

**UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA**

**BAKALÁŘSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM**

**2010 – 2013**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**Valerie Nováková**

**Osoby se zdravotním postižením, sociálně  
znevýhodněné a jejich začlenění do společnosti**

Praha 2013

Vedoucí bakalářská práce:  
PhDr. Vilma Hudáčová, CSc.

**JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE**

**BACHELOR COMBINED STUDIES**

**2010 – 2013**

**BACHELOR THESIS**

**Valerie Nováková**

**Persons with disabilities, socially disadvantaged and  
their integration into society**

Prague 2013

The bachelor thesis work supervisor:  
PhDr. Vilma Hudáčová, CSc.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 15. 6. 2013

Valerie Nováková.....

## **Poděkování**

Chtěla bych poděkovat svému vedoucímu bakalářské práce PhDr. Vilmě Hudáčové, CSc. za odborné vedení, za pomoc a rady při zpracování této práce.

## **Anotace**

Bakalářská práce na téma „Osoby se zdravotním postižením, sociálně znevýhodněné a jejich začlenění do společností“ obsahuje v první kapitole charakteristiku zdravotního postižení a vybrané druhy postižení. Druhá kapitola se zabývá socializací lidského jedince. Třetí kapitola obsahuje zmírňování důsledku postižení, sociálně znevýhodněných osob prostřednictvím podpory sociálních služeb. V praktické části jsou uvedeny kazuistiky začlenění osob se zdravotním postižením do společnosti z praxe.

Klíčová slova: handicap, kazuistiky, osobnost, praxe, případová studie, socializace, zdravotní postižení, zdravotně postižení.

## **Annotation**

Bachelor thesis on “Persons with disabilities, socially disadvantaged and their integration into society” in the first chapter contains the characteristics of disability and selected types of disability. The second chapter deals with the socialization of an individual. The third chapter contains mitigation disabilities, socially disadvantaged people through support for social services. In the practical part presents case studies integrating people with disabilities into the society of the praxis.

## **Key words:**

handicap, case interpretation, personality, praxis, case study, socialization, health disability, persons with health disabilities

## Obsah

Úvod.....	9
<b>TEORETICKÁ ČÁST</b>	
<b>1 ZDRAVOTNÍ POSTIŽENÍ.....</b>	<b>10</b>
1.1 Charakteristika zdravotního postižení.....	10
1.1.1 Terminologie zdravotního postižení.....	12
1.1.2 Klasifikace zdravotního postižení .....	14
1.2 Vybrané druhy postižení .....	16
1.2.1 Osoby s mentálním postižením .....	16
1.2.2 Autismus - pervazivní vývojová porucha.....	19
1.3 Osoby s tělesným postižením a kombinace vad a poruch.....	21
1.4 Osoby s demencí .....	24
<b>2 SOCIALIZACE LIDSKÉHO JEDINCE.....</b>	<b>26</b>
2.1 Začlenění člověka do společnosti.....	26
2.2. Sociální učení .....	28
2.2.1 Socializační činitelé .....	29
2.2.2 Primární socializace.....	30
2.2.3 Sekundární socializace .....	31
2.2.4 Terciární socializace.....	31
2.2.5 Socializační význam vrstevníků.....	32
2.3 Sociální integrace lidí s postižením.....	32
2.4. Socializace osobnost.....	36
2.4.1 Vymezení pojmu osobnost.....	36
2.4.2 Změna osobnosti vlivem postižení.....	37
<b>3 SYSTÉM SOCIÁLNÍCH SLUŽEB.....</b>	<b>39</b>
3.1 Charakteristika sociálních služeb.....	39
3.2 Sociální práce jako služba .....	40
3.3 Členění sociálních služeb .....	41
3.4 Zmírňování důsledku postižení .....	48

<b>PRAKTICKÁ ČÁST.....</b>	<b>50</b>
<b>4 PŘÍPADOVÁ STUDIE.....</b>	<b>50</b>
4.1 Teoretická východiska.....	50
4.2 Kazuistiky z praxe.....	51
4.3 Závěr praktické části.....	57
<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>58</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>59</b>



## ÚVOD

„Kvalita společnosti se může měřit podle způsobu, jak se stará o své nejzranitelnější a nejzávislejší členy. Společnost, která se o ně stará nedostatečně, je pochybená.“

Adrian D. Ward

Bakalářské práce se zabývá problematikou osob se zdravotním postižením, sociálně znevýhodněných a jejich začlenění do společnosti.

Téma jsme čerpali z dlouholeté praxe s osobami se zdravotním postižením z pohledu pracovníka v sociálních službách.

Sociální izolace handicapovaných osob ve společnosti se zdravotním postižením je stále ožehavé téma pro většinovou společnost dosud zdravých lidí. Přístup k handicapovaným jedincům byl v minulosti aplikován podle medicínského modelu, který postupně nahradil model sociální, prostřednictvím zákona o sociálních službách v ČR.

Práce obsahuje dvě části, teoretickou a praktickou. První kapitola popisuje charakteristiku zdravotního postižení a vybrané druhy postižení.

V druhé kapitole jsme se věnovali socializaci lidského jedince a jeho začlenění do společnosti, který se uskutečňuje prostřednictvím procesu sociálního učení.

Aby mohla nastat pozitivní změna životních podmínek u člověka s handicapem, musí k tomu dostat šance. Řešením je poskytnout v nabídce těmto lidem životní příležitost k osobnímu rozvoji srovnatelným s těmi, které mají ostatní zdraví členové společnosti.

Třetí kapitola obsahuje zmírňování důsledku sociálně znevýhodněných jedinců nabídkou pomoci a podpory prostřednictvím sociálních služeb.

Praktická část obsahuje kazuistiky osob se zdravotním postižením s různým handicapem a jejich začlenění do společnosti.

Cílem práce je nastínit problematiku začlenění osob se zdravotním postižením a sociálně znevýhodněných do společnosti.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 ZDRAVOTNÍ POSTIŽENÍ

### 1.1 Charakteristika zdravotního postižení

V lidském společenství jsou vždy přítomny handicapované osoby, které se s postižením narodily, nebo jej získaly následkem vážného úrazu či onemocnění. Z hlediska přijímání handicapovaných jedinců většinou populací je vždy eticky citlivá problematika.

Osoby se zdravotním postižením představují v naší společnosti početnou skupinu obyvatel. Zdravotní postižení je většinou chápáno jako předpoklad k zařazení jeho nositele do oblasti sociální péče nebo charitativních aktivit. Tyto **postoje** se daří ve společnosti překonávat jen velmi pomalu. Postoje zdravé populace jsou různé, liší se v závislosti na výchově, prostředí, míře informovanosti, případně na osobní zkušenosti.

V obecném podvědomí je člověk se zdravotním postižením stále vnímán, jako objekt péče, který potřebuje pomoc, podporu, vedení a ochranu. Lidé se zdravotním postižením využívají sociální služby v různé míře, které jsou zaměřeny na řešení dané situace klienta, vždy záleží na druhu, hloubce a vzniku postižení (Michalík, 2011).

„Míra pomoci poskytovaná postiženému jednotlivci určuje stupeň jeho handicapu, jak názorně vysvětluje na příkladu z oblasti školství M. Pasch (1998):

**Handicap je nevýhoda, které je jedinec vystaven vinou postižení.** Například člověk s tělesnou vadou, který používá invalidní vozík, bude handicapovaný v případě snahy studovat ve škole, která je pro něho svým nevhodným architektonickým řešením nepřístupná, nebude však prakticky handicapovaný v prostorách, které jsou zbudovány jako bezbariérové.“ (NOVOSAD, 2009, s. 13)

Mezi zdravotně postiženými občany tvoří jednu z nejpočetnějších skupin osoby s **mentální retardací**. Představy zdravých lidí o mentálně postižených bývají často opředeny mnoha nejasnostmi a neopodstatněnými obavami. Z toho vyplývá někdy rozpačitý až nepřátelský postoj společnosti k lidem s mentálním postižením. Jejich společenská situace je proto poměrně nejistá. Stále se někteří lidé domnívají, že lidé s postižením by měli být „odklizeni“ do specializovaných zařízení, aby nebyli ostatním, kteří jsou dosud zdraví a „normální“ lidem na očích (Švarcová, 2000).

Sexualita je nedílnou součástí prožití kvality života jedince s mentálním postižením, o níž se mohlo doposud jen málo hovořit. Tyto osoby mají právo na sexuální výchovu a osvětu, z důvodu ochrany před pohlavním zneužitím, podle Štěrbová (2009).

Postižený člověk nemůže přijímat všechny informace, které se v jeho okolí nabízejí, respektive je nemůže přijímat standardním způsobem. Představa postiženého o světě je jiná, chudší a méně přesná. Svět se jim může jevit i hůře srozumitelný. Určitou zátěží je i rozdílnost akceptace takového člověka jeho okolím, omezení sociálních kontaktů nebo až jejich extremizace.

Relativně stabilní znak organismu představují postižení. Jeho nositel proto získává roli postiženého se všemi pozitivními i negativními znaky, které tato role v dané společnosti či konkrétní sociální skupině má (Vágnerová, 2002).

Osoby, které jsou z důvodu zdravotního postižení zasaženy v určité míře důsledky daného postižení, se mohou projevit negativně v oblasti psychické, ekonomické a sociální. Dnes už ale víme, že pokud se jim poskytnou odpovídající pomoc a podpora, mohou dosáhnout vysokého stupně nezávislosti a kvality života (Novosad, L. 2000).

**Stupeň kultury** společnosti a kultivovanosti vypovídá respekt a úcta k postiženým lidem. Jde o mravní a morální povinnost a lidskou úctu, ke které má být člověk vedený prostřednictvím výchovy po celý život (Švarcová 2000).

### 1.1.1 Terminologie zdravotního postižení

Od sedmdesátých let 20. století sílil mezi představiteli organizací osob se zdravotním postižením a profesionály v oblasti **postižení** kritický postoj k terminologii užívané do té doby. Termín postižení a handicap byly často užívány nejasným způsobem a odrážely spíše **medicínský přístup**, který neakceptoval v úvahu podmínky, v nichž lidé se zdravotním postižením žijí.

V roce 1980 schválila Světová zdravotnická organizace Mezinárodní klasifikace vad, postižení a handicapu (ICIDH), která přinesla přesnější přístup. Poslední revidovaná verze Mezinárodní klasifikace zdravotních stavů a jejich následků (ICIDH-2) přijatá Světovou zdravotnickou organizací přinesla změnu a používání následující terminologii:

- **postižení /impairment** týkající se tělesných funkcí a tělesných struktur, tyto problémy mohou být příčinou **omezení v činnostech/activity limitations** na této úrovni je důsledek popisován z hlediska jednotlivce
- mohou být také příčinou omezení ve **společenských aktivitách**
- **participation /restrictions**, tím jsou označovány sociální důsledky. Tyto termíny se dají zahrnout pod pojem **/disability**, což je možné překládat jako znevýhodnění. Termín omezení v činnostech a ve společenských aktivitách odpovídá u nás používaný pojem handicap (Matoušek, 2005).

Podle nové klasifikace (ICF; podle WHO, 2001) se pohled na situaci člověka s vadou, postižením a handicapem zásadně mění. Posuzuje, hodnotí, co všechno je takový člověk schopný zvládat i navzdory určité vadě, jaká je jeho míra participace na životě ve společnosti (Slowík, 2010).

„**Termín postižení** označuje deficit určité orgánové funkce nebo struktury. Termín handicap označuje komplex znevýhodnění různého druhu, především sociálního, která z něho vyplývají a jsou do značné míry odstranitelné.“ (VÁGNEROVÁ, 2002, s. 98)

**V oblasti profesionální práce** s postiženými lidmi, se vyskytuje mnoho frekventovaných označení či pojmů. Často hovoříme o poruše, postižení, handicapu apod.

Tento pohled zdůrazňuje to, čeho jedinec není schopen, v čem je omezen a pro ostatní „nenormální“, můžeme tedy uvažovat o pojmech znevýhodnění – tj. handicap.

