

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2009

Vladimíra Holczerová

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

PRACOVNÍ UPLATNĚNÍ KLIENTŮ S MENTÁLNÍ
RETARDACÍ V ZAŘÍZENÍCH SOCIÁLNÍ PÉČE

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Autor:

Vladimíra Holczerová

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Libuše Vlášková

Datum odevzdání:

11. 5. 2009

Employment Opportunities for Clients with Mental Retardation in the Institutions of the Social Services

At present, employment opportunities and subsequent remuneration for people with mental retardation are often discussed. The opinions differ on their right to equal opportunities in employment. They are either considered incapable to work due to their retardation or, they are supposed to be financially secure, thanks to the state and do not have to work. I am persuaded that all work should be paid.

This Bachelor's work is based upon my 16 years of work in one of the social services' institution. The Social Services Act No.108/2006 Coll. which came into act on 1 January 2007 together with the Quality Standards of Social Services have brought distinctive changes in providing social services. While the application of these legislative standards has been very important, it has been very difficult. The staff of the social services institutions and the work of this staff are often underestimated. They help socialise their clients through their work and they need mutual support and cooperation to do that.

The clients of the social services institutions apply their working skills in these institutions and also in the open labour market where motivation plays an important role. They need to be praised and appreciated, but remuneration has become an inseparable part of this process.

The clients who are employed demonstrate that they are capable to live independently on one hand and be useful on the other. All sensible activities improve our clients' maturity of their behaviour, which leads to better self-control, creating new interests and aid in the development their practical skills.

The aim of my work has been to gain information about job opportunities of these clients of the social services institutions and investigate how much these opportunities depend upon the location of the institution. I've tried to learn if these clients have been able to find jobs inside or outside the institutions.

I believe my work will inspire those who are interested in this situation or it will be of help in dealing with this problem.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Pracovní uplatnění klientů s mentální retardací v zařízeních sociální péče vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Dále 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 vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 11. 5. 2009

.....

Vladimíra Holczerová

Poděkování

Děkuji své vedoucí práce PhDr. Libuši Vláškové za odborné vedení práce a věnovaný čas. Ceníím si ochoty pracovníků a klientů zařízení, kteří se podíleli na vyplňování dotazníků. Nemalý dík patří také mé rodině za podporu a pomoc při mém studiu.

OBSAH

ÚVOD

1. SOUČASNÝ STAV	9
1.1 Výskyt a příčiny vzniku zdravotního postižení	9
1.1.2 Pojem a definice mentální retardace	9
1.1.3 Klasifikace podle hloubky postižení	10
1.2 Specifika života lidí s mentální retardací	13
1.2.1 Změny v přístupu k „mentální retardaci“	14
1.3 Dospělý člověk s mentální retardací a rodina	15
1.3.1 Práva lidí s mentální retardací	16
1.3.2 Pojem integrace, inkluze; inkluzivní začleňování	19
1.3.3 Edukace a profesní příprava člověka s mentální retardací	21
1.4 Sociální politika a sociální zabezpečení	22
1.4.1 Sociální pojištění	23
1.4.2 Invalidita a invalidní důchody	23
1.4.3 Zaměstnávání při invaliditě	24
1.4.4 Státní sociální podpora	24
1.4.5 Sociální pomoc	25
1.4.6 Sociální služby	26
1.4.7 Výběr zařízení sociální péče a geografická poloha	27
1.4.8 Sociální péče osob s těžkým zdravotním postižením	31
1.5 Pracovní uplatnění člověka s mentální retardací	33
1.5.1 Humanizace péče o osoby s mentální retardací	34
1.5.2 Využívané terapie v rámci péče o osoby s mentální retardací	35
1.5.3 Pracovní terapie a ergoterapie	37
2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY	40
2.1 Cíl	40
2.2 Hypotézy	40

3. METODIKA	41
3.1 Použitá metodika	41
3.2 Charakteristika zkoumaného souboru	41
4. VÝSLEDKY VÝZKUMU	43
4.1 Vyhodnocení otázek z dotazníků	52
5. DISKUSE	70
6. ZÁVĚR	74
7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	76
8. KLÍČOVÁ SLOVA	80
9. PŘÍLOHY	81

ÚVOD

„Ve společnosti, kde je práce klíčem k sebevědomí a životním standardem, je přístup k práci jednou z důležitých příležitostí.“ Anthony Giddens

Osoby se zdravotním postižením jsou ve všech částech světa a na všech úrovních každé společnosti. Počet zdravotně postižených ve světě je značný a stále vzrůstá. Tradiční specifický přístup k lidem, kteří se odlišují svým chováním, potřebami či inteligencí zaznamenáme v každé společnosti.

V péči o lidi s mentální retardací dochází v posledních letech k výrazným změnám také v České republice, a to především v souvislosti s nově přijatou legislativou. Jedná se zejména o zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Jeho přijetím došlo k průlomů ve způsobu poskytování sociálních služeb a péče. Hlavním úkolem se stává podpora rozvoje kvality v poskytování sociálních služeb. Zdůrazňuje se především plánování sítě sociálních služeb v krajích a obcích opírající se o skutečně zjištěné potřeby lidí. Podpora ve zvyšování odbornosti a kvality poskytovaných služeb s důrazem na ochranu práv uživatelů služeb a také podpora občanských a svépomocných aktivit, tj. neziskového sektoru se stala prioritou.

Přirozeným důsledkem změn legislativních je postupná změna v přístupu a v myšlení lidí. Mění se terminologie. Ze slovníku mizí názvy jako „ústav“, „domov důchodců“ aj. Tato označení jsou nahrazena pojmy jako „centrum sociálních služeb“, „domovy pro seniory“ apod.

V souladu s 10. revizí Mezinárodní kvalifikace nemocí se v České republice stále používá termín „mentální retardace“. V definici samotného pojmu „mentální retardace“ je ve větší míře zohledněno hledisko **sociální**.

Dochází k co možná nejširšímu začleňování lidí s intelektovým postižením do společnosti. Z dosavadních zkušeností vyplynulo, že v případě existujících potřebných podmínek ve společnosti, mohou lidé s intelektovým postižením svým specifickým způsobem společnost obohatit. Je možné konstatovat, že s otevřeným odmítavým postojem vůči lidem s mentální retardací se dnes téměř nesetkáváme.

Ve Standardech kvality sociálních služeb, které vydalo v roce 2002 Ministerstvo práce a sociálních věcí, je zakotven úkol sociálních služeb vyrovnávat příležitosti znevýhodněným lidem a zejména jejich podpora ve využívání běžných zdrojů jako např. služby zaměstnanosti nebo vzdělávání. Také lidem s mentální retardací se otevírá možnost nejenom pracovat, ale především „být zaměstnán“, a to nejen v rámci samotného zařízení sociální péče, ale i na volném trhu práce. Jejich práce je postupně ohodnocována, nejen pochvalou jako jediným motivačním prvkem. Ovšem toto vyrovnávání příležitostí s sebou nese také odpovědnost ve všech oblastech života.

Standardní pravidla pro vyrovnání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením schválilo Valné shromáždění OSN již 28. října 1993. Tato pravidla představují důležitý dokument, který mohou organizace zdravotně postižených osob využít při kampaních za rovnoprávnost.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 Výskyt a příčiny vzniku zdravotního postižení

Dle posledních výsledků Českého statistického úřadu žije v České republice přes milion zdravotně postižených obyvatel. Zdravotně postižený je tedy každý desátý občan. Z tohoto počtu tvoří lidé s mentální retardací více než sto tisíc obyvatel **(23)**.

Jak uvádí Vágnerová (2004, s. 162), počet lidí se zdravotním postižením se v průběhu času mění. Některá postižení jsou vrozená, ostatní se projeví v dalším vývoji nebo vznikají jako důsledek úrazů či onemocnění v průběhu života. Vznik mentální retardace je svázán s obdobím před narozením, během porodu nebo raného dětství do jednoho roku života. U lidí s různým stupněm mentální retardace se objevují vrozené vývojové vady jako příčina zdravotního postižení. S narůstajícím věkem narůstá také potřeba pomoci oblasti soběstačnosti u těchto lidí.

Příčiny vzniku smyslových, komunikačních či pohybových postižení mohou být různé. Mohou se na nich podílet poruchy

- genetických dispozic,
- ale i prenatálně,
- perinatálně a
- postnatálně působící vlivy vnějšího prostředí.

Z pohledu důsledků pro další vývoj člověka s mentální retardací rozlišujeme postižení vrozené a později získané. Zatímco vrozené postižení není jedincem vnímáno subjektivně traumaticky, získané postižení představuje mnohem větší psychickou zátěž **(35)**.

1.1.2 Pojem a definice mentální retardace

Pojem mentální retardace vychází z latinských slov „mens“ (mysl, duše) a „retardare“ (opozdit, zpomalit); doslovný překlad by tedy zněl „opoždění (zpomalení) mysli“. Ve skutečnosti je mentální retardace podstatně složitější syndromatické postižení, které postihuje nejen psychické (mentální) schopnosti, ale celou lidskou osobnost ve všech jejích složkách. Má tedy rozhodující vliv nejenom na vývoj a úroveň

rozumových schopností, ale týká se rovněž emocí, komunikačních schopností, úrovně sociálních vztahů, možností společenského a pracovního uplatnění (28).

Mentální retardace je pojem vztahující se k podpůrnému obecně intelektuálnímu fungování osoby, které se stává zřejmým v průběhu vývoje a je spojeno s poruchami adaptačního chování. Poruchy adaptace jsou zřejmé z pomalého tempa dospívání, že snížené schopnosti učit se a z nedostatečné sociální přizpůsobivosti.

Někteří autoři komplikovaně vymezují vztah mezi pojmy mentální retardace a demence. Zatímco pojem mentální retardace bývá vztahován především na vrozený mentální deficit vzniklý v prenatálním nebo perinatálním období, případně nejpozději v průběhu prvního roku po narození dítěte, demence je charakteristická snížením již nabytých mentálních schopností jedince, např. v důsledku úrazu nebo závažné nemoci v pozdějším období; přestože se s ní setkáváme i u dětí, nejčastěji se týká starších osob a je spojena s degenerativními onemocněními mozku, především s Alzheimerovou chorobou. Protože jsou však v konečném důsledku projevy vrozené mentální retardace (dříve tzv. oligofrenie) a demence velice podobné (narušení integrity osobnosti, vztahů, komunikace, celkově snížená úroveň zejména mentálních schopností a dovedností atd.), můžeme se přiklonit k používání nadřazeného pojmu **mentální postižení**, který se vztahuje spíše k symptomatologii (obrazu projevů) tohoto handicapu, a zahrnout do něj proto jak vrozenou mentální retardaci, tak i demenci. (28).

1.1.3 Klasifikace podle hloubky postižení

Hloubka mentální retardace se určuje pomocí inteligenčního kvocientu, který vyjadřuje úroveň rozumových schopností (22). Při této klasifikaci se v současné době užívá 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, zpracovaná Světovou zdravotnickou organizací v Ženevě, která vstoupila v platnost roku 1992. Dle této klasifikace se mentální retardace dělí do následných kategorií (26):

F 70 Lehká mentální retardace IQ 69-50

F 71 Středně těžká mentální retardace IQ 49-35

F 72 Těžká mentální retardace IQ 34-20

F 73 Hluboká mentální retardace IQ 19 a níže

F 78 Jiná mentální retardace

F 79 Nespecifikovaná mentální retardace

Výše zmíněné rozdělení se zaměřuje na fungování člověka v rámci kvality života a sociálního bytí (35).

Lehká mentální retardace

Projevuje se u jedince lehkým zpomalením rozvoje sociálních dovedností již od dětství. První nápadnější obtíže se objevují mezi třetím a šestým rokem a jedná se zejména o opoždění používání řeči a sníženou schopnost porozumět mluvenému slovu (26). Nejvýraznější problémy se projevují zejména v prvních letech školní docházky (konkrétní mechanické myšlení, omezená schopnost logického myšlení, slabší paměť atd.) a často je třeba speciální výukové zařazení nebo pomoc (22). Jedinci s lehkou mentální retardací dovedou v nejlepším případě uvažovat na úrovni dětí středního školního věku, jsou schopni se učit podle odpovídajícího vzdělávacího programu v základní škole praktické nebo mají možnost integrace do běžné základní školy (při splnění stanovených podmínek integrace) (31). Pokračovat ve studiu mohou v jednoduchých učebních oborech nebo se mohou zaškolit v jednoduchých manuálních činnostech (22). Výchovné působení a rodinné prostředí mají u těchto jedinců velký význam pro socializaci. Většina jedinců dosáhne nezávislosti v osobní péči, je schopna vykonávat domácí práce, později i jednoduchá zaměstnání založená na manuální zručnosti a v sociálně nenáročném prostředí se zvládnou pohybovat bez omezení a problémů. Organický původ mentální retardace se vyskytuje u menšiny jedinců, u ostatních se uvažuje i o spodní variantě rozvrstvení intelektových schopností v populaci. Celkový výskyt lehké mentální retardace v počtu jedinců s mentální retardací je 80 %, v populaci 2,6 % (26).

Středně těžká mentální retardace

Rozvoj myšlenkových schopností i řeči je u jedinců s tímto postižením výrazně opožděn, lze ho přirovnat k myšlení předškolního dítěte, které nerespektuje vždy pravidla logiky (35). Úroveň rozvoje řeči je variabilní, jelikož někteří jedinci jsou schopni jednoduché konverzace, oproti tomu druzí dokáží stěží vyjádřit své základní potřeby (33). Vzdělávací proces se limituje na základ školského trivia, žáci si

při kvalifikovaném pedagogickém vedení osvojí základy čtení, psaní a počítání (26). Podobně je také opožděna a omezena schopnost sebeobsluhy, tito jedinci jsou schopni si osvojit pouze běžné návyky a jednoduché dovednosti (35). Pracovní zařazení je možné často pouze pod dohledem v chráněných dílnách a na chráněných pracovištích. Retardace psychického vývoje je často v kombinaci s epilepsií, neurologickými, tělesnými a dalšími poruchami. Etiologie je již většinou organická. Celkový výskyt středně těžké mentální retardace v počtu jedinců s mentální retardací je 12 %, v populaci 0,4 % (26).

Těžká mentální retardace

Vyznačuje se výrazným opožděním psychomotorického vývoje, které je patrné již v předškolním věku. Možnosti sebeobsluhy jsou výrazně a trvale limitované (např. udržování čistoty). Přijímání potravy musí probíhat na bázi speciálně upravené potravy a nebo s dopomocí (26). Jejich řeč je značně minimalizovaná, naučí se nanejvýš jen několik špatně artikulovaných slovních výrazů, které navíc používají nepřesně, někdy nemluví vůbec (35). Omezené jsou i možnosti výchovy a vzdělávání, ale zkušenosti ukazují, že včasná systematická a dostatečně kvalifikovaná rehabilitační, výchovná a vzdělávací péče může významně napomoci k rozvoji jejich motoriky, rozumových schopností, komunikačních dovedností, soběstačnosti a celkovému zlepšení kvality jejich života (33). Takto vedené děti jsou klidnější, mívají méně přidružených problémů chování a v dospělosti mohou být pod supervizí dobře zapojeny do některých dílčích pracovních činností (27). Etiologie je často organická, bývá v kombinaci s motorickými poruchami a s příznaky celkového poškození CNS. Velmi často se k tomuto postižení přidružují poruchy chování ve formě stereotypních pohybů, her s fekáliemi, sebepoškozování, afektů a agrese. Celkový výskyt těžké mentální retardace v počtu jedinců s mentální retardací je 7 %, v populaci 0,3 % (26).

Hluboká mentální retardace

Téměř žádný jedinec s hlubokou mentální retardací není schopen sebeobsluhy, tito lidé vyžadují péči v nejzákladnějších životních úkonech, neboť jsou imobilní a výrazně omezeni v pohybu. Často mívají postižení sluchu, zraku a těžké neurologické poruchy (26). Komunikační schopnosti jsou maximálně na úrovni porozumění jednoduchým

požadavkům, odpovědi bývají nonverbální, jelikož řeč není vytvořena. U většiny případů můžeme určit organickou etiologii (33). Tento typ mentální retardace bývá často v kombinaci s jinými postiženími (35). Časté jsou nejtěžší formy poruch autistického spektra, převážně atypický autismus (26). Celkový výskyt hluboké mentální retardace v počtu jedinců s mentální retardací je 1 %, v populaci 0,2 % (22).

Jiná mentální retardace

Uplatňuje se pouze tehdy, kdy nelze nebo je nesnadné stanovit stupeň intelektu pomocí obvyklých metod v důsledku přidružených senzorických nebo somatických poškození (např. u nevidomých, neslyšících, u jedinců s těžkými poruchami chování, osob s autismem či těžce tělesně postižených osob) (33).

Nespecifikovaná mentální retardace

Užívá v případech, kdy je prokázána mentální retardace, ale pro zařazení jedince do jedné z předcházejících kategorií není dostatek informací (33).

1.2 Specifika života lidí s mentální retardací

V diagnostických zprávách psychologů nebo psychiatrů se u osob s mentálním postižením často objevuje zjištění časové, prostorové i osobní dezorientace. Tímto slovem by se ve stručnosti dala popsat i situace mentálně handicapovaného jedince v sociálním prostředí majoritní společnosti. Dospělý člověk s mentálním postižením může u neznámých lidí snadno vyvolat rozpaky svým poněkud zvláštním chováním. Častokrát jsou tito lidé považováni za jakési přerostlé děti a s touto představou k nim někteří nepostižení i přistupují. Mentálně handicapovaný dospělý je ale skutečně dospělý. Jakkoli může být jeho chování dětské a fyzickému věku neadekvátní, přece jenom i takový člověk má za sebou životní zkušenosti stejně starého nepostiženého jedince a jeho pohled na svět nelze s pohledem dítěte rozhodně srovnávat. Přestože o tom řada lidí pochybuje, i jedinci s mentálním handicapem jsou osobnostmi, které mají kromě jiného své sexuální, duchovní a kulturní potřeby, jež jim nikdo nemá právo upírat – naopak jim musíme pomáhat v hledání vhodných a přiměřených cest k jejich uspokojování.

Osoby s mentální retardací nejsou často schopny samostatně a bez cizí pomoci zvládat řešení běžných životních situací. V závislosti na hloubce postižení potřebuje člověk s mentální retardací určitou míru pomoci, podpory, případně i péče. Vysoké riziko manipulace ze strany nepostižených lidí, ať již se jedná o jednání v dobrém úmyslu, pramení z omezené schopnosti komunikace. Lidé s mentální retardací bývají zpravidla vysoce sugestibilní s neschopností domýšlet důsledky svého jednání, stávají se často lehce zneužitelnými. V jejich jednání nacházíme zvýšenou emocionalitu, spontánnost a otevřenost (28).

1.2.1 Změny v přístupu k „mentální retardaci“

Vztah společnosti vůči lidem s intelektovým postižením je proměnlivý. V průběhu těchto změn dochází také ke změně terminologie, která je v dané oblasti užívána. Místo pojmu mentální retardace (mental retardation) se v Austrálii a Spojených státech dnes běžně užívá pojem „intellectual disability“, v Anglii pojem „learning differences“. V naší zemi se stále používá v souladu s 10. revizí Mezinárodní klasifikace nemocí termín „mentální retardace“, i když bývá často nahrazován jinými (jinak nedefinovanými) výrazy jako např. „intelektové znevýhodnění“ nebo „mentální znevýhodnění“ (36).

Dále je zdůrazňována dimenze interakce jednotlivce s vnějším prostředím, nastává příklon k tzv. sociálnímu modelu postižení. Podíl společnosti ve vztahu k jednotlivcům, kteří jsou znevýhodněni, stoupá. Přitom stále existuje nejednota v dialogu na různých místech světa a také nejednota mezi úrovní našeho poznání a kvalitou nabízené péče. Tuto dynamickou povahu pomyslného dialogu by bylo prospěšné si uvědomit v plánování sociálních služeb, kdy je třeba zdůraznit otevřenost ke změnám a také potřeba nenavazovat výhradně na vlastní tradici, ale pokusit se inspirovat v oblastech, ve kterých se v jiných zemích podařilo dojít dále (36).

Zmírňování důsledků postižení a vyrovnávání příležitostí pro handicapované osoby bylo hlavním záměrem všech tzv. národních plánů, které od počátku 90. let minulého století naznačovaly cestu ke zlepšení situace lidí s postižením. Shodný trend je zřejmý i v rámci Evropy a také v globálním, celosvětovém měřítku (viz Standardní pravidla pro vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením schválené Valným

shromážděním OSN 28. října 1993). V současnosti jsou v České republice národní plány připravovány v pravidelných čtyřletých intervalech a jejich realizace je součástí střednědobé koncepce státní politiky při zlepšování situace a postavení občanů se zdravotním postižením (28).

1.3 Dospělý člověk s mentální retardací a rodina

Celoživotní péče o potomka s mentální retardací představuje značnou zátěž. Celá rodina musí přizpůsobit svůj životní styl, omezit své vlastní zájmy, vyrovnat se se zvláštním sociálním postavením rodiny ve společnosti popřípadě se sociální izolací. Tato zkušenost však není spojena jen se stresy, ale i psychickou, respektive emoční satisfakcí. Rodiče mívají pocit naplněného smyslu života a uspokojujícího sebeocenení, protože se dokázali s touto zátěží vyrovnat (35).

Důležitý význam má, zda rozhodnutí pečovat o svého potomka rodiče chápou jako vlastní volbu. Adaptaci na situaci usnadňuje rozdělení rolí v rámci rodiny, schopnost přizpůsobení svých očekávání realitě. Pro rodinu je důležité udržení svého postavení v rámci širšího společenství, podporou je bezesporu nabídka různých služeb například formou denních stacionářů.

Mnozí autoři používají termín resilience, který vyjadřuje komplexní odolnost. Se stárnutím rodičů dětí s mentální retardací přichází obava z budoucnosti. Ke zhoršení stavu dochází například při úmrtí partnera, přátel a s tím často spojené finanční problémy. Matky, které předpokládaly převzetí péče svého potomka s mentální retardací sourozenci, vykazovaly větší pocit psychické pohody. Rodina znamená pro člověka s mentální retardací citové zázemí a v mnohých případech je osamostatnění od rodiny velmi těžké. Dospělý člověk s mentální retardací se ocitá v sociální izolaci, často v pozici závislého dítěte. Alternativu osamostatnění nabízí chráněné bydlení, kde bydlí několik lidí s mentální retardací pod kontrolou a dohledem. Osamostatňování a adaptace na domácí prostředí probíhá postupně. Co nejmenší míra závislosti je dosahována učením se domácím činnostem s tím, že poskytovány jsou pouze takové služby, které nejsou schopni zvládnout sami (35).

1.3.1 Práva lidí s mentální retardací

Právní systémy v jednotlivých zemích jsou k lidem s postižením různě vstřícné. Pro některé osoby výkon určitých práv dokonce zákonně omezen nebo podmíněn. Takovým příkladem je u nás institut omezení, neboli zbavení způsobilosti k právním úkonům, jehož smyslem je především ochrana osob neschopných samostatného zodpovědného právního jednání, nikoliv represe. Za posledních 50 let bylo vydáno množství mezinárodních deklarací a úmluv, vztahující se k osobám s různými druhy postižení. V našem právním řádu dochází v postavení občanů s handicapem k pozvolným změnám v pozitivním smyslu. K těmto změnám dochází nejen naším členstvím v Evropské unii, ale také díky zpracování národních plánů zaměřených na zlepšení postavení občanů s handicapem ve společnosti v roce 1992, 1993, 1998. Aktuálním je v současnosti Národní plán podpory a integrace občanů se zdravotním postižením vždy se čtyřletou aktualizací, nyní pro roky 2006-2009 (28).

Ochrana práv lidí s mentální retardací v České republice je zakotvena v Listině základních práv a svobod, která je součástí ústavního pořádku České republiky a vychází z nedotknutelnosti přirozených lidských práv. Dle čl. 3 Listiny se „Základní práva zaručují všem bez rozdílu“ a dle čl. 29 je zaručeno „právo na zvýšenou ochranu zdraví při práci a na zvláštní pracovní podmínky“ a „právo na zvláštní ochranu v pracovně právních vztazích a na pomoc při přípravě k povolání“. V pracovním právu nejsou zvláštní pracovní podmínky zdravotně postižených samostatně formulovány. Sjednávají se v rámci individuálních pracovních smluv, jde především o situace při uzavírání či ukončení pracovního poměru a součinnost s opatrovníky (25).

