

Obory sociální politiky ve vztahu k osobě se zdravotním postižením

Denisa Nikischerová

Bakalářská práce
2016/2017



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2016/2017

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Denisa Nikischerová**
Osobní číslo: **H140182**
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Obory sociální politiky ve vztahu k osobě se zdravotním postižením**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti sociální politiky, sociální pedagogiky a speciální pedagogiky.

Příprava metodiky empirické části, zpracování projektu výzkumu a stanovení výzkumného problému.

Realizace kvalitativního výzkumu formou hloubkových rozhovorů.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

KREBS, Vojtěch a kol. Sociální politika. 4. přepracované a aktualizované vyd. Praha: ASPI, 2007. ISBN 978-80-7357-276-1.

TOMEŠ, Igor. Obory sociální politiky. 1. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-868-5.

TOMEŠ, Igor. Úvod do teorie a metodologie sociální politiky. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-680-3.

SLOWÍK, Josef. Speciální pedagogika. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1733-3.

FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. Speciální pedagogika. 1. vyd. Praha: TRITON, 2008. ISBN 978-80-7387-014-0.

ŠVARÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ a kol. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.

HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Lucie Blašíková**
Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce: **29. listopadu 2016**

Termín odevzdání bakalářské práce: **26. dubna 2017**

Ve Zlíně dne 29. listopadu 2016


doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval.
V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 29. 5. 2014

..... Pišičková

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací;

(1) Vysoká škola nevydávalečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá obory sociální politiky ve vztahu k osobě se zdravotním postižením. Teoretická část vymezuje teoretická východiska z oblasti sociální politiky a jejich jednotlivých oborů ve vztahu k osobě se zdravotním postižením, dále z oblasti sociální pedagogiky a speciální pedagogiky. Praktická část předkládá empirický výzkum zaměřený na zkoumání života jedinců se zdravotním postižením a na pomoc vybraných oborů sociální politiky těmto osobám. Cílem práce je analyzovat potřeby osob se zdravotním postižením a jejich uspokojování prostřednictvím pomoci vybraných oborů sociální politiky za využití rozhovorů.

Klíčová slova:

sociální politika, sociální pedagogika, speciální pedagogika, zdravotní postižení, vada, porucha, handicap

ABSTRACT

My bachelor thesis is about social policy fields and their take on people with health disabilities. Theoretical part focuses on individual theories from the field of social policy and their take on people with health disabilities. This part also focuses on theories of social pedagogy and special pedagogy. Practical part presents empirical research focused on life of people with health disabilities and the help they get from selected types of social policies. Goal of my work is to analyze the needs of people with health disabilities and the way each different social policy helps them, by conducting interview.

Keywords:

social policy, social education, special education, disability, defect, disorder, handicap

Děkuji tímto Mgr. Lucii Blašíkové za odborné a trpělivé vedení mé bakalářské práce, a zároveň za cenné rady při jejím zpracování.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 SOCIÁLNÍ POLITIKA	13
1.1 POLITIKA ZAMĚSTNANOSTI VE VZTAHU K OSOBĚ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM	18
1.2 RODINNÁ POLITIKA VE VZTAHU K OSOBĚ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM	21
1.3 ZDRAVOTNÍ POLITIKA VE VZTAHU K OSOBĚ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM	24
1.4 VZDĚLÁVACÍ POLITIKA VE VZTAHU K OSOBĚ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM	28
1.5 BYTOVÁ POLITIKA VE VZTAHU K OSOBĚ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM	30
1.6 DŮCHODOVÁ POLITIKA VE VZTAHU K OSOBĚ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM	33
2 SOCIÁLNÍ PEDAGOGIKA	35
2.1 SOCIÁLNÍ PEDAGOGIKA A JEJÍ VZTAH KE SPECIÁLNÍ PEDAGOGICE	37
2.2 ASISTENT PEDAGOGA	40
3 OSOBA SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM	42
3.1 OSOBA SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM VERSUS OSOBA SE ZDRAVOTNÍM ZNEVÝHODNĚNÍM	44
3.2 OSOBA SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM JAKO CÍLOVÁ SKUPINA SOCIÁLNÍ PEDAGOGIKY	46
3.3 DRUHY ZDRAVOTNÍHO POSTIŽENÍ	48
II PRAKTICKÁ ČÁST	51
4 METODOLOGIE VÝZKUMU	52
4.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM	52
4.2 POJETÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	52
4.3 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	52
4.4 VÝZKUMNÉ CÍLE	52
4.5 VÝZKUMNÝ SOUBOR A ZPŮSOB JEHO VÝBĚRU	53
4.6 TECHNIKA SBĚRU DAT A ZPŮSOB ZPRACOVÁNÍ DAT	53
5 ANALÝZA DAT	55
5.1 ŽIVOTNÍ ÚROVEŇ.....	55
5.2 MLADÍ DRAVCI.....	57
5.3 ČEKAČKA	59
5.4 ROVNÉ ŠANCE	61
5.5 NA KŘÍŽOVATKÁCH ŽIVOTA	63
5.6 POMOCNÁ RUKA.....	66
6 INTERPRETACE DAT	69
7 NÁVRHY A DOPORUČENÍ PRO PRAKTICKÉ VYUŽITÍ	76
8 ZÁVĚREČNÁ DISKUZE	78
ZÁVĚR	80
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	81
SEZNAM INTERNETOVÝCH ZDROJŮ	88

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	89
SEZNAM PŘÍLOH.....	90

ÚVOD

Naše společnost je složena z mnoha sociálních skupin. Za jednu ze sociálních skupin můžeme označit osoby se zdravotním postižením. Stát se prostřednictvím svých opatření a zásahů snaží o ochranu práv všech svých obyvatel. Některým jedincům či skupinám však musí stát věnovat větší pozornost, a to kvůli jejich zranitelnosti a omezeným možnostem samostatně hájit svá práva. V bakalářské práci se tedy zaměříme na pomoc vybraných oborů sociální politiky osobám se zdravotním postižením.

Otázkou zůstává, jak lidem se zdravotním postižením vynahradit, vykompenzovat jejich život se zdravotním postižením? Asi úplně nelze. Asi se nám to, i přes obrovskou snahu a prostředky, nikdy zcela nepodaří. Prostřednictvím finanční i nefinanční pomoci vybraných oborů sociální politiky se však musíme neustále pokoušet poskytnout osobám se zdravotním postižením plnohodnotný život.

V teoretické části práce se soustředíme na vymezení nástrojů pomoci vybraných oborů sociální politiky osobám se zdravotním postižením. Mezi vybrané obory sociální politiky jsme zařadili politiku zaměstnanosti, rodinnou politiku, zdravotní politiku, vzdělávací politiku, bytovou politiku a politiku důchodovou. Jednotlivé obory sociální politiky si vždy přiblížíme ve vztahu k osobě se zdravotním postižením a jejím potřebám.

Za pomoci realizace kvalitativního výzkumu poté nahlédneme do života osoby se zdravotním postižením, a to pohledem pečujících osob. Odhalíme, jak pečující osoby nahlízejí na poskytovanou pomoc vybraných oborů sociální politiky osobám se zdravotním postižením. Dále se pokusíme identifikovat skutečné potřeby osob se zdravotním postižením, a zároveň navrhnout nástroje k uspokojení těchto potřeb. Pozornost budeme věnovat finančním i nefinančním kompenzačním nástrojům.

Hlavním cílem práce je porovnat již poskytované, zavedené nástroje a prostředky pomoci vybraných oborů sociální politiky osobám se zdravotním postižením se skutečnými potřebami jedinců se zdravotním postižením pohledem pečujících osob.

S různorodostí jedinců, tak i s diverzitou jejich zdravotních postižení musíme mít na mysli, že navržené nástroje k uspokojení potřeb osoby se zdravotním postižením jsou vždy specifikovány a rozpracovány speciálně pro uspokojení potřeb konkrétního jedince. Je však nutno podotknout, že některé ze získaných návrhů na změny či rozšíření nabídky pomoci vy-

braných oborů sociální politiky lze vztáhnout ke všem osobám se zdravotním postižením bez ohledu na druhu zdravotního postižení.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 SOCIÁLNÍ POLITIKA

Sousloví sociální politika se skládá ze dvou slov, a to sociální a politika. Níže se seznámíme s významem každého z nich samostatně, a pak následně vymezíme jejich spojení dle jednotlivých autorů.

Knausová (2005, s. 9-10) rozlišuje tři významové **dimenze pojmu „sociální“**. Ve významové rovině první chápe sociální jako synonymum ke slovu společenský, tj. týkající se společnosti, v rovině druhé je sociální chápáno jako snaha o zlepšení životních podmínek osob a společnosti. Významová rovina třetí se soustřeďuje již k řešení specifických nouzových situací. **Politiku** lze dle Knausové charakterizovat jako soubor aktivit, jimiž je společnost řízena, jedná se o konkrétní opatření a způsoby jednání různých subjektů na nejrozličnějších úrovních, které ovlivňují společenskou realitu.

Sociální stát chápe Večeřa (2001, s. 11) jako podobu moderního státu. Sociální stát zajišťuje vedle sociálních aktivit všechny běžné funkce státu, ať už jde o činnosti obrácené směrem dovnitř státu, nebo navenek. Sociální stát je tedy specifickou politickou institucí společnosti, proto je důležité ho vymezit v souvislosti se zkoumanou problematikou.

Tomeš (2001, s. 16) uvádí, že státní **sociální politika** směřuje především k sociální ochraně občanů. Státní sociální politika realizuje plnění svých základních cílů pomocí programů a plánů, sociální doktrínou, která je dána ústavou a právními předpisy. Ty určují metody prevence, terapie a rehabilitace sociálních problémů občanů a ochrany jejich nezadatelných sociálních práv. Sociální politika usiluje pomocí sociálního práva a sociálních institucí o sociální ochranu lidí. Povinností státu je tedy tuto ochranu dostatečně zabezpečit.

Sociální politika se dle Krebse zabývá volbami mezi konfliktními politickými cíli a zabývá se tím, jak jsou záměry formulovány, prosazovány a realizovány v sociálních službách. Jedná se o soustavné a cílevědomé úsilí jednotlivých sociálních subjektů o změnu nebo o udržení a fungování svého nebo jiného (státního, obecního) sociálního systému. (Krebs, 2007, s. 22)

Sociální politiku Tomeš (2001, s. 20) definuje jako soustavné a cílevědomé úsilí jednotlivých sociálních subjektů o změnu nebo o udržení a fungování sociálního systému.

K dispozici je mnoho dalších definic sociální politiky, pro lepší náhled do dané problematiky, uvedeme další z nich.

Večeřa (2001, s. 29) vymezuje sociální politiku jako souhrn aktivit státu, která není jen sociální ochranou nebo záchrannou sociální sítí před sociálními riziky, ale i činitelem aktivizace vedoucí k uspokojování sociálních potřeb občanů, sloužící k zabezpečení aktivního a důstojného života každého z nich.

Munková a kol. (2004, s. 13) charakterizuje sociální politiku jako prostředek ke zlepšování životní úrovně jednotlivce, jedná se o uspokojování životních potřeb občana, které vyplývají z jeho existence ve společnosti, a které by jen stěží mohl uspokojit bez kolektivní pomoci.

Krebs (2007, s. 27-28) předkládá **principy sociální politiky odvíjející se od filozofického myšlení**. Tyto principy jsou:

- liberalizmus,
- křesťanské sociální učení,
- demokratický socializmus.

Liberalizmus předpokládá, že sociální prospěch a blahobyt závisí na člověku samotném. Hlavní úloha je tedy na občanu, který se má o sebe sám postarat a stát se o něj postará pouze v nouzi např. v případě nezaměstnanosti či zdravotního postižení jedince. Křesťanské sociální učení říká, že za situaci jedince odpovídá i společenský systém. Demokratický socializmus poté předpokládá důstojné podmínky pro všechny občany státu na základě určitých pravidel (legislativy). Dle Tomeše (2001, s. 23) je klíčovým pojmem sociální politiky **welfare state**, který označuje určitý stav uskutečnění sociálního zabezpečení jako komplexního systému k realizaci nezadatelných lidských práv.

Polonský, Pillárová (2002, s. 13) dále vymezuje čtyři **základní principy sociální politiky**, a to:

- princip sociální spravedlnosti,
- princip sociální solidarity,
- princip subsidiarity a
- princip participace.

Dále se s nimi více seznámíme, protože dané principy můžeme chápat jako upřesnění vztahu mezi státem a občanem, a to na základě vzájemných práv a povinností. U principu sociální spravedlnosti musíme nejprve definovat sociální spravedlnost. Sociální spravedlnost je pojem relativní a k jeho řešení je třeba přistupovat zpravidla vždy z řady různých hledisek

a přihlížet tak k podstatě a charakteru velice rozmanitých konkrétních sociálních situací. Musíme avšak poukázat na to, že sociální spravedlnost jako předem daná hodnota prakticky neexistuje. Základem myšlenkového konceptu dalšího principu, a to principu sociální solidarity, je poznání o nutnosti harmonické spolupráce mezi lidmi. Princip subsidiarity vychází z přístupu ke člověku jako individuu, a zároveň je spojen se solidaritou. Žádoucí však je, aby každý jedinec nejprve pomohl sám sobě. Poslední z principů sociální politiky je princip participace, kdy naplňování principu participace je postupným dlouhodobějším procesem, který lze nazvat jako přechod od člověka, jako převážně objektu sociální politiky, ke člověku plnoprávnému, odpovědnému a respektovanému subjektu. Princip participace lze tedy chápat jako ztotožnění se občanů se sociální politikou státu.

Krebs (2007, s. 47-48) se zabývá vymezením **objektu sociální politiky**. Objektem sociální politiky státu jsou ti, kteří sociální politiku přijímají, využívají. Jinými slovy řečeno objekty sociální politiky jsou ty, kterým jsou opatření sociální politiky určena, na něž jsou orientována, převážně se tedy jedná o občany státu. Objekty sociální politiky mohou být strukturovány dle různých specifik např. věku, pohlaví, vzdělání, příjmů atd. **Občan** je označení pro specifický subjekt sociální politiky, který se v závislosti na typu sociálního státu a míře jím převzaté odpovědnosti za sociální rizika více či méně sám zabezpečuje pro případ sociální události. (Večeřa, 2001, s. 31) Nezbytné je také definovat termín **sociální událost**. Sociální událost označuje riziko, které je společensky uznáno za závažné a vyžadující společenskou ochranu. (Tomeš, 2001, s. 117)

Dalšími aktéry v sociální politice jsou **subjekty sociální politiky**. Mezi subjekty sociální politiky patří stát, ministerstva, neziskové organizace, nadace, církve. Subjekty sociální politiky jsou tedy ty, které sociální politiku vykonávají, vytváří. Zároveň subjekty sociální politiky jsou ty, které mají zájem, vůli, schopnosti, předpoklady, možnosti a prostředky k určité sociální činnosti či chování a kdo takové činnosti a chování může iniciovat a naplňovat. (Potůček a kol., 2005, s. 257-258)

Krebs (2007, s. 51-52) prezentuje tři **typy sociální politiky**, a to:

- redistributivní typ,
- výkonový typ a
- reziduální typ.

Redistributivní typ vnímá sociální potřeby lidí jako sociální práva. Výkonový typ je charakteristický myšlenkou, že sociální potřeby mají být primárně uspokojovány na základě

výkonu a produktivity. Reziduální typ zdůrazňuje individuální odpovědnost každého za uspokojování sociálních potřeb.

Nyní vymezíme **funkce sociální politiky** dle Polonského, Pillárové (2002, s. 12). Musíme však podotknout, že funkce sociální politiky spolu navzájem souvisí a působí komplexně. Mezi funkce sociální politiky patří ochranná funkce, kdy řešíme již vzniklé sociální události. Další funkcí je rozdělovací a přerozdělovací funkce, což představuje určitý podíl jednotlivců na výsledku ekonomické činnosti státu. Homogenizační funkce znamená zmírňování sociálních rozdílů mezi jednotlivými občany státu. Stimulační funkce má v občanech vyvolávat žádoucí sociální jednání. U preventivní funkce se jedná o snahu zabránit vzniku nežádoucích sociálních událostí. Preventivní snahy se dále dělí na primární, sekundární a terciární prevenci. Primární prevence, představuje osvětu pro občany z oblasti sociální politiky státu. Sekundární prevence se zaměřuje se na potencionální rizikové skupiny. Terciární prevence pracuje na zmírnění již vzniklého problému.

Krebs (2007, s. 72) poukazuje na **dva zásadní způsoby, jak stát zasahuje do sociální politiky**. První z nich je, že stát vystupuje jako konceptor sociální politiky, což znamená, že vymezuje právní rámec, určuje pravidla chování v daném státě. Druhý způsob zásahu státu do sociální politiky je formou přímého vykonávání, realizování sociálněpolitických opatření.

Dalším důležitým termínem v sociální politice je **sociální ochrana**. Sociální ochranu Tomeš (2001, s. 24-28) charakterizuje jako systematické úsilí veřejnoprávního subjektu o prevenci a řešení obtížných životních situací, které vedou k ekonomické nebo sociální nouzi, a které občané nejsou schopni řešit vlastními silami. Souvisejícím pojmem je také **záchranná sociální síť**, která představuje systémové uspořádání minimálních dávek sociálního pojištění, sociálních státních podpor a sociální pomoci. Podstatné je v tomto případě říci, že záchranná sociální síť zabezpečuje každému jedinci důstojnou minimální hranici životních potřeb.

Se sociální politikou je úzce spjata **sociální správa**, kterou chápe Tomeš a kol. (2002, s. 35) jako proces směřující k řešení sociálních problémů, rozvíjející sociální péči nebo provádějící sociální politiku určitými prostředky a metodami.

Než se budeme dále zabývat jednotlivými obory sociální politiky, a to ke vztahu k osobě se zdravotním postižením, musíme vymezit termín **osoba se zdravotním postižením**. Pro účely práce budeme chápat osobu se zdravotním postižením jako osobu, která byla

uznána orgánem sociálního zabezpečení za invalidní v prvním, v druhém, v třetím stupni, či byla uznána za osobu se zdravotním znevýhodněním, a to dle Zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů. Osobě se zdravotním postižením a osobě zdravotně znevýhodněné se budeme blíže věnovat ve 3. kapitole práce.

Petrášek (2014, s. 26) poukazuje na rovnost přístupu a možností všech občanů státu v oblasti vzdělávání, zdravotní péče, zaměstnání a sociálního zabezpečení. Avšak aby byly tyto možnosti také realizovatelné, je potřeba v některých oblastech sociální politiky zvláštních opatření a nástrojů, které mají poskytnout osobám se zdravotním postižením vyrovnání příležitostí.

Jak ale Novosad (2009, s. 16) poznamenává, podpora jedince se zdravotním postižením musí vytvářet podmínky pro maximální nezávislost osoby, není žádoucí posilovat jeho závislost na pečující osobě, instituci či státu.

V následujících podkapitolách se budeme zabývat základními obory sociální politiky dle Krebse, který vytyčuje základní oblasti života, na které se sociální politika zaměřuje. Jak jsme již uvedli, sociální politika státu by měla zajišťovat všem svým občanům naplňování jejich základních lidských práv. V některých případech je však nutné poskytnout speciální ochranu či prostředky specifickým skupinám obyvatel. Za specifickou skupinu obyvatel považuje i osoby se zdravotním postižením. Z důvodu zaměření práce se tedy budeme zabývat jednotlivými obory sociální politiky, a zároveň se soustředíme na konkrétní pomoc, kterou tato politika osobám se zdravotním postižením nabízí.

1.1 Politika zaměstnanosti ve vztahu k osobě se zdravotním postižením

Politiku zaměstnanosti lze dle Knausové (2005, s. 53) vymezit jako soubor opatření, kterými jsou spoluvytvářeny podmínky pro dynamickou rovnováhu na trhu práce a pro co nejefektivnější využití pracovních sil. Státní politika zaměstnanosti je realizována prostřednictvím Ministerstva práce a sociálních věcí a jemu podřízené příslušné Úřady práce. Úkolem státní politiky zaměstnanosti je zabezpečení práva občanů na zaměstnání, podpora rovnováhy na trhu pracovních sil, podpora produktivního využívání zdrojů pracovních sil, redukce nezaměstnanosti.

Tomeš (2011, s. 90-91) poukazuje na důležitost politiky zaměstnanosti, kdy **zaměstnanost** vidí jako další významný nástroj k sociálnímu začlenění jedince do společnosti. Ve státní politice zaměstnanosti je zahrnuto, mimo jiné, zabezpečování rovných příležitostí a rovného zacházení pro všechny občany.

Na **cíle politiky zaměstnanosti** poukazuje Knausová (2005, s. 54), mezi ty patří tvorba nových pracovních míst, podpora samostatné ekonomické aktivity, příprava osob na zaměstnání nebo jinou ekonomickou činnost. Státní politiku zaměstnanosti dělíme na aktivní politiku zaměstnanosti a pasivní politiku zaměstnanosti. Aktivní politikou zaměstnanosti se rozumí vytváření nových pracovních příležitostí, profesní příprava uchazečů o zaměstnání na pracovní místa již existující nebo nově vytvářená – rekvalifikací. Pasivní politiku poté chápeme jako hmotné zabezpečení uchazečů o zaměstnání po dobu jejich nechtěné absence na trhu práce, smyslem je tedy kompenzovat jedincům po přechodnou dobu a do určité míry ztrátu pracovního příjmu.

Tomeš (2011, 94) uvádí, že primárním cílem politiky zaměstnanosti státu je umožnit každému občanovi, který má zájem pracovat, vstup a uplatnění se na trhu práce. Pro určité skupiny obyvatel je potřeba vypracování a realizace speciálních programů, jako např. podporované zaměstnání pro osoby se zdravotním postižením, jedná se o službu, kdy zaměstnání osoby s mentálním postižením je v běžném zaměstnání podpořeno spoluprací se sociálním pracovníkem či sociální službou.

Neoddělitelnou součástí politiky zaměstnanosti je opak zaměstnanosti, a to **nezaměstnanost**. Nezaměstnanost definuje Knausová (2005, s. 55-56) jako ztrátu výtěžku, vyplývající z nemožnosti získat vhodné zaměstnání osobou, která je schopna pracovat a je pro výkon práce k dispozici. Zvýšená pozornost se věnuje nezaměstnanosti ohrožených skupin obyva-

tel, kteří pro svůj zdravotní stav, věk, mateřství nebo z jiných závažných důvodů potřebují větší podporu ze strany státu.

Cílové skupiny, které potřebují větší ochranu na trhu práce, upravuje Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů. Tyto skupiny jsou ohroženy nezaměstnaností z důvodu zdravotního stavu, péče o dítě, věku nebo jiných vážných důvodů.

Durdisová a kol. (2005, s. 72-75) uvádí, že zaměstnanosti osobám se zdravotním postižením je věnována vysoká pozornost, a též zvýšená ochrana na trhu práce. Úřad práce proto vede **evidenci osob se zdravotním postižením**. Tato evidence sestává z identifikačních údajů o osobě se zdravotním postižením, údaje o omezeních v možnostech jejího pracovního uplatnění ze zdravotních důvodů, údaje o právním důvodu, na základě kterého byla uznána osobou se zdravotním postižením a jiné.

Osobám se zdravotním postižením stát poskytuje na trhu práce ochranu, a to následujícími prostředky. První z nich je **pracovní rehabilitace**, kterou můžeme definovat jako činnost, která se zaměřuje na získání a udržení adekvátního zaměstnání osoby se zdravotním postižením. Pracovní rehabilitace je zajištěna na základě žádosti osoby se zdravotním postižením úřady práce, které pokrývají náklady s rehabilitací spojené. (Petrášek, 2014, s. 101) Tomeš (2011, s. 110) představuje Národní plán podpory a integrace občanů se zdravotním postižením Vládního výboru pro zdravotně postižené občany. Záměrem plánu bylo vytvoření fungujícího systému pracovní rehabilitace, která zahrnovala poradenskou činnost, přípravu na pracovní uplatnění, umístování do zaměstnání, vytváření vhodných podmínek pro výkon zaměstnání.

Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů vymezuje také opatření na podporu zaměstnávání osob se zdravotním postižením, a to zřizování chráněných pracovních míst. **Chráněné pracovní místo** je dle zákona pracovní místo zřízené zaměstnavatelem pro osobu se zdravotním postižením na základě písemné dohody s Úřadem práce. Na zřízení chráněného pracovního místa poskytuje Úřad práce zaměstnavateli příspěvek. Chráněné pracovní místo musí být obsazeno po dobu 3 let. Chráněným pracovním místem může být i pracovní místo, které je obsazeno osobou se zdravotním postižením, pokud je vymezeno v písemné dohodě mezi zaměstnavatelem a Úřadem práce. (ČR, 2004)

Zaměstnávání osob se zdravotním postižením upravuje i Zákon č. 262/2006 Sb., o zákoníku práce, ve znění pozdějších předpisů. Zákon hovoří o pracovních podmínkách zaměst-

nanců se zdravotním postižením. Toto legislativní opatření ukládá povinnost zaměstnavatelům zaměstnávat osoby se zdravotním postižením a vytvářet potřebné pracovní podmínky.

