

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



Osoby s kombinovaným postižením na trhu práce

Bc. Martin Korych

vedoucí práce: PhDr. Kateřina Šámalová

Praha 2013



Prague college of psychosocial studies

Persons with multiple disabilities on the labor market

Bc. Martin Korych

The Diploma Thesis Work Supervisor: PhDr. Kateřina Šámalová

Praha 2013



Anotace

Tato diplomová práce se zabývá postavením osob se zdravotním postižením na trhu práce. V teoretické části práce se autor věnuje definici zdravotního postižení a ukotvení tohoto pojmu v českém i mezinárodním prostředí s důrazem na kombinaci různých forem zdravotního postižení. Zároveň je prostor věnován i vlivu zdravotního postižení na život člověka, na vzdělávání a příležitosti osob s postižením na trhu práce.

Ve výzkumné části autor prezentuje výstupy kvalitativní analýzy dat získaných na základě rozhovorů s dvaceti třemi respondenty z řad osob se zdravotním postižením a zaměstnavatelů, kteří tyto osoby zaměstnávají. Přináší zejména přehled specifických potřeb osob s postižením při vstupu nebo návratu na trh práce a požadavků na straně zaměstnavatelů na předpoklady pro úspěšné zapojení těchto osob do pracovního procesu.

Klíčová slova:

Práce, zaměstnání, postižení, vzdělání, integrace, překážky, potřeby.



Annotation

This thesis deals with the status of disabled people on the labor market. In theoretical part of thesis the author deals with definition of disability and status of that term in both Czech and international environments with stress on combination of different forms of disabilities. Space is also given to influence of disability on man's life, his education and opportunities on the labor market.

In the investigative part of thesis the author presents outputs of qualitative data analysis. The data were based on interviewing of 23 respondents chosen among disabled people and their employers. It brings particularly outline of specific needs of disabled people entering or reentering the labor market and requirements on the employer's side and preconditions for successful involvement of disabled people in the work process.

Key words:

Work, job, disability, education, integration, obstacles, needs.



Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracoval samostatně a s použitím uvedené literatury.

V Liberci dne 21. dubna 2013

Martin Korych



Poděkování

Na prvním místě velice děkuji PhDr. Kateřině Šámalové za zkušenou metodickou pomoc, vstřícný přístup a cenné rady, které mi poskytovala při tvorbě mé diplomové práce. Dále bych na tomto místě chtěl poděkovat svým pracovním kolegům, kteří mi v průběhu psaní této diplomové práce poskytovali všestrannou podporu. V neposlední řadě také děkuji své rodině, která našla pochopení a podporovala mě v psaní této práce.



ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST	11
1 Teoretický rámec problematiky zdravotního postižení	11
1.1 Základní terminologie.....	13
1.1.1 Zdravotní postižení	13
1.1.2 Medicínský a sociální model zdravotního postižení.....	15
1.1.3 Obecné strategie pomoci osobám se zdravotním postižením.....	17
1.1.4 Integrace a inkluze.....	22
1.2 Typologie zdravotního postižení	24
1.2.1 Postižení z hlediska etiologie	24
1.2.2 Postižení z hlediska fyziologie	25
1.2.3 Kombinované postižení	26
1.3 Zdravotní postižení v kontextu práce	27
1.3.1 Invalidita a její pojetí.....	27
2 Zdravotní postižení v nadnárodním a českém kontextu	28
2.1 Mezinárodní východiska.....	28
2.1.1 Světová zdravotnická organizace	28
2.1.2 Organizace spojených národů.....	28
2.2 Zdravotní postižení z evropského pohledu	29
2.2.1 Strategické a akční plány	29
2.2.2 Ochrana práv osob se zdravotním postižením	31
2.2.3 Podpůrná opatření.....	32
2.3 Legislativní ukotvení v českém právním řádu.....	33
2.3.1 Ochrana práv osob se zdravotním postižením	33
2.3.2 Oblast vzdělávání	34
2.3.3 Sociální oblast	35
2.3.4 Pracovně-právní oblast	37
3 Vliv zdravotního postižení na život člověka	38
3.1 Dopady postižení na jednotlivce.....	38
3.1.1 Vliv na psychiku jednotlivce	38
3.1.2 Vliv na uspokojování vlastních potřeb	39
3.1.3 Vliv na společenské uplatnění	41
3.2 Dopady postižení na rodinu a společnost	42
3.2.1 Dopady postižení na rodinu jednotlivce	42
3.2.2 Ekonomické důsledky postižení	44
4 Specifika kombinovaného postižení	46
4.1 Specifika v oblasti komunikace	46
4.1.1 Percepční oblast.....	46
4.1.2 Expresivní oblast	48
4.2 Specifika vyplývající z mentální insuficience	50
4.2.1 Mentální retardace	50
4.2.2 Demence	52
4.3 Specifika v oblasti lokomoce.....	53
4.4 Poruchy v pásmu specifických poruch učení a chování	54
4.5 Důsledky kombinace jednotlivých druhů postižení.....	54
5 Vzdělávání osob se zdravotním postižením	56
5.1 Předškolní vzdělávání a povinná školní docházka	57
5.2 Střední vzdělávání	58



5.3	Vysokoškolské vzdělávání	59
5.4	Další vzdělávání	59
6	Trh práce a přístup k zaměstnání	62
6.1	Základní východiska	62
6.1.1	Význam vzdělanosti při vstupu na trh práce	62
6.1.2	Význam zaměstnání pro osobu se zdravotním postižením	63
6.1.3	Druhy nezaměstnanosti	64
6.1.4	Negativní vlivy dlouhodobé nezaměstnanosti	65
6.1.5	Mechanismy podpory nezaměstnaných v České republice	66
6.2	Překážky osob se zdravotním postižením na trhu práce	67
6.3	Ochrana osob se zdravotním postižením na trhu práce v České republice	68
6.3.1	Nástroje zvýšené ochrany na trhu práce	68
6.3.2	EU a snižování nezaměstnanosti v programovacím období 2007-2013	70
	EMPIRICKÁ ČÁST	72
7	Výzkumný projekt	72
7.1	Cíl výzkumu	74
7.2	Výzkumný problém	75
7.3	Základní výzkumná otázka, specifické výzkumné otázky	77
7.4	Výzkumná metodologie	78
7.4.1	Výzkumný vzorek a způsob výběru vzorku	79
7.4.2	Technika sběru dat	80
7.4.3	Organizace sběru dat	81
7.4.4	Způsob zpracování dat	82
7.4.5	Kódování	82
8	Výsledky výzkumu	85
8.1	Respondenti z řad osob se zdravotním postižením	85
8.1.1	Jaké potřeby nutné pro vstup nebo návrat na trh práce definují samotné osoby se zdravotním postižením?	86
8.1.2	Do jaké míry pomáhá projekt Hledám práci – podpora pracovního uplatnění osob s lehkým postižením - těmto osobám v návratu nebo vstupu na trh práce v oblasti jejich specifických potřeb?	94
8.2	Respondenti z řad zaměstnavatelů	100
8.2.1	Jaké předpoklady na trhu práce u osob s lehkým postižením upřednostňují zaměstnavatelé?	100
8.2.2	Respektují zaměstnavatelé specifické potřeby těchto osob?	103
8.3	Hodnocení sledovaných jevů	106
8.3.1	Jaké potřeby nutné pro vstup nebo návrat na trh práce definují samotné osoby se zdravotním postižením?	106
8.3.2	Do jaké míry pomáhá projekt Hledám práci – podpora pracovního uplatnění osob s lehkým postižením - těmto osobám v návratu nebo vstupu na trh práce v oblasti jejich specifických potřeb?	108
8.3.3	Jaké předpoklady na trhu práce u osob s lehkým kombinovaným postižením upřednostňují zaměstnavatelé?	109
8.4	Respektují zaměstnavatelé specifické potřeby těchto osob?	110
8.5	Odpověď na základní výzkumnou otázku	110
8.6	Diskuse	111
9	Závěr	114
10	Literatura	116
11	Přílohy	123



ÚVOD

Tématem zaměstnanosti se od dob industrializace zabývají všechny světové moderní společnosti. Jedná se o problematiku, která se dotýká všech osob v produktivním věku. Ačkoliv se jedná o problematiku bezesporu složitou a mající velké množství konsekvencí, ještě složitější se stává v okamžiku, pokud se otázky o podpoře zaměstnanosti zaměří na osoby se zdravotním postižením. Zaměstnávání těchto osob není důležité jen pro společnost jako takovou, pro kterou je co nejvyšší míra zaměstnanosti příznivá z ekonomického i sociálního hlediska, ale i pro samotné osoby se zdravotním postižením. Chodit do práce totiž pro osoby s postižením neznamena pouze získávat peníze, ale v jejich životě má zaměstnání také význam z hlediska tvůrčího, socializačního, estetického, kulturního a relaxačního, neboť odvrací od jednostranné zátěže a psychického napětí.

Pro svou práci jsem tuto problematiku konkretizoval a vybral si téma osob s lehkým kombinovaným postižením a jejich postavení na současném trhu práce. Právě osoby s kombinovaným postižením jsou, podle mého názoru, v přístupu na trh práce skupinou hodnou zvláštní pozornosti. Mají velké množství specifických potřeb v celém procesu přípravy na práci a profesi, ale i při samotném zaměstnávání. Sociální práce se pak prolíná všemi těmito etapami, neboť hraje nezastupitelnou roli v úspěšnosti celého procesu.

Ve své diplomové práci nejprve uvádím teoretická východiska platná pro celou širší problematiku. Stanovuji teoretický rámec problematiky zdravotního postižení a mapuji téma zdravotního postižení v českém a nadnárodním kontextu, neboť se bezesporu jedná o problematiku celosvětovou, které je také věnována velká pozornost na půdě nejvýznamnějších institucí. Při této příležitosti se dotýkám také oblasti rovných práv, a to zejména právě v oblasti zaměstnávání. V teoretické části této práce se zabývám též vlivem zdravotního postižení na život člověka a blíže představuji specifika kombinovaného postižení, což je pro tuto práci významná oblast. Věnuji se také tématu vzdělávání osob se zdravotním postižením, které je pro uplatnění těchto osob na trhu práce stěžejní, a v neposlední řadě rozebírám oblast trhu práce a přístupu k zaměstnání.

S těmito teoretickými východisky poté pracuji v praktické části své diplomové práce, kde nabízím pohled na celou problematiku očima samotných osob s lehkým kombinovaným postižením. Jedná se o kvalitativní výzkum, který jsem provedl ve skupině devatenácti osob, se kterými jsem měl možnost se setkat pracovní, v roli vedoucího projektu zaměřeného na podporu pracovního uplatnění těchto osob. Skutečnost, že vztahy s některými z nich



přerostly až do přátelství, mně umožnila na problematiku nahlédnout mnohem hlouběji, neboť při prováděných rozhovorech bylo patrné, jak přátelská atmosféra dala zaniknout možným bariérám a sdělení byla v maximální míře otevřená. V praktické části této práce nabízím také pohled zaměstnavatelů, kteří mají zkušenosti s pracovním uplatněním těchto osob.

Problematika pracovního uplatnění osob s lehkým kombinovaným postižením v sobě skrývá mnoho problémů, ať již jsou to stále přetrvávající stereotypní úvahy o méněcennosti těchto osob v majoritní společnosti nebo nízká úroveň vzdělanosti. Je však třeba připomenout, že oni si své postižení nevybrali a naopak se s jeho důsledky potýkají. Někteří z nich v minulosti žili obyčejný život, jak jej my všichni známe. Pak ale přišel okamžik, který navždy jejich osud změnil. Je proto na nás všech, jak jim v jejich životním boji budeme nápomocni. Nikdy nevíme, jestli takový okamžik nepotká také nás.



TEORETICKÁ ČÁST

1 Teoretický rámec problematiky zdravotního postižení

V České republice neexistuje žádná ucelená databáze osob se zdravotním postižením. Údaje o počtu zdravotně postižených nelze získat ze statistik výplaty invalidních důchodů vydávaných Českou správou sociálního zabezpečení, ani ze statistik nezaměstnanosti sestavovaných Úřadem práce České republiky. Ani jedna instituce nepostihuje všechny věkové kategorie obyvatelstva, případně neregistruje všechny typy zdravotního postižení.

Počet osob se zdravotním postižením je tedy pouze odhadován. Kvalifikovaný odhad provedl například v roce 1992 Jaroslav Hrubý pro potřeby Vládního výboru pro zdravotně postižené občany: *„Obecně se uvádí, že zdravotně postižených je asi 10 % populace. V ČR je tedy zhruba 1 000 000 občanů s určitým zdravotním postižením. Tento údaj zahrnuje na jedné straně i lehká postižení, na druhé straně však opomíjí alarmující zjištění našich dětských lékařů, podle kterých každé třetí narozené dítě v Praze a podobně exponovaných oblastech trpí alergiemi, anebo chronickými nemocemi dýchacích orgánů. Podobným odhadem lze dojít k tomu, že v ČR je asi 400 000 těžce zdravotně postižených (HRUBÝ, 1992, s. 3).“* Dle WHO (2011) je počet osob se zdravotním postižením odhadován dokonce na 15 % světové populace.

Postoj společnosti k lidem se zdravotním postižením se v průběhu vývoje společnosti měnil a prošel několika stádii. První stádium je označováno jako stádium represivní, kdy byl postižený jedinec usmrčen či vyloučen ze společnosti. Ve stádiu zotročovacím byli tito jedinci prodáváni do otroctví. Další stádium bylo spojeno s rozvojem křesťanství v Evropě a je označováno jako charitativní, neboť se v této době postoj společnosti k lidem s postižením zásadně změnil. Člověk s postižením byl považován za „vyvoleného Bohem“, a proto bylo zapotřebí se k němu chovat dobře. Ve stádiu renesančního humanismu se Jan Ámos Komenský zabíral vzděláváním dětí s postižením. Dalším stádiem, které probíhalo v 19. a 20. století, bylo rehabilitační stádium, kdy byli lidé s postižením soustředováni do speciálních zařízení. Zde jim byla poskytována odpovídající výchova a péče. Opačným postojem se vyznačovalo socializační stádium, které bylo proti segregaci a snažilo se o zapojení lidí s postižením do společnosti. Stádium prevenční je novodobou záležitostí prevence v oblasti primární, sekundární a terciární. Souvisí s rozvojem diagnostických metod, diferenciální diagnostiky, depistáží, screeningovým vyšetřením, apod. Nejnovějším trendem



je stádium integrační, které se snaží o zapojení člověka s postižením do společnosti již od útlého věku a vede jej k maximálnímu stupni seberealizace (Sovák, M., 1986).

Zdravotní postižení s sebou přitom přináší různé důsledky, které ovlivňují nejen život jednotlivce, ale i jeho rodiny a v širším kontextu také celé společnosti. Jedním z nich je možnost pracovního uplatnění. Pauknerová v souvislosti se zdravotním postižením upozorňuje, že: *„I když jde o oblast, která je doménou lékařů, je nezbytné si uvědomit, že zdravotní postižení jedinců má vždy vážné psychické souvislosti, respektive důsledky. Současně však možnost pracovního uplatnění mívá pro takto postižené jedince nedocenitelný význam z hlediska jejich životního naplnění – seberealizace: nalezení smyslu života, užitečnosti, vlastní existence atd. (Pauknerová, 2006, s. 161).“*

Právě snížená pracovní schopnost, která zdravotní postižení doprovází, je ale důvodem ke zhoršenému uplatnění jednotlivců na trhu práce. Dochází tak nejen k rozvoji psychické deprivace zdravotně postižených, kteří nemohou pracovat, ale také k nárůstu nezaměstnanosti. Nezaměstnanost přitom má negativní vliv na ekonomickou stabilitu celé společnosti.

Osoby se zdravotním postižením jsou na trhu práce podporovány různými mechanismy s cílem minimalizovat riziko deprivace, ale také předcházení ekonomické zátěže při vyplácení dávek. Základním mechanismem je povinnost zákonem definovaných zaměstnavatelů zaměstnávat také předepsaný počet osob se zdravotním postižením nebo odebírat výrobky či služby formou náhradního plnění. Tvorba a udržení pracovních míst pro osoby se zdravotním postižením je také předmětem státních a nadnárodních subvencí. O zaměstnávání osob se zdravotním postižením se dále starají různé nestátní neziskové organizace a v poslední době je podporován také vznik tzv. sociálních podniků, které sice mohou být ziskové, ale jejich posláním je také zaměstnávat osoby definované v zákoně o zaměstnanosti jako ty, jimž je poskytována zvýšená ochrana na trhu práce.

Zajištění co nejvíce plnohodnotného života člověka s postižením je samo o sobě náročné, ať již hovoříme o finanční nákladnosti péče či o fyzické náročnosti pro pečující osoby. Schuller s Osterem (2010, s. 21) upozorňují například na nutnost zapojení mnoha odborníků i rodinných příslušníků do péče o zdravotně postiženého a také na nutnost zajištění celodenní přítomnosti pomáhající osoby. Tato problematika se opět promítá do ekonomické situace společnosti a navíc může být silně psychicky zatěžující pro rodinu osoby s postižením.



Některé projevy zdravotního postižení s sebou vedle ekonomické zátěže a rizika psychické deprivace nesou také problémy v sociálních vztazích. Například Sovák (1986) uvádí v souvislosti s dětskou mozkovou obrnou, že poruchy hybnosti nejsou přímo úměrné poruchám psychiky. Při těžkých obrnách může být intelekt jen lehce postižen nebo zůstat zcela neporušen. U DMO jde (především u spastických forem) o poruchy hybnosti, které jsou společností všeobecně hluboce vnímány. Tak může v některých případech dojít až ke vzniku tzv. druhotného handicapu. Děti s DMO nemají tak velkou možnost se stýkat s ostatními dětmi a vytvářet si tak přirozené sociální vazby.

Osoby se zdravotním postižením často potřebují také specifické životní podmínky. „*U nikoliv nepodstatné části obyvatelstva se projevuje nesoulad mezi ekologickými možnostmi člověka a ekologickou hodnotou jeho životního prostředí, které je orientováno především na většinovou a zdravou populaci* (Šestáková a Lupač, 2010, s. 7).“ Vedle zvláštních bytových potřeb nebo bezbariérových úprav svého okolí často osoby se zdravotním postižením potřebují ke svému životu také rozmanité kompenzační pomůcky.

Autor této práce poznamenává, že fenomén zdravotního postižení tedy bezesporu zasahuje do všech oblastí lidského života. Prolíná se všemi vědními obory a ovlivňuje psychiku každého člověka. Vzhledem k počtu osob se zdravotním postižením se každý ve svém životě s tímto tématem setká. Ať již se jej nějaké omezení přímo dotkne, nebo se s ním setká zprostředkovaně ve svém okolí.

1.1 Základní terminologie

1.1.1 Zdravotní postižení

Zdravotní postižení je pojem, který je v literatuře různými autory sice často definován, avšak jednotlivé definice jsou často velice různorodé. Je nutné přihlížet také k tomu, v jaké souvislosti je pojem definován. To platí zejména v tom případě, kdy zdravotní postižení definují nejrůznější právní předpisy jednotlivých zemí i nadnárodních korporací.

Obecné definice pojmu je možné nalézt v každém slovníku či encyklopedii. Například největší otevřená encyklopedie světa definuje pojem takto: „*Zdravotní postižení je určitá odchylka ve zdravotním stavu člověka, která jej omezuje v určité činnosti (pohyb, kvalita života, uplatnění ve společnosti)* (http://cs.wikipedia.org/wiki/Zdravotni_postizeni, 2012).“



Výkladu pojmu zdravotní postižení se na mezinárodní úrovni věnuje zejména Světová zdravotnická organizace, která v roce 1980 přinesla v dokumentu Mezinárodní klasifikace poruch, postižení a handicapů vymezení tří základních pojmů. (Volně dle International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps, 1980):

- **Porucha** (Impairment) = funkční nebo orgánová ztráta či abnormalita lidského těla.
- **Postižení** (Disability) = omezení či ztráta možnosti člověka vykonávat určité aktivity nebo zvyklosti, které jsou považovány za obvyklé, normální,
- **Handicap** (Handicap) = omezení sociálního charakteru, které člověk zažívá v důsledku svého postižení.

Mezinárodní klasifikace poruch, postižení a handicapů (dále jen „ICIDH“) byla v roce 2001 přepracována pod názvem International Classification of Functioning, Disability, and Health (Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví - dále jen „ICF“) a je v ní předkládán zcela nový koncept zdravotního postižení (disability), který je chápán jako zastřešující pojem: „*Disabilita je snížení funkčních schopností na úrovni těla, jedince nebo společnosti, která vzniká, když se občan se svým zdravotním stavem (zdravotní kondicí) setkává s bariérami prostředí* (Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví, 2008, s. 9).“ Autoři v publikaci poznamenávají, že pojem „handicap“ byl při revizi vypuštěn a jeho původní význam byl včleněn pod již zmíněný zastřešující pojem disability. Za handicap je v ICF považováno omezení participace (restrictions).

O definici pojmu **zdravotního postižení** se pokusila také Organizace spojených národů v Úmluvě o právech osob se zdravotním postižením přijatou v roce 2007: „*Zdravotní postižení je koncept, který se vyvíjí a který je výsledkem vzájemného působení mezi osobami s postižením a bariérami v postojích a v prostředí, které brání jejich plnému a účinnému zapojení do společnosti, na rovnoprávném základě s ostatními* (Sbírka mezinárodních smluv: Česká republika, 2010(10), s. 96).“

Jak již bylo uvedeno výše, pojem zdravotní postižení je, ačkoliv značně různorodě, definován také v různých legislativních normách. V České republice je to například zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, kde je v § 3, písm. g) definováno **zdravotní postižení** jako: „*Tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osobě* (Sbírka zákonů ČR, 2006, s. 1257).“



Pojem **zdravotní postižení** je však možné nalézt také v zákoně č. 561/2004 Sb., školský zákon, ve znění pozdějších předpisů. Pro účely legálního rámce pro oblast vzdělávání je zdravotní postižení definováno jako: „*Mentální, tělesné, zrakové nebo sluchové postižení, vady řeči, souběžné postižení více vadami, autismus a vývojové poruchy učení nebo chování* (Sbírka zákonů ČR, 2008, s. 4831).“ Ve stejné legislativní normě je definován také další pojem, a to **zdravotní znevýhodnění**. Podle § 16, odst. 3) školského zákona je to: „*Oslabení, dlouhodobá nemoc nebo lehčí zdravotní poruchy vedoucí k poruchám učení a chování, které vyžadují zohlednění při vzdělávání* (Sbírka zákonů ČR, 2008, s. 4831-4832).“ Za zmínku stojí ještě fakt, že do konce roku 2011 byl termín zdravotní znevýhodnění užíván také zákonem o zaměstnanosti. Od roku 2012 však zákon o zaměstnanosti skupinu osob se zdravotním znevýhodněním nezná.

Další definici zdravotního postižení je možné nalézt také v zákoně č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů, který nabízí také definici dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. „*Za zdravotní postižení se pro účely posouzení poklesu pracovní schopnosti považuje soubor všech funkčních poruch, které s ním souvisejí. ... Za dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav se pro účely tohoto zákona považuje zdravotní stav, který omezuje tělesné, smyslové nebo duševní schopnosti pojištěnce významné pro jeho pracovní schopnost, pokud tento zdravotní stav trvá déle než 1 rok nebo podle poznatků lékařské vědy lze předpokládat, že bude trvat déle než 1 rok* (MPSV.CZ, [online], http://www.mpsv.cz/ppropo.php?ID=z155_1995_1#par38)“

Zdravotní postižení může být chápáno v různých souvislostech a je na něj nahlíženo z různých úhlů. Základní dva současné modely chápání zdravotního postižení mají diametrálně odlišný pohled na příčinu i způsob řešení zdravotního postižení. V následujících podkapitolách jsou rozpracovány oba modely do základních premis, které jsou dále aplikovány na obecné strategie pomoci osobám se zdravotním postižením.

1.1.2 Medicínský a sociální model zdravotního postižení

V této podkapitole jsou představeny dva základní modely, prostřednictvím kterých je zdravotní postižení chápáno. Oba modely reprezentují extrémní přístupy, v praxi je vždy nutné nahlížet na tematiku z obou perspektiv – medicínského i sociálního modelu.

Pohledem medicínského modelu je zdravotní postižení chápáno jako samotná ztráta nebo omezení tělesné či orgánové funkce v důsledku onemocnění nebo úrazu. Takové postižení



je individuálním problémem jednotlivce a jeho odstranění nebo zmírnění je vázáno na odstranění samotné příčiny, která ztrátu či omezení způsobila. Aby se postižená osoba mohla zapojit do běžné společnosti, je podle tohoto modelu třeba ji nejdříve vyléčit, což znamená pečovat o ni s cílem „znormálnit“ ji. Teprve poté je možné osobu s postižením vrátit do společnosti. „*V rámci medicínského pojetí zdravotního postižení není přisuzován význam bariérám vnějšího světa a není tedy ani vyvíjena snaha tyto bariéry odstraňovat, což ve svých důsledcích vede k segregaci a izolaci osob se zdravotním postižením* (Víšková, 2007, s. 14).“

Medicínský model tedy předpokládá přizpůsobení jednotlivce s postižením většinové společnosti. Pouze tak získá možnost vykonávat běžné každodenní činnosti a přístup ke stejným právům jako členové běžné společnosti. Tomu odpovídají i cesty řešení zdravotního postižení, které jsou vykonávány v centralizovaných zařízeních, často izolovaných od společnosti. Personál takových zařízení tvoří zejména zdravotničtí pracovníci, kteří léčí pacienty, nikoliv klienty. Nepomáhají jim se začleňováním do společnosti, ale dostupnými prostředky se snaží odstranit zdravotní problém jednotlivce.

Medicínský model zdravotního postižení je z historického hlediska starší a v dnešních moderních společnostech jej ve většině případů nahrazuje pojetí zdravotního postižení chápané prostřednictvím sociálního modelu.

Sociální model však nechápe zdravotní postižení jako problém jednotlivce, ale jako problém vznikající v interakci mezi jedincem s jistým omezením či znevýhodněním a jeho okolím. Při takové interakci často jedinec naráží na různé bariéry, které mu znemožňují využívání všech možností, které jsou „zdravé“ společnosti běžně k dispozici. Bariéry mohou mít různé podoby, a to jak fyzické (například schodiště je nepřekonatelné pro osobu upoutanou na invalidní vozík), tak i sociální (například odmítání zaměstnavatelů přijmout do pracovního poměru osobu s postižením z důvodu obav z nízké produktivity práce).

Právě sociální model pohledu na zdravotní postižení v roce 1980 definoval pojem handicap, který poprvé vedle pojmů porucha a postižení využila Světová zdravotnická organizace ve své publikaci *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps* (Mezinárodní klasifikace poruch, postižení a handicapů – dále jen „ICIDH“ viz kapitola 1.1.1) Handicap je zde na straně 183 definován jako omezení sociálního charakteru, které člověk zažívá v důsledku svého postižení.



Autor této práce dodává, že sociální model zdravotního postižení má však také svá úskalí. Obecně je možné říci, že největší problematiku přináší v neuchopitelnosti pojmu zdravotního postižení. Každý jednatel je individualita se specifickým prožíváním a možnostmi. Je tak velmi těžké posoudit, do jaké míry je právě jeho postižení závažné, neboť stejný druh i míra postižení a funkční schopnosti může dvěma různým osobám přinášet různé bariéry v každodenních činnostech. Toho však sociální model využívá a nabádá k tomu, aby závažnost postižení definoval sám jednatel, který jím trpí.

1.1.3 Obecné strategie pomoci osobám se zdravotním postižením

Účelem těchto strategií je poskytnutí potřebné pomoci, která má vést ke zlepšení sociálního začlenění, blahobytu a plného uplatňování práv osob se zdravotním postižením (např. dle EUROPA.EU, [online] http://europa.eu/legislation_summaries/employment_and_social_policy/disability_and_old_age/em0047_cs.htm)

Zdravotní postižení vnáší do života jednatelce i jeho okolí nejrůznější aspekty, které znamenají omezení v mnoha oblastech. Organizace spojených národů klade v Úmluvě o právech osob se zdravotním postižením důraz zejména: „*Přístupnosti fyzického, sociálního, hospodářského a kulturního prostředí, přístupu ke zdravotní péči a vzdělávání a k informacím a komunikaci, aby osoby se zdravotním postižením mohly plně užívat všechna lidská práva a základní svobody* (Sbírka mezinárodních smluv: Česká republika, 2010(10), s. 98).“

Různí autoři upozorňují na oblasti lidského života, ve kterých se osoby se zdravotním postižením a jejich okolí potýkají s bariérami. Například Šestáková a Lupač (2010) upozorňují na skutečnost, že asi 10 % Evropanů má omezenou schopnost pohybu či orientace. Nejedná se pouze o osoby se sníženou možností lokomoce, ale také například o osoby se zrakovým, sluchovým či mentálním postižením. Ve prospěch toho, aby se tito lidé mohli v přirozeném prostředí pohybovat bez pomoci jiné osoby, je třeba aplikovat soubor technických, případně technicko-administrativních opatření, který se souhrnně nazývá bezbariérová přístupnost. Autoři tedy spatřují limitující faktory k plnému přístupu k lidským právům a svobodám, zejména v nesouladu ekologické hodnoty prostředí člověka a jeho reálnými možnostmi.

Tyto limitující faktory a zejména jejich odstraňování jsou otázkami, kterým je věnována kapitola Integrace vs. inkluze této práce (viz níže). Obecně je v moderní společnosti téma odstraňování limitujících faktorů důležité zejména z důvodu zamezení diskriminace osob



se zdravotním postižením. Matoušek (2003, s. 52) k diskriminaci uvádí, že se jedná o: „*Odlišování, odlišný přístup. Obvykle ke skupinám lidí určitého věku, pohlaví, rasového nebo etnického původu nebo hlásící se k určité kultuře a náboženství nebo ke skupinám, které mají určitou nevýhodu, případně okrajové sociální postavení, a tímto znakem se liší od jiných lidí. Tyto skupiny mohou být systematicky zvýhodňovány nebo znevýhodňovány, a to zákony, podzákonnými normami, publicitou, předsudky a hlavně faktickým chováním lidí, s nimiž se tyto skupiny lidí dostávají do styku.*“ Je tedy patrné, že v případě osob se zdravotním postižením, které jsou od ostatních lidí odlišné už svými potřebami, je téma diskriminace více než aktuální.

To potvrzuje i fakt, že jiní autoři vidí bariéry v samotné společnosti a jejích postojích ke zdravotně postiženým. Víšková (2007) hovoří o diskriminaci osob se zdravotním postižením ze strany společnosti jako o jevu, který je historicky dlouhodobě doložitelný. Důvod spatřuje ve stereotypních předsudcích a domněnkách pramenících v dobách dávno minulých. Zdravotně postižení byli v některých dobách vývoje lidstva považováni za přítěž, které se zdravá společnost zbavovala. Jeden z modernějších příkladů autorka nabízí v dobách Třetí říše, kdy byly prostředky hromadného vyvražďování aplikovány právě na osoby se zdravotním postižením.

Chvátalová (2010) si všímá také bariér v přístupu k informacím. Ve svém článku považuje tuto oblast za nezbytnou pro to, aby se člověk vůbec mohl v okolním dění orientovat a vyznat se ve světě okolo sebe. Určité typy postižení však znamenají omezení přístupu k informacím, i když existují moderní technologie, informovanost a komunikace takových lidí není dostatečně podporována.

S bariérami se však osoby s postižením a jejich okolí setkávají také v každodenním životě, i při uspokojování biologických potřeb. Šamánková a kol. (2011) uvádějí, že specifické potřeby některých osob není možné uspokojovat bez speciálních kompenzačních pomůcek. Na trhu však nemusí být dostatek vhodných výrobků nebo jsou takové výrobky nedostupné z jiných příčin (například finančních). Takové situace snižují možnost naplnění potřeb osob se zdravotním postižením, což ve svém důsledku vede k narušení homeostázy a hrozbě vzniku sociálního napětí.

Autor této práce dodává, že výše uvedené příklady zcela jistě nepostihují všechny oblasti, ve kterých se osoby se zdravotním postižením a jejich okolí setkávají s bariérami.



Snahou moderních lidských společností a jejich představitelů je vyrovnávat příležitosti osob se zdravotním postižením. Tedy činit taková opatření, aby měly osoby se zdravotním postižením možnost svobodného pohybu, aby mohly vést soběstačný život, studovat, pracovat, využívat svůj volný čas ke kulturním a sportovním aktivitám apod. Reprezentantem této snahy je například činnost Organizace spojených národů, která již od svého založení usiluje nejen o deklarování práv osob se zdravotním postižením (viz níže – kapitola 2.1.2), ale také o vyrovnávání jejich příležitostí. Zásadním dokumentem se v tomto ohledu stala Standardní pravidla pro vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením (1993). „*Tento dokument slouží jako nástroj pro tvorbu strategií a jako základ technické a ekonomické spolupráce v této oblasti* (<http://www.osn.cz/mezinarodni-pravo/?kap=50>).“

V českém prostředí reprezentují tyto obecné koncepce zejména vládní Národní plány vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením. „*Česká republika se v posledních dvou desetiletích zařadila mezi státy, které si uvědomují zvýšenou odpovědnost za odstraňování bariér bránících občanům se zdravotním postižením v plnohodnotné účasti a zapojení do společnosti. Systematicky usilovala o postupné řešení jednotlivých dílčích oblastí, které se bezprostředně zdravotně postižených dotýkají, s cílem zlepšit podmínky i kvalitu jejich života.*

Za tímto účelem byly v uplynulém období postupně vypracovány, vládou schváleny a realizovány již čtyři Národní plány, které formulovaly politiku státu ve vztahu ke zdravotně postiženým občanům, a byla v nich pro jednotlivá ministerstva stanovena konkrétní opatření, která byla pro dané období vytipována jako důležitá a prioritní. Plnění Národních plánů každoročně vláda kontrolovala a v případě potřeby prováděla jejich změny či doplnění. (Úřad vlády ČR, 2010, s. 5).“

Nejnovější Národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením z roku 2010 definuje patnáct oblastí, ve kterých má pomocí různých opatření docházet ke zlepšování možností participace osob se zdravotním postižením na životě celé společnosti. Využívány jsou pro tyto snahy různé nástroje typické pro oba modely pomoci osobám se zdravotním postižením s převahou strategií založených na sociálním modelu. Dokument reaguje na přijetí Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením a je tak implementací jejích ustanovení.

Jak již bylo v této práci uvedeno, medicínský model zdravotního postižení zdůrazňuje postižení jako individuální problém jednotlivce. Dobře je tato premisa patrná i na označeníh



jako „postižený“ nebo „pacient“, které jsou při pomoci osobám se zdravotním postižením pohledem zdravotnického modelu běžně používány. I z lingvistického hlediska tak můžeme pozorovat ztotožnění jedince a jeho postižení – okolní vlivy jsou opomíjeny.

Aby se jedinec mohl co nejvíce zapojit do běžné společnosti, je třeba jej jeho postižení zbavit nebo alespoň minimalizovat jeho dopady. Klíčovým pojmem takové strategie pomoci osobám se zdravotním postižením je **rehabilitace**. Podle Hartla je rehabilitace: „*Léčebná a doléčovací péče, která usiluje o obnovu porušené funkce nebo schopnosti, přechází do resocializace, zpětného začlenění člověka do každodenního života, případně do práce* (Hartl, 2004, s. 226).“ Tato definice dobře ilustruje snahu o vylepšení zdraví, která má být realizována ve specializovaném zařízení a teprve poté má docházet k zapojování jedince do společnosti.

Vedle rehabilitace se ve zdravotnické strategii pomoci osobám se zdravotním postižením můžeme setkat také s pojmem **habilitace**. Jako výklad je možné analogicky přijmout definici rehabilitace s tím rozdílem, že habilitace nemá pomoci k obnově již jednou získaných funkcí nebo schopností, neboť u jedince v minulosti nedošlo k jejich rozvoji. Pojem habilitace se tak používá pro označování souboru léčebných postupů, které jsou aplikovány u dětí, které mají vrozené zdravotní postižení.

Lékařský přístup a jeho strategie s sebou nesou nemalá úskalí, na která upozorňují nejen odborníci (např. Matoušek, 2003, s. 78 a 86), ale také laická veřejnost. Často při něm dochází k vypěstování závislosti na pečujícím personálu i instituci. Navíc představuje významný prvek institucionalizace, která velmi omezuje rozvoj přirozených sociálních vazeb a omezuje soukromí jednotlivců. Zdravotnický směřovaná strategie pomoci osobám se zdravotním postižením je dnes právě z těchto důvodů převážně upozadovaná.

Druhou a dnes nejvýznamnější strategií pomoci osobám se zdravotním postižením představují přístupy, které je možné zařadit pod zastřešující pojem sociálního modelu přístupu k osobám se zdravotním postižením. I jeho typické znaky lze nalézt v Národním plánu vytváření rovných příležitostí osob se zdravotním postižením. Medicínský přístup, který jistě má své opodstatnění při léčbě postižení, je zde do jisté míry nahrazován jinými soubory postupů, které vedle samotného postižení zohledňují také vlivy vnějšího prostředí.

