

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



Tréninkové bydlení pro osoby se zdravotním postižením

Lucie Jínová

vedoucí práce: PhDr. Kateřina Šámalová

Praha 2012

Prague college of psychosocial studies



**Independence Training Flats for People with
Disabilities**

Lucie Jínová

The Diploma Thesis Work Supervisor: PhDr. Kateřina
Šámalová

Praha 2012

Anotace

Bakalářská práce se zabývá tréninkovým bydlením pro osoby se zdravotním postižením. Primárním cílem bakalářské práce je zmapovat pobyt dospělých osob s tělesným či kombinovaným postižením v tréninkovém bytě, v souvislosti s procesem osamostatňování se.

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část vymezuje základní pojmy související se zdravotním postižením. Zabývá se důsledky zdravotního postižení v životě člověka. V jednotlivých kapitolách práce pojednává o tréninkovém bydlení a o procesu osamostatňování se. Osamostatňování probíhá u osob se zdravotním postižením odlišně oproti intaktní populaci. V rámci praktické části proběhlo kvalitativní výzkumné šetření. Při rozhovorech s klienty se prozkoumávají oblasti jejich života, které přímo souvisejí s pobytem v tréninkovém bytě a s procesem osamostatňování se.

Klíčová slova: zdravotní postižení, tělesné postižení, sociální inkluze, tréninkové bydlení, osamostatňování se.

Abstract

This project deals with the topic of Independence Training Flats for People with Disabilities. Primary task of this project is to describe a stay of people with physical or combined handicap in a training flat. The stay is a part of the process of becoming independent.

There are two parts of the project. The theoretical part defines basic terms related to a handicap. It also deals with impact of the handicap on one's life. Individual chapters focus on halfway living conditions and process of becoming independent. This process is different from the one of intact population. The practical part includes qualitative research. When interviewing clients there are questions about their stay in a halfway house or flat and the process of becoming independent.

Key words: handicap, physical handicap, social inclusion, training flats, becoming independent.

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala pod vedením PhDr. Kateřiny Šámalové samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

Dále prohlašuji, že odevzdaná písemná verze bakalářské práce a verze elektronická jsou totožné.

.....

Lucie Jínová

Poděkování

Velice děkuji vedoucí mé bakalářské práce PhDr. Kateřině Šámalové, za cenné rady a odborné vedení při vypracovávání bakalářské práce.

Lucie Jínová

OBSAH

| | |
|---|----|
| ÚVOD | 10 |
| TEORETICKÁ ČÁST | 12 |
| 1 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ | 12 |
| 1.1 Zdraví | 12 |
| 1.2 Nemoc | 13 |
| 1.3 Zdravotní postižení | 14 |
| 1.4 Integrace a inkluze | 16 |
| 2 OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM | 19 |
| 2.1 Typologie zdravotního postižení | 19 |
| 2.1.1 Vrozené a získané zdravotní postižení | 19 |
| 2.1.2 Další dělení | 20 |
| 2.2 Tělesné postižení | 20 |
| 2.2.1 Dětská mozková obrna (DMO) | 20 |
| 2.2.1.1 Charakteristika | 20 |
| 2.2.1.2 Typologie dětské mozkové obrny | 21 |
| 2.3 Chronické onemocnění | 23 |
| 2.4 Kombinovaná postižení | 23 |
| 3 ŽIVOT OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM | 24 |
| 3.1 Role rodiny v raném dětství dítěte se zdravotním postižením | 24 |
| 3.2 Vzdělání a profesní příprava na výkon povolání | 28 |
| 3.3 Proces osamostatňování se | 31 |
| 3.4 Dospělost a tři základní životní role | 35 |
| 3.4.1 Profesionální role | 35 |
| 3.4.2 Partnerská role | 37 |
| 3.4.3 Rodičovská role | 37 |
| 3.5 Tělesné postižení a specifické důsledky z něj plynoucí | 38 |
| 4 STRATEGIE PODPORY OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM | 40 |
| 4.1 Ucelená (komplexní) rehabilitace | 40 |
| 4.1.1 Léčebná rehabilitace | 40 |
| 4.1.1.1 Ergoterapie | 41 |
| 4.1.1.2 Vojtova metoda | 41 |
| 4.1.1.3 Bobath koncept | 42 |
| 4.1.2 Sociální rehabilitace | 43 |
| 4.1.3 Pedagogická rehabilitace | 43 |
| 4.1.4 Pracovní rehabilitace | 44 |
| 4.1.5 Psychologická rehabilitace | 45 |
| 4.1.6 Další návazné služby pomoci osobám se zdravotním postižením | 45 |
| 5 TRÉNINKOVÉ BYDLENÍ | 47 |
| 5.1 Obecné informace o tréninkovém bydlení | 47 |

| | | |
|---------|---|----|
| 5.1.1 | Základní charakteristika | 47 |
| 5.1.2 | Historie | 47 |
| 5.1.3 | Modelové příklady ze zahraničí | 47 |
| 5.1.4 | Formy TB v České republice | 48 |
| 5.2 | Centrum Slunečnice | 49 |
| 5.2.1 | Charakteristika | 49 |
| 5.2.2 | Chráněné bydlení | 49 |
| 5.2.3 | Pobyt v tréninkovém bytě Centra Slunečnice | 51 |
| 5.3 | Dům Fatima | 53 |
| 5.3.1 | Charakteristika | 53 |
| 5.3.2 | Sociální rehabilitace | 54 |
| 5.3.3 | Pobyt v tréninkovém bytě domu Fatima | 55 |
| 6 | NÁVAZNÉ A DOPROVODNÉ MECHANISMUSY PODPORY | 58 |
| 6.1 | Sociální dávky | 58 |
| 6.1.1 | Invalidní důchod | 58 |
| 6.1.2 | Příspěvek na péči | 59 |
| 6.1.3 | Dávky pro osoby se zdravotním postižením | 61 |
| 6.1.3.1 | Příspěvek na mobilitu | 61 |
| 6.1.3.2 | Příspěvek na zvláštní pomůcku | 61 |
| 6.1.3.3 | Výpůjčka zvláštní pomůcky | 63 |
| 6.1.3.4 | Průkaz osoby se zdravotním postižením | 63 |
| 6.2 | Sociální služby | 64 |
| 6.2.1 | Sociální poradenství | 64 |
| 6.2.2 | Služby sociální péče | 65 |
| 6.2.2.1 | Osobní asistence | 65 |
| 6.2.2.2 | Pečovatelská služba | 67 |
| 6.2.2.3 | Podpora samostatného bydlení | 67 |
| 6.2.2.4 | Odlehčovací služby | 67 |
| 6.2.2.5 | Centrum denních služeb | 68 |
| 6.2.2.6 | Denní a týdenní stacionáře | 68 |
| 6.2.2.7 | Domovy pro osoby se zdravotním postižením | 68 |
| 6.2.2.8 | Chráněné bydlení | 69 |
| 6.2.3 | Služby sociální prevence | 69 |
| 6.2.3.1 | Raná péče | 69 |
| 6.2.3.2 | Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením | 70 |
| 6.2.3.3 | Sociálně terapeutické dílny | 70 |
| 6.2.3.4 | Sociální rehabilitace | 70 |
| 7 | PRAKTICKÁ ČÁST | 72 |
| 7.1 | Cíle a výzkumné otázky | 72 |
| 7.2 | Design výzkumného šetření a výzkumné metody | 73 |
| 7.3 | Výzkumný soubor | 73 |
| 7.4 | Technika sběru dat | 74 |
| 7.5 | Kazuistiky | 76 |
| 7.5.1 | Kazuistika č. 1 | 77 |
| 7.5.2 | Kazuistika č. 2 | 80 |
| 7.5.3 | Kazuistika č. 3 | 83 |

| | |
|--------------------------|----|
| 7.6 Interpretace | 87 |
| 7.7 Diskuse | 89 |
| ZÁVĚR..... | 90 |
| SEZNAM LITERATURY | 92 |
| INTERNETOVÉ ZDROJE | 96 |
| SEZNAM PŘÍLOH | 99 |

ÚVOD

Tématem mé bakalářské práce je program tréninkového bydlení pro osoby se zdravotním postižením. V práci se zaměřuji na tréninkové bydlení pro osoby s tělesným či kombinovaným postižením s diagnózou dětské mozkové obrny, neurologickým degenerativním a jiným onemocněním, po úrazech nebo nádorech mozku. Práce se neorientuje na problematiku osob po poranění páteře a míchy. K psaní této práce mě inspirovala moje dlouhodobá klientka, která sama absolvovala tento program.

V práci pojednávám o tom, že i lidé se zdravotním postižením, stejně jako lidé bez postižení mohou toužit po samostatném a nezávislém bydlení. Před těmi, kteří se pro vlastní bydlení rozhodnou, stojí mnoho překážek, které musí zdolat. Právě proto považuji programy tréninkového bydlení za tak důležité. Díky nim se totiž dokáží v bezpečném prostředí a pod odborným dohledem naučit mnoho nových dovedností, zdokonalují to, co již umí a učí se reagovat na nové nečekané situace. Dále se učí orientaci v plně bezbariérovém prostředí. Bohužel organizací, které poskytují tyto programy pro osoby se zdravotním postižením, je velice málo. Doufám tedy, že moje práce by mohla přispět k rozšíření myšlenky tréninkových bytů a jejich prospěšnosti.

S tréninkovým bydlením úzce souvisí proces osamostatnění se, což je v podstatě hlavním výstupem programu TB. Já osobně bych doporučila každému, kdo uvažuje o vlastním nezávislém bydlení, aby si nejdříve vyzkoušel program tréninkového bydlení. Myslím si, že to může člověka jen obohatit, ať již v tom smyslu, že se rozhodne jít do vlastního bydlení či zjistí, že mu stávající situace vyhovuje a netouží odejít ze své primární rodiny. I takové zjištění je důležité pro jejich budoucnost.

Bohužel tréninkové bydlení je velmi finančně nákladné a organizace nemají finance na jeho fungování, možná právě proto je jich v České republice tak malé množství.

Bakalářskou práci jsem rozdělila na teoretickou a praktickou část.
V teoretické

části vymezují základní pojmy, které souvisejí se zdravotním postižením. Dále teoretická část pojednává o zdravotním postižení a o důsledcích zdravotního postižení v životě člověka. Samostatná kapitola je také věnována tréninkovému bydlení a konkrétním organizacím, které se jím zabývají. Důležitou součástí teoretické části je představení návazných a doprovodných mechanismů podpory, které jsou klíčové pro život lidí se zdravotním postižením.

Praktická část se opírá o kazuistické rozhovory s lidmi, kteří prošli tréninkovým bydlením.

TEORETICKÁ ČÁST

1 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ

Úkolem této kapitoly je definování a vymezení základních pojmů, ze kterých budeme vycházet a se kterými se budeme v celém textu setkávat. Jedná se o pojmy zdraví, nemoc, zdravotní postižení, integrace a inkluze.

1.1 Zdraví

Slovo zdraví pochází původně ze staroperštiny, durava - pevný, zdravý, uzdraviti, pozdrav. Původně zdraviti, je ptát se po zdraví. Do staroslovanštiny se to dostalo jako s-dorv. Odtud se odvodilo rusky zdorovyj - zdravý jako příd. jm. a tak to přešlo do češtiny (HOLUB a LYER, 1978, s. 518).

Dle definice Světové zdravotnické organizace (WHO)¹ z roku 1980 je zdraví definováno jako „stav úplné tělesné, psychické a sociální pohody“ (SLOWÍK, 2007, s. 29). Rozvedená definice WHO, vymezuje zdraví jako „soulad biopsychosociálních faktorů a rovnovážný stav tělesné, duševní, spirituální i společenské pohody člověka“ (MICHALÍK, 2011, s. 183). Křivohlavý definuje zdraví jako „celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav života, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí“ (KŘIVOHLAVÝ, 2009, s. 40). Dále může být zdraví pojímáno jako soubor vlastností organismu, které jsou schopny vyrovnávat se s měnícími se vlivy vnějšího prostředí (i pracovního a interpersonálního) aniž by docházelo k narušování fyziologicky důležité funkce (tamtéž). Zdraví může být definováno také „negativně, jako nepřítomnost tělesné či duševní poruchy či nemoci“ (HARTL a HARTLOVÁ, 2004, s. 701).

Podle těchto definic můžeme tedy člověka se zdravotním postižením za určitých podmínek označit za zdravého (SLOWÍK, 2007, s. 29). S tímto pojetím lze částečně souhlasit, vzhledem k tomu, že zdravotní postižení je převážně trvalého rázu, tak nelze považovat daného člověka po celou dobu za nemocného. Pokud by tak byl neustále hodnocen, mohlo by to výrazně ovlivnit

¹ World Health Organization (zkr. WHO).

jeho přístup k životu. Takový člověk může být apatický, depresivní a prožívat pocity bezmoci. Na druhou stranu, pokud by byl považovaný za úplně zdravého, mohl by přijít o podporu, která je pro něj klíčová (příspěvek na péči, invalidní důchody apod.).

Novosad i Michalík shodně uvádějí kromě zdraví osobního, lidského (viz. rozvedená definice WHO) také zdraví společenské, sociální. Společenské zdraví je „*měřitelné zkoumáním vazeb mezi sociálním postavením jednotlivců i skupin a jejich zdravím či nemocí, popř. postižením*“. Proto, abychom mohli hovořit o společenském zdraví je nutné docílit aktivního naplňování několika koncepcí, jako například „*ochrana životního prostředí, zdravý životní styl, občanská společnost, rovnost šancí a existence podmínek pro optimální rozvoj člověka, dosažitelnost občanských práv a svobod. Předpokládá tedy nepředpojaté a respektující vztahy mezi lidmi*“. Na sociální zdraví můžeme pohlížet také z hlediska interpersonálních vztahů a obecně vztahů společnosti k lidem se zdravotním postižením. Tyto vztahy by měly být charakteristické respektováním individuality a důstojnosti každého člověka, klimatem sociálního konsensu a také flexibilitou a provázaností poskytovaných služeb², které redukuje důsledky zdravotního postižení a umožňují lidem se zdravotním postižením život co nejbližší životu lidí bez postižení (NOVOSAD, 2009, s. 16). Michalík zde ještě zmiňuje důležitost odstranění bariér všeho druhu (MICHALÍK, 2011, s. 184).

1.2 Nemoc

Nemoc je odvozena od slova moc. Mogti je praslovanské slovo, mogt' je moc. Souvisí s německým mögen - moci, die Macht - moc. Možný znamenalo zámožný, tj. považovaný za možného, majetného. Ne-moc znamenalo, že nemá moc, že nemůže, podobně jako bez-moc, a proto potřebuje po-moc, tj. něco, co přichází, když se ztratí moc (HOLUB a LYER, 1978, s. 318).

² Zdravotní, sociální, vzdělávací a jiné služby.

Holistické pojetí³ chápe nemoc jako nesoulad mezi biologickými a psychickými funkcemi osobnosti, přírodou a sociálním prostředím, v němž jedinec žije (NOVOSAD, 2009, s. 15).

1.3 Zdravotní postižení

Postižení je možné odvodit od slova stíhati, odvozeno od praslovanského základu stig-, souvisí s řeckých steichó - stoupám, stichó - řada, něm. steigen (HOLUB a LYER, 1978, s. 518).

Světová zdravotnická organizace definuje pojem postižení jako, „*částečné nebo úplné omezení schopnosti vykonávat některou činnost či více činností, které je způsobeno poruchou nebo dysfunkcí orgánu*“ (NOVOSAD, 2009, s. 12). Michalík vymezuje zdravotní postižení jako „*dlouhodobý nebo trvalý stav, jenž je charakterizovaný orgánovou či funkční poruchou, kterou již nelze veškerou léčebnou péčí zcela odstranit nebo alespoň výrazně zmírnit*“ (MICHALÍK, 2011, s. 186). Hartl a Hartlová hovoří o postižení spíše z hlediska integrace osob se zdravotním postižením, nežli z hlediska zdravotnického. Postižení je podle nich „*jakákoli porucha, duševní nebo tělesná, dočasná, dlouhodobá nebo trvalá, anebo také hendikep, který jedinci brání účinně se přizpůsobit běžným nárokům života*“. Zdravotní postižení je stav, který již nelze léčbou zcela odstranit, zpravidla bývá dlouhodobé nebo trvalé. Je však možné negativní dopady zdravotního postižení zmírnit soustavou připravovaných opatření (HART a HARTLOVÁ, 2004, s. 442).

Dle novějšího konceptu Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví byly pojmy vada (impairment), postižení (disability) a znevýhodnění (handicap) nahrazeny pojmy tělesné funkce a poruchy, aktivita a participace. Jedná se o celkovou změnu pohledu na člověka se zdravotním postižením a jeho situaci. Současná koncepce sleduje stav a funkce jeho tělesných struktur, aktivitu jedince a jeho možnost participace na životě celé společnosti⁴ (SLOWÍK, 2007, s. 28). Toto pojetí může mít na osoby se zdravotním postižením motivační účinek. Oproti předchozímu přístupu je toto pozitivně laděné a více zaměřené na jedince jako takového. Mohlo by zmírnit

³ Holistický= náležící k celku (Hartl a Hartlová, 2004, s. 192).

⁴ Dříve se u jedince sledovala jeho vada, porucha, postižení a také jeho znevýhodnění (handicap).

či pomoci odstranit stigma spojené se zdravotním postižením. Vybízí zdravotně postižené k aktivitě a účasti na společenském životě. Je moderní a adekvátně zvolené k aktuální situaci občanů se zdravotním postižením, které je nutno začleňovat do běžné populace.

Z psychologického hlediska platí, že jakékoli postižení ... ovlivňuje rozvoj celé osobnosti postiženého jedince a podílí se na vytvoření specifické sociální situace spoluurčující jeho společenské postavení (VÁGNEROVÁ, 2008, s. 161). Lidé se zdravotním postižením jsou často považováni automaticky za osoby, jež mají sníženou kvalitu života, a pracovní aktivita se u nich nepředpokládá či jen v omezené míře. V současné době se situace lepší, díky mnoha podpurným mechanismům zaměřeným na vyrovnání příležitostí a kompenzující překážky, „které jedinci způsobuje život se závažným postižením, což jej znevýhodňuje oproti jiným lidem ve společnosti“. Pokud dojde k tomu, že člověk se zdravotním postižením i přesto žije sám, je odkázán na pomoc jiné osoby, není zaměstnán či jinak podnětově strádá, zřejmě nedošlo k adekvátnímu využití zmíněných mechanismů podpory (NOVOSAD, 2009, s. 12).

V souvislosti se zdravotním postižením a jeho důsledky je nutné zmínit míru znevýhodnění, která je u každé osoby se zdravotním postižením jiná a závisí na mnoha faktorech. Od druhu a stupně postižení, přes kvalitu a včasnost péče až k osobnosti jedince, jeho okolí a přístupu celé společnosti (SLOWÍK, 2007, s. 26-27).

K výše zmíněnému lze doplnit důležitost komplexního přístupu v péči a důležitost spolupráce všech zúčastněných (např. rodiny, lékařů, sociálních pracovníků, psychologů, neziskových organizací pro daný typ postižení, MPSV⁵, MŠMT⁶ a dalších...), která může vést k větší efektivitě v pomoci osobám se zdravotním postižením. Díky tomu by mohl být člověk se zdravotním postižením v péči tohoto týmu odborníků již od narození či od vzniku zdravotního postižení, a tím by docházelo k přirozenější integraci do intaktní populace. Zde je důležité zdůraznit činnost organizací rané péče, která je považována za velice podpurnou a klíčovou, jak v životě dětí s postižením,

⁵ Ministerstvo práce a sociálních věcí (zkr. MPSV).

⁶ Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (zkr. MŠMT).

tak zejména jejich rodin, pro něž je příchod dítěte se zdravotním postižením novým a neznámým.

1.4 Integrace a inkluze

Integrace

Integrace je v současné době hodně diskutovaným tématem. Spojuje se s různými sociálními skupinami. Netýká se pouze lidí se zdravotním postižením, ale také například etnických a národnostních menšin, dětí vyrůstajících v dětských domovech a dalších. Integrace se dotýká nás všech. I běžná populace se ve svém životě někde začleňuje, do nového kolektivu, do nového sociokulturního prostředí, atp.

V nejobecnějším pojetí rozumíme integraci „*začleňování či spojování určitých částí v jeden celek*“ (NOVOSAD, 2009, s. 24). Integrace pocházející z latinského slova *integer*, představuje proces, při kterém jsou osoby se zdravotním postižením zdárně a téměř bez komplikací začleňovány do společnosti bez nutnosti dalšího postupu (např. úlevy, výhody, atd.) (RENOTIÉROVÁ a LUDÍKOVÁ, 2006, s. 22). „*Při integraci nejde jen o vyrovnávání příležitostí pro hendikepované, o úpravu vztahů „majority“ a „minority“ jejich soužití, ale také o úspěšnost začleňování jedinců se zdravotním znevýhodněním do společnosti*“ (MATOUŠEK, 2005, s. 97). „*Integrace je pojem popisujícím komplexní jev, který zahrnuje integraci osobnosti v procesech integrace sociální, kulturní, pedagogické i profesně-pracovní*“ (NOVOSAD, 2009, s. 24-25). Slowík vymezuje integraci jako „*nejvyšší stupeň socializace člověka*“, resp. „*opak segregace*⁷“. Jedná se však o integraci do více oblastí (škola, zaměstnání, společenský život, aj.). Oblasti se vyvíjejí podle aktuálního věku a potřeb daného člověka (SLOWÍK, 2007, s. 31). Může dojít k integraci jen v některých oblastech.

Inkluze

V současné době je pojem integrace často nahrazován novějším pojmem inkluze. Matoušek definuje inkluzi jako „*zahrnutí, náležení k celku*“. Je to rovnoprávný vztah, postoj, přístup, hodnota i přesvědčení. Inkluzivní

⁷ Segregace= společenské vyčlenění (SLOWÍK, 2007, s.31).

přístup k osobám se zdravotním postižením by měl být vlastní každému člověku. Měl by být součástí jeho hodnotového systému, ale hlavně jeho vlastního osobního přesvědčení (MATOUŠEK, 2005, s. 97). Slowík hovoří o inkluzi jako o nikdy nekončícím procesu, „*ve kterém se lidé s postižením mohou v plné míře zúčastňovat všech aktivit společnosti jako lidé bez postižení*“ (SLOWÍK, 2007, s. 32). Brandl uvádí, že „*inkluzivní postoj spočívá v přesvědčení, že všichni lidé jsou si rovni v důstojnosti a právech*“ (cit. dle SLOWÍKA, 2007, s. 32)

Integrace a inkluze

Hlavní odlišnost spočívá v přístupu k začlenění osob se zdravotním postižením. Při integraci probíhá začleňování pomocí speciálních podpůrných mechanismů, aby mohli být následně lidé se zdravotním postižením součástí společnosti a vykonávat všechny běžné činnosti. Inkluze by měla být přirozenější formou začlenění do společnosti, bez používání speciálních prostředků nebo ve velmi omezené míře. Rozdíl mezi integrací a inkluzí je vidět nejlépe na příkladu školské integrace. Inkluzivní přístup spočívá v začlenění dětí se zdravotním postižením mezi žáky běžných základních škol. Dochází tedy ke vzdělávání žáků s postižením i bez postižení. Integrační přístup upřednostňuje vzdělávání žáků se zdravotním postižením ve speciálních školách a tedy odděleně od žáků bez postižení. V integračním přístupu se užívají i specifické metody a pomůcky, na rozdíl od intaktního přístupu, ve kterém se používají převážně běžné vzdělávací metody a postupy (SLOWÍK, 2007, s. 32). Důležité je uvědomit si, že procesy integrace a inkluze jsou vysoce individuální a u každého člověka budou tyto procesy probíhat odlišně. Musíme brát na vědomí mnoho faktorů, např. osobnost jedince, jeho zdravotní stav, rodinu, okolí a další okolnosti (NOVOSAD, 2009). „*Integrace i inkluze jsou procesy, které usilují o plnohodnotný společný život hendikepovaných i zdravých jedinců s respektováním jejich individuálních schopností a možností rozvoje*“ (MATOUŠEK, 2005, s. 97).