Dokumentem zaručující osobám se zdravotním postižením základní práva, a to i právo na zaměstnání je **Úmluva o právech zdravotně postižených**, kterou Česká republika ratifikovala v roce 2007. Tato úmluva zaručuje rovnost příležitostí. (Tomeš, 2011, s. 120)

1.2 Rodinná politika ve vztahu k osobě se zdravotním postižením

Možný (2002, s. 99) vymezuje **rodinu** jako institucionální zajištění lidské reprodukce, legitimní v dané společnosti.

Rodinnou politikou rozumí Knausová (2005, s. 59-60) vědomé a cílené působení veřejných institucí na právní, ekonomický a sociální stav rodiny, na její členy a její prostředí. Rodinu pak Knausová chápe jako primární jednotku společnosti, která je nejstarší sociální institucí lidstva a plní významné společenské funkce, a to funkci biologickou, sociální, ekonomickou, výchovnou. Rodina je také souborem společně hospodařících a společně bydlících manželů či partnerů s dítětem nebo dětmi, nebo jednoho z rodičů s dítětem nebo dětmi. Další pojetí termínu rodina vymezuje rodinu jako malou, primární sociální skupinu, skupinu jedinců spojených pokrevním příbuzenstvím, sňatkem nebo adopcí, kteří vytvářejí ekonomickou jednotku společnosti a jejíž dospělí členové jsou odpovědní za výchovu dětí.

Důležitost rodinné politiky vyzvedává také Petrášek (2014, s. 26), když hovoří o lidském potenciálu, který se vytváří v prostředí rodin. Rodina prostřednictvím správného fungování poté disponuje vhodnými podmínkami pro rozvoj vlastní identity jedince. Petrášek tedy předpokládá, že dobré rodinné zázemí je důležitým aspektem rozvoje potenciálu jedince, a tak by měl stát maximálně podporovat rodiny, a to ve všech základních funkcích.

Knausová (2005, s. 60) hovoří o rodinné politice jako o souboru opatření a zařízení, kterými se snaží tvůrci této politiky chránit a podporovat rodinu jako instituci plnící pro společnost nepostradatelné funkce. Cíle rodinné politiky lze shrnout do následujících bodů:

- zmírňovat narůstající náklady rodin při péči o mladou generaci,
- posilovat společenské vážnosti rodin a manželství,
- ochrana svobodného a všestranného rozvoje individua v jeho rodině,
- zachování a zlepšování podmínek pro optimální vývoj dětí.

Rodina s jedincem se zdravotním postižením by měla být dozajista také v zájmu rodinné politiky. Matoušek a Pazlerová (2014, s. 99) uvádí, že některá postižení bývají velikou zátěží pro všechny členy rodiny, a především pro osobu pečující o tohoto jedince. V případech, kdy již rodina není schopna situaci zvládat vlastními silami, je zapotřebí vyhledat pomoc, a to zejména v oblasti sociálních služeb.

Petrášek (2014, s. 64) zmiňuje také rámec **sociálních služeb**, které se soustřeďují na pomoc rodinám. Mezi sociální služby, které se věnují podpoře rodiny, řadí dle Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů azylové domy, centra denních služeb, osobní asistenci, odlehčovací služby, poradenství, pečovatelskou službu pro rodiny s dětmi a ranou péči.

Další pomoc rodině zajišťuje stát prostřednictvím finančního zajištění. **Finanční pomoc** rodinám se tedy odehrává ve dvou hlavních oblastech, **v oblasti daňových opatření a v oblasti systému sociálního zabezpečení**.

Jak již bylo uvedeno, nepřímo jsou rodiny finančně podporovány prostřednictvím daňových opatření neboli úlev, a to dle Zákona č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů, ve znění pozdějších předpisů se řídí. Prvním daňovým opatřením je daňové zvýhodnění na vyživované dítě žijící s poplatníkem v domácnosti, druhým daňovým opatřením je možnost uplatnění slevy na dani na manželku či manžela žijícího s poplatníkem v domácnosti, který má vlastní příjem nižší než stanovuje zákon.

Nyní se soustředíme na systém státního sociálního zabezpečení. Legislativou upravující systém státního sociálního zabezpečení je Zákon č. 589/1992 Sb., o pojistném na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů.

Systém státního sociálního zabezpečení se skládá ze tří oblastí, a to:

- sociálního pojištění,
- státní sociální podpory a
- sociální pomoci.

Sociální pojištění se dělí na další dvě oblasti, a to důchodové pojištění a nemocenské pojištění. Důchodový systém je založen na povinném základním důchodovém pojištění podle Zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů, dále Zákona č. 426/2011 Sb., o důchodovém spoření, ve znění pozdějších předpisů a Zákona č. 427/2011 Sb., o doplňkovém penzijním spoření, ve znění pozdějších předpisů. Z důchodového pojištění se poté vyplácí důchody:

- starobní,
- invalidní,
- vdovský či vdovecký a
- sirotčí.

Systém nemocenského pojištění je upraveno Zákonem č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, ve znění pozdějších předpisů. Ze systému nemocenského pojištění jsou poté vypláceny peněžité dávky, a to:

- nemocenské,
- peněžité pomoc v mateřství,
- ošetrovné a
- vyrovnávací příspěvek v těhotenství a v mateřství.

Státní sociální podpora je upravena Zákonem č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, ve znění pozdějších předpisů. Podle tohoto zákona se poskytují následující dávky, a to:

- přídavek na dítě,
- rodičovský příspěvek,
- příspěvek na bydlení,
- porodné a
- pohřebné.

Sociální pomoc je poté upravena Zákonem č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, ve znění pozdějších předpisů. Dalšími právními předpisy související jsou zejména Zákon č.110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu, ve znění pozdějších předpisů a Vyhláška č.389/2011 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o pomoci v hmotné nouzi, ve znění pozdějších předpisů. Ze sociální pomoci jsou vypláceny dávky v hmotné nouzi, a to:

- příspěvek na živobytí,
- doplatek na bydlení a
- mimořádná okamžitá pomoc.

Základním právním předpisem upravující rodinnou politiku je poté Zákon č. 89/2012 Sb., o občanském zákoníku, ve znění pozdějších předpisů.

1.3 Zdravotní politika ve vztahu k osobě se zdravotním postižením

Zdraví lze charakterizovat jako stav naprosté tělesné, duševní a sociální rovnováhy. (Knausová, 2005, s. 66) Další definicí zdraví je, že jedná o rovnováhu organismu, a to ve vztahu k vnějším a vnitřním vlivům, které zabezpečují jeho správné fungování. (Polonský, Pillárová, 2002, s. 45)

Knausová (2005, s. 65) vymezuje **zdravotní politiku** jako cílevědomou činnost státu a ostatních subjektů hospodářské a sociální politiky, která se zaměřuje na ochranu, obnovu a podporu zdraví obyvatelstva daného státu.

Zdravotní politika je dle Polonského, Pillárová (2002, s. 45) součástí sociální politiky a soustřeďuje se na péči o zdraví občana.

Pokud definujeme **cíle zdravotní politiky** státu, můžeme použít vymezení Potůčka a kol. (2005, s. 317-318). Za cíle zdravotní politiky považuje naplňování lidských práv na ochranu zdraví a na dostupnost zdravotní péče, podporu a ochranu zdraví, kontrolu výskytu nemocí, diagnostiku a léčbu a rehabilitaci nemocných a pomoc při návratu do běžného života, dále podporu výzkumu a vzdělávání v této oblasti.

S ohledem na zkoumané téma práce, je nezbytné vymezit pojem **invalidita**. Invalidita, jak uvádí Knausová (2005, s. 68) je významnější přechodné nebo trvalé tělesné či duševní poškození nebo ztráta určité funkce či části organismu, a v důsledku této situace je i snižená pracovní schopnost nebo společenské uplatnění jedince. Jak dále Knausová vysvětluje, invalidita se od nemoci liší zejména tím, že změna zdravotního stavu osoby se ustálila natolik, že lze změřit dlouhodobé nebo trvalé následky nemoci či úrazu. Invalidita se řadí mezi sociální události, jelikož vyřazuje člověka z běžných životních situací trvale nebo dlouhodobě.

Tomeš (2011, s. 166-167) poznamenává, že zdravotnictví je důležitou složkou sociálního zabezpečení, která je často hrazena samotným klientem. Péče o zdraví jedinců s postižením zajišťují dále sociální služby dle Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Dalším podpůrným nástrojem je **příspěvek na péči**, který má primárně sloužit k nákupu potřebné služby. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů uvádí, že příspěvek na péči je určen osobě, která je závislá v určitém rozsahu na pomoci jiné fyzické osoby. Tento příspěvek slouží na zajištění sociálních služeb nebo jiných forem pomoci při zvládnutí základních životních potřeb osob.

Pokud hovoříme o nároku na příspěvek na péči, vždy se musí u jedince jednat o dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav. Za dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav tedy považujeme zdravotní stav, který dle poznatků lékařské vědy trvá déle než jeden rok, a zároveň narušuje funkční schopnosti, které jsou potřebné pro zajišťování základních životních potřeb. (ČR, 2006)

Při posuzování nároku na příspěvek na péči se nejprve bere v úvahu věk posuzované osoby. V případě, že je jedinci do 18 let věku, může být uznán osobou:

- závislou v I. stupni, jestliže není schopna zvládat tři základní životní potřeby;
- závislou ve II. stupni, jestliže není schopna zvládat čtyři nebo pět základních životních potřeb;
- závislou ve III. stupni, jestliže není schopna zvládat šest nebo sedm základních životních potřeb;
- závislou ve IV. stupni, jestliže není schopna zvládat osm nebo devět základních životních potřeb, a vyžaduje každodenní mimořádnou péči jiné fyzické osoby.

V případě, že je jedinec starší 18 let věku, může být uznán osobou:

- závislou v I. stupni, jestliže není schopna zvládat tři nebo čtyři základní životní potřeby;
- závislou ve II. stupni, jestliže není schopna zvládat pět nebo šest základních životních potřeb;
- závislou ve III. stupni, jestliže není schopna zvládat sedm nebo osm základních životních potřeb;
- závislou ve IV. stupni, jestliže není schopna zvládat devět nebo deset základních životních potřeb, a vyžaduje každodenní mimořádnou péči jiné fyzické osoby. (ČR, 2006)

Mezi posuzované základní životní potřeby se řadí:

- mobilita,
- orientace,
- komunikace,
- stravování,
- oblékání a obouvání,
- tělesná hygiena,

- výkon fyziologické potřeby,
- péče o zdraví,
- osobní aktivity,
- péče o domácnost, která se neposuzuje u osoby mladší 18 let. (ČR, 2006)

Tento příspěvek dále upravuje Vyhláška č. 505/2006 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Dávky pro osoby se zdravotním postižením upravuje Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, ve znění pozdějších předpisů. Legislativní rámec zde upravuje poskytování peněžitých dávek osobám se zdravotním postižením určených ke zmírnění sociálních důsledků jejich zdravotního postižení a k podpoře jejich sociálního začleňování, dále průkaz osoby se zdravotním postižením. Osobám se zdravotním postižením se poskytuje **příspěvek na mobilitu a příspěvek na zvláštní pomůcku**. Nárok na příspěvek na mobilitu má osoba starší 1 roku, která má nárok na dočasný průkaz osoby se zdravotním postižením, a to průkaz se symbolem „ZTP“ nebo „ZTP/P“, o kterém se budeme níže zmiňovat. Podmínkou pro uznání nároku na příspěvek na mobilitu také je, že osoba se opakovaně v kalendářním měsíci za úhradu dopravuje nebo je dopravována, a zároveň jí nejsou poskytovány pobytové sociální služby dle Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Nárok na příspěvek na zvláštní pomůcku má jedinec, který má těžkou vadu nosného, pohybového ústrojí, těžké sluchové postižení či těžké zrakové postižení charakteru dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, a její zdravotní stav nevyklučuje přiznání tohoto příspěvku. Příspěvek na zvláštní pomůcku může být poskytnut např. na pořízení motorového vozidla nebo speciálního zádržního systému. (ČR, 2006)

Vyhláška č. 388/2011 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, ve znění pozdějších předpisů, poté upravuje druhy a typy zvláštních pomůcek určeným osobám se zdravotním postižením, na jejichž pořízení se poskytuje příspěvek na zvláštní pomůcku. Zmíněná vyhláška také upravuje **dočasný průkaz osoby se zdravotním postižením**, a to průkaz TP, ZTP nebo ZTP/P. Nárok na průkaz osoby se zdravotním postižením označený symbolem „TP“ má osoba se středně těžkým funkčním postižením pohyblivosti nebo orientace, včetně osob s poruchou autistického spektra. Nárok na průkaz osoby se zdravotním postižením označený symbolem „ZTP“ (průkaz ZTP) má osoba s těžkým funkčním postižením pohyblivosti nebo orientace, včetně osob s poruchou autistického spektra. Nárok na průkaz osoby se zdravotním postižením označený symbolem „ZTP/P“ (průkaz ZTP/P) má osoba se zvláště těžkým funkčním

postižením nebo úplným postižením pohyblivosti nebo orientace s potřebou průvodce, včetně osob s poruchou autistického spektra.

Pokud se zamýšlíme nad zdravotní politikou, musíme zmínit Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, ve znění pozdějších předpisů. **Veřejným zdravím** rozumíme zdravotní stav obyvatelstva státu. Tento zdravotní stav je určován souhrnem přírodních, životních a pracovních podmínek a způsobem života. Ochranu veřejného zdraví můžeme chápat jako souhrn činností a opatření k vytváření a ochraně zdravých životních a pracovních podmínek. Zákon hovoří i o činnostech k zajištění sociálních, ekonomických a environmentálních podmínek pro rozvoj individuálního i veřejného zdraví.

1.4 Vzdělávací politika ve vztahu k osobě se zdravotním postižením

Knausová (2005, s. 71) chápe **vzdělání** jako soubor nabytých vědomostí, znalostí, dovedností, který představuje výsledek výchovy a vzdělávání.

Vzdělávací politiku lze poté chápat jako souhrn opatření, činností a institucí, které se zabývají obsahem, cíli, řízením a financováním vzdělávacího systému státu. (Polonský, Pillárová, 2002, s. 65-66)

Vzdělávací politika jak ji definuje Knausová (2005, s. 71) představuje souhrn konkrétních činností a opatření, kterými stát a další subjekty sociální politiky ovlivňují celou vzdělávací oblast a usilují o optimální naplnění rolí, které vyplývají z postavení vzdělání ve společnosti. Jedná se o spektrum zásadních legislativních opatření, které se týkají vzdělávacího systému dané společnosti, principů jeho fungování a metod praktického řízení. Legislativní opatření upravují systém rozhodování o vzdělávacích institucích, jejich organizaci, způsob práce apod., přístup ke vzdělání, kdy nejdůležitější je zajišťování rovných šancí a příležitostí pro všechny, obsah a cíle vzdělávání a způsob financování.

Tomeš (2011, s. 70) poznamenává, že vzdělání má být přístupné stejně, a to všem bez rozdílu, tzn. i osobám se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním. Segregaci osob s postižením do specializovaných škol považuje za nevhodné, pokud to ovšem závažnost zdravotního stavu jedince nevyžaduje. Za přijatelné považuje vzdělávání s intaktními dětmi za pomoci speciální pedagogiky a sociální práce.

Jak již bylo zmíněno, vzdělávací politika státu si dává za cíl poskytovat a zajišťovat vzdělání pro všechny. Knausová (2005, s. 74) vymezuje **princip rovných šancí v přístupu ke vzdělání** jako jeden z principů vzdělávací politiky státu. Tento princip popisuje jako právo na vzdělání a rovné šance v přístupu ke vzdělávání, přičemž princip rovných šancí v přístupu ke vzdělávání patří mezi základní principy každé demokratické společnosti a jsou zakotveny i v Chartě lidských práv.

Tomeš (2011, s. 78) chápe vzdělání jako jeden z hlavních předpokladů pro úspěšnou integraci jedince do společnosti.

Vzdělávání osob se zdravotním postižením upravuje Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, ve znění pozdějších předpisů. Zákon vymezuje podporu vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a vzdělávání žáků se středně těžkým a těžkým mentálním postižením,

se souběžným postižením více vadami a s autismem. Pokud se jedná o podporu vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami zákon stanovuje povinnost poskytnout **podpůrné opatření** k jejich vzdělávání. Mezi podpůrná opatření můžeme řadit úpravu vzdělávacích prostor, speciální vzdělávací pomůcky, bezplatné poskytování podpůrných opatření školou a školským zařízením, zřizování specializovaných tříd či studijních skupin. Další možností podpůrného opatření je využití asistenta pedagoga či dalšího pedagogického pracovníka, tlumočnicka, přepisovatele atd. Vyhláška č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků, ve znění pozdějších předpisů poté blíže upravuje pravidla vzdělávání těchto žáků. Dále vyhláška rozděluje podpůrná opatření prvního až pátého stupně. Podpůrná opatření prvního stupně spočívají v minimální úpravě metod, organizace a hodnocení vzdělávání. V případě, že podpůrné opatření prvního stupně nestačí, doporučí škola jedinci využití školského poradenského zařízení, kde se posoudí jeho speciální vzdělávací potřeby. Vyhláška tedy slouží jako srozumitelný informační zdroj pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami a pro jejich zákonné zástupce.

1.5 Bytová politika ve vztahu k osobě se zdravotním postižením

Knausová (2005, s. 77) řadí **bydlení** mezi nejdůležitější lidské potřeby, protože právě bydlení disponuje základními podmínkami pro celoživotní realizaci každého občana. **Bytovou politiku** chápe jako aktivity státu v oblasti bydlení. Bydlení Knausová definuje jako soubor činností, které souvisí s užíváním obydlí. Obydlí lze poté vymežit jako prostor, který je chráněn před nepříznivými vlivy přírody, před nežádoucími kontakty a lidmi a před negativními důsledky civilizace. Krebs (2007, s. 373) tvrdí, že pro bydlení je hlavním znakem, že vytváří prostředí pro rodinný život a jiné mezilidské aktivity. Poukazuje také na fakt, že kvalita a forma bydlení může mít významné společenské dopady na rodinný život, partnerské vztahy, mezigenerační soužití, ale i vzdělanost či úspěšnost na trhu práce.

Knausová (2005, s. 79) poukazuje na efektivní bytovou politiku, která je komplexem vzájemně propojených opatření institucí, mechanismů a institutů vytvářející zásadní podmínky pro fungování bytového trhu. Stát musí prostřednictvím legislativních opatření stanovovat pravidla podpory poptávky a nabídky bydlení, zaměřující se především na ovlivňování výstavby a údržby bytového fondu, nájemní politiku, nájemní vztahy a sociální cíle v dimenzi bydlení. Ústředním zájmem bytové politiky je trh s byty, kdy se zároveň snaží nákladnou potřebu bydlení učinit dostupnou i pro osoby nižší příjmové skupiny.

Funkce státu v bytové politice Krebs (2007, s. 375-377) spatřuje ve vytváření příslušné legislativy pro bydlení a obecnými zákony zabezpečovat, aby občané, jednotlivci i rodiny mohly reálně uspokojit potřebu bydlení. Další funkcí státu je umožnit bydlení i osobám, které z důvodu nedostatku soukromých zdrojů, nejsou schopny potřebu bydlení uspokojit. Bytová politika státu v tržním hospodářství vyžaduje řadu nepřímých státních zásahů do všech forem bydlení prostřednictvím peněžní a úvěrové politiky, rozmísťováním výstavby, soustavou sociálních programů a příspěvků určených těm občanům, kteří pomoc v souvislosti se zajištěním bydlení potřebují. Při volbě **nástrojů bytové politiky** je možno vybrat ze dvou strategií, a to nabídkovou a poptávkovou. Mezi hlavní nástroje nabídkové strategie patří programy podporující výstavbu státních bytů, které jsou určeny nízkou a středně příjmovým skupinám obyvatelstva. Mezi hlavní nástroje poptávkové strategie poté patří státní podpora bydlení specifických skupin obyvatelstva, jako jsou osoby invalidní či senioři. Stát realizuje programy na podporu rekonstrukce bytů, na podporu bezbariérových úprav, na modernizaci bytů, na podporu výstavby bytů v penzionech pro seniory, na podporu výstavby domů s pečovatelskou službou.

Cílová skupina bytové politiky státu dle Knausové (2005, s. 78) tedy zahrnuje rodiny, jednotlivce, invalidní občany, občany sociálně slabé, osoby bez přístřeší.

Specifickou formou bydlení je **sociální bydlení**. Sociální bydlení však v České republice nemá prozatím jednotné vymezení, a ani není legislativně upraveno. Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky uvádí, že Vláda České republiky schválila Koncepti sociálního bydlení v České republice 2015-2025 a v současné době již připravuje znění zákona o sociálním bydlení. Připravovaný zákon o sociálním bydlení by měl začít platit v roce 2017. Dle návrhu koncepce by mělo poskytovat sociální bydlení tři formy bydlení, a to:

- krizové bydlení,
- sociální byt a
- dostupný byt.

Krizové bydlení by mělo být sociální službou pro lidi bez přístřeší či v ohrožení zdraví a života. Tento druh bydlení má být pouze dočasným řešením a jeho uživatelé by se měli snažit svou tíživou životní situaci vyřešit. Dalším stupněm sociálního bydlení je sociální byt, který by představoval bydlení s nižším standardem, i zde by se uživatelům věnovali sociální pracovníci. Dostupný byt by poté představoval běžné bydlení, které by sloužilo hlavně seniorům, osobám se zdravotním postižením, rodinám s dětmi či osobám po odchodu z dětského domova. Nájemné v dostupných bytech by mělo být zvýhodněné oproti tržnímu nájemnému obvyklému v daném místě. (MPSV, 2015)

Tomeš (2011, s. 263) rozumí sociálnímu bydlení jako formu bydlení s levnějším nájmem. Poukazuje na to, že stát by měl podporovat určité formy sociálního bydlení, např. podporované bydlení pro zdravotně postižené.

Krebs (2007, s. 382-383) definuje sociální bydlení jako formu nájemního bydlení s regulovaným nájmem, kdy stát či obec takto umožňuje důstojné bydlení nízkopříjmovým rodinám. Zákon by poté měl stanovit podmínky pro přidělení sociálního bydlení jedinci či rodině. Vlastníky tohoto bytu jsou především obce, neziskové organizace či charity. Tyto instituce stanovují výši nájemného, přičemž výše se odvozuje především z výše provozních nákladů či v některých případech z výše příjmu jedince nebo rodiny. Taková forma nájemního bydlení tedy nemá tržní charakter. Uživatelé sociálního bydlení by dle úzkého pojetí sociálního bydlení měli být nejchudší skupiny občanů. V tomto případě se poté sleduje příjem domácnosti.

Sociální bydlení více konkretizuje Durdisová a kol. (2005, s. 205-207) bývá často tvořeno domy s více byty. Kvalita a podmínky bydlení v jednotlivých sociálních bydleních je individuální. Jedná se však spíše o menší byty, se základním vybavením. Bydlení v těchto bytech má být důstojné, ale pouze dočasné a motivovat jedince ke snaze zlepšit své životní podmínky. Dále Durdisová je upozorňuje na potřebu přístupu k bydlení. Nedostatečný přístup může mít za následek sociální vyloučení osob se zdravotním či sociální handicapem, prohloubení chudoby sociálně ohrožených jedinců a následně vést ke zvýšení kriminality.

Knausová (2005, s. 81) popisuje sociální bydlení jako formu nájemního bydlení, kterým se stát nebo obce snaží zajistit všeobecnou rovnováhu na trhu s nájemním bydlením a umožnit sociálně potřebným skupinám obyvatelstva vyhovující bydlení pro jejich domácnosti. Do sociálního bydlení bývají zahrnovány i různé typy družstevního bydlení, bydlení poskytované neziskovými organizacemi. Obecně chápané sociální bydlení má svůj základ ve způsobu financování pořízení a provozu bytu. Za sociální bydlení se poté považuje veškeré bydlení, které bylo vytvořeno či je provozováno za pomoci veřejných finančních zdrojů. Základními atributy sociálního bydlení je dosažení celkové dostupnosti bydlení a finanční dostupnost bydlení.

Další formou pomoci osobám se zdravotním postižením v oblasti bydlení je **chráněné bydlení**. Tomeš (2011, s. 154) definuje chráněné bydlení jako pobytovou službu ve standardních bytech, které jsou v přímém vlastnictví poskytovatele sociální služby, nebo je má sociální služba v nájmu.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, definuje chráněné bydlení jako pobytovou službu, která je určena osobám se zdravotním postižením či chronickým onemocněním, které z tohoto důvodu mají sníženou soběstačnost. Chráněné bydlení má formu individuálního nebo skupinového bydlení.

Další autor pojímá chráněný byt jako speciální formu bytu, který je určen k uspokojování bytových potřeb jedinců se zvláštními potřebami, vyplývajícími ze zdravotního stavu osoby. (Durdisová a kol., 2005, s. 202)

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů vymezuje další pobytové služby poskytované osobám se zdravotním postižením, a to **domovy pro osoby se zdravotním postižením a domovy se zvláštním režimem**.