Vybrané mezinárodní deklarace a úmluvy týkající se osob s postižením:

1971 – Deklarace práv mentálně postižených osob (OSN)

1975 – Deklarace práv zdravotně postižených osob

1993 – Standardní pravidla pro vyrovnání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením (OSN)

2003 – Madridská deklarace (Evropský kongres o osobách se zdravotním postižením, Madrid 2003) (28).

Naplňování práv lidí s mentální retardací přímo souvisí s transformací sociálních služeb. Druhá polovina minulého století je ztotožňována s největším rozvojem klasického **ústavního** modelu, který řešil problematiku práv obyvatel ústavu pouze okrajově. Tento proces byl vnímán jako léčebný a výchovný. Další model – **lékařský** – chápal obyvatele ústavu spíše jako pacienta, kdy lékař spolu se zdravotnickým personálem rozhoduje nejen o léčbě, ale také o dalším životě pacienta. Do role svěřence stavěl obyvatel ústavu model **výchovný**. Podle tohoto modelu je třeba výchovně působit na svěřence po celý život prostřednictvím výchovných programů. Člověk s mentální retardací byl stavěn do pasivního postavení, kdy o něm rozhodoval někdo jiný. Současné pojetí sociálních služeb přebírá model sociálního začlenění. Člověk s mentální retardací se stává aktivním partnerem v průběžném procesu plánování a poskytování služby. Zdůrazněno je především začlenění do běžného života, vytvoření životních podmínek, které se co nejvíce přibližují životním podmínkám lidí bez postižení. Z pohledu lidských práv je důležitý zejména respekt člověka s mentální retardací jako občana a jako dospělé osoby (25).

Jedním z hlavních ukazatelů kvality poskytované sociální služby je naplňování práv uživatelů. Mezi moderní druhy sociálních služeb se řadí především chráněné bydlení, podporované bydlení, osobní asistence, terénní služby. Přirozeně se podporuje sociální síť jako je rodina, sousedské vztahy, samostatnost, vlastní schopnosti a kompetence uživatele služeb. Prostřednictvím sociální služby je uživatelům umožněno žít způsobem, který je ve společnosti považován za běžný.

V oblasti práv lidí s mentální retardací se objevují některé nedostatky jako:

- nadměrné zbavování způsobilosti k právním úkonům (dříve se nad touto praxí nikdo nepozastavoval),
- příliš široké chápání omezení způsobilosti (nedochází k rozlišení v oblasti lidských práv a úkonů, mylná je domněnka, že člověk omezený ve způsobilosti k právním úkonům je také omezen ve svých právech),
- nejasná role opatrovníka (opatrovníci si neuvědomují svoje kompetence, které zasahují pouze do oblasti právních úkonů), dále se jedná o situace, kdy

poskytovatel služby je zároveň opatrovník (i přes pečlivou a svědomitou práci poskytovatele zde dochází ke střetům zájmů).

V řadě oblastí dochází k zasahování do práv uživatelů. Nejzávažnější je zásah do osobní svobody ve formě rozhodování v každodenním životě (volnost pohybu), právo na soukromí je také často narušováno, stejně jako právo vlastnit a užívat majetek. Dokonce se ještě dnes setkáváme s omezováním v možnosti navazování partnerských vztahů a vedení sexuálního života. Ne všichni klienti v zařízeních sociální péče, kteří pracují, pobírají za svoji práci mzdu, což je také porušením jejich základního práva.

Umožnění a respektování práv uživatelů sociálních služeb s sebou přináší jistou míru rizika a odpovědnosti. Také míra svobody uživatelů vyvážená přiměřenými riziky je znakem kvalitně poskytované sociální služby.

Přiměřené riziko je v životě přijatelné a platí to i pro lidi s mentální retardací. Velice důležitá je odpovědnost v souvislosti s poskytováním sociální služby, mj. musí poskytovatel zachovávat přiměřenou opatrnost s návazností na písemné dokumenty. Jedná se především o smlouvu o poskytování sociálních služeb, plán rizik, individuální plán klienta, domácí řád a další vnitřní dokumenty. Důležitá je práce se samotnými klienty, kteří si svých práv někdy nejsou vědomi, práce s jejich blízkými, rodiči. Jsou to někdy právě rodiče, kteří vnímají své dospělé dcery a syny jako velké děti. U velkého počtu lidí je nutné podání návrhu na přezkoumání omezení způsobilosti k právním úkonům.

Stupeň omezení by měl odpovídat skutečnému reálnému stavu klienta a míře jeho schopností v každodenním životě. Základem musí být posouzení praktických sociálních dovedností a schopností obstarávat si běžné záležitosti. Omezení způsobilosti otevírá prostor pro závislost a neužitelnost jiného typu (závislost na institucích apod.). Proto je potřeba v každém jednotlivém případě zvážit, zdali je omezení způsobilosti tím nejlepším způsobem ochrany.

Vhodným způsobem může tento proces nahradit fungující rodina nebo kvalitní sociální služba, která dostatečně hájí práva a zájmy člověka s retardací **(25)**.

1.3.2 Pojem integrace, inkluze; inkluzivní začleňování

V souvislosti se životem lidí s mentální retardací jsou pojmy integrace či inkluze stále častěji používány. Tyto pojmy dosáhly popularity v souvislosti s polistopadovými změnami roku 1989, ale výklad z Latinsko-českého slovníku uvádí, že tyto pojmy nejsou vůbec nové, dostávají však nový rozměr.

Integer, gra, grum - neporušený, nedotknutý, úplný, celý

Integrális, e - náležející k celku; nedílný, celistvý; podstatný

Integritás, átis f. - neporušenost, bezúhonnost (7).

Integrací je v současnosti označován nejvyšší stupeň socializace člověka (opak segregace, sociální exkluze). Sociální integrací rozumíme rovnoprávné začleňování člověka do společnosti. U osob, které se od většinové populace liší nebo nejsou schopny dosahovat vysoké míry socializace, může docházet ke komplikacím. Integraci u těchto osob je nutné aktivně podporovat a především vytvářet podmínky pro tento proces. Integrace je tedy nejen stavem, ale především procesem.

Za celoživotní odbornou činnost v oblasti podpory integrace a zlepšení kvality života osob se zdravotním postižením byla Národní radou osob se zdravotním postižením České republiky udělena zvláštní cena s názvem MOSTY 2007. Tuto zvláštní cenu převzal Prof. MUDr. Jan Pfeiffer, DrSc. (34).

Handicapovaný člověk se do lidského společenství potřebuje integrovat v řadě oblastí, které odpovídají pestrosti života v naší populaci.

Patří sem:

- **školská integrace** (např. individuální zařazování dětí s handicapem do běžných tříd nebo zřizování speciálních tříd v běžných školách),
- **pracovní integrace** (zaměstnávání osob se změněnou pracovní schopností, projekty podporovaného zaměstnávání znevýhodněných osob apod.),
- **společenská (komunitní) integrace** (bezbariérové bydlení a společenské prostředí, sociální pomoc a podpora samostatného a nezávislého způsobu života osob s handicapem, atd.) (28).

Moderními trendy v začleňování osob s handicapem do společnosti jsou tzv. inkluzivní postupy. Důležitost vytvářet inkluzivní prostředí ve školách a komunitách,

ocenění různorodosti a hledání způsobů překračování překážek v učení a zapojování se do života školy, ale i všeobecněji do společenského života poukázala hlavní myšlenka **„Týdne pro inkluzi“** (29. 9. – 5. 10. 2008). Podrobnosti akcí související s Týdnem pro inkluzi jsou k dispozici na internetových stránkách www.inkluzce.cz (34).

Soutěž s názvem **„Naděje pro změnu ústavů“** zaměřenou na podporu transformace ústavní péče probíhala pod záštitou RNDr. Petra Nečase, místopředsedy vlády a ministra práce a sociálních věcí. Slavnostní vyhlášení soutěže se konalo 24. dubna 2008 (18).

Jak uvádí Slowík (2007): “Inkluze je nikdy nekončící proces, ve kterém se lidé s postižením mohou v plné míře zúčastňovat všech aktivit společnosti stejně jako lidé bez postižení “ (28).

Mentální handicap je ve společnosti vnímán ze všech handicapů nejméně přijatelně. V integraci obzvláště lidí s těžkým a hlubokým postižením nenastal dodnes významný pokrok. Pokud péči o tyto osoby nepřevzala samotná rodina, využívá převážná většina těchto osob služeb sociálních zařízení s celoročním pobytem. Téma potřebnosti těchto zařízení v současnosti je stále citlivé. Stav, kdy zařízení sociální péče jsou kapacitně maximálně obsazena, se nezměnil ani po uvedení účinnosti zákona **č. 108/2006 Sb.** o sociálních službách. Dokud nebude dostupná dostatečně široká nabídka jiných vhodných sociálních služeb, situace se nezmění. Tato zařízení jsou často mediálně odsuzovaná jako zastaralá. Je možné konstatovat, že kvalita služeb v těchto zařízeních se výrazně zvyšuje a to především v souvislosti se zaváděním **standardů kvality sociálních služeb**. Jak se uvádí v nové terminologii - klienti těchto zařízení, mohou využívat nové druhy sociálních služeb. Při vhodné příležitosti spolu s podporou dokáží tyto klienti bydlet, pracovat a žít zcela samostatně. Mohou využít pro ně vhodné služby jako je podporované či chráněné bydlení a podporované (event. chráněné) zaměstnání. Velmi často se lidé s mentální retardací setkávají s předsudky ve společnosti, jsou zdůrazňována možná rizika při jejich osamostatňování v práci i v bydlení, v partnerském životě. I člověk s mentální retardací si plně uvědomuje svoji situaci a záleží mu na jeho společenském postavení a stále častěji nám dokazují, že jsou

pro ostatní členy společnosti partnery, nikoliv pouze bytostmi, které jsou závislé na jejich pomoci (36).

1.3.3 Edukace a profesní příprava člověka s mentální retardací

Výchova spolu se vzděláváním je celoživotním procesem v životě lidí s mentální retardací. Základem výchovy je rodina, která plní velice důležitou úlohu vyžadující mnohem náročnější, obtížnější pedagogické dovednosti spolu s mnohem větší investicí času a trpělivostí ve srovnání v péči o dítě bez postižení. V okamžiku, kdy je zjištěna vada nebo porucha u dítěte, by měla rodina obdržet dostatek informací a využít nabídku služeb a poradenství. Tento komplex služeb nabízí oblast rané péče, která bývá poskytována **středisky rané péče, speciálně pedagogickými centry apod.**

Většina rodičů, kteří vychovávají dítě s mentálním postižením, zákonitě někdy propadají pocitům neúspěšnosti, bezmoci a beznaděje. V takových situacích potřebují nejen pochopení a povzbuzení od svého nejbližšího okolí, ale i odbornou konzultaci a zasvěcenou radu moudrého a zkušeného člověka, ať lékaře, psychologa, speciálního pedagoga či rodiče, který úspěšně zvládl nebo zvládá výchovu obdobně postiženého dítěte. Tomuto účelu slouží zejména **speciálně pedagogická centra** pro děti a mládež s mentálním postižením (33).

Dodnes sice není vyřešena otázka míry vzdělavatelnosti především u osob s těžkou a hlubokou mentální retardací. Minimální možnosti rozvoje předpokládá většina odborníků. S využitím speciálních přístupů jako např. metoda bazální stimulace či bazální komunikace je dosahováno rozvoje základních schopností a dovedností v jejich nejjednodušší formě u jedinců s hlubokou mentální retardací. První integrační pokusy (vzdělávání žáků s mentálním postižením v běžných třídách základních škol) jsou spojeny s uvedením v platnost nového školského zákona (1. 1. 2005). Efektivní a smysluplná je integrace v případě lehkého až středního stupně mentálního postižení. Vzdělávání je umožněno v **základní škole praktické** – dříve zvláštní škola. Docházka do **základní školy speciální** - dříve pomocná škola - je využívána žáky s těžkou mentální retardací, kombinovaným postižením nebo autismem. **Speciální vzdělávací programy** (tzv. rehabilitační třídy) a individuální vzdělávání formou domácí výuky se

aplikují u jedinců s hlubokou mentální retardací. Takto nabyté vědomosti a dovednosti je důležité opakovat a udržovat prakticky pro celý život. Hranice pro poskytování základního vzdělávání žáků s mentální retardací je 26 let. Mezi nejznámější nestátní neziskovou organizaci, která v naší společnosti zajišťuje rozvoj a vzdělávání osob s mentální retardací patří **Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením**. V poslední době vystupuje tato organizace pod mezinárodním názvem Inclusion Czech Republic.

Po ukončení základní školní docházky mají lidé s mentální retardací možnost pokračovat v dalším vzdělávání. Ovšem výběr vzdělávání je vzhledem k omezení kognitivních schopností omezen. Své schopnosti a vědomosti nabyté v průběhu základního vzdělávání mohou tito žáci rozvíjet formou středního vzdělávání. Jedná se o jednoleté nebo dvouleté **vzdělávací programy** denní formy. Po ukončení vzdělávacího programu v délce dvou nebo tří let je možné získání výučního listu **(4)**.

1.4 Sociální politika a sociální zabezpečení

„Sociální politika“ je pojem, s nímž se v běžném životě můžeme setkat poměrně často. Ve smyslu praktické činnosti vytváří vztah jedinců a sociálních podmínek jejich života. Každý jedinec nějakým způsobem tuto politiku spoluvytváří a zároveň je vystaven sociálním podmínkám, které nemá ve své moci. Oproti tomu se sociální politika jako vědní disciplína zabývá zkoumáním sociální politiky jako praktické aktivity, tedy analýzou procesů tvorby a realizace politik, které se dotýkají vztahů občana a sociálních podmínek jeho života **(10)**.

Sociální politika tedy směřuje k ovlivňování a změně sociální reality či systému. Základními principy sociální politiky jsou:

- sociální spravedlnost,
- sociální solidarita,
- subsidiarita,
- participace.

Součástí sociální politiky je **sociální zabezpečení**, které lze obecně chápat jako soubor institucí, zařízení a opatření, jejichž prostřednictvím se uskutečňuje předcházení, zmírňování a odstraňování následků sociálních událostí jedinců (4).

1.4.1 Sociální pojištění

Systém sociálního pojištění je jedním z pilířů sociálního zabezpečení (10). Cílem tohoto systému je udržení určitého životního standardu. Systém bývá financován z příspěvků zaměstnavatelů a zaměstnanců a také státu. V rámci systému sociálního pojištění jsou dnes provozovány dva systémy:

- důchodové pojištění a penzijní připojištění,
- nemocenské pojištění

Důchodový systém je tvořen povinným základním důchodovým pojištěním, které zabezpečuje všechny ekonomicky aktivní osoby. Vedle toho existuje dobrovolné doplňkové, kapitálově financované penzijní připojištění se státním příspěvkem. Systém nemocenského pojištění je určen pro osoby výdělečně činné, které zabezpečuje v případech tzv. krátkodobých sociálních událostí dávkami nemocenského pojištění (4).

1.4.2 Invalidita a invalidní důchody

Pojem invalidita je zakotven v zákoně č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů. Z tohoto zákona vyplývá, že v České republice existují dva stupně invalidity: *plná a částečná*. Uznání plné nebo částečné invalidity je jednou z podmínek pro přiznání dávky – plného nebo částečného invalidního důchodu.

Dle uvedeného zákona je pojištěnec **plně invalidní**, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu poklesla jeho schopnost soustavné výdělečné činnosti o **66 %**. Za **částečně invalidního** je považován pojištěnec, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu poklesla schopnost soustavné výdělečné činnosti nejméně o **33 %**.

Osoby se zdravotním postižením, které odpovídá lehké mentální retardaci, lze uznat částečně invalidními. Zdravotní postižení odpovídající střední mentální retardaci je

považováno za zdravotní postižení umožňující soustavnou výdělečnou činnost jen za zcela mimořádných podmínek a odpovídá plné invaliditě (5).

1.4.3 Zaměstnání při invaliditě

Skutečnost, že je osoba uznaná plně nebo částečně invalidní a pobírá plný nebo částečný invalidní důchod, nevylučuje možnost být zaměstnán. Pokud se příjemce plného invalidního důchodu rozhodne pracovat, předpokládá se, že bude realizovat jenom svůj zbylý pracovní potenciál, což je maximálně 34 %. Odhadem jde o práci na úrovni třetiny dne nebo třetiny týdenní pracovní doby. Při kontrolní lékařské prohlídce invalidity by taková činnost neměla mít vliv na posouzení míry poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti, pokud zároveň nedojde ke zlepšení nebo stabilizaci zdravotního stavu.

Jestliže by invalidní důchodce pracoval ve větším rozsahu, mohlo by se při kontrolní lékařské prohlídce zjistit, že míra poklesu výdělečné schopnosti se změnila. Mohlo by dojít i ke snížení invalidního důchodu na částečný invalidní důchod. Výše výdělku u příjemce plného invalidního důchodu se nesleduje (5).

1.4.4 Státní sociální podpora

Zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, nabyl účinnosti částečně dnem 1. října 1995 (dávky poskytované bez ohledu na příjem) a v plném rozsahu dne 1. ledna 1996. Tímto systémem se stát pomocí dávek státní sociální podpory podílí zejména na krytí nákladů na výživu a ostatní osobní potřeby dětí a rodin na krytí nákladů spojených s narozením dítěte, jeho výchovou a výživou, zdravotním postižením, náhradní rodinnou péčí, úmrtí v rodině apod. (30).

Principy systému státní sociální podpory jsou:

- komplexnost,
- jednotnost,
- sociální spravedlnost,
- skladebnost,
- valorizace,

- dostupnost,
- operativnost,
- nenáročnost.

Také je v rámci realizace systému státní sociální podpory uplatňován princip státem organizované solidarity. Tento princip se realizuje ve dvou směrech:

- od bezdětných k rodinám s dětmi,
- od vysoko příjmových rodin k nízko příjmovým.

Tomuto rozdělení potom odpovídá také typ dávek. Na jedné straně se jedná o dávky, na něž má univerzální nárok každé dítě. A na druhé straně se jedná o dávky stanovené na základě skutečné celkové příjmové situace rodiny **(4)**.

1.4.5 Sociální pomoc

Sociální pomoc je pojem, který nahradil starší označení chudinská péče (či podpora). Vyjadřuje jednu z nejstarších forem přerozdělování, kterou stát pomáhá těm občanům, kteří to prokazatelně potřebují. Jedná se o pomoc poskytovanou občanům ve stavu nouze k uspokojování jejich potřeb **(10)**.

Cílem sociální pomoci je:

- navrátit danému občanu sociální suverenitu, a to co nejrychleji, aby mohl opět převzít plnou odpovědnost sám za sebe a svou rodinu;
- pomoci mu překonat přechodně stádium sociálně ekonomických obtíží, a tak zabránit propadu do další skupiny občanů odkázaných na péči společnosti;
- řešit jeho trvalé sociálně svízelné postavení, kdy jsou občané trvale odkázáni na lidskou solidaritu a dobročinnost.

Základními nástroji sociální pomoci jsou:

- poradenství,
- prevence sociálně patologických jevů,
- sociálně právní ochrana,
- dávky sociální pomoci a sociální služby.

Systém sociální pomoci tedy řeší situace sociální nebo hmotné nouze **(4)**.

1.4.6 Sociální služby

Sociální služby představují konkrétní výstup dané sociální politiky. Představují širokou škálu podpor, opatření a pomoci vycházející z nutnosti řešit svízelné životní situace lidí s postižením **(4)**.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb, dále podmínky pro vydání oprávnění k poskytování sociálních služeb, výkon veřejné správy v oblasti sociálních služeb, inspekci sociálních služeb a předpoklady pro výkon činnosti sociálních služeb **(9)**.

Cílem sociálních služeb je (mimo jiné):

- podporovat rozvoj nebo zachování stávající soběstačnosti uživatele, jeho návrat do vlastního domácího prostředí, obnovení nebo zachování původního životního stylu;
- rozvíjet schopnosti uživatelů sociálních služeb a umožnit jim v co největší míře vést samostatný život;
- snížit sociální a zdravotní rizika související se způsobem života uživatelů.

Sociální služby se podle zákona o sociálních službách (§ 32) rozdělují na:

- sociální poradenství,
- služby sociální péče,
- služby sociální prevence **(41)**.

Formou poskytování sociálních služeb je pak míněno rozdělení na služby pobytové, ambulantní a terénní. Tato označení vyjadřují způsob poskytování služeb, tedy služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb; služby, za kterými jedinec dochází nebo je doprovázen do zařízení sociálních služeb; a služby poskytované v přirozeném sociálním prostředí.

Pro poskytování sociálních služeb se zřizují tato zařízení sociálních služeb:

- centra denních služeb,
- denní stacionáře,
- týdenní stacionáře,
- domovy pro osoby se zdravotním postižením,

- domovy pro seniory,
- domovy se zvláštním režimem,
- chráněné bydlení,
- azylové domy,
- domy na půl cesty,
- zařízení pro krizovou pomoc,
- nízko prahová denní centra,
- nízko prahová zařízení pro děti a mládež,
- noclehárny,
- terapeutické komunity,
- sociální poradny,
- sociálně terapeutické dílny,
- centra sociálně rehabilitačních služeb,
- pracoviště rané péče.

Sociální služby lze poskytovat pouze na základě oprávnění k poskytování, které vzniká rozhodnutím o registraci **(4)**.

1.4.7 Výběr zařízení sociální péče a geografická poloha

Poskytovateli sociálních služeb jsou při splnění podmínek stanovených zákonem (č. 108/2006 Sb. v platném znění) územní samosprávné celky a jimi zřizované právnické osoby, další právnické osoby, fyzické osoby a ministerstvo a jím zřízené organizační složky státu **(41)**.

Domov Libníč a Centrum sociálních služeb Empatie – pracoviště Empatie

Adresa: Pražská 489/88, 370 04 České Budějovice

<http://www.empatie.cz>

Domov Libníč a Centrum sociálních služeb Empatie – pracoviště Empatie, příspěvková organizace, zřizovatel Jihočeský kraj. Organizace spravuje tři pracoviště: Domov Libníč - Centrum sociální péče Empatie a pracoviště Mrhal.

Geografická poloha:

Areál Empatie se nachází na okraji Českých Budějovic blízko Pražské třídy.

Typ služby: pobytová, ambulantní.

Domov Libníč a Centrum sociálních služeb Empatie – pracoviště Domov Libníč

Adresa: Libníč 17, 373 71 Rudolfov

<http://www.domovlibnic.cz>

Zřizovatelem této příspěvkové organizace je Jihočeský kraj.

Geografická poloha:

Domov Libníč a Centrum sociálních služeb Empatie – pracoviště Domov Libníč se nachází v obci Libníč asi 12 km od Českých Budějovic.

Typ služby: pobytová.

Domov PETRA Mačkov

Adresa: Mačkov 79, 388 01 Blatná

<http://www.uspmackov.cz>

Od 1. 1. 2003 příspěvková organizace Jihočeského kraje, který je zřizovatelem.

Geografická poloha:

Domov PETRA Mačkov se nachází v blízkosti obce Mačkov, nedaleko města Blatná v okrese Strakonice, v Jihočeském kraji.

Typ služby: pobytová.

Domov pro osoby se zdravotním postižením Osek

Adresa: Osek 1, 386 01 Strakonice

<http://www.usposek.cz>

V současné době je Domov příspěvkovou organizací Jihočeského kraje.

Geografická poloha:

Domov pro osoby se zdravotním postižením v Oseku se nachází v okraji malé obce u Strakonic. Je umístěn v nevelkém zámku (původně šlechtické sídlo ze 14. století.)

Typ služby: pobytová.

Denní a týdenní stacionář Duha

Adresa: Mukařovského 2309, 397 01 Písek

<http://www.datsduhapisek.cz>

Příspěvková organizace řízená od roku 2003 Jihočeským krajem.

Geografická poloha: Denní a týdenní stacionář Duha se nachází v klidné části města Písek

Typ služby: pobytová, ambulantní.

PROUTEK občanské sdružení, chráněné bydlení PROUTEK

Adresa: Plasná 3, Pluhův Žďár, 378 21 Kardašova Řečice

<http://www.proutek.cz>

Geografická poloha:

Služba je poskytována celodenně a celoročně v přirozeném prostředí vesnického statku v Plasné u Kardašovy Řečice.