V současné době se hodně hovoří o inkluzivním vzdělávání. Diskuse probíhají napříč odbornými kruhy i veřejností, tj. mezi rodiči dětí s postižením i bez postižení. Samozřejmě ne každý je objektivní a někteří prosazují hlavně své potřeby. Pokud budeme hovořit o tělesném postižení v souvislosti

s inkluzivním vzděláváním, tak můžeme narazit na architektonické bariéry, které se však dají relativně snadno odstranit. Opět záleží na úsilí zúčastněných osob. Velkou roli hraje u dětí se zdravotním postižením přítomnost mentální retardace v různých úrovních. Pedagogové se odvolávají na to, že nejsou připraveny osnovy na vzdělávání těchto žáků. Je třeba individuálnější přístup, proto by mělo být ve třídě méně žáků, případně zajistit pedagogické asistenty. I přesto někteří pedagogové už delší dobu s těmito dětmi bez větších obtíží pracují. Tak kde je kámen úrazu? Stejně jako hraje velkou roli osobnost dítěte se zdravotním postižením, tak je důležitá osobnost a hlavně přístup a ochota pedagogů a dalších zúčastněných osob (rodičů, ředitelů škol, a dalších). Někteří vidí v práci s dětmi se zdravotním postižením výzvu, jiní přítěž a práci navíc.

2 OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

Není snadné zjistit počet zdravotně postižených osob, protože existuje nesoulad mezi zdravotnickými a sociálními službami. Každá služba má jinou evidenci a ne vždy je v ní uvedeno, o jaké zdravotní postižení se jedná. V roce 2007 proběhlo v České republice výběrové šetření osob se zdravotním postižením. Informace byly získány od dětských a praktických lékařů. Díky tomuto šetření bylo zjištěno, že v České republice tvoří osoby se zdravotním postižením zhruba 10% celkové populace. Nejvíce se v populaci objevují interní postižení a následně postižení tělesná. I přesto, že jsou osoby se zdravotním postižením vystavovány řadě omezení, tak téměř polovina žije v manželském svazku. Tudíž lze předpokládat, že se úspěšně adaptovali na svůj zdravotní stav a dokázali si poradit s omezeními, která na ně čekala. Prošli procesem osamostatnění se, našli si bydlení, také se seznámili se svým partnerem a založili rodinu (MATOUŠEK, 2005; ČSÚ, 2007). Ve druhé části této kapitoly bude stručně pohovořeno o jednom z nejzávažnějších tělesných postižení a to o dětské mozkové obrně, která zastupuje v celkovém počtu osob s tělesným postižením nemalé procento.

Zdravotní postižení se stává sociální událostí, když ztíží ekonomické či pracovní uplatnění nebo si vyžádá mimořádné náklady a služby pro pracovní, občanské či rodinné žití (TOMEŠ, 2010).

2.1 Typologie zdravotního postižení

2.1.1 Vrozené a získané zdravotní postižení

Základní dělení zdravotního postižení je na postižení vrozené (či v raném věku získané) a získané v pozdější době. Zdravotní postižení vrozené představuje menší psychické trauma než postižení získané. Člověk je na svůj zdravotní stav adaptován, a tudíž lépe zvládá psychickou zátěž. Bohužel, ale více ovlivňuje vývoj dítěte, které je díky svému postižení do určité míry omezeno a často nemůže získat dovednosti, které získávají jeho vrstevníci. To si v průběhu času uvědomuje a touží po stejných schopnostech a dovednostech. Často si však nedovede představit konkrétní výhody, které by plynuly ze získání zmíněných dovedností. U zdravotního postižení, které vzniklo

v průběhu života, je riziko psychického traumatu mnohonásobně vyšší, protože člověk může srovnávat svůj život před a po vzniku zdravotního postižení. Vidí změny, které proběhly, a dokáže reflektovat to, co ztratil. Stávající stav člověk těžko přijímá či jej odmítá (VÁGNEROVÁ, 2008, s. 162).

2.1.2 Další dělení

Podle Michalíka patří mezi současná nejčastější zdravotní postižení: tělesné, mentální (i duševní poruchy a poruchy autistického spektra), zrakové, sluchové a řečové (narušení komunikační schopnosti) (MICHALÍK, 2011).

2.2 Tělesné postižení

„Tělesné (resp. lokomoční, pohybové) postižení je omezení hybnosti, až znemožnění pohybu a dysfunkce motorické koordinace v příčinné souvislosti s poškozením, vývojovou vadou či funkční poruchou nosného a hybného aparátu, centrální nebo periferní poruchou inervace nebo amputací či deformací části motorického systému“ (MICHALÍK, 2011, s. 186). Gruber a Lendl za tělesné postižení považují *„přetrvávající nebo trvalé nápadnosti v pohybových schopnostech se stálým nebo značným vlivem na kognitivní, emocionální a sociální výkony“* (cit. dle VÍTKOVÉ, 2009, s. 39).

Renotierová rozděluje tělesné postižení na vrozené a získané. K vrozenému patří i raně získaná postižení. U vrozeného tělesného postižení se jedná například o vrozené vady lebky a páteře (např. rozštěp páteře, makrocefalus- nadměrná velikost hlavy, mikrocefalus- výrazně malá hlava, atd.), vrozené vady končetin a růstové odchylky (např. nanismus- trpasličí vzrůst, amélie- vrozené úplné nevyvinutí končetin, aj.) či o centrální a periferní obrny. Získané postižení dále dělí na získané po nemoci a získané po úrazu. Jedná se například o úrazová onemocnění mozku a míchy, amputace, revmatická onemocnění, myopatie, atd. (RENOTIÉROVÁ, 2003).

2.2.1 Dětská mozková obrna (DMO)

2.2.1.1 Charakteristika

Jedná se o vrozené poškození centrálního nervového systému. DMO má velmi rozmanitý klinický obraz. DMO je charakteristická poruchami svalového

napětí, hybnosti a koordinace pohybů s disharmonií motorického vývoje (MICHALÍK, 2011). „*Je to porucha hybnosti a vývoje hybnosti na základě raného poškození mozku před porodem, při porodu nebo v nejranějším dětství (nejčastěji je vznik limitován věkem 1 roku)*“ (RENOTIÉROVÁ, 2003). Etiologie⁸ bývá různorodá. Často nejsou příčiny zjištěny. Nejčastější příčiny vzniku DMO mohou být vrozené vývojové vady mozku, dále příčiny prenatální (vztahující se k období před porodem), perinatální (období těsně před, během a těsně po porodu) nebo postnatální (období po porodu) (MICHALÍK, 2011; HARL a HARTLOVÁ, 2004, s. 399; ŘÍČAN a KREJČÍŘOVÁ, 2006).

K DMO se často přidružuje smyslové postižení, mentální retardace, specifické poruchy učení a také epilepsie. Časté jsou také poruchy zraku a řeči. Také se vyskytují poruchy pozornosti a behaviorální problémy (hyper- i hypoaktivita, impulzivita, dráždivost, emoční labilita). Podle přehledových studií bylo zjištěno, že se u cca jedné třetiny až jedné poloviny osob s DMO vyskytuje mentální retardace různého stupně a dalších 40% má oslabený intelekt a poruchy učení (ŘÍČAN a KREJČÍŘOVÁ, 2006).

2.2.1.2 Typologie dětské mozkové obrny

Rozlišujeme dva základní typy dětské mozkové obrny, a to spastické a nespastické. Pro správné porozumění následujícího sdělení je nutné vysvětlit pojmy paréza, plégie, spasmus. Paréza je částečná ztráta hybnosti oproti tomu u plégie se jedná o úplnou ztrátu hybnosti (JIRKŮ a KYRIÁNOVÁ, 2006). V případě spazmu se jedná o křeč či křečovitý stah (HARTL a HARTLOVÁ, 2004, s. 555).

Základní formy dětské mozkové obrny:

- 1 **Spastické formy** jsou nejčastější formy DMO. Je pro ně charakteristické zvýšené svalové napětí. Dále se dělí podle lokalizace hlavního funkčního omezení na:
 - **Diparetickou formu**, kdy jsou poškozeny obrnou dolní končetiny, to znamená, že jsou postiženy určité svaly a šlachy dolních končetin. Často dochází k deformitám dolních končetin. Chůze bývá nestabilní,

⁸ Etiologie= „*nauka o původu a příčinách nemoci*“ (Hartl a Hartlová, 2004, s.144).

takže osoby s DMO často používají k chůzi opory (např. berle, hole, chodítka), rozlišujeme chůzi nůžkovitou (kolena se třou o sebe), lidoopí (s pokrčenými a roztaženými nohama), digitigrádní (po špičkách).

- **Kvadruparetickou formu** u níž jsou postiženy všechny končetiny. U osob, které mají kvadruparetickou formu je soběstačnost narušena více než u jiných forem. Tato forma má ze spastických forem nejhorší prognózu ve zdárném kognitivním vývoji.
- **Hemiparetickou formu** charakterizuje postižení hybnosti pouze jedna strana těla (horní i dolní končetiny). Znatelnější je postižení na horní končetině. Postižené končetiny jsou často kratší a slabší.

2 **Nespastické formy** charakterizuje snížené svalové napětí. Dále se dělí na:

- **Hypotonické formy** jsou typické svalovou ochablostí a zvýšeným rozsahem pohybu ve velkých kloubech. Často se zde objevuje těžká mentální retardace. Hypotonická forma přechází po dozrání mozku dítěte (cca kolem 3 let) ve formu spastickou nebo dyskinetickou. Pokud přetrvá a nemění se v jinou formu, tak se zřejmě nejedná o DMO, ale o metabolické či degenerativní onemocnění. To se však často nestává.
- **Dyskinetické (atetoidní)** jsou příznačné bezděčnými, mimovolnými pohyby, které jsou nechtěné, ale nelze je potlačit. Svalový tonus bývá kolísavý. Bývá zde velmi těžké pohybové postižení, které může zasahovat všechny svalové skupiny (i řeč, resp. mluvidla). Naopak mentální retardace se u této formy vyskytuje nejméně. Z důvodu těžkého pohybového postižení bývá často dítě a jeho intelekt podceňován. Také se objevují pomalé, tzv. hadovité pohyby končetin a trupu se stáčením hlavy a grimasami. U této formy dochází pravděpodobně k největší stigmatizaci (MICHALÍK, 2011; ŘÍČAN a KREJČÍŘOVÁ, 2006; RENOTIÉROVÁ, 2003).

Říčan a Krejčířová uvádějí ještě formu ataktickou (mozečkovou). Tato forma se vyskytuje vzácně (asi 5-10% všech DMO). Projevuje se především těžkými poruchami hybnosti, pohybové koordinace a rovnováhy. Objevuje se

nápadný třes rukou a také velmi těžké postižení intelektu (ŘÍČAN a KREJČÍŘOVÁ, 2006).

2.3 Chronické onemocnění

V současné době někteří autoři rozlišují tělesné postižení na chronické (interní) onemocnění a na tělesné, resp. pohybové postižení. Chronické onemocnění je dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav charakterizovaný poškozením nebo oslabením fyziologických funkcí lidského organismu. Vyžaduje důkladné dodržování stanovených léčebných postupů a správné životosprávy. Výrazně snižuje kvalitu života nemocného i jeho blízkých, omezuje jeho výkonnost i odolnost vůči zátěži. To vede k útlumu fyzických aktivit a následně až k omezení samotného pohybu (tj. sekundární důsledek). Jedná se například o kardiovaskulární onemocnění, poruchy imunity, nádorová onemocnění, a další (MICHALÍK, 2011).

2.4 Kombinovaná postižení

Kombinovaná postižení jsou charakteristická „*kombinací dvou a více různých vad nebo poruch u jediného člověka*“. Pro tuto skupinu osob se zdravotním postižením se používá označení vícenásobné postižení, kombinované postižení či kombinované vady. Osoby s kombinovaným postižením tvoří natolik rozdílnou skupinu, že je velice těžké či téměř nemožné stanovit jednotnou kategorizaci. Často se vyskytuje kombinace tělesného postižení a mentálního postižení, např. DMO, ke které se často ještě přidružuje dysartrie⁹. Dále je známá kombinace zrakové a sluchové vady, zvaná hluchoslepota (SLOWÍK, 2007, s. 147; RENOTIÉROVÁ a LUDÍKOVÁ, 2006).

⁹ Dysartrie= vada řeči projevující se hůře srozumitelným řečovým projevem (porucha artikulačních orgánů).

3 ŽIVOT OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

Od narození se musí lidé se zdravotním postižením adaptovat na život s postižením. Jsou neustále vystavováni novým a neznámým situacím. Již samotný vývoj osob se zdravotním postižením probíhá jinak než u zdravých osob. Také jsou v každodenním životě konfrontováni se svým postižením. Proto je nutné zamyslet se nad vývojem člověka se zdravotním postižením a konkrétními důsledky zdravotního postižení v životě člověka.

3.1 Role rodiny v raném dětství dítěte se zdravotním postižením

První roky života dítěte jsou klíčové pro jeho další vývoj. Je to období, ve kterém dítě objevuje okolní svět. V tomto čase se dítě pohybuje zejména v kruhu své rodiny, na které je závislé. V nejranějším věku si dítě ještě tolik neuvědomuje, že je jiné než většina jeho vrstevníků. Proto je toto období náročnější spíše pro jeho rodinu. Jeho rodiče jsou ve většině případů zaskočeni narozením dítěte se zdravotním postižením. Někteří rodiče jsou díky včasné prenatalní diagnostice plně informováni o tom, že se jim narodí dítě s postižením. Po narození dítěte mohou však být zdrceni podobně jako nic netušící rodiče. V takových chvílích rodiče procházejí stádiem, která provázejí přijetí narození dítěte se zdravotním postižením.

Tato stádia bývají analogická stádiím vyrovnávání se člověka s faktem vlastního smrtelného onemocnění. Takto stádia popsala Kübler-Rossová, 1969:

1. **Stádium šoku**, ve kterém rodiče prožívají pocity derealizace a zmatku, mohou reagovat nepřiměřeně. Šok trvá jen krátce, několik minut až dnů.
2. **Stádium popření**. Rodiče odmítají situaci. Někdy se snaží toto zjištění vytěsnit – „lékaři mi nic neřekli“.

Při přechodu ke třetímu stádiu někdy bývá stádium kompenzace. V tomto stádiu se u rodičů projevuje často magické nebo mystické zaměření, pokusy smlouvat s Bohem, apod.

3. **Stádium smutku, zlosti, úzkosti, pocitů viny.** Typické bývá hledání viny u druhých, vztek na celý svět a také na sebe sama. Agresivní pocity se vztahují často na partnera a na zdravotnický personál. Častými reakcemi bývá hluboký smutek, sebelítost, pocity viny.
4. **Stádium rovnováhy** přináší snižování úzkosti a deprese. Dochází k přijímání faktu, že jejich potomek nebude zdravý. Pomalu narůstá přijetí situace a roste snaha rodičů starat se o dítě a aktivně se účastnit jeho léčby. Toto období trvá většinou několik týdnů až měsíců. Tato fáze je typická zvýšeným zájmem o další informace. Rodiče chtějí vědět, proč postižení vzniklo, jaká je jeho podstata, jak o dítě pečovat, jaká je prognóza, apod. (VÁGNEROVÁ a STRNADOVÁ a KREJČOVÁ, 2009).
5. **Stádium reorganizace** je posledním stádiem, ve kterém bývá situace rodiči přijímána, rodiče se s faktem nemoci vyrovnávají a přijímají dítě takové, jaké je. Pokud oba rodiče předchozí stádia překonají a nedojde k rozchodu rodičů, v tomto stádiu jsou většinou posílení (ŘÍČAN a KREJČÍŘOVÁ, 2006).

Tato stádia mohou trvat různě dlouho a mohou probíhat v různém pořadí. Stává se, že rodiče považují narození zdravotně postiženého dítěte za selhání ve vlastní rodičovské roli. To, že se jim narodilo zdravotně postižené dítě, u nich vede ke ztrátě sebedůvěry a k pocitům méněcennosti (VÁGNEROVÁ a HADJ-MOUSSOVÁ a ŠTĚCH, 1999). Ne všichni rodiče se zvládnou s takovým sdělením vypořádat. Pro některé to je nepřekonatelné trauma, ze kterého se těžko dostávají. Někdy je to důvod pro ukončení manželství. Těžké je i přijmout reakce okolí, jejich otázky, pohledy. Velice důležitým aspektem je to, zda má matka podporu svého partnera a rodiny. Pokud tuto podporu má, je větší šance, že vše zvládne. Ne každé dítě se zdravotním postižením má štěstí, že jej rodiče přijmou takového, jaký je i s nejistou prognózou, která u zdravotních postižení většinou bývá. To, zda rodiče přijmou diagnózu dítěte, ovlivňuje mnoho faktorů. Jedná se zejména o:

a) Typ postižení

Přijetí dítěte je zvláště těžké při narození velmi těžce nemocného dítěte, kdy je uváděna špatná prognóza a lékaři mají podezření na poškození mozku. Ukazuje

se, že jsou obtížněji přijímány děti se stigmatizujícími malformacemi obličeje nebo rukou a také mentální postižení. U postižení, která nejsou viditelná, může být pro rodiče přijetí ještě obtížnější, protože nejsou s to porozumět projevům postižení.

b) Etiologie nemoci

K přijetí faktu postižení může významně pomoci porozumění jeho příčinám.

c) Individuální charakteristiky postiženého dítěte

Roli hraje osobnost dítěte, jeho sociální reaktivita, jeho síla a energie.

d) Individuální charakteristiky dalších členů rodiny

Důležitá je jejich celková síla a odolnost vůči zátěži, osobnostní zralost, jejich vlastní sebevědomí a sebehodnocení. Roli mohou hrát i dosavadní zkušenosti s postiženými lidmi.

e) Struktura a organizace rodinného systému, kvalita vztahů v rodině, vývojová fáze rodiny

Význam má počet dětí v rodině. Důležité je, zda je postižené dítě prvním dítětem v rodině. Je-li v rodině více dětí, rodina se většinou s faktem postižení vyrovnává snadněji. Důležitý je dostatek vzájemné pomoci v péči o postižené dítě a otevřenost komunikace. Větší stres zažívají v péči o postižené dítě svobodné a rozvedené matky.

f) Styly zvládnání (coping) – příklady – pasivní, aktivní

Každý člověk se vyrovnává se závažnými životními událostmi svým vlastním, jedinečným způsobem. Nelze tyto způsoby označit za správné či špatné, ale v konkrétní situaci jsou některé efektivnější. Základní copingové styly jsou aktivní a pasivní. (Např. styly vyhýbavé jsou zaměřené na odpoutávání pozornosti, relaxaci, apod.)

g) Prostředí

Důležité je množství sociální podpory, již se rodině dostává. Rodiny s postiženými dětmi mají někdy tendence izolovat se od okolí. Při nedostatku sociální podpory však hrozí i větší riziko týrání či zanedbávání postiženého dítěte. Významné je ale i poskytování pomoci nejen emoční, ale i instrumentální (tj. přímá pomoc, hlídání dětí apod.) a případně i finanční (ŘÍČAN a KREJČÍŘOVÁ, 2006).

Rodina v životě člověka s postižením hraje klíčovou roli, ve většině případů jej doprovází po celý život. Je to základní socializační činitel, takže má zásadní vliv na formování osobnosti člověka. Dítě navazuje intenzivní vztah se členy své rodiny zejména s pečující osobou, což je zpravidla matka. V tomto období je důležité poskytnout dítěti vše, co potřebuje, to znamená dostatek podnětů pro jeho rozvoj a také mu být citovou oporou. To, co dítě získá v nejranějším období života, může radikálně ovlivnit celý proces osamostatňování se. U dětí se zdravotním postižením toto platí stejně jako u dětí bez postižení. S tím rozdílem, že děti se zdravotním postižením potřebují více cítit jistotu a bezpečí.

Mezi prvním a třetím rokem věku dítěte se již začíná výrazněji projevovat zdravotní postižení. Dokud bylo dítě v kojeneckém věku, tak ještě mnohdy nebyla potvrzena diagnóza. Rodiče si stále dávali naději, že se možná vše srovná a dítě bude zdravé. Cizí lidé neregistrovali odlišnost dítěte, dokud bylo v kojeneckém věku. Batolecí věk je tudíž také velkou zátěží pro rodinu dítěte, která se sama musí vyrovnat s tím, jaké jejich dítě je a také s množstvím různých ohlasů okolí. Cizí lidé si začnou všimnout rozdílů a ne každý bude tolerantní a taktní ve svém sdělení rodině. Toto období je pro dítě časem první emancipace a právě tehdy se začínají objevovat první odlišnosti. Dítě s tělesným postižením je omezeno v získávání nových podnětů. Je závislé pouze na tom, co se nachází v jeho nejbližším okolí a samo na to dosáhne nebo na tom, co mu poskytne někdo jiný. Dítěti s tělesným postižením se musí rodiče více věnovat. Zajistit mu podnětné prostředí (dostupnost hraček). Je nutné zde zmínit, že péče o dítě s tělesným postižením je velmi fyzicky náročná. V době kdy se zdravé dítě již pohybuje, tak dítě s tělesným postižením potřebuje částečnou či úplnou pomoc v pohybu. Je nutné ho přesunovat vlastní silou či za pomoci kompenzačních pomůcek (např. kočárek, později ortopedický vozík). Vágnerová zmiňuje důležitý poznatek v chování rodičů k dětem se zdravotním postižením právě v batolecím věku. Jedná se o to, že mnohdy nedávají svým dětem dostatečný prostor k emancipaci. Dělalí za děti úkony, které by mohly zvládnout samy, podceňují je a přebírají za ně zodpovědnost. Tímto v nich mohou nevědomě vytvářet pasivní přístup, který může přetrvávat do dospělosti (VÁGNEROVÁ, 2008).

Rodinám s dětmi se zdravotním postižením do 7 let mohou intenzivně pomoci služby rané péče. Služba se poskytuje v přirozeném prostředí dítěte, tudíž u něj doma. Jedná se zejména o výchovné, vzdělávací, aktivizační a terapeutické činnosti. Dále pomáhá dítěti v kontaktu se společností a při prosazování jejich práv a zájmů. Tato služba je bezplatná. Služba nepomáhá pouze dítěti, ale podporuje celou rodinu. Dále existuje velké množství organizací poskytujících služby osobní asistence nebo pečovatelské služby (tamtéž).

3.2 Vzdělání a profesní příprava na výkon povolání

V období předškolního a mladšího školního věku přebírají část funkcí, které měla do té doby rodina, vzdělávací instituce. Předškolní věk je obdobím rozvíjení poznávacích procesů a socializace. Bohužel děti s tělesným postižením jsou v tomto znevýhodněny právě výše zmíněnou sníženou pohyblivostí. Pokud dojde ke zlepšení v oblasti hybnosti, často dochází k rychlému zlepšení i po psychické stránce

Již v Úmluvě o právech dítěte je zakotveno právo dítěte na vzdělání, to samozřejmě platí i pro děti s postižením. Ve chvíli, kdy se začne uvažovat o nástupu dítěte do školy, je nutné zvážit jeho individuální schopnosti a možnosti ve vzdělávání. Rodičům pomáhají speciálně pedagogická centra a pedagogicko-psychologické poradny. Samozřejmě je ideální, když se rodiče oprostí od svých přání a zohledňují pouze osobnost dítěte, jeho schopnosti, potřeby a podle toho zvolí vhodný typ vzdělávání. Děti mají dvě možnosti vzdělávání a to integraci do běžných základních škol či studium ve speciální škole. Obě možnosti mají své klady i zápory (ZÁKON č.104/1991 Sb., 1991).

Při integraci dítěte do běžné základní školy závisí úspěšnost začlenění dítěte také na jeho učitelích a spolužácích. Učitel má v takovém případě těžkou pozici, protože musí s dítětem pracovat tak, aby dítě nepřetěžoval, ale zároveň nepodceňoval a aby mu proti ostatním žákům nenadržoval. To by jistě neprospělo integraci mezi jeho vrstevníky. Samozřejmě je na dítě vytvářen velký tlak a je možné, že integrace nebude úspěšná. Učitelé v běžných základních školách by měli mít alespoň základní speciálně pedagogické

znalosti, aby mohli porozumět postižení svých žáků a věděli, jak s nimi mají účelně pracovat.

Pokud je dítě vzděláváno ve speciální základní škole, dostává se do rukou odborníka v podobě speciálního pedagoga. Nemusí se obávat toho, že se setká s předsudky, posměšky, stigmatem atp. Na druhou stranu se tímto odsouvá konfrontace s běžnou populací, ke které dochází až v období adolescence, resp. mladé dospělosti.

V současné době je podporováno začleňování dětí s postižením do běžných škol, ale je nutné si uvědomit, že integrace není vhodná pro každého. Je nutné zohlednit typ postižení i celkovou osobnost dítěte. Mnohdy je ale pro rodiče těžké připustit, že jejich dítě není schopné běžných forem vzdělávání. Vyvíjejí na dítě přehnané nároky, to pak ve škole není šťastné a neprospívá. Druhým extrémem je podceňování dítěte. Rodiče by měli situaci hodnotit objektivně a vzít v úvahu budoucnost dítěte. Pokud je dítě do školy přijato, ať již do běžné či speciální, je to pro rodiče potvrzením určité míry normality, protože dochází ke vzdělávání dítěte.