1.6 Důchodová politika ve vztahu k osobě se zdravotním postižením

Krebs (2007, s. 205) hovoří o **důchodové politice** jako o systému, prostřednictvím kterého jsou občané zabezpečeni v případě dlouhodobého ohrožení následkem sociální události, kdy dochází ke ztrátě příjmu a schopnosti si zdroj příjmu opatřit.

Nejdůležitějším právním předpisem, který upravuje problematiku důchodové politiky je Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů. Tento legislativní rámec upravuje **druhy důchodů** a jejich výše. Z pojištění se poskytují důchody starobní, invalidní, vdovský a vdovecký, sirotčí.

Pro účely práce se budeme blíže zabývat pouze **důchodem invalidním**. Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů definuje invaliditu jako pokles výdělečné činnosti z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. Za dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav se považuje zdravotní stav, který omezuje tělesné, smyslové nebo duševní schopnosti pojištěnce ovlivňující jeho pracovní schopnost, a zároveň tento stav musí být delší než jeden rok.

Durdisová a kol. (2005, s. 100-101) vymezuje invalidní důchod jako náhradu za ztrátu pravidelného příjmu ze zaměstnání. Dodává však, že invalidní důchod nepokrývá kompenzaci všech forem vrozeného či získaného poškození zdraví.

Výše uvedený zákon definuje okolnosti, kdy má občan nárok na invalidní důchod. Pojištěnec má nárok na invalidní důchod, jestliže nedosáhl věku 65 let nebo důchodového věku, který byl pro něj stanoven zákonem, a zároveň se stal invalidním a získal potřebnou dobu pojištění či se stal invalidním následkem pracovního úrazu. (ČR, 1995)

Dle Zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů je osoba uznána invalidní, pokud z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu nastalo snížení jeho pracovní schopnosti nejméně o 35 %. V případě, že pracovní schopnost jedince poklesla nejméně o 35 %, avšak nejvíce o 49 %, jedná se o invaliditu prvního stupně. Pokud pracovní schopnost jedince poklesla nejméně o 50 %, avšak nejvíce o 69 %, jedná se o invaliditu druhého stupně. Za osobu invalidní ve třetím stupni považuje pojištěnce, u kterého pracovní schopnost poklesla nejméně o 70 %.

Pracovní schopnost Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů, chápe jako: „...*schopnost pojištěnce vykonávat výdělečnou činnost odpovídající jeho tělesným, smyslovým a duševním schopnostem, s přihlédnutím k dosaženému vzdělání,*

zkušenostem a znalostem a předchozím výdělečným činnostem. Poklesem pracovní schopnosti se rozumí pokles schopnosti vykonávat výdělečnou činnost v důsledku omezení tělesných, smyslových a duševních schopností ve srovnání se stavem, který byl u pojištěnce před vznikem dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu.“

Při určování poklesu pracovní schopnosti bereme v úvahu zdravotní stav osoby a posuzujeme konkrétně tyto body:

- trvalost zdravotního postižení,
- stabilizaci zdravotního stavu,
- adaptaci na zdravotní postižení,
- schopnost rekvalifikace na jiný druh práce,
- schopnost využití zachované pracovní schopnosti v případě poklesu pracovní schopnosti nejvýše 69 % a
- schopnost využití zachované pracovní schopnosti v případě poklesu pracovní schopnosti 70 % a více.

Stabilizovaným zdravotním stavem rozumíme zdravotní stav, který se ustálil, a zároveň umožňuje osobě vykonávat výdělečnou činnost, která nezhorší její zdravotní stav. Adaptaci na zdravotní postižení poté vnímáme jako vyrovnání se s omezením natolik, že osobě umožňuje vykonávat výdělečnou činnost, která nezhorší zdravotní její zdravotní stav. (ČR, 1995)

2 SOCIÁLNÍ PEDAGOGIKA

O vzniku **sociální pedagogiky** jako vědní disciplíny pojednává Knotová a kol. (2014, s. 7), kdy uvádí, že: „*Vytvoření základů sociální pedagogiky jako vědní disciplíny souvisí s rozvojem edukační reality a samozřejmě i s rozvojem pedagogického myšlení a názorů především v 19. století. Sociální pedagogika přinesla názor, že člověk je bytost nejen biopsychická, ale i sociální. Základním východiskem se proto stala představa o sociální determinaci výchovy.*“

Bakošová (2008, s. 55) vymezuje **sociální pedagogiku** jako pomoc jedinci při zvládnutí specifických situací, změn či problémů v jeho životě. Za cíl si pak dle Bakošové sociální pedagogika klade vedení osob k samostatnému a zodpovědnému chování. Dále má sociální pedagogika umožňovat jedincům efektivně řešit životní situace a pomáhat vyrovnávat společenské rozdíly prostřednictvím poskytování rovných možností ve všech oblastech lidského života.

Pojetí sociální pedagogiky Kraus (2014, s. 39) rozděluje na užší a širší. Užší pojetí vnímá sociální pedagogiku jako na vědní obor, který se soustřeďuje na pomoc osobám, které se dostaly do nepříznivé životní situace. Širší pojetí poté nahlíží na sociální pedagogiku jako na vědní obor zabývající se celou společností, tedy všemi jedinci.

Bakošová (2008, s. 58) nabízí širší pohled pojetí disciplíny, kdy tvrdí, že sociální pedagogika je tedy humanitní vědou, která se zabývá pomocí všem osob bez ohledu na věkové kritérium v různých prostředích, hledáním konkrétních forem prevence, pomoci a kompenzace nedostatků. Pro účely práce upřednostňujeme širší pojetí sociální pedagogiky, jelikož je potřeba vnímat společnost jako celek, na který musíme působit. Další definicí, která pojímá sociální pedagogiku ze širšího úhlu pohledu, je vymezení Krause a Poláckové (2001, s. 12). Tito autoři uvádí, že sociální pedagogika je vědním oborem s multidisciplinárním přesahem a soustřeďuje se na roli prostředí v životě jedince, a to v rámci celé společnosti. Dále by měla sociální pedagogika vytvářet rovnováhu mezi potřebami jednotlivců a společnosti.

Bendl (2014, s. 17) považuje za ústřední **cíl sociální pedagogiky** začlenění jedince do společnosti.

Kraus (2014, s. 46) hovoří o dvou **základních funkcích sociální pedagogiky**, a to o funkci preventivní a o funkci terapeutické. Funkce preventivní spočívá v působení na prostředí

jedince, kdy se snažíme o odstranění nepříznivých vlivů, které by mohly mít dopad na život osoby. Funkce terapeutická neboli funkce kompenzační si dává za cíl kompenzovat nedostatky, které vznikly působením negativních vlivů prostředí, a to za pomoci specifických metod a přístupů k osobám společensky znevýhodněným či nepřizpůsobivým. Osoby společensky znevýhodněné můžeme chápat jako osoby nezaměstnané, osoby se zdravotním postižením či osoby sociálně slabé. (Andrysová, Martincová a kol., 2014, s. 18)

Sociální pedagogika se dle Průchy (2009, s. 735) také soustřeďuje do dvou oblastí, a to profylaxe a kompenzace. Profylaxí se rozumí analýza prostředí jedince, dále pedagogické zásahy, které mají vést k minimalizaci a neutralizaci nežádoucího vlivu na jedince. Kompenzaci chápeme jako uspokojování potřeb s cílem kompenzovat negativní vlivy prostředí. Jedná se o specifické přístupy k osobám, které jsou z pohledu fungování společnosti problémové či znevýhodněné např. osoby se zdravotním postižením.

Procházka (2012, s. 63-64) zmiňuje dvě **dimenze sociální pedagogiky**, a to dimenzi sociální a dimenzi pedagogickou. Sociální dimenzi sociální pedagogiky představuje jako snahu sociální pedagogiky odhalit sociální procesy, které narušují socializaci jedince. Pedagogickou dimenzi sociální pedagogiky poté spatřuje v realizaci výchovných, preventivních, socializačních postupů a metod za účelem ovlivnění života jedince.

Jak již bylo řečeno, v ústředním zájmu sociální pedagogiky je **prostředí jedince**, kdy prostředí chápe jako jeden z hlavních faktorů, mající velký vliv na život tohoto jedince. O důležitosti a jeho vlivu na jedince také hovoří Kraus a Poláčková (2001, s. 99). Prostředí vymezují jako souhrn hmotných i nehmotných prvků, s nimiž je osoba ve vzájemné interakci.

Přadka, Knotová a Faltýsková (2004, s. 23-24) poté hovoří o kvalitě lidského života, na kterém má velký podíl prostředí jedince, ve kterém žije, pracuje, vzdělává se a vychovává. Dodává však, že osoba je limitována vlastními schopnostmi, dále nabídkou možností, kterou poskytuje daná společnost.

Dále se soustředíme na sociální pedagogiku a její vztah ke speciální pedagogice, jakožto disciplíny zabývající se jedinci se zdravotním postižením.

2.1 Sociální pedagogika a její vztah ke speciální pedagogice

Pokud pojednáváme o vztahu sociální pedagogiky k jiným vědním disciplínám, dozajista musíme upřesnit **vztah sociální pedagogiky a speciální pedagogiky**. Nad tímto vztahem se zamýšlí také Bakošová (2008, s. 78). V disciplínách vidí společný základ v pedagogice a jejím zájmu o jedince, prostředí a integraci, případně kompenzaci nedostatků.

Další autor hovoří o vztahu mezi sociální pedagogikou a speciální pedagogikou jako o specifickém vzhledem k současné snaze o integraci, či nověji o inkluzi osob se zdravotním postižením do společnosti intaktní. (Kraus, 2014, s. 55) Integraci lze chápat jako schopnost začlenit se do společnosti, přijmout její normy a pravidla, zaujmout pozitivní postoj. (Novosad, 2009, s. 21) Nesoustředujeme se zde tedy jen na jedince se zdravotním postižením, ale i na blízké okolí jedince i na celou společnost, což koresponduje s přikláněním se k širšímu pojetí sociální pedagogiky.

Slowík (2007, s. 20) vysvětluje vztah sociální pedagogiky a speciální pedagogiky takto: *„Pokud kterákoliv věda zasahuje svou činností do běžných životů většiny jedinců ve společnosti, musí zcela pochopitelně ovlivňovat i životy lidí s postižením, a lze proto předpokládat alespoň potenciálně její interdisciplinární spolupráci se speciální pedagogikou.“*

Další autor hovoří o širokém spektru zájmu sociální pedagogiky, a tím dokládá fakt, že je častým jevem překrývání jednotlivých vědních disciplín, jako je sociologie výchovy, speciální pedagogika či sociální pediatrie. Silné propojení sociální pedagogiky poté spatřuje s oborem speciální pedagogiky, a to etopedií, jakožto vědním oborem zabývajícím se sociálně ohroženými a problémovými jedinci. (Průcha, 2009, s. 89-90)

Úzký vztah mezi sociální pedagogikou a speciální pedagogikou také vnímá Hroncová, Hudecová a Matulayová (2001, s. 36), když popisuje společný předmět zájmu těchto vědních disciplín, a to aspekty výchovy a rozvoj osobnosti.

Dalšími autory zabývajícími se spoluprací sociální pedagogiky a speciální pedagogiky jsou Pipeková, Vítková a Bartoňová (2014, s. 95), když se zabývají interdisciplinární spoluprací mezi humanitními vědami, technickými obory a medicínou, jelikož mezi těmi disciplínami spatřují vztah, a to ve vytváření vyšší úrovně kvality života jedinců se zdravotním postižením.

Novosad (2009, s. 15) navazuje a poukazuje na potřebu větší spolupráce mezi zdravotní péčí, sociálními službami, popřípadě sociální pedagogikou, protože ovlivňováním sociálního zázemí, v kterém jedinec žije, může vést k zachování přijatelného zdravotního stavu.

Propojenost sociální pedagogiky se speciální pedagogikou můžeme vidět i v oblasti metod, které se používají při práci s klientem. Sobková, Hobzová a Pospíšilová (2015, s. 31) uvádí, že metody, které se realizují v sociální pedagogice, jsou podobné těm, které se využívají ve speciální pedagogice. Dle autorů je v obou vědních disciplínách důležité nejprve provést diagnostiku jedince, a následně aplikovat preventivní nebo nápravné metody. Hovoří také o spojitosti v cílové skupině těchto oborů.

Speciální pedagogika je specifický vědní obor, kterému se věnuje mnoho autorů. Fischer a Škoda (2008, s. 13-14) vymezují speciální pedagogiku jako velmi významný a specifický obor pedagogiky. **Poslání a význam** této disciplíny spočívá ve speciální edukaci a rozvoji jedinců, kteří mají oproti většině ostatních speciální vzdělávací potřeby a kteří pro svůj rozvoj vyžadují speciální přístupy, techniky a péči. Speciální pedagogiku dále pojímají jako vědní obor, který se zabývá zákonitostmi výchovy, vzděláváním a rozvojem jedinců, kteří mají určité znevýhodnění v oblasti fyzické, psychické či duševní, a tak mají speciální výchovně vzdělávací potřeby. V ústředním zájmu speciální pedagogiky dle Fischera a Škody stojí jedinci, kteří mají vzhledem ke svému znevýhodnění speciální potřeby v oblasti fyzické, psychické či sociální. Základním cílem je tedy dosažení maximální úrovně socializace znevýhodněného jedince s ohledem na charakter, rozsah jeho znevýhodnění.

Slowík (2007, s. 15) definuje speciální pedagogiku jako vědní obor, který se zabývá výchovou, vzděláváním a celkovým osobnostním rozvojem znevýhodněného jedince s cílem dosáhnout co možná nejvyšší míry jeho sociální integrace, a to včetně pracovních a společenských možností a příležitostí. Ve světě nemá obor speciální pedagogika stále ucelenou a jednotnou strukturu a označení, v některých zemích je označována jako nápravná či léčebná pedagogika. Speciální pedagogika patří mezi humanitní obory, tedy obory, které se zaměřují na člověka. Tento obor však velmi úzce spolupracuje s obory, jako je medicína, biologie, psychologie, sociologie, pedagogika a filozofie. Cílem speciální pedagogiky je tedy maximální rozvoj osobnosti jedince s postižením a dosažení maximální úrovně jeho socializace.

Speciální pedagogika se dále dělí na **dílčí subdisciplíny**. Toto dělení představuje Fischer a Škoda (2008, s. 16-17) následně. Etopedie je dílčí disciplínou speciální pedagogiky, která

se zabývá postižením zákonitostí výchovy, vzdělávání a také terapií a nápravou vzorců chování jedinců. Další dílčí disciplínou speciální pedagogiky je somatopedie. Somatopedie se zabývá postižením zákonitostí výchovy a vzdělávání, rehabilitací a terapií jedinců s handicapem v oblasti fyzické, kteří jsou nemocní, zdravotně oslabení, nebo mají nějakým způsobem omezenou mobilitu. Subdisciplínou speciální pedagogiky je také logopedie, která se soustřeďuje na postižení zákonitostí výchovy a vzdělávání osob, mající handicap v oblasti komunikačních schopností, zabývá se taktéž odstraňováním a korekcí poruch v uvedené oblasti. Surdopedie je dílčí disciplínou speciální pedagogiky, jež se věnuje zákonitostem výchovy a vzděláváním jedinců s handicapem v důsledku poruchy vnímání sluchem. Dále oftalmopedie je subdisciplínou speciální pedagogiky, která se zabývá postižením zákonitostí výchovy a vzdělávání osob, mající handicap z důvodu poruchy v oblasti vnímání zrakem. Psychopedie je vědním oborem, zabývajícím se zákonitostmi výchovy a vzděláváním osob s poruchou, handicapem či jsou znevýhodněni v oblasti mentální. Dále se věnuje rehabilitaci a terapií těchto osob.

Abychom ještě lépe viděli provázanost sociální pedagogiky a speciální pedagogiky, představíme dále profesi asistenta pedagoga, která stojí na pomezí těchto dvou vědních disciplín.

2.2 Asistent pedagoga

Provázanost neboli úzký vztah mezi sociální pedagogikou a speciální pedagogikou jsme již vymezili. Můžeme však nalézt spojitost mezi těmito vědními disciplínami i v případě pedagogického pracovníka v osobě **asistenta pedagoga**. Jelikož sociální pedagog stále není zakotven v katalogu prací, může jedinec po studiu tohoto oboru působit v resortu školství jako vychovatel, pedagog volného času či asistent pedagoga, a to dle Zákona č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících, ve znění pozdějších předpisů, upravuje dvě možnosti **uplatnění asistenta pedagoga**. Zákon zde říká, že asistent může vykonávat přímou pedagogickou činnost, která spočívá v pomocných výchovných pracích ve škole, ve školském zařízení pro zájmové vzdělávání, ve školském výchovném a ubytovacím zařízení, ve školském zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy, nebo ve školském zařízení pro preventivně výchovnou péči. Zákon předkládá také druhou možnost uplatnění asistenta pedagoga, a to jako vykonavatele přímé pedagogické činnosti ve třídě, kde se vzdělávají děti nebo žáci se speciálními vzdělávacími potřebami, nebo ve škole zajišťující vzdělávání dětí a žáků formou individuální integrace. **Požadavky na vzdělání** asistenta pedagoga taktéž vymezuje Zákon č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících, ve znění pozdějších předpisů.

Jak jsme již zmínili, o asistentovi pedagoga pojednává také Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, ve znění pozdějších předpisů. Zákon zde upravuje vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a definuje **podpůrná opatření ve vzdělávacím procesu**. Mezi tyto podpůrná opatření řadí také využití asistenta pedagoga při vzdělávání osoby se speciálními vzdělávacími potřebami, tedy i osob se zdravotním postižením.

Nyní si přiblížíme **činnosti asistenta pedagoga**, a to dle Vyhlášky č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných, ve znění pozdějších předpisů, která uvádí, že: „*Asistent pedagoga poskytuje podporu jinému pedagogickému pracovníkovi při vzdělávání žáka či žáků se speciálními vzdělávacími potřebami v rozsahu podpůrného opatření nebo podle § 18 odst. 1. Asistent pedagoga pomáhá jinému pedagogickému pracovníkovi při organizaci a realizaci vzdělávání, podporuje samostatnost a aktivní zapojení žáka do všech činností uskutečňovaných ve škole v rámci vzdělávání, včetně poskytování školských služeb.*“ Konkrétně se asistent pedagoga zabývá:

- pomocí při výchovné a vzdělávací činnosti,
- komunikací se žáky a jejich zákonnými zástupci,
- adaptací na prostředí školy a třídy,
- pomocí při výuce a při přípravě na ni,
- pomocí při sebeobsluze a pohybu žáka. (ČR, 2016)

Průcha (2009, s. 424) hovoří o asistentu pedagoga jako o pomocníku pedagoga, který se podílí na vzdělávacím procesu ve škole i mimo školu, napomáhá při podpůrném vzdělávání a integraci žáka.

V následující kapitole se soustředíme na osoby se zdravotním postižením, které jsou cílovou skupinou sociální i speciální pedagogiky.

3 OSOBA SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

Novosad (2000, s. 16-17) rozděluje **determinanty ovlivňující život lidí s postižením** na subjektivní a objektivní činitele. Mezi subjektivní činitele patří zdravotní stav jedince a omezení, která z něho vyplývají, osobnostní rysy jedince dané souhrnem vrozených dispozic i ovlivněné učením. Dále mezi subjektivní činitele řadíme vlastní sebehodnocení ve vztahu ke zdravotnímu znevýhodnění a k reálným možnostem dosahování životních cílů, schopnost zvládnout nepříznivou životní situaci či vnější vlivy, na kterých je osoba závislá. Naopak mezi objektivní činitele, tedy ty, které jsou osobou s postižením těžko ovlivnitelné, patří společenské vědomí, postoje společnosti k jedincům s postižením, stav životního prostředí, sociální politika státu, vzdělávací politika, politika zaměstnanosti a sociální služby.

V odborné literatuře se můžeme setkat s rozdílnými přístupy společnosti k osobám s handicapem, tyto přístupy můžeme chápat jako pohled, jednání a chování společnosti k jedincům s postižením napříč historií lidstva.

Jedním z autorů, kteří vymezují **přístupy společnosti k osobám se zdravotním postižením**, je Slowík (2007, s. 12-14), jež uvádí následující přístupy:

- represivní přístup,
- charitativní přístup,
- humanistický přístup,
- rehabilitační přístup,
- preventivně-integrační přístup,
- inkluzivní přístup.

Nejstarší z přístupů je přístup represivní, vyskytující se ve starověku, který je spojen se zbavováním se nemocných a jakkoliv postižených členů společnosti. Následující charitativní přístup hledí na potřebného člověka jako na objekt milosrdenství, ochrany, pomoci a lásky k bližnímu, kdy pomoc přichází ze strany církve a státu. V tomto období jsou zakládány klášterní špitály a hospice. Novověk je znám již dalším přístupem – humanistickým. Humanistický přístup zdůraznil potřebnost zabývat se doposud poněkud opomíjenou tělesnou stránkou člověka. S rozvojem vědeckého poznání a medicíny se rozvíjí programová péče o osoby s handicapem, a to již individuální specializací na daný handicap jedince. Na osobnost člověka začíná být nahlíženo jako na celek, který je tvořen složkou fyzickou, psychickou, duchovní a sociální. Tato doba je charakteristická zakládáním ústa-

vů a škol, které se zabývají péčí o jedince s postižením. Znakem období následujícího, ve kterém je upřednostňován rehabilitační přístup, je propojování léčby s výchovou a vzděláváním, a to na přelomu 19. a 20. století. Po roku 1945 se začal ve vyspělých zemích rozvíjet preventivně-integrační přístup, který je spojen s již cíleným zaměřením se na prevenci vzniku postižení a zároveň snahou o integraci osob s handicapem do majoritní společnosti. Na našem území se tento přístup začíná výrazně projevovat až na počátku 90. let 20. století. Nejnovější záměrem ve společnosti je rozvoj inkluzivního přístupu, který se snaží o naprosto přirozené začleňování osob s handicapem do majoritní společnosti.

Renotiérová, Ludíková a kol. (2004, s. 32-33) poukazují na fakt, že reálná úroveň **integrace či inkluze** osob se zdravotním postižením do společnosti se ukazuje až v kritických momentech života společnosti. Část majoritní společnosti stále vnímá osoby se zdravotním postižením jako skupinu zranitelnou. Uvádí však také, že společnost se posunula dopředu, stále více se i prostřednictvím médií intaktní společnost seznamuje se životem a specifiky osob se zdravotním postižením. Inkluzi se budeme blíže věnovat v 2. podkapitole této kapitoly.

Novosad (2009, s. 13) představuje **sociologii zdravotního postižení** jako aplikovanou sociologickou vědu, která se zabývá studiem sociálních aspektů zdravotního postižení, patologií sociálního prostředí a jeho vlivem na vznik a rozvoj zdravotního znevýhodnění jedince. Zdravotní postižení jedince je zde bráno jako sociální jev.

V následujících podkapitolách se budeme soustřeďovat na osobu se zdravotním postižením a na druhy zdravotního postižení.

3.1 Osoba se zdravotním postižením versus osoba se zdravotním znevýhodněním

Ve společnosti dochází často k záměně termínu osoba se zdravotním postižením s osobou zdravotně znevýhodněnou. Pro mnohé jedince představují tyto pojmy synonyma, avšak není tomu tak. V následujících odstavcích si vymežíme tyto termíny, a zároveň poukážeme na jejich rozdílnost.

Jak jsme již nastínili v předešlých kapitolách práce dle Zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů, chápeme **osobu se zdravotním postižením** jako osobu, která byla uznána orgánem sociálního zabezpečení za invalidní v prvním, v druhém, v třetím stupni, či byla uznána za osobu se zdravotním znevýhodněním.

Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů poté upřesňuje termín **osoba zdravotně znevýhodněná** následně: „*Osobou zdravotně znevýhodněnou je fyzická osoba, která má zachovány schopnosti vykonávat soustavné zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost, ale její schopnosti být nebo zůstat pracovním začleněna, vykonávat dosavadní povolání nebo využít dosavadní kvalifikaci nebo kvalifikaci získat jsou podstatně omezeny z důvodu jejího dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu...*“ Zároveň však není osoba zdravotně znevýhodněná ta, která byla uznána za osobu invalidní v prvním, v druhém či ve třetím stupni invalidity. (ČR, 2004)

Jak už bylo řečeno, je předmětem zájmu speciální pedagogiky a sociální pedagogiky osoba s handicapem. Je tedy nutno vymezit základní pojmy související. V odborné literatuře se často setkáváme s pojmy, jako je vada, porucha, defekt, znevýhodnění, handicap, postižení. Fischer a Škoda (2008, s. 19) tyto pojmy následně definují. **Vada, porucha či defekt** je označení pro narušení psychické, anatomické či fyziologické struktury nebo funkce. **Postižení** můžeme definovat jako omezení nebo ztrátu schopností vykonávat činnosti způsobem nebo v rozsahu, který je pro jedince považován za normální. Novosad (2000, s. 13) poukazuje na definici Světové zdravotnické organizace, která postižení definuje jako částečné nebo úplné omezení schopnosti vykonávat některou činnost či více činností, které je způsobeno poruchou nebo dysfunkcí orgánu. **Handicap** neboli znevýhodnění se projevuje jako určité omezení, které vyplývá pro osobu z jeho vady nebo postižení, které ztěžuje nebo znemožňuje, aby naplnil roli, která je pro něj s přihlédnutím na specifika jeho osoby, normální.