Typ služby: pobytová, ambulantní.

Diakonie ČCE – středisko ROLNÍČKA

Adresa: Bezděkova 122/17, 392 01 Soběslav

<http://www.rolnicka.cz>

Diakonie Českobratrské církve evangelické – středisko Rolníčka je jedním ze středisek Diakonie ČCE. Je myšlenkově i organizačně spjata s Českobratrskou církví evangelickou (ČCE), zvláště s jejím sborem v Soběslavi.

Geografická poloha:

Děti a mladiství mají zázemí v klidné části sídliště Svákov v Soběslavi.

Dospělí klienti mají zázemí v centru historické části města Soběslav.

Typ služby: pobytová, ambulantní.

Denní a týdenní stacionář KLÍČEK

Adresa: Záluží 17, 390 02 Tábor 2

<http://www.uspklicek.cz>

Klíček je příspěvková organizace s právní subjektivitou, jeho zřizovatelem je Jihočeský kraj.

Geografická poloha: Stacionář Klíček se nachází v malé vesnici severovýchodně od Tábora.

Typ služby: pobytová, ambulantní.

Diagnostický ústav sociální péče Černovice

Adresa: Dobešovská 1, 394 94 Černovice u Tábora

<http://web.telecom.cz/dusp-cernovice/>

Po zrušení krajů a krajských organizací byl ústav od 1. 1. 1991 převeden pod MPSV jako diagnostický ústav pro mentálně postižené. Po reformě veřejné správy a vzniku nového krajského uspořádání byla od 1. 7. 2001 zřizovatelská funkce ústavu převedena na kraj Vysočina a byla změněna forma hospodaření na příspěvkovou organizaci.

Geografická poloha:

DÚSP Černovice je umístěn v areálu památkově chráněného zámku přímo v Černovicích.

Typ služby: pobytová, ambulantní.

Ústav sociální péče Lidmaň příspěvková organizace

Adresa: Lidmaň 91, 395 01 Pacov

<http://www.usplidman.cz>

Zařízení zřizované krajem Vysočina okres Pelhřimov.

Geografická poloha:

Leží pět kilometrů od města Černovice v malé obci Lidmaň.

Typ služby: pobytová.

Ústav sociální péče pro tělesně postiženou mládež

Adresa: Kociánka 93/2, 612 00 Brno 12

<http://www.kocianka.cz>

Geografická poloha:

Ústav sociální péče pro tělesně postiženou mládež v Brně se nachází v okrajové části města Brna - Králově Poli. Zřizovatelem je Ministerstvo práce a sociálních věcí.

Typ služby: pobytová, ambulantní.

Chráněné bydlení VELAN

Adresa: Dlouhá 3, Klepačov, 678 01 Blansko

<http://www.hhp.cz>

Geografická poloha:

Občanské sdružení Hnutí Humanitární Pomoci se sídlem v Blansku - Centrum VELAN se nachází v blanenské příměstské obci Klepačov.

Typ služby: pobytová.

Kamarád – LORM

Adresa: Zeyerova 859 a 927, Žatec

<http://www.kamarad-lorm.psca.cz>

Geografická poloha:

Kamarád – LORM je příspěvková organizace města Žatce, sídlo ve městě Žatec.

Typ služby: pobytová, ambulantní.

1.4.8 Sociální péče osob s těžkým zdravotním postižením

Od 1. ledna 2007 došlo v České republice k zásadním změnám v systému sociálních služeb a sociálních dávek, a to zejména v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách (**č. 108/2006 Sb.**), zákona o životním a existenčním minimu (**č. 110/2006 Sb.**) a zákona o pomoci v hmotné nouzi (**č. 111/2006 Sb.**). Dochází tak jednak k novému pojetí sociálních služeb, jejich forem druhů a podmínek poskytování, jednak dochází ke změnám v přístupu ve finančním zajištění osob, které pomoc v nepříznivé sociální situaci potřebují. Pro tyto osoby je nově určena dávka – příspěvek na péči. Významné je nejen rozšíření mnoha typů sociálních služeb, ale především standardizace jejich kvality. Neméně zásadní je také povinnost poskytovatelů

akreditace, díky níž by měli takto akreditovaná zařízení, poskytovat služby na vysoké úrovni.

Sociální podpora představuje systém finančních příspěvků a dávek, sociální služby nabízejí konkrétní pomoc při řešení složité situace v různých oblastech života handicapovaného člověka. V ideálním případě pak klient pomocí příspěvků sociální podpory může financovat potřebné sociální služby a prakticky si korigovat a řídit využití sociální péče podle vlastních aktuálních potřeb **(28)**.

Zdravotně postiženým občanům je ze systému sociální péče poskytována podpora, jejímž cílem je přispět k odstranění bariér, které s sebou zdravotní postižení přináší. Okruhy oprávněných osob jsou pro dávky sociální péče stanoveny různými způsoby a některé z nich jsou navázány na přiznání tzv. mimořádných výhod pro těžce zdravotně postižené občany. Jedná se o přiznání určitého statutu občanovi s těžkým zdravotním postižením, kdy tento statut má význam i v jiných oblastech mimo systém sociální péče **(1)**.

Přehled dávek sociální péče pro těžce zdravotně postižené osoby, zahrnující občany se střední, těžkou a hlubokou mentální retardací (viz. Příloha č. 2 k vyhlášce č. 182/1991 Sb.) (38).

- mimořádné výhody pro těžce zdravotně postižené občany,
- jednorázový příspěvek na opatření zvláštních pomůcek,
- příspěvek na úpravu bytu,
- příspěvek na zakoupení, celkovou úpravu a zvláštní úpravu motorového vozidla,
- příspěvek na provoz motorového vozidla,
- příspěvek na individuální dopravu,
- příspěvek na úhradu za užívání bezbariérového bytu a garáže,
- příspěvek úplně nebo prakticky nevidomým občanům **(1)**.

Efektivní se stává také tzv. komunitní plánování sociálních služeb, které zaručuje vzájemnou propojenost a spolupráci zadavatelů sociálních služeb, jejich uživatelů a poskytovatelů. Větší zodpovědnost při sociální integraci osob s postižením přesouvá z institucionální péče směrem k občanům s důrazem na vzájemnou mezilidskou pomoc. Neziskové organizace, které mají svůj program zaměřen na podporu a pomoc lidem

s různými druhy postižení zastřešuje **Národní rada zdravotně postižených**. Jejím hlavním cílem je obhajoba, prosazování a naplňování práv, zájmů a potřeb lidí s postižením (28).

1.5 Pracovní uplatnění člověka s mentální retardací

Práce je pro většinu lidí nejen přirozenou potřebou, ale zvyšuje jejich sociální sebevědomí, zajišťuje jim samostatnost a nezávislost (31).

V zařízení poskytující sociální služby je využíváno tradičních způsobů podpory pracovního uplatnění klientů. V tomto procesu se vychází především z praktických zkušeností pracovníků těchto zařízení, agentur podporovaného zaměstnávání nebo také zaměstnavatelů na volném trhu práce. Úkolem sociálních služeb je poskytnout lidem s handicapem pomoc umožňující využívat běžné služby a zdroje (36).

K pochopení významu práce pro člověka A. Giddens (2005 s. 308,309) rozlišuje šest faktorů zaměstnání, které mají pro člověka klíčový význam:

Peníze – mzda či plat za práci představuje pro většinu lidí zdroj obživy, výše příjmu ovlivňuje míru sociálního začlenění

Míra aktivity - možnost získávat a rozvíjet své schopnosti a dovednosti a jejich uplatnění

Změna – práce umožňuje člověku vstup do nového prostředí, odlišného od prostředí domova

Strukturovaný čas – práce dává celému dni řád

Sociální kontakty – v pracovním prostředí si lidé často nacházejí přátele nebo své životní partnery

Osobní identita – nalezení pocitu pevné sociální identity

Z uvedeného pořadí je zřejmé, že peníze jsou sice na prvním místě, nejsou však jediným důvodem, proč lidé chodí do práce.

Práci obecně, ať placenou či neplacenou, můžeme definovat jako vykonávání úkolů vyžadujících mentální a fyzické úsilí, jehož cílem je výroba zboží a služeb k uspokojování lidských potřeb. Za zaměstnání považujeme takovou práci, která se děje

výměnou za pravidelnou mzdu či plat. Práce je ve všech kulturách základem ekonomiky (3).

Pracovní aktivita a s ní spojený pravidelný denní režim stimulují a udržují mnohé kompetence mentálně postižených. Dává jejich životu náplň a smysl. Je však třeba, aby tato činnost odpovídala jejich možnostem, úrovni jejich myšlení, koncentrace pozornosti, nevyžadovala rychlé reakce a častou změnu pracovních operací. Lidé s mentálním postižením se nejlépe uplatní v klidném prostředí, kde se nestřídá velké množství neznámých lidí. Práce by neměla být náročná na sensomotorickou koordinaci a přesnost. Pro tyto účely dobře slouží chráněné dílny, kde je možné přizpůsobit pracovní náplň i tempo této činnosti kompetencím mentálně postižených. Přijatelné sociální chování je často důležitější než úroveň kognitivních a motorických kompetencí (35).

Chráněné dílny mají období největšího rozkvětu za sebou. Izolované prostředí, ve kterém pracují lidé s podobnými zdravotními postiženími, pracující spíše za symbolickou odměnu nesplňuje představu o ideální integraci lidí s postižením. Nové možnosti přináší takzvané **podporované zaměstnávání**. V zařízeních sociální péče, nabízející jak služby ambulantní, tak i rezidenční, bývají zřízeny **ergoterapeutické dílny**. Tyto dílny bývají různé se zaměřením např. výtvarným, řemeslným nabízí možnosti psychomotorického a sociálního rozvoje klientů. Ve skutečnosti nejde jen o terapeutické činnosti a aktivity, ale o jakousi nouzovou pracovní seberealizaci některých těžce handicapovaných osob, pro které jsou zatím jiné příležitosti pracovního uplatnění nedostupné.

Nejčastějším problémem zaměstnávání lidí s mentálním postižením není nedostatek schopností těchto osob, ale především interpersonální vztahy, spolupráce s ostatními zaměstnanci a také motivační potíže (28).

1.5.1 Humanizace péče o osoby s mentální retardací

V naší zemi existuje více alternativ, které nabízejí lidem s mentálním postižením život plně nebo částečně integrovaný do běžného života. I přes jejich větší množství než dříve je jejich kapacita velmi nízká. Právě proto nadále zůstává jako jedna

z hlavních alternativ jejich života právě ústavní péče (28). Rozvoj ústavní péče poměrně úzce souvisí nejen s integrací a normalizací, ale hlavně s humanizací. Integraci lze chápat jako překonávání umělého oddělení lidí s mentální retardací od světa lidí nepostižených. Normalizace vystihuje skutečnost toho, že i lidé s postižením mohou žít podobně normálním životem jako lidé nepostižení. Smyslem humanizace je brát občany s postižením jako rovnocenné partnery, tudíž se jim snažit poskytnout rovné šance žití a pomoci jim zvládat důsledky jejich handicapu. Humanizace v ústavní péči tedy souvisí s cílem moderní sociální politiky, která se prostřednictvím Standardů kvality sociálních služeb a zákonem o sociálních službách zaměřuje na zlepšení kvality komplexní péče o klienty (26).

1.5.2 Nejčastěji využívané terapie v rámci péče o osoby s mentální retardací

Obecně lze terapeutický přístup vymezit jako způsob odborného a cíleného jednání člověka s člověkem. Cílem tohoto přístupu je odstranění nebo zmírnění nežádoucích potíží nebo odstranění jejich příčin. Terapeutické přístupy, které se uplatňují u osob s mentální retardací, vykazují jistá specifika, která vyplývají ze specifčnosti handicapu (26).

Expresivní terapie

Expresivní terapie zahrnuje metody, pomocí kterých se klient vyjadřuje verbálně i neverbálně prostřednictvím specifického média (uměleckého, pohybového). Prostředkem, médiem, expresivních postupů může být dramatická metoda (u dramaterapie), výtvarný projev (u arteterapie), hudba (u muzikoterapie) nebo psaný text (u bibliografie). Jednotlivé prostředky se často kombinují (např. arteterapie s muzikoterapií).

Expresivní podoby psychoterapie se užívají při práci ve skupině i s jednotlivcem, jejich forma má buď receptivní nebo aktivní složku (26).

Arteterapie

Arteterapie je nejvíce používanou terapeutickou metodou. V užším slova smyslu ji můžeme vymezit jako soubor uměleckých výtvarných technik a postupů, které mají kromě jiného za cíl přijatelným způsobem změnit sebehodnocení člověka, zvýšit jeho

sebevědomí, integrovat jeho osobnost a přinést mu pocit smysluplného naplnění života. Pro osoby s mentální retardací je arteterapie rozsáhlá a rozličná, tak jako jsou rozmanité i formy mentální retardace.

Silný emotivní zážitek zprostředkovaný výtvarnými aktivitami pro tyto jedince znamená způsob učení se o sobě, světě a jeho souvislostech. Pozoruhodná je syntéza hudby a výtvarného projevu. Jejich propojením vzniká příjemná atmosféra při práci a také další podnět, který se dá využít k práci (26).

Dramaterapie

Dramaterapie je umělecká a terapeuticko - formativně zaměřená metoda aplikovaná v rámci individuální i skupinové práce, která využívá dramatické struktury se speciálním cílem v určitých improvizovaných situacích „tady a teď“, evokuje k prožívání emocí, k získávání vnitřní motivace a vede k integraci. Skupinová terapie je základní organizační formou všech paradivadelních systémů, neboť skupinová dynamika je významným facilitátorem skupinových aktivit i terapeutickým prostředkem.

Muzikoterapie

Muzikoterapie je využití hudby k terapeutickým cílům, jako je znovuoobnovení, udržení a zlepšení mentálního a fyzického zdraví (22). Jedná se o systematickou aplikaci hudby řízenou terapeutem v terapeutickém prostředí s úmyslem dosažení změny v chování. Hudba pomáhá jedinci v rozvoji jeho celkového potencionálu a přispívá k jeho větší sociální přizpůsobivosti. Sama hudba při muzikoterapii působí bezprostředně a intenzivně na člověka pomocí melodie, harmonie, rytmu, zvukové barvy, tempa, dynamiky a druhu taktu. K aktivní muzikoterapii lze volně připojit i taneční terapii či choreoterapii, které při hudbě navozují sebevyjádření tanečními pohyby (26).

Animoterapie

Pro terapii s účastí zvířete můžeme používat také označení zooterapie. Tato terapie má v pedagogické praxi výjimečné postavení, jelikož terapeutickým prostředkem tu není pouze člověk, ale i jiný živý tvor. Tímto živým tvorem může být nejen velké zvíře jako kůň, někdy i slon, nebo běžně se vyskytující domestikovaná zvířata (pes, kočka),

ale třeba i ryba, hmyz, drobný hlodavec, myš, pták a plaz. Následné kapitoly budou věnovány pouze canisterapii (terapie za pomoci psa) a hipoterapii (terapie za pomoci koně).

Canisterapie

Jedná se o podpůrnou formu psychoterapie, která je výhradně zaměřená na kontakt člověka se psem spojený vzájemnou pozitivní interakcí. Canisterapie přispívá k rozvoji jemné a hrubé motoriky, podněcuje verbální a neverbální komunikaci, orientaci v prostoru, zvyšuje motivaci podílet se na vlastním léčebném procesu a také napomáhá vztahům klienta s ostatními lidmi (26).

Hipoterapie

Hipoterapie je rehabilitační metoda, která využívá pohybu koně a jeho přenosu na člověka ve spojení s psychologickým působením jízdy na koni. Podle jednoho z klasických světových modelů hipoterapie souvisí s fyzioterapií a psychoterapií. K hipoterapii se nehodí klienti, kteří se koní bojí (26).

1.5.3 Pracovní terapie a ergoterapie

„Práce dodává sebedůvěru, pocit potřebnosti a užitečnosti, vede k celkovému osobnímu uspokojení a splnění jedné ze základních potřeb člověka stojícího na vrcholu Maslowovy pyramidy hodnot – seberealizace.“ (26). Z pohledu speciální pedagogiky je terapií vše, co má ve vztahu k osobám s postižením jak pedagogické (edukační), tak i léčebné (respektive nápravné) účinky (28). Práce je schopna plnit terapeutické, psychologické a socializační úkoly. Pojmenování ergoterapie vzniklo z řeckých slov: ergon = práce a therapia = léčba. Vodáková charakterizovala ergoterapii jako lékařem předepsanou léčebnou činnost pro tělesně, duševně, nebo smyslově postižené osoby, kterou vede ergoterapeut. Je tedy nutné odlišit ergoterapii od pracovní výchovy zahrnuté v oborovém studiu speciální pedagogiky (26).

Ergoterapie

Ergoterapie vedená vystudovaným ergoterapeutem je využívána převážně v různých medicínských oborech. Buď může být součástí léčby v kombinaci s fyzioterapií (v rehabilitačních zařízeních), nebo jako součást psychoterapie

(v psychiatrických zařízeních). V některých zařízeních pro mentálně retardované klienty, především s více vadami, pracují školení ergoterapeuti. Pokud je tam ergoterapie součástí komprehensivní rehabilitace, tak lze hovořit o ergoterapii v pravém slova smyslu (26).

Pracovní terapie

Pracovní terapii Matoušek definoval jako pracovní činnosti, které jsou součástí léčebného, výchovného nebo podpůrného programu. Jejím cílem může být smysluplné trávení času klientů, výkon činností nutných pro provoz zařízení, ve kterém klienti žijí, případně do něhož docházejí, a také nácvik pracovních dovedností (17). V ideálním případě má být plánována podle potřeb klienta, měla by podporovat jeho schopnost komunikovat, spolupracovat s jinými lidmi a měla by pozitivně ovlivňovat klientovo sebehodnocení.

Formy pracovní terapie

U dětí je prvotní zaměstnání spojené s hrou, která souvisí s přípravou na život. Pracovní terapie pak využívá dětské hry, při které jsou například imitovány každodenní práce, profese, ale i sebeobsluha a hygiena. V současnosti se hra považuje za metodu výchovy a vzdělávání, která má důležité místo jak v diagnostice, tak i v ergoterapii. Důležitá oblast pracovní terapie se věnuje nácviku praktického života, který zahrnuje samostatné bydlení, péči o domácnost, konkrétní postupy při řešení určitých životních problémů. U jedinců s těžším postižením je zpravidla zaměřená na sebeobslužné dovednosti. V zařízeních pro osoby s mentálním postižením bývají nejčastěji zřizovány ergoterapeutické dílny s různým zaměřením (řemeslné, výtvarné, apod.), které zajišťují klientům psychomotorický a sociální rozvoj. Ve skutečnosti nejde pouze o terapeutické činnostní aktivity samotné, ale o jakousi nouzovou pracovní seberealizaci některých těžce handicapovaných osob, pro které jsou zatím jiné příležitosti pracovního uplatnění nedostupné (28). Některé dílny mají své vlastní programy, často založené na tvořivé činnosti svých klientů, jako je např. práce s keramickou hlinou, tkaní, vyšívání, práce se dřevem nebo voskem. Jiná zařízení poskytují různé služby, jako je praní prádla, oprava obuvi, nebo provozují pekárny či kavárničky (33).

Pracovní terapie bývá často uskutečňována i formou práce na zahradě, péče o zvířata, podílení se na zvelebování objektu, pomocné práce v kuchyni či pomoc klientům s těžším postižením. Pracovní terapie se uskutečňuje s jednotlivcem nebo se skupinou **(26)**.

2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíl

Cílem této bakalářské práce je zmapování možností zaměstnávání klientů s mentální retardací v zařízeních sociální péče, poskytující jak služby pobytové, tak i ambulantní.

2.2 Hypotézy

Pro dosažení vytyčeného cíle byly stanoveny následující hypotézy:

H1: Integrační proces klientů s mentální retardací v zařízení sociální péče je efektivnější v závislosti na geografické poloze zařízení

H2: Pracovní uplatnění klientů s mentální retardací v zařízení sociální péče je častější v rámci samotného zařízení než na volném trhu práce

3. METODIKA

3.1 Použitá metodika

Provedený výzkum je ze sociologického hlediska výzkumem kvantitativním. Ke sběru dat do bakalářské práce byla použita metoda dotazování. Pro zjištění odpovídajících informací bylo použito techniky dotazníku. Sběr dat probíhal v měsíci srpnu a září 2008. Předvýzkum, který spočíval v kontaktování jednotlivých zařízení o možnosti návštěvy, probíhal v měsíci červenci 2008.

Byl sestaven anonymní dotazník (Příloha 3) zkoumající možnosti pracovního uplatnění klientů zařízení sociální péče. Dotazník obsahoval 8 otázek. Otázky byly uzavřené s možností výběru odpovědi ano – ne. Dotazník byl určen samotným klientům zařízení sociální péče, jejich klíčovým pracovníkům popř. jiným jejich blízkým lidem. Získané výsledky byly zpracovány kvantitativně.

Informace, které byly získány pomocí dotazníku, byly získány v poměrně krátkém čase. Distribuci dotazníků předcházelo osobní jednání. Tím byla zaručena vyšší pravděpodobnost návratnosti.

Ke zpracování dat byly použity grafy a tabulky. Výsledky uvádím v procentech a absolutních číslech.

3.2 Charakteristika zkoumaného souboru

Cílovým souborem pro ověření hypotéz byli klienti zařízení sociální péče z Jihočeského kraje, Jihomoravského kraje, Ústeckého kraje a kraje Vysočina. Tato zařízení jsou odlišná svou geografickou polohou, typem poskytovaných služeb i způsobem zřízení. Celkem bylo osloveno 13 zařízení. Přehled oslovených zařízení je uveden v **Tabulce 1**. Z toho v Jihočeském kraji 8, v Jihomoravském 2, Ústeckém 1 a v Kraji Vysočina 2 zařízení.

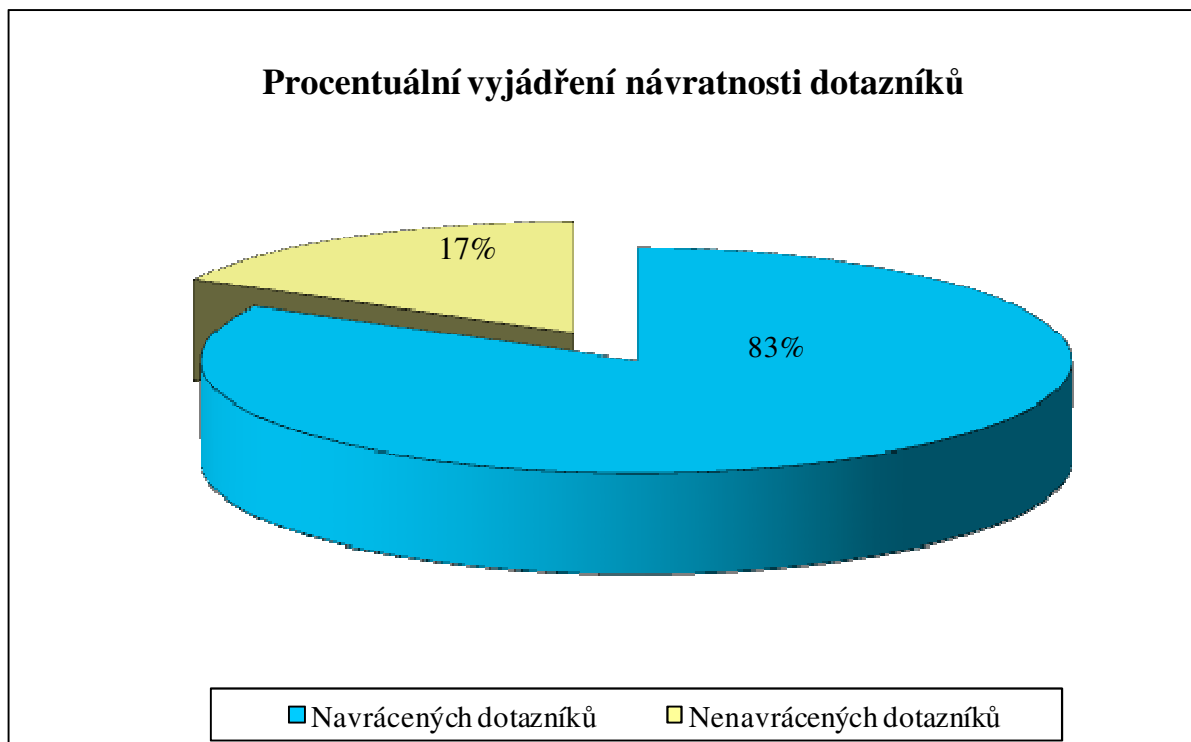
Celkem bylo rozdáno 186 dotazníků, ze kterých se vrátilo 154 dotazníků tj. 83 %. Návratnost dotazníků je promítnut v **Grafu 1**.

