



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
Fakulta přírodovědně-humanitní
a pedagogická ■

Informační a komunikační technologie v životě lidí s dětskou mozkovou obrnou

Bakalářská práce

Studijní program: B7508 – Sociální práce
Studijní obor: 7502R024 – Sociální práce a penitenciární péče
Autor práce: **Martin Ostrčil, Dis.**
Vedoucí práce: Mgr. Martin Korych

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
Fakulta přírodovědně-humanitní a pedagogická
Akademický rok: 2013/2014

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Martin Ostrčil**
Osobní číslo: **P12000514**
Studijní program: **B7508 Sociální práce**
Studijní obor: **Sociální práce a penitenciární péče**
Název tématu: **Informační a komunikační technologie v životě lidí s dětskou mozkovou obrnou**
Zadávací katedra: **Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cíl bakalářské práce: Komplexní vymezení problematiky dětské mozkové obrny, specifikaci omezení, která tento syndrom přináší do života jedinců a možnosti snižování dopadu těchto omezení, včetně přínosu informačních a komunikačních technologií. Zmapování a popis využití informačních a komunikačních technologií osobami s dětskou mozkovou obrnou a rovněž na dostupnost a možnost využívání technologií těmito osobami.

Požadavky: Formulace teoretických východisek, příprava průzkumu, sběr dat, interpretace a vyhodnocení dat, formulace závěrů.

Metody: Dotazník.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

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

Seznam odborné literatury:

JOUDOVÁ, M., 2011. Dětská mozková obrna. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-703-5

KUNČÍKOVÁ, M., 2013. Rozvoj dovedností dospělých lidí s mentálním postižením. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0369-8

NOVOSAD, L., 2011. Tělesné postižení jako fenomén i životní realita. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-873-9

SLOVÍK, J., 2012. Komunikace s lidmi s postižením. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-691-9

ŠVEC, Štefan. Metodológiavied o výchove: kvantitatívno-scientické a kvalitatívno-humanitné prístupy v edukačnom výskume. Bratislava: Iris, 1998. ISBN 80-887-7873-5

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Martin Korych

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Datum zadání bakalářské práce: **23. dubna 2014**

Termín odevzdání bakalářské práce: **24. dubna 2015**



doc. RNDr. Miroslav Brzezina, CSc.
děkan

L.S.



PaedDr. ICLic. Michal Podzimek, Th.D, Ph.D.
vedoucí katedry

V Liberci dne 23. dubna 2014

Prohlášení

Byl jsem seznámen s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracoval samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé bakalářské práce a konzultantem.

Současně čestně prohlašuji, že tištěná verze práce se shoduje s elektronickou verzí, vloženou do IS STAG.

Datum: 25.4.2017

Podpis:



Poděkování

Děkuji Mgr. Martinu Korychovi za ochotu, trpělivost a za odborné vedení mé bakalářské práce. Děkuji také zaměstnancům organizací, kteří spolupracovali na realizaci průzkumného šetření. A nakonec děkuji své rodině za pomoc a podporu po celou dobu mého studia.

„Má rada ostatním lidem s postižením by byla, aby se soustředili na věci, kterým postižení nepřekáží, a nelitovali těch, kterým ano. Nebuďte postiženi fyzicky a k tomu ještě duševně.“

Stephen Hawking

Anotace

Tato bakalářská práce pojednává o informačních a komunikačních technologiích v životě osob s dětskou mozkovou obrnou (dále jen DMO).

Teoretická část práce objasňuje DMO jako takovou, vysvětluje její formy a osvětluje proces integrace jedinců s DMO do společnosti. Též pojednává o stávajících i nových možnostech uplatnění informačních a komunikačních technologií (dále jen ICT) v životě lidí s omezením. Podrobněji se pak zabývá těmi jedinci, pro které je charakteristická porucha hybnosti. Zbývající kapitoly ICT popisují a ozřejmují jejich možný přínos v kompenzaci znevýhodněných osob.

V praktické části bakalářské práce je formou nestandardizovaného dotazníku zjišťováno, zda lidé s DMO ve svém životě ICT, které mají k dispozici, skutečně využívají. Výsledky dotazníkového šetření potvrzují předpoklady, že s dnešními technologiemi jsou takové možnosti, které lidem s postižením výrazně pomáhají nejen v pracovním uplatnění a sebevzdělávání, ale i ve zprostředkování širšího sociálního kontaktu s ostatními lidmi.

Klíčová slova

Dětská mozková obrna, mentální retardace, informační a komunikační technologie, znevýhodnění, kompenzace, integrace, DMO, ICT.

Abstract

This bachelor thesis deals with information and communication technologies in the life of people with cerebral palsy (DMO).

The theoretical part of the thesis clarifies the DMO as such, explains its forms and illuminates the process of integration of individuals with DMO into society. It also deals with existing and new possibilities of using information and communication technologies (ICT) in the lives of people with limitations. In more detail, it deals with those individuals for whom the characteristic momentum disorder is characteristic. The remaining ICT chapters describe and illustrate their potential contribution to compensating disadvantaged people.

In the practical part of the bachelor thesis, the form of a non-standardized questionnaire determines whether people with DMOs actually use ICT in their ICT life. The results of the questionnaire survey confirm the assumptions that with today's technologies there are

possibilities that significantly help people with disabilities not only in work and self-education, but also in mediating wider social contact with other people.

Keywords

cerebralpalsy, information and communication technologies, handicap

„Všiml jsem si, že i lidé, kteří věří tomu, že je vše předem dané osudem a nemohou s tím nic dělat, se vždy rozhlédnou, než přejdou silnici.“ Stephen Hawkin

Obsah

Seznam tabulek	10
Seznam obrázků	11
Seznam grafů.....	12
Úvod	13
1 Dětská mozková obrna.....	14
1.1 Definice dětské mozkové obrny	14
1.2 Etiologie dětské mozkové obrny	15
1.2.1 Prenatální období.....	15
1.2.2 Perinatální období	16
1.2.3 Postnatální období.....	16
1.3 Formy dětské mozkové obrny	17
1.3.1 Spastické formy a užití ICT	17
1.3.2 Nespastické formy.....	18
1.4 DMO jako kombinované postižení.....	20
1.4.1 Mentální retardace.....	20
1.4.2 Epilepsie	21
1.4.3 Poruchy zraku.....	22
1.4.4 Poruchy řeči.....	22
1.4.5 Poruchy sluchu	24
1.5 Socializace	25
1.5.1 Socializace osob s DMO	25
1.5.2 Vzdělávání osob s DMO	27
1.5.3 Zaměstnávání osob s DMO	28
1.6 Cíle a principy sociální práce se zdravotně postiženými.....	28
1.6.1 Koncepce služeb poskytovaných klientům s DMO	29
1.7 Kompenzační pomůcky	30
1.7.1 Jiné možnosti získání prostředků	33
2 Informační a komunikační technologie a osoby s DMO	34
2.1 Speciální pomůcky	35
2.1.1 Vstupní zařízení.....	35
2.1.2 Pomůcky pro komunikaci.....	38
2.1.3 Ovládání PC bez použití končetin	40

3	Průzkumné šetření.....	42
3.1	Cíle průzkumného šetření a stanovení předpokladů.....	42
3.2	Výzkumný vzorek.....	43
3.3	Technika sběru dat a časový harmonogram	44
4	Způsob zpracování a vyhodnocení dat.....	45
5	Vyhodnocení předpokladů	58
6	Diskuze	59
7	Navrhovaná opatření	61
	Závěr.....	64
	Seznam použité literatury	66
	Seznam příloh.....	72

Seznam tabulek

Tabulka 1: Jaké je Vaše pohlaví?	45
Tabulka 2: Jaký je Váš věk?	46
Tabulka 3: Máte možnost používat ICT?	47
Tabulka 4: Z jakého důvodu využíváte ICT v omezeném rozsahu nebo vůbec?	48
Tabulka 5: Jaké z následujících zařízení používáte?	49
Tabulka 6: K čemu používáte počítač/notebook?	51
Tabulka 7: K čemu používáte tablet?	52
Tabulka 8: K čemu používáte mobilní telefon?	54
Tabulka 9: Absolvoval/a jste počítačový kurz pro osoby s DMO?	55
Tabulka 10: Jak se Vám podařilo zvolené/á zařízení získat?	56

Seznam obrázků

Obrázek 1: Speciální klávesnice	36
Obrázek 2: Marblemouse	36
Obrázek 3: Big track	37
Obrázek 4: Senzorová klávesnice.....	37
Obrázek 5: Dotyková obrazovka.....	38
Obrázek 6: Tablet	38
Obrázek 7: Synapse HeadTracking	40
Obrázek 8: I4 control.....	41
Obrázek 9: Integramouse	41

Seznam grafů

Graf 1: Jaké je Vaše pohlaví?.....	45
Graf 2: Jaký je Váš věk?	46
Graf 3: Máte možnost používat ICT?.....	47
Graf 4: Z jakého důvodu využíváte ICT v omezeném rozsahu nebo vůbec?	49
Graf 5: Jaké z následujících zařízení používáte?.....	50
Graf 6: K čemu používáte počítač/notebook?	51
Graf 7: K čemu používáte tablet?.....	52
Graf 8: K čemu používáte mobilní telefon?	54
Graf 9: Absolvoval/a jste počítačový kurz pro osoby s DMO?	55
Graf 10: Způsob získání vybraného zařízení.....	56

Úvod

Žijí mezi námi i s námi, lidé s dětskou mozkovou obrnou, a kvalita jejich života se odvíjí nejen od formy a míry omezení, ale také způsobu, jak se s tímto postižením dokáží vyrovnat a čelit mu. Vliv medicíny a pokroku je patrný i v těchto aspektech života a cílem tohoto pokroku je, aby se lidé s omezením, které DMO způsobuje, dokázali začlenit do společnosti. Jedinci s DMO se dnes dožívají dospělého věku i stáří a někteří mohou žít dokonce samostatně, je však potřeba jejich snahu o nezávislý život podporovat všemi možnými prostředky, pomoci jim dosáhnout nejvyšší možné míry sociální integrace, vzdělání a zaměstnání.

Právě ICT můžou stát již na začátku jejich života a míra a také možnost dobrého vzdělání je závislá pouze na schopnosti umět je používat. Tato bakalářská práce pojednává, jak lze skloubit a aplikovat ICT do života člověka, který má různé formy omezení v poruše zvané Dětská mozková obrna. Autor této práce by se chtěl dozvědět, jak moc jsou jim tyto technologie nápomocné v každodenních činnostech a do jaké míry jejich život zkvalitňují a usnadňují.

V teoretické části se autor věnuje vymezení pojmů ohledně DMO, dále vytyčení faktů a omezení, se kterými se jedinci potýkají a i některé způsoby řešení. Obsahuje též seznam některých pomůcek právě zmiňované Informační a komunikační technologie (dále jen ICT) a též jsou přiblíženy možné způsoby jejich vzdělávání.

V praktické části formou nestandardizovaného dotazníku autor zkoumá, zda lidé s DMO využívají ICT, zda jsou běžnou součástí jejich každodenního života a jsou-li informováni o tom, jak je mohou získat. Získané poznatky jsou v mé práci graficky zaznamenány a opatřeny komentářem. Respondenty tvořila skupina lidí, která je obyvateli dvou organizací, které pečují o občany s postižením, přičemž dotazníkové šetření bylo zaměřeno pouze na klienty, kteří mají DMO.

Autor práce dodává, že z genderového pojetí se důsledně vyhýbal používání slova se slovním základem „*handicap*“. Slovo s tímto základem ponechal pouze u přesných citací a v odkazech na zdroje, pokud bylo uvedeno. Během zpracovávání tématu o jedincích postižených DMO totiž dospěl k závěru, že na člověka s „handicapem“ nahlíží společnost jako na celkově neschopného jedince s nízkou inteligencí. A osoby s DMO sice mají různé druhy a formy omezení od lehkých až po těžké formy, těch je ale mnohem méně.

1 Dětská mozková obrna

Podle svého názvu vzniká DMO v dětském věku a způsobuje poruchu hybnosti těla. DMO má široké spektrum příznaků. Může jít o problémy s jemnou motorikou, udržení rovnováhy nebo chůze, jedinec může trpět mimovolnými pohyby, jako jsou např. kroucení zápěstí na ruku nebo bezúčelné pohyby úst. Příznaky se mohou v průběhu času měnit. DMO postihuje obě nebo jenom jednu polovinu těla a někdy je provázena různým druhem a stupněm poruch vývoje duševního života. Drtilová, Koukolík zpřesňují: Onemocnění postihuje asi dvě děti z tisíce narozených. Hybnost jedné poloviny těla, pravé nebo levé, má změněnou asi třetina postižených. (Drtilová, Koukolík 1994, s. 18). Příčina onemocnění není přesně známa. Předpokládá se, že jde o cévní postižení vyvíjejícího se mozku na hranici druhé a poslední třetiny těhotenství. Jinou možností vzniku DMO by mohla být porucha vývoje. Vzácně je příčinou stavu porodní nebo raně poporodní mozkové postižení. Významně často je DMO spojena s přidruženým onemocněním - epilepsií (Kraus a kol. 2005, s. 67).

1.1 Definice dětské mozkové obrny

První odborný popis DMO provedl Dr. William John Little (1810-1894), který popsal spastickou rigiditu u skupiny dětí s perinatálním poškozením mozku. Postižení neslo název Littlova nemoc. Další terminologický vývoj a poznávání složitých etiologických aspektů DMO přinesl řadu diskuzí do lékařských kruhů, které v anglicky mluvících zemích roku 1937 vyústily v přijetí termínu Cerebralpalsy pro skupinu raných mozkových lézí. Termín je definován jako „*neprogresivní neurologický stav, který vzniká poškozením mozku před ukončením jeho vývoje*“ (Ošlejšková a kol. 2013, s. 91).

Přesně definovat DMO je komplikované, protože se běžně setkáváme s podobnými symptomy i u těchto postižení: centrální obrna, encefalopatie, centrální koordinační porucha, centrální tonusová porucha, infantilní cerebrální paréza, raná mozková obrna a dalšími. DMO je tedy původní český název pro nosologickou jednotku zahrnující mnoho odlišných symptomů. Autorem tohoto termínu je český neurolog Ivan Lesný, který jej začal používat v roce 1959. „*Jedná se o raně vzniklé postižení CNS, které se projevuje převážně v poruchách hybnosti a vývojem hybnosti*“ (Lesný 1972, s. 9). Ostatní české definice, včetně těch nejaktuálnějších, se od pojetí Lesného příliš neliší, pouze ji doplňují a zpřesňují:

"DMO je považována za syndrom neprogresivního postižení nezralého mozku (Nevšimalová, Růžička, Tichý 2005, s. 256) nebo za „neurovývojové neprogresivní postižení motorického vývoje dítěte vzniklé na podkladě proběhlého (a ukončeného) prenatalního, perinatálního či časně postnatálního poškození mozku“ (Kolář et al., 2009, s. 393). Dále jako "následek prenatalní, postnatální nebo raně postnatální léze vyvíjejícího se mozku. Její definice vylučuje progresivní a degenerativní onemocnění. DMO není stav progresivní, ale není neměnný. K poruše hybnosti se mnohdy připojuje epilepsie (33 %), poruchy citlivosti, smyslů a vnímání, poruchy učení (40 %), kognice, komunikace, chování nebo mentální retardace" (Kraus a kol. 2005, s. 68).

Vítková dále uvádí, že pro postižené DMO je typická neobratnost, hlavně v jemné motorice. Dítě se vyvíjí nerovnoměrně, je zvýšeně pohybově aktivní až neklidné, nesoustředěné, nemá dostatečnou představivost a jedná překotně impulsivně. Také je náladové a je patrný opožděný vývoj řeči s typickými vadami řeči (Vítková, 2006).

1.2 Etiologie dětské mozkové obrny

Lesný a Špitz uvádějí, že DMO není nakažlivá nemoc, není ani nijak geneticky podmíněná. Vzniká jako následek poškození mozku, nejčastěji nedostatkem kyslíku. Předpokládá se, že za poškozením mozku stojí několik rizikových faktorů. Velké procento dětí s DMO bylo porozeno koncem pánevním, nebo byl porod komplikovaný a došlo při něm k neokysličování plodu. Větší pravděpodobnost DMO je také u vícečetného těhotenství. Riziko stoupá i u nedonošených novorozenců s nízkou porodní váhou. Vyšší pravděpodobnost vzniku DMO mají děti matky, která trpí mentální retardací nebo epilepsií. DMO je nevléčitelná, léčba je založena na co největším zachování pohyblivosti nemocného tedy na rehabilitaci. Zachování nebo zlepšení hybnosti lze dosáhnout intenzivní fyzioterapií, případně speciálními ortézami. Nemožnost diagnózy DMO upozorní většinou rodiče, kteří shledávají, že jejich dítě pohybově zaostává za ostatními (Lesný, Špitz 1989, s. 113).

Etiologické činitele, které jsou patrně příčinou této chronické mozkové poruchy, se mohou různě kombinovat a rozdělují se do tří skupin:

1.2.1 Prenatální období

Lesný uvádí, že v tomto období má silný vliv onemocnění matky. Zdárný vývoj plodu ovlivňuje nepříznivý účinek toxických látek - alkohol, drogy, nikotin, užívání většiny léků,

otravy z jídla atd. Nebezpečné je vystavování se rentgenovému záření. Riziko vzniku DMO zvyšuje vysoký krevní tlak matky, který může vést až k preeklampsii. Zdravý vývoj plodu mohou narušit všechny druhy infekčních onemocnění (chřipka, infekční žloutenka, syfilis a další záněty), vývojové malformace, lékové toxicity, krvácení v období těhotenství a nedostatek kyslíku (Lesný 1972, s. 37).

Kraus příčinu vzniku DMO zpřesňuje informací, že v prenatálním období je zásadním faktorem, který vede ke vzniku DMO, patrně i nedonošenost plodu, která způsobuje krevní srážlivost a velké procento dětí je také ohroženo infekcemi (Kraus a kol. 2005, s. 40).

1.2.2 Perinatální období

Příčinu vzniku DMO, která vzniká v perinatálním období, vidí Lesný v abnormálních, protahovaných a překotných porodech a v dnes již výjimečně prováděných „klešťových porodech“. Zvýšené riziko může předznamenávat porod koncem pánevním, překotný nebo protahovaný porod, kdy dochází k poškození cév a krvácení vlivem rozdílného nitroděložního a atmosférického tlaku. Svou roli může sehrát také užití nadměrného množství analgetik a anestetik (Lesný 1972, s. 39).