I strategie pomoci osobám se zdravotním postižením založené na sociálním modelu využívají habilitaci a rehabilitaci, avšak ty jsou zaměřeny na následky postižení, nikoliv na postižení samotné. Rehabilitace je v tomto pojetí: „*Komplexní postupy odstraňující nebo zmírňující*



následky postižení. Cílem rehabilitace je dosáhnout stavu, kdy postižený člověk může plně rozvíjet všechny své schopnosti a přiměřeně se společensky uplatnit. V ČR se pojem uplatňuje spíše v užším, zdravotnickém, na tělo orientovaném pojetí. V jiných zemích má význam širší – rehabilitace zahrnuje všechny druhy pomáhajících postupů včetně poskytování sociálních služeb (Matoušek, 2003, s. 181).“

Z typů rehabilitace můžeme uvést následující:

- **Léčebná rehabilitace** – zaměřuje se na odstranění postižení, na odstranění funkčních poruch a dále na eliminaci následků zdravotního postižení (Jesenský, 1995).
- **Sociální rehabilitace** – usiluje o to, aby člověk s postižením byl schopen přijmout své postižení a v rámci svých možností se plně integrovat do společnosti. Její součástí jsou také sociální služby (Jankovský, 2006).
- **Pedagogická rehabilitace** – znamená záměrné působení pedagogicko - psychologickými prostředky ve smyslu reedukace, tedy obnovení normálního stavu (Jesenský, 1995).
- **Pracovní rehabilitace** - souvislá činnost, zaměřená na získání a udržení vhodného zaměstnání osoby se zdravotním postižením, kterou na základě její žádosti zabezpečuje úřad práce. (MPSV.CZ [online], http://portal.mpsv.cz/upcr/kp/pha/pracovni_rehabilitace)

Skutečnost, že strategie založené na sociálním modelu se soustředí na zmírňování a odstraňování překážek, které je jedinec se zdravotním postižením nucen v každodenním životě překonávat, je hlavním východiskem pro hledání opatření, jenž mají pomáhat k začlenění každého jednotlivce do života běžné společnosti, a to navzdory tomu, že nedisponuje plným zdravím. Taková opatření zasahují do různých oblastí činnosti člověka, jsou patrné v pedagogice, architektuře, ekonomii a dalších oborech. Jde tedy o multidisciplinární strategie, jejichž cílem je vytvořit prostředí vhodné pro všechny osoby, bez rozdílů zdravotního stavu.

Z lingvistického hlediska je zajímavé povšimnout si, že strategie založené na sociálním modelu používají v českém prostředí takřka výhradně označení jako „osoba se zdravotním postižením“, což jasně naznačuje snahu externalizovat samotný nedostatek zdraví od individuality každého jedince (srov. „postižený“ a „osoba s postižením“). Také v anglicky



hovořících zemích je běžně používán pojem „a disabled person“, který bývá překládán jako „osoba se zdravotním postižením“.

Autor této práce poznamenává, že strategie vycházející ze sociálního modelu zdravotního postižení můžeme nalézt zakotvené i v různých jiných legislativních dokumentech a staly se moderní a v současné době upřednostňovanou cestou k pomoci osobám se zdravotním postižením.

1.1.4 Integrace a inkluze

V předchozích kapitolách bylo pojednáno o tom, že v současné době jsou v moderních společnostech nejrozšířenějšími strategiemi pomoci zdravotně postiženým ty, které vycházejí ze sociálního modelu zdravotního postižení. Odstraňování překážek má vést k úplnému začlenění osob se zdravotním postižením v co největší míře do každodenního života běžné společnosti. Osoby se zdravotním postižením tak mají být od narození plnohodnotnou součástí populace, čímž není vytvářen prostor pro vznik segregace. Je však rozdíl v tom, jak ono začleňování probíhá. Klíčovými pojmy jsou v tomto případě integrace a inkluze.

Na tomto místě autor práce odkazuje na jiné pasáže pojednávající o obecných strategiích pomoci osobám se zdravotním postižením (kapitola 1.1.3) a o legislativních zakotveních práv osob se zdravotním postižením (kapitola 2). Právě z textace těchto kapitol je možné usuzovat na vývojové tendence, které moderní společnost vedou k vytváření a aplikaci integračních a inkluzivních strategií.

Vágnerová nabízí obecnou definici, která dává základní pohled na integraci: *„Integrace je určitým, kvalitativně vyšším stupněm adaptace. Lze ji chápat jako takové začlenění jedince (z nějakého důvodu odlišného) do prostředí majoritní společnosti, kdy v ní dovede bez problémů žít, cítí se jí přijat a sám se s ní identifikuje (Vágnerová, M., 1995, s. 99).“*

Matoušek s Novosadem definují integraci podobně. Navíc přidávají různé pohledy na to, jakým způsobem jedinec do běžné společnosti vstupuje: *„Snaha o začleňování sociálně nebo zdravotně znevýhodněných lidí do společnosti, včetně pracovního začlenění. Je to široce uznávaný ideál novodobé sociální práce – opak sociálního vylučování, s nímž se hendikepovaní setkávali a dosud často setkávají. L. Novosad rozlišuje asimilační a adaptační směr integrace. Asimilační integrace znamená, že hendikepovaná menšina by se měla snažit přizpůsobit nehendikepované většině a v maximální míře s ní splynout. Názor zdůrazňující adaptaci považuje integraci za společný problém majority i minority;*



mezi hendikepovanými a nehendikepovanými má vzniknout partnerský vztah, který se stává pro obě strany významnou hodnotou (Matoušek, 2003, s. 86).“

Integrace je tedy proces, při kterém dochází k začleňování jedince s postižením do běžné společnosti, kterou je přijímán za svého člena, avšak nikoliv plnohodnotného. „Zdravá“ společnost vnímá jedincovu jinakost a zohledňuje ji, čímž stále může docházet k částečné, byť málo podstatné, segregaci.

Naproti tomu **inkluze** je pojem označující maximální zapojení jedince s postižením do společnosti. Jandourek nabízí definici inkluze: *„Vyšší stupeň integrace postižených nebo znevýhodněných jedinců do společnosti a jejích institucí (Jandourek, 2001, s. 86).“* Za základní východisko inkluze je tak možné dle odborné literatury označit snahu nahlížení na odlišnosti ve skladbě nebo funkčnosti lidského těla jako součást přirozené biodiverzity.

Farková připomíná: *„Je jistě potřebné umožnit osobám s lehkými typy handicapů (včetně mentálních a duševních) běžný život s právy a povinnostmi jedince v běžných životních podmínkách subjektivního mikro- či mezosystému. V odborné literatuře bývá stav nazýván inkluze – tedy nikoliv jenom začlenění (tedy integrace), ale naprosto běžná existence v rámci přirozeného prostředí (Farková, 2009, s. 93).“*

S pojmem inkluze se lze nejčastěji setkat ve školním prostředí. *„Inkluze je nejen o pozornosti věnované jedincům, kteří se z jakéhokoliv důvodu ocitnou mimo hlavní proud nebo jsou přehlíženi, neschopni účastnit se aktivit - sociálních a akademických - které jsou obvykle spojeny se školou (Evans, 2007, s. 5).“*

Také Hájková a Strnadová hovoří o inkluzi ve školním prostředí: *„Existují minimálně dvě teoretické koncepce inkluze, které se ve vzdělávacích systémech řady zemí Evropy prakticky realizují často paralelně. V rámci první z nich jsou ke vzdělávání přiváděni nově žáci, kteří byli dříve z edukačního procesu v důsledku těžkého zdravotního postižení zcela vyloučeni – tj. „osvobození“ od školní docházky. Takto chápaní vzdělávací inkluzivní praxe sleduje respektování práva každého dítěte na vzdělání, ať už v běžné nebo speciální škole, v domácím či ústavním prostředí, ve zdravotnickém zařízení aj. Druhá koncepce inkluze směřuje k tomu, že všechny děti z jedné územní oblasti navštěvují stejnou místní školu a jsou společně vzdělávány přiměřeně svým zájmům, schopnostem a nadání. Tato koncepce s sebou přináší praktický předpoklad, že se všechny školy a školské systémy otevřou všem dětem*



a strukturálně se změni tak, aby jako inkluzivní vzdělávací zařízení začleňovaly postižené i nepostižené žáky a umožňovaly jim společně se vzdělávat (Hájková, Strnadová, 2010, s. 7). “

1.2 Typologie zdravotního postižení

1.2.1 Postižení z hlediska etiologie

Příčiny vzniku zdravotního postižení jsou různé a na vzniku samotného postižení se často podílí více příčin najednou. Základní etiologické dělení vzniku zdravotního postižení podle působení nepříznivého činitele je dle většiny autorů jednotné. „*Příčiny zdravotního postižení rozdělujeme na **vnitřní** (endogenní – dědičné, vrozené) a **vnější** (exogenní - úrazy, nemoci, stav a odolnost organismu ve vztahu k prostředí, výchova, apod.* (Novosad, 2006, s. 22)“. Mezi vnější příčiny jsou obecně zařazovány vlivy fyzikální, chemické, nedostatečná výživa, a cizí organismy. Mezi příčiny vnitřní pak dispozice, změněná reaktivita organismu, anafylaxe, imunita, tělesná konstituce a dědičnost.

Podle období, ve kterém nepříznivý činitel na organismus jedince působil, je možné stanovit, jestli se jedná o postižení vzniklé v:

prenatálním období – v této etapě ontogeneze lidského organismu mohou být příčinou vzniku zdravotního postižení například nitroděložní infekce, faktory nutriční a vlivy exotonické, těhotenské toxikózy, nedonošenost (vzácněji přenošenost) a další. Dle různých autorů je působení nepříznivých činitelů v prenatálním období příčinou vzniku autismu, malformací, deformací a dalších zdravotních postižení.

perinatální období – v této etapě ontogeneze lidského organismu mohou být příčinou vzniku zdravotního postižení například abnormální porody (překotné, císařským řezem, koncem pánevním nebo klešťové apod.), novorozenecká asfyxie (stav snížení sycení krve kyslíkem následkem nedostatečného nebo opožděného dýchání po porodu ať již z příčin centrálních nebo periferních) a další. Uvádí se, že právě abnormální porody a novorozenecká asfyxie jsou nejčastější příčinou vzniku dětské mozkové obrny.

postnatální období – v této etapě ontogeneze lidského organismu mohou být příčinou vzniku zdravotního postižení například infekce centrální nervové soustavy, záněty dýchacího či trávicího ústrojí, úrazy, projevy vrozených vad metabolismu a mnohé další. V postnatálním období může zdravotní postižení vzniknout také jako důsledek prodělaného onemocnění (nádorového, imunitního apod.)



1.2.2 Postižení z hlediska fyziologie

Podle toho, jestli postižení ovlivňuje stavbu orgánu nebo jeho funkci, můžeme hovořit o postižení **orgánovém nebo funkčním**.

Matoušek definuje základní kategorie zdravotního postižení podle toho, **jakou část lidského těla postižení ovlivňuje**. Hovoří o: „*Postižení sluchu, postižení zraku, poruchy řeči/komunikace, postižení mentální, postižení pohybového ústrojí, postižení duševní poruchou* (Matoušek, 2003, s. 271).“

V odborné literatuře a v praxi organizací, jejichž cílem je pomoc osobám se zdravotním postižením (například Národní rada osob se zdravotním postižením, HELPNET, Arcus a další), je možné setkat se také s pojmem vnitřní nemoci. Taková postižení jsou například poruchy stavby nebo funkce vnitřních orgánů, chybějící orgány, nádorová onemocnění, onemocnění kardiovaskulárního systému, onemocnění zažívacího traktu, civilizační choroby apod. Vždy se jedná o dlouhodobé nebo trvalé onemocnění.

Dělení postižení podle toho, jakou část těla ovlivňuje je dnes nejběžněji používaným hlediskem.

Podle toho o jak závažnou formu postižení se jedná, je možné definovat míru postižení (např. Kocurová, 2002; srov. Pipeková, 1998). V takovém případě hovoříme o dělení postižení **podle intenzity (hloubky)**, které může být.

Kocurová	Pipeková
Lehké postižení Malá intenzita, malý stupeň omezení	Lehké postižení Není narušen vztah k veřejnosti
Středně těžké postižení Střední intenzita, střední stupeň omezení	Střední postižení Je ohrožen vztah k veřejnosti nebo se již vyvinula porucha sociálních vztahů
Těžké postižení Velká intenzita, velký stupeň omezení	Těžké postižení Dochází ke ztrátě sociálních vztahů
Velmi těžké postižení Velmi silná intenzita, nejvyšší stupeň omezení	



Autor v této práci bude používat typologii Kocurové, která umožňuje lepší diferenciaci míry postižení.

V tomto případě je míra postižení určována testováním. Příkladem může být například mentální retardace (viz kap. 4.2.1).

Při posuzování intenzity postižení (a analogicky i mentální retardace) jde o uplatňování medicínského modelu, který ve svém důsledku nedokáže zohledňovat individuální možnosti jedince, což vede ke skutečnosti, že některé osoby s postižením nejsou do stupnic jednoznačně zařaditelné.

1.2.3 Kombinované postižení

Obecně lze říci, že pokud je u jedince přítomno více postižení najednou, na sobě nezávislé etiologie, hovoříme o kombinaci postižení. *„V současné době neexistuje jednotná terminologie pro uvedenou kategorii, trendem však je ustupovat od označení kombinované vady či kombinované postižení a preferovat termín postižení vícenásobné. Dalším trendem je používat neutrální termín těžké postižení, i když i jím se popisuje velice neutrálně a sporadicky to, co je pod ním skutečně obsaženo (Michalová, 2008, s. 74).“*

Kombinované postižení je tak v současné době spíše termín, který je postupně nahrazován termíny jinými. Autor této práce se přiklání k zachování tohoto termínu, případně k zavedení termínu vícenásobné postižení. Oba tyto termíny v sobě totiž nesou samotnou podstatu postižení, a sice že v takovém případě je najednou přítomno několik druhů postižení v různých kombinacích.

Mezi nejčastěji uváděná kombinovaná postižení patří:

- a) mentální postižení v kombinaci s dalším postižením, a to jak somatickým, tak vnitřním či smyslovým,
- b) kombinace smyslových postižení (např. hluchoslepota),
- c) kombinace somatického a duševního postižení (vozičkář schizofrenik),
- d) kombinace několika navzájem nesouvisejících somatických či jiných postižení (např. pouřazová hemiparéza a vrozená deformace jedné končetiny).



„Vícenásobné postižení je multifaktoriální, multikauzální a multisymptomaticky podmíněný fenomén, který se manifestuje signifikantními nedostatky v kognitivní, motorické, komunikační nebo psychosociální oblasti u jeho nositele (Vašek, Vančová, Hatos, 1999, s. 10).“

1.3 Zdravotní postižení v kontextu práce

1.3.1 Invalidita a její pojetí

Se zdravotním postižením a handicapem úzce souvisí také pojem **invalidita** (viz kap. 1.1.3). Encyklopedie udávají, že invalidita je: *„Ztráta či snížení pracovní schopnosti. Obvykle vzniká buď v důsledku vážného onemocnění (pak se hovoří o tělesném postižení) nebo úrazu. (http://cs.wikipedia.org/wiki/Invalidita, 2012).“*

V české legislativě je pojem **invalidita** zakotven v zákoně č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů. Z kontextu zákona vyplývá, že invaliditou se rozumí omezení možnosti participace (viz výše) v pracovní činnosti. § 39, odst. 2) vymezuje stupně invalidity takto:

„Jestliže pracovní schopnost pojištěnce poklesla

- a) nejméně o 35 %, avšak nejvíce o 49 %, jedná se o invaliditu prvního stupně,*
- b) nejméně o 50 %, avšak nejvíce o 69 %, jedná se o invaliditu druhého stupně,*
- c) nejméně o 70 %, jedná se o invaliditu třetího stupně.*

(MPSV.CZ, [online], http://www.mpsv.cz/ppropo.php?ID=z155_1995_1#par38)“

Jako kompenzace za omezenou možnost participace a získávání příjmů na trhu práce je osobám uznaným invalidními vyplácena sociální dávka invalidní důchod. Jedná se o dávku vyplácenou ze systému důchodového pojištění.



2 Zdravotní postižení v nadnárodním a českém kontextu

Vymezení pojmu zdravotní postižení není v odborné literatuře ani v legislativních normách jednoznačné. Tato kapitola přináší základní přehled o nejčastěji využívaných typologiích zdravotního postižení v českém a nadnárodním kontextu.

2.1 Mezinárodní východiska

V mezinárodním prostředí jsou z hlediska zdravotního postižení významné dvě instituce. Jedná se o Organizaci spojených národů a její agenturu, Světovou zdravotnickou organizaci.

2.1.1 Světová zdravotnická organizace

Světová zdravotnická organizace (dále též „WHO“) je organizací zejména metodickou. Výše v této práci jsou uvedeny dva stěžejní dokumenty, které WHO přinesla a které měly a mají významný vliv na definování zdravotního postižení. Jsou jimi Mezinárodní klasifikace poruch, postižení a handicapů a její přepracovaná verze s názvem Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví.

Vedle metodické činnosti se WHO věnuje také prevenci vzniku zdravotního postižení a výchově společnosti ke zdravému životnímu stylu, který má vést k minimalizaci výskytu poruch zdraví, a tím spojeného výskytu zdravotního postižení.

WHO významně působí také jako výzkumná instituce. Své poznatky získané v reálném prostředí pravidelně publikuje a plní tak roli vzdělávací (pro laiky i odborníky na poli zdravotní péče a předcházení rizik) i roli koordinační.

2.1.2 Organizace spojených národů

Organizace spojených národů (dále jen „OSN“) je významným hráčem zejména na poli mezinárodní ochrany lidských práv. Je iniciátorem mezinárodní úpravy lidských práv, a to prostřednictvím Všeobecné deklarace lidských práv přijatou OSN v roce 1948. Deklarace zakotvuje hlavní principy lidských práv, mající význam v kontextu zdravotního postižení, jako je rovnost, svoboda, právo na život, nediskriminace, apod.

Na podkladě Všeobecné deklarace lidských práv byly v roce 1966 přijaty Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech a Mezinárodní pakt o občanských a politických právech.



Zejména Pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech obsahuje důležitá ustanovení, která mají pro zdravotně postižené osoby velký význam. Jedná se jmenovitě o zákaz diskriminace, právo na práci, právo na spravedlivé a uspokojivé pracovní podmínky, právo na spravedlivou odměnu, právo na sociální zabezpečení apod.

Velmi významným dokumentem přijatým na půdě OSN je také Úmluva o právech osob se zdravotním postižením (dále jen „Úmluva“), která byla přijata v roce 2007. Základním principem Úmluvy je rovnost a nediskriminace. Úmluva reflektuje dříve přijaté dokumenty OSN „Deklarace práv mentálně postižených osob“ a „Deklarace práv zdravotně postižených osob“.

V souvislosti s činností Organizace spojených národů je nutné upozornit na v této práci již několikrát zmíněná Standardní pravidla pro vyrovnání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením. Smyslem tohoto dokumentu je určit opatření, které musí státy přijmout, aby mohly být odstraněny překážky osob s postižením v uplatňování jejich práv.

2.2 Zdravotní postižení z evropského pohledu

V evropském prostředí se otázkou zdravotního postižení nejvíce zabývá Rada Evropy. V evropském právním řádu i v ostatních dokumentech se nejčastěji hovoří o ochraně práv osob se zdravotním postižením, ale také o subvencích a jiných intervencích, které mají charakter podpůrných a vyrovnávacích opatření.

2.2.1 Strategické a akční plány

Za strategický dokument ve vztahu k problematice zdravotního postižení je možné považovat již samotnou Smlouvu o fungování Evropské unie (dále jen „EU“). Ta požaduje, aby EU při vymezování a provádění svých politik a činností bojovala s diskriminací na základě zdravotního postižení.

V roce 2005 byla vyhlášena Rámcová strategie nediskriminace a rovných příležitostí, která určuje například následující prioritní oblasti:

- Zajištění účinné právní ochrany před diskriminací
- Mainstreaming nediskriminace a rovných příležitostí pro všechny
- Osvětová činnost a spolupráce s partnery v oblastech práva, uznání, zastoupení, respekt



V roce 2005 deklarovala Rada Evropy vyhlášením strategického dokumentu Evropa 2010: Partnerství pro obnovu Evropy mimo jiné podporu a ochranu znevýhodněným skupinám obyvatel.

Nejvýznamnějším současným celkovým strategickým dokumentem je od března 2010 Strategie pro inteligentní a udržitelný růst podporující začlenění EVROPA 2020.

Strategie Evropa 2020 předkládá tři vzájemně se posilující priority:

- Inteligentní růst: rozvíjet ekonomiku založenou na znalostech a inovacích.
- Udržitelný růst: podporovat konkurenceschopnější a ekologičtější ekonomiku méně náročnou na zdroje.
- Růst podporující začlenění: podporovat ekonomiku s vysokou zaměstnaností, jež se bude vyznačovat sociální a územní soudržností.

Součástí strategie EVROPA 2020 je také Evropská strategie zaměstnanosti, jejíž podtitul je „Vytváření nových a lepších pracovních míst pro všechny“.

Základním aktuálním strategickým dokumentem EU pro oblast zdravotního postižení je Evropská strategie pro pomoc osobám se zdravotním postižením 2010–2020: Obnovený závazek pro bezbariérovou Evropu. *„Hlavním cílem této strategie je posílit postavení osob se zdravotním postižením tak, aby mohly zcela využívat svých práv a mít úplný prospěch ze zapojení do společnosti a evropské ekonomiky, konkrétně prostřednictvím jednotného trhu. Dosažení tohoto cíle spolu s účinným prováděním úmluvy OSN v celé EU vyžaduje konzistentnost. Tato strategie identifikuje kroky, které je třeba podniknout na úrovni EU a které doplňují opatření jednotlivých států, a stanoví mechanismy nutné k provádění úmluvy OSN na úrovni EU, včetně v rámci orgánů EU. Dále stanoví podporu potřebnou pro financování, výzkum, informační kampaně, statistiku a sběr dat (<http://eur-lex.europa.eu> [online]).“*

Evropská strategie se promítá do dalších dokumentů, které mohou, ale nemusejí mít právní povahu. Jako příklad je možné jmenovat Akční plán na podporu práv a plného zapojení osob se zdravotním postižením do společnosti: zlepšení kvality života osob se zdravotním postižením v Evropě 2006 – 2015 (z roku 2006, dále jen „Akční plán“), který sice není pro členské státy právně závazný, avšak Rada Evropy může členské státy požádat o monitoring provádění jednotlivých doporučení. Akční plán stanovuje 15 oblastí činností,



ve kterých by členské státy měly vyvíjet úsilí s cílem plného zapojení osob se zdravotním postižením do společnosti.

2.2.2 Ochrana práv osob se zdravotním postižením

Ochrana lidských práv se v rámci Rady Evropy datuje od roku 1950, kdy byla Radou Evropy přijata Evropská úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod. V roce 1961 následovala Evropská sociální charta. Pro osoby se zdravotním postižením jsou stěžejními zejména závazky členských států naplňovat principy jako právo na sociální zabezpečení, právo na sociální a zdravotní pomoc, ochrana rodiny a deklarace práva na práci.

V roce 1989 byla Evropskou radou přijata Charta základních sociálních práv pracovníků, kde je právům postižených osob věnován článek 26. Zde je mimo jiné uvedeno, že všechny postižené osoby musí mít nárok na další konkrétní opatření, která zlepší jejich sociální a profesní integraci.

V červenci 1996 komise přijala sdělení o rovnosti příležitostí pro osoby se zdravotním postižením s podtitulem Nová strategie Evropského společenství v oblasti zdravotního postižení. Cílem sdělení bylo dát nový impuls směrem k přístupu k rovným příležitostem ke zdravotnímu postižení, který je založen na právech. Sdělení zavádí občanský dialog s nevládními organizacemi a vychází z toho, co komise nazývá „mainstreaming“.

Významným právním dokumentem v oblasti ochrany práv osob se zdravotním postižením se stala tzv. Amsterodamská smlouva, které vstoupila v platnost 1999. Evropská unie získala pravomoci pro boj s diskriminací z celé řady důvodů (ne jen na základě státní příslušnosti a pohlaví). V čl. 13 této smlouvy se stanoví, že: *„Rada může na návrh Komise a po konzultaci s Evropským parlamentem jednomyslně přijmout vhodná opatření k boji proti diskriminaci na základě pohlaví, rasového nebo etnického původu, náboženského vyznání nebo světového názoru, zdravotního postižení, věku nebo sexuální orientace* (<http://eur-lex.europa.eu> [online]).“ Toto ustanovení tak značně rozšířilo diskriminační důvody.

V roce 2000 vznikl dokument s názvem Charta základních lidských práv EU. Vypracování této Charty bylo významným počinem států EU, neboť představuje skutečný katalog lidských práv občanů EU. Ochranou práv osob se zdravotním postižením se v Chartě zabývá několik článků. Podpisem Lisabonské smlouvy se Charta stala součástí primárního práva a je tedy přímo aplikovatelná a vymahatelná v jednotlivých členských státech.



V roce 2000 došlo k přijetí také dvou významných směrnic, a to Směrnice o rasové rovnosti (2000/43/ES) a Směrnice o rovnosti v zaměstnání (2000/78/ES). Oba tyto dokumenty představují významné právní nástroje proti diskriminaci, které mají vliv i na diskriminaci z důvodu zdravotního postižení.

Snahu upravit rovné zacházení a potírání diskriminace je možné nalézt také v tzv. Zelených a Bílých knihách. Ty vydává Evropská komise ve snaze podpořit debatu k danému tématu na celoevropské úrovni nebo jimi přímo navrhuje činnosti EU pro danou oblast. Například v Zelené knize o rovnosti a nediskriminaci v rozšířené Evropské unii (2004) je zanalyzováno posledních pět činností v oblasti diskriminace a popsány jsou zde pokroky, kterých bylo společným úsilím dosaženo. Dokument obsahuje také oblasti, kde je třeba úsilí zvýšit, aby bylo kýženého výsledku dosaženo.

Výstupem následné diskuse nad Zelenou knihou je Komuniké Evropské komise Radě, Evropskému parlamentu a Sociálnímu výboru a Výboru regionů: Nediskriminace a rovné příležitosti pro všechny – rámcová strategie (viz kap. 2.2.1).

2.2.3 Podpůrná opatření

Vedle výše popsaných legislativních a doporučujících opatření existují také podpůrná opatření ve formě finančních transferů. Za podpůrná opatření na podporu osob se zdravotním postižením lze z tohoto pohledu v evropském kontextu označit zejména strukturální fondy, které nabízejí možnosti financování nejrůznějších aktivit ve prospěch vyrovnávání příležitostí osob se zdravotním postižením. Nejvýznamnějšími jsou v tomto ohledu aktivity Evropského sociálního fondu. *„Evropský sociální fond je hlavním nástrojem pro rozvoj zaměstnanosti a sociálního začleňování v EU. Aktivity se zaměřují na rozvoj strategií ve vzdělávání, profesním školení, rozvoji zaměstnanosti a sociálního začleňování. Již tradičně se tento fond využívá k financování většiny iniciativ pro osoby se zdravotním postižením. Co se týče osob se zdravotním postižením, je nařízení ESF velice komplexní a k využití na národní úrovni nabízí zajímavé nástroje.*

Osoby se zdravotním postižením a jejich rodiny jsou uvedeny v řadě článků, především ve smyslu sociálního vyloučení a přístupu k zaměstnání. Význam ESF je v tom, že podporuje iniciativy v těchto oblastech:

- *adaptabilita pracovníků, podnikání, podnikatelů*
- *přístup k zaměstnání a udržitelné začleňování na trh práce;*



- *posílení sociálního začleňování;*
 - *podpora lidského kapitálu;*
 - *vzdělávání, školení a výzkum jsou rovněž specifickými prioritami záměru sblížení.*
- (<http://www.esf.cz> [online])“.

Prostřednictvím Evropského sociálního fondu lze v současné době na území České republiky čerpat finanční prostředky nejen na vzdělávání osob se zdravotním postižením, ale také na přímou podporu těmto osobám (příspěvky na zvýšené výdaje v souvislosti s přípravou nebo vstupem na trh práce) a na mzdové příspěvky zaměstnavatelům, kteří zaměstnají osobu se zdravotním postižením, zejména pokud se jedná o tvorbu nových pracovních míst.

Prostředky ze strukturálních fondů lze využívat také na infrastrukturu – např. silnice, školy, nemocnice, rozvoj dopravních komunikací, nové technologie, apod. Z těchto prostředků mohou být financovány iniciativy na podporu zaměstnanosti a sociálního začleňování pomocí školení, vzdělávání, opatření pro zaměstnanost, apod. Evropská unie používá systém spolufinancování, tzn., že poskytnuté prostředky pokryjí pouze část nákladů na projekt.

Vedle strukturálních fondů EU jsou významným poskytovatelem podpůrných opatření nestátní neziskové organizace. Jejich podpora většinou směřuje k omezení diskriminace z důvodu zdravotního postižení nebo směrem k odstraňování překážek v přístupu do veřejného života.

2.3 Legislativní ukotvení v českém právním řádu

V českém právním řádu je terminologie poměrně neostrá, ačkoliv v posledních letech je patrná snaha o harmonizaci a odklon od zdravotnického k sociálnímu pojetí zdravotního postižení. Česká republika je, v pozici členského státu Rady Evropy, Evropské unie, zakládajícího člena Organizace spojených národů a člena dalších mezinárodních organizací, vázána mezinárodními smlouvami s dalšími dokumenty, včetně řady mezinárodních právních norem, které se v jejím legislativním rámci odrážejí.

2.3.1 Ochrana práv osob se zdravotním postižením

Nejvyšší právní sílu mají v českém legislativním řádu ústavní zákony a ratifikované mezinárodní úmluvy. Základním dokumentem je tedy v tomto ohledu Listina základních práv a svobod, kterou Česká národní rada vyhlásila na sklonku roku 1992 součástí ústavního



pořádku. Pro osoby se zdravotním postižením je jmenovitě významný zejména článek 29, který stanovuje:

„(1) Ženy, mladiství a osoby zdravotně postižené mají právo na zvýšenou ochranu zdraví při práci a na zvláštní pracovní podmínky.

(2) Mladiství a osoby zdravotně postižené mají právo na zvláštní ochranu v pracovních vztazích a na pomoc při přípravě k povolání. (<http://www.vlada.cz> [online])“.

Česká republika také ratifikovala několik úmluv zaměřených na ochranu práv osob se zdravotním postižením, a tím je začlenila do svého právního řádu. Od prosince roku 1999 je tak součástí českého právního řádu Evropská sociální charta nebo od roku 2009 Česká republika ratifikovala Úmluvu o právech osob se zdravotním postižením. Samozřejmě součástí české legislativy jsou také různé směrnice Rady EU, mezi nimiž je možné zmínit například Směrnici Rady 2000/78/ES, kterou se stanoví obecný rámec pro rovné zacházení v zaměstnání a povolání a za jejíž nenaplnování byla Česká republika v minulosti Evropskou unií napomenuta. Dnešní podoba zákona č. 435/2004 Sb., zákon o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů již obsahuje ustanovení, že státní politika zaměstnanosti zahrnuje také: *„Opatření na podporu a dosažení rovného zacházení s muži a ženami, s osobami bez ohledu na jejich rasový a etnický původ, s osobami se zdravotním postižením a s dalšími skupinami osob, které mají ztížené postavení na trhu práce, pokud jde o přístup k zaměstnání, rekvalifikaci, přípravu k práci a ke specializovaným rekvalifikačním kurzům, a opatření pro zaměstnávání těchto osob (<http://www.portal.gov.cz> [online])“.*

Mezinárodní předpisy jako právě Směrnice EU nejsou vždy přímo součástí legislativního rámce českého práva, ale jejich ustanovení zavazují Českou republiku k tomu, aby do svých platných právních předpisů aplikovala taková ustanovení, která jsou v souladu s obsahem směrnic.

Prameny ochrany práv osob se zdravotním postižením jsou tedy v současné době spíše záležitostí mezinárodní. Česká republika je však ratifikací přijala za vlastní, čímž ochrana osob se zdravotním postižením doznala charakter vnitrostátní.

2.3.2 Oblast vzdělávání

Zdravotní postižení pro účely primárního a sekundárního školství definuje v České republice zákon č. 561/2004 Sb., školský zákon, ve znění pozdějších předpisů. V zákoně je možné, vedle definice zdravotního postižení, nalézt také definici zdravotního znevýhodnění. Společně



se sociálně znevýhodněnými patří takové osoby do skupiny osob se speciálním vzdělávacími potřebami.

„Zdravotním postižením je pro účely tohoto zákona mentální, tělesné, zrakové nebo sluchové postižení, vady řeči, souběžné postižení více vadami, autismus a vývojové poruchy učení nebo chování.

Zdravotním znevýhodněním je pro účely tohoto zákona zdravotní oslabení, dlouhodobá nemoc nebo lehčí zdravotní poruchy vedoucí k poruchám učení a chování, které vyžadují zohlednění při vzdělávání. (<http://www.msmt.cz> [online])“.

Na půdě vysokých škol je obecně závazným právním předpisem zákon č. 111/1998 Sb., o vysokých školách. Vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami se v České republice děje za pomoci podpůrných a vyrovnávacích opatření (viz kap. 5).

2.3.3 Sociální oblast

V sociální oblasti existuje několik právních předpisů, které ne zcela konzistentně definují zdravotní postižení. Některé právní předpisy navíc odkazují na ustanovení zákonů z pracovněprávní oblasti. Někteří autoři odborných statí (Krhutová a kol., 2005, s. 73) a zástupci organizací hájících práva zdravotně postižených (např. Národní rada osob se zdravotním postižením) tuto praxi kritizují. Podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů se za **zdravotní postižení** považuje:

„Tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby (<http://www.mpsv.cz> [online])“.

Vedle této definice ale existuje také pojem **dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav**, který zavádí zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění. § 26 tohoto zákona říká: *„Za dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav se pro účely tohoto zákona považuje zdravotní stav, který omezuje tělesné, smyslové nebo duševní schopnosti pojištěnce významné pro jeho pracovní schopnost, pokud tento zdravotní stav trvá déle než 1 rok nebo podle poznatků lékařské vědy lze předpokládat, že bude trvat déle než 1 rok.* (<http://www.mpsv.cz> [online])“.

Třetí termín v oblasti zdravotního postižení je možné nalézt v zákoně č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů. Zde je zaveden termín **zdravotní znevýhodnění**, který se do konce roku 2011 vyskytoval také v zákoně o zaměstnanosti (viz kap. 2.3.4). Od 1. ledna 2012 však tento termín není jinde



v české legislativě zachován, přestože Okresní správy sociálního zabezpečení mají stále posuzovat přiznání statutu zdravotního znevýhodnění pro účely sociálního zabezpečení a pro účely poskytnutí dávek a mimořádných výhod.

Tyto termíny následně používá zákon č. 329/2011 Sb., zákon o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, ve znění pozdějších předpisů. Tento zákon zavádí také nové průkazy osob se zdravotním postižením, které přiznává osobám, kterým: *„Byl podle zákona o sociálních službách přiznán příspěvek na péči, a osobám, kterým byl přiznán příspěvek na mobilitu nebo příspěvek na zvláštní pomůcku, vydává krajská pobočka Úřadu práce podle jiného právního předpisu kartu sociálních systémů, která současně v zákonem stanovených případech slouží jako průkaz osoby s těžkým zdravotním postižením (průkaz TP) nebo průkaz osoby se zvlášť těžkým zdravotním postižením (průkaz ZTP) anebo průkaz osoby se zvlášť těžkým zdravotním postižením s potřebou průvodce (průkaz ZTP/P [...] náleží těž osobě starší 1 roku, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat základní životní potřeby v oblasti mobility nebo orientace nebo je uznána závislou na pomoci jiné osoby podle zákona o sociálních službách [...] osobám, které jsou podle zákona o sociálních službách považovány pro účely příspěvku na péči za osoby závislé na pomoci jiné osoby ve stupni I (lehká závislost) [...] osobám, které jsou podle zákona o sociálních službách považovány pro účely příspěvku na péči za osoby závislé na pomoci jiné osoby ve stupni II (středně těžká závislost), a osobám starším 18 let, které nejsou schopny zvládat základní životní potřeby v oblasti mobility nebo orientace z důvodu úplné nebo praktické hluchoty [...] osobám, které jsou podle zákona o sociálních službách považovány pro účely příspěvku na péči za osoby závislé na pomoci jiné osoby ve stupni III (těžká závislost) nebo stupni IV (úplná závislost), a osobám, u kterých bylo pro účely příspěvku na mobilitu zjištěno, že nejsou schopny zvládat základní životní potřeby v oblasti mobility nebo orientace (<http://www.mpsv.cz> [online])“.*

Analogicky k průkazům vztaženo je tedy za osobu se zdravotním postižením považována každá osoba, kterou státní orgány označí za osobu s postižením nebo s dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem a vydá této osobě průkaz. Zde je patrná snaha o konsolidaci definice zdravotního postižení v sociální agendě.



2.3.4 Pracovně-právní oblast

V pracovně-právní oblasti je zdravotní postižení definováno zejména v zákoně č. 435/2004 Sb., zákon o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů. § 67 obsahuje následující ustanovení: *„Fyzickým osobám se zdravotním postižením (dále jen „osoby se zdravotním postižením“) se poskytuje zvýšená ochrana na trhu práce [...] osobami se zdravotním postižením jsou fyzické osoby, které jsou orgánem sociálního zabezpečení uznány invalidními) ve třetím stupni (dále jen „osoby s těžším zdravotním postižením“), nebo [...] v prvním nebo druhém stupni [...] za osoby se zdravotním postižením se považují i fyzické osoby, které byly orgánem sociálního zabezpečení posouzeny, že již nejsou invalidní, a to po dobu 12 měsíců ode dne tohoto posouzení. (<http://portal.gov.cz> [online])“.*

Stejnou definici přebírá i zákon č. 262/2006, zákoník práce, ve znění pozdějších předpisů, který osobám se zdravotním postižením přiznává mimo jiné vyšší ochranu na pracovišti a povinnost zaměstnavatele přizpůsobit pracovní prostředí potřebám těchto osob.

Autor této práce připomíná, že zákon č. 435/2004 Sb., zákon o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů, používal do 31. 12. 2011 také termín zdravotní znevýhodnění. Osoby, které byly uznány zdravotně znevýhodněnými, požívaly ochrany na trhu práce podobně jako osoby se zdravotním postižením. Ačkoliv od 1. 1. 2012 již nelze přiznávat statut zdravotního znevýhodnění, osoby, které byly uznány zdravotně znevýhodněnými podle minulé právní úpravy, mohou výhody požívat po dobu, po kterou jim byly příslušným rozhodnutím přiznány.



3 Vliv zdravotního postižení na život člověka

Zdravotní postižení má bezesporu významný vliv jak na osobnost daného člověka, tak i na jeho sociální vztahy a možnost společenského uplatnění. Ať již je zdravotní postižení vrozené nebo získané v průběhu života, vždy znamená významnou událost z individuálního, rodinného, tak i celospolečenského hlediska.

