UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

BAKALÁŘSKÉ
KOMBINOVANÉ STUDIUM
2011–2014

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Jméno a příjmení autora
Dana Levorová

Název práce
Integrace občanů se zdravotním postižením – Projevy a formy diskriminace osob s tělesným postižením

Praha 2014

Vedoucí bakalářské práce:
PhDr. Miroslav Kostka

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

BACHELOR

COMBINED (PART TIME) STUDIES

2011-2014

BACHELOR THESIS

Name and surname

Dana Levorová

Title

Integration of Disabled Persons – Discrimination Ways and Forms of Physically Disabled Persons

Prague 2014

The Bachelor Work Supervisor:

PhDr. Miroslav Kostka

Prohlášení

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne *Jméno autorky* .....

Poděkování

Ráda bych poděkovala všem respondentům. Za jejich ochotu poskytnout rozhovor, za vstřícnost a cenné informace, bez kterých by tato práce nebyla úplná.

Mé velké poděkování patří vedoucímu bakalářské práce PhDr. Miroslavu Kostkovi, nejen za odborné vedení, ale i za cenné rady a podnětné připomínky.

Anotace

Tato bakalářská práce pojednává o integraci osob se zdravotním postižením do společnosti se specifickým zaměřením na osoby tělesně postižené. Práce je rozdělena do dvou částí.

Teoretická část pojednává o zdravotním postižení obecně, o způsobu a možnostech integrace, o komunikaci, pomoci a diskriminaci těchto osob.

Praktická část je zaměřena na vybranou skupinu tělesně postižených a na zjištění, zda je společnost připravena a otevřena jejich integraci.

Klíčová slova

Diskriminace, integrace, komunikace, osobní asistence, prevence, předsudky, přístupnost, tělesné postižení, zdravotní postižení.

Annotation

This thesis discusses the integration of people with disabilities into society, with specific focus on disabled persons. The work is divided into two parts.

The theoretical part deals with disability in general, about the way and the possibilities of integration, communication, assistance and discrimination against such persons.

The practical part is focused on a selected group of people with disabilities and to determine whether the company is ready and open to their integration.

Keywords

Accessibility, communication, disability, discrimination, integration, personal assistance, physically disabled, prejudices, prevention.

OBSAH

ÚVOD **8**
1 VZTAH SPOLEČNOSTI KE ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÝM **10**
1.1 Komunikace s osobou se zdravotním postižením 12
2 CHARAKTERISTIKA ZDRAVOTNÍHO POSTIŽENÍ **14**
2.1 Tělesné postižení 15
2.2 Statistické údaje 18
3 INTEGRACE **19**
3.1 Odstraňování bariér v Národních plánech 21
3.2 Prevence, rehabilitace, vyrovnávání příležitostí 21
3.3 Podpora integrace v jednotlivých oblastech 23
3.3.1 Vzdělávání 25
3.3.2 Zaměstnání 26
3.3.3 Sociální služby 27
3.3.4 Přístupnost prostředí a informací 29
4 DISKRIMINACE OSOB S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM **32**
4.1 Definice diskriminace 34
4.2 Přímá a nepřímá diskriminace 35
5 OSOBNÍ ASISTENCE **37**
5.1 Osobní asistent 40
5.2 Historie osobní asistence 41
5.3 Vznik osobní asistence v Plzni 42
6 CÍL VÝZKUMU **48**
6.1 Výzkumný vzorek 48
6.2 Metody výzkumu 50
6.3 Výsledky výzkumného šetření 50
6.3.1 První dílčí výzkumná oblast 51
6.3.2 Druhá dílčí výzkumná oblast 53
7 SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ **57**
ZÁVĚR **59**
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ **61**
SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ **64**
SEZNAM PŘÍLOH **65**

ÚVOD

Problematika osob s postižením je autorce velmi blízká, neboť v sociální oblasti věnující se tělesně postiženým pracuje. Ve své několikaleté činnosti se postupně seznamovala s jejich životem a problémy. Současně viděla, kolik je ve společnosti předsudků a nepochopení jejich potřeb, kolik je fyzických i psychických bariér, ale také to, že dochází v některých oblastech ke zlepšení a tak výběr tématu bakalářské práce přirozeně vyplynul z naléhavosti a potřebnosti se těmito problémy zabývat a následně je i řešit. K tomu by měla přispět i tato práce.

V termínu zdravotní postižení je zahrnuto několik typů postižení. S ohledem na stanovený výzkumný cíl práce a na své osobní zkušenosti se autorka rozhodla zaměřit na jeden konkrétní typ zdravotního postižení a to na postižení tělesné.

Snahou teoretické části této bakalářské práce je podat ucelený pohled na problematiku osob s postižením, a to jak z hlediska programů české vlády týkajících se integrace postižených osob, tak i z hlediska stereotypního obrazu takového člověka. První část práce je zaměřena na samotný pojem zdravotní, tělesné postižení a na to, jakými vhodnými způsoby by měla být vedena komunikace s takto postiženými lidmi, nastíněno je i mediální zobrazování těchto lidí. V následujících dvou kapitolách se autorka snaží o sumarizaci nejdůležitějších faktů z oblasti integrace a sní se objevující termín diskriminace. Zaměřena je pozornost na možnosti podpory a integrace především v oblasti vzdělávání, zaměstnávání a služeb. V poslední kapitole je představena sociální služba osobní asistence, což je ve vztahu k osobám s postižením v dnešní moderní době poměrně často diskutované a médii prezentované téma.

Praktická část této práce je zaměřena na zjištění, zda je česká společnost připravena a otevřena integraci tělesně postižených, které je založeno na osobních zkušenostech vybrané skupiny. Vybranou skupinou se pro tuto práci stali osoby s tělesným postižením žijící na území města Plzně. Pro bližší přiblížení výzkumného vzorku byla vypracována tabulka obsahující informační údaje o respondentech (věk, pohlaví, typ tělesného postižení a dobu, po kterou používá respondent ke svému pohybu vozík). Pro výzkumné šetření autorka zvolila kvalitativní metodu zkoumání – polostrukturované rozhovory. Pro tyto rozhovory byl vypracován soubor otázek, které byly vzájemně provázány a stanoveny tak, aby vypovídaly o zkoumaném jevu. Pořadí těchto otázek nebylo předem pevně dáno a byly také

pokládány doplňkové otázky. Důležitým předpokladem pro vyhodnocení otázek týkajících se integrace byla možnost zhodnotit situaci i z hlediska historického exkurzu. Z tohoto důvodu autorka oslovila respondenty, kteří ke svému pohybu používají vozík již delší dobu.

TEORETICKÁ ČÁST

1 VZTAH SPOLEČNOSTI KE ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÝM

Problematika osob s postižením je známa již od starověku, kdy tyto osoby byly považovány za monstra, démony či boží trest. Toto téma tedy není nově řešeným problémem, ale rozdíl je ve vyspělosti struktury společnosti a v podpůrných prostředcích pro integraci osob s postižením do společnosti. Postoj společnosti k osobám se zdravotním postižením je ovlivněn úrovní vývoje společnosti, jejím náboženstvím, filozofií a etickou morálkou. V každé společnosti jsou zavedeny tradice a předsudky a to především ve vztahu k odlišným jedincům.

V současnosti z postojů společnosti ke zdravotně či tělesně postiženým podle Novosada vyplývají čtyři základní modely:

1) **Zdravotnický model** - zaměřuje se na postižení, jeho zkoumání a zdůraznění čeho člověk v jeho důsledku není schopen.
2) **Model osobní tragédie** - v tomto přístupu jde především o lidské emoce. Lidé se zdravotním postižením jsou vnímáni jako chudáci, kteří nikdy nebudou mít „normální“ život a je potřeba je litovat a soucítit s nimi.
3) **Sociální model** - zabývá se tělesně postiženými jako lidmi, kteří mají nárok na plnohodnotný život. Snaha o rovnocenný přístup, odstranění vnímání postižení jako hlavního rysu osobnosti. Tento model je v současné době preferován.
4) **Kulturní model** - je ještě rozsáhlejší než sociální model, zaměřený spíše na oblast kultury a vzdělání. Snaha o naprostou harmonizaci vztahů mezi lidmi, jak postiženými, tak ″normálními″, bez jakékoliv diskriminace a předsudků. (2011, s. 94).

„Zdravotní postižení není stav vytvářející závislost. Závislost mohou ale způsobit cesty, jimiž jsme se my jako jednotlivci a jako společnost, rozhodli na zdravotní *postižení reagovat*.“ (Brown, 1994, s. 26).

Změna přístupu k postiženým by měla být především v uvědomění si, že tito lidé mají stejná práva a příležitosti k plnohodnotnému životu jako všichni ostatní. Nehodnotit tyto osoby na základě jejich nedostatků. Podporovat jejich soběstačnost a účast na společenském životě. Aby začlenění osob s postižením do společnosti bylo úspěšné, je třeba také zdravou populaci vést k tomu, aby s postiženými osobami uměla žít. Sociální začleňování je proces, který zajišťuje, že osoby sociálně vyloučené nebo sociálním vyloučením ohrožené dosáhnou příležitostí a možností, které jim pomáhají plně se zapojit do ekonomického, sociálního i kulturního života společnosti a žít způsobem, který je ve společnosti považován za běžný.

Důležité je také vědět, jak je vhodné se chovat při konfrontaci se zdravotně postiženým. Postižený člověk není jiný, má jen jiné potřeby. Pro každého člověka jsou důležité společenské vztahy. Ty fungují zejména na provázaných sítích pravidelných kontaktů s přáteli, spolužáky, kolegy, sousedy, s rodinou.

„Výchova společnosti zahrnuje všechno od psaní a přednášek až po účast na společenských akcích. Každá akce nebo činnost, která rozšiřuje znalosti společenství o zdravotně postižených lidech, může být považována za výchovu společnosti.“ (Tamtéž, s. 10).

Na názory lidí mají podle Novosada velký vliv média. Informace prezentované veřejnosti, nemusí být objektivní a mohou vyvolat klamný dojem. Medializované příklady poškození zdravotně postižených osob vyvolávají u společnosti rozporuplné reakce a podněcují k předsudkům. Veřejnost působením médií získává nesprávný a nereálný dojem o fungování postižených ve společnosti. Mediálně deformovaný úsudek negativně ovlivňuje vnímání dané skutečnosti. Tímto přispívá mediální zpravodajství k narušování principu sociální solidarity ve společnosti a také deformuje sociální vazby mezi osobami s postižením a osobami bez postižení. (2011, s. 81).

Při utváření dojmu o druhém nás ovlivňuje větší počet faktorů. Mezi ně patří hlavně tyto následující:

- Často užíváme implicitní teorie o osobnostních rysech a o tom, které rysy se vyskytují současně.
- Vytváříme si vlastní osobnostní teorie o druhých - osobní konstrukty.
- Je důležité, jak získáváme první informace o druhých lidech - první dojmy mohou ovlivnit chování.
- Kategorizujeme druhé a při jejich posuzování užíváme stereotypy. (Hayesová, 1998, s. 69).

1.1 Komunikace s osobou se zdravotním postižením

„Komunikace je součástí všech kulturních procesů. Možnost komunikace je jednou ze základních potřeb člověka, ….“(Jesenský et al., 1995, s. 63).

Komunikace má širší obsah než výměnu informací, je jednou z důležitých podmínek začlenění do společnosti. To jak s lidmi mluvíme, vypovídá také o tom, jak s nimi dokážeme vyjít. Pokud s někým doopravdy komunikujeme, tak ho také posloucháme, přijímáme ho jaký je a vnímáme, co nám říká. Mezi lidmi ale v komunikaci nezřídka nastává nedorozumění. Může být zapříčiněno neochotou poslouchat, ale může jít i o to, že postižený není ve svém vyjadřování tak obratný.

Největší obtíže v komunikaci mívají osoby s narušenou komunikační schopností. Může jít o vadu, ale i o omezené možnosti komunikovat s ohledem na své zdravotní postižení. U osob zdravotně postižených může být také důvodem špatné komunikace i dřívější negativní zkušenost. Okolím byla tato osoba nerespektovaná, vystavena posměchu a nepochopení. Tato osoba má strach z neúspěchu, někdy také sama sebe podceňuje nebo už předem zaujímá obranné stanovisko, proto je důležité, aby vzájemná komunikace byla jednoduchá, srozumitelná (artikulovat) a klidná. Pokud má někdo vadu v řeči je dobré najít alternativní způsob b dorozumívání (znaková řeč, obrázkové a ukazovací tabule). Důležitá je i neverbální komunikace. Hlavní zásadou v komunikaci je přijímat osobu s postižením jako rovnocenného partnera.

Rady a doporučení podle Slowíka, jak postupovat při komunikaci s tělesně postiženým:

- Pokud postižený používá vozík, je třeba si uvědomit jeho odlišný zorný úhel - řešit to tím, že si komunikační partner sedne nebo se skloní.
- Ostatní mají mluvit zásadně s osobou s postižením a neobracet se na průvodce.
- To že má někdo tělesné postižení, ještě neznamená, že má i mentální postižení.
- Nevnucovat svoji pomoc, ale citlivě ji nabídnout. Ptát se jak můžeme pomoci.
- Někdy je potřeba využít pro dorozumění gesta, obrázky či mimiku.
- Pokud se někdo obtížně vyjadřuje je potřeba počítat s větším časovým prostorem a kontrolními otázkami zjišťovat, zda jsme správně pochopili, co nám chtěl sdělit. (2010, s. 44).

2 CHARAKTERISTIKA ZDRAVOTNÍHO POSTIŽENÍ

Pojem zdravotní postižení se neustále vyvíjí a dosud nemá jednotné vymezení. Již z názvu je patrné, že se jedná o narušení zdraví. Osoba trpí nějakou poruchou, orgánovou vadou nebo má omezenou schopnost, což má vliv na život postiženého. Zdravotní postižení se promítá do všech oblastí života.

Matoušek (2008) definuje zdravotní postižení jako „*postižení člověka, které nepříznivě ovlivňuje kvalitu jeho života, zejména schopnost navazovat a udržovat* vztahy *s lidmi a schopnost pracovat*." (In: Novosad, 2011, s. 90).