Postižení, funkční nebo orgánová porucha – **disordes /disability** - omezená schopnost, neschopnost v nějaké oblasti, nezpůsobilost k něčemu, impairment – narušení, zhoršení, např. určité funkce či vývoje, speciální potřeby. Tyto pojmy hovoří o tom, že jedinec je v něčem znevýhodněn, nebo že má sníženou schopnost či zdatnost v nějaké oblasti. Všechny zmíněné pojmy navozují pojem podpora, chápaný jako škála k opatření nerovného přístupu k životním šancím a k řešení důsledku určitého postižení, uvádí (Novosad, 2009).

Zdravotní postižení je určitá odchylka ve zdravotním stavu člověka, která snižuje kvalitu jeho života a plnohodnotné uplatnění ve společnosti. Člověk s handicapem se tak dostává do sociálního znevýhodnění oproti zdravé populaci a především v integraci sociálního prostředí dané společnosti.

Terminologie zdravotního postižení Michalík (2011) je téma, které úzce souvisí s postavením zdravotně postižených osob ve společnosti. Z hlediska historie a doby docela nedávné, jsme zvyklí na označení a pojmy, které z dnešního etického pohledu chápeme jako pejorativní, urážlivé, hanlivé až diskriminující. Důraz na užívání správných pojmů souvisí s podstatou lidského bytí – občanů se zdravotním postižením. Tím rozumíme právo na plnohodnotný život, lidskou důstojnost a na sociální začlenění do společnosti.

### 1.1.2 Klasifikace zdravotního postižení

Podle vnitřní diferenciaci zdravotně postižených je model podle převládajícího zdravotního postižení. Nejčastěji se tak setkáváme s postižením:

- tělesným,
- mentálním i postižení duševní a porucha autistického spektra,
- zrakovým,
- sluchovým,
- řečovým /narušením komunikačních schopností.

K nim je však nutno přiřadit i další skupiny, na něž se obvykle zapomíná.

Jedná se o následující postižení:

- Kombinovaná - kombinace jednotlivých postižení, zvláště bývá uváděna hluchoslepota,
- Nemocné civilizačními chorobami.

Nejběžnější je dělení podle hloubky postižení. Setkáváme se s dělením na „mírné, středně těžké a těžké postižení“.

Zmíněné členění představuje z hlediska obsahového převládající přístup k označování skupin zdravotně postižených. Jedná se o klasifikaci obecnou, kde každá z uvedených skupin zahrnuje velmi různorodou skupinu stavů, nemocí, postižení a zejména jejich nositelů – osob. Existují desítky zdravotních postižení, která jsou méně známá či zcela neznámá.

Použití klasifikačních schémat používaných k označení dané skupiny zdravotního postižení slouží k usnadnění komunikace např. pracovníků pomáhajících profesí. V přímé komunikaci s nositelem zdravotního postižení je nutno respektovat individualitu a osobnost daného člověka, proto obecných schémat není vhodné používat (Michalík, 2011).

## „Klasifikace tělesných postižení a zdravotních oslabení podle Slowíka

### podle typu:

- **postižení hybnosti**
- **dlouhodobá onemocnění**
- **zdravotní oslabení**

### podle doby vzniku:

- **vrozená** (např. vrozené vady lebky, rozštěpy lebky, rtů, čelisti, patra, páteře; nevyvinutí končetin nebo jiných částí, DMO)
- **získané** (např. deformity páteře; úrazy – zlomeniny, amputace; následky onemocnění – revmatismus, myopatie atd.)

### podle etiologie:

- **tělesné odchylky a oslabení** (vady páteře, luxace kloubů apod.)
- **tělesné vývojové vady** (vady lebky, rozštěpy, vady končetin apod.)
- **úrazy** (tělesná poškození různé závažnosti s dočasnými nebo trvalými následky – např. paraplegie v důsledku poranění páteře, amputace končetin apod.)
- **následky nemocí** (encefalitidy, žloutenky, TBC, lymfské borreliózy, nádorových onemocnění apod.)
- **dětská mozková obrna** (DMO – spastické i nespastické formy)
- **dlouhodobá (chronická) onemocnění a zdravotní oslabení** (alergie, astma, ekzematická onemocnění, oslabení imunity, onkologická onemocnění, epilepsie apod.)

### Klasifikace vad a poruch

- **podle typu** – orgánové, funkční
- **podle intenzity** – lehké, střední, těžké
- **podle příčiny** – vrozené, získané.“ (SLOWÍK, 2007, s. 99)

## 1.2 Vybrané druhy postižení

### 1.2.1 Osoby s mentálním postižením

Mentální postižení lze popsat velmi obtížně, jeho projevy jsou individuální a těžší zobecnitelné, různorodá je také škála jeho příčin. Základní klasifikace jsou vcelku jasně vymezeny intenzitou postižení nebo obdobím, kdy vzniklo.

Pojem mentální retardace vychází z latinských slov „mens“- mysl, duše a „retardare“- opozdit, zpomalit; překlad by tedy zněl „opoždění mysli“. Mentální retardace je syndromatické postižení, které postihuje psychické schopnosti i celou lidskou osobnost ve všech jejích složkách (Slowík, 2010).

#### **Podle MKN – 10 (WHO), 2010:**

**Mentální retardace** je stav zastaveného duševního vývoje, který je především charakterizován narušením schopností projevujících se v průběhu vývoje, podílejících se na celkové úrovni inteligence. Jedná se o poznávací, řečové, motorické a sociální dovednosti. Mentální retardace se může vyskytnout spolu s jinou duševní, tělesnou nebo smyslovou poruchou.

„Čadilová, Jůn, Thorová a kol. (2007, s. 35) uvádí, že mentální retardace je vrozený stav, který se vyznačuje omezením rozumových a adaptivních schopností, jinými slovy nedošlo k přiměřenému a úplnému rozvoji mentálních schopností člověka. Adaptivními schopnostmi máme na mysli schopnost člověka jednat samostatně na úrovni svého věku a v rámci dané kulturní normy.“

Valenta a Müller (2010, s. 16) definují mentální retardaci „jako vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností v prenatalní, perinatální a postnatální etiologii.“



„Příčiny vzniku mentální retardace jsou:

- organické – biologické
- sociální

**Vrozená mentální retardace – dříve oligofrenie** je spojena s určitým poškozením, odchylkou, strukturou nebo odchýlným vývojem nervového systému v období prenatálním, perinatálním nebo postnatálním zhruba do dvou let života dítěte. Z etiologických faktorů se nejčastěji uvádějí genové mutace, chromozomální aberace. V **prenatálním období** jsou to infekce, záření, anoxie plodu, působení toxických látek, úrazy matky. V **perinatálním období** jsou příčinami abnormity plodu, abnormity porodních cest a porodu. V **postnatálním období** to bývají infekce, záněty mozku a úrazy.

„**Získaná mentální retardace – demence** po druhém roce života proces zastavení, rozpadu normálního mentálního vývoje, který je zapříčiněn pozdější poruchou, nemocí, úrazem mozku. Nejčastěji je to zánět mozku (encephalitis), zánět mozkových blan (meningitis), úrazy mozku, poruchy metabolismu, intoxikace, degenerační onemocnění mozku, duševní poruchy.“ (PIPEKOVÁ, 1998, s. 172)

Demence způsobuje převážně nerovnoměrný úbytek intelektových schopností. Porucha může mít progresivní tendenci, ale může se i zastavit a nevede k dalšímu zhoršení stavu.

### **Klasifikace mentální retardace**

Vedle základního rozdělení na vrozenou mentální retardaci a demenci se používá mezinárodní klasifikace ICDH-10, podle WHO, MKN-10, kategorie F 70-F 79. Hloubku mentální retardace je možno určit pomocí inteligenčního kvocientu, který vyjadřuje úroveň rozumových schopností.

### Dělení podle stupně postižení :

F 70	lehká mentální retardace	IQ 69–50
F 71	středně těžká mentální retardace	IQ 49–35
F 72	těžká mentální retardace	IQ 34–20
F 73	hluboká mentální retardace	IQ 20 a níže
F 78	jiná mentální retardace	
F 79	nespecifikovaná mentální retardace	

Valenta a Müller (2009) dělí mentální postižení podle druhu chování na typ:

- typ **erectický** - hyperaktivní, verzatilní, neklidný
- typ **torpidní** - hypoaktivní, apatický, netečný
- typ **nevyhraněný** - procesy vzruchu útlumu jsou relativně vyrovnány

Podle Paulínové (1998) je mentální retardace vyvolána vrozenými defekty, které se projevují v oblasti inteligence již v ranném dětství. Od mentální zaostalosti vrozené je třeba odlišovat tzv. **zaostalost sociální**. Dítě se narodí normální, ale prostředí, ve kterém žije, je tak chudé na podněty, že nedojde k rozvinutí intelektových schopností.

Přítomnost mentální retardace Švarcová (2000) u běžné populace se odhaduje na 3%. Mentální retardace je komplexní vrozenou vývojovou poruchou rozumových schopností. U mentálně retardovaných osob se mohou vyskytnout psychické poruchy či jiná onemocnění. Na zvýšení tohoto rizika se podílejí biologické faktory, ale hlavně sociálně psychologické faktory prostředí, v němž postižený jedinec žije. Prostor ne vždy poskytuje optimální podporu lidem, kteří jsou znevýhodněni. Mentální handicap je ve společnosti nejméně přijímán.

„Mentální retardace sama o sobě není chorobou, i když důsledkem choroby může být. Jde o stav poměrně stabilní, trvalý a ve většině případů nezvratný.“ (KOHOUTEK, 1996, s. 108)

### 1.2.2. Autismus - pervazivní vývojová porucha

Autismus - název pochází z řeckého slova „autos“ – sám. Je to pervazivní vývojová porucha, nověji porucha autistického spektra. Vývoj jedince probíhá odlišným způsobem od jedince zdravého, jsou zasaženy všechny osobnostní složky jedince.

Autismus se projevuje v nápadné a **nepřiměřené sociální izolaci**, koncentraci na sama sebe a ztrátě zájmu o kontakt s okolím. Navenek se projevuje jakousi chorobnou uzavřeností, odtud vznikl pojem „autismus“. Nemocný se stahuje do sebe, vnějšímu dění světa nerozumí, vyhýbá se mu. Vyskytují se projevy chování, např. stereotypní pohyby, lpění na činnostních rituálech, sebepoškozování apod. Tato pervazivní porucha může být v kombinaci s mentální retardací (Vágnerová, 1999).

Období před vypuknutím choroby se projevuje v nápadném zhoršení výkonu v oblastech např. studia, v péči o sebe sama apod. Počátek onemocnění může být náhlý nebo plíživý. Vývoj jedince probíhá odlišným způsobem od zdravého jedince a jsou zasaženy všechny složky osobnosti.

„Uvnitř autistického spektra se projeví kvalitativní postižení ve třech oblastech tzv. triáda.

Triáda postižených oblastech vývoje poruch autistického spektra:

- sociální interakce;
- verbální i neverbální komunikace;
- představivost; .“ (ČADILOVÁ a kol., 2007, s. 13)

Dopad přítomnosti pervazivní vývojové poruchy se projeví v prvních letech života. Různorodosti symptomatiky se jednotlivé symptomy liší v četnosti a síle projevu, některé mohou zcela chybět. Stupeň závažnosti poruch bývá různý.

**Autistické projevy** se markantně mění v určitých věkových obdobích, objevují se a zase mizí. Chování se mění pod vlivem sociálního prostředí, v němž jedinec vyrůstá, a v důsledku výchovně-vzdělávacího programu, který absolvuje. Podstatnou úlohu zde mají osobnostní charakteristiky člověka a možná přítomnost jiné přidružené choroby (Čadilová a kol., 2007).

„Je třeba jasně definovat vztah mezi mentální retardací a autismem. Pokud je člověk autista, **neznamená** to, že automaticky musí být mentálně postižený. Peeters (1998) uvádí, že většina autistů, asi 60% trpí střední až těžkou mentální retardací, nejvíce autistů je v pásmu střední mentální retardace, 20% vykazuje mentální retardaci a 20% má průměrnou až **nadprůměrnou inteligenci.**“ (BARTOŇOVÁ, BAZALOVÁ, PIPEKOVÁ, 2007, s. 131)

Autismus vzniká v dětství, má hluboký dopad na psychický a sociální život postiženého, bývá častěji u chlapců než dívek. Příčinou postižení je organické porušení mozku. Příznakem autismu je **porucha socializace**, poznávání a orientace v prostředí, sociální interakce a problémy v oblasti verbální a neverbální komunikace. Autismus bývá často spojen s mentální retardací. Celoživotní péče rodiny či instituce je většinou nezbytná.