3.1 Dopady postižení na jednotlivce

Zdravotní postižení s sebou přináší nepříznivé aspekty, které mají své dopady nejen na život jednotlivce, ale i jeho okolí. V této kapitole je pojednáno o skutečnostech, které se promítají v životě jednotlivců – osob se zdravotním postižením.

3.1.1 Vliv na psychiku jednotlivce

Jestliže hovoříme o zdravotním postižení obecně, musíme zmínit skutečnost, že samotné orgánové nebo funkční postižení přímo ovlivňuje celou psychiku jedince. Vágnerová hovoří o tom, že: *„Zdravotní postižení představuje v psychické oblasti primárně omezení v oblasti předpokladů k rozvoji normálních funkcí. Riziko, že v důsledku zdravotního postižení vznikne psychická odchylka, souvisí především s typem a závažností defektu. Sekundárně ji mohou ovlivnit vlastnosti osobnosti postiženého člověka i různé faktory vnějšího prostředí. Některé jejich osobnostní nápadnosti mohou být podmíněné postižením, ale jiné na něm vůbec nemusí záviset. Vnější a vnitřní faktory jsou vždy ve vzájemné interakci: trvalé postižení znamená změnu životní situace, která ovlivní nejen vývoj takto postiženého jedince, ale bude měnit i chování a postoje ostatních lidí. Variabilita odlišností v nejrůznějších složkách psychiky i celé osobnosti jako celku je závislá jak na samotném jedinci, tak na prostředí, v němž žije (Vágnerová, 2002, s. 98).“*

Zdravotní postižení jednoznačně ovlivňuje psychiku a celou osobnost jedince v každém případě. Je však poměrně značný rozdíl, jestli se jedná o postižení vrozené (případně časné získané) anebo pokud se jedná o postižení získané v průběhu života. *„Hlavní rozdílem ve vlivu postižení na jednotlivé složky osobnosti je doba, kdy postižení vzniklo. Vrozený defekt omezuje jedince již od počátku jeho vývoje, mění podmínky vývoje, sociální vztahy, ale zároveň vyřazuje i některé druhy podnětů, které jsou pro vývoj potřebné. Vzhledem k tomu se ostatní složky osobnosti vyvíjí pouze kompenzačně. U získaného defektu se osobnost vyvíjela zcela přirozeně až do doby, kdy postižení vzniklo. Způsobuje velký zásah do osobnosti, duševní*



trauma a je subjektivně velice hluboce prožíváno. Zvláště v oblasti kompenzační funkce klade mnohem větší nároky na adaptaci jedince. Pokud jedinec akceptuje své postižení a vyrovná se s ním realisticky, nemusí se to výrazněji projevit na struktuře jeho osobnosti. Setkáváme se ale i s tím, že postižený reaguje na nově vzniklou situaci takovým způsobem, že jeho reakce zapříčiní vznik určitých specifických rysů osobnosti (Vágnerová, Hadj-Mousová, Štech, 2000, s. 37).“

Vrozené zdravotní postižení přináší riziko odlišného vývoje osobnosti daného jedince. Oproti tomu zdravotní postižení získané v pozdějším věku vzniká nejčastěji z důvodu prodělaného či chronického onemocnění nebo úrazem. To jsou pro člověka traumatizující situace, které mají velký potenciál narušit psychiku jedince. Není výjimkou ani rozvoj posttraumatické stresové poruchy, která ve svém důsledku může významně zhoršovat dopad zdravotního postižení nejen na psychiku jedince, ale i na jeho celkový zdravotní stav. „*Klient buď událost prožívá stále znovu v představách i ve snech, je úzkostný, podrážděný, nesoustředěný, má pocity viny, nebo se snaží vyhnout vzpomínkám na ni, je otupělý, ztrácí zájem o lidi i o práci (Matoušek, 2003, s. 157),“* Je tedy zřejmé, že zdravotní postižení může mít také vliv na motivaci člověka.

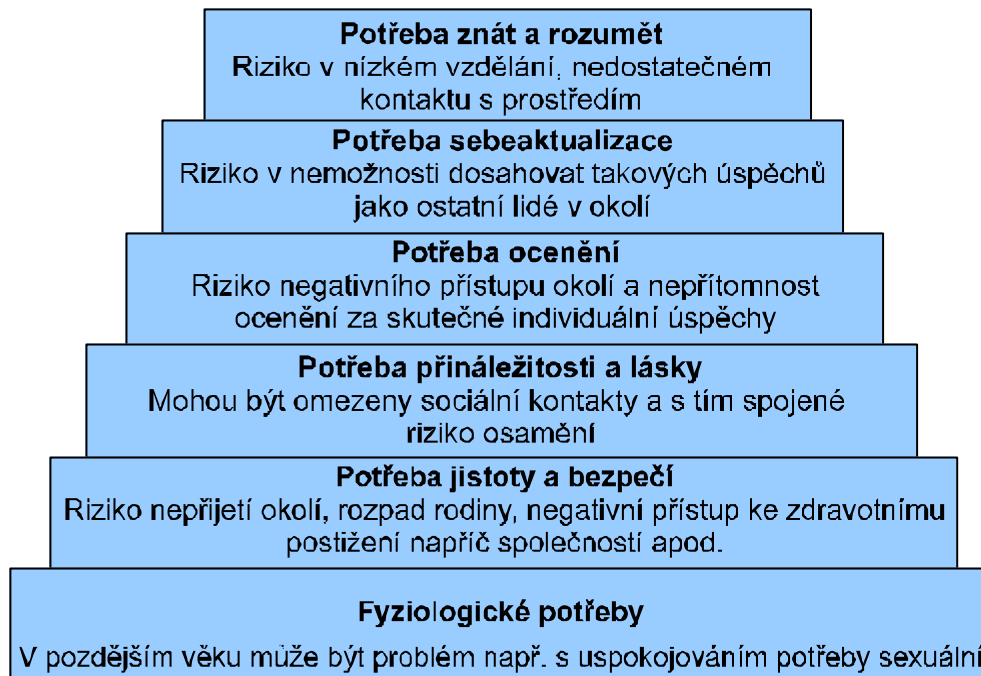
3.1.2 Vliv na uspokojování vlastních potřeb

Na prvním místě je třeba konstatovat, že osoby se zdravotním postižením mají stejné potřeby jako ostatní členové společnosti. Rozdíl je pouze v možnostech jejich naplňování. „*Znamená to, že jakkoli zdravotně postižený člověk potřebuje v individuální míře určitou pomoc při kompenzaci či uspokojování samozřejmých lidských potřeb. Tato pomoc není nějaká zvláštní potřeba, je to soubor opatření, která vedou ke zpřístupnění možnosti realizovat či naplňovat svoje přirozené potřeby. Proto také v kontextu péče o znevýhodněné jedince hovoříme o zpřístupňování (například vzdělání, pracovního uplatnění, kulturního vyžití) nebo o vyrovnávání příležitostí (například seberealizace, společenského uplatnění) (Novosad, 1997, s. 37).“*

Do jaké míry ovlivňuje zdravotní postižení možnost uspokojování vlastních potřeb je velmi individuální. Obecně ale platí, že těžší postižení významněji ovlivňuje tuto oblast než postižení lehčí. Je však třeba přihlídnout i k interindividuálním možnostem, zkušenostem, míře motivace a působení vnějších faktorů. Riziko neuspokojení potřeb je však obecně u osob se zdravotním postižením vyšší než u zdravých jedinců.



Pokud se na uspokojování potřeb osob se zdravotním postižením podíváme z hlediska Maslowovy hierarchie potřeb, je zřejmé, že riziko neuspokojení některé z nich je poměrně vysoké.



Obr. 1 – Rizika v uspokojování potřeb - příklady (Maslowova hierarchie potřeb)

Zdravotní postižení má vliv i na stanovování osobních cílů a strategií, kterými je člověk dosahuje. Nezřídka je přítomna tendence k přeceňování se a kladení si nereálných cílů, což může být dáno snahou překonat svá omezení. V takovém případě ale často přichází neúspěch, který může mít vliv na změnu psychiky jedince. Opakovaný neúspěch v naplňování svých potřeb může působit jako protektivní faktor, který umožňuje rychlejší a bezproblémovější vyrovnání se se zátěžovými situacemi. Může však také působit deprivacně. „Deprivační zkušenost patří k nejzávažnějším zátěžovým vlivům, může nepříznivě ovlivnit jak aktuální psychický stav jedince, tak jeho psychický vývoj. Patogenní význam deprivace je závislý na období, kdy člověk takto strádá. Ve vztahu k vývojově podmíněnému významu různých psychických potřeb lze mluvit o fázích zvýšené citlivosti k určitému typu deprivace. Například v raném věku jsou důsledky citového strádání větší než v pozdějším období. Závažná a dlouhotrvající deprivace může vést k narušení psychického vývoje, k nerovnoměrnému rozvoji některých složek osobnosti či ke vzniku specifických psychických odchylek (Vágnerová, 2003, s. 20).“



V souvislosti s tématem této práce autor upozorňuje zejména na možné problémy s uspokojováním fyziologických potřeb ve smyslu prostředků na důstojné živobytí a na problémy při pracovním uplatnění (potřeba sebeaktualizace a ocenění).

3.1.3 Vliv na společenské uplatnění

Společenské uplatnění je jednou ze základních potřeb jednotlivce. Nepříznivé důsledky zdravotního postižení mohou jedinci komplikovat nejen zvládání běžných denních úkonů, ale i uspokojování jeho životních a společenských potřeb nebo pro plnění jeho společenských úkolů. Osoby s postižením mohou být svým zdravotním stavem natolik ovlivněny, že je jejich kontakt se sociálním prostředím ztížen nebo dokonce znemožněn. Z toho vyplývá také nemožnost nebo ztížení přejímání některých společenských rolí, jako je například role rodiče nebo partnera. Také na společenský status jedince může mít zdravotní postižení vliv. Se zhoršením zdravotního stavu se totiž obvykle pojí i pokles příjmů, což může vést až k marginalizaci osob s postižením.

Některá zdravotní postižení jsou pro přijetí jednotlivce společností prognosticky o to závažnější, že jsou viditelná a členy většinové populace jsou vnímána s negativní konotací. „*Emocionální postoj k postiženým má často ambivalentní charakter – obsahuje pozitivní i negativní citové hodnocení. Postižení lidé jsou předmětem soucitu, protože je potkalo neštěstí, vesměs zcela bez vlastního zavinění. Zároveň vzbuzují i hrůzu a odpor, poněvadž symbolizují něco negativního, čemu se je lépe vyhnout. Neinformovanost zde hraje velkou roli, protože vzácná postižení vyvolávají více strachu než běžné choroby. Citová ambivalence spojuje soucit s odporem, pozitivní emoce s negativními* (Vágnerová, 2002, s. 99).“

Není to ale jen viditelnost nebo vzácnost postižení, ale také strach z neznámého, co znesnadňuje společenské uplatnění osob se zdravotním postižením. Navzdory různým kampaním a osvětovým akcím je v dnešní společnosti stále mnoho lidí, kteří nevědí, jak se k postiženým chovat, proto před nimi raději zavírají oči.

Druhým aspektem, který snižuje osobám se zdravotním postižením možnost společenského uplatnění v plném rozsahu, je jejich ekonomická situace. V porovnání s průměrnými příjmy v České republice patří invalidním důchodům jedny z nejnižších příček, a tak jejich příjemci nemají velkou možnost zapojovat se do obvyklého života majoritní společnosti. Tato skutečnost může navíc působit deprivacně a vyvolávat v některých zdravotně



postižených pocity méněcennosti a studu. To je jeden z mnoha důvodů, proč někteří zdravotně postižení dávají přednost životu v jistém druhu izolace, což ovšem opět přináší řadu negativních důsledků pro samotné osoby se zdravotním postižením i pro celou společnost.

Oba uvedené aspekty omezující plnohodnotné společenské uplatnění osobám se zdravotním postižením se mohou promítat také do problematiky uplatnění na trhu práce. Ačkoliv zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů, určuje zaměstnavatelům, kolik zdravotně postižených mají v předepsaných případech zaměstnávat a zároveň jsou v České republice k dispozici nástroje aktivní politiky zaměstnanosti, za jejichž pomoci je možné zaměstnávání osob se zdravotním postižením do jisté míry podporovat, zaměstnavatelé často dávají přednost náhradnímu plnění (viz kap. 1) nebo přímému odvodu prostředků do státního rozpočtu. Osoby se zdravotním postižením tedy i přes všechny snahy patří mezi skupiny velmi ohrožené nezaměstnaností. Přitom právě zvládnutí profesní a partnerské role je pro každého člověka nejdůležitější hodnotou v dospělosti.

Osoba s postižením samozřejmě ambivalentní postoje společnosti velmi dobře vnímá. „*Pokud je toho postižený člověk psychicky schopen, vytváří si proti postojům společnosti nejrůznější způsoby obrany. Ty mu umožní uchovat si s v této situaci duševní rovnováhu a přijatelnou sebeúctu. Postižení lidé si rovněž utvářejí určité postoje stereotypy, zahrnující např. pocity ukřivdění a podezíravosti, bez ohledu na to, zda jsou aktuálně oprávněné či nikoliv. Existují spíše jako rigidní očekávání, které nepříznivě ovlivňuje interpretaci projevů zdravých i vlastní chování* (Vágnerová, 2002, s. 102).“

3.2 Dopady postižení na rodinu a společnost

Zdravotní postižení jednotlivce má dopad také na jeho rodinu a širší okolí. V nejširším slova smyslu se dotýká také celé společnosti. Jedná se o důsledky psychologické, materiální, ale také ekonomické.

3.2.1 Dopady postižení na rodinu jednotlivce

Rodina je z psychologického i sociálního pohledu nejvýznamnější institucí, která ovlivňuje život jedince. Na druhou stranu však i problémy jednotlivce ovlivňují rodinu jako celek. Rodina tím získává jinou sociální identitu – je totiž něčím výjimečná. V případě zdravotního postižení dítěte hraje roli, kdy se rodina se zdravotním postižením setká. Ačkoliv je to pro ni vždy významná zátěž, **narození postiženého dítěte** je v odborné literatuře uváděno jako jedna z nejvíce traumatizujících událostí. „*Narození postiženého dítěte*



představuje pro rodiče zátěž, obyčejně neočekávanou. Je traumatem, které vyplývá z pocitu vlastního selhání v rodičovské roli.

Vědomí neschopnosti zplodit normálního potomka vede ke ztrátě sebedůvěry a k pocitům méněcennosti. Reakce okolí mohou tyto tendence ještě posilovat, zejména tehdy, jestliže jde o vrozené a nápadné postižení, jehož původ nelze jednoduše vysvětlit (např. infekcí či úrazem) (Vágnerová 2002, s. 102).“ V této souvislosti hovoříme o krizi rodičovské identity. Pokud ale dojde ke vzniku zdravotního postižení později, rodiče již jsou dítětem identifikováni a rozvoj krize rodičovské identity je méně pravděpodobný.

Stejně jako rodiče, ovlivňuje přítomnost zdravotně postiženého dítěte v rodině i jeho sourozence. „*Pokud je jeho sourozenec něčím výjimečný, například je nemocný či postižený, musí si zdravé dítě vypracovat určité strategie, které mu pomohou zvládnout tento vztah přijatelným způsobem. Obyčejně jde o postupné přijetí dominantně-ochranitelské role. Sourozenci bývají soupeři i spojenci, ale postižené dítě nemůže být soupeřem, protože tomu neodpovídají jeho kompetence. Navíc rodiče takový projev zdravého dítěte klasifikují jako špatné chování, jako přestupek. Postižené dítě nemůže být ani modelem, s nímž by se mladší sourozenec ztotožnil. Je jiné, výjimečné, a proto neposkytuje obvyklou zkušenost. Vytvoření skutečné vztahové symetrie, která je mezi zdravými sourozenci běžná, je v tomto případě většinou těžko dostupné (Vágnerová, 2002, s. 106)“.* Zdravý sourozenec tak může být upozaděn a jakoby v zájmu rodičů odsunut do ústraní. Nebo může naopak dojít ke zvýšení zájmu rodičů o zdravé dítě na úkor postiženého. Obě možnosti jsou z hlediska výchovy a formování osobnosti dětí nevhodné a často je třeba zásah odborníka, aby patologické procesy v rodině pomohl odbourat.

Pokud se jedná o postižení **získané v pozdějším věku**, znamená to pro jednotlivce i jeho rodinu obvykle radikální změnu role. Z živitele se stává závislý, z pečovatele o děti se stává příjemce péče od dětí a společenský status kdysi úspěšné a uznávané rodiny upadá (Vágnerová, 2002). To vše působí velmi depresivně na všechny členy rodiny. Ustupuje pracovní kariéra, kterou střídá péče o rodinného příslušníka, a horší se i ekonomická situace rodiny.

Nežádka je třeba změnit bydlení, které neodpovídá svou bariérovostí, nebo alespoň investovat do potřebných úprav. Překonání šoku z náhlé a tak závažné události není jednoduché pro jednotlivce ani jeho rodinu a nežádka se jedná o skutečnou krizi rodiny. Někteří lidé, kteří získali zdravotní postižení v průběhu života, se navíc stávají nepřátelskými a své blízké



odmítají. Jiní se ke své rodině natolik přichylují, že se jejich přítomnost pro ostatní stává fyzicky nepříjemnou. To vše jsou faktory, které mohou vést až k rozpadu dosud fungující rodiny.

3.2.2 Ekonomické důsledky postižení

Jak již bylo uvedeno výše, jedním z dopadů zdravotního postižení je také nutnost změnit pracovní zařazení v důsledku změny pracovních schopností. Nezřídka dochází také k poklesu příjmu, pokud se vůbec podaří odpovídající pracovní zařazení nalézt. Zdravotní postižení s sebou ale na druhé straně nese také zvýšené nároky na finanční výdaje rodin, které se musejí podílet na úpravě bydlení, na nákupu kompenzačních pomůcek, na spoluúčasti při poskytování lékařské péče, na rehabilitaci a dalších výdajích spojených s péčí o zdravotně postiženou osobu.

Jelikož však osoby se zdravotním postižením mají omezenou možnost pracovních příležitostí, hrozí v tomto případě významné riziko nezaměstnanosti. Naplnění profesní role je přitom jednou ze základních hodnot dospělého člověka. Nezaměstnanost se však netýká pouze jednotlivců a jejich rodin. „*Pro společnost představuje dlouhodobá nezaměstnanost velkou ekonomickou zátěž; nezaměstnanému se vyplácejí dávky, stát za něj platí pojištění a státní rozpočet přichází o jeho daně z příjmu. Dlouhodobá nezaměstnanost se výrazně podílí na vzniku chudoby. Vytváří tlak na větší přerozdělování společenské produkce* (Matoušek 2003, s. 125).“ V případě osob se zdravotním postižením neplatí uvedená citace doslovně, neboť tato skupina osob má svá specifika a například vyplácení dávek v nezaměstnanosti není vždy nezbytné, například z důvodu přiznaného invalidního důchodu. Přesto však lze i v případě osob s postižením souhlasit s obecným obsahem autorova sdělení, že nezaměstnanost je pro společnost velkou ekonomickou zátěží a navíc se významně podílí na výskytu sociálně-patologických jevů, včetně chudoby.

Obecně je možné konstatovat, že zdravotní postižení s sebou přináší ekonomické důsledky pro jednotlivce, jejich rodiny i stát. Z části jsou tyto zvýšené nároky na finanční prostředky hrazeny z vlastních zdrojů zdravotně postižených, avšak z větší části jsou financovány prostřednictvím společenské solidarity – transfery ze státního rozpočtu, systému pojistných dávek atd. Velkou pomoc v oblasti krytí zvýšených životních nákladů osob se zdravotním postižením představuje také neziskový sektor, který svou činností buď pomáhá tyto náklady



snižovat nebo formou finanční či materiální pomoci přispívá na financování potřebných výdajů.



4 Specifika kombinovaného postižení

V této kapitole budou popsána specifika jednotlivých druhů postižení, která se nejčastěji kombinují s dalšími druhy. Pro kontakt s osobami s kombinovaným postižením je třeba zohlednit všechny konkrétní druhy postižení, kterými daná osoba trpí a také individuální možnosti daného jedince.

4.1 Specifika v oblasti komunikace

Komunikace je významnou složkou lidského života a je uplatňována ve všech oblastech lidského konání. Osoby s postižením v oblasti komunikačních dovedností mohou trpět vadami jak v oblasti percepce (získávání podnětů z vnějšího prostředí), tak i v oblasti exprese (adekvátní vyjadřování myšlenek, postojů, pocitů a rozhodnutí směrem k okolnímu prostředí). Postižení v obou případech může být jak orgánové, tak funkční a může se jednat o postižení vrozené i získané.

4.1.1 Percepční oblast

Pešatová (2005, s. 7) uvádí, že člověk přijímá podněty ze svého okolí:

- zrakem 75 – 80 %
- sluchem 15 %
- hmatem 6 %
- chutí 3 %
- čichem 2 %

Z důvodu nejvyšší významnosti zrakového a sluchového čítí pro člověka a omezeného rozsahu této práce bude kapitola věnována specifikům právě zrakového a sluchového postižení.

U osob s vícenásobným postižením je tak mnohem větší riziko, podnětové deprivace, neboť často bývá postižen více než jeden smysl. Pokud se jedná o postižení vrozené nebo časně získané, je riziko o to větší, že taková osoba si neosvojí ve společnosti běžně užívané komunikační návyky a nedostatek podnětů se může projevit také v oblasti přirozeného sociálního učení nápodobou.



Jak již bylo uvedeno výše, nejvíce podnětů člověk ze svého okolí přijímá zrakem. Postižení tohoto smyslu je tedy velmi významné a do značné míry ovlivňuje schopnost percepce jedince. U osob trpících postižením zraku je tento smysl přirozeně nahrazován smyslem jiným. *„Kompenzační funkci má především sluchové vnímání. Zejména nevidoucí člověk se na ně musí spoléhat ve větší míře než vidící, a proto jsou jeho sluchové schopnosti lépe rozvinuty. Sluchové vnímání se na základě aktivnějšího využívání stává citlivější a diferencovanější. Nejde o vrozené zvýhodnění, ale o prostý důsledek učení a zvýšené potřeby užívat právě tento smysl.*

Podobným způsobem dochází k rozvoji hmatového vnímání. Hmat je však ve své podstatě kvalitativně odlišný a neposkytuje ani stejně snadno stejné množství informací (Vágnerová, 2002, s. 122).“

Zrakové postižení má také vliv na myšlení takového jedince. Při komunikaci s ním je třeba si uvědomit, že mnoho běžně používaných termínů je pro něj pouhým abstraktem, který sice běžně používá, avšak nemá s nimi praktickou zkušenost. Osoba se zrakovým postižením například nedokáže určovat barvy, ačkoliv mluví o tom, že sníh je bílý a podobně. Dobře bývá u osob se zrakovým postižením rozvinuta paměť. Uvádí se také, že některé osoby s těžkým zrakovým postižením mohou mít strach z pohybu a sklon k nehybnosti, výrazně a mimovolně grimasovat a mohou se u nich projevovat mimovolní a neovladatelné pohyby, které na okolí působí velmi rušivě.

Také postižení sluchu patří s ohledem na míru přijímaných podnětů (viz výše) k závažným postižením v percepční oblasti jedince, které může být kombinováno s jinými postiženími. *„Sluchově postižení lidé mají problémy s rozlišováním slov, která jsou si zvukově podobná. Vzhledem k tomu, že mívají malou slovní zásobu, mají potíže i s identifikací slov vůbec (tj. s hledáním jejich obsahu a významu). Pro sluchově postižené je značnou zátěží nutnost zvýšené koncentrace pozornosti, kterou potřebují, aby mohli mluvený projev vůbec vnímat, ať už tak činí sluchem či zrakem. Odezírání je velice obtížný způsob vnímání mluvené řeči a nelze jej praktikovat vždycky. Zrakem není možné přesně určit všechny hlásky, a proto dochází k mnoha omylům. [...] Sluchově postiženým chybí spontánní a snadné porozumění kontextu, které je pro slyšící lidi samozřejmostí (Vágnerová, 2002, s. 128).“* Pro osoby se sluchovým postižením je problematické hypotetické uvažování a jejich myšlení je celkově vázáno spíše na současnou realitu. Také logické operace bývají zpomalené nebo zcela nemožné. To vše může přinášet problémy při komunikaci s ostatními lidmi. Nutné



je však poznamenat, že pomalost ve vnímání i při komunikaci s osobou se sluchovým postižením není zpravidla spojena s mentální úrovní jedince. V případě, že je však postižení kombinováno s jiným, je nutné zohledňovat i tato specifika (viz níže).

Z důvodů uvedených v této části práce je v literatuře jako vícenásobné zdravotní postižení s nejhůrší prognózou označována hluchoslepota. „*Hluchoslepé osoby trpí dvojvadou složenou ze složky sluchové a zrakové. Zrakovou vadou může být slabozrakost, zbytky zraku nebo slepota, sluchovou vadou pak nedoslýchavost, zbytky sluchu nebo hluchota. Nejlehčí formou hluchoslepoty je tedy kombinace slabozrakosti a nedoslýchavosti*) <http://cs.wikipedia.org/wiki/Hluchoslepota>, 2012).“

Odhaduje se, že hluchoslepotou trpí v České republice asi 4 tis. obyvatel, kteří mají značné potíže v psychosociální oblasti, sociální interakci s prostředím, v komunikaci i při zajišťování vlastních životních potřeb (LORM, 2010).

Typickým postižením v perceptivní oblasti bez postižení zraku a sluchu je tzv. perceptivní afázie. Jedná se o poruchu, která vzniká na podkladě organického poškození mozku a postiženému neumožňuje rozumět mluvené řeči. Tuto řeč sice jedinec slyší, ale mozek nedokáže vyhodnotit její obsah. Perceptivní afázie je často spojena s demencí (viz kap. 4.2.2), případně s jinými druhy postižení.

Novosad (2002, s. 57) upozorňuje také na skutečnost, že porucha percepce může vzniknout také jako nepřímý důsledek tělesného postižení, kdy motoricky podmíněný deficit zkušeností může postihnout také oblast řečovou, a to jak její percepční, tak i expresivní složku. Mohou se tak vyskytnout poruchy porozumění řeči, malá aktivní slovní zásoba, opožděný vývoj řeči apod.

4.1.2 Expresivní oblast

V této kapitole jsou uvedeny poruchy, které se nejčastěji kombinují s dalšími druhy postižení.

Nejčastěji uváděnou poruchou v této oblasti je **expresivní afázie**. Jedná se o závažnou poruchu, kdy se osoba s postižením není schopna vyjádřit slovy, a to bez klinického nálezu na mluvidlech. Příčinou vzniku poruchy bývá nejčastěji organické poškození mozku vzniklé v pozdějším věku, a proto je expresivní afázie pro postiženého psychicky zatěžující, neboť si většinou její projevy uvědomuje.



Může se jednat o úplnou ztrátu schopnosti nebo o její omezení. Nejvýznamnějším příznakem této poruchy jsou odchylky v plynulosti řeči. Postižený špatně nebo vůbec neuvádá spojky, zájmena, předložky, pomocná slovesa apod. V řeči jsou patrné také záměny hlásek a velmi často je možné pozorovat chyby v pojmenovávání předmětů a situací. Lidé s expresivní afázií také často nejsou schopni opakovat slova nebo věty podle předlohy.

Expresivní afázie je často doprovodným postižením u demencí nebo u somatických postižení. Může se však projevit také jako dominující postižení, ale zpravidla v kombinaci s další doprovodnou poruchou. Samostatně je její výskyt spíše vzácný.

Další významnou poruchou v expresivní oblasti je **agramatismus**. Jde o „*Neschopnost tvořit a spojovat slova, skloňovat, časovat, tvořit věty* (Hartl, 2004, s. 10-11),“ Agramatismus se nejčastěji vyskytuje jako doprovodné postižení osob s mentálním postižením, ale někdy je i projevem přítomnosti sluchového postižení.

V praxi je možné se často setkat také s tzv. **dyslalickým syndromem**, který se vyskytuje zejména u osob s dětskou mozkovou obrnou. „*Příčinou může být jak poškození řečového aparátu, tak oslabení fonemacko-akusticko-motorických spojení v důsledku nedostatečného vývoje fonemackého sluchu a zvláště pak na základě ztížení kinestetické percepce (vnímání pohybu). Obtíže v oblasti kinestéze mohou vést k motorické alalii, neschopnosti spojovat hlásky* (Novosad, 2002, s. 57).“ Samotná **dyslalie** (patlavost, nesprávná výslovnost hlásek) je poměrně běžná porucha, která však samostatně zpravidla není považována za zdravotní postižení.

V případě osob s dětskou mozkovou obrnou se často můžeme setkat také s **dysartrií**, tedy poruchou artikulace. „*Vzniká na základě zhoršené kontroly jemné motoriky řečových pohybů – jako následek poškození řečové motoriky regulujícího nervosvalového systému. Poškození postihuje řečovou motoriku v období, kdy řeč ještě není vytvořena. To znamená, že jsou poškozeny už prvotní nebo základní funkce mluvidel, funkce přijímání potravy* (Novosad, 2002, s. 58).“ Úplnou neschopnost artikulace nazýváme **anartrie**.

Dalším specifickým v oblasti expresivní složky komunikace může být **mutismus**, tedy nemluvnost. Jedná se o psychicky podmíněnou poruchu často (dočasně nebo trvale) přítomnou u osob, které trpí některým získaným postižením. Takový jedinec mluvit umí, ale například po prodělaném traumatu mluvit přestane a řeč nepoužívá.



4.2 Specifika vyplývající z mentální insuficience

Mentální insuficience je významnou poruchou, která do života jedince i jeho okolí přináší celou řadu specifíků, které je nutné brát v úvahu při všech životních etapách člověka. V této kapitole je kladen důraz zejména na mentální retardaci a demenci, tedy dvě nejčastější poruchy rozumových schopností člověka.

4.2.1 Mentální retardace

Mentální retardace je postižení vrozené nebo časně získané (obvykle se udává maximálně do druhého roku života jedince). Mezinárodní klasifikace nemocí definuje mentální retardaci jako: *„Stav zastaveného či neúplného duševního vývoje, který je zvláště charakterizován narušením dovedností, projevujících se během vývojového období, přispívajících k povšechné úrovni inteligence, tj. poznávacích, řečových, pohybových a sociálních schopností. Retardace se může vyskytnout společně s jakoukoli jinou duševní nebo tělesnou poruchou nebo bez ní. Mentálně retardovaní jedinci však mohou být postiženi celou řadou duševních poruch, jejichž prevalence je u nich přinejmenším 3-4 krát častější než v běžné populaci (Mezinárodní klasifikace nemocí, 1996, s. 65).“*

Nejpoužívanějším způsobem, jak vyjádřit úroveň inteligence jedince, je inteligenční kvocient. Zavedl jej W. Stern a v podstatě jde o vyjádření vztahu mezi věkem mentálním a chronologickým. Mentální věk je zjišťován v úlohách pomocí testu.

Hodnota IQ sice dává představu o inteligenci jedince, avšak neuvádí a ani uvádět nemůže nic o jeho kvalitativních zvláštěnostech. Lze tedy říci, že i osoba, která nedosáhla vysoké hodnoty IQ, může mít nadprůměrné schopnosti v jiné oblasti (například ve hře na hudební nástroj atd.) Přesto však lze nalézt specifika, která je nutné zohledňovat u jednotlivých typů mentální retardace (Dále volně dle Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize, 1996).

Lehká mentální retardace

„Lehkou mentální retardaci prokazuje rozmezí IQ mezi 50-69. Lehce mentálně retardovaní si osvojují mluvu opožděně, ale většinou dosáhnou schopnosti užívat řeč v každodenním životě a udržovat konverzaci. Většina z nich také dosáhne úplné nezávislosti v osobní péči (jídlo, mytí, oblékání, vyměšování apod.) a v praktických domácích dovednostech (Švarcová, 2006, s. 18).“

Lehká mentální retardace je většinou diagnostikována až v pozdějším věku, neboť mírně mentálně retardovaný jedinec se ve svém přirozeném prostředí může jevit téměř normálně,



případně mírně zaostale. Toto postižení se pak naplno projeví nejčastěji po zahájení školní docházky, kdy jsou na jedince kladeny různé nároky a navíc dochází ke srovnávání s ostatními členy kolektivu.

Pokud je lehce mentálně retardovaný jedinec navíc emočně a citově zaostalý, pravděpodobně nebude moci v dospělosti převzít společenskou roli, jaká je od něho očekávána – zapojení se do pracovního procesu nebo převzetí role rodiče.

Středně těžká mentální retardace

Tato skupina jedinců dosahuje IQ v rozmezí 35-49. Konečné schopnosti, které získají během života, jsou v každém případě omezené, i když kvalitní vzdělávací program jim můžeme pomoci k získání základních životních dovedností a znalostí. Ty jim následně mohou zajistit jistou míru samostatnosti při samoobsluze a při jednoduchých manuálních činnostech, které jsou ve většině případů schopni vykonávat. U některých jedinců je však potřebný celoživotní dohled. Pomalu se u nich rozvíjí chápání a užívání řeči.

Těžká mentální retardace

Poslední kategorií, kde je možné zodpovědně změřit hodnotu IQ, je těžká mentální retardace. Hodnota IQ se pohybuje v rozmezí 20-34. Pokud jde o klinický obraz, jsou jedinci s těžkou mentální retardací v mnohém srovnatelní s těmi zařazenými do předchozí kategorie. Ve velkém procentu případů se ale přidružují závažné problémy s motorikou nebo jiné poruchy centrálního nervového systému. I kvůli tomu mají tito jedinci značně omezené schopnosti mentální i fyzické. Při včasné odhalení těžké mentální retardace a zahájení intenzivní pedagogické a terapeutické činnosti však i v této skupině jedinců zpravidla dochází ke zlepšení celkového stavu, konkrétně motoriky a schopností denní potřeby. Možnost fyzické práce v dospělém věku je u této skupiny handicapovaných značně omezena a bez odborného vedení téměř vyloučena.

Hluboká mentální retardace

U hluboké mentální retardace je hodnota IQ pouze odhadována, a to pod hranicí hodnoty 20, což znamená, že postižení jedinci jsou těžce omezeni ve své schopnosti porozumět požadavkům. Drtivá většina takto postižených jedinců není schopna samostatného přesunu a i další jejich pohybové aktivity jsou značně omezeny (jsou imobilní). Jelikož nejsou v podstatě schopni jakkoli komunikovat s okolím a někdy jej ani nevnímají. V některých případech je možné intenzivní práci s těmito jedinci dosáhnout alespoň základních zrakově



prostorových orientačních dovedností, ovšem schopnost uspokojovat své základní potřeby je v téměř 100 % případů vyloučena. Tito jedinci potřebují celoživotní péči a délka jejich života bývá postižením zkrácena.

Popis	IQ
F70 Lehká mentální retardace	50 – 69
F71 Středně těžká mentální retardace	35 – 49
F72 Těžká mentální retardace	20 – 34
F73 Hluboká mentální retardace	0 – 19

Tab. 1: Přehled mentálních retardací, včetně čísel diagnóz podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (1996).

V Mezinárodní klasifikaci nemocí (1996) jsou uvedeny ještě další dvě skupiny retardace:

Jiná mentální retardace

Jedná se o zcela specifickou kategorii jedinců, u kterých bývá diagnóza stanovena. Používá se pouze tehdy, je-li stanovení stupně intelektové retardace pomocí obvyklých metod velmi nesnadné nebo nemožné. Bývá tomu tak zejména u osob slepých, hluchoněmých, těžce tělesně postižených atd.

Nespecifikovaná mentální retardace

Při zařazení do této kategorie je mentální retardace u jedince sice prokázána, ale není dostatek informací, aby bylo možné pacienta zařadit do jedné z výše uvedených kategorií.

4.2.2 Demence

Demenci je jinými slovy možné označit jako získanou mentální retardaci v průběhu života člověka. „*Demence je označením pro syndrom, jehož nejvýznamnějším projevem je úbytek komplexu kognitivních funkcí, především inteligence a paměti. Při demenci dochází ke ztrátě již rozvinutých intelektových funkcí. [...] Demence je získané postižení. Může k němu dojít až po dosažení určitého stupně rozumového vývoje, demenci lze diagnostikovat až po druhém roce života. Do té doby vzniklý defekt je posuzován jako mentální retardace* (Vágnerová, 2002, s. 137).“



Demence může vzniknout třemi způsoby:

- a) Atroficko-degenerativním onemocněním (např. Alzheimerova choroba),
- b) Ischemicko-vaskulární příhodou (např. cévní mozková příhoda),
- c) Jako sekundární postižení (např. při otravě nebo úrazu).

Specifika při práci s lidmi s demencí však nejsou jen ve zohlednění úbytku kognitivních funkcí, ale také se zohledněním dalších doprovodných poruch, které s demencí souvisí. V odborné literatuře je možné nalézt široký výčet těchto poruch, mezi které patří například poruchy řeči, poruchy emotivity a motivace, poruchy vnímání, poruchy spánku nebo přítomnost bludů a v počátečních stádiích Alzheimerovy choroby také konfabulací postiženého.

4.3 Specifika v oblasti lokomoce

Lokomoce (schopnost samostatného pohybu) je přirozenou potřebou každého člověka. Osoby s tělesným postižením však nemusí být vždy zcela schopny pohybu z místa na místo, anebo jej jsou schopni pouze při vynaložení značného úsilí za pomoci různých kompenzačních pomůcek, případně další osoby. „*Pohybové postižení ovlivňuje rozvoj všech funkcí, které jsou na takových kompetencích závislé.*

Jde především o omezení mnoha zkušeností, zejména sociálního charakteru. Pohybově postižený člověk nemá takovou možnost setkat se s jinými lidmi, má obyčejně i menší zkušenost s různým sociálním prostředím. Pokud má navíc v takovém kontaktu obtíže, může se začít lidem vyhýbat. Je zde větší riziko, že zůstane izolován. Určitý infantilismus, daný omezením zkušeností, se může projevit i v oblasti socializace (zvláště u lidí s vrozeným postižením) (Vágnerová, 2002, s. 131).“

S poruchou lokomoce se můžeme setkat u celé řady postižení. Velmi častá je například u dětské mozkové obrny, u osob s vrozenou dysmelií nebo amelií (neúplné vyvinutí nebo úplné chybění končetiny), ale i při poúrazových stavech, po operačních zákrocích, parézách, plégiích, myopatiích, poliomyelitidách nebo při revmatických onemocněních.