Se soužitím osob ve společnosti, jsou bezesporu spjaty **normy**, které jsou danou kulturou formovány a uznávány. Dle Slowíka (2007, s. 23) norma představuje určité ustálené měřítko či pravidlo chování a jednání pro jedince. S pojmem norma se pojí termín **normalita**. Normalitu můžeme definovat jako stav osoby, jedince, věci, situace nebo jevu, který odpovídá té normě, z jejíhož hlediska je normalita posuzována.

Vágnerová a kol. (2004, s. 8) uvádí, že každá společnost určuje svá kulturní specifika, která reflektují její potřeby a ideje. Z těchto východisek poté společnost formuluje základní normy, podle kterých posuzuje normalitu.

3.2 Osoba se zdravotním postižením jako cílová skupina sociální pedagogiky

Pokud hovoříme o integraci, začleňování či inkluzi osob se zdravotním postižením do společnosti intaktní nebo o vlivu prostředí na jedince musíme pojednat o vědní disciplíně, která se těmito otázkami zabývá, a to sociální pedagogice.

Hradečná a kol. (1998, s. 20) vymezuje jednu z **cílových skupin sociální pedagogiky**, a to ohrožené děti. Za ohrožené děti považuje děti se zdravotním postižením a děti týrané a zanedbávané. Problematickou oblastí je dle Hradečné sociální integrace osob se zdravotním postižením a postoje společnosti intaktní k těmto jedincům. Dále za potřebné vnímá respektování specifických potřeb a schopností osob se zdravotním postižením, klade důraz na poskytnutí možnosti uplatnit jejich zbývající potenciál pro rozvoj svůj i společnosti.

Pančocha, Procházková, Sayoud Solárová a kol. (2013, s. 28) uvádí, že osoby se zdravotním postižením jsou jednou ze skupin osob, které jsou velice ohroženy sociálním vyloučením. **Sociální vyloučení** jedince chápou jako vyloučení z určité kvality života, která je společností vnímána za normu či žádoucí stav.

Sociální pedagogika se tedy snaží o **inkluzi čili sociální začleňování** osob se zdravotním postižením do společnosti prostřednictvím speciálních metod, technik a přístupů. Dozajista musíme poukázat opět na důležitou roli asistentů pedagoga, sociálních pracovníků či jiných pracovníků, kteří se podílejí na procesu inkluze, jelikož absolventi oboru sociální pedagogika mohou tyto pracovní pozice obsazovat, a to dle Zákona č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících, ve znění pozdějších předpisů, a Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Sociální začleňování chápe Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, jako: „...*proces, který zajišťuje, že osoby sociálně vyloučené nebo sociálním vyloučením ohrožené dosáhnou příležitostí a možností, které jim napomáhají plně se zapojit do ekonomického, sociálního i kulturního života společnosti a žít způsobem, který je ve společnosti považován za běžný.*“

Otázkou inkluze se také zabývá Pančocha, Vítková a kol. (2013, s. 41), kdy popisuje současný stav inkluze v České republice. Autoři poukazují na to, že kromě inkluzivního vzdělávání není inkluze realizována v ostatních sférách života společnosti. Za dokonanou inkluzi poté považují stav společnosti, kdy osoby se zdravotním postižením participují ve všech oblastech společenského života ve stejné míře jako osoby intaktní.

Můžeme tedy poznamenat, že cílovou skupinou sociální pedagogiky jsou osoby se zdravotním postižením. Za prvé z důvodu snahy integrace nebo nyní již inkluze osob se zdravotním postižením do intaktní společnosti, dále z této snahy vyplývající důvod druhý, a to rostoucí požadavek na počet asistentů pedagoga, sociálních pedagogů a sociálních pracovníků, kteří by měli být důležitým nástrojem inkluze.

3.3 Druhy zdravotního postižení

Jednotlivými druhy zdravotního postižení se zabývají Renotiérová, Ludíková a kol. (2004, s. 18-19) a vymezují následující osoby se zdravotním postižením:

- osoby se zrakovým postižením;
- osoby s pohybovým postižením;
- osoby s řečovým postižením;
- osoby se sluchovým postižením;
- osoby s mentálním postižením;
- osoby těžce vychovatelné;
- osoby se specifickými poruchami učení a chování;
- osoby s vícenásobným postižením.

Vzhledem k praktické části bakalářské práce se budeme blíže zabývat vybraným druhem postižení - mentálním postižením. Jak už bylo výše zmíněno, vědním oborem, který se na tuto problematiku zaměřuje, je psychopedie.

Jak už bylo zmíněno, specifickým podoborem speciální pedagogiky je psychopedie. Valenta (2014, s. 21) předkládá dvě možná **pojetí psychopedie**, a to užší pojetí a širší pojetí. Psychopedie chápána v širším pojetí se zabývá prevencí, prognostikou, diagnostikou, edukací, kompenzací, rehabilitací a inkluzí osob s mentálním postižením. Za cíl si pak klade dle Černé a kol. (2009, s. 9) poznávání individuálního vývoje a specifík osob s mentálním postižením, rozpoznávání pravidel speciální výchovy a implementaci těchto poznatků do přirozených sfér lidského života, a to včetně vzdělávání a uplatnění na trhu práce.

Kern a kol. (2006, s. 212) poznamenává, že mentální neboli psychické poruchy jsou významnými komplikacemi v bytí jedince, jelikož zasahují do mnoha oblastí jeho života.

Cílovou skupinou vědního oboru psychopedie jsou osoby s mentálním neboli duševním onemocněním. Zabývá se především **jedinci s mentální retardací**. Mentální retardace bývá také přítomna u mnoha psychiatrických poruch. (Černé a kol., 2009, s. 9) S mentální retardací a jinými vybranými duševními poruchami se blíže seznámíme v samostatných podkapitolách práce.

Poruchu poté vymezuje Dušek a Večeřová-Procházková (2010, s. 22-23), kdy poruchu chápou jako protiklad duševního zdraví, tedy kvalitativně se odlišující od zdraví, se speci-

fickými projevy v určitém seskupení a pořadí výskytu. Zdraví poté vnímají jako proces, který se mění v závislosti na prostředí jedince.

Pro kategorizaci nemocí se využívá **Mezinárodní klasifikace nemocí**, u duševních poruch tomu není jinak a jsou vymezeny v samostatné části této klasifikace. Jednotlivá onemocnění jsou popsána dle skupin znaků a příznaků. Probstová a Pěč (2014, s. 20-21) dále uvádí, že je důležité poznat prostředí a životní podmínky jedince, které jej ovlivňují a mají dopady na jeho chování, jednání a prožívání. Jedná se tedy o průzkum přirozeného prostředí osoby. V zájmu tedy stojí interakce jedince a prostředí. Dále považují za vhodné při diagnostice postižení kombinovat vědomosti z dané oblasti, vztah k prostředí, sociální fungování a jiné, což podporuje snahu o celostní pohled na jedince, a to vede k lepšímu pochopení konkrétního individuálního případu.

Valenta (2014, s. 22-23) dodává, že poruchy v oblasti mentální patří mezi nejčastěji se vyskytujícím ve společnosti. Duševní postižení pak dělí na mentální retardaci a další duševní poruchy. Nejvíce vyskytovanou duševní poruchou je dle něj mentální retardace, kterou označuje za velice frekventovanou i v celkovém spektru postižení.

Matoušek (2003, s. 123) rozumí **mentální retardaci** jako poruše vyvolané různými příčinami, které vedou k takovému zpomalení duševního vývoje dítěte, jež mu znemožňuje standardní vzdělávání a handicapuje jej v začleňování se do majoritní společnosti.

Další definice vymezuje mentální retardaci jako označení pro vrozený defekt rozumových schopností. Postižení je definováno jako neschopnost dosáhnout odpovídajícího stupně intelektového vývoje, i navzdory tomu, že byl tento jedinec přijatelným způsobem výchovně stimulován. (Fischer, Škoda, 2008, s. 91)

Emerson (2008, s. 12) charakterizuje mentální retardaci jako významně podprůměrnou funkci intelektu, a zároveň související omezení v oblastech adaptivních dovedností.

Klasifikací neboli dělením mentální retardace se zabývá ve své publikaci Pipeková (2006, s. 271). Uvádí, že hloubku mentální retardace u jedince lze stanovit dle inteligenčního kvocientu, jež má charakterizovat úroveň jeho rozumových schopností. Ke klasifikaci mentálního postižení se využívá dělení Světové zdravotnické organizace, která mentální retardaci kategorizuje následně. Osoba s lehkou mentální retardací má inteligenční kvocient v rozmezí 69-50, osoba se středně těžkou mentální retardací v rozmezí 49-35, osoba s těžkou mentální retardací v rozmezí 34-20, v případě inteligenčního kvocientu nižšího než 20 se jedná o osobu s hlubokou mentální retardací. Valenta (2014, s. 25) však upozor-

ňuje, že nelze jedince klasifikovat jen prostřednictvím inteligenčního kvocientu, ale je nutno brát zřetel na další individuální charakteristiky jedince.

Mezi hlavní **znaky mentální retardace** patří nízká úroveň rozumových schopností, která se projevuje především obtížnější adaptací na běžné životní podmínky. Dalším znakem je, že postižení je vrozené, což znamená, že se jedinec již od počátku svého života nevyvíjí standardním způsobem. Třetím znakem mentální retardace je neměnnost stavu, to znamená, že porucha je trvalého charakteru. (Fischer, Škoda, 2008, s. 91-92) U osob s mentální retardací se vyskytují také problémy s abstraktním myšlením, jazykovým projevem. (Vágenerová, 2004, s. 301)

Milfait, Bartoň (2013, s. 175) však poukazuje na diferenciaci mezi konkrétními případy, každá osoba s mentálním postižením je individualitou se specifickými potřebami, schopnostmi a dovednostmi.

Nyní se budeme věnovat nejčastějším **příčinám vzniku** tohoto postižení. Dle Fischera, Škody (2008, s. 92-93) bývá mentální retardace vyvolána působením teratogenních vlivů v prenatálním věku dítěte. Mezi tyto vlivy řadíme fyzikální, chemické, biologické faktory, které na dítě působí prostřednictvím organismu matky. K poškození může také dojít při porodu, tedy v perinatálním období jedince. Nejčastěji se můžeme setkat s vlivem nedostatku kyslíku nebo mechanickým stlačením hlavičky dítěte, což vyvolá krvácení do mozku. Další možností je také poškození mozku v postnatálním období života jedince. Mentální retardace může být dědičně podmíněná, kdy vzniká na základě poruchy ve struktuře nebo funkci genetického aparátu např. Downův syndrom. Pipeková (2006, s. 274) poznamenává, že Downův syndrom patří mezi nejčastější formy mentální retardace.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODOLOGIE VÝZKUMU

4.1 Výzkumný problém

Výzkumným problémem je hodnocení pomoci poskytované vybranými obory sociální politiky osobám se zdravotním postižením pohledem pečujících osob.

4.2 Pojetí výzkumného šetření

Pro pojetí výzkumného šetření jsme zvolili kvalitativní přístup. Reichel (2009, s. 40) hovoří o kvalitativním přístupu, který se prostřednictvím řady výzkumných metod snaží najít porozumění zkoumanému sociálnímu problému.

4.3 Výzkumné otázky

HVO: Jak respondenti hodnotí pomoc poskytovanou vybranými obory sociální politiky osobám se zdravotním postižením?

DVO 1: Jak respondenti nahlíží na kompenzaci výdělečné činnosti a života se zdravotním postižením v podobě invalidního důchodu?

DVO 2: Jak respondenti hodnotí pomoc při péči o osobu se zdravotním postižením ve formě příspěvku na péči?

DVO 3: Jak respondenti hodnotí sociální služby poskytované osobám se zdravotním postižením a jejich rodinám?

DVO 4: Jak respondenti nahlíží na současnou strategii vzdělávání osob se zdravotním postižením a její vliv na tyto osoby?

DVO 5: Jaké jsou kritické momenty v životě jedince se zdravotním postižením, a které z těchto kritických momentů reflektují vybrané obory sociální politiky dle respondentů?

DVO 6: Jaké další formy pomoci vybraných oborů sociální politiky osobám se zdravotním postižením by respondenti pokládali za přínosné?

4.4 Výzkumné cíle

HVC: Popsat nahlížení na pomoc poskytovanou vybranými obory sociální politiky osobám se zdravotním postižením pohledem respondentů.

DVC 1: Popsat nahlížení na kompenzaci výdělečné činnosti a života se zdravotním postižením v podobě invalidního důchodu pohledem respondentů.

DVC 2: Odkrýt hodnocení pomoci při péči o osobu se zdravotním postižením ve formě příspěvku na péči pohledem respondentů.

DVC 3: Identifikovat hodnocení sociálních služeb poskytované osobám se zdravotním postižením a jejich rodinám pohledem respondentů.

DVC 4: Popsat nahlížení na současnou strategii vzdělávání osob se zdravotním postižením a její vliv na tyto osoby pohledem respondentů.

DVC 5: Odkrýt kritické momenty v životě jedince se zdravotním postižením a identifikovat kritické momenty reflektované vybranými obory sociální politiky dle respondentů.

DVC 6: Popsat další formy pomoci vybraných oborů sociální politiky osobám se zdravotním postižením, které by respondenti pokládali za přínosné.

4.5 Výzkumný soubor a způsob jeho výběru

Jako výzkumný soubor pro výzkumné šetření jsme stanovili osoby pečující o osobu se zdravotním postižením, konkrétně o osobu s duševním či kombinovaným zdravotním postižením.

Na základě stanoveného výzkumného problému jsme zvolili způsob záměrného výběru výzkumného souboru. Reichel (2009, s. 83) poukazuje na typický nepravděpodobnostní, záměrný výběr, a to postupem, který se nazývá výběr úsudkem, účelový. Jednotlivé prvky výzkumného souboru si tedy volí výzkumník sám. Dále upřesňuje, že výběr úsudkem se používá pro malé výběry.

Pro naše účely jsme tedy volili takové respondenty, kteří se starají, pečují o osobu se zdravotním postižením, a zároveň nárokují příspěvek na péči na tuto osobu.

Jelikož se výzkum dotýká osobních životů respondentů a jejich rodin, byly ochotny z oslovených osob účastnit se výzkumu celkem čtyři osoby.

4.6 Technika sběru dat a způsob zpracování dat

Technikou sběru dat dle Švaříčka, Šed'ové a kol. (2007, s. 159-160) je hloubkový rozhovor. Jedná se o nestandardizované dotazování jednoho respondenta zpravidla jedním tazatelem pomocí několika otevřených otázek. Hloubkový rozhovor slouží ke zkoumání členů

určité specifické sociální skupiny s cílem získat stejné povědomí o jednání a událostech, jakým disponují členové této skupiny. Ke sběru dat využijeme typ hloubkového rozhovoru, a to polostrukturovaný rozhovor, budeme tedy vycházet z předem připraveného seznamu otázek.

Na základě studia odborné literatury z oblasti kvalitativního výzkumu, jsme zvolili pyramidový model vytváření hlavních otázek rozhovoru dle Švaříčka, Šed'ové a kol. (2007, s. 166). Dle tohoto modelu se pro nás stává z hlavní výzkumné otázky otázka základní, dílčí výzkumné otázky se pro nás stávají otázkami specifickými. Z otázek specifických poté vycházíme pro tvorbu tazatelských otázek, tedy těch hlavních otázek rozhovoru.

Způsob zpracování dat neboli design kvalitativní výzkumu použijeme případovou studii. O případové studii pojednává Hendl (2005, s. 104) a podotýká, že: „*V případové studii jde o detailní studium jednoho případu nebo několika málo případů. Zatímco ve statistickém šetření shromažďujeme relativně omezené množství dat od mnoha jedinců (nebo případů), v případové studii sbíráme velké množství dat od jednoho nebo několika málo jedinců. V případové studii jde o zachycení složitosti případu, o popis vztahů v jejich celistvosti.*“

5 ANALÝZA DAT

V této části se budeme věnovat rozboru získaných dat. Švaříček, Šed'ové a kol. (2007, s. 211) hovoří o univerzálním a efektivním způsobu zpracování dat, a to o metodě analýzy dat – otevřeném kódování. Kódování je tedy operací, při které jsou získané údaje rozebrány, rozříděny a poté složeny novým způsobem. Při otevřeném kódování postupujeme tak, že text rozložíme na jednotky neboli části a těmto jednotkám přidělíme označení a následně s těmi nově označenými částmi pracujeme.

Realizované polostrukturované rozhovory byly podrobeny přesné transkripci a posléze byl text rozdělen na jednotky, tyto jednotky označeny kódy. Kódy byly následně abecedně seřazeny do seznamu kódů. U každého kódu je specifikováno, kde se nachází text, který reprezentuje. Text rozhovoru je označen vždy prvním písmenem jména respondenta, se kterým byl rozhovor uskutečněn. Rozhovor č. 1 nese označení „R“, rozhovor č. 2 má označení „Z“, rozhovor č. 3 „Š“ a rozhovor č. 4 „D“. Souřadnice umístění kódu obsahují vždy počáteční písmeno jména respondenta a číslo řádku textu rozhovoru např. „A 26“.

Dané kódy byly následně přeskupeny a seskupeny do šesti kategorií dle významových souvislostí. Kategorie jsou následující: „Životní úroveň“, „Mladí dravci“, „Čekačka“, „Rovné šance“, „Na křižovatkách života“ a „Pomocná ruka“.

V následujících podkapitolách se s jednotlivými kategoriemi blíže seznámíme, ve výňatcích z přepisů rozhovorů si přiblížíme význam jednotlivých kódů a uvedeme do kontextu celé kategorie.

5.1 Životní úroveň

Kategorie „Životní úroveň“ zahrnuje informace o využívání peněžních prostředků osoby se zdravotním postižením, a to invalidního důchodu. Respondenti vypovídají o životních potřebách a běžných či specifických požadavcích osob se zdravotním postižením, a zároveň o tom, které z těchto potřeb lze či naopak nelze uspokojit z finanční podpory státu ve formě invalidního důchodu, hodnotí výši invalidního důchodu.

Do této kategorie jsme zařadili kódy: finanční satisfakce; diverzita v postiženích a potřebách; hodnocení invalidity; jednotná legitimace; společenský život; zaměstnávání; tržní omezení.

Respondent R 10-14 říká: „Samozřejmě tady tahle částka tohohle invalidního důchodu vystačuje na potraviny, vystačuje na základní hygienické věci, vystačuje na zaplacení nějaké nájmu, který samozřejmě nesmí být vyšší, než třeba jsou tři čtyři tisíce a to je všechno. Nějaký nadstandard, nebo prostě nějaké výlety, nebo že bych vzala sestru do zoologické zahrady nebo se někam podívat, to prostě neexistuje tady z téhle té výše toho důchodu podnikat.“

Další respondent D 8-9 poukazuje i na různorodost zdravotního postižení osob a s ním i na potřebu zohlednit tuto diverzitu u nároku na invalidní důchod, a poznamenává: „No, myslím si, že ten důchod nezohledňuje to postižení těch lidí, kteří jsou postižení ve smyslu, že někdo je víc, někdo je míň, a ty částky nejsou adekvátní.“ D 19-22 vykresluje svou představu o průběhu hodnocení nároku na invalidní důchod a jeho výši: „Navrhl bych zvýšení. Konkrétně bych si představoval, že dejme tomu bude z městského úřadu někdo, kdo bude mít ty kritéria detailnější, rozpracovanější, seznámí se s tím člověkem, a podle toho by zhodnotil. Třeba moje představa u mojí dcery by bylo navýšení o pět tisíc.“

K diverzitě ve zdravotních postiženích a k jejímu posuzování při nárokování invalidního důchodu se také vyjadřuje další respondent R 23-32, a říká: „věřím tomu, že tady tohle to je hodně těžké rozpoznat, kdo jak je nemocný, jak je moc nemocný psychicky... (...) ... ani já sama nejsem schopna vidět přímo do té hlavy... (...) ... asi pro ty doktory, když tady ty lidi neznají a přijde jim tam někdo na komisi nebo prostě asi to ani nešlo nějakou jinou formou než prostě udělat nějaké body a podle těch bodů hodnotit stav pacientů.“

Jako další možnost finanční kompenzace života se zdravotním postižením by jeden z respondentů uvítal jednotnou legitimaci, průkazku, která by všechny osoby, které pobírají invalidní důchod, opravňovala k využití slev v dopravě či na kulturních akcích. Tuto kompenzaci vysvětluje Z 53-56: „...já bych přivítala nějakou obecněji platnou legitimaci pro tyto lidi, kterou by mohli používat pro poloviční jízdné v dopravě, v prostředcích veřejné dopravy, to znamená vlak, autobus, případně k opravňující k polovičnímu vstupnému na kulturní podniky, automaticky a prostě u všech kulturních akcí...“ Respondent „Z“ spatřuje velký vliv kulturního vyžití, a tím společenského života na osobu se zdravotním postižením, a říká Z 58-61: „...jak se tito lidé mají zařazovat sociálně do větší skupiny, aby ta jejich osobnost nechátrala nebo nedegradovala ten rozvoj osobnosti, aby neupadala, a když tedy výše invalidního důchodu nedostačuje, aby žili tímto způsobem, aby si doopravdy návštěvu například zoologické zahrady, hradu a podobně.“

Respondenti se také vyjadřovali k důležitosti zapojení osob se zdravotním postižením do pracovního procesu, samozřejmě v případě, že to zdravotní stav osoby umožňuje. Zapojení do pracovního procesu je zde chápána jako alternativa kompenzace výdělečné činnosti. Respondent Z 26-30 poukazuje: „*Určitě sociální vyloučení invalidního důchodce, pokud k němu dojde, tak je to velice závažná a z mého pohledu stresující záležitost, a proto je určitě nutné, to, co se dneska vlastně trochu děje, ale ne asi v tom rozsahu potřeb ze strany invalidních důchodců. Různá sdružení, obecně prospěšné společnosti, které v sociálních službách vykonávají nějakou tu náhradní aktivitu pro lidi sociálně vyloučené z toho důvodu, že nechodí do zaměstnání...*“ Možné bariéry vstupu osoby se zdravotním postižením na trh práce jsou zdravotní stav jedince a omezení trhu práce. O tržních bariérách hovoří R 39-41, když uvádí, že: „*...náš stát má spoustu věcí, co se týká starobních důchodů nebo nějakých zabezpečeníh, ne že se nesoustředí, ale nevěnuje tomu pozornost, kterou by měl.*“ a rovněž dodává R 52-57 „*...já si myslím, že i když by to bylo pro ty lidi prospěšné, tak náš trh nemá tolik možností nebo takovou nabídku práce, kterou by tito lidi mohli splňovat, a o tom to všechno je. A to kolik lidí je nepostižených, zdravých a mají problém si najít nějakou vhodnou práci. Natož prostě takový lidi s postižením nebo kde u nich musí být nějaký pracovník, který kontroluje jejich práci, nebo tyto práce bývají velice jednoduchého charakteru, a jak říkám, myslím si, že tržní nabídka těchto prací je velice malá a omezená.*“

5.2 Mladí dravci

Tato kategorie vypovídá o pocitech a prožitcích pečujících osob, dále o celkovém dopadu zdravotního postižení na prostředí jedince se zdravotním postižením. Zájem o vlivy a dopady na prostředí jedince se zdravotním postižením je důležitý v souvislosti s nalezením vhodných nástrojů pomoci při péči o tuto osobu.

Do této kategorie jsme zařadili kódy: pasivita; dopad na zdraví pečovatele; péče za peníze; posouzení potřeby pomoci; mobilita; nutná doprava; rodinné tábory; odlehčení.

