



evropský  
sociální  
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ,  
MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY



OP Vzdělávání  
pro konkurenceschopnost



UNIVERSITAS  
OSTRAVIENSIS

INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

# Sociální práce a lidé se zdravotním postižením

Lenka Krhutová

ČÍSLO OPERAČNÍHO PROGRAMU: CZ.1.07  
NÁZEV OPERAČNÍHO PROGRAMU:  
OP VZDĚLÁVÁNÍ PRO KONKURENCESCHOPNOST  
PRIORITNÍ OSA: 2  
ČÍSLO OBLASTI PODPORY: 2.2

**KOMPETENCE ABSOLVENTŮ OU ZAMĚŘENÉ NA ROVNOST  
PŘÍLEŽITOSTÍ NA TRHU PRÁCE**

REGISTRAČNÍ ČÍSLO PROJEKTU: CZ.1.07/2.2.00/15.0456

**OSTRAVA 2013**

Tento projekt je spolufinancován Evropským sociálním fondem a státním rozpočtem České republiky

Název: Sociální práce a lidé se zdravotním postižením

Autorka: Mgr. Lenka Krhutová, Ph.D.

Vydání: druhé, 2013

Počet stran: 149

ISBN: 978-80-7464-290-6

Jazyková korektura nebyla provedena, za jazykovou stránku odpovídá autorka.

© Mgr. Lenka Krhutová, Ph.D.

© Ostravská univerzita v Ostravě

## OBSAH

Úvod	6
<b>1 POZICE SOCIÁLNÍ PRÁCE V SYSTÉMU UCELENÉ REHABILITACE</b>	
1.1 Kdo je „zdravotně postižený“?	11
1.2 Historické aspekty vztahu společnosti k lidem s postižením	13
1.3 Koordinovaná rehabilitace	15
1.4 Role sociálního pracovníka v interdisciplinárním týmu KRHC	17
<b>2 TEORIE, MODEL Y A TYPOLOGIE ZDRAVOTNÍHO POSTIŽENÍ</b>	
2.1 Teorie zdravotního postižení	19
2.2 Modely zdravotního postižení	21
2.3 Typologie zdravotního postižení	23
2.4 Počty osob se zdravotním postižením	24
<b>3 KOMPLEXITA SOCIÁLNÍHO Fungování ČLOVĚKA S POSTIŽENÍM</b>	
3.1 Komplexita	26
3.2 Sociální fungování	27
3.3 Překážky sociálního fungování člověka s postižením	29
3.4 Univerzální plánování	33
<b>4 INTERVENCE SOCIÁLNÍ PRÁCE S LIDMI SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM, KLÍČOVÉ KONCEPTY</b>	
4.1 Sociální práce jako profese lidských práv	41
4.2 Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením	42
4.3 Intervence sociální práce s klienty se zdravotním postižením	44
4.3.1 Koncept Zplnomocnění	45
4.3.2 Koncept Rovné příležitosti	45
4.3.3 Koncept Nezávislý způsob života	47
<b>5 K SOCIÁLNÍ PRÁCI S JEDNOTLIVCEM</b>	
5.1 Příčiny vzniku zdravotního postižení	49
5.2 Doba vzniku a délka trvání zdravotního postižení	50
5.3 Individuální důsledky zdravotního postižení	54
5.3.1 Osobní sféra	51
5.3.2 Ekonomická sféra	53
5.3.3 Společenská sféra	54
5.4 Identita v kontextu vývojového a získaného postižení	56
5.5 Strategie zvládání zdravotního postižení	57
5.6 Jazykové stereotypy a komunikace	59
<b>6 K SOCIÁLNÍ PRÁCI S RODINOU</b>	
6.1 Partnerské vztahy a zdravotní postižení	62
6.2 Zdravotní postižení v rodině	63
6.2.1 Pečující rodiny	64
6.2.2 Sourozenecké konstelace	67
6.3 Sexualita a zdravotní postižení	69
6.4 Etické otázky genetiky	71

<b>7 NÁSILÍ S LIDÉ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM</b>	
7.1 Typy a znaky násilí	76
7.2 Člověk s postižením jako oběť	78
7.3 Člověk s postižením jako agresor	81
<b>8 K SOCIÁLNÍ PRÁCI SE SKUPINOU</b>	
8.1 Svépomocné skupiny	85
8.2 Svépomocné organizace osob s postižením	86
8.3 Kdo je odborníkem?	88
<b>9 K SOCIÁLNÍ PRÁCI S KOMUNITOU</b>	
9.1 Komunitní sociální práce ve vztahu k lidem s postižením	90
9.2 Organizace osob se zdravotním postižením v ČR	92
9.3 Mezinárodní organizace osob se zdravotním postižením	92
<b>10 VEŘEJNÁ POLITIKA V ČR A LIDÉ S POSTIŽENÍM I.</b>	
10.1 Zdravotní politika	95
10.2 Vzdělávací politika	99
<b>11 VEŘEJNÁ POLITIKA V ČR A LIDÉ S POSTIŽENÍM II.</b>	
11.1 Systémy sociální ochrany	104
11.2 Dávky státní sociální podpory	105
11.3 Dávky sociální péče	105
11.3.1 Mimořádné výhody I., II. a III. stupně	106
11.3.2 Příspěvek na péči	107
11.3.3 Příspěvek na mobilitu	111
11.3.4 Příspěvek na zvláštní pomůcku	111
11.4. Dávky důchodového pojištění – invalidní důchod	112
11.5 Sociální služby	113
11.6 Politika zaměstnanosti	124
<b>12 SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO KLIENTY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM</b>	
12.1 Typologie sociálních služeb dle zákona o sociálních službách	121
12.2. Osobní asistence	122
12.2.1 Sebeurčující osobní asistence	126
12.2.2 Řízená osobní asistence	127
<b>13 MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE FUNKČNÍCH SCHOPNOSTÍ, DISABILITY A ZDRAVÍ</b>	129
Přílohy	134

## Použité symboly a jejich význam



**Průvodce studiem** – vstup autora do textu, zpravidla úvodní informace ke studované kapitole.



**Klíčová slova**



**Čas potřebný k prostudování kapitoly**



**Příklad** – objasnění nebo konkretizování problematiky na příkladu ze života, z praxe, ze společenské reality, apod.



**Pojmy k zapamatování**



**Shrnutí** – shrnutí předcházející látky, shrnutí kapitoly



**Literatura** – použitá ve studijním materiálu, pro doplnění a rozšíření poznatků



**Kontrolní otázky a úkoly** – prověřují, do jaké míry studující text a problematiku pochopil, zapamatoval si podstatné a důležité informace a zda je dokáže aplikovat při řešení problémů. Kontrolní otázky mohou být použity v testu.



**Úkoly k textu** – je potřeba je splnit neprodleně, neboť pomáhají dobrému zvládnutí následující látky. Pokud není uvedeno jinak, jejich plnění se vyučujícím nezasílá a předpokládá se, že úkol student splnil. Obsah úkolu může být součástí testu.



**K zamyšlení**



**Část pro zájemce** – přináší látku a úkoly rozšiřující úroveň základního kurzu. Pasáže a úkoly jsou dobrovolné



**Odkaz na studijní materiál v Moodle** – má charakter Úkolu k textu

## Úvod

Vážené studentky a studenti,

otevíráte skripta – jednu ze studijních opor k výuce studijního kurzu *Sociální práce a lidé se zdravotním postižením*, který je součástí studijních plánů bakalářských programů Sociální práce – obor Sociální práce a Zdravotně sociální péče – obor Zdravotně sociální pracovník na Fakultě sociálních studií Ostravské univerzity (FSS OU).<sup>1</sup>

Cílem kurzu je rozvoj profesní kompetence v oblasti individuální, skupinové a komunitní sociální práce s lidmi se zdravotním postižením včetně sociální práce s rodinou.

Po prostudování studijní opory

### **budete znát**

- komplexitu sociálního fungování lidí se zdravotním postižením,

### **získáte**

- přehled o základních tématech v oblasti sociální práce s lidmi se zdravotním postižením,
- předpoklady pro absolvování odborných praxí s klienty se zdravotním postižením a pro práci v interdisciplinárních týmech v systému ucelené rehabilitace,

### **budete schopni**

- porozumět souvislostem zdravotního postižení a jeho dopadům pro společnost / jedince / rodinu / komunitu,
- identifikovat charakteristiky nepříznivé životní situace klienta/klientů sociální práce se zdravotním postižením,
- navrhnout řešení nepříznivé životní situace klienta/klientů se zdravotním postižením z perspektivy empowerment,
- aktivně pracovat s primární literaturou a sekundárními zdroji.

---

<sup>1</sup> Na Ostravské univerzitě je kurz vyučován od roku 2004 – původně pro pětiletý magisterský obor Sociální práce se zdravotnickým profilem na tehdejší Zdravotně sociální fakultě OU, od roku 2008 na Fakultě sociálních studií OU.

## Obsah studia

1. Pozice sociální práce v systému koordinované rehabilitace.
2. Teorie, modely a typologie zdravotního postižení.
3. Komplexita sociálního fungování člověka s postižením.
4. Intervence sociální práce s lidmi se zdravotním postižením, klíčové koncepty.
5. K sociální práci s jednotlivcem / Identita v kontextu vývojového a získaného zdravotního postižení, copingové strategie.
6. K sociální práci s rodinou / Zdravotní postižení v rodině a partnerských vztazích, sexualita, etické otázky genetiky.
7. Násilí a lidé se zdravotním postižením.
8. K sociální práci se skupinou / Svépomocné skupiny.
9. K sociální práci s komunitou / Organizace osob se zdravotním postižením, mezinárodní hnutí.
10. Veřejná politika ČR a lidé se zdravotním postižením I. Zdravotní a vzdělávací politika.
11. Veřejná politika ČR a lidé se zdravotním postižením II. Systémy sociální ochrany, politika zaměstnanosti.
12. Sociální služby pro klienty se zdravotním postižením v ČR Osobní asistence.
13. Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví.



**Čas potřebný k prostudování učiva předmětu a absolvování předmětu**  
celkem cca 90 hodin



## Poznámky ke studiu

- 1 Skripta<sup>2</sup> *Sociální práce a lidé se zdravotním postižením* (dále SOZP) vznikla za účelem vytvoření didaktické opory *studenta* ve smyslu jeho *provázení studiem*, z hlediska typu textu se tedy nejedná o standardní vědecký text ani učebnici. Každá kapitola obsahuje uvedení do příslušného tématu a odkazy na další povinné a doporučené studijní zdroje.

---

<sup>2</sup> Skripta tj. „(prozatímní) učební texty pro vysokoškolské studium“. (Akademický 1995: 696)

2 Vedle této studijní opory jsou povinnou četbou:

- a) KRHUTOVÁ, L. 2011. *Čítanka textů k SOZP*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. (dále jen Čítanka)
- b) Kapitoly k jednotlivým typům zdravotního postižení z publikace MICHALÍK, J. a kol. 2011. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál, a to:  
VALENTA, M. 2011. Lidé s mentálním postižením a jinou duševní poruchou, s.112-179.  
NOVOSAD, L. 2011. Lidé s tělesným postižením, s.180-268.  
KRHUTOVÁ, L. 2011. Lidé se zrakovým postižením a pomáhající profese, s. 269-346.  
POTMĚŠIL, M. 2011. Osoby se sluchovým postižením jako cílová skupina, s. 347-408.  
MLČÁKOVÁ, R. 2011. Osoby s narušením komunikačních schopností, s. 409-497.
- b) další zadání ke studiu, jimiž si postupně sumarizujete vlastní portfolio studijních materiálů k SOZP.

Studijní opory a interaktivní studijní materiály jsou studentům zapsaným do kurzu SOZP dostupné v e-Learningovém výukovém prostředí Moodle na OU.

3 Studium předmětu SOZP na FSS OU

- a) předpokládá znalost základních pojmů v sociální práci v rámci studia povinného předmětu *Teorie sociální práce*, zejména: definice sociální práce, metody sociální práce, individuální sociální práce, sociální práce s rodinou, skupinová sociální práce, sociální práce v komunitě, a to minimálně v rozsahu povinné literatury k předmětu *Teorie a metody sociální práce*, na FSS OU,
- b) navazuje na povinný předmět *Komunikace při zdravotním postižení / Komunikace s klienty se zdravotním postižením*.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Viz Krhutová 2011a



- 4 Pro porozumění komplexity životních podmínek lidí se zdravotním postižením studijní opory nestačí – těmi lze pouze nastínit vzhled do tématu. Nejlepším rádcem pro praxi sociální práce s lidmi s postižením je vlastní zkušenost, otevřená mysl a optimismus.

Přeji úspěšné studium, radost z nových poznatků  
a spokojenost vašich klientů

Lenka Krhutová  
Odborná garantka a vyučující předmětu SOZP  
lenka.krhutova@osu.cz

Hlavní změny ve 2. vydání publikace v roce 2013  
oproti 1. vydání publikace z roku 2011:

1. Aktualizace legislativních předpisů a dalších dokumentů.
2. Upřesnění některých jazykových významů z oblasti zdravotního postižení dle aktuálního stavu vědního poznání.
3. Formální úprava strukturace kapitol – sdružení a řazení použité literatury na konci textu.

# 1 POZICE SOCIÁLNÍ PRÁCE V SYSTÉMU KOORDINOVANÉ REHABILITACE



## V této kapitole se dozvíte

- co je jedním ze systémových rámců řešení životních podmínek lidí se zdravotním postižením v ČR,
- o pozici sociální práce v tomto systémovém rámci,
- o historických kontextech sociální péče o klienty s postižením.



## Klíčová slova této kapitoly

koordinovaná rehabilitace, interdisciplinární tým, role sociálního pracovníka



## Čas potřebný k prostudování této kapitoly

2 hodiny

\*\*\*\*\*

V běžném společenském prostředí bývá existence člověka se zdravotním postižením zpravidla vnímána jako ne-normální jev. Existence lidí s postižením je však přirozeným, běžným, a tedy i normálním jevem, který se vždy vyskytoval, vyskytuje a vyskytovat bude ve všech obdobích, společnostech a ve všech úrovních stratifikační pyramidy. Pomineme-li snahy eugeniky o „optimalizaci genetického kódu lidstva“ a přes nesporné úspěchy lékařských a technických věd je zřejmé, že patrně nikdy nevymizí nemoci a úrazy působící trvalé zdravotní postižení a s výjimkou vědomého vzdání se potomstva nelze ani zdaleka ve všech případech zabránit vzniku vývojových vad.

Lidé se zdravotním postižením jako celek jsou přirozenými uživateli služeb sociální práce a zdravotní péče. V souvislosti s demografickými výhledy stárnutí populace (viz kapitola 2), které je často spojeno i se změnou zdravotní kondice, se v sociální práci zvyšuje potřeba znalosti témat zdravotního postižení včetně dovednosti rozlišovat mezi obecnými tématy zdraví a nemoci a specifickými tématy zdravotního postižení. V tomto smyslu lze aktuální otázky sociální práce situovat do roviny:

Co sociální práce znamená či může (nebo nemusí) znamenat pro konkrétní jednotlivce a skupiny lidí s postižením? Je každý člověk se zdravotním postižením klientem zdravotní péče a/nebo sociálních služeb?



## 1.1 Kdo je „zdravotně postižený“?

### K zamyšlení

Kdo je *nemocný* a kdo je „zdravotně postižený“? Je každý „zdravotně postižený“ i *nemocný*? A je každý *nemocný* zároveň „zdravotně postižený“?



Zdravotní postižení bývá nezřídka zaměňováno za nemoc a člověk s postižením bývá vnímán jako „nemocný“. Mezi oběma pojmy je však významný rozdíl. Zatímco určujícím rámcem *nemoci/onemocnění* je „diagnóza“, význam pojmu *zdravotní postižení* je širší a váže se k funkčním schopnostem a kompetencím člověka (se zdravotním problémem), které bývají zpravidla dlouhodobě nebo trvale limitovány v kvalitě a/nebo množství ve srovnání s tzv. běžnou populací.

Zdravotním postižením rozumíme **například** „zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy trvá déle než jeden rok. Dalším znakem zdravotního postižení bývá ‚nevléčitelnost‘ ve smyslu obecného chápání tohoto slova. Nemoc bývá z povahy věci vyléčitelná (odstranitelná), což je znak obecný, neboť existují i nemoci v současné době nevléčitelné. Zdravotní postižení z tohoto pohledu představuje nikoliv nemoc nýbrž stav, který je z povahy věci setrvalý. Jistě je ovlivnitelný a kompenzovatelný některými pomůckami, přizpůsobením podmínek okolí apod. Ovšem ve značné míře se jedná o stav setrvalý či trvalý.“<sup>4</sup> Pouhá přítomnost nemoci reprezentované diagnózou k zařazení do kategorie „zdravotní postižení“ tedy nestačí. Vzácně pak dochází i k reverzibilní změně u původně ireverzibilních (zdravotních) stavů, viz příklad:

---

<sup>4</sup> Michalík 2011: 41



### Příklad

Ovšem i „trvalost“ zdravotního postižení je v souvislosti s rozvojem reparačních a terapeutických schopností (zejména) medicíny relativizována. Čas od času i běžná veřejnost zaznamená operační výkon, v jehož důsledku se člověku „navrátil“ zrak po desítkách let, kdy byl nevidomý. Farmaceutické firmy připravují léčivé přípravky na dosud nevléčitelná onemocnění, která učinila ze statisíců lidí těžce zdravotně postižené. Svědectvím technologického pokroku v oblasti kompenzačních pomůcek je příklad atleta Oscara Pistoria. Narodil se s vrozenou vadou dolních končetin, bez holenní kosti, kvůli níž mu byly ve věku jednoho roku amputovány nohy pod koleny. Úspěšný paralympijský sportovec si vybojoval (nejen sportovními výkony, ale i právním sporem) právo účasti na běžných soutěžích nepostižených. Startoval ve své disciplíně na mistrovství světa v atletice v Tegu (2011).<sup>5</sup>

Vymezení pojmu „zdravotní postižení“ a „člověk se zdravotním postižením“ není **a nemůže být** jednotné. Pro účely praxe se definice liší podle zaměření systémů podpory, resp. podle toho, které projevy a důsledky zdravotního postižení jsou sledovány a v praxi řešeny. Jiná definiční vymezení platí pro účely sociálních intervencí (např. stanovení okruhu oprávněných uživatelů sociálních služeb, sociální dávek), jiná v rezortu zdravotní péče (klasifikace nemocí, klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví) nebo školské praxe (dítě, žák, student se specifickými vzdělávacími potřebami) a v dalších oblastech.<sup>6</sup>



### Příklad

Podle autorů Brenchina a Lidiarda „k řešení různorodých podmínek života lidí s postižením může být zapojeno až dvacet tři odlišných profesí.“<sup>7</sup> Zdravotní postižení je vedle zdravotnických oborů a speciální pedagogiky předmětem zájmu psychologie, sociální práce, antropologie, jeho aspekty se zabývá také politologie, kulturní, genderová a mediální studia, studia informačních technologií, technické vědy, literární vědy a umělecká studia, studia o zdravotním postižení (disability studies<sup>8</sup>) aj. Uvedené obory disponují teoretickými systémy a výzkumy, které na zdravotní postižení

<sup>5</sup> tamtéž

<sup>6</sup> Existují různé typologie definic zdravotního postižení, např. Altman (2000) rozlišuje typy definic zdravotního postižení na (1) legislativní a administrativní, (2) klinické a (3) vědecko-výzkumné.

<sup>7</sup> Brenchin a Lidiard in Oliver, Sapey, 1999: 35

<sup>8</sup> Viz Krhutová 2011b

*nahlížejí ze své vlastní perspektivy nebo pracují s definicemi napříč různými obory.*

Administrativní definice pro účely statistického zpracování dat<sup>9</sup>, nahlíží na zdravotní postižení a jeho charakteristiky způsobem: člověk se zdravotním postižením definován jako „osoba, jejíž tělesné, smyslové a/nebo duševní schopnosti či duševní zdraví jsou odlišné od typického stavu pro odpovídající věk a lze oprávněně předpokládat, že tento nepříznivý stav potrvá déle než jeden rok. Odlišnost od typického stavu pro odpovídající věk musí být takového druhu či rozsahu, že obvykle způsobuje omezení nebo faktické znemožnění společenského uplatnění dané osoby.“<sup>10</sup>

### **K zamyšlení**

*Jak je postižen člověk s postižením dolních končetin, který je na vozíku, žije-li a pracuje v bezbariérovém prostředí? Jak je postižen nevidomý člověk při telefonování? Jak je postižen znakový neslyšící člověk v prostředí znakových neslyšících lidí?*



O tom, jak je nesnadné zjistit/stanovit, kdo je a kdo není člověkem se zdravotním postižením, resp. kde začíná a končí tato „hranice“, se dozvíme v kapitole 2.

## **1.2 Historické aspekty vztahu společnosti k lidem s postižením**

Vývoj vztahu společnosti můžeme částečně vysledovat v historické linii vývoje sociální práce<sup>11</sup>. Ve vztahu k lidem s postižením jsou popisovány např. následující fáze:

- represivní – společnost se lidí s postižením zbavovala,
- zotročovací – lidé s postižením byli využíváni jako otroci,

<sup>9</sup> V roce 2007 bylo Českým statistickým úřadem provedeno první komplexní celostátní statistické šetření v ČR, které vycházelo nejen z evidence diagnóz u pacientů praktických lékařů, ale také z posouzení funkčních kompetencí pacienta a dalších stanovených parametrů. Metodika šetření viz ČSÚ 2008.

<sup>10</sup> ČSÚ 2008, Novák, Kalnická 2008: 542

<sup>11</sup> srov. historické souvislosti vývoje sociální práce v publikaci Matoušek 2001: 83-154. Podrobnou historii zdravotního postižení od prehistorie po středověk popisuje práce Titzla 2000. Se stručným přehledem, „Krátké nahlédnutí do dlouhé historie“ se můžete seznámit např. na internetové stránce <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=424> (cit. 15. 11. 2011)

- charitativní – výrazem postoje vůči lidem s postižením byla křesťanská charita („miluj bližního jako sebe sama“, myšlenka „tělo je jen schránka pro duši“), vznik dobročinných zařízení útulky při kláštorech, špitály,
- renesančního humanismu – k lidem s postižením se hledal lidský poměr, požadavek na vzdělání pro všechny (J. A. Komenský – Všenáprava, v protikladu však také Lutherova teze o postižení jako „trestu božím“),
- ekonomická – zpočátku pasivní finanční zajištění lidí s postižením, později až do současnosti aktivní opáření pro podporu jejich výdělků
- lidských práv – od poloviny 20. století.

Uvedené třídění s sebou přináší náhled na vývoj vztahu na stupnici nejhorší – nejlepší.<sup>12</sup> Studenti oborů zaměřených na práci s lidmi s postižením se zpravidla učí, že „ve *Spartě házeli postižené ze skály*“ a v Římě je odkládali „*trans Tiberi*“, tedy za řeku, kde hynuli hladem. Pro středověk pak jsou vyhrazeny příklady žebrání u klášterů, později pak zřizované útulky, vývařovny.<sup>13</sup>

Laik (velmi často se jedná i o studenty oborů pomáhajících profesí) tak může získat spolu se správným orientačním hlediskem i představu vedoucí k závěru, že každé další stadium vývoje lidské společnosti znamenalo víceméně automaticky zlepšení podmínek života lidí s postižením. Domyšleno do důsledku - stačí se narodit v roce 2011 a život člověka s postižením musí být nutně již zcela bez problémů. Přitom opak je pravdou. Uvedené vertikální historizující pojetí, budiž nám jen a pouze orientačním vodítkem.

Vztah společnosti k lidem s postižením byl vždy „lakmusovým papírkem“, ukazujícím reálné zaměření a vnitřní život daného společenství. Zejména pak ukazoval na základní směřování dané společnosti, její priority, hodnotový systém atd. Skutečnou úroveň vztahů uvnitř společnosti, vztahů majority k menšině, je potřebné posuzovat vždy důsledně horizontálně. Jen tak lze uspokojivě posuzovat tak často diskutované podmínky života lidí s postižením v té které společnosti. Vždy je třeba

<sup>12</sup> Dále až do konce podkapitoly je upravený text dle Michalíka 2011: 43-45

<sup>13</sup> Se stručným přehledem, „Krátké nahlédnutí do dlouhé historie“ se můžete seznámit např. na odkaze <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=424> (cit. 26. 11. 2011)

hodnotit celkový kontext - úroveň dané společnosti, její ekonomickou výkonnost, stupeň organizace společnosti, existenci a formy správy, existenci a kvalitu systémů sociálního (a obdobného) zabezpečení, představy a soudy převládající v dané společnosti o lidech s postižením a řadu dalších ukazatelů. Teprve po znalosti uvedených faktorů se můžeme vyslovit ke kvalitě života lidí s postižením a úrovni péče o ně v dané společnosti.

### **Příklad**

*A jako téměř vždy v životě – i s tím Starým Římem to bylo nakonec trochu jinak. Otec rodiny zde skutečně disponoval mocí otcovskou (pater potestas) nad členy rodiny. Vyjádřením tohoto výjimečného postavení bylo i právo disponovat životem a smrtí (ius vitae necisque). Vysvětlení tohoto na první pohled „barbarského“ pravidla hledejme zejména v tehdejší chápání rodiny jako základní jednotky „socio-ekonomického“ společenství. Právě obava o zajištění životních podmínek rodiny vedla často ke zmíněnému odkládání dětí. Nejednalo se proto jen o handicapované, v obdobné situaci např. bývaly i narozené dcery. Později bylo od této praxe ustoupeno. Již za císařství se na obsah moci otcovské pohlíželo spíše jako na povinnost vůči členům rodiny. Přesto se v přípravě odborníků pomáhajících profesí tyto skutečnosti nadále mýtizují.*



### **1.3 Koordinovaná rehabilitace**

Intervence sociální práce s lidmi se zdravotním postižením (ZdP) lze vnímat jako součást konceptu tzv. *koordinované rehabilitace* (KRHC). Ekvivalenty toho pojmu jsou *komplexní rehabilitace, komprehenzivní rehabilitace, ucelená rehabilitace*.<sup>14</sup> Pojem *rehabilitace osob se zdravotním postižením* je v mezinárodním měřítku chápán nikoliv ve smyslu lékařské rehabilitace, resp. fyzioterapie, jako je tomu v ČR, nýbrž jako interdisciplinární obor zahrnující souhrn opatření směřující k maximálně možné míře začlenění lidí se zdravotním postižením do aktivního života.<sup>15</sup> V UR jde zejména o „kombinované a koordinované týmové využívání aplikovaných metod z oblasti lékařství, sociální práce, výchovy, vzdělávání

<sup>14</sup> K vývoji ucelené a koordinované rehabilitace viz Čevela, Čeledová 2011

<sup>15</sup> Koordinovaná rehabilitace se týká jak lidí se získaným zdravotním postižením, tak s vrozeným postižením či postižením od útlého věku, ale také lidí s přechodným zdravotním problémem.

a profesní přípravy i podporovaného pracovního uplatnění k adaptaci jedince na odlišné, nestandardní či ztížené životní podmínky a k získání či znovuzískání a upevnění nejvyšší možné samostatnosti a přiměřené funkční schopnosti.“<sup>16</sup>

System koordinované rehabilitace vytváří komplex rehabilitace (RHC) léčebné, sociální, pracovní, pedagogické, technické a technologické, ekonomické a právní, viz tabulka č. 1 a schéma č. 1.