Tabulka 1
PŘEHLED ZAŘÍZENÍ ZAŘAZENÝCH DO VÝZKUMU

Č	NÁZEV ZAŘÍZENÍ	PŘEDANÝCH DOTAZNÍKŮ	NAVRÁCENÝCH DOTAZNÍKŮ
1.	Domov Libníč a CSS Empatie pracoviště Empatie Č. Budějovice	35	25
2.	Domov Libníč a CSS Empatie pracoviště Domov Libníč	15	12
3.	Domov PETRA Mačkov Mačkov	10	10
4.	Domov pro osoby se zdravotním postižením Osek	20	20
5.	Denní a týdenní stacionář DUHA Písek	10	9
6.	Chráněné bydlení PROUTEK poskytovatel PROUTEK o.s. Plasná	7	7
7.	Diakonie ČCE – středisko ROLNÍČKA Soběslav	15	8
8.	Denní a týdenní stacionář KLÍČEK Záluží	10	7
9.	DÚSP Černovice příspěvková organizace Černovice	10	10
10.	ÚSP Lidmaň příspěvková organizace Lidmaň	20	20
11.	ÚSP pro tělesně postiženou mládež Kociánka, Brno	15	15
12.	Chráněné bydlení Centrum VELAN Klepačov	9	8
13.	Kamarád – LORM, příspěvková organizace města Žatce, Žatec	10	3
	DOTAZNÍKŮ CELKEM	186	154
	PROCENTUÁLNÍ VYJÁDŘENÍ	100%	83%

4. VÝSLEDKY VÝZKUMU

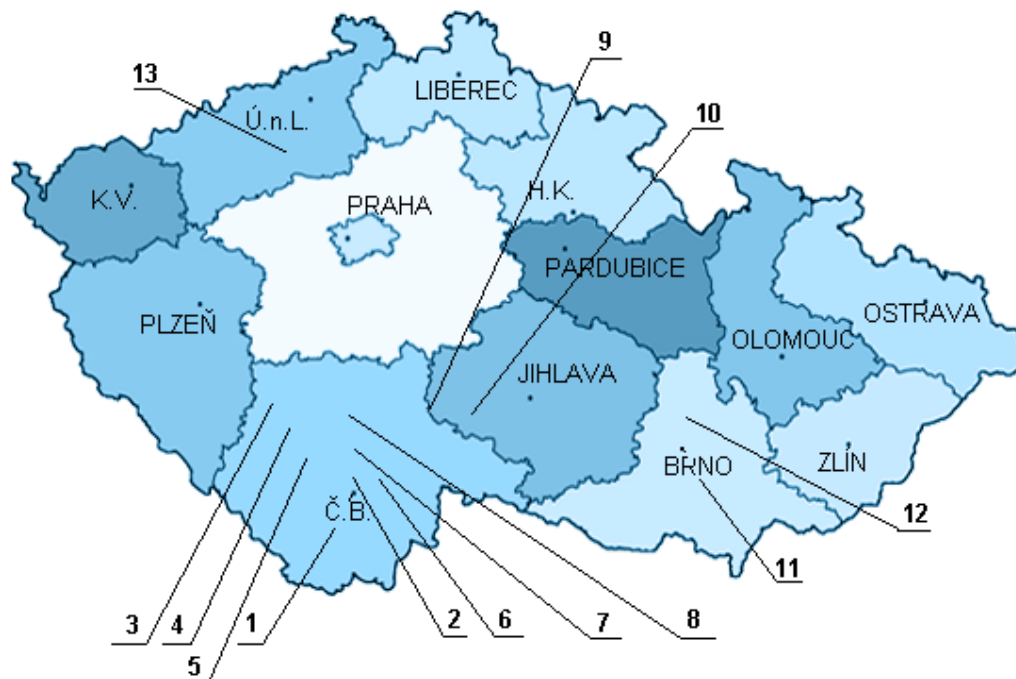
Graf 1.: Procentuální vyjádření návratnosti dotazníků



Zdroj: Vlastní výzkum.

Celkem bylo osloveno 13 zařízení, rozdáno 186 dotazníků. Návratnost je 83 %.

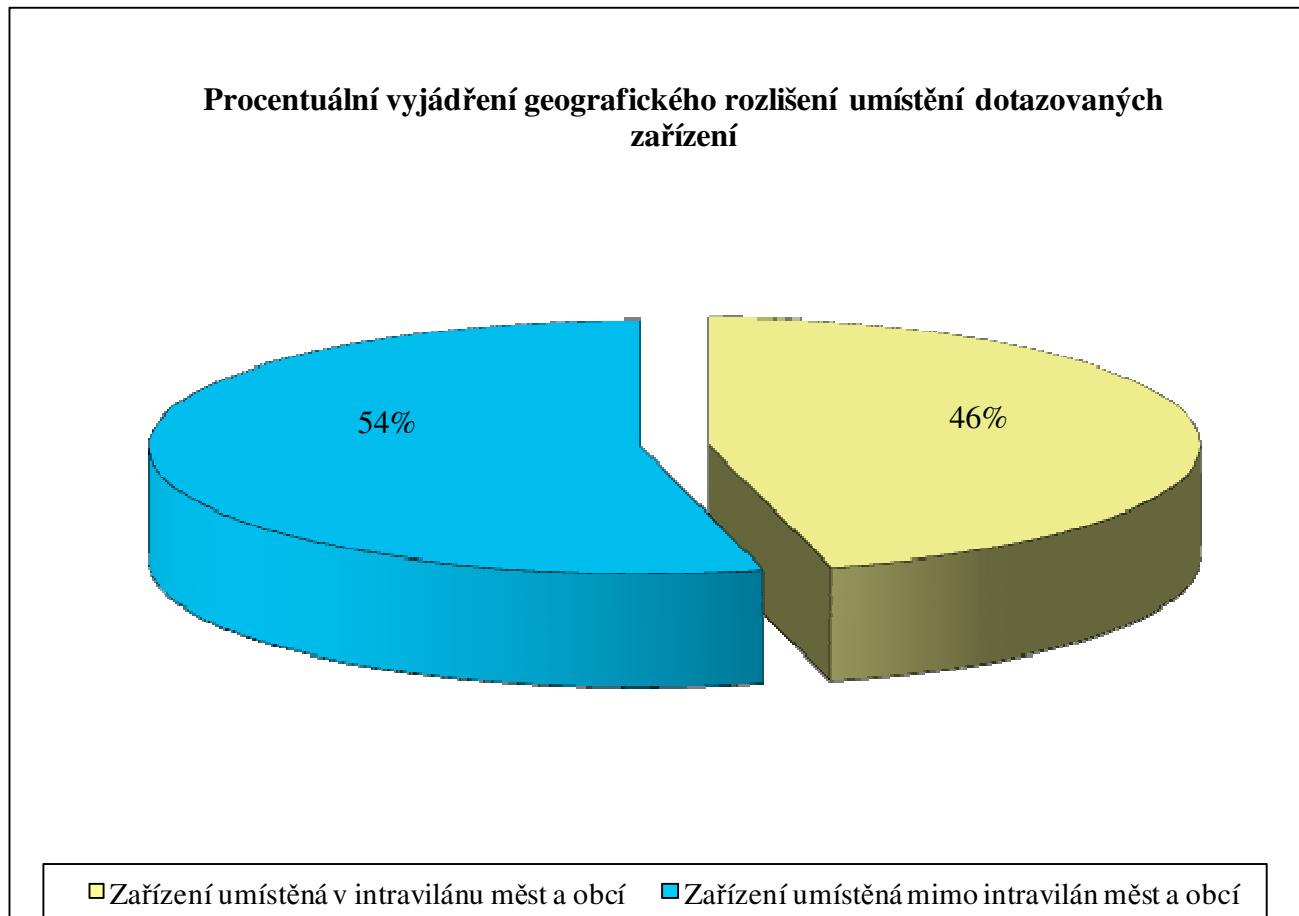
Mapa 1.: Geografické rozmístění zařízení zařazených do výzkumu



Zdroj: Vlastní výzkum

Mapa znázorňuje geografickou polohu oslovených zařízení. Na základě takto získaných informací došlo k rozdělení zařízení umístěných v intravilánu měst a obcí a zařízení, která jsou umístěna mimo intravilán měst a obcí. Zařízení byla takto rozdělena na základě vlastního kvalifikovaného odhadu, vyplývající přesných adres jednotlivých zařízení. Promítnuta byla také osobní zkušenost z návštěvy většiny těchto zařízení.

Graf 2.: Procentuální vyjádření geografického rozlišení umístění dotazovaných zařízení



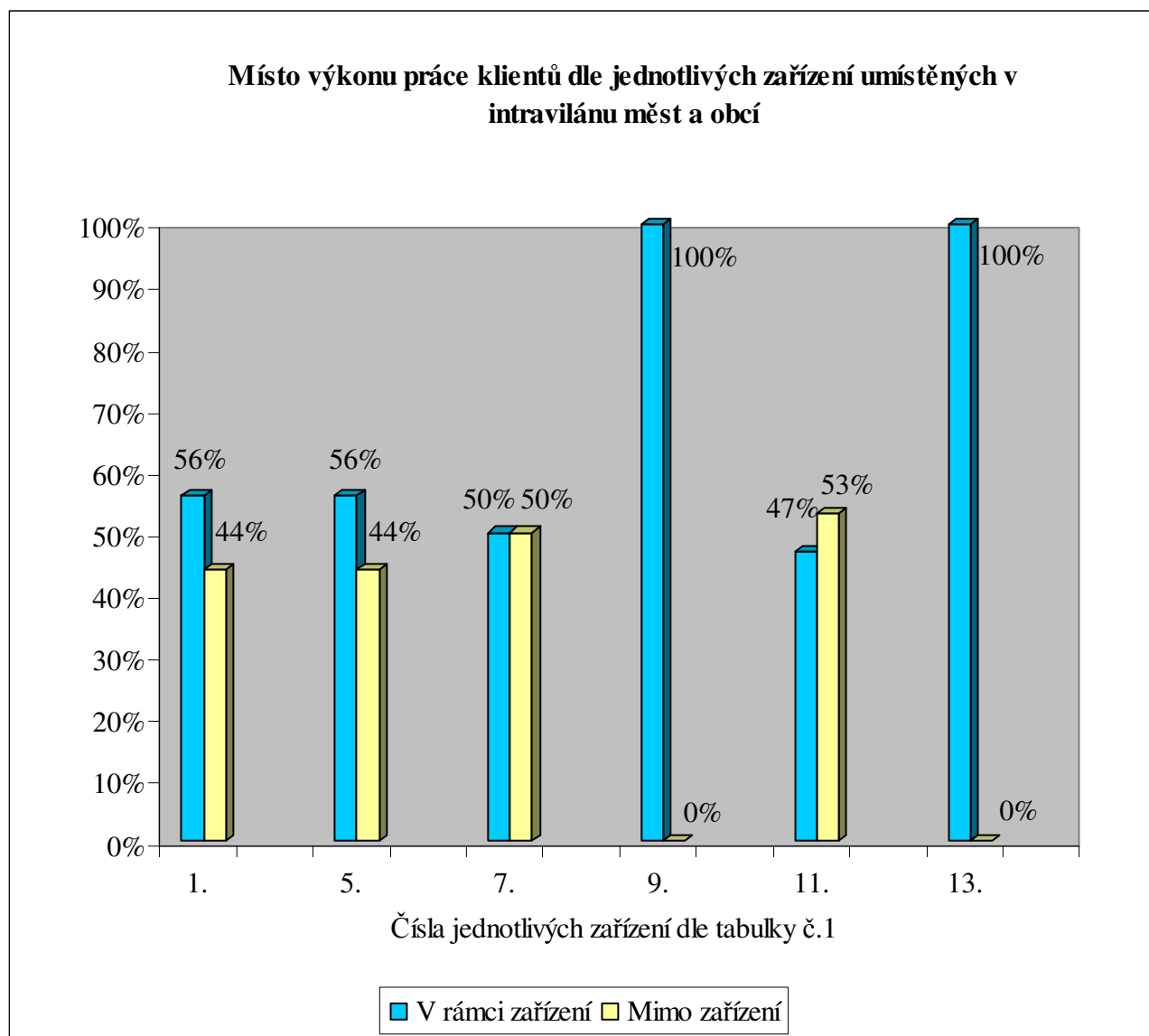
Zdroj: Vlastní výzkum.

Graf 2 znázorňuje procentuální počet zařízení umístěných v intravilánu měst a obcí a zařízení, která jsou umístěna mimo intravilán měst a obcí.

6 zařízení se nachází v intravilánu měst a obcí tj. 46 %,

7 zařízení se nachází mimo intravilán měst a obcí tj. 54 %.

Graf 3.: Místo výkonu práce klientů dle jednotlivých zařízení umístěných v intravilánu měst a obcí

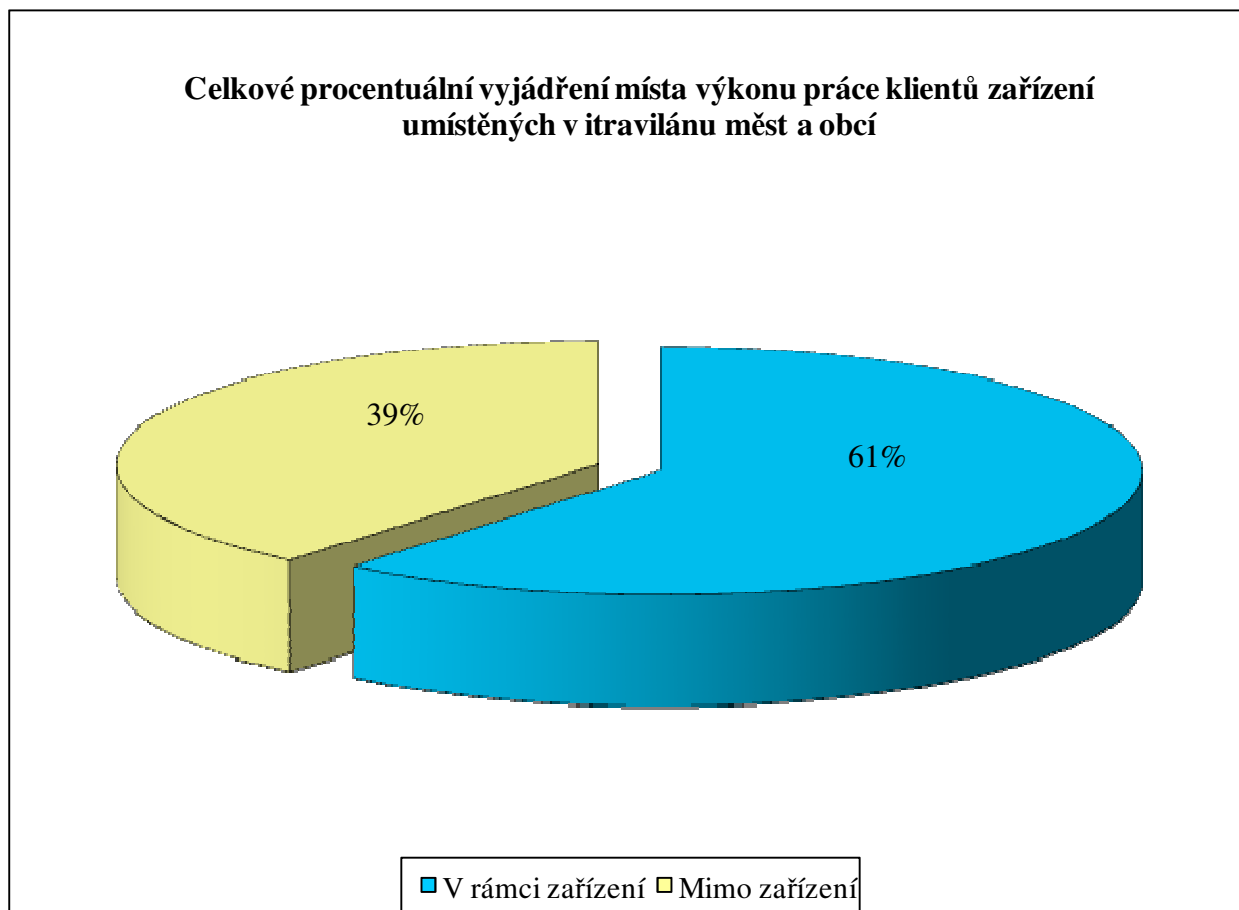


Zdroj: Vlastní výzkum.

- č. 1 z celkového počtu 25 dotázaných našlo pracovní uplatnění v rámci zařízení 14 respondentů tj. 56 %, mimo zařízení 11 respondentů tj. 44 %

- č. 5 z celkového počtu 9 dotázaných našlo pracovní uplatnění v rámci zařízení 5 respondentů, tj. 56 %, mimo zařízení 4 respondenti tj. 44 %
- č. 7 z celkového počtu 8 dotázaných našlo pracovní uplatnění v rámci zařízení 4 respondenti, tj. 50 %, mimo zařízení 4 respondenti tj. 50 %.
- č. 9 z celkového počtu 10 dotázaných našlo pracovní uplatnění v rámci zařízení 10 respondentů tj. 100 %, mimo zařízení nepracuje žádný z dotázaných.
- č. 11 z celkového počtu 15 dotázaných našlo pracovní uplatnění v rámci zařízení 7 respondentů tj. 47 %, mimo zařízení 8 respondentů tj. 53 %
- č. 13 z celkového počtu 3 dotázaných našli pracovní uplatnění v rámci zařízení 3 respondenti tj. 100 %, mimo zařízení nepracuje žádný z dotázaných.

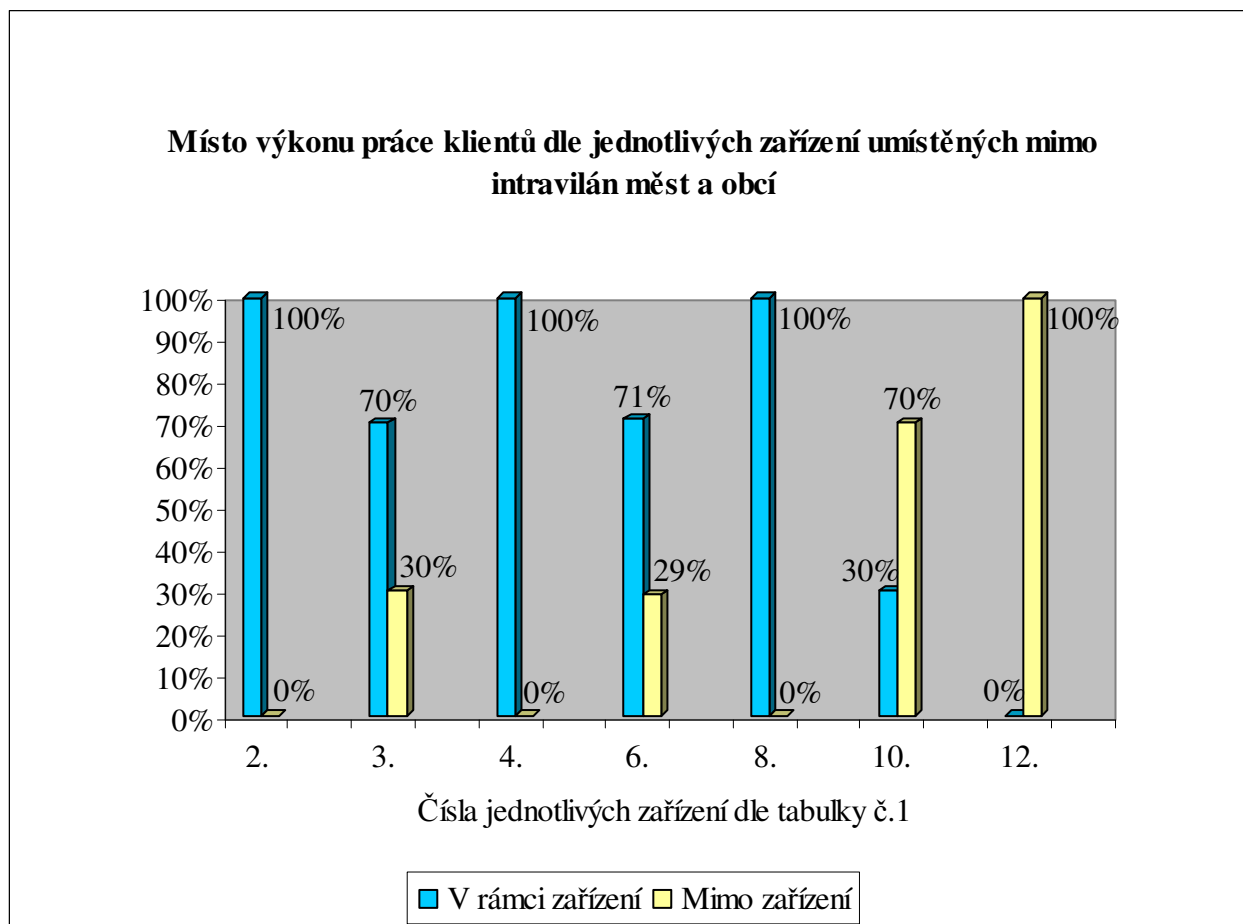
Graf 4.: Celkové procentuální vyjádření místa výkonu práce klientů zařízení umístěných v itravilánu měst a obcí



Zdroj: Vlastní výzkum.

Celkem bylo osloveno 70 respondentů,
43 dotázaných respondentů našlo pracovní uplatnění v rámci zařízení tj. 61 %,
27 respondentů našlo pracovní uplatnění mimo zařízení sociální péče tj. 39 %.

Graf 5.: Místo výkonu práce klientů dle jednotlivých zařízení umístěných mimo intravilán měst a obcí

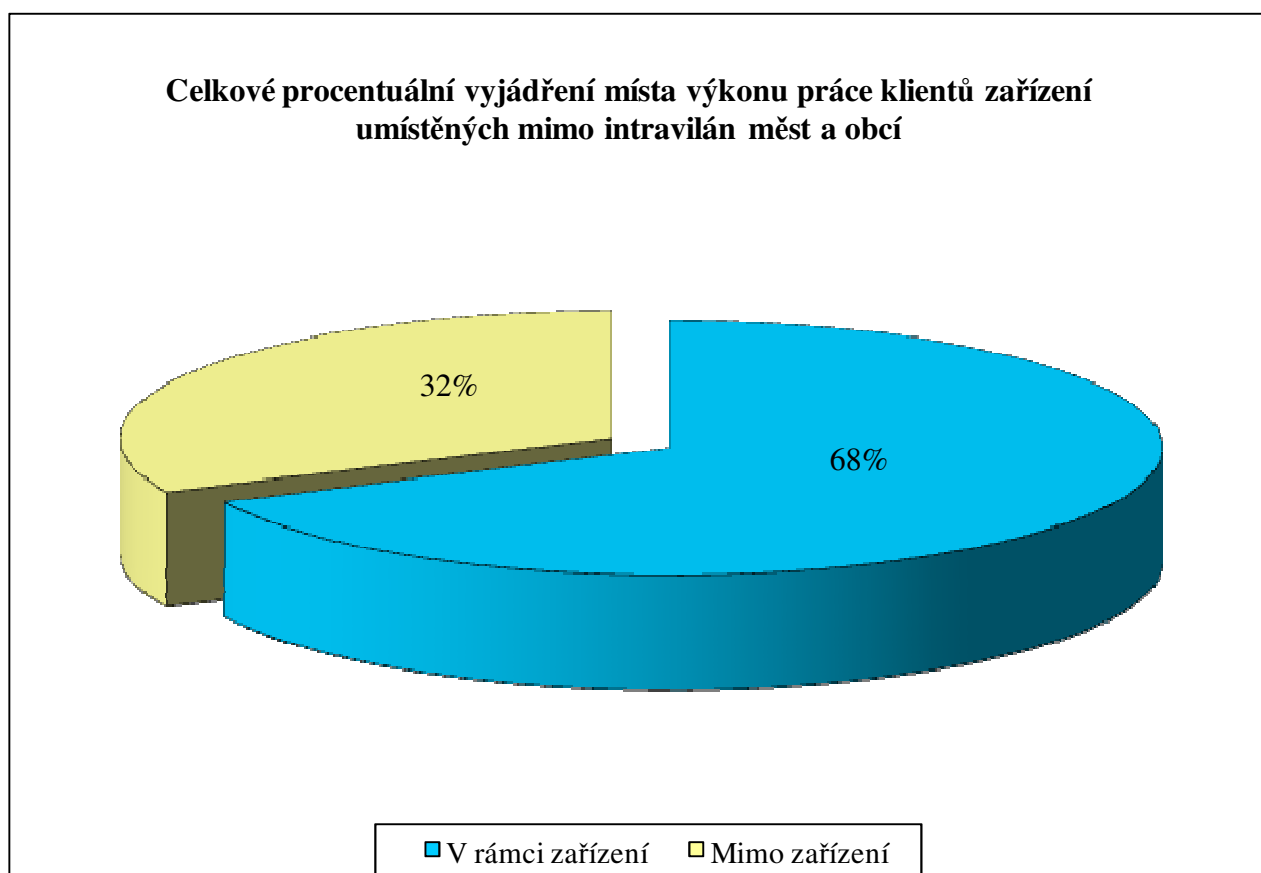


Zdroj: Vlastní výzkum.

