

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
KATEDRA SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKY

**Tranzitní programy jako podpora tělesně postiženého
člověka při přechodu ze školy do zaměstnání**

Diplomová práce

Praha 2012

Vedoucí diplomové práce:
Doc. PaedDr. Vanda Hájková, Ph.D.

Vypracovala:
Zuzana Benešová

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracovala samostatně a použila jen prameny uvedené v seznamu literatury. Dále prohlašuji, že práce nebyla použita pro získání jiného ani stejného titulu.

Souhlasím, aby práce byla zpřístupněna ke studijním účelům.

V Praze dne 13. 4. 2012

.....

Název:

Tranzitní programy jako podpora tělesně postiženého člověka při přechodu ze školy do zaměstnání

Anotace:

Tato práce se zabývá problematikou tranzitního programu. Uvádí situaci v komplexní výchovně-vzdělávací péči a profesní přípravě osob s tělesným postižením. Vysvětluje důvody a způsoby potírání nezaměstnanosti osob se specifickými potřebami. Popisuje podstatu a realizaci tranzitního programu.

Klíčová slova: tělesné postižení, nezaměstnanost, profesní příprava, poradenství, tranzitní program

Title:

Transition programmes as an assistance for physically handicapped person in transit from school to jobs

Summary:

This work engage problems of transition programme. It show situation of comprehensive educational care and work preparation for person with physical handicap. It explains reasons and methods of eradication of unemployment of persons with specific needs. It describes fundamentals and realization of transition programme.

Keywords: physical handicap, unemplyoment, work preparation, consultancy, transition programme

Obsah

Úvod.....	7
1. Tělesné postižení.....	8
1.1. Vrozené vady	13
1.2. Dětská mozková obrna.....	16
1.3. Získané vady	17
2. Kvalita života osob s tělesným postižením.....	20
2.1. Kritické situace u osob s tělesným postižením	21
2.2. Sociální integrace.....	24
2.3. Pracovní integrace.....	25
2.3.1. Vzdělávání	26
2.3.2. Poradenství.....	36
2.3.3. Problematika nezaměstnanosti u tělesně postižených	38
3. Tranzitní programy	48
3.1 Východiska, cíle, principy a plánování tranzitního programu.....	49
3.2.1 Jedličkův ústav a školy	52
3.2.2 občanské sdružení Asistence	55
3.2.3 Realizace tranzitního programu	56
3.2.4. Průzkum dalších tranzitních programů realizovaných na území ČR.....	59
4. Individuální pocit spokojenosti v jednotlivých aspektech života osob s tělesným postižením – výzkumný projekt.....	66
4.1. Analýza výsledků šetření	67
4.2. Komentář k analýze šetření.....	71
Závěr	72
Seznam literatury:	73
Internetové zdroje:	75

Příloha: Dotazník pro osoby s tělesným postižením..... 76

Úvod

Současná doba inkluzivních tendencí ve společnosti žádá prolnutí toho, co bylo dříve na základě měnících se kritérií považováno za „normální“ a „odlišné“. Jinými slovy, aby „odlišné“ bylo považováno za „normální“, neboť každý jedinec je osobností se svými individuálními, tedy speciálními a specifickými, potřebami.

V ideálním případě se jedná o myšlenkový a hodnotový stav celé společnosti, ke kterému však vede dlouhý proces změn. Čím komplexnější systémy těchto procesů budou vytvořeny, tím úspěšněji mohou být celospolečensky implementovány.

Tato práce se zabývá tranzitními programy, které už ve svém názvu předjímají, že se jedná o služby, které mohou pomoci osobám nějakým způsobem znevýhodněným, pro účel této práce konkrétně na základě tělesného postižení, vstoupit plnohodnotně do života osobního i společenského.

Práce je rozdělena do čtyř kapitol. První kapitola vymezuje okruh osob s tělesným postižením, vrozeným či získaným. Druhá kapitola se věnuje faktorům, které společně utvářejí kvalitu života člověka s poukázáním na potenciálně ohrožující situace v životě člověka s tělesným postižením. Ve třetí kapitole je prezentován tranzitní program jako komplex služeb nabízený osobám s tělesným postižením, jeho cíle a nástroje. Čtvrtou kapitolu tvoří průzkum spokojenosti dospělých osob s tělesným postižením v různých aspektech života, které se podílejí na individuálním pocitu míry jeho kvality.

Cílem této práce je poukázat na oblasti osobního, společenského a profesionálního života osob s tělesným postižením, ve kterých tyto osoby nejvíce pocítují nejvíce bariér pro spokojený a plnohodnotný život, a diskutovat zaměření tranzitních programů na odstraňování těchto bariér.

Ke zpracování této práce byly použity techniky analýzy odborné literatury a dokumentů a dotazníku.

1. Tělesné postižení

Vztah společnosti k tělesně postiženým zaznamenal značný vývoj. V obdobích exkluze a později segregace osob s tělesným postižením docházelo buď k usmrcování jedinců s tělesným postižením, nebo alespoň k jejich vyloučení ze společenského života.

Známý je příklad ze starověké Sparty, kde byli slabí a oškliví novorozenci házeni do propasti v pohoří Táygetos. I ve starověkém Římě bylo dovoleno tělesně postiženého novorozence zabít nebo odložit. V antickém světě bylo totiž na jakoukoli odchylku od "zlatého středu" uměřenosti zdatnosti fyzické i psychické pohlíženo jako na vzdalování se od ideálu. Čím větší odchylka, tím větší "špatnost" postiženého nebo těch, jež ho zplodili. Narození postiženého bývalo v dobách mýtu také považováno za špatné znamení. Zajímavým faktem je, že už v této době bylo pomýšleno na prevenci narození postiženého dítěte. Platón i Aristotelés požadují duševní způsobilost i věkovou přiměřenost obou rodičů. (Titzl, B. 2000)

V dalším období se přihlásila o slovo křesťanská charita, která zdůrazňovala, že všichni jsme "děti Boží", "poslední budou prvními" a zvláště pak poukazovala na přikázání "Miluj bližního svého!". Na základě křesťanské lásky a milosrdenství pak bylo pečováno o ty, kteří se o péči o sebe nemohli postarat sami, a těm, kteří byli schopni částečně se o sebe postarat, bylo přiznáno právo na žebrotu. To se ovšem z dnešního pohledu jeví, jako dvousečná zbraň, neboť postižený sice musel projevit jakousi vlastní aktivitu, ale na druhou stranu byl nucen využívat nikoli svých schopností a dovedností, ale pouze svého postižení. Tím se ovšem stává skutečně "postiženým člověkem" a nikoli "člověkem s postižením", protože takto je jeho postižení stavěno do popředí a je tak společností vnímáno. Navíc takto není úniku z chudoby - na dlouhá staletí zůstává člověku s tělesným postižením statut mrzáka-žebráka-chudáka.

Pravdou také je, že ne všechny pohanské předsudky se podařilo křesťanství vymýtit. A tak v lidech zůstává představa o tom, že postižení je božím trestem či dílem d'ábla, nebo dokonce že postižený je d'ablem sám posedlý. Není proto jistě náhodou, že sv. Jiljí, patron mrzáků, je zároveň patronem lidí s duševními a záchvatovitými chorobami.

S rozvojem věd v období humanismu a renesance vzniká myšlenka, že vzdělávání by měli být všichni. Proto souvisí právě toto období se vznikem prvních institucí pro péči o lidi s postižením a medicína si začíná všímat např. vlivu onemocnění matky v

těhotenství na vrozené vady dítěte. S vývojem lékařské péče a také speciálního školství se začíná prosazovat požadavek na komplexní rehabilitaci postiženého za účelem jeho vřazení do pracovního procesu po dokončení školy. Proto vznikají na počátku 20. století u nás rehabilitační léčebny a ústavy s výrobními dílnami. Skvělým příkladem je Jedličkův ústav v Praze, kde docházelo nejen k výchově, vzdělávání a profesní přípravě tělesně postižených dětí, ale též k pracovní rehabilitaci a rekvalifikaci vojáků zraněných v bitvách první světové války.

Dlužno podotknout, že tyto separační tendence se netýkali jen osob s postižením, ale mnohdy i osob výrazně nadaných, to však není předmětem této práce.

V současné době převládají hlavně integrační a inkluzivní snahy, tj. snahy o to, aby se lidé s postižením stali samozřejmou součástí celé společnosti. Nejde jen o možnost zařazení žáka s postižením do běžné školy. Jde o celkovou změnu myšlenkového a hodnotového postoje společnosti, která se už nebude dívat na člověka s postižením, jako na někoho, kdo k ní přichází a komu se ona má přibližovat, ale kde člověk bude posuzován na základě svých individuálních schopností a potřeb, neboť každý (ať už ze současného hlediska „postižený“ nebo „intaktní“) má svá specifika - tedy "je normální být jiný".

Dále se v současnosti klade velký důraz již na prevenci postižení. V Deklaraci o prevenci postižení byly zaznamenány zvláště tyto principy:

- Vadě způsobené podvýživou, infekcí nebo zanedbaností lze předejít zlepšením primární léčebné péče.
- Mnoho poruch může být odvráceno díky realizaci perspektivních plánů výzkumu dědičných chorob s degenerativních dispozic.
- Disabilita se nemusí stát handicapem. Postoj společnosti způsobuje, že jsou postižení lidé znevýhodněni ve srovnání s ostatními. Tato skutečnost naznačuje nutnost soustavné výchovy veřejnosti i příslušných odborníků.
- Zbytečná disabilita je příčinou ekonomických ztrát a lidské deprivace v zemích vyspělých i rozvojových, proto by měla být odstraňována.

(Hájková, V. 2003)

Z hlediska prevence současná odborná společnost rozlišuje kategorie *postižení*, kde obtíže mají charakter trvalého, ne však neměnného, stavu, *narušení*, které může být časově omezené, neboť takového charakteru jsou jeho příčiny, a *ohrožení*, které znamená dlouhodobé nepříznivé působení faktorů různého druhu, které může mít za následek narušení až postižení. (Lechta, V. 2010) Zvláště kategorie *ohrožení* často přehlížena, což vede k mnohdy zbytečnému nárůstu druhotného narušení či postižení. Nebo jejich zhoršení. Podrobněji se budu touto tematikou konkrétně zaměřenou na osoby s tělesným postižením zabývat v kapitole týkající se kritických situací v životě těchto osob. Důvodem častého přehlížení *ohrožení* je zřejmě tendence k přehlížení drobných odchylek, které jedině umožňuje vnímání „normality“. „Normalita“ je však do velké míry individuálním konstruktem, a proto by neměla být přeceňována.

V souvislosti s pojmem "postižení" bychom měli zmínit také Mezinárodní klasifikaci vad, postižení a znevýhodnění, kterou schválila v roce 1980 Světová zdravotnická organizace (WHO). Ta rozlišuje pojmy:

- Vada (Impairment) - vada podpůrného a pohybového aparátu, poškození jiných orgánových systémů, podstatná tělesná změna nebo deformace; ztráta nebo abnormalita psychické, fyziologické nebo anatomické stavby či funkce
- Snížená schopnost, omezení, neschopnost (Disability) - kvantitativní omezení a kvalitativní změna pohybového výkonu vzhledem k obvyklé výkonnosti jedinců stejného věku, pohlaví a životního prostředí
- Znevýhodnění (Handicap) - omezení vyplývající z vady nebo poruchy v oblasti kognitivní, emocionální a sociální, která omezují nebo znemožňují naplnění společenské role přiměřené jeho věku, pohlaví a životnímu prostředí a tak danému jedinci vytvářejí kulturní a sociální bariéry

(Hájková, V. 2003, Vítková, M. 1999)

Tělesným postižením míníme přetrvávající nebo trvalé nápadnosti, snížené pohybové schopnosti s trvalým nebo podstatným působením na kognitivní, emocionální a sociální výkony. Kraus a Šandera uvádí definici: "Tělesným postižením rozumíme vady pohybového a nosného ústrojí, tj. kostí, kloubů, šlach a svalů a cévního zásobení, jakož i poškození nebo poruchy nervového ústrojí, jestliže se projevují porušenou hybností. Patří sem také všechny úchyly od normálního tvaru těla a končetin, tedy deformity, též abnormity čili anomálie." (Kraus, J., Šandera, O. in Renotiérová, M. 2003, str. 29-30)

Různí autoři dělí tělesná postižení různě. Např. Vítková (1998, 1999) podle Lili Monatové (1994, 1995) na:

- Obrny centrální a periferní
- Deformace, malformace a amputace

Renotiérová (2003, 2006) dělí na:

- Vrozená
- Získaná (ta dále dělí na získaná po úraze a po nemoci)

Hájková (2003) dělí na:

- vrožené vady
- získané poruchy
- nervové poruchy

1.1. Vrozené vady

Epidemiologií vrozených vad se zabývá populační teratologie. Incidence vrozených vad se v České republice sleduje již od počátku šedesátých let dvacátého století. Za tu dobu samozřejmě došlo k mnoha změnám v tomto sledování, které souvisí především se změnami pohledu na to, co vůbec vrozenou vadou rozumíme. S registrací vrozených vad u nás začal v roce 1959 MUDr. Jiří Kučera, CSc. z Ústavu pro péči o matku a dítě v Praze - Podolí. V roce 1961 byla zahájena registrace vývojových vad na území celé republiky. Nejprve se evidovalo pouze 36 druhů vrozených vad a pouze u dětí na novorozeneckých odděleních a mrtvě narozených. Od roku 1975 se evidovalo 60 typů vrozených vad u dětí do 1 roku života. Od roku 1994 se podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (XVII. kapitoly - Vrozené vady, deformace a chromozomální abnormality) evidují vývojové vady až do 15 let věku dítěte. Od roku 1996 se navíc hlásí i vrozené vady u plodu zjištěné při prenatalní diagnostice a u samovolných potratů nad 500 gramů. K 1. 1. 2002 byl zřízen Národní registr vrozených vad, který spravuje Ústav zdravotnických informací a statistiky České Republiky. Na mezinárodní úrovni je Česká republika zakládajícím členem International Clearinghouse of Birth Defects Monitoring System, která vznikla v roce 1974 v Helsinkách jako součást Světové zdravotnické organizace. Zástupcem České republiky v této organizaci byl do roku 1991 MUDr. Kučera. V roce 2004 na setkání v Japonsku byla organizace přejmenována na International Clearinghouse of Birth Defects Surveillance and Research. (Vrozené vady 2006 - 2007, ICBDSR 2006)

Diagnostikou a prevencí vývojových vad se zabývá genetické poradenství. Prenatální diagnostika vývojových vad se u nás začala provádět v sedmdesátých letech. Mezi vyšetření, která vedou k odhalení vrozené vady již v prenatalním období, patří metody neinvazivní (především ultrazvuk) a invazivní (vyšetření plodové vody, stanovení hodnot biochemických markerů - např. alfa proteinu). Ultrazvuk může odhalit například některé morfologické odchylky ve stavbě těla nebo orgánů. Hodnoty alfa proteinu zase ukazují na možné rozštěpové vady nebo chromozomální aberace. (Genetika 2006)

Výskyt vrozených vad se průběhu času samozřejmě mění. Souvisí to s rozvojem diagnostických metod (např. úbytek výskytu Downova syndromu z důvodu předčasného

ukončení těhotenství na základě časné diagnostiky) a také změnou životního stylu (např. zlepšení výživy a prenatální péče vede k úbytku rozštěpových vad).