Podle MKN – 10 mezi pervazivní vývojové poruchy F 84 patří: Dětský autismus, Rettův syndrom, Aspergerův syndrom a jiné pervazivní vývojové poruchy nespecifikované.

„Zvláštním fenoménem je tzv. Aspergerův syndrom – forma autismu, která nebývá spojena s mentálním handicapem; mnohdy se u jedinců s Aspergerovým syndromem dokonce vyskytují určité výjimečné izolované schopnosti např. nadstandardně dobrá mechanická paměť, mimořádné kombinační nebo matematické schopnosti apod., které ovšem tito lidé nedokáží využít v praktickém životě.“ (SLOWÍK, 2007, s. 148)

### 1.3 Osoby s tělesným postižením a kombinace vad a poruch

„Tělesným postižením rozumíme vady pohybového, nosného ústrojí, poškození nebo poruchy nervového ústrojí. Poškození vznikají na základě dědičnosti, nemoci nebo následkem úrazu.“ (VÍTKOVÁ, 2006, s. 39)

„Mezinárodní klasifikace (WHO) označuje termín **zdravotního postižení** dlouhodobé nebo trvalé omezení možnosti jedince vykonávat běžné činnosti každodenního života – to se vztahuje i na případy dlouhodobých onemocnění.“ (SLOWÍK, 2007, s. 97)

U postižené části těla rozeznáváme skupinu **obrn centrálních a periferních, deformace, malformace a amputace**.

#### Obrny centrální a periferní

**Obrny** se týkají centrální a periferní nervové soustavy. Centrální část zahrnuje mozek a míchu, část periferní a obvodové nervstvo. Jednotlivé druhy se od sebe liší rozsahem a stupněm závažností a dělí se na **parézy** a **plégie**.

Mezi nejzávažnější centrální postižení patří **dětská mozková obrna (DMO, Cerebral Palsy – SP)**. Podle Michalíka (2011) se jedná o poruchy hybnosti na bázi **centrálních obrn**. Jde o neprogresivní, neurologický syndrom vyvolaný lézí nezralého **mozku** (Kraus, 2004). Jedná se o centrální postižení, které vzniká před narozením, při porodu nebo krátce po porodě. Typická neobratnost, zejména v jemné motorice, nerovnoměrný vývoj, může však dojít i k postižení smyslových orgánů (Vítková, 2006). Přibližně u dvou třetin postižených jedinců s DMO se vyskytuje i mentální handicap různého stupně, často se také přidružují i další onemocnění a komplikace např. epilepsie smyslová postižení, dysartrie apod. (Slowík, 2007).

Těžší druh DMO má čtyři formy: **hypotonickou, hemiparetickou, diparetickou a kvadruparetickou**, někdy uvádí další forma – **dyskinetická**, dříve nazývaná **extrapyramidová**.

Dětská mozková obrna je často kombinovaná s poruchami duševního vývoje a sníženým intelektem, výjimkou nejsou ani smyslová postižení.

DMO bychom **neměli zaměňovat** s podobným onemocněním s názvem **dětská obrna** (poliomyelitis anterior acuta). Jedná se o infekční onemocnění, které nejčastěji postihovalo děti v předškolním věku a zanechávalo trvalé, velmi těžké následky. Od roku 1958 jsou děti očkovány Sabinovou vakcínou a nové případy od té doby nabyly u nás zaznamenány.

**Další rozdělení tělesných postižení podle Pipekové a kol. (1998):**

- závažnou skupinou jsou různé druhy **mozkových zánětů** (encephalitis), jsou nejčastěji vyvolány mikrobiálními činiteli.
- komplikovaným postižením jsou stavy po **mozkových nádorech** (tumor cerebri), které mohou nastat po operaci v **pohybové oblasti, řeči** a může se přidružit i **epilepsie**.
- obdobné následky můžeme sledovat u **mozkových příhod** (ictus apoplecticus cerebri), které vzniká v důsledku krvácení do mozku a u **mozkových embolií** (embolia cerebri), které jsou způsobeny nedokrvením části mozku a odumřeni mozkové tkáně.
- **traumatické obrny** vznikají při úrazu, který způsobuje otevřené nebo uzavřené poranění mozku. Nejlehčí je **otřes mozku** (komoce), dále **stlačení mozku** (komprese) a nejtěžší **zhmoždění mozku** (kontuse-kontusio cerebri).
- **obrna míchy** nastává vlivem různých onemocnění, častou příčinou je úraz páteře s následným poraněním míchy.

- těžkým postižením je **roztroušená skleróza mozkomíšní** – projevuje se ložiskovými změnami mozku a míchy.
- svalová onemocnění **progresivní svalová dystrofie** (myopatie).
- **deformace** mohou být získané, vznikají nesprávným držením těla – skoliózy, kyfózy, lordózy, podle místa postižení.
- **rozštěp páteře** (spina bifida) je vrozeným postižením bez poškození míchy a plen, meningokéla – rozštěp páteře a míšních plen, meningomyelokéla – rozštěp páteře, plen a míchy.
- **malformace** je patologické vyvinutí různých částí těla, nejčastěji končetin. Chybějící části končetin označujeme **amélie**.
- **amputace** je umělé odnění části končetin od trupu. Příčinou jsou **úrazy**, kdy k amputaci končetiny může dojít v okamžiku úrazu nebo těsně po něm, např. po autonehodách. Další příčinou amputace mohou být cévní onemocnění – **choroba Bürgerova – Winiwarterova**. Při této nemoci vzniká akutní zánět žil a tepen, při které dochází k postupující trombóze. Dalším důvodem amputace jsou **zhoubné nádory na končetinách**. Amputace může být i **infekčního původu** při sepsi, kterou nelze zvládnout konzervativními prostředky (Zeman, M. a kol.: Chirurgická propedeutika, 1993).

U jednoho postiženého jedince se můžeme v praxi setkat s kombinací dvou a více různých vad. Jde o natolik různorodou skupinu znevýhodnění, že prakticky je obtížné stanovit jednotný klasifikační systém, není ustálená terminologie: používají se pojmy kombinované postižení, postižení více vadami, vícenásobné postižení apod. (Ludíková, 2003 in Slowík, 2007).

## 1.4 Osoby s demencí

„**Demence** je označením pro syndrom, jehož nejvýznamnějším projevem je úbytek komplexu kognitivních funkcí, především inteligence a paměti.“ (VÁGNEROVÁ, 1999, s. 137)

Michalík (2011) demence je většinou záležitostí vyššího věku. Za demenci je považováno snížení intelektu o 20%, syndrom je doprovázen řadou závažných patologických změn v oblasti kognitivní v chování, mohou se projevit i bludy, afázie, poruchy pozornosti a ztráta motivace.

### **Demence můžeme rozdělit do několika typů:**

- **Atroficko degenerativní demence.** Do této skupiny demencí patří Alzheimerova choroba, demence při Parkinsonově chorobě a další vzácně se vyskytující demence. Primární příčinou těchto demencí je degenerativní postižení mozku.
- **Ischemicko vaskulární demence** – příčinou vzniku je patologie mozkových cév, které signalizují mozkové příhody.
- **Symptomatické, sekundární demence** – jsou vyvolané jinými příčinami – podle **MKN-10, 1992**, např. infekční onemocnění, úraz či otrava.
- **Demence smíšeného typu.** Nemoc se projevuje vaskulárním poškozením mozku, tak i Alzheimerovou chorobou. Vyskytuje se asi u 10% demencí.

Průběh onemocnění demencí je vždy individuální.

„Nejčastější příčinou demencí je atroficko-degenerativní postižení **CNS**, nejrozšířenější demence je Alzheimerova choroba, postihující kolem 2% osob starších 65 let.



Chronologicky lze rozdělit průběh onemocnění:

1. Počáteční mírné stádium – poruchy převážně krátkodobé paměti, zhoršení orientace, problémy s počítáním a psáním, vyhýbání se komunikaci, úzkostnost, depresivní stavy, podrážděnost.
2. Střední stadium – zhoršení paměti krátkodobé i dlouhodobé, poruchy řečové komunikace, bludy, apatie, neschopnost zvládat osobní záležitost a vztahy, ztráta schopnosti učit se a abstraktně uvažovat.
3. Pozdní stadia – nárůst poruch orientace a paměti, stále opakování pohybů a bezesmyslných slov, minimální oční kontakt, bloudění bez cíle, inkontinence, ztráta hybnosti.“ (MICHALÍK, 2011, s. 163)

„Demence představují pestrou skupinu závažných duševních nemocí, při kterých dochází především k významnému **poškození kognitivních funkcí**. Příznaky se postupem času **zhoršují** a **rozšiřují** se do oblasti emotivity, chování, vnímání atd. V pokročilém stádiu vedou k úplné **degradaci a úpadku osobnosti**.“ (OREL, a kol. s. 93)

Vrozené nebo získané postižení se v mnoha směrech liší, mají subjektivní i objektivní význam. Postižený jedinec má nejprve důsledky primární, které později vedou k dalším sekundárním potížím. Rozdílné reakce společnosti k postiženým lidem může vyvolat negativní postoje veřejností, ovlivněného nedostatečnou informovaností.

## 2 SOCIALIZACE LIDSKÉHO JEDINCE

V této kapitole se budeme zabývat socializací a interakcí, která ovlivňuje a působí na rozvoj **osobnosti** jedince.

### 2.1 Začlenění člověka do společnosti

„Významné místo v sociální determinaci vývoje lidského jedince zaujímá **socializace**. **Jde proces začleňování** jedince do společnosti, v němž dochází k proměnám, jimiž se jedinec postupně vzdaluje od výchozího stavu novorozeněte a stává se z něho člověk jako kulturní bytost schopná fungovat ve složitém systému lidské společnosti. Je to nesmírně významná přeměna, znamenající přechod z říše lidské kultury a na ní založené lidské společnosti.“ (GILLERNOVÁ, BURIÁNEK, 2001, s. 68)

**Socializace** se uskutečňuje ve společenských a mezilidských vztazích, vzájemným působením osob, skupin, institucí. Socializace lidského jedince postupně **přechází z objektu socializace do subjektu**, ale v zásadě nepřestává být objektem socializace. Probíhá v rodině, ve škole, ve vrstevnických skupinách, v zaměstnání, působením umění. Někdy má specifickou podobu **záměrného působení** socializačních činitelů např. výchovy, cílevědomého postupu k osvojení určité dovednosti nebo návyku, přitom neustále působí různé socializační stimuly, které jsou neustále doplňovány **nezáměrným působením** dalších socializačních podnětů, živelně např. prostřednictvím masmédií, ale také vzorů dospělých (Helus 1997).

Socializační požadavky působí na jedince **s cílem**, aby byly **interiorizovány**, které se často připomínají v souvislosti s **morálním vývojem** jedince. Druhou stránkou tohoto procesu představuje **exteriorizace**, kdy jedinec jedná a aktivně prosazuje normy, uvádí (Jankovský, 2003).

Gillernová (2000) socializační procesy směřují **od vnějšího řízení** jednání člověka a jeho kontroly k **autoregulaci, sebevýchově**, k odpovědnosti za sebe sama.