Tabulka č. 1 **Složky koordinované rehabilitace**

Léčebná RHC	léčba medikamentózní / operativní, fyzioterapie, ergoterapie, zdravotní tělesná výchova, klinická psychoterapie
Sociální RHC*	sociální služby, sociální dávky, podpora zaměstnanosti, podpora bydlení, kulturních a zájmových aktivit
Pracovní RHC	s přesahem do pedagogické RHC - kvalifikace, rekvalifikace, s přesahem do léčebné RHC – ergonomie, s přesahem do sociální RHC – podporované zaměstnávání, chráněné dílny ad.
Pedagogická RHC	edukace, pedagogické poradenství, s přesahem do pracovní RHC - příprava na povolání
Technická a technologická RHC	vývoj a výroba kompenzačních pomůcek, odstraňování informačních, architektonických a dopravních bariér
Ekonomická RHC	s přesahem do pracovní a právní RHC – státní politika veřejných financí (např. dotace na vytvoření pracovních míst, poskytování sociálních služeb ad.)
Právní RHC	Legislativa k zajištění rovných příležitostí, podpory a péče o ZdP

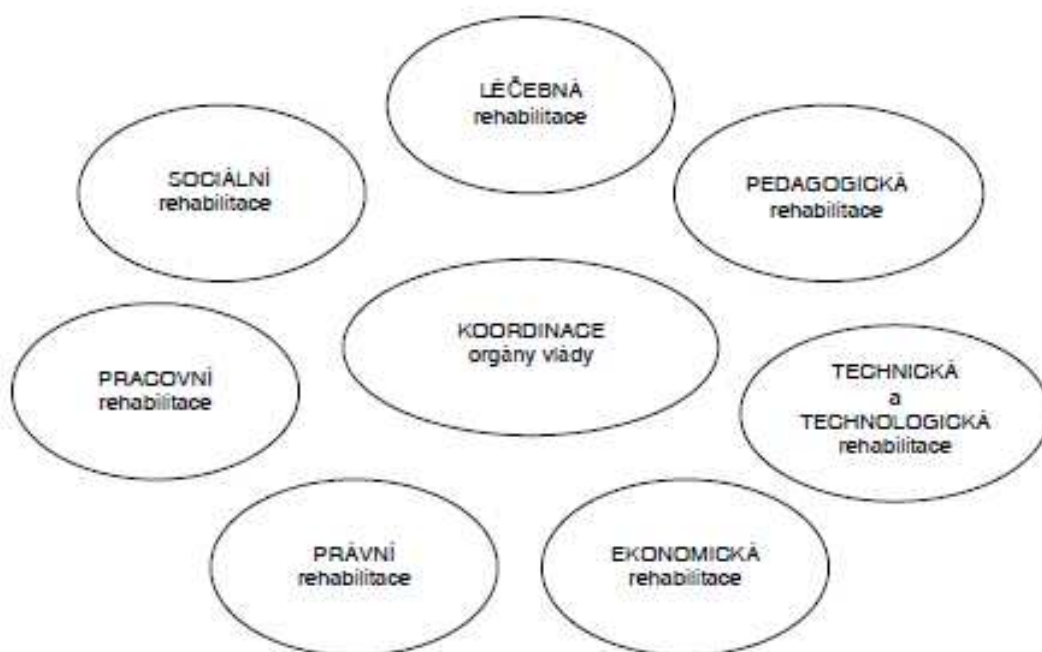
\*Pojetí sociální rehabilitace v kontextu ucelené rehabilitace je odlišné od pojetí služby „sociální rehabilitace“ ve smyslu zákona o sociálních službách<sup>17</sup>

<sup>16</sup> Novosad, 2009: 95

<sup>17</sup> viz § 70 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění



Schéma č. 1 **Systém koordinované rehabilitace**



Základním předpokladem procesu koordinované rehabilitace je týmová spolupráce odborníků, zejména odborných lékařů včetně rehabilitačních lékařů, posudkových lékařů, fyzioterapeutů a ergoterapeutů, speciálních pedagogů, psychologů a sociálních pracovníků – ve spolupráci s klientem se zdravotním postižením a jeho sociálním okolím.

#### 1.4 **Role sociálního pracovníka v interdisciplinárním týmu KRHC**

Podle Votavy je sociální rehabilitace „proces, při němž osoba se zdravotním postižením dosahuje maximálně možné míry samostatnosti a soběstačnosti za účelem dosažení nejvyššího stupně integrace. [...] Samostatnost a soběstačnost spočívá především ve schopnosti rozhodovat o vlastním životě, dosahovat zvolených cílů.“<sup>18</sup>

Role sociálního pracovníka v profesním týmu koordinované rehabilitace spočívá zejména ve vytváření, podpoře a stabilizaci přijatelných životních podmínek lidí s postižením ve smyslu zprostředkování či poskytování adresných sociálních služeb a/nebo finančních podpor ze systému sociálního zabezpečení, dále

<sup>18</sup> Votava 2003: 72. „V angličtině nebo francouzštině tomu odpovídá pojem autonomie.“ (tamtéž)

při zprostředkování či vytváření pracovních příležitostí, včetně podporovaného zaměstnávání, zprostředkování bydlení, poskytování sociálního poradenství, pomoci a podpoře při ochraně práv a oprávněných zájmů klientů s postižením atd.<sup>19</sup>

Předpoklady pro práci sociálního pracovníka v interdisciplinárním týmu se budeme zabývat v následujících kapitolách.



#### **Shrnutí**

Obsah pojmu „zdravotní postižení“ nemá jasně stanovené hranice. Existuje množství definic s různými kritérii vymezení pojmu podle odlišných oborových zaměření. Systémovým rámcem pro řešení životních podmínek lidí s postižením je koncept Ucelené (též komplexní, komprehenzivní koordinovaná) rehabilitace, tj. interdisciplinární obor zahrnující souhrn opatření směřující k maximálně možné míře začlenění lidí se zdravotním postižením do aktivního života. Role sociálního pracovníka v profesním týmu ucelené rehabilitace spočívá zejména ve vytváření, podpoře a stabilizaci přijatelných životních podmínek lidí s postižením ve smyslu zprostředkování či poskytování adresných sociálních služeb a/nebo finančních podpor ze systému sociálního zabezpečení, dále při zprostředkování či vytváření pracovních příležitostí, včetně podporovaného zaměstnávání, zprostředkování bydlení, poskytování sociálního poradenství, pomoci a podpoře při ochraně práv a oprávněných zájmů klientů s postižením ad.



#### **Kontrolní otázky**

1. Jaký je rozdíl mezi nemocí a zdravotním postižením?
2. Čím se vyznačují jednotlivé historické etapy vývoje vztahu společnosti vůči lidem se zdravotním postižením?
3. Které složky obsahuje systém koordinované rehabilitace?

<sup>19</sup> Novosad 2009. Ke koordinované rehabilitaci dále např. Votava 2003, Jankovský 2006 ad.

## 2 TEORIE, MODEL Y A TYPOLOGIE ZDRAVOTNÍHO POSTIŽENÍ

### V této kapitole se dozvíte

- zda současná věda zná odpověď na otázku – CO je zdravotní postižení a KDO je člověk se zdravotním postižením
- o orientační klasifikaci zdravotního postižení



### Klíčová slova této kapitoly

zdravotní postižení, teorie, modely, paradigmat a, typologie



Čas potřebný k prostudování této kapitoly

3 hodiny



\*\*\*\*\*

### 2.1 Teorie zdravotního postižení

Skutečnost, že se zdravotní postižení projevuje ve sníženém limitu některé z fyzických či mentálních funkcí člověka, může navozovat dojem, že by se teorie zdravotního postižení měla (jakoby přirozeně) zakládat na medicínském pojetí. Až do šedesátých let minulého století tomu tak skutečně bylo. Zkoumání zdravotního postižení se neslo téměř výhradně v duchu medicínského paradigmatu, lékařské patofyziologie a zaměřovalo se hlavně na nedostatky, defekty, limity a neschopnosti člověka s postižením. S rozvojem medicíny došlo k posunu v definování zdraví a nemoci, a tím postupně také k pojetí zdravotního postižení.

V předchozí kapitole jsme v příslušném příkladu uvedli společenskovední, humanitní, přírodovědné, technické obory a další obory, které se zabývají tématy zdravotního postižení ze svého vlastního úhlu pohledu. Uvedené obory disponují teoretickými systémy a výzkumy, které na zdravotní postižení nahlíží ze své vlastní perspektivy nebo pracují s definicemi napříč různými obory. Z toho je tedy zřejmé, že medicínské pojetí zdravotního postižení je sice důležitým, nicméně jen jedním z široké škály možných náhledů na to – co JE/NENÍ zdravotní postižení, kdo JE/NENÍ člověkem s postižením a kde je hranice, za níž „začíná postižení“.



## K zamyšlení

*Vrozeně nevidomý Karel K. byl v 50ti letech věku poprvé hospitalizován kvůli zlomené noze. Zkušenosti s pobytem v nemocnici líčí takto: lékaři a sestry se mnou jednali jako s dvakrát nemocným. Zlomenou nohu jsem chápal, co jsem nechápal, bylo, že se k mé slepotě stavěli jako k nemoci a ke mně jako k „nemocnému na oči“, přestože jsem se u očního lékaře nikdy neléčil a kontakt s očním lékařem jsem měl jen jednou – když jsem potřeboval získat potvrzení pro vyřízení invalidního důchodu.*

Zdravotní postižení je fenoménem multiparadigmatickým. Žitá zkušenost postižení působí najednou – nelze ji dělit na části, které odborníci různých vědních disciplín zkoumají, relativně izolovaně, ze svého úhlu pohledu, přičemž ostatní úhly pohledu mohou a mnohdy i musí „zanedbat“. Žádná věda tento fenomén „najednou“ zkoumat neumí, redukce je proto do určité míry nezbytná. V průběhu vývoje díky této „vědecké fragmentaci“ vznikla celá řada teorií zdravotního postižení. Pole těchto teorií je značně rozmanité podle zaměření jednotlivých vědních disciplín. Na zdravotní postižení a jeho vymezení (pojmenování) můžeme nahlížet optikou sociologie, antropologie, pedagogiky, politologie a přirozeně také sociální práce ad. Teorie mají svá označení, např.

- Fenomenologické teorie disability
- Postmodernistická teorie disability
- Ekologické teorie disability
- Sociopolitické teorie disability
- Sociokulturní teorie disability ad.

V souvislosti s teoretickými rámci jsou v odborné literatuře dále popsána paradigmatata zdravotního postižení:

- biologické paradigma
- rehabilitační paradigma
- integrační paradigma
- antropologické paradigma ad.<sup>20</sup>

---

<sup>20</sup> Viz Jesenský 2000

## 2.2 Modely zdravotního postižení

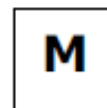
Současná odborná literatura uvádí četné množství modelů<sup>21</sup> zdravotního postižení, např.

- Klasifikační model WHO – ICF 2001
- Etický model
- Deficitní model
- Medicínský model
- Model osobní tragédie
- Sociální model
- Model diverzity
- Model Independent Living
- Model oprese minoritních skupin ad.<sup>22</sup>

### Studijní materiál v Moodle

Z důvodu kapacity této studijní opory nelze uvést podrobnější popis teorií a modelů, uvádíme proto jen jejich výčet. V Čítance /modul S1:

- a) se rámcově seznamte s teoriemi zdravotního postižení,
- b) podrobněji nastudujte modely zdravotního postižení, ke studiu některých modelů využijte schéma č. 2 viz níže,
- c) zaměřte na vysvětlení a porozumění pojmu „disabilita“.

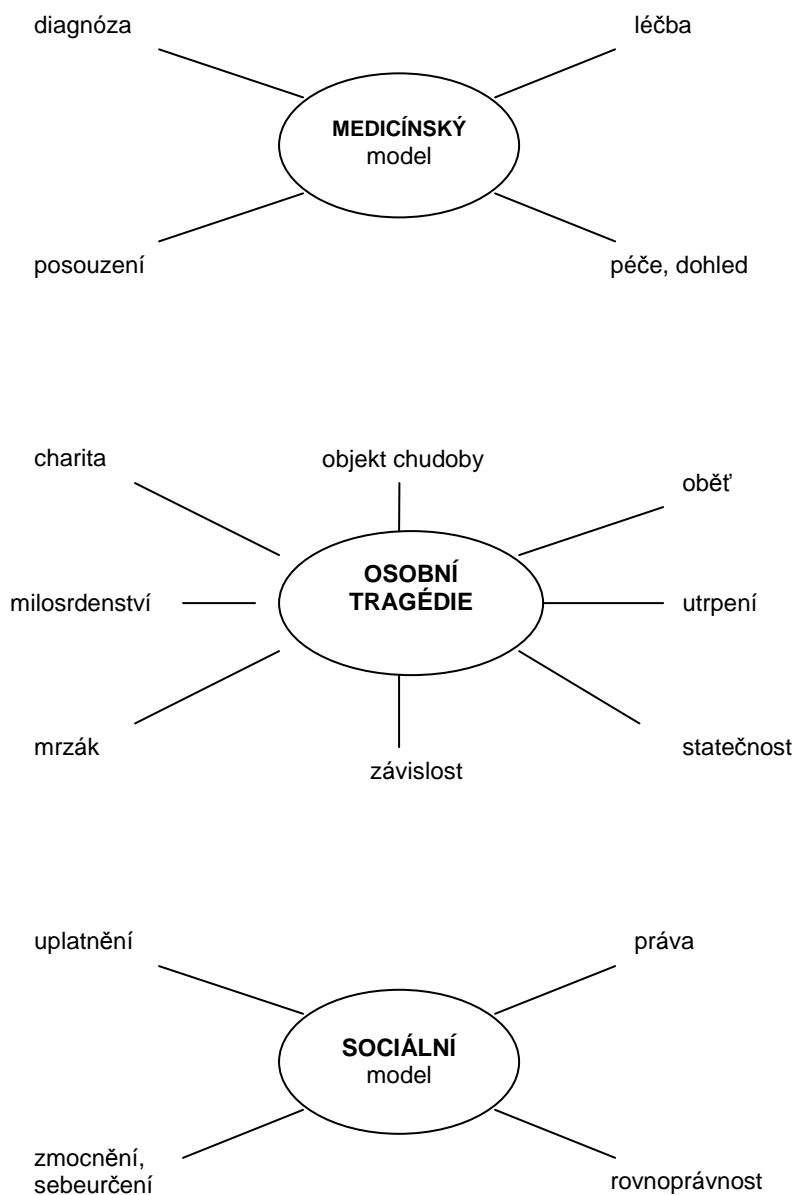


---

<sup>21</sup> Model — zde ve smyslu „schéma, zjednodušení jevu sloužící k jeho zkoumání a vysvětlení (Akademický 1995: 503)

<sup>22</sup> srov. Krhutová 2010, Pfeiffer 2005, Brading, Curtis 1999, Hiranadani 2005, Oliver 1996, Swain,, French, Cameron 2003, Thompson 2001, Sibilski 2000, Hayashi 2005, Charlton 2000, Shakespeare 2006, Brown,1994

Schéma č. 2 **Vybrané modely zdravotního postižení**



Zdroj: Brading, Curtis 1999, upraveno autorkou textu

V praxi se lze někdy setkat s výrazným rozdílem v deklarování sociálního přístupu a jeho reálným prováděním. Jde o situace, kdy na jedné straně hovoříme, píšeme, diskutujeme o integraci, začleňování, prevenci exkluze apod. (deklarujeme sociální model) a současně přitom vytváříme bariéry (praktikujeme medicínský model). Tento zjevný rozpor bývá zpravidla nevědomý a je známkou nikoliv „zlého“ úmyslu, nýbrž spíše

nedostatečné znalosti či porozumění sociálnímu modelu a dovednosti jeho uplatnění v praxi – viz příklad:

### **K zamyšlení**

*Řada škol má sportovní kluby, jejichž členy jsou studenti bez zdravotního postižení i s postižením. Při propagaci sportovních výsledků klubu byly v jedné z vysokých škol výsledky v soutěžích zveřejněny ve dvou kapitolách pod názvy „Postižení sportovci“ a „Nepostižení sportovci“. Obě skupiny jsou členy jednoho klubu a jednalo se o informaci pro veřejnost o klubu jako celku. Jak by mohlo v této situaci vypadat uplatnění sociálního modelu?*



## **2.3 Typologie zdravotního postižení**

Typologie zdravotního postižení a posuzování jeho intenzity (stupně, hloubky) se v jednotlivých profesních oblastech liší. Ve speciální pedagogice se např. hovoří o osobách se zbytky zraku či zbytky sluchu, tyto pojmy však lékařská terminologie nezná. Zatímco tzv. vnitřní nemoci (cukrovka, astma, roztroušená skleróza apod.) jsou z hlediska statistického zpracování dat a z pohledu organizací osob se zdravotním postižením samostatnou kategorií postižení, v systému sociální péče tato kategorie není zastoupena, ve speciální pedagogice vnitřní nemoci spadají do kategorie tělesných postižení atd. Příklad *orientačního* členění zdravotního postižení je uveden v tabulce č. 2.

### **Pro zájemce**

Práh intenzity zdravotního postižení je uveden v Moodle.



Tabulka č. 2 **Orientační členění zdravotního postižení**

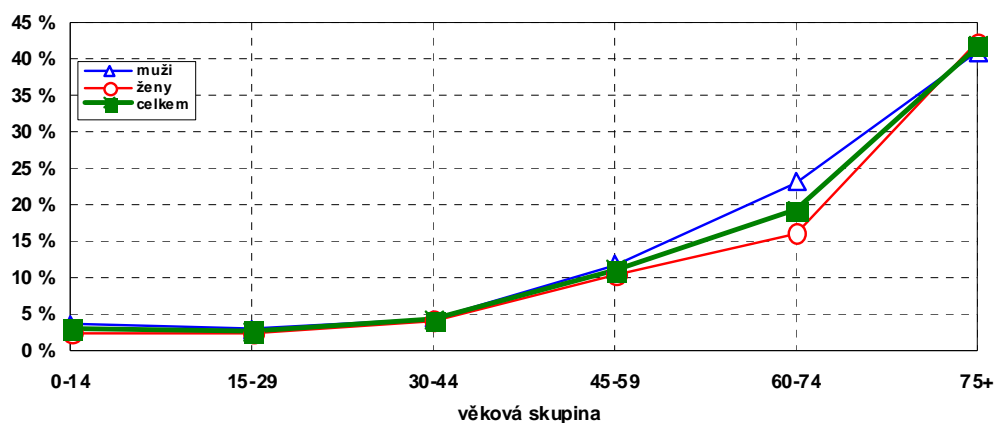
PODLE DRUHU			
<b>Smyslové postižení</b> zrakové, sluchové, duální	<b>Tělesné postižení</b> postižení hybnosti, mobility, vnitřní nemoci	<b>Postižení mentálních funkcí</b> mentální postižení, duševní onemocnění	<b>Kombinované postižení</b>
PODLE DOBY VZNIKU			
<b>vrozené</b>		<b>získané</b>	
PODLE INTENZITY (stupeň, hloubka)			
<b>lehké</b>	<b>středně těžké</b>	<b>těžké</b>	<b>velmi těžké</b>

Zdroj: Krhutová 2011: 126

## 2.4 Počty osob se zdravotním postižením

Z důvodu existence rozdílných klasifikačních kritérií je obtížné přesněji stanovit počty osob se zdravotním postižením. Zpravidla bývají uváděny tzv. kvalifikované odhady, které se pohybují okolo 10% osob se zdravotním postižením v populaci. Zdravotní postižení je do značné míry „otázkou věku“, tj. se stoupejícím věkem stoupá procento osob, které vykazují znaky zdravotního postižení viz graf č. 1.

Graf č. 1 **Podíl počtu zdravotně postižených osob v populaci**



Zdroj: ČSÚ 2008



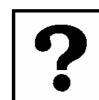
Z výsledků statistického šetření ČSÚ vyplývá, že celkový počet osob se zdravotním postižením v ČR je přibližně 1 milion, přičemž nejvíce je osob s vnitřními nemocemi a s mentálním postižením,<sup>23</sup> viz příloha č. 1. Celosvětový odhad počtu lidí se zdravotním postižením je přibližně půl milionu osob.<sup>24</sup> Podíl počtu osob s vrozeným a získaným postižením v ČR je přibližně 1:12,<sup>25</sup> tzn., že cca 88% osob, které mají zdravotní postižení, se s postižením nenarodilo a získalo jej následkem úrazu či nemoci v průběhu svého života.

### Shrnutí

Existuje značné množství teorií a modelů zdravotního postižení podle různých paradigmat (biologické, rehabilitační, integrační, antropologické ad.) a podle zaměření jednotlivých vědních disciplín. Zdravotním postižením se zabývají různorodé vědní obory, zejména medicína, pedagogika, antropologie, sociologie, politologie, sociální práce ad. Typologie zdravotního postižení se liší podle druhu, stupně a doby vzniku. Nejvyšší počet lidí s postižením je zastoupen v kategoriích tělesného a mentálního postižení a získaného zdravotního postižení.



### Kontrolní otázky



1. Který z modelů zdravotního postižení je charakterizován rovinami impairment – aktivity – participace? Popište tento model.
2. Co je příčinou odlišných definic zdravotního postižení?
3. U kolika procent populace se odhaduje výskyt zdravotního postižení?
4. Jaké je přibližné poměrné zastoupení lidí s vrozeným a se získaným zdravotním postižením v populaci osob s postižením?
5. Zdravotní postižení členíme podle různých kritérií. Jak vypadá typologie zdravotního postižení z pohledu jednotlivých kritérií?

<sup>23</sup> ČSÚ 2008

<sup>24</sup> Mont 2007

<sup>25</sup> Dle údajů ČSÚ (2008: 18) mělo z celkového počtu 1 015 547 osob 117 310 osob vrozené zdravotní postižení tj. 11,55% z celkové populace lidí s postižením v ČR.

### 3 KOMPLEXITA SOCIÁLNÍHO FUNGOVÁNÍ ČLOVĚKA S POSTIŽENÍM



#### V této kapitole se dozvíte

- co se míní komplexitou a proč je v sociální práci důležitá
- v čem spočívá komplexita sociálního fungování lidí s postižením a jak může vypadat v praxi
- co znamená zkratka DfA, co je podstatou tohoto konceptu a jak se vztahuje k lidem s postižením



#### Klíčová slova této kapitoly

komplexita, sociální fungování, koncept DfA



#### Čas potřebný k prostudování této kapitoly

2 hodiny

\*\*\*\*\*

#### 3.1 Komplexita

Pojem komplexita pochází „z lat. complexus = spojení – jednota rozmanitosti, též spojitost, celistvost, úplnost.“<sup>26</sup> Vraťme se nyní k podkapitole 2.1 a ke konstatování, že „žitá zkušenost postižení působí najednou — nelze ji dělit na části, které odborníci různých vědních disciplín zkoumají, relativně izolovaně, ze svého úhlu pohledu“. Stejně tak životy každého z nás jsou komplexem mnoha podmínek, událostí, situací, které dohromady vytváří celek naší existence, našeho bytí.

Životní podmínky lidí s postižením se mnohdy setkávají s překážkami, jimiž se člověk bez postižení nemusí zabývat a zpravidla ani neví, že existují. Sociální pracovníci, mají-li pracovat s klienty s postižením, si však musí těchto překážek být vědomi, aby dovedli analyzovat situaci člověka s postižením, který se stal klientem intervence sociální práce a spolu s ním uměli hledat cesty k řešení nepříznivé sociální situace klienta. „Služby poskytované sociálními pracovníky bývají zpravidla tím lepší, čím více se jim daří vidět situaci klienta v jejich celku. Předmětem

<sup>26</sup> Mucha 1996: 506. Pojem se užívá mj. v teorii systémů.

intervence sociálních pracovníků by měla být situace klienta jako celek. Sociální pracovník by měl rozpoznat všechny (zdravotní, [...] psychologické, [...] hodnotové a kulturní [...] vztahové a případně další) bariéry zvládnání situace klientem a promýšlet souvislosti mezi nimi. Právě toto zaměření na vzájemnou podmíněnost různorodých okolností klientova života vyvolává potřebu spolupráce s pracovníky jiných pomáhajících oborů. Těm jejich specializace umožňuje proniknout do hloubky a složitosti dílčích dimenzí životních situací a současně jim brání věnovat pozornost jejich celku. Sociální pracovník by se měl zabývat tímto celkem.<sup>27</sup>

### 3.2 Sociální fungování

Koncept sociálního fungování je podle Navrátila „klíčem k pochopení specifické optiky profesionalizované sociální práce.“<sup>28</sup>

Podle Barlettové<sup>29</sup> „se (sociální) pracovníci při práci s klientem zaměřují na 'problémy', které plynou z 'klíčových životních situací' klienta. Problémy, které tyto události lidem přinášejí, chápou sociální pracovníci bez rozdílu své specializace jako 'životní úkoly' nebo 'životní problémy', které je třeba 'nějak zvládnout'. To znamená 'vypořádat se se situacemi', které lidé prožívají jako 'tlaky svého sociálního prostředí'.

Sociální pracovníci se tedy podle autorky zabývají rovnováhou mezi 'schopností lidí zvládat' na jedné straně a 'požadavky prostředí' na druhé straně. Své myšlenky Barlettová systematicky rozpracovala pomocí pojmů 'člověk v situaci', 'životní situace', a 'sociální fungování'. V souladu s jejími názory můžeme 'životní situaci' chápat jako výsledek interakce mezi 'člověkem' a jeho 'prostředím'. V tomto rámci člověka charakterizuje jeho schopnost zvládat očekávání prostředí. 'Prostředí' má [...] dvě charakteristiky. Je to, za prvé, vše, co společnost od člověka 'očekává'. Za druhé je to 'podpora', kterou společnost člověku poskytuje, aby mohl její očekávání zvládat.

---

<sup>27</sup> Musil 2004: 13. Zároveň však autor podotýká, že „z uvedeného nutně nevyplývá, že všichni sociální pracovníci jsou nebo mají být naprostí „univerzalisté“. [...] Mohou lépe než ostatní rozumět struktuře celku, těžko však mohou být specialisty na každou jeho dílčí část. [...] S určitou opatrností lze říci, že se většina pomáhajících profesí přednostně (ne vždy výhradně) zabývá některou z dílčích překážek zvládnání životní situace člověkem [...] (případně) se pomáhající specialista zaměřuje na kompenzaci nebo nápravu některé z dílčích bariér zvládnání života jedincem nebo skupinou. Překážky, které nejsou primárním předmětem jeho odbornosti, bere sice v úvahu, zpravidla je však považuje za vnější faktor potíží, které nejsou předmětem jeho specializace, necítí se být povoláni se jimi zabývat.“  
Musil 2004: 17

<sup>28</sup> Navrátil 2000: 12

<sup>29</sup> Barlettová in Musil 2004: 182

Termín 'sociální fungování' soustřeďuje pozornost na otázku, zda a proč charakterizují životní situaci člověka dva typy nerovnováh. Zprvė nerovnováha mezi očekáváním prostředí a schopností je zvládat, zadruhé nerovnováha mezi náročností požadavků prostředí a podporou, kterou toto prostředí člověku při jejich zvládnutí poskytuje. Sociální pracovník má dva úkoly. Měl by rozpoznat, proč a do jaké míry je sociální fungování člověka ohroženo některou ze zmíněných nerovnováh a v návaznosti na to mu pomoci získat, obnovit nebo udržet sociální fungování. Pomoc sociálního pracovníka přitom spočívá v poskytnutí impulsu k takové změně klienta nebo prostředí, která posílí rovnováhu mezi tím, co prostředí od klienta očekává a tím, co je klient schopen zvládnout. [...] Podpora se může zaměřit na zdokonalování schopností a možností jedince nebo celé skupiny, může však také spočívat ve změně zaběhaných stereotypů a pravidel, která regulují očekávání prostředí.<sup>30</sup>

Podstatou konceptu sociálního fungování je tedy „představa, že lidé a prostředí jsou v permanentní interakci, přičemž prostředí klade na člověka určité požadavky a člověk je nucen na ně reagovat. [...] V těch případech, ve kterých lidé dostatečně nezvládají požadavky svého prostředí, poskytuje pomoc sociální pracovník. Nezáleží na tom, zda je příčinou nezvládnutí nedostatek dovedností na straně klienta, či zda jde o problém na straně sociálního prostředí, které generuje nezvládnutelné problémy. V obou případech jde o situaci, která se může stát předmětem intervence sociálního pracovníka.“<sup>31</sup>

Výše uvedené budeme v následující podkapitole ilustrovat praktickými příklady těchto nerovnováh.