Příčinou vrozených vad jsou vlivy vnitřní (genetické mutace) nebo vnější (tzv. teratogeny). Teratogeny jsou charakteru fyzikálního (záření - např. rentgenové, teplota), chemického (léky, alkohol, drogy) a biologického (infekční onemocnění matky - toxoplazmóza, zarděnky, herpes viry atd.). Teratogenně může působit i další onemocnění matky (např. diabetes mellitus). (Genetika 2006)

Příklady vrozených vad:

- poruchy tvaru lebky - nejčastěji jsou způsobeny předčasným srůstem lebečních švů; mohou způsobit zmenšení nitrolebečního prostoru a zvýšený nitrolebeční tlak
- poruchy velikosti lebky (makrocefalus, mikrocefalus, hydrocefalus)
- anencefalus - postižení neurální trubice; chybí část mozku nebo i míchy a lebečních kostí; jde o postižení neslučitelné se životem - dítě umírá ihned po porodu, nejdéle do jednoho roku života
- rozštěp lebky (encefalokéla) - další postižení neurální trubice; dochází k vyhřeznutí mozku a plen (někdy kryté kůží); dítě opět umírá časně
- rozštěp páteře (spina bifida) - opět postižení neurální trubice vzniká nedokonalým uzavřením medulární trubice; vyhřezávají míšní pleny (meningokéla, spina bifida occulta) nebo i mícha (meningomyelokéla, spina bifida cystica); přežití dítěte a míra postižení závisí na závažnosti rozštěpu

(Genetika 2006, Renotíerová, M. 2003, 2006, Vítková, M. 1998,1999)

- rozštěp rtu, čelisti, patra - jsou upravitelné chirurgicky, následně je třeba péče logopedická a ortodontická
- vrozené vady končetin - amélie (úplné nevyvinutí končetin), dysmélie (tvarová odchylka končetin), fokomélie (chybění paže a předloktí/stehenní a lýtkové části horní/dolní končetiny), arachnodaktylie (extrémně dlouhé prsty - typické pro Marfanův syndrom), syndaktylie (srůst prstů), polydaktylie (zmnožení prstů), kososvislá noha, noha hákovitá, noha kosá, luxace a subluxe (časté postižení zvláště u děvčat při nedostatečně vyvinuté jamce kyčelního kloubu)

- vrozené vady růstu - achondroplázie (porucha růstu kostí z chrupavky, trpasličí vzrůst), akromegalie (porucha činnosti hypofýzy po ukončení růstu do výšky, zvětšení okrajových částí těla), akromikrie (abnormálně krátké končetiny), gigantismus (zvýšená činnost hypofýzy, nadměrný vzrůst), hemihypertrofie (nestejná velikost polovin těla), nanismus (nedostatek růstového hormonu, trpasličí vzrůst)
- centrální a periferní obrny - centrální obrny se týkají centrální části nervové soustavy (mozku a míchy), periferní obrny potom periferního (obvodového) nervstva; dělíme je na parézy (částečné ochrnutí) a plégie (úplné ochrnutí); nejvýznamnější vrozená postižení vznikají na základě dětské mozkové obrny (DMO).

(Renotierová, M. 2003, 2006, Vítková, M. 1998,1999)

1.2. Dětská mozková obrna

Dětská mozková obrna (dříve nazývaná perinatální encefalopatie) patří mezi nejčastější neurovývojová onemocnění. Jde o poruchu hybnosti a postury vzniklou na základě poškození mozku v prenatálním, perinatálním nebo postnatálním období (obvykle se uvádí do 1 roku života dítěte). U DMO však většinou nedochází jen poruše hybnosti ale spíše ke kombinaci s vadami intelektu (až u 2/3 případů DMO zaznamenáváme mentální postižení), zrakovými vadami, epilepsií atd. Příčiny vzniku DMO jsou rozmanité - nízká porodní hmotnost (hypotrofie plodu, small for gestational age), hypertenze v těhotenství (preeklampsie) - zajímavostí je, že zvyšuje riziko vzniku DMO u dětí narozených po 32. týdnu a naopak ho zmenšuje u dětí narozených před 32. týdnem, mnohočetné těhotenství, kongenitální infekce, nedostatečná výživa (hlavně nedostatek kyseliny listové a jódu), toxiny (např. alkohol), porodní asfyxie, Rh inkompabilita (novorozenecká žloutenka), infekce a další. (Kraus, J. a kol. 2005)

Formy DMO (dělení podle Krause - Kraus, J. a kol. 2005):

- Hemiparetická (kongenitální a získaná hemiparéza) - nejčastěji jde o spastickou parézu jedné poloviny těla; více bývá postižena horní končetina (abdukce a vnitřní rotace), na dolní končetině zaznamenáváme svislou nebo kososvislou nohu
- Bilaterální spastické - diparetická (symetrické postižení dolních končetin, dolní končetiny jsou dysproporcionálně kratší, tvoří se svislá nebo kososvislá noha, překřížování nohou při chůzi), ataktická (spasticko-ataktická, většinou prenatální příčiny, nejprve výrazná hypotonie přejde ve spasticitu), triparetická, kvadraparetická (obvykle větší postižení horních než dolních končetin, těžká mentální retardace)
- Dyskinetická (extrapyramidová dystonicko-dyskinetická nebo atetózní) - nejčastěji se vyvíjí z hypotonického syndromu, později se přidávají mimovolní pohyby
- Cerebelární (ataktická)
- Smíšené
- Neobvyklé obrazy DMO

1.3. Získané vady

Mezi získané vady řadíme především získané deformace, pourazové stavy a postižení po nemoci.

K deformacím dochází převážně na základě vadného držení těla. Jeho příčiny mohou být vnitřní - fyziologické (růstové vlivy, výživa) nebo vnější (nedostatek pohybu, jednostranná zátěž, obezita, nevhodný nábytek). Páteř se deformuje v rovině předozadní (krční nebo bederní hyperlordóza, hrudní kyfóza - kulatá záda) nebo čelní (skoliózy). Typickým příkladem deformace kostí z důvodu nedostatečné výživy byla v minulosti křivice (rachitis) - kostní tkáň z důvodu nedostatku vitamínu D (nebo nedostatku podmínek, za kterých je tělo schopno ho využít) měkne (pevná kostní tkáň se mění na chrupavčitou).

Závažnými úrazy, které mohou jako trvalý následek zanechat pohybové postižení jsou především úrazy hlavy (kontuze, komprese a komoce mozku) a páteře. Po otřesu (komoci) mozku mohou jako trvalý následek zůstat závratě nebo nejistota při chůzi. Po stlačení (kompresi) nebo zhmoždění mozku (kontuzi) může dojít až k parézám ale i dalším postižením. Při poranění páteře může dojít k poranění míchy a tím až k obrně. Míra postižení závisí na lokaci poškození. Při poškození horní krční míchy (1. - 4. segment) dochází ke kvadraparéze až kvadraplegii a poruše cití až ke krku. Při poškození dolní krční míchy (5. - 8. segment) dochází paraperéze až paraplegii dolních končetin a chabé paraparéze až paraplegii horních končetin a poruše cití na hrudníku a všech končetinách. Při poškození míchy hrudní dochází k paraparéze až paraplegii dolních končetin a poruše citlivosti do výšky poranění. Při poruše bederní a křížové míchy dochází k chabé paraparéze až paraplegii dolních končetin a poruchám cití na dolních končetinách.

Dále může dojít k pourazové poruše periferních nervů. Dočasné porušení okrajového nervu nazýváme neuropraxis, závažnější poranění periferního nervu je axonometsis a nejtěžší úplné přerušení nervu neurometsis.

Dalšími úrazy (nebo jako následek úrazu) může dojít k amputaci - umělému oddělení části orgánu nebo části nebo celé končetiny od organismu.

(Renotierová, M. 2003, 2006, Vítková, M. 1998, 1999)

Dále uvedu jako příklad několik typů nemocí, jejichž následkem může být tělesné postižení.

- Dětská infekční obrna (poliomyelitis anterior acuta) - Toto onemocnění se už u nás díky celoplošné aplikaci Sabinovy vakcíny nevyskytuje, přesto není zcela eradikováno. Je charakteristické dvěma fázemi - první s příznaky chřipky a druhou s příznaky podráždění mozkových plen. Poté se objevují obrny. Někdy se po letech objevují znovu příznaky svalové slabosti, které mohou vést až k úplné invaliditě - tzv. postpoliomyelitický syndrom. (Vítková, M. 1999)

- Perthesova choroba - Jde o nedostatečné krevní zásobení hlavičky stehenní kosti. Zaznamenáváme ji u dětí mezi 2. a 12. rokem. Léčba trvá 18 měsíců až dva roky. (Orthoinfo)

- Záněty mozku (encephalitis) - Pohybové postižení po úplném uzdravení obvykle vymizí.

- Mozkové nádory

- Iktus a mozková embolie - Většinou dochází k postižení jedné mozkové hemisféry, a proto k jednostranné hemiparéze až hemiplegii.

(Vítková, M. 1999)

- Revmatická onemocnění - Může mít akutní průběh s horečkami způsobený převážně streptokokovou infekcí nebo naopak dlouhodobý chronický. U akutního zánětu musíme mít na paměti nebezpečí zánětu srdečního svalu, které je velmi vysoké. U chronického zánětu hrozí trvalé ztuhnutí nebo deformace kloubu, proto je přiměřená aktivita nutná. (Renotierová, M. 2003, 2006)

- Roztroušená skleróza mozkomíšní (sclerosis cerebrospondylitis multiplex) - Patří mezi demyelinizační choroby centrální nervové soustavy. Příčiny nejsou dosud známy. Při autoimunitním zánětu myelinových pochv nervového vlákna a po jejich zhojení jizvou dochází k chaotickému přenosu informací, který má za následek postižení různého typu i rozsahu (pohybové postižení, zrakové postižení, poruchy vyprazdňování a sexuální poruchy, poruchy intelektu). (Mult-sclerosis, 2006)

- Parkinsonova choroba - Choroba, při které dochází k odumírání buněk produkujících neurotransmiter dopamin. Dochází tak k pohybovým obtížím - především ztrátě koordinace pohybů. Někdy se objevuje třes. (Parkinson)
- Huntingtonova choroba - Patří mezi genetické choroby. Objevuje se po 30. roce života. Změny na mozku vedou od pohybových poruch přes demenci nakonec až ke smrti.
- Osteogenesis imperfecta - Další genetická choroba, kterou charakterizuje porucha tvorby kolagenu. Typické jsou deformity kostry a náchylnost ke zlomeninám.
- Myopatie (progresivní svalová dystrofie) - Nejčastěji má dědičný původ. Jde o poruchu syntézy dystrofinu (jeden ze strukturních proteinů svalových tkání). Téměř výhradně chlapce postihuje Duchennova forma musculární dystrofie. Tato forma je rychlá, postižení umírají kolem 20. roku života. Pomalejší průběh má Beckerova musculární dystrofie.

(Genetika, 2006)

2. Kvalita života osob s tělesným postižením

Kvalitu života vytváří komplex individuálně vnímaných faktorů. Její míra je vnímána jako míra spokojenosti v takových oblastech jako zdraví, samostatnost, možnost rozvoje osobnosti a seberealizace v pracovních a volnočasových aktivitách, mezilidské vztahy - zvláště partnerské a rodinné a kvalita životního prostředí.

Je to právě kvalita života, která by měla být ukazatelem úspěšnosti inkluzivních snah společnosti. Jednoduše řečeno kvalita života jedince by měla být vnímána stejně pokud možno pozitivně osobami intaktními jako osobami s postižením, třebaže k jejímu dosažení bude potřeba využít různých nástrojů.

2.1. Kritické situace u osob s tělesným postižením

Tělesné postižení je vždy ohrožujícím faktorem i v oblasti psychické. Zvláště pokud jde o postižení u dítěte, které může ohrozit celý jeho psychický vývoj. Neboť dnes již nepochybujeme o spojitosti mezi psychickým a tělesným vývojem. A to zvláště pokud jde o rozvoj rozumových a socializačních schopností a řeči.

Tělesné postižení může znamenat omezení v získávání podnětů, i když smyslové orgány samy postiženy nejsou. Dítě je vzhledem k pohybovému omezení chudší o mnohé stimuly a kontakty. Není narušena jeho potřeba vyhledávat tyto podněty, ale dítě není fyzicky schopno jich dosahovat. Tím dochází k celkovému opoždění ve vývoji, i když intelekt dítěte není porušen.

Většinou je tedy závislé na druhé osobě, která mu je může zprostředkovat. Není-li dítě schopno samo podněty vyhledávat, je nutné distribuovat je směrem k němu - například kompenzovat deficit v pohybu polohováním, přinášením předmětů k dítěti apod. Důsledkem této závislosti však bývá obtížné odpoutávání a osamostatňování dítěte v pozdějším věku. Někdy může být až nemožné. Vágnerová (2004) uvádí, že i projevy negativismu se objevují později a mohou mít podobu až afektivní reakce.