„V průběhu života jedince dochází ke změně rolí, kterým se učí **dospělí**. Může se pozměňovat i obsah rolí, může se měnit i společensko-ekonomická situace, která podněcuje k určitému „**dosocializování**“ svých členů např. naše společnost po roce 1989, lze uvažovat i o **resocializaci** v případě **chybného či nepřiměřeného začlenění** do společnosti.“ (GILLERNOVÁ, BURIÁNEK, 2001, s. 68. )

„**Proces** socializace probíhá již před samotným narozením. Radostné očekávání a kladné přijímání dítěte matkou před narozením, šetrně vedený porod a láskyplné uspokojování základních potřeb v nejranějším věku jsou nejcennější devizou pro rozvoj schopností v celém budoucím životě jedince. Již v nejtětlejším věku se **vytváří základní pocit lásky a důvěry**.“ (PAULÍNOVÁ, 1998, s. 16)

*„Jako důkaz rozvoje tohoto procesu slouží srovnání s dětmi nalezenými a vychovávanými zvířaty. Tyto děti přijaly za svůj způsob života život zvířat, nenaučily se chodit vzpřímeně, ale běhaly po čtyřech, nepoužívaly řeč, ale vydávaly skřeky, jedly sirové maso atd. Když byly tyto děti nalezeny, nepodařilo se přes veškerou péči zcela odstranit nedostatek v řeči a ani jejich myšlení se naplno nerozvinulo.“ (PAULÍNOVÁ, 1998, s. 16)*

Socializace je proces, během kterého se jedinec začleňuje do společnosti. Jedná se o **vývoj lidské osobnosti**, k níž patří **osobní individualita**. Výsledkem tohoto procesu je získání specificky lidských způsobů psychického reagování, vnímání, myšlení, cítění a jednání, které jednotlivci umožňují žít ve společnosti.

## 2.2 Sociální učení

Sociální učení je způsob, kterým se jedinec učí přizpůsobovat požadavkům společenského prostředí a osvojuje si názory, návyky, postoje ve styku s druhým člověkem nebo se sociální skupinou, ve které se vyvíjí.

Jak uvádí Kováliková (1997, s.16), „Protože člověk nemá pevně vrozené způsoby reakcí a chování, učí se v průběhu své existence chovat tak, jak je to pro jeho uspokojování potřeb nezbytné. Proto je sociální učení procesem, který tvoří **základ socializace**.“

Socializační působení na jedince se uskutečňuje prostřednictvím procesů sociálního učení **v několika formách** Gillernová, Buriánek (2001) uvádí obecné mechanismy sociálního učení:

- **Posilování** – zpevňování je založeno na odměnách a trestech. Odměny jsou pochvaly, projevy sympatie, uznání, lásky. Sociálním trestem je projev nesouhlasu, zamítnutí, odepření sympatie, pohrůžky. Trest má odstranit nežádoucí chování jedince. Odměny a tresty jsou regulátorem sociálního učení. Odměna nebo potrestání se používají jako **sociální motivy**.
- **Observe** – odezírání – jedinec si osvojuje takové způsoby chování, a jednání, za které je sociálně odměňován jeho model. Není vždy nutné, aby byl odměněn či potrestán přímo určitý jedinec. Stačí, když pochvaly pozoruje u někoho jiného, posiluje to jeho vlastní chování.
- **Napodobení** - bez napodobování se lidský jedinec neobejde. Napodobováním se učí řeč, mimiku, gestikulaci, zdrženlivému projevu citů, přejímáním různých druhů zábavy, trávení volného času. Napodobením lze převzít i určitý způsob života, způsob chování k ostatním lidem. Zpravidla napodobujeme lidi či skupiny z našeho blízkého okolí.

- **Anticipaci** – očekávání – jednotlivci i sociální skupiny ovlivňují průběh sociálního učení také tím, že projevují očekávání toho, jak se bude jedinec chovat. Avšak tato forma sociálního učení má i svou odvrácenou – na vývoj jedince a jeho socializaci velmi nepříznivě působí ta očekávání, která opakovaně vyjadřují nedůvěru.
- **Identifikace** – vyjadřuje ztotožnění s osobou, k níž má jedinec vysoce pozitivní vztah a chce se jí přiblížit nebo připodobnit. Jde o vnitřní formu napodobování, protože je spojená se zvnitřněním morálně volných rysů. Uvedené formy sociálního učení, regulují proces učení.
- **Asociace** – podmiňování je vytváření spojů mezi podněty, působící na jedince v časové a prostorové návaznosti, a odpověďmi jedince na dítěte zvenčí.

**Identifikace** je prostředkem autoregulace, sebeřízení, sebevýchovy.

### 2.2.1 Socializační činitelé

Mezi činitele socializace řadíme **vnitřní výbavu jedince a prostředí**. Informace, které z vnějšího světa i z nitra organismu přicházejí, se zpracovávají nejen pomocí smyslů, ale zapojuje se také rozum, emoce a intuice. Principy či zákonitosti vývoje duševního života jsou složité a ovlivňuje je řada vzájemně se **podmiňujících činitelů** podle Paulínové (1998).

#### Činitelé ovlivňující psychiku člověka:

- **biologičtí –dědičnost, genetika**, vrozené vlohy, růst, typ CNS
- **sociální** – výchova, vliv prostředí
- **vesmírné a přírodní zákonitosti** – atmosférický tlak, magnetizmus
- **vlastní aktivita jedince** – sebevýchova, učení, sebemotivace, volní úsilí atd.

**Společnost jako celek** působí na jedince prostřednictvím různých činitelů. **Funkci činitelů socializace** mohou plnit nejrůznější sociální skupiny, a nejrůznější osoby, s nimiž jedinec vstupuje do různých vztahů. Mezi hlavní činitele socializace jsou takové skupiny, do nichž je jedinec dlouhodobě začleněn. Především jde o rodinu, školu, vrstevnickou či zájmovou skupinu a sociální skupiny na pracovišti. Socializace zabezpečuje vrůstání člověka do společnosti a kultury.

Socializační činitelé jsou tedy instituce a osoby, které socializačně působí. Pokud jde o **instituce**, jimiž jsme ovlivňováni, jde na prvním místě především o rodinu, školu, výchovná zařízení a zaměstnání (Helus, 1999).

Paulínova uvádí (1998, s. 15), že „Jsou-li vnitřní a vnější podmínky člověka příznivé, dalším z rozhodujících **činitelů** pro cestu životem je **vlastní snažení, vlastní chtění**. Je to individuální způsob, jak člověk vnímá, chápe, prožívá, využívá a zpracovává podněty, které na něj působí. Je důležité, jak člověk využívá volní úsilí, jak motivuje sám sebe, reguluje své chování, přizpůsobuje se, učí se a vzdělává.“

### 2.2.2 Primární socializace

Z hlediska **etiky** má rodina zásadní význam při humanizaci a socializaci člověka. V rodině se postupně vytváří **pocit bezpečí, jistoty a důvěry**.

V obecné rovině můžeme konstatovat, že trvalý význam rodiny spočívá především v ovlivňování další kvality života všech jejích členů. Je zřejmé, že sekundární skupiny mají další vliv na socializační proces jedince.

V přítomnosti obou rodičů poskytuje rodina důležité **identifikační vzory**. Rodina je prvním místem, kde se jedinec **socializuje**. V rodině si dítě **internalizuje normy**, hodnotovou orientaci, dochází zde k postupnému **vytváření svědomí** (Jankovský, 2003).

Specifickým prvotním činitelem socializace jedince je rodina, která předává základní model sociální **interakce a komunikace** v malé sociální skupině. Význam rodiny pro socializaci dítěte je svým způsobem ojedinělý, prakticky nezastupitelný. Dítě zde nachází uspokojení potřeb, které jsou pro jeho sociální začleňování rozhodující. Rodina předává základní model **sociální interakce a komunikace** v malé sociální skupině. Začleňuje dítě do společnosti, předává mu sociální požadavky, normy a reguluje jejich přijetí. Citové zázemí rodiny pro budoucí vývoj dítěte je nezastupitelné, podporuje vytvoření kladného vztahu k lidem (Helus, 1999).

### 2.2.3 Sekundární socializace

Vstupem dítěte do školy jde o přechod z intimního svazku rodiny do socializačního prostředí. Dítě jakoby vcházelo do jiného světa, kde je rozhodující chápání dítěte rodiči jako zcela výlučné bytosti.

Škola má zřetelná kritéria a normy, které je dítě povinno dodržovat. Dítě v prostředí školy získává novou roli, poznává samo sebe, zjišťuje, co už dokáže, kam až sahají jeho schopnosti. Rovina spolužákovské vzájemnosti zahrnuje kultivaci chování v situacích soutěže i spolupráce vzájemného porovnávání a pomoci – přátelství, solidarita, věrnost, a kultivace vztahů mezi chlapci a dívkami. Dochází postupně k **utváření osobnosti**. Socializační působení se mění s věkem žáků a studentů (Helus, 1997).

### 2.2.4 Terciární socializace

V rámci této socializace se jedinec začleňuje do širších sociálních vztahů a systému sociálních rolí, které už nejsou vymezeny pouze životem v rodině, ale vstupem do dalších sociálních skupin, které individuum neustále uskutečňuje v **interakci** se svým okolím. I v pozdějším věku, dokonce v období stáří dochází k socializaci.

Sekundární skupiny podle Jankovského (2003) mají vliv na socializační proces jedince, zejména tehdy, jedná-li se o **skupinu referenční**.

Může jít o nejrůznější extremistické skupiny, které mohou negativně **ovlivnit** chování jedince skupiny. Výmluvným příkladem **totální** instituce může být vězení, v níž si odsouzený odpykává trest, může významným způsobem ovlivnit další socializaci jedince. Smyslem výkonem trestu je tzn. obecná prevence i individuální prevence – výchova, resp. reedukace odsouzeného, znamená v životě člověka výraznou krizi, a to se všemi jejími důsledky včetně **devastace osobnosti**.

### **2.2.5 Socializační význam vrstevníků**

Vrstevnická skupina je sociální skupina, jejíž členové jsou si blízcí věkem, jde o skupinu homogenní. Vrstevnické vztahy v této skupině mají různé formy, promítají se do různých aktivit jedince. Vrstevníky myslíme jedince téhož věku, kde rozdíl nepřesahuje dva roky.

Zvláštního významu nabývá vrstevnická skupina v období dospívání, tedy po patnáctém roce, kdy prudce stoupá socializační význam spontánních vztahů. Dospívající se osamostatňují, odpoutávají od rodiny, navazují nové vztahy s jedinci obojího pohlaví. Vrstevnická skupina vytváří podmínky pro osvojování nových rolí a zvládání nových situací, které přináší období dospívání a dospělost (Gillernová, Buriánek, 2001).

## **2.3 Sociální integrace lidí s postižením**

„Každý postižený člověk je svébytný jedinec a jeho postižení je jen jedním z jeho specifik.“ (ŠVARCOVÁ, 2000, s. 111)

K úspěšné sociální integraci postižených jedinců musí předcházet vytvoření řady podmínek v různých oblastech týkajících se např. bydlení, výběru sociální služby, školství i pracovního procesu.



„Pojem **sociální integrace**, nověji **inkluzie** označujeme proces rovnoprávného společenského začleňování specifických minoritních skupin jako jsou např. lidé se zdravotním postižením, staří občané, sociálně nepřizpůsobiví lidé do vzdělávacího i pracovního procesu a do života společnosti.“ (NOVOSAD, 2009, s. 21)

„Integrace i inkluze jsou procesy, které usilují o plnohodnotný společenský život hendikepovaných i zdravých jedinců s respektováním jejich individuálních schopností a možností rozvoje. Hlavním kritériem k určení stupně integrace člověka je **kvalita společenských vztahů**.“ (MATOUŠEK, 2005, s. 97)

Stupně socializace neboli míru zapojení znevýhodněných osob se pokusil formulovat Miloš Sovák (1975) významný český psycholog. Socializaci člení na čtyři základní stupně: **integrace**, **adaptace**, **utilita**, **inferiorita** (Pipeková, 1998).

**Integrace** je plným začleněním a splynutím osoby s postižením se společností. Předpokládá samostatnost, nezávislost jedince, jenž nevyžaduje zvláštní ohledy nebo přístupy ze strany přirozeného prostředí. Integrace je postoj společnosti k handicapovaným občanům, která je **nesegreguje**, neodmítá, snaží se je přijmout do společenského proudu (Švarcová, 2000).

Podle Novosada (2000) je **integrace** znevýhodnění plynoucí z postižení se v podstatě u postiženého jedince nerozvinulo, případně se s ním plně vyrovnal a jeho následky dokázal adekvátně kompenzovat, je schopen plnit všechny funkce vyplývající z plné socializace a je rovnoprávným partnerem, aktérem ve všech běžných oblastech profesní přípravy, osobního i pracovního uplatnění a společenského života.