Kábele dále rozvádí, že při dlouhotrvajícím porodu je tělo novorozence vystaveno silnému nitroděložnímu tlaku, zatímco vyčnívající hlavička je již v normálním atmosférickém tlaku. Dochází tak k nadměrnému stlačení lebky novorozence, možnému krvácení do mozku, přičemž dojde k poškození důležitých mozkových funkcí. Působením tohoto nižšího tlaku se nasává do vyčnívající části hlavy krev, a zatímco přítok tepenné krve neustále trvá, žilní krev proti nitroděložnímu tlaku téměř nemůže odtékat. Další mechanické stlačení a poranění mozku způsobují lebeční kosti, které jsou při úzké průchodní cestě stlačovány tak, že se z části překrývají (Kábele 1986, s. 15).

1.2.3 Postnatální období

V tomto období jsou rizikovými faktory hlavně úrazy hlavy, novorozenecká žloutenka, bronchopneumonie, zánětlivá onemocnění CNS nebo zánět mozkových blan (Kraus a kol. 2005, s. 40). Tyto faktory nejsou tolik četné jako předešlé. Ve výjimečných případech mohou být jednou z příčin také těžké traumatizující změny v psychice dítěte.

1.3 Formy dětské mozkové obrny

V literatuře je možno setkat se s různým tříděním forem DMO v souvislosti s autory. Rozdílné třídění a pohled na problematiku lze nalézt např. v literatuře zabývající se pedagogikou a jiné v literatuře z oblasti medicíny. V této práci autor vychází především z informací od autorů Lesného (1972), Krause (2005), Kudláčka (2012) a Jankovského (2001).

1.3.1 Spastické formy a užití ICT

Spastická forma postihuje 70 - 80% osob s DMO. Spasticita je formulována jako: "*Trvalé zvýšení napínavých reflexů, vedoucí k porušení tonu, většinou se zvýšením svalového odporu k napínání, jež může náhle poklesnout*" (Lesný 1972, s. 78). U této formy je možno se setkat s parézou (oslabením) nebo plegií (ochrnutím).

1.3.1.1 Diparéza/diplegie

U diparézy jsou postiženy obě dolní končetiny, ale mohou nastat případy, kdy jsou postiženy obě horní končetiny. Vzniká pouze v dětství a to dříve než dítě začne chodit. Jednou z dominantních příčin je nízká porodní hmotnost. Velké procento dětí s touto formou DMO se rodí předčasně. Kraus popisuje projevy klasické diparézy stažením lýtkových svalů, ohýbačů kolen a svalů které k sobě přitahují stehna. Nohy jsou na pohled slabší a chůze problematická, s nutností opory. Následkem zvýšeného svalového tonu je zkrácena Achillova šlacha. Jsou-li postiženy obě dolní končetiny, jsou kolena vtočena a vzájemně se dotýkají. Dítě začíná s chůzí až mezi 2 až 4 rokem života. Postižení inteligence se zde neobjevuje. Přidružená může být lehká nebo i těžká vada zraku (Kraus a kol. 2005, s. 45).

V případě nejtěžšího stupně diparézy není osoba schopna chodit. U středního stupně je nutné využití berlí nebo chodítka a u lehkého stupně je člověk schopen ujít až několik kilometrů (Dětská mozková obrna 2017). Jankovský podotýká, že dolní končetiny oproti těm horním, právě v okamžiku kdy došlo k poškození CNS, ještě nedosáhly vývojové zralosti (Jankovský 2001, s. 34).

U této formy je uplatnění pomůcek ICT závislé hlavně na rozsahu tělesného omezení nemocného s DMO. V případě omezení dolních končetin je jedinec schopen využívat počítač v plném rozsahu. Pokud jsou ochrnuty horní končetiny, uplatní se speciální hardware pro ovládání počítače dechem nebo pohybem hlavy. Jak již bylo zmíněno, u této formy může být

přidružená vada zraku a v takovém případě najde uplatnění počítač nebo mobilní telefon s hlasovým výstupem pro snadnější ovládání funkcí.

1.3.1.2 Hemiparéza/hemiplegie

Postižena je horní i dolní končetina, tedy jen jedna polovina těla. Hemiparéza má tyto projevy: *"Projevuje se v prvních třech týdnech. Začátek je obvykle akutní a projevuje se křečemi a bezvědomím a většinou s maximem pseudochabéhemiparézy od počátku obtíží. Vyskytuje se také centrální paréza lícního nervu. U většiny případů se později rozvine spasticita"* (Kraus a kol. 2005, s. 73).

Kudláček upřesňuje, že pravá nebo levá ruka není schopna rozevření a nelze ji aktivně využívat. Pokud je nutno otáčet se z břicha na záda, přetáčí se jedinec postiženou stranou. Dochází k odvrácení hlavy od postižené strany. Při chůzi je váha těla přenášena na zdravou stranu a tím pádem dochází k velkému přetížení kyčle. Je patrné postižení pohybu prstů ruky a následné související obtíže s jemnou motorikou. U této formy se často objevuje mentální retardace (Kudláček 2012, s. 38).

Vítková podotýká, že tato forma bývá doprovázena epilepsií, na kterou se váže i mentální retardace a většinou mezi těmito přidruženými chorobami bývá přímá úměra (Vítková 2006, s. 177). Pro osoby s DMO není až tak velkým problémem ztížená motorika, jako již zmíněná epilepsie (někdy až v 80% případů) a skoro čtvrtina z nich je mentálně retardována (Dětská mozková obrna 2017).

Aby měla osoba možnost ovládat PC zdravou horní končetinou, může použít např. pomůcky jako je trackball a speciální klávesnice. Jedinci s touto DMO a přidruženou epilepsií, či mentální retardací, mají problémy s koordinací a např. trackball, protože zohledňuje možnost rozsahu pohybu u takto postižených, jim práci s kurzorem na obrazovce velmi usnadňuje.

1.3.2 Nespastické formy

Kraus rozlišuje dvě podskupiny - hyperkinetickou a dystonickou. U hyperkinetické podskupiny jsou velmi nápadné abnormální, masivní neúčelné pohyby, které jsou zapříčiněny pokusy pacienta o volný pohyb. Oproti tomu u dystonické podskupiny se právě tyto abnormální pohyby vyskytují v mnohem menší míře. Naopak časté a charakteristické jsou

v tomto případě náhlé změny svalového tonu. Dystonické případy se vyskytují častěji. V praxi je možné se setkat se i smíšenou dystonicko-hyperkinetickou formou DMO, ta je však vzácná. Na rozdíl od předešlých forem je u těchto charakteristická absence svalového napětí (Kraus a kol. 2005, s. 81).

1.3.2.1 Dyskinetická forma

Tato forma se projevuje „*dominujícími abnormálními pohyby nebo posturami vznikajícími sekundárně při poruše koordinace pohybů nebo regulaci svalového tonu*“ (Kraus 2005, s. 81). Dítě nedokáže adekvátně provádět volné pohyby, koordinovat zautomatizované pohyby a udržovat rovnováhu.

Dyskinetickou formou je postiženo 10 - 20% osob s DMO. Kudláček uvádí, že vlivem nízkého množství spontánních pohybů jsou někdy osoby s touto formou označeny jako "spící". Při pokusech o sezení je patrný zpětný záklon hlavy a během sedu tendence k pádu a celková nestabilita v případě, že není možná opora nohou o zem (Kudláček 2012, s. 38).

Kraus postižení blíže specifikuje takto: novorozenci jsou obvykle hypotoničtí a zvýšení svalového tonu začíná být patrné až po 5. měsíci života dítěte. Prvními známkami upozorňujícími na možnost přítomnosti dyskinetické formy je nadměrné otevření úst, neschopnost vydržet v jedné poloze a také mimovolné pohyby končetin. Mezi 1. a 3. rokem života dítěte jsou příznaky dyskinetické formy již plně rozvinuty. Vývoj chůze je silně omezen a hlavní překážkou v jejím rozvoji je nedostatečná kontrola tonu trupu. Na dolních končetinách je patrné poškození kyčlí. Horní končetiny mají omezenou jemnou motoriku. V případě této formy DMO nedochází k poškození mozkové kůry, mentální a rozumové schopnosti zůstávají stejné a někdy jsou hodnoty IQ i v mezích 120 - 130. Lehká mentální retardace se vyskytuje jen ojediněle. Následkem postižené hrubé a jemné motoriky mají jedinci s DMO problémy v rámci sebeobsluhy jako např. stravováním a hygienou (Kraus a kol., 2005 s. 83).

Jedinci s touto formou DMO by pro ovládání PC mohli uplatnit takové pomůcky, jako jsou speciální klávesnice a zejména trackball.

1.3.2.2 Hypotonická forma

V souvislosti s etiologií Kraus uvádí rozsáhlé malformace mozku, perinatální hypoxicko-ischemické poškození míchy, perinatální nebo prenatální hypoxii. Pro tuto formu DMO je charakteristické celkové oslabení svalového tonu trupu a končetin. Postižení bývá více patrné na dolních končetinách. Vykytuje se převážně v kojeneckém věku. Kolem třetího roku přechází v některou ze spastických forem, nejčastěji ve formu dyskinetickou. Ve výjimečných případech setrvává i nadále forma hypotonická, jde o setrvalý hypotonický syndrom. Téměř vždy se objevuje těžká mentální retardace (Kraus a kol. 2005, s. 83).

1.4 DMO jako kombinované postižení

DMO primárně nezasahuje do života osob jen v omezení v rámci hybnosti, ve velké míře se objevuje, jak již bylo uvedeno výše, epilepsie ale také mentální retardace. Projevy DMO jsou mnohočetné a lze je vyjmenovat v rámci kategorií jako poruchy:

- motorického systému
- somatického růstu
- kognitivních funkcí
- zrakového a sluchového vnímání
- mozkových funkcí
- psychických procesů a stavů.
- řečových a komunikačních schopností (Katalog podpůrných opatření 2017).

Jsou však případy, kdy jsou jedinci s DMO omezení kombinovaně výše uvedenými poruchami. Dnes se v terminologii používá spíše označení „vícečetné postižení“.

1.4.1 Mentální retardace

Mentální retardace je nejtěžší vadou doprovázející DMO. Postihuje předčasně narozené novorozence (vzniká v důsledku ischemické nekrózy bílé hmoty mozku), její příčinou může být i infekce v průběhu těhotenství. Může být kombinací nespastické i spastické formy DMO a bývá známa i pod názvem „cerebelární“ (mozečková). Polovina pacientů postižených cerebelární formou DMO zároveň trpí epilepsií (Valenta, Müller, 2009, s. 16). V rámci klasifikace se používá více kritérií. Nejčastěji se jedná o hledisko etiologické, symptomatologické, a také závažnosti - stupeň mentální retardace, podle schopnosti, učení a vzdělávání (Valenta, Müller, 2009, s. 17). Matoušek uvádí, že z pohledu sociálního jde

o vážnou přidruženou poruchu. Výskyt této formy není příliš četný. Osoby jsou zpravidla odkázány na pomoc dalšího člověka, což je velkou zátěží pro rodinu. Vzhledem k vysokému výskytu mentální retardace je terapie pacientů s mozečkovou formou DMO zaměřena na rozvoj stávajících motorických i mentálních dispozic jedince. I v těchto případech je však hlavní snaha o jeho integraci, při níž je pro těžkou poruchu řeči a narušení jemné motoriky nezbytné využití nejrůznějších komunikačních pomůcek (Matoušek a kol. 2005, s. 115).

Jankovský upřesňuje výčtem zastoupení mentální retardace měřením IQ (Intelligenčního kvocientu), což je způsob, jak vyčíslit inteligenci člověka, přičemž IQ100 je průměrná inteligence a IQ50 SMR (střední mentální retardace), je v kombinaci s DMO poměr retardace následovný: třetina dětí s DMO spadá do pásma střední a těžké mentální retardace (IQ34-49), další třetina do pásma lehké mentální retardace (IQ50-69) a zbytek vykazuje normální intelekt (IQ 90 a výše). (Jankovský 2001, s. 36).

Komunikace v integraci osob s mentální retardací má jednoznačně své místo a k navázání společenského kontaktu je právě výhodou využití ICT. Ať už se jedná o mobily, tablety nebo počítače.

1.4.2 Epilepsie

Epilepsie je: „*Mozkové postižení různého původu, projevující se opakujícími se záchvaty s velmi rozmanitými příznaky, podmíněnými excesivními výboji mozkových neuronů*“ (Šlapal 2002, s. 26). Šlapal upřesňuje, že epilepsie se u jedinců s DMO vyskytuje v 80 % případů. Tedy u většiny jedinců s DMO. Často je nutná léčba antiepileptiky a u těžších stavů je třeba sekundární ortopedické komplikace řešit chirurgickou cestou. Jedná se hlavně o luxace kyčlí a operace šlach (Šlapal, 2002).

Je-li jedinec s DMO postižen mírnou formou omezení a i mírnou formou epilepsie, může vést takřka normální život. Může i pracovat. Společnost však těmto osobám mnohdy připisuje negativní rysy z genderového hlediska. Toto se projevuje hlavně v oblasti jejich zaměstnávání (Brázdil a kol. 2011, s. 35).

Matoušková (2016 s. 27) ve své práci zmiňuje, že problém při využití počítačů s klasickými CRT monitory mohou mít lidé s fotosenzitivní epilepsií, tedy ti, kteří jsou citlivější na světelné záblesky. CRT monitory pracují s nízkou obnovovací frekvencí (rychlost obnovy

obrazu za sekundu). Proto je vhodné, aby tito lidé využívali modernější LCD monitory, jelikož jejich frekvence je oproti CRT monitorům vyšší než 85Hz a proto obraz tzv. "neblinká".

I jedinec s epilepsií je schopný samostatné práce a může se v životě uplatnit. Četnost a nepředvídatelnost případných epileptických záchvatů mu však často nedovoluje setrvat v pracovním kolektivu, či za prací dojíždět. Platí to obecně pro různé formy DMO. A právě ICT umožňují např., aby svou práci odváděl z domova a umožňují mu i částečně pěstovat sociální vazby s ostatními.

1.4.3 Poruchy zraku

Jankovský uvádí, že 19% osob s DMO trpí poruchami zraku. Jedince s touto poruchou postihuje strabismus (šilhavost), nystagmus (rychlé mimovolní pohyby očí), tupozrakost nebo refrakční poruchy (výpadek poloviny zorného pole) (Jankovský 2001, s. 33).

V případě zrakové poruchy zkvalitní ICT život osobám s DMO v oblasti komunikace tak, že probíhá např. za pomoci stolního počítače nebo notebooku, který je vybaven vhodnou kompenzační pomůckou, která dá těmto osobám možnost se za pomoci ICT např. vzdělávat a navazovat sociální kontakty.

1.4.4 Poruchy řeči

Lechta vysvětluje, že mechanismus řeči je u jedinců s DMO patologicky narušen. Je to ovlivněno mnoha různorodými faktory, např. nepotlačitelnými mimovolnými pohyby, poruchou motoriky, mentální retardací, epilepsií, narušeným tělesným vývojem, ale i poruchami zraku a sluchu, které jsou poměrně časté (Lechta 2002, s. 101).

Nejčastější a nejtěžší poruchou řeči bývá dysartrie, což je označení pro: „*narušení komunikace jako celku vznikající při organickém poškození centrálního nervového systému*“ (Klenková, 2000, s. 51). Lechta dodává, že dysartrie je důsledkem poškození CNS a je to nejkomplikovanější a nejhůře korigovatelná vada řeči. Byla zjištěna u 60%-70% dětí s DMO (Lechta 2002, s. 108). Dysartrie je „*porucha článkování řeči, při níž je porušeno vyslovování vůbec (na rozdíl od patlavosti – dyslalie, při níž je vadná výslovnost pouze jedné nebo více hlásek, zatímco ostatní jsou neporušené)*“ (Sovák 1984, s. 198). Lechta dále upřesňuje, že má dysartrie šest základních forem:

Korová dysartrie je vzácná. Postižena je hlavně artikulace složitějších mluvních celků. Na začátku slov se vyskytují iterace (rytmické opakování začátečních slabik), vyjma křečových projevů.

Při pyramidové dysartrii jsou patrné zpomalené a nepřesné pohyby mluvidel, narušena je i motorika jazyka a rtů. Hlávky postižený prakticky nevyslovuje. Nemá však narušené sání, polykání a žvýkání.

Extrapiramidová dysartrie se vyskytuje jen v dyskinetické formě. Artikulace je výrazně ovlivněna mimovolnými pohyby mluvidel. Při mluvě dochází i k jiným nepředloženým mechanismům, např. dolní ret je přidržován horními řezáky nebo jazyk bezděčně provádí rychlé pohyby. Ve starším věku a důsledným napravováním, se postiženým podaří tyto pohyby jazyka při mluvě překonat. U předcházejících tří forem Lechta doplňuje důležitý poznatek, že mentální retardace je při těchto vadách vzácná, avšak právě nemožnost různým způsobem artikulovat vede okolí k mylně zavádějícím domněnkám, že takto postižený jedinec má snížený intelekt, což je ze socializačního hlediska velmi negativní jev.

Mozečková dysartrie a s typickou ataxií je zapříčiněna obrnou jazyka různého rozsahu. Pokud je narušení jazyka rovnoměrné, pak se tato vada projevuje především špatně vyslovitelnými písmeny R a L a sykavkami, tedy hlavně tvrdé souhlásky. Je-li postižen obrnou kořen jazyka, pak je patrná špatná výslovnost u samohlásek.

U bulbární formy dysartrie má postižený problém hlavně v chabém svalstvu artikulačních orgánů. Hlávky jsou vyslovované odděleně a i prodlouženě, protože jedinec často s pohyby při artikulaci ustrne. V tomto případě je narušeno i polykání a žvýkání (Lechta 2002, s. 105-107).

Mohou se projevit i kombinované formy výše daného rozdělení (Lechta 2002, s. 110- 112). Je to např. anartrie, což je neschopnost artikulace v důsledku obrny svalů, které se zúčastňují řeči. Majerová vysvětluje, že lidé s anartrií nejsou vůbec schopni produkovat řeč, až na neartikulované zvuky či izolované samohlásky (Majerová, s. 48 2010).