Jde především o to, že dítě se může stát pasivním. Omezujeme totiž možnost projevů vlastní vůle a kreativity až do té míry, že se je dítě nenaučí vůbec využívat a zůstane ve vleku událostí určených druhými. Takové dítě se pak vůči svým vrstevníkům jeví jako nezralé, nesamostatné. Někdy dokonce může působit jako mentálně opožděné.

Dále může nastat problém ze strany pečujícího (především rodičů), kteří nejsou vyrovnáni se situací postižení dítěte. V extrémních případech může dojít k přehnanému pečování o dítě nebo naopak k odmítání. Problém vyrovnávání se s faktem postižení dítěte však bohužel bývá dlouhodobý a ani fáze přijetí této skutečnosti nemusí být konečná. V určitých životních obdobích pečujícího může docházet k recidivě procesu smírání. Pokud nejsou členové rodiny vyrovnáni se vzniklou situací může dojít (a také skutečně častěji dochází v rodinách, jejichž součástí je osoba s postižením) k rozkolu partnerskému mezi pečujícími. Případný rozchod může způsobit navíc snížení socioekonomického statusu rodiny a tím vznik či prohloubení společenské izolace. S tím souvisí možné prohloubení pocitu selhání u pečujícího a vznikající bludný kruh

frustrace u pečujícího, který má pochopitelně negativní vliv na všechny ostatní členy rodiny.

Problém izolace osoby s postižením také zvětšují architektonické bariéry. Ty mohou zamezovat možnosti pohybu, a tedy omezují svobodu výběru vhodných vzdělávacích a poradenských institucí a institucí lékařské péče, omezení ve výběru pracoviště a v neposlední řadě omezení v možnostech sociálních kontaktů ve volném čase. V současné době existují projekty, které nejen iniciují odstranění architektonických bariér, ale také ukazují široké veřejnosti, kde všude jsou tyto bariéry vytvářeny, a snaží se jí umožnit jiný pohled na možnosti mobility a vhled do této problematiky z pohledu lidí, jejichž běžný život je vzniklými bariérami nejvíce omezen. Neboť problematika architektonických bariér se promítá napříč celou společností. Týká se nejen osob s postižením, ale též rodičů nejmenších dětí a osob nemocných. Za jiné uveďme alespoň iniciativy sdružení Asistence, o. s. Za MHD přístupnou a projekt téhož sdružení Jedeme v tom s vámi.

Dalším podstatným problémem pro psychiku člověka s tělesným postižením bývá obvyklá zjevnost takového postižení. Lidé, kteří se s postižením již narodili, ho zprvu nevnímají. Teprve později (a to zvláště v období puberty) jej začínají vnímat na základě srovnávání s lidmi bez postižení. Navíc zde vystupuje i hledisko estetické a to zvláště u deformujících vad. Zvláště nápadné jsou rozštěpy obličeje, kraniostenózy, rozštěpy páteře a chybění nebo krácení celých nebo částí končetin. Obvykle se však lidé hůře vyrovnávají se získaným postižením. Typický je nástup fází emočního vyrovnávání se situací: popírání - hněv, otřes - smlouvání, hledání viníka - zoufalství - přijetí situace. Nejobtížnější bývá tato situace v pubertě. S tělesným postižením se také hůře vyrovnávají dívky. Často se objevuje komplex méněcennosti, nejistota, labilita, uzavřenost.

Extrémně těžká je situace u postižení progredujících. A zvláště pak u těch, které končí smrtí. Mezi ně zvláště patří progresivní musculární dystrofie. Zde se kromě postupujícího zhoršování fyzického stavu a tím schopností a vzrůstající závislostí musí postižený vyrovnat i s faktem letální prognózy. Tímto obtížným procesem prochází také jeho okolí. Fakt, že rodiče ví, že o své dítě přijdou a to často ve velmi mladém věku, se stává neúnosným.

Vyrovňávání se s faktem svého postižení je ale v podstatě každodenní záležitostí (bereme-li v úvahu fakt, že člověk není izolován od okolí), neboť denně se musí vyrovnávat s reakcemi okolí na svou odlišnost. Často bývají tyto reakce rozpačité nebo odmítavé. Důvodem může být i jen sám fakt odlišnosti, neobvyklého vzhledu, předsudek o spojení tělesného a mentálního postižení nebo i závažnější důvody jako například ztížená schopnost komunikace.

Neméně důležitým problémem také je, že tělesné postižení ovlivňuje také vnímání sebe samého a svého tělesného schématu. Naše "Já" je totiž utvářeno nejen vědomím sebe sama, ale i obrazem tohoto vědomí. Jeho součástí je i vnímání tělesného schématu (mentálního obrazu sebe sama). Člověku s postižením však chybí mnohé taktilně-kinestetické vjemy, čímž se zásadně ovlivňuje obraz sebe sama. Při jeho vnímání dochází k subjektivnímu zkreslení - je tedy odlišný např. od odrazu v zrcadle. U tělesně postiženého tak může dojít k tomu, že některá část jeho těla je vnímána zkresleně nebo vůbec. Navíc vzhledem k rozdílu mezi ideálem vzhledu a funkce těla a reálnou situací může dojít přímo k odmítání svého těla - odpoutání od těla ("mám tělo" nikoli "jsem tělo").

V přístupu k člověku s tělesným postižením musíme tedy především brát zřetel na plný rozvoj jeho osobnosti, na jednotu jeho těla i duše, na jeho osobu a osobnost jako celek. Nesmíme péči o něj pojímat jako péči o postižení člověka. A dále si musíme být vědomi perspektiv této osoby.

2.2. Sociální integrace

Proces, kterým se každý člověk stává součástí společnosti, ve které žije, nazýváme socializací. Jedná se o „celoživotní proces, v jehož průběhu si jedinec osvojuje specificky lidské formy chování a jednání, jazyk, poznatky, hodnoty, kulturu a začleňuje se tak do společnosti“. (Průcha, J., Walterová, E., Mareš, J. 2003, s. 225)

Stávajícím ideálem je samozřejmě úplná sociální integrace, kterou WHO definuje jako „stav společenské a osobní pohody a úplná účast v sociálních vztazích a společenských činnostech.“ (Matoušek, O. 2005)

Bereme-li tedy inkluzi jako postoj společnosti, která bere různorodé za normální, je cílem této společnosti právě úplná sociální integrace všech jejích členů a procesem k dosažení tohoto ideálu je integrace každého jednoho člena dle jeho individuálních potřeb.

Za prostředek integrace, které mohou pomoci u osob s tělesným postižením, považujeme zejména sociální rehabilitaci. Ta využívá prostředků z oblastí sociální práce, pedagogické a psychologické. Konkrétně se jedná o služby sociálního poradenství, péče a prevence.

2.3. Pracovní integrace

Význam profesního uplatnění je jako součást vnímání kvality života podstatný. Stejně jako u intaktní populace je jedním z předpokladů realizace profese jednak vzdělání, socioekonomická situace na trhu práce, vlastní iniciativa a také nástroje aktivní politiky zaměstnanosti státu.

2.3.1. Vzdělávání

Základním legislativním ustanovením, které v současnosti ošetřuje problematiku vzdělávání je zákon č. 561/ 2004 Sb. – školský zákon. Tento zákon ze dne 24. 9. 2004 nabyl účinnosti dně 1. 1. 2005.

Pro účely této práce jsou nejdůležitějšími principy, které tento zákon stanovuje:

- rovný přístup ke vzdělávání bez jakékoli diskriminace
- zohledňování vzdělávacích potřeb jednotlivce
- vzájemná úcta, respekt, solidarita a důstojnost všech účastníků vzdělávání

Obecnými cíly jsou pak zejména:

- rozvoj osobnosti člověka, který bude vybaven poznávacími a sociálními způsobilostmi, mravními a duchovními hodnotami pro osobní a občanský život, výkon povolání nebo pracovní činnosti, získávání informací a učení se v průběhu celého života
- získání všeobecného vzdělání nebo všeobecného a odborného vzdělání

Na nejvyšší úrovni stanovuje cíle vzdělávání Národní program vzdělávání. Tento zpracovává Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy.

Povinný obsah, rozsah a podmínky v jednotlivých oborech vzdělávání stanovují rámcové vzdělávací programy.

Vzdělávání na konkrétní škole či školském zařízení je pak realizováno dle školních vzdělávacích programů, které z rámcových vzdělávacích programů vychází.

Školský zákon dále vymezuje vzdělávací soustavu. Tu tvoří školy a školská zařízení zapsaná ve školském rejstříku. Vzdělávání v nich realizují pedagogičtí pracovníci.

Škola uskutečňuje vzdělávání podle vzdělávacích programů. Druhy škol jsou:

- mateřská škola
- základní škola
- střední škola (gymnázium, střední odborná škola a střední odborné učiliště),

- konzervatoř
- vyšší odborná škola
- základní umělecká škola
- jazyková škola s právem státní jazykové zkoušky

Školská zařízení poskytuje služby a vzdělávání, které doplňují nebo podporují vzdělávání ve školách nebo s ním přímo souvisejí, nebo zajišťuje ústavní a ochrannou výchovu anebo preventivně výchovnou péči.

Vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů nadaných upravuje § 16. Zákon stanovuje, že dětmi, žáky či studenty se speciálními vzdělávacími potřebami jsou děti, žáci či studenti se zdravotním postižením a zdravotním a sociálním znevýhodněním.

Zdravotním postižením tento zákon míní postižení:

- mentální
- tělesné
- zrakové
- sluchové
- vady řeči
- souběžné postižení více vadami
- autismus
- vývojové poruchy učení nebo chování

Zákon stanovuje, že dítě, žák či student se speciálními vzdělávacími potřebami má nárok nejen vzdělávání dle svých potřeb a možností (včetně vytváření podmínek pro takové vzdělávání), ale též na poradenství ze strany školy a školského zařízení. Dále mají tito žáci a studenti právo na bezplatné využívání speciálních učebnic, didaktických a kompenzačních pomůcek poskytovaných školou.

Dle povahy postižení lze zřizovat v rámci školy třídy, oddělení či pracovní skupiny s upraveným vzdělávacím programem. K tomu je třeba souhlas krajského úřadu nebo ministerstva (v případě škol zřizovaných ministerstvem a škol církevních).

Ředitel školy také může zřídit funkci asistenta učitele. U zdravotního postižení je však nezbytné vyjádření školského poradenského zařízení.

Dle § 18 může ředitel školy na základě doporučení školského poradenského zařízení také povolit konkrétnímu žákovi nebo studentovi individuální vzdělávací plán.

Při předškolním vzdělávání jsou přednostně přijímány děti v posledním roce před zahájením povinné školní docházky. Dítě se zdravotním postižením přijímá ředitel na základě zprávy školského poradenského pracoviště.

Povinná školní docházka začíná školním rokem následujícím po datu, kdy dítě dovrší šesti let věku a trvá devět školních roků. Výjimkou je, pokud je dítěti povolen odklad školní docházky na základě doporučení školského poradenského pracoviště nebo odborného lékaře z důvodu nedostatečné tělesné nebo duševní vyspělosti. Rozhodnutí o odkladu vydává ředitel školy a to vždy na jeden školní rok. Nejdéle ale do školního roku, v němž dítě dosáhne osmi let věku. Povinná školní docházka trvá nejdéle do školního roku, kdy žák dosáhne sedmnácti let věku. Vyžaduje-li to situace, je možné, aby ředitel školy povolil žákovi se zdravotním postižením prodloužení povinné školní docházky do dvacátého roku věku (u žáků se středně těžkým, těžkým mentálním postižením, autismem nebo kombinovanými vadami až do šestadvaceti let).

Zákon umožňuje dle §40 i individuální vzdělávání bez pravidelného docházení do výuky ve škole. Tato forma vzdělávání je povolována ředitelem školy na základě písemné žádosti zákonného zástupce a pouze žákům prvního stupně základní školy.

Dalšími významnými legislativními prameny vztahujícími se ke vzdělávání dětí, žáků a studentů se zdravotním postižením jsou vyhlášky 72/2005 Sb. a 73/2005 Sb. z 9. února 2005.

Vyhláška č. 72/2005 Sb. se týká poskytování poradenských služeb ve školách a školských zařízeních. Stanovuje, že poradenství se poskytuje dětem, žákům, studentům, jejich zákonným zástupcům, školám a školským zařízením. Vyhláška stanovuje jako obsah poradenství nejen vytváření podmínek pro příznivý rozvoj osobnosti, schopností,

dovedností a zájmů dětí, žáků a studentů a profesních dovedností pedagogických pracovníků, ale též prevenci vzniku zdravotního postižení, zmírňování jeho důsledku a vytváření podmínek pro integraci zdravotně postižených.

Školskými poradenskými zařízeními jsou:

- pedagogicko-psychologická poradna
- speciálně pedagogické centrum

Pedagogicko-psychologická poradna zjišťuje připravenost žáků pro školní docházku, podílí se na přijímání žáků do škol, zjišťuje speciální vzdělávací potřeby u žáků běžných škol (tedy nikoli těch zřízených pro žáky se zdravotním postižením), zajišťuje prevenci sociálně patologických jevů.

Speciálně pedagogické centrum poskytuje služby žákům se zdravotním postižením a znevýhodněním. Jsou jimi zejména zajišťování připravenosti na školní docházku, speciálně pedagogická a psychologická diagnostika, zpracovává podklady pro vzdělávání žáků se zdravotním postižením a pracuje s žákem, pedagogickými pracovníky a rodinou tak, aby byla zajištěna nejvyšší možná míra rozvoje schopností, dovedností a možnosti zapojení do společnosti takového žáka. Poskytuje metodickou podporu škole.

V rámci škol jsou poradenskými pracovníky zejména:

- školní metodik prevence
- výchovný poradce

Obsahem jejich práce je především prevence neprospěchu a práce s žáky s neprospěchem, prevence sociálně patologických jevů, kariérové poradenství a práce s žáky se speciálními vzdělávacími potřebami a žáky nadanými.

