

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Pedagogická fakulta

Ústav pedagogiky a sociálních studií

JANA HEGEROVÁ

III. ročník – prezenční studium

Obor: pedagogika – sociální práce

**SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO DOSPĚLÉ OSOBY SE ZDRAVOTNÍM
ZNEVÝHODNĚNÍM V OLOMOUCI**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: doc. PaedDr. Marcela Musilová, Ph.D.

OLOMOUC 2011

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedených pramenů a literatury.

V Olomouci dne 30. 3. 2011

.....

podpis

Ráda bych poděkovala doc. PaedDr. Marcele Musilové, Ph.D. za ochotu, cenné rady a odborné vedení bakalářské práce.

Obsah

Úvod	5
I. TEORETICKÁ ČÁST	
1 Sociální služby	7
1.1 Sociální poradenství	8
1.2 Služby sociální péče	9
1.3 Služby sociální prevence	12
1.4 Příspěvek na péči	14
2 Zdravotně znevýhodnění	16
2.1 Tělesné znevýhodnění	18
2.2 Mentální znevýhodnění	20
2.3 Zrakové znevýhodnění	22
2.4 Sluchové znevýhodnění	24
2.5 Kombinované znevýhodnění	26
3 Dospělost	28
3.1 Raná dospělost	28
3.2 Střední dospělost	29
3.3 Pozdní dospělost	29
II. EMPIRICKÁ ČÁST	
4 Metodika	30
4.1 Metody	30
4.2 Kritéria pro analýzu dokumentů	30
5 Průběh výzkumu	33
6 Výsledky	34
7 Shrnutí	44
Závěr	45
Použitá literatura a zdroje	46
Seznam tabulek	51

Úvod

Studium oboru pedagogiky - sociální práce mi poskytlo příležitost proniknout do široké oblasti rozličných skupin osob, které potřebují pomoc v tíživých životních situacích. Nejvíce mě oslovily zdravotně znevýhodnění, s nimiž jsem se měla možnost setkat ve svém okolí a při různých exkurzích v rámci studia střední školy, vyšší odborné i nynějšího bakalářského studia.

Označení zdravotně znevýhodnění skrývá velké množství typů, stupňů znevýhodnění. Každé má svá kritéria určující jeho vážnost. Při práci se znevýhodněnými nesmíme zapomínat na jedinečnost člověka, což bylo dlouhou dobu opomíjeno.

Přijetí zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách celkově změnilo spektrum možností pro zdravotně znevýhodněné lidi. Mají větší příležitosti rozvíjení sebe sama. Díky odborným přístupům se zvyšují úspěchy integrace. Ještě dnes však můžeme vidět rozpaky intaktních lidí v situacích, kdy se setkají se zdravotně znevýhodněným.

O aktuálnosti zvoleného tématu nemůže být pochyb, vzhledem k nově probíhajícím změnám v celé sociální oblasti, týkající se velkou mírou právě zdravotně znevýhodněných.

Bakalářskou práci tvoří sedm kapitol, přičemž tři tvoří teoretickou část a čtyři empirickou část.

Cílem teoretické části je charakterizovat vybraná zdravotní znevýhodnění, pro ně určené sociální služby se zaměřením na dospělé jedince. První kapitola pojednává o systému sociálních služeb. Ve třech podkapitolách jsou rozpracovány jednotlivé sociální služby popisující základní činnosti, druh a formu služeb. Čtvrtá podkapitola se věnuje příspěvku na péči, díky němuž si mohou znevýhodnění „koupit“, pro ně potřebnou, sociální službu. Celá kapitola vychází ze zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá

ustanovení zákona o sociálních službách. Druhá kapitola vymezuje vybrané typy zdravotního znevýhodnění - tělesné, mentální, zrakové, sluchové, kombinované. U každého z nich je uvedena etiologie, charakteristika a klasifikace. Zmiňuji zde nejvýznamnější organizaci zdravotně znevýhodněných – Národní radu zdravotně postižených České republiky. Ta úzce spolupracuje s neméně důležitým orgánem - Vládním výborem pro zdravotně postižené osoby. Třetí kapitola popisuje vývojovou etapu – dospělost. Obsahuje její charakteristiku, věkové rozdělení na stádia mladší, střední a pozdní. U jednotlivých stádií vymezují stěžejní znaky.

Následuje empirická část operující s cílem vytvořit přehled sociálních služeb pro dospělé zdravotně znevýhodněné ve městě Olomouci. Čtvrtá kapitola pojednává o metodice. Zahrnuje dvě podkapitoly - metody a kritéria výzkumu. Kýžený cíl tak naplňuji pomocí sekundární analýzy dat dokumentů. O průběhu výzkumu informuji v páté kapitole. Šestou kapitolu tvoří výsledky, sestávající se z tabulek. Ty ukazují zastoupení jednotlivých sociálních služeb nacházejících se v Olomouci. V tabulkách zahrnuji názvy zařízení, formu sociální služby, pro jaký typ zdravotního znevýhodnění je služba určena a kapacitu zařízení. Shrnutí zjištěných výsledků provádím v závěrečné kapitole.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 Sociální služby

Propracovaný systém sociálních služeb je zakotven **zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů** a vyhláškou č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. V České republice začal platit od ledna 2007.

Do roku 2006 byl systém sociálních služeb pro dospělé zdravotně znevýhodněné zcela odlišný. Matoušek (2007) popisuje ústavní zařízení, do nichž byli zdravotně znevýhodnění umístováni: *ústavy pro tělesně postižené dospělé občany* – po ukončení povinné školní docházky, případně přípravy na povolání; *ústavy pro tělesně postižené dospělé občany s přidruženým mentálním postižením*; *ústavy pro tělesně postižené dospělé občany s více vadami*; *ústavy pro smyslově postižené dospělé občany*; *ústavy pro mentálně postižené dospělé občany* – pro klienty od 26 let; *ústavy pro chronické alkoholiky a toxikomany*. Michalík (2003) uvádí, že v tomto období jednoznačně chyběl systémový, komplexní, plánovaný přístup k potřebám zdravotně znevýhodněných.

Výše zmíněné legislativní ukotvení upravuje podle § 1 poskytování podpory a pomoci všem osobám, které se nachází v nepříznivé sociální situaci. Děje se tak prostřednictvím sociálních služeb spolu s příspěvkem na péči. Pro oblast sociálních služeb jsou zde vymezeny:

- podmínky pro vydávání oprávnění k poskytování
- výkon veřejné správy
- inspekce poskytování
- předpoklady pro výkon činnosti (v různých zařízeních).

V § 33 jsou uvedeny tři formy sociálních služeb. **Terénní** - jedná se o poskytování služeb v přirozeném prostředí uživatele. **Ambulantní** - kdy uživatel dochází do zařízení, ale nezůstává v něm. **Pobytová** - uživatel je ubytován v zařízení sociálních služeb. § 32 popisuje druhy sociálních služeb: **sociální poradenství**,

služby sociální péče a služby sociální prevence. Druhy sociálních služeb se dále dělí. Podrobnější rozpracování najdeme v níže uvedených podkapitolách. Výčet neobsahuje charakteristiky všech druhů, z důvodu zaměření této práce na dospělé osoby se zdravotním znevýhodněním.

Nalezneme zde seznam dvaceti zařízení sociálních služeb, kde se poskytují sociální služby. *„Jejich kombinací lze zřídit mezigenerační a integrovaná centra“* (§ 34 odst. 2). Jedná se o tyto zařízení: *centra denních služeb, denní a týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení, azylové domy, domy na půl cesty, zařízení pro krizovou pomoc, nízkoprahová denní centra, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, noclehárny, terapeutické komunity, sociální poradny, sociálně terapeutické dílny, centra sociálně rehabilitačních služeb, pracoviště rané péče, intervenční centra, zařízení následné péče* (§ 34 odst. 1 a) – f)).

1.1 Sociální poradenství

„Poradenství je základní službou v pomáhajících profesích všude tam, kde se snažíme podpořit člověka v aktivním zacházení s jeho nepříznivou životní situací a v řešení nastalých nesnázích“ (Novosad, 2009, s. 99). Baštecká (2005) definuje poradenství jako proces rovnocenné spolupráce ve vztahu profesionál a jedinec/pár/rodina/skupina. Celý proces spočívá v podpoře, informování, dávání rad, částečném vedení. Vše musí být vždy přiměřené situaci, v níž se druhý člověk (jedinec/pár/rodina/skupina) nachází. Podstata poradenství tkví v tom, aby jedinec/pár/rodina/skupina pochopili svou situaci, rozpoznali a dokázali využít své vlastní síly, zdroje okolí pro řešení své problémové situace. *„Poradenství je jednou z cest, jak pomáhat lidem překonat jejich problémy, jak objasňovat jejich cíle, a jak jich dosahovat“* (Matoušek, 2003, s. 85).

Podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách se poradenstvím zajišťuje *„zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí“*. Je bezplatné (§37 odst. 4).

Má dvojí formu: **základní a odborné poradenství**. **Základní poradenství** zahrnuje veškeré informace přispívající k vyřešení nepříznivé sociální situace potřebné osoby např. informace o nároku na dávky, o sociálních službách, atd. Je základní činností všech druhů sociálních služeb a povinností poskytovatelů ji vždy zajistit. **Odborné poradenství** se zaměřuje na specifické informace pro potřeby osob v oblasti poraden: občanských, rodinných, manželských, pro seniory, zdravotně znevýhodněné, oběti trestných činů a domácího násilí. Poskytuje se i osobám propuštěným z výkonu trestu. Do odborného poradenství se řadí také půjčování kompenzačních pomůcek (§ 37 odst. 1 – 3).

1.2 Služby sociální péče

Zajišťují osobám pomoc v oblasti fyzické a psychické soběstačnosti. Podstatu těchto služeb tvoří co největší možné zapojení jedinců do běžného sociálního života. V případech, kdy vážnost stavu neumožňuje zapojení, je cíl spatřován v zajištění důstojného zacházení a prostředí (§ 38). Pro zdravotně znevýhodněné dospělé osoby jsou určeny následující typy služeb sociální péče:

Osobní asistence je časově neomezenou terénní službou. Uskutečňuje se v přirozeném prostředí uživatele a spočívá v zajišťování pro něj potřebných činností. Jako je pomoc při: *„zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu; osobní hygieně; zajištění stravy a chodu domácnosti; uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí; výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti; zprostředkování kontaktu se společenským prostředím“* (§ 39).