Respondent D 42-45 hovoří o pocitech stagnace a nechuti ke změnám v životě: „*Je pravda, že jsme v posledních letech pasivní, nejsme žádní takoví ti mladí dravci, protože je to tak, že pokud je člověk mladý, všude jezdí, všechno vyřizuje, bojuje, pak už je to, jako když narážíte pořád do zdi, nebo házíte hrách na stěnu a on pořád padá a padá a nedrží tam, takže i my jsme takoví, že teď máme zaběhnutý nějaký systém, ...*“ Dále respondent D 50-51

dodává, že: „Člověk zase nemá kyslík, furt něco vymýšlet, takže už jsme takoví, že si tady raději sedneme a něco.“

O dopadu života s osobou se zdravotním postižením na zdraví osoby pečující mluví Z 233-239, a konstatuje: „...i mně se zhoršilo zdraví v souvislosti s nemocí mého syna, protože to období, které trvalo tak deset let, kdy se přicházelo na to, že je tam určitá nemoc... (...) Mělo to vliv na můj život a na mé zdraví. Prostě jsem to odnesla na zdraví.“

Zároveň tento dopad potvrzuje i další z respondentů, a to Š 76-77, když dodává: „Dlouhodobě je to fyzicky, psychicky neudržitelné.“

D 249-252 uvádí: „...manželka takovou dovolenou neměla, takže mi taky zkolabovala, vzala ji 155, takže tam jsme řešili těžkou situaci, hodně těžkou, kdy jsem nevěděl, jestli se probudí nebo neprobudí, když ji odvezla 155.“

Kategorie „Mladí dravci“ také vypovídá o nástrojích pomoci při péči o osobu se zdravotním postižením. Respondenti posuzovali samotný příspěvek na péči a jeho výši, zároveň navrhovali pro ně vhodné nástroje pomoci při péči o osobu se zdravotním postižením.

Respondent D 69-81 vysvětluje: „Je to takhle, že příspěvek na péči jakoby nahrazuje plat manželky. No, když manželka nechodí do práce a ona musí ten příspěvek věnovat i na to, že dcera chodí do Kamarádu, ... (...) ... když jsou výlohy takové, musí se i vozit tam autem, tak si myslím, že by to měl někdo nebo sociální pracovník zohlednit a měl by být příspěvek větší, z pohledu těch konkrétních výdajů.“

Další z dotazovaných odkrývá své obavy z nedosažení nároku na finanční pomoc od státu, ba dokonce strach z odebrání již nárokovaných dávek či příspěvku, když říká Š 87-94: „Ono, ty příspěvky, když něco chcete, tak se pídí i po tom, kde kolik máte peněz. A pokud je tady máte, tak nedosáhnete. (...) Takové navýšení příspěvku na péči tak o ty čtyři tisíce by bylo dobré. Ale nechce se nám do toho žádání, aby nám nesebrali to, co máme. Oni to někdy dělají, je to těžké. ... záleží na lidech, kdo to posuzuje. Něco vám napíše sociálka, něco vám napíše doktor a ten, co to schvaluje, tak ten dceru ani nevidí. Ale když jen čte něco z papíru, tak může mít nějakou představu, ale ta skutečnost je třeba úplně jiná. Takže to je špatně.“ Respondent tedy poukazuje na různorodost lidského úsudku a na problém v absenci osobního kontaktu posudkového lékaře s posuzovanou osobou.

Do nástrojů finanční pomoci při péči o osobu se zdravotním postižením respondenti zahrnuli příspěvek na zájmovou činnost pro pečující osoby, zvýšení příspěvku na mobilitu, jednorázový příspěvek na dopravu v nepředvídatelných situacích.

Respondent R 164-171 hodnotí výši příspěvku na mobilitu a jeho využívání: *„S tímto člověkem je třeba mnohem častěji jezdit k doktorům, pokud je sestra hospitalizována na psychiatrické léčebně, tak dojíždíme vlastně až do Kroměříže. (...) A myslím si, že tady tenhle příspěvek na mobilitu je velice malý. (...) Myslím si, že kdyby to bylo aspoň těch 1500 Kč, tak by to bylo adekvátní.“*

Mezi další nástroje finanční pomoci patří jednorázový příspěvek na dopravu v nepředvídatelných situacích dle respondenta Z 84-86, když říká: *„...s tou možností příspěvku na dopravu v krizových situacích – jednorázových. Ne trvale, ne pevnou částku, jen tu částku, na kterou bych prokázala účtenku.“*

Do nástrojů nefinanční pomoci při péči o osobu se zdravotním postižením respondenti tábory pro osoby se zdravotním postižením i pro celé rodiny s osobou se zdravotním postižením, odlehčovací služby více místně i finančně dostupné.

Respondent Š 123-128 zmiňuje tábory pro rodiny s osobou se zdravotním postižením: *„... týdenní tábory, jelo se na jižní Moravu, tam se s těmi dětmi cvičilo, byly tam celé rodiny, to bylo moc fajn, že se tam i cvičilo i to byla taková dovolená. (...) Jednak to bylo dobré, protože tam byli i ti zdraví sourozenci a že viděli, že jsou i jiné rodiny, které mají postižené dítě, že prostě nejsou sami, kdo to mají. To bylo velice dobré, z toho sociálního hlediska.“*

O potřebě odlehčovacích služeb místně i finančně více dostupných hovoří respondent Š 57-59: *„I když třeba my bychom chtěli jet na dovolenou, tak ji musíme brát všude sebou. Existují nějaké ty odlehčovací služby, myslím, že jsou nějaké v Ostravě, možná i na Vsetíně. To je zase strašně drahé, ...“*

5.3 Čekačka

Kategorie „Čekačka“ vypovídá o tom, jak respondenti hodnotí sociální služby poskytované osobám se zdravotním postižením a jejich rodinám.

Do této kategorie jsme zařadili kódy: ambulantní a terénní sociální služby; nedostatky pobytových sociálních služeb; představa pobytového zařízení; čekací doba.

O úrovni dostupných sociálních služeb hovoří respondent D 133-141: „*Když vezmu ostatní okolí, tak si myslím, že je velice dobrá ta nabídka, protože je spousta měst, kde se dojíždí dvacet, třicet kilometrů, sváží se ti lidi. (...) Takže myslím si, že je to na slušné úrovni. Spíše je to tedy pro ty chodící, to musím říct na rovinu, není to pro vozíčkáře, ale buďme rádi, že je to alespoň tak. Řekl bych, že není to na špičkové úrovni, ale je to velice slušné a myslím si, že můžeme být rádi, že máme tady ty služby dobré. Ale to jsem teď hovořil k těm službám, kam dcera dochází, těm ambulantním. Pobytové služby ty se teprve tvoří, ...“*

O nedostatku pobytových sociálních služeb mluví také další respondent Z 132-135: „*...myslím si, že pobytové sociální služby tady naprosto chybí. Je tady jedna taková služba pro nějak mentálně postižené, ale těch je zřejmě málo, protože to bydliště jejich je celkem malé stavení a myslím si, že těch postižených je daleko víc, než kolik se může ubytovat nebo uspokojit.“*

Respondent R 209-215 popisuje jednu konkrétní sociální službu, se kterou má osobní zkušenost: „*Já jsem hrozně nadšená z toho sdružení Kamarád, které jsem již zmiňovala. (...) Že opravdu tam mají využití, ti lidé, kteří jsou tam zaměstnaní. Já si myslím, že k tomu potřebujeme mít člověk i srdce, aby mohl tuhle tu práci dělat, a tihle ti lidé jim opravdu dávají všechno ze sebe. A to, že ti lidi se tam můžou realizovat v různých činnostech, je úplně fantastické.“*

Druhá část této kategorie skýtá informace o pobytových službách, které by dle odpovědí respondentů bylo zapotřebí v okolí jejich bydliště zřídít.

Jeden z respondentů popisuje specifické služby a ustanovení personálu daného zařízení D 155-157: „*Potřebovali bychom 24 hodinovou péči, plus nějaké rehabilitace a zdravotnický personál nebo někoho, kdo má alespoň základní zdravotnické vzdělání a ví, jak pomoci takovému člověku.“*

Další respondent hovoří o začínajícím projektu bydlení pro osoby se zdravotním postižením R 240-245: „*Mně vzhledem k tomu, jak jsem již řekla, že se sestřin zdravotní stav zhoršuje, tak by mi třeba pomohlo, jednak mám zažádané o ústavní péči, ale navíc se u nás vlastně byl zahájen projekt tzv. chráněné bydlení. Jde o to, že vlastně tady tahle ta služba je zatím v začátcích, takže ty kapacity jsou velice malé. A asi bych uvítala, kdyby prostě tady tenhle projekt, aby se mu dařilo a dostali dotace další možnosti koupení nemovitostí a vlastně zhotovení dalších takových příbytků, ve kterých by tito lidé mohli pobývat.“*

Respondent Z 139-146 vypovídá o konkrétní pobytové sociální službě, kterou by pokládala za přínosné zřídít, zároveň poukazuje na důležitost zkrácení čekací doby žadatelů o ubytování: „...dům s pečovatelskou službou bych uvítala. A možná ne jeden, podle druhů invalidity těch postižených, protože to se může lišit. (...)Takže dům s pečovatelskou službou, případně domy s pečovatelskou službou různého zaměření. A aby čekací doba žadatelů nebyla deset a víc let, možná i patnáct možná i dvacet, ale aby byla nějaká rezerva pro akutní případy a prostě pro lidi, kteří se octnou v zásadní krizi v životě a nedokážou se o sebe sami postarat.“

5.4 Rovné šance

Pod kategorií „Rovné šance“ jsme zařadili informace o názorech respondentů na současnou strategii vzdělávání osob se zdravotním postižením, následně dotazovaní hodnotí vliv tohoto vzdělávání na osobu se zdravotním postižením. Z následujících záznamů rozhovorů však lze také vyčíst, jak respondenti pohlížejí na možný vliv tohoto vzdělávání na prostředí v běžné základní škole. V nadcházejících odpovědích můžeme vidět určitý rozpor v názorech jednotlivých respondentů na tuto strategii vzdělávání.

Do této kategorie jsme zařadili kódy: vliv na osobu s postižením; zkušební období; osobní limity; (ne) spravedlivé hodnocení; intaktní žáci; protipól.

O vhodnosti použití strategie inkluzivního vzdělávání promlouvá respondent D 176-177: „Já si myslím, že to je dobře, protože ta osoba žije se zdravýma dětma, snaží se dělat všechny činnosti jako ty zdravé děti. Je tam motivace k tomu, aby se ten člověk posunul někam dál.“ A přichází s nápadem na omezené zkušební období, ve kterém by si dítě se zdravotním postižením vyzkoušelo pobyt v běžné základní škole. Toto zkušební dobu přibližuje respondent D 181-187: „Nebo to třeba udělat tak, že se zkusilo na tři měsíce, jestli je to vhodné, není vhodné. Pak by si sedli rodiče a učitel a pak to zhodnotili, jestli je to dobré. (...) ... tu docházku např. na to jedno pololetí. To se zhodnotí a uváží, jestli je to vhodné, není to vhodné, jestli na to to dítě má, nebo nemá, jestli je to přínos, jestli je to stresující.“

Opačné tedy negativní názory na inkluzivní vzdělávání mají další respondenti, kdy zmiňují určité bariéry realizace tohoto vzdělávání, a to v současné podobě vzdělávacího systému státu, dále se vyjadřují k možnému negativnímu dopadu na intaktní žáky a na samotného vyučujícího.

Respondenti hovoří o limitech a rozdílech v inteligenčních dovednostech jednotlivých osob se zdravotním postižením. Jeden z respondentů také předkládá určité srovnání docházky do běžné základní školy a do školy praktické, a říká Š 160-164: „*Já kdybych si měla vybrat mezi obyčejnou základní školou a zvláštní školou, tak si myslím, že pro ni ta zvláštní škola byla úplně dostačující, protože ona tam musela mít asistentku, byla tam v kolektivu dětí a to jí úplně jako stačilo, protože ona měla určitý svůj limit studijní a přes ten prostě jako už to jakoby výš nešlo. Takže ta základní škola by jí nedala víc, než ta zvláštní škola. Pro ni ta zvláštní škola byla úplně ideální.*“ U respondenta došlo také ke srovnávání diverzity v osobních vlastnostech u jednotlivců se zdravotním postižením, a to se souvislostí se sociálním začleňováním do kolektivu Š 168-169: „*Tam strašně záleží, dcera je hodně komunikativní, takže jí nevádí kolektivy. Ale pokud to dítě to vnímá, že prostě to není dobré, tak si myslím, že to je pro něj stresující.*“ a dodává R 185-186: „*To je fakt úplně individuální záležitost.*“

Jeden z respondentů předkládá osobní zkušenost s inkluzivním vzděláváním, a hodnotí Z 168-174: „*Vzhledem k mé profesi učitelky, tak jsem to vlastně zažila osobně. Vyučovala jsem nevidomého žáka. Pokud člověk chce dostat maximální spravedlnosti hodnocení žáků, což se tam nedá dosáhnout, protože u něho vždycky musíte být benevolentnější vzhledem k jeho postižení, jde mu to pomalu, i když měl upravené učebnice a měl asistentku, ... (...) ... jsem zpomalila tempo výuky, čili ti ostatní, co byli nadaní a byli tam nadaní, tak se rozhodně nemohli naučit tolik, co v třídě bez takového žáka.*“ Dodává dále, že pro spravedlivé hodnocení znalostí žáka se zdravotním postižením musela přistoupit k mimoškolnímu doučování tohoto žáka, avšak zhodnocuje, že ke spravedlivému hodnocení napříč tomuto doučování nedospěla, a říká Z 178-183: „*A já abych měla pocit, dobrý pocit, že jsem mu nenadržovala a že jsem udržela tempo, které mi stanovily osnovy, tak jsem mu dávala denně hodinu až dvě po jeho vyučování, kdy já i on jsme měli společný čas, takže já jsem ho vlastně znovu učila či snažila procvičovat, co bylo v těch hodinách, aby v těch znalostech při stejné známce nebyl tak zřetelně viditelný rozdíl, aby tam nebyl pokud možno, ale on tam byl.*“

K možnosti existence negativních dopadů inkluzivního vzdělávání na intaktní žáky se také připojuje další z respondentů, současně hovoří o možném vyústění vztahů mezi žákem se zdravotním postižením a žákem intaktním, přičemž uvádí R 290-293: „*...nemají absolutně žádnou šanci držet krok s těma zdravýma dětma, to si nedokážu vůbec představit, protože to je vzájemné zbrzdování těch zdravých dětí a mám strach, že by to mělo úplně*

opačný efekt. Ne, že zařazení, ale tyhle děti by je mohly klidně začít nenávidět, nesnášet, mohly by být na ně alergičtí.“

O vztazích mezi žáky se zdravotním postižením a žáky intaktními, a o důležitosti těchto vztahů pro sociální začleňování žáků se zdravotním postižením upozorňuje respondent Z 194-198: *„A tady na této škole byl spokojený, velmi se mu tam líbilo, ale to bylo přístupem celého kolektivu a tou jedinečností, že jsme ho tam měli poprvé a jediného a dosud jiný tam takový postižený není, ale z jeho pohledu je to dobře. Pokud nenarazí na šikanující třídu a kolektiv, a to se nestalo.“*

Na výhody vzdělávání v praktických školách, tedy protipólu strategii inkluzivního vzdělávání poukazuje R 270-273: *„...myslím si, že je mnohem lepší pro tyhle ty postižené lidi, že jsou tyhle ty zvláštní školy, jelikož tam jsou speciální pedagogové, kteří mají prostě čas a i přizpůsobenou výuku, aby byli schopni tady tyhle ty lidi něco naučit, ...“*

5.5 Na křižovatkách života

Kategorie nazvaná „Na křižovatkách života“ zahrnuje informace o kritických momentech a situacích v životě s osobou se zdravotním postižením z oblasti zdraví, rodiny, důchodu a vzdělávání. Daná kategorie předkládá taktéž údaje o tom, jak respondenti nahlíží na pomoc státu v těchto kritických momentech a situacích, kterou stát provádí prostřednictvím svých opatření.

Do této kategorie jsme zařadili kódy: velké srdce; omezení svéprávnosti; finanční tíseň; přiznání invalidního důchodu; za dobrotu na žebrotu; za hranicemi možností; rozpad sociálního zázemí; zdravotní komplikace; pomoc zdravotnictví.

Respondent poukazuje na podstatný krok v životě osoby se zdravotním postižením, a to omezení svéprávnosti. Tento důležitý mezník zmiňuje v souvislosti se špatnou životní zkušeností, kdy byl zneužit špatný zdravotní stav osoby se zdravotním postižením. Respondent R 334-342 popisuje: *„...sestra, i když je postižená, retardovaná, tak má straně velké srdce. (...) Dokud např. sestra nebyla zbavena svéprávnosti, ona byla ochotna podepisovat úvěry cikánům, nebo si je nastěhovala do bytu, z důchodu jim kupovala prostě věci, nebo jim nechala rozprodat svoje nabyté věci z bytu, poodnášet věci do zastaváren. Dokázala, aniž by si to sama uvědomovala sebou manipulovat, že to prostě špělo k totálnímu jejímu zničení. Tam už to kolikrát bylo na hraně toho, že pokud se k ní dostali blízko takoví lidé, kteří toho zneužívali, věděli, že je hodná a bohužel...“*, dále respondent uvádí postup v řešení

této kritické situace a zároveň zmiňuje úlohu státu, kterou sehrál v řešení situace a hovoří R 353-359: „...první krok tedy byl rozhovor s psychiatrickou, která se vlastně roky o sestru stará, která vlastně navrhla, že tady už není jiné cesty, než zažádat prost soud o zbavení svéprávnosti a omezení vlastně ve svéprávnosti, si myslím, že to vlastně sestru zachránilo od toho, aby neměla exekuci na byt, aby neskončila, i když měla nás, ale tam hrozilo opravdu obrovské zadlužení, exekuce...“

Další z respondentů předkládá jinou kritickou situaci v životě s osobou se zdravotním postižením, a to finanční strádání rodiny v době, kdy osobě se zdravotním postižením ještě nebyl přidělen invalidní důchod, a promlouvá Z 235-238: „...a ještě neměl přiznaný důchod a hledání zaměstnání. Absolvoval tři nebo čtyři zaměstnání, přičemž nikde neuspěl a vždy ho po čase propustili a to zoufalství, kdy nevíte, jak to skončí a co budete dělat, zda z toho jednoho platu dokážete žít oba dva a nevíte, jak to skončí a jestli to ustojíte.“ Respondent dále vyzvedává pomoc v oblasti zdravotnictví Z 243- 250: „Tak jednak kvalitní lékařka, která docela rychle rozpoznala synovu diagnózu, i když to trvalo přes půl roku, než našla správnou diagnózu. Když ho propustili z dalšího zaměstnání a on se dostal do hluboké deprese, kdy už ani nemluvil, tak dostal od lékařky dlouhodobou pracovní neschopnost. (...) To přišlo až později s tím, že dostal nejdřív poloviční invalidní důchod, tak to si člověk alespoň trochu oddechne, že jsou tady nějaké finanční prostředky, abychom nějak ustáli a přežili a zaplatili nájem třeba a podobně.“ Respondent bohužel shledává pomoc státu v komplikované životní situaci jako nedostatečnou a svůj názor zdůvodňuje Z 250-255: „Mně se zdá, že mi stát jinak v tehdejší době nepomohl. A ještě musím říct, že jsem měla v té době žáka, mladšího syna a přesto jsem o padesát korun nedosáhla na příspěvky na dítě, na toho mladšího syna, a to proto, že jsem měla druhé zaměstnání, a že se do toho počítalo, do příjmu rodiny, to jsme bydleli společně s mým polovičně invalidním důchodcem – synem a počítal se příjem můj a jeho, takže nám nevyšly ty příspěvky na nezletilého syna.“

Jeden z respondentů zmiňuje kritický moment v životě osoby se zdravotním postižením z oblasti vzdělávání, posléze poukazuje na řešení daného kritického momentu v podobě přesunu osoby se zdravotním postižením ze školy základní intaktní do školy praktické, a promlouvá D 163-164: „...protože jsme ji dali do Sedmikrásky v první třídě a bylo to na ni prostě hodně, pak šla do zvláštní školy, která se teď jmenuje praktická, ...“

Kritickou životní v životě osoby se zdravotním postižením z oblasti rodiny, tedy primárního sociálního prostředí jedince popisuje Z 232-233: „...rozvod, tam si myslím, že nejenom to byl rozvod, ale že synův otec neustál jeho nemoc, nepřijal.“

Z odpovědí respondentů lze vyčíst, že nejvíce kritických momentů a situací v životě s osobou se zdravotním postižením zaznamenali v oblasti zdraví. Tvrzení tedy podložíme následujícími výroky.

Respondent vzpomíná a říká Š 189- 197: „Ve zdraví, tak toho bylo opravdu hodně. To byl mazec teda. No, dcera je z dvojčat, ... (...) Dcera a to druhé dítě, už se mu vlastně loupala kůže, takže ta dcera byla v podstatě s tou mrtvou sestrou v jedné vodě, a tím pádem jí to docela poškodilo. Ona do jednoho roku byla taková docela dobrá, a v tom jednom roce asi se něco zvrtilo, asi nějaký zánět mozku dostala, tak jsme skončily ve Valmezu, urgovali jsme je, aby tam s ní něco dělali. Asi jí tam dávali nějaké uklidňující prášky, ona strašně řvala, tak nám řekli, že musíme vidět, že je postižená a že jí nový mozek do hlavy nikdo nenaleje.“ Tuto situaci popisuje i se zřetelem na chování ošetřujícího zdravotnického personálu.

Jeden z respondentů popisuje tyto kritické momenty v oblasti zdraví jedince se zdravotním postižením D 200-202: „V momentě, kdy měla první epileptický záchvat dcera, tak to jsem vystrašený, protože jsem předtím nikdy s epilepsií do styku. Jak se začala třepat, tak jsem k ní šel já a myslel jsem, že s ní bude už konec, pak z toho upadla do bezvědomí, ...“ Stejný respondent předkládá situaci, kdy dcera, o kterou pečuje, musela absolvovat operaci mozku a detailně vykresluje své pocity D 208-211: „Pak ještě byla dcera na operaci šantu, a když jsem ji viděl po operaci, vyholenou, vzal jsem ji do náručí, taky to bylo dost psychicky náročné. Předat ji na operaci mozku, dceru. Vždycky je to o tom, že když se něco nepovede, tak je to potom ještě horší. To bylo asi nejkrizovější období, co jsme řešili.“

V následujících tvrzeních respondent vypovídá o pomoci státu při řešení kritických životních situací, které zažil D 215-216: „No, stát mi pomohl řešit tu operaci, co byla s tím šantem, protože tam vlastně to šlo přes pojišťovnu, ...“ a ještě dodává D 225-230: „V tomto nám stát pomohl, jakoby ve zdravotnictví. Co nám ještě pojišťovna pomohla, že nám přes naše urgency a žádosti dala elektronický vozík, který hodně pomáhá, protože pokud nejezdeme autem, tak tady ten kopec vyšlapat v létě, v horku, když svítí slunce, jdu z práce s taškou, tak mi to stačí, a ne ještě mít před sebou mechanický vozík. Takže elektronický vozík taky hodně, řekl bych, taková pomoc, že člověk se vydá na procházku a je to takové příjemné. Takže to jsou takové dvě věci, co si myslím, že stát pomohl.“

5.6 Pomocná ruka

Kategorie „Pomocná ruka“ předkládá informace o návrzích respondentů na další formy finanční i nefinanční pomoci vybraných oborů sociální politiky osobám se zdravotním postižením a jejich rodinám.

Do této kategorie jsme zařadili kódy: farmaceutické prostředky; zájmová činnost pečovatele; angažovanost; informovanost; vrstevník; nápomoc ke svépomoci; krátkodobý nocleh; volnočasové aktivity; rehabilitace.

Nejprve uvádíme návrhy respondentů na formy finanční pomoci vybraných oborů sociální politiky osobám se zdravotním postižením.

Jeden z respondentů by považoval za přínosné poskytování finančních příspěvků na farmaceutická léčiva, která tedy nejsou hrazena zdravotními pojišťovny, a vysvětluje Š 69-74: *„...ona třeba zdravotně teď měla takový problém, že se jí třepe levá ruka, a doktoři neví, z čeho to je, nebo proč to je, tak řekli, že je to psychosomatické, takže jí nic nedají. My jsme si teď našli fyzioterapeutku, která jí s tím pomohla, jakože se ty třesy rapidně snížily, úplně nevymizely, ale snížily se, ale chce to brát určité produkty. A ty jsou teda dost drahé, musím říct, takže horko těžko tady toto finančně zvládneme. A bez toho by prostě ona byla vyřízená. (...) Na ty produkty by to chtělo víc peněz.“* a zároveň poukazuje na rozdílnost potřeb osob se zdravotním postižením a osob zdravých, když říká Š 79-80: *„Protože tihle lidé vlastně s takovou diagnózou potřebují víc těch doplňků nějakých než zdravý člověk, protože mají víc neduhů, bych řekla.“*

Respondent D 255-260 hovoří o příspěvku na zájmovou činnost pro osobu pečující: *„...takže tam je to zase o tom, že přijde mezi jiné lidi, má tam nějaké kamarádky, má tam nějaké cvičení, takže tam si odpočine, spíše duševně, tam se nemusí o nikoho starat, na nic myslet, tam si protáhne tělo. Potřebuje z toho prostředí tady odejít a mít změnu. Takže si myslím, že kdyby třeba nějaká služba byla, která by to zohlednila nějak. Nějakým příspěvkem na tu rehabilitaci. Takže nějaká třeba jóga, nebo nějaký příspěvek na nějaký takový zájmový kroužek jakýkoliv, ať už sportovní nebo kulturní.“*

Nyní přecházíme k návrhům respondentů na formy nefinanční pomoci vybraných oborů sociální politiky osobám se zdravotním postižením.

