



evropský
sociální
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ,
MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY



OP Vzdělávání
pro konkurenceschopnost

INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

Univerzita Hradec Králové
Ústav sociální práce

Sociální práce s handicapovanými

Mgr. Martina Macková, Ph.D.

Gaudeamus 2014

Recenzovali:

Mgr. Lucie Smutková, Ph.D.

Mgr. Sylva Novotná

Publikace neprošla jazykovou úpravou.

Edice texty k sociální práci

Řada: Vybrané kapitoly z teorií a metod sociální práce – sv. 22

Studijní materiál vznikl za podpory projektu

Inovace studijních programů sociální politika a sociální práce na UHK s ohledem na potřeby trhu práce (CZ.1.07/2.2.00/28.0127), který je spolufinancován Evropským sociálním fondem a státním rozpočtem České republiky.

ISBN 978-80-7435-452-6

Obsah

1	Úvod	5
2	Základní pojmy z oblasti sociální práce s handicapovanými	8
3	Zdravotní postižení a znevýhodnění jako sociální událost. Teorie a modely zdravotního postižení	14
3.1	Pracovní schopnost, pracovní neschopnost, invalidita	14
3.2	Definice a modely zdravotního postižení	16
4	Nástroje sociální politiky a sociální práce k řešení situace osob s postižením	21
4.1	Exkurz o sociální práci	21
4.1.1	Východiska opírající se o vztah člověka a jeho prostředí.....	21
4.1.2	Ekonomizace sociální práce	24
4.2	Exkurz o sociální politice	25
4.2.1	Nástroje sociální politiky.....	25
4.2.2	Sociální pomoc – pilíř soustavy sociální ochrany	32
5	Ústavní péče, její alternativy. Péče o handicapovaného v rodině	39
5.1	Vymezení základních pojmů	39
5.2	Ústav sociální péče	41
5.2.1	Funkce ústavů.....	42
5.2.2	Proces transformace pobytových sociálních služeb – integrace, deinstitucionalizace, humanizace.....	44
5.2.3	Problémové okruhy k diskusi	46
5.3	Péče o handicapovaného v rodině	50
5.3.1	Význam rodiny jako východisko.....	50
5.3.2	Dvě roviny péče.....	52
6	Sociální práce se zdravotně znevýhodněnými – koncepce ucelené rehabilitace, zapojení do vzdělávacího procesu, možnost uplatnění na trhu práce	56
6.1	Základní terminologie	56
6.2	Koncepce ucelené rehabilitace	57
6.3	Proces integrace a inkluze	59
6.4	Sociální práce jako nástroj proti sociálnímu vyloučení	60
6.5	Výchova, vzdělávání a zaměstnanost	62
6.5.1	Oblast výchovy a vzdělávání.....	62
6.5.2	Oblast zaměstnanosti	64
7	Základy speciálního poradenství	68
7.1	Poradenství jako součást systému ucelené rehabilitace	68
7.2	Poradenství a jeho formy	69

7.3	Směry a oblasti v poradenství.....	71
7.4	Cíle poradenské práce.....	73
7.5	Základní úkoly speciálního poradenství	73
8	Závěr.....	75
9	Literatura	76
10	Rejstřík.....	79

1 Úvod

„Tak abychom to vzali od začátku. Helenka trpí Downovým syndromem. Byla to rána, když to lékař rodičům oznámil. Tenkrát se jim zhroutil svět. Ale nevzdali se. Udělali by všechno, aby Helenka vypadala a chovala se jako ostatní normální děti. Na vzhledu, pravda, kromě operace jazyka mnoho změnit nemohli, ale dbali, aby děvčátko bylo vždy vkusně oblečené, hezky učesané a aby nepodlehlo sklonu k tloušťce. Drželi ji tedy na dietě, cvičili s ní gymnastiku a pěstovali sport. Ve zvláštní škole patřila k těm nejlepším. Navíc ji učili ještě doma. A tak se naučila číst, psát a počítat. Na vyšší třídy jí to bohužel nestačilo. Zato přímo zahořela pro ruční práce. Holčička byla vždy přizpůsobivá a pilná, stále připravená dělat rodičům radost. Jedinečně se podařilo naučit ji společenskému chování. Jedna radost ji pozorovat, jak zachází s příborem, jak si nenápadně klade ubrousek na klín a po jídle ho skládá na levou stranu od talíře, jak se představuje, úklonem hlavy zdraví starší lidi nebo jak si zakrývá ústa, když zívá. Kamkoli přišla, dávali ji za vzor jiným dětem, hlavně sourozencům jiných postižených. Vždyť se chová tak vybraně, jako by ani postižená nebyla. Ani není poznat, že má porušené chromozomy.

Přesto se Helenčiny rodiče celá léta neodvažovali trávit dovolenou společně s cizími rodinami. Na prázdniny jezdili pod stan, případně na tábory s podobně postiženými rodinami, nebo si pronajímali švagrovu chalupu v Beskydech. Když bylo Helence dvacet jedna let, řekli si, že už je té schovávačky dost a že nadešel čas otevřít se světu. Ten nápad měli spíš rodiče, ne Helenka. Je natolik inteligentní, že si je svého postižení vědoma. Dostala strach, jestli to zvládne. Ale z lásky k rodičům se podvolila. A tak se ten rok poprvé rozhodli pro čtrnáctidenní dovolenou v lesním penzionu. Nic honosného, jak se psalo v inzerátu, rodinné prostředí, budete se cítit jako doma.

První setkání s ostatními hosty na snídani. Všechny čtyři rohové stoly byly obsazeny. Pan hostinský jim vykázal stůl na středu a ať prý si ze švédského stolu dají, co chtějí. Že je tu bufet, kde se může vším sama obsloužit, Helenku trochu vykolejilo. Začala hlasitě požadovat, aby si podle svého zvyku mohla sednout k prostřenému stolu. Hosté zpozorněli. Začali se ohlížet. Helenku se nicméně podařilo zklidnit a zařadit ji do fronty na bufet mezi maminku a tatínka. Dělalala poslušně všechno podle nich. Sotva přišli s naloženými talíři ke stolu, ozval se hlas pána z rohu. Přivolával na slovíčko hostinského. Ale kdeže na slovíčko. Rozhořčeným hlasem jej volal, aby zjednal pořádek.

„Vážený pane, takhle jsme si to neobjednali. Že tady máme trávit zaslouženou dovolenou s mrzáky, to v prospektu nestálo. Pro oba tu není místo. Buď zmizí ten mrzák, nebo já s rodinou. Ale to nás asi bude víc, jak tak koukám. A pak nám vrátíte zálohu a zaplatíte odškodné.“ Svolné mlčení všech. Jen Helenka a její rodiče ustrnuli. Chvilka trapného ticha. Pan hostinský se vzmožil pouze na „to je mi líto ...“.

„Vezmeme si snídani na pokoj“, rozhodl Helenčin otec. „A pak zmizíme, abyste si, vašnosto, nekazil dovolenou.“

Odjeli. Se zdviženou hlavou. Víceméně. Rodiče více, Helenka méně. Podařilo se jim na zbytek dovolené domluvit švagrovu chalupu. Ale už tam Helenka dostala deprese a nic z pobytu pořádně neměla. Její pracně vydobytá identita se zhroutila. Trosky jejího Já ztuhly strachem. Strachem, že jako postižená je vyvržena z lidské společnosti. Že způsobila rodičům bolest. Vždyť měli radost hlavně tehdy, když vypadala jako nepostižená. Ale to se jí nikdy nepovede. Zklamala je. Zklamala sebe. Přestala se mít ráda. Raději nebýt. Skryje své zoufalství pod peřinu. Třeba se jí podaří umřít.“

„Co zavinilo tuto tragédii? Jednoznačně selhalo vcítění. Pán, který ji v její přítomnosti označil za mrzáka, projevil schopnost vcítění na úrovni vrhače kladiva. Vůbec ho nenapadlo zamyslet se, jaké zranění jeho zákrok zanechá. A to nejen u inteligentních rodičů, ale i u Helenky. Při jeho egoistickém výpadu ho nenapadlo, že Helenka není až tak postižená, aby mu nerozuměla, a že tím u ní vzbuzuje maximální strach. Strach, že zklame rodiče. Strach, že bude jiná, než si rodiče přejí. Nenapadlo ho, že si tím bere nárok udělat svou intolerancí a surovou otevřeností ze tří lidí vyvrhele. Jaká to zaslepující povýšenost! Pýcha blokuje obzory myšlení. Onen pán ani nepomyslel na možnost, že dnes nebo zítra může dostat otřes mozku on sám a že může být stejně tak, ne-li více postižený a odkázaný na milosrdenství jiných. Že se to právě tak může stát jeho vlastnímu dítěti. Takový stav emoční omezenosti se dá nazvat emoční debilitou. Vlastně je ten pán neméně postižen. Jen jinak než Helenka.

Bohužel i vcítění Helenčiných rodičů se dostalo na špatnou kolej. Místo aby jí dali pocítit svou absolutní lásku, dávali jí při každé příležitosti najevo výhrady proti příznakům jejího postižení. Mongoloidní výraz zastírali brýlemi, temeno hlavy prodlužovali krásně načesaným ohonem a elegantní sponou, vystavovali její vyšívané dečky a dbali na brilantní chování. Nejšťastnější byli, když jim někdo řekl, že se její postižení nedá poznat. V zoufalé snaze zmenšit Helenčin defekt na minimum sugerovali jí i sobě klamnou identitu. Ale co je

nejhorší – tím, že dennodenně potírali vady, unikla jim bezvýhradná láska. Helenku zachvátilo zoufalství, že ji teď rodiče nemohou zcela milovat.“ (Prekop, 2004, s. 30-32)

Zdá se neuvěřitelné takové nepochopení okolí vůči lidem s postižením? Bohužel stále jsme svědky obdobných situací všude kolem nás – v hromadných prostředcích, v kulturních, sportovních zařízeních, v restauracích aj. V podstatě lze zaznamenat dva „nepřijatelné“ extrémy v chování většinové populace k osobám se zdravotním postižením – buď lhostejnost a nevšímavost, v některých případech možná pramenící z nejistoty a neznalosti, nebo přehnanou péči, která však ne vždy přijde člověku s postižením vhod a je mu ku prospěchu. Je opravdu zajímavé pozorovat chování lidí kolem nás.

Podle mého názoru existují vědní disciplíny, studijní obory, které jsou svou podstatou a zaměřením přímo předurčeny k tomu reagovat na zmíněné skutečnosti a předkládat vzory hodné napodobení. Sociální práce mezi ně bezesporu patří. Hlavním smyslem předkládaného textu je seznámit studující se základním přehledem o fenoménu zdravotního postižení prostřednictvím odborné terminologie, problémových okruhů, využívaných metod a přístupů v profesionální práci, odkazů na příslušné zdroje informací ad. To vše by mělo pro čtenáře přinést řadu námětů k přemýšlení a možnost vytvořit si vlastní postoje k dané problematice. Studující zde mohou vycházet z již získaných znalostí v rámci předmětu Speciální pedagogika, Sociální politika, Sociální práce, Psychologie ad.

2 Základní pojmy z oblasti sociální práce s handicapovanými

„Krise postižení skrývá šanci objevit vyšší hodnoty, a tím i pravou moudrost.“

(J. Prekopová)

Lidé se zdravotním postižením tvoří významnou skupinu občanů České republiky. Na základě oficiálně stanovených odhadů se jedná přibližně o 10% obyvatel. Zdravotní postižení se ovšem reálně přímo dotýká mnohem vyššího počtu osob, které jsou v důsledku svého zdravotního stavu znevýhodněné v sociální, ekonomické, psychologické oblasti aj. (Michalík a kol., 2011)

Tato kapitola představuje v sadě tří baterií klíčové pojmy, se kterými věda i praxe v oblasti podpory a pomoci osobám se zdravotním postižením běžně pracují. První okruh zahrnuje termíny z oboru speciální pedagogiky a sociologie, druhý okruh obsahuje minimální pojmové ukotvení v sociální politice, resp. sociálním zabezpečení a třetí okruh se věnuje oblasti sociální péče a sociálních služeb.

Oblast speciální pedagogiky a sociologie

Postižení se obecně vymezuje jako jakákoliv ztráta nebo abnormalita psychické, fyziologické nebo anatomické stavby nebo funkce. Postižení je stav. Člověk s postižením může být docela dobře úplně zdravý (srovnej s definicí zdraví podle Světové zdravotnické organizace). Nejběžnějším způsobem klasifikace zdravotního postižení se vztahuje k modelu převládajícího zdravotního postižení.

Na základě této premisy se postižení dělí na tělesné, mentální (společně s duševními poruchami a autismem), zrakové, sluchové a řečové (ve smyslu narušení komunikačních schopností). Dále sem patří postižení kombinovaná (vytvořená kombinací jednotlivých postižení, např. hluchoslepota) a civilizační choroby. (Klimentová, 2002; Michalík a kol., 2011)

Změna schopností s sebou nese jakékoliv omezení nebo ztrátu schopnosti vykonávat činnost způsobem nebo v rozsahu, který je považován u lidských bytostí za normální. Změna schopností je funkčním důsledkem postižení. Může mít podobu trvalou nebo přechodnou, může mít slabší nebo těžší důsledky. Přechodné změny schopností se řeší pomocí celkové rehabilitace, která pojímá člověka jako bio-psycho-socio-spirituální

jednotku. Změna schopností se může odrážet např. v oblasti mobility, komunikace, smyslů, intelektu, emocí, chování. Změna schopností působí také na psychiku člověka – způsobuje obavy z přístupu okolí, strach z neúspěchu, ovlivňuje sebeúctu.

Handicap závisí na konkrétní situaci člověka. Objevuje se jako důsledek změny schopností. Představuje nevýhodu, překážku, bariéru při vykonávání jakékoliv žádoucí životní, společenské, anebo pracovní úlohy. Změna schopností se stává handicapem, když určité situace vyvolávají překážky nebo omezení. Překážky mohou být objektivní/fyzické (otázka mobility v prostředí), nebo subjektivní (např. malé vyhlídky na společenské uplatnění). Rozdíl mezi změnou schopností a handicapem je v tom, že handicapuje nikoli samotný fakt existence postižení (příklad vadného držení těla), ale handicapuje sociální okolí – tzn. mít změněné schopnosti automaticky neznamená být handicapován.

Reakce společnosti vůči těm, kteří jsou odlišní, může mít velký podíl na omezení možností lidí s postižením vést nezávislý život. Víceméně ve všech kulturách všech dob bylo postižení nazíráno jako negativum, jako trest (ze strachu, neznalosti, pocitu viny). Z tohoto důvodu se změna schopností stávala symbolem vyloučení ze společnosti a znamením diskriminace. To mělo za následek odloučení specifické části populace od moci a kontroly na rozhodování, která mají vliv na kvalitu jejich života. Práce sociálního pracovníka by se proto měla zaměřovat nejen na přímou pomoc klientům prostřednictvím intervencí sociální politiky a sociální práce, ale také na odstraňování společenských bariér (např. cestou reformního paradigmatu v sociální práci, preventivními aktivitami, komunitním plánováním atd.

Marginalizace představuje proces, jímž jsou sociální skupiny vyloučeny na základě své odlišnosti od majoritní populace ze společenského systému a tím jsou jim omezeny rovné šance na majetek, výdělek a životní příležitosti běžné ve společnosti v daném čase. Cílem sociální práce také je preventivně působit proti marginalizaci klientů a jejich rodin, podobnými nástroji jako v případě handicapu při překonávání objektivních či subjektivních bariér. V historii bylo obvyklé separování nebo dokonce fyzická likvidace jedinců s postižením a ani dnes není všude ve světě pravidlem právo na jejich přežití. (Klimentová, 2002)

Předsudek prezentuje názor ve směru sympatie nebo antipatie, který vznikl bez odpovídajících znalostí nebo zkušeností. Předsudky ve značné míře vytvářejí negativní

obraz postižení, způsobují strach a následně obranu ve snaze vyloučit člověka s postižením ze společnosti (odlišnost znejišťuje, nahání strach).

Ve vztahu k lidem se zdravotním postižením je možné identifikovat různé typy předsudků, které se navenek projevují níže uvedenými názory:

- Podceňující předsudky („*Zrakově těžce postižení si zaslouží politování a soucit spojený s charitativním přístupem; jsou to ubožáci, žijí ve světě tmy; jsou bezmocní, nemohoucí ...*“),
- Odmítavé předsudky („*... postižení jsou neužiteční a neproduktivní; jde o trest (boží) nebo si jej postižený zavínil sám, případně jeho rodina.*“),
- Protektivní neboli ochranné předsudky („*... je jasné, že každý postižený potřebuje ochranu a sociální péči; ... jsou tak opuštěni, postižení se přece neobejdou bez naší pomoci.*“),
- Hostilní předsudky („*... mají samé výhodičky; ... mají všechno zadarmo; ... jen na ně furt doplácíme; ... kdo se má na toho mrzáka dívat...*“),
- Idealizující předsudky („*Příroda nevidomým chybějící zrak vynahradila zbystrěním ostatních smyslů; jsou mravně lepší než vidoucí.*“),
- Heroizující předsudky („*... všechno bravurně zvládá, nepotřebuje žádnou pomoc; ... nikdo by nedokázal to co on.*“). (Krhutová in Michalík a kol., 2011, s. 48)

Stigma souvisí s negativní sociální reakcí na identifikační znak nebo charakteristiku, které označují odchylku od běžné normy, a jako takové je pro člověka diskreditující. Stigma rozděljuje lidi na základě jejich odlišnosti, např. podle osobních charakteristik a vlastností, silných i slabých stránek. Vše je poté nahlíženo pod dominantním znakem odlišnosti jedince. Stigma působí jako silné vyjádření nesouhlasu (na jedné straně lítost, na druhé straně strach a obavy). Nejlépe lze stigmatu čelit znalostmi a informacemi. (Klimentová, 2002)

Oblast sociální politiky

Sociální ochrana zahrnuje systematické úsilí veřejnoprávního subjektu o řešení obtížných životních situací, které vedou k ekonomické nebo sociální nouzi a které občané nejsou schopni řešit vlastními silami nebo silami své rodiny či sousedskou výpomocí (mezi

klíčové závazky patří garance důstojného života, respekt základních lidských práv, princip subsidiarity). (Tomeš, 1996)

Sociální nouze popisuje stav, v němž se nachází občan, který pro nízký věk, zdravotní stav, dysfunkci rodiny, absenci sociálního zázemí, z důvodů osobnostních nebo jiných závažných důvodů není schopen zabezpečovat své základní životní a sociální potřeby zejména ve smyslu zabezpečení péče o svou osobu, svá práva, zájmy a potřeby.

Hmotná nouze se týká situace, v níž se nachází občan, jehož základní životní podmínky nejsou zabezpečeny dostatečnými příjmy a který si nemůže vlastním přičiněním nebo za pomoci své rodiny tyto podmínky nebo prostředky na jejich vytvoření zajistit. (Tomeš, 1996)

Sociální zabezpečení představuje soubor právních, finančních a organizačních nástrojů a opatření, jejichž cílem je kompenzovat nepříznivé finanční a sociální důsledky různých životních okolností a událostí, ohrožujících uznaná sociální práva, nebo takovým životním situacím předcházet (zdravotní stav, nemoc, invalidita, stáří patří mezi základní schémata soustav sociálního zabezpečení obecně). (Potůček, 1995)

Oblast sociální péče, sociálních služeb

Sociální péče vyplývá ze společenské solidarity a spočívá v redistribuci prostředků a služeb ve společenském prostoru, jejichž cílem je všestranný rozvoj jednotlivce. Realizuje se sociálním pojištěním, zdravotním pojištěním, státními podporami, sociální pomocí a sociálními službami, konkrétně např. prostřednictvím sociálních dávek, poradenstvím, poskytováním sociálně-právní ochrany, ústavní péčí, pečovatelskou službou, rehabilitací atp. U nás je sociální péče pojímána spíše v užším významu jako sociální pomoc. (Matoušek, 2003)

Standardy kvality sociálních služeb vznikly jako soubor dohodnutých kritérií, který umožňuje posuzování kvality sociální služby. Kritéria mohou být zakotvena v zákoně nebo v odvozených normách, v interních předpisech zřizovatele či v provozním řádu. Splnění obecného kritéria je prověřováno souborem rozpoznávacích znaků, které zahrnují formální náležitosti, strukturované rozhovory s klienty a personálem, výsledky přímého pozorování. Kritéria je možné dělit na *personální* (sem patří kvalifikace, praxe, podmínky odborného růstu, supervize), *provozní* (např. vybavení budovy, technika, pomůcky pro práci s klienty, hygienické+stravovací+ ubytovací možnosti), *procedurální* (jde o přijímání klienta, vedení

dokumentace, provozní řád, náplň a personální zajištění programů, spolupráce s jinými službami, výstupní procedura, formy následné péče). Standardy komplexů služeb poskytovaných jednomu typu klientely jednou institucí může formulovat státní orgán nebo odborná asociace (akreditace). (Musil, 2004)

Individuální plánování služby přichází do oblasti sociálních služeb v roce 2002 v souvislosti se zpracováním tzv. „Národních standardů kvality sociálních služeb“. Zákon o sociálních službách z roku 2006 pojem plánování služby přijal. Plánování služby jako proces, kontakt, dialog, ve kterém se setkává uživatel služby a klíčový pracovník jako zástupce poskytovatele, v sobě zúročuje veškerou kulturu, hodnoty a kvalitu postupů organizace a pracovního týmu. Plánování služby představuje formální i neformální příležitost rozvíjet vztahy a zároveň kvalitu poskytovaných sociálních služeb.

Za historické a oborové zdroje přístupů pro plánování služby s uživateli sociálních služeb lze označit především charitativní tradici, medicínskou tradici, pedagogickou tradici, psychologickou tradici a tradici sociální práce.

Individuálním plánováním služby je možné rozumět proces „kontraktování“ – dojednávání toho, jakým způsobem a s jakým zaměřením bude podpora a péče konkrétnímu uživateli poskytována. Proces individuálního plánování sociální služby obsahuje plán (uvědomělý postup) a dojednávání (partnerské zapojení uživatele sociální služby do procesu jejího plánování). V praxi poskytovatelů se objevují čtyři základní modely plánování služby s uživatelem, a samozřejmě existuje i řada dílčích variant. *Model zaměřený na dosahování cílů* vychází z cílů, které si uživatel stanovil. Cílem se přitom rozumí změna, která by u uživatele měla nastat v souvislosti s poskytováním služby. Pracovník společně s uživatelem dojednává nejen cíl, ale také kroky k jeho dosažení. Jeho role je zde podobná roli poradce. *Model zaměřený na dialog a uživatele služby* je modelem, který vznikl jako reakce na skutečnost, že prvně uvedený model je pro mnohé uživatele nedostupný. Základní zásadou je zde nabídnout uživateli při procesu plánování služby větší bezpečí a co nejvíce ho respektovat. Model preferuje dialog o potřebách uživatele. Pracovník se snaží uživatele motivovat, aby z definované potřeby učinil osobní cíl. Pozornost směřuje k dlouhodobým horizontům. *Model vycházející ze schémat počítačové podpory* přinášející do oblasti sociálních služeb především softwarové firmy. Kořeny vycházejí z plánování ošetrovatelské péče. Podstatou přístupu je, že pracovník, který službu plánuje, zadá do počítačového programu okruh potíží uživatele a počítač poté sám

nabízí možnosti konkrétní podpory. Pracovník s uživatelem možnosti projednává a dojednává jejich konkrétní aplikaci. *Model expertní* má své kořeny v medicínském pojetí sociální práce. Pracovník si uchovává odstup a expertní pozici (příklad sociálního šetření), která je vždy spojená s určitou mocí nad uživatelem. Typickými postupy jsou zde získávání osobních a sociálních anamnéz, práce s dokumentací ad. (Kolektiv autorů, 2011)

Jistě by bylo možné tento výčet odborných termínů v mnohém směru doplnit, tuto aktivitu však ponechám na zájmu studujících. Další příklady a tematická rozprava je součástí práce v seminářích.