---

<sup>30</sup> Musil 2004: 182-183

<sup>31</sup> Navrátil 2000: 12-14

### 3.3 Překážky sociálního fungování člověka s postižením

#### **Příklad** Muž z Osla

*„Vybavuji si [...] muže ve venkovní restauraci v Oslu. Měl velmi těžké postižení a opustil své kolečkové křeslo, aby mohl vystoupat na poměrně příkré schodiště na terasu s jídelními stoly. Protože mu nohy nebyly k ničemu, musel lézt po kolenou, a jak začal tímhle neobvyklým způsobem šplhat nahoru, rozběhli se k němu číšníci, ne však proto, aby mu pomohli, ale aby mu řekli, že tu nemohou obsloužit člověka, jako je on, neboť lidé se sem přicházejí bavit, a ne upadat do deprese při pohledu na mrzáky.“<sup>32</sup>*



Jak intaktní, tak imobilní zákazník mají stejné právo na nákup služeb. Ke stejnému cíli (terasa s jídelními stoly) jsou schopni „dojít“ oba, byť odlišným způsobem, objednat si, zaplatit. Předpokládáme, že je-li intaktní a imobilní zákazník čistě oblečen, není agresivní atd. a neexistují-li jiné objektivní důvody pro odmítnutí služby (v restauraci není volné místo), měli by oba mít stejné právo službu využít.

#### **Příklad** Nebude ho to bolet

*„Ležím na zubařském lehátku na pohotovosti a trpím. Lékař má snad obě ruce celé v mých ústech a hraje nějakou podivnou hru s obnaženým zubním nervem a přitom mluví. Vysvětluje, co mě čeká a co bude nutné. Hlavu však neustále odvrací ode mne směrem k mé ženě, u které se domáhá schválení radikálního zákroku. Pronáší něco jako „musí si...“, „budeme mu...“ a „nebude ho to bolet...“, ačkoliv to bolí nesnesitelně. Ten „on“, o kterém je řeč, je vmáčknut pod jeho pazoury do lůžka a poslouchá zvláštní monolog směřovaný k manželce, která má být speciálním informačním překladištěm na cestě zprávy ke konečnému adresátovi. „Nevídím, ale myslím“, mám chuť pronést vážným hlasem, ale vydám jen zasténání při dalším natažení nervu na skřipci zubařových nástrojů. Manželka už tuto situaci zná, a proto zubaři taktně naznačuje: „Můžete to říkat přímo manželovi“. Jenže toto*



<sup>32</sup> Goffman 2003: 140

*vyjádření je příliš jemné do prostředí zubních vrtaček, a tak onen přesměrovaný monolog pokračuje.*<sup>33</sup>

Podobnou zkušenost zažívá mnoho lidí s postižením zejména napříč zjevným zdravotním postižením. Lidé s tímto postižením často hovoří o tom, že je s nimi zacházeno způsobem, jako kdyby nemysleli. Přejde-li k lékaři, na úřad, do obchodu nevidomý či neslyšící člověk, člověk na vozíku, případně člověk s mentálním postižením a má-li s sebou doprovod, bývá častým jevem, že dotyčným lékařem, úředníkem, prodávčem atd. bývá primárně kontaktována osoba, která člověka s postižením doprovází. Skutečnost, že doprovod zpravidla jen doprovází, a ten, kdo si záležitost osobně vyřizuje, je samotný člověk s postižením, nebývá vždy brán na zřetel. Lidé s postižením pak slyší obdobné věty zubaře „Co je pánovi?“ „Má pán občanku?“ „Ať si pán sedne.“ „Může se pán podepsat?“ apod.<sup>34</sup> Záležitost, s níž člověk s postižením přichází, pak bývá projednávána s doprovodem přinejmenším do doby než se ozve buďto doprovázející<sup>35</sup> nebo člověk s postižením samotný. Mnohdy však nastává situace, kdy člověk s postižením není z různých důvodů dostatečně schopen vyjádřit své přání, aby se jednalo přímo s ním a má-li nadto jako doprovod ještě věci neznalého (například) sociálního pracovníka, může se stát, že sociální pracovník bude na tomto nedůstojném jednání aktivně (byť nevědomě) spolupracovat. Uvedené jednání bývá vnímáno v lepším případě jako „neslušné“, i když se de facto jedná o zpochybnění svéprávnosti člověka s postižením a ponižující jednání vůči němu.



#### **Příklad** Invalidé pod dozorem

*Předchozí situace probíhaly v rámci přímé komunikace mezi jednotlivci.*

*Komunikovat však lze i bez přítomnosti osobního prvku. Příkladem mohou*

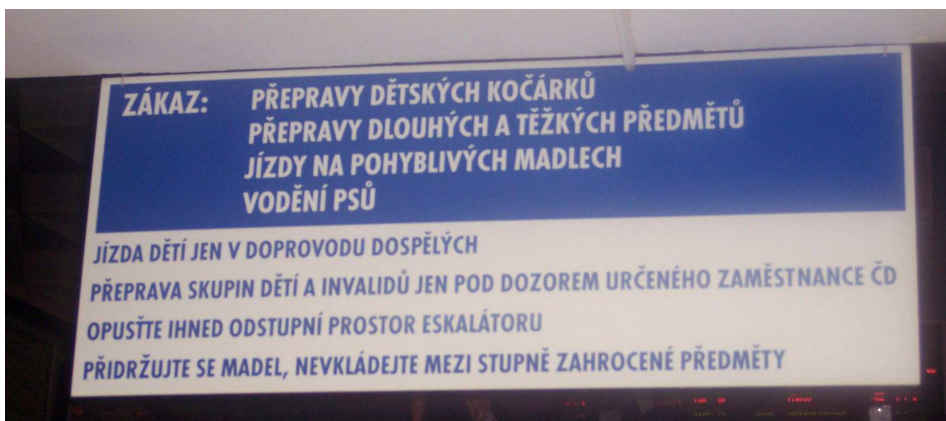
<sup>33</sup> Michálek 2007

<sup>34</sup> I v případě lidí s mentálním postižením je vůči nim nedůstojné, když se mluví „o nich bez nich“. Lidé s mentálním postižením stejně jako ostatní slyší a myslí a obvykle vědí, že se mluví o nich. Řada z nich o této zkušenosti hovoří jako o záležitosti, která je pro ně zraňující. Je zřejmé, že v případě lidí s mentálním postižením v mnoha situacích (například na úřadu) doprovod záležitost i přímo vyřizuje, je však důležité člověka s mentálním postižením nevynechávat z rozhovoru a nečinít jej „neviditelným“.

<sup>35</sup> Manželka pana V.K. odpovídá na podobné dotazy s nadhledem: „Zeptejte se manžela přímo, nekouše.“

být pokyny pro cestující nad eskalátory ve vstupní hale vlakového nádraží Ostrava hlavní nádraží,<sup>36</sup> viz obrázek č. 1.

Obr. 1 Pokyny pro cestující na hlavním vlakovém nádraží v Ostravě



Je zřejmé, že při formulaci pokynu, jak postupovat v případě přepravy skupiny osob se sníženou schopností pohybu a orientace byla záměrem autora potřeba pomoci především imobilním lidem z hlediska zajištění jejich bezpečnosti i potřeba ochrany technického zařízení eskalátoru při případné neodborné manipulaci. Pomineme-li fakt, že při formulaci „skupina invalidů“ by se musel pokyn týkat (bezdůvodně) například i skupiny neslyšících nebo nevidomých cestujících, je zde zcela zřetelné umístění pozice lidí s postižením vedle kategorie dětí. Lidé s postižením sami někdy hovoří o tom, že přístupy a jednání vůči nim ze strany intaktních mívají charakter jednání s dětmi,<sup>37</sup> což v tomto případě svým způsobem dokazuje i užívání formulace „pod dozorem“.

Obdobně se lze setkat v návodech na obsluhu některých elektrických přístrojů s pokyny:

<sup>36</sup> Platné k 28.11. 2011

<sup>37</sup> Obdobná situace se vyskytuje u některých mladších lidí při jednání se seniory. V případě lidí na vozíku tomuto jednání fakticky, i když latentně napomáhá fyzicky nižší poloha sedícího člověka vůči stojícímu „nepostiženému“. Jde zpravidla o nevědomou interakci v rámci neverbální komunikace, při níž se uplatňují hierarchizující prvky „vyššího postavení“. Nižší postavení je zde zobrazeno nejen fakticky nižší (sedící) pozicí, ale také symbolem vozíku, který jakoby samozřejmě „invalidizuje“ svého majitele. Bývá někdy zajímavé pozorovat komunikaci mezi (například) sociální pracovníci na úřadu a mužem na vozíku, při níž se stojící žena sklání, aby bylo možno lépe komunikovat tváří v tvář. Při tomto fyzickém sklánění však někdy dochází k jakémusi současnému „mentálnímu sklánění“ a jejímu naladění na nižší mentální polohu. Výsledkem je, že žena hovoří s mužem již ne jako s rovnocenným partnerem tváří v tvář, ale s příměsí ochranního přístupu vůči dítěti. Roli zde může dozajista hrát tradičně pojímaná rodová role ženy. Každá genderová kombinace aktérů mívá pak různé situační kontexty.



Nikdy nenechávejte přístroj fungovat bez dozoru.  
Nenechávejte ho v dosahu dětí nebo invalidních osob.



#### **Příklad** Rodičovská kompetence

*V roce 2006 byla na Krajském úřadu Moravskoslezského kraje řešena žádost nevidomé žadatelky o pěstounskou péči. Paní P. G. je nevidomá od narození. Ráda by přijala do své péče dítě s těžkým zrakovým postižením. Její žádost byla v první instanci zamítnuta s odvoláním na vyjádření posudkové lékařky, která jako důvod uvedla, že „žadatelka není schopna pečovat o dítě, protože je nevidomá.“*

Lékařka vyjádřila subjektivní stanovisko bez zvážení okolností pro posudek stěžejních. Nezohlednila, že těžké zdravotní postižení samo o sobě není apriorní kontraindikací při péči o dítě. Kontraindikací je neschopnost péče o sebe sama, neschopnost řešit běžné i méně standardní životní situace s ohledem na předpokládanou péči o druhou osobu atd.<sup>38</sup> Pro posouzení schopnosti pečovat o dítě by mělo být objektivním kritériem reálné zjištění běžných dovedností nevidomé žadatelky, které se stejným způsobem předpokládají u žadatelů vidících. Teprve na základě tohoto zjištění by bylo možné podat kvalifikované vyjádření k důvodům, pro které může/nemůže být dítě svěřeno do péče.

Pro řadu lidí, kteří se nikdy přímo nesetkali s pozitivními příklady nevidomých rodičů, je nepředstavitelné, že by nevidomá žena měla dostat do péče (ještě k tomu cizí) dítě. Rodičovská kompetence se u vidících potenciálních rodičů jakoby předpokládá, u nevidomých (i s jiným typem postižení) bývá naopak zpochybňována. Řada příkladů z praxe dokládá, že mnohdy jsou to právě vidící lidé, kteří nedovedou dát svým vlastním dětem či dětem v náhradní rodinné péči kvalitní péči a zázemí, přestože jim zrak funguje výborně.<sup>39</sup>

<sup>38</sup> Krhutová 2006

<sup>39</sup> „Selže-li“ ve výchově a péči vidící rodič, tak se to „prostě stává“. „Selže-li“ však nevidomý, pak „se to dalo čekat“. Tato optika nebývá vzácná mimo jiné i proto, že „selže-li“ nevidomý, je to z důvodu relativně malého počtu nevidomých „více vidět“.



## Studijní materiál v Moodle

Další příklady z oblasti mobility, vzdělávání, zaměstnávání, sociální oblasti, zdravotní oblasti, přístupu ke zboží a službám, k informacím ad. nastudujte v Čítance / modul S2.

M

### 3.4 Univerzální plánování

Jednou z podmínek sociálního fungování každého člověka je mobilita, svoboda pohybu, svoboda pobytu, možnost užívat veřejné služby jako jsou doprava, kultura, zdravotní, vzdělávací, sociální, bankovní a další služby. Každé z typů zdravotního postižení klade na člověka s postižením odlišné nároky na zvládání prostředí, a s tím spojené možnosti uspokojování základních životních potřeb.

Samostatné zvládání pohybu v prostoru lze z pohledu jednotlivce rozlišit na (1) pohyb v mikroprostoru – výkon sebeobslužných činností v bytě, zejména hygiena, příprava jídla a stravování, úklid, praní a žehlení prádla, péče o oděv a další domácí práce, pracovní a volnočasové aktivity, setkávání s rodinou a přáteli apod.; (2) pohyb v mezoprostoru s využitím nebo bez využití veřejné či individuální dopravy – nakupování, návštěva kulturních, sportovních, zdravotnických, sociálních zařízení, úřadů a jiných veřejných budov, venkovní volnočasové nebo pracovní aktivity, apod.; (3) pohyb v makroprostoru – cestování či stěhování na větší vzdálenosti podmíněné využitím veřejné či individuální dopravy.

Samostatné provádění uvedených aktivit je pro osoby se zdravotním postižením zpravidla ztíženo dočasným, dlouhodobým nebo trvalým snížením schopností pohybu a orientace, včetně příjmu, zpracování a reprodukce informací. Snížená schopnost pohybu a orientace bývá dávana do souvislosti zpravidla s lidmi, kteří dočasně nebo trvale užívají vozík a nebývá tak vždy reflektováno, že nejvyšší limit samostatného pohybu a orientace mívají nevidomí lidé. Mnohým odborníkům není dostatečně známa ani skutečnost, že lidé s mentálním postižením mívají problémy s komplikovanou členitostí prostoru nebo že sluchové postižení

ztěžuje nejen příjem verbálních informací, ale také informací z prostoru (zvuky dopravy, varovné akustické signály apod.)<sup>40</sup>

Jedním z rysů „přátelského prostoru“ je jeho *přístupnost a využitelnost* v průběhu změn *celého životního cyklu*, od narození do stáří, s ohledem na změny v biologickém vývoji jednotlivce. Žitou zkušenost „přátelského / nepřátelského prostoru“ mívají těhotné ženy (schodiště s/bez zábradlí), lidé přepravující kojence v kočárku (vysoké obrubníky, chybějící výtah), batole jdoucí bez kočárku (vysoké schody, obrubníky), malé děti (výškově ne/nastavitelný nábytek) atd. U dětí, mladistvých a dospělých dochází v důsledku volnočasových či pracovních aktivit nezřídka k úrazům či nemocem, a tím dočasnému či trvalému snížení mobility. Ve stáří se v důsledku involučních změn organismu projevuje snížená reaktivní rychlost na podněty, unavitelnost, snížená orientace a mobilita.

Počet obyvatel, kteří mají sníženou schopnost pohybu či orientace, a to jak krátkodobě či dlouhodobě (viz příklady výše) je odhadnut na jednu třetinu populace ČR.<sup>41</sup>



### **Příklad**

*I „obyčejná“ zlomená noha při sportu či náledí může změnit původně „přátelské bydlení“ v domě bez výtahu ve „vězení“.*

Každý člověk bez výjimky je se svou individuální fyzickou vybaveností a v různých obdobích svého individuálního života uživatelem „přátelského“ nebo „nepřátelského“ prostoru, vztahovat téma přístupnosti fyzického prostoru jen k lidem s postižením nebo seniorům je proto neopodstatněné. Koncept „přístupného fyzického prostředí“ je potřebné vnímat z pohledu „prostředí pro všechny“. „Budování přístupného prostředí musí respektovat obecné principy udržitelnosti. [...] Udržitelným rozvojem nemyslíme pouze čistou vodu a obnovitelné zdroje energie: je to holistický způsob myšlení – dlouhodobá strategie, která musí pojmout životní cyklus člověka.“<sup>42</sup> Pojem „přístupné prostředí“, resp. „prostředí pro všechny“ je synonymní s termínem „universální designe. [...] Koncepte udržitelného rozvoje se stala centrální koncepcí všech progresivních politických strategií.“<sup>43</sup>

<sup>40</sup> Konkrétní příklady viz ECA 2003

<sup>41</sup> Viz Národní plán mobility pro všechny (2010b)

<sup>42</sup> Bendixen in ECA 2003: 35

<sup>43</sup> Podle ECA 2003

## Pojmy k zapamatování

Koncept „prostředí pro všechny“ – angl. „universal design“ nebo „design for all“, zkratka DfA se nevztahuje pouze na architektonické řešení prostoru, jeho význam je mnohem širší a týká se výrobků, vybavení (nábytku aj.) : „ Univerzální design znamená navrhování výrobků, vybavení, programů a služeb tak, aby je mohly v co největší míře využívat všechny osoby bez nutnosti úprav nebo specializovaného designu.“<sup>44</sup>



Existuje významný rozdíl mezi „adaptací prostředí pro všechny“ a budování prostředí pro všechny“. V procesu adaptace prostředí (pro všechny) se provádějí  *dodatečná opatření* k již stávajícím stavebním řešením v procesu budování prostředí (pro všechny) se již  *od počátku* vše plánuje tak, aby dodatečná řešení nebyla potřebná.  *Porozumění odlišnosti* obou přístupů je pro realizaci konceptu „přístupného prostředí pro všechny“  *klíčové*. Odlišnost přístupů popisuje Aragall:

„Při vytváření vlastního prostředí předpokládáme existenci ‘průměrného člověka‘. V minulosti jsme tuto problematiku přístupnosti vnímali jako odchýlení jednotlivce od ‘normy‘. Dotyčný člověk byl ‘výjimkou’, tím pádem i ‘problémem‘. Po změně přístupu k dané problematice je nejčastějším řešením přidání speciálních zařízení k existujícím stavbám, např. rampy nebo rozšíření dveří. Takováto řešení však podporují smýšlení, že určití jednotlivci jsou ‘výjimkou z pravidla‘. Tato řešení, která nutí osoby se zdravotním postižením používat například oddělené vchody, které jsou často v zadní části budovy, tyto osoby stigmatizují. Navíc jsou tyto modifikace doplňkovým vybavením, vzešlým z dodatečné myšlenky, nikoliv jako výsledek plánování ve fázi návrhu. Cílem nového integrovaného přístupu zahrnující koncepci univerzálního designu je, abychom řešili problémy každého jednotlivce se stejnou důsledností. Měli bychom rozšířit kritéria „normality“, aby výstavba životního prostředí postupovala v souladu s principy univerzálního designu Všichni bychom měli mít možnost navštívit a užívat všechny prostory vytvořeného prostředí  *samostatně a přirozeně*, jak je to jen možné.“<sup>45</sup>

<sup>44</sup> Úmluva 2006, Center 1997

<sup>45</sup> Aragall in ECA 2003: 38, kurzívou zvýraznila autorka textu

V ČR je od počátku devadesátých let 20. stol. věnována zvýšená pozornost úpravám fyzického prostředí. Česká legislativa<sup>46</sup> sleduje celosvětový trend DfA – stavební zákon a příslušné prováděcí předpisy upravují podmínky přístupnosti veřejných budov, veřejných komunikací, dopravních systémů atd. Řešení přístupnosti veřejných budov a veřejných prostranství seniorům je zakotveno právní cestou – senioři (legislativní označení „osoby pokročilého věku“) a lidé se zdravotním postižením jsou vedle dalších kategorií osob výslovně uvedeni jako jedna z cílových skupin tzv. bezbariérových úprav prostředí<sup>47</sup>. Rovněž česká odborná literatura<sup>48</sup> reflektuje principy udržitelného rozvoje s důrazem na plánování městského území<sup>49</sup> ve smyslu přístupného prostředí pro všechny.

Součástí ne/přístupného veřejného prostoru je také ne/přístupná veřejná doprava a dopravní infrastruktura<sup>50</sup>, ne/přístupné veřejné služby (zdravotnictví, školství, bankovníctví, pojišťovnictví atd.) Významným socioprostorovým aspektem stárnutí, stáří a zdravotního postižení je kvalita bydlení. Kvalita bydlení, resp. skutečnost, nakolik je bydlení konkrétního seniora či člověka s postižením bariérové či bezbariérové přímo souvisí s jeho soběstačností a využíváním sociálních služeb.

## M

### Studijní materiál v Moodle

Bydlení a souvislosti bydlení s využíváním sociálních služeb je popsáno v Čítance / modul S3.

V posledních letech se situace v oblasti odstraňování bariér prostředí ve vztahu k lidem s postižením obecně mění výrazně k lepšímu. I když bude pravděpodobně i nadále možné setkávat se s názory vyjadřujícími přesvědčení, že lidé s postižením chtějí s úpravami prostředí vlastně něco „navíc“. Něco, co je (možná až zbytečně) nákladné a komplikované

<sup>46</sup> zejména stavební zákon, prováděcí vyhláška ke stavebnímu zákonu (vyhláška č. 398/2009 Sb., tzv. bezbariérová vyhláška), Vyhláška č. 64, dále národní dokumenty Vláda 2010a, 2010b ad. Součástí bezbariérové vyhlášky jsou technické požadavky zabezpečující bezbariérové užívání pozemních komunikací a veřejného prostranství

<sup>47</sup> §1, odst. 1 vyhlášky č. 398/2009 Sb., o obecných technických požadavcích zabezpečujících bezbariérové užívání staveb, v platném znění včetně Přílohy č. 2 obsahující technické požadavky zabezpečující bezbariérové užívání pozemních komunikací a veřejného prostranství a Přílohy č. 3 obsahující technické požadavky zabezpečující bezbariérové užívání staveb občanského vybavení v částech určených pro užívání veřejností, společných prostor a domovního vybavení bytových domů, upravitelného bytu nebo bytu zvláštního určení a staveb pro výkon práce.

<sup>48</sup> Bezbariérové 2003, Bydlení 2008, Filipiová 1998, 2002, Jančo 2009, Maxa 1991, Město 2006, Šestáková, Lupač 2010, Zdařilová 2006a, 2006b ad.

<sup>49</sup> Plánování městského území zahrnuje jak úpravy veřejných prostranství a budov, tak také plánování bydlení, dopravní infrastruktury, veřejných služeb atd.

<sup>50</sup> Více viz Národní rozvojový program mobility pro všechny (Vláda 2010b)

(například zpřístupnění historických budov). Tento názor opomíjí fakt, že lidé s postižením mají v tomto směru potřeby identické s potřebami lidí intaktních – potřebují svobodný pohyb, přístup do budov, přístupnou dopravu, přístup k informacím, přístup ke vzdělání atd. Výše uvedené přesvědčení nebere na zřetel ani fakt, že přístupné prostředí, jak bylo několikrát zmíněno, není jen otázkou lidí s postižením.

I když je existence absolutně bezbariérové prostředí považována za utopickou, má myšlenka trvalého rozšiřování prostředí bez bariér v konečném důsledku kromě volného pohybu i nezanedbatelný ekonomický efekt - snižuje u mnoha lidí s postižením potřebu technické i lidské asistence.

### **Jak souvisí DfA se sociální prací?**

Místo odpovědi příklad

#### **Příklad** Dvanáct schodů k sociální síti<sup>51</sup>

*Vedoucí pracovník úřadu, který byl v rámci tohoto úřadu odpovědný za plnění povinného podílu zaměstnanců se zdravotním znevýhodněním (tehdy s tzv. změněnou pracovní schopností) se podívoval nad skutečností, že o volná místa na úřadu není ze strany lidí s postižením zájem: „Proč se k nám ti postižení nehlásí, když máme bezbariérový úřad?!?“*

*Odpověď je mnohvrstevná, do jisté míry tvoří pomyslný uzavřený kruh a mohla by znít takto: Nehlásí se proto, že obvykle nemají kvalifikaci. Kvalifikaci nemají proto, že obvykle nemají potřebné vzdělání. Vzdělání nemají proto, že obvykle neexistuje dostatečné množství bezbariérových škol. ...I dvanáct schodů může být v konečném důsledku reálným odříznutím možnosti chodit do vybrané školy... Najde-li se ředitel/ka, který/á vytvoří podmínky pro fyzické zpřístupnění školy žákům/studentům s postižením, zpravidla narazí na bariéry psychologické v podobě obavy či neochoty vyučujících (nebo rodičů dětí bez postižení, popřípadě samotného ředitele školy, je-li iniciátorem řadový učitel) přijmout do třídy takové dítě/studenta.<sup>52</sup> Podaří-li se řediteli překonat i tyto nástrahy integračního procesu (zajistí*



<sup>51</sup> převzato z Krhutová 2005: 70

<sup>52</sup> Aktuální školský zákon sice stanovuje povinnost přijmout žáka s postižením do spádové školy, prováděcí vyhláška však dává konečné rozhodnutí o přijetí či nepřijetí do rukou ředitele školy.

*učitele, konzultace, asistenta pedagoga atd.), objeví se téměř neřešitelný problém bariérové infrastruktury. Nepřístupné komunikační trasy a nepřístupná doprava vyžadují obvykle vysoké individuální nasazení rodičů a komplikace v jejich zaměstnání. (Ne každý zaměstnavatel bude či může permanentně akceptovat každodenní svoz a odvoz dítěte/studenta do školy.) Kruh se uzavírá. Uchazeč/ka volí školu, která neodpovídá potřebám, zájmům a schopnostem budoucího zaměstnance, nýbrž tu, která je (v lepším případě jako jediná v okolí) přístupná. V případě, že taková škola je daleko a uchazeč nemá ekonomické a/nebo jiné zázemí, rezignuje na vzdělání, které by odpovídalo jeho skutečným schopnostem, popřípadě rezignuje na vzdělání zcela. Důsledky se pak projeví ve zvýšené míře čerpání sociálních dávek a dalších systémů sociální sítě.*



#### **Shrnutí**

Předmětem intervence sociálních pracovníků by měla být situace klienta jako celek. Sociální pracovník by měl rozpoznat všechny (zdravotní, psychologické, hodnotové a kulturní, vztahové ad.) bariéry zvládnutí situace klientem a promýšlet souvislosti mezi nimi. Jedním z klíčových konceptů, který se uplatňuje v sociální práci s klienty se zdravotním postižením je koncept sociálního fungování. S ním souvisí přístupné prostředí pro všechny a tzv. univerzální plánování. Důsledky absence univerzálního plánování se promítají do vyšší spotřeby sociální péče a podpůrných služeb lidmi s postižením.