Klenková uvádí, v rámci DMO, také některé méně časté symptomatické poruchy řeči. Jedná se o omezený nebo opožděný vývoj řeči, koktavost a breptavost, otevřenou huhňavost, orgánové odchytky řečového efektoru (rozštěpy, anomálie skusu, přirostlá jazyková uzdička)

a poruchy polykání, které přispívají k potížím při přijímání potravy (Klenková, 2006). V dětském věku většina takto postižených bývá v péči logopeda (Vítková 1994, s. 43).

V případech poruchy řeči u jedinců s DMO dopomáhají ICT k citelnému zlepšení kvality života a začlenění se do společnosti. Komunikaci lze vést pomocí klávesnice nebo kombinovaně, záleží na rozsahu postižení.

1.4.5 Poruchy sluchu

V odborné literatuře se poruchy sluchu u osob s DMO příliš nepopisují, protože nejsou tak četné. Nedoslýchavost se vyskytuje především u dyskinetické formy DMO (Klenková 2006, s. 112). Kábele upřesňuje, že ke snížení schopnosti vnímat sluchové podněty může u osob s DMO dojít také při zvýšeném svalovém napětí a při nepotlačitelných pohybech. Tyto stavy vyvolává např. silné emocionální vzrušení nebo pobyt v neznámém prostředí (Kábele 1988, s. 88). Kantor doplňuje, že poruchy sluchu se vyskytují u osob s DMO zejména v těch případech, kdy je DMO etiologicky spojena s infekcí během prvního trimestru nitroděložního vývoje. Po narození vznikají poruchy sluchu jako důsledek hypoxie nebo nahromadění bilirubinu (Kantor 2013, s. 52).

Slowík uvádí, že vzhledem k různorodosti typů sluchového postižení je možné setkat se s jedinci s vadou vrozenou nebo získanou a současně s různým stupněm tohoto postižení. Sluchové postižení dopadá na jedince v širší míře (než ostatní smyslové poruchy), protože vytváří komunikační bariéru, problémy v orientaci, psychickou zátěž, omezení v sociálních vztazích a má negativní vliv na vývoj myšlení. Také potlačuje tzv. bezpečnostní funkci sluchu, která vyvolává okamžitou spontánní obranu nebo únikovou reakci. U osob se sluchovým postižením a osob neslyšících je rozhodujícím kritériem závažnost sluchového postižení. Slowík např. klade důraz na inkluzní zařazení do běžného vzdělávacího procesu (záleží na míře postižení) (Slowík 2007, s. 71).

Při kombinaci sluchových vad pomohou osobám s DMO např. tyto ICT kompenzační pomůcky – sluchadla (většina poškození sluchu není absolutní), naslouchací soupravy (např. kochleární implantáty, indukční smyčky), psací telefony, počítače a tablety pro komunikaci, různá signalizační zařízení, světelné a vibrační budíky) (Bendová a kol. 2006, s. 60).

1.5 Socializace

Socializace je stále se měnící celoživotní proces „učení“ sžívat se s ostatními lidmi a brát na sebe role, které k němu zákonitě přicházejí., *Socializace je začleňování člověka do společnosti prostřednictvím nápodoby a identifikace, zprvu v rodině, pak v malých společenských skupinách např. ve školní třídě, až po zapojení se do nejširších celospolečenských vztahů. Součástí socializace je přijetí základních etických a právních norem dané společnosti.*" (Hartl, Hartlová 2004, s. 249). Podle Nakonečného je úkolem jedince v socializačním procesu osvojit si:

- systém kulturních návyků (hygienických, sebe obslužných, slušného chování)
- role svého pohlaví a věku
- orientaci v hodnotách daného kulturního prostředí
- mluvenou řeč
- sebeovládání (Nakonečný 2009, s. 103)

1.5.1 Socializace osob s DMO

„Člověk s handicapem již není považován za odchylku od fyzické, mentální či funkční normy. Pozornost se přesouvá na oblast prostředí, které není adekvátně uzpůsobeno a vyčleňuje jedince s určitými vlastnostmi. Základní změnou myšlení je přehodnocení postižení v rámci sociálních norem“ Pančocha (2013, s. 66).

DMO je onemocnění, které provází člověka od narození po celý jeho život. DMO je pro okolí touto nemocí omezeného jedince takřka stigma. Z pohledu kvalitativního je zasažena každá oblast jeho života - rodinný život, oblast vzdělávání se, kolektiv, vztahy s vrstevníky, pracovní uplatnění. Míra postižení však k jejich životnímu uplatnění tvoří přímou úměru. Vágnerová doplňuje, že schopnost socializovat se je u každého člověka individuální. Proces socializace je zaměřen na rozvoj vlastností typických pro danou společnost, je to společenská norma. Z hlediska integrace se členové stejného společenství podobají. Znají běžné sociální chování, komunikují spolu, sdílejí podobné hodnoty a uvědomují si své společenské role (Vágnerová 2004 s. 56). V rodině probíhá primární socializace, je to základní životní prostředí dítěte. Realizuje se v ní první kontakt dítěte se společností, kulturou (Helus 2007, s. 33).

U člověka s DMO je získání sociálních rolí ztížené. Z jeho zdravotního stavu vyplývají určitá omezení, která jej v procesu socializace limitují (Kraus 2005, s. 70). Od batolecího věku až do dospělosti je jedinec s DMO neustále limitován a konfrontován se zdravými osobami a je tak ve stresu, protože si svoje omezení stále více uvědomuje. Dítě se může utkávat s odmítnutím kolektivu nebo negativním hodnocením zvláště v případech, jsou-li jeho vrstevníci svědky projevů jeho postižení: mimovolní kroutivé a trhavé pohyby, problémy s celkovým verbální projevem, záškuby v obličeji, epileptické záchvaty atd. (Vágnerová 2004 s. 58).

Postoj okolí je ovlivněn také neschopností některých jedinců zvládnout běžnou sebeobsluhu. Pak jejich reálné kvality mohou být veřejností přehlíženy. Lidé s DMO jsou z důvodu svého zjevného postižení sice společností akceptováni, ale také podceňováni, což může negativně ovlivnit jejich sebeúctu a vyvolat případné obranné reakce a pocit diskriminace. Příbuzné jedince s DMO mohou trápit pocity viny nebo méněcennosti (Vágnerová 2004 s. 59).

Pokud DMO provází nějaké další kombinované postižení je integrace o to složitější nebo dokonce nemožná. Dítě musí být na základní škole speciální nebo základní škole praktické, což mnohdy vyžaduje pobyt na internátě. Musí předčasně opustit rodinu, čímž se naruší její sociální vazby. Je tedy důležitý komplexní přístup v péči o rodinu a co největší možná míra integrace (Kraus 2005, s. 73). Kraus doplňuje, že dalším problémem v socializaci může být přístup ke vzdělání, uplatnění v zaměstnání a to buď z hlediska bezbariérovosti prostředí, nebo z hlediska uplatnění osob s postižením na trhu práce (Kraus 2005, s. 79).

V období dospělosti by měl být jedinec s DMO se svým handicapem vyrovnán, měl by nést zodpovědnost za svá rozhodnutí, snažit se o co největší míru samostatnosti. V jaké míře se jedinci podaří tohoto statusu dosáhnout, o tom rozhodne míra závislosti na pomoci druhých, způsobená závažností omezení. Někteří jedinci nejsou schopni o sobě sami rozhodovat (Vágnerová 2004, s. 63).

Člověk s DMO může pěstovat normální sociální vztahy a vazby. Může mít partnera, žít v manželství, mít a vychovávat děti. Kraus dodává, že lidé s diagnózou DMO se dožívají dospělého věku i stáří a DMO nebývá příčinou smrti. Kritickým obdobím je ztráta rodiny,

v níž byli lidé s postižením vychování a v níž žili, pokud nebyli od dětství v ústavech nebo nenavázali pevný partnerský vztah (Kraus 2005, s. 80).

I v případech kombinovaného postižení jedince s DMO (např. epilepsií a zároveň mentální retardací) Matoušek prosazuje snahu o dosažení nejvýše možného zařazení jedince s DMO do společnosti a podporu v osamostatnění, které jsou společným jmenovatelem veškeré péče. V rámci možností je třeba, aby s jedinci s DMO bylo komunikováno jako s dospělými, aby byly respektovány jejich potřeby a případně možná rozhodnutí. Život člověka s DMO a navíc s takto provázanou poruchou (mentální retardace, epilepsie) je velmi stereotypní a úkolem rodinných příslušníků, asistentů a sociálních pracovníků je, pomoci jim kvalitu jejich žití zlepšovat na únosnou míru. Jedinci s DMO se často cítí osamoceni. Stereotypní vzorce je proto vhodné občas narušovat novými formami práce s nimi a zkoušet neznámé činnosti (Matoušek a kol. 2005, s. 115).

1.5.2 Vzdělávání osob s DMO

Vzdělávání osob se speciálními vzdělávacími potřebami se řídí podle vyhlášky 27/2016 Sb., ve znění pozdějších předpisů, ve které jsou ukotvena "podpůrná opatření". Podle §2 se *"podpůrná opatření se poskytují samostatně nebo v kombinacích různých druhů a stupňů v souladu se zjištěnými speciálními vzdělávacími potřebami žáka"*.

V příloze č. 1 výše zmíněné vyhlášky je uvedeno, že pro vzdělávání ve škole, třídě, oddělení nebo studijní skupině zřízené podle §16 zákona 571/2004 Sb., školský zákon, ve znění pozdějších předpisů, lze doporučit pouze podpůrná opatření spočívající v:

- poradenské pomoci školy a školského poradenského zařízení
- úpravě podmínek přijímání ke vzdělávání a ukončování vzdělávání
- použití kompenzačních pomůcek, speciálních učebnic a speciálních učebních pomůcek, využívání komunikačních systémů neslyšících a hluchoslepých osob, Braillova písma a podpůrných nebo náhradních komunikačních systémů
- vzdělávání podle individuálního vzdělávacího plánu
- úpravě očekávaných výstupů vzdělávání v mezích stanovených rámcovými vzdělávacími programy a akreditovanými vzdělávacími programy

- využití asistenta pedagoga, dalšího pedagogického pracovníka, tlumočnicka českého znakového jazyka, přepisovatele pro neslyšící nebo možnosti působení osob poskytujících žákovi po dobu jeho pobytu ve škole podporu podle jiného právního předpisu.

1.5.3 Zaměstnávání osob s DMO

Zaměstnávání osob se zdravotním postižením (platí i pro DMO) je legislativně upraveno ve dvou základních dokumentech, tj. §67zákonač. 435/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů o zaměstnanosti a v zákoně č.262/2006Sb., Zákoník práce, ve znění pozdějších předpisů. Zákon o zaměstnanosti definuje vztahy mezi státem a zaměstnavatelem. Zákoník práce řeší obecné vztahy mezi zaměstnavatelem a zaměstnancem.

Zákon o zaměstnanosti přiznává osobám se zdravotním postižením potřebu zvýšené ochrany na pracovním trhu, proto nabízí několik možností, které by měly této cílové skupině k získání a udržení zaměstnání pomoci. Jedná se o pracovní rehabilitaci, chráněné pracovní místo a příspěvek na podporu zaměstnávání osob se zdravotním postižením na chráněném pracovním místě. Chráněná pracovní místa jsou uzavřena dohodou v trvání 3 let, mezi zaměstnavatelem, který pracovní místo vytvořil a Úřadem práce ČR. Úřad práce ČR poskytuje příspěvek zaměstnavateli na zřízení chráněného pracovního místa a příspěvek na částečnou úhradu provozních nákladů tohoto chráněného pracovního místa. Zaměstnavatelé s více než 25 zaměstnanci v pracovním poměru jsou povinni zaměstnávat osoby se zdravotním postižením ve výši 4 % z celkového počtu svých zaměstnanců

1.6 Cíle a principy sociální práce se zdravotně postiženými

„Posláním sociální práce je poskytování sociálních služeb jednotlivcům, rodinám, skupinám nebo komunitám. Účelem těchto služeb je pomoci klientům vyrovnat se s nezměnitelnými problémy, omezit nebo odstranit problémy, které lze vyřešit, případně přispět ke zlepšení situace tam, kde je možná úprava sociálních poměrů“ (Řezníček 1994, s. 25).

Nosková: v ČR tvoří lidé se zdravotním postižením (obecně pojato) poměrně významnou skupinu občanů – odhaduje se, že se jedná přibližně o 10 % obyvatel. Autorka dále uvádí: *„Povinností každého demokratického státu je zajistit zdravotně postiženým občanům takové*

životní podmínky, které jsou srovnatelné s podmínkami zdravých občanů“ (Nosková 2012, s. 86) dále dodává:

- každá společnost by měla respektovat, že zdravotně postižení lidé mají stejná práva jako ostatní – úsilí o vytváření odpovídajících podmínek
- rovné příležitosti – vytvořit prostor pro posílení odpovědnosti za rozhodování o vlastním životě a zajistit přístup ke všem společenským zdrojům (zdravotní a sociální služby, vzdělání
- odstranění bariér, které vedou k diskriminaci a sociálnímu vyloučení – zajistit dostatečnou úroveň vzdělanosti a zaměstnanosti a tím zamezit sociální nouzi a chudobě (Nosková 2012)

Mahrová, Venglářová dodávají, že cíle sociální práce jsou závislé na historickém a kulturním rámci dané společnosti. Z tohoto důvodu se sociální práce stále mění, dle aktuálních potřeb společnosti. Posláním současné sociální práce je především poskytování služeb jednotlivcům, rodinám, skupinám nebo komunitám. Účelem těchto služeb je pomoci klientům omezit nebo odstranit problémy, které lze vyřešit, případně přispět ke zlepšení situace tam, kde je možná změna sociálních poměrů. *„Zároveň sociální práce vede dialog mezi tím, co chce společnost ve svých normách a tím, co chce klient. Cílem sociální práce je pak rozvíjet tento dialog ke vzájemné spolupráci.“* (Mahrová, Venglářová et al., 2008)

Hlavní cíle sociální práce s klientem se dají charakterizovat takto:

- podpořit klientovu schopnost řešit problém, adaptovat se na nároky a vyvíjet se
- zprostředkovat klientovi kontakt s agenturami, které mu mohou poskytnout zdroje, služby a potřebné příležitosti
- napomáhat tomu, aby systémy podpory klientů pracovaly humánně a efektivně
- rozvíjet a zlepšovat sociální politiku (Matoušek, 2008 s. 13).

1.6.1 Koncepce služeb poskytovaných klientům s DMO

Sociální služby jsou poskytovány dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, s ohledem na individualitu každého klienta a jeho aktuální sociální i rodinnou situaci. Služby jsou zaměřené i na podporu, rozvoj schopností a dovedností osob

s DMO. Jsou to takové činnosti nebo soubor činností, které zajišťují pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení (Matoušek 2007, s. 59).

Koncepce služeb zahrnuje:

Integraci: „*Poměr mezi integračními a segregačními snahami je v současném světě chápán jako jeden z ukazatelů humanity, kulturnosti a vyspělosti společnosti.*“ (Matoušek a kol. 2010, s. 95).

Prevenici: zahrnuje několik druhů činností např. primární, zdravotní, prenatalní a postnatalní péči. Zahrnuje také výchovu týkající se výživy, očkování, předcházení chorob, prevenci nehod atd. (Matoušek a kol. 2008, s. 46).

Rehabilitaci: jedná se o soubor postupů s cílem pomoci klientovi zachovat či zlepšit optimální fyzickou, smyslovou, psychickou a také sociální úroveň. Tato péče může mít různé formy. Nejdůležitější pro klienta s DMO jsou základní rehabilitace a cílené aktivity podporující např. pracovní rehabilitaci (Matoušek a kol. 2008, s. 47).

Vyrovňování příležitostí: proces, ve kterém jsou účastné různé systémy společnosti, např. služby, činnosti, informace a dokumentace zpřístupňovány všem lidem a zvláště osobám se zdravotním znevýhodněním (Matoušek a kol. 2008, s. 47).

Princip rovných práv: „*Osoby se zdravotním znevýhodněním jsou především občané a mají právo žít ve své původní komunitě. Měly by dostávat takovou podporu, jakou v rámci standardních struktur vzdělávání, zdravotní péče, zaměstnávání a sociálních služeb potřebují. Když osoby se zdravotním postižením dosáhnou stejných práv, měly by také mít stejné povinnosti*“ (Matoušek a kol. 2008, s. 96).

1.7 Kompenzační pomůcky

Pro každého zdravého a plně funkčně schopného člověka je samozřejmostí provádět aktivity denního života a mít schopnost soběstačnosti a samostatnosti. Pokud je občan s postižením limitován v některých aktivitách a participacích, jsou různé prostředky, jak najít řešení

k samostatnosti a soběstačnosti s cílem jeho optimální integrace do společnosti a dosažení jeho maximální možné kvality života. Toto je možné dosáhnout:

- zlepšením funkčních schopností na podkladě rehabilitace
- kompenzací pomůckou nebo úpravou prostředí
- asistencí druhé osoby, kdy v tomto případě vzniká závislost a člověk je odkázán na pomoc druhých (Kompenzační pomůcky pro osoby se specifickými potřebami 2006, s. 9).

Dle zákonů, které jsou platné v České republice, může občan získat velké množství kompenzačních pomůcek, které mohou zmírnit, nebo plně kompenzovat jeho limitované aktivity denního života. Těchto pomůcek je velká škála a není jednoduché se v nich orientovat. Informace jsou proto velmi důležité nejen pro profesionály, ale hlavně pro občany se zdravotním omezením a jejich rodinné příslušníky. Je nezbytné, aby pomůcky byly určeny jednoznačně, byly individuálně zaměřené, účelné a občan s disabilitou je byl schopen využívat ve svém obydlí a v prostředí ve kterém se pohybuje. Nezbytně se musí provádět přizpůsobení bytu nejlépe ergoterapeutem ve spolupráci se sociálním pracovníkem, s cílem vytvořit bezbariérové prostředí pomocí odborných poradců. Jde o faktory prostředí, které se musí individuálně určovat v prostředí, ve kterém člověk se zdravotním omezením žije (byt, dům, rezidenční zařízení), jeho okolí (doprava, mobilita apod.), jeho eventuální vzdělání, zaměstnání, volnočasové aktivity apod. (Zdravotnické potřeby a pomůcky 2017).

