

Česká zemědělská univerzita v Praze

Provozně ekonomická fakulta

Katedra statistiky



Diplomová práce

**Postavení zdravotně znevýhodněných skupin
obyvatelstva v české společnosti**

Bc. Tereza Svobodová

© 2020 ČZU v Praze

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

Bc. Tereza Svobodová

Hospodářská politika a správa
Podnikání a administrativa

Název práce

Postavení zdravotně znevýhodněných skupin obyvatelstva v české společnosti

Název anglicky

Social status of people with disabilities in the Czech society

Cíle práce

Cílem práce je analyzovat postavení zdravotně znevýhodněných osob v české společnosti prostřednictvím časových řad vybraných ukazatelů a prostřednictvím dotazníkového šetření zaměřeného na běžný život osoby s mentálním či fyzickým hendikepem. Výsledkem analýz bude formulace návrhů a doporučení pro snadnější začleňování postižených osob do společnosti.

Metodika

Podkladové data budou získána z databáze z ČSÚ, MPSV, MŠMT, MZ, ze Sociologického ústavu AV ČR a z dotazníkového šetření.

Data budou analyzována metodami z oblasti časových řad a kvalitativních znaků.

Harmonogram:

Studium dostupné literatury a odborných textů: 03/2019-09/2019

Předložení literární rešerše: 10/2019

Sběr dat a jejich analýza: 08/2019-01/2020

Předložení konečné podoby textu diplomové práce: 02/2020

Doporučený rozsah práce

60-80 stran

Klíčová slova

zdravotně znevýhodněné osoby, hendikep, sociální služby, rizikové skupiny na trhu práce, vzdělání, sociální politika, časové řady

Doporučené zdroje informací

BUŘVALOVÁ, D., REITMAYEROVÁ E. Tělesně postižený. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. ISBN 978-80-86991-21-4.

HENDL, J. *Přehled statistických metod zpracování dat : analýza a metaanalýza dat*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-123-9.

HINDLS, R. *Statistika pro ekonomy*. Praha: Professional Publishing, 2007. ISBN 978-80-86946-43-6.

KRÁLOVÁ, J., RÁŽOVÁ E. Zařízení sociální péče pro seniory a zdravotně postižené občany. 2. aktualiz. a dopl. vyd. Ostrava: Anag, 2003. ISBN 80-7263-168-3

NOVOSAD, L. Některé aspekty socializace lidí se zdravotním postižením: kapitoly ze sociologie handicapu. Liberec: Technická univerzita, 1997. ISBN 80-7083-268-1

PECÁKOVÁ, I. *Statistika v terénních průzkumech*. Praha: Professional Publishing, 2011. ISBN 978-80-7431-039-3.

ŘEZANKOVÁ, H. *Analýza dat z dotazníkových šetření*. Praha: Professional Publishing, 2011. ISBN 978-80-7431-062-1.

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

TRBOLA, R., SIROVÁTKA T., ŠIMÍKOVÁ I. Vyhodnocení soustavy indikátorů Strategie sociálního začleňování České republiky pro roky 2014-2020. Praha: VÚPSV, 2016. ISBN 978-80-7416-300-5

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

Předběžný termín obhajoby

2019/20 LS – PEF

Vedoucí práce

doc. Ing. Marie Prášilová, CSc.

Garantující pracoviště

Katedra statistiky

Elektronicky schváleno dne 11. 11. 2019

prof. Ing. Libuše Svatošová, CSc.

Vedoucí katedry

Elektronicky schváleno dne 12. 11. 2019

Ing. Martin Pelikán, Ph.D.

Děkan

V Praze dne 06. 04. 2020

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že svou diplomovou práci "Postavení zdravotně znevýhodněných skupin obyvatelstva v české společnosti" 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 použitých zdrojů 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 6.4.2020

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala doc. Ing. Marii Prášilové, CSc. za rady během zpracovávání závěrečné práce, Spolku zdravotně postižených osob a jejich přátel, Sdružení pro komplexní péči při dětské mozkové obrně, Jedličkovu ústavu a škole za pomoc při získávání respondentů a také samotných respondentům za jejich čas při vyplňování dotazníku, také rodině za podporu během zpracování práce.

Postavení zdravotně znevýhodněných skupin obyvatelstva v české společnosti

Abstrakt

Předmětem diplomové práce je statistická analýza postavení zdravotně znevýhodněných skupin obyvatelstva v české společnosti. Teoretická část práce vymezuje základní pojmy a úvod do celkové problematiky zdravotního postižení. V praktické části je provedena statistická analýza, jejímž zdrojem jsou data z Výběrových šetření zdravotně postižených Českého statistického úřadu, z let 2007, 2013 a 2018. Analýza vybraných ukazatelů je provedena pomocí statistických metod časových řad. Práce obsahuje vyhodnocení dotazníkového šetření, které bylo realizováno na skupině zdravotně postižených osob v únoru 2020, prostřednictvím organizací zaštiťující hendikepované jedince jako Jedličkův ústav a školy, Spolek zdravotně postižených osob a jejich přátel a Sdružení pro komplexní péči při dětské mozkové obrně. Na základě dotazníkového šetření byla zjišťována závislost kvalitativních znaků. Na základě získaných výsledků jsou formulovány návrhy na zlepšení situace v otázce postavení zdravotně postižených osob v české společnosti.

Klíčová slova: hendikep, zdravotně postižení, vzdělání, legislativa, příspěvky, sociální péče, integrace

Social status of people with disabilities in Czech Society

Abstract

The object of this diploma thesis is statistical analysis of social status of people with disabilities in Czech Republic. Theoretical part defines basic terms and introduction to this problem. In the practical part is statistical analysis, which is the source of the data from Sample survey of the disabled, from Czech Statistical Office, from years 2007, 2013 and 2018. Analysis of selected indicator is conducted by using statistical methods time-series. The thesis includes an evaluation of questionnaire survey conducted of a group of people with disabilities in February 2020, through organization supporting people with disabilities such as Jedlička institutes and schools, Association of people with disabilities and their friends and the Association of complex care in Cerebral Palsy. On the basis of the questionnaire survey was examined dependency of qualitative traits. Based on the obtained results, proposals are formulated suggestions were proposed to improve the situations of people with disabilities in the Czech Society.

Keywords: handicap, people with disabilities, education, legislation, allowances, social care, integration

Obsah

1	Úvod	11
2	Cíl práce a metodika	12
2.1	Cíl práce	12
2.2	Metodika	12
2.2.1	Dotazníkové šetření	12
2.2.2	Analýza časových řad.....	13
2.2.3	Analýza kvalitativních znaků	14
3	Teoretická východiska	16
3.1	Základní pojmy	16
3.1.1	Sluchové postižení.....	16
3.1.2	Zrakové postižení	18
3.1.3	Mentální postižení	19
3.1.4	Tělesné postižení	20
3.2	Postoj společnosti ke zdravotně postiženým	21
3.2.1	Současný postoj ke zdravotně postiženým	23
3.3	Sociální péče a sociální služby pro zdravotně postižené	23
3.3.1	Sociální poradenství	24
3.3.2	Služby sociální péče	24
3.4	Sociální integrace zdravotně postižených do společnosti.....	25
3.4.1	Integrace v oblasti výchovně-vzdělávací.....	26
3.4.2	Integrace v pracovní oblasti.....	27
3.4.3	Integrace v oblasti volnočasových aktivit	28
3.5	Legislativní rámec problematiky	29
4	Sociální systém ČR pro zdravotně postižené osoby	32
4.1	Invalidní důchod	32
4.2	Příspěvek na péči o osobu blízkou.....	33
4.3	Příspěvek na mobilitu	34
4.4	Příspěvek na zvláštní pomůcku.....	34
5	Vlastní práce	36
5.1	Struktura zdravotně postižených osob v ČR v roce 2018.....	36
5.2	Analýza ekonomicko-sociálních dat z let 2007, 2013 a 2018	38
5.2.1	Vývoj počtu zdravotně postižených v letech 2007, 2013 a 2018.....	38
5.2.2	Nabídka sociálních služeb pro zdravotně postižené v ČR v letech 2010 - 2018	42
5.2.3	Vzdělání zdravotně znevýhodněných osob	43

5.2.4	Ekonomická aktivita zdravotně znevýhodněných osob	44
5.2.5	Sociální systém ČR pro zdravotně znevýhodněné osoby	46
5.2.6	Vyhodnocení dotazníkového šetření	51
5.2.7	Vyhodnocení hypotéz	60
6	Návrhy a doporučení	69
7	Závěr	71
8	Seznam použitých zdrojů	74
9	Přílohy	78

Seznam tabulek

Tabulka 1	Zdravotně postižení podle věkové struktury v roce 2018	37
Tabulka 2	Zdravotně postižení podle příčiny postižení a pohlaví 2018 (tis. osob).....	37
Tabulka 3	Druhy zdravotního postižení dle pohlaví a věku 2018 (tis. osob).....	38
Tabulka 4	Ekonomická aktivita zdravotně postižených v roce 2007 (v %).....	45
Tabulka 5	Ekonomická aktivita zdravotně postižených v roce 2013 (v %).....	45
Tabulka 6	Ekonomická aktivita zdravotně postižených v roce 2018 (v %).....	45
Tabulka 7	Elementární charakteristiky výdajů na invalidní důchody v letech 2010–2018 (v tis. Kč)	47
Tabulka 8	Elementární charakteristiky výdajů na příspěvek o osobu blízkou (v tis. Kč)	48
Tabulka 9	Elementární charakteristiky výdajů na mobilitu za rok 2012–2018 (v tis. Kč)	49
Tabulka 10	Elementární charakteristiky vybraného ukazatele (v tis. Kč).....	50

Seznam grafů

Graf 1	Vývoj počtu zdravotně postižených v letech 2007, 2013, 2018 (v %)	39
Graf 2	Podíl žen a mužů na celkovém počtu zdravotně postižených (tis. osob).....	39
Graf 3	Zdravotně postižené osoby podle věkové struktury a pohlaví (v osobách)	40
Graf 4	Rodinný stav zdravotně postižených osob (v %)	41
Graf 5	Stuktura zdravotně postižených dle typu postižení (v %).....	41
Graf 6	Zdravotně postižení podle příčiny postižení (v %)	42

Graf 7 Nabídka sociálních služeb pro zdravotně postižené v ČR v letech 2010–2018	43
Graf 8 Nejvyšší dosažené vzdělání zdravotně postižených (%).....	44
Graf 9 Výdaje na invalidní důchody (v mld. Kč).....	46
Graf 10 Vývoj výdajů na příspěvek o péči o osobu blízkou v letech 2010–2018 (v mld. Kč)	47
Graf 11 Vývoj výdajů na příspěvek na mobilitu a v letech 2012–2018 (v tis. Kč)....	49
Graf 12 Vývoj výdajů na příspěvek na zvláštní pomůcku v letech 2010–2018 (v tis. Kč)	50
Graf 13 Rozdělení respondentů podle pohlaví	51
Graf 14 Rozdělení respondentů podle věku	52
Graf 15 Rozdělení respondentů podle místa bydliště.....	52
Graf 16 Rozdělení respondentů podle dosaženého vzdělání.....	53
Graf 17 Rozdělení respondentů podle ekonomického statusu	54
Graf 18 Rozdělení respondentů dle typu zaměstnání.....	55
Graf 19 Okruh přátel respondentů.....	56
Graf 20 Každodenní bariéry zdravotně znevýhodněných osob.....	57
Graf 21 Hodnocení bezbariérovosti dle zdravotně znevýhodněných osob	57
Graf 22 Diskriminace v životě zdravotně znevýhodněných osob	58
Graf 23 Vliv předsudků společnosti vůči zdravotně znevýhodněných osob.....	59
Graf 24 Změna společnosti za 5 let dle zdravotně znevýhodněných osob.....	59
Graf 25 Hodnocení sociálního systému dávek dle zdravotně znevýhodněných osob	60

Seznam použitých zkratk

DMO (Dětská mozkový obrna)

WHO (Mezinárodní zdravotnická organizace)

VŠPO (Výběrové šetření postižených osob)

SZPOaJP (Spolek zdravotně postižených a jejich přátel)

SDMO (Sdružení pro komplexní péči při dětské mozkové obrně)

1 Úvod

Každé dlouhodobé onemocnění nebo i trvalé zdravotní postižení není problém jen zdravotní, ale především to znamená oslabení sociálních rolí člověka ve společnosti. Právě proto práce zejména sociální pracovníků, ale i speciálních pedagogů, mentorů, psychologů apod. neznamena jen o se tyto lidi postarat po fyzické stránce (případně jen po psychické), ale i hledání cest, které kompenzují omezení způsobené zdravotním postižením. Každý člověk, byť je schopen plnohodnotného života, či ne, by měl vykonávat svou sociální roli, uplatnit své schopnosti, podílet se na dění ve společnosti a zejména rozhodovat o svém životě, pokud mu to jeho zdravotní stav dovolí.

I když se zdravotně znevýhodněné osoby ve společnosti vyskytují již od nepaměti, lidská práva těchto osob začala být zkoumána až v 70. letech. Bohužel otázka lidských práv zdravotně znevýhodněných je o to složitější, protože někteří zdravotně postižení těžce komunikují, což je zbavuje možnosti prosazování svých vlastních práv. V České republice se postoj k těmto lidem změnil až po roce 1989, kdy se zásadní změnou společnosti, přišly i změny týkající se zdravotně postižených osob. Byly přijaty první právní normy, které respektovali jejich specifické potřeby ve všech oblastech. Také byl zřízen Vládní výbor pro zdravotně postižené občany. Vznikala nová zařízení pro tyto osoby a sdružení, která zastřešovala zdravotně postižené podle druhu postižení. V roce 2000 vznikla hlavní organizace, která zaštiťuje všechny zdravotně znevýhodněné osoby, a to, Národní rada osob se zdravotním postižením České republiky.

Integrace zdravotně znevýhodněných osob se dostává v České republice čím dál víc do popředí. Stát se dlouhodobě snaží o odstraňování bariér, tak aby člověk, který trpí jakýmkoliv postižením mohl žít plnohodnotný život. Postižený jedinec by se měl sám podílet na získání pomoci či podpory od státu, ale protože to v některých situacích nejde, stát by jim měl jít, jak se říká, naproti. Během několika desítek let došlo k velké změně v přístupu ke zdravotně postiženým, což se efektivně odráží v mnoha sférách, které se těchto lidí dotýkají přímo a napomáhají jim se začleněním do společnosti. integrací. Ze strany státu je velkou pomocí finanční podpora jako invalidní důchody, příspěvky na péči nebo hrazení některých zdravotních pomůcek, bez kterých by se neobešli.

2 Cíl práce a metodika

2.1 Cíl práce

Cílem práce je zhodnocení postavení zdravotně znevýhodněných skupin obyvatelstva. V práci budou analyzovány ukazatele kvantifikující postavení zdravotně znevýhodněných osob v české společnosti. Bude posuzováno vzdělání, sociální systém ve vztahu k hendikepovaným, sociální služby a zejména postavení zdravotně znevýhodněných v naší společnosti. Součástí řešení bude realizace a vyhodnocení dotazníkového šetření u zdravotně postižených osob. Výsledkem této práce budou doporučení, které by mohly sloužit jako návrh pro zlepšení postavení zdravotně znevýhodněných skupin obyvatelstva u nás v zemi.

2.2 Metodika

Diplomová práce je rozdělena na dvě části. První část se zabývá teoretickou stránkou práce. Pro tuto část byla použita odborná literatura, internetové zdroje, zákony nebo odborné publikace. Praktická část byla zpracována na základě získaných dat z Výběrových šetření zdravotně postižených Českého statistického úřadu, Statistických ročenek Ministerstva práce a sociálních věcí a České správy sociálního zabezpečení. Výsledky dotazníkového šetření byly zpracovány pomocí analýzami kvalitativních znaků. Za použití asociačních a kontingenčních tabulek byly zjišťovány závislosti mezi jednotlivými kvalitativními znaky.

2.2.1 Dotazníkové šetření

Každému šetření musí předcházet formulace jeho cílů. V některých případech se zkoumá, zda jsou vůbec informace dosažitelné. K tomu se používá tzv. pilotní studie, kdy se nejčastěji na malém výběru realizuje nestandardizovaný rozhovor. Pak se formulují dotazy pro respondenty, týkající se například důležitosti různých faktorů v životě (práce, rodiny, volného času), náboženského vyznání či sociálně ekonomického postavení.

Otázky se člení do dvou základních skupin:

- otázky týkající se názorů a chování respondentů
- otázky za účelem získání jiných údajů, například demografických. [13]

Respondentovi jsou u většiny dotazů nabízeny varianty odpovědí. Tyto otázky jsou uzavřené. V rámci nich se rozlišují otázky alternativní (nabízejí dvě varianty) a selektivní (více než dvě varianty). Je nutné, aby byly zahrnuty všechny možné odpovědi, aby tyto odpovědi byly jednoznačné a aby se nepřekrývaly. Kromě otázek uzavřených, se můžou vyskytovat otázky otevřené. Škála hodnot se pak vytváří dodatečně na základě odpovědi respondentů. Existuje i možnost kombinovat dva různé typy a nabízet polouzavřené (polootevřené) otázky. Respondent si tak může buď vybrat některou z nabízených variant odpovědi, nebo uvést odlišnou variantu. [13]

2.2.2 Analýza časových řad

Časová řada se obvykle definuje jako množina pozorování kvantitativní charakteristiky (ukazatele), uspořádaná v čase. Člení se z různých hledisek, a to na okamžikové, které jsou představovány hodnotami zaznamenávanými k určitému časovému okamžiku nebo k určitému datu. [14]

Absolutní charakteristiky umožňují absolutní porovnání hodnot jednotlivých členů časové řady. Nejčastěji se používají první diference (absolutní přírůstky), což jsou rozdíly mezi současným a přechozím členem časové řady. První diference tedy charakterizují přírůstek nebo úbytek v určitém období zkoumaného ukazatele bezprostředně oproti předcházejícímu. Lze tedy říct, že první absolutní diferencí je $n-1$:

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

Relativní charakteristiky růstu nebo poklesu, jsou bezrozměrnými veličinami. U těchto charakteristik se jedná např. o koeficientech růstu:

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

Koeficient růstu charakterizuje relativní postupnou rychlost změn. Pokud ho vyjádříme v procentech mluvíme již o tempu růstu. [14]

Časová řada obsahuje následující složky:

- *Trend*, který charakterizuje tendenci vývoje časové řady a lze ho vyjádřit trendovými funkcemi:
 - Lineární $y_i' = a + bt_i$ (kde t je časová proměnná, $t = 1, 2, \dots, n$)
 - Kvadratická $y_i' = a + bt_i + ct_i^2$
- *Periodické kolísání*, které je důsledkem faktorů, které působí na sledovaný jev.

- *Náhodná kolísání* je vyvoláváno vedlejším působením faktorů na sledovaný jev. [14]

2.2.3 Analýza kvalitativních znaků

Závislost mezi kvalitativními znaky se nazývá asociací nebo kontingencí.

Asociace zkoumá vztah mezi alternativními statistickými znaky, které nabývají pouze dvou obměn. Při asociaci je statistický soubor roztríděn podle dvou kvalitativních alternativních znaků A a B, přičemž výsledek třídění je uspořádán do tzv. asociční tabulky [14]:

Znak A	Znak B		Celkem
	b_0	b_1	
a_0	A	B	$a + b$
a_1	C	D	$c + d$
Celkem	$a + c$	$b + d$	n

Kontingence analyzuje vztah mezi kvalitativními znaky, z nichž alespoň jeden je znakem množný. Tento vztah popisuje kontingenční tabulka [14]:

Znak A	Znak B						Celkem
	b_1	b_2	.....	b_j	.....	B_m	
a_1	n_{11}	n_{12}	.....	n_{1j}	.....	n_{1m}	$n_{1.}$
a_2	n_{21}	n_{22}	.....	n_{2j}	.....	n_{2m}	$n_{2.}$
⋮				
a_j				n_{ij}			$n_{.j}$
⋮							
a_k	n_{k1}	n_{k2}	.....	n_{kj}	.....	n_{km}	$n_{k.}$
Celkem	$n_{.1}$	$n_{.2}$	.....	$n_{.j}$	.....	$n_{.m}$	n

Při použití χ^2 – testu vycházíme z nulové hypotézy, která nám říká, že se nejedná o závislé znaky. Obecný vzorec testovacího kritéria:

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

n_{ij} skutečná četnost

n_{oj} očekávaná (teoretická) četnost

n_i, n_j okrajové četnosti (marginální četnosti). [14]

Testovací kritérium má χ^2 – rozdělení pro stupně volnosti [(k-1) (m-1)]. Tento test není možné použít, pokud více než 20 % teoretických četností je menších než 5 nebo je-li jedna teoretická četnost menší než 1. Poté je nutné logicky spojit sousední skupiny. Pokud je vypočtená hodnota testovacího kritéria menší než kritická hodnota, nelze nulovou hypotézu zamítnout. [14].

Pro měření síly závislosti mezi znaky se také používá Cramerův koeficient V (tzv. Cramerovo V).

$$V = \sqrt{\frac{\chi^2}{n(h-1)}}, \text{ pro } h = \min(k, m),$$

kde n je rozsah souboru.

Cramerovo V je při úplné nezávislosti mezi dvěma kvalitativními statistickými znaky roven 0, při úplné závislosti je roven 1. [14]

3 Teoretická východiska

3.1 Základní pojmy

Definice pro zdravotní postižení je velmi mnoho. Obecně lze říct, že zdravotní postižení je vymezeno jako poškození nebo ztráta určitého orgánového systému, a právě v důsledku toho dochází k narušení, omezení nebo úplné ztrátě některé ze standardních funkcí. Takovýchto osob se v naší společnosti vyskytuje značné množství. Každým rokem se jejich četnost mění. Příčiny vzniku postižení jsou různé, některé příčiny jsou geneticky podmíněny, jiné vznikají vlivem vnějšího prostředí. [15]

Vrozené postižení vzniká již v raném věku (při těhotenství) a ovlivňuje vývoj jedince. Dítě s tímto postižením se vyvíjí již od začátku života jinak, než je to u zdravých jedinců. Musí se neustále přizpůsobovat zvláštní situaci. Na druhou stranu je pro tohoto jedince jednodušší mít vrozené postižení než ho získat v průběhu vývoje. [15]

Získané postižení je o to horší, jelikož jedinec musí akceptovat svůj stav (svou novou identitu), na jehož přijetí se podílí i postoj společnosti, jak celé, tak v jeho okolí. Tento člověk může srovnat život před postižením nebo onemocněním. [15]

3.1.1 Sluchové postižení

Sluchové postižení se týká velmi heterogenní skupiny osob, která je diferencována především podle stupně a typu sluchového postižení. Termín zahrnuje základní kategorie osob: neslyšící, nedoslýchavé, ohluchlé. Každá z těchto kategorií představuje různorodou kvalitu, jejíž konkrétní strukturu limitují další faktory, nejčastěji kvalita a kvantita sluchového postižení, věk, kdy k postižení došlo, mentální dispozice jedince, péče, která mu byla věnována, a další přidružené postižení. Toto postižení vzniká jako následek organické nebo funkční vady. Právě kvůli tomu, že je omezen jeden ze základní smyslu člověka dochází ke ztížené komunikaci, orientaci a někdy k pohybu. Postižení tohoto smyslu může být vrozené nebo získané. [4]

Příčinou vrozeného sluchového postižení omezení může být např. infekce při těhotenství, syfilis, AIDS apod. Nejčastější příčinou u získaného sluchového postižení je úraz. V případě tohoto smyslového postižení lze toto postižení kategorizovat do tří skupin.

1. Nedoslýchavé osoby

Tyto jedinci mohou své postižení řešit pomocí naslouchadel nebo kochleárních implantátů. Velmi často se s tímto pojmem spojují osoby v důchodovém věku. V tomto případě lze nedoslýchavé osoby posuzovat podle závažnosti ztráty sluchu, a to na, lehkou nedoslýchavost, která nepřináší nápadnější potíže. Jedinci začínají mít problém s porozuměním v případě hluku v okolí nebo při tichém mluvení. Osoba se středně těžkou nedoslýchavostí dokáže porozumět mluvenému slovu max. na 3 metry. Těžká nedoslýchavost už způsobuje potíže s komunikací, proto je dobré s tímto člověkem komunikovat mluvenou řečí s použitím kompenzačních pomůcek. V případě velmi těžké nedoslýchavosti člověk slyší pouze to, co se děje přímo u jeho ucha to ve velmi špatné kvalitě. [4]

2. Neslyšící osoby

Tyto osoby většinou ztratili sluch ještě před rozvinutím řeči. Většinou se řídí odezíráním nebo znakovou řečí. Mnohdy ani nemluví, jelikož mluvené řeči a psanému slovu nerozumí. Pro tyto jedince je velmi těžké mluvit, jelikož svojí vlastní řeči nerozumí, neznají svůj hlas nebo ho nepoznají, a tudíž nemohou řídit výšku ani hloubku svého hlasu. Bohužel si je někteří lidé pletou s lidmi s mentální retardací, což je špatně, protože tyto lidé pouze nerozumí jazyku. [4]

3. Ohluchlí

Tyto osoby dobře rozumějí řeči (českému jazyku), jelikož o sluch přišli až v průběhu života. Většinou se tyto osoby naučí odezírat, ale nenaučí se znakovou řeč, jelikož ji nepotřebují – mají stejnou řeč jako slyšící. Toto postižení je pouze získané. [6]

Vedle osoby se sluchovými vadami se existují i osoby, které pomáhají postiženému jedinci v komunikaci s ostatními – tlumočnickem. Lze se se setkat s tlumočením do/z českého jazyka, artikulačním tlumočením (vizualizace mluveného slova) nebo tlumočení do/ze znakové češtiny. V případě tlumočnicka musí být odborně a jazykově vybaven a dodržovat etický kodex. [6]

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, vymezuje tlumočnické služby:

§ 56 (1) Tlumočnické služby jsou terénní, popřípadě ambulantní služby poskytované osobám s poruchami komunikace způsobenými především smyslovým postižením, které zamezuje běžné komunikaci s okolím bez pomoci jiné fyzické osoby.

(2) Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:

- a) *zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,*
- b) *pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.*

3.1.2 Zrakové postižení

V případě tohoto postižení, je definic opět velmi mnoho, obecně lze říct, že zrakové postižení je stav projevující se snížením nebo ztrátou výkonnosti zrakového analyzátoru a tím poruchou zrakového vnímání nebo to jsou osoby, které trpí oční vadou nebo chorobou (zelený zákal, glaukom) apod. [6]

Ne každý jedinec se zrakovou vadou se považuje za zrakově postiženého. Pokud jeho zrakovou vadu vyřeší např. chirurgický zákrok nebo nošení dioptrických brýlí a nečiní mu v běžném životě problémy, bere se tato osoba jako zdravá. Tedy osobě zrakově postižené způsobuje jeho oční vada v běžném životě problémy, a to i po korekci (např. operaci). [6]

K vrozenému zrakovému postižení dochází v případě, kdy jsou vady zraku geneticky podmíněné, matka dítěte je uživatelkou drog nebo alkoholu (toxikomanie), na plod působily vnější vlivy (např. rentgenové záření), následkem úrazu matky, pohlavní chorobou matky nebo virovým onemocněním (např. toxoplazmóza). Získané zrakové postižení vzniká v důsledku úrazů hlavy nebo oka, nádorových onemocnění nebo důsledkem jiné nemoci. [6]

Světová zdravotnická organizace (WHO) kategorizuje zrakové postižení následovně:

- kategorie 1: střední slabozrakost,
- kategorie 2: silná slabozrakost,
- kategorie 3: těžce slabý zrak,
- kategorie 4: praktická nevidomost,
- kategorie 5: úplná nevidomost. [5]

V komunikaci s takto postiženými lidmi nebývají sebevětší problémy. Elektronická komunikace mezi nevidomými a vidícími lidmi probíhá naprosto obvyklým způsobem, až na ten rozdíl, že nevidomí lidé mají k dispozici Braillovský řádek nebo pomocí software v počítači, který převede psaný text do mluveného slova. Toto ale platí, pouze pro ty jedince, kteří jsou počítačově gramotní. Dalšími velkými pomocníky pro fungování zrakově postiženého člověka v běžném životě jsou diktafony, elektronické zápisníky a také orientační hůl, které se říká slepecká. [6]

3.1.3 Mentální postižení

Mentální postižení neboli mentální retardaci nebo jiná duševní postižení, lze definovat jako vývojovou poruchu se snížením inteligenčního kvocientu, který se odráží především na snížení poznávacích, řečových, pohybových nebo jiných schopností. Toto postižení je jedno z nejběžnějších poruch v populaci bez ohledu na rasu, kontinent apod. Stupně, které jsou uvedeny níže hodnotí hloubku mentální retardace, které se zjišťují pomocí psychologických testů:

- Lehká mentální retardace (IQ 50–69),
- středně těžká mentální retardace (IQ 35–49),
- těžká mentální retardace (IQ 20–34),
- hluboká mentální retardace (IQ 0–33). [6]

Lehká mentální retardace je nejmírnější formou. Lidé s touto formou chápou základy logiky, mají schopnost učení se (ve školách se speciálním přístupem), v základních potřebách (jídlo, hygiena, nákup) a domácnosti jsou nezávislí na pomoci druhých. [6]

Střední mentální retardace se vykazuje chováním jedince jako u předškolního jedince. Tyto osoby jsou také schopné se sami o sebe postarat v těch nejzákladnějších věcech. Bohužel by měli mít neustálý dohled, ať už odborný nebo dohled člena rodiny.

Osoby s *těžkou mentální retardací* mají problém s mimikou nebo motorikou. Tyto osoby mají nad sebou dohled sociálního pracovníka nebo rodinného příslušníka (opatrovníka) nebo jsou umístěny do zařízení tomu přizpůsobených. [6]

Osoby s *hlubokou mentální retardací* nejsou schopni porozumět požadavkům nebo jim vyhovět. Takto postižené osoby jsou ve většině případů imobilní nebo pohybově omezení a jsou odkázáni na celodenní péči dalších osob.[6]

Příčin mentálního postižení je mnoho. Nejčastěji se člení podle časového hlediska na prenatální, perinatální a postnatální.

Před porodem působí jak na matku, tak i na dítě vnější nebo vnitřní vlivy a mimo ně hraje důležitou roli i genetika. V tomto případě se většinou jedná o geneticky zatížené syndromy, které způsobují změnu počtu chromozomů. Některé syndromy způsobují natolik závažnou poruchu, že jen velice málo dětí takto narozených přežívá. Syndromů je velká řada, ovšem nejznámější je *Downův syndrom*. [6]

V perinatálním období (období během porodu nebo krátce po něm) dochází k mentální retardaci při poškození mozku, např. přidušení při porodu, nemožnost dítěte se několik minut po porodu nadechnout, předčasný porod, nízká porodní váha. [6]

V době po narození se mluví již o získaném mentálním postižení. V této době na jedince působí již velmi mnoho vnějších vlivů, ať už virová onemocnění, např. záněty mozku (menigitida, zánět mozkových blan), mechanické vlivy (úrazy, krvácení do mozku apod.), mozkové příhody, nemoci jako Alzheimerova nebo Parkinsonova choroba a další. Vliv na inteligenci jedince má také užívání drog nebo požívání nadměrného množství alkoholu. [1]

3.1.4 Tělesné postižení

Tento druh postižení lze vnímat jako pohybový defekt (určitá část těla nefunguje správně), nebo jako tělesnou deformaci (týká se fyzického vzhledu), což nebývá ve společnosti velmi často přijímáno. Do tohoto typu postižení spadá i chronické onemocnění, které nemusí být na první pohled viditelné, ale jedinec má sníženou kvalitu života, např. poruchy imunity, poruchy metabolických procesů, epilepsie, nádorová onemocnění. V některých případech je nutné omezit, proti vůli jedince, i fyzickou aktivitu, což může vést i degenerativním změnám na nosném a motorickém aparátu jedince. Někdy je toto postižení označováno i jako vnitřní (interní). [1]

Pokud člověk svůj tělesný stav vnímá je vystaven dlouhodobému stresu, protože si je vědom své závislosti na jiných lidech vlivem ztráty své samostatnosti.

Tělesné postižení se člení na *lehké*, kdy je jedinec schopen samostatného pohybu. *Středně těžké*, kdy se jedinec pohybuje jen s ortopedickými pomůckami. *Těžké*, kdy nemá schopnost samostatného pohybu. [9]

Dále se, z hlediska hybnosti, člení na:

- Postižení dolních končetin,
- horních končetin,
- mimických svalů,
- kombinace výše popsaných.

Tělesné postižení je, jako většina postižení, vrozené nebo získané. U vrozeného postižení se ve většině případů jedná o obrny nebo jiná neurologická onemocnění. Nejčastějším tělesným postižením je Dětská mozková obrna. [6]

V případě DMO se jedná o poškození mozku v raném stádiu vývoje nebo při komplikacích při porodu. Obrny nepatří jen do vrozeného tělesného postižení, člověk ji může získat i během života. Příčinami získané obrny mohou být infekce, cévní mozkové příhody, poranění mozku nebo míchy anebo některé z genetických onemocnění. [1]

Mezi příčiny získaného tělesného postižení patří onemocnění jako např. roztroušená skleróza, myopatie (blíže neurčené onemocnění svalstva) anebo úrazy s trvalými následky, jako příklad lze uvést poranění míchy, amputace horních nebo dolních končetin apod. [1]

3.2 Postoj společnosti ke zdravotně postiženým

Od počátku vývoje lidstva jsou součástí i lidé, kteří vypadají jinak než ostatní nebo se jinak chovají, avšak během vývoje se postoje společnosti k těmto jedincům mění a vyvíjí. Názory na to, co není normální nebo je jiné se velmi liší. [8]

Ze statistického pojetí normality je normální to, co je běžné, časté nebo průměrné, to je podprůměrné nebo nadprůměrné se vymyká normálu. Dle zdravotnického hlediska je normální to, co je zdravé, dle sociokulturního to, co je obvyklé v dané kultuře a funkční pojetí říká, že normální je to, co odpovídá samotnému jedinci, ale musí být známo co přesně znamená pojem normální. [9]

Osobnost každého člověka se formuluje na základě kontaktu s ostatními a vlivem blízkého okolí. Společnost si utváří vlastní hodnoty a normy v každé úrovni vývoje, které se stávají součástí společenského žití a vědomí jednotlivce. Postoje ke zdravotně postiženým ukazují míru tolerance společnosti. Se vztahem společnosti k těmto skupinám osob souvisejí i faktory, mezi které jsou řazeny i předsudky. [9]

Socio-kulturní faktory souvisí s pravidly dané kultury. Každá kultura se vytváří již od nepaměti a určuje si, co je pro ni žádoucí, popř. nežádoucí a ovlivňuje chování jedince. Vytváří si svůj vlastní ideál, který souvisí s náboženským, filozofickým nebo ideologickým základem. Pokud se jednatel nepodřídí daným normám nebo ideálům chování bývá z dané kultury vyloučen. [9]

Z hlediska *filozoficko-náboženských faktorů* se mluví o postižení jako o boží vůli, která je vnímána jako boží trest nebo zkouška. Na druhou stranu křesťanství klade důraz na péči o trpící nebo nemocné osoby. *Ekonomické faktory* jsou spojeny zejména s ekonomickou situací dané země. Pokud se daná země potýká s velmi špatnou ekonomickou situací, potřebuje jedince, kteří jsou pro společnost přínos, tedy ty, kteří vykonávají nějaký užitek pro blaho celé společnosti. Právě postižení lidé jsou pro tuto

společnost přítěž, jelikož jsou závislí na pomoci státu a na ostatním obyvatelstvu, resp. na jeho ekonomické aktivitě.[9]

I když u většiny postižení je známa příčina, velmi často se setkáváme s předsudky, stigmatizací nebo generalizací. *Předsudek* může být charakterizován jako předpojatost, strnulost nebo negativní postoj vůči skupině osob nebo jednotlivci. Nové informace s předsudkem takřka nic neudělají. Předsudky mají velmi velký vliv na postoj celé společnosti. Postižení lidé vzbuzují velmi často soucit, který nepotřebují nebo naopak odpor. Právě u předsudků hraje velmi velkou roli neinformovanost společnosti, vůči těmto lidem. Předsudky v reálném životě mají velký podíl na nevhodném, někdy i nedůstojném zacházení s postiženými, tudíž se z velké části podílejí i na jejich diskriminaci. Mohou být *podceňující*, podle kterých si tito jedinci zaslouží litovat. *Odmítavé*, podle kterých tyto osoby nejsou pro společnost užitečné, zatěžují ji, a tudíž jsou pro ni parazitující. *Protektivní* předsudky se vyznačují názorem, že postižení lidé potřebují naši pomoc, ať už sociální péči nebo pomoc při činnostech. *Hostilní* jsou toho názoru, že postižení mají mnoho výhod, jako jsou příspěvky, dávky, které jim nepatří, protože nic nedělají, ale již netuší, že právě tyto příspěvky a dávky jsou brány jako kompenzace za samotné postižení, ale i za snížení výdělečné schopnosti. *Idealizující* předsudky, jak již napovídá označení, mají za to, že postižení lidé jsou bráni jako hrdinové a jsou obdivuhodní, tedy si nějakým způsobem idealizují.[9]

Stigmatizace neboli připsání negativních atributů, ať už osobních nebo společenských, je specifická reakce společnosti na odchylku od obecné normy. Tato norma obsahuje názor, jak má člověk vypadat, jak má fungovat, jak se má chovat a jak má komunikovat. *Stigma* je označení pro jedince, který se vymyká sociální normě společnosti. Je to pouze přisouzená vlastnost postiženému jedinci v rámci postojů patřící ke společnosti. V případě stigmatizace postižený jedinec není roven zdravému jedinci, je s ním jednáno odlišně, lidé mají tendenci s nimi manipulovat a vidí v nich objekt péče. Toto postavení pro něj může výhodné, ale také nemusí. Stigmatizace se týká především postižení, které je na první pohled viditelné a je vrozené. Člověk, který jakékoliv postižení získal v dospělosti a zachoval si veškeré sociální vazby, má jiné vztahy s okolím než právě ti, kteří se s jakýmkoliv postižením již narodili a mají odlišné zkušenosti s okolím nebo sociálními vazbami. [9]

Generalizace se týká především mentálně postižených jedinců. Společnost totiž vidí jen mentálně retardovaného, ale už nevidí rozdíl v jejich potřebách. Každý takto postižený

jedinec má totiž své individuální potřeby, které je potřeba rozlišovat, aby mu byla poskytnuta adekvátní péče. [6]

3.2.1 Současný postoj ke zdravotně postiženým

Velké změny v postoji k postiženým přišly až po roce 1989, kdy se ústavy otevíraly veřejnosti a téma postižení se dostávalo do podvědomí společnosti. V 90. letech se začala budovat nová zařízení, vznikaly stovky nestátních sdružení pro postižené, ale hlavně vznikl Vládní výbor pro zdravotně postižené občany a byl přijat první Národní plán. [6]

Na konci 90. let byl přijat Národní plán pro vyrovnání příležitostí pro občany se zdravotním postižením, dále byly přijaty nebo novelizovány zákony, které upravují oblasti týkající se zdravotního postižení. [6]

Od začátku tisíciletí až do roku 2007 se upravovaly již dříve přijaté zákony týkající se problematiky postižených a také vznikla Národní rada osob se zdravotním postižením ČR. Rok 2008 a následující, byly poznamenány hospodářskou krizí, která se také dotkla postižených osob. Některým byl invalidní důchod snížen o stupeň, jiným byl i odebrán. V posledních několika letech se invalidní důchody, pomalu, ale jistě zvedají. [6]

V dnešní době není společnost stále připravena plně přijmout zdravotně postižené. Pro celkovou integraci by společnost měla odstranit předsudky, které má v podvědomí. Pokud se toto povede a zdravotně postižení budou bráni jako rovnocenné osoby, poté se bude jednat o plnou integraci.

3.3 Sociální péče a sociální služby pro zdravotně postižené

Sociální péče a sociální služby pomáhají osobám zajistit jejich soběstačnost. Jejich cílem je umožnit těmto lidem zapojení do běžného života v co největší míře, ale v případě, kdy zapojení do společenského života nedovoluje jejich stav, tak alespoň zajistit co nejlepší odbornou a odpovídající péči.

Lidé, kteří jsou v určité míře soběstační, si mohou vybrat mezi životem ve specializovaném zařízení, ve kterém jim je poskytnuta odpovídající péče, nebo takovou péči dostávat v domácím prostředí.

Základními činnostmi, které jsou poskytovány v rámci sociálních služeb jsou pomoci při běžných každodenních činnostech, např. hygiena, strava. Dále ubytování ve

specializovaných zařízeních nebo bytech pro ně určených, vzdělávací činnosti nebo pomoc při zapojení do společnosti a mnoho dalších.

3.3.1 Sociální poradenství

Hlavním úkolem sociálního poradenství je poskytování potřebných informací, které přispívají k řešení nepříznivé situace nebo jí předcházejí. Základní sociální poradenství je součástí všech sociálních služeb, a které je poskytovatel sociálních služeb povinen vždy zajistit. Odborné sociální poradenství zahrnuje poradny jak občanské, manželské, rodinné, tak i psychologické poradny apod. Mimo jiné zahrnuje i zprostředkování kontaktu se společnostmi nebo i pomoc při zajištění kompenzačních pomůcek. [12]

3.3.2 Služby sociální péče

Sociální služby pomáhají lidem žít běžný život. Umožňují jim pracovat, studovat, užívat si volného času. Mohou je využívat jednotlivci, skupiny nebo rodiny. Hlavním úkolem sociálních služeb je zachovat co nejvyšší kvalitu života a také důstojnost jedince. Největšími skupinami, které využívají sociální služby jsou lidé se zdravotním postižením, senioři, matky s dětmi nebo i lidé, kteří žijí na pokraji naší společnosti. Poskytovatel sociálních služeb může být obec nebo kraj, nestátní neziskové organizace anebo Ministerstvo práce a sociálních věcí. Mezi služby sociální péče se, mimo jiné, řadí:

Osobní asistence se poskytuje osobám v jejich přirozeném prostředí, které se bez pomoci další osoby neobejdou. To je jedna z velkých výhod této služby, jelikož jedinec nevypadne z jeho běžného sociálního prostředí. Hlavními úkolem je pomoc jedinci při zvládnutí běžných úkonů o vlastní osobu, zajištění chodu domácnosti, ale také pomoc při řešení úředních věcí. [12]

Pečovatelská služba je službou terénní nebo ambulantní a je poskytována v domácím prostředí nebo v zařízení sociálních služeb. V domácím prostředí se jedná o pomoc, která je téměř shodná s osobní asistencí, přičemž se nemusí týkat pouze zdravotně postižených osob, ale např. i rodin, kterým se narodilo současně 3 a více dětí. V zařízeních jde především o pomoc při péči o vlastní osobu, hygienu a poskytnutí stravy. [12]

Odlehčovací služby jsou terénní, ambulantní nebo pobytové. Tyto služby se týkají především osob, které pečují o zdravotně postiženého člověka. Cílem této služby je umožnit pečující osobě odpočinek, jelikož péče o zdravotně postiženého je velmi psychicky a někdy i fyzicky náročná. [12]

Domovy pro osoby se zdravotním postižením poskytují pobytové služby z dlouhodobého hlediska. Tyto domovy zajišťují ubytování, stravu, služby, osobní služby a v některé domovy nabízejí i odborné poradenské služby. [12]

Chráněné bydlení se poskytuje osobám, které vyžadují pomoc další osoby. Ve většině případů se jedná o skupinové bydlení, výjimečně se může jednat o samostatný byt. Pro zdravotně postižené osoby, je toto velmi přínosné, jelikož pečovatelé jsou bráni jako tety nebo strýcové a lidé v chráněném bydlení mají velmi volný režim. [12]

Důležité je ovšem zmínit, že existují i služby **sociální prevence**, jejichž cílem je pomáhat osobám v nepříznivé sociální situaci a také chránit společnost před vytvářením nežádoucích společenských jevů. Zdravotně postižených osob se především týkají **sociálně terapeutické dílny**, které jsou určeny pro osoby, které nejsou z důvodu postižení umístitelné na otevřeném ani na chráněném trhu práce. Účelem těchto dílen je podporovat zdokonalování pracovních návyků a dovedností těchto osob, a to dlouhodobě a pravidelně. [12]

3.4 Sociální integrace zdravotně postižených do společnosti

Pojem sociální integrace představuje rovnoprávné začleňování minorit, v našem případě zdravotně postižených, do společnosti. Socializace těchto lidí se odvíjí od mnoha subjektivních a objektivních aspektů, ale i od individuálních odlišností jedince, tím pádem je míra socializace u každého jiná, a právě proto se rozlišují čtyři stupně socializačního procesu. [15]

Integrace je plným začleněním zdravotně postiženého člověka do společnosti. Jedinec je samostatný, nezávislý na pomoci druhých a nevyžaduje zvláštní přístupy nebo ohledy. Jedinec se zcela vyrovnal s důsledky svého postižení a je tím pádem rovnoprávným partnerem ve všech oblastech. [15]

Adaptace je nižší fáze socializace a je charakterizována jako schopnost zdravotně postiženého jedince přizpůsobit se sociálnímu prostředí a společenským podmínkám. V tomto případě je na každém jedinci, jak se dokáže včlenit mezi zdravé i postižené osoby tak, aby byl akceptován okolím. [15]

Utilita označuje zařaditelnosti zdravotně postiženého člověka, který není samostatný a v některých oblastech vyžaduje pomoc druhých. V důsledku svého postižení se nemůže plně socializovat. *Inferiorita* je nejnižší stupeň sociální integrace. Jedinci jsou ze společnosti vyčleňováni, jelikož jsou závislí na pomoci druhých. [12]

Při integraci se nejedná jen o vyrovnání příležitostí nebo soužití se zdravými, ale i o úspěšnost začleňování zdravotně postižených jedinců do společnosti a tím posílit rozvíjení jejich dovedností. Nově se s tímto spojením používá i pojem inkluze, který by měl být součástí hodnotového systému společnosti. [12]

V případě asimilačního směru integrace je začleňování problémem minoritních skupin, vyjadřuje vztah nadřizenosti a podřizenosti a minoritní skupiny by se měly ztotožnit s majoritou a přijmout jejich normy. Naproti tomu směr koadaptační říká, že integrace je problémem obou skupin a představuje jejich partnerské soužití, přičemž konflikty mezi nimi nemají být překážkou, nýbrž stimulem pro dosažení úspěšné integrace. [12]

Základním článkem v procesu integrace je rodina. Pokud není jedinec se zdravotním postižením dán do ústavní péče, je pro něj velmi důležité rodinné prostředí. Bohužel, tím pádem, se jeho rodina dostává do určité izolace od společnosti. Péče o takového jedince v domácím prostředí je jak finančně, tak i psychicky a fyzicky náročná. Právě proto v České republice existují příspěvky, které mají kompenzovat snížení výdělečné schopnosti pečující osoby.[6]

3.4.1 **Integrace v oblasti výchovně-vzdělávací**

Česká republika se vlivem vývoje v posledních letech stává zemí se smíšeným systémem vzdělávání dětí, žáků a studentů se zdravotním postižením.

Škola je jedna z mnoha institucí, která má velký vliv na rozvoj a formování osobnosti člověka. Na vzdělání má právo každý, proto nelze toto právo upřít zdravotně postiženým jedincům. Pokud jedinec netrpí vážným kombinovaným postižením, je třeba tyto jedince zařadit do běžných škol, tedy pokud s tím rodina jedince nebo jedinec sám souhlasí. [6]

Zákon č. 561/2004, Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, který upravuje vztahy ve školství a vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami, legislativně umožnil a popsal podmínky školské integrace. V návaznosti na tento zákon vydalo Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy vyhlášku č. 73/2005 Sb., které dále rozvíjí vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami. [11]

V rámci školské integrace existují dvě formy vzdělávání, a to *individuální integrace*, kdy je žák vzděláván v běžné škole nebo ve škole speciálně zřízené pro jiný druh zdravotního postižení. Pokud je žák umístěn do běžné školy, může být ve třídě max. 5 žáků

se speciálními potřebami. V rámci *skupinové integrace* je žák umístěn do třídy nebo skupiny přímo zřízeně pro žáky se zdravotním postižením, a to buď v běžné škole nebo ve škole zřízené pro žáky s jiným druhem zdravotního postižení. [12]

Vzdělávání dětí, žáků nebo studentů se speciálními vzdělávacími potřebami se může uskutečnit pouze s použitím podpůrných prostředků, jako asistent pedagoga, rehabilitační, kompenzační a učební pomůcky nebo úpravou vzdělávacích podmínek. [12]

Vše výše uvedené se týká především základních a středních škol. V současnosti absolventi středních škol, kteří se hlásí na vysoké školy vyžadují určitou přístupnost od zvolených škol, např. bezbariérový přístup, což všechny vysoké školy v České republice nemají.

3.4.2 **Integrace v pracovní oblasti**

Právo na práci má každý člověk bez rozdílu. Práce nepřináší jen finanční ohodnocení, ale rozvíjí celou řadu dovedností a schopností. Zdravotně postižené osoby jsou nejvíce ohroženou skupinou z pohledu nezaměstnanosti. Problém zaměstnávání osob se zdravotním postižením není problémem jen České republiky, ale jedná se o celosvětový problém. Nicméně u nás se lidem se zdravotním postižením poskytuje zvýšená ochrana na pracovním trhu. [11]

Pokud se zaměstnavatel rozhodne zaměstnat osobu se zdravotním postižením má nárok na příspěvek na zřízení pracovního místa pro zdravotně postiženého zaměstnance a také na příspěvek na úhradu vynaložených nákladů související se zaměstnáváním osoby se zdravotním postižením. Dále také má nárok na slevu na dani z příjmu, a to výši 18 000 Kč za jednoho zaměstnance se zdravotním postižením a 60 000 Kč za každého zaměstnance s těžším zdravotním postižením. (www.pracepostizenych.cz)

Chráněný trh práce je tvořen zaměstnavateli, kteří zaměstnávají více než 50 % osob se zdravotním postižením z celkového počtu svých zaměstnanců. Ti mají nárok na příspěvek na podporu zaměstnávání osob se zdravotním postižením. [6]

Chráněné pracovní místo, dříve chráněná dílna, je určeno pro zdravotně postižené občany a zabývá se různými činnostmi nebo výrobou výrobků a zboží, které jsou dále prodávány a dílny takto získávají finanční prostředky na svůj provoz. Toto označení je pouze pro zaměstnavatele, kteří zaměstnávají více než 50 % zaměstnanců se zdravotním postižením z celkového počtu zaměstnanců. Zaměstnavatel toto místo může zřídit jen na základě dohody s příslušným Úřadem práce, a to na dobu min. 3 let. [6]

Na otevřeném pracovním trhu pro zaměstnavatele existují určitá pravidla a povinnosti, které je důležité dodržovat, protože mají za úkol podporovat zaměstnanost zdravotně postižených osob. Prvním pravidlem je *povinný podíl zaměstnávání osob se zdravotním postižením*. To znamená, že každý zaměstnavatel, který má více než 25 zaměstnanců, je povinen zaměstnávat, alespoň 4 % osob se zdravotním postižením z celkového počtu svých zaměstnanců. Toto lze realizovat třemi způsoby. Prvním způsobem je tyto osoby zaměstnat. Druhý způsob je tzv. *náhradní plnění*, což znamená odebírat výrobky nebo zboží od zaměstnavatele, který zaměstnává více než 50 % osob se zdravotním postižením z celkového počtu svých zaměstnanců, a třetí způsob je odvod peněz do státního rozpočtu, tzn. že za každého občana se zdravotním postižením, který mu chybí do splnění povinného podílu musí odvést určité peníze do státního rozpočtu (cca 67 000 Kč ročně/1 zaměstnanec). (www.pracepostizenych.cz)

Nedílnou součástí integrace do pracovní oblasti je *pracovní rehabilitace*, čímž se myslí soustavná činnost, která je zaměřená na získání a udržení vhodného zaměstnání. Rehabilitaci zajišťují krajské pobočky Úřadu práce, a navíc hradí náklady s ní spojené. Zahrnuje zejména poradenskou činnost v otázkách zaměstnání, teoretickou a praktickou přípravu na povolání nebo vytváření vhodných podmínek pro výkon zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost. [12]

3.4.3 Integrace v oblasti volnočasových aktivit

Mezi hlavní funkce volnočasových aktivit patří odpočinek, zábava a rozvíjení osobnosti. U zdravotně postižených osob je trávení volného času velmi individuální. U těchto osob hraje velkou roli nadbytek volného času s nízkým počtem příležitostí k využití a také je důležité vyvážit jeho strukturu. Pro efektivní využití volného času je důležitá především podpora a motivace. V průběhu života se nároky na prožití volného času velmi mění. Zatímco dospívající jedinec chce trávit co nejvíce času se svými vrstevníky a kamarády, chodit do různých kroužků, dospělí se navíc zajímají i o společenské akce, ale také o aktivní provádění např. sportů nebo jiných činností. [11]

Mezi velmi vyhledávanou a důležitou volnočasovou aktivitou je sport. Ve sportu se takovýto jedinec může naučit dodržovat určená pravidla. Pravidelná účast na tréninku nebo na zápase velmi podporuje integraci těchto jedinců do společnosti. I přes zdravotní postižení lze vykonávat sportovní aktivity na rekreační, výkonnostní, ale i na vrcholové úrovni a tím pádem se zúčastnit např. paralympiády. Takovýto úspěch není prospěšný jen

pro samotného jedince, ale i pro ostatní, jelikož vidí, že i přes překážky, které jim jejich zdraví připravilo, není nic nemožné a mohou žít plnohodnotný život. Mezi oblíbené sporty, které aktivně vykonávají zdravotně postižení jsou např. stolní tenis, basketbal, sledge hokej, atletika apod. Návštěvy sportovních utkání také patří mezi oblíbené činnosti. Některé fotbalové a hokejové stadiony již mají vyhrazená místa pro zdravotně postižené, a navíc jim mnohdy poskytují slevy na vstupném nebo mají vstupy zcela zdarma. Nejedná se jen o výplň volného času, ale i o součást socializace těchto lidí. [8]

Někteří zdravotně postižení jedinci upřednostňují kulturní akce, mezi které patří koncerty, divadelní představení, festivaly nebo návštěvy kina. Mezi nejznámější koncert patří *Chceme žít s Vámi*, který se v roce 2019 pořádal v O2 Aréně, kde se setkali zdravotně postižení a společně zpívali a tančili. Ovšem i v menších městech najdeme akce, na kterých se podílejí přímo zdravotně postižení např. kladenský festival *Taška fest* nebo *Menteatrál* pocházející z Neratova.

Nicméně mimo sportovní a kulturní akce se v současné době využívají čím dál více určité druhy terapií, jako canisterapie, ergoterapie, muzikoterapie, dramaterapie a arterapie, které slouží zdravotně postiženým osobám jako rehabilitace, která je spojená s jejich volným časem. [12]

3.5 Legislativní rámec problematiky

První mezinárodní konference pojednávající o legislativě týkající se zdravotně postižených byla konána v roce 1971 v Římě. Závěr této konference byl takový, že vlády zemí jsou odpovědné za situaci a práva postižených osob ve svém státě. Všechny země by měly přijmout takové zákony, které budou chránit práva zdravotně postižených a zajistí jim lékařské, vzdělávací a další služby, a navíc jim umožní uplatnit se na pracovním trhu. Cílem byla úplná integrace těchto lidí do společnosti a zajištění takových podmínek, aby mohli žít plnohodnotný život, jako jejich zdraví spoluobčané. [17]

V průběhu 70. let 20. století byly OSN přijaty další dokumenty, které se věnovaly problematice zdravotně postižených:

- Deklarace práv mentálně postižených
- Deklarace práv zdravotně postižených

V 90. letech byla navíc přijata *standartní pravidla pro vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením*. [17]

Výše uvedené dokumenty ovšem nebyly jediné, které se otázce postavení zdravotně postižených věnovaly. Dalšími byly např. *Evropská sociální charta*, která se věnuje zaměstnání těchto osob. *Charta základních sociálních práv pracovníků* klade důraz na poskytování služeb ve stejném rozsahu jako zdraví jedinci. [17]

V 90. letech minulého století docházelo ke změně postojů ve společnosti a také se začala společnost a stát věnovat této problematice a postupně ji začínali řešit.

V českém právním řádu nenajdeme jednotnou definici, která by definovala, koho považovat za osobu zdravotně postiženou nebo by ucelenou formou upravovala postavení zdravotně postižených v naší společnosti, nicméně naše legislativa navazuje na mezinárodní dokumenty uvedené výše.

Veškeré právní normy, týkající se této problematiky, se vážou a vycházejí z Listiny základních práv a svobod, která je součástí našeho *ústavního zákona č. 2/1993 Sb.*

Oblast sociální upravuje:

- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů a vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, vymezují otázky příspěvku na péči,
- zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů a vyhláška č. 388/2011 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, ve znění pozdějších předpisů upravují příspěvek na mobilitu, na zvláštní pomůcku a průkaz osoby se zdravotním postižením,

Oblast výchovně-vzdělávací upravuje:

- Zákon č. 561/2004, Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání,
- vyhláška Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy, č. 72/2005 Sb. o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních., která pojednává o problematice poskytování poradenských služeb a upravuje jejich obsah,
- vyhláška MŠMT č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných,

Oblast volnočasových aktivit upravuje:

- Zákon č. 115/2001 Sb., o podpoře sportu, který mimo jiné přikazuje obcím a krajům zabezpečit pohybové aktivity zdravotně postiženým osobám,
- vyhláška 398/2009 Sb., o obecných technických požadavcích zabezpečující bezbariérové užívání staveb, se zejména zabývá úpravou veřejných budov a jiného prostranství (budovy určené pro tělovýchovu, rekreaci, sport, mimoškolní objekty apod.)

Oblast pracovního trhu upravuje:

- Zákon 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, část III. § 67- § 84
- vyhláška Ministerstva práce a sociálních věcí, 518/2004 Sb., k provedení zákona o zaměstnanosti,
- zákon 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění (zde najdeme kritéria pro vymezení invalidity)
- zákon 586/1992 Sb., o daních z příjmu.

Mezi další důležité dokumenty, mimo jiné, patří *Národní plán podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením 2015–2020*, který má za úkol nadále prosazovat a podporovat integraci osob se zdravotním postižením do společenské a vzdělávací sféry, ale i do profesní a dalších.

4 Sociální systém ČR pro zdravotně postižené osoby

V této kapitole jsou uvedeny příspěvky, na které má každá zdravotně postižená osoba nárok. Pokud není schopná se o sebe daná osoba postarat, vždy příspěvek náleží osobě nebo organizaci, která o něj pečuje. Některé příspěvky jsou závislé na držení průkazu TP, ZTP nebo ZTP/P. (www.mpsv.cz)

Průkaz TP (těžké postižení) – držitel průkazu má nárok na vyhrazené místo k sezení ve všech prostředcích hromadní dopravy, má přednosti při jednání na úradech a má nárok na tzv. euroklíč, který je určen pro používání toalet určených zdravotně postiženým. (www.mpsv.cz)

Průkaz ZTP (zvláště těžké postižení) – držitel má stejné výhody jako držitel průkazu TP, navíc bezplatně využívá MHD, má nárok na slevy na další jízdné nebo na vstupné na různé akce, navíc má právo stát na místech vyhrazených pro zdravotně postižené a má nárok na vyhrazené parkoviště v místě jeho bydliště. (www.mpsv.cz)

Průkaz ZTP/P (zvláště těžké postižení s průvodcem) – držitel má výhody uvedené u průkazů TP a ZTP, a navíc je možné, že průvodce se budou v některých případech týkat uvedené výhody také. (www.mpsv.cz)

4.1 Invalidní důchod

Invalidní důchod je jedním z čtyř druhů důchodů českého důchodového systému (vedle důchodu starobního, vdovského, vdoveckého a sirotčího). V závislosti na zjištěném stupni invalidity se invalidní důchod nyní rozlišuje na invalidní důchod pro invaliditu prvního, druhého a třetího stupně. Rozdíl mezi jednotlivými stupni invalidity spočívá v míře poklesu pracovní schopnosti občana (pokles o 35 % až 49 % znamená invaliditu prvního stupně, o 50 % až o 69 % invaliditu druhého stupně a o 70 % a více pak invaliditu třetího stupně). (www.mpsv.cz)

Výše invalidního důchodu

Výše základní výměry v roce 2019 činí 3 270 Kč měsíčně.

Výše procentní výměry invalidního důchodu se stanoví procentní sazbou z výpočtového základu za každý celý rok doby pojištění a dopočtené doby získané do dosažení důchodového věku, a to v závislosti na stupni invalidity.

Procentní sazba výpočtového základu za každý celý rok doby pojištění činí:

- u invalidního důchodu pro invaliditu prvního stupně 0,5 %
- u invalidního důchodu pro invaliditu druhého stupně 0,75 %
- u invalidního důchodu pro invaliditu třetího stupně 1,5 %

Ustanovení o nejnižší procentní výměře invalidního důchodu ve výši 770 Kč měsíčně zůstává v platnosti, a to bez ohledu na stupeň invalidity. (www.mpsv.cz)

4.2 Příspěvek na péči o osobu blízkou

Příspěvek na péči se poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby. Tímto příspěvkem se stát podílí na zajištění sociálních služeb nebo jiných forem pomoci podle zákona o sociálních službách při zvládnání základních životních potřeb. Z poskytnutého příspěvku na péči pak tyto osoby hradí pomoc, kterou jim může dle jejich rozhodnutí poskytovat buď osoba blízká, asistent sociální péče, registrovaný poskytovatel sociálních služeb, dětský domov nebo speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu. (www.mpsv.cz)

Podmínky nároku na příspěvek na péči

Nárok na příspěvek má osoba starší 1 roku, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při zvládnání základních životních potřeb v rozsahu stanoveném stupněm závislosti podle zákona o sociálních službách. Stupeň závislosti se hodnotí podle počtu základních životních potřeb, které osoba není schopna z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu zvládat, a potřeby každodenní mimořádné péče jiné fyzické osoby u osob do 18 let věku a potřeby každodenní pomoci, dohledu nebo péče jiné fyzické osoby u osob starších 18 let věku. (www.mpsv.cz)

Výše příspěvku na péči

Výše příspěvku na péči pro osoby *do 18 let* věku činí za kalendářní měsíc

- 3 300 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost)
- 6 600 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost)
- 9 900 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost) u osob, které využívají pobytové sociální služby, 13 900 Kč u osob, které nevyužívají pobytové sociální služby)

- 13 200 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost) u osob, které využívají pobytové sociální služby, 19 200 Kč u osob, které nevyužívají pobytové sociální služby

Výše příspěvku na péči pro osoby *starší 18 let* činí za kalendářní měsíc

- 880 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost)
- 4 400 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost)
- 8 800 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost) u osob, které využívají pobytové sociální služby, 12 800 Kč, které nevyužívají pobytové sociální služby
- 13 200 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost) u osob, které využívají pobytové sociální služby, 19 200 Kč u osob, které nevyužívají pobytové sociální služby (www.mpsv.cz)

4.3 Příspěvek na mobilitu

Příspěvek na mobilitu má pouze osoba, která je držitelem průkazu TP, ZTP nebo ZTP/P. Příspěvek je opakující se nároková dávka, která je určena osobě starší 1 roku.

Výše dávky činí 550 Kč měsíčně. Vyplácí se tzv. zpětně, to znamená do konce kalendářního měsíce následujícího po kalendářním měsíci, za který náleží. Na žádost příjemce může být příspěvek na mobilitu vyplácen jednou splátkou vždy za 3 kalendářní měsíce, za které náležel. (www.mpsv.cz)

4.4 Příspěvek na zvláštní pomůcku

Nárok na příspěvek na zvláštní pomůcku má osoba, která má:

- těžkou vadu nosného nebo pohybového ústrojí nebo
- těžké sluchové postižení anebo
- těžké zrakové postižení.

Přitom musí jít o dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav a současně zdravotní stav nesmí vylučovat přiznání tohoto příspěvku.

Nárok na příspěvek na zvláštní pomůcku poskytovaný na pořízení motorového vozidla nebo speciálního zádržního systému má osoba, která má těžkou vadu nosného nebo pohybového ústrojí anebo těžkou nebo hlubokou mentální retardaci charakteru dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, a její zdravotní stav nevylučuje přiznání tohoto příspěvku.

Za dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav se pro účely tohoto zákona považuje nepříznivý zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy trvá nebo má trvat déle než 1 rok. (www.mpsv.cz)

Okruh zdravotních postižení odůvodňujících přiznání příspěvku na zvláštní pomůcku a zdravotní stavy vylučující jeho přiznání jsou uvedeny v příloze k zákonu o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením. (www.mpsv.cz)

Podmínkou pro poskytnutí příspěvku na zvláštní pomůcku dále je, že:

- Osoba je starší 3 let (motorové vozidlo, úprava bytu), 15 let (vodící pes), 1 roku (všechny ostatní pomůcky).
- Zvláštní pomůcka umožní osobě sebeobsluhu nebo ji potřebuje k realizaci pracovního uplatnění, k přípravě na budoucí povolání, k získávání informací, vzdělávání anebo ke styku s okolím.
- Osoba může zvláštní pomůcku využívat.
- Zvláštní pomůcka není zdravotnickým prostředkem, který je hrazen z veřejného zdravotního pojištění anebo je osobě zapůjčen příslušnou zdravotní pojišťovnou. Také nesmí jít o zdravotnický prostředek, který nebyl osobě uhrazen z veřejného zdravotního pojištění nebo zapůjčen zdravotní pojišťovnou z důvodu nedostatečné zdravotní indikace.
- Pokud je pomůckou motorové vozidlo, je také podmínkou, že se osoba opakovaně v kalendářním měsíci dopravuje a že je schopna řídit motorové vozidlo nebo je schopna být vozidlem převážena.
- Seznam druhů a typů zvláštních pomůcek, na které je dávka určena, je obsažen ve vyhlášce č. 388/2011 Sb. Příspěvek se poskytuje i na pomůcku, která ve vyhlášce uvedena není, a to za podmínky, že jí krajská pobočka ÚP považuje za srovnatelnou s některou z pomůcek, která ve vyhlášce uvedena je. (www.mpsv.cz) [18]

5 Vlastní práce

V první části jsou použity zdroje z Výběrového šetření zdravotně postižených osob (dále jen VŠPO) 2018, Českého statistického úřadu. Získané hodnoty jsou rozděleny do tabulek podle věkové kategorie a pohlaví, příčiny postižení a druhu postižení. Dále jsou použity údaje z Ministerstva práce a sociálních věcí a České správy sociálního zabezpečení z let 2010 až 2018. Dotazníkové šetření bylo uskutečněno v únoru 2020. Dotazník byl k dispozici online na webových stránkách VypIno.cz, dále byl rozeslán organizacím zaštiťující zdravotně postižené a také byl osobně předáván v tištěné podobě hendikepovaným. Na základě dotazníku jsou formulovány návrhy na zlepšení situace v otázce zdravotně postižených v české společnosti.

5.1 Struktura zdravotně postižených osob v ČR v roce 2018

V České republice, dle Českého statistického úřadu, žilo v roce 2018 1 151 886 osob se zdravotním postižením nad 15 let, tedy 13,2 % celkové populace. Pokud by Výběrové šetření zdravotně postižených osob Českého statistického úřadu obsahovalo i věkovou skupinu do 15 let, zdravotně postižených osob by bylo v České republice v roce 2018, přibližně o 80 tisíc více.

V roce 2018 ženy představovaly 56 % všech zdravotně postižených, což je dáno i tím, že se ženy dožívají vyššího věku, který je v některých případech spojený s dlouhodobým chronickým onemocněním. Zbýlých 44 % činili muži. U některých věkových skupin je viditelný nárůst zdravotně postižených. Z Tabulka 1 je zřejmé, že nejmenší rozsah zdravotně znevýhodněných má věková kategorie 15–34 let, zatímco největší je u skupiny 65–79 let. U osob ve věku 80 let a více dochází k poklesu z důvodu vyšší úmrtnosti, než je v ostatních věkových skupinách.

Tabulka 1 Zdravotně postižení podle věkové struktury v roce 2018

Věková skupina	Počet osob (v tis. osobách)			Struktura podle pohlaví (%)		Struktura podle věku (%)		
	muži	ženy	celkem	muži	ženy	muži	ženy	celkem
Celkem	510,9	641,0	1151,9	44,4	55,6	100,0	100,0	100,0
15–34 let	35,6	29,0	64,6	55,1	44,9	7,0	4,5	5,6
35–49 let	64,5	72,1	136,6	47,2	52,8	12,6	11,2	11,9
50–64 let	154,7	158,9	313,6	49,3	50,7	30,3	24,8	27,2
65–79 let	191,7	224,3	415,9	46,1	53,9	37,5	35	36,1
80 a více let	64,4	156,7	221,2	29,1	70,8	12,6	24,4	19,2

Zdroj: ČSÚ, VŠPO, 2018

Tabulka 2 zobrazuje příčiny postižení. V České republice převažuje získané postižení. Nejrozsáhlejší příčinou postižení je v důsledku onemocnění, a to v počtu 866 100 osob. Následuje kombinace více příčin, což může být spojení vrozeného postižení a onemocnění, vrozeného postižení a úrazu, onemocnění a úrazu, vrozeného postižení spolu s onemocněním a úrazem. Vrozená vada a následek úrazu je nejméně častou příčinou. Nejmenší skupinou u získaného postižení je následek úrazu u žen.

Tabulka 2 Zdravotně postižení podle příčiny postižení a pohlaví 2018 (tis. osob)

Pohlaví	Vrozené	Získané		Kombinace více příčin	Celkem
		Onemocnění	Úraz		
Muži	46,9	371,5	47,0	45,6	510,9
Ženy	52,1	494,6	30,4	63,9	641,0
Celkem	99,0	866,1	77,4	109,5	1151,9

Zdroj: ČSÚ, VŠPO, 2018

V Tabulka 3 jsou uvedeny druhy postižení dle pohlaví a věku. Z důvodu kombinovaných vad, je počet osob vyšší než v tabulkách 1–2. Nejčastější druh hendikepu je tělesné postižení, naopak nejméně častou je sluchová vada. Vnitřními vadami je myšleno taktéž tělesné postižení, ale týká se onemocnění orgánů nebo organismu. Jak je uvedeno v kapitole 3.1 u většiny postižení se jedná o kombinace více druhů, které se vzájemně ovlivňují.

Tabulka 3 Druhy zdravotního postižení dle pohlaví a věku 2018 (tis. osob)

Druh postižení	Pohlaví			Věková skupina (v letech)					celkem
	muži	ženy	celkem	15-34	35-49	50-64	65-79	80 a více	
Sluchové	54,3	80,6	134,9	4,6	6,8	13,3	41,0	69,1	134,8
Zrakové	96,0	156,4	252,4	10,0	16,7	47,3	98,9	79,5	252,4
Tělesné	350,6	480,0	830,5	34,4	75,2	224,9	307,4	188,7	830,6
Mentální	79,5	92,8	172,3	29,6	40,4	46,0	28,5	27,8	172,3
Vnitřní	207,4	260,6	468,0	18,0	46,2	122,9	196,6	84,3	468,0
Celkem	787,8	1070,3	1858,1	96,6	185,3	454,4	672,4	449,4	1858,1

Zdroj: ČSÚ, VŠPO, 2018

5.2 Analýza ekonomicko-sociálních dat z let 2007, 2013 a 2018

V letech 2007, 2013, 2018 bylo prováděno Český statistickým úřadem Výběrové šetření zdravotně postižených osob, ve spolupráci s Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR. Cílem těchto šetření je zjistit charakteristiky zdravotně postižených osob v ČR. Pro šetření v letech 2007 a 2013 byla data získávána z databází praktických lékařů. Nově pro rok 2018 byla zvolena metoda šetření v domácnostech u osob starších 15 let, kdy data byla získávána prostřednictvím rozhovorů.

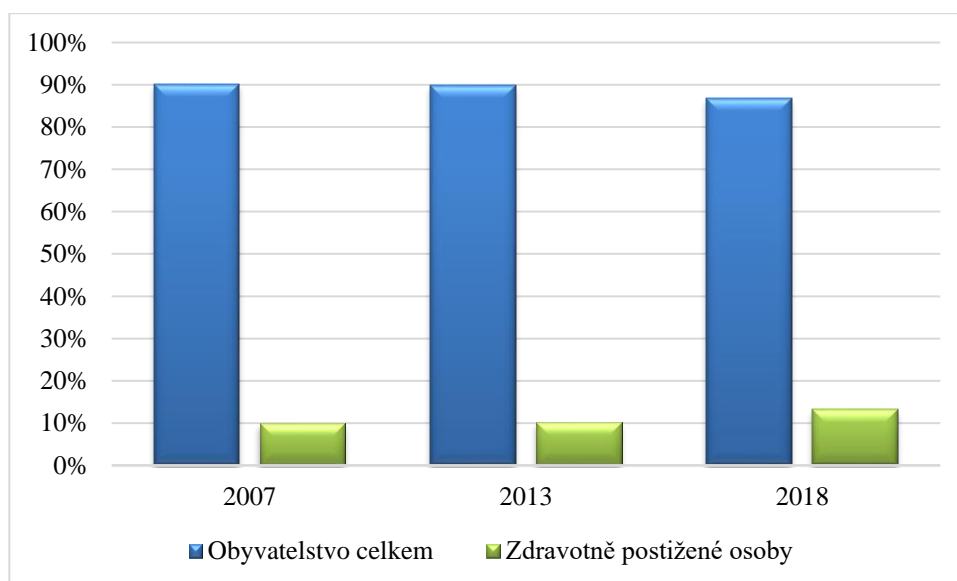
Mezi ukazatele, které byly sledovány v letech 2007, 2013 a 2018, patří i ukazatel vývoje počtu zdravotně postižených, včetně věkové struktury, pohlaví, jejich rodinný stav, vzdělání, uplatnění na trhu práce nebo nabídka sociálních služeb pro tyto osoby. Dále byly sledovány výdaje na nejdůležitější sociální dávky pro hendikepované v letech 2010–2018.

5.2.1 Vývoj počtu zdravotně postižených v letech 2007, 2013 a 2018.

Celkový počet obyvatel v roce 2007 byl 10 287 189, z toho 1 015 548 zdravotně postižených osob (9,9 %). V roce 2013 česká populace čítala 10 516 125 osob, počet zdravotně postižených se oproti roku 2006 zvýšil na 1 077 673 osob (10,2 %), což je přibližně o 62 tisíc zdravotně postižených více. V roce 2018 Česká republika čítala 10 649 852 osob. Zdravotně postižených bylo v témže roce 1 151 886 (13,2 %).

Graf 1 zobrazuje vývoj počtu zdravotně postižených. Čím menší je celkový počet obyvatel, tím větší je podíl hendikepovaných osob v zemi.

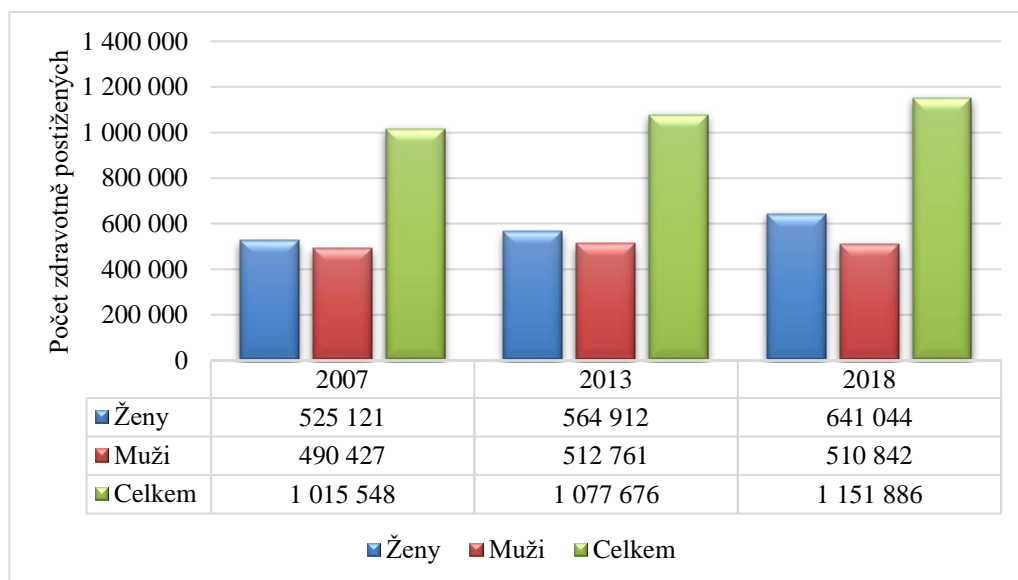
Graf 1 Vývoj počtu zdravotně postižených v letech 2007, 2013, 2018 (v %)



Zdroj: Vlastní zpracování na základě údajů z ČSÚ, VŠPO, 07, 13,18

Graf 2 zobrazuje počet žen a mužů vzhledem k celkovému počtu zdravotně postižených v České republice. Je patrné, že v populaci zdravotně postižených převažují ženy. U žen mezi lety 2007 a 2018 došlo k nárůstu o 115 923, zatímco u mužů došlo k nárůstu jen o 20 515 osob, přičemž mezi lety 2013 a 2018 došlo k poklesu o 1919 osob.

Graf 2 Podíl žen a mužů na celkovém počtu zdravotně postižených (tis. osob)

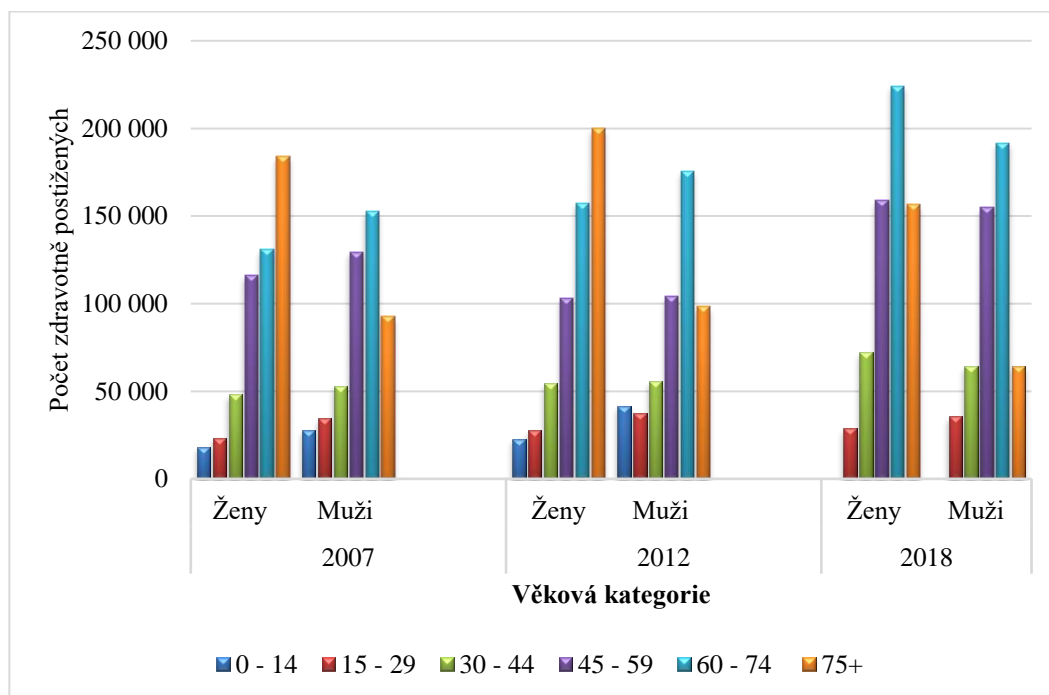


Zdroj: Vlastní zpracování na základě údajů z ČSÚ, VŠPO, 07, 13,18

V Graf 3 lze vidět, že se věková struktura mezi lety 2007–2018 velmi změnila. Zatímco v letech 2007 a 2013 největší skupinu tvořili zdravotně postižení ve věku 75 a více let, v roce 2018 byla nejpočetnější skupina 60–74 let. Největší nárůst během mezi lety

2007 a 2018 zaznamenala věková kategorie 60–74 let, ale i 45–59 let. Naproti tomu největší pokles byl zaznamenán ve věkové struktuře 75+. Důvodem je stárnutí obyvatelstva a s tím spojená úmrtnost. Věková struktura 0–14 let se v roce 2018 nesledovala, ale lze předpokládat, že počet dětí by se změnil, oproti předchozím rokům, přibližně o 80 tisíc. Ostatní věkové kategorie se výrazně nezměnily. Podkladová data jsou uvedena v Příloha č. 2

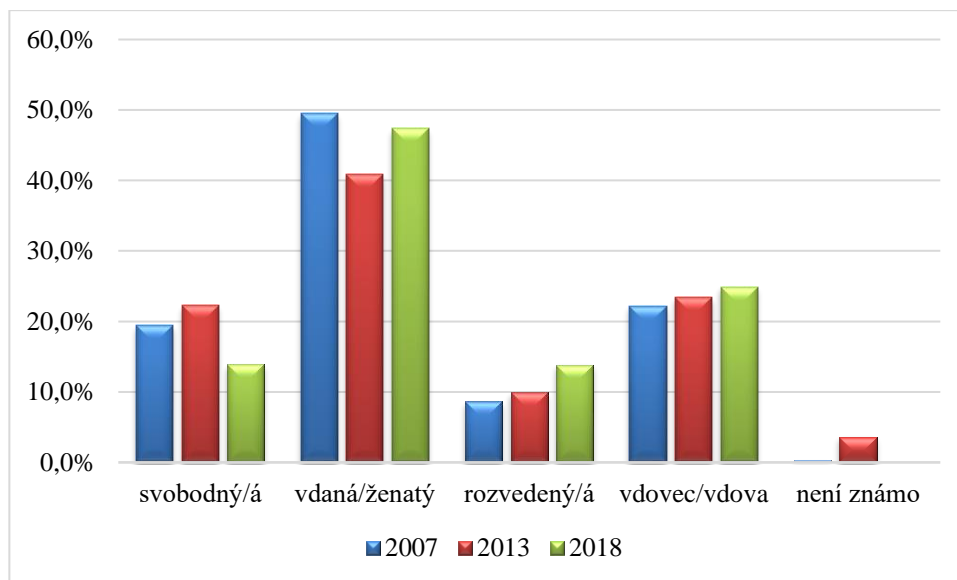
Graf 3 Zdravotně postižené osoby podle věkové struktury a pohlaví (v osobách)



Zdroj: Vlastní zpracování na základě údajů z ČSÚ, VŠPO, 07, 13,18

Rodinný stav zdravotně znevýhodněných osob zobrazuje Graf 4. K největšímu poklesu došlo u rodinného stavu „vdaná/ženatý“ a to v roce 2013. Důvodem může být i větší rozvodovost v celkové populaci, než v předchozích letech. V roce 2018 největší pokles zaznamenala kategorie „svobodný/á.. U mužů i žen ve všech sledovaných letech dominoval stav „ženatý/vdaná“. Ostatní rodinné stavy vykazují mírný nárůst mezi sledovanými lety. Podkladová data jsou přiložena v Příloha č. 3

Graf 4 Rodinný stav zdravotně postižených osob (v %)



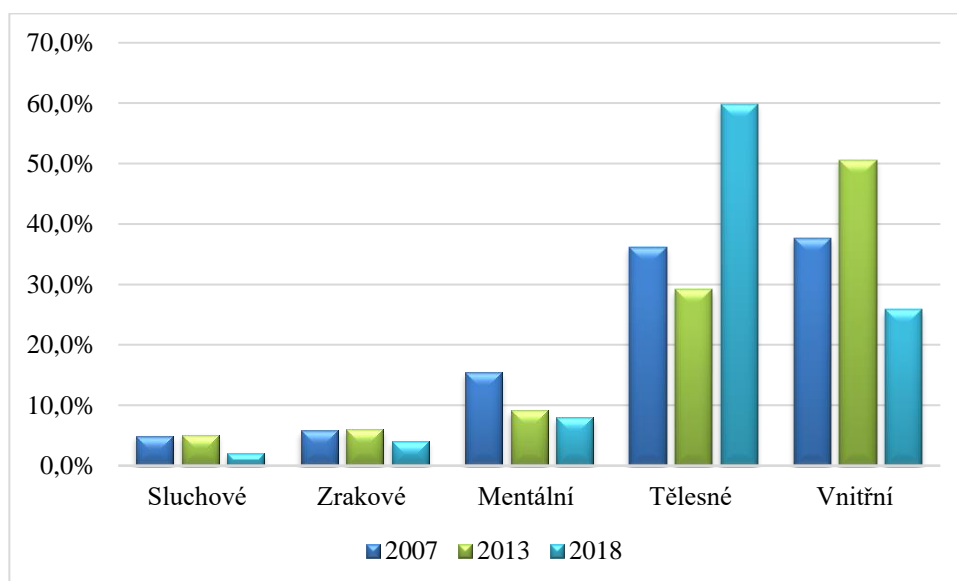
Zdroj: Vlastní zpracování na základě údajů z ČSÚ, VŠPO, 07, 13,18

Typ zdravotního postižení je znázorněn v Graf 5 Tělesné postižení je nejrozsáhlejším druhem v České republice, což dokazuje i VŠPO. Vnitřním postižením je myšleno duševní zdraví, nemoci orgánů a další, které je nejčastěji spojeno s dalšími druhy postižení. Proto je to druhé nejvíce časté postižení v naší populaci. Podkladová data jsou uvedena v Příloha č. 4

4 Struktura zdravotně postižených dle typu postižení v letech 2007, 2013, 2018 (v %)

Příloha č. 4

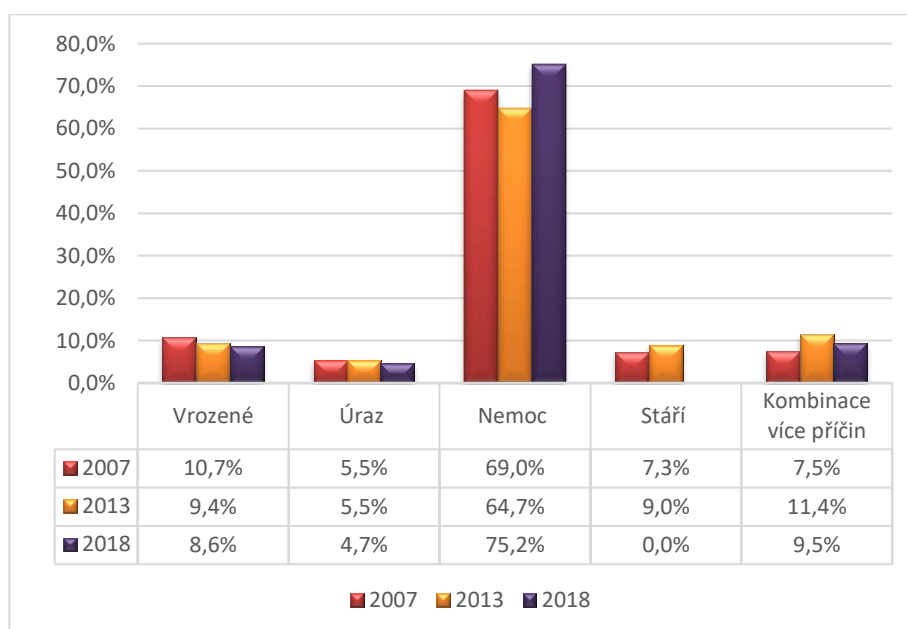
Graf 5 Struktura zdravotně postižených dle typu postižení (v %)



Zdroj: Vlastní zpracování na základě údajů z ČSÚ, VŠPO, 07, 13,18

S tělesným postižením úzce souvisí i příčina, kterou zobrazuje Graf 6. Nejčastější příčinou postižení je následek onemocnění. Jako příklad lze uvést diabetes, který může v nejhorším případě znamenat amputaci končetiny. Vrozené postižení je druhým nejčastějším původem. Další nejčastější příčina je kombinace vrozeného postižení, postižení následkem úrazu a onemocnění. Mezi lety 2007 a 2018 došlo k poklesu vrozeného postižení o 2,1 %, což může být následek včasného diagnostikování postižení již v těhotenství, ale také nižší porodností. Naopak největší nárůst mezi lety 2007 a 2018 zaznamenalo postižení v důsledku onemocnění a to o 6,2 %. Stáří jako původ postižení se v roce 2018 nesledovalo, ale jelikož došlo mezi lety 2007 a 2013 k nárůstu o 1,7 %, lze předpokládat, že by došlo v roce 2018 také ke zvýšení vzhledem ke stárnutí naší populace.

Graf 6 Zdravotně postižení podle příčiny postižení (v %)

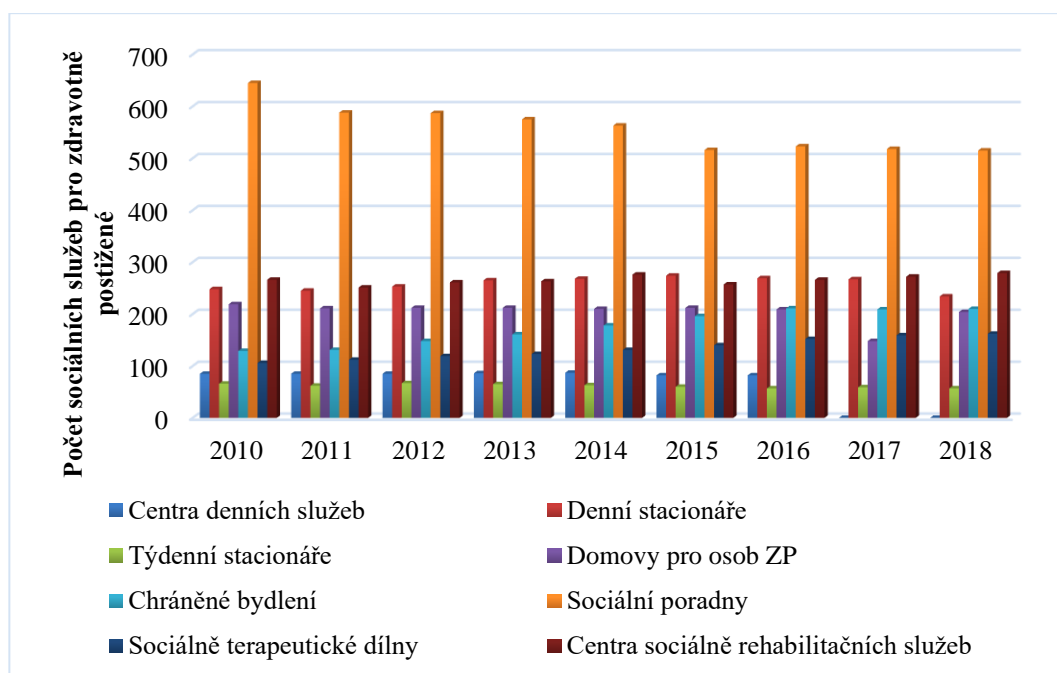


Zdroj: Vlastní zpracování na základě údajů z ČSÚ, VŠPO, 07, 13,18

5.2.2 Nabídka sociálních služeb pro zdravotně postižené v ČR v letech 2010–2018

Graf 7 zobrazuje nabídku sociálních služeb pro zdravotně znevýhodněné v České republice v letech 2010–2018. Počet center denních služeb během let 2010–2018 výrazně klesl. Počty ostatních druhů sociálních služeb pro zdravotně znevýhodněné se během let 2010–2018 výrazně nezměnily. Podkladová data ke grafu 7 jsou uvedena v Příloha č. 5

Graf 7 Nabídka sociálních služeb pro zdravotně postižené v ČR v letech 2010–2018



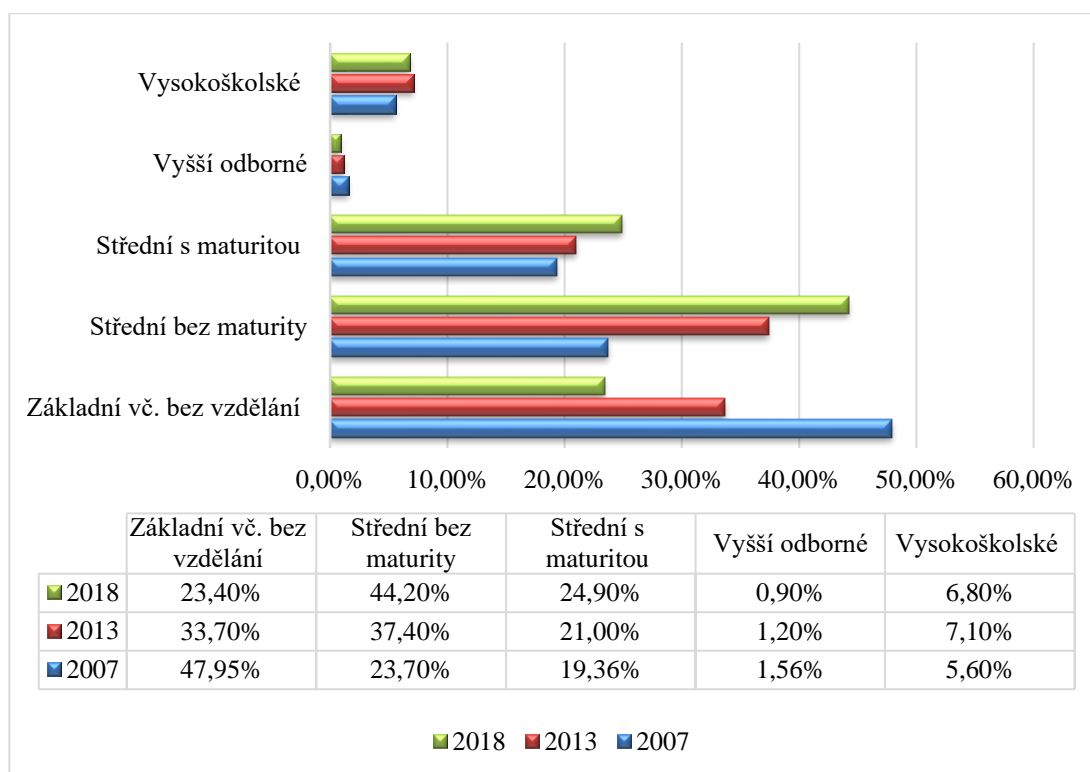
Zdroj: vlastní zpracování na základě Statistických ročenek MPSV

5.2.3 Vzdělání zdravotně znevýhodněných osob

Možnost vzdělání je jedno ze základních práv každého člověka, bez ohledu na jeho zdravotní nebo psychický stav a je ustanovena v Listině základních práv a svobod, čl. 33. V dnešní době je vzdělání obyvatelstva bráno za základní ekonomický i sociální faktor. Čím vyšší vzdělání člověk má, tím se mu nabízí i více možností uplatnění na trhu práce.

S možností studovat se zvyšuje i šance integrace zdravotně znevýhodněných osob do společnosti. Úroveň nejvyššího vzdělání zdravotně znevýhodněných osob zobrazuje Graf 8.

Graf 8 Nejvyšší dosažené vzdělání zdravotně postižených (%)



Zdroj: Vlastní zpracování na základě údajů z ČSÚ, VŠPO, 07, 13,18

Z grafu 8 je zřejmé, že během let 2007 a 2018 radikálně klesl počet zdravotně postižených osob, kteří mají pouze základní vzdělání nebo nemají žádné, a to o 24,55 %. Vyšších úrovní vzdělání dosahuje každým rokem více zdravotně postižených. Nejvíce hendikepovaných dosáhlo vyučení, přičemž rozdíl mezi lety 2013 a 2018 je 20,5 %. Může to být způsobeno větším výběrem středních škol, které nabízejí obory vhodné pro zdravotně znevýhodněné nebo větší počet bezbariérových škol. Další úrovně se meziročně zvyšují. Tím, že zdravotně postižených se základním vzděláním klesá, a zároveň se zvyšuje počet těch, kteří jsou vyučeni nebo mají středoškolské a vyšší vzdělání, se zvyšuje jejich šance na pracovním trhu, a to jak na otevřeném, tak i na chráněném pracovním trhu.

5.2.4 Ekonomická aktivita zdravotně znevýhodněných osob

Ekonomická aktivita obyvatelstva je jedním z hlavních ukazatelů sociálního pilíře státu. Ekonomicky aktivní obyvatelé přispívají k ekonomické výkonnosti států a tím se propojuje ekonomický a sociální pilíř. Míra ekonomické aktivity obyvatel je velmi závislá na situaci na trhu práce. U zdravotně znevýhodněných osob závisí, mimo situaci na pracovním trhu, i na druhu zdravotního postižení, ale také na úrovni dosaženého vzdělání.

Tabulka 4 Ekonomická aktivita zdravotně postižených v roce 2007 (v %).

Věková kategorie (v letech)	Dítě, studující	Zaměstnaný	Nezaměstnaný	Nepracující důchodce	Pracující důchodce	V domácnosti (vč. rodičovské dovolené)
15–19	69,77	2,38	1,43	0,01	0,00	26,40
20–34	6,57	73,34	10,18	1,20	0,14	8,57
35–49	0,00	85,73	7,32	3,81	0,50	2,64
50–64	0,00	48,73	3,53	41,20	5,71	0,83
65+	0,00	0,24	0,00	95,68	4,05	0,03

Zdroj: Vlastní zpracování na základě údajů z ČSÚ, VŠPO 07

Tabulka 5 Ekonomická aktivita zdravotně postižených v roce 2013 (v %)

Věková kategorie (v letech)	Dítě, studující	Zaměstnaný	Nezaměstnaný	Nepracující důchodce	Pracující důchodce	V domácnosti (vč. rodičovské dovolené)
15–19	77,00	3,30	2,70	7,20	1,60	8,20
20–34	5,60	15,70	5,50	46,90	12,00	14,40
35–49	0,00	27,70	2,40	38,90	18,20	12,90
50–64	0,00	15,40	2,30	56,60	13,40	12,50
65+	0,00	0,50	0,20	89,10	3,50	6,70

Zdroj: Vlastní zpracování na základě údajů z ČSÚ, VŠPO 13

Tabulka 6 Ekonomická aktivita zdravotně postižených v roce 2018 (v %)

Věková kategorie (v letech)	Dítě, studující	Zaměstnaný	Nezaměstnaný	Nepracující důchodce	Pracující důchodce	V domácnosti (vč. rodičovské dovolené)
15–19	81,00	5,80	1,90	5,19	1,90	4,21
20–34	7,90	19,80	7,10	42,80	16,70	5,70
35–49	0,00	26,40	2,60	36,80	23,40	10,80
50–64	0,00	35,90	1,70	44,30	10,11	7,99
65+	0,00	1,20	0,30	85,20	7,90	5,40

Zdroj: Vlastní zpracování na základě údajů z ČSÚ, VŠPO 18

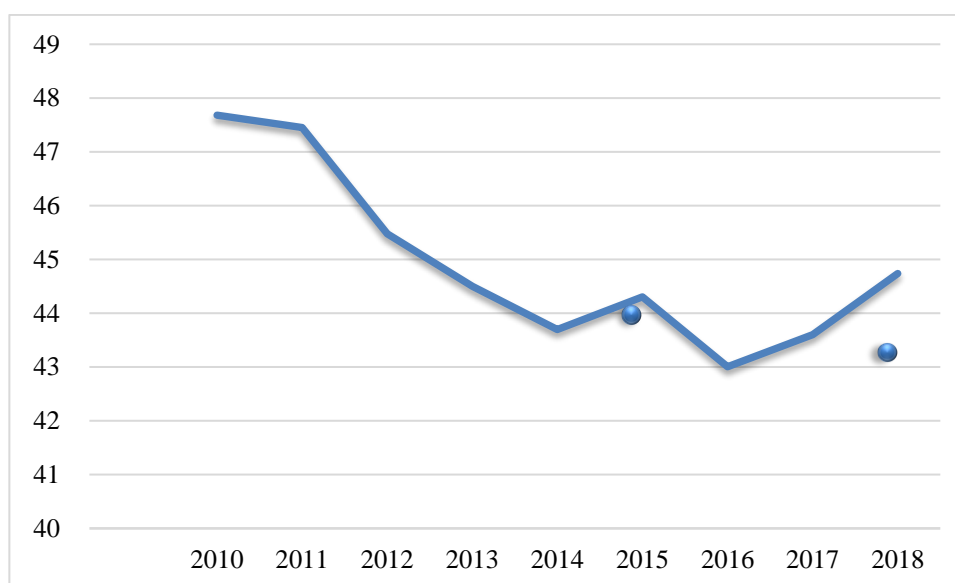
Z tabulek 4–6 lze vyčíst, že největší skupinou v průběhu let 2007–2018 je stále nepracující důchodce. Může to být zapříčiněno typem postižení, ale také nedostatkem pracovních míst pro zdravotně postižené, a to i přes to, že stát nařizuje „povinným podílem“ některým společnostem zaměstnávat hendikepované. Naproti tomu nezaměstnaných zdravotně znevýhodněných v některých věkových skupinách klesá. Stejně je tak tomu i v případě osob, které jsou v domácnosti. Naopak se zvýšil počet studujících, zaměstnaných a pracujících důchodců.

5.2.5 Sociální systém ČR pro zdravotně znevýhodněné osoby

Zdravotně postižení mají nárok na čerpání dávek a příspěvků ze sociálního systému ČR. Je to určitá kompenzace, jelikož tyto osoby jsou nějakým způsobem omezeni a nemohou tak prožít plnohodnotný život.

Největším a nejdůležitějším příjmem zdravotně postižených osob je invalidní důchod, který se dělí na tři stupně, přičemž čím vyšší skupina, tím vyšší důchod. Výdaje na invalidní důchody během let 2010–2018 jsou znázorněny v Graf 9, přičemž podkladová data jsou uvedena v Příloha č. 6.

Graf 9 Výdaje na invalidní důchody (v mld. Kč)



Zdroj: Vlastní zpracování na základě otevřených dat z www.cssz.cz

Pro extrapolaci vývoje výdajů na invalidní důchody byla vybrána kvadratická trendová funkce:

$$y'_t = -474424,73 + 47311087,98t + 2,459t^2$$

Index determinace R^2 (0,914) značí, že funkce vystihuje vývoj na výdajů na 91,40 %. Rovnice umožnila určit výdaje na následující rok 2019 na 47 288 235 460 Kč. Výpočet regrese byl zpracován v programu IBM SPSS Statistics a je k nahlédnutí v Příloha č. 7

Tabulka 7 se věnuje změnám sledovaného ukazatele, tedy výdajů na invalidní důchody za období 2010–2018. Největší výdaje na invalidní důchody jsou zaznamenány ve výchozím roce 2010. Dle první absolutní difference došlo k největšímu snížení výdajů v roce 2012 o 1 974 805 000 Kč (4,16 %). Jako příčinu lze uvažovat důchodovou reformu z roku 2011. Že snížení výdajů bylo v pozorovaných letech největší, dokazuje i indexní

analýza ukazatele. V posledních letech dochází k opětovnému zvyšování výdajů. K největšímu došlo v roce 2018. Řetězový index ukazuje, že k největšímu meziročnímu zvýšení došlo mezi lety 2017 a 2018. Bazický index v roce 2018 vykazuje snížení výdajů o 6,17 % oproti roku 2010. Jelikož v průběhu let docházelo ke snižování a následnému zvyšování výdajů na invalidní důchody, koeficient růst v průměru vykazuje hodnotu -0,77 %.

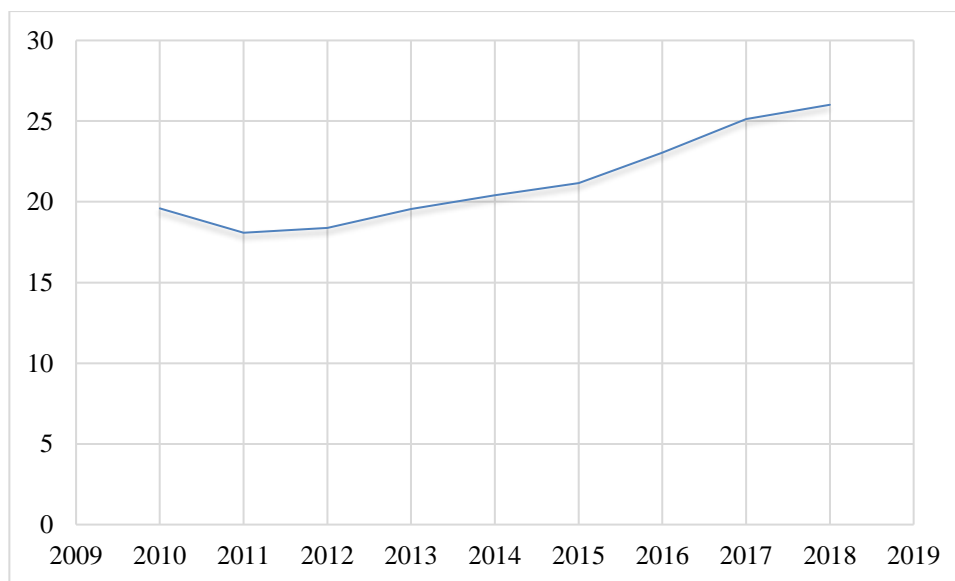
Tabulka 7 Elementární charakteristiky výdajů na invalidní důchody v letech 2010–2018 (v tis. Kč)

	Výdaje na invalidní důchod (v tis. Kč)	1. absolutní diference	Tempo růstu	Řetězový index	Bazický index
2010	47 681 513	-	-	-	-
2011	47 450 817	-230 696	-0,48	99,52	99,52
2012	45 476 012	-1 974 805	-4,16	95,84	95,37
2013	44 500 057	-975 955	-2,15	97,85	93,33
2014	43 694 812	-805 245	-1,81	98,19	91,64
2015	44 305 135	610 323	1,40	101,40	92,92
2016	43 005 261	-1 299 874	-2,93	97,07	90,19
2017	43 598 845	593 584	1,38	101,38	91,44
2018	44 738 227	1 139 382	2,61	102,61	93,83

Zdroj: Vlastní zpracování na otevřených dat z www.cssz.cz

Graf 10 zobrazuje vývoj výdajů na příspěvek o péči o osobu blízkou. Je patrné, že se výdaje každým rokem zvyšují. Zvýšení výdajů na tento příspěvek plyne mimo jiné ze zvýšení samotného příspěvku od 1.7.2019, kdy se zvýšil v posledních dvou závislostech. Podkladová data jsou k dispozici v Příloha č. 8

Graf 10 Vývoj výdajů na příspěvek o péči o osobu blízkou v letech 2010–2018 (v mld. Kč)



Zdroj: vlastní zpracování na základě Statistických ročenek MPSV

Tabulka 8 se věnuje změnám sledovaného ukazatele, tedy výdajů na příspěvek o osobu blízkou v letech 2010–2018. Největší výdaje na tento příspěvek jsou zaznamenány ve posledním sledovaném roce 2018. Dle první absolutní diference došlo k největšímu snížení výdajů v roce 2011 o 7,73 % (1 515 045 000 Kč). K největšímu meziročnímu zvýšení došlo mezi lety 2016 a 2017, a to o 9 %. Koeficient růst v průměru vypovídá o zvyšování těchto výdajů (3,73 %).

Tabulka 8 Elementární charakteristiky výdajů na příspěvek o osobu blízkou (v tis. Kč)

	Výdaje na příspěvek o osobu blízkou (v tis. Kč)	dy_t	k_t	$I_{i/t-1}$	$I_{i/0}$
2010	19 599 245	-	-	-	-
2011	18 084 200	-1 515 045	-7,73	92,27	92,27
2012	18 391 109	306 909	1,70	93,84	101,70
2013	19 544 589	1 153 480	6,27	99,72	106,27
2014	20 402 011	857 422	4,39	104,10	104,39
2015	21 166 581	764 570	3,75	108,00	103,75
2016	23 045 948	1 879 367	8,88	117,59	108,88
2017	25 119 576	2 073 628	9,00	128,17	109,00
2018	26 013 019	893 443	3,56	132,72	103,56

Zdroj: vlastní zpracování na základě Statistických ročenek MPSV

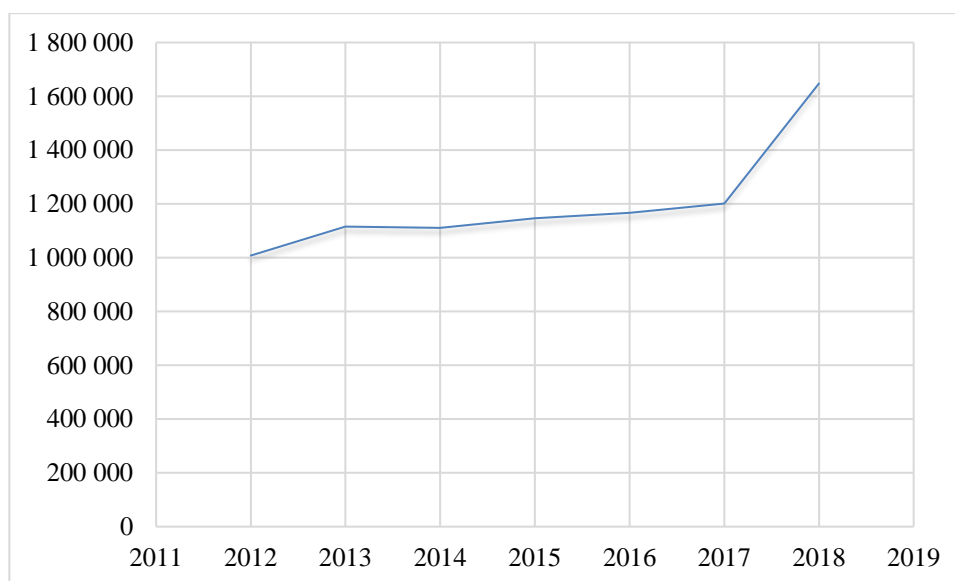
Pro extrapolaci vývoje výdajů na tento příspěvek byla vybrána kvadratická trendová funkce:

$$y'_t = 16455178,61 + 961548,23t + 1,572t^2$$

Index determinace R^2 (0,968) značí, že funkce vystihuje vývoj na výdajů na 96,80 %. Rovnice umožnila určit výdaje na následující rok 2019 na 26 227 861 000 Kč. Výpočet regrese byl zpracován v programu IBM SPSS Statistics a je k nahlédnutí v Příloha č. 9

Dalším důležitým příspěvkem pro zdravotně postiženého je příspěvek na mobilitu. Výdaje na tento druh dávky jsou zobrazeny v Graf 11. V roce 2012 se příspěvek transformoval z příspěvku na provoz motorového vozidla a z příspěvku na individuální dopravu, které se vyplácely jednou ročně, proto jsou výdaje sledovány až od roku 2012.

Graf 11 Vývoj výdajů na příspěvek na mobilitu a v letech 2012–2018 (v tis. Kč)



Zdroj: vlastní zpracování na základě Statistických ročenek MPSV

Tabulka 9 se věnuje elementárním charakteristikám tohoto ukazatele. První absolutní diference vykazuje největší pokles výdajů v roce 2014, naopak největší zvýšení vykazuje rok 2018. Razantní meziroční zvýšení zobrazuje rok 2018, oproti roku 2017 o 446 135 000 Kč (37,13 %). Výdaje v roce 2018 se oproti roku 2012 zvýšili o 63,46 %. Koefficient růstu v průměru dokazuje zvyšování těchto výdajů (9,22 %).

Tabulka 9 Elementární charakteristiky výdajů na mobilitu za rok 2012–2018 (v tis. Kč)

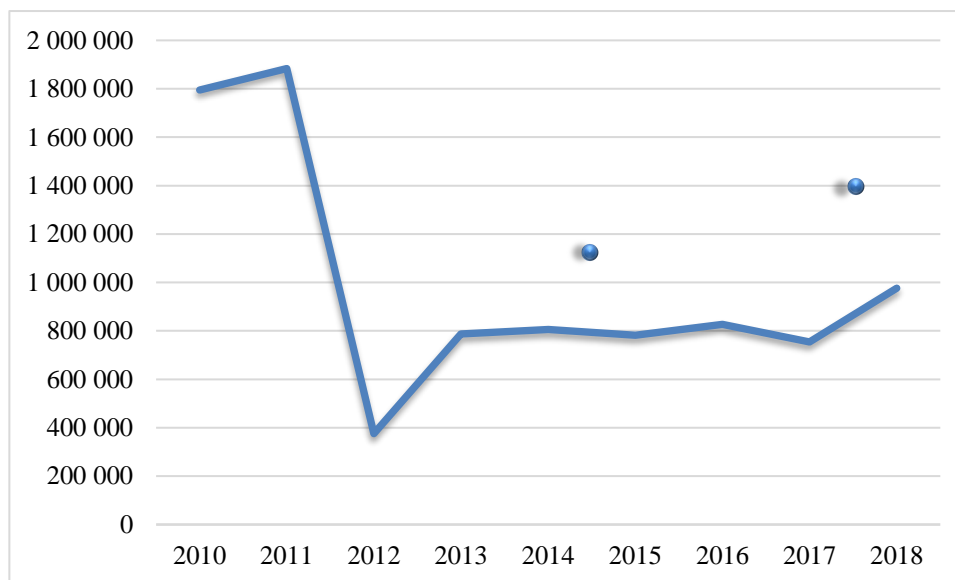
	Výdaje na příspěvek na mobilitu (v tis. Kč)	dy_t	k_t	$I_{i/i-1}$	$I_{i/0}$
2012	1 007 922	-	-	-	-
2013	1 116 000	108 078	10,72	110,72	110,72
2014	1 111 276	-4 724	-0,42	99,58	110,25
2015	1 146 051	34 775	3,13	103,13	113,70
2016	1 166 599	20 548	1,79	101,79	115,74
2017	1 201 463	34 864	2,99	102,99	119,20
2018	1 647 598	446 135	37,13	137,13	163,46

Zdroj: vlastní zpracování na základě Statistických ročenek MPSV

Pokud zdravotně postižená osoba potřebuje kompenzační nebo zvláštní pomůcky, tak právě tento příspěvek je pro ně velmi důležitý. Výdaje na zvláštní pomůcky zobrazuje Graf 12. Je důležité vzít v úvahu, že pro každý druh postižení je zapotřebí jiná pomůcka. Také ceny pomůcek pro každý druh postižení, se výrazně liší. Právě od ceny se odráží výše příspěvku. Seznam kompenzačních pomůcek pro všechny druhy postižení a jejich procentuální úhradu od zdravotních pojišťoven jsou k nahlédnutí v Přílohách 13-15.

Podkladová data jsou pro Graf 12 jsou uvedena v Příloha č. 11. Z grafu 12 lze vidět razantní snížení výdajů na tento příspěvek. Důvodem bylo zavedení nové dávky v roce 2012, která sjednotila příspěvky na nákup zvláštních pomůcek a motorových vozidel. Spojením těchto dávek došlo také k restrikci počtu vyplácených příspěvků.

Graf 12 Vývoj výdajů na příspěvek na zvláštní pomůcku v letech 2010–2018 (v tis. Kč)



Zdroj: vlastní zpracování na základě Statistických ročenek MPSV

Tabulka 10 zobrazuje změny vybraného ukazatele. Razantní snížení výdajů o 80,06 % je zřejmé z roce 2012. Největší meziroční nárůst zaznamenal rok 2018. Největší meziroční zvýšení těchto výdajů vykazuje rok 2013 oproti roku 2012, kdy došlo k opětovnému navýšení výdajů, a to o 109,80 %.

Tabulka 10 Elementární charakteristiky vybraného ukazatele (v tis. Kč)

	Výdaje	dy_t	k_t	$I_{i/t-1}$	$I_{i/0}$
2010	1 794 994	-	-	-	-
2011	1 883 607	88 613	4,94	104,94	104,94
2012	375 547	-1 508 060	-80,06	19,94	20,92
2013	787 905	412 358	109,80	209,80	43,89
2014	805 424	17 519	2,22	102,22	44,87
2015	782 493	-22 931	-2,85	97,15	43,59
2016	826 897	44 404	5,67	105,67	46,07
2017	754 174	-72 723	-8,79	91,21	42,02
2018	976 866	222 692	29,53	129,53	54,42

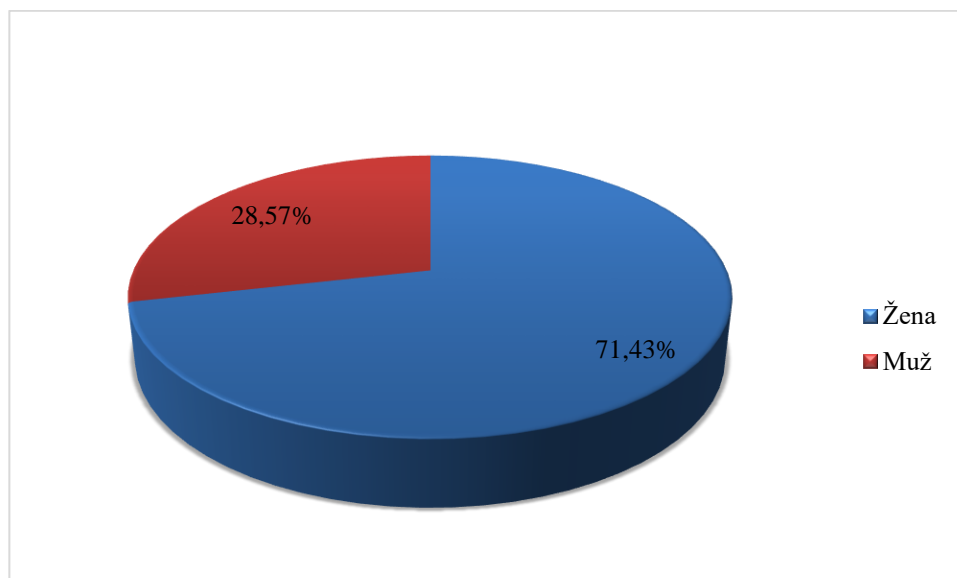
Zdroj: vlastní zpracování na základě Statistických ročenek MPSV

5.2.6 Vyhodnocení dotazníkového šetření

V rámci dotazníkového šetření byli osloveni zdravotně znevýhodnění občané České republiky prostřednictvím sdružujících organizací zdravotně znevýhodněných, jako Jedličkův ústav a školy, Spolek zdravotně postižených občanů a jejich přátel, Sdružení pro komplexní péči při dětské mozkové obrně a Konto bariéry. Hendikepovaní byli dále osloveni skrze online dotazník na webu www.vyplnto.cz. Celkem na dotazník odpovědělo 84 respondentů. Respondenti jsou v první části dotazníků rozčleněni podle charakteristik, které je umožnily odlišit. Další část se zaměřuje zejména na jejich problémy v dnešní společnosti. Dotazníkové šetření je přiloženo v Příloha č. 12.

Na dotazník odpovědělo celkem 84 respondentů z toho 60 žen (71,43 %) a 24 mužů (28,57 %), což zobrazuje Graf 13. Zdravotní postižení tedy převažuje zejména u respondentů ženského pohlaví.

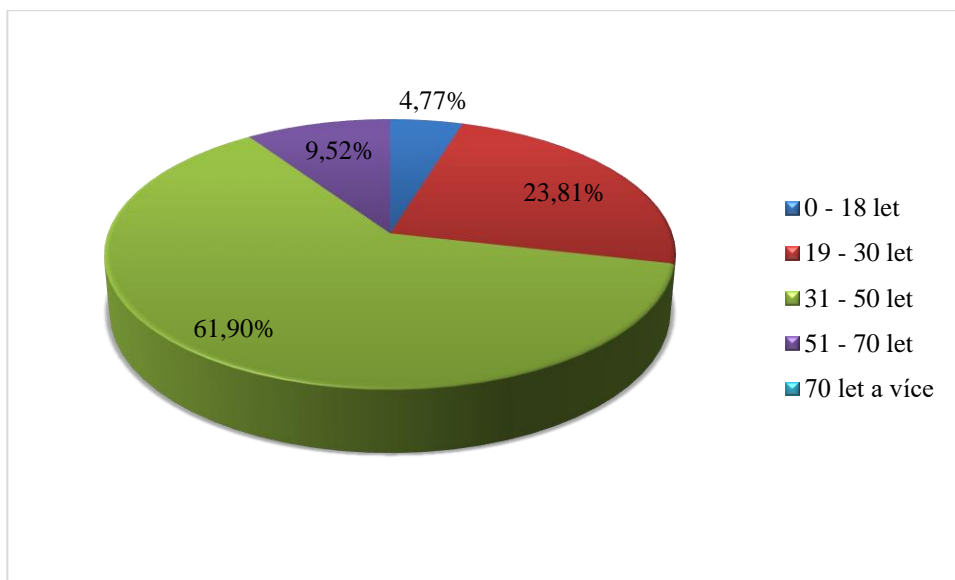
Graf 13 Rozdělení respondentů podle pohlaví



Zdroj: dotazníkové šetření

Rozdělení respondentů dle věkové kategorie lze vidět v Graf 14. Rozdělení respondentů závisí na organizaci, která je sdružuje a které byl dotazník doručen, ale také na počítačové gramotnosti zdravotně postižených respondentů. Zatímco Jedličkův ústav a školy navštěvují zejména mladí lidé do 20 let. SZPOaJP a SDMO sdružují všechny věkové kategorie. Největší věkovou kategorií tvoří zdravotně postižení ve věku 31–50 let.

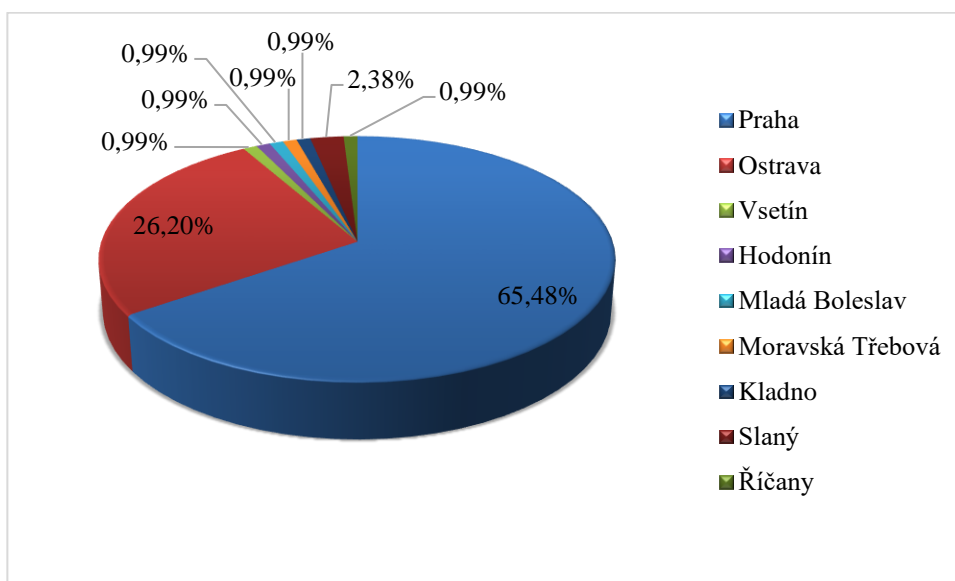
Graf 14 Rozdělení respondentů podle věku



Zdroj: dotazníkové šetření

Graf 15 rozděluje respondenty podle místa bydliště. Většina respondentů žije v Praze, kde se nachází Jedličkův ústav a školy a SDMO, což je spojeno i tím, že tyto organizace byly osloveny. Z Ostravy, kde sídlí SZPOaJP, pochází 21 respondentů. Další respondenti pochází z menších měst okolo Prahy, jako je Slaný, Kladno, Říčany, a kteří dojíždějí pravidelně do oslovených pražských organizací. Stejně je tak tomu na druhém konci České republiky, kde zdravotně postižení dojíždí do Ostravy, kde se nachází další organizace.

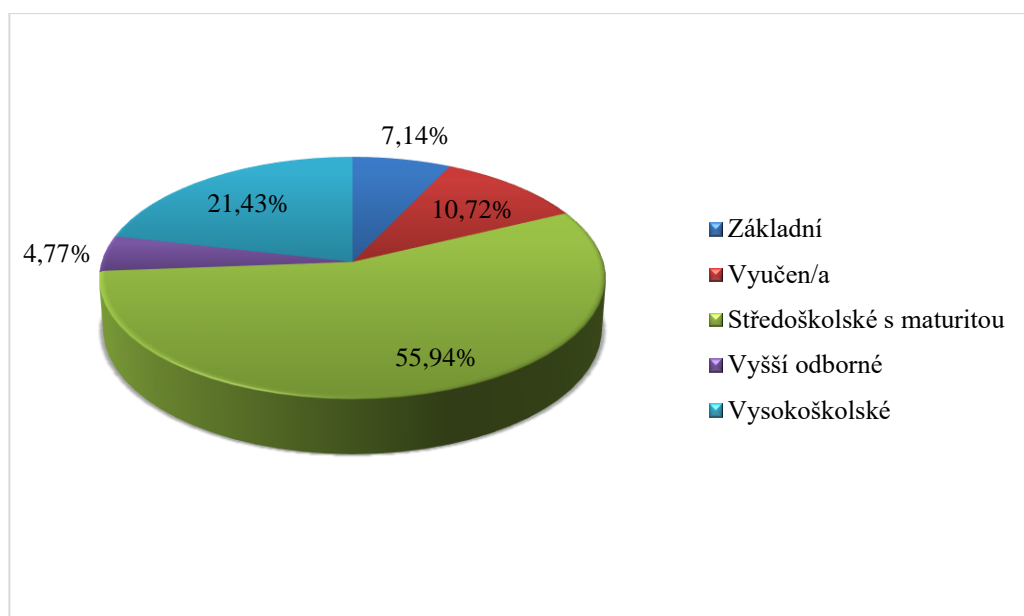
Graf 15 Rozdělení respondentů podle místa bydliště



Zdroj: dotazníkové šetření

V Graf 16 je uvedeno dosažené vzdělání respondentů. Základní vzdělání má 6 (7,14 %) respondentů. Důvodem tohoto může být i stále nedokončená střední škola. V největší míře je zastoupeno středoškolské vzdělání, tedy 55,94 % (47 respondentů). Výučního listu dosáhlo 9 dotázaných (10,72 %), což ale neznamená, že studium ukončili. Mohou dále pokračovat na nástavbovém studiu. To může znamenat v příštích letech snížení počtu zdravotně postižených, kteří jsou vyučeni, a zároveň zvýšení hendikepovaných se středoškolským vzdělání. Vyšší odborné vzdělání mají 4 dotázaní. Tento fakt může být ovlivněn atraktivitou oborů, ale také nepřizpůsobivost školy ke specifickým potřebám studentů. Vysokou školu dokončilo 18 dotázaných.

Graf 16 Rozdělení respondentů podle dosaženého vzdělání



Zdroj: dotazníkové šetření

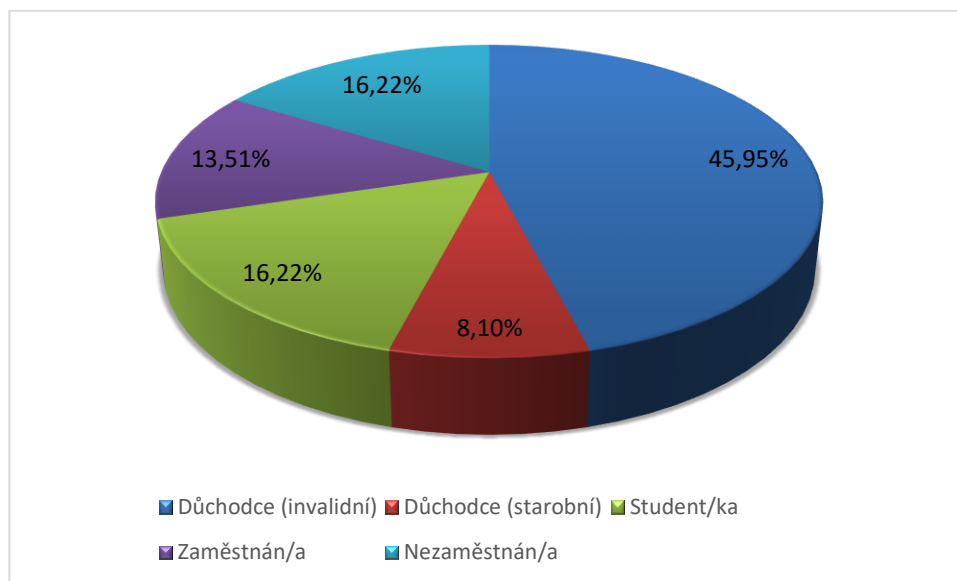
Jelikož nejpočetnější věkovou skupinou respondentů jsou osoby ve věku 31–50 let, očekávalo se, že alespoň polovina z dotázaných bude ženatých či vdaných. Sezdaných bylo pouze 12 respondentů. Svobodných bylo 68 dotázaných. Hlavními faktory může být problém v navazování vztahů, postižení samotné, či subjektivní názor na manželství. Rozvedení byli pouze 4 zdravotně postižení, což může souviset i se získáním postižení v pozdějším věku. Ovdovělí nebyl nikdo z dotázaných.

Způsob bydlení zdravotně postižených úzce souvisí s jejich rodinným vztahem. Byť je většina svobodných, mohou žít s rodinou, partnery nebo sami. Nevíce dotázaných žije s rodinou. To může znamenat bydlení s rodiči, manželem či manželkou, partnery nebo dětmi. Pouze s manželem nebo manželkou žije 8 dotázaných. Samotných žije 18

respondentů. Pouze s partnery žije 12 zdravotně postižených. V chráněném bydlení bydlí pouze 8 hendikepovaných.

Graf 17 zobrazuje ekonomický status dotazovaných. Tento graf potvrzuje, že největší skupinou jsou zdravotně znevýhodněné osoby pobírající invalidní důchod (45,98 %). Nezaměstnaní, spolu se studenty, zaujímají druhou největší skupinu s 16,22 %. Důvodem nezaměstnanosti může být nízký věk respondentů, ale také postižení samotné. Zaměstnaní respondenti tvoří 13,51 %.

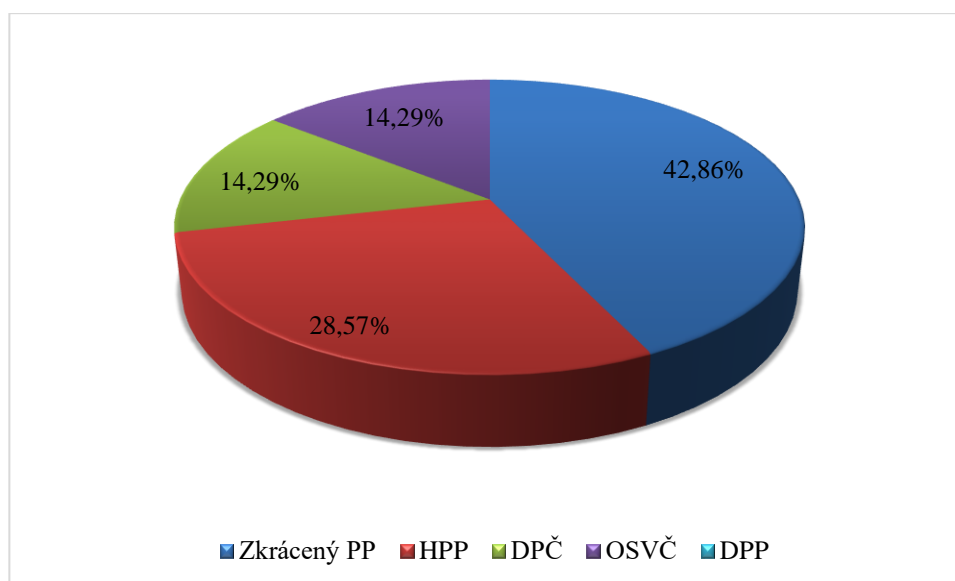
Graf 17 Rozdělení respondentů podle ekonomického statusu



Zdroj: dotazníkové šetření

Nejvíce zdravotně postižených pracuje na zkrácený pracovní poměr (42,86 %). Na hlavní pracovní poměr jen 28,57 %. Dohodu o pracovní činnosti má 14,29 %. Osob samostatně výdělečně činných je 14,29 %. Nejčastěji uvedeným oborem byla uvedena administrativa či bezpečnost. Objevily se i odpovědi jako pedagogický pracovník, grafik, ekonom, personalista či úředník.

Graf 18 Rozdělení respondentů dle typu zaměstnání



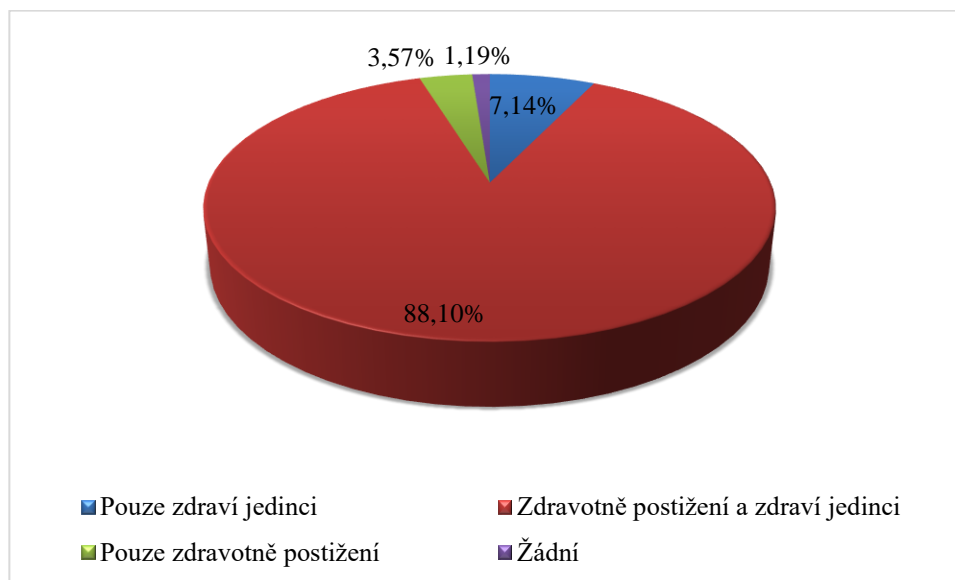
Zdroj: dotazníkové šetření

Způsob trávení volného času je velmi důležitý jak pro rozvoj zdravotně postiženého, tak i pro integraci do společnosti. Mezi nejčastější koníčky, se 39,58 %, zdravotně znevýhodněných patří kulturní akce. Vzhledem k tomu, že návštěvy kulturních akcí sebou nesou i určitá rizika, např. posměšky nebo urážky, pořadatelé akcí vždy vyhradí místa pro zdravotně postižené a tím je izolují od ostatních návštěvníků. O sport se zajímá 41,67 % dotazovaných, z toho aktivně sportuje 19,05 %. O aktivní účast hendikepovaných na sportovních událostech se ve většině případů starají sportovní organizace pro zdravotně postižené, které mnohdy připravují i paralympiády. Pasivně sport provozuje 22,62 % respondentů. Ruční práce označilo jako svůj koníček 11,90 %. Díky ručním pracím mohou zdravotně postižení rozvíjet svou motoriku, soustředěnost. Právě tento druh práce nejvíce nabízí chráněné pracovní dílny. Nejčastěji se jedná o šití, vyšívání, práce se dřevem a vyrábění ručních výrobků. O umění se tito lidé velmi nezajímají. Mezi jiné koníčky zdravotně postižených patří i vzdělávání v oblasti jazyků, kulinářství, četba, sledování filmů, seriálů ale také trávení čas s rodinou či přáteli.

Se zájmy respondentů souvisí i Graf 19, kde je zobrazen okruh přátel zdravotně postižených. Přátele mezi zdravými i zdravotně znevýhodněnými má 88,10 % dotázaných. Což je dobré znamení z hlediska integrace. Znamená to, že i postoje lidí ve společnosti se každým rokem mění. Pouze zdravé přátele má 7,14 % dotazovaných. Přátel pouze mezi zdravotně postiženými má 3,57 %, což může být příčinou např. bydlení v domovech pro

osoby se zdravotním postižením nebo v chráněném bydlení. Žádné přátele nemá pouze jeden dotázaný, v důsledku získání postižení v pozdějším věku.

Graf 19 Okruh přátel respondentů

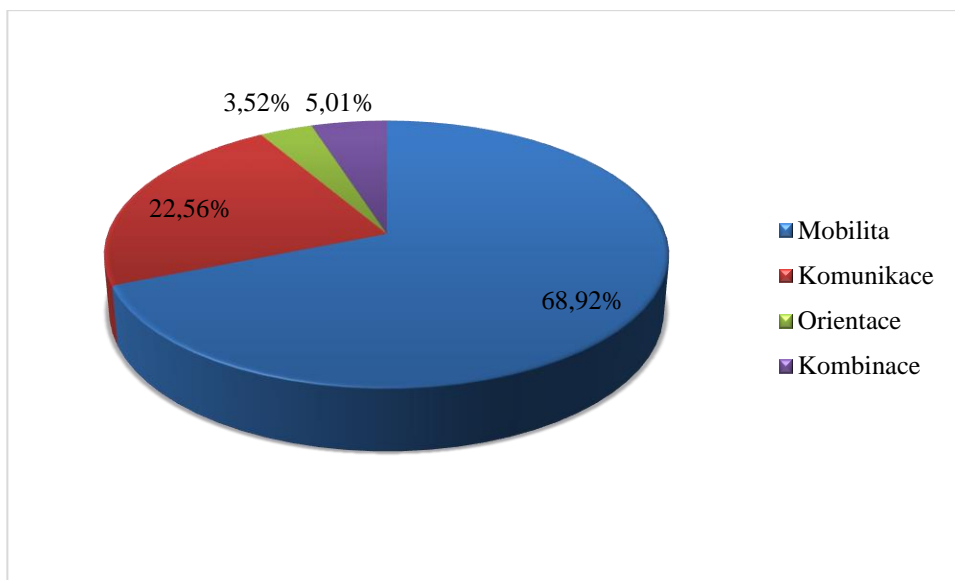


Zdroj: dotazníkové šetření

Názory okolí na postižení jedince souvisí i s prostředím, kde se hendikepovaný pohybuje. Velmi důležité je i v jaké situaci a kde se dotyčný s dalšími lidmi setkává. Mnohdy jsou názory okolí velmi pozitivní, obdivuhodné či chápající. Na druhou stranu se setkávají i s lidmi, kteří je odsuzují, kritizují, berou je jako méněcenné či se jim posmívají nebo uráží. Podle těchto lidí zdravotně postižení nepatří do společnosti mezi zdravé jedince, ale do zařízení, které jsou zřízeny jen pro ně.

Se zdravotní postižením souvisí i překonávání každodenních bariér, které zobrazuje Graf 20. Mobilita je nejčastější bariérou v životě postižených, zejména pak u těch tělesně hendikepovaných. Následuje komunikace s dalšími osobami či orgány. Tato bariéra se týká zejména sluchově, či mentálně postižených. Orientace je vesměs problém zrakového či mentálního postižení.

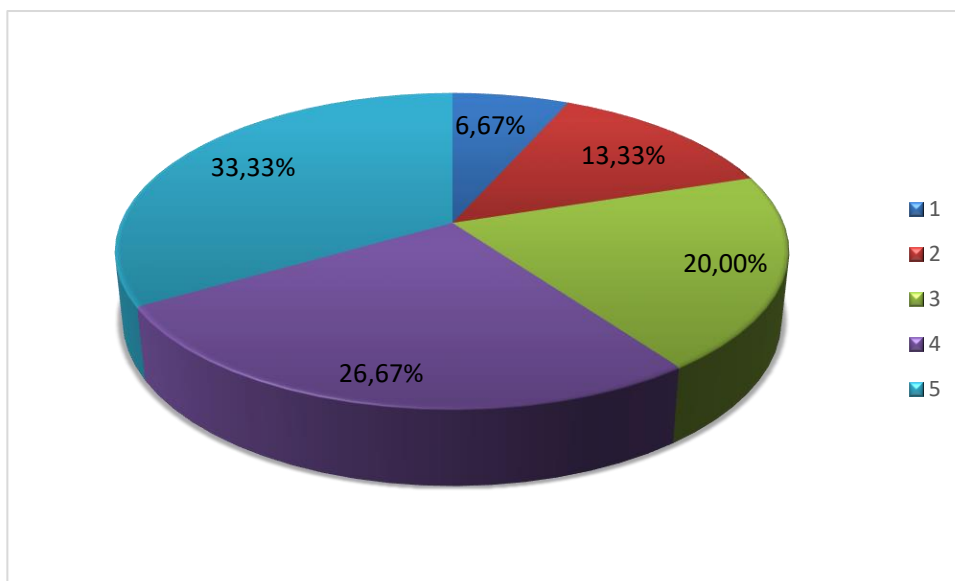
Graf 20 Každodenní bariéry zdravotně znevýhodněných osob



Zdroj: dotazníkové šetření

Graf 25 zobrazuje názor postižených na bezbariérovost ve městech kde žijí. Tato oblast je pro ně velmi důležitá z hlediska pohybu po městě. Nutno podotknout, že dle respondentů bezbariérovost ve městech v místě, kde bydlí je na velmi špatné úrovni. Třetina respondentů hodnotí tuto oblast jako nedostatečnou. Následuje známka „dostatečná“ s 26,67 %. Za dobrou ji považuje 20 % dotázaných. Dalších 13,33 % ji oznámkovalo jako chvalitebnou a pouze 6,67 % jako výbornou.

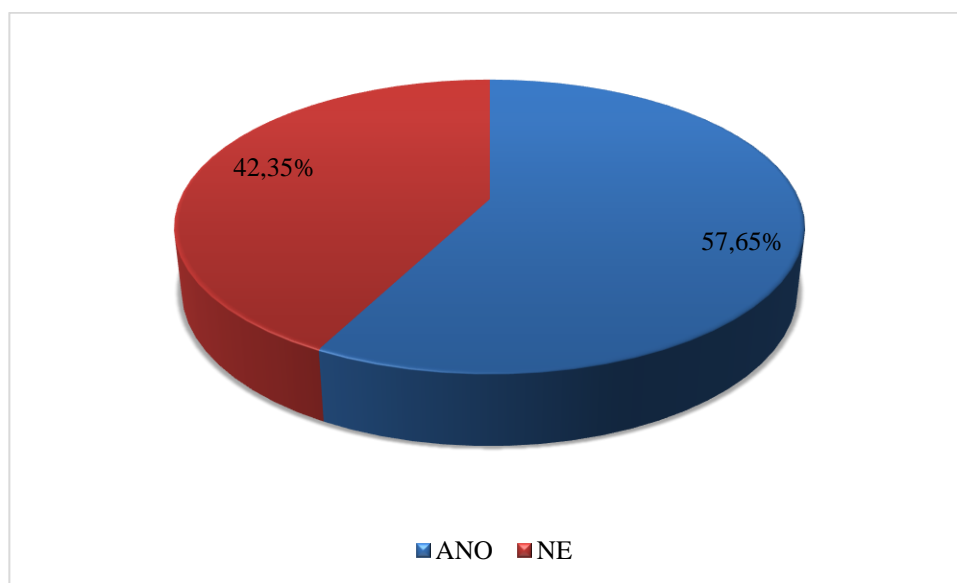
Graf 21 Hodnocení bezbariérovosti dle zdravotně znevýhodněných osob



Zdroj: dotazníkové šetření

Diskriminace zdravotně postižených osob je velkým problémem a zabránit ji bohužel nelze. Graf 22 ukazuje, že 57,65 % dotázaných se s diskriminací setkala. Na otázku, v jaké konkrétní situaci, bylo nejčastěji uvedeno zaměstnání, kde je v několika případech nechtěli přijmout, jelikož trpí hendikepem. Pokud jsou zaměstnaní, tak se setkávají s každodenním opovrhováním ze strany kolegů, ale i zaměstnavatele. Další nejčastější odpovědí byla škola. Také bylo zmíněno neadekvátní chování úřadů, lékařů, autoškol, hromadné městské dopravy, kdy byla respondentka řidičem vykázána. Jako další byla uvedena kulturní akce, kdy nebyla vzata v potaz vstupenka pro ZTP/P, a došlo k vykázáni z akce. Také paralympionici se s diskriminací setkávají velmi často, i když jsou sportovní aktivity jednou z oblíbených a důležitých oblastí integrace. Paralympionici velmi často dosahují téměř totožných výsledků jako zdraví sportovci, ale nemají nárok na žádné finanční ohodnocení, což sami berou jako diskriminační.

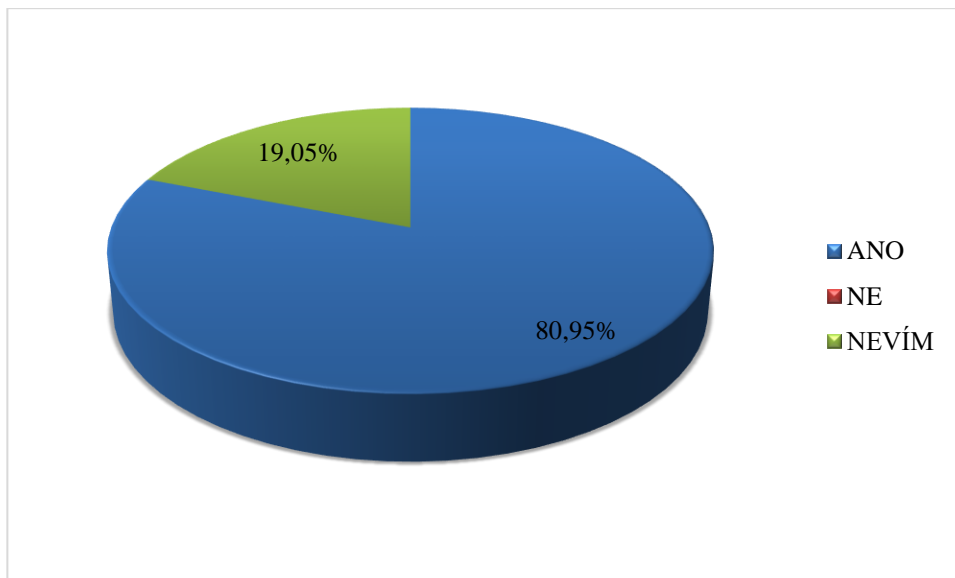
Graf 22 Diskriminace v životě zdravotně znevýhodněných osob



Zdroj: dotazníkové šetření

Předsudky společnosti přímo souvisí s integrací zdravotně postižených osob do společnosti, ale také jejich celkového postavení v České republice. Graf 23 ukazuje, že 68 dotázaných (80,95 %) je přesvědčeno, že společnost předsudky ovlivňuje. Pokud by mělo dojít k úplnému začlenění těchto osob do společnosti, musí nejdříve společnost sama tyto předsudky odstranit. Jako odpověď nevim označilo 16 respondentů (19,05 %).

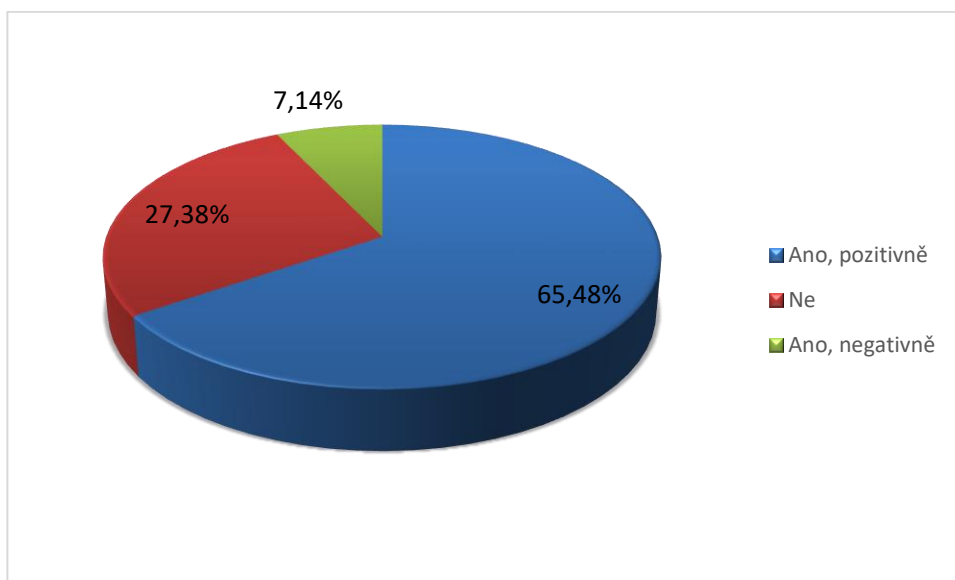
Graf 23 Vliv předsudků společnosti vůči zdravotně znevýhodněných osob



Zdroj: dotazníkové šetření

Jelikož se postoj ke zdravotně znevýhodněným osobám v průběhu let mění, byla respondentům položena otázka, zda podle nich došlo ke změně chování společnosti vůči nim. Z Graf 24 lze vyčíst, že se dle většiny (65,48 %) společnost změnila k lepšímu. Na druhou stranu 27,38 % zdravotně postižených se domnívá, že postoj společnosti se nezměnil a zbylých 7,14 % uvedlo, že se dle nich se společností změnila, ale k horšímu.

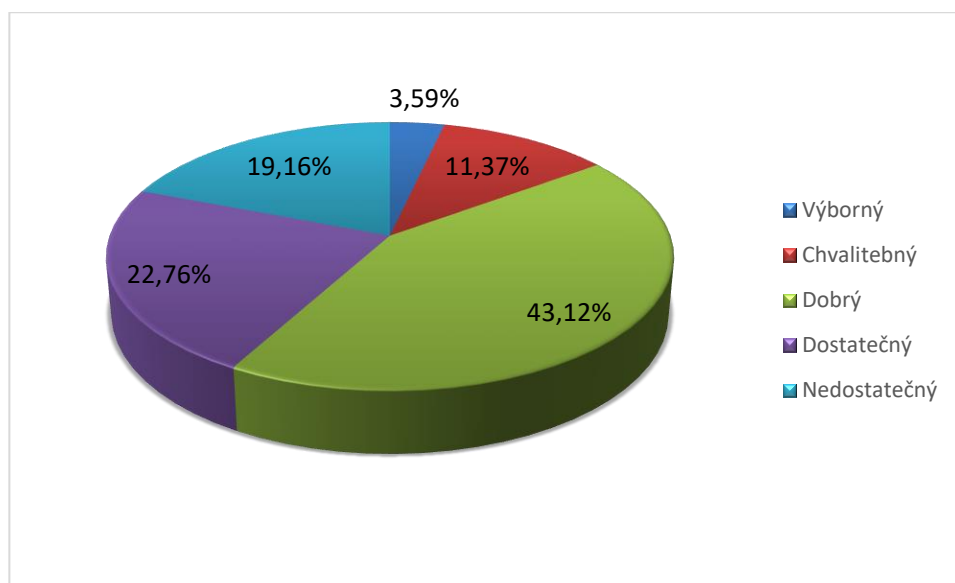
Graf 24 Změna společnosti za 5 let dle zdravotně znevýhodněných osob



Zdroj: vlastní dotazníkové šetření

Poslední část dotazníku se zajímala o názor respondentů na systém sociálních dávek v České republice. Z Graf 25 lze vyčíst, že téměř polovina respondentů hodnotí tento jako dobrý. Dle 19 dotazovaných lze považovat systém za dostatečný. Jako nedostatečný ho hodnotí 16 respondentů. Pouze pro 10 dotázaných je systém chvalitebný a zbylí 3 respondenti uvedli, že systém je výborný.

Graf 25 Hodnocení sociálního systému dávek dle zdravotně znevýhodněných osob



Zdroj: dotazníkové šetření

Respondenti se také mohli více vyjádřit k systému sociálních dávek. Dle dotázaných je velmi špatně nastaven systém posudkové komise, která hodnotí úroveň postižení a s tím spojenou potřebu invalidního důchodu. Zdravotně postižení musí pravidelně docházet před posudkovou komisi, a to, i když je jejich stav neměnný. Posudkoví lékaři často ani posuzovaného nevidí, a tudíž nemohou objektivně zhodnotit jeho zdravotní stav. S tímto procesem je také spojeno mnoho administrativních úkonů.

Byla také uvedena nedostatečná lékařská péče pro tyto osoby. Další výtkou pro tento systém byla, že je nastaven tak, že je velmi štedrý tam, kde to není potřeba, a naopak kde to potřeba je, tam chybí. A jako poslední mínus pro tento systém bylo uvedeno málo míst, pro zdravotně postižení, kteří odejdou z chráněného bydlení.

5.2.7 Vyhodnocení hypotéz

U vybraných dvojic otázek byly zjišťovány jejich vzájemné závislosti. Data z dotazníkového šetření byla použita pro sestavení asociačních a kontingenčních tabulek.

Hypotéza č. 1 „*Neexistuje závislost mezi pohlavím a původem postižení.*“

Tříděním souboru respondentů podle pohlaví a příčinou postižení mezi jednotlivými respondenty byla sestavena asociační tabulka o rozměrech (2x2):

Pohlaví	Původ postižení		Celkem
	Vrozené	Získané	
Muž	15	9	24
Žena	44	16	60
Celkem	59	25	84

Zdroj: dotazníkové šetření

Testovací kritérium $\chi^2 = 0,962$

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

Nulovou hypotézu nelze zamítnout, jelikož hodnota testovacího kritéria χ^2 je menší než kritická hodnota. S 95% pravděpodobností neexistuje závislost mezi pohlavím a původem postižení.

Z dotazníků vyplynulo, že vrozené postižení má 44 žen (52,38 %) a pouze 15 mužů (17,86 %). V celkové populaci hendikepovaných převažují vrozené vady u ženského pohlaví, zatímco získané, zejména úrazem, u mužů. Vzhledem k malému počtu respondentů nebyla prokázána závislost mezi těmito kvalitativními znaky.

Hypotéza č. 2 „*Neexistuje závislost mezi používáním kompenzačních pomůcek a setkání se s diskriminací*“

Tříděním souboru respondentů podle používání kompenzačních pomůcek a diskriminací mezi jednotlivými respondenty byla sestavena asociační tabulka o rozměrech (2x2):

Používání kompenzačních pomůcek	Pocit diskriminace		Celkem
	Ano	Ne	
Ano	36	22	58
Ne	12	14	26
Celkem	48	36	84

Zdroj: dotazníkové šetření

Testovací kritérium $\chi^2 = 1,857$

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

Nulovou hypotézu nelze zamítnout, vzhledem k tomu, že testovací kritérium je menší než kritická hodnota. S 95% pravděpodobností neexistuje závislost mezi používáním kompenzačních pomůcek a diskriminací od okolí.

Více než polovina dotázaných, se s diskriminací setkali či stále setkávají. Většinou se jedná o nerovné zacházení v zaměstnání, ve škole nebo ze strany státu. 36 respondentů používajících pomůcky se setkalo s diskriminací. Zbývajících 12 zažilo totéž, i když kompenzační pomůcky nevyužívají. Bohužel ve společnosti platí, že čím více viditelné postižení člověk má, tím je větší šance, že se s diskriminací setká. Vzhledem k malému počtu respondentů se závislost mezi těmito znaky nepotvrdila.

Hypotéza č. 3 „*Neexistuje závislost mezi věkem a nejvyšším dosaženým vzděláním*“

Tříděním souboru respondentů podle věkové struktury a nejvyšším dosažením vzdělání mezi jednotlivými respondenty byla sestavena kontingenční tabulka o rozměrech (4x5):

Věk	Nejvyšší dosažené vzdělání					Celkem
	Základní	Středoškolské bez maturity	Středoškolské s maturitou	Vyšší odborné	Vysokoškolské	
0–18	3	1	0	0	0	4
19–30	1	3	11	0	5	20
31–50	0	2	33	4	13	52
51–70	3	2	3	0	0	8
Celkem	7	8	47	4	18	84

Zdroj: dotazníkové šetření

Vzhledem k velkému podílu nízkých hodnot teoretických četností, byla původní kontingenční tabulka upravena sloučením soudních kategorií na rozměr (2x3):

		Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?				Total
		Středoškolské	Vyšší odborné/vyšší odborné/myslokoško	Základní/střední bez matu		
Jaký je Váš věk?	0 - 30 let	Count	11	5	8	24
		Expected Count	13,4	6,3	4,3	24,0
		% of Total	13,1%	6,0%	9,5%	28,6%
	31 - 70 let	Count	36	17	7	60
		Expected Count	33,6	15,7	10,7	60,0
		% of Total	42,9%	20,2%	8,3%	71,4%
Total	Count	47	22	15	84	
	Expected Count	47,0	22,0	15,0	84,0	
	% of Total	56,0%	26,2%	17,9%	100,0%	

Zdroj: vlastní dotazníkové šetření, zpracované programem IBM SPSS Statistics

Testovací kritérium $\chi^2 = 5,490$

Tabulková (kritická) hodnota $\chi^2_{\alpha, 0,05}(3) = 5,991$

Jelikož je $\chi^2 < \chi^2_{\alpha, 0,05}$ nelze nulovou hypotézu zamítnout. S 95% pravděpodobností neexistuje závislost mezi věkovou skupinou a nejvyšším dosaženým vzděláním.

Vývoj postoje společnosti ke zdravotně postiženým se během posledních 30 let velmi změnil. Tomu značí i fakt, že 47 respondentů dosáhlo středoškolského vzdělání s maturitou. Zdravotně postižení ve věku 51–70 let mají vesměs základní vzdělání či jsou vyučeni. Důvodem může být malý počet středních škol v minulém režimu, nedostatek adekvátního vzdělání pro osoby se specifickými potřebami, ale také odsouvání hendikepovaných mimo společnost. Nejvíce vzdělaných respondentů je ve věku 19–50 let. Příčinou může být získání postižení v pozdějším věku, ale i větší nabídky oborů pro zdravotně postižené. Pro malý počet respondentů, ale nebyla závislost mezi těmito znaky prokázána.

Hypotéza č. 4 „*Neexistuje závislost mezi věkem a diskriminací*“

Tříděním souboru respondentů podle věkové kategorie a diskriminací postižení mezi jednotlivými respondenty byla sestavena kontingenční tabulka o rozměrech (4x2):

Věk	Diskriminace		Celkem
	Ano	Ne	
0-18	2	2	4
19-30	9	11	20
31-50	32	20	52
51-70	5	3	8
Celkem	48	36	84

Zdroj: dotazníkové šetření

Vzhledem k tomu, že bylo více než 20 % četností menších než 5, byla nutná úprava kontingenční tabulky na rozměr (2x2):

Jaký je Váš věk?		Cítíte se někdy diskriminováni?		Total
		Ano	Ne	
0 - 30 let	Count	11	13	24
	Expected Count	13,7	10,3	24,0
	% of Total	13,1%	15,5%	28,6%
31 - 70 let	Count	37	23	60
	Expected Count	34,3	25,7	60,0
	% of Total	44,0%	27,4%	71,4%
Total	Count	48	36	84
	Expected Count	48,0	36,0	84,0
	% of Total	57,1%	42,9%	100,0%

Zdroj: vlastní dotazníkové šetření, zpracované programem SPSS Statistics

Testovací kritérium $\chi^2 = 1,775$

Tabulková (kritická) hodnota $\chi^2_{\alpha 0,05} (4) = 3,841$

Jelikož je testové kritérium menší než kritická hodnota, nulová hypotéza H_0 se nezamítá. Lze tedy s 95 % pravděpodobností říct, že neexistuje žádný vztah s věkem zdravotně postižených a zkušeností s diskriminací.

S diskriminací se setkalo na 48 zdravotně znevýhodněných. Nejvíce však respondenti od 31 do 50 let. Ve většině případů se jednalo zejména o diskriminaci v zaměstnání samotném, či při pohovoru. Naopak nejméně osob, kteří se cítili být v nějaké situaci diskriminováni, je ve věkové skupině 18 let. Jelikož respondenti v této věkové kategorii, byli pouze 4, nelze uvažovat o zlepšení situace v otázce diskriminaci zdravotně postižených ve školním prostředí. Vzhledem k malému počtu respondentů nebyla prokázána závislost mezi těmito kvalitativními znaky.

Hypotéza č. 5 „*Neexistuje závislost mezi vzdělaností a spokojeností se sociálním systémem dávek v ČR.*“

Tříděním souboru respondentů podle nejvyššího dosaženého vzdělání a podle hodnocení sociálního systému a byla sestavena kontingenční tabulka o rozměrech (5x5):

Úroveň vzdělání	Hodnocení sociálního systému dávek					Celkem
	Výborný	chvalitebný	dobry	dostatečný	nedostatečný	
Základní	0	0	3	2	1	6
Středoškolské bez maturity	0	1	5	2	1	9
Středoškolské s maturitou	2	6	20	11	8	47
Vyšší odborné	0	0	1	1	2	4
Vysokoškolské	1	3	7	3	4	18
Celkem	3	10	36	19	16	84

Zdroj: dotazníkové šetření

Jelikož bylo více než 20 % teoretických četností menší než 5, bylo potřeba sloučit sousední kategorie kontingenční tabulky na rozměr (2x3):

			dobrý	dostatečný/ne dostatečný	výborný/chvalit ebný	Total
Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?	Vyšší odborné nebo vysokoškolské	Count	8	10	4	22
		Expected Count	9,4	9,2	3,4	22,0
		% of Total	9,5%	11,9%	4,8%	26,2%
	Základní/středoškol ské	Count	28	25	9	62
		Expected Count	26,6	25,8	9,6	62,0
		% of Total	33,3%	29,8%	10,7%	73,8%
Total	Count	36	35	13	84	
	Expected Count	36,0	35,0	13,0	84,0	
	% of Total	42,9%	41,7%	15,5%	100,0%	

Zdroj: vlastní dotazníkové šetření, zpracované programem SPSS Statistics

Testovací kritérium $\chi^2 = 0,537$

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

Z provedeného testování vyplývá, že nulovou hypotézu nelze zamítnout, jelikož hodnota testovacího kritéria χ^2 je menší než kritická hodnota. S 95% pravděpodobností neexistuje závislost mezi nejvyšším dosaženým vzděláním a názorem na sociální systém dávek v České republice.

Jelikož jsou mnohdy dávky a příspěvky ze sociálního systému jediným příjmem pro zdravotně postiženou osobu, je důležité tomuto systému porozumět. U zdravotně postižených velmi záleží na výdajích, ale také na druhu postižení. Vzdělanost v řadách zdravotně postiženým by porozumění tomuto systému mohla pomoci, a tím pádem by nebylo tak složité pro hendikepované dosažení jednotlivých dávek. Vzhledem k malému počtu respondentů, se závislost mezi vzděláním a hodnocením systému nepotvrdila.

Hypotéza č. 6 „*Neexistuje závislost mezi bydlištěm a hodnocením bezbariérovost v místě bydliště*“

Tříděním souboru respondentů podle místa bydliště a podle hodnocení bezbariérovosti v obci, kde zdravotně postižení bydlí byla sestavena kontingenční tabulka o rozměrech (9x5):

Bydliště	Hodnocení					Celkem
	1	2	3	4	5	
Praha	0	29	16	9	0	54
Ostrava	0	8	10	4	0	22
Slaný	0	0	1	1	0	2
Kladno	0	0	1	0	0	1
Říčany	0	0	1	0	0	1
Hodonín	0	0	1	0	0	1
Vsetín	0	0	1	0	0	1
Mladá Boleslav	0	0	1	0	0	1
Moravská Třebová	0	0	1	0	0	1
Celkem	0	37	33	14	0	84

Zdroj: dotazníkové šetření

Vzhledem k velkému podílu nízkých hodnot očekávaných absolutní četností, byla původní kontingenční tabulka upravena na rozměr (2x3) logickým sloučením některých řádků a sloupců:

		Jak hodnotíte bezbariérovost ve městě (obci), ve kterém bydlíte?			Total	
		1-2	3	4-5		
V jakém městě (obci) bydlíte?	Ostrava a okolí	Count	8	14	3	25
		Expected Count	3,9	19,3	1,8	25,0
		% of Total	9,5%	16,7%	3,6%	29,8%
	Praha a okolí	Count	5	51	3	59
		Expected Count	9,1	45,7	4,2	59,0
		% of Total	6,0%	60,7%	3,6%	70,2%
Total		Count	13	65	6	84
		Expected Count	13,0	65,0	6,0	84,0
		% of Total	15,5%	77,4%	7,1%	100,0%

Zdroj: vlastní dotazníkové šetření, zpracované programem IBM SPSS Statistics

Testovací kritérium $\chi^2 = 9,558$

Tabulková (kritická) hodnota $\chi^2_{\alpha 0,05} (6) = 5,991$

Hodnota testovacího kritéria je větší než kritická hodnota, tudíž nulovou hypotézu zamítáme a uvažujeme hypotézu alternativní (H_1). Lze tedy s 95% pravděpodobností tvrdit, že existuje závislost mezi místem bydliště a hodnocením bezbariérovosti v obci, kde zdravotně postižení bydlí.

Síla závislosti byla měřena pomocí Cramerova koeficientu V:

$$V = 0,338$$

Jedná se tedy o slabou až střední závislost.

Bezbariérovost je zejména pro tělesně postižené velkým problémem. Ve velkých městech je mnohdy lepší než v těch okrajových. Například v Praze a Ostravě budou logicky lepší bezbariérové přístupy než na Kladně, ve Slaném či v Hodoníně, a to z důvodu větších finančních příjmů, které poté mohou být investovány do zpřístupnění všech důležitých objektů pro zdravotně postižené, např. školy, polikliniky, apod.

6 Návrhy a doporučení

Z výše provedených analýz vyplývá, že podíl zdravotně postižených se na celkovém počtu obyvatel zvyšuje. Už z tohoto důvodu je nutné si uvědomit, že zdravotně postižení nechtějí být pro společnosti zátěží, ale jejím přínosem, jelikož se tyto osoby mnohdy necítí jako hendikepovaní, ale zcela zdraví.

Důležitým prvkem pro začlenění těchto lidí do společnosti je možnost vzdělání a následného uplatnění na trhu práce. Z provedených analýz je zřejmé, že vzdělanost zdravotně znevýhodněných stoupá každým rokem. Razantní změny se týkají bohužel jen základních a středních škol. Vyšší odborné a vysokoškolské vzdělání se změnilo v řádech několika málo procent. Jelikož se u mentálního postižení nepředpokládá dokončení vyššího vzdělání než jen základního, lze uvažovat, že se vzdělání na vyšších stupních týká zejména tělesně, zrakově a sluchově postižených. Právě pro tyto osoby je nutné zřídit bezbariérové přístupy do školy a opatřit další potřebné vybavení pro zrakově, či sluchově postižené. Pokud školy nemají možnost vzdělávat zdravotně postižené, není jim stále umožněn dostatečný přístup ke vzdělání.

Nejdůležitějším článkem mezi zdravotně postiženými osobami a jejich zaměstnaností je stát, který vytváří předpoklady pro zaměstnání těchto osob. Mezi lety 2007 a 2018 došlo k poklesu nezaměstnanosti o 3,28 %. Z tohoto důvodu lze říct, že zaměstnanost zdravotně znevýhodněných se mírně zlepšila. Bohužel stále největší skupinou jsou invalidní důchodci, kteří pracovat nemohou, z důvodu jejich postižení nebo nedostatkem pracovních míst v okolí jejich bydliště.

Vzhledem k tomu, že některé osoby nejsou schopni pracovat, je pro ně důležité mít alespoň nějaký finanční příjem. Jelikož invalidní důchody nedosahují závratné výše, mimo ně existují i další příspěvky. Jedním z hlavních je příspěvek na péči o osobu blízkou, který náleží osobě či organizaci, která zodpovídá za hendikepovanou osobu. Je vyplácen každý měsíc. V červenci 2019 navíc došlo k jeho zvýšení pro poslední dvě závislosti, přičemž nejvyšší příspěvek je pro IV. stupeň, a to 19 200 Kč. Pokud se tato částka rozpočítá, vychází hodinový příspěvek u nejtěžší závislosti na 30,62 Kč, což neodpovídá zodpovědnosti za postiženou osobu.

Dalším, měsíčně vypláceným, příspěvkem je na mobilitu. Tento příspěvek náleží jen těm osobám, které mají průkazku zdravotně postiženého. Pokud zdravotně postižený musí dojíždět k lékařům či do specializovaných center denně či několikrát týdně, částka 550 Kč

měsíčně není adekvátní. Příspěvky na pomůcky jsou jednorázové, a navíc k jejich dosažení vede zdlouhavý administrativní proces.

Dalším velkým problémem z pohledu zdravotně postižených či osob, které se o ně starají je malý počet sociálních služeb. Vesměs veškeré sociální služby, např. stacionáře, domovy pro zdravotně postižené či chráněné bydlení, jsou pouze ve větších městech a jejich kapacita je nedostačující.

Pro tělesně postižené je velký problém bezbariérovost některých institucí. Lze uvést například polikliniky v menších městech, kde bezbariérové přístupy naprosto chybí nebo jsou těžko dosažitelné. Příkladem mohou být soudy, úřady apod.

7 Závěr

Diplomová práce se zabývala analýzou postavení zdravotně znevýhodněných osob v naší společnosti. Data byla čerpána z Výběrových šetření zdravotně postižených Českého statistického úřadu, Statistických ročenek Ministerstva práce a sociálních věcí a České správy sociálního zabezpečení.

Pro rovnoprávnost zdravotně postižených osob v české společnosti není zapotřebí jen legislativních úprav, ale zejména pochopení a respektování těchto osob ze strany samotné společnosti, či okolí hendikepovaného. Problematika zdravotně postižených je stále velmi aktuální, neboť jejich počet a podíl mezi obyvatelstvem stále roste. Při srovnání let 2007 a 2018 bylo zjištěno zvýšení zdravotně postižených o 3,3 %, přičemž ženy mají stále větší podíl na zdravotně postiženém obyvatelstvu. Z pohledu věkové struktury se zdravotní znevýhodnění nejvíce týká osob ve věku 60–74 let. Tato věková skupina je nejpočetnější, jelikož dochází ke stárnutí populace, ale také je ohrožena postižením v důsledku onemocnění.

Velmi důležitým faktorem pro začlenění této skupiny do společnosti, je stupeň jimi dosaženého vzdělání a tím následného uplatnění na pracovním trhu. Velmi pozitivně se jeví skutečnost, že v roce 2018 oproti roku 2007 došlo ke snížení počtu zdravotně postižených pouze se základním vzděláním o 24,55. Naproti tomu střední školu dokončilo o 26,04 % více hendikepovaných, než tomu bylo v roce 2007. Vyšší odborné vzdělání u zdravotně postižených kleslo o 0,66 %. Vysokoškolské studium dokončilo o 1,2 % více hendikepovaných, než v roce 2007. Tento fakt, je velmi důležitý, neboť značí zvyšující se dostupnost vzdělání zdravotně postižených osob. Bohužel je nutné konstatovat, že při porovnání celkové vzdělanosti obyvatelstva v České republice, se vzdělanost těchto osob zvyšuje, ale jeho tempo je velmi pomalé.

Z hodnocení ekonomické aktivity zdravotně znevýhodněných, mezi lety 2007 a 2018, vyplynulo snížení napříč všemi věkovými kategoriemi, u „nepracujících důchodců“ a zároveň došlo ke zvýšení u „pracujících důchodců“. Lze tedy říct, že pro hendikepované se každý rok zvyšují počty pracovních míst, a tím pádem se zvyšuje i jejich uplatnění. Jako důvod může být větší informovanost zaměstnavatelů o druzích příspěvků na zaměstnanost zdravotně postižených, ale také jejich zvyšující se vzdělanost.

Pro jedince, kteří nejsou schopni pracovat, ať už z důvodu jejich typu postižení, či neochotou zaměstnavatelů v jejich okolí, je důležité alespoň nějaký finanční příjem. Jako

hlavní příjem, který všem zdravotně znevýhodněným osobám náleží, je invalidní důchod. Výdaje na invalidní důchody byly sledovány od roku 2010 do 2018. V roce 2012, díky důchodové reformě, došlo k razantnímu snížení, jelikož se procentuální výměry všech důchodů snížily o 0,6 %. Od roku 2013 dochází k opakovanému kolísání těchto výdajů. Příspěvek na péči o osobu blízkou, mobilitu či pomůcky, jsou pro hendikepované nebo jejich okolí další formou kompenzace za snížení možnosti prožít plnohodnotný život.

Práce se též zabývá statistickou analýzou závislosti kvalitativních znaků, pro kterou byla data získána prostřednictvím dotazníkového šetření. Dotazník byl poskytnut online a také byl rozeslán organizacím podporující hendikepované. Mezi respondenty byla nejvíce obsažena věková struktura 31–50 let. Přičemž nejvíce bylo žen, a to v počtu 60 dotazovaných.

Vzhledem k tomu, že tělesné postižení je nejvíce rozšířené, jak mezi respondenty, tak i v populaci zdravotně postižených, je velmi důležitá bezbariérovost, jak veřejných prostor, tak i bydlení samotného. Bohužel bezbariérovost v menších městech je o dost horší, než je tomu např. v Praze, Ostavě, Brně a dalších velkých městech. U dotazovaných byla nejčastěji bezbariérovost hodnocena známkou „3“, a to i ve velkých městech. Z tohoto důvodu je nutné konstatovat, že pro kompletní integraci těchto osob je velmi důležité zpřístupnění všech veřejných prostor.

Dalším důležitým aspektem, pro hodnocení jejich postavení ve společnosti, byl názor na systém sociálních dávek v České republice. V tomto ohledu nezáleží na typu postižení, či dosaženém vzdělání, ale na konkrétních potřebách jednotlivce. Většina respondentů není spokojena s tímto systémem. I když byl nejčastěji ohodnocen jako dobrý, je dle dotázaných štedrý tam, kde být nemá a tam kde je ho potřeba není spravedlivý.

Z dotazníkového šetření dále vyplývá, že dle oslovených zdravotně postižených, se postoj společnosti v průběhu pěti let změnil, a to k lepšímu. V tomto případě záleží pouze na subjektivním vnímání. Je důležité zdůraznit, že 90 % respondentů považuje postoj společnosti vůči nim za pozitivní. Zdravotně znevýhodnění tvoří specifickou součást naší společnosti. Právě proto by si všichni měli uvědomit, že hendikepovaní nechtějí být vyčleněni na okraj společnosti a být její přítěží, nýbrž užikem. Už z tohoto důvodu je důležité se zamyslet nad zefektivněním oblastí, které se této skupiny týkají. Legislativně toto může ovlivnit jen stát, ale i občané se mohou sami podílet na integraci zdravotně postižených do společnosti, a to zejména z morální stránky. Jde zejména o to, aby se

zdravotně postižení necítily jako méněcenní a zároveň, aby nebyli jen minoritní skupinou v naší zemi.

8 Seznam použitých zdrojů

Literární zdroje:

- [1]. BUŘVALOVÁ, D., REITMAYEROVÁ E. Tělesně postižený. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. ISBN 978-80-86991-21-4.
- [2]. HENDL, J. Přehled statistických metod zpracování dat: analýza a metaanalýza dat. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-123-9.
- [3]. HINDLS, R. Statistika pro ekonomy. Praha: Professional Publishing, 2007. ISBN 978-80-86946-43-6.
- [4]. HORÁKOVÁ, R. Sluchové postižení: úvod do surdopedie. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0084-0
- [5]. Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví: MKF. Přeložil Jan PFEIFFER J., ŠVESTKOVÁ O. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1587-2.
- [6]. MICHALÍK, J. Zdravotní postižení a pomáhající profese. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-859-3.
- [7]. Národní plán podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2015-2020: schválený usnesením vlády České republiky ze dne 25. května 2015 č. 385. Praha: Úřad vlády České republiky, Sekretariát Vládního výboru pro zdravotně postižené občany, 2015. ISBN 978-80-7440-130-5.
- [8]. NOVOSAD, L. Některé aspekty socializace lidí se zdravotním postižením: kapitoly ze sociologie handicapu. Liberec: Technická univerzita, 1997. ISBN 80-7083-268-1
- [9]. NOVOSAD, L. Tělesné postižení jako fenomén i životní realita: diskurzivní pohledy na tělo, tělesnost, pohyb, člověka a tělesné postižení. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-873-9.
- [10]. PECÁKOVÁ, I. Statistika v terénních průzkumech. Praha: Professional Publishing, 2011. ISBN 978-80-7431-039-3.
- [11]. PIPEKOVÁ, J., VÍTKOVÁ M., BARTOŇOVÁ M. Od edukace k sociální inkluzi osob se zdravotním postižením se zaměřením na mentální postižení: From education to social inclusion of people with health disabilities with focus on intellectual disabilities. 2., upr. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2014. ISBN 978-80-210-7689-1.

- [12]. PODEŠVA, L. Manuál zaměřený na integraci osob se zdravotním postižením do společnosti. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. ISBN 978-80-244-1629-8.
- [13]. ŘEZANKOVÁ, H. Analýza dat z dotazníkových šetření. Praha: Professional Publishing, 2011. ISBN 978-80-7431-062-1.
- [14]. SVATOŠOVÁ, L., KÁBA B., PRÁŠILOVÁ, M. Zdroje a zpracování sociálních a ekonomických dat: učební texty. V Praze: Česká zemědělská univerzita v Praze, Provozně ekonomická fakulta, 2004. ISBN 80-213-1189-4
- [15]. TITZL, B. Postižený člověk ve společnosti. Praha: Univerzita Karlova, 2000. ISBN 80-86039-90-0.
- [16]. TRBOLA, R., SIROVÁTKA T., ŠIMÍKOVÁ I. Vyhodnocení soustavy indikátorů Strategie sociálního začleňování České republiky pro roky 2014-2020. Praha: VÚPSV, 2016. ISBN 978-80-7416-300-5
- [17]. VYSOKAJOVÁ, M. Hospodářská, sociální, kulturní práva a zdravotně postižení. Praha: Karolinum, 2000. ISBN 80-246-0057-9.
- [18]. ŽIŽKA, Z. Pomůcky pro osoby se zdravotním postižením. Praha: Národní rada osob se zdravotním postižením ČR, 2012. ISBN 978-80-87181-07-2.

Internetové zdroje

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Výběrové šetření zdravotně postižených osob 2007*. 2007. Praha: Český statistický úřad, 2007. Kód publikace: 260006-14. Dostupné také z: <https://www.czso.cz/csu/czso/vyberove-setreni-zdravotne-postizenych-osob-2013-qacmwuvwsb#>

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Výběrové šetření zdravotně postižených osob 2007*. 2007. Praha: Český statistický úřad, 2007. Kód publikace: 260006-14. Dostupné také z: <https://www.czso.cz/csu/czso/vyberove-setreni-zdravotne-postizenych-osob-2013-qacmwuvwsb>

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *VÝBĚROVÉ ŠETŘENÍ ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÝCH OSOB v roce 2018*. 2019. Praha: Český statistický úřad, 2019. Kód publikace: 260006-19. Dostupné také z: <https://www.czso.cz/documents/10180/90600407/26000619.pdf/b1d5a2b3-a309-4412-a962-03d847d3d1a0?version=1.5>

Ministerstvo práce a sociálních věcí: Zdravotní postižení [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2019 [cit. 2020-04-03]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/web/cz>

Ministerstvo práce a sociálních věcí: Statistické ročenky. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, c2019, c2019 [cit. 2020-04-03]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/statisticka-rocenka-z-oblasti-prace-a-socialnich-veci>

Nadační fond pro podporu zaměstnávání osob se zdravotním postižením [online]. c2017 [cit. 2020-04-03]. Dostupné z: <https://www.nfozp.cz/>

NICM – Národní informační centrum pro mládež: Zdravotní handicap [online]. [cit. 2020-04-03]. Dostupné z: <http://www.nicm.cz/oblasti/zdravi/zdravotni-handicap>

ZÁKLADY APLIKOVANÝCH POHYBOVÝCH AKTIVIT. KUDLÁČEK, Martin. *ZÁKLADY APLIKOVANÝCH POHYBOVÝCH AKTIVIT* [online]. 2014. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2014, s. 02 [cit. 2020-04-03]. ISBN <https://publi.cz/books/144/02.html>. Dostupné z: <https://publi.cz/books/144/Cover.html>

Česká správa sociálního zabezpečení: Statistické ročenky [online]. Praha: Česká správa sociálního zabezpečení, c2010-2018 [cit. 2020-04-03]. Dostupné z: <https://www.cssz.cz/web/cz/statisticke-rocenky>

Česká správa sociálního zabezpečení: Otevřená data. *Česká správa sociálního zabezpečení* [online]. Praha: Česká správa sociálního zabezpečení, c2019 [cit. 2020-04-03]. Dostupné z: https://data.cssz.cz/web/otevrena-data/graf-vydaje-na-duchody-v-cr?p_p_auth=3bYMrTgc&p_p_id=49&p_p_lifecycle=1&p_p_state=normal&p_p_mode=view&_49_struts_action=%2Fmy_sites%2Fview&_49_groupId=20181&_49_privateLayout=false

Chráněný trh práce.cz [online]. c2019 [cit. 2020-04-03]. Dostupné z: <http://chranenytrhprace.cz/>

Právní normy

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů,

Zákon 435/2004 Sb. o zaměstnanosti

Zákon 155/1995 Sb. o důchodovém pojištění (vymezení kritérií invalidity)

Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání

9 Přílohy

Příloha č. 1 Podíl zdravotně postižených na celkové populaci v ČR v letech 2007, 2013, 2018 (v %)	79
Příloha č. 2 Struktura zdravotně postižených dle věkové struktury a pohlaví v letech 2007, 2013, 2018 (v osobách).....	79
Příloha č. 3 Struktura zdravotně postižených dle rodinného stavu v letech 2007, 2013, 2018 (v %)	79
Příloha č. 4 Struktura zdravotně postižených dle typu postižení v letech 2007, 2013, 2018 (v %)	79
Příloha č. 5 Nabídka sociálních služeb pro zdravotně postižené v letech 2010–2018	80
Příloha č. 6 Výdaje na invalidní důchody v letech 2010–2018 (v Kč)	80
Příloha č. 7 Výpočet regrese výdajů na invalidní důchody	80
Příloha č. 8 Výdaje na příspěvek na péči o osobu blízkou (v tis. Kč).....	81
Příloha č. 9 Výpočet regrese výdajů na příspěvek na osobu blízkou	81
Příloha č. 10 Výdaje na příspěvek na mobilitu v letech 2012–20218 (v tis. Kč).....	81
Příloha č. 11 Výdaje na příspěvek na zvláštní pomůcku v letech 2010–2018 (v tis. Kč)	82
Příloha č. 12 Dotazníkové šetření.....	83
Příloha č. 13 Seznam kompenzačních pomůcek pro sluchově postižené.....	88
Příloha č. 14 Seznam kompenzačních pomůcek pro zrakově postižené	89
Příloha č. 15 Seznam kompenzačních pomůcek pro tělesně postižené.....	90
Příloha č. 16 Deklarace práv mentálně postižených osob	91

Příloha č. 1 Podíl zdravotně postižených na celkové populaci v ČR v letech 2007, 2013, 2018 (v %)

	Obyvatelstvo celkem		Zdravotně postižené osoby	
	Počet obyvatel celkem	Procentuální vyjádření (v %)	Počet obyvatel celkem	Procentuální vyjádření (v %)
2007	10 287 189	90,1	1 015 548	9,9
2013	10 516 125	89,8	1 077 673	10,2
2018	10 649 985	86,8	1 151 986	13,2

Příloha č. 2 Struktura zdravotně postižených dle věkové struktury a pohlaví v letech 2007, 2013, 2018 (v osobách)

	2007		2012		2018	
	Ženy	Muži	Ženy	Muži	Ženy	Muži
0–14	18 267	27 941	22 710	41 598	x	x
15–29	23 350	34 271	27 670	37 473	29 023	35 625
30–44	48 347	52 984	54 443	55 504	72 102	64 501
45–59	116 278	129 465	102 912	103 979	158 934	154 692
60–74	130 831	152 443	157 418	175 793	224 308	191 710
75+	184 120	92 624	199 760	98 414	156 678	64 358

Příloha č. 3 Struktura zdravotně postižených dle rodinného stavu v letech 2007, 2013, 2018 (v %)

	svobodný/á	vdaná/ženatý	rozvedený/á	vdovec/vdova	není známo
2007	19,4	49,5	8,6	22,2	0,3
2013	22,3	40,8	9,9	23,4	3,6
2018	13,9	47,4	13,8	24,9	0,0

Příloha č. 4 Struktura zdravotně postižených dle typu postižení v letech 2007, 2013, 2018 (v %)

Typ postižení	2007	2013	2018
Sluchové	4,9	5,1	2,1
Zrakové	5,8	6,0	4,1
Mentální	15,4	9,1	8,0
Tělesné	36,2	29,2	59,9
Vnitřní	37,7	50,6	25,9

Příloha č. 5 Nabídka sociálních služeb pro zdravotně postižené v letech 2010–2018

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Centra denních služeb	85	85	85	86	87	82	82	x	x
Denní stacionáře	248	245	253	265	268	274	269	267	234
Týdenní stacionáře	66	62	67	65	63	60	57	59	57
Domovy pro osob ZP	219	211	212	212	210	212	209	148	204
Chráněné bydlení	129	131	148	161	178	196	211	209	210
Sociální poradny	645	588	587	575	563	516	523	518	515
Sociálně terapeutické dílny	106	112	119	123	131	140	152	159	162
Centra sociálně rehabilitačních služeb	266	251	261	263	276	257	266	272	279

Příloha č. 6 Výdaje na invalidní důchody v letech 2010–2018 (v Kč)

	Výdaje na invalidní důchod
2010	47 681 513 000
2011	47 450 817 000
2012	45 476 012 000
2013	44 500 057 000
2014	43 694 812 000
2015	44 305 135 000
2016	43 005 261 000
2017	43 598 845 000
2018	44 738 227 000

Příloha č. 7 Výpočet regrese výdajů na invalidní důchody

Quadratic

Model Summary

R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
,956	,914	,885	560808,302

ANOVA

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Regression	1,995E+13	2	9,975E+12	31,717	,001
Residual	1,887E+12	6	3,145E+11		
Total	2,184E+13	8			

Coefficients

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
Case Sequence	-1921022,850	327649,337	-.3184	-5,863	,001
Case Sequence ** 2	144659,812	31955,019	2,459	4,527	,004
(Constant)	49963184,55	713582,590		70,017	,000

Příloha č. 8 Výdaje na příspěvek na péči o osobu blízkou (v tis. Kč)

Rok	Výdaje (v tis. Kč)
2010	19 599 245
2011	18 084 200
2012	18 391 109
2013	19 544 589
2014	20 402 011
2015	21 166 581
2016	23 045 948
2017	25 119 576
2018	26 013 019

Příloha č. 9 Výpočet regrese výdajů na příspěvek na osobu blízkou

Quadratic

Model Summary

R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
,984	,968	,958	587166,533

ANOVA

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Regression	6,337E+13	2	3,169E+13	91,904	,000
Residual	2,069E+12	6	3,448E+11		
Total	6,544E+13	8			

Coefficients

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
Case Sequence	-639569,277	343048,996	-,612	-1,864	,112
Case Sequence ** 2	160111,751	33456,918	1,572	4,786	,003
(Constant)	19390560,71	747121,278		25,954	,000

Příloha č. 10 Výdaje na příspěvek na mobilitu v letech 2012–20218 (v tis. Kč)

Rok	Výdaje (tis. Kč)
2012	1 007 922
2013	1 116 000
2014	1 111 276
2015	1 146 051
2016	1 166 599
2017	1 201 463
2018	1 647 598

Příloha č. 11 Výdaje na příspěvek na zvláštní pomůcku v letech 2010–2018 (v tis. Kč)

Rok	Výdaje (v tis. Kč)
2010	1 794 994
2011	1 883 607
2012	375 547
2013	787 905
2014	805 424
2015	782 493
2016	826 897
2017	754 174
2018	976 866

Příloha č. 12 Dotazníkové šetření

Dobrý den,

jmenuji se Tereza Svobodová a jsem studentkou České zemědělské univerzity v Praze. Provádím dotazníkové šetření v rámci mé diplomové práce na téma „Postavení zdravotně znevýhodněných osob v české společnosti“. Pomocí dotazníku budu analyzovat situaci a postavení zdravotně postižených v České republice z hlediska vzdělání, zaměstnání, volnočasových aktivit a sociálních otázek. Dotazník je anonymní a jeho výsledky budou použity pouze pro zpracování diplomové práce.

- 1) Jakého jste pohlaví?
 - Žena
 - Muž
- 2) Jaký je Váš věk?
 - 0-18 let
 - 19–30 let
 - 31–50 let
 - 51–70 let
 - 70 let a více
- 3) V jakém městě (obci) bydlíte?
.....
- 4) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
 - Základní
 - Vyučen/a
 - Středoškolské s maturitou
 - Vyšší odborná škola
 - Vysokoškolské
- 5) Jste:
 - Svobodný/á
 - Ženatý/vdaná
 - Rozvedený/á
 - Vdovec/vdova

6) Žijete: (více možných odpovědí)

- S rodinou
- S partnerem/partnerkou
- S manželem/manželkou
- V domově pro zdravotně postižené
- Chráněné bydlení
- Sám/sama
- Jiné

7) Jaký je typ Vašeho postižení? (Více možných odpovědí)

- Zrakové
- Sluchové
- Tělesné
- Mentální
- Jiné:

8) Prosím, specifikujte své postižení

.....

9) Vaše postižení je

- Vrozené
- Získané

10) Jaká je příčina Vašeho postižení? (Více možných odpovědí)

- Úraz
- Následek onemocnění
- Věk
- Jiné

11) Používáte kompenzační pomůcky?

- ANO – jaké?
.....
- NE

12) Využíváte služeb asistence nebo jiných sociálních služeb?

- Ano
- Jen občas
- Využívám především pomoc rodiny
- Ne, jsem zcela samostatný/á

13) Jaké je Vaše ekonomické postavení?

- Student
- Důchodce (invalidní důchod)
- Důchodce (starobní důchod)
- Zaměstnán/a
- Nezaměstnán/a

14) Pokud ANO, na jaký pracovní poměr pracujete?

- DPP
- DPČ
- HPP
- Zkrácený PP
- Jsem OSVČ

15) V jakém oboru nebo na jaké pozici pracujete?

.....

16) Jaké jsou Vaše koníčky? (Více možný odpovědí).

- Sport aktivně
- Sport pasivně
- Umění
- Ruční práce
- Jiné:

.....

17) Jaký je Váš okruh přátel?

- Pouze zdravotně postižení
- Jak zdravotně postižení, tak zdraví jedinci
- Pouze zdraví jedinci

Jiné

18) S jakými názory se setkáváte na Vaše postižení?

.....

19) Jaké bariéry jsou pro Vás každodenním problémem? (Více možných odpovědí)

Mobilita

Komunikace

Orientace

Jiné

.....

.....

20) Jak hodnotíte bezbariérovost ve městě (obci), ve kterém bydlíte? (Známkování jako ve škole, 1 – nejlepší, 5 – nejhorší)

1 2 3 4 5

21) Cítili jste se někdy diskriminováni?

Ano

V jaké konkrétní situaci?

Ne

22) Myslíte si, že předsudky společnosti ovlivňují vnímání zdravotně postižených?

Ano

Nevím

Ne

23) Změnilo se podle Vás, za posledních 5 let, vnímání společnosti ke zdravotně postiženým?

Ano, pozitivně

Ano, negativně

Ne

24) Jak byste ohodnotil/a systém sociálních dávek a výši příspěvku pro zdravotně postižené v ČR?

Výborný (1)

Chvalitebný (2)

Dobrý (3)

Dostatečný (4)

Nedostatečný (5)

25) Pokud chcete, můžete se vyjádřit k sociálnímu systému v ČR.

.....
.....

Příloha č. 13 Seznam kompenzačních pomůcek pro sluchově postižené

Název pomůcky	Max. výše příspěvku z ceny pomůcky
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 7000 Kč
Televizor s teletextem	50 % nejvýše 7000 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 %

Příloha č. 14 Seznam kompenzačních pomůcek pro zrakově postižené

Název pomůcky	Max. výše příspěvku z ceny pomůcky
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 hluchoslepe	100 %
Kapesní kalkulátor 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 hluchoslepe	100 %

Příloha č. 15 Seznam kompenzačních pomůcek pro tělesně postižené

Název pomůcky	Max. výše příspěvku z ceny pomůcky
Polohovací zařízení do postele	100 %
Obracecí postel	50 %
Vodní zvedák do vany	50 %
Přenosná toaleta	100 %
Psací stroj se speciální klávesnicí	50 %
Vozík pro invalidy	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 %

Příloha č. 16 Deklarace práv mentálně postižených osob

1. Mentálně postižený má mít v nejvyšší možné míře stejná práva jako ostatní lidské bytosti.

2. Mentálně postižený má právo na zdravotní péči a vhodnou fyzikální terapii, jakož i na takovou výchovu, readaptaci a vedení, které mu umožní rozvinout v maximální možné míře jeho možnosti a schopnosti.

3. Mentálně postižený má právo na ekonomické zabezpečení a slušnou životní úroveň. Má plné právo podle svých možností produktivně pracovat nebo se zabývat jinou užitečnou činností.

4. Pokud je to možné, má mentálně postižený žít v kruhu své vlastní rodiny nebo v rodině opatrovníka a účastnit se různých forem společenského života. Proto má být rodině, ve které žije, poskytována pomoc. Je-li jeho umístění do specializovaného zařízení potřebné, mají být prostředí a podmínky života v něm tak blízké normálním podmínkám života, jak je to jen možné.

5. Mentálně postižený má právo na kvalifikovaného opatrovníka, pokud to vyžaduje ochrana jeho dobra a zájmů.

6. Mentálně postižený má zacházením právo na ochranu před jakýmkoli vykořisťováním, zneužíváním nebo ponižujícím. Je-li předmětem soudního stíhání, má mít právo na zákonný proces s plným uznáním svého stupně odpovědnosti, který vyplývá z jeho mentálního stavu.

7. Jestliže někteří postižení nejsou schopni účinně využívat souhrnu svých práv v důsledku hloubky svého postižení a jestliže se ukáže potřeba omezit tato práva buď částečně, nebo úplně, pak musí postup používaný za účelem omezení nebo zrušení těchto práv chránit postiženého zákonně proti jakékoli formě zneužití. Tento postup by měl být založen na hodnocení kvalifikovaných znalců, kteří by posoudili sociální způsobilost postiženého. Omezení nebo zrušení práv má být podrobena periodickým revizím a musí být odvolatelné u vyšších institucí.