#### **Kontrolní otázky**

1. Co je podstatou konceptu sociálního fungování?
2. Co je podstatou DfA?
3. Jakým způsobem se promítají důsledky absence univerzálního plánování do vyšší spotřeby sociální péče a podpůrných služeb lidmi s postižením?

### **Další doporučená četba k této kapitole**

KRHUTOVÁ, L. 2005. Přístupnost staveb a dopravy. In KRHUTOVÁ, L. a kol. *Občané se zdravotním postižením a veřejná správa*. Olomouc: Univerzita Palackého, s. 66-72.

## 4 INTERVENCE SOCIÁLNÍ PRÁCE S LIDMI SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM, KLÍČOVÉ KONCEPTY



### V této kapitole se dozvíte<sup>53</sup>

- o pojetí sociální práce jako profese lidských práv
- o klíčových konceptech sociální práce s lidmi se zdravotním postižením
- o cílech intervencí sociální práce s lidmi s postižením



### Klíčová slova této kapitoly

intervence sociální práce, lidská práva, zplnomocnění, rovné příležitosti, nezávislý způsob života, Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením



### Čas potřebný k prostudování této kapitoly

3 hodiny

\*\*\*\*\*

Intervencí sociální práce s lidmi se zdravotním postižením rozumíme odborný zásah, jehož cílovou skupinou je jednotlivec se zdravotním postižením, rodina, jejímž členem je člověk se zdravotním postižením, skupina, komunita, případně širší společenství lidí s postižením v situaci, kdy dostatečně nezvládají požadavky svého prostředí ať již z důvodů, které jsou na straně klienta, rodiny, skupiny, komunity či širšího společenství nebo z důvodů, které jsou na straně prostředí, které generuje nezvládnutelné problémy. Intervence sociální práce zahrnuje všechny činnosti, které sociální pracovník vykonává ve prospěch této cílové skupiny.

Z výše uvedeného vymezení plyne, že nikoliv nutně *každý* člověk postižením (rodina, skupina, komunita, širší společenství lidí s postižením) patří mezi cílovou skupinu sociální práce. „Být člověkem se zdravotním postižením“ neznamená automaticky „být klientem sociální práce“.

Příkladem mohou být někteří nevidomí lidé, kteří oslepli v dospělosti a nikdy nevyužili služeb specializovaných zařízení, sami se naučili Braillovo písmo i chůzi s bílou holí a další dovednosti potřebné pro život bez zraku.

<sup>53</sup> Kapitola je upraveným a doplněným zpracováním částí autorských textů Krhutová 2008, 2011c



Tímto a dalšími příklady nechceme v žádném případě zpochybňovat roli pomáhajících institucí ani vyzdvihovat „hrdiny“, kteří vše zvládli sami (připusťme, že v minulosti někdy ani nebyla jiná možnost). Záměrem je upozornit na skutečnost, že nikoli všichni lidé s postižením, které potkáváte, musí a přejí si být nutně středem zájmu pomáhání.

Tento aspekt je zakomponován do názvu studijního předmětu a této studijní opory „Sociální práce a lidé se zdravotním postižením“. Záměrným užíváním spojky „a“, a nikoliv předložky „s“, na jazykové úrovni vyjadřujeme tvrzení, že lidé s postižením a sociální práce stojí vedle sebe a nemusí být nutně *ve všech případech* propojeni. Přestože lidé s postižením *jako celek* patří mezi zranitelné skupiny obyvatelstva a cílové skupiny sociální práce, jako *jednotlivce* (rodina, skupina...) však nikoliv každý člověk s postižením vstoupí a musí nutně vstoupit do oblasti působení sociálního pracovníka. Otázka, již by (budoucí) sociální pracovník měl proto věnovat kritickou reflexi stojí v rovině: co sociální práce znamená či může (nebo nemusí) znamenat pro jednotlivce a skupiny lidí se zdravotním postižením? V případě, kdy mezi pojmy „sociální práce/lidé se zdravotním postižením“ vložíme předložku „s“, mělo by být zřejmé, že se jedná o sociální práci s těmi z populace lidí s postižením, kteří se intervencí sociální práce účastní, kteří ji potřebují. „Globální vidění“, že lidé s postižením patří „automaticky“ do oblasti působení sociálních pracovníků, je však značně rozšířené a z řady důvodů zavádějící.

#### 4.1 Sociální práce jako profese lidských práv

Koncept sociální práce jako profese lidských práv má kořeny již ve Všeobecné deklaraci lidských práv z roku 1948, na niž se odkazuje Mezinárodní etický kodex sociálních pracovníků přijatý v roce 1994.<sup>54</sup> K principům sociální spravedlnosti, nediskriminace a lidských práv se kodex hlásí v ustanoveních:

- Sociální pracovníci se zavazují k principům sociální spravedlnosti.  
(2.2.4.)

---

<sup>54</sup> Angl. The Ethics of Social Work Principles and Standards

- Od sociálních pracovníků se očekává poskytování kvalitní podpory těm, kdo ji potřebují, bez diskriminace na základě rodu, věku, zdravotního postižení, barvy pleti, společenského postavení, náboženství, jazyka, politické přesvědčení, nebo sexuální orientace. (2.2.6.)
- Sociální pracovníci respektují základní lidská práva jednotlivců a skupin vyjádřených ve Všeobecné deklaraci lidských práv a dalších souvisejících mezinárodních konvencí. (2.2.7.)

Koncept lidských práv je v této verzi kodexu transponován do vymezení oblasti působení sociálních pracovníků – sociální pracovníci se *zavazují – poskytují – respektují*.

V roce 2004 byl Mezinárodní kodex sociální práce revidován a zásadním způsobem přepracován.<sup>55</sup> Tato verze kodexu obsahuje definici sociální práce, v níž je učiněn principiální posun – *sama sociální práce je zde deklarována jako profese lidských práv* formulací základních principů: „Profese sociální práce podporuje sociální změnu, řešení problémů v lidských vztazích, a také zmocnění a osvobození lidí v zájmu zvýšení blaha. Sociální práce zasahuje v oblastech, kde dochází k interakci lidí a jejich prostředí a využívá k tomu teorii lidského chování a sociálních systémů. Základními principy sociální práce jsou lidská práva a sociální spravedlnost.“<sup>56</sup>

Sociální práce je zde definována z hlediska principů hodnot (sociální spravedlnost) a práva (lidská práva).

#### 4.2 Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením

Vycházíme-li tedy z pojetí sociální práce jako profese lidských práv a ze skutečnosti, že lidé s postižením jsou jednou z cílových skupin sociální práce, pak lze za (lidsko)právní rámec sociální práce s klienty se zdravotním postižením v ČR považovat Úmluvu OSN o právech osob se zdravotním postižením (dále Úmluva).<sup>57</sup> Pro sociální práci je velmi důležitá, zejména proto, že *pojmenovává oblasti v životě lidí s postižením*,

<sup>55</sup> včetně nového názvu Ethics in Social Work, Statement of Principles

<sup>56</sup> Ethics 2004

<sup>57</sup> Od roku 2009 je součástí právního řádu ČR viz Sbírka zákonů ČR

které jsou *zranitelné, nejsou samozřejmé a vyžadují cílené intervence* státu na zajištění důstojných podmínek osobního i komunitního života lidí s postižením.

Účelem Úmluvy je „podporovat, chránit a zajišťovat plné a rovné užívání všech lidských práv a základních svobod všemi osobami se zdravotním postižením a podporovat úctu k jejich přirozené důstojnosti.“<sup>58</sup> Vytváření a podpora těchto podmínek v intencích příslušných článků Úmluvy patří do *standardního rámce profesních intervencí sociální práce a služeb sociální práce*.<sup>59</sup> Jedná se přitom zejména o zajištění:

- sociální ochrany
- ochrany zdraví,
- práva na život,
- rovnosti před zákonem,
- ochrany před násilím a zneužíváním,
- ochrany proti mučení, a jinému krutému, nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání,
- ochrany před vykořisťováním, násilím a zneužíváním,
- přiměřené životní úrovni,
- podpory nezávislého způsobu života a zapojení do společnosti,
- svobody pohybu a osobní mobility,
- respektování soukromí, obydlí a rodiny,
- přístupu ke komunitním službám,
- přístupu ke kompenzačním pomůckám,
- přístupu k podpůrným technologiím
- přístupu k různým formám asistence,
- přístupu k informacím,
- přístupu ke vzdělání,
- přístupu k práci a zaměstnání,
- účasti na politickém a veřejném životě,
- účasti na kulturním životě a volnočasových aktivitách ad.

---

<sup>58</sup> Úmluva 2010

<sup>59</sup> Služba sociální práce nerovná se sociální služba, rozdíly viz Musil 2004: 13-15

### **4.3 Intervence sociální práce s klienty se zdravotním postižením**

Společenská role a místo lidí s postižením ve společnosti bývají ovlivňovány zvykovým očekáváním lidí bez postižení, které má hluboké historické i psychologické kořeny a které mnohdy pojmá člověka s postižením jako pasivního příjemce pomoci, objektu sociální péče a charity (princip sociální dobročinnosti). Tak tomu po staletí bylo. Novodobé dějiny spolu s rozvojem poznání ve všech oblastech lidského konání překonávají tato zastaralá schémata, jenže ... jak je (relativně) snadné měnit vnější podmínky působení (např. pomocí zákonů), tak je obtížné měnit smýšlení lidí. V tomto směru (psychologická rovina) se změny dějí jen velmi zvolna a za právními a jinými opatřeními zpravidla zaostávají.

Myšlenka „člověk se zdravotním postižením jako subjekt práv“ v protikladu pojetí „člověk postižením jako objekt péče“ je z hlediska historického vývoje relativně nová. Jako programová myšlenka hnutí lidí se zdravotním postižením za nezávislost vznikla přibližně před padesáti lety v USA. V podmínkách naší země se vlivem společenského vývoje v době totality rozvíjí až od roku 1990.

#### **Tradiční pojetí sociální práce s lidmi se zdravotním postižením**

Tradiční sociální práce s lidmi se zdravotním postižením byla dle Koláčkové a Kodymové<sup>60</sup> založena na individuálním modelu osobní tragédie a soustřeďovala se na posuzování nedostatku schopností (rozsahu neschopnosti). Medicínský model, vlivný i v jiných pomáhajících oborech, pracoval se zúženým a negativním obrazem lidí s postižením, v jehož pozadí byl nárok na mocenská rozhodnutí „kompetentních“ odborníků – lékařů. Nebyl brán ohled na elementární práva těchto lidí na rovnoprávnost, nezávislost, odpovědnost za sebe. Dobrá praxe sociální práce je založena na sociálním modelu zdravotního postižení a vychází z pohledu na člověka jako jedinečnou bytost, a teprve poté přihlíží ke stupni či druhu jeho zdravotního postižení.

---

<sup>60</sup> Koláčková, Kodymová 2005: 89-108

## Novodobé pojetí sociální práce s lidmi se zdravotním postižením

V rozvoji moderní sociální práce s lidmi se zdravotním postižením patří ke klíčovým konceptům sociální práce koncept *zplnomocnění*, koncept *rovných příležitostí* a koncept *nezávislého způsobu života*.<sup>61</sup> Tyto tři koncepty úzce souvisí s pojetím sociální práce jako profese lidských práv.

### 4.3.1 Koncept Zplnomocnění

Koncept zmocnění, zplnomocnění (empowerment), posílení klade důraz na změnu nerovností. „Je cílem některých postupů sociální práce spočívající ve zvýšení klientovy či skupinové *schopnosti prosazovat vlastní oprávněné zájmy*, resp. vymanit se z podřízeného, utlačeného postavení; termín se používá ve dvou překrývajících se významech – jednak v perspektivě psychologizující, kde se jím míní posilování sebevědomí, schopnosti vyjednávat, asertivně prosazovat osobní či úzce skupinové zájmy; jednak v perspektivě sociální, kde jde o prosazování zájmů velkých skupin koordinovaných kolektivními akcemi.“<sup>62</sup>

### 4.3.2 Koncept Rovné příležitosti

Rovnost příležitostí (equal opportunity) a její protiklad nerovnost příležitostí „se vyskytuje v tzv. klasických tématech sociální politiky a sociální práce.“<sup>63</sup> Dle Matouška představuje „jeden z obecných cílů soudobé sociální politiky v euroamerickém kulturním okruhu. Stát chce občanům garantovat rovnost k přístupu ke vzdělání, k práci, k bydlení, k základní zdravotní péči, k systému sociálního zabezpečení, k vlivu na věci veřejné, k informacím bez ohledu na věk občana, na jeho příslušnost k pohlaví, k rase, k náboženství, na jeho sexuální orientaci nebo na existenci omezení různého druhu.“<sup>64</sup> V tomto konceptu jde dle Jandourka o „vyrovnávání životních šancí pro všechny bez ohledu

---

<sup>61</sup> angl. název Independent Living

<sup>62</sup> Matoušek 2003: 154, srov. Navrátil 2000: 141

<sup>63</sup> Ševčíková 2005: 1. Rovnosti příležitostí je věnováno samostatné číslo odborného časopisu Sociální práce/Sociální práce, č. 3/2005.

<sup>64</sup> tamtéž: 191

na jejich ekonomické postavení. S rovností šancí souvisí i rovnost práv, tedy stejná aplikace práva na všechny členy společnosti.<sup>65</sup>

„Rovnost příležitostí hledí na *přirozenou nerovnost* jako na nevyhnutelnost, která je morálně ospravedlnitelná. Toto pojetí rovnosti nemíří k žádnému rovnostářskému ideálu, ale ke společnosti založené na zásluhách, kde úspěch i neúspěch je vždy odrazem osobního výkonu.“<sup>66</sup> Autoři současně upozorňují na problém tohoto typu rovnosti, který spočívá ve skutečnosti, že přirozené nadání může být a často bývá spojeno se sociálními vlivy a uvádí obecný příklad:



### **Příklad**

*„Vystuduji-li na Harvardově univerzitě právo (za finanční pomoci rodičů) budu mít s velkou pravděpodobností větší šance v přijímacím pohovoru do lukrativního zaměstnání než můj kolega, který studoval tentýž obor v rozvojové zemi, a jehož rodiče jej navíc nebyli schopni podporovat. Podobně budu ‘přirozeně’ zvýhodněn, pokud mi rodiče umožní již od dětského věku navštěvovat nákladné jazykové kurzy a čas od času trávit letní prázdniny formou jazykového pobytu v zahraničí, oproti spolužákovi, jehož matka je samoživitelka. Měla-li by se tedy rovnost příležitostí brát do důsledků, nutně by to muselo znamenat, zvážit například zákaz dědictví a tyto prostředky následně použít na vyrovnávání startovacích hendikepů některých ‘běžců’.“<sup>67</sup>*

Ve snaze o řešení těchto „potíží“ s rovností vznikl koncept tzv. pozitivních opatření, známý také jako *pozitivní diskriminace* (či afirmativní akce). Má řadu zastánců i odpůrců a obecně bývá vnímán jako kontroverzní. Pozitivní opatření představují výjimku ze zásad rovného zacházení, kdy dochází k institucionálnímu zvýhodnění do té doby znevýhodněné skupiny definované na základě určitého rysu, jako je například rasa nebo pohlaví, či zdravotní postižení ad.<sup>68</sup>

<sup>65</sup> Jandourek 2001: 209

<sup>66</sup> Dvořák, Zamboj 2007: 33

<sup>67</sup> tamtéž

<sup>68</sup> Například opatření státu v oblasti politiky zaměstnanosti (rok 2011) v podobě povinného podílu zaměstnávání osob se zdravotním znevýhodněním a jeho alternativního plnění.

### 4.3.3 Koncept Nezávislý způsob života

Nezávislost v tomto konceptu není chápána v „absolutních hodnotách úplné nezávislosti“, která je vždy relativní, nýbrž v převzetí kontroly nad svým životem.<sup>69</sup> Podle tohoto konceptu i člověk, který je imobilní a využívá celodenní osobní asistenci, může mít kontrolu nad svým životem z hlediska rozhodování o svých potřebách a jejich uspokojování, jsou-li k dispozici vhodné podmínky.<sup>70</sup>

Podle Pfeiffera je koncept (model) založen na tezi, že „lidé s postižením jsou příslušní a odpovědní činit rozhodnutí a mají fundamentální právo volby a výběru. [...] Problémy, s nimiž se potýkají, souvisí s pozicí moci a kontroly části profesionálů a ostatních, neadekvátním zabezpečením služeb a se subjektivními, architektonickými, poznávacími, ekonomickými aj. bariérami. Řešení problémů spočívá v sebe-obhajobě, systému advokacie, eliminaci bariér a dalších opatřeních podle výběru lidí s postižením. Lidé s postižením nechtějí „něco navíc“, chtějí tytéž příležitosti a možnosti jako ostatní lidé. Stejně jako ostatní musí nést odpovědnost za své životy a rozhodnutí a mají právo mluvit za sebe a vyjadřovat se k nim.“<sup>71</sup>

#### K zamyšlení

*„Jaký je rozdíl v tom, dostanete-li se do práce autem a já se tam dostanu na svém vozíku, v případě, že se oba do práce dostaneme? Jaký je rozdíl v tom, hovoříte-li pomocí vašich hlasivek a já za pomoci mluvicí tabulky, pokud oba komunikujeme? Jaký je rozdíl v tom, že si zapamatujete, jak se dostanete do svého bydliště a já si musím napsat instrukce, dostaneme-li se oba na místo určení?“<sup>72</sup>*



Koncept Nezávislého způsobu života se v praxi uplatňuje v případě, kdy<sup>73</sup>: (a) osoby se zdravotním postižením mají možnost si zvolit, na rovnoprávném základě s ostatními, místo pobytu, kde a s kým budou žít a nejsou nuceny žít ve specifickém prostředí;<sup>74</sup> (b) osoby se zdravotním postižením mají přístup ke službám poskytovaným v domácím prostředí,

<sup>69</sup> Brown 1994

<sup>70</sup> Brown 1994, Hrdá 2006

<sup>71</sup> Pfeiffer 2005: 32

<sup>72</sup> Brown 1994: 12

<sup>73</sup> viz Úmluva, článek 19

<sup>74</sup> tj. zejména v ústavní péči

rezidenčním službám a dalším podpůrným komunitním službám, včetně osobní asistence, která je nezbytná pro nezávislý způsob života a začlenění do společnosti a zabraňuje izolaci nebo segregaci; (c) komunitní služby a zařízení určená široké veřejnosti jsou přístupné, na rovnoprávném základě s ostatními, i osobám se zdravotním postižením a berou v úvahu jejich potřeby.

Sociální službou, která *zásadním způsobem* zvyšuje kvalitu života lidí se zdravotním postižením a jejich nezávislost, je *osobní asistence*, jíž se budeme podrobně věnovat v kapitole 12.

**M**

### **Studijní materiál v Moodle**

V Čítance / modul S4 nastudujte slovníček pojmů: Spravedlnost, Sociální spravedlnost, Sociální rovnost, Princip rovných práv, Participace, Egalitarianismus, Tokenismus, Sociální nerovnost, Sociální exkluze, Diskriminace, Integrace.

**Σ**

### **Shrnutí**

Myšlenka „člověk se zdravotním postižením jako subjekt práv“ v protikladu pojetí „člověk postižením jako pasivní příjemce pomoci a objekt sociální péče“ je z hlediska historického vývoje relativně nová. Jako programová myšlenka hnutí lidí se zdravotním postižením za nezávislost vznikla v 60. letech minulého století v USA, v podmínkách ČR se vlivem totalitního období rozvíjí až od roku 1990. V rozvoji moderní sociální práce s lidmi se zdravotním postižením patří ke klíčovým konceptům sociální práce koncept zplnomocnění, koncept rovných příležitostí a koncept nezávislého způsobu života. Pro sociální práci (jako profesi lidských práv) s lidmi s postižením je důležitá Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením.

**?**

### **Kontrolní otázky**

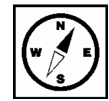
1. Kteří lidé se zdravotním postižením jsou klienty sociální práce?  
Kteří jimi nejsou?
2. Čím se liší tradiční a novodobé pojetí sociální práce s lidmi se zdravotním postižením?
3. Co je podstatou konceptů zplnomocnění, rovných příležitostí a nezávislého způsobu života?



## 5 K SOCIÁLNÍ PRÁCI S JEDNOTLIVCEM

### V této kapitole se dozvíte

- o příčinách a individuálních důsledcích zdravotního postižení
- jaké faktory se podílí na volbě strategie zvládnání důsledků postižení
- o typech předsudků vůči lidem s postižením
- o úloze jazyka v kontaktu s lidmi s postižením



### Klíčová slova této kapitoly

identita, copingové strategie, stupně socializace



### Čas potřebný k prostudování této kapitoly

3 hodiny



\*\*\*\*\*

Sociální pracovníci, ale také pracovníci dalších profesí, kteří se podílejí na řešení životních podmínek lidí s postižením, potřebují pro úspěšné zvládnání profesní role nejen příslušné kvalifikační odborné znalosti, ale také odpovídající přehled o příčinách, dopadech a důsledcích zdravotního postižení, faktorech ovlivňujících život člověka se zdravotním postižením včetně dovednosti komunikace s jednotlivými skupinami lidí s postižením.

### 5.1 Příčiny vzniku zdravotního postižení

„Postižení, nemoc, slabost všeho druhu jsou nejen protipóly „ne-postižení“, zdraví a síly, ale ve své komplementaritě jsou součástí lidského údělu stejně jako narození a smrt“.<sup>75</sup> Příčiny zdravotního postižení nelze a ani do budoucna zřejmě nebude možné eliminovat. Postižení může vzniknout jako následek

- dědičných vlivů,
- některých nemocí matky v období jejího těhotenství (např. zarděnky), nebo užívání některých léčiv či kombinací některých léčiv v těhotenství,
- užívání drog, alkoholu, kouření v těhotenství,

<sup>75</sup> Titzl 2000: 9

- komplikovaného porodu,
- akutní či chronické somatické či duševní nemoci (infekce, autoimunitní onemocnění, nemoci z nesprávné výživy, psychická traumata ad.)
- úrazu (v souvislosti s dopravní nehodou, pracovním úrazem, úrazem v domácnosti, při sportu a volnočasových aktivitách, v souvislosti s trestným činem, s živelnou katastrofou ad.),
- nedokonaných sebevražd,
- involučních změn ve stáří (stařecká polymorbidita – přítomnost více chorob současně objevujících se ve stáří).

U značného množství geneticky podmíněných, ale i později získaných onemocnění nelze jejich příčinu zjistit.

## 5.2 Doba vzniku a délka trvání zdravotního postižení

Pro praktickou činnost s klienty je pro sociálního pracovníka důležitá a mnohdy poměrně zásadní znalost, kdy, ve kterém věku ke zdravotnímu postižení u klienta došlo. Lze tím mj. získat informaci o „časové zkušenosti“ klienta s konkrétním typem postižení, tj. jak dlouho člověk postižení má, kolik let, měsíců či teprve týdnů s ním žije. Z tohoto pohledu rozlišujeme:

- vrozené zdravotní postižení,
- získané zdravotní postižení.

Zaměření intervencí sociální práce závisí na tom, zda jde o dítě s postižením, mladistvého, dospělého v produktivním věku či seniora s postižením. Má-li člověk s postižením postižení vrozené, nebo získané v dětském věku, zpravidla řeší jiný typ životních situací než člověk, který postižení získal ve 20ti, 50ti, 70ti let věku. Řešení řady životních situací však bude u obou společné.



### Úkol k textu

Napište, v čem se podle vašeho názoru liší či mohou lišit životní situace lidí s vrozeným a lidí se získaným zdravotním postižením a v čem podle vašeho názoru jsou či mohou být shodné. Proved'te komparaci vámi vybraných životních situací.

## K zamyšlení

*Začátečníci v sociální práci s lidmi s postižením někdy pokládají v úvodním rozhovoru s klientem se zdravotním postižením otázku „Jak se vám to stalo...?“ Co se domníváte, že se dozvíte z této otázky?*



### 5.3 Individuální důsledky zdravotního postižení

Pro zdravotní postižení je charakteristická velice široká variabilita projevů a důsledků. Dva lidé se stejným typem a stupněm (hloubkou, intenzitou) zdravotního postižením mohou mít a mívají odlišné individuální projevy postižení i odlišné schopnosti, dovednosti, možnosti pro zvládání nároků postižení, které se promítají do odlišných důsledků jejich postižení.

Jakkoli je nemožné uvažovat o lidech s postižením jako o homogenní skupině lidí, která „stejně jedná“, „stejně myslí“ či „stejně prožívá“, obecně se důsledky zdravotního postižení promítají zejména do tří oblastí:<sup>76</sup>

- osobní/ intimní,
- společenské,
- ekonomické.

#### 5.3.1 Osobní sféra

Každé postižení působí na člověka specifickým způsobem v souvislosti s typem, stupněm, dobou vzniku a délkou zdravotního postižení. Vrozené postižení od počátku vývoje dítěte ovlivňuje jeho vývojové možnosti tím, že vyřazuje či redukuje některé druhy podnětů, na druhé straně se dítě žijící s postižením od narození či od časného věku na něj *zpravidla* lépe adaptuje. Získané postižení *zpravidla* méně zasahuje vývoj funkcí, které se až do doby vzniku postižení mohly vyvíjet běžným způsobem, klade však vysoké nároky na adaptaci, zvláště v oblasti zasažené funkce (vidění, slyšení, pohyb ad.) a přijetí postižení jako součásti nové identity. Získané a zejména těžké postižení přestavuje *zpravidla* velký zásah do osobnosti, přechodně nebo trvale může způsobovat psychické problémy a subjektivně bývá hluboce prožíváno.

---

<sup>76</sup> Kráceno, upraveno z primárního zdroje Krhutová 2005: 22-29

Na fyzické úrovni se individuální důsledky zdravotního postižení v závislosti na typu, stupni, době vzniku postižení a fyzickém prostředí člověka s postižením promítají do:

- obtíží s mobilitou – pohyb v bytě, vycházení z domu, pohyb ve veřejných prostorech (budovy, prostranství, doprava) ad.,
- obtíží s orientací v prostoru – např. lidé s těžkým zrakovým postižením, s mentálním či sluchovým postižením,
- obtíží se sebeobsluhou – hygiena, oblékání, vaření a příprava jídla, konzumace stravy,
- obtíží při vedení domácnosti – úklid, praní, žehlení, zašívání, drobné kutilské práce,
- obtíží v příjmu, zaznamenání a reprodukci informací,
- obtíží v komunikaci - lidé se sluchovým, mentálním či zrakovým postižením a postižením řečových funkcí,
- nároků na delší čas při zvládnání aktivit všedního dne<sup>77</sup>,
- kolísavé, dlouhodobé nebo trvalé přítomnosti bolesti a jejího zvládnání,
- kolísavého stavu fyzické pohody a fyzického dyskomfortu ad.

