Klíčová slova**

dítě s těžkým zdravotním postižením

osobní asistence

integrace

vzdělávání

## **9 Přílohy**

Příloha 1: Dotazník pro osobní asistenty

Příloha 2: Pracovní náplň – osobní asistent - sociální pracovník

Příloha 3: Individuální plán uživatele



## **Příloha 1**

### **Dotazník pro osobní asistenty**

Dobrý den,

Jsem studentkou 3. ročníku Zdravotně sociální fakulty v Českých Budějovicích a píši bakalářskou práci na téma „Význam a možnosti osobní asistence při školní integraci dětí se zdravotním postižením.“

Dovoluji si Vám v tomto dotazníku položit několik otázek k problematice osobní asistence. Vyplnování dotazníku je dobrovolné a je anonymní. Děkuji Vám předem za Vaši spolupráci.

Iva Mráčková

1. Vaše pohlaví?
  - a) muž
  - b) žena
2. Váš věk?
  - a) 20 – 30 let
  - b) 31 – 40 let
  - c) 41 – 50 let
  - d) 51 – 60 let
  - e) 60 a více
3. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
  - a) základní
  - b) vyučen
  - c) středoškolské
  - d) vyšší
  - e) vysokoškolské

4. Délka Vaší praxe?
  - a) 1 – 5 let
  - b) 6 – 15 let
  - c) 16 – 30 let
  - d) 31 a více let
5. Rozšiřujete si své vzdělání?
  - a) ano
  - b) ne
6. Splnila práce osobního asistenta Vaše očekávání?
  - a) ano
  - b) spíše ano
  - c) ne
  - d) spíše ne
7. S jakým druhem postižení se při své práci osobního asistenta setkáváte nejčastěji?
  - a) tělesné postižení
  - b) mentální postižení
  - c) smyslové postižení
  - d) kombinované postižení
8. V čem vidíte největší přínos osobní asistence u dětí se zdravotním postižením?
  - a) začlenění dítěte do kolektivu
  - b) rozvoj osobnosti dítěte
  - c) zapojení dítěte do volnočasových aktivit
  - d) odlehčení pečující rodině
  - e) jiné
9. Považujete práci osobního asistenta při integraci dítěte se zdravotním postižením za důležitou?
  - a) ano
  - b) spíše ano
  - c) ne

- d) spíše ne
10. Spolupracujete při vytváření individuálního plánu s rodiči dítěte se zdravotním postižením?
- a) ano
  - b) ne
11. Které ohodnocení je pro Vaši práci osobního asistenta nejdůležitější?
- a) finanční
  - b) uznání ze strany vedení
  - c) úspěchy v práci
  - d) necítím se být dostatečně ohodnocen
  - e) jiné
12. Na jaké úrovni je dle Vašeho názoru, spolupráce s rodiči dětí se zdravotním postižením?
- a) na výborné úrovni
  - b) na dobré úrovni
  - c) spíše horší
13. Myslíte si, že je práce osobního asistenta široké veřejnosti dostatečně známá?
- a) ano
  - b) spíše ano
  - c) ne
  - d) spíše ne
14. Myslíte si, že dochází často k záměně kompetencí osobního asistenta a asistenta pedagoga?
- a) ano
  - b) ne
15. Domníváte se, že stoupá zájem ze strany uživatelů o čerpání sociální služby osobní asistence?
- a) ano
  - b) ne



**ARPIDA, centrum pro rehabilitaci osob se zdravotním postižením, o.s.**

U Hvízdala 9, 370 11 České Budějovice, telefon 385521287, fax 385520834  
e-mail: [info@arpida.cz](mailto:info@arpida.cz) [www.arpida.cz](http://www.arpida.cz)

## **Pracovní náplň - osobní asistent - sociální pracovník**

Sociální pracovník – osobní asistent, respektuje při své práci všechny základní principy činnosti centra ARPIDA dané Statutem centra ARPIDA, vnitřním řádem, strukturou organizace, organizačním řádem a provozním řády jednotlivých pracovišť. Je též dobře seznámena se stanovami společnosti ARPIDA. Plně respektuje, že jeho činnost je nedílnou součástí uceleného systému rehabilitace. Sociální pracovník je tak důležitým členem multidisciplinárního týmu, jenž ucelenou rehabilitaci zajišťuje. Respektuje proto týmový charakter práce při maximální osobní odpovědnosti za svou odbornou činnost.