Právní předpisy České republiky definují osoby se zdravotním postižením v několika zákonech, např. o zaměstnanosti, o sociálním zabezpečení, o dani z přidané hodnoty, o důchodovém pojištění, o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělání.

Zákon č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti definuje pojem osoby se zdravotním postižením jako fyzické osoby, které jsou uznány orgánem sociálního zabezpečení invalidními ve třetím stupni nebo v prvním a druhém stupni. Tuto skutečnost osoba dokládá posudkem nebo potvrzením orgánu sociálního zabezpečení. Těmto osobám je poskytována zvýšená ochrana na trhu práce.

Podle zákona č.108/2006 Sb. o sociálních službách, lze chápat zdravotní postižení jako tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby.

„*K osobám se zdravotním postižením patří ty, které mají dlouhodobé fyzické, mentální, duševní nebo smyslové postižení, které v interakci s různými překážkami může bránit jejich plné a efektivní účasti ve společnosti rovnocenně s ostatními.*" (Úmluva o právech osob se zdravotním postižením, 2006).

Víšková rozděluje typy zdravotního postižení na:

- **Smyslové** - postižení zraku, sluchu.
- **Tělesné** - postižení horních a dolních končetin, páteře či omezení lokomoce.
- **Duševní** - schizotypní porucha, psychotické poruchy, poruchy nálady, schizoafektivní poruchy, indukovaná porucha s bludy, schizofrenie.
- **Mentální** - lehká a střední mentální retardace.

- **Chronické** - cukrovka, astma, nádorové onemocnění, vysoký krevní tlak.
- **Kombinované** - kombinace dvou nebo více zdravotních postižení. (In: Grudzińská, 2012, s. 17).

Kromě pojmu zdravotní postižení se také objevují termíny jako handicap, invalidita či invalida.

- **Handicap** - neboli znevýhodnění, vychází z omezených sociálních schopností osob se zdravotním postižením. Za handicap se nepovažuje tělesné postižení samo o sobě, ale bariéry vytvářené společností či prostředím. Ne vždy k němu musí docházet, záleží to na vztahu jedince s okolím, které ho obklopuje. Příkladem znevýhodnění může být například přístup do budovy, který není přizpůsoben pro lidi na vozíku.
- **Invalidita, invalida** - tyto pojmy se často užívají v souvislosti např. jako invalidní vozík, invalidní důchodce.

2.1 Tělesné postižení

Osoby s tělesným postižením tvoří různorodou skupinu. Z psychologického hlediska lze pozorovat dva základní aspekty, které se projevují omezenou pohyblivostí a deformovaným vzhledem. Tělesné postižení může být částečné nebo úplné, záleží na míře a druhu postižení. *„V naší době se za tělesné postižení považuje dlouhodobý nebo trvalý stav, jenž je charakteristický anatomickou, orgánovou nebo funkční poruchou, kterou již nelze veškerou léčebnou péčí zcela odstranit nebo alespoň zmírnit.“* (Novosad, 2011, s. 85).

Tělesná postižení mají vrozený nebo získaný charakter. Rozhodujícím faktorem se stává úroveň soběstačnosti, která je ovlivněna schopností lokomoce a samostatné sebeobsluhy.

Vrozené postižení vzniká během těhotenství (např. z důvodu drogové závislosti) při porodu nebo v raném dětství. Hlavní příkladem této skupiny je dětská mozková obrna. Tento jedinec je již se svým postižením ztotožněn, odhadne, co dokáže zvládnout a co ne. Má už nějakým způsobem srovnány svoje životní hodnoty a priority vzhledem ke svému postižení. Svůj život nerozděluje na život s postižením a život bez postižení.

Murphy to komentuje takto: *„Ztělesnění je pro lidi, kteří se s postižením už narodili, problém, ale měli alespoň možnost se do svých omezení socializovat od dětství. Na rozdíl od nich většina paraplegiků a kvadruplegiků přišla ke svému údělu kvůli „nástrahám a šípům urážlivé štěstěny“, takže mají jiný problém – převtělit se do svého poškození. Je-li ztráta funkce závažná, mohou se dokonce odtělesnit.* “ (In: Novosad, 2011, s. 114).

Získané postižení se může objevit v jakémkoli úseku života většinou jako důsledek úrazu (poranění míchy, úraz mozku, amputace končetiny), neúspěšné operace nebo nemoci. Osoby s tímto postižením se potýkají s přehodnocením svého dosavadního života. Závažnost jejich zranění může narušit všechno, co dosud budovali. Je ohrožen jejich rodinný život, postavení v práci a společnosti. Musejí začít znovu hledat hodnoty, priority a smysl života. Záleží hlavně na psychice jedince, jak se dokáže s touto změnou vyrovnat a v určité míře i na podpoře rodiny a okolí. Mají určité porovnání situace ˝před a po˝, což může znamenat výhodu i nevýhodu. Buď dokáží využít zkušenosti, které doposud získali, nebo zahořknou a budou stále žít minulostí.

Těžko lze obecně porovnávat a soudit, které onemocnění je závažnější nebo odhadnout své vlastní reakce, kdybychom se dostali do podobné situace a museli řešit své vlastní postižení nebo někoho z rodiny.

Tělesné postižení je často bráno jako hlavní rys osobnosti jedince. V mnoha případech dá člověk při prvním dojmu především na vzhled. Pokud se setká ¨normální˝ člověk s osobou, která vykazuje tělesnou odlišnost nebo vzhledovou abnormalitu, považuje to za nejdůležitější rys osobnosti jedince a neuvědomuje si, že tato postižení nevypovídají nic o jeho skutečných vlastnostech. V důsledku postižení dochází i ke zpochybňování jejich přínosu společnosti.

Novosad termín tělesné postižení dělí na dvě základní skupiny:

- **Chronické postižení** - obvykle dlouhodobého charakteru. Symptomy nemusejí být na první pohled patrné. Průběh nemoci je různý, záleží na druhu onemocnění. Může docházet k postupnému vývoji nemoci nebo ke střídavému zlepšování či zhoršování projevů nemoci. Má vliv na kvalitu života nemocného, omezuje jeho výkonnost. V důsledku onemocnění může dojít i k omezení pohybových schopností. Do této skupiny onemocnění se

řadí například srdeční vady, infekční nemoci, diabetes, poruchy imunity nebo metabolismu atd.

- **Lokomoční (pohybové) postižení** - je částečné nebo úplné omezení pohybu, a dysfunkce motorické koordinace. Tato postižení jsou zřejmá při prvním pohledu. U osob s tímto postižením dochází k omezení obvyklého aktivního života, což má vliv na kvalitu života, soběstačnost a přístup k životním příležitostem. (2011, s. 87).

Podle Novosada dysfunkce tělesného postižení mají různou formu, ale její důsledky ovlivňují do určité míry jak společnost, tak jedince. Tyto determinanty je možno rozdělit na subjektivní a objektivní činitele, které působí na kvalitu života s postižením. Faktory mohou být různého charakteru – pozitivní, neměnné nebo naopak ovlivnitelné. Subjektivní činitelé vychází z osobní charakteristiky postiženého. Objektivní činitelé nejsou na osobě se zdravotním postižením závislé, ale ovlivňují ji. V některých případech se následky prolínají a kombinují.

Mezi subjektivní činitele můžeme zařadit:

- Zdravotní stav a následná omezení. Tím je především myšleno chronické onemocnění nebo trvalé zdravotní postižení, jež není možné plně terapeuticky zvládnout, které zásadním způsobem ovlivňuje lokomoci, mobilitu, vnímání a komunikativnost, chápání, emocionalitu, chování a jednání jedince a které jej může znevýhodňovat oproti lidem bez postižení.
- Osobnostní vlastnosti jedince a ovlivnění ze strany rodiny, školy, komunity, kultury a společnosti.
- Hodnocení sebe sama vzhledem k zdravotnímu znevýhodnění a ke skutečnému naplňování vlastních životních cílů.
- Schopnost vyrovnat se svou situací, která je ovlivněna především vlastnostmi jedince, jeho osobností a schopností se přizpůsobit.
- Vnější faktory, které mohou jedince ovlivňovat (např. rodina, blízké okolí…).

Objektivní činitelé jsou:

- Politická vyspělost a hodnotová orientace společnosti, společenská informovanost, postoje a předsudky k lidem s postižením.
- Posouzení životního prostředí dle podílu na četnosti výskytu populace lidí s postižením vlivem zhoršující se životní prostředí a dle přímého vlivu na existenci a život těchto lidí.
- Politika vzdělání a zaměstnanosti.
- Globální vlivy: politické, geopolitické, národní, filozoficko-etické normy, ekonomické, legislativní, kulturní.
- Zdravotní péče a rehabilitace.
- Sociální politika a služby, rovné příležitosti a prostředí pro všechny. (2011, s. 103-104).

2.2. Statistické údaje

Přes veškerý vývoj vědy a zdravotnictví nelze omezit rostoucí počet zdravotně postižených osob. Podle definice zdravotního postižení užívané v jednotlivých zemích se odhaduje počet zdravotně postižených na 5 až 19 % celkové populace. Národní plán vyrovnávání příležitostí uvádí cca 1 200 000 zdravotně postižených občanů v ČR, z toho:

- 100 000 zrakově postižených, z toho 17 000 prakticky nevidomých,
- 300 000 sluchově postižených, z toho asi 15 000 zcela hluchých,
- 60 000 lidí s poruchami řeči,
- 1 500 hluchoslepých,
- 300 000 mentálně postižených,
- 300 000 lidí s vadami pohybového ústrojí,
- 480 000 diabetiků (z toho 70 000 inzulinovaných),
- 150 000 osob po cévních a mozkových příhodách,
- 140 000 osob postižených epilepsií,
- 100 000 duševně nemocných,
- 200 000 psoriatiků.

3 INTEGRACE

Pojem integrace je používán v mnoha oborech a souvislostech, záleží na konkrétním úhlu pohledu. Je využíván v pedagogice, kultuře, sociologie, ekonomice, politice, dopravě atd. Integrace je považována za proces, který se neustále vyvíjí. Stav, kterého je dosaženo, nelze považovat za stálý. Může dojít k dezintegraci a pak opět k následné reintegraci (obnovení). Schopnost integrace je u každého jedince rozdílná. Do jisté míry závisí na jeho individuálních schopnostech, jeho samostatnosti a nezávislosti, na prostředí ve kterém vyrůstá, společnosti která ho obklopuje a v neposlední řadě i na rodině. Velkou chybou při integraci zdravotně postižených je to, že je kladen důraz na nemohoucnost a snížené schopnosti místo vyzdvihování uchovaných schopností a jejich zdokonalování.

„Integrace je v kontextu péče o člověka a jeho všestranný rozvoj nejvyšším stupněm socializace jedince, kterou definujeme jako schopnost zapojit se do společnosti, akceptovat její normy a pravidla, vytvářet a formovat k ní pozitivní vztahy a postoje.“ (Novosad, 1997, s. 9).

Charakteristika integrace zdravotně postižených slovy Jesenského: *„Integrace patří k základním fenoménům rozvoje osobnosti a utváření kvality života zdravotně a sociálně postižených. Bezprostřednost souvisí s řešením problémů emancipace postižených.“* (1995, s. 11).

Podle Jesenského lze problematiku integrace shrnout ve dvou základních směrech:

1) **Asimilační směr**, který vystihují následující postuláty:

- Integrace je především problémem znevýhodněných lidí.
- Integrace vyjadřuje vztah majorit a minorit, chování a jednání nadřízené skupiny je jediné správné.
- Integrace představuje ztotožnění se minority s identitou majority.
- Hlavní podmínkou je naprosté přijetí psaných i nepsaných norem existence majoritní společnosti a začlenění do institucí majorit tzv. mainstream.

2) **Koadaptační směr**, který je charakterizován takto:

- Integrace je považována za společný problém lidí s postižením i bez postižení.
- Integrace představuje novou hodnotu, která je tvořena hodnotami jak majoritní tak minoritní skupiny.
- Začlenění postižených jedinců do majoritní společnosti není jedinou možnou variantou integrace. (1998, s. 24).

Integrace lidí s postižením do společnosti musí být podpořena i ochotou lidí. Tento proces Novosad definuje ve dvou rovinách:

1) **Společenské** - zahrnuje přípravu na koexistenci s postiženými. Odstranění emočních pocitů (především soucitu) nebo naopak ignorace postižených. Člověka budeme vnímat podle jeho schopností, ne podle zdravotních dysfunkcí. Důležité je seznámení a informovanost intaktní společnosti ohledně problémů postižených lidí.
2) **Profesní** - znamená především změnu zdravotně-sociální péče. Místo odsouvání postižení na okraj společnosti a do ústavů, snažit se je zapojit do normálního běžného života. Pečovat o ně doma, využívat dostupné pomoci např. v podobě osobní asistence atd. (2011, s. 35).

V oblasti školství je častým pojmem také inkluze, která vychází z jiného přístupu k začleňování. Proces je založen na umístění zdravotně postižených dětí do běžných škol. Důležitá je zde podpora okolí, bezbariérové prostředí, speciální pedagogové, technická podpora a v případě nutnosti i možnost osobního asistenta. Pokud dítě není schopné běžnou docházku zvládnout, pak teprve přichází na řadu možnost speciálního zařízení.

3.1 Odstraňování bariér v Národních plánech

V posledních letech se Česká republika věnuje problematice zdravotně postižených občanů. V roce 1991 byl ustanoven Vládní výbor pro zdravotně postižené občany. Od roku 1992 pak vláda schválila a realizovala několik Národních plánů, které se zaměřují na odstraňování bariér a snaze zlepšit šance zdravotně postižených na kvalitnější život.

Prvním vypracovaným dokumentem byl Národní plán pomoci zdravotně postiženým občanům, schválený v roce 1992. Cílem tohoto plánu bylo odstranění nejzávažnější diskriminace a zahájení systémových změn.