V psychologické rovině se důsledky zdravotního postižení v závislosti na typu, stupni, době vzniku postižení, individuální psychické výbavě a vlivu sociálního prostředí člověka s postižením promítají do možnosti:

- častější unavitelnosti – nutnost koncentrace na běžné aktivity všedního dne jako je mluvení, slyšení, odezírání, čtení, psaní, chůze a orientace v prostoru, sebeobsluha ad.
- zvýšené emoční lability – v důsledku kolísání aktuálního zdravotního a/nebo jeho prognózy, přítomnosti bolesti, nervozity, stresu, účinku některých léků, adaptace na zásadní změnu zdravotního stavu ad.
- změny úrovně sebedůvěry, sebeúcty, pojetí vlastního sebepojetí a identity – v negativním i pozitivním smyslu,

---

<sup>77</sup> angl. ADL – Acitivity of Daily Living nebo DLS – Daily Living Skills

## K zamyšlení

*Přemýšlejte kdo – co – jak? ... a srovnejte s vámi*

*Jak nevidomý člověk pozná, že má v ruce své modré, červené, zelené tričko – stejného střihu a materiálu? Jak zalije kávu nebo čaj vařící vodou tak, aby nepřelil a neopařil se? Jak obrátí steak na pánvi? (Práce s horkým tukem!) Jak žehlí košile? Jak navlékne nit do jehly? Jak stříhá papír? Jak rozezná bankovky? Jak si nadávkuje 20 kapek léku proti kašli?*



V občansko-právní rovině se důsledky zdravotního postižení týkají např.

- omezení způsobilosti k právním úkonům v případě, kdy je soudem stanoven opatrovník a úkony, které člověk s tímto omezením nesmí činit sám,
- obtížemi při uznávání podpisů nevidomých lidí na veřejných listinách, na poštách (vyzvedávání finančních obnosů proti podpisu, uzavírání smluv, podpisové vzory apod.)

### 5.3.2 Ekonomická sféra

Lidé se zdravotním postižením se obecně častěji potýkají s obtížemi se získáním zaměstnání, lidé se získaným postižením v produktivním věku se ztrátou nebo nutností změny zaměstnání, a s tím zpravidla spojeným snížením ekonomického příjmu, osobního standardu, nezřídka i společenského statusu. Zdravotní postižení zpravidla rovněž přináší zvýšené životní náklady na zajištění základních životních potřeb ve srovnání s lidmi bez postižení. Jedná se například o

- vyšší spotřebu energií v bezbariérovém bydlení (nezbytnost větší plochy bytu – otop, osvětlení, malování, úklid atd.),
- náklady na úpravy prostředí (bezbariérová hygienická zařízení, bezbariérový nábytek, bezbariérové přístupové prostory – výtahy, plošiny, schodolez, ad.)
- náklady na zajištění stravy – dieta u různých druhů metabolických poruch (bezlepková dieta, diabetes ad.)
- náklady na pořízení kompenzačních pomůcek a/nebo služeb

Finanční pokrytí těchto nákladů je potřebné vnímat jako prostředek k vyrovnávání limitů zdravotního postižení a jako způsob k dosažení maximálně možné míry samostatnosti a soběstačnosti. U laické veřejnosti je běžné, že pokrytí těchto nákladů z veřejných prostředků či soukromých sbírek považuje za „něco navíc“, za „nadstandard“, za „odčerpávání“ či „nadlimitní spotřebu“ finančních prostředků.

### 5.3.3 Společenská sféra

Důsledky zdravotního postižení ve společenské oblasti lze charakterizovat nejméně ze dvou úhlů pohledu – reakce okolí na člověka s postižením a „vysílání signálů“ vůči okolí člověkem s postižením.

Reakce okolí lidí bez postižení (tzv. intaktních, z lat. nedotčený, neporušený, nepoškozený)<sup>78</sup> na člověka s postižením je založena jednak na tzv. kolektivní zkušenosti („zděděné postoje společnosti“)<sup>79</sup>, na „zkušenosti předaných hodnot“ (postoje vůči lidem s postižením absorbované v rodině, ve vrstevnické skupině, z médií apod.), a dále na vlastní individuální zkušenosti/nezkušenosti s postižením v úrovni intaktního jedince.

Při kontaktu intaktního člověka, který dosud neměl přímou osobní zkušenost s člověkem s postižením dochází v psychologické rovině (a zpravidla na nevědomé úrovni) k tzv. „setkání s vlastní zranitelností“ (co kdyby se mi „to“ stalo také, co kdyby se „to“ stalo mým dítětem, partnerovi, rodičům ...) a příslušným emocionálním reakcím (soucit, neúčastný odstup, strach, obava, odmítání, odpor ad.). Často také dochází – zejména u žen – ke spuštění „pečovatelského ochranného komplexu“ bez schopnosti rozlišení, zda je potřebný a/nebo žádoucí.

Běžná bývá přirozená biologická reakce intaktních na fyzickou či mentální odlišnost od „běžnosti“. Reakce jsou tím exponovanější, čím výraznější je odlišnost od tzv. normality – např. nestandardní (poškozený) vzhled těla (chybění končetin, tělesné deformity, držení těla, kývavé

---

<sup>78</sup> Defektologický 2000: 143

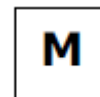
<sup>79</sup> Viz podkapitola 1.2

pohyby, nekontrolovatelná mimika obličeje - spasmy, třes, slintání, rozbíhavý pohled, otevřená ústa ad.)

Reakce na zdravotní postižení souvisí s individuálními postoji a individuální mírou předsudků vůči lidem s postižením.

## Studijní materiál v Moodle

Typologii a příklady předsudků vůči lidem s postižením nastudujte v Čítance/modul S5.



„Vysílání signálů“ vůči okolí člověkem s postižením je ovlivněno existencí, případně mírou defektivitu člověka s postižením,<sup>80</sup> vlastní hodnotovou orientací člověka s postižením a způsobem zvládnání nároků spojených se zdravotním postižením. Více viz podkapitola 5.4 a 5.5.

## Stupně socializace

V obecném smyslu slova je **socializace** (z lat. socialis = družný, společenský, spojenecký)<sup>81</sup> pojem označující proces, během kterého se jedinec začleňuje do společnosti. Socializace je podmíněna sociabilitou (schopností tvořit společnost, tj. vytvářet a pěstovat mezilidské vztahy). Pro účely tohoto výukového textu představíme tzv. klasické stupně socializace osob se zdravotním postižením, mezi nimiž jsou možné přechody – integrace, adaptace, inferiorita a utilita.<sup>82</sup>

Integrací (z lat. integer = nenarušený)<sup>83</sup> se rozumí stav plného začlenění člověka s postižením do společnosti bez nutnosti úprav prostředí. Předpokládá samostatnost, soběstačnost a nezávislost člověka s postižením na okolí, resp. srovnatelnost úrovně samostatnosti a soběstačnosti s intaktními. Integrace nevyžaduje zvláštní ohledy nebo přístupy ze strany přirozeného prostředí.

<sup>80</sup> Defektivita je pojem z prostředí (české) speciální pedagogiky a označuje „poruchu celistvosti [...] (jejímiž) hlavními znaky jsou: 1. porucha vztahů k lidem bez postižení, 2. má dialektický charakter (společnost působí na postiženého a postižený na to příslušně reaguje) 3.jde o proces dlouhodobý, 4. není stavem trvalým, tj. může se zhoršovat i zlepšovat, až i vytratit.“ (Defektologický 2000: 57) Defektivita se týká rovněž poruchy vztahů k sobě samému. Nemusí být přímo úměrná intenzitě zdravotního postižení – u některých lidí i malý „defekt“ vyvolá bouřlivou až neadekvátní reakci, u jiných se i těžké zdravotní postižení projevuje ve formě mírného stupně defektivitu.

<sup>81</sup> Defektologický 2000: 324, Keller 1996: 1013 ad.

<sup>82</sup> Viz speciálně pedagogické odborné zdroje Pipeková 2006, Renotiérová, Ludíková, 2006 ad. Novodobě stupně socializace viz. Jesenský 2000.

<sup>83</sup> Defektologický 2000: 143

Adaptaci (z lat. adaptatio = přizpůsobení, ad = a, aptus = vhodný)<sup>84</sup> lze charakterizovat jako schopnost člověka s postižením přizpůsobit se sociálnímu prostředí, komunitě, společenským podmínkám za předpokladu existence úprav prostředí a pomocných, resp. podpůrných prostředků (kompenzační pomůcky)

Utilita (z lat. utilis = užitečný, schopný, vhodný, potřebný, upotřebitelný)<sup>85</sup> – člověk již není samostatný a v mnoha oblastech je závislý na jiných lidech. V důsledku svého postižení se ani přes plnou terapeutickou a rehabilitační péči nemůže zcela socializovat a nemůže trvale žít samostatně.

Posledním stupněm, u nějž však již o začlenění nelze hovořit, je inferiorita (z lat. inferior = nižší)<sup>86</sup>, pro niž je typická nepoužitelnost a vyčlenění (totální izolace) ze společnosti. U inferiority se sociální vztahy vůbec nevytvářejí a dochází k segregaci<sup>87</sup>, vyloučení ze společnosti.



#### **Příklad**

*Dva lidé se stejným typem a stupněm zdravotního postižení nemusejí dosáhnout stejného stupně začlenění. Vždy záleží na okolnostech, vnitřní výbavě, rodině a včasnosti, fundovanosti a přiměřenosti poskytnuté podpory. Např. člověk s dětskou mozkovou obrnou může dosáhnout stupně integrace, případně adaptace a jiný člověk s tímtož stupněm DMO může, je-li výchovně, podnětově, sociálně i terapeuticky zanedbáván, může skončit v ústavní péči s celoročním pobytem.*

#### **5.4 Identita v kontextu vývojového a získaného postižení**

Identita (z lat. identicus = totožný, stejný) je „obecně jednota vnitřního psychického života a jednání, která bývá též nazývána autentickým bytím. Pojem [...] je používán i v jiných významových variantách.<sup>88</sup> Identita člověka s vývojovým zdravotním postižením se formuje od počátku

<sup>84</sup> Petrušek 1996: 40

<sup>85</sup> Defektologický 2000: 375, Havelková 1996: 1361

<sup>86</sup> Defektologický 2000: 140

<sup>87</sup> lat. segregatio = oddělování, grex = stádo (tamtéž: 313)

<sup>88</sup> Nakonečný 1996: 414-415



za přítomnosti vrozeného (nebo časného) zdravotního postižení. Identita člověka se získaným postižením doznává určitých změn. Získané (předtím subjektivně nepřítomné) zdravotní postižení je faktorem, který není možné „ignorovat“ a jeho přijetí či nepřijetí se do značné míry stává součástí „nové identity“.<sup>89</sup>

Obecným připsaným statusem lidí s postižením je „role postiženého“, od něhož se více méně očekává pasivita a závislost na druhých. Osobnost člověka s postižením bývá intaktním okolím nezřídka redukována na jeho handicap s důrazem na negativní stránky postižení. Následkem tohoto společenského vnímání lidí s postižením bývá stereotypní interpretace „typických“ vlastností lidí s postižením, „typického“ jednání lidí s postižením či „typické“ osobnosti člověka s postižením bez ohledu na individuální realitu. Postižení se tak stává stigmatem.<sup>90</sup>

Tento připsaný status bývá někdy přejímán i samotným člověkem s postižením – z postižení jako takového se pak může stát hlavní identifikační znak sebe sama, což se může projevit ve změnách struktury osobnosti včetně odpovídajících psychosociálních reakcí a způsobů jednání vůči sobě i ostatním. V případě, že se (kdokoliv, nejen člověk s postižením) dostane do dlouhodobé či trvalé sociální a psychické deprivace, může / nemusí být porušena integrita člověka, která se může / nemusí projevovat narušením společenských vztahů i vztahu sama k sobě.

## 5.5 Strategie zvládání zdravotního postižení

Z pohledu jednotlivce lze přítomnost zdravotního postižení chápat jako náročnou životní situaci. Pro zvládání situací plynoucích z funkčních limitů zdravotního postižení je důležité, jak člověk své postižení prožívá, jaké způsoby řešení své situace nachází a jak tyto způsoby řešení ovlivňují jeho osobnost. Život s postižením klade specifické nároky (odlišné od intaktních osob) především na schopnost adaptace na podmínky fyzické (např. chybění smyslových podnětů, omezení vyplývající z tělesného

---

<sup>89</sup> Autobiografickou analýzou života před a po postižení včetně tématu identity je bezprecedentní kniha R. F. Murphyho Umlčené tělo viz Murphy 2003

<sup>90</sup> Ve smyslu „zvláštního případu sociálních předsudků vůči určitým osobám, jimž jsou pak díky tomu připisovány různé negativní vlastnosti“ Nakonečný 1996: 1230-1231. Srov. Goffmann 2003, Jandourek 2001 ad.

postižení, existence architektonických aj. bariér ad.) i podmínky sociální (např. pozice mezi vrstevníky, v rodině, ve společnosti ad.). Strategie zvládnání<sup>91</sup> zdravotního postižení jsou úzce spojeny s kompenzačními technikami řešení náročných životních situací. V zásadě jsou dvojího druhu a vyplývají ze dvou obecně známých reakcí – agrese (aktivní řešení) a únik (pasivní řešení). Copingové strategie zvládnání funkčních dopadů zdravotního postižení lze rozdělit z hlediska tří úrovní – fyzické, psychologické a sociální.

## M

### Studijní materiál v Moodle

Ke strategiím zvládnání náročných životních situací nastudujte text v Čítance/modul S6.

Na volbě strategie zvládnání funkčních důsledků zdravotního postižení se podílí zejména:

- biologické faktory – typ, stupeň, doba vzniku (věk) a průběh postižení (akutní či pozvolný, stacionární, progredující či kolísavý), aktuální fyzická kondice a odolnost,
- psychologické faktory – osobnostní charakteristiky (primárně pozitivní či primárně negativní osobnostní nastavení), sebehodnocení, sebepojetí, schopnost a dovednost řešit problémové situace, psychická odolnost, aktuální psychická kondice, znalosti a zkušenosti,
- etické a spirituální faktory – životní hodnoty, religiozita,
- sociální faktory – kvalita rodinných a partnerských vztahů, existence příležitostí a schopnosti navazovat a udržet sociální vztahy (přátelé, známí, kolegové na pracovišti, noví partneři) a širších sociální sítí,
- environmentální faktory – přístupnost fyzického prostředí (mikroprostor – úroveň bydlení, makroprostor – veřejné budovy a prostranství, veřejná doprava a infrastruktura, přístup k informacím),
- institucionální faktory – dostupnost a kvalita adekvátních veřejných služeb (zdravotní a sociální služby, vzdělávání, kultura, sport), pracovní příležitosti atd.

---

<sup>91</sup> angl. coping, copingové strategie

## 5.6 Jazykové stereotypy a komunikace<sup>92</sup>

Každý ze své vlastní zkušenosti víme, jakou moc má slovo. Dokáže pohladit, rozesmát, povzbudit, i rozzuřit nebo zabít. Jeho základní vlastností je, že něco označuje. Dává informaci. O lidech, o věcech, o dění, o sobě samých. Jak mluvíme, píšeme, tak i myslíme, jednáme, komunikujeme, cítíme. Pro někoho mohou být podobné úvahy jen hraní se slovíčky, zbytečná přecitlivělost na slova, vždyť stejně jde nakonec o „toho postiženého“. Otázka terminologie však zdaleka není jen teoretickým tématem.

### Příklad

*Jazyk, který je v souvislosti s různými skupinami lidí používán (různá označení pro Romy nebo „postižené“), může tuto skupinu lidí stigmatizovat, a tím významně přispívat k uplatňování nerovnosti a marginalizace. Nejen lidé s postižením začali postupem času odmítat výrazy typu „mrzák“, delší dobu je odmítán také pojem „invalida“, který v překladu znamená doslova „ne-platný“, „ne-schopný“.<sup>93</sup>*



Každý termín plní svoji funkci v určité době a v určitém kontextu. Přestane-li plnit svůj účel, nastupuje jiný. V současné době se vedle pojmu „zdravotně postižený“ stále častěji prosazují výrazy primárně zaměřené na člověka a jeho osobnost. Aspekty jazykové kultury a změny přístupů se odrážejí v národních i nadnárodních právních normách, a tak postupně dochází i v české legislativě k nahrazování pojmů „zdravotně postižený žák, student, zaměstnanec“ termíny „žák, student, zaměstnanec se zdravotním postižením či se zdravotním znevýhodněním“. Schéma č. 3 naznačuje možný subjektivní dopad užití předložky „s, se“ pro vnímání *osobnosti člověka*, kde postižení je důležitou, ale jen jednou z mnoha součástí jeho osobnosti.

<sup>92</sup> Podkapitola 5.6 je zkráceným a upraveným původním textem viz Krhutová 2011.

<sup>93</sup> V podvědomí řady lidí nadále přetrvává výraz „invalida“ jako samozřejmý a legitimní pojem. Nelze se divit v historii naší země existuje dlouholetá zkušenost s oficiálními názvy celostátní organizace „Svaz invalidů“, známá byla „Výrobní družstva invalidů“ ad. V současné české legislativě pro oblast zaměstnanosti a sociálních věcí nalezneme termín „invalidní občan“ nebo „invalidní vozík“ a „invalidní důchod“.

**Schéma č. 3** Možné vnímání pojmu „zdravotně postižený člověk“  
a „člověk se zdravotním postižením“



Zdroj: Krhutová 2011: 50

Bylo by nekorektní tvrdit, že „správné“ je používání předložkového tvaru (lidé s postižením, angl. people **with** disabilities). Mnozí aktivisté z řad lidí se zdravotním postižením ve Velké Británii, ale i v jiných zemích, preferují užívání pojmu „disabled people“ (postižení lidé). Jako důvod uvádějí, že samotné „postižení“ je to, co do značné míry utváří jejich identitu a jakékoliv „opisy“ tohoto stavu vědomě a aktivně odmítají.

Komunikaci s lidmi s postižením a o lidech s postižením lze chápat i v širším slova smyslu než v rovině interindividuální komunikace. Příkladem může být mimo jiné umělecké ztvárnění života lidí s postižením - literární, dramatické, výtvarné ad.



**Pro zájemce**

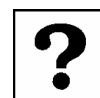
Specifickým komunikačním prostředkem je humor a satira. Výtvarnou podobu humoru a satiry k tématu zdravotního postižení lze shlédnout např. na internetovém odkaze České rady sociálních služeb<sup>94</sup> viz odkaz <http://www.crho.org/vtipnik.php> (cit. 20. 11. 2011)

<sup>94</sup> Do 31. 12. 2011 – Česká rada humanitárních organizací

## Shrnutí

Příčiny zdravotního postižení jsou velmi různorodé (genetické příčiny, nemoc, úraz ad.), u některých vývojových typů postižení nejsou zjistitelné. V individuální rovině se důsledky zdravotního postižení zpravidla promítají do osobní, ekonomické a společenské sféry. Připsaným statutem lidí s postižením bývá „role postiženého“, od něhož se očekává pasivita a závislost na druhých. Pro intervence sociální práce s klienty s postižením je důležitá znalost, kdy ke zdravotnímu postižení došlo a jaké strategie zvládání zdravotního postižení člověk využívá. Možnosti socializace při zdravotním postižení se pohybují v úrovni integrace až segregace. Specifické užívání jazyka může některé skupiny lidí stigmatizovat a přispívat k jejich marginalizaci.

## Kontrolní otázky



1. Jaké důsledky mívá zdravotní postižení? Popište je.
2. Jaké typy předsudků jsou identifikovány vůči lidem se zdravotním postižením? Pojmenujte je a uveďte příklady.
3. Které faktory se podílejí na strategii zvládání důsledků zdravotního postižení?

## Další doporučená četba k této kapitole

Vedle povinných textů viz Úvod – Poznámky ke studiu 2b dále:

HRUŠKOVÁ, H., MATOUŠEK, O., LANDISCHOVÁ, E. 2005. Sociální práce s lidmi s mentálním postižením. In MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. (eds.) *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál. s. 111-132.

MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada.

PÖRTNER, M. 2009. *Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadujícími trvalou péči*. Praha: Portál.

## 6 K SOCIÁLNÍ PRÁCI S RODINOU



### V této kapitole se dozvíte

- o typech partnerských vztahů lidí s postižením
- o situacích v pečujících rodinách, jejímž členem je člověk (dítě, dospělý) se zdravotním postižením
- o vztazích sourozenců v rodinách s dítětem s postižením
- o sexualitě při zdravotním postižení a genderových stereotypch
- o aktuálních etických otázkách genetiky



### Klíčová slova této kapitoly

pečující rodina, sourozenecké konstelace, heterosexuality, homosexualita, bisexualita lidí s postižením, etika, genetiky



**Čas potřebný k prostudování této kapitoly**

3 hodiny

\*\*\*\*\*

### 6.1 Partnerské vztahy a zdravotní postižení

U lidí s vývojovým (případně získaným) postižením je schopnost založit si vlastní rodinu zpravidla považována za jeden z „indikátorů“ úspěšného začlenění do společnosti. Navazování, udržování a rozvoj partnerských vztahů lidí s postižením se setkává s některými problémy, které jsou přímými důsledky příslušných funkčních zdravotních limitů, např.

- ve fázi seznamování – nevidomí lidé nemohou navázat vizuální kontakt, nemohou si „vizuálně vybrat“, neslyšící lidé mohou mít obtíže v komunikaci (oslovit někoho, rozumět mu), u lidí s tělesnými spastickými projevy (křeče, záškuby v obličeji, grimasování, mimovolní pohyby těla) může seznamování v souvislosti s emočním vypětím vyvolat zvýraznění těchto fyzických projevů nemoci. Problémy navazováním partnerských vztahů mívají také lidé s estetickým postižením – s popáleninami, tvarovými deformitami těla ad.
- relativní i faktické teritoriální omezení – i přes různorodé integrační snahy se řada lidí s postižením pohybuje v omezeném sociálním

okruhu lidí (nevidomí, neslyšící, lidé s těžší poruchou mobility, lidé s mentálním postižením ad.), což do určité míry limituje jejich možnosti seznámení i volby partnera. Nezřídka se stává, že lidé s postižením preferují seznámení s partnerem se stejným typem postižení, ať již z důvodu teritoriálních možností nebo proto, že u něj hledají vyšší míru porozumění pro své problémy plynoucí z postižení,

- při získaném zdravotním postižení může z různých důvodů docházet ke snížení kvality či rozpadu partnerských vztahů (ne vždy je však primárně důvodem postižení samotné, to může být naopak důvodem sekundárním), jak ze strany intaktního partnera, tak ze strany partnera s postižením, ad.,
- v partnerských vztazích se specificky ve vazbě na přítomnost zdravotního postižení promítá faktor mužské a ženské role.

V praxi zaznamenáváme tři varianty partnerských vztahů:<sup>95</sup>

1. vztahy lidí s postižením a intaktních,
2. vztahy lidí s postižených stejného typu,
3. vztahy lidí s postižených odlišného typu.

### **Studijní materiál v Moodle**

K partnerským vztahům lidí s postižením dále nastudujte text v Čítance/modul S7.



## **6.2 Zdravotní postižení v rodině**

K tématu zdravotního postižení v rodině lze přistupovat z mnoha hledisek. Limitní kapacita této studijní opory neumožňuje věnovat se uvedenému tématu adekvátním způsobem, odkazujeme proto na nezbytnost rozšiřujícího studia odborné literatury a zdrojů uvedených v seznamu literatury k této kapitole. V textu kapitoly se zaměříme na charakteristiky a podmínky pečujících rodin<sup>96</sup> a na téma intaktních sourozenců dětí se zdravotním postižením.

---

<sup>95</sup> dle Jesenského a kol. 1988

<sup>96</sup> Podkapitola 6.2.1 viz dále je zkráceným textem autora Michalíka 2011.

### 6.2.1 Pečující rodiny

Každý odborník z pomáhajících profesí se dříve či později dostává do situace (ať již jde o poradenství, intervenci, terapii apod.), kdy součástí daného řešení se stává celá rodina osoby se zdravotním postižením. Tato rodina je ve značné míře (z pohledu pomáhajících profesí a jejich věd) charakterizována týmiž znaky jako tzv. běžná rodina u nás. Týkají se jí obecné tendence demografické, sociologické a ekonomické, které v posledních letech (desetiletích) pozorujeme. Jedná se o stárnutí populace, průběžně se zvyšující míru rozvodovosti, rozpad původní širší rodiny v rodinu převážně nukleární. Ale uvést je třeba i dopady krize finanční a ekonomické po roce 2008 na život vybraných skupin rodin (zejména nízkopříjmové, samoživitelky ad.).

Je třeba poukázat na obtíže, které nastanou vždy, chceme-li hovořit o „rodině pečující o člena rodiny s těžkým zdravotním postižením“. Zaměříme-li se na kvantitativní stránky života těchto rodin, které lze popsat z obecných dat, dříve nebo později narazíme na obtíž takto pojatých šetření a pohledů. Je jí nízká úroveň reflexe *kvalitativních* stránek života rodiny a postižení *individuálních a jedinečných* aspektů v jejich životě. Ty jsou pro každou pečující rodinu odlišné. A to v desítkách hodnot a charakteristik jak vnitřního života, tak vnějšího rámce jejich existence. Uvedené je nutno zdůraznit právě příslušníkům pomáhajících profesí, kteří, z povahy věci samé, mají k rodině pečující o svého člena s postižením hodně blízko. Velmi často se pak setkáváme s nepřipadným zobecňováním individuálních zkušeností daného pracovníka vyplývajících z poznání situace v několika málo rodinách.

Pro poznání skutečné situace rodin pečujících o svého člena se zdravotním postižením je nutná kombinace přístupu kvantitativního (makrosociální rámec zahrnující údaje sociální, ekonomické i demografické) a přístupu striktně individuálního – kvalitativního, monitorujícího neopakovatelnou individuální situaci pečující rodiny. To vše při patřičné lidské a odborné vyzrálosti pracovníka, kterékoli pomáhající profese. Uvedené konstatování má závažný význam pro etické aspekty práce pracovníka pomáhajících profesí. Každá nová situace, každý nový případ (poradenství, podpora, intervence, rozhodování) s sebou nese



povinnost přesného a předsudků prostého poznání skutečného stavu (potřeb) pečující rodiny.

