

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI**

**PEDAGOGICKÁ FAKULTA**

Ústav pedagogiky a sociálních studií

**Diplomová práce**

Bc. Ondřej Váňa

Motivační faktory v procesu zaměstnávání osob se zdravotním postižením  
se zaměřením na Zlínský kraj

Olomouc 2013

Vedoucí práce: Mgr. Štefan Chudý, Ph.D.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracoval samostatně a použil pouze  
uvedených pramenů a literatury.

Souhlasím s půjčováním diplomové práce v rámci knihovních služeb.

V Olomouci dne 31. 3. 2013

.....

## **Poděkování**

*Děkuji vedoucímu mé bakalářské práce Mgr. Štefanu Chudému, Ph.D. za ochotu, se kterou se mi vždy věnoval a podporu, kterou mi poskytl při implementaci mé diplomové práce.*

## **Anotace česky**

Tato diplomová práce popisuje základní pojmy z oblasti zdravotního postižení a zaměstnávání osob se zdravotním postižením a zkoumá motivační faktory zaměstnávání osob se zdravotním postižením. Teoretická část obsahuje kapitoly: zdravotní postižení, trh práce a zaměstnávání osob se zdravotním postižením. Jednotlivé kapitoly jsou zaměřeny na vymezení problematiky, její popis, dělení a sdělení dalších relevantních informací. Praktická část práce obsahuje kapitoly: úvod k výzkumu a realizace výzkumu. Kapitola úvod k výzkumu je zaměřena na plánování, tvorbu a aplikaci výzkumné metody. Kapitola realizace výzkumu pak na interpretaci výsledků výzkumu a následný závěr.

Klíčová slova: osoby se zdravotním postižením, zdravotní postižení, handicap, trh práce, legislativa zaměstnanosti, zaměstnávání.

## **Anotace v angličtině**

This thesis describes the basic concepts of disability and employment of persons with disabilities and examines the factors motivating the employment of people with disabilities. The theoretical part contains chapters disability, labor market and employment of persons with disabilities. Each chapter is focused on defining the subject, description, classification and communication of other relevant information. The practical part contains chapters introduction to the research and implementation of research. Chapter introduction to research is focused on the planning, creation and application of research methods. Chapter realization of this research, the interpretation of research results and subsequent conclusions.

Keywords: people with disabilities, disability, handicap, labor market, employment legislation, employment.

## OBSAH

<b>ÚVOD .....</b>	<b>7</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>8</b>
<b>1 ZDRAVOTNÍ POSTIŽENÍ.....</b>	<b>9</b>
1.1 VYMEZENÍ POJMU ZDRAVOTNÍ POSTIŽENÍ.....	9
1.2 ZDRAVOTNÍ POSTIŽENÍ V HISTORII.....	11
1.3 DUŠEVNÍ POSTIŽENÍ A PORUCHY CHOVÁNÍ .....	14
1.3.1 Etiologie onemocnění .....	15
1.3.2 Symptomy duševních poruch a poruch chování .....	18
1.3.2.1 Poruchy vnímání.....	18
1.3.2.2 Poruchy emotivity.....	19
1.3.2.3 Poruchy myšlení .....	20
1.3.2.4 Poruchy paměti .....	23
1.3.2.5 Poruchy jednání .....	23
1.3.2.6 Poruchy vědomí.....	25
1.3.2.7 Poruchy pudů.....	26
1.3.2.8 Poruchy osobnosti.....	28
1.3.3 Dělení u duševních poruch a poruch chování .....	30
1.4 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ.....	34
1.4.1 Etiologie postižení .....	35
1.4.2 Dělení postižení .....	37
1.4.2.1 Lehká mentální retardace.....	37
1.4.2.2 Středně těžká mentální retardace.....	38
1.4.2.3 Těžká mentální retardace.....	38
1.4.2.4 Hluboká mentální retardace.....	39
1.4.2.5 Jiná mentální retardace .....	39
1.4.2.6 Nespecifikovaná mentální retardace.....	39
1.4.3 Vybrané syndromy spojené s mentální retardací .....	41
1.5 TĚLESNÉ POSTIŽENÍ.....	42
1.5.1 Etiologie postižení .....	43
1.5.1.1 Vrozená tělesná postižení .....	43
1.5.1.2 Získaná tělesná postižení .....	45
1.6 SMYSLOVÉ POSTIŽENÍ.....	47
1.6.1 Zrakové postižení.....	47
1.6.1.1 Typy postižení zraku.....	50
1.6.2 Sluchové postižení .....	50
1.6.2.1 Typy postižení sluchu .....	52
1.7 KOMBINOVANÉ POSTIŽENÍ.....	53
1.8 PŘEDSUDKY O LIDECH SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM .....	55

<b>2</b>	<b>TRH PRÁCE A ZAMĚSTNÁVÁNÍ OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM .....</b>	<b>57</b>
2.1	POJEM EKONOMIE V KONTEXTU S TRHY PRÁCE.....	57
2.2	SOCIÁLNÍ POLITIKA .....	59
2.2.1	Sociální podpora .....	62
2.2.2	Sociální pomoc.....	62
2.3	VYMEZENÍ POJMŮ .....	63
2.4	NÁSTROJE MOTIVACE ZAMĚSTNÁVÁNÍ OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM .....	65
2.4.1	Nástroje legislativní .....	65
2.4.2	Nástroje nelegislativní .....	68
<b>II</b>	<b>PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>72</b>
<b>3</b>	<b>ÚVOD K VÝZKUMU .....</b>	<b>73</b>
3.1	VÝZKUMNÝ PROBLÉM.....	73
3.2	CÍL VÝZKUMU .....	74
3.3	DRUH VÝZKUMU .....	74
3.4	METODY VÝZKUMU.....	75
3.4.1	Metody získávání dat .....	75
3.4.2	Metody zpracování dat a analýzy dat .....	76
3.5	VÝZKUMNÝ VZOREK .....	76
<b>4</b>	<b>REALIZACE VÝZKUMU .....</b>	<b>78</b>
4.1	VÝSLEDKY VÝZKUMU .....	78
4.1.1	Hypotézy .....	79
4.1.2	Respondenti.....	84
4.1.3	Zkušenost .....	88
4.1.4	Motivační faktory (nástroje) .....	89
4.1.5	Plnění povinného podílu .....	92
4.1.6	Pracovní poradenství.....	93
4.1.7	Zaměstnávání osob se ZP.....	96
4.2	ZÁVĚR VÝZKUMU.....	102
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>105</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>106</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....</b>	<b>111</b>
	<b>SEZNAM OBRÁZKŮ .....</b>	<b>112</b>
	<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>113</b>
	<b>SEZNAM GRAFŮ .....</b>	<b>115</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH .....</b>	<b>116</b>

## ÚVOD

Diplomová práce, kterou držíte v rukou, se zabývá problematikou nejrůznější typů zdravotního postižení a zaměstnáváním lidí se zdravotním postižením. Zdravotní postižení v mnohých z nás možná vzbuzuje pocit něčeho divného, pocit nepříjemný, nechtěný. Uvědomme si ale skutečnost, že lidé se zdravotním postižením nás, relativně zdravé, obklopují téměř všude. Když jdeme na nákup do obchodu, když cestujeme do zaměstnání a škol, když prostě jenom jdeme po ulici. Člověk se zdravotním postižením to někdy nemusí mít napsáno na čele, ale podstatné je, že s tím musí žít. Mým záměrem není vzbuzovat emoce nebo lítost, protože to určitě není na místě. Chci poukázat na fakt, že o těchto lidech často nevíme vůbec nic. Nevíme ani jak se k nim chovat, natož, jak by bylo možné, aby vůbec pracovali. Podle údajů ČSÚ (Český statistický úřad) evidovala Česká republika v roce 2008 1 015 548 osob se zdravotním postižením, což je 9,87% celkové populace. Tato čísla neustále rostou, všem je známý fakt, že populace nezadržitelně stárne a se stářím je spojena větší nemocnost a nárůst poškození. Jednou se rovnice možná vyrovná. A stav, ve kterém lidé s postižením potřebují ty zdravé, se změní na stav, kdy se budou obě skupiny potřebovat navzájem. Je škoda jedné věci, a sice že by tento stav byl založen na potřebě přežití. Tím by se z něj vytratila lidskost a zbyla „pouhá“ animálnost. Je tady ještě jedna možnost. Pokusit se o změny nyní, s cílem být skutečně vyspělou moderní společností. Toho je možné dosáhnout řadou nástrojů, postupů nebo chcete-li metod. Vždy však skončíme u člověka. Stejně je tomu i u zaměstnávání. Tvrzení, že zaměstnávání osob se zdravotním postižením je složitý proces, je jistě pravdivé, ale do značné míry také omšelé klišé shrnující danou oblast do jedné věty. Proč tomu tak je? Protože zde mluvíme o člověku, a v tom případě není nikdy a nic tak jednoduché, jak by se mohlo zdát.

Teoretická část práce obsahuje kapitoly: zdravotní postižení, trh práce a zaměstnávání osob se zdravotním postižením. Jednotlivé kapitoly jsou zaměřeny na vymezení problematiky, její popis, dělení a sdělení dalších relevantních informací. Praktická část práce obsahuje kapitoly: úvod k výzkumu a realizace výzkumu. Kapitola úvod k výzkumu je zaměřena na plánování, tvorbu a aplikaci výzkumné metody. Kapitola realizace výzkumu pak na interpretaci výsledků výzkumu a následný závěr.

# **I. TEORETICKÁ ČÁST**



# 1 ZDRAVOTNÍ POSTIŽENÍ

Pro zdravotní postižení existuje velký počet pojmenování a definic. Můžeme jej zařadit do oblasti ekonomické, politické, právní, psychologické či sociální. Kapitola zdravotní postižení je nezbytnou součástí této práce. Pozornost je zde věnována vymezení pojmu zdravotního postižení, zdravotní postižení v historii, duševní postižení, mentální postižení, tělesné postižení, smyslové postižení, kombinované postižení. Jistě jste si všimli poněkud jiného označení (duševní postižení) duševních poruch nebo také duševního onemocnění. Je tomu tak z důvodu celkové kontinuity předkládaného textu. Ústřední definicí je zvoleno chápání pojmu postižení zákonem o sociálních službách. Zákon (č. 108/2006 Sb.) o sociálních službách<sup>1</sup> rozumí zdravotním postižením:

„tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby.“

Ze stejného důvodu není kapitola mentální postižení nazvána „mentální retardace“, jak by tomu správně mělo být a jak s tímto pojmem pracuje např. speciální pedagogika. Je nutné si také uvědomit, že termín duševní postižení je v oblasti humanitních vědních disciplín vnímán jako zastřešující pojem jednak pro mentální retardaci, ale také pro duševní poruchy.

## 1.1 Vymezení pojmu zdravotní postižení

Vymezení pojmu zdravotní<sup>2</sup> postižení můžeme nalézt v řadě vědních oborů a také literatura nabízí velké množství nejrůznějších definic. Lze říci, že valná většina z nich popisuje zdravotní postižení obdobně. Nicméně určitý nesoulad je patrný zde a taktéž napříč právem mezinárodním a právem jednotlivých zemí, Českou republiku nevyjímaje. WHO (World health organization) v knize Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (2001, s. 32) uvádí dva rozdílné přístupy ke zdravotnímu postižení. Model medicínský vnímá potíže dané osoby tak, že jsou způsobeny přímo určitým traumatem, chorobou a dalšími

---

<sup>1</sup> Popisuje § 3, písmeno g).

<sup>2</sup> V otázce etiologie slova zdraví existují v češtině dvě domněnky původu. Jedna vidí jeho původ ve slově „pevný“ a druhá ve slově „dřevo“. Nejpravděpodobnější se jeví původ v indoevropském slově „solvos“. To se v latině proměnilo na „salvus“, což znamená celý, zdravý, neporušený, spasený, zachráněný (Baštecká, Goldmann, 2001, s. 27).

jinými zdravotními problémy, které vyžadují odborný lékařský zásah. Lékařská péče je zde chápána jako hlavní východisko problému. Model sociální vidí východisko především v co největší integraci daného jedince do společnosti. Handicap zde není vlastností jedince, ale obrazem celé společnosti, protože ona mnohé z potíží prohlubuje nebo dokonce vytváří. Právě společnost v celé její šíři modifikuje svět kolem sebe a tím ovlivňuje míru handicapu u zdravotně postižených. WHO bere v úvahu i další pojmy spojené se zdravotním postižením.

Ani Úmluva OSN (Organizace spojených národů) o právech osob se zdravotním postižením platná od 3. května 2008 neobsahuje přesnou definici pojmu zdravotní postižení a člověk se zdravotním postižením. Uvádí pouze jakýsi minimální standart, podle něhož jsou zdravotně postižení tito: „osoby mající dlouhodobé fyzické, duševní, mentální nebo smyslové postižení, které v interakci s různými překážkami může bránit jejich plnému a účinnému zapojení do společnosti na rovnoprávném základě s ostatním“. (Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením, 2008, s. 4) Zde je možné nalézt analogii s českým autorem Liborem Novosadem (2006, s. 13). Ten uvádí příklad člověka s tělesnou vadou, používající invalidní vozík. Tento jedinec bude handicapovaný v případě studia ve škole, která je pro něj svým architektonickým řešením nepřístupná. Nebude však prakticky handicapovaný ve škole, která je zbudována bezbariérově. Další příklad uvádí na žákovi, který trpí dyslexií, která mu brání ve standardně rychlém čtení zadání písemné práce, ten je handicapován pouze do chvíle, dokud je po něm požadováno vykonání zkoušky písemnou formou. Nyní se zaměříme na definice, které byly vytvořeny autory publikací primárně určených pro Českou republiku, jsou to především tyto:

1. „postižení zdravotní (handicap) dlouhodobý nebo trvalý stav, který nelze léčbou zcela odstranit, lze však nepříznivý dopad p. z. (postižení zdravotního) zmírnit soustavou promyšlených opatření; počet p. z. roste s přibývajícím věkem“. (Hartl, Hartlová, 2009, s. 442).

Dále uvádím definice, které figurují v oblastech zákonů ČR, nařízení vlády nebo vyhlášek a slouží pro potřeby výkonu sociálního zabezpečení, Úřadu práce ČR a dalších státních i nestátních institucí:

1. Zákon (č. 435/ 2004 Sb.) o zaměstnanosti<sup>3</sup>: „osobami se zdravotním postižením jsou fyzické osoby, které jsou orgánem sociálního zabezpečení uznány invalidními:  
a) ve třetím stupni<sup>4</sup> (dále jen "osoby s těžším zdravotním postižením"), nebo  
b) v prvním<sup>5</sup> nebo druhém<sup>6</sup> stupni.“
2. Zákoník práce (zákon č. 262/2006 Sb.) používá definici v totožném znění jako zákon o zaměstnanosti.
3. Zákon (č. 108/2006 Sb.) o sociálních službách<sup>7</sup> rozumí zdravotním postižením: „tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby.“

Posledně jmenovaný zákon a v něm popsané vymezení zdravotního postižení jsem pro tuto práci zvolil jako výchozí. Definice popsané výše však hrají významnou roli v jiných oblastech, kterými se v této práci také zabývám.

## 1.2 Zdravotní postižení v historii

Zdravotní stav člověka je posuzován už od pradávna, vzpomeňme na různé etapy světových dějin. Podle Hartla a Hartlové (2009, s. 346) byly choroby duše považovány za následek nějakého provinění proti bohům. Renotiérová (2002, s. 9-10) zmiňuje cílenou a nepřetržitou likvidaci postižených v průběhu celého antického období. Např. Lykurgovy zákony, umožňovaly fyzické utracení postiženého dítěte (4. stol. př. n. l.). Známý je přístup Spartánů, kteří tyto děti nechávali zemřít hladem v divočině či je ponechávali jako oběti dravé zvěře. Zevní postižení (nedostum prodigium) nebo narození v nepříznivý den (dies nefestus) bylo důvodem nepřijetí dítěte v Římě. O nepřijetí rozhodovala rada složená z pěti sousedů otce dítěte. Dítě

---

<sup>3</sup> Popisuje § 67

<sup>4</sup> Jestliže pracovní schopnost pojištěnce poklesla nejméně o 70 %, jedná se o invaliditu třetího stupně. (Výňatek zákona č.155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, § 39, odst. 2, písmeno c).

<sup>5</sup> Nejméně o 35 %, avšak nejvíce o 49 %, jedná se o invaliditu prvního stupně (Výňatek zákona č.155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, § 39, odst. 2, písmeno c).

<sup>6</sup> Nejméně o 50 %, avšak nejvíce o 69 %, jedná se o invaliditu druhého stupně (Výňatek zákona č.155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, § 39, odst. 2, písmeno b).

<sup>7</sup> Popisuje § 3, písmeno g).

bylo posléze utopeno nebo odloženo na nejrůznějších místech (trh, les, mléčný sloup v Římě). Další národy jako Indové, Číňané, Skytové, postižené děti topili v řekách, Kartagiňané v moři. U severských národů docházelo k zabíjení postižených jedinců v rámci rituálních obřadů. K fyzické likvidaci prý docházelo i ve středověku. Postižení jedinci byli považováni za zplodence ďábla, což se neslučovalo s tehdejšími názory církve, náboženských reformátorů a některých filozofů. Kniha Kladivo na čarodějnice sloužila od roku 1439 jako příručka k mučení za účelem doznání posedlosti ďáblem. Nejvýraznější rozmach procesů s čarodějnicemi na území Moravy a Slezska je patrný ve druhé polovině 17. století. Poslední zaznamenaný inkviziční ortel pochází z roku 1682. Malá a Pavlovský (2010, s. 12) uvádí, že pokusy o léčbu duševních nemocí probíhaly již v antice. První Hippokrates, poté Asklepiades, Soranus, Galén, považovali duševní nemoci za projevy tělesné poruchy. To u nich vedlo k opouštění zažitých tendencí té doby, kdy byla duše zahalena závojem mystiky. Hippokrates ve své teorii o porušené rovnováze tělesných šťáv doporučoval léčbu projímadly, dávidly nebo pouštění žilou. V raném středověku tyto poznatky převzala arabská kultura. Za zmínku stojí lékař Avicenna, který popsal pozitivní vliv malarické horečky na epileptické záchvaty. Od konce 15. století, souběžně s konáním čarodějnických procesů, sílí názory pokrokových lékařů o tělesné podstatě duševních nemocí. Na spojení onemocnění duše a fungování mozku upozorňuje profesor Felix Plater z Basileje. Určitou ochranu lidem s postižením poskytovaly klášterní špitály, v průběhu 15. století se začínají objevovat i špitály městské. Pro jedince s duševním onemocněním je prvním zařízením na území našeho státu azyl ve Znojmě z roku 1458. Další změnu přinesla éra osvícensko-humanistického myšlení. To v průběhu 18. století vyústilo ve Velkou francouzskou revoluci. Na základě zmocnění Konventem provést reformu péče o lidi s postižením, prosadil Filip Pinel zřízení ústavů, v nichž bylo s duševně nemocnými humaně zacházeno. Nemocní jedinci byli také zaměstnáváni jednoduchou prací na polích a účastnili se terapeutické metody zvané psychodrama. Specializované instituce určené dětem s různými typy zdravotního postižení vznikají v 18. a 19. století. V průběhu století 20. se péče rozšiřuje i na staré lidi. Důsledkem toho je specializovanými službami pokryt celý lidský život. V roce 1784 vzniká vůbec první instituce v českých zemích. Jedná se o ústav pro pomatené v budově zrušeného kláštera sv. Anny. Další institucí je pražský ústav pro hluchoněmé. Ten byl založen již v roce 1786. (Vojtko, 2007, s. 34). Později vznikaly i další ústavy - viz tabulka č. 1. V ní zmiňuji první existující ústavy, které měly kromě péče o zdravotně

postižené také poskytovat základy vzdělávání a pracovních návyků (nejčastěji vyučení se některému z řemesel).

**Tab. 1** První ústavy v naší zemi

<b>Datum založení</b>	<b>Místo</b>	<b>Zaměření</b>
1784	Brno	duševní nemoci <sup>8</sup>
1786	Praha	hluchoněmí
1807	Praha	slepí
1858	Litoměřice	hluchoněmí
1858	České Budějovice	hluchoněmí
1881	Hradec Králové	hluchoněmí

Rozvoj ústavní péče přinášel vyšší nároky na samostatnost lidí s postižením, zvláště v ohledu na budoucí výkon zaměstnání. U začátků prvního ústavu pro mentálně postižené děti stála významná osobnost Karla Slavoje Amerlinga. K. S. Amerling stojí za vznikem známého moderního vzdělávacího zařízení Budeč. Názvy obsahující toto jméno a spojené s osobností K. S. Amerlinga, později nesl také časopis a první hlavní škola v Praze. Vojtko (2007, s. 36). Další významnou osobností v oblasti sociální práce byl prof. MUDr. Rudolf Jedlička. Renotiérová (2002, s. 11) uvádí, že v roce 1913 založil ústav pro tělesně postiženou mládež v Praze a Vyšehradě. Zde byla zajištěna komplexní péče (léčebná, sociální, výchovná a vzdělávací, psychologická, technická a právní). Nutno podotknout, že v té době se jednalo o koncepčně nadčasovou záležitost. Na základě jeho myšlenek byly založeny ústavy podobného typu (komplexní péče) také na Moravě a na Slovensku.

Za významnou osobnost je právem považován také František Bakule. Bývá označován za reformního pedagoga a vůbec prvního učitele dětí s postižením. Stal se také prvním ředitelem Jedličkova ústavu. Významné postavy české speciální pedagogiky jsou mimo jiné i Augustin Bartoš a Jan Chlup. (Renotiérová, 2002, s. 15-24). V oblasti duševních chorob je nutné uvést profesora Karla Kuffnera, jakožto prvního autora české učebnice psychiatrie. Dále profesora Zdeňka Myslivečka, který se zasloužil o vznik psychiatrické kliniky v Bratislavě a je

---

<sup>8</sup> V dobovém označení „pomatení“.

autorem učebnic obecné a speciální psychiatrie. Poslední zde uvedenou osobností je profesor Lubomír Hanzlíček, který v letech 1978 – 1984 vydal desetidílnou encyklopedii mimo jiné o duševních chorobách (Malá, Pavlovský, 2010, s. 13).

S posuzováním zdravotního stavu člověka přichází také otázka, proč tato potřeba existovala a přetrvává. Možná je to z důvodu, že již před mnoha tisíci lety byli lidé schopni rozpoznat určité kvalitativní a kvantitativní deficity schopností a dovedností postižených lidí. V průběhu vývoje lidské civilizace a se zákonitým důrazem na zvyšování výkonnosti lidí se problematika zdravotního postižení stávala stále více viditelnou. Zcela jasný kontrast je patrný v moderním a dnešním postmoderním uspořádání světa. Stále více se tak posuzování zdravotního stavu člověka stává otázkou celosvětového formátu. Především v oblasti péče a podpory, působnosti sociálního státu, přerozdělování státního rozpočtu a také příznivého nastavení spolupracujícího - dialogického vztahu lidí.

### **1.3 Duševní postižení a poruchy chování**

První podkapitola zabývající se jedním z druhů zdravotního postižení nese název Duševní postižení a poruchy chování. Obecně je tato skupina postižení nazývána jako duševní onemocnění. Světová zdravotnická organizace, ve své zatím poslední 10. revizi, pojem duševní onemocnění nahradila termínem duševní porucha. Podkapitola o lidské duši a lidském chování je částí nejobsáhlejší. Práce s lidmi mě totiž zavedla právě k těm, kteří tento handicap znají z vlastní zkušenosti, ať už jako příbuzný, sociální pracovník nebo ten nejzasvěcenější – člověk s tímto postižením osobně.

Malá a Pavlovský (2010, s. 23) tvrdí, že: duševní porucha je charakterizována klinicky rozpoznatelným souborem příznaků (symptomů) nebo poruchou chování, které narušují funkci a jsou často spojeny s pocity tísně.“

Psychologický slovník definuje duševní poruchu a také duševní nemoc. Duševní porucha je tedy: „změna některých psychických procesů projevující se v myšlení, pocitech a chování člověka, znesnadňující jeho adaptaci a interakci se sociálním okolím.“ (Hartl a Hartlová, 2009, s. 424)

Duševní nemoc: „choroba jejíž podstatou je porucha duševních funkcí ve smyslu hyper-, hypo-, dysfunkce nebo úplné ztráty funkce.“ (Hartl a Hartlová, 2009, s. 346)

### 1.3.1 Etiologie onemocnění

U některých typů duševních onemocnění není možné ani v roce 2013 určit etiologii nemoci. Nesporný je vliv genů, které ve většině případů poskytují výhledovému nositeli dispozi- ce onemocnět. Dalším faktorem jsou vlivy, které na plod působily v průběhu perinatálního ob- období; perinatálního období; na novorozeně v období postnatálním. Malá a Pavlovský (2010, s. 15-16) rozdělují duševní choroby pro potřeby etiologického určení do tří kategorií:

1. onemocnění, u kterých je jednoznačně možné určit příčinu vzniku choroby,
2. onemocnění, kde je příčina vzniku neznámá nebo není objasněna dostatečně,
3. onemocnění, které vyvolává společně více faktorů:
  - faktor dědičnost -

jedná se o děděné předpoklady reagovat určitým způsobem nebo být méně odolný vůči dané psychiatrické poruše.

- faktor zevní prostředí -

dělíme je na negativní a pozitivní, podle toho, jak na jedince působí. Negativní jsou perina- tální poškozující vlivy, vystavení infekcím nebo toxinům, přítomnost traumat, farmaka vyvo- lávající závislosti a další komorbidní poruchy (takové, které jsou s jistými poruchami často spojeny, např. diagnóza z oblasti depresí + alkoholismus). Mezi negativní zevní faktor patří také prodělaná nezvládnutá krize. Krize<sup>9</sup> je obecně stav nové, neznámé, těžké, psychicky vel- mi náročné situace, ve které se jedinec ocitl. Hartl, Hartlová (2009, s. 279) krizi popisují jako výraz pro extrémní psychickou zátěž, nebezpečnou životní událost nebo rozhodný obrat v léčbě. Pro zvládnutí krize jsou stávající adaptační mechanismy nedostatečné. Je proto nutné vytvořit nové. Nezvládnutá krize však u daného jedince nevytvořila nový obranný nebo chce- te-li adaptivní mechanismus, ale navíc jej psychicky velmi vyčerpala. Toto ve spojení se zmi- ňovanou genetickou predispozicí vede až k rozvoji duševních poruch, popřípadě poruch cho- vání. Pozitivní faktory jsou označovány také jako protektivní, protože tak působí vůči vzniku a rozvoji duševních chorob. Vznikají v harmonické rodině, kde dítě získává správnou míru těch kterých emocí, je přijímáno a milováno (Malá, Pavlovský, 2010, s. 16). Tento zdravý

---

<sup>9</sup> Z řeckého krisis, které je odvozeno od linein, což znamená rozhodnout. V latině slovo crisis, což znamená rozhodný obrat (Baštecká a Goldmann, 2001, s. 275).

základ poté tomuto jedinci pomáhá zvládat krizové momenty i v pozdějším věku. Mezi pro-  
tektivní faktory patří také nadprůměrný intelekt a sociální inteligence, schopnost vzpamatovat  
se po prodělaném traumatu a víra.

**Tab. 2** Přehled příčin duševních chorob (Malá, Pavlovský, 2010, s. 16).

<b>Etiologie</b>	<b>Příčiny choroby</b>
Známa	Organické, toxické, infekční, nádorové, traumatické a jiné poško- zení mozku
Předpokládaná	Genetická
	Z prostředí – rizikové a protektivní vlivy
Neznámá	Psychotické poruchy (např. schizofrenie)

Konkrétně geny a jejich přenos jsou v otázce etiologie duševních poruch velmi těžko  
uchopitelné. Dispozici pro vznik duševních poruch mohou zapříčinit geny, které se nalézají na  
jednotlivých chromozomech. Motlová a Koukolík (2004, s. 54-65) uvádějí možnost genetic-  
kého vlivu chromozomů 2, 4, 5, 9, 10, 13, 22 u schizofrenie. Mezi nejlépe zmapované příčiny,  
vycházející z předpokladu vlivu vnějšího prostředí, patří datum a místo narození, komplikace  
v průběhu těhotenství a při samotném porodu. Roli mohou hrát sezónní vlivy, abnormální růst  
a vývoj plodu, infekce, nedostatečná výživa plodu, věk otce, časný psychosociální stres (pre-  
natální, perinatální, postnatální), psychosociální stres v dětství, migrace, sociální původ, ná-  
vykové látky a drogy. Určitý podíl vlivu genetického materiálu se předpokládá konkrétně u  
schizofrenie, schizoafektivní poruchy, bipolární afektivní poruchy, všech dalších poruch nálad  
i u některých specifických vývojových poruch. Dále také u tikových poruch a mentální retar-  
dace (Malá, Pavlovský, 2010, s. 17).

Důležitou roli při vzniku duševních poruch hrají tzv. neuromediátory. Ty přenášejí  
vzruchy mezi jednotlivými neurony v mozku a tak šíří informaci v určité podobě do určitého  
směru. Nolen-Hoeksema (2012, s. 57) popisuje neurony jako s buňky s množstvím výběžků  
zvaných dendrity. Synaptická zakončení dendritů se ve skutečnosti nedotýkají sousedních  
neuronů, ale je mezi nimi úzká mezera. Když nervový vzruch projde dendritem, synaptické  
zakončení uvolní neurotransmitter a ten stimuluje sousední neuron. Takto se vzruchy šíří



celým tělem. Zjednodušeně lze říci, že duševní onemocnění ovlivňuje fungování a množství některých z neurotransmiterů, tím pádem dochází k nesprávnému přenosu informací synapsi. Pokud má mozek špatné informace, dá se usuzovat, že řešení, které navrhne, bude sice dobré pro situaci, o které dostal zprávu, ale bude špatné pro skutečný stav „venku“, pro realitu. V tabulce č. 3 jsou uvedeny významné neuromediátory a funkce, které plní.

**Tab. 3** Významné neuromediátory (Malá, Pavlovský, 2010, s. 17).

Neurotransmitter	Účinek
Dopamin	Ovlivňuje myšlení a chování, <i>nadbytek</i> vede k poruchám myšlení (zmatenost a bludy) a zvyšuje agresi k druhým (heteroagresivitu), <i>nedostatek</i> zvyšuje agresi k sobě samému (autoagrese), vyvolává ztuhlost, rigiditu, třes
Serotonin	Má vztah k náladě, úzkosti, nutkavým projevům, k poruchám spánku, jídla a sexuálních funkcí, <i>nedostatek</i> vyvolává smutnou náladu (sníženou forii), úzkost a nutkavost, poruchy spánku, přejídání
Noradrenalin	Vyplavuje se při akci, <i>nadbytek</i> je popisován u mánie, <i>nedostatek</i> se projevuje depresí, snížením až útlumem aktivity (snížená dynamogenie)
Acetylcholin	Má vztah k emotivitě, náladě, paměti a intelektu, <i>nedostatek</i> se projevuje úzkostí, depresí a demencí
GABA	Má sedativní antikonvulzivní, myorelaxační a antianxiózní účinky, <i>nedostatek</i> způsobuje úzkost a psychomotorickou agitovanost
Endorfíny	Mají vztah k bolesti

### 1.3.2 Symptomy duševních poruch a poruch chování

Symptom<sup>10</sup> nebo také příznak je projevem nemoci. Na základě jednoho symptomu některé nemoci nelze přesně určit, protože se daný příznak může vyskytovat u celé řady duševních poruch. V tom případě mluvíme o symptomu nespecifickém (může jít o poruchy spánku, nesoustředěnost, úzkost). Na druhé straně máme symptomy specifické (u mentální retardace to je snížení intelektu). Soubor symptomů, které jsou typické pro určitou nemoc (např. paranoidní schizofrenii) označujeme za syndrom<sup>11</sup>. Symptomy lze také dělit na subjektivní a objektivní, podle toho zda jde o podněty, které popisuje pouze daný jedinec (bolest hlavy) nebo o podněty, které jsou ověřitelné (pouhým okem, laboratorním šetřením, atd. [a tak dále]). Níže uvedené příznaky se v různých kombinacích objevují u určitých duševních poruch. Každý ze symptomů má svá specifika, která jednoznačně komplikují život nemocného člověka. Mezi symptomy duševních poruch patří:

*poruchy myšlení, poruchy emotivity, poruchy paměti, poruchy intelektu, poruchy jednání, poruchy vědomí, poruchy pudů, poruchy osobnosti.*

#### 1.3.2.1 Poruchy vnímání

Poruchám vnímání se věnuje téměř každý autor zabývající se duševními poruchami, nejznámější je jejich expozice u různých typů schizofrenie. Kučerová (2010, s. 11-12) popisuje poruchy vnímání následujícím způsobem.