- č. 2 z celkového počtu 12 dotázaných našlo pracovní uplatnění v rámci zařízení 12 respondentů tj. 100 %, mimo zařízení nepracuje žádný z dotázaných.
- č. 3 z celkového počtu 10 dotázaných našlo pracovní uplatnění v rámci zařízení 7 respondentů, tj. 70 %, mimo zařízení 3 klienti tj. 30 %
- č. 4 z celkového počtu 20 dotázaných našlo pracovní uplatnění v rámci zařízení 20 respondentů, tj. 100 %, mimo zařízení nepracuje žádný z dotázaných.

- č. 6 z celkového počtu 7 dotázaných našlo pracovní uplatnění v rámci zařízení 5 respondentů tj. 71 %, mimo zařízení 2 klienti tj. 29 %
- č. 8 z celkového počtu 7 dotázaných našlo pracovní uplatnění v rámci zařízení 7 respondentů tj. 100 %, mimo zařízení nepracuje žádný z dotázaných.
- č. 10 z celkového počtu 20 dotázaných našli pracovní uplatnění v rámci zařízení respondentů tj. 30 %, mimo zařízení 14 klienti tj. 70 %
- č. 12 z celkového počtu 8 dotázaných respondentů nepracuje žádný z dotázaných v rámci zařízení, mimo zařízení pracuje 8 klientů tj. 100 %

Graf 6.: Celkové procentuální vyjádření místa výkonu práce klientů zařízení umístěných mimo intravilán měst a obcí

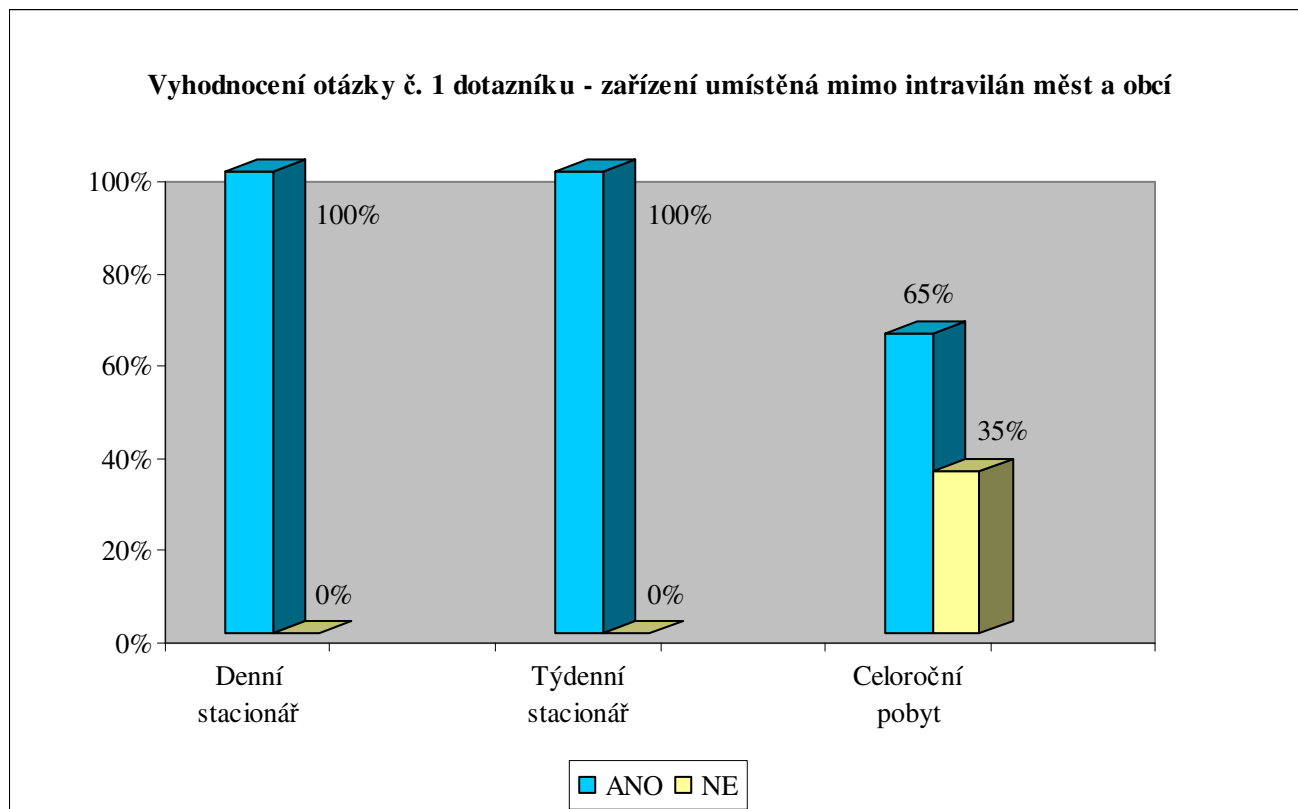


Zdroj: Vlastní výzkum.

Celkem bylo osloveno 84 respondentů,
57 dotázaných respondentů našlo pracovní uplatnění v rámci zařízení tj. 68 %,
27 respondentů našlo pracovní uplatnění mimo zařízení sociální péče tj. 32 %.

4.1 Vyhodnocení otázek z dotazníků

Graf 7.: Vyhodnocení otázky č. 1 dotazníku - zařízení umístěná mimo intravilán měst a obcí



Zdroj: Vlastní výzkum.

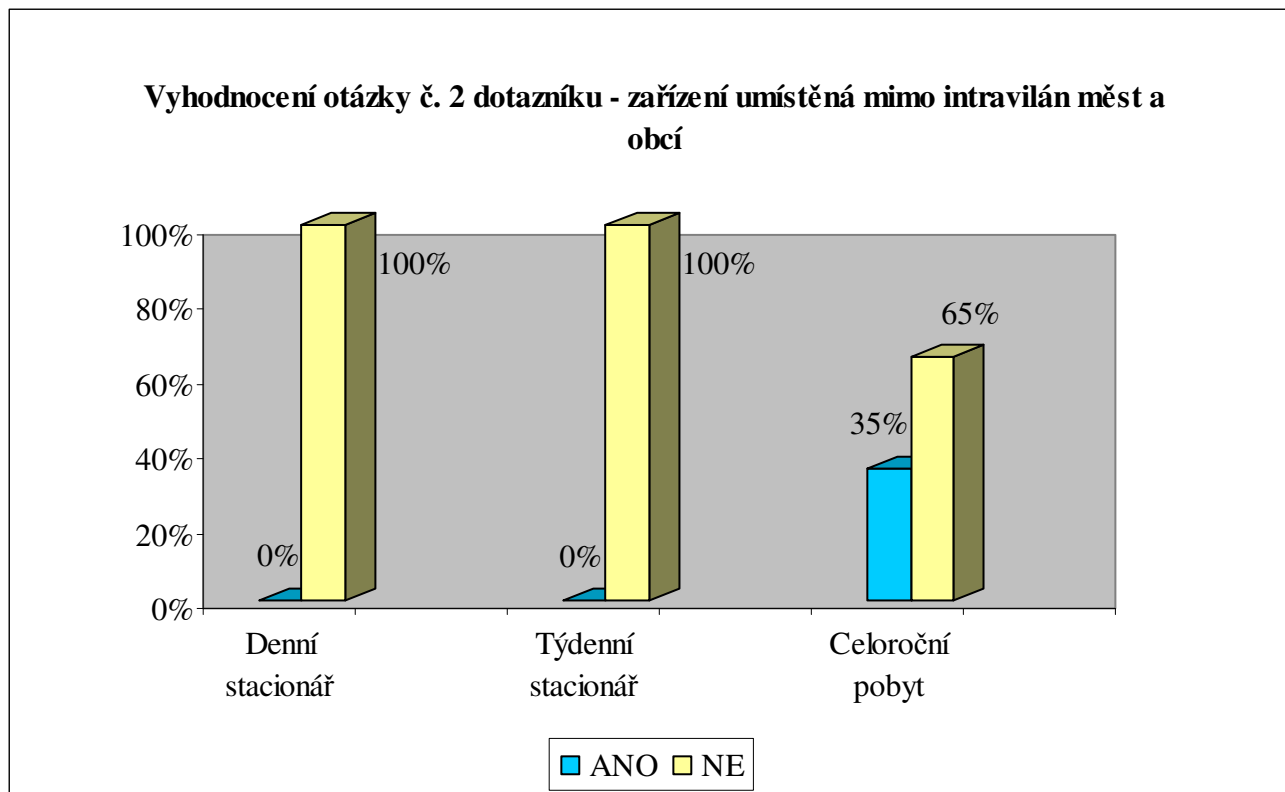
Graf 7 představuje vyhodnocení odpovědí na otázku č. 1: „Vykonáváte svoji práci v zařízení, ve kterém žijete?“ Vyhodnocení se týká zařízení č. 2, č. 3, č. 4, č. 6, č. 8, č. 10, č. 12 uvedených v tabulce 1. Celkem odpovídalo 84 respondentů.

Z toho 4 respondenti z denního stacionáře, 3 respondenti z týdenního stacionáře, 77 respondentů z celoročního pobytu.

Všichni oslovení respondenti z denního a týdenního stacionáře odpověděli na uvedenou otázku ano.

50 respondentů z celoročního pobytu odpovědělo ano (65 %), 27 - ne (35 %).

Graf 8.: Vyhodnocení otázky č. 2 dotazníku - zařízení umístěná mimo intravilán měst a obcí



Zdroj: Vlastní výzkum.

Graf 8 představuje vyhodnocení odpovědí na otázku č. 2: „Vykonáváte svoji práci mimo zařízení, ve kterém žijete?“ Vyhodnocení se týká zařízení č. 2, č. 3, č. 4, č. 6, č. 8, č. 10, č. 12 uvedených v tabulce 1.

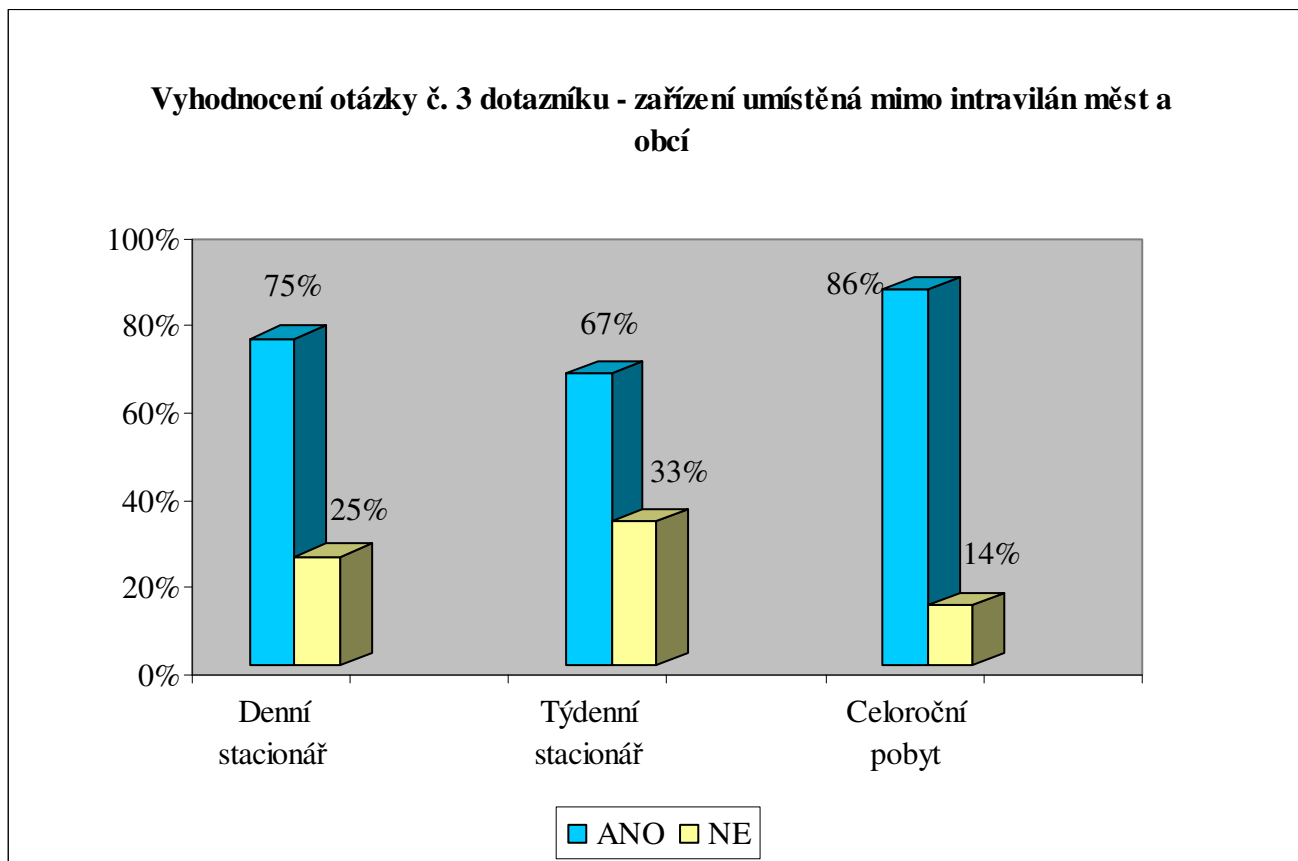
Celkem odpovídalo 84 respondentů.

Z toho 4 respondenti z denního stacionáře, 3 respondenti z týdenního stacionáře a 77 respondentů z celoročního pobytu.

Všichni oslovení respondenti z denního a týdenního stacionáře odpověděli na uvedenou otázku ne.

50 respondentů z celoročního pobytu odpovědělo- ne (65 %), 27 - ano (35 %).

Graf 9.: Vyhodnocení otázky č. 3 dotazníku - zařízení umístěná mimo intravilán měst a obcí



Zdroj: Vlastní výzkum.

Graf 9 představuje vyhodnocení odpovědí na otázku č. 3: „Chodíte do práce rád/a?“ Vyhodnocení se týká zařízení č. 2, č. 3, č. 4, č. 6, č. 8, č. 10, č. 12 uvedených v tabulce 1.

Celkem odpovíдало 84 respondentů.

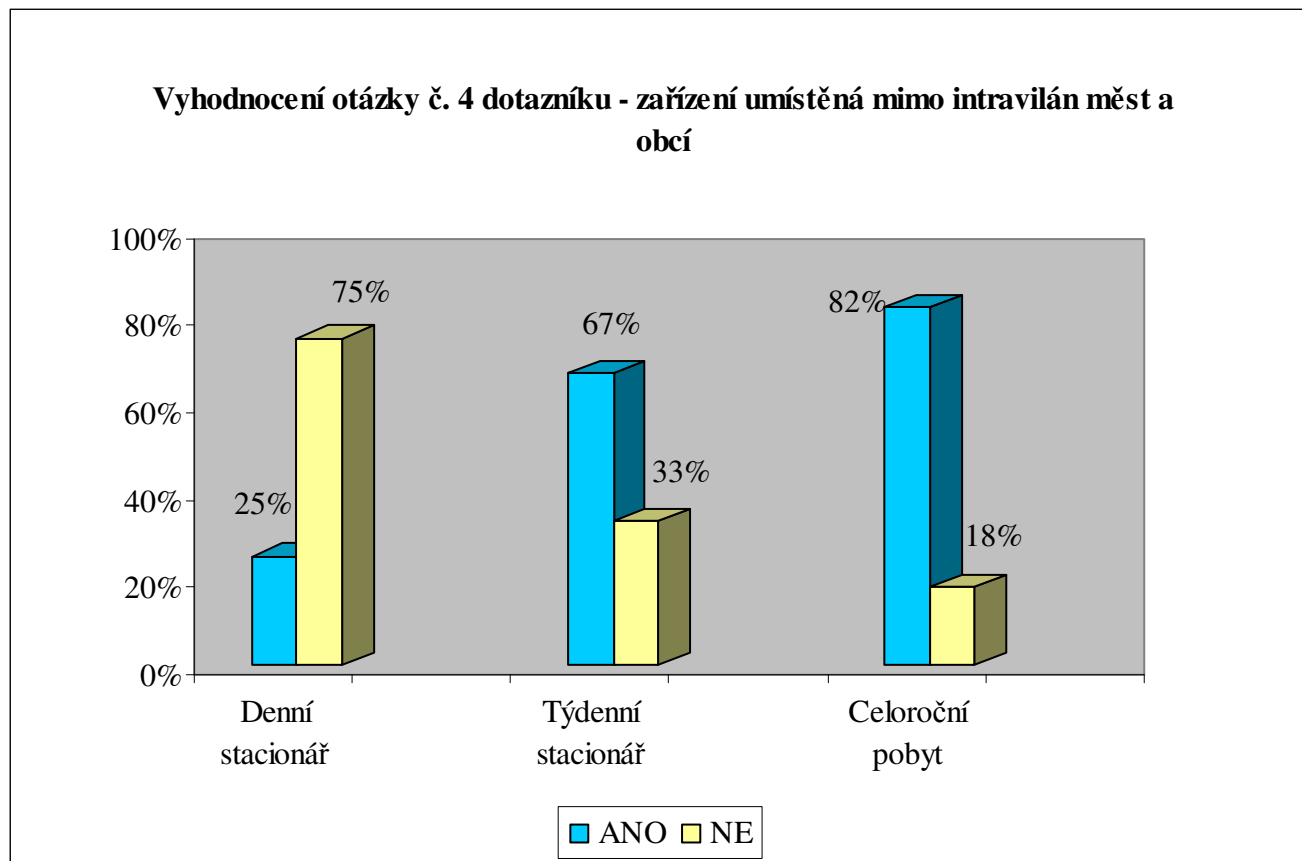
Z toho 4 respondenti z denního stacionáře, 3 respondenti z týdenního stacionáře a 77 respondentů z celoročního pobytu.

3 respondenti denního stacionáře odpověděli na uvedenou otázku ano (75 %), ne - 1 (25 %).

2 respondenti týdenního stacionáře odpověděli ano (67 %), ne - 1 (33 %).

66 respondentů z celoročního pobytu odpovědělo ano - (86 %), ne - 11 (14 %).

Graf 10.: Vyhodnocení otázky č. 4 dotazníku - zařízení umístěná mimo intravilán měst a obcí



Zdroj: Vlastní výzkum.

Graf 10 představuje vyhodnocení odpovědí na otázku č. 4: „Získal/a jste v zaměstnání nové přátele?“ Vyhodnocení se týká zařízení č. 2, č. 3, č. 4, č. 6, č. 8, č. 10, č. 12 uvedených v tabulce 1.

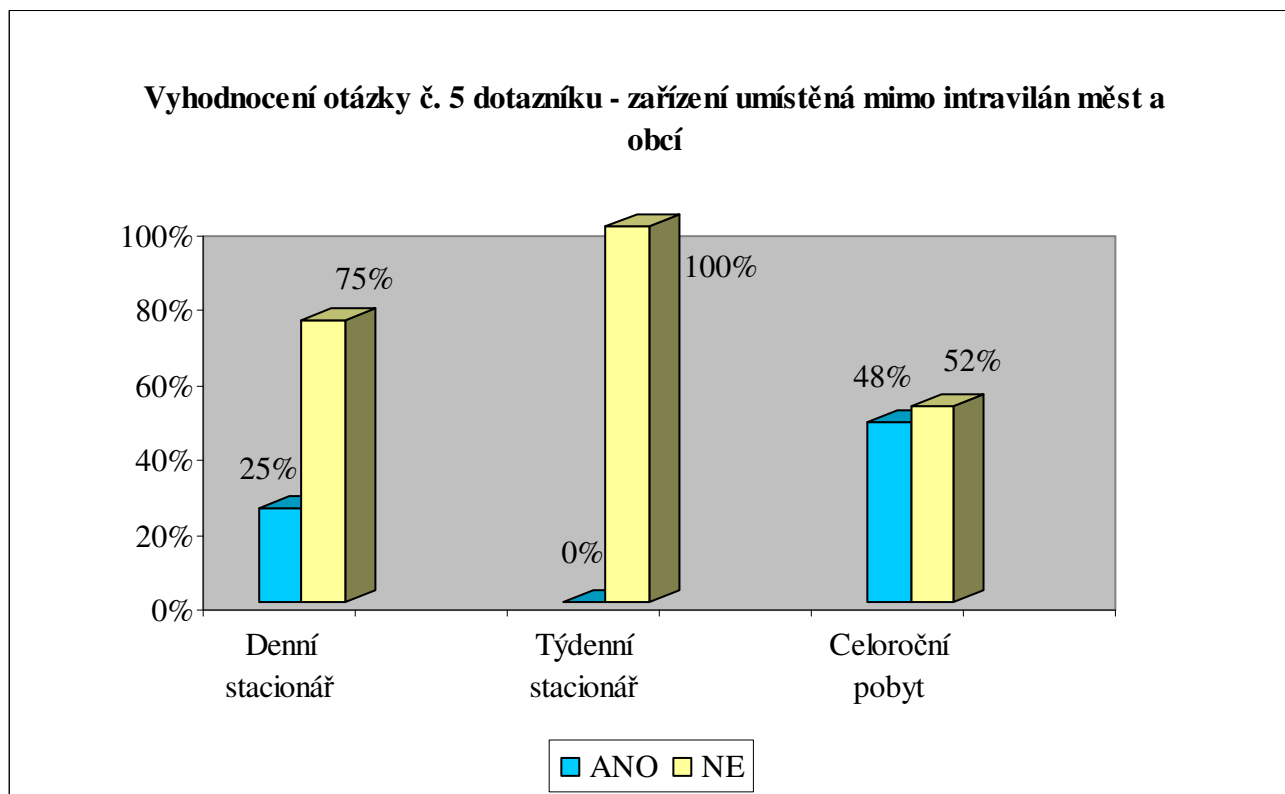
Celkem odpovíдало 84 respondentů. Z toho 4 respondenti z denního stacionáře, 3 respondenti z týdenního stacionáře a 77 respondentů z celoročního pobytu.

1 respondent denního stacionáře odpověděl na uvedenou otázku ano (25 %), ne - 3 (75%).

2 respondenti týdenního stacionáře odpověděli ano (67 %), ne 1- (33 %).

63 respondentů z celoročního pobytu odpovědělo ano (82 %), ne - 14 (18 %).