Vyhláška 73/2005 Sb. o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných stanovuje podpůrná opatření pro speciální vzdělávání. Jsou jimi zejména:

- využití speciálních metod postupů, forem a prostředků vzdělávání
- kompenzačních, rehabilitačních a učebních pomůcek

- speciálních učebnic a didaktických materiálů
- zařazení předmětů speciální pedagogické péče
- poskytování pedagogicko-psychologických služeb
- zajištění služeb asistenta pedagoga
- snížení počtu žáků ve třídě, oddělení nebo studijní skupině
- jiná úprava organizace vzdělávání

Formami vzdělávání žáků se zdravotním postižením jsou:

- individuální integrace takového žáka do běžné školy nebo školy pro žáky s jiným druhem postižením
- skupinová integrace žáků se zdravotním postižením do běžné školy nebo školy pro žáky s jiným druhem postižení ve formě speciální třídy, oddělení nebo pracovní skupiny
- vzdělávání ve škole samostatně zřízené pro žáky se zdravotním postižením – speciální škole

Typy škol pro tělesně postižené jsou:

- mateřská škola pro tělesně postižené
- základní škola pro tělesně postižené
- střední škola pro tělesně postižené (střední odborné učiliště pro tělesně postižené, odborné učiliště pro tělesně postižené, praktická škola pro tělesně postižené, gymnázium pro tělesně postižené, střední odborná škola pro tělesně postižené)

Vyhláška také stanovuje pravidla, za jakých je vytvářen individuální vzdělávací plán a práci s ním, pravidla pro zřízení funkce asistenta pedagoga a organizaci speciálního vzdělávání.

Předškolní výchova je realizována v rámci běžných nebo speciálních mateřských škol. V rámci běžných mateřských škol je možné zřídit speciální třídu. Dítě se speciálními potřebami je do nich umisťováno na základě zprávy školského poradenského pracoviště. Zatím sledujeme spíše trend integrace dětí s postižením individuálně nebo skupinově do běžných mateřských škol a také koedukaci dětí s různými typy postižení (nejčastěji tělesným, mentálním nebo kombinovaným).

Dále může dítě navštěvovat dětský rehabilitační stacionář.

V některých případech je vhodná či nutná domácí péče. Ta by však neměla být upřednostňována, pokud je dítě schopno předškolní zařízení navštěvovat, neboť by mu tak mohla být v některých upřena možnost rozvíjení poznávacích procesů a socializace. Tyto oblasti se v předškolním věku rozvíjejí zásadním způsobem, proto by jim, zvláště u dětí, kterých je celý proces mnohdy výrazně znesnadněn, měla být věnována maximální péče.

U dítěte s tělesným postižením (tak jako u jiných typů postižení či znevýhodnění) je důležitá včasná diagnostika a intervence. Raná intervence je od sebe často oddělena ve smyslu intervence medicínské a pedagogické. Stále více je však patrný trend ochotné spolupráce mezi medicínskými a pedagogickými pracovníky. Nezastupitelnou úlohu má zde také spolupráce s rodinou dítěte s postižením. Pedagogickou ranou intervencí provádí pracovníci speciálně pedagogických center.

Základní vzdělávání může být realizováno ve speciálních školách pro tělesně postižené, nebo v rámci běžných základních škol. Současný trend však spíše směřuje k integraci žáka s postižením do běžných základních škol. V tomto případě je však důležité řešit otázku, zda má škola dostatečnou kapacitu, aby mohla být žákovi se speciálními potřebami poskytnuta dostatečná péče. Často je třeba nejen architektonických úprav, aby byl žákovi poskytnut prostor pro pohyb ve škole, úpravy pracovního místa, aby podporovalo zdravý vývoj organismu a pracovních návyků žáka. Vzdělávací prostředí musí být také vhodně ošetřeno ve smyslu počtu žáků ve třídě a profesní připravenosti pedagoga či pedagogů. Žák s tělesným postižením a jeho rodina potřebují také péči speciálního pedagoga, psychologa, sociálního pracovníka, fyzioterapeuta a ortopeda, ergoterapeuta. Je nutné myslet na to, aby péče o žáka nebyla v žádném z těchto směrů zanedbávána.

Často je významným zlepšením organizace a kvality výchovně-vzdělávací péče o žáka s tělesným postižením spolupráce učitele a asistenta pedagoga a/nebo žáka a osobního asistenta.

Zatímco asistent pedagoga zajišťuje podporu jak vyučujícímu tak žákovi během výuky ve škole, osobní asistent má mnohem širší možnost výchovně-vzdělávacího působení na žáka. Často je mu partnerem v mnoha dalších situacích. Osobní asistence je sociální službou dle §39 zákona č. 108/2006 o sociálních službách. Je službou terénní, tzn. v přirozeném sociálním prostředí klienta. Osobní asistent zajišťuje zejména:

- pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu
- pomoc při osobní hygieně
- pomoc při zajištění stravy
- pomoc při zajištění chodu domácnosti
- pomoc při výchovné, vzdělávací činnosti
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- pomoc při uplatňování práv a při obstarávání osobních záležitostí

Osobní asistence by měla být hrazena z příspěvku na péči. Často je realizována v rámci některého sdružení zaměřeného na služby tělesně postiženým. Takové instituce sdružují osobní asistenty, koordinují jejich spolupráci a spolupráci s klientem a v neposlední řadě se starají o vzdělávání a supervizi asistentů. Sdružení také většinou spolufinancují z některého z grantů, které získávají např. od obce, platy osobních asistentů.

Asistent pedagoga je pedagogický pracovník. O zřízení jeho místa v rámci školy rozhoduje dle školského zákona ředitel školy na základě doporučení školského poradenského zařízení. Jeho plat je hrazen z rozpočtu školy.

Stupně středního vzdělání:

- střední vzdělání
- střední vzdělání s výučním listem
- střední vzdělání s maturitní zkouškou

Střední vzdělání získá žák úspěšným ukončením jedno- nebo dvouletého denního vzdělávacího programu.

Střední vzdělání s výučním listem získá žák úspěšným ukončením dvou- nebo tříletého denního vzdělávacího programu nebo vzdělávacího programu zkráceného studia pro získání středního vzdělání s výučním listem.

Střední vzdělání s maturitní zkouškou získá žák úspěšným ukončením vzdělávacích programů šestiletého nebo osmiletého gymnázia, vzdělávacího programu v délce 4 let denní formy vzdělávání, vzdělávacího programu nástavbového studia v délce 2 let denní formy vzdělávání nebo vzdělávacího programu zkráceného studia pro získání středního vzdělání s maturitní zkouškou.

Tělesně postižení mohou absolvovat výuku na všech typech středních škol a těchto typech speciálních středních škol:

- středním odborném učilišti pro tělesně postižené
- odborném učilišti pro tělesně postižené
- praktické škole pro tělesně postižené
- gymnáziu pro tělesně postižené
- střední odborné škole pro tělesně postižené

Střední vzdělání nejen prohlubuje vědomosti, schopnosti a dovednosti rozvíjené na základním stupni vzdělávání, ale také připravuje studenta na budoucí plnohodnotný život ve společnosti a pracovní uplatnění. Proto by právě středoškolské vzdělávání mělo být úzce spjato s tranzitním programem, jak o tom bude pojednáno dále.

Vyšší odborné a vysokoškolské vzdělávání již není pro studenty se speciálními vzdělávacími potřebami zákonem přímo ošetřeno. Školy těchto typů samy upravují podmínky pro možnost studia studenta se speciálními potřebami. Školy zřizují centra pro studenty se speciálními potřebami, které mají za úkol zejména:

- informovat uchazeče o studium a pomoci mu úkonech týkajících se přijímacího řízení
- dávat velký zřetel na pomoc studentům se speciálními potřebami v prvních ročnících
- poskytovat těmto studentům poradenství a předávat užitečné informace
- koordinovat služby těmto studentům
- spolupracovat s dalšími potřebnými pracovišti v rámci univerzity i vně (obdobná pracoviště jiných univerzit a další potřebné subjekty – agentury, nadace apod.)
- vyjadřovat se k architektonickým úpravám budov univerzity

Studenti si služby centra podpory hradí jako sociální službu z příspěvku na péči.

2.3.2. Poradenství

Poradenská činnost má různé formy. Od konzultací, vzdělávacích a výchovných aktivit (guidance), přes řešení konkrétního problému (counselling), kde je nutný hluboký vhled, interakce s klientem, a tudíž i vyšší míry znalostí a dovedností na straně poradce, neboť je nutná znalost důkladné diagnostiky a vhodné terapie. (Novosad, 2000)

Poradenství je poskytováno zejména v oblastech:

- zdravotní problematiky
- psychologické problematiky (řešení vztahů k sám k sobě, v partnerství, rodině, škole či zaměstnání, krizová intervence)
- speciálně-pedagogické (poradenství při obtížích ve studiu, výběr a příprava na následné studium, výchovné problémy)
- sociálně-právní (resocializace, sociální zabezpečení, uplatnění na trhu práce)
- duchovní
- v oblasti kompenzačních pomůcek, architektonických úprav prostředí a dalších technických problémů

Poradenství osobám s tělesným postižením je poskytováno zejména ve speciálně-pedagogických centrech (SPC).

Úkolem SPC je zejména:

- depistáž dětí se zdravotním postižením ve spolupráci s dalšími odborníky
- evidence klientů
- diagnostika
- prevence problémů v rodinách vyplývajících z existence postižení
- spolupráce na problémech v rodinách již vzniklých
- vypracovávání podkladů pro zařazení dítěte s postižením do vzdělávací instituce
- vypracovávání podkladů nutných pro určení nejlepšího způsobu vzdělávání dítěte s postižením

- poskytování profesního poradenství
- organizace vzdělávacích a osvětových akcí pro profesionály i laickou zúčastněnou veřejnost

Jak již bylo výše uvedeno, provádějí pracovníci také ranou intervenci, třebaže z minulosti zatím stále přežívá povědomí, že raná intervence u tělesně postižených patří do rukou odborníků v oblasti medicíny. Role SPC je však v tomto období nezastupitelná především v koordinaci spolupráce všech zúčastněných a potřebě rodiny být dostatečně informována a podporována. V tomto období může být pro dobré fungování rodiny (a tím i dobrý vývoj dítěte) rozhodující pocit odborného zázemí, které dokáže poskytnout perspektivu.

Pracovníky SPC jsou především:

- speciální pedagog
- psycholog
- sociální pracovník

Dále mohou SPC přímo nebo externě spolupracovat další odborníci (dětský lékař, jiný odborný lékař, fyzioterapeut, ergoterapeut, popř. jiní specialisté).

2.3.3. Problematika nezaměstnanosti u tělesně postižených

Zdravotně postižení jsou jednou ze skupin, které se řadí k dlouhodobě nezaměstnaným. Dlouhodobá nezaměstnanost má nepříznivý vliv na společnost jako celek. V mnoha ohledech je ohrožující pro samotného nezaměstnaného. V současné době existuje v několika směrech snaha o vyrovnávání příležitostí pro zdravotně postižené uplatnit se na trhu práce. Důležitým faktorem úspěšného zapojení člověka s postižením do pracovního života je rozvoj vloh a schopností, které nejsou omezeny. U tělesně postižených to často bývá intelekt. Problematičtější situace nastává u těžce postižených nebo osob s vadami kombinovanými.

Můžeme však prohlásit, že zvláště lidé s postižením, u kterých mnohdy následující není přijímáno automaticky, by si měli být vědomi svého práva na zaměstnání jako jednoho z faktorů plnohodnotného života a způsobu seberealizace. Dále by si měli být vědomi toho, že mají právo na ochranu před diskriminací při profesní přípravě, hledání zaměstnání, při výkonu zaměstnání.

Problematiku nezaměstnanosti můžeme sledovat z několika různých úhlů.

Jednak jde o problém hospodářský, kdy nezaměstnaní znamenají zátěž pro státní rozpočet. Nezaměstnaní znamenají pro stát výdaje, které nejsou kompenzovány žádnými příjmy. Stát hradí nezaměstnaným sociální dávky, nezaměstnaní však neodvádějí státu daně.

Nezaměstnanost má také efekt celospolečenský. Mareš (2002) upozorňuje na termín „underclass“. Skupiny nezaměstnaných vytváří celou jednu společenskou třídu „deklasovaných“. Jedná se zvláště o dlouhodobě nebo částečně nezaměstnané, osoby se špatně placeným zaměstnáním. Častým jevem se v této skupině stává bludný kruh dlouhodobé nezaměstnanosti, která vytváří zkušenost, která nezaměstnaného v tomto statusu udržuje. Typickým znakem takovéto skupiny je závislost na sociálních dávkách. Dále zde sledujeme nízkou sociální kontrolu a minimální respekt k autoritám. Vzhledem k tomu, že nezaměstnanost má tendenci se koncentrovat do stejných rodin, resp. stejného prostředí, vznikají tak „ghetta kultury chudoby“ s mnoha sociálně patologickými jevy jako je vysoká kriminalita, vysoký podíl rozvrácených rodin, vysoká míra zneužívání drog, vyšší četnost sebevražd.

Nezaměstnanost je ohrožujícím faktorem i v nejbližších vztazích. Zvláště v rodině je problém nezaměstnanosti vnímán tíživě, neboť dochází ke změně statusů v rodině, snížení životní úrovně a také negativním psychologickým dopadům nezaměstnanosti na nezaměstnaného člena domácnosti. Dělna práce je v rámci rodiny nezaměstnaností některého z členů vynucena. Často dochází k násilné změně rolí. Například žena je nucena vzdát se péče o domácnost kvůli nutnosti zvyšovat svůj výdělek omezený ztrátou mužova zdroje příjmu. Pokud ztratí zaměstnání muž – dosavadní živitel rodiny, ztrácí tím kontrolu nad směřováním rodinného života, často je mu vnucena „role ženy“ v péči o domácnost. Takto dlouhodobě stresová situace může vést k často mezi rodinami nezaměstnaných sledovanému domácímu násilí.