**Adaptace** je o něco nižší fáze či stupeň socializace a charakterizujeme ji jako schopnost handicapovaného jedince přizpůsobovat se sociálnímu prostředí, komunitě, společenským podmínkám.

Přírozeně záleží na osobnosti, volných vlastnostech, schopnostech, potřebách jedince s postižením, jak se dovede včlenit mezi ostatní zdravé nepostižené lidi tak, aby byl akceptován prostředím v němž žije nebo ve kterém bude trvale či dočasně žít.

**Utilita** označuje již jen sociální „upotřebitelnost“ jedince s postižením, jehož vývoj a funkční schopnosti jsou značně omezeny. Takový jedinec již není samostatný a v mnoha oblastech je závislý na jiných lidech. V důsledku svého postižení se ani přes plnou terapeutickou péči nemůže plně socializovat a trvale nemůže žít zcela samostatně.

**Inferiorita** charakterizuje jako nejnižší stupeň socializace, pro níž je typická sociální „nepoužitelnost a vyčlenění z hlavního proudu života společnosti. Pipeková (1998) uvádí, že Inferiorita je sociální nepoužitelnost, vlivem toho dochází k **segregaci** jedince.

Po mnohaletém udržování spíše segregačních přístupů ve vztahu k postiženým se naše společnost pomalu vyrovnává se změnami, což se projevuje při prosazování moderních trendů jako inkluzivní přístupy.

Inkluzivní přístupy lze charakterizovat jako naprostým **začleňováním** handicapovaných osob do běžné společnosti. Jde o víceméně globální trend – mezinárodní spolupráce a výměna zkušeností funguje také v tomto případě jako katalyzátor urychlující proces pozitivních společenských změn. U nás se tento proces akceptuje zvláště po vstupu do Evropské unie (SLOWÍK, 2007).

„Škály stupňů sociální integrace podle WHO (Jesenský, 1995)

<b>Stupeň integrace</b>	<b>Reálný obraz</b>
<b>1. sociálně integrovaný</b>	postížení neomezují plnou účast při všech společenských činnostech
<b>2. účast inhibovaná</b>	postížení vyvolává určitou nevýhodu, která znamená mírné omezení
<b>3. omezená účast</b>	osoby se neúčastní plně obvyklých společenských činností, jejich postížení negativně ovlivňuje např. manželství, sexuální život apod.
<b>4. zmenšená účast</b>	v důsledku postížení nejsou osoby schopné navázat náhodné kontakty a jejich účast ve společenském životě je omezena na plošné komunitární vztahy – rodina, domov, pracoviště apod.
<b>5. ochuzené vztahy</b>	jde o omezení ve fyzickém, sociálním či psychickém vývoji bez tendencí ke zlepšení
<b>6. redukované vztahy</b>	jedinci jsou schopni udržovat vztahy pouze k vybrané a omezené skupině či k jednotlivci
<b>7. narušené vztahy</b>	jedinci nejsou schopni udržovat trvalejší vztahy s ostatními lidmi, změny chování působí negativně i v prostředí přirozené skupiny
<b>8. společenská izolovanost</b>	jde o specifické případy segregace, o osoby, jejichž schopnost míry integrace je nezjistitelná právě pro jejich izolovanost.“ (SLOWÍK, 2007, s. 33)

## 2.4 Socializace osobnosti

### 2.4.1 Vymezení pojmu osobnost

V oblasti společenského života pojem osobnosti patří k velmi často používaným pojmům. Specifický význam má v psychologii. Setkáváme se s různými definicemi či charakteristikami osobnosti.

„Na osobnost lze pohlížet jako na **komplexní celek duševního života** či dynamický **soubor relativně stálých duševních vlastností**. Zjednodušeně můžeme říci, že osobnost zahrnuje **veškeré duševní dění**. Jedním z aspektů osobnosti je **prožívání** a **chování** - celý souhrn vnějších projevů, činností, aktivit a reakcí.“ (OREL, a kol. 2012, s. 158)

„V psychologii bývá tedy **osobnost** vymezená jako soubor všech psychických a fyzických vlastností člověka uspořádaných do určitého celku, který je pro každého člověka typický a odlišuje se od ostatních lidí.

Jedinečnost jako podstatná charakteristika osobnosti člověka je z tohoto hlediska produktem života každého jednotlivce a vzniká v důsledku působení jedinečných podmínek a faktorů, které se na utváření jeho osobnosti v různé míře podílejí.

Rozhodující vliv na utváření osobnosti mají:

- vrozené a zděděné předpoklady,
- životní prostředí a socializace,
- vlastní aktivity jedince.

Rovnoměrnost vývoje lidské osobnosti zajišťuje pak **proces socializace**.“ (BEDRNOVÁ, PAUKNEROVÁ, 1995, s. 32-33)

**Socializace osobnosti** vyjadřuje pojem sociální role, kdy během socializace si člověk osvojuje způsoby chování, které okolí od jednotlivce očekává z hlediska jeho věku, pohlaví, společenského statusu (Čech, 2008).

**Utváření** osobnosti je nejintenzivnější v prvních letech života dítěte. Dítě si osvojuje jazyk, komunikaci nezbytnou v interakci a specifické vidění světa, určité názory, postoje přesvědčení a **identitu**. Prostřednictvím sociálního učení umožňuje proces socializace vývoj člověka v **osobnost**.

Osobnost jedince se utváří **jejím začleňováním do společnosti**, které probíhá v rámci každodenního sociálního života člověka (Helus, 1997).

Podle Řezáče (1997) osobnost vyjadřuje celistvost duševního života jedince.

#### 2.4.2 Změna osobnosti vlivem postižení

Zdravotní postižení postihuje určitý orgánový systém, který ovlivňuje **celou osobnost** postiženého jedince a vytváří jeho **specifickou sociální situaci**.

**Osobnost je pokládána** za trvalejší, ale nikoli neměnnou strukturu. Lidského jedince **formuje a rozvíjí** výchova i ostatní socializační procesy. Člověk se pozměňuje vlivem svých zkušeností, **které se projevují změnami v jeho psychických vlastnostech projevených v chování** (Gillernová, 2000).

**Přetrvávající změny osobnosti, které lze přisoudit hrubému poškození nebo nemoci mozku** se projevují stálými změnami ve způsobu existence u člověka, jehož osobnost dříve **nevykazovala** žádné poruchové vzorce. Psychický dopad organického postižení mozku závisí na **typu, rozsahu a závažnosti poškození**, které může být **lokalizované** generalizované, dále celkový **zdravotní stav**, fyzická kondice a **doba vzniku** (Orel a kol, 2012).

Vybrané druhy postižení mozku uvádíme v kap. **1.3**, rozdělení tělesných postižení podle Pipekové a kol. (1998).

### **„Přetrvávající změny osobnosti po katastrofické události (F62.0)**

se rozvíjejí jako následek katastrofické události nebo extrémního stresu u původně zdravé osobnosti. Projevuje se výraznými změnami v prožívání, myšlení a jednání, které přetrvává alespoň dva roky. Objevuje se trvale hostilní a nedůvěřivý postoj ke světu, sociální stažení, trvalé pocity prázdnoty a beznaděje, bezvýchodnosti. Dotyčný prožívá, že je „jiný“. Změny zasahují do jeho vlastního života a vztahů i životů blízkých. Okolí změny vesměs jasně registruje.

### **Přetrvávající změna osobnosti po psychickém onemocnění (F62.1)**

vzniká následkem duševní poruchy u dříve neporuchové osobnosti. Po odeznění psychické poruchy se objevují neměnné a dlouhodobě (alespoň dva roky trvající) přetrvávající změny ve smyslu rozvoje závislosti na jiných, sociálního stažení až izolace, pasivity redukce zájmů, změny sebepojetí, dysforie a emoční lability, změny v běžném fungování apod. Nejedná se přitom o reziduální formu duševního onemocnění (např. reziduální schizofrenie) ani neúplné uzdravení z některé duševní poruchy.“ (OREL a kol, 2012, s. 163)

Psychické změny osobnosti, které vzniknou v důsledku úrazu nebo nemoci se rozvíjejí na základě již existujících vlastností, individuálně typických znaků i odchylek. Důsledkem úrazu může být organická změna osobnosti. Porucha se projevuje ztrátou emocionální kontroly, obtížemi v sebeovládání, sklonem k podrážděnosti, afektivním a agresivním výbuchům a bezohledností (Vágnerová, 1999).

## 3 SYSTÉM SOCIÁLNÍCH SLUŽEB V ČR

V následující kapitole se budeme zabývat jaké možnosti, řešení, pomoc a podporu poskytují sociální služby osobám, které se ocitli v nepříznivé sociální situaci.

### 3.1 Charakteristika sociálních služeb

Sociální služby a jejich poskytovatelé prošli dlouhodobým historickým vývojem. V České republice počet potřebujících, příjemců, uživatelů sociálních služeb je více než 500 – 600 tisíc. Přesto není sociálním službám věnována odpovídající pozornost. V oblasti odměňování pracovníků či společenského uznání, prestiže **profesí** v sociálních službách i v celospolečenské a mediální koncentraci na problematiku sociálních služeb.

Lze je definovat jako služby, které jsou vykonávány a regulovány státem, veřejnou správou a paralelně i neziskovým či soukromým sektorem, které vedou k udržení či získání lidské soběstačnosti a důstojnosti, předchází **sociální exkluzi** a vedou k **sociální integraci**.

Sociální služby jsou specializované činnosti, které mají pomoci člověku řešit jeho nepříznivou sociální situaci. Služby jsou poskytovány lidem společensky znevýhodněným, a to s cílem zlepšit kvalitu jejich života, popřípadě je v maximálně možné míře do společnosti začlenit, nebo společnost chránit před riziky, jejichž jsou tito lidé nositeli.

Sociální služby by měly lidem pomáhat žít běžným životem – umožnit jim pracovat, nakupovat a navštěvovat školu, navštěvovat místa praktikování víry, účastnit se aktivit volného času, starat se o sebe a o svou domácnost stejně jako o všechny další věci, které jsou lidmi vnímány jako samozřejmé až do chvíle, kdy jim v nich nějaký stav či událost začne bránit (Kolektiv autorů, 2011).

### 3.2 Sociální práce jako služba

„Velké změny v sociální práci přinesl dlouho očekávaný nový zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách.

#### Hlavní cíle zákona:

- Podporovat proces sociálního začleňování uživatelů sociálních služeb.
- Vytvořit podmínky pro uspokojování oprávněných potřeb lidí, kteří jsou oslabeni v jejich prosazování.

Zabezpečit základní rámec zajištění potřebné podpory a pomoci. Podporou a pomocí se myslí ty činnosti, které jsou nezbytné pro sociální začleňování osob a důstojné podmínky života odpovídající úrovni rozvoje společnosti. **Obecný cíl sociálních služeb = podpora začlenění lidí v nepříznivé situaci a předcházení vyloučení ze společnosti.**“ (HAUKE, 2011, s. 31)

Sociální práce se realizuje především v **sociálních službách**, které vymezil a zpřesnil nový **sociální zákon**, který výrazným způsobem upevnil sociální práci. Profesionalizovaní sociální pracovníci jsou zaměstnáváni sociálními subjekty, aby realizovali jejich sociální cíle. V sociální práci se jedná zejména o osoby v **nepříznivé sociální situaci**

Sociální práce zajišťuje na profesionální úrovni péči o potřebné. Vstupuje do života všech potřebných **sociálně znevýhodněných**, v podobě služby, nebo aktivity.

Sociální práce podporuje klienta, rodinu nebo skupinu v daném společenství. **Cílem** sociální práce je podpořit schopnosti klienta řešit svou situaci, ve které se nachází a pracovat s problémy, jež ho obklopují. **Dalším cílem** je zprostředkovat klientovi kontakt na subjekty, které mu poskytnou zdroje, služby a příležitosti (Gulová, 2011).