3 Zdravotní postižení a znevýhodnění jako sociální událost. Teorie a modely zdravotního postižení

Obecně lze říci, že zdravotní postižení je většinou chápáno jako automatický předpoklad k zařazení dané osoby do sociální, anebo charitativní péče. Postoj každého z nás k tomuto jevu se liší v závislosti na výchově a osobní zkušenosti, na prostředí, ve kterém se pohybuje, v míře informovanosti ad. Mezi odbornou veřejností se kontinuálně projevuje snaha o změnu úhlu pohledu v přesunu těžiště z paternalistické péče, která vnímá člověka spíše jako pasivní objekt, k aktivizujícímu pojetí člověka jako spolutvůrce procesů a dějů v jeho životě a ve společnosti. (Michalík a kol., 2011)

Změna kvality vnímání směrem k osobám s postižením se projevila také v pojmovém spojení z „postiženého klienta“ na „klienta s postižením“. Člověk je prioritně vnímán jako jedinečná, neopakovatelná osobnost, a teprve následně je uvedena jeho dílčí charakteristika (klienti by neměli být stigmatizováni zdravotním problémem, který musí řešit). V roce 2007 se např. uskutečnil výzkum, který ukázal, že pojem „zdravotně postižený“ preferují v užívání mezi 30 a 40% publicisté, představitelé veřejné správy a odborníci, zatímco pojem „člověk/lidé s postižením“ se vyskytovalo až v 70% v užívání u představitelů organizací osob s postižením. (Krhutová in Michalík a kol., 2011)

3.1 Pracovní schopnost, pracovní neschopnost, invalidita

Schopnost k práci je determinována biologickou, psychickou a sociální způsobilostí člověka. Práce jako činnost ekonomická umožňuje získat prostředky k zabezpečení určité životní úrovně, jako činnost sociální určuje status člověka ve společnosti. V životním cyklu má pracovní schopnost počáteční a průběžnou fázi. Pro získání a udržení pracovní schopnosti potřebuje člověk zdraví, vzdělání a soubor etických a kulturních návyků primárně získaných výchovou. Sociální událostí jsou náklady vyvolané touto potřebou, reálně se jedná o aktivity spojené se zdravotní prevencí, získáním ekonomické činnosti, profesním zdokonalováním ad. ve spolupráci občana, zaměstnavatelů a orgánů a institucí státu.

Sociální politika se událostí zabývá tehdy, jestliže nemoc vyvolává nemožnost obživy ukončením příjmů z ekonomické činnosti a je tak ohrožen život a životní úroveň jedince a jeho rodiny. **Neschopnost k ekonomické činnosti** vyplývá z vlastní nemoci či úrazu nebo fiktivně z nařízení karantény. Při neschopnosti pracovat je příčina na straně člověka,

rozlišuje se *nezaviněná pracovní neschopnost* (nemoc, úraz) a *zaviněná pracovní neschopnost* (vlastní úmysl, nedbalost). Pracovní neschopnost může být *úplná* (hospitalizace, karanténa), *částečná* (ambulantní léčba) nebo *speciální* (nemoc brání postiženému vykonávat určitý druh práce). Sociální událostí se nemoc, úraz, karanténa stávají, jestliže vyvolávají potřebu péče třetí osobou (zdravotní personál, medikace) a neschopnost působí ztrátu příjmu ze zaměstnání nebo jiné ekonomické činnosti (ekonomické a sociální následky pracovní neschopnosti). Rozeznáváme *krátkodobou*, *dlouhodobou* a *trvalou* pracovní neschopnost. (Tomeš, 2010) Více informací lze nalézt v zákoně č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, případně i ve vybraných zákonech a vyhláškách resortu zdravotnictví (zákon o péči o zdraví lidu).

Za **invaliditu** se obecně označuje stabilizovaná fáze nemoci nebo zdravotního postižení dlouhodobějšího rázu. Jde o významnější přechodné či trvalé tělesné nebo duševní poškození nebo ztrátu určité funkce či části organismu s následnou sníženou pracovní schopností, příp. společenským uplatněním.

U invalidních osob se používá termínu osoby zdravotně postižené/osoby zdravotně znevýhodněné, přičemž postižení se kompenzuje a o postižené se pečuje. Znevýhodnění (handicap) se vyrovnává a znevýhodnění se podporují, aby mohli setrvat v přirozeném pracovním a společenském prostředí.

Pojem invalidita v sobě zahrnuje:

- *složku medicínskou* (invalidní osobu nelze vyléčit),
- *složku ekonomickou* (která se odráží ve změněné životní úrovni, je spojena se zvýšenými náklady, s omezenou možností ekonomického uplatnění),
- *složku sociologickou* (ta zachycuje sociální důsledky změny stavu člověka),
- a *složku právní* (jedná se o právní garance pro cílovou skupinu osob se zdravotním postižením v daném státě).

Všem společná je skutečnost, že se jedná o dlouhodobě nepříznivý stabilizovaný zdravotní stav se závažnými profesionálními a ekonomickými důsledky. Invalidita je sociální událostí, protože trvale nebo dlouhodobě znevýhodňuje člověka ve standardních situacích. Nemoc jako dynamická fáze procesu se může léčbou ukončit, ovšem invalidita jako stabilizovaná fáze procesu se zpravidla nemůže změnit, člověk se s ní musí naučit žít.

Pojetí invalidity jako předčasného zestárnutí a odvození invalidního důchodu od starobního důchodu je pro invalidy nevýhodné, protože mají vyšší náklady na živobytí. Negativně je touto skutečností zasaženo také sebepojetí člověka. Často se hovoří o deprivaci ekonomické a sociální.

Pro potřeby zabezpečení ze sociálního pojištění se rozlišuje invalidita podle původu na *zdeděnou* (invalidé z mládí získali zdravotní znevýhodnění do 18 let věku) a *získanou* (úrazem, nemocí obecně nebo v souvislosti s výkonem povolání). Podle míry invalidity se přiznává odškodnění. V Evropě se běžně uvádějí 4 stupně invalidity – bezmocnost (nejvyšší stupeň, 100% ztráty pracovní schopnosti; postižený potřebuje péči jiné osoby), plná invalidita (více než 75% ztráty pracovní schopnosti), částečná invalidita (25-75% ztráty pracovní potence) a malá invalidita (do 25% ztráty pracovní potence). (Tomeš, 2010) V České republice zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, v § 39 rozlišuje podle poklesu pracovní schopnosti mezi třemi stupni invalidity – první stupeň se týká poklesu nejméně o 35% a nejvíce o 49%, druhý stupeň zahrnuje pokles nejméně o 50% a nejvíce o 69% a ve třetím stupni se jedná o pokles nejméně o 70% (jde o údaje pro účely řízení o přiznání invalidního důchodu).

Zdravotní postižení a znevýhodnění jsou pojmy širší než invalidita. Obecným důsledkem zdravotního postižení je ztráta některé/některých funkcí organismu, přitom člověk nemusí mít nárok na invalidní důchod. Ztráta člověka různým způsobem a v různé míře znevýhodňuje ve společenském životě a omezuje jeho pracovní schopnost. Zdravotní postižení se stává sociální událostí, když stíží pracovní uplatnění nebo si vyžádá mimořádné náklady či služby. Práva zdravotně postižených byla upravena úmluvou OSN v roce 2007. V současnosti se preferuje používání termínu zdravotně znevýhodnění občané na základě hodnocení toho, co jedinec ztratil nebo měření zbylých schopností. (Tomeš, 2010)

3.2 Definice a modely zdravotního postižení

Historicky nejstarší definice pocházejí z medicínského prostředí (užívají pojmenování nemoc, diagnóza). Tradičním definičním vymezením je víceúrovňová klasifikace funkčních schopností podle Světové zdravotnické organizace. Zdravotní postižení je kromě zdravotnických oborů a speciální pedagogiky předmětem zájmu také psychologie, sociální

práce, antropologie, politologie, kulturního, genderového a mediálního studia, studia informačních technologií a technických věd.

Townsend (in Krhutová, 2010) rozlišuje **5 typových kategorií definic zdravotního postižení**, které se opírají o kategorie *abnormalita nebo úbytek, klinický stav* (diagnózy), *funkční limity* (omezení v každodenních aktivitách např. hygieně, příjmu potravy, oblékání, nakupování), *disabilita jako deviace* (ve smyslu odchylky od obecně přijímané tělesné nebo zdravotní normy, od jednání či chování odpovídajícího sociálnímu statusu jednotlivce nebo skupiny), *disabilita jako znevýhodnění*.

Altman (in Krhutová, 2010) rozlišuje typy definic na legislativní a administrativní, klinické a vědecko-výzkumné. Další pohledy nabízejí dělení např. na kulturní a genderové teorie, politologicky orientované teorie, teorie umění atp.

Společným znakem různorodých definic zdravotního postižení je snaha popsat „specifické“ zpravidla v konfrontaci s tradičním problémem normality. Otázkou v diskusi však zůstává, co je norma a kdo ji určuje. Specifické, zdravotním postižením podmíněné projevy zdravotně postižených osob ve společenských, partnerských, rodinných, pracovních nebo jiných vztazích se někdy nesprávně interpretují jako abnormální či dokonce sociálně deviantní chování.

Zdravotní postižení je fenoménem multiparadigmatickým. Rozvinutou badatelskou základnou disponuje sociologie zdravotního postižení. Sociologická perspektiva zahrnuje např. členění na *fenomenologické teorie disability, postmodernistickou teorii disability, ekologické teorie disability, sociopolitické modely disability, sociokulturní model*. Sociologická literatura uvádí zpravidla **2 modely zdravotního postižení – medicínský a sociální**, případně **individuální** (vycházející z mikroprostředí a opírající se o osobní zkušenost) a **sociální** (zaměřený na mezorovinu a uplatňující socio-kulturní kategorie). Antropologickou perspektivu představuje fenomenologický přístup (Frank), osobnostní přístup (Ingstad, Whyte), přístup Disablement Process (Luborsky), semiotický přístup (Stiker), teorie sociální komplexity disability (Scheer and Gross), teorie stigmatu (Goffman), teorie liminality (Turner, Murphy), teorie anomaly (Douglas). V ČR je teoretická báze rozvinuta v oblasti speciální pedagogiky. Vychází z ucelené teorie člověka se zdravotním postižením, není však propracována na uspokojivé úrovni. Např. Jesenský analyzuje biologické, rehabilitační, integrační a další paradigmaty speciální pedagogiky. (Krhutová, 2010)

Modely zdravotního postižení (Pfeiffer in Krhutová, 2010):

- *Klasifikační model WHO* sleduje proměnu v chápání situace osob s postižením. Zatímco dřívější medicínské definice zdravotního postižení vycházely z pojetí nemoci, z primární orientace na samotné orgánové nebo funkční postižení (vadu, nedostatek). Současné pojetí sleduje holisticky orientovanou linii zdraví jako stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody a nikoliv jen absence nemoci nebo vady (východiskem se nově stalo měření určité komponenty funkčních schopností konkrétního jedince). V roce 2001 WHO redefinovala pojmy *impairment* (tělesná rovina: poškození tělesné/mentální aj. funkce) – *disability* (personální rovina: schopnosti, limity/aktivity, možnosti) – *handicap* (sociální a ekologická rovina: znevýhodnění/spoluúčast, zapojení) na *impairment – activity – participation*. K novému ukotvení termínů vedla cesta kritiky původně přijatých významů a s nimi spojených důsledků. Mělo se za to, že *impairment* jako poškození vede k negativním odchylkám od norem výkonu, že *disability*, tj. neschopnosti uvádějí do pohybu proces vyřazování, kdy výsledkem je *handicap*. Naproti tomu soudobý přístup sleduje pozitivní perspektivu, zajímá se o skutečnost, do jaké míry může člověk s postižením (*impairment*) provádět činnosti (*activity*) zajišťující mu účast na společenském životě (*participation*). Pozornost je při tom věnována spolupůsobícím faktorům (jde o faktory prostředí a osobní faktory).
- *Medicínský model* tvoří základ tzv. starého paradigmatu. Zde je člověk s postižením vnímán jako „nemocný“ jedinec, je definován skrze své postižení. Tento model je založen primárně na vadě, postižení, funkčním limitu, patologii. Předjímá závislost člověka s postižením na rozhodnutí jiných bez možnosti přímé účasti. Pro tento model je charakteristické rozhodování z pozice moci a paternalistický postoj. Model pracuje s pojmy diagnóza, posouzení, hodnocení, léčba, nařízení, dozor, neschopnost, zaměřuje se na zkoumání roviny normality a abnormality.
- V *modelu osobní tragédie* je základem perspektiva vnímání člověka s postižením jako oběti. Postižení je nahlíženo jednostranně optikou sociálně patologické situace, automaticky jako životní tragédie (lidé s postižením a jejich okolí mají jen problémy). Pro postoje okolí je charakteristický paternalismus s emotivním akcentem, často se zde objevují typická pojmenování ubožák, trpící, chudák, mrzák, izolace, závislost, utrpení, soucit, charita, statečnost, hrdinství.

- Východiskem modelu *Disabilita jako deviace (odchylka)* je teorie sociální deviace a teorie sociálních rolí. Zdůrazňuje se aspekt odlišnosti od normy, „odchylky nad rámec nepsaného tolerančního limitu ve společnosti“ (proces etiketizace). Mít nálepku znamená být vyloučen, odmítnut společností, nálepka brání nositeli v participaci ve všech sférách sociálního života. To souvisí se stigmatizací, která má za následek izolaci a zvýraznění pozic „my/oni“.
- Ústředním konceptem modelu *Disabilita jako sociální a kulturní konstrukce* je identita. Zjevná odlišnost lidí s postižením způsobuje jejich stigmatizaci, jejich vlastnosti, schopnosti a dovednosti jsou a priori posuzovány skrze stigma, nikoli na základě konkrétní zkušenosti (negativní identita postiženého jako méněcenné osoby). Příklad kulturní konstrukce disability – všichni neslyšící lidé jsou považováni lidmi bez postižení za zdravotně postižené, přestože se část neslyšících nepovažuje za postižené, ale za kulturní a jazykovou menšinu.
- *Sociální model disability*, jeho klasická verze klade důraz na rozlišení impairment (poškození) a handicap (sociální znevýhodnění) a na potřebu porozumění disability. Ústřední tezí je, že problémy, s nimiž se lidé s postižením setkávají v každodenním životě, jsou důsledkem organizace společnosti (lidé s postižením jsou systémově znevýhodněni existencí individuálních a strukturálních bariér, jsou sociálně vyloučeni). Radikální politická verze modelu, která má svůj původ ve Velké Británii, souvisí s vysokou mírou politické aktivizace lidí s postižením. Cílem je možnost nést odpovědnost za svůj život, za svá rozhodnutí, nic o nás bez nás. Řešení problémů spočívá v sebe-obhajobě, systému advokacie, eliminaci bariér (konkrétní se jedná např. o vhodnější konstrukční návrhy, více míst k sezení na veřejných místech, potřebu reinstalace, rampy, výtahy, zpřístupnění dopravy, vzdělávání zaměstnavatelů). Postup se orientuje spíše než na vyhledávání problémů na způsoby řešení a je veden snahou o sebeurčení, zachování sebeúcty a respektování rovných práv. (Krhutová, 2010)

Při možnosti aplikace modelů zdravotního postižení v praxi sociální práce je třeba rozlišovat **4 roviny pojmání sociální práce**:

- *sociální práci jako praktickou činnost s klienty* (mimo jiné zahrnuje aplikaci přístupů sociální práce vůči lidem s postižením a naopak, vědomou reflexi vlastních postojů ve vzájemných interakcích),
- *sociální práci jako profesi s profesními standardy* (kde jde o aplikaci modelů při specifikaci nebo doplnění profesních standardů v zařízeních služeb sociální práce se zaměřením na klienty s postižením),
- *sociální práci jako vědní obor s teoretickou a výzkumnou základnou* (předpokladem je rámcové ukotvení teoretického základu, rozvoj výzkumných témat, kritická reflexe teorií a modelů zdravotního postižení) a
- *sociální práci jako vzdělávací disciplínu* (jedná se o rovinu, v níž dochází k prolínání výše uvedených přístupů s oporou didaktických postupů).

Všechny uvedené roviny se protínají v bodě intervence směřující k podpoře, anebo pomoci při řešení podmínek života lidí s postižením. (Krhutová, 2010)

4 Nástroje sociální politiky a sociální práce k řešení situace osob s postižením

Čtvrtá kapitola je věnovaná bližšímu seznámení s možnostmi podpory a pomoci osob se zdravotním postižením v oblastech sociální politiky a sociální práce, které jsou studujícím Ústavu sociální práce blízké a tvoří základní východiska pro jejich profesní směřování. Představena budou schémata, o která se aktivity v obou oblastech opírají. Do přehledu jsem zvolila výběr, který osobně považuji za stěžejní pro získání orientace v oboru a významný i vzhledem ke zkoumané problematice. Klíčové momenty pro sociální práci s osobami s postižením jsem označila v textu kurzívou. Nad vyznačenými pasážemi je možné vést rozpravy v rámci semináře.

4.1 Exkurz o sociální práci

4.1.1 Východiska opírající se o vztah člověka a jeho prostředí

Definice sociální práce

T. Bock (in Myšíková, 2006, s. 101) vnímá sociální práci jako „*podporu lidem, jejímž cílem je pomoci jim nalézt rovnováhu mezi jejich potřebami a schopnostmi a jejich okolím s jeho nabídkami a požadavky*“. Na jedné straně se jedná o podporu, o zlepšení, o posílení rozvoje, zacílení a způsob jednání lidí, kteří se díky tomu stávají samostatnými a zodpovědnými při utváření svého života, na druhé straně je třeba utvářet a ovlivňovat životní podmínky v okolí klientů tak, aby byly zajištěny důležité podmínky lidsky důstojné existence. V tomto smyslu se úkoly sociální práce úzce váží na sociálně politické, hospodářské, kulturní a právní podmínky dané společnosti.

Sociální práce orientovaná na životní svět

Orientace na životní svět jako východisko sociální práce předpokládá podle jednoho z hlavních představitelů H. Thiersche *konsekventní zaměření na klienty spolu s respektováním jejich vlastních výkladů a vzorců jednání v rámci společenských a individuálních podmínek*. Nejzásadnější otázkou, kterou musí sociální pracovník zodpovědět, je *otázka po smyslu a účelu sociální pomoci z pohledu jejího adresáta*. Sociální práce by proto měla využívat legislativních, institucionálních a profesionálních zdrojů zejména k tomu, aby osoby odkázané na pomoc, podpořila v samostatném zvládnutí všedního dne a otevřela jim šance pro uplatňování sociální spravedlnosti. Cílem sociální práce orientované na životní svět je usilování o sociální spravedlnost, uschopnění lidí

v jejich vztazích takovým způsobem, aby zakusili sebe sama jako subjekty těchto vztahů. Klient je zde považován za experta na vlastní život. (Myšíková, 2006)

Paradigma všedního dne

Úkolem sociální práce orientované na všední den v pojetí např. H. Thiersche, S. Staub-Bernasconi ad. je *účinně využít pokud možno všechny dostupné institucionální a profesionální zdroje pro pomoc klientům, aby tito mohli prožívat „vydařenější všední den“*. To znamená zaměřit se na *jednání v kontextu daných každodenních zkušeností*, brát všední den se vším, co ho provází, vážně, umožnit ho „přežít“ a strukturovat, objasnit a zlepšit. Koncept všedního dne nachází své uplatnění nejen v oblasti sociální práce a pedagogiky, ale také ve výchově a poradenství. Podstatou je *přenos těžiště sociální práce z kanceláří do terénu, vyhledávací činnost, zájem o skutečný život klientů spolu s otevřením prostoru pro možnost participace, snaha porozumět problémům klientů v bezprostředním kontaktu s nimi*. Zaujmout vlastní stanovisko k všednímu dni předpokládá v první řadě schopnost akceptovat nesourodost výkladových vzorů a také otevřenost zkušenostem a mnohotvárnosti problémů tak, jak je všední den přináší. Právě pestrost a nepředvídatelnost jednotlivých momentů všedního dne činí úkoly kladené na sociální práci obtížně řešitelné běžnou profesní rutinou. Způsoby intervence v rámci sociální práce orientované na všední den jsou zpravidla dvojího druhu – sociálně pedagogické jednání a terapeutické jednání. (Myšíková, 2006)

Ekosociální paradigma, ekologický/ekosystémový přístup

„Lidé jsou v rámci své existence odkázáni jeden na druhého, na sociální příležitosti a na veřejné statky. Jestliže uvažujeme o sociální práci na pozadí ekologie humánního životy, je zapovězeno, rozdělovat lidi na ty, kteří potřebují pomoc a ty, kteří si umí pomoci sami.“ (Wendt, in Myšíková, 2006, s. 114)

C. B. Germain a A. Gitterman uchopili ekologickou perspektivu na základě lidských potřeb a problémů, které podle nich vznikají v transakcích mezi lidmi a jejich vztahy k okolí. U. Bronfenbrenner rozlišuje *mikrosystém* (rodina jako vzorec aktivit, rolí a interpersonálních vztahů), *mezosystém* (zprostředkovává vzájemné vztahy mezi dvěma a více prostředími, v nichž se osoba aktivně pohybuje: domov-škola-vrstevnická skupina), *exosystém* (prostředí, ve kterém osoba nevystupuje jako aktivní účastník, ovšem události prostupující toto prostředí, zásadním způsobem ovlivňují dění v prostředích, v nichž se osoba běžně pohybuje: sociální politika), *makrosystém* (vzniká jako spojitost systémů

nižších řádů – subkultury/kultury – se systémy přesvědčení, víry nebo ideologie, které tuto soudržnost zakládají). Dnešní chápání ekologie v sobě zahrnuje *vztah člověka a prostředí, systému, v němž člověk žije*. Termín ekosociální jednoznačně vymezuje pole a prostor pro utváření života samotným člověkem. Ekosociální koncept vychází z myšlenky, že *lidem v situacích nouze a při zvládání těžkostí lze účinně pomoci podporou a využíváním příležitostí uvnitř ekosystému*. (Myšíková, 2006)

V jistém smyslu lze v sociální práci s osobami s handicapem využít také inspirace **antiopresivního přístupu**. Tento přístup nelze popsat vyčerpávajícím způsobem jedinou definicí. Společným jmenovatelem je *snaha čelit opresivnímu působení sociálních struktur a institucí*. Obecný antiopresivní přístup pohlíží na různé *formy útlaku jako na komplex vztahů*. Většina autorů zastávajících antiopresivní přístup se zabývá především útlakem, k němuž dochází mezi kategoriemi lidí, příkladem může být genderová oprese, etnocentrismus, ageismus nebo oprese zdravých lidí vůči lidem se zdravotním postižením. Podle Thompsona (Navrátil in Matoušek a kol., 2001) je jedním z rysů antiopresivních přístupů uplatňování „tří imperativů“ – *spravedlnosti* (garance práv), *rovnosti* (rovnost příležitostí v uspokojování potřeb) a *spoluúčasti* („zmocňování“, partnerství).