Nezaměstnanost vede k sociální izolaci. Nezaměstnaný ztrácí kontakty, které dříve měl. Nestýká se například již s kolegy na pracovišti. Nevyhledává další kontakty, které by s prací souvisely. Jsou to kontakty, které jsou nesrovnatelné s jinými vztahy, které navazujeme např. v rámci rodinného života nebo volnočasových aktivit. Ztrátou přirozené struktury dne a nadbytku volného času mohou však naopak vznikat vztahy, které následně zabírají místo, kam patří případné nové zaměstnání. Typickým jevem v současné době je čas trávený na internetu, například v internetových diskuzích. Nezaměstnaný má pocit času naplněného smysluplnou činností, nejedná se však o činnost, ve které by se mohl realizovat, nebo mu přinášela obživu. Proto většina odborníků doporučuje nezaměstnaným, aby se v době, která by normálně byla zaplněna prací, věnovali činnosti, která by alespoň částečně znaky práce naplňovala. Pokud například nezaměstnaný využívá tento čas k vyhledávání nabídek práce z různých zdrojů (tisk, internet, aktivní oslovování zaměstnavatelů), vytváření podkladů k žádosti o zaměstnání (sestavování životopisů a motivačních dopisů), rekvalifikace, dá se mluvit o činnosti, která přináší (budoucí) výdělek.

Dalším důvodem pro ztrátu sociálních kontaktů může být pocit stigmatizace. Nezaměstnaný zažívá nepříjemné pocity v kontaktu se zaměstnanými, protože ztrácí jeden z hlavních kontaktních bodů. Ztrácí celé jedno téma ke komunikaci a sdílení. Zároveň se však vyhýbá i kontaktu s dalšími nezaměstnanými, protože sdílení s nimi zvětšuje jeho pocit deprese.

Problémem omezujícím styk nezaměstnaného s jinými osobami mimo okruh jeho rodiny je také materiální nedostatek, zvláště nedostatek financí, který mu zamezuje účast na mnoha aktivitách.

Větší ztrátu sociálního kontaktu pozorujeme u starších lidí, neboť mladí lidé mají přirozeně větší potřebu sociálního kontaktu i za nepříznivých podmínek.

Nezaměstnaní zažívají vyšší míru stresu z nedostatku možnosti rozhodování o svém životě. Nemají reálný základ pro plánování své kariéry, z finančních důvodů nemohou měnit materiální základy své existence, měnit výši svého životního standardu. Odmítání ze strany zaměstnavatelů je navíc ponižující zkušeností selhávání. Nezaměstnaní ztrácí sebevědomí, sebeúctu, trpí depresí úzkostí a obavami.

Nezaměstnanost dále omezuje možnost rozvíjení schopností a dovedností v oblasti sociální, pracovních návyků i profesních. Snižuje a mění se kvalita i kvantita podnětů, které přináší rozmanitost života. Může tedy docházet k psychické deprivaci a vlivu na intelektové a osobnostní kvality.

Psychický stav nezaměstnaného se promítá i do jeho stavu fyzického. Často dochází k poruchám spánku zapříčiněným narušením časového schématu dne (mění se rozvržení doby pasivního i aktivního odpočinku, spánku a práce) a negativními psychickými stavy (úzkost, deprese). (Mareš, 2002)

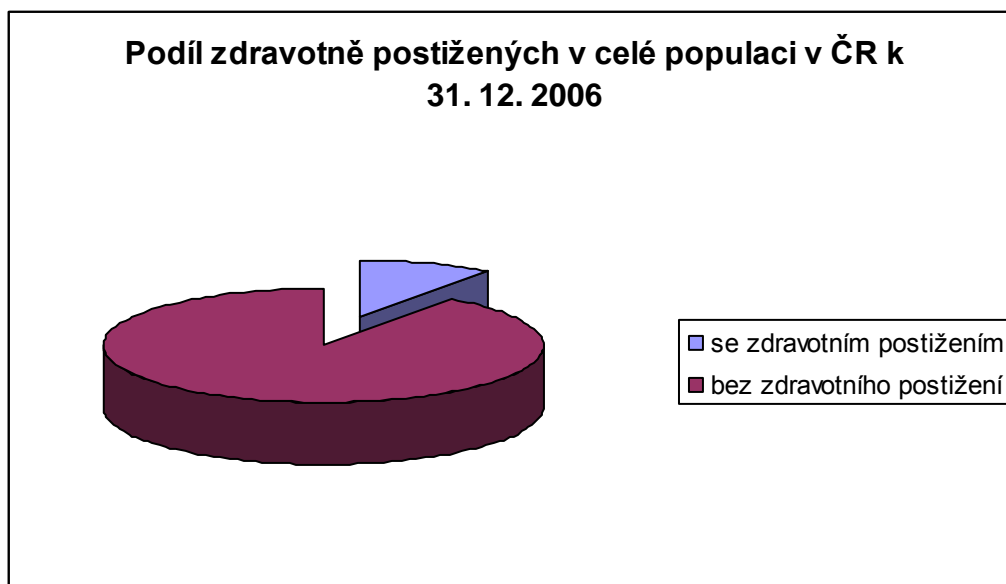
K vykonávání práce je třeba mnoha různých intelektuálních, manuálních, emočních a tvůrčích schopností a dovedností. Soubor těchto vlastností nazýváme pracovní (ergonomický) potenciál. Zdravotní postižení může způsobit výraznou změnu či snížení kvality v těchto oblastech. Ve smyslu legislativních úprav mluvíme o změně pracovní schopnosti. Pokud jde o vysoký stupeň změněné pracovní schopnosti, trvalou pracovní neschopnost, mluvíme o invaliditě. (Jesenský, 1993)

Pro zvýšení zaměstnatelnosti osob se zdravotním postižením je možno učinit tyto kroky:

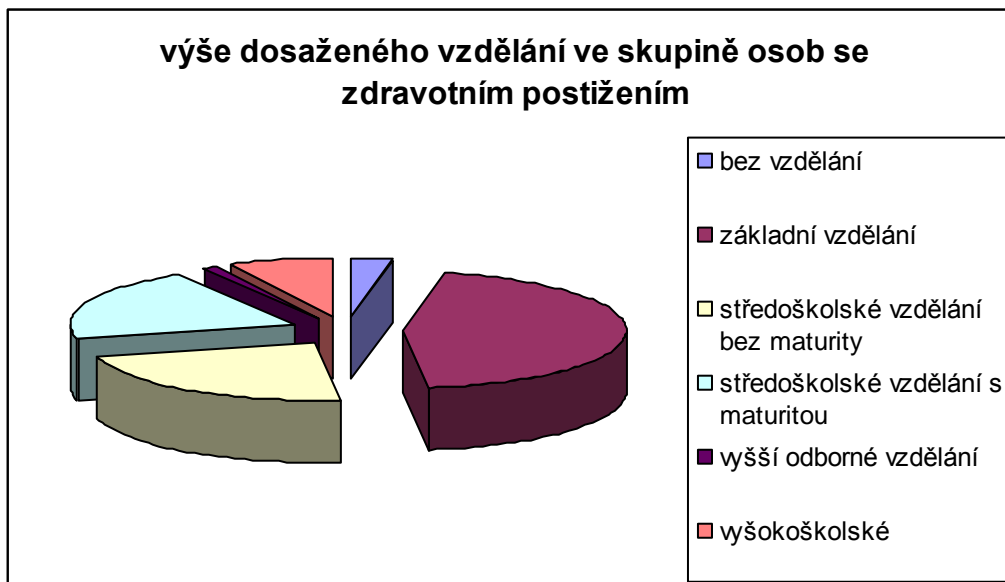
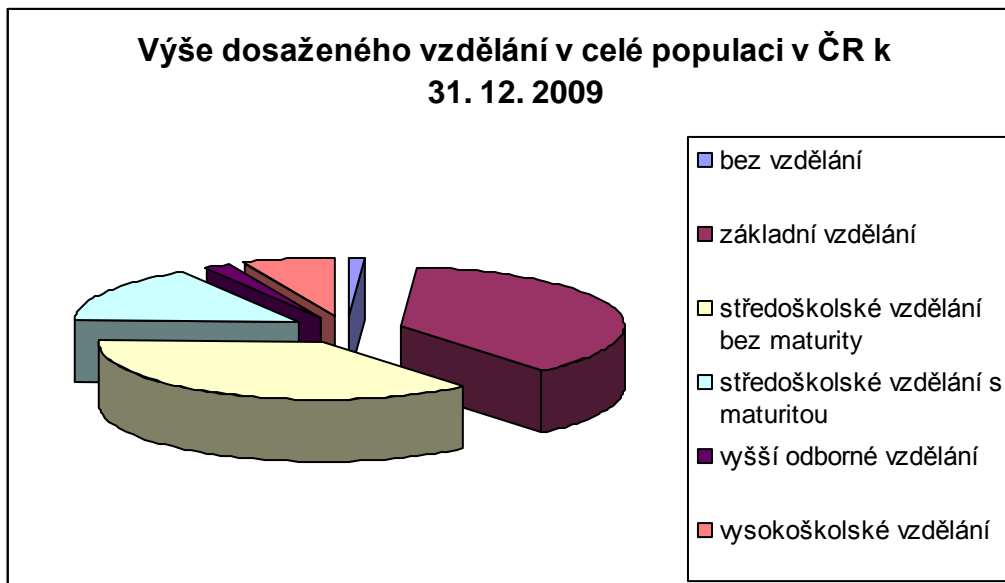
a) Kvalitní vzdělávání.

Je třeba člověku s postižením poskytnout vzdělání, které rozvíjí jeho individuální schopnosti. Aby byl tento krok učiněn správným směrem, musí začít důkladnou diagnostikou. Dále musí být brán zřetel na celkovou životní situaci člověka s postižením (rodinné prostředí, možnosti mobility, dostupnost podpůrných služeb) a jeho vlastní

zájmy a přání. Dále je třeba zavádět do praxe co nejkomplexnější vzdělávání. Jedním důvodů vysoké míry nezaměstnanosti u lidí se zdravotním postižením je nízký stupeň vzdělání. Dle statistik ČSÚ bylo 31. 12. 2006 v České republice 10 287 189 obyvatel. Z toho 1 015 548 bylo obyvatel se zdravotním postižením.



Bez vzdělání bylo 3,15% osob se zdravotním postižením, se základním vzděláním 44,87%, se středoškolským vzděláním bez maturity 23,11%, středoškolským vzděláním s maturitou 20,22%, vyšším odborným vzděláním 1,19% a vysokoškolským vzděláním 7,46%. U celkové populace bylo bez vzdělání 1,16% obyvatelstva, se základním vzděláním 37,94%, se středoškolským vzděláním bez maturity 36,55%, středoškolským vzděláním s maturitou 15,80%, vyšším odborným vzděláním 1,91% a vysokoškolským vzděláním 6,64%.



V průzkumech ČSÚ sledujeme, že lidé se zdravotním postižením dosahují celkově nižšího vzdělání než populace intaktní. Dále můžeme sledovat, že vyššího vzdělání dosahují později. Například v kategorii „bez vzdělání“ sledujeme se zvyšující se věkovou kategorií stoupající tendenci, u části populace se zdravotním postižením je tato tendence klesající. (VŠPO 07)

b) profesní poradenství

Profesní poradenství je prováděno v těchto institucích:

- Pedagogicko-psychologické poradny – poskytují poradenství pro děti a mládež všech stupňů všech typů škol
- Speciálně pedagogická centra - poskytují poradenství pro děti a mládež se zdravotním postižením
- Střediska výchovné péče – provádí sociální prevenci a prevenci sociálně patologických jevů
- Informační a poradenská střediska na úradech práce
- Výchovný poradce – učitel základní, střední nebo speciální školy se specializací na výchovné poradenství

Tyto instituce metodicky vede MŠMT a Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR.

Cílem profesního poradenství je poskytovat informace, které umožní člověku s postižením volit na základě reálných schopností vhodnou profesi.

Poradce ve spolupráci s klientem se soustředí především na to, jaké vzdělání, schopnosti a dovednosti jsou určující pro možnost profesi vykonávat.

Poradce dále provádí diagnostiku k profesionální orientaci. Využívá k ní informace:

- ze školy (prospěch, schopnost samostatné přípravy, pracovní tempo, motivace k práci, chování v kolektivu, přístup k autoritě)
- od rodičů (technické, sociální a emocionální zázemí klienta, pohled rodiny na budoucí povolání klienta)
- z diagnostiky obecných schopností (provádí psycholog, komplexní výstup dávají vícedimenzionální testy inteligence)
- z diagnostiky speciálních schopností (verbální schopnosti, psychomotorické schopnosti, technické a matematické schopnosti, kreativita a další)
- z diagnostiky osobnosti (dle potřeby můžeme sledovat pouze jednu konkrétní vlastnost, nebo testovat komplexně)
- z diagnostiky školních vědomostí a znalostí (zde je potřeba brát zřetel na rozdílnost výuky vzhledem k rušení osnov a zavedení školních vzdělávacích plánů)

- ze zájmů klienta

(Opatřilová in Problematika zaměstnávání občanů se zdravotním postižením, 2005)

c) pracovní rehabilitace

Uplatnění pracovní rehabilitace znamená, že je využíváno všech procesů, které vedou k vnitřní i vnější přípravě pro pracovní uplatnění, ve vzájemné kooperaci. Pracovní rehabilitace je součástí komplexní rehabilitace člověka se speciálními potřebami. (Jesenský, 1993)

d) pracovní příprava zácvikem na pracovišti, v kursech pořádaných zaměstnavateli, úřady práce, případně zájmovými organizacemi

e) podporované zaměstnávání

Česká unie pro podporované zaměstnávání definuje podporované zaměstnávání jako časově omezenou službu určenou lidem, kteří hledají placené zaměstnání v běžném pracovním prostředí. Jejich schopnosti získat a udržet si zaměstnání jsou přitom z různých důvodů omezeny do té míry, že potřebují individuální dlouhodobou podporu poskytovanou před i po nástupu do práce. Uživatel služby podporovaného zaměstnávání aktivně pracuje na plánování, vyhledávání a realizování pracovního uplatnění. Přitom platí, že klient je umístěn rovnou na pracovní místo, kde teprve následně probíhá zapracování. Klient má přitom možnosti individuální podpory ve formě spolupráce s pracovním konzultantem a pracovním asistentem, skupinové podpory ve formě job klubů. Podpora je poskytována pro nalezení pracovního místa, na pracovišti i mimo něj. Služba je poskytována nejdéle 2 roky. Výjimka je udělována individuálně.