##### HALUCINACE

Jde o vjem, který vznikl bez toho, aby existoval nějaký odpovídající podnět. Velmi důležité je, že jedinec je nevyvratitelně přesvědčený o jeho pravosti.

##### *Smyslové halucinace*

Dělí se ještě podle míry celistvosti na elementární (skvrny, jiskry, stíny, klepání, tóny) a komplexní (postavy, davy lidí, obličeje, hudba, zpěv, hovory).

- Zrakové halucinace
- Sluchové halucinace

---

<sup>10</sup> Z řeckého symptoma – příhoda, shoda okolností.

<sup>11</sup> Z řeckého syndrome – souběh.

- Čichové a chuťové halucinace
- Hmatové a tělové halucinace<sup>12</sup>
- Inadekvátní halucinace<sup>13</sup>

### *Intrapsychické halucinace*

Postižený jedinec má pocit, že jsou jeho myšlenky odebírány, přenášeny nebo zveřejňovány. Nemocný je vnímá jako manipulaci, ke které dochází v jeho hlavě. Většinou je přítomný také pocit, že je toto ovládáno nějakou cizí mocí.

### JINÉ PROŽITKY

Patří sem iluze a pseudohalucinace (Motlová, Koukolík, 2004, s. 23, 24). Iluze je porucha vnímání reálného objektu (skutečně existujícího). Nemocný jedinec zkrátka vnímá objekt, který vidí, jako něco jiného<sup>14</sup>. Pseudohalucinace je opět změněné vnímání, postižený jedinec vidí objekt, který ve skutečnosti neexistuje<sup>15</sup> a v tomto případě si toho je vědom, to tzn. (to znamená), že má náhled.

#### **1.3.2.2 Poruchy emotivity**

Emoce ovlivňují jednání jedince. Částečně rozhodují o tom, zda jej společnost vnímá jako člověka veselého, servilního nebo třeba rezervovaného. Poruchy emocí tak patří mezi velmi podstatné v životě postiženého jedince, značně totiž ovlivňují jeho každodenní fungování. Zbývající poruchy, včetně poruch emocí vysvětluje Malá a Pavlovský (2010, s. 27 - 36).

- Patický afekt – afekt, na jehož vrcholu je mráкотný stav<sup>16</sup>.
- Afektivní ztlum – při výrazně neobvyklých situacích (požár, tsunami) zůstává daný jedinec naprosto klidný. Reakce na událost často přichází opožděně.

<sup>12</sup> Existují i tzv. útrobní halucinace (prožitky klokotání krve v břiše, zkamenělého srdce, nohou z betonu).

<sup>13</sup> Prožitky při kterých se smyslový vjem projevuje v jiném orgánu (slyší zuby, čichá kůži) nebo prožitky, které jsou reálně mimo dosah orgánu (vidí za roh, slyší hovor z jiného kontinentu).

<sup>14</sup> Např. vidí elektrický kabel jako hada.

<sup>15</sup> Např. vidí tygra na pohovce.

<sup>16</sup> Krátkodobá, kvalitativní porucha vědomí.

- Anxiózní rapt – úzkost, ničení předmětů a neorganizované chování, heteroagrese, autoagrese.
- Patická nálada – nálada není přiměřená situaci svojí délkou a intenzitou projevu.
- Expanzivní nálada – zvýšená emoční reaktivita společně se zvýšenou potřebou činnosti, zvýšené sebevědomí.
- Euforie – povznášející stav.
- Anxiózní nálada – vyznačuje se výrazným neklidem a úzkostí.
- Depresivní nálada – plačtivost, smutná nálada, útlum pohybů celého těla a mimiky. Tendence vyčítat si. Riziko suicidálního jednání.
- Fobie – strachy a obavy z nejrůznějších věcí, zvířat, prostor, situací. Přestože je zde náhled na bezdůvodnost strachů, nelze fobie potlačit.

Ján Praško (2005, s. 10 – 13) nazývá fobie úzkostnými poruchami. V samotné publikaci s názvem *Úzkostné poruchy* je definuje jako: „různé kombinace tělesných a psychických projevů úzkosti, které nejsou vyvolány žádným vnějším nebezpečím. Úzkost se u těchto poruch objevuje buď v náhlých záchvatech nebo typických situacích nebo jako trvalý fluktuující stav. Míra příznaků je tak velká, že omezují pracovní život, rodinné soužití nebo prožívání volného času.“

Jiné rozdělení poruch emocí než u Malé a Pavlovského, bychom našli v publikaci Vágnerové (2008, s. 23). Ta je rozděluje na poruchy afektů a poruchy nálad. Poruchy afektů pak obsahují patický afekt a fobie; poruchy nálad zahrnují depresivní náladu, manickou náladu, anxiózní<sup>17</sup> náladu, apatickou náladu.

### **1.3.2.3 Poruchy myšlení**

Myšlení je další důležitou schopností člověka. Víme, že myšlení propojuje vnímání a emocionalitu, byť se to často děje na nevědomé úrovni. Opět má tedy velký vliv na běžný život lidského jedince. Poruchy myšlení dělí (Malá a Pavlovský, 2010, s. 28 – 30) do dvou skupin.

---

<sup>17</sup> Úzkostná nálada.

## KVALITATIVNÍ (OBSAHOVÉ) PORUCHY MYŠLENÍ

*Myšlenkový záraz* – dochází k náhlému přerušení procesu myšlení, děje se tak bez vnějšího zásahu.

*Inkoherentní<sup>18</sup> myšlení* – poznáme podle nesouvislosti a zmatenosti projevu. Myšlení může být zmatené, tzn., že postižený není schopen udržet logičnost myšlenek. V druhém případě mluvíme o myšlení roztržitěném, v takovém případě jsou myšlenky nesouvislé, řeč je nesrozumitelná.

### *Poruchy obsahové náplně*

- autistické myšlení vede k postupné ztrátě zájmu o okolí a uzavírání se do sebe. Tvoří ho subjektivní fantazie bez vztahu k realitě.
- magické myšlení se vyznačuje přiřazováním zvláštního významu naprosto obyčejným věcem nebo jevům (rozsvícení a zhasnutí světla je signál pro mimozemšťany). Symboly, rčení a ustálené fráze jsou chápány doslovně (tak dlouho chodil se džbánem pro vodu, až se ucho utrhlo).
- vtíravé nebo také obsedantní myšlenky jsou přítomny proti vůli postiženého. Ten ví, že jsou nevhodné a chorobné, ale jejich přítomnost nemůže ovlivnit, i když by to tak chtěl.

### *Bludy*

Poruchám soudnosti se podrobně věnuje Kučerová (2010, s. 12). Blud je nevyvratitelné přesvědčení postiženého jedince o nějaké skutečnosti. Bludy lze rozdělit podle jejich obsahu na bludy:

- velikášské, expanzivní - u nemocného panuje přesvědčení jeho důležitosti pro svět, jeho nenahraditelnosti. Je přesvědčen o svých schopnostech, poslání, síle, původu. Může mít dojem, že je neviditelný, nejsilnější na světě. Je schopný zavést pořádek a mír na celém světě, je potomkem mimozemšťanů, novým prorokem (Malá, Pavlovský, 2010, s. 30).

---

<sup>18</sup> Nesouvislé.

- vztahovačnosti – postižený jedinec si myslí, že lidé ve vlaku se baví o něm, všechno o něm ví, televizní hlasatelka mluví přímo na něj. Bludy vztahovačnosti mohou mít podobu perzekuce, kdy nemocný nabývá dojmu, že je sledován tajnou službou, kolegou z práce, mimozemšťany. Další podobou jsou bludy emulační (žárlivé), tady je postižený přesvědčený o nevěře partnera. (Kučerová, 2010, s. 12).
- religiózní, popsali je Motlová a Koukolík (2004, s.) – je patrný jejich vliv na tendence autoagrese. Je zjištěn také horší terapeutický výsledek. Jedinci zasažení tímto druhem bludu dosahují horších výsledků v hodnocení negativních a pozitivních symptomů.
- hypochondrické – nemocný je přesvědčený, že má nějakou závažnou chorobu. Může jít např. o AIDS, rakovinu, nádory. Osobně jsem se setkal právě s přesvědčením o nákaze HIV. Uživatelka mi vyprávěla příběh, jak se nakazila (záměrně to udělala sestra v nemocnici), v té době to bylo již deset let. Tato žena byla o své nemoci nevyvratitelně přesvědčena i po seznámení se s příznaky, které by již musela pociťovat. Uživatelka nakonec vyhledala centrum pro testování nákazy HIV, nicméně i po negativním testu na HIV trvala na svém onemocnění.
- technické – sledování prostřednictvím techniky (kamery, odposlouchávání, sledování satelity).

## KVANTITATIVNÍ (FORMÁLNÍ) PORUCHY MYŠLENÍ

*Útlum myšlení* – myšlení je zpomalené, monotónní, utlumena je také tělesná činnost.

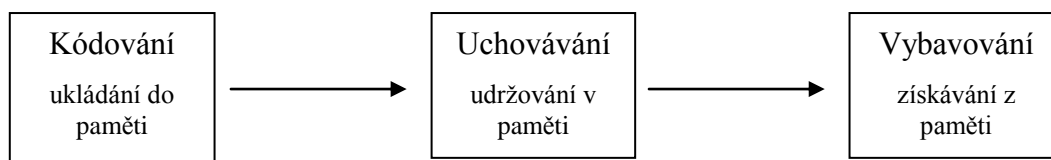
*Zrychlení myšlení* – myšlení je velmi rychlé, překotné, povrchní a nepřesné.

*Zabíhavé myšlení* – na cestě k pointě či cíli nerozlišuje podstatné od vedlejšího. Časté je odbíhání od tématu a rozvíjení těchto myšlenek.

*Ulpívavé myšlení* – neustálé setrvávání u tvrzení, která byla již jednou vyřčena. Opakování jednoho slova nebo myšlenky.

### 1.3.2.4 Poruchy paměti

Paměť funguje na základě principu ukládání, uchování a znovu vyvolání požadované informace. Nolen-Hoeksema (2012, s. 321) tyto tři složky paměťového procesu nazývá jako kódování, uchování a vybavování viz.obrázek č.1.



**Obr. 1** Tři fáze paměťového procesu (Nolen-Hoeksema, 2012, s. 321).

K poruchám paměti dochází při únavě, vyčerpání a při organických poruchách CNS. Paměť může být snižená, zvýšená, může vykazovat poruchy paměťového procesu. Tyto poruchy jsou příznakem např. u demence. V případě amnézie může u postiženého jedince dojít ke konfabulaci, tzn., že dojde k vytvoření konstruktivní situace, který není reálný. Tento fakt si postižený jedinec neuvědomuje. Autoři Malá a Pavlovský (2010, s. 30) poukazují ještě na tyto specifické poruchy paměti:

- Amnézie – ztráta paměti na určitý časový úsek. Bývá přítomna u poruch vědomí (epileptické záchvaty, intoxikace návykovými látkami, patický afekt).
- Bájevná lhavost – částečně záměrné konstruování a interpretace situací, ke kterým nedošlo. Je zde patrná velká fantazie (často dobrodružné a fantastické příběhy).

Vágnerová (2008, s. 23) popisuje další pojem, a sice hypomnézii. Jedná se o snížení výkonnosti paměti. Hypomnézie může být celková nebo selektivní, podle toho, zda je snižená výkonnost celkově nebo jen u některých složek paměti.

### 1.3.2.5 Poruchy jednání

Jednáním vědomě dosahujeme určených cílů. Poruchy jednání podle Malé a Pavlovského (2010, s. 31, 32):

- abulie – nedostatek aktivity, ochuzení zájmů,
- hypobulie – zvýšení aktivity,
- agitovanost – neúčelné jednání,

- impulzivní jednání – jednání bez rozmýšlení nebo zábran, bez emočního doprovodu,
- zkratkovité jednání – primární je dostat se k cíli nejkratší cestou a bez ohledu na následky činů,
- kompulzivní jednání – je nutkavé jednání, kterému nemůže daný jedinec zabránit a je nucen se mu podřizovat (neustálé nebo několikeré kontrolování, zda je zamčeno, mytí rukou),
- raptus – krátké, náhlé, zuřivé jednání vůči sobě samému nebo okolí,
- katatonické poruchy - porucha oblasti psychomotoriky, více v tabulce 4.

**Tab. 4** Katatonní příznaky nejčastěji se vyskytující u schizofrenie (Motlová, Koukolík, 2004, s. 27).

Manýrování	Běžné jednání je doplněno o nepřiměřené bizarní projevy. Výsledkem je nepřiměřenost nebo situaci neadekvátní obřadnost, např. při stolování, oblékání, ceremoniích, psaní.
Stereotypie	Opakující se pohyby určitých částí těla, bez souvislosti s celkovou pohybovou aktivitou.
Povelový automatismus	Automatické a okamžité reakce na povel, jakkoliv nesmyslný, přičemž jinak nemocný nespolupracuje.
Kataplexie	Stav, kdy jedinec setrvává v jedné pozici do které je uveden. Často jde o pozice velmi nepřirozené.
Flexibilitas cerea	Vosková ztuhlost, při manipulaci s částí těla kladou končetiny plastický odpor.
Grimasování	Nezvyklé, nevhodné a více či méně nápadné výrazy obličeje.
Negativismus	Aktivní: chování přesně opačné, než je požadováno. Pasivní: na výzvu nereaguje.
Echomatismy	Automatické opakování projevů druhého člověka.
Stupor	Vymizení pohybové aktivity a řeči při plně zachovaném vědomí.
Raptus	Výrazný psychomotorický neklid s bezcílým jednáním.



### 1.3.2.6 Poruchy vědomí

Malá a Pavlovský (2010, s. 32, 33) popsali v publikaci *Psychiatrie vědomí* takto: „vědomí je jednak uvědomění si sebe samého jako jedinečného individua proti ostatním lidem a světu; jednak bdělost – vědomí jako optimální stav centrální nervové soustavy, schopné reagovat na podněty.“ Zdraví člověka a jeho vědomí se mění ve dvou případech. Jedním z nich je spánek, při něm v některých oblastech dochází k utlumení mozkové aktivity, jiné zůstávají v činnosti. Dalším stavem změněného vědomí je hypnóza. Při ní je vědomí ohraničené a zúžené. To, co do vědomí vstupuje, je pouze na hypnotizérovi. Poruchy vědomí se dělí na kvalitativní a kvantitativní.

- Kvantitativní poruchy vědomí je
  - somnolence – stav spavosti, zastřené vědomí,
  - sopor – spavost, nereaktivní. Je možné krátké probuzení silným a téměř vždy bolestivým prostředkem,
  - kóma – těžký stav bezvědomí, postižení touto změnou vědomí je neprobuditelný,
  - mdloba – také kolaps nebo synkopa. Jde o krátkou ztrátu vědomí, která je často příčinou prudké emoce nebo nedokrevnosti mozku.
- Kvalitativní poruchy vědomí je
  - delirium – těžká porucha vědomí. Je pro ni typický neklid, ztráta orientace, zmatenost (ztráta orientace v místě, čase, osobě, situaci), bohaté iluze, halucinace, úzkost, porucha chování, hlučnost, někdy také agrese. Poté, kdy stav akutního deliria odezní, mohou zůstat útržkovité vzpomínky. Amence je stav podobný, s méně bouřlivým průběhem. Delirium se exponuje hlavně u infekčních onemocnění, u otrav, u alkoholové intoxikace.
  - obnubilace (mráкотné stavy) – jedná se o náhlou ztrátu a opět návrat vědomí. Dochází k amnézii na dobu trvání obnubilace. Vyskytuje se u epilepsie, patické opilosti, patického afektu. U obnubilace rozlišujeme, zda jde o stuporózní formu, ve které je postižený jedinec nehybný; o automatickou formu, ve které se postižený jedinec zdá jako při plném vědomí, ale amnézie je i zde; o deliriózní

formu, ve které je člověk zmatený, neklidný, trpí úzkostí, motoricky aktivní, hrozí riziko agrese vůči sobě i okolí.

### **1.3.2.7 Poruchy pudů**

Pudy můžeme označit jako vrozené sklony k určitému chování v určité situaci, kdy je nutné zachování sebe samotného nebo zachování rodu (Vágnerová, 2008, s. 23). Pudy slouží k uspokojování základních biologických potřeb. Řadu lidských pudů bychom objevili i u zvířat, např. pud obživný, sebezáchovný, pohlavní. Malá a Pavlovský (2010, s. 33) tvrdí, že úspěšná pudová chování bývají provázeny až slastným pocitem jedince. Zajímavým faktem je, že sebezáchovný pud může být provázen pocitem strachu a úzkosti, což je logické. Pokud však jedinec prožívá strachy a úzkost příliš dlouho nebo v jednom období velmi často, popřípadě je jejich intenzita příliš velká, může vést k rozvoji fobií, jak to popisuje Praško (2005, s. 11). V tom případě by mohli být fobie stejně dobře zařazeny právě do poruch pudů, jako do poruch emotivity, pojící linka – etiologie, je zde, myslím, patrná.

#### *Poruchy obživného pudu*

Národní informační centrum pro mládež (2010) řeší problematiku poruch stravování velmi intenzivně. Tyto poruchy rozděluje na bulimii a anorexii. Nad rámec jiných publikací zmiňuje NICM (Národní informační centrum pro mládež) ještě tzv. záchvatovité, nutkavé přejídání<sup>19</sup>.

- **Bulimie**

Projevuje se enormním pocitem hladu, kdy postižený jedinec cítí potřebu se najíst, což činí v mnohem větší míře, než by bylo potřeba. Může sníst až desetkrát více než kolik je zdravé a normální. Jedinec, trpící touto poruchou, může během jednoho takové záchvatu přijmout mezi deseti až dvaceti tisíci kaloriemi. Po takovém záchvatu pocítuje úzkost, obavu ze ztloustnutí, vinu. Proto je pro něj nutné se vyprázdnit (zvracení, použití projímadel) a tímto způsobem opět získat kontrolu.

- **Anorexie**

---

<sup>19</sup> Problém zde není určen kvantitou jídla, ale vztahem k jídlu. Stravování probíhá způsobem, který se jeví jako normální, ale vztah daného jedince k jídlu neurčuje hlad nebo potěšení z jídla, ale je ovládán úzkostí, strachem, pocitem frustrace či hněvu. Riziko pro člověka je pak především obezita (diabetes mellitus, zátěž myokardu).

Porucha pudu obživy spojená s nadměrným hubnutím. Pro jedince trpícího anorexií je velmi podstatné vypadat podle jím určených norem. Toho dosahuje skrytým držním diet a často nadměrným fyzickým cvičením.

#### *Poruchy sebezáchovného pudu*

- Automutilace – jedná se o záměrné poškozování celistvosti tělesné tkáně. Účelnost jednání popisuje Orel (2012, s. 81). Sebepoškozování může být patické, podmíněné duševní poruchou; biické, motivované dosažením nějakého cíle, výhody či jako forma úniku.
- Suicidium – lze opět rozdělit na formu patickou, kdy je suicidální jednání podmíněno duševní poruchou a na formu sebevraždy bilanční, při které není psychický stav deformován poruchou duševní, ale je konána na základě racionálního rozhodnutí (Orel, 2012, s. 81). Malá a Pavlovský (2010, s. 33) zmiňují jako nejčastější důvody páchání sebevraždy opět duševní poruchy, ale také konflikty v rodině. Popisují také „sebevražedný pokus“ (tentamen suicidii). Jedná se o suicidium, které nebylo dokonáno, jelikož způsob nebyl účinný, případně byl sebevrah zachráněn. Záchrana proběhla proti jeho vůli nebo s ní počítal a výsledek byl ponechán náhodě či osudu.

Peterková (2012) nabízí jiné dělení na suicidální jednání:

- bilanční – na základě racionálního rozhodnutí,
- impulzivní – reakce na náhlou událost (vysvědčení, úmrtí partnera),
- demonstrační – účelem není smrt, je to upozornění na sebe,
- sebevražedný pokus – viz výše,
- sebezabití – jedná se o úmrtí vlastním jednáním, nicméně bez primárního cíle suicidia (smrtné zranění po nešťastném pádu).

#### *Poruchy pohlavního pudu*

Pohlavní pud je tvořen pohlavní identitou, rolí, orientací, aktivitou. Podle Malé a Pavlovského (2010, s. 33) se mohou poruchy projevovat v jedné či více ze zmíněných oblastí. Poruchy mohou vést k frigiditě<sup>20</sup> nebo protipólu – hypersexualitě<sup>21</sup>.

---

<sup>20</sup> Snížení zájmu či naprostý nezájem o pohlavní styk.

- Poruchy koitální aktivity

Touto specifickou poruchou se zabývá sexuologie. Jedná se o impotenci, předčasný výron semene (ejaculatio praecox), vaginismus (bolestivý či zcela nemožný pohlavní styk).

- Poruchy pohlavní identity

Jedinec, který je po stránce fyzické mužem, se cítí jako žena nebo naopak – žena se cítí jako muž. Porucha patrná již od raného dětství (zhruba tři let věku dítěte).

- Sexuální deviace (parafilie)

Jde o poruchy sexuální preference. Jedinec prožívá sexuální touhy a fantazie, které se týkají zvláštních a bizarních objektů nebo aktivit. Zdrojem sexuálního uspokojení je řada různorodých činitelů jako např. pozorování, působení bolesti, neživé předměty. Může to být ale také třeba dítě (pedofilie) a další. Dále se jedná o deviace sexuální identity (transsexualita); deviace sexuální orientace – homosexualita, pedofilie, aj.; deviace sexuálního chování – exhibicionismus, masochismus, sadismus aj.; kombinované deviace – sadomasochismus, homosexuální pedofilie aj. (Sexuologická společnost, ČLS JEP, 2013).

#### *Poruchy rodičovského pudu*

Projevují se nezájmem o potomky. Při poruše tohoto pudu může docházet k zanedbávání dítěte, týrání dítěte či dokonce usmrcení dítěte (Vágnerová, 2008, s. 23). Podle Orla (2012, s. 82) se jedná o závažnou pudovou poruchu s rizikem transgeneračního přenosu. Může se projevit nejenom prostřednictvím sníženého zájmu o dítě, jak uvádí Vágnerová, ale také zájmem nadměrně zvýšeným (hyperprotektivita, přehnaná péče).

#### **1.3.2.8 Poruchy osobnosti**

Poruchy osobnosti jsou vzorce maladativního chování, které mají dlouhodobé trvání. Dříve byly označovány jako psychopatie (Nolen-Hoeksema, 2012, s. 656). Stejný autor popisuje rysy osobnosti jako trvalé vztahy k okolí, způsoby vnímání a myšlení sám o sobě. V případě, že tyto rysy začnou být nepružné a maladativní do takové míry, kdy poškozují běžnou funkčnost jedince v životě, jedná se o poruchu osobnosti.

---

<sup>21</sup> Zvýšená sexuální vzrušivost či impotence, případně obojí.

Přednosta Kliniky psychiatrie FN v Olomouci a vedoucí Katedry psychiatrie Lékařské fakulty Univerzity Palackého v Olomouci, psychiatr a psychoterapeut Ján Praško a kol. (2009, s. 15) poruchu osobnosti popisuje takto: „poruchy osobnosti jsou variantou charakterových a temperamentových rysů, které se významně odchyľují od rysů patrných u většiny lidí. K těmto rysům patří hluboce zakořeněné a přetrvávající vzorce chování, projevující se jako stereotypní reakce na široký rozsah osobních a sociálních situací. Specifické projevy poruchy osobnosti tedy nejsou omezeny jen na určitý „spouštěcí podnět“, ale projevují se v širším okruhu osobních a sociálních situací.“

## DEGRADACE OSOBNOSTI

Snížení úrovně určité osobnosti se nazývá degradace. Degradace osobnosti se rozděľuje na tři typy (Malá, Pavlovský, 2010, s. 35).

- Dezintegrace osobnosti – dochází k celkovému úpadku úrovně vývoje osobnosti včetně intelektových schopností. V konečné fázi může dojít i k rozpadu osobnosti.
- Deteriorace osobnosti – na základě organických poruch se snižují převážně intelektové schopnosti.
- Depravace osobnosti – u alkoholových drogových závislostí v kombinaci s narušeným životním stylem. Tyto osoby nežijí podle norem obvyklých v dané společnosti.

## PORUCHY IDENTITY

K poruchám identity řadí Malá a Pavlovský (2010, s. 35) tyto:

- poruchy tělesného schématu – jedinec s touto poruchou může mít pocit, že mu roste další hlava, mění se mu končetiny, zmenšují se, zvětšují se. Toto se stává při těžkých infekcích a u intoxikací.
- depersonalizace – jde o pocit vlastního odcizení. Jedinec s tímto postižením nevnímá svoji osobnost a prožitky jako jeho vlastní. Dochází i k podobnému prožívání směrem k jeho sociálnímu okolí.
- transformace osobnosti – postižený jedinec se považuje za někoho jiného. Lze říci, že ztratil osobnost svoji vlastní a nahradil ji osobností smyšlenou, často mocnou, se zvláštními schopnostmi (král, vynálezce).

## SPECIFICKÉ PORUCHY OSOBNOSTI

Jedná se o to, že některé rysy osobnosti jsou nadměrně vyjadřovány a jiné mohou být nadměrně potlačovány. Poruchy jsou úzce spjaty s vývojem lidského jedince. Vliv zde může hrát nevhodná genetická výbava spolu s působením zevním vlivů, především krizí (moratorium, klimakterium). Tato zátěž způsobí u takového jedince prohloubení poruchy a zvýraznění jejích rysů. Jde o poruchu trvalou, progredující pozvolna celý život. Malá a Pavlovský tvrdí, že se u jedinců se specifickou poruchou můžeme setkat se vztahovavostí, agresivitou, sklonem soudit a odsuzovat. Uvádějí také možnost, že se daný jedinec spíše stáhne do sebe, izoluje se od ostatních lidí. Může se objevit také výstřední chování, nepřiměřené chování, komorbidní poruchy jako alkoholismus nebo nadužívání drog i páchánní trestné činnosti. Často dochází k překračování hranic normativ a tím pádem disharmonie se společností (Malá, Pavlovský, 2010, s. 35, 36).

### 1.3.3 Dělení u duševních poruch a poruch chování

Tento typ zdravotního postižení je velmi složitě dělený. V tabelárním seznamu onemocnění WHO zabírá okruh duševní poruchy a poruchy chování více než 60 stran. Jednotlivé poruchy jsou sdružovány do oddílů, kterých je celkem jedenáct. V oddíle je možné nalézt až deset poruch. Do níže uvedeného výčtu duševních poruch je také zahrnuta např. mentální retardace, které je dále v textu věnována samostatná podkapitola s názvem mentální postižení. Ve zmiňovaném katalogu WHO sice je mentální postižení zařazeno do skupiny písmene F, nicméně v úvodu práce jsem avizoval, že důraz je kladen na potřebu kontinuity teoretické a praktické části práce. Právě proto je řazení typů postižení prostřednictvím podkapitol, podle zákona o sociálních službách<sup>22</sup>, který je aplikovaný v ČR. Dílčí druhy duševních poruch rozvádí Malá a Pavlovský (2010, s. 46 – 97).

#### *(F00 – F09) Organické duševní poruchy včetně symptomatických*

Do této skupiny spadá např. demence u Alzheimerovy choroby, demence u onemocnění, které jsou řazeny jinde (Parkinsonova nemoc, Pickova nemoc, HIV), duševní poruchy vzniklé organickými poruchami centrální nervové soustavy a somatickými chorobami, dále také poru-

---

<sup>22</sup> Zákon (č. 108/2006 Sb.) o sociálních službách.

chy osobnosti a chování vyvolané organickou změnou centrální nervové soustavy, naposled pak deliciózními stavy.

*(F10 – F19) Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek*

Psychoaktivní látka je taková, která ovlivňuje činnost lidské psychiky. Některé z těchto látek vyvolávají závislost. Rozvoj závislosti záleží na typu užívané látky, je různě dlouhý. Jako příklad uvádí Malá a Pavlovský (2010, s. 51) závislost na alkoholu, kterou vede k rozvoji i několik let pravidelného užívání, heroinová závislost se rozvíjí již po několika týdnech užívání této látky. Jednorázovým užitím psychoaktivní látky dochází k tzv. akutní intoxikaci. Projev akutní intoxikace se liší podle typu a množství užití látky a dalších faktorech (zda jde o vůbec první užití té které látky, zdravotní stav uživatele psychoaktivní látky). Dlouhodobým užíváním těchto látek dochází k poškozování psychických a tělesných funkcí, to označujeme jako abúzus<sup>23</sup>. Závislost dělíme na psychickou a fyzickou. Jedinec trpící psychickou závislostí, cítí nutkavou potřebu zažívat příjemné stavy navozené drogou<sup>24</sup>. Fyzická závislost je ohraničena rozvojem tělesných příznaků, jako je třes, křeče, průjem, zvracení, pocení, po přerušení nebo výrazném snížení pravidelné dávky drogy. Fyzická závislost je časově ohraničena maximálním trváním v délce několika dnů, nejvýše několika týdnů. Naproti tomu psychická závislost přetrvává mnohem déle.

*(F20 – F29) Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy*

Jedná se o jedny z nejzávažnějších duševních poruch. Poruchy obsažené zde, vedou k destrukci nemocného jedince ve všech možných rovinách (intelekt, osobnost, emoce, veškerý sociální život). Tato onemocnění vedou ke ztrátě kontaktu s realitou, narušují vztah člověka k sobě samotnému i ke světu vnějšmu. Termín schizofrenie bývá při snahách o vysvětlení označován jako rozštěp mysli. Tímto onemocněním trpí asi 1% populace. A to napříč všemi světovými světadíly, kulturami a rasami. Objevuje se v adolescenci mezi 16-18 rokem (možný je však i výskyt dříve) a také ve věku kolem 25 až 30 let. Konzervativní psychopatologické členění ji řadí do okruhu psychóz. Příznaky zde rozdělujeme na pozitivní a negativní. Pozitivní symptomy jsou takové, které jakoby přebývají oproti normě. Negativní symptomy jsou mé-

---

<sup>23</sup> Škodlivé užívání.

<sup>24</sup> Psychoaktivní látka, vyvolává závislost.

ně zřejmé (oploštění emocí, sociální izolace, úbytek volných schopností, neschopnost radovat se).

Patří sem například: schizofrenie, schizotypní porucha, schizoafektivní porucha.

*(F30 – F39) Poruchy nálady – afektivní poruchy*

Generálním příznakem této skupiny onemocnění jsou poruchy nálad. Jejich výskyt je velmi častý. U deprese se mohou objevovat suicidální tendence. Jako základní afektivní poruchy jsou vybrány jednotky s označením F30 až F34.

Patří sem například: mánie, bipolární afektivní porucha<sup>25</sup>, depresivní fáze, trvalé poruchy nálady<sup>26</sup>.

*(F40 – F49) Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy*

Neurotické poruchy jsou takové, které ovlivňují schopnost adaptace z pohledu nemocného vůči vnějšímu prostředí a vůči jemu samotnému. Maladaptivní chování souvisí s překonáváním stresujících či spíše krizových životních situací. Při jejich zdolávání se může objevit konflikt, takovýto konflikt pak v člověku vyvolává úzkosti. Spolu s temperamentem jedince, jeho vlastnostmi a genetickým nadáním, tyto situace rozvíjí neurotické poruchy. Výklad neurotických poruch je ovlivněn přístupem k nim. Psychoanalytický směr klade důraz na význam nevědomých konfliktů raného dětství a použití obranných mechanismů ke zvládnutí úzkostí. Kognitivně – behaviorální směr vidí v maladaptivním chování nevhodně naučený způsob zvládnutí stresu. Vychází z myšlenky, že lidské uvažování mění emoce a tím i chování člověka.

Patří sem například: fobické úzkostné poruchy, jiné úzkostné poruchy, obsedantně kompulzivní porucha, reakce na závažný stres a porucha přizpůsobení, disociativní poruchy, somatoformní poruchy, jiné neurotické poruchy.

---

<sup>25</sup> Dříve manio-depresivní porucha.

<sup>26</sup> Afektivní poruchy.



*(F50 – F59) Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory*

Tato skupina potvrzuje biopsychosociální pozadí onemocnění. Každá porucha má své biologické, psychologické a sociální součásti. Tyto součásti spolu reagují a spolupodílejí se na vzniku dané specifické poruchy.

Patří sem například: poruchy příjmu potravy, neorganické poruchy spánku, duševní poruchy a poruchy chování spojené se šestinedělím.