Graf 11.: Vyhodnocení otázky č. 5 dotazníku - zařízení umístěná mimo intravilán měst a obcí



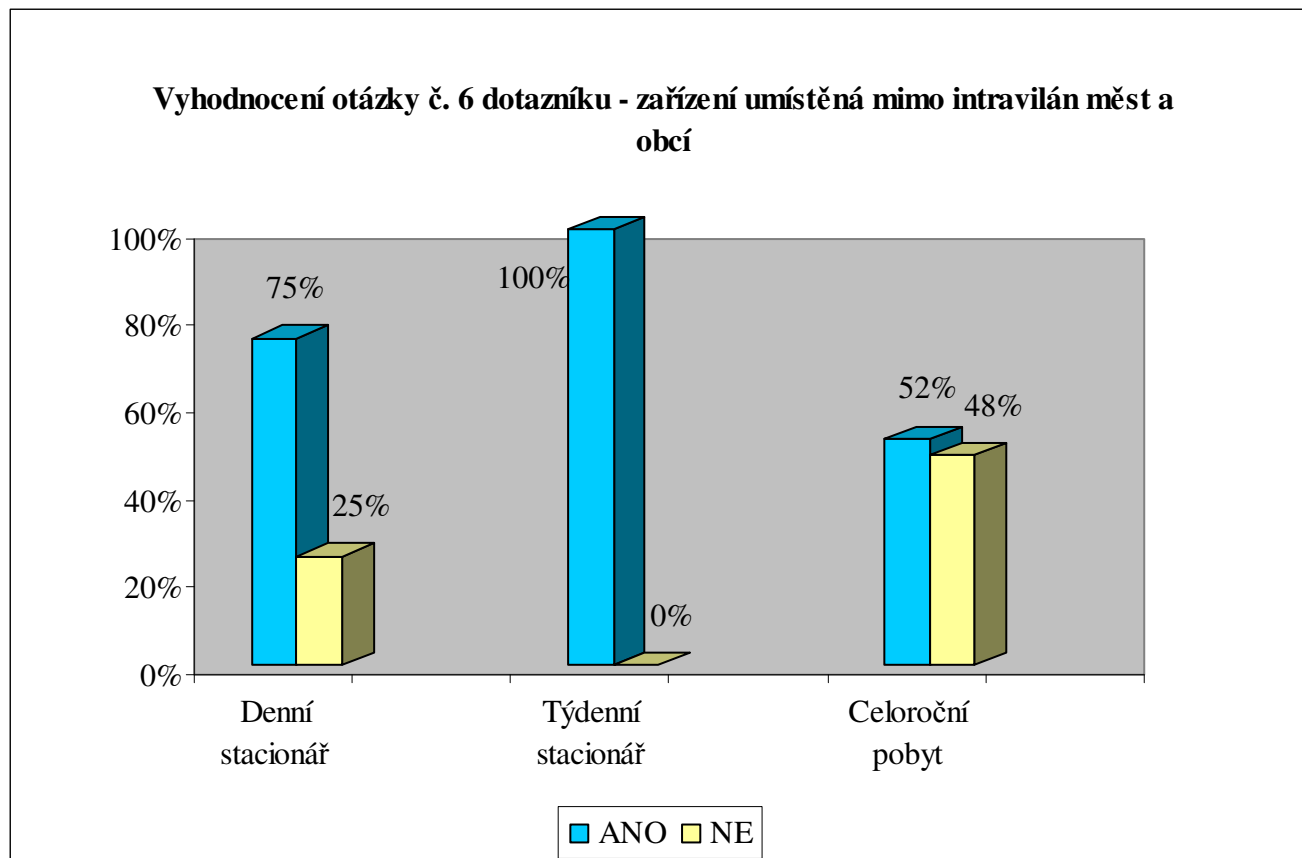
Zdroj: Vlastní výzkum.

Graf 11 představuje vyhodnocení odpovědí na otázku č. 5: „Dostáváte za svoji práci peněžní odměnu?“ Vyhodnocení se týká zařízení č. 2, č. 3, č. 4, č. 6, č. 8, č. 10, č. 12 uvedených v tabulce 1.

Celkem odpovídalo 84 respondentů. Z toho 4 respondenti z denního stacionáře, 3 respondenti z týdenního stacionáře a 77 respondentů z celoročního pobytu. 1 respondent denního stacionáře odpověděl na uvedenou otázku ano (25 %), ne - 3 (75 %).

Respondenti týdenního stacionáře odpověděli všichni ne (100 %). 37 respondentů z celoročního pobytu odpovědělo ano (48 %), ne - 40 (52 %).

Graf 12.: Vyhodnocení otázky č. 6 dotazníku - zařízení umístěná mimo intravilán měst a obcí



Zdroj: Vlastní výzkum.

Graf 12 představuje vyhodnocení odpovědí na otázku č. 6: „Dostáváte za svoji práci jinou, než peněžní odměnu?“ Vyhodnocení se týká zařízení č. 2, č. 3, č. 4, č. 6, č. 8, č. 10, č. 12 uvedených v tabulce 1.

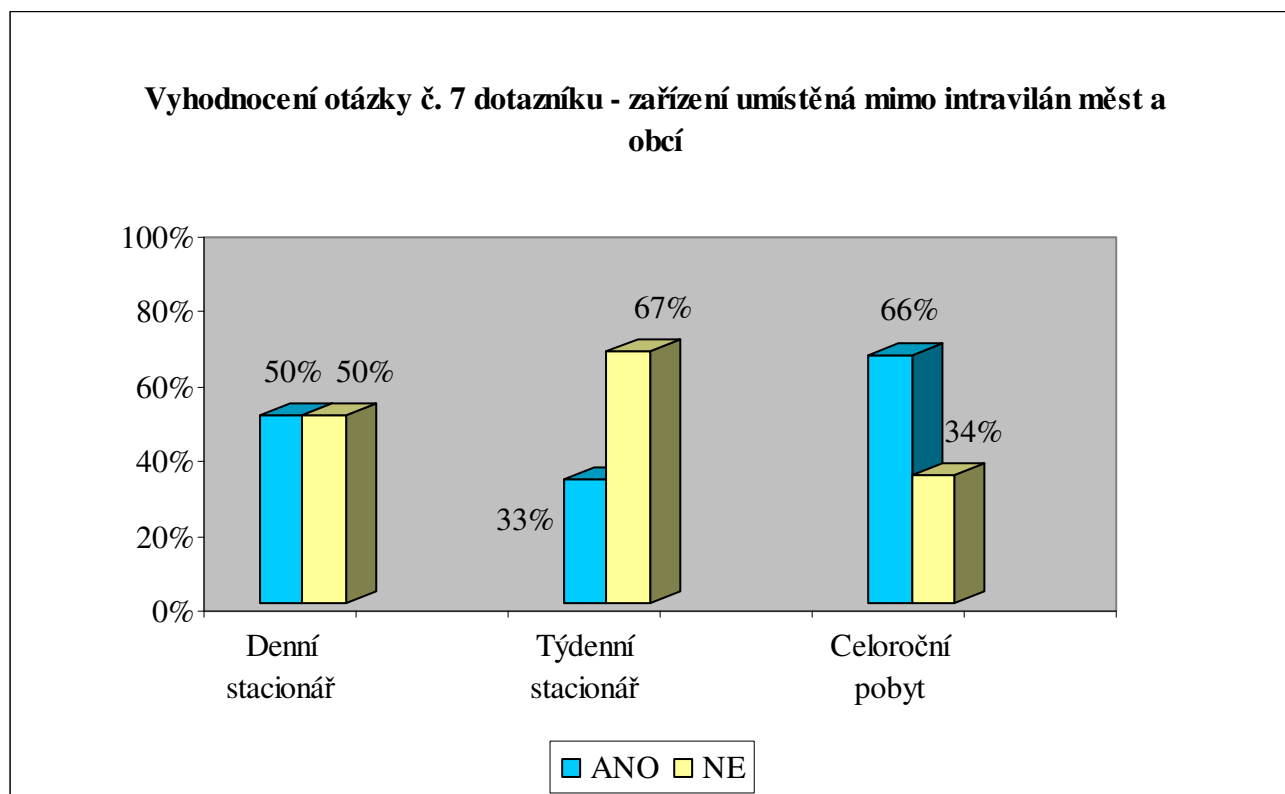
Celkem odpovíдало 84 respondentů. Z toho 4 respondenti z denního stacionáře, 3 respondenti z týdenního stacionáře a 77 respondentů z celoročního pobytu.

3 respondenti denního stacionáře odpověděli na uvedenou otázku ano (75 %), ne - 1 (25 %).

Respondenti týdenního stacionáře odpověděli všichni ano (100 %).

40 respondentů z celoročního pobytu odpovědělo ano (52 %), ne - 37 (48 %).

Graf 13.: Vyhodnocení otázky č. 7 dotazníku - zařízení umístěná mimo intravilán měst a obcí



Zdroj: Vlastní výzkum.

Graf 13 představuje vyhodnocení odpovědí na otázku č. 7: „Jste spokojen/a s odměnou za svoji práci?“ Vyhodnocení se týká zařízení č. 2, č. 3, č. 4, č. 6, č. 8, č. 10, č. 12 uvedených v tabulce 1.

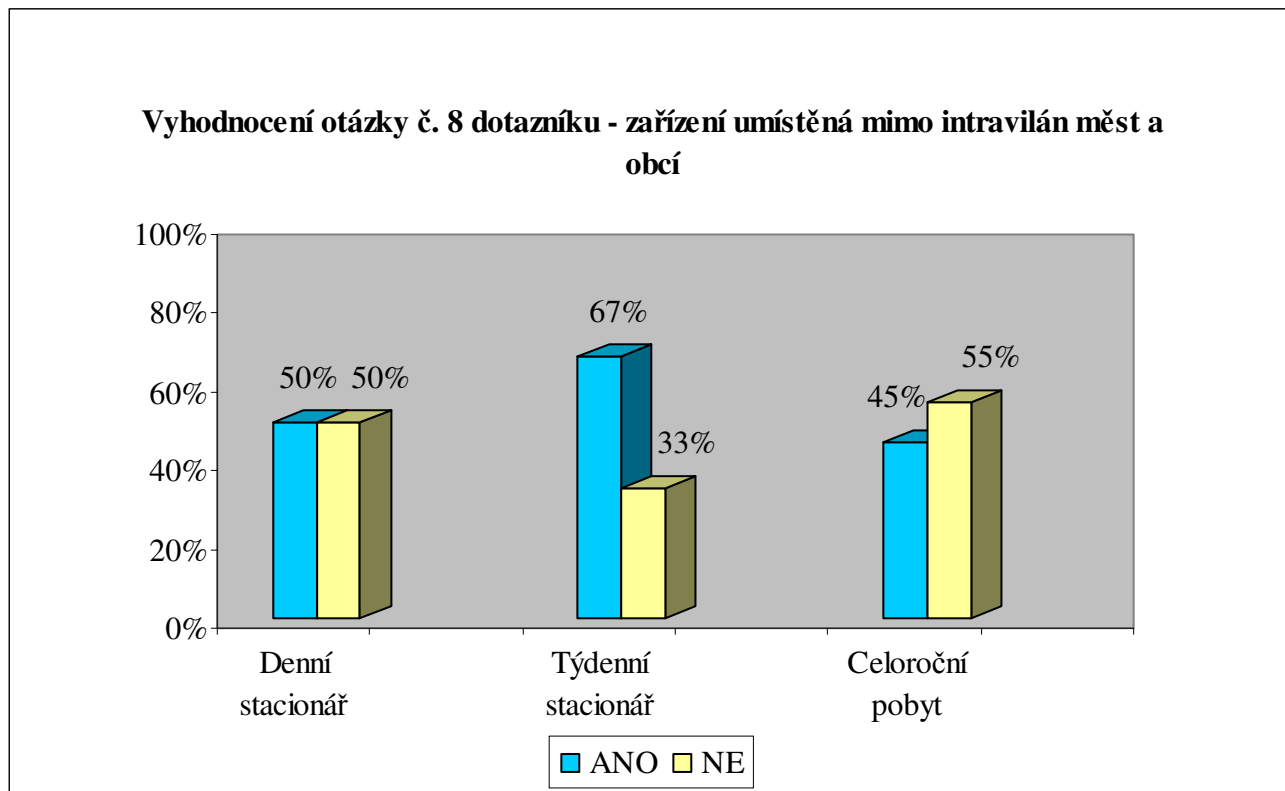
Celkem odpovídalo 84 respondentů. Z toho 4 respondenti z denního stacionáře, 3 respondenti z týdenního stacionáře a 77 respondentů z celoročního pobytu.

2 respondenti denního stacionáře odpověděli na uvedenou otázku ano (50 %), ne - 2 (50 %).

1 respondent týdenního stacionáře odpověděl ano (33 %), ne 2 - (67 %).

51 respondentů z celoročního pobytu odpovědělo ano (66 %), ne - 26 (34 %).

Graf 14.: Vyhodnocení otázky č. 8 dotazníku - zařízení umístěná mimo intravilán měst a obcí



Zdroj: Vlastní výzkum.

Graf 14 představuje vyhodnocení odpovědí na otázku č. 8: „Chodíte do práce proto, že dostáváte odměnu?“. Vyhodnocení se týká zařízení č. 2, č. 3, č. 4, č. 6, č. 8, č. 10, č. 12 uvedených v tabulce 1.

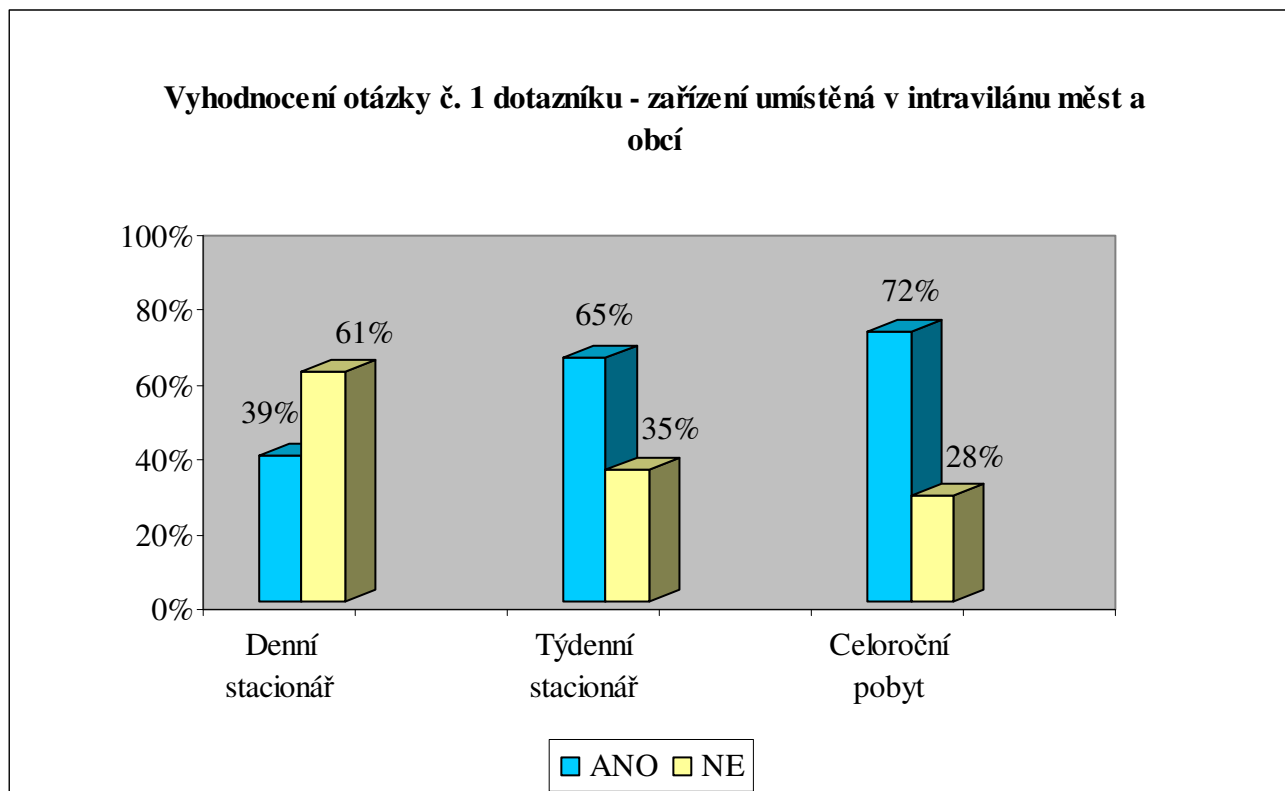
Celkem odpovídalo 84 respondentů. Z toho 4 respondenti z denního stacionáře, 3 respondenti z týdenního stacionáře a 77 respondentů z celoročního pobytu.

2 respondenti denního stacionáře odpověděli na uvedenou otázku ano (50 %), ne - 2 (50 %).

2 respondenti týdenního stacionáře odpověděli ano (67 %), ne 1 - (33 %).

35 respondentů z celoročního pobytu odpovědělo ano (45 %), ne - 42 (55 %).

Graf 15.: Vyhodnocení otázky č. 1 dotazníku - zařízení umístěná v intravilánu měst a obcí



Zdroj: Vlastní výzkum.

Graf 15 představuje vyhodnocení odpovědí na otázku č. 1: „Vykonáváte svoji práci v zařízení, ve kterém žijete?“ Vyhodnocení se týká zařízení č. 1, č. 5, č. 7, č. 9, č. 11, č. 13 uvedených v tabulce 1.

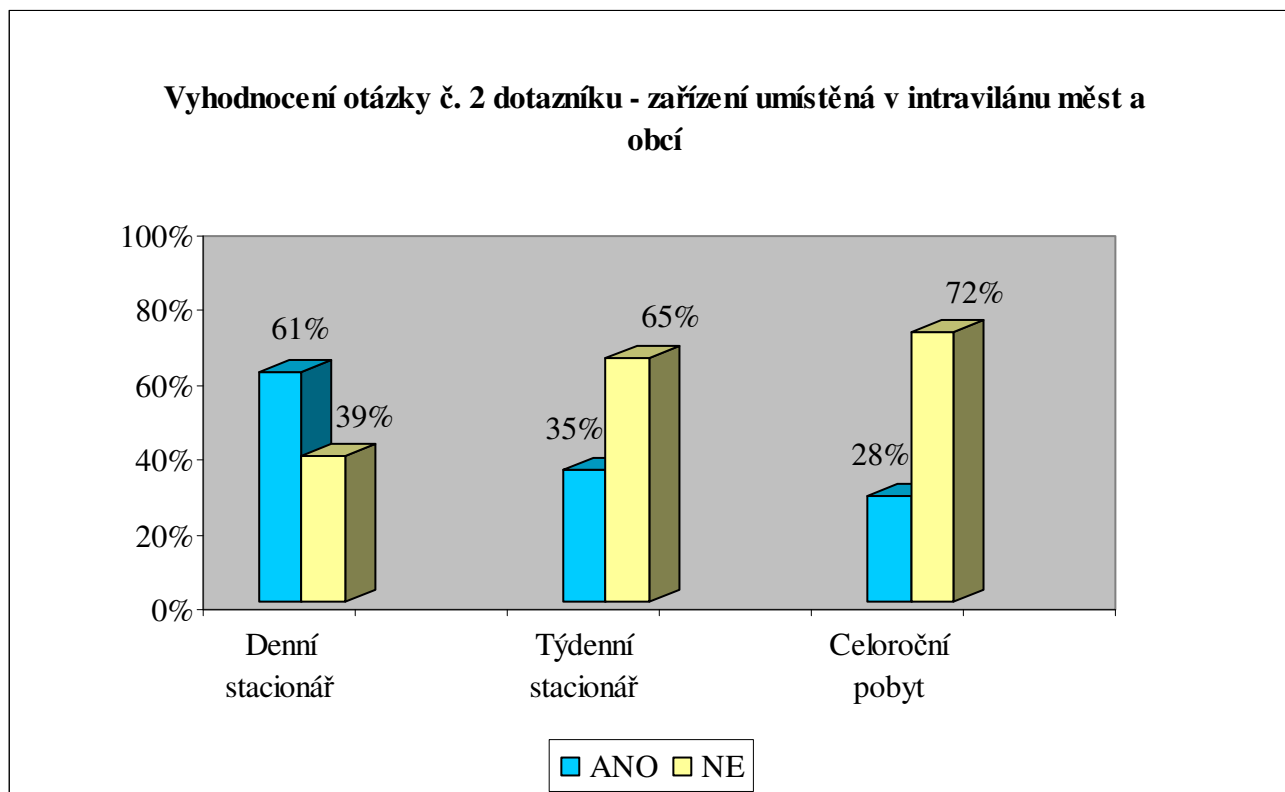
Celkem odpovídalo 70 respondentů. Z toho 18 respondenti z denního stacionáře, 23 respondentů z týdenního stacionáře a 29 respondentů z celoročního pobytu.

7 respondentů denního stacionáře odpovědělo na uvedenou otázku ano (39 %), ne - 11 (61 %).

15 respondentů týdenního stacionáře odpovědělo ano (65 %), ne 8 (35 %).

21 respondentů z celoročního pobytu odpovědělo ano (72 %), ne - 8 (28 %).

Graf 16.: Vyhodnocení otázky č. 2 dotazníku - zařízení umístěná v intravilánu měst a obcí



Zdroj: Vlastní výzkum.

Graf 16 představuje vyhodnocení odpovědí na otázku č. 2: „Vykonáváte svoji práci mimo zařízení, ve kterém žijete?“ Vyhodnocení se týká zařízení č. 1, č. 5, č. 7, č. 9, č. 11, č. 13 uvedených v tabulce 1.

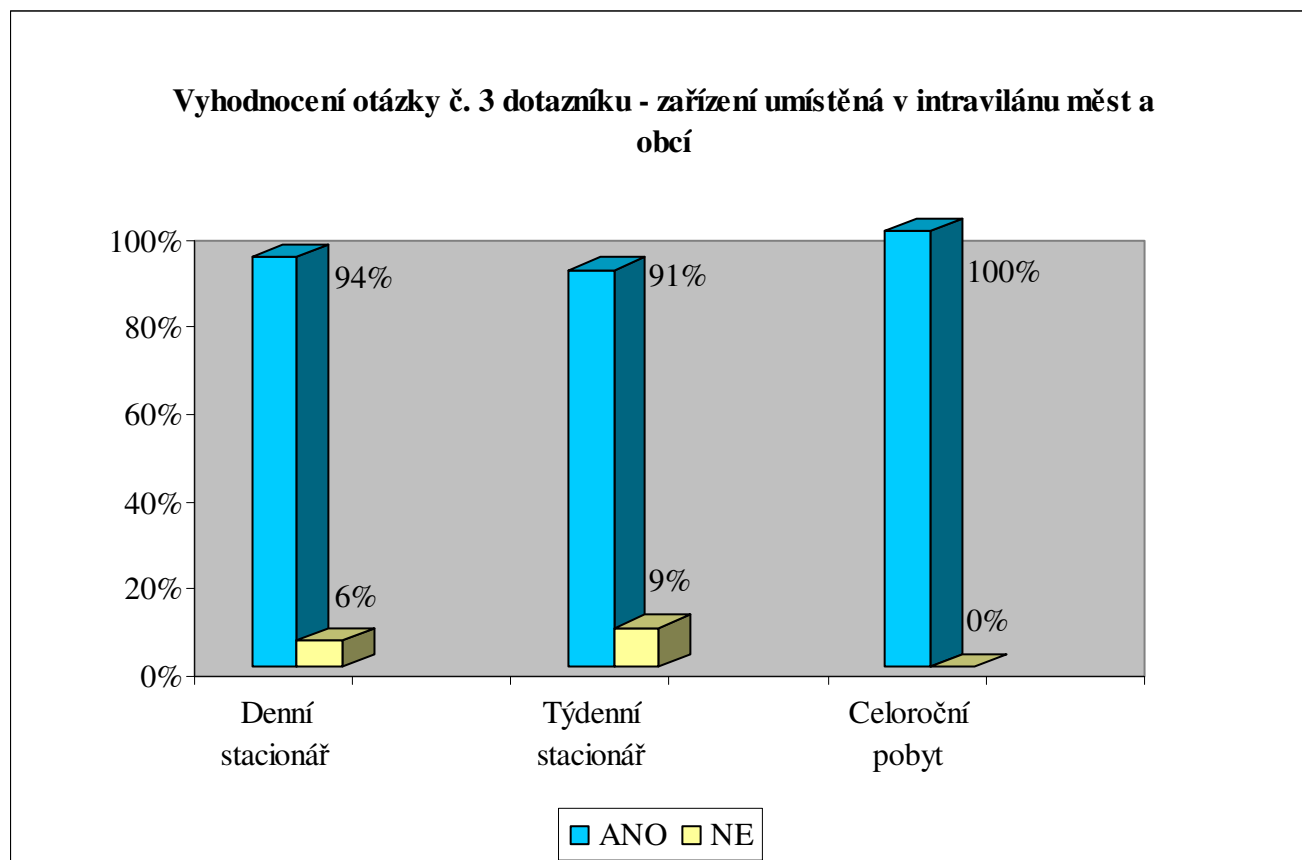
Celkem odpovídalo 70 respondentů. Z toho 18 respondentů z denního stacionáře, 23 respondentů z týdenního stacionáře a 29 respondentů z celoročního pobytu.