### 3.3 Členění sociálních služeb v ČR

„Sociální služby nabízejí konkrétní pomoc při řešení složité situace v **různých** oblastech života handicapovaného člověka. V ideálním případě tak klient pomocí **příspěvků** sociální podpory může financovat potřebné sociální služby a prakticky si korigovat a řídit využití sociální péče podle vlastních potřeb.“ (SLOWÍK, 2007, s. 42)

**„Sociální služby v České republice jsou členěny podle místa jejich poskytování:**

**Terénní služby** jsou poskytovány v prostředí, kde člověk žije, tj. domácnosti, v místě, kde pracuje, vzdělává se nebo tráví volný čas. Příkladem může být pečovatelská služba, osobní asistence či terénní program pro ohroženou mládež.

Za **ambulantními službami** člověk dochází do specializovaných zařízení, jako jsou například poradny, denní stacionáře pro osoby se zdravotním postižením nebo kontaktní denní centra pro osoby ohrožené závislosti na návykových látkách.

**Pobytové služby** jsou poskytovány v zařízeních, kde člověk v určitém období svého života fakticky celoročně žije. Jedná se především o domovy pro matky s dětmi nebo osoby bez přístřeší.“ (KLOKEKTIV AUTORŮ, 2011 s. 247)

Čadilová, Jůn, Thorová (2007) uvádí, příspěvek na péči je určen k pokrytí nákladů sociálních služeb, které uživatel využívá, aby se dokázal co nejlépe zapojit do běžného života většinové společnosti.

**Sociální služby jsou členěny do tří základních oblastí:**

„*Sociální poradenství*, které je obvykle specializované pro určitou cílovou skupinu či situaci, přičemž základní poradenství je nedílnou složkou všech poskytovaných služeb.

*Služby sociální péče* zahrnují služby, jejichž hlavním cílem je zabezpečovat lidem základní životní potřeby, které nemohou být zajištěny bez péče a pomoci jiné osoby, umožnit lidem v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti a v případech, kdy toto není možné s ohledem na jejich fyzický a psychický stav, zajistit důstojné prostředí a zacházení.

*Služby sociální prevence* slouží zejména k předcházení sociálním vyloučení osob, které jsou ohroženy sociálně negativními jevy.

**Zákon o sociálních službách vymezuje následující druhy sociálních služeb:**

*Sociální poradenství*

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

**Odborné sociální poradenství** je poskytováno se zaměřením na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin osob v občanských poradnách, manželských a rodinných, **poradnách pro seniory**, poradnách pro osoby se zdravotním postižením, poradnách pro oběti trestných činů a domácího násilí; zahrnuje sociální práci, jejichž způsob života může vést ke konfliktu se společností.

### *Služby sociální péče*

**Osobní asistence** je terénní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení a jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje bez časového omezení, v přirozeném sociálním prostředí osob a při činnostech, které osoba potřebuje.

**Pečovatelská služba** je terénní služba ambulantní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, a rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje ve vymezeném čase (především časovým vymezením se odlišuje od služby osobní asistence) v domácnostech osob a ambulantních zařízeních.

**Tísňová péče** je terénní služba, kterou se poskytuje nepřetržitá distanční hlasová a elektronická komunikace s osobami vystaveného stálému vysokému riziku ohrožení zdraví nebo života v případě náhlého zhoršení zdravotního stavu nebo schopnosti.

**Průvodcovské a předčitatelské služby** jsou terénní nebo ambulantní služby poskytované osobám, jejichž schopnosti jsou sníženy z důvodu věku nebo zdravotního postižení v oblasti orientace nebo komunikace. Napomáhají jim osobně si vyřídit vlastní záležitosti.

**Podpora samostatného bydlení** je terénní službou poskytovanou osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby.

**Odlehčovací služby** jsou terénní, ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku chronického onemocnění nebo zdravotního postižení a o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí; cílem služby je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek.

V **centrech denních služeb a denních stacionářích** se poskytují ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc fyzické osoby.

V **domovech pro osoby se zdravotním postižením** se poskytují pobytové služby, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Služby v domovech pro osoby se zdravotním postižením jsou obvykle uzpůsobeny věku a charakteru potřeb klientů vyplývajících z druhu zdravotního postižení.

V **domovech se zvláštním režimem** se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

**Chráněné bydlení** je pobytová služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, a jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Chráněné bydlení má formu skupinového, popřípadě individuálního bydlení, které má charakter běžného bydlení v bytech a domech.

**Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavné péče.** Zde se poskytují pobytové sociální služby osobám, které jež nevyžadují ústavní zdravotní péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopny se obejít bez pomoci jiné fyzické osoby, a nemohou být proto propuštěny ze zařízení do doby, než jim je zabezpečena pomoc osobou blízkou, jinou fyzickou osobou či zajištěno poskytování terénních nebo ambulantních sociálních služeb nebo pobytových sociálních služeb v zařízeních sociálních služeb.

V **domovech pro seniory** se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby

#### *Služby sociální prevence*

**Ranná péče** je terénní, popřípadě i ambulantní služba poskytovaná dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivé sociální situace. Služba je zaměřena na podporu rodiny a podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby.

**Telefonická krizová pomoc** je terénní služba poskytovaná na přechodnou dobu osobám, jež se nacházejí v situaci ohrožení zdraví nebo života nebo v jiné obtížné životní situaci, kterou přechodně nemohou řešit vlastními silami. Odborní pracovníci jsou kontaktováni telefonem a nedochází k přímému kontaktu mezi uživatelem a odborníkem.

**Tlumočnické služby** jsou terénní, popřípadě ambulantní služba poskytovaná osobám s poruchami komunikace způsobenými především smyslovým postižením, které zamezuje běžné komunikaci s okolím bez pomoci jiné fyzické osoby.

**Azylové domy** poskytují pobytové služby na přechodnou dobu osobám v nepříznivé sociální situaci spojené se ztrátou bydlení. Služby jsou uzpůsobeny potřebám uživatelů, a to především s ohledem na okolnosti ztráty bydlení (tj. rozdílně koncipovány azylové domy pro rodiče s dětmi, pro muže, ženy, oběti trestného násilí apod.).

**Domovy na půl cesty** poskytují pobytové služby zpravidla pro osoby do 26 let věku, které po dosažení zletilosti opouštějí školská zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy, popřípadě pro osoby z jiných zařízení pro péči o děti a mládež, a pro osoby, které jsou propuštěny z výkonu trestu odnětí svobody nebo ochranné léčby.

**Kontaktní centra** jsou nízkoprahová zařízení poskytující ambulantní, popřípadě terénní služby osobám ohroženým závislostí na návykových látkách. Cílem služby je snižování sociálních dopadů a zdravotních rizik spojených se zneužíváním návykových látek.

Služby **intervenčních center** jsou určeny obětem domácího násilí, a to v případech, kdy agresor byl vykázan ze společného obydlí. Pomoc intervenčního centra může být poskytnuta rovněž na základě žádosti osoby ohrožené násilným chováním jiné osoby obývající s ní společné obydlí nebo bez takového podnětu. Sociální služby v intervenčním centru jsou poskytovány jak služby ambulantní, terénní nebo pobytové.

**Krizová pomoc** je terénní služba ambulantní nebo pobytová na přechodnou dobu poskytovaná osobám, které se nacházejí v situaci ohrožení zdraví nebo života, kdy přechodně nemohou řešit svoji nepříznivou situaci vlastními silami.

**Nízkoprahová denní centra** poskytují ambulantní, popřípadě terénní služby pro osoby bez přístřeší.

**Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež** poskytují ambulantní, popřípadě terénní služby dětem ve věku od 6 do 26 let ohroženým společensky nežádoucími jevy. Cílem služby je zlepšit jejich kvalitu života předcházením nebo snížením sociálních a zdravotních rizik souvisejících se způsobem jejich života, umožnit jim lépe se orientovat v jejich sociálním prostředí a vytvářet podmínky k řešení jejich nepříznivé sociální situace.

**Služby následné péče** jsou ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám s chronickým duševním onemocněním a osobám závislým na návykových látkách, které absolvovaly ústavní léčbu ve zdravotnickém zařízení, absolvovaly ambulantní léčbu nebo se jí podrobují, nebo osobám, které abstínují.

**Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením** jsou ambulantní, popřípadě terénní služby poskytované osobám v důchodovém věku nebo osobám se zdravotním postižením ohroženým sociálním vyloučením.

**Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi** jsou terénní, popřípadě ambulantní služby poskytované rodině s dítětem, jehož vývoj je ohrožen v důsledku dopadů dlouhodobě krizové sociální situace, kterou rodiče nedokážou sami bez pomoci překonat, a u něhož existují rizika ohrožení jeho vývoje.

**Noclehárny** poskytují ambulantní službu osobám bez přístřeší, které mají zájem a využití hygienického zařízení a přenocování

**Sociálně terapeutické dílny** jsou ambulantní služby poskytované osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení, které nejsou z tohoto důvodu umísitelné na otevřeném ani chráněném trhu práce. Jejich účelem je dlouhodobá a pravidelná podpora zdokonalování pracovních návyků, a dovedností prostřednictvím sociálně pracovní terapie.

**Terapeutické komunity** poskytují pobytové služby i na přechodnou dobu pro osoby závislé na návykových látkách nebo osoby s chronickým duševním onemocněním, které mají zájem o začlenění do běžného života.

**Terénní programy** jsou terénní služby poskytované osobám, které vedou rizikový způsob života nebo jsou tímto způsobem života ohroženy. Služba je určena pro problémové skupiny osob, uživatele návykových látek nebo omamných psychotropních látek, osoby bez přístřeší, osoby žijící v sociálně vyloučených komunitách a jiné sociálně ohrožené skupiny. Cílem služby je tyto osoby vyhledávat a minimalizovat rizika jejich způsobu života.

**Sociální rehabilitace** je soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, poskytováním nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompenzací. Sociální rehabilitace se poskytuje formou terénních a ambulantních služeb, nebo formou pobytových služeb poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb.“ (KOLEKTIV AUTORŮ, 2011, s. 247- 251)

### 3.4 Zmírňování důsledků postižení

Aby mohla nastat pozitivní **změna** životních podmínek u člověka s **handicapem**, musí k tomu dostat odpovídající šance. Řešením je poskytnout v nabídce těmto lidem životní příležitosti k osobnímu rozvoji srovnatelné s těmi, které mají ostatní členové společnosti.

Zapojit se do činnosti ve prospěch znevýhodněných občanů, členů rodiny přátel, sousedů, nebo našich bližních můžeme prakticky všichni. Kromě jiného je to projev **vytváření skutečné občanské společnosti**.

Hlavním záměrem zmírňování důsledků postižení a vyrovnávání příležitostí handicapovaných osob je tzv. **národních plánů**. U nás v ČR od počátku 90. let. minulého století, naznačovali cestu ke zlepšení situace lidí s postižením. Shodný trend je i v rámci **Evropy a v globálním**, celosvětovém měřítku. V České republice jsou národní plány připravovány v čtyřletých intervalech a jejich realizace je součástí střednědobé koncepce státní politiky pro zlepšování situace a postavení občanů se zdravotním postižením.

**Zdravotní péči** naleznou znevýhodnění lidé ve zdravotnickém zařízení, které jim poskytnou odborní lékaři.

**Poradenská zařízení** nabízejí speciálně - pedagogické služby. Děti, žáci a studenti se speciálními vzdělávacími potřebami mohou najít podporu, pomoc v školských poradenských zařízeních, mezi která patří pedagogicko-psychologické poradny a speciálně pedagogická centra. Obě zařízení poskytují základní i odborné informace, a také diagnostické služby, konzultace, pomoc při volbě povolání, spolupracují při tvorbě individuálních vzdělávacích plánů, příp. zajišťují půjčování speciálních pomůcek.

Poradenská zařízení pro dospělé klienty s postižením jsou u nás **méně rozvinutá**. Tyto služby jsou většinou poskytovány nestátními neziskovými organizacemi jako jsou sdružení, spolky apod. Neziskové organizace jsou závislé na nejistém způsobu financování a s omezenou možností poskytovat odborné poradenství na vysoké profesionální úrovni.