*(F60 – F69) Poruchy osobnosti a chování dospělých*

Jedinci s poruchami tohoto typu se jejich projevy výrazně vyčleňují ze společnosti, která má dány určité způsoby chování, myšlení a cítění. Lidé s těmito poruchami jsou nevypočitatelní a jejich chování způsobuje značné problémy a utrpení nejen jim samotným, ale také jejich sociálnímu okolí. Poruchy zde uváděné mají biologický a psychosociální základ s jistou genetickou predispozicí.

Patří sem například: specifické poruchy osobnosti, návykové a impulzivní poruchy, poruchy pohlavní identity, poruchy sexuální preference.

*(F70 – F79) Mentální retardace – duševní opoždění*

Mentální retardace je poškození intelektových funkcí. Jedná se o neschopnost dosáhnout patřičného stupně vývoje vzhledem k věku. Je spojena s vytvářením sociální závislosti. Mentální retardaci rozlišuje podle míry poškození.

Patří sem například: lehká mentální retardace, středně těžká mentální retardace, těžká mentální retardace, hluboká mentální retardace.

*(F80 – F89) Poruchy psychického vývoje*

Poruchy tohoto rázu jsou spojeny s opožděním a nevyrovnaným biologickým vývojem centrální nervové soustavy. Průběh těchto poruch je poměrně stálý. U některých mohou hrát roli genetické dispozice. V konečném důsledku vedou poruchy psychického vývoje k opoždění jedince. Při vývojových poruchách může být narušen způsob osvojování řeči v daných stádiích vývoje, přítomny jsou abnormality v mechanismu užívání řeči. Dále mohou být narušeny procesy kognice (poznávání, paměť, schopnost učení). Poruchy se týkají také motorických funkcí. Do této skupiny spadají také pervazivní vývojové poruchy, jako je autismus.

Patří sem například: specifické vývojové poruchy řeči a jazyka, specifické vývojové poruchy školních dovedností, specifická vývojová porucha motorické funkce, pervazivní vývojové poruchy.

*(F90 – F98) Poruchy chování a emoci se začátkem obvykle v dětství a v adolescenci*

Nejčastěji se projevují u dětí mladšího školního věku. Činnosti, které jedinci vykonávají, jsou nápadné svojí neovladatelností, špatnou organizovaností a nedostatečnou regulací. Jedinci s těmito poruchami neposedí, nepostojí, u ničeho dlouho nevydrží, navíc jsou tělesně neobratní a nešikovní. Ukazatelem je krátké rozpětí pozornosti, zbrklost, roztržitost, nesoustředěnost. Při této poruše dochází ke kolísání nálad, jedinec je často impulzivní, afekt je zde labilní, může docházet k sociálnímu selhávání.

Patří sem například: hyperkinetické poruchy, poruchy chování, emoční poruchy se začátkem specifickým pro dětství, poruchy sociálních vztahů se vznikem specifickým pro dětství a adolescenci, tikové poruchy, jiné poruchy chování a emoci začínající obvykle v dětství a v adolescenci.

## **1.4 Mentální postižení**

V této části jsem se zaměřil na popis mentálního postižení, v oblasti humanitních věd přesněji označeného jako mentální retardace, podle WHO lze také použít výraz duševní opožďení. Černá a kol. (2009, s. 75) zmiňuje další, v současnosti nepoužívané, označení jako slabomyslnost, mentální či duševní zaostalost, rozumová nebo duševní vada, defektnost. Švarcová (2003, s. 24) definuje osoby s mentální retardací následujícím způsobem: „za mentálně retardované (postižené) se považují takoví jedinci, u nichž dochází k zaostávání vývoje rozumových schopností, k odlišnému vývoji některých psychických funkcí a k poruchám v adaptačním chování.“

Dále uvádí, že míra postižení je u těchto lidí individuálně odlišná. Mentální retardaci Švarcová (2003, s. 25) definuje takto: „mentálním postižením nebo mentální retardací nazýváme trvalé snížení rozumových schopností, které vzniklo v důsledku organického poškození mozku. Mentální postižení není nemoc, je to trvalý stav, způsobený neodstranitelnou nedostatečností nebo poškozením mozku.“

Malá a Pavlovský (2010, s. 85) uvádějí jinou definici mentální retardace, která bere v potaz i určitou míru závislosti.

„Mentální retardace je poškození intelektových funkcí s narušeným vývojem celé osobnosti. Jde o neschopnost dosáhnout odpovídajícího stupně vývoje vzhledem k věku s vytvořením sociální závislosti.“

Co se týče výskytu mentální retardace v populaci České republiky, je podle Valenty a Müllera (2003, s. 18) četnost lehké mentální retardace asi 2,6%; středně těžké mentální retardace asi 0,4%; těžké mentální retardace asi 0,3% a hluboké mentální retardace asi 0,2%. Průměrná globální četnost výskytu mentální retardace je v literatuře udávána asi kolem 3 – 4%. Nižší hodnoty jsou udávány především v literatuře staršího data vydání. Švarcová (2003, s. 34) to vysvětluje tím, že díky kvalitnější lékařské poporodní péči, dnes přežívají i novorozenci, kteří by dříve zemřeli. Navíc se podle ní zlepšila evidence lidí s mentálním postižením. Bohužel není jasné, jak autorka tento pojem myslí, nicméně vzhledem k jí udávanému počtu asi 300 000 mentálně postižených v České republice, by to znamenalo také zahrnutí duševních poruch, poruch osobností a dalších.

#### **1.4.1 Etiologie postižení**

Příčiny vzniku můžeme rozdělit na endogenní (vnitřní), to jsou takové, které jsou zakódovány geneticky; na exogenní (vnější), takové, které působí od početí, v průběhu celého těhotenství, porodu, poporodního období, v raném dětství. Podle Švarcové (2003, s. 55) exogenní faktory mohou a nemusí mít rozhodující vliv poškození mozku plodu dítěte. Mohou hrát roli spouštěče projevů kódované patologie dědičnosti nebo mohou upravovat její průběh. Exogenní faktory se dále dělí na prenatální, perinatální a postnatální. Černá (2008, s. 87) tato tři období rozčlenila podle dílčích kritérií vzniku a přiřadila k nim také konkrétní typ často exponovaného postižení. V tabulce 5 jsou tyto informace přehledně popsány.

**Tab. 5** Specifikované příčiny a nejčastěji se vyskytující příklady (Černá, 2008, s. 87).

Období a příčina vzniku	Konkrétní příklad
1) Prenatální období	
Chromozomální aberace	Downův syndrom, Turnerův syndrom, syndrom fragilního X chromozomu
Metabolické a výživové poruchy	fenylketonurie, nemoc Tay – Sachsova, galaktosemie, Prader – Williho syndrom
Infekce matky	zarděnky, syfilis, HIV, cytomegalovirus, Rh inkompatibilita, toxoplasmóza
podmínky prostředí	fetální alkoholový syndrom, užívání drog
neznámé	anencefalie, hydrocefalus, mikro -, makro - cefalus
2) Perinatální období	
perinatální období	nízká porodní hmotnost, nezralost
neonatální komplikace	hypoxie, porodní úraz, následek klešťového porodu, respirační nouze, překotný nebo protahovaný porod
3) Postnatální období	
Infekce, otravy, intoxikace	otravy olovem, encefalitida, meningitida, Reyův syndrom
Faktory prostředí	špatné zacházení, zanedbávání, úrazy hlavy, podvýživa, deprivace
Onemocnění mozku	neurofibromatóza, tuberkulózní skleróza

Švarcová (2003, s. 56, 57) upozorňuje, že výzkum etiologie mentální retardace je spíše na začátku, než u konce. Dokonce až 80% případů mentální retardace má neznámý původ. V budoucnu bude díky novým technologiím snad možné odhalit další příčiny vzniku a tak i lépe předcházet tomuto postižení. V současnosti můžeme zabránit nebo snížit riziko vzniku mentální retardace dodržováním několika zásad:

- Pravidelné návštěvy gynekologa, návštěva také alespoň tři měsíce před plánovaným početím.
- Budoucí matka by měla jíst vyváženou stravu.

- V průběhu těhotenství by se měla vyvarovat požívání alkoholu.
- Podstoupit očkování proti zarděnkám, hepatitidě typu B. Vhodné je uvažovat o přeočkování proti spalničkám, pokud její matka neabsolvovala v raném věku.
- V průběhu těhotenství se vyvarovat kouření a pobývání v zakouřených prostorech.
- Navštívit genetickou poradnu, která může odhalit ohrožené těhotenství. Nezbytně nutná je taková návštěva v případech, kdy je nastávající matka starší 35 let nebo pokud má někdo z budoucích rodičů v rodinné anamnéze genetický defekt nebo v případě, kdy měla matka několik potratů či mrtvé narozené dítě.
- Vyvarovat se užívání léků, kromě těch, které předepíše ošetřující lékař.
- Vyvarovat se RTG záření.
- Vyvarovat se infekčním nemocím.

Lečbych (2008, s. 27, 28) uvádí, že mentální retardace je velmi často spojena s dalšími zdravotními komplikacemi a to především středně těžká, těžká a hluboká mentální retardace.

## **1.4.2 Dělení postižení**

Mentální retardace představuje značně sníženou hladinu intelektových schopností jedince s tímto postižením. Podle míry hladiny IQ ji můžeme rozdělit do čtyř skupin. Světová zdravotnická organizace počítá také s diagnostickými úskalími, které se snaží eliminovat pomocí rozšíření těchto čtyř stupňů nebo skupin o další dvě klasifikace.

### **1.4.2.1 Lehká mentální retardace**

IQ 50 – 69 (F70). Postižení intelektu, u kterého jsou jedinci vzdělavatelni převážně na základních školách praktických a speciálních, praktických školách, popřípadě učilištích. Mohou se tedy uplatnit i jako kvalifikovaní řemeslníci v radě důležitých oborů. Dosahují úrovně asi dvanáctiletého dítěte. Tato skupina mentálně retardovaných tvoří přibližně 70% populace s mentální retardací. Švarcová (2003, s. 29) píše, že lidé s tímto postižením jsou schopni užívat řeč v běžném životě, udržovat hovor. Mluvu si osvojují opožděně. V osobní péči je naprostá většina samostatná. Největší potíže se objevují při teoretické školní práci. U mnohých

lehce mentálně retardovaných se objevují specifické problémy se čtením a psaním. Jisté potíže mohou způsobit požadavky na aplikování teoretických norem společnosti do života, případně vyrovnání se s odpovědností, která plyne ze zaměstnání, rodičovství, samostatného bydlení, atd. I u lehké formy mentální retardace se může objevovat autismus, jiné vývojové poruchy, epilepsie, poruchy chování, tělesné postižení.

#### **1.4.2.2 Středně těžká mentální retardace**

IQ 49 – 35 (F71). U této poruchy je těžce opožděn rozvoj chápání a užívání řeči a i jejich konečné schopnosti v této oblasti jsou omezené. Je zde omezena také samostatnost a motorika. Pokroky při vzdělávání jsou omezeny, je však možné, aby si i lidé s tímto typem retardace osvojili čtení, psaní a počítání. V dospělosti jsou tito lidé schopni dělat jednoduché manuální práce, pokud tyto nevyžadují přílišné soustředění a cit pro detail. Je nutné pečlivé zajištění metodiky práce a odborný dohled. Zřídka je možný samostatný život. Mobilita je v podstatě bez problému. Mají tendence navazovat někdy bouřlivé, ale zároveň plytké sociální vztahy, účastní se jednoduchých sociálních aktivit. V této úrovni retardace jsou patrné značné rozdíly schopností a dovedností jednotlivých lidí. Někteří mohou dosáhnout vysoké úrovně v dovednostech senzo-motorických a v oblasti verbálních dovedností jsou výkonní méně, na druhé straně jsou jedinci, kteří vynikají právě v oblasti sociální interakce a komunikace oproti obratnosti a manuální zručnosti. Rozpětí úrovně řeči je opět variabilní. Někteří zvládají jednoduchou konverzaci, jiní téměř nedokáží promluvit o svých základních potřebách, někteří se nenaučí mluvit za celý život, i když mohou rozumět jednoduchým verbálními instrukcím, mohou se naučit gestikulovat a některé z forem nonverbální komunikace. Často se zde objevuje nějaké komorbidní onemocnění, třeba neurologická epilepsie, poruchy z oblasti psychiatrie, jako například depresivní stavy. Malá a Pavlovský (2010, s. 86) uvádějí, že touto poruchou trpí 15 – 20% mentálně retardovaných lidí.

#### **1.4.2.3 Těžká mentální retardace**

IQ 34 – 20 (F72). Podle Švarcové (2003, s. 31) je těžká mentální retardace velmi podobná kategorii středně těžké mentální retardaci v oblasti klinického obrazu, přítomností organické etiologie a dalšími přidruženými stavy. Výrazněji snižená je oproti předchozí kategorii úroveň schopností. Většina těžce retardovaných jedinců trpí těžkou poruchou motoriky a dalšími přidruženými vadami. Možnosti vzdělávání a výchovy těžce mentálně retardovaných

jsou značně omezené. Podstatnou roli hraje včasnost, systematickosti a kvalifikovanost rehabilitace, vzdělávání a vývoje. Komplexnost těchto zmíněných faktorů může zajistit rozvoj motoriky, rozumových schopností, komunikačních dovedností a samostatnost těchto jedinců, toto ve výsledku vede ke zlepšení kvality jejich života.

#### **1.4.2.4 Hluboká mentální retardace**

IQ 20 a méně (F73). Velká část osob spadající do hluboké mentální retardace je imobilní nebo výrazně omezena v pohybu. Jsou těžce omezení ve schopnosti porozumět instrukcím. Ve většině případů bývají tito lidé inkontinentní. V nejlepším případě jsou schopni rudimentární nonverbální komunikace. Také z důvodu téměř nulové schopnosti pečovat o sebe vyžadují stálý dohled a stálou pomoc. Švarcová (2003, s. 31) dále říká, že IQ není možné u těchto jedinců změřit, jelikož neexistují zjišťovací metody, které by to v takovémto hlubokém pásmu retardace mohli validně dokázat. Ve většině případů je přítomná organická etiologie. Naprosto běžné jsou těžké neurologické a další tělesné vady, které postihují hybnost, epilepsie, poškození zraku a sluchu. Velmi časté jsou rovněž nejtěžší formy pervazivních vývojových poruch, zvláště pak atypický autismus.

#### **1.4.2.5 Jiná mentální retardace**

(F78). Měla by být používána pouze ve výjimečných situacích, kdy je určení stupně intelektového omezení technicky nemožné. Může k tomu dojít v případech, kdy je přidružena jiná vada, jako např. sensorické či somatické poškození (u nevidomých, neslyšících).

#### **1.4.2.6 Nespecifikovaná mentální retardace**

(F79). Tato kategorie je používána v případech, kdy je mentální retardace prokázána, ale neexistuje opodstatnění, aby byl tento jedinec zařazen do některé z výše uvedených kategorií (Švarcová, 2003, s. 32).

**Tab. 6** Průvodní jevy mentální retardace. Mezi uvedenými skupinami existují plynulé přechody i výrazné individuální rozdíly (Švarcová, 2003, s. 36).

mentální retardace				
	lehká (IQ 50 - 69)	středně těžká (IQ 35 – 49)	těžká (IQ 20 – 34)	hluboká (IQ 20 a méně)
neuro-psychický vý-	omezený, opožděný	omezený, výrazně opožděný	celkově omezený	výrazně omezený
somatická postižení	ojedinělá	častá, častý výskyt epilepsie	častá, neurologické příznaky, epilepsie	velmi častá, kombinované vady tělesné a smyslové
poruchy motoriky	opoždění motorického vývoje	výrazné opoždění, mobilní	časté stereotypní pohyby, výrazné porušení motoriky	většinou imobilní nebo výrazné omezení pohybu
poruchy psychiky	snížení aktivity psychických procesů, funkční oslabení, převládají konkrétní, názorné a mechanické schopnosti	celkové omezení, nízká koncentrace pozornosti, výrazně opožděný rozvoj chápání, opožděný rozvoj dovedností sebeobsluhy	výrazně omezená úroveň všech schopností	těžké poruchy všech funkcí
kommunikace a řeč	schopnost komunikovat vytvořena, opožděný vývoj řeči, obsahová chudost, poruchy formální stránky řeči	rozvoje řeči je variabilní; někteří jedinci schopni sociální interakce a komunikace, verbální projev často chudý, agramatický a špatně artikulovaný	kommunikace převážně nonverbální, neartikulované výkřiky, případně jednotlivá slova	rudimentární nonverbální komunikace nebo zcela bez komunikace
poruchy citů a vůle	afektivní labilita, impulzivnost, úzkostnost, zvýšená sugestibilita	nestálost nálady, impulzivita, zkratkovité jednání	celkové poškození afektivní sféry, časté sebepoškození	těžké poškození afektivní sféry, potřebují stálý dohled
vzdělávání	vzdělání na základě speciálního vzdělávacího programu	na základě speciálních programů, ZŠ praktická	vytváření dovedností a návyků, rehabilitační třídy	velmi omezené (rehabilitace, individuální péče)



### 1.4.3 Vybrané syndromy spojené s mentální retardací

Syndromy zařazené do této kategorie jsou ty nejčastěji se vyskytující ve spojitosti s mentální retardací. Jak je popsáno výše, tyto komorbidní poruchy vykazují tendence spojovat se s těžšími formami postižení. Lze říci, že čím hlubší retardace je diagnostikována, tím hůře bude daný jedinec postižený některou z následujících poruch. Následuje stručná charakteristika, které se věnuje Černá (2008, s. 89 – 93).

- Downův syndrom

Jedná se o asi nejznámější poruchu. Dochází k němu změněným počtem chromozomů. V populaci je výskyt tohoto syndromu poměrně vysoký, u lidí s mentální retardací je udávána zhruba pětiprocentní prevalence. Riziko vzniku Downova syndromu stoupá s narůstajícím věkem matky. Downův syndrom lze odhalit ještě před narozením dítěte. Co se týká hloubky mentální retardace, může být různá. Nejvíce zasaženou skupinou jsou lehce a středně těžce postižení jedinci. U tohoto syndromu byla vyzorována určitá podobnost tělesných proporcí (např. malá postava, malá zploštělá lebka, plochý široký obličej, krátké široké ruce se zakřivením prstů, malá ústa, šikmé oči, tzv. opičí rýha [rýha napříč dlaně]).

- Rettův syndrom

Výskyt tohoto syndromu je spojený s těžkou a hlubokou mentální retardací. Mezi tělesnými znaky je zaznamenán zpomalený růst hlavy, stereotypní kroutivý pohyb rukou, potíže s dýcháním, ztráta řeči, nedostatečná žvýkací hybnost. Rettův syndrom je geneticky podmíněné neurodegenerativní onemocnění. Postihuje téměř vždy pouze ženy. Vzácně se prý může objevit i u mužů. Je možné jej odhalit laboratorními testy. Důležitým znakem je zde psychomotorika a její vývoj. Ta je v počátcích vývinu dítěte zcela v pořádku, avšak kolem jednoho roku věku dochází ke ztrátě verbálních a manuálních schopností.

- Syndrom fragilního X chromozomu

Objevuje se u mentální retardace lehké, středně těžké a těžké. U geneticky podmíněné mentální retardace je syndrom fragilního x chromozomu často označován za její následek. Častěji se objevuje u mužů, ženy jsou zde popsány pouze jako jakési „přenašečky“. I zde je popsáno několik znaků, které se u tohoto onemocnění pravidelně objevují. Je to vyčnívající čelo, velký obvod hlavy, dlouhý úzký obličej, velké uši, zvětšená varlata v adolescenci.

- Angelmanův syndrom

Výskyt u těžké a hluboké mentální retardace. Onemocnění genetické, chromozomální. Dochází zde k absenci řeči, provázené svalovými abnormalitami. Motorický vývoj je opožděn. Objevují se bezdůvodné výbuchy smíchu. Přítomna je epilepsie.

- Prader – Williho syndrom

U mentální retardace se objevuje v celém jejím rozsahu, od lehké až po těžkou. Typické jsou krátké končetiny, úzké čelo, lahvovité prsty, buclaté tváře a malá sexuální aktivita. Vývoj psychomotoriky je opožděný. V předškolním věku jsou děti s Prader – Williho syndromem obvykle obézní, protože cítí nutkavou potřebu jíst. Často dochází k potížím se sluchem a zrakem.

- Syndrom kočičího křiku

Mentální retardace je u tohoto syndromu v rozmezí těžkého až hlubokého postižení. Porucha chromozomální se jmenuje podle křiku, který je typickým projevem poškození hlasivek. Nejvíce se projevuje v dětství nemocného jedince, s tím jak dítě stárne, mizí i tato porucha. Smutným faktem je, že velká část jedinců se nedožívá dospělosti. Typickým znakem je malá hlava, nízko posazené oči, široké obočí, viditelně malé čelisti.

- Turnerův syndrom

Výskyt u lehké mentální retardace. Spíše na hranici normality. Velký počet nemocných je zcela v normě. Chromozomální porucha, která se vykytuje u žen. Projevuje se poruchami v sexuální oblasti. Pohlavní orgány jsou nedostatečně vyvinuty, prsa nejsou vyvinuta vůbec. Další důležité znaky jsou dysfunkce jemné a hrubé motoriky, orgánové poruchy, výskyt strabismu, verbální poruchy.

- Další syndromy, které jsou spojovány s mentální retardací:

Klinefelterův syndrom, Rubinstein – Taybiho syndrom, Carpenterův syndrom, Williamsův syndrom, Cornelia de Lange syndrom, Schinzlův syndrom, Apertův syndrom.

## 1.5 Tělesné postižení

Renotiérová (2002, s. 29) uvádí, že za tělesné postižení jsou nejčastěji považovány: „přetrvávající nebo trvalé nápadnosti, snížené pohybové schopnosti s trvalým nebo podstat-

ným působením na kognitivní, emocionální a sociální výkony.“ Podle Vágnerové (2008) je tělesné postižení spojeno s mnoha omezeními, které mohou působit dlouhodobý stres. Možné důsledky pohybového postižení dělí na dva; pohybový handicap, což je stejné jako funkční handicap; tělesná deformace, což je estetický handicap. Tělesné postižení hraje v životě člověka stejně velkou roli, jako jakékoliv jiné postižení. Už od dětství brání dítěti zkoumat svět kolem něj a nejrůznější bariéry mu spolu s jeho prostředím vytváří po celý život. Důležitá je zde míra samostatnosti a nezávislosti. Tyto determinanty určují, do jaké hloubky se tělesné postižení projeví dále. Pohyb je důležitý pro získávání nových zkušeností, ověřování si skutečností a možnosti celkové svobody při takových průzkumech blízkého i vzdálenějšího okolí. Možná ještě podstatnější je ochuzenost sociálního života těchto jedinců. To je dáno celkovým snížením možností stýkat se, vytvářet s ostatními lidmi interakci. Další potíží může být ve špatně zvolené komunikaci, dokonce spíše kompletnímu přístupu lidí bez tělesného postižení. Tady si dovoluji říct, lidí „zdravých“ k lidem s tělesným postižením. I když toto platí, více či méně, u všech typů postižení. U jedinců s vrozeným postižením vede přístup ostatních lidí k ovlivňování způsobů chování a osobnostních rysů. U jedinců se získaným postižením ke změnám v těchto hodnotách. Dostáváme se k tomu, že tělesné postižení ovlivňuje i sebedůvěru daného člověka. Větší vliv má samozřejmě handicap estetický. Všeobecná encyklopedie (2002, s. 131) tato fakta shrnula následovně: „jsou narušeny role, které postižený ve společnosti zastává: soběstačnost, schopnost cestovat, partnerská a rodinná role, pracovní a zájmová činnost.“

### **1.5.1 Etiologie postižení**

Vítková (2006) uvádí, že příčinou tělesného postižení, je poškození podpůrného nebo pohybového aparátu či jiné organické poškození. Renotiérová (2002) dělí tělesná postižení z hlediska etiologie na vrozená, získaná a tělesná postižení vzniklá po nemoci.

#### **1.5.1.1 Vrozená tělesná postižení**

Tato postižení jsou příčinou poruchy vývoje zárodku v prvních týdnech těhotenství. Na jejich vzniku se může podílet celá řada faktorů a to jak v období prenatálním, tak perinatálním a raně postnatálním. Mohou to být infekční onemocnění matky v počátcích těhotenství, parazitární choroby, úrazy, psychická traumata, toxicita chemikálií a léků, komplikace při porodu

(protrahované a překotné porody, abnormality velikosti novorozence, úrazy do zhruba jednoho roku dítěte s důsledky na CNS).

#### *Vrozené vady lebky a páteře*

- Poruchy tvaru lebky – nejčastěji způsobené předčasným srůstem lebečních švů. Tak dochází k deformaci lebky, zmenšením nitrolebečního prostoru a ke zvyšování tlaku uvnitř lebky. Při takové poruše růstu ve švu se lebka deformuje a její vzhled je očividně disproporcionální. Následný tvar lebky má své specifické pojmenování podle charakteru deformace. Je to např. brachycefalie, skafocefalie, triginocefalie, turicefalie, plagiocefalie. Léčbou je zde chirurgický zákrok, v případě jeho opoždění hrozí riziko vzniku trvalých psychických nebo motorických poruch.
- Poruchy velikosti lebky – příčinou jsou různá vrozená onemocnění CNS. Patří sem např. makrocefalus (nadměrná velikost hlavy), hydrocefalus (vodnatelnost mozku), mikrocefalus (výrazně malá hlava).
- Poruchy další – Anencefalus, rozštěp lebky, rozštěpy rtů, čelistí a patra, rozštěp páteře.

#### *Vrozené vady končetin a růstové odchylky*

- Amélie (nedostatečné vyvinutí končetin), dysmelie (tvarová odchylka končetin), fkomélie (růst rukou přímo z paží, růst chodidel přímo z trupu), arachnodaktylie (extrémně dlouhé a tenké prsty), syndaktylie (srůsty prstů u horních i dolních končetin), polydaktylie (zmnožení prstů, dolní i horní končetiny), vrozená kosovislá noha, vrozená noha hákovitá, vrozená noha kosá, luxace (trvalé vymknutí či vykloubení), gigantismus (obrovský vzrůst), nanismus (trpasličí vzrůst), hemihypertrofie (rozdílná velikost polovin těla).

#### *Centrální a periferní obrny*

- Obrny, jak centrální tak periferní, se týkají nervové soustavy. Centrální nervová lokalita zahrnuje mozek a míchu, periferní část obvodové nervy. Obrny se dělí na parézy (částečné ochrnutí) a plegie (úplné ochrnutí). Jedná se o senzomotorické poškození držení a pohybu na základě zranění či poškození, které postihlo vyvíjející se mozek. Takové poškození nastává před narozením, v průběhu narození, po narození (do jednoho

až čtyř let věku). Poškozena je zde motorika, může být poškozena také sensorika, svalový tonus, koordinace svalů, mentální úroveň.

- Dětská mozková obrna – porucha hybnosti a vývoje hybnosti na základě poškození mozku v období prenatálním, perinatálním a postnatálním. Vyznačuje se poruchou motoriky, řeči, sníženým IQ, psychomotoriky, epilepsií a dalšími přidruženými vadami. U dětské mozkové obrny rozeznáváme formy spastické<sup>27</sup> a nespastické.

### ***1.5.1.2 Získaná tělesná postižení***

Příčinu získaných tělesných postižení najdeme u různých deformací, způsobují je také úrazy a velká škála nemocí. Renotiérová (2002) uvádí nejčastější důsledky.

#### *Získané deformace*

- Příčinou těchto deformací je v největším počtu případů, nesprávné držení těla. Pokud trvá dost dlouhou dobu, může vést k přirozenému návyku. Nejčastěji jsou to vady páteře ortopedického rázu. Nejprve vadné držení těla vede po čase až k vadě druhého nebo třetího stupně. První stupeň je popsán jako vadné držení, kdy je po upozornění na něj napraven vlastní silou jedince. Ve druhém stupni již člověk není schopen napravit vadné držení samostatně a je potřeba mu pomoci. Ve třetím stupni vada vyžaduje dlouhodobou léčbu, chirurgické zákroky a náročnou rehabilitaci. Příčiny těchto potíží mohou být vnitřní (růstové, dědičné vlivy, výživa) a vnější (obezita, dlouhé sezení, jednostranný pohyb, předčasné sezení kojence).

#### *Tělesná postižení po úraze*

- Úrazová onemocnění mozku a míchy – patří sem otřes mozku, ten vzniká po tvrdém a tupém nárazu lebky. Podle závažnosti jej dělíme na lehký otřes (bezvědomí trvá minut, nemusí být vůbec), středně těžký otřes (bezvědomí trvá i hodinu), těžký otřes (bezvědomí trvá i déle jak hodinu). Otřes mozku může mít velmi nepříznivý dopad. Negativními následky jsou např.: zhoršení paměti, náhlé a těžké bolesti hlavy, závratě, vrávorání při chůzi. Někdy dokonce poruchy spánku, děsivé snění, poruchy pozornosti, koncentrace, zpomalené myšlení a reakce.

---

<sup>27</sup> „Spasmus – mimovolné stažení svalů provázené často bolestí, křeč“ (Kraus, 2005, s. 741).

- Zlomeniny obratlů – často vedou k poškození míchy, což má za následek ochrnutí. Poškození je nejčastější v sektoru krční páteře, na přechodu mezi hrudní a bederní páteří. Při úrazu dochází ke zlomení obratle, čímž dojde k náhlému stlačení nebo i přetržení míchy. Zranění míchy jsou neléčitelná, protože mícha není schopná regenerace. Zranění může ve výsledku způsobit paraplegii (ochrnutí končetin) nebo kvadruplegii (ochrnutí naprosté většiny těla).
- Úrazové poškození periferních nervů – úraz je nejčastější příčinou poškození nervů (kromě zánětlivých onemocnění, toxických či metabolických příčin). Je to např. neuroparalýza (přechodná funkční blokáda, dočasné ochrnutí svalů, úplné zotavení), axonotmesis (dočasná ztráta spojení svalu s nervem, možná regenerace), neurotmesis (nejtěžší z poranění periferních nervů, úplné přerušení nervu, nutnost včasného chirurgického zásahu pro příznivou regeneraci).
- Amputace – dochází k ní na základě vážných úrazů, kdy je nutné oddělit tkáň zdravou od tkáně poškozené. A to z důvodu zmírnění či odstranění bolesti nebo za účelem zamezení šíření infekcí (gangrén) či metastáz, nemožnosti léčby, zlepšení možnosti vybavení protetickými pomůckami.

#### *Tělesná postižení po nemoci*

- Revmatická onemocnění - dlouhodobé, postupující onemocnění, provázené bolestí. Postihuje pohybový aparát (klouby, kosti, páteř, ale i svaly, vazy, šlachové úpony), může zasáhnout i některé jiné orgány (plíce, srdce, oči). Toto onemocnění postupně vede k omezení pohybu a brání postiženému jedinci vykonávat běžné aktivity, brání být samostatný a nezávislý.
- Dětská infekční obrna – u nás se nevyskytuje díky účinné formě celoplošného očkování, nicméně jsou země, které to říct nemohou. Za vznikem onemocnění je jeden z nejmenších známých virů. Vir napadá nervové buňky, ve kterých se množí a po jejich rozpadu dochází k uvolnění další částice viru. Ta je infekční a napadá míšní nervové buňky. Ty jsou buď zničeny, nebo vážně poškozeny. Při těžší formě tohoto onemocnění degeneruje svalstvo a jedinec ztrácí schopnost mobility, dochází k ochrnutí některých částí těla. Rozeznáváme tři druhy infekční obrny: vzestupná obrna, míšní obrna a mozková obrna. Vzestupná obrna je značně progresivní a je u ní riziko ochr-

nutí centra dýchání, srdce a cév, to znamená, že nemocného ohrožuje na životě. U dětské infekční obrny je celkově nejčastější ochrnutí dolních končetin.

- Perthesova choroba – u této choroby dochází k zánětu hlavice stehenní kosti. Onemocněním trpí hlavně děti ve věku pěti až sedmi let. Léčba trvá asi jeden až dva roky. Na základě probíhajícího zánětu, ztrácí hlavice některé ze svých funkcí a hrozí riziko její deformace. Proto je v léčbě stěžejní klid na lůžku. V případě, kdy je onemocnění diagnostikováno pozdě, dochází k invazivnímu chirurgickému zákroku náhrady kloubu. Během růstu musí dítě podstupovat operace opakovaně. Perspektiva zaměstnání je spíše v takových oborech, které dovolují „sedavou“ práci.
- Myopatie - onemocnění postihující strukturu kosterních svalů. Je to skupina nesourodých onemocnění lišících se příznaky, průběhem i příčinou vzniku. Začíná často v dětství, také v adolescenci a vzácně v dospělosti. Dochází při ní k rozpadu svalů na pouhé vazivo s velkým obsahem tuku. Myopatie můžeme rozdělit na dvě formy. První je forma vzestupná. Ta se objevuje na svalech pánve a beder. Poté se šíří. V konečné fázi je u nemocného znemožněn stoj a pohyb. Je zde nutné trvalé ošetřování a pomoc při vykonávání sebeobsluhy. Nemocný je v nejlepším případě odkázán na vozík. Forma sestupná je druhým typem myopatie. Začíná od pletence svalů ramenního, odtud se šíří na horní končetiny, trup, bedra, pánev a na dolní končetiny. Opět dochází k rozpadu svalů, omezení hybnosti a nakonec úplné ztrátě mobility.