O větší podpoře a pomoci sociálních pracovníků z odboru sociálních věcí daného města respondent hovoří R 190-196: *„...že by to spouště lidem, kteří se starají o postižené lidi, po-*

mohlo trošičku víc, kdyby tyhle ty sociální pracovnice jim pomohly s vyhledáváním nebo prostě už to by mi pomohlo, kdyby třeba jednou za týden zašly za sestrou, povykládaly si s ní, jak se má, sestra by to uvítala, protože si ráda takhle jakože vykládá s lidmi nebo dělá jí dobře, když někdo přijde a povykládá si s ní. Takže v tomhle tom jsem byla velice zklamaná a uvítala bych, kdyby tady ty sociální pracovnice dělaly trošičku víc.“ K potřebě určité angažovanosti příslušných sociálních pracovníků na životě jedince se zdravotním postižením se vyjadřuje také další respondent Š 99-101: *„Ano, aby tam byl ten osobní kontakt. Tady chodí z města nějaká sociální pracovnice tak jednou za dva roky podívat se na prostředí, takže tu dceru i viděla, ale jako nic. Napsala něco, ale že by třeba řekla, že máme třeba nárok na to zvýšení a ať si o to zažádáme, tak to ne.“* S větší angažovaností zmíněných sociálních pracovníků souvisí také, dle respondenta, kvalitnější poskytování poradenství. Respondent upřesňuje situaci, ve které potřeboval pomoci v oblasti poradenství Z 246-247: *„Ale jinak ani nepomohl, protože jsem nevěděla, o co všechno bych se měla ucházet a hlavně jsem neměla sil to chodit vyřizovat a vůbec zjišťovat.“*

Další z respondentů přichází s návrhem pomoci v podobě osoby, která by se věnovala její dceři, tato osoba by zároveň měla být v přiměřeném věku k její dceři. Respondent specifikuje náplň činnosti této osoby Š 31-33: *„Třeba teď s tou dcerou, ona by potřebovala, tím, že je pořád doma a je s námi, aby mohla mít někoho třeba v jejím věku, přibližně. Aby si ji třeba jednou týdně vyzvedl a měl s ní nějaký program třeba jít do knihovny, do cukrárny, aby neměla prostě jenom nás.“*

O nefinanční pomoci v podobě asistence či dohledu při výkonu domácích prací uvažuje respondent, a konkretizuje Z 92-97: *„...by to v případě nefinanční pomoci, mohla být pomoc v domácnosti s některými domácími pracemi, ale zase v případě, že by žil sám nebo bych já jako matka nebyla schopna tuto činnost vykonávat. Domácí práce, obstarávání nákupu, úklidy, žehlení, všechno kolem svoji osoby, takže nějaký dohled nebo asistent, který by do domácnosti přišel a pomáhal nebo dohlížel na udržování domácnosti těm invalidním důchodcům, ...“*

Jeden z respondentů vyzvedává potřebu zřízení pobytového zařízení, které by umožňovalo krátkodobě ubytovat osobu se zdravotním postižením Z 71-74: *„Ale co mi chybí u nás nějaké pobytové zařízení, které by krátkodobě umožňovalo přenocování, případně pobyt těchto nemocných v případě, že rodinný příslušník onemocní nebo prostě musí něco nezbytně vyřídit...“*

O přínosnosti organizace volnočasových aktivit pro osoby se zdravotním postižením hovoří další z respondentů D 265-266: *„No, nějakou tu náplň v tom volném čase. Dcera má ráda koně, když by třeba bylo možno někde zažádat, aby se jezdilo na koně, jednou za měsíc, někde, nějak. Asi bych byl rád.“*

Tentýž respondent poukazuje na důležitost poskytování rehabilitačního cvičení pro osoby se zdravotním postižením, konkrétně pro osoby s fyzickým zdravotním postižením, a vysvětluje D 96-99: *„Určitě bych přivítal, kdyby bylo někde nějaké cvičení, rehabilitace, které by byly v rámci nějaké služby. Protože zatím to funguje tak, že jdete k lékaři, bolí vás noha, tak vám napíše rehabilitace. Ale když vám relativně nic není, ale jste na vozíku, tak potřebujete cvičit, protože ty svaly jinak ochabují.“*

6 INTERPRETACE DAT

Při interpretaci dat přejdeme k zodpovězení hlavní výzkumné otázky a dílčích výzkumných otázek za pomoci vyhodnocení dat, které jsme získali od dotazovaných respondentů.

HVO: Jak respondenti hodnotí pomoc poskytovanou vybranými obory sociální politiky osobám se zdravotním postižením?

Nejprve se budeme věnovat nefinanční pomoci, kterou poskytují vybrané obory sociální politiky osobám se zdravotním postižením. Ze získaných a vyhodnocených dat vyplývá, že respondenti hodnotí velice pozitivně rozvoj a změny, které se udály za poslední desetiletí především v poskytování a nabídce sociálních služeb. Svou spokojenost směřují spíše k poskytování ambulantních a terénních služeb. Pobytové sociální služby považují ve svém okolí za nedostatečné a doufají ve značnou změnu v jejich poskytování. Dále za přínosné označují respondenti nabízené kompenzační pomůcky a pomoc, která je jim poskytována v oblasti zdravotnictví. Naopak spíše negativně hodnotí současnou strategii inkluzivního vzdělávání, svůj osobní názor následně podkládají životními zkušenostmi s osobou se zdravotním postižením.

V případě finanční pomoci hovoří respondenti o stálém navyšování cen zboží a služeb, finanční pomoc se však dle jejich názoru nemění, nezvyšuje se, a proto shledávají invalidní důchod, příspěvek na péči a další finanční příspěvky za nedostatečně vysoké. Finanční pomoc tedy nekoresponduje s výší nákladů života se zdravotním postižením.

Dotazovaní stále vidí velký prostor k rozvoji a posunu v pomoci vybraných oborů sociální politiky osobám se zdravotním postižením. V následujících odpovědích na dílčí výzkumné otázky si přiblížíme hodnocení pomoci vybraných oborů sociální politiky osobám se zdravotním postižením, a zároveň si vymezíme další formy pomoci, které by respondenti pokládali za přínosné.

DVO 1: Jak respondenti nahlíží na kompenzaci výdělečné činnosti a života se zdravotním postižením v podobě invalidního důchodu?

Respondenti nepovažují invalidní důchod za dostatečnou kompenzaci výdělečné činnosti a života se zdravotním postižením. Za adekvátní by považovali navýšení invalidních důchodů, a to vždy dle individuálních potřeb jedince se zdravotním postižením. Individuální přístup je rozhodující při posuzování specifických nároků a potřeb osoby se zdravotním postižením.

Dotazovaní zmiňovali potřeby, které lze z invalidního důchodu uspokojit, a to potraviny, hygienické potřeby a bydlení. Bydlení však za předpokladu nízkého nájmu, ve většině případů však osoba se zdravotním postižením žije v domácnosti se svými rodiči, kteří se podílejí na hrazení nákladů na bydlení, čímž tedy pomáhají osobě se zdravotním postižením hradit náklady na základní životní potřeby. Posléze se však musíme podívat na potřeby jedince se zdravotním postižením, které z invalidního důchodu nelze pokrýt. Mezi takové potřeby se dle respondentů řadí výlety, dovolené, zájmová činnost, různé zdravotní doplňky a pomůcky, obnova zařízení v domácnosti a jiné. Respondenti svůj názor na zvýšení invalidního důchodu podkládají dalšími tvrzeními, a to takovými, že člověk se zdravotním postižením má větší náklady na dopravu, protože častěji musí, kvůli svému zdravotnímu stavu, navštěvovat lékaře a různá zdravotnická zařízení, které jsou často velmi vzdálená místu bydliště. Pro sociální začleňování a naplňování touhy po běžném životě je také důležité, možná ještě více než u osob intaktních, věnovat větší prostor kulturnímu vyžití a zájmové činnosti, aby nedocházelo k sociálnímu vyloučení osob se zdravotním postižením, a zároveň, aby zdravotní postižení jedince nesnižovalo jeho životní úroveň. K větší dostupnosti kulturních akcí by mohla přispět jednotná legitimace, která by osobám se zdravotním postižením zajišťovala poloviční ceny jízdného v dopravě všech druhů a poloviční ceny vstupného na všechny kulturní akce.

K sociálnímu začleňování osob se zdravotním postižením, by dle respondentů, mohlo dopomoci i začlenění osob se zdravotním postižením do pracovního procesu, samozřejmě vždy s ohledem na možnosti daného jedince. Respondenti však poukazují na určité bariéry v realizaci, a to že stát nevěnuje příliš velkou pozornost uplatnění osob se zdravotním postižením na trhu práce, a dále, že trh práce nedisponuje dostatečnou nabídkou pracovních pozic, které by vyhovovaly nárokům a možnostem osob se zdravotním postižením.

Dále respondenti upřesňují své představy o hodnocení kritérií při posuzování nároku na invalidní důchod. Respondenti by uvítali detailněji rozpracování kritérií při posuzování nároku na invalidní důchod, zároveň by upřednostnili, aby osoba, která rozhoduje o přiznání nároku na invalidní důchod, přišla do osobního kontaktu s posuzovanou osobou.

DVO 2: Jak respondenti hodnotí pomoc při péči o osobu se zdravotním postižením ve formě příspěvku na péči?

Příspěvek na péči a jeho výši hodnotí respondenti také jako nedostatečný, a to z důvodu vysokých cen poskytovaných placených sociálních služeb, které by měly pomáhat s péčí

o osobu se zdravotním postižením. Popřípadě by měl příspěvek na péči hradit další výdaje spojené se životem se zdravotním postižením, které byly již zmíněny v odpovědi na předcházející dílčí výzkumnou otázku.

Jelikož v případě, kdy má jedinec se zdravotním postižením nárok na příspěvek na péči ve vysokém stupni, vyžaduje 24 hodinovou péči, to znamená, že příspěvek na péči je kompenzací výtěžné činnosti osoby pečující, což je dle respondentů neadekvátní výše kompenzace. Často dochází k tomu, že osoba pečující potřebuje pomoci s péčí o osobu se zdravotním postižením. Potřebuje si neodkladně něco vyřídit, onemocní či si potřebuje odpočinout. V těchto případech musí pomáhat s péčí o osobu se zdravotním postižením další členové rodiny. Problém však nastává, když není k dispozici nikdo, kdo by se o osobu se zdravotním postižením postaral. Osobě pečující tedy nezůstává nic jiného, než využít placených sociálních služeb, což znamená, že o příspěvek na péči se musí ještě rozdělit s danou sociální službou.

Dále se respondenti shodují na negativních pocitech a prožitcích, které zažívají v souvislosti s péčí o osobu se zdravotním postižením, zmiňují velký úbytek fyzických i psychických sil, zhoršující se zdravotní stav s přibývajícím věkem, a proto poukazují na čím dál, tím větší potřebu cizí pomoci při péči o osobu se zdravotním postižením. Uvítali by tedy přiměřené zvýšení příspěvku na péči s ohledem na individuální potřeby a zdravotní stav osoby se zdravotním postižením. Opět by respondenti uvítali osobní kontakt mezi osobou přidávající nárok na příspěvek na péči a posuzovanou osobou, a aby daný příspěvek na péči korespondoval se specifickými potřebami každého jedince.

DVO 3: Jak respondenti hodnotí sociální služby poskytované osobám se zdravotním postižením a jejich rodinám?

Respondenti sociální služby poskytované osobám se zdravotním postižením a jejich rodinám hodnotí jako celek pozitivně.

Musíme však sociální služby rozdělit na bezplatné a placené. Jak jsme se již zmínili výše, respondenti považují sociální služby placené za příliš drahé, proto se k jejich využívání příliš neuchylují.

Dále musíme rozlišovat mezi jednotlivými formami poskytovaných sociálních služeb. Pokud se jedná o ambulantní či terénní služby poskytované osobám se zdravotním postižením a jejich rodinám, jsou respondenti velice spokojeni a vyzvedávají dostatečnou nabídku těchto sociálních služeb, zároveň oceňují kvalifikovaný a příjemný personál. O vhodném

a širokém spektru činností, které se v zařízeních realizují, hovoří taktéž pozitivně. Poskytované ambulantní služby vedou osoby se zdravotním postižením k seberealizaci, k sociálnímu začleňování, k pocitu osobního naplnění a potřeby, dále je učí k pracovním a hygienickým návykům, vedou je k týmové spolupráci a rozvíjení osobního potenciálu. Nelze tedy hovořit pouze o naplnění volného času osob se zdravotním postižením a oddechu osob pečujících, ale o smysluplném trávení volného času, náplni života a naplnění nemateriálních potřeb osob se zdravotním postižením, což by mělo být základním cílem sociálních služeb.

Sociální služby pobytové však respondenti považují za nedostatečné, a to z důvodu nedostatku pobytových zařízení pro osoby se zdravotním postižením v okolí bydliště. Pobytové služby by zároveň měly reflektovat druh a závažnost zdravotního postižení jedince a jeho individuální potřeby a požadavky. Za důležitý aspekt při výběru zařízení respondenti považují kvalifikovanost personálu daného pobytového zařízení. Personál by měl být složen ze zdravotníků i sociálních pracovníků, mělo by být tedy postaráno o fyzický i duševní stav osoby se zdravotním postižením. Daná pobytová sociální služba by měla disponovat také pestrým program volnočasových aktivit. Dále by se nabídka sociálních služeb rozšířit o odlehčovací služby, které by byly finančně i místně více dostupné. Tyto odlehčovací služby mohly sloužit i ke krátkodobému ubytování osob se zdravotním postižením v případě neplánované potřeby a nutnosti odcestovat či nemoci osoby pečující.

DVO 4: Jak respondenti nahlíží na současnou strategii vzdělávání osob se zdravotním postižením a její vliv na tyto osoby?

Pro nastavení a neuzpůsobenost výuky pro osoby se zdravotním postižením v běžných školách, respondenti pokládají současnou strategii vzdělávání osob se zdravotním postižením za neefektivní. Vyjadřují především obavy z nepřipravenosti vzdělávacího systému České republiky na tuto vzdělávací strategii, kdy zmiňují velký tlak na dodržování učebních osnov, kdy se žáci musí naučit v omezeném časovém období velké množství učební látky, a proto zde není prostor na výuku v pomalejším tempu. Respondenti tedy srovnávají výhody praktických základních škol se školami základními. Praktické základní školy jsou tedy připraveny na individuální vyučovací tempo, je zde kvalifikovaný personál a žáci na přibližně stejné intelektuální úrovni.

Respondenti také poukazují na rozdílnost ve zdravotních postiženích, kdy spatřují velký rozdíl mezi fyzickým a duševním zdravotním postižením. Dále upozorňují na rozdíly

v individuálních osobních limitech, které jsou rozhodujícím faktorem při posuzování vhodnosti strategie inkluzivního vzdělávání. Je zde tedy velmi důležité správně a individuálně posoudit vhodnost použití této strategie vzdělávání. Jeden z dotazovaných také navrhuje určité zkušební období, na které by se žák se zdravotním postižením umístil do běžné základní školy, a na základě zhodnocení tohoto zkušební období, by se dále postupovalo. V případě, že by žák v běžné základní škole prosperoval, zanechal by se již na stálo v této škole. V opačném případě by se uvažovalo o vzdělávání v praktické nebo speciální základní škole.

Nyní přejdeme k možnému vlivu současné strategie inkluzivního vzdělávání na osobu se zdravotním postižením. Dotazovaní zmiňují dvě možnosti vlivu na osobu se zdravotním postižením, které jsou opět individuální záležitostí. Pokud by žák se zdravotním postižením stačil vyučovacímu tempu a prosperoval by z tohoto umístění, mohlo by jej zařazení do běžné školy motivovat k posunu a osobnímu růstu. V případě, že by však žák se zdravotním postižením vyučovacímu tempu nestačil či se v třídním kolektivu necítil dobře, mohlo by to mít na něj negativní dopad. Nyní jsme se zmínili o důležitém aspektu začlenění osoby se zdravotním postižením do běžné školy, a to o třídním kolektivu. Třídní kolektiv je zde, kromě osobních limitů, určujícím faktor při začleňování osoby se zdravotním postižením do běžné školy. Musíme zde totiž uvažovat o možném dopadu této vzdělávací strategie na děti intaktní, a to v případě zpomalení tempa výuky či nespravedlivém hodnocení prospěchu. Dle kvality třídního kolektivu může docházet i k šikanování osoby se zdravotním postižením a následnému opačnému efektu inkluzivního vzdělávání, sociálnímu vyloučení.

DVO 5: Jaké jsou kritické momenty v životě jedince se zdravotním postižením, a které z těchto kritických momentů reflektují vybrané obory sociální politiky dle respondentů?

Mezi kritické momenty v životě jedince se zdravotním postižením respondenti řadí mezník omezení svéprávnosti osoby se zdravotním postižením. Špatného zdravotního stavu osoby se zdravotním postižením bylo mnohdy využito a zneužito k finančním podvodům či k jinému nečestnému chování. Omezení svéprávnosti tedy zastavilo možnost zneužití špatného zdravotního stavu osoby se zdravotním postižením cizí osobou a zabránilo tak vzniknutí řadě závažných problémů, především tedy finančních.

Další kritickou situací, finanční strádání zažili dotazovaní v době, kdy ještě osobě se zdravotním postižením nebyl přiznán invalidní důchod. Tato finanční tíseň byla zapříčiněna zhoršujícím se zdravotním stavem jedince, díky kterému nemohl najít pracovní místo, kde by se uplatnil. Nepříznivou finanční situaci rodiny vyřešilo tedy až přiznání invalidního důchodu. Rodina se totiž rozpadla a přišla o jednoho z živitelů, a to otce, který se nevyrovnal se zdravotním postižením svého syna a s matkou se rozvedl.

O kritickém životním milníku v životě se zdravotním postižením v oblasti vzdělávání hovoří jeden z respondentů. Popisuje chvíli, kdy vyšlo najevo, že osoba se zdravotním postižením nedostačuje na výuku v běžné základní škole. Po zhodnocení a konzultaci s pedagogickými pracovníky byla tedy osoba přesunuta do základní školy praktické.

Mezi nejčastější komplikace v životě se zdravotním postižením patří zdravotní těžkosti osoby se zdravotním postižením. Můžeme mezi ně zařadit záchvaty a operace různého druhu. Respondenti povětšinu hodnotí pozitivně pomoc státu v oblasti zdravotnictví a poskytování kompenzačních pomůcek, přičemž jeden z dotazovaných vyzvedává pomoc, kdy žádal o poskytnutí elektrického vozíku pro osobu se zdravotním postižením, a této žádosti bylo vyhověno.

DVO 6: Jaké další formy pomoci vybraných oborů sociální politiky osobám se zdravotním postižením by respondenti pokládali za přínosné?

Za přínosné by respondenti v oblasti finanční pomoci vybraných oborů sociální politiky osobám se zdravotním postižením považovali příspěvek na farmaceutická léčiva a produkty, které nejsou hrazeny zdravotními pojišťovnami, a to z důvodu, že mnohdy léčiva, která nejsou hrazena zdravotními pojišťovnami, pomáhají se zdravotními problémy osob se zdravotním postižením. Dále by kvůli fyzické i psychické zátěži péče a starostlivosti o osobu se zdravotním postižením bylo vhodné poskytovat příspěvek na zájmovou činnost pro osobu pečující, která by díky relaxaci mohla nabrat nových sil, a zároveň by se mohla také sociálně začleňovat. Z důvodu častých návštěv lékařů a zdravotnických zařízení by respondenti uvítali zvýšení příspěvku na mobilitu. V oblasti dopravy by také navrhovali zřízení příspěvku na dopravu v nepředvídatelných situacích, například v případě zranění osoby se zdravotním postižením a nutné návštěvy lékaře.

V oblasti nefinanční pomoci vybraných oborů sociální politiky osobám se zdravotním postižením by respondenti považovali za přínosné, kdyby sociální pracovníci odboru sociálních věcí daného města poskytovali větší podporu, pomoc a poradenství osobě se zdravot-

ním postižením a její rodině. Pro rodiny s osobou se zdravotním postižením by měly být pořádány tábory a pobytové akce, kde by byl realizován zážitkový program. Do oblasti nefinanční pomoci by dotazovaní zařadili službu, která by zajišťovala vrstevníka, tedy osobu přiměřeného věku osobě se zdravotním postižením, která by naplňovala volný čas osoby se zdravotním postižením. Volnočasové aktivity pro osoby se zdravotním postižením spojené s terapií, například s koňmi by respondenti taktéž shledávali účinným prostředkem pomoci. Ke zlepšování či udržení stávajícího zdravotního stavu by měla být realizována také rehabilitační cvičení pro osoby se zdravotním postižením. Pro nácvik pracovních a hygienických návyků by bylo vhodné poskytování asistence či dohledu při výkonu domácích prací v domácnosti osoby se zdravotním postižením.

7 NÁVRHY A DOPORUČENÍ PRO PRAKTICKÉ VYUŽITÍ

V kapitole návrhy a doporučení pro praktické využití se zaměříme na shrnutí informací o potřebách osob pečujících o osobu se zdravotním postižením, z čehož nám následně vyplynou opatření a nástroje k jejich uspokojení.

V první řadě by vhodným nástrojem byla finanční pomoc, konkrétně navýšení invalidního důchodu a příspěvku na péči. Toto navýšení by mělo vyplynout z individuálních potřeb jedince se zdravotním postižením, které by byly zjišťovány na základě propracovaných a detailních kritérií. Vysoká pozornost by tedy měla být věnována individualitě každého jedince, a tím jeho specifickým potřebám. S tímto souvisí také státní finanční i nefinanční podpora především při zakládání bezplatných sociálních služeb. Jak jsme již zmínili, osoby pečující o jedince se zdravotním postižením považují placené sociální služby za příliš drahé na to, aby je využívaly, pokud to není nezbytně nutné. Stát by měl tedy pomáhat s rozšiřováním nabídky bezplatných sociálních služeb nebo by měl finančně přispívat osobám se zdravotním postižením k využívání těch placených. Pokud se soustředíme na konkrétní finanční příspěvky pro osoby se zdravotním postižením, můžeme doporučit zavedení příspěvku na farmaceutická léčiva a produkty, které nejsou hrazeny zdravotními pojišťovnami, v případě, že se osoba se zdravotním postižením doloží doklad o nákupu a potřebě těchto produktů. Další finanční podpora by mohla být směřována osobám pečujícím, a to poskytováním finančního příspěvku na zájmovou činnost, při které by relaxoval, a zároveň se sociálně začleňoval. Kvůli časté návštěvě lékařů a zdravotnických zařízení osob se zdravotním postižením by bylo vhodné navýšení příspěvku na mobilitu a zavedení jednorázového příspěvku na dopravu v nepředvídatelných situacích například při zdravotních potížích, které by komplikovaly návštěvy u lékaře či jiné potřebné úkony spojené s běžným životem.

Nyní se budeme věnovat nefinanční pomoci vybraných oborů sociální politiky osobám se zdravotním postižením. Dle potřeb osob se zdravotním postižením je zapotřebí rozšířit nabídku pobytových sociálních služeb, a to i pro dlouhodobý pobyt osob i pro pobyt krátkodobý v podobě odlehčovacích služeb. Tyto sociální služby by měly být finančně i místně více dostupné a jejich činnost by měla korespondovat s potřebami osob se zdravotním postižením. Život se zdravotním postižením přináší mnoho kritických momentů a situací, lidé mnohdy potřebují v jejich řešení pomoc, radu či podporu. Podporu a informace by mohli poskytovat sociální pracovníci ze sociálního odboru daného města. K zajištění potřebného

počtu sociálních pracovníků jsou ovšem zapotřebí finanční prostředky ze státního rozpočtu. Ze státního rozpočtu by mělo dojít také k navýšení finančních prostředků na zvýšení mezd stávajících sociálních pracovníků. Přínosné pro osoby se zdravotním postižením by byla jistě přínosem realizace táborů pro celé jejich rodiny, dále by ocenily poskytování volnočasových aktivit například spojené s terapií a osoby s fyzickým zdravotním postižením by uvítaly rehabilitační cvičení. Z realizovaného výzkumu vyplývají další nástroje nefinanční pomoci, které by osoby se zdravotním postižením a osoby o ně pečující uvítaly, a to poskytování asistence, dohledu při výkonu domácích prací v domácnosti osoby se zdravotním postižením. Za prospěšné se také jeví služba, která by zaměstnávala či by spolupracovala s dobrovolníky, kteří by byli v mladém či podobném věku jako osoba se zdravotním postižením, a tento vrstevník by naplňoval volný čas osoby se zdravotním postižením. Mnoho osob se zdravotním postižením je totiž díky svému zdravotnímu stavu sociálně izolováno a přichází tak do kontaktu pouze s rodinnými příslušníky, s rodiči, kteří jsou o generaci starší, tudíž osobě se zdravotním postižením chybí osobní kontakt s vrstevníky a projevy mládeže. Pro lepší sociální začleňování, vyšší životní úroveň by bylo určitě vhodné zavést jednotnou legitimaci, která by opravňovala osoby se zdravotním postižením k využití poloviční slevy na dopravu a kulturní akce všeho druhu, a to automaticky. Pokud se podíváme na současnou strategii vzdělávání osob se zdravotním postižením, neboli strategii inkluzivního vzdělávání, musíme mít opět na mysli individualitu každého jedince a diverzitu zdravotních postižení, a proto je důležité u posuzování vhodnosti strategie inkluzivního vzdělávání být opravdu důsledný a uvážlivý, popřípadě umožnit zkušební období, na které by se žák se zdravotním postižením umístil do běžné školy, a po zhodnocení tohoto zkušebního období by se rozhodlo o dalším postupu.