### **Příklad**



*V jedné poradně pracuji už více než 15 let se dvěma rodinami. V obou pečují o dítě s přibližně stejným zdravotním postižením. Jednu rodinu opustil otec, po sedmi letech, ve druhé rodině mají relativně, s přihlédnutím k možnostem, harmonický vztah. V první rodině je matka velmi samostatná, zvládá péči přiměřeně, dokáže získávat prostředky pro svého syna i mimo okruh sociálních dávek. Ve druhé rodině je matka milující pečující osobou, ekonomická starost o rodinu je na otci. Matka takřka pozbyla schopnost komunikace (nejen) s úřady. V první rodině jsou dva sourozenci nemocného chlapce, materiálně poměrně strádají. Starší sourozenec situaci nezvládá, rodinu a matku obviňuje, chce odejít. Mladší sourozenec naopak hodně pomáhá s péčí... V rodině „úplně“ je také jeden zdravý sourozenec, oba rodiče jej však udržují v „dostatečné“ vzdálenosti od sourozence s postižením. V první rodině se podařilo získat finanční prostředky na nákup relativně drahého osobního automobilu (využili darů nadací a veřejné sbírky), ve druhé rodině přece tatínek vydělává, proto o žádnou pomoc nežádali. Automobil mají starší a ne tak prostorný jako rodina první. První rodina obdržela od města byt 1+1 a s přihlédnutím k rodinné situaci rada města rozhodla a přidělila jí sousední byt o stejné výměře. Rodina druhá bydlí v bytě 3+1, který si pořídila na hypotéku a tuto splácí... Podobných charakteristik je možno uvést desítky. Jedna nemoc, jedno zdravotní postižení. Dvě rodiny a desítky odlišností.*

Pozorujeme zásadní rozdíly v potřebách a možnostech, ale i názorech, zkušenostech, prožitcích a dovednostech rodiny, která pečuje o člena rodiny za těchto podmínek:

- rodina pečuje o dítě, nebo naopak o rodiče (prarodiče) či seniora ve vyšším věku,
- člen rodiny (dítě) je dlouhodobě nemocný a má některé ze „stigmatizujících“ postižení, např. těžkou poruchu řeči, těžkou kožní chorobu,
- člen rodiny je velmi těžce postižený, zasažena je většina životně důležitých funkcí, je zcela odkázán na péči a pomoc pečující osoby,

- člen rodiny je v současnosti *de facto* zdravý, s občasnými problémy, prognóza vývoje zdravotního stavu je však riziková, či v některých případech dokonce kritická, až beznadějná,
- člen rodiny je lehce zdravotně postižený, ale má obrovské výkyvy v chování, se zřejmými prvky agrese a obdobných poruch, mimořádně zatěžující okolí svými projevy,
- v rodině je materiální dostatek, nebo naopak se rodina pohybuje pod hranicí hmotné nouze,
- rodina je úplná a širší, s více sourozenci či vícegenerační rodina, nebo naopak z původní rodiny zůstal jen pečovatel/ka a osoba, o niž je pečováno,
- dlouhodobá péče byla podstatným či závažným důvodem pro rozpad vztahů mezi ostatními členy rodiny, či péče vztahy mezi členy rodiny posílila a obohatila,
- druh zdravotního postižení (hloubka závislosti na péči) nebrání rodině v navazování obvyklých společenských vztahů a neomezuje zásadně trávení volného času,
- rodina (její členové) pečuje několik týdnů či měsíců, nebo rodina, v níž se o jejího člena pečuje dlouhodobě, tj. více než 15 let,
- v okolí rodiny jsou k dispozici podpůrné služby oficiálních poskytovatelů sociálních služeb a rodina má finanční prostředky na jejich využití, nebo naopak nejsou,
- žádné služby k dispozici, či rodina nemá dostatek prostředků na jejich pořízení.

Všechny uvedené charakteristiky, mají zásadní vliv nejen na potřebu *vnější podpory*, ale i *vnitřní motivaci a soudržnost* pečující rodiny.

A zejména – všechny uvedené modely se vzájemně kombinují a prolínají. U jedné rodiny se tak v průběhu péče setkáme s tím, že se ocitá postupně v několika modelových situacích popsaných výše. Pracovník pomáhající profesi, který v rodině jakýmkoliv způsobem intervenuje, by měl vždy vědět, v které fázi svého života (fázi péče) se rodina nachází.

Pečující rodiny nepředstavují jednotný monolit sestavený z totožných prvků, potřeb a možností. Naopak – jestliže je nějaký celek vnitřně různorodý, potom jsou to právě rodiny pečující o svého člena

se zdravotním postižením. Uvedené konstatování je příčinou řady nedorozumění a problémů. Systémy veřejné podpory jsou, z povahy věci samé, nastaveny na řešení *obecných společenských problémů a zpravidla neumějí v rámci obecné (právní) úpravy reagovat dostatečně citlivě na specifické problémy jednotlivých rodin. V těchto případech vzrůstá význam aplikační úvahy a činnosti pracovníka příslušné pomáhající profese.*<sup>97</sup>

### **Studijní materiál v Moodle**

K typologii reakcí rodičů na narození dítěte s postižením, k právu na rodičovství lidí s postižením nastudujte text v Čítance/modul S8.



#### *6.2.3 Sourozenecké konstelace*

Hovoříme-li o rodině, kde některý z jejích členů má zdravotní postižení, zpravidla se pozornost profesionálů zaměřuje na ty, kdo postižení mají a na ty, kdo o ně pečují. Ne vždy bývá adekvátní pozornost věnována intaktním sourozencům (v dětském či pubescentním věku) dětí s postižením a sourozeneckým konstelacím v kontextu zdravotního postižení jako takovým.

Nejen rodiče, také sourozenci se v závislosti na věku, pořadí narození, pohlaví a dalších faktorech, musí vyrovnávat s narozením dítěte s postižením v rodině. Jsou součástí adaptace rodiny na náročnou životní situaci. Někdy musí předčasně vyspět a převzít část náročné péče o sourozence, případně zůstávají v rodině osamoceni, nemají-li rodiče dostatek kapacity na to, aby se jim věnovali podle potřeb odpovídajícím jejich věku.

Intaktní sourozenci (v dětském i dospělém věku) zpravidla oscilují mezi dvěma póly zájmu rodičů - buďto „vypadávají“ z ohniska zájmu rodičů, kteří se koncentrují na problémy dítěte s postižením nebo jsou naopak adorovány v případě, kdy rodiče na výchovu svého dítěte s postižením rezignují.

---

<sup>97</sup> Více viz Michalík 2011

Soužití se sourozencem s postižením má pozitivní i negativní dopady.<sup>98</sup>

Mezi negativní dopady pro intaktního sourozence v dětském a pubescentním věku patří:

- omezená možnost nebo nemožnost vykonávat různé aktivity / hry společně (funkční limit zdravotního postižení sourozence, architektonické bariéry – např. nepřístupné kino, doprava ad.)
- potřeba / nutnost často se přizpůsobovat potřebám sourozence s postižením (zvýšená míra negativních pocitů a deprivace),
- nepříjemné nebo posměšné reakce vrstevníků a ostatních na sourozence (nepříjemné pohledy, poznámky, lítost, soucit, odmítání),
- stres a strach o osud sourozence (zhoršení zdravotního stavu, hospitalizace ad.),
- zvýšený pocit odpovědnosti (nepřiměřený věku), což může vyvolat zlost, pocity křivdy, žárlivost,
- problém s nadměrnou identifikací se sourozencem s postižením,
- pocit trapnosti, viny, studu, a to především v době dospívání,
- u některých sourozenců lze též vnímat ze strany rodičů tlak na to, aby byli úspěšnější než jejich postižený bratr nebo sestra,
- intaktní sourozenci také mohou mít pocit, že jsou rodiči přehlíženi.“



### **Příklad**

*Pro ilustraci ne vždy snadné situace zdravých sourozenců dětí s postižením uvádíme úryvek z knížky pro sourozence dětí s postižením „Domov pro Marťany“, která je vhodná pro děti kolem 10 let věku. Autorka popisuje rodinu, v níž se narodí dítě s Downovým syndromem, hledání vztahu staršího zdravého sourozence k němu a proces zařazování se do společnosti.*

*"Tos mi neřekla. neřekla jsi mi. že máš blbýho bráchu..."*

*"Říkala jsem ti přece...že je nemocnej..."*

*"Nemocnej, jo?" vykřikla Lucka. "Tomu ty říkáš nemocnej? Je to idiot!" A pak křičela dál: "Mezi náma je konec, rozumíš, konec, s takovou holkou kamarádit nebudu!"<sup>99</sup>*

<sup>98</sup> srov. McHugh 2003, Prevedárová 1996 viz dále

Mezi pozitivní dopady pro intaktního sourozence patří:

- vytváření prosociálně – altruistické osobnosti,
- vyšší míra samostatnosti,
- pocit uspokojení z pomoci sourozenci a rodičům,
- občasné využívání výhod spojené s doprovodem sourozence s postižením (nemusí stát frontu na lístky, dostanou průvodcovské slevy, využívají ohledy okolí na sourozence s postižením ad.),
- získání nových zkušeností a jinému pohled na svět díky „odlišnému“ sourozenci,
- obdiv okolí ke zvládnání situace soužití / péče o sourozence s postižením ad.

### Pro zájemce

Web sourozenců dětí s postižením je dostupný na odkaze

<http://www.zvlastnisourozenci.wz.cz/> (cit. 20. 11. 2011) Úvodní stránka webu:



Ahoj! Vítejte na stránce pro sourozence postižených dětí ☺ Proč máme web? Možná proto, že to máme prostě doma těžší a jsme malinko jiní. Rodiče řeší problémy s psychology, navštěvují spoustu akcí, zatímco my se nesetkáme s vrstevníkem, který by vůbec věděl, co je autismus nebo jiná porucha. Právě proto většina z nás nezná nikoho, kdo by měl podobný problém a byl zhruba stejně starý. Takže pokud sem budeš chtít napsat svůj příběh, zážitek s tvým speciálním sourozencem nebo perličku, kterou tě překvapil, povykládat si, jak jde život s postiženým sourozencem – napiš! ... Milí naši rodičové, děkujeme za vaše ohlasy, ale přece jen bychom si na těchto stránkách chtěli psát hlavně my – sourozenci (předškoláci mají výjimku ☺)

### 6.3 Sexualita a zdravotní postižení

Zatímco informace o lidské sexualitě obecně doznaly zejména v posledních dvaceti letech značný boom, na kterém se nemalou mírou podílejí nové technologie (zejména internet), sexualita lidí s postižením je stále tabuizovaným tématem. Laická, mnohdy však i odborná veřejnost podléhá v tomto směru mnoha předsudkům a falešné prudérii.

---

<sup>99</sup> Drijverová 2008

Sexualita tvoří součást běžných potřeb většiny lidí. Jejím účelem je nejen zajištění pokračování lidského rodu, uvolnění napětí, „současně také napomáhá ve sbližování lidí, v altruismu, spoluvytváří prožitek smysluplnosti života. Sexualita představuje poměrně širokou škálu záměrů, potřeb a jejich uspokojování v různých formách heterosexuálního i homosexuálního života, a také autoerotických praktik. Za nejběžnější projev se považuje sexualita vyúsťující do koitálního sblížení muže a ženy. Přitom se dnes považuje za normální většina forem, technik a pozic, které partnerům navzájem vyhovují, uspokojují je a nezraňují je fyzicky ani duševně.“<sup>100</sup>

Sexuální potřeby a projevy lidí s postižením jsou v řadě případů lidmi bez postižení pocíťovány jako něco „nepatřičného“, nežádoucího, odporného až úchylného, od „postiženého“ je více méně očekávána asexuálnost. Skutečnost, že sexuální potřeby lidí s postižením se neliší ve srovnání se sexuálními potřebami lidí bez postižení, bývá „zdravým“ okolím někdy obtížně přijímána.

„Odsuzování sexuální touhy zdravotně postižených a bránění v jejím naplnění je cizí humánnímu přístupu k této problematice. Stačí již to, že samotní zdravotně postižení mohou mít v této oblasti problémy, které souvisí s charakterem poškození jejich organismu nebo jeho funkčních systémů. Některé druhy somatických a funkčních poškození přímo vylučují takové podstatné součásti běžných forem sexuálních aktivit, jako je erekce nebo ejakulace. Jindy pohybové omezení brání frikčním pohybům a kompenzace se docílí volbou forem či pozic, které nemusí být zcela běžné. Některé druhy onemocnění snižují pohlavní potenci, omezují nerušený průběh jednotlivých fází sexuálního styku.

Ve všech těchto případech půjde o přijetí náhradních nebo méně obvyklých forem sexuálního uspokojování, v některých případech i o určitou pomoc třetí osoby. Poučení, tolerance, trpělivost, citlivý přístup, zachování taktu a vkusu mohou pomoci upravit stav do přijatelné podoby.

---

<sup>100</sup> Jesenský a kol. 1988: 23

Většina zdravotních postižení nepředstavuje přímé ohrožení či omezení pohlavních funkcí. V mnoha případech však může jít o psychické prožívání:

- poškození vzhledu („estetický defekt“);
- překážek v komunikaci či orientaci;
- překážek v pohyblivosti;
- strachu ze selhání poškozených mimopohlavních funkcí apod.

Tyto specifické okolnosti mohou vytvořit dlouhodobě působící frustraci, která znemožňuje normální průběh sexuálních zážitků. Mohou vést ke snížení potence, libida, popř. k přímým blokádam či k předčasným rezignacím na plný sexuální či sexuálně erotický život. Tyto potíže může vyvolat i nedostatek poučení, konkrétních představ, negativní zkušenosti při tělesném kontaktu a další okolnosti podmiňované defektem či poruchou a projevující se jako defektivita.<sup>101</sup>

### **Studijní materiál v Moodle**

K tématům sexuality lidí s postižením v prostředí ústavní péče, postojů rodičů dětí a mladistvých k sexualitě jejich dítěte, genderovým aspektům sexuality lidí s postižením (heterosexualita, homosexualita, bisexualita lidí s postižením), autoerotickým aktivitám lidí s postižením, využívání erotických pomůcek, facilitovanému sexu ad. nastudujte text v Čítance/modul S9.



## **6.4 Etické otázky genetiky**

Jen málo budoucích (intaktních) rodičů je připraveno na eventualitu, že se jim narodí dítě s postižením nebo že se jejich dítě postiženým stane. Otázka rozhodnutí o životě či nebytí dítěte s prenatalně zjištěným vrozeným těžkým zdravotním postižením či ponechání si dítěte s postižením v domácí péči je v konečném důsledku otázkou individuálního rozhodnutí rodičů.<sup>102</sup> Roli zde hraje řada faktorů jako je vlastní postoj rodičů

<sup>101</sup> tamtéž: 24-25

<sup>102</sup> Rodiče se v ČR v éře socialismu již krátce po narození dítěte s postižením setkávali s přesvědčováním, že jeho přenechání ústavní péči je pro něj i pro rodinu nejlepší řešení. Často tento názor přijali, neboť hned poté se dodávalo, že rodičům chybí psychologická a odborná příprava na péči a výchovu dítěte s postižením, zatímco personál ústavních zařízení tyto předpoklady má.

k otázce hodnoty života dítěte (dospělého člověka) s těžkým zdravotním postižením, zkušenost rodiče s tímto nebo jiným druhem postižení, ekonomická a sociální situace rodiny nebo zdravotní stav rodičů atd.

Diskutovanou a kontroverzní otázkou je, nakolik mají lidé, zejména s těžkým zdravotním postižením, právo mít děti, včetně práva rodičů (nejen s postižením) rozhodovat o ukončení těhotenství z důvodu rizika budoucího zdravotního postižení dítěte. Jak podotýká Rotter „rozvoj moderní medicíny i léčba a přežívání osob s dědičnými chorobami vedl k posílení eugenického vědomí. Dříve umírali lidé s dědičným onemocněním většinou již jako děti, málokdy dosáhli dospělého věku a stěží mohli zplodit potomky. Moderní medicínský pokrok však prakticky odstranil všechna tato omezení.“<sup>103</sup>

Pravdou je, že mnoho lidí s těžkým zdravotním postižením se vědomě rozhodne k bezdětnému partnerství, mnoho lidí s těžkým zdravotním postižením dá/nedá život zcela zdravým dětem a mnoho lidí s těžkým zdravotním postižením dá/nedá život dětem s těžkým zdravotním postižením stejně tak jako mnoho rodičů bez postižení.

Veřejné mínění se zpravidla staví k právu lidí s těžkým zdravotním postižením na rodičovství spíše negativně. V odborné i laické diskusi se střetávají etické, medicínské i ekonomické a další aspekty „práva na život s postižením,“ představené např. názorovými proudy:

- „U nedonošených či těžce zdravotně postižených novorozenců je lékař vždy povinen postupovat lege artis a poskytovat těmto lidem náležitou zdravotní péči. [...] V případech těžce zdravotně postižených novorozenců zde vždy proti sobě stojí snaha o zachování života na straně jedné, na straně druhé však bolest a utrpení samotného dítěte s touto snahou někdy spojené, budoucí následky vedlejších účinnů terapie, zejména psychické, neurologické a pneumologické, a konečně obrovské náklady spojené s intenzivní péčí na novorozeneckém oddělení.“<sup>104</sup>
- „všichni mají totéž základní právo účastnit se osobního života a je zcela lhostejné, v jaké míře (zda vůbec nebo alespoň dočasně) mají

---

<sup>103</sup> Rotter 1999: 33

<sup>104</sup> Mach 2000: 375



schopnost sebeurčující účasti; jádrem morálky může být jen to nejjednodušší – zacházet se všemi lidmi jakožto s lidmi,<sup>105</sup>

- názory „novodobých sociálních darwinistů“, kteří zastávají názor svých historických předchůdců z přelomu devatenáctého a dvacátého století, kdy „humánnější z nich chtěli pouze podporovat porodnost u vlastníků hodnotných genotypů a snížit ji u osob s dědičnými zátěžemi [...] Druhá skupina se naproti tomu zasazovala o důsledné hubení „nositelů nehodnotného genetického dědictví“.<sup>106</sup>
- „Tělesné a duševní zdraví [...] nesmí být absolutizováno tak, jako by lidský život ztratil hodnotu, pokud se lze obávat zdravotních poškození. [...] Pokládá-li se již pouhá pravděpodobnost výskytu poškození u plodu za ospravedlnění umělého potratu, je na místě se obávat velmi nebezpečných následků. Při jistých podezřeních by pak mohla být vedle jednoho poškozeného usmrcena řada zcela zdravých dětí.“

Právní úprava bude pravděpodobně i do budoucna respektovat přirozené právo rodiče rozhodovat o tak závažném kroku, jakým je rozhodnutí o ukončení těhotenství z důvodu zjištěného závažného postižení dítěte. Pozitivní opatření ke snížení počtu porodů dětí s postižením (kde postižení lze zjistit) lze spatřovat v preventivních programech, jejichž primárním cílem není zvýšit počet případů přerušení těhotenství z důvodu rizika budoucího zdravotního postižení dítěte, ale snížit riziko výskytu genetického postižení orientací na zdravý životní styl, jež může výskytu některých onemocnění předejít. Velký význam budou do budoucna pravděpodobně mít i programy podpory uvědomělého rodičovství, které rodičům umožní převzít hlavní odpovědnost za budoucí život jejich dětí s odpovídající mírou podpory.

## K zamyšlení

*S rozvojem novodobých technologií v medicíně a zejména genetiky se objevují nová sociální rizika ve formě bezprecedentního fenoménu potenciální „genetické diskriminace“. Zcela vážně se diskutuje o tom, že lidé s rizikem genetické zátěže, se mohou v budoucnu dočkat (a to aniž by u nich nemoc skutečně nastala), zcela odlišných, tj. méně výhodných*



<sup>105</sup> Seel in Habermas 2003: 45

<sup>106</sup> Rotter 1999: 33. „Nad zděděným zdravím se zamýšlí již Platon (Ústava, 5. kniha) a dělá si starosti s biologickou kvalitou potomstva, především u stavu strážců. Přichází s myšlenkou biologického výběru umožňujícího rozmnožování nejlepších a vyřazení zdegenerovaných jedinců.“ (tamtéž)

*podmínek při využívání různých finančních produktů (životního a jiných typů pojištění, půjček apod.) V současné době jsou diskutovány také otázky, týkající se tzv. genetického screeningu před nástupem do zaměstnání a jeho vliv na vyloučení některých lidí z trhu práce.<sup>107</sup> Tato situace se může do budoucna týkat každého z nás.*



### **Shrnutí**

V praxi zaznamenáváme tři varianty partnerských vztahů lidí s postižením - vztahy lidí s postižením a intaktních, vztahy lidí s postižených stejného typu, vztahy lidí s postižených odlišného typu. Při navazování a udržení partnerských (heterosexuálních i homosexuálních) vztahů, se v řadě situací vyskytují obtíže plynoucí přímo z důsledků zdravotního postižení. Pečující rodiny s členem s postižením se přes některé společné charakteristiky výrazně individuálně liší. Nežádka stojí stranou zájmu odborníků (případně rodičů samotných) téma sourozeneckých vztahů v rodinách s dítětem s postižením. Aktuální jsou etické otázky genetiky, rizika početí dětí s postižením, umělého ukončení těhotenství a možnosti prevence vývojových postižení.



### **Kontrolní otázky**

1. Jaké podmínky nastávají v pečujících rodinách s členem s postižením?
2. Co je facilitovaný sex? Jaký smysl má facilitovaný sex?
3. Se kterými situacemi se setkává sourozenec dítěte se zdravotním postižením? S jakými situacemi se setkává dítě s postižením se svým zdravým sourozencem?
4. Co označuje pojem „genetická diskriminace“?

---

<sup>107</sup> Schwarz in Mach 2000: 43

### **Další doporučená četba k této kapitole**

CHVÁTALOVÁ, H. 2001. Jak se žije dětem s postižením. Problematika pěti typů zdravotního postižení. Praha: Portál. ISBN 80-7367-013-5.

Sourozenci dětí s postižením aneb Mít či nemít další dítě? [online]

Dostupné z WWW <http://www.mpsv.cz/cs/11618>

<http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=1508>

(cit. 27. 11. 2011)

ZÍTKO, M. 2008. Zkušenost mentálního postižení u vlastního sourozence.

Bakalářská práce. Brno: Masarykova univerzita. [online] Dostupné

z WWW [http://is.muni.cz/th/180826/fss\\_b/Bakalarska\\_prace.pdf](http://is.muni.cz/th/180826/fss_b/Bakalarska_prace.pdf)

(cit. 27. 11. 2011)

## 7 NÁSILÍ A LIDÉ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM



### V této kapitole se dozvíte

- o lidech s postižením jako obětech násilí
- o typologii násilí s akcentem na domácí násilí
- o lidech s postižením jako agresorech



### Klíčová slova této kapitoly

násilí, domácí násilí, oběť, agresor



### Čas potřebný k prostudování této kapitoly

2 hodiny

\*\*\*\*\*

### 7.1 Typy a znaky násilí

Lidé se zdravotním postižením patří ke zranitelným skupinám, na nichž je pácháno násilí. Jedná se jak o domácí násilí, tak násilí vně rodinného kruhu, na veřejnosti, v zaměstnání. Lidé s postižením jsou relativně snadným cílem potenciálních agresorů. Důvodem je omezená mobilita – nemohou před agresorem utéct (nevidomí, lidé s postižením mobility), omezení řečových funkcí – nemohou zavolat o pomoc (lidé s postižením řečových funkcí, neslyšící, kteří nekomunikují orálně) nebo neznalost záměrů či důsledků jednání agresora (lidé s mentálním postižením) ad.

Mezi násilné činy, jimiž jsou lidé s postižením všech věkových kategorií ohroženi, patří zejména<sup>108</sup>

- Omezování osobní svobody (§ 171)
- Zbavení osobní svobody (§ 170)
- Vydírání (§ 175)
- Útisk (§ 177)
- Znásilnění (§ 185)
- Sexuální nátlak (§ 186)

<sup>108</sup> Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, v platném znění

- Svádění k pohlavnímu styku (§ 202)
- Pohlavní zneužívání (§ 187)
- Zanedbání povinné výživy (§ 196)
- Týrání svěřené osoby (§ 197)
- Týrání osoby žijící ve společném obydlí (§ 197)
- Únos dítěte a osoby stížená duševní poruchou (§ 200) ad.

V posledních letech se věnuje značná pozornost domácímu násilí. „Domácí násilí představuje široce rozšířený a zároveň nejméně kontrolovaný druh násilí, který v sobě zahrnuje všechny projevy psychického, fyzického a sexuálního násilí páchaného mezi osobami, které by k sobě měly mít nejbližší. Ještě donedávna bylo domácí násilí, byť jde o závažný celospolečenský fenomén, považováno spíše za okrajový problém naší společnosti. Nejen výzkumy ale také samotná praxe ukázala, že domácí násilí se vyskytuje v mnohem více rodinách, než by kdokoli z nás předpokládal.“<sup>109</sup>

Podle Mithlöhnera<sup>110</sup> vychází definice domácího násilí z obecných definic násilí, které je povětšinou chápáno jako „zlé nakládání, tělesné útoky, pohružky obdobným násilím nebo jednáním, které působí újmu na fyzickém, sexuálním nebo psychickém zdraví.“ V terminologii užívané v mezinárodních právních dokumentech a odborné literatuře se zpravidla vymezuje jako:

- násilí uvnitř rodinného kruhu,
- domácí násilí,
- násilí na ženách v intimních vztazích.

Rizikovými faktory vzniku domácího násilí jsou zejména

- vynucená sociální izolace,
- finanční závislost na partnerovi,
- péče o děti v rámci mateřské a rodičovské dovolené,
- zdravotní postižení a omezení,
- vyšší věk a bezmocnost seniorů,
- přechod z aktivní zaměstnanosti do starobního či jiného důchodu,
- nezvládnuté rodičovství a výchova dětí,
- závislosti násilné osoby, ad.

<sup>109</sup> MV CR 2008

<sup>110</sup> Mithlöhner 2005

Domácí násilí je potřebné rozlišit od jiných forem agrese v rodině, jako jsou konflikt nebo rodinné rozepře. Pro domácí násilí je charakteristické:<sup>111</sup>

- (1) opakovanost – jednání, které má svůj vývoj, opakované projevy, často trvá velice dlouhou dobu, intervaly mezi jednotlivými útoky se zkracují; není to tedy jednorázový či ojedinělý incident,
- (2) postupný nárůst intenzity – začíná zpravidla psychickým násilím, postupně se přidává fyzické násilí, útoky směřují proti lidské důstojnosti, posléze proti zdraví, mohou vyústit až v útoky proti životu,
- (3) střídání cyklických fází – (klid / narůstání napětí / násilí / klid),
- (4) jasné role – domácí násilí se odehrává mezi blízkými osobami (manželé, partneři, rodiče, děti, prarodiče, vnoučata, sourozenci), kde lze jasně rozlišit roli ohrožené a násilné osoby, role se nezaměňují, nejedná se o tzv. italská manželství,
- (5) skrytost, soukromí – k násilí dochází zpravidla beze svědků, v soukromí společného obydlí, jednotlivé incidenty se však mohou odehrát i mimo soukromí,
- (6) obtížná postižitelnost a prokazatelnost.

## 7.2 Člověk s postižením jako oběť

Člověk, který se stane obětí (domácího) násilí, prožívá velmi náročné životní situace. Původcem násilí na lidech s postižením může být kdokoliv z okolí - členové blízké či širší rodiny, partneři, poskytovatelé profesionálních služeb i zcela neznámí lidé.

Specifika domácího násilí u lidí se zdravotním postižením:<sup>112</sup>

- jedním z faktorů, které se podílejí na vzniku domácího násilí lidí s postižením může být extrémní zátěž pečovatелů. Na počátku péče je obtížné odhadnout míru zátěž, přepracování, sociální či zdravotní problémy pečovatele, pak může zvýšit stres až do neúnosné meze.
- Oběť je odkázána na pachatele. Zpravidla se obává, že snaha o zlepšení bude mít negativní dopad a pachatel se bude mstít. Častá je obava ze změny pečovatele, případně umístění do ústavní péče.

<sup>111</sup> tamtéž, doplněno

<sup>112</sup> podkapitola 7.2 je krácením a úpravou původního textu Venglářová 2005

- Jde-li o blízké osoby, existuje silná emoční vazba mezi postiženým a pečovatelem. Oběť se obává studu ze zveřejnění – zvláště při násilí, které páchají děti na svých rodičích.
- Oběť obtížně dosáhne na pomoc – bariéry na cestě k pomoci mají mnoho podob – při poruchách smyslů nemůže používat telefon, při poruchách mobility a bariérovém prostředí nemůže sama vycházet na ulici ad.
- Oběť nevidí možnosti řešení, nerozumí, proč se co děje.
- Lidé s mentálním postižením se přesně neorientují v realitě (důsledky sexuálního zneužívání), je pro ně zpravidla obtížné vyjádřit své obavy, přání.