Podle Vágnerové (2002, s. 131) možnost lokomoce osvobozuje z vazby na prostor. Pokud tedy pracujeme s člověkem s poruchou lokomoce, je vedle přístupnosti okolí a zohlednění možného omezení v podnětové oblasti nutné brát na zřetel také dopady omezení na psychiku jedince.



4.4 Poruchy v pásmu specifických poruch učení a chování

Specifické poruchy učení a chování nejsou definovány jako zdravotní postižení, nicméně v kombinaci se zdravotním postižením je možné se s nimi často setkat. Na tomto místě jsou tedy stručně uvedeny pro úplnost možných specifik, se kterými je možné se v práci s osobami se zdravotním postižením setkat.

Specifické poruchy učení nemají vztah pouze ke školnímu vzdělávání, ale k celoživotnímu procesu osvojování jednotlivých kompetencí jedince. Ve vzdělávacím procesu si jedinci často mohou saturovat některé ze základních potřeb – a sice potřebu sebeaktualizace a potřebu ocenění. Úspěch je to, po čem každý člověk touží a hledá možnosti jak jej dosáhnout, jak být oceněn. Pokud je ale přítomna porucha učení, hrozí, že člověk bude v tomto ohledu selhávat. To je také jeden z důvodů, proč mezi specifickými poruchami učení a chování existuje podstatná souvislost.

„Zvláštnosti v chování (popř. poruchy chování), které vznikají jako následek poruch učení, jsou nejčastěji podmíněny pocity méněcennosti, snahou zakrýt obtíže, upozornit na sebe (vykřikování, nevhodné slovní projevy). Ovlivňují celou osobnost dítěte a následně se promítají i do způsobu života v rodině. Porucha se stává břemenem, které zatěžuje rodiče i dítě.

Dyslexie, dysgrafie a dysortografie sice jsou závažnou překážkou v osvojování vědomostí, ale ještě závažnější je celý řetězec nepříznivých následků. Čtení a psaní nejsou cílem, ale prostředkem vzdělávání, pokud si je dítě nemůže osvojit, musí hledat náhradní formy učení. Pokud mu nepomůže odborník, začíná zaostávat ve vědomostech, vytvářejí se nesprávné pracovní návyky, fixují se nesprávné návyky v chování. To vše se negativně odráží v hodnocení a klasifikaci, která bývá horší, než odpovídá schopnostem (Zelinková, 2003, s. 46).“

4.5 Důsledky kombinace jednotlivých druhů postižení

Nejprve se zaměříme na to, jak je nutné k důsledkům kombinace postižení přistupovat z profesionálního hlediska. Z výše uvedených kapitol vyplývá, že každé jednotlivé postižení má svá neopomenutelná specifika. Čím více je u jedince přítomno druhů postižení, tím více k specifickým požadavkům je nutné při práci s ním přihlížet.



Obecně je možné konstatovat, že před jakoukoliv intervencí v případě osoby s kombinovaným postižením by se měl profesionál seznámit se specifickými potřebami v oblastech (Michalová, 2008, s. 76):

- motoriky
- vnímání
- komunikace
- sociálního vývoje
- emocionality
- her (zejména u dětí)
- sexuálního chování
- senzomotorické inteligence

Důležité je také v každém jednotlivém případě přihlídnout k intenzitě postižení, která do značné míry ovlivňuje kvalitu života osoby se zdravotním postižením i jejího okolí.

Z individuálního hlediska existují kombinace postižení, které jedince ve výrazné míře v rámci společnosti stigmatizují, ale na druhé straně také kombinace postižení, která mají větší dopad spíše na psychiku jednotlivce a společností jsou přijímány lépe. „*Tělo funguje jako primární složka vlastní sociální prezentace. Méně viditelné poruchy, např. psychické, se mohou projevit teprve postupně, často ani ne tak jednoznačně. Viditelná tělesná deformace má vždy sociální dopad, jenž může být větší, než je vliv funkčního handicapu. Nápadné změny a odlišnosti snižují status postiženého jedince a nepříznivě ovlivňují jeho sociální hodnocení i akceptaci okolím. Tyto reakce ovlivňují také sebehodnocení postižených lidí, zejména v některých vývojových fázích (např. v adolescenci)*“ (Vágnerová, 2002, s. 132).“

Každé zdravotní postižení přináší také mnohé důsledky pro rodinu a okolí zdravotně postiženého. V případě kombinovaného postižení jsou tyto důsledky mnohem rozsáhlejší a svým charakterem rozsáhlejší. Například u vozíčkáře s afázií je třeba nejen zabezpečit bezbariérové bydlení, ale také se naučit používat alternativní komunikační prostředky a prostřednictvím nich s osobou s postižením komunikovat. Kombinované postižení tak mnohem více zasahuje do života celé rodiny zdravotně postiženého.



5 Vzdělávání osob se zdravotním postižením

Základním právním předpisem, který v České republice upravuje oblast vzdělávání osob se zdravotním postižením, je zákon č. 561/2004 Sb., školský zákon, ve znění pozdějších předpisů. § 16 tohoto zákona je věnován právě vzdělávání dětí, žáků a studentů, mezi které zákonodárce zařadil také osoby se zdravotním postižením a zdravotním znevýhodněním (viz. kap. 2.3.2). Vedle podmínek pro organizaci výuky zákon stanovuje také podmínky pro používání kompenzačních a učebních pomůcek, poskytování speciálního poradenství a asistence při výuce.

„Děti, žáci a studenti se speciálními vzdělávacími potřebami mají právo na vzdělávání, jehož obsah, forma a metody odpovídají jejich vzdělávacím potřebám a možnostem, na vytvoření nezbytných podmínek, které toto vzdělávání umožní, a na poradenskou pomoc školy a školského poradenského zařízení. Pro žáky a studenty se zdravotním postižením a zdravotním znevýhodněním se při přijímání ke vzdělávání a při jeho ukončování stanoví vhodné podmínky odpovídající jejich potřebám. Při hodnocení žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami se přihlíží k povaze postižení nebo znevýhodnění (http://www.msmt.cz [online])“.

Dalším právním dokumentem je v oblasti vzdělávání vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných, ve znění pozdějších předpisů. Důležitým ustanovením vyhlášky je stanovení formy speciálního vzdělávání žáků se zdravotním postižením, která se podle této normy děje:

- a) formou individuální integrace,
- b) formou skupinové integrace,
- c) ve škole samostatně zřízené pro žáky se zdravotním postižením (dále jen "speciální škola"),
- d) kombinací forem uvedených pod písmeny a) až c).

Vedle stanovení formy vzdělávání je ve vyhlášce obsažen také rámcová podoba individuálního vzdělávacího plánu, který je základním předpokladem pro integraci žáka se speciálními vzdělávacími potřebami do běžného typu školy. Vyhláška se zabývá také tím, za jakých okolností je možné zařadit dítě, žáka nebo studenta se zdravotním postižením



do jiné formy vzdělávání než je klasická školní třída. Vyhláška stanovuje například minimální požadavky na informovaný souhlas, na základě kterého je možné žáka převést do jiné formy vzdělávání.

Třetím významným předpisem v oblasti vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami je vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských zařízeních. Jejím obsahem je to, kdo a jakým způsobem či rozsahem služeb vymezuje specifické vzdělávací potřeby a doporučuje vřazení jedinců do integračního procesu ve školských zařízeních.

5.1 Předškolní vzdělávání a povinná školní docházka

Pro předškolní vzdělávání slouží v České republice zejména mateřské školy, do kterých je možné integrovat i dítě se speciálními vzdělávacími potřebami. V rámci mateřských škol ale mohou být zřizovány také speciální třídy (např. pro mentálně postižené). Vznikat mohou také celé speciální mateřské školy, které jsou primárně určeny pro vzdělávání dětí s těžšími formami zdravotního postižení. Mateřské školy existují také v rámci zdravotnických a sociálních zařízení, kde jsou děti se zdravotním postižením dlouhodobě umístěny. Výjimkou nejsou ani stacionáře (např. pro tělesně, smyslově nebo řečově postižené nebo pro osoby s kombinovaným postižením). Také stacionáře mohou zajišťovat předškolní vzdělávání.

Při dovršení školního věku (v případě odkladu školní docházky nejpozději od 8 let věku) jsou děti se speciálními vzdělávacími potřebami dále vzdělávány ideálně v běžné základní škole (devítileté), a to za využití jedné z forem uvedených v kap. 5. Dle školského zákona mohou ve školách vznikat oddělené třídy, oddělení nebo vzdělávací skupiny pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami, ve kterých probíhá výuka podle upravených vzdělávacích programů.

„Základní vzdělávání pro žáky se zdravotním postižením, kteří se vzdělávají ve třídách nebo školách s upraveným vzdělávacím programem, může s předchozím souhlasem ministerstva trvat deset ročníků; první stupeň je tvořen prvním až šestým ročníkem a druhý stupeň sedmým až desátým ročníkem (<http://www.msmt.cz> [online])“.

Vedle toho ale existují také základní školy zaměřené na vzdělávání žáků s určitým druhem postižení (pro děti se smyslovým postižením, pro děti s tělesným postižením apod.) Pro osoby s mentálním postižením jsou určeny základní školy praktické (bývalé zvláštní) s devítiletou povinnou školní docházkou. Ve všech těchto typech škol získají absolventi základní vzdělání v souladu se zákonem, jehož cílem je vytvoření základů pro celoživotní učení.



Pro děti s těžším typem mentálního postižení jsou určeny základní školy speciální. Zde je realizována školní docházka po dobu deseti let a absolventi získávají (na rozdíl od ostatních typů škol) zpravidla základy vzdělání, což lze považovat za vzdělanostní minimum v České republice.

Dítě však může být také v běžném školním prostředí, a to formou individuální integrace. *„Individuální integrací rozumíme vzdělávání žáka v běžné škole nebo ve škole samostatně zřízené pro žáky s jiným druhem zdravotního postižení. Ve třídě základní školy, která není určena pro žáky se zdravotním postižením, lze s přihlédnutím k rozsahu speciálních vzdělávacích potřeb integrovat nejvýše 5 žáků se zdravotním postižením“* (Výzkumný ústav pedagogický, 2010). V případě individuální integrace žáka vypracuje škola tzv. Individuální vzdělávací plán, který se stává součástí dokumentace žáka a který v sobě zakotvuje všechny údaje a předpoklady pro následný průběh vzdělávání, včetně jeho cílů a popisu jak jich bude dosaženo. Na individuálním vzdělávacím plánu spolupracují všichni zainteresovaní odborníci, škola a také zákonný zástupce žáka. *„V případě integrace žáků se středně těžkým a těžkým mentálním postižením, žáků se souběžným postižením více vadami a žáků s autismem v běžné základní škole, musí mít tato škola v rejstříku škol a školských zařízení MŠMT zapsán obor vzdělání základní škola speciální.“* (Výzkumný ústav pedagogický, 2010).

Jak vyplývá z výzkumu Reclikové (2006), integrace žáků se zdravotním postižením je cesta, kterou většina společnosti chápe jako obohacující pro celé třídní kolektivy, ale i pro společnost jako takovou. S tím souhlasí i Řezníčková (2009), která však ve své práci upozorňuje na to, že škola zajišťující integraci žáka musí splňovat několik podmínek, které tuto integraci umožní. Vedle technických předpokladů (například ve formě bezbariérovosti) je to také odbornost a osobnostní předpoklady pedagogického personálu, pro něž tato forma integrace znamená zvýšenou zátěž a mnohdy také pracovní nasazení.

Oproti předchozí právní úpravě již není možné nikoho zprostit nebo zbavit povinné školní docházky. Základní vzdělání nebo základy vzdělání jsou tak přístupné i osobám s velmi těžkým druhem postižení. Doba povinné školní docházky činí nejvýše 26 let, a to ve výjimečných případech.

5.2 Střední vzdělávání

Po získání základního vzdělání mohou osoby se zdravotním postižením pokračovat ve studiu na středním odborném učilišti, střední odborné škole nebo střední škole, kde může



opět docházet k integraci takového jedince do běžného typu školy. „*Délku středního a vyššího odborného vzdělávání může ředitel školy ve výjimečných případech jednotlivým žákům nebo studentům se zdravotním postižením prodloužit, nejvýše však o 2 školní roky* (<http://www.msmt.cz> [online])“.

Vedle možnosti integrace do běžného typu školy existují také specializovaná odborná učiliště a praktické školy, což jsou jedno a tříletá vzdělávací zařízení pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami. Pro osoby se středně těžkým typem postižení existují také praktické školy profesní, které jsou určeny absolventům základní školy speciální a po dobu jednoho roku připravují žáky na výkon vybraných pracovních úkonů.

Po absolvování střední školy mohou osoby se zdravotním postižením pokračovat ve studiu na vysoké nebo vyšší odborné škole. I zde platí ustanovení zákona, na základě kterého je možné docházku do vyšší odborné školy prodloužit (viz výše). V případě studia na vysoké škole se celý vzdělávací proces řídí ustanovením zákona o vysokých školách.

Přesto však systém odborného vzdělávání pro osoby se zdravotním postižením v České republice stále čelí kritice. Důvodem je nejen nedostatečný počet specializovaných vzdělávacích zařízení, ale také jejich oborové zaměření, které není v praxi příliš žádané.

5.3 Vysokoškolské vzdělávání

Vzdělání na vysoké škole je dostupné všem, kteří ukončili vzdělání na středním stupni. Podmínky pro studium na vysoké škole pro osoby se zdravotním postižením upravuje zákon č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách). Ten v § 21 v bodě 1, písmeni e) uvádí povinnost: „*Činit všechna dostupná opatření pro vyrovnání příležitostí studovat na vysoké škole.*“ (Zákon č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách).

Osoby se zdravotním postižením tedy mohou studovat jakýkoliv studijní obor na vysoké škole, jestliže před zahájením studia splní všechny předepsané podmínky, tj. absolvování střední školy a úspěšnost v přijímacím řízení.

5.4 Další vzdělávání

Další vzdělávání má v procesu edukace a následného uplatnění na trhu práce osob se zdravotním postižením poměrně významnou roli. Podle statistik totiž dosáhla velká část



osob se zdravotním postižením pouze základního vzdělání a je tak na současném trhu práce jen obtížně uplatnitelná.

„Další vzdělávání (dále jen „DV“) není oblastí odtrženou od ostatních systémů vzdělávání, naopak je s nimi velmi úzce propojeno, navazuje na stupně počátečního vzdělávání. Hlavním důvodem zvyšujícího se významu DV je nutnost získávat nové znalosti a potřeba osvojit si nové dovednosti v rámci adaptace na transformující se životní podmínky. DV proto začíná hrát stále důležitější úlohu. Na teoretické rovině jde však o pojem, který lze jen velmi těžce přesně vymezit. Jedna z možných definicí je uvedena ve Strategii celoživotního učení, kde se píše, že DV je vzdělávání či učení, které probíhá po dosažení určitého stupně vzdělání, resp. po prvním vstupu vzdělávajícího se na trh práce (i zde se však připouští, že se tato definice částečně překrývá s vymezením počátečního vzdělávání). Další možnou definicí, jež využívá negativního vymezení DV lze nalézt v § 2 zákona o uznávání výsledků dalšího vzdělávání, kde se DV rozumí vzdělávací aktivity, které nejsou počátečním vzděláním. Každý se tedy může účastnit dalšího vzdělávání nejdříve po ukončení počátečního vzdělávání a dále pak v průběhu celého svého dalšího života (Průvodce dalším vzděláváním, 2010, s. 3).“

V rámci dalšího vzdělávání je možné absolvovat akreditovaný rekvalifikační kurz organizovaný úřadem práce, vzdělávacími společnostmi, školskými zařízeními nebo neziskovými organizacemi a získat tak osvědčení s celostátní platností, které je potvrzením o získání příslušných teoretických i praktických znalostí a dovedností.

V nedávné době byl v České republice také zaveden systém národní soustavy kvalifikací, která obsahuje popis jednotlivých kvalifikačních předpokladů pro získání dílčí (částečné) a v mnoha případech následně úplné kvalifikace v příslušném oboru. V rámci dalšího vzdělávání tak lze získat plnohodnotný výuční list a získat tak mnohem vyšší šance na uplatnění. Avšak i získání dílčí kvalifikace je dobrým předpokladem pro nalezení odpovídající práce.

Získání osvědčení o rekvalifikaci nebo získání dílčí kvalifikace (a následně možné získání kvalifikace úplné) je jednou z cest, jak mohou osoby se zdravotním postižením zvýšit své šance na trhu práce. Zvyšování kvalifikace je navíc jednou z priorit aktivní politiky zaměstnanosti a je i v souladu se snahou o vyrovnávání příležitostí osob se zdravotním postižením.



Další vzdělávání tak lze v tomto ohledu vymezit jako významný institut pro osoby se zdravotním postižením, který jim může pomoci v saturaci vlastních potřeb a k překonání bariér, které jsou před nimi.



6 Trh práce a přístup k zaměstnání

6.1 Základní východiska

6.1.1 Význam vzdělanosti při vstupu na trh práce

„Vzdělaností se rozumí soustava poznatků z jednotlivých vědních i technických disciplín, oborů, oblastí společenské reality, včetně dovedností a návyků s nimi spjatých, ke kterým jedinec dospěl prostřednictvím vyučování, sebevzděláváním i ostatní životní praxi.

Vzdělanost představuje individuem dosažený celkový rozsah a integraci osvojených poznatků o realitě“ (Čačka, 2002, s. 268).“

Základem dobré vzdělanosti je samotné vzdělání, které se zpravidla odehrává ve školách. V této práci již byl několikrát význam vzdělání pro život člověka zmíněn, nicméně v souvislosti se vstupem na trh práce je tato souvislost ještě důležitější. Podle statistik Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky je nejmenší podíl nezaměstnaných mezi vysokoškolsky vzdělanými lidmi. Naopak nejobtížněji uplatnitelnou skupinu nezaměstnaných tvoří osoby se základním vzděláním (MPSV.CZ, [online]).

Obecně tedy platí, že čím vyšší vzdělání, tím větší šance pro nalezení pracovního uplatnění. Osoby se zdravotním postižením tvoří v tomto případě zvláštní skupinu.

„Mezi problémy, které způsobují vysokou nezaměstnanost a nízkou ekonomickou aktivitu absolventů se zdravotním postižením, můžeme zařadit nedostatečné nebo nevhodné vzdělání. V této souvislosti je jedním z podstatných faktorů, které limitují možnosti uplatnění absolventů se ZP a nepříznivě ovlivňují jejich situaci na trhu práce v celkovém pohledu, samotná vzdělanostní struktura této specifické skupiny (Trhlíková, 2011, s. 11).“

Kombinace nízkého vzdělání a zdravotního omezení je velmi limitujícím faktorem při vstupu na trh práce. Je tedy jasné, že v případě uplatnění osob se zdravotním postižením na trhu práce hraje úroveň a kvalita vzdělání ještě významnější roli.

Pouhé zdravotní postižení tak nemusí být tou nejzávažnější příčinou neúspěchu osob se zdravotním postižením na trhu práce. Významně zde působí i jiné handicapy, jež se v případě zdravotně postižených kumulují a znevýhodňují je v přístupu na trh práce. Právě nedostatečné vzdělání či malé pracovní zkušenosti zapříčiňují, že se osoby s postižením pro zaměstnavatele stávají nezajímavými.



6.1.2 Význam zaměstnání pro osobu se zdravotním postižením

V této práci již bylo mnohokrát zmíněno, že naplnění profesní role je v dospělosti každého člověka jednou ze základních priorit, co se saturace jeho potřeb týče. Zaměstnání však v životě osoby se zdravotním postižením hraje mnohem větší roli. Podle Novosada (2002, s. 39-40) má smysluplná práce pro život člověka s postižením hned několik významů:

- **existenční a materiální** (mzda za odvedenou práci zpřístupňuje člověku jiné produkty potřebné pro uspokojování osobních potřeb. Zkušenost z pracovního procesu vede také k pochopení ceny a hodnoty lidské práce. Nezanedbatelné je také zpřístupnění lepšího chápání času, prostoru a energie),
- **rozvojový a tvořivý** (rozvíjí dušení a tělesné schopnosti a umožňuje člověku tvůrčím způsobem realizovat své představy o světě. Dílo člověka je zápisem lidských představ o něčem),
- **kooperační a socializační** (práce navazuje na činnost jiných, vybízí ke spolupráci. Člověk se tak učí ostatní respektovat a komunikovat s nimi. Tím se vytvářejí podmínky pro začlenění do společnosti),
- **estetický a kulturní** (produkty člověka reflektují určitá individuální estetická kritéria překračující i do umělecké tvorby).
- **relaxační** (odvádí od jednostranné zátěže a psychického napětí. Je to příležitost emocionálně obohacující přinášející potěšení).

Nejde tedy jen o uspokojování mnoha vyšších potřeb člověka, ale i o materiální zabezpečení, které je u osob se zdravotním postižením často na nízké úrovni.

Některé osoby se zdravotním postižením, u kterých není postižení příliš nápadné, se mohou setkat také s negativním postojem veřejnosti k tomu, že nepracují. „*Role nezaměstnaného má podřadný sociální status a malá privilegia, stigmatizuje a sociálně znehodnocuje, je v ní zabudován předpoklad značné míry zavinění. V naší společnosti přetrvává tradičně vysoká hodnota práce. Zahálka je odsuzována jako nežádoucí chování, případně hřích. Z toho vyplývá i negativní moralizující postoj společnosti k nezaměstnaným. Společnost hodnotí nezaměstnanost jako důsledek osobní nedostatečnosti, neschopnosti a selhání, a tím přispívá k jejich negativnímu sebehodnocení* (Vágnerová, 2002, s. 405-406).“ Dochází tak k druhotné traumatizaci a mohou se objevovat pocity méněcennosti, deprese a někdy



i sebepoškozující chování, případně až sebevražedné pokusy. Paradoxně tak mohou být více postižení ti, jejichž postižení není tolik výrazné.

Obecně lze říci, že zaměstnání člověku se zdravotním postižením přináší možnost uspokojovat fyziologické i vyšší potřeby, relaxaci od stereotypu běžného dne, dosažení určitého sociálního statutu, kontakt s přirozeným sociálním prostředím, ale také denní řád běžný pro „zdravé“ spoluobčany, aktivizaci a rozvoj zachovaných tělesných i mentálních schopností.

6.1.3 Druhy nezaměstnanosti

V odborné literatuře je možné se setkat s mnohými členěními nezaměstnanosti. Pro přehlednost jsou v této kapitole uvedeny nejčastěji používané dělení.

V každé moderní společnosti se nezaměstnanost přirozeně vyskytuje a patří k běžnému koloritu trhu práce. Někteří autoři (např. Krebs, 2007) uvádějí, že nezaměstnanost je pro fungování trhu práce nezbytná. Ne všechny druhy nezaměstnanosti jsou proto považovány za škodlivé.

Dle ekonomické příčiny:

- Frikční (přechodná, spojené s životním cyklem a změnou pracovního místa, je považována za neškodnou)
- Strukturální (spojená s nerovnoměrností nabídky a poptávky na trhu práce – v jeho jednotlivých odvětvích nebo v jednotlivých regionech, někdy je považována za neškodnou, častěji však za škodlivou)
- Cyklická (důsledek ekonomické aktivity, při kterém klesá nabídka pracovních míst, je považována za závažný problém)

Dle vynucenosti:

- Dobrovolná (existuje dostatečná nabídka pracovních míst, ale z nějakého důvodu na ní není reflektováno pracovníky – např. z důvodu nízkých mezd, je zpravidla považována za neškodnou)
- Nedobrovolná (na trhu je přítomno méně nabídek pracovních míst, než je poptávek zaměstnanců, je považována za závažný problém)



Dle časového hlediska:

- Krátkodobá (obvykle je definována jako jakákoliv nezaměstnanost trvající méně než 12 měsíců, je většinou považována za neškodnou)
- Dlouhodobá (obvykle definovaná jako jakákoliv nezaměstnanost trvající více než 12 měsíců, je považována za závažný problém)

Osoby se zdravotním postižením patří na trhu práce mezi skupinu osob, které jsou častěji (ať už z důvodu samotného postižení nebo nižšího vzdělání) ohroženy nezaměstnaností. Rozšířeným fenoménem je zejména dlouhodobá nezaměstnanost, které je z tohoto důvodu věnována následující kapitola.

6.1.4 Negativní vlivy dlouhodobé nezaměstnanosti

Dlouhodobá nezaměstnanost je obvykle definována jako stav, při kterém jedinec nemá placené zaměstnání déle než 12 po sobě jdoucích měsíců. Tento stav významně působí jak na materiální zabezpečení jedince, tak i na jeho sociální postavení a psychiku. Jedná se tedy o silně zátěžovou situaci, která může v krajním případě vyústit až v rozvoj reaktivní poruchy.

„Nezaměstnanost přináší též finanční a zdravotní rizika pro zdravotně postižené i jejich rodiny. Z hlediska organizací zdravotně postižených je exkluze ze zaměstnání jednou z hlavních bariér sociální inkluze (Riddell, Banks, 2005, s. 59)“.

Zatímco krátkodobá nezaměstnanost je člověkem prožívána méně zatěžujícím způsobem, dlouhodobá nezaměstnanost se razantněji promítá do všech složek osobnosti. *„Obecně platí, že čím déle nezaměstnanost trvá, tím větší jsou psychické změny, které jsou jejím důsledkem. Nezaměstnaný člověk svou situaci hodnotí, prožívá a reaguje na ni (Vágnerová, 2002, s. 400).“* Dlouhodobě nezaměstnaní mají zhoršené sebehodnocení, snižuje se u nich sebevědomí a sebeúcta, dostávají se pocity méněcennosti a bezmoci, úzkosti a strachu. Často je přítomna deprese vyvolaná bezvýhodnou situací a citové reakce se oplošťují nebo převládají ty s negativní konotací. Změny jsou pozorovatelné i v chování, které může být odtahité, málo aktivní. Dlouhodobě nezaměstnanému se rozpadá struktura dne, a tak mohou být přítomny i pravé či nepravé poruchy spánku (spí přes den a v noci nemůže nebo nespí vůbec), zhoršují se vybudované sociální a někdy i hygienické nebo sebeobslužné návyky.



Při dlouhodobé nezaměstnanosti hrozí také rozvoj syndromu naučené bezmocnosti. „*Pojem označující ztrátu kontroly nad vlastním životem, k níž došlo v důsledku opakované zkušenosti s převládajícím vlivem nějaké jiné osoby, případně dalších okolností, v nichž se člověk ocitl. Roli má nepochybně i vrozený sklon k prožitku naučené bezmocnosti* (Matoušek, 2002, s. 119).“ U osob se zdravotním postižením je riziko rozvoje tohoto syndromu o to větší, že jsou již z minulosti zvyklí na nadřazenost jiné osoby, která za ně často řešila jejich problémy. Systém jim vždy poskytoval dávky, které jim umožnily přežít, a tak do propasti zvané naučená bezmocnost o to rychleji a ochotněji upadají.

Nebezpečí dlouhodobé nezaměstnanosti je v tom, že oslabuje návyky, které jsou pro vstup nebo návrat na trh práce velmi důležité. Dlouhodobě nezaměstnaní nebývají spolehliví v docházce na pracoviště, nedisponují očekávaným rozsahem odborných kompetencí (byť jimi v minulosti disponovali), jsou nesamostatní, v kolektivu působí rušivě, mají problémy s dodržováním předpisů pro ochranu zdraví při práci, ke svěřeným úkolům a pracovním pomůckám přistupují nezodpovědně, mají malou výkonnost apod. (Volně dle Vágnerová, 2002)

6.1.5 Mechanismy podpory nezaměstnaných v České republice

Ústředním orgánem pro činnosti v oblasti státní politiky zaměstnanosti je v České republice na základě zákona č. 2/1969 Sb., o zřízení ministerstev a jiných ústředních orgánů státní správy České republiky (kompetenční zákon) Ministerstvo práce a sociálních věcí. Výkonným orgánem je pak v souladu se zákonem č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, Úřad práce České republiky.

Samotné mechanismy podpory nezaměstnaných v České republice lze rozdělit podle toho, jestli je jejich úkolem pouze zabezpečit náhradní zajištění nezaměstnaných po dobu, kdy nemají placené zaměstnání (**pasivní politika zaměstnanosti**) (termín např. dle vyhlášky č. 267/2001 Sb., kterou se stanoví rozsah a struktura podkladů pro vypracování střednědobého výhledu státního rozpočtu a termíny pro jejich předání) nebo zda je jejich cílem podpořit trh práce na straně nabídky či poptávky (**aktivní politika zaměstnanosti**).

„*Obecně lze říci, že politika zaměstnanosti ve svém vývoji prošla určitými etapami. Z historického hlediska byla nejdříve rozvíjena pasivní politika zaměstnanosti a uplatňována nejružnější schémata podpor a dávek v nezaměstnanosti* (Krebs a kol., 2007, s. 297).“ Aktivní politika zaměstnanosti tedy následovala až později.



Pasivní politika zaměstnanosti tedy spočívá zejména v poskytování podpory v nezaměstnanosti, což je sociální dávka, jejímž účelem je do určité míry nahradit výpadek příjmů, který je spojen se ztrátou zaměstnání.

V rámci aktivní politiky zaměstnanosti se v současné době jedná o opatření zaměřující se na rozvoj služeb souvisejících s vyšší flexibilitou trhu práce, podporu vytváření nových pracovních míst a činností a také o zvyšování adaptability a mobility zaměstnanců. Součástí aktivní politiky zaměstnanosti jsou tak organizace různých rekvalifikačních kurzů, poskytování příspěvků na vznik nového pracovního místa, podpora zaměstnávání rizikových skupin obyvatelstva (včetně osob se zdravotním postižením – viz kap. 6.3.1), ale také metodické a poradenské činnosti směřující ke snížení nezaměstnanosti.

6.2 Překážky osob se zdravotním postižením na trhu práce

Jak již bylo uvedeno výše v této práci, asi nejvýznamnější překážkou osob se zdravotním postižením na trhu práce je jejich vzdělání. Samotné osoby se zdravotním postižením však vidí mnohem více překážek, které jim mohou vstup na trh práce značně ztížit. To ukázalo například šetření Národního ústavu odborného vzdělávání mezi budoucími absolventy z řad osob se zdravotním postižením v roce 2010, v rámci něhož více než 70 % dotázaných uvedlo, že má obavy z nezaměstnanosti. *„Nižší, přesto ale značné, byly obavy absolventů se zdravotním postižením z nedostatku zkušeností (47 %). Nedostatečné připravenosti ze školy se podle výsledků uvedeného šetření obávalo asi 31,4 % absolventů se zdravotním postižením a zvládnutím požadavků zaměstnání si nebylo jisto 39 % z nich. Asi třetina dotázaných se pak obávala předsudků zaměstnavatelů a kolegů (Trhlíková, 2011, s. 12).“*

Jak ukázalo zmíněné šetření, vedle překážek, které vnímají samotné osoby se zdravotním postižením, existují ale také překážky na straně zaměstnavatelů.

„Jednoznačně nejčastěji uváděným důvodem, proč zaměstnavatelé nezaměstnávají absolventy se ZP je nedostatek vhodných činností, kterou uvedlo 95 % dotázaných institucí. Z pohledu škol je ale podstatné, že v pořadí k dalším významným důvodům patří nedostatek absolventů se ZP s vhodným oborem vzdělání na trhu práce (75 %), nedostatečná kvalifikace absolventů se ZP obecně (68 %) a konkrétněji i nedostatek absolventů s vyšším vzděláním (62 %). [...]

K dalším frekventovaným důvodům na straně zaměstnavatelů pak patří ekonomické a organizační důvody, konkrétně náklady na úpravu pracoviště, které uvádí 73 % dotázaných



institucí, vyšší nemocnost (70 %) a nutnost individuálního pracovního režimu (66 %) (Trhlíková, 2011, s. 12).“

Některé z obav zaměstnavatelů jsou sice opodstatněné a pochopitelné, nicméně například vysoká nemocnost osob se zdravotním postižením patří mezi obecně rozšířené nepravdy. Situace při vstupu nebo návratu na trh práce je pro osoby se zdravotním postižením tedy navíc komplikována různými mýty, které se napříč širokou veřejností tradují a kterým podléhají také zaměstnavatelé. Patří mezi ně například tvrzení, že osoby se zdravotním postižením mají nesrovnatelně nižší pracovní výkonnost, potřebují mít neustále pocit úspěchu nebo mají problém se do práce vůbec dopravit.

Je však třeba objektivně přiznat, že existují specifika, která mohou zaměstnávání osob se zdravotním postižením komplikovat. Nutné je ale vždy přihlídnout k individuálnímu zdravotnímu stavu a možnostem pracovníka, neboť některé druhy postižení s sebou nesou spíše malou zátěž na potenciálního zaměstnavatele.

K tomu je ještě nutné dodat, že v České republice existují různé podpůrné programy, které mohou překážky při vstupu na trh práce minimalizovat nebo úplně odstranit. Za všechny je možné uvést některé nástroje zvýšené ochrany na trhu práce (viz kap. 6.3.1) nebo programy různých neziskových a mezinárodních organizací, které zaměstnavatelům mohou třeba pokrýt náklady na vybudování bezbariérového pracoviště, ale i jinak pomoci s řešením v oblasti zaměstnávání osob se zdravotním postižením. Největší překážkou tak v tomto ohledu zůstává neochota zaměstnavatelů.

6.3 Ochrana osob se zdravotním postižením na trhu práce v České republice

V České republice je v současné době vybudován poměrně dobrý systém ochrany osob se zdravotním postižením na trhu práce. Česká i evropská legislativa klade vysoký důraz nejen na ochranu práv zaměstnanců, ale také na budování pracovních příležitostí a zvyšování potenciálu osob se zdravotním postižením v tom smyslu, aby tyto osoby byly lépe uplatnitelné na volném trhu.

6.3.1 Nástroje zvýšené ochrany na trhu práce

Zvýšenou ochranu osob se zdravotním postižením na trhu práce ustanovuje v České republice zákon č. 435/2005 Sb., zákon o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů v části třetí.



Další informace o této problematice upřesňuje vyhláška č.518/2004 Sb., kterou se provádí zákon o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů.

Hlavními nástroji podle zákona jsou:

a) Pracovní rehabilitace

„Jde o souvislou podporu osob v produktivním věku, které mají kvůli svému zdravotnímu stavu a změněné pracovní schopnosti značně omezený výběr zaměstnání. Cílená podpora se zaměřuje na to, aby tito občané získali a udrželi si vhodné, zdravotně i kvalifikačně přiměřené zaměstnání (Novosad, 2002, s. 41).“ V praxi se jedná o činnosti, které navazují na rehabilitaci fyzickou, a jejichž obsahem je zejména pracovní poradenství, teoretická a praktická příprava na povolání a na práci (ve formě různých vzdělávacích a rekvalifikačních kurzů), zajištění pracovní praxe a zprostředkování pracovního uplatnění. Náklady na pracovní rehabilitaci jsou hrazeny z prostředků státního rozpočtu, a to včetně sociální dávky podpora při rekvalifikaci, která náleží všem osobám po dobu přípravy na povolání.

b) Chráněné pracovní místo

„Pracovní místo zřízené zaměstnavatelem pro osobu se zdravotním postižením na základě písemné dohody s Úřadem práce. Na zřízení chráněného pracovního místa poskytuje Úřad práce zaměstnavateli příspěvek. Chráněné pracovní místo musí být obsazeno po dobu 3 let. Chráněným pracovním místem může být i pracovní místo, které je obsazeno osobou se zdravotním postižením, pokud je vymezeno v písemné dohodě mezi zaměstnavatelem a Úřadem práce. Dohoda se uzavírá na dobu 3 let (<http://www.portal.gov.cz> [online])“. V praxi se jedná o pracovní místo v běžném zaměstnaneckém prostředí, které je obsazeno osobou se zdravotním postižením. Na toto místo zaměstnavatel pobírá příspěvek od úřadu práce v maximální roční výši 48 tisíc korun. V souvislosti s novelou zákona o zaměstnanosti se chráněnými pracovními místy stala také pracovní místa v dřívějších chráněných dílnách. Tato místa bylo třeba nově vymezit v dohodě s úřadem práce.

c) Příspěvek na podporu zaměstnávání osob se zdravotním postižením na chráněném pracovním místě

„Zaměstnavateli zaměstnávajícímu na chráněných pracovních místech více než 50 % osob se zdravotním postižením z celkového počtu svých zaměstnanců se poskytuje příspěvek na podporu zaměstnávání těchto osob formou částečné úhrady vynaložených prostředků na mzdy nebo platy a dalších nákladů (<http://www.portal.gov.cz> [online])“. Příspěvek je tedy



určen zaměstnavatelům, kteří by se podle dřívější úpravy dali označit za chráněné dílny. Výše příspěvku však není tak vysoká, jako v minulosti a činí 75 % skutečně vynaložených mzdových nákladů.

Za další nástroj zvýšené ochrany osob se zdravotním postižením je možné označit tzv. povinný podíl zaměstnávání osob se zdravotním postižením. Povinnost zaměstnávat osoby se zdravotním postižením má podle ustanovení zákona každý zaměstnavatel, který zaměstnává více než 25 zaměstnanců v pracovním poměru. Tento povinný podíl činí 4 %. Svou zákonnou povinnost může zaměstnavatel splnit jedním ze tří možných způsobů nebo může tyto způsoby vzájemně kombinovat:

- **zaměstnáváním OZP v pracovním poměru** (za každých 25 „zdravých“ zaměstnanců zaměstnat jedno osobu se zdravotním postižením. Osoba uznaná invalidní ve 3. stupni se započítává třikrát),
- **odebíráním výrobků, služeb nebo zadáváním zakázek** (tzv. náhradní plnění spočívá v odběru výrobků, služeb nebo zadáváním zakázek těm subjektům, které zaměstnávají více než 50 % osob se zdravotním postižením. Hodnota odebrané produkce činí 166 082 Kč za jednoho pracovníka se zdravotním postižením, který má být zaměstnavatelem zaměstnán. Aby nedocházelo ke zneužívání tohoto systému, došlo od 1. 1. 2012 ke stanovení limitu ve výši 36násobku průměrné mzdy),
- **odvodem do státního rozpočtu** (zaměstnavatel odvede úřadu práce 2,5násobek průměrné měsíční mzdy v národním hospodářství za tolik zaměstnanců se zdravotním postižením, kolik měl mít takových zaměstnanců v pracovním poměru za I. – III. čtvrtletí kalendářního roku, v němž tato povinnost vznikla).