Nástup do školy je důležitým životním předělem. Děti se zdravotním postižením si stále utvářejí svoji identitu a mohou procházet také prvními krizemi identity. Právě proto, že ve školním prostředí, jsou naplno vystavovány konfrontaci se svým postižením a zejména se znevýhodněním, které z něj plyne. V tomto období se potvrzuje stálost a neměnnost jejich postižení. Klíčovým krokem před nástupem do školy je analyzovat prostor, ve kterém se bude dítě vzdělávat. Následně ho případně upravit individuálně pro jeho potřebu, tak aby bylo dítě co nejméně závislé na cizí pomoci. Jedná se například o bezbariérový vstup do budovy, do tříd, na WC, atp. Dále je nutné připravit pro dítě jeho pracovní místo tak, aby vyhovovalo jeho potřebám vzhledem k typu postižení. Je důležité, aby se dítěti s tělesným postižením sedělo pohodlně, protože samo nemůže měnit polohu těla jako zdravé děti. Pedagog by měl umožnit dítěti, pokud je to nutné, jít si během výuky zacvičit či změnit polohu, jak potřebuje. Děti se zdravotním postižením mohou během výuky využít pomoci osobního nebo pedagogického asistenta. Podle současné platné vyhlášky 147/2011 Sb. *„se mění vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných.“* Mění se takto: *„Vzdělávání dětí, žáků a*

studentů ... se speciálními vzdělávacími potřebami ... a vzdělávání žáků mimořádně nadaných se uskutečňuje s využitím vyrovnávacích a podpůrných opatření.“ Jedním z těchto opatření je asistent pedagoga. Asistent pomáhá pedagogům při výchovných a vzdělávacích činnostech, při komunikaci se žáky i s jejich zákonnými zástupci a komunitou, ze které pochází. Pomáhá žákům při výuce i při přípravě na výuku a také při celkovém přizpůsobení se školnímu prostředí. U žáků s těžkým zdravotním postižením zastává v podstatě i pozici osobního asistenta. Pomáhá žákům při sebeobsluze a při pohybu během vyučování i při akcích pořádaných školou mimo budovu, kde běžně probíhá výuka (ZÁKON č.147/2011 Sb., 2011). Nejde zde o lítost a snižování nároků, ale o vyrovnání možností. Ostatní děti si časem zvyknou na přítomnost cizího člověka ve výuce, pokud se jim vhodně vysvětlí, proč se ve třídě nachází.

Studium zdravých žáků a žáků s postižením může obohatit obě strany. U zdravých může podpořit altruismus, ale hlavně inkluzivní myšlení. Zdravé děti mají možnost zjistit, že člověk s postižením je člověk jako každý jiný, jen v některých ohledech znevýhodněný. Příkladem může být zdravý žák, který má problémy v matematice, kterou žák s postižením ovládá bez problémů. Žák se zdravotním postižením zase nemůže sportovat, ale zdravý žák ve sportu exceluje. Intenzivní kontakt dětí se zdravotním postižením se zdravými dětmi je velice důležitý, protože děti si od raného dětství zvykají na přítomnost člověka se zdravotním postižením a přijímají to jako běžnou skutečnost, nikoliv jako něco zvláštního, abnormálního.

Při výuce je kladen důraz na úroveň jemné motoriky ruky, která je důležitá při psaní, kreslení, atd. V tomto ohledu mohou dětem pomoci moderní informační technologie, které jsou speciálně uzpůsobeny pro jejich potřebu (např. upravená klávesnice, atp.). Děti s DMO mívají snížené rozumové schopnosti, sníženou schopnost koncentrace, zvýšenou unavitelnost. Tělesně postižení žáci (zejména s DMO) mají také problémy se psáním, proto je nutné s nimi psaní zvýšeně procvičovat. (VÁGNEROVÁ, 2008; PIPEKOVÁ, 2006).

Střední, vyšší odborné a vysoké školy připravují studenty na výkon jejich budoucího povolání. V rámci vysokoškolského studia již nelze hovořit o integraci, protože studenti nemají jinou možnost studia. V České republice neexistují speciální vysoké školy pro osoby se zdravotním postižením, proto musí studovat na běžných vysokých školách. V současné době se hodně

zlepšuje přístup vysokých škol ke studiu osob s postižením a snaží se o jejich nárůst. Zejména u studentů s tělesným postižením byla mnohdy hlavní bariérou nepřístupnost budov. Zajištění bezbariérovosti tak bývá častým problémem a základní komplikací ve studiu.

Osobám se zdravotním postižením v problematice vzdělávání pomáhají složky ucelené rehabilitace. Cílem pedagogické rehabilitace je snaha dosáhnout co nejvyššího vzdělání osob se zdravotním postižením (VOTAVA, 2003).

3.3 Proces osamostatňování se

Atanasovová hovoří o samostatnosti jako o „*tendenci jedince jednat svobodně, nezávisle, autonomně. Opakem samostatnosti je závislost jedince na pomoci jiné osoby. Tato závislost je v určitém vývojovém období běžná. Větší míru závislosti jedince na okolí můžeme sledovat u dětí a poté u seniorů, nemocných lidí. Naopak samostatnost a nezávislost se předpokládá v období dospívání a vrcholí v dospělosti. Schopnost být samostatný, odpovědný umožňuje „plnit úkoly“, které dospělost klade. Pozitivně ovlivňuje osobní hodnocení jedince, zvyšuje jeho sebevědomí, umožňuje seberealizaci“* (ATANASOVÁ, 2011, s. 20).

Každý člověk již od narození získává dovednosti, díky nimž se postupně stává samostatným a nezávislým. Zpočátku je dítě naprosto závislé na něčí pomoci, většinou na matce, která je s ním v intenzivním kontaktu. Postupně získává kompetence nutné pro jeho další samostatný vývoj. Klíčovým mezníkem v získání soběstačnosti v dětství je osvojení pohybu a řeči. Dítě již nepotřebuje pomoc při přesunech, nemusí čekat, až mu někdo donese jinou hračku nebo až dostane jídlo. I pro rodinu je to ulehčení, protože nemusí dítě krmit a neustále přenášet, což je zejména pro matku fyzicky náročné. Díky řeči se dítě může začít postupně realizovat a žít samo za sebe. Samo si již může říct, kam chce jít, co chce jíst apod. Rodiče samozřejmě musí jeho touhy korigovat a plnit dle uvážení. Dalším mezníkem v osamostatňování je vliv vrstevníků a vstup do vzdělávací instituce (MŠ či ZŠ). Je pravda, že děti, které před nástupem do základní školy absolvují mateřskou školu, mohou být samostatnější a jistě lépe zvládají odloučení od rodičů. Děti si začínají postupně utvářet svoji identitu. Již mají své vlastní názory.

Období dospívání je zátěžovým pro všechny děti v tomto věku. Je to období další emancipace. Je vhodné rozdělit toto období na období rané (11-15 let) a pozdní (15-20let) adolescence. Období rané adolescence je významné zejména změnou zevnějšku, na jejímž základě se mění přístup k sobě samému a reakce okolí. Také se mění způsob myšlení dospívajícího. Zásadním mezníkem je ukončení povinné školní docházky. Děti se začínají odpoutávat od své rodiny, hlavně od rodičů a zapojují se do své vrstevnické skupiny. U osob se zdravotním postižením je odpoutání komplikované a náročné pro obě strany. Zejména vrozené zdravotní postižení má zásadní vliv na proces osamostatňování se. Osoby se zdravotním postižením jsou na svých rodičích v mnoha ohledech závislé, např. v oblasti sebeobsluhy, pohybu, po finanční stránce. Důležité je zdůraznit, že ne každý po této separaci touží. Někteří lidé jsou rádi se svými rodiči a nemají potřebu zapojit se mezi vrstevníky nebo je to pro ně jednoduše pohodlnější. Také se může jednat o to, že si tuto možnost neuvědomují. Hovoříme zejména o osobách s mentálním postižením, které si vůbec nemusí připouštět možnost osamostatnění se. Dospívání je také časem dotváření vlastní identity a navazování důležitých mezilidských vztahů, zejména přátelských. To se z velké části odvíjí od toho, kde je dítě vzděláváno. V běžné škole studuje se zdravými spolužáky, kteří jej mohou, ale nemusí přijmout mezi sebe a navázat s ním přátelství. Záleží na typu postižení, na osobnosti jedince a jeho přístupu ke zdravým spolužákům. Ve zdravém kolektivu je neustále vystavován konfrontaci se svým postižením a znevýhodněním, které z něj plyne. U dětí s tělesným postižením je limitující pohyb, proto je důležitý tolerantní přístup a pomoc spolužáků dle potřeby. Situaci v kolektivu, ve kterém se nachází dítě se zdravotním postižením, může ovlivnit správný přístup pedagoga. Je potřebné seznámit žáky s danou situací a vysvětlit jim, jak mohou vhodně zdravotně postiženému spolužákovi pomoci. Toto období je také obdobím získávání nové přijatelné pozice, která dospívajícímu zajistí i určitou jistotu.

Období pozdní adolescence je vymezeno pohlavním dozráním, ale především je to doba komplexní psychosociální proměny. Což souvisí s ukončením profesní přípravy. Člověk může nastoupit do zaměstnání nebo zvolit možnost dalšího studia. S tím samozřejmě souvisí i ekonomická samostatnost, která může být přiblížena či oddálena. Období dospívání až

mladé dospělosti je časem, kdy si lidé začínají utvářet určité představy či plány o budoucnosti, což může být pro postižené mnohdy frustrující. Dochází zde totiž ke konfrontaci představ a snů o budoucnosti a reality, která není uskutečnitelná. Mladí zdravotně postižení si uvědomují, že ne všechno, co by si přáli dělat, zvládnou. To může vyvolávat pocity deprese a frustrace (VÁGNEROVÁ, 2005; VÁGNEROVÁ, 2008). Období pubescence a adolescence je obdobím dospívání a mnoha změn jak po psychické, tak po fyzické stránce. Toto období je typické bouřlivými názory a konfliktním chováním. Zejména ve vztahu ke svým rodičům a autoritám. V pozdější době se situace zklidní a upevní se jejich názory a vztahové vazby.

S ukončením studia se situace radikálně mění. Mladiství popř. mladí dospělí si hledají zaměstnání, postupně se stávají ekonomicky nezávislími a přichází čas odchodu od rodičů. „*Odpoutávání se z vázanosti na rodinu, je jedním z úkolů dospívání*“. Tento krok je obtížný pro obě strany, mnohdy ho hůře snáší rodiče, kteří odchodem dítěte zažívají pocity prázdnoty, které z počátku nemají čím zaplnit. Odpoutáním se transformují citové vazby mezi rodičem a dítětem, většinou však nedochází k jejich devastaci, čehož se mohli rodiče obávat. Adolescence je náročným obdobím, člověk se musí vyznat sám v sobě. Ověřuje si svoje schopnosti a dovednosti a hledá své místo ve společnosti. Důležité pro osamostatnění se je, když se dospívající dokáže sám zodpovědně rozhodovat a přijímat následky svého chování. Je již plně zodpovědný za sebe, své chování a svoji budoucnost

Je těžké určit, kdy se člověk stává dospělým. Období mladé dospělosti je mezi dvaceti až třiceti roky. Samozřejmě to bývá velice individuální i vzhledem k různě dlouhému trvání studia, případně brzkému nástupu do pracovního procesu. Dospělost nám definuje několik znaků:

1. „*Dospělý koná produktivní práci, jejíž smysl chápe a která ho činí existenčně soběstačným – případně se soustavně připravuje na velmi náročné pracovní uplatnění (vysoká škola)*“. Důležité je zmínit zodpovědný přístup k práci.
2. „*Je schopen spolupracovat bez zbytečných konfliktů, přijímat i poskytovat radu a pomoc, podřízovat se vedení a sám vést méně zkušené*“.

3. „*Samostatně hospodaří*“, sám si zajišťuje osobní věci a stará se o ně (sám si kupuje oblečení, maximálně se s rodiči poradí).
4. „*Jedná vyspěle vůči nadřízeným v práci nebo ve studiu*. Při jednání s nimi má pod kontrolou emoce. Není agresivní, ani přehnaně submisivní. Snaží se přiměřenými mechanismy dosáhnout svého cíle.
5. „*Má do budoucna realistické plány, které odpovídají jeho hlubším zájmům a sklonům*“.
6. „*Bydlí samostatně (tj. mimo byt rodičů)*“. Pokud to není možné, je důležité, aby měl vlastní jasně ohraničený prostor ve společném bytě (vlastní pokoj).
7. „*Je schopen trávit volný čas sám, má však jednoho nebo více blízkých přátel, kteří stojí o jeho společnost. Jen výjimečně tráví volný čas s rodiči; to však neznamená, že by měl k rodičům negativní vztah: má je rád a váží si jich, ale má na ně málo času*“.
8. Stýká se s příslušníky druhého pohlaví bez přehnaných zábran a plachosti. Je schopen poskytovat i přijímat lásku. Má výraznější tendenci k dlouhodobému vztahu, který je citově silnější než vztah k rodičům. “
9. „*Cílevědomě ... rozšiřuje svou orientaci v prostředí, v němž žije a pracuje*“.
10. „*Aktivně se zajímá a pečuje o blaho rodiny, přátel i širšího lidského společenství*“ (ŘÍČAN, 2006).

Z tohoto tedy vyplývá, že dospělost se může rovnat procesu osamostatnění se (nemusí platit ve všech bodech). Proces osamostatňování se je vysoce individuálním.

Osamostatňování u osob se zdravotním postižením probíhá ve stejném pořadí, ale nemusí dojít k naplnění všech bodů a ve stejném časovém pásmu. Někteří lidé se zdravotním postižením si neuvědomují možnost vlastní samostatnosti ve smyslu odchodu od rodičů, zaměstnanosti a nezávislosti nebo po tom jednoduše netouží. Stávající situace a určitý luxus v péči poskytované rodinou jim vyhovuje. Na druhou stranu ti, kteří chtějí být soběstační a nezávislí, mají možnost. V osamostatnění jim pomáhají složky ucelené rehabilitace (sociální, pracovní, atd.) a další podpůrné mechanismy, jako například chráněné bydlení, podporované zaměstnání, pečovatelská služba, služba osobní asistence a další (viz kapitola 6). Právě pro tyto osoby jsou určeny programy tréninkového bydlení, ve kterých si v bezpečném prostředí

procvičí činnosti, které pro ně budou klíčové pro budoucí samostatný život (např. uklízení, praní a žehlení prádla, nákupy potravin a vaření, manipulace s financemi, atd.).

3.4 Dospělost a tři základní životní role

Dospělost s sebou přináší tři základní role a to profesní, partnerskou a rodičovskou. Bohužel ne každý člověk s postižením dokáže zvládnout úkoly dospělosti a zmíněné role (VÁGNEROVÁ, 2008).

3.4.1 Profesní role

„Profesní pozice se stává důležitou součástí identity, slouží člověku jako zdroj sebepotvrzení a sebedůvěry. Je rovněž známkou příslušnosti k nějaké sociální vrstvě. To znamená, že jedince společensky definuje, ovlivňuje jeho sociální status“. Člověk se s nástupem do zaměstnání mění, protože musí zásadním způsobem změnit návyky, které do té doby měl. Tyto návyky by však byli se zaměstnáním v rozporu. Jedná se například o časovou strukturu zaměstnání (VÁGNEROVÁ, 2005, s. 49- 50).

Profesní role může uspokojit základní psychické potřeby člověka. Jedná se o potřebu změny, nových zkušeností, potřeba sociálního kontaktu, potřeba seberealizace, potřeba smyslu života, potřeba samostatnosti a nezávislosti a potřeba otevřené budoucnosti. Má velký význam nejen z ekonomického, ale také z psychorehabilitačního a socializačního hlediska. Díky tomu, že je zdravotně postižený zaměstnán, získává větší sebevědomí, které ho motivuje do dalších činností a přináší mu právě výše zmíněný příznivý psychický stav, který je klíčový pro celý průběh komplexní rehabilitace (VÁGNEROVÁ, 2008; VÁGNEROVÁ, 2005).

Pro budoucí společenské uplatnění člověka je nezbytná zaměstnanost a vzdělávání. Tyto dva základní pilíře spolu souvisí, ovlivňují se a často se i podmiňují. U osob se zdravotním postižením platí důležitost vzdělání dvojnásob. Lépe nacházejí zaměstnání osoby s vyšším vzděláním. Bohužel dnes je velkým problémem nezaměstnanost osob se zdravotním postižením. Vytváří se málo pracovních pozic, které by pro ně byly vhodné. Limitujícím nebývá pouze nedostatek vhodných pracovních míst, ale vzhledem k závažnosti

postižení je v některých případech člověk s postiženým omezen už v samotné volbě povolání. V podpoře zaměstnanosti postižených se aktivně uplatňuje další složka ucelené rehabilitace a to pracovní rehabilitace, na níž mají zdravotně postižení ze zákona o zaměstnanosti právo. Pracovní rehabilitace zabezpečuje zejména poradenství v oblasti zaměstnanosti, teoretickou i praktickou přípravu na zaměstnání. Dále pomáhá získat a udržet si zaměstnání. Její součástí je i možnost rekvalifikace, pokud je třeba změnit profesi. Také se zabývá vytvářením adekvátních podmínek pro výkon povolání. Další možnosti podpory zaměstnanosti osob s postižením poskytují chráněná pracovní místa a chráněné pracovní dílny. *„Chráněné pracovní místo je pracovní místo vytvořené zaměstnavatelem pro osobu se zdravotním postižením na základě písemné dohody s úřadem práce. Chráněné pracovní místo musí být provozováno po dobu nejméně 2 let ode dne sjednaného v dohodě. Chráněná pracovní dílna je pracoviště zaměstnavatele, kde je zaměstnáno nejméně 60 % zaměstnanců se zdravotním postižením“* (MPSV, 2012).

Právě při hledání zaměstnání je nejvíce patrný konflikt mezi představou a realitou, kterému jsou osoby s postižením neustále vystavovány. Pro své postižení bohužel některá povolání vykonávat nemohou. Vzhledem k nedostatku pracovních míst často přijmou pracovní nabídku, i když jim úplně nevyhovuje, protože vědí, že se další možnost nemusí v nejbližší době opakovat. Stejně jako u běžné populace i v populaci zdravotně postižených jsou lidé, kteří pracovat nechtějí. Motivací jim nemusí být ani příjem ze zaměstnání, stávající situace jim vyhovuje. Zaměstnanost je však základním předpokladem pro úspěšné osamostatnění se a pro kvalitní nezávislý život. Pokud bude osoba s postižením nezaměstnaná, může být kvalita jejího života zhoršena. Zaměstnání není prospěšné pouze z ekonomického hlediska. Důležitým faktorem je možnost začlenění se mezi zdravou populaci, komunikace s lidmi, převzetí zodpovědnosti za svou osobu i za svěřenou činnost, zvyšování sebevědomí a sebehodnocení. Což jsou oblasti, které do té doby nemohl příliš rozvíjet, zejména pokud byl doma v izolaci a v kontaktu pouze s rodinou a nejbližšími přáteli (MICHALÍK, 2011; VÁGNEROVÁ, 2008).

3.4.2 Partnerská role

Partnerství může být komplikovanou oblastí života lidí s postižením. Samozřejmě i oni touží po navázání vztahu, což může být v jejich případě náročnější. Žijí-li pouze se svojí rodinou, tak nemají moc příležitostí k navázání vztahu, jak se zdravým či postiženým protějškem. Vágnerová zmiňuje důležitý poznatek a to, že v popředí při navazování vztahů stojí jedincovo postižení. Člověk pak není nahlížen z gender hlediska, jako muž či žena, ale je vnímán především jako postižený. Navazování vztahů závisí také na typu a závažnosti postižení. Někteří lidé nejsou schopni navazovat hlubší vztahy, může to souviset se závislostí na rodině. U osob s vrozeným zdravotním postižením došlo v mnoha případech k navázání trvalého vztahu při studiu ve speciální škole. V takovém případě jsou oba partneři postižení a jejich vztah může být tudíž symetrický, mohou lépe pochopit jeden druhého. Samozřejmě i vztah postiženého a zdravého člověka může být vyrovnaný. Důležité však je, aby se zdravý nestal pouhým pečovatelem o postiženého. Takové případy se však stávají spíše u lidí s postižením získaným v dospělosti (po úrazech či nemoci). Navázání, udržení vztahu a následně uzavření manželství a založení rodiny je pro osoby se zdravotním postižením potvrzením určité míry normality (VÁGNEROVÁ, 2008).

3.4.3 Rodičovská role

Rodičovskou roli mohou naplnit i lidé s postižením, v některých případech je však riziková, vzhledem k možným genetickým předpokladům k přenosu postižení na dítě. Mnohdy však po vlastním dítěti touží natolik, že neberou v úvahu racionální důvody. Proto jsou lidé s postižením někdy od majoritní společnosti tlačeni k bezdětnému životu, aby nedošlo k narození dítěte s postižením. Může to být lidmi s postižením vyloženo jako další tlak ze strany majority na omezení osobní svobody jedince. To, že se potenciální rodiče vystaví riziku narození dítěte s postižením, může také znamenat jejich akceptaci postižení jako něčeho co není tak hrozné, jak se může zdát. V případě, že osoby s postižením vážně uvažují o početí dítěte, je vhodné, aby si oba partneři otevřeně promluvili o svých možnostech a schopnostech souvisejících s příchodem dítěte a reálně zhodnotili, zda mohou zvládnout

všechny oblasti spojené s výchovou dítěte. Jedná se zejména o jejich zdravotní a psychický stav a ekonomickou situaci (tamtéž).

3.5 Tělesné postižení a specifické důsledky z něj plynoucí

Novosad hovoří o hodnotové orientaci dnešní společnosti, která se zaměřuje na výkon (práce, sport, zájmové aktivity, aj.), image jako celkovou prezentaci osobnosti (zdraví, fyzická přitažlivost, oblečení, komunikace, atd.) a na úspěch jedince (sociální status, profesní úspěch,...). Pokud někdo nespĺňuje tyto hodnoty, je odlišný svým postižením a znevýhodněním z něj plynoucím, může být považován za neatraktivního a následně být odsunut na okraj společnosti. V takovém případě může docházet i k diskriminaci v přístupu k životu ve společnosti, a tudíž i k sebeuplatnění. Výše zmíněné se může týkat například osob s DMO či osob se svalovým onemocněním (např. spinální muskulární atrofie, aj.), které právě svými vnějšími projevy nejsou příliš atraktivní. Většina běžné populace nezná a tudíž ani nerozumí projevům těchto onemocnění a mnohdy hodnotí pouze to, co vidí a automaticky vyvozuje závěry. Často přisuzuje postiženým i vlastnosti, které nemají, např. mentální retardaci (např. u diskinetické formy DMO). U DMO mohou neatraktivně působit vůlí neovladatelné pohyby a různé grimasování.

Život lidí s tělesným postižením je komplikovaný množstvím bariér, se kterými se dennodenně setkávají a bez nichž by byl jejich život snazší. Jedná se například o bariéry architektonické, komunikační, společenské, v dopravě a další. Architektonické bariéry omezují hlavně vozičkáře a osoby s těžkým pohybovým postižením. Bohužel i dnes jsou stavěny budovy, které nejsou bezbariérové, i když by to člověk ve 21. století považoval za samozřejmost.

Bariérovost je v dnešní době velkým tématem. Bojuje za ní mnoho neziskových organizací, které se samy angažují ve změně stávající neúnosné situace. Například Pražská organizace vozičkářů aktivně mapuje objekty a následně dává podněty příslušným orgánům ke změně situace. Z vlastní iniciativy zmapovala situaci v hlavním městě Praze (např. lékárny, soudy, obřadní síně, kina, historické budovy, pražské parky a další). Zdravý člověk si neuvědomuje, jaké množství bariér musí každý den lidé s tělesným postižením

překonávat. Často si musí dopředu zjistit, jakou cestou se mají vydat do svého cíle a ideálně si zjistit i možné alternativy. S tím souvisí i současná dopravní situace. V dnešní době jsou častěji vypravovány nízkopodlažní spoje dopravních prostředků, stále je jich však nedostatek. Problémem jsou také bariérové zastávky, kde dopravní prostředek zastaví přímo na silnici, kde není nástupní ostrůvek. V hlavním městě mohou lidé s postižením cestovat kromě nadzemní dopravy také metrem. Bohužel stále je málo bezbariérových stanic, situace se však zlepšuje a bezbariérových stanic pomalu, ale jistě přibývá. Také jsou vypravovány speciální autobusové spoje přímo určené osobám s omezenou schopností pohybu.