## 1.6 Smyslové postižení

V této podkapitole se zaměřuji na postižení zrakové a sluchové.

### 1.6.1 Zrakové postižení

Člověk přijímá zrakem asi 80 % informací z okolního světa. Kategorie lidí se zrakovým postižením zahrnuje osoby s různým typem postižení (od střední a těžké slabozrakosti až po nevidomost včetně dalších typů zrakových vad jako je např. porušení barvocitu, zrakové ostrosti) a rozdílnou dobou vzniku postižení. Co se týče stáří lidí se zrakovým postižením, průzkumy zjišťují, že až 60% těžce zrakově postižených je ve věku důchodovém. Procento slabozrakých lidí stále mírně narůstá. Jedním z rozhodujících faktorů tohoto jevu je prodlužování délky lidského života. Asi 80% lidí starších 75 let trpí vážnými problémy se zrakem a 70 -

75% nových případů zrakových vad vzniká u lidí starších 65 let (Schindler a Pešák, 2013). Stejní autoři na webu SONS ČR (Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých ČR) uvádějí, že na světě žije asi 45 miliónů nevidomých. Toto číslo se v následujících 20 letech může i zdvojnásobit. Jedinci se zrakovým postižením tvoří přibližně 1 - 1,5% populace. Zrakové postižení si někteří lidé mohou spojovat s okem, nicméně nejenom oko hraje roli ve fungování zraku. Zrak nebo vidění má na starost tzv. „zrakový orgán“. Ten je složen z receptoru (zevní část oka), dráhy spojující oko s centrem (oční nerv) a ze zrakového centra nacházejícího se v mozku. V každé jednotlivé části může dojít k poruše, která způsobí omezení nebo ztrátu zraku. Vágnerová (2004, s. 196) uvádí dokonce čtyři samostatné sekce, ve kterých může vzniknout problém.

1) Postižení optického aparátu oka

Jde o postižení akomodace, tedy přizpůsobení oční čočky vůči potřebě vidění. Patří sem těžká krátkozrakost a také odnětí čočky kvůli jejímu zákalu. Je zde možná korekce.

2) Postižení dalších částí oka

V případech, kdy se nejedná o poškození sítnice či zrakového nervu (glaukom, zánět živnatky), nemůžeme mluvit o možnosti významného zlepšení zraku korekcí. Onemocnění dalších částí oka mohou být progresivní s nepříznivou prognózou. Pokud můžeme mluvit o výhodě – tyto vady nebývají provázeny postižením CNS.

3) Postižení sítnice a zrakového nervu

Bývají progresivní a stacionární<sup>28</sup>. Optická korekce zde nemá valný přínos. Bohužel zde existuje riziko kombinace s organickými změnami mozku (dětská mozková obrna, mentální retardace, epilepsie). Ke vzniku postižení sítnice a zrakového nervu může dojít také na základě mechanického poškození. To je způsobeno nádorovými změnami tkáně nebo diabetickou retinopatií.

4) Kortikální postižení zrakových funkcí

Je dáno defektem okcipitální oblasti mozku, popřípadě určitých zrakových drah, které se podílejí na přenosu informací a jejich zpracování. K těmto poškozením může dojít v období prenatalní, perinatální i postnatální (důsledkem krvácení do mozku). Poru-

---

<sup>28</sup> To znamená, že se nezhoršují.



chy tohoto rázu nesou označení dysgnozie, případně agnozie. Opět je zde riziko kombinace s onemocněním CNS, konkrétně dětskou mozkovou obrnou.

Mezi lidmi se zrakovým postižením neřadíme třeba ty, kteří nosí dioptrické brýle. Korekcí můžeme tento nedostatek odstranit úplně, navíc je korekce zraku uplatnitelná i u dalších méně závažných poruch zraku. Toto postižení může ovlivňovat několik schopností zraku a to také v různých vzájemných kombinacích a míře. Rámcově tyto schopnosti zrakového orgánu popsal Vágnerová (2004, s. 195).

- Zraková ostrost – přesnost zraku ve schopnosti vidět na blízko a na dálku. Jedná se samozřejmě o dva rozdílné pojmy. Jejich aktuální porucha nemusí být u obou stejně závažná. Vidění na dálku ovlivňuje hlavně orientační kompetence. Vada orientace jedince omezuje v pohybu, což se projevuje převážně v neznámém prostředí, omezující je nicméně i v prostředí jedinci známém. Vidění na blízko mění schopnost sebeobsluhy, protože všechno, co běžně děláme, je ovlivněno kvalitou zraku (psaní, čtení, vaření). V obou případech dochází ke ztrátě samostatnosti. Osobně mě napadá také zhoršení sociální interakce. Jedinec s tímto postižením zraku nemůže dost dobře zaznamenat emoční rozpoložení partnera či kohokoliv jiného při komunikaci.
- Preference různého stupně osvětlení – jsou značně ovlivněné typem poruchy. U některých lidí může být nedostatek světla příčinou zhoršení zraku v té chvíli. U jiných může být na závadu příliš velká intenzita osvětlení, protože mohou být světlopláší.
- Zorné pole – určuje v jakém rozsahu jedinec zrakově vnímá. V tomto případě hraje roli v několika oblastech, zmiňuji komunikaci. Na základě potřeby vidět toho s kým mluvíme, může mít postižený jedinec např., při změně centrace vidění potřebu se různě natáčet ke svému dialogickému partnerovi, to vede k domněnku, že svému komunikačnímu partnerovi nevěnuje pozornost, nebo že je jedinec s tímto postižením prostě „divný“. Značné potíže tento defekt způsobuje dětem ve škole, kdy se zvláště při čtení a psaní stává velkým handicapem.
- Barvocit – ten u lidí se zrakovým postižením nebývá vždy zachován. Prakticky to ovšem neznamená žádné významné funkční omezení.

### **1.6.1.1 Typy postižení zraku**

Na základě výše popsaných informací o zrakovém orgánu a narušených schopnostech zraku uvádím dělení zrakového postižení dle Vágnerové (2004, s. 198 - 199):

- slabozrakost – zrakové funkce omezeny v rozsahu 5 – 15%. Lidé s tímto postižením nemají výrazné problémy v běžném životě. Jsou schopní orientace v prostředí, psychický vývoj je také v normě.
- Praktická nevidomost – respektive zbytky zraku, což je deficit více než 96% až po ztrátu schopnosti sebemenší vizuální orientace. Lidé s tímto postižením mají potíže v běžném životě. Pokud je postižení vrozené, je zde potřeba speciální péče už od raného věku.
- Nevidomost – je chybění tvarového vidění. Může být zachována schopnost rozlišení světla a tmy. V některých případech dokáží jedinci s tímto typem postižení rozpoznat směr, ze kterého světlo přichází<sup>29</sup>. Ve výjimečných případech je však možná úplná neschopnost zrakově vnímat. Toto postižení se objevuje jako následek enukleace obou očí po úrazu nebo nádorovém onemocnění. Lidé s tímto postižením mají potíže v běžném životě. Opět je zde potřeba speciální péče již v raném věku.

Jiné dělení zrakového postižení uvádí web SONS ČR. Zrakového postižení je rozděleno hned pěti kategorií (Schindler a Pešák, 2013):

- kategorie 1: střední slabozrakost
- kategorie 2: silná slabozrakost
- kategorie 3: těžce slabý zrak
- kategorie 4: praktická nevidomost
- kategorie 5: úplná nevidomost.

### **1.6.2 Sluchové postižení**

Stejně jako u postižení zraku se jedná o různorodou skupinu osob s různým stupněm a druhem sluchového postižení. Základními typy sluchového postižení jsou: neslyšící, nedoslý-

---

<sup>29</sup> Světlocit s projekcí.

chaví a ohluchlí. Také zde u tohoto typu postižení stoupá počet seniorů s postupnou ztrátou sluchu. Nejvýznamnějším důsledkem sluchového postižení je komunikační bariéra. Neslyšící a lidé s těžkou sluchovou vadou používají komunikační systém, který vyhovuje jejich potřebám. Z toho mohou vyplývat komunikační problémy s ostatními lidmi, kteří netrpí vadou sluchu. Podle Vágnerové (2004, s. 210) vede sluchové postižení k deprivaci daného jedince. Příjem sluchových podnětů je omezen nebo zcela chybí, což vede k zúžení variability získávání zkušeností. Další oblastí, která tímto druhem postižení trpí je orientace v prostoru. To platí pro prostor, který zrakově postižený jedinec vidí a v ještě větší míře pro prostor, který nevidí. Prevalence sluchového postižení (nedoslýchavý a neslyšící) dosahuje v České republice asi 5%. Největší výskyt je u starších obyvatel, kde je sluchový defekt způsoben stárnutím sluchového aparátu. Sluchové postižení se dělí z hlediska etiologie, doby vzniku, stupně postižení. Červinková Houšková na informačním portále pro neslyšící (2004) uvádí následující dělení:

- ohluchlí - lidé, kteří ztratili sluch až po rozvinutí mluvené řeči. Na přesném věkovém vymezení se odborníci neshodují. Podle názoru Červinkové Houškové záleží také na tom, v jak podnětném sociálním prostředí se dítě nachází. Za kritické období tvorby řeči lze považovat věk od 2 do 5 let.
- Nedoslýchaví - tvoří velmi nejednotnou podskupinu "sluchově postižených". Patří sem např. starší občané, kteří mají díky vysokému věku již méně kvalitní sluch a zároveň osoby, které se nacházejí ve zcela jiných a různorodých věkových kategoriích.
- Prelingválně neslyšící - jako prelingválně lze označit osoby, které se narodily plně neslyšící, nebo ztratily sluch před rozvojem řeči, a to tak, že absolutně, nebo mají jen nevyužitelné zbytky sluchových vjemů.

Vrozená sluchová vada se vyskytuje asi u 0,15% populace. Nolen–Hoeksema (2012, s. 165) popisuje, že se sluchová soustava skládá z uší, sluchového centra v mozku, spojujících nervových drah. Ucho se dále skládá ze dvou soustav, jedna z nich slouží k zesilování a přenosu zvuků (bubínek, zvukovod, oválné okénko, kladívko, kovadlinka, třmínek), druhá slouží k převodu zvuků na nervové vzruchy (hlemýžď, bazilární membrána, Cortiho orgán, vláskovité buňky a další). Postižení sluchového aparátu může ovlivňovat několik schopností sluchu a to také v různých vzájemných kombinacích a míře, stejně jako tomu je u zraku (Vágnerová, 2004, s. 212).

- Převodní vady – jedná se o postižení středního a vnějšího ucha. U tohoto poškození je narušen přenos zvuku po drahách přenosu do hlemýždě. Porucha sluchu v tomto případě nebývá závažná, pohybuje se v pásmu lehké až střední nedoslýchavosti. Dochází k zeslabení zvukového vjemu (není zkreslen). Člověk s postižením tohoto rázu může díky sluchadlu slyšet a rozumět mluvené řeči naprosto normálně.
- Percepční vady – jde o postižení buněk v Cortiho orgánu vnitřního ucha. Důsledkem této vady je snížení schopnosti slyšet zvukové vjemy a také zkreslení sluchových vjemů. V řeči se to projevuje narušením schopnosti rozeznat hlásky. Percepce řeči je tedy neúplná, jelikož jedinec není schopen zachytit některé zvuky. Zesílení hlasitosti nemá význam, protože se jedná o poruchu kvality sluchu. Tyto poruchy Cortiho orgánu jsou trvalé. Stupněm závažnosti spadají do pásma střední nedoslýchavosti až hluchoty.
- Kortikální postižení sluchových funkcí – vzniká jako následek defektu zvuků zpracovávajících oblastí CNS. Projevuje se obtížemi při poznávání zvuků a určování jejich významu. Jedná se tedy o sluchovou dysgnozii nebo agnozii.

### **1.6.2.1 Typy postižení sluchu**

Podle Vágnerové (2004, s. 213) slouží k vyšetření sluchových funkcí audiometrie. Touto metodou lze zjistit práh slyšení a stanovit tak stupeň sluchové ztráty a typ poruchy (hluchota, zbytky sluchu, těžká nedoslýchavost). Schopnost vnímat mluvenou řeč klesá asi o 5% při každém snížení odezvy během audiometrie o 10 dB (decibel)<sup>30</sup> oproti normě. Vágnerová (In Blamey a kol., 2001).

- Hluchota – ztráta sluchu větší než 110 dB. Lidé s tímto postižením nejsou vůbec schopni slyšet mluvenou řeč.
- Zbytky sluchu – sluchová ztráta větší než 91 dB. Lidé s tímto typem postižení sluchu nemohou vnímat mluvenou řeč přirozeně a ani s použitím naslouchadel. Mají schopnost slyšet jiné věci, řečové i neřečové zvuky, ale nerozumí jim a nedokáží je přesně rozlišit.

---

<sup>30</sup> Hladina intenzity zvuku.

- Těžká nedoslýchavost – ztráta sluchu dosahuje hodnot mezi 71 – 90 dB. Pomoc může poskytnout kvalitní sluchadlo. S ním mohou vnímat mluvenou řeč. Pokud je tento typ člověku vrozený, není zvláštní překážkou při osvojování si řeči.

## 1.7 Kombinované postižení

Pro kombinované postižení v současné době neexistuje adekvátní vymezení, které by bylo jednotné alespoň v ČR a přesně vytyčilo odborné názvosloví. „Mezi nejfrekventovanější termíny v České republice patří vícenásobné postižení, kombinované postižení a kombinované vady, přičemž na tyto pojmy je obvykle nahlíženo jako na synonyma a takto jsou také užívány.“ (Ludíková a kol., 2005, s. 9)

Stejná autorka uvádí, že tento problém se netýká jenom České republiky, ale i jiných zemí (jako např. Slovenska, Německa, Velké Británie). Na tomto místě bych chtěl zmínit ještě pojem „těžké tělesné postižení“. Opatřilová (2008, s. 8 – 9) uvádí, že závažnější postižení, poruchy a vady se často sdružují. Jejich nositel tedy může být postižen více vadami. Postižení samostatné, se prý prakticky nevyskytuje, protože i člověk s jedním postižením se musí potýkat minimálně s problémy v adaptaci do prostředí a sociální interakcí. Na tuto skutečnost naráží i Ludíková a kol. v publikaci *Kombinované vady*. Přístup k této problematice krátce popisují níže v textu. Pokud bychom hledali společný bod napříč definicemi ze zahraničí a z České republiky, zjistili bychom, že ve všech se mluví o dvou a více poruchách, kterými daný jedinec trpí současně. Slowík (2007, s. 147) definuje kombinované postižené takto: „kombinované, sdružené vady představují taková postižení, která jsou kombinací dvou a více různých vad nebo poruch u jediného člověka.“ Podobné potíže s uchopením problematiky panují v oblasti rozdělení jednotlivých kombinací poruch do kategorií. Ludíková (In Sovák, 1986) uvádí řazení z pohledu speciální pedagogiky osmdesátých let. Základem většinou bylo mentální postižení, k němuž se přiřadilo další postižení (slepohluchoněmí, slabomyslní hluchoněmí, slabomyslní slepí, slabomyslní a tělesně postižení). Jesenský (2000, s. 15) uvádí jiné členění.

- „Slepohluchoněmota a lehčí smyslové postižení,
- mentální postižení s tělesným postižením,
- mentální postižení se sluchovým postižením,
- mentální postižení s chorobou,

- mentální postižení se zrakovým postižením,
- mentální postižení s obtížnou vychovatelností,
- smyslové a tělesné postižení,
- postižení řeči se smyslovým, tělesným a mentálním postižením a chronickou chorobou.“

Podle publikace Ludíkové a kol., která tuto kategorizaci uvádí také, je zde členění podrobnější, i přesto se však mohou objevit ještě další kombinace postižení, která nezmiňuje a tak nebudou zařaditelná do žádné z kategorií.

Ludíková a kol. (2005, s. 38 - 49) rozdělují kombinované postižení z pohledu speciálně – vědních disciplín. Nyní zde uvedu tyto disciplíny i s jednotlivými kombinacemi postižení.

#### *Psychopedie a kombinované postižení*

- „Mentální postižení v kombinaci s narušenou komunikační schopností
- Mentální postižení v kombinaci s psychosociálním ohrožením
- Mentální postižení v kombinaci se somatickým postižením
- Mentální postižení v kombinaci s epilepsií
- Mentální postižení v kombinaci s dětskou mozkovou obrnou
- Mentální postižení v kombinaci se smyslovým postižením
- Mentální postižení v kombinaci s duálním smyslovým postižením

#### *Surdopedie a kombinované postižení*

#### *Tyflopedie a kombinované postižení*

- Zrakové postižení v kombinaci s postižením řečovým
- Zrakové postižení kombinované s postižením sluchovým
- Zrakové postižení v kombinaci s postižením mentálním
- Zrakové postižení v kombinaci s postižením tělesným

#### *Somatopedie a kombinované postižení*

- Tělesné postižení v kombinaci s jiným tělesným postižením

- Tělesné postižení v kombinaci s onemocněním
- Tělesné postižení v kombinaci se zdravotním oslabením

#### *Etopedie a kombinované postižení*

- Etopedie u osob s mentální retardací
- Etopedie u osob s autismem
- Etopedie u osob se zrakovým postižením
- Etopedie u osob se sluchovým postižením
- Etopedie u osob s tělesným postižením
- Etopedie u osob s řečovým postižením
- Etopedie u osob s neurologickým onemocněním“

## **1.8 Předsudky o lidech se zdravotním postižením**

Předsudky o lidech se zdravotním postižením jsou drobnou podkapitolou, která má práci dodat ještě jiný rozměr. Může být brána jako krátké odlehčení uprostřed náročné problematiky a jako most spojující dva světy. Protože, jak jsem zjistil, zmiňované předsudky vystihují fakt, že práce lidí se zdravotním postižením, může být tím nejlepším krokem, jak dosáhnout respektu a rovnocennosti. Zajímavým způsobem se na postižení a věci kolem něj dívá Libor Novosad (2011, s. 79 – 80) v publikaci *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita*. Z názvu je jasně patrné zaměření této knížky, nicméně následující čtyři jím zmíněné typy předsudků lze označit za univerzální.

#### *Paternalistické a podceňující předsudky*

Vyznačují se přístupem, kdy pomáhající osoby, pečující osoby nebo „osvícená“ veřejnost, posuzují velmi zainteresovaně vůli, možnosti a vhodnost potřeb, přání a také relevanci citů lidí s postižením. Následně rozhodují o tom, co tito lidé mohou, co dokáží a co nikoliv. To vše bez ohledu na jejich potenciál. Za samozřejmost se považuje, že by tito jedinci měli být nadměrně ochraňováni, litováni a měli by být pod dohledem pomáhajících. Ti přece nejlépe vědí, co je dobré, bezpečné a možné.

### *Odmítavé a degradující předsudky*

Patří k nim vylučování práv a potenciálu lidí s postižením. Ti jsou považováni za neužitečné, zatěžující společnost, neproduktivní. Z těchto všem důvodů jsou ve výsledku parazitující. „Normální“ lidé, na základě přerozdělování daní, hradí podporu a péči, která je adresovaná právě postiženým. Postižení je trestem, nemocný si ho totiž zavinil sám. Neléčil se, tak jak měl, zbytečně riskoval, byl neopatrný při práci a další. Tělesná jinakost je vnímána jako něco divného. Dalším projevem je bagatelizování a degradování toho, že člověk s postižením dosáhl něčeho, co není běžné ani pro lidi bez postižení. S tím souvisí i rozdílné hodnocení zaměstnanců s postižením a bez něj.

### *Protektivně-paušalizující předsudky*

Prezentují se názorem, že lidé s postižením mají spousty extra výhod, které jsem navíc neoprávněné a nezasloužené. Veřejnost již nezajímá fakt, že dané výhody ve formě služeb, dávek, příspěvků jsou nenárokové a jejich využívání představuje nedůstojný a zdoluhavý byrokratický nebo (pseudo)lékařský rituál. Typickým příkladem dráždícím veřejnost jsou průkazy mimořádných výhod (TP, ZTP, ZTP/P), vyhrazená místa k parkování nebo bezplatné užívání dálnic. Tyto věci vytvářejí dojem bonusů pro postižené, což není pravda. Ve skutečnosti jde o dílčí kompenzace postižení a také snížené výdělečné možnosti.

### *Idealizující (heroizující) předsudky*

Znakem těchto předsudků je nahlížení na život s postižením jako na hrdinství, mravní výzvu ostatním a obdivuhodnost. Takové předsudky jsou pro lidi s postižením také negativní. Převládá v nich totiž iracionalita a emocionální prvky nad skutečností. Lidé jsou různí a najít nepoctivé, vypočítavé, nebo odpovědné, obětavé a poctivé můžeme stejně dobře mezi lidmi s postižením i bez něj. Nepříznivý dojem zanechávají také ojedinělé mediální kauzy, podle nichž jsou posuzovány celé skupiny obyvatel. Ať už jde o psychotiky, paraplegiky nebo nevidomé.



## **2 TRH PRÁCE A ZAMĚSTNÁVÁNÍ OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM**

Trh práce a zaměstnávání osob se zdravotním postižením. To jsou dva složité pojmy. Složité ve smyslu jejich obsahu nebo také v tom, jak je mnozí u nás vnímají, zvláště když jsou napsány vedle sebe. Je to jakási automatická podvědomá reakce. Od dnešní doby není běžné očekávat, že budou lidé s postižením pracovat, vzdělávat se, rozvíjet se. V následující kapitole se zaměřím na zaměstnávání osob se zdravotním postižením. Specifika, která jsou s tímto spojena, není jednoduché popsat. Je nutné věnovat pozornost především legislativě dané země, v našem případě České republice. Upozorňuji na fakt, že jednotlivé zákony se mění podle potřeb reagovat na nejrůznější změny a vývoj ekonomiky státu. Níže uváděný text tak může mít značně omezenou platnost.

### **2.1 Pojem ekonomie v kontextu s trhy práce**

Trhy práce jsou jednoznačně spojeny s ekonomikou, tak jako je ekonomie spojena s trhy práce. Oba tyto pojmy hrají významnou roli pro společnosti, ve kterých fungují. Současně nemůžeme přehlížet fakt provázanosti světové ekonomiky. Zvláště nyní, v roce 2013, i když toto propojení markantně nabylo na významu především ve 20. století. Jako příklad uvedu hospodářskou krizi ve 30. letech minulého století. Tento trend pokračuje i ve století 21. světovou finanční krizí (2008) a nestabilitou dluhové politiky Řecka (2009 – do této chvíle). Všechny zmíněné krize nabyly postupem času globálních rozměrů. Vomáčková (2003) v publikaci Sociální stát a sociální ekonomie uvádí, že žijeme v období rozvoje společnosti, pro kterou je charakteristické výrazné zintenzivnění celosvětových vztahů, které spojují i zdánlivě velmi vzdálené oblasti tak, že mají vliv na vývoj událostí zcela jinde. Zmíněná významná role ekonomie a trhů práce spočívá v úspěšnosti vývoje, stagnaci nebo úpadku společnosti (Sojka, 2010, s. 17). Na spojitost ekonomie a práce upozorňuje Buchtová a kol. (2002, s. 23).

„Živá lidská práce téměř po celou dobu existence kultury generovala její evoluci. Instrumentální aktivita totiž spojovala intelektuální i fyzické operace, byla bohatá na tvůrčí prvky, a přestože v ní obvykle dominovala tělesná námaha, formovala kulturní prostředí příznivé pro lidský rozvoj.“

V historicky prvních formách práce člověk samostatně, případně s pomocí jednoduchých nástrojů ontogenicky působil jako živý, přírodou vytvořený a automatizovaný systém produkce. Živý lidský jedinec, kterému v pracovním procesu patří funkční převaha, je tu sám součástí látkové výměny ostatních živých systémů, mění formy přírodních látek a nově strukturuje přirozené přírodní prostředí. Prací a životem v umělém prostředí rozvíjí a mění své fyzické a duševní schopnosti. (Buchtová a kol., 2002, s. 18). Historicky prvními formami produktivní spolupráce byl lov, pastevectví, zemědělství a domácí řemeslo. Přeměna individuální pracovní činnosti na společnou činnost (manufakturu) byla provázena technologickým a sociálním postupem, zvláště v oblasti využívání nástrojů a komunikace. Zlomovým převratem je však průmyslová revoluce. Mechanicky propojené stroje zde vytváří nadosobní proces. Díky těmto procesům je možné hromadně využívat dostupnou vědu. Dochází ke změně vztahu člověka a stroje. Dříve byl stroj (nůž, kolo, páka) nástrojem člověka. Během průmyslové revoluce se člověk stává nástrojem stroje. Nyní je však nutné se zaměřit na historii ekonomie a postupný vývoj jejího vztahu s trhy práce. Jednotlivá období vývoje hospodářství lze pojmut různými způsoby. Vždy se však jedná o činnost, která si klade za cíl, rozčlenit celý vývojový proces na menší časové úseky. Faltus a Průcha (2003, s. 5) to nazývají „periodizací“. Podle těchto autorů jsou periodizační mezníky obvykle převratné historické události. Faktem zůstává, že hospodářský vývoj neprobíhal po celém světě rovnoměrně, i to je důvod velkého množství různých přístupů k periodizaci. Například Sojka (2010, s. 18 – 31) se zaměřuje na popis ekonomického myšlení v antickém Řecku, ekonomické názory a myšlenky popisuje u Xenofóna z Athén, Platóna, Aristotela ze Stageiry. Další epochu vidí v myšlení evropské středověké společnosti. Faltus a Průcha ve své publikaci Všeobecné hospodářské dějiny 19. a 20. století uvádějí další varianty periodizací. Následující rozdělení lidské historie pochází ze 17. století, nějakou dobu se vyvíjelo, až se ustálilo v této podobě.

- Pravěk – od pračlověka do vzniku prvních států Mezopotámie, kolem roku 4000 př. n. l.
- Starověk – do zániku Západořímské říše v roce 476 n. l.
- Středověk – do objevení Ameriky 1492.
- Novověk – do první světové války.

- Doba nejnovější – soudobé dějiny, od 1. světové války či také doba ještě žijících generací.

Hospodářské dějiny se od těch obecných začaly oddělovat až na začátku 19. století. Objevuje se tak další dělení např. na hospodářství domácí, městské, národní, světové. Jiné dělení je od hospodářství naturálního přes hospodářství směnné (peněžní) po hospodářství úvěrové. V 19. století dochází k vytvoření marxistické teorie vývoje společnosti. Společensko - ekonomické poměry byly popsány tímto způsobem:

- prvobytně pospolná společnost – odpovídá zhruba pravěku,
- otrokářská společnost – odpovídá zhruba starověku,
- feudalismus – zahrnuje středověk, raný kapitalismus, rozvoj světového trhu,
- kapitalismus – 19. – 20. století, soukromé vlastnictví výrobních prostředků, systém námezdní práce, občanská rovnost před zákonem.
- socialismus – realizování společného ideálu, likvidace nerovnosti, společné vlastnictví výrobních prostředků.

Na tuto teorii zareagoval americký ekonom W. W. Rostow. Ten určil stádia vývoje společnosti na základě hospodářského vývoje USA a v podstatě jde o detailnější rozčlenění dvou period (novověk a doba nejnovější). Různých periodizací je skutečně velké množství a v tuto chvíli není nutné se jimi více zabývat. Jednotlivé etapy periodizací jsou pochopitelně v symbióze s prací člověka. Podle Brožové (2003, s. 13) je trh práce primárním trhem výrobního faktoru. Člověk je vlastně majitelem výrobního faktoru práce, nabízí službu práce na trhu práce. Jiní lidé si je najímají, aby mohli vytvářet produkty. Nutné je zmínit, že trhy práce jsou jako každé jiné ovlivněny nabídkou a poptávkou.

## 2.2 Sociální politika

Na začátku všeho je pojem známý jako welfare state, což v překladu znamená sociální stát. Slovní spojení welfare state poprvé užil Sir William Beveridge. Název a určitý koncept poté ovlivnila řada státníků (přelom 19. a 20. století) např. Otto von Bismarck, Franklin Roosevelt. Oba zdůrazňovali ochranu jednotlivce státem před některými náhodnými vlivy a garancí minimálního životního standardu všem občanům bez ohledu na jejich faktické tržní důchody. (Nolen, Jeannette L. 2009). Stěžejní myšlenkou konceptu welfare state je přerozdělování,

tj. cestou veřejné politiky znovu rozdělit to, co již bylo prvotně rozděleno trhem. Příčiny vzniku welfare state (sociálního státu), jsou poměrně těžko uchopitelné. V každé zemi jde o jedinečný jev, který reaguje na konkrétní podmínky dané země. Příčiny jeho vzniku jsou však spojovány zejména s posunem vědeckého poznání a novými technologiemi, ekonomickou expanzí, demografickými a sociálními faktory (vysoká nezaměstnanost, urbanizace apod.). Myšlenka welfare state se realizovala a realizuje v praxi. To ve většině případů znamená skrze sociální politiku. (Brožová, 2006, s. 127).

„Obecně lze říci, že sociální politika se primárně orientuje k člověku, k rozvoji a kultivaci jeho životních podmínek, dispozic, rozvoji jeho osobnosti a kvality života.“ (Krebs, 2002, s. 11).

Sociální politika směřuje k ovlivňování sociálního systému. Při tomto postupu musí respektovat základní principy, které jsou pro ni směrodatné. Nejvýznamnější a typické principy jsou: sociální spravedlnost; sociální solidarita; subsidiarita; participace. Jako takové jí nutně přísluší zcela určité a významné místo v rámci celého společenského systému. Sociální politika je zaměřena k tomu, co můžeme označit za „sociální kapitál“. Určení kým je nebo kým má být sociální politika iniciována a naplňována a ke komu mají být její opatření poté směřovány je dáno rozdělením na objekty a subjekty sociální politiky.

- Objekty sociální politiky - pod pojmem objekty sociální politiky rozumíme jednak všechny obyvatele dané země, ať již jako jednotlivce, či určité sociální skupiny. Objekty sociální politiky jsou ti, kterým jsou opatření sociální politiky určena a na něž jsou orientována: rodiny s dětmi, nezaměstnaní, nemocní apod.
- Subjekty sociální politiky: stát a jeho orgány, zaměstnavatelé a firmy, zaměstnavatelské, zaměstnanecké a odborové orgány, regiony obce, místní komunity, církve (ti, kdo mají zájem, vůli, předpoklady, schopnosti, možnosti a prostředky k určité sociální činnosti či chování a kdo takové činnosti může iniciovat a naplňovat).

Cílem sociální politiky je poskytovat občanům sociální jistoty, umožnit jim přiměřený životní způsob a umožnit realizovat Ústavou zaručených práv. Směřuje k ochraně i osobnostnímu rozvoji a rozvoji lidského potenciálu společnosti. Sociální politiku provázejí různé instituce – nestátní občanská sdružení, zájmové spolky, odborové a politické organizace, hospodářské organizace až po veřejnoprávní korporace ve smyslu územní veřejné správy, což je stát – jeho

registrované orgány a organizace a instituce místní a regionální samosprávy. (Durdisová, 2005, s. 8 – 12). Podle stejné autorky by měl sociální stát v evropském měřítku zaručit každému občanovi s trvalým pobytem na území státu určité životní minimum. Toto minimum je zajištěno veřejnoprávním režimem sociální péče v zásadě bez závislosti na výsledcích práce; musí být tedy zajištěno i občanovi, který nemá možnost opatřit si životní prostředky vlastní prací. Forma sociálního státu může být pro různá institucionální prostředí různá. Co však používané doktríny pojí, je snaha na základě předpokládané racionální či emocionální solidarity pomoci méně „šťastným“ na úkor těch „šťastnějších“, popř. alespoň obecnými a rovnými zákony zaručit každému občanovi šanci v přístupu ke vzácným zdrojům. Poměrně známé je rozdělení sociální politiky do tří modelů, ty popisuje Krebs (2002, s. 40, 41).