Pečovatelská služba je terénní nebo ambulantní službou. Provádí se v určitém čase buď v přirozeném prostředí uživatele, nebo v zařízení sociálních služeb. Zajišťuje se jí pomoc při: *„zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu; osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu; poskytnutí stravy nebo pomoc pro její zajištění; zajištění chodu domácnosti; zprostředkování kontaktu se společenským prostředím“* (§40).

Tísňová péče je terénní služba, kterou se rozumí poskytování nepřetržité distanční hlasové a elektronické komunikace. Využívají ji osoby se stálým rizikem ohrožení života v případě náhlého zhoršení zdravotního stavu nebo schopností. Zahrnuje *„neodkladnou pomoc při krizové situaci; sociálně terapeutické činnosti; zprostředkování kontaktu se společenským prostředím; pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí“* (§ 41).

Průvodcovské a předčitatelské služby jsou terénní nebo ambulantní služby pro osoby se sníženými orientačními i komunikačními schopnostmi. Jejich prostřednictvím si znevýhodnění lidé mohou vyřizovat vlastní záležitosti. Mezi základní činnosti řadíme: *„zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí“* (§ 42).

Podpora samostatného bydlení je terénní službou. Pomáhá osobám se sníženou soběstačností, vyžadující přítomnost druhé osoby. Základní činnosti zahrnují *„zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí; sociálně terapeutické činnosti; výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti a pomoc při zajištění chodu domácnosti“* (§ 43).

Odlehčovací služby jsou terénní, ambulantní i pobytové. Určené osobám se sníženou soběstačností, o které je jinak postaráno v přirozeném prostředí. Umožňují pečující osobě nutný odpočinek. Do výčtu základních činností patří: *„pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu; osobní hygieně; zajištění a poskytnutí stravy; poskytnutí ubytování v případě pobytové služby; uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí; výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti; sociálně terapeutické činnosti; zprostředkování kontaktu se společenským prostředím“* (§ 44).

Centra denních služeb jsou ambulantní služby pro osoby se sníženou soběstačností, vyžadující pomoc druhé osoby. Mezi základní činnosti se řadí *„pomoc při osobní hygieně; zajištění a poskytnutí stravy; uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí; výchovné, vzdělávací a aktivizační“*

činnosti; sociálně terapeutické činnosti; zprostředkování kontaktu se společenským prostředím“ (§ 45).

Denní a týdenní stacionáře. V případě denního stacionáře jde o ambulantní službu, u týdenního stacionáře se jedná o pobytovou službu. Jsou pro osoby se sníženou soběstačností, vyžadující pravidelnou pomoc druhé osoby. Poskytují stejné základní činnosti: *„poskytnutí stravy; pomoc při osobní hygieně či poskytnutí podmínek pro osobní hygienu; pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu; výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti; zprostředkování kontaktu se společenským prostředím; sociálně terapeutické činnosti; pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Týdenní stacionáře obsahují navíc poskytnutí ubytování“ (§ 46 a 47).*

Domovy pro osoby se zdravotním postižením jsou pobytovými službami, zaměřenými na osoby se sníženou soběstačností. Ocitají se v situaci, v níž potřebují pravidelnou pomoc druhé osoby. Služba zajišťuje: *„ubytování; poskytnutí stravy; pomoc při osobní hygieně či poskytnutí podmínek pro osobní hygienu; pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu; výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti; zprostředkování kontaktu se společenským prostředím; sociálně terapeutické činnosti; pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí“ (§ 48).*

Domovy se zvláštním režimem jsou pobytovými službami, poskytované osobám se sníženou soběstačností (způsobena chronickým duševním onemocněním, závislostí na návykových látkách, stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí). Obsahuje tyto základní činnosti: *„zajišťuje ubytování; poskytnutí stravy; pomoc při osobní hygieně či poskytnutí podmínek pro osobní hygienu; pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí; výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti; pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu; zprostředkování kontaktu se společenským prostředím; sociálně terapeutické činnosti“ (§ 50).*

Chráněné bydlení je pobytová služba. Uskutečňuje se dvěma způsoby: skupinové a individuální bydlení. Je určeno pro osoby se sníženou soběstačností,

neobejdou se bez pravidelné pomoci druhé osoby. Základními činnostmi jsou: „*poskytnutí stravy nebo pomoc při jejím zajištění; poskytnutí ubytování; pomoc při zajištění chodu domácnosti; výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti; zprostředkování kontaktu se společenským prostředím; sociálně terapeutické činnosti; pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí*“ (§ 51).

Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče. Jedná se o pobytové služby pro osoby, které nemohou být propuštěny ze zdravotnického zařízení ústavní péče, dokud jim nebude zabezpečena pomoc druhé osoby či poskytování ambulantních popřípadě terénních sociálních služeb anebo pobytových služeb v zařízeních sociálních služeb. Základní činnosti zahrnují: „*ubytování; poskytnutí stravy; pomoc při osobní hygieně či poskytnutí podmínek pro osobní hygienu; pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu; výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti; zprostředkování kontaktu se společenským prostředím; sociálně terapeutické činnosti; pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí*“ (§ 52).

1.3 Služby sociální prevence

Služby sociální prevence zabraňují sociální exkluzi. Sociální exkluze ohrožuje osoby žijící způsobem, jež je v rozporu s normami společnosti. Toto ohrožení vzniká „*z důvodu sociálně znevýhodňujícího prostředí, ohrožení práv a oprávněných zájmů trestnou činností jiné osoby*“. Právě pomoc překonat krizové situace tvoří stěžejní cíl služeb sociální prevence. Chrání společnost před vznikem a šířením nežádoucích sociálních jevů (§ 53). Pro dospělé osoby se zdravotním znevýhodněním jsou určeny níže uvedené služby.

Telefonická krizová pomoc je službou terénní určená osobám, které se nacházejí v ohrožující situaci. Nedokážou ji vyřešit sami. Základní činnosti zahrnují „*telefonickou krizovou pomoc; pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí*“ (§ 55).

Tlumočnické služby jsou terénní, nebo ambulantní služby pro osoby s poruchami komunikace. Příčinou těchto poruch je smyslové znevýhodnění. Takto znevýhodnění potřebují pomoc při komunikaci s okolím pomocí druhé osoby. Mezi základní činnosti se řadí „*zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí*“ (§ 56).

Sociálně aktivizační služby pro osoby se zdravotním postižením jsou ambulantní popřípadě terénní služby. Zahrnují následující základní činnosti: „*zprostředkování kontaktu se společenským prostředím; sociálně terapeutické činnosti; pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí*“ (§ 66).

Sociálně terapeutické dílny jsou ambulantními službami pro osoby se sníženou soběstačností, způsobenou zdravotním znevýhodněním. Z tohoto důvodu nelze osoby umístit na otevřeném, ani chráněném trhu práce. Dlouhá, pravidelná podpora pro zdokonalování pracovních návyků a dovedností spojená se sociálně pracovní terapií je hlavním účelem sociálně terapeutických dílen. Služby obsahují „*poskytnutí stravy nebo její zajištění, která musí být uživatelem hrazena; pomoc při osobní hygieně či poskytnutí podmínek pro osobní hygienu; nácvik dovedností pro zvládnutí péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění; podpora vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností*“ (§ 67).

Sociální rehabilitace se provádí ve formě terénních či ambulantních, ale i pobytových služeb – v centrech sociálně rehabilitačních služeb. Jedná se o systém aktivit, které slouží k tomu, aby se osoba osamostatnila, stala se nezávislou. Děje se tak na základě rozvoje různých schopností, návyků, dovedností. Základní činnosti pro formu ambulantní a terénní jsou „*nácvik dovedností pro zvládnutí péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění; zprostředkování kontaktu se společenským prostředím; výchovné, vzdělávací a aktivizační činnost*“i. Pro formu pobytovou se k činnostem navíc řadí „*poskytnutí ubytování a stravy; pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu*“ (§ 70).

1.4 Příspěvek na péči

Jde o peněžní částku umožňující hrazení určité sociální služby. Má osobě závislé na pomoci druhých zajistit potřeby, jež vyplývají z jejího zdravotního stavu (§ 7). Příspěvek na péči je určen přímo znevýhodněné osobě. Výše příspěvku na péči se liší podle stanoveného stupně závislosti. Nárok na tento příspěvek se posuzuje na dvojí úrovni:

- a) pro osoby mladší 18 let
- b) pro osoby starší 18 let

Přiznáván je od prvního roku věku člověka, po posouzení zvládnání úkonů péče o vlastní osobu (např. příprava stravy, mytí těla, výkon fyziologické potřeby včetně hygieny, chůze, orientace v prostředí apod.) a úkonů soběstačnosti (např. komunikace, nakládání s penězi, obstarávání osobních záležitostí, vaření, péče o prádlo, atd.). Na základě posouzení úkonů, kterých je 36 (18 úkonů soběstačnosti + 18 úkonů o vlastní osobu), v rámci sociálního šetření a následným zhodnocením posudkového lékaře je stanoven stupeň závislosti (§ 8) spolu s ním i výše příspěvku na péči (§ 11) dané osoby:

1. Stupeň I - lehká závislost:

- osoba starší 18 let potřebuje pomoc či dohled při více než 12 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti – 800 Kč
- osoba mladší 18 let potřebuje pomoc či dohled při více než 4 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti – 3 000 Kč

2. Stupeň II - středně těžká závislost:

- osoba starší 18 let potřebuje pomoc či dohled při více než 18 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti – 4 000 Kč
- osoba mladší 18 let potřebuje pomoc či dohled při více než 10 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti – 5 000 Kč

3. Stupeň III - těžká závislost:

- osoba starší 18 let potřebuje pomoc či dohled při více než 24 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti – 8 000 Kč

- osoba mladší 18 let potřebuje pomoc či dohled při více než 15 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti – 9 000 Kč

4. Stupeň IV - úplná závislost:

- osoba starší 18 let potřebuje pomoc či dohled při více než 30 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti – 12 000 Kč
- osoba mladší 18 let potřebuje pomoc či dohled při více než 20 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti – 12 000 Kč

Adekvátní pomoc, odpovídající jednotlivým stupňům závislosti, se zajišťuje prostřednictvím jiné fyzické osoby, rodinným členem, či poskytovatelem sociálních služeb, jenž musí být zapsán v Registru poskytovatelů sociálních služeb.