6.3.2 EU a snižování nezaměstnanosti v programovacím období 2007-2013

V souvislosti se Strategíí Evropa 2020 probíhá v aktuálním rozpočtovém období Evropské unie řada aktivit směřujících ke snižování nezaměstnanosti v jednotlivých členských státech. Pro tuto práci je významným nástrojem v tomto ohledu evropská dotační politika, která je realizována zejména prostřednictvím Evropského sociálního fondu. Jeho cíle jsou:

- *Pomoc nezaměstnaným lidem při vstupu na trh práce*
- *Rovné příležitosti pro všechny při přístupu na trh práce*



- *Sociální začleňování, pomoc lidem ze znevýhodněných sociálních skupin při vstupu na trh práce*
- *Celoživotní vzdělávání*
- *Rozvoj kvalifikované a přizpůsobivé pracovní síly*
- *Zavádění moderních způsobů organizace práce a podnikání*
- *Zlepšení přístupu a účasti žen na trhu práce*
- *Boj se všemi formami diskriminace a nerovnostmi souvisejícími s trhem práce*
(<http://www.esfcr.cz> [online])

V České republice jsou finanční prostředky z Evropského sociálního fondu čerpány prostřednictvím tří operačních programů (dále jen „OP“):

- **OP Lidské zdroje a zaměstnanost** (aktivity spojené se vstupem a návratem na trh práce, aktivity se sociální tematikou, tvorba pracovních míst, další vzdělávání apod. – neinvestiční podpora pro území ČR vyjma Hlavního města Praha)
- **OP Vzdělávání pro konkurenceschopnost** (primární a terciární vzdělávání, zvyšování finanční gramotnosti apod. – neinvestiční podpora pro území ČR vyjma Hlavního města Praha)
- **OP Praha – Adaptabilita** (aktivity spojené se vstupem a návratem na trh práce, aktivity se sociální tematikou, tvorba pracovních míst, další vzdělávání apod. – neinvestiční podpora pouze pro území Hlavního města Praha)

Evropský sociální fond je tedy ve spojení s tuzemskými nástroji zvýšené ochrany na trhu práce významnou pomocí nejen pro osoby se zdravotním postižením, ale i pro další skupiny osob, které na trhu práce vyžadují zvýšenou ochranu.



EMPIRICKÁ ČÁST

7 Výzkumný projekt

Jak již bylo uvedeno v teoretické části této diplomové práce, právo na zaměstnání je pro všechny osoby chráněno mezinárodními i vnitrostátními právními předpisy. Pro všechny osoby žijící v moderní společnosti ale není pracovní uplatnění pouze zdrojem příjmů, hraje také významnou roli při saturaci přirozených potřeb. Z pohledu osob se zdravotním postižením je zapojení na trhu práce také integračním prvkem do běžného života společnosti. „*Pracovní uplatnění je jedním z prioritních cílů speciálně-pedagogické podpory lidí s postižením, neboť nemůže-li se člověk realizovat, uplatnit své dovednosti a vědomosti, podílet se na své soběstačnosti a nemá možnost se při práci setkávat s jinými lidmi, je využití veškeré rehabilitační podpory jen částečné. Člověk tak ztrácí motivaci k práci na sobě, k překonávání překážek, ke vzdělávání a profesní přípravě nebo k odbornému růstu* (Novosad, 2002, s. 39-40).“ Zaměstnávání osob se zdravotním postižením je tedy celosvětově oblastí, která si zaslouhuje pozornost široké veřejnosti.

Situace v zaměstnávání osob s kombinovaným postižením je ještě o to složitější, že právě u těchto osob dochází ke kombinaci různých druhů a hloubky postižení, a tedy i jednotlivci mají značně specifické požadavky při jejich pracovním uplatnění. Specifické požadavky mají tyto osoby i při přípravě na práci a profesi. Právě toto je téma, kterému se věnuje empirická část této diplomové práce.

Výzkum, který je součástí této diplomové práce, jsem strukturoval na základě literatury o tématu kombinovaného zdravotního postižení a jeho důsledků v oblasti zaměstnanosti. Před stanovením cílů výzkumu a základních výzkumných otázek jsem provedl rešerši dosud realizovaných výzkumů v této oblasti a musím konstatovat, že většina z nich je orientovaná na teoretická východiska:

- a) zdravotního postižení
- b) nezaměstnanosti
- c) souvisejícího problému sociálního vyloučení.

Podstatně méně jsou v realizovaných projektech zastoupené vědecké počiny popisující samotné kroky vedoucí ke zmírnění dopadů problematiky nezaměstnanosti u osob se zdravotním postižením, zejména u osob s kombinovaným postižením.

Po provedené rešerši jsem shromáždil a studoval relevantní literaturu, a to jak k samotné problematice kombinovaného postižení, tak i metodologie. Také dostupná literatura



je orientována spíše na vyvozování závěrů o mechanismech sociálního vyloučení osob se zdravotním postižením, případně na nepříznivé dopady zdravotního postižení jako celku. O přípravě osob s lehkým, avšak kombinovaným postižením na práci a profesi se v literatuře hovoří zejména v souvislosti se školní docházkou, anebo v obecné rovině, avšak konkrétně problematika přípravy dospělých osob na práci a profesi s přihlédnutím k jejich specifickým potřebám je v odborné literatuře zmiňována pouze minimálně.

Tato zjištěná fakta vedla ke konstruování výzkumných otázek, volbu nástrojů sběru dat i k formulaci samotného cíle mého výzkumu. Výzkumným tématem se pro mne stala oblast specifických potřeb dospělých osob s lehkým kombinovaným postižením při přípravě na práci a profesi. Jak již bylo uvedeno výše, téma není v literatuře dostatečně zpracováno a ani odpovídající výzkumy jsem v rámci rešerše nenalezl. Přitom právě tato skupina osob je na trhu práce poměrně častá, ať už se jedná o osoby s vrozeným nebo časně získaným postižením, nebo s postižením získaným v průběhu života. Téma přípravy dospělých osob na práci a profesi jsem dále rozložil do jednotlivých oblastí, a to oblasti sociální, psychologické a edukační. Zajímalo mě, co člověk potřebuje v oblasti sociální, psychologické a edukační k tomu, aby byla jeho příprava na práci a profesi kvalitní a přínosná.

Výzkumný projekt je tedy koncipován velmi prakticky a pro realizaci samotného výzkumu jsem zvolil reálnou situaci projektu financovaného z prostředků Evropského sociálního fondu cíleně zaměřeného na zvyšování pracovních kompetencí osob s lehkým (ale kombinovaným) postižením a jejich uplatňování na trhu práce.

Projekt s názvem „Hledám práci – podpora pracovního uplatnění pro osoby s lehkým postižením“ se pro tento výzkum stal vhodným výzkumným terénem z toho důvodu, že jeho cílovou skupinu tvoří osoby s lehkým, ale kombinovaným postižením, u kterých je přítomen deficit v intelektových schopnostech. Projekt je určen 22 osobám s lehkým kombinovaným postižením, které byly uznány zdravotně znevýhodněnými nebo invalidními do 1. stupně invalidity. Tyto osoby v současné době hledají pracovní uplatnění. Jedná se tedy o uchazeče o zaměstnání definované zákonem o zaměstnanosti, nebo o zájemce o zaměstnání definované podle stejného právního předpisu. Aktivita projektu směřují k rozvoji pracovních kompetencí cílové skupiny, a to formou využití motivačních činností, bilanční diagnostiky, společné rekvalifikace spočívající v rozvoji počítačové gramotnosti, odborné rekvalifikace ve zvoleném oboru (pracovník grafického studia, vazačské práce/zahradník, úpravy a opravy oděvů a prodavač), tříměsíční odborné praxe navazující na úspěšně absolvovanou odbornou rekvalifikaci a následného zprostředkování zaměstnání. Po celou dobu trvání projektu je jeho



účastníkům poskytováno také odborné poradenství, a to jak sociální, tak i pracovní. Nosnou myšlenkou projektu je individuální přístup a všestranná podpora osob s lehkým postižením, na jejichž základě má být vytvořena odpovídající pracovní kompetence a má také dojít k uplatnění alespoň 30 % účastníků na trhu práce.

Mou snahou je získat informace o tom, jaká edukační opatření a postupy u osob s lehkým kombinovaným postižením vedou ke zvýšení pracovních kompetencí nutných pro uplatnění na trhu práce. Tyto informace mohou být v následujícím období použitelné pro zvyšování pracovní kompetence osob se zdravotním postižením obecně a zejména osob s kombinovaným postižením. Předmětem zájmu mého výzkumu jsou v tomto ohledu zejména otázky specifických potřeb těchto osob při přípravě na práci a profesi.

Výzkumný terén jsem vybral také z důvodu fyzicky snadné dostupnosti výzkumného vzorku a poměrně významné osobní znalosti této cílové skupiny.

7.1 Cíl výzkumu

V úvodu práce jsem popsal východiska výzkumné části této diplomové práce v rovině odborné a praktické. Pro dosažení hlavního cíle, **získání informací o potřebách a vhodných edukačních opatřeních a postupech vedoucích ke zvyšování pracovních kompetencí osob s lehkým kombinovaným postižením**, jsem zvolil odpovídající kvalitativní metodologický přístup. Pro dosažení tohoto cíle je důležitá zejména znalost skutečných potřeb jednotlivců z této skupiny. Úspěšnost účastníků v jednotlivých aktivitách projektu je navíc cílem evaluace projektu jako takového, a tudíž nemohou být a nebudou předmětem mého výzkumu v rámci této diplomové práce. Dalším důvodem pro volbu kvalitativního výzkumu byl zájem o získání takových dat, se kterými je možné pracovat více do hloubky. V tomto výzkumu budu tedy zjišťovat:

- a) **potřeby definované osobami s lehkým kombinovaným postižením pro vstup nebo návrat na trh práce**, tedy to, co tyto osoby vnímají jako podstatné pro to, aby se zvýšily jejich šance na uplatnění na trhu práce,
- b) **subjektivní hodnocení dopadu realizovaných opatření projektu vedoucích ke zvýšení kvalifikace a následného pracovního uplatnění**, tedy to, jak jednotlivé intervence v rámci projektu pomáhají osobám s lehkým kombinovaným postižením k návratu nebo vstupu na trh práce,
- c) **pohled zaměstnavatelů na osoby s lehkým kombinovaným postižením a jejich úspěšnost na trhu práce po absolvování opatření realizovaných v rámci projektu**,



tedy to, jak zaměstnavatelé hodnotí odbornou připravenost těchto osob pro trh práce a to, co od těchto osob očekávají při ucházení se o volnou pracovní pozici.

7.2 Výzkumný problém

Výzkumným problémem této práce je zjištění a popis specifických potřeb osob s lehkým kombinovaným postižením při zvyšování pracovní kompetence a při vstupu na trh práce. Zároveň je důležité do problematiky přinést pohled zaměstnavatelů, kteří se s těmito osobami stýkají a kteří jsou připraveni tyto osoby zaměstnávat.

Organizace zaměstnávání osob se zdravotním postižením v České republice byla blíže popsána v teoretické části této diplomové práce. Je však třeba připomenout, že počet nezaměstnaných osob se zdravotním postižením se u nás podle statistik úřadu práce standardně pohybuje mezi 60 a 70 tisíci osob, což je dvou až třináásobek počtu nezaměstnaných absolventů (např. dle portal.mpsv.cz/upcr). Avšak ne všechny osoby se zdravotním postižením jsou na úřadu práce registrovány. Statistická šetření Českého statistického úřadu (např. Výsledky výběrového šetření zdravotně postižených osob za rok 2007, s. 9 a následující) proto uvádějí, že mezi více než 400 000 osobami se zdravotním postižením v ekonomicky aktivním věku je zhruba polovina nezaměstnaných. Osoby se zdravotním postižením tedy právem patří na trhu práce mezi skupiny obyvatelstva, kterým je ze zákona poskytována zvýšená péče.

Jako výzkumné pole pro účely tohoto výzkumného projektu jsem využil projekt „Hledám práci – podpora pracovního uplatnění osob s lehkým postižením“ financovaného z prostředků Evropské unie prostřednictvím Operačního programu lidské zdroje a zaměstnanost a z prostředků státního rozpočtu České republiky. Projekt byl realizován na území Libereckého kraje v letech 2011 – 2013 s tím, že v roce 2013 se jedná pouze o závěrečné aktivity cíleně zaměřené na administrativu, vyúčtování projektu a uzavírání spolupráce s účastníky. Aktivity projektu byly následující:

- **Motivační část** (Kurz zvyšování osobní efektivity v rozsahu 42 hodin. V průběhu kurzu bylo psychologicky a formou poradenského procesu skupinově působeno na účastníky tak, aby byl zvýšen jejich zájem o vstup a setrvání na trhu práce, aby dokázali vyhledat pracovní nabídky, vytvořit vlastní životopis a motivační dopis a aby se uměli připravit na pracovní pohovor. Na závěr kurzu obdrželi účastníci osvědčení o jeho absolvování).



- **Diagnostika a následné poradenství** (Účastníci se podrobili bilanční diagnostice s cílem identifikace silných a slabých stránek pro trh práce. Výstupem byl kariérní plán klienta, který byl následně po celou dobu projektu projednáván s poradcem a jehož naplňování bylo průběžným cílem této aktivity. Aktivita byla průběžná a trvala až do konce projektu).
- **Společná rekvalifikace** (Rekvalifikační kurz Základy obsluhy osobního počítače v nadstandardní délce 100 hodin. Účastníci byli rozděleni do tří skupin podle úrovně dosavadních znalostí a byli vzděláváni v prostředí textových editorů, tabulkových procesorů a operačních systémů. Na závěr rekvalifikačního kurzu účastníci složili závěrečnou zkoušku k ověření získaných znalostí a po jejím úspěšném složení obdrželi osvědčení o rekvalifikaci).
- **Modulová rekvalifikace** - Rekvalifikační kurzy, do kterých účastníci vstupovali na základě vlastního rozhodnutí a doporučení vzešlých z bilanční diagnostiky. Jedná se o kurzy v délce 100 nebo 200 hodin a jejich zaměření bylo:
 - **Pracovník grafického studia** (100hodinový rekvalifikační kurz, v němž se účastníci naučili základy grafické práce na počítači i s fyzickými podklady. Uchazeči o zaměstnání v průběhu kurzu dostávali podporu při rekvalifikaci. Na závěr se podrobili ověření získaných znalostí a po úspěšně složené zkoušce obdrželi osvědčení o rekvalifikaci).
 - **Vazačské práce/zahradník** (100hodinový rekvalifikační kurz byl zaměřený na tvorbu vazeb ze sušených a živých květin. Uchazeči o zaměstnání v průběhu kurzu dostávali podporu při rekvalifikaci. Na závěr se podrobili ověření získaných znalostí a po úspěšně složené zkoušce obdrželi osvědčení o rekvalifikaci).
 - **Úpravy a opravy oděvů** (200hodinový rekvalifikační kurz zaměřený na šití na šicím stroji, opravy a úpravy oděvů, šití jednoduchých dílů oblečení a technologické postupy v oděvnictví. Uchazeči o zaměstnání v průběhu kurzu dostávali podporu při rekvalifikaci. Na závěr se podrobili ověření získaných znalostí a po úspěšně složené zkoušce obdrželi osvědčení o rekvalifikaci).
 - **Prodavač** (200hodinový rekvalifikační kurz zaměřený na získání obchodních dovedností, zbožíznalství, provoz obchodní jednotky a jednoduchých administrativních úkonů spojených s prodejem v obchodní jednotce. Uchazeči o zaměstnání v průběhu kurzu dostávali podporu při rekvalifikaci. Na závěr



se podrobili ověření získaných znalostí a po úspěšně složené zkoušce obdrželi osvědčení o rekvalifikaci).

- **Odborná praxe** (Tříměsíční praxe na pracovišti, které odpovídá absolvované modulové rekvalifikaci v rozsahu polovičního pracovního úvazku. Cílem bylo doplnění odborných znalostí získaných při rekvalifikaci také praktickými dovednostmi a zároveň obnovení nebo získání pracovních návyků. Odborná praxe byla bezplatná, ale uchazeči o zaměstnání v jejím průběhu dostávali podporu při rekvalifikaci).
- **Zprostředkování zaměstnání** (Čtyřem účastníkům projektu bylo zprostředkováno zaměstnání na nově vytvořených pracovních místech v rozsahu 0,5 pracovního úvazku a dvěma účastníkům bylo zprostředkováno zaměstnání na stávajících pracovních místech v rozsahu 0,75 úvazku. Zaměstnavatelům byl po dobu 6 měsíců hrazen mzdový příspěvek, který v plném rozsahu pokrýval mzdu zaměstnance i zákonné odvody zaměstnavatele za tohoto zaměstnance).

Do projektu na počátku vstoupilo 22 účastníků, z nichž minimálně šesti mělo být v závěru zprostředkováno zaměstnání v různém rozsahu úvazku, avšak v oboru, ve kterém získají kvalifikaci. Podpora vzniku a obsazení pracovních míst je tedy jednoznačným cílem projektu. Se všemi účastníky i zaměstnavateli, u kterých bylo některým účastníkům projektu zprostředkováno zaměstnání, jsem byl po celou dobu trvání projektu v osobním kontaktu, proto jsem jako metodu získávání dat mohl využít polostrukturované rozhovory.

Prostřednictvím rozhovorů se pokusím nahlédnout do subjektivního vnímání vlastních potřeb jednotlivých zkoumaných osob, do dopadů realizovaných intervencí v rámci projektu, ale i do pohledu zaměstnavatelů na problematiku zaměstnávání osob s lehkým kombinovaným postižením. Hlavní důraz bude v rámci výzkumu kladen na specifické potřeby osob s kombinovaným postižením, které je při zvyšování jejich pracovní kompetence nutné zohlednit.

Na tomto místě musím poznamenat, že tato výzkumná činnost není součástí projektové činnosti a jedná se o činnost speciálně vykonávanou pro účely této diplomové práce. Při realizaci projektu jsou pouze zjišťovány výsledky účastníků v jednotlivých aktivitách a prostřednictvím monitorovacích indikátorů kvantifikované výstupy za celý průběh projektu.

7.3 Základní výzkumná otázka, specifické výzkumné otázky

Na základě výzkumného problému a cíle jsem formuloval základní výzkumnou otázku, která byla rozdělena na několik dílčích otázek.



Základní mnou definovaná výzkumná otázka zní: **Co je důležité pro to, aby se osoby s lehkým kombinovaným postižením zapojily na trh práce?**

Po studiu odborné literatury a s přihlédnutím k osobní znalosti cílové skupiny jsem tuto otázku rozvedl do specifických výzkumných otázek, které se zaměřují na dílčí oblasti zvyšování pracovních kompetencí osob s kombinovaným postižením.

1. Jaké potřeby nutné pro vstup nebo návrat na trh práce definují samotné osoby se zdravotním postižením?
2. Do jaké míry pomáhá projekt Hledám práci – podpora pracovního uplatnění osob s lehkým postižením těmto osobám v návratu nebo vstupu na trh práce v oblasti jejich specifických potřeb?
3. Jaké předpoklady na trhu práce u osob s lehkým kombinovaným postižením upřednostňují zaměstnavatelé?
4. Respektují zaměstnavatelé specifické potřeby těchto osob?

7.4 Výzkumná metodologie

Jak již bylo uvedeno výše, pro realizaci tohoto výzkumu jsem zvolil kvalitativní přístup. Výzkumné pole je již od samého počátku výzkumu jasně ohraničeno projektem Hledám práci – podpora pracovního uplatnění osob s lehkým postižením. Definice konstruktů (např. lehké postižení, kombinované postižení, trh práce apod.), které se ve výzkumu vyskytnou, jsou uvedeny v teoretické části této diplomové práce.

Posláním kvalitativního výzkumu je „*Ukázat, jak lidé v každodenních situacích rozumí probíhajícím procesům, jak je zvládají a jak provádějí akce*“ (Hendl, 1999, s. 43).“ V případě mého výzkumu se jedná o snahu poznat a následně popsat, jaké specifické požadavky mají osoby s lehkým kombinovaným postižením při přípravě na práci a profesi.

Pro kvalitativní výzkum jsou typickým nástrojem získávání dat rozhovory. V mém výzkumu jsem zvolil polostrukturované rozhovory, které v sobě skýtají možnost zjištění velkého množství dat a také možnost sblížení se se zkoumanou osobou a lepší porozumění její situace. Polostrukturované rozhovory budou realizovány se všemi úspěšnými účastníky projektu, kterých je 20, a se zaměstnavateli, kteří umožnili účastníkům absolvovat pracovní pohovory a část účastníků také zaměstnali. Tito zaměstnavatelé jsou čtyři. Sběr dat bude probíhat jednorázově, a to na konci realizace projektu Hledám práci. Celkem tedy půjde o 24 rozhovorů.



Propojením výzkumné metody, odborné literatury a dalších zdrojů (např. legislativních předpisů) se pokusím o **identifikaci a popis specifických potřeb osob s lehkým postižením při přípravě na práci a profesi (při zvyšování pracovních kompetencí)**.

Ačkoliv nemám žádný přímý vliv na úspěšnost respondentů při závěrečném ověřování výsledků u jednotlivých intervencí (rekvalifikací, kurzů, praxí apod.), působím v rámci projektu také jako jeho vedoucí a ve vztahu k cílové skupině i jako poradce a sociální pracovník. Jsem si proto vědom skutečnosti, že s ohledem na výše uvedené i s ohledem na mé osobnostní vlastnosti a znalosti tématu i metodologie, může dojít k ovlivnění konečné podoby výzkumu i jeho kvality. Za všech okolností se budu snažit k celému postupu přistupovat svědomitě, metodologicky korektně, a se zohledněním své subjektivity, jak je obecně doporučováno v literatuře.

Na základě rozdělení různých typů výzkumů, které uvádí Švec (1998), lze mnou popisovaný výzkum vymezit jako „empirický“, tedy sbírající zkušenostní poznatky, a „transdisciplinární“, jelikož nahlíží na zkoumanou problematiku skrze východiska různých vědeckých disciplín. Také v mém výzkumu je třeba na problematiku nahlížet minimálně optikou sociologie a psychologie, protože u zkoumaných osob budou zjišťovány také jejich postoje a specifické potřeby. Ve svém výzkumu nebudu pouze shromažďovat data, ale budu mezi těmito daty vyhledávat souvislosti, ale i případné skryté významy.

Fontana a Frey (1998) predikují dva přístupy k práci s empirickými daty. Jedná se o přístup narativní a sociologický. Narativní podle uvedených autorů přistupuje k datům jako k objektům vyprávění, které se analyzují zejména v kontextu tohoto vyprávění. Sociologický přístup pracuje s daty jako s okny do zkušenosti, tedy jako s výpověďmi o prožití reality. V dále předložené analýze dat využiji oba tyto přístupy.

Během celého výzkumu budu i nadále pracovat s odbornou literaturou a s teoretickými východisky i koncepty definovanými v teoretické části mé diplomové práce.

7.4.1 Výzkumný vzorek a způsob výběru vzorku

Jak vyplývá z výše uvedeného, výzkumný vzorek byl zvolen na základě následujících kritérií:

- všichni respondenti musejí být osobami postiženými, u nichž se vyskytuje určitá forma kombinace postižení,
- všichni respondenti musejí být osoby hledající pracovní uplatnění (nemusí jít o nezaměstnané, ale minimálně o zájemce o zaměstnání dle zákona o zaměstnanosti),



- všichni respondenti musí mít ochotu se připravovat na určitý druh povolání, které je na trhu práce žádané a existuje tedy předpoklad, že se jedná o povolání, ve kterém je možné nalézt uplatnění,
- všichni respondenti musejí být místně a časově dostupní,
- všichni respondenti musejí být ochotni účastnit se výzkumu (dát k němu souhlas).

Jednalo se tedy o **záměrný výběr**, který je pro empirický výzkum příznačný vzhledem k tomu, že je třeba vybrat nositele konkrétních charakteristik (Švec, 1998, s. 77), kteří mají potřebnou zkušenost.

Po zvážení osobní znalosti cílové skupiny jsem vhodný výzkumný vzorek identifikoval v účastnících projektu Hledám práci – podpora pracovního uplatnění pro osoby s lehkým postižením, se kterými jsem v každodenním kontaktu (viz výše kap. Výzkumný problém).

Se všemi 22 účastníky projektu jsem osobně projednal možnost realizace výzkumu a od všech těchto účastníků jsem získal písemný souhlas s realizací výzkumu. Výzkumný vzorek, tedy osoby, se kterými povedu rozhovory, se sestává z **úspěšných účastníků projektu, tedy těch, kteří absolvovali všechny aktivity projektu předcházející plánovanému zprostředkování zaměstnání**. Z těchto úspěšných účastníků bylo následně šesti skutečně zprostředkováno zaměstnání. Výzkumný vzorek tedy tvořilo **20 úspěšných účastníků**, neboť dva účastníci v průběhu trvání projektu ukončili svou účast v něm. Do výzkumného vzorku jsem zařadil také **čtyři zaměstnavatele**, u kterých bylo zprostředkováno zaměstnání úspěšným účastníkům projektu.

7.4.2 Technika sběru dat

Obecně budou z důvodu lepšího sblížení se se zkoumanými osobami a následného lepšího porozumění problematice používány polostrukturované rozhovory. Hendl (2005) spatřuje výhodu rozhovoru právě v možnosti porozumění zkušenostem zkoumaných osob, která jsou pro respondenty přívětivější, časově výhodnější a také přesnější.

Pro získávání dat budou tedy v mém výzkumu využívány **polostrukturované rozhovory** realizované na konci projektu, jehož účastníci jsou zároveň zkoumanými osobami. Rozhovory budou realizovány vždy individuálně a budou zaznamenávány na záznamové zařízení a následně přepisovány. Šetření bude probíhat v termínu od února do března 2013, což je období, ve kterém bude probíhat ukončování a hodnocení projektu a výzkumný vzorek tak bude nejlépe dostupný.



Zkoumaným osobám budou pokládány otázky, při jejichž tvorbě jsem se nechal inspirovat autory odborných publikací s tématem výzkumných projektů (např. Hendl, 2005; Seidman, 1998; Rubin a Rubinová, 2005) a sestavil následující základní kostru otázek rozhovorů. Otázky jsem volil tak, aby nebyly návodné a dávaly prostor zkoumaným osobám, které tak mohou lépe odhalit oblasti (sociální, psychologické nebo edukační), ve kterých identifikují vlastní specifické potřeby, které mohou být značně rozdílné.

Účastníkům projektu budu při každém rozhovoru pokládat následující otázky:

1. Co byste potřeboval/a pro to, abyste se uplatnil/a na trhu práce?
2. Pomohl vám projekt Hledám práci některé z těchto potřeb naplnit?

Zaměstnavatelům budu při každém rozhovoru pokládat následující otázky:

1. Jaké předpoklady by měl mít uchazeč o Vámi nabízené pracovní místo?
2. Co pozitivně hodnotíte na účastníkovi (účastnících), které/ho jste zaměstnal/a?
3. Proč jste si vybral/a právě tohoto/tyto účastníky projektu?

Tyto základní a poměrně volné otázky budou v rámci rozhovoru rozvíjeny podle toho, jak zkoumaná osoba určí směr dalšího směřování rozhovoru.

7.4.3 Organizace sběru dat

Jak již bylo uvedeno výše, výzkum bude probíhat s účastníky projektu „Hledám práci – podpora pracovního uplatnění pro osoby s lehkým postižením“ a se zaměstnavateli, kteří vybrané účastníky projektu zaměstnali ve svých společnostech.

Polostrukturované rozhovory s účastníky projektu budou probíhat individuálně, v místě realizace projektu, v kanceláři vedoucího projektu. Jedná se o místnost, která je účastníkům dobře známá a je opatřena záznamovým zařízením a zařízením pro přepis dat. Všechny rozhovory budou probíhat podle scénáře, který je následující:

- 1) Přivítání zkoumané osoby a nabídnutí místa k sezení
- 2) Předání informace o účelu výzkumu a o jeho orientační délce
- 3) Jádro rozhovoru
- 4) Zakončování rozhovoru
- 5) Poděkování, rozloučení

Délka rozhovoru se bude pravděpodobně pohybovat od 15 do 30 minut, podle toho, jak zkoumaná osoba bude schopna a ochotna rozvíjet téma do hloubky. Každému



respondentovi budou položeny základní otázky a další otázky budou voleny podle oblasti a tématu, které do rozhovoru vnese zkoumaná osoba. Rozhovory uskutečním na konci projektu, což umožní v odpovědích zachytit názory účastníků podložené zkušenostmi ze všech uskutečněných aktivit.

Rozhovory se zaměstnavateli (pověřenými osobami na straně zaměstnavatele) budou probíhat v sídle zaměstnavatele. Vždy se bude jednat o pracovníky, kteří byli po celou dobu trvání zaměstnaneckého poměru účastníkem projektu s touto osobou v kontaktu a kteří tuto osobu také přijímali do pracovního poměru. K záznamu odpovědí respondenta bude použit diktafon a zaznamenaný rozhovor bude následně přepsán. Otázky budou kladeny podle následujícího scénáře:

- 1) Přivítání se se zkoumanou osobou
- 2) Předání informace o účelu výzkumu a o jeho orientační délce
- 3) Jádro rozhovoru
- 4) Zakončování rozhovoru
- 5) Poděkování, rozloučení

Základní otázky budou doplňovány navazujícími v případě, že zkoumaná osoba do rozhovoru vnese další témata. Orientační délka rozhovoru je odhadována na 25 až 45 minut, v závislosti na tom, jak hluboce bude zkoumaná osoba o tématu hovořit. Rozhovory uskutečním nejdříve po šesti měsících trvání pracovního poměru účastníka projektu, což umožní v odpovědích zachytit názory zaměstnavatelů podložené zkušenostmi.

7.4.4 Způsob zpracování dat

Po získání dat proběhne jejich utřídění a analýza. Vyhodnocování bude v rámci výzkumu probíhat formou textovou i grafickou.

Analýzou dat **v kvalitativním výzkumu** se rozumí „*Nenumerické organizování dat s cílem odhalit témata, pravidelnosti, datové konfigurace, formy, kvality a vztahy* (Hendl, 2005, s. 163)“. Autor také doporučuje všechny kroky z důvodu případné kontroly dokumentovat. Abych mohl přistoupit k samotné analýze, rozhovory budou nejprve přepsány a bude na nich probíhat kódování.

7.4.5 Kódování

V empirické části mé diplomové práce se při práci s daty zaměřím na **roztrídění dat pomocí kódů do shluků a kategorií**.



„Kód je symbol přiřazený k úseku dat tak, že ho klasifikuje nebo kategorizuje“ (Hendl, 2005, s. 228). Kódy tedy data rozřazují do tříd a zároveň shlukují do kategorií, se kterými se dále pracuje. Obecně je kódování v literatuře označováno za základní proces kvalitativní analýzy, kterým jsou data komplikována a rozšiřována, a který přivádí do hry otázky a provizorní odpovědi. Volba kódů a způsobů kódování přitom ovlivňuje soubor otázek, které si výzkumník může klást, resp. které může klást datům (Coffey, Atkinson, 1996).

Kódování je však pojímáno autory píšícími o výzkumné metodologii různě. Tyto popisy se liší jak kladeným důrazem na kódování v celém procesu, ale i významem pojmu (např. srov. Hendl, 2005; Miovský, 2006).

Jak již jsem uvedl, po přepisu rozhovorů přistoupím k samotnému kódování podle tématických oblastí, které se v rozhovorech vyskytnou podle předem stanovených kritérií.

Z hlediska časového proběhne na přepsaných rozhovorech nejprve tzv. „a priori“ předrysované schéma kódování (viz Miovský, 2006, s. 210). V rozhovorech se ale pravděpodobně vyskytnou také témata a jevy, které nebudou předem stanoveny, a proto využiji také techniku „a posteriori“ kódování, která spočívá v tom, že témata, kódy a kategorie vzniknou přímo z práce s empirickým materiálem.

Kódování „a priori“ bude využito zejména pro označování okruhu, o kterém bude zkoumaná osoba hovořit. Předpokládám, že odpovědi bude možné zařadit do definovaných specifických potřeb v oblasti sociální, psychologické nebo edukační. Kódování „a posteriori“ bude využito k označování samotných specifických potřeb, které jednotlivé zkoumané osoby uvedou.

Tato hlavní témata budou následně ilustrována na příkladech a citacích a v závěru empirické části mé diplomové práce budou prezentována jako přehled specifických potřeb osob s lehkým postižením při zvyšování pracovních kompetencí.

Z hlediska vztahů mezi proměnnými přistoupím k tzv. volnému kódování. „*Jde o část analýzy, která se zabývá označováním a kategorizací pojmů pomocí pečlivého studia údajů. Během otevřeného kódování jsou údaje rozebrány na samostatné části a pečlivě prostudovány, porovnáním jsou zjištěny podobnosti a rozdíly a také jsou kladeny otázky o jevech údají reprezentovaných* (Strauss, Corbinová, 1999, s. 46).“ Tak dojde k identifikaci nejčastěji se vyskytujících témat a příkladů. Předpokládám, že již v této fázi bude moci dojít k identifikaci nejvíce zastoupených fenoménů – specifických potřeb osob s lehkým postižením při přípravě na práci a profesi.

Posléze však ještě přistoupím k axiálnímu kódování. „*Bližší určení kategorie (jevu) pomocí podmínek, které jej zapřičiňují, kontextu (jeho konkrétního souboru vlastností) v němž*



je zasazen, strategií jednání a interakce, pomocí kterých je zvládán, ovládán a následků těchto strategií. Tyto blíže určující charakteristiky kategorie upřesňují, proto je nazýváme subkategorie. (Strauss, Corbinová, 1999, s. 71).“ Subkategorie pak vytvoří zjednodušené a přehledné schéma zachycující hlavní témata zkoumaných osob. Dosáhnu tak přehledu specifických potřeb osob s lehkým postižením při zvyšování pracovních kompetencí v oblasti sociální, psychologické a edukační.



8 Výsledky výzkumu

Oproti původnímu předpokladu došlo v průběhu realizace rozhovorů k zúžení výzkumného vzorku v kategorii účastníků projektu – osob se zdravotním postižením. Jedna osoba z výzkumného vzorku změnila místo trvalého bydliště a ukončila účast v projektu a navíc přerušila veškeré kontakty s realizačním týmem i se mnou, tedy s výzkumníkem. Jedna osoba se tedy stala nedostupnou a výzkumný vzorek tvoří 19 osob se zdravotním postižením a 4 zaměstnavatelé těchto osob – všichni v rámci projektu Hledám práci – podpora osob s lehkým postižením.

Výsledky mnou provedeného výzkumu předkládám v částečně upravené textové podobě, kde došlo pouze k úpravě jazykové stránky sdělení respondentů. Některé osoby ze zkoumané skupiny jsou cizí národnosti a při rozhovoru neobratně používaly český jazyk. Další osoby ze zkoumané skupiny mají problémy s komunikací a malou slovní zásobu. Poslední část osob ze zkoumané skupiny dokázala komunikovat bez problémů. Pro sjednocení a možnost vyhodnocení rozhovorů jsem přistoupil k jazykové úpravě zaznamenaných sdělení tak, aby nedošlo ke změně obsahu sdělení, ale došlo pouze ke sjednocení jazyka tohoto sdělení od různých respondentů.

Jednotlivé názvy podkapitol odrážejí rozdílnost dvou cílových skupin, na které byl tento výzkum zaměřen, a zároveň respektují pokládané otázky. Text psaný kurzívou označuje doplňující otázky, které byly v průběhu rozhovorů pokládány a které vycházely ze směru rozhovoru naznačený respondenty.

Pro zajištění přehlednosti této části mé diplomové práce v následujícím textu používám kurzívu pro označení úryvků rozhovoru, které dokreslují zjištění vzešlá z rozhovorů. V rámci přepisů rozhovorů jsou používány zkratky T, která označuje pokládanou otázku ze strany tazatele (výzkumníka) a R, která označuje odpověď respondenta. Na začátku každého úryvku rozhovoru je uvedena krátká kazuistika zkoumané osoby (respondenta). Jména zkoumaných osob byla z důvodu zachování anonymity pozměněna.

8.1 Respondenti z řad osob se zdravotním postižením

V této části interpretace výsledků výzkumu jsou předkládána zjištění části výzkumného vzorku označeného jako osoby se zdravotním postižením. Jedná se o 19 účastníků projektu Hledám práci – podpora pracovního uplatnění osob s lehkým postižením, kteří dokončili projekt a zúčastnili se výzkumného rozhovoru (viz kapitola Výzkumný vzorek a způsob výběru vzorku).