#### 1. „Redistributivní typ

Dominantní role státu. Sociální potřeby lidí vnímá jako sociální práva. V podstatě se orientuje na univerzální poskytování dávek (celá populace, vymezené sociální skupiny). To dělá bez ohledu na to, jaké jsou jejich reálné možnosti spotřeby pokrývat. Díky tomu je velmi náročný na ekonomické zdroje. Tento model pokrývá velký prostor státní sociální politiky, někdy tímto přístupem dokonce omezuje aktivity nestátních subjektů. Tomuto typu sociální politiky nejvíce odpovídá přístup zemí Skandinávie, Dánska, Nizozemska a další západoevropské země. Je blízký sociální politice bývalé ČSSR a bývalých socialistických zemí východní Evropy. Zde ovšem nebyl systém založen na demokratickém upořádání obyvatelstva (občanský přístup), sloužil také k diskriminaci vybraných jedinců či skupin.

#### 2. Výkonový (korporativní) typ

Stěžejní ideou tohoto modelu je, že sociální potřeby mají být primárně uspokojovány na základě výkonu a produktivity. Zdůrazňuje význam pracovní aktivity pro uspokojování potřeb občanů. Míra redistribuce je u tohoto modelu nižší než u modelu předchozího. Významným zdrojem financování dávek jsou zde prostředky pojistných fondů. Stát zaručuje pouze základní společenská minima potřeb a vytváří prostor pro působení nestátních subjektů. Tomuto modelu je blízká politika SRN, Rakouska, Francie aj. (a jiné).

### 3. Reziduální typ

Klade důraz na individuální odpovědnost každého jedince za uspokojování sociálních potřeb. Spoléhá ve velké míře na trh, jeho instituce a rodinu. Až v případě selhání těchto subjektů nastupuje státní sociální politika. I v tomto případě je však podpora značně omezená, poskytované dávky jsou minimální, jejich poskytování je testováno příjmy. Míra redistribuce, s ohledem na předcházející modely, je zde nejnižší. Role státu jako subjektu sociální politiky je zde potlačena. Nejblíže je tomuto typu politika USA, Japonska, Velké Británie.“

#### 2.2.1 Sociální podpora

Podle Krebse (2002, s. 198, 199) vychází koncept z představy, že nutnou podmínkou životní spokojenosti a sociální prosperity není pouze osobnostní výbava člověka, ale určitá forma interakce mezi člověkem a jeho prostředím. Existuje mnoho druhů sociální podpory (emocionální podpora, podpora v poskytování informací atd.), v sociální oblasti je u nás velice významný podíl státní sociální podpory. Durdisová (2005, s. 135-160) uvádí, že státní sociální podpora je systém opatření státu zaměřený především k podpoře rodiny. Jejím východiskem je princip participace, na základě kterého stát poskytuje sociální dávky rodinám v případě uznané sociální situace, na jejíž řešení rodina vlastními prostředky nestačí. Současně je uplatňován princip solidarity, na jedné straně mezi vysoko příjmovými rodinami a rodinami s nízkými příjmy, jejímž projevem je skupina adresných dávek (na které vzniká rodinám nárok, pokud celkové příjmy rodiny nepřesáhnou určenou hranici), na druhé straně solidarity bezdětných s rodinami s dětmi, jejímž projevem je skupina dávek univerzálních (bez ohledu na výši příjmů rodiny). Základem pro určení výše dávek i pro určení hranice příjmů občana je životní minimum.

#### 2.2.2 Sociální pomoc

V případě, že se občan ocitá v sociálně neuspokojivé situaci, nastupuje sociální pomoc jako projev lidské solidarity i dobročinnosti. Základními nástroji sociální pomoci jsou poradenství, prevence sociálně patologických jevů, sociálně právní ochrana, dávky sociální pomoci (v peněžní i věcné podobě) a sociální služby. Jednou z významných součástí sociální pomoci jsou dávky sociální péče. Největší objem výdajů je poskytován na dávky, jejichž posky-

tování je podmíněno sociální potřebností občana a jeho rodiny. Přesná úprava sociální potřebnosti je uvedena v zákoně č. 482/1991 Sb. O sociální potřebnosti. Dávky sociální péče mohou být poskytovány rodinám, nezaměstnaným, zdravotně postiženým a starým občanům. V celém systému má rozhodující roli životní minimum. Pod životním minimem v obecném slova smyslu rozumíme takový soubor statků a služeb, který umožňuje domácnosti nebo jednotlivci uspokojovat jejich potřeby v míře uznané společností v dané etapě za minimálně nezbytné.

Životní minimum v ČR má dvě části: částku určenou na výživu a základní osobní potřeby; částku určenou na náklady domácnosti. Na odborné úrovni se rozlišují dvě hladiny životního minima: existenční a sociální.

## 2.3 Vymezení pojmů

### *Problematika - zaměstnávání osob se zdravotním postižením*

Ochrana v pracovněprávních vztazích je zakotvena v zákoníku práce (zákon č. 262/2006 Sb.). Tento zákon definuje přístup k zaměstnávání osob se zdravotním postižením. To je v zákoníku práce definováno tak, že odpovídá mezinárodně uznávaným a používaným standardům. Zákon o zaměstnanosti (č. 435/2004 Sb.)<sup>31</sup> za osoby se zdravotním postižením považuje:

- a) „fyzické osoby, které byly orgánem sociálního zabezpečení uznány plně invalidní<sup>32</sup>,
- b) fyzické osoby, které byly orgánem sociálního zabezpečení uznány částečně invalidní,
- c) fyzické osoby, které byly rozhodnutím orgánů sociálního zabezpečení uznány za osoby zdravotně znevýhodněné.“

Prokazování o statutu osoby se zdravotním postižením popisuje Červinka a Leiblová (2009, s. 12, 13). „Plně invalidní osoba prokazuje svůj statut rozhodnutím České správy sociálního zabezpečení nebo potvrzením okresní správy sociálního zabezpečení o tom, že byla uznána plně invalidní, nebo Rozhodnutím o přiznání plného invalidního důchodu. Částečně invalidní osoba prokazuje její statut rozhodnutím nebo potvrzením České správy sociálního zabezpečení o tom, že byla uznána osobou částečně invalidní, nebo rozhodnutím o přiznání částečného inva-

---

<sup>31</sup> Popisuje § 67.

<sup>32</sup> Tyto osoby jsou automaticky považovány za osoby s těžším zdravotním postižením.

lidního důchodu nebo potvrzením o částečné invaliditě. Osoba zdravotně znevýhodněná (dříve osoba ZPS) prokazuje svůj statut těmito rozhodnutími:

- rozhodnutí o změně pracovní schopnosti (ZPS) a o změně pracovní schopnosti s těžším zdravotním postižením (ZPS s TZP) vydané okresní zprávou sociálního zabezpečení,
- rozhodnutí o uznání osoby zdravotně znevýhodněné podle § 67 odst. 2 písm. c) a odst. 3 zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, které vydala okresní správa sociálního zabezpečení.“

Zdravotní postižení pro účely související se zákonem o zaměstnanosti se neproказuje průkazkami TP a ZTP nebo ZTP/P<sup>33</sup>.

Dále zde uvádím § 67 zákona o zaměstnanosti (č. 435/2004 Sb.). Tento výňatek zákona uvádím již v kapitole 1.1:

„osobami se zdravotním postižením jsou fyzické osoby, které jsou orgánem sociálního zabezpečení uznány invalidními

a) ve třetím stupni<sup>34</sup> (dále jen "osoby s těžším zdravotním postižením"), nebo

b) v prvním<sup>35</sup> nebo druhém<sup>36</sup> stupni.“

#### *Problematika – Zaměstnavatel*

Pojem zaměstnavatel popisuje Steinichová (2001, s. 13). „Zaměstnavatelem se podle § 2 odst. 1 písm. c) zákona o zaměstnanosti rozumí právnické a fyzické osoby zaměstnávající občany, jakož i cizince a osoby bez státní příslušnosti.“

---

<sup>33</sup> Jedná se o průkazky poskytování mimořádných výhod občanovi. Vydávají je obecní úřady s rozšířenou působností.

<sup>34</sup> Jestliže pracovní schopnost pojištěnce poklesla nejméně o 70 %, jedná se o invaliditu třetího stupně. (Výňatek zákona č.155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, § 39, odst. 2, písmeno c).

<sup>35</sup> Nejméně o 35 %, avšak nejvíce o 49 %, jedná se o invaliditu prvního stupně (Výňatek zákona č.155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, § 39, odst. 2, písmeno c).

<sup>36</sup> Nejméně o 50 %, avšak nejvíce o 69 %, jedná se o invaliditu druhého stupně (Výňatek zákona č.155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, § 39, odst. 2, písmeno b).



Ve vztahu k zaměstnávání občanů se ZPS je rozhodující i počet zaměstnanců zaměstnavatele. „Ustanovení o plnění povinného podílu občanů se ZPS na celkovém počtu zaměstnanců zaměstnavatele se vztahuje jen ty zaměstnavatele, kteří mají více jak 25 zaměstnanců (stav v roce 2013). Zaměstnavateli zaměstnávajícími více než 50% občanů se ZPS jsou zaměstnavatelé, od kterých lze odebírat výrobky nebo služby a zadávat jim výrobní programy a započítávat si v rámci povinného plnění podílu občanů se ZPS počet zaměstnanců – občanů se ZPS, kteří se na zakázce podílejí.“ (Steinichová, 2001, s. 13).

## **2.4 Nástroje motivace zaměstnávání osob se zdravotním postižením**

Nástroje motivace můžeme rozdělit na nástroje legislativní a nástroje nelegislativní. První zmiňované jsou dány zákony, vyhláškami, normami. Můžeme je rozdělit na ty, které působí na zaměstnavatele pozitivně (příspěvky, slevy, náhrady) a ty, které působí spíše jako sankce (povinné plnění). Dělení legislativních nástrojů je poměrně více než těch nelegislativních. To je dáno mnohem menším spektrem nelegislativních faktorů a také menším zájmem o ně.

### **2.4.1 Nástroje legislativní**

Nástroje legislativní jsou podmíněny dodržováním daných zákonů a dalších platných dokumentů a také reakce zákonodárců na vývoj sociální politiky. Legislativních nástrojů je celá řada a jejich popis by stačil na celou jednu publikaci. Problematika zaměstnávání osob se zdravotním postižením je předmětem zájmu hlavně zaměstnavatelů, mzdových účetních a personalistů. Autory zabývající se touto oblastí jsou např. Červinka a Leiblová v publikaci *Zaměstnávání občanů se zdravotním postižením, důchodců, mladistvých a studentů, absolventů škol, žen, agenturních zaměstnanců a dalších kategorií*. V této kapitole tak shrnu vybrané legislativní úpravy týkající se zaměstnávání osob se zdravotním postižením.

#### *1) Zaměstnávání občanů se zdravotním postižením*

Červinka a Leiblová uvádí (2009, s. 19), že občané se zdravotním postižením mají stejná práva a povinnosti jako ostatní pracovníci. Legislativa však tyto osoby vzhledem k jejich zdravotnímu stavu a sociálnímu postavení zvýhodňuje. Ještě přesnější je uvést, že tak kompenzuje jejich znevýhodnění. Legislativa upravuje tyto jednotlivé složky zaměstnávání a zákoníku práce:

- výpovědi zaměstnancům se zdravotním postižením,
- odměňování zaměstnanců se zdravotním postižením,
- povinnosti zaměstnavatelů zaměstnávat osoby se zdravotním postižením<sup>37</sup>,
- evidenci osob se zdravotním postižením na úřadech práce,
- příspěvky na zřízení pracovních míst pro občany se zdravotním postižením,
- rekvalifikaci občanů se zdravotním postižením.

## 2) *Výhody a příspěvky pro zaměstnavatele:*

„Zaměstnavatelům, kteří se rozhodnou zaměstnávat osoby se zdravotním postižením, může příslušný úřad práce, v některých případech Ministerstvo práce a sociálních věcí, přispět na činnost spojenou se zaměstnáváním osob se zdravotním postižením. Podmínky a výše příspěvků jsou odvozeny od druhů příspěvků, zákonných úprav, rozpočtu a situace na trhu práce.“ (Červinka a Leiblová, 2009, s. 44). Legislativa zde upravuje:

- chráněná pracovní místa,
- pracovní rehabilitaci a přípravu k práci osob se zdravotním postižením,
- příspěvek jednotlivci – občanu se zdravotním postižením,
- zvýhodnění některých uchazečů v obchodní veřejné soutěži,
- nárokové příspěvky zaměstnavatelům na zaměstnávání osob se zdravotním postižením,

---

<sup>37</sup> Povinnost, zaměstnávat osoby se zdravotním postižením má každý zaměstnavatel ve výši povinného podílu občanů se změněnou pracovní schopností na celkovém počtu svých zaměstnanců. Povinný podíl u zaměstnavatele s více než 25 zaměstnanci činí 4%. (§ 81 zákona č. 435/2004 Sb.). Liberdová (2010, s. 18) popisuje způsoby plnění povinnosti zaměstnavatele zaměstnávat občany se zdravotním postižením:

- zaměstnáváním v pracovním poměru
- odebíráním výrobků od zaměstnavatelů zaměstnávajících více než 50 % zaměstnanců, kteří jsou osobami se zdravotním postižením, nebo zadáváním zakázek těmto zaměstnavatelům nebo odebíráním
- odvodem do státního rozpočtu; výše odvodu do státního rozpočtu bude činit od roku 2005 za každou osobu se zdravotním postižením, kterou by zaměstnavatel měl zaměstnat, 2,5násobek průměrné měsíční mzdy v národním hospodářství za první až třetí čtvrtletí příslušného kalendářního roku, v němž povinnost plnit povinný podíl osob se zdravotním postižením vznikla.

Způsob výpočtu průměrného ročního přepočteného počtu zaměstnanců a výpočtu plnění povinného podílu stanoví ministerstvo prováděcím právním předpisem.

- přestupky a správní delikty při zaměstnávání osob se zdravotním postižením,
- hmotné podpory na nová pracovní místa.

### 3) *Nemocenské a důchodové pojištění osob se zdravotním postižením*

Podle Červinkové a Leibla (2009, s. 62) nemá sama skutečnost, že je zaměstnanec osobou se zdravotním postižením vliv na nemocenské a důchodové pojištění tohoto zaměstnance.

#### 4) *Daně z příjmů u osob se zdravotním postižením*

„Zákon o daních z příjmu přihlíží k nepříznivému zdravotnímu stavu osob při zdanění příjmu fyzických osob, které pobírají plný nebo částečný invalidní důchod nebo jsou držiteli průkazu ZTP/P, k některým výjimečným případům ve vazbě na invaliditu a při zdanění příjmů zaměstnavatelů, kteří zaměstnávají osoby se zdravotním postižením, kde definice osoby se zdravotním postižením vychází ze zákona o zaměstnanosti.“ (Červinka a Leiblová, 2009, s. 62). Legislativa zde upravuje:

- zdanění příjmů fyzické osoby,
- zdanění zaměstnavatelů zaměstnávajících osoby se zdravotním postižením.

#### 5) *Pojistné na sociální zabezpečení a příspěvek na státní politiku zaměstnanosti a osoby se zdravotním postižením*

Fakt, že je zaměstnanec osobou se zdravotním postižením nemá sám o sobě vliv na pojistné sociálního zabezpečení a na příspěvek na státní politiku zaměstnanosti. To znamená, že pro výše uvedený platí obecný režim (Červinka a Leiblová, 2009, s. 74).

#### 6) *Zaměstnávání osob se zdravotním postižením a pojistné na zdravotní pojištění*

V případě, že je zaměstnanec osoba se zdravotním postižením, ovlivňuje to platbu pojistného na zdravotní pojištění ve třech případech. V prvním jde o osoby, za které je plátcem pojistného stát. Ve druhém jde o osoby, které nemusejí dodržovat minimální vyměřovací základ zaměstnance. Ve třetím případě jde o poživatele invalidního nebo částečně invalidního důchodu, který je však zároveň zaměstnancem u zaměstnavatele zaměstnávající více než 50% osob se zdravotním postižením z celkového průměrného přepočteného počtu zaměstnanců. (Červinka a Leiblová, 2009, s. 75).

## 2.4.2 Nástroje nelegislativní

Nástroje nelegislativní jsou takové nástroje, které většinou nemohou motivovat benefity, příspěvky, slevami, náhradami, tak jako to činí systém sociálního státu. I když u podporovaného zaměstnávání je tato otázka do jisté míry diskutabilní (možnost podpory a pomoci při žádání o dotace). Do nelegislativních nástrojů patří podporované zaměstnávání a společenská odpovědnost.

### *Podporované zaměstnávání*

Smyslem podporovaného zaměstnávání je vyrovnávání příležitostí pro pracovní uplatnění lidí, kteří z důvodu zdravotního postižení nebo jiných znevýhodňujících faktorů mají ztížený přístup na otevřený trh práce. Podporované zaměstnávání představuje také významnou službu zaměstnavateli, kterému poskytuje pomoc a podporu tak, aby člověk se zdravotním postižením mohl zaměstnat. Základním principem podporovaného zaměstnávání je tedy oboustranná výhodnost. V praxi to znamená situaci, kdy nabídka uchazeče o práci odpovídá nárokům zaměstnavatele. Podporované zaměstnávání vychází z pěti základních principů (Souhrnná metodika podporovaného zaměstnávání, 2005, s. 11, 12):

1. „princip uplatnění práva na práci - možnost najít vhodnou práci nemají lidé rovnocennou. Osoby se znevýhodněním (v našem případě zdravotním postižením), které jsou na trhu práce znevýhodněny, mohou toto právo snáze uplatnit pomocí určité míry podpory.
2. Občanský princip - znevýhodněný jedinec má na trhu práce stejná práva, ale také stejné povinnosti jako člověk bez tohoto znevýhodnění.
3. Princip konstruktivního přístupu - cestu k získání vhodného pracovního místa lze nalézt spíše na základě zjištění zájmů, přání, dovedností a možností znevýhodněného člověka. Snahou je propojit jeho potřeby a možnosti s možnostmi a potřebami zaměstnavatele.
4. Princip individuálního přístupu – PZ (podporované zaměstnávání) respektuje jedinečnost každého člověka. Služba je vždy poskytována na základě individuálního plánu sestavovaného pro každého uživatele.

5. Princip aktivního přístupu uživatele služeb - těžiště aktivit směřujících k získání a udržení si práce spočívá na uživateli, pracovník PZ poskytuje pouze takovou podporu, která vyrovnává uživatelovo znevýhodnění na trhu práce.“

V České republice je služba podporované zaměstnávání poskytována zatím výhradně nevládními organizacemi. První agentura vznikla v Praze roku 1995 na základě finančních prostředků ze zdrojů Americké vládní agentury pro mezinárodní rozvoj. Od roku 2000 dochází k rozšíření této služby do dalších regionů, v současné době je do služeb podporovaného zaměstnávání zapojeno 53 subjektů z deseti krajů (údaje Česká unie pro podporované zaměstnávání). Podporované zaměstnávání je soubor činností vedoucích k tomu, aby jeho uživatel získal a udržel si pracovní místo na otevřeném trhu práce. Činnosti prováděné podporovaným zaměstnáváním jsou adresovány jak uživateli (zájemci o zaměstnání), tak zaměstnavateli. Proces podporovaného zaměstnávání by měl být ideálně ohraničen. (Souhrnná metodika podporovaného zaměstnávání, 2005, s. 20, 21).

- Na počátku – projevením zájmu o podporu při získávání vhodného pracovního místa ze strany potencionálního uživatele služeb.
- Na konci – situací, kdy má uživatel pracovní uplatnění s předpokladem, že tento stav bude trvat do budoucna, a že již nepotřebuje služby podporovaného zaměstnávání.

Dalším důležitým bodem je ujasnění preferencí uživatele v oblasti pracovního uplatnění; vytvoření představy vhodného pracovního místa, je naplánována cesta k uskutečnění dané představy; uživatel uzavřel pracovněprávní vztah se zaměstnavatelem. Činnosti, které podporované zaměstnávání prostřednictvím kompetentních odborníků provádí, jdou třemi směry.

#### 1. Činnost směrem k uživateli služby

- Plánování a realizace postupů vedoucích k posouzení, zda jsou služby PZ vhodným nástrojem, jak dosáhnout cíle uživatele,
- zjišťování potřeb uživatele v oblasti získávání a rozvíjení dovedností vztahujících se k získání a udržení si pracovního místa,
- zjišťování zájmu uživatele o získání či rozvinutí těchto dovedností,
- zjišťování, zda uživatel chce a může respektovat pravidla poskytování PZ,
- dojednávání podmínek poskytování služeb PZ, uzavření dohody o poskytování PZ,
- sestavování osobního profilu,
- zjišťování úrovně dovedností potřebných pro získání a udržení pracovního místa,

- mapování trhu práce,
- vytváření představy vhodného pracovního místa,
- plánování cesty k získání tohoto místa,
- plánování procesu získávání dovedností potřebných k získání a udržení pracovního místa,
- trénink dovedností na základě jejich zjištěné úrovně,
- provázení uživatele při vyhledávání vhodného pracovního místa,
- vytipování vhodných pracovních příležitostí,
- dojednávání osobní schůzky zaměstnavatele s uživatelem,
- podpora při osobním jednání uživatele se zaměstnavatelem,
- dojednávání pracovních podmínek,
- podpora při vyřizování náležitostí při nástupu do zaměstnání,
- plánování podpory vedoucí k udržení pracovního místa,
- trénink pracovních, sociálních a dalších dovedností potřebných k udržení zaměstnání,
- vyhodnocování situace uživatele na pracovním místě,
- postupné snižování podpory,
- posuzování, zda uživatel k udržení pracovního místa již nepotřebuje podporu PZ,
- závěrečné vyhodnocení přínosu PZ,
- ukončení poskytování služeb PZ,

## 2. Činnost směrem k zaměstnavateli

- Pomoc zaměstnavateli při vytváření vhodné pracovní náplně,
- podpora zaměstnavatele při vyřizování formálních záležitostí souvisejících s nástupem uživatele do zaměstnání,
- poskytování poradenství v oblasti legislativy související s osobami s postižením,
- pomoc zaměstnavateli při komunikaci s uživatelem,
- pomoc zaměstnavateli při řešení problémů se zapracováním uživatele a s jeho začleněním do kolektivu spolupracovníků.

## 3. Činnost směrem k rodině uživatele

- Podpora rodiny při zvládnání změn souvisejících s osamostatňováním uživatele,
- podpora rodiny při zvládnání změn souvisejících s nástupem do zaměstnání.

## *Společenská odpovědnost*

Společenská odpovědnost firem (CSR - *Corporate Social Responsibility*) je dobrovolné integrování sociálních a ekologických hledisek do každodenních firemních operací a interakcí s firemními stakeholders<sup>38</sup>. Společenská odpovědnost je vlastně princip, který do strategie firmy zahrnuje sociální a environmentální hlediska (vedle primární orientace na vytváření zisku) se nazývá také „trojí zodpovědností“. Tím je myšleno hledisko ekonomické (prosperita), kvalita životního prostředí a společenský kapitál. Chování v souladu s principy CSR přináší firmě řadu výhod a zisků především nefinanční podoby, jejichž důležitost spočívá v dobrém a dlouhodobém fungování firmy. „Stejně jako jsou pro firmu důležitá hmotná aktiva (tangible assets) ve formě nemovitostí, zásob či finančního majetku, jsou pro ni klíčová i aktiva nehmotná (intangible assets) jako je lidský kapitál, kapitál obsažený v přírodních zdrojích, hodnota značky, reputace či vztahy důvěry a partnerství. Společensky odpovědné firmy jsou charakteristické svou proaktivní, nikoliv pouze reaktivní politikou. Jejich vedení anticipuje a aktivně vytváří nové, pozitivní trendy.“ (Trnková, 2004). Evropská unie už od začátku devadesátých let výrazně propagovala partnerskou mezisektorovou spolupráci a otevřený trh, v jehož rámci mají všechny skupiny společnosti šanci se uplatnit. V roce 1996 pak Jacques Delors, tehdejší předseda Evropské komise, inicioval vznik organizace s názvem CSR Europe. CSR Europe je evropskou expertní centrálou na problematiku CSR. Jejím cílem je zajišťovat celoevropsky propagaci CSR. CSR Europe mělo v roce 2004 65 členů z řad největších světových firem a 18 partnerských organizací po celé Evropě. V České republice je jejím partnerem Business Leaders Forum. Trnková (2004) uvádí také čtyři hlavní body zájmu veřejnosti, tzn. body, které veřejnost na daném podniku zaujmou:

- osobitost - firma zaujme veřejnost osobitým přístupem k věci, zaujme také odlišností od ostatních firem.
- Autentičnost - firmě lze věřit to, že její vedení a další zaměstnanci jsou přesvědčeni o správnosti CSR.
- Transparentnost - ochota poskytovat o sobě informace, dovolit nezávislé posuzování (i co se týče samotného CSR).

---

<sup>38</sup> Stakeholder – pojem užívaný v managementu a marketingu. Zahrnuje osoby a instituce, které mají s podnikem jakékoli dočinné. Pojem má úzký vztah s etikou.

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**



### 3 ÚVOD K VÝZKUMU

Obsahem praktické části této diplomové práce je explorace faktorů, které motivují zaměstnavatele zaměstnávat osoby se zdravotním postižením. Tuto oblast zkoumání jsem zvolil z důvodu osobního zaujetí problematikou vybraných typů zdravotních postižení a zaměstnávání zdravotně postižených. Mým původním úmyslem bylo zkoumat motivační faktory pouze u osob s duševním onemocněním. S touto skupinou lidí s postižením jsem strávil nejvíce svého profesního života, vyvolala ve mně nejvíce zájmu a ten dosud nepřestal. V průběhu plánování výzkumu, kdy jsem uvažoval o možnostech, které se nabízejí, jsem dospěl k názoru, že širší pojetí explorace bude prakticky lépe proveditelné a zároveň se v něm může odrazit současná podoba legislativy České republiky. Zaměstnávání osob s postižením chápu jako nezbytný krok k dalšímu vzestupu společnosti. Pro osoby s postižením jde o možnost posunout se někam jinam ze situace, ve které se nalézají. Zaměstnání totiž nabízí možnost rozvíjet se a to jak po stránce nejrůznějších dovedností a schopností, tak po stránce ekonomické. Což vede k autonomii a soběstačnosti. A co je výsledkem? Důstojnost, respekt a skutečná svoboda.

Tato část práce volně navazuje na předchozí část teoretickou, kde jsou popsány stěžejní oblasti trhu práce, motivačních faktorů a zdravotního postižení. Mezi kapitoly popsané v této části jsem zařadil: výzkumný problém; cíl výzkumu; druh výzkumu; metody výzkumu; výzkumný vzorek.

#### 3.1 Výzkumný problém

Na úplném začátku své práce jsem přemýšlel o tématu, které by mne zajímalo a zároveň bylo i prakticky využitelné. Nejlépe pro zařízení sociální služby, zabývající se pracovní přípravou lidí s postižením, jejich zaměstnáváním a dalšími službami směřujícími k integraci lidí s postižením buďto na otevřený trh práce nebo celkově do společnosti. Poté jsem si stanovil výzkumný problém, čímž jsem zmiňované téma zúžil. Patřičné vymezení výzkumného problému patří mezi primární úkoly výzkumníka. Takovýto postup umožňuje lépe se orientovat v dané problematice a neztratit se v ní. Výzkumný problém této diplomové práce zní:

*„Motivační faktory v procesu zaměstnávání osob se zdravotním postižením.“*

## 3.2 Cíl výzkumu

Cílem výzkumu je zjistit, jaké motivační faktory hrají roli při zaměstnávání osob se zdravotním postižením.

### **Položené výzkumné otázky:**

O1: Je rozdíl v počtu zaměstnávaných osob se zdravotním postižením s ohledem na činnost podniku?

O2: Je možné říci, že podniky zaměstnávající osoby se zdravotním postižením jsou situovány spíše ve městech nad 20 000 obyvatel?

O3: Je znalost termínu podporované zaměstnávání stejná v podnicích všech velikostí?

O4: Je délka existence podniku rozhodující při volbě formy „povinného plnění“?

O5: Informace z Úřadu práce čerpají častěji velké podniky?

### **Stanovené hypotézy výzkumu:**

H1: Službové výrobní podniky zaměstnávají více osob se ZP než podniky výrobní.

H2: Podniky zaměstnávající osoby se ZP jsou ve větší míře situovány do měst nad 20 000 obyvatel než podniky nezaměstnávající ZP.

H3: Velké podniky vykazují větší znalost termínu podporované zaměstnávání než ostatní podniky.

H4: Podniky existující více než 20 let považují za přijatelnější plnění povinného podílu formou zaměstnávání osob se ZP formou jejich zaměstnáním než podniky existující méně než 20 let.

H5: Velké podniky čerpají častěji informace z Úřadu práce než ostatní podniky.

## 3.3 Druh výzkumu

Pro zkoumání motivace zaměstnavatelů a zaměstnávání osob se zdravotním postižením jsem zvolil metodu kvantitativního výzkumu. Vzhledem k tématu práce se mi tento typ zkoumání jevil jako nejvhodnější. Prioritou je zde totiž reprezentativita získaných dat. Kvantitativní výzkum umožňuje dosáhnout právě této vlastnosti, i když za cenu jisté oběti, kterou vnímám v nemožnosti dotazovat se dále a více do hloubky. Hendl (2008, s. 44) uvádí, že kvanti-

tativní zkoumání v sociálních vědách často napodobují metodologii přírodních věd. Předpokládá se, že lidské chování můžeme do jisté míry měřit a také předpovídat. Kvantitativní výzkum pak sestává z někým exponované teorie, v případě, že ta platí, se očekává objevení vztahu mezi nejméně dvěma proměnnými X a Y (což je hypotéza). Následně se uvažuje o definici, co chceme zjistit, abychom pozorovali X a Y (operacionalizovaná definice). Provede se měření. Poté se testuje platnost hypotézy a na závěr dochází k verifikaci (výsledek je vztažen zpět k teorii, kterou jsme začínali).

### **3.4 Metody výzkumu**

V této podkapitole se věnuji použitým metodám mého kvantitativního výzkumu. Jsou to metody získávání dat a metody jejich následného zpracování a analýzy.

#### **3.4.1 Metody získávání dat**

Pro získávání dat jsem zvolil metodu dotazníkového šetření.

„Dotazník je soustava předem připravených a pečlivě formulovaných otázek, které jsou promyšleně seřazeny a na které dotazovaná osoba odpovídá písemně.“ (Chráska, 2007, s. 163).

Tento postup dostatečně zabezpečuje plnění požadavku na minimální množství respondentů. Výhodou této metody je možnost výsledek do jisté míry zobecnit. Právě proto, že může být vztažen na specifické skupiny respondentů, zároveň však může dosahovat vysokého počtu návratnosti. Navíc je z mého pohledu relativně přímý, účastník sběru dat může mít přehled o jeho délce a náročnosti, může sledovat jeho strukturu, tak působí naprosto transparentním dojmem. Podle Hendla, (2008, s. 47) může výzkumník ovlivňovat působení rušivých proměnných a prokázat vztah příčina-účinek. Může získat přesná a numerická data a výsledky na něm samotném relativně nezávislé. Nevýhodou může podle Chrásky (2007, s. 163) být to, že kvantitativní metoda nezjišťuje, jaké dotazované osoby skutečně jsou, ale pouze to, jak sami sebe vnímají, popřípadě chtějí být vnímány. Tomuto faktu se do určité míry vyhýbám zaměřením svého výzkumu. Otázky, které v dotazníku figurují, jsou totiž zaměřeny na zkoumání jevů vnějších (motivační faktory v procesu zaměstnávání jsou dány především legislativou). Hendl (2008, s. 47) označuje jako nevýhody ještě následující: získané znalosti mohou být abstraktní a obecné vzhledem k přímé aplikaci do místních podmínek; výzkumník může opome-

nout fenomény, protože se soustředí na „svoji“ teorii; kategorie a teorie nemusejí odpovídat místním podmínkám.

Jednotlivé položky dotazníku jsem sestavoval na základě výzkumného problému a takovým způsobem, abych byl po ukončení sběru dat schopen ověřit hypotézy, které jsem si stanovil. Dotazník byl vytvořen prostřednictvím mého e-mailového účtu a služby google disk na [www.google.com](http://www.google.com). Samotný dotazník obsahuje položky kontaktní (velikost, činnost, doba existence, umístění podniku); položky filtrační (velikost podniku – kontrola účasti zaměstnavatele, tzn. osobu zaměstnávající další osobu/osoby); položky uzavřené (strukturované); položky zjišťující fakta. Dotazník čítá 14, respektive 13 odpovědí (část dotazníku je určena pouze danému typu zaměstnavatele). Funkčnost dotazníku jsem otestoval na malém vzorku respondentů. Na základě zpětné vazby došlo k jeho drobným technickým úpravám. V příloze P I je finální podoba dotazníku uvedena v přepracované tištěné formě. Originální forma dotazníku je přístupná online:

<<https://docs.google.com/forms/d/1cEWKrJ8SDGkpNB6fHQXwowbrCIEASwVotLLNFMMB4Ec/viewform>>.