Velkým problémem jsou též bariéry v komunikaci. Konkrétně u osob s DMO se často vyskytují poruchy řeči (např. dysartrie). Jejich mluvený projev je proto nesrozumitelný. Někteří lidé s těžkým tělesným postižením mají komunikační schopnosti velmi omezené, ale to neznamena, že nerozumí, co je jim sdělováno. V některých případech se proto používají různé formy alternativní komunikace (např. piktogramy). Běžná populace se může bát kontaktu s těmito lidmi, protože neví, jak s nimi mají komunikovat, a proto to raději nezkoušejí a vyhýbají se jim. Někdy stačí pouze pozorně a trpělivě naslouchat (MICHALÍK, 2011; VÁGNEROVÁ, 2008).

4 STRATEGIE PODPORY OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

Většina osob s vrozeným zdravotním postižením prošla všemi či téměř všemi částmi ucelené rehabilitace. Ta jim pomáhá adaptovat se na svůj zdravotní stav a co nejvíce se integrovat do běžné populace. Pomáhá jim v procesu osamostatnění se. Díky ní mají lidé se zdravotním postižením možnost získat zaměstnání, najít si partnera a založit rodinu.

4.1 Ucelená (komplexní) rehabilitace

Slovo rehabilitace je odvozeno z latinského slova *habilitas*, což znamená způsobilost, schopnost a předpony *re-*, což znamená znovu nebo také opět. Rehabilitace původně znamenala všechny léčebné postupy, které vedou k navrácení stavu funkční schopnosti (RENOTIÉROVÁ, 2003; VOTAVA, 2003). Světová zdravotnická organizace v roce 1969 definovala pojem rehabilitace jako „*včasné, plynulé a koordinované úsilí o co nejrychlejší a co nejširší zapojení občanů se zdravotním postižením do všech obvyklých aktivit života společnosti s využitím léčebných, sociálních, pedagogických a pracovních prostředků*“ (VOTAVA, 2003, s. 14).

Ucelená rehabilitace je překladem anglického výrazu *comprehensive rehabilitation*, kdy termín *comprehensive* znamená úplný, ucelený, celkový. Votava za ucelenou rehabilitaci považuje postup, který se používá, pokud důsledky nemoci či úrazu nelze odstranit léčebnými postupy a tento stav se stává dlouhodobým či trvalým (tamtéž). Kábele definuje rehabilitační péči jako všechny postupy, které vedou k socializaci nebo k resocializaci osob se zdravotním postižením. Rozlišuje čtyři základní oblasti (zdravotnickou, pedagogickou, pracovní a sociální) a čtyři odborné složky (psychologickou, technickou, právní a ekonomickou). Zdravotnická oblast představuje rehabilitaci léčebnou. Pedagogická oblast se týká rehabilitace výchovně-vzdělávací (KÁBELE, 1993).

4.1.1 Léčebná rehabilitace

Úkolem léčebné rehabilitace je obnovení původního plnohodnotného zdravotního stavu a to v co nekratší možné době. Pokud zdravotní stav obnovit nelze, je snahou léčebné rehabilitace dosáhnout alespoň maximální možné nápravy pacientova zdravotního stavu. Léčebná rehabilitace začíná co nejdříve po odeznění akutního stádia nemoci, po úrazu či operačním zákroku. Do léčebné rehabilitace se řadí léčba radikální (operativní), konzervativní (medikamentózní), dietetická, klimatická, psychoterapeutická a rehabilitační v užším slova smyslu. Do rehabilitační péče patří například fyzikální terapie (elektroléčby, balneoterapie¹⁰, léčba teplem, masáže, aj.), léčebná tělesná výchova a ergoterapie, tzn. léčba prací (RENOTIÉROVÁ, 2003).

4.1.1.1 Ergoterapie

Pojem ergoterapie je odvozen z řeckého slova ergon, což znamená práce a therapie, což je léčení. Lze jej tedy překládat také jako léčba prací (VOTAVA, 2003). Úkolem ergoterapie je zacílení pacientových myšlenek novým směrem, na nové činnosti. Hlavně jej odpoutat od přemýšlení nad nemocí, které v danou chvíli nemá žádný smysl. Účelně ho zaměstnat v průběhu léčby (pokud to jeho zdravotní stav dovolí) a během rekonvalescence. Pacient, který může mít pocit, že už nikdy nebude schopen, toho čeho byl dříve, tak může zjistit, které dovednosti jsou zachované a vidět budoucnost trochu světleji (RENOTIÉROVÁ, 2003). Ergoterapie je dnes považována za praktickou metodu, která má své výsledky. Dá se aplikovat na všechny pacienty, od zdravotně postižených až po psychiatrické pacienty. Může se používat u dětí, dospělých i seniorů. Nemusí se jednat pouze o navrácení dovedností, ale o objevování nových schopností a dovedností. Důležitou součástí ergoterapie je práce s kompenzačními pomůckami. Ergoterapeut učí pacienta používat tyto pomůcky účelně k větší cestě k soběstačnosti (např. přesuny z vozíků na postel pomocí přesunovacího prkna apod.).

4.1.1.2 Vojtova metoda

Vojtova metoda je autorskou metodou českého dětského neurologa Václava Vojty. Je to metoda reflexní lokomoce, což je aktivační systém. Ten

¹⁰ Balneoterapie= lázeňská léčba

uvedeme do pohybu zvenčí určitými polohami těla a určitými podněty, které pohyb vyvolají. Jedná se o pohyby vpřed. Důležitým pojmem je, jak již zní z názvu, reflex. Znamená to, že užitím určitých podnětů lze vyvolat motorickou aktivitu, jejímž důsledkem je právě zmíněný kýžený pohyb vpřed. Tato metoda je vhodná pro všechny věkové kategorie, již od kojeneckého věku. Lepší výsledky jsou vidět při terapii dětí, zejména kojenců, u nichž je reflexní vliv silnější než v pozdějším věku (VOJTA a PETERS, 2010). Tento přístup se používá u osob s dětskou mozkovou obrnou a má své výsledky. Jedná se o to, že díky reflexní lokomoci vznikají u těchto dětí svalové funkce, které byly do té doby z funkce vyřazeny. Pokud jednou došlo k aktivaci těchto funkcí, pak je pacienti automaticky a nevědomě zapojí do své spontánní motoriky. Výsledkem léčby jsou poté globální změny v držení těla. Tento globální vzor se poté rozšíří na celé tělo (ZOUNKOVÁ in KRAUS, 2005).

4.1.1.3 Bobath koncept

Zakladateli Bobath konceptu neboli neurovývojové terapie jsou manželé Karel a Berta Bobathovi. Bobath koncept není metodou, ale spíše přístupem, který si klade za cíl vidět člověka komplexně a také s ním takto pracovat. Koncept učí terapeuta, jak nahlížet na klientův problém, jak jej analyzovat a následně účinně řešit. Konkrétní techniky poté slouží terapeutovi jako nástroje k dosažení tohoto cíle. Specifikem tohoto přístupu je individuální vyšetření klienta, vytvoření individuálního plánu a poté aplikace konkrétní terapie. Důraz je kladen také na poučení a výcvik rodičů. Základem celého konceptu je pak týmové jednání při řešení pacientových problémů. Princip je vhodný pro pacienty všech věkových kategorií. Při terapii dětí s dětskou mozkovou obrnou či jinou patofyziologií centrální nervové soustavy je nutné analyzovat všechny abnormální pohybové vzorce, které dítě používá a tudíž i každodenním fungováním posiluje. Dále vymezit, zda je možné rozvinout určité chybějící pohybové vzorce nebo jakých pohybových vzorců je nutné dosáhnout pro zlepšení konkrétní funkce. Cílem terapie je umožnit dítěti více správných pohybových vzorců a aplikovat je do každodenního používání. Právě proto je nutné naučit rodiče dané techniky, aby mohli s dítětem pracovat každý den (CHMELOVÁ in KRAUS, 2005).

4.1.2 Sociální rehabilitace

Cílem sociální rehabilitace je v ideálním případě to, aby člověk se zdravotním postižením své postižení přijal, stejně jako případná omezení, která z něj plynou a aby se zdravotně postižený úspěšně integroval do běžné populace. Sociální rehabilitace úzce souvisí s ostatními složkami ucelené rehabilitace. Avšak základní rozdíl oproti ostatním rehabilitacím je její trvalost. Sociální rehabilitace provází zdravotně postiženého celým jeho život, narozdíl od ostatních složek, které jsou aktuální pouze v určitém životním období. Součástí sociální rehabilitace je také vytvoření ekonomických podmínek pro samostatný život. Dále se sociální rehabilitace zabývá přiznáním invalidních důchodů, dalších finančních příspěvků a mimořádných výhod (JANKOVSKÝ, 2006). Dále by se měla sociální rehabilitace zabývat zajištěním pracovního místa a jeho případnými úpravami. Dále se podílí na potřebných úpravách bydlení či na dopravě, která může být problematická zejména pro osoby s tělesným postižením. Také se zabývá zajišťováním služeb osobní asistence či pečovatelské služby. Zásadní význam sociální rehabilitace spočívá také v zajišťování účasti zdravotně postižených na společenském životě, a to prostřednictvím kulturních, zájmových, sportovních a dalších aktivit (RENOTIÉROVÁ, 2003).

4.1.3 Pedagogická rehabilitace

Pedagogická rehabilitace je určena osobám se zdravotním postižením, aby mohly dosáhnout co nejvyššího vzdělání a samostatnosti, vzhledem k jejich individuálním možnostem. Pedagogická rehabilitace se realizuje prostřednictvím vědního oboru speciální pedagogiky. Možnost osob se zdravotním postižením vzdělávat se, a to buď běžnými či speciálními prostředky, výrazně přispívá k posilování harmonického soužití lidí se zdravotním postižením s lidmi bez postižení. Vzdělávání je důležité z mnoha ohledů. Od začátku až do konce studia dítě sbírá důležité poznatky, které bude potřebovat pro své další pracovní uplatnění, které mu následně může pomoci dosáhnout větší samostatnosti a určité nezávislosti. Pedagogická rehabilitace v sobě zahrnuje i výchovnou složku, a to díky tomu, že dítě získává neformální osobní zkušenosti. Právě proto je tak důležitý kontakt dítěte se zdravotním

postižením se svými vrstevníky. Buduje si tak nové společenské vztahy a získává nové vzorce chování, které bude moci dále uplatňovat při svém začleňování se do společnosti. Další důležitou složkou pedagogické rehabilitace jsou zájmové činnosti a volnočasové aktivity. Je to oblast, v níž se může každý člověk realizovat sám za sebe, zdokonalovat se v tom, co mu jde nebo zkoušet nové a neznámé aktivity. V dnešní době se velmi rozšířila nabídka školních zájmových kroužků, které mohou navštěvovat i osoby se zdravotním postižením. Také se rozšířila nabídka programů nestátních neziskových organizací pomáhajících dětem se zdravotním postižením a jejich rodinám. Zde mohou děti provozovat různorodé volnočasové aktivity (sportovní, umělecké, atd.). Některé organizace také zajišťují prázdninové tábory pro děti se zdravotním postižením či různé formy víkendových výletů (VOTAVA, 2003).

Pedagogická rehabilitace prošla velkým rozvojem po roce 1989, kdy došlo ke vzniku nových vzdělávacích programů pro osoby se zdravotním postižením, které zohledňovaly věk, typ postižení a jeho hloubku. Otevřela se možnost vzdělávání například i pro osoby s těžkým mentálním postižením a i pro osoby s kombinovaným postižením (tamtéž).

4.1.4 Pracovní rehabilitace

V Listině základních práv a svobod je právo na zaměstnání definováno takto: *„Každý má právo na svobodnou volbu povolání a přípravu k němu, jakož i právo podnikat a provozovat jinou hospodářskou činnost. Každý má právo získávat prostředky pro své životní potřeby prací.“* Dále hovoří listina o zaměstnanosti zdravotně postižených takto: *„... osoby zdravotně postižené mají právo na zvýšenou ochranu zdraví při práci a na zvláštní pracovní podmínky. ... osoby zdravotně postižené mají právo na zvláštní ochranu v pracovních vztazích a na pomoc při přípravě k povolání“* (ZÁKON č.2/1993). Právo na zaměstnání vymezuje také zákon o zaměstnanosti. *„Právem na zaměstnání je právo fyzické osoby, která chce a může pracovat a o práci se uchází, na zaměstnání v pracovněprávním vztahu ..., na zprostředkování zaměstnání a na poskytnutí dalších služeb za podmínek stanovených tímto zákonem. Fyzická osoba má právo si sama svobodně zvolit a zabezpečit zaměstnání a vykonávat je na celém území České republiky ...“* (ZÁKON č.435/2004 Sb., 2004).

Pracovní rehabilitace je „souvislá činnost zaměřená na získání a udržení vhodného zaměstnání osoby se zdravotním postižením, kterou na základě její žádosti zabezpečují úřady práce a hradí náklady s ní spojené. Úřad práce v součinnosti s osobou se zdravotním postižením sestaví individuální plán pracovní rehabilitace“ (MPSV, 2012). Jsou to v podstatě všechny činnosti, které připravují osoby na výkon zaměstnání či pracovní činnost vzhledem k jeho aktuálnímu zdravotnímu stavu, motorickým, rozumovým a dorozumívacím schopnostem. Pracovní rehabilitace je úzce propojena s rehabilitací léčebnou. Klíčovým postupem, na který navazuje pracovní rehabilitace, je ergoterapie. Pracovní rehabilitace se skládá ze tří složek a to z výchovného poradenství, přípravy na pracovní uplatnění a začlenění do zaměstnání. Lidé se zdravotním postižením mají na trhu práce zvýšenou ochranu (RENOTIÉROVÁ, 2003).

4.1.5 Psychologická rehabilitace

Zdravotní stav výrazně ovlivňuje také psychický stav člověka, proto je důležité, aby v průběhu ucelené rehabilitace byl psychický stav osob se zdravotním postižením příznivý. To je úkolem psychologické rehabilitace. Příznivý psychický stav člověka podporuje a také pozitivně ovlivňuje léčbu, ale i celý proces integrace. Základním předpokladem pro takový psychický stav je důvěra v dobré výsledky léčby a v pokroky. Získání takové důvěry však nebývá snadné. Roli zde hraje také to, jaké vztahy naváže člověk s odbornými pracovníky se kterými se po dobu celé léčby, s některými i po skončení léčebné rehabilitace, setkává (lékař, sociální pracovní, psycholog, pedagog, fyzioterapeut, atd.). Nedílnou součástí psychologické rehabilitace jsou také psychodiagnostické a psychoterapeutické metody (tamtéž).

4.1.6 Další návazné služby pomoci osobám se zdravotním postižením

Technické služby jsou uskutečňovány ve většině složek ucelené rehabilitace. V léčebné rehabilitaci se jedná o výzkum a výrobu ortopedických, ortoprotetických a jiných protéz a dalších technických pomůcek. V pedagogické rehabilitaci se technické služby zabývají vývojem a výrobou speciálních pomůcek pro školní a mimoškolní aktivity. U pracovní rehabilitace

se jedná zejména o úpravu pracoviště a výrobu specifických pomůcek spojených s výkonem pracovní činnosti. Technické služby, které se realizují v sociální rehabilitaci, se zabývají zejména odstraňováním architektonických a technických bariér a také zpřístupňováním kulturních, veřejných a sportovních zařízení pro osoby se zdravotním postižením (tamtéž).

Právníkové služby slouží k zajištění lidských práv a k ochraně lidí se zdravotním postižením před zneužíváním. Jedná se například o právo na společenskou ochranu před vykořisťováním, právo na léčebnou, pedagogickou a sociální péči a také na rodinný život či na život v zařízení, které je svou strukturou tomuto prostředí podobné (tamtéž).

Ekonomické služby se zabývají zřizováním a následným provozem chráněných pracovišť a rehabilitačních komplexů, které nabízejí pracovní uplatnění, bydlení a také léčebnou rehabilitaci.

5 TRÉNINKOVÉ BYDLENÍ

5.1 Obecné informace o tréninkovém bydlení

5.1.1 Základní charakteristika

Na tréninkové bydlení lze nahlížet ze dvou pohledů. Tréninkovým bytům můžeme rozumět podobně jako cvičným bytům, které jsou zřizovány institucionálními zařízeními, např. domovy pro osoby se zdravotním postižením. Cvičné byty jsou určeny klientům na omezenou dobu, přičemž po odchodu se předpokládá přestup do jiné formy bydlení, kde budou moci žít samostatně a uplatnit získané dovednosti. TB však může v obecném pojetí znamenat jakékoliv bydlení, které poskytuje svým klientům bezpečné prostředí na neomezenou dobu, po níž budou získávat a upevňovat dovednosti pro jejich následné samostatné bydlení. Cílovou skupinou, pro kterou je TB určeno, jsou osoby se zdravotním postižením různého typu starší 18 let. TB je pobytovou službou, jejíž podstatou je příprava na vlastní samostatný život. Klient získává a upevňuje dovednosti péče o svou osobu a o domácnost, učí se rozhodovat sám za sebe a přijímat důsledky svého chování, tím se stává nezávislým. Klient se učí každodenní činnosti, které do této doby nevykonával z důvodu vlastní pasivity, nebo mu to nebylo umožněno pečující osobou. Před začátkem programu TB si klienti stanovují oblasti rozvoje, ve kterých se budou po dobu pobytu zdokonalovat, aby mohli následně sami zkusit bydlení v jiné samostatnější formě. Tyto oblasti je důležité v průběhu aktualizovat (VYMAZALOVÁ a ZEMANOVÁ, 2010).

5.1.2 Historie

Tréninkové bydlení je v České republice novou službou. Začalo vznikat v souvislosti s transformací bydlení velkých institucionálních zařízení pro osoby se zdravotním postižením (tamtéž). TB vznikalo převážně z iniciativy nestátních neziskových organizací za účelem podpory procesu osamostatňování se a integrace.

5.1.3 Modelové příklady ze zahraničí

Vymazalová a Zemanová provedly výzkum, který monitoroval a srovnával tréninkové bydlení v Evropských zemích (ČR, SK, DE, FR). Bylo zjištěno, že pojem tréninkové bydlení se v ostatních zemích (mimo ČR) v podstatě nepoužívá. TB bylo často provozováno jako podporované bydlení či v rámci jiných služeb, mělo však podobné cíle jako TB v České republice. Autorky se při výzkumu setkaly především s organizacemi pomáhajícími lidem s mentálním či kombinovaným postižením. V německém Kolíně nad Rýnem sídlí organizace Der Verein zur Förderung der Autonomie Behinderter (dále jen FAB e. V.). Je to sdružení, které podporuje samostatnost osob se zdravotním postižením a provozuje také určitou formu TB. Organizace byla založena v roce 1987 lidmi, kteří mají sami určité zdravotní postižení, a proto hodně funguje na bázi svépomoci, protože lidé, kteří sami žijí s postižením, jsou největšími „odborníky“. Lépe rozumí tomu, co jejich klienti prožívají a mohou jim předat své zkušenosti, postřehy a rady. Právě pro tento důležitý fakt by se měli lidé se zdravotním postižením více zapojovat do společenského života a měli by zastávat funkce ve státní sféře, která je zaměřena na pomoc osobám se zdravotním postižením. Příkladem může být stavba nových budov, při které by měl být přítomen člověk se zdravotním postižením, aby byla zajištěna bezbariérovost, protože jen takový člověk dokáže upozornit na nedostatky, kterých si zdravý nevšimne. Program TB, který provozuje FAB e. V. není nazýván tréninkovým bydlením, ale používá se pro jeho označení pojem podporované bydlení. Program je určen pro osoby se zdravotním postižením nebo s chronickým onemocněním. Bezbariérový tréninkový byt je luxusní oproti tomu, na co jsme zvyklí v České republice. Byt je určen až pro 4 obyvatele, ale každý má vlastní pokoj. Dále má byt 2 koupelny, v jedné je vana a ve druhé sprchový kout. Cíle TB jsou podobné jako v našich podmínkách. Hlavním cílem je možnost žít samostatný život mimo svou primární rodinu či mimo ústavní zařízení (VYMAZALOVÁ a ZEMANOVÁ, 2010; DER VEREIN ZUR FÖRDERUNG DER AUTONOMIE BEHINDERTEN, 2012).

5.1.4 Formy TB v České republice

Tréninkové bydlení není v České republice legislativně upraveno. Je provozováno v rámci jiné služby např. chráněné bydlení nebo v rámci sociální rehabilitace, což již jsou registrované sociální služby podle zákona o sociálních

službách. Jako tréninkové bydlení může být tedy nazván pouze program, který konkrétní organizace provozuje. V současné době existuje TB pro osoby s kombinovaným, tělesným, zrakovým, mentálním postižením a s chronickým duševním onemocněním aj.

V následující kapitole bude popsán program tréninkového bydlení u dvou poskytovatelů sociálních služeb. Jedná se o zařízení, jejichž zřizovatelem jsou církve. Jedná se o Centrum Slunečnice a Dům Fatima.

5.2 Centrum Slunečnice

5.2.1 Charakteristika

Centrum Slunečnice působí od roku 2001 na území hlavního města Prahy. Jejím zřizovatelem je Diakonie Církve bratrské. Centrum nemá právní subjektivitu. Služby jsou určeny dospělým osobám s tělesným, příp. v kombinaci s dalším postižením (smyslové, lehké mentální poruchy, atd.). Centrum se nespecializuje na klienty po poranění míchy. Služby se poskytují osobám, které o ně projeví zájem, jsou aktivní a chtějí pracovat na svém osobnostním růstu. Zásadní pro využívání služeb je dobrý zdravotní stav a alespoň částečná způsobilost k právním úkonům. Posláním a podstatou poskytovaných služeb Centra Slunečnice je pracovat s klienty tak, aby se v nich projevil zájem o aktivní a kreativní život. Pomoci jim v cestě k samostatnosti a aktivní a rovnocenné účasti na životě společnosti. Činnost centra se řídí základními zásadami, jedná se o tyto zásady: samostatnost a nezávislost, důstojnost, individualita, aktivní účast, odpovědnost, integrace, duševní hodnoty, ochrana práv. Centrum poskytuje svým klientům možnost tří služeb. Jedná se o centrum denních služeb, osobní asistenci a chráněné bydlení (CENTRUM SLUNEČNICE, 2012).

5.2.2 Chráněné bydlení

Chráněné bydlení je registrovanou sociální službou, kterou centrum poskytuje od roku 2007 v bezbariérovém bytě na pražském sídlišti Černý most. Jejich klienty jsou dospělí lidé, žijící na území Prahy či v blízkém okolí, „kteří v důsledku svého postižení mají narušen pohyb, nebo koordinaci a dále

schopnost koncentrace, poruchy paměti a jiných poznávacích funkcí (lidé s DMO, neurologickým degenerativním a jiným onemocněním, po úrazech nebo nádorech mozku, po úrazech pohybového aparátu ... „Bydlení je určeno k dlouhodobému bydlení i k tréninkovému pobytu. V bytě jsou 2 lůžka, jedno slouží k trvalému bydlení a druhé je určeno těm, kteří se chtějí osamostatnit a bydlet ve vlastním či nájemním bytě a ve většině případů nebyli na takový způsob života připravováni. Program tréninkového bytu je na dobu určitou, tj. ve většině případů na 2 roky a klienti se zaměřují na nácvik dovedností péče o sebe a domácnost. TB probíhá v tzv. tréninkových cyklech. V programu jsou 2 klienti, kteří se střídají v užívání bytu, a to po 5 týdnech. Jsou tedy 5 týdnů doma a 5 týdnů v bytě. Týdny strávené v TB v konečném součtu naplní jeden rok. Střídání po tréninkových cyklech klientům umožňuje postupné odpoutávání se od své rodiny a získávání kompetencí pro samostatný a nezávislý život. Program klientům pomáhá uvědomovat si své potřeby a způsoby jejich realizace, ale hlavně to, zda samostatné bydlení je opravdu tím, po čem touží. „*Posláním chráněného bydlení je umožnit dospělým lidem s tělesným a kombinovaným postižením, kteří potřebují pomoc a podporu druhého člověka, samostatně bydlet, vést vlastní domácnost a žít aktivním způsobem života*“.