Registr poskytovatelů sociálních služeb představuje systém, zahrnující veškeré poskytovatele, kteří musí splnit zákonem stanovené podmínky, aby byli do tohoto registru zapsáni. Ten tak umožňuje vyhledávání informací o jednotlivých poskytovatelích např. nabízené sociální služby, pomáhá tím ke snadnější orientaci pro potenciální uživatele ale i veřejnost.

2 Zdravotně znevýhodnění

Člověk se zdravotním znevýhodněním a člověk se speciálními potřebami, tyto termíny v současnosti stále častěji nahrazují pojem zdravotní postižení. Stěžejní důvody této přeměny spočívají v posunu posuzování postavení postižených ve formálně – právním smyslu (Novosad, 2009). Z tohoto důvodu budeme nadále v práci používat označení zdravotní znevýhodnění. S lidmi se zdravotním znevýhodněním se společnost setkává od nepaměti. Jejich postavení se měnilo ruku v ruce s vývojem společnosti, kdy velkou roli sehrálo náboženství (Titzl, 1998). Concordet (1968) mluví o nezadržitelném pokroku, jehož podstata vychází z postupného upouštění od předsudků, v první řadě ve vědě, následně ve společnosti. Zdokonalování přístupu ke zdravotně znevýhodněným je výsledkem částečných pokroků i přes dočasné zvraty. Novosad (2009) vysvětluje pozici zdravotně znevýhodněných tak, že už nejsou pouze předmětem začleňování do společnosti, přispívají i k její rozrůzněnosti. Nejsou „jiní“, mají jen v různých fázích svého života jiné potřeby. Označení zdravotní postižení se zachovává zejména v legislativě, přetrvává v názvech zařízení.

Je velice obtížné stanovit jednotnou definici pro zdravotní znevýhodnění. Tento termín si můžeme vždy vysvětlovat jiným způsobem pro různé oblasti např. pro medicínu, psychologii, účely sociální apod. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách vymezuje pojem zdravotní postižení v § 3 g, jako „*tělesné, mentální, duševní, smyslové a kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby*“. Vágnerová (2008) uvádí, že „*zdravotní postižení lze vymezit jako ztrátu nebo poškození určitého orgánového systému*“. Jesenský (2000) uvádí, že handicapovaný člověk je v podstatě každý, ocitne-li se v nevýhodné pozici vůči hlavnímu proudu. Nejčastěji se řadí k minoritním skupinám. Další vymezení zní: „*dlouhodobý nebo trvalý stav, který nelze léčbou zcela odstranit, lze však zmírnit nepříznivý dopad soustavou promyšlených opatření; počet roste s přibývajícím věkem*“ (Hartl, 2004, s. 303). Novosad (2009) považuje zdravotní znevýhodnění za širší pojem, nemusí vždy nutně zahrnovat pouze osoby se zdravotní vadou, s nemocí či s chováním, které je v rozporu se společenskými normami. Pod toto označení řadí i osoby znevýhodněné v oblasti společenské či osobní. Matoušek (2003) definuje zdravotní znevýhodnění, jako znevýhodnění

negativně ovlivňující kvalitu života, hlavně schopnost navazovat, udržovat vztahy s lidmi a schopnost pracovat. Uvádí kategorie znevýhodnění: sluchové, zrakové, řečové, mentální, pohybového ústrojí, duševní. Mohou se vyskytovat v různých stupních a kombinacích.

„Zdravotní postižení je členěno na tělesné, mentální, smyslové“ (Reitmajerová, Buřvalová, 2007, s. 6). Problematika zdravotně znevýhodněných v rámci speciální pedagogiky se opírá o terminologii Miloše Sováka (1986). Vycházel z následujících kategorií: s mentálním znevýhodněním; s poruchami chování, obtížně vychovatelných; s narušenou komunikační schopností; se sluchovým znevýhodněním; se zrakovým znevýhodněním; s postižením hybnosti – tělesné znevýhodnění, nemocní, zdravotně oslabení; s kombinovanými vadami a se specifickými poruchami učení, chování a pozornosti.

Český statistický úřad provedl v roce 2007 první ucelený průzkum. Informuje o početním zastoupení osob se zdravotním znevýhodněním v České republice. Z celkové populace České republiky (toho času 10 287 000) připadá 1 015 548 na osoby se zdravotním znevýhodněním, což představuje necelých 10% populace. Při průzkumu ČSÚ vycházel z definice označující zdravotně znevýhodněné za *„osoby, jejichž tělesné, smyslové anebo duševní schopnosti či duševní zdraví jsou odlišné od typického stavu pro odpovídající věk a lze oprávněně předpokládat, že tento stav potrvá déle než jeden rok. Odlišnost od typického stavu pro odpovídající věk musí být takového druhu či rozsahu, že obvykle způsobuje omezení nebo faktické znemožnění společenského uplatnění dané osoby“*.

V současnosti se setkáváme s různými organizacemi pro zdravotně znevýhodněné. Jedná se o oblast státních i nestátních neziskových zařízení.

Nejvýznamnější pozici v České republice má **Národní rada zdravotně postižených (NRZP ČR)**. Založena 27. 6. 2000, *„z důvodu zlepšit úspěšnost spolupráce různých organizací, které se věnovaly osobám se zdravotním znevýhodněním v České republice“* (Hutař, 2009, s. 238). Václav Krása (2003), předseda NRZP ČR, označuje vznik NRZP ČR za velký zlom v hnutí občanů se zdravotním znevýhodněním. Níže uvedené dokazuje její nezastupitelnost na poli českém i mezinárodním:

- hlavní poradní orgán Vládního výboru pro občany se zdravotním postižením (VVOZP ČR)
- člen sociální komise a komise pro zdravotně postižené občany při Svazu měst a obcí
- člen dalších komisí a poradních orgánů
- člen významných mezinárodních organizací zaměřených na osoby se zdravotním znevýhodněním: Disablet Peoples International, Rehabilitation International a European Disability Forum

Hutař (2009) popisuje základní činnosti NRZP ČR. Mezi ně patří obhajoba, prosazování, naplňování práv, potřeb a zájmů zdravotně znevýhodněných. Působí na poli veřejné správy i samosprávy v ČR a spolupracuje i s mezinárodními organizacemi. Úzce spolupracuje s **Vládním výborem pro postižené občany (VVZPO ČR)**.

VVZPO ČR je poradním orgánem vlády České republiky. Ze Statusu VVZPO (2010) vyplývá hlavní podstata: systémová a koordinační činnost, kterou přispívá k uskutečňování vládní politiky pro oblast zdravotně znevýhodněných. Byl zřízen usnesením vlády ČR č. 151, dne 8. 5. 1991. Výbor spatřuje hlavní cíl ve vytváření rovnoprávných příležitosti pro zdravotně znevýhodněné osoby ve všech oblastech společnosti. Přispěl k širší informovanosti o problematice zdravotně znevýhodněných.

Významným krokem bylo přijetí **Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením**, vstoupila v platnost 28. října 2009. Zveřejněna je ve Sbírce mezinárodních smluv pod číslem 10/2010.

2.1 Osoby s tělesným znevýhodněním

Tělesné znevýhodnění se týká „*pohybové nebo jiné orgánové soustavy. Omezuje člověka v běžných činnostech, zejména v pohybu, má vliv na psychickou rovnováhu, na vztahy k lidem i na pracovní uplatnění*“ (Matoušek, 2003, s. 155). Tento druh

znevýhodnění chápeme také jako „*pohybový defekt ve smyslu omezení (něco oproti normě nefunguje), nebo jako tělesnou deformaci ve smyslu estetického postižení (něco, co nebývá pozitivně přijímáno ostatními – týká se především fyzického vzhledu)*“ (Reitmajerová, Buřvalová, 2007, s. 6).

Rozlišujeme tři stupně poruch hybnosti: **lehkou, střední a těžkou**. Klasifikace odvíjející se od míry pohyblivosti, vymezuje jedince samostatně pohybujícího se, tj. **jedinec mobilní**. Dále **částečně mobilní jedinec**, ten potřebuje při chůzi pomoc jiné osoby nebo kompenzační pomůcky např. berle a **jedinec imobilní**, u něj je možnost pohybu nulová i za přítomnosti druhé osoby (Ludíková, 2002). Renotiérová (2002) popisuje nejčastěji užívané dělení tělesných znevýhodnění spolu s etiologií:

1. **Vrozená** - způsobena poruchou vývoje během těhotenství v období prenatálním, perinatálním a raně postnatálním. Etiologie spočívá v řadě faktorů např. onemocnění matky v počátku těhotenství, psychická traumata, vlivy chemikálií, léků, komplikace při porodu, nedonošené plody, úrazy dítěte do 1. roku věku s důsledky pro centrální nervovou soustavu, apod. Patří sem:
 - **poruchy tvaru lebky** vznikající předčasným srůstem lebečních švů tzv. kraniostenóza
 - **poruchy velikosti lebky** - příčinou vzniku jsou vrozená onemocnění centrální nervové soustavy
 - **další poruchy** např. rozštěp lebky, rtu, čelisti, patra, páteře
 - **vrozené vady končetin a růstové odchylky** např. amélie – nevyvinutí končetin; dysmelie – tvarová vývojová odchylka končetin; syndaktylie srů - sty prstů na dolní nebo horních končetinách; akromikrie – abnormálně krátké končetiny; gigantismus – obrovský vzrůst, zapříčiněny zvýšenou činností hypofýzy; nanizmus – trpasličí vzrůst; atd.
 - **dětská mozková obrna (DMO)** - jedná se o nejčastější příčinu vzniku tělesného znevýhodnění. Buřvalová a Reitmajerová (2007) uvádí, že jí mohou doprovázet další poruchy funkcí centrální nervové soustavy vedoucí k mentální retardaci či epileptickým záchvatům. Vyskytuje se ve trojí formě. První **spastická**, charakteristická trvale zvýšeným svalovým napětím – omezený pohyb tj. částečná obrna (paréza) nebo zcela vyloučen tzv. úplná

obrna (plégie). V rámci spastické formy se rozlišuje diparéza (postižení dolních končetin), hemiparéza (jednostranné postižení horní a dolní končetiny) kvadruparéza (postižení horních i dolních končetin). Druhá **dyskyneticko – dystonická** se projevuje šubavými až kroutivými pohyby svalů. Ve třetí, **aktické** formě, se jedná o obtíže pohybové koordinace, problémy s rovnováhou a při rychlejším pohybu.