V nadnárodním kontextu pracuje pro vyrovnávání příležitostí v zaměstnávání Iniciativa Společenství EQUAL. Tato iniciativa vytváří nástroje pro boj se všemi druhy diskriminace a nerovnostem na trhu práce na území celé EU. Je financována z Evropského sociálního fondu. 1. výzva pro členské státy pro podání projektů na toto téma proběhla v roce 2001. Zlepšování zaměstnatelnosti u osob, které jsou na trh práce obtížně zařaditelné, je prvním z pilířů, tj. hlavních témat, tohoto společenství. V rámci tohoto pilíře bylo v Akci 2 u nás realizováno 12 projektů, v Akci 3 bylo realizovaných projektů 8.

Státní politika zaměstnanosti je právně ukotvena v zákoně 435/2004 Sb. o zaměstnanosti. V §2 tohoto zákona je určeno, že do státní politiky zaměstnanosti patří do:

- opatření na podporu a dosažení rovného zacházení s muži a ženami, s osobami bez ohledu na jejich rasový a etnický původ, s osobami se zdravotním postižením a s dalšími skupinami osob, které mají ztížené postavení na trhu práce, pokud jde o přístup k zaměstnání, rekvalifikaci, přípravu k práci a ke specializovaným rekvalifikačním kurzům, a opatření pro zaměstnávání těchto osob
- opatření pro zaměstnávání fyzických osob se zdravotním postižením a dalších skupin fyzických osob, které mají ztížené postavení na trhu práce

V §4 tohoto zákona je dále vymezen zákaz jakékoli diskriminace z důvodu pohlaví, sexuální orientace, rasového nebo etnického původu, národnosti, státního občanství, sociálního původu, rodu, jazyka, zdravotního stavu, věku, náboženství či víry, majetku, manželského a rodinného stavu nebo povinností k rodině, politického nebo jiného smýšlení, členství a činnosti v politických stranách nebo politických hnutích, v odborových organizacích nebo organizacích zaměstnavatelů.

Zákon dále stanovuje právo na zaměstnání, svobodnou volbu a zabezpečování zaměstnání včetně vytváření nabídek v pracovně-právních vztazích. Vymezuje též poradenství v oblasti zaměstnávání.

Dále vymezuje pojem „osoba se zdravotním postižením“. A to tak, že jde o osobu orgánem sociálního zabezpečení uznanou jako plně nebo částečně invalidní, nebo osobu úřadem práce uznanou jako zdravotně znevýhodněnou. Těmto osobám je pak poskytována zvýšená ochrana na trhu práce. Je jim také přiznáno právo na pracovní rehabilitaci (ovšem v zúženém smyslu poradenství a pracovní přípravy).

Určuje také povinnosti a práva zaměstnavatelů ve vztahu k zaměstnávání osob se zdravotním postižením, jaké jsou možnosti spolupráce a její výhody.

Povinnostmi jsou:

- Informovat úřad práce o vzniku pracovního místa pro osoby se zdravotním postižením
- Vést evidenci těchto míst

- Vést evidenci zaměstnanců se zdravotním postižením
- Spolupracovat na pracovní rehabilitaci
- Vytvářet možnosti pro zaměstnávání osob se zdravotním postižením
- Splňovat povinný podíl

Zaměstnavatelé, kteří zaměstnávají více než 25 pracovníků, mají povinnost zaměstnávat povinný podíl zaměstnanců se zdravotním postižením. Povinným podílem jsou 4%. Náhradním plněním pak je odebrání výrobků nebo služeb od zaměstnavatelů zaměstnávajících více než 50 % zaměstnanců, kteří jsou osobami se zdravotním postižením, nebo zadávání zakázek těmto zaměstnavatelům nebo odebrání výrobků nebo služeb chráněných pracovních dílen provozovaných občanským sdružením, státem registrovanou církví nebo náboženskou společností nebo právnickou osobou evidovanou podle zákona upravujícího postavení církví a náboženských společností nebo obecně prospěšnou společností, nebo zadávání zakázek těmto subjektům nebo odebrání výrobků nebo služeb od osob se zdravotním postižením, které jsou osobami samostatně výdělečně činnými a nezaměstnávají žádné zaměstnance, nebo zadávání zakázek těmto osobám, nebo odvod do státního rozpočtu ve výši 2,5 násobku průměrné mzdy v národním hospodářství za I. až III. kvartál sledovaného roku za každou osobu se zdravotním postižením, za kterou zaměstnavatel nesplnil povinnost.

Výhody zaměstnávání osob se zdravotním postižením jsou:

- Slevy na dani
- Příspěvek na podporu zaměstnávání osob se zdravotním postižením, pokud zaměstnavatel zaměstnává více jak 50% zaměstnanců se zdravotním postižením (jediný nárokovatelný příspěvek)
- Příspěvek na zapracování osoby, které úřad práce věnuje zvýšenou péči
- Příspěvek na dopravu zaměstnavateli, který zřizuje dopravu do zaměstnání svým zaměstnancům
- Příspěvek na vytvoření chráněného pracovního místa
- Zvýhodnění ve veřejné obchodní soutěži v případě, že zaměstnavatel zaměstnává více jak 50% zaměstnanců se zdravotním postižením. Nabídka nesmí

překročit nejnižší nabídnutou cenu o více jak 15%. Jestliže splňuje tyto podmínky, musí být přijata.

3. Tranzitní programy

V této stěžejní kapitole, bude představena koncepce tranzitního programu tak, jak existuje v České republice zatím v nejucelenější formě. Budou zde předloženy jeho cíle, organizace a plánování. Pro příklad fungujícího tranzitního programu bude představen tranzitní program realizovaný občanským sdružením Asistence. Dále budou představeny další typy tranzitních programů, které byly nebo jsou u nás realizovány.

3.1 Východiska, cíle, principy a plánování tranzitního programu

Pojem „Tranzitní program“ není zatím v našich podmínkách zcela jasně definován. Tranzitní programy nejsou nijak legislativně ukotveny. V současné době jsou realizovány zpravidla občanskými sdruženími, často ve spolupráci se školami a zaměstnavateli. Nejčastěji je tranzitní program prezentován jako:

- praktická příprava pro budoucí zaměstnání
- poradenství a podpora při snaze o pracovní uplatnění klienta
- příprava, poradenství a podpora při přecházení klienta mezi různými životními obdobími (zvláště pak mezi školou a prací)

Tranzitní program je často realizován jako součást (předstupeň) podporovaného zaměstnávání.

Klient však musí být pro vstup na pracovní trh připraven. A zde je tedy prostor pro tranzitní program. Ten by měl klienta připravovat již v době před zlomovým momentem, tedy před odchodem ze školy. Navíc by měl působit v celé šíři klientova života. Tranzitní program orientuje a podporuje klienta v jeho osobnostním rozvoji a soběstačnosti, ve vztahové oblasti, oblasti bydlení, zaměstnání, dalšího studia a volnočasových aktivit.

Základem úspěšného průběhu je stanovení obecných i konkrétních cílů, kterých má být dosaženo.

Obecnými cíli tranzitního programu jsou:

- podpora klienta v uvědomování vlastní odpovědnosti za svůj stávající i budoucí život ve všech jeho aspektech
- pomoc a podpora klientů při definování jejich představ a potřeb
- příprava klienta pro získání co nejvyšší možné míry znalostí a dovedností pro realizaci představ a plánů a uspokojování potřeb
- pomoc a podpora klientů při aktivní realizaci těchto představ
- vedení k co největší samostatnosti
- spolupráce s rodinou

- spolupráce s různými institucemi a organizacemi

Principy tranzitního programu stanovují, za jakých podmínek je tranzitní program realizován. Vytváří pole pro kvalitní a přínosnou práci.

Jsou jimi zejména:

- Individuální přístup ke klientovi přiměřeně jeho věku, schopnostem, zájmům a přáním. Cíle tranzitního programu stanovujeme dle klientova vlastního očekávání. Tím v něm rozvíjíme pochopení vlastní odpovědnosti za směřování a dosahování všech cílů. Proto by mělo být dosahování i pravidelně kontrolováno.
- Týmová spolupráce klienta, pracovníků tranzitního programu, rodiny a dalších zúčastněných. Co nejširší zapojení okolí klienta do realizace cílů tranzitního programu. Spolupráce s rodinou, přáteli, pracovníků formálních institucí (škol, úřadů, organizací zajišťujících potřebné služby, zaměstnavatelů, apod.)
- Rozvoj klientovy samostatnosti v jeho přirozeném prostředí za přirozených situací, aby byly tyto životní zkušenosti přenositelné do dalšího klientova života. Tranzitní program otevírá klientovi cestu sebevědomého samostatného plnohodnotného života.

Plánování tranzitního programu je úkolem klienta a jeho pracovního konzultanta. Plánují se cíle, jichž by mělo být dosaženo. Plánuje se na základě potřeby klienta a jeho představ o budoucím životě v oblastech bydlení, pracovního uplatnění, volnočasových aktivit.

- Vytvoření týmu pro realizaci tranzitního programu. Součástí týmu je klient, pracovní tým realizátora tranzitního programu, rodina klienta.
- Vytvoření individuálního plánu klienta dle jeho potřeb a představ. Zejména je třeba myslet na možnosti klienta a prostředí, v němž se nachází, na potřeby podpory ve formě osobní asistence, kontaktů na úřady, organizace, které mohou nabídnout další podpůrné služby.

3.2 Realizace tranzitního programu v rámci občanského sdružení Asistence

Jako příklad dobré praxe byl zvolen tranzitní program, který je realizován při Jedličkově ústavu a školách občanským sdružením Asistence. Jedná se o velice sofistikovaný,

dobře provázaný komplex služeb, který skutečně může klientovi takového programu přinést rozvoj v širokém poli jeho životních potřeb.

3.2.1 Jedličkův ústav a školy

Jedličkův ústav a školy (JÚŠ) je institucí s bohatou historií. Byl založen roku 1913 a nese název podle svého zakladatele – jednoho z našich nejvýznamnějších lékařů v historii, prof. Rudolfa Jedličky. Na jeho půdě byly položeny základy péče o tělesně postižené v moderním pojetí v našich zemích.

Dnes je JÚŠ komplexní institucí nabízející svým žákům nejen navazující systém vzdělávání ale i další doplňující služby sdružující se do Centra služeb Vyšehrad.

Zřizovatelem JÚŠ je Hlavní město Praha.

JÚŠ nabízí tyto typy škol:

- Mateřskou školu speciální pro děti s vadami řeči
- Základní školu - vzdělávání podle učebních dokumentů Obecná škola a podle Školního vzdělávacího programu pro základní školství „Společně proti bariérám“
- Základní školu praktickou
- Střední odborné učiliště – tříleté, se studijními obory „knihař“, „obuvník“ a „krejčí“
- Odborné učiliště – tříleté, se studijními obory „obuvnické práce“, „knihařské práce“ a „šití oděvů“
- Gymnázium – všeobecné, čtyřleté
- Střední odborná škola – obor „sociální péče – sociálně správní činnost“, čtyřletá, ukončená maturitou
- Obchodní škola – dvouletá
- Praktická škola – dvouletá

Dalšími nabízenými službami jsou:

- Denní stacionář pro žáky a studenty škol JÚŠ
- Domov pro osoby se zdravotním postižením s programem komplexní rehabilitace
- Respitní péče

- Speciálně pedagogické centrum
- Fyzioterapie, ergoterapie, hipoterapie (ve spolupráci s ekologickou farmou Toulcův Dvůr)
- Rehabilitační pobyty pro rodiny s dětmi (JÚŠ má k dispozici v jižních Čechách v obci Buková statek. Zde jsou pořádány mnohé rekreačně výchovné a vzdělávací aktivity.)
- Návčik samostatného bydlení

Centrum služeb Vyšehrad je sdružením několika občanských sdružení a nadací, které vznikly z potřeby doplňkových služeb pro žáky, studenty, absolventy JÚŠ, jejich rodiny a pracovníky JÚŠ.

Do tohoto volného sdružení patří:

- Nadace Jedličkova ústavu, která podporuje péči o děti a mladé lidi s tělesným či kombinovaným postižením a jejich integraci do běžného života
- Nadační stipendijní fond Jedličkova ústavu, který shromažďuje finanční prostředky a jiné hodnoty, které pomáhají osobám se specifickými potřebami překonat bariéry integrace do běžného života
- Občanské sdružení Asistence (viz níže)
- Občanské sdružení Borůvka, které pomáhá mladým lidem v integraci do života vytvářením pracovních míst
- Občanské sdružení Dílny tvořivosti, které podporují zejména absolventy speciálních škol a osoby po poranění mozku v zapojení do společnosti vytvářením pracovního uplatnění
- Sportovní klub Jedličkova ústavu, který je členem asociace Spastic Handicap, nabízí široké spektrum sportů soutěžních i nesoutěžních. Někteří jeho členové slaví i mezinárodní úspěchy a někteří se zúčastnili v roce 2008 Letních Paralympijských Her v Pekingu
- Humanitární organizace PROTEBE, které rozvíjí volnočasové aktivity se zaměřením na integraci handicapované mládeže s intaktní populací

- Občanské sdružení TAP, které organizuje vzdělávací kurzy a kulturní akce. Jeho součástí je i kapela studentů JÚŠ The Tap Tap.

3.2.2 občanské sdružení Asistence

Základy organizace a práce občanského sdružení Asistence byly odvozeny z kurzů pro práci s lidmi s postižením a jejich integraci v moderní demokracii, které v roce 1993 pořádal Vzdělávací institut Dezidera Galského. Jejich součástí byly i témata tranzitního programu a podporovaného zaměstnávání.

Občanské sdružení Asistence vzniklo v roce 1995 z iniciativy učitelů, rodičů a přátel studentů JÚŠ. Důvodem byla nutnost řešení budoucnosti absolventů JÚŠ. Cílem bylo aktivní zapojení těchto absolventů do společnosti. Proto byl spuštěn na Praktické škole program pracovně sociální rehabilitace. Tak byl položen i základ tranzitnímu programu.

Asistence však neřeší jen problematiku zaměstnávání absolventů JÚŠ, ale problematiku bydlení, volného času, studia na běžné škole a asistence (osobní, pracovní).

Od roku 2005 využívá Asistence dotací z globálního grantu Evropského sociálního fondu.

Asistence založila a provozuje také Centrum pracovní rehabilitace a Agenturu osobní asistence.

3.2.3 Realizace tranzitního programu

Tranzitní program realizuje Středisko pro tranzitní program o. s. Asistence.