Přijetí do tréninkového bydlení podléhá následujícím podmínkám:

- *„osobní zájem o samostatný způsob života a chuť učit se novým věcem*
- *věk nad 18 let a způsobilost k právním úkonům (příp. částečné omezení)*
- *denní činnosti (mezi 9:00 – 14:00) alespoň na 2 pracovní dny (zaměstnání centrum denních služeb, škola a další)*
- *alespoň částečná fyzická schopnost sebeobsluhy (pohyb na vozíku po bytě, schopnost samostatně vykonat fyziologickou potřebu tj. bez cévkování, apod.)*
- *zdravotní stav nevyžaduje pravidelnou péči zdravotního personálu*
- *schopnost verbálně (slovy) komunikovat – i alternativní formou*
- *schopnost vycházet se spolubydlicími (klient, asistenti)“ (tamtéž).*

V centru Slunečnice není zajištěna 24 hodinová péče v pravém slova smyslu. Asistent je v TB vždy, když je tam klient. Pokud je klient mimo TB,

tak tam není ani asistent. V centru Slunečnice s klienty pracuje sociální pracovník, speciální pedagog a pracovníci v sociálních službách – osobní asistenti (INTERNÍ DOKUMENTY, 2012).

5.2.3 Pobyť v tréninkovém bytě Centra Slunečnice

I. První kontakt vychází ze strany klientů. Zájemce o TB dostane informace týkající se pobytu v TB, poté se rozhodne, zda má stále zájem o tuto službu. Pokud ano, stává se zájemcem o službu.

II. Uchazeč musí vyplnit vstupní dotazník a doložit vyjádření lékaře o jeho zdravotním stavu. Vstupní dotazník mapuje míru soběstačnosti a samostatnosti dle oblastí nácviku (viz dále). V rámci vstupního dotazníku se také zjišťuje sebehodnocení klienta. Ve zprávě o zdravotním stavu klienta se lékař vyjadřuje k typu zdravotního postižení, diagnóze, duševnímu stavu klienta, užívaným lékům a poskytuje další podstatné informace. Závěrem zprávy lékař doporučí či nedoporučí klienta pro přijetí do pobytové služby. Vstupní dotazník klient společně se sociálním pracovníkem po prvním měsíci v TB aktualizuje.

III. Klient uzavře s Centrem Slunečnice smlouvu o poskytování služby chráněného bydlení dle zákona č.108/2006 o sociálních službách.

IV. Následuje stanovení cílů. Klient si nejprve určuje způsob a míru pomoci a popisuje svou představu o tréninkovém bydlení. Poté si vybere oblast nácviku, kterou chce trénovat nejdříve. Jedná se o tyto oblasti:

1. Řízení svých potřeb a rizikové situace péče o sebe
2. Hygiena
3. Péče o svůj zevnějšek a prádlo
4. Oblékání a udržování šatníku
5. Pohyb a fyzické úkony v bytě a jeho okolí
6. Užívání předmětů denní potřeby a pomůcek
7. Úklid a péče o domácnost
8. Finance a nakládání s penězi
9. Nakupování
10. Příprava jídla, vaření a způsob stravování

11. Administrativa spojená s bydlením
12. Rizikové a havarijní situace v bytě
13. Znalost svých práv a povinností
14. Režim dne a plánování
15. Společenské soužití, využívání běžných služeb, úřadů, komunikace

Během prvního měsíce se většinou příliš netrénuje. Klienti si zvykají na jiný styl života. Mnozí klienti takto sami nikdy nebydleli. Pro některé to může být první dlouhodobější odloučení od rodičů. Dále si musí zvykat na život s asistentem a spolubydlícím. Vymezuji si svůj osobní prostor.

V. V průběhu pobytu v TB probíhají hodnotící skupiny. Ty se týkají stanovených cílů (oblastí tréninku) a procesu jejich definování a naplňování. Klienti se v pobytu střídají po tréninkových cyklech a flexibilně upravují své oblasti rozvoje podle potřeby.

VI. Při závěrečném výstupním hodnocení tréninkového programu dochází ke srovnání získaných informací z úvodního dotazníků, tj. po prvním měsíci v TB a konečného stavu při ukončování pobytu. U každé oblasti jsou vždy uvedené komentáře. V následující tabulce je uveden příklad jedné z trénovaných oblastí.

| | Zcela | S | Jen | Sám/sama |
|---|------------|--------------------|-----------------|-----------|
| 2 HYGIENA | samostatně | dohledem/kontrolou | s pomocí | nezvládne |
| Ranní hygiena | | X ¹¹ | O ¹² | |
| Čistění zubů | | X | O | |
| Koupání-sprchování (včetně mytí hlavy) | | X | O | |
| Běžné mytí rukou a utírání | X | | O | |
| Užívání WC + splachování a údržba po vykonání potřeby | | X | O | |

(INTERNÍ DOKUMENTY, 2012).

¹¹ X – konečný stav

¹² O – výchozí stav

5.3 Dům Fatima

5.3.1 Charakteristika

Dům Fatima – centrum pro tělesně postižené (dále jen Fatima) je jedním ze středisek Arcidiecézní charity Praha, tudíž nemá samo o sobě právní subjektivitu. Fatima funguje od roku 1998. Hlavním posláním Fatimy je podpora osob s tělesným postižením, které mají sníženou soběstačnost. Fatima klientům poskytuje přechodné ubytování a nabízí klientům podporu a pomoc při dosahování soběstačnosti a samostatnosti. Služby jsou určeny osobám starším 18 let, „které z důvodu tělesného postižení ztratily soběstačnost a samostatnost a chtějí tuto situaci změnit, osoby s tělesným postižením, kterým se změnila jejich sociální situace a chtějí tuto situaci řešit nebo pro ty, které již s tělesným postižením nějakou dobu žijí a chtějí se více osamostatnit“. Do Fatimy e mnohdy dostávají lidé ze zdravotnických zařízení. Díky dlouhodobému pobytu ve zdravotnickém zařízení sice přichází do Fatimy v dobrém zdravotním stavu, ale jejich soběstačnost je silně narušena. Někteří jsou úplně závislí na péči jiné osoby. Ve Fatima převažují klienti mužského pohlaví.

Služba není určena lidem, kteří ve Fatimě hledají trvalé bydlení, ani lidem, které trvalé bydliště nemají a neplánují si jej vytvořit (osoby bez trvalého přístřeší). Fatima není vhodná pro osoby vyžadující trvalou lékařskou péči.

Fatima nabízí svým klientům službu sociální rehabilitace, která probíhá v hlavní budově Fatimy. Po absolvování této služby mohou klienti přestoupit do TB (také v areálu Fatimy), kde dále trénují oblasti nácviku, ale zde jsou již sami, popř. pouze s asistentem, který přichází v předem naplánovanou dobu, vykonat předem naplánovanou činnost. Mohou na sobě pracovat intenzivněji a v prostředí velmi podobnému budoucímu samostatnému bydlení.

Zásady domu Fatima jsou založené na partnerském přístupu ke klientům. Hlavní pozornost je věnována podpoře jejich soběstačnosti a samostatnosti i s dopomocí asistenta. Zásadně pomáhat klientovi pouze tam, kde si pomoci sám nedokáže. Nedělat za něj činnosti, které zvládá sám. Prostory domu Fatima i jeho vybavení jsou koncipovány tak, aby byly velmi

podobné běžné domácnosti, tzn. bez pomůcek, které klienti doma nemají (např. madla na dveřích). Pružně měnit míru poskytované pomoci podle rozvíjejících se schopností, tudíž nezamrznout na domluvených instrukcích po dobu celého pobytu (tj. i 2 roky). Dům Fatima se také řídí principem týmové práce a hlavním pilířem celého programu je ergoterapie. Ta provází klienty každým dnem. Základním přístupem pro spolupráci mezi klientem a personálem domu Fatima je aktivní přístup zaměstnanců ke klientovi a zároveň podpora motivace klienta aktivně řešit svoji situaci. Klient musí být motivovaný pro změnu.

V domě Fatima je zajištěna 24 hodinová péče. Klientům je k dispozici ergoterapeutka, sociální pracovník a další pracovníci v sociálních službách – asistenti (ARCIDIECÉZNÍ CHARITA PRAHA, 2012).

5.3.2 Sociální rehabilitace

Fatima v rámci sociální služby sociální rehabilitace provozuje tréninkový byt (TB). Jedná se o pobytovou službu, která je poskytována v domě, který je v areálu Fatimy, ale je odloučen od hlavní budovy, kde jsou ostatní klienti. Cílová skupina, pro kterou je tento byt určen, je totožná s cílovou skupinou Fatimy. Po pobytu v hlavní budově klienti postupně přechází do TB. TB je však limitováno kapacitou 2 míst. Zde probíhá nácvik dovedností pro budoucí samostatný život, podobně jako v hlavní budově s ostatními klienty. Hlavním rozdílem je to, že zde je již klient sám, popř. pouze s asistentem. Často je pro klienty těžké vyrovnat se s tíhou samoty, která na ně v TB padá. TB je již velmi podobné běžné domácnosti. Klienti zde pečují sami o sebe a „svou“ domácnost. Učí se orientaci v bezbariérovém prostředí.

Každý klient má svého klíčového pracovníka, který ho provází celým pobytem. Pomáhá mu a podporuje ho při sestavování individuálního plánu. V individuálním plánu si stanovuje cíle a způsoby jejich plnění.

Klienti v rámci sociální rehabilitace nacvičují a upevňují množství činností a dovedností. Jedná se například o hygienu celého těla, přesuny různého typu, oblékání a svlékání, nakupování, vaření, úklid domácnosti, komunikace s úřady, manipulace s vlastními příjmy, učení se odpovědnosti za sebe a své jednání atd.

Pobyt ve cvičném bytě není časově omezen. K ukončení pobytu v TB může dojít ze strany klienta okamžitě. Poskytovatel ukončuje pobyt klientům:

- pokud byly splněny stanovené cíle pobytu.
- pokud došlo ke změně poměrů klienta (např. výrazné zhoršení zdravotního stavu, které je v rozporu s pobytem klienta v domě Fatima).
- pokud klient neprovedl úhradu za služby předchozího měsíce, ani do posledního dne následujícího kalendářního měsíce.
- Pokud klient opakovaně porušil své povinnosti, které vyplývají z vnitřních pravidel pro poskytování této sociální služby.

Dům Fatima má dobré výsledky tréninkového bytu. Všichni klienti, kteří prošli pobytem v tréninkovém bytě, odešli do vlastního bytu, připraveni na samostatný život (tamtéž).

5.3.3 Pobyt v tréninkovém bytě domu Fatima

I. První kontakt vzniká většinou z iniciativy klienta nebo z institucionálního zařízení (např. nemocnice).

II. První osobní setkání s klientem je organizováno za účelem získání základních informací o klientovi a jeho potřebách. Prostřednictvím rozhovoru se zájemcem o službu se získávají tyto podklady:

- identifikační údaje:
- délka pobytu:
- cíl (s čím bude služba klientovi pomáhat):
- bydlení (kde bydlí, s kým bydlí, plánuje návrat do původního bydlení nebo bude hledat jiné):
- příjem (např. invalidní důchod, mzda):
- dávky (příspěvek na péči, příspěvek na mobilitu, atd.):
- Kontakt s rodinou:
- Koníčky:
- Při jakých činnostech potřebuje pomoc asistenta:
- Pomůcky (např. invalidní vozík):

Následně dochází k rozhodnutí, zda bude klient do domu Fatima (do hlavní budovy) přijat či nepřijat. Zatím se nejedná o cvičném bytě.

III. Klient sepíše s domem Fatima smlouvu o poskytování pobytové služby sociální rehabilitace v domě Fatima dle zákona č.108/2006 o sociálních službách. Ve smlouvě jsou uvedeny všechny náležitosti a také jsou zde stanoveny cíle, na kterých chce klient během pobytu pracovat.

V průběhu celého pobytu klientů se dělají zápisy ze schůzek klienta a jeho klíčového pracovníka, popř. vedoucího služby. Na každé schůzce se klient a klíčový pracovník zaměřují na určité téma (např. plánování osobní asistence) a také shrnují uplynulý čas od minulé schůzky. Klíčové je zhodnocení pobytu se zaměřením na posledních 6 měsících. Je to hodnocení, které se vztahuje ke stanoveným cílům. Dochází k rozepsání jednotlivých cílů a postupu, jak jich bylo dosaženo.

Z provozních důvodů je dvakrát za rok dům Fatima uzavřen a klienti si musí najít alternativní způsob bydlení na několik dní. Je to první zkouška samostatnosti, na kterou klienti narazí. Musí si bydlení sami nebo s malou pomocí zajistit.

IV. Jednání o přesunu do tréninkového bytu a nastavení služby. Stanovení cílů a způsobů jejich plnění a také harmonogram činností, atd.

Příklad zápisu z jednání:

Téma: Plánování přechodu do tréninkového bytu

Dohodnutí podmínek:

- termín stěhování
- určení klíčového pracovníka
- 1x měsíčně schůzka se sociální pracovnící
- návštěvy, úklid, atd.

Klíčový pracovník provází klienta po celý pobyt. Společně s klientem plánuje, konzultuje vše ohledně pobytu a nastavení služby. Setkávají se zpravidla jednou týdně.

V. Ukončení služby sociální rehabilitace v domě Fatima (hlavní budova) a přesun do TB (také pod programem sociální rehabilitace), v rámci kterého se

více pracuje na získání dovedností k samostatnému životu. Klienti jsou v jiné budově než ostatní klienti a zaměstnanci. Jsou zde sami. Asistenta využívají pro plánovanou osobní asistenci.

V průběhu pobytu v TB je uzavřena smlouva o poskytování osobní asistence. Ve smlouvě jsou uvedeny cíle a činnosti, na které se bude osobní asistence zaměřovat (např. pomoc při úklidu v domácnosti). Dále jsou ve smlouvě vypsány podmínky plnění (časový rozvrh, úhrada, atd.) a také pravidla platná pro osobní asistenty – zaklepat, respektovat soukromí klientů, atd. Jsou zde uvedeny i rizikové situace, které mohou při spolupráci s osobním asistentem nastat (např. pád klienta) a jak při nich postupovat (INTERNÍ DOKUMENTY, 2012).

6 NÁVAZNÉ A DOPROVODNÉ MECHANISMY PODPORY

6.1 Sociální dávky

Osoby se zdravotním postižením mají mnohdy zvýšené finanční výdaje a specifické potřeby. Proto stát zabezpečuje tyto osoby systémem finančních mechanismů. Jedná se o systém adresných, pravidelných nebo jednorázových dávek.

6.1.1 Invalidní důchod

Invalidní důchod představuje zpravidla základní příjem pro osoby se zdravotním postižením.

Podmínky pro získání invalidního důchodu vyplývají z § 38 zákona o důchodovém pojištění. *„Pojištěnec má nárok na invalidní důchod, jestliže nedosáhl věku 65 let a stal se:*

- *invalidním a získal potřebnou dobu pojištění, pokud nesplnil ke dni vzniku invalidity podmínky nároku na řádný starobní důchod, popřípadě, byl-li přiznán předčasný trvale krácený starobní důchod, pokud nedosáhl důchodového věku, nebo*
- *invalidním následkem pracovního úrazu“.*

V současné době se nárok na invalidní důchod posuzuje dle poklesu pracovní schopnosti. Dřívější rozdělení na plný a částečný důchod se již nepoužívá. *„Pojištěnec je invalidní, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu nastal pokles jeho pracovní schopnosti nejméně o 35 %“.* 3 stupně invalidity v závislosti na poklesu pracovní schopnosti jsou:

- a) invalidita I. Stupně, tzn. pokles nejméně o 35 %, nejvíce však o 49 %,
- b) invalidita II. Stupně, tzn. pokles nejméně o 50 %, nejvíce však o 69 %,
- c) invalidita III. Stupně, tzn. pokles nejméně o 70 %.

Pro nárok na invalidní důchod je potřebné splnění určité doby pojištění, která je odstupňovaná dle věku pojištěnce:

- a) „do 20 let méně než jeden rok,
- b) od 20 let do 22 let jeden rok,
- c) od 22 let do 24 let dva roky,
- d) od 24 let do 26 let tři roky,
- e) od 26 let do 28 let čtyři roky a
- f) nad 28 let pět roků“.

„Na invalidní důchod pro invaliditu třetího stupně má nárok též osoba, která dosáhla aspoň 18 let věku, má trvalý pobyt na území ČR a je invalidní pro invaliditu třetího stupně, jestliže tato invalidita vznikla před dosažením 18 let věku a tato osoba nebyla účastna pojištění po potřebnou dobu“ (MPSV, 2012).

6.1.2 Příspěvek na péči

„Příspěvek na péči ... se poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby. Tímto příspěvkem se stát podílí na zajištění sociálních služeb nebo jiných forem pomoci ... při zvládnání základních životních potřeb osob. Náklady na příspěvek se hradí ze státního rozpočtu. Nárok na příspěvek má osoba ..., která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při zvládnání základních životních potřeb v rozsahu stanoveném stupněm závislosti ..., pokud jí tuto pomoc poskytuje osoba blízká nebo asistent sociální péče ... nebo poskytovatel sociálních služeb, který je zapsán v registru poskytovatelů sociálních služeb ...; nárok na příspěvek má tato osoba i po dobu, po kterou je jí ... poskytována zdravotní péče v průběhu hospitalizace“. Na příspěvek na péči má nárok pouze osoba starší jednoho roku. O přidělení příspěvku rozhoduje krajská pobočka Úřadu práce“.

Při posuzování stupně závislosti se hodnotí zvládnání základních životních potřeb. Jedná se o mobilitu, orientaci, komunikaci, stravování, oblékání a obouvání, tělesnou hygienu, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity a péče o domácnost (toto pouze u osob starších 18-ti let). Příspěvek na péči je poskytován osobě, které z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládnout výše zmíněné základní

potřeby a je závislá na pomoci jiné fyzické osoby. Rozlišujeme 4 stupně závislosti.

Osoba do 18 let věku je považována za závislou ve:

- stupni I (lehká závislost), jestliže není schopna zvládat tři základní životní potřeby,
- stupni II (středně těžká závislost), jestliže není schopna zvládat čtyři nebo pět základních životních potřeb,
- stupni III (těžká závislost), jestliže není schopna zvládat šest nebo sedm základních životních potřeb,
- stupni IV (úplná závislost), jestliže není schopna zvládat osm nebo devět základních životních potřeb, a vyžaduje každodenní mimořádnou péči jiné fyzické osoby.

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

- a) 3 000 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost),*
- b) 6 000 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost),*
- c) 9 000 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost),*
- d) 12 000 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost)“.*

Osoba do 18 let věku je považována za závislou ve:

- stupni I (lehká závislost), jestliže není schopna zvládat tři nebo čtyři základní životní potřeby,
- stupni II (středně těžká závislost), jestliže není schopna zvládat pět nebo šest základních životních potřeb,
- stupni III (těžká závislost), jestliže není schopna zvládat sedm nebo osm základních životních potřeb,
- stupni IV (úplná závislost), jestliže není schopna zvládat devět nebo deset základních životních potřeb, a vyžaduje každodenní pomoc, dohled nebo péči jiné fyzické osoby.

„Výše příspěvku pro osoby starší 18 let činí za kalendářní měsíc

- a) 800 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost),*

- b) 4 000 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost),
- c) 8 000 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost),
- d) 12 000 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost)“ (ZÁKON č.108/2006 Sb., 2006).

6.1.3 Dávky pro osoby se zdravotním postižením

Dle zákona 329/2011 o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením může být po splnění podmínek poskytován osobám se zdravotním postižením:

- příspěvek na mobilitu
- příspěvek na zvláštní pomůcku
- výpůjčku zvláštní pomůcky
- průkaz osoby se zdravotním postižením (MPSV, 2012).

6.1.3.1 Příspěvek na mobilitu

„Nárok na příspěvek na mobilitu má osoba starší 1 roku, která není schopna zvládat základní životní potřeby v oblasti mobility nebo orientace, opakovaně se v kalendářním měsíci dopravuje nebo je dopravována a nejsou jí poskytovány pobytové sociální služby podle zákona o sociálních službách⁷) v domově pro osoby se zdravotním postižením, ... nebo ve zdravotnickém zařízení ústavní péče“. Výše příspěvku na mobilitu je 400 Kč za kalendářní měsíc. (ZÁKON č.329/2011 Sb., 2011).

6.1.3.2 Příspěvek na zvláštní pomůcku

„Nárok na příspěvek na zvláštní pomůcku má osoba, která má těžkou vadu nosného nebo pohybového ústrojí nebo těžké sluchové postižení anebo těžké zrakové postižení charakteru dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, a její zdravotní stav nevyklučuje přiznání tohoto příspěvku“.

„Nárok na příspěvek na zvláštní pomůcku poskytovaný na pořízení motorového vozidla má osoba, která má těžkou vadu nosného nebo pohybového ústrojí anebo těžkou nebo hlubokou mentální retardaci charakteru dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, a její zdravotní stav nevyklučuje přiznání tohoto příspěvku“.

Příspěvek je poskytován:

- osobě starší 3 let, pokud je určen na pořízení motorového vozidla nebo na úpravu bytu,
- osobě starší 15 let, pokud je určen na pořízení vodícího psa,
- osobě starší 1 roku v ostatních případech.

Zvláštní pomůcka slouží osobě k sebeobsluze, k realizaci pracovního uplatnění, k přípravě na budoucí povolání, k získávání informací, vzdělávání anebo ke styku s okolím

Příspěvek na péči je poskytován na základě příjmů osoby nebo společně posuzovaných osob, podle zákona o životním a existenčním minimu. Okruh společně posuzovaných osob se posuzuje podle zákona o životním a existenčním minimu. *„Rozhodným obdobím, za které se zjišťuje příjem, je kalendářní čtvrtletí předcházející kalendářnímu měsíci, ve kterém byla podána žádost o příspěvek na zvláštní pomůcku“*. Příjem je stanoven jako měsíční průměr příjmů žadatele o příspěvek na zvláštní pomůcku nebo součtu měsíčních příjmů žadatele o příspěvek na zvláštní pomůcku a osob s ním společně posuzovaných.

„Výše příspěvku ... se stanoví tak, aby spoluúčast osoby činila 10 % z předpokládané nebo již zaplacené ceny zvláštní pomůcky, nejméně však 1 000 Kč. Maximální výše příspěvku ... činí 350 000 Kč. Součet vyplacených příspěvků ... nesmí v 60 kalendářních měsících po sobě jdoucích přesáhnout částku 800 000 Kč. Jestliže osoba nemá dostatek finančních prostředků ke spoluúčasti ..., krajská pobočka Úřadu práce s přihlédnutím k míře využívání zvláštní pomůcky, k příjmu osoby a příjmu osob s ní společně posuzovaných podle zákona o životním a existenčním minimu a k celkovým sociálním a majetkovým poměrům určí nižší výši spoluúčasti, minimálně však 1 000 Kč. Celkové sociální a majetkové poměry se pro tento účel posuzují podle zákona o pomoci v hmotné nouzi“ (ZÁKON č. 329/2011 Sb., 2011). Proto je nutné hodnotit nárok na příspěvek u každého žadatele individuálně.

6.1.3.3 Výpůjčka zvláštní pomůcky

„Příspěvek na zvláštní pomůcku se neposkytuje na pořízení stropního zvedacího systému, schodišťové plošiny, schodolezu“

„Zvláštní pomůcky se poskytují na základě smlouvy o výpůjčce podle občanského zákoníku, a to osobě starší 3 let, která má těžkou vadu nosného nebo pohybového ústrojí, a to na její žádost. Konkrétní zvláštní pomůcku určuje krajská pobočka ÚP. Nemá-li osoba dostatek finančních prostředků k úhradě instalace zvláštní pomůcky, může jí krajská pobočka ÚP poskytnout příspěvek na instalaci. Spoluúčast osoby činí vždy minimálně 1 000 Kč“ (MPSV, 2012).

6.1.3.4 Průkaz osoby se zdravotním postižením

V současné době mohou osoby se zdravotním postižením získat průkaz osoby se zdravotním postižením, který nahradil průkaz mimořádných výhod. Stávající karty TP (těžké postižení), ZTP (zvláště těžké postižení) a ZTP/P (zvláště těžké postižení s průvodcem) budou nahrazeny průkazem osoby se zdravotním postižením, který tyto zkratky přebírá. Benefity zůstávají stejné jak dříve. Ze zákona je možné získat tento průkaz dvěma způsoby. Pokud má člověk příznán příspěvek na péči či příspěvek na mobilitu získává průkaz automaticky, případně ho lze zřídit samostatně.

Držitel průkazu TP, má nárok na:

- *„vyhrazené místo k sedění ve veřejných dopravních prostředcích pro pravidelnou hromadnou dopravu osob, s výjimkou dopravních prostředků, v nichž je místo k sedění vázáno na zakoupení místenky,*
- *přednost při osobním projednávání své záležitosti, vyžaduje-li toto jednání delší čekání, zejména stání; za osobní projednávání záležitostí se nepovažuje nákup v obchodech ani obstarávání placených služeb ani ošetření a vyšetření ve zdravotnických zařízeních“.*

Držitel průkazu ZTP, má nárok na totéž jako osoba s průkazem TP a dále na:

- *„bezplatnou dopravu pravidelnými spoji místní veřejné hromadné dopravy osob (tramvaji, trolejbusy, autobusy, metrem)*

- *slevu 75 % jízdného ve druhé vozové třídě osobního vlaku a rychlíku ve vnitrostátní přepravě a slevu 75 % v pravidelných vnitrostátních spojích autobusové dopravy“.*

Držitel průkazu ZTP/P, má nárok na totéž jako osoba s průkazem ZTP a dále na:

- *„bezplatnou dopravu průvodce veřejnými hromadnými dopravními prostředky v pravidelné vnitrostátní osobní hromadné dopravě*
- *bezplatnou dopravu vodícího psa, je-li úplně nebo prakticky nevidomá, pokud ji nedoprovází průvodce“ (MPSV, 2012).*

6.2 Sociální služby

Sociální služba je činnost nebo soubor činností, které zajišťují „*pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení.*“ Služby jsou poskytovány osobám v nepříznivé sociální situaci. „*Nepříznivou sociální situací se rozumí oslabení nebo ztráta schopnosti z důvodu věku, nepříznivého zdravotního stavu, ... sociálně znevýhodňující prostředí, ... nebo z jiných závažných důvodů řešit vzniklou situaci tak, aby toto řešení podporovalo sociální začlenění a ochranu před sociálním vyloučením.*“ Dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem se rozumí „*zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy trvá nebo má trvat déle než 1 rok, a který omezuje funkční schopnosti nutné pro zvládnutí základních životních potřeb*“ (ZÁKON č.108/2006 Sb., 2006).

Sociální služby zahrnují sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Jedná se o služby pobytové, ambulantní nebo terénní (tamtéž).

6.2.1 Sociální poradenství

„*Základní sociální poradenství poskytuje osobám potřebné informace přispívající k řešení jejich nepříznivé sociální situace. Sociální poradenství je základní činností při poskytování všech druhů sociálních služeb; poskytovatelé sociálních služeb jsou vždy povinni tuto činnost zajistit.*

Odborné sociální poradenství je poskytováno se zaměřením na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin osob v občanských poradnách, manželských a rodinných poradnách, poradnách pro seniory, poradnách pro osoby se zdravotním postižením, ... ; zahrnuje též sociální práci s osobami, jejichž způsob života může vést ke konfliktu se společností. Součástí odborného poradenství je i půjčování kompenzačních pomůcek“ (ZÁKON č.108/2006 Sb., 2006).

6.2.2 Služby sociální péče

„Služby sociální péče napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení“ (ZÁKON č.108/2006 Sb., 2006).

6.2.2.1 Osobní asistence

Pro mnoho osob se zdravotním postižením je osobní asistent nepostradatelnou součástí jejich života. Může osobě se zdravotním postižením pomáhat úplně nebo částečně, pouze při určitých činnostech. V § 39 zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. je definována osobní asistenci jako ...
„terénní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje bez časového omezení, v přirozeném sociálním prostředí osob a při činnostech, které osoba potřebuje“.

Základní oblasti, ve kterých může být osobní asistent klientovi nápomocen, jsou péče o svoji osobu a domácnost, pomoc při zajištění osobní hygieny a stravy. Dále pomoc při výchovných, vzdělávacích či aktivizačních činnostech a také pomoc v aktivní účasti na životě společnosti. Osobní asistenti pomáhají klientům uplatňovat svá práva, oprávněné zájmy, atd. (ZÁKON č.108/2006 Sb., 2006).

Osobní asistenci mohou využívat jak děti, tak dospělý s různým typem zdravotního postižení. Rozlišujeme dva základní typy osobní asistence a to řízenou a sebeurčující.

„Řízená osobní asistence:

- *je při ní nutná koordinace průběhu služby zvenčí,*
- *je určena lidem, kteří si nedovedou sami vybrat, školit a průběžně instruovat osobní asistenty sami, nebo to nechtějí dělat,*
- *poskytuje ji registrovaný poskytovatel,*
- *z toho vyplývá, že osobní asistenti musí mít předepsané vzdělání,*
- *osobní asistenti přicházejí ke klientovi jako odborníci, kteří mají zodpovědnost za průběh služby,*
- *poskytovatel je povinen splňovat požadavky na standardy kvality služby.*

Sebeurčující osobní asistence

- *klient si řídí osobní asistenci sám, sám určuje, jak bude služba vypadat,*
- *klient sám si vybírá, školí a průběžně instruuje své osobní asistenty,*
- *klient sám si domlouvá s osobním asistentem (fyzickou osobou), za jakých podmínek služba probíhá, sám si s ním sjednává čas i částku, za niž ji poskytuje,*
- *klient si školí své osobní asistenty podle svého zdravotního postižení a osobnostních charakteristik,*
- *za průběh služby je zodpovědný klient, který je s osobním asistentem v rovnocenném partnerském vztahu a o průběhu služby se s ním domlouvá (osobní asistent má právo veto, pokud tím neohrozí klienta na zdraví nebo dokonce na životě),*
- *klient sám kontroluje kvalitu služby“ (HRDÁ, 2008).*

Mnoho osob se zdravotním postižením každý den využívá služeb osobního asistenta. Pro některé je zprostředkovatelem kontaktu se společenským životem, jiným zase pomáhá při běžných denních činnostech. Asistent pomáhá osobám v činnostech, na kterých se společně domluví. Pro samostatnost klienta je upřednostňována sebeurčující asistence. Zde můžeme dobře vidět uplatnění tréninkového programu. Klienti se v programu učí nakládat s osobní asistencí. Učí se jak si ji rozvrhnout, naplánovat, kontaktovat asistenta a také jak ji hradit.

6.2.2.2 Pečovatelská služba

„Pečovatelská služba je terénní nebo ambulantní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, a rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba poskytuje ve vymezeném čase v domácnostech osob a v zařízeních sociálních služeb vyjmenované úkony“. Pečovatelská služba poskytuje pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, při osobní hygieně, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, pomoc při zajištění chodu domácnost nebo také zprostředkování kontaktu se společenským prostředím (ZÁKON č.108/2006 Sb., 2006).

6.2.2.3 Podpora samostatného bydlení

Dle § 43 zákona o sociálních službách je podpora samostatného bydlení terénní služba určená osobám, jež mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba zajišťuje pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, sociálně terapeutické činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a také pomáhá při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při zajišťování osobních záležitostí (ZÁKON č.108/2006 Sb., 2006). Tato služba je důležitá pro to, aby mohli například lidé se zdravotním postižením žít samostatný život.

6.2.2.4 Odlehčovací služby

Uživateli některých sociálních služeb myslí jsou také rodinní příslušníci osob se zdravotním postižením. Ti také musí pečovat o své zdraví, aby se pak mohli plnohodnotně postarat o člena své rodiny, který jejich pomoc potřebuje. Jedná se o odlehčovací služby. Jsou to *„terénní, ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí; cílem služby je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek“.* Služba zajišťuje základní činnosti, například pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování v případě pobytové služby, zprostředkování kontaktu se

společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti a také pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při zajišťování osobních záležitostí (ZÁKON č.108/2006 Sb., 2006).

6.2.2.5 Centrum denních služeb

„V centrech denních služeb se poskytují ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby“. Služba obsahuje základní činnosti jako je pomoc při osobní hygieně nebo, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, sociálně terapeutické činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při zajišťování osobních záležitostí (ZÁKON č.108/2006 Sb., 2006).

6.2.2.6 Denní a týdenní stacionáře

Stacionáře jsou určeny osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku či zdravotního postižení, a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Stacionáře poskytují tyto služby: poskytnutí stravy, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při zajišťování osobních záležitostí. Denní stacionáře poskytují ambulantní služby. Týdenní stacionáře poskytují naopak pobytové služby, tudíž zajišťují svým klientům i ubytování (oproti dennímu stacionáři) (ZÁKON č.108/2006 Sb., 2006).

6.2.2.7 Domovy pro osoby se zdravotním postižením

„V domovech pro osoby se zdravotním postižením se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby“. Služba obsahuje tyto základní činnosti: poskytnutí ubytování, poskytnutí stravy, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, výchovné, vzdělávací, aktivizační činnosti a sociálně

terapeutické činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a také aktivně pomáhá klientům při uplatňování jejich práv, oprávněných zájmů a při zajišťování i osobních záležitostí (ZÁKON č.108/2006 Sb., 2006).

6.2.2.8 Chráněné bydlení

§ 51 zákona o sociálních službách hovoří o chráněném bydlení, jako o pobytové službě, která je poskytována osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Chráněné bydlení může mít formu skupinového či individuálního bydlení. Chráněné bydlení zajišťuje svým klientům základní činnosti. Jedná se například o poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, sociálně terapeutické činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při zajišťování osobních záležitostí (ZÁKON č.108/2006 Sb., 2006).

6.2.3 Služby sociální prevence

„Služby sociální prevence napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou tímto ohroženy pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí a ohrožení práv a oprávněných zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby. Cílem služeb sociální prevence je napomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů“ (ZÁKON č.108/2006 Sb., 2006).

6.2.3.1 Raná péče

„Raná péče je terénní služba, popřípadě doplněná ambulantní formou služby, služba poskytovaná dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené, nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu. Služba je zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby“. Dítěti a jeho rodině jsou poskytovány výchovné, vzdělávací, aktivizační a sociálně terapeutické činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a také pomoc

při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při zajišťování osobních záležitostí (ZÁKON č.108/2006 Sb., 2006).

Raná péče zaujímá klíčové postavení v životě rodin, do kterých se narodilo dítě se zdravotním postižením. Pomáhá jim zvládnout období krize, podá jim veškeré dostupné informace o typu postižení, i o tom jak mají s dítětem pracovat. Zprostředkuje jim kontakt s odborníky na danou problematiku. Také se v centrech rané péče sdružují rodiny a předávají si cenné osobní zkušenosti a rady. Centra také organizují psychorehabilitační pobyty pro celé rodiny, kterých se neúčastní pouze matka s dítětem, ale celá rodina.

6.2.3.2 Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením

„Sociálně aktivizační služby jsou ambulantní, popřípadě terénní služby poskytované osobám v důchodovém věku nebo osobám se zdravotním postižením ohroženým sociálním vyloučením“. Služba zprostředkovává kontakt se společenským prostředím, dále zajišťuje sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při zajišťování osobních záležitostí (ZÁKON č.108/2006 Sb., 2006).

6.2.3.3 Sociálně terapeutické dílny

„Sociálně terapeutické dílny jsou ambulantní služby poskytované osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení, které nejsou z tohoto důvodu umístitelné na otevřeném ani chráněném trhu práce. Jejich účelem je dlouhodobá a pravidelná podpora zdokonalování pracovních návyků a dovedností prostřednictvím sociálně pracovní terapie“. Služba obsahuje tyto základní činnosti: pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, nácvik dovedností pro zvládnutí péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění, podpora vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností (ZÁKON č.108/2006 Sb., 2006).

6.2.3.4 Sociální rehabilitace

Podle § 70 zákona o sociálních službách je sociální rehabilitace *„soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti,*

nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí. Sociální rehabilitace se poskytuje formou terénních a ambulantních služeb, nebo formou pobytových služeb poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb“. Terénních a ambulantní forma služeb poskytuje svým klientům činnosti jako je nácvik dovedností pro zvládnání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností pomáhajících v sociálním začlenění, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, dále výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti a také pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při zajišťování osobních záležitostí. Sociální rehabilitace v pobytových centrech sociálně rehabilitačních služeb zajišťuje kromě výše zmíněných základních činností také poskytnutí stravy a ubytování, a také pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu (ZÁKON č.108/2006 Sb., 2006).

7 PRAKTICKÁ ČÁST

Praktická část bakalářské práce se zabývá procesem osamostatňování se u osob se zdravotním postižením. Procesem osamostatňování se rozumí tendence jedince jednat svobodně, nezávisle a autonomně (ATANASOVOVÁ, 2011). U osob se zdravotním postižením probíhá osamostatňování se jinak než u běžné populace. Člověk, který úspěšně projde procesem osamostatnění se, přestává být závislý na pomoci jiné osoby, např. rodičů. Osobní asistenti jsou lidem se zdravotním postižením prospěšní, nelze jejich přítomnost a pomoc brát jako závislost, tudíž nesamostatnost. Dále se úspěšný proces ve většině případů vyznačuje odchodem od rodičů do vlastního či pronajatého bytu.

Pro osamostatnění se je důležité osvojit si a upevnit dovednosti, které jsou klíčové pro samostatný život. Jedná se o dovednosti péče o sebe a svoji domácnost (viz dovednosti z kap. 6.2.3).

Dále se v práci zmiňují o proměnách v mezilidských vztazích klientů v souvislosti s pobytem v tréninkovém bytě. Tréninkové bydlení je dlouhodobou záležitostí (min. 2 roky), proto lze předpokládat, že k určitým změnám dojde.

7.1 Cíle a výzkumné otázky

Primárním cílem bakalářské práce bylo zmapovat pobyt dospělých osob s tělesným či kombinovaným postižením v tréninkovém bytě, v souvislosti s procesem osamostatňování se. Sekundárním cílem bylo zjistit, zda došlo k vývoji mezilidských (zejména rodinných) vztahů klienta před pobytem v tréninkovém bytě a po pobytu.

Výzkumné otázky byly stanoveny takto:

Otázka č. 1: Došlo u osob se zdravotním postižením díky účasti v programu tréninkového bydlení k osamostatnění se, resp. odchodu do vlastního či pronajatého bytu?

Otázka č. 2: Osvojili si klienti dovednosti nutné pro samostatný život?

Otázka č. 3: Změnily se jejich mezilidské (zejména rodinné) vztahy v průběhu pobytu v TB?

7.2 Design výzkumného šetření a výzkumné metody

Pro potřeby této práce bylo zvoleno výzkumné šetření kvalitativního typu. Tento typ byl zvolen, protože bylo k dispozici pouze malé množství výzkumných jednotek. Vzhledem k cílům a výzkumným otázkám, které byly stanoveny před začátkem výzkumu, je jasné, že nelze použít kvantitativní výzkumné šetření, protože cílem není statistické měření. Naopak bylo nutné individuálně posoudit, prostřednictvím kvalitativních metod výzkumného šetření, zejména kvalitativním dotazováním, prospěšnost tréninkového bydlení a odpovědět na výzkumné otázky.

Během sběru dat byly získány informace, které byly následně utříděny do podoby případových studií – kazuistik. „*V případové studii jde o detailní studium jednoho případu nebo několika málo případů. Zatímco ve statistickém šetření shromažďujeme relativně omezené množství dat od mnoha jedinců (nebo případů), v případové studii sbíráme velké množství dat od jednoho nebo několika málo jedinců. V případové studii jde o zachycení složitosti případu, o popis vztahů v jejich celistvosti*“ (HENDL, 2005). Kazuistiky budou následně interpretovány na základě stanovených výzkumných otázek.

7.3 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvoří osoby s tělesným či kombinovaným postižením (DMO, neurologická degenerativní a jiná onemocnění, osoby po úrazech nebo nádorech mozku, po úrazech pohybového aparátu, atp.) starší 18-ti let, jež prošly či v současné době procházejí, vzhledem k délce programu, tréninkovým bydlením. Není důležité, zda program ukončily úspěšně. Výzkumné šetření se netýkalo osob po poranění páteře.

Konkrétní klienty mi doporučily vedoucí organizací, které poskytují TB. Vedoucí nejdříve samy kontaktovaly klienty a zjišťovaly, zda by měli zájem o účast ve výzkumném šetření. Jednu klientku jsem oslovila sama, protože jsem ji znala již z dřívější doby.

Díky specifickým kritériím týkajících se výběru klientů pro toto výzkumné šetření, bylo velké množství klientů, kteří prošli tréninkovým bydlením, eliminováno. Zůstalo jen malé procento klientů, kteří jsou vhodní pro výzkumné šetření pro potřeby této práce.

7.4 Technika sběru dat

Při získávání dat bylo použito několik technik výzkumného šetření. Jedná se o tyto techniky:

- kvalitativní dotazování (rozhovor pomocí návodu)
- studium dokumentů

Kvalitativní dotazování

Pro získání potřebných informací byly použity metody kvalitativního dotazování. Dle Hendla byla použita metoda rozhovoru pomocí návodu. „*Návod k rozhovoru představuje seznam otázek nebo témat, jež je nutné v rámci interview probrat*“. Návod má zajistit, že se dostane na všechna témata, která jsou pro tazatele důležitá. Zároveň je však možné formulovat otázky volně a není třeba dodržovat přesné schéma otázek. Tazatel tak může reagovat přirozeně podle dané situace a nemusí se striktně držet předepsaného pořadí (HENDL, 2005, s. 174).

Před samotným rozhovorem jsem účastnice výzkumného šetření seznámila s cíly a výzkumnými otázkami. Představila jsem jim informovaný souhlas a souhlas s nahráváním rozhovoru. Upozornila jsem je, aby se neváhaly na cokoli zeptat, pokud by je něco zajímalo nebo něčemu nerozuměly.

Subjektivní hodnocení průběhu dotazování

Klientky, se kterými jsem měla možnost hovořit o programu TB, byly velice ochotné a vstřícné při poskytování rozhovoru. Rozhovor byl po vzájemné dohodě (informovaný souhlas) nahráván na diktafon. Pouze s jednou klientkou jsem se dohodla, že nebudeme rozhovor nahrávat. Nahrávání neprobíhalo z důvodu přirozenější formy rozhovoru. Ostatní s nahrávkou souhlasily.

Paní K. L. byla velice milá, ochotná a hlavně otevřená, což bylo velice příjemné. I přes velký věkový rozdíl byl celý rozhovor velice příjemný. Paní K. není typickým klientem tréninkového programu v souvislosti s procesem osamostatňování se, proto jsem byla před rozhovorem sama zvědavá, co zjistím. Informace mi podávala klidnou a přijatelnou formou, takže většinou nebylo třeba používat sondážní otázky¹³. Rozhovor nebyl křečovitý, naopak příjemně plynul.

Se slečnou R. S. jsem se setkala jako s jedinou v kavárně. Ostatní klientky mě pozvaly do svého bytu. Setkání v kavárně mě z počátku trochu zneklidnilo, protože jsem měla strach, abychom se dobře slyšely a aby byl rozhovor přirozený. Setkání probíhalo příjemně. Slečna mi ochotně odpovídala na kladené otázky. I přesto, že jsme si byly věkem blíže než s paní K. L., tak jsme příliš neodbíhaly od připravených otázek. Setkání však hodnotím velice kladně, protože slečna mi otevřeně a bez bázně odpověděla na všechny otázky. Po rozhovoru jsme si ještě chvíli povídaly o jejich zájmech.

Setkání se slečnou V. K. probíhalo v jejím současném bytě, ve kterém bydlí sama. Vzhledem k tomu, že jako jediná ukončila program tréninkového bytu, tak rozhovor trval delší dobu. Slečna V. byla velice milá, ochotná a trpělivá. Bez problémů odpovídala na mé dotazy. Nebylo třeba držet se příliš připravených otázek, protože rozhovor volně plynul. V. hovořila sama i o tématech, na které jsem se zatím neptala. Nebyl důvod ji přerušovat, proto jsem se k chybějícím otázkám vrátila později. Měla jsem velkou radost, z jejího samostatného bydlení, protože bylo vidět, že jí velice prospívá. Vzhledem k tomu, že se již delší dobu známe, mohla jsem to objektivně posoudit.

Ze všech tří setkání jsem odcházela pozitivně naladěná a s dostatkem informací. Byla jsem ráda, že jsem se mohla se všemi třemi seznámit a pohovořit si s nimi. Velice si jich vážím a obdivuji, že v sobě našly dostatek odvahy, aby se pustily do náročné cesty za osamostatněním se, a za získáním vlastního samostatného bydlení.

¹³ Sondážní otázky slouží pro doplnění či prohloubení odpovědi (HENDL, 2005).

Studium dokumentů

Studium dokumentů probíhalo v Centru Slunečnice i v domě Fatima. Jednalo se o interní dokumenty organizace, mapující kontakt s klientem od prvního setkání až po odchod z tréninkového programu. Konkrétně jsem pracovala s těmito dokumenty:

Dům Fatima:

- Vstupní dotazník
- Smlouva o poskytnutí služby pobytové soc. rehabilitace dle zákona č. 108/2006 o soc. službách
- Smlouva o poskytování osobní asistence + přílohy
 - o dohoda o konkrétním způsobu poskytování asistence
 - o pravidla platná pro asistenty
- Doporučení k žádosti o pronájem bytu (viz. kazuistika č. 1)
- Jednotlivé zápisy z jednání klienta a klíčového pracovníka
- Zápis ze zhodnocení pobytu se zaměřením na posledních 6 měsících

Centrum Slunečnice

- Vstupní dotazník
- Vyjádření lékaře o zdravotním stavu
- Smlouva o poskytnutí služby chráněného bydlení dle zákona č. 108/2006 o soc. službách
- Průběžné zápisy a hodnocení plnění stanovených cílů
- Výstupní hodnocení

Výstupy získané při studiu dokumentů jsou detailněji popsány v kapitole 6.2.3 a 6.3.3.

7.5 Kazuistiky

Tréninkové bydlení absolvovalo pouze malé množství klientů (dle kritérií výzkumného vzorku), proto se z důvodů zachování anonymity kazuistika věnuje období před vstupem do TB pouze stručně a v přímé souvislosti

s procesem osamostatňování se. Některé údaje v kazuistických rozhovorech byly z důvodu zachování anonymity změněny.

7.5.1 Kazuistika č. 1

1 Základní údaje

Paní K. L. je již v důchodovém věku. Paní žije s tělesným postižením s diagnózou svalové dystrofie. V současné době bydlí v pronajatém plně bezbariérovém bytě. Pro získání bytu byl důležitý Dům Fatima – centrum pro tělesně postižené, jedno ze středisek Arcidiecézní charity Praha. V domě Fatima klientka absolvovala program tréninkového bydlení. Paní K. L. není typickým klientem programu tréninkového bydlení a už vůbec ne v souvislosti s procesem osamostatňování se (již díky svému věku). Osamostatňování u ní sice probíhalo, ale na úplně jiné úrovni.

2 Celková sociální situace v kontextu pobytu v tréninkovém bytě

Paní K. L. bydlela před pobytem v tréninkovém bytě několik desítek let v malém městě. Bohužel zde neměla bezbariérově upravený byt, který je pro pohyb na vozíků klíčový. Při rozhovoru zdůraznila, že ji tento fakt velice negativně ovlivňoval v každodenním životě. Nemohla se plnohodnotně pohybovat a fungovat ve své tehdejší domácnosti. V domě byl výtah, takže alespoň nebyla úplně odříznuta od společenského života. Z dlouhodobého hlediska (kvůli zdravotnímu stavu) to však nebylo optimální řešení.

Právě kvůli zhoršenému zdravotnímu stavu byla paní K. L. hospitalizována ve zdravotnickém zařízení. Díky souhře mnoha osobních důvodů se rozhodla byt prodat. Po skončení hospitalizace rovnou odešla do Domu Fatima, kde zahájila využívání služby sociální rehabilitace.

Dům Fatima je plně bezbariérový, tudíž zde mohla plně trénovat pohyb v bezbariérovém prostředí. Vzhledem k tomu, že paní bydlela několik let sama, tak již dovednosti nutné pro samostatné bydlení (péče o sebe a svou domácnost) ovládala. V tomto spočívá hlavní rozdíl oproti ostatním klientům tréninkového bytu, kteří tyto dovednosti neovládají a v TB se je učí. Tréninkové bydlení u ní proto neprobíhalo v pravém slova smyslu, jako u

mladších klientů, kteří odcházejí od rodičů a touží po svém prvním samostatném bydlení

Paní K. L. měla od počátku pobytu jasně definovaný hlavní cíl nácvičku a to hledání bezbariérového bytu. Po dobu hledání zatím trénovala orientaci v bezbariérovém prostředí, které do té doby neznala. Paní je hodně soběstačná, osobní asistenci téměř nevyužívá a to také z finanční náročnosti. V průběhu pobytu v hlavní budově domu Fatima intenzivně pracovala na hledání nového bezbariérového bytu. Paní sepisovala žádosti a další nutné dokumenty pro získání bytu a sama si vše zařizovala na příslušných úřadech (někdy za pomoci asistenta). Sama se musela informovat o vývoji žádosti a následně podstupovat příslušné kroky. Vedení domu Fatima jí napsalo doporučení, ve kterém potvrdili její soběstačnost a samostatnost, což také přispělo ke kladnému rozhodnutí úřadů. Když už bylo jisté, že paní K. byt dostane, začalo se jednat o přesunu do TB domu Fatima.

Tréninkový byt se nachází také v areálu Domu Fatima, ale je odloučen od hlavní budovy. Byt simuluje běžnou bezbariérovou domácnost. Paní K. L. si TB velmi pochvalovala, protože zde mohla naplno trénovat orientaci v bezbariérovém prostředí. Klíčový byl hlavně velký prostor, díky němuž se mohla v celém bytě bezproblémově pohybovat na vozíku. Dále mohla trénovat například vaření, protože měla sníženou pracovní desku a volný prostor pro zajištění vozíku pod desku, aby se mohla dobře dostat ke sporáku. TB je plně vybavené, ale klienti si mohou po dohodě s personálem byt dovybavit podle vlastního uvážení. Paní K. L. si také pořídila některé věci, které jí pobyt v TB zpříjemnily. Dále si nechala byt vymalovat. Bylo to pro ni důležité. Personál domu Fatima je za takové jednání rád. Podporuje své klienty v zušlechťování pokojů v hlavní budově a následně i v TB. V tomto ohledu se nemusel personál příliš angažovat, protože to paní K. L. zvládala sama a hlavně z vlastní iniciativy.

Na začátku v TB vzpomíná paní K. L. se smíšenými pocity. Bylo vidět, že ji vzpomínání rozrušilo. Bylo to tehdy pro ni velice těžké období, plné mnoha změn a nejistoty. Na druhou stranu pobyt bere jako velice prospěšný pro její současný život. Velmi kladně hodnotila zaměstnance, protože ji v začátcích velmi podpořili, zejména emocionálně, což v tu dobu potřebovala. O zaměstnancích mluvila s velkou vděčností, respektem a obdivem zároveň.

Velkým zlomem, který nastal s přesunem do tréninkového bytu, byla podpora jejího soukromí. Paní K. L. je velice společenský člověk, který má však rád svůj klid. Pro svůj život potřebuje možnost svobodného rozhodování. Když byla v TB, mohla si již sama plně korigovat svůj společenský život. Pokud se chtěla sejít s ostatními klienty, trávila s nimi čas ve společenské místnosti v hlavní budově.

Po ukončení pobytu ve cvičném bytě začala paní bydlet v pronajatém bezbariérovém bytě. Zde má vše vyřešené, tak jak potřebuje. Kuchyň jí byla vyrobena na míru. Na balkóně si zařídila menší zahrádku, kde pěstuje bylinky a trochu zeleniny. Sem také chodí odpočívat. S bydlením je nanejvýš spokojená. Bylo vidět, že se v bytě orientuje bez sebemenších problémů. Jediným problémem jsou hlavní dveře do domu, které jdou špatně otvírat. O tom však bude jednat se správcem domu.

Co se týká mezilidských vztahů, paní K. L. nemá mnoho příbuzných. Intenzivně se schází s jedním sourozencem, se kterým má výborné vztahy. Sourozenec paní velmi pomáhá a ona je za to velice vděčná. Dále má dvě děti. Jedno z dětí nejeví o kontakt příliš zájem. S druhým má dobré vztahy. S okolím má také dobré vztahy. Jak sama řekla, má velice ráda návštěvy avšak ideálně ve své režii. Nemusí je mít každý den, opět se zde projevila její touha po svobodném a nezávislém rozhodování, na které má plné právo. Pobyt v TB její vztahy prý příliš nezměnil. Změna ve vztazích se u paní K. L. příliš neočekávala, protože již dříve bydlela sama a tato situace pro ni nebyla neznámá. Mám však pocit, že pobyt přispěl k jejímu lepšímu psychickému zdraví. Několikrát také zdůrazňovala radost z dobrého vztahu a podpory sourozence.

Paní K. L. je velice příjemná a společenská. Bylo vidět, že je opravdu šťastná a spokojená ve svém bytě, i přes zhoršující se zdravotní stav, který ji začíná v některých ohledech limitovat.

V současné době paní nepracuje, protože jí byl ukončen pracovní poměr ze strany zaměstnavatele. Má však své plány, které se týkají vlastního podnikání. Bydlení jí také vyhovuje, takže v nejbližší době neplánuje žádné změny. S domem Fatima je i nadále v kontaktu a ráda se účastní jejich akcí. Na dům Fatima i na jeho personál vzpomíná jen v tom nejlepším a je jim vděčná za vše co pro ni udělali.

3 Shrnutí informací

Díky získaným informacím, mohu potvrdit, že u paní K. L. došlo v přímém důsledku pobytu v TB k osamostatnění se. Jednalo se o osamostatnění se ve smyslu plnohodnotné možnosti žít tak, jak vzhledem ke svému typu zdravotního postižení potřebuje, tj. v bezbariérovém prostředí. Nelze hovořit o klasickém případě osamostatňování se, jako je tomu u mladých lidí, kteří odchází z primární rodiny a vše se učí od počátku. Paní K. L. všechny dovednosti péče o sebe a svou domácnost zvládala i před tréninkovým bydlením. I přesto pobyt hodnotí jako velmi přínosný pro její tehdejší, ale hlavně současný život.

7.5.2 Kazuistika č. 2

1 Základní údaje

Slečně R. S. je 29 let. Od narození trpí DMO, sekundární epilepsií a dalšími zdravotními obtížemi. V současné době žije střídavě u rodičů a v TB (chráněné bydlení).

2 Celková sociální situace v kontextu pobytu v tréninkovém bytě

Slečna R. S. se mi zmínila, že v současné době pracuje jako asistentka účetní v malé firmě. Je tam příjemné prostředí a cítí se tam dobře. Je ráda, že si může pomalu zajišťovat ekonomickou nezávislost.

V současnosti má za sebou druhý tréninkový cyklus tréninkového bytu Centra Slunečnice. O centru Slunečnice ji informovala její maminka, která na něj náhodou narazila. Rozhodla se, že je to pro ni velká příležitost a proto vstoupila do programu TB. O vstupu do podobného programu uvažovala již delší dobu a dokonce i nějaký, za pomoci terapeuta pro podporované zaměstnání, hledala. Bohužel nakonec nenarazila na žádný vhodný konkrétně pro ni. Nebyl tedy důvod proč do jejich programu nevstoupit. Má pocit, že od vstupu do TB s ní začínají lidé jednat dospěleji. Její okolí ji hodně podporuje. Slečna R. má přítele, který ji ve vstupu do TB maximálně podpořil. Velmi ji chválil a konstatoval, že obdivuje odvalu, se kterou vstoupila do programu. Na vstup do TB dostala samé pozitivní ohlasy, o negativních neví. O samostatném bydlení uvažuje. Jejím snem je bydlet s přítelem, ale protože jsou oba

handicapování, tak to zatím nevidí příliš reálně. Ale pracuje na tom, právě tím, že vstoupila do TB. O osamostatnění začala přemýšlet asi před rokem a půl. Motivací jí bylo naučit se samostatně existovat, nebýt závislá na mámě. Matka se vstupem souhlasila a velmi ji podpořila. Odloučení jim vzájemně prospělo, protože měly neshody a někdy toho na obě bylo příliš. Takže TB přišlo v pravou chvíli.

Slečna R. asistentské služby nevyužívá. Vše si zařídí sama. Asistenta vyhledá pouze výjimečně, pokud si není něčím jistá. V TB Centra Slunečnice je asistent přítomen vždy, když je tam klient. Klientům pomáhá, podporuje je a kontroluje je v činnostech, ve kterých je to třeba. Začátky v TB byly těžké, protože pro ni bylo všechno nové, musela se vše učit od začátku. Maminka jí tehdy poradila, aby hodně využívala služby asistentů a potom postupně ubírala podle potřeby. Díky tomu zjistila, zda a v jaké rozsahu bude asistenci využívat. Po rodině se jí nestýskalo, byla ráda, že může být sama. Navíc to prý pro ni byla větší motivací, než když jí doma někdo řekne, aby si uklidila. Doma se cítila jako puberták, i když jím už dávno není. S mámou je v kontaktu po telefonu téměř každý den.

Jako hlavní cíl si pro začátek stanovila vaření. Naučila se pracovat s elektrickým sporákem. Doma mají plynový a to je rozdíl. Rodiče jí však slíbili, že koupí nástavnou elektrickou desku, aby mohla vařit i doma. Vaření jí velmi baví, už se naučila hodně receptů. Cíl se jí dařilo plnit. Jako nejtěžší oblast nácviku vidí asi zacházení s financemi. Na tom zatím nepracuje, ale plánuje to do budoucna jako další oblast nácviku. Nyní se zaměřuje pouze na vaření a běžné domácí činnosti. Nejobtížnější časový úsek si zatím neuvědomuje, zřejmě kvůli krátké době strávené v TB. Jen jednou se jí stalo, že musela v souvislosti s vyřízením pochůzek na úřadech složitě cestovat po Praze. Tato situace nesouvisela s TB, ale vzpomíná na to, protože to bylo v období, kdy již v TB byla. Bylo to pro ni velmi náročné, protože si musela vše zaříditi sama. Tenkrát si sebou vzala asistenta a obcházela s ním úřady. Neříkala si, že by ukončila TB, ale bylo to pro ni náročné, protože takovou situaci do té doby neznala. Při pauze mezi tréninkovými cykly neměla problém navázat, kde přestala. Vařit doma nemohla, protože nemají zmíněný nástavec na sporák. Kdyby ho měli, tak by ji maminka vařit nechala. R. její podporu cítí.

I přesto, že je na počátku pobytu, pocítuje změnu v sobě samé. Má pocit, že je samostatnější, dokáže samostatněji vystupovat (viz předchozí situace, která byla náročná, ale zvládla ji). Sama se mi zmínila, že se učí kvalitně hospodařit se svým volným časem. Je za svůj volný čas zodpovědná sama a nese případná rizika. Je ráda, že ji někdo neustále nekontroluje. S přístupem lidí v TB je maximálně spokojená. S asistenty se dá vyjít jako s kamarády, nejsou to autoritativní terapeuti, dokážou jí přátelsky poradit. V TB zatím neměla žádné konflikty. Jednalo se spíše o neshody a nedorozumění. Ze začátku si po sobě neumývala nádobí, v TB není myčka (zřejmě na ni byla z domova zvyklá). Museli se tedy s asistentem domluvit a ujasnit si to. Ona si řekla, že se k mytí musí přinutit a vše bylo v pořádku.

Účast v TB bere jako prospěšnou pro svou budoucnost. Myslí si, že pobyt v TB určitě podpoří její osamostatnění se a že půjde následně bydlet do vlastního bytu. Co se týká mezilidských vztahů, tak s rodinou a přáteli vychází vcelku dobře. Změny ve vztazích zatím výrazněji nepocítuje, protože je na začátku procesu. Má pocit, že s ní lidé začínají konečně jednat jako s mladou ženou. Jako cíle do dalších cyklů v TB si pravděpodobně stanoví manipulaci s financemi, obsluhu domácích spotřebičů (pračka, atd.), zašívání, klasické domácí činnosti. Zatím tyto úkony dělá spíše s pomocí asistenta.

Po ukončení pobytu v TB by ráda bydlela sama či s přítelem, pokud jejich vztah vydrží a pokud by se chtěl také osamostatnit. Zatím je to však spíše přání než plán. Je limitována tím, že nemá ukončený pobyt v tréninkovém bytě. Zatím nedokáže říct, jestli půjde hned po ukončení TB do vlastního bytu. Je to příliš vzdálené. Rodinný život neřeší, protože je to ještě vzdálenější cíl než samostatné bydlení.

3 Shrnutí

Slečna R. S. je velice motivovaná pro dokončení TB. Myslím si, že není důvod, proč by pobyt nedokončila. Naopak mám pocit, že je podporovaná i svým okolím a zejména přítelem, který na ni má velký vliv. Zřejmě spolu mají velmi hezký vztah. Jako velmi důležitou hodnotím podporu od její maminky, která ji dovolí získané dovednosti v pauze mezi tréninkovými cykly upevňovat. Bylo by zajímavé být se slečnou R. dál v kontaktu a mít možnost mapovat i nadále její pobyt v TB.

7.5.3 Kazuistika č. 3

1 Základní údaje

Slečně V. K. je 27 let. Má tělesné postižení, diagnózu DMO a žije na invalidním vozíku. V současné době bydlí sama v pronajatém bytě. Než získala vlastní byt, tak byla zhruba dva roky v programu tréninkového bydlení, který pořádalo Centrum Slunečnice.

2 Celková sociální situace v kontextu pobytu v tréninkovém bytě

Slečna V. pochází z malé vesnice. Později se přestěhovala s rodiči do většího města. Zde úspěšně absolvovala střední odbornou školu a nastoupila na VŠ. Nyní bydlí ve vlastním, resp. pronajatém bytě, do kterého vstoupila po pobytu v tréninkovém bytě, který trval dva roky. Před pobytém v TB bydlela s matkou. Po dobu dvou let se tedy prolínalo bydlení doma s pobytém v TB. Tréninkové bydlení centra Slunečnice totiž probíhá v tzv. tréninkových cyklech.

Zhruba od 15 let toužila po tom být samostatnější, bez trvalého dohledu nějakého dospělého. Toužila po větší svobodě. O opravdovém osamostatnění se a odchodu od matky začala reálně přemýšlet cca ve 21 letech. Poté přišla možnost vstoupit do programu TB, to byl spouštěč, pro potenciální osamostatnění. Hlavní motivací pro vstup do TB bylo to, že nechtěla být doma. Chtěla být ve svém vlastním prostoru a měla pocit, že dokud v něm nebude, tak nemůže začít opravdu žít. Měla pocit, že je neustále pod něčí kontrolou. TB byla příležitost, kterou nemohla odmítnout.

Vždy měla pevnější vztahy s mamkou. S ostatními rodinnými příslušníky zejména ze strany otce nejsou vztahy příliš stabilní, snaží se k sobě najít cestu. Matku má velice ráda a mají spolu přátelský vztah, ale i přesto komplikovaný. Co se týká ohlasů na TB, konzultovala to zejména s tetou a bratrancem, kteří ji podpořili, aby to zkusila, ale podle ní příliš nevěřili, že to dokáže. Sama si nebyla jistá, zda to zvládne, ale brala to jako příležitost zjistit, zda by to reálně šlo. Což se jí potvrdilo. Zatím jako jediná program dokončila. Její matka měla od počátku k TB určitou nedůvěru. Po třech týdnech trvání programu, začala být matka velmi nejistá. Připadalo jí, že personál TB V. příliš ovlivňuje a velmi rychle ji směřuje k tomu, aby byla samostatná. Podle slečny

V. dostala strach, že je ohrožena její mateřská autorita, což nebyla. Opět se u matky objevily úvahy o prospěšnosti TB. Chtěla V. nasměřovat k tomu, aby se nakonec stejně vrátila domů. Později mamce vysvětlila, že odchodem z domova ji neztratí, naopak by to mohlo vzájemným vztahům. Z počátku TB nefungovalo o víkendech. Na víkendy se tedy V. vracela zpět k matce. Ta jí pokaždé upozorňovala, že pokud to nebude v TB fungovat, tak se může vrátit domů. V. si myslí, že si mamka uvědomila realnost jejího osamostatnění až se vstupem do TB. Do té doby brala situaci jako možnost odpočinku a nabrání nových sil. Matka určitě cítila strach a nejistotu z budoucnosti. V. po dobu celého pobytu velmi intenzivně vnímala svojí matku a její názory. Někdy si říkala, zda by nebylo lepší vrátit se domů. Od vstupu do TB ji nikdo neodrazoval.

V. hodně využívá asistentské služby. V současné době má 5 asistentů denně. Před TB využívala asistenci jen na doprovody, všechno ostatní (koupání, oblékání, svlékání, WC atd.) zajišťovala mamka.

Při prvním vstupu do TB váhala, zda udělala dobře. Hned druhý den se hodně pohádala s asistentem, naštěstí se vše vyjasnilo. Měla problém s tím, že po ní někdo ihned něco vyžadoval. Chvilí trvalo než se V. zvykla na způsob práce asistentů tréninkového bydlení. Asistenti se pracovali na směny. Ranní se vždy zeptal, jaké má na dnešek plány. Z počátku nebyla schopná naplánovat si denní činnosti. Postupně se to zlepšovalo, protože na tom aktivně pracovali. Po domově se jí nestýskalo. První týdny v TB měla obrovské problémy s dodržováním času odchodů a příchodů, což přerostlo až do konfliktu s personálem. Ze začátku v TB trvali na striktním dodržování časových pravidel. Později se již cítila v TB velmi bezpečně a ráda se tam vracela. Po 3-4 měsících se cítila v TB opravdu dobře a domů se jí téměř nechtělo. Naopak na konci programu (cca 3 měsíce před koncem) již cítila potřebu po vlastním prostoru. Zatím však nemohla odejít do vlastního bytu.

Všechny stanovené cíle šly k tomu, aby zjistila, zda je její samostatné bydlení reálné. Měla problém s vytvářením individuální plánů. Soustavně propadala zoufalství, že se nic nesplní. Nakonec se splnilo všechno ve chvíli, kdy začala věřit, že se to dá splnit. Dlouho měla pocit, že jde o povinnost, až později pochopila, že to všechno dělá pro sebe. Jednou z oblastí nácviku bylo i zacházení s financemi. Učila se praktické věci (např. vyplnění složenky).

Získání určité finanční gramotnosti bylo významnou složkou nácviku. Dále se učila komunikovat s úřady. Pomocí tréninku se zlepšil její přístup, ale stále má obavy z komunikace s úřady. Dnes se jí však už nevyhýbá. Prvním trénink na úřadu byl nepříjemný, protože úřednice komunikovala s její asistentkou místo s ní. Při dalších setkáních si už vše vyřizovala sama, bez přítomnosti asistentky. Nejméně oblíbenou činností v TB bylo pro V. vaření. Naštěstí bylo každodenní součástí dne naplánovat si, co a kdy se bude připravovat k jídlu. Neměla problém s tím, že by ji nacvičované činnosti nebavily. Nevybavuje si činnost, kterou by během programu vyloženě nechtěla dělat.

V průběhu prvního roku začali klienti zůstat v TB i o víkendech. To pro ně bylo příjemné, protože to nebylo klasické tréninkové bydlení. Zaměřovali se na volnočasové aktivity. Najednou zjistili, že plně ovládají nácvikové činnosti, ale nevěděli jak trávit volný čas. O víkendech chodili např. do kina, divadla, na procházky, atd. Jednou musela V. sama objednat lístky do kina.

Slečna V. měla velký problém se sebevědomím, věci často vzdávala před dokončením. TB v ní vybuďovalo pocit, že dokáže uspět, jen to nesmí vzdávat. Nevadí, že se špatně vyjádří nebo udělá chybu, protože se z každé situace poučí. Navodili v ní pocit, že dokáže vyřešit vše, co potřebuje. Nyní se cítí sebevědomější než dříve a to díky pobytu v TB. Hodně trénovala i mezilidské vztahy, hlavně komunikaci s lidmi a umění prosadit se.

V průběhu dvouletého pobytu v TB chtěla zhruba čtyřikrát reálně skončit a odejít. Měla pocit, že už to všechno nezvládá. To se odehrávalo až ve druhém roce pobytu. Tyto pocity očekávala. V. by raději absolvovala TB v jednom celku než v tréninkových cyklech. Tréninkové cykly jsou prospěšné díky možnosti upevňovat průběžně získané dovednosti i ve svém současném prostředí, tj. u rodičů. Ona možnost upevňování neměla a to z důvodu nevhodnosti prostředí (bariérovost) a hlavně její mamka ji k ničemu příliš nepouštěla. Zlepšilo se to až na konci TB, cca poslední 2-3 měsíce.

Změny u sebe vidí rozhodně v komunikaci. Uvědomuje si, že se jí zvýšilo sebevědomí. Poznala také sebe samu a svoji cenu. Díky TB a jejich časovému nácviku se opravdu stala spolehlivější, protože na tom hodně pracovali. Čas pro ni začal být důležitý a chtěla i po svých asistentech, aby byli přesní a dochvilní. Dřív jí bylo jedno, kdy asistent přišel, hlavně, že dorazil. Ke

změnám došlo i ve využívání asistenčních služeb. Ty využívá více, ale je to proto, aby den proběhl bez problémů. Asistenti jsou její prodloužené ruce, vědí, co mají a nemají dělat. Naučila se je přesně a nekompromisně koordinovat a je ráda, že je má.

Z TB odcházela maximálně nadšená. V průběhu TB podala žádost o byt. Byt získala později. Věděla, že doma nechce zůstat moc dlouho, proto byla velice motivovaná ve hledání vlastního bydlení. Měla obavy, že si neuchová entusiasmus, se kterým odešla z TB nebo že podlehne matce a zůstane u ní. Také měla strach, že zapomene, co se naučila, když to nebude moci uplatňovat. S koncem TB nastalo zvláštní období. Vše se pomalu vracelo ke stereotypu před TB. Získání bytu přišlo v pravý čas. V. měla radost a její mámě se vrátily rozporuplné emoce. Období před stěhováním do nového bytu bylo velmi náročné. Matka měla znovu strach, že ztrácí kontrolu nad situací a že o dceru přijde. Bylo těžké matku přesvědčit, že to tak nebude. V. se sama musela srovnat se změnami a zvyknout si na jiný životní styl. To bylo komplikované hlavně po fyziologické stránce, protože prvních 14 dní ji tělo příliš neposlouchalo (nevolnosti, horečka, atd.). Byla to asi reakce vědomí na to, že tady nikdo není, když ho potřebuje. To bylo asi náročné na psychiku. Po 14 dnech se zdravotní stav zklidnil. Mamce trvalo cca 4 týdny, než se srovnala s tím, že její dcera už opravdu bydlí sama. Teď už je všechno skvělé. Ve chvílích, kdy potřebuje pomoci, tak jí s tím mamka pomůže. Jinak jí do ničeho nezasahuje. V. má radost, že si mamka může konečně užívat vlastního života. Konstatovala, že zatím vše funguje, jak má a opravdu jí to takhle vyhovuje.

Slečna V. K. stále čerpá ze zkušeností z TB¹⁴. TB ji naučilo přemýšlet o věcech jiným způsobem. Bez TB by bylo osamostatnění mnohem těžší a došlo by k němu určitě později. Rozhodně by nebyla na samostatné bydlení připravená. V TB se naučila dovednosti péče o sebe a svou domácnost a také jak má řešit nečekané situace. Dále řízení asistenta, což považuje za nejvýznamnější pokrok. Co může, udělá si sama. Jinak kooperuje s asistentem, protože je to rychlejší a lépe udělané (např. úklid).

Během programu rozhodně získala dostatek dovedností pro samostatný život. Myslí si, že zapracovali na všech složkách. Nemá pocit, že by ji na něco

¹⁴ Např.: doma se jí stalo, že si zabouchla klíče. Hned si vzpomněla na trénink havarijních situací v TB. Přehrála si v hlavě nácvik a věděla co má dělat.

nepřipravili. Vždycky si vybaví, to co bylo na dveřích v TB (zhasnout, zamknout, vypnout topení,...). V TB ji naučili důležitý přístup k životu a to, že se dá vyřešit všechno, ale s chladnou hlavou! Za příležitost být v programu TB je moc vděčná. V. chápe, že rodiče na takový nácvik nemají čas, jsou v jiné pozici. TB je podle ní velmi významný projekt, protože se našel někdo, kdo chtěl dokázat, že handicapovaný člověk, ať již jsou jeho motivace pro osamostatnění jakékoliv, to může zvládnout. Podle V. je program jedinečný.

V blízké budoucnosti se jí rýsuje zaměstnání, za což je velice ráda, protože vždy chtěla pracovat. Také jí to finančně pomůže. Jinak by chtěla dělat běžné věci jako chodit do práce, založit rodinu a stát se matkou.

3 Shrnutí

U slečny V. K. mohu konstatovat 100% úspěšnost tréninkového programu. Došlo u ní po ukončení TB k téměř okamžitému přesunu do vlastního bytu. Ve vlastním bytě žije již několik měsíců a je velmi spokojená. Dovednosti, které se naučila v TB, každý den využívá. Velice si váží příležitosti, která se jí dostala. Splnil se jí sen o vlastním bydlení.

7.6 Interpretace

Na základě výše uvedených kazuistik můžeme objektivně stanovit, zda byly zodpovězeny výzkumné otázky. Vzhledem k tomu, že dívka z kazuistiky č. 2 zatím nedokončila pobyt v TB, tak získané informace nejsou příliš validní.

Otázka č. 1: Došlo u osob se zdravotním postižením díky účasti v programu tréninkového bydlení k osamostatnění se, resp. odchodu do vlastního pronajatého bytu?

U kazuistik č. 1 a 3 opravdu došlo v přímém důsledku pobytu v TB k osamostatnění se a odchodu do vlastního, resp. pronajatého bytu. Obě klientky navíc odešly v brzké době po ukončení tréninkového programu do vlastního bytu. Limitovány byly pouze čekáním na přidělení bytu.

Otázka č. 2: Osvojili si klienti dovednosti nutné pro samostatný život?

Kazuistika č. 1 je netypickým případem klientky, která se osamostatňuje. Nelze říci, že by si v TB osvojovala dovednosti nutné pro samostatný život, protože tyto dovednosti již předtím ovládala. Stanovila si jiné cíle pobytu v TB.

U kazuistiky č. 2 toto nelze objektivně hodnotit, protože nedošlo k dokončení programu. Zatím však na získávání dovedností aktivně pracuje.

Dívka z kazuistiky č. 3 sama rezolutně konstatovala, že získala všechny dovednosti, které nutně potřebuje pro samostatné bydlení. Mohla si to v praxi ověřit, protože již několik měsíců žije sama ve vlastním bytě. Má pocit, že prošla všechny oblasti nácviku, které si předsevzala a které opravdu potřebuje.

Otázka č. 3: Změnili se jejich mezilidské (zejména rodinné) vztahy v průběhu pobytu v TB?

U paní K. (kazuistika č. 1) se vztahy v průběhu programu tréninkového bydlení nezměnily. Změna vztahů nebyla očekávaná, protože již dříve bydlela sama ve vlastním bytě. Podle mého názoru se ale určitá změna dostavila ve vztahu s jejím sourozencem. Nabyla jsem dojmu (možná subjektivní pocit), že má v současné době vynikající vztah se sourozencem, který ji často navštěvuje a hodně jí pomáhá. Změna vztahu však asi nemá spojitost s pobytem v TB. Souvislost vidím spíše s přesunem do vlastního bydlení a tím, že paní K. je konečně šťastná a spokojená se svým současným životem.

Klientka z kazuistiky č. 2 zatím nedokončila program TB. Vývoj ve vztazích však může hodnotit i v průběhu programu. Jak sama řekla, ostatní ji nyní berou jako dospěléjší, jako mladou ženu. Zřejmě už samo rozhodnutí o vstupu do TB na její okolí kladně zapůsobilo.

Nejmarkantnější vztahové změny se objevily v kazuistice č. 3. Slečna V. hodně zmiňovala svůj vztah s matkou, který byl zejména před TB velmi komplikovaný. V souvislosti s potencionálním osamostatňováním se začala být její matka nejistá a nebyla příliš nakloněna vstupu do TB. Totéž se opakovalo i při přesunu do vlastního bytu. I přes mnoho hádek a neshod, které provázely celý pobyt v TB, nakonec V. konstatovala, že dnes je jejich vztah velmi dobrý. Vidají se pouze, pokud samy chtějí. Nejsou na sobě vzájemně závislé, resp. V.

již není závislá na své matce, protože má své asistenty. Matky si velmi váží a má radost, že si může i ona konečně užívat svůj život plnohodnotně.

7.7 Diskuse

V České republice se bohužel odborná literatura příliš nezabývá tématem tréninkového bydlení pro osoby se zdravotním postižením, konkrétně s tělesným postižením, proto diskuse na toto téma je v tomto ohledu limitována. Na internetových serverech se sporadicky objevují články, které seznamují veřejnost s činností organizací poskytujících tréninkové bydlení. Odborná literatura jako taková chybí. Bylo by vhodné pohovořit si o programu tréninkového bydlení se skupinou lidí pracujících v pomáhajících profesích. Taková diskuse by byla jistě velmi zajímavá a přínosná. Bylo by vhodné vyslechnout názory osob z různých profesí v tom sektoru, s různým vzděláním a profesními zkušenostmi. Takové diskuse bych se sama ráda zúčastnila.

ZÁVĚR

Práce pojednává o programu tréninkového bydlení v souvislosti s procesem osamostatňování se a o samostatném bydlení osob se zdravotním postižením. Při realizaci výzkumného šetření se mi potvrdilo, že lidé se zdravotním postižením chtějí žít samostatně a nezávisle, popř. za pomoci asistentů, stejně jako běžná populace. Jsou velice motivovaní a mají jasně stanovené cíle. Také se mi potvrdila prospěšnost programu tréninkového bydlení, díky němuž v současné době bydlí ve vlastním bytě dvě z klientek, s nimiž jsem hovořila. Všechny klientky si velice váží, že se mohly zúčastnit tréninkového programu. V textu hovořím o dvou tréninkových bytech. Tréninková bydlení jsou v některých ohledech odlišná, ale hlavní cíle jsou stejné a to, aby klienti bydleli samostatně. Myslím si, že je vhodné učit klienty péči o sebe a svou domácnost. Jako klíčové však považuji nácviky komunikace, jednání při krizových či havarijních situacích a uvědomování si a uplatňování svých práv. Osoby se zdravotním postižením prokazatelně získaly během pobytu v TB větší sebevědomí a tudíž i vyšší schopnost prosazení se. Vzhledem k délce programů mají klienti možnost zapracovat na všech oblastech, které jsou nutné pro to, aby mohli odejít z domova a žít svůj vlastní život.

Bylo by vhodné, aby tréninkové programy byly více finančně podporovány, protože mají dobré výsledky. Je pravděpodobné, že pokud člověk program dokončí, tak i odejde do vlastního bydlení. Je velice důležité podporovat osoby se zdravotním postižením v samostatném a nezávislém životě, protože odchod do vlastního bydlení a samostatný život je určitě důkazem integrace. Pro plnou integraci lidí se zdravotním postižením do běžné společnosti je však potřeba i značná transformace ze strany společnosti. Je nutné uvědomit si, že i když je člověk zdravotně postižený, neznamena to, že musí být nesoběstačný a nemá způsobilost k právním úkonům. Často se stává, že jsou lidem se zdravotním postižením přisuzována i další postižení, která vůbec nemají. Jedná se zejména o mentální postižení. Dalším velkým problémem je komunikace s lidmi se zdravotním postižením, zejména pokud

jsou s nimi jejich asistenti. Sama mohu z vlastní zkušenosti říci, že lidé komunikují často s asistentem místo s člověkem se zdravotním postižením.

Celá práce se zabývá lidmi se zdravotním postižením v procesu osamostatňování se a odchodu do vlastního bydlení. Vzhledem k tomu bylo nutné zaměřit se na mnoho aspektů jejich života. Část práce se věnuje životu lidí se zdravotním postižením a vtahuje čtenáře blíže do problematiky. Cílem bylo zajistit čtenářům komplexní obraz o celé problematice. Považuji za důležité zmínění složek ucelené rehabilitace a také mechanismů podpory osob se zdravotním postižením. Tyto složky jsou totiž klíčové pro to, aby se lidé se zdravotním postižením mohli v budoucnu osamostatnit. Samostatná kapitola se věnuje programu tréninkového bydlení. Během psaní bakalářské práce jsem hlouběji nahlédla do celého konceptu tréninkových bytů. Měla jsem možnost seznámit se s klienty, kteří prošli programem tréninkového bydlení nebo v něm v současné době jsou. Poznala jsem prostory tréninkových bytů a zaměstnance, kteří s klienty pracují. Obezámila jsem se s fungováním tréninkových bytů. Na základě těchto zjištění mohu objektivně doporučit lidem se zdravotním postižením, kteří potenciálně uvažují o samostatném bydlení, vstup do TB. Opět opakuji myšlenku z úvodu tohoto textu, potvrdilo se mi, že vstupem do programu mohou lidé pouze získat - mnoho zkušeností, dovedností a zážitků, které budou důležité pro jejich budoucí život.

SEZNAM LITERATURY

ATANASOVOVÁ, M. *Zóna nejbližšího vývoje a její vliv na samostatnost mladých dospělých s lehkým a středně těžkým mentálním postižením*. Diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita, 2007. 104 s. Vedoucí: PhDr. Iva Burešová, Ph.D.

HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. 776 s. ISBN 80-7178-303-X.

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. 408 s. ISBN 80-7367-040-2.

HOLUB, J. LYER, S. *Stručný etymologický slovník jazyka českého*. Praha: SPN, 1978, s. 318, 453, 518.

JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. 2. dopl. vyd. Praha: Triton, 2006. 173 s. ISBN 80-7254-730-5.

JIRKŮ, H., KYRIÁNOVÁ, A. *Doporučené postupy pro ošetrovatelskou péči o pacienty po poškození míchy*. Praha: Svaz paraplegiků s podporou MZ ČR, 2006. 35 s.

KÁBELE., F aj. *Somatopedie*. Praha: Karolinum, 1993. 242 s. ISBN 80-7066-533-5.

KRAUS, J. aj. *Dětská mozková obrna*. Praha: Grada, 2005. 348 s. ISBN 80-247-1018-8.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2009. 279 s. ISBN 978-80-7367-568-4.

MATOUŠEK, O., KODYMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J. aj. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2005. 352 s. ISBN 80-7367-002-X.

MICHALÍK, J. aj. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál, 2011. 512 s. ISBN 978-80-7367-859-3.

NOVOSAD, L. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním: základy a předpoklady dobré poradenské praxe*. Praha: Portál, 2009. 272 s. ISBN 978-80-7367-509-7.

PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. vyd. Brno: Paido, 2006. 404 s. ISBN 80-7315-120-0.

RENOTIÉROVÁ, M. *Somatopedické minimum*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci- Pedagogická fakulta, 2003. 87 s. ISBN 80-244-0532-6.

RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ L. aj. *Speciální pedagogika*. 4. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci- Pedagogická fakulta, 2006. 313 s. ISBN 80-244-1475-9.

ŘÍČAN, P. *Cesta životem: vývojová psychologie*. 2. přepr. vyd. Praha: Portál, 2006. 390 s. ISBN 80-7367-124-7.

ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. aj. *Dětská klinická psychologie*. 4. přepr. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006. 604 s. ISBN 80-247-1049-8.

SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1733-3.

TOMEŠ, I. *Úvod do teorie a metodologie sociální politiky*. Praha: Portál, 2010. 439 s. ISBN 978-80-7367-680-3.

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie I: dětství a dospívání*. Praha: Karolinum, 2005. 463 s. ISBN 978-80-246-0956-0.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Rozš. a přepr. vyd. Praha: Portál, 2008. 872 s. ISBN 978-80-7367-414-4.

VÁGNEROVÁ, M., HADJ-MOUSSOVÁ, Z., ŠTĚCH, S. *Psychologie handicapu*. 2.vyd. Praha: Karolinum, 1999. 230 s. ISBN 80- 7184- 929-4.

VÁGNEROVÁ, M., STRNADOVÁ, I., KREJČOVÁ, L. *Náročné mateřství- Být matkou postiženého dítěte*. Praha: Karolinum, 2009. 333 s. ISBN 978- 80- 246-1616-2.

VÍTKOVÁ, M. *Somatopedické aspekty*. 2. rozš. a přepr. vyd. Brno: Paidó, 2006. 301 s. ISBN 80-7315-134-0.

VOJTA, V., PETERS, A. *Vojtův princip - Svalové souhry v reflexní lokomoci a motorické ontogenezi*. 3. přepr. vyd. Přel. Denisa Mendelová. Praha: Grada, 2012. 200 s. ISBN 978-80-247-2710-3.

VOTAVA, J. aj. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Karolinum, 2003. 207 s. ISBN 80-246-0708-5.

VYMAZALOVÁ, E., ZEMANOVÁ, E. *Tréninkové bydlení jako faktor transformace pobytových sociálních služeb v domovech pro osoby se zdravotním postižením v kontextu zahraničních zkušeností*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. 53 s. ISBN 978-80-244-2664-8.

INTERNÍ DOKUMENTY

Vstupní dotazník. Interní dokument. Arcidiecézní charita Praha: Dům Fatima – centrum pro tělesně postižené, 2012.

Smlouva o poskytnutí služby pobytové soc. rehabilitace dle zákona č. 108/2006 o soc. službách. Interní dokument. Arcidiecézní charita Praha: Dům Fatima – centrum pro tělesně postižené, 2012.

Smlouva o poskytování osobní asistence. Interní dokument. Arcidiecézní charita Praha: Dům Fatima – centrum pro tělesně postižené, 2012.

Doporučení k žádosti o pronájem bytu. Interní dokument. Arcidiecézní charita Praha: Dům Fatima – centrum pro tělesně postižené, 2012.

Jednotlivé zápisy z jednání klienta a klíčového pracovníka. Interní dokument. Arcidiecézní charita Praha: Dům Fatima – centrum pro tělesně postižené, 2012.

Vstupní dotazník. Interní dokument. Diakonie Církve bratrské - Centrum Slunečnice, 2012.

Vyjádření lékaře o zdravotním stavu. Interní dokument. Diakonie Církve bratrské - Centrum Slunečnice, 2012.

Smlouva o poskytnutí služby chráněného bydlení dle zákona č. 108/2006 o soc. službách. Interní dokument. Diakonie Církve bratrské - Centrum Slunečnice, 2012.

Průběžné zápisy a hodnocení plnění stanovených cílů. Interní dokument. Diakonie Církve bratrské - Centrum Slunečnice, 2012.

Výstupní hodnocení. Interní dokument. Diakonie Církve bratrské - Centrum Slunečnice, 2012.

INTERNETOVÉ ZDROJE

ARCIDIÉCÉZNÍ CHARITA PRAHA. *Dům Fatima- centrum pro tělesně postižené* [online]. ©2012, [cit. 2012-08-28]. Dostupné z <http://praha.charita.cz/sluzby/fatima/dum-fatima/>

CENTRUM SLUNEČNICE. *Základní informace* [online]. ©2012, [cit. 2012-08-03]. Dostupné z <http://www.cb.cz/diakonie/sun/>

CENTRUM SLUNEČNICE. *Chráněné bydlení* [online]. ©2012, [cit. 2012-08-03]. Dostupné z <http://www.cb.cz/diakonie/sun/>

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Výsledky výběrového šetření zdravotně postižených osob za rok 2007* [online]. ©2008, 30-5-2008, [cit. 2012-04-26]. Dostupné z <http://czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/p/3309-08>

DER VEREIN ZUR FORDERUNG DER AUTONOMIE BEHINDERTEN. *Über uns*. [online]. ©2011, [cit. 2012-08-03]. Dostupné z <http://www.fab-kassel.de/wir.html>

DER VEREIN ZUR FORDERUNG DER AUTONOMIE BEHINDERTEN. *Probe- und Übergangswohnung für Menschen mit Behinderung*. [online]. ©2012, [cit. 2012-08-03]. Dostupné z <http://www.fab-kassel.de/uebergangswohnung.html>

HRDÁ, J. *Podruhy osobní asistence* [online]. ©2012, [cit. 2012-08-28]. Dostupné z <http://www.apoa.cz/index.php/o-osobni-asistenci/zakladni-udaje/podruhy-osobni-asistence>

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Zdravotní postižení* [online]. ©2012, [cit. 2012-08-28]. Dostupné z <http://www.mpsv.cz/cs/8>

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Důchodové pojištění* [online]. ©2012, [cit. 2012-08-28]. Dostupné z <http://www.mpsv.cz/cs/3>

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Sociální služby* [online]. ©2012, [cit. 2012-08-28]. Dostupné z <http://www.mpsv.cz/cs/9>

PORTÁL VEŘEJNÉ SPRÁVY. *Zákon č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti* [online]. ©2012, [cit. 2012-08-28]. Dostupné z <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?page=0&idBiblio=58235&fulltext=z~C3~A1kon~20o~20zam~C4~9Bstnanosti&nr=&part=&name=&rpp=15#local-content>

PORTÁL VEŘEJNÉ SPRÁVY. *Zákon č. 2/1993 o vyhlášení Listiny základních práva a svobod jako součásti ústavního pořádku České republiky* [online]. ©2012, [cit. 2012-08-28]. Dostupné z <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?page=0&idBiblio=40453&src=dulezite&rpp=15#local-content>

PORTÁL VEŘEJNÉ SPRÁVY. *Zákon č. 104/1991 Sb. O Úmluvě o právech dítěte* [online]. ©2012, [cit. 2012-08-28]. Dostupné z <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?page=0&idBiblio=39097&fulltext=~C3~BAmluva~20o~20pr~C3~A1vech~20d~C3~ADt~C4~9Bte&nr=&part=&name=&rpp=15#local-content>

PORTÁL VEŘEJNÉ SPRÁVY. *Zákon č. 108/2006 o sociálních službách* [online]. ©2012, [cit. 2012-08-28]. Dostupné z <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=62334&fulltext=108~2F2006&nr=&part=&name=&rpp=15#local-content>

PORTÁL VEŘEJNÉ SPRÁVY. *Vyhláška 147/2011, kterou se mění vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných* [online]. ©2012, [cit. 2012-08-28]. Dostupné z

<http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=74342&fulltext=147~2F2011&nr=&part=&name=&rpp=15#local-content>

PORTÁL VEŘEJNÉ SPRÁVY. Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením [online]. ©2012, [cit. 2012-08-28].

Dostupné

z

<http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=75290&fulltext=&nr=329~2F2011&part=&name=&rpp=15#local-content>

SEZNAM PŘÍLOH

Konkrétní otázky k rozhovoru

IDENTIFIKAČNÍ OTÁZKY

1. Kolik je Vám let?
2. Jaký máte typ zdravotního postižení?

OSOBNÍ ÚDAJE

3. Kde v současné době žijete? (u rodičů, ve vlastním/ pronajatém bytě, ...)
4. Jaké máte vztahy se členy své rodiny a se svými vrstevníky?
5. V současné době studujete, či pracujete?
6. Kdy jste poprvé začala přemýšlet o samostatném životě a odchodu od rodičů?
7. Co Vás motivovalo ke vstupu do TB? Co na toto rozhodnutí říkalo Vaše okolí?
8. Máte svého osobního asistenta, jak spolu vycházíte? V čem je Vám asistent konkrétně nápomocen?

TRÉNINKOVÉ BYDLENÍ

9. Jak jste prožívala začátky v TB?
10. Jaké jste si stanovila oblasti rozvoje (cíle) ? Dařilo se Vám plnit stanovené cíle?
11. Které oblasti nácviku pro Vás byly nejtěžší? Které jste měl/a nejraději a které nejméně?
12. Který časový úsek byl pro vás nejobtížnější? Chtěla jste program někdy předčasně ukončit? Proč?
13. (Pouze klienti Centra Slunečnice) Jak jste prožívala tréninkové cykly? Jak se Vám navazovalo na nácvik po 5 týdnech doma? Měla jste možnost získané dovednosti doma upevňovat (během pauzy v TB) ?

14. Máte pocit, že jste se v průběhu TB změnila? V čem?
15. Nakládáte nyní s osobní asistencí stejně jako před tréninkovým programem nebo ji využíváte méně/více?
16. Pokládáte účast v TB za prospěšnou? V čem nejvíce? Podpořila účast v programu TB vaše osamostatnění? Co přispělo k osamostatnění nejvíce?
17. Změnil pobyt v TB Vaše mezilidské vztahy? Jak?

BUDOUCNOST

18. Myslíte, že jste si osvojila dostatek dovedností (jaké), které budete potřebovat pro samostatné bydlení? Případně, které oblasti byste potřebovala ještě natrénovat? Jaké máte plány do budoucna? (cca 3 let)

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autora/ky: Lucie Jínová

Studijní program: Sociální politika a sociální práce

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

Název práce: Tréninkové bydlení pro osoby se zdravotním postižením

Počet stran (bez příloh): 98

Celkový počet stran příloh: 2

Počet titulů české literatury a pramenů: 27

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 1

Počet internetových odkazů: 16

Vedoucí práce: PhDr. Kateřina Šámalová

Rok dokončení práce: 2012

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

Jméno a příjmení studentky: **Lucie JÍNOVÁ**

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

Název práce: Tréninkové bydlení pro osoby se zdravotním postižením

Vedoucí práce: PhDr. Kateřina Šámalová

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 102

Počet stránek příloh: 2

Počet titulů v seznamu literatury: 28

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

Výběr tématu

Závažnost tématu

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| | 1 | | | |
|--|---|--|--|--|

Oborová příslušnost 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)

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| | | 2 | | |
|--|--|---|--|--|

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| | 1 | | | |
|--|---|--|--|--|

Využití výzkumných empirických metod

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| | | 2 | | |
|--|--|---|--|--|

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 – neprospěl/a

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):

Autorka si pro svoji bakalářskou práci vybrala téma osamostatňování se mladých lidí se zdravotním postižením cestou účasti v tréninkovém bydlení. Zvolené téma považuji za velmi významné, aktuální a oborově příléhavé. Řešení této problematiky má dopad nejen na život konkrétního člověka s postižením, ale logicky na celou společnost, jelikož podporuje aktivní začlenění osob se zdravotním postižením do společnosti.

Kladně hodnotím teoretickou část práce, ve které diplomantka poskytla čtenářům relevantní informace k tématu a současně prokázala jednoznačnou schopnost práce s literárními zdroji, převážně domácími. Na teoretickou část práce plynule navazuje část empirická, kterou autorka staví na kvalitativním výzkumném projektu, jehož cílem je metodou kasuistik postihnout proces osamostatňování se od rodiny u konkrétních osob, které prošly tréninkovým bydlením. Výzkumný projekt je zpracován čistě a přehledně a autorka jeho realizací naplnila cíle, které si v jeho úvodu stanovila.

Opominout a kladně nehodnotit nelze ani studentky aktivní a pokorný přístup ke zpracování zvoleného tématu. Diplomantka pravidelně a pečlivě konzultovala jednotlivé úseky práce a respektovala doporučení vedoucího práce.

Práce splňuje veškeré nároky kladené na bakalářskou práci a jednoznačně ji **doporučuji** k obhajobě.

Doporučení k obhajobě: doporučuji/~~nedoporučuji~~*

Navrhovaná klasifikace: výborně

Datum, podpis: V Praze 28. srpna 2012

PhDr. Kateřina Šámalová

*
nehodící se, škrtněte

**Posudek oponenta diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: Lucie Jínová

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

Název práce: **Tréninkové bydlení pro osoby se zdravotním postižením**

Oponent práce: Mgr. Klecanda Antonín

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 98

Počet stránek příloh: 2

Počet titulů v seznamu literatury: 28 a dále internetové zdroje

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

Výběr tématu

Závažnost tématu

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| | | X | | |
|--|--|---|--|--|

Oborová příslušnost 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 | | |
|--|--|---|--|--|

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospě/a

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | | X | |
|--|--|--|---|--|

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

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | | X | |
|--|--|--|---|--|

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Co je přínosem této práce?

Proč byl zvolen kvalitativní výzkum? Nebyl by např. pro otázku č.2: „Osvojili si klienti dovednosti nutné pro samostatný život?“ lepší výzkum kvantitativní? Zvláště když ze tří klientů jeden odpověděl kladně, druhý záporně a třetí neutrálně.

Co přinesl výzkum autorce samotné?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Na začátku práce autorka výborně vymezuje pojmy a předkládá definice z nejrůznějších zdrojů, ve kterých dobře skloubila citace z oblasti medicíny, psychologie a sociální práce. Tato úvodní část je kvalitní kompilací literatury na dané téma. Je otázkou, zdali tento úvod není zbytečně rozsáhlý (cca 70 stran).

V práci je kvalitní provázanost teorie a praktických zkušeností autorky. Přehled autorky v dané problematice je znát z celé práce, o to je větší škoda, že od výzkumu „utekla“ k převážně teoretické práci.

V praktické části využila autorka studium dokumentů a dotazování. Tuto část práce považuji za velmi slabou. Autorka položila zajímavé otázky, avšak odpovědi na ně dává dohromady ze tří kazuistik. Kazuistiky nejsou špatné, avšak v kombinaci s otázkami, které autorka položila v úvodu, nejdou příliš dohromady.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: 2

Datum, podpis: 12. 9. 2012, Klecanda