### **3.4.2 Metody zpracování dat a analýzy dat**

Data získaná z dotazníků jsem zpracoval pomocí počítačových programů Microsoft Office Word 2010 a Microsoft Office Excel 2010. Odpovědi z dotazníků jsem nejprve vložil do tabulky v programu Excel. Pomocí funkcí v programu Excel jsem tato data sumarizoval a analyzoval. U každé položky jsem zjistil četnost odpovědí. Z toho jsem poté vypočítal procenta a případně modus. Z daných tabulek jsem vygeneroval grafy.

## **3.5 Výzkumný vzorek**

Výzkum práce je zaměřen na zjišťování motivace podniků. Na začátku tak bylo nutné zvolit správný termín zastřešující nejrozličnější typy podnikání a zvolit účinnou metodu oslovení respondentů. Jako výchozí termín jsem zvolil „podnik“. Jedná se o odborný výraz, užívaný pro soubor hmotného a nehmotného majetku patřící podnikateli, případně více podnikatelům. Podniky se mohou zabývat různými činnostmi a mohou být různě veliké. Podnikem může být firma čítající několik zaměstnanců nebo obrovská společnost zaměstnávající stovky lidí. Výzkumný vzorek tvořili podniky ze Zlínského kraje. Nástroje zajištění této podmínky

jsem popsal v kapitole 5 – realizace výzkumu. Rozdělení respondentů podle platných norem a postupů zajistily první čtyři položky dotazníku. Podniky (respondenti) byly rozděleny podle velikosti podniku (mikropodnik, malý podnik, střední podnik, velký podnik); činnosti podniku (výrobní podnik, obchodní podnik, dopravní a spojový podnik, peněžní podnik, službový podnik); doby existence podniku (po pěti letech, od doby existence méně jak pět let do více jak 20-ti let); umístění podniku (města různých velikostí a obce). Názvy položek a jejich členění vychází z postupů vědního oboru ekonomie. Poslední položka vychází z nejnovějšího měření Českého statistického úřadu (2012).

## 4 REALIZACE VÝZKUMU

Nyní se pokusím nastínit samotnou realizaci výzkumu. Nejvhodnější metodou bylo zvoleno oslovení respondentů prostřednictvím elektronické pošty. Tímto způsobem lze oslovit velké množství potencionálních respondentů, navíc, oproti přímému kontaktu, odpovídajícímu ponechává přirozený prostor. Negativem tohoto způsobu sběru dat je poměrně nízká návratnost. Chráška (2007, s. 175) tvrdí, že u rozesílání poštou se návratnost pohybuje zhruba mezi 30% až 60%. Má zkušenost hovoří o návratnosti ještě nižší. V případě mého šetření dosáhla necelých sedmnácti procent (osloveno bylo více než 650 potencionálních respondentů). Výzkum byl spuštěn v první polovině měsíce února. Spolu s vedoucím práce doktorem Chudým jsme si stanovili termín, při kterém zhodnotíme návratnost validních dotazníků na 22. 2. 2013 (první etapa výzkumu probíhala od 11. 2. 2013 do 22. 2. 2013). Poté, i přes dostatečné množství odpovědí, byla ponechána ještě jedna lhůta pro sběr dat. Výzkumné šetření sběrem dotazníků bylo ukončeno 30. 2. 2013. Finální výzkumný vzorek činí 108 validních dotazníků. Umístění podniku do Zlínského kraje jsem zafixoval pomocí internetového vyhledávače [www.firmy.cz](http://www.firmy.cz), filtrací na Zlínský kraj a poté kontrolou adresy podniku uvedené v kontaktech (buďto v přehledovém profilu nebo přímo na webových stránkách daného podniku). E-mail obsahující informační text a odkaz na dotazník jsem adresoval hierarchicky odpovědným osobám, jako jsou majitelé, spolumajitelé, generální ředitelé, ředitelé, ředitelé pro lidské zdroje, manažeři pro lidské zdroje, ekonomové, účetní. Vždy k rukám osoby nejvýše postavené, jejíž kontakt mi byl přístupný. Součástí e-mailu byla také nabídka zpětné vazby v případě zájmu podniku. Této nabídce využilo osm podniků. V polovině případů se jednalo o podniky velké (více než 250 zaměstnanců), v polovině o mikropodniky (méně než deset zaměstnanců). Text kontaktního e-mailu s odkazem na dotazník je uveden v příloze P II.

### 4.1 Výsledky výzkumu

Výsledky výzkumu jsem pro lepší přehlednost a z důvodu struktury shrnul do několika kategorií. Kategorie nesou název:

*Hypotézy; respondent; zkušenost; motivační faktory (nástroje); plnění povinného podílu; pracovní poradenství; zaměstnávání osob se ZP.*

Poznámka:

Termín zdravotní postižení je z praktických důvodů označen jako ZP.

#### 4.1.1 Hypotézy

Pro ověření všech hypotéz je použit statistický test významnosti – test nezávislosti chí-kvadrát pro čtyřpolní tabulku, která je speciálním případem kontingenční tabulky. Hypotézy jsou konstruovány tak, aby splňovaly základní podmínky a to, že nulová hypotéza nepředpokládá mezi sledovanými jevy žádnou souvislost ani rozdíl oproti alternativní hypotéze, kde existuje předpoklad, že je mezi sledovanými jevy nějaký vztah. O přijetí nebo odmítnutí hypotéz je rozhodnuto na základě testování nulové hypotézy. Vypočítaná hodnota testového kritéria je porovnávána s kritickou hodnotou na hladině významnosti, která určuje pravděpodobnost správného odmítnutí nulové hypotézy, v tomto případě je to 5%.

- a) **H1: Službové výrobní podniky zaměstnávají více osob se ZP než podniky výrobní.**

**Tab. 7** – Sumarizace dat pro hypotézu H1 v %

	ANO	NE	Suma
Službový podnik (např. kadeřnictví, cestovní kanceláře)	41%	59%	100%
Výrobní podnik (např. Opavia, Škoda Auto, Baťa)	60%	40%	100%

H<sub>0</sub>1: Službové a výrobní podniky zaměstnávají lidi se ZP stejně často.

H<sub>A</sub>1: Službové podniky zaměstnávají častěji osoby se ZP než výrobní podniky.

**Tab. 8** – Sumarizace dat pro hypotézu H1.

	ANO	NE	Σ
Službový podnik (např. kadeřnictví, cestovní kanceláře, ...)	25	36	61
Výrobní podnik (např. Opavia, Škoda Auto, Baťa, ...)	12	8	20
Σ	37	44	81

Čtyřpolní tabulka má pouze jeden stupeň volnosti, vypočítaná hodnota  $\chi^2$  je proto srovnávána s kritickou hodnotou pro jeden stupeň volnosti a zvolenou hladinu významnosti 0,05, která je  $\chi^2_{0,05}(1) = 3,8415$ . Hodnota testového kritéria je vypočítána pomocí vzorce:

$$\chi^2 = n \cdot \frac{(ab - bc)^2}{(a + b) \cdot (a + c) \cdot (b + d) \cdot (c + d)}$$

$$\chi^2 = 81 \cdot \frac{(25 \cdot 8 - 36 \cdot 12)^2}{(25 + 36) \cdot (25 + 12) \cdot (36 + 8) \cdot (12 + 8)}$$

$$\chi^2 = 2,1951$$

Z výpočtu vychází, že hodnota testového kritéria  $\chi^2$  je menší než hodnota kritická  $\chi^2_{0,05(1)} = 3,8415$ , proto přijímám  $H_0$ : *Službové a výrobní podniky zaměstnávají lidi se ZP stejně často.*

**b) H2: Podniky zaměstnávající osoby se ZP jsou ve větší míře situovány do měst nad 20 000 obyvatel než podniky nezaměstnávající ZP.**

**Tab. 9** - Sumarizace dat pro hypotézu H2 v %.

	ANO	NE	Suma
Město (nad 20 000 obyvatel)	55%	45%	100%
Město a obec (pod 20 000 obyvatel)	30%	70%	100%

$H_0$ 2: Podniky zaměstnávající osoby se ZP jsou situovány do měst nad 20 000 obyvatel ve stejné míře jako podniky nezaměstnávající osoby se ZP.

$H_A$ 2: Podniky zaměstnávající osoby se ZP jsou situovány do měst nad 20 000 obyvatel ve větší míře jako podniky nezaměstnávající osoby se ZP.

**Tab. 10** - Sumarizace dat pro hypotézu H2.

	ANO	NE	$\Sigma$
Město (nad 20 000 obyvatel)	30	25	55
Město a obec (pod 20 000 obyvatel)	16	38	54
$\Sigma$	46	63	109

Hladina významnosti zůstává stejná (5%), kritická hodnota je tedy i v tomto příkladu  $\chi^2_{0,05(1)} = 3,8415$ . Hodnota testového kritéria byla opět počítána pomocí vzorce:

$$\chi^2 = n \cdot \frac{(ab - bc)^2}{(a + b) \cdot (a + c) \cdot (b + d) \cdot (c + d)}$$

$$\chi^2 = 109 \cdot \frac{(30 \cdot 38 - 25 \cdot 16)^2}{(30 + 25) \cdot (30 + 16) \cdot (25 + 38) \cdot (16 + 38)}$$

$$\chi^2 = 6,9348$$



Vypočítaná hodnota testového kritéria  $\chi^2 = 6,9348$  je větší než  $\chi^2_{0,05}(1) = 3,8415$ , odmítám hypotézu nulovou a přijímám hypotézu alternativní, kdy:  $H_{A2}$ : *Podniky zaměstnávající osoby se ZP jsou situovány do měst nad 20 000 obyvatel ve větší míře jako podniky nezaměstnávající osoby se ZP.* Pravděpodobnost nesprávného odmítnutí nulové hypotézy je 5%.

c) **H3: Velké podniky vykazují větší znalost termínu podporované zaměstnávání než ostatní podniky.**

**Tab. 11** - Sumarizace dat pro hypotézu H3 v %.

	ANO	NE	Suma
Velký podnik (více jak 250 zaměstnanců)	36%	64%	100%
Ostatní podniky	20%	80%	100%

$H_{03}$ : Velké podniky a ostatní podniky vykazují stejnou znalost termínu podporované zaměstnávání.

$H_{A3}$ : Velké podniky vykazují větší znalost termínu podporované zaměstnávání než ostatní podniky.

**Tab. 12** - Sumarizace dat pro hypotézu H3.

	ANO	NE	$\Sigma$
Velký podnik (více jak 250 zaměstnanců)	9	16	25
Ostatní podniky	17	67	84
$\Sigma$	26	83	109

Kritická hodnota byla opět počítána na hladině významnosti 5%, její hodnota tedy zůstává stejná  $\chi^2_{0,05}(1) = 3,8415$ . Hodnota testového kritéria byla také počítána pomocí vzorce určeného pro čtyřpolní tabulku:

$$\chi^2 = n \cdot \frac{(ab - bc)^2}{(a + b) \cdot (a + c) \cdot (b + d) \cdot (c + d)}$$

$$\chi^2 = 109 \cdot \frac{(9 \cdot 67 - 16 \cdot 17)^2}{(9 + 16) \cdot (9 + 17) \cdot (16 + 67) \cdot (17 + 67)}$$

$$\chi^2 = 2,6352$$

Po dosažení číselných hodnot do vzorce vyšla hodnota testového kritéria  $\chi^2 = 2,6352$ , tedy hodnota menší než  $\chi^2_{0,05}(1) = 3,8415$ , přijímám proto nulovou hypotézu, kdy:  $H_03$ : *Velké podniky a ostatní podniky vykazují stejnou znalost termínu podporované zaměstnání.*

**d) H4: Podniky existující více než 20 let považují za přijatelnější plnění povinného podílu formou zaměstnávání osob se ZP formou jejich zaměstnáním nebo kombinací všech tří uvedených faktorů než podniky existující méně než 20 let.**

**Tab. 13** - Sumarizace dat pro hypotézu H4 v %.

	ANO	NE	Suma
Podniky existující více jak 20 let	69%	31%	100%
Podniky existující méně jak 20 let	65%	35%	100%

$H_04$ : Plnění povinného podílu při zaměstnávání osob se ZP formou jejich zaměstnání a kombinací všech tří faktorů je přijatelné pro podniky existující více než 20 let stejnou měrou jako pro podniky existující méně jak 20 let.

$H_{A4}$ : Plnění povinného podílu při zaměstnávání osob se ZP formou jejich zaměstnání a kombinací všech tří faktorů je přijatelné pro podniky existující více než 20 let větší měrou jako pro podniky existující méně jak 20 let.

**Tab. 14** - Sumarizace dat pro hypotézu H4.

	ANO	NE	$\Sigma$
Podniky existující více jak 20 let	34	15	49
Podniky existující méně jak 20 let	39	21	60
$\Sigma$	73	36	109

Hladina významnosti zůstává na 5%, kritická hodnota tedy zůstává stejná  $\chi^2_{0,05}(1) = 3,8415$ . Hodnota testového kritéria byla opět počítána pomocí vzorce pro čtyřpolní tabulku:

$$\chi^2 = n \cdot \frac{(ab - bc)^2}{(a + b) \cdot (a + c) \cdot (b + d) \cdot (c + d)}$$

$$\chi^2 = 109 \cdot \frac{(34 \cdot 21 - 15 \cdot 39)^2}{(34 + 15) \cdot (34 + 39) \cdot (15 + 21) \cdot (39 + 21)}$$

$$\chi^2 = 0,2348$$

Z výpočtu hodnoty testového kritéria lze vidět, že hodnota  $\chi^2 = 0,2348$  je menší než kritická hodnota  $\chi^2_{0,05}(1) = 3,8415$ . Přijímám proto nulovou hypotézu, kdy:  $H_{A4}$ : *Plnění povinného podílu při zaměstnávání osob se ZP formou jejich zaměstnání a kombinací všech tří faktorů je přijatelné pro podniky existující více než 20 let větší měrou jako pro podniky existující méně jak 20 let.*

e) **H5: Velké podniky čerpají častěji informace z Úřadu práce než ostatní podniky.**

**Tab. 15** - Sumarizace dat pro hypotézu H4 v %.

	ANO	NE	Suma
Velký podnik (více jak 250 zaměstnanců)	55%	45%	100%
Ostatní podniky (méně jak 250 zaměstnanců)	70%	30%	100%

$H_05$ : Velké podniky a ostatní podniky čerpají informace z Úřadu práce stejnou měrou.

$H_{A5}$ : Velké podniky čerpají informace z Úřadu práce stejnou měrou častěji než ostatní podniky.

**Tab. 16** - Sumarizace dat pro hypotézu H5.

	ANO	NE	$\Sigma$
Velký podnik (více jak 250 zaměstnanců)	12	10	22
Ostatní podniky (méně jak 250 zaměstnanců)	16	7	23
$\Sigma$	28	17	45

Pro ověření byl opět zvolen test nezávislosti chí-kvadrát pro čtyřpolní tabulku s hladinou významnosti 5%, kritická hodnota je tedy  $\chi^2_{0,05}(1) = 3,8415$ .

$$\chi^2 = n \cdot \frac{(ab - bc)^2}{(a + b) \cdot (a + c) \cdot (b + d) \cdot (c + d)}$$

$$\chi^2 = 45 \cdot \frac{(12 \cdot 7 - 10 \cdot 16)^2}{(12 + 10) \cdot (15 + 16) \cdot (10 + 7) \cdot (16 + 7)}$$

$$\chi^2 = 1,0792$$

Je zřejmé, že vypočítaná hodnota testového kritéria  $\chi^2 = 1,0792$  je menší než hodnota kritická  $\chi^2_{0,05}(1) = 3,8415$ , přijímám proto nulovou hypotézu ve znění:  $H_05$ : *Velké podniky a ostatní podniky čerpají informace z Úřadu práce stejnou měrou.*

Poznámka:

čísla v závorkách označují počet odpovědí pro danou možnost. Příklad: „z hlediska velikosti jsou nejvíce zastoupeny mikropodniky (43)“. Číslo 43 tedy označuje četnost výběru položky mikropodniky.

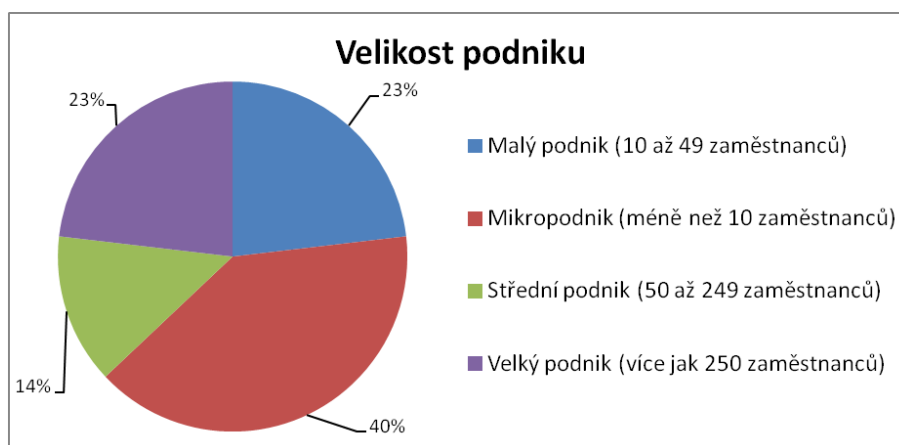
#### 4.1.2 Respondenti

##### Dotazníková položka č. 1. Velikost Vašeho podniku.

Tab. 17 – Velikost podniků

Velikost podniku	Četnost odpovědí
Mikropodnik (méně než 10 zaměstnanců)	43
Malý podnik (10 až 49 zaměstnanců)	25
Střední podnik (50 až 249 zaměstnanců)	15
Velký podnik (více jak 250 zaměstnanců)	25
Celkem	108

Z hlediska velikosti jsou nejvíce zastoupeny mikropodniky (43); poté malé podniky (25); se stejným zastoupením velké podniky (25); a střední podniky (15). Lze říci, že největší míra zastoupení mikropodniků je dána uspořádáním trhu. Předpokládám totiž, že malých podniků by mělo být mnohem více, než podniků velkých a že je tento stav běžný.



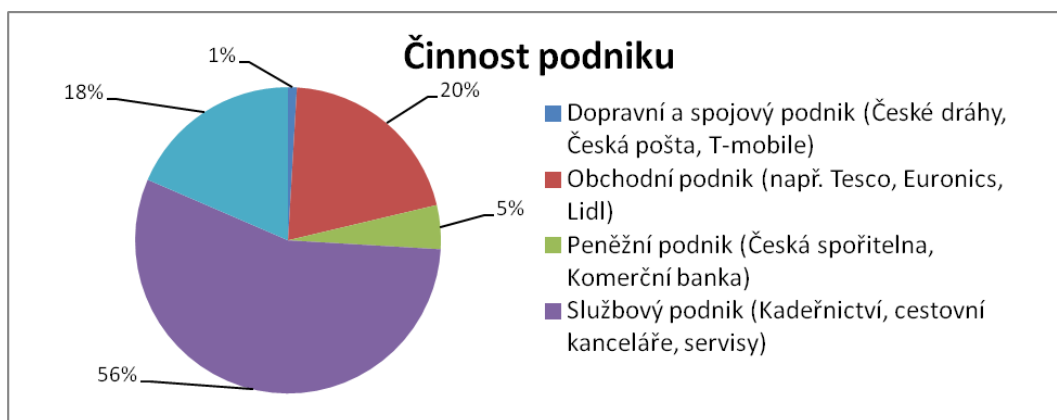
Graf 1 – Velikost podniku

## Dotazníková položka č. 2. Činnost Vašeho podniku.

Tab. 18 – Činnost podniku

Činnost podniku	Četnost odpovědí
Výrobní podnik (např. Opavia, Škoda Auto)	20
Obchodní podnik (Tesco, Euronics)	22
Dopravní a spojový podnik (T-mobile, ČSAD)	1
Peněžní podnik (Česká spořitelna, ČSOB)	5
Službový podnik (servisy, cestovní kanceláře)	60
Celkem	108

Z hlediska činnosti podniku jsou nejvíce zastoupeny podniky službové (60); dále podniky obchodní (22); podniky výrobní (20); podniky peněžní (5); podniky dopravní a spojové (1). Nízké zastoupení peněžních a dopravních a spojových podniků je dáno zaměřením výzkumu na Zlínský kraj. Daný kraj nemá v těchto odvětvích tak vysoké zastoupení.



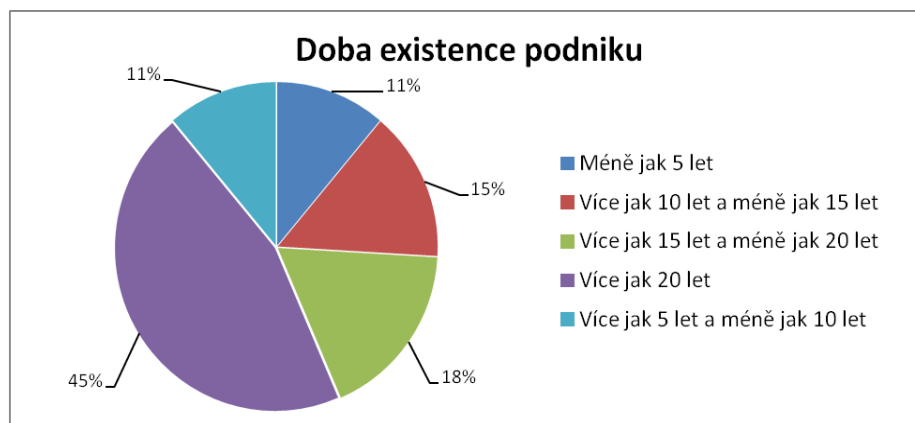
Graf 2 – Činnost podniku

## Dotazníková položka č. 3. Doba existence Vašeho podniku.

Tab. 19 – Doba existence podniku

Doba existence podniku	Četnost odpovědí
Méně jak 5 let	12
Více jak 5 let a méně jak 10 let	12
Více jak 10 let a méně jak 15 let	16
Více jak 15 let a méně jak 20 let	19
Více jak 20 let	49
Celkem	108

Z hlediska doby existence podniku jsou ve výzkumu nejvíce zastoupeny podniky s existencí více jak 20 let (49); podniky s dobou existence více jak 15 let a méně jak 20 let jsou v pořadí druhé (19), je zde ovšem patrný značný propad oproti podnikům starším. Podniky s rozsahem doby existence mezi deseti a patnácti lety (16), potvrzují přímou úměru četnosti zastoupení ve výzkumu a dobou existence. Z tabulky se dá usuzovat, že na trhu Zlínského kraje je nejvíce podniků s dobou existence více než 20 let a to, čím je doba existence menší, tím takových podniků najdeme méně. Posledním podniky jsou ty, které působí méně jak 5 let (12).



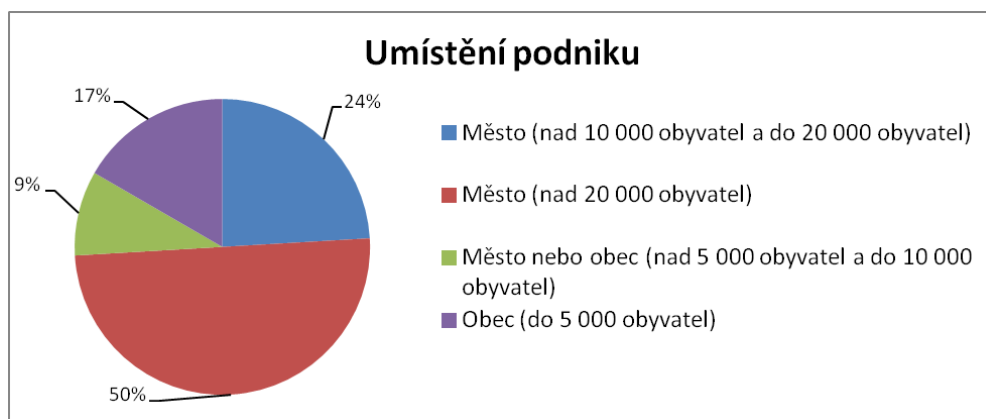
**Graf 3 – Doba existence podniku**

#### Dotazníková položka č. 4. Umístění Vašeho podniku.

**Tab. 20 – Umístění podniku**

Umístění podniku (počet obyvatel)	Četnost odpovědí
Obec (do 5000)	18
Město nebo obec (nad 5 000 a do 10 000)	10
Město (nad 10 000 a do 20 000)	26
Město (nad 20 000)	54
Celkem	108

Z hlediska lokality, ve které podnik funguje, jsou nejvíce zastoupena města nad 20 000 obyvatel (54), ve Zlínském kraji je to město Zlín, Kroměříž, Vsetín, Valašské Meziříčí, Uherské Hradiště. Další zastoupenou položkou v počtu (26) jsou města nad 10 000 obyvatel a do 20 000 obyvatel. Ve Zlínském kraji jsou to města Otrokovice, Uherský Brod, Rožnov pod Radhoštěm, Holešov. Další položkou jsou města a obce s více než 5 000 obyvateli a méně než 10 000 obyvateli v zastoupení (10). Ve Zlínském kraji je v tomto počtu obyvatel jediné město, a sice Bystřice pod Hostýnem. Poslední položkou jsou obce do 5 000 obyvatel (18).



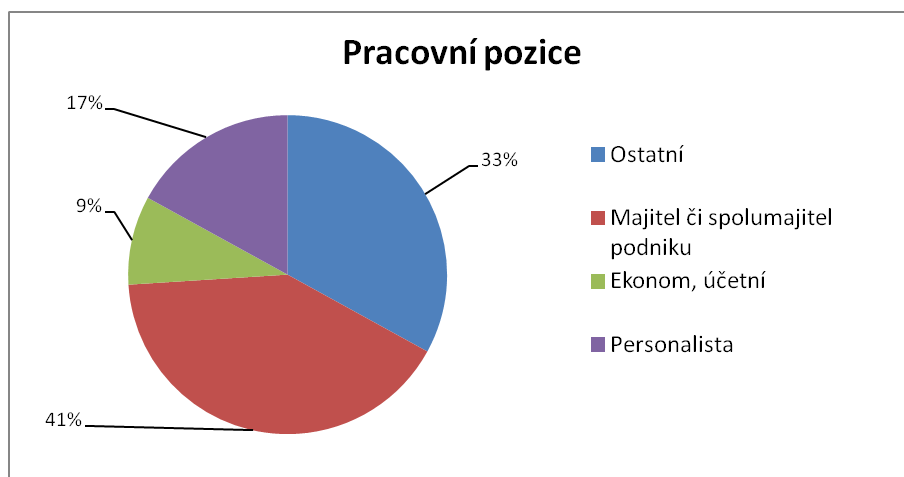
**Graf 4 – Umístění podniku**

**Dotazníková položka č. 17. Vaše pracovní pozice.**

**Tab. 21 – Pracovní pozice**

Pracovní pozice	Četnost odpovědí
Personalista	18
Ekonom, účetní	10
Majitel či spolumajitel	45
Jiné	35
Celkem	108

Nejvíce zastoupenou položkou jsou při počtu odpovědí (45) majitelé a spolumajitelé. To může být dáno tím, že jsem při vyhledávání kompetentních osob e-mailly s žádostí o vyplnění dotazníku směřoval v nejlepší případě právě na majitele. Další nejpočetnější položkou jsou jiné (35). Tato položka obsahuje ředitele, ředitele obchodní, výkonné (15), generální ředitele (1), statutární zástupce (1), top manažery (1), tiskové mluvčí (1), zástupce ředitele (8), manažery (8). Další položkou dotazníku je personalista (18). Poslední položkou je ekonom, účetní (10).



**Graf 5 - Pracovní pozice**

#### 4.1.3 Zkušenost

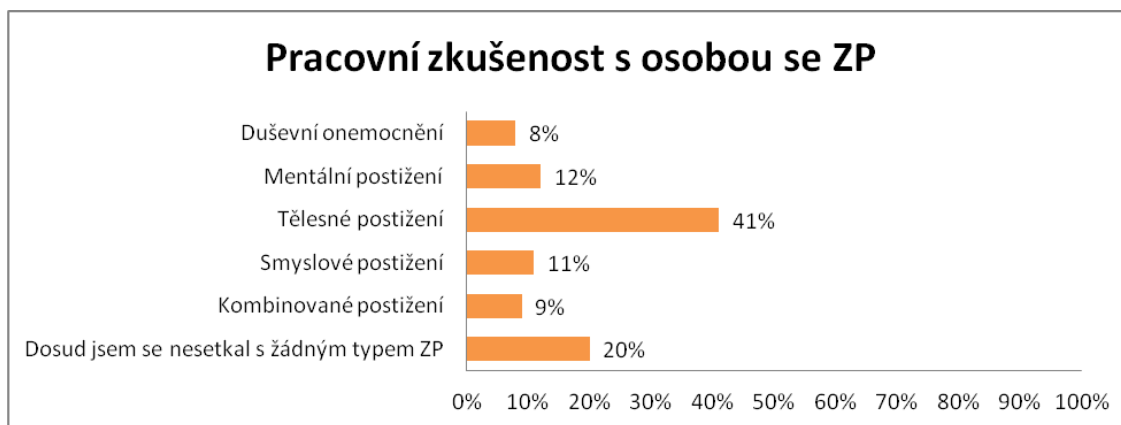
**Dotazníková položka č. 5. S kterým typem ZP jste se v oblasti práce a zaměstnávání setkal/setkala?**

**Tab. 22 - Pracovní zkušenost s osobou se ZP**

Typ ZP (zdravotního postižení)	Četnost odpovědí
Duševní onemocnění	13
Mentální postižení	19
Tělesné postižení	68
Smyslové postižení	18
Kombinované postižení	14
Dosud jsem se nesetkal s žádným typem ZP	33
<b>Celkem</b>	<b>165</b>

U této položky dotazníku bylo možno zvolit více odpovědí. Absolutní četnost tedy dosahuje hodnoty (165). Nejvíce zastoupenou položkou je tělesné postižení (68). Znamená to, že respondenti vyplňující dotazník se v oblasti práce a zaměstnávání setkali v největším počtu případů právě s tělesným postižením. Ve (33) případech byla zvolena položka „dosud jsem se nesetkal s žádným typem ZP“. Další položkou je mentální postižení (19); smyslové postižení (18); kombinované postižení (14). Vůbec nejméně se respondenti setkávají s duševním onemocněním, tuto zkušenost přiznává (13) respondentů.





**Graf 6** - Pracovní zkušenost s osobou se ZP

#### 4.1.4 Motivační faktory (nástroje)

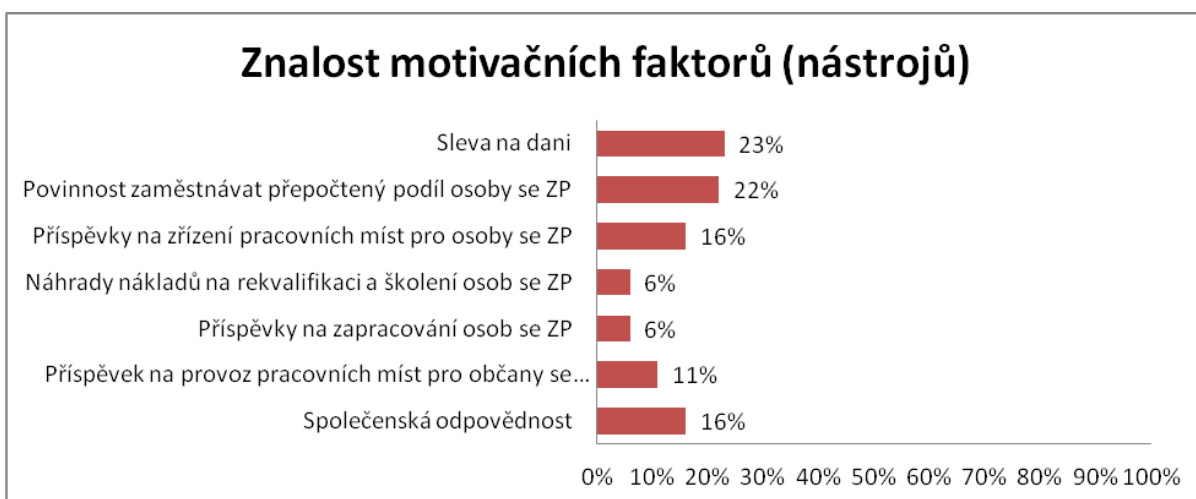
**Dotazníková položka č. 6. Z následujících motivačních faktorů vyberte ty, které znáte.**

**Tab. 23** - Znalost motivačních faktorů (nástrojů)

Motivační faktor (nástroj)	Četnost odpovědí
Sleva na dani	73
Povinnost zaměstnávat přepočtený podíl osob se ZP	68
Příspěvky na zřízení pracovních míst pro osoby se ZP	51
Náhrady nákladů na rekvalifikaci a školení osob se ZP	19
Příspěvky na zapracování osob se ZP	18
Příspěvek na provoz pracovních míst pro osoby se ZP	35
Společenská odpovědnost	51
Celkem	315

U této položky dotazníku bylo možno zvolit více odpovědí. Nejvíce zastoupenou položkou je sleva na dani (73); následuje položka povinnost zaměstnávat přepočtený podíl osob se ZP (68); položka příspěvky na zřízení pracovních míst pro osoby se ZP (51) je zastoupená stejným počtem výběru jako společenská odpovědnost (51). Menší znalost prokázali respondenti u příspěvku na provoz pracovních míst pro osoby se ZP, konkrétně to bylo (35) výběrů znalosti této položky.