Službami, které toto středisko poskytuje, jsou:

- Individuální praxe s asistencí pro studenty
- Podporované zaměstnávání pro absolventy
- Job kluby
- Podpora a pomoc v otázkách bydlení, volnočasových aktivit, studia v běžných školách a soběstačnosti
- Obecné poradenství v oblasti pracovní, kariérové a sociálně-právní
- Osobní asistence
- Odborné sociální poradenství pro klienty, kteří tranzitní program ukončili
- Klub absolventů

Tranzitní program se součástí osnov středních škol JÚŠ. Realizován je především na dvouleté Praktické škole. Do výuky je zaváděn již od 1. ročníku.

Na Praktické škole je dotován 2 hodinami měsíčně včetně exkurzí na pracoviště, zařízení chráněného bydlení apod. V hodinách tranzitního programu se studenti věnují hromadně plánování své budoucnosti. Dále se studenti účastní individuálních konzultací. Od druhého ročníku studenti absolvují individuální praxi.

Na Obchodní škole jsou zaváděny hodiny tranzitního programu.

Na ostatních typech škol je otázka tranzitního programu řešena individuálně.

Individuální konzultace zahrnuje vytváření osobního plánu s pracovní konzultantkou, praktický výcvik v oblastech sebeobsluhy (nakupování, cestování, hospodaření s penězi), přípravu na praxi, přípravu pro další studium či zaměstnání a zajišťování služeb potřebných po ukončení studia (společné kontaktování úřadů, organizací zajišťujících podpůrné služby...).

Individuální praxe je realizována na běžných nebo chráněných pracovištích. Výběr pracoviště je prováděn na základě zájmů a představ o budoucím zaměstnání. Vybírá ho klient ve spolupráci s konzultantkou.

Pro všechny klienty tranzitního programu jsou určeny Job kluby. Tématy Job klubů jsou praktické životní situace. Klienti jsou s nimi seznamováni a pomocí didaktických materiálů (pracovních listů a příruček) se je týmově i individuálně snaží řešit. Těmito situacemi jsou především situace z oblasti získávání a udržování zaměstnání (jak hledat práci, oslovování potencionálního zaměstnavatele, tvorba životopisu a motivačního dopisu, příprava na přijímací pohovor, pracovně-právní vztahy, chování na pracovišti).

Práce v tranzitním programu je týmová. Součástí týmu je klient a všichni, kteří se podílí na zdravotní, výchovné a vzdělávací péči a péči o jeho rozvoj pro zapojení do společnosti. Jsou jimi:

- Rodiče
- Učitelé
- Vychovatelé
- Ergoterapeut
- fyzioterapeut
- Lékaři
- Psycholog
- Sociální pracovník
- Pracovní konzultant
- Pracovní asistent
- Osobní asistent
- Asistent učitele
- Další

Tranzitní program tak, jak jej realizuje Asistence a JÚŠ je komplexním systémem, kde je klient prováděn obdobím mezi ukončením školy a zapojením do společnosti (zvláště

pak nástupu do zaměstnání). Na tento přechod je připravován již před tím, než tento nastane. Klient tedy vstupuje do života po absolutoriu školy vybaven důležitými znalostmi a dovednostmi, s vyjasněnými cíly a perspektivou. Následně je prováděn obdobím změn a je mu poskytována podpora při řešení konkrétních situací, které nastávají. I po ukončení tranzitního programu má možnost sdílet své poznatky a potřeby s odborníky i dalšími absolventy, kteří se nacházejí v podobné či stejné situaci, nebo jí již prošli či je možné, že i u nich nastane.

3.2.4. Průzkum dalších tranzitních programů realizovaných na území ČR

Cílem této kapitoly je představení dalších tranzitních programů, které byly nebo jsou u nás realizovány a porovnávání komplexnosti jejich služeb.

Sledovanými kritérii byly:

- Cílová skupina
- Návaznost na výuku ve škole
- Služby klientovi
- Služby potencionálnímu zaměstnavateli
- Další služby

Celkově bylo sledováno 9 organizací.

Máme otevřeno, o. s. Hradešinská 2144/47, 101 00 Praha 10

1. lidé s mentálním postižením
2. není
3. konzultace představ a možností pracovního uplatnění, vyhledávání pracovních nabídek, práce na sebe-prezentaci (nabídka, tvorba životopisu, příprava na pohovor), podpora při jednání se zaměstnavateli, seznámení s právy a povinnostmi v pracovně-právních vztazích, podpora v kontaktu s úřady
4. pomoc v orientaci v legislativě, vyřizování vstupních formalit, s úpravou pracovního místa, zaučením uživatele na novém místě
5. pracovně-tréninkový program, osobní a pracovní asistence

SPOLU Olomouc, Dolní náměstí 38, 779 00 Olomouc

1. lidé s mentálním a kombinovaným postižením
2. ne
3. praxe pro žáky a studenty posledních ročníků škol základních, speciálních základních a praktických

4.

5.

Pozn. Další služby (pracovní diagnostika, pomoc zaměstnavateli při vyřizování vstupních formalit a s úpravou pracovního místa, individuální poradenství, job kluby, osobní a pracovní asistence) jsou poskytovány v programu podporovaného zaměstnávání

Městská charita České Budějovice, Boženy Němcové 53, 370 01 České Budějovice

1. lidé s mentálním a kombinovaným postižením

2. ne

3. praxe pro studenty praktických škol

4.

5. job kluby, pracovní asistence

Agapo, o. s., Cejl 68, 602 00 Brno

1. lidé se zdravotním a sociálním znevýhodněním

2. ne

3. praxe pro studenty předposledních a posledních ročníků speciálních škol

4.

5.

Pozn. Další služby (vyhledávání pracovních nabídek, podpora při jednání se zaměstnavateli, seznámení s právy a povinnostmi v pracovně-právních vztazích, job kluby) jsou poskytovány v programu podporovaného zaměstnávání.

Organizace Svítání, Komenského 432, 530 03 Pardubice

1. lidé s mentálním a kombinovaným postižením

2. ne

3. praktický výcvik

4.

5.

Liga za práva vozíčkářů, Bzenecká 23, 628 00 Brno

1. lidé se zdravotním postižením
2. ne
3. semináře pro studenty speciálních škol
- 4.
- 5.

Agentura Pondělí, T. G. Masaryka 575, 407 77 Šluknov

1. lidé s postižením
2. ne
3. praxe pro žáky a studenty speciálních a praktických škol
4. možnost konzultací
5. pracovní asistence, poradenství pro rodinu, návaznost programu podporovaného zaměstnávání

Možnosti tu jsou, o. p. s., Prokopova 17, 301 00 Plzeň

1. lidé se zdravotním postižením
2. ne
3. praktický výcvik
4. agenturní zaměstnávání
- 5.

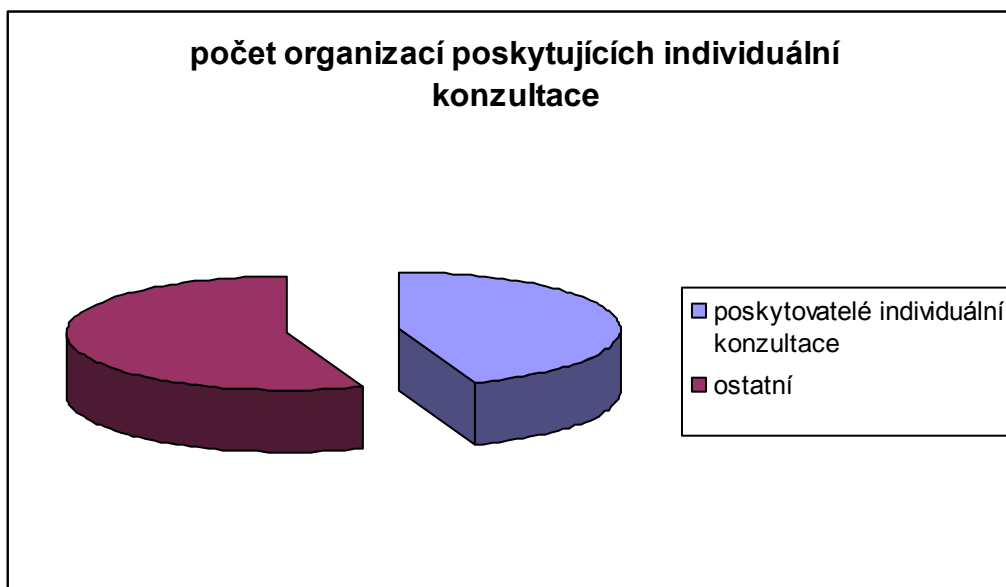
o. s. Koník, ul. Jaroslava Haška 4, 370 01 České Budějovice

1. lidé s mentálním a kombinovaným postižením
2. ne
3. praxe pro žáky a studenty posledních ročníků speciálních škol
- 4.

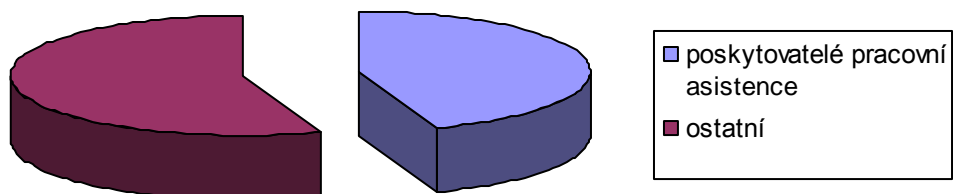
5.

Pozn. Další služby (zprostředkování zaměstnání, pracovní asistence, job kluby), jsou poskytovány v programu podporovaného zaměstnávání.

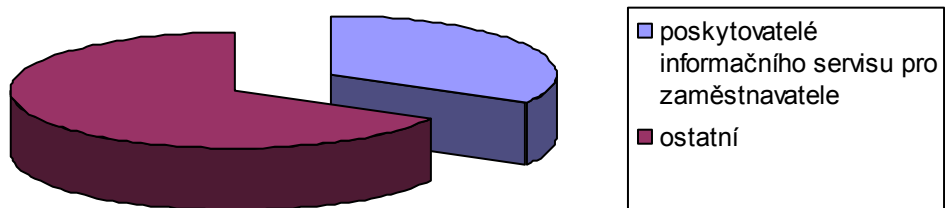
Z průzkumu vyplývá, že žádný ze sledovaných tranzitních programů (s výjimkou Asistence, o. s.) není určen výslovně osobám s tělesným postižením. Naopak jsou zpravidla určeny osobám s mentálním nebo kombinovaným postižením. Tranzitní program je realizován většinou jako první fáze podporovaného zaměstnávání (6 organizací). Pokud je vázán na vzdělávací instituci, jedná se pouze o praxi u spolupracujících zaměstnavatelů v posledních ročnících školy. Často poskytovanými službami jsou pracovní asistence (4 organizace), individuální konzultace (4 organizace), Job kluby (4 organizace) a informační servis pro potenciální zaměstnavatele (3 organizace).



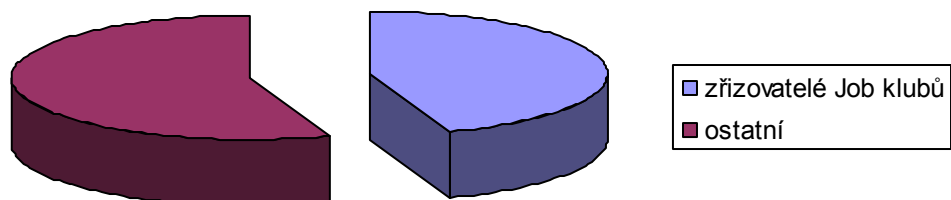
počet organizací poskytujících pracovní asistenci



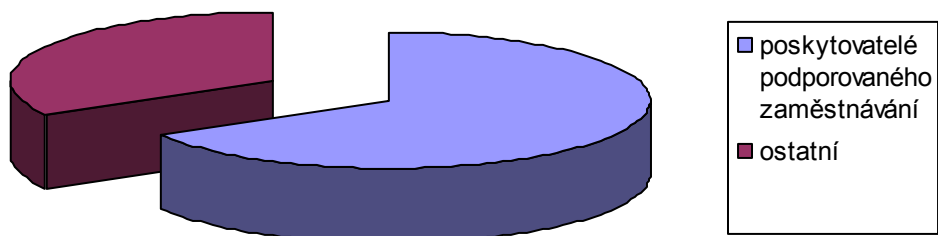
poskytovatelé informačního servisu zaměstnavatelům



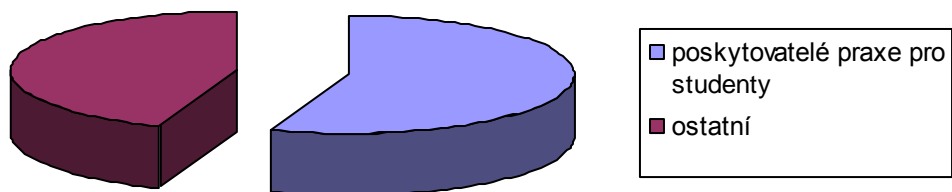
zřizovatelé Job klubů



poskytovatelé podporovaného zaměstnávání



poskytovatelé praxe pro studenty



4. Individuální pocit spokojenosti v jednotlivých aspektech života osob s tělesným postižením – výzkumný projekt

Vzhledem k požadavku, aby tranzitní program byl co nejkompexnějším systémem služeb, které umožní zapojení klienta tohoto programu do společenského života na všech úrovních, je třeba znát aspekty života těchto klientů, v nichž cítí nejvýrazněji nespokojenost nebo naopak.

Zvláště z důvodu neukotvenosti tranzitních programů v systému služeb nabízených osobám s tělesným (nebo i jiným) postižením je třeba co nejdůkladněji obsáhnout pole jejich potřeb, které vznikají na základě požadavku na plnohodnotné zapojení klienta do společnosti, aby byl tranzitní program realizován v optimální míře.

Cílem následujícího výzkumu tedy je vymežit oblasti, ve kterých se osoby s tělesným postižením cítí nejméně spokojeni, a srovnat, zda tyto oblasti tranzitní programy ve svých principech, cílech, ale hlavně realizaci postihují.

