

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

bakalářské kombinované studium

2012 - 2015

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Iveta Richter Jančová

Tělesné postižení v dospělosti a možnosti tělesně postižených ve společenském
a pracovním uplatnění

Praha 2015

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Zuzana Hadj Moussová

JAN AMOS KOMENSKÝ UNIVERSITY PRAGUE

Bachelor Combined (Part time) Studies

2012 - 2015

BACHELOR THESIS

Iveta Richter Jančová

Physical disability in adult age and possibilities for their social and carrier use

Prague 2015

The Bachelor Thesis Supervisor: PhDr. Zuzana Hadj Moussová

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 20.2.2015

Iveta Richter Jančová

.....

Poděkování

Ráda bych poděkovala touto cestou PhDr. Zuzaně Hadj Moussové, za pomoc při realizaci mé bakalářské práce, za podporu, odborné rady, vstřícný přístup a toleranci. Dále bych chtěla poděkovat pracovníkům organizace Reintegra za umožnění provedení výzkumu.

Anotace:

Cílem této bakalářské práce je definice a popis problému tělesného postižení, charakteristika a popis specifik osob s tělesným postižením. Dále se zabývám systémem a možnostmi péče pro tyto osoby a následně možnostmi pro jejich společenské a pracovní uplatnění. Ve výzkumné části jsem použila dotazník subjektivní kvality života a porovnávám, na jaké jsou rozdíly v subjektivním hodnocení kvality života mezi zdravými osobami a osobami se zdravotním postižením.

Klíčová slova: dotazník SQUALA, kariérní poradenství, kvalita života, rehabilitace, tělesné postižení, zdravotní postižení

Annotation:

Goal of this bachelor thesis is definition and description of physical disability, characteristic and specifics of the physically disabled people. Description of the existing system and possibility of care and then chances for their social and work use. In practical part I have used questionnaire SQUALA for subjective evaluation of the quality of life within disabled people and normal population with comparison of their differences in this evaluation.

Key words: disability, career guidance, physical disability, quality of life, rehabilitation, SQUALA questionnaire,

Obsah:

Obsah:.....	7
Úvod.....	9
1. Vymezení pojmu tělesné postižení.....	10
1.1 Popis osob se zdravotním postižením	11
1.2 Rozdělení tělesného postižení	11
1.3 Charakteristika osob s tělesným postižením	14
1.4 Specifika osob s tělesným postižením.....	16
2. Péče o tělesně postižené	18
2.1 Specifika práce s tělesně postiženými	18
2.2 Rehabilitace osob s tělesným postižením	20
2.2.1 Profesionální a lékařská diagnostika, psychologické poradenství	21
2.2.1.1. Profesionální a lékařská diagnostika	21
2.2.1.2 Psychologické poradenství	21
2.2.1.3. Kariérové poradenství	23
2.3 Vzdělávání osob s tělesným postižením.....	24
2.3.1 Interaktivní výukové techniky.....	25
2.4 Situace v České Republice	27
2.4.1. Příspěvky pro zaměstnavatele	28
2.4.2. Povinný podíl zaměstnávání osob se zdravotním postižením.....	28
2.4.3 Příspěvek na mobilitu.....	30
2.4.4. Příspěvek na zvláštní pomůcku	30
2.4.5 Průkaz osoby se zdravotním postižením	31
2.4.6. Služby pro zdravotně postižené.....	32
3. Možnosti tělesně postižených ve společenském a pracovním uplatnění.....	36
3.2 Společenské uplatnění tělesně postižených.....	39
3.2.1 Ekonomická oblast	39
3.2.2 Rodina a partnerské vztahy	40
3.2.3 Sport	40
3.2.4 Životní perspektiva.....	41
3.3 Pracovní uplatnění tělesně postižených.....	41
3.3.1 Chráněné pracovní místo.....	43
3.3.2 Chráněná pracovní dílna.....	43

4. Výzkumná část	45
4.1 Teoretická východiska a cíl výzkumu	45
4.1.1. Metody výzkumu	45
4.2 Hypotézy	47
4.3 Analýza.....	47
4.3.1. Analýza respondentů	47
4.3.2. Analýza hodnocení důležitosti	50
4.3.3. Analýza hodnocení spokojenosti	52
4.4. Závěr výzkumu.....	55
5. Závěr.....	56
Základní odborná literatura:	58
Seznam tabulek a grafů:	61
BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE	62

Úvod

Zdraví je v životě člověka základní životní hodnotou. V každé společnosti jsou lidé, jejichž dlouhodobý nebo trvalý nepříznivý stav již nelze léčbou výrazně zlepšit nebo zcela odstranit. Na rozdíl od mnoha jiných skutečností, které ovlivnit lze, se přitom jedná o situaci, která je obvykle nezávislá na vůli jedince. Těmto osobám se říká osoby se zdravotním postižením. Zdravotní postižení může být vrozené, a nebo získané během života v důsledku nemoci či úrazu. V obou případech jsou ve vzdělávání těchto osob specifika. Vzhledem k tématu mojí práce se chci zaměřit na tělesné postižení v dospělosti a možnosti tělesně postižených ve společenském a pracovním uplatnění.

Současný trend v Evropě a ostatním vyspělém světě je úbytek a stárnutí populace, což se projevuje posouváním věku odchodu do důchodu a také novými strategiemi při využití potenciálu pracovní síly. Společně s tímto trendem dochází ke změnám v nabídce a struktuře vzdělávání, které se přizpůsobují tomuto trendu. V posledních letech, zejména díky finanční podpoře z prostředků EU, dochází v Evropě k rozvoji vzdělávání dospělých osob se zdravotním postižením. Tyto osoby díky nemoci či úrazu již nemohou vykonávat profesi, ve které byli vzděláni, a proto je třeba tyto dospělé osoby znovu zařadit do vzdělávacího procesu. Výsledkem tohoto vzdělání je pak nová kvalifikace v oboru, který je pro danou osobu vhodný z hlediska jeho postižení. Vzdělávání těchto osob má svá specifika, a aby bylo opravdu úspěšné, je třeba jej pojmout v širším kontextu.

Ve své bakalářské práci se zaměřuji na popis a zmapování problematiky osob se zdravotním postižením a na existující možnosti pro společenské a pracovní uplatnění zdravotně postižených a problematiku komplexní rehabilitace. Základní hypotézou pro výzkumnou část práce je předpoklad rozdílu v subjektivním vnímání kvality života u osob zdravotně postižených a osob zdravých.

1. Vymezení pojmu tělesné postižení

„Od počátku lidské společnosti byli mezi jejími členy jedinci, kteří se odlišovali od ostatních vzhledem, smyslovými či tělesnými vadami, duševním stavem či chorobami. Jednotlivci i celá společnost se vždy nějakým způsobem musela vyrovnat se svými takto odlišnými členy, tento vztah se však v průběhu dějin proměňoval v závislosti na vývoji společnosti.“ (Vágnerová, Hadj Mousová, Štech, 2000. s. 7)

Pro vymezení pojmu zdravotního postižení existuje v literatuře mnoho definic. Z tohoto množství si uvedeme tyto dvě, které velice dobře vystihují podstatu tělesného postižení.

„Zdravotní postižení je postižení člověka, které nepříznivě ovlivňuje kvalitu jeho života, zejména schopnost navazovat a udržovat vztahy s lidmi a schopnost pracovat. Hlavními běžně užívanými kategoriemi zdravotního postižení jsou: postižení zraku, sluchu, řeči/komunikace, postižení mentální, postižení pohybového aparátu, postižení duševní poruchou. U jednotlivých osob se mohou vyskytovat v různých stupních a v různých kombinacích.“ (Matoušek, 2003, s. 271)

Tělesným postižením podle Jankovského (2001) je takové postižení, které se projevuje dočasnými nebo trvalými problémy v motorických dispozicích člověka. Jedná se o poruchy nervového systému, pohybového a nosného aparátu. Dříve se postižení vnímalo spíše jako kategorie, současnému pojetí lépe odpovídá vnímání postižení jako dimenze – rozměru života.

Většina definic se shoduje v určení zdravotního postižení jako celkového nebo částečného omezení hybnosti, které má zásadní vliv na kvalitu života, způsobujícího v životě jedince problémy a překážky, jimž musí jedinec čelit. Osoby se zdravotním postižením jsou tedy skupinou, která má svá specifika a těmi se budeme zabývat v následující kapitole.

1.1 Popis osob se zdravotním postižením

Osoby se zdravotním postižením jsou považovány za jednu ze skupin znevýhodněných v pracovním uplatnění a nejvíce ohrožených sociálním vyloučením. Pro osoby se zdravotním postižením jsou charakteristické rizikové faktory, které vedou k jejich znevýhodnění na trhu práce. Plesník (2006) považuje za rizikové faktory vedoucí ke znevýhodnění například:

- zdravotní stav,
- společenský náhled na postižení,
- dlouhodobou nezaměstnanost,
- nízkou nebo nevhodnou kvalifikaci,
- situaci na trhu práce,
- absenci programů podporujících zaměstnávání,
- věk nad 50 let,
- vlastní nedostatky v oblasti sociálních kompetencí,
- schopnost zvládnout nepříznivou životní situaci,
- nedostatečnou informovanost o situaci na trhu práce.

Riziko sociálního vyloučení se zvyšuje v případě jedinců a skupin, u kterých se kumulují výše uvedené faktory.

1.2 Rozdělení tělesného postižení

Obvyklým rozdělením tělesného postižení je rozdělení dle převládajícího zdravotního postižení. Nejčastěji se tak setkáme s postižením:

- tělesným,
- mentálním a duševním,
- zrakovým,
- sluchovým,
- řečovým.

Můžeme se setkat i s doplněným výčtem postižení. Např. Krhutová (2005) doplňuje tento výčet o následující postižení:

- kombinovaná,

- nemocné civilizačními chorobami

Slowík (2007, s. 99) dělí tělesná postižení a zdravotní oslabení takto:

Podle typu:

- postižení hybnosti
- dlouhodobá onemocnění
- zdravotní oslabení

Podle doby vzniku:

- vrozená (např. vrozené vady lebky, rozštěpy lebky, rtů,čelisti, patra, páteře, nevyvinutí končetin nebo jejich částí, DMO)
- získaná (např.deformity páteře, úrazy – zlomeniny, amputace; následky onemocnění – revmatismus, myopatie atd.)

Podle etiologie:

- tělesné odchylky a oslabení (vady páteře, luxace kloubů apod.)
- tělesné vývojové vady (vady lebky, rozštěpy, vady končetin apod.)
- úrazy (tělesná poškození různé závažnosti s dočasnými nebo trvalými následky – např. paraplegie v důsledku poranění páteře, amputace končetin atd.)
- následky nemocí (encefalitidy, žloutenky, TBC, lymfské borreliózy, nádorových onemocnění apod.)
- dětská mozková obrna (DMO – spastické i nespastické formy)
- dlouhodobá (chronická) onemocnění a zdravotní oslabení (alergie, astma, ekzémy, oslabení imunity, onkologická onemocnění, epilepsie ad.).

Z hlediska uplatnění na trhu práce můžeme najít další typy rozdělení tělesného postižení. Např. Národní rada zdravotně postižených uvádí (www.nrzp.cz) rozdělení na:

Postižení horních končetin

Postižení dolních končetin

Postižení páteře

Různě omezené lokomoce

Vozíčkáři

Nejjednodušším rozdělením tělesného postižení je rozdělení na vrozené a získané zdravotní postižení. Toto rozdělení nejvíce charakterizuje odlišnosti osob s tělesným zdravotním postižením, jejich přístupu k životu a také i specifika práce s nimi.

Vrozené postižení je typ postižení, které se projeví do druhého roku života dítěte. Mezi vrozená postižení lze zařadit cerebrální parézy a plegie (DMO), rozštěpy, vrozené malformace končetin a progresivní svalové dystrofie. Získané postižení je takové, které vznikne po druhém roku života dítěte anebo dojde ke vzniku vlivem úrazu. Do získaných postižení zařazujeme amputace a ochrnutí. (Kurková, 2008, s. 51)

Vrozené postižení mění podmínky vývoje a sociální vazby. Postižené osobě neumožňuje některé druhy podnětů. Tato omezení existují od narození a ovlivňují jedince po celý život. Na druhé straně, se ovšem jedinec žijící se svým postižením od narození, životu s postižením lépe adaptuje.

Získané postižení tolik nezasahuje do vývoje osobnosti, která se až do vzniku postižení mohla vyvíjet normálně. Na rozdíl od postižení vrozeného, je adaptace pro takového jedince náročnější a velmi obtížná. Zejména v oblastech, které postižení zasáhlo.

Získané postižení je zásahem nejen tělesným, ale zasahuje i do osobnosti postiženého, způsobuje duševní trauma a subjektivně je intenzivně prožíváno.

Podle Opatřilové (2005) je získané postižení pro jedince větší psychické trauma, protože postižený si uvědomuje co ztratil, dokáže porovnávat svou novou situaci a srovnávat s minulostí a danou situací ve většině případů považuje jednoznačně za horší.

Pro adaptaci na fakt zdravotního postižení je rozhodující, jak postižená osoba své postižení prožívá, jaké způsoby řešení své situace se jí daří nalézt a jak tyto způsoby řešení následně ovlivňují její osobnost. Osoby s tělesným postižením jsou tedy charakteristické společnými znaky, které jsou v různé míře zastoupeny u osob s vrozeným nebo získaným postižením.

1.3 Charakteristika osob s tělesným postižením

Osoby s tělesným postižením mají částečně nebo úplně omezenou hybnost. „Bezpochyby lze konstatovat, že pohyb přímo působí na socializaci člověka a také na vývoj jeho osobnosti. Bezprostředně ovlivňuje jeho samostatnost, fyzické a psychické zdraví, schopnost prožívat a znovuprožívat, i jeho schopnost komunikovat, sdružovat se a vyvíjet cílenou a smysluplnou aktivitu“ (Krhutová, 2005, s. 205).

Vyrovnat se a žít s postižením je náročný proces přizpůsobení se novým možnostem a podmínkám a právě schopnost adaptovat se, je pro takovou osobu klíčová. Pro osobu s postižením je důležité přizpůsobit se novým fyzickým podmínkám okolí vyplývajícím z jeho postižení, např. existenci limitů a bariér či omezení smyslových vjemů, ale také podmínkám sociálním, kdy je omezena možnost zaujmout společenské postavení, které by odpovídalo jedincovým potřebám a představám.

Každé postižení působí podle toho, jak postižený své postižení prožívá a jak toto prožívání na něj působí, jaké způsoby řešení své situace nachází a jak tyto způsoby řešení ovlivňují jeho osobnost. Postižení dlouhodobě působí na jedince zatěžujícím vlivem, zvyšuje stres, zhoršuje jeho každodenní situaci, způsobuje řadu konfliktů, z nichž některé jsou pro postiženého neřešitelné a způsobuje řadu frustrací (Vágnerová, Hadj Moussová, Štěch, 2000, s. 60).

Vzhledem k hendikepu je osoba se zdravotním postižením nucena používat při své adaptaci tzv. kompenzační techniky. Krhutová (2005) Zmiňuje dvě nejčastější z nich, charakteristické pro osoby s tělesným postižením. Aktivní kompenzační technikou je agrese a naopak pasivní technikou je únik.

Agrese je typickým způsobem řešení náročných životních situací. Nemusí se jednat přímo o fyzickou agresi. Kompenzace deficitu daným tělesným

postižením se při sebeprosazování mohou projevit chováním, které je zdravými lidmi posuzováno jako agresivní. Jako příklad uvedu urážky, ironie, zesměšňování nebo nevhodné upoutávání pozornosti apod... Samozřejmě se může jednat i o ryzí projevy agresivity, které jsou typickou reakcí na situaci, kdy se osoba s postižením cítí být objektem soucitu, který často vnímá jako projev podcenění a ponížení.

Pozitivní aktivní kompenzační technikou je u osob s postižením smysl pro humor a to i „černý“, kdy si ze svého postižení dokážou dělat legraci. Další technikou je přenesení zájmu do nové oblasti. Např. se může jednat o sport. Sport může jedinci s postižením smysluplně naplnit život. Zním osobně případy, kdy se osoba s tělesným postižením prosadila ve vrcholovém parasportu na světové úrovni a paradoxně by těchto sportovních úspěchů nedosáhla bez úrazu, který postižení způsobil.

Únikové, pasivní způsoby řešení náročných životních situací lze obecně charakterizovat jako rezignaci na dosažení cíle či jakékoli řešení situace. V podstatě jde o únik a sebeizolaci jako způsob ochrany před bolestí způsobenou kontaktem s realitou. Často se pak u osob, řešících své problémy pasivním způsobem, objevují problémy jako alkoholismus, nadměrné užívání psychotropních látek apod...

„U téhož jedince nacházíme zpravidla různé typy reakcí, pocházejících původně z obou zdrojů (agrese i únik), i když pravděpodobně existuje jistá preference daná individuálními zkušenostmi jedince, jeho temperamentem i dalšími faktory.“ (Hadj Moussová, 2005)

Na kvalitu života občanů se zdravotním postižením má mimořádný vliv to, jakým způsobem se k nim chová široká veřejnost. Chování veřejnosti lze do určité míry ovlivnit systematickou výchovou a osvětou. Kromě výchovy veřejnosti je však třeba hledat i cesty, jak vychovávat samotné občany se zdravotním postižením k integraci do společnosti (www.nrzp.cz).

Zdravotní postižení nemusí nutně znamenat nízkou kvalitu života. Vše závisí na osobnosti postiženého, jeho motivaci, ale také vstřícnosti jeho okolí a podpory ze strany společnosti.

1.4 Specifika osob s tělesným postižením

Specifika jedinců s tělesným postižením určuje Novosad (2000) jako:

- omezení, ztížení, ztráta schopnosti lokomoce
- pohybové stereotypy, špatná koordinace pohybů
- narušení jemné motoriky
- potřeba technických pomůcek, fyzické pomoci cizích lidí
- dodržování životosprávy nebo dalších specifických zdravotních opatření
- citová, podnětová, výkonová deprivace
- poruchy sebepojetí (sebehodnocení)
- emoční labilita, neadekvátní prožívání a sebeprožívání
- izolovanost, snížená sociabilita
- komunikační bariéry (spasticita, narušená funkce mluvidel, nedostatečné sociální citění, přidružené smyslové postižení) apod. Každá osoba se zdravotním postižením se musela se svým postižením vyrovnat. Křivohlavý (1989) popisuje jak se člověk vyrovnává s nemocí. Tento popis je zcela totožný i s vyrovnáním se se získaným postižením:

První fázi nazývá výkřik – v této fázi dochází k šoku z poznání, způsobeném postižením. Následuje fáze popírání – tato fáze je charakteristická obrannou reakcí organismu kdy osoba s postižením odmítá přijímat jakékoli informace o svém postižení. Další fázi nazývá vtíravé myšlenky – jedná se o silné myšlenky rozebírající příčiny postižení a rozbor toho co postižení vlastně pro život znamená. Nejdelsí a i nejdůležitější fází je vyrovnání – postižený se vyrovnává s postižením a začíná pracovat sám na sobě. Poslední fáze je smíření. Zde dochází se smířením se s postižením a nalezení nových životních cílů.

U osob se získaným postižením je situace jiná. Vágnerová, Hadj Moussová a Štech (2000) popisují osoby postižené vrozeným postižením, které očekávají od okolí vyhýbavý postoj. U takto postižených osob se často vytváří postojové stereotypy (např. pocit ukřivděnosti a podezíravosti), bez vazby na to, zda jsou oprávněné či nikoliv. Problém také vidí v literárních dílech, která nereálně vykreslují postižené. Velmi často je v nich postižení vyrovnáváno zvláštními

schopnostmi. Postižení se s těmito schopnostmi ztotožňují a snaží se s jejich pomocí vyrovnat, což následně prohlubuje jejich pocit méněcennosti.

Před několika lety uskutečnila organizace Reintegra výzkum na vybrané profesně-osobnostní charakteristiky dlouhodobě nezaměstnaných osob se zdravotním postižením. Z výsledků výzkumu vyplynulo, že zdravotně postižení lidé jsou vzhledem k celkové populaci:

- méně výkonově motivováni; jsou málo ctižádostiví, neradi se v pracovním uplatnění přizpůsobují plnění vysokých nároků.
- méně motivováni k tvůrčí činnosti; tito lidé se málo angažují při zavádění změn na pracovišti. Změny v nich mohou naopak vyvolat nejistotu. Mají spíše rádi v pracovním procesu dané struktury a předepsané jasně stanovené požadavky na pracovní výkony.
- méně flexibilní; přizpůsobení měnícím se podmínkám a změnám na pracovišti považují za velmi obtížné. V profesních oblastech, které přinášejí neustále nové situace a proměnlivé úkoly, se necítí dobře a efektivita jejich práce je nízká.
 - méně asertivní; nemají sklon dominovat nad ostatními a ve skupině nebojují za prosazení svých názorů. Pokoušejí se dosáhnout svých cílů kompromisy. Jsou sociálně ovlivnitelní, netrvají na svém stanovisku, snadno se vzdávají.
 - méně emocionálně stabilní; je třeba počítat s tím, že potřebují více času pro překonání neúspěchů. Více se cítí nedostateční a přetížení. Výkonnost je snížena zejména v situacích se silným psychickým tlakem.
 - méně odolní vůči zátěži; pokud jsou tito lidé delší dobu vystaveni vysokým nárokům, cítí se vyčerpání, unavení a podráždění. Jejich ochota vystavit se zátěži je proto malá, je přítomna spíše tendence se šetřit.
 - méně sebevědomí; často se obávají toho, jak je budou druzí lidé hodnotit. I konstruktivní kritika je znejišťuje. V profesních oblastech vyžadující verbální pohotovost a emocionální nezávislost je uplatnění problematické.

Přestože se v rámci skupiny osob se zdravotním postižením vyskytují výjimky, je třeba při práci s nimi počítat s osobnostními specifiky těchto lidí.

2. Péče o tělesně postižené

Osoba s tělesným postižením je dle míry svého postižení odkázaná na pomoc ostatních. Tato pomoc je poskytována blízkými osobami z rodiny a okolí postiženého jedince a nebo na institucionální úrovni. V případě lehčího postižení je osoba s postižením schopna se o sebe postarat sama. V případě, že postižený není schopen samostatného života má dle Novosada (2000) dvě možnosti řešení. Umístění postiženého do pobytového zařízení, nebo využití podpory v domácích podmínkách. Případně je možná i kombinace obojího.

Pro jakýkoli typ péče Novosad (2000, str.16) uvádí, že „pomoc musí vytvářet podmínky pro maximální nezávislost jedince, nikoli zvyšovat jeho závislost na pomáhajícím, jeho organizaci nebo celé společnosti.“

Součástí péče o tělesně postižené je tzv. respitní péče. Respitní péči definuje mimo jiné Matoušek (2003, str.184) jako „péči poskytovanou lidem, kteří dlouhodobě pečují o postižené. Nejčastěji má formu dočasného umístění postiženého do náhradní rodiny, stacionáře či pobytového zařízení, nebo jde o poskytnutí přímé praktické pomoci pečujícím v jejich domácnosti. Dlouhodobá péče o zdravotně postiženého představuje totiž pro pečující osobu těžký stres.“

Matoušek (2003, s. 142) dále uvádí, že osoba, která se dlouhodobě stará o blízkého člověka s postižením, je více ohrožena stresem a mohou se tak u ní objevit „silné emoční reakce, jež mají nepříznivý vliv na příjemce péče“.

Při péči o postižené osoby je důležité pečovat i o pečující osoby. Tento fakt je podle mého názoru dlouhodobě opomíjený a i přes v legislativě zakotvené možnosti je respitní péče v České Republice málo využívaná.

2.1 Specifika práce s tělesně postiženými

V předchozí kapitole jsme si vymezili specifika osob se zdravotním postižením a nyní se na základě těchto specifík zaměříme na to, jak ovlivňují práci se skupinou zdravotně postižených. Tělesné postižení má velký vliv na celkový rozvoj osobnosti. Při práci s tělesně postiženými je tedy potřeba brát v potaz nejen druh a rozsah postižení, ale být citlivý k dalším možným konsekvencím, které ve spojení s postižením ovlivňují charakter a chování jedince.

Dle Renotiérové (2002, s. 74) má tělesné postižení z psychologického hlediska dva základní aspekty: ohraničenost pohybových kompetencí a změněný zevnějšek. Rozhodující je však úroveň soběstačnosti, která je dána:

- a) Schopností samostatné lokomoce, která umožňuje nezávislost na ostatních osobách a okolí. Je jedním ze základních předpokladů pro úspěšnou integraci.
- b) Schopností jakékoliv samostatné sebeobsluhy, jež souvisí s motorikou ruky. Tyto schopnosti jsou důležité nejen pro sebeobsluhu jako takovou, ale i pro psaní a pracovní aktivity.

„Občané s tělesným postižením se neustále setkávají při vzájemném kontaktu s ostatními občany s problémy. Potřeby občanů s tělesným postižením jsou ve svém základu zcela identické s potřebami osob bez postižení, tj. zvládnání všech potřeb při zachování důstojné pozice na principu partnerství. Lidé s tělesným postižením mají tuto pozici často znesnadněnou tím, že postižení je zvykově vnímáno převážně jako synonymum pojmů „absolutní závislost, nemohoucnost“, nebo dokonce „neschopnost“ nebo „nesvéprávnost“. Tomu mnohdy odpovídají přístupy a postoje veřejnosti. Občané s tělesným postižením si pak stěžují na nezáměr, nepochopení, nadřazené chování osob bez zdravotního postižení“. (www.nrzp.cz)

Pokud chceme pracovat s tělesně postiženým, musíme mít dostatek informací o úrovni jeho sebeobsluhy, psychické pohody, komunikace a samozřejmě zdravotního stavu. Bez těchto informací je práce s tělesně postiženým prakticky nemožná. Pro získání těchto informací je třeba začít u navození důvěry mezi osobou pomáhající a osobou s postižením. Častou chybou, uváděnou zejména osobami s postižením, je snaha pomoci postiženému bez předchozí komunikace s ním, o tom, zda vůbec pomoc potřebuje a v jakém rozsahu. Na začátku je nutné si s danou osobou vyjasnit, kdy a jakou pomoc potřebuje. Předejde se tím k nedorozuměním vzniklým v situaci, kdy osoba zdravá pomáhá postiženému překonat překážku, jejíž překonání daná osoba bez potíží zvládá.

Lze tedy říct, že efektivní komunikace s osobou s postižením je základem pro efektivní práci s touto cílovou skupinou. Obecné zásady pro komunikaci s postiženými pacienty popisuje Linhartová, (2007)

1. Je třeba takový typ komunikace, který je odpovídá individuálnímu rozsahu postižení.
2. Je důležité při komunikaci udržovat oční kontakt
3. Vždy je třeba mluvit směrem k němu, a to i v případech, když má asistenta či doprovod
4. Je třeba mluvit srozumitelně spisovným jazykem
5. Důležité je neprojevat osobě s postižením lítost, protože to snižuje psychický komfort
6. Je třeba s postiženým jednat přiměřeně jeho věku
7. S ohledem na zvýšenou psychickou citlivost těchto lidí je třeba být tolerantnější na jejich náladovost, netaktnost, popřípadě hrubost a tyto projevy přecházet
8. Při komunikaci mluvit vlídným a klidným hlasem

Krhutová (2005) uvádí, že veškeré aktivity ve vztahu k lidem se zdravotním postižením by měly být obecně takové, aby jim umožnily maximální rozvoj a uplatnění tak, aby se koneckonců postižení stalo pouze jednou z charakteristik postiženého člověka, a to nikoliv tou nejdůležitější.

2.2 Rehabilitace osob s tělesným postižením

Hlavním nástrojem pro práci se zdravotně znevýhodněnými osobami je komplexní pracovní rehabilitace. Světová zdravotnická organizace definuje rehabilitaci jako „souhrn všech opatření potřebných k zařazení nebo návratu postiženého člověka do společenského prostředí a do života. Z definice vyplývá, že cíle rehabilitace jsou široké. Na řešení otázek rehabilitace se musí podílet celá společnost“ (Novosad, 2009. s. 90).

Základními složkami systému rehabilitace jsou pracovní, sociální, léčebná a výchovně vzdělávací. Tyto složky se vzájemně prolínají. Vzhledem k tématu bakalářské práce se budeme zabývat zejména rehabilitací pracovní.

Pracovní rehabilitace je definována jako souvislá činnost zaměřená na získání a udržení vhodného zaměstnání osoby se zdravotním postižením. Zahrnuje zejména diagnostickou, poradenskou a vzdělávací činnost zaměřenou na volbu povolání nebo jiné výtěžné činnosti. Moderní přístupy chápou rehabilitaci jako ucelený komplex služeb sestávajících z těchto 3 základních modulů:

- 1) profesní a lékařská diagnostika, psychologické poradenství,
- 2) kariérní poradenství,
- 3) vzdělávání, rekvalifikace,

2.2.1 Profesní a lékařská diagnostika, psychologické poradenství

2.2.1.1. Profesní a lékařská diagnostika

Diagnostika představuje komplexní zhodnocení schopností osoby se zdravotním postižením vzhledem k perspektivě uplatnění na pracovním trhu a tím i směřování dalšího vzdělávání. Diagnostika vede k profesní orientaci zdravotně postiženého a směřuje k optimálnímu využití jeho potenciálu při hledání reálných možností uplatnění na trhu práce. Jejím základem je vyhodnocení zdravotního stavu, osobnostních dispozic, výkonových předpokladů, dosaženého vzdělání, osobních a pracovních zkušeností a také přání postižené osoby s přihlédnutím k reálným možnostem na trhu práce. Jejím hlavním cílem je prohloubit sebepoznání konkrétní osoby formou lékařského a psychodiagnostického vyšetření s posouzením její způsobilosti. Výsledky diagnostiky určují další směr vzdělávání a osobního rozvoje.

2.2.1.2 Psychologické poradenství

Po zjištění výsledků diagnostiky navazuje jako další krok psychologické poradenství. Psychologické poradenství je formou pomoci v obtížné, subjektivně těžko řešitelné či zvladatelné situaci. Cílem je za pomoci odborného pracovníka – psychologa – překonat závažnější osobní, osobnostní a rodinné problémy, které osobám cílové skupiny znesnadňují zapojení do vzdělávání a tím i další integraci.

Poradenství se zaměřuje na individuální podporu při řešení konkrétního problému. Probíhá prostřednictvím setkání, kterého se účastní zpravidla pouze psycholog a osoba se zdravotním postižením. Výhodou této formy je především větší objem času, který může být účastníkovi psychologem věnován. Počet poradenských konzultací se stanovuje individuálně, na základě charakteru problému a stanoveného cíle. Frekvence setkání nemusí být pravidelná a častá, odvíjí se od aktuální potřeby. Počet konzultací se obvykle pohybuje v rozmezí mezi 5 až 15 setkáními.

Typickými cíli psychologického poradenství jsou:

- podívat se na sebe i na svůj problém z určitého nadhledu,
- zorientovat se ve svých pocitech, myšlenkách, postojích a v jednání,
- vyhledat vlastní zdroje pro překonání problému,
- vyhledat zdroje podpory v jejich přirozeném okolí,
- rozšířit pohled na možnosti řešení problému, získat odborné informace a doporučení,
- vyřešit aktuální problém a získat podporu ve schopnosti vyrovnat se s problémy.

Psychologické poradenství může mít v závislosti na problému a potřebách účastníka nejen charakter poradenského rozhovoru, ale i krizové intervence nebo podpůrné psychoterapie. Způsob vedení rozhovoru se může také lišit podle psychologického směru, ke kterému se jednotliví psychologové hlásí.

Krizová intervence je krátkodobý, často i jednorázový psychologický zásah zaměřený na bezprostřední zvládnutí krize. Jedná se o případy, kdy se účastník ocitá v nepříjemné a náhle vynořené zátěžové situaci, vyvolané například nečekanou životní událostí (změna, ztráta). Jejím hlavním úkolem je zklidnění dané situace a alespoň částečné navrácení kontroly nad sebou samým a nad svým životem.

Podpůrná psychoterapie je obvykle dlouhodobější a je zaměřena na zvládnání vleklé nepříznivé situace, která není změnitelná (například obtížná životní

situace, dlouhodobá nemoc, zážitek nebo problém). Psychická podpora a opravdový zájem odborníka umožňuje účastníkovi lépe snášet stres.

Dalším logickým krokem po diagnostice a psychologickém poradenství je

2.2.1.3. Kariérové poradenství

Kariérové poradenství pomáhá osobám zdravotně postiženým překonávat překážky, které jim brání v dalším rozvoji a tím i uplatnění na trhu práce. Podporuje je na cestě za získáním vhodného pracovního uplatnění, které odpovídá jejich zdravotnímu stavu i jejich profesním předpokladům. Kariérové poradenství probíhá formou individuálních poradenských konzultací mezi poradcem a osobou se zdravotním postižením.

„Poradenství je aplikovaná teoretická i praktická disciplína, která vznikla z potřeby pomáhat lidem v nesnázích, která se zabývá závažnými lidskými problémy.“ (Valentová, Hadj Moussová in Hadj Moussová a kol., 2005, s. 40) Valentová a Hadj Moussová (in Hadj Moussová, 2005) představují poradenství jako typ psychologické pomoci, kde je od poradenského pracovníka vyžadována odborná kvalifikace v podobě magisterského studia s nutností dalšího vzdělávání. Odborností je míněna znalost psychologie, především teorií osobnosti a poradenských metod; pokud se poradenství dotýká jedince s postižením, pak je nutná i znalost speciální pedagogiky. Jako důležité považují zkušenosti a důvěryhodnost poradce a jako předpoklad úspěšnosti poradenského procesu pak oboustranné zapojení klienta i poradce a zájem o druhého.

Dle poradenské praxe v organizaci REINTEGRA má kariérové poradenství zpravidla tyto fáze:

1. Navázání vztahu.

V průběhu této fáze jde především o vytvoření „vztahu“ mezi poradcem a klientem. Pomocí vhodně zvolených otázek a technik aktivního naslouchání, vytváří poradenský pracovník bezpečné komunikační prostředí vedoucí k získání zájmu využít jeho pomoci. Společně vytyčí cíl, ke kterému má poradenský rozhovor směřovat, nebo témata, o kterých budou společně rozmlouvat.

2. Sběr a analýza informací.

Tato fáze je zaměřena na zjištění informací o klientu a jejich analýzu. Využívá výsledky diagnosy a psychologického poradenství. Na základě těchto výsledků zjišťují profesní předpoklady, rodinné poměry, finanční možnosti a další existenční podmínky, jeho představy a postoje k hledání zaměstnání. Vzhledem ke společnému cíli se vyjasňují očekávání, potřeby a případná omezení.

3. Mapování a akce.

V této fázi účastník ví, jakou pracovní pozici bude vyhledávat. Následuje sestavení zmapování možností pracovního uplatnění. Sestavení individuálního vzdělávacího plánu pro získání potřebného vzdělání, kvalifikace a kompetencí nutných pro danou práci. Poradenský pracovník informuje účastníka o všech možnostech, které může využít k řešení své situace, povzbuzuje účastníka k další spolupráci. Cíl poradenství musí být stanoven kariérním poradcem vždy individuálně ve spolupráci s klientem.

Základní metodou uplatňovanou u poradenského rozhovoru s cílovou skupinou zdravotně postižených je úkolově orientovaný přístup. Tato metoda spočívá v tom, že klient dostává na každé konzultaci dílčí úkoly, které naplňují aktivitu vzdělávání a hledání. Začíná se jednoduššími úkoly a postupně se jejich náročnost zvyšuje. Účastník se učí samostatnosti a zodpovědnosti. Tato metoda je založena na aktivní spolupráci a partnerství účastníka a poradce.

Z poradenství obvykle vyjde plán pro další vzdělávání a tím se budeme zabývat v další samostatné kapitole.

2.3 Vzdělávání osob s tělesným postižením

Vzdělávání a to ať už ve formě individuálního či skupinového poradenství, klasického vzdělávání ve školském systému či odborných kurzů a tréninků, je základním pilířem integrace zdravotně znevýhodněných osob. Aby bylo vzdělávání osob s postižením efektivní je třeba jej chápat nejen jako samotný proces vzdělávání, ale v širším kontextu pracovní rehabilitace těchto osob jako komplexní soubor.

Vzdělávání může mít podobu formálního vzdělávání na středních a vysokých školách. Neformálního vzdělávání, které si klade za cíl především motivovat osoby se zdravotním postižením a dodat jim sebedůvěru pro řešení své nezaměstnanosti. Cílem je také pomoci účastníkům kurzů získat nové nebo prohloubit dosavadní znalosti a dovednosti, které mohou využít v profesním nebo osobním životě. A odborného vzdělávání, zaměřeného na získání konkrétních dovedností pro pracovní využití. Tyto kurzy směřují k získání kvalifikace pro novou profesi nebo k získání znalostí a dovedností, které zvyšují uplatnitelnost na trhu práce.

Při výuce vzdělávacích kurzů u dospělých, nejen se zdravotním postižením, osobně upřednostňují interaktivní styl výuky, který klade důraz na praktický nácvik dovedností, zážitkové učení, pestrost výuky, kombinaci různorodých typů aktivit a oboustrannou komunikaci mezi lektorem a účastníky. Cílem tohoto stylu učení je zapojit aktivně všechny účastníky do procesu výuky, poskytnout jim praktický zážitek, zkušenost a umožnit jim transformovat tuto zkušenost na reálné situace v životě. Díky tomuto přístupu si účastníci osvojí nejen nové vědomosti a návyky, ale rozvíjejí také své schopnosti a dovednosti. Po celou dobu kurzů lektori kladou důraz na simulaci praktických příkladů a situací a rozvoj schopnosti samostatné práce. Účastníci kurzů mají k dispozici pracovní materiály, které byly vytvořeny odborníky na danou problematiku, formou a obsahem přiměřené potřebám cílové skupiny.

Hlavním cílem interaktivního charakteru výuky je nabídnout účastníkům zajímavější formu učení. Výuka je obohacena o prvky, které vtahují účastníky do problematiky, vyžadují jejich aktivní spoluúčast. Pracují méně stereotypním způsobem, čímž se zvyšuje jejich motivace k učení.

2.3.1 Interaktivní výukové techniky

Pokusím se uvést příklady interaktivních výukových technik:

- Seznamovací techniky

Tyto techniky slouží ke zpestření představování jednotlivých účastníků. Podporují vytvoření příjemné atmosféry, naladění účastníků pro vzdělávání, ale i pro uvolnění počátečního napětí.

- Rozehřívací techniky

Jsou určeny na začátek kurzu. Pomáhají k vytvoření uvolněné atmosféry, ve které se rozplyne napětí, a podporují rozvoj spolupráce a vzájemných vztahů mezi lektorem a účastníkem a mezi účastníky navzájem.

- Pohybové techniky

Pohybové techniky odbourávají nesoustředěnost posluchačů, která může být zapříčiněna dlouhým sezením. Lektor zapojuje do výuky takové techniky, které účastníky nutí změnit polohu, vstát ze židle a protáhnout si tělo. Jsou velmi dobrým prostředkem pro rozprouzení energie. V případě zdravotně postižených samozřejmě s přihlédnutím k míře jejich postižení.

- Kreativní techniky

Jsou určeny pro rozvoj kreativity. Zvyšují schopnost tvořivě přistupovat k řešení širokého spektra problémů, hledání a nacházení jiných možných způsobů zpracování informací.

- Relaxační techniky

Smyslem relaxačních technik je odbourání stresu a dosažení lepší psychické pohody prostřednictvím uvolnění. Techniky zařazujeme do výuky v rámci relaxačních chvil (po náročném výukovém dni, během přestávek). Zaměřují se na relaxaci, uvolnění atmosféry a načerpání nových sil.

Existují různé nástroje, kterých je možné využít, a tím podpořit proces učení. Některé z nich jsou více interaktivní, jiné méně. V rámci výuky mohou být konkrétně využity tyto prvky:

Přednáška, prezentace – mají za cíl seznámit účastníky s teorií formou výkladu. Komunikace je téměř po celou dobu jednosměrná, od lektora k účastníkům. Pro oživení může lektor zařadit do výuky promítání fotografií a filmů, použít příběhy, vtipy, řečnické i skutečné otázky, využít grafického znázornění, modelů, grafů apod.

Minipřednáška – je stručným úvodem, který je doplněn různými činnostmi, jež účastníky aktivně zapojují. Jedná se o metodu, která vyvolává zájem, touhu po poznání a soustředěnost na téma.

Metoda hraní rolí – vychází z přehrávání modelových situací. Konkrétně jde o simulaci nějaké události, v níž se kombinuje hraní rolí a řešení problému. Problémy se trénují na simulovaných situacích s tím, že účastníci vystupují v rolích osob, které se v těchto situacích vyskytují. V podstatě jde o metodu řešení problému, která se přibližuje lidskému jednání v reálné situaci. Cílem této metody je získat nové prožitky, osvojit si adekvátní způsoby chování a jednání, pochopit mezilidské vztahy. Dovednosti nabyté při řešení konkrétní modelové situace se následně snadno přenášejí do reálného života.

Zážitkové hry – jsou metody, ve kterých se pracuje hlavně s osobním zážitkem. Účastník může prostřednictvím vlastního zážitku získat nové zkušenosti a nastartovat tak pozitivní osobnostní růst. Zážitkové hry ve skupině mají řadu výhod a přináší kromě zábavy, uvolněnosti a nezávaznosti také vlastní aktivitu, zkušenost a nové poznatky.

Křížovky a scrabble – ve zjednodušené formě mohou pomoci účastníkům zábavnou formou odhalit nové pojmy, které se objeví v tématu.

Kartičky – využíváme k zopakování klíčových výrazů. Na kartičky napíšeme výrazy a do dvojice pak na další kartičky uvedeme definici výrazu nebo jeho vysvětlení. Kartičky rozdáme mezi účastníky a oni hledají partnery, resp. kartičky, které patří k sobě.

A mnoho dalších: video, hledání chyb, rozdělení tématu na části, práce ve skupinách, diskuze, řešení problémů, problémových situací, brainstorming, články z novin a časopisů, psaní poznámek do pracovních sešitů, mindmapping, koláže, šifrované texty, skrytá slova, domino, dotazníky a testy, kvízy, logické hry, hádanky...

2.4 Situace v České Republice

Podle statistik Českého statistického ústavu k dubnu 2014 (www.csu.cz) žije v ČR celkem 1 077 673 osob se zdravotním postižením, jejichž podíl na celkové populaci ČR je 10,2%. Z tohoto počtu je 315 tis. osob s tělesným postižením. Velmi zajímavá je statistika vzniku postižení. Vrozená postižení se podílejí na celku výší 13,7% a podíl získaných postižení činí 86,3%.

Česká republika podobně jako ostatní vyspělé země věnuje pracovní i společenské integraci osob s postižením pozornost. V České republice existuje právní základ ustavující nástroje, které společenskou i pracovní integraci osob s postižením usnadňují. Jedná se zejména o zákon č. 435/2004 Sb. O zaměstnanosti,

Zákon o zaměstnanosti č. 435/2004 Sb. stanovuje možnosti zvýhodnění osob s postižením na trhu práce, tak aby bylo jejich zaměstnávání pro zaměstnavatele více atraktivní i přes zdravotní hendikep. Jedná se o tyto možnosti:

2.4.1. Příspěvky pro zaměstnavatele

Česká republika prostřednictvím úřadů práce poskytuje zaměstnavateli příspěvky na zřízení chráněného pracovního místa a na částečnou úhradu provozních nákladů tohoto chráněného pracovního místa. Zaměstnavateli, provádějícímu na svém pracovišti přípravu k práci osob se zdravotním postižením, poskytuje Úřad práce úhradu nákladů na přípravu k práci těchto osob. Zaměstnavateli, který zaměstnává na chráněných pracovních místech více než 50 % osob se zdravotním postižením z celkového počtu svých zaměstnanců se dále poskytuje příspěvek na podporu zaměstnávání těchto osob. Tento příspěvek je určen na skutečně vynaložené prostředky na mzdy v celkové měsíční výši 75% skutečně vynaložených prostředků na mzdy zaměstnanců v pracovním poměru, kteří jsou osobami se zdravotním postižením, včetně povinných odvodů, nejvýše však 8 000 Kč.

2.4.2. Povinný podíl zaměstnávání osob se zdravotním postižením

V české republice mají zaměstnavatelé s více než 25 zaměstnanci v pracovním poměru povinnost zaměstnávat osoby se zdravotním postižením ve výši 4 % z celkového počtu svých zaměstnanců. Způsoby plnění povinného podílu jsou: zaměstnávání v pracovním poměru, odběr výrobků a služeb nebo odvod do státního rozpočtu. Všechny tyto způsoby jsou považovány za rovnocenné a lze je vzájemně kombinovat.

Z hlediska společenského uplatnění osob se zdravotním postižením existují nástroje ve formě dávek a finančních pomocí. Tyto nástroje jsou zakotveny v zákoně č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů a vyhlášce č. 388/2011 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, ve znění pozdějších předpisů.

Výše a rozsah těchto příspěvků závisí na posudku o zdravotním stavu. Tyto posudky o zdravotním stavu vypracovávají Česká správa sociálního zabezpečení a posudkové komise Ministerstva práce a sociálních věcí.

Takto vydané posudky o zdravotním stavu nejsou rozhodnutími a nelze proti nim podávat opravné prostředky. Posudky slouží pro státní orgány, které podle zákona rozhodují o dávce nebo průkazu osoby se zdravotním postižením. Posudek zdravotního stavu si vždy vyžádá orgán, který o dávce nebo průkazu osoby se zdravotním postižením rozhoduje.

Posudek posudkové služby vychází z celkového zjištění zdravotního stavu posuzované osoby s důrazem na posudková kritéria zakotvená v obecně závazných právních předpisech. Pro posouzení zdravotního stavu vychází posudkový orgán z lékařských zpráv a dílčích posudků vypracovaných ošetřujícími lékaři, popřípadě dalších výsledků funkčních vyšetření a také přihlíží i k výsledku vlastního vyšetření posuzované osoby. Může také posuzovanou osobu vyzvat, k vyšetření jejího zdravotního stavu lékařem orgánu sociálního zabezpečení případně vyšetření u určeného poskytovatele zdravotních služeb. Při posuzování stupně závislosti vychází posudkový orgán rovněž i z výsledku terénního sociálního šetření, které provádí sociální pracovník příslušné pobočky Úřadu práce, a zjištění konkrétních potřeb osoby.

Zákon o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením upravuje:

- příspěvek na mobilitu
- příspěvek na zvláštní pomůcku
- průkaz osoby se zdravotním postižením a některé benefity, které z něj vyplývají.

2.4.3 Příspěvek na mobilitu

Příspěvek na mobilitu je nároková dávka, která je poskytována opakovaně a je určena osobám starším 1 roku:

- která má nárok na průkaz ZTP nebo ZTP/P,
- která opakovaně v kalendářním měsíci hradí svou dopravu nebo je za úhradu dopravována,
- která není klientem pobytových sociálních služeb podle zákona o sociálních službách v domově pro osoby se zdravotním postižením, v domově pro seniory, v domově se zvláštním režimem nebo ve zdravotnickém zařízení ústavní péče,
- ve zvláštních případech může být příspěvek na mobilitu přiznán i osobě, které jsou poskytovány pobytové sociální služby uvedené v předchozí odrážce,
- výplata příspěvku se neposkytuje za kalendářní měsíc, v případě kdy je oprávněné osobě po celý tento kalendářní měsíc poskytována zdravotní péče v průběhu hospitalizace.

Výše dávky činí momentálně 400 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.

2.4.4. 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 charakteru dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu a její zdravotní stav nevylučuje přiznání tohoto příspěvku.

Nárok na příspěvek na zvláštní pomůcku poskytovaný na pořízení motorového vozidla nebo speciálního zádržního systému má podle zákona 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.

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

Maximální výše příspěvku na zvláštní pomůcku činí 350 000 Kč; 400 000 Kč v případě příspěvku na zvláštní pomůcku na pořízení schodišťové plošiny. Dále platí, že součet vyplacených příspěvků na zvláštní pomůcku nesmí v 60 kalendářních měsících po sobě jdoucích přesáhnout částku 800 000 Kč; 850 000 Kč, pokud v této době byl poskytnut příspěvek na zvláštní pomůcku na pořízení schodišťové plošiny.

2.4.5 Průkaz osoby se zdravotním postižením

Nárok na průkaz osoby se zdravotním postižením má osoba starší 1 roku s tělesným, smyslovým nebo duševním postižením charakteru dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, které podstatně omezuje její schopnost pohyblivosti nebo orientace, včetně osob s poruchou autistického spektra.

Na tyto průkazy označené symbolem „TP“ (průkaz TP) má nárok osoba se středně těžkým funkčním postižením pohyblivosti nebo orientace, včetně osob s autistickými poruchami. Středně těžkým funkčním postižením pohyblivosti se rozumí stav, kdy je osoba s postižením schopna samostatné pohyblivosti v domácím prostředí, v exteriéru je schopna chůze se sníženým dosahem a má problémy při chůzi okolo překážek a na nerovném terénu. Středně těžkým funkčním postižením orientace se rozumí stav, kdy je postižená osoba schopna orientace v domácím prostředí a zhoršenou schopnost orientace má jen v exteriéru.

Nárok na průkaz osoby se zdravotním postižením označený symbolem „ZTP“ (průkaz ZTP) má osoba s těžkým funkčním postižením pohyblivosti nebo

orientace, včetně osob s poruchou autistického spektra. Přičemž se těžkým funkčním postižením pohyblivosti se rozumí stav, kdy je osoba s postižením schopna samostatné pohyblivosti v domácím prostředí a v exteriéru je schopna chůze se značnými obtížemi a jen na krátké vzdálenosti. Těžkým funkčním postižením orientace se rozumí takový stav, kdy je postižená osoba schopna spolehlivé orientace v domácím prostředí, ale v exteriéru má značné obtíže.

Nárok na průkaz osoby se zdravotním postižením označený symbolem „ZTP/P“ (průkaz ZTP/P) má osoba se zvlášť těžkým funkčním postižením nebo úplným postižením pohyblivosti nebo orientace s potřebou průvodce, včetně osob s autistickou poruchou. Zvlášť těžkým funkčním postižením pohyblivosti a úplným postižením pohyblivosti se rozumí takový stav, kdy je daný jedinec s postižením schopen chůze v domácím prostředí pouze se značnými obtížemi, popřípadě není schopna chůze a v exteriéru není schopen samostatné chůze a pohyb je obvykle možný jen na invalidním vozíku. Zvlášť těžkým funkčním postižením orientace a úplným postižením orientace se rozumí stav, kdy postižený není schopen samostatné orientace v exteriéru.

Zákon o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením dále upravuje některé konkrétní nároky držitelů průkazu osoby se zdravotním postižením.

Vágnerová (1999) uvádí, že se postižení stává zatěžujícím faktorem i pro okolí postiženého. Rodina má pro osobu s postižením nezastupitelnou úlohu při zvládnutí života s postižením. Z tohoto důvodu je také podporována rodina postiženého jedince a tato podpora je zakotvena v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů a vyhlášce č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Tento zákon ustanovuje formy podpory postiženému jedinci a to jak na úrovni institucionální tak podpory rodiny. Výše uvedený zákon definuje sociální služby. Na stránkách (www.mpsv.cz) najdeme charakteristiku jednotlivých služeb pro zdravotně postižené.

2.4.6. Služby pro zdravotně postižené

Osobní asistence - Osobní asistence se poskytuje osobám se zdravotním postižením, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby, v jejich přirozeném

sociálním prostředí, a to v předem dohodnutém rozsahu a čase. Služba především obsahuje pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, pomoc při zajištění chodu domácnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při prosazování práv a zájmů.

Průvodcovské a předčitatelské služby - Průvodcovská, předčitatelská a tlumočnická služba se poskytuje těm osobám se zdravotním postižením, jejichž schopnosti jsou sníženy v oblasti orientace nebo komunikace, a napomáhá jim osobně si vyřídit vlastní záležitosti. Služba obsahuje zejména zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při prosazování práv a zájmů.

Pečovatelská služba - Pečovatelská služba je poskytována osobám se zdravotním postižením, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby, a to rovněž v jejich přirozeném prostředí nebo ve specializovaných zařízeních. Služba obsahuje pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, pomoc při zajištění chodu domácnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při prosazování práv a zájmů.

Podporované bydlení - Podporované bydlení je sociální služba poskytovaná osobám se zdravotním postižením, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby; služba se poskytuje v domácnosti těchto osob. Služba obsahuje pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů.

Odlehčovací služby - Odlehčovací služby jsou ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám se zdravotním postižením, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby, o které jinak pečuje osoba blízká v domácnosti. Cílem služby je zejména umožnit pečující osobě nezbytný odpočinek. Služba obsahuje pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů.

Centra denních služeb - Centra denních služeb poskytují ambulantní služby ve specializovaném zařízení s cílem posílení samostatnosti a soběstačnosti osob se zdravotním postižením v nepříznivé sociální situaci, která může vést k jejich sociálnímu vyloučení. Služba obsahuje pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů.

Denní a týdenní stacionáře - denní stacionáře poskytují osobám se zdravotním postižením, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby, ambulantní služby ve specializovaném zařízení.

Stacionáře týdenní poskytují pobytové služby ve specializovaném zařízení, osobám se zdravotním postižením, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby.

Služba obsahuje pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování nebo pomoc při zajištění bydlení a výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti, pomoc při prosazování práv a zájmů.

Domovy pro osoby se zdravotním postižením - Domovy pro osoby se zdravotním postižením poskytují dlouhodobé pobytové služby osobám se zdravotním postižením, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby. Služba obsahuje pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy, poskytnutí ubytování, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti, pomoc při prosazování práv a zájmů.

Chráněné bydlení - Chráněné bydlení je dlouhodobá pobytová služba poskytovaná osobám se zdravotním postižením, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby. Chráněné bydlení má formu individuálního nebo skupinového bydlení; osobě se poskytuje podle potřeby podpora osobního asistenta. Služba

obsahuje poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti, pomoc při prosazování práv a zájmů.

Jednotlivé služby jsou v zákoně dále podrobně definovány.

Většina výše zmíněných služeb se poskytuje za úhradu. Tuto úhradu provádí osoba s postižením a zákon jí stanovuje příspěvek, který je na tyto služby určen.

Příspěvek na péči

Příspěvek na péči je určen pro osoby závislé na pomoci jiné fyzické osoby. Tímto příspěvkem stát podporuje zajištění sociálních služeb nebo jiných forem pomoci podle zákona o sociálních službách pro zvládnutí základních životních potřeb. Z tohoto příspěvku osoby s postižením hradí pomoc, kterou jim může na základě jejich rozhodnutí poskytovat osoba blízká, asistent sociální péče, registrovaný poskytovatel sociálních služeb, dětský domov nebo speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu.

Podmínky nároku na příspěvek na péči

Nárok na příspěvek má dle uvedeného zákona osoba starší 1 roku, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při zvládnutí základních životních potřeb v rozsahu stanoveném stupněm závislosti podle § 8 zákona o sociálních službách. Stupeň této 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.

Při posuzování stupně závislosti se hodnotí zejména schopnost zvládat základní životní potřeby, jako jsou: mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity a péče o domácnost (u osob do 18 let se nehodnotí péče o domácnost). Aby byla závislost v příslušné základní životní potřebě uznána, musí existovat příčinná souvislost mezi poruchou funkčních schopností z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu a pozbytím schopnosti zvládat základní životní

potřebu v přijatelném standardu. Schopnost osoby zvládat základní životní potřeby se hodnotí v jejím přirozeném sociálním prostředí a přihlíží se k věku posuzované osoby. Bližší vymezení schopností zvládat základní životní potřeby a způsob jejich hodnocení stanoví vyhláška č. 505/2006 Sb.

Výše příspěvku na péči

Výše příspěvku na péči pro dospělé osoby nad 18 let věku činí v současnosti za kalendářní měsíc 800Kč-12000Kč, dle stupně závislosti (I. stupeň lehká závislost, II. stupeň středně těžká závislost, III. stupeň těžká závislost a IV. stupeň úplná závislost) Příspěvek na péči může být také navýšen o částku 2 000 Kč měsíčně, a to v případě nízkého příjmu oprávněné osoby a osob s ní společně posuzovaných.

3. Možnosti tělesně postižených ve společenském a pracovním uplatnění

Běžný den zdravého člověka se skládá z 3 časově prakticky shodných 8 hodinových částí. Zaměstnání, volný čas a spánek. Tato běžná životní struktura a naplňování životních potřeb je u osob s tělesným postižením výrazně omezena. Možnosti tělesně postižených uplatnit se v pracovní i společenské rovině je dána úrovní společnosti, v níž žijí. „Vztah k postiženým je tedy obecněji výrazem tolerance k odlišnosti, respektování individuality, je výrazem vnitřní kvality života i celé společnosti. Pouze bude-li společnost, včetně jejich jednotlivých členů schopna překročit konvence a stereotypy, nebude postižený vnímán pouze pod zorným úhlem postižení, ať už s odmítáním nebo soucitem“ (Vágnerová, Hadj Moussová, Štech, 2000, str. 13)

3.1 Bariéry v uplatnění zdravotně postižených

Osoba se zdravotním postižením při svém uplatnění se ve společnosti i na trhu práce čelí bariérám. Opatřilová (2005) rozděluje tyto bariéry na psychické a fyzické. Psychické bariéry představují bariéry v oblasti mezilidských vztahů a komunikační bariéry. Fyzické bariéry pak lze rozdělit na dopravu a architektonické bariéry.

Bariéry v oblasti mezilidských vztahů

Tyto mohou být způsobeny neinformovaností a předsudky zdravých osob, ale také řadou již zmíněných psychických a sociálních specifik tělesného postižení.

Novosad (2009) uvádí 4 druhy předsudků vůči postiženým osobám:

Podceňující - postižený je chudák zasažený nepřízní osudu a je z tohoto pohledu pouze pasivním příjemcem pomoci

Odmítavé - společnost zdravých považuje tělesně postižené za přítěž a neuznává je za sobě rovné

Paušalizující - poukazující na systém výhod ve společnosti, jež se osobám s postižením dostává. Většinou na základě zkreslených nebo neúplných informací.

Idealizující - představa o postiženém jako o kladném hrdinovi s pozitivními vlastnostmi, které jej idealizují.

Novosad (2009) také zmiňuje jako problémovou oblast mezilidských vztahů vztahy na pracovišti, které mohou být negativně ovlivněny neinformovaností zaměstnavatele na straně jedné a sociálními dovednostmi postiženého na straně druhé.

Častým problémem bývá fakt, že lidé neví jak s postiženým jednat, jak komunikovat a také kdy a jakým způsobem nabídnout pomoc. Problémy vznikají i při navazování partnerských vztahů. Tímto tématem se ještě budeme zabývat v kapitole o sociálním uplatnění tělesně postižených.

Komunikační bariéry

Komunikace je hlavní prostředek sociálního začlenění jedince do společnosti. Komunikační bariéry výrazně toto začlenění u osob s postižením stěžují. Hlavní komunikační bariéry vyskytující se u osob s tělesným postižením jsou:

Nedostatek komunikačních zkušeností - ten bývá způsobený omezeným prostředím, ve kterém se postižený pohybuje a může znamenat i omezenou slovní zásobu a nedostatečné vyjadřovací schopnosti.

Omezené možnosti neverbální komunikace - většina komunikace mezi lidmi je neverbálního charakteru. Někdy se uvádí, že až 85%. Možnosti neverbální

komunikace jsou u osob s postižením omezené a jsou zdrojem mnoha nedorozumění.

Ochrnutí obličeje - pokud je součástí postižení i částečné ochrnutí obličeje, bývá často schopnost mluvit pro veřejnost srozumitelným způsobem. Tato ochrnutí mohou být způsobeny afázií, dysartrií apod...

Doprava

Cestování se v dnešní době stává nutností. Vzhledem k přesunu nákupních možností za hranice center měst a také dnes zcela běžnému dojíždění za prací, je potřeba cestování vyšší než kdykoli dříve. Osoba s tělesným postižením má v dopravě tyto možnosti:

automobil - v tomto případě je pro řízení osobou s postižením provést v automobilu úpravy, které toto umožní. Jedná se zejména o technické úpravy např. pro řízení rukama, dále úpravy pro umožnění nasednutí a vysednutí z auta a také zajištění vhodného parkování. Toto řešení je pohodlnější, ovšem náročné na finanční možnosti postiženého.

hromadná doprava - z hlediska finanční náročnosti se jedná o výhodnější řešení. Problémem je malé množství autobusů, trolejbusů a tramvají MHD s plošinami umožňujícími přepravu postižených. Poměrně malá dostupnost meziměstských vlakových a autobusových spojů s možností přepravy postižených osob. Velkým problémem je také přístupnost nástupišť pro tyto spoje.

Architektonické bariéry

Architektonické bariéry jsou postiženou osobou vnímány z důvodu jeho tělesného postižení a omezení, které se projevuje ztížením nebo ztrátou lokomoce, atypickými pohybovými stereotypy, narušenou koordinací pohybů, zvýšenou závislostí na technických a kompenzačních pomůckách (Opatřilová, 2005).

V České republice se v posledních letech rozšířil počet bezbariérových přístupů. Každá nová, či rekonstruovaná veřejná budova počítá s bezbariérovým přístupem. Bariéry se však netýkají pouze budov, ale také nepřehledného prostředí, malého manipulačního prostoru, patníků a prahů, nástupní ostrůvky

apod.. Jedinec se také musí vypořádat s bezbariérovostí svého bydlení. Překážkou v tomto případě může být nejen práh ve dveřích či schod, ale také finanční možnosti postiženého.

Česká společnost si uvědomuje svou odpovědnost za odstraňování bariér bránících občanům s těžkým tělesným postižením v plnohodnotném zapojení do všech oblastí života společnosti. Úkolem společnosti je odstraňovat existující bariéry a zároveň usilovat o zabránění vytváření bariér nových, s cílem zlepšovat podmínky a kvalitu života osob s těžkým tělesným postižením (Opatřilová, 2005).

3.2 Společenské uplatnění tělesně postižených

„Zdravotní postižení negativně ovlivňuje schopnosti uspokojovat základní životní potřeby a zvládání s nimi souvisejících činností, dotýká se sociálních způsobilostí, které jsou předpokladem socializace a vstupu do mezilidských vztahů, postihuje schopnost vzdělávat se a rozvíjet kulturní a zájmové činnosti, v neposlední řadě ovlivňuje pracovní schopnosti.“ (Jesenský, 1995, str. 52)

Člověk si při setkání s postiženým uvědomuje vlastní zranitelnost a přirozeně na ni reaguje. Tyto reakce mají různou formu. Nejčastěji se jedná o soucit, odstup, odpor, nebo ochranářský či pečovatelský postoj. Ve společnosti je osoba s postižením obvykle chápána jako "postižená" a osobnost postiženého je chápána v souvislosti jen s postižením jako takovým. Tím dochází k tlačení takového člověka do role postiženého. Často se pak stává, že takový postoj přejímá i postižená osoba. Pokud osoba s postižením přijme své postižení jako hlavní znak sebe sama, pak často dochází ke změnám osobnosti a z nich vyplývající změny chování a reakce na okolí.

3.2.1 Ekonomická oblast

Nemožnost vykonávat jakékoli zaměstnání vede u tělesně postižených k omezení při výběru zaměstnání a tento užší výběr znamená v průměru nižší příjmy, než jsou u osob zdravých. U získaných postižení, kde dojde ke změně nebo ztrátě zaměstnání v důsledku postižení, jsou změny v osobním standardu, na který byl

postižený jedinec dříve zvyklý ještě markantnější. Tyto změny se týkají také společenského a ekonomického statusu.

3.2.2 Rodina a partnerské vztahy

Založení rodiny a partnerské vztahy má osoba s tělesným zdravotním postižením výrazně ztížené. Možnost setkávat se s lidmi má osoba s postižením díky omezené mobilitě výrazně ztížené. Často se také pohybují jen v omezeném okruhu přátel, což navázání partnerského vztahu rovněž ztěžuje.

(Kracík, 1984) uvádí, že často je tělesné postižení spojeno s pocitem méněcennosti. Jedinec si mnohdy připadá neschopný. V partnerství mluvíme nejen o duchovní rovině, ale partneři spolu samozřejmě prožívají i tělesný kontakt, který může být pro mnoho postižených stresujícím faktorem. Pro postiženého je tato situace zvláště náročná a tento problém je třeba systematicky s dospívajícím postiženým řešit prostřednictvím specificky orientované výchovy k partnerství, manželství a rodičovství.

V praxi velmi často vznikají partnerské vztahy mezi postiženými s podobným postižením, protože očekávají od partnera porozumění pro problémy, které sami prožívají

Krhutová, (2005) uvádí, že při získaném postižení dochází velmi často k rozpadu existujícího vztahu. Paradoxní je, že velmi často z popudu postiženého. Obvykle je proces adaptace provázen přecitlivělostí na projevy soucitu a útrpnosti. Často pak vztah ukončuje právě postižený partner, když je přesvědčen, že s ním ten druhý zůstává pouze se soucitu.

„Pro postiženého člověka má získání partnera větší význam než pro zdravého. Kromě uspokojení v intimní oblasti jde ve větší míře i o sociální hodnotu takového vztahu, o jeho symbolický význam“ (Vágnerová, 1999, s. 119)

3.2.3 Sport

Sport pomáhá osobám s tělesným postižením uvědomit si svůj potenciál, hranice svých možností a schopností. Na druhé straně je konfrontována realita toho, čím by chtěl být, s tím kým doopravdy je. Tyto faktory mohou postiženému pomoci objevit vlastní identitu a nové možnosti seberealizace.

Sport přináší do života novou motivaci, která při dosahování stanovených cílů může výrazně přispět k uvědomění si vlastní hodnoty a výrazně posílit sebevědomí.

V České Republice existuje Český svaz tělesně postižených sportovců (ČSTPS). ČSTPS je nestátní nezisková organizace, právní formou spolek, zaštiťující sportovní aktivity osob s pohybovým postižením (amputace, míšní léze a další typy postižení ať již vrozené, nebo v průběhu života získané vlivem úrazu nebo nemoci) od úrovně rehabilitační, rekreační až po výkonnostní a vrcholovou, tedy paralympijskou. V současné době sdružuje ČSTPS 54 klubů a provozuje 17 sportů z toho 11 paralympijských. (www.cstps.cz)

3.2.4 Životní perspektiva

Potřeby jedince s těžkým tělesným postižením nejsou kvalitativně odlišné od potřeb jedinců intaktních, ovšem rozdíl je pouze v možnosti jejich uspokojení, kdy v závislosti na tomto může docházet spíše ke kvantitativním přesunům (Vágnerová, Hadj-Mousová, Štech, 2000). Plnohodnotné společenské uplatnění osob s tělesným postižením je náročný proces, nikoli však nemožný. Vše záleží jednak na osobnosti postiženého člověka, ale také na okolí a společnosti, v níž žije. Lze konstatovat, že i přes veškerou existující podporu naší společnosti, přes veškerou legislativu i osvětu má ve společenském uplatnění osoba s tělesným postižením hendikep. Jako příklad lze uvést prakticky nulová mediální podpora paralympijského sportu a to i přesto, že je v něm Česká republika na mezinárodní úrovni, co se týče zisku medailí lépe než u sportu běžného.

3.3 Pracovní uplatnění tělesně postižených

Buchtová (2002) zmiňuje fakt, že práce zaujímá v životě člověka nezastupitelné postavení. Je důležitou podmínkou jeho důstojné existence, přináší mu nejen materiální prospěch, ale současně mu dává pocit seberealizace a společenské

užitečnosti. Vřazuje člověka do řádu sociálních vztahů, uspokojuje jeho potřeby ctížádosti, sebeuplatnění a sebeúcty.

Toto platí univerzálně pro všechny osoby bez ohledu na to, zda mají či nemají postižení. Osoba s postižením má ovšem podmínky v přístupu k práci ztížené.

Pokud se uchází osoba se zdravotním postižením o zaměstnání, bývá handicapována dvakrát, a to:

- 1) primárně – tzn. zdravotním stavem a společenským náhledem na jeho postižení a osobní možnosti,
- 2) sekundárně – nedostatky v obvyklých sociálních dovednostech a kompetencích (nízké sebehodnocení, nedostatečná znalost potřebných norem chování, neschopnost efektivní komunikace, selhávání ve vypjatých situacích,

přeceňování se nebo naopak podceňování pracovních omezení aj.) (Opatřilová, 2005).

Lidem se zdravotním postižením se poskytuje zvýšená ochrana na trhu práce. (www.mpsv.cz) Tato zvýšená ochrana spočívá ve využívání individuálních nástrojů pro pracovní integraci osob s postižením. Jedná se zejména o:

Pracovní rehabilitaci, která je souvislou činností zaměřenou na získání a udržení vhodného zaměstnání osoby se zdravotním postižením. Pracovní rehabilitaci zajišťuje na základě žádosti osoby s postižením krajské pobočky Úřadu práce ČR a hradí náklady s ní spojené. Krajská pobočka Úřadu práce v součinnosti s osobou se zdravotním postižením sestaví individuální plán pracovní rehabilitace.

Přípravu k práci, která obsahuje zapracování osoby se zdravotním postižením na vhodné pracovní místo na základě písemné dohody s Úřadem práce ČR. Příprava k práci může být prováděna s podporou asistenta. Tato příprava trvá nejdéle 24 měsíců.

Specializované rekvalifikační kurzy - jsou uskutečňovány za stejných podmínek jako rekvalifikace, s individuálním přihlédnutím k postižení daného uchazeče.

Tyto nástroje umožňují snadnější vstup pro osobu s tělesným postižením na trh práce. V zásadě mají osoby s tělesným postižením dvě možnosti. Buďto se zapojí do pracovního procesu na běžném trhu práce a nebo využijí pracovních příležitostí vytvářených v rámci dalších podpůrných nástrojů dle zákona o zaměstnanosti.

Uplatnění na běžném trhu práce se obvykle týká osob s vysokoškolským vzděláním, které jsou v oboru odborníky a tělesné postižení jim nebrání povolání vykonávat. Tam, kde je uplatnění na běžném trhu práce nemožné přináší legislativa další možnosti. Osoby s tělesným postižením mohou být zaměstnávány na chráněných pracovních místech nebo v chráněných pracovních dílnách.

3.3.1 Chráněné pracovní místo

Chráněné pracovní místo je vymezeno v §75 Zákona č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti a jedná se o pracovní místo, které je vytvořené zaměstnavatelem pro osobu se zdravotním postižením na základě písemné dohody s úřadem práce. Musí být provozováno po dobu nejméně 2 let ode dne sjednaného v dohodě. Na vytvoření takového chráněného pracovního místa může poskytnout úřad práce zaměstnavateli příspěvek.

3.3.2 Chráněná pracovní dílna

Chráněná pracovní dílna je vymezena v §76 Zákona č. 435/2004 Sb. O zaměstnanosti a jedná se o pracoviště zaměstnavatele, které je vymezené na základě dohody s úřadem práce, přizpůsobené pro zaměstnávání osob se zdravotním postižením. V průměrném ročním přepočteném počtu je zde zaměstnáno nejméně 60 % těchto zaměstnanců. Chráněná pracovní dílna musí být provozována po dobu nejméně 2 let ode dne sjednaného v dohodě. Na vytvoření chráněné pracovní dílny poskytuje úřad práce zaměstnavateli příspěvek.

Každý člověk, tedy i jedinec s těžkým tělesným postižením, touží po naplnění vlastního života. Jeho aspirační úroveň závisí na předchozí zkušenosti. Nebezpečí tkví v někdy rozporuplném vztahu mezi aspirační úrovní a

možnostmi a schopnostmi jedince, jež jsou do jisté míry omezeny tělesným postižením (Vágnerová, Hadj-Mousová, Štech, 2000).

4. Výzkumná část

V teoretické části jsme se zabývali možnostmi společenského a pracovního uplatnění osob s tělesným postižením. I přesto, že se společnost snaží o plnou integraci osob s postižením, může být realita toho, jak tyto možnosti subjektivně vnímají sami postižení jiná. Proto byla zvolena pro výzkumnou část práce porovnání vnímání spokojenosti s jednotlivými oblastmi života mezi osobami s postižením a běžnou populací. Ve výzkumu se zvláště zaměřím zejména na části dotazníku sledující spokojenost se společenským a pracovním uplatněním postižených.

4.1 Teoretická východiska a cíl výzkumu

Koncept kvality života je velmi abstraktní, a je ovlivněn mnoha faktory, které navíc působí dlouhodobě a někdy i rozporně. Dodnes není úplná shoda na jednotné definici. Existuje mnoho pokusů o její vystižení, zahrnující takové objektivní oblasti života, jako je dostupnost vody, potravy, bydlení či délka života prožitého ve zdraví. Zahrnuje ovšem i subjektivní vnímání života (pocit dobrého života a seberealizace, spokojenost se životem). Kvalita života se jako sousloví stává celostním pojmem a lze zaznamenat vzrůstající snahy o komplexní definování jejího obsahu (Svobodová, 2006).

4.1.1. Metody výzkumu

Dotazníkové šetření mezi osobami cílové skupiny tělesně postižených a zdravých osob. Jako metodu výzkumného šetření byl zvolen dotazník kvality života SQUALA (Subjective QUALity of Life Analysis), který byl původně vytvořen ve Francii v roce 1992 a jeho autorem je Mathieu Zannotti a poté byl převeden do českého prostředí Dragomireckou, Bartoňovou, Motlovou (2006).

Filozofickým kořenem dotazníku je Maslowova pyramida potřeb. Dotazník SQUALA se skládá z 23 oblastí, zahrnujících vnější i vnitřní faktory, které ovlivňují běžný lidský život.

Respondent subjektivně hodnotí každou oblast na pětistupňové škále, kde odpověď č. 1 znamená v hodnocení důležitosti odpověď „nezbytné“ a v hodnocení spokojenosti „zcela spokojen“. Odpověď č. 5 vyjadřuje odpověď „bezvýznamné“ nebo „velmi zklamán“.

Dotazník má dvě části. V první části respondent hodnotí jak jsou dané oblasti pro život důležité. Ve druhé části pak hodnotí respondent jak je s těmito oblastmi života spokojený.

Dotazník SQUALA je rozdělen do pěti rovin:

- 1 – abstraktní hodnoty (pocit bezpečnosti, spravedlnost, svoboda, krása a umění, pravda)
- 2 – zdraví (zdraví, fyzická soběstačnost, psychická pohoda, péče o sebe sama)
- 3 – blízké vztahy (rodinné vztahy, láska, sexuální život)
- 4 – volný čas (spánek, vztahy s ostatními lidmi, odpočinek, koníčky)
- 5 – základní potřeby (práce, prostředí a bydlení, peníze, jídlo).

Výsledek zkoumání je v souladu s definicí Světové zdravotnické organizace, která považuje za základní měřítko při posuzování kvality života to, jak jedinec tuto kvalitu subjektivně vnímá a hodnotí. Dotazník poskytuje výsledek ve formě profilu, ukazujícího, které části života jsou postižením nejvíce zasaženy a jejich porovnání se vzorkem zdravé populace. Česká verze dotazníku SQUALA byla vytvořena výše uvedenými pracovníky Laboratoře psychiatrické demografie Psychiatrického centra Praha v rámci projektu „Kvalita života“.

Kvalita života je kompletní kritérium používané k hodnocení efektivitě sociální péče. Opírá se buď o širší definici zahrnující zdraví, sociální postavení, mezilidské vztahy, materiální podmínky, přehled denních aktivit, nebo o jedno měřítko, např. o životní spokojenost. Závisle na pojetí se dá kvalita života kvantifikovat souborem hodnot nebo jednou hodnotou. Nástroji užívanými k hodnocení kvality života jsou sebesposuzovací škály, dotazníky, strukturovaný rozhovor, někdy i posouzení jinou osobou. (Matoušek, 2003)

4.2 Hypotézy

Pro výzkum byly stanoveny tyto hypotézy:

1. Subjektivní vnímání kvality života bude rozdílné u zdravé populace a u osob s tělesným postižením.
2. Subjektivní spokojenost se zdravím bude u osob s tělesným postižením nižší než u osob zdravých.
3. Spokojenost v pracovním uplatnění bude u osob s postižením nižší než u osob zdravých
4. Spokojenost se společenským uplatněním bude nižší u osob s postižením oproti osobám zdravým.
5. Základní potřeby budou shodně důležité pro obě cílové skupiny šetření. Spokojenost s jejich naplněním bude rozdílná u osob s postižením a u osob zdravých.

4.3 Analýza

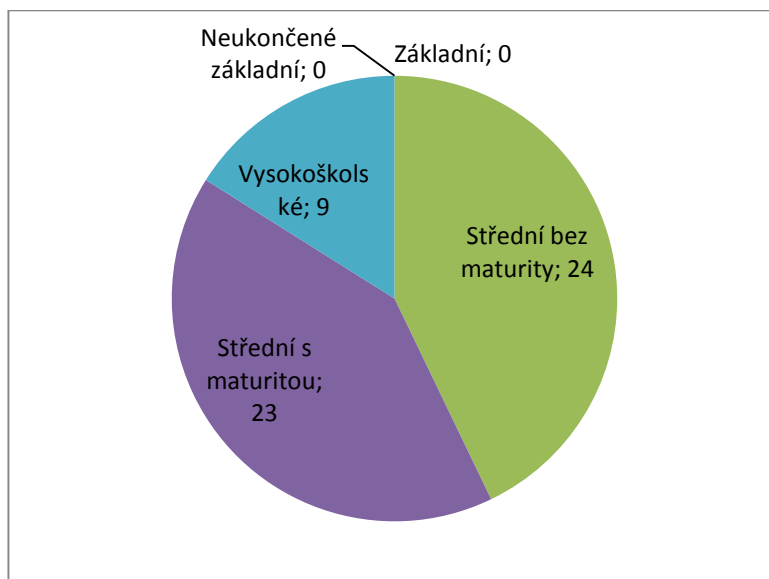
4.3.1. Analýza respondentů

Respondenty dotazníku byli tělesně postižení z regionu Moravskoslezského kraje. Jednalo se o klienty a zaměstnance organizace Reintegra. Tento vzorek byl porovnán s početně stejným vzorkem osob zdravých ze stejného regionu. Prvně byl dotazník použit u osob s tělesným postižením a následně u stejné velké skupiny osob zdravých. Obě skupiny měly shodně 56 osob. Šetření probíhalo průběžně v rámci osobních a skupinových konzultací s kariérními poradci organizace Reintegra od září do prosince 2014. Na jednotlivých konzultacích byl respondentům představen dotazník SQUALA a následně byli požádáni, aby vyplnili obě jeho části. Po ukončení dotazníkové části s osobami s postižením, byli osloveni s prosbou o vyplnění dotazníku osoby z mého okolí ve shodném počtu 56 osob.

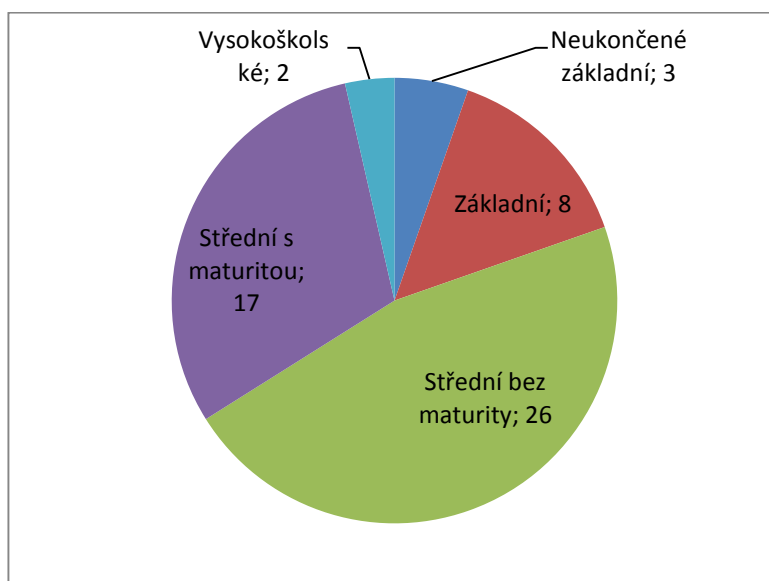
Z hlediska pohlaví se výzkumu zúčastnilo ze skupiny osob s postižením 18 mužů a 38 žen. Ve skupině zdravých osob převládali muži a to v poměru 34:22. Z

hlediska věkového složení byl průměrný věk u osob s postižením 45,4 let a u osob z běžné populace 41,6 let. Z hlediska věku si tedy byly obě skupiny respondentů podobné. Vzhledem k lokalizaci výzkumu byli všichni respondenti obyvateli měst obcí do 50000 obyvatel. Následující grafy 1 a 2 nám ukazují rozvrstvení z hlediska dosaženého vzdělání.

Graf č. 1. Struktura dosaženého vzdělání - respondenti běžná populace

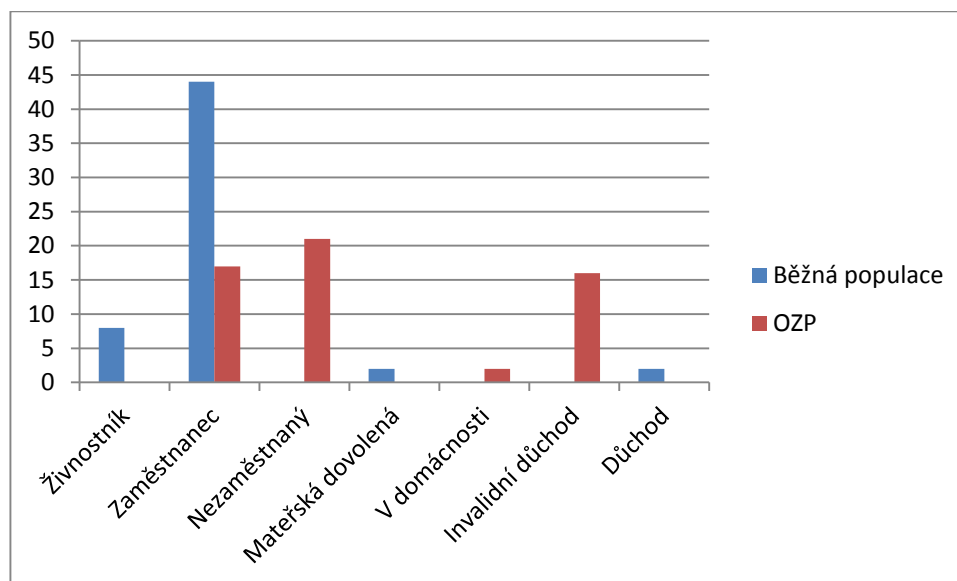


Graf č. 2. Struktura dosaženého vzdělání - respondenti s postižením



Ze vzdělanostní struktury respondentů vyplývá, že vzorek osob z běžné populace má vyšší úroveň vzdělání než vzorek osob s postižením. Největší rozdíly ve vzorcích respondentů byly v zaměstnání a subjektivnímu hodnocení finanční situace.

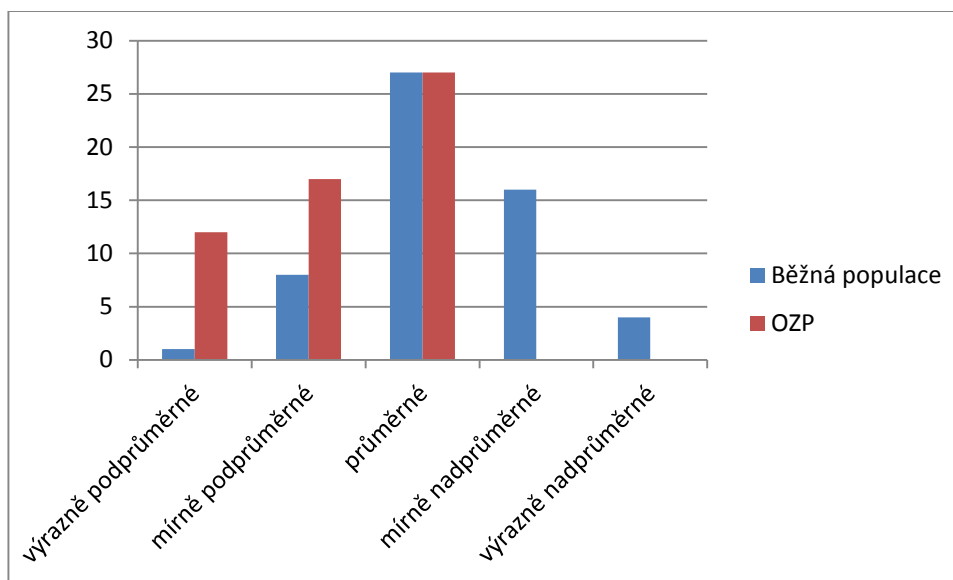
Graf č. 3. Zaměstnání



Z hlediska zaměstnání byla většina osob s běžné populace ekonomicky aktivní. 44 osob bylo v zaměstnání a 8 osob provozuje živnost. Oproti tomu osoby s postižením byly většinou ekonomicky neaktivní. 21 osob bylo nezaměstnaných a 16 osob pobíralo invalidní důchod.

Z těchto skutečností vyplývá i následující graf ukazující subjektivní hodnocení hmotného zabezpečení na základě otázky Jak byste v porovnání s ostatními rodinami (popř. jednotlivci v případě, že žijete sám/sama) hodnotil/a svou finanční situaci a hmotné zabezpečení.

Graf č.4. Hodnocení hmotného zabezpečení



V hodnocení hmotného zabezpečení se v obou skupinách respondentů shodně 26 osob považuje za průměrně hmotně zabezpečené. Nadprůměrně či výrazně nadprůměrně se neohodnotil žádný respondent ze skupiny osob s postižením. Naopak hodnocení mírně podprůměrné a výrazně podprůměrné bylo výrazně méně zastoupeno u osob běžné populace.

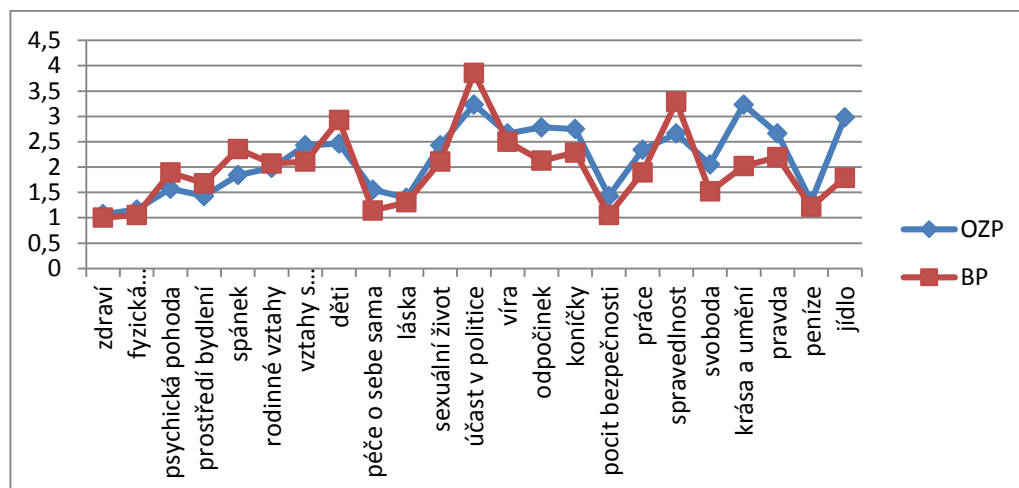
Z hlediska dosaženého vzdělání, ekonomické aktivity a hodnocení hmotného zabezpečení vykazují obě skupiny respondentů odlišnosti. Tyto odlišnosti mohou mít vliv na výsledné porovnání subjektivní kvality života a skutečnosti těchto rozdílů bude potřeba vzít v potaz při analýze.

4.3.2. Analýza hodnocení důležitosti

V první části dotazníku SQUALA hodnotí respondenti jak jsou daná témata v jejich životě a pro ně osobně důležitá. Pro hodnocení byla použita škála od "nezbytné", která byla označena 1 až po "bezvýznamné" označené 5. Pro porovnání obou vzorků byl vypočítán aritmetický průměr u každé z 23 oblastí. Čím blíže je výsledný průměr číslu 1, tím větší význam dané oblasti skupina přikládá. Naopak čím vyšší je výsledný průměr, tím nižší je i důležitost přikládaná danou skupinou příslušné oblasti. Následující graf představuje

porovnání aritmetických průměrů obou skupin vzhledem ke každé dotazované oblasti.

Graf č. 5. Hodnocení důležitosti



Pro porovnání důležitostí jednotlivých oblastí se zaměříme na analýzu největších shod a rozdílů v důležitosti uvedeného jednotlivými skupinami. Dále porovnáme oblasti, které se týkají pracovního a společenského života obou skupin.

Jako nejdůležitější oblasti života uvedly shodně obě skupiny zdraví, fyzickou soběstačnost, schopnost postarat se a pečovat o sebe, lásku, pocit bezpečí, a peníze.

Jako nejméně důležité pak účast v politice, spravedlnost a u OZP to byly také krása a umění a jídlo.

Největším rozdílem mezi oběma skupinami bylo jídlo a krása a umění. Jídlo je základní potřebou a je nutné pro všechny. Otázka ve standardizovaném dotazníku je ovšem formulována jako dobré jídlo. Takto formulována může evokovat představu nikoli jídla jako základní potřeby, ale jeho kvality. Kvalita jídla může být posuzována individuálně jinak než nutnost jídla jako takového. Vzhledem k tomu že je jídlo základní potřebou lze předpokládat, že rozdíl v hodnocení jeho důležitosti vznikl rozdílným nárokem na jeho kvalitu.

Dalším významným rozdílem je pojetí důležitosti krásy a umění. Při analýze zkoumaných vzorků osob vyplynulo, že skupina osob zdravých je na rozdíl od osob s postižením složena převážně z osob zaměstnaných a výše hodnotících

svou situaci z hlediska hmotného zabezpečení. Hodnocení vyšší důležitosti krásy a umění mezi skupinou běžné populace, jakožto výše postavenou abstraktní hodnotu v Maslowově pyramidě, lze vysvětlit právě výše zmíněným rozdílem v obou skupinách respondentů.

Vzhledem k velikosti obou skupin a poměru mezi celkovou populací, lze konstatovat, že z hlediska důležitosti hodnotí obě skupiny základní oblasti života velmi podobně.

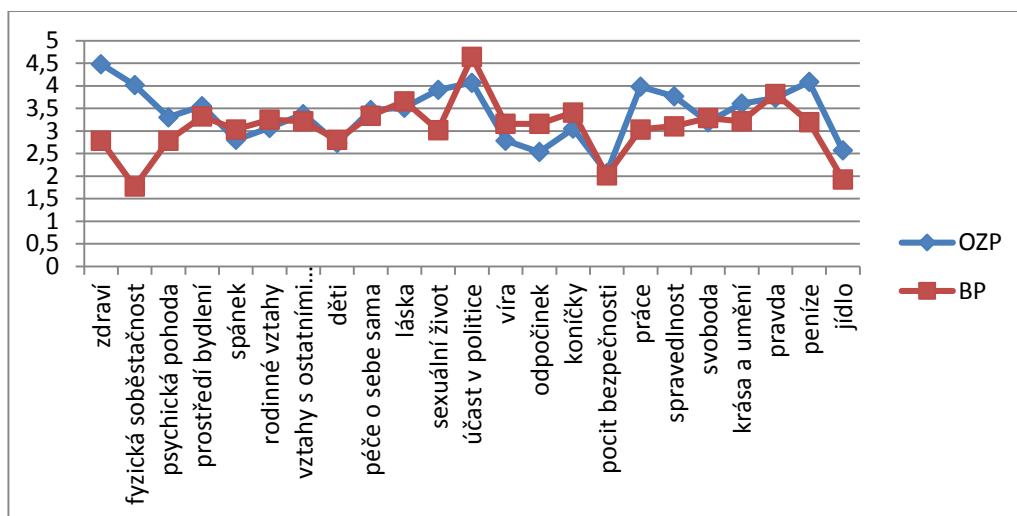
Z hlediska oblastí týkajících se práce byla důležitost práce jako takové o něco více hodnocena populací zdravou. Toto může být způsobeno faktem, že mezi respondenty z řad postižených osob bylo 16 poživatelů invalidního důchodu, kteří jsou tímto důchodem "zajištěni" a nemají takovou potřebu hledání zaměstnání, jako je u běžné populace. Rovněž nižší hodnocení důležitosti odpočinku ve volném čase bylo nižší u osob s postižením což je dáno počtem nezaměstnaných osob v této skupině respondentů a tedy i nižší potřebou odpočívat ve volném čase než u osob zaměstnaných.

Z hlediska důležitosti oblastí společenských (vztahy, koníčky, láska, volný čas) jsou v obou skupinách minimální rozdíly a tyto hodnoty hodnotí obě skupiny respondentů jako podobně důležité.

4.3.3. Analýza hodnocení spokojenosti

V předchozí kapitole jsme provedli analýzu toho, jakou důležitost jednotlivým oblastem přikládají osoby s postižením a osoby ze vzorku běžné populace. V životě je vždy na jedné straně důležitost, kterou dané oblasti přisuzujeme a subjektivní vnímání toho jak je tato oblast v životě naplněna. Následující graf hodnocení spokojenosti nám ukazuje, jak jsou obě skupiny respondentů s jednotlivými oblastmi ve svém životě subjektivně spokojeni.

Graf č. 6. Hodnocení spokojenosti



Hodnocení subjektivní míry spokojenosti proběhlo podobně jako u hodnocení důležitosti. Graf zahrnuje opět aritmetický průměr jednotlivých hodnocení, které proběhly na shodné škále jako hodnocení důležitosti. A nižší výsledný průměr znamená vyšší spokojenost s danou oblastí.

Respondenti z běžné populace vyjádřili největší spokojenost s fyzickou soběstačností, pocitem bezpečí a kvalitou jídla. U osob s postižením je to pocit bezpečí následovaný kvalitou jídla a odpočinku. U obou skupin dochází k velkým rozporům mezi důležitostí některých oblastí a jejich spokojeností s nimi. Následující tabulka nám ukazuje rozpor mezi oblastmi, které obě skupiny uvedly jako nejdůležitější a subjektivní spokojeností s nimi.

Tabulka č. 1 Porovnání nejdůležitějších oblastí s hodnocením jejich spokojenosti

	BP		Rozdíl	OZP		Rozdíl
	D	S		D	S	
Zdraví	1	2,7857	1,78571	1,071429	4,482143	3,41071
Fyzickou soběstačnost	1,0535	1,7678	0,71428	1,16071	4,01785	2,85714
Péče o sebe sama	1,142	3,3392	2,1964	1,55357	3,46428	1,9107
Láska	1,303	3,6607	2,3571	1,39285	3,51785	2,125
Pocit bezpečí	1,053	2,0178	0,9642	1,42857	2,07142	0,6428
Peníze	1,214	3,1964	1,9821	1,32142	4,08928	2,7678

Hodnota BP D představuje běžnou populaci důležitost, BP S je spokojenost běžné populace, OZP D je důležitost osob s postižením a OZP S je jejich spokojenost. Hodnota rozdíl představuje rozdíl mezi důležitostmi a spokojeností. Čím je hodnota rozdíl nižší tím je menší rozdíl mezi důležitostmi dané oblasti a spokojenosti s ní. Naopak čím je rozdíl větší, tím je vyšší rozdíl mezi důležitostmi oblasti a jejím naplněním. Červeně jsou vyznačeny 3 nejvyšší rozdíly mezi důležitostmi a spokojeností a zelenou pak nejmenší rozdíly.

Z tabulky lze vyčíst, že nejvyšší rozdíly mezi důležitostmi a naplněním jsou u sledované skupiny osob s postižením oblasti zdraví, fyzické soběstačnosti a peněz. Naopak nejmenší rozdíl je u obou skupin v pocitu bezpečí a u osob zdravých také spokojenost s fyzickou soběstačností.

Z oblastí stanovených oběma skupinami jako důležité hodnotí osoby s postižením nízkou spokojeností oblasti zdraví, fyzické soběstačnosti a peněz. Výsledný rozdíl v ostatních důležitých oblastech je u obou skupin srovnatelný. Dalšími oblastmi, kde je rozdíl mezi hodnocením oběma skupinami nejvyšší, jsou kromě zmíněných oblastí také psychická pohoda, sexuální život, práce, spravedlnost a kvalita jídla. U těchto oblastí byla vyjádřena spokojenost osobami z běžné populace vyšší než u osob s postižením. Naopak u oblastí účast v politice, víra a odpočinek byla vyjádřena spokojenost o něco vyšší u osob s postižením.

Z hlediska spokojenosti v oblasti práce jsou osoby s postižením méně spokojené. Jedinou oblastí, kde je spokojenost vyšší, byl odpočinek. Tento výsledek je pravděpodobně dán i tím, že byla velká skupina respondentů s postižením nezaměstnaná. Z výsledků u osob zdravých lze konstatovat, že i přesto, že práci mají, ne vždy jsou s ní, jejími podmínkami a ohodnocením spokojeni. Každopádně jsou v oblasti práce spokojenější.

Co se týče spokojenosti se společenskými oblastmi (vztahy, koníčky, láska, sexuální život, volný čas, účast v politice apod..) je spokojenost v těchto oblastech srovnatelná mezi oběma vzorky. Výjimku tvoří nižší spokojenost postižených v sexuálním životě a naopak o něco vyšší spokojenost této skupiny se zapojením do politiky.

4.4. Závěr výzkumu

Výzkum potvrzuje předpokládané snížení kvality života v 9 z celkového počtu 23 sledovaných životních oblastí, které standardizovaný dotazník SQUALA obsahuje. Tento úbytek je patrný zejména ve dvou okruzích. 1. oblast zdraví, zahrnující kromě zdraví i psychickou pohodu a fyzickou soběstačnost a 2. oblast práce. Výzkum nám odpověděl na stanovené hypotézy takto:

Hypotéza 1. se potvrdila. Subjektivní vnímání kvality života je rozdílné u zdravé populace a u osob s tělesným postižením. Největší rozdíly byly zjištěny v oblasti spokojenosti se zdravím a v pracovním životě.

Hypotéza 2. se rovněž potvrdila. Subjektivní spokojenost se zdravím byla u osob s tělesným postižením výrazně nižší než u osob zdravých.

Hypotéza 3. se potvrdila. Spokojenost v pracovním uplatnění u našeho výzkumného vzorku byla u osob s postižením nižší než u osob zdravých.

Hypotéza 4. se nepotvrdila. Spokojenost se společenským uplatněním nebyla nižší u osob s postižením oproti osobám zdravým. V oblastech určujících společenské uplatnění byly rozdíly mezi vzorkem běžné populace a osobami s postižením velmi malé a lze konstatovat, že osoby zdravé nebyli se svým společenským uplatněním spokojenější než osoby s postižením.

Hypotéza 5. se potvrdila částečně. Základní potřeby nejsou shodně důležité pro obě cílové skupiny šetření. Jsou si jen velmi podobné. Vzhledem k velikosti sledovaných vzorků a možnosti individuální interpretace jednotlivých oblastí respondenty, lze odchylku v základních potřebách možno považovat za minimální. Spokojenost naplněním důležitých potřeb byla rozdílná u osob s postižením a u osob zdravých.

Při shromažďování dat pro mojí bakalářskou práci jsem narazila na velmi zajímavý výzkum Brickmana, Coatese a Janoff-Bulmana z roku 1978. V tomto výzkumu srovnali spokojenost 22 výherců loterie s 29 ochrnutými oběťmi nehod. Výzkum potvrdil jejich předpoklad, kdy se subjektivní pocit štěstí u výherců i postižených bezprostředně po události změnil. Zajímavé, ale bylo, že po čase při opakování výzkumu se stejnými osobami se pocity štěstí navrátili na původní hodnoty. Výherci loterie nebyli šťastnější než postižení. Tento fakt vysvětlovali tím, že výherci loterie měli mnohem méně radosti z obyčejných věcí a naopak u osob s postižením se potvrdila obrovská úroveň schopnosti adaptace na nové podmínky.

5. Závěr

V posledních 25 se postoj v České společnosti k tělesně postiženým výrazně mění. Integrace osob s tělesným postižením do pracovního procesu stejně jako

jejich podíl na společenském životě je aktuálním a diskutovaným tématem. Velký posun je vidět ve vnímání osob s postižením společnosti jako konkrétní osoby, člověka, jedince a pozornost již není směřována výhradně na postižení, ale i na potenciál, který tyto osoby mají, možnosti jeho využití pro společnost a je věnováno úsilí pro pomoc a podporu těchto spoluobčanů. Vnímání lidského jedince nemůže být omezeno pouze na jeho nedostatek a to co mu chybí, či to co nemůže, ale mělo by být zaměřeno zejména na jeho individuální schopnosti a možnosti a hledání cest jak tento potenciál využít.

Tělesné postižení je výrazným zásahem do života jedince i osob v jeho blízkém okolí. I přesto, že je tělesně postiženým osobám věnována zvýšená pozornost a existuje mnoho nástrojů a zákonů, které jistě přispívají k jejich integraci, je skupina tělesně postižených skupinou ohroženou na trhu práce a nezaměstnanost této skupiny obyvatel je výrazně vyšší než u běžné populace. Podobně je to i na poli společenského uplatnění.

Pracovní a společenské uplatnění individuální záležitostí každého člověka bez ohledu na to, zda je postižený či ne. Vše závisí na individualitě každého člověka, jeho motivaci, vzdělání, intelektu a chuti prožít každý den na plno. Osoby s postižením musejí při své realizaci překonat více překážek než osoby bez postižení a i výzkum v této práci potvrdil, že je, i přes existující pomoc a podporu společnosti, překonání těchto bariér těžkým úkolem pro každého jednotlivce, a že i přes podporu společnosti bude subjektivní spokojenost postiženého jedince v mnohých oblastech na nižší úrovni než u osob zdravých.

Všechno snažení se o integraci postižených osob do společnosti vychází z principů normalizace, tedy vytváření takového prostředí, aby bylo možné pro osoby s postižením vést normální život. Pro takovou snahu je potřeba aby do ní byla zapojena celá společnost a v tomto ohledu je ještě potřeba noho udělat.

Základní odborná literatura:

BENDO VÁ, P. *Manuál základních postupů jednání při kontaktu s osobami s tělesným postižením*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. ISBN 978-80-244-1631-1.

BUCHTOVÁ, B. a kol. *Nezaměstnanost. Psychologický, ekonomický a sociální problém*. Praha : Grada Publishing a.s., 2002. ISBN 80-247-9006-8.

DRAGOMIRECKÁ, E a kol.: *Příručka pro uživatele české verze Dotazníků subjektivní kvality života SQUALA*. Praha: PCP, 2006. 68 s. ISBN 80-85121-47-6.

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

JESENSKÝ, J. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. Praha: UK, 1995. ISBN 80-7066-941-1.

JOUZA, L. *Zákon o zaměstnanosti a předpisy související s komentářem*. Praha : Polygon, 2004. ISBN 80-7273-111-4.

KRACÍK, J., *Patopsychologie postiženého dítěte - Tělesně a zdravotně postižené dítě*, 1. vyd. Praha, Univerzita Karlova v Praze, 1984, 86 s. ISBN 17-292-84.

KRHUTOVÁ, L., MICHALÍK, J., POTMĚŠIL, M., NOVOSAD, L., VALENTA, M. *Občané se zdravotním postižením a veřejná správa*. Olomouc: Univerzita Palackého. 2005. 268 s. ISBN 80-244-1168-7.

KURKOVÁ, P., a kol. *Nevidíme, neslyšíme, nechodíme, přesto si však rozumíme*. 1. vyd. Olomouc: UP Olomouc, 2008. 71 s. ISBN 978-80-244-1964-0

KŘIVOHLAVÝ, J.: *Psychologická rehabilitace zdravotně postižených*. Praha, Avicenum.1985. ISBN 08-032-85.

LINHARTOVÁ, Věra. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetrující personál*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5.

MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Praha : Portál, 2003. ISBN 80-7178-549-0.

MATOUŠEK, O. *Sociální služby*. Praha : Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9.

NOVOSAD, J. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*. Praha : Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-7.

NOVOSAD, L., NOVOSADOVÁ, M. *Ucelená rehabilitace lidí se zdravotním, zejména somatickým, postižením: uvedení do problematiky*. Liberec: Technická univerzita, 2000. ISBN 80-7083-383-1.

OPATŘILOVÁ, D.: *Metody práce u jedinců s těžkým postižením a více vadami*. Brno, MU 2005. ISBN 80-210-3819-5

OPATŘILOVÁ, D., ZÁMEČNÍKOVÁ, D.: *Předprofesní a profesní příprava zdravotně postižených*. Brno, MU 2005. ISBN 80-210- 3718-0.

PLESNÍK, V., FALDYNOVÁ, Z., RICHTEROVÁ, B., KOMÁRKOVÁ, J. *Nový dvanáctiměsíční program. Integrace dlouhodobě nezaměstnaných osob se zdravotním postižením zpět do pracovního procesu*. Krnov: REINTEGRA, 2003. ISBN není

PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J. *Pedagogický slovník*. Praha : Portál, 4. vyd. 2003. ISBN 80-7178-772-8.

RENOTIÉROVÁ, Marie. 2002. *Somatopedické minimum*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2002. ISBN 80-244-0532-6.

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

Střednědobá koncepce státní politiky vůči občanům se zdravotním postižením. Praha : Úřad vlády ČR, 2004. ISBN 80-86734-22-6.

VALENTOVÁ, L.; HADJ MOUSSOVÁ, Z.. *Poradenství jako specifický typ psychologické pomoci*. In: HADJ MOUSSOVÁ, Z. a kol. *Pedagogicko-psychologické poradenství I. Vybrané problémy*. Praha: PdF UK 2005. ISBN 80-7290-215-6

VÁGNEROVÁ, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha, Portál 1999. ISBN 80-7178-678-0.

VÁGNEROVÁ, Marie, HADJ-MOUSSOVÁ, Zuzana a ŠTECH, Stanislav. *Psychologie handicapu*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2000, ISBN 8071849294.

VOTAVA, J. a kol. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha, Univerzita Karlova v Praze – nakladatelství Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0708-5.

Internetové zdroje:

www.nrzp.cz

www.mpsv.cz

www.csu.cz

Seznam tabulek a grafů:

Seznam grafů:

Graf č.1. Struktura dosaženého vzdělání - respondenti běžná populace....	48
Graf č.2. Struktura dosaženého vzdělání - respondenti s postižením.....	48
Graf č.3. Zaměstnání.....	49
Graf č.4. Hodnocení hmotného zabezpečení.....	50
Graf č.5 .Hodnocení důležitosti.....	51
Graf č.6. Hodnocení spokojenosti.....	53

Seznam tabulek:

Tabulka č. 1. Porovnání nejdůležitějších oblastí s hodnocením jejich spokojenosti.....	54
--	----

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Iveta Richter Jančová

Obor: Vzdělávání dospělých

Forma studia: kombinovaná

Název práce: Tělesné postižení v dospělosti a možnosti tělesně postižených ve společenském a pracovním uplatnění

Rok: 2015

Počet stran bez příloh: 62

Celkový počet stran příloh: 4

Počet titulů české literatury a pramenů: 26

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 0

Počet internetových zdrojů: 3

Vedoucí práce: PhDr. Zuzana Hadj Moussová