2. Získané během života, jejichž příčinami jsou **deformace, různé typy úrazů a řada nemocí**, často spojené se špatným držením těla. *„Znamená větší zásah do osobnosti jedince, často způsobuje duševní trauma a subjektivně je velice těžce prožíváno“* (Reitmajerová, Buřvalová, 2007, s. 10). Řadí se sem tělesná znevýhodnění:

- **po úraze** např. úrazová onemocnění mozku, míchy, úrazové poškození periferních nervů, amputace
- **po nemoci** např. revmatická onemocnění, dětská infekční obrna, Perthesova choroba, myopatie

2.2 Osoby s mentálním znevýhodněním

Mentální znevýhodnění, nebo také mentální retardace (dále v textu MR) je odvozeno z latinského *mentis* (mysl) *retardatio* (zdržet, zaostávat, opožd'ovat). Definovat tento termín je obtížné už od jeho vzniku (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007). Nejčastěji užívaná definice MR vychází z pojetí Dolejšího (1973): *„vývojová porucha integrace psychických funkcí různé hierarchie s variabilní ohraničeností a celkovou subnormální inteligencí, závislá na některých z těchto činitelů: nedostatky genetických vloh; porušený stav anatomicko-fyziologické struktury a funkce mozku a jeho zrání; nedostatečné nasycování základních psychických potřeb dítěte vlivem deprivace sensorické, emoční a kulturní; deficitní učení; zvláštnosti vývoje motivace, zejména negativní zkušenosti po opakovaných stavech frustrace a stresu; typologické zvláštnosti vývoje osobnosti.* Světová zdravotnická organizace (2009) vymezuje MR jako zastavený či nedokončený duševní vývoj. Důsledkem je narušení dovedností, které se projevuje během vývoje ve všech úrovních inteligence, tj. ve schopnostech poznávacích, řečových, pohybových a sociálních.

Existuje symptomatologické členění, zabývající se „*charakteristickými příznaky vzhledu, rysů osobnosti, somatických zvláštností, motorického a psychického vybavení mentálně retardovaných*“ (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007, s. 31). |Dělení dle hloubky postižení se zjišťuje na základě výsledků testů inteligence. Světová zdravotnická organizace (2009) uvádí tuto klasifikaci:

F 70 Lehká MR (IQ 50-69) – odpovídá mentálnímu věku 9 – 12 let. Při tomto stupni se projevují obtíže při výuce ve škole (čtení, psaní). Dospělí jedinci jsou většinou schopni pracovat (manuální práce nevyžadující teoretické schopnosti) a pěstovat sociální vztahy. S různou intenzitou se mohou objevit přidružené poruchy jako např. autismus, vývojové poruchy, epilepsie, poruchy chování nebo tělesné znevýhodnění (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007).

F 71 Středně těžká MR (IQ 35-49) - odpovídá mentálnímu věku 6 - 9 let. Charakteristické pro tento stav je zjevné opoždění ve vývoji, mnozí jedinci mohou dosáhnout určité nezávislosti a soběstačnosti, přiměřeně komunikovat. Potřebují proto v dospělosti odlišnou míru podpory k práci a k činnosti ve společnosti.

F 72 Těžká MR (IQ 20 – 34) – odpovídá mentálnímu věku 3 – 6 let. Charakteristický je značný stupeň poruchy motoriky a přidružené vady způsobují poškození nebo špatný vývoj nervového systému. Výchova a vzdělávací péče jsou velmi omezené. V důsledku toho je stěžejní včasná rehabilitační, výchovná a vzdělávací péče pro rozvoj motoriky, rozumových schopností, komunikačních dovedností, samostatnosti a celkové zlepšení kvality života (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007).

F 73 Hluboká MR (IQ dosahuje nejvýše 20) - odpovídá mentálnímu věku pod 3 roky. Jedinec je nesamostatný, potřebuje pomoc v oblasti pohybu, komunikaci a hygieny.

F 78 Jiná MR – nelze ji s určitostí stanovit z důvodu smyslových, tělesných vad, autismu a poruch chování (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007).

F 79 Nespecifikovaná MR – u jedince MR rozpoznána, nelze ho však zařadit do výše vymezených skupin, z důvodu nejednoznačnosti zjištěných informací (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007).

Etiologie MR je dle Ludíkové (2002) způsobena působením více faktorů, i když ve dvou třetinách případů je příčina neznámá:

- **Endogenní příčiny** (genetické, dědičné) vzniklé spontánní mutací v zárodečných buňkách.
- **Exogenní příčiny** vznikají vlivem prostředí: v raném těhotenství - poškození oplozeného vajíčka; v pozdním těhotenství - intrauterinní infekce, špatná výživa, intranatální (abnormální porod) a postnatální - nemoci, nebo úrazy v dětství, nepřiměřený vliv výchovy.

2.3 Osoby se zrakovým znevýhodněním

Charakteristické pro zrakově znevýhodněného jedince dle Novákové (2006) je omezená schopnost přijímat vizuální informace. Toto znevýhodnění ovlivňuje člověka na úrovni psychického i fyzického vývoje, z hlediska kvalitativních a kvantitativních projevů. „*Za osoby se zrakovým postižením jsou vnímáni ti lidé, u nichž po optimální korekci postižení zraku, která může být např. medikamentózní, chirurgická, brýlová, činí zrakové vnímání problémy v běžném životě*“ (Ludíková, 2007, s. 7).

Údaje Českého statistického úřadu (2007) uvádí 87 439 zrakově znevýhodněných osob žijících v České republice, z toho přibližně 60 000 těžce a 17 000 velmi těžce.

Příčiny dle Novákové (2006) tkví ve faktorech působících v prenatálním, perinatálním, postnatálním období tzn. **vrozené**:

- **způsobené dědičností** – u diagnóz kupříkladu vrozený šedý, zelený zákal, těžká krátkozrakost, zákal rohovky, degenerativní onemocnění sítnice, atd.
- **způsobené vnějšími činiteli tzv. teratogenů** - nedonošenost dítěte, infekční onemocnění matky v raném těhotenství. Dále příčiny, kdy zrakové vady vznikají v průběhu života atp.

Získané zrakové vady vznikající v průběhu života. Sem se řadí:

- **zrakové vady vzniklé v důsledku celkových chorob** – revmatická onemocnění, angína, tuberkulóza, diabetes, presbyopie = skleróza oční čočky (po 45. roce se zrak zhoršuje)
- **zrakové vady vzniklé v důsledku úrazů**, které mohou vést k celkové ztrátě zraku

Etiologické hledisko rozlišuje osoby se zrakovým znevýhodněním na jedince s poruchou orgánovou a funkční. „Podle trvání ZP jde o osoby se zrakovým postižením krátkodobým – akutním, dlouhodobým – chronickým a opakujícím se – recidivujícím“ (Ludíková, Suralová, 2006, s. 29). Setkat se můžeme i s klasifikací, kterou uvádí Nováková (2006): **slabozrakost, se zbytky zraku, nevidomost a poruchy binokulárního vidění**. Světové zdravotnické organizace (2009) stanovila pět kategorií zrakového znevýhodnění: **střední slabozrakost, silná slabozrakost, těžce slabý zrak, praktická slepota a úplná slepota**.

Vyšetření zraku je důležité pro zjištění zrakové ostrosti. Vizus (vyjadřuje ostrost) představuje zlomek, kde první číslo udává vzdálenost v metrech, z níž určitá osoba čte a druhé číslo znamená opět vzdálenost v metrech, z níž čte tutéž velikost písmene osoba se zdravým zrakem. Vizus zdravého oka je tedy 6/6. Vyšetření zrakové ostrosti do dálky se provádí nejčastěji na tzv. Snellenových optotypech. Optotypy vyjádřené tabulkami, které tvoří čísla, písmena, obrázky jsou rozděleny do řádků. Velikost znaků se sestupně zmenšuje v jednotlivých řádcích. Dále se zkoumá velikost zorného pole, to může být v důsledku zrakové vady zúženo, omezeno nebo v něm může docházet k lokálním výpadkům tzv. skotomům (Slezáková, 2008).

1. Střední slabozrakost

- zraková ostrost: maximum menší než 6/18 (0,30) – minimum rovné nebo lepší než 6/60 (0,10)

2. Silná slabozrakost

- zraková ostrost: maximum menší než 6/60 (0,10) – minimum rovné nebo lepší než 3/60 (0,05)

3. Těžce slabý zrak

- zraková ostrost: maximum menší než 3/60 (0,05) – minimum rovné nebo lepší než 1/60 (0,02)
- koncentrické zúžení zorného pole obou očí pod 20 stupňů, nebo jediného funkčně zdatného oka pod 45 stupňů

4. Praktická nevidomost

- zraková ostrost 1/60 (0,02), 1/50 až světlocit nebo omezení zorného pole do 5 stupňů kolem centrální fixace, i když centrální ostrost není postižena

5. Úplná nevidomost

- ztráta zraku zahrnující stavy od naprosté ztráty světlocitu až po zachování světlocitu s chybnou světelnou projekcí

2.4 Osoby se sluchovým znevýhodněním

Český statistický úřad (2007) uvádí 74 700 osob se sluchovým znevýhodněním. Z tohoto počtu je nejvíce zastoupena příčina:

- nemoc u cca 38 000 osob
- stáří u cca 14 000 osob
- vrozenost je dána u cca 14 000 osob

U sluchového znevýhodnění se jedná o vážnou bariéru v oblasti komunikace, protože právě sluch je základním smyslem pro vznik a vývoj řeči. V důsledku toho dochází k narušení zejména sociálních vztahů (Souralová, 2007). „*Významnou oblastí sluchového pole je oblast řeči, v níž jsou umístěné nejdůležitější frekvence potřebné k rozlišování hlásek lidské řeči*“ (Ludíková, Souralová, 2006, s. 9). Společnost často považuje sluchově znevýhodněné za mentálně retardované (Friedlová, 2007).