8 ZÁVĚREČNÁ DISKUZE

Naším cílem je nyní porovnat výsledky z již realizovaných výzkumů v dané oblasti se závěry, které vyplynuly z výzkumu vlastního.

I když jsou některé ze zmiňovaných výzkumů uskutečněné před více než deseti lety, jedná se nám o zachycení rozvoje pomoci osobám se zdravotním postižením v časovém horizontu posledních desetiletí. Zároveň však poukážeme na neměnnost určitých nástrojů ve struktuře pomoci vybraných oborů sociální politiky osobám se zdravotním postižením a na nutnost úpravy těchto nástrojů.

Výsledky vzešlé z námi realizovaného výzkumu budeme komparovat se čtyřmi výzkumy, a to s výzkumem Socioklubu z roku 2001, dále s výzkumy Národního centra sociálních studií z roku 2004 a 2012 a s výzkumem, který provedlo Centrum pro komunitní práci střední Čechy v roce 2015.

Diskutované prostředky pomoci opět rozdělíme na oblast finanční a nefinanční podpory osob se zdravotním postižením.

Nejprve tedy k oblasti finanční podpory státu. O nedostatečném příspěvku na péči a o rozporech při posuzování hodnocení nároku hovoří i výzkum Národního centra sociálních studií a dodává, že existuje silný rozpor při hodnocení situace konkrétního žadatele, a to díky různým úhlům pohledu sociálního pracovníka, ošetřujícího lékaře a v poslední řadě posudkového lékaře, který posuzuje nárok osoby se zdravotním postižením na příspěvek na péči. Přitom posudkový lékař vychází při hodnocení pouze z písemných zpráv, tudíž není vůbec v kontaktu s posuzovanou osobou. (NCSS, 2012) Výzkum Centra pro komunitní práci střední Čechy se s tímto ztotožňuje a uvádí, že nedostatečná výše příspěvku na péči zapříčiňuje také nízkou míru využívání placených sociálních služeb, díky jejich finanční náročnosti. Zároveň také poukazuje na odlišnost v přístupu posuzování jednotlivých případů nároku na přiznání příspěvku na péči, ve kterém se spíše odráží přístup posudkového lékaře a jeho benevolence. (CPKP, 2015) Dalším hodnoceným finančním nástrojem pomoci je příspěvek na mobilitu. Pokles atraktivity z důvodu jeho nedostatečné výše, a zároveň nereagování na skutečné potřeby osob se zdravotním postižením vyvolává nutnost vyřešit oblast dopravy těchto osob. (NCSS, 2004) O výši příspěvku na mobilitu jako o nevýznamné částce se zmiňuje výzkum Centra pro komunitní práci střední Čechy, a také poukazuje na jednu z možných variant řešení problému dopravy osob se zdravotním postižením, a to na snahu zavádět dotovanou dopravní službu v některých městech České

republiky. Je tedy nutné zdůraznit, že dotovanou dopravní službu zatím zavedli pouze v některých oblastech státu, tudíž plošné řešení situace dopravy osob se zdravotním postižením zatím není vyřešena. (CPKP, 2015)

Nyní se soustředíme na oblast nefinanční pomoci vybraných oborů sociální politiky osobám se zdravotním postižením. Velkým prostor musíme dozajista věnovat sociálním službám. Většina z realizovaných výzkumů vyzvedává důležitost poskytování poradenství, avšak konstatují, že informovanost osob se zdravotním postižením a jejich rodin je v současné době nedostatečná. Dostatečné informace o nabídce sociálních služeb daného regionu s přihlédnutím k sociálním důsledkům vyplývajících ze zdravotního stavu jedince, jeho stáří a finančním možnostem pokládají za klíčové. (NCSS, 2001; NCSS, 2012; CPKP, 2015) O nutnosti podrobného zmapování potřeb sociálních služeb na daném územním celku, dále o omezenosti nabídky sociálních služeb především pro osoby s duševním onemocněním a o nedostačující kapacitě a příliš úzkém spektru pobytových zařízení hovoří porovnávané výzkumy. (NCSS, 2001; NCSS, 2012) Socioklub interpretuje výsledky svého výzkumu a uvádí, že dopad na rodinu osoby se zdravotním postižením, a tím i na pečující osobu je velký a působí na všechny sféry jejich života. Poukazuje, na také na potřebu zmapování konkrétních potřeb osoby se zdravotním postižením a posléze na vytvoření multidisciplinárního programu rehabilitace s akcentem na tyto potřeby. Náročnost domácí péče, celková vyčerpanost a přibývajícím věkem pečujících osob, s tím vším se musí pracovat a navrhnout přiměřené a efektivní prostředky pomoci. Stát by měl prostřednictvím svých zásahů dále vytvořit vhodnou strategii zaměstnávání osob se zdravotním postižením a zajistit dostatek vhodných pracovních míst. (NCSS, 2001; CPKP, 2015) Ze závěrů výzkumu také vyplývá, že dalšími špatně pokrytými místy pomoci jsou rehabilitace či fyzioterapie, které si musí osoba se zdravotním postižením hradit z vlastních prostředků, pokud není přímo doporučena krátkodobě lékařem. Některé osoby však potřebují rehabilitační cvičení dlouhodobě a frekventovaně, a to například z důvodu upoutání na invalidní vozík, což je finančně náročné. Nedostatek volnočasových aktivit pro osoby se zdravotním postižením je zároveň prostředkem pomoci, který by měl být řešen. (CPKP, 2015)

Z výše uvedeného lze konstatovat, že mnoho závěrů, které vplynuly z našeho výzkumu, korespondují s výsledky doposud realizovaných výzkumů v dané oblasti. Síť pomoci vybraných oborů sociální politiky osobám se zdravotním postižením by měla být rozebrána, přepracována a upravena do stávajících životních podmínek, a zároveň by měla pružně reagovat na individuální potřeby jedince a jeho rodiny.

ZÁVĚR

V bakalářské práci jsme se zabývali obory sociální politiky ve vztahu k osobě se zdravotním postižením.

Nejprve byly vybrané obory sociální politiky popsány vždy s akcentem na pomoc těchto politik osobám se zdravotním postižením. Nástroje pomoci byly vymezeny na základě platného legislativního rámce České republiky. Následně za využití empirického výzkumu, prostřednictvím hloubkových rozhovorů bylo zkoumáno, jak osoby pečující hodnotí pomoc vybraných oborů sociální politiky osobám se zdravotním postižením. Naším cílem bylo získat informace o skutečných potřebách jedinců se zdravotním postižením a nástrojích, které by dané potřeby uspokojily a porovnat je s dosavadními prostředky pomoci. Soustředili jsme se na finanční i nefinanční formy pomoci vybraných oborů sociální politiky osobám se zdravotním postižením.

Otázky v polostrukturovaném rozhovoru byly vytvořeny tak, aby dávaly respondentům možnost hodnotit konkrétní prostředky pomoci vybraných oborů sociální politiky osobám se zdravotním postižením, a to invalidní důchod, příspěvek na péči, sociální služby a současnou strategii vzdělávání osob se zdravotním postižením. Dále jsme pro dotazované vytvořili prostor pro výklad osobních zkušeností, kritických zážitků a momentů v životě s osobou se zdravotním postižením a následně pro nastavení vhodných nástrojů pomoci v těchto situacích. Daný výzkum nám pomohl nahlédnout do osobních životů osob se zdravotním postižením, do potřeb těchto osob a osob pečujících, dále nám ukázal obraz o využívání již poskytovaných prostředků pomoci a poukázal na možné změny ve struktuře pomoci vybraných oborů sociální politiky osobám se zdravotním postižením.

Zkoumání problematiky života osob se zdravotním postižením je důležitým aspektem pro tvorbu užitečných nástrojů pomoci, k poskytnutí rovných šancí a příležitostí, a zároveň pro dosažení maximální úrovně života. Starostlivost, péče a zvýšená pozornost o osoby určitým způsobem znevýhodněné by měla být součástí sociální politiky každého státu. Stát by měl prostřednictvím svých zásahů napomáhat k co největší samostatnosti a sociálnímu začlenění osob se zdravotním postižením do intaktní společnosti. Mezi znaky vyspělého státu by měla tedy patřit dobře propracovaná síť finanční i nefinanční podpory osob se zdravotním postižením a jejich rodinám. Pro efektivní nastavení kompenzačních prostředků a prostředků pomoci je nutné tedy důkladný průzkum zaměřený na potřeby osoby se zdravotním postižením a jejich rodin.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] ANDRYSOVÁ, Pavla, Jana MARTINCOVÁ a Vendula MACHÁČKOVÁ. *Profesní kontext sociální pedagogiky: motivace studentů k výkonu*. 1. vyd. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, 2014. ISBN 978-80-7454-464-4.
- [2] BAKOŠOVÁ, Zlatica. *Sociálna pedagogika ako životná životná pomoc*. 3. rozšířené a aktualizované vyd. Bratislava: Univerzita Komenského Bratislava, 2008. ISBN 978-80-969944-0-3.
- [3] BENDL, Stanislav. *Nárys sociální pedagogiky*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2014. ISBN 978-80-7290-668-0.
- [4] ČERNÁ, Marie. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1565-3.
- [5] ČESKO. Zákon č. 586 ze dne 20. listopadu 1992 o daních z příjmů, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1992, částka 117. Dostupný také z: <<http://www.zakonyprolidi.cz/print/cs/1992-586/zneni-20160829.htm>>
- [6] ČESKO. Zákon č. 589 ze dne 20. listopadu 1992 o pojistném na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1992, částka 118. Dostupný také z: <<http://www.zakonyprolidi.cz/print/cs/1992-589/zneni-20160701.htm>>
- [7] ČESKO. Zákon č. 117 ze dne 26. května 1995 o státní sociální podpoře, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1995, částka 31. Dostupný také z: <http://www.zakonyprolidi.cz/print/cs/1995-117/zneni-20160101.htm>
- [8] ČESKO. Zákon č. 155 ze dne 30. června 1995 o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1995, částka 41, s. 1986-2011. Dostupný také z: http://www.epravo.cz/_dataPublic/sbirky/archiv/sb41-95.pdf
- [9] ČESKO. Zákon č. 258 ze dne 14. července 2000 o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2000, částka 74. Dostupný také z: <<http://www.zakonyprolidi.cz/print/cs/2000-258/zneni-20160401.htm>>

- [10] ČESKO. Zákon č. 435 ze dne 13. května 2004 o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2004, částka 143, s. 8270-8316. Dostupný také z: <https://portal.mpsv.cz/sz/obecne/prav_predpisy/akt_zneni/ZOZ_PLATNE_ZNENI_OD_1.1.2016.PDF>
- [11] ČESKO. Zákon č. 561 ze dne 24. září 2004 o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2004, částka 190. Dostupný také z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-561#cast10>
- [12] ČESKO. Zákon č. 563 ze dne 24. září 2004 o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2004, částka 190, s. 10333-10345. Dostupný také z: <http://www.msmt.cz/dokumenty/aktualni-zneni-zakona-o-pedagogickych-pracovnicich-k-1-lednu>
- [13] ČESKO. Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2013, částka 118, s. 3593-3604. Dostupný také z: <<http://www.mpsv.cz/cs/7334>>
- [14] ČESKO. Zákon č. 110 ze dne 14. března 2006 o životním a existenčním minimu, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 37, s. 1300. Dostupný také z: <<http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?page=0&idBiblio=62336&nr=110~2F2006&rpp=15#local-content>>
- [15] ČESKO. Zákon č. 111 ze dne 14. března 2006 o pomoci v hmotné nouzi, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 37, s. 1305. Dostupný také z: <<https://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=62337&nr=111~2F2006&rpp=15#local-content>>
- [16] ČESKO. Zákon č. 262 ze dne 21. dubna 2006 o zákoníku práce, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 84. Dostupný také z: <<http://www.zakonyprolidi.cz/print/cs/2006-262/zneni-20160701.htm>>
- [17] ČESKO. Vyhláška č. 505 ze dne 15. listopadu 2006 prováděcího předpisu k zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka*

- zákonů České republiky*. 2006, částka 164, s. 7021. Dostupný také z: <<https://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=63146&nr=505~2F2006&rpp=15#local-content>>
- [18] ČESKO. Zákon č. 329 ze dne 13. října 2011 o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 115, s. 3970-3994. Dostupný také z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/11911/zakon_329_2011.pdf>
- [19] ČESKO. Zákon č. 426 ze dne 6. listopadu 2011 o důchodovém spoření, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 149. Dostupný také z: <<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-426>>
- [20] ČESKO. Zákon č. 427 ze dne 6. listopadu 2011 o doplňkovém penzijním spoření, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 149. Dostupný také z: <<https://www.zakonyprolidi.cz/print/cs/2011-427/zneni-20160101.htm>>
- [21] ČESKO. Vyhláška č. 388 ze dne 29. listopadu 2011 o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 136. Dostupný také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/print/cs/2011-388/zneni-20150101.htm>
- [22] ČESKO. Vyhláška č. 389 ze dne 29. listopadu 2011 prováděcího předpisu k zákonu č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 136, s. 5026. Dostupný také z: <https://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=75674&nr=389&rpp=15#local-content>
- [23] ČESKO. Zákon č. 89 ze dne 3. února 2012 o občanském zákoníku, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2012, částka 33, s. 1026-1368. Dostupný také z: <http://www.msmt.cz/uploads/legislativa/2012_89.pdfpdf>
- [24] ČESKO. Vyhláška č. 27 ze dne 21. ledna 2016 o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2016, částka 10. Dostupný také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/print/cs/2016-27/zneni-20160901.htm>
- [25] DURDISOVÁ, Jaroslava. *Sociální politika v ekonomické praxi: vybrané problémy*. 1. vyd. Praha: Oeconomica, 2005. ISBN 80-245-0850-8.

- [26] DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-1620-6.
- [27] EMERSON, Eric. *Problémové chování u lidí s mentální retardací a autismem*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-390-1.
- [28] FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Praha: TRITON, 2008. ISBN 978-80-7387-014-0.
- [29] HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.
- [30] HRADEČNÁ, Marie a kol. *Vybrané problémy sociální pedagogiky*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1998. ISBN 80-7184-015-7.
- [31] HRONCOVÁ, Jolana, Anna HUDECOVÁ a Tatiana MATULAYOVÁ. *Sociální pedagogika a sociální práce*. Vyd. 2. Banská Bystrica: Pedagogická fakulta UMB v Banskej Bystrici, 2001. ISBN 80-8055-476-5.
- [32] JUKLOVÁ, Kateřina, Irena LOUDOVÁ, Radka SKORUNKOVÁ, Eva ŠVARCOVÁ a Jindra VONDROUŠOVÁ. *Vybrané kapitoly z pedagogiky a psychologie nejen pro speciální pedagogy*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015. ISBN 978-80-7435-427-4.
- [33] KERN, Hans a Christine MEHL, NOLZ, Hellfried a Martin PETER, WINTERSPERGER, Regina. *Přehled psychologie*. 3. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-121-2.
- [34] KNAUSOVÁ, Ivana. *Vybrané kapitoly ze sociální politiky*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-2441-021-4.
- [35] KNOTOVÁ, Dana a kol. *Úvod do sociální pedagogiky: studijní texty pro studenty oboru sociální pedagogika*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2014. ISBN 978-80-210-7077-6.
- [36] KRAUS, Blahoslav a Věra POLÁČKOVÁ. *Člověk - prostředí - výchova: k otázkám sociální pedagogiky*. 1. vyd. Brno: Paido, 2001. ISBN 80-7315-004-2.
- [37] KRAUS, Blahoslav. *Základy sociální pedagogiky*. 2. vyd. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0643-9.
- [38] KREBS, Vojtěch a kol. *Sociální politika*. 4. přepracované a aktualizované vyd. Praha: ASPI, 2007. ISBN 978-80-7357-276-1.

- [39] MATOUŠEK, Oldřich. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. 3. rozšířené a přepracované vyd. Praha: SLON, 2003. ISBN 80-86429-19-9.
- [40] MATOUŠEK, Oldřich a Hana PAZLAROVÁ. *Podpora rodiny: manuál pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0697-2.
- [41] MILFAIT, René a Daniel BARTOŇ. *Lidská práva osob s postižením, nevyléčitelně nemocných a umírajících na pozadí nacistických sterilizací a programu "Euthanasie"*. 2., rozš. vyd. Středokluky: Zdeněk Susa, 2013. ISBN 978-80-86057-85-9.
- [42] MOŽNÝ, Ivo. *Sociologie rodiny*. 2. upravené vyd. Praha: SLON, 2002. ISBN 80-86429-05-9.
- [43] MUNKOVÁ, Gabriela a kolektiv. *Sociální politika v evropských zemích*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 80-246-0780-8.
- [44] NOVOSAD, Libor. *Základy speciálního poradenství*. 2. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-174-3.
- [45] NOVOSAD, Libor. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním: základy a předpoklady dobré poradenské praxe*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-509-7.
- [46] PANČOCHA, Karel a Marie VÍTKOVÁ. *Analýza sociálních determinantů inkluzivního vzdělávání*. 1. vyd. Brno: Paido, 2013. ISBN 978-80-7315-245-1.
- [47] PANČOCHA, Karel, Lucie PROCHÁZKOVÁ a Kateřina SAYOUD SOLÁROVÁ. *Edukativní, intervenční a terapeutické přístupy k dospělým osobám a seniorům se zdravotním postižením*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2013. ISBN 978-80-210-6306-8.
- [48] PETRÁŠEK, Josef. *Sociální politika*. Vyd. 2., dopl. a rozš. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského Praha, 2014. ISBN 978-80-7452-033-4.
- [49] PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0.
- [50] PIPEKOVÁ, Jarmila, Marie VÍTKOVÁ a Miroslava BARTOŇOVÁ. *Od edukace k sociální inkluzi osob se zdravotním postižením se zaměřením na mentální postižení*. 2., upr. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2014. ISBN 978-80-210-7689-1.

- [51] POLONSKÝ, Dušan a Zdenka PILLÁROVÁ. *Kapitoly zo sociálnej politiky*. 1. vyd. Liptovský Mikuláš: Lesnícka informačná agentúra, 2002. ISBN 80-968753-6-1.
- [52] POTŮČEK, Martin a kol. *Veřejná politika*. Upr., dopl. a aktualiz. vyd. v českém jazyce. Praha: SLON, 2005. ISBN 80-86429-50-4.
- [53] PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0731-3.
- [54] PROCHÁZKA, Miroslav. *Sociální pedagogika*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3470-5.
- [55] PRŮCHA, Jan. *Pedagogická encyklopedie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-546-2.
- [56] PRŮCHA, Jan. *Přehled pedagogiky: úvod do studia oboru*. 3., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-567-7.
- [57] PŘADKA, Milan, Dana KNOTOVÁ a Jarmila FALTÝSKOVÁ. *Kapitoly ze sociální pedagogiky*. 2. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2004. ISBN 80-210-3469-6.
- [58] REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-3006-6.
- [59] RENOTIÉROVÁ, Marie a Libuše LUDÍKOVÁ a kol. *Speciální pedagogika*. 2. doplněné a aktualizované vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2004. ISBN 80-244-0873-2.
- [60] SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1733-3.
- [61] SOBKOVÁ, Petra, Milena ÖBRINK HOBZOVÁ a Helena POSPÍŠILOVÁ. *Sociální pedagogika a její metody*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. ISBN 978-80-244-4885-5.
- [62] ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.
- [63] TOMEŠ, Igor. *Sociální politika – teorie a mezinárodní zkušenost*. 2. přeprac. vyd. Praha: SOCIOPRESS, 2001. ISBN 80-86484-00-9.
- [64] TOMEŠ, Igor a kolektiv. *Sociální správa*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-560-1.

- [65] TOMEŠ, Igor. *Obory sociální politiky*. 1. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-868-5.
- [66] VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.
- [67] VÁGNEROVÁ, Marie, Zuzana HADJ-MOUSSOVÁ a Stanislav ŠTECH. *Psychologie handicapu*. 2., přeprac. vyd. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 80-7184-929-4.
- [68] VALENTA, Milan. *Přehled speciální pedagogiky: rámcové kompendium oboru*. 1. vyd. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0602-6.
- [69] VEČEŘA, Miloš. *Sociální stát*. 2. uprav. vyd. Praha: SLON, 2001. ISBN 80-85850-16-8.

SEZNAM INTERNETOVÝCH ZDROJŮ

- [1] Cpkp.cz [online]. Copyright, © 2011 Centrum pro komunitní práci [cit. 2017-03-30]. Dostupné z: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:1VpT_w9o72gJ:www.cpkp.cz/index.php/component/joomdoc/dokumenty%2520CpKP%2520ST%25C4%258C/POP/zaverecna_zprava_potreby_seniori_ozp.pdf/stahnout+&cd=1&hl=cs&ct=clnk&gl=cz
- [2] Mpsv.cz [online]. Copyright, ©2016 MPSV [cit. 2016-11-30]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/20186>
- [3] Ncss.cz [online]. Copyright, NCSS © 2017 [cit. 2017-03-30]. Dostupné z: <http://www.ncss.cz/files/analyza-socialne-ekonomice-situace-osob-s-zp.pdf>
- [4] Ncss.cz [online]. Copyright, NCSS © 2017 [cit. 2017-03-30]. Dostupné z: <http://www.ncss.cz/files/strategie-a-navrhy-na-uskutecnen-transformace-davek.pdf>
- [5] Ncss.cz [online]. Copyright, NCSS © 2017 [cit. 2017-03-30]. Dostupné z: <http://www.ncss.cz/files/optimalizace-socialnich-sluzeb.pdf>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

apod. a podobně

atd. a tak dále

ČR Česká republika

MPSV Ministerstvo práce a sociálních věcí

např. například

Sb. Sbírka zákonů

tj. to je

tzn. to znamená

tzv. takzvaně

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Rozhovor č. 4 – Respondent „D“

PŘÍLOHA P I: ROZHOVOR Č. 4 – RESPONDENT „D“

T: Jste připraven začít? Je Vám průběh rozhovoru jasný? Porozuměl jste všemu? Máte na úvod nějaké otázky?

R: Ne, nemám zatím žádné otázky.

TO 1 (tazatelská otázka): Považujete invalidní důchod za dostatečnou kompenzaci výdělečné činnosti a života se zdravotním postižením? A svou odpověď, prosím, zdůvodněte. Můžete hodnotit jeho výši, jaké potřeby a požadavky lze jím uspokojit, zároveň kritéria pro získání nároku a jiné.

R: No, myslím si, že ten důchod nezohledňuje to postižení těch lidí, kteří jsou postižení ve smyslu, že někdo je víc, někdo je míň, a ty částky nejsou adekvátní. Vím i z okolí, že třeba na Vsetíně teta bere devět tisíc a relativně je chodící, je nějaká a potřebuje nějakou péči. Ale dcera, ta potřebuje 24 hodinovou péči, musí se o ni pořád někdo starat. Když vezmu v úvahu, že bychom dali dceru do ústavu, tak ten stát vynaloží o hodně větší finanční prostředky na to místo jedno na těch 24 hodin, než když se o ni starají rodiče. To někdo řekne, třeba Táňa Fischerová v parlamentu nebo někdo, kdo má k těm sociálním službám blíž, ale nic se v tom neděje, každý to nechává být, nechce do toho vrtat. Nelíbí se mi, že třeba stát valorizuje důchody, všechno možné, ale sociální dávky se nezvyšují. To znamená, že máte nárok na nějaký příspěvek, dejme tomu, plus důchod a ty příspěvky se prostě nezvedají, nic, nikdo vůbec nebere ohled. Pak se udělá nějaká reforma, to překope zase nějak. Takže z tohoto důvodu si myslím, že je to nedostatečné. Navrhl bych zvýšení. Konkrétně bych si představoval, že dejme tomu bude z městského úřadu někdo, kdo budeme mít ty kritéria detailnější, rozpracovanější, seznámí se s tím člověkem, a podle toho by zhodnotil. Třeba moje představa u mojí dcery by bylo navýšení o pět tisíc.

TO 2 (tazatelská otázka): A považujete v každém případě invalidní důchod neboli pouze finanční kompenzaci za vhodnou alternativu kompenzace výdělečné činnosti? Nyní mám na mysli vyčlenění osoby z pracovního procesu, kde by osoba se zdravotním postižením mohla získat pracovní návyky, seberealizovat se, sociálně se začleňovat, atd. (samozřejmě s ohledem na možnosti jednotlivce). Odpověď, prosím, opět zdůvodněte.