Z tradiční sociální práce pochází pojem *uschopnění (enabling)*, princip, který zabraňuje vzniku závislosti klienta na systémech pomoci. Zastánci antiopresivního přístupu jdou dál a hovoří o čtvrtém principu – *zmocňování (empowerment)*. „*Koncept uschopnění je individualistický a implikuje sociální práci, jež lidem pomáhá osvojit si takové dovednosti, které jim pomohou zvládnout podmínky, v nichž žijí. Koncept předpokládá, že k tomu, aby klient některé podmínky aktivně měnil nebo aby se přizpůsoboval sám, je potřeba dovedností, které ho profesionál naučí. Zmocňování znamená, že sociální pracovník by měl pomáhat lidem k tomu, aby získali větší moc (kontrolu, vládu) nad svými vlastními životy a životními podmínkami. Opresa, resp. diskriminace znamenají zneužití moci, zmocňování je cesta, která má skupinám klientů pomoci to odmítnout a překonat taková omezení. Zmocňování lze chápat jako prostředek umožňující legitimní užití síly vůči diskriminaci a opresi.*“ (Navrátil in Matoušek a kol., 2001, s. 239)

4.1.2 Ekonomizace sociální práce

Sociální práce jako k člověku vztážená služba

Pojem služba lze chápat různými způsoby. Mezi základní určující znaky patří nemateriální charakter, nedělitelnost ve smyslu uschování do zásoby, integrace externích faktorů (kontakt nabídky a poptávky), vazba k místu či neschopnost transportu a individuální zaměření. Sociální práce jako služba v pojetí K. Grunwalda a H. Thiersche má za úkol obnovovat, zachovávat a proměňovat normální struktury, dále odvracet a zpracovávat tendence vedoucí k exkluzi a dezintegraci. Sociální služba nabývá ve své podstatě formu zprostředkovatelské práce, která se snaží uvést do rovnováhy „zvláštnosti případu“ a generalizovanou vztahovou normu. *Jde o neustálé hledání rovnováhy mezi růzností potřeb a životních vztahů adresátů a zabezpečením konformních vztahů vzhledem k daným pravidlům.* Proces realizace služeb podléhá vlastní specifické logice. *Služby jsou produkovány „uno-actu“ (produkce a konzumace vnímány jako proces jsou propojeny v jeden akt). Vztahy interakce, interaktivní a komunikativní jednání producenta a konzumenta služby stojí v centru pozornosti (hovoří se o aktivním konzumentovi-koproducentovi, jehož kompetence a přínos představují jeden z rozhodujících faktorů úspěšnosti služby).* Služba je spotřebována během procesu produkce a zákazník musí být při jejím výkonu přítomen. *Požadavek primární orientace na zákazníka, ekonomizace vztahů, manažerismus, klient proměněný v adresáta, zákazníka představují jedny z hlavních charakteristik tohoto paradigmatu.*

Sociální práce pojímaná jako strategie služby se primárně zaměřuje na sociální integraci. Východiskem takto konstruované sociální práce se na jedné straně stává vztah k životní situaci klientů (biografický, sociální, kulturní kontext) a na straně druhé zvláštní racionalita sociální práce jako důležité složky systému sociálního zabezpečení. *Projekt privilegování uživatele sociálních služeb odráží neoliberální přístup, přináší s sebou ekonomizaci sociálních vztahů, zapojení prvků konkurence (produkce služeb by se měla průběžně přizpůsobovat měnící se poptávce a zdrojům, které jsou k dispozici).* Tržní regulace má zajistit optimální přizpůsobení nabídky a poptávky a zvýšit efektivitu veřejně poskytovaných služeb (sociální práce jako služba sociálního státu ovšem odporuje logice trhu). *Proces produkce a konzumace přispívá k oboustranně utvářenému vztahu mezi základními proměnnými - producentem (sám sebe produkující subjekt) a koproducentem (profesionál). Jejich interakce má charakter produkce, výkonu, provádění a poskytování.*

V kontextu sociální práce jako k člověku vztažené služby lze sociální služby poskytovat na *komerční bázi* (to v sobě skrývá modernizační požadavky na veřejnou správu, prvky tržního řízení; zákazník ovlivňuje preferencí nákupu stranu nabídky a vnáší prvky konkurence mezi poskytovatele, dochází k migraci zákazníků, která se často neslučuje se strategiemi poskytovatelů), anebo na *bázi veřejné* (příkladem jsou institucionální formy sociální práce bez čistého trhu, monostruktura v podání jediného státního poskytovatele, kde může zákazník svůj vliv vyjádřit artikulací zájmů). Reálnou cestu, kterou mohou uživatelé uplatňovat svůj vliv, představuje koncept empowermentu/zmocnění. Předpokladem úspěchu je zájem profesionálů na tom, přiblížit vztahy mocenské asymetrie symetrickému uspořádání. (Myšíková, 2006)

Na jedné straně se sociální práce zasazuje o to, různým způsobem integrovat ohrožené jedince a skupiny do společnosti a pojistit tak stabilizaci společenského systému, na straně druhé sociální práce usiluje o společenskou proměnu, kdy se jako jedna z dílčích částí systému podílí na tvorbě životních podmínek lidí. Sociální pracovník musí ve své roli naplnit dvojí mandát – zastupovat klienta, hájit jeho zájmy a potřeby, a zastupovat společnost a hájit její zájmy. Sociální práce jako profese by se proto měla opírat v první řadě o vědění, vědecké poznání a vzdělání, a také o reflexi společenského kontextu. Od profesionála se očekává, že bude schopen reflektovat své vědění ve vztahu ke společenské praxi.

4.2 Exkurz o sociální politice

4.2.1 Nástroje sociální politiky

Za nástroje sociální politiky se považují prostředky, jimiž sociální subjekt působí na sociální objekt. Jde o soubor opatření, kterými subjekt sociální politiky realizuje věcný obsah své sociální politiky. Tato opatření mohou mít podobu regulativní a ochrannou (oblast práva) nebo zabezpečovací (sociální dávky, služby).

Volba druhu nástroje pro řešení nepříznivých situací v rámci soustavy sociální ochrany závisí na realizaci cílů sociální politiky (čeho se má dosáhnout), rozvoji schopností a dovedností člověka (kdo je adresátem), řešení problému/události a na působení na jiné subjekty.

Sociálně politické záměry je možné realizovat *regulací* (tj. příkazem, zákazem, konáním, strpením konání, zdržením se konání – oblast práva), *darováním* (tj. poskytnutím

věcného nebo peněžního plnění ve prospěch někoho – oblast dávek), *konáním* (tj. poskytnutím služby ve prospěch někoho – oblast sociálních služeb) anebo nátlakem (tj. prosazením sociálních zájmů politicky, ekonomicky, právně nebo fyzicky). Obecně platí, že nejnáročnějšími nástroji jsou ty, jimiž subjekt něco koná, proto se často dává přednost peněžnímu plnění před poskytnutím služby, i když ne ve všech případech se tato strategie jeví jako účelná.

Nástroje sociální politiky existují zpravidla v trojí podobě - **právo, peníze a instituce**. V prvním případě jde o garanci lidských práv, ve druhém případě jde a priori o přerozdělování finančních, lidských a věcných zdrojů a třetí případ je příkladem, kdy instituce zastupují organizační a programové struktury realizující buď přímo v praxi, nebo zprostředkovaně s konkrétními dopady pro praxi sociálně politická opatření, sociální služby. (Tomeš, 2010)

Právní vztahy

Mezi subjektem a objektem v sociální politice vznikají právní vztahy ze zákona. Mají podobu smlouvy, činu, poskytnutí, konání, zdržení se činnosti či strpění činnosti jiného.

K tradičním nástrojům veřejné sociální politiky v oblasti práva patří **sociální regulace**. Představují usměrňování soukromé činnosti státem. Takové usměrňování probíhá prostřednictvím právních předpisů – jedná se o veřejnoprávní intervence do soukromoprávních vztahů (poskytnutí ochrany) či regulací vztahů např. v oblasti zaměstnanosti (zaměstnanci – zaměstnavatelé), ochrany veřejného zdraví obyvatelstva jako celku, ochrany rozvoje a zájmů dětí atp. *Zákazy* vyplývající ze zákonných norem se týkají např. již zmiňované ochrany zdraví nebo regulace pracovní doby, *příkazy* směřují např. do roviny sociálního pojištění či placení daní, *přidělení/přiznání/povolení* se např. váže k přiznání dávky hmotné nouze z pilíře sociální pomoci, činnost „*sociální policie*“ se může např. projevit v realizaci dohledu, auditu nebo inspekce.

Zvláštní druh sociální regulace představuje **sociální prevence**. Zasahuje oblast práce a života, v rámci sociální prevence se zpravidla řeší podmínky a ochrana zdraví obyvatelstva, bezpečnost a zdraví při práci, ochrana před diskriminací, ochrana před ohrožením trestnou činností, sociálně-právní ochrana dětí atp. (Tomeš, 2010)

Sociálně právní ochrana reprezentuje výkon povinností a práv státu. Má charakter sociální služby, kterou zabezpečují především určené orgány státu (obecní úřady, pověřené

obecní úřady, obecní úřady obcí s rozšířenou působností). Každý občan má právo na sociálně právní ochranu. Zejména však má být poskytována osobám, které své oprávněné zájmy a zákonem chráněná práva nejsou schopny uplatňovat vlastními silami z důvodu věku, zdravotního stavu, mentální úrovně nebo z jiných vážných důvodů, přičemž by jejich zájmy a práva mohly být ohroženy. Podoby sociálně právní ochrany mohou být různé – obhajoba zájmů, zastupování ve věcech majetkových, poskytování odborných informací o možnostech, nárocích a podmínkách pro získání sociální pomoci, o možnostech sociálně právní ochrany ad. V České republice je sociálně právní ochrana nejčastěji spojována s cílovou skupinou nezletilých dětí, ovšem i osoby, které nemají způsobilost k právním úkonům nebo ji mají omezenou, využívají v rámci sociálně právní ochrany opatrovníka, to je buď příbuzný či blízký člen rodiny, v některých případech soudem stanovený sociální pracovník. Součástí sociálně právní ochrany tvoří také specializovaná vyhledávací činnost neboli depistáž, která se v terénu zaměřuje na odhalení osob, které sociální pomoc potřebují, ale sami nárok na její poskytnutí z různých důvodů neuplatňují – nemají dostatečné schopnosti a dovednosti. (Matoušek, 2003)

Na tomto místě bych chtěla zdůraznit význam **občanského zákoníku** (zákon č. 89/2012 Sb.), jehož ustanovení jsou v platnosti od 1. 1. 2014 a zásadním způsobem mění také oblast týkající se osob s postižením. Pro příklad lze uvést nové pojetí omezení způsobilosti k právním úkonům – na dobu určitou, změny ve volbě a postavení opatrovníka osoby s postižením či pravidelné přezkoumávání zdravotního stavu.

Na závěr tohoto tematického okruhu uvedu příklady, které zakotvují základní lidská, občanská a sociální práva. *Všeobecná deklarace lidských práv* (dokument OSN z roku 1948) obsahuje celkem 5 okruhů práv – občanská práva (člověk jako občan), politická práva (vztah občana a státu), hospodářská práva (ekonomická oblast), sociální práva (sociální ochrana), kulturní práva (právo na vzdělání a kulturní prostor). (Tomeš, 2010) V naší republice je nejvýznamnějším zákonem v oblasti lidských práv *Listina základních práv a svobod* ČR (zákon č. 2/1993 Sb.; Ústava ČR jako hlavní zákon má č. 1/1993 Sb.) zahrnující základní práva a svobody (např. právo na život, osobní svobodu, lidskou důstojnost, majetek, svobodu pohybu a pobytu, myšlení, náboženského vyznání aj.), politická práva (např. svoboda projevu, svoboda shromažďovací, spolkovací aj.), práva etnických a národnostních menšin (např. právo na vzdělání v mateřském jazyce, právo užívat jazyka v úředním styku, sdružovat se v národnostních sdruženích aj.), hospodářská,

sociální a kulturní práva (např. právo na svobodnou volbu povolání, právo na ochranu zdraví, na hmotné zabezpečení ve stáří, na vzdělání aj.) a práva na soudní a jinou právní ochranu (např. právo domáhat se práv u nezávislého a nestranného soudu, právo odepřít výpověď, právo na právní pomoc v řízení před soudy aj.). (David, 2001) Mezi *občanská práva* patří právo na život, právo na rovnost, právo na svobodu, právo na ochranu osobnosti a právo na soukromí. *Sociální práva* člověka vyjadřují právo na práci, právo na uspokojivé pracovní podmínky, právo na přiměřenou životní úroveň, právo na rodinu, právo na sociální zabezpečení a právo na svobodu sdružování. (Tomeš, 2010)

Úmluva o právech osob se zdravotním znevýhodněním byla jako dokument OSN přijata v roce 2007. Vychází z premisy, že osoby se zdravotním znevýhodněním mají v některých směrech potřebu zvláštní veřejné ochrany. Mezi základní principy patří respekt pro důstojnost, individuální autonomii včetně práva svobodného rozhodování o volbách a pro osobní nezávislost, nediskriminace, plná a účinná účast a včlenění do společnosti, respekt pro rozdílnost a přijetí osob se zdravotním znevýhodněním jako součást lidské různorodosti a lidskosti, stejné příležitosti, dostupnost, rovnost mezi muži a ženami, respekt pro rozvíjející se kapacity dětí se zdravotním znevýhodněním a pro právo zdravotně znevýhodněných dětí zachovat si svou identitu. Úmluva specifikuje také problém dostupnosti, jde o přístup k fyzickému prostředí, k využívání dopravy, informací a komunikací včetně příslušných systémů, k ostatním veřejným službám a zařízením, dostupné mají být budovy, silnice, doprava, školy, bydlení, zdravotní služby, pracovní místa, elektronická a záchranná zařízení. Státu vzniká povinnost vytvořit a dohlížet na dodržování minimálních standardů dostupnosti, dbát, aby je dodržovaly i soukromé organizace a poskytnout různé asistenční služby. Zásada plné a účinné účasti, včlenění do společnosti, možnost žít samostatně a být včleněn do společnosti (osoby si mohou zvolit, kde chtějí žít), poskytnutí domácí pečovatelské služby nebo osobní asistence podle potřeby, zabránění izolaci osob se znevýhodněním, zpřístupnění veřejné služby, vytvoření podmínek pro mobilitu, právo svobodně se rozhodnout o založení rodiny a výchově dětí představují hlavní snahy při prosazování práv a potřeb osob s postižením. (Tomeš, 2010)

Sociální dávky (dávky sociální péče)

Smyslem sociálních dávek je uskutečnit majetkové převody, resp. redistribuovat prostředky buď finančního, nebo věcného charakteru ve prospěch jiné osoby, která byla uznána společností jako potřebná.

V soustavě sociální ochrany se rozlišují 2 druhy dávek – **povinné** (označované jako obligatorní, mandatorní) a **dobrovolné** (označované jako fakultativní, sponzorské). Zatímco obligatorní dávky plynou ze systému sociálního pojištění (sociální zabezpečení), fakultativní dávky jsou uplatňovány v systému sociálního zaopatření (státní sociální podpora, sociální pomoc) a jsou hrazeny z veřejných financí. V prvním případě se uplatňuje výkonový/zásluhový princip, kdy nárok na dávku vzniká ze zákona po splnění stanovených podmínek, ve druhém případě je dávka přiznána úředním výrokem/rozhodnutím, které je podmíněno okolnostmi a testováním majetku.

Dále je možné dávky rozdělit na **věcné** a **peněžité**. Při volbě druhu se vždy zvažuje účel, pro který má být dávka poskytnuta, a případné riziko vyjádřené možností jejího zneužití (při zkušenosti zneužití peněžní dávky je možné zvolit plnění věcné, pokud je to v dané situaci reálné). *Věcná dávka* může mít podobu odměny/daru (ošacení), součástí odměny (zlevněné jízdné), uspokojení konkrétní aktuální potřeby (uhlí na zimu). Věcná dávka zpravidla lépe cílí potřebu žadatele, a zároveň omezuje svobodu rozhodování. Věcnou dávku lze poskytnout i v případě, že obdarovaný by peněžní dávku z objektivních důvodů nemohl účelně použít (nedostupnost obchodu s potravinami). *Peněžité dávky* tvoří obnosy vyplácené těm, kdo na ně mají nárok, nebo jimž byly přiznány úředním výrokem, nebo byly poskytnuty jako dar, projev dobročinnosti od nestátního subjektu.

Lze setkat s **dávkami jednorázovými** peněžními i věcnými a **opakujícími se**, kdy u peněžních dávek jde zpravidla o měsíční interval při splnění stanovených podmínek, u věcných dávek není blíže specifikováno. I poskytnutí jednorázové dávky je možné opakovat, pokud byly splněny podmínky.

Právo na dávku však nemusí nutně znamenat *nárok na dávku*. Právo na dávku má ze zákona každý občan (viz sociální práva). Právo se v nárok převádí v obligatorní soustavě dávek, jestliže občan splní všechny zákonem předepsané podmínky (př. starobní důchod). Ve fakultativní soustavě dochází k transformaci práva v nárok v momentě, kdy příslušný veřejný orgán (v případě dávek státní sociální podpory a hmotné nouze je to úřad práce) konstatuje splnění zákonem předepsaných podmínek. V takovém případě rovněž právní předpis explicitně stanoví vznik, trvání i zánik nároku.

V soustavě obligatorních dávek se jedná o *nenávratné plnění* peněžité dávky, v soustavě fakultativních dávek jde o *návratné* či podmíněně návratné *plnění*.

Sestavení dávky určují podmínky věcné (šetření musí prokázat vznik sociální události), systémové (člověk je příslušný k sociální soustavě jako zaměstnanec, jako občan ČR) a formální (podání žádosti, procesní způsobilost). (Tomeš, 2010)

Sociální služby

Služba představuje systematickou činnost vykonávanou ve prospěch osob neschopných si sami pomoci. Sociální subjekt pomáhá sociálnímu objektu tím, že mu poskytne radu nebo v jeho prospěch vykoná službu. Široký okruh a spektrum sociálních služeb umožňují zajistit základní životní potřeby, poskytnout specializované odborné služby např. pro osoby se zdravotním omezením ad. Rozmanité služby i způsoby jejich produkce reagují na potřeby dané lokality, přizpůsobují se tradici a konkrétním možnostem.

Sociální služby se rozdělují nejen podle kritéria naléhavosti, trvání potřeby a druhu uspokojované potřeby. Některé příklady klasifikace sociálních služeb zde pro příklad uvádím. Jejich úplný výčet spolu se základní charakteristikou je možné nalézt v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Zde jsou služby členěny do 3 hlavních oblastí – sociální poradenství, sociální péče a sociální prevence. (Tomeš, 2010)

Podle **kritéria naléhavosti** jde o:

- Informační služby - poskytují cílené odborné informace, které pomáhají nalézt cestu řešení sociální potřeby vlastními silami (např. poradny, městské úřady – odbory sociálních věcí a zdravotnictví, obecní úřady),
- Intervenující služby – působí jako „první pomoc“ reagují okamžitě na vzniklé potřeby, případně působí preventivně (např. krizové centrum, městské úřady, obecní úřady),
- Podporující služby – kompenzují znevýhodnění, které jedinec není schopen sám překonat nebo odstranit, zkvalitňují život v přirozeném prostředí (např. osobní asistence),
- Pečovatelské služby – reagují na trvajících a těžko odstranitelné sociální potřeby, usnadňují život s omezením (např. příspěvková organizace města – pečovatelská služba).

Podle **kritéria druhu uspokojované potřeby** se jedná o:

- Ochranné služby – zaměřují se na ochranu lidských práv, př. zastupování klienta na úřadu, na veřejnosti,
- Poradenské služby – orientují se na poskytování potřebných informací, které se týkají nabídek služeb, př. služby mediační,
- Krizové služby – nastupují při mimořádné události, která vyvolává stav nebezpečí, je ohrožena existence či život člověka, případně jeho adaptační schopnosti, př. hromadné neštěstí,
- Asistenční, terénní a pečovatelské služby – soustředí se na uspokojení potřeb klienta tam, kde se nachází, tj. v jeho přirozeném prostředí, př. osobní/sociální asistence,
- Ambulantní služby – uspokojují potřeby klienta ve specializovaných střediscích, př. preventivní, terapeutická, rehabilitační péče bez ubytování, výjimku tvoří týdenní stacionáře,
- Pobytové služby – poskytují klientovi dočasné nebo trvalé ubytování s nepřetržitou péčí, př. ústavy sociální péče, domovy pro seniory, azylová zařízení.

Podle **kritéria převažující povahy základní činnosti nebo hlavního problému** se hovoří o:

- Sociálně právní ochraně,
- Sociálním poradenství,
- Pomoci a podpoře v krizi,
- Asistenčních a terénních službách,
- Ambulantních službách,
- Pobytových službách. (Tomeš, 2010)

Služby mohou být k uživatelům distribuovány organizacemi státu či příspěvkovými organizacemi (tzn. jako veřejná služba) nebo soukromými poskytovateli či nestátními neziskovými organizacemi (tzn. jako soukromá služba).

Financování sociálních služeb probíhá úhradou od občana (formou příspěvku na péči podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách), úhradou od státu (stát přispívá za předpokladu, že je péče potřebná a jen do výše odpovídající této potřebě), úhradou od obcí (obec jako samosprávně spravovaná část státu je povinna garantovat určitý základní standard sociálních služeb v rozsahu daném státní politikou), úhradou od nestátního subjektu (dobrovolná organizace finančně zajišťuje svou činnost z vlastních prostředků). (Tomeš, 2010)

Významnou cestou pro optimální využívání sociálních služeb v lokalitě je *komunitní plánování sociálních služeb*. Při tomto procesu se setkávají uživatelé sociálních služeb s poskytovateli a se zadavateli. Cílem pravidelných setkání a vzájemných konzultací v rámci jednotlivých pracovních skupin zaměřených na seniory, děti a rodinu, osoby se zdravotním postižením, etnické a národnostní menšiny, nepřizpůsobivé občany i v rámci celku je zajistit dostupnost služeb všem, kteří je potřebují užívat (viz dále).