8.1.1 Jaké potřeby nutné pro vstup nebo návrat na trh práce definují samotné osoby se zdravotním postižením?

Při pohledu na tato čísla a při zohlednění tvrzení osob ze zkoumané skupiny je však třeba připomenou legislativní normy závazné na území České republiky, které osobám se zdravotním postižením garantují nejen rovná práva, ale zároveň jim poskytují zvýšenou ochranu na trhu práce (viz teoretická část této diplomové práce). Otázkou pak zůstává vymahatelnost práva. Přitom osoby se zdravotním postižením o svých právech většinou vědí a vědí i kde hledat pomoc: „*Mluvila jsem o tom i s právníkem, kterýho máme v rodině, ale nejsem z těch, kdo by si chodil stěžovat nebo dokonce soudit. Když mě někdo nechce, tak bych tam stejně dlouho nevydržela, i kdyby mě museli vzít.*“

Jedna z respondentek připomněla, že mladší zaměstnavatelé projevují menší míru podobného diskriminačního přístupu. Řešení pak většina ze zkoumaných osob vidí v dlouhodobé edukaci společnosti, zejména ve školách, která by měla vést v podstatě k inkluzivnímu pohledu na společnost jako celku. Někteří z respondentů v rozhovoru dokonce vyslovili myšlenku edukace samotných zaměstnavatelů, která by podle jejich názoru měla přispět k tomu, že se zaměstnavatelé přestanou bát přijímat do pracovního poměru osoby s postižením: „*Možná bych rád řekl, že by bylo fajn příště učit i ty firmy, že zaměstnat někoho s postižením neznamená, že si ten člověk bude do práce nosit hlavu v batohu.*“

ÚPRAVA PRACOVNÍ DOBY

Zkoumané osoby často zmiňovaly potřebu upravit pracovní dobu v případě nástupu do zaměstnání. Jednalo se nejčastěji o konkrétní představu o zkrácení pracovní doby, ale také o umožnění pružné pracovní doby, a to z důvodu potřeby dodržovat léčebný režim: „*Co já bych potřebovala? (přemýšlí – poznámka autora) Asi trochu pochopení. Abych mohla pracovat, musím se léčit, jezdit do lázní a tak a většina zaměstnavatelů to nerada vidí.*“ Tato respondentka posléze dodala, že o práci přišla kvůli tomu, že potřebovala odjet do lázní, a tak před odjezdem jí byla předložena výpověď.

Úpravu pracovní doby osoby se zdravotním postižením potřebují ale i z důvodu samotného omezení vyplývajícího ze zdravotního stavu: „*Oni mě maximálně poslali do Densa (výrobní podnik, kde se produkují klimatizace do automobilů – poznámka autora), kde bych měla na tři směny stát u linky a montovat klimatizace. To bych určitě nezvládla.*“ Je nutné si také uvědomit, že některá onemocnění s sebou přinášejí kolísání zdravotního stavu jedince, který on sám není



schopen ovládat. „*Potřeboval bych volnější režim. Občas kvůli bolesti třeba prostě nepřijdu do práce, a to bývá problém.*“

Zde je dobré poznamenat, že zaměstnavatelům nebrání žádné ustanovení zákoníku práce umožnit zkrácení pracovní doby nebo zařadit pracovníka do nesměnného provozu. Brání tomu tedy zřejmě pouze neochota zaměstnavatelů. Na druhou stranu zaměstnavatelé fungují za účelem generace ekonomického zisku, a tak od nich nelze očekávat, že ke všem svým zaměstnancům budou přistupovat natolik vstřícně, že přestanou plnit své závazky a tím přestanou být ekonomicky stabilní.

Za požadavkem na zkrácení pracovní doby ale stojí ještě další skutečnost. „*No, to jde o to, aby mi nevzali důchod. Já bych to asi těch 8 hodin zvládla, ale aby mi pak neřekli, že můžu dělat, tak bez důchodu. To prej dělej.*“ Za tímto požadavkem stojí dle následného sdělení respondentky obava ze ztráty příjmu v podobě invalidního důchodu. Pravdou je, že v poslední době se množí případy, kdy je při přezkoumání snížen stupeň invalidity, což se ostatně projevilo v průběhu trvání projektu i uvnitř výzkumné skupiny. Stačí se ale podívat za hranice České republiky, do Rakouska. V tamním systému neexistují žádné částečné invalidní důchody a na plný invalidní důchod dosáhne skutečně pouze osoba, která má zachovány jen minimální pracovní schopnosti. Rakouský stát a jednotlivé spolkové země však investují mnoho prostředků i energie do začlenění osob se zdravotním postižením na trh práce. Hlavním východiskem je volba a získání plnohodnotného a odpovídajícího vzdělání, což je zabezpečováno formou výučních oborů. V České republice jsou prostředky v rámci aktivní politiky zaměstnanosti investovány zejména do rekvalifikací, jejichž přínos hodnotí zkoumané osoby jako nedostatečný. „*Ty rekvalifikace nemají moc velký význam, podle mých zkušeností... jako kvalifikace v oboru to nestačí. Na rekvalifikace se mezi firmama kouká tak jako na jakýkoliv jiný kurz.*“

Jako jednoduché řešení úpravy pracovní doby by se mohlo zdát vykonávání práce z domova. To sice nabízí možnost pro vytvoření individuálního režimu každého jednotlivce, avšak takových pracovních nabídek je málo a navíc ne všichni pracovníci možnost práce z domova přijímají. „*To ne, to už jsem taky dělala, a to jste v práci vlastně furt. To ne,*“ bránila se při dotazu na domácí práci jedna z respondentek.

ÚPRAVA PRÁCE A PRACOVNÍŠTĚ

Tato oblast se v rozhovorech nevyskytovala sice nejčastěji, ale v rámci tohoto tématu se objevilo nejvíce různorodých potřeb zkoumané skupiny. Jednotlivci se v rozhovorech často



zmiňovali o tom, že vzhledem ke svému zdravotnímu stavu potřebují upravit pracovní náplň a i samotné pracoviště. Nejčastější potřebou byla možnost v průběhu pracovní doby měnit polohu těla – moci se posadit, projít, nepracovat ve vynucených polohách apod. „*Já bych potřebovala, abych se nemusela takhle napínat a tak. Jak jsem nosila ty těžký věci celej život, tak mám ty záda prostě špatný, a tak potřebuju jako jiný polohy během dne a tak,*“ řekla respondentka s celkovými problémy s pohybovým aparátem a s páteří. Takový požadavek ale zazněl také od respondenta, který v minulosti prodělal cévní mozkovou příhodu, trpí organickým psychosyndromem vzniklým na podkladě vaskulárního onemocnění. Jeho příběh byl vůbec zajímavý například tím, že byl z úřadu práce odeslán vykonávat veřejnou službu, zmokl a v důsledku prochladnutí byl měsíc téměř nepohyblivý.

Z rozhovorů se zkoumanými osobami každopádně jasně vyplynula potřeba přizpůsobit pracovní prostředí i samotnou práci individuálním potřebám jednotlivců. Z toho důvodu nelze jednoznačně definovat, jak by mělo pracoviště osoby se zdravotním postižením vypadat a co by mělo splňovat. Navíc je v této otázce třeba přihlížet k prognóze daného onemocnění, na což nepřímo upozornila respondentka, u níž byla před lety mimo jiné diagnostikována roztroušená skleróza: „*Kdybych měla jít pracovat někam, vlastně skoro kamkoliv, tak bych potřebovala, aby to v té firmě bylo jako dost bezbariérový a tak. Teda ne úplně jako pro vozíčkáře, i když i to mě čeká. Ale každopádně abych se tam mohla pohybovat.*“

Jestliže v předchozí podkapitole byl uváděn příklad respondentky, která odmítala pracovat z domova, tak na tomto místě je třeba vyzdvihnout, že mezi respondenty, kteří hovořili o úpravě pracoviště, byl naopak zaznamenán zájem o tuto možnost. „*Já tím, že nejsem moc společenský, tak bych asi rád dělal třeba z domova nebo někde, kde nebude velký kolektiv.*“ Je tedy zřejmé, že při výběru práce a pracoviště je nutné přihlížet také k osobnostním vlastnostem daného jedince.

Jak bylo uvedeno v teoretické části této práce, asi 10 % Evropanů má omezenou schopnost pohybu či orientace. Nejedná se pouze osoby se sníženou možností lokomoce, ale také například o osoby se zrakovým, sluchovým či mentálním postižením. Pracovní prostředí je tedy často nutné přizpůsobit, byť jen mírně a bez velkých zásahů, i pracovníkovi se zdánlivě marginálním postižením. Jiné světlo na pracovní ploše bude potřebovat například člověk se silným astigmatismem a jiný člověk, který v oblasti zraku nepotřebuje žádnou kompenzaci.

V jednom z rozhovorů se objevil velmi zajímavý názor, který svým obsahem do kategorie úpravy práce a pracovního prostředí zdánlivě nezapadá, ale při hlubší analýze je zde uváděn



právem: „*Já už jsem se napracovala dost a za jakou cenu. Toho stresu, co jsem si prožila. Taky kvůli tomu mám poškozený zdraví, a to mi za to nestojí.*“ Zdá se, že zaměstnavatel v případě této respondentky nedokázal vytvořit takové pracovní prostředí, které by ji motivovalo k práci, a namísto toho vytvořil takové pracovní prostředí, které stojí za zhoršením jejího zdravotního stavu. Jestliže v teoretické části této práce bylo pojednáno o zvýšené ochraně osob se zdravotním postižením na trhu práce, pak je nutné podotknout, že ochranu všech pracovníků je v české legislativě řešena také a je otázkou, jak byla v tomto případě uplatňována.

Na závěr této podkapitoly je třeba se na problematiku úpravy pracovního prostředí pro osoby se zdravotním postižením podívat také nezbytnou optikou zaměstnavatele, který má pochopitelně s úpravou pracoviště často spojené také finanční náklady. Jak ale bylo uvedeno v teoretické části této práce, tyto náklady je možné zaměstnavateli kompenzovat, a tak by se tato problematika neměla stát důvodem pro odmítání osob se zdravotním postižením ze strany zaměstnavatelů.

VZDĚLÁNÍ

Získání, zvýšení nebo rozšíření vzdělání zmínilo při rozhovorech mnoho zkoumaných osob. Toto téma se v rozhovorech dokonce stalo jedním ze stěžejních témat. Nejednalo se ale pouze o klasické vzdělání v pojetí institucionálním, nýbrž mezi respondenty se objevily také témata z oblasti neformálního vzdělávání. „*Doporučili jste mi dobrého doktora a pomůcky. Taky jsem se dozvěděla hodně nového,*“ uvedla respondentka v druhé části rozhovoru, když byla dotázána na to, jestli jí osobně projekt Hledám práci nějak pomohl naplnit její potřeby, ačkoliv tyto potřeby v úvodu rozhovoru nedefinovala.

Mnohem častěji se ale v rozhovorech objevovalo téma odborného teoretického vzdělávání, které celkem devět respondentů definovalo jako svou potřebu. Toto zjištění navazuje na statistiky citované v teoretické části této práce, z nich vyplývá, že úroveň vzdělání mezi osobami se zdravotním postižením je v České republice poměrně nízká a že nejnižší úroveň nezaměstnanosti je mezi osobami s nejvyšším dosaženým vzděláním. Ve všech případech bylo respondenty uváděno nebo z kontextu rozhovoru vyplývalo, že se jedná o potřebu vzdělávat se v systému tzv. dalšího vzdělávání (viz teoretická část této práce). „*Já mám jen základní školu a jak nejsem vyučená, tak mě taky nechtěj... Tak to víte, že vyučení by bylo lepší, ale já sem se nikdy nechtěla učit.*“



Ve čtyřech případech zkoumané osoby uvedly, že je pro ně důležitý nácvik pracovních dovedností, včetně režimu dne. To mělo dva důvody. První z nich vychází z osobnostních vlastností a druhu postižení daného respondenta, kdy se jednalo o osoby s těžšími formami postižení v rámci výzkumné skupiny (dětská mozková obrna, diagnostikovaná mentální retardace apod.) Tyto osoby uváděly nižší míru celkové soběstačnosti a závislosti na okolí. Druhým důvodem byla dlouhodobá nezaměstnanost, při které, jak bylo uvedeno v teoretické části této práce, dochází ke ztrátě pracovních návyků. „*Ráno sem vstával na sedmou, pak šel sem, pěkně na čas, zapsat příchod do sešitu, pak něco dělat až do svačiny. Pak zas makat až do oběda. No, to ste mi dali teda. Já už si to ani po tý době doma nepamatoval,*“ osvětlil svou potřebu nácviku pracovních dovedností jeden z respondentů.

Mírným překvapením bylo, že dvě osoby uvedly, že jejich potřebou je vzdělávání v oblasti cizích jazyků. Je ale třeba uvést, že jedna z těchto respondentek pracovala v minulosti jako recepční v hotelu a druhá dlouhodobě studuje němčinu ve formě samostudia. Při pohledu do inzerátů zaměstnavatelů jsou však v dnešní době cizí jazyky u zaměstnanců velice žádané. Dvě osoby uvedly, že je pro ně důležité vedle teoretického vzdělání také získání praxe. Jedna z respondentek zareagovala na část rozhovoru o zvyšování zaměstnání takto: „*Ale pak zase chybí praxe. Tu taky všude chtějí.*“ Je tedy evidentní, že osoby se zdravotním postižením, které jsou nezaměstnané, neztrácejí kontakt s trhem práce a s trendy v požadavcích zaměstnavatelů.

ZAUČENÍ A PODPORA NA PRACOVÍŠTI

Vedle samotné odborné přípravy ve formě odborného vzdělání a praxe zkoumané osoby hovořily také o potřebě získání zkušeností s konkrétní prací na konkrétním pracovišti, kde by měly být následně uplatněny. Celkem se jednalo o čtyři respondenty, kteří tuto potřebu v rozhovoru deklarovali. Opět se jednalo spíše o osoby, které v rámci výzkumné skupiny vykazují vyšší míru postižení a vyšší míru závislosti na okolí. Jeden respondent hovořil o tom, že by potřeboval asistenta při zaučení se: „*No, tak něco. Jako já bych se to asi sám nenaučil.*“ V kontextu rozhovoru působila jeho obava ze zvládnutí zaučení se v nové práci v souladu se skutečnostmi uvedenými v teoretické části této práce. Tento konkrétní respondent má totiž potíže s komunikací a se zrakem, což s sebou nese mimo jiné také znesnadněné pochopení sdělení, která jsou mu předkládána. Fakta uvedená v teoretické části této práce potvrzuje také další respondent (s podobným postižením), který hovořil mimo potřebě pomoci



v zapracování také o potřebě mít na pracovišti asistenta práce. *„Já bych nejradši, kdyby chodil se mnou. Ale to moc nejde, těch asistentů moc není.“*

Opět se i zde projevila individualita jednotlivých osobností respondentů. Potřebu podpory na pracovišti projevili totiž také osoby, které v rámci zkoumané skupiny netrpí těžšími formami postižení. Je tedy nutné poznamenat, že při volbě míry intervence při podpoře osob se zdravotním postižením na pracovišti (v zájmu získání a udržení práce) je třeba přihlížet k individuálním potřebám každého jednotlivce.

Obecně je možné říci, že kontextů rozhovorů v oblasti zapracování a podpory na pracovišti je možné usuzovat na vyšší míru potřeby těchto opatření u osob s těžšími formami postižení. Nové pracoviště je pro tyto osoby stresující prostředí, a tak potřebují v této nové situaci zmírňovat vyvolaný stres přítomností známé osoby, což ostatně vyplynulo z kontextu provedených rozhovorů. Jeden z respondentů také uvedl, že na pracovišti potřebuje přátelský kolektiv, což opět ukazuje na snahu minimalizovat stres. Tento stres může pramenit také z nedostatečného uspokojování potřeb definovaných Maslowovy hierarchie potřeb (viz. teoretická část této práce).

Na problematiku je ale třeba také pohlížet optikou zaměstnavatele, který zodpovídá za bezpečnost na pracovišti a jeho právem na pracoviště nepustit cizí osobu.

PODPORA ZE STRANY STÁTU

K této oblasti se v provedených rozhovorech vyjadřovalo nejvíce zkoumaných osob. Zmiňována byla zejména potřeba podpory ze strany úřadu práce, jako instituce, která je v současné době považována za nedostatečnou a zároveň potřeba zúčastněného přístupu jednotlivých zprostředkovatelek. *„Kdysi sem byla po mateřský chvíli na pracáku. To si pamatuju, jak mi pořád dávali nějaký nabídky a já musela lítat, shánět razítka, jestli mě chtějí nebo ne a tak. Teď, když jsem byla na pracáku, tak snad jen Nováková (jméno zprostředkovatelky na ÚP – poznámka autora) se starala, ta byla dobrá, ale jiný, ty nemaj zájem o to, aby vůbec něco sháněly.“* Jak bylo uvedeno v teoretické části této práce, úřady práce plní v rámci politiky zaměstnanosti řadu funkcí. Dle zkušeností respondentů však v praxi tyto funkce příliš plněny nejsou. *„Tak třeba pracák, tam se nic nedovíte,“* reagoval jeden z účastníků na to, když byl během rozhovoru vyzván, aby upřesnil, co podle něho nefunguje v oblasti hledání nabídek práce.

Co se přístupu zprostředkovatelek úřadu práce týče, potřeba definovaná zkoumanými osobami by se dala vyjádřit jako potřeba znát, zajímat se a pomáhat. Častou výtkou respondentů bylo,



že zprostředkovatelka nezná jejich možnosti a nabízí jim neadekvátní práce, nebo že neumí s osobami se zdravotním postižením komunikovat a respektovat specifika komunikace s lidmi s určitým druhem postižení (viz teoretická část této práce). Jeden z účastníků s problémy v oblasti komunikace byl dokonce sankčně vyřazen z evidence z důvodu, že se nedostavil na sjednanou schůzku, o které však podle svých slov nevěděl. „*No, oni mi něco říkají a já někdy nevím, co po mě chtějí.*“ Odpověděl na otázku, v čem své zprostředkovatelce nerozumí.

Také do této kategorie odpovědí by se daly zařadit obavy zkoumaných osob ze snížení nebo odejmutí invalidního důchodu, které se v rozhovorech vyskytly a o kterých bylo pojednáno výše. Jedná se o negativně vnímané zásahy státu, které podle sdělení respondentů působí spíše demotivačně pro osoby se zdravotním postižením a odrazují je od hledání práce, případně od uplatnění na běžné pracovní úvazky.

V rozhovorech se vyskytla také potřeba zvýšené ochrany osob s postižením na trhu práce. Podle kontextu sdělení lze však spíše usuzovat, že respondent měl na mysli důslednější uplatňování současné legislativy, která osoby se zdravotním postižením na trhu práce chrání. Z teoretické části této práce vyplývá, že Česká republika přijala tyto dokumenty za své, což uskutečnily i jiné evropské státy, kde je ochrana osob s postižením na trhu práce považována za dostačující.

Zajímavostí bylo, že mezi respondenty se vyskytla také potřeba motivovat zaměstnavatele k tomu, aby vytvářeli pracovní místa pro osoby se zdravotním postižením. Zde je opět potřeba odkázat na teoretickou část této práce, kde je uveden přehled možných opatření, která mají tuto motivaci zajišťovat. Ze zkušeností autora této práce však nejsou zaměstnavateli v maximální míře využívána, a to z důvodu přílišné administrativní zátěže, kterou představují různé žádosti a výkazy, které mají zaměstnavatelé využívat jako povinnost zpracovávat a předkládat.

PODPORA PŘI HLEDÁNÍ PRÁCE

Mezi odpověďmi se vyskytovala potřeba podpory osob se zdravotním postižením také při samotném hledání práce. Nejedná se tedy pouze o potřebu pomoci se zapracováním (viz výše), ale i o pomoc při vyhledávání pracovních příležitostí, o které hovořilo sedm osob. Ačkoliv byly zkoumané osoby v úvodu projektu poučeny, kde hledat nabídky práce, stále se při jejich vyhledávání spoléhají zejména na úřad práce, případně na jinou instituci. Tato situace může mít několik vysvětlení. Z kontextu provedených rozhovorů vyplývá,



že u zkoumaných osob přetrvává závislost na státním aparátu, který tyto osoby považují za mocný a očekávají od něho pomoc ve své situaci. Na druhou stranu jsou anebo byly tyto osoby ve většině případů účastníky systému pojistných dávek, ze kterého by měly být poskytovány nejen dávky, ale také služby pro občany. Druhým vysvětlením může být zdravotní stav zkoumaných osob, který v některých případech opravdu znesnadňuje jednotlivcům efektivně pracovat s výpočetní technikou a dalšími informačními zdroji, které mohou být významným zdrojem informací a pracovních nabídek. Například epileptik by u počítače neměl trávit mnoho času, neboť by tím mohlo dojít ke spuštění záchvatu. Pak je na místě zcela jistě asistence při vyhledávání pracovních nabídek.

Podpora rodiny a nejbližších byla zkoumanými osobami během rozhovorů zmíněna celkem třikrát, a to zejména osobami s těžšími formami postižení. Touha po podpoře od nejbližších pramenů z hierarchie hodnot, na které se můžeme dívat prostřednictvím Maslowovy hierarchie potřeb. V kontextu hledání práce mohou svůj význam mít také vzory, které každá ze zkoumaných osob má, a tyto vzory jsou často reprezentovány právě nejbližšími osobami v okolí jedince. Jejich podpora v obtížné životní situaci pak hraje zásadní úlohu pro úspěšnost zvládnutí celé situace.

Dvě osoby v rámci rozhovoru zmínily také potřebu pomoci s oslovováním zaměstnavatelů. Jednalo se zejména o pomoc s vytvořením životopisu a podobných personálních dokumentů. I zde může svou roli hrát zdravotní stav, který může jednotlivcům bránit nebo alespoň znesnadňovat tvorbu těchto dokumentů.

Jedna osoba uvedla, že cítí potřebu disponovat samostatností v procesu hledání práce. Jednalo se o respondentku, která pravděpodobně touží naplňovat svou potřebu sebeaktualizace (viz teoretická část této práce, Maslowova hierarchie potřeb) a tato její snaha byla v minulosti opakovaně bagatelizována nebo jí bylo bráněno. Tato respondentka se projevuje výraznou nedůvěrou sama v sebe, a to bez vážnějších důvodů.

OSTATNÍ POTŘEBY

Do této podkapitoly byly zařazeny takové potřeby, které stojí na pomezí výše uvedených oblastí (podkapitol) a jejich zaznamenaný výskyt v uskutečněných rozhovorech byl nízký, tudíž pro ně nebyla vytvořena zvláštní oblast. Ani v jednom případě se navíc nejedná o potřeby, o kterých by bylo možné říci, že jsou specifické pouze pro osoby se zdravotním postižením.



Jedna osoba uvedla v rozhovoru, že pro své uplatnění na trhu práce potřebuje psychickou podporu a motivaci. Stejná osoba také uvedla, že potřebuje sdílení zkušeností s ostatními lidmi v podobné situaci. Na otázku, jestli by potřebovala také kontakt s odborníkem v oblasti psychologie nebo nějaké jiné, uvedla: „*No, to taky, ale i ty lidi normálně. Jsem nepřišla mezi lidi a rozumíš, bez peněz, podpora skoro žádná, sedíš doma. Hrůza.*“ I zde se projevují negativní důsledky nezaměstnanosti, o kterých bylo pojednáno v teoretické části této práce.

Tři osoby uvedly, že potřebují pomoc vyřešit své individuální problémy. Konkrétně v jednom případě se jedná pomoc s řešením exekuce. Exekuce je dle zkušeností autora této práce stále se rozšiřující problematika, které postihuje zejména osoby a domácnosti s nízkými příjmy. To potvrzují také údaje Exekutorské komory ČR, která uvádí, že v roce 2012 bylo nařízeno 718 tis. exekucí a dalších 300 tis. soudních exekucí, což je jasně stoupající trend. Jelikož bylo v teoretické části popsáno, že nezaměstnanost s sebou nese také ekonomické problémy domácností, je možné tuto potřebu respondentky možné označit za důsledek nezaměstnanosti, která u ní sice není dlouhodobá, ale často se opakující.

Stejná respondentka také v rozhovoru definovala potřebu pomoci v řešení ukončení posledního pracovního poměru, kdy došlo k propuštění z důvodu údajného hrubého porušení pracovní kázně. V průběhu rozhovoru také sdělila, že pomoc je jí poskytována. Z dostupných informací se jedná o situaci, která nastala bez zapříčinění zkoumané osoby a tato osoba si s jejím řešením neví samostatně rady. Zde je možné konstatovat, že potřeba je vyvolána nízkým stupněm vzdělání, což je dle údajů v teoretické části této práce jedním z fenoménů uvnitř skupiny osob se zdravotním postižením.

Jedna osoba v rozhovoru vystoupila s potřebou v zajištění přístupu k počítači. Tato potřeba však byla vyvolána celkově nepříznivou rodinnou situací, kdy je v domácnosti přítomno fyzické násilí a další sociálně-patologické jevy.

8.1.2 Do jaké míry pomáhá projekt Hledám práci – podpora pracovního uplatnění osob s lehkým postižením těmto osobám v návratu nebo vstupu na trh práce v oblasti jejich specifických potřeb?

V druhé části rozhovoru byla zkoumaným osobám položena otázka, jestli některé jejich potřeby naplnil proběhnuvší projektu Hledám práci, jehož cílem byla podpora pracovního uplatnění osob s lehkým zdravotním postižením. I v této části rozhovoru následovalo u většiny respondentů po položení otázky dlouhé přemýšlení a následně se rozvinul rozhovor podle témat, která do něho zkoumané osoby vnášely.



Tematických kategorií, které se v druhé části rozhovoru vyskytly, bylo o něco méně, přesto jsou výsledky výzkumu i v tomto případě prezentovány formou jednotlivých podkapitol, které v sobě zahrnují tematicky podobná zjištění. Tato zjištění do značné míry kopírují podkapitoly z předchozí kapitoly praktické části této diplomové práce.

VZDĚLÁNÍ

Nejvíce respondentů (celkem 15) v rozhovorech uvedlo, že projekt naplnil jejich potřebu v oblasti odborného teoretického vzdělání. *„Tak hlavně asi ty kurzy. Ono když na něco máte ten papír, tak se na Vás hned jinak všichni koukají,“* řekl jeden z respondentů, který těmito svými slovy do jisté míry potvrdil statistiky úřadu, které hovoří v tom smyslu, že osoby se základním vzděláním nebo bez vzdělání jsou na trhu práce obtížně uplatnitelní. Například Statistická ročenka trhu práce za rok 2011 uvádí, že z celkového počtu uchazečů evidovaných na úřadu práce ke konci roku 2011 bylo 27,5 % se základním vzděláním nebo bez vzdělání. Avšak mezi nezaměstnanými v tomto roce převažovali uchazeči s vyučením, což naznačuje, že na trhu práce je mezi zaměstnavateli zájem spíše o pracovníky s vyšším vzděláním. Proto je také potřeba vzdělávat se velmi důležitou právě pro osoby se zdravotním postižením, které dle údajů uvedených v teoretické části této práce, patří mezi skupiny obyvatelstva s nižší mírou dosaženého vzdělání.

Druhý nejvyšší počet respondentů v rozhovorech hovořících o vzdělání uvádělo, že byla naplněna jejich potřeba v oblasti zvýšení počítačové gramotnosti. Tím se však nerozumí jen naučení obsluhovat počítač, ale také získat informace o tom, k čemu je možné počítač využít, například k hledání pracovních nabídek. Jeden z respondentů například v souvislosti s tím, jestli se domnívá, že se v rámci projektu naučil něco, co by využil při hledání práce, mimo jiné uvedl: *„A asi bych už i věděl, kde novou práci hledat. Jak jste nám ukazovali na tom počítači a tak.“* Vzhledem k informacím o překážkách osob s postižením uvedených v teoretické části této práce, tak slova tohoto respondenta potvrzují hypotézu, že právě počítač a jiné moderní informační technologie mohou hrát významnou roli jako kompenzační pomůcky odstraňující komunikační bariéry osob s postižením.

Dalším důvodem pro zvyšování počítačové gramotnosti osob s postižením je skutečnost, která se objevuje v nejednom inzerátu zaměstnavatelů při náboru zaměstnanců. Dokázat uživatelsky obsluhovat počítač je jednou z žádaných dovedností, kterou zaměstnavatelé často považují za předpoklad pro přijetí uchazeče do pracovního poměru. Zajímavé však je,



že potřebu zvyšovat počítačovou gramotnost v první části rozhovoru uvedla pouze jedna osoba.

Tři osoby v rozhovorech uvedly, že projekt splnil jejich potřebu získání rady nebo informací pro život. „*Doporučili jste mi dobrého doktora a pomůcky. Taky jsem se dozvěděla hodně nového.*“ uvedla jedna respondentka na otázku, jestli projekt pomohl naplnit některou z jejích potřeb. To koresponduje s východiskem, že proto, aby člověk mohl pracovat, potřebuje být práce schopný, mimo jiné i z důvodu zdravotního stavu. Zaznamenaná informace o tom, že respondentce pomohla informace o dobrém lékaři, je tedy možné považovat za neformální vzdělávání, které do budoucna zvýší její možnost uplatnění na trhu práce, neboť může dojít ke zlepšení jejího zdravotního stavu z nového důvodu léčby.

Mezi dalšími získanými informacemi, o kterých zkoumané osoby hovořily, byla také například informace o tom, na co má v České republice osoba s postižením nárok, kde může o co žádat a podobně. Jestliže tyto získané informace osoby v rozhovorech zmiňovaly, znamená to, že došlo ke zvýšení jejich životních kompetencí. To pravděpodobně opět souvisí s tím, že mezi osobami se zdravotním postižením je nízká míra vzdělanosti, která se promítá i do sféry neformálního vzdělání.

Tři osoby v rozhovorech zmínily, že došlo k naplnění jejich potřeby v oblasti získání praxe. Vyzkoušet si teoretické znalosti v reálném prostředí patří mezi důležité předpoklady pro možnost následného pracovního uplatnění, to nejen z pohledu samotných zaměstnanců, ale i zaměstnavatelů. Podle statistik úřadu práce i podle údajů v teoretické části této práce patří ke skupinám, kterým je na trhu práce věnována zvýšená ochrana, také skupina absolventů. Je to právě z důvodu chybějící praxe, kterou zaměstnavatelé pro přijetí do zaměstnání často požadují. Na druhou stranu je ale třeba připomenout vyjádření jedné z respondentek, která upozornila na skutečnost, že ani dobrá a dlouhodobá praxe není pro zaměstnavatele mnohdy přijatelná, když mluvila o svém manželovi: „*To může vypisovat všechno vzdělání a tý praxe na kolik stran, ale je mu padesát a konec. Vono už i čtyřicátníci maj problém se někde chytit. To je tady v Čechách problém. To samý maj děti po škole.*“ Tato tvrzení ve svém důsledku legitimizují ustanovení zákoníku práce a dalších právních předpisů uvedených v teoretické části této práce, která právě osobám se zdravotním postižením, absolventům a pracovníkům starším 50 let poskytuje zvýšenou ochranu na trhu práce.

Dvě osoby uvedly také, že jim projekt a jeho aktivity pomohly s pracovní orientací. „*Pomohli jste mi i vyznat se v tom, co vlastně můžu a chci dělat.*“ To, že osoby se zdravotním



postižením někdy nemají nadhled nad svou vlastní situací, vyplývá z teoretické části této práce. Hledání odpovídajícího pracovního uplatnění je pak značně ztížené a může vést až k dlouhodobé deprivaci potřeb, neboť takový uchazeč je pro zaměstnavatele nezajímavý. Je tedy odmítám, a to vede k deprivaci potřeby ocenění – v tomto případě v podobě získání pracovního uplatnění (viz Maslowova hierarchie potřeb v teoretické části této práce).

Jedna osoba v rozhovoru uvedla naplnění potřeby nácviku pracovních dovedností a režimu dne. Jak bylo uvedeno v teoretické části této práce, při dlouhodobé nezaměstnanosti dochází ke ztrátě těchto dovedností a jedinec je pak v tomto důsledku obtížně uplatnitelný na trhu práce. Nácvik těchto pracovních kompetencí je tedy v procesu přípravy na práci důležitým faktorem doplňující přípravu na samotnou profesi.

ZAUČENÍ A PODPORA NA PRACOVIŠTI

Jedna osoba v rozhovoru uvedla, že její potřebu projekt naplnil tím, že je jí poskytována podpora v novém prostředí. „*Tak mně se líbí, jak za mnou chodíte, voláte a staráte se, jestli všechno klapě. Mistrová taky říkala, že se furt na mě ptáte, to prej se jí nestává.*“ Podpora v udržení již získané práce je u osob se zdravotním postižením o to důležitější, že u nich mohou existovat překážky (viz teoretická část této práce), které jim brání v pochopení okolí a tím může docházet ke konfliktům nejen v pracovním kolektivu, ale také se samotným zaměstnavatelem. V tomto případě je možné usuzovat také na skutečnost, že u účastníka došlo k naplnění potřeby sounáležitosti (viz Maslowova hierarchie potřeb v teoretické části této práce), neboť zájem ze strany realizačního týmu může být chápán jako znak sounáležitosti se sociální skupinou představující realizační tým.

PODPORA ZE STRANY STÁTU

V této oblasti žádná osoba ze zkoumané skupiny v rozhovoru nehovořila o naplnění potřeb definovaných v první části rozhovoru. Na druhou stranu se ve čtyřech případech objevila zmínka o tom, že v průběhu projektu byla účastníkům poskytována finanční podpora, a to jak z rozpočtu projektu (spolufinancovaného také z prostředků státního rozpočtu ČR), tak i podpora při rekvalifikaci poskytovaná úřadem práce. Autor této práce tedy zařadil tuto zaznamenanou finanční podporu v rozhovorech se zkoumanými osobami do oblasti podpory ze strany státu, ačkoliv v odpovědích na první otázku žádná ze zkoumaných osob o finanční potřebě nehovořila.



„Ale co bylo docela dobrý, tak to byly ty peníze, co ste nám dávali. Bylo na nějakou tu tramvaj a tak, to bylo fajn.“ Nezaměstnanost obecně s sebou nese také ekonomické důsledky (viz teoretická část této práce), a tak poskytovaná finanční podpora hraje významnou roli v naplňování základních životních potřeb, které mohou být, zvláště při dlouhodobé nezaměstnanosti) nedostatečně saturovány. Podle zkušeností autora není výjimkou, že příjmy osoby s postižením postačují pouze na pokrytí nákladů na bydlení a splátku závazků vůči finančnímu ústavu, ke které se jednotlivec v minulosti zavázal například v souvislosti s pořízením kompenzační pomůcky. V takovém případě nedochází k dostatečné saturaci biologických potřeb a tím například také ke zhoršení zdravotního stavu. Šest osob v rozhovorech hovořilo také o projeveném zájmu o vlastní situaci ze strany realizačního týmu projektu. *„Řekl bych, že mi dost pomohlo psychicky, že se o mě někdo zajímá. Že jsem se měl s kým poradit co a kam napsat, vyzkoušet si s vámi pohovor a tak.“* Nutno poznamenat, že v první části rozhovoru naplnění této potřeby respondenti vztahovali zejména ke zprostředkovatelkám úřadu práce. Jelikož ale realizační tým v projektu analogicky zastával ve vztahu ke zkoumaným osobám roli těchto zprostředkovatelek, autor hodnocení této části rozhovoru zařadil do oblasti podpory ze strany státu. Jestliže respondent hovořil o tom, že mu zájem ze strany realizačního týmu pomohl psychicky, mohlo se jednat o saturaci jeho potřeby jistoty a bezpečí nebo i jiných potřeb dle Maslowovy hierarchie potřeb (viz teoretická část této práce).

PODPORA PŘI HLEDÁNÍ PRÁCE

Celkem sedm osob v rozhovoru uvedlo, že projektem došlo k naplnění jejich potřeb v oblasti pomoci při hledání pracovních nabídek. Toto zjištění analogicky navazuje na potřebu definovanou v první části rozhovoru a také na ty rozhovory, ve kterých zkoumané osoby hovořily o nedostatečné podpoře úřadu práce, respektive jeho zprostředkovatelek. Vysvětlení proč došlo k naplnění této potřeby je tak několik. Mohlo dojít k realizaci konceptu respondentů, že zde existuje nějaká instituce, která o práci ví a řekne jim o ní. Mohlo se také jednat o dopad zvýšení počítačové i jiné gramotnosti v oblasti získávání informací o pracovních nabídkách. Realizační tým také mohl být prostředníkem v překonání překážek v podobě omezení vyplývajících ze zdravotního stavu zkoumaných osob (viz teoretická část této práce). Dle kontextu rozhovorů a osobní zkušenosti autora je možné konstatovat, že tato potřeba respondentů byla naplněna pomocí kombinace všech uvedených možností.



Čtyři osoby v rozhovorech uvedly, že došlo k naplnění jejich potřeby doprovodu na pracovní pohovory. Zde se jednalo zejména o osoby s těžším typem postižení v rámci zkoumané skupiny. *„Dobré bylo, jak jste se mnou Vy anebo Vaše kolegyně chodili na ty pohovory do firem. Já bych se tam sám asi nevypravil.“* Lze tedy předpokládat, že realizační tým pomohl těmto osobám překonat překážky, zejména k oblasti komunikace (viz teoretická část této práce). Zajímavé je, že v úvodu rozhovoru tuto potřebu definovaly pouze tři osoby, zatímco v druhé části rozhovoru o ní hovořily jako o naplněné osoby čtyři. Z toho je patrné, že tato potřeba u jednoho respondenta vyvstala až v průběhu přípravy na práci a profesi.

Pomoc s oslovováním zaměstnavatelů uvedly v rozhovorech čtyři osoby, tedy o dvě více než kolik jich tuto potřebu předem definovalo. Jednalo se zejména o poskytnutou pomoc realizačního týmu projektu při sepsání životopisu a dalších personálních dokumentů, včetně jejich odeslání apod. Z kontextu rozhovorů vyplývá, že se jednalo o podporu, která na jednu stranu pomáhala respondentům překonat překážky pramenící z jejich zdravotního stavu (viz teoretická část této práce), ale zároveň se částečně jednalo i o saturaci finančních možností některých respondentů, kteří z důvodu nezaměstnanosti nedisponují finančními prostředky na nákup výpočetní techniky, pomocí níž by mohli zaměstnavatele oslovovat samostatně.

Jedna osoba hovořila o tom, že jí projekt naplnil potřebu samostatnosti. Jednalo se o stejnou respondentku, která potřebu samostatnosti definovala také v úvodu rozhovoru. *„Tak třeba taky to, že jste mě nikam netlačili,“* odpověděla na otázku, v čem jí projekt také pomohl.

OSTATNÍ POTŘEBY

Do této podkapitoly byly zařazeny takové potřeby, které stojí na pomezí výše uvedených oblastí (podkapitol). Ani v jednom případě se nejedná o potřeby, o kterých by bylo možné říci, že jsou specifické pouze pro osoby se zdravotním postižením.