Podle velikosti sluchové ztráty (hledisko kvantity) může být sluchové znevýhodnění latentní - člověk si jej neuvědomí až po nejtěžší formu - hluchota (Langer, Souralová, 2005). WHO (2009) stanovila tuto klasifikaci:

Žádná porucha = 25 dB a méně: poruchy nejsou žádné nebo minimální.

Lehká nedoslýchavost = 26 – 40 dB: zachována schopnost opakovat slova (vyslovována normálním hlasem), která slyší z 1 metru. Jako forma pomoci je poradenství a poskytnutí sluchových pomůcek.

Střední nedoslýchavost = 41 – 55 dB: schopnost opakovat slova (vyslovována hlasitou řečí), která slyší z 1 metru. Sluchové pomůcky zde jsou už nutné.

Středně těžké poškození sluchu porucha = 56 – 70 dB: schopnost slyšet a opakovat slova pouze tehdy, pokud jsou křičena do lepšího ucha. Tento stav vyžaduje mimo sluchových pomůcek také učení se odezírání ze rtů, osvojení si znakové řeči.

Těžké poškození sluchu, včetně hluchoty = 71 - 90 dB: neschopnost slyšet a porozumět slovům, která jsou křičena. U této formy je nutnost sluchových pomůcek pro porozumění slov, důležitá je podpůrná rehabilitace, odezírání ze rtů, znaková řeč.

Velmi závažné poškození sluchu = více než 90 i nad 1kHz: úplná hluchota.

Neslyšící = v audiogramu se objevují žádné doby nad 1kHz: úplná hluchota.

Ludíková (2002) popisuje rozlišování sluchového znevýhodnění podle stěžejních znaků:

- různá struktura a hloubka sluchové vady
- doba, kdy k postižení došlo
- celková úroveň rozvoje osobnosti
- sociokulturní podmínky

Příčiny sluchového znevýhodnění nelze identifikovat až v 60%. Mezi nejčastěji uváděné příčiny patří genetické odchylky, způsobující sluchové poruchy na základě dědičnosti. Za **prenatální příčiny** uvádíme prodělání různých onemocnění matky např. spalničky, zarděnky, chřipka. **V perinatální fázi** to jsou příčiny způsobené

těžkým porodem, kdy dochází k poškození sluchového analyzátoru. **Postnatální příčiny** spočívají v opakujících se zánětech středního ucha, meningitidy, průušnic, ototoxické účinky po léčích, které mají vedlejší účinky např. některá antibiotika, diuretika, analgetika, antidepressiva atd. (Ludíková, Suralová, 2006).

2.5 Osoby s kombinovaným znevýhodněním

Ludíková (2005) zmiňuje alternativní označení pro kombinované znevýhodnění a to vícenásobné znevýhodnění či kombinované vady. Osoby s kombinovanými vadami představují nejkomplicovanější skupinu, současně patří k nejméně propracované oblasti. Miloš Sovák (1986) pojem kombinované znevýhodnění vymezuje jako „*sdílení více postižení (navzájem se ovlivňujících) u jednoho člověka*“. Rozděluje kombinované znevýhodnění podle druhu na slepohluchoněmé, slabomyslné hluchoněmé, slabomyslné slepé, slabomyslné tělesně postižené. Ludíková (2005) uvádí, že kombinované znevýhodnění jako druh zdravotního znevýhodnění záporně ovlivnily předsudky spojené se sklonem vidět všechny projevy znevýhodnění jako stejné. Každý jedinec (jakéhokoli znevýhodnění) disponuje individuálními zvláštnostmi, které mají být respektovány a na jejich základě nesmí být opomíjen individuální přístup.

Jesenský (2000) třídí kombinované znevýhodnění do více druhů než Sovák. Jeho klasifikace se odvíjí od převažujícího druhu zdravotního znevýhodnění u vícenásobného znevýhodnění. Rozlišuje následující typy:

- slepohluchoněmota a lehčí smyslové znevýhodnění
- mentální znevýhodnění s/se:
 - tělesným znevýhodněním
 - sluchovým znevýhodněním
 - chorobou
 - zrakovým znevýhodněním
 - obtížnou vychovatelností
- smyslové a tělesné znevýhodnění
- znevýhodnění řeči se smyslovým, tělesným a mentálním znevýhodněním a chronickou chorobou

„**Etiologie kombinovaných vad je velmi široká. Nelze s jednoznačnou přesností určit příčiny tohoto znevýhodnění, nejtěžší případy mají příčiny v prenatálním stádiu vývoje**“ (Ludíková 2005, s. 11). Kozáková (2005) popisuje etiologii **exogenní - vnější a endogenní – vnitřní**. Mezi exogenní řadíme anorganické působení, které zahrnuje **chemické** (léky, jedy), **fyzikální** (mechanické působení, záření), **biologické** (bakterie, viry, plísňe) a **psychosociální** (trauma, vliv špatné výchovy) příčiny. Endogenními příčinami jsou **dědičné** (heredita), **genetické** (mutace genů, způsobené rentgenovým zářením, chemikáliemi) vlivy, ale také **metabolická onemocnění** jako fenylketonurie, galaktosemie. K nejčastějším faktorům podporující vznik kombinovaného znevýhodnění Ludíková (2005) řadí genetické dispozice, chromozomální aberace, infekce, intoxikace, vývojové poruchy, poškození mozku a CNS, metabolické a nutriční činitele, mechanická poškození, vlivy sociálního prostředí, psychické faktory, traumata a jiné.

3 Dospělost

Dospělost můžeme vymezit dle Pipekové (2006) těmito stěžejními znaky: „*ukončení studia, získání zaměstnání, uzavření sňatku a založení rodiny, administrativní a právní faktory (držení občanského průkazu, pasu, právo volit a být volen), přispívání svou rolí v životě společnosti*“. Jedná se o vývojovou etapu osobnosti, kterou lze vymezit jako „*období vrcholu zrání; obvykle dělena na biologickou, emocionální, kognitivní, sociální*“ (Hartl, 2004, s. 51). Vágnerová (2007) uvádí tři období dospělosti:

- a) období mladé dospělosti – 20 až 40 let
- b) období střední dospělosti – 40 až 50 let
- c) období starší dospělosti – 50 až 60 let

U osob se zdravotním znevýhodněním je nutností v maximální možné míře podporovat naplňování sociálních rolí, odpovídající období dospělosti v daném sociokulturním prostředí. Podstatu všeho tvoří podpora týkající se oblasti zaměstnávání, partnerského a rodinného života, kvalitního prožívání volného času, možností dalšího vzdělávání, nabídky sociálních služeb různého charakteru, podporování chráněného bydlení u osob, které jsou i v dospělosti v určité míře závislé na druhé osobě. Stěžejní je hledat možnosti ke změnám, přispívat ke zvyšování kvality života u dospělých zdravotně znevýhodněných osob s pomocí např. poradenských zařízení (Pipeková, 2006).

3.1 Raná dospělost

Období mezi 20 – 30 lety. Jedinec si upřesňuje pojetí života – profesní dráha, založení rodiny. Vše je spojeno se zásadními rozhodnutími pro průběh dalšího života, s čímž souvisí velká zodpovědnost (Vágnerová, 2008). Hlavní milníky rané dospělosti: práce (základní činnost); hledání stálého životního partnera (pro založení rodiny). Vrchol zaznamenávají všechny funkce organismu. Jedinec chce dosáhnout samostatnosti a nezávislosti. Etapa rané dospělosti se vyznačuje zaměřením zejména na vztahy partnerské, rodičovské, profesní činnosti, využití volného času (Kohoutek, 2002).

3.2 Střední dospělost

Etapa mezi 30– 45 lety. Charakteristická stabilizací, jakési zhodnocení co se jedinci podařilo, čeho nedosáhl, jaké se mu naskýtají možnosti. V pozitivním případě dochází k mobilizaci sil, někdy může dojít k přehnaným rozhodnutím, které mají začít nový život např. uzavírání nového manželství, změna profese, organizace života, apod. Jedinec chce nabrat tzv. druhý dech. V negativním případě může bilancování způsobit tzv. krizi středního věku. Dochází k ní z pocitu nedosažení vytýčeného životního cíle, například problémy v manželství, s výchovou dětí, v zaměstnání atp. (Helus, 2009). Svalová soustava slábne, proto je důležité ji posilovat (zájmové sporty). V důsledku toho dochází k větší míře ukládání podkožního tuku. Psychika dozrává získáváním zkušeností, zaujímáním společenského postavení, stanovení vlastních názorů. Stěžejní pilíře představují domov a zaměstnání. Setkáváme se s tzv. kariérovským plató, k němuž dochází okolo 40. roku. Jedinec dosáhl svého cíle v profesi, proto může hledat nové zaměstnání, aby se obohatil jak osobnostně, tak i pracovně (Kohoutek, 2002).

3.3 Pozdní dospělost

Fáze mezi 45 – 60 lety. „*Pozdní dospělost nemusí nutně končit dosažením 60. roku, vždy záleží na jedinci jak je aktivní v oblasti pracovní i zájmové*“ (Helus, 2009, s. 97). U žen nastává období přechodu, tzv. klimaktéria (konec schopnosti rodit děti). Jedinci se vyrovnávají s odchodem dětí z domova, tzv. syndrom prázdného hnízda. Předávají získané zkušenosti, schopnost zapamatovat si se snižuje. Velice důležité je zachovat si fyzickou i psychickou kondici - prevence involučních změn. Jedinec musí brát zřetel na časové, energetické nároky při řešení problematických situací (Kohoutek, 2002). Starší dospělí se připravují na role prarodičů, dokážou uvážlivěji využívat čas, připravují se na odchod do důchodu. Odchod do důchodu mohou lidé brát jako výzvu věnovat se svým koníčkům, samy sobě, trávit čas se svým partnerem, vnoučatům, cestovat atd. V negativním smyslu vyvolává obavy např. nedostatek peněz, strach z izolace. Je důležité nepropadat panice, ale přistupovat k období pozdní dospělosti tvořivým způsobem a s nadhledem (Helus, 2009, s. 98).