11 respondentů denního stacionáře odpovědělo na uvedenou otázku ano (61 %), ne 7 (39 %).

8 respondentů týdenního stacionáře odpovědělo ano (35 %), ne - 15 (65 %).

8 respondentů z celoročního pobytu odpovědělo ano (28 %), ne - 21 (72 %).

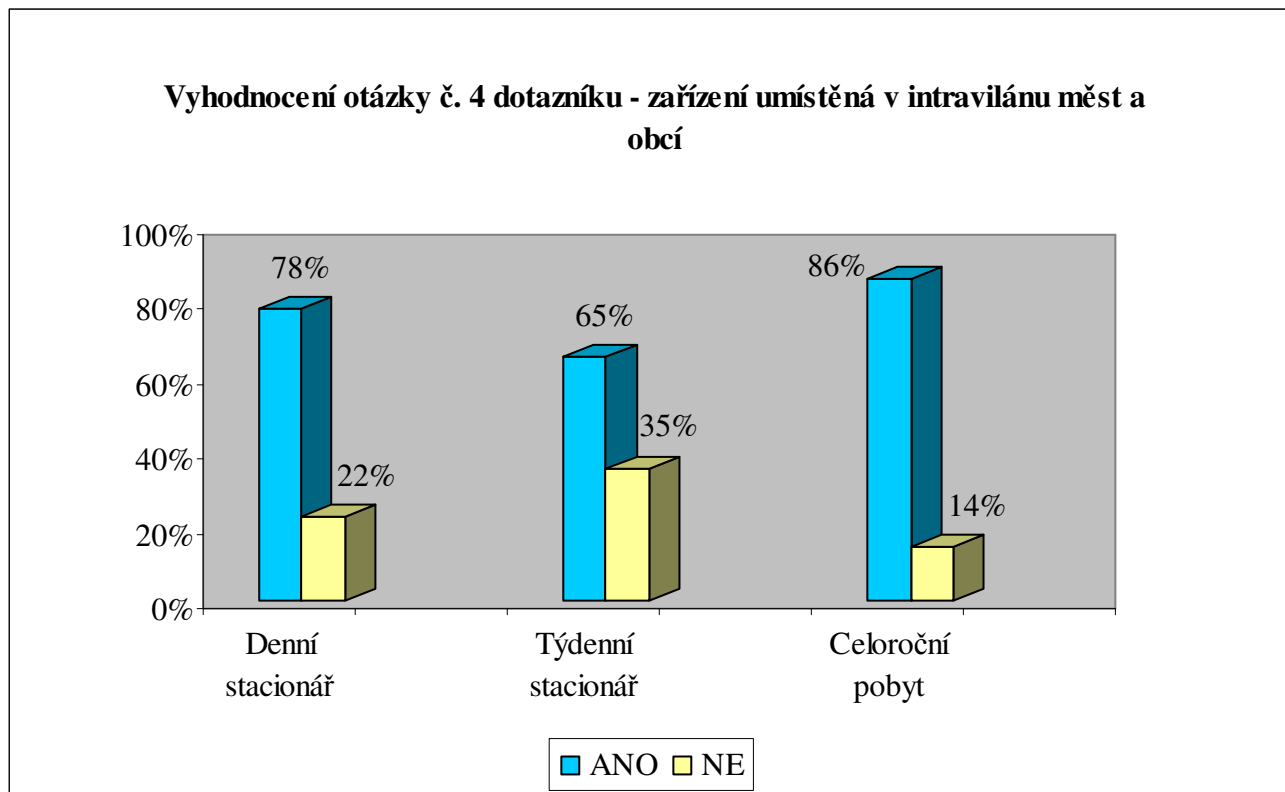
Graf 17.: Vyhodnocení otázky č. 3 dotazníku - zařízení umístěná v intravilánu měst a obcí



Zdroj: Vlastní výzkum.

Graf 17 představuje vyhodnocení odpovědí na otázku č. 3: „Chodíte do práce rád/a?“ Vyhodnocení se týká zařízení č. 1, č. 5, č. 7, č. 9, č. 11, č. 13 uvedených v tabulce 1. Celkem odpovídalo 70 respondentů. Z toho 18 respondentů z denního stacionáře, 23 respondentů z týdenního stacionáře a 29 respondentů z celoročního pobytu. 17 respondentů denního stacionáře odpovědělo na uvedenou otázku ano (94 %), ne 1 (6 %). 21 respondentů týdenního stacionáře odpovědělo ano (91 %), ne 2 (9 %). Respondenti z celoročního pobytu všichni odpověděli na uvedenou otázku ano (100 %).

Graf 18.: Vyhodnocení otázky č. 4 dotazníku - zařízení umístěná v intravilánu měst a obcí



Zdroj: Vlastní výzkum.

Graf 18 představuje vyhodnocení odpovědí na otázku č. 4: „Získal/a jste v zaměstnání nové přátele?“ Vyhodnocení se týká zařízení č. 1, č. 5, č. 7, č. 9, č. 11, č. 13 uvedených v tabulce 1.

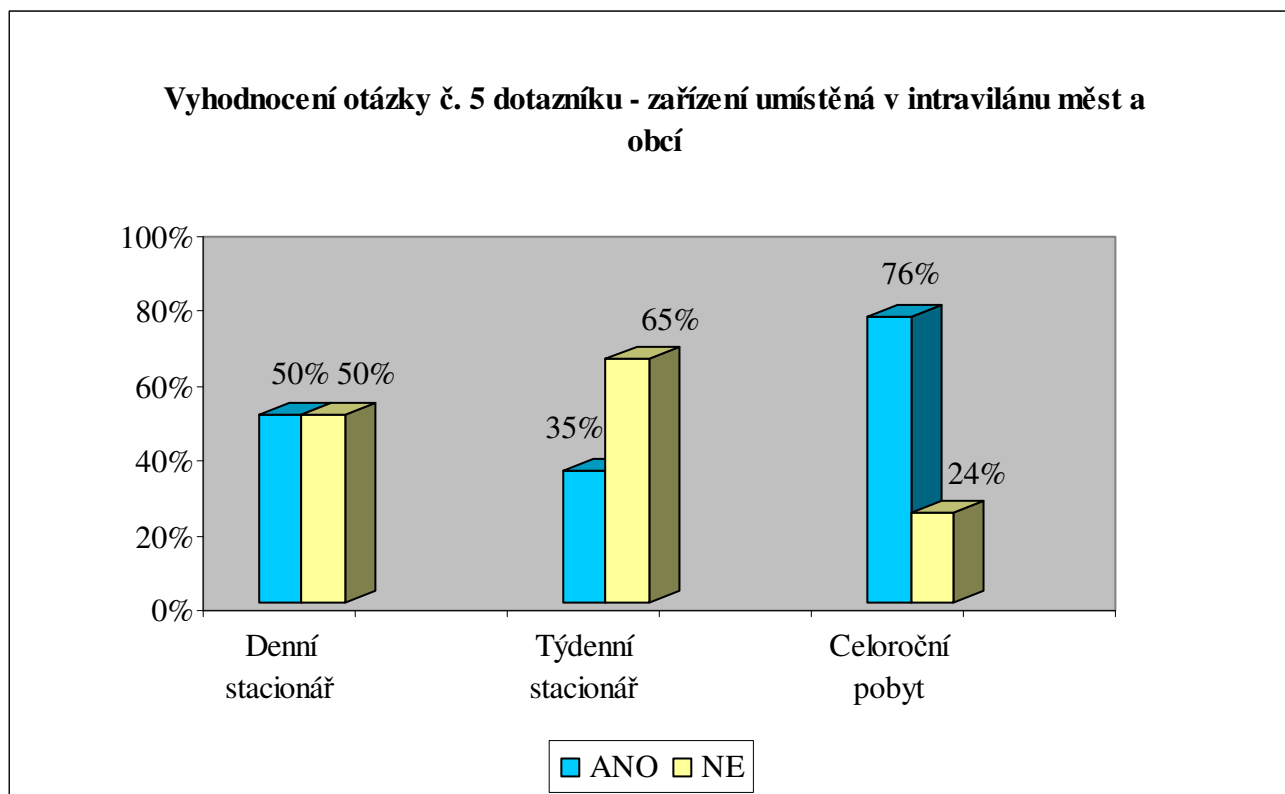
Celkem odpovídalo 70 respondentů. Z toho 18 respondentů z denního stacionáře, 23 respondentů z týdenního stacionáře a 29 respondentů z celoročního pobytu.

14 respondentů denního stacionáře odpověděli na uvedenou otázku ano (78 %), ne 4 - (22 %).

15 respondentů týdenního stacionáře odpovědělo ano (65 %), ne 8 - (35 %).

25 respondentů z celoročního pobytu odpovědělo ano (86 %), ne 4 - (14 %).

Graf 19.: Vyhodnocení otázky č. 5 dotazníku - zařízení umístěná v intravilánu měst a obcí



Zdroj: Vlastní výzkum.

Graf 19 představuje vyhodnocení odpovědí na otázku č. 5: „Dostáváte za svoji práci peněžní odměnu?“ Vyhodnocení se týká zařízení č. 1, č. 5, č. 7, č. 9, č. 11, č. 13 uvedených v tabulce 1.

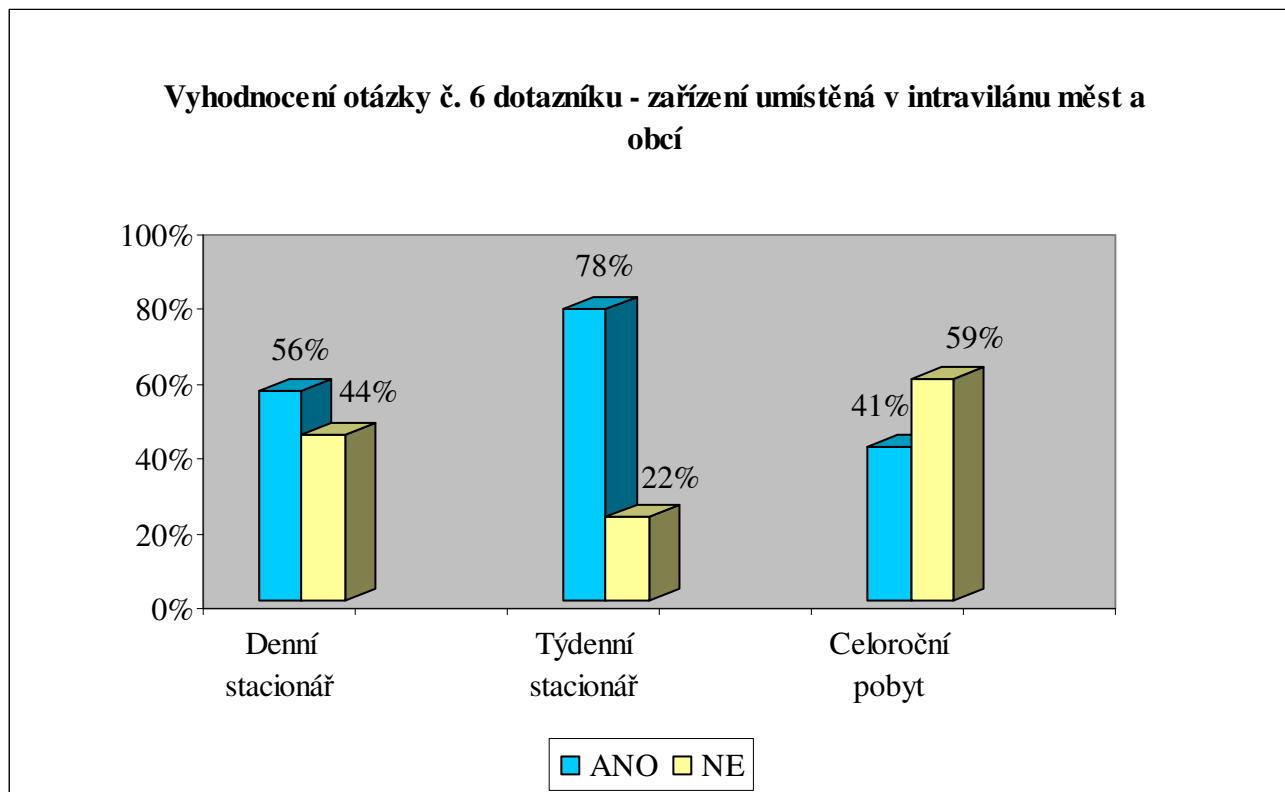
Celkem odpovídalo 70 respondentů. Z toho 18 respondenti z denního stacionáře, 23 respondentů z týdenního stacionáře a 29 respondentů z celoročního pobytu.

9 respondentů denního stacionáře odpovědělo na uvedenou otázku ano (50 %), ne 9 (50 %).

8 respondentů týdenního stacionáře odpovědělo ano (35 %), ne - 15 (65 %).

22 respondentů z celoročního pobytu odpovědělo ano (76 %), ne - 7 (24 %).

Graf 20.: Vyhodnocení otázky č. 6 dotazníku - zařízení umístěná v intravilánu měst a obcí



Zdroj: Vlastní výzkum.

Graf 20 představuje vyhodnocení odpovědí na otázku č. 6: „Dostáváte za svoji práci jinou, než peněžní odměnu?“ Vyhodnocení se týká zařízení č. 1, č. 5, č. 7, č. 9, č. 11, č. 13 uvedených v tabulce 1.

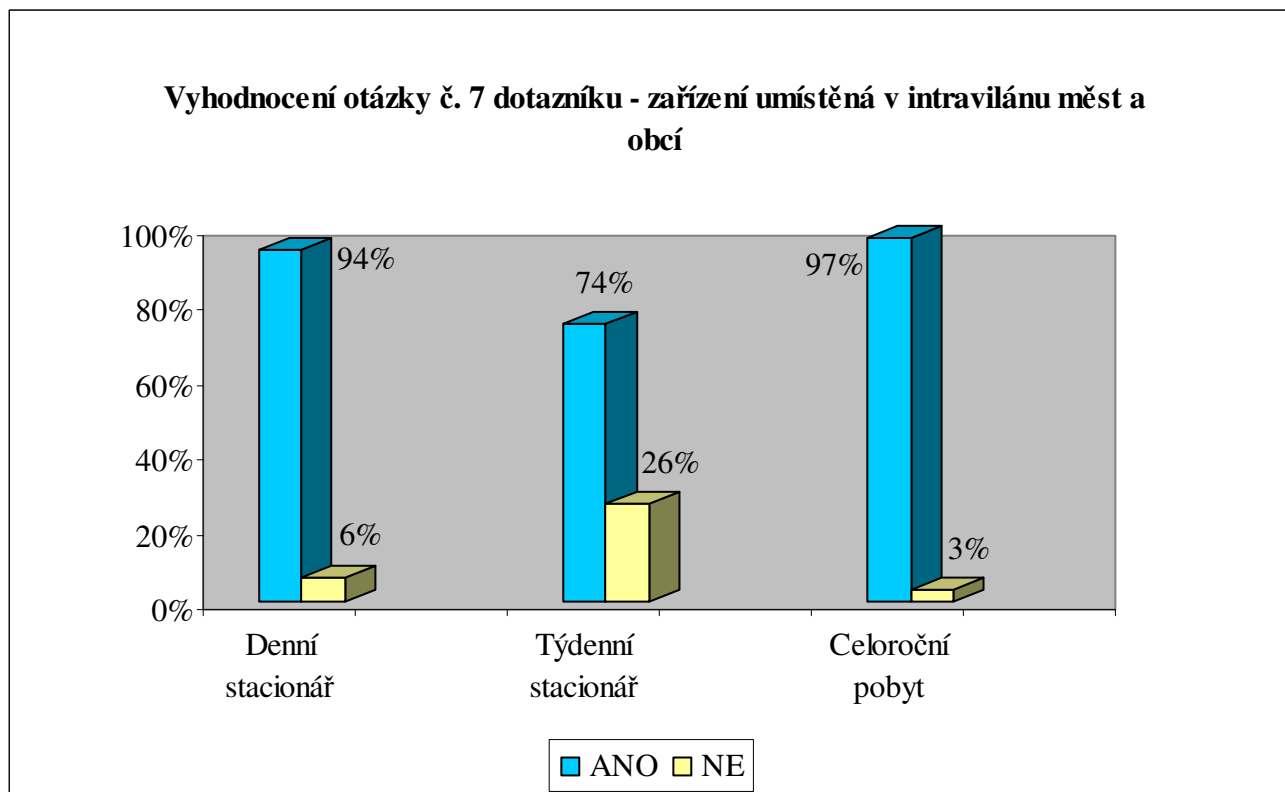
Celkem odpovídalo 70 respondentů. Z toho 18 respondenti z denního stacionáře, 23 respondentů z týdenního stacionáře a 29 respondentů z celoročního pobytu.

10 respondentů denního stacionáře odpovědělo na uvedenou otázku ano (56 %), ne 8 (44 %).

18 respondentů týdenního stacionáře odpovědělo ano (78 %), ne - 5 (22 %).

12 respondentů z celoročního pobytu odpovědělo ano (41 %), ne - 17 (59 %).

Graf 21.: Vyhodnocení otázky č. 7 dotazníku - zařízení umístěná v intravilánu měst a obcí



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 21 představuje vyhodnocení odpovědí na otázku č. 7: „Jste spokojen/a s odměnou za svoji práci?“ Vyhodnocení se týká zařízení č. 1, č. 5, č. 7, č. 9, č. 11, č. 13 uvedených v tabulce 1.

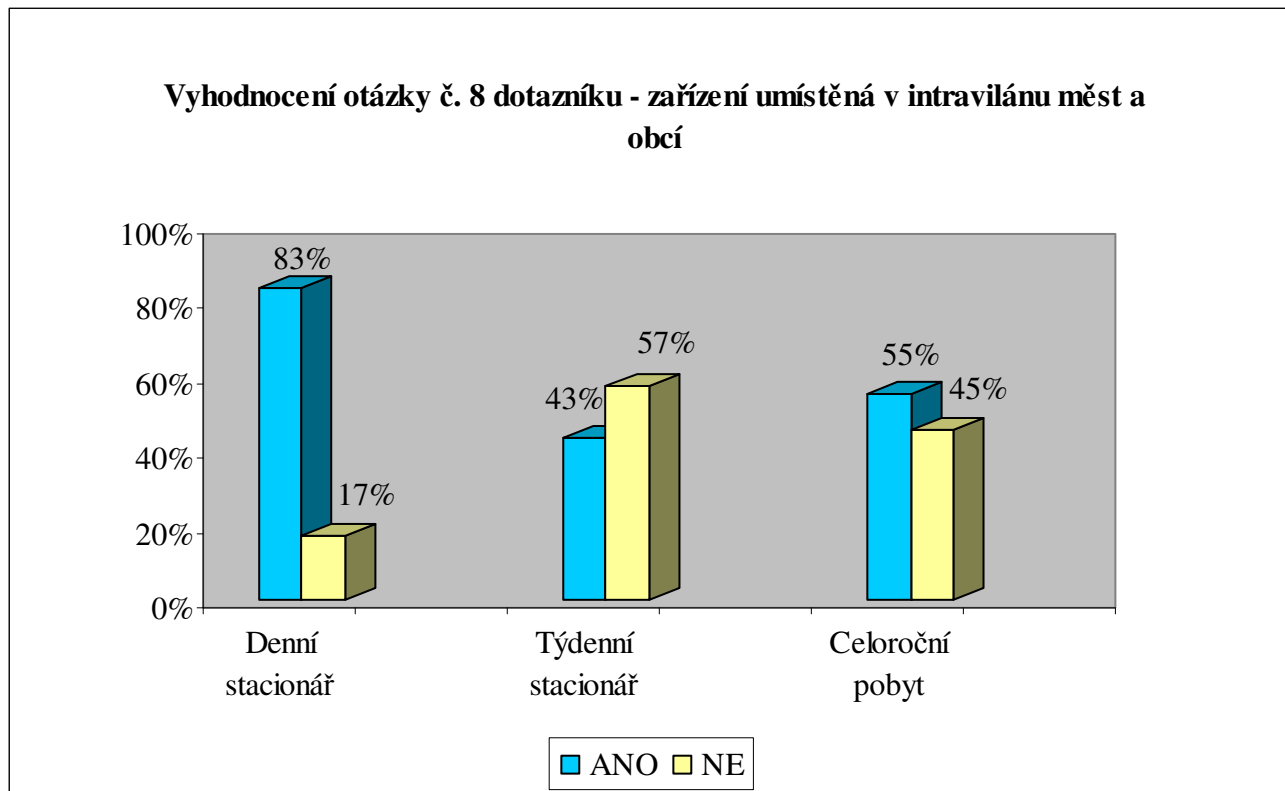
Celkem odpovídalo 70 respondentů. Z toho 18 respondentů z denního stacionáře, 23 respondentů z týdenního stacionáře a 29 respondentů z celoročního pobytu.

17 respondentů denního stacionáře odpovědělo na uvedenou otázku ano (94 %), ne - 1 (6 %).

17 respondentů týdenního stacionáře odpovědělo ano (74 %), ne - 6 (26 %).

28 respondentů z celoročního pobytu odpovědělo ano (97 %), ne - 1 (3 %).

Graf 22.: Vyhodnocení otázky č. 8 dotazníku - zařízení umístěná v intravilánu měst a obcí



Zdroj: Vlastní výzkum.

Graf 22 představuje vyhodnocení odpovědí na otázku č. 8: „Chodíte do práce proto, že dostáváte odměnu?“ Vyhodnocení se týká zařízení č. 1, č. 5, č. 7, č. 9, č. 11, č. 13 uvedených v tabulce 1.

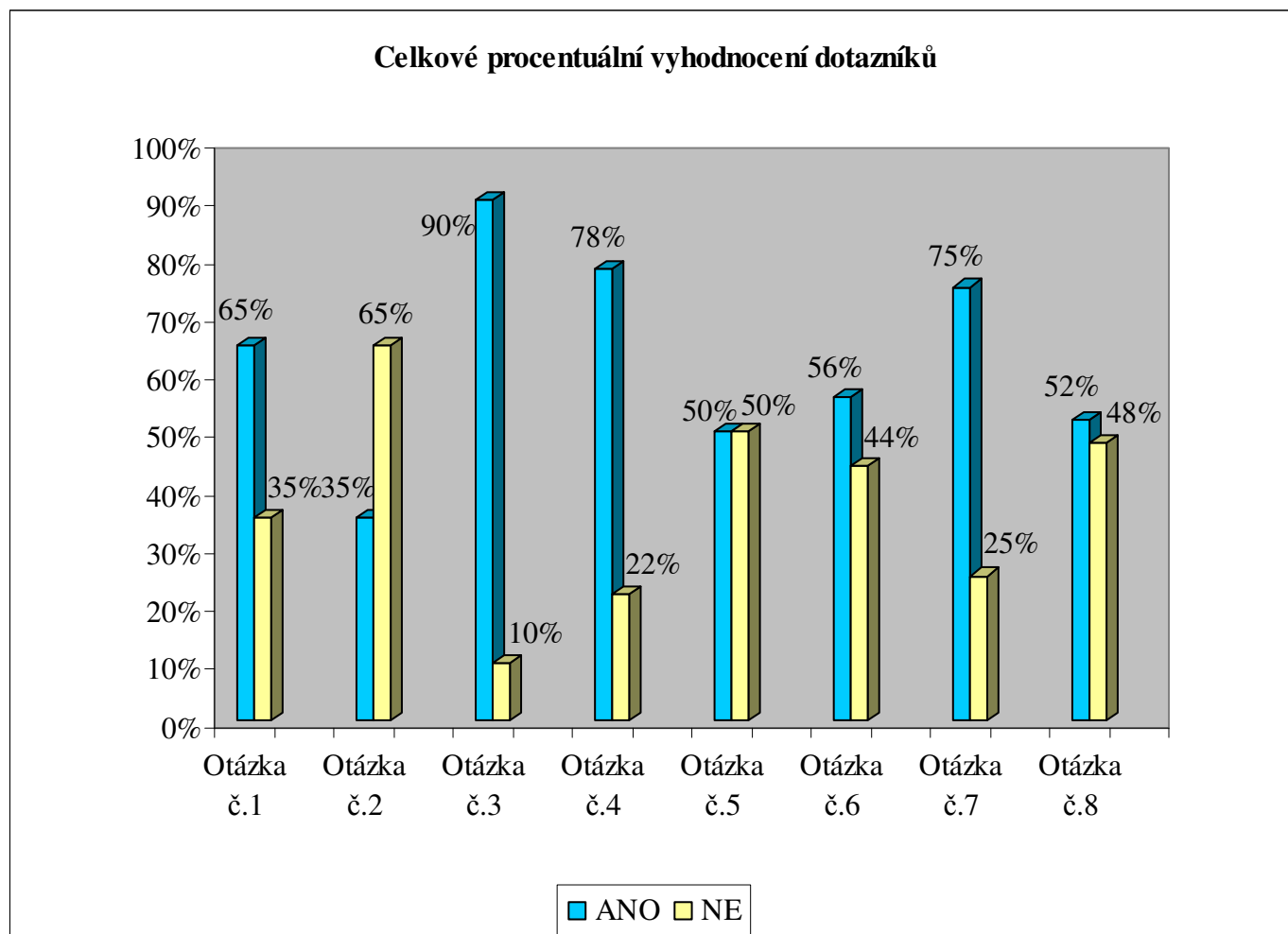
Celkem odpovídalo 70 respondentů. Z toho 18 respondentů z denního stacionáře, 23 respondentů z týdenního stacionáře a 29 respondentů z celoročního pobytu.