Rozdíly v nabídce poradenských služeb pro klienty s různými druhy postižení jsou značně rozdílné. Přestože dnes je možnost dostupné a rychlé internetové komunikace, nelze tím nahradit v poradenské praxi osobní kontakt a mnozí klienti jsou nuceni dojíždět za poradenskými službami daleko do větších měst nebo regionálních center. V poradnách nacházejí potřebnou radu při řešení náročných problémů, s nimiž vzhledem ke svému handicapu si nedokážou sami poradit (Slowík, 2007).

**Sociální vyloučení** podle Matouška (2005) bývá založené na následujících **faktorech**: příslušnost k národnostní menšině, neuspokojivé bydlení bez základního vybavení, nedostatečné vzdělání, **špatný zdravotní stav, ztráta sociálních kontaktů**. Hlavním posláním sociální služby je pomoc udržet osoby v nepříznivé sociální situaci v domácím prostředí.

Hauke (2011) uvádí „§ 1 odst. 1 zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o sociálních službách“) „Tento zákon upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým **osobám v nepříznivé sociální** situaci prostřednictvím sociálních služeb...a předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách.“ Tento paragraf upravuje předmět zákona samotného. Lze z něho tedy vyčíst, že osoba se musí nacházet **v nepříznivé sociální situaci**, aby jí mohla být poskytována pomoc a podpora prostřednictvím sociálních služeb.“

„Sociální služby napomáhají osobám se **zdravotním postižením** zajistit fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto **vylučuje jejich stav**, zajistit jim důstojné prostředí a přijatelné zacházení.“ (MICHALÍK, 2011, s. 239) „V praxi to znamená, že uživateli se poskytuje pouze taková pomoc a podpora, kterou **nezbytně potřebuje** a která ho **nevede** k větší závislosti na druhé osobě. Znamená to, že pracovník za uživatele nevykonává činnosti, které uživatel zvládá sám.“ (HAUKE, 2011, s. 23)

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 4 Případová studie

V praktické části bakalářské práce jsme použili metodu výzkumu případové studie, prostřednictvím které jsme zjišťovali vytýčené cíle případové studie. Vypracováním pěti kazuistik jednotlivých případových studií, jejichž **cílem** bylo přiblížit problematiku začlenění osob se zdravotním postižením do společnosti.

### 4.1 Teoretická východiska

Následující příklady kazuistik demonstrují závažnost a potřebnost řešení. Abychom mohli detailně popsat nebo rozebrat několik případů z praxe použijeme **metodu výzkumu: případová studie**. Prostřednictvím metody výzkumu případové studie můžeme dostat odpověď na položenou otázku. Co mají společného presentované osoby v uvedených kazuistikách.

**Metodou výzkumu případové studie** usilujeme o zachycení složitosti konkrétních případů. Předpokládáme, že důkladným prozkoumáním jednoho případu lépe porozumíme jiným podobným případům.

Zpracování bylo založeno na zkušenostech z přímé praxe s osobami se zdravotním postižením. Přitom jsme se soustředili na jednotlivé aktéry případu a procesu za účelem jejich pochopení v přirozených podmínkách, s ohledem na jejich validitu.

Případová studie je zaměřena na problematiku začlenění osob se zdravotním postižením do společnosti.

Na konkrétních pěti kazuistikách se pokusíme demonstrovat, jakým způsobem se mohou začlenit osoby se zdravotním postižením do společnosti. K tomuto účelu jsme vybrali dva muže uživatele sociálních služeb v „Domově pro osoby se zdravotním postižením“, a dále muže a dvě ženy, kteří žijí běžným způsobem života v přirozeném sociálním prostředí.

## 4.2 Kazuistiky z praxe

### Kazuistika č.1

Klient, věk 34 let, s lehkou mentální retardací, nedoslýchavost. Zbaven způsobilosti k právním úkonům. V domově pro osoby se zdravotním postižením žije od 12 let.

Pochází z početné rodiny, kde je více sourozenců. Rodiče i příbuzní se s klientem nestýkají. Dokud žili prarodiče pravidelně jezdíval k nim domů.

Navštěvoval pomocnou školu, ovládá celkem dobře trivium. V místní a časové orientaci má dobrý přehled, zná hodnotu peněz. Vyjadřuje se řečí verbálně, nonverbálně i písemně. Hovoří dost hlasitě, jeho hlas je silný až hlučný, protože nedoslýchá. Protetickou pomůcku – naslouchadlo, odmítá používat. Má špatnou výslovnost hlásek - patlá.

Klient je samostatný, základní životní úkony a sebeobsluhu zvládá bez pomoci. Má obtíže s pozorností a vytrvalostí, podléhá náladám. Rád si čte a dívá se na televizi, zajímá se o přírodu. Je komunikativní a je rád, věnuje-li se mu pozornost. Je zvyklý na pravidelný denní režim.

Ocitne-li se klient v úplně nové situaci, mezi dosud neznámými lidmi např. nový zaměstnanci, nastává ve vzájemné komunikaci vážný osobní problém, který se u něj projevuje – strachem, úzkostí, nedůvěrou. Jeho chování je pak podrážděné, nepřiměřeně emocionální a může přejít do afektu, kdy je schopen fyzicky napadnout člověka. Velmi dlouho mu trvá, než si zvykne na nové zaměstnance a sžije se s nimi. Jakmile překoná tuto bariéru, pak je k nim vstřícný, ochotný a laskavý. Pokud někomu nedůvěřuje, je vždy odměřený až hrubý. Má vybraný okruh přátel, ke kterým se chová slušně. Ochotně jim vypomůže s různými pracemi.

**Proces sociální integrace** se u klienta prohlubuje pravidelnou docházkou do pracovní terapie, kde plete zručně proutěné výrobky, které jsou určené pro výstavy, prodejní trhy.

Při prezentaci svých výrobků i mimo domov, došlo ke zlepšení vzájemné komunikace mezi lidmi. Vhodnou motivací pro klienta je zájmová divadelní činnost, kde vystupuje v divadelních představeních pro veřejnost.

Věcný přístup a klid ze strany personálu mu pomáhá regulovat chování, jednání a podporuje sebekontrolu. S klíčovým pracovníkem individuálně plánuje průběh sociální služby, což mu např. umožňuje cestovat veřejnou hromadnou dopravou za nákupy pro vlastní potřebu. Pravidelně se stýká se svojí přítelkyní, plánují společnou budoucnost v chráněném bydlení. Je třeba podporovat partnerský vztah u uživatele sociální služby v oblasti sexuální výchovy a osvěty.

#### Kazuistika č. 2

Klient, věk 51 let, diagnóza – schizofrenia chronica s defektem osobnosti. Zbaven způsobilosti k právním úkonům. V domově pro osoby se zdravotním postižením žije 12 roků.

Pochází z úplné rodiny, má sestru. Rodiče již nežijí.

Klient je vyučený v tříletém oboru – soustružník, vlastnil řidičský průkaz. Byl ženatý, má dva syny a vnoučata, ovšem jeho přímí příbuzní se k němu nehlásí. Přestože se s nimi snažil navázat písemný nebo telefonní kontakt, rodina nereaguje. Pouze vlastní sestra ho občas navštíví.

Nemoc se u klienta projevila v 33 letech, doprovázena psychickou změnou v jeho chování. Následkem onemocnění došlo k rozpadu manželství, proto odešel bydlet do rodinného domku ke své matce, za její pomoci vedli společnou domácnost. Obstarával nákupy, zvládal pravidelné docházky k lékaři, kulturně- společenskému životu se nevyhýbal. V jeho životě nastal zlom, když jeho maminka nečekaně zemřela. Sám nezvládal o sebe pečovat, dostal se do finanční nouze a sociálně znevýhodněné situace.

Po projednání tíživé životní situace s lékařem přijal sociální službu v domově pro osoby se zdravotním postižením na chráněném bydlení.

Ze začátku byl smutný, až apatický, neměl zájem o dění kolem sebe. Postupně zde začal rád pomáhat s domácími pracemi, začal obstarávat drobné nákupy spolubydlícím. Personál ho motivuje k pracovní činnosti v tkalcovské dílně, kde se projev jeho manuální zručnost a fantazie při vytváření výrobků, které slouží k užití i dekoraci. Po delší době se zapojil do kulturně-společenského života. Pomocí sociální služby a individuálního plánování klient strávil poprvé v životě dovolenou u moře, tím překonal osobní bariéry – bál se delšího cestování. Klíčový pracovník klienta postupně připravil, aby fyzicky náročnou cestu zvládl i po stránce psychické. U tohoto klienta včasná pomoc a podpora vhodně vybrané sociální služby vede k úspěšnému prožití kvalitního, důstojného života. Proces **sociální integrace** úspěšně probíhá.

### Kazuistika č. 3

Žena, věk 55 let, lehký až středně těžký organický psychosyndrom po operaci nádoru na mozku. Způsobilost k právním úkonům. Žije společně s manželem v bytě.

Pochází z úplné rodiny, matka již nežije, má tři sourozence.

Vzdělání –vzdělání pro nižší zdravotnický personál, SOU- číšník, USO – speciální pedagogika – vychovatelství. Vdaná, dvě děti, dvě vnučky.

Žena onemocněla ve středním věku v plném pracovním procesu. Začaly se projevovat náhlé změny nálad, silná únava, došlo k narušení hrubé motoriky, pohyblivosti, výrazné zhoršení zraku a sluchu. Nemoc byla odhalena, až žena přestala chodit, poté byla okamžitě hospitalizována na neurochirurgickém oddělení. Pacientka se ocitla v přímém ohrožení života, okamžitě se musela podrobit operaci mozku, kdy byl odstraněn nezhoubný nádor – meningeom gr. II. frontálně vpravo.

Po úspěšné operaci ženě zůstaly obtíže v oblasti koordinace pohybů, částečné ochrnutí levé poloviny těla, nastaly potíže při chůzi, v oblasti verbální komunikace a prostorového vidění, ocitla se na invalidním vozíku.

Po propuštění z nemocnice do domácí péče se žena nemohla vrátit do vlastního bytu umístěného v druhém patře, protože v domě není výtah. Vzniklý problém - handicap pomohly řešit úřady přidělením bezbariérového bytu v domě s výtahem v jiné obci. Teprve nyní mohla nastala rehabilitace, rekonvalescence v rok trvající pracovní neschopnosti. Došlo k sociální izolaci, odloučení od rodiny, spolupracovníků a přátel. Projevilo se citové strádání, které vedlo k apatii, nezájmu o péči vlastní osoby, k nezájmu o život a dění kolem sebe. Vzniklou nepříznivou situaci začala řešit dcera, která mamince dovezla svého psa, o kterého byla potřeba pečovat, a tím byla nastartovaná velká motivace, výzva k zmírnění handicapu. Zdravotní stav se po stránce psychické i fyzické začal zlepšovat. Vůle, vrátit se do běžného života a pracovního procesu byla silná.

Žena se sama obrátila na odborníky. Nastala spolupráce odborníků, lékařů, kteří sestavili individuální plán terapie. Včasná terapie procvičování paměti, motoriky a zručnosti vedla k výraznému zlepšení celkového zdravotního stavu. Po absolvování psychotestů a souhlasem lékařů se žena mohla vrátit zpátky do pracovního procesu. Došlo k dohodě mezi zaměstnavatelem, který jí vytvořil mimořádné pracovní podmínky vzhledem k handicapu, „pracovník si volí sám individuální pracovní tempo a má zkrácenou pracovní dobu“. Zaměstnavatel poskytuje sociální službu osobám se zdravotním postižením a poskytl pomoc a podporu svému zaměstnanci, který v průběhu pracovního procesu získal handicap. Žena překonala obrovské bariéry, radost z pracovních úspěchů, silná vůle ji pomáhají v procesu sociální integrace.

Zaměstnavatel podporuje výchovně-vzdělávací proces, tím že jí umožnil vzdělávání na vysoké škole. Jako vedoucí i aktér divadla „Radost“ prezentuje i na veřejnosti spolu s handicapovanými uživateli zařízení Domov.

Humánní přístup ze strany rodiny, obce a zaměstnavatele posunul hranice lidských možností k **úplné inkluzi** handicapovaného jedince.