Druhou nejmenší znalost respondenti prokázali u náhrad nákladů na rekvalifikaci a školení osob se ZP (19) a příspěvků na zřízení pracovních míst pro občany se ZP (18).



**Graf 7 - Znalost motivačních faktorů (nástrojů)**

**Dotazníková položka č. 7. Jsou pro zaměstnavatele při zaměstnávání osob se ZP následující faktory dostatečně motivující?**

**Tab. 24 - Přehledová tabulka**

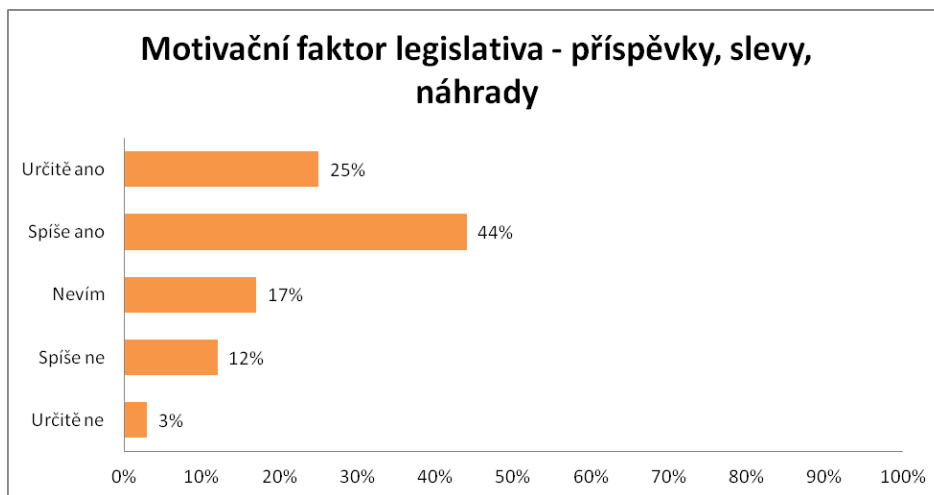
Motivační faktor	Určitě ano	Spíše ano	Nevím	Spíše ne	Určitě ne
Legislativa (zvýhodnění)	27	48	18	13	3
Legislativa (sankce)	19	31	28	23	8
Doporučení	16	46	23	20	4
Společenská odpovědnost	21	47	26	12	3
Podpora začleňování	21	41	26	17	4
Předchozí zkušenosti	26	45	24	10	4
Celkem	120	258	145	95	26

Dotazníková položka byla zpracována formou pětistupňové škály (určitě ano; spíše ano; možná; spíše ne; určitě ne). Nejzajímavější položky legislativy a společenské odpovědnosti jsou rozepsány a každé této položce byl přidělen odpovídající graf.

**Tab. 25 - Motivační faktor legislativa – příspěvky, slevy, náhrady**

Motivační faktor	Určitě ano	Spíše ano	Nevím	Spíše ne	Určitě ne
Legislativa (zvýhodnění)	27	48	18	13	3

Na otázku, zda je legislativní zvýhodnění formou příspěvků, slev a náhrad pro zaměstnavatele dostatečně motivující, odpovědělo (27) respondentů určitě ano; spíše ano (48) respondentů; nevím (18) respondentů; spíše ne (13) respondentů; určitě ne (3) respondenti.

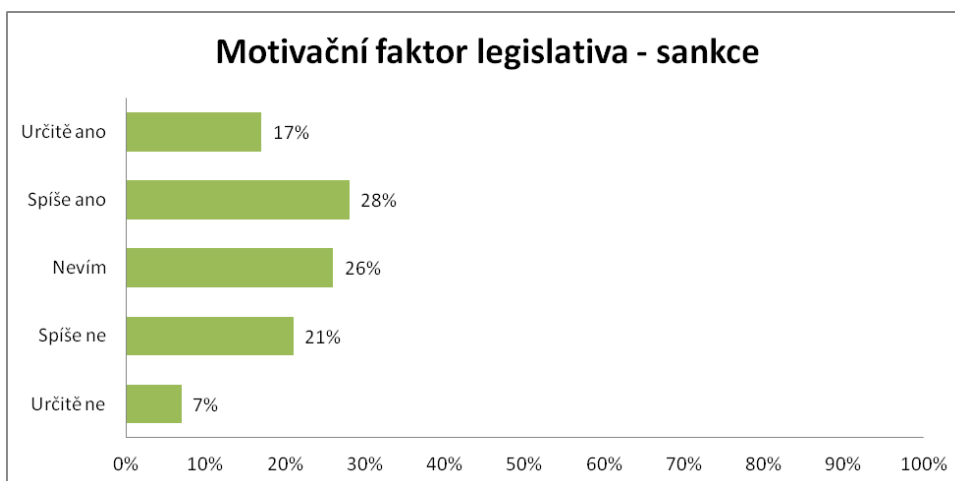


**Graf 8** - Motivační faktor legislativa – příspěvky, slevy, náhrady

**Tab. 26** – Motivační faktor legislativa – sankce

Motivační faktor	Určitě ano	Spíše ano	Nevím	Spíše ne	Určitě ne
Legislativa (sankce)	19	31	28	23	8

Na otázku, zda jsou legislativní sankce pro zaměstnavatele dostatečně motivující, odpovědělo (19) respondentů určitě ano; spíše ano (31) respondentů; nevím (28) respondentů; spíše ne (23) respondentů; určitě ne (8) respondenti.

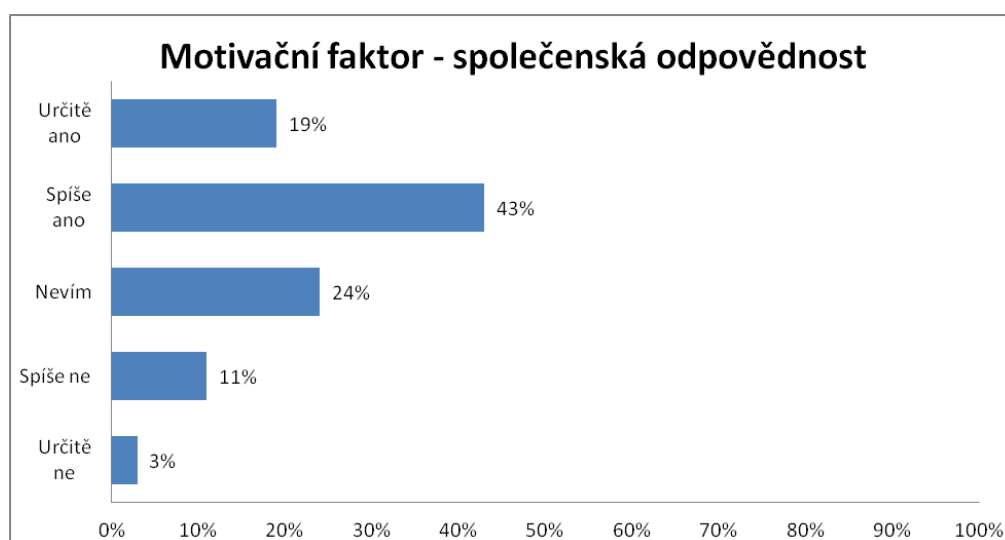


**Graf 9** – Motivační faktor – sankce

**Tab. 27** - Motivační faktor – společenská odpovědnost

Motivační faktor	Určitě ano	Spíše ano	Nevím	Spíše ne	Určitě ne
Společenská odpovědnost	21	47	26	12	3

Na otázku, zda je pro zaměstnavatele dostatečně motivující společenská odpovědnost, odpovědělo (21) respondentů určitě ano; spíše ano (47) respondentů; nevím (26) respondentů; spíše ne (12) respondentů; určitě ne (3) respondenti.



**Graf 10** - Motivační faktor – společenská odpovědnost

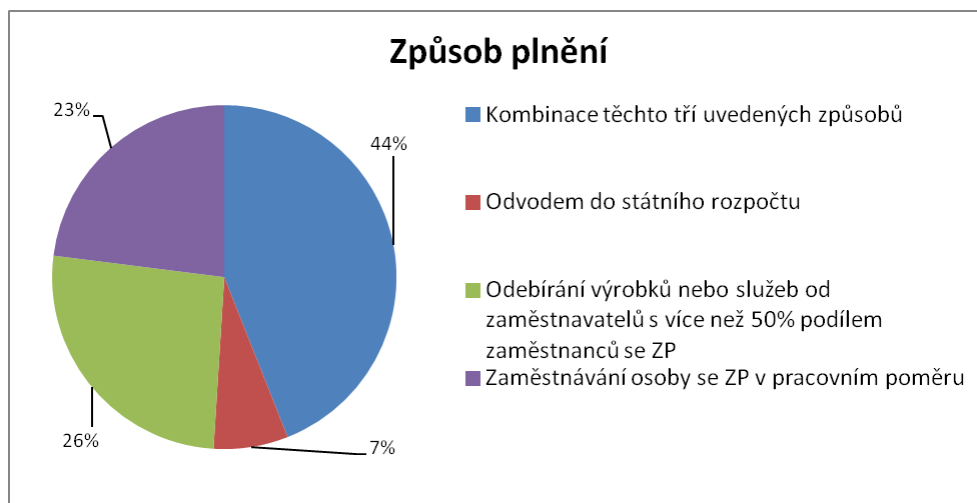
#### 4.1.5 Plnění povinného podílu

**Dotazníková položka č. 8. Jaké plnění povinného podílu při zaměstnávání osob se ZP by pro Vás bylo/je nejpřijatelnější?**

**Tab. 28** - Způsob plnění

Způsob plnění	Četnost odpovědí
Zaměstnávání osoby se ZP v pracovním poměru	25
Odebírání výrobků nebo služeb od zaměstnavatelů s více než 50% podílem zaměstnanců se ZP	28
Odvodem do státního rozpočtu	8
Kombinací těchto tří uvedených způsobů	47
Celkem	108

Nejvíce zastoupenou odpovědí na otázku, jaké plnění povinného podílu při zaměstnávání osob se ZP je pro zaměstnavatele kombinace tří jiných způsobů plnění v počtu (47); jedním ze způsobů plnění je odebrání výrobků nebo služeb od zaměstnavatelů s více než 50% podílem zaměstnanců se ZP, v dotazníku vybráno v (28) případech; dalším způsobem povinného plnění je zaměstnávání osob se ZP v pracovním poměru. Tato odpověď vyla vybrána ve (25) případech. Nejméně frekventovanou možností povinného plnění je pak odvod do státního rozpočtu. Tuto variantu zvolilo (8) respondentů.



**Graf 11 - Způsob plnění**

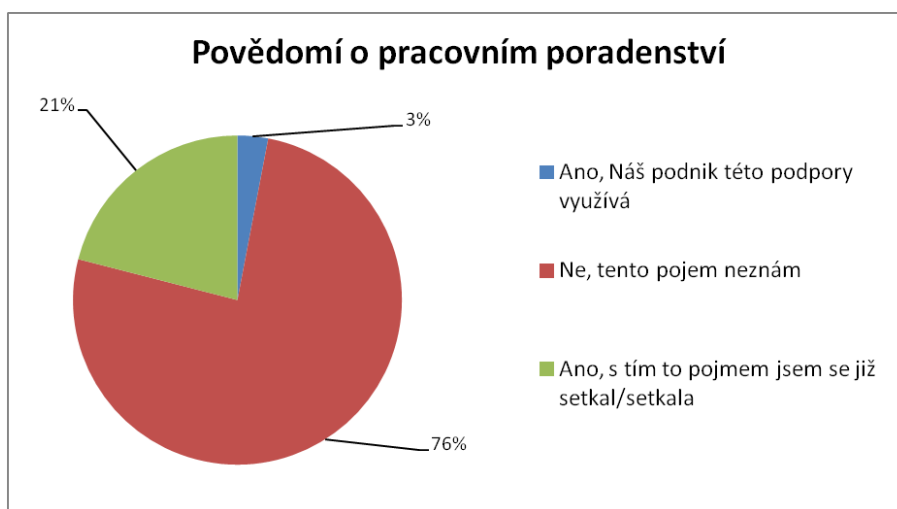
#### 4.1.6 Pracovní poradenství

**Dotazníková položka č. 9. V souvislosti s podporou zaměstnavatelů můžete narazit na tzv. pracovní poradenství. Setkal/setkala jste se někdy s touto možností bezplatné podpory zaměstnavatelů?**

**Tab. 29 - Znalost pracovního poradenství**

Míra znalosti	Četnost odpovědí
Ano, s tímto pojmem jsem se již setkal/setkala	28
Ne, tento pojem neznám	83
Ano, náš podnik této podpory využívá	3
Celkem	108

Pojem pracovní poradenství zná pouze (28) respondentů z celkových 108. Služeb pracovního poradenství pak využívají pouze (3) respondenti. Termín pracovní poradenství vůbec nezná celých (83) respondentů.



**Graf 12-** Povědomí o pracovním poradenství

**Dotazníková položka č. 10. Jaký typ pracovního poradenství by Váš podnik využil/využívá?**

**Tab. 30 -** Využívání pracovního poradenství

Služba	Určitě ano	Spíše ano	Nevím	Spíše ne	Určitě ne
Pomoc s výběrem náplně práce	13	29	16	32	19
Vyřizování formálních záležitostí	27	44	11	18	9
Konzultace legislativy zaměstnávání	19	51	16	18	5
Pomoc spolupracovníkům	12	36	20	32	9
Konzultace případných potíží	12	46	21	23	7
Podpora při zapracovávání	12	45	26	18	8
Celkem					

V dotazníku je uvedeno celkem šest typů pracovního poradenství. Z důvodu velkého rozsahu otázky obsahující pětistupňové škály jsem data přepočítal do průměrných hodnot a následně také do procentuální podoby. Z tabulky, která je uvedena dále, je zájem o využívání pracovního poradenství lépe čitelné. Zpracování do grafu zaručuje lepší přehlednost.

**Tab. 31** - Průměrné využití jednotlivých typů pracovního poradenství.

	Průměr	%
Pomoc s výběrem vhodné pracovní náplně pro uchazeče o zaměstnání.	2,86	57
Vyřizování formálních záležitostí (např. žádost o poskytnutí dotace na mzdu uživatele).	3,57	71
Poskytování konzultací v oblasti legislativy zaměstnávání osob se ZP.	3,56	71
Pomoc spolupracovníkům v komunikaci s osobou se ZP.	3,09	62
Poskytování konzultací k řešení případných obtíží s osobou se ZP.	3,30	66
Podpora při zapracování osoby se ZP nad rámec zapracovávání ostatních zaměstnanců.	3,32	66



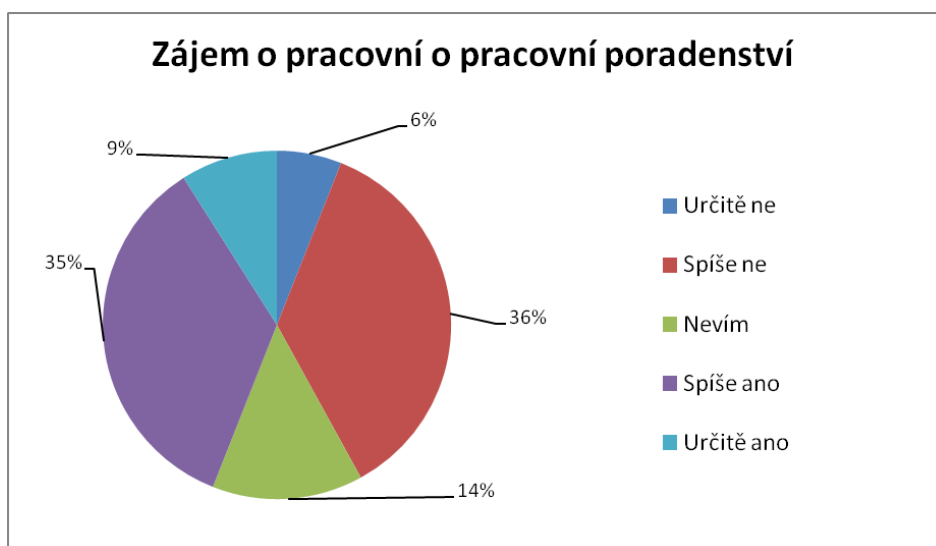
**Graf 13** - Průměrné využití jednotlivých typů pracovního poradenství.

**Dotazníková položka č. 11. Je/mohlo by být pro Váš podnik možnost využití pracovního poradenství atraktivní?**

**Tab. 32 - Zájem o pracovní poradenství**

Míra zájmu	Četnost odpovědí
Určitě ano	10
Spíše ano	38
Nevím	14
Spíše ne	39
Určitě ne	7
Celkem	108

Zájem o pracovní poradenství jsem zjišťoval pomocí pětistupňové škály. Na otázku, zda by pro zaměstnavatele mohlo být využití pracovního poradenství atraktivní, odpovědělo (10) respondentů určitě ano; spíše ano zvolilo mnohem více respondentů a sice (38); nevím (14) respondentů; spíše ne vůbec největší množství (39) respondentů; určitě ne zvolilo (7) respondentů.



**Graf 14 - Zájem o pracovní poradenství**

**4.1.7 Zaměstnávání osob se ZP**

**Dotazníková položka č. 12. Zaměstnává Váš podnik osobu/osoby se zdravotním postižením?**



**Tab. 33 - Zaměstnávání osoby/osob se ZP**

Zaměstnávání osoby/osob se ZP	Četnost odpovědí
Ano	44
Ne	64

V případě otázky číslo 12 bylo možné odpověď pouze ano nebo ne. Tato otázka zjišťuje, zda respondenti zaměstnávají osobu či osoby se zdravotním postižením. Na tuto otázku odpovědělo (44) účastníků výzkumu ano. Odpověď ne zvolilo (64) respondentů. Z tohoto lze usuzovat, že zájem o účast při zkoumání formou vyplnění dotazníku projevovali v mnohem větší míře právě zaměstnavatelé osob se zdravotním postižením. Zvláště pokud přihlédneme k faktu, že z mé strany nedošlo k žádnému zvláštnímu zaměření na zaměstnavatele osob se zdravotním postižením.



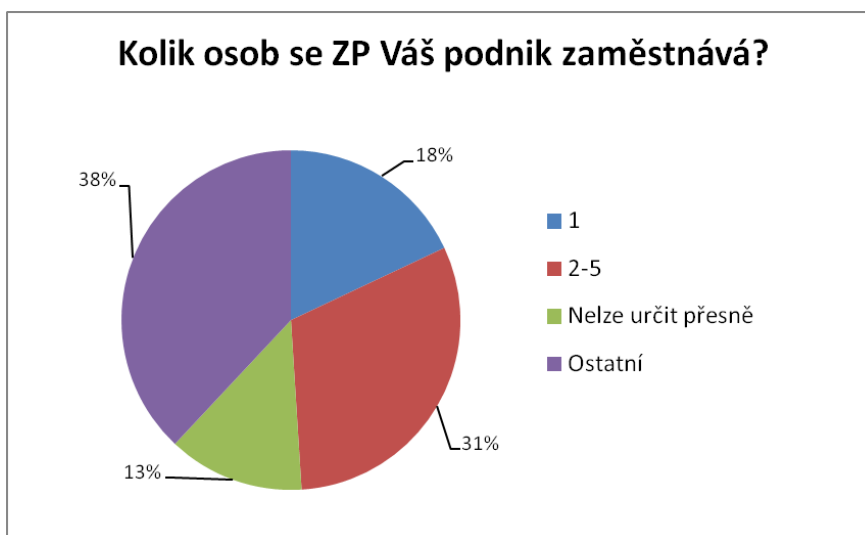
**Graf 15 - Zaměstnávání osoby/osob se ZP**

**Dotazníková položka č. 13. Kolik osob se ZP Váš podnik zaměstnává?**

**Tab. 34 - Počet zaměstnanců se ZP**

Počet zaměstnanců se ZP	Četnost odpovědí
1	8
2 - 5	14
Nelze přesně určit	6
Jiné	17
Celkem	45

Na otázku zjišťující počet zaměstnanců se zdravotním postižením odpovídali respondenti následovně. (8) respondentů uvádí zaměstnávání jedné osoby se zdravotním postižením. Položku 2-5 zaměstnanců se zdravotním postižením přiznalo (14) respondentů. (6) respondentů nedokáže určit přesný počet zaměstnanců se zdravotním postižením. Z toho lze usuzovat, že zastávají funkci, ve které o tomto nemají přehled nebo možná také z důvodu vysoké fluktuace zaměstnanců. (17) respondentů vybralo položku jiné. To znamená, že mají přehled o zaměstnancích se ZP a jejich počet zároveň neodpovídá žádné z nabízených možností.



Graf 16 - Kolik osob se ZP Váš podnik zaměstnává

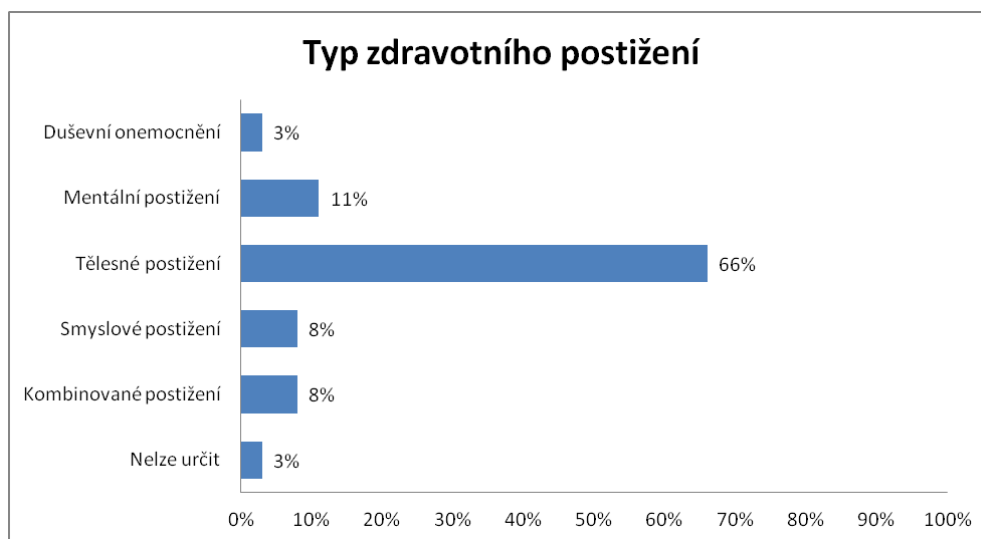
#### Dotazníková položka č. 14. Víte, o jaké zdravotní postižení se jedná?

Tab. 35 - Typ zdravotní postižení

Typ ZP (zdravotního postižení)	Četnost odpovědí
Duševní onemocnění	2
Mentální postižení	7
Tělesné postižení	40
Smyslové postižení	5
Kombinované postižení	5
Nelze určit	2
Celkem	61

Z tabulky je patrné, že největší skupinou zdravotního postižení, které respondenti na pracovišti evidují, je tělesné postižení, a to v počtu (40). Zbylé zdravotní postižení jsou zastoupeny mnohem méně. Mentální postižení uvádí (7) respondentů; smyslové (5) respondentů; kombi-

nované taktéž (5) respondentů. Duševní onemocnění evidují pouze (2) respondenti. Další (2) respondenti nejsou schopni určit typ zdravotního postižení.



**Graf 17 - Typ zdravotního postižení**

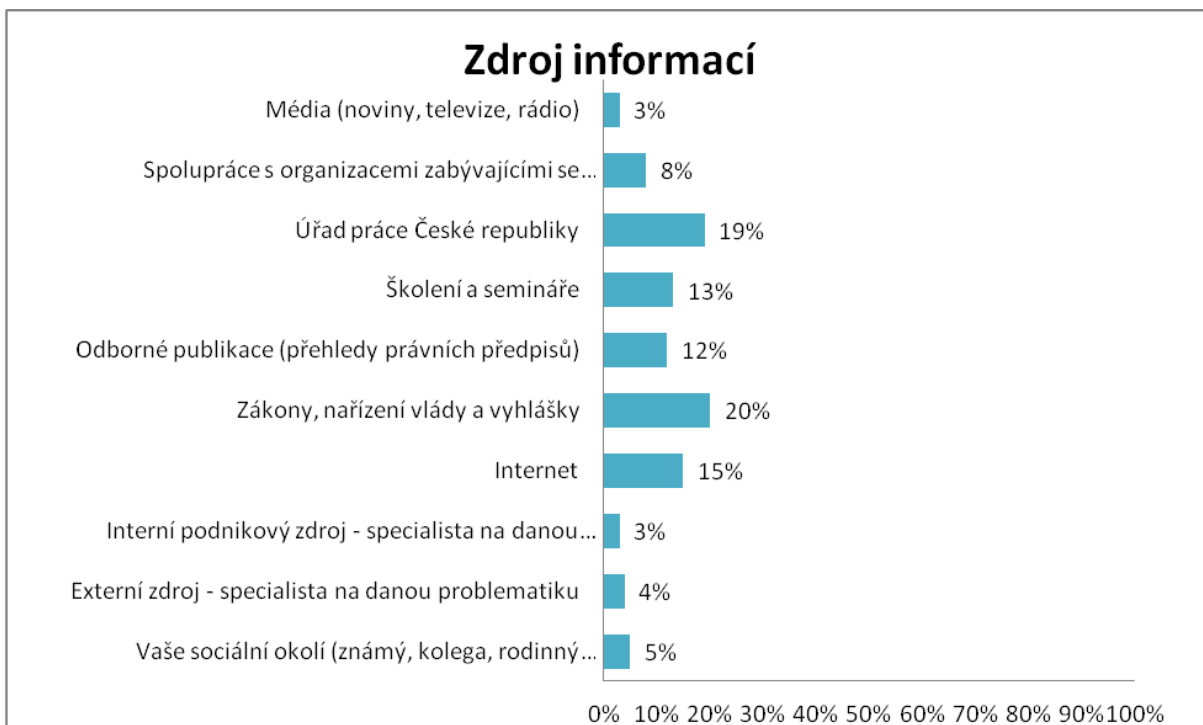
**Dotazníková položka č. 15. Kde Váš podnik získává informace o zaměstnávání osob se ZP?**

**Tab. 36 – Zdroj informací**

Zdroj informací	Četnost odpovědí
Média (noviny, televize, rádio)	4
Spolupráce s pracovním poradenstvím	12
Úřad práce České republiky	28
Školení a semináře	20
Odborné publikace	18
Zákony, nařízení vlády a vyhlášky	30
Internet	22
Interní podnikový zdroj - specialista	4
Externí zdroj – specialista	6
Okolí (kolega, známý, člen rodiny)	7
Celkem	151

Položka dotazníku číslo 15 zjišťuje, kde podniky čerpají informace o zaměstnávání osob se zdravotním postižením. Po jejím vyhodnocení považují informační zdroje za poměrně vyrovnané. Vůbec nejčastějším zdrojem informací jsou přímo zákony, vyhlášky a nařízení vlády

(30). Druhým nejčastějším zdrojem informací je Úřad práce České republiky, a to ve (28) případech. Třetím zdrojem je internet (22). Hned za ním jsou školení a semináře (20). (18) respondentů používá ke zjišťování informací odborné publikace. (12) respondentů uvádí, že spolupracuje s pracovním poradenstvím. Svého okolí využívá (7) respondentů. (6) účastníků výzkumu spolupracuje s externím odborníkem – specialistou na danou problematiku. Další (4) mají takového odborníka přímo v podniku. (4) respondenti pak jako zdroj informací uvádějí média, to znamená rádio, televizi, noviny).



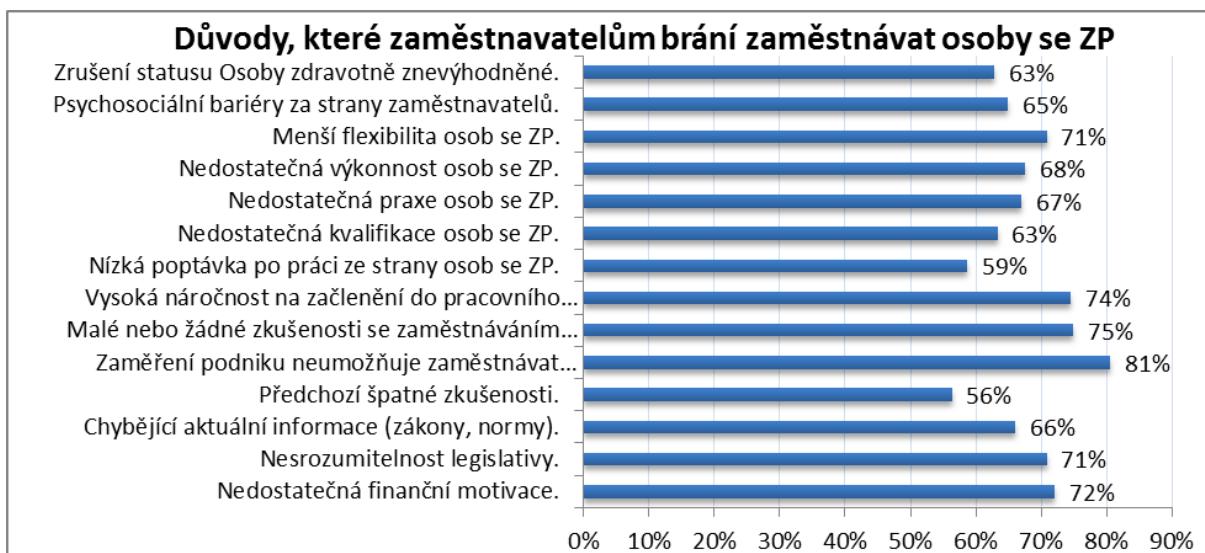
**Graf 18 - Zdroj informací**

**Dotazníková položka č. 16. Proč, podle Vás, zaměstnavatelé nemají zájem poskytovat zaměstnání osobám se ZP?**

V dotazníku bylo důvodů, proč zaměstnavatelé nemají zájem zaměstnávat osoby se zdravotním postižením, uvedeno celkem 14. Z důvodu velkého rozsahu otázky, obsahující pětistupňové škály, jsem data přepočítal do průměrných hodnot a následně také do procentuální podoby. Z tabulky, která je uvedena dále, jsou důvody nezájmu zaměstnavatelů o osoby se zdravotním postižením lépe čitelné. Zpracování do grafu zaručuje lepší přehlednost.

Tab. 37 - **Důvody, které zaměstnavatelům brání zaměstnávat osoby se ZP.**

	Průměr	%
Nedostatečná finanční motivace.	3,61	72
Nesrozumitelnost legislativy.	3,54	71
Chybějící aktuální informace (zákony, normy).	3,30	66
Předchozí špatné zkušenosti.	2,82	56
Zaměření podniku neumožňuje zaměstnávat osoby se ZP.	4,03	81
Malé nebo žádné zkušenosti se zaměstnáváním osob se ZP.	3,74	75
Vysoká náročnost na začlenění do pracovního procesu.	3,72	74
Nízká poptávka po práci ze strany osob se ZP.	2,94	59
Nedostatečná kvalifikace osob se ZP.	3,17	63
Nedostatečná praxe osob se ZP.	3,35	67
Nedostatečná výkonnost osob se ZP.	3,38	68
Menší flexibilita osob se ZP.	3,54	71
Psychosociální bariéry za strany zaměstnavatelů.	3,25	65
Zrušení statusu Osoby zdravotně znevýhodněné.	3,14	63



Graf 19 - Důvody, které zaměstnavatelům brání zaměstnávat osoby se ZP.