Ve čtyřech případech se v rozhovorech vyskytla zmínka o tom, že projekt zkoumaným osobám naplnil potřebu, která by se souhrnně dala označit jako sdílení zkušeností s ostatními lidmi. Jedna z respondentek okomentovala, proč je pro ni tato potřeba důležitá: *„Jsem nepřišla mezi lidi a rozumíš, bez peněz, podpora skoro žádná, sedíš doma. Hrůza.“* Dále doplnila, že právě setkávání s lidmi v rámci projektu ji pomohlo se psychicky stabilizovat. Za tím je možné hledat opět saturaci potřeby sounáležitosti (viz Maslowova hierarchie potřeb v teoretické části této práce). Tento důvod lze najít za všemi čtyřmi odpověďmi respondentů, kteří o této potřebě hovořili.



Na druhou stranu přinesl zkoumaným osobám kontakt s ostatními osobami ve skupině také efekt v podobě neformálního vzdělávání, který je ilustrován v odpovědi jednoho respondenta na otázku, jestli se něco naučil: „*Ale i ty lidi mě něco naučili. Třeba tamta jedna, jak mi říkala, že sem chodí tou zkratkou. Tam se dobře de. Vo tý sem nevěděl.*“ Ačkoliv potřeba skupinového sdílení zkušeností a neformálního vzdělání není typická pouze pro osoby se zdravotním postižením, v tomto případě je patrný také efekt v podobě odstranění nebo zmírnění překážek, se kterými se respondent v životě potýkal – schůdnost cesty.

Jedna osoba v rozhovoru uvedla také uspokojení potřeby v oblasti technické potřeby – přístupu k počítači. Jednalo se o stejnou osobu, která tuto potřebu definovala také v první části rozhovoru (viz výše).

8.2 Respondenti z řad zaměstnavatelů

V této části interpretace výsledků výzkumu jsou předkládána zjištění části výzkumného vzorku označeného jako zaměstnavatelé. Jedná se o 4 zaměstnavatele, kteří v rámci projektu Hledám práci – podpora pracovního uplatnění osob s lehkým postižením, zaměstnali některého z jeho účastníků (viz kapitola Výzkumný vzorek a způsob výběru vzorku).

8.2.1 Jaké předpoklady na trhu práce u osob s lehkým postižením upřednostňují zaměstnavatelé?

Zkoumané osoby odpovídaly na pokládané otázky většinou po krátkém rozmyšlení. V jejich odpovědích bylo zaznamenáno mnoho zajímavých informací, které byly následně rozříděny do tématických skupin, které jsou na následujících stranách předkládány jako názvy podkapitol.

OBECNÉ PŘEDPOKLADY

Mezi obecnými předpoklady se objevovaly takové požadavky zaměstnavatelů, které jsou běžně vyžadovány od všech uchazečů o zaměstnání a nejsou tedy specifické pouze pro zkoumanou osobu. Zajímavé bylo, že o obecných předpokladech hovořili pouze ti zaměstnavatelé, kteří by se dali označit za komerční. Dva zaměstnavatelé z řad neziskových organizací tyto obecné předpoklady nezmínili.

Prvním z obecných předpokladů byla samostatnost při práci, kterou zmínila jednatelka realitní kanceláře, kde pracoval jeden účastník projektu na pozici grafického pracovníka. Stejná respondentka v jiné části rozhovoru uvedla, že: „*Co mě mile překvapilo, že měl i takovej ten přehled, vyznal se, a to bylo dobrý, že třeba věděl kam na městě zajít kvůli stavebnímu*



povolení a tak.“ V rozhovoru také uváděla, že samostatnost je pro tuto společnost u zaměstnanců důležitá, neboť se jedná o malou organizaci, kde není čas na to se někomu intenzivněji věnovat. Pokud se nad tímto tvrzením zamyslíme, je zřejmé, že v komerčním sektoru, který je poháněn touhou po tvorbě zisku, je intenzivní práce se zaměstnancem opravdu překážkou, která tuto touhu komplikuje. S tím korespondují i další výroky této respondentky, která uvedla, že je nutný kladný přístup k zákazníkům a že vyžaduje u zaměstnance loajalitu: *„Pak jsme tady taky měli jednoho pána, kterej si prodával baráky bokem, bez nás. To nejde, to se stávat nemůže.“*

Druhý z komerčních zaměstnavatelů zase uvedl, že u zaměstnanců vyžaduje časovou flexibilitu. *„U nás je ta práce, všechna tady, dost nárazová,“* odůvodnil tento požadavek na předpoklad pro přijetí zaměstnance. I z toho je jasně patrná snaha o maximalizaci zisku. Časová flexibilita jako požadavek zaměstnavatele ale naráží na výše uvedené specifické potřeby osob se zdravotním postižením, které právě volnější časový režim v práci označují za jednu ze zásadních svých potřeb pro uplatnění na trhu práce.

SPECIFICKÉ PŘEDPOKLADY

Ohledně specifických předpokladů, které zaměstnavatelé od osob se zdravotním postižením při přijímání do práce požadují, se vyjádřili všichni čtyři zaměstnavatelé. Celkem tři z nich hovořili o tom, že míra postižení jedince, kterého přijmou do zaměstnání, by měla být co nejnižší. Jednalo se o oba komerční zaměstnavatele, u nichž se dá toto tvrzení opět vysvětlit snahou generovat maximální zisk. Právě toto tvrzení koresponduje také s rozhovory s osobami se zdravotním postižením (viz výše), které uváděly, že zaměstnavatelé nemají ochotu zaměstnávat osoby se zdravotním postižením. Překvapením ale bylo, že přítomnost nižší míry postižení u potenciálního zaměstnance preferují také oba zaměstnavatelé z řad neziskových organizací, kteří navíc provozují chráněné dílny. Vysvětlení nabídla sama respondentka, která jednoho z těchto zaměstnavatelů reprezentuje: *„No, to je samozřejmě nejlepší, protože takovej člověk je nejvýkonnější a zvládne mi tady různý práce, což je samozřejmě pro mě dobrý, ale tak jako máme tu i vozičkáře, jak víš, který jsou tam hodně špatně i co se tý motoriky týče.“* Zástupkyně druhého zaměstnavatele z řad neziskových organizací v rozhovoru uvedla, že při přijímání zaměstnanců (účastníků projektu) hrála svou roli i míra postižení. Z osobní zkušenosti autora této práce i z kontextu rozhovoru vyplývá, že i neziskový sektor má sklony k maximalizaci efektivity práce a zaměstnávání osob s nižším stupněm postižení je s touto snahou v souladu. V roce 2013



došlo ze strany státu ke snížení finanční podpory chráněných pracovních míst a k zrovnoprávnění osob se zdravotním postižením v oblasti minimální mzdy, která již u těchto osob nesmí být krácena. To je samo o sobě pozitivní krok, ale v praxi se projevuje jako problém, který nutí zaměstnavatele osob se zdravotním postižením zvyšovat výkonnost těchto zaměstnanců, což ve svém důsledku může vést k úplnému vypadávání osob s těžšími formami postižení z trhu práce. Přitom jak bylo uvedeno v teoretické části této práce, je pro tyto osoby pracovní příležitost velmi důležitá.

S tím, že zaměstnavatelé dávají při přijímání pracovníků z řad osob se zdravotním postižením přednost osobám s lehčími formami postižení, koresponduje také další tvrzení tří zaměstnavatelů, kteří při přijímání zaměstnanců zkoušejí jejich motoriku a zručnost. Je třeba podotknout, že se jednalo o všechny tři zaměstnavatele, jejichž činnost se vztahuje k manuálním činnostem a je tedy předpokladatelné, že schopnost manuálně pracovat budou tyto zaměstnavatelé od svých zaměstnanců vyžadovat.

Jeden zaměstnavatel uvedl, že přijme pouze zaměstnance, jemuž byla přiznána invalidita. Zde je opět třeba podívat se na souvislosti. Jedná se totiž o zaměstnavatele provozujícího chráněnou dílnu a jeho požadavek je tedy legitimní.

I další dvě sdělení zaměstnavatelů se váží ke zdravotnímu stavu a jsou v souladu s tím, jaké činnosti se zaměstnavatel věnuje. Obě neziskové organizace mají zaveden výrobní program, který na jeho zaměstnance klade v určitých oblastech jisté nároky. A tak jeden zaměstnavatel požaduje, aby měl jeho potenciální zaměstnanec dobrý zrak z důvodu manipulace s drobnými předměty, a druhý zaměstnavatel zase požaduje, aby byl uchazeč o práci schopen zhodnotit a vyvarovat se nebezpečí vyplývající z přítomnosti strojů na pracovišti (v prádelně).

ODBORNÉ PŘEDPOKLADY

Překvapením v této oblasti bylo, že někteří zaměstnavatelé nejprve uváděli, že žádné odborné předpoklady u svých potenciálních zaměstnanců z řad osob se zdravotním postižením nevyžadují. „*To je spíš vo tom, abysme jim to tady ukázali, voni si to zapamatovali a pak už jen jedou,*“ uvedl jeden z respondentů. Později ale potřebu nějaké formy odborné přípravy, ať už teoretické nebo praktické, připustili všichni respondenti z řad zaměstnavatelů.

Dva zaměstnavatelé hovořili obecně o tom, že předpokládají určitý dosažený stupeň vzdělání. „*Berem to spíš jako předpoklad pro to, že čím vyšší stupeň vzdělání, tak tím líp se bude i zapracovávat a tak. Jako líp se učit nové věci.*“ Druzí dva zaměstnavatelé ale hovořili již o konkrétních požadovaných znalostech, které od svých zaměstnanců očekávají. Oba případy



ale dokládají to, co bylo uvedeno v teoretické části této práce, a sice že čím nižší stupeň vzdělání, tím obtížnější uplatnitelnost na trhu práce.

Jeden zaměstnavatel hovořil také o vhodnosti vícenásobných znalostí u svých zaměstnanců. *„Dělá pěkný věci, má fantazii a umí mi dělat i s pedigem a tak, což tady uplatní. To je výhoda.“* Opět se jednalo o zaměstnavatele z řad neziskových organizací, který navíc provozuje více chráněných dílen v jednom objektu. Ačkoliv nebyla vhodnost ovládání více druhů prací uvedena ani v tomto případě jako předpoklad pro přijetí, je zřejmé, že pro uchazeče představuje širší spektrum znalostí výhodu na trhu práce.

Stejný zaměstnavatel hovořil také o předchozí praxi, kterou ovšem nepovažuje přímo za požadavek, ale spíš za výhodu, která může rozhodnout o přijetí či nepřijetí jedince do pracovního poměru. *„Tak vono je na tom vidět, jestli chtěj a uměj pracovat. To ne všichni totiž chtěj a pak mi tady blokujou třeba místo pro někoho, kdo by dělat chtěl a já ho pak vzít nemůžu.“* Zde je nutné poznamenat, že o tom, že ne všichni potenciální zaměstnanci opravdu chtějí pracovat, se zmínili všichni zaměstnavatelé. To potvrzuje skutečnost, že nezaměstnanost může být i dobrovolná (viz teoretická část této práce).

Jestliže tři zaměstnavatelé hovořili v rámci specifických předpokladů o požadavku zručnosti a dobré motoriky (viz výše), tak čtvrtý zaměstnavatel hovořil o znalosti práce na počítači. To opět vyplývá z druhu činnosti, kterou tento zaměstnavatel vykonává. Právě pro tohoto je práce na počítači stěžejní. *„To je 90 % práce,“* osvětlila respondentka svůj požadavek. Stejná respondentka také uvedla, že od svého zaměstnance by požadovala řidičský průkaz. Tím ale značně omezuje okruh možných zaměstnanců, neboť ne všechny osoby se zdravotním postižením mohou absolvovat autoškolu a může jim být vydáno řidičské oprávnění (viz teoretická část této práce).

8.2.2 Respektují zaměstnavatelé specifické potřeby těchto osob?

Tato kapitola vznikla jako kompilát odpovědí na otázky ze všech částí rozhovorů s respondenty z řad zaměstnavatelů.

Jeden ze zaměstnavatelů uvedl, že: *„No, stěžovala si, že se tady natahuje přes stůl a že jí bolej záda a tak. Taky kvůli tomu marodí. Myslim, že na pracáku předtím byla dost dlouho, tak si mohla marodit předtím.“* To přesně koresponduje s tím, co uváděly samotné zkoumané osoby se zdravotním postižením, a sice, že zaměstnavatelé na jejich specifické potřeby neberou ohled. V tomto případě se jedná o nerespektování potřeby úpravy pracovního prostředí. Tento zaměstnavatel navíc v průběhu rozhovoru, bez bližší znalosti zdravotního



stavu zkoumané osoby a bez ohledu na výši pracovního úvazku, provedl srovnání s jinou brigádnicí, která k němu do firmy dochází: „*Chodí mi sem paní, co jí taky bolej záda, taky občas skučí, ale maká a jde jí to.*“ Tento zaměstnavatel tedy specifické potřeby osob se zdravotním postižením zcela nerespektuje. Na tomto místě je dobré poznamenat, že se jedná o zaměstnavatele z komerčního sektoru, a tak jeho motivací pravděpodobně bude snaha maximalizovat zisk, což je v rozporu s touto specifickou potřebou jeho zaměstnankyně. V dalších dvou případech zaměstnavatelé projeví snahu o to, aby specifické potřeby svých zaměstnanců respektovali, avšak uvedli, že ne vždy a v plné míře je to možné. Jedna respondentka, zástupce zaměstnavatele z komerčního sektoru, nabídla možnost alespoň částečné práce z domova. Na dotaz, zda by bylo možné provést nějaké úpravy pracoviště, dále uvedla: „*No, to by asi moc nešlo. My máme jen tyhle dvě kanceláře a jsme tady v nájmu. Tak jako přestavět nábytek nebo tak, to jo, ale nic moc jinýho by asi nešlo.*“ Práce z domova je sice některými respondenty z řad osob se zdravotním postižením vítána, avšak existují i takoví, kteří tuto možnost odmítají (viz kapitola výše). Jen připomeňme, že stejná respondentka v rozhovoru také uvedla, že preferuje zaměstnance s mírnou formou postižení a že by její zaměstnanec měl disponovat řidičským průkazem. Pokud provedeme porovnání těchto výroků s přehledem specifických potřeb definovaných samotnými osobami se zdravotním postižením v úvodu tohoto výzkumu, tento zaměstnavatel specifické potřeby OZP respektuje jen v malé míře. I zde autor poznamenává, že se jednalo o zaměstnavatele z řad komerčních subjektů.

Lepší přístup k respektování specifických potřeb osob se zdravotním postižením projevily obě organizace z neziskového sektoru. Jeden z těchto zaměstnavatelů má na jednom svém pracovišti specifický výrobní program, takže na jeho pracovišti nelze provést případné potřebné úpravy, ale v ostatních případech vychází vstříc: „*Jo, to u nás není problém, ale zas jak kde. Říkám, třeba v tý prádelně to moc nejde. A navíc tam se občas tahaj i ty koše a to něco váží, takže tam bereme spíš lidi, co nemaj nic s páteří a tak.*“ Na druhou stranu však při rozhovoru vyplynulo, že zástupkyně tohoto zaměstnavatele dává při výběru pracovníků přednost osobám s lehčím typem postižení. Vzhledem k tomu, že se jedná o pracoviště označovaná jako chráněné dílny, nejedná se o zcela inkluzivní přístup (viz teoretická část této práce). Tento zaměstnavatel tedy do značné míry respektuje specifické potřeby osob se zdravotním postižením.

Poslední ze čtveřice zaměstnavatelů je rovněž nezisková organizace, která provozuje několik chráněných dílen. Opět se nejedná o tolik žádaný inkluzivní přístup a také v rozhovoru s tímto



zaměstnavatelem bylo uvedeno, že při přijímání pracovníků upřednostňuje lehčí formy postižení. Jiné specifické potřeby (s ohledem na jejich přehled, který byl sestaven v rámci této práce) však naplňuje, a proto je možné říci, že tento zaměstnavatel tedy do značné míry respektuje specifické potřeby osob se zdravotním postižením.



8.3 Hodnocení sledovaných jevů

Hodnocení sledovaných jevů je závěrečnou fází výzkumné činnosti, kterou jsem v rámci této práce prováděl. Hodnocení jsem prováděl podle specifických výzkumných otázek stanovených v rámci výzkumného projektu. Na závěr jsem na základě hodnocení specifických výzkumných otázek formuloval odpověď na základní výzkumnou otázku.

8.3.1 Jaké potřeby nutné pro vstup nebo návrat na trh práce definují samotné osoby se zdravotním postižením?

Osoby se zdravotním postižením mají široké spektrum specifických potřeb nejen při přípravě na práci a profesi, ale také při samotném uplatnění na trhu práce. Respondenty byly zmiňovány potřeby, které jsem zařadil do souhrnné skupiny **podpora ze strany státu**. Nejčastěji byla zmiňována podpora ze strany úřadu práce, který by měl lépe fungovat pro zaměstnance, ale i zaměstnavatele a měl by disponovat skutečnými pracovními nabídkami, které by předával uchazečům a zájemcům o zaměstnání. Zaznamenal jsem také očekávání respondentů vztahující se přímo k přístupu zprostředkovatelek, které by měly dobře znát potřeby a možnosti jednotlivých svých klientů a projevovat o ně zájem. Respondenti hovořili také o potřebě jistoty, že pokud se uplatní na trhu práce, tak nedojde ke snížení nebo odejmutí invalidního důchodu, který je chápán jako jakási jistota. Jeden respondent by přímo potřeboval, aby stát více motivoval zaměstnavatele k tomu, aby přijímali osoby se zdravotním postižením. Jeden respondent také uvedl, že by potřeboval větší míru ochrany osob se zdravotním postižením na trhu práce, a to zejména v legislativní podobě.

Druhou tematickou oblast potřeb osob se zdravotním postižením jsem nazval **úprava práce a pracoviště**. Zde respondenti nejčastěji uvedli potřebu při práci měnit polohu těla, možnost se projít, posadit a podobně. Dále se respondenti zmínili o potřebě snížení zátěže na pohybový aparát, tedy zejména o potřebě nemanipulovat s těžkými břemeny. Respondenti také uvedli, že by uvítali práci z domova. Hovořili též o potřebě drobných úprav pracoviště u zaměstnavatele, které by jim umožnily lépe se na pracovišti pohybovat. Jeden respondent uvedl, že by potřeboval bezbariérové pracoviště, a to zejména z důvodu progresu jeho onemocnění, kdy je předpoklad, že se bude pohybovat na vozíku. Další hovořil o tom, že potřebuje, aby jeho pracoviště nebylo ve venkovním prostředí. Zaznamenal jsem také odpověď, že na pracovišti potřebuje respondent snížit pracovní tempo. A zaznělo také poměrně radikálně, že zkoumaná osoba potřebuje takové pracoviště a práci, kde nebude žádný stres.



V oblasti **vzdělání** jsem též zaznamenal různé potřeby zkoumaných osob. Celá polovina z nich hovořila o potřebě odborného teoretického vzdělání. Respondenti by pak také potřebovali nácvik obecných pracovních dovedností, včetně režimu dne. Překvapivě zaznělo i to, že zkoumané osoby cítí potřebu učit se cizí jazyky. Respondenti hovořili i o potřebě odborné praxe. Zaznamenal jsem také potřebu zvýšení počítačové gramotnosti.

Čtvrtou tématickou skupinu potřeb osob se zdravotním postižením jsem nazval **podpora při hledání práce**. Vůbec nejčastější potřebou respondentů byla přímá pomoc s hledáním pracovních nabídek. Zkoumané osoby dále uvedly, že jejich potřebou je doprovod na pracovní pohovor, a to z různých důvodů. Uvedli také, že potřebují podporu rodiny a svých nejbližších. Respondenti definovali i svou potřebu v oblasti oslovování zaměstnávání, kde šlo zejména o pomoc s tvorbou životopisu a dalších personálních dokumentů. Zaznamenáno bylo také to, že zkoumaná osoba potřebuje samostatnost ve smyslu volnosti při hledání práce s minimem zásahů někoho dalšího.

Pátou skupinu potřeb jsem nazval **změnit přístup společnosti, nediskriminovat**. Zde respondenti hovořili o tom, že nechtějí být diskriminováni. Jedná se o osoby, které se podle vlastních sdělení s diskriminací již setkaly. Uváděno také bylo, že zkoumané osoby potřebují, aby společnost celkově změnila pohled na osoby se zdravotním postižením. Respondenti také přímo hovořili o tom, že cítí potřebu, aby někdo edukoval zaměstnavatele v tom směru, jak přistupovat k osobám se zdravotním postižením.

Část respondentů deklarovala své potřeby, které jsem souhrnně zahrnul do tematické skupiny nazvané **zaučení a podpora na pracovišti**. Zde respondenti uvedli, že potřebují zaučení na konkrétní práci, kterou mají následně vykonávat. Dále pak, že potřebují podporu někoho dalšího v novém prostředí. Zde se jednalo zejména o podporu někoho blízkého nebo známého. Zaznamenal jsem i to, že zkoumané osoby potřebují na pracovišti asistenta práce a přátelský kolektiv na pracovišti.

Další skupinou fenoménů je **úprava pracovní doby**. Zde bylo uváděno, že zkoumané osoby potřebují zkrácení pracovní doby. Deklarovaly také svou potřebu v podobě pružné pracovní doby a práce beze směn.

V rozhovorech se vyskytlo ještě několik dalších potřeb, které však nejsou zcela typické pouze pro osoby ze zkoumané skupiny osob se zdravotním postižením. Jednalo se o potřebu **psychické podpory a motivace** během přípravy na vstup do pracovního procesu. Poté zkoumané osoby hovořily i o potřebě **sdílet své zkušenosti s ostatními lidmi**, nejlépe s lidmi, kteří jsou ve stejné situaci. Vyskytl se i názor, že zkoumaná osoba potřebuje **pomoc**



s vyřešením vlastní exekuce. Zaznělo také, že respondent potřebuje **technickou podporu v podobě přístupu k počítači** a konečně také potřeba **pomoci s vyřešením problému při ukončení předchozího pracovního poměru**.

8.3.2 Do jaké míry pomáhá projekt Hledám práci – podpora pracovního uplatnění osob s lehkým postižením těmto osobám v návratu nebo vstupu na trh práce v oblasti jejich specifických potřeb?

Podle částí rozhovorů, ve kterých zkoumané osoby z řad osob se zdravotním postižením měly **hodnotit míru naplnění vlastních potřeb prostřednictvím projektu Hledám práci – podpora pracovního uplatnění pro osoby s lehkým postižením**, se zdá, že tento projekt jejich potřeby naplnil, avšak ne zcela.

To ale vyplývá ze zaměření projektu, který se nesoustředil na společnost jako takovou, ani na zaměstnavatele nebo stát, nýbrž na cílovou skupinu osob se zdravotním postižením. Potřeby zkoumaných osob v tematických oblastech změnit přístup společnosti, nediskriminovat; úprava pracovní doby a úprava práce a pracoviště (viz výše) tak zůstaly podle respondentů zcela nenaplněny.

Podobně se ukázalo, že ani potřeby v kategorii **podpory ze strany státu** nebyly naplněny. Zde je však třeba přihlídnout ke skutečnosti, že projektový tým některé úlohy státu (např. činnosti v oblasti zprostředkování zaměstnání) přebíral na sebe, a tak lze konstatovat, že v těchto oblastech došlo k naplnění zejména potřeb očekávaných respondenty od zprostředkovatelek úřadu práce (zájem o situaci). V této kategorii se v rámci hodnocení dopadu projektu objevila také dříve neidentifikovaná potřeba finančního zajištění, kterou projekt realizoval prostřednictvím svého rozpočtu a také prostřednictvím podpor při rekvalifikaci vyplácených účastníkům prostřednictvím úřadu práce.

V oblasti **vzdělání** se jeví míra naplnění potřeb zkoumaných osob jako dostatečná, s výjimkou vzdělávání na poli cizích jazyků, které v rámci projektu realizováno nebylo. Jen jednomu účastníkovi byla projektem naplněna potřeba nácviku pracovních dovedností, ačkoliv tuto potřebu v úvodu rozhovoru deklarovali účastníci čtyři. V rozhovorech se však vyskytly také informace o tom, že došlo k naplnění potřeb, které v úvodní části rozhovorů zkoumané osoby vůbec neidentifikovaly. Jednalo se o získání obecných rad a informací pro život a o pomoc v pracovní orientaci. V této kategorii potřeb projekt naplnil potřeby účastníků deklarované v úvodní části rozhovoru v nejvyšší míře.



V oblasti **zaučení a podpory na pracovišti** projekt naplnil potřeby respondentů jen v malé míře. Pouze jeden respondent uvedl, že došlo k naplnění jeho potřeby podpory v novém prostředí. Podle hodnocení odpovědí respondentů jiné potřeby v této kategorii naplněny nebyly.

Další poměrně kladné hodnocení respondentů dosáhl projekt v kategorii **podpory při hledání práce**. Zde nedošlo pouze k naplnění potřeby podpory blízkých, což však opět nebylo cílem projektu. V ostatních potřebách zařazených do této kategorie projekt potřeby účastníků naplnil.

Z dalších potřeb, které nejsou typické pouze pro zkoumanou skupinu osob se zdravotním postižením, projekt naplnil potřebu sdílení zkušeností s ostatními lidmi, a to dokonce i u těch, kteří o ní v úvodní části rozhovoru nehovořili. Naplnil také potřebu technické podpory respondentů – přístupu na počítač. Ostatní potřeby nebyly projektem naplněny.

8.3.3 Jaké předpoklady na trhu práce u osob s lehkým kombinovaným postižením upřednostňují zaměstnavatelé?

Vedle obecných předpokladů pro přijetí do zaměstnaneckého poměru, jako jsou samostatnost při práci, kladný přístup k zákazníkům, časová flexibilita a loajalita, zaměstnavatelé hovořili o tom, že při výběru zaměstnanců z řad osob se zdravotním postižením se zaměřují na specifické předpoklady, které právě u těchto potenciálních pracovníků často podrobují také přezkoušení již ve fázi předcházející výkonu zaměstnání.

Těmito **specifickými předpoklady** v oblasti zdravotního stavu je zejména **míra postižení**, což se v rozhovorech objevovalo velmi často. Dalo by se říci, že čím nižší je míra postižení, tím vyšší je možnost přijetí takového pracovníka do pracovního poměru. Dalším specifickým předpokladem je **minimální míra poškození jemné, ale i hrubé motoriky** u těchto pracovníků. Zaměstnavatelé také uvedli, že upřednostňují pracovníky, jimž byla **přiznána invalidita**. Jednalo se o chráněnou dílnu a je možné předpokládat, že tento požadavek má i druhý ze zaměstnavatelů z neziskového sektoru, neboť i v tomto případě se jedná o chráněnou dílnu. Tento druhý zaměstnavatel však v rozhovoru požadavek na přiznanou invaliditu neuvedl. Zaměstnavatelé dále uvedli, že přijímají zaměstnance, kteří mají **zachovanou schopnost rozpoznat nebezpečí a vyhnout se mu**, zejména v souvislosti s používáním strojů na pracovišti. Požadují od svých zaměstnanců také **dobrý zrak**.

Z odborných předpokladů pak zaměstnavatelé upřednostňují zaměstnance s takovými znalostmi, které jsou klíčové pro jejich činnost. Konkrétně se jednalo o **obchodní znalosti**,



včetně korespondence (stejný zaměstnavatel požaduje také **znalost práce s počítačem a elektronickou poštou**) a o znalosti **šití textilu**. Další zaměstnavatelé na odbornost přihlížejí pouze v malé míře nebo k ní nepřihlížejí vůbec. Zaměstnavatelé upřednostňují také **vyšší úroveň dosaženého vzdělání**, a to zejména z toho důvodu, že představuje předpoklad lepšího učení se novým věcem. Hovořilo se také o tom, že zaměstnavatelé preferují zaměstnance, kteří mají **znalosti z více oborů**, což poskytuje lepší využití jeho potenciálu. Hodnotí se také **předchozí praxe**, ale spíše z důvodu, aby se odhalila ochota pracovat. Požadováno bylo také, aby zaměstnanec disponoval **řidičským průkazem**.

8.4 Respektují zaměstnavatelé specifické potřeby těchto osob?

Zde se projevily rozdíly mezi komerčními a neziskovými zaměstnavateli. Jeden komerční zaměstnavatel specifické potřeby těchto osob dle rozhovoru **nerespektuje a bagatelizuje je**. Druhý komerční zaměstnavatel sice deklaruje, že tyto specifické potřeby je ochoten do jisté míry respektovat, na druhou stranu však své zaměstnance vybírá za pomoci poměrně přísných kritérií (např. samostatnost, nízkou míru postižení, řidičský průkaz apod.), což umožňuje zaměstnat pouze takové pracovníky, kteří mají minimum specifických potřeb. Tento zaměstnavatel specifické potřeby sice **respektuje, ale pouze v malé míře**.

Další dva zaměstnavatelé jsou neziskové organizace provozující mimo jiné chráněné dílny. Tito zaměstnavatelé specifické potřeby osob se zdravotním postižením respektují, avšak v rámci možností svých výrobních programů. I u těchto zaměstnavatelů byly v průběhu rozhovorů zaznamenány tendence k upřednostňování pracovníků s co nejllehčími formami postižení. Znamená to tedy, že tyto zaměstnavatelé specifické potřeby osob s postižením **respektují ve vysoké míře, ačkoliv ne dostatečně**.

8.5 Odpověď na základní výzkumnou otázku

V rámci výzkumného projektu jsem si stanovil základní výzkumnou otázku, která zní: **Co je důležité pro to, aby se osoby s lehkým kombinovaným postižením zapojily na trh práce?**

Odpověď na tuto otázku není ani po uskutečněním výzkumu a jeho vyhodnocení jednoduché.

Pro zapojení osob s lehkým kombinovaným postižením na trh práce není důležitá pouze jedna okolnost, ale jedná se o soubor několika opatření. Z hlediska přístupu profesionálů



zapojených v přípravě těchto osob na práci a profesi je to jednoznačně individuální přístup ke každému jednotlivci, který respektuje potřeby každého z nich. Dále je to celkové zlepšení společenského klimatu inspirované inkluzívními tezemi, které se následně promítne i do myšlení zaměstnavatelů. Poté je to zajištění důsledného dodržování těch opatření, která mají osoby se zdravotním postižením chránit a zajišťovat jim rovná práva. V neposlední řadě je to vyšší podpora státu ve všech fázích přípravy na práci a profesi a při uplatňování na trhu práce – počínaje zajištěním podmínek pro efektivnější získávání teoretických i praktických znalostí a zajištění spektra služeb pro osoby se zdravotním postižením s cílem pomoci nalézt uplatnění až po zajištění dostatečného množství asistentů práce.

8.6 Diskuse

Analýza jednotlivých sdělení, která byla v rámci rozhovorů s respondenty uvedena, přinesla mnoho zjištění, z nichž některá lze označit jako očekávatelná, avšak některá pro mne byla poměrně překvapivá.

Navzdory všem koncepčním, právním a dalším dokumentům popsaným v teoretické části této práce a snaze různých organizací působících v českém i mezinárodním prostředí je osobami se zdravotním postižením stále do značené míry pocíťován **diskriminující přístup společnosti**. Tento nelichotivý obraz se z běžného života osob s postižením přenáší i do života pracovního, což je patrné také z rozhovorů se samotnými zaměstnavateli. Je tedy otázkou, do jaké míry jsou všechna opatření, koncepční dokumenty a legislativní normy v praxi aplikovány a jak je tato aplikace efektivní.

V oblasti specifických potřeb osob se zdravotním postižením v přípravě na práci a profesi, i při samotném vstupu nebo návratu na trh práce, jsem zaznamenal mnoho různých sdělení, která však ne vždy korespondovala s běžně uplatňovanými metodami práce s těmito osobami. Jedná se o administrativní přístup založený na plnění předepsaných podmínek platných pro všechny. Je všeobecně známo, že úřady práce v České republice fungují na systému tzv. doporučenek, které jsou zprostředkovatelkami při návštěvě uchazečům vydávány a na základě nich probíhají pracovní pohovory nebo jiné formy přijímacích řízení. Hlavním fenoménem, o kterém zkoumané osoby hovořily v této oblasti, byla míra poskytované podpory při hledání práce. Ta se uvnitř zkoumané skupiny pohybovala od potřeby úplné samostatnosti až po potřebu intenzivního vedení jednotlivce, od vyhledání nabídek, přes pomoc s kontaktováním zaměstnavatele a doprovodu na pracovní pohovory až po přítomnost asistenta při samotném výkonu práce. Z toho je zřejmé, že zejména v této



oblasti je k osobám s postižením třeba přistupovat přísně individuálně a pro dosažení maximální míry naplnění potřeb nelze uplatňovat žádnou obecnou metodiku, která by předepisovala jednotlivé kroky pomoci společné pro všechny. Jestliže je osobám se zdravotním postižením poskytována zvýšená ochrana na trhu práce, mělo by k nim být přistupováno s odlišným přístupem i při hledání práce.

Navzdory poměrně malým potřebám zkoumaných osob v oblasti **úpravy pracovního prostředí a práce jako takové** se tyto potřeby ve většině případů komerčních zaměstnavatelů bagatelizují a zaměstnavatelé nejsou k těmto potřebám ochotni přihlížet a naplňovat je. Důvodem může být právě postoj společnosti k osobám se zdravotním postižením, která tyto osoby vidí jako neplnohodnotné. Důvodem ale také může být neochota zaměstnavatelů komplikovat si svou snahu zvyšovat zisk a v důsledku toho odmítání dnes tolik zmiňované společenské odpovědnosti. U zaměstnavatelů z neziskového sektoru jsem zjistil mnohem vyšší snahu tyto potřeby naplňovat, avšak omezujícím faktorem zde byl výrobní program, který ne vždy umožňoval naplnění potřeb všech osob ze zkoumané skupiny osob se zdravotním postižením.

Jak bylo uvedeno v teoretické části této práce, zaměstnavatelé mohou úřad práce požádat o příspěvek na zřízení chráněného pracovního místa, obnáší to však nutnost udržet toto pracovní místo obsazené po tři následující roky. Možná to je překážka, proč zaměstnavatelé o tento příspěvek nežádají ve větší míře a nevyužívají jej na úpravu pracovního prostředí. V dnešní nestabilní ekonomické situaci je pro zaměstnavatele těžké zavázat se k udržení jakéhokoliv pracovního místa déle než na rok, což také zaměstnavatelé veřejně deklarují. Další překážkou může být vysoká administrativní zátěž vyvíjená na zaměstnavatele při získávání příspěvku na chráněné místo. Sám jsem tento proces v minulosti absolvoval a mohu potvrdit, že administrativy před získáním tohoto příspěvku i v průběhu zaměstnávání je opravdu velké množství.

Zaměstnavatelé z neziskového sektoru sice stejně jako zaměstnavatelé komerční **deklarovali vyšší ochotu zaměstnávat osoby s lehčími typy postižení**, avšak na svých pracovištích zaměstnávají i osoby s těžkým postižením. Zde je třeba přihlídnout ke změnám, které v uplynulých letech proběhly v české legislativě a které jsou popsány v teoretické části této práce. Poté je možné konstatovat, že se pravděpodobně jedná o **negativní efekt uplatňování rovných příležitostí**. Tento negativní efekt se projevuje ve snížení počtu pracovních příležitostí pro osoby s vyššími specifickými potřebami v oblasti zaměstnávání a nižším pracovním výkonem. Příspěvek na mzdové náklady osoby na chráněném pracovním



místě v roce 2013 klesl a pokrývá maximálně 75 % mzdy tohoto zaměstnance. Navíc došlo ke zrovnoprávnění minimální mzdy, která již dále nesmí být osobám s těžkými typy postižení krácena, což bylo v minulosti možné. To znamená, že zaměstnanec na chráněném místě musí vyprodukovat zisk ve výši alespoň 25 % z hodnoty své mzdy. Právě to ale může být u osob s těžkými typy postižení poměrně problematické, navíc v době, kdy finanční krize nekompromisně zasahuje do ekonomické situace všech zaměstnavatelů.

Osoby se zdravotním postižením **negativně hodnotily fungování úřadu práce**. Objevila se kritika nejen samotné instituce, ale také zprostředkovatelek, které (jak vyplývalo z kontextů rozhovorů) často neznají skutečné potřeby svých klientů a ani se nesnaží je podporovat v hledání práce. Mám v tomto případě možnost porovnávat se systémem úřadu práce v sousedním Rakousku, kde jsem strávil několik týdnů odborné stáže zaměřené na integrativní zaměstnávání osob s postižením. Tamní úřady práce prošly rozsáhlou rekonstrukcí a staly se z nich servisní organizace celého trhu práce a v jejich radách jsou zastoupeni také zaměstnavatelé a zaměstnanecké odbory. Mimo jiné také provádějí vstupní diagnostiku všem osobám, které v českém prostředí ani nejsou považovány za ty, kterým by měla být poskytována zvýšená ochrana na trhu práce, jak bylo uvedeno v teoretické části této práce (např. rakouská kadeřnice, u které se projevila alergie na kadeřnické barvy). Tato diagnostika zahrnuje nejen zdravotní stav, ale také zájem o druh práce, získané znalosti včetně těch z neformálního vzdělávání a další konsekvence celkové situace jedince jako je rodinné zázemí nebo míra zájmu o poskytované služby. Následně je diagnostika pokladem pro sestavení individuálního plánu klienta, což je kompilát možností a přání. Tento individuální plán se ale stává závazný a úřad práce s ním pracuje, což zaručuje, že každá zprostředkovatelka dokonale zná svého klienta a může mu být o to více nápomocna v naplňování jeho potřeb. Domnívám se, že takto by mohla zvýšená ochrana osob se zdravotním postižením na trhu práce v praxi fungovat i v České republice.



9 Závěr

V této diplomové práci jsem se zaměřil na problematiku zaměstnávání osob s lehkým kombinovaným postižením. Vedle vzdělávacího systému hraje sociální práce s těmito osobami v celém procesu přípravy na práci a profesi i při samotném zaměstnávání nezastupitelnou roli. Disponuje velkým množstvím metod, které umožňují naplňování specifických potřeb těchto osob, a tím jim pomáhá k tomu, aby se na trhu práce uplatnily. Konec konců, je to právě sociální práce jako obor lidské činnosti, která podporuje sociální fungování člověka, čili také zlepšuje přístup k zaměstnání a jeho udržení. Na druhou stranu je třeba dodat, že bez změny přístupu státu v celém procesu není reálné tyto změny ve vysoké míře uskutečňovat. Je to právě stát, kdo definuje a garantuje vzdělávací soustavu, a kdo také zajišťuje rovnoprávnost všech svých obyvatel.