#### Kazuistika č. 4

Muž, věk 56 let, úplná slepota následkem sebevraždy a to střelbou do hlavy. Způsobilost k právním úkonům. Žije sám v garsonce.

Pochází z úplné rodiny, rodiče maďarského původu již nežijí, tři sourozenci.

Rozvedený, dvě děti, pět vnoučat.

Vzdělání – SOU – obor opravář zemědělských strojů, profesionální řidič autobusu.

Muž maďarské národnosti absolvoval základní vojenskou službu v Brně – Slatině, zde se oženil. Do pracovního procesu nastoupil společně s manželkou do strojírenského závodu jako lisař. Byt jim byl přidělen v Adamově, kde bydlel s rodinou. Změnil zaměstnání na řidiče dálkových autobusů. V manželství nastaly neshody, manželka trvala na rozvodu manželství, měla již nového partnera. Nesouhlasil s rozvodem kvůli rozpadu rodiny, což také vedlo k sourozeneckým neshodám, které trvají dodnes. Bývalá manželka i dcera usilovaly, aby muž opustil společný byt, který chtěla užívat s přítelem. Byl velmi citově vázán na děti, přesto došlo k narušení vzájemných vztahů a spolu s výkonem psychicky náročného povolání se dostal do stresu. Celou situaci nezvládl a spáchal nedokonalou sebevraždu, vlivem selhání střelné zbraně. Po dlouhodobé hospitalizaci se vrátil do společného bytu, kde ho rodina odmítala pustit. Nastalou situaci musela řešit Policie ČR. Soudním rozhodnutím mu bylo umožněno užívat jednu místnost s vodícím psem. Bývalá manželka s přítelem slepému muži neustále zasahovali do jeho soukromí i tím, že násilím vyhazovali z bytu občany, kteří mu dobrovolně pomáhali. Došlo k psychickému i fyzickému týrání a napadání jeho osoby rodinou, tím se dostal do sociální izolace. Okamžitě došlo ze strany úřadů k intervenci, přidělením bezbariérového bytu. Učí se získávat nové návyky a dovednosti v péči o svou osobu a vodícího psa. Navštěvuje s přáteli divadlo, koncerty. Znovu se věnuje dřívější zálibě rybaření, což ho motivuje k plánování svojí budoucnosti. Vrácený optimismus mu pomáhá žít s handicapem.

## Kazuistika č.5

Žena, věk 50 let, schizoafektivní psychóza bez poruch vnímání a myšlení, následkem těžkého porodu došlo ke klinické smrti. Způsobilost k právním úkonům. Žije společně s manželem v bytě.

Pochází z úplné rodiny, matka nežije, čtyři sourozenci.

Vdaná jedno dítě.

Vzdělání – čtyřleté všeobecné gymnázium, USO – ekonomika.

Žena po absolvování gymnázia nastoupila do zaměstnání jako účetní. Při zaměstnání si zvýšila kvalifikaci v oboru ekonomie.

Plánované těhotenství, vzniklo po deseti letech trvání manželství. Těhotenství proběhlo bez zdravotních problémů. V průběhu komplikovaného porodu došlo k velké ztrátě krve, důsledkem toho nastala klinická smrt. Vznikly fyzické, psychické zdravotní problémy, které se promítaly do každodenního života. Péče o syna motivovala ženu bojovat se svým postižením. Nastal dlouhodobý proces reedukace. Žena se učila znovu vařit, číst, počítat, nakupovat, cestovat, kde musela vynaložit velké úsilí, snahu, posilovat pevnou vůli, procvičovat paměť a orientaci v prostoru. Po mateřské dovolené ženě zůstaly tak závažné zdravotní problémy, že se nemohla zařadit zpět do pracovního procesu. Zůstala jako žena v domácnosti, nastala možnost další rehabilitace. V psychiatrických léčebnách prošla různými pracovními terapiemi, a tak mohla být stanovena diagnóza. Na jejímž základě byl přiznán plný invalidní důchod. K vzniklému zdravotnímu postižení se začaly přidávat silné deprese, odchodem syna na studie došlo k pocitu sociální izolace až k nepotřebnosti na světě. Další motivací v životě byla péče o nevidomého člověka a jeho vodícího psa. Obstaráváním úředních záležitostí pro nevidomého občana spojených s prací na počítači, nutným cestováním vedlo k procesu postupného začleňování do společnosti. Vstřícnost a pozitivní přístup ze strany úřadů a spoluobčanů podporuje u ženy plynulý proces integrace a sociální komunikace.



### 4.3 Závěr praktické části

Prostřednictvím použití metody výzkumu případové studie jsme se dopracovali k objasnění **zadaného cíle**, přiblížit problematiku začlenění osob se zdravotním postižením do společnosti.

S příchodem nových trendů péče o postižené ze zahraničí a vstupem do Evropské unie nastal velký pokrok v péči o postižené jedince. Tito lidé jsou konečně respektováni a skutečnost, že se ve společnosti vyskytují se stala naprosto běžnou. Je třeba s nimi jednat citlivě, chápat je jako partery, brát vážně jejich rozhodnutí, respektovat jejich soukromí a správně je **motivovat k aktivitě v procesu sociálního začleňování**. Pracovníci v sociálních službách by jim měly být oporou, být jim nápomocni a podporovat je.

Práce v pomáhající profesi je velmi psychicky a fyzicky náročná. Vyžaduje pro práci s uživateli nadšení, kreativitu, činorodost a lásku. Osoby se zdravotním postižením jsou pak samostatnější, svobodnější, prosazují si svůj názor, sami se aktivně podílí na plánování svého života, a tím nedochází k jejich sociální izolaci.

Ve společnosti se mění postoj k postiženým v přístupu k nim, ohleduplností ze strany spoluobčanů nastává humánnost. Můžeme konstatovat, že vynaložené úsilí se zúročuje. Je třeba si uvědomit, že jde o lidi s vlastními potřebami, pro něž je orientace v běžném prostředí mnohem náročnější, horší je i jejich **sociální adaptace**. Zdravotně postižení jsou ohroženi vyloučením, ale s určitou pomocí a motivací dochází k **procesu sociálního začlenění**.

**Shrnutí:** Vlivem nepříznivého zdravotního stavu, nebo postižení se lidé s handicapem presentováni v uvedených kazuistikách dostali do nepříznivé sociální situace, procesem sociální integrace se začleňují do společnosti, a tím jsou chráněni před sociálním vyloučením.

## ZÁVĚR

Cílem práce bylo přiblížit problematiku začlenění osob se zdravotním postižením sociálně znevýhodněných do společnosti.

V **teoretické části** jsme charakterizovali zdravotní postižení a popsali vybrané druhy postižení, abychom porozuměli problematice zdravotního postižení. V procesu socializace a integrace zdravotně postižených - handicapovaných je důležitý humánní přístup.

V **praktické části práce** jsme uvedli kazuistiky osob se zdravotním postižením s různým handicapem a jejich způsob začlenění do společnosti, což umožnilo širší pohled na problematiku. Vzhledem k tomu, že jde o náročnou životní situaci, musí být postižený dostatečně motivován. Pokud je motivace slabá, postižený jedinec se může ocitnout až v sociálním vyloučení.

Sociální služby poskytují zdravotně postiženým lidem ochranu před sociálním vyloučením ze společnosti, umožní jim v co nejvyšší možné míře prožít důstojný a plnohodnotný život v naší společnosti.

V zákoně o sociálních službách spatřujeme nedostatečnou pozornost otázkám týkajících se partnerských vztahů a sexuality u osob se zdravotním postižením, hlavně u osob s mentální postižením, která je podnětem k zamyšlení.

**Obor speciální pedagogika** umožňuje lépe porozumět a orientovat se v práci s lidmi s různým postižením. Je oborem, který má blízko k dalším vědním disciplinám jako je sociologie, sociální práce a jiné. Jde nepochybně o sociální integraci lidí s handicapem. Lidé s postižením se tak stávají platnými a rovnocennými členy společnosti a poznatky ze speciální pedagogiky tak napomáhají v praxi.

Práce je určena všem, kteří tyto informace mohou použít jako zpětnou vazbu při poskytování sociální služby v naší společnosti, ale také laické veřejnosti k podnícení motivace zájmu o jedince s handicapem.

## SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

### Seznam použitých českých zdrojů

BARTOŇOVÁ, M., BAZALOVÁ, B., PIPEKOVÁ, J. *Psychopedie. Testy k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-161-4.

BEDRNOVÁ, E., PAUKNEROVÁ, D., *Psychologie prodeje*. Praha : Fortuna 1995. ISBN 80-7168-195-4.

ČADILOVÁ, V., JŮN, H., THOROVÁ, K. *Agrese u lidí s mentální retardací a autismem*. Praha : Portál, 2007. 248 s. ISBN 978-80-73-67-319-2.

GILLERNOVÁ, I, BURIÁNEK, J. *Základy společenských věd*. Praha : Fortuna, 2001. ISBN 80-7168-749-9.

GILLERNOVÁ, I. a kol. *Slovník základních pojmů z psychologie*. Praha : Fortuna, 2000. ISBN 80-7168-683-2.

GULOVÁ, L. *Sociální práce*. Praha : Grada Publishing, 2011. ISBN 978- 80-247-3379-1.

HAUKE, M. *Pečovatelská služba individuální plánování*. Praha : Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3849-9.

HELUS, Z. *Psychologie*. Praha : Fortuna, 1999. ISBN 80-7168-406-6.

JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. Praha : Triton, 2003. ISBN 80-7254-329-6.

KOLEKTIV AUTORŮ, *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Tábor : Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2011. ISBN 978- 80-904668-1-4.

KOHOUTEK, R. a kol. *Základy pedagogické psychologie*. Brno : Akademické nakladatelství CERM, 1996. ISBN 80-85867-94-X.

KOVÁLIKOVÁ, V. *Sociální psychologie*. Praha : SPN, 1979.

KRAUS, J a kol. *Dětská mozková obrna*. Praha : Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1018-8.

MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální práce v praxi*. 1. vyd. Praha : Portál, 2005. 352 s. ISBN 80-7367-002-X.

MICHALÍK, J. a kol. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. 1. vyd. Praha : Portál, 2011. 512 s. ISBN 978-80-7367-859-3 (váz.).

NOVOSAD, L. *Základy speciálního poradenství*. 1. vyd. Praha : Portál, 2000. 160 s. ISBN 80-7178-197-5.

NOVOSAD, L. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*. 1. vyd. Praha : Portál, 2009. 272 s. ISBN 978-80-7367-509-7.

PAULÍNOVÁ, L. *Psychologie pro Tebe*. Praha : Informatorium, 1998. ISBN 80-85427-30-0.

OREL, M. a kol. *Psychopatologie*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-3737-9.

PIPEKOVÁ, J. a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 1998.  
ISBN 80-85931-65-6.

ŘEZÁČ, J. *Psychologie*. Brno : MCN, 1997.

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

SLOWÍK, J. *Komunikace s lidmi s postižením*. 1. vyd. Praha : Portál, 2010.  
160 s. ISBN 978-80-7367-691-9.

ŠTĚRBOVÁ, D. *Sexuální výchova a osvěta u osob s mentálním postižením*.  
Praha : ASRSV, 2009. ISBN 978-80-7415-005-0.

ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 1. vyd. Praha : Portál, 2000. 184 s.  
ISBN 80-7178-506-7.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha :  
Portál, 2002. 444 s. ISBN 80-7178-678-0.

VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie*. Praha : Parta, 2009.  
ISBN 978-80-7320-137-1.

VÍTKOVÁ, M. *Somatopedické aspekty*. Brno : Paido, 2006.  
ISBN 80-7315-143.

## BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Valerie Nováková

Obor: Speciální pedagogika – vychovatelství

Forma studia: kombinované

Název práce: Osoby se zdravotním postižením, sociálně znevýhodněné a jejich začlenění do společnosti

Rok: 2013

Počet stran textu bez příloh: 50

Celkový počet stran příloh: 0

Počet titulů české literatury a pramenů: 28

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 0

Počet internetových zdrojů: 0

Vedoucí práce: PhDr. Vilma Hudáčková, CSc.