4.2.2 Sociální pomoc – pilíř soustavy sociální ochrany

„Sociální pomoc je určena k zabezpečení základních životních potřeb osob v situaci absolutního nedostatku hmotných prostředků a v těch sociálních situacích, kdy osoby nejsou schopny samy ani s pomocí vlastní rodiny zabezpečovat svoje základní životní potřeby.“ (Krebs a kol., 2007, s. 267)

Nově koncipovaná sociální pomoc v podmínkách demokratické společnosti a svobodného trhu předpokládá, že každý občan odpovídá za sebe, za život, který vede, a za svou budoucnost. Jedinec, původně objekt sociální politiky paternalistického státu, se pozvolna proměnil v subjekt, spolutvůrce sociální politiky se všemi právy a povinnostmi, které s tím souvisejí. Také sociální péče zaznamenala kvalitativní změnu svého charakteru (jednak z hlediska změněné sociální reality a jednak pro nedostatek finančních prostředků v této oblasti) orientací na aktivizující pomoc pod heslem „pomoc ku svépomoci“, které je vlastní prakticky všem pomáhajícím profesím.

Sociální pomoc, realizovaná jako **opatření státu** ve smyslu lidské solidarity a dobročinnosti, pomáhá občanovi v sociálně neuspokojivé situaci:

- *navrátit dočasně ztracenou sociální suverenitu* (většina problémů v sociálně ekonomickém postavení občanů bývá přechodného charakteru),

- *překonat momentální stádium sociálně ekonomických obtíží* (u některých osob není z objektivních důvodů možné očekávat rychlý návrat sociální suverenity, proto je třeba hledat dlouhodobější řešení nepříznivých podmínek života a zabránit tak propadu těchto osob mezi jedince zcela odkázané na sociální pomoc),
- *řešit jeho trvalé sociálně svízelné postavení* (do této skupiny potřebných patří lidé, kterým se nedaří ani s pomocí společenského působení obnovit sociální suverenitu a kteří jsou trvale odkázáni na solidaritu druhých).

Jedním ze základních cílů sociální pomoci je zabránit propadu občana do trvalé sociální závislosti. (Krebs a kol., 2007) Jednotlivé **formy sociální pomoci jsou financovány** ze státního rozpočtu, z rozpočtu obcí, krajů a nestátních neziskových organizací. (Tomeš a kol., 2002)

Systém sociální pomoci řeší situace, kdy:

- jsou ohrožena práva občana garantovaná Ústavou ČR, Listinou základních práv a svobod a dalšími významnými právními předpisy,
- občan se nachází v hmotné nouzi (jde o situaci, kdy základní životní podmínky občana nejsou zabezpečeny dostatečnými příjmy a tento si nemůže vlastním přičiněním nebo za pomoci své rodiny podmínky nebo prostředky na jejich vytvoření zajistit),
- občan se nachází v sociální nouzi (tzn., že pro nízký věk, zdravotní stav, disfunkci rodiny, absenci sociálního zázemí či z důvodů osobních nebo jiných není schopen zabezpečovat své základní životní a sociální potřeby, zejména ve smyslu péče o svou osobu, o svá práva a oprávněné zájmy, o svou výživu a domácnost) nebo mu tyto situace hrozí. (Krebs a kol., 2007)

Mezi hlavní **nástroje sociální pomoci** patří poradenství, prevence sociálně-patologických jevů, sociálně právní ochrana, sociální služby a dávky sociální péče. Pro ilustraci zde vybírám pouze nástroje, které mají přímou vazbu k řešené problematice osob s postižením a ty, o nichž jsem se v textu dosud podrobněji, resp. v konkrétní aplikaci na praxi nezmínila.

Při *poradenství* jde o výměnu informací mezi poradcem a klientem, o „poučení“ klienta, o redukci jeho emocionálního napětí, o proces učení atp. Obecným cílem poradenství je

poskytnout pomoc při řešení obtížných sociálních situací, do kterých se člověk či rodina dostávají. Aktivity v tomto směru mohou být vedeny buď preventivně, tzn., že se snaží předcházet vzniku obtížných sociálních a ekonomických situací, nebo nápravně, kdy je předmětem již řešení konkrétních problémů a zmírňování jejich následků. Poradenská činnost sama o sobě nemůže fungovat jako izolovaný nástroj sociální pomoci, ale naopak jako součást interdisciplinárního působení. Lze konstatovat, že poradenská péče má deficit jak v personálním zajištění, tak v kapacitě. Snad jedinou, dostatečně vybavenou oblast představuje poradenství pro rodinu a děti, které je realizováno především prostřednictvím oddělení sociálně právní ochrany dětí a poraden pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy. (Krebs a kol., 2007) Další informace o sociálním poradenství je možné nalézt v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, §37, který rozlišuje poradenství základní a odborné.

Sociální služby procházejí od 90. let minulého století řadou velkých a dlouho plánovaných změn např. v oblasti legislativy nebo modernizace a deinstitucionalizace zařízení. Uskutečněním reformy veřejné správy, kdy jedním z jejích důsledků bylo zrušení okresních úřadů, došlo k převedení sociálních služeb do režie samostatné působnosti samosprávných obcí a krajů ovšem za nedořešených finančních podmínek, což mělo za následek naprostý opak hlavního záměru – přiblížit sociální služby klientům. Role státu a možnosti jeho kontroly se rovněž proměnily, došlo k omezení přímého výkonu vesměs na aktivity v oblasti sociálních služeb, které tvoří obsah ústavních závazků státu. (Krebs a kol., 2007; více v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a na www.mpsv.cz, případně www.trass.cz) Výkon veřejnoprávní sociální služby by se měl přednostně opírat o princip subsidiarity neboli rozvrstvení solidarity. Jde o snahu řešit sociální otázky na nejnižší úrovni řízení. V souladu s tímto principem se kompetence rozdělují tak, že ústřední orgány se zabývají převážně koncepčními záležitostmi, zatímco ostatní jsou zajišťovány na úrovni obcí či regionů. (Bareš, 2006)

Konkrétní příklad v praxi nabízí proces komunitního plánování sociálních služeb ve větších obcích, v nejmenších obcích je účelná realizace pouze určitých služeb, protože zpracování komunitního plánu by přesahovalo jejich finanční i personální možnosti. Posláním tohoto procesu je nalezení politicky přijatelných dohod mezi uživateli sociálních služeb, jejich poskytovateli a zadavatelem o způsobu nabídky, tvorby a realizace sociálních služeb na území obce/regionu. Důraz je kladen na názory samotných uživatelů, neboť je

třeba zajistit, aby poskytované služby byly dostupné všem, kdo je potřebují. Základní prostředek prosazení vyjednaných sociálních služeb představuje komunitní plán. Pomocí sociologických průzkumů se zjišťují sociální potřeby, problémy a zájmy veřejnosti, současných klientů a také poskytovatelů sociálních služeb. Poté se ustanoví pracovní skupiny ve většině případů zaměřené na seniory, osoby se zdravotním postižením, rodiny s dětmi, národnostní menšiny a osoby vyžadující specifickou pomoc při řešení životní situace, ve kterých se diskutuje a rozhoduje o prioritách a způsobech řešení v oblasti sociálních služeb, které se odvíjejí od přání občanů, dostupných zdrojů a odborných znalostí. Výsledkem procesu komunitního plánování může být např. sestavení katalogu organizací poskytujících sociální služby na daném území, vytvoření podkladů pro zpracování koncepce sociálních služeb v obci, diskusní kulaté stoly s veřejností atp. (Komunitní plánování sociálních služeb v Opavě, 2006)

Dávky sociální péče poskytované z prostředků pilíře sociální pomoci se zaměřují na řešení obtížných životních situací, které vznikly nebo by mohly vzniknout v důsledku hmotné nebo sociální nouze. Jedná se o sociální události spojené s problémem chudoby a o sociální události vyvolané nepříznivým zdravotním stavem vzhledem k věku nebo zdravotnímu postižení příjemce. Náklady na dávky se hradí ze státního rozpočtu.

Případ, kdy se poskytuje finanční podpora v rámci pilíře sociální pomoci, zastupuje události spojené se změnou schopností, resp. s omezením či ztrátou soběstačnosti v důsledku věku (stáří) či zdravotního postižení. V těchto případech postupují sociální pracovníci při řešení konkrétních situací především podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, kde jsou přesně stanoveny podmínky základní dávky, tj. příspěvku na péči, a v určitých případech také podle zákona č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů.

Individuální dávka určená k nákupu sociálních služeb od různých poskytovatelů - **příspěvek na péči** – zajišťuje krytí části nákladů na potřebnou péči. Zároveň se předpokládá, že k úplné úhradě poskytovaných služeb budou použity i jiné zdroje. Příspěvek na péči náleží osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby. Stát se tímto způsobem podílí na zajištění sociálních služeb nebo jiných forem pomoci při zvládání základních životních potřeb dotčených osob. Nárok na příspěvek má osoba, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při zvládání základních životních potřeb v rozsahu stanoveném stupněm závislosti I-IV. Při

posuzování stupně závislosti hodnotí sociální pracovník šetřením v terénu schopnost zvládat základní životní potřeby z okruhů mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity a péče o domácnost. Nárok na příspěvek nemá osoba mladší jednoho roku. Výše příspěvku pro osoby do 18 let věku činí za kalendářní měsíc 3 000 Kč v I stupni (lehká závislost), 6 000 Kč ve II stupni (středně těžká závislost), 9 000 Kč ve III stupni (těžká závislost) a 12 000 Kč ve IV stupni (úplná závislost). Výše příspěvku pro osoby starší 18 let činí za kalendářní měsíc 800 Kč v I stupni, 4 000 Kč ve II stupni, 8 000 Kč ve III stupni a 12 000 Kč ve IV stupni. V případech stanovených zákonem v §12 lze příspěvky zvýšit o 2 000 Kč za kalendářní měsíc (např. nezaopatřenému dítěti, kterému náleží příspěvek na úhradu potřeb ze systému dávek péstounské péče podle zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí vyplácený Úřadem práce, nezaopatřenému dítěti, které pobírá důchod z důchodového pojištění, nezaopatřenému dítěti, které je v plném přímém zaopatření zařízení pro péči o děti, rodiči, kterému náleží příspěvek a který pečuje o nezaopatřené dítě do 18 let věku ve vazbě na kritéria životního minima). Příspěvek se vyplácí měsíčně – v kalendářním měsíci, za který náleží. O příspěvku rozhoduje krajská pobočka Úřadu práce příslušná podle trvalého pobytu žadatele. Výši příspěvku zvyšuje vláda svým nařízením v pravidelném termínu 1. ledna, pokud růst indexu spotřebitelských cen dosáhne v rozhodném období alespoň 5 %, případně v mimořádném termínu.

Zákon č. 329/2011 Sb. upravuje *poskytování peněžitých dávek osobám se zdravotním postižením – příspěvku na mobilitu a příspěvku na zvláštní pomůcku*, jejichž účelem je zmírnit sociální důsledky zdravotního postižení a podpořit sociální začleňování včetně průkazu osoby se zdravotním postižením. Nárok na *příspěvek na mobilitu* má osoba starší 1 roku, která není schopná 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. Výše příspěvku na mobilitu představuje 400 Kč za kalendářní měsíc. Nárok na *příspěvek na zvláštní pomůcku* má osoba, která má těžkou vadu nosného nebo pohybového ústrojí, nebo těžké sluchové postižení, nebo těžké zrakové postižení charakteru dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. Zvláštní pomůcka typu motorového vozidla, vodícího psa, schodolezu, schodišťové plošiny aj. umožní osobě s postižením sebeobsluhu, realizaci pracovního uplatnění, přípravu na budoucí povolání, získání informací, vzdělávání, styk s okolím atp. Co se týká výše příspěvku na zvláštní pomůcku (§10), ta se odvíjí od příjmu osoby ve vazbě na životní minimum a od ceny

pomůcky (počítá se s minimální spoluúčastí 1 000 Kč, zároveň součet vyplacených příspěvků nesmí v 60 kalendářních měsících po sobě jdoucích přesáhnout částku 800 000 nebo 850 000 Kč).

Osoby se zdravotním postižením vlastní speciální **průkazy** – TP, ZTP a ZTP/P. Cesta k jejich získání vede přes podání žádosti o příslušný typ průkazu a přes sociální šetření provedené sociálním pracovníkem pobočky úřadu práce v přirozeném prostředí klienta – posuzuje se 10 základních životních potřeb podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Záznam ze sociálního šetření je postoupen Okresní správě sociálního zabezpečení společně s žádostí o posouzení zdravotního stavu žadatele. Na základě výsledku posouzení vydá úřad práce průkaz nebo zamítavé rozhodnutí.

Průkaz osoby se zdravotním postižením náleží osobě, které byl přiznán příspěvek na péči, příspěvek na mobilitu, příspěvek na zvláštní pomůcku nebo osobě starší 1 roku, pokud není schopna zvládat základní životní potřeby v oblasti mobility nebo orientace nebo je-li uznána závislou na pomoci jiné osoby. Průkaz TP náleží osobám, které se pro účely příspěvku na péči považují za osoby závislé v I. stupni závislosti, průkaz ZTP náleží osobám ve II. stupni závislosti nebo osobám starším 18 let, které nejsou schopny zvládat základní životní potřeby v oblasti mobility nebo orientace z důvodu úplné nebo praktické hluchoty, a průkaz ZTP/P náleží osobám ve III. a IV. stupni závislosti nebo osobám nevládajícím mobilitu nebo orientaci, s výjimkou osob s úplnou nebo praktickou hluchotou.

Za vydání průkazu obecní úřad obce s rozšířenou působností, kam do roku 2012 agenda pomoci osobám se zdravotním postižením patřila, vybíral poplatek 30 Kč, nyní je vydání průkazu úřadem práce bezplatné. V současné době do oběhu vstupují **karty sociálních systémů**, které mimo jiné nahrazují papírové průkazy. Nepojistné sociální dávky, v minulosti vyplácené třemi různými způsoby – hotovostně, poštovní poukázkou a převodem na účet, jsou ve většině případů postupně vypláceny prostřednictvím sKarty. Tyto karty se vydávají ve dvou variantách – základní a speciální, která zároveň slouží také jako průkaz osoby se zdravotním postižením. SKarta zde plní funkci identifikační a platební (pokud je u klienta zachována schopnost hospodařit s peněžními prostředky). V případě, že se jedná o nezletilé dítě nebo o osobu zbavenou způsobilosti k právním úkonům, úřad práce vydá dvě sKarty – jednu pro osobu se zdravotním postižením jako identifikační průkaz a druhou s platební funkcí pro rodiče nebo opatrovníka. Dávky

vyplácené přes sKartu se realizují převodem na účet (zaslání dávky na účet klienta), využitím platební funkce (platba u obchodníka) nebo v hotovosti (výběr z bankomatu). (Körberová, 2013) Více informací včetně vzorů jednotlivých karet lze nalézt ve Vyhlášce č. 424/2011 Sb., o vzoru, náležitostech a provedení karty sociálních systémů, vzoru, náležitostech a provedení potvrzení o ztrátě, odcizení, poškození nebo zničení karty sociálních systémů a vzoru Standardizovaného záznamu sociálního pracovníka.

Ve druhé polovině roku 2013, konkrétně k listopadu rozhodlo Ministerstvo práce a sociálních věcí o zrušení sKaret a o návratu k původnímu postupu. Nejen pro několik tisíc handicapovaných osob, ale také pro pracovníky úřadu práce znamená toto rozhodnutí opět nemalé komplikace spojené s praktickou realizací a to ještě nehovoříme o milionových finančních ztrátách, které provázely nejprve zavedení a o rok později zrušení nového systému výplaty nepojistných sociálních dávek. SKarty platí do dubna 2014, jejich držitelé jsou povinni je na úřad práce vrátit a místo nich obdrží průkazy ZTP a nebo ZTP/P podle vzoru ve vyhlášce č. 388/2011 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, ve znění vyhlášky č. 388/2013 Sb. Výplata dávek bude probíhat na účet klienta nebo složenkou do místa bydliště. (Ranní zprávy, 2013)

„Jistě lze souhlasit s názorem, že člověk se zdravotním postižením obvykle ve zvýšené míře využívá systémů sociální ochrany; pokud je však bez dalšího tento úhel pohledu jediným, zkresluje se tím celkový obraz o životě a možnostech lidí s postižením jako svébytných osobností schopných aktivně utvářet svůj život.“ (Michalík a kol., 2011, s. 31)

5 Ústavní péče, její alternativy. Péče o handicapovaného v rodině

Při zpracování textu této kapitoly jsem přednostně vycházela z knihy O. Matouška *Ústavní péče* (1995). Pobytová ústavní zařízení i rodina reprezentují prostředí, v nichž člověk určitou dobu žije a tráví většinu svého času. Přítomnost osoby s postižením působí nejen na samotné prostředí, ale také na další členy, kteří se v blízkosti takové osoby nacházejí. Proto není od věci, pokusit se zodpovědět dvě, zdánlivě jednoduché otázky.

- Které znaky má ústav společné s rodinou?
- Které znaky naopak odlišují rodinu od ústavu?

I když se člověk pokusí obě otázky poctivě zodpovědět, nemusí vždy dojít k jednoznačnému závěru. Oběma prostředím je v této kapitole věnován prostor pro jejich základní charakteristiku a případné problémové okruhy, se kterými se lze v praxi setkat.

5.1 Vymezení základních pojmů

Instituce představuje zařízení pro veřejné, výchovné, církevní a jiné účely (z latinského „instituire“ – zařizovat, zřizovat), také zákon, zvyklost, praxi nebo organizaci. Ve vazbě na zkoumané téma je stěžejním významem vymezení týkající se druhu zařízení.

Za **organizaci** se pokládá účelově vytvořená skupina lidí, jejichž jednání je koordinováno společným cílem. To umožňuje efektivnější dosahování cílů než u skupin spojených neformálními pouty. Charakteristické jsou pro organizaci formální hierarchické vztahy, oddělení funkce od osoby, která ji vykonává, formálně definovaná pravidla vnitřních a vnějších vazeb. Zde je možné pro doplnění čerpat informace ze sociologie, např. z prací J. Kellera.

Mezi **pobytová zařízení** patří všechny druhy ubytovacích zařízení s výjimkou soukromých bytů a domů (hotel, kemp, klášter, internát, kasárna, loď pro dálkové plavby ad.). Pro účel kapitoly se lze opřít o vymezení pobytových služeb např. podle zákona o sociálních službách, nebo vycházet z již poskytnutých informací ve vazbě k sociální politice.

Ústav je zařízení, v němž skupina profesionálních zaměstnanců pečuje o skupinu nějak handicapovaných lidí. Zatímco personál je zde zaměstnán, pro klienty se ústav stává dočasnou nebo trvalou náhradou domova. Nežádka se v počátcích pobytu objevují problémy v rozdílném očekávání a postojích (objekt péče versus aktivní účastník). Obyvatel ústavu bývá nazýván klientem, nebo uživatelem služby.

Ústavní péči poskytují klientům profesionálové a dobrovolníci v některém z ústavních zařízení. Tato zařízení mají různé podoby a sledují různé cíle jako např. poskytování náhrady chybějícího domova, chybějícího nebo nedostupného komplexu služeb, může se ale také jednat o represivní reakci společnosti na nepřijatelné způsoby chování.

Mezi rizika spojená s ústavní péčí se zahrnuje především sociální vyloučení klientů, zneužívání moci personálem, riziko nepříznivých vlivů klientů navzájem aj. Proto se zpravidla tento typ péče volí jako poslední možnost, která by měla být klientovi nabídnuta po vyčerpání všech alternativ. Je prokázáno, že dlouhodobá ústavní péče vyvolává u klientů tzv. *hospitalismus*. Jde o proces adaptace na umělé prostředí ústavu, který zapříčiňuje neschopnost adaptovat se po propuštění v prostředí běžné společnosti.

Ústavní péče představuje nejdražší formu sociální péče. Při jejím poskytování je nutné počítat mimo jiné s položkou na mzdy personálu (počet pracovníků se nežádka blíží počtu klientů) a na provozní zajištění zařízení. Z tohoto hlediska se jako ekonomicky výhodnější jeví velká zařízení, ovšem současný trend v poskytování ústavní péče jde opačným směrem. Již několik let se prosazuje intenzivní snaha eliminovat odlidštěné, internátní prostředí (velikost ústavu lze omezit legislativou). (Matoušek, 1995)

Modely poskytování ústavní péče se rozdělují podle toho, na jak dlouho je klient handicapován. Pokud se jedná o krátkodobý handicap, hovoří se o „klasickém“ modelu péče, jehož příkladem může být nemocniční pobyt. Dlouhodobý handicap se váže na „rehabilitační“ model péče. A trvalý handicap se spojuje s „pečovatelským“ modelem, kde hrozí nebezpečí vytvoření závislosti klienta a rozšíření handicapu. (Matoušek, 1995)

Velkým tématem 90. let minulého století a dnes již realizovaným projektem se stal proces *deinstitutionalizace* ústavních zařízení, neboli odústavňování sociálních služeb. Jedná se o systematické úsilí snížit množství ústavů, v nichž jsou umístěni klienti, kteří by mohli žít kvalitní život s podporou v domácím prostředí. Proces transformace pobytových služeb probíhá pod řízením Ministerstva práce a sociálních věcí ČR a jeho hlavním cílem

je integrovat klienty zařízení mezi běžnou populaci. Nejčastěji jsou v této souvislosti řešeny otázky bydlení a zaměstnání klientů, komunikace zúčastněných stran - Ministerstva práce a sociálních věcí ČR, krajských úřadů, obcí, ústavů sociální péče, a transparentní financování služby. Ve vybraných přibližně dvaceti zařízeních (ústavech sociální péče), které jsou zařazeny do pilotního projektu ministerstva, byly za tímto účelem zřízeny pracovní pozice koordinátorů. Humanizace péče s sebou současně přináší nutnou systémovou změnu. Mezi dílčí, avšak pro klienty významné cíle patří péče o svou osobu, rozvoj, integrace, uplatnění ve společenském a pracovním životě, přirozená komunikace ad. S tím souvisí poskytovaná míra podpory – malá, střední nebo velká. Všeobecnou snahou je zajistit klientům fungování v běžném životě, vytvořit opravdový domov, poskytnout profesionální pomoc s využitím přirozené podpory, poradit ve smyslu volby vhodných aktivit a strukturace času. (Transformace a deinstitucionalizace sociálních služeb, 2011) K problematice transformace sociálních služeb v současné době existuje řada různých, běžně dostupných zdrojů. Mezi nejvýznamnější patří bezesporu informační portál Národního centra podpory transformace sociálních služeb (www.trass.cz) a touto organizací pořádané pravidelné konference, dále časopis Sociální práce/Sociálna práca 4/2010 nebo např. kniha M. Chába *Svět bez ústavů* (2004).

5.2 Ústav sociální péče

Ústavy sociální péče (nově nesoucí pojmenování „domovy pro osoby s postižením“, či další alternativní názvy, případně původní) jsou ústavní zařízení určená dospělým občanům, mládeži a dětem s těžkým tělesným, smyslovým nebo mentálním postižením, případně s kombinací těchto postižení. Klientům je zde poskytnuto bydlení, zaopatření, zdravotní péče, rehabilitace, kulturní a rekreační péče, v případě potřeby také osobní vybavení a přiměřené pracovní uplatnění. U dětí a mládeže zde probíhá výchova a příprava na povolání.