Kompenzační (obecně) pomůcky se dělí na několik podskupin. Jsou to:

- pomůcky pro mobilitu (lokomoci)
- pomůcky pro zvedání a přesun
- antidekubitní program
- pomůcky pro domácí péči (v koupelně, na toaletě, v domácnosti) (Zdravnet 2017).

Výrobě kompenzačních pomůcek se věnuje celá řada výrobců, je jich obrovské množství a v této práci nelze obsáhnout všechny typy a druhy těchto pomůcek.

Jaké pomůcky tělesně postižený může např. žádat:

- vozíky pro invalidy- standardní, dětské, sportovní, speciální, mechanické, elektrické, interiérové, exteriérové, přídavné
- chodítka – čtyřbodová, dvoukolová, tříkolová, čtyřkolová, předloketní, podpažní

- berle- francouzské, podpažní, předloketní, vycházkové, magnetické, skládací...
- protézy- horních končetin, dolních končetin
- speciálně upravená vozidla- dle postižení tělesné části a mnoho dalších (Kompenzační pomůcky pro osoby se specifickými potřebami 2006, s. 10)

Osoby se zdravotním postižením a také změněnou pracovní schopností obecně mohou žádat o kompenzační pomůcky i o příspěvek na ně např. v případě těchto postižení:

- zrakové postižení
- sluchové postižení
- tělesné postižení
- mentální postižení
- vnitřní postižení
- kombinovaná postižení (Žiju s handicapem 2017)

Vozíky pro invalidy, chodítka, berle a protézy se hodnotí jako zdravotní pomůcky a lze o ně žádat zdravotní pojišťovnu. Speciálně upravená vozidla a ostatní zmíněné pomůcky jsou pomůckami kompenzačními a o příspěvek na jejich pořízení je možné žádat na Úřadu práce ČR.

1.7.1 Jiné možnosti získání prostředků

Nadace

Cílem nadací je dávat peníze tam, kde je potřeba. Nadace svými financemi pomáhají v nejrůznějších oblastech lidských aktivit. Podporují např. péči o staré lidi, postižené děti, a různé projekty, které pomáhají postiženým.

Nadace pro děti postižené DMO – Duha

Tato nadace má sídlo v Trutnově, ale pomáhá dětem z celé republiky. Její činnost se soustředí na děti postižené právě DMO. Jejimi cíli jsou např.:

- pomoc dětem postiženým MO (formou nákupu pomůcek, přístrojů, zařízení, využití darů)
- patronace nad dětskými skupinovými centry v ČR (léčebny, stacionáře, dětské domovy, ústavy)
- zkvalitnění a rozšíření rehabilitační a léčebné základny postižených ve spolupráci se světovými zdravotnickými centry, především MUDr. Vojty
- zřízení, vedení půjčovny invalidních vozíků, pomůcek, v zájmu postižených spoluobčanů v rámci celé ČR, poskytování individuální pomoci podle žádostí k nákupu pomůcek
- organizování sportovních, kulturních, společenských akcí se zaměřením na integraci postižených mezi zdravé, na integraci postižených do běžného života
- nakladatelská a vydavatelská činnost ve výběru informací směřujících ke zkvalitnění rehabilitační, léčebné základny postižených dětí po DMO (Společnost duha 2016).

Projekt počítače proti bariérám

„Cílem projektu je poskytnout lidem se zdravotním postižením a organizacím přístup k informačním technologiím pomáhat lidem se zdravotním postižením získat další potřebné znalosti k překonávání životních bariér zvyšováním kvalifikace přispět k větší ekonomické samostatnosti lidí se zdravotním postižením.“ (Konto bariéry 2014)

Finanční příspěvek se poskytuje jen oprávněným žadatelům, kterými jsou dospělé osoby nebo rodiče dětí s tělesným, smyslovým nebo kombinovaným postižením v maximální hodnotě 10 000Kč nebo dítěti v hodnotě 5 000Kč. Klient má možnost žádat o: počítač a jeho příslušenství, speciální pomůcky pro ovládání počítače nebo jiné speciální technické

počítačové vybavení či vzdělávací kurz týkající se počítačových dovedností (Konto bariéry 2014).

Nadace ČEZ např. v rámci projektu Handicap PC poskytla prostředky Centru pro zdravotně postižené Plzeňského kraje, pro zlepšení vybavení PC učebny v hodnotě 71.580,- Kč (CZPPK 2016).

Seznam nadací, které se také podílejí na pomoci při pořizování pomůcek, je uveden v příloze č. 2.

Sponzoři

V případě neúspěchu při oslovení nadací nebo v situaci, kdy není k dispozici dostatek financí pro zakoupení pomůcky, má klient nebo organizace možnost oslovit sponzory. Na sponzorovi (dárci) záleží, jakou částku, jakou formu pomoci a na jaké postižení zvolí.

2 Informační a komunikační technologie a osoby s DMO

V literatuře se setkáváme s moderním vysvětlením ICT, které uvádí Freeman (2011) „*ICT jsou informační a komunikační technologie, často nazývané jako vzdělávací technologie. Termín se vztahuje k využívání digitálních technologií, jako jsou počítače, digitální kamery, elektronické tabule, software, webové stránky a nástroje jako blogy a wiki stránky.*“ (Maněnová, 2012, s. 14)

Existuje množství různých technických zařízení a programů v oblasti informačních technologií, které zjednodušují život potřebným. Jedinci s DMO disponují třemi druhy kompenzačních pomůcek pro: pohybově, sluchově a zrakově postižené. V moderní společnosti je silná tendence odbourávat bariéry, spojením s využitím IT, kompenzační pomůcky se navíc stále zdokonalují a vyvíjejí a nové vznikají. V oblasti internetu je možné setkat se s velkým množstvím webových stránek pro osoby s postižením, které nabízejí např. diskusní fóra, online poradny atd. (Kontakt 2004, s. 176).

Dostál vidí prospěšnost využití ICT osobami s tělesným postižením hlavně v komunikaci, získávání informací apod. Pomůcky usnadní použití počítače. Není to jen zábava a komunikace s ostatními lidmi, kterou osoby s DMO mohou využívat, ale také možnost reedukace, tedy využití speciálních metod při úpravě narušených funkcí běžných činností na

počítači, jako je psaní na klávesnici, hraní různých pomocných PC her. U osob s poruchou hybnosti je ale nutné využít speciální klávesnice, dotykové displeje atd. Je-li dotyčný neschopen hýbat končetinami, má možnost použít takové kompenzační pomůcky, které umožňují ovládat počítač za pomoci pohybu očí nebo hlavy. Jedinci s DMO jsou totiž schopni si osvojit a zautomatizovat mnoho činností a návyků, pokud je jim věnován dostatek času a trpělivosti a pokud oni sami tomu dostatek snahy věnují Dostál (2007, s. 75).

Prostřednictvím PC a speciálních programů mohou jedinci trénovat výslovnost (hluchoněmí) nebo nacvičovat orientaci (nevidomí). Procvičování je nápomocno při potížích s různými defekty. Počítač a speciální zařízení slouží jako kompenzační pomůcky během vykonávání běžných činností (roboti pro tělesně postižené, tvorba písemných dokumentů za pomoci počítače) (Kontakt 2004 č. 4, s. 177).

2.1 Speciální pomůcky

Základní potřebou člověka je mezi jinými i komunikace, umět se dorozumívat. Lidé s DMO mají potřebu komunikovat ještě mnohem vyšší. Cítí se často osamoceni, někteří těžce tělesně postižení ani nemohou bez pomoci opustit místnost, případně lůžko. Doma se učí, z domova komunikují s ostatními, komunikují s blízkými. Doma, případně v ústavu se ponejvíce odehrává jejich celý život. Moderní doba vnesla do života všech lidí převratnou technologii. Ta většinou změnila život v kladném i negativním slova smyslu. Je to počítačová technika, která umožnila nové a do nedávné doby nepředstavitelné možnosti. Práce, komunikace, učení, přátelství, umění, zábava, léčba, rehabilitace, integrace a motivace. To vše je možné prostřednictvím počítačové technologie. Dorozumívání mají mnozí jedinci s DMO velmi ztížené. Paréza nebo plegie, mentální retardace s různým stupněm nebo bez ní, s vadou řeči, s vadným sluchem nebo zrakem. Všichni mají v dnešní době komunikaci díky ICT usnadněnou a pro někoho je to dokonce jediná cesta jak komunikovat.

2.1.1 Vstupní zařízení

V této kategorii jsou ICT pomůcky, díky kterým může osoba, která není schopna využívat klávesnici a myš pracovat s PC. Patří k nim např. dotykové LCD, speciální klávesnice, alternativní polohovací zařízení, jednotlivá tlačítka nebo ovládací panely atd. V případě, že jsou osoby omezené v oblasti končetin, používají se pomůcky ovládané pohybem očí, hlavy nebo ústy (Zikl a kol. 2011, s. 51).

Speciální klávesnice s velkými klávesami

Klávesy jsou dvojnásobné velikosti oproti standardním klávesnicím, mohou mít např. i menší počet kláves pro lepší přehlednost a existují i klávesnice dotykové. Uplatní se u osob nevidomých nebo s částečnou poruchou hybnosti. Jejich výhodou je programovatelnost, takže uživatel může za pomoci jedné klávesy nastavit určité příkazy a ty poté využívat při práci (Petit-os 2017).

Obrázek 1: Speciální klávesnice



Zdroj: <http://www.petit-os.cz>

Trackball – zařízení nahrazující myš, které je možno pořídit např. s velkými tlačítky, barevně zvýrazněné nebo pro přizpůsobené k ovládání jednou rukou. Na trhu jsou drátová i bezdrátová provedení. I přes to, že se některé modely podobají standardní myši, ovládání kurzoru se neovládá tažením po podložce, nýbrž za pomoci prstů, které se posouvají po kuličce. Eliminují se tím situace, kdy by uživatel nechtěně po stisknutí tlačítka ucuknul kurzorem (Katedra výpočetní a didaktické výuky 2016).

Obrázek 2: Marblemouse



Zdroj: <http://www.petit-os.cz>

Obrázek 3: Big track

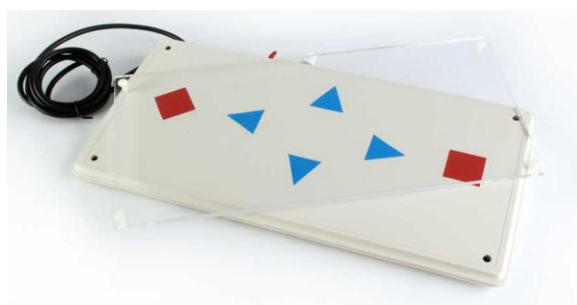


Zdroj: <http://www.petit-os.cz>

Senzorová klávesnice

Panel obsahuje tlačítka: šipky a enter. Dostupné jsou dva různé druhy: tlačítkový a dotykový. Díky malému množství tlačítek je vhodný i pro osoby s mentálním postižením, důvodem je předcházení zmáčknutí nechtěného povelu (Zikl a kol. 2011, s. 51).

Obrázek 4: Senzorová klávesnice



Zdroj: <http://www.petit-os.cz>

Dotykové obrazovky

K ovládní dotykové obrazovky není nutné používat myš. Zařízení se ovládá dotykem prstu a lze tak ovládat širokou nabídku programů, které jsou v této oblasti nabízeny za účelem zábavy, vzdělávání nebo výkonu zaměstnání. Jedním z podpůrných programů je např. elektronická klávesnice, které se ovládá prstem skrz obrazovku (Bendová a kol., 2006, s. 72).

Obrázek 5: Dotyková obrazovka



Zdroj: <http://www.petit-os.cz/>

Tablet

Dle (Lopúchové a Krajčíka 2014, s. 153) "*tablet kombinuje výhody počítače, dotykové plochy a využití možností nejnovějších technologií. V dnešní moderní době jsou tablety čím dál častěji využívány.*" Ke vzdělávání nebo volnočasové zábavě najdou své uplatnění u osob s tělesným, smyslovým nebo mentálním postižením a také u osob se specifickými vzdělávacími potřebami (Petit-os 2017). Protože jsou tablety vybaveny baterií a WiFi, není nutné přenášení a napojování dalších kabelů, což nahrává praktickému využití ještě více (Lopúchová a Krajčík 2014, s. 154).

Obrázek 6: Tablet



Zdroj: <http://www.petit-os.cz>

2.1.2 Pomůcky pro komunikaci

U osob s tělesným postižením se často objevuje i narušení komunikační schopnosti. I zde existují ICT pomůcky připojitelné k PC.

Záznamníky pro nevidomé

Záznamník umožňuje nevidomému uživateli zapsat informaci za pomoci běžné, nebo braillské klávesnice. Zapsaná informace je pak tlumočena syntetickým hlasem. Zařízení nabízí různé funkce: vyhledávání, přesouvání, mazání textu atd. (Zikl 2011, s. 97).

Mobilní telefon

Mobilní telefony mají dnes velké množství funkcí, pro potřeby postižených jedinců jsou ještě více rozšířené. Jednou z nich je možnost vytáčení čísla pomocí hlasu, bez nutnosti zařízení fyzicky ovládat, což ocení hlavně osoby s DMO, které mají poruchy hybnosti. Není problém si mobilní telefon nastavit tak, aby po vyslovení jména byla požadovaná osoba automaticky vytočena. Nechybí ani funkce automatického přijetí hovoru. Hlasem lze ovládat v tomto mobilním zařízení i mnoho dalších potřebných příkazů (Lopúchová, Krajčí 2014, s. 108).

2.1.3 Ovládání PC bez použití končetin

Pohybově omezení s poruchou funkce horních končetin

Práce s myší a klávesnicí je pochopitelně u osob s tímto postižením problematická, hlavně u osob s DMO, které trpí těžkými poruchami hybnosti. V dobách, kdy se používal operační systém MS-DOS, nebylo nutné používat myš, protože programy se ovládaly jen za pomoci kláves. V roce 1992 nastala v operačním systému MS Windows 3.1 změna, kdy byla k ovládání myš vyžadována. Proto je potřeba následných kompenzačních pomůcek, díky kterým je umožněno osobám s DMO počítač využívat (Zikl a kol. 2011, s. 54).

Synapse Head Tracking

Umožňuje osobám, které mohou dobře hýbat hlavou plně ovládat kurzor myši na počítači. Funkce počítače jsou ovládány formou výdechu nebo nádechu (Katedra výpočetní a didaktické výuky 2016).

Obrázek 7: Synapse HeadTracking



Zdroj: <http://www.synapseadaptive.com>

I4Control

I4Control je jedno z dalších zařízení, které dovolí ovládat počítač formou pohybu očí nebo celé hlavy. Je vybaveno kamerou, která sleduje pohyb zorničky a tak nahradí pohyb myši. Příkazy typu „enter“ atd. jsou simulovány různě dlouhým zavřením oka (MRK 2015).

Obrázek 8: I4 control



Zdroj: <http://mrk.eu>

Integra Mouse

Integra Mouse je alternativní počítačová myš pro uživatele s těžkou poruchou hybnosti. Ukazatel myši se ovládá pohyby rtů a je snímán joystickem. Tlačítka myši nahrazuje vdech a výdech. Má malé rozměry a možnost bezdrátového připojení k počítači a tak lze pomůcku využít i v jiných polohách, dle omezení postiženého (Kompenzační pomůcky pro osoby se specifickými potřebami 2006, s. 37)

Obrázek 9: Integramouse



Zdroj: <http://www.lifetool.at/>

JetVoice

JetVoice je software umožňující ovládat počítač za pomoci hlasu. Prostřednictvím mikrofону uživatel nahraje příkazy a poté je dle svých potřeb vysloví a počítač je vykoná. Jedná se např. spuštění programu nebo pohyb kurzoru do určité polohy. Tento program není limitován vyslovením příkazů, lze ho ovládat i bouchnutím, tlesknutím nebo dupnutím atd. Uplatní jej pohybově a zrakově postižené osoby. Program umožňuje i diktování jednotlivých hlásek pro využití textových editorů (Zíkl a kol. 2011, s. 54).

3 Průzkumné šetření

První část bakalářské práce je věnována teoretickým poznatkům. Druhá část je zaměřena na průzkumné šetření. Autor vytyčil cíl průzkumného šetření, stanovil předpoklady, přiblížil výzkumný vzorek, techniku sběru dat a časový harmonogram, ve kterém bylo průzkumné šetření provedeno. Na závěr celé průzkumné šetření vyhodnotil, vč. stanovených předpokladů.

3.1 Cíle průzkumného šetření a stanovení předpokladů

Pro ověření autorových předpokladů byl zvolen způsob průzkumu, jehož cílem je „zmapování a popis využití a rovněž dostupnost a možnost využívání informačních a komunikačních technologií osobami s DMO“. K samotnému zjišťování byl použit kvantitativně-kvalitativní výzkum, na jehož základě byly sesbírány exaktní a objektivně ověřitelné údaje, vztahující se ke zvolené problematice. Použita byla metoda dotazníku, který je racionálnější a hospodárnější než např. rozhovor. Umožňuje spolehlivěji vyčíslit subjektivní obraz osobnostních názorů a jeho anonymita zvyšuje poctivost a upřímnost opovědí. Pro tázané jsou zajištěny stejné podmínky. A vyhodnocování položek je jednodušší.

Na druhé straně má dotazníková forma zjišťování nevýhody v podobě možné nižší návratnosti a také kontroly, zda dotazník opravdu vyplnil oslovený respondent nebo otázku opravdu pochopil (Gavora a kol. 2010, s. 52).

„Přesná formulace konkrétního cíle a úlohy dotazníku ve vztahu ke zvolenému problému je základní podmínkou účelného koncipování dotazníku. Přispívá k cílevědomému obsahovému zaměření dotazníku i k jasnému zaměření jednotlivých položek na uzlové momenty“ (Skalková 1983, s. 87).

Položky v dotazníku jsou proto sestaveny tak, aby byly jednoduché, krátké a snadno pochopitelné. Autor této práce se snažil výše uvedené nevýhody co nejvíce potlačit. Proto se v rámci nutné intervence osobně účastnil u těch respondentů, kteří měli těžší zdravotní handicap a pomoc v pochopení otázek potřebovali.