II. EMPIRICKÁ ČÁST

4 Metodika

Cíl výzkumu spočívá ve vytvoření přehledu sociálních služeb určených pro vymezené kategorie zdravotně znevýhodněných ve věku 18 – 60 let v Olomouci.

Metodika, která byla pro účely výzkumu zvolena, vychází ze zaměření bakalářské práce, je tak v souladu se stanoveným cílem empirické části. Metodika zahrnuje analýzu a s ní neodmyslitelně spjatou syntézu poznatého analýzou.

4.1 Metody

Pro realizaci výzkumu byla zvolena metoda sekundární analýza dat (studium dokumentů).

Jedná se o metodu, při níž se využívá podle Jeřábka (1993) dokumentů:

- osobních – pojednávají o zážitcích, postojích autora ve formě dopisů, diářů atp.
- úředních – ty jsou jakýmsi souhrnem údajů o určité problematice např. statistiky
- tištěných a dalších – určené pro veřejnost např. noviny, filmy, knihy

Jako zdroj mohou být využita archivní data; oficiální statistická data; datové publikace z výzkumů; datové soubory z výzkumů na počítači. Při sekundární analýze je důležitý výběr dokumentů, zhodnocení jejich využitelnosti pro daný výzkum, podrobení dokumentu analýze sledující cíl výzkumu (Skalková, 1985).

4.2 Kritéria pro analýzu dokumentů

Pro účely výzkumu byly zvoleny:

1. úřední dokumenty

- Katalog poskytovatelů sociálních služeb a služeb souvisejících v Olomouci pro rok 2010
- 2. Komunitní plán sociálních služeb města Olomouce 2010 -2012

2. Informace pomocí počítače

- Webová stránka Registru poskytovatelů sociálních služeb

Vzhledem k výše stanovenému cíli patří k výzkumným kritériím:

a) dospělí lidé ve věkovém rozmezí 18 – 60 let s vybraným druhem zdravotního znevýhodnění:

- tělesným
- mentálním
- zrakovým
- sluchovým
- kombinovaným

b) legislativně ukotvené sociální služby (dle zákona číslo 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů) určené osobám vymezeným v bodě 1. Zkoumanými sociálními službami jsou:

1. odborné sociální poradenství
2. osobní asistence
3. pečovatelská služba
4. tísňová péče
5. průvodcovské a předčitatelské služby
6. podpora samostatného bydlení
7. odlehčovací služby
8. centra denních služeb
9. denní stacionáře
10. týdenní stacionáře
11. domovy pro osoby se zdravotním postižením
12. domovy se zvláštním režimem
13. chráněné bydlení
14. telefonická krizová pomoc
15. tlumočnické služby

16. sociálně aktivizační služby pro osoby se zdravotním postižením
17. sociálně terapeutické dílny
18. sociální rehabilitace

5 Průběh výzkumu

Vycházeli jsme z úředně vytvořených dokumentů a informací z internetových stránek (viz 4.2) určených jak odborníkům, tak široké veřejnosti. Zdroje byly podrobeny analýze - z celku byly získány jednotlivé elementy, týkající se kritérií.

Na základě zjištěných poznatků byla provedena syntéza, tedy spojení sledovaného do opětovného celku. Ten je právě naplněním kýženého cíle.

Prolínají se tak přístupy kvantitativní (početní zastoupení jednotlivých druhů sociálních služeb, kapacity zařízení, formy služeb, ...) i kvalitativní (spojení zjištěných informací o vyhledaných zařízeních a jejich posouzení).

O výsledcích výzkumu informují sestavené tabulky. Odpovídají pokrytí sociálních služeb. Každá tabulka obsahuje: názvy zařízení poskytující danou službu, v jaké formě je sociální služba realizována, pro jaký typ zdravotního znevýhodnění je určena a jaké má zařízení kapacitní možnosti. Pod tabulkami se nachází vždy slovní komentář.

6 Výsledky

Tab. 1. Početní zastoupení sociálních služeb pro zdravotně znevýhodněné v Olomouci

	Sociální služba	Početní zastoupení
Sociální poradenství	Odborné sociální poradenství	7
Služby sociální péče	Osobní asistence	4
	Pečovatelská služba	1
	Tísňová péče	0
	Průvodcovské a předčítatelské služby	1
	Podpora samostatného bydlení	1
	Odlehčovací služby	0
	Centra denních služeb	0
	Denní stacionáře	4
	Týdenní stacionáře	1
	Domovy pro osoby se zdravotním postižením	1
	Domovy se zvláštním režimem	0
	Chráněné bydlení	1
	Služby sociální prevence	Telefonická krizová pomoc
Tlumočnické služby		1
Sociálně aktivizační služby pro osoby se zdravotním postižením		4
Sociálně terapeutické dílny		0
Sociální rehabilitace		6

Tabulka 1. vychází z analýzy webové stránky Registru poskytovatelů sociálních služeb. Můžeme konstatovat, že oblast sociálního poradenství je dostatečně pokryta

vzhledem k počtu zdravotně znevýhodněných obyvatel města - 2 511 osob k roku 2008.

Co se týká služeb sociální péče, postrádá Olomouc tísňovou péči, odlehčovací služby, centra denních služeb a domovy se zvláštním režimem. Ostatní služby týkající se zdravotně znevýhodněných jsou zajištěny, v případě osobní asistence a denních stacionářích dokonce s velmi dobrým zastoupením.

Poslední druh sociálních služeb, služby sociální prevence, je dostatečně naplněn v případě sociální rehabilitace a sociálně aktivizačních služeb, nulovým zastoupením naopak disponuje Olomouc v sociálně terapeutických dílnách.

Tab. 2. Zařízení poskytující odborné sociální poradenství v Olomouci

Název zařízení	Forma služby	Typ zdravotního znevýhodnění	Kapacita
Centrum pro zdravotně postižené Olomouckého kraje o. s., regionální pracoviště Olomouc	Ambulantní Terénní	Všechny typy	Ambulantně: 2 intervence*/den 7 kontaktů/den Terénně: 1 intervence*/den 3 kontakty/den
Poradna NRZP ČR pro Olomoucký kraj	Ambulantní	Všechny typy	20/týden
Poradna pro osoby se zdravotním znevýhodněním	Ambulantní Terénní	Všechny typy	Ambulantně: 4 intervence*/den Terénně: 2 intervence*/den
Oblastní unie neslyšících Olomouc	Ambulantní	Sluchové	1 000 osob/rok
Sociální poradna SONS, Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých	Ambulantní Terénní	Zrakové	nespecifikováno
Spolek Trend vozíčkářů, obecně prospěšná společnost	Ambulantní	Kombinované Tělesné Zrakové	7 kontaktů/den
TyfloCentrum Olomouc, obecně prospěšná společnost	Ambulantní	Kombinované Zrakové	50

* délka intervence čítá 30 minut

Z tab. 2. jednoznačně vyplývá, že odborné sociální poradenství má dostatečné pokrytí pro všechny osoby s jakýmkoli typem zdravotního znevýhodnění. Uvedené

formy služeb odpovídají potřebám, s nimiž se osoby s vymezeným zdravotním znevýhodněním mohou potýkat. Zařízení můžeme shledat dostačujícími i z hlediska kapacitního.

Tab. 3. Zařízení poskytující osobní asistenci v Olomouci

Název zařízení	Forma služby	Typ zdravotního znevýhodnění	Kapacita uživatelů
Maltéžská pomoc, o. p. s., Centrum Olomouc	Terénní	Tělesné	10
Spolek Trend vozíčkářů Olomouc	Terénní	Všechny typy	50
Jdeme autistům naproti – Olomouc o. s., Centrum JAN ^{**}	Terénní	Kombinované Mentální Jiné	10
Spolu Olomouc (Středisko podpory integrace)	Terénní	Mentální	28

^{**} služba poskytována do 26 let osoby se zdravotním znevýhodněním

Tabulka 3. ukazuje zajištění osobní asistence, opět vhodně diferencována vzhledem k různorodosti typu zdravotního znevýhodnění. Přizpůsobeny jsou také kapacitní možnosti jednotlivých zařízení. U zařízení Jdeme autistům naproti – Olomouc o. s., Centrum JAN vidíme věkové omezení do 26 let – zahrnuje tedy skupinu mladých dospělých, kdy po dosažení mezního věku musí dojít k nalezení nového zařízení.

Tab. 4 Zařízení poskytující pečovatelské služby v Olomouci

Název zařízení	Forma služby	Typ zdravotního znevýhodnění	Kapacita
Charitní pečovatelská služba Olomouc	Terénní	Kombinované Tělesné Jiné	13 uživatelů v pracovní dny 2 uživatele ve dnech pracovního klidu

Tabulka 4. obsahuje pouze jedno zařízení, které zajišťuje pečovatelskou službu zdravotně znevýhodněným. Jedná se však o zaměření pro širokou škálu zdravotního znevýhodnění. Pečovatelská služba může být poskytnuta v nutných případech i v jiných nezmiňovaných zařízeních, jež se specializují pro seniory.

Tab. 5. Zařízení poskytující průvodcovské a předčitatelské služby v Olomouci

Název zařízení	Forma služby	Typ zdravotního znevýhodnění	Kapacita
TyfloCentrum Olomouc, obecně prospěšná společnost	Terénní	Kombinované Zrakové	50

V tabulce 5. vidíme opět jedno zařízení pokrývající předčitatelské a průvodcovské služby. Přes to, lze říci, že vzhledem k vymezeným typům zdravotního znevýhodnění je vhodně zvoleno jeho zastoupení v Olomouci.