Sociální pracovník – osobní asistent při své činnosti úzce spolupracuje se všemi odbornými pracovníky činnými v rámci služeb centra ARPIDA, a to zejména s ergoterapeutem (ergodiagnostika), s učitelem a asistentem pedagoga dvouleté praktické školy. Je odpovědný za kvalitu sociálních služeb poskytovaných klientům v rámci centra ARPIDA spočívajících zejména v osobní asistenci, a to v rozsahu, stanoveném ve smlouvě s uživateli těchto služeb. Je odpovědný za vedení a kvalitu sociální dokumentace svěřených klientů.

Bezprostředním nadřízeným sociálního pracovníka – osobního asistenta je sociální pracovnice DC ARPIDA s tím, že sociální pracovník – osobní asistent koordinuje sociální činnost na svém úseku práce a spolupracuje při tom s odborníky z dalších úseků činnosti centra ARPIDA, zejména s pracovníky nestátního zdravotnického zařízení a škol a škol. zařízení při centru ARPIDA.

Plně též respektuje, že rodiče (zákonní zástupci) dětí s postižením (klientů) jsou významnými členy multidisciplinárního týmu, a proto s nimi při péči o jejich dítě maximálně spolupracuje a respektuje jejich přání i případné námitky. Totéž se týká dospělých (svéprávných) klientů, jimž je služba OA poskytována.

Pravidelně se účastní porad na svém úseku a řídí se pokyny, které zde jsou předávány. V případě potřeby se účastní též porad zdravotnických a popřípadě i pedagogických pracovníků. Dojde-li ke kompetenčním sporům, respektuje sociální pracovník – osobní asistent stanovisko přijaté na poradě vedení centra ARPIDA.

Při své práci dodržuje zákonné a etické normy závazné pro pracovníky působící v oblasti sociální péče, zdravotnictví a speciálního školství, včetně zákona 101/2000 Sb. o ochraně osobních dat. Opírá se při tom o základní principy křesťanské etiky. Dodržuje zásady bezpečnosti práce a PO. Jedná vždy taktně, korektně a chová se odpovědně. Usiluje o empatický přístup, má porozumění pro potřeby klientů i jejich rodičů. V přístupech k rodičům a klientům uplatňuje vlídnou důslednost.

Pravidelně se seznamuje s veškerou dokumentací klientů centra ARPIDA, o které pečují, zná dobře jejich diagnózy, terapie, anamnestické a další údaje. Při řešení sociální problematiky klientů centra ARPIDA účinně spolupracuje se sociálními referáty obcí, měst a kraje.

Kvalifikačním předpokladem pro výkon funkce sociálního pracovníka – osobního asistenta je VŠ, popřípadě vyšší odborné, vzdělání v oblasti zdravotně sociální, resp. sociálně právní a obecná znalost dalších oborů činných v rámci uceleného systému rehabilitace. Pracovník dbá o své další sebevzdělávání (zejména individuálním studiem) a respektuje školení v rámci své odbornosti, na která jej vyšle zaměstnavatel.

Své pracoviště udržuje v naprostém pořádku, se svěřeným majetkem nakládá hospodárně.

Vlastoruční podpis pracovníka:

Doc. PhDr. Jiří Jankovský, Ph.D., v.r., ředitel

## INDIVIDUÁLNÍ PLÁN UŽIVATELE

Jméno: ..... Příjmení: ..... Datum narození: .....

Adresa: ..... Telefon: .....

## OSOBNÍ PROFIL UŽIVATELE

Účastníci plánování: .....

**Osobní cíl uživatele:**

Klíčový pracovník: .....

**Časový rozsah služby:**

dny	od - do

Jednoduchý popis zdravotního stavu: .....

Praktický lékař, popř. ošetřující lékař: ..... Tel: .....

## INDIVIDUÁLNÍ PLÁN

Datum: .....

Jméno a příjmení klienta	
Adresa klienta	
Jméno a příjmení klíč.pracovníka	

Dlouhodobý cíl: .....

Krátkodobý cíl: .....

.....  
.....

### Plán služby OA

### Hodnocení služby OA

Podpis uživatele OA  
(popř. zákonného zástupce)

Podpis klíčového pracovníka  
(osobní asistent)

Podpis sociálního pracovníka

.....

.....

.....