Autor se zaměřil na tyto dílčí otázky:

- 1) Pomáhá lidem s DMO používání ICT?
- 2) Mají možnost pracovat s ICT i přes svůj zdravotní stav?
- 3) Jakým způsobem si mohou ICT pořídit?

Prostřednictvím dílčích otázek jsou dokresleny informace získané z dotazníkového šetření pro snazší vyhodnocení stanovených hypotéz.

Pro výsledek průzkumného šetření byly stanoveny následující předpoklady:

P 1: Předpokládá se, že lidé s DMO pod vlivem zdravotního stavu ICT nevyužívají v plném rozsahu.

P 2: Předpokládá se, že osoby s DMO používají počítač/notebook ke komunikaci s ostatními lidmi více, než k výdělečné činnosti.

P 3: Předpokládá se, že k získání ICT využili lidé s DMO nejčastěji příspěvku od Úřadu práce.

3.2 Výzkumný vzorek

Primárně, pro účely bakalářské práce, autor oslovil takové organizace, ve kterých byla možnost vykonat odbornou praxi v rámci studia, nebo s nimi měl již zkušenosti. Osloveno bylo celkem 50 respondentů s DMO, kteří jsou současně obyvateli těchto zařízení.

Těmito organizacemi byly:

Sociální služby města Nový Bor, příspěvková organizace

Organizace se zaměřuje na poskytování terénních a ambulantních služeb sociální péče, které umožňují co nejdélejší možné setrvání jejich uživatelů v domácím prostředí či místní komunitě. Poskytuje 2 druhy sociálních služeb: **Pečovatelská služba a Denní stacionáře**. Zdravotně postiženým osobám se sníženou soběstačností nabízí služby, které vedou k podpoře jejich schopností a samostatného života v domácím prostředí, k zachování lidské důstojnosti a přispívají ke kontaktu s okolním prostředím (Sociální služby města Nový Bor 2010).

Jedličkův ústav, příspěvková organizace

Jedličkův ústav poskytuje sociální služby osobám s tělesným a kombinovaným postižením od 3 let. Součástí poskytovaných sociálních služeb je výchovně vzdělávací a aktivizační činnost, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutická činnost a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. V rámci individuálního přístupu nabízí uživatelům ambulantní (denní), týdenní, celoroční a odlehčovací pobyt. Individuální podpora je poskytována i ve zdravotní, sociální, pedagogicko-psychologické a rehabilitační oblasti (JÚŠ, 2016).

3.3 Technika sběru dat a časový harmonogram

Ke zjišťování byl stanoven časový úsek, tj. období od 1. 9. do 1. 11. 2016, ve kterém byl dotazník rozdán respondentům. U jedné poloviny rozdaných dotazníků byl obsah otázek respondentům v Novém Boru vysvětlen autorem práce osobně. O vyplnění druhé poloviny dotazníků byla požádána pracovnice v Jedličkově ústavu, která se osobně angažovala, že v případě potřeby vysvětlení otázek bude svým klientům k dispozici. Celkový počet rozdaných dotazníků v Novém Boru byl 25 a v Jedličkově ústavu také 25.

Než se přistoupilo k dotazníkovému šetření, prvotně byly k vyplnění předány dva dotazníky v Denním stacionáři v Novém Boru. Bylo zjištěno, že respondenti dotazník vyplnili bez problémů, a proto se přistoupilo k cílenému rozdělení. Respondenti byli v úvodu požádáni, zda jsou ochotni se šetření zúčastnit. V případě kladného postoje, byli též seznámeni s účelem a cílem průzkumu. Respondenti byli také ubezpečeni, že se jedná o anonymní způsob prezentace výsledků. U tří respondentů se šetření v plné anonymitě neuskutečnilo. Autor práce těmto jedincům pomohl verbální komunikací s nimi, pochopit znění některých otázek. Poté jim byl dotazník předán.

4 Způsob zpracování a vyhodnocení dat

V jednotlivých položkách je vyhodnocena jak absolutní četnost odpovědí (n), tak i jejich četnost vyjádřená procenty (%), která je následně znázorněna pomocí prostorového koláčového grafu. Procentuální znázornění výsledků v tabulce je zaokrouhleno na dvě desetinná místa a v grafu na celá čísla. Součet procentuálního vyhodnocení dává vždy 100% a je odvozeno od celkového počtu odpovědí na jednotlivé otázky.

U položek 6., 7. a 8. respondenti odpovídali, s jakou četností a k jakým činnostem danou technologií využívají. K označení četnosti byla využita škála od 1 do 10, kde jedna značilo "vůbec" a deset "nejčastěji". Za počtem respondentů je vždy uveden medián a průměrná hodnota odpovědí, které respondenti zvolili na dané škále.

Položka 1 – Jaké je Vaše pohlaví?

Tabulka 1: Jaké je Vaše pohlaví?

Pohlaví	n	%
Žena	24	(52,17%)
Muž	22	(47,83%)
Součet celkem	46	100,0



Graf 1: Jaké je Vaše pohlaví?

Dotazníkového šetření se účastnilo 46 respondentů. Z tohoto souboru bylo 24 (52%) žen a 22 (48%) mužů. Zastoupení mužů a žen je v průzkumném vzorku téměř vyrovnané.

Položka 2 – Jaký je Váš věk?

Tabulka 2: Jaký je Váš věk?

Věk	n	%
20 - 30	23	50
31 - 49	10	21,74
50 a více	13	28,26
Součet celkem	46	100,0



Graf 2: Jaký je Váš věk?

Tabulka č. 2 a graf č. 2 ukazují na věkové rozložení v daném souboru. Polovinu respondentů, tj. 23 (50%) tvoří skupina osob ve věku od 20 do 30 let. Skupinu ve věku od 31 do 49 let tvoří 10 (22%) respondentů. Zbýlých 13 (28%) respondentů je ve věku 50 a více let. Nejvíce jsou tedy zastoupeni klienti ve věku 20 - 30 let.

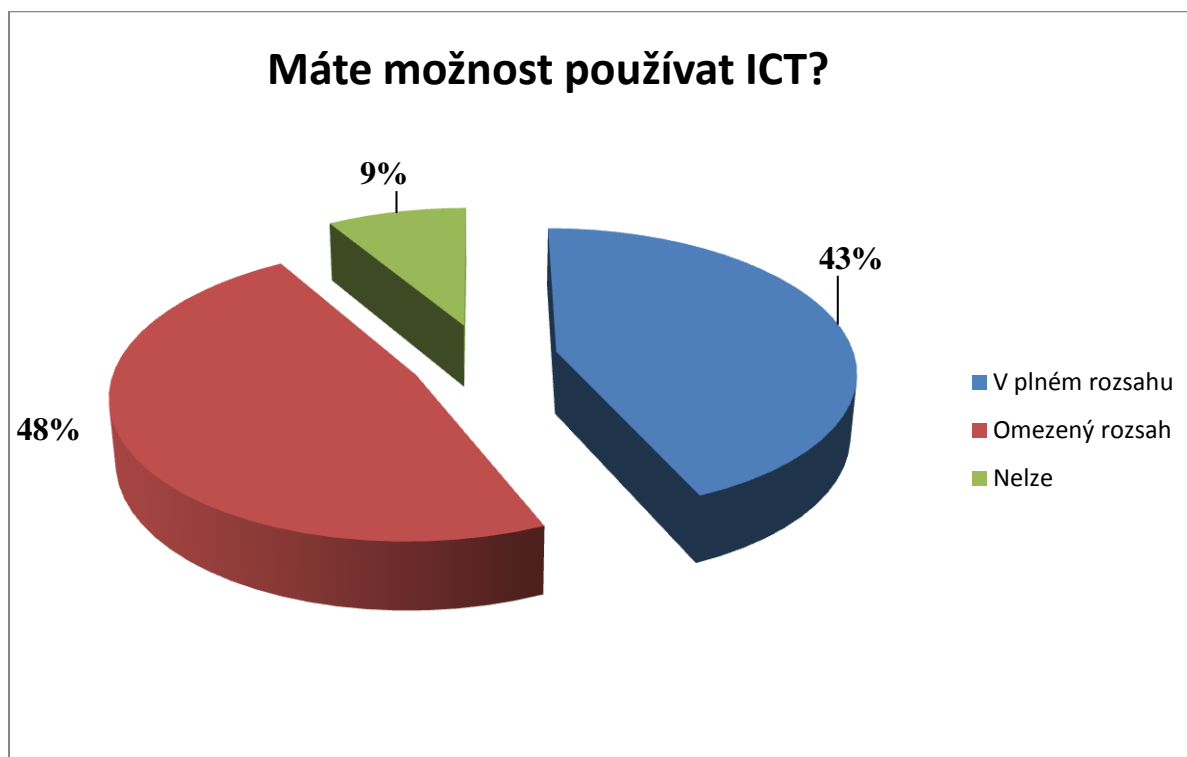
V tabulce 1 (přílohy) je porovnání věkového rozmezí mezi vybranými organizacemi. V Liberecké zařízení je nejvíce zastoupena skupina ve věkovém rozmezí 20 - 30 let v počtu 16 respondentů oproti novoborskému zařízení, kde odpovídalo 7 respondentů ve stejném

věkovém rozmezí. Naopak ve věku 50 a více odpovídalo v Novém Boru 11 respondentů a v Liberci jen 2 respondenti. Věkový rozdíl může mít vliv na výsledky výzkumného šetření z důvodu, že respondenti nad 50 ve svém mladším věku neměli tolik možností ICT používat, protože nebyly běžně dostupné a ani na školách nebyla zavedena ICT výuka jako dnes.

Položka 3 - Máte možnost používat ICT?

Tabulka 3: Máte možnost používat ICT?

Možnost využití ICT	n	%
Ano v plném rozsahu	21	45,65
V omezeném rozsahu	24	52,17
Vůbec	1	2,18
Součet celkem	46	100,0



Graf 3: Máte možnost používat ICT?

Respondenti byli seznámeni s tím, že odpověď „plný rozsah“ je ve smyslu využití ICT takovým způsobem, kdy nejsou u činností, které chtějí na ICT zařízeních vykonávat, nijak omezeni.

Grafické znázornění odpovědí na otázku, která se zabývá rozsahem využití ICT, ukazuje, že 21 (46%) respondentů užívá ICT v plném rozsahu, dalších 24 (52%) respondentů užívá ICT v omezeném rozsahu a 1 (2%) respondent ICT nemůže ICT využívat vůbec.

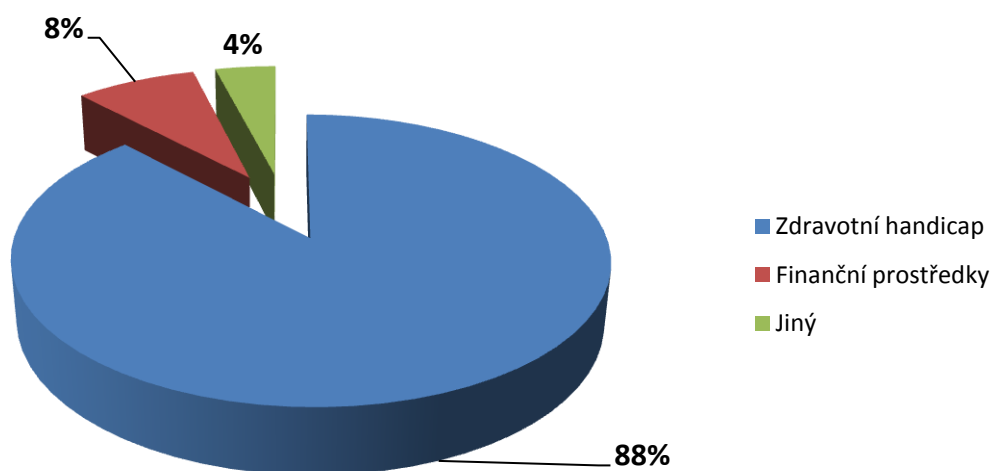
Srovnáme-li tuto tabulku s věkem respondentů, pak ti, kteří jsou v rozmezí 20 - 30 let odpověděli 12x, že využívají ICT v plném rozsahu a 7x v omezeném rozsahu. V rozmezí věku 31 - 49 let byla 5x zvolena odpověď v plném rozsahu a 8x v omezeném rozsahu. Jako poslední věkové rozmezí bylo 50 let a více a zde respondenti zvolili 4x odpověď v plném rozsahu, 9x v omezeném rozsahu a 1 z nich odpověděl, že nelze využít ICT vůbec. Odpověď v "plném rozsahu" byla nejčastější ve věkovém rozmezí 20 - 30 let a odpověď v "omezeném rozsahu" u respondentů ve věku 50 a více let. Z toho lze usuzovat, že u osob starších 50 let může být problémový jejich zhoršující se zdravotní stav vlivem věku (viz. tabulka 2 přílohy).

Položka 4 -Z jakého důvodu využíváte ICT v omezeném rozsahu nebo vůbec?

Tabulka 4: Z jakého důvodu využíváte ICT v omezeném rozsahu nebo vůbec?

Důvod využití ICT v omezeném rozsahu nebo vůbec	n	%
Zdravotní omezení	22	88,00
Finanční prostředky	2	8,00
Jiný	1	4,00
Součet celkem	25	100

Z jakého důvodu využíváte ICT v omezeném rozsahu nebo vůbec?



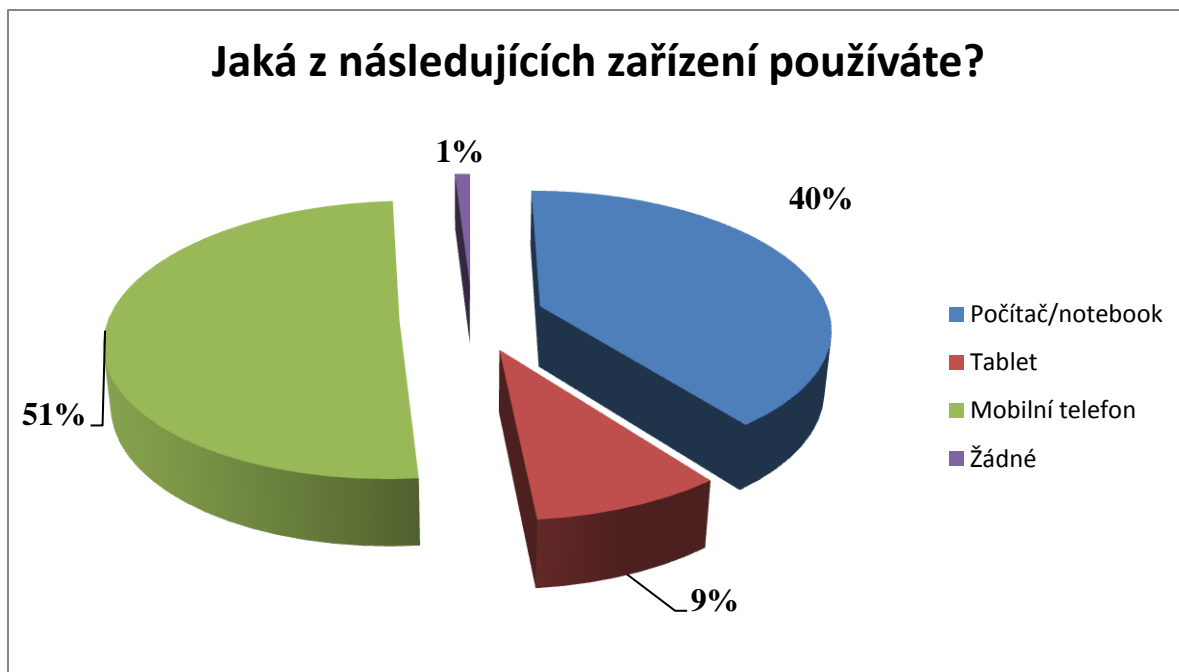
Graf 4: Z jakého důvodu využíváte ICT v omezeném rozsahu nebo vůbec?

Respondenti, kteří v tabulce č. 5 uvedli odpověď "v omezeném rozsahu" nebo "vůbec", měli v další otázce odůvodnit, v čem je příčina toho, že nemohou ICT využívat v plném rozsahu. Bylo zjištěno, že zdravotní omezení je problémem u 23 (85,20%) respondentů, finanční prostředky u 3 (11,10%) respondentů a jiný důvod zvolil jen 1 (3,70) respondent, který napsal: *"Chtěl jsem po letech zkusit počítač, ale držadla mého invalidního vozíku mi nedovolila se vhodně umístit ke stolu ve společenské místnosti, který je moc nízký. K životu to nepotřebuji."* Tento respondent se v mladším věku zajímal o počítače a chtěl na základě vlastní zkušenosti vědět, jak nové operační systémy fungují. Jednalo se o respondenta, který v otázce č. 3 zvolil odpověď "vůbec". Nejvíce byla tedy zvolena odpověď, "zdravotní omezení", která koresponduje s tím, že všichni respondenti mají život ovlivněn hlavně DMO a omezeními, které jim tato porucha přináší.

Položka 5 - Jaké z následujících zařízení používáte?

Tabulka 5: Jaké z následujících zařízení používáte?

Používaná zařízení	n	%
Počítač/notebook	32	39,5
Tablet	7	8,64
Mobilní telefon	41	50,62
Žádné	1	1,24
Součet celkem	81	100,0



Graf 5: Jaké z následujících zařízení používáte?