Výzkum byl proveden metodou kvantitativního výzkumu. Pro výzkum byla použita technika dotazníku. Dotazník byl distribuován dospělým osobám ve věku 18 – 45 let s tělesným postižením v množství 100ks. Z celkového množství se vrátilo 67ks dotazníků. Pro hodnocení odpovědí byla použita univariační analýza, jsou graficky znázorněna v tabulkách a okomentována.

4.1. Analýza výsledků šetření

1. otázka: Pohlaví respondentů

Pohlaví respondenta	Počet	Procentuální zastoupení
Žena	39	58%
Muž	28	42%

2. otázka: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

Vzdělání	Počet	Procentuální zastoupení
Základní	10	15%
Středoškolské bez maturity	42	63%
Středoškolské s maturitou	11	16%
Vyšší odborné a/nebo vysokoškolské	4	6%

3. otázka: Spokojenost s dosaženým vzděláním

Spokojenost	Počet	Procentuální zastoupení
Ne	0	0%
Spíše ne	23	34%
Spíše ano	32	48%
Ano	12	18%

4. otázka: Spokojenost s poskytovanými sociálními službami

Spokojenost	Počet	Procentuální zastoupení
Ne	7	11%
Spíše ne	19	28%
Spíše ano	28	42%
Ano	13	19%

5. otázka: Ochota připlácet na sociální služby

Ochota	Počet	Procentuální zastoupení
Ne	12	18%
Spíše ne	21	31%
Spíše ano	26	39%
Ano	8	12%

6. otázka: Výdělečná činnost

Výdělečná činnost	Počet	Procentuální zastoupení
Ano	31	46%
Ne	36	54%

7. otázka: Spokojenost se zaměstnáním

Spokojenost	Počet	Procentuální zastoupení
Ne	42	63%
Spíše ne	9	13%
Spíše ano	13	19%
Ano	3	5%

8. otázka: Spokojenost s možností trávení volného času

Spokojenost	Počet	Procentuální zastoupení
Ne	0	0%
Spíše ne	22	33%
Spíše ano	25	37%
Ano	20	30%

9. otázka: Spokojenost s dostupností dopravy

Spokojenost	Počet	Procentuální zastoupení
Ne	15	23%
Spíše ne	11	16%
Spíše ano	10	15%
Ano	31	46%

10. otázka: Bydlení samostatné nebo s rodiči

Bydlení	Počet	Procentuální zastoupení
S rodiči	48	72%
Samostatně	19	28%

11. otázka: Spokojenost s bydlením

Spokojenost	Počet	Procentuální zastoupení
Ne	9	13%
Spíše ne	15	23%
Spíše ano	31	46%
Ano	12	18%

12. otázka: Spokojenost s životním standardem

Spokojenost	Počet	Procentuální zastoupení
Ne	5	7
Spíše ne	32	48
Spíše ano	20	30
Ano	10	15

4.2. Komentář k analýze šetření

Dotazník vyplnila nadpoloviční většina žen, 58%.

Další otázky se týkaly vzdělání respondentů. Je překvapivým zjištěním, že třebaže většina respondentů nedosáhla středoškolského vzdělání s maturitou nebo vyššího, je zároveň většina respondentů se svým vzděláním spokojena. Zde by bylo na místě ještě přešetřit původní očekávání respondentů o svém vzdělání a konkretizovat, zda se jedná spíše o spokojenost s konkrétními vzdělávacími institucemi, kterými respondent prošel, nebo zda vzdělání považuje za dostatečné, popř. zda jej připravilo na možnost dalšího vzdělávání.

Následující část šetření se týkala spokojenosti s poskytovanými službami sociální péče. Většina respondentů je se sociálními službami spokojena a zhruba polovina je ochotna si na sociální služby i připlácet. Tuto část šetření bych navrhovala doplnit o průzkum, zda jsou respondenti ochotni připlácet spíše za účelem rozšíření nabídky služeb či zkvalitnění nabízených služeb nebo obojího.

Další část se věnuje výdělečné činnosti respondentů. Většina respondentů není výdělečně činná, proto jistě nepřekvapí, že výrazná většina respondentů se necítí v otázce zaměstnání spokojená. Tuto informaci jistě můžeme dát do souvislosti také s nízkou úrovní vzdělání respondentů.

Většina respondentů je také spokojena s možnostmi trávení svého volného času a dostupností potřebného způsobu dopravy.

Dalším překvapivým zjištěním je, že třebaže výrazná většina respondentů bydlí u rodičů, je zároveň většina respondentů se svým bydlením spokojena. Je otázkou, zda jsou respondenti dostatečně motivováni k osamostatnění, nebo zda se spíše jedná o spokojenost, s tím, že možnost bydlení u rodičů je řešením otázky bydlení v nelehké ekonomické situaci respondentů způsobené zejména nízkou zaměstnaností.

Závěr

Závěrem této práce mohu konstatovat, že zaměření tranzitních programů zejména na pomoc klientovi při přechodu ze školy do zaměstnání naplňuje potřebu klientů, ve které pociťují nejvýraznější nespokojenost. Klienti cítí potřebu mít lepší možnost zaměstnání, které by jim přinášelo výdělek.

Tranzitní programy by tedy měly nadále zvyšovat povědomí klientů o trhu práce, faktorech, které ovlivňují úspěch v hledání zaměstnání, které by uspokojovalo potřeby seberealizace a ekonomické samostatnosti klientů, způsobech hledání zaměstnání a existenci služeb, které klienty mohou v hledání a udržení zaměstnání podpořit.

Na základě šetření bych dále doporučila realizátorům tranzitních programů zvýšit motivaci klientů k získání vyššího vzdělání. Vyšší stupeň vzdělání je jedním z faktorů, které zvyšují úspěšnost uchazečů na trhu práce.

Neboť jak vyplývá, že závěrečné otázky šetření, třebaže v mnoha aspektech života respondenti pociťovali spokojenost, nemožnost pracovní realizace, která zároveň přináší ekonomickou nesamostatnost, způsobuje nespokojenost s celkovým životním standardem respondentů.

Nakonec je třeba podotknout, že téma subjektivní spokojenosti osob s tělesným postižením je velmi komplexní a bylo by vhodné výzkum rozšířit o další, výše navrhované, otázky. Analýza výsledků odpovědí by mohla dát ucelenější pohled na souvislosti mezi jednotlivými aspekty, které se na pocitu spokojenosti podílí. Tranzitní programy mohou potom tyto aspekty u svých klientů dle jejich individuálních potřeb posilovat.

Seznam literatury:

ANDERLE, T. *Nové trendy v předprofesní a profesní přípravě žáků se speciálními potřebami*. Speciální pedagogika 1, 2005.

BARTOŇOVÁ, M. – PIPEKOVÁ, J. – VÍTKOVÁ, M. (ed.) *Integrace handicapovaných na trhu práce v mezinárodní dimenzi*. Brno: MSD, 2005

DVOŘÁKOVÁ, H. – KRÁLÍKOVÁ, K. *Jdu do práce*. Praha: Asistence o. s., 2007.

HÁJKOVÁ, V. *Integrativní pedagogika*. Praha: Institut pedagogicko-psychologického poradenství České republiky, 2005.

HRDÁ, J. a kol. *Zaměstnávání lidí se zdravotním postižením*. Praha: Jedličkův ústav a školy, 2007.

HRUŠKA, J. a kol. *Komplexní systém výchovně-vzdělávací péče o děti a mladistvé s tělesným postižením*. Praha: Septima, 1995.

JESENSKÝ, J. *Prostor pro integraci*. Praha: Comenia konsult, 1993.

KOLEKTIV autorů. *Souhrnná metodika podporovaného zaměstnávání*. Praha: Rytmus, 2005.

KOLEKTIV autorů. *Problematika zaměstnávání občanů se zdravotním postižením*. Praha: Rytmus, 2005.

KOLEKTIV autorů *Pracovní listy – job klub*. Praha: Asistence o. s., 2007.

KOLEKTIV autorů *Metodický materiál k publikaci Pracovní listy – job klub*. Praha: Asistence o. s., 2007.

KÖLBLOVÁ, K. *Tranzitní program pro mládež s tělesným postižením, studenty a absolventy Jedličkova ústavu a škol v Praze*. Brno: Pedagogická fakulta MU, 2006. Bakalářská práce.

KRAUS, J. a kol. *Dětská mozková obrna*. Praha: Grada, 2005.

Kritické životní situace dětí a mladistvých s tělesným a zdravotním postižením, Brno: Paido, 1996. Sborník.

- KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, L. *Edukace dětí se speciálními potřebami v raném a předškolním věku*. Brno: Paido, 2004.
- LECHTA, V. (ed.) *Základy inkluzivní pedagogiky*. Praha: Portál, 2010
- MAREŠ, P. *Nezaměstnanost jako sociální problém*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2002.
- MONATOVÁ, L. *Pojetí speciální pedagogiky z vývojového hlediska*. Brno: Paido, 1998.
- NOVÁKOVÁ, H. – KUNCOVÁ, J. *Vím si rady*. Praha: Jedličkův ústav a školy, 2007.
- NOVOSAD, L. *Základy speciálního poradenství*. Praha: Portál, 2000.
- NOVOSAD, L. – ŠVINGALOVÁ, D. *Problém tělesnosti u hendikepovaných osob z hlediska filozofie výchovy*. Praha: Univerzita Karlova v Praze – Pedagogická fakulta, 2002.
- PIPEKOVÁ, J. *Integrace mladých osob s postižením na trhu práce z transnacionálního pohledu*. Speciální pedagogika 1, 2006.
- PRŮCHA, J. – WALTEROVÁ, E. – MAREŠ, J. *Pedagogický slovník*. Praha: Portál, 2003
- RENOTIÉROVÁ, M. – LUDÍKOVÁ, L. a kol. *Speciální pedagogika*. Brno: Univerzita Palackého, 2006.
- ŠÍŠKA, J. *Nový zákon o zaměstnanosti a začleňování osob s postižením do světa práce*. Speciální pedagogika 1, 2005.
- TITZL, B. *Postižený člověk ve společnosti*. Praha: Univerzita Karlova v Praze – Pedagogická fakulta, 2000.
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004
- VÍTKOVÁ, M. *Somatopedické aspekty*. Brno: Paido, 1999.
- VÍTKOVÁ, M. *Integrativní speciální pedagogika*. Brno: Paido, 2004.
- WEHMAN, P. *Life beyond the Classroom (Transition Strategies for Young People with Disabilities)*. Baltimore: Brookes Publishing, 2001.

Internetové zdroje:

<http://www.transition.net/index.php?m=home>

www.vrozene-vady.cz

www.genetika.wz.cz

www.mult-sclerosis.org

www.parkinson.org

portal.gov.cz

www.nsfju.cz

www.nadaceju.cz

www.osboruvka.cz

www.dilnytvorivosti.cz

www.scjupraha.eu

www.os-tap.cz

www.protebe.webnode.cz

www.asistence.org

www.jus.cz

www.mameotevreno.cz

www.spoluolomouc.cz

www.mhcb.org

www.agapo.cz

www.svitani.cz

www.ligavozic.cz

www.agenturapondeli.cz

www.moznostitujsou.cz

konik.ecn.cz/tranzitni_program.php

Příloha: Dotazník pro osoby s tělesným postižením

Vážená paní, vážený pane,

dovoluji si obrátit se na Vás s prosbou o spolupráci.

Jmenuji se Zuzana Benešová a jsem studentkou speciální pedagogiky na Pedagogické fakultě Univerzity Karlovy. Ráda bych Vás tímto požádala o pomoc při sběru informací pro mou diplomovou práci. Tato práce se zabývá činností tranzitních programů jako prostředku pomoci svým klientům s přechodem ze školy do zaměstnání. Ve výzkumné části bych se chtěla věnovat souvislosti mezi službami poskytovanými tranzitními programy a pocitem osobní spokojenosti potenciálních klientů.

Ráda bych Vás tedy požádala o vyplnění dotazníku s 12ti otázkami, u kterých, prosím, vždy vyberte jednu z nabízených odpovědí.

Předem bych Vám ráda poděkovala za ochotu a čas věnovaný vyplnění tohoto dotazníku.

Závěrem Vás mohu ujistit o naprosté anonymitě získaných dat a využití zjištěných informací výhradně pro studijní účely.

Zuzana Benešová

Tel.:

e-mail:

1. *Jste*
 - a) *Muž*
 - b) *Žena*
2. *Vaše nejvyšší dosažené vzdělání je*
 - a) *Základní*
 - b) *Středoškolské bez maturity*
 - c) *Středoškolské s maturitou*
 - d) *Vyšší odborné a/nebo vysokoškolské*
3. *Jste spokojen/a se svým vzděláním?*
 - a) *Ne*
 - b) *Spíše ne*
 - c) *Spíše ano*
 - d) *Ano*
4. *Jste spokojen/a s poskytovanými sociálními službami?*
 - a) *Ne*
 - b) *Spíše ne*
 - c) *Spíše ano*
 - d) *Ano*
5. *Byla byste ochotna si za sociální služby připlácet?*
 - a) *Ne*
 - b) *Spíše ne*
 - c) *Spíše ano*
 - d) *Ano*
6. *Jste výdělečně činný/činná (tzn. vykonáváte profesní činnost, která Vám přináší výdělek)?*
 - a) *Ano*
 - b) *Ne*
7. *Jste spokojen/a se svým zaměstnáním?*
 - a) *Ne*
 - b) *Spíše ne*
 - c) *Spíše ano*
 - d) *Ano*
8. *Jste spokojen/a s možnostmi využití svého volného času?*
 - a) *Ne*
 - b) *Spíše ne*
 - c) *Spíše ano*
 - d) *Ano*
9. *Jste spokojen/a s dostupností dopravy dle Vašich potřeb?*
 - a) *Ne*
 - b) *Spíše ne*
 - c) *Spíše ano*
 - d) *Ano*

10. *Bydlíte*

- a) *Samostatně*
- b) *U rodičů*

11. *Jste spokojen/a se svým bydlením?*

- a) *Ne*
- b) *Spíše ne*
- c) *Spíše ano*
- d) *Ano*

12. *Jste spokojen/a se svým stávajícím životním standardem?*

- a) *Ne*
- b) *Spíše ne*
- c) *Spíše ano*
- d) *Ano*