

Česká zemědělská univerzita v Praze

Provozně ekonomická fakulta

Katedra statistiky



Diplomová práce

Statistická analýza postavení zdravotně znevýhodněných lidí v sociálně ekonomickém prostředí České republiky

Gabriela Hunalová

© 2011 ČZU v Praze

Česká zemědělská univerzita v Praze

Provozně ekonomická fakulta

Katedra statistiky

Akademický rok 2009/2010

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

Gabriela Hunalová

obor Veřejná správa a regionální rozvoj

Vedoucí katedry Vám ve smyslu Studijního a zkušebního řádu ČZU v Praze
čl. 17 odst. 2 určuje tuto diplomovou práci.

Název práce: **Statistická analýza postavení zdravotně
znevýhodněných lidí v sociálně ekonomickém
prostředí České republiky**

Osnova diplomové práce:

1. Úvod
2. Cíl práce a metodika
3. Literární rešerše
4. Charakteristika současné situace a její právní rámec
5. Analýza dosažených výsledků. Vývoj vybraných ukazatelů. Struktura handicapů. Integrace do společnosti. Výsledky dotazníkového šetření. Očekávaný vývoj. Návrhy a doporučení
6. Závěr
7. Seznam použitých zdrojů
8. Přílohy

Rozsah hlavní textové části: 60 - 80 stran

Doporučené zdroje:

Hájková, V.: Podpora speciálních vzdělávacích potřeb žáků se zdravotním znevýhodněním. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2008, ISBN 978-80-7290-344-3.

Hendl, J.: Přehled statistických metod zpracování dat, analýza a metaanalýza dat. Praha: Portál, 2004, ISBN 80-7178-820-1.

kol.: Postižený člověk v dějinách II : texty k dějinám speciálně pedagogické teorie a praxe : vybrané příspěvky z konferencí Postižený člověk v proměnách času I a II. Hradec Králové : Gaudeamus, 2007, ISBN 978-80-7041-081-3.

Filipiová, D.: Život bez bariér: projekty a rekonstrukce, Praha: Grada, 1998, ISBN 80-7169-233-6.

Pešatová, I., Tomická, V. : Úvod do integrativní speciální pedagogiky. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2007, ISBN 978-80-7372-268-5.

Řezanková, H.: Analýza dat z dotazníkových šetření. Praha: Professional Publishing, 2007, ISBN 978-80-86946-49-8.

Štech, S., Vágnerová, M., Hadj-Mousová, Z.: Psychologie handicapu. Část 1, Handicap jako psychosociální problém. ISBN 80-7083-208-8.

Další literatura bude doporučena v průběhu zpracování diplomového úkolu

Vedoucí diplomové práce: **Ing. Marie Prášilová, CSc.**

Termín odevzdání diplomové práce: duben 2011

Ka'la

Vedoucí katedry



L.S.

Děkan

V Praze dne: 26. 1. 2010

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že svou diplomovou práci "Statistická analýza postavení zdravotně znevýhodněných lidí v sociálně ekonomickém prostředí České republiky" jsem vypracovala samostatně pod vedením vedoucího diplomové práce a s použitím odborné literatury a dalších informačních zdrojů, které jsou citovány v práci a uvedeny v seznamu literatury na konci práce. Jako autorka uvedené diplomové práce dále prohlašuji, že jsem v souvislosti s jejím vytvořením neporušila autorská práva třetích osob.

V Praze dne 6.4.2011

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí mé diplomové práce doc. Ing. Marii Prášilové CSc. za poskytnutí odborných rad, připomínek a za její trpělivost. Dále Mgr. Tomáši Lancovi z Pražské organizace vozíčkářů za jeho ochotu a vstřícnost spojenou s prováděním dotazníkového šetření.

Statistická analýza postavení zdravotně znevýhodněných lidí v sociálně ekonomickém prostředí České republiky

Souhrn

Předkládaná diplomová práce se zabývá tématem postavení zdravotně znevýhodněných lidí v sociálně – ekonomickém prostředí naší republiky. Práce je rozdělena na dvě hlavní části – teoretickou a praktickou. První část je věnována úvodu do psychologie handicapu, legislativnímu vymezení problematiky zdravotně postižených, jejich integraci do společnosti a jednotlivým druhům rehabilitace. Dále je zde vyjmenován seznam sociálních dávek a příspěvků zdravotně postiženým a popsány jednotlivé druhy postižení. V praktické části jsou provedeny analýzy časových řad vybraných ukazatelů související především se zaměstnáváním zdravotně postižených. Spolu s tím je zpracováno dotazníkové šetření a provedeny analýzy závislosti mezi znaky. Na základě analýz je vytvořen model budoucího vývoje a navrženy doporučení zlepšující postavení handicapovaných v prostředí České republiky. V závěru jsou shrnuty výsledky praktické části.

Klíčová slova

Osoba se zdravotním postižením, handicap, postižení, zaměstnanost, sociální dávky, dotazník, analýza.

Statistical analysis of disabled people situation in the Czech Republic social and economic environment

Summary

This dissertation deals with the status of handicapped people in socio - economic environment of our country. The work is divided into two parts – theoretical and practical. The first part is devoted to an introduction to the psychology of disability, the legislative definition of disability issues and their integration into society and rehabilitation of various types of rehabilitation. There are also enumerated the list of social benefits and allowances to the disabled and describe the different types of disability. The practical part is made of time series analysis of selected indicators related primarily to the employment of disabled people. Together with the processed survey and analysis of dependencies between features. On the basis of the analysis is a model for future development and suggestions for improving the status of the handicapped in the Czech Republic. The conclusion summarizes the results of the practical part.

Keywords

A person with a disability, handicap, disability, employment, social benefits, the questionnaire, analysis.

Osnova

1 Úvod.....	3
2 Cíl práce a metodika.....	5
2.1 Cíl práce.....	5
2.2 Metodika.....	5
2.2.1 Dotazníkové šetření.....	5
2.2.2 Analýza kvantitativních znaků.....	7
2.2.3 Analýza časových řad.....	9
3 Literární rešerše.....	11
3.1 Psychologie handicapu.....	11
3.1.1 Historická podmíněnost přístupu společnosti k různým postižením.....	11
3.1.2 Sociální akceptace a charakteristické rysy postojů společnosti k postižení.....	13
3.2 Legislativní vymezení.....	14
3.2.1 Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti.....	14
3.2.2 Náhradní plnění.....	17
3.2.3 Národní plán pro vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2010-2014.....	18
3.3 Akceptace zdravotního postižení a rehabilitace	21
3.3.1 Akceptace vady a vyrovnávání se se změnami způsobu života.....	21
3.3.2 Rehabilitace.....	21
3.4 Integrace zdravotně postižených do společnosti.....	24
3.5 Přehled dávek sociální péče pro osoby se zdravotním postižením.....	26
4 Klasifikace jednotlivých handicapů.....	34
4.1 Tělesné postižení.....	34
4.2 Zrakové postižení.....	35
4.3 Sluchové postižení.....	36
5 Analýza výsledků šetření.....	38
5.1 Analýzy časových řad ukazatelů souvisejících se zaměstnáváním osob se zdravotním postižením.....	38
5.1.1 Ekonomická aktivita osob se zdravotním postižením.....	38
5.1.2 Ekonomická aktivita mužů se zdravotním postižením.....	40
5.1.3 Ekonomická aktivita žen se zdravotním postižením.....	41

5.1.4 Zaměstnané osoby se zdravotním postižením.....	42
5.1.5 Počet pracovních dílen - nová pracovní místa pro OZP a počet umístěných uchazečů.....	45
5.1.6 Počet uchazečů o rekvalifikaci - OZP.....	46
5.2 Dotazníkové šetření.....	47
5.3 Výsledky dotazníkového šetření.....	48
5.4 Měření závislostí mezi znaky.....	56
5.5 Shrnutí výsledků praktické části.....	63
5.5.1 Zaměstnávání.....	63
5.5.2 Sociální dávky a příspěvky.....	64
5.5.3 Kvalita života.....	64
5.5.4 Bezbariérovost.....	65
5.5.5 Změna postavení handicapovaných v posledních letech.....	66
5.6 Očekávaný vývoj.....	67
5.7 Návrhy a doporučení.....	69
6 Závěr.....	73
7 Seznam použitých zdrojů.....	75
8 Seznam použitých zkratk.....	77
9 Seznam tabulek.....	78
10 Seznam grafů.....	79
11 Seznam příloh.....	80

1 Úvod

V souladu se zlidšťováním společenského života ve vyspělých zemích se stále více dostává do popředí problematika vyrovnávání příležitostí všech občanů. Jednu z jejích neopomenutelných dimenzí představují otázky úrovně života zdravotně postižených. Konkrétně se týkají práva na vzdělání, odpovídající pracovní uplatnění, bydlení, soukromý a rodinný život, na zdravotní péči, sociální a právní ochranu.

Občané se zdravotním postižením tvoří velmi odlišnou skupinu, obecně však definovanou přítomností postižení, které s ohledem na přetrvávající bariéry ve společenském prostředí může způsobovat složité handicapy. Začleňování osob se zdravotním postižením do společnosti vyžaduje komplexní řešení, kterému by mělo předcházet hlubší poznání problematiky zdravotně postižených.

Již od počátku společnosti byli mezi jejími členy jedinci, kteří se odlišovali od ostatních vzhledem, smyslovými či tělesnými vadami, duševním stavem či chorobami. Jedinci i celá společnost se vždy musela nějakým způsobem vypořádat se svými takto odlišnými členy. Tento vztah se však v průběhu dějin proměňoval v závislosti na vývoji společnosti. Historický pohled na tyto proměny může pomoci pochopit i zdroj některých současných postojů a předsudků, které přetrvávají v obecném povědomí.

Česká republika se v posledních dvou desetiletích zařadila mezi státy, které si uvědomují zvýšenou zodpovědnost za odstraňování bariér bránících občanům se zdravotním postižením v plnohodnotné účasti ve společnosti. Systematicky usilovala o postupné řešení jednotlivých dílčích oblastí, které se bezprostředně zdravotně postižených dotýkají, s cílem zlepšit podmínky i kvalitu jejich života.

2 Cíl práce a metodika

2.1 Cíl práce

Cílem diplomové práce je analyzovat postavení zdravotně znevýhodněných osob v prostředí České republiky a na základě toho ověřit zvolenou základní hypotézu: „Zdravotně znevýhodnění nejsou spokojeni se svým postavením (zahrnuje oblasti zaměstnávání, sociálních dávek, bezbariérovosti a kvality života).“ Postavení bude analyzováno prostřednictvím vývoje časových řad vybraných ukazatelů a dotazníkového šetření. Dotazník by měl přinést informace o životě handicapovaných, zejména v oblastech trhu práce, bezbariérovosti, sociálních dávek a kvalitě jejich života. Sledovány budou závislosti vybraných proměnných. Na základě výsledků z jednotlivých oblastí bude ověřena základní hypotéza. Pomocí časových řad bude vytvořen trend očekávaného vývoje vybraných ukazatelů. Nakonec budou vytvořeny návrhy a doporučení, které přispívají ke zlepšení budoucího stavu řešené problematiky.

2.2 Metodika

2.2.1 Dotazníkové šetření

Statistika se zabývá hromadnými jevy. Jsou to takové skutečnosti, které se vyskytují mnohokrát a mohou se znovu opakovat. Existují dva druhy hromadných jevů. Jeden z nich je výsledkem velkého počtu opakovaných pozorování určité vlastnosti jednoho objektu. Častějším druhem je nějaká vlastnost určité množiny, sestávající z velkého počtu prvků, z nichž každý má v nějaké míře danou vlastnost. Studium hromadných jevů předpokládá definování množiny prvků, z nichž každý má celou řadu vlastností, z nichž některé jsou u každého prvku zcela stejné a jiné se u jednotlivých prvků mohou vyskytovat v různé míře. Jsou-li identické vlastnosti prvků určité množiny přesně stanoveny, mluví se o dané množině vytvořené z prvků s těmito přesně stanovenými shodnými vlastnostmi jako o statistickém souboru.

Statistickým souborem může být množina osob, zvířat, rostlin, institucí, podniků, úřadů, časových intervalů apod.. Prvky statistického souboru se nazývají statistické jednotky. Jsou individuálními nositeli vlastností daného statistického souboru. Počet statistických jednotek se nazývá rozsah daného souboru.

Ke statistickému souboru lze přistupovat jako k základnímu nebo jako výběrovému. Základní soubor je takový, v němž poznání jeho některých proměnlivých (neshodných) vlastností je vlastním cílem statistického zkoumání. Základní soubor má zpravidla velmi značný rozsah, takže zjištění zkoumaných vlastností u všech jejích prvků nebývá mnohdy prakticky vůbec uskutečnitelné nebo bývá pracné a velmi nákladné. Proto se většinou zjištění provede jen u vybraných jednotek ze základního souboru, které jsou pouhou částí základního souboru, tj. pouze jakýmsi vzorkem. Tyto vybrané prvky ze základního souboru tvoří výběrový soubor, který by měl být co nejlepším představitelem základního souboru, neboť právě na základě poznání vlastností výběrového souboru se usuzuje na vlastnosti základního souboru.

Statistický znak je odraz určité vlastnosti, kterou má v té či oné míře každá jednotka statistického souboru. Statistický znak může nabýt buď pouze jedné varianty, nebo dvou či více variant. Statistický znak, který nabývá v daném statistickém souboru pouze jedné varianty, se nazývá shodný. Statistické znaky, které nabývají více než jedné varianty, jsou proměnnými statistickými znaky. Nazýváme je proměnné. Ty jsou hlavním předmětem statistického zkoumání

V matematické statistice se setkáváme se sjednaným členěním souborů na malé, s rozsahem menším než 30, střední, jejichž rozsah se pohybuje mezi 30 – 100 a velké, které mají rozsah větší než 100. [1]

Výhody dotazníkové techniky [2]

- dotazníkem lze oslovit velký počet jedinců při relativně malých nákladech;
- umožňuje snadno získat informace od velkého počtu jedinců v poměrně krátkém čase;

- spolupracovníci jsou v terénu nezbytní pouze někdy;
- náklady šetření na rozptýleném vzorku jsou relativně nízké;
- snadnost administrace;
- anonymita je relativně přesvědčivá;
- údaje lze většinou plně kvantifikovat.

Nevýhody dotazníkové techniky:

- musíme počítat se subjektivitou výpovědí;
- dotazník klade vysoké nároky na ochotu dotazovaného;
- návratnost je velice nízká;
- přesnost vymezených otázek a variant odpovědí striktně omezuje prostor pro odpovědi respondenta; někdy je nucen vybrat si variantu, kterou by nezvolil, kdyby měl možnost volné výpovědi;
- respondent může postřehnout záměry zadavatele a přizpůsobí se; odpovídá tak, jak si myslí, že je od něho očekáváno.

2.2.2 Analýza kvantitativních znaků

Závislost mezi kvalitativními statistickými znaky se nazývá asociací nebo kontingencí.

Asociace zkoumá vztah mezi alternativními statistickými znaky, které nabývají pouze dvou obměn. Při asociaci je statistický soubor roztříděn podle dvou kvalitativních alternativních statistických znaků A a B, přičemž výsledek třídění je uspořádán do tzv. asociační tabulky.

Kontingence je vztahem dvou či více kvalitativních statistických znaků, z nichž alespoň jeden je znakem množným. V kontingenční tabulce lze ověřit a změřit kontingenci, tzn. těsnost závislosti. Testováním závislosti ověřujeme, zda existuje mezi dvěma kvalitativními znaky statisticky průkazná závislost. Při zkoumání závislosti se

používá χ^2 testu. Vycházíme z nulové hypotézy, která předpokládá nezávislost mezi oběma znaky. [6]

Obecný vzorec testovacího kritéria:

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^s \frac{(n_{ij} - n_{oj})^2}{n_{oj}}$$

n_{ij} ... skutečné četnosti, n_{oj} ... očekávané (teoretické) četnosti

Teoretické četnosti vypočítáme jako součin příslušných okrajových marginálních četností dělený celkovým rozsahem souboru.

Testovací kritérium má χ^2 rozdělení pro počet stupňů $[k-1] \cdot [m-1]$. Uvedený test nelze použít v případě, že více než 20% teoretických četností je menších než 5 nebo je-li jedna teoretická četnost menší než 1. Potom je nutné spojit sousední skupiny.

Je prokázáno, že mezi oběma kvalitativními znaky existuje významný vztah, který lze zobecnit, pokud vypočtená hodnota χ^2 je větší než tabulková hodnota.

Pro měření kontingence dvou znaků se používá:

- **Pearsonův koeficient kontingence** (C , koeficient průměrné čtvercové kontingence)

$$C = \sqrt{\frac{\chi^2}{n + \chi^2}}$$

n ...rozsah souboru, n_{ij} ...skutečná četnost, n_{oj} ...očekávaná četnost $n_{i.}$, $n_{.j}$... okrajové (marginální) četnosti. Pearsonův koeficient je při úplné nezávislosti mezi dvěma kvalitativními statistickými znaky roven 0, při úplné závislosti se limitně blíží k 1.

- **Normalizovaný koeficient kontingence** (C_n) se používá při porovnávání síly závislosti mezi několika kontingenčními tabulkami různého rozměru.

$$C_n = \frac{C}{C_{\max}}, \text{ kde } C_{\max} \text{ lze vypočítat ze vztahu } C_{\max} = \sqrt{\frac{r-1}{r}}$$

r ... počet podskupin toho znaku, který má méně obměn, hodnoty C_{\max} jsou tabelovány. [6]

2.2.3 Analýza časových řad

Pro charakteristiku dynamiky vývojových řad, neboli zkoumání rychlosti změn hodnot sledovaného ukazatele v závislosti na čase, je možné použít různé statistické charakteristiky např.:

Absolutní charakteristiky – ty umožňují absolutní porovnávání hodnot jednotlivých členů časové řady. Nejčastěji se používají první diference (absolutní přírůstky), které lze definovat jako rozdíly mezi daným a předchozím členem časové řady. Tyto diference charakterizují absolutní přírůstek nebo úbytek zkoumaného ukazatele v určitém období proti okamžiku bezprostředně předcházejícímu. **První absolutní diferencí** je $n - 1$.

$$d_{1t} = y_t - y_{t-1} \quad t = 2, 3, 4, \dots, n.$$

Rozdílem dvou sousedních absolutních přírůstků lze získat **druhé absolutní diference**. Ty charakterizují absolutní zrychlení, respektive zpomalení ve zkoumané časové řadě, udávají tedy, o kolik byl následující přírůstek větší, respektive menší předcházející.

$$d^{(2)}y_t = dy_t - dy_{t-1} = y_t - 2y_{t-1} + y_{t-2} \quad t=3, \dots, n$$

Relativní charakteristiky růstu – jenž jsou bezrozměrnými veličinami je například **koeficient růstu**, který charakterizuje relativní postupnou rychlost změn hodnot v časové řadě. Koeficient růstu vyjádřený v procentech se nazývá **tempo růstu**.

$$k_t = \frac{y_t}{y_{t-1}} \quad t=2,3, \dots, n$$

Průměrný koeficient růstu je vyjádřen jako geometrický průměr k_t , udává nám jak v průměru každý rok roste nebo klesá hodnota ukazatele, tzn. jak se v průměru mění hodnota ukazatele ve sledovaném období. Závisí však pouze na první a poslední hodnotě, využití je hlavně tam, kde má řada neměnný trend.

Řetězový index hovoří o předcházejícím období tzn., že porovnáváme ukazatele vzhledem k období předchozím (relativní vyjádření):

$$I_{i/1-i} = \frac{y_i}{y_{1-i}}$$

nebo mohu použít **bazický index**, který je vztažen k jednomu období (bázi), tzn. porovnáváme hodnoty ukazatele vzhledem ke stejnému období (relativní vyjádření):

$$I_{i/0} = \frac{y_i}{y_0}$$

Časová řada obsahuje tři složky: trend, periodická kolísání a náhodná kolísání.

Trend vyjádříme pomocí trendové funkce:

- lineární $y_i' = a + bt_i$
- kvadratické $y_i' = a + bt_i + t_i^2 * c$ (t = čas, nezávisle proměnná)

Volba vhodného modelu posouzení trendu

Posouzení použitelnosti jednotlivých modelů pro časové řady může být založeno pouze na relativních mírách, zejména na střední absolutní procentuální chybě MAPE:

$$MAPE = \frac{100}{n} \sum \left| \frac{y_t - y_t'}{y_t} \right|$$

kde platí, že dáváme přednost modelu s nejnižšími hodnotami ukazatelů.

Vhodnost prognózy do budoucnosti posoudíme také **pseudoprognózou**, kdy časovou řadu zkrátíme o několik údajů (období), zjištěné údaje následně porovnáme se skutečností a stanovíme, o kolik se odchýlily od skutečnosti: [6]

$$\frac{P - S}{S} / 100\% = \text{relativní chyba prognózy}$$

(P = prognóza, S = skutečnost)

3 Literární rešerše

3.1 Psychologie handicapu

3.1.1 Historická podmíněnost přístupu společnosti k různým postižením

Pro pochopení toho, jak se vytvářel postoj společnosti k jejím postiženým členům, je nutno vzít v úvahu především některé obecné vlastnosti psychiky člověka a jeho vztahu k ostatním lidem. Osobnost člověka se utváří v kontaktu a pod vlivem ostatních členů jeho sociální skupiny. Společnost na každé úrovni svého vývoje vytváří určitá pravidla soužití, hodnoty a normy, které se stávají součástí společenského vědomí i individuálních psychických vlastností. Hodnoty a normy v dané společnosti vznikají v rámci určité kultury a jsou podmíněny historicky.

Kultura určuje, co je danou společností považováno za žádoucí a nežádoucí a ovlivňuje posuzování jednotlivých jevů. V průběhu historie a v závislosti na místě vzniku kultury se tyto hodnoty, normy a postoje liší. Co je v jedné kultuře považováno za žádoucí, může být v druhé zavržováno a naopak.

Kultura, která se stává často určující součástí individuální psychiky jednotlivce vlivem socializace, tedy určuje, co je správné a nesprávné. Zároveň ochraňuje jednotlivce před neznámým, nebezpečným světem mimo vlastní skupinu, protože mu zabezpečuje přežití a spokojenost a přináší mu bezpečí a ochranu. Nutnou podmínkou je však podřízení člověka pravidlům společnosti, ve které žije.

„Každá společnost tedy ve své kultuře stanovuje určitý svůj ideál, který odpovídá jejím potřebám, náboženským, ideovým a případně filosofickým základům té které kultury.“ (Štěch a kol., 1997). Z toho pak jednotlivá pravidla vycházejí.

Společenský tlak na konformitu, na přizpůsobování se tomu, co je v dané společnosti běžné, se vztahuje i na vnímání a přijímání jednotlivých členů společnosti. Ti, kteří jsou od ostatních odlišní, nejen v chování, ale i svým fyzickým vzhledem, či

jinak, jsou zpravidla vnímáni jako cizí, ohrožující nebo nebezpeční. Vztah k lidem, kteří se nějak odlišují od ostatních, je tedy v určitém smyslu založen ve způsobu vývoje osobnosti člověka – především v sociální podmíněnosti osobnosti.

Závislost jedince na sociálním prostředí je zvláště výrazná na primitivních úrovních vývoje společnosti. Čím nižší úroveň, tím více je člověk závislý na své skupině a tím méně se od ní individuálně odlišuje. Tato závislost je dána tlakem vnějších okolností. Čím více je zapotřebí, aby se na přežití skupiny členové podíleli, tím silnější je i závislost jedince na skupině.

Setkáváme se s odlišnými typy postojů k postiženým v různých úrovních vývoje lidské společnosti v různých kulturách. Například již u zvířat můžeme pozorovat odmítání jedinců svého druhu, kteří ovšem vykazují jiné fyzické znaky. Ve starověkém Řecku a Římě se postižení odlišovali od estetického ideálu kultury, jenž byla založena na souladu krásy těla a ducha. Původ narození postiženého dítěte byl dříve spojován s uhranutím nebo s očarováním. Osoba byla považována za určité nebezpečí pro skupinu. V náboženstvích, především v židovsko – křesťanském, se chápe postižený jako boží vůle, jako určitý trest nebo zkouška. Další postoj k postižení je nazván „fascinace monstrem“. Odlišnost člověka odpuzuje, ale zároveň i určitým způsobem přitahuje. Postižení byli společností odsuzováni, ale zároveň jim byly přisuzovány magické schopnosti – například slepí proroci nebo často psychoticky posedlí šamani.

Výše uvedené, převážně negativní, stanoviska společnosti jsou zdrojem řady předsudků a stereotypů. *„Nerozpoznání zdroje je tím nebezpečnější, čím méně jsme si toho vědomi, protože to zkresluje naše vnímání i chování k postiženým.“* (Štěch a kol., 1997).

V průběhu dějin se však vytvářela i druhá, opačná linie vztahu k postiženým. Ta se projevovala zejména ve středověku v podobě příkazu lidské lásky (charitas) a z toho plynoucí péče o slabé a nemocné lidi. V současné době tato linie pokračuje v podobě speciálně pedagogické činnosti a charitativních institucí. Postižený člověk je zde ale

znovu chápán jako předmět péče a soucitu, tedy definován hlavně svým handicapem. To z něj dělá odlišného a potřeba zvláštní péče ho odděluje od zdravých lidí.

„Vztah k postiženým je tedy obecněji výrazem tolerance k odlišnosti, respektu individuality, je výrazem vnitřní kvality člověka i celé společnosti.“ (Štěch a kol., 1997). Je nutné, aby společnost překročila pomyslnou bariéru konvencí a stereotypů a nevnímala postižené pouze z hlediska postiženého. Každý člověk, bez ohledu na svoji odlišnost od ostatních musí být vnímán se svými specifickými vlastnostmi. Odstranění stereotypního vnímání docílíme působením na společnost a její členy a umožněním vzájemných kontaktů a oboustranného poznání. [7]

3.1.2 Sociální akceptace a charakteristické rysy postojů společnosti k postižení

„Postoje se vytvořily jako výraz snahy o subjektivně jasnější a jednodušší orientaci ve světě.“ (Štěch a kol., 1997).

Obecně přijaté postoje slouží pro snadnější orientaci ve smyslu lepšího předpovězení a porozumění chování jednotlivce, který vzhledem ke svým relativně neměnným postojům reaguje určitým, charakteristickým způsobem.

- *Kognitivní složka postoje* k postiženým je u laiků převážně velmi slabá. Většina lidí má málo odpovídajících informací. V minulosti byl tento problém tabuizován. Mnoho lidí, pokud se s postiženým nebo nemocným nesetkali v rodině nebo okolí, o jejich problémech ani nevědělo. Neinformovanost vedla k emocionální složce postoje.
- *Emocionální složka postoje* k nemocným a postiženým má často dvojnásobný charakter. Obsahuje totiž pozitivní i negativní prožitky. Jelikož je postižení obecně hodnoceno jako něco nežádoucího, vzbuzují nemocní a postižení jedinci soucit, jelikož je potkalo nějaké neštěstí a měli smůlu. Vzbuzují však také hrůzu a odpor, protože symbolizují něco negativního. Často zde hraje roli právě špatná informovanost.

Postoje nejsou vrozené, vytváří se učením a jsou výrazně podmíněny sociokulturním charakterem prostředí, ve kterém se jedinec nachází. Společnost většinou určitým způsobem podněcuje přijetí určitých postojů a odlišné tendence odsuzuje, či dokonce trestá. Obecnější postoje vykazují určitou zkosnatělost a někdy lze mluvit až o stereotypu. Taková stanoviska se mění obtížně, i když nová zkušenost lze postoj do určité míry pozměnit.

- *Stereotyp* znamená tendenci k fixaci určitého názoru či postoje. Je typický rigiditou, iracionalitou a obtížnou ovlivnitelností novými zážitky. Stereotypy obecnějšího rázu vznikají bez jakékoliv vlastní zkušenosti, sociálním učením a převzetím názorů společnosti. [7]

„Charakter těchto postojů je dán vrozenou dispozicí reagovat na všechno, co se nějakým způsobem liší od normy, jako na něco negativního, co může vyvolávat strach a zároveň posilovat tendenci něco takového odstranit či alespoň izolovat.“ (Štěch a kol., 1997).

3.2 Legislativní vymezení

3.2.1 Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti

V zákoně č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti je celá jeho třetí část věnována problematice zaměstnávání zdravotně postižených osob.

§ 67 zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti definuje osoby se zdravotním postižením, kterým je poskytována zvýšená ochrana na trhu práce. Můžeme je rozdělit do 3 skupin na:

- osoby s těžším zdravotním postižením, jenž jsou fyzické osoby, které jsou uznány invalidními v třetím stupni orgánem sociálního zabezpečení,
- osoby uznány orgánem sociálního zabezpečení invalidními v prvním nebo druhém stupni,

- osoby zdravotně znevýhodněné, které tak určil úřadu práce.

Za zdravotně znevýhodněnou osobu se považuje fyzická osoba, která má takovou funkční poruchu zdravotního stavu, při které má zachovány způsobilost vykonávat soustavné zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost, ale její schopnosti být nebo zůstat pracovně začleněna, vykonávat dosavadní povolání nebo využít dosavadní kvalifikaci nebo kvalifikaci získat jsou výrazně omezeny z důvodu jejího dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu.

Za dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav se pro účely tohoto zákona považuje stav, který podle poznatků lékařské vědy má trvat déle než jeden rok a značně omezuje psychické, fyzické nebo smyslové schopnosti a tím i možnost pracovního uplatnění.

To, že je osoba invalidní, dokládá potvrzením nebo rozhodnutím orgánu sociálního zabezpečení. Skutečnost, že je osobou zdravotně znevýhodněnou, dokládá rozhodnutím úřadu práce. [16]

Pracovní rehabilitace

Osoby se zdravotním postižením mají ze zákona právo na pracovní rehabilitaci. Tu zabezpečuje místně příslušný úřad práce podle bydliště osoby se zdravotním postižením ve spolupráci s pracovními rehabilitačními středisky.

Pracovní rehabilitací se rozumí souvislá činnost zaměřená na získání a udržení vhodného zaměstnání osoby se zdravotním postižením, kterou na základě její žádosti zabezpečují úřady práce a hradí náklady, které jsou s ní spojené. Pracovní rehabilitace zahrnuje zejména poradenskou činnost zaměřenou na výběr povolání nebo jiné výdělečné činnosti, teoretickou a praktickou přípravu pro zaměstnání, udržení a změnu zaměstnání a vytváření vhodných podmínek pro jeho výkon.

Úřad práce ve spolupráci s postiženou osobou sestaví individuální plán pracovní rehabilitace s ohledem na její zdravotní způsobilost, schopnost vykonávat soustavné zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost, kvalifikaci a s ohledem na situaci na trhu práce. [16]

Chráněné pracovní místo a chráněná pracovní dílna

Chráněné pracovní místo je pracovní místo, které vytvoří zaměstnavatel pro osobu se zdravotním postižením na základě písemné dohody s úřadem práce. Chráněné pracovní místo musí být provozováno minimálně po dobu 2 let ode dne sjednaného v dohodě. Úřad práce poskytuje zaměstnavateli na vytvoření chráněného pracovního místa příspěvek.

Příspěvek na vytvoření chráněného pracovního místa pro osobu se zdravotním postižením může činit maximálně osminásobek a pro osobu s těžším zdravotním postižením maximálně dvanáctinásobek průměrné mzdy v národním hospodářství za první až třetí čtvrtletí předchozího kalendářního roku. Vytváří-li zaměstnavatel na základě jedné dohody s úřadem práce 10 a více chráněných pracovních míst, může příspěvek na vytvoření jednoho chráněného pracovního místa pro osobu se zdravotním postižením činit maximálně desetinásobek a pro osobu s těžším zdravotním postižením maximálně čtrnácti-násobek výše uvedené průměrné mzdy. Příspěvek se poskytuje za podmínky, že zaměstnavatel nemá v evidenci daní žádné daňové nedoplatky, nemá nedoplatek na pojistném a na příspěvku na státní politiku zaměstnanosti.

Chráněná pracovní dílna je pracoviště zaměstnavatele, vymezené na základě dohody s úřadem práce a přizpůsobené pro zaměstnávání osob se zdravotním postižením. V průměrném ročním přepočteném počtu zde musí být zaměstnáno nejméně 60 % takových zaměstnanců. Chráněná pracovní dílna musí být provozována po dobu nejméně 2 let ode dne sjednaného v dohodě. Na vytvoření chráněné pracovní dílny poskytuje úřad práce zaměstnavateli příspěvek.

Příspěvek na vytvoření chráněné pracovní dílny může činit maximálně osminásobek průměrné mzdy v národním hospodářství za první až třetí čtvrtletí předchozího kalendářního roku na každé pracovní místo, které je vytvořené pro osobu se zdravotním postižením a dvanácti-násobek této mzdy na pracovní místo pro osobu s těžším zdravotním postižením. Vytváří-li zaměstnavatel na základě jedné dohody s

úřadem práce 10 a více pracovních míst v chráněné pracovní dílně, může příspěvek na vytvoření jednoho pracovního místa pro osobu se zdravotním postižením činit maximálně desetinásobek a pro osobu s těžším zdravotním postižením maximálně čtrnácti-násobek výše uvedené průměrné mzdy. Příspěvek se poskytuje za stejných podmínek jako příspěvek na chráněné pracovní místo. [16]

Příspěvek na podporu zaměstnávání osob se zdravotním postižením

Zaměstnavateli zaměstnávajícímu více než 50% osob se zdravotním postižením z celkového počtu svých zaměstnanců se poskytuje příspěvek na podporu zaměstnávání těchto osob. Příslušným úřadem práce pro poskytování příspěvku je úřad práce, v jehož obvodu má sídlo zaměstnavatel.

Příspěvek náleží zaměstnavateli měsíčně ve výši skutečně vynaložených mzdových nákladů na zaměstnance v pracovním poměru, který je osobou se zdravotním postižením, včetně pojistného na sociální zabezpečení, příspěvku na státní politiku zaměstnanosti, pojistného na veřejné zdravotní pojištění, které za sebe zaměstnavatel odvedl z vyměřovacího základu tohoto zaměstnance, nejvýše však 8 000 Kč. Poskytuje se zpětně čtvrtletně na základě písemné žádosti zaměstnavatele, která musí být úřadu práce doručena nejpozději do konce kalendářního měsíce následujícího po uplynutí příslušného kalendářního čtvrtletí. Příspěvek se poskytuje za podmínky, že k poslednímu dni příslušného kalendářního čtvrtletí zaměstnavatel nemá v evidenci daní zachyceny daňové nedoplatky. [16]

3.2.2 Náhradní plnění

Od 1.1.2002 je povinností zaměstnavatele s více než 25 zaměstnanci zaměstnávat osoby se zdravotním postižením (dále jen ZP) ve výši povinného podílu. Počítá se z celkového počtu zaměstnanců organizace, ne tedy na jednotlivých pracovištích.

Výše povinného podílu je stanovena od 1.1.2002 na 4% zaměstnanců se ZP z celkového počtu zaměstnanců.

Pro výpočet povinného podílu je rozhodující průměrný roční přepočtený počet zaměstnanců ve sledovaném roce. Podrobná metodika, určující doby započítávané a nezapočítávané, resp. výpočet celkového ročního fondu pracovní doby je upravena vyhláškou 518/2004Sb.

Zákon dává podle § 81 zaměstnavateli tři možnosti plnění povinného podílu, které jsou navzájem rovnocenné:

- přímým zaměstnáváním osoby se ZP s tím, že osoba se ZP s TZP se započítává 3x (statut osoby se ZP je dán rozhodnutím ČSSZ, nelze zaměňovat s průkazkami ZTP vydanými pro jiné účely),
- odebráním výrobků nebo služeb (event. zadáním výrobního programu)
 - od zaměstnavatelů s více než 50% zaměstnanců se ZP,
 - od chráněných dílen občanských sdružení a charit (státem registrovaných církví nebo církevních právnických osob nebo obecně prospěšných společností s více než 60% zaměstnanců se ZP,
 - od osob samostatně výdělečně činných, které jsou osobami se ZP a nezaměstnávají další osoby. Počet osob, které si takto zaměstnavatel započte do plnění povinného podílu se rovná podílu objemu tržeb za odebrané (a zaplacené) výrobky či služby ve sledovaném roce a hodnoty 7 - násobku průměrné měsíční mzdy za 1.- 3.čtvrtletí sledovaného roku,
- odvodem do státního rozpočtu ve výši 2,5 násobku průměrné měsíční mzdy.

[11]

3.2.3 Národní plán pro vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2010-2014

Česká republika se v posledních dvou desetiletích zařadila mezi státy, které si uvědomují zvýšenou zodpovědnost za odstraňování bariér bránících občanům se zdravotním postižením v plnohodnotné účasti ve společnosti. Systematicky usilovala o

postupné řešení jednotlivých dílčích oblastí, které se bezprostředně zdravotně postižených dotýkají, s cílem zlepšit podmínky i kvalitu jejich života.

Za tímto účelem byly v uplynulém období postupně vypracovány a vládou schváleny a realizovány již čtyři Národní plány, které formulovaly politiku státu ve vztahu ke zdravotně postiženým občanům a byla pro dané období vytipována jako důležitá a prioritní. Plnění Národních plánů každoročně kontrolovala vláda a v případě potřeby prováděla jejich změny.

Prvním vládním dokumentem byl Národní plán pomoci zdravotně postiženým občanům z roku 1993. Na tento dokument navázal Národní plán opatření pro snížení negativních důsledků zdravotního postižení, který byl přijat roku 1993. Třetím v pořadí byl Národní plán vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením, který byl přijat v roce 1998. Posledním doposud realizovaným je Národní plán podpory a integrace občanů se zdravotním postižením na období 2006-2009.

Je možno konstatovat, že naplňováním Národních plánů prokazatelně došlo ke zlepšení přístupu státu k občanům se zdravotním postižením, což se pozitivně promítlo v řadě oblastí, které jsou k zajištění podmínek pro kvalitní život této skupiny osob důležité a napomáhají jejich integraci do společnosti.

Přínosné je také to, že na přípravě Národních plánů se vždy aktivně podíleli i zdravotně postižení a konečné znění opatření bylo kompromisem mezi touto skupinou a příslušným orgánem státní správy.

Za nejvýznamnější pozitivní změny v poslední, období je možno považovat zejména:

- přijetí zákona o sociálních službách, na jehož základě byla zahájena reforma sociálních služeb,
- v oblasti vzdělávání žáků a studentů se zdravotním postižením byl školským zákonem kladen větší důraz na rovný přístup a nediskriminaci těchto osob,
- postupné zpřísnování jednotlivých druhů veřejné dopravy, na základě které roste počet bezbariérově přístupných stanic, zastávek i dopravních prostředků,

- zlepšení přístupu k informačním systémům pro osoby se zdravotním postižením zakotvila novela zákona o informačních zákonech veřejné správy,
- v oblasti přístupu ke kulturnímu dědictví postupně přibývá muzeí a galerií, které jsou bezbariérově přístupné i těžce postiženým. Zlepšila se i dostupnost veřejných knihovnických a informačních služeb pro tyto osoby. [4]

Většina opatření obsažená v doposud realizovaných Národních plánech byla splněna, avšak zůstává řada otevřených a nedořešených otázek jako jsou například:

- přetrvávající nepříznivá situace v zaměstnávání osob se zdravotním postižením.
- systematické pokračování v odstraňování bariér u veřejných budov i dopravních staveb, které byly postaveny ještě před účinností stavebního zákona, který bezbariérovou výstavbu uložil.
- důsledně uplatňovat princip inkluzivního vzdělávání pro žáky a studenty se zdravotním postižením.
- zachování specifických dotačních programů pro organizace občanů se zdravotním postižením, jejichž cílem je zabezpečení veřejně účelných i vzájemně prospěšných aktivit pro tyto osoby. [4]

V září 2009 ratifikovala Česká republika Úmluvu o právech osob se zdravotním postižením (dále jen Úmluva), která ovlivnila přípravu Národního plánu vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2010-2014 (dále jen Národní plán). Úmluva byla schválena Valnou hromadou Organizace spojených národů v roce 2006. Klade na důsledné dodržování a naplňování již existující lidských práv a svobod vztahujících se k osobám se zdravotním postižením.

Národní plán je rozdělen do 18 kapitol v návaznosti na jednotlivé články Úmluvy. Každá kapitola obsahuje citaci příslušného článku Úmluvy, popis stávajícího stavu a cílů, které mají být dosaženy a dále termínovaná a průběžná opatření včetně resortu, který je za jejich plnění odpovědný. Jednotlivé kapitoly viz Příloha č.1 [4]

3.3 Akceptace zdravotního postižení a rehabilitace

3.3.1 Akceptace vady a vyrovnávání se se změnami způsobu života

Reakce na zdravotní postižení a změnu stavu je celoživotním procesem. *„Dosažení akceptace představuje v rehabilitaci stěžejní proměnu na které je do značné míry závislý další rozvoj osobnosti, integrace a inkluze osob se zdravotním postižením.“* (Růžičková, 2005).

Proces akceptace vady probíhá ve většině případů některým z typických průběhů. Základním kritériem je doba vzniku postižení, okolnosti a časový průběh, ze kterých k postižení došlo.

V procesu akceptace defektu osob s vrozeným postižením hovoří psychologie o kritických obdobích vývoje osobnosti, ve kterých dochází k postupnému uvědomování rozsahu postižení do různých oblastí života. Např: vztahy, vzdělání, socializace, pracovní uplatnění, založení rodiny, apod.. Průběh akceptace vady u osob se získanou vadou je individuální záležitostí s dominantní psychickou zátěží během fáze počátečního šoku a fáze znovuzískání perspektivy budoucnosti. Důležitým faktorem optimálního průběhu akceptace je míra přijetí vady a jejích důsledků sociálním okolím osoby. [5]

3.3.2 Rehabilitace

Dříve byl pojem rehabilitace chápán pouze jako náprava poškozené funkce. V současnosti má však širší význam. Od původního pojetí se liší celým spektrem cílů od minimálního (prevence dalšího zhoršování) k maximálnímu (návrat k původním kvalitám života).

„Podle nové koncepce rehabilitace v ČR je tato rehabilitace označována jako vzájemně provázaný a koordinovaný celospolečenský systém. Jde o včasné, plynulé a koordinované úsilí o co nejrychlejší zapojení občanů se zdravotním postižením do všech obvyklých aktivit a společenského života a získání co největší možné

nezávislosti.“ (Růžičková, 2005). Cílem této koncepce je druhotná prevence následků onemocnění, úrazů a vrozených vad. V rámci politiky procesu rehabilitace máme několik základních forem: zdravotně rehabilitační služby, poradenství, vzdělávání, sociální služby, pracovní uplatnění apod.

Nová koncepce rehabilitace spojuje léčebné, výchovné aspekty a stává se tak nejpodstatnějším prostředkem integrace a emancipace osoby s postižením. V celospolečenském rozměru napomáhá nabytí pozitivní společenský statut.

Základní složky rehabilitace (dle Jesenského, 1995):

- rehabilitace léčebná,
- rehabilitace pracovní,
- rehabilitace sociální,
- rehabilitace pedagogická

V procesu rehabilitace se všechny složky prolínají a působí promyšleně.

Léčebná rehabilitace

Je zajišťována zdravotnickými prostředky ve zdravotnických zařízeních a jejím cílem je provádět doléčování, jinými slovy odstraňovat následky nemoci či úrazu.

Usiluje primárně o odstranění defektu nebo poruchy funkcí, využívá hlavně léčebných, psychologických částečně i pedagogických prostředků. Převládající formou je individuální působení na jedince. [5]

Sociální rehabilitace

Je to proces, při kterém postižená osoba dosahuje maximální možné samostatnosti a soběstačnosti za účelem dosažení nejvyššího stupně sociálního začlenění.

V ČR se sociální rehabilitace rozvíjí především prostřednictvím nestátních organizací (např. obecně prospěšných organizací nebo občanských sdružení).

Mezi její cíle patří zajištění ekonomických jistot, vytváření předpokladů pro samostatný život, trvalá možnost sdružování a získávání informací a vytváření předpokladů pro rozvoj osobnosti.

SR navazuje na léčebnou rehabilitaci a mnohdy jí i prolíná. Usiluje o rozvoj schopností, prevenci vzniku nebo odstranění postižení pro společenské a kulturní začlenění. Dále vytváří předpoklady k samostatnosti a integraci na základě rozvoje specifických vědomostí a dovedností. Důležitým úkolem SR je také vytváření dispozic k navazování partnerských vztahů a zakládání rodiny. Služby se poskytují třemi formami: ambulantní, terénní a pobytové. [5]

Pedagogická rehabilitace

Využívá především prostředků speciálně pedagogických a psychologických a uplatňuje se v procesu ostatních složek rehabilitace a výchovy vzdělání. PeR je určena osobám, které nemohou dosáhnout odpovídajícího vzdělání běžnými pedagogickými prostředky. Cílem je dosažení maximálního možného stupně vzdělání a optimální kvalifikace.

Pedagogická rehabilitace je promyšleným edukačním působením na osoby se zdravotním postižením. U osob s vrozeným postižením se PeR uplatňuje zejména prostřednictvím podpory při integrovaném způsobu vzdělávání, získání co největší kvalifikace a dalších pracovních schopností a návyků, které zvyšují možnost uplatnění na trhu práce. U osob se získaným postižením představuje proces, ve kterém se usiluje o návrat k původnímu cílevědomému rozvoji osobnosti. PeR se uplatňuje na speciálních poradenských pracovištích, ve speciálních školách, v neziskových organizacích rehabilitačního charakteru a v rodině. [5]

Pracovní rehabilitace

„Pracovní rehabilitaci chápeme jako soustavnou péči poskytovanou občanům se změněnou pracovní schopností, která směřuje k uschopnění vykonávat dosavadní nebo jiné vhodné zaměstnání.“ (Růžičková, 2005).

Pracovní uplatnění představuje, zvláště pro osoby v produktivním věku, nejen zdroj obživy, ale i významný nástroj integrace a podpory pozitivního prožívání vlastní identity a sebevědomí.

Cílem PR je pomoci při hledání vhodného pracovního uplatnění a zařazení osoby se zdravotním postižením do pracovního procesu. Úkolem PR je obnovení pracovního potenciálu do takové míry, aby bylo pracovní uplatnění možné. V současné době mohou být uplatňovány tři formy pracovního uplatnění osob se zdravotním postižením:

- Integrované uplatnění na trhu práce
- Uplatnění na chráněných pracovištích
- Alternativní zaměstnávání (práce na dálku, samostatné podnikání)

Proces pracovní rehabilitace zahrnuje: poradenskou činnost zaměřenou na volbu povolání, zaměstnávání nebo jiné výdělečné činnosti, vstupní funkční diagnostiku, analýzu vhodného pracovního uplatnění, vyhledání konkrétního pracovního místa, volbu vhodných edukačních a rekvalifikačních programů, vytvoření vhodných technicko – informačních podmínek a uvedení na konkrétní pracoviště. [5]

3.4 Integrace zdravotně postižených do společnosti

K 1.1.2007 žilo v České republice dle Českého statistického úřadu 1 015 546 občanů se zdravotním postižením.

Nejllepší cesta je poskytnout zdravotně handicapovaným příležitost vést pokud možno samostatný život bez závislosti na jiných. To znamená poskytnout jim takové individuální zdroje a sociální služby, které umožňují přístup ke stejným sociálním, politickým a kulturním příležitostem jako občanům nepostiženým.

Prostředky k tomu jsou sociální rehabilitace, enkulturace, speciální výchova a vzdělávání, psychologické působení a pracovní uplatnění. Integrace některých skupin postižení výrazně podporují rehabilitační, kompenzační a reedukční pomůcky a také odstraňování technických, organizačních a jiných bariér.

Integrace je dynamický, postupně se rozvíjející pedagogický jev, který zahrnuje školní i mimoškolní integraci, působení rodiny, integrační působení osvětových, kulturních a dalších institucí a zařízení i každé pedagogické ovlivnění člověka.

V procesu integrace zdravotně postižených spoluobčanů do společnosti se musíme především zaměřit na podchycení a rozvíjení uchovaných schopností a jejich rozvoj a ne poukazovat na vzniklý handicap.

Je nutné odstranit bariéry, které jim v uplatnění jejich schopností brání. Tyto bariéry jsou nejen fyzické, ale i psychické. Psychické bariéry jsou na obou stranách, u osob zdravých i postižených. Zdraví mnohdy nevědí, jak s postiženými osobami jednat a postižení se mnohdy stydí nebo nechtějí být na obtíž. Fyzické bariéry jim situaci ještě ztěžují. [9]

Základním aktivním článkem v řetězu socializace či integrace zdravotně handicapovaných dětí je rodina. Je dobře, když rodiče nedají postižené dítě do ústavní péče. V takovém případě se ovšem projevuje u rodin izolovanost a značné nároky na psychiku. Nezanedbatelná je také finanční stránka problému.

Právo na vzdělání a informace je základní právní prvek demokratické společnosti. Škola a rodina mají nejvýznamnější vliv na vývoj a rozvoj všech složek osobnosti dítěte. Cílem by mělo být zařazení co nejvíce postižených dětí mezi zdravé vrstevníky. Došlo by tím k zamezení i vzniku psychických bariér mezi postiženými a nepostiženými jedinci. K tomu je ovšem třeba odborně vyškolený pedagogický sbor, patřičné stavební úpravy budov a rovněž potřebné studijní pomůcky. Naopak, je-li zdravotní postižení natolik závažné, že neumožňuje zařazení do běžných škol, je na místě zřizování speciálních škol, stacionářů apod. V těchto zařízeních však nesmí být

postižení jedinci izolováni. Důležité je pro postižené osoby středoškolské a vysokoškolské vzdělávání jako příprava na budoucí povolání a uplatnění ve společnosti.

Základem integračního procesu jsou ovšem patřičné komunikativní kompetence, které u nepostižených osob přesahují rámec běžné komunikativní kompetence v mateřském jazyce.

Způsob komunikace a jiné další aktivity postižených osob značně usnadňuje rozvoj informačních technologií. Počítače a informační sítě slouží ke komunikaci, vzdělávání i zapojení do pracovního procesu. Uživatelé počítačů by se však neměli izolovat od přímé mezilidské komunikace.

Nesmíme rovněž zapomínat, že i lidé postižení mají i svou citovou stránku a sexuální potřeby jako občané nepostižení. Pokud je to možné, je potřeba jim odborně pomoci při volbě partnera a založení rodiny, neboť plnohodnotné a společensky i osobně pozitivní fungování rodiny je pro mnohé handicapované občany reálnou životní perspektivou. [9]

3.5 Přehled dávek sociální péče pro osoby se zdravotním postižením

Podmínky, za kterých se poskytují dávky sociální péče pro osoby se zdravotním postižením, jsou upraveny ve vyhlášce Ministerstva práce a sociálních věcí ČR č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon o působnosti orgánů ČR v sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „vyhláška č. 182/1991 Sb.“). [10]

Dávky sociální péče jsou poskytovány:

- osobám s trvalým pobytem na území ČR
- osobám, na které se vztahuje přímo použitelný předpis Evropských společenství (tj. migrujícím pracovníkům členských států EU a jejich rodinným příslušníkům)

- občanům členského státu EU a jejich rodinným příslušníkům, kteří jsou hlášeni na území ČR déle než tři měsíce.

Výčet dávek:

- jednorázové příspěvky na opatření zvláštních pomůcek
- příspěvek na úpravu bytu
- příspěvek na zakoupení motorového vozidla
- příspěvek na celkovou opravu motorového vozidla
- příspěvek na zvláštní úpravu motorového vozidla
- příspěvek na provoz motorového vozidla
- příspěvek na individuální dopravu
- příspěvek na úhradu za užívání bezbariérového bytu
- příspěvek na úhradu za užívání garáže
- příspěvek úplně nebo prakticky nevidomým občanům.
- Vedle dávek sociální péče se poskytují rovněž:
- mimořádné výhody (průkazy TP, ZTP a ZTP/P)
- bezúročné půjčky.

(Pozn.: Závazky pro přidělení dávek sociální péče jsou uvedeny v Příloze č.2) [10]

Jednorázové příspěvky na opatření zvláštních pomůcek (§ 33)

Jednorázová, nenároková dávka sociální péče, kterou poskytuje: obecní úřad obcí s rozšířenou působností občanům těžce zdravotně postiženým, může být poskytnut peněžitý příspěvek na opatření pomůcky, kterou potřebují k odstranění, zmírnění nebo překonání následků svých postižení. Příspěvek se neposkytuje, pokud potřebnou pomůcku propůjčuje nebo plně hradí příslušná zdravotní pojišťovna. Příspěvek lze poskytnout na opatření zvláštních pomůcek uvedených v Příloze č. 4.

Výše dávky: Příspěvek na opatření zvláštních pomůcek se poskytuje ve výši, která umožňuje opatření pomůcky v základním provedení (takové provedení, které občanu plně vyhovuje a splňuje podmínky nejmenší ekonomické náročnosti).

Maximální výši příspěvku určuje i příloha č. 4. Na úhradu nákladů spojených se zácvikem pro používání pomůcek uvedených v příloze č. 4 lze poskytnout příspěvek v plné výši prokázaných nákladů. Úplně nebo prakticky nevidomým občanům lze hradit výdaje spojené s výcvikem a odevzdáním vodícího psa, a to až do výše obvyklých nákladů. [10]

Příspěvek na úpravu bytu (§ 34)

Jednorázová, nároková dávka sociální péče, kterou poskytuje obecní úřad obce s rozšířenou působností občanům s těžkými vadami nosného nebo pohybového ústrojí omezujícími ve značném rozsahu jejich pohyblivost (příloha č. 5)

- občanům úplně nebo prakticky nevidomým
- rodičům nezaopatřeného dítěte (dítě je starší 3 let a má těžkou vadu nosného nebo pohybového ústrojí nebo je úplně nebo prakticky nevidomé)
- neslyšícím občanům nebo rodičům neslyšícího nezaopatřeného dítěte (pouze pro úpravu – instalace potřebné zvukové nebo světelné signalizace) na byt, který užívají k trvalému bydlení.

Úprava bytu: Za úpravy bytu se považuje zejména (jde o příklady úprav)

- úprava přístupu do domu, garáže, k výtahu včetně schodů, k oknům a na balkón,
- úprava povrchu podlahy, ovládacích prvků domovní a bytové elektroinstalace, kuchyňské linky, popřípadě dalšího nábytku,
- rozšíření a úprava dveří,
- odstranění prahů,
- přizpůsobení koupelny a záchodu včetně vybavení vhodným sanitárním zařízeními a lehce ovladatelnými bateriemi,
- instalace potřebné zvukové nebo světelné signalizace,
- zavedení vhodného vytápění,
- vybudování telefonního vedení,

- stavební úpravy spojené s instalací výtahu.

Rozsah úprav se posoudí se zřetelem na závažnost a druh zdravotního postižení občana.

Výše dávky: Výše příspěvku na úpravu bytu se určí se zřetelem na příjmy a majetkové poměry občana a jeho rodiny, a to až do výše 70 % prokázaných nákladů účtovaných fyzickými nebo právnickými osobami za materiál a práce spojené s nezbytnými výdaji, včetně projektových prací, nejvýše 50 000 Kč nebo 100 000 Kč u příspěvku na stavební úpravy spojené s instalací výtahu, který je poskytován z toho důvodu, že nelze použít šikmou schodišťovou plošinu. [10]

Příspěvek na zakoupení motorového vozidla a příspěvek na celkovou opravu motorového vozidla (§ 35)

Jednorázová, obligatorní dávka sociální péče, kterou poskytuje obecní úřad obce s rozšířenou působností občanu s těžkou vadou nosného nebo pohybového ústrojí, která je uvedena v příloze č. 5, který motorové vozidlo bude používat pro svou dopravu a který není umístěn k celoročnímu pobytu v ústavu sociální péče, popřípadě ve zdravotnickém nebo obdobném zařízení a je odkázán na individuální dopravu. Dále rodiči nezaopatřeného dítěte, jde-li o dítě starší tří let a s těžkou vadou nosného nebo pohybového ústrojí (příloha č.5) nebo je úplně nebo prakticky nevidomé nebo mentálně postižené a jeho mentální postižení odůvodňuje přiznání mimořádných výhod pro těžce zdravotně postižené občany III. stupně. Podmínkou je, že rodič bude motorové vozidlo používat pro dopravu tohoto dítěte. Pokud je dítě umístěno k celoročnímu pobytu v ústavu sociální péče, popřípadě ve zdravotnickém nebo obdobném zařízení, je podmínkou pro poskytnutí příspěvku, že rodič dítě pravidelně navštěvuje. Příspěvek může být poskytnut jen jednomu z rodičů. Příspěvek se poskytuje na období pěti let.

Výše dávky: Výše příspěvku na zakoupení motorového vozidla činí nejvýše 100 000 Kč, výše příspěvku na celkovou opravu motorového vozidla činí nejvýše

60 000 Kč. Výše příspěvků se určí zejména s ohledem na majetkové poměry žadatele a osob považovaných podle zákona o důchodovém pojištění za osoby jemu blízké, které s ním žijí v domácnosti.

Součet příspěvků nesmí v období deseti let po sobě jdoucích přesáhnout částku 200 000 Kč. Od vyplacených částek se při určování součtu odečítají částky, které žadatel vrátil v uvedeném období. [10]

Příspěvek na zvláštní úpravu motorového vozidla (§ 35)

Jednorázová, obligatorní dávka sociální péče, kterou poskytuje: obecní úřad obce s rozšířenou působností občanu s těžkou vadou nosného nebo pohybového ústrojí, která je uvedena v příloze č. 5. Podmínkou pro poskytnutí tohoto příspěvku je, že žadatel sám řídí motorové vozidlo a pro své trvalé zdravotní postižení zvláštní úpravu motorového vozidla nezbytně potřebuje.

Výše dávky: Příspěvek se poskytne v plné výši ceny takovéto úpravy. Výjimkou je situace, kdy by součet vyplacených příspěvků na zakoupení, celkovou opravu a zvláštní úpravu motorového vozidla v posledních 10 letech přesáhl částku 200 000 Kč. [10]

Příspěvek na provoz motorového vozidla (§ 36)

Jednorázová, nároková dávka sociální péče, kterou poskytuje obecní úřad obce s rozšířenou působností občanu, který je vlastníkem nebo provozovatelem motorového vozidla, jehož zdravotní postižení odůvodňuje přiznání mimořádných výhod pro těžce zdravotně postižené občany II. nebo III. stupně, s výjimkou postižených úplnou nebo praktickou hluchotou, a který bude používat toto motorové vozidlo pro svou pravidelnou dopravu, který toto motorové vozidlo bude používat pro pravidelnou dopravu manžela (manželky), dítěte nebo jiné blízké osoby, jejichž zdravotní postižení odůvodňuje přiznání mimořádných výhod pro těžce zdravotně postižené občany II. stupně, s výjimkou postižených úplnou nebo praktickou hluchotou, nebo III. stupně,

nebo který je rodičem nezaopatřeného dítěte, které je léčeno na klinice fakultní nemocnice pro onemocnění zhoubným nádorem nebo hemoblastosou.

Výše dávků: Dávka se poskytuje na období kalendářního roku. Výše příspěvku činí pro občany, jejichž zdravotní postižení odůvodňuje přiznání mimořádných výhod pro těžce zdravotně postižené občany III. stupně. Pro občany, jejichž zdravotní postižení odůvodňuje přiznání mimořádných výhod pro těžce zdravotně postižené občany II. stupně, 2 300 Kč u jednostopého vozidla a 6 000 Kč u ostatních vozidel. Pokud občan splňuje podmínky pro poskytování více příspěvků, snižuje se výše druhého a každého dalšího příspěvku o 420 Kč u jednostopého vozidla a o 2 124 Kč u ostatních vozidel. Jsou-li splněny podmínky pro přiznání příspěvku na provoz motorového vozidla až v průběhu kalendářního roku, výše tohoto příspěvku činí poměrnou část z uvedených částek.

Na rok 2010 činí výše příspěvku na provoz motorového vozidla pro občany, jejichž zdravotní postižení odůvodňuje přiznání mimořádných výhod pro těžce zdravotně postižené občany III. stupně, 3 360 Kč u jednostopého vozidla a 7 920 Kč u ostatních vozidel a pro občany, jejichž zdravotní postižení odůvodňuje přiznání mimořádných výhod pro těžce zdravotně postižené občany II. stupně, 1 150 Kč u jednostopého vozidla a 3 000 Kč u ostatních vozidel. Výše uvedeným občanům se příspěvek na provoz motorového vozidla vyplaceného na rok 2010 zvýší, jestliže v roce 2010 ujedou ze závažných důvodů více než 7 000 km. [10]

Příspěvek na individuální dopravu (§ 37)

Jednorázová, nároková dávka sociální péče, kterou poskytuje: obecní úřad obce s rozšířenou působností občanu s těžkou vadou nosného nebo pohybového ústrojí (příloha č. 5), občanu úplně nebo prakticky nevidomému nebo rodiči nezaopatřeného dítěte, které je léčeno na klinice fakultní nemocnice pro onemocnění zhoubným nádorem nebo hemoblastosou.

Výše dávky: Dávka se poskytuje na období kalendářního roku a činí 6 500 Kč. Jsou-li splněny podmínky pro přiznání příspěvku až v průběhu kalendářního roku, výše příspěvku činí poměrnou část z výše uvedené částky. [10]

Příspěvek na úhradu za užívání bezbariérového bytu (§ 45)

Opakující se, obligatorní dávka sociální péče, kterou se poskytuje pověřený obecní úřad občanům s těžkými vadami nosného nebo pohybového ústrojí (příloha č. 5), občanům úplně nebo prakticky nevidomým, pokud tito občané užívají bezbariérový byt.

Výše dávky: Činí 400 Kč měsíčně. [10]

Příspěvek na úhradu za užívání garáže (§ 45)

Opakující se, nenároková dávka sociální péče, kterou poskytuje pověřený obecní úřad občanům s těžkými vadami nosného nebo pohybového ústrojí (příloha č. 5), občanům úplně nebo prakticky nevidomým, pokud tito občané užívají bezbariérový byt.

Výše dávky: Činí až 200 Kč měsíčně. [10]

Příspěvek úplně nebo prakticky nevidomým občanům (§ 46)

Opakující se, nenároková dávka sociální péče, kterou poskytuje pověřený obecní úřad úplně nebo prakticky nevidomému vlastníku vodícího psa. Dávka je určena na krmivo pro tohoto psa.

Výše dávky: Činí 800 Kč měsíčně. [10]

Mimořádné výhody pro těžce zdravotně postižené občany

Poskytuje obecní úřad obce s rozšířenou působností občanům starším jednoho roku s těžkým zdravotním postižením (uvedeným v příloze č. 2), které podstatně omezuje jejich pohybovou nebo orientační schopnost, se podle druhu a stupně

postižení poskytují mimořádné výhody I. (průkaz TP), II. (průkaz ZTP) nebo III. stupně (průkaz ZTP/P). Některé výhody, které vyplývají z přiznání průkazů TP, ZTP a ZTP/P jsou uvedeny v příloze č. 3. [10]

Bezúročné půjčky

Poskytuje obecní úřad obce s rozšířenou působností. Bezúročná půjčka může být poskytnuta občanům, kteří splňují podmínky pro přiznání příspěvku na zakoupení motorového vozidla.

Výše půjčky je až 40 000 Kč. Půjčku je nezbytné splatit nejpozději do 5 let. Úřad uzavře s občanem písemnou smlouvu obsahující ujednání o lhůtách splatnosti a výši splátek. Poskytnutí půjčky není nárokové, jde o nenárokovou formu pomoci. [10]

4 Klasifikace jednotlivých handicapů

4.1 Tělesné postižení

II. třída

- *vadné držení těla* - Příčiny vzniku již v dětství, kdy se vlivem nesprávného zatížení pohybového aparátu rozvíjí svalová nerovnováha, která vede k vadnému držení těla (funkční poruchu pohybového systému projevující se změnami ve tvaru reliéfu těla, které lze, na rozdíl od skutečných deformit či ortopedických vad, volným úsilím vyrovnat). [13]

III. třída

- *dysmelie* - porucha zárodečného embryonálního vývoje končetin
- *vrozené rozštěpy páteře* - Spina bifida (rozštěp páteře) je jednou z nejrozšířenějších vrozených vad. Vzniká v prvních 25 dnech těhotenství. Je to vada páteře, při které se jeden nebo více obratlů neuzavřou normálně a vznikne v nich mezera. V důsledku toho je dítě do jisté míry ochrnuté a mnoho dětí i dospělých má problémy s inkontinencí.
- *ortopedické vady páteře*
- *amputace a deformace končetiny*
- *degenerativní onemocnění svalstva* – (dystrofie) genetické onemocnění, při kterém dochází k ochabování svalstva
- *stavy po úrazech pohybového ústrojí s trvalými následky*
- *dětská mozková obrna* – (DMO, Infantilní Cerebrální Paréza) je zastřešující pojem pro označení skupiny chronických onemocnění charakterizovaných poruchou centrální kontroly hybnosti, která se objevuje v několika prvních letech života a která se zpravidla v dalším průběhu nezhoršuje. Příčinou špatné kontroly hybnosti a vadného držení trupu a končetin je porucha vývoje nebo poškození motorických oblastí mozku.[13]

IV. třída

- akutně nemocní jedinci

4.2 Zrakové postižení

Zrakový orgán je složen ze tří částí:

1. receptor (zevní oko)
2. dráha spojující oko s centrem - oční nerv
3. zrakové centrum v mozku.

V každé z těchto částí může dojít k poškození (oční choroba, vada, poškození) s charakteristickými následky pro vidění. Viděním rozumíme schopnost zrakově vnímat, rozlišovat a představovat si prostředí. Rozlišujeme vidění centrální, kterým vnímáme detaily a barvy a vidění periferní, které umožňuje vnímat prostor a orientovat se v něm. Vidění je velice složitý proces, na němž se kromě oka a nervových drah významnou měrou podílí mozek, který veškeré signály zpracovává ve výsledný zrakový vjem.

Osoby se zrakovým postižením jsou lidé s různými druhy a stupni snížených zrakových schopností. Úžeji se tímto termínem rozumí ti, u nichž poškození zraku nějak ovlivňuje činnosti v běžném životě a u nichž běžná optická korekce nepostačuje. Abychom zdůraznili tento rozdíl, mluvíme někdy o těžce zrakově postižených.

Skupinu těžce zrakově postižených můžeme dále dělit na nevidomé a slabozraké. Při očním vyšetření se zkoumá zraková ostrost vyjádřená tzv. vizem udávaným zpravidla ve zlomku, kde první číslo znamená vzdálenost v metrech, ze které dotyčný čte a druhé číslo pak vzdálenost, ze které čte tu samou velikost písmene člověk s nepostiženým zrakem. (Vizus zdravého oka je tedy např.: 6/6). Vyšetření zrakové ostrosti do dálky se provádí nejčastěji na Snellenových optotypech, což jsou tabulky s řadami postupně se zmenšujících znaků. Dalším zkoumaným parametrem je velikost zorného pole. Toto pole může být v důsledku zrakové vady zúženo, omezeno nebo v něm může docházet k lokálním výpadkům - tzv. skotomům.

Podle výsledků oftalmologického vyšetření je možno zrakově postiženého člověka zařadit do některé z 5 kategorií zrakového postižení:

- kategorie 1: střední slabozrakost
- kategorie 2: silná slabozrakost

- kategorie 3: těžce slabý zrak
- kategorie 4: praktická nevidomost
- kategorie 5: úplná nevidomost [14]

4.3 Sluchové postižení

Sluchové poruchy mohou být výsledkem organické a fyziologické malfunkce v kterékoli části sluchového analyzátoru, sluchové dráhy a sluchových korových center, nebo z funkcionálně-percepčních poruch.

Konduktivní sluchové ztráty mají příčinu ve funkční poruše zvukovodu, ušního bubínku nebo středního ucha. Ve většině případů schopnost slyšet může být téměř plně obnovena léčbou, chirurgickými zákroky nebo sluchadly.

Senzorineurální kochleární ztráta sluchu je často spojena s úplnou ztrátou funkcí smyslových buněk (sluchové buňky) ve vnitřním uchu (kochlea). Postižení sluchu u dětí v 98% případů reprezentuje zničená kochlea. Senzorineurální sluchové ztráty nejsou principiálně léčitelné léky. Sluchové pomůcky a kochleární implantáty mohou umožnit dobré slyšení za jistých podmínek.

Retrokochleární sluchová ztráta je způsobená postižením sluchového nervu nebo v centrální části sluchového systému, včetně centrální zvukové dráhy, subkortikálních a kortikálních sluchových center. Postižení tohoto původu jsou relativně vzácné. Léčba sluchových ztrát tohoto původu je dosud v počátcích.

Je nezbytné rozlišovat mezi poruchami sluchu fyziologického původu a funkčním postižením sluchového zpracování informací v centrálním sluchovém systému.

Porucha sluchu může být dědičná nebo získaná a může vzniknout v každém věku. Termín "postlingvální sluchové postižení" zahrnuje všechny ty jedince, u kterých došlo k náhlé nebo postupně vznikající sluchové ztrátě po dokončení vývoje řeči. Tato definice zahrnuje sluchové ztráty jak u seniorů tak i u mladých dospělých u kterých, v

důsledku nemoci nebo dalších traumat došlo k narušení schopnosti slyšet. Termín "perilingvální sluchové ztráty" zahrnuje všechny ty případy, u nichž došlo ke sluchovým ztrátám v období dětství do věku 14 let. Tato kategorie patří mezi jasně ohraničené skupiny s postlingválními a prelingválními sluchovými ztrátami. Jejich psycho-sociální, emoční, poznávací a komunikativní vývoj je proto extrémně obtížné hodnotit. Termín "prelingvální sluchové ztráty" zahrnují osoby, u kterých došlo ke sluchovým ztrátám perinatálně nebo před zahájením vývoje řeči v prvních měsících života. [12]

5 Analýza výsledků šetření

5.1 Analýzy časových řad ukazatelů souvisejících se zaměstnáváním osob se zdravotním postižením

V České republice žije přibližně 10% osob se zdravotním postižením (dále jen OZP). Zaměstnaných jich je však bohužel jen zlomek. Dle článku (*10.3.2011- příloha zaměstnání, MF DNES*), z milionu postižených pracuje necelých 16%. Důvodem, proč jich pracuje tak málo, je prý strach zaměstnavatelů, že s nimi budou mít více práce a také obavy handicapovaných, že přijdou o sociální dávky, když budou zaměstnaní. To je podle ředitelky Nadačního fondu pro podporu zaměstnávání osob se zdravotním postižením Jany Potměšilové nesmysl.

5.1.1 Ekonomická aktivita osob se zdravotním postižením

V této kapitole jsou použita data z Českého statistického úřadu z šetření zaměstnanosti a nezaměstnanosti v ČR. Z následující tabulky č. 1 je vypočítán průměrný absolutní přírůstek a průměrný koeficient růstu sledovaného období.

Tabulka č. 1: Osoby se zdravotním postižením (starší 15ti let) podle ekonomické aktivity (v tis. obyvatel)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
zaměstnaní	93,9	87,2	99,3	102,8	111,6	105,2	116,8
nezaměstnaní	39,9	35,1	38,2	34,2	28,5	36,5	34,6
ek. neaktivní	370,6	380,7	487	519,6	532,1	515,8	520,7
OZP celkem	504,4	503	624,5	656,6	672,2	657,5	672,1

(Zdroj: ČSÚ)

Výpočty z tabulky č. 1: pro OZP celkem

Průměrný absolutní přírůstek: 27,95 tis. obyvatel.

Průměrný koeficient růstu za celé období: 1,0490

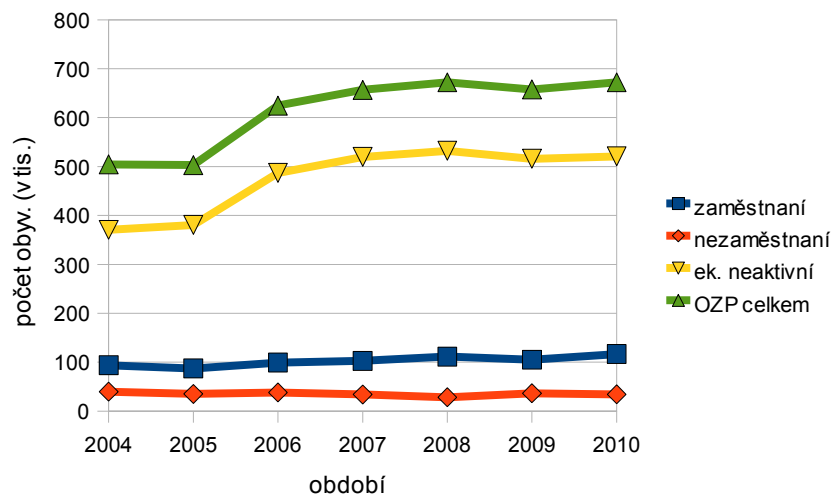
Počet osob se zdravotním postižením starších 15ti let se v letech 2004 až 2010 zvyšoval průměrně o 27,95tisíc osob ročně. Přírůstek osob se zdravotním postižením se

za celé sledované období zvyšoval průměrně o 4,9%. V období 2004 – 2006 se přírůstek průměrně zvyšoval o 11,27%, v období 2007 – 2010 však pouze o 0,781%.

Z grafu č. 1 lze konstatovat, že počet osob se zdravotním postižením, starších 15ti let, stoupá. Výjimkou byl rok 2009, kdy počet meziročně klesl o 2,19% oproti roku 2008. Největší nárůst byl zaznamenán mezi roky 2005 a 2006, kdy se počet zvýšil o 24,15%. Zaměstnanost zdravotně postižených se do roku 2008 zvyšovala, v roce 2009 klesla zhruba o 6,4 tisíce osob a v roce 2010 stoupla o 11,6 tisíce osob. Nezaměstnanost od roku 2004 do roku 2010 střídavě klesala a stoukala. Na konci roku 2010 byla ve výši 34,6 tisíc obyvatel.

V příloze č. 8 můžete porovnat grafy s počty ekonomických aktivních obyvatel celé populace České republiky a osob se zdravotním postižením. Stejně tak můžete v příloze č. 9 tyto dvě skupiny porovnat z hlediska dosaženého vzdělání. Údaje jsou z roku 2010.

Graf č. 1: Osoby se zdravotním postižením (starší 15ti let) podle ekonomické aktivity



(Zdroj: ČSÚ)

Lineární trendová funkce vývoje počtu osob se zdravotním postižením (starší 15ti let) (2004 – 2010):

trendová funkce: $y'_i = 490,072 + 30,707 t_i$

Vhodnost modelu posoudíme pomocí absolutní procentní chyby M.A.P.E.

M.A.P.E. = 14,06%

Velikost absolutní procentní chyby M.A.P.E. je relativně malá (14,06%), hovoří tedy ve prospěch zvoleného modelu.

Odhad počtu OZP pro rok 2011 je 735,728

Odhad počtu OZP pro rok 2012 je 797,142

5.1.2 Ekonomická aktivita mužů se zdravotním postižením

Z následující tabulky č. 2 je vypočítán průměrný absolutní přírůstek a průměrný koeficient růstu sledovaného období.

Tabulka č. 2: Osoby se zdravotním postižením (starší 15ti let) podle ekonomické aktivity (v tis. obyvatel)

muži	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
zaměstnaní	49,8	45,1	51,6	57	65,2	59,4	62,2
nezaměstnaní	19,8	15,5	18,8	16,5	15,3	18,3	16,7
ek. neaktivní	169,7	172,7	227,1	244,6	248,8	239,8	233,6
OZP celkem	239,3	233,3	297,5	318,1	329,3	317,5	312,5

(Zdroj: ČSÚ)

Výpočty z tabulky č. 2 pro muže se zdravotním postižením.

Průměrný absolutní přírůstek 12,2 tis. obyvatel.

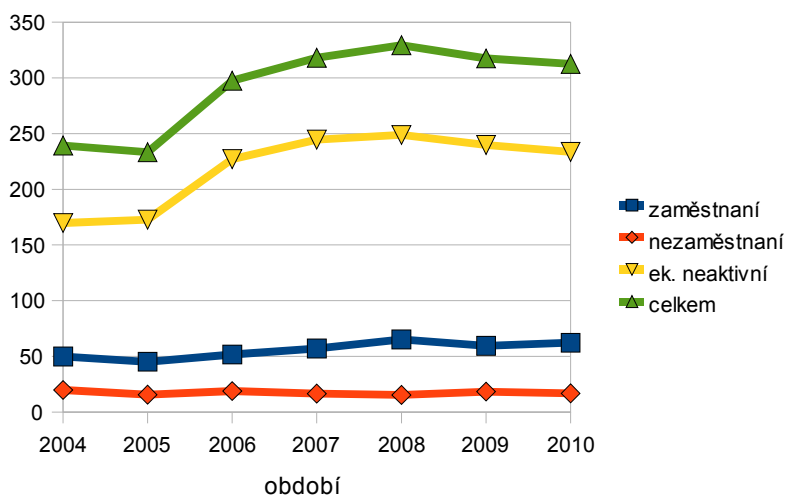
Průměrný koeficient růstu za celé období: 1,04548

Počet mužů se zdravotním postižením, starších 15ti let, se v letech 2004 – 2010 zvyšoval průměrně o 12,2 tisíc osob za rok. Přírůstek osob se průměrně zvyšoval o 4,55% ročně v celém sledovaném období. Na začátku období, v letech 2004 – 2006 se zvyšoval průměrně o 11,5% ročně. Naopak v letech 2007 – 2010 se průměrně snižoval o 0,59% ročně.

Z grafu č. 2 lze konstatovat, že počet mužů se zdravotním postižením do roku 2008 rostl, následně pomalu klesal. Počet zaměstnaných mužů v posledních čtyřech letech kolísal. Množství nezaměstnaných se drží téměř na stejné úrovni a počet

ekonomicky neaktivních nejdříve stoupal a od roku 2008 klesal stejně s celkovým počtem ekonomicky aktivních.

Graf č. 2: Muži se zdravotním postižením (starší 15ti let) podle ekonomické aktivity



(Zdroj: ČSÚ)

5.1.3 Ekonomická aktivita žen se zdravotním postižením

Z tabulky č. 3 je vypočítán průměrný absolutní přírůstek a průměrný koeficient růstu sledovaného období.

Tabulka č. 3: Ženy se zdravotním postižením (starší 15ti let) podle ekonomické aktivity (v tis. obyvatel)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
zaměstnaní	44,1	42,1	47,7	45,9	46,4	45,8	54,6
nezaměstnaní	20,1	19,6	19,4	17,7	13,1	18,2	17,8
ek. neaktivní	200,9	208	259,8	275	283,3	275,9	287,1
<i>celkem</i>	265,1	269,7	326,9	338,6	342,8	339,9	359,5

(Zdroj: ČSÚ)

Výpočty z tabulky č. 3: pro ženy se zdravotním postižením.

Průměrný absolutní přírůstek 15,7 tis. obyvatel.

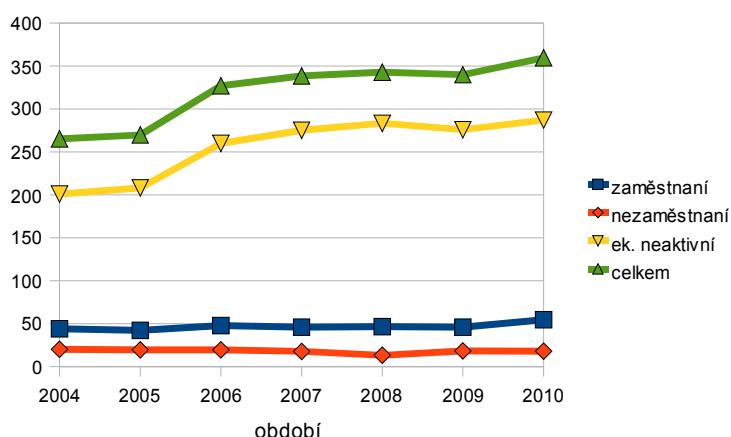
Průměrný koeficient růstu za celé období: 1,05208

Počet žen se zdravotním postižením, starších 15ti let, se v letech 2004 – 2010 zvyšoval průměrně o 15,7 tisíc osob za rok. Přírůstek osob se průměrně zvyšoval o

5,21% ročně za celé sledované období. Na začátku období, v letech 2004 – 2006, se zvyšoval průměrně o 11,05% ročně a v letech 2007 – 2010 průměrně o 2,02% ročně.

Z grafu č. 3 lze konstatovat, že počet žen se zdravotním postižením od roku 2004, až na výjimku z roku 2009, stále rostl. Počet zaměstnaných žen v posledních čtyřech letech periodicky kolísal. Množství nezaměstnaných se drží téměř na stejné úrovni (s výjimkou z roku 2008, kdy počet nezaměstnaných žen klesl o 4600 osob).

Graf č. 3: Ženy se zdravotním postižením (starší 15ti let) podle ekonomické aktivity



(Zdroj: ČSÚ)

5.1.4 Zaměstnané osoby se zdravotním postižením

V tabulce č. 4 je porovnán vývoj počtu zaměstnaných mužů a žen se zdravotním postižením.

Tabulka č. 4: Zaměstnaní muži a ženy se zdravotním postižením (starší 15ti let) (v tis. obyvatel)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
muži	49,8	45,1	51,6	57	65,2	59,4	62,2
ženy	44,1	42,1	47,7	45,9	46,4	45,8	54,6

(Zdroj: ČSÚ)

Výpočty z tabulky č. 4 Ženy a muži se zdravotním postižením

Průměrný absolutní přírůstek (muži): 2,07 tis. obyvatel.

Průměrný koeficient růstu za celé období (muži): 1,03775

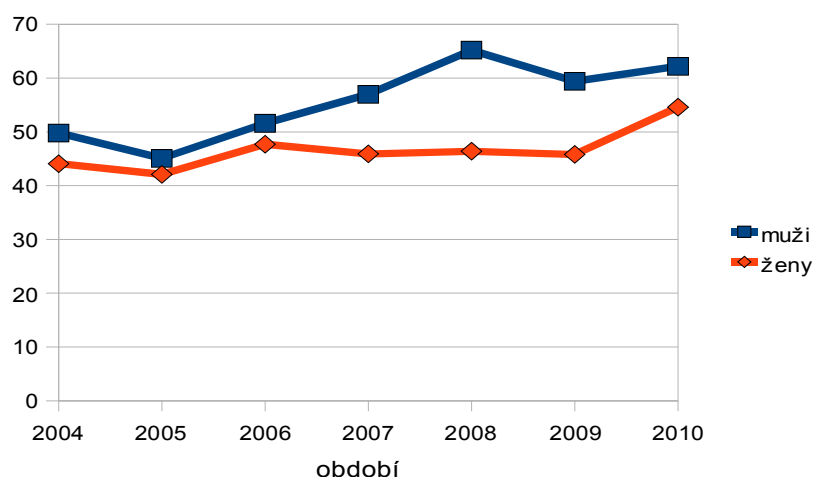
Průměrný absolutní přírůstek (ženy): 1,75 tis. obyvatel.

Průměrný koeficient růstu za celé období (ženy): 1,03623

Počet zaměstnaných mužů se zdravotním postižením, starších 15ti let, se v letech 2004 – 2010 zvyšoval průměrně o 2,07 tisíc osob za rok. Přírůstek žen ve sledovaném období rostl průměrně o 1,75 tisíc osob za rok. Procentuelně se přírůstek mužů zvyšoval o 3,78% ročně za celé sledované období u žen o 3,62% ročně.

Dle grafu č. 4 můžeme vidět průběh křivky počtu zaměstnaných mužů a žen. Na první pohled je vidět, že zaměstnaných mužů je mnohem více než žen. Nejtěsnější rozdíl byl v roce 2005 na hodnotě 3 000 osob. Největší rozdíl naopak v roce 2008. Dosahoval hodnoty 18 800 osob. Nejstrmější skok v nárůstu počtu zaměstnaných mužů byl zaznamenán mezi roky 2005 a 2006. Činil 13,9%. U žen je největším nárůstem hodnota 19,2% mezi roky 2009 a 2010.

Graf č. 4: Zaměstnaní muži a ženy se zdravotním postižením (starší 15ti let).



(Zdroj: ČSÚ)

Lineární trendová funkce vývoje počtu zaměstnaných mužů (2004 – 2010):

trendová funkce: $y'_i = 44,42 + 2,84 t_i$

Vhodnost modelu posoudíme pomocí absolutní procentní chyby M.A.P.E.

M.A.P.E. = 5,4%

Velikost absolutní procentní chyby M.A.P.E. je velmi malá (5,4%), hovoří tedy ve prospěch zvoleného modelu.

Posouzení vhodnosti prognózy stanovujeme pomocí pseudoprognózy:

Nová trendová funkce: $y_i = 42,98 + 3,25t_i$

Prognóza na rok 2010 je 65,73

Skutečnost roku 2010 je 62,2

Relativní chyba prognózy je 5,68%

Odhad zaměstnanosti mužů pro rok 2011 je 67,14

Odhad zaměstnanosti mužů pro rok 2012 je 72,82

Pokud se dosavadní charakter vývoje zaměstnaných mužů nezmění, odhadujeme, že jejich zaměstnanost bude v roce 2011 ve výši 67,14 a v roce 2012 ve výši 72,82 tisíce osob.

Lineární trendová funkce vývoje počtu zaměstnaných žen (2004 – 2010):

trendová funkce: $y'_i = 41,24 + 1,34 t_i$

Vhodnost modelu posoudíme pomocí absolutní procentní chyby M.A.P.E.

M.A.P.E. = 4,66%

Velikost absolutní procentní chyby M.A.P.E. Je velmi malá (4,66%), hovoří tedy ve prospěch zvoleného modelu.

Posouzení vhodnosti prognózy stanovujeme pomocí pseudoprognózy:

Nová trendová funkce: $y_i = 43,405 + 0,55t_i$

Prognóza na rok 2010 je 47,26

Skutečnost roku 2010 je 54,6

Relativní chyba prognózy je 13,45%

Odhad zaměstnanosti žen pro rok 2011 je 51,96

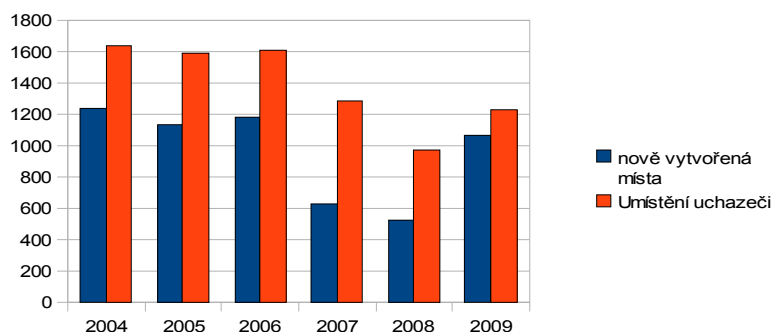
Odhad zaměstnanosti žen pro rok 2012 je 53,3

Pokud se dosavadní charakter vývoje zaměstnaných žen nezmění, odhadujeme, že jejich zaměstnanost bude v roce 2011 ve výši 51,96 tisíc osob a v roce 2012 ve výši 53,3 tisíce osob.

5.1.5 Počet pracovních dílen - nová pracovní místa pro OZP a počet umístěných uchazečů

V grafu č. 5 je znázorněn vývoj počtu nově vytvořených pracovních míst a umístěných uchazečů.

Graf č. 5: Pracovní dílny - nová pracovní místa pro OZP a počet umístěných uchazečů



(Zdroj: MPSV)

Z grafu č. 5 můžeme vidět, že počet nově vytvořených míst se od roku 2004 (1241 míst) stále zmenšuje. V roce 2005 to bylo o 104 míst méně, v roce 2006 sice počet oproti předchozímu roku stoupl o 42, ale pořád byl menší než v roce 2004. Největší propad nastal v roce 2007, kdy počet nově vytvořených míst klesl o 555 míst, což představovalo úbytek o 47,1%. V roce 2008 byl úbytek také značný, jednalo se o 102 míst. Růst nastal až v roce 2009, kdy se počet nově vytvořených míst vyšplhal na hodnotu podobou roku 2006 – 1231 míst.

Počet umístěných uchazečů se vyvíjel podobným trendem jako nová pracovní místa. Počet umístěných se první tři roky pohyboval okolo hodnoty 1600 osob. V roce 2007 nastal prudší pokles oproti předcházejícímu roku, konkrétně o 322 osob, což představovalo 20% pokles. V roce 2008 umístění uchazeči opět poklesli, tentokrát o 310

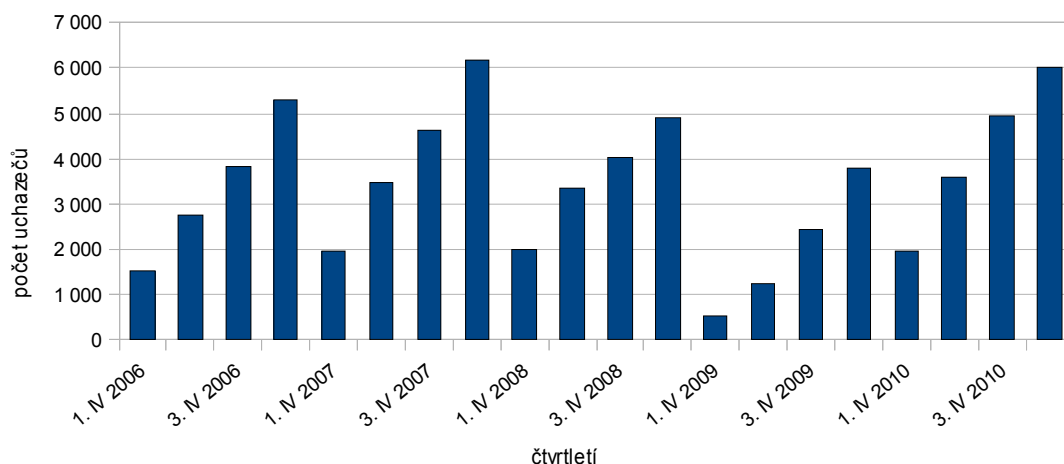
osob, což byl úbytek o 24% oproti roku 2007. V roce 2009 nastal růst počtu umístěných osob o 257 osob na hodnotu 1231.

Prudký pokles lze přisuzovat hospodářské krizi a menším finančním prostředkům na vznik chráněných pracovních míst.

5.1.6 Počet uchazečů o rekvalifikaci - OZP

V grafu č. 6 je znázorněn vývoj počtu uchazečů o rekvalifikaci po jednotlivých čtvrtletích.

Graf č. 6: Uchazeči o rekvalifikaci OZP



(Zdroj: MPSV)

Lineární trendová funkce počtu uchazečů o rekvalifikaci (2006 – 2010):

trendová funkce: $y'_i = 3075,34 + 32,92 t_i$

průměrné sezónní indexy:

I.čtvrtletí: 0,463

II.čtvrtletí: 0,845

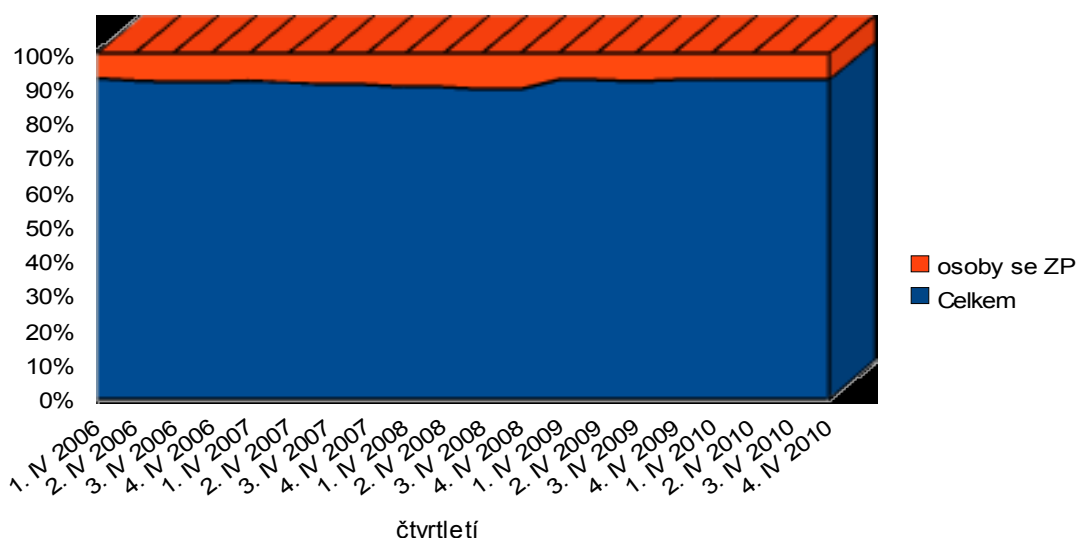
III.čtvrtletí: 1,161

IV.čtvrtletí: 1,531

V případě nezměněných podmínek můžeme v roce 2011 očekávat ve II. čtvrtletí 3211 uchazečů o rekvalifikaci, ve IV. čtvrtletí 2011 5918 uchazečů a ve III.čtvrtletí 2012 4602 uchazečů.

Na grafu č. 7 můžeme porovnat vývoj uchazečů o rekvalifikaci od roku 2006 do roku 2010. Vývoj se téměř nezměnil, Největší poměr uchazečů o rekvalifikaci se zdravotním postižením byl zaznamenán v roce 2008, kdy tvořili 10 – 11% celkových uchazečů. Nejméně tomu bylo v I. čtvrtletí roku 2006, kdy tvořili pouhých 7,6% z celkového počtu uchazečů o rekvalifikaci. V průměru za celé sledované období tvořili 9% z celkových uchazečů.

Graf č. 7: Srovnání uchazečů o rekvalifikaci – OZP a celkem



(Zdroj: MPSV)

5.2 Dotazníkové šetření

Na dotazníkové šetření, jenž probíhalo od února do poloviny března, odpovědělo 54 zdravotně postižených občanů České republiky. Dotazování byli pouze fyzicky postižení, především tedy tělesně postižení, nevidomí a neslyšící. Vyloučeni byli respondenti, kteří jsou tzv. nezaměstnatelní, jako například těžce mentálně postižení.

Otázky byly formulovány na základě předem zvolených dílčích předpokladů, které se týkají několika oblastí života zdravotně postižených:

Zdravotně postižení nemohou najít zaměstnání nebo jim nalezení práce činilo potíže.

Zdravotně postižení nejsou spokojeni se systémem sociálních dávek a výší příspěvků.

Bezbariérovost v Praze je výrazně lepší než v obcích mimo Prahu.

Postavení handicapovaných v ČR se v posledních pěti letech změnilo k lepšímu.

Zdravotně postižení nejsou spokojeni s kvalitou jejich života.

Na základě těchto předpokladů přijmeme nebo zamítneme základní hypotézu: **Zdravotně znevýhodnění nejsou spokojeni se svým postavením (v oblasti zaměstnávání, sociálních dávek, bezbariérovosti a kvality života).**

Dotazník obsahuje 16 povinných otázek a 5 nepovinných otázek. Typ otázek byl ve většině případů uzavřený, ve dvou případech polouzavřený a v pěti případech otevřený. Dotazník byl anonymní a zúčastnilo se ho 29 žen a 25 mužů.

Jeho distribuce byla provedena hlavně elektronicky, přes e-mail a odkazem na elektronický dotazník na internetovém serveru VyplnTo.cz a dále osobním dotazováním v centrech pro postižené osoby. Ukázalo se, že zvolená forma distribuce dotazníků elektronickým způsobem byla velmi neúspěšná. Návratnost byla méně než 10%. Domnívám se, že hlavním důvodem byla ignorace e-mailu s prosbou o vyplnění dotazníku v centrech pro OZP kvůli nedostatku času a motivace dotazník svým klientům předat. Jako nejúčinnější se ukázalo osobní dotazování v centrech pro OZP nebo distribuce dotazníku přes handicapované dalším handicapovaným osobám.

Kompletní anketní formulář je uveden v příloze č. 7.

5.3 Výsledky dotazníkového šetření

Odpovědi na anketní otázky jsou pro přehlednost uvedeny v tabulkách. Následuje slovní okomentování výsledků dotazníku.

Tabulka č.5: Druh postižení

druh postižení	počet respondentů	%
tělesné	27	50
sluchové	3	5,56
zrakové	15	27,78
kombinace předešlých	7	12,96
jiné	2	3,7
celkem	54	100

(Zdroj: Vlastní zpracování)

Z tabulky č.5 vyplývá, že nejvíce, konkrétně 50 % respondentů, trpí tělesným postižením, 15 respondentů zrakovým postižením, 7 kombinací dvou předešlých. Pouze dva dotázaní byli postiženi sluchově.

Tabulka č. 6: Délka postižení

délka postižení	počet respondentů	%
od narození	27	50
více než 10 let	24	44,44
méně než 10 let	3	5,56
<i>celkem</i>	<i>54</i>	<i>100</i>

(Zdroj: Vlastní zpracování)

50% respondentů má své postižení od narození, 44,4% více než 10 let a pouze 3 respondenti méně než 10 let.

Na nepovinnou otázku, Co bylo příčinou jejich postižení, pokud ho nemají od narození?, odpovědělo celkem 21 respondentů. Nejčastějšími odpověďmi byly virové onemocnění, konkrétně ve třech případech nákaza poliomyelitis, proti které v té době ještě nebyla vakcína, dále dědičná choroba, roztroušená skleróza nebo nepovedená operace.

Tabulka č.7: Soběstačnost

Využíváte asistence?	počet respondentů	%
Asistence	13	24,07
Rodiny	12	22,22
Asistence + rodiny	14	25,93
soběstačný	15	27,78
<i>celkem</i>	<i>54</i>	<i>100</i>

(Zdroj: Vlastní zpracování)

Z 54 respondentů je 15 soběstačných a 39 využívá služeb asistence nebo rodiny.

Tabulka č.8: Snaha nalézt práci

Snažil jste si najít práci?	počet respondentů	%
Ano	39	72,22
ne	15	27,78
<i>celkem</i>	<i>54</i>	<i>100</i>

(Zdroj: Vlastní zpracování)

Na otázku, zda si postižení snažili najít práci, odpovědělo 72,2% respondentů kladně a 27,8% záporně. Jednalo se zejména o jedince s kombinovaným postižením nebo ty, kteří pracovali do doby než jim postižení vzniklo. Pak už práci nehledali.

Tabulka č.9: Zaměstnanost

Pracujete?	počet respondentů	%
Ano	23	58,97
ne	16	41,03
<i>celkem</i>	<i>39</i>	<i>100</i>

(Zdroj: Vlastní zpracování)

Z 39 respondentů, kteří uvedli, že se snažili najít práci jich více než polovina pracuje. 41,03% respondentů práci hledalo, ale bohužel nejsou v současné době zaměstnáni.

Na nepovinnou otázku Na jaký úvazek pracujete? odpovědělo z dvaceti tří pracujících dvacet, že devět jich pracuje na plný úvazek, pět na poloviční, tři odpověděli, že na jiný úvazek a tři, že podnikají.

Tabulka č.10: Přijetí pracovním kolektivem

Pracovní kolektiv	počet respondentů	%
Nebylo to pro ně snadné	2	8,7
Nedokáží posoudit	4	17,39
Přijali mne dobře	17	73,91
<i>celkem</i>	<i>23</i>	<i>100</i>

(Zdroj: Vlastní zpracování)

Z dvaceti tří pracujících odpovědělo sedmnáct dotázaných, že byli kolektivem přijati dobře, dva respondenti uvedli, že to pro kolektiv nebylo snadné a čtyři respondenti nedokázali reakci posoudit. Nutno podotknout, že většina dotázaných jsou zaměstnanci chráněných dílem nebo organizací, jenž sdružující zdravotně postižené občany. Lze tedy konstatovat, že tito lidé neměli s přijetím v kolektivu žádné větší problémy.

Tabulka č.11: Obtížnost hledání práce

Hledání práce	počet respondentů	%
Velmi obtížné	9	39,13
Nedokáží posoudit	3	13,04
Bylo to snadné	11	47,83
<i>celkem</i>	<i>23</i>	<i>100</i>

(Zdroj: Vlastní zpracování)

Na otázku číslo 7, Jak pro Vás bylo obtížné sehnat práci?, odpovědělo z dvaceti tří postižených, že pro 9 z nich, to bylo obtížné, 3 nedokázali hledání práce posoudit a 11 jich hodnotilo hledání práce jako snadné.

Na otázku číslo 8, Jaké jsou Vaše koníčky?, respondenti v drtivé většině uvedli, že mezi jejich koníčky patří hudba a četba, dále například ruční práce, domácí mazlíčci, luštění křížovek, sport a počítače.

Tabulka č.12: Hodnocení bezbariérovosti

Bezbariérovost známka	počet respondentů	%
1	9	16,67
2	14	25,93
3	28	51,85
4	3	5,56
5	0	0
<i>celkem</i>	<i>54</i>	<i>100</i>

(Zdroj: Vlastní zpracování)

Na otázku číslo 9 odpovědělo 28 respondentů, že bezbariérovost hodnotí středně, tedy číslem 3, 14 respondentů hodnotí bezbariérovost chvalitebně, tedy známkou 2, 9 respondentů je naprosto spokojeno, označili číslo 1 a tři jedinci ohodnotil bezbariérovost v místě, kde žijí známkou 4. Průměr známek činí při zaokrouhlení na dvě desetinná místa hodnotu 2,46, tudíž lze konstatovat, že dotázaní jsou více než průměrně spokojeni s bezbariérovostí v obci, ve které žijí.

Tabulka č 13: Bariéry, se kterými se postižení potýkali

Bariéry, se kterými se potýkáte	počet respondentů	%
Mobilita	32	59,26
Prostorová orientace	10	18,52
Komunikace s lidmi	9	16,67
jiné	15	27,78
<i>celkem</i>	<i>54</i>	

(Zdroj: Vlastní zpracování)

Pro 59,26% respondentů je největším problémem mobilita, to zhruba odpovídá 63% dotázaných, jenž jsou postiženi tělesně či v kombinaci s dalším postižením.

Druhou nejčastější odpovědí byly jiné bariéry. Z nichž byly nejčastěji jmenovány městská hromadná doprava, špatně značené cesty, nevyhovující přístupnost budov veřejných institucí nebo parkovací místa. Deset dotázaných označilo jako bariéru prostorovou orientaci a devět jedinců komunikaci s lidmi.

Tabulka č.14: Hodnocení sociálních dávek a příspěvků

Soc. příspěvky známka	počet respondentů	%
1	5	9,26
2	7	12,96
3	29	53,7
4	9	16,67
5	4	7,41
<i>celkem</i>	<i>54</i>	<i>100</i>

(Zdroj: Vlastní zpracování)

U této otázky respondenti použili celou škálu hodnocení od 1 do 5. Nejvíce respondentů, konkrétně 29, což odpovídá 53,7%, ohodnotilo systém sociálních dávek a výši příspěvků známkou 3, tedy středně dostačující. Pět handicapovaných odpovědělo, že jsou s příspěvky velice spokojeni, o dva více, že jsou spokojeni na úrovni známky 2, devět odpovědělo, že s výší příspěvků spokojeni nejsou, dali známku 4 a celkem čtyři respondenti ohodnotili systém sociálních dávek a výši příspěvků jako velmi špatnou. U této otázky jsem se v několika případech setkala s poznámkou: „Zatím hodnotím 3, po reformách to bude 5.“ Při aritmetickém průměru všech hodnot získáme číslo 3 což znamená že respondenti jsou obecně průměrně spokojeni se systémem sociálních dávek a výši příspěvků pro handicapované.

Následovala nepovinná otázka, zda se chtějí respondenti k sociálním dávkám a výši příspěvků nějak vyjádřit. Jelikož se více než polovina respondentů vyjadřovala po nedávném zveřejnění návrhu na sociální reformu Ministerstva práce a sociálních věcí, jejich vyjádření na to přímo navazovala. Zde uvádím některé z nich: „*Poprosila bych nestahovat sociální příspěvky.*“, „*Je třeba je (příspěvky – pozn. autora) uchovat alespoň*

v současné podobě“, „Nesouhlasím s reformou ministra Drábka.“, „Jak v rozvojových zemích.“, „Budoucnost je likvidační.“, „Je neetické snižovat i takto malé dávky.“, „Aby se nesnížili.“, „Reorganizace, která se připravuje pro invalidy bude téměř likvidační.“ Dalšími vyjádřeními bylo například, že pokud by péči z velké části nezajišťovala rodina, nebyla by dotyčná schopna si asistenci uhradit sama, že výše příspěvek na dopravu je nedostačující, dále že zákon č. 180/2006 Sb. O sociálních službách výrazně podhodnocuje osoby se smyslovými postiženími, je nevyvážený z hlediska dopadů různých typů postižení na život člověka a zcela opomíjí řadu činností člověka uvedených v Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disability a zdraví, schválenou shromážděním WHO v roce 2011. Často také dotyční uváděli, že stát peníze nemá a mít asi nikdy nebude a že úřady příspěvky neradi poskytují. Pouze dva respondenti se vyjádřili kladně, z důvodu vedlejšího příjmu ze zaměstnání.

Na otázku číslo 12, Jak hodnotíte své okolí (chování lidí, jejich reakce) ve spojení s Vaším handicapem?, odpovídali dotázaní v převážné většině kladně, že se neseťkávají s negativními postoji, že lidé často přistoupí a nabízí pomoc, jsou vnímaví a všímaví, že se jejich chování zlepšuje. Pouze ve výjimečných případech se setkají s tím, že jsou neochotní nebo že spíše nevědí jak pomoci. Velký rozdíl je v Praze a na menších městech, kde okolí na postižené lidi není tolik zvyklé a často tam chybí bezbariérové dopravní prostředky nebo přístupy do budov.

Tabulka č.15: Změna postavení zdravotně postižených

Změna postavení za posled. 5 let?	počet respondentů	%
Ano, pozitivně	30	55,56
Ano, negativně	7	12,96
Nezměnilo	17	31,48
<i>celkem</i>	<i>54</i>	<i>100</i>

(Zdroj: Vlastní zpracování)

Z tabulky č.15 vyplývá, že 55,56% respondentů si myslí, že postavení zdravotně postižených se v posledních pěti letech změnilo k lepšímu. 12,96% se domnívá, že postavení se změnilo, ale k horšímu a 31,48% si myslí, že postavení handicapovaných se za posledních 5 let nezměnilo.

Následovala nepovinná otázka, zda by se chtěli respondenti k předchozí otázce nějak vyjádřit. Dotyční, kteří uvedli, že se postavení změnilo pozitivně okomentovali své rozhodnutí například možností zvolení si asistenta dle vlastního výběru a zaplacení mu za službu, dále například uzákonění přídatku na péči nebo že je o handicapovaných více slyšet apod.. Další důvod byl například zlepšení přístupu do pražského metra nebo větší množství nízkopodlažních autobusů. Pouze jeden respondent, který označil, že postavení se za posledních 5 let změnilo k horšímu své rozhodnutí odůvodnil a to slovy: „Jsme jako minorita odsouvaní na okraj společnosti.“

Tabulka č.16: Kvalita života

kvalita života známka	počet respondentů	%
1	6	12
2	24	48
3	16	32
4	3	6
5	1	2
<i>celkem</i>	<i>50</i>	<i>100</i>

(Zdroj: Vlastní zpracování)

Tato otázka byla opět nepovinná. Překvapivě se k ní vyjádřilo 50 z 54 dotázaných. Zněla: „Jak byste ohodnotil/a kvalitu Vašeho života (Vaši celkovou spokojenost)? (na stupnici 1 – 5). Nejvíce, tedy dvacet čtyři respondentů odpovědělo, že jsou s kvalitou svého života spokojeni na úrovni známky 2. Šest respondentů odpovědělo nejvyšší známkou 1, šestnáct jich je spokojeno průměrně, tři ohodnotili kvalitu života známkou 4 a pouze jedna respondentka známkou nejhorší – pět.

Aritmetický průměr hodnot vychází 2,38. Lze tedy konstatovat, že zdravotně postižení jsou spíše spokojeni s kvalitou svého života.

Tabulka č.17: Pohlaví respondentů

Pohlaví	počet respondentů	%
Žena	29	53,7
Muž	25	46,3
<i>celkem</i>	<i>54</i>	<i>100</i>

(Zdroj: Vlastní zpracování)

V dotazníku odpovídalo dvacet pět mužů a dvacet devět žen.

Tabulka č.18: Věk respondentů

Věk	počet respondentů	%
0 – 18	0	0
19 – 29	11	20,37
30 – 49	24	44,44
50 a více	19	35,19
<i>celkem</i>	<i>54</i>	<i>100</i>

(Zdroj: Vlastní zpracování)

44,44% respondentů se nacházelo ve věkové kategorii 30 – 49 let, 35,19% v kategorii 50 a více a 20,37% v kategorii 19 – 29 let.

Třicet devět respondentů pochází z Prahy a patnáct je mimopražských.

5.4 Měření závislosti mezi znaky

V této kapitole budou otestovány závislosti mezi znaky.

1, Závisí pohlaví uchazeče o práci na tom, zda je zaměstnaný?

Spojení dvou otázek č. 14 (viz. příloha č.7) a č. 5 (viz. příloha č.7) nám dává odpověď na to, zda pohlaví uchazeče o práci ovlivňuje to, zda je zaměstnaný či nikoliv. Zda existuje na trhu práce diskriminace pohlaví, či mají uchazeči stejnou možnost

získat práci. Z tabulky č. můžeme vidět, že uchazečky o práci v 50% případech našly zaměstnání a uchazeči byli úspěšní na 73,3%. Zvolena byla tato nulová hypotéza:

H_0 : Zaměstnanost není závislá na pohlaví respondenta.

Tabulka č. 19: Vztah mezi pohlavím respondenta a tím, zda respondent pracuje.

pohlaví/ pracujete?	ano	ne	celkem
Žena	12	12	24
Muž	11	4	15
celkem	23	16	39

(Zdroj: Vlastní zpracování)

Hladina závislosti $\alpha=0,05$

$$\chi^2=2,07$$

$$\chi^2_{0,05(1)}=3,841$$

$$\chi^2_{0,05(1)} > \chi^2$$

Hodnota testovaného kritéria je menší než zvolená hladina významnosti a nelze tedy nulovou hypotézu zamítnout. S 95% pravděpodobností jsme prokázali nezávislost mezi členy. Platí tedy H_0 , že to, zda je uchazeč o práci zaměstnán není závislé na jeho pohlaví.

2, Závisí druh postižení uchazeče o práci na tom, zda je zaměstnaný?

Spojení otázek č. 1 a č. 5 nám ukazuje, jestli je nějaký vztah mezi druhem postižení a tím, zda uchazeči o práci sehnali zaměstnání či nikoliv. Z dotazníku vyplývá, že zaměstnání sehnalo 58,3% tělesně postižených, 100% sluchově postižených, 66,7% zrakově postižených a 0% s kombinovaným postižením. Zvolena byla tato nulová hypotéza:

H_0 : To, zda je uchazeč o práci zaměstnán není závislé na jeho postižení.

Tabulka č. 20: Vztah mezi typem postižení a tím, zda je uchazeč o práci zaměstnaný.

postižení/ pracujete?	ano	ne	celkem
tělesné	14	10	24
sluchové	1	0	1
zrakové	8	4	12
kombinace	0	2	2
jiné	0	0	0
celkem	23	16	39

(Zdroj: Vlastní zpracování)

Tabulka č. 21: Pro malé relativní četnosti sloučeno na:

postižení/ pracujete?	ano	ne	celkem
tělesné	14	10	24
ostatní	9	6	15
celkem	23	16	39

(Zdroj: Vlastní zpracování)

Hladina závislosti $\alpha=0,05$

$$\chi^2 = 0,0091$$

$$\chi^2_{0,05(1)} = 3,841$$

$$\chi^2_{0,05(1)} > \chi^2$$

Hodnota testovaného kritéria je menší než zvolená hladina významnosti a nelze tedy nulovou hypotézu zamítnout. S 95% pravděpodobností jsme prokázali nezávislost mezi členy. Platí tedy H_0 , že to, zda je uchazeč o práci zaměstnán není závislé na jeho postižení.

3, Existuje závislost mezi pohlavím respondentů a kvalitou jejich života?

Spojením otázek č. 15 a nepovinné otázky hodnocení kvality života získáme odpověď a to, zda mají lepší kvalitu života muži nebo ženy. Aritmetickým průměrem získáme hodnotu 2,69 spokojenosti s kvalitou života žen a hodnotu 2,04 spokojenost u mužů. Z těchto čísel lze konstatovat, že zdravotně postižení muži se mají lépe než zdravotně postižené ženy. Zvolena byla tato nulová hypotéza:

H_0 : Pohlaví respondenta nezávisí na kvalitě jeho života.

Tabulka č. 22: Vztah mezi pohlavím a hodnocením kvality života respondentů.

kvalita života	1	2	3	4	5	celkem
žena	1	11	10	3	1	26
muž	5	13	6	0	0	24
celkem	6	24	16	3	1	50

(Zdroj: Vlastní zpracování)

Tabulka č. 23: Pro malé relativní četnosti sloučeno na:

kvalita života	1	2	3 a více	celkem
žena	1	11	14	26
muž	5	13	6	24
celkem	6	24	20	50

(Zdroj: Vlastní zpracování)

Hladina závislosti $\alpha=0,05$

$$\chi^2 = 5,961$$

$$\chi^2_{0,05(2)} = 5,991$$

$$\chi^2_{0,05(2)} > \chi^2$$

Hodnota testovaného kritéria je menší než zvolená hladina významnosti a nelze tedy nulovou hypotézu zamítnout. S 95% pravděpodobností jsme prokázali nezávislost mezi členy. Platí tedy H_0 : Pohlaví respondenta nezávisí na kvalitě jeho života.

4, Existuje závislost mezi druhem postižení respondentů a kvalitou jejich života?

Spojení otázek č. 1 a nepovinné otázky hodnocení kvality života nám ukazuje vztah mezi druhem postižení respondentů a jejich kvalitou života. Z tabulky níže vyplývá, že tělesně postižení hodnotí kvalitu života hodnotou 2,52, sluchově postižení známkou 3, Zvolena byla tato nulová hypotéza:

H_0 : Druh postižení respondenta nezávisí na kvalitě jeho života.

Tabulka č. 24: Vztah mezi druhem postižení a kvalitou života respondentů.

kvalita života známka	tělesné	sluchové	zrakové	kombinované	jiné	celkem
1	2	0	4	0	0	6
2	9	3	9	2	0	23
3	10	0	2	3	2	17
4	2	0	0	1	0	3
5	0	0	0	1	0	1
<i>celkem</i>	23	3	15	7	2	50

(Zdroj: Vlastní zpracování)

Tabulka č. 25: Pro malé relativní četnosti sloučeno na:

kvalita života známka	tělesné	ostatní	celkem
1 – 2	11	18	29
3 a více	12	9	21
<i>celkem</i>	23	27	50

(Zdroj: Vlastní zpracování)

Hladina závislosti $\alpha=0,05$

$$\chi^2 = 1,81$$

$$\chi^2_{0,05(1)} = 3,841$$

$$\chi^2_{0,05(1)} > \chi^2$$

Hodnota testovaného kritéria je menší než zvolená hladina významnosti a nelze tedy nulovou hypotézu zamítnout. S 95% pravděpodobností jsme prokázali nezávislost mezi členy. Platí tedy H_0 : Druh postižení respondenta nezávisí na kvalitě jeho života.

5, Existuje závislost mezi druhem postižení respondentů a spokojeností se systémem sociálních dávek a výší příspěvků?

Spojením otázek č. 1 a č. 11 získáme odpověď a to, zda existuje závislost mezi druhem postižení a spokojeností se systémem sociálních dávek a výší příspěvku. Můžeme odhalit, zda jsou některé dávky pro určité postižení podhodnoceny. Názory respondentů jsou velmi subjektivní. Zvolena byla tato nulová hypotéza:

H_0 : Druh postižení respondenta nezávisí na jeho spokojeností se systémem sociálních dávek a výší příspěvků

Tabulka č. 26: Vztah mezi druhem postižení a hodnocením systému sociálních dávek a výší příspěvku.

soc.dávky známka	tělesné	sluchové	zrakové	kombinované	jiné	celkem
1	1	0	3	0	1	5
2	4	1	2	0	0	7
3	15	1	7	5	1	29
4	5	1	2	1	0	9
5	2	0	1	1	0	4
celkem	27	3	15	7	2	54

(Zdroj: Vlastní zpracování)

Tabulka č. 27: Pro malé relativní četnosti sloučeno na:

dávky známka	tělesné	ostatní	celkem
1 – 2	5	7	12
3	15	14	29
4 – 5	7	6	13
celkem	27	27	54

(Zdroj: Vlastní zpracování)

Hladina závislosti $\alpha=0,05$

$$\chi^2 = 0,46$$

$$\chi^2_{0,05(2)} = 5,991$$

$$\chi^2_{0,05(2)} > \chi^2$$

Hodnota testovaného kritéria je menší než zvolená hladina významnosti a nelze tedy nulovou hypotézu zamítnout. S 95% pravděpodobností jsme prokázali nezávislost mezi členy. Platí tedy H_0 : Druh postižení respondenta nezávisí na jeho spokojenosti se systémem sociálních dávek a výší příspěvků

6, Existuje závislost mezi bydlištěm respondentů a hodnocením bezbariérovosti v obci, které žijí?

Ze spojení otázek č. 16 a č. 9 můžeme zjistit, jaký je podle mínění respondentů rozdíl mezi bezbariérovostí v Praze a mimo Prahu, Obecně lze říci, že hlavní město je na tom nejlépe z celé republiky, vyplývá to i z osobních rozhovorů s respondenty. Z níže uvedené tabulky lze konstatovat, že bezbariérovost je v Praze lepší než v obcích mimo Prahu. Aritmetickým průměrem dostaneme hodnoty 2,41 pro Prahu a 2,6 mimo Prahu. Zvolena byla tato nulová hypotéza:

H_0 : Hodnocení bezbariérovosti obce nezávisí na bydlišti respondenta.

Tabulka č. 28: Vztah mezi bydlištěm a hodnocením bezbariérovosti v obci respondentů

Bydliště / bezbariérovost	1	2	3	4	5	celkem
Praha	7	11	19	2	0	39
mimo Prahu	2	3	9	1	0	15
<i>celkem</i>	9	14	28	3	0	54

(Zdroj: Vlastní zpracování)

Tabulka č. 29: Pro malé relativní četnosti sloučeno na:

Bydliště / bezbariérovost	1 – 2	3 – 5	celkem
Praha	18	21	39
mimo Prahu	5	10	15
<i>celkem</i>	23	31	54

(Zdroj: Vlastní zpracování)

Hladina závislosti $\alpha=0,05$

$$\chi^2 = 0,725$$

$$\chi^2_{0,05(1)} = 3,841$$

$$\chi^2_{0,05(1)} > \chi^2$$

Hodnota testovaného kritéria je menší než zvolená hladina významnosti a nelze tedy nulovou hypotézu zamítnout. S 95% pravděpodobností jsme prokázali nezávislost mezi členy. Platí tedy H_0 : Hodnocení bezbariérovosti obce nezávisí na bydlišti respondenta.

5.5 Shrnutí výsledků praktické části

5.5.1 Zaměstnávání

Předpoklad: *Zdravotně postižení nemohou najít zaměstnání nebo jim nelezení práce činilo potíže.*

Z dotazníkového šetření vyplývá, že ze 72,2% zdravotně postižených, kteří aktivně hledali práci, jich je zaměstnáno 60%. Z celkového počtu respondentů je to 42,6% zaměstnaných. Z tabulky č. 25 můžeme vypočítat, že zaměstnaných zdravotně postižených osob bylo v roce 2010 pouze 17,38%. Do tohoto počtu jsou však nejsou zahrnuti lidé například s mentálním postižením, na které se dotazníkové šetření nevztahovalo.

Hledání práce bylo snadné pro 47,8% respondentů, pro 39,1% bylo nalezení práce obtížné. Postižení neměli v převážné většině žádný problém s přijetím do pracovního kolektivu. Je to způsobené především tím, že většina dotázaných pracovala v chráněných dílnách, které zaměstnávají zdravotně postižené.

Z měření závislosti kvantitativních znaků č. 1 přijímáme nulovou hypotézu, tedy že pohlaví nesouvisí s tím, zda uchazeč našel práci nebo ne. Z dotazníku vyplývá, že práci si snažilo najít 82% žen a 60% mužů. Mužů získalo práci 73,3% a žen pouhých 50%. Šlo by tedy obecně tvrdit, že dotazovaní muži získají svou práci snadněji než ženy. Závislost mezi znaky se nepotvrdila.

Z měření závislosti kvantitativních znaků č. 2 přijímáme nulovou hypotézu, tedy že druh postižení nesouvisí s tím, zda uchazeč našel práci nebo ne. Z dotazníku vyplývá, že práci našlo 58,3% tělesně postižených, 100% sluchově postižených, 50% zrakově postižených a 0% kombinovaně postižených. Závislost mezi znaky se v důsledku malého počtu respondentů nepotvrdila.

Z dotazníku vyplývá, že na trhu práce neexistuje diskriminace na základě pohlaví nebo typu postižení.

Celková nezaměstnanost v ČR se v roce 2010 pohybovala okolo 7%, nezaměstnanost zdravotně postižených byla ve výši necelých 23%, což představuje nerovné podmínky na trhu práce a diskriminaci na základě postižení.

Zvolený předpoklad, že postižení nemohou najít zaměstnání nebo jim nalezení postižení činilo potíže můžeme *zamítnout*.

5.5.2 Sociální dávky a příspěvky

Předpoklad: *Zdravotně postižení nejsou spokojeni se systémem sociálních dávek a výší příspěvků.*

Z měření závislosti kvantitativních znaků č. 5 přijímáme nulovou hypotézu, tedy že druh postižení nesouvisí se spokojeností se systémem sociálních a výší příspěvků. Aritmetickým průměrem odpovědí všech respondentů dostaneme číslo 3, což znamená, že respondenti jsou průměrně spokojeni se sociálními dávkami a výší příspěvků. Při detailnějším rozboru zjistíme, že tělesně postižení hodnotí sociální dávky číslem 3,22 (nejvyšší hodnota), sluchově postižení známkou 3, zrakově postižení hodnotí nejnižší hodnotou – 2,73 a ostatní postižení hodnotou 3,1. Závislost mezi znaky se v důsledku malého počtu respondentů nepotvrdila.

Zvolený předpoklad, že zdravotně postižení nejsou spokojeni se systémem sociálních dávek a výší příspěvků *zamítáme*.

5.5.3 Kvalita života

Předpoklad: *Zdravotně postižení nejsou spokojeni s kvalitou jejich života.*

Další oblast zkoumání se zabývá hodnocení kvality života, tedy celkové spokojenosti zdravotně postižených obecně. Tato otázka je velice subjektivní a proto jsem jí zvolila jako nepovinnou. Přesto na ni odpovědělo 92,5% respondentů. Aritmetický průměr všech hodnot na stupnici od 1 do 5 vychází číslo 2,38. Lze tedy

konstatovat, že zdravotně postižení hodnotí svou kvalitu života průměrně až mírně nadprůměrně.

Z měření závislosti kvantitativních znaků č. 3 přijímáme nulovou hypotézu, tedy že pohlaví nesouvisí s kvalitou života. Z dotazníku vyplývá, že ženy mají kvalitu života na úrovni hodnoty 2,69 a muži na hodnotě 2,04. Z těchto čísel lze konstatovat, že zdravotně postižení muži hodnotí svou kvalitu života lépe než zdravotně postižené ženy. Závislost mezi znaky se nepotvrdila.

Z měření závislosti kvantitativních znaků č. 4 přijímáme nulovou hypotézu, tedy že druh postižení nesouvisí s kvalitou života. Z dotazníku vyplývá, že tělesně postižení hodnotí kvalitu svého života známkou 2,52, lze tedy říci, že jejich kvalita života je mírně nadprůměrná, sluchově postižení známkou 3, jejich kvalita je tedy průměrná, nevidomí známkou 1,73, jsou tedy nadprůměrně spokojeni se svou kvalitou života. Ostatní postižení hodnotí kvalitu svého života známkou 2,54. Lze to považovat za mírně nadprůměrné hodnocení kvality jejich života. Můžeme vyhodnotit, že nejlepší kvalitu života mají nevidomí a nejhorší sluchově postižení. Závislost mezi znaky nevznikla.

Zvolený předpoklad, že zdravotně postižení nejsou spokojeni s kvalitou jejich života můžeme *zamítnout*.

5.5.4 Bezbariérovost

Předpoklad: *Bezbariérovost v Praze je výrazně lepší než v obcích mimo Prahu.*

Bezbariérovost je dalším z velkých problémů, které snižují kvalitu života zdravotně postižených. Na první pohled se zdá, že situace v Praze je bezesporu nejlepší. Doplňující odpovědi některých respondentů tomu také napovídají. Praha je hlavním městem, je tedy logické, že vkládá nejvíce peněžních prostředků do moderního vybavení, nových bezbariérových dopravních prostředků a do stavebních úprav. Z dotazníku však vyplývá, že bezbariérovost v Praze je sice na lepší úrovni než v obcích

mimo Prahu, ale rozdíl není vůbec markantní. Aritmetickým průměrem dostaneme hodnoty 2,41 pro Prahu a 2,6 mimo Prahu. Závislost mezi znaky se nepotvrdila.

Předpoklad, že bezbariérovost v Praze je výrazně lepší než v obcích mimo Prahu *zamítáme*.

5.5.5 Změna postavení handicapovaných v posledních letech

Předpoklad: *Postavení handicapovaných v ČR se v posledních pěti letech změnilo k lepšímu.*

Tato otázka zjišťovala, zda zdravotně postižení pociťují v posledních pěti letech ve svém postavení nějakou změnu. 31,5% dotázaných si myslí, že postavení handicapovaných v ČR se nijak nezměnilo, 68,5% dotázaných si myslí, že se postavení změnilo – z toho 81% že změna byla k lepšímu a 19%, že změna byla k horšímu. Celkově se k pozitivní změně přihlásilo 55,6% dotázaných respondentů.

Zvolený předpoklad, že postavení handicapovaných v ČR se v posledních pěti letech změnilo k lepšímu *přijímáme*.

Zvolenou hypotézu **Zdravotně znevýhodnění nejsou spokojeni se svým postavením (zahrnuje oblasti zaměstnávání, sociálních dávek, bezbariérovosti a kvality života)** *zamítáme*. Důvodem bylo zamítnutí či přijmutí níže uvedených předpokladů:

Předpoklad: Zdravotně postižení nemohou najít zaměstnání nebo jim nelezání práce činilo potíže. - NE

Předpoklad: Zdravotně postižení nejsou spokojeni se systémem sociálních dávek a výší příspěvků. - NE

Předpoklad: Postavení handicapovaných v ČR se v posledních pěti letech změnilo k lepšímu. - ANO

Předpoklad: Bezbariérovost v Praze je výrazně lepší úrovní než v obcích mimo Prahu. - NE

Předpoklad: Zdravotně postižení nejsou spokojeni s kvalitou jejich života. – NE

Nelze tedy konstatovat, že zdravotně znevýhodnění nejsou spokojeni se svým postavením (zahrnuje oblasti zaměstnávání, sociálních dávek, bezbariérovosti a kvality života).

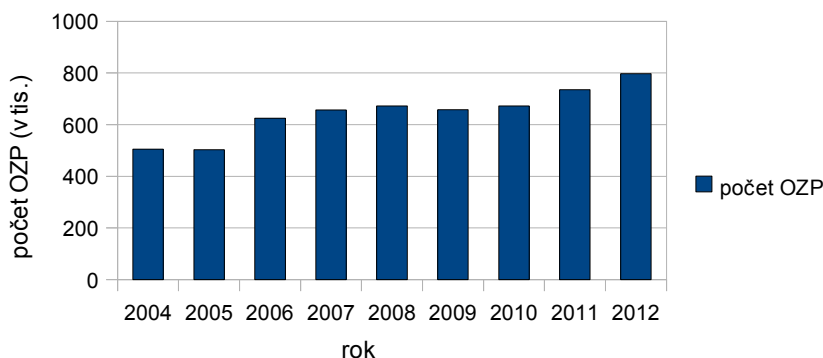
5.6 Očekávaný vývoj

Díky vypočteným lineárním trendovým funkcím můžeme odhadnout budoucí vývoj některých ukazatelů:

Počet osob se zdravotním postižením (starších 15ti let), se bude mírně zvyšovat. V roce 2011 by měl podle prognózy dosahovat hodnoty 735,73 tisíc osob – nárůst o 9,5 procenta oproti roku 2010. V roce 2012 by měl počet OZP dosáhnout 797,14 tisíc osob – to představuje nárůst o 8,3 % oproti roku 2011.

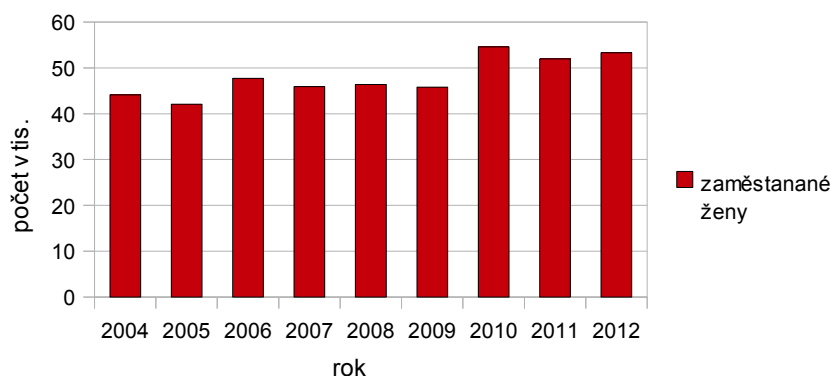
Graf č. 8: Prognóza na roky 2011 a 2012 - počet osob se zdravotním postižením (starších 15ti let)

(Zdroj: Vlastní zpracování)



Počet zaměstnaných žen se zdravotním postižením (starší 15ti let) bude podle prognózy v roce 2011 mírně klesat na hodnotu 51,96 tisíc, konkrétně o 2,64 tisíc oproti roku 2010, což představuje pokles o 4,84%. V roce 2012 by měl být počet zaměstnaných žen na hodnotě 53,3 tisíc, což představuje nárůst o 1,34 tisíc žen oproti roku 2011. Je to nárůst o 2,5%.

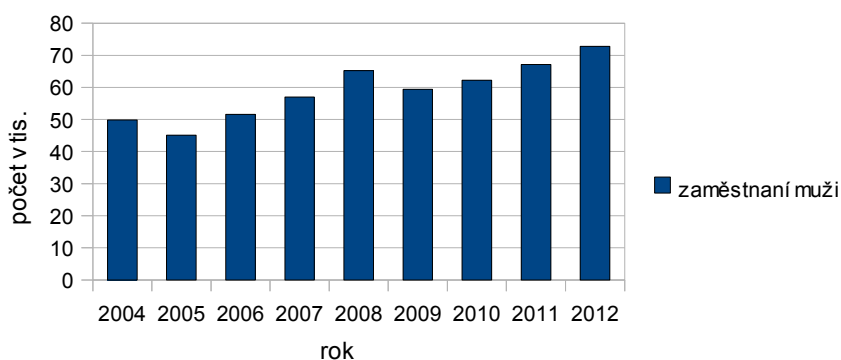
Graf č. 9: Prognóza na roky 2011 a 2012 počet zaměstnaných žen se zdravotním postižením



(Zdroj: Vlastní zpracování)

Počet zaměstnaných mužů se zdravotním postižením (starší 15ti let) bude podle prognózy v roce 2011 stoupat na hodnotu 67,14 tisíc, konkrétně o 4,94 tisíc oproti roku 2010, což představuje nárůst o 7,9%. V roce 2012 by měl být počet zaměstnaných mužů na hodnotě 72,82 tisíc, což představuje nárůst o 5,68 tisíc mužů oproti roku 2011. Je to nárůst o 8,4%.

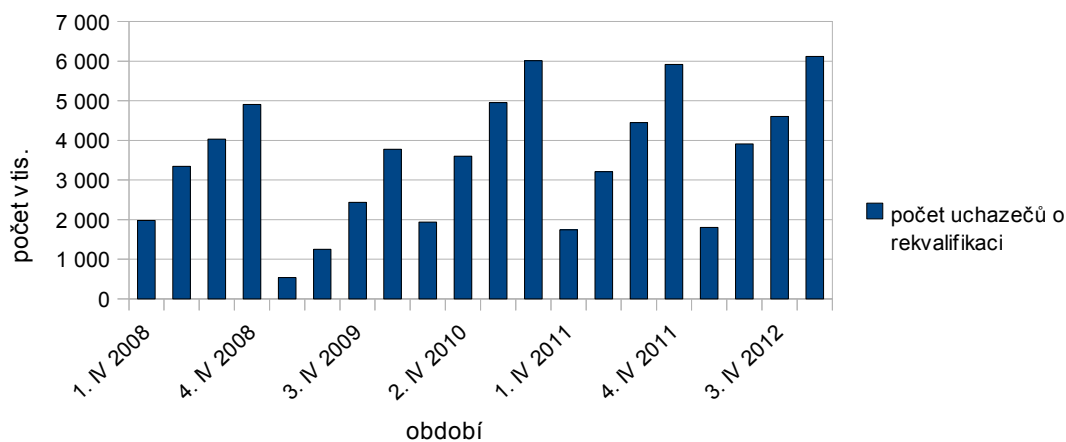
Graf č. 10: Prognóza na roky 2011 a 2012 počet zaměstnaných mužů se zdravotním postižením



(Zdroj: Vlastní zpracování)

Počet zdravotně postižených uchazečů o rekvalifikaci se bude dle prognózy držet stejného trendu. Počty uchazečů v roce 2011 se budou mírně snižovat, ale od prvního čtvrtletí již budou mírně růst. Největší nárůst bude ve druhém čtvrtletí 2012. Oproti stejnému čtvrtletí roku 2011 byl zaznamenán nárůst o 18%. Pro srovnání: nárůst mezi čtvrtými čtvrtletími zmiňovaných roků bude 4%.

Graf č. 11: Vývoj počtu uchazečů o rekvalifikaci – OZP s prognózou do roku 2012



(Zdroj: Vlastní zpracování)

5.7 Návrhy a doporučení

Z výše provedených analýz vyplývá, že handicapovaní nejsou při získávání práce diskriminováni na základě pohlaví ani typu jejich postižení. Avšak v globálním měřítku lze hovořit o diskriminaci na základě zdravotního stavu. Z údajů ze statistického úřadu lze vypočítat, že celková nezaměstnanost v ČR se v roce 2010 pohybovala okolo 7%, ovšem nezaměstnanost zdravotně postižených byla ve výši necelých 23%. Což představuje téměř jednu čtvrtinu osob se zdravotní znevýhodněním. Přesto, že je počet zdravotně postižených mužů větší než počet žen, je zaměstnáno více zdravotně postižených mužů. Zaměstnání je pro postižené osoby důležitým prvkem integrace do společnosti. Mělo by se tedy dbát na větší informovanost zaměstnavatelů, kteří se často obávají, že s nimi budou mít více práce, či nebudou vědět, jak se k nim správně chovat apod. Možná varianta ke také zvýšení povinného podílu zaměstnávání osob se zdravotním postižením. Jako příklad lepšího systému povinného podílu zaměstnávání OZP můžeme Německo. Tam je povinné zaměstnávat 6% OZP ve společnostech s více než 16 zaměstnanci. V České republice jsou to 4% při více jak 25 zaměstnancích. V obou zemích se za neplnění povinného

podílu odvádí určitý poplatek. Zatímco v Německu jsou tyto peněžité částky užity výhradně na podporu zaměstnávání osob se zdravotním postižením a vytváří se z nich tzv. vyrovnávací fondy, v ČR jsou odváděny do státního rozpočtu. Není však jasné, zda jsou příjmem kapitoly státního rozpočtu určeným výhradně na aktivní politiku zaměstnanosti osob se zdravotním postižením. Odvádění tohoto náhradního plnění je tak v Německu efektivnější, je přísně kontrolováno a za zpoždění či neodvedení poplatku vzniká penále. Česká republika se stát staví k plnění této náhradní povinnosti benevolentně a její plnění důrazně nevymáhá. Rovněž by měl stát větší měrou finančních prostředků přispívat na vytvoření chráněných pracovních míst a dílen a více motivovat firmy daňovými úlevami pro zaměstnavatele postižených osob.

Dalším probléme, který ovlivňuje celkovou kvalitu života postižených je bezbariérovost. Tato oblast se v posledních letech zlepšila. Bylo to také způsobeno přijetím vyhlášky Ministerstva pro místní rozvoj č. 369/2001, která uzákonila bezbariérovost pro stavby, které mají více než tři obytné jednotky nebo slouží veřejnosti. Změny můžeme vidět také sami v našem okolí. Roste počet bezbariérově přístupných stanic, zastávek i dopravních prostředků. Děje se to především v hlavním městě a další velkých městech, menší města v tomto pohledu zůstávají pozadu. Avšak i v Praze není počet bezbariérových prostředků dostatečný. Handicapovaní občané si často stěžovali, že nízkopodlažní autobusy jezdí jen například 2krát za hodinu a svou cestu si lidé musí vždy pečlivě plánovat dopředu. Dalším špatným příkladem je například vybudování bezbariérového domu speciálně pro tělesně postižené. Dostávali se k němu s velkými potížemi, jelikož chodníky a příjezdové cesty nebyly bezbariérové. Trvalo další rok, než se situace vyřešila. Hlasové signalizace zastávek jsou prý jen v Praze. Postiženým by jistě pomohlo, kdyby byla vytvořena interaktivní mapa bezbariérového pohybu. To představuje složitý a dlouhodobý projekt, před kterým se musí nejdříve detailně zmapovat terén. Investování do něj by však pomohlo mnohým zdravotně postiženým občanům. V současné době se tvoří a průběžně doplňuje server

www.presbariery.cz, kde je seznam bezbariérových objektů služeb, kultury a zdravotnictví, parků a veřejné zeleně a veřejné dopravy.

Sociální dávky a příspěvky jsou často diskutovaným tématem. Zvláště v současné době, kdy probíhají návrhy sociální reformy, které se přímo dotýkají péče a zabezpečení zdravotně postižených osob. Ministerstvo práce a sociálních věcí plánuje změnu ve struktuře dávek, a to tak aby z nepřehledného spektra mnoha dílčích dávek, které byly posuzovány a poskytovány samostatně u několika orgánů, vznikly nově pouze dvě agregované dávky: opakující se příspěvek na mobilitu a jednorázový příspěvek na zvláštní pomůcky.

Národní rada pro osoby se zdravotním postižením návrh sociální reformy ostře kritizuje. Nyní budu citovat z Petice proti návrhu tzv. "sociální reformy": *„Považujeme níže uvedené návrhy zákonů, které jsou součástí tzv. „sociální reformy“, za návrhy, které poškozují osoby se zdravotním postižením a při jejich aplikaci by došlo ke zhoršení kvality života těchto lidí. Jedná se o tyto návrhy zákonů: 1) Zákon o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů, 2) Zákon, kterým se mění některé zákony v souvislosti se sjednocením výplaty nepojistných sociálních dávek, 3) Zákon, kterým se mění zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony.*

Uvedené návrhy zákonů nejsou předkládány proto, aby se zlepšilo postavení lidí se zdravotním postižením ve společnosti, ale jsou vedeny jedinou snahou, co nejvíce na nás ušetřit. Je zřejmé, že v případě jejich schválení nutně musí dojít ke zhoršení kvality našich životů. Je to pouze ekonomické pojetí problematiky zdravotního postižení. Proti tomuto pohledu na naše problémy co nejrozhodněji protestujeme a odmítáme jej.“

Ministerstvo práce a sociálních věcí se v tiskové zprávě k petici a protestům vyjádřilo takto: *„Současný stav, kdy administrací samotného systému projídáme státního rozpočtu miliony, je neudržitelný. Nutnost sociální reformy je proto neoddiskutovatelná.“* *„Reforma z dílny ministerstva práce a sociálních věcí nemá být vnímána jako restriktivní. Omezuje výdaje státu na straně administrování dávek, nikoli*

na straně jejich příjemců. Nevole, která se kolem ní vytvořila, je podložena polopravdivými či lživými informacemi.“

V současné době stále probíhají jednání mezi Ministerstvem a Národní radou. Reformy by se ale v každém případě neměly připravovat a vymýšlet bez diskuse s lidmi, kterých se problematika bezprostředně dotýká.

6 Závěr

Cílem diplomové práce bylo analyzovat postavení zdravotně znevýhodněných osob v prostředí České republiky a na základě toho ověřit hypotézu o spokojenosti zdravotně znevýhodněných s postavením ve společnosti a také upozornění na nedostatky v konkrétních oblastech zkoumání.

Z výsledků praktické části vychází, že není pravda, že zdravotně postižení nemohou nalézt zaměstnání nebo jim nalezení práce činilo potíže. Míra nezaměstnanosti zdravotně postižených je však poměrně vysoká. Mělo by se dbát na větší informovanost zaměstnavatelů, kteří se často zdráhají a bojí osoby se zdravotním postižením zaměstnat. Nebo například zvýšit povinný podíl zaměstnávání osob se zdravotním postižením. Například Německu je povinné zaměstnávat 6% OZP ve společnostech s více než 16 zaměstnanci. V České republice jsou to 4% při více jak 25 zaměstnancích. V obou zemích se za neplnění povinného podílu odvádí poplatky. V Německu jsou tyto peněžité částky užity výhradně na podporu zaměstnávání osob se zdravotním postižením. V České republice jsou odváděny do státního rozpočtu a není jasné, zda jsou příjmem kapitoly státního rozpočtu určeným výhradně na aktivní politiku zaměstnanosti osob se zdravotním postižením. Odvádění tohoto náhradního plnění je tak v Německu efektivnější, je přísně kontrolováno. V České republice se stát staví k plnění této náhradní povinnosti benevolentně a její plnění důrazně nevymáhá. Další nabízená varianta je větší měrou finančních prostředků přispívat na vytvoření chráněných pracovních míst a dílen. Podle vypočítané prognózy by se měl počet pracovních dílen v budoucnosti zvyšovat. Druhá strana mince chráněných pracovních dílen je však izolace jedinců s postižením od zbytku společnosti.

Z dotazníkového šetření vyplynulo, že respondenti jsou prozatím průměrně spokojeni s výší sociálních dávek a příspěvků, ovšem ostře odmítají připravované změny v sociálních dávkách spojené s připravovanou sociální reformou. Zatím co Ministerstvo práce a sociálních věcí je přesvědčeno, že šetřit se bude pouze na

administrativních procesech, které by se měli zjednodušit, postižení občané tvrdí, že reforma je restriktivní a bude se hluboce dotýkat kvality jejich života. Změny v sociálních dávkách by se měli v každém případě připravovat a vymýšlet společně s lidmi, kterých se problematika bezprostředně dotýká.

Dalším oblastí je bezbariérovost. V posledních letech se podmínky pro zdravotně postižené zlepšují. Je investováno do bezbariérových dopravních prostředků, bezbariérových přístupů do budov i informačních a navigačních systémů. Situace však není úplně vyřešená. Mělo by se dbát na neustálý kontakt se zdravotně postiženými v řešení této oblasti a hlavně na jejich zpětnou vazbu. Největší pozornost i finance jsou logicky věnovány hlavnímu městu Praze, ovšem nemělo by se zapomínat také na ostatní města.

Z dotazníkového šetření dále vyplynulo, že postavení zdravotně postižených se v posledních pěti letech změnilo k lepšímu a většina respondentů je průměrně či nadprůměrně spokojena s kvalitou svého života.

Výzkum lze v praxi využít pro upozornění na nedostatky týkající se různých oblastí života zdravotně znevýhodněných osob. Začít by se mělo zejména u dobře sestaveného systému sociálních dávek a příspěvků.

Zdravotně postižení občané tvoří specifickou a nedílnou část naší společnosti. Každý moderní a vyspělý stát by si měl uvědomovat důležitost postupného odstraňování bariér bránících občanům se zdravotním postižením žít plnohodnotný život. Česká republika se naštěstí řadí mezi státy, kteří si tuto odpovědnost uvědomují. Je potřeba efektivně řešit jednotlivé oblasti, které se postižených osob týkají a zásadním způsobem ovlivňují kvalitu jejich života. Zbytek společnost by se měl nad touto problematikou zamyslet a dělat vše pro to, aby zdravotně znevýhodnění netvořili jen specifickou část společnosti, jakousi minoritu, ale aby byli její platnou součástí.

7 Seznam použitých zdrojů

Knižní publikace

- [1] CYHELSKÝ, L.; HINDLS, J.; KAHOUNOVÁ, R. *Elementární statistická analýza*. Praha : Management Press, 1996. 302 s. ISBN 80-85943-18-2.
- [2] HUDEČKOVÁ, H.; KUČEROVÁ, E.; KŘÍŽ, L. *Metodologie sociologického výzkumu pro nesociology : (příručka pro distanční studium)*. Praha : PEF ČZU, 2001. 116 s. ISBN 80-213-0791-9.
- [3] JESENSKÝ, J. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. Praha : Karolinum, 1995. 20 s. ISBN 80-7066-941-1.
- [4] *Národní plán pro vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2010-2014*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2010. 55 s. ISBN 978-80-7440-024-7.
- [5] RŮŽIČKOVÁ, K. *Vybrané kapitoly z rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Hradec Králové : Gaudeamus, 2005. 72 s. ISBN 80-7041-139-2.
- [6] SVATOŠOVÁ, L.; KÁBA, B.; PRÁŠILOVÁ, M. *Zdroje a zpracování sociálních a ekonomických dat : učební texty*. Praha : PEF ČZU, 2006. 196 s. ISBN 80-213-1189-4.
- [7] ŠTĚCH, S.; VÁGNEROVÁ, M.; HADJ - MOUSOVÁ, Z.. *Psychologie handicapu : Handicap jako psychosociální problém*. Liberec : Technická univerzita v Liberci, 1997. 88 s. ISBN 80-7083-208-8.
- [8] VYSOKAJOVÁ, M. *Hospodářská, sociální, kulturní práva a zdravotně postižení*. Praha : Karolinum, 2001. 142 s. ISBN 80-246-0057-9.

Internetové zdroje

[9] IVANOVOVÁ, Stanislava. *Integrace zdravotně postižených osob do společnosti* [online]. 8.1.2008. Olomouc.[cit. 2010-11-26]. Dostupné z WWW: <<http://www.vkol.cz/cs/dokumenty/referaty-a-soupisy--nejen--pracovniku-vkol/prehled-referatu/clanek/integrace-zdravotne-postizenych-osob-do-spolecnosti/>>.

[10] *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. 2010 [cit. 2010-12-12]. Zdravotní postižení. Dostupné z WWW: <<http://www.mpsv.cz/cs/8>>.

[11] *Náhradní plnění* [online]. 2006 [cit. 2010-12-12]. Náhradní plnění. Dostupné z WWW: <<http://www.nahradniplneni.cz/info.html>>.

[12] *Národní informační centrum pro mládež* [online]. 2006 [cit. 2010-11-19]. Klasifikace sluchového postižení. Dostupné z WWW: <<http://www.icm.cz/klasifikace-sluchoveho-postizeni>>.

[13] *Národní informační centrum pro mládež* [online]. 2006 [cit. 2010-11-19]. Klasifikace tělesného postižení. Dostupné z WWW: <<http://www.icm.cz/klasifikace-telesneho-postizeni>>.

[14] *Národní informační centrum pro mládež* [online]. 2006 [cit. 2010-11-19]. Klasifikace zrakového postižení. Dostupné z WWW: <<http://www.icm.cz/klasifikace-zrakoveho-postizeni>>.

[15] *Neurocentrum* [online]. 2001 [cit. 2010-11-19]. DMO klinika (The International Cerebral Palsy Clinic) NeuroCentra Praha. Dostupné z WWW: <http://neurocentrum.cz/DMO_info.htm#DMO>.

Zákony

[16] Zákon č. 435/2004 Sb.

Tabulky

Český statistický úřad <http://www.czso.cz/csu/2009edicniplan.nsf/p/3101-09>

Portál Ministerstva práce a sociálních věcí <http://portal.mpsv.cz/sz/stat/rek>

8 Seznam použitých zkratk

apod. a podobně

ČR Česká republika

ČSSZ Česká správa sociálního zabezpečení

č. číslo

EU Evropská unie

event. eventuelně

kol. kolektiv

MPSV Ministerstvo práce a sociálních věcí

např. například

OZP osoba zdravotně postižená

PeR pedagogická rehabilitace

PR pracovní rehabilitace

Sb. sbírky

tis. tisíc

tj. to je

TP tělesně postižený

Tzv. tak zvaně

WHO World health organization (Světová zdravotnická organizace)

ZP zdravotně postižený

ZTP zvláště těžce postižený

9 Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Osoby se zdravotním postižením (starší 15ti let) podle ekonomické aktivity (v tis. obyvatel)

Tabulka č. 2: Muži se zdravotním postižením (starší 15ti let) podle ekonomické aktivity (v tis. obyvatel)

Tabulka č. 3: Ženy se zdravotním postižením (starší 15ti let) podle ekonomické aktivity (v tis. obyvatel)

Tabulka č. 4: Zaměstnaní muži a ženy se zdravotním postižením (starší 15ti let) (v tis. obyvatel)

Tabulka č.5: Druh postižení

Tabulka č.6: Délka postižení

Tabulka č.7: Soběstačnost

Tabulka č.8: Snaha nalézt práci

Tabulka č.9: Zaměstnanost

Tabulka č.10: Přijetí pracovním kolektivem

Tabulka č.11: Obtížnost hledání práce

Tabulka č.12: Hodnocení bezbariérovosti

Tabulka č 13: Bariéry, se kterými se postižení potýkali

Tabulka č.14: Hodnocení sociálních dávek a příspěvků

Tabulka č.15: Změna postavení zdravotně postižených

Tabulka č.16: Kvalita života

Tabulka č.17: Pohlaví respondentů

Tabulka č.18: Věk respondentů

Tabulka č. 19: Vztah mezi pohlavím respondenta a tím, zda respondent pracuje.

Tabulka č. 20: Vztah mezi typem postižení a tím, zda je uchazeč o práci zaměstnaný.

Tabulka č. 21: Pro malé relativní četnosti sloučeno na:

Tabulka č. 22: Vztah mezi pohlavím a hodnocením kvality života respondentů.

Tabulka č. 23: Pro malé relativní četnosti sloučeno na:

Tabulka č. 24: Vztah mezi druhem postižení a kvalitou života respondentů.

Tabulka č. 25: Pro malé relativní četnosti sloučeno na:

Tabulka č. 26: Vztah mezi druhem postižení a hodnocením systému sociálních dávek a výší příspěvku.

Tabulka č. 27: Pro malé relativní četnosti sloučeno na:

Tabulka č. 28: Vztah mezi bydlištěm a hodnocením bezbariérovosti v obci respondentů

Tabulka č. 29: Pro malé relativní četnosti sloučeno na:

10 Seznam grafů

Graf č. 1: Osoby se zdravotním postižením (starší 15ti let) podle ekonomické aktivity

Graf č. 2: Muži se zdravotním postižením (starší 15ti let) podle ekonomické aktivity

Graf č. 3: Ženy se zdravotním postižením (starší 15ti let) podle ekonomické aktivity

Graf č. 4: Zaměstnaní muži a ženy se zdravotním postižením (starší 15ti let).

Graf č. 5: Pracovní dílny - nová pracovní místa pro OZP a počet umístěných uchazečů

Graf č. 6: Uchazeči o rekvalifikaci OZP

Graf č. 7: Srovnání uchazečů o rekvalifikaci – OZP a celkem

Graf č. 8: Prognóza na roky 2011 a 2012 - počet osob se zdravotním postižením (starších 15ti let)

Graf č. 9: Prognóza na roky 2011 a 2012 počet zaměstnaných žen se zdravotním postižením

Graf č. 10: Prognóza na roky 2011 a 2012 počet zaměstnaných mužů se zdravotním postižením

Graf č. 11: Ekonomická aktivita OZP v ČR (starší 15ti let) v roce 2010

Graf č. 12: Populace (starší 15ti let) dle ekonomické aktivity v roce 2010

Graf č. 13: OZP (starší 15ti let) dle vzdělání (rok 2010)

Graf č. 14: Populace ČR (starší 15ti let) dle vzdělání v roce 2010.

11 Seznam příloh

- Příloha č.1: Jednotlivé kapitoly Národního plánu pro vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2010-2014
- Příloha č.2: Závazky pro přidělení dávek sociální péče
- Příloha č.3: Zdravotní postižení odůvodňující přiznání mimořádných výhod
- Příloha č.4: Mimořádné výhody pro těžce zdravotně postižené občany
- Příloha č.5: Rehabilitační a kompenzační pomůcky pro těžce zdravotně postižené občany
- Příloha č. 6: Těžké vady nosného nebo pohybového ústrojí
- Příloha č. 7: Anketní formulář
- Příloha č. 8: Graf č. 11: Ekonomická aktivita OZP v ČR (starší 15ti let) v roce 2010 a Graf č. 12: populace (starší 15ti let) dle ekonomické aktivity v roce 2010
- Příloha č. 9: Graf č.13: OZP (starší 15ti let) dle vzdělání (rok 2010) a graf č.14: Populace ČR (starší 15ti let) dle vzdělání v roce 2010.

Příloha č.1: Jednotlivé kapitoly Národního plánu pro vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2010-2014

1. Rovné zacházení a ochrana před diskriminací
2. Ženy se zdravotním postižením
3. Výchova veřejnosti a osvětová činnost
4. Přístupnost staveb a dopravy, přístup k informacím
5. Rovnost před zákonem
6. Nezávislý život
7. Osobní mobilita
8. Život v rodině
9. Vzdělání a školství
10. Zdraví a zdravotní péče
11. Rehabilitace
12. Zaměstnávání
13. Sociální zabezpečení a sociální ochrana
14. Participace občanů se zdravotním postižením a jejich organizací na správě věcí veřejných
15. Přístup ke kulturnímu dědictví a účast na kulturním životě

16. Statistické údaje
17. Koordinace a monitorování plnění Národního plánu
18. Finanční dopady realizace jednotlivých opatření Národního plánu

Příloha č.2: Závazky pro přidělení dávek sociální péče

Jednorázové příspěvky na opatření zvláštních pomůcek (§ 33)

Závazek: Příspěvek na opatření zvláštních pomůcek lze poskytnout pouze, pokud se žadatel písemně předem zaváže, že vrátí příspěvek (jeho poměrnou část) v případě, že zvláštní pomůcka, na jejíž opatření byl příspěvek poskytnut, přestane být před uplynutím 5 let ode dne vyplacení příspěvku jeho vlastnictvím do 6 měsíců ode dne vyplacení nepoužije příspěvek na opatření zvláštní pomůcky, popřípadě použije jen část příspěvku. Příspěvek nebo jeho poměrná část se nevrací v případě, že občan, kterému byl vyplacen, zemře.

Příspěvek na úpravu bytu (§ 34)

Závazek: Příspěvek na úpravu bytu se poskytne jen, pokud se žadatel zaváže písemně předem, že: příspěvek (zálohu) vyúčtuje do tří let od zahájení řízení, příspěvek (jeho poměrnou část) vrátí v případě, že byt vymění, byt prodá nebo dojde-li k jiné změně užívacího nebo vlastnického práva k bytu před uplynutím deseti let od jeho poskytnutí, vrátí poměrnou část příspěvku v případě, že plánované úpravy se neuskuteční v rozsahu podle schválené dokumentace a vyplacený příspěvek přesáhl 70 % skutečně vynaložených nákladů.

Vrácení příspěvku nebo jeho poměrné části se nepožaduje, jestliže jeho výše nepřesáhla 5000 Kč nebo jestliže zemře občan nebo dítě, jehož rodiči byl poskytnut. Od vymáhání příspěvku je může obecní úřad obce s rozšířenou působností ve zřetele hodných případech upustit.

Příspěvek na zakoupení motorového vozidla a příspěvek na celkovou opravu motorového vozidla (§ 35)

Závazek: Příspěvek na zakoupení motorového vozidla a příspěvek na celkovou opravu motorového vozidla se poskytne pouze, zaváže-li se žadatel písemně předem, že vrátí vyplacený příspěvek nebo jeho poměrnou část v případě, že motorové vozidlo, na jehož zakoupení nebo opravu příspěvek použije, přestane být před uplynutím pěti let ode dne vyplacení příspěvku jeho vlastnictvím nebo přestane být používáno. Příspěvek nebo jeho poměrná část se

nevymáhá v případě, že občan, kterému byl vyplacen, zemře do pěti let ode dne jeho vyplacení, nebo, jde-li o příspěvek vyplacený rodiči, když dítě přestalo splňovat podmínku nezaopatřenosti, ale motorové vozidlo je nadále používáno pro jeho dopravu nebo když dítě zemřelo.

Příspěvek na zvláštní úpravu motorového vozidla (§ 35)

Závazek: Příspěvek na zvláštní úpravu motorového vozidla se poskytne pouze, pokud se žadatel zaváže písemně předem, že vrátí vyplacený příspěvek nebo jeho poměrnou část v případě, že motorové vozidlo, na jehož zvláštní úpravu příspěvek použije, přestane být před uplynutím pěti let ode dne vyplacení příspěvku jeho vlastnictvím nebo přestane být používáno.

Příspěvek nebo jeho poměrná část se nevymáhá v případě, že občan, kterému byl vyplacen, zemře do pěti let ode dne jeho vyplacení.

Příspěvek na provoz motorového vozidla (§ 36)

Pokud se písemně předem zaváže, že vrátí poměrnou část vyplaceného příspěvku v případě, že přestane plnit podmínky pro jeho přiznání. Příspěvek nebo jeho poměrná část se nevrací v případě, že zemře občan, kterému byl vyplacen, nebo dítě, jehož rodičům byl vyplacen.

Příspěvek lze z důvodu dopravy téže zdravotně postižené osoby poskytnout pouze jednomu vlastníku nebo provozovateli motorového vozidla, a to tomu, koho určí osoba, jež má být dopravována.

Příspěvek na individuální dopravu (§ 37)

Za podmínky, že: se pravidelně individuálně dopravuje, není vlastníkem nebo provozovatelem motorového vozidla, není občanem, který je dopravován motorovým vozidlem, na jehož provoz je přiznán příspěvek, se zaváže písemně předem, že vrátí poměrnou část vyplaceného příspěvku v případě, že přestane plnit podmínky pro přiznání příspěvku na individuální dopravu (Příspěvek nebo jeho poměrná část se nevrací v případě, že zemře občan, kterému byl vyplacen, nebo dítě, jehož rodičům byl vyplacen.).

Příloha č. 3: Zdravotní postižení odůvodňující přiznání mimořádných výhod

1. Mimořádné výhody I. stupně (průkaz TP) se přiznávají v těchto případech postižení:

Ztráta úchopové schopnosti nebo podstatné omezení funkce horní končetiny (například na podkladě anatomické ztráty, ochrnutí, mízního edému), anatomická ztráta několika prstů na obou nohou nebo ztráta nohy v kloubu Lisfrankově nebo Chopartově a výše, až po bérce včetně, podstatné omezení funkce jedné dolní končetiny (například na podkladě funkčně významné parézy, arthrózy kolenního a kyčelního kloubu nebo ztuhnutí kolenního nebo kyčelního kloubu, stav po endoprotéze, pakloub bérce nebo stehenní kosti), omezení funkce dvou končetin (například na podkladě lehké hemiparézy nebo paraparézy, arthrotického postižení nosných kloubů obou dolních končetin, těžší formy osteoporózy, polyneuropathií, nestability kloubů nebo zánětlivého postižení kloubů), zkrácení jedné dolní končetiny přesahující 5 cm, onemocnění páteře, stavy po operacích a úrazech páteře s přetrvávajícími projevy nervového a svalového dráždění, insuficiencí svalového korzetu a omezením pohyblivosti dvou úseků páteře, postižení cév jedné dolní končetiny s těžkou poruchou krevního oběhu (například s trofickými změnami, mízním edémem, klaudikacemi, s těžkým varikosním komplexem), záchvatová onemocnění různé etiologie spojená s opakovanými poruchami vědomí, závrativé stavy.

2. Mimořádné výhody II. stupně (průkaz ZTP) se přiznávají v těchto případech postižení:

Anatomická ztráta jedné dolní končetiny v kolenním kloubu nebo ve stehně, anatomická ztráta dvou dolních končetin v úrovni Lisfrankova nebo Chopartova kloubu a výše, funkční ztráta jedné dolní končetiny (například na podkladě těžkého ochrnutí nebo plegie této končetiny, těžké poruchy funkce dvou nosných kloubů se ztrátou oporné funkce končetiny, stav po implantaci endoprotézy kyčelního nebo kolenního kloubu s výrazně porušenou funkcí operované končetiny), současné funkčně významné anatomické ztráty části jedné dolní a jedné horní končetiny nebo obou horních končetin v úrovni bérce a předloktí, podstatné omezení funkce dvou končetin se závažnými poruchami pohybových schopností při neurologických, zánětlivých, degenerativních nebo systémových onemocněních pohybového aparátu (například na podkladě středně těžké hemiparézy nebo paraparézy, podstatného omezení hybnosti kyčelních a kolenních kloubů zpravidla o polovinu rozsahu kloubních exkurzí), onemocnění páteře, stavy po operacích a úrazech páteře se středně těžkými parézami, výraznými svalovými atrofiemi nebo se závažnými deformitami páteře s omezením exkurzí hrudníku, ztuhnutím tří úseků páteře, těžké obliterace cév obou dolních končetin s výrazným trofickým postižením a

výrazným funkčním postižením hybnosti, chronické vady a nemoci interního charakteru značně ztěžující pohybovou schopnost (například vady a nemoci srdce s recidivující oběhovou nedostatečností trvající i při zavedené léčbě, dechová nedostatečnost těžkého stupně, selhání ledvin ve stadiu dialýzy, provázené závažnými tělesnými komplikacemi, onkologická onemocnění s nepříznivými průvodními projevy na pohybové a orientační schopnosti), oboustranná praktická hluchota nebo oboustranná úplná hluchota, kterou se rozumí celková ztráta slyšení podle Fowlera 85 % a více, více než 70 dB, kombinované postižení sluchu a zraku (hluchoslepota) funkčně v rozsahu oboustranné středně těžké nedoslýchavosti, kterou se rozumí ztráta slyšení podle Fowlera 40 až 65 %, a oboustranné silné slabozrakosti, kterou se rozumí zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí na lepším oku, kdy maximum je menší než 6/60 a minimum rovné nebo lepší než 3/60, nebo oboustranné koncentrické omezení zorného pole v rozsahu 30 až 10 stupňů, i když centrální ostrost není postižena, oboustranná těžká ztráta zraku, kterou se rozumí zraková ostrost s korekcí, kdy maximum je menší než 3/60, minimum rovné nebo lepší než 1/60.

3. Mimořádné výhody III. stupně (průkaz ZTP/P) se přiznávají v těchto případech postižení:

Anatomická ztráta dolní končetiny vysoko ve stehně s anatomicky nepříznivým pahýlem nebo v kyčli, anatomická ztráta obou končetin v bércích a výše nebo ztráta podstatných částí horní a dolní končetiny v úrovni pažní a stehenní kosti nebo obou horních končetin v úrovni paže, funkční ztráta jedné dolní a jedné horní končetiny (například hemiplegie nebo těžká hemiparéza) nebo obou dolních končetin (například paraplegie nebo těžká paraparéza, těžká destrukce kolenních a kyčelních kloubů), těžká porucha pohyblivosti na základě závažného postižení několika funkčních celků pohybového ústrojí s odkázaností na vozík pro invalidy; funkčním celkem se přitom rozumí trup, páteř, pánev, končetina, disproporční poruchy růstu provázené závažnými deformitami končetin a hrudníku, pokud tělesná výška po ukončení růstu nepřesahuje 120 cm, dlouhodobé multiorgánové selhávání dvou a více orgánů, pokud podstatně omezuje pohybové nebo orientační schopnosti, neúplná (praktická) nevidomost obou očí, kterou se rozumí zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí 1/60, 1/50 až světlocit nebo omezení zorného pole do 5 st. kolem centrální fixace, i když centrální ostrost není postižena, nebo úplná nevidomost obou očí, kterou se rozumí ztráta zraku zahrnující stavy od naprosté ztráty světlocitu až po zachování světlocitu s chybnou

světelnou projekcí, oboustranná praktická hluchota nebo oboustranná úplná hluchota u dětí do ukončení povinné školní docházky, střední, těžká a hluboká mentální retardace nebo demence, je-li IQ horší než 50, psychické postižení s dlouhodobými těžkými poruchami orientace a komunikace, j. kombinované těžké postižení sluchu a zraku (hluchoslepota) funkčně v rozsahu oboustranné těžké nedoslýchavosti až hluchoty, kterou se rozumí ztráta slyšení podle Fowlera horší než 65 %, a oboustranné těžké ztráty zraku.

4. Mimořádné výhody I., II. nebo III. stupně lze přiznat také v případech nemocí a vad neuvedených v bodech 1 až 3, pokud podstatně omezují pohybovou nebo orientační schopnost, a to podle rozsahu a tíže funkčních důsledků srovnatelných s indikacemi uvedenými v bodech 1 až 3.

Příloha č. 4 Mimořádné výhody pro těžce zdravotně postižené občany

1. Mimořádné výhody I. stupně (průkaz TP):

Nárok na vyhrazené místo k sedění ve veřejných dopravních prostředcích pro pravidelnou hromadnou dopravu osob kromě autobusů a vlaků, v nichž je místo k sedění vázáno na zakoupení místenky, nárok na přednost při osobním projednávání jejich záležitostí, vyžaduje-li toto jednání delší čekání, zejména stání; za osobní projednávání záležitostí se nepovažuje nákup v obchodech ani obstarávání placených služeb ani ošetření a vyšetření ve zdravotnických zařízeních.

2. Mimořádné výhody II. stupně (průkaz ZTP):

Výhody uvedené v bodu 1, nárok na bezplatnou dopravu pravidelnými spoji místní veřejné hromadné dopravy osob (tramvajemi, trolejbusy, autobusy, metrem), sleva 75 % jízdného ve druhé vozové třídě osobního vlaku a rychlíku ve vnitrostátní přepravě a 75 % sleva v pravidelných vnitrostátních spojích autobusové dopravy.

3. Mimořádné výhody III. stupně (průkaz ZTP/P):

Výhody uvedené v bodech 1 a 2, nárok na bezplatnou dopravu průvodce veřejnými hromadnými dopravními prostředky v pravidelné vnitrostátní osobní hromadné dopravě

u úplně nebo prakticky nevidomých nárok na bezplatnou přepravu vodícího psa, pokud je nedoprovází průvodce.

4. Dále může být držitelům průkazů ZTP a ZTP/P poskytnuta sleva poloviny vstupného na divadelní a filmová představení, koncerty a jiné kulturní a sportovní podniky. Při poskytování slevy držitelům průkazu ZTP/P se poskytne sleva poloviny vstupného i jejich průvodci.

Příloha č. 5 Rehabilitační a kompenzační pomůcky pro těžce zdravotně postižené občany

I. Rehabilitační a kompenzační pomůcky pro tělesně postižené občany

Polohovací zařízení do postele (100%)

Obracecí postel (50%)

Vodní zvedák do vany (50%)

Přenosný WC (100%)

Psací stroj se speciální klávesnicí (50%)

Motorový vozík pro invalidy (50%)

Židle na elektrický pohon (50%)

Přenosná rampa (pro vozíčkáře) (100%)

Zvedací zařízení vozíku na střechu automobilu (100%)

Zařízení pro přesun vozíčkáře do automobilu (100%)

Individuální úpravy automobilu (100%)

Dvoukolo (50%)

Šikmá schodišťová plošina (100%)

Signalizační pomůcka SYM-BLIK (80%)

Koupací lůžko (50%)

Nájezdové lyžiny pro vozíčkáře (100%)

II. Rehabilitační a kompenzační pomůcky pro sluchově postižené občany

Název pomůcky (Nejvyšší částka příspěvku z ceny)

Víceúčelová pomůcka pro sluchově postižené děti (100%, nejvýše 3 000 Kč)

Signalizace bytového a domovního zvonku včetně instalace (100%)

Signalizace telefonního zvonku (100%)

Světelný nebo vibrační budík (50%)

Telefonní přístroj se zesílením zvuku pro nedoslýchavé včetně světelné indikace zvonění (75%, nejvýše 7000 Kč)

Psací telefon pro neslyšící včetně světelné indikace zvonění (75%)

Přídavná karta k osobnímu počítači a programové vybavení emulující psací telefon pro neslyšící (75%)

Fax (75%)

Faxmodemová karta k počítači a programové vybavení emulující fax**) (75%)

Videorekordér (50%, nejvýše 7 000 Kč)

Televizor s teletextem (50%, nejvýše 7 000 Kč)

Doplnění stávajícího televizoru o dekodér teletextu včetně montáže (50%)

Přenosná naslouchací souprava s rádiovým nebo infračerveným přenosem (75%)

Přístroj k nácviku slyšení (50%)

Bezdrátové zařízení umožňující poslech televizního přijímače nebo jiného zdroje zvuku (50%)

Individuální přenosný naslouchací přístroj (nejde o elektronické sluchadlo) (50%)

Individuální indukční smyčka (50%)

Indikátor hlásek pro nácvik v rodině (75%)

III. Rehabilitační a kompenzační pomůcky pro zrakově postižené občany

Název pomůcky (Nejvyšší částka příspěvku z ceny)

Kancelářský psací stroj (50%)

Slepecký psací stroj (100%)

Magnetofon, diktafon (100%, nejvýše 4500 Kč)

Čtecí přístroj pro nevidomé s hmatovým výstupem (100%)

Digitální čtecí přístroj pro nevidomé s hlasovým výstupem (100%)

Kamerová zvětšovací televizní lupa (100%)

Digitální zvětšovací televizní lupa (100%)

Adaptér hlasového syntetizátoru pro nevidomé (100%)

Programové vybavení pro digitální zpracování obrazu (100%)

Tiskárna reliéfních znaků pro nevidomé (100%)

Jehličková jednobarevná tiskárna (50%)

Zařízení pro přenos digitálních dat (100%)

Elektronický zápisník pro nevidomé s hlasovým nebo hmatovým výstupem (100%)

Elektronická komunikační pomůcka pro hluchoslepé (100%)
Kapesní kalkulačka s hlasovým výstupem (100%)
Slepecké hodinky a budíky s hlasovým nebo hmatovým výstupem (50%)
Měřicí přístroje pro domácnost s hlasovým nebo hmatovým výstupem (50%)
Indikátor barev pro nevidomé (100%)
Elektronická orientační pomůcka pro nevidomé a hluchoslepé (100%)
Dvoukolo (50%)

Příloha č. 6 Těžké vady nosného nebo pohybového ústrojí

Amputační ztráta dolní končetiny ve stehně, amputační ztráta obou dolních končetin v bérkách a výše, funkční ztráta obou dolních končetin na podkladě úplné obrny (plegie) nebo těžkého ochrnutí, ankyloza obou kyčelních kloubů nebo obou kolenních kloubů nebo podstatné omezení hybnosti obou kyčelních nebo kolenních kloubů pro těžké kontraktury v okolí, současné ztuhnutí všech úseků páteře s těžkým omezením pohyblivosti alespoň dvou nosných kloubů dolních končetin, těžké funkční poruchy pohyblivosti na základě postižení několika funkčních celků pohybového ústrojí s případnou odkázaností na vozík pro invalidy; funkčním celkem se přitom rozumí trup, pánev, končetina, disproporční poruchy růstu provázané deformitami končetin a hrudníku, pokud tělesná výška postiženého po ukončení růstu nepřesahuje 120 cm, anatomická nebo funkční ztráta končetiny.

Příloha č. 7: Anketní formulář

Dotazníkové šetření

Dobrý den, jsem studentka České zemědělské univerzity v Praze a provádím dotazníkové šetření k diplomové práci, která je statistickým zpracováním tématu Postavení zdravotně znevýhodněných v socioekonomickém prostředí ČR. Pomocí dotazníku budu analyzovat situaci a postavení zdravotně postižených (tělesně postižených, nevidomých, neslyšících, hluchoněmých) na trhu práce, jejich začlenění do společnosti, problémy, se kterými se potýkají. Dotazník je anonymní a jeho výsledky budou použity výhradně pro potřeby mé diplomové práce.

Gabriela Hunalová

Zaškrtněte (zvýrazněte nebo označte červeně) prosím jednu z možností, případně vepište svoji odpověď. Otázky označené hvězdičkou * jsou nepovinné.

1, Jaký je druh Vašeho postižení?

a, tělesné, b, sluchové, c, zrakové, d, kombinace některých předešlých možností, e, jiné.....

2, Jak dlouho máte postižení?

a, od narození, b, více než 10 let c, méně než 10 let

***Co bylo příčinou vzniku vašeho postižení, pokud ho nemáte od narození?**

.....

3, Využíváte služeb asistence nebo jste úplně soběstačný/á? (možno více odpovědí)

a, Využívám služeb asistence, b, využívám pomoc rodiny, c, rodiny i asistence d, jsem soběstačný/á

4, Snažil/a jste si najít práci? (při záporné odpovědi přejděte k otázce č. 8)

a, Ano, b, Ne

5, Jste zaměstnán/a / pracujete? (při záporné odpovědi přejděte k otázce č.8)

a, Ano, b, Ne

***Na jaký úvazek pracujete?**

a, Na poloviční, b, na plný, c, jiný, d, podnikám

6, Jak vás přijal pracovní kolektiv?

a, Nebylo to pro ně snadné, b, nedokáží posoudit, c, přijali mě dobře

7, Jak pro Vás bylo obtížné sehnat práci?

a, bylo to obtížné, b, nedokáží posoudit, c, bylo to snadné

8, Jaké jsou Vaše koníčky?

.....

9, Jak hodnotíte bezbariérovost v obci, které žijete na stupnici 1 – 5?

(1 výborná, 5 velice špatná)

.....

10, Jaké bariéry jsou pro Vás největším problémem, denně se s nimi potýkáte? (možno označit více odpovědí)

a, mobilita, b, prostorová orientace d, komunikace s lidmi, e, jiné (doplňte)

11, Jak hodnotíte systém sociálních dávek a výše příspěvků pro lidi s handicapem na stupnici 1 – 5 (1 výborná, 5 velice špatná)

.....

***Chcete se k sociálním dávkám a výši příspěvků nějak vyjádřit?**

.....

12, Jak hodnotíte své okolí (chování lidí, jejich reakce) ve spojení s vaším handicapem?

.....

13, Změnilo se podle Vašeho názoru v uplynulých 5ti letech nějakým způsobem postavení zdravotně postižených v ČR?

a, Ano - pozitivně, b, Ano – negativně, c, Ne, nezměnilo

* Chcete se k otázce nějak vyjádřit?

* Jak byste ohodnotil/a kvalitu Vašeho života (Vaši celkovou spokojenost) na stupnici 1 – 5? (1 výborná, 5 velice špatná)

14, Vaše pohlaví?

a, žena b, muž

15, Kolik je Vám let?

a, 0 -18, b, 19 - 29, c, 30 - 49, d, 50 a více

16, V jaké obci a okrese žijete?

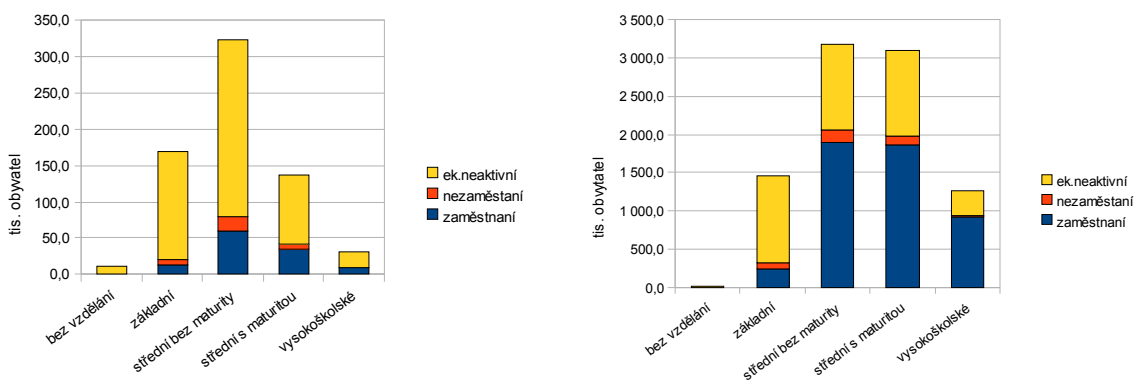
Mnohokrát děkuji za Váš čas strávený vyplňováním dotazníku.

Příloha č. 8: Graf č. 11: Ekonomická aktivita OZP v ČR (starší 15ti let) v roce 2010 a Graf č. 12: Populace (starší 15ti let) dle ekonomické aktivity v roce 2010.



(Zdroj: ČSÚ)

Příloha č. 9: Graf č. 13: OZP (starší 15ti let) dle vzdělání (rok 2010) a graf č. 14: Populace ČR (starší 15ti let) dle vzdělání v roce 2010.



(Zdroj: ČSÚ)