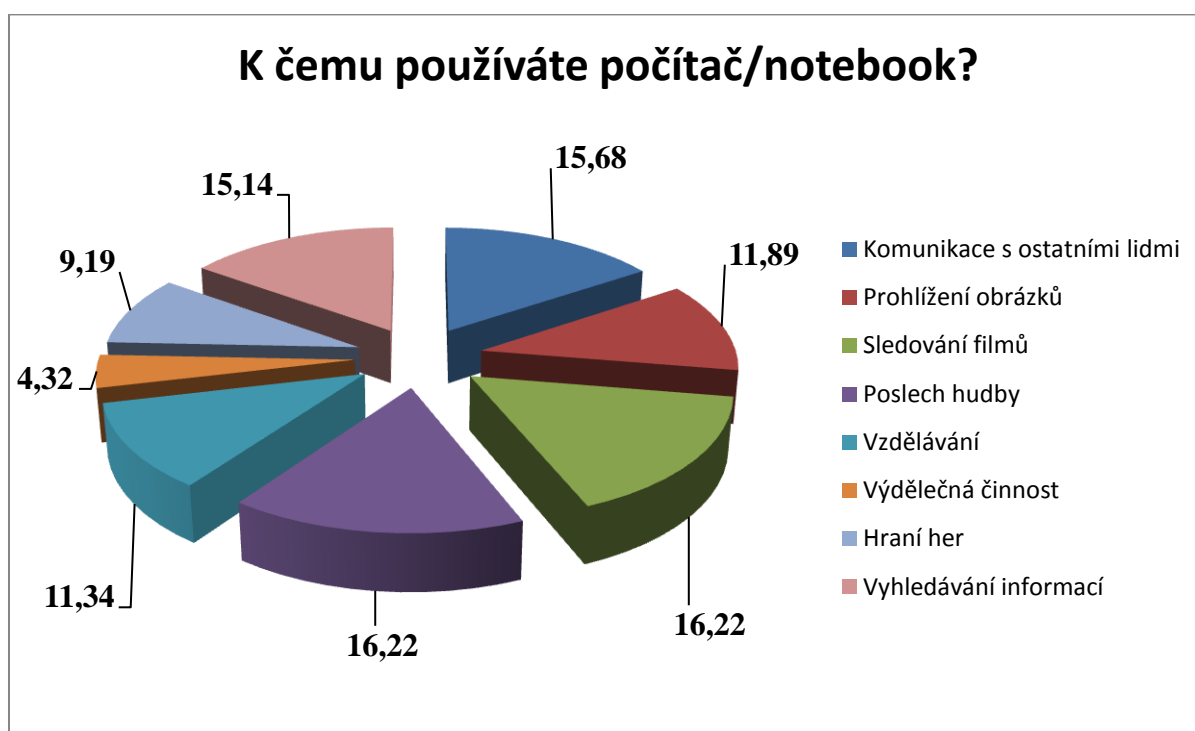
Tabulka č. 5 a graf č. 5 ukazuje, že 41 (51%) respondentů z našeho souboru využívá mobilní telefon. Dalších 32 (40%) respondentů využívá počítač/notebook a tablet využívá 7 (9%) respondentů. Jen 1 (1%) respondent nevyužívá žádné zařízení. V nejvyšší míře je zastoupen mobilní telefon. Za ním následuje počítač/notebook a nejméně respondenti využívají tablet. Nejdůležitějším zjištěním podle následujícího grafu je skutečnost, že ICT umí využívat 99% dotazovaných a to i vzhledem k 28% respondentů, kterým je více jak 50 let (viz. tabulka č. 2.).

Srovnáme-li využití počítačů/notebooků, tabletů a mobilních telefonů ve zvolených zařízeních, pak v Novém Boru je celkem 14 uživatelů počítačů/notebooků, 5 uživatelů tabletů a 24 uživatelů mobilních telefonů. V libereckém zařízení využívá 18 respondentů počítače/notebooky, dalších 17 mobilní telefony a jen 2 respondenti tablet (viz. tabulka 3 přílohy). Je tedy zřejmé, že počítače/notebooky jsou více využívány v libereckém zařízení a naopak mobilní telefony jsou více využívány v Novém Boru.

Položka 6 - K čemu používáte počítač/notebook?

Tabulka 6: K čemu používáte počítač/notebook?

	n	Průměr	MEDIÁN	%
Komunikace s ostatními lidmi	29	7,97	10	15,68
Prohlížení obrázků	22	3,97	3	11,89
Sledování filmů	30	5,87	5	16,22
Poslech hudby	30	7,2	8	16,22
Vzdělávání	21	5,65	6,5	11,34
Výdělečná činnost	8	4,5	5	4,32
Hraní her	17	4,76	5	9,19
Vyhledávání informací	28	5,71	5	15,14
Součet celkem	185			100,00



Graf 6: K čemu používáte počítač/notebook?

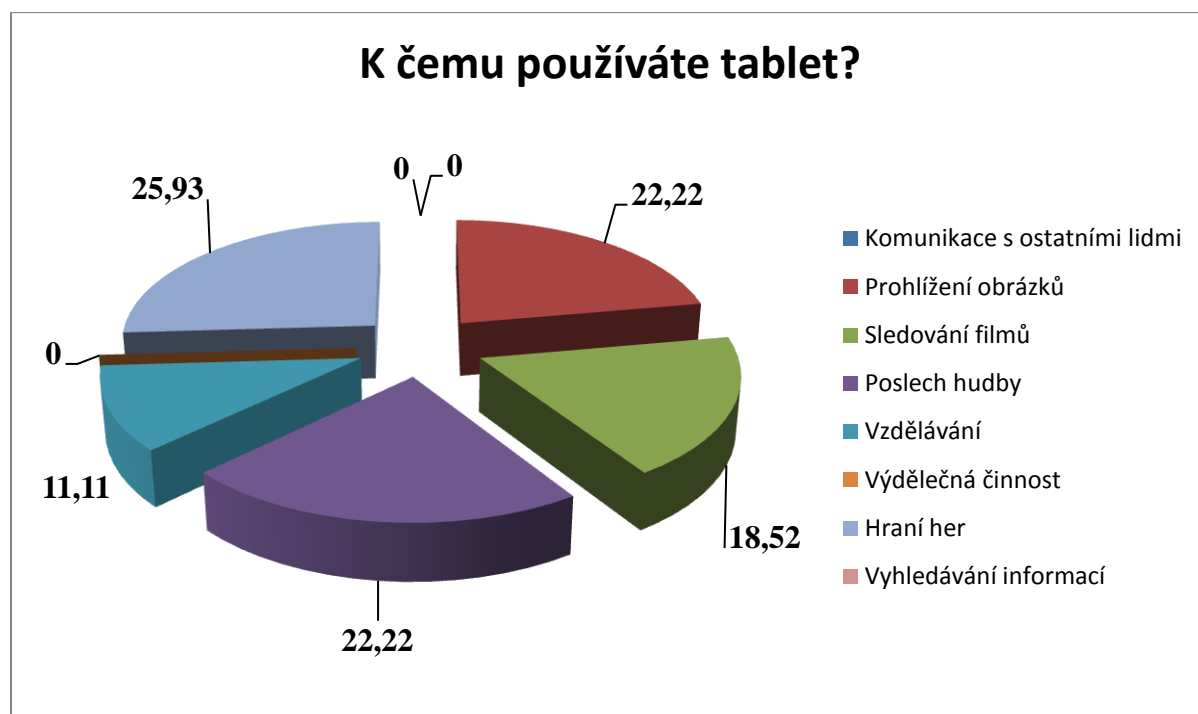
Tabulka č. 6 ukazuje, že více jak 16% (5,87) respondentů používá počítač/notebook hlavně ke sledování filmů. Stejné procentuální zastoupení má i poslech hudby. Dalších téměř 16% (7,97) respondentů toto zařízení využívá pro komunikaci s ostatními lidmi a 15% (5,71) respondentů k vyhledávání informací. Na prohlížení obrázků využívá vybrané technologie 12% (3,97) respondentů a ke vzdělávání 11% (5,65) respondentů. Na hraní her využívá počítač/notebook 9% (4,76) respondentů a jen 4% (4,5) respondentů k výdělečné činnosti.

I přes to, že největší počet respondentů používá toto zařízení na sledování filmů a poslech hudby, bylo zjištěno, že nejvyšší medián na číselné škále má "komunikace s ostatními lidmi". Z toho lze usuzovat, že komunikace s ostatními lidmi, je pro respondenty velice důležitá. Počítače/notebooky jim tak dávají prostřednictvím elektronické komunikace možnost neztratit kontakt s okolním, sociálním prostředím a možnost vztahy navazovat a pěstovat.

Položka 7 - K čemu používáte tablet?

Tabulka 7: K čemu používáte tablet?

	n	Průměr	MEDIÁN	%
Komunikace s ostatními lidmi	0	0	0	0
Prohlížení obrázků	6	7	7,5	22,22
Sledování filmů	5	7,8	8	18,52
Poslech hudby	6	6	6	22,22
Vzdělávání	3	4	4	11,11
Výdělečná činnost	0	0	0	0
Hraní her	7	6,29	6	25,93
Vyhledávání informací	0	0	0	0
Součet celkem	27			100,00



Graf 7: K čemu používáte tablet?

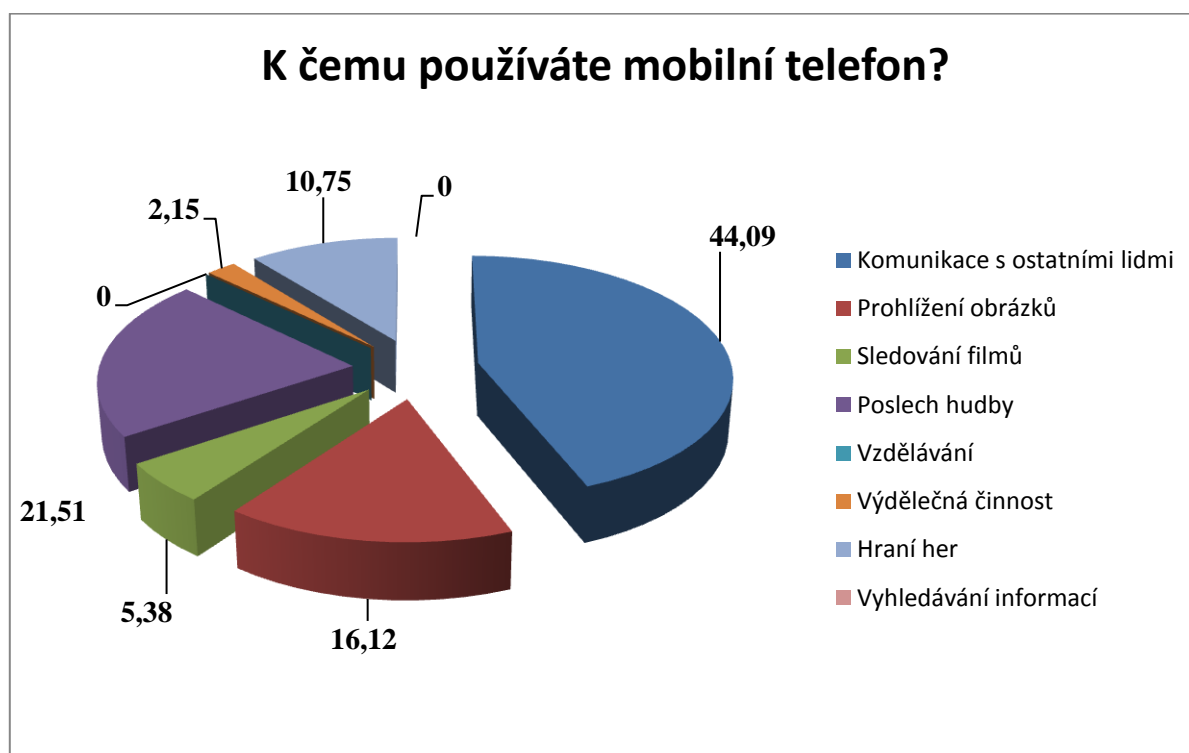
Tabulka č. 7 ukazuje, že 26% (6,29) respondentů využívá tablet na hraní her. Dalších 22% (7) respondentů používá počítač/notebook k prohlížení obrázků a stejné procentuální zastoupení respondentů k poslechu hudby. Dalších téměř 19% (7,8) respondentů toto zařízení využívá ke sledování filmů a 11% (5,71) respondentů k vyhledávání informací. Ke komunikaci s ostatními lidmi, výtěžné činnosti nebo vyhledávání informací respondenti tablet nevyužívají.

Nejvyšší medián na číselné škále získalo u tabletu sledování filmů a prohlížení obrázků. Z tohoto výsledku lze usuzovat, že tablet je spíše vnímám jako prostředek k osobní zábavě.

Položka 8 - K čemu používáte mobilní telefon?

Tabulka 8: K čemu používáte mobilní telefon?

	n	Průměr	MEDIÁN	%
Komunikace s ostatními lidmi	41	9,82	10	44,09
Prohlížení obrázků	15	6,13	5	16,12
Sledování filmů	5	5,4	4	5,38
Poslech hudby	20	7,2	8,5	21,51
Vzdělávání	0	0	0	0
Výdělečná činnost	2	3,5	3,5	2,15
Hraní her	10	3,9	3	10,75
Vyhledávání informací	0	0	0	0
Součet celkem	93			100,00%



Graf 8: K čemu používáte mobilní telefon?

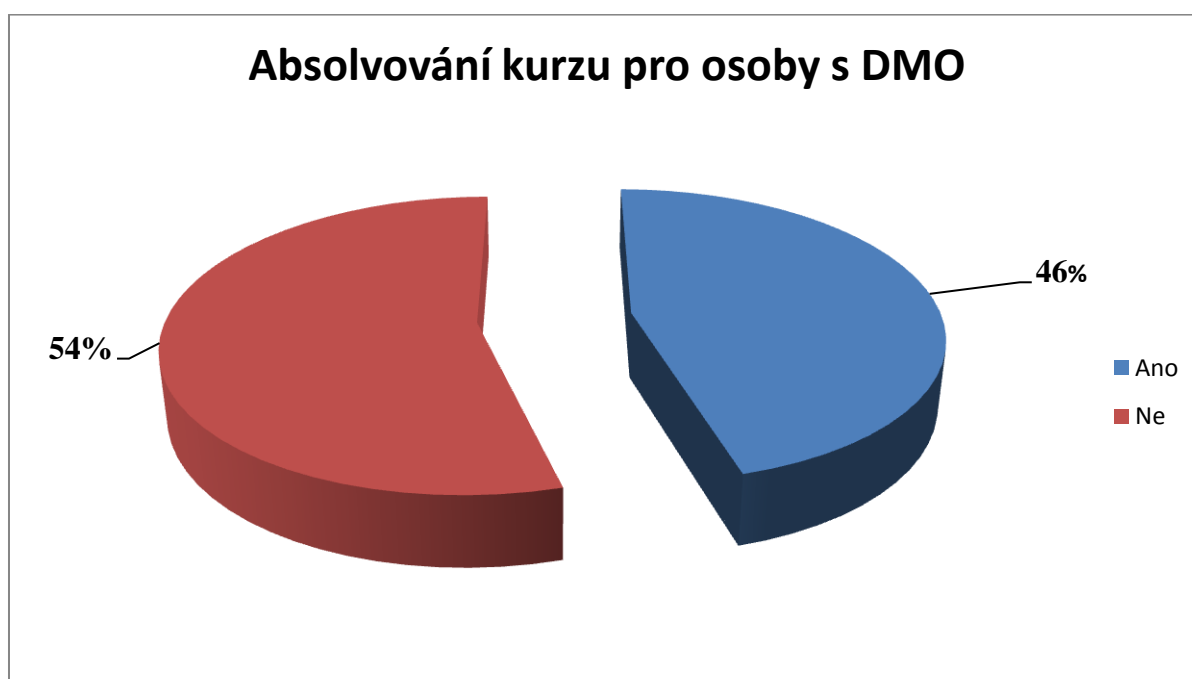
Tabulka č. 8 ukazuje, že 44% (9,82) respondentů používá mobilní telefon primárně ke komunikaci s ostatními lidmi. Celkem 22% (7,2) respondentů k poslechu hudby. Dalších téměř 16% (6,13) respondentů toto zařízení využívá na prohlížení obrázků a 11% (3,9) respondentů pro hraní her. Ke sledování filmů využívá mobilní telefon 5% (5,4) respondentů a k výdělečné činnosti 2% (3,5) respondentů. V oblasti vyhledávání informací a vzdělávání respondenti mobilní telefon nevyužívají.

Stejně jako u položky 6 (využívání počítačů/notebooků) měla na škále nejvyšší medián „komunikace s ostatními lidmi“.

Položka 9 – Absolvoval/a jste počítačový kurz pro osoby s DMO?

Tabulka 9: Absolvoval/a jste počítačový kurz pro osoby s DMO?

Absolvování počítačového kurzu pro osoby s DMO	n	%
Ano	21	45,63
Ne	25	54,37
Součet celkem	46	100,0



Graf 9: Absolvoval/a jste počítačový kurz pro osoby s DMO?

Z odpovědí na otázku, zda respondenti absolvovali počítačový kurz, vyplývá, že 21 (46%) respondentů jej skutečně absolvovalo a 25 (54%) respondentů nikoli.

Ke srovnání, zdali respondenti, kteří absolvovali kurz, využívají počítač/notebook poslouží tabulka 4 (přílohy). Ukázalo se, že 19 (90%) respondentů absolvovalo počítačový kurz a využívají počítač/notebook. Jen 2 (9,53%) respondenti i přes to, že absolvovali kurz, toto zařízení nevyužívají.

Lze usoudit, že není pravidlem, aby respondenti, kteří absolvují počítačový kurz, počítač/notebook používali. Tito 2 respondenti byli dodatečně tázáni, zda vybrané zařízení vlastní nebo ne. Oba respondenti sice byli vlastníci notebooků, jejich však odpověď zněla:

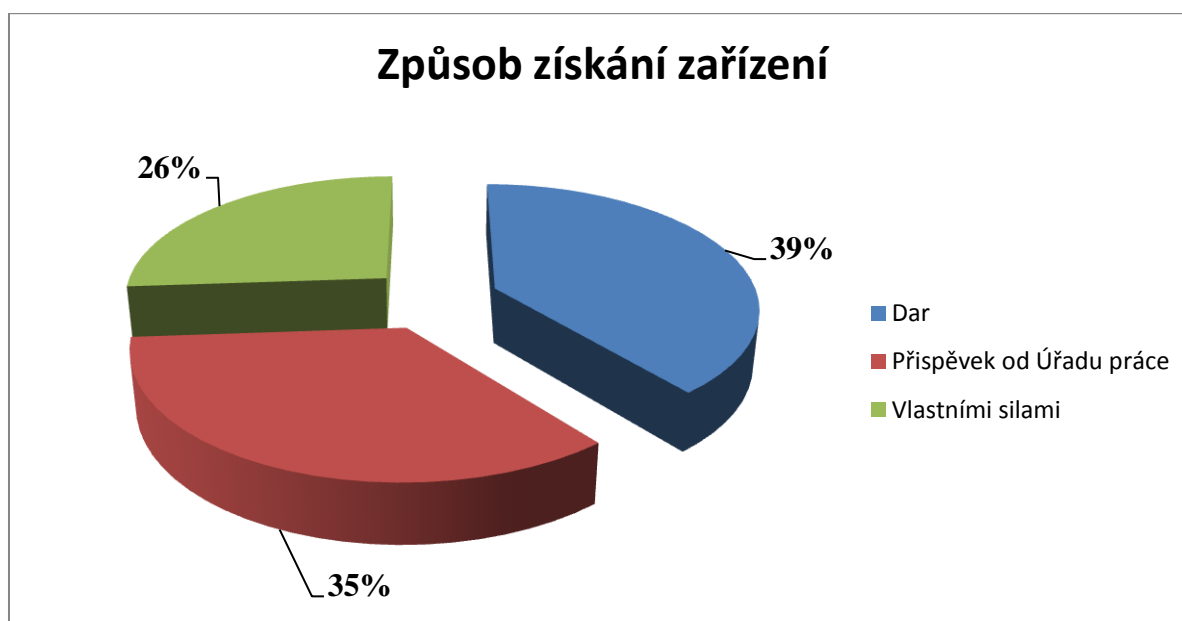
„Nemám důvod ho využívat.“ A druhý respondent odpověděl: „ Vše mohu vyřídit za pomoci mobilního telefonu.“

K lepšímu přehledu poslouží porovnání organizací, ve kterých byly dotazníky rozdány. V Novém Boru absolvovalo kurz a využívá počítač/notebook 10 (83%) respondentů a 2 (17%) respondenti ne – (viz. tabulka 5 přílohy). V liberecké organizaci absolvovalo kurz a využívá počítač/notebook 9 (100%) respondentů, tedy plný počet (viz. tabulka 6 přílohy). Při tomto detailnějším srovnání organizace v Novém Boru a Liberci je možno vidět menší rozdíl.