V roce 1993 na první plán navázal Národní plán opatření pro snížení negativních důsledků zdravotního postižení. Hlavním cílem bylo efektivní poskytování finanční prostředků určených pro rozvoj a sociální péči. Program se také snaží o aktivní zapojení zdravotně postižených do realizace plánu, stejně tak jednotlivých obcí či fyzických nebo právnických osob.

Třetím programem je Národní plán vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postiženým přijatým v roce 1998.

Dalším realizovaným plánem přijatým v roce 2005 byl Národní plán podpory a integrace občanů se zdravotním postižením na období 2006 - 2009.

Posledním plánem, který je v České republice nyní platný, je Národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2010 - 2014.

Neméně důležitou událostí v integraci osob s postižením je přijetí zákona o sociálních službách, který upravuje využívání sociálních služeb uživatelem. V oblasti školství dochází na základě upřesňujících podmínek k možnosti výběru v hlavním i speciálním vzdělávání. Významným faktorem je také úprava veřejné dopravy a zpřístupnění informací. Při integraci v zaměstnání či školství je kladen důraz na nediskriminaci postižených osob.

3.2 Prevence, rehabilitace, vyrovnávání příležitostí

Osoby se zdravotním postižením se nemůžou chápat jako stejnorodá skupina. Jsou to lidé s různým postižením (sluchové, zrakové, tělesné atd.), kteří se potýkají s různými bariérami. Programy zabývající se zdravotně postiženými považují

v rámci pomoci a společenské integraci za důležité především prevenci, rehabilitaci a vyrovnání příležitostí.

Podle Vysokajové lze prevenci označit jako *„souhrn opatření, jejichž cílem je předcházení vzniku mentálních, fyzických nebo smyslových poruch (primární prevence) nebo přecházení či zamezení trvalého funkčního omezení nebo postižení (sekundární prevence).“* (2000, s. 26).

Způsob prevence vychází z vyspělosti jednotlivých států, jedná se např. o zlepšování sociální úrovně, poskytování vzdělání ohledně zdravotních opatření, zlepšení zdravotních služeb a životního prostředí, prevence úrazů či nemocí z povolání atd. Významný vývoj byl dosažen v předporodní a porodní péči.

Rehabilitace můžeme chápat jako proces, který umožňuje postižené osobě, aby dosáhla v rámci svých omezení co nejvyššího stupně nezávislosti. Podle Vysokajové rehabilitace zahrnuje několik typů služeb: včasné stanovení diagnózy a zákrok, léčebnou péči, zaučení ohledně technických pomůcek, nácvik běžných aktivit každodenního života, poradenství (sociální, psychologické, pracovní), poskytnutí vzdělání, pomoc při hledání zaměstnání. (Tamtéž, s. 28). Důležitou roli hraje rodina osoby se zdravotním postižením, proto i na ní by mělo být v těchto programech myšleno. V rámci rehabilitačních programů by měli zdravotně postižení mít možnost podílet se na rozhodování o své rehabilitaci.

V minulosti byla rehabilitace poskytována hlavně v ústavních zařízeních, to mělo ale za následek naprostou izolaci a tedy nemožnost jakékoliv společenské integrace. Osoby s postižením byli na této instituci závislí a bez jakékoliv šance na kvalitní život.

„Vyrovnání příležitostí je proces umožňující, aby bydlení, doprava, sociální a zdravotní služby, vzdělání a pracovní příležitosti, kulturní a společenský život, včetně sportovních a rekreačních zařízení, byly přístupné všem (tj. i zdravotně postiženým).“ (Vysokajová, 2000, s. 29) .

Každá odborná pomoc osobám s tělesným postižením má dlouhodobý charakter. Novosad uvádí tyto příklady adresných opatření a oblastí podpory:

- Odborný lékař (ortoped, neurolog) - zlepšování, stabilizace a zpomalování zdravotního stavu. Léčebné působení na jevy provázející symptomy nemoci nebo postižení.

- Fyzioterapeut, ergoterapeut, pracovník léčebné rehabilitace - určení, vypracování a realizace rehabilitačního postupu. Získání, obnovení udržení hybnosti v co největší míře. Nácvik sebeobsluhy, zacvičení v používání kompenzačních pomůcek.
- Speciální pedagog (somatoped, logoped) - určení vzdělávacích možností, vypracování a realizace vzdělávacího plánu. Testování profesních předpokladů. Podpora seberozvoje, zlepšení komunikačních schopností.
- Sociální pracovník - vytvoření a stabilizace přijatelných životních podmínek, pomoc při získání sociálních dávek, zabezpečení sociálních služeb, spolupráce při hledání bydlení a práce.
- Psycholog - ve spolupráci se speciálním pedagogem určování možných psychických problémů či odchylek. Motivování a podpora člověka s postižením, pomoc při utváření pohledu na sebe sama, pomoc při řešení vztahů.
- Pracovníci rané péče - přispívají k eliminaci sociálního vyloučení, podpora celé rodiny a vývoj dítěte s postižením. (2011, s. 139-140).

Lidé se zdravotním postižením byli, jsou a budou a to i přes veškerou prevenci. Je třeba přijmout skutečnost a snažit se o odstranění překážek a pomoci znevýhodněným občanům k dosažení plnohodnotného života. Protože je to hlavně negativní pohled okolí, který má vliv na osobní život postiženého jedince.

3.3 Podpora integrace v jednotlivých oblastech

Pojem sociální integrace definuje Novosad jako *„proces rovnoprávného společenského začleňování specifických - minoritních skupin (jako jsou např. etnické a národností skupiny, zdravotně postižení a staří občané, sociálně nepřizpůsobiví lidé apod.) do výchovně vzdělávacího procesu a do života společnosti.“* (Novosad, 1997, s. 9).

Novosad uvádí čtyři základní stupně socializačního procesu:

1) **Integrace** - chápána jako plné začlenění a zapojení postiženého do společnosti. Jedinec vykazuje samostatnost, schopnost srovnat se svým postižením a dokáže

plnit funkce ve všech oblastech života. Není zde zapotřebí žádného zvláštního zacházení ze strany přirozeného prostředí. Tento stupeň socializace lze předpokládat především u méně závažných forem postižení.

2) **Adaptace** - je nižší stupeň socializace, kdy jedinec je schopen se přizpůsobit společnosti, ve které trvale nebo dočasně žije. V důsledku postižení dochází ale ke komplexu méněcennosti a určité sociální izolaci. Je třeba podporovat co nejvyšší stupeň samostatnosti. Do této skupiny patří osoby, které jejich postižení už nějak omezuje (postižení sluchové, zrakové, omezení hybnosti atd.).
3) **Utilita** - situace, kdy jedinec není samostatný a ve většině případů je závislý na pomoci ostatních lidí. Tyto osoby jsou omezeny ve svém vývoji a není možné je zcela začlenit. Jsou to především lidé s kombinovanými poruchami, psychiatrickými onemocněními a poruchami v chování.
4) **Inferiorita** - nejnižší stupeň socializace. Jedinci jsou vyčleňováni ze společnosti, nesamostatní, ve všem závislý na pomoci druhých, nedochází k žádné socializaci. (1997, s. 9-10).

Standardní pravidla pro vyrovnávání příležitostí osob se zdravotním postižením poukazují na to, že všichni by měly mít stejné možnosti při uplatňování svých práv a plnění povinností. Názory na sociální integraci zdravotně postižených se různí, ale shodují se v několika hlavních podmínkách, které mají všem bez rozdílů umožnit:

- nárok na život ve společnosti a být její součástí,
- rozvíjet a uplatňovat své schopnosti a dovednosti,
- být aktivní ve vztazích k ostatním lidem,
- mít odpovědnost v rámci sociálního systému.

Při sociální integraci zdravotně postižených osob dochází nejčastěji k problémům zejména v oblasti zaměstnání, služeb, vzdělávání, přístupnosti prostředí a informací.

„Podpora lidí s postižením nespočívá ve vytváření asymetrických vztahů závislosti, ani v posilování nepatřičných soucitných reakcích; spíše tkví v otevírání nových možností, jak věcem porozumět a jak je řešit, v partnerské snaze o hledání cest k dorozumění, vzájemné akceptaci a ve výběru reálně přijatelných východisek, prostředků a cílů.“ (Novosad, 2011, s. 144).

3.3.1 Vzdělávání

Po roce 1989 dochází k restrukturalizaci a diferenciaci školského systému. Rozšiřují se možnosti vzdělání v běžných a speciálních školách pro různé druhy postižení. Začíná se preferovat vzdělávání osob se zdravotním postižením v běžných školách a to v co největší míře. Tato snaha by měla být podporována zlepšením vybavenosti škol, speciálními a kvalifikovanými pedagogy, technickými pomůckami atd. Je potřeba podporovat dovednosti a vědomosti, kterými osoba se zdravotním postižením disponuje, a které nejsou postižením omezeny. Novosad uvádí, že získáním specifických dovedností osoby zdravotně handicapované zvyšují své možnosti na trhu práce a uplatnění v životě. Přestanou tak být chápáni jako pasivní příjemci sociálních dávek a snižuje se tak jejich závislost na pomoci společnosti. (1997, s. 20).

Škola spolu s rodinou napomáhá socializaci dítěte. Pomocí učení získává dítě ve škole sociální vzorce chování, posiluje svoji sebedůvěru. „*Postižené či jinak odlišné dítě je nějakým způsobem omezeno ve svých předpokladech. Role žáka s hendikepem je charakterizována odlišností v chování, prožívání či zevnějšku.*“ (Pipeková et al., 2006, s. 14). Žáci se zdravotním postižením či jiným znevýhodněním jsou považováni za žáky se speciálními vzdělávacími potřebami. Každé takové dítě musí před zahájením školní docházky absolvovat vyšetření v psychologické a speciálněpedagogické poradně. Na základě tohoto vyšetření se řeší umístění dítěte do vzdělávacího systému.

Postižené dítě lze podle Jesenského zařadit do běžné školy společně se zdravými spolužáky bez asistence pedagoga, musí ale splňovat tyto podmínky:

- Plnit ve větší míře učební plán a osnovu.
- Nesmí vyžadovat v průběhu vyučování nadměrnou individuální péči učitele na úkor ostatních spolužáků.
- Svými projevy a chováním narušovat průběh vyučování, rušit učitele a učení ostatních spolužáků. (1995, s. 53).

Podle Vysokajové je nejdůležitějším výsledkem integrace ve školství změna postojů mezi postiženými a nepostiženými dětmi. Integrovaná výchova podporuje vzájemné porozumění, odstraňuje předsudky vůči postiženým a v budoucnosti usnadňuje začlenění do společnosti. (2000, s. 106).

„Integrační proces předpokládá, že budou odstraněny negativní důsledky segregovaného vzdělávání, ale bude zachován nezbytný speciální přístup a speciální vzdělávací cesty pro postiženého žáka." (Jesenský et al., 1995, s. 28).

Klíčovým rozhodnutím pro absolventy základního vzdělání je výběr vhodně zaměřeného dalšího studia. Tato volba je základním předpokladem *„pro získání zaměstnání, jednoho z pilířů seberealizace. Potřeba seberealizace je člověku dána a každý člověk by měl mít šanci uspokojovat své potřeby způsobem přiměřeným a důstojným.*" (Opatřilová, Procházková, 2011 s 97).

Vzdělávání je celoživotní, nikdy nekončící proces.

3.3.2 Zaměstnání

Podle Grudzińské je zaměstnání důležitým faktorem pro vedení důstojného života a možnosti vlastní seberealizace a prezentování svých schopností a dovedností. Nezaměstnanost pak vyúsťuje k poklesu životní úrovně, ztrátě sebevědomí a narušení sociálního postavení ve společnosti. (2012, s. 31).

Vysokajová uvádí, že *„práce není pro většinu zdravotně postižených pouze zdrojem obživy, ale zároveň prostředkem seberealizace s výrazným sociálně rehabilitačním účinkem. Je pro ně důležitá především pro stránce psychické a podmiňuje jejich pocit celkové společenské integrace."* (2000, s. 121).

„Cílem integrace zdravotně postižených osob je v co největší míře zapojit postiženého nebo postižením ohroženého člověka na otevřený trh práce." (Grudzińská, 2012, s. 22).

Uplatnění osob se zdravotním postižením na trhu práce lze aktivně podporovat např. opatřením v rámci přípravy pro povolání, vyhrazenými pracovními místy, daňovými úlevami, zvýhodněnými smlouvami nebo jinou technickou či finanční podporou. Pokud je to možné v rámci specifických potřeb osob se zdravotním postižením, upřednostňuje se zaměstnávání na otevřeném trhu práce. Další možností je pak chráněná pracovní dílna nebo chráněné pracoviště. Aktivním nástrojem politiky zaměstnanosti je pracovní rehabilitace, která se zabývá problémy zaměstnávání zdravotně postižených. Zákon 435/2004 Sb., definuje pracovní rehabilitaci jako souvislou činnost zaměřenou na získání a udržení

vhodného zaměstnání osoby se zdravotním postižením. Pracovní rehabilitaci zajišťuje úřad práce ve spolupráci s příslušnými organizacemi a sdruženími.

Význam práce pro člověka je podle Novosada přínosem:

- Existenčním a materiálním - vytváření produktů pro člověka nebo společnost, přijatá mzda umožňuje nákup jiných produktů nutných k existenci a uspokojení potřeb. Vlastní zkušenost z pracovní činnosti vede k lepšímu chápání hodnot, času a k chápání sociálních vztahů.
- Rozvojovým a tvořivým - práce rozvíjí duševní a tělesné schopnosti člověka.
- Kooperačním a socializačním - prací člověk spolupracuje s ostatními, učí se s nimi komunikovat a respektovat je. Tím vytváří pro své začlenění do společnosti.
- Estetickým a kulturním - vytvářené a používané produkty reflektují určitá estetická kritéria.
- Relaxačním - práce může odvádět člověka od problémů, psychického napětí a přináší možnost vykonávat činnosti, které člověka těší. (2011, s. 41-42).

3.3.3 Sociální služby

Sociální službou se rozumí činnosti, kterými má být zajištěna pomoc osobám v nepříznivé sociální situaci.

Služby sociální péče představují zásadní význam pro osoby se zdravotním postižením z hlediska zapojení do společnosti. Jejich hlavní cílem by mělo být zkvalitnit život osobám, které tyto služby využívají. Pomoci těmto osobám využívat své schopnosti, zkušenosti a možnosti, rozhodovat o sobě a řídit si svůj život. Jde o systém, který by měl fungovat v jednotlivých částech samostatně, ale i ve vzájemné návaznosti.

Sociální služby se poskytují jako služby pobytové, ambulantní nebo terénní. Pobytovými službami se rozumí spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb. Ambulantními službami se rozumí služby, za kterými osoba dochází, je doprovázena nebo dopravována do zařízení sociálních služeb a součástí služby není ubytování.

Terénními službami se rozumí služby, které jsou osobě poskytovány v jejím přirozeném sociálním prostředí.

Sociální služby se poskytují osobám bez úhrady nákladů nebo za částečnou či plnou úhradu nákladů. Pokud si osoba hradí náklady za službu, musí být výše této úhrady sjednána ve smlouvě, která je uzavřena mezi osobou a poskytovatelem služby. Poskytovatel se může dohodnout na spoluúčasti hrazení nákladů s osobou blízkou osobě, které je služba poskytována, případně s jinou fyzickou nebo právnickou osobou, pokud tato osoba, které je sociální služba poskytována nemá vlastní příjem nebo její příjem nedostačuje na úhradu nákladů.

Mezi sociální služby poskytované bez úhrady patří např. sociální poradenství, tlumočnické služby, krizová pomoc, služby následné péče, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením. Služby poskytované za úhradu jsou např. týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, osobní asistence, pečovatelská služba (bez úhrady se poskytuje účastníkům odboje), průvodcovské služby, tísňová péče, odlehčovací služby.

Poskytovatel musí mít ke svému výkonu oprávnění. Toto oprávnění vzniká rozhodnutím o registraci, které vydává krajský úřad příslušný podle místa trvalého nebo hlášeného pobytu fyzické osoby nebo sídla právnické osoby. Každý z poskytovatelů sociálních služeb má za povinnost vést příslušnou dokumentaci; zajišťovat dostupnost informací o druhu, místě, cílech, okruhu osob, jímž je služba poskytována a to srozumitelným způsobem pro všechny; písemně uzavírat smlouvu o poskytování služby, vést evidenci žadatelů a dodržovat standardy kvality sociální služby.

Na úhradu těchto služeb je státem poskytován příspěvek na péči. Příspěvek na péči se poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby. Jsou stanoveny čtyři stupně závislosti, na jejichž základě je stanovena výše příspěvku:

- lehká závislost,
- středně těžká závislost,
- těžká závislost,
- úplná závislost.

Při posuzování stupně závislosti se hodnotí:

- mobilita,
- orientace,
- komunikace,

- stravování (zda osoba sama zvládne přípravu o podání),
- oblékání a obouvání,
- tělesné hygiena,
- výkon fyziologické potřeby,
- péče o zdraví,
- osobní aktivity,
- péče o domácnost.

Využívání příspěvku a případné zneužívání kontroluje krajská pobočka Úřadu práce. Důležitým prvkem služeb je sociální poradenství, jehož účelem je poskytnout osobám v nepříznivé sociální situaci dostatek informací, motivovat je a najít pro ně vhodná řešení. Stejně významná je také sociální prevence, toto vše upravuje zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Podle Vysokajové je důležitou podmínkou pro skutečnou integraci vytváření systému služeb, které by osobám s postižením umožňovaly samostatnost a nezávislost v každodenním životě. (2000, s. 100). Takovými službami jsou například pečovatelské služby, služby osobní asistence, tlumočnické služby nebo poskytování kompenzačních pomůcek (jsou to například toaletní křeslo, sedačka do vany, přizpůsobené příbory - pomůcky, které osobám s postižením usnadňují denní činnosti). Důležité pro osoby s postižením se staly služby osobní asistence, které jsou rozebrány v samostatné kapitole.

Při výčtu sociálních služeb nelze zapomenout na služby, které sice nespadají do sféry sociálních služeb, ale pro psychickou a fyzickou pohodu každého člověka mají velký význam. Patří sem holičské a kadeřnické služby, kosmetické služby, pedikérské služby, masérské rekondiční a regenerační služby a mnoho dalších.

3.3.4 Přístupnost prostředí a informací

Bezbariérovost je nutným předpokladem pro kvalitní a nezávislý život osob s postižením. Přístupnost prostředí se týká zejména otázek bydlení, nových či zrekonstruovaných veřejných budov, veřejných dopravních prostředků, ale i okolí. V současnosti se upřednostňuje bydlení ve vlastním prostředí po odstranění bariér, tak aby byt odpovídal potřebám osoby s postižením. Jedná se například o instalaci výtahu, úpravu dveří pro manipulaci s vozíkem, úpravu sociálního zařízení, popř. technická

úprava zvukové či světelné signalizace. Další možností bydlení je speciální bezbariérová výstavba domů, určená zejména lidem s tělesným postižením pohybujícími se na invalidních vozících. S bydlením pak úzce souvisí otázka přístupnosti veřejné dopravy.

Využívání veřejné dopravy je každodenní součástí většiny z nás. Základním předpokladem moderní veřejné dopravy by mělo být odstraňování bariér a prevence vzniku nových. To umožní osobám s omezenou hybností využívat veřejnou dopravu, a tím se zapojit do společenského života. První snahy o tvorbu bezbariérové dopravy začali již v 70. letech 20. století. Mezi dosažené zlepšení v odstraňování bariér patří například akustická signalizace pro chodce, ozvučená vozidla (tramvaje, autobusy), nízkopodlažní vozidla, signální a varovné pásy pro bezpečnost a zlepšení orientace.
Podle Matušky jsou za bariéry považovány jakékoliv překážky nebo okolnosti, které neumožňují využití veřejné dopravy. (2009, s. 17).

Tyto bariéry lze rozčlenit na hmotné (schody, obrubníky, dveře, překážky v místech pro pěší) a na nehmotné, které představují nefunkčnost nebo neexistenci (chybějící informační systém pro nevidomé či neslyšící, nefunkční výtah).

Rozmach informačních technologií jde stále kupředu a nabízí obrovské množství možností, které představují větší dostupnost vzdělání a možností při uplatnění na trhu práce (řadu zaměstnání lze vykonávat z domova). Dostupnost vzdělání je dostupná i osobám, které jsou stále ovlivněný bariérami prostředí. Podle Novosada tomu napomáhá šíření edukačních programů prostřednictvím internetu a pomůcky usnadňující ovládání počítače i zcela imobilním jedincům (např. ovládání hlasem či dechem, pohybem hlavy nebo očí). Určitým nebezpečím je zde ale závislost na internetové komunikaci, která může být pro osobu s postižením snadnější než přímý kontakt. (1997, s. 19).

Výhody internetu pro osoby s postižením:

- Získávání informací (o svém postižení, pomoci, o vhodných pomůckách, o vzdělávacích aktivitách, o volných pracovních místech, o uplatnění ve společnosti, přístupnosti, volnočasových aktivitách, všeobecných tématech a mnoho dalších a potřebných informací).

- Poskytování počítačových programů (podporují tím své schopnosti, učí se, usnadnění integrace do okolního světa).
- Elektronické konference a diskusní skupiny (lze si snadno založit vlastní diskusní skupinu, probírat témata, která jsou zajímavá).
- Chatování (v případě, že jedinec nemůže nebo necítí potřebu vycházet z bytu, nemusí se cítit izolován nebo omezen ve svých sociálních kontaktech, ale může se virtuálně setkávat s velkým počtem lidí).
- Elektronická pošta, posílání SMS zpráv (rychlá výměna informací, zpráv mezi lidmi, lze najednou oslovit větší počet lidí najednou).

(Pipeková et al., 2006, s. 372-373).

Důležitým zdrojem informací je nový portál Helpnet.cz, které je určený speciálně pro osoby se zdravotním postižením. Je rozčleněn podle základních skupin postižení a následně dalších podkategorií, které obsahují informace o léčbě a prevenci, zaměstnání, poskytování kompenzační pomůcek, poradenství, o poskytovaných službách, kalendář akcí, diskuzní fóra a mnoho dalších informací.

„Bez možnosti dostat se k informaci a hlavně bez výměny informací není možné účinné působení v žádné oblasti.“(Ilowiecki, Žantovský, 2008, s. 9).

4 DISKRIMINACE OSOB S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM

Diskriminace není v naší společnosti novým pojmem. Před rokem 1989 však termín diskriminace nebyl charakterizován, nepoužíval se a ani dodržování práv osob s postižením nebylo ve společnosti prioritou.

Málokdy se stalo, že jste na ulici měli možnost potkat ″vozíčkáře″. Jedním z důvodů byly architektonické bariéry, které ztěžovaly pohyb s už tak těžko ovladatelnými mechanickými vozíky. Elektrické vozíky nebyly k dostání. Většinou byli lidé v ústavech, chyběla podpora pečujícím rodinám. Pokud zůstávali doma, pečující brali směšný příspěvek na péči o osobu blízkou a k tomu měli povinnost být s dotyčným 24 hodin denně bez nároku na jakékoli volno! Osoby s postižením žily izolovaně, na okraji společnosti a bez možnosti sociálního začlenění. Toto chování by se dalo nazvat systémovou diskriminací. Sociální péče a služby byly na velmi nízké úrovni.

K tomu se vyjadřuje Hrdá, která popisuje příjemce pomoci jako objekt „ *o nějž se postaral stát. A to prostřednictvím lékařů, kteří určili medicínskou diagnózu, sociálních pracovnic, které ″prošetřily″ potřeby dotyčného, a úřadu, jenž konečně rozhodl, co žadatel potřebuje a co mu bude poskytnuto. Člověk tak byl jakýmsi předmětem, o němž rozhodoval někdo jiný, jeho život probíhal podle předpisů a taxativně vymezených úkonů .“* (1997, s. 5).

Na začátku devadesátých let nastal v životech těchto lidí velký zlom. Začalo se otevřeně hovořit o problémech lidí s postižením, byly objevovány oblasti, kde docházelo k jejich znevýhodňování. Docházelo k odstraňování architektonických bariér (sjezdy z chodníků, výtahy, nástupní ostrůvky, bezbariérová doprava). Vznikaly nové organizace, které této skupině osob pomáhaly integrovat se do společnosti. Postupně se situace zlepšuje, ale stále je mnoho předsudků.

Podle Hayesové se předsudkem se rozumí fixovaný a předem utvořený náhled na nějaký objekt, který se projevuje bez ohledu na jeho individualitu či povahu. Pakliže má člověk předsudky, tak při posuzování druhých nebere v úvahu žádné alternativy, a proto závěr hodnocení jiných osob je předem stanoven konkrétními vlastnostmi těchto lidí. (1998, s. 121).

Předsudky se zahrnují mezi znevýhodňující důsledky, které omezují tělesně postižené na poli mezilidských vztahů a prostředí. Předsudek je neobjektivní úsudek o tělesně postižených a je založen na iracionálním vnímání odlišnosti a jedince s postižením znevýhodňuje. Předsudek vychází z myšlenkových stereotypů a je ve vzájemném vztahu s diskriminací, tyto dva prvky ale nejsou identické. Pokud dává někdo najevo předsudky vůči jiné osobě, nedopouští se tím diskriminace, ta nastává až skutečným jednáním. K činitelům ovlivňující předsudky patří zejména sociální postavení ve společnosti, psychické potřeby, výchova, rodina.

Novosad ve vztahu k jedincům s postižením definuje tyto typy předsudků:

- ***Paternalistické a podceňující předsudky*** - je to postoj pomáhajících, kteří vycházejí z toho, že si osoby s tělesným postižením zaslouží ochranu a péči, ale nepřihlíží k jejich schopnostem a pravému potenciálu. Tímto přístupem pomáhající omezuje tělesně postiženého a rozhoduje o všem, co se ho týká. Pomáhající vlastně podceňuje schopnosti postiženého a tím ho brzdí ve vývoji. Pomáhající sám určuje co je vhodné a dosažitelné, ale neuvědomuje si, že svými předsudky tělesně postiženého znevýhodňuje.
- ***Odmítavé a degradující předsudky*** - tělesné postižení je vnímáno jako nežádoucí a je odmítáno. Tyto předsudky zpochybňují a neoceňují hodnoty osob s postižením. Osoby s tělesným postižením jsou znevýhodňovány a odsouvány na okraj společnosti. Tento postoj se vyznačuje degradací a hájí principy diskriminace. Lidé s postižením jsou morálně i mzdově nedoceněni, ačkoli mají srovnatelné výkony s kolegy bez postižení.
- ***Protektivně-paušalizující předsudky*** - tento postoj přiznává práva a výhody tělesně postiženým, ale svým nevhodným a netaktním přístupem dráždí veřejné mínění a deformuje jejich důstojnost. Příkladem je byrokratický přístup, který podporuje takové opatření, jenž vytváří klamný dojem benefitů pro postižené neodpovídající skutečnosti. Protekce postižených negativně ovlivňuje jejich vnímání společností.
- ***Idealizující předsudky*** - přehnané idealizování tělesně postižených osob, které staví jedince s postižením do nepříznivého světla. Tyto předsudky s prvky iracionality a emocionality negativně působí na sociální

a společenský život osob s postižením. Idealizující předsudky stěžují přijetí postižených do společnosti.

- ***Předsudky o rodičovských schopnostech osob s tělesným postižením*** - veřejnost usuzuje, že postižení nezvládají svoji rodičovskou roli a často předpokládají, že jejich děti jsou sociální případy a negativně ovlivněny jejich výchovou. Zde hraje roli dojem a vzájemné působení tělesně postiženého jedince na pozorovatele. Konkrétně se jedná o haló-efekt, kdy na základě prvního dojmu posuzujeme jedince a podle toho k němu přistupujeme. Zde může být absence objektivity a náš úsudek může být chybný. (2011, s. 79-81).

4.1 Definice diskriminace

Diskriminace znamená obecně postoj neodůvodněného chování k jakékoliv skupině obyvatel nebo i jednotlivcům, kteří přísluší k sociální skupině a může se projevovat v těchto oblastech - zdravotní a sociální péči, zaměstnanosti, vzdělávání, poskytování služeb, v bydlení.

Diskriminace je založena na iracionálních důvodech a z velké části brání integraci. Jak se společnost vyvíjí a mění, mění také své názory a postoje vůči postiženým jedincům. Vnímání diskriminace je ovlivněno na základě osobních zkušeností, událostí a předsudků.

Úmluva o právech osob se zdravotním postižením definuje diskriminaci: Diskriminace na základě zdravotního postižení znamená jakékoli činění rozdílu, vyloučení nebo omezení osoby provedené na základě jejího zdravotního postižení, jehož cílem nebo důsledkem je narušit nebo zrušit uznání, užívání nebo uplatnění, na rovnoprávném základě s ostatními, všech lidských práv a základních svobod v politické, hospodářské, sociální, kulturní, občanské nebo jiné oblasti. Zahrnuje všechny formy, včetně odepření přiměřené úpravy.

Úmluva je založena na následujících zásadách:

- Respektování přirozené důstojnosti, osobní nezávislosti, zahrnující také svobodu volby, a samostatnosti osob.
- Nediskriminaci.
- Plné a účinné zapojení a začlenění do společnosti.

- Respektování odlišnosti a přijímání osob se zdravotním postižením jako součásti lidské různorodosti a přirozenosti.
- Rovnost příležitostí.
- Přístupnost.
- Rovnoprávnost mužů a žen.
- Respektování rozvíjejících se schopností dětí se zdravotním postižením a jejich práva na zachování integrity.

V roce 2009 byl přijat zákon o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací tzv. antidiskriminační zákon. Antidiskriminační zákon vymezuje právo všech fyzických osob na rovné zacházení a zakazuje diskriminaci v přístupu k povolání, podnikání a jiné samostatně výdělečné činnosti, členství v odborových organizacích, v oblasti zaměstnávání, ve vzdělávání, zdravotní a sociální péči atd. Tento zákon umožňuje, aby ten, jehož práva v rámci rovného zacházení byla porušena, se domáhal nápravy soudní cestou. Má právo požadovat odstranění diskriminačních prvků, upuštění od diskriminace a v neposlední řadě též žádat o poskytnutí přiměřeného odškodného. Přijetí antidiskriminačního zákona má své příznivce, ale objevují se i negativní postoje.

„ Podle odpůrců je diskriminace jen neurčitý vágní dojem, který ještě nikdo nedefinoval, a většině lidí není jasné, co všechno je a není diskriminace. Pojem diskriminace je navíc zcela subjektivní, každý se může cítit být diskriminován.“(Štěpánková, Čižinský, 2007, s. 20).

4.2 Přímá a nepřímá diskriminace

Za přímou diskriminaci je označována konkrétní situace, kdy ten kdo diskriminuje, znevýhodňuje druhou osobu z důvodu jejího postižení. Méně výhodné zacházení nemá žádné racionální odůvodnění a vychází z předsudku.

Přímou diskriminaci vymezuje antidiskriminační zákon jako: takové jednání, včetně opomenutí, kdy se s jednou osobou zachází méně příznivě, než se zachází nebo zacházelo nebo by se zacházelo s jinou osobou ve srovnatelné situaci, a to z důvodu rasy, etnického původu, národnosti, pohlaví, sexuální orientace, věku, zdravotního postižení, náboženského vyznání, víry či světového názoru.

Nepřímá- skrytá diskriminace je takové jednání, které diskriminující opravňuje jako legitimní. Zachází méně příznivě s jedinci s postižením a své důvody udává jako společensky uznané či právně podložené. Prokázat, že došlo k nepřímé diskriminaci je velmi složité.

Podle antidiskriminačního zákona se: nepřímou diskriminací rozumí takové jednání nebo opomenutí, kdy na základě zdánlivě neutrálního ustanovení, kritéria nebo praxe je z některého z důvodů rasy, etnického původu, národnosti, pohlaví, sexuální orientace, věku, zdravotního postižení, náboženského vyznání, víry či světového názoru osoba znevýhodněna oproti ostatním. Nepřímou diskriminací není, pokud toto ustanovení, kritérium nebo praxe je objektivně odůvodněno legitimním cílem a prostředky k jeho dosažení jsou přiměřené a nezbytné.

Nepřímou diskriminací z důvodu zdravotního postižení se rozumí také odmítnutí nebo opomenutí přijmout přiměřená opatření, aby měla osoba se zdravotním postižením přístup k určitému zaměstnání, k výkonu pracovní činnosti nebo funkčnímu nebo jinému postupu v zaměstnání, aby mohla využít pracovního poradenství, nebo se zúčastnit jiného odborného vzdělávání, nebo aby mohla využít služeb určených veřejnosti, ledaže by takové opatření představovalo nepřiměřené zatížení.

5 OSOBNÍ ASISTENCE

Kompenzací zdravotního postižení jsou sociální služby, přizpůsobené prostředí a kompenzační pomůcky. *„Zjednodušeně lze osobní asistenci považovat za kompenzaci těch činností, které nemůže klient vykonávat sám a které jej omezují v životě, v uspokojování osobních potřeb, při vzdělávání nebo v zaměstnání*.“ (Novosad, 1997, s. 31).

Základní činnosti při poskytování osobní asistence se zajišťují v rozsahu těchto úkonů:

a) Pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu:
   - pomoc a podpora při podávání jídla a pití,
   - pomoc při oblékání a svlékání včetně speciálních pomůcek,
   - pomoc při prostorové orientaci, samostatném pohybu ve vnitřním i vnějším prostoru,
   - pomoc při přesunu na lůžko nebo vozík.
b) Pomoc při osobní hygieně:
   - pomoc při úkonech osobní hygieny,
   - pomoc při použití WC.
c) Pomoc při zajištění stravy:
   - pomoc při přípravě jídla a pití.
d) Pomoc při zajištění chodu domácnosti:
   - pomoc s úklidem a údržbou domácnosti a osobních věcí,
   - nákupy a běžné pochůzky.
e) Výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti:
   - pomoc a podpora rodině v péči o dítě,
   - pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob
   - pomoc s nácvikem a upevňováním motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností.

f) Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:
   - doprovázení do školy, školského zařízení, zaměstnání, k lékaři, na zájmové a volnočasové aktivity, na orgány veřejné moci a instituce poskytující veřejné služby a doprovázení zpět.

g) Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí:
   - pomoc při komunikaci vedoucí k uplatňování práv a oprávněných zájmů,
   - pomoc při vyřizování běžných záležitostí.

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

Jde o službu, která pomáhá jedincům se aktivizovat, napomáhá k jejich integraci a přispívá k tomu, že osoby s postižením mohou žít nezávislý život a zachovat si svoji integritu.

„*Osobní asistence je ideální způsob kompenzace postižení, který umožňuje i člověku s velmi těžkým postižením žít ve vlastní domácnosti, a to životem, jenž se nejvíc blíží běžnému standardu. Je to cesta k důstojné existenci, kdy může občan i s těžkým postižením studovat nebo pracovat, kdy může uplatnit všechny své schopnosti ve prospěch nejen celé společnosti, ale může být prospěšný i těm, kdo mu pomáhají*, tj. *osobním asistentům*.“ (Hrdá, 1997, s. 5).

Rozeznáváme dva druhy asistence – osobní asistenci a pedagogickou asistenci. S osobními asistenty se můžeme setkat v jakékoliv oblasti každodenního života, zatímco s pedagogickým asistentem pouze ve škole.

Asistent pedagoga je pedagogický pracovník, který je zaměstnancem školy a je také placen zřizovatelem školy nebo krajským úřadem. Mezi jeho úkoly patří pomoci žákům při přizpůsobování se školnímu prostředí, pomoc pedagogickým pracovníkům školy při výchovné a vzdělávací činnosti, pomoc při komunikaci se žáky, při spolupráci se zákonnými zástupci žáků a komunitou ze které žák vychází. Tato asistence spadá pod

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, které má jasně dánu náplň práce a kompetentnost asistentů, legislativu a také způsob financování.

Osobní asistence je podle Hrdé možné rozčlenit těmito způsoby:

- ***Řízená osobní asistence*** - jde o registrovanou službu, kdy poskytoval je povinen řídit se standardy kvality, poskytují se limitní úkony. Službu si klient sám neřídí. Používá se v případě, že klient nemůže nebo nechce sám řídit, zaučovat a vést práci svého asistenta. Je nutné vzdělání asistentů, ti také přebírají odpovědnost za průběh služby u klienta. Služba je placená.
- ***Sebeurčující osobní asistence*** - registrace není nutná v případě, že pomoc poskytuje osoba blízká. Pokud službu poskytuje asistent sociální péče, má povinnost uzavřít s klientem písemnou smlouvu. Klient je schopen a také si sám vybírá, zaškoluje a řídí práci svého asistenta. Služba je zpoplatněna.
- ***Dobrovolná osobní asistence*** - může být řízená i sebeurčující a podle toho se stanoví podmínky a náplň služby. Asistenta si zajistí klient sám nebo organizace. Klient za tuto službu neplatí.
- ***Společenská osobní asistence*** - může být řízená nebo sebeurčující a podle toho se také stanovují podmínky pro poskytnutí služby. Hlavní náplní jsou doprovody a společnost. Asistenci poskytují agentury nebo fyzické osoby. Služba je placená. (APOA, online, 2014-02-18).

Nejvíce využívanou je sebeurčující osobní asistence. Průběh služby zcela záleží na klientovi, sám určuje posloupnost dohodnutých úkonů. Asistent pomáhá jenom s těmi úkony, které klient nezvládne sám. Zásadou je, že pokud je to jen trochu možné klient se snaží zvládnout potřebné úkony v co největší míře samostatně. Tím se klient sám aktivně podílí na svém životě. Není tedy pouze příjemcem pomoci ale hybatelem svého života. Jak název napovídá je tato služba velice osobní, intimní a proto klient potřebuje asistenta, na kterého se bude moci spolehnout a se kterým se bude po lidské stránce cítit dobře.

Vztahy mezi klientem a asistentem mají být založeny na rovnoprávnosti, respektu, vzájemné empatii, slušnosti a toleranci. Nesmí dojít k tomu, že se mezi nimi objeví manipulativní chování. Klient nesmí manipulovat s asistentem a naopak. Neměl by být na asistenta hrubý, panovačný. Před příchodem asistenta by

si měl klient naplánovat, co a jak bude potřebovat, jakým způsobem bude asistence vykonána. Měl by se umět rozhodnout a dávat jasné úkoly. (Hrdá, 1997, s. 10).

5.1 Osobní asistent

Osobní asistent pomáhá osobám se zdravotním postižením, které chtějí žít ve svém přirozeném prostředí s činnostmi, které nejsou schopni sami vykonat. S pomocí asistentů mohou lidé studovat, pracovat, žít svůj život.

Osobní asistent je pracovník v sociálních službách. K tomu aby mohl v této službě pracovat, musí prokázat svoji způsobilost k právním úkonům, bezúhonnost, zdravotní a odbornou způsobilost. Bezúhonnost se prokazuje na základě výpisu z rejstříku trestů, zdravotní způsobilost ověřuje a potvrzuje praktický lékař. Pro odbornou způsobilost je nutné minimálně základní vzdělání a absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu. Podmínku absolvování kurzu je třeba splnit do 18 měsíců ode dne nástupu. Do doby splnění této podmínky vykonává pracovník svoji činnost pod dohledem odborně způsobilého pracovníka v sociálních službách.

Zákon o sociálních službách udává povinnost pracovníkům v sociálních službách účastnit se vzdělávání v rozsahu 24 hodin za kalendářní rok.

„*Profesní příprava osobních asistentů je záležitostí především samotných zdravotně postižených lidí, neboť oni nejlépe znají své potřeby a mají praktickou představu o náplni, míře odbornosti a organizaci služeb osobní asistence*“. (Novosad, 1997, s. 31).

Pracovníci v sociálních službách jsou nejčastěji ohroženi syndromem vyhoření. Proto je velmi důležitá jejich psychohygiena. Procházejí různými vzdělávacími semináři s touto tématikou. Součástí prevence je i týmová supervize a pracovníci si v případě potřeby mohou požádat i o individuální supervizi.

Ke každé pracovní činnosti vede jedince nějaký motiv. Motiv může být negativní ale i pozitivní. Pozitivním motivem pro to, že se někdo rozhodne být osobním asistentem, může být touha uplatnit své schopnosti, znalosti ale také chuť, získat nové zkušenosti, potřeba být někomu užitečný. Někteří jsou vedeni k této práci na základě svého náboženského přesvědčení. Negativní motivací k výkonu této činnosti může být pocit nadřazenosti, panovačnost, touha ovládat jiné, slabší jedince.

Proto je velmi důležitý první pohovor se zájemcem o službu, je tento pohovor veden ve spolupráci s psychologem.

Nároky kladené na asistenta jsou podle Hrdé vysoké zejména na:

- Empatii - vcítění (odhadnout potřeby, nevyslovená přání, styl chování, užívání slovní zásoby, modulaci hlasu, volbu a náročnost témat hovoru).
- Přizpůsobivost - flexibilitu (aktuálnímu psychickému i zdravotnímu stavu klienta, požadavkům kladených na asistenta, pracovnímu tempu, časovým nárokům).
- Schopnost chápat nároky na rigiditu uživatele.
- Trpělivost (někdy není nálada ani mentální kapacita poslouchat stesky jiných).
- Zodpovědnost, čestnost (asistent je zodpovědný hmotně i eticky za plnění povinností na něj kladených, za svěřené finance).
- Sociální dovednosti (zejména komunikace verbální i neverbální, zdravá úroveň sebevědomí).(1997, s. 17-18).

Nevhodná a nepřípustná pro profesi osobního asistenta je přítomnost psychopatologie (těžká duševní porucha, jakýkoli druh užívání či závislosti omamných látek,….). Asistenti jsou povinováni zachovávat mlčenlivost o údajích týkajících se osob, které se při své činnosti dozvědí. Tato povinnost trvá i po skončení pracovního poměru. Povinnosti zachovávat mlčenlivost mohou být pracovníci zproštěni pouze tím, v jehož zájmu tuto povinnost mají, a to písemně s uvedením rozsahu účelu.

„*Klíčem k poznání, zda je poskytnutá podpora skutečně relevantní pomocí vztaženou k životnímu příběhu klienta, je vždy sám klient, člověk v tíživé situaci*.“ (Novosad, 2011, s. 144).

5.2 Historie osobní asistence

Několik studentů na vozících navštěvující kalifornskou univerzitu v Berkeley bylo po dobu svého studia ubytováno v univerzitní nemocnici. Důvodem bylo, že pro ně univerzita neměla jiné ubytování. Nebyla pro ně vytvořena ani dostupná síť sociálních služeb. Z těchto studentů se stali přátelé, scházeli se a vytvořili sociálně-politickou

skupinu. Začali si říkat Rolling Quads(valící se kvadrouši) a požadovali služby, vybavení a opravy vozíků. Výsledkem těchto aktivit z konce 60. a začátku 70. let byl rozvoj Center nezávislého způsobu života Independent Living. Tato centra poskytovala služby lidem se zdravotním postižením, zejména poradenství osobám s tělesným postižením, informační služby, zajišťování kompenzačních pomůcek a zprostředkování osobní asistence. Cílem Independent Living bylo dosáhnout plné rovnoprávnosti osob se zdravotním postižením oproti osobám bez postižení. (Brown, 1994, s. 8-9).

Filozofií nezávislého způsobu života je, že každý jednotlivec je jiný a zcela jedinečný. Proto i přístup k osobám se zdravotním postižením by měl být jedinečný -individuální. Jedinec si chce sám určovat a rozhodovat o tom, jak bude žít svůj život.

Nejvýstižněji historii osobní asistence u nás popsala Hrdá. Pražská organizace vozíčkářů podala vypracovaný projekt na poskytování osobní asistence. Uvědomovali si, že u nás je nedostatek služeb naplňující potřeby lidí, kteří ke svému pohybu potřebují vozík. Pracovníci této organizace čerpali ze švédských a holandských zkušeností. Po úpravě těchto zkušeností dle svých potřeb začali v roce 1991 poskytovat asistenci malé skupině klientů. Na základě prakticky ověřených zkušeností, které odpovídali tomu, co lidé s postižením potřebují, se začali snažit o rozšíření osobní asistence do celé republiky a také o její uzákonění. Postupně se hlásili další zájemci o poskytování služby osobní asistence. Organizace jim poskytovala své zkušenosti, pořádala také semináře, jejichž náplní bylo seznámit posluchače s aktuálním děním v oblasti poskytování osobní asistence. (2004, str. 8-9).

5.3 Vznik osobní asistence v Plzni

Počátky služby osobní asistence pro zdravotně tělesně postižené v Plzni, se začaly rýsovat už v roce 1997. Existoval zde dům, ve kterém bylo 43 bytů zvláštního určení, které byly obsazeny potencionálními klienty této služby. Podobné zařízení bylo v té době ještě v Praze v Petýrkově ulici, ovšem v daleko větším rozsahu. Odtud byly čerpány první informace a jako druhé město v republice osobní asistenci

začala jako další ze služeb, poskytovat Městská charita Plzeň (MCHP) v úzké spolupráci s organizací Vozíčkáři Plzeňska a pí Hrdou.

Služba osobní asistence byla v Plzni poskytována ve dvou variantách a to jako klasická terénní pro klienty, bydlící v městě Plzni a jako speciální pohotovostní v tomto bezbariérovém domě. Pohotovostní asistenci zajišťovali chlapci, vykonávající tímto způsobem náhradní vojenskou službu. Již ve velmi krátké době bylo možno vypozorovat zlepšení atmosféry v domě, zvýšený zájem i o dění mimo tento dům. Po zrušení ″civilní služby″ byla asistence poskytována klasicky terénními asistenty.

Byla navázána spolupráce s podobnou organizací vozíčkářů v SRN a již 15 let se uskutečňují vzájemné návštěvy. MCHP je členem Asociace poskytovatelů osobní asistence (APOA), spolupracuje s několika dalšími organizacemi po celé republice. Klienti se pravidelně zúčastňují sportovního dne v Praze na Hvězdě, resocializačních a rehabilitačních pobytů, kde všude je přítomnost asistenta zásadní podmínkou. Podstatně se rovněž zvýšila návštěvnost společenských a kulturních akcí (divadel, kin, Zoologické zahrady, bazénu…). Přispěla k tomu i poměrně dobrá bezbariérová městská hromadná doprava, specializovaná doprava pro zdravotně tělesně postižené MEZADO, dotovaná sociálním odborem Magistrátu města Plzně, spolupráce s neziskovou organizací KID – Klub invalidních dobrodruhů apod.

V současné době se celý tým osobní asistence snaží být oporou a pomocníkem pro všechny své klienty. Při pořádání různých akcí vznikli krásné fotky. Některé z nich autorka předkládá pro představu toho, že vozík nemusí být omezením života.

Obrázek 1: Jsme pro každou legraci

Zdroj: Fotoarchiv autorky 2012

Obrázek 2: Tanec nás baví a dokážeme si ho pořádně užít

Zdroj: Fotoarchiv autorky 2013

Obrázek 3: Kdo si hraje, nesmutní

Zdroj: Fotoarchiv autorky 2011

Obrázek 4: Proč si ″neodpočinout″ od vozíku?

Zdroj: Fotoarchiv autorky 2009

Obrázek 5: Naše asistentka přebírá ocenění - ″Andělské ruce″ za svoji práci, z rukou primátora města Plzně

Zdroj: Fotoarchiv autorky 2012

Obrázek 6: Dokážu se napít, i když mě ruce neposlouchají, hádejte proč?

Tato klientka v loňském roce zemřela a všechny nás její odchod zasáhl. Byla velmi silnou a laskavou lidskou bytostí, plná humoru a pozitivního pohledu na sebe i své okolí.

Zdroj: Fotoarchiv autorky 2010

PRAKTICKÁ ČÁST

6 CÍL VÝZKUMU

Cílem výzkumu bylo zjistit, zda je česká společnost připravena a otevřena integraci tělesně postižených, které je založeno na osobních zkušenostech vybrané skupiny tělesně postižených. Vybranou skupinou byli osoby s tělesným postižením žijících na území města Plzně. Objevit, zda tato skupina má možnost začlenit se do společnosti a zjistit, zda nedochází k její diskriminaci. Stanovený výzkumný cíl je východiskem pro hlavní výzkumnou otázku. Při podrobnější analýze zpracovaných dat byly stanoveny i dílčí výzkumné otázky.

- Hlavní výzkumná otázka:

Jsou možnosti pro začlenění této vybrané skupiny do společnosti dostačující?

- První dílčí výzkumná oblast:

Jedinec a jeho vztahy k okolí.

Dílčí výzkumný cíl: Zjistit, jak postižení ovlivňuje vybrané osoby v jejich osobním a společenském životě.

- Druhá dílčí výzkumná oblast:

Integrace v oblastech týkajících se běžného života.

Dílčí výzkumný cíl: Zjistit, jak probíhá integrace vybrané skupiny v jednotlivých oblastech na území města Plzně a zda nedochází k jejich diskriminaci.

6.1 Výzkumný vzorek

Výzkumný vzorek byl zvolen záměrně. Respondenti byli vybíráni na základě několika kritérií:

- Respondent musí bydlet na území města Plzně.
- Používat ke svému pohybu vozík, ať už mechanický nebo elektrický a to po delší dobu.
- Respondent musí být alespoň z části schopen pohybovat se jak v domácím, tak venkovním prostředí.
- Respondent musí být schopen komunikace.

Autorka pracuje několik let jako vedoucí osobní asistence u Městské charity Plzeň a proto prvním impulsem pro výběr výzkumného vzorku, bylo oslovit klienty v rámci organizace. Vzhledem k objektivitě úsudku, ale tato prvotní myšlenka byla zamítnuta a výběr vhodného vzorku rozšířen i mimo její domovskou organizaci. Ve spolupráci s dalšími organizacemi poskytujícími sociální služby pro osoby s tělesným postižením, byli vytipováni vhodní potenciální respondenti. Shodou okolností byli vytipováni respondenti, které autorka práce sama zná, a tak byla usnadněna vzájemná komunikace.

O poskytnutí rozhovoru bylo požádáno deset respondentů. Všichni oslovení byli ochotni rozhovor poskytnout, ale u jednoho respondenta se výrazně zhoršil zdravotní stav a následně došlo k jeho hospitalizaci. Z tohoto důvodu se nepodařilo s ním rozhovor uskutečnit. Konečný výzkumný vzorek se tedy skládal konkrétně z osmi žen a jednoho muže. Všichni respondenti splňovali daná kritéria pro toto výzkumné šetření.

Každý z respondentů byl individuálně seznámen s cílem prováděného výzkumného šetření a ubezpečen, že všechny poskytnuté informace budou prezentovány anonymně a proto každému respondentovi bylo přiřazeno označení Rx. Autorka také požádala o souhlas, zda může být použito audio záznamníku. Všech devět respondentů s tím bez námitek souhlasilo. Rozhovory byly vedeny v prosinci 2013 a v lednu 2014.

Výzkumné šetření probíhalo v jejich přirozeném prostředí a ve velmi přátelské a vstřícné atmosféře. U šesti respondentů probíhal rozhovor v jejich bytě. S jednou respondentkou byl rozhovor uskutečněn v práci, po skončení pracovní doby. Dva respondenti si s autorkou domluvili schůzku ve své oblíbené kavárně. Délka poskytovaných rozhovorů byla v průměru cca 40 minut. Někteří respondenti měli k daným otázkám víc co říct, jiní méně. Termín rozhovoru byl s každým respondentem domluven individuálně, prostřednictvím telefonu několik dní dopředu. Tyto dohodnuté termíny obě strany dodržovali.

6.2 Metody výzkumu

Pro tuto práci byla autorkou zvolena forma kvalitativního výzkumného šetření. Tato metoda výzkumu klade důraz na podrobné analyzování názorů a postojů dotazovaných jedinců. Kvalitativní výzkum je vhodné použít při zkoumání sociálního jevu, zabývá se texty, slovy a obrazy. Řešení metodologických otázek vychází z hodnotového systému výzkumníka.

Zvolenou metodou výzkumného šetření se stal polostrukturovaný rozhovor. Pro tento rozhovor byl vypracován soubor otázek, které byly vzájemně provázány a stanoveny tak, aby vypovídaly o zkoumaném jevu. Jejich pořadí nebylo předem dáno. Během rozhovorů došlo k menším obměnám otázek. Všechny otázky byly s respondenty srozumitelně probrány, u některých respondentů docházelo k pokládání doplňkových otázek. Polostrukturované dotazování „*se vyznačuje definovaným účelem, určitou osnovou a velkou pružností celého procesu získávání informací*." (Hendl, 2008, s. 164).

Autorka také použila metodu přímého pozorování a to u respondentky, kde byla schůzka sjednaná v pracovním prostředí. Pozorován byl vztah ostatních zaměstnanců k respondentce. Při domluvných schůzkách s respondenty v kavárně, byla pozorována interakce s okolím.

Rozhovory byly zaznamenány na diktafon a metodou doslovné transkripce převedeny do písemné podoby. Tato metoda je velmi časově náročná, ale pro podrobné vyhodnocení výsledků je podmínkou. Následně byly záznamy několikrát podrobně pročítány a prováděna obsahová analýza dat s prvky metody otevřeného kódování. Mezi zkoumanými jevy odhalovala autorka spojení a závislosti, společné znaky, které by odpovídaly na jednotlivé dílčí výzkumné otázky. Vztahovala je k dílčím výzkumným cílům, následně sumarizovala do výsledku hlavního výzkumného cíle.

6.3 Výsledky výzkumného šetření

Pro bližší přiblížení výzkumného vzorku byla vypracována tabulka obsahující informační údaje o respondentech (věk, pohlaví, typ tělesného postižení a dobu, po kterou používá respondent ke svému pohybu vozík). Důležitým předpokladem pro posouzení otázek integrace byla možnost zhodnotit

situaci i z hlediska historického exkurzu. Proto autorka volila respondenty, kteří již delší dobu ke svému pohybu používají vozík.

Tabulka 1: Informační údaje o respondentech výzkumného šetření

	Pohlaví	Věk	Typ tělesného postižení	Doba užívání vozíku
R1	žena	59	dětská mozková obrna	16 let
R2	žena	53	roztroušená skleróza	9 let
R3	muž	59	po úrazu = omezená hybnost dolních končetin	28 let
R4	žena	55	roztroušená skleróza	10 let
R5	žena	73	roztroušená skleróza	20 let
R6	žena	27	dětská mozková obrna, vrozená srdeční vada	8 let
R7	žena	54	roztroušená skleróza, těžká skolióza páteře, výměna TH12, L1 zlom	15 let
R8	žena	42	hereditární spastická paraparéza	12 let
R9	žena	70	po infekční obrně, která zasáhla všechny končetiny	7 let

Zdroj: Autorka práce, 2014

6.3.1 První dílčí výzkumná oblast

Jedinec a jeho vztahy k okolí.

První dílčí výzkumnou oblastí byla oblast zaměřená na jedince a jeho vztahy k okolí. Autorku zajímalo, jak respondenti přijali své postižení, v čem je postižení omezuje, jestli jsou ochotni přijmout nabízenou pomoc, zda jsou aktivní ve společenských vztazích. Z uvedené dílčí výzkumné oblasti vyplynul první dílčí výzkumný cíl spočívající ve zjištění, jak postižení ovlivňuje osoby v jejich osobním a společenském životě.

V první dílčí výzkumné oblasti se autorka zajímala o respondenta, jak vnímá své postižení, v čem ho omezuje a jaké má koníčky.

Osm respondentů si na své postižení zvyklo, přijali ho, snaží se myslet pozitivně a nerezignovat na běžný život. Jedna z nich to komentovala takto: „ *No, já to vnímám jako, že to ke mně patří, protože v roce a půl jsem dostala dětskou obrnu. Mladý lidi, který vyrůstají s postižením a mají to od narození se s tím asi naučily žít. Nevím, jaké to je být zdravá*.“ Jen jeden respondent odpověděl negativně: „*Asi se s tím nevyrovnám nikdy, ještě jsem ho nepřijala a myslím, že už to nebude nikdy. Nejvíc mě štve, že už nikdy nebudu chodit!*“ Tento respondent také jako jediný nemá žádné koníčky, jedinou jeho zábavou je TV. Ostatních osm respondentů uvedlo různé druhy zájmů. Nejčastější je četba, dále jsou to například křížovky, puzzle, malování, deskové hry atd. Jeden respondent se věnuje také střelbě, zúčastnil se i soutěže.

Dále se autorka dotazovala, v čem je omezuje postižení. Nejvíce odpovědí se týkalo hlavně omezení v pohybu. Jedna respondentka uvedla: „*V tom, co jsem strašně ráda dělala – tancování a jízda na lyžích. Tancovat se ale dá i na vozíku (smích)*.“ Jen jeden respondent pak odpověděl, že je: „*…šťastnej*.“ Na doplňující otázku, zda by si přál dělat něco, co nemůže, odpověděl ne.

Další otázky v této dílčí oblasti se týkali vztahu respondentů a jejich okolí. Autorka zjišťovala odpovědi na otázky: Potřebujete pomoc druhé osoby?, Jak s vámi komunikuje okolí?, Co myslíte, že by přispělo k pochopení Vašich potřeb?, Setkáváte se s ochotou Vám pomáhat?, Jste aktivní ve vztahu k ostatním?.

Ve všech případech se autorce na otázku týkající se pomoci od druhé osoby dostalo kladné odpovědi. Pomoc potřebují v různých situacích (např. při jídle, oblékání, vaření, osobní hygieně, v běžných životních situacích). Ochotu cizích lidí pomáhat osm respondentům potvrdilo. Z toho dva uvádějí, že nabídku pomoci dostávají nejčastěji od mladých lidí. Další tři se shodli na tom, že lidé často nevědí jak pomoci. Jedna respondentka uvedla: „*…často mi pomáhají i ve věcech, ve kterých to nepotřebuji*.“

Pět respondentů uvedlo, že jejich komunikace s okolím probíhá dobře či bezproblémově. Jedna respondentka má problém především u doktora. „*Když mi doktor řekne, že mi něco je, tak mu moc nerozumím. Hůř slyším a jsem nervózní. Všechno mi dávají na papír. Doma se na to pak kouknou sestřičky, co ke mně chodí a vysvětlí mi to*.“ Další to shrnula větou: „*Někdy jo, někdy ne*.“ S tím souvisí otázka, zda respondenti sami jsou aktivní v komunikaci. Osm respondentů odpovědělo kladně.

Jedna z nich konkrétně uvedla: „*Chodím hrát s asistentkou na kytaru do nemocnice dětem a starým lidem. To je super. Tam si s lidmi hodně povídám*.“ Jedna respondentka odpověděla, že je radši sama.

Odpovědi na poslední otázku (co by přispělo k pochopení Vaší situace) v této dílčí oblasti byli různorodé, autorka tedy uvádí několik vybraných odpovědí. „ *Kdyby nás lidé poslouchali. Nechceme je poučovat, ale není to jednoduchý s tou naší nemocí a tak když chtějí pomoc, měli by poslouchat jak. Nechceme je buzerovat*.“ - „*Kdyby se víc mluvilo o tom, co všechno potřebujeme. Někdo neví jak složit nebo rozložit vozík, tak mu to řeknu a on třeba potom zase pomůže dalšímu. Už to ví a nemusí se bát, že si* ublíží *nebo mě*.“ - „*Nevím, možná kdyby si to někdy zkusili jaký to je nemoct na nohy*.“ -„*Snažím se sama dělat co de, aby byla osvěta, chodíme do škol na besedy, pořádáme různé akce, kde si lidi můžou pučit vozík a projet se v něm*.“ Další odpovědi se týkaly lidské ohleduplnosti, trpělivosti, respektování postiženého jako lidské bytosti.

6.3.2 Druhá dílčí výzkumná oblast

Integrace v oblastech týkajících se běžného života.

V druhé dílčí výzkumné oblasti se autorka snažila zjistit, jaká je míra integrace v jednotlivých oblastech na území města Plzně. Autorka se na jednotlivé oblasti zaměřila jen okrajově, šlo jí o celkový pohled. Dále jí zajímalo, zda je respondentům vše dostupné jako „ostatním“ nebo jsou v některé oblasti diskriminování.

Druhá dílčí výzkumná oblast zaměřená na integraci v jednotlivých oblastech, zahrnovala otázky týkající se dopravy, přístupnosti prostředí, dostupnosti služeb a lékařské pomoci, bydlení, vzdělávání a zaměstnanosti.

Autorka se nejprve zajímala o vzdělání a zaměstnání. Na otázku týkající se zájmu o zaměstnání tři respondenti odpověděli, že zájem neměli. Respondenti, kteří postižení získaly až s věkem, nejčastěji uvádí, že své zaměstnání v důsledku postižení nemohli dále vykonávat. Jedna z respondentů uvádí: „*Bylo mi každou chvilku jinak, jednou to vypadalo, že mi vůbec nic není a za měsíc jsem nemohla na pár dní vůbec chodit*.“ Zbytek - tedy 6 respondentů o práci zájem mělo, z toho dva nyní pracují a jeden studuje. Co se týče vzdělání, většina respondentů studovala ještě v době, kdy

jejich nemoc nebyla rozvinutá a neovlivňovala tolik jejich možnosti. Ostatní, kteří zájem o práci měli, ji ale z důvodu své nemoci vykonávat nemohou.

Na otázku týkající se přístupnosti prostředí uvedla většina respondentů, že v posledních letech došlo ke zlepšení. Dvě z respondentek mají poštu přímo v domě. Dále dvě uvádějí, že se nedostanou do knihovny kvůli schodům, ale jsou domluvené s knihovnicí, která jim četbu nosí domů. Respondenti uvádějí, že do míst kam se nedostanou, posílají buď rodinného příslušníka, nebo asistenta. Co se týče kulturních akcí, jedna respondentka na doplňující otázku, zda chodí do kina nebo divadla doslova uvedla: „ *To jsem ale blbá. Vlastně chodím s kamarádkou do Komorního divadla. Tam je to dobrý a znám to tam, tak se nebojím*.“ Další dvě respondenty odpověděli, že byli v kině, ale nelíbilo se jim tam z důvodu uspořádání míst: „*Připadám si tam jako ve vyhnanství. Je tam takový ostrůvek, na kterém už ale není místo pro doprovod. Ten si musí sednout buď za mě, nebo přede mě. Nechodím sama, ale jsem tam vlastně sama*.“ Čtyři z dotazovaných se zúčastňují pouze takových akcí, kde znají prostředí a kam se mohou bez problémů dostat. Sedm z dotazovaných respondentů se setkalo s tím, že přestože bylo v objektu bezbariérové WC nemohli ho použít, buď se tam vůbec nedostali nebo uvnitř bylo strašně málo místa a s elektrickým vozíkem se tam nemohli otočit. Tři respondenti uvedli, že mají negativní zkušenost s plošinou. Plošinu lze samostatně přivolat a použít. Jim se stalo, že zůstala plošina v nějakém bodě stát a delší dobu se nemohli na nikoho dozvonit.

Respondenti na otázku, kde měli zhodnotit, jaká je dostupnost služeb, většinou odpovídali kladně. V osmi případech uvedli, že kadeřník, masér nebo terapeut dochází k nim domů. Jeden respondent řekl, že si našel takové služby, kam se bez problémů dostane. Na dotaz o získávání informací šest respondentů odpovědělo, že využívá internet. Především Helpnet, kde jsou informace určené hlavně pro lidi s postižením. Tři respondenti ještě uvedli jako zdroj informací své kamarády „vozíčkáře“, se kterými si vyměňují důležité informace a rady.

Další otázka byla zaměřena na zdravotnictví. Většina respondentů má lékaře blízko bydliště nebo k nim praktický lékař dochází domů. Zde byla položena doplňující otázka, kde se autorka zajímalo o prostředí v nemocnici a převoz do nemocnice. Jedna respondentka uvedla, jako jediný problém, že bezbariérové WC ještě není všude

běžné. Dvě respondentky měli problém s přepravou při převozu do nemocnice. Jedna z nich to pociťovala jako diskriminaci: „*Když jsem měla horečku a nemohla se sama dopravit do nemocnice, volala mi asistentka pohotovost. Když přijeli, nechtěli mě vzít do sanitky i s vozíkem, že prý mě přendají. Já mám ale speciální vozík, upravený pro své potřeby. Já na něm i spím, víš. Tak nevěděli jak dostat vozík do sanitky. Nakonec zavolali hasiče. Přijeli tím velkým autem a pět hasičů mě do něj ručně nakládalo. Připadala jsem si jako balík a pak tam nebylo ani okno. Všichni z okolí čuměli a mě to bylo hodně nepříjemný.*“ Také šest respondentů využívá, či v nějakém úseku svého života využívalo služeb psychologa. Vnímají to jako přínos, protože je trápí spousta otázek a jsou rádi, že je mohou probrat s někým nestranným. Jedna z respondentek říká:„ *…vůbec sem nevěděla, co se mnou bude, nechtěla sem aby to tak bylo. Byla sem naštvaná na celej svět a furt bulela. Měla sem pocit, že s tou nemocí pro mě všechno skončilo., Nechtěla sem tak žít.“*

Autorka se také dotazovala na způsob dopravy, s kým cestují a zda také jezdí mimo město. Na otázku, která se týkala způsobu přepravy po městě, označilo pět respondentů za nejčastější způsob přepravy MHD a osobní automobil. Dva respondenti uvedli, že MHD využívají jen občas, ale sami by si netroufli. Jedna z respondentů svou odpověď rozvedla: „*Stalo se mi, že řidič nechtěl sklopit plošinu, když jsem vyjížděla z tramvaje a pomáhal mi jeden chlapec. Prý se mu zasekla. Nevěděla jsem, co mám dělat a on mi pomoc nešel. Obtížně se mi mluví, teď čím dál hůř a to je problém. Jsem radši, když jde se mnou někdo*.“ Další respondent uvedl, podobný problém s MHD: „ *Řidič pustil výsuvnou plošinu, nedočkavý cestující na ni začali naskakovat, zasekla se a nešla ani ven, ani dovnitř. Zablokovala se doprava, museli všichni vystoupit a byli hodně naštvaný. Přitom stačilo, kdyby chvilku počkali. Nedělají to schválně, spíš lhostejnost a nepoučenost*.“

Mimo město cestuje šest respondentů, většinou za účelem návštěvy příbuzných. Někteří uvedli, že by rádi navštívili svou rodiny, ale z důvodu bariér v domě nemohou. Dále jeden respondent doslova uvedl: „ *Jo a strašně rád. Jezdím různě po Čechách, na zámky a tak. Taky jsem byl párkrát u moře*.“ Osoby, se kterými nejčastěji respondenti cestují, jsou rodinný příslušníci (manžel, děti, vnoučata), kamarádi či pracovník osobní asistence.

Na otázku, která se týkala bezbariérovosti jejich bydlení, odpovědělo šest respondentů, že mají bezbariérové bydlení a jsou s ním spokojeni. Jeden z těchto respondentů je velmi spokojen a toto bydlení vnímá jako posun ke své samostatnosti: „*Když sem se vrátil po úraze domů, musel sem k rodičům. Tam bylo jenom pět schodů a z těch mě táta nosil, doma by to nešlo, tam sme neměli výtah, bylo to čtvrtý patro. Sháněl sem bezbariérový bydlení, ale v tý době nebylo a ani nám nepovolili úpravy v bytě. Tak teď jsem fakt šťastnej, že ho mám a, že můžu kam chci a nemusim nikomu říkat, jo to je fakt super*.“ Zbývající tři respondenti nemají vyhovující bydlení, ale řeší svojí situaci a snaží se najít vhodnější a přístupnější bydlení. Čtyři respondenti bydlí sami, ale často je chodí navštěvovat rodinný příslušníci nebo přátelé. Další čtyři bydlí buď s manželem, nebo s přítelem. Jedna respondentka bydlí s maminkou a bratrem. Pět respondentů uvedlo, že v důsledku nemoci se rozvedli. Dva – z těchto pěti – si našli nové partnery.

7 SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ

Odpověď na hlavní výzkumnou otázku získala autorka shrnutím odpovědí, které se vztahovaly k dílčím výzkumným oblastem. Vzhledem k nízkému počtu dotazovaných, si je autorka vědoma, že výsledky svého výzkumného šetření nelze zobecnit na celou populaci osob s tělesným postižením žijící v Plzni.

První dílčí výzkumnou oblastí byla oblast zaměřená na jedince a jeho vztahy k okolí. Z toho vycházející dílčí výzkumný cíl byl založen na zjištění dopadu postižení na jedince, a na to jak postižení ovlivnilo jeho osobní a společenský život. Většina respondentů se se svým postižením vyrovnala a přijala ho. Využívají pomoc buď přátel nebo asistentů, protože bez ní by se většina ani neobešla a to v mnoha běžných činnostech. Volný čas tráví různými koníčky a zájmy, kterým se v rámci svého postižení maximálně věnují. Ve vztahu ke svému okolí jsou aktivní, snaží se o navazování přátelství, schází se s přáteli jak postiženými tak zdravými. Z uvedených odpovědí dále vyplynulo, že lidé jsou ochotni jim pomáhat, ale často nevědí jak.

Odpovědi na otázky byli různé a často ovlivněny i samotnou povahou osob. Lidé, kteří jsou společenští, jsou více aktivní a například se sami snaží o to, aby širokou veřejnost seznámili se svými potřebami a jak je potřeba na ně reagovat. U těchto odpovědí vybočovala jen jedna respondentka, která své postižení nepřijala a to ovlivňuje i její vztah k okolí. Je nespolečenská, většinu času tráví nejraději o samotě a nemá žádné koníčky.

Druhou dílčí výzkumnou oblastí, kterou autorka zkoumala, byla integrace v jednotlivých oblastech. Autorka zaměřila své otázky na jednotlivé oblasti jako je doprava, bydlení, vzdělání, služby, přístupnost prostředí a zdravotnictví. Respondenti vyhledávají služby, které jim jsou dostupné a uvádějí, že nabídka těchto služeb už je mnohem širší. Většina služeb a stejně tak zdravotnická péče je jim poskytována přímo u nich doma. Ve zdravotnictví také došlo ke zlepšení v přístupu chování k osobám s postižením, lékaři i sestry už se k těmto osobám nechovají i zároveň jako k mentálně postiženým. V otázce přístupnosti prostředí je většina respondentů spokojená. Co se týče dopravy, zde je nejvíce patrná bezbariérovost. Dopravní prostředky plzeňské městské hromadné dopravy jsou

vybaveny plošinami a personál je veden ke vstřícnosti a ochotě pomáhat postiženým osobám. Případné problémy jsou okamžitě řešeny s řidičem. Bydlení má většina z nich bezbariérové nebo se ho snaží najít. Co se týče zaměstnání a vzdělání, zde autorka zjistila, že většina studovala ještě v době, kdy nemoc nebyla rozvinutá. Nyní někteří kvůli nemoci žádnou práci vykonávat nemohou.

Hlavní výzkumný cíl byl stanovat takto: Jsou možnosti pro začlenění této vybrané skupiny do společnosti dostačující? Snahou bylo objevit, zda tato skupina má možnost začlenit se do společnosti a zjistit, zda nedochází k její diskriminaci.

Na základě provedeného a výše popsaného výzkumného šetření lze konstatovat, že život člověka s postižením je do určité míry ovlivněn tím, zda přijal své postižení, protože to nadále ovlivňuje jeho společenský život a pohled na svět. Souvisí to především s tím, že se snaží žít plnohodnotný život.

Z uvedených odpovědí vyplynulo, že celkovou situaci ve všech oblastech integrace vnímají respondenti jako neustále se zlepšující. Účastní se společenského a kulturního života, vyhledávají informace a sami se snaží o osvětu svého života s postižením, umí hájit svá práva. Dostupnost je v mnoha případech lepší, největším problém jsou ještě stále překážky jako například schody nebo nájezdy a to hlavně v centru města. Problém je také nedostupnost bezbariérového WC. Některé služby je stále třeba vyhledávat jako například bezbariérové restaurace. Mají možnost se integrovat, ale důležitá je i vzájemná ohleduplnost a tolerance. Mimo jedné respondentky se dotazovaní s diskriminačním chováním vůči sobě na základě svého postižení nesetkali.

ZÁVĚR

Téma této práce bylo zaměřeno na osoby se zdravotním - tělesným postižením. Cílem bylo podat ucelený pohled na problematiku těchto osob. V teoretické části byly definovány základní pojmy týkající se osob s postižením. Dále jsou nastíněny vhodné způsoby komunikace s těmito osobami, pozornost byla zaměřena na možnosti podpory a oblasti integrace. Autorka práce se především v praktické části zaměřila na konkrétní osoby, které mají nějakou formu tělesného postižení. Vybranou skupinou se pro tuto práci stali osoby s tělesným postižením žijící na území města Plzně.

Výzkumné šetření bylo provedeno kvalitativní metodou prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů. Hlavním cílem tohoto výzkumného šetření bylo poukázat na problematiku a možnosti integrace vybrané skupiny osob s tělesným postižením do společnosti. Tohoto cíle autorka dosahovala analyzováním dílčích výzkumných cílů. Do interpretace výsledků autorka také začlenila doslovné odpovědi dotazovaných respondentů, které korespondují se závěrečnou analýzou výzkumného šetření. Vzhledem k nízkému počtu dotazovaných, si je autorka vědoma, že výsledky tohoto šetření nelze zobecnit na celou populaci osob s tělesným postižením žijících v Plzni, ale přesto mají analyzované výsledky svoji výpovědní hodnotu.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že celkovou situaci ve všech oblastech integrace vnímají dotazovaní respondenti jako neustále se zlepšující. Jedna respondentka se setkala s diskriminací, ale jak sama uvádí, za celou dobu, kdy je na vozíku šlo o ojedinělou záležitost. Život osobám s postižením znepříjemňuje prostředí, které není bezbariérové nebo je nefunkčně navržené. Všichni chtějí žít plnohodnotný život, k tomu velkou měrou přispívá i vzájemná tolerance a ohleduplnost.

Autorka práce se na základě šetření domnívá, že čím více bude veřejnost informována o potřebách, možnostech a vhodné pomoci, o způsobu komunikace s těmito lidmi, tím lepší pak bude možnost k jejich integraci. Musí jít o informace objektivní, nezkreslené. Také je nutné všechna témata týkající se osob s postižením důsledně konzultovat se zástupci zdravotně postižených.

Média by měla realizovat více pořadů určených pro osoby s postižením. Tyto pořady by měly obsahovat informace např. o nových kompenzačních pomůckách a místech jejich dostání, dále rady kde osoby s postižením mohou získat pomoc a jak si o

ni zažádat, atd. Dále by osoby s postižením měli být v médiích zobrazovány i v běžném životě a nejen jako nějaká senzace ve zprávách.

Lékaři by měli být schopni poskytovat komplexní informace o možnostech potřebné pomoci a být dostatečně vyškoleni pro kontakt s osobou s jakýmkoliv postižením. S touto osobou by měl být schopen komunikovat a jednat i zdravotní personál. Autorka se domnívá, že tyto informace by mohly získat např. prostřednictvím dostatečného propagačního materiálu a různých seminářů na dané téma. Ve zdravotních zařízeních by bylo vhodné, aby na viditelných místech byly umístěny kontakty na sociální pracovníky a organizace poskytující sociální služby. Zároveň by v čekárnách mohly být letáky těchto služeb s podrobnějšími informacemi.

Dle názoru autorky je důležité, aby docházelo k monitorování funkčnosti plošin, vhodného umístění nájezdů a sjezdů a jejich dostatečné označení. Toto monitorování by měli provádět jak provozovatelé tohoto zařízení, tak i osoby, pro které jsou určena. Pokud je v rámci tohoto monitoringu objeven nedostatek nebo nefunkčnost, je řešením předkládat tyto problémy jednotlivým úřadům městského obvodu nebo Správě veřejného statku města Plzeň.

Jako nejdůležitější autorka vnímá pořádání besed zdravotně postižených s mladými lidmi proto, aby byli seznámeni s problematikou postižených, věděli jak jim pomoci a pomoc nabídnout a jak s nimi komunikovat.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů

BROWN, S., E. *Nezávislý způsob života teorie a praxe*. Praha: Sbor zástupců organizací zdravotně postižených jako přílohu občasníku Můžeš, 1994.

ČERMÁK, M. *Projevy a formy diskriminace osob se zdravotním postižením*. Praha: Národní rada osob se zdravotním postižením ČR, 2012. ISBN 978-80-87181-08-9.

GRUDZIŃSKÁ, A. *Nezaměstnanost a její psychologické dopady na osoby se zdravotním postižením*. České Budějovice: Nová Forma, 2012. ISBN 978-80-7453-214-6.

HAYESOVÁ, N. *Základy sociální psychologie*. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-415-X.

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-485-4.

HNILICA, K. *Stereotypy, předsudky, diskriminace*. Praha: Univerzita Karlova, 2010. ISBN 978-80-246-1776-3.

HRDÁ, J. *Osobní asistence - příručka postupů a rad pro klienty*. Praha: Pražská organizace vozíčkářů, 1997.

HRDÁ, J. *Osobní asistence - příručka postupů a rad pro poskytovatele*. Praha: Pražská organizace vozíčkářů, 2004.

HRDÁ, J. *Osobní asistence- příručka postupů a rad pro osobní asistenty*. Praha: Pražská organizace vozíčkářů, 2001.

ILOWIECKI, M. T., ŽANTOVSKÝ, P., *Manipulace v médiích*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2008. ISBN 978-80-86723-50-1.

JESENSKÝ, J. a kol. *Kontrapunkty integrace zdravotně postižených*. Praha: Karolinum, 1995. ISBN 80-7184-030-0.

JESENSKÝ, J. a kol. *Zdravotně postižení, Programy pro 21*. století. Hradec Králové: Gaudeamus, 2003. ISBN 80-7041-834-8.

JESENSKÝ, J. *Integrace - znamení doby*. Praha: Karolinum, 1998. ISBN 80-7184-691-0.

MATUŠKA, J. *Bezbariérová doprava*. Pardubice: Institut Jana Pernera, 200í. ISBN 978-8086530-62-8.

MERTIN, V. *Individuální vzdělávací program pro zdravotně postižené žáky*. Praha: Portál, 1995. ISBN 80-7178-033-4.

NOVOSAD, L. *Některé aspekty socializace lidí se zdravotním postižením*. Liberec: Technická univerzita, 1998. ISBN 80-7083-268-1.

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

OPAŘILOVÁ, D. PROCHÁZKOVÁ, L., *Předprofesní a profesní příprava jedinců se zdravotním postižením*. Brno: Masarykova univerzita, 2011. ISBN 978-80-210-5536-0.

PIPEKOVÁ, J. ed. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. vyd. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0.

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

ŠTĚPÁNKOVÁ, M. ČIŽINSKÝ, P., *Antidiskriminace - pravda a mýty o rovnosti*. Praha: Poradna pro občanství/Občanská a lidská práva, 2007.

TITZL, B. *Postižený člověk ve společnosti*. Praha: Univerzita Karlova -Pedagogická fakulta, 2000. ISBN 80-86039-90-0.

VYSOKAJOVÁ, M. *Hospodářská, sociální, kulturní práva a zdravotně postižení*. Praha: Univerzita Karlova - Nakladatelství Karolinum, 2000. ISBN 80-246-0057-9.

Seznam použitých internetových zdrojů

Asociace pro osobní asistenci. *Co je osobní asistence*. [online]. [cit. 2014-02-18]. Dostupné z: http://www.apoa.cz/index.php/o-osobni-asistenci

Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Služby*. [online]. [cit. 2014-01-14]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/cs/9

Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením*. [online]. [cit. 2014-01-14]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/11846

Národní rada osob se zdravotním postižením ČR. *Diskriminace*. [online]. [cit. 2014-01-20]. Dostupné z: http://www.nrzp.cz/diskriminace/

Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých ČR. *E-bariéry osob se zdravotním postižením*. [online]. [cit. 2014-01-20]. Dostupné z: http://www.sons.cz/docs/e-bariery/

Seznam použitých legislativních dokumentů

Zákon č. 435/2004 Sb. ze dne 13. května 2004, o zaměstnanosti. Dostupné z: http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-435

Zákon č. 108/2006 Sb. ze dne 14. března 2006, o sociálních službách. Dostupné z:

http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108

Zákon č. 198/2009 Sb. ze dne 23. dubna 2009, antidiskriminační zákon. Dostupné z:

http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-198

SEZNAM OBRÁZKŮ, GRAFŮ a TABULEK

Seznam obrázků

Obrázek 1: Jsme pro každou legraci 44
Obrázek 2: Tanec nás baví a dokážeme si ho pořádně užít 44
Obrázek 3: Kdo si hraje, nesmutní.....45
Obrázek 4: Proč si „neodpočinout“ od vozíku?.....45
Obrázek 5: Naše asistentka přebírá ocenění - „Andělské ruce“ za svoji práci, z rukou primátora města Plzně.....46
Obrázek 6: Dokážu se napít, i když mě ruce neposlouchají, hádejte proč 47

Seznam tabulek

Tabulka 1: Informační údaje o respondentech výzkumného šetření 51

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Otázky pokládané při polostrukturovaném rozhovoru..... I

PŘÍLOHY

Příloha A - Otázky pokládané při polostrukturovaném rozhovoru

- s osobou s tělesným postižením žijící na území města Plzně zaměřený na její zkušenosti s integrací

Iniciály:

Pohlaví:

Věk:

Typ tělesného postižení:

- Jak vnímáte své postižení?
- Měl/a jste zájem o zaměstnání?
- Pracujete v současné době?
- Jaká je Vaše zkušenost při návštěvě (úřadů, pošt, společenských, kulturních nebo jiných akcí….) s bezbarierovostí ?
- Otázky týkající se zdravotnictví (přístupnost, převozy, hospitalizace, praktický lékař, zubař, gynekolog, oční …..)?
- Jak jste spokojen/a s dostupností těchto služeb (kadeřnictví, holič, pedikůra, rehabilitace, masáže,…)?
- Pokud jste studoval/a , studujete nebo jste o studium (či jiný vzdělávací program) měl/a zájem bylo Vám toto umožněno?
- Jakým způsobem, řešíte svoji přepravu po městě?
- Cestujete i mimo město?
- S kým nejčastěji cestujete?
- Potřebujete ke svému běžnému životu pomoc druhé osoby?
- Jak s Vámi komunikuje okolí?
- Setkáváte se s ochotou Vám pomoci?
- Co myslíte, že by přispělo k pochopení Vašich potřeb?
- Jakým způsobem se dozvídáte potřebné informace?
- V čem Vás Vaše postižení nejvíce omezuje?
- Jste aktivní ve vztahu k ostatním?
- Je Vaše bydlení bezbariérové?
- Máte nějaké koníčky?

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Levorová Dana

Obor: Manažerská studia – Řízení lidských zdrojů

Forma studia: kombinovaná

Název práce: Integrace občanů se zdravotním postižením – Projevy a formy diskriminace osob s tělesným postižením

Rok: 2014

Počet stran textu bez příloh: 65

Celkový počet stran příloh: 1

Počet titulů českých použitých zdrojů: 23

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 0

Počet internetových zdrojů: 5

Počet ostatních zdrojů: 3

Vedoucí práce: PhDr. Miroslav Kostka