Ústavy sociální péče je možné rozlišit na ústavy pro tělesně postiženou mládež, ústavy pro tělesně postiženou mládež s přidruženým mentálním postižením, ústavy pro tělesně postiženou mládež s více vadami, ústavy pro mentálně postiženou mládež, ústavy pro tělesně postižené dospělé občany, ústavy pro tělesně postižené dospělé občany s přidruženým mentálním postižením, ústavy pro tělesně postižené dospělé občany s více vadami, ústavy pro smyslově postižené dospělé občany, ústavy pro mentálně postižené

dospělé občany, ústavy pro chronické alkoholiky a toxikomany, ústavy pro chronické psychotiky a psychopaty, domovy důchodců a penziony pro důchodce. (Matoušek, 1995) Praxe na konkrétních příkladech dokládá, jak významné a pro klienty důležité je rozdělení zařízení podle druhů postižení, neboť i péče, kterou je třeba těmto osobám poskytovat, se v mnohém liší, stejně jako potřeby a schopnosti klientů.

Počty klientů jsou v pracovních nebo výchovných skupinách různé. Zatímco např. zákon č. 109/2002 Sb., o ústavní a ochranné výchově ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních stanovuje základní skupinu v počtu maximálně 8 dětí, pro ústavy sociální péče není limit jasně stanoven, neboť vždy záleží na individuálním posouzení zdravotního stavu klienta a aktivitě, kterou chce skupina vykonávat.

O přijetí do ústavního zařízení žádá občan sám nebo jeho zákonný zástupce. Pokud žadatel splňuje podmínky přijetí, obdrží rozhodnutí o přijetí. Jestliže není volné místo, následuje rozhodnutí o zařazení žádosti do pořadníku čekatelů. (Matoušek, 2003)

Podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách se *ústavem sociální péče* rozumí domov pro osoby se zdravotním postižením. V těchto domovech se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, kdy jejich situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Konkrétně se jedná o činnosti poskytnutí ubytování, stravy, pomoci při zvládnutí péče o vlastní osobu a při osobní hygieně, dále o výchovné, vzdělávací, aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktů se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatnění práv a zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

L. Novosad (in Nosková, 2013) vymezuje *ústav sociální péče* jako instituci zřizovanou zpravidla státem s celoročním nebo týdenním pobytem, která zajišťuje ucelenou péči o klienta v podobě ubytování, stravování, zdravotní péče, rehabilitace a volnočasových aktivit. Jedná se o kolektivní zařízení, jehož nevýhodou je, že klienti nemají žádoucí prostor pro své soukromí, identitu a bezproblémový výkon práv, a jsou ve větší míře než jinde ohroženi deprivací a izolací.

5.2.1 Funkce ústavů

Ústav je spojen se zkušeností někam patřit, ale zároveň také se zkušeností toto právo ztratit.

Platí i v dnešní době tvrzení, že ústav je do jisté míry světem pro sebe? Vždyť jsme svědky toho, že klasická ústavní zařízení mají snahu otevírat se okolí – pořádají různé kulturní, společenské či sportovní akce, kam zvou veřejnost, s níž sdílí společné teritorium.

Platí stále, že život v ústavu je omezenější a předvídatelnější? Jaká bude odpověď, pokud se na problém podíváme optikou deinstitucionalizace?

Mezi **hlavní funkce** ústavů patří:

- podpora a péče (ústav klientovi nahrazuje rodinu),
- léčba, výchova a resocializace (ústav usiluje různými cestami o změnu stavu klienta),
- omezení, vyloučení a represe (ústav funguje jako zařízení k ochraně společnosti před klientem),
- rekreace (ústav se zaměřuje na rehabilitační stránku péče).

Existují **zakladatelské mýty**, které se pojí k životu v ústavu a které schématicky charakterizují život v ústavní péči podobně jako tomu je např. v rodině či obci:

- ústav udržuje svůj vnitřní řád soubory pozitivních a negativních sankcí (stejně jako rodina),
- ústav má svůj „folklor“ (např. slovník, atmosféru),
- vůči vnějšímu světu je ústav uzavřený, vstup do něj je kontrolovaný,
- v ústavu existuje hierarchie společenských pozic, avšak formální nadřízenost se nemusí krýt s nadřízeností neformální,
- mezi klienty a personálem je mezigenerační hranice (jako v rodině),
- přístupnost určitých míst v ústavu je regulována pravidly (podle hierarchie společenského postavení) ad. (Matoušek, 1995)

Na závěr této podkapitoly připojuji odkaz na zdroje k samostudiu – citovanou knihu O. Matouška *Ústavní péče*, v ní konkrétně část věnovanou historii ústavní péče, a dále knihu Z. Riegra *Návrat k rodině a domů* (2009). První zdroj poskytuje čtenáři základní informace o utváření institucionální formy péče a o myšlenkách a impulsech, které proces

doprovázely. Druhý zdroj seznamuje čtenáře s úskalími a cestami při ukončování pobytu v ústavním zařízení.

5.2.2 Proces transformace pobytových sociálních služeb – integrace, deinstitucionalizace, humanizace

Transformace v obecném slova smyslu představuje přeměnu či přetvoření. Ve vazbě na sociální služby, resp. na péči poskytovanou ústavními zařízeními s sebou přináší systémovou změnu velkokapacitních ústavních služeb pro osoby s postižením na bydlení a podporu v běžném prostředí. Lidé s postižením mají díky transformačním procesům možnost přejít z velkých ústavů do bytů nebo rodinných domů v běžné zástavbě a žít způsobem života, který je obvyklý pro lidi kolem nich. Transformace si klade za cíl vytvořit koordinované sítě služeb pro klienty, které jim zprostředkují život v přirozené komunitě a minimalizují dosud preferovaný pobyt v ústavních zařízeních. Směřuje ke zkvalitňování životních podmínek klientů a snaží se podporovat naplňování lidských práv včetně práva na plnohodnotný život srovnatelný s vrstevníky žijícími v přirozeném prostředí. (Nosková, 2013)

Proces transformace je vystavěn na třech základních postulátech – integraci, deinstitucionalizaci a humanizaci.

Integrace představuje proces, který se orientuje na zajištění plnohodnotného společného života handicapovaných a zdravých osob při respektování jejich individuálních schopností a možností rozvoje. Hlavní stupeň integrace člověka představuje kvalita společenských vztahů. Novosad (in Nosková, 2013) chápe integraci jako začleňování nebo spojování určitých částí v jeden celek. Tento proces se týká především znevýhodněné skupiny jedinců a promítá se do něho vztah k hodnotovému systému společnosti včetně změny postojů lidí, kteří mají obavy z osob s postižením, a změny práce profesionálů, u nichž nadměrný pocit odpovědnosti vede k ochranitelnosti. K úspěšné integraci dojde tehdy, pokud klient opustí ústavní zařízení a je schopen žít v přirozené komunitě. Integrace bývá rovněž definována jako pevné spojení jednotlivců a vrstev společnosti, opačným trendem s negativní konotací je vyloučení. (Nosková, 2013) Záleží především na společnosti jako celku a jejich jednotlivých subsystémech a organizačních člancích, jak osoby s postižením vnímají a jak k nim přistupují, jaké pro ně vytvářejí podmínky společenského života a uplatnění.

Deinstitucionalizace je proces, „v němž dochází k proměně instituce ve smyslu formalizované struktury pravidel, řádu a filosofie služby i ve smyslu sídla (umístění v objektu a komunitě tak, aby výsledná struktura a provozování služby byly primárně orientovány na potřeby uživatelů, a ne na potřeby formalizované organizace/instituce. Je toho dosahováno proměnou institucionální péče v péči v komunitě.“ (Nosková, 2013, s. 29) Hlavní myšlenka koncepce spočívá v podpoře rozvoje služeb, které umožní uživatelům nejvyšší možnou míru variabilního života, srovnatelného s vrstevníky. V praxi se jedná především o chráněné bydlení, osobní asistenci a služby podpory samostatného bydlení, které se a priori soustředí na podporu klientů při jejich zařazení do běžné společnosti (respektování práva člověka na rovné příležitosti a možnost svobodného rozhodování). Z ústavů sociální péče by měla vzniknout zařízení, která budou poskytovat výše nárokováné služby a budou podporovat vznik regionálních služeb pro lidi se specifickými potřebami. Tato skutečnost ovšem neznamená rušení ústavů sociální péče, ale jejich systematickou přeměnu způsobu a podmínek poskytování péče. Deinstitucionalizace nabízí v závislosti na individuálních potřebách a schopnostech možnost přestěhovat se z velkých ústavů do běžných bytů či rodinných domů a v ústavní péči ponechat pouze ty osoby, které nejsou schopny samostatného života v přirozeném prostředí, případně které nemohou využít podpory ze strany své rodiny. (Nosková, 2013) Život klientů v přirozeném prostředí (chráněném bydlení) může být podpořen různou mírou asistence profesionála – po celý den, po určitý časový interval atp. Rozhodně by se však nemělo pod hlavičkou deinstitucionalizace jednat o celoplošné a neuvážené rušení ústavních zařízení, a to s přihlédnutím k mnoha subjektivním i objektivním faktorům. Doporučuji se v tomto směru seznámit se základními principy a pravidly fungování komunity a s požadavky kladenými na sociální práci. Lze tak totiž poměrně zřetelně identifikovat možná ohniska latentních rizik a problémů v sociálním fungování.

Humanizace tak, jak ji vysvětluje Ministerstvo práce a sociálních věcí ve vazbě k poskytování sociálních služeb, znamená proces proměny systému péče s cílem naplnit práva a potřeby klientů, podpořit důstojnost lidí s postižením a minimalizovat rizika sociálního vyloučení těchto osob. Míra podpory by při tom měla vycházet ze skutečných potřeb člověka. Proces humanizace se skládá z několika fází, v nichž se postupně mění poměr mezi péčí a podporou, programově se jedná o vhodné zavádění podpůrných činností. Snahou je využít vlastní kapacitu klienta. Jedním z prvních kroků je proto přehodnocení osobní situace klienta – *individuální plánování* – v něm se propojují

individuální představy s objektivně zjištěnou potřebou podpory (otázka soběstačnosti). Mezi konkrétní příklady patří posouzení možnosti pracovního uplatnění, individuálního vzdělávání a zabezpečení zaměstnání. Další krok představuje revize naplňování lidských a občanských práv klientů ve vztahu ke způsobilosti k právním úkonům a funkci opatrovníka. (Nosková, 2013)

Kritéria transformace jsou zaměřena na vytvoření rámce pro aktivní zapojení osob s postižením do společnosti a na trh práce podle individuálních dispozic. Ve vybraných lokalitách byly stanoveny parametry domácností a jejich kapacit, avšak ani pečlivou přípravu klientů a personálu sociálních služeb na nové podmínky nelze podceňovat. Základní úkol spočívá ve vybudování sítě komunitních služeb a zabezpečení podporovaného zaměstnávání. Pro pozitivní přijetí myšlenek transformace je třeba, aby si všichni zúčastnění uvědomili negativní důsledky života v ústavním zařízení. Pro komunitní péči je charakteristický partnerský a týmový přístup (na rozdíl od paternalistického a hierarchického), vytváření individuálních dohod o poskytování sociální služby (na rozdíl od příkazů, zákazů a nařízení), flexibilita (namísto rigidního řádu) a svobodná možnost výběru dané služby, která respektuje individuální potřeby klienta. (Nosková, 2013)

5.2.3 Problémové okruhy k diskusi

V této kapitole se zaměřím na náměty k přemýšlení, které se vztahují k aktuální situaci v oblasti péče o osoby s postižením, avšak často mají své kořeny v minulosti, v postupech a názorech, které byly uplatňovány v minulém století.

Při výběru konkrétních bodů jsem se nechala inspirovat knihou O. Matouška (1995) *Ústavní péče*. Prvky zasluhující se pozornost jsem rozdělila do 4 okruhů, které jsem nazvala vždy podle společného jmenovatele pro dílčí řešené otázky – zaprvé řízení péče a pomoci, za druhé vztahy v ústavu, za třetí podmínky života v ústavu a za čtvrté, rizika ústavní péče.

Řízení péče a pomoci

Podle platné právní úpravy v oblasti sociálního zabezpečení (pilíř sociálního pojištění, státní sociální podpory a sociální pomoci) je zachováno **centrální řízení** z pozic příslušných ministerstev (Ministerstvo práce a sociálních věcí, Ministerstvo zdravotnictví, Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy aj.), ovšem úkoly a kompetence byly přehodnoceny a rozděleny také na nižší složky řízení v rámci samosprávy (kraj, obec).

Tento krok má svou logiku. Garance základních práv odpovídá mezinárodním závazkům, které obecně stanovují jako hlavní subjekt stát a jeho orgány. Zároveň se zde otevírá prostor pro iniciativy přicházející „zdola“, od samotných klientů a jejich zástupců, kdy potřeby a oprávněné zájmy dokáží nejlépe rozpoznat subjekty, které jsou jim v organizační struktuře nejbližší a mají přímý kontakt s jejich přirozeným prostředím (pracovníci samosprávy – obcí a krajů, a nestátních neziskových organizací).

Vztahy v ústavu

Určitá míra blízkosti **ve vztazích klientů a pečujícího personálu** může v některých případech nevhodně sklouznout do familiérního jednání. Pracovník by měl být schopen udržet hranici profesionálního vztahu, i když klienta již důvěrně zná a spolupracuje s ním denně. Pozitivně laděné nálepky („babi“, „děda“) a negativně laděné nálepky („alkoholik“, „psychotik“) deklasují člověka v očích druhých i v jeho samotných. Respekt k lidské bytosti by měl být na prvním místě. Od nálepkování je jen krůček k manipulaci, kdy osobu pracovník nevnímá jako dostatečně kompetentní a snaží se rozhodovat za ni. V praxi jsem se s touto tendencí často setkala nikoli u pečujícího personálu, ale u rodinných příslušníků. Život v ústavním zařízení, v uměle vytvořeném kolektivu osob může pro některé klienty představovat vzhledem k jejich individuálním charakteristikám (věk, typ postižení, specifické potřeby) neúměrný stres a psychickou zátěž. Jen pomalu si zvykají na nové podmínky, na prostředí, které sdílejí spolu s ostatními. Zkušený profesionál si v takových situacích nevystačí pouze s odborným vzděláním. Pokud u sebe postrádá zájem o práci s danou cílovou skupinou a určité individuální dispozice, bude tím jednoznačně poznamenána kvalita péče a podpory, kterou klientům poskytuje, nebo se u něho bude zvyšovat riziko syndromu vyhoření.

Podmínky života v ústavu

Zatímco pečující personál tráví v ústavu/domově omezený čas, klienti se snaží zde **nalézt svůj nový domov**. To se jeví jako poměrně složité v případě prostorového přetížení, určité ztráty soukromí a pravidel, které život osob zde umístěných limitují. Podmínky osobní hygieny či stolování představují příklady, kdy je třeba se zcela přizpůsobit kolektivním zvyklostem. Určitý tlak plynoucí z organizování aktivit lze vyvážit jistou mírou dobrovolného zapojení v jiných, zájmových, aktivizačních činnostech, či v pojmání nutných společných aktivit jako příležitostí k vzájemnému setkávání a výměně informací, zkušeností a zážitků. Klient by měl být dostatečně informován o ústavních zvyklostech

spojených s právy a povinnostmi obou zúčastněných stran (návštěvy, volný čas, noční klid, užívání věcí, hrazení škod, sankce ad.) podle vnitřního řádu a smlouvy mezi ním a zařízením, které mu umožní bezproblémovou prostorovou, časovou i organizační orientaci. Praxe někdy klienty staví do nepříjemných situací způsobených neznalostí tzv. nepsaných pravidel či z důvodu formálního dodržování pravidel nebo povyšování principů nad zájmy klientů. Neinformovaný klient sám hledá logiku ústavu, vytváří si hypotézy, je odkázán na zprostředkované informace od spolubydlících, které mohou být zavádějící. Ideálním stavem je, pokud je klient informován o všem potřebném ještě před nástupem do zařízení, je mu dostatečně objasněn důvod umístění, možnosti fungování a poskytování péče. I v rámci pobytu by měl klient dostávat potřebné informace týkající se jeho zdravotního stavu, vývoje osobní situace, případně změn v zařízení. Vždy je třeba rovněž předem vymezit okruh osob, které mají právo na informace o klientovi ze spisové dokumentace.

Rizika ústavní péče

Život v ústavu je oproti životu v rodině **spojen s několika riziky**, která nemůže klient sám mnohdy nikterak ovlivnit. Pravdou je, že ve výčtu, jenž následuje, lze odhalit rizika specificky spojená s kolektivní péčí, a také rizika, která jsou pro obě prostředí prakticky stejně pravděpodobná. O nebezpečí *hospitalismu* jsem se již zmínila. Dlouhodobý pobyt v ústavu může mít za následek adaptaci na umělé ústavní podmínky a sníženou schopnost adaptace na civilní život. Mezi typické projevy patří redukce nároků, omezení podnětů, ztráta zájmu o lidi a svět, zhoršená schopnost komunikace, regrese, náhradní uspokojení v jídle, dlouhý spánek, automatické pohyby atp. Při dlouhodobém pobytu v ústavním zařízení mohou i přes veškerou snahu personálu klienti prožívat stav nedostatečného uspokojování svých potřeb – *deprivaci*. Nejčastěji se v této souvislosti hovoří o psychické deprivaci, která se vyznačuje chyběním možnosti navazovat vztahy a věnovat se smysluplné činnosti. Psychická deprivace má za následek horší sociální fungování (osamělost, nestabilní vztahy atp.), případně sociální selhávání. (Matoušek, 2003) *Velké, uzavřené a osobnostně homogenní kolektivy* jsou dnes zpravidla výjimkou, stále více zařízení funguje v koedukované formě. Lze se tak vyhnout problémům spojeným s obtížnou korekcí individuálního chování, interakcím, které by násobily individuální problémy, uměle vytvářené homosexualitě, a naopak přispět k přiměřenému rozvinutí mužské a ženské role. *Ponorkové nemoci* se čas od času nevyhne žádné stereotypní

prostředí, z něhož osoba nemá úniku. Projevy se odrážejí v chování jednotlivců, které je charakteristické např. sníženou tolerancí a stádií nepřátelství. Také *šikanování* se váže k existenci uzavřených institucí s autoritativním režimem. Násilí zde může být spatřováno jako pozitivně hodnocený způsob uplatnění potřeb a práv, přičemž největší autoritu mají nejagresivnější a nejbrutálnější jedinci z řad klientů i personálu. Obětí se nezřídka stávají lidé nesebevědomí, slabí, odlišní, nemocní. Dobře může fungovat jejich obrana formou identifikace s agresorem (symbolická přeměna slabých v silné). *Zneužívání* představuje největší riziko v ústavech s malými dětmi, s lidmi s mentálním postižením a se starými lidmi. Je možné se setkat s různými jeho podobami, vždy se jedná o určitý způsob zneužívání moci, který se odráží v realitě ve svých rozmanitých podobách týrání (psychické, fyzické, ekonomické, sociální), případně sexuálního zneužívání. Jak mezi klienty navzájem, tak mezi klienty a pracovníky mohou vzniknout *erotické vztahy*. Vždy jsou vnímány jako překážka profesionální práce, přestože to tak zpočátku vypadat nemusí a naopak jsou navenek prezentovány jako síla hybnosti a motivace. Svou roli sehraje také osobní stránka pracovníka (sympatie/antipatie ke klientovi). Profesionál, nevyvážená osobnost může hledat ve vztahu ke klientovi náhradu za konfliktní či chybějící vztahy v soukromí. Vztahy klientů a personálu někdy komplikuje tzv. *konfúze rolí*. Profesionální pečovatel/vychovatel není táta, máma, babička ani děda, přestože dal svolení klientům k tomu, aby mu tak říkali. V tomto případě hrubě porušil hranice profesionální práce. V některých zařízeních je možné se i dnes setkat s tzv. *degradačním rituálem*, kdy při přijímací proceduře je klient připraven o své šaty a osobní věci a místo nich dostává ústavní oblečení. Dále je mu přidělena místnost a postel. Toto je situace odehrávající se zvláště v represivních zařízeních, kde je nutno se zcela přizpůsobit režimu, vnější projevy se nacházejí pod veřejnou kontrolou. *Traumata (psychický úraz)* s sebou nesou pocit, kdy klient se cítí dobře jen ve společnosti těch, kteří prošli stejnou zkušeností, zdánlivě jen oni mu dokáží porozumět a pochopit ho. (Matoušek, 1995)

Závěrem bych ráda dodala, že ústav musí rozvíjet ne klientovy handicap, ale jeho kompetence. Vyzvednout schopnosti a dovednosti klienta, oblasti, v nichž není handicapován, a lze na nich stavět a člověka motivovat. Zařízení, v němž se programy začínou diferencovat podle potřeb klientů, je postaveno před nové nároky na organizaci práce a před nové požadavky na kvalifikaci personálu. Je nesporné, že velikost ústavu kromě jiného modifikuje postupy práce – konkrétně skupinové programy a např. možnost individuálního kontaktu se specialistou. Přitom kombinace obou variant zvyšuje efektivitu

práce s klientem. Prověřování efektivity ústavní péče se doporučuje vykonávat prostřednictvím nezávislých posuzovatelů. (Matoušek, 1995)

5.3 Péče o handicapovaného v rodině

5.3.1 Význam rodiny jako východisko

Rodinu je možné v obecné rovině vymezit jako společensky schválenou formu stálého soužití skupiny osob, které jsou spojeny manželskými, pokrevními nebo adopčními vztahy, které spolu zpravidla bydlí a realizují sociálně uznávanou dělbu úkolů a rolí, z nichž nejdůležitější se týkají výživy a výchovy dětí. (Paulík, 1994)

Podle Satirové (1994) každé společenství rodiny přirozeně v jejím vývoji a v závislosti na vývoji jejích jednotlivých členů zasahují obtížná, přechodná stádia - *krize*. Jedná se o období početí, těhotenství a narození dítěte; období, kdy dítě začne srozumitelně mluvit; období, kdy dítě navazuje oficiální styk mimo domov, ve škole; období dospívání dítěte; období dosažení jeho dospělosti a odchod z domova; období uzavření manželství a získání nových příbuzných; období přechodu v životě ženy; období snížené sexuální aktivity muže; období prarodičovství a období úmrtí partnera/partnerů. Je samozřejmé, že projevy, povaha i dopady se v krizových intervalech v jednotlivých rodinách velmi liší. Nemyslím si, že zde musí nutně fungovat předpoklad o dramatičtějším průběhu a větším zatížení právě rodin, v nichž se nachází osoba s postižením. Jistě jde o výrazné odlišnosti zejména v určitých, zlomových obdobích, ale podle mého názoru zvládnutí krizí souvisí především s psychickou odolností člověka, s jeho vnitřní výbavou, stabilitou a schopností zvládat zátěž. Což představuje individuální zvláštnosti částečně zděděné jako predispozice a částečně získané v rámci vývoje jedince a procesu učení.