Tab. 6. Zařízení poskytující podporu samostatného bydlení v Olomouci

Název zařízení	Forma služby	Typ zdravotního znevýhodnění	Kapacita
Klíč – centrum sociálních služeb, podpora samostatného bydlení Šance	Terénní	Mentální	2

Tabulka 6. ukazuje podporu samostatného bydlení pro mentálně znevýhodněné, opakovaně se setkáváme s jedním zařízením. Tady se nabízí myšlenka zvážení vhodnosti zřízení dalšího zařízení či navýšení kapacity, která představuje záporný faktor a stejně tak zaměření na jeden typ zdravotního znevýhodnění.

Tab. 7. Zařízení poskytující službu – denní stacionář v Olomouci

Název zařízení	Forma služby	Typ zdravotního znevýhodnění	Kapacita uživatelů
DC 90 o. s.	Ambulantní	Kombinované Mentální	60
JITRO – sdružení rodičů a přátel postižených dětí ***	Ambulantní	Kombinované Mentální Tělesné	65
Klíč – centrum sociálních služeb, denní stacionář Slunovrat	Ambulantní	Kombinované Mentální	16
Klíč – centrum sociálních služeb, denní stacionář Domino	Ambulantní	Mentální	18

*** služba poskytována uživatelům skupiny b) 18 – 50 let uživatele

Tab. 8. Zařízení poskytující službu – týdenní stacionář v Olomouci

Název zařízení	Forma služby	Typ zdravotního znevýhodnění	Kapacita uživatelů
Klíč – centrum sociálních služeb, týdenní stacionář Petrklíč	pobytová	Kombinované Mentální	7

Tabulka 7. a 8. popisují zastoupení služeb denních a týdenních stacionářů v oblasti vybraných typů zdravotně znevýhodněných. Ačkoli by se mohlo zdát, že jediný uvedený týdenní stacionář je nevyhovující, musíme oponovat. Dostačující pokrytí ambulantních denních stacionářů doplňuje právě pobytový týdenní stacionář.

Věkové omezení pro dospělé osoby se zdravotním znevýhodněním se vyskytuje v denním stacionáři JITRO – sdružení rodičů a přátel postižených dětí, pracují se dvěma skupinami uživatelů. Dospělí spadají do druhé skupiny, která je ohraničena 18 – 50 lety (mladší, střední dospělost).

Tab. 9. Zařízení poskytující službu – domovy pro osoby se zdravotním postižením v Olomouci

Název zařízení	Forma služby	Typ zdravotního znevýhodnění	Kapacita
Klíč – centrum sociálních služeb, domov pro osoby se zdravotním postižením Petrklíč	Pobytová	Kombinované Mentální	18

Tab. 10. Zařízení poskytující chráněné bydlení v Olomouci

Název zařízení	Forma služby	Typ zdravotního znevýhodnění	Kapacita
Klíč – centrum sociálních služeb, chráněné bydlení Domov	Pobytová	Kombinované Mentální	16

V tabulkách 9. a 10. jsou uvedeny domov pro osoby se zdravotním postižením a chráněné bydlení. V obou případech jde o jedno zařízení. Z pohledu nezastupitelnosti těchto služeb je nutné podtrhnout jejich funkce, které mají významnou roli pro rozvoj osob s uvedeným zdravotním znevýhodněním.

Tab. 11. Zařízení poskytující telefonickou krizovou pomoc v Olomouci

Název zařízení	Forma služby	Typ zdravotního znevýhodnění	Kapacita
Oblastní unie neslyšících Olomouc •	Terénní	Sluchové	200

• zavedení SMS

Tab. 12. Zařízení poskytující tlumočnické služby v Olomouci

Název zařízení	Forma služby	Typ zdravotního znevýhodnění	Kapacita
Oblastní unie neslyšících Olomouc	Terénní	Sluchové	750

V tabulce 11. a 12. vidíme po jednom zařízení poskytující služby – telefonická krizová pomoc a tlumočnických služeb.

Sluchové znevýhodnění patří k nejvážnějšímu typu znevýhodnění, proto musíme vyzdvihnout právě zastoupení těchto služeb v Olomouci. I pro své kapacitní možnosti slouží k zvládnutí překážek vznikajících konfrontací intaktního světa se světem sluchově znevýhodněných.

Logickým krokem v telefonické krizové pomoci, bylo zavedení SMS zpráv. Díky tomu ji mohou využívat osoby s nejtěžší formou tohoto znevýhodnění.

Tab. 13. Zařízení poskytující sociálně aktivizační služby pro osoby se zdravotním postižením v Olomouci

Název zařízení	Forma služby	Typ zdravotního znevýhodnění	Kapacita
Maltéžská pomoc, o. p. s., Centrum Olomouc	Ambulantní Terénní	Kombinované Mentální Tělesné Jiné	25
Oblastní unie neslyšících Olomouc	Ambulantní	Sluchové	300
Spolu Olomouc, Středisko podpory integrace	Ambulantní Terénní	Mentální	Individuálně dle aktivity
TyfloCentrum Olomouc, obecně prospěšná společnost	Ambulantní Terénní	Kombinovaní Zrakové	50

Tabulka 13. informuje o výborném zastoupení sociálně aktivizačních služeb. Žádný typ zdravotního znevýhodnění není opomenut, což je u této služby významné pro prevenci před sociálním vyloučením.

Pracuje se s potenciálem jednotlivých uživatelů. Děje se tak na základě individuálního přístupu, který nesmí chybět v práci se zdravotně znevýhodněnými.

Tab. 14. Zařízení poskytující službu – sociální rehabilitace v Olomouci

Název zařízení	Forma služby	Typ zdravotního znevýhodnění	Kapacita
Restart – program integrace pro osoby se zdravotním znevýhodněním	Ambulantní	Všechny typy	16/den
Oblastní unie neslyšících Olomouc	Ambulantní	Sluchové	280
Spolek Trend vozíčkářů Olomouc	Ambulantní Terénní	Tělesné (a další s ním spojené)	20
Spolu Olomouc (Agentura podporovaného bydlení)	Ambulantní Terénní	Všechny typy	45
Tyfloservis, o. p. s. – Krajské ambulantní středisko Olomouc	Ambulantní Terénní	Kombinované Zrakové	Ambulantně: 100 uživatelů/rok Terénně: 90 uživatelů/rok
TyfloCentrum Olomouc, obecně prospěšná společnost	Ambulantní Terénní	Kombinované Zrakové	50

Tabulka 14. obsahuje zařízení zajišťující sociální rehabilitaci. Olomouc má tuto službu podchycenou dostatečně pro vymezené typy zdravotního znevýhodnění i z kapacitních možností.

Zdravotně znevýhodněným je tak poskytnuta široká možnost služeb v rámci sociální rehabilitace. Zásluhou sociální rehabilitace jsou osoby se zdravotním znevýhodněním připravovány, vedeni, učeni nezávislosti, soběstačnosti do té míry, která je omezena právě typem a stupněm zdravotního znevýhodnění.

7 Shrnutí

Výsledky ukazují nezpochybnitelně dostačující úroveň poskytování odborného sociálního poradenství. Z 12 zkoumaných služeb sociální péče je 8 přítomných v Olomouci. Co se týká služeb sociální prevence, tak ty čítají 5 z 6 stanovených (viz Tab. 1.).

Existující zařízení disponují vyhovujícími kapacitními možnostmi až na případ služby podpory samostatného bydlení (viz Tab. 6.).

V případě služeb poskytovaných vždy v rámci jednoho zařízení (viz Tab. 4., 5., 8., 9., 10., 11., 12.) nemůžeme zastat názor jejich nedostatečnosti, protože se specializují na ty osoby se zdravotním znevýhodněním, které tyto služby potřebují nejvíce.

Z výsledků je zřejmé významné pokrytí určitých sociálních služeb co do počtu zařízení - jejich kapacity i zaměření se na všechny typy zdravotního znevýhodnění (viz Tab. 2, 3, 7., 13., 14.).

Kritérium dospělosti, bylo dodrženo u všech uvedených zařízení s výjimkou omezení u jednoho zařízení osobní asistence (viz Tab. 3.) a denního stacionáře (viz Tab. 7).

Na základě dosažených výsledků lze konstatovat, že potřeby zdravotně znevýhodněných v Olomouci jsou vhodně podchyceny formou sociálních služeb a to jak z hlediska kapacitního, tak i z hlediska zaměřenosti na typy zdravotního znevýhodnění.

Závěr

Téma bakalářské práce se prolíná celou její strukturou. Byla postavena na vymezení sociálních služeb, vybraných typech zdravotního znevýhodnění - tělesném, mentálním, zrakovém, sluchovém, kombinovaném a na dosažení dospělosti zdravotně znevýhodněných osob.

V teoretické části jsem podrobně rozpracovala výše zmíněné do tří odpovídajících kapitol, které tak naplňují cíl této části.

Stěžejní cíl empirické části - vytvořit přehled sociálních služeb určených dospělým zdravotně znevýhodněným, byl naplněn využitím sekundární analýzy dat z dokumentů vytvořených pro odbornou i laickou veřejnost. Jednalo se o Katalog poskytovatelů sociálních služeb a služeb souvisejících v Olomouci pro rok 2010, 2. Komunitního plánu sociálních služeb města Olomouce 2010 - 2012 a použití webové stránky Registru poskytovatelů sociálních služeb. Cílené informace byly získány na základě postupu, který popisují v páté kapitole.

Na základě zjištěných výsledků došlo k zmapování situace - zastoupení jednotlivých sociálních služeb ve městě Olomouci. O zavedených sociálních službách vypovídají sestavené tabulky v šesté kapitole. Vždy je uvedeno zařízení poskytující danou sociální službu, forma sociální služby, druh zdravotního znevýhodnění a kapacita zařízení. Pod tabulkami se nachází okomentování zjištěného.

Výzkum ukázal absenci některých sociálních služeb. Mezi ně patří ze služeb sociální péče: tísňová péče, odlehčovací služby, centra denních služeb, domovy se zvláštním režimem a ze služeb sociální prevence: sociálně terapeutické dílny. Ostatní sociální služby jsou zajištěny nejméně jedenkrát.