S ohledem na výše uvedené je velmi důležité, aby všichni, kdo se na péči o člověka s postižením podílejí, věnovali velkou pozornost tomu, co se kolem něj odehrává včetně možných příznaků násilí viz dále.

Tělesné týrání je vědomé způsobování fyzické bolesti, zraňování nebo fyzické omezování. Při kontaktu s postiženým na možnou přítomnost týrání upozorní např. zlomeniny, otoky, škrábance; stopy po bodnutí, popáleniny (žehlička, cigareta); kousnutí; podlitiny (stopy po opasku, prstech). Do tělesného týrání zahrnujeme také sexuální týrání. Příznaky jsou: roztrhané, potřísněné nebo zkrvavené prádlo; obtíže při chůzi, sedání; infekce, bolest, svědění.

Mezi další známky špatného fyzického zacházení patří: opakovaná „náhodná“ zranění; postižený dochází k více lékařům, užívá léky; má pocitu izolace, stěžuje si na osamělost; stížnosti (hovory) s vágnímy stesky, neříká přesný důvod nespokojenosti.

Materiální zneužívání je zneužívání majetku a finančních zdrojů starší osoby. Příznaky: nepřesné, zmatené informace o vlastních financích; nevysvětlitelná neschopnost platit účty; nerovnost mezi příjmy a životní úrovní; *obava při hovoru o penězích!*; převádění majetku; neochota vydávat prostředky za péči; mimořádný zájem členů rodiny o majetek.

Zanedbávání druhou osobou je obtížně odhalitelné – není zde přímé poškozování tělesné či psychické integrity člověka. Při podezření na nedostatečnou péči o svěřenou osobu sledujeme stav výživy, zejména dostatek kvalitní stravy a tekutin; péči o zevnějšek, čistotu a kvalitu šatů

a prádla, zda je vhodné pro konkrétní osobu a účel. Dobrý pečovatel zajišťuje dostatečný kontakt se zdravotně-sociálními službami. Při rozhovoru s postiženou osobou se ptáme na její spokojenost, na trávení volného času. Všímáme si, zda není dlouho o samotě, v sociální izolaci.

Emocionální, psychické týrání je závažné především svou latencí. Je obtížně odhalitelné, chybí důkazy. Probíhá formou ponižujících výroků, sekýrování, hrozeb, odloučení od rodiny, přátel.

Psychicky či fyzicky týraný člověk vykazuje příznaky traumatu, zejména:

- Zmatenost
- Strach
- Poruchy spánku
- Změnu chuti k jídlu
- Nezájem o sebe, okolí
- Rezignace
- Agitovanost, úzkostné stavy
- Suicidiální myšlenky (myšlenky na sebevraždu) ad.

Domácí násilí je obtížně odhalitelné, oběť se zpravidla bojí o násilí hovořit. Subjektivní důvody jsou vztah k pachateli, strach ze msty, bezmocnost oběti. V případech, kdy je to možné (nastane vhodná situace), používáme při rozhovoru citlivé a taktické otázky ke zmapování stavu formou nepřímých, případně i přímých otázek.



**Příklad**      Nepřímé otázky

- Jaké jsou vztahy s partnerem, manželem, dětmi v rodině?
- Co dělají, když se rozzlobí?
- Říkáte, že se někdy nedovedou ovládat. Jak to vypadá?
- Zdá se, že se něčeho obáváte. Můžete mi o tom říci více?
- Stýkáte se často se svými přáteli?



**Příklad**      Přímé otázky

- Bojíte se manžela, syna...?
- Stalo se vám, že vás někdo bil, kopal...?
- Slýchám příběhy žen, které říkají, že byly napadeny svými partnery. Stává se vám to také?



V případě, že odpoví „ano“:

... bylo to v poslední době? Řekněte mi více. Můžete se ubránit?

V případě, že odpoví „ne“:

... pokud by se vám to někdy přihodilo, můžeme vám poskytnout...

Další možný vývoj situace

- Klient si nepřeje využít nabídky.
- Klient si přeje situaci řešit.

V případě, že si klient situaci přeje řešit, k řešení dojde a součástí se stane trestní řízení proti pachateli násilí, mívá člověk s postižením v trestním řízení poměrně obtížné postavení – může např. působit nevěrohodně s ohledem na snížené komunikační dovednosti (zvláště při mentálním postižení je nesnadné podat dostatečně věrohodné svědectví).

### Studijní materiál v Moodle

K policejním a soudním způsobům řešení domácího násilí nastudujte text v Čítance /modul S10



## 7.3 Člověk s postižením jako agresor

O lidech s postižením se zpravidla předpokládá, že jsou bezbrannou obětí agrese či zneužívání. Řada rodinných příslušníků i sociálních (či zdravotnických) pracovníků však může potvrdit osobní zkušenost s projevy agrese lidí s postižením vůči nim. Může mít různorodé příčiny od organického poškození mozkových struktur přes akutní potřebu ventilace negativních pocitů bezmoci a vzteku až po záměrné promyšlené schválnosti, psychické týrání, či emoční vydírání rodinných příslušníků ad. O těchto projevech lidí s postižením se v odborné literatuře mnoho nepíše, a tak může u (budoucích) sociálních pracovníků vzniknout jednostranný zavádějící obraz „neškodného bezmocného“. V praxi pak bývají překvapeni a nepřipraveni na výbuchy afektu, případně i fyzické útoky klientů.<sup>113</sup>

<sup>113</sup> Autorka textu byla před lety při výkonu terénní sociální práce napadena nevidomým klientem, který při nečekaném bleskovém útoku použil těžký kovový předmět.

Málokoho běžně napadne, že by například nevidomý člověk nebo člověk na vozíku mohl být vrahem, natož masovým či sériovým vrahem. Drbohlav popisuje konkrétní kauzy, kdy byl člověk s těžkým zdravotním postižením vyčleněn z okruhu podezřelých osob jen pro (předsudečný) předpoklad, že „by násilí nebyl schopen a dokonce v jisté naivitě, že by k násilí zřídka kdy měl důvod a i kdyby ano, tak by patrně spáchal pouze jeden vražedný útok.“ Autor dále uvádí, že „odborný profilování masových a sériových vražd míval do nedávné doby charakteristiky, které těžké zdravotní postižení v podstatě nepřipouštěly. [...] U masového vraha se obvykle předpokládá rychlost a neočekávanost útoku, u sériového vraha síla, dominance, manipulace, kontrola, v obou případech však především 'přirozeně rostlý člověk.' [...] Mylnost takových charakteristik dokládají „desítky případů mnohonásobných vražd z 90. let 20. století, u nichž byl pachatelem tělesně postižený člověk.“<sup>114</sup> Na vybraných kazuistikách autor ilustruje promyšlené akce masového vraha na vozíku (26 obětí), nevidomé brutální sadistky (6 prokázaných obětí) a imobilní ženy, která „se z lůžka vzdalovala jen o speciálně upravených berlích a byla v domácí péči státem hrazené ošetřovatelky“ (5 prokázaných obětí).

Tento neobvyklý nicméně rovněž reálný pohled na schopnosti lidí s postižením je potvrzením funkce Gaussovy křivky rozložení četnosti. Jakákoliv šablonovitá optika znemožňuje vnímat rozmanité spektrum reálných možností a schopností lidí s postižením a bývá příčinou i důsledkem „předsudků naruby“ – jde však o stejný druh z rodiny předsudků, které se opírají o přesvědčení, že lidé s postižením jsou automaticky závislí na druhých a automaticky (všichni) z principu potřebují jen pomoc a péči.

---

<sup>114</sup> Drbohlav 2005: 17-23

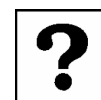
### **Shrnutí**

Lidé se zdravotním postižením patří ke zranitelným skupinám, na nichž je pácháno násilí (domácí násilí, násilí vně rodinného kruhu, na veřejnosti, v zaměstnání ad.) Jsou relativně snadným cílem potenciálních agresorů. Jedním z rysů domácího násilí ve vztahu k lidem s postižením je závislost rodinného člena s postižením na agresorovi, specifickým typem domácího násilí se ekonomické násilí. Lidé s postižením jsou zpravidla oběťmi násilí, současně však mohou být i agresory včetně domácího násilí.



### **Kontrolní otázky**

1. Jaká jsou specifika domácího násilí při zdravotním postižení?
2. Jakými policejními a soudními způsoby je řešeno domácí násilí?
3. Co je důvodem podceňování agresivity lidí s postižením?



### **Další doporučená četba k této kapitole**

ŠEVČÍK, D., ŠPATENKOVÁ, N. a kol. 2011. Domácí násilí. Praha: Portál  
Bílý kruh bezpečí. domacinasili.cz <http://www.domacinasili.cz/> (cit. 29.11.2011)

## 8 K SOCIÁLNÍ PRÁCI SE SKUPINOU



### V této kapitole se dozvíte

- o typech uskupení při péči a podpoře klientů se zdravotním postižením
- o úloze svépomocných skupin lidí s postižením
- jaký je rozdíl mezi odborníkem a klientem



### Klíčová slova této kapitoly

svépomocná skupina, organizace pro osoby s postižením, organizace osob s postižením



### Čas potřebný k prostudování této kapitoly

2 hodiny

\*\*\*\*\*

Podle Havránkové „člověk se schopen kvalitně existovat pouze jako člen skupiny a většinou patří k více skupinám současně. V průběhu celého života pak prochází různými skupinami, které mohou být uzavřené a výlučné nebo otevřené a vzájemně se prolínající. Život ve skupině vyjadřuje základní lidskou potřebu sdílet, spoluvytvářet, dávat a brát, uskutečňovat se ve vztazích.“<sup>115</sup> Skupinová práce, resp. sociální práce se skupinou poskytuje některé možnosti, které v individuální práci s klientem nelze realizovat. Podstatou skupinové práce je skupinová dynamika, vztahy, reaktivita skupiny, dynamická zpětná vazba, podpora ad. Sociální pracovníci vedou, podílejí se na vedení či jsou členy, konzultanty facilitátory skupin k dosažení různorodých sociálních cílů, případně jsou zdrojem (aktivizačním prvkem) skupinových aktivit. Existují různorodé typologie skupin, ve vztahu k lidem s postižením se zaměříme především na svépomocné skupiny.

Svépomocná skupina – též skupina vzájemné pomoci – v nejjednodušším vymezení skupina lidí, která se sdružila k řešení určitého společného problému (např. ochrany zdraví, životního prostředí, umožnění vzdělání apod.).<sup>116</sup>

<sup>115</sup> Havránková 2003: 153

<sup>116</sup> Bútora 1996: 997

## 8.1 Svépomocné skupiny

„Svépomocné skupiny plynule propojují přirozené a uměle sestavené skupiny, protože je vytvářejí klienti sami [...] představují nejvýrazněji rostoucí formu pomoci ve světě.“<sup>117</sup> Svépomocné skupiny „představují pozitivní sociální fenomén poukazující k emancipaci člověka i k proměně chápání vztahu odborník-laik.“<sup>118</sup> „To, že člověk nejen pomoc přijímá, ale současně poskytuje, ho zbavuje pocitů bezmoci a závislosti. Kdo je schopen pomoci druhému, pomůže i sobě. Toto zjištění je zdrojem naděje pro členy svépomocných skupin a zároveň je zplnomocňuje ke zvládnutí obtížné životní situace nebo nepříznivých životních podmínek. Svépomocné skupiny překonávají asymetrii vztahu, který vzniká mezi profesionálním poskytovatelem pomoci a klientem. Lidé, kteří jsou spojeni zkušeností s určitým problémem, si navzájem nemusejí vysvětlovat, co tento problém obnáší a jaké konsekvence z něho plynou. [...] Svépomocné skupiny jsou účinnou pomocí a dostupnou možností, jak se zbavit bezmoci a přetvářet svízelnou situaci, adaptovat se na změnu podmínek nebo naopak změnit svou situaci.“<sup>119</sup>

Svépomocné skupiny mohou být neformální (např. sourozenci dětí se zdravotním postižením, viz podkapitola 6.2.3) nebo formalizované statutem, stanovami apod. Formalizované svépomocné skupiny mívají charakter svépomocných organizací – v ČR mají zpravidla formu občanského sdružení.

### Příklad

*Typickým příkladem svépomocných skupin jsou skupiny rodičů dětí se zdravotním postižením (mentálním, sluchovým, zrakovým, s DMO, s autismem ad.). Rodiče se zde setkávají, aby se navzájem informovali, podporovali, sdíleli zkušenosti, obavy i radosti, diskutovali, učili se novým dovednostem, realizovali společné aktivity ad. Např.<sup>120</sup>*

*Sdružení rodičů a přátel diabetických dětí – <http://www.diadeti.cz/>*

*Federace rodičů a přátel sluchově postižených, o.s. – <http://www.frpsp.cz/>*



<sup>117</sup> Havránková 2003: 166

<sup>118</sup> Vymětal in Havránková 2003: 167

<sup>119</sup> Havránková, tamtéž

<sup>120</sup> cit. 21. 11. 2011

## 8.2 Svépomocné organizace osob s postižením

V průběhu historického vývoje se objevují tři typy organizačních uskupení v péči o lidi s postižením – uskupení odborníků „pečující o“ lidi s postižením, v nichž lidé s postižením nebyli zastoupeni (středověké útulny v kláštorech, špitály, později ústavy, pečující spolky), svépomocná uskupení samotných lidí s postižením (jedno z prvních vzniklo ve starověké Číně, ve 2. stol. př.n. l.),<sup>121</sup> v novodobé historii pak smíšená uskupení – organizace pro osoby se zdravotním postižením a organizace osob s postižením.

Rozdíl mezi „organizací PRO osoby se zdravotním postižením“ a „organizací OSOB se zdravotním postižením“ spočívá v tom, že:

v organizaci PRO osoby s postižením<sup>122</sup> jsou její členové sdruženi

- bez ohledu na to, zda mají či nemají zdravotní postižení,
- nezáleží na početním poměru zastoupení členů **s** a **bez** postižení,
- není relevantní, zda organizaci řídí lidé **s** nebo **bez** postižení.

Organizace OSOB s postižením

- je jednoznačně charakterizována tím, že členové s postižením<sup>123</sup> tvoří nadpoloviční většinu členů,
- organizaci sami řídí.

Oba typy organizací vykonávají aktivity ve prospěch lidí s postižením, pouze druhý typ však patří mezi svépomocné skupiny.

---

<sup>121</sup> „Zdá se, že první organizací samotných nevidomých bylo sdružení v Pekingu, které vzniklo v r. 206 př. n. l. Jeho členy byli nevidomí hudebníci. Byl to cech, který sdružoval nejen nevidomé muzikanty a zpěváky, ale i vypravěče a básníky. [...] Prvním českým slepeckým spolkem byl Podpůrný spolek samostatných slepců, který vznikl v roce 1902 [...] Spolek vytvořil pro české slepce tradici a realizoval ideu že nevidomí mohou mluvit sami za sebe a mohou se samostatně užít svou prací.“ (Smýkal 2000)

<sup>122</sup> členem této organizace mohou a nemusí být lidé s postižením

<sup>123</sup> nebo jejich zákonní zástupci (např. v případě dětí s mentálním postižením apod.)

Znalost uvedených rozdílů je pro praxi sociální práce velmi důležitá. U sociálních pracovníků se lze totiž nečistka setkat s názorem, že lidé s postižením nejsou *zcela* schopni, případně nejsou *zcela* kompetentní řešit své obtíže sami. Může to platit pro jednotlivce s postižením, neplatí to však pro svépomocné skupiny/organizace lidí s postižením. Filozofie svépomocných skupin je založena právě na ústřední myšlence „sami si pomoci k svépomoci“. Nejde zde přitom o odlišování rovin „my“ a „oni“, neboť v obou typech organizací se členství lidí s postižením a intaktních prolíná a řada lidí s postižením v těchto organizacích má rovnocenné vzdělání v sociální práci, speciální pedagogice, ekonomice, managementu apod. Klíčovým rozlišovacím prvem je zde pohled „rozhodovat (či spolurozhodovat) **o někom**, mluvit za někoho“ a „rozhodovat **o sobě**, mluvit za sebe“.

#### **Další příklady svépomocných organizací<sup>124</sup>**

*Česká unie neslyšících* – <http://www.cun.cz/index.php>

*Český klub nedoslýchavých HELP* – <http://www.audiohelp.cz/>

*Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých ČR* – <http://www.sons.cz/>

*Klub přátel červenobílé hole* – <http://www.klubpratel.wz.cz/>

*Ostravská organizace vozíčkářů* – <http://www.vozickari-ostrava.cz/>

*Asociace muskulárních dystrofií* – <http://www.amd-mda.cz/>

*Paleček – společnost lidí malého vzrůstu* – <http://www.palecek.nebesa.cz/>

*Klub bechtěreviků* – <http://ww25.klub-bechterevidu.com/?srt=1>

*České ILCO – dobrovolné sdružení stomiků* – <http://www.ilco.cz/>

*Společnost dialyzovaných a transplantovaných nemocných, jejich rodinných příslušníků a přátel dialýzy* – <http://www.znovu.cz/sdat/index.htm>

*Parkinson společnost, o.s.* – <http://www.spolecnostparkinson.cz/>

*Svépomocné skupiny pro sourozence a potomky lidí s duševním onemocněním* – <http://www.psychozaablizci.ic.cz/>



---

<sup>124</sup> Cit. 21. 11. 2011

### 8.3 Kdo je odborníkem?



#### K zamyšlení

*Kdo je odborníkem v procesu pomáhání lidem se zdravotním postižením?*

*Potřebují více lidí s postižením odborníky nebo odborníci lidi s postižením?*

Odpovědi na uvedené otázky jsou různorodé, nabízí se rozmanitá škála pohledů, mezi jinými:

#### Odborníci

- zpravidla disponují systematizovanými znalostmi o zdravotním postižení kumulovanými v dlouhodobém vývoji lidského poznání,
- disponují praxí se zpravidla větším množstvím lidí s postižením,
- bez jejich existence by se nerozvíjela pomoc, péče a podpora řízeným způsobem a většina lidí s těžkými formami postižení by pravděpodobně nepřežila,
- jsou závislí na klientech, protože klienti legitimizují, ospravedlňují existenci jejich profese,
- odborníci bez postižení se mohou v průběhu života stát lidmi s postižením - bývají tedy odborníky, kteří se stali i „klienty“, atd.

#### Lidé se zdravotním postižením

- vždy disponují nepřenositelnou individuální zkušeností vlastního zdravotního postižení a zpravidla také přenesenými zkušenostmi mnoha jiných lidí s postižením,
- mimo dětský věk mají často i vysokou mírou odborných znalostí,
- navazují na poměrně silnou více než stoletou tradici svépomocných spolků a organizací, v současné době rozšířených o mezinárodní sítě a jsou tak sami svépomocnými odborníky v různých záležitostech,
- v důsledku integračních procesů<sup>125</sup> vrůstá vzdělanost a emancipace lidí s postižením,
- u lidí zejména těžším zdravotním postižením zpravidla existuje objektivní potřeba a různá individuální míra pomoci a podpory druhých osob, na níž je člověk s postižením závislý,

<sup>125</sup> Základ integračních procesů byl položen na počátku minulého století se vznikem mezinárodního hnutí lidí s postižením.



- bez jejich existence by nebylo potřeba odborníků na zdravotní postižení - a tedy ani zaměstnanců s příjmy,
- vzdělávají se a pracují v pomáhajících profesích - bývají tedy nejen „klienty“, ale i odborníky, atd.

„Správná“ odpověď na otázku – kdo je odborníkem v sociální práci s lidmi s postižením a kdo koho potřebuje více – stěží existuje. Nicméně i jen přemýšlet nad ní je pro praxi sociální práce velmi důležité.

### **Shrnutí**

Sociální práce se skupinou poskytuje některé možnosti, které v individuální práci s klientem nelze realizovat. Podstatou skupinové práce je skupinová dynamika, vztahy, reaktivita skupiny, sdílení, dynamická zpětná vazba, podpora ad. Z hlediska typologie skupin zaujímají ve vztahu k lidem s postižením významné místo svépomocné skupiny, v ČR mají zpravidla podobu formalizovaných občanských sdružení. Generují se v nich schopnosti lidí s postižením nacházet a realizovat vlastní individuální řešení svých obtíží včetně prosazování skupinových zájmů. Z důvodu nepřenositelnosti osobní zkušenosti zdravotního postižení jsou lidé s postižením odborníky na své vlastní postižení a partnery sociálních pracovníků při řešení důsledků zdravotního postižení.



### **Kontrolní otázky**

1. Co je ústřední myšlenkou filozofie svépomocných skupin?
2. Jaký je rozdíl mezi organizací pro osoby se zdravotním postižením a organizací osob se zdravotním postižením? Popište rozlišovací a společné prvky.
3. Jakou úlohu může zastávat sociální pracovník v organizaci osob s postižením? Uveďte příklady.



## 9 K SOCIÁLNÍ PRÁCI S KOMUNITOU



### V této kapitole se dozvíte

- o vzniku komunitní péče ve vztahu k lidem se zdravotním postižením
- o vývoji komunitní práce ve vztahu k lidem s postižením v ČR
- o mezinárodních organizacích osob s postižením a jejich vlivu na rozvoj komunitní práce s lidmi s postižením



### Klíčová slova této kapitoly

komunita, komunitní práce, organizace osob s postižením ve smyslu komunity



### Čas potřebný k prostudování této kapitoly

2 hodiny

\*\*\*\*\*

### 9.1 Komunitní práce ve vztahu k lidem s postižením

Komunita – (z lat. *communitas* = společenství) – též společenství, pospolitost – soc. útvar charakterizovaný jednak zvláštním typem vazeb uvnitř, mezi členy, jednak specifickým postavením navenek, v rámci širšího sociálního prostředí.<sup>126</sup>

Pojetí pojmů „komunita“ a „komunitní práce“ je značně různorodé. Z širokého okruhu teoretických konceptů komunitní práce<sup>127</sup> se (pro účely tohoto textu) ve vztahu k lidem se zdravotní postižením přikláníme k:

Vymezení komunity jako

- komunity složené z lidí, které spojují společné podmínky nebo problém<sup>128</sup> (existence komunity na neteritoriálním základě),
- sociální sítě založené na sdílení zájmů – komunita zájmů<sup>129</sup>

<sup>126</sup> Keller 1996: 512-514

<sup>127</sup> Odkazujeme na publikace autorů Kinkor 2003, Gojová 2006

<sup>128</sup> Wilmott in Gojová 2003: 12

<sup>129</sup> Coulshed, Orme in Gojová 2003: 12

Vymezení komunitní práce jako součásti makropraxe<sup>130</sup> v rámci dělení praxe sociální práce:<sup>131</sup>  
mikropraxe – práce s jednotlivcem, práce s rodinou,  
mezopraxe – práce se skupinami,  
makropraxe – práce s organizacemi, politické aktivity.

V pojetí komunitní práce ve vztahu k lidem s postižením vycházíme z teze, že společným prvkem většiny teoretických konceptů komunity a komunitní práce je aktivizace, zapojení a participace *lidí se společnými zájmy* na zlepšení jejich životní situace *prostřednictvím společenství*.

Ojedinelá společenství lidí s postižením vznikající za účelem obhajoby jejich potřeb a zájmů<sup>132</sup> vznikala již ve staré Číně (v r. 206 př. n. l.), Japonsku (8. stol. n. l.), v Evropě (počátek 14. stol. v Itálii, rozšíření v 19. stol. – Švýcarsko, Londýn, Paříž ad.). V našich zemích se tato společenství formovala od 19. století a zejména od počátku 20. století.<sup>133</sup>

Spolkové aktivity lidí s postižením byly z *iniciativy lidí s postižením* realizovány až do roku 1949. Po nástupu totalitního režimu v ČR roce 1948 byly všechny spolky Komunistickou stranou Československa násilně sloučeny do Ústřední jednoty invalidů a činnost samostatných aktivních spolků lidí s jednotlivými druhy zdravotního postižení byla tak na dalších 40 let ukončena. Ústřední jednota invalidů byla v r. 1952 transformována na Svaz československých invalidů (SI), který, stejně jako další organizace tehdejší Národní fronty, byl řízen komunistickou stranou. Lidé s postižením byli v SI sice formálně v pozici předsedů jednotlivých okresních či základních organizací, fakticky však organizace neřídili. Stranou Svazu invalidů byly aktivity rodičů a přátel dětí s mentálním postižením<sup>134</sup>, které SI nikdy neintegroval do svých řad, přestože se Sdružení pro pomoc mentálně postiženým o členství ucházelo.

---

<sup>130</sup> Netting, Kettner, Mc Murtry in Gojová 2003: 32

<sup>131</sup> Barker in Gojová 2003: 24

<sup>132</sup> nikoliv však v dnešním smyslu komunitní práce

<sup>133</sup> Více viz např. Smýkal 2000

<sup>134</sup> samostatné Sdružení pro pomoc mentálně postiženým vzniklo v r. 1969 (původní název Národní sdružení pro pomoc mentálně postiženým)

Po roce 1989 vznikly desítky organizací osob se zdravotním postižením, které hájily zájmy lidí s jednotlivými druhy zdravotního postižení (na neteritoriálním základě) a/nebo zájmy lidí s postižením na teritoriálním základě v různých městech, obcích a regionech. Tato roztržičnost byla v praxi prosazování politických zájmů (včetně změn v sociální politice státu a regionů) lidí s postižením slabým místem, proto se tyto nově vzniklé iniciativy od roku 1991 postupně sdružovaly pod Sbor zástupců organizací zdravotně postižených (dále Sbor). Bývalý Svaz invalidů se transformoval ve Sdružení zdravotně postižených v ČR (dále Sdružení).<sup>135</sup> V roce 2000 došlo k dohodě mezi oběma střešními organizacemi o sloučení a vznikla současná Národní rada osob se zdravotním postižením ČR.<sup>136</sup>

## **9.2 Organizace osob se zdravotním postižením v ČR**

V současné době je pole organizací osob s postižením v ČR značně divergentní. Existuje široká škála občanských sdružení osob s různými druhy postižení a s různým primárním zaměřením počínaje zájmovou činností (klubové, sportovní aj. aktivity), přes zajišťování či poskytování sociálních a dalších podpůrných služeb až po organizace s primárně politickým programem a organizace se smíšeným zaměřením. Příkladem organizace osob s postižením, v jejichž aktivitách se uplatňuje vícero prvků komunitní práce (makro úroveň praxe) je Národní rada osob se zdravotním postižením ČR viz příloha č. 2.

## **9.3 Mezinárodní organizace osob se zdravotním postižením**

Organizace osob s postižením vytvářejí mezinárodní sítě za účelem sdílení informací a zkušeností a prosazování cílených aktivit ke zvýšení kvality života lidí se zdravotním postižením v různých zemích světa.

---

<sup>135</sup> Členy Sdružení a současně Sboru byly organizace: Svaz neslyšících a nedoslýchavých, Společnost nevidomých a slabozrakých, Svaz tělesně postižených, Svaz postižených civilizačními chorobami, Asociace rodičů a přátel zdravotně postižených dětí, Sdružení pro životní prostředí zdravotně postižených, Sdružení pro pomoc mentálně postiženým.