Teoretická část této diplomové práce stanovila základní odborný rámec celé problematiky, a to především za použití odborné literatury, ale i mých vlastních zkušeností získaných za několik let práce s osobami se zdravotním postižením. Zaměřil jsem se v ní na celou zkoumanou oblast.

V praktické části jsem pak definoval soubor specifických potřeb osob s lehkým kombinovaným postižením v oblasti zaměstnávání. Jedná se o široké spektrum potřeb, od pouhé potřeby pomoci s vyhledáváním pracovních nabídek přes potřebu získání teoretického i praktického vzdělání až po potřebu změny postoje celé společnosti, která se stále k osobám se zdravotním postižením staví poměrně diskriminujícím způsobem. Naplňování těchto specifických potřeb jsem pak testoval v rámci realizovaného projektu, jehož cílem byla právě podpora zaměstnávání těchto osob. Zde se ukázalo, že projekt nenaplnil potřeby zkoumaných osob v plném rozsahu, neboť například nevyvolal změnu v postoji společnosti a neintervenoval u zaměstnavatelů s cílem upravovat pracovní dobu a pracoviště dle potřeb osob se zdravotním postižením. V závěru jsem ještě provedl šetření mezi zaměstnavateli, abych zjistil, jestli právě oni specifické potřeby osob se zdravotním postižením respektují. V této části práce se potvrdilo to, co osoby s lehkým kombinovaným postižením uváděly, a sice, že komerční zaměstnavatelé jejich potřeby nerespektují nebo respektují jen v malé míře.

Je všeobecně známo a z praktické části této práce také vyplynulo, že vzdělání hraje významnou roli při vstupu jedince na trh práce. Kritika stavu české vzdělávací soustavy je obsahem mnoha současných tezí a publikací. V praktické části této práce jsem však také



zjistil, že na vzdory velké administrativní úpravě na poli rovných příležitostí v praxi tento problém stále přetrvává, a to napříč celou společností, tedy i při zaměstnávání osob s postižením. Stereotypní předsudky ve společnosti pocítily samotné zkoumané osoby a zaznamenal jsem je také v rozhovorech se zaměstnavateli. Tyto předsudky pak často stojí za názory zaměstnavatelů, kteří odmítají osoby s postižením přijímat, neboť hned od počátku vidí problémy, které s nimi budou mít a které mohou vedle toho vést i k nedosažení kýženého finančního profitu. Ve velké míře nepomáhají ani stanovené podpory na zřízení chráněných pracovních míst. A tak slova o tolik diskutované společenské solidaritě zůstávají v reálném prostředí spíše nenaplněna.

Jestliže jsem výše uvedl, že sociální práce podporuje sociální fungování člověka, čili také zlepšuje přístup k zaměstnání a jeho udržení, je pro ni tedy velkou výzvou, aby se o tuto změnu v sociálním fungování pokoušela také v životech nás všech. Jen tak může dojít k přehodnocení postoje k osobám s postižením, a tím také ke zvýšení úrovně jejich zaměstnanosti.



10 Literatura

MONOGRAFIE (české):

- 1) BECKER, Horst Dieter. *Chirurgická onkologie*. 1. vyd. Překlad Miloslav Duda. Praha: Grada, 2005, 852 s. ISBN 80-247-0720-9.
- 2) ČAČKA, Otto. *Psychologie vrstev duševního dění osobnosti a jejich autodiagnostika*. Vyd. 3., opr. Brno: Doplněk, 2002, 382 s. ISBN 80-723-9107-0.
- 3) FARKOVÁ, Marie. *Dospělost a její variabilita*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009, 136 s. *Psyché (Grada)*. ISBN 978-802-4724-805.
- 4) HÁJKOVÁ, Vanda a STRNADOVÁ, Iva. *Inkluzivní vzdělávání: [teorie a praxe]*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010. ISBN 80-247-3070-7.
- 5) HARTL, Pavel. *Stručný psychologický slovník*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2004, 311 s. ISBN 80-717-8803-1.
- 6) HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, 407 s. ISBN 80-736-7040-2.
- 7) CHVÁTALOVÁ, Helena. *Občané s handicapem musejí mít úplný přístup k informacím*. *Zdravotnické noviny*. 20. září 2010, roč. 59, č. 27, s. 1, 6. ISSN 1214-7664.
- 8) JANDOUREK, Jan. *Sociologický slovník*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001, 285 s. ISBN 80-717-8535-0.
- 9) JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. 2. vyd. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-730-5.
- 10) JESENSKÝ, J. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1995. ISBN 80-7066-941-1.
- 11) JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 164 s. *Sestra*. ISBN 978-802-4724-546.
- 12) KOCUROVÁ, M. *Speciální pedagogika pro pomáhající profese*. 1. vydání. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2002. 209 s. ISBN 80-7082-844-7.



- 13) KREBS, Vojtěch a kol. *Sociální politika*. 4., přeprac. a aktualiz. vyd. Praha: ASPI, 2007, 503 s. ISBN 978-807-3572-761.
- 14) KRHUTOVÁ, Lenka a kol. *Občané se zdravotním postižením a veřejná správa*. 1. vyd. Olomouc: Výzkumné centrum integrace zdravotně postižených, 2005, 268 s. ISBN 80-903-6580-9.
- 15) LIŠČÁK, Roman a kol. *Radiochirurgie gama nožem: principy a neurochirurgické aplikace*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. ISBN 80-247-2350-6.
- 16) MAREŠ, Petr. *Nezaměstnanost jako sociální problém*. 3. uprav. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2002, 172 s. Studijní texty, sv. 6. ISBN 80-864-2908-3.
- 17) MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003, 287 s. ISBN 80-717-8549-0.
- 18) MICHALOVÁ, Zdeňka. *Speciální pedagogika*. Vyd. 1. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2008, 84 s. ISBN 978-80-7372-376-7.
- 19) MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006, 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
- 20) *Mezinárodní klasifikace nemocí - 10. revize : duševní poruchy a poruchy chování*. 1. vyd. Praha : Psychiatrické centrum, 1996. 179 s. Zprávy : č. 134. ISBN 80-85121-64-6.
- 21) *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví*. 1. české vyd. Překlad Jan Pfeiffer, Olga Švestková. Praha: Grada, 2008, 280 s. ISBN 978-802-4715-872.
- 22) NOVOSAD, Libor. *Kapitoly ze základů speciální pedagogiky - Somatopedie*. Vyd. 1. Liberec: Technická univerzita, Pedagogická fakulta, 2002, 79 s. ISBN 80-708-3563-X.
- 23) NOVOSAD, L. *Některé aspekty socializace lidí se zdravotním postižením*. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 1997.
- 24) NOVOSAD, L. *Základy sociálního poradenství*. 2. vydání. Praha: Portál, 2006. 159 s. ISBN 80-7367-174-3.
- 25) PAUKNEROVÁ, Daniela. *Psychologie pro ekonomy a manažery*. 2., přeprac. a aktual. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006, 256 s. ISBN 80-247-1706-9.



- 26) PEŠATOVÁ, Ilona. Vybrané kapitoly ze speciální pedagogiky se zaměřením na oftalmopedii. 2., upr. vyd. Liberec: Technická univerzita, 2005, 73 s. ISBN 80-737-2001-9.
- 27) PIPEKOVÁ, Jarmila. Kapitoly ze speciální pedagogiky. Brno: Paido - edice pedagogické literatury, 1998, 234 s. ISBN 80-859-3165-6.
- 28) SCHULLER, Matthias a Peter OSTER. Geriatrie od A do Z pro sestry. 1. české vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 80-247-3013-8.
- 29) RUBIN, Herbert J a Irene RUBIN. Qualitative interviewing: the art of hearing data. 2. vyd. Thousand Oaks: SAGE Publications, 2005, 291 s. ISBN 978-0-7619-2075-5.
- 30) SOVÁK, Miloš. Nárys speciální pedagogiky. 6. vyd. Praha: SPN, 1986. 231 s.
- 31) SOVINOVÁ, Hana, Ladislav CSÉMY, Věra KERNOVÁ, Vladimír KEBZA, Karel HAMPL, Karel NEŠPOR, Jarmila KLIMEŠOVÁ. Kouření cigaret a pití alkoholu v České republice. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003, 96 s. ISBN 80-7071-230-9.
- 32) STRAUSS, Anselm - CORBIN, Juliet. Základy kvalitativního výzkumu: Postupy a techniky metody zakotvené teorie Přel. S. Ježek. 1.vyd. Boskovice: Albert, 1999, 196 s. ISBN 80-858-3460-X.
- 33) ŠAMÁNKOVÁ, Marie a kol. Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 80-247-3223-8.
- 34) ŠEBEK, Pavel. Co je poškození zdraví? Personální a mzdový poradce podnikatele: Personální a mzdový poradce podnikatele. Praha: ICP, s.r.o, 2002(9), 9.
- 35) ŠESTÁKOVÁ, Irena a Pavel LUPAČ. Budovy bez bariér: návrhy a realizace. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 125 s. ISBN 978-802-4732-251.
- 36) ŠVARCOVÁ, Iva. Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče. 3. přeprac. vyd. Praha: Portál, 2006. 198 s. Speciální pedagogika. ISBN 80-7367-060-7 .
- 37) ŠVEC, Štefan. Metodológia vied o výchove: kvantitatívno-scientické a kvalitatívno-humanitné prístupy v edukačnom výskume. Bratislava: Iris, 1998. ISBN 80-887-7873-5.
- 38) VÁGNEROVÁ, Marie. Oftalmopsychologie dětského věku. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1995, 182 s. ISBN 80-718-4053-X.



- 39) VÁGNEROVÁ, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky. Vyd. 3. Praha: Portál, 2002, 444 s. ISBN 80-717-8678-0.
- 40) VÁGNEROVÁ, Marie, HADJ-MOUSSOVÁ, Zuzana, ŠTECH, Stanislav. Psychologie handicapu. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2000, 230 s. ISBN 80-718-4929-4.
- 41) VAŠEK, Štefan, Alica VANČOVÁ a Gyula HATOS. Pedagogika viacnásobne postihnutých. Bratislava: Sapiientia, 1999, 282 s. ISBN 80-967-180-45.
- 42) VÍŠKOVÁ, Lucie. Diskriminace osob se zdravotním postižením aneb Víme koho a jak chceme před diskriminací chránit? Veřejná správa. 2007(37), 14.
- 43) ZELINKOVÁ, Olga. Poruchy učení: dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyskalkulie, dyspraxie, ADHD. 10., zcela přeprac. a rozš. vyd. Praha: Portál, 2003, 263 s. ISBN 80-717-8800-7.

MONOGRAFIE (cizojazyčné):

- 1) COFFEY, Amanda a ATKINSON, Paul. Making sense of qualitative data: complementary research strategies. 1996. Thousand Oaks: Sage Publications, 1996, 206 s. ISBN 08-039-7053-6.
- 2) EVANS, Linda. Inclusion. New York: Routledge, 2007, 107 s. ISBN 978-184-3124-535.
- 3) Frey, J., & Fontana, A. (1993). The group interview in social research. In D. Morgan (Ed.). Successful Focus Groups: Advancing the State of the Art (s. 20–34). Newbury Park: Sage.
- 4) International classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps: a manual of classification relating to the consequences of disease. [Albany, N.Y.: sold by WHO Publications Centre USA], 1980, 205 s. ISBN 92-415-4126-1.
- 5) RIDDELL, S., BANKS, P. 2005. Legislating for equality: evaluating the Disability Discrimination Act 1995. In ROULSTONE, A., BARNES, C. (eds). Working Futures? Disabled People, Policy and Social Inclusion. Bristol: The Policy Press.
- 6) SEIDMAN, Irving. Interviewing as qualitative research: a guide for researchers in education and the social sciences. 2. vyd. New York: Teachers College Press, 1998, 143 s. ISBN 08-077-3697-X.



- 7) Social and educational justice: the human rights framework for inclusion. Bristol: Centre for Studies on Inclusive Education, 2002. ISBN 18-720-0115-7.
- 8) World report on disability. Geneva, Switzerland: World Health Organization, c2011, xxiii, 325 p. ISBN 92-415-6418-0.

INTERNETOVÉ ZDROJE

- 1) EUR-lex. Evropská unie [online]. [cit. 2012-07-21]. Dostupné z: <http://eur-lex.europa.eu>
- 2) HRUBÝ, Jaroslav. Informace pro členy vlády ČR: Zpráva o situaci zdravotně postižených a nejnaléhavějších úkolech, které je třeba vyřešit. [online]. 20 [cit. 2012-01-07]. Dostupné z: <http://www.vlada.cz/assets/ppov/vvzpo/dokumenty/zp1992.pdf>
- 3) KALNICKÁ, Vladimíra. Výběrové šetření zdravotně postižených VŠPO 07 [online]. Praha, 2007 [cit. 2013-04-06]. Dostupné z: <http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/p/3309-08>. Statistika. Český statistický úřad.
- 4) MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, mládeže a tělovýchovy České republiky. Průvodce dalším vzděláváním: V kontextu aktivit Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy. Praha, 2010. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/file/11567>
- 5) NÁRODNÍ VZDĚLÁVACÍ FOND. Budoucnost profesí [online]. 2011 [cit. 2012-08-03]. Dostupné z: <http://www.budoucnostprofesi.cz>
- 6) ORGANIZACE SPOJENÝCH NÁRODŮ. OSN Praha [online]. 2005 [cit. 2012-01-17]. Dostupné z: <http://www.osn.cz/>
- 7) ŠVP a integrace žáků se zdravotním postižením v běžných základních školách. In: Výzkumný ústav pedagogický [online]. Praha, 2010 [cit. 2013-04-21]. Dostupné z: <http://www.vuppraha.cz/wp-content/uploads/2010/05/integrace-zaku-se-ZP.pdf>
- 8) TRHLÍKOVÁ, Jana. Absolventi škol se zdravotním postižením a trh práce. Praha, 2011. Dostupné z: http://www.nuov.cz/uploads/Vzdelavani_a_TP/Absolventi_skol_se_ZP_a_trh_prace_prowww.pdf. Zpráva z průzkumu mezi školami a zaměstnavateli. Národní ústav pro vzdělávání.



- 9) Wikipedie: otevřená encyklopedie [online]. 2002, 2012 [cit. 2012-08-01]. Dostupné z: <http://cs.wikipedia.org>

LEGISLATIVNÍ DOKUMENTY:

- 1) Česká republika. O vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách). In: Sbírka zákonů. 1998, 111/1998, 39.
- 2) Česká republika. Vyhláška o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. In: 73/2005. 2005, 20.
- 3) Národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2010-2014: schválený usnesením vlády České republiky ze dne 29. března 2010 č. 253. Praha: Úřad vlády České republiky, sekretariát Vládního výboru pro zdravotně postižené občany, 2010, 55 s. ISBN 978-807-4400-247.
- 4) Sbírka mezinárodních smluv: Česká republika. Praha: Ministerstvo vnitra, 2010. ISSN 1801-0393.
- 5) Sbírka zákonů Česká republika. Břeclav: Moraviapress, 2006. ISSN 1211-1244.

AKADEMICKÉ PRÁCE:

- 1) KORYCH, Martin. Dívka s dětskou mozkovou obrnou: Kazuistická studie. Liberec, 2007. Závěrečná práce. Technická univerzita v Liberci.
- 2) ŘEZNÍČKOVÁ, Iveta. Integrace žáků s tělesným postižením do základní školy v Praze 8. Brno, 2009. Bakalářská práce. Masarykova univerzita Brno. Vedoucí práce Lucie Procházková.
- 3) RECLIKOVÁ, Hana. Integrace tělesně postižených žáků do běžných škol. Brno, 2006. Bakalářská práce. Masarykova univerzita Brno. Vedoucí práce Dana Zámečnicková.
- 4) VAŠÍČKOVÁ, Zdeňka. Sociální práce ve školství jako nástroj integrace dětí cizinců v Karlovarském kraji. Praha, 2011. Diplomová práce. Pražská vysoká škola psychosociálních studií. Vedoucí práce Kateřina Šámalová.



JINÉ:

- 1) LORM - SPOLEČNOST PRO HLUCHOSLEPÉ. Výroční zpráva za rok 2010. 2011.
- 2) PROCHÁZKOVÁ, Eva a Lucie ŠEBESTOVÁ. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČESKÉ REPUBLIKY - ODBOR KONCEPCÍ TRHU PRÁCE. Statistická ročenka trhu práce v České republice 2011. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí – Odbor koncepcí trhu práce, 2012. ISBN 9-8708--78402-714-02116-0-743-3.

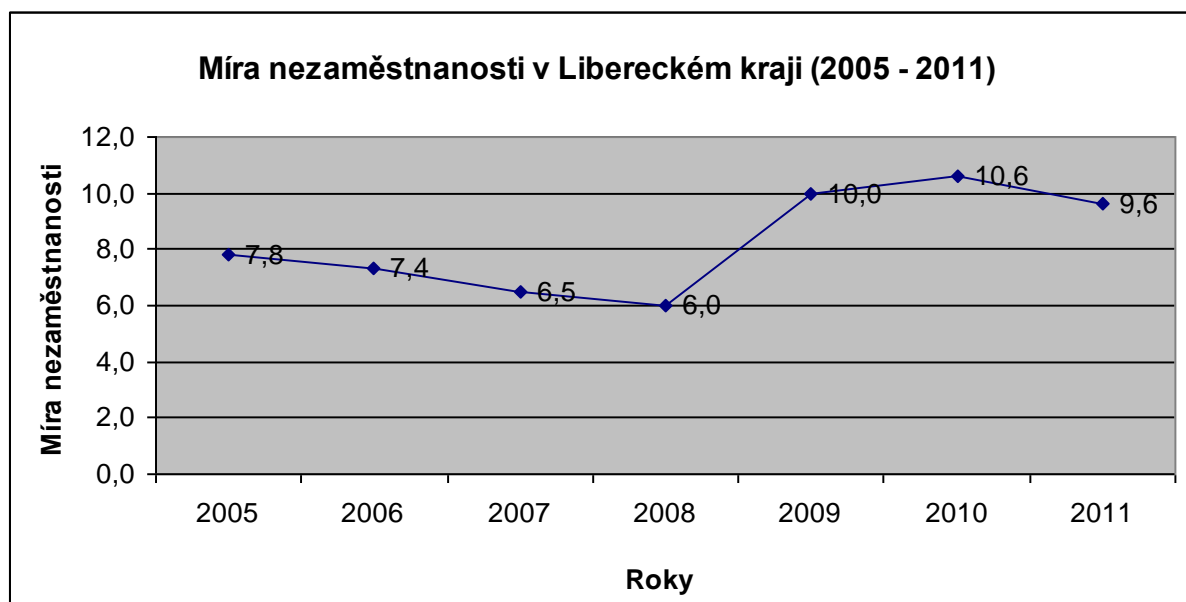


11 Přílohy



Příloha č. 1

Graf: Míra nezaměstnanosti v Libereckém kraji v letech 2005 až 2011





Příloha č. 2

Tabulka: Absolutní počty nezaměstnaných v Libereckém kraji v letech 2005 až 2011 s důrazem na osoby se zdravotním postižením

	1Q		2Q		3Q		4Q		Roční průměr	
	Celkem	z toho OZP	Celkem	z toho OZP	Celkem	z toho OZP	Celkem	z toho OZP	Celkem	z toho OZP
2005	20056	3073	18548	3001	19055	2951	18923	2946	19146	2993
2006	19145	2976	17190	2790	17684	2692	17258	2636	17819	2774
2007	16745	2700	15400	2618	15208	2575	14566	2506	15480	2600
2008	14243	2490	13554	2443	14648	2468	16605	2658	14763	2515
2009	22360	2937	23899	3114	24879	3156	26273	3180	24353	3097
2010	27185	3153	24538	3041	24008	2971	25653	3138	25346	3076
2011	25200	3160	22771	3097	22776	2911	23286	2937	23508	3026



Příloha č. 3

Služby pro nezaměstnané se zdravotním postižením v Libereckém kraji

Základní služby pro nezaměstnané se zdravotním postižením poskytuje ze zákona **úřad práce**, v tomto případě jeho krajská pobočka pro Liberecký kraj. Jeho kontaktní pracoviště se nacházejí v 15 městech na území celého kraje. Mezi poskytované služby patří zejména přiznávání a proplácení hmotné podpory při nezaměstnanosti, odborné poradenství, zprostředkování zaměstnání a realizace všech nástrojů zvýšené ochrany osob se zdravotním postižením na trhu práce.

Další služby pro nezaměstnané se zdravotním postižením v Libereckém kraji poskytují **agentury pro podporované zaměstnávání**. Jejich činnosti směřují zejména k uplatňování osob se zdravotním postižením na volném trhu práce. Poskytují odborné poradenství zaměstnancům i zaměstnavatelům, provádějí základní přípravu na práci a na povolání, vyhledávají vhodné zaměstnavatele a obecně pomáhají s rozvojem a udržením pracovních kompetencí osob se zdravotním postižením. Nedílnou součástí jejich práce je zprostředkování zaměstnání, čímž však (na rozdíl od běžných pracovních agentur) spolupráce se zaměstnavatelem a zaměstnancem nekončí. Nejvýznamnější agenturou podporovaného zaměstnávání v Libereckém kraji je Rytmus, o. s.

Neméně významné služby pro osoby se zdravotním postižením poskytují také různé **neziskové organizace** na území celého kraje. Záběr jejich činností je velice široký. Začíná u organizace nejrůznějších kurzů a školení, pokračuje přes základní a speciální poradenství a končí u realizace různých vzdělávacích a podpůrných projektů určených pro zvyšování konkurenceschopnosti osob se zdravotním postižením na trhu práce. Neziskové organizace také poskytují sociální služby, čehož mohou osoby se zdravotním postižením využívat například při osobní asistenci na pracovišti a v dalších případech. Mezi nejvýznamnější poskytovatele těchto služeb v Libereckém kraji lze uvést Občanské sdružení D.R.A.K.

Podobné činnosti nabízejí v Libereckém kraji také **ziskové organizace** nejrůznějšího charakteru, které buď spolupracují s úřadem práce při pracovní rehabilitaci, nebo přímo realizují některé projekty v oblasti aktivní politiky zaměstnanosti. Významnou společností je v tomto ohledu například AABYSS, s. r. o.

Na území Libereckého kraje existují také subjekty, které byly podle původní legislativy nazývány **chráněné dílny**. I tyto subjekty nabízejí služby pro osoby se zdravotním



postižením. Jedná se o zaměstnavatele, které v nadpoloviční většině zaměstnávají právě osoby se zdravotním postižením. Některé chráněné dílny nabízejí vedle samotného zaměstnání také poradenství v oblasti ergodiagnostiky a následného pracovního uplatnění. Za všechny provozovatele lze uvést například Sdružení TULIPAN fungující při Technické univerzitě v Liberci.

Vedle těchto specializovaných služeb mohou osoby se zdravotním postižením využívat také širokou nabídku služeb v oblasti trhu práce nabízených státními i nestátními organizacemi. Mezi nimi můžeme zmínit například **Státní úřad inspekce práce**, což je orgán veřejné správy, jehož činnosti se týkají kontroly dodržování povinností plynoucích z pracovněprávních předpisů včetně předpisů o bezpečnosti a ochraně zdraví při práci.

Služby **běžných agentur práce**, které nabízejí brigádní nebo stálé pracovní činnosti, jsou v některých případech také využitelné osobami se zdravotním postižením. Služby pro nezaměstnané nabízejí také **psychologové**, z nichž někteří se zaměřují přímo na psychologii práce a mohou pro osoby se zdravotním postižením realizovat například bilanční diagnostiku, která jim pomůže v identifikaci silných a slabých stránek důležitých pro rozvoj pracovních kompetencí.

Na závěr výčtu je nutné zmínit také **vzdělávací agentury a školy**, které jsou realizátory kurzů nebo rekvalifikačních kurzů. O významu vzdělání při vstupu na trh práce již bylo v této práci pojednáno, a tak je vhodné připomenout i možnost zvýšení nebo získání kvalifikace individuální formou, která je realizována vybraným vzdělavatelem a hrazena na základě žádosti osoby se zdravotním postižením úřadem práce.



Příloha č. 4

Přepis rozhovoru

Respondentka je žena ve věku 47 let. Vystudovala gymnázium, později střední školu stavební. Několik let pracovala jako administrativní pracovnice ve stavební společnosti. Po dvou po sobě následujících mateřských dovolených byla krátkodobě evidována na úřadu práce jako uchazeč o zaměstnání. Posléze pracovala jako úřednice ve státní správě.

U respondentky bylo diagnostikováno degenerativní onemocnění páteře, které si před časem vyžádalo chirurgickou léčbu. V důsledku onemocnění má sníženou citlivost v obou dolních končetinách, zhoršenou možnost lokomoce. Trpí neustávajícími bolestmi, se kterými dochází do jedné z ambulancí léčby bolesti. Po úrazu hlavy se u této respondentky v pozdějším věku objevilo snížení intelektuálních funkcí.

Rozhovor proběhl dne 15. 3. 2013 v době od 13:00 hod. do 13:20 hod v kanceláři tazatele. Jméno respondentky a všechna ostatní jména uvedená v rozhovoru byla z důvodu ochrany identity osob pozměněna. Tento dokument je doslovným přepisem rozhovoru zaznamenaného na záznamové zařízení.

T: Tazatel

R: Respondent

Jana

T: Ahoj Jano, vítám tě, posad' se, prosím.

R: Jo, díky.

T: Jano, já jsem si tě sem dneska pozval kvůli výzkumu v rámci méj diplomové práce. Už jsem ti něco o tom říkal, žejo?

R: Jo, říkal.

T: Takže, o co půjde. Jde o to, že bych ti rád, stejně jako tvým kolegům z projektu, položil několik otázek na téma potřeb vás, osob se zdravotním postižením při uplatnění na trhu práce. Jak vidíš, tak tady na stole je diktafon a náš rozhovor bych si rád nahrál. Pak ho budu ještě přepisovat a výsledek budu hodnotit. Měla bys vědět, že nikde, ani v tom přepisu, se neobjeví Tvoje celé jméno a nikdo jiný z projektu se ani nedozví, o čem jsme tady spolu mluvili a jak náš rozhovor vypadal.



R: Promiň, ale na jak dlouho to asi bude, já budu muset na rehabilitaci.

T: Neboj, myslím, že to stihneme, pokud máš asi tak 15 minut času.

R: Jo, to mám, já tam mám bejt až za hodinu, takže dobrý.

T: Tak to zvládnem určitě. Ještě bych rád, abysme se domluvili, že k sobě budeme otevření a že můžeš klidně mluvit bez zábran. Jasný?

R: Jo.

T: Tak fajn. Jano, vím, že jsi momentálně zaměstnaná, dokonce tady u nás, ale zkus mi říct, co bys potřebovala pro to, aby ses uplatnila na trhu práce? Ty tu situaci dobře znáš z minulosti, takže si určit na něco vzpomeneš, nemám pravdu?

R: Hm, nech mě chvíli přemýšlet (*přemýšlí*)

T: Jasně, nespíchej.

R: (*přemýšlí*) Myslim, že já bych potřebovala bejt tak o 15 let mladší.

T: Jak to myslíš?

R: No, jednoduše. Co já se napsílala životopisů a všeho a ani mě nepozvali na pohovor. Je mi skoro padesát a tím to končí. Ivan (*manžel – pozn. tazatele*) to má úplně stejně. To může vypisovat všechno vzdělání a tý praxe na kolik stran, ale je mu padesát a konec. Vono už i čtyřicátníci maj problém se někde chytit. To je tady v Čechách problém. To samý maj děti po škole. No a my postižený tuplem.

T: Aha, takže za tím je podle Tebe přístup zaměstnavatelů?

R: No, přesně tak. To nebejvalo takhle.

T: A co myslíš, že by se mělo změnit, aby se to změnilo celý, aby ty zaměstnavatelé na ten věk tak nekoukali.

R: (*přemýšlí*) No, to je právě to, co nevim. Ale asi by to mělo bejt něco jako zrovnoprávnění.

T: Rozumím tomu dobře, že tu mluvíme o ochraně na trhu práce.

R: Jo, ale vono to není jen u tý práce, to je všude.

T: Myslíš jako i normálně ve společnosti?

R: Hm, je to všechno jiný. My sme si ještě lidí vážili, dneska si neváží nikdo ničeho.

T: Zase se zeptám. Co myslíš, že by se mělo stát, aby se to změnilo?

R: (*přemýšlí*) No, to by měli zajistit rodiče a škola. Jenže to se neděje.

T: Aha. Ještě něco tě k tomu napadá?

R: Asi ne, je to složitý a asi se to jen tak nezmění.

T: A napadají tě ještě nějaký další potřeby pro to, aby ses uplatnila na trhu práce?



R: No, já to řeknu asi takhle. Kdysi sem byla po mateřský chvíli na pracáku. To si pamatuju, jak mi pořád dávali nějaký nabídky a já musela lítat, shánět razítka, jestli mě chtěj nebo ne a tak. Teď, když jsem byla na pracáku, tak snad jen Nováková (*jméno zprostředkovatelky na ÚP – poznámka tazatele*) se starala, ta byla dobrá, ale jiný, ty nemaj zájem o to, aby vůbec něco sháněly.

T: A paní Nováková byla v tomhle jiná?

R: To jo, ta mi dávala kolikrát i nějaký nabídky, co se na ní přímo obraceli lidi, že někoho hledaj. Jenže pak byla nemocná a pak už jsme se neviděli.

T: Rozumím tomu dobře, že bys tu snahu a zájem potřebovala i od ostatních zprostředkovatelek?

R: No, to jo.

T: A i ty nabídky od nich, nebo je to spíš jen o přístupu?

R: Obojí. Abych si našla práci, tak o ní potřebuju vědět. Já si spoustu věcí najdu sama, ale tak jako měli by se snažit i voni, když tam vod toho jsou. Jenže to spíš řeknou, že nic není, ať si hledáš. (*přemýšlí*) Já nevím, jestli dřív museli plnit nějaký čárky za to, že posílali lidi a dneska ne nebo co.

T: Hm. Jana a napadá mě, co třeba vzdělání? Myslíš, že to bys potřebovala nějak zvýšit nebo rozšířit nebo tak nějak?

R: To asi ne. Jak říkám, to je spíš o tom věku. Mám kamarádku, co má i doktorát a je jí taky skoro padesát a prostě nic nenajde.

T: Takže myslíš, že třeba odbornost ve vzdělání nepomůže?

R: Já nevím no, (*přemýšlí*) ale asi spíš ne.

T: Dobře, tak klidně ještě popřemýšlej, jestli Tě ještě něco napadne, nějaká potřeba.

R: (*přemýšlí*) Jo, to. No, abych, abych jako celej den nemusela jen sedět nebo stát a tak.

T: Myslíš úpravu pracovního prostředí?

R: Jo, přesně tak. Sem se nemohla nějak vymáčkout. (*směje se*)

T: To je v pohodě. A pracovní doba?

R: No, to jde o to, aby mi nevzali důchod. Já bych to asi těch 8 hodin zvládla, ale aby mi pak neřekli, že můžu dělat, tak bez důchodu. To prej dělaj.

T: Aha. A dokázala bys říct jaká je za tím potřeba?

R: No asi potřeba jistoty.

T: Myslíš finanční jistoty nebo jistoty, že máš v souvislosti s tím důchodem taky nějaký výhody?

R: No ty peníze hlavně, co si budem povídat.



T: Aha. Dobře. A ještě něco tě napadne?

R: (*přemýšlí*) No, když si tak vzpomínám, jak jsem na tom byla. Ale to nevim, jestli to sem patří.

T: Určitě patří, povidej.

R: No, já byla hlavně psychicky na dně a nikoho to nezajímalo, až tady jsem se dala trochu do kupy.

T: Jo, takže nějaká třeba odborná pomoc, která by předcházela. Jako třeba psycholog nebo tak něco?

R: No, to taky, ale i ty lidi normálně. Jsem nepřišla mezi lidi a rozumíš, bez peněz, podpora skoro žádná, sedíš doma. Hrůza.

T: Aha, takže myslíš něco jako potkávat se s ostatníma, co jsou na tom podobně.

R: Jo, to mi pomohlo.

T: Odborník by tam měl bejt taky?

R: No, asi jo, ale ty lidi jsou asi důležitější.

T: Dobře. No a ještě něco?

R: (*přemýšlí*) Ne, už mě nic nenapadá.

T: Dobře. No a pomohl ti projekt Hledám práci některý z těch potřeb naplnit?

R: Hele, já to řeknu asi takhle: pro mě to bylo jedno z mála krásnejch období v průběhu mého pracovního života.

T: Fakt? A v čem?

R: No, mě to fakt dost nabilo. Ty lidi a to, že se najednou někdo staral co potřebuju. I nějaký ty peníze jsem dostala. Takže fajn.

T: Takže šlo hlavně o to, žeš měla okolo sebe jiný lidi a že jsme s tebou mluvili a pomáhali?

R: No, přesně. Taky sem najednou začala mít i dobrou náladu a tak.

T: No, tak to je dobře. Ještě v něčem to sedlo a pomohlo?

R: Tak celkově. Mě se to líbilo, fakt. To si nedělám srandu. (*směje se*)

T: Ne, to já vůbec nezpochybňuju, já jen jestli tam je ještě něco, co bylo dobrý.

R: No, asi tak jako celkově.

T: Dobře, tak pokud už nic nemáš, tak ti asi poděkuju, trochu jsme to přetáhli.

R: Jo, to bude asi všechno. Kdyby mě ještě něco napadlo, tak dám vědět.

T: Fajn, určitě dej.

R: Ježiš, to je hodin, já musím vyrazit, než tam dopajdám.

T: Tak utíkej. Ještě jednou díky a měj se.

R: Jojo, čau.



Bibliografické údaje

Jméno a příjmení autora: Bc. Martin Korych

Studijní program: Sociální práce a sociální politika

Studijní obor: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Osoby s kombinovaným postižením na trhu práce

Počet stran bez příloh: 121

Celkový počet stran příloh: 8

Počet titulů české literatury a pramenů: 54

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 8

Počet internetových odkazů: 9

Vedoucí práce: PhDr. Kateřina Šámalová

Rok dokončení práce: 2013

**Posudek vedoucího/oponenta bakalářské/diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: **Bc. Martin KORYCH**

Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Osoby s kombinovaným postižením na trhu práce

Vedoucí práce: PhDr. Kateřina Šámalová

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 121

Počet stránek příloh: 8

Počet titulů v seznamu literatury: 62

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Oborová příležitost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

		2		
--	--	---	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	1			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	1			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	1			
--	---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

	1			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

	1			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

	1			
--	---	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

	1			
--	---	--	--	--

Naplnění cílů práce

	1			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	1			
--	---	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	1			
--	---	--	--	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěla

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

		2		
--	--	---	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

		2		
--	--	---	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Bez otázek. Nechávám prostor pro otázky oponenta a komise.

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Stěžejním tématem předložené diplomové práce je uplatnění osob s kombinovaným zdravotním postižením na trhu práce. Zvolené téma považuji za velmi významné, aktuální a oborově příléhavé. Nalezení pracovního uplatnění je jednou z přirozených sociálních rolí člověka a u osob se zdravotním postižením jakož i u ostatních členů společnosti je základní podmínkou jejich přirozené integrace do společnosti.

Teoretická část práce poměrně jasným, logickým, přehledným a vyčerpávajícím způsobem poskytuje relevantní informace ke zvolenému tématu. Autor prokazuje svoji dovednost práce s literárními zdroji, zejména pak domácími. Jazykové vyjadřování je čisté a čtivé.

Téma pracovního uplatnění osob s kombinovaným postižením je dále rozpracováno v empirické části práce. Diplomantem byl zvolen kvalitativní výzkumný design. Při koncipování a realizaci výzkumného projektu diplomant vhodně využil svoji kvalitní znalost výzkumného terénu, což zásadním způsobem přispělo k poměrně vysoké informační hodnotě výstupů diplomové práce. Ve výzkumné části práce student prokázal, že je schopen aplikovat základní techniky sběru dat, data následně analyzovat a jednotlivé výsledky posléze interpretovat.

Jednoznačně kladně hodnotím průběžnou spolupráci s diplomantem v průběhu zpracovávání diplomního tématu. Student vždy respektoval doporučení školitele a navíc do práce vnášel svůj osobitý přístup a nespornou znalost tématu.

Práce splňuje základní nároky kladené na diplomovou práci a **doporučuji** ji k obhajobě.

Doporučení k obhajobě: doporučuji/nedoporučuji*

Navrhovaná klasifikace: výborně

Datum, podpis: V Praze 11. května 2013

PhDr. Kateřina Šámalová



* nehodící se, škrtněte

**Posudek vedoucího/oponenta bakalářské/diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta/-tky: Martin Korych
 Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii
 Název práce: Osoby s kombinovaným postižením na trhu práce
 Oponent práce: Mgr Martin Prokeš

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 121

Počet stránek příloh: 8

Počet titulů v seznamu literatury: 71

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Oborová přiléhavost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	x			
--	---	--	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	x			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	x			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	x			
--	---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

		x		
--	--	---	--	--

Využití výzkumných empirických metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

x				
---	--	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

x				
---	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

	x			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	x			
--	---	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	x			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost
výsledků v praxi

		x		
--	--	---	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce
(publikace, referáty, apod.)

	x			
--	---	--	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Jaká rizika obsahuje posuzování omezení samotnými handikepovanými?
Znáte nějaké služby či organizace, které se soustřeďují hlavně na pomoc rodinám postižených osob?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Práce je velmi dobrá, autor pojal jak teoretickou tak praktickou část velmi zodpovědně s přesahem do praxe. Je škoda, že není k dispozici větší vzorek respondentů, aby bylo lze použít kvantitativní metodologii a tedy i získat zobecnitelnější data, což ovšem samosebou není autorova vina.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: výborně

Datum, podpis: ~~17.9.2012~~ 13.5.2013
Prokeš