Celkové pokrytí sociálních služeb v Olomouci, i přes nulový výskyt některých, je pestré. Chybějící sociální služby nelze chápat jako negativní faktor, ačkoliv by jejich vznik přinesl novou, širší dimenzi do života zdravotně znevýhodněných.

Použitá literatura a zdroje

Monografické publikace:

1. BARTOŇOVÁ, M. a kol. *Psychopedie*. 2. vyd. Brno : Paido, 2007. 150 s. ISBN 978-80-7315-161-4.
2. BUŘVALOVÁ, D., REITMAJEROVÁ, E. *Tělesně postižený*. 1. vyd. Praha : Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. 24 s. ISBN 978-80-86991-21-4.
3. FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. 1. vyd. Praha : Grada, 2007. 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4.
4. FÜRST, M. *Psychologie: Včetně vývojové psychologie a teorie výchovy*. 1. vyd. Olomouc : Votobia, 1997. 263 s. ISBN 80-7198-199-0.
5. HARTL, P. *Stručný psychologický slovník*. 1. vyd. Praha : Portál, 2004. 311 s. ISBN 80-7178-803-1.
6. HELUS, Z. *Osobnost a její vývoj*. 2. přeprac. vyd. Praha : UK, 2009. 101 s. ISBN 978-80-7290-396-2.
7. HELUS, Z. *Psychologie*. 3. vyd. Praha : Fortuna, 2003. 120 s. ISBN 80-7168-876-2.
8. HUTAŘ, J. *Sociálně právní minimum pro osoby se zdravotním postižením*. 10. vyd. Praha : NRZP ČR, o. s., 2009. 241 s. ISBN 978-80-87181-02-7.
9. JEŘÁBEK, H. *Úvod do sociologického výzkumu*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 1993. 162 s. ISBN 80-7066-662-5.

10. JESENSKÝ, J. *Základy komprehenzivní speciální pedagogiky*. 1. vyd. Hradec Králové : Gaudeamus, 2000. 275 s. ISBN 80-7041-196-1.
11. LANGER, J., SOURALOVÁ, E. *Surdopedie*. 1. vyd. Olomouc : UP, 2005. 47 s. ISBN 80-244-2084-2.
12. LUDÍKOVÁ, L., SOURALOVÁ, E. *Speciální pedagogika 5*. 1. vyd. Olomouc : UP, 2006. 44 s. ISBN 80-244-1213-6.
13. LUDÍKOVÁ, L. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Olomouc : UP, 2002. 37 s. ISBN 80-244-0557-1.
14. MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby*. 1. vyd. Praha : Portál, 2007. 184 s. ISBN 80-7178-549-0.
15. MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. 1. vyd. Praha : Portál, 2003. 287 s. ISBN 984-80-7367-310-9.
16. MATOUŠEK, O. *Metody a řízení sociální práce*. 1. vyd. Praha : Portál, 2003. 380 s. ISBN 80-7178-548-2.
17. NOVOSAD, L. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*. 1. vyd. Praha : Portál, 2009. 272 s. ISBN 978-80-7367-509-7.
18. PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. roz. a přeprac. vyd. Brno : Paido, 2006. 404 s. ISBN 80-7315-120-0.
19. SKALKOVÁ, J. a kol. *Úvod do metodologie a metod pedagogického výzkumu*. 1. vyd. Praha : Státní pedagogické nakladatelství, 1985. 240 s. ISSN 14-275-85.

20. SLEZÁKOVÁ, L a kol. *Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty IV.: Dermatovenerologie, oftalmologie, stomatologie*. 1. vyd. Praha : Grada, 2008. 213 s. ISBN 978-80-2472-506-2.
21. SOVÁK, M. *Nárys speciální pedagogiky*. 6. vyd. Praha : Státní pedagogické nakladatelství, 1986. 231 s. ISSN 14-072-86.
22. TITZL, B. *Postižený člověk ve společnosti*. Praha : Pedagogická fakulta UK v Praze, 1998. 120 s. ISBN 86039-30-7.
23. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha : Portál, 2008. 870 s. 978-80-7367-414-4.
24. *Výsledky šetření o zdravotně postižených osobách v ČR za rok 2007*. Praha : Český statistický úřad, 2008. 48 s. ISBN 978-80-250-1678-7.

Sborníky

25. KRÁSA, V. Evropský rok osob se zdravotním postižením a NRZP v ČR. In JESENSKÝ, J. a kol. *Zdravotně postižení - programy pro 21. století*. 1. vyd. Hradec Králové : Gaudeamus, 2003. s. 19 - 25. ISBN 80-7041-834-8.
26. LUDÍKOVÁ, L. *Manuál základních postupů jednání při kontaktu s osobami se zrakovým postižením*. 1. vyd. Olomouc : UP, 2007. 31 s. ISBN 978-80-244-1636-6.
27. LUDÍKOVÁ, L. Teorie kombinovaných vad. In LUDÍKOVÁ, L. a kol. *Kombinované vady*. 1. vyd. Olomouc : UP, 2005. s. 7 - 13. ISBN 80-244-1154-7.

28. MICHALÍK, J. Právní úprava postavení zdravotně postižených v ČR - Nástin problémů. In JESENSKÝ, J. a kol. *Zdravotně postižení - programy pro 21. století*. 1. vyd. Hradec Králové : Gaudeamus, 2003. s. 57 - 65. ISBN 80-7041-834-8.
29. SOURALOVÁ, E. *Manuál základních postupů jednání při kontaktu s osobami se sluchovým postižením*. 1. vyd. Olomouc : UP, 2007. 36 s. ISBN 978-80-244-1630-4.

Zákony

30. Zákon číslo 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. In *Sociální zabezpečení. Státní sociální podpora, sociální péče, sociální služby, pomoc v hmotné nouzi, životní a existenční minimum, působnost v jednotlivých orgánech*. Edice Úplné znění, číslo 811. Ostrava : Sagit, 2011, s. 146-203. ISBN 978-80-7208-658-0.
31. Vyhláška číslo 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. In *Sociální zabezpečení. Státní sociální podpora, sociální péče, sociální služby, pomoc v hmotné nouzi, životní a existenční minimum, působnost v jednotlivých orgánech*. Edice Úplné znění, číslo 811. Ostrava : Sagit, 2011, s. 203 - 231. ISBN 978-80-7208-658-0.

Elektronické zdroje

- 32.2. *Komunitní plán sociálních služeb města Olomouce 2010 - 2012*. Olomouc : Statutární město Olomouc, [cit. 20. 2. 2011]. Přístup z: http://www.olomouc.eu/kpss/storage/1266846749_sb_kpss-2010-2012.pdf

33. *Katalog poskytovatelů sociálních služeb a služeb souvisejících v Olomouci 2010*. Olomouc : Statutární město Olomouc, [cit. 20. 2. 2011]. Přístup z: http://www.olomouc.eu/kpss/storage/1283951965_sb_katalog-kpss-2010.pdf
34. *Registr poskytovatelů sociálních služeb*. Praha : MPSV ČR, [cit. 20. 2. 2011].
Přístup z: http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vitejte.fw.do?SUBSESSION_ID=1300727402831_8
35. *Status vládního výboru pro zdravotně postižené občany*. Praha : Vláda ČR, [cit. 30. 11. 2010]. Přístup z: <http://www.vlada.cz/assets/ppov/vvzpo/-Statut-VVZPO-2010.pdf>
36. *MKN - 10 : Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize - 2. aktualizované vydání*. Praha : Ministerstvo zdravotnictví ČR, [cit. 23. 9. 2010]. Přístup z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

Seznam tabulek

Tab. 1. Početní zastoupení sociálních služeb pro zdravotně znevýhodněné v Olomouci

Tab. 2. Zařízení poskytující odborné sociální poradenství v Olomouci

Tab. 3. Zařízení poskytující osobní asistenci v Olomouci

Tab. 4. Zařízení poskytující pečovatelské služby v Olomouci

Tab. 5. Zařízení poskytující průvodcovské a předčítatelské služby v Olomouci

Tab. 6. Zařízení poskytující podporu samostatného bydlení v Olomouci

Tab. 7. Zařízení poskytující službu – denní stacionář v Olomouci

Tab. 8. Zařízení poskytující službu – týdenní stacionář v Olomouci

Tab. 9. Zařízení poskytující službu – domovy pro osoby se zdravotním postižením v Olomouci

Tab. 10. Zařízení poskytující chráněné bydlení v Olomouci

Tab. 11. Zařízení poskytující telefonickou krizovou pomoc v Olomouci

Tab. 12. Zařízení poskytující tlumočnické služby v Olomouci

Tab. 13. Zařízení poskytující sociálně aktivizační služby pro osoby se zdravotním postižením v Olomouci

Tab. 14. Zařízení poskytující službu – sociální rehabilitace v Olomouci

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Jana Hegerová
Katedra:	Ústav pedagogiky a sociálních studií
Vedoucí práce:	doc. PaedDr. Marcele Musilové, Ph.D.,
Rok obhajoby:	2011

Název práce:	Sociální služby pro dospělé osoby se zdravotním znevýhodněním v Olomouci
Název v angličtině:	Social services for disabled adults in Olomouc
Anotace práce:	Bakalářská práce se zabývá vybranými typy zdravotního znevýhodnění - tělesné, mentální, zrakové, sluchové a kombinované. Zaměřuje se na sociální služby určené pro zdravotně znevýhodněné. V empirické části operuje s cílem vytvořit přehled zařízení, která nabízí sociální služby pro dospělé zdravotně znevýhodněné osoby v Olomouci.
Klíčová slova:	sociální služby, tělesné znevýhodnění, mentální znevýhodnění, sluchové znevýhodnění, zrakové znevýhodnění, kombinované znevýhodněný, dospělost,
Anotace v angličtině:	This bachelor thesis deals with selected types of impairment - physical, mental, visual, auditory and combined. It focuses on social services for disabled adults. The purpose of the empirical part is to create a list of facilities that offer social services for disabled adults in Olomouc.
Klíčová slova v angličtině:	social services, physical impairment, mental impairment, hearing impairment, visual impairment, combined disability, adulthood,

Přílohy vázané v práci:	0
Rozsah práce:	51
Jazyk práce:	český