15 respondentů denního stacionáře odpovědělo na uvedenou otázku ano (83 %), ne 3 (17 %).

10 respondentů týdenního stacionáře odpovědělo ano (43 %), ne - 13 (57 %).

16 respondentů z celoročního pobytu odpovědělo ano (55 %), ne - 13 (45 %).

Graf 23.: Celkové procentuální vyhodnocení dotazníků



Zdroj: Vlastní výzkum.

Graf 23 zobrazuje vyhodnocení odpovědí na všechny otázky z dotazníků zahrnutých do výzkumu. Vyhodnocení se týká všech zařízení uvedených v tabulce 1.

Celkem odpovíдалo 154 respondentů.

Na otázku č. 1 odpovědělo ano 100 respondentů (65 %), ne 54 respondentů (35 %).

Na otázku č. 2 odpovědělo ano 54 (35 %), ne 100 (65 %).

Na otázku č. 3 odpovědělo ano 138 respondentů (90 %), ne 16 (10 %).

Na otázku č. 4 odpovědělo ano 120 respondentů (78 %), ne 34 (22 %).

Na otázku č. 5 odpovědělo ano 77 respondentů (50 %), ne 77 (50 %).

Na otázku č. 6 odpovědělo ano 86 respondentů (56 %), ne 68 (44 %).

Na otázku č. 7 odpovědělo ano 116 respondentů (75 %), ne 38 (25 %).

Na otázku č. 8 odpovědělo ano 80 respondentů (52 %), ne 74 (48 %).

5. DISKUSE

Ve své bakalářské práci jsem měla možnost se prakticky přesvědčit, že zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění zásadně změnil přístup k osobám, které využívají sociální služby.

Zákon zaručuje všem osobám, které jsou v nepříznivé sociální situaci pomoc či podporu. Zákon jasně definuje a následně trvá na dodržování základních zásad poskytování sociálních služeb. To znamená, že poskytovatel musí vycházet z potřeby konkrétní osoby. Kvalita sociálních služeb je definována jako soubor standardů složených z měřitelných kritérií, která jsou uvedena ve vyhlášce MPSV č. 505/2006 Sb., v platném znění. Standardy se kromě jiného zabývají kvalitou poskytovaných služeb, jak jsou chráněna práva a důstojnost uživatelů, jak jsou naplňovány principy individuálního poskytování služby a směřování k sociálnímu začleňování (29).

Dále jsem zmapovala možnosti zaměstnávání klientů s mentální retardací v zařízeních sociální péče, poskytující jak služby pobytové, tak i ambulantní. První hypotéza byla zaměřena na efektivnost integračního procesu klientů s mentální retardací v zařízení sociální péče v závislosti na geografické poloze zařízení. Jedná se o zjištění, do jaké míry ovlivňuje geografická poloha zařízení možnosti pracovního uplatnění klientů ze zařízení sociální péče.

Uživatelé sociálních služeb jsou nositeli základních lidských práv a svobod zakotvených v ústavních normách ČR a mezinárodních úmluvách. Jedním ze základních práv je právo na práci a odměnu. Jak uvádí Listina základních práv a svobod čl. 26: „Každý má právo na svobodnou volbu povolání a přípravu k němu, jakož i právo podnikat a provozovat jinou hospodářskou činnost. Každý má právo získávat prostředky pro své životní potřeby prací“, čl. 28: „Zaměstnanci mají právo na spravedlivou odměnu za práci a na uspokojivé pracovní podmínky“, čl. 29: „... osoby zdravotně postižené mají právo na zvýšenou ochranu zdraví při práci a na zvláštní pracovní podmínky...“ a „...na zvláštní ochranu v pracovních vztazích a na pomoc při přípravě na povolání“, čl. 9: „Nikdo nesmí být podroben nuceným pracím nebo službám.“

V úvodní části dotazníku jsou otázky zaměřené na rozdělení klientů podle druhu poskytované služby sociální péče. Toto rozdělení mi vytvořilo podrobnější charakteristiku výzkumného souboru. Nejvíce, 106 respondentů jsou klienty zařízení s celoročním pobytem. Respondenti z týdenních stacionářů odpovídali v počtu 26 a respondenti z ambulantních služeb 22. Celkem odpovídalo 154 respondentů ze 13 zařízení (viz tabulka 1, mapa 1).

Rozeslání dotazníků předcházelo osobní jednání se zástupci jednotlivých zařízení. Více, než polovinu z uvedeného počtu zařízení jsem osobně navštívila. Tato skutečnost se promítla v návratnosti dotazníků, která je 83 % (viz graf 1). Zařízení zařazená do výzkumu jsou rozdělena dle jejich geografické polohy na dvě základní skupiny a to na zařízení, která se nacházejí v intravilánu měst a obcí a na zařízení ležící mimo intravilán měst a obcí (viz tabulka 1, graf 2). Z uvedeného grafu 2 je patrné, že zastoupení obou skupin je téměř rovnoměrné.

Porovnáním údajů v grafu č. 4 a 6 docházíme k závěru, že rozdíl míry integrace klientů ze zařízení nacházející se v intravilánu měst a obcí a zařízení umístěné mimo intravilán měst a obcí je nepatrný – 7 %. V otázce č. 3 bylo zjištěno, že téměř všichni klienti pracují rádi a to bez ohledu na geografickou polohu zařízení. (viz graf 17, 9). V otázce č. 4 zjišťujeme, že většina klientů v rámci pracovní integrace získalo nové přátele (viz graf 18, 10). V otázce č. 5 porovnáním grafů 19 a 11 bylo zjištěno, že peněžní ocenění získávají více respondenti zařízení umístěných v intravilánu měst a obcí oproti respondentům umístěným v zařízení mimo intravilán poměrem 1/2 : 1/3. Porovnáním grafu č. 20 a 12 pro vyhodnocení otázky č. 6 docházíme ke zjištění, že většina respondentů dostává i jinou, než peněžní odměnu s tím, že u respondentů umístěných mimo intravilán měst a obcí je tato forma odměny více zastoupena. Z odpovědí na otázku č. 7 se dozvídáme, že naprostá většina respondentů umístěných v zařízeních v intravilánu měst a obcí je spokojena s výší svojí odměny. Kdežto u klientů ze zařízení umístěných mimo intravilán měst a obcí je spokojena pouze polovina klientů (viz graf 21 a 13). Poslední otázkou z dotazníku jsem zjišťovala, zda klienti pracují jen proto, že dostávají odměnu. Porovnáním grafu 22 a 14

zjišťujeme, že bez rozdílu geografické polohy je pro více, než polovinu respondentů odměna motivačním prvkem k pracovní integraci.

Z provedeného výzkumu vyplývá, že rozhodujícím faktorem pro integraci klientů ze zařízení sociální péče není prvořadně rozhodující geografická poloha zařízení. K naplňování základních zásad zákona o sociálních službách pojednávajícího o pomoci, která vychází z individuálních potřeb osob, aktivním působením na tyto osoby, podpoře a rozvoji k samostatnosti, motivaci k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace a posilování jejich sociálního začlenění není důležité, v jaké geografické poloze se zařízení nachází. Mohu konstatovat, že **první hypotéza se nepotvrdila.**

Druhá hypotéza byla postavena na tvrzení, že pracovní uplatnění klientů s mentální retardací v zařízeních sociální péče je častější v samotném zařízení, než na volném trhu práce. Tato hypotéza byla prvotně ověřována porovnáním otázek 1 a 2 dotazníku (viz graf 23 a podpůrně graf 3, graf 4, graf 5, graf 6). Z uvedeného vyplývá, že 2/3 respondentů pracují uvnitř a 1/3 pracuje mimo zařízení. Takto zjištěná fakta souvisejí s náročností při samotném procesu pracovního začlenění klientů ze zařízení sociální péče s dosud nízkou nabídkou vhodných pracovních míst na volném trhu práce. Informace získané z dotazníků mi potvrdily, že především v zařízeních sociální péče je pojem práce vysvětlován různě. V průběhu výzkumu se mi často dostávalo odpovědí: „Naši klienti nepracují. To, co vytváří, je v rámci pracovní terapie.“ Domnívám se, že je hned v prvopočátku práce s klienty nutné správně definovat jednotlivé pojmy, jako práce, zaměstnání, činnosti.

V zařízeních, kde má práce charakter pracovních terapií jako součástí denního programu všech těchto zařízení, s sebou nese velké riziko – zneužití klientů jako bezplatné pracovní síly při chodu zařízení. Může se stát, že klienti pracují zadarmo. Důležité je tedy určit hranice pracovní terapie a činností uživatelů. Určení takové hranice by mělo být základním dokumentem v každém zařízení sociální péče. Pracovní terapie nebo činnost by měla klienta bavit, neměl by být do ní nucen a ve chvíli, kdy odvádí opravdu využitelné výsledky své práce, by zcela jistě měla být finančně ohodnocena. Jsem přesvědčena, že by klienti, kteří opravdu pomáhají při chodu

zařízení, měli mít s tímto zařízením uzavřen pracovně právní vztah. Je potřeba rozlišovat práci klientů zařízení, kterou vykonávají v režimu pracovně právních předpisů - při péči a společné věci a prostory - od dalších činností, ke kterým zařízení své klienty vede a které slouží osobním potřebám klientů. Sebeobslužné činnosti, kulturně zájmové činnosti a výchovné pracovní činnosti nejsou prací ve smyslu pracovně právních předpisů, jde o přípravu k relativně samostatnému životu.

I přesto, že většina zařízení zařazených do výzkumu potvrzuje hypotézu II., jsou i zařízení, ve kterých se daří prosadit pracovní uplatnění na volném trhu práce ve větší míře (viz graf 3 a 5). Také v tomto případě záleží především na obratnosti a aktivitě jednotlivých poskytovatelů. Ze zjištěných informací lze také vyvodit, že s prací vykonávanou mimo zařízení sociální péče souvisí více rizik jak pro poskytovatele, tak pro samotné klienty. Ovšem samotný pocit užitečnosti a samostatnosti nabírá u těchto klientů větších rozměrů. Tím, že dochází do zaměstnání mimo svá kmenová zařízení, získávají životní zkušenosti, realizují běžné sociální aktivity. Takovou zkušenost by v rámci zařízení získali tito klienti jen stěží. Jsou to například zkušenosti se samostatným cestováním, získáváním nových přátel. V rámci pracovního procesu se zapojují do běžného provozu, zúčastňují se společného stravování a samozřejmě se stává jejich účast na řešení pracovních problémů v rámci jejich možností a schopností.

I v dnešní době se ještě setkáme s názorem, že lidé, jimž byl přiznán příspěvek na péči - dříve bezmocnost - nemohou pracovat. S pracovním začleněním souvisí také celá řada povinností na straně zaměstnavatele – někdy současně v roli poskytovatele i zaměstnance. Tyto povinnosti jak z hlediska pracovního, tak i občanského práva jsou často opomíjeny. Někteří zaměstnavatelé často chybují již při samotném podpisu pracovní smlouvy, kdy nemají dostatečné zkušenosti se zaměstnáváním osob s mentální retardací či s úkony související s výkonem funkce opatrovníků. V této oblasti mají zařízení při zaměstnávání svých klientů v režimu pracovně právních předpisů výhodu.

Domnívám se, že **druhá hypotéza je potvrzena.**

6. ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo zmapování možností pracovního uplatnění klientů s mentální retardací v zařízeních sociální péče, poskytující jak služby pobytové, tak i ambulantní. Pro splnění cíle byl zvolen kvantitativní výzkum, metoda dotazování, technika dotazník. Autorka se domnívá, že cíl práce byl splněn.

Stanovená hypotéza H1 (*Integrační proces klientů s mentální retardací v zařízeních sociální péče je efektivnější v závislosti na geografické poloze zařízení.*) se nepotvrdila.

Stanovená hypotéza H2 (*Pracovní uplatnění klientů s mentální retardací v zařízení sociální péče je častější v rámci samotného zařízení než na volném trhu práce.*) se potvrdila.

Výsledky výzkumu by měly posloužit k porovnání situace pracovního uplatnění v zařízeních sociální péče ve čtyřech krajích ČR (Jihočeský kraj, Jihomoravský kraj, Ústecký kraj, kraj Vysočina).

Z výsledků práce vyplývá, že zařízení aktivně přistupují k začleňování svých klientů. Nabízejí svým klientům pracovní uplatnění jak v rámci zařízení, tak zprostředkovávají zaměstnávání klientů mimo samotná zařízení. Pokud má zařízení možnosti vhodného pracovního uplatnění klienta v zařízení, tuto práci vykonává klient v pracovním poměru nebo na základě dohod o pracích konaných mimo pracovní poměr. Hodnotu pracovního místa z hlediska sociálního začlenění lze určit podle charakteru a místa výkonu práce na zaměstnávání v zařízení, zaměstnávání v chráněné dílně (v zařízení, mimo zařízení) a zaměstnávání na otevřeném trhu práce. Požadavek návaznosti sociálních služeb na další zdroje vyplývá ze standardů kvality a ze zákona (základní činnosti, sociální začlenění) s využíváním státních služeb zaměstnanosti a využíváním služeb nestátních organizací – agentur podporovaného zaměstnávání.

V současnosti dochází k širšímu naplňování práva na zaměstnání dle čl. 26, právo na spravedlivou odměnu za práci a uspokojivé pracovní podmínky dle čl. 28 Listiny základních práv a svobod. Demotivujícím prvkem ve větší podpoře při zaměstnávání klientů ze zařízení sociální péče je pro mnohé poskytovatele obava z poškození samotných klientů. Tito klienti se vystavují možnosti přehodnocení jejich zdravotního

stavu a následné snížení či odejmutí jejich příjmů – invalidních důchodů a přiznaných příspěvků. Dalším ohrožujícím prvkem v tomto procesu je skutečnost, že i v současnosti plní zařízení ve vztahu ke klientovi mnoho rolí: poskytovatel sociální služby, zaměstnavatel, zastánce práv klientů, obchodník s výrobky klientů. Vzhledem ke zvýšené sugestibilitě, emocionalitě, spontánnosti, otevřenosti a horší sociální orientaci jsou lidé s mentální retardací ve větší míře závislí na společnosti (na jiných lidech), mohou být snadno manipulováni nebo různým způsobem zneužíváni. Mnohdy vůbec nevědí, jaká práva mají ostatní vůči nim samotným.

Závěrem lze říci, že dochází k výraznému pozitivnímu posunu v přístupu poskytovatelů v procesu integrace klientů těchto zařízení. Nyní už zbývá jen více motivovat jak poskytovatele, tak zaměstnavatele ke zvyšování kvality pracovních podmínek ve smyslu finančního, legislativního a společenského zajištění tohoto procesu. Výsledky výzkumu mohou sloužit k využití, rozšíření či upravení nabídky pracovních míst či aktivit u klientů zařízení sociální péče či na volném trhu práce.

7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BŘEZKÁ, N., VRÁNOVÁ, L. *Dávky pomoci v hmotné nouzi a dávky sociální péče pro zdravotně postižené osoby*. 2. vydání. Olomouc: ANAG, 2008.
ISBN 978-80-7263-478-1
2. *Činnost lékařské posudkové služby v rezortu práce a sociálních věcí*.
[online].[cit.2008-08-05].
Dostupné z: <http://www.unie.pz.cz/index.php/knihovna/149/cinnost%20LPS>
3. GIDDENS, A., *Sociologie*. 1. vydání. Praha: ARGO, 2005. ISBN 80-7203-124-4
4. HNISOVÁ, L. *Sociálně politická opatření státu a jejich využití v rodinách s dítětem s mentálním postižením*. Diplomová práce, 2007
5. *Invalidní důchody*. [online].[cit. 2008-12-30].
Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/619>
6. JANKOVSKÝ, J., PFEIFFER, J., ŠVESTKOVÁ, O. *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*. 1. vydání. České Budějovice: JČU ZSF, 2005.
ISBN 80-7040-826-X
7. KÁBRT, J., KUCHARSKÝ, P., SCHRAMS, R. et al. *Latinsko-český slovník*. 2.vydání. Praha: Leda, 2000. ISBN 80-85927-82-9
8. KLENKOVÁ, L. *Logopedie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2006.
ISBN 80-247-1110-9
9. KRÁLOVÁ, J., RÁŽOVÁ, E. *Sociální služby a příspěvek na péči*. 1. vydání.
Olomouc: ANAG, 2007. ISBN 978-80-7263-405-7
10. KREBS, V., a kol. *Sociální politika*. 4. vydání. Praha: ASPI, 2007.
ISBN 978-80-7357-276-1
11. KRHUTOVÁ, L., MICHALÍK, J., POTMĚŠIL, M., NOVOSAD, L., VALENTA, M. *Občané se zdravotním postižením a veřejná správa*. Olomouc: Univerzita Palackého, Výzkumné centrum integrace zdravotně postižených, 2005.
ISBN 80-244-1168-7
12. KŘIVOHLAVÝ, J. *Pozitivní psychologie*. 1. vydání. Praha: Portál, 2004.
ISBN 80-7178-835-X

13. KRÍŽ, J., *Duševní poruchy a poruchy chování u dětí a mladistvých*. 2. vydání. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, zdravotně sociální fakulta, 2004. ISBN 80-7040-724-7
14. LANGMEIER, J., KREJČÍČKOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 2. vydání Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1284-9
15. MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M., a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*, 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2138-5
16. MATOUŠEK, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce*. 1. vydání. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2
17. MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. *Sociální práce v praxi*. 1. vydání. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002
18. *Naděje pro změnu ústavů*. [online].[cit. 2008-04-24]
Dostupné z: <http://www.kvalitavpraxi.cz/soutez-nadeje-pro-zmenu-ustavu.html>
19. NEWMAN, S. *Hry a činnost pro vývoj dítěte s postižením*. 1. vydání. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-872-4
20. PÁVKOVÁ, J. a kol. *Pedagogika volného času*. 3. vydání. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-711-6
21. PEŠOVÁ, I., ŠAMALÍK, M. *Poradenská psychologie pro děti a mládež*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2006, ISBN 80-247-1216-4
22. PIPEKOVÁ, J., *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. vydání. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0
23. *Pomoc zdravotně postiženým lidem*. [online].[cit. 2008-06-06]
Dostupné z: http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/4_6_2008_pomoc_zdravotne_postizenym_lidem
24. *Předsudky brání handicapovaným najít důstojnou práci*. [online].[cit.2008-03-25].
Dostupné ze zdroje: <http://www.mpsv.cz/cs/5333>
25. QUIP – Společnost pro změnu. *Sborník příspěvků ze seminářů pořádaných v rámci projektu Život do svých rukou*. 1. vydání. Praha: Občanské sdružení QUIP Společnost pro změnu, 2007. ISBN 80-903921-0-5

26. RYBOVÁ, M. *Ergoterapie jako prostředek seberealizace klientů s mentálním postižením*, Diplomová práce. České Budějovice: JU ZSF, 2008
27. ŘÍČAN, P., KREJČÍČKOVÁ, D. a kol. *Dětská klinická psychologie*. 4. vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1049-8
28. SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 987-80-247-17-3
29. *Standardy kvality sociálních služeb*. [online]. [cit. 2008-12-20]
Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/5962>
30. *Státní sociální podpora*. [online]. [cit. 2008-10-11]
Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/2>
31. ŠESTÁK, J., *Chráněná dílna: Nástroj k pracovnímu uplatnění a začlenění lidí se zdravotním postižením*. Týn nad Vltavou: Domov sv. Anežky, 2007. ISBN 978-80-254-0108-8
32. ŠTĚPANÍK, J. *Umění jednat s lidmi*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0530-3
33. ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-821-X
34. *Týden pro inkluzi skončil*. [online]. [cit. 2008-08-05].
Dostupné ze zdroje: www.inkluze.cz
35. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vydání. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3
36. VANČURA, J. *Expertíza pro cílovou skupinu „Lidé s mentálním postižením“*. Brno: Institut výzkumu dětí, mládeže a rodin, při Fakultě sociálních studií MU
37. VODÁKOVÁ, J. et al. *Speciální pracovní výchova a ergoterapie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta. 2003. 90 s. ISBN 80-7290-113-3
38. *Vyhláška č. 182/1991 Sb.*, kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon ČNR o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů. [online]. [cit. 2008-10-02]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz>
39. *Vyhláška č. 505/2006 Sb.*, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, v platném znění. [online]. [cit. 2008-09-03].
Dostupné z: <http://www.mpsv.cz>

40. *Zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů.*
[online].[cit. 2008-11-11]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz>
41. *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách* [online].[cit. 2008-11-20]
Dostupné z: <http://www.mpsv.cz>
42. *Zaměstnávání zdravotně postižených.* [online].[cit. 2008-08-05].
Dostupné z: <http://mpsv.cz/cs/4777>

8. KLÍČOVÁ SLOVA

Integrace

Invalidita

Mentální retardace

Práce

Sociální služba

9. PŘÍLOHY

Příloha 1: Dotazník pro zařízení sociálních služeb.

Příloha 2: Fotodokumentace pracovního uplatnění klientů ze zařízení sociální péče.

Příloha 1:

V Českých Budějovicích 4. 8. 2008

Dobrý den,

jmenuji se Vladimíra Holczerová a jsem studentkou zdravotně sociální fakulty na JU v Českých Budějovicích. Téma mé bakalářské práce je pracovní uplatnění klientů s mentální retardací v zařízeních sociální péče.

Prosím vás o laskavé vyplnění dotazníku s klientem, kterého se tato problematika týká.

Dotazník je formulován tak, aby jej mohl vyplnit samotný klient ve spolupráci se svým klíčovým pracovníkem nebo jiným svým blízkým člověkem.

Děkuji vám za váš aktivní přístup k zodpovězení tohoto dotazníku.

Vladimíra Holczerová v. r.

Jsem klientem zařízení sociální péče s celoročním pobytem. ☐

Jsem klientem týdenního stacionáře. ☐

Jsem klientem denního stacionáře. ☐

(prosím zaškrtněte)

	ANO	NE
1. Vykonáváte svoji práci v zařízení, ve kterém žijete?	☐	☐
2. Vykonáváte svoji práci mimo zařízení, ve kterém žijete?	☐	☐
3. Chodíte do práce rád(-a)?	☐	☐
4. Získal (-a) jste v zaměstnání nové přátele?	☐	☐
5. Dostáváte za svoji práci peněžní odměnu?	☐	☐
6. Dostáváte za svoji práci jinou, než peněžní odměnu?	☐	☐
7. Jste spokojen (-a) s výší odměny za svoji práci?	☐	☐
8. Chodíte do práce proto, že dostáváte odměnu?	☐	☐

Zdroj: Vlastní výzkum.

Příloha 2:

Zdroj: www.empatie.cz