Položka 10 - Jak se Vám podařilo zvolené/á zařízení získat?

Tabulka 10: Jak se Vám podařilo zvolené/á zařízení získat?

Způsob získání vybraného zařízení	n	%
Darem	18	39,10
Příspěvkem od Úřadu práce	16	34,80
Vlastními silami	12	26,10
Součet celkem	46	100,0



Graf 10: Způsob získání vybraného zařízení

Tabulka č. 11 a graf č. 11 znázorňuje možnosti získání zařízení pro svoji potřebu. V počtu 16 (35%) respondentů na nákup zařízení obdrželo příspěvek z příslušného úřadu práce. Dalších 12 (26%) respondentů získalo zařízení vlastními silami. Celkem 18 (39%) respondentů zařízení získalo darem.

Z tabulky 7 (přílohy) bylo zjištěno, že ve věku 20-30 let získalo darem vybrané ICT 11 (61%) respondentů, v rozmezí 31 -49 se jedná o 4 (22%) respondenty a zbylí 3 (17%) respondenti jsou ve věku 50 a více let. Jinou možností byl příspěvek od úřadu práce. Zde získalo finanční prostředky na vybrané ICT 5 (31%) respondentů ve věku 20 – 30 let, dále 6 (38%) respondentů ve věku 31 – 49 a ve věku 50 a více celkem 5 (31%) respondentů. Poslední možností bylo získání ICT zařízení vlastními silami, kde tuto možnost mělo 5 (42%) respondentů ve věku 20 – 30 let, skupina 4 (33%) respondentů ve věkovém rozmezí 31 – 49 a 3 (25%) respondenti ve věku 50 a více.

V tabulce 8 (přílohy) bylo zjištěno, že v organizaci Sociální služby města Nový Bor získali respondenti zařízení hlavně formou příspěvku od úřadu práce, ve věkovém rozmezí 50 a více let.

V organizaci Jedličkův ústav Liberec získalo zařízení formou daru nejvíce respondentů ve věkovém rozmezí 20 - 30 let (viz. tabulka 9 přílohy).

Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že respondentům ve vybraných zařízeních jsou ICT dostupné hlavně formou daru. Tento výsledek pomůže k vyhodnocení předpokladu č. 3.

5 Vyhodnocení předpokladů

P 1: Předpokládáme, že lidé s DMO vlivem jejich zdravotního stavu ICT nevyužívají v plném rozsahu.

Výsledky v první tabulce ukazují, že možnost využívat ICT v "omezeném rozsahu" má 52% respondentů a 2% respondentů "vůbec". Ve druhé tabulce měli respondenti možnost odpovědět na otázku, jaká je příčina toho, že nemohou využívat ICT v "plném rozsahu". Ve výsledku odpovědělo 85% respondentů, že důvodem je "zdravotní omezení."

Předpoklad č. 1 byl potvrzen.

P 2: Předpokládá se, že osoby s DMO používají počítač/notebook ke komunikaci s ostatními lidmi více než k výdělečné činnosti.

Z výsledků na str. 12 bylo zjištěno v odpovědích uváděných na škále 1 - 10, že 29 (16%) respondentů využívá počítač/notebook ke komunikaci s ostatními lidmi s hodnotou mediánu 10, oproti výdělečné činnosti na kterou je toto zařízení používáno 8 (4%) respondenty s hodnotou mediánu 5. Komunikace s ostatními lidmi je využívána častěji než výdělečná činnost.

Předpoklad č. 2 byl potvrzen.

P 3: Předpokládá se, že k získání ICT, využili lidé s DMO nejčastěji příspěvku od Úřadu práce.

Tento předpoklad byl vyvrácen, protože bylo výzkumným šetřením zjištěno, že 39% respondentů získalo ICT zařízení formou daru, dalších 34% příspěvkem od úřadu práce a zbylých 26% respondentů vlastními silami.

Předpoklad č. 3 nebyl potvrzen.

6 Diskuze

Z výzkumného šetření vyplývá, že osoby starší 50 let sice mají možnost ovládat ICT, ale v omezeném rozsahu. Příčinou je jejich zhoršující se stav a svou roli hraje i nedostatečná motivace. Počítače a ICT do jejich životů vstoupili až v pozdějším věku. Tudíž před nimi mají respekt nebo jsou naučeni na jiné způsoby komunikace a nemají motivaci či potřebu ke změně. To jsou důvody, proč je uživatelů počítačů v určitém věku méně.

Víc než 50% respondentů používá mobilní telefon. Je to dobrý výsledek, je znát, že jedincům s DMO nedělá problém se s mobilním zařízením sžít, práce s ním je pro ně jednodušší a využívají jej hlavně ke komunikaci.

Je tedy patrné, že mobilní zařízení má u jedinců s DMO využitelný potenciál a bylo by dobré, kdyby v něm měli i přístup k informacím internetu, s daty bez limitu. Je možno vydedukovat, že by mobilní telefon využívali více, než počítače. V odpovědích na otázky z dotazníku respondenti nevedli ani v jednom případě, že by se prostřednictvím mobilních telefonů chtěli vzdělávat. Mobilní telefon má přitom z hlediska uživatelnosti nesporné výhody, jsou skladné, operativní, finančně nenáročné a lehce přenosné. Jedinci s DMO by mohli využívat všech dostupných funkcí na mobilním telefonu, je však nutná potřeba řádného vysvětlení uživatelského rozhraní.

V teoretické části bylo uvedeno, že osoby s DMO mohou mít např. i problémy se čtením. Autor se při dotazníkovém šetření setkal s chlapcem, který zapomněl písmenka. Velmi rád cestuje a jezdí na výstavy a informace o trasách a cestách i výstavách vyhledává na mapách a cestovních odkazech webů na internetu. Jeho omezení mu to však nyní nedovoluje a potřebuje k sobě asistenta, který mu vyhledané nabídky čte. Řešením tohoto problému by bylo, kdyby stránky obsahovaly i simultánní čtení stránek, jako mají např. zrakově postižení. A další možností je, aby stránky, které ukazují na plánované výstavy např. obsahovaly fotografie a symboly měst, kde se výstava bude konat. Navigace v mobilním telefonu by též mohla obsahovat, stejně jako stránky v internetovém prohlížeči, zobrazení destinace formou obrázků. Mobilní telefon, který výše uvedený chlapec vlastní, však umožňuje použití pouze základních funkcí a navigaci operační systém v jeho mobilním telefonu nepodporuje.

Fenoménem naší doby jsou sociální sítě a jsou využívány všemi lidmi, ať s postižením, či bez, a i s fyzickým nebo duševním postižením. Nepříznivou stránkou veškeré komunikace na internetu je však snadné zneužití. Komunikace je pro osoby s DMO velmi důležitá, nese

však s sebou i možná rizika, která nelze zcela vyloučit. Lidé s postižením jsou velice citliví a nemají tolik zkušeností s těmi, kteří to s nimi nemyslí dobře. Takovým případům nelze zabránit ani legislativní cestou. Např. že by jedinci s DMO mohli navštěvovat jen určité, bezpečné stránky, aby se případům jakéhokoliv zneužití zabránilo. To však není možné, jejich vyhledávání musí mít punc svobody a nemůže být ani monitorováno, aby byla zachována jejich důstojnost a soukromí, musí mít možnost svobodné volby. V tomto případě je jedinou cestou, jak takovým případům zabránit informovanost o tom, na co si mají dávat pozor a čemu by se měli při vyhledávání vyhnout.

7 Navrhovaná opatření

Z odpovědí v praktické části bakalářské práce vyplývá, že výdělečná činnost pomocí ICT u osob s DMO je zastoupena v nejnižší míře oproti ostatním činnostem. Prvním navrhovaným opatřením tedy je, zaměřit se na to, aby osoby s DMO měly větší motivaci a možnost ICT k výdělečné činnosti používat. Z výsledků dotazníkového šetření a následné komunikace s respondenty vyplynulo, že lidé s DMO by mohli pracovat a rádi by zlepšovali svou finanční situaci, avšak stran zaměstnavatelů není o takto postižené uchazeče o práci zájem.

Druhé opatření se tedy týká zaměstnanosti osob s DMO. Právě ohledně pracovního uplatnění těchto jedinců, je třeba přijmout komplexní legislativu zakazující diskriminaci, aby došlo k odstranění stávajících bariér a zabránilo se vzniku nových. Bariéry, se kterými se zdravotně postižené osoby setkávají v oblasti vzdělávání a hlavně v zaměstnání, jim brání v dosažení všech možností zapojení se do společnosti a získání nezávislosti.

Legislativa zakazující diskriminaci je sice úspěšným nástrojem, který přispívá ke změně postojů vůči osobám se zdravotním postižením, avšak zákon sám o sobě nestačí. Nezbytným předpokladem je i výchova veřejnosti, aby podpořila tyto změny v legislativě a také aby se i sami jedinci s DMO aktivně v procesu ochrany vlastních práv zasazovali. S výchovou veřejnosti souvisí i odstranění předsudků, které v současnosti stále přetrvávají.

Existují sice legislativní opatření na podporu přístupu lidí s DMO k zaměstnání, ne vždy jsou však akceptována a dodržována. Přitom je to jedna z nejdůležitějších forem boje za prosazení nezávislosti a důstojnosti zdravotně postižených osob. Vyžaduje aktivní mobilizaci sociálních partnerů a také správních orgánů, které musí i nadále posilovat a kontrolovat dodržování již existujících opatření.

Předpokladem autora této práce bylo, že všichni jedinci s DMO mají bezproblémový přístup k počítačům, a to i ti, kteří jsou upoutáni na invalidní vozík. V prostoru, který je počítači a notebooky vybaven bylo ale zjištěno, že přístup pro všechny bezproblémový není. Faktem je, že lidé s DMO si většinou počítač nemohou finančně dovolit a navíc by měli mít adekvátní prostory a podmínky s možností tato zařízení využívat, třebaže jsou na invalidním vozíku. V organizaci Sociální služby města Nový Bor dotazníky respondenti vyplňovali právě v takové místnosti a bylo zjištěno, že invalidní vozíky mají rozdílnou výšku, ne každý uživatel počítače může zajet pod stůl vozíkem tak, aby mohl optimálně ovládat myš a klávesnici. Někteří respondenti nejsou následkem tělesného omezení schopni ovládat

standardní myš a klávesnici a proto je zapotřebí zajištění odpovídajících kompenzačních pomůcek, které jsou popsány v teoretické části této práce. Navíc se v místnosti s počítači nacházela jen jedna speciální klávesnice (další nedostatek vybavení ICT v Novém Boru) a k bezproblémovému používání počítačů osobami na invalidním vozíku by proto bylo vhodné zajistit více speciálních klávesnic a další odpovídající vybavení včetně stolů, které jsou výškově nastavitelné, aby odpovídaly individuálním potřebám potřebných osob. Třetím navrhovaným opatřením tedy je bezbariérový přístup k počítačům/notebookům, spolu s i počtem adekvátních ICT pomůcek.

Osoby s DMO mají mít přístup k běžným zdravotním i ostatním službám a stejné příležitosti, jaké jsou k dispozici zdravým občanům. Uplatnění takového přístupu ve vztahu ke zdravotnímu postižení vyžaduje změnu současné praxe na různých úrovních. Především je třeba zajistit, aby služby pro osoby s DMO byly poskytovány koordinovaně, napříč jednotlivými sektory. Přitom je nezbytné již při plánování jakékoliv činnosti uvažovat u různých forem DMO postižených jedinců o rozdílných nárocích týkajících se přístupnosti. Nemělo by se tak dít až dodatečně, kdy jsou plány již hotové. Potřeby zdravotně postižených osob se mění i během jejich života, je proto důležité volit komplexní přístup, který bere v úvahu jak celou osobnost, tak všechny aspekty jejího života.

Čtvrtým navrhovaným opatřením je lepe informovat osoby s DMO o možnostech získání příspěvku na zvláštní pomůcky a také jejich kratší časová dostupnost. Někteří klienti se při vyplňování dotazníků svěřili, že je pro ně přijatelnější, aby si pomůcky zajistili sami, nechtějí totiž čekat měsíce, než jim bude výběr schválen a předně je nebaví komunikovat s takovými pracovníky úřadu práce, kteří vůči nim vystupují s jistou neochotou a nemají přehled o jejich problémech. Toto zjištění je sice subjektivní, přesto je možno navrhnout změnu na legislativní úrovni, aby nebyl proces získání ICT tak zdlouhavý.

Páté navrhované opatření navazuje na předchozí. Je jím uskutečnění supervize průběhu jednání zaměstnanců úřadů k jedinci s DMO. Zrevidovat systém služeb a dávek a zajistit, aby tyto nástroje umožňovaly zdravotně postiženým osobám stát se součástí společnosti, ve které žijí bez ponižujících šetření při jejich žádostech o podporu. Je také třeba vyzvat odpovědné činitele, aby potřeby osob se zdravotním postižením brali v úvahu do budoucna, při plánování na úrovni měst i obcí i v oblasti sociálních služeb. Všechny aktivity mají být též

realizovány v rámci spolupráce s organizacemi reprezentujícími zdravotně postižené osoby. Toto se v současnosti omezuje pouze na předávání informací nebo seznámení s již přijatými rozhodnutími. Je tedy nutné vypracovat přesné mechanismy pravidelných konzultací, které by zdravotně postiženým osobám a jejich organizacím umožnily podílet se na plánování, realizaci a monitorování všech jejich aktivit a potřeb.

Pro usnadnění všech těchto procesů je třeba také posílit kompetence organizací, které mají osoby s DMO v péči. Dále zvýšit přísun zdrojů, které by těmto organizacím umožnily zefektivnit řízení a zvýšit prostředky sloužící k dosažení soběstačnosti potřebných.

Závěr

Osoby s DMO usilují o začlenění do všech oblastí života a je nutné zajistit, aby probíhalo způsobem, který jim umožňuje podílet se na jejich aktivitách a mít z nich prospěch. Cílem této práce bylo zjistit, jaké jsou možnosti osob s DMO se do společnosti zapojit a zda fungují i v praxi a jak aplikovat ICT do života člověka, který má různé formy omezení v důsledku DMO.

Práce je rozdělena na teoretickou část a praktickou. K sepsání teoretické části byly použity odborné zdroje a monografie (viz. seznam zdrojů) a odborné texty dostupné on-line na internetu. Tyto texty autorovi pomohly vymezit pojmy, které se k DMO vztahují. Bylo třeba prostudovat, proč DMO vzniká. Studium autor např. zjistil, že etiologie DMO je i v odborné literatuře nejasná. Bylo také nutné nastínit druhy postižení i kombinovaného postižení a další komplikace (např. smyslové). Následující kapitoly pojednávají o procesu integrace jedince s DMO jak z pohledu sociálního, tak z praktického - jak integrace probíhá a co je tomuto procesu nápomocno.

Jedinci, kteří mají DMO, se dokáží ve většině případů přizpůsobit, ačkoliv s těžkostmi, kterých si je vyspělá společnost vědoma a snaží se takto postiženým život ulehčit natolik, že tito jedinci mohou v moderní a tolerantní společnosti žít jako ostatní, zdraví jedinci a umí čelit nárokům, které jsou na ně kladeny. Poslední kapitoly teoretické části jsou věnovány výčtu některých z mnoha ICT kompenzačních pomůcek, které mají lidem s omezením usnadnit komunikaci, je-li nemocí limitovaná, komunikaci, která je základní potřebou všech a slouží k pěstování sociálních vazeb, ke studiu a i k práci.

Na základě průzkumného šetření ohledně praktické části bakalářské práce, byl jeden předpoklad potvrzen a dva nepotvrzeny. Jeden z výsledků, nejnižší míra využití ICT k výtěžné činnosti, byl poněkud překvapivý. Předpokladem sice bylo, že výtěžná činnost nebude hrát u osob s DMO primární roli pro jejich výtěžek, avšak tak nízké výsledné číslo nebylo očekáváno. V tomto nedostatku je patrný potenciál, kterého by bylo třeba více využít. Podpořit snahu a chuť osob s DMO, nebo je více k činnosti motivovat, aby si mohly vylepšit finanční situaci vlastními silami a vlastní prací, protože jak bylo výše v práci předesláno, osoby s DMO většinou, a záleží na druhu postižení, mají normální intelekt a jsou schopné určitým způsobem pracovat a být užiteční.

Závěrem lze konstatovat, že pro osoby s DMO jsou ICT dostupné a je jich nepřehledné množství a i přes negativní vliv zdravotního omezení, mají velký význam, a to především v oblasti komunikace. A protože doba není neměnná a vše se stále vyvíjí, vyvíjí se i ICT pomůcky nevídanou rychlostí a budoucnost jistě budou pro všechny osoby s různými omezeními přínosem a budou jim v mnohém pomáhat ještě více plnit jejich individuální potřeby.