## 4.2 Závěr výzkumu

Cílem výzkumu bylo zjistit, jaké faktory motivují zaměstnavatele při zaměstnávání osob se zdravotním postižením. Při zkoumání této oblasti trhu práce jsem se zaměřil na Zlínský kraj. Nemohu posuzovat, do jaké míry by se výsledky lišily v porovnání s jinými kraji České republiky. Vzhledem k velikosti výzkumného vzorku také nemohu tvrdit, že zjištěná a posléze interpretovaná data jsou dostatečně vypovídající o všech podnicích ve Zlínském kraji. Nicméně některá zjištění jsou natolik výrazná, že si jejich interpretaci dovoluji označit za odraz mínění nemalé části podniků a je nutné je respektovat. Jednotlivé hypotézy rozebírám v kapitole jim určené. Vzhledem k tomu, že byly čtyři z pěti odmítnuty, jsem byl mírně překvapen. Předpokládal jsem totiž, že např. výrobní podniky budou zaměstnávat více osob se zdravotním postižením než podniky službové. Službové podniky si totiž často představujeme jako takové, kde dochází k bezprostřednímu kontaktu klienta s pracovníkem. Výrobní podniky jsou nesporně více vhodné pro určitý typ postižení než podniky službové. V případě, že jsem mentálně postižený v pásmu středně-těžké mentální retardace, bude pro mě lepší lepit kartony nebo vyrábět svíčky, oproti komunikaci se zákazníkem, která mi může být nepříjemná. Nyní se však na toto tvrzení podívejme z jiného úhlu. Pokud budu pracovat např. v kavárně (typ službového podniku) mohu být velmi spokojený i tady, uprostřed komunikace se zákazníky. Rozdílem je zde prostředí a hlavně osobnost daného jedince. Vždy je proto důležité myslet i na individualitu. Hypotéza číslo tři měla zkoumat znalost termínu podporované zaměstnávání u

podniků různých velikostí. Opět jsem byl do jisté míry překvapen, neboť jsem předpokládal, že velké podniky mají celkově mnohem lépe zpracovanou podnikovou HR, tedy oblast lidských zdrojů. Z jiného úhlu pohledu by se dalo říci, že jsem očekával mnohem menší znalost tohoto termínu malými podniky a mikropodniky. Hypotéza číslo čtyři měla potvrdit moji domněnku, že podniky s určitou tradicí na trhu jsou také více společensky odpovědné, přesněji řečeno, povinné plnění přepočteného podílu zaměstnanců budou dosahovat mnohem častěji prostřednictvím zaměstnávání osob se zdravotním postižením. Nestalo se tak. Pátá navrhovaná hypotéza ukazuje na velmi podstatnou část zaměstnávání osob, a to nejen těch se zdravotním postižením, ale kompletně všech osob sociálně znevýhodněných. I ty nejmenší podniky totiž čerpají informace na úřadech práce, což vnímám jako informaci nadějnou a pozitivní. Pouze v pořadí druhá hypotéza potvrdila můj teoretický úsudek, který je navíc ovlivněn životem ve „velkém městě“. Podniky ve „velkých městech“ (pro účely výzkumu města nad 20 000) totiž skutečně zaměstnávají osoby se zdravotním postižením ve větší míře než ty sídlící ve městech a obcích menšího počtu obyvatel. Jednotlivé otázky dotazníku vypovídají o dílčích jevech procesu zaměstnávání osob se zdravotním postižením. Nejčastěji se respondenti v zaměstnání setkávají s tělesně postiženými lidmi. Naopak nejmenší frekvence setkávání je u lidí s duševním onemocněním, druhou nejméně zmiňovanou skupinou jsou osoby s kombinovaným postižením. To lze vysvětlit tím, že konkrétně duševní onemocnění nemusí být do určité míry pro respondenty rozpoznatelné, kombinované postižení je pak hůře rozpoznatelné, právě z důvodu přítomnosti více postižení. Motivačně nejlépe působí myšlenka sociální odpovědnosti. Slevy, příspěvky a náhrady jsou spíše až na druhém místě. Zaměstnavatele motivuje také doporučení nějaké jemu známé osoby (rodinný příslušník, známý, kolega) a předchozí dobré zkušenosti s osobou či osobami se zdravotním postižením. Nejméně motivačně pak působí tzv. „sankce“, to je například odvod do státního rozpočtu. Pracovní poradenství vnímají zaměstnavatelé pozitivně, o dílčí formy podpory projevují zájem, nicméně většina z nich by o tuto formu bezplatné podpory, neměla ve skutečnosti zájem. Výzkumu se účastnilo poměrně velké množství (41%) respondentů, kteří ve svém podniku evidují zaměstnance se zdravotním postižením. Větší počet (82%) těchto zaměstnavatelů pak zaměstnává více než jednu osobu se zdravotním postižením. Tělesné postižení je i v tomto případě nejfrekventovanější formou postižení. Co se týče nedostatků v oblasti motivace, chybí především dostatečná finanční motivace. Dalšími překážkami pro zaměstnavatele jsou: nesrozumitelnost legislativy; absence aktuálních informací; vysoká náročnost na začlenění osob se zdravotním

postižením; nedostatky v oblasti kvalifikace osob se zdravotním postižením. Podle respondentů dále ještě nižší výkonnost těchto osob a menší flexibilita. Respondenti však přiznávají také přítomnost psychosociálních bariér na straně zaměstnavatelů. Naopak pro valnou většinu respondentů, nehraje roli zrušení statutu osoby zdravotně znevýhodněné.



## ZÁVĚR

„Práce není jakákoliv činnost, ale jen ta, která mění svět.“ (Václav Bělohradský)

Tato práce se věnovala oblasti zdravotního postižení a zaměstnávání lidí se zdravotním postižením. Osoby se zdravotním postižením mají na trhu práce v důsledku svého stavu ztížené postavení. Možnost pracovního uplatnění je pro velkou část populace samozřejmou součástí života. Je prostředkem zajišťujícím obživu a nezávislý život, z hlediska jakési přidané hodnoty, také prostředkem sloužícím k uspokojování našich dalších základních životních potřeb. Práce lidem umožňuje převzetí sociálních rolí, je dalším krokem lidské socializace. Spokojenost se zaměstnáním přispívá ke zvyšování kvality života. Najít zaměstnání, které daného jedince uspokojuje i v této oblasti, není pro nikoho snadné. Setkáváme se s řadou překážek, které mohou souviset s vysokou nezaměstnaností, nedostatečnou praxí a mnoha dalšími aspekty. Lidé se zdravotním postižením mají nastíněnou situaci ztíženou o řadu dalších faktorů, vyplývajících z jejich zdravotního postižení, ale i z faktorů, které vznikají jako důsledek tohoto postižení. Mezi tyto faktory patří například nedostatečná znalost trhu práce nebo omezení v oblasti sociálních dovedností. K tomu, aby došlo k plné integraci osob se zdravotním postižením do života společnosti, je nezbytná integrace na trh práce. Ponechejme tedy lidem se zdravotním postižením prostor. Prostor, ve kterém se mohou realizovat, cítit důstojně a respektovaně.

Využití této diplomové práce v praxi je možné především u sociálních služeb, které se zabývají poskytováním pracovního poradenství nebo se zaměřují na oblast podporovaného zaměstnávání. Práce je shrnutím široké problematiky, doplněné kvantitativním výzkumem. Výsledky výzkumu není možné plošně přenášet na zaměstnavatele v celém Zlínském kraji, nicméně vypovídají o faktech, které je nutné brát v úvahu. Přál bych si, aby tato práce posloužila svému účelu a pomohla při orientaci v oblasti práce a zaměstnávání osob se zdravotním postižením. V tom nejlepším případě, kdyby pomohla v cestě, na jejímž konci by stál, byť jeden jediný, ale zaměstnaný člověk. Další využití je možné přímo lidmi se zdravotním postižením a jejich blízkými.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] BAŠTECKÁ, Bohumila a Petr GOLDMANN. Základy klinické psychologie. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001, 436 s. ISBN 80-7178-550-4.
- [2] BROŽOVÁ, Dagmar. Kapitoly z ekonomie trhů práce. Vyd. 1. Praha: Oeconomica, 2006, 173 s. ISBN 8024511207.
- [3] BROŽOVÁ, Dagmar. Společenské souvislosti trhu práce. Vyd. 1. Praha: Sociologické nakl., 2003, 140 p. Studijní texty (Sociologické nakladatelství), sv. 26. ISBN 80-864-2916-4.
- [4] BUCHTOVÁ, Božena. Nezaměstnanost: psychologický, ekonomický a sociální problém. Vyd. 1. Praha: Grada, 2002, 236 s. ISBN 80-247-9006-8.
- [5] ČERNÁ, Marie. Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2008, 222 s. ISBN 978-80-246-1565-3.
- [6] Česká republika. Zákon o zaměstnanosti: č. 435/2004 Sb. In: Sbirka zákonů. Praha: Parlament České republiky, 13. května 2004, 143/2004, 8270.
- [7] ČERVINKA, Tomáš a Zdeňka LEIBLOVÁ. Zaměstnávání občanů se zdravotním postižením, důchodců, mladistvých a studentů, absolventů škol, žen, agenturních zaměstnanců a dalších kategorií. Olomouc: ANAG, 2009-. 1x za 2 roky. ISBN 978-80-7263-529-0.
- [8] DURDISOVÁ, Jaroslava. Sociální politika v ekonomické praxi: (vybrané problémy). Vyd. 1. Editor Helena Vomáčková. Praha: Oeconomica, 2005, 246 s. ISBN 80-245-0850-8.
- [9] FALTUS, Jozef a Václav PRŮCHA. Všeobecné hospodářské dějiny 19. a 20. století: psychologický, ekonomický a sociální problém. 2. vyd. V Praze: Vysoká škola ekonomická, 2003, 194 s. ISBN 80-245-0499-5.
- [10] HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ-CÍSAŘOVÁ. Psychologický slovník. Vyd. 2. Praha: Portál, 2009, 774 s. ISBN 978-80-7367-569-1.
- [11] HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2008, 407 s. ISBN 978-80-7367-485-4.

- [12] CHRÁSKA, Miroslav. Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu. Vydání 1. Praha: Grada Publishing, 2007, 265 s. ISBN 978-80-247-1369-4.
- [13] JESENSKÝ, Ján. Základy komprehenzivní speciální pedagogiky. Vyd. 1. Hradec Králové: Gaudeamus, 2000, 275 s. ISBN 80-704-1196-1.
- [14] KRAUS, Jiří. Nový akademický slovník cizích slov A-Ž. Vyd. 1. Praha: Academia, 2005, 879 s. ISBN 80-200-1351-2.
- [15] KREBS, Vojtěch a kol. Sociální politika. Praha: ASPI Publishing, 2002, 376 s. ISBN 80-86395-33-2.
- [16] KUČEROVÁ, Helena. Schizofrenie v kazuistikách. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, 106 s. ISBN 978-80-247-2045-6.
- [17] LEČBYCH, Martin. Mentální retardace v dospívání a mladé dospělosti. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008, 248 s. ISBN 978-80-244-2071-4.
- [18] LIBERDOVÁ, Eva. Možnosti pracovního uplatnění mladých lidí se zdravotním znevýhodněním: teorie a praxe. [Česko: Eva Liberdová], 2010, 124 s., [31] s. příl. ISBN 978-80-254-7568-3.
- [19] LUDÍKOVÁ, Libuše. Kombinované vady. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005, 140 s. ISBN 80-244-1154-7.
- [20] MALÁ, Eva a Pavel PAVLOVSKÝ. Psychiatrie. Vyd. 1. Praha: Portál, 2002, 143 s. ISBN 80-7178-700-0.
- [21] Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví: MKF. 1. české vyd. Praha: Grada, 2008, 280 s. ISBN 978-80-247-1587-2.
- [22] Mezinárodní klasifikace nemocí: mezinárodní statistická klasifikace nemocí, úrazů a příčin smrti ve znění 10. decenální revize. 2. aktualizované vyd. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2008, 862 s. ISBN 978-80-904259-0-3.
- [23] MONATOVÁ, Lili. Pojetí speciální pedagogiky z vývojového hlediska. 2., rozš. vyd. Brno: Paido, 1998, 85 s. ISBN 80-85931-60-5.
- [24] MOTLOVÁ, Lucie a František KOUKOLÍK. Schizofrenie. Vyd. 1. Praha: Galén, 2004, 437 s. ISBN 80-7262-277-3.

- [25] NOLEN-HOEKSEMA, Susan. Psychologie Atkinsonové a Hilgarda. Vyd. 3., přeprac. Praha: Portál, 2012, 884 s. ISBN 978-80-262-0083-3.
- [26] NOVOSAD, Libor. Tělesné postižení jako fenomén i životní realita: diskurzivní pohledy na tělo, tělesnost, pohyb, člověka a tělesné postižení. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011, 166 s. ISBN 978-807-3678-739.
- [27] OPATŘILOVÁ, Dagmar. Metody práce u jedinců s těžkým postižením a více vadami. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2005, 146 s. ISBN 978-80-210-3819-6.
- [28] OREL, Miroslav. Psychopatologie. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012, 263 s. ISBN 978-80-247-3737-9.
- [29] PRAŠKO, Ján a kol. Poruchy osobnosti. Vyd. 2. Praha: Portál, 2009, 359. ISBN 978-80-7367-558-5.
- [30] PRAŠKO, Ján. Úzkostné poruchy: klasifikace, diagnostika a léčba. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, 413 s. ISBN 80-7178-997-6.
- [31] RENOTIÉROVÁ, Marie. Somatopedické minimum. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2002, 87 s. ISBN 80-244-0532-6.
- [32] SLOWÍK, Josef. Speciální pedagogika: prevence a diagnostika, terapie a poradenství, vzdělávání osob s různým postižením, člověk s handicapem a společnost. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 160 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-802-4717-333.
- [33] Sociální stát a sociální ekonomie: hrozba, přežitek nebo příležitost? : odborný seminář. 1. vyd. Editor Helena Vomáčková. Ústí nad Labem: Univerzita J.E. Purkyně, 2003, 184 s. ISBN 80-704-4475-4.
- [34] SOJKA, Milan. Dějiny ekonomických teorií. Praha: Havlíček Brain Team, 2010, 541 s. ISBN 978-80-87109-21-2.
- [35] Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením
- [36] Souhrnná metodika podporovaného zaměstnávání: projekt Equal - rozšíření metodiky, národní a evropská spolupráce. Vyd. 1. Praha: Rytmus, 2005, 127 s. ISBN 80-903-5980-9.
- [37] STEINICHOVÁ, Ladislava. Zaměstnávání občanů se změněnou pracovní schopností. 1.vyd. Praha: Pragoeduca, 2001, 71 s. ISBN 80-858-5696-4.

- [38] ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče. Vyd. 3., přeprac. Praha: Portál, 2006, 198 s. ISBN 80-7367-060-7.
- [39] VÁGNEROVÁ, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2008, 870 s. ISBN 978-80-7367-414-4.
- [40] VÍTKOVÁ, Marie. Somatopedické aspekty. 2., rozš. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 2006, 302 s. ISBN 80-7315-134-0.
- [41] VALENTA, Milan a Oldřich MÜLLER. Psychopedie. 1. vyd. Praha: Parta, 2003, 443 s. ISBN 80-7320-039-2.
- [42] VOJTKO, Tibor. Postižený člověk v dějinách II: texty k dějinám speciálně pedagogické teorie a praxe: vybrané příspěvky z konferencí Postižený člověk v proměnách času I a II. Vyd. 1. Hradec Králové: Gaudeamus, 2007, 106 s. ISBN 978-80-7041-081-3.
- [43] Všeobecná encyklopedie v osmi svazcích. 2. nezměn. vyd. Praha: Diderot, 2002, 473 s. ISBN 8086613003.

### **Internetové zdroje**

- [44] ANABELL, NÁRODNÍ INFORMAČNÍ CENTRUM PRO MLÁDEŽ. Poruchy příjmu potravy [online]. c 2005 - 2009, poslední aktualizace 11. 3. 2010 [cit. 2013-3-23]. Dostupné z WWW: <<http://www.nicm.cz/poruchy-prijmu-potravy-charakteristika>>.
- [45] ČESKÁ UNIE PRO PODPOROVANÉ ZAMĚSTNÁVÁNÍ, o. s. Česká unie pro podporované zaměstnávání: Poskytovatelé služby PZ [online]. [cit. 2013-04-06]. Dostupné z WWW: <<http://www.unie-pz.cz/3-podporovane-zamestnavani/23-poskytovatele-sluzby-pz.html>>.
- [46] Česká republika. Zákon č. 108/2006 Sb. ze dne 14. dubna 2006 o sociálních službách. In: Sbirka zákonů ČR. 2006, částka 37, s. 1257–1289. ISSN 1211-1244. Dostupné z WWW:

<http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonInfo.jsp?idBiblio=62334&fulltext=&nr=108~2F2006&part=&name=&rpp=15#local-content>.

- [47] ČERVINKOVÁ - HOUŠKOVÁ, Kateřina. Informační Portál o světě neslyšících. Svět neslyšících [online]. c 2004 - 2012, poslední aktualizace 17. 3. 2013. [cit. 2013-3-30]. Dostupné z WWW: <<http://ruce.cz/>>.
- [48] NOLEN, Jeannette L. Welfare state. Encyclopædia Britannica [online]. c 2013, poslední aktualizace 4. 4. 2013. [cit. 2013-4-5]. Dostupné z WWW: <<http://www.britannica.com/EBchecked/topic/639266/welfare-state>>.
- [49] PETERKOVÁ, Michaela. Sebevražda, informace a pomoc [online]. c 2008 - 2012, poslední aktualizace 7. 1. 2013 [cit. 2013-3-23]. Dostupné z WWW: <<http://www.sebevrazda.psychoweb.cz/3/typy-sebevrazd>>.
- [50] SEXUOLOGICKÁ SPOLEČNOST, ČLS JEP. Sexuální poruchy a deviace [online]. c 2013, poslední aktualizace 4. 3. 2013 [cit. 2013-3-23]. Dostupné z WWW: <<http://www.sexuologickaspolecnost.cz/sexualni-poruchy>>.
- [51] SCHINDLER, Radek a Milan PEŠÁK. SONS. Zrakové postižení [online]. c 2002 - 2013, poslední aktualizace 12. 12. 2012 [cit. 2013-3-30]. Dostupné z WWW: <<http://www.sons.cz/index.php>>.
- [52] TRNKOVÁ, Jana. NEZISKOVKY.CZ, o. p. s. SPOLEČENSKÁ ODPOVĚDNOST FIREM (Corporate Social Responsibility): KOMPLETNÍ PRŮVODCE TĚMATEM & ZÁVĚRY Z PRŮZKUMU V ČR. 1. vyd. 2004. Dostupné z WWW: <[http://new.neziskovky.cz/data/vyzkum\\_CSR\\_BLF\\_2004txt8529.pdf](http://new.neziskovky.cz/data/vyzkum_CSR_BLF_2004txt8529.pdf)>.

## SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

Aj.	A jiné.
CNS	Centrální nervová soustava.
CSR	Corporate Social Responsibility.
dB	Decibel.
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. Revize.
Např.	Například.
NICM	Národní informační centrum pro mládež.
OSN	Organizace spojených národů.
Popř.	Popřípadě.
PZ	Podporované zaměstnávání.
P. z.	Postižení zdravotní.
SONS ČR	Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých ČR.
Tzn.	To znamená.
Viz	Rozkazovací způsob slovesa vidět. (Nejde o zkratku – přesto uvádím zde).
WHO	World Health Organization.
ZP	Zdravotní postižení.

## SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1 Tři fáze paměťového procesu (Nolen-Hoeksema, 2012, s. 321).....	23
--	----



## SEZNAM TABULEK

Tab. 1 První ústavy v naší zemi.....	13
Tab. 2 Přehled příčin duševních chorob (Malá, Pavlovský, 2010, s. 16). .....	16
Tab. 3 Významné neuromediátory (Malá, Pavlovský, 2010, s. 17).....	17
Tab. 4 Katatonní příznaky nejčastěji se vyskytující u schizofrenie (Motlová, Koukolík, 2004, s. 27). .....	24
Tab. 5 Specifikované příčiny a nejčastěji se vyskytující příklady (Černá, 2008, s. 87). .....	36
Tab. 6 Průvodní jevy mentální retardace. Mezi uvedenými skupinami existují plynulé přechody i výrazné individuální rozdíly (Švarcová, 2003, s. 36). .....	40
Tab. 7 – Sumarizace dat pro hypotézu H1 v % .....	79
Tab. 8 – Sumarizace dat pro hypotézu H1 .....	79
Tab. 9 - Sumarizace dat pro hypotézu H2 v % .....	80
Tab. 10 - Sumarizace dat pro hypotézu H2. ....	80
Tab. 11 - Sumarizace dat pro hypotézu H3 v % .....	81
Tab. 12 - Sumarizace dat pro hypotézu H3. ....	81
Tab. 13 - Sumarizace dat pro hypotézu H4 v % .....	82
Tab. 14 - Sumarizace dat pro hypotézu H4. ....	82
Tab. 15 - Sumarizace dat pro hypotézu H4 v % .....	83
Tab. 16 - Sumarizace dat pro hypotézu H5. ....	83
Tab. 17 – Velikost podniků .....	84
Tab. 18 – Činnost podniku .....	85
Tab. 19 – Doba existence podniku .....	85
Tab. 20 – Umístění podniku .....	86
Tab. 21 – Pracovní pozice .....	87

Tab. 22 - Pracovní zkušenost s osobou se ZP.....	88
Tab. 23 - Znalost motivačních faktorů (nástrojů).....	89
Tab. 24 - Přehledová tabulka.....	90
Tab. 25 - Motivační faktor legislativa – příspěvky, slevy, náhrady.....	90
Tab. 26 – Motivační faktor legislativa – sankce.....	91
Tab. 27 - Motivační faktor – společenská odpovědnost.....	92
Tab. 28 - Způsob plnění.....	92
Tab. 29 - Znalost pracovního poradenství.....	93
Tab. 30 - Využívání pracovního poradenství.....	94
Tab. 31 - Průměrné využití jednotlivých typů pracovního poradenství.....	95
Tab. 32 - Zájem o pracovní poradenství.....	96
Tab. 33 - Zaměstnávání osoby/osob se ZP.....	97
Tab. 34 - Počet zaměstnanců se ZP.....	97
Tab. 35 - Typ zdravotní postižení.....	98
Tab. 36 – Zdroj informací.....	99
Tab. 37 - Důvody, které zaměstnavatelům brání zaměstnávat osoby se ZP.....	101

## SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 – Velikost podniku .....	84
Graf 2 – Činnost podniku .....	85
Graf 3 – Doba existence podniku .....	86
Graf 4 – Umístění podniku .....	87
Graf 5 - Pracovní pozice .....	88
Graf 6 - Pracovní zkušenost s osobou se ZP .....	89
Graf 7 - Znalost motivačních faktorů (nástrojů).....	90
Graf 8 - Motivační faktor legislativa – příspěvky, slevy, náhrady.....	91
Graf 9 – Motivační faktor – sankce .....	91
Graf 10 - Motivační faktor – společenská odpovědnost.....	92
Graf 11 - Způsob plnění.....	93
Graf 12- Povědomí o pracovním poradenství.....	94
Graf 13 - Průměrné využití jednotlivých typů pracovního poradenství.....	95
Graf 15 - Zájem o pracovní poradenství.....	96
Graf 16 - Zaměstnávání osoby/osob se ZP .....	97
Graf 17 - Kolik osob se ZP Váš podnik zaměstnává.....	98
Graf 18 - Typ zdravotního postižení.....	99
Graf 19 - Zdroj informací .....	100
Graf 20 - Důvody, které zaměstnavatelům brání zaměstnávat osoby se ZP.....	102

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha P I: Dotazník výzkumného šetření

Příloha P II: Text kontaktního e-mailu s odkazem na dotazník

# PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

## Motivace v procesu zaměstnávání osob se zdravotním postižením

Vážená paní, vážený pane,

tento dotazník je určen ke zkoumání motivace podniků zaměstnávat osoby se zdravotním postižením (dále v textu pod označením: osoby se ZP). Zjištěné skutečnosti jsou zcela anonymní a budou použity pro výzkumný projekt diplomové práce.

Děkuji za čas a ochotu podělit se o Vaše zkušenosti.

Vámi vybranou možnost/možnosti, prosím, označte.

Bc. Ondřej Váňa  
Univerzita Palackého Olomouc  
e-mail: o.vana@email.cz  
tel.: 737 361 325

### 1. Velikost Vašeho podniku \*(vyberte pouze jednu možnost)

- Mikro podnik (méně než 10 zaměstnanců)
- Malý podnik (10 až 49 zaměstnanců)
- Střední podnik (50 až 249 zaměstnanců)
- Velký podnik (více jak 250 zaměstnanců)

### 2. Činnost Vašeho podniku \*(vyberte pouze jednu možnost)

- Výrobní podnik (např. Opavia, Škoda Auto, Baťa)
- Obchodní podnik (např. Tesco, Euronics, Lidl)
- Dopravní a spojový podnik (České dráhy, Česká pošta, T-mobile)
- Peněžní podnik (Česká spořitelna, Komerční banka)
- Službový podnik (Kadeřnictví, cestovní kanceláře, servisy)

### 3. Doba existence Vašeho podniku \*(vyberte pouze jednu možnost)

- Méně jak 5 let
- Více jak 5 let a méně jak 10 let
- Více jak 10 let a méně jak 15 let
- Více jak 15 let a méně jak 20 let
- Více jak 20 let

### 4. Umístění Vašeho podniku \*(vyberte pouze jednu možnost)

- Obec (do 5 000 obyvatel)
- Město nebo obec (nad 5 000 obyvatel a do 10 000 obyvatel)
- Město (nad 10 000 obyvatel a do 20 000 obyvatel)
- Město (nad 20 000 obyvatel)

**5. S kterým typem ZP jste se v oblasti práce a zaměstnávání setkal/setkala? \*(lze vybrat více možností)**

- Duševní onemocnění
- Mentální postižení
- Tělesné postižení
- Smyslové postižení
- Kombinované postižení
- Dosud jsem se nesetkal s žádným typem ZP

**6. Z následujících motivačních faktorů vyberte ty, které znáte. \*(lze vybrat více možností)**

- Sleva na dani
- Povinnost zaměstnávat přepočtený podíl osoby se ZP
- Příspěvky na zřízení pracovních míst pro osoby se ZP
- Náhrady nákladů na rekvalifikaci a školení osob se ZP
- Příspěvky na zapracování osob se ZP
- Příspěvek na provoz pracovních míst pro občany se ZP
- Společenská odpovědnost

**7. Jsou pro zaměstnavatele při zaměstnávání osob se ZP následující faktory dostatečně motivující? \***

	Určitě ano	Spíše ano	Nevím	Spíše ne	Určitě ne
Legislativa - příspěvky, slevy, náhrady	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Legislativa - povinné plnění (sankce)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Určitě ano	Spíše ano	Nevím	Spíše ne	Určitě ne
Doporučení (kolegy, známého, rodiny)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sociální odpovědnost	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Podpora sociálního začleňování	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Předchozí zkušenosti se zaměstnáváním člověka s postižením	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**8. Jaké plnění povinného podílu při zaměstnávání osob se ZP by pro Vás bylo/je nej přijatelnější? \*(vyberte pouze jednu možnost)**

- Zaměstnávání osoby se ZP v pracovním poměru
- Odebírání výrobků nebo služeb od zaměstnavatelů s více než 50% podílem zaměstnanců se ZP
- Odvodem do státního rozpočtu
- Kombinace těchto tří uvedených způsobů

**9. V souvislosti s podporou zaměstnavatelů můžete narazit na tzv. pracovní poradenství. Setkal/setkala jste se někdy s touto možností bezplatné podpory zaměstnavatelů? \*(vyberte pouze jednu možnost)**

- Ano, s tímto pojmem jsem se již setkal/setkala
- Ne, tento pojem neznám
- Ano, Náš podnik této podpory využívá

**10. Jaký typ pracovního poradenství by Váš podnik využil/využívá? \***

	Určitě ano	Spíše ano	Nevím	Spíše ne	Určitě ne
pomoc s výběrem vhodné pracovní náplně pro ucha-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Určitě ano	Spíše ano	Nevím	Spíše ne	Určitě ne
zeče o zaměstnání					
vyřizování formálních záležitostí (např. žádost o poskytnutí dotace na mzdu uživatele)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
poskytování konzultací v oblasti legislativy zaměstnávání osob se ZP	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
pomoc spolupracovníkům v komunikaci s osobou se ZP	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
poskytování konzultací k řešení případných obtíží s osobou se ZP	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
podpora při zapracování osoby se ZP nad rámec zapracování ostatních zaměstnanců	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**11. Je/mohlo by být pro Váš podnik možnost využití pracovního poradenství atraktivní? \*(vyberte pouze jednu možnost)**

- Určitě ano
- Spíše ano
- Nevím
- Spíše ne
- Určitě ne



**12. Zaměstnává Váš podnik osobu/osoby se zdravotním postižením? \*(v případě odpovědi ne, prosím, přejděte na otázku číslo 16)**

- Ano
- Ne

**13. Kolik osob se ZP Váš podnik zaměstnává? \*(vyberte pouze jednu možnost)**

- 1
- 2 - 5
- Nelze určit přesně
- Jiné:

**14. Víte o jaké zdravotní postižení se jedná? \*(lze vybrat více možností)**

- Duševní onemocnění
- Mentální postižení
- Tělesné postižení
- Smyslové postižení
- Kombinované postižení
- Nelze určit

**15. Kde Váš podnik čerpá informace o zaměstnávání osob se ZP? \*(lze vybrat více možností)**

- Média (noviny, televize, rádio)
- Spolupráce s organizacemi zabývajícími se podporovaným zaměstnáváním
- Úřad práce České republiky
- Školení a semináře
- Odborné publikace (přehledy právních předpisů)
- Zákony, nařízení vlády a vyhlášky
- Internet
- Interní podnikový zdroj - specialista na danou problematiku
- Externí zdroj - specialista na danou problematiku
- Vaše sociální okolí (známý, kolega, rodinný příslušník)

**16. Proč, podle Vás, zaměstnavatelé nemají zájem zaměstnávat osoby se ZP? \***

	Určitě platí	Spíše platí	Nevím	Spíše neplatí	Určitě neplatí
Nedostatečná finanční motivace	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nesrozumitelnost legislativy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chybějící aktuální informace (zákony, normy)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Předchozí špatné zkušenosti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zaměření podniku neumožňuje zaměstnávat osoby se ZP	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Malé nebo žádné zkušenosti se zaměstnáváním osob se ZP	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vysoká náročnost na začlenění do pracovního procesu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nízká poptávka po práci ze strany osob se ZP	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nedostatečná kvalifikace osob se ZP	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nedostatečná praxe osob se ZP	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nedostatečná výkonnost osob se ZP	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Menší flexibilita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Určitě platí	Spíše platí	Nevím	Spíše neplatí	Určitě neplatí
osob se ZP					
Psychosociální bariéry za strany zaměstnavatelů	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zrušení statusu Osoby zdravotně znevýhodněné	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**17. Vaše pracovní pozice** \*(vyberte pouze jednu možnost)

- Personalista
- Ekonom, účetní
- Majitel či spolumajitel podniku
- Jiné:

Ještě jednou Vám děkuji. S úctou Ondřej Váňa.

## **PŘÍLOHA P II: TEXT KONTAKTNÍHO E-MAILU S ODKAZEM NA DOTAZNÍK**

Vážená paní, vážený pane,

tímto e-mailem Vás chci poprosit o čas a ochotu podělit se o Vaše zkušenosti vyplněním níže sdíleného dotazníku. Ten slouží ke zkoumání motivace podniků zaměstnávat osoby se zdravotním postižením (není nutné být zaměstnavatelem ZP). Zjištěné skutečnosti jsou zcela anonymní a budou použity pro výzkumný projekt diplomové práce. Kontakt na Vás jsem získal na webu [www.firmy.cz](http://www.firmy.cz).

Jako poděkování Vám mohu poskytnout zpětnou vazbu v podobě celkového vyhodnocení dotazníků a základní informace o zaměstnávání osob se ZP.

Odkaz na dotazník: <https://docs.google.com/forms/d/1cEWKrJ8SDGkpNB6fHQXwowbrCIEASwVotLLNFMMB4Ec/viewform>

Ještě jednou Vám děkuji.

S úctou

Bc. Ondřej Váňa

Univerzita Palackého Olomouc

e-mail: [o.vana@email.cz](mailto:o.vana@email.cz)

tel.: 737 361 325