R: No, finance jsou nutné, druhá věc je, pokud máte finanční kompenzaci, dostanete od státu peníze, ale nemáte žádnou náplň, ten člověk jako by nějak přežíval, tak to taky není dobře. V Rožnově je jediné štěstí, že se rodiče dali dohromady a udělali sdružení Kamarád.

Takže dcera není defakto 24 hodin s námi, není tady ta ponorková nemoc, nemusíme každý den vymýšlet něco nového. Jde do kolektivu, kde jsou lidi, kteří tomu rozumí, jsou vyškolení, jsou znalí a je jako by mezi svými vrstevníky, může si s nimi povykládat, jsou tam sociální pracovnice, které ví, jak se chovat. Protože něco jiného je, když dostane člověk nebo když se potkáte s někým, kdo nikdo se zdravotně postiženým nepřišel do styku, tak neví, jak se k tomu člověku má chovat, kdyžto tam ti lidi ví, co a jak. Takže si myslím, že jsou důležité nejen ty finance, ale i to začleňování sociální s okolím, s ostatními lidmi.

TO 3 (tazatelská otázka): Jaké další možnosti finanční kompenzace (příspěvky, dávky atd.) života s postižením byste uvítala? Prosím, tuto pomoc konkrétně popište. Popřípadě stanovte kritéria pro jeho poskytování (jaké osoby by na danou pomoc měly nárok). Dále stanovte případnou výši této finanční pomoci.

R: Je pravda, že jsme v posledních letech pasivní, nejsme žádní takoví ti mladí dravci, protože je to tak, že pokud je člověk mladý, všude jezdí, všechno vyřizuje, bojuje, pak už je to, jako když narážíte pořád do zdi, nebo házíte hrách na stěnu a on pořád padá a padá a ne drží tam, takže i my jsme takoví, že teď máme zaběhnutý nějaký systém, kdy dcera buď chodí do Kamarádu, nebo je doma dopoledne, naštěstí vedle je naštěstí babička, tak jde k babičce a má nějakou změnu. A tak to nějak funguje, takže teď necítíme nějakou potřebu radikálně něco měnit, myslíme si, že dcera to má i nějak zažité a že jí to vyhovuje. Ale zase na druhou stranu, když máme nějakou návštěvu nebo když jedu za kolegou z práce, tak dceru vezmu sebou a tak, takovou změnu ona zase uvítá. Člověk zase nemá kyslík, furt něco vymýšlet, takže už jsme takoví, že si tady raději sedneme a něco. Nejsme zase takoví, že bychom pořád leželi, máme hry a hraje deskové hry, protože syn nás to naučil. Tak si třeba vytáhneme nějakou hru, hraje nějakou hru a dceru do toho zapojíme. Ona třeba nepočítá nebo nedělá věci, které neumí, ale umí třeba házet kostkou, tak nám hodí kostkou, vytahuje nám kartičky, takže jí zapojíme, tak se tedy snažíme. Nevím teď nic, co bych vysypal z rukávu, že bych nutně potřeboval.

TO 4 (tazatelská otázka): Jaké další možnosti nefinanční kompenzace života s postižením byste uvítala? Například různé programy, projekty, služby, větší začlenění osob se zdravotním postižením do trhu práce (samozřejmě vždy s ohledem na zdravotní stav a možnosti jedince). Bud'te, prosím, ve svých odpovědích konkrétní.

R: Možná jsme se s manželkou bavili, že by bylo dobré zeptat se na službu, kde existují dobrovolníci, že by se třeba domluvil nějaký dobrovolník nebo dobrovolnice v jejím věku

nebo v podobném věku, že by ji někam vzal, kamkoliv, nějaké kapesné má, stačí do cukrárny, stačí na kafe někam, kamkoliv. To by zase bylo dobré, to bych zase viděl do budoucna se nad tím zamyslet a zrealizovat to.

TO 5 (tazatelská otázka): Vnímáte příspěvek na péči jako dostatečnou a vhodnou pomoc při péči o osobu se zdravotním postižením? Pomineme-li nyní pomoc bezplatných sociálních služeb.

R: Je to takhle, že příspěvek na péči jakoby nahrazuje plat manželky. No, když manželka nechodí do práce a ona musí ten příspěvek věnovat i na to, že dcera chodí do Kamarádu, ale vzhledem k tomu, že chodící děti za Kamarád relativně neplatí, ale my, abychom tam mohli chodit, tak si musíme platit asistentku, tak je ta částka malá. Protože to teď máme vykompenzované nebo udělané tak, že se tam střídá s kamarádkou a je to tak, že tři dny je dcera a dva dny je ta kamarádka a další týden je to naopak, že tři dny je ta kamarádka a dva dny dcera v Kamarádu. Takže my defakto polovinu toho měsíce jsme v Kamarádu a platíme 7000 Kč. Kdybychom tam měli být celý měsíc, tak vlastně dceři nezbyde na živobytí a to je tam jenom dopoledne, protože se platí 110 Kč na hodinu. Jinak co odpoledne, co jídlo, co oblečení, co benzín a takové věci. Takže si myslím, že kdyby docházela do Kamarádu a bylo to zadarmo, tak dejme tomu, že je příspěvek adekvátní, ale když jsou výlohy takové, musí se i vozit tam autem, tak si myslím, že by to měl někdo nebo sociální pracovník zohlednit a měl by být příspěvek větší, z pohledu těch konkrétních výdajů. Jo, u člověka, který dochází do Kamarádu, ale nemusí to platit, tak to je jiné.

TO 6 (tazatelská otázka): Jaké další formy finanční pomoci (příspěvky, dávky atd.) při péči o osobu se zdravotním postižením byste považovala za přínosné? Prosím, tuto pomoc konkrétně popište. Popřípadě stanovte kritéria pro jeho poskytování (jaké osoby by na danou pomoc měly nárok. Dále stanovte případnou výši této finanční pomoci.

R: No, myslím si, že by tam měly být zohledněny ty výdaje na ten měsíc, jestliže třeba zaplatíme devět tisíc, tak by tam mělo být devět tisíc plus nějaké finance na to, aby si mohla zajít do divadla, do kina, na nějakou zábavu. Takže dejme tomu, by měl být o polovinu větší. Teď máme těch osm tisíc. Tak si představuju těch 14 000 Kč.

TO 7 (tazatelská otázka): Jaké další formy nefinanční pomoci při péči o osobu se zdravotním postižením byste považovala za přínosné? Rozšíření kompenzačních pomůcek, služeb či zařízení pro osobu se zdravotním postižením. Prosím, opět tuto pomoc konkrétně popište.

te. Popřípadě stanovte kritéria pro jeho poskytování (jaké osoby by na danou pomoc měly nárok a v jaké míře.

R: Určitě bych přivítal, kdyby bylo někde nějaké cvičení, rehabilitace, které by byly v rámci nějaké služby. Protože zatím to funguje tak, že jdete k lékaři, bolí vás noha, tak vám napíše rehabilitace. Ale když vám relativně nic není, ale jste na vozíku, tak potřebujete cvičit, protože ty svaly jinak ochabují. To samé, když jste přišla, tak jsme s dcerou cvičili, my s ní cvičíme každý den. Dřív jsme cvičili více, teď cvičíme jednou denně, ale je to alespoň něco, protože tím, jak ona buď sedí, nebo klečí, tak se zkracují šlachy, ale tím, že s ní cvičíme, tak jí propínáme nohy do krajních poloh, a tím pádem si myslím, že je pořád v dobré fyzické kondici. Takže já bych určitě přivítal nějakou rehabilitaci nebo cvičení s takovými lidmi, kde by byl někdo, kdo by tomu alespoň trochu rozuměl. Nemusel by to být člověk, který je vysokoškolský vzdělání, fyzioterapeut a něco, ale alespoň by měl rehabilitační vzdělání.

TO 8 (tazatelská otázka): Jak vnímáte sociální služby, které jsou poskytovány osobám se zdravotním postižením a jejich rodinám?

R: No, my hledáme službu, která by byla taková, že bude tam dcera moci být 24 hodin, plus bude tam nějaká rehabilitace, proto jsem i chtěl jako, aby nějaké cvičení někde bylo a podobně. V případě, že najdeme schopné bydlení a nebude tam to cvičení, tak by dcera mohla někde jinde jezdit cvičit, ale zatím nic takového není. Co jsme byli teďka, v loňském roce na sezení v Kamarádu, tak tam přišli pracovníci z Valašského Meziříčí, které mají pod sebou služby chráněné bydlení DOZP – domov pro osoby se zdravotním postižením. Tak to chráněné bydlení je spíše pro ty chodící, je tam někdo k ruce, kdo jim pomůže nebo poradí. Kdežto tady tito potřebují pomoc 24 hodin. Jenomže tam zase není nějaké cvičení, není tam taková zdravotní péče, takže zatím to celé vzniklo, protože v Zašové se rozpustil ústav a ti lidi neměli kam jít, tak se prostě zřídilo tohle a ještě tam nejsou nějak zaběhnutí, zatím tam jsou jen pánové, děvčata tam nejsou. Takže čekáme, jak se to celé vyvrbí. Ale už se mi líbí, že se něco děje, že jsme udělali schůzku rodiče nebo Kamarád zprostředkoval s nimi schůzku. A oni nám i poradili, že je potřeba dát nějaké přihlášky, dát vědět, že je potřeba tyto místa zřídit, protože ten kraj nemá informace o tom, že to někdo potřebuje, tak to samozřejmě zřizovat nebude. Takže je potřeba nastartovat to, že ty místa jsou potřeba, a když budou, tak je zaplnit a nenechat je volná. Takže zatím naše představa je, že do důchodu bude dcera tady, jak budeme důchodci, tak si představujeme, že bude mít dcera vlastní bydlení, protože mi tady věčně nebudeme a nechci, aby se syn o ni musel starat. Takže ně-

jaká taková vize do budoucna, by měla být, že bude mít vlastní bydlení, proto ji spoříme, máme nějaké peníze odložené, a ty naspořené peníze by ji měly tady ty výdaje pokrýt.

TO 9 (tazatelská otázka): Považujete nabídku sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením ve Vašem okolí za dostačující? Nyní mám na mysli všechny formy sociálních služeb – ambulantní (klient dochází do sociální služby); pobytové, terénní (sociální služba, která se poskytuje v domácnosti klienta). Svou odpověď, prosím, zdůvodněte s ohledem na Vaše stávající potřeby.

R: Když vezmu ostatní okolí, tak si myslím, že je velice dobrá ta nabídka, protože je spousta měst, kde se dojíždí dvacet, třicet kilometrů, sváží se ti lidi. Tady Rožnov to prostě má a myslím si, že je dobře, že to má a že se to dalo dohromady v době krize, kdy peníze nebyly, tak se různé sociální služby oklešťovaly a zavíraly a tady se to udrželo, to jsem rád. Takže myslím si, že je to na slušné úrovni. Spíše je to tedy pro ty chodící, to musím říct na rovinu, není to pro vozíčkáře, ale budme rádi, že je to alespoň tak. Řekl bych, že není to na špičkové úrovni, ale je to velice slušné a myslím si, že můžeme být rádi, že máme tady ty služby dobré. Ale to jsem teď hovořil k těm službám, kam dcera dochází, těm ambulantním. Pobytové služby ty se teprve tvoří, protože to teprve v loňském roce začalo fungovat, tam si myslím, že není nějaká historie. Je to prostě nové zařízení, které funguje půl roku, takže nemůžete vědět. Nechceme tam ještě dát dceru, protože nevíme.

TO 10 (tazatelská otázka): Jsou případně nějaké další sociální služby, které byste ve Vašem okolí uvítala? O jaké sociální služby byste spektrum sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením rozšířila? Svou odpověď, prosím, zdůvodněte.

R: To pobytové zařízení by mělo být určitě takové, aby nějakým způsobem tam byla náplň, pro mou dceru by bylo vhodné, aby tam byl někdo, kdo se jí může 24 hodin denně věnovat, asi ne tak, že tam s ní někdo bude od šesti do šesti a pak si dělej, co chceš, protože je epileptik, tak potřebuje i zdravotníka. Někdy má i slabší záchvat, je potřeba vědět, jak s tím naložit, sednout si k ní nebo lehnout, nebo podat nějaký lék, napít se a tak.

TO 11 (tazatelská otázka): Jak nebo v čem by Vám dané sociální služby konkrétně měly pomáhat? Čemu by se konkrétně měly věnovat? Co byste od daných sociálních služeb očekávala a potřebovala?

R: Potřebovali bychom 24 hodinovou péči, plus nějaké rehabilitace a zdravotnický personál nebo někoho, kdo má alespoň základní zdravotnické vzdělání a ví, jak pomoci takovému člověku.

TO 12 (tazatelská otázka): Jaký je Váš názor na současnou strategii vzdělávání osob se zdravotním postižením neboli snahu o inkluzi osob se zdravotním postižením do běžných škol?

R: No, myslím si, že by mohlo být lepší začlenění těch dětí, protože když člověk, ať už to vidí nebo slyší, když mají děti ve třídě někoho s postižením, tak na to mají jiný názor, znají ho, jinak i on se dobře začleňuje. V našem případě máme to postižení těžší, kombinované, kdy dcera by normální školní docházku nezvládla, protože jsme ji dali do Sedmikrásky v první třídě a bylo to na ni prostě hodně, pak šla do zvláštní školy, která se teď jmenuje praktická, a tam si myslím, že to pro ni bylo vhodné, protože postižení toho mozku je takové, že nemá představu o počtech, hodnotu peněz nezná, časově, co bylo před rokem, týdnem nedokáže rozhodnout, takže následně se učit je problém. Třeba zase nemá problém s jazyky, s barvy, hračky, tak to jo, tomu rozumí. Myslím si, že by mělo být vzdělávání těch postižených takové, že by se mohli více začleňovat do těch normálních kolektivů, protože když vezmu v potaz, že se vykládá, že Romové se nezačleňují, ale oni se nechtějí učit, tak proč je tam cpát, když postižení se chtějí učit a třeba se tam nedostanou. Pak zase je problém v tom, že tam není bezbariérový vstup, nějaké náklady jsou, na které škola nemá a tak.

TO 13 (tazatelská otázka): Jaký má, dle Vašeho názoru, vliv (dopad) začlenění se do inkluzivního vzdělávání na osobu se zdravotním postižením? Představte si reálnou situaci, kdy by se osoba se zdravotním postižením měla začlenit do běžné třídy (školy).

R: Já si myslím, že to je dobře, protože ta osoba žije se zdravýma dětma, snaží se dělat všechny činnosti jako ty zdravé děti. Je tam motivace k tomu, aby se ten člověk posunul někam dál.

TO 14 (tazatelská otázka): Myslíte, že je v každém jednotlivém případě vhodné (u každého jednotlivce se zdravotním postižením) volit strategii inkluzivního vzdělávání? Svou odpověď, prosím, zdůvodněte.

R: Já bych řekl, že je to třeba posoudit, že ne všichni. Nebo to třeba udělat tak, že se zkusilo na tři měsíce, jestli je to vhodné, není vhodné. Pak by si sedli rodiče a učitel a pak to zhodnotili, jestli je to dobré. Nevím, jestli to vůbec nějaký náš školní řád umožňuje dát někoho do školy na tři měsíce. Ale myslím si, že ten speciální pedagog, ke kterému nejdříve jdou a když ten to doporučí, tak může zohlednit tu docházku např. na to jedno pololetí. To se zhodnotí a uváží, jestli je to vhodné, není to vhodné, jestli na to to dítě má, nebo nemá,

jestli je to přínos, jestli je to stresující. Tady bychom se bavili spíše o prospěchu než o sociálním začlenění. Jestli bychom se pak bavili o tom, že to dítě dělá rozruch, vyrušuje nebo něco, tak pak samozřejmě na třídní schůzce by měl ten pedagog nadnést a ti ostatní rodiče by se k tomu měli vyjádřit, že s tím nesouhlasí, že se jim tam něco nelíbí.

TO 15 (tazatelská otázka): Jaké spatřujete případná pozitiva či negativa tohoto vzdělávání s ohledem na osobu se zdravotním postižením?

R: Myslím si, že by tam v případě, že ten člověk je dejme tomu dostatečně zralý, tam jsou pozitiva, protože ten člověk je motivovaný. Může po základní škole jít na střední školu, má potom větší uplatnění v životě v nějaké profesi nebo ve svých zálibách. Myslím si, že je to lepší. V případě, že by ten člověk byl vystresovaný, nezvládal to, tak to by byly negativa. Kdyby ho to stresovalo, měl by žaludeční problémy, to pak nemá smysl.

TO 16 (tazatelská otázka): Jaké kritické momenty či situace jste v životě s osobou se zdravotním postižením zažila - v oblasti zdraví, rodiny, důchodu a vzdělávání?

R: No, se zdravím, to bylo... V momentě, kdy měla první epileptický záchvat dcera, tak to jsem vystrašený, protože jsem předtím nikdy s epilepsií do styku. Jak se začala třepat, tak jsem k ní šel já a myslel jsem, že s ní bude už konec, pak z toho upadla do bezvědomí, tak jsme ji odvezli do nemocnice do Valašského Meziříčí, naštěstí se to pak spravilo a pak už to člověk, když už viděl, jak se má zachovat. Stalo se nám v práci, že tam jeden pracovník měl epileptický záchvat a ostatní vůbec nevěděli, jak se mají chovat. Já jsem je poslal pryč, dal jsem ho do stabilizované polohy, zavolali jsme sanitku, přišla sanitka. Vzali ho a bylo pak všechno v pořádku. Člověk, když už ví, tak když má někdo záchvat, tak už to bere víc v klidu a ví co a jak. Ale když je to poprvé, tak pro mě to bylo šokující. Pak ještě byla dcera na operaci šantu, a když jsem ji viděl po operaci, vyholenou, vzal jsem ji do náručí, taky to bylo dost psychicky náročné. Předat ji na operaci mozku, dceru. Vždycky je to o tom, že když se něco nepovede, tak je to potom ještě horší. To bylo asi nejkrizovější období, co jsme řešili.

TO 17 (tazatelská otázka): A které z těchto kritických životních momentů či situací Vám pomohl řešit stát prostřednictvím svých opatření? (služby, zařízení, příspěvky, dávky, kompenzační pomůcky atd.) Bud'te, prosím, konkrétní ve svých odpovědích.

R: No, stát mi pomohl řešit tu operaci, co byla s tím šantem, protože tam vlastně to šlo přes pojišťovnu, akorát jsme tam měli problém, že ta paní doktorka neuroložka ji měla poslat dávno na tu operaci, a to my jsme nevěděli. V momentě když jsme jeli do Brna, tak se nás

tam ptali, proč jsme nepřijeli dřív. Jako kdybychom my jsme za to mohli, až nám vletěly slzy do očí, jako kdybychom my jsme nechtěli ji tam zavézt. Takže to jsme bohužel jako nevěděli, no ale myslím si teda, že stát mi pomohl v tom, že ten doktor, co ji operoval, byl odborník na svém místě, on jezdil i na nějaká sympózia, dále jsme k němu jezdili na kontroly, tak ten to zvládl bravurně. Dal tam nastavitelný ventil, takže dřív ty děti měly problém, že ventil měly nenastavitelný a musely třeba po deseti letech na operaci. Takže dcera má přes magnet nastavitelný ventil a nesmí zase k magnetickým zařízením, to zase musíme hlídat, ale nějak to funguje a pomohlo to. V tomto nám stát pomohl, jakoby ve zdravotnictví. Co nám ještě pojišťovna pomohla, že nám přes naše urgencye a žádosti dala elektronický vozík, který hodně pomáhá, protože pokud nejedeme autem, tak tady ten kopec vyšlapat v létě, v horku, když svítí slunce, jdu z práce s taškou, tak mi to stačí, a ne ještě mít před sebou mechanický vozík. Takže elektronický vozík taky hodně, řekl bych, taková pomoc, že člověk se vydá na procházku a je to takové příjemné. Takže to jsou takové dvě věci, co si myslím, že stát pomohl.

TO 18 (tazatelská otázka): Jaké další formy finanční pomoci (příspěvky, dávky atd.) při péči o osobu se zdravotním postižením v oblasti zdraví, rodiny, důchodu a vzdělávání byste považovala za přínosné? Svou odpověď, prosím, odůvodněte. A buďte konkrétní ve svých odpovědích.

R: No, my jsme se o tom s manželkou bavili, my jsme celkem dobře situovaná rodina, protože dělám v Robe vedoucí funkci a manželka taky má nějaký příjem, takže my kdybychom zažádali, tak my bychom stejně na ten příspěvek nedosáhli, protože jsou určité kritéria, kdy člověk, protože máme pro dceru finanční rezervu, tak nemáme žádat o příspěvek. Takže je to v nějakých tendencích. Prostě ten příspěvek nedostaneme, tak to řešíme jinak. Řešíme to tak, že jsme si zvolili, že dřív jezdila do lázní, kde bylo 24 hodin o ni postaráno, to bylo v pořádku. Jenže potom jak přešla do dospělých, tak kdyby šla do dospělých, tak by to už bylo tak, že by byla na pokoji s někým a ty lázně se o ní postarají od šesti do dvanácti nebo do dvou a potom se musí sama o sebe starat, a tím, že je epileptik, tak jsme si nelajzli ji tam tak poslat. Když by tam byla s někým na pokoji a on by odešel, tak s ní dvanáct hodin nikdo nebude. Takže jsme místo lázní zvolili, že jezdíme, naspoříme nějaké peníze a jezdíme k moři. Takže místo toho jedeme třeba na deset dní k moři, dcera tam má změnu prostředí, je tam jiný jídelníček, když se koupe, tak ty svaly se uvolňují, je to taková dovolená. Ale spíše pro ni než pro nás. Jak je to s dcerou, tak to je dovolená, ale není to taková klasická dovolená, proto já jezdím s klukama na Těrlice, protože je to taková dovolená, kdy

člověk vypne a o nic se nestará. A manželka takovou dovolenou neměla, takže mi taky zkolabovala, vzala ji 155, takže tam jsme řešili těžkou situaci, hodně těžkou, kdy jsem nevěděl, jestli se probudí nebo neprobudí, když ji odvezla 155. No a na základě toho jsem se domluvil, že kamarádky ji vezmou alespoň do lázní nebo na prodloužený víkend v květnu. Bude sama, nebude muset na nic myslet a bude to takový pobyt, že si odpočine. No, manželku jsem poslal, zkonzultovali jsme to a chodí do jógy, takže tam je to zase o tom, že přijde mezi jiné lidi, má tam nějaké kamarádky, má tam nějaké cvičení, takže tam si odpočine, spíše duševně, tam se nemusí o nikoho starat, na nic myslet, tam si protáhne tělo. Potřebuje z toho prostředí tady odejít a mít změnu. Takže si myslím, že kdyby třeba nějaká služba byla, která by to zohlednila nějak. Nějakým příspěvkem na tu rehabilitaci. Takže nějaká třeba jóga, nebo nějaký příspěvek na nějaký takový zájmový kroužek jakýkoliv, ať už sportovní nebo kulturní.

TO 19 (tazatelská otázka): Jaké další formy nefinanční pomoci (služby, zařízení, kompenzační pomůcky atd.) při péči o osobu se zdravotním postižením v oblasti zdraví, rodiny, důchodu a vzdělávání byste považovala za přínosné? Svou odpověď, prosím, odůvodněte. A buďte konkrétní ve svých odpovědích.

R: No, nějakou tu náplň v tom volném čase. Dcera má ráda koně, když by třeba bylo možno někde zažádat, aby se jezdilo na koně, jednou za měsíc, někde, nějak. Asi bych byl rád. A zase jsme u toho, že kdyby někdo byl, kdo by se o tu dceru postaral, tak si rodiče můžou zajít třeba na kafe, tam do jógy, tam na nějaký sport. Jinak se to snažím taky řešit tak, že dceru vezmu a jedeme spolu na badminton, a ona si tam cvičí a zase má manželka zase to jednou odpoledne pro sebe, takže může jít žena kamkoliv chce, za známými, kamarádkami, já ji odvezu, přivezu.

T: Chtěl byste zdůraznit nebo dovysvětlit nějakou oblast, o které jsme hovořili? Je něco, na co jsme v rozhovoru zapomněli? Chtěl byste se na něco zeptat Vy?

R: Náš problém do budoucna je takový, kam dceru umístit, až my tady nebudeme. Taky s tím člověk musí počítat, že tu nebude věčně. Takže to je náš takový problém, který musíme do budoucna řešit. My jsme si dali takový časový horizont, prostě, až já budu v důchodovém věku, tak se to budeme snažit na tu dobu směřovat. Tak třeba, já nevím, když budu mít pět let do důchodu, tak už o tom budeme reálně mluvit, budeme se reálně ptát, zapíšeme se do nějakých pořadníků, protože to nejde z roku na rok. Takže taková je nějaká

představa, to jediné nás tak nějak trápí, že bychom to potřebovali vyřešit. To bych tak chtěl k tomu dodat na závěr.