Seznam použité literatury

Assistive technology. In: Lifetool [online]. [vid. 2. 2. 2017]. Dostupné z:<http://www.lifetool.at/assistive-technology/lifetool-developments/integramouse-plus/?L=1>

BENDO VÁ, P., JEŘÁBKOVÁ, K., STOKLASOVÁ, V. 2006. *Kompenzační pomůcky pro osoby se specifickými potřebami*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-1436-8

BRÁZDIL, M., HADAČ, J., MARUSIČ, P., 2011. *Farmakorezistentní epilepsie*. Praha: Triton. ISBN 978 - 80- 7387-495-7

PANČOCHA, K., 2013. *Postižení jako axiologická kategorie sociální participace*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-6344-0

Děti se zdravotním postižením, 2017. In: Šance dětem [online]. [vid.12.2.2017]. Dostupné z:<http://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/deti-se-zdravotnim-postizenim/vzdelavani-deti-se-specialnimi-potrebami/pro-a-proti-integrace-deti-se-zdravotnim-postizenim.shtml>

Dětská mozková obrna, 2017. In: Dětská mozková obrna [online]. [vid. 20. 1. 2017]. Dostupné z: <http://www.detska-mozkova-obrna.cz/>

DOSTÁL, J. 2007. *Počítač ve vzdělávání - modul 1*. 1. vyd. Olomouc: Votobia. 80-7220-295-2.

DRTILOVÁ, J., KOUKOLÍK, F., 1994. *Odlíšné dítě*. Praha: Vyšehrad. ISBN 80-7021-097-4

GAVORA, P., a kol. 2010. *Elektronická učebnice pedagogického výskumu* [online]. [vid. 26. 2. 2017]. Bratislava: Univerzita Komenského, 2010. ISBN 978–80–223–2951–4. Dostupné z: <http://www.e-metodologia.fedu.uniba.sk/>

Handicap PC, 2016. In: Centrum pro zdravotně postižené Plzeňského kraje [online]. [vid. 10. 1. 2017]. Dostupné z: <http://www.czppk.cz/uspesne-granty/handicap-pc>

Sociální služby města Nový Bor, 2010. In: Sociální služby města Nový Bor [online]. [vid. 10. 11. 2016]. Dostupné z: <http://www.dpsnb.cz/>

HARTL, P., HARTLOVÁ, H., 2004. *Psychologický slovník*. 1. oprav. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-569-1

HELUS, Z., 2007. *Sociální psychologie pro pedagogy*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1168-3

I4 Control, 2015. In: Meracia a regulační technika, vývoj software a hardware [online]. [vid. 2. 1. 2017]. Dostupné z: <http://mrk.eu/sk/i4-control/>

JANKOVSKÝ, J., 2001. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením, somatopedická a psychologická hlediska*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-192-7

KÁBELE, F. 1988. *Rozvíjení hybnosti a řeči u dětí s DMO*. 1.vyd. Praha: SPN. ISBN neuvedeno

KANTOR, J., 2013. *Výstupy edukačního procesu v oblasti sociálních kompetencí žáků s dětskou mozkovou obrnou*. Disertační práce. Univerzita Palackého Olomouc. Ústav speciálněpedagogických studií.

KLENKOVÁ, J., 2000. *Kapitoly z logopedie I*. Brno: Paido. ISBN 80-85931-88-5

Kontakt 2004. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta JU. 4. ISSN 1212-4117

KLENKOVÁ, J. 2006. *Logopedie*. 1.vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1110-9

KOLÁŘ, P. et al., 2009. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-657-1.

KRAUS, J. et al., 2005. *Dětská mozková obrna*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1018-8

KUDLÁČEK, M., 2012. *Svět dětské mozkové obrny*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0178-6

LECHTA, V., 2002. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. 1. vyd. Praha : Portál. ISBN 978-80-7367-977-4

LESNÝ, I., 1972. *Dětská mozková obrna ze stanoviska neurologa*. 2. přepr. vyd. Praha: Avicenum. ISBN 978-80-7315-158-4

LESNÝ, I., ŠPITZ, J. 1989. *Neurologie a psychiatrie pro speciální pedagogy*. 1. vyd. Praha, SPN. 229 s. IBSN 80-04-22922-0.

LOPÚCHOVÁ J., KRAJČÍ P., 2014. *Teória a výskum digitálných a asistenčních technologií v inkluzívnej špeciálnejpedagogike*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. ISBN 978-80-7464-675- 1

MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. a kol., 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2138-5.

MAJEROVÁ, R., 2010. *Maturační teorie a suspektně jazyková porucha vývojová anartrie*. Praha: UK. ISSN 1804-3240

MANĚNOVÁ, M., 2012. *Vliv ICT na práci učitele 1. stupně základní školy*. Praha: ExtraSystem. 1. vyd. ISBN 978-80-87570-09-8

MATOUŠKOVÁ, E., 2016. *Volnočasové aktivity dětí a mládeže s diagnózou epilepsie*. Bakalářská práce. Masarykova univerzita Brno. Katedra speciální pedagogiky

MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P., 2005. *Sociální práce v praxi: Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7367-002-X.

MATOUŠEK, O. a kol., 2001. *Základy sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-473-7

MATOUŠEK, O., KODYMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J., 2010. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-818-0

MATOUŠEK, O., 2008. *Metody a řízení sociální práce*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-502-8

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

NAKONEČNÝ, M., 2009. *Sociální psychologie*. 2. vyd. Praha: Academia. ISBN 978-80-200-1679-9

NEVŠIMALOVÁ, S. et al., 2005. *Neurologie*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-7262-160-2

NOSKOVÁ, V., 2012. *Sociální politika*. 2. uprav. vyd. Lomnice u Tišnova: SOU a SOŠ SČMSD. ISBN neuvedeno

OŠLEJŠKOVÁ, H., VÍTKOVÁ, M., 2013. *Východiska, podmínky a strategie ve vzdělávání žáků s těžkým postižením na základní a speciální škole*. 1.vyd. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-6673-1.

Počítače proti bariérám, 2014. In: Konto bariéry [online]. [vid. 22. 11. 2016]. Dostupné z: <http://www.kontobariery.cz/Projekty/Pocitace-proti-barieram.aspx>

Pomůcky, 2009, In: Petit [online]. [vid. 4. 1. 2017]. Dostupné z: <http://www.petit-os.cz>

Průvodce zdravotními pomůckami, 2012. In: Ab asistent - polámaný mraveneček [online]. [vid.15.1.2017]. Dostupné z: http://www.zdravotnicke-potreby-a-pomucky.cz/data/upload/files/Pr%C5%AFvodce_zdravotn%C3%ADmi_pom%C5%AFckami.pdf

ŘEZNÍČEK, I., 1994. *Metody sociální práce*. Praha: Slon. ISBN neuvedeno

SKALKOVÁ, J., 1983. *Úvod do metodologie a metod pedagogického výzkumu*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství. ISBN neuvedeno

SLOWÍK, J., 2007. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada. Pedagogika. ISBN 978-80-247-1733-3

SOVÁK, M., 1984. *Logopedie - metodika a didaktika*. Praha: SPN. ISBN neuvedeno

Společnost duha, 2016. In: *Společnost duha - nadace pro děti postižené mozkovou obrnou*. In: [online]. [vid.22.2.2017]. Dostupné z: www.duhatu.cz

Tělesná postižení a závažná onemocnění, 2017. In: *Katalog podpůrných opatření* [online]. [vid.22.2.2017]. Dostupné z :<http://katalogpo.upol.cz>

VÁGNEROVÁ, M., 2004. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál 2004. ISBN 807178-802-3

VÁGNEROVÁ, M., 2004. *Základy psychologie*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0741-3

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

VÍTKOVÁ, M., 1947. *Kapitoly z úvodu do speciální pedagogiky*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-210-0475-4

VÍTKOVÁ, M., 2006. *Somatopedické aspekty* Brno: Paido. ISBN 80-7315-134-0

Výpočetní technika a zdravotně postižení, 2016. In: *Katedra výpočetní a didaktické výuky* [online]. [vid. 28. 1. 2017]. Dostupné z: http://www.kvd.zcu.cz/cz/materialy/multi_handi/HTML/107/text.htm

ZIKL, P., 2011. *Děti s tělesným a kombinovaným postižením ve škole*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3856-7

ZIKL, P. a kol., 2011. *Využití ICT u dětí se speciálními potřebami*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3852-9

Zdravotní péče, 2017. In: Zdravnet - zdravotnictví na českém internetu [online]. [vid.22.2.2017]. Dostupné z:<http://www.zdravnet.cz>

Žiju s handicapem, 2017. In: Žiju s handicapem [online]. [vid.20.2.2017]. Dostupné z: <http://www.zijushandicapem.cz>

Vyhláška č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2016, částka 2 [vid. 20. 2. 2017]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2016-27>

Vyhláška č. 388/2011 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2011, částka 3 [vid. 20. 2. 2017]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-388>

Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2011, částka 9 [vid. 24. 2. 2017]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-329>

Zákon č. 435/2004 Sb., zákon o zaměstnanosti. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2004, částka 67 [vid. 21. 2. 2017]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-435>

Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2006 [vid. 21. 2. 2017]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-262>

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v aktuálním znění. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2006, [vid. 24. 2. 2017]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

Seznam příloh

Příloha 1: Doplnkové tabulky průzkumného šetření.....	73
Příloha 2: Seznam nadací, které se také podílejí na pomoci při pořizování pomůcek.....	76
Příloha 3: Vzor dotazníku	78

Příloha 1: Doplnkové tabulky průzkumného šetření

Tabulka 0: Návratnost dotazníků - Sociální služby města Nový Bor a Jedličkův ústav Liberec

Dotazníky	n	%
Vyplněných	46	92
Nevyplněných	4	8
Součet celkem	50	100

V organizaci v Novém Boru bylo celkově rozdáno 25 dotazníků a z tohoto počtu 22 vyplněno. V Jedličkově ústavu byl rozdán ten samý počet a vyplněno 24 dotazníků. Celkový počet vyplněných dotazníků tak činil 46 z 50 rozdaných. Návratnost dotazníku byla 92%.

Tabulka 1: Věk respondentů v organizaci Sociální služby města Nový Bor a Jedličkův ústav Liberec

Věkové rozmezí	Nový Bor (n)	Liberec (n)
20-30	7	16
31-49	6	4
50 a více	11	2

Tabulka 2: Věkové rozmezí a možnost používat ICT

Věkové rozmezí	Plný rozsah	Omezený rozsah	Vůbec
20-30	12	7	0
31-49	5	8	0
50 a více	4	9	1

Tabulka 3: Zařízení používaná v organizaci Sociální služby města Nový Bor a Jedličkův ústav Liberec

Používaná zařízení	Nový Bor (n)	Liberec (n)
Počítač/notebook	14	18
Tablet	5	2
Mobilní telefon	24	17

Tabulka 4: Absolventi kurzu a používání počítače/notebooku- organizace Sociální služby města Nový Bor a Jedličkův ústav Liberec

	n	%
Ano	19	90,48
ne	2	9,53
Součet celkem	21	100,00

Tabulka 5: Absolventi kurzu a používání počítače/notebooku- organizace Sociální služby Nový Bor

	n	%
Ano	10	83,36
ne	2	16,64
Součet celkem	12	100

Tabulka 6: Absolventi kurzu a používání počítače/notebooku - organizace Jedličkův ústav Liberec

	n	%
Ano	9	100,0
ne	0	0
Součet celkem	9	100,0

Tabulka 7: Věkové rozmezí a způsob získání zařízení - organizace Sociální služby města Nový Bor a Jedličkův ústav Liberec

	20 - 30 (n/%)	31 - 49 (n/%)	50 a více(n/%)	Celkem (n/%)
Darem	11 (61,12)	4 (22,22)	3 (16,66)	18(100,0)
Příspěvkem od úřadu práce	5(31,25)	6(37,50)	5(31,25)	16(100,0)
Vlastními silami	5(41,66)	4(33,34)	3(25,00)	12(100,0)

Tabulka 8: Věkové rozmezí a způsob získání zařízení - organizace Sociální služby města Nový Bor

	20 - 30 (n/%)	31 - 49 (n/%)	50 a více (n/%)	Celkem (n/%)
Darem	2(40,0)	1(20,0)	2(40,0)	5 (100,00)
Příspěvkem od úřadu práce	3(30,0)	3(30,0)	4(40,0)	10(100,0)
Vlastními silami	2(25,0)	3(37,5)	3(37,5)	8(100,0)

Tabulka 9: Věkové rozmezí a způsob získání zařízení - organizace Jedličkův ústav Liberec

	20 - 30	31 - 49	50 a více	Celkem
Darem	9(69,23)	3(23,08)	1(7,69)	13 (100,0)
Příspěvkem od úřadu práce	2(33,33)	3(50,0)	1(16,67)	6 (100,0)
Vlastními silami	3(75,0)	1(25,0)	0	4 (100,0)

Příloha 2: Seznam nadací, které se také podílejí na pomoci při pořizování pomůcek

Hestia, o.s.

Na Poříčí 12, 110 00, Praha 1
224 872 075

jana.steflova@hest.cz

www.hest.cz/cs-CZ/co-delame/etela

Nadace AGROFERT

Pyšelská 2327/2, 149 00, Praha
702 087 970

info@nadaceagrofert.cz

www.nadace-agrofert.cz/

Nadace Charty 77 - Konto Bariéry

Melantrichova 5, 110 00, Praha 1
224 230 216, 224 225 092, 224 214 452

nadace77@bariery.cz

www.bariery.cz

Nadace Dagmar a Václava Havlových VIZE 97

Voršilská 10, 110 00, Praha 1
234 097 811

nadace@vize.cz

www.vize.cz

Nadace Dětský mozek

Riegrova 336/5, 250 01, Brandýs nad Labem
603 258 852, 326 303 770

nadace@detskymozek.cz

www.detskymozek.cz

Nadace Euronisa

Rumjancevova 3, 460 01, Liberec
604 473 478, 485 100 218

nadace@euronisa.cz

www.euronisa.cz/

Nadace KB, a. s. - Jistota

Na Příkopě 33, 114 07, Praha 1

martina_zilkova@kb.cz

www.nadacejistota.cz

Nadace Leontinka

Karlovarská 1104/14, 163 00, Praha 6
235 097 637

info@nadaceleontinka.cz

www.nadaceleontinka.cz

Nadace Syner

Rumunská 655/9, 460 01, Liberec 4

488 124 101

nadacesyner@seznam.cz

www.nadacesyner.cz

Nadace Taťány Kuchařové - Krása pomoci

Revoluční 100/3, 110 00, Praha 1

221 803 253

info@krasapomoci.cz

www.krasapomoci.cz

NADACE ZDRAVÍ PRO MORAVU

Klatovská 606/3, 612 00, Brno

603 420 526

www.nadacezdravi.cz

o.s. Dobrý skutek

Jiráskovo náměstí 2, 326 00, Plzeň

731 537 205

info@dobryskutek.cz

www.dobryskutek.cz/

Olivova nadace

Olivova 224, 251 01, Říčany

323 631 313

info@olivovanadace.cz

www.olivovanadace.cz

Společnost DUHA

kpt. Jaroše 324, 541 01, Trutnov

777 008 951

spol_duha@volny.cz

www.duhatu.cz

Výbor dobré vůle - Nadace Olgy Havlové

Senovážné nám. 2, 111 21, Praha 1

224 217 331, 800 111 010

www.vdv.cz

WEIL. GOTSHAL - nadační fond

Křižovnické nám. 193/2, 110 00, Praha 1 - Staré Město

221 407 300

martina.krizkova@weil.com

www.weil-nadacni-fond.cz/projekty/podpora-lidi-se-zdravotnim-postizenim

Příloha 3: Vzor dotazníku

DOTAZNÍK

Tento anonymní dotazník obsahuje 10 otázek, které pomohou objasnit, zda jsou ICT (tedy počítače, tablety a jiné technologické pomůcky) pro Vás užitečné.

U otázek 5 - 8 máte možnost zvolit více odpovědí.

1. Jaké je Vaše pohlaví?

- a) Žena
- b) Muž

2. Jaký je Váš věk?

- a) 20 – 30
- b) 31- 49
- c) 50 a více

3. Máte možnost používat ICT? (V případě výběru odpovědi a), prosím přeskočte otázku č. 4)

- a) Ano v plném rozsahu
- b) v omezeném rozsahu
- c) Vůbec

4. Z jakého důvodu používáte ICT v omezeném rozsahu nebo vůbec?

- a) Zdravotní handicap
- b) Finanční prostředky
- c) Jiný důvod (uveďte jaký).....

5. Jaké z následujících zařízení používáte?

- a) Počítač/notebook
- b) Tablet
- c) Mobilní telefon
- d) Žádné

6. K čemu používáte počítač/notebook?

Prosím o zakroužkování čísla, které značí, jak moc danou činnost využíváte. Stejný postup je i u otázek 7 a 8.

1 je vůbec

10 je nejčastěji

a)	Komunikace s ostatními lidmi	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
b)	Prohlížení obrázků	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
c)	Sledování filmů	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
d)	Poslech hudby	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
e)	Vzdělávání	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
f)	Výdělečná činnost	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
g)	Hraní her	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
e)	Vyhledávání a získávání informací	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

7. K čemu používáte tablet?

a)	Komunikace s ostatními lidmi	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
b)	Prohlížení obrázků	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
c)	Sledování filmů	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
d)	Poslech hudby	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
e)	Vzdělávání	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
f)	Výdělečná činnost	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
g)	Hraní her	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
e)	Vyhledávání a získávání informací	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

8. K čemu používáte mobilní telefon?

a)	Komunikace s ostatními lidmi	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
b)	Prohlížení obrázků	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
c)	Sledování filmů	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
d)	Poslech hudby	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
e)	Vzdělávání	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
f)	Výdělečná činnost	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
g)	Hraní her	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
e)	Vyhledávání a získávání informací	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

9. Absolvoval/a jste počítačový kurz pro osoby s DMO?

- a) Ano
- b) Ne

10. Jak se Vám podařilo vybrané/á zařízení získat?

- a) Darem
- b) Příspěvkem od Úřadu práce
- c) Vlastními silami

Děkuji za Vaši ochotu a čas, který jste věnovali vyplnění dotazníku.

Martin Ostrčil

Student sociální práce

Technická univerzita Liberec