Rodina jako *primární sociální skupina* vykazuje některé specifické znaky - těsný vztah členů (styk tváří v tvář); přirozenou vzájemnou sounáležitost; základní, bezpodmínečné emocionální vazby; intimní vztahy; skupinový prospěch; společné zájmy; vnitřní diferenciaci; prostor pro učení sociálním rolím, řešení konfliktů a rivalitu; zprostředkovává člověku jako první zkušenost ve vztazích s ostatními lidmi. Vztahy mezi členy jsou trvalé. (Schneider, 1994)

Rodina jako zprostředkovatel funguje ve třech základních procesech utváření člověka. Při *socializaci* napomáhá začleňování individua do systému společenských vztahů, učí ho zaujímat situačně podmíněné pozice a hrát příslušné sociální role. Proces *enkulturace*

umožňuje vrůstání člověka do kultury prostřednictvím osvojení si charakteristických hodnot, norem a symbolů včetně jazyka společenství, ve kterém osoba žije. Proces *personalizace* představuje utváření svébytné, originální osobnosti a svým pojetím znamená vrchol všech popisovaných dílčích procesů. (Petrušek, 1992)

Vývoj a zrání člověka rovněž ovlivňuje možnost uspokojování základních lidských potřeb, kdy nejdůležitější úlohu opět sehrává prostředí rodiny. Obecně lze konstatovat, že *potřeby* zdravých jedinců a jedinců se znevýhodněním se co do počtu neliší, odlišný je způsob jejich uspokojování podle individuálních potřeb a schopností. Podle Maslowa, stoupence humanistické psychoterapie, tvoří pyramidu potřeb člověka pět úrovní. Základem jsou potřeby fyziologické/biologické (potřeba nasytit), navazuje potřeba bezpečí a jistoty (závislá na základních mezilidských vztazích v přirozeném prostředí), dále potřeba sounáležitosti (potřeba někam patřit), potřeba uznání a ocenění okolím (vědomí vlastní ceny utvářející sebevědomí) a jako vrchol potřeba seberealizace. Zatímco první čtyři úrovně jsou pro spokojený život člověka považovány za potřeby nedostatkové, poslední, nejvyšší úroveň vyjadřuje potřebu růstovou, která nemusí být z různých důvodů u všech jedinců naplněna, a přesto mohou ve společnosti i v osobním životě dobře fungovat. (Kratochvíl, 1997)

Rodina jako základní společenská jednotka plní *funkci* ekonomickou (zabezpečuje své členy materiálně), socializačně výchovnou (zajišťuje internalizaci lidských zkušeností a hodnot), biologicko reprodukční (umožňuje populační reprodukci a uspokojování sexuálních potřeb manželů) a emocionální (úzce se váže k významu rodiny jako primární skupiny). (Paulík, 1994)

Do fungování rodiny ovšem často zasahují i zvnitřnělé ukazatele (vzory), které člověk v primární skupině získal a během svého života je reprodukuje, a vnější ukazatele, které se utvářejí v souvislosti s prostředím, v němž se jedinec aktuálně nachází. V prvním případě můžeme hovořit např. o rodinných hodnotách (soubor morálních norem, rodinných zkušeností, vodítko, podle kterého rodina reguluje své chování uvnitř i navenek, legendy a mýty) nebo transgeneračních vazbách (v rodině orientační člověk vyrůstal a nese si z ní určitá poselství a představy; rodinu prokreační sám zakládá a orientuje se přitom právě podle naučených modelů). Pro druhý případ může být charakteristická struktura rodiny (její subsystemy – jednotlivci, dyády, skupiny – a vzájemné vztahy mezi nimi vyjádřené např. sourozeneckými/rodinnými konstelacemi, propustností hranic, diferenciací rolí),

anebo interakční vzorce (poukazující na funkční, případně nefunkční komunikování v rodině). (Matoušek, 2003)

Pro doplnění dalších podstatných informací doporučuji se zaměřit např. na publikaci O. Matouška *Rodina jako instituce a vztahová síť* (1993).

5.3.2 Dvě roviny péče

- *Péče o handicapovaného člena* spočívá v podpoře rodiny jako neformální sítě vztahů prostřednictvím intervence sociální politiky a sociální práce jako formální sítě pomoci nástroji typu sociálně právní ochrany, finanční podpory formou sociálních dávek a poskytováním potřebných sociálních služeb.
- *Péče o ostatní členy rodiny* využívá rovněž neformálních zdrojů podpory spolu s formálními nástroji pomoci z oblasti sociální politiky a sociální práce obdobně jako v prvním případě, avšak dosud v míře omezené, nedostatečně rozvinuté a poddimenzované. (Dörner a kol., 1999)

Jaké jsou nesnáze rodinných příslušníků

Členové rodiny pečující o člověka s postižením často prožívají bezmoc a strach, nejistotu co a jak bude dál, co přinese příští den. Také pocity osamělosti a viny vyjadřované otázkami („Co jsem udělal špatně?“, „Co jsem zanedbal?“) či konstatováním („Selhal jsem při výchově.“, „Máme v rodině dědičnou nemoc.“) atp.

Hledání příčiny je úzce spojeno s hledáním viníka. Rodina konstruuje vysvětlení, které by situaci zklidnilo, učinilo ji jasnější a tím přijatelnější. K pocitům viny se přidává stud, zatajování a odmítání. Nejlépe lze těmto pocitům podle zkušeností dotčených osob čelit především dostatečným vysvětlením a poradenskou podporou v porozumění nemoci nebo postižení, neboť před úkolem přeměny nestojí pouze handicapovaný člověk, ale i jeho nejbližší okolí. Klima v rodině je nezřídka nejprve poznamenáno napětím, konflikty, šokem, teprve postupně a zpravidla za pomoci zvenčí dochází k akceptaci stavu.

Zvláště rodiče se cítí zavázáni svou společenskou úlohou starat se o nemocné dítě či dítě s postižením bez rozdílu věku. Vedle příbuzenských vztahů hraje důležitou roli také druh, intenzita a trvání onemocnění. Významná je rovněž skutečnost, zda rodina bydlí společně, nebo zda jednotliví členové žijí samostatně či v ústavu. Trápení a starosti příbuzných se váží k situaci, kdy se člověk s postižením již nechová tak, jak byli zvyklí,

nezvládá požadavky školy nebo zaměstnání, neplní své povinnosti v rodině. Vlastní potřeby a přání se dostávají stále více do pozadí. „Postižené rodiny“ se často izolují dvěma způsoby – vnitřně tím, že mezi sebou sotva umějí promluvit o svém trápení (absence sdílení), a navenek např. tím, že nejezdí na dovolenou nebo omezí společné aktivity mimo domov.

System péče by měl zahrnovat kromě odborného poradenství, také krizové služby, krizová lůžka, odlehčovací služby a jiné formy ambulantní péče o všechny zúčastněné podle individuálních potřeb a také v závislosti na dostupnosti v daném regionu. Propuštění klienta z pobytového zařízení může rodinu zastihnout nepřipravenou a uvést ji opět do stavu napětí a strachu. K sociálním a materiálním potížím rodiny se přidávají mnohdy také problémy finanční, neboť pečující osoba se musí vzdát svého povolání, aby zajistila řádně péči o handicapovaného člena rodiny a chod domácnosti (problém chudoby, nezaměstnanosti, vynuceného odchodu do předčasného důchodu). Vzájemná materiální závislost členů rodiny znesnadňuje proces osamostatňování klienta po všech stránkách. (Dörner a kol., 1999)

Co dělat

Jednou z cest, jak doplnit nabídku služeb pro pečující, rodinné příslušníky je možnost účasti ve skupinách určených těmto osobám. Skupiny mohou mít charakter terapeutický či svépomocný, podstatné je společné sdílení a vyjadřování vzájemné podpory.

Pro ilustraci jsem vybrala příklad z německé praxe z knihy K. Dörnera a kol. (1999) *Osvobozující rozhovor: psychicky nemocný v rodině*. O práci skupiny, která poskytuje podporu osobám pečujícím o člena s psychickým onemocněním, a o pravidlech, kterými je třeba se při práci s rodinou řídit.

Pravidla vnímání rodiny poukazují na nutnost zabývat se celou rodinou, nejen klientem.

- Rodina je místem vzniku postižení, ale ne jeho příčinou, proto není důvod přisuzovat vinu některému z jejích členů.
- Rodina je obsažnější, než za jakou bývá považována - třeba na okraji rodiny existuje důležitá osoba, kdy vztah s ní dá klientovi to, co si přeje dostat od osoby s nejbližším vztahem.

- Kolem rodiny jsou také přátelé a známí, kteří mohou nabídnout podporu a pomoc.
- Působení rodiny je delší a trvalejší, než se zdá. Rodina představuje tréninkové pole pro způsoby jednání, které nejprve vyzkoušíme na důvěrně známých osobách, slouží k určení pozice.
- Rodiče nesmějí zapomínat, že jsou také manželé.
- Každý člen rodiny potřebuje důvěrníka, spojence uvnitř i vně rodiny.
- Rodina je přirozené místo utrpení a bolesti.

Pravidla styku v rodinách a s rodinami vychází z předpokladu, že všichni členové rodiny trpí stejně. Často na obou stranách – mezi klientem a příbuznými - existuje intenzivní a trvalé, avšak marné úsilí o dobré vzájemné vztahy.

- Všichni členové rodiny trpí stejně dlouho, podle okolností celoživotně.
- Všichni členové rodiny mají stejná práva.
- Všichni členové rodiny mají stejné šance.
- Všichni členové rodiny považují právě druhou stranu za špatnou.
- Všichni členové rodiny tu jsou více pro toho druhého než pro sebe samotné.
- Všichni členové rodiny jsou stejně silní.
- Všichni rodinní příslušníci jsou izolováni stejně.
- Rodinní příslušníci řeknou celou pravdu jen v nepřítomnosti druhé strany.
- Všichni členové rodiny mají stejný nárok na věrohodnost.

Skupina rodinných příslušníků by měla dovést pracovníky k poznání, že už nemají na starosti primárně klienta, ale všechny osoby zúčastněné na řešení problému, protože tento problém se týká celé rodiny a je problémem vztahu, vývoje a osobnosti všech jejích členů.

Hlavním cílem skupiny rodinných příslušníků je „*přivést je zase k sobě*“, protože následkem psychické krize jsou všichni zúčastnění „mimo“. Je třeba vytvořit odstup, obnovit znovu jednoznačné pozice, aby bylo možné setkání v nové rovině. Přitom musí být lhostejné, jestli úsilí povede k obnovení vztahu, nebo k definitivnímu rozchodu.

Pro všechny členy rodin osob s postižením lze formulovat přibližně stejné postupy při dosahování cílů. *Zaprvé* jde o to pomoci ulehčit situaci rodinám podáním potřebných informací, které přispějí ke zlepšení orientace v problému a poskytnou možnost výměny zkušeností. *Za druhé* je třeba směřovat rodinu k vystoupení z hranic individuálního, příp. skupinového jednání o problému a orientovat ji na sebeurčující, sebeodpovídající solidární společnosti. *Za třetí* je vhodné v rámci svépomoci plánovat nabídku nejrůznějších opatření ke zlepšení situace, rozvíjet je a zasadit se o jejich provedení aktivizací jednotlivých rodinných příslušníků.

Z výše uvedených informací v této kapitole jasně vyplývá konkrétní **zakázka pro sociální práci**, která zde musí nutně pracovat s multidisciplinární perspektivou. Pomoci odbourat předsudky, hájit postavení a zájmy osob s postižením a jejich rodinných příslušníků mohou politici na nejrůznější úrovni, odborníci z různých oblastí, poskytovatelé sociálních služeb, organizace osob s postižením, laičtí pomocníci/dobrovolníci i odbory a zaměstnavatelé.

V individuální rovině to konkrétně znamená např. dát podněty k inovacím, podporovat iniciativu v rámci občanské společnosti, upozorňovat na nečinnost, zpochybňovat nesprávné postupy.

V institucionální rovině se může jednat o prosazení nároků na péči v soustavě zdravotního pojištění, zřízení a provozování ambulantní služby pro krizové případy, zřízení krátkodobých míst/ústavů pro ulehčení rodinám, snaha umožnit osobám s postižením život mimo ústavy (v bytech, ve stacionářích v návaznosti na pracovní příležitosti). (Dörner a kol., 1999)

Pro bližší seznámení s českou praxí lze využít studia již na Ústavu sociální práce Univerzity Hradec Králové obhájených bakalářských prací, které se zaměřují na specifické otázky spojené s péčí o člena rodiny s postižením. Jako vedoucí, případně oponent mohu doporučit závěrečné práce studentky Denisy Bulvové s názvem „Vliv postižení dítěte na kvalitu partnerské a rodinného soužití“ (2013), studentky Ivany Horákové s názvem „Nedonošené dítě – sociální dopady na rodinu“ (2013), studentky Renaty Maryškové s názvem „Možnosti sociální práce s rodinami pečujícími o dítě se zdravotním postižením“ (2012) a studentky Barbory Trojáčkové s názvem „Změny v životě rodiny po narození postiženého dítěte správní obvod obce s rozšířenou působností Kostelec nad Orlicí (2013).

6 Sociální práce se zdravotně znevýhodněnými – koncepce ucelené rehabilitace, zapojení do vzdělávacího procesu, možnost uplatnění na trhu práce

Následující kapitola doplňuje a rozvíjí již poskytnuté poznatky z oblasti podpory osob s postižením v rámci sociální práce a sociální politiky ve vazbě na praxi a ve vztahu k dalším disciplínám. Kromě už známých pojmů se zde objeví některé další termíny, které s problematikou úzce souvisejí a bez nichž by nebylo možné téma uchopit.

6.1 Základní terminologie

Ústřední pojem **postižení** lze v tomto kontextu chápat jako soubor problémů týkajících se tělesných funkcí a struktur. Jeho dopady mohou zapříčinit omezení v činnostech, a také ve společenských aktivitách (osobní a společenské důsledky postižení). Jedná se o limity z pohledu jednotlivce a z pohledu možností jeho participace na společenském dění.

Znevýhodnění plynoucí ze zdravotního postižení může vést k **segregaci** – k faktickému vyčlenění jedince ze společenských vztahů a jeho následné izolaci. Toto je důsledek přístupu sociálního okolí, subjektivní prožívání může mít podobu podvolení se handicapu, rezignace a vytvoření bariér ve vztazích.

Na negativní důsledky doprovázející postižení lze reagovat na různých úrovních. Procesem **integrace** je možné zajistit různou míru účasti znevýhodněných osob ve společenských vztazích podle jejich individuálních možností a potřeb. V této kapitole bude pojednáno o integračních opatřeních v rámci vzdělávání a zaměstnanosti, v kapitole věnované sociálně politickým opatřením byly uvedeny příklady z oblasti sociálních dávek a služeb jako prostředků kompenzace.

Rovněž **preventivní aktivity** zaměřené na: 1) zamezení vzniku fyzické, intelektové, psychické nebo smyslové vady (primární prevence), nebo 2) zamezení toho, aby vada způsobila trvalé funkční omezení nebo postižení (sekundární prevence), či 3) kompenzace nepříznivého, neměnného stavu (terciární prevence) mají své nezastupitelné místo mezi intervencemi, které usilují o podporu znevýhodněných jedinců ve společnosti.

S prevencí úzce souvisí **rehabilitace**, která je definována jako soubor postupů, jejichž cílem je umožnit osobám, aby dosáhly a zachovaly si optimální fyzickou, smyslovou,

intelektovou, psychickou nebo sociální úroveň funkcí a byly v nejvyšší možné míře nezávislé. Podle toho, zde se jedná o zajištění, obnovu funkcí nebo kompenzaci ztráty, se činnosti obecně dělí na základní rehabilitaci nebo cílené aktivity podle individuálního stavu klienta).

Při **vyrovnávání příležitostí** jde o proces, jehož prostřednictvím jsou různé systémy společnosti (služby, činnosti, informace, dokumentace aj.) zpřístupňovány všem lidem, zvláště lidem se znevýhodněním.

Princip rovných práv se opírá o fakt, že potřeby každého jednotlivce jsou stejně důležité a že zdroje k jejich uspokojení musí být dostupné každému. Klienti - občané mají právo žít v přirozeném prostředí, dostávat podporu v rámci standardních struktur vzdělávání, zdravotní péče, zaměstnávání, sociálních služeb. (Koláčková, Kodymová in Matoušek a kol., 2005) Základní lidská, občanská a sociální práva jsou spolu s povinnostmi a odpovědností zakotvena v mezinárodní legislativě, z níž národní legislativa vychází (Listina základních práv a svobod, Všeobecná deklaraci lidských práv, Ústava ČR ad.), dále např. v právních normách vztahujících se k sociálně-právní ochraně, k předškolnímu základnímu, střednímu, vyššímu odbornému a jinému vzdělávání, k zaměstnanosti ad. Zákon č. 198/2009 Sb., o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací, tzv. antidiskriminační zákon upravuje podmínky v oblasti zaměstnání, podnikání, odměňování, členství, sociálního zabezpečení, poskytování sociálních výhod, zdravotní péče, vzdělání, přístupu ke zboží a službám. (Novosad, 2000)

6.2 Koncepce ucelené rehabilitace

Při ucelené rehabilitaci se jedná o provázané a týmové využívání aplikovaných metod z oblasti lékařství, sociální práce, výchovy, vzdělávání a profesní přípravy i podporovaného pracovního uplatnění k adaptaci jedince na odlišné, ztížené životní podmínky a k (znovu)získání a upevnění nejvyšší možné samostatnosti a přiměřené funkční schopnosti.

Ucelená rehabilitace zahrnuje:

- **Zdravotní (léčebnou) rehabilitaci** – operační náprava, medikamentózní léčba, fyzioterapie, ergoterapie (návěky sebeobsluhy, léčba prací),

- **Psychologickou rehabilitaci** – zvládnutí psychické krize spojené se změnou zdravotního stavu, změna v sebehodnocení, změna v životní orientaci, forma individuální/skupinové psychoterapie, arteterapie, trénink psychosociálních dovedností,
- **Pedagogickou rehabilitaci** – oblast výchovy, vzdělávání, přípravy na život a povolání, rozvoj soběstačnosti, schopností, nadání, prostředky reedukace, kompenzace, vytváření a realizace individuálních vzdělávacích plánů,
- **Pracovní rehabilitaci** – týká se pracovního uplatnění, profesní příprava, průzkum trhu pracovních příležitostí, kariérové poradenství, vytváření a ochrana pracovních příležitostí,
- **Volnočasovou rehabilitaci** – zájmové, sportovní a kulturní vyžití, sebevzdělávání, metody pedagogiky zážitku – zooterapie,
- **Sociální rehabilitaci** – existenční zabezpečení, legislativní ochrana, začlenění do společnosti, uplatnění osobnostního potenciálu, (re)socializace, zajištění komunitní podpory, úprava místních podmínek, resp. podpora fungování člověka v běžných životních situacích (stabilita rodiny ovlivňuje kvalitu života člověka s postižením), zabezpečení zaměstnání (není-li potřeba práce saturována, dochází k frustraci, životu ve stresu), sociální služby (sociální pracovník vystupuje v roli diagnostika a poradce – pomáhá zorientovat se v situaci a možnostech podpory, mediátora – doporučí poskytovatele služby, spoluodnotitele efektivity zvolené strategie, stratéga změny při plánování dalších možností intervence). (Novosad; Repková in Matoušek a kol., 2005)

Tým pro ucelenou rehabilitaci konkrétně tvoří odborný lékař, fyzioterapeut, ergoterapeut, speciální pedagog, sociální pracovník (zabezpečuje stabilizaci přijatelných životních podmínek, získání dávek ze soustavy sociálního zabezpečení a sociálních služeb, napomáhá vytváření pracovních příležitostí, spolupracuje při získání bydlení, hájí oprávněné zájmy klientů, poskytuje poradenství v sociální oblasti), psycholog. (Novosad, 2009)

6.3 Proces integrace a inkluze

Při **integraci** se jedná nejen o vyrovnávání příležitostí, o úpravu vztahů majority a minority, o jejich soužití, ale také o úspěšnost začleňování jedinců do společnosti.

Při **inkluzi** jde o zahrnutí, náležení k celku. Inkluze osob se znevýhodněním by se měla stát součástí hodnotového systému, osobních přesvědčení, neboť zakládá rovnoprávný vztah, formuje osobní postoj a určuje osobní přístup. Zároveň představuje významnou hodnotu lidské společnosti, která by jako celek měla usilovat o plnohodnotný společný život handicapovaných i zdravých jedinců a o respektování individuálních možností a schopností rozvoje.

Kritérium pro určení stupně integrace člověka tvoří kvalita společenských vztahů. Zpravidla se rozlišují následující stupně integrace:

- *Úplná sociální integrace* - stav společenské a osobní pohody, úplná účast v sociálních vztazích,
- *Inhibovaná integrace* - znevýhodnění ne však znemožnění normálních sociálních vztahů v důsledku pocitů trémy, studu, malého sebevědomí,
- *Omezená účast v sociálních vztazích* - rezignace, nemožnost realizovat činnosti a některé vztahy (např. vynechání cvičení),
- *Zmenšená účast v sociálních vztazích* - omezení vztahů na mikroprostředí jedince (rodina, event. sousedé, přátelé), zlepšení v tělesné a psychické stránce je zde možné,
- *Ochuzené vztahy* - rezignace na širší společenské kontakty mimo rodinu nebo speciální instituci, bez perspektivy zlepšení stavu,
- *Redukované vztahy* - kontakt na výrazně omezený počet osob (nejčastěji rodiče, lékař), osoby s vlastním světem,
- *Narušené vztahy* - osoby neschopné udržovat sociální kontakty v důsledku specifické poruchy, pro nepřizpůsobivost jsou vyřazení ze života,
- *Společenská izolace* - osoby, u nichž je schopnost společenských vztahů nezjistitelná pro jejich izolovanost, těžké mentální handicap.

Speciální programy zajišťující účast lidí se stejným postižením dávají klientům/uživatelům služeb pocit větší ochrany a bezpečí. Zároveň zde dochází ke ztrátě pocitu výlučnosti. Rodinám poskytují dané programy garanci speciální péče. Na tomto místě je však třeba upozornit na riziko vzniku „skleníkového prostředí“, které je hrozbou především v dlouhodobých programech. Mezi důsledky působení „skleníkového prostředí“ na klienty patří snížení úrovně běžných sociálních dovedností, pozdější vyrovnání s handicapem, nižší nároky kladené na zvládání dílčích úkonů, absence možnosti srovnání se zdravými jedinci, pasivní přístup k řešení situace (pocit, že se nemusí vyvíjet vlastní úsilí a bude pomoheno vždy) ad.

Úspěšná integrace probíhá za podmínky, že – 1) je služba dostupná (doprava), 2) pracovníci jsou kvalifikovaní (nároky na odborný i lidský přístup, snaha a entuziasmus nestačí), 3) je klient přijat skupinou (školní třída, práce se skupinou), 4) s integrací souhlasí rodina klienta a přeje si ji (vyšší nároky na podporu a spolupráci rodiny a zařízení). Je zjevné, že do celého procesu průběžně s různou intenzitou vstupují tři hlavní aktéři, a sice uživatel služby, jeho rodin a příslušné zařízení. (Koláčková, Kodymová in Matoušek a kol., 2005)

6.4 Sociální práce jako nástroj proti sociálnímu vyloučení

Jedním z východisek sociální práce v oblasti znevýhodnění způsobeného zdravotním postižením je znalost faktorů, které ovlivňují život klientů, a zaměření na specifické potřeby s cílem umožnit maximální participaci při jejich uspokojování v běžném životě.