<sup>136</sup> Sbor zástupců organizací zdravotně postižených založil a po celou dobu jeho existence vedl Ing. Pavel Dušek, který také inicioval vznik Národní rady zdravotně postižených ČR.

### **Rehabilitation International (RI)**<sup>137</sup>

Je nejstarší celosvětovou organizací osob s postižením, která se již ve 20. letech minulého století etablovala v oblasti péče o děti se zdravotním postižením. Vznikla v USA z malé neziskové organizace na místní úrovni, založené z iniciativy rodičů dětí se zdravotním postižením a již od svého vzniku v roce **1922** prosazovala myšlenku komunitní péče. V současné době je RI celosvětovou sítí lidí se zdravotním postižením, poskytovatelů služeb, vládních agentur, akademiků, vědců a obhájců práv lidí s postižením, prosazujících podmínky ke zvýšení kvality života lidí s postižením, prevenci zdravotního postižení, habilitace a rehabilitace osob s postižením a vyrovnávání příležitostí pro osoby s postižením a jejich rodin. RI je fórem pro výměnu zkušeností a informací o výzkumu a praxi 200 členských organizací ve 100 zemích a ve všech oblastech světa. RI je autorem jednoho z nejznámějších světových symbolů – symbolu přístupnosti. Mj. udržuje oficiální kontakty s Organizací spojených národů (OSN), Světovou zdravotnickou organizací (WHO), Mezinárodní organizací práce (ILO), UNESCO, UNICEF, Evropskou unií (EU), Radou Evropy a Hospodářskou a sociální radou pro Asii a Pacifik (UNESCAP). Každé čtyři roky pořádá RI celosvětové kongresy (Kanada, Japonsko, Austrálie ad.)



### **European Disability Forum (EDF)**<sup>138</sup>

Evropské fórum osob se zdravotním postižením bylo založeno organizacemi osob se zdravotním postižením z důvodu potřeby vytvořit v rámci EU reprezentativní poradní orgán se širokým mandátem a aktivním přístupem k problematice zdravotního postižení. Působí od r. **1977**, v současné době má 87 členských organizací. Jsou mezi nimi evropské nevládní organizace, které působí v oblasti zdravotního postižení, a národní rady osob se zdravotním postižením ze všech členských zemí EU náležících k Evropské ekonomické oblasti (EEA).

<sup>137</sup> Viz odkaz <http://www.riglobal.org/> (cit. 28. 11. 2011)

<sup>138</sup> Viz odkaz <http://www.edf-feph.org/> (cit. 28. 11. 2011)

### **Disabled People's International (DPI)<sup>139</sup>**

Celosvětová organizace osob s postižením, jejímž cílem je realizace aktivit k dosahování plné účasti všech osob se zdravotním postižením v hlavním životním proudu (mainstreaming), zejména v rozvojových zemích, kde se vyskytuje většina lidí s postižením z celosvětového počtu půl miliardy osob se zdravotním postižením. K tomuto účelu DPI realizuje vlastní svépomocné rozvojové programy a projekty po celém světě. DPI plní důležitou roli při sdílení informací mezi organizacemi osob s postižením z různých zemí světa. DPI vznikla v roce **1981**, v současné době má členy přibližně ve 120 zemích, více než polovina z nich je v rozvojových zemích.



#### **Shrnutí**

V pojetí komunitní práce ve vztahu k lidem s postižením vycházíme z makroúrovně praxe a z charakteristiky komunity a komunitní práce ve smyslu aktivizace, zapojení a participace lidí se společnými zájmy na zlepšení jejich životní situace prostřednictvím společenství. Na řešení životních podmínek lidí s postižením se podílí komunity na teritoriálním i neteritoriálním základě. Tradice komunitní práce ve vztahu k lidem s postižením sahá k počátku 20. století.



#### **Kontrolní otázky**

1. Kdy a kde vznikla myšlenka komunitní péče ve vztahu k lidem se zdravotním postižením?
2. Jaké charakteristiky má zaměření komunitní práce v organizacích osob s postižením v ČR?
3. Které prvky komunitní práce lze identifikovat v aktivitách Národní rady osob se zdravotním postižením ČR?

<sup>139</sup> Viz odkaz <http://www.dpi.org/> (cit. 28. 11. 2011)

## 10 VEŘEJNÁ POLITIKA V ČR A LIDÉ S POSTIŽENÍM I.

### Zdravotní a vzdělávací politika

#### V této kapitole se dozvíte

- o systémových opatřeních politiky státu ve vztahu k lidem s postižením v oblasti zdravotní péče
- o systémových opatřeních politiky státu ve vztahu k lidem s postižením v oblasti vzdělávání



#### Klíčová slova této kapitoly

zdravotní politika, posudkové lékařství, vzdělávací politika, právní normy



#### Čas potřebný k prostudování této kapitoly

2 hodiny



\*\*\*\*\*

### 10.1 Zdravotní politika

Lidé s postižením jsou z povahy věci samé významným subjektem poskytování zdravotní péče. Základním charakterovým rysem poskytování zdravotní péče této skupině osob je, že zdravotní péče jim poskytovaná je nedělitelnou součástí jednotného systému veřejného zdravotního pojištění. Nic na tom nemění ani skutečnost, že lidé s postižením jsou zpravidla objemově vyšším konzumentem zdravotní péče než ostatní pojištěnci. Jedná se zde o praktickou ukázkou principu, na němž je postaven jak systém zdravotní péče, tak i systém péče sociální.

#### Příklad

*Princip solidarity má ve zdravotnictví nezastupitelné místo. Obvykle se např. uvádí, že občané starší 65 let věku „konzumují“ tři čtvrtiny nákladů na zdravotní péči. Údaj o nákladech zdravotní péče poskytované lidem s postižením není znám. (Věk se dá určit jednoznačně, postižení nikoliv.)*



V uplynulém období se dařilo zabezpečovat potřebnou zdravotní péči pro lidi s postižením na relativně vysoké odborné úrovni odpovídající současným poznatkům světové medicíny. Problémy, které poskytování

zdravotní péče lidem s postižením provázejí, jsou zpravidla součástí obecných trendů a obtíží, které systém zdravotnictví provázejí.

Pro osoby se zdravotním postižením mají zásadní význam některé rozvíjející se formy zdravotní péče, jakými je např. domácí a hospicová péče. Problémovou oblastí zdravotní politiky je kvalita a dostupnost následné zdravotní péče, která je poskytována pacientům, mezi nimiž jsou lidé s postižením zastoupeni v míře vyšší, než je tomu v případě péče akutní. Neodmyslitelnou součástí následné péče je, i do budoucna zůstane fyzioterapie, léčebná rehabilitace a ergoterapie.

Velkým problémem je také financování a poskytování zdravotnických prostředků pro skupinu osob s postižením. Moderní technologie zásadním způsobem zlepšují kvalitu jejich života. Sortiment těchto prostředků se u nás v posledních letech výrazně rozšířil, je však potřeba pružněji reagovat na změny týkající se úhrad zdravotnických prostředků v souvislosti s poměrně prudkým rozvojem techniky a technologie v této oblasti.

### **Aspekty přístupné zdravotní péče**

Míru využitelnosti poskytované zdravotní péče lidmi s postižením ovlivňuje řada faktorů, mezi jinými přizpůsobení provozu zdravotnických zařízení specifickým potřebám neslyšících a nevidomých pacientů, pacientů s postižením mentálních funkcí a pacientů se závažným omezením hybnosti. Provozem se má na mysli nejen technické zázemí zařízení jako jsou bezbariérové úpravy toalet a architektonická přístupnost obecně, ale také informovanost lékařů, sester a dalšího personálu ve zdravotnictví ohledně přístupů a způsobů kontaktu a komunikace k těmto pacientům.

Česká republika je od roku 2001 vázána Úmluvou o lidských právech a biomedicíně. Z jejího textu vyplývá, že jakýkoliv zákrok v oblasti péče o zdraví je možno provést pouze za podmínky svobodného a informovaného souhlasu dotčené osoby. Úmluva současně umožňuje, aby v souladu s podmínkami stanovenými zákonem, byla osoba s vážnou duševní poruchou podrobena zákroku bez svého souhlasu. Naplňování tohoto ustanovení Úmluvy při pobytu pacientů v psychiatrických léčebnách



je stále spojeno s řadou sporných bodů, a to zejména v důsledku faktu, že současná právní úprava nekonkretizuje způsob vykonatelnosti práv pacientů v potřebné míře a nový zákon o zdravotní péči nebyl přes řadu pokusů od poloviny 90. let přijat.

V současné době je pozornost zaměřena na zákonem stanovené právo pacientů na poskytnutí veškerých informací shromážděných ve zdravotnické dokumentaci vedené o jeho osobě a v přítomnosti zdravotnického pracovníka nahlížet do zdravotnické dokumentace o něm vedené a na pořízení výpisů, opisů nebo kopií zdravotnické dokumentace. Ve vztahu k některým skupinám občanů se zdravotním postižením určuje zákon v některých případech, že uvedená práva mají osoby blízké a jde-li o osobu s omezenou způsobilostí k právním úkonům nebo osobu zbavenou způsobilosti k právním úkonům, má uvedená práva jeho zákonný zástupce.

§ 30 Zákona č. 372/2011 Sb., v platném znění, stanoví:

- (1) Pacient se smyslovým postižením nebo s těžkými komunikačními problémy zapříčiněnými zdravotními důvody má při komunikaci související s poskytováním zdravotních služeb právo dorozumívat se způsobem pro něj srozumitelným a dorozumívacími prostředky, které si sám zvolí, včetně způsobů založených na tlumočení druhou osobou. V případě osob ve výkonu vazby, trestu odnětí svobody nebo zabezpečovací detence ustanoví tlumočnicka Vězeňská služba České republiky (dále jen „Vězeňská služba“).
- (2) Odstavec 1 věta druhá se použije obdobně, jde-li o tlumočení z cizího jazyka, s výjimkou slovenštiny.
- (3) Pacient se smyslovým nebo tělesným postižením, který využívá psa se speciálním výcvikem, má právo s ohledem na svůj aktuální zdravotní stav na doprovod a přítomnost psa u sebe ve zdravotnickém zařízení, a to způsobem stanoveným vnitřním řádem tak, aby nebyla porušována práva ostatních pacientů, nestanoví-li jiný právní předpis jinak; to neplatí, jde-li o osoby ve výkonu vazby, trestu odnětí svobody nebo zabezpečovací detence. Psem se speciálním výcvikem se pro potřeby věty první rozumí vodící pes nebo asistenční pes.

Samostatnou kapitolou je oblast naplňování práv pacientů ať již z díky současného zákona<sup>140</sup> nebo z hlediska profesních etických kodexů<sup>141</sup> a kodexu práv pacientů. Ze zákona je lékař „povinen poučit vhodným způsobem nemocného“. I podle etického kodexu ČLK je dále lékař „povinen pro nemocného jemu srozumitelným způsobem“ informovat o léčebných postupech atd. V tomto světle je následujícím ilustrativním příkladem možné doložit, jak obtížné může někdy být naplnění těchto požadavků, pokud lékař (sestra aj.) neznají základní komunikační pravidla s těmito pacienty:



### **Příklad**

*V ordinaci je vyšetřována neslyšící pacientka. Po vyšetření obdrží předpis na lék a lékař (či sestra) pro zdůraznění pokynu, že má pacientka tento lék užívat třikrát denně, vztyčí tři prsty a výrazněji artikuluje. Na závěr „pro jistotu“ položí otázku „Rozuměla jste mi?“ Pacientka kývne, že rozumí, a skutečně si to také a docela právem myslí, a doma „přesně podle pokynu lékaře“ si vezme tři tablety najednou.<sup>142</sup> Důsledky tohoto nedorozumění mohou být fatální.*

Součástí zdravotní politiky ČR s přesahem do oblasti sociálního zabezpečení je činnost Lékařské posudkové služby.

### **Posudkové lékařství**

Lékařská posudková služba České správy sociálního zabezpečení provádí posudkovou činnost v zákonem stanovených oblastech<sup>143</sup> pro účely zjištění invalidity a změny stupně invalidity, dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu dítěte a jeho neschopnosti vykonávat z důvodu tohoto zdravotního stavu výdělečnou činnost; zda jde o fyzickou osobu těžce zdravotně postiženou a druh a stupeň tohoto postižení pro účely poskytnutí mimořádných výhod, stupně závislosti fyzické osoby pro účely příspěvku na péči atd.) Posouzení zdravotního stavu pro jednotlivé systémy je rozdílné, posudková kritéria jsou stanovena právními předpisy. Zdravotní

<sup>140</sup> Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, v platném znění

<sup>141</sup> Etický kodex České lékařské komory (ČLK), Etický kodex České stomatologické komory, Etický kodex sester, Etický kodex fyzioterapeuta, atd.

<sup>142</sup> Příklad je zpracován na motivy textu publikace HONZÁK R. 1999

<sup>143</sup> V souladu se zákonem č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, v platném znění, s §8, odst.1

postižení, které odpovídá přiznání jedné dávky, nemusí odpovídat přiznání dávky jiné.<sup>144</sup>

### Činnost lékařské posudkové služby (LPS)

Při posuzování zdravotního stavu a pracovní schopnosti, se posuzuje:

- a) invalidita a změna stupně invalidity,
- b) dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav dítěte a jeho neschopnost vykonávat z důvodu tohoto zdravotního stavu výdělečnou činnost,
- c) zda jde o osobu zdravotně znevýhodněnou,
- d) zda si fyzická osoba může zvýšit vzhledem ke svému zdravotnímu stavu příjem vlastní prací,
- e) zda jde o fyzickou osobu těžce zdravotně postiženou a druh a stupeň tohoto postižení pro účely poskytnutí mimořádných výhod, příspěvku na úpravu bytu, příspěvku na úhradu za užívání bezbariérového bytu a garáže, příspěvku na zakoupení, celkovou opravu a zvláštní úpravu motorového vozidla a příspěvku na individuální dopravu,
- f) zda jde pro účely dávek státní sociální podpory o fyzickou osobu dlouhodobě těžce zdravotně postiženou, dlouhodobě zdravotně postiženou nebo o dítě dlouhodobě nemocné,
- g) stupeň závislosti fyzické osoby pro účely příspěvku na péči.

Lékaři referátů LPS ČSSZ posuzují rovněž zdravotní stav osob, které prostřednictvím jiných úřadů žádají o dávky z tzv. nepojistných systémů sociálního zabezpečení, zejména pro účely dávek sociální péče, pro účely zákona o zaměstnanosti, zákona o pomoci v hmotné nouzi ad.

## 10.2 Vzdělávací politika

Před třemi sty a více lety se pochybovalo o tom, že jsou lidé se zdravotním postižením (jako celek) vzdělavatelní. Jejich vzdělávání odráželo stav vědění dané společnosti, procházelo vývojem a na dlouhou dobu se ustálilo na způsobu – dnešním slovníkem řečeno – vzdělávání ve speciálních zařízeních pro osoby s jednotlivými druhy zdravotního postižení.

---

<sup>144</sup> Dále viz např. Čevela a kol. 2010, Zvoníková a kol. 2010.

Aktivizace lidských práv zejména od poloviny minulého století formovala současný trend vzdělávání lidí s postižením, který klade důraz na možnost volby vzdělávací cesty. Preferuje se přitom vzdělávání lidí s postižením v tzv. hlavním vzdělávacím proudu (mainstreaming). Společné, integrované vzdělávání představuje účinný nástroj sociálního učení ve vztazích lidí s a bez zdravotního postižení a je bezesporu důležitým faktorem prevence sociálního vyloučení lidí s postižením.

### **Primární a sekundární vzdělávání**

Pro vzdělávání lidí s postižením v České republice byl do devadesátých let minulého století typický přístup, který dnes bývá označován jako segregáční<sup>145</sup> nebo selektivní,<sup>146</sup> a tedy – z dnešního pohledu – v rozporu s pravidly a principy sociálního začleňování. Jeho hlavním rysem byla cílená a výhradní koncentrace dětí, žáků a studentů v tehdejších speciálních školách zaměřených na jednotlivé typy zdravotního postižení bez možnosti volby vzdělávání v hlavním vzdělávacím proudu.<sup>147</sup> Jednalo se převážně o internátní školy, takže velmi mnoho dětí, žáků, studentů stejného druhu zdravotního postižení spolu trávilo nejen čas ve škole, ale prakticky i veškerý další čas. Nedochozelo k přirozeným kontaktům s intaktní populací. Výsledkem bylo, že se mladí lidé s postižením obvykle obtížně orientovali v prakticky neznámém prostředí „zdravých“ a pro ostatní byl kontakt s nimi často setkáním s „raritou“.

Vzdělávání ve školách zaměřených na jednotlivé druhy zdravotního postižení (dříve speciální školy) má však své důležité místo v systému vzdělávání lidí s postižením, jeho úroveň je s ohledem na dlouholetou tradici v naší zemi vysoká a není na místě jej zpochybňovat.<sup>148</sup> Tam, kde však není důvod pro zařazení do speciálního vzdělávacího zařízení, by měla z pohledu rovných příležitostí ve vzdělávání existovat možnost volby

---

<sup>145</sup> Michalík 2005: 60

<sup>146</sup> Barton, Armstrong 2000: 702

<sup>147</sup> Před rokem 1989 bylo zařazení dítěte s těžším zdravotním postižením do běžného typu školy zcela výjimečné a bylo v zásadě výsledkem osobního přesvědčování rodičů směrem k zástupcům školy a v té době svým způsobem i výsledkem odvahy vedení školy.

<sup>148</sup> Byl-li nebo je-li tento způsob vzdělávání označován někdy jako „segregáční“, pak by mělo být současně řečeno, v jakém smyslu se o „segregaci“ hovoří. Oním „segregáčním“ totiž není samotný typ speciálního vzdělávání jako takový, ale fakt, že nebyla či není umožněna volba jiné vzdělávací cesty, aniž by pro to existovaly důvody (například i historický vývoj společnosti a stav vědění) a že ono segregované vzdělávání je (či bylo) považováno za jediné možné, správné a přirozené. Klíčovou je zde právě ona možnost volby. Vždy budou existovat děti, žáci, studenti, pro které je z řady důvodů příznivější absolvovat vzdělávání ve speciálních vzdělávacích zařízeních. Hovořit o segregaci by v tomto případě bylo zavádějící.

vzdělávání v hlavním vzdělávacím proudu. Tento směr je označován jako integrované vzdělávání a jedním z jeho hlavních rysů je, že podporuje zachování přirozeného komunitního prostředí dítěte, žáka, studenta. V ČR má toto vzdělávání řadu příznivců, ale i odpůrců, zejména v případě integrace dětí s mentálním postižením.

V současné době je vzdělávání dětí, žáků a studentů se zdravotním postižením (od mateřských škol po vyšší odborné školy) legislativně upraveno školským zákonem a příslušnou prováděcí vyhláškou.<sup>149</sup>

### **Terciární vzdělávání**

Zatímco na primárním a sekundárním stupni vzdělávání existuje možnost volby vzdělávací cesty, v terciárním stupni alternativa ke speciální (vysoké) škole neexistuje. Získání vysokoškolského diplomu bylo pro lidi s postižením v ČR do 90. let minulého století možné víceméně jen v řádu jednotlivců. Těch, kdo měli pro studium buďto mimořádně příhodné osobní podmínky v podobě podpory rodiny nebo přátel a/nebo jej získali s mimořádným vypětím. Vysoké školy byly téměř bez výjimky bariérové a prakticky neexistovaly podpůrné nástroje pro tento typ vzdělávání. Dnes je přes řadu obtíží situace významně příznivější, mimo jiné proto, že se téma stalo součástí některých systémových opatření na úrovni vládních dokumentů (normativní a finanční akty) a samotné vysoké školy rozšiřují síť středisek podpory studentů se speciálními potřebami. Počet studentů a absolventů se zdravotním postižením na vysokých školách se tak každoročně v ČR zvyšuje.

Vzdělávání vysokoškolských studentů se zdravotním postižením aktuální česká legislativa neupravuje, v současné době (červenec 2011) probíhá připomínkové řízení k věcnému záměru nového zákona o vysokých školách, kde se tato úprava předpokládá.

Nezastupitelné místo má tzv. další (celoživotní) vzdělávání lidí s postižením jako způsobu řešení jejich vzdělávacího deficitu v minulosti, kdy nabídka škol a možnosti vzdělávání k profesnímu uplatnění byly

---

<sup>149</sup> Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), v platném znění; Vyhláška MŠMT č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných, v platném znění.

orientovány převážně na výkon manuálních činností. V řadě případů byl základ „deficitního vzdělávání“ položen již na základní škole.

### **Příklad**



*Zejména prelingválně neslyšící<sup>150</sup> děti byly před rokem 1989 reálně diskriminovány přímo ve speciálních školách pro neslyšící tím, že jim nebylo umožněno vzdělávat se v pro ně přirozeném znakovém jazyce. Byly povinně vzdělávány orální metodou (mluvenou řečí), což mělo, s ohledem na objektivně dané problémy s jejich pojmovou abstrakcí devastující účinky na porozumění obsahu výkladu a následně na celkovou kvalitu vzdělávání i jejich profesní uplatnění.*

Při řešení uvedeného deficitu a při dalším vzdělávání lidí s postižením sehrává významnou úlohu distanční a e-Learningové vzdělávání, které umožňuje za pomoci moderních informačních technologií do značné míry a efektivním způsobem překonávat fyzické i lidské bariéry klasického školského systému.

### **Vzdělávání a zaměstnávání lidí se zdravotním postižením**

Vzdělání se z obecného hlediska významným způsobem promítá do možností získat zaměstnání odpovídající schopnostem a zájmům člověka. I když postavení lidí s postižením a vývoj na trhu práce má trvale velmi nejisté prognózy a míra jejich zaměstnanosti je stabilně velmi nízká, aktuální úpravy zákoníku práce a zákona o zaměstnanosti<sup>151</sup> směřují k tomu, aby lidé s postižením na trhu práce měli alespoň přibližně stejné podmínky jako ostatní skupiny. V tomto kontextu sehrává přístupné vzdělávání včetně vysokoškolského o to větší význam, neboť dlouhodobě je více nezaměstnaných mezi lidmi s nižším vzděláním.



### **K zamyšlení**

*Může zákon změnit předsudky?*

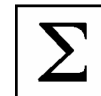
<sup>150</sup> Děti, mladiství nebo dospělí, kteří ztratili sluch ještě před dokončením vývoje řeči a vrozeně neslyšící.

<sup>151</sup> Zákon č. 65/1965 Sb., zákoník práce, ve znění pozdějších předpisů a Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů.

### **Shrnutí**

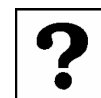
Lidé s postižením jsou z povahy věci samé významným subjektem poskytování zdravotní péče. Zdravotní péče jim poskytovaná je nedělitelnou součástí jednotného systému veřejného zdravotního pojištění a je založena na principu sociální solidarity. Pro lidi s postižením mají zásadní význam některé rozvíjející se formy zdravotní péče, jakými je např. domácí a hospicová péče. Problémovou oblastí zdravotní politiky je kvalita a dostupnost následné zdravotní péče, součástí následné péče je fyzioterapie, léčebná rehabilitace a ergoterapie.

Vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami je v ČR upraveno legislativou, přístupnost vysokoškolského vzdělávání lidem s postižením legislativa ČR t.č. neupravuje. Významnou roli ve vzdělávání lidí s postižením má celoživotní vzdělávání.



### **Kontrolní otázky**

1. Pro které konkrétní účely provádí posudkovou činnost Lékařská posudková služba?
2. Která kritická místa lze identifikovat z hlediska přístupnosti zdravotní péče lidem s postižením?
3. Jaké jsou výhody a nevýhody integrovaného vzdělávání dětí se zdravotním postižením?



## 11 VEŘEJNÁ POLITIKA V ČR A LIDÉ S POSTIŽENÍM II. Systémy sociální ochrany, politika zaměstnanosti



### V této kapitole se dozvíte

- o systémových opatřeních politiky státu ve vztahu k lidem s postižením v oblasti sociální péče a podpory
- o systémových opatřeních politiky státu ve vztahu k lidem s postižením v oblasti zaměstnanosti



### Klíčová slova této kapitoly

dávky sociální péče, invalidní důchod, sociální služby, formy podpory  
zaměstnávání lidí se zdravotním postižením



### Čas potřebný k prostudování této kapitoly

4 hodiny

\*\*\*\*\*

### 11.1 Systémy sociální ochrany

Pojem „sociální“ (z lat. *socialis* – společenský, spojenecký, družný) má různé významy, např.:

- ve smyslu interakcí mezi lidmi (sociální vztahy);
- ve smyslu společenském (společnost, společenské systémy, instituce apod.);
- úžeji pak ve smyslu sociální ochrany (sociální péče, sociální dávky, sociální služby, sociální pracovník atd.).

V oblasti veřejné politiky je pojem tradičně spojen se „systémy sociální ochrany“, či „sociálním zabezpečením“. Z hlediska sociální politiky jsou třemi pilíři tohoto systému (a ve vztahu k lidem se zdravotním postižením):

- důchodové pojištění (dávky invalidních důchodů),
- sociální podpora (dávky státní sociální podpory),
- sociální pomoc (někdy též sociální péče – dávky sociální péče a sociální služby).



## 11.2 Dávky státní sociální podpory

Z dávek státní sociální podpory<sup>152</sup> jsou ve vazbě na zdravotní postižení upraveny (oproti příjemcům dávek bez postižení) podmínky nároku a čerpání **rodičovského příspěvku**, příspěvku **na úhradu potřeb dítěte a odměny pěstouna**.<sup>153</sup>

### Sociální příplatek

Je cílenou dávkou pro nízkopříjmové rodiny s členem se zdravotním postižením. Dávka se poskytuje za účelem pomoci těmto rodinám krýt náklady spojené se zabezpečováním potřeb jejich dětí. Nárok na sociální příplatek mají rodiny, kde rodiče pečují alespoň o jedno nezaopatřené dítě, které je dlouhodobě nemocné, dlouhodobě zdravotně postižené nebo dlouhodobě těžce zdravotně postižené, nebo je-li alespoň jeden z rodičů dlouhodobě těžce zdravotně postižený nebo je nezaopatřeným dítětem, které je dlouhodobě zdravotně postižené nebo dlouhodobě nemocné.

## 11.3 Dávky sociální péče

Celý dávkový systém sociální péče v ČR prošel na přelomu r. 2011 a 2012 radikální sociální reformou<sup>154</sup>,

Mezi dávky sociální péče pro občany se zdravotním postižením patří

Mimořádné výhody I., II. a III. stupně

Příspěvek na péči

Příspěvek na mobilitu

Příspěvek na zvláštní pomůcku

<sup>152</sup> Tj. přídavek na dítě, rodičovský příspěvek, sociální příplatek, příspěvek na bydlení, dávky pěstounské péče, porodné a pohřebné, viz odkaz <http://www.mpsv.cz/cs/2> (cit. 28. 11. 2011)

<sup>153</sup> Podrobněji tamtéž

<sup>154</sup> Viz odkaz <http://socialnireforma.mpsv.cz/cs/> (cit. 28. 11. 2011)

### 11.3.1 Mimořádné výhody I., II. a III. stupně

Mimořádné výhody jsou nárokovou (obligatorní) dávkou sociální péče. Nárok na mimořádné výhody mají občané starší jednoho