Mezi významné faktory řadí autorky Koláčková a Kodymová (in Matoušek a kol., 2005) **biologické faktory** – jde o zdravotní stav, vrozené dispozice, aktuální tělesnou kondici ad., **psychologické faktory** – sem patří osobnostní rysy, sebepojetí, aktuální psychický stav a např. schopnost řešit problémové situace, **sociální faktory** – zastupují rodinné zázemí, společenské postoje, příležitosti k navazování sociálních vztahů, schopnost udržet sociální vazby atp., **sociální a veřejnou politiku** – jedná se o dostupnost adekvátních sociálních služeb, trh práce, vzdělávání, bytová politika, a **noetické faktory** – zahrnující morální přesvědčení, hodnoty, vnímání životní zkušenosti, náboženské přesvědčení.

Cílem sociální práce je odstraňovat příčiny a důsledky sociálního znevýhodnění, působit na společenské bariéry, které vedou k omezování určitých skupin osob (typický je antiopresivní přístup popsaný v kapitole Exkurz o sociální práci).

Tradiční sociální práce s lidmi se zdravotním znevýhodněním byla založena na individuálním modelu osobní tragédie. Soustředila se na posuzování nedostatku schopností (podobně u případové práce či práce s rodinou – identifikace negativ namísto pozitiv). Pro medicínský model je charakteristické zkoumání rozsahu neschopnosti, zjetí v zúženém negativním obrazu a od toho odvíjející se riziko zneužití moci a nedodržování základních práv (expertem není klient ale profesionál).

Moderní sociální práce je vedena snahou vyhnout se tradičnímu přístupu. Zájem dříve založený na charitě a lítosti je třeba modifikovat v obhajování práv a při tom reflektovat individuální, kulturní, strukturální a fyzické překážky bránící lidem s postižením ve společenském uplatnění. Je vhodné využít principu partnerství a handicap vnímat spíše jako sociální než fyzické znevýhodnění. Rozhodně nesmí být odpírána klientovi pomoc, na kterou má právo a vznikl mu za daných podmínek nárok (ideál opravdové inkluze).

Dobrá praxe vychází z předpokladu člověka jako jedinečné bytosti, poté přihlíží ke stupni a druhu jeho znevýhodnění. Základem se stal sociální model postižení, podle kterého je třeba služby pro zdravotně znevýhodněné koncipovat na základě jejich práv. Koncepce zplnomocnění znamená posílit sebevědomí a podpořit plnohodnotné využívání práv oproti tradičním přístupům, které handicapované klienty omezovaly.

Sociální práce se zdravotně znevýhodněnými zaznamenala kvalitativní obrat v důsledku úsilí o skutečnou integraci jak ve sféře materiální, tak v běžném životě. Postup je naznačen jasně - *od izolace k socializaci a integraci*. Jde o zajištění komplexní péče, která zahrnuje oblast zdravotní, sociální interakce, řeší problém osamělosti, disharmonie ve vztazích i subjektivní zkušenost „být osamělý/být sám“.

Koncepce nezávislého způsobu života sebou přináší pohled na klienta jako experta na svůj život, což předpokládá respektovat jeho přání a potřeby a uzpůsobit služby tak, aby byl člověk nezávislý, aby mohl převzít kontrolu nad svým životem a mohl se starat o své záležitosti. Nezávislost garantují takové individuální zdroje a sociální služby, které umožňují přístup ke stejným sociálním, politickým, ekonomickým a kulturním příležitostem jako u většinové populace. Hlavní proměnné tvoří život bez bariér,

svépomoc, uživatelské aktivity a seberealizace. (Koláčková, Kodymová in Matoušek a kol., 2005)

6.5 Výchova, vzdělávání a zaměstnanost

Podle Maslowovy pyramidy potřeb patří **seberealizace** mezi základní lidské potřeby. Tvoří vrchol zmiňované pyramidy a je charakterizována jako potřeba růstová. Její komponenty lze nalézt jak v oblasti vzdělávání, tak v oblasti zaměstnání.

Seberealizace znamená rozvíjení a soustavné využívání nadání a schopností jedince, uplatnění přirozených a utvářených dispozic k určité činnosti, práci, sociální aktivitě. Úspěšná seberealizace předpokládá správnou lokalizaci, podchyčení a programové rozvinutí těch vloh a schopností handicapovaného člověka, které nejsou omezeny nebo deformovány. Jedinci se zdravotním postižením jsou v individuální míře vybaveni výraznými vlohami pro specifické činnosti při maximálním využití funkcí, které nejsou postižením ovlivněny nebo jen málo (ovšem pozor na stereotypy a mýty). (Novosad, 2000)

6.5.1 Oblast výchovy a vzdělávání

Jednoznačným atributem demokratické společnosti je **právo na vzdělání a informace** (zároveň je třeba poznamenat, že se jedná také o jednu z elementárních potřeb člověka). K tomuto účelu směřuje restrukturalizace a diferenciací školského systému a uplatňující se alternativy vzdělávání.

Největší vliv na rozvoj osobnosti má **rodina a škola**. Proto se v současnosti stále více prosazují snahy o to, zařadit (integrovat) co nejvíce dětí s postižením mezi zdravé spolužáky. To ovšem předpokládá splnění několika zásadních podmínek. Jde o snížení počtu žáků na jednoho učitele, odpovídající způsob vybavení školy (prostorové bariéry), zavedení moderní legislativy do praxe, zajištění kvalifikovaných učitelů a vychovatelů, posílení sebevědomí žáků se znevýhodněním, podporu jejich ctižádostivosti a sociálně adaptačních schopností, nastavení reálného obrazu spolužákům a možnost vyniknout vědomostmi, dovednostmi a osobnostními rysy nezávisle na postižení.

U dětí a mládeže se závažným postižením je třeba podporovat zakládání a rozvoj speciálních škol a domovů rodinného typu, stacionářů, komunit, chráněných dílen apod. Menší specializovaná zařízení místo velkokapacitních ústavů, rozvinutá spolupráce více poskytovatelů orientovaná na individuální péči, vytváření podmínek pro studium na

běžných, integrovaných, speciálních středních školách a umožnění vysokoškolské přípravy na povolání – to jsou **hlavní dílčí cíle** v oblasti výchovy a vzdělávání dětí a mladistvých se znevýhodněním.

Problematice vzdělávání dětí, žáků a studentů se specifickými vzdělávacími potřebami se věnuje § 16 zákona č.561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (tzv. **školský zákon**). Zde je nejprve uvedena cílová skupina dětí a mládeže, ke kterým se opatření zákona bezprostředně vztahují. Jde o osoby se zdravotním postižením, zdravotním znevýhodněním nebo sociálním znevýhodněním. Zdravotním postižením se rozumí mentální, tělesné, zrakové nebo sluchové postižení, vady řeči, souběžné postižení více vadami, autismus a vývojové poruchy učení nebo chování. Zdravotní znevýhodnění je chápáno ve smyslu zdravotního oslabení, dlouhodobé nemoci nebo lehčí zdravotní poruchy, která vede k poruchám učení a chování, jež vyžadují zohlednění při vzdělávání. „Speciální vzdělávací potřeby dětí, žáků a studentů zjišťuje školské poradenské zařízení,“ (5) Tito jedinci mají právo na vzdělávání, jehož obsah, formy a metody odpovídají jejich vzdělávacím potřebám a možnostem, ne vytvoření nezbytných podmínek, které vzdělávání umožní, a na poradenskou pomoc školy a školského poradenského zařízení. Při hodnocení žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami se přihlíží k povaze postižení/znevýhodnění. Tyto děti, žáci a studenti mají právo při vzdělávání bezplatně užívat speciální učebnice a speciální didaktické a kompenzační učební pomůcky poskytované školou (právo na bezplatné vzdělávání prostřednictvím komunikačních systémů, náhradních způsobů dorozumívání). Je-li z povahy postižení třeba, zřizují se pro žáky a studenty samostatné školy, případně jednotlivé třídy v rámci běžné školy, oddělení nebo studijní skupiny s upravenými vzdělávacími programy (právo se vzdělávat v základní škole speciální, neexistuje-li jiná varianta vzdělávání). Ředitel školy může po vyjádření školského poradenského zařízení pro děti, žáky a studenty s postižením zřídit funkci asistenta pedagoga (v případě škol zřizovaných ministerstvem nebo registrovanými církvemi je třeba souhlasu ministerstva, v případě škol zřizovaných ostatními zřizovateli vydává souhlas krajský úřad).

Konkretizace podmínek pro vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami je uvedena ve **Vyhláše č. 73/2005 Sb.** Zde se hovoří o vzdělávání uskutečňovaném pomocí podpůrných opatření, mezi něž patří využití speciálních metod, postupů, forem a prostředků vzdělávání, kompenzačních,

rehabilitačních a učebních pomůcek, speciálních učebnic a didaktických materiálů, zařazení předmětů speciálně pedagogické péče, poskytování pedagogicko-psychologických služeb aj. Vyhláška rovněž vymezuje, komu je určena nejvyšší míra podpůrných opatření (těžká zdravotní postižení). Speciální vzdělávání žáků se zdravotním postižením se realizuje formou individuální integrace (vzdělávání v běžné škole; vzdělávání ve speciální škole určené pro žáky s jiným druhem postižení), formou skupinové integrace (vzdělávání ve třídě, oddělení nebo skupině zřízené v běžné škole nebo ve speciální škole), ve škole samostatně zřízené pro žáky se zdravotním postižením (speciální škola, jednotlivé typy vymezuje § 5 vyhlášky) nebo kombinací výše uvedených forem. Žák se zdravotním postižením má být přednostně vzděláván formou individuální integrace v běžné škole (individuální vzdělávací plán). Forma a obsah speciálního vzdělávání a míra podpůrných opatření se stanoví podle rozsahu speciálních vzdělávacích potřeb žáka.

Realizace programu zpřístupňování vysokých škol (zákon č. 111/1998 Sb., o vysokých školách) závisí na řešení problémových okruhů týkajících se:

- *praktické dostupnosti vyššího vzdělávání* - zajistit bezbariérovost, parkoviště, plošiny, informační systém pro smyslově postižené atp.,
- *pedagogické metodiky* - vstupní předpoklady pro studium by měly odrážet reálnou životní perspektivu pro znevýhodněné jedince; při průběhu přijímacích zkoušek a studia navrhne univerzitní odborník (psycholog/speciální pedagog) na základě lékařského vyjádření, konzultace s rodiči a uchazečem a v souladu s výstupem ze střední školy postup, jenž umožní uchazeči podat plný intelektový výkon a zabráni kolizi mezi handicapem a formou zkoušky; v průběhu studia je nezbytné vytvořit vhodné podmínky s ohledem na časový harmonogram, relevantní způsoby zapojení do výuky, speciální pomůcky, legislativu, podpůrný servis zahrnující služby, které částečně eliminují handicap. (Novosad, 2000)

6.5.2 Oblast zaměstnanosti

Podpora vytváření pracovních míst odráží vztah zaměstnavatelů k zaměstnávání spoluobčanů se zdravotním handicapem. Nabídka pracovního uplatnění pro zdravotně postižené souvisí např. se stavebními úpravami, nákupem pomůcek, strojů atp., proto zde existuje podpora státem a náklady na zřízení a provoz společensky žádoucích pracovních míst jsou zčásti hrazeny ze státních či obecních prostředků.

Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, se **zaměstnávání osob se zdravotním postižením** věnuje ve třetí části (§67-§84). Hned na začátku se uvádí, že fyzickým osobám se zdravotním postižením se poskytuje zvýšená ochrana na trhu práce. Jedná se o osoby, které byly orgánem sociálního zabezpečení uznány invalidními ve třetím stupni nebo v prvním či druhém stupni.

Evidenci osob se zdravotním postižením vede pro účely trhu práce krajská pobočka Úřadu práce, která těmto osobám poskytuje služby podle zákona o zaměstnanosti. Evidence obsahuje identifikační údaje, údaje o omezeních, které se váží k možnosti pracovního uplatnění, údaje o právním důvodu, na základě kterého byla osoba uznána invalidní, a údaje o poskytování pracovní rehabilitace.

Osoby se zdravotním postižením mají právo na *pracovní rehabilitaci*, zabezpečovanou krajskou pobočkou Úřadu práce místně příslušnou podle bydliště osoby ve spolupráci s pracovně rehabilitačními středisky. Na základě písemné dohody je možné pověřit zajištěním pracovní rehabilitace i jinou právnickou nebo fyzickou osobu. Pracovní rehabilitace představuje souvislou činnost zaměřenou na získání a udržení vhodného zaměstnání pro člověka se zdravotním postižením, který o tuto možnost požádá. Pracovní rehabilitace zahrnuje poradenskou činnost zaměřenou na volbu povolání, volbu zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti, teoretickou a praktickou přípravu, zprostředkování, udržení a změnu zaměstnání, a vytváření vhodných podmínek pro výkon zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti. Krajská pobočka Úřadu práce společně s osobou se zdravotním postižením sestaví individuální plán pracovní rehabilitace s ohledem na zdravotní způsobilost, schopnost vykonávat soustavné zaměstnání, na kvalifikaci a ve vazbě na situaci na trhu práce. Obsah dohody o zabezpečení pracovní rehabilitace, kterou uzavírá Úřad práce a právnická nebo fyzická osoba, je předmětem §70.

Co se týká *teoretické a praktické přípravy na zaměstnání*, ta zahrnuje 1) přípravu na budoucí povolání podle zvláštních pracovních předpisů, 2) přípravu k práci anebo 3) specializované rekvalifikační kurzy uskutečňované za stejných podmínek jako rekvalifikace (§109). Příprava k práci, která trvá nejdéle 24 měsíců, je v zákoně vymezena jako cílená činnost směřující k zapracování osoby se zdravotním postižením na vhodné pracovní místo a k získání znalostí, dovedností a návyků nutných pro výkon zvoleného zaměstnání. Tato příprava se provádí na pracovištích zaměstnavatele, individuálně přizpůsobených zdravotnímu stavu člověka s postižením, a může být prováděna

s podporou asistenta. Dále lze přípravu realizovat na chráněných pracovních místech právnické nebo fyzické osoby, nebo ve vzdělávacích zařízeních státu, územních samosprávných celků, církví, občanských sdružení aj. O přípravě k práci uzavírá Úřad práce s osobou se zdravotním postižením písemnou dohodu. Dokladem o absolvování je osvědčení vydané právnickou nebo fyzickou osobou, u níž byla příprava k práci prováděna. Zaměstnavateli, který provádí na svém pracovišti přípravu k práci pro osoby se zdravotním postižením, může Úřad práce uhradit náklady s tím spojené.

Chráněným pracovním místem se rozumí pracovní místo zřízené zaměstnavatelem pro osobu se zdravotním postižením na základě písemné dohody s Úřadem práce. Náležitosti žádosti o zřízení nebo vymezení chráněného pracovního místa upravuje v zákoně o zaměstnanosti §75 (7). Na zřízení těchto míst poskytuje Úřad práce zaměstnavateli příspěvek. Chráněné pracovní místo musí být obsazeno po dobu tří let (uzavírá se dohoda). Dohodu o vymezení chráněného pracovního místa může Úřad práce uzavřít se zaměstnavatelem nebo osobou se zdravotním postižením, která vykonává samostatně výdělečnou činnost.

Zaměstnavateli zaměstnávajícímu na chráněných pracovních místech více než 50% osob se zdravotním postižením z celkového počtu svých zaměstnanců se poskytuje *příspěvek na podporu zaměstnávání* těchto osob formou částečné úhrady vynaložených prostředků na mzdy nebo platy a dalších nákladů. Příslušnou krajskou pobočkou Úřadu práce pro poskytování příspěvku je pobočka, v jejímž obvodu má sídlo zaměstnavatel jako právnická osoba či bydliště zaměstnavatel jako fyzická osoba. Příspěvkem jsou nahrazovány skutečně vynaložené prostředky na mzdy nebo platy v měsíční výši 75% skutečně vynaložených prostředků na mzdy nebo platy na zaměstnance se zdravotním postižením v pracovním poměru, včetně pojistného na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti a pojistného na veřejné zdravotní pojištění, které zaměstnavatel za sebe odvedl z vyměřovacího základu tohoto zaměstnance (nejvýše 8000 Kč). Bohužel jsou z praxe známy případy, v nichž bylo prokázáno zneužití ekonomických stimulů zaměstnavatelem, který přijal dotaci od Úřadu práce, avšak zaměstnance se zdravotním postižením zakrátko propustil s odůvodněním, že není údajně schopen plnit zadané úkoly. Takové jednání lze odhalit pouze důslednou kontrolou ve spolupráci multidisciplinárního týmu, složeného ze sociálního pracovníka, psychologa, lékaře, ergoterapeuta.

Charta zaměstnaneckých práv pro lidi s postižením z 90. let minulého století garantuje právo žít nezávislý, aktivní a plný život v zaměstnanosti, právo na dostupnou dopravu i svobodu pohybu, právo na bezplatné a vhodné vzdělávání ad. Chráněné dílny a jiné specifické pracovní příležitosti nabízejí běžný nebo zkrácený pracovní úvazek. V zahraničí fungující komunity pro pracovní činnost zdravotně postižených nemohou být ekonomicky soběstačné, (za úspěch se považuje návratnost režijních nákladů), proto se využívá financování z veřejných prostředků a fundraisingu. Individuální pracovní aktivita má pro klienta význam psychologický, výchovný, sociálně rehabilitačně terapeutický. (Novosad, 2000)

Problém nezaměstnanosti významně působí na psychické zdraví člověka, způsobuje finanční potíže, pokles životní úrovně, existenční nejistotu, stres, omezení kontaktů, stigmatizující zkušenosti, úzkost a emoční nestabilitu. Občan se zdravotním postižením bývá při ucházení se o zaměstnání *handicapován* vícenásobně – *primárně* svým zdravotním stavem, společenským náhledem a osobními možnostmi, a *sekundárně* nedostatky v obvyklých sociálních dovednostech a kompetencích (nízké sebehodnocení, nezvládnutí sebe prezentace, neznalost potřebných občanskoprávních norem, neschopnost efektivní komunikace, nedostatečná vědomostní příprava při vstupním pohovoru, přeceňování/podceňování pracovních omezení). (Novosad, 2009)

K prohloubení informací poskytnutých v kapitole zabývající se uplatněním osob se zdravotním postižením ať už ve vzdělávací soustavě či na trhu práce doporučuji k samostudiu např. publikaci I. Tomeše *Úvod do teorie a metodologie sociální politiky* (2010) – zde konkrétně kapitoly věnované sociálním souvislostem zaměstnání a nezaměstnanosti jako sociální události a otázce vzdělání a nevzdělanosti. První okruh zasahuje do politiky zaměstnanosti, druhý do vzdělávací politiky. Obě tvoří součást systému sociální politiky státu.

Rovněž téma *sociální ekonomiky* a vzniku sociálních podniků vhodným způsobem doplňuje výše uvedené poznatky.

7 Základy speciálního poradenství

7.1 Poradenství jako součást systému ucelené rehabilitace

V definici Světové zdravotnické organizace (WHO) se uvádí, že **rehabilitace** je souhrn všech opatření potřebných k zařazení nebo návratu postiženého člověka do společenského prostředí a do života. Jedná se o kombinované a koordinované využití léčebných, sociálních, vzdělávacích a profesních prostředků k výcviku jednotlivce za účelem získání nejvyšší možné funkční schopnosti.

Cílem ucelené rehabilitace je poskytnout osobám se zdravotním postižením co nejširší účast na společenském a hospodářském životě, co největší nezávislost a plnohodnotný tělesný a duševní život. V rámci ucelené rehabilitace se často hovoří také o **habilitaci** jako procesu prvotváření schopností u osob s vrozeným nebo velmi časně získaným postižením. Ucelená rehabilitace/habilitace je snahou o flexibilní propojení jednotlivých nástrojů odborné podpory a dalších aktivit s cílem zlepšit osobní i sociální fungování člověka s postižením a pozitivně interdisciplinárně působit na kvalitu jeho života. Rehabilitace vychází z pozitivních vlastností a hodnot člověka s postižením.

Trendy prosazující se v pojetí ucelené rehabilitace spočívají v efektivním propojení mezi jednotlivými složkami procesu, v individualizaci podpory a v motivaci a aktivizaci klientů. Do této oblasti se významně promítají zákony o zdravotní péči, zákony o sociálním zabezpečení a sociálních službách, školské zákony a zákoník práce. V České republice dosud chybí zákon o ucelené rehabilitaci.

Poradenství pro osoby se zdravotním postižením představuje nástroj, který může zprostředkovat, propojit nebo doplnit proces rehabilitace tak, aby člověk s postižením nebyl sociálně vyloučen, handicapován, aby získal služby, na něž má nárok a nežil v nevyhovujících podmínkách. Poradenství jako součást ucelené rehabilitace se spolupodílí na provázanosti, posloupnosti a komplexnosti jednotlivých oblastí rehabilitace (společná metodická východiska pro práci s klientem). Cílem odborné pomoci a realizovaných podpůrných aktivit je zmírnit, eliminovat nebo kompenzovat příčiny, které jedinci brání v jeho plnohodnotném fungování. (Novosad, 2009) Z tohoto pohledu je poradenství vnímáno jako komplexní a adresná podpora vymezené cílové skupiny klientů. Jedná se o klienty se zrakovým postižením, klienty se sluchovým postižením, klienty s tělesným

postižením, klienty s řečovým postižením, klienty s mentálním postižením, klienty s duševním onemocněním, klienty se specifickými poruchami učení a autismem aj.

7.2 Poradenství a jeho formy

Poradenství je jednou z cest, jak pomáhat lidem překonat jejich problémy, jak objasňovat jejich osobní cíle a jak jich dosahovat. Nejčastěji bývá definováno jako profesionální vedení jedince s využitím psychologických poznatků (získávání údajů o klientovi probíhá rozhovorem a dalšími technikami). Vedení se zpravidla považuje za součást poradenství; poradenství k profesní či životní orientaci představuje soubor rad a doporučení, které se týkají povolání, problémů s učením a vzděláváním, aktuálních životních problémů atp.

Poradenství jako proces pomáhá jedinci odhalit a rozvinout jeho učební, profesní a psychické možnosti s cílem dostat se na nejvyšší možnou úroveň osobního štěstí a sociální užitečnosti. Scally a Hopson (in Matoušek a kol., 2003) rozlišili 6 typů pomoci druhým podle potřeb osoby, která pomoc vyhledala. Jedná se o:

- podání věcných informací (např. o agenturách poskytujících potřebné služby),
- poskytování rad (získání názoru odborníka),
- učení (získání znalostí a dovedností),
- psychologický náhled (pomoc při pochopení problému, objasnění příčin, náznak cesty),
- přímá akce/výkon (např. pomoc při zajištění bydlení, vyplnění formuláře),
- vyvolání změny systému (snaha o ovlivnění systému, který jedinci působí potíže – organizační úprava, změna předpisu).

Při **poradenství v užším smyslu** jde o poskytování informací, které si klient vyžádá a které potřebuje pro řešení problému. **Poradenství v širším smyslu** nabízí klientovi možnost prozkoumat vlastní přednosti a slabiny a nalézt vhodné strategie ke zlepšení života. Konečně **poradenství v nejširším smyslu** umožňuje získat nový pohled na sebe a druhé a osvojit si potřebné dovednosti. (Matoušek a kol., 2003)

Podle Gabury je poradenství založené na vztahu pomoci, kdy poradce má snahu podpořit růst, rozvoj, zralost a lepší uplatnění klienta, aby se lépe orientoval ve světě a dokázal se vyrovnat se svým životem. Podle širšího pohledu představuje poradenství metodu vzdělávání a výchovy, metodu redukování emocionálního napětí, metodu pomoci člověku při řešení problémů a při hledání nových, přiměřenějších forem života. Klient by při tomto procesu neměl být pasivním příjemcem pomoci, ale měl by se spolupodílet na analýze problémů, pokusit se lépe poznat sám sebe, pochopit motivaci a kauzalitu svého chování a hledat nový systém sociálního fungování. (Gabura, Pružinská, 1995)

Poradenství a psychoterapie zaměřená na osobu se zakládá na vztazích. Jedná se o přístup, jenž vychází od klasika Carla Rogerse. Významné aspekty, které je nutné v poradenské práci zohledňovat, se vztahují k pojmání celku osobnosti. Ten je tvořen zkušenostmi (informace o sobě a světě získané pomocí smyslů) a strukturou self (přesvědčení a hodnoty ve vztahu k sobě a světu) v jejich vzájemném propojení v podobě zkušeností, jež se nacházejí ve shodě se strukturou self a jsou přístupné vědomí. Cílem terapeutické práce je dosažení změny, probuzení a realizace aktualizčních tendencí. V roce 1959 představil Rogers šest nezbytných a dostatečných podmínek terapeutické změny:

- Dvě osoby jsou spolu v kontaktu.
- První osoba (klient) je ve stavu inkongruence, je zranitelná či úzkostná.
- Druhá osoba (terapeut) je v tomto vztahu kongruentní.
- Terapeut pociťuje vůči klientovi bezpodmínečné kladné přijetí.
- Terapeut pociťuje empatické porozumění pro vnitřní referenční rámec klienta.
- Klient vnímá alespoň v minimální míře bezpodmínečné kladné přijetí ze strany terapeuta a jeho empatické porozumění.

Psychologický kontakt je záležitostí vzájemnosti. Jde o základní a kognitivní kontakt, setkání, pro jehož fungování musí být splněno několik podmínek – dostupnost poradce pro navázání základního kontaktu, dostupnost klienta pro navázání základního kontaktu, udržení základního kontaktu, vzájemné porozumění-kognitivní kontakt, dostupnost poradce pro navázání kognitivního kontaktu, dostupnost klienta pro navázání kognitivního kontaktu, kódovaná řeč a rámování jako proces.

Přístup zaměřený na osobu je založený na emoční důvěrnosti. Prohlubování emočního kontaktu umožňuje větší proměny. Také emoční a jemný kontakt vyžaduje ke své realizaci speciální podmínky – dostupnost poradce pro navázání emočního kontaktu, dostupnost klienta pro navázání emočního kontaktu, udržení emočního kontaktu, blízkost-jemný kontakt, dostupnost poradce pro navázání jemného kontaktu, dostupnost klienta pro navázání jemného kontaktu, udržení kontaktu.

Práce zaměřená na osobu vychází z názoru, že klientův proces je vždy hodnověrný. Terapeut zaměřený na osobu se soustředí na osvobození klienta, aby mohla účinněji působit jeho vrozená hnací síla, jeho aktualizací tendence. (Tolan, 2006)

Mezi **formy poradenské pomoci** osobám se zdravotním postižením patří:

- vedení a informování - probíhá prostřednictvím osvěty, výchovy, podpory, poskytnutí informací s cílem pomoci ke svépomoci; zpravidla se tak děje ve větší skupině klientů formou jednosměrného předávání poznatků,
- poradenství v užším smyslu – zprostředkovává klientovi hlubší náhled na problém, jeho příčiny a možnosti řešení; realizuje se interaktivní formou, prožitkově, v obousměrné komunikaci; zahrnuje také individuální diagnostiku, terapeutické intervence; mezi základní proměnné patří změna, adaptace, chování a prožívání; specifickým případem je doprovázení,
- konzultační činnost – se uskutečňuje jako odborná porada poskytovaná jinému odborníkovi v rámci péče o klienta.

Jednotlivé formy poradenské pomoci fungují jako forma podpory, která pomoc/podpůrné aktivity zahajuje a zprostředkovává, a také jako propojující prvek, který spojuje jednotlivé etapy řešení klientovy situace. (Novosad, 2009)

7.3 Směry a oblasti v poradenství

Směry užívané při poradenské práci souvisejí s jejími formami a odrážejí ideová a hodnotová východiska poradce (filozofické, psychologické školy).

Gabura dělí poradenské přístupy na čtyři základní, jež se významně odlišují svými východisky, charakterem poradenské práce i pojmáním role klienta a profesionála.

Dynamický přístup vychází z předpokladu, že současné chování je determinováno

minulostí a nevědomím. Poradenský proces se zaměřuje na znovuprožívání minulých emocí a odkrývání rozporů v osobnosti, přitom se využívají volné asociace, abreakce a vhled. Jde o asymetrický přístup. **Behaviorální přístup** vnímá člověka, který je ve svém vývoji determinován sociálním prostředím, přičemž jeho chování je výsledkem procesu učení. Poradce přistupuje k přeučování špatných vzorců chování, přitom využívá techniku učení, relaxace a asertivní trénink. Vztah klienta a profesionála se podobá vztahu učitele a žáka. **Experienciální přístup** pojímá klienta jako aktivní bytost s potenciálem růstu. Poradce se orientuje na skryté možnosti a schopnost je využívat. Spolupráce probíhá na základě symetrického vztahu založeného na důvěře a empatii. **Eklektické poradenství** využívá selekce metod a forem práce z různých přístupů. Mezi hlavní atributy poradenské práce patří flexibilita, přizpůsobení poradenství charakteru problému a typu klienta. (Gabura, Pružinská, 1995)

Podle Novosada (2009) může být poradenská práce s osobami se zdravotním postižením realizována v několika následujících oblastech. *Lékařské poradenství* se vztahuje ke specifickým onemocnění a životu s ním (úprava životního stylu). *Psychologické poradenství, psychoterapie* se poskytují v rámci psychologické rehabilitace (partnerská/rodinnou terapie, krizová intervence). *Pedagogicko-psychologické poradenství* se zaměřuje na školní prospěch, poruchy učení, na něj navazuje studijní, profesní a výchovné poradenství. *Speciálně pedagogické poradenství* se zabývá výchovou a vzděláváním dětí a mladistvých se zdravotním znevýhodněním. *Profesně-kariérové poradenství* se orientuje na volbu zaměstnání s ohledem na možnosti jedince a vzhledem k situaci na trhu práce, součástí může být poradenství v nezaměstnanosti. *Sociálně- právní poradenství* poskytuje informace a rady související se sociálním zabezpečením, bydlením, zaměstnáváním, občanskou agendou (základní a odborné sociální poradenství). *Technicko-kompenzační poradenství* zajišťuje doporučení a úpravy pomůcek, veřejných prostranství pro osoby s postižením. *Pastorační činnost* se věnuje duchovní podpoře klienta. *Resocializační poradenství, kurátorská činnost* se zaměřuje na pomoc lidem se zdravotním postižením, kteří byli propuštěni z výkonu trestu nebo z ústavní péče. *Mediace* představuje nestrannou pomoc při dosažení dohody, smíru mezi lidmi mimosoudní cestou. (Novosad, 2009)

7.4 Cíle poradenské práce

Obecně lze rozlišit 3 kategorie cílů:

- **V základní rovině** je cílem poradenské práce dosažení klientova zdraví v interakci se sociálním prostředím, v němž žije. Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) být zdravý znamená prožívat stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody. Kromě zdravotnického hlediska jde tedy také např. o začleňování izolovaných jedinců do společnosti, stabilizaci manželství, rozvoj klientovy osobnosti, upevňování vztahů a podporu seberealizace.
- **V rovině speciálních cílů** jde o dosažení změn v sociálním prostředí klienta pozitivním směrem (tzn. předejít osobním ohrožením, přijmout nové možnosti, zbavit se starých „břemen“). Často se k tomuto účelu užívá jako základního prostředku rozhovoru a neverbálních technik, také přímých, věcných a organizačních opatření směřujících např. ke zprostředkování návazné péče.
- **V rovině individuálních cílů** se uplatňují konkrétní opatření, která se týkají dané osoby, jeho specifické situace, osobních potřeb. Může jít o podporu adaptability, změnu chování, zlepšení psychosociálních dovedností, posílení kompetencí a samostatnosti.

Oblast prevence zasahuje do všech 3 zmíněných rovin. *Primární prevence* spočívá v optimalizaci životních, převážně sociálních podmínek, v materiální péči, ve fungování prosociálních aktivit (osvětově informační kampaně, výchovné působení, depistáž). *Sekundární prevence* se jako přímá strategie orientuje na rizikové jedince a skupiny, u nichž se v důsledku zdravotního postižení či jiného znevýhodnění mohou projevit nebo projevují sociálně patologické jevy, či žijí v nepříznivých podmínkách (nízká sociokulturní úroveň, bezdomovectví, propuštění z výkonu trestu). *Terciární prevence* je strategie zaměřená proti recidivě nebo regresi a prohlubování sociální dezintegrace osob, které vykazují poruchy sociálního chování, rovněž řeší situace diskriminace a izolace jedinců (ochrana před zhoršením stavu, trvalým handicapem). (Novosad, 2009)

7.5 Základní úkoly speciálního poradenství

Pro vymezení úkolů poradenské práce je třeba si uvědomit **specifika cílové skupiny** klientů. Mezi ně patří např. široká škála a proměnlivost obtížných životních situací

a problémů, různé typy a formy zdravotního postižení, individuální zkušenosti a různé adaptační schopnosti, předsudky a mýty vztahující se na cílovou skupinu klientů, nezvratnost individuálních hranic a mezi jednotlivých osob.

Poradenská činnost pro osoby se zdravotním či sociálním znevýhodněním je ovlivněna některými *společnými rysy*, jako např. citovou/podnětovou deprivací, frustrací, stresem, zkušenostními deficity, obtížemi při osamostatňování, nízkou sebedůvěrou, adaptačními potížemi, poruchami sebepojetí, emocionální labilitou, komunikačními bariérami, nezkušeností v partnerských vztazích apod. Osoby se znevýhodněním nezdědka zažívají sociální stigmatizaci tím, že jsou v něčem zvláštní, odlišní, nesrozumitelní, nežádoucí (ztvářejí odchylku od přijímané normy).

Speciální poradenství pomáhá lidem s postižením lépe porozumět sobě, rizikům a obtížím spojeným s jejich životem. Staví na tom, uvědomit si předsudky a rozdílná očekávání, hledat zdroje podpory v okolí (vyjít z pasivity), dokázat otevřeně sdělovat okolí své pocity a potřeby, umět požádat o pomoc, zvyšovat sebedůvěru a rozvíjet vlastní možnosti, vytvářet pozitivní sebepojetí. V *praktické rovině* poradce pomáhá klientovi, aby si např. uvědomil spojení mezi postižením a časovou náročností běžně vykonávaných činností (třeba vytvořit časovou rezervu), aby byl schopen přijmout omezení svých možností, učí ho organizovat denní program, hájit vlastní práva, zvládat psychickou a fyzickou nepohodu spojenou s postižením (direktivní edukace). V *oblasti studijní a profesní* podporuje poradce klienta směrem k rozvinutí osobního potenciálu (přednosti, kompetence, motivace, zájmy, nadání, dovednosti).

Z hlediska cílových skupin může mít poradenská činnost formu práce s jednotlivcem, s rodinou, jejíž člen je handicapován, se třídou, do níž má být žák s postižením integrován, s pracovníky, kteří přicházejí do styku s osobami s postižením, se skupinou osob s postižením.

Konzultační činnost ve speciálním poradenství směřuje k poskytování konzultací institucím, které žádají odbornou radu a pomoc v otázkách postižení, k osvětové a informační činnosti, ke vzdělávání a výcviku dalších pracovníků. (Novosad, 2009)

8 Závěr

Zdravotní postižení představuje významný společenský fenomén, multidimenzionální jev vyžadující nutně interdisciplinární intervence. Do problematiky pojmání zdravotního postižení se promítá řada společenských i osobních faktorů, které mnohdy její chápání a řešení značně komplikují. Nejednoznačnost teoretických vymezení stejně jako vztahových rámců a proměnlivost podmínek praxe naznačují, že se jedná o oblast dynamicky se rozvíjející s ohledem na specifika konkrétních cílových skupin klientů.

V sedmi kapitolách jsem se snažila o to, podat ucelený orientační přehled o tématech, problémech a možnostech podpory a pomoci osobám se zdravotním postižením. Teoretická východiska - příslušnou terminologii a definice - doplnily konkrétní nástroje aplikačního charakteru z oblasti sociální práce a sociální politiky. Při koncipování textu jsem vycházela ze skutečnosti, že poznatky jsou směřovány ke studujícím oboru sociální práce. Proto jsem volila způsob zpracování dílčích odborných témat tak, aby text mohl studentkám a studentům sloužit případně jako průvodce při výkonu jejich odborné praxe v rámci studia. Na zde poskytnuté informace lze navázat či je rozšířit v rámci dalších povinných, event. povinně volitelných studijních předmětů.

Z povahy textu věřím, že myšlenky, názory a stanoviska zde se objevující přispějí nejen k úvahám ve smyslu profesionálního působení studujících v oblasti pomoci a podpory osob se zdravotním postižením, ale že částečně zasáhnou i do osobní, lidské roviny. Vždyť každý profesionál je zároveň člověk – se svou minulostí, vnitřními postoji, obavami, schopností věci měnit a vnitřně růst. Specifika klientů se zdravotním postižením vztahující se zejména k možnosti uspokojování běžných lidských potřeb a naplňování požadavků každodenního života jsou v textu opakovaně zmiňovány. Výkon sociální práce sám o sobě klade na pracovníky nemalé nároky, pokud ovšem pracují s klienty, jejichž problémy jsou jim blízké, mají snahu je pochopit a porozumět tomu, co se děje, vzájemná spolupráce jistě přinese úspěch a uspokojení na obou stranách.

9 Literatura

- BAREŠ, P. Koncepce subsidiarity v sociálních službách a úloha nestátních neziskových organizací při jejich poskytování. *Veřejná správa*. 2006, roč. 17, č. 45, s. 1-8. ISSN 1213-6581.
- DAVID, R. *Ústava České republiky. Listina základních práv a svobod*. 3.přepřac.vydání. Olomouc: NAKLADATELSTVÍ OLOMOUC, 2001. ISBN 80-7182-109-8.
- DÖRNER, K. a kol. *Osvobozující rozhovor: psychicky nemocný v rodině*. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-892-X.
- GABURA, J., PRUŽINSKÁ, J. *Poradenský proces*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1995. ISBN 80-85850-10-9.
- KLIMENTOVÁ, E. *Teorie a metody sociální práce III*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2002. ISBN 80-244-0575-X.
- KOLEKTIV AUTORŮ. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2011. ISBN 978-80-904668-1-4.
- KÖRBEROVÁ, L. *Změna systému podpory pro zdravotně postižené*. Hradec Králové, 2013, s. 65. Bakalářská práce. Univerzita Hradec Králové, Ústav sociální práce. Vedoucí práce Mgr. Martina Macková, Ph.D.
- KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-179-7.
- KREBS, V. a kol. *Sociální politika*. Praha: ASPI, 2007. ISBN 978-80-7357-276-1.
- KRHUTOVÁ, L. Teorie a modely zdravotního postižení. *Sociální práce/Sociálna práca*. 2010, roč. 2010, č. 4, s. 49 – 59. ISSN 1213-6204.
- MATOUŠEK, O. *Ústavní péče*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1995. ISBN 80-85850-08-7.
- MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-549-0.
- MATOUŠEK, O. a kol. *Základy sociální práce*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-473-7.
- MATOUŠEK, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2.
- MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.
- MICHALÍK, J. a kol. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-859-3.
- MUSIL, L. Standardy kvality a sociální práce v sociálních službách. *Sociální práce/Sociálna práca*. 2004, roč. 2004, č. 1, s. 53 – 74. ISSN 1213-6204.
- MYŠÍKOVÁ, M. *Proměna úloh sociální práce v Německu jako důsledek společenských změn a s nimi souvisejících sociálně politických vývojových procesů*. Ostrava, 2006, s. 226. Disertační práce. Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, Katedra sociální práce. Vedoucí práce prof. PhDr. Jan Keller, CSc.

- NOSKOVÁ, Š. *Integrace klientů Ústavu sociální péče pro tělesně postižené v Hořicích*. Hradec Králové, 2013, s. 97. Bakalářská práce. Univerzita Hradec Králové, Ústav sociální péče. Vedoucí práce Mgr. Martina Macková, Ph.D.
- NOVOSAD, L. *Základy speciálního poradenství: struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-197-5.
- NOVOSAD, L. *Poradenství: pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-509-7.
- PAULÍK, K. *Kapitoly z biodromálního poradenství*. Ostrava: Ostravská univerzita, 1994. ISBN 80-7042-418-4.
- PETRUSEK, M. *Sociologie: občanská nauka (základy společenských věd)*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1992. ISBN 80-04-25981-2.
- POTŮČEK, M. *Sociální politika*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1995. ISBN 80-85850-01-X.
- PREKOP, J. *Empatie: vcítění v každodenním životě*. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0672-5.
- Ranní zprávy, Rozhlas, Český rozhlas 1 – Radiožurnál. 31. října 2013. 07:00.
- SATIROVÁ, V. *Kniha o rodině*. Praha: Práh, 1994. ISBN 80-901325-0-2.
- SCHNEIDER, J. Sociologie malých skupin. [Přednáška] *Univerzita Palackého v Olomouci, Filozofická fakulta, Katedra sociologie a andragogiky*. Olomouc letní semestr 1994.
- TĚŽKÁ, J., GELNAROVÁ, K. Komunitní plánování sociálních služeb na území města Opavy. [Konference] *Komunitní plánování Opava*. Opava 1. 12. 2006.
- TOLAN, J. *Na osobu zaměřený přístup: v poradenství a psychoterapii*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-146-8.
- TOMEŠ, I. *Sociální politika: teorie a mezinárodní zkušenost*. Praha: Socioklub, 1996. ISBN 80-902260-0-0.
- TOMEŠ, I. *Úvod do teorie a metodologie sociální politiky*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-680-3.
- TOMEŠ, I. a kol. *Sociální správa*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-560-1.
- TRUBAČOVÁ, K., MACELA, M. Reforma systému péče o ohrožené děti. [Konference] *Transformace a deinstitucionalizace sociálních služeb*. Hradec Králové 28. 2. – 1. 3. 2011.

Listina základní práv a svobod.

Úmluva OSN o právech osob se zdravotním znevýhodněním.

Vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných.

Vyhláška č. 424/2011 Sb., o vzoru, náležitostech a provedení karty sociálních systémů, vzoru, náležitostech a provedení potvrzení o ztrátě, odcizení, poškození nebo zničení karty sociálních systémů a vzoru Standardizovaného záznamu sociálního pracovníka.

Vyhláška č. 388/2011 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, ve znění vyhlášky č. 388/2013 Sb.

Zákon č. 1/1993 Sb., Ústava ČR.

Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění.

Zákon č. 111/1998 Sb., o vysokých školách.

Zákon č. 395/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí.

Zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů.

Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti.

Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon).

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění.

Zákon č. 198/2009 Sb., o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací (antidiskriminační zákon).

Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů.

10 Rejstřík

A

Antiopresivní přístup, 23, 61

D

Definice sociální práce, 21

Definice zdravotního postižení, 18

E

Ekosociální paradigma, 22

H

Habilitace, 68

Handicap, 9, 15, 18, 19, 61, 64

Hmotná nouze, 11

Ch

Chráněné pracovní místo, 66

I

Inkluze, 59, 61

Integrace, 24, 41, 44, 56, 59, 60, 64, 77

Invalidita, 11, 14, 15, 16

K

Karta sociálních systémů, 37, 78

Koncepce nezávislého způsobu života, 61

Koncepce ucelené rehabilitace, 56, 57

M

Marginalizace, 9

Modely zdravotního postižení, 14, 16, 17, 18, 76

N

Nástroje sociální politiky, 21, 25, 26

Nástroje sociální pomoci, 33

Neschopnost k ekonomické činnosti, 14

P

Paradigma všedního dne, 22

Péče o handicapované v rodině, 39, 50

Poradenství, 22, 30, 31, 33, 53, 58, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 77

Postižení, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 35, 36, 41, 42, 47, 52, 53, 56, 61, 62, 63, 64, 73, 74, 75, 76

Právní vztahy, 26

Proces transformace pobytových služeb, 40

Průkazy, 37

Předsudek, 9

Příspěvek na mobilitu, 36, 37

Příspěvek na péči, 35, 37

Příspěvek na zvláštní pomůcku, 36, 37

R

Rehabilitace, 8, 41, 42, 56, 57, 65, 68, 72

S

Seberealizace, 51, 62, 73

Schopnost k práci, 14

Sociální dávky, 25, 28, 37

Sociální nouze, 11, 35

Sociální ochrana, 10, 27

Sociální péče, 8, 11, 28, 30, 31, 32, 33, 35, 40, 41, 42, 45, 77

Sociální pomoc, 11, 21, 26, 27, 29, 32, 33, 34, 35, 46

Sociální práce jako k člověku vztažená služba, 24

Sociální práce orientovaná na životní svět, 21

Sociální služby, 11, 25, 26, 30, 33, 34, 35, 36, 44, 46, 58, 61

Sociální vyloučení, 40

Sociální zabezpečení, 11, 28, 29, 66

Speciální poradenství, 74

Standardy kvality sociálních služeb, 11

Stigma, 10, 19

U

Ústav sociální péče, 41, 42, 77

Ústavní péče, 39, 40, 43, 46, 50, 72, 76

V

Vzdělávání, 19, 36, 46, 56, 57, 58, 60, 62, 63, 64, 67, 70, 74, 77, 78

Z

Zaměstnávání osob se zdravotním postižením, 65

Změna schopností, 8, 9

Redakční rada Edice texty k sociální práci:

Mgr. Karel Bauer; Mgr. Radka Janebová, Ph.D.; PhDr. Martin Smutek, Ph.D.;

Mgr. Zuzana Truhlářová, Ph.D.



Řada: Vybrané kapitoly z teorií a metod sociální práce – sv. 22

Název: **Sociální práce s handicapovanými**

Rok a místo vydání: 2014, Hradec Králové

Vydání: první

Náklad: 200

Vydalo nakladatelství Gaudeamus při Univerzitě Hradec Králové jako svou 1392. publikaci.

ISBN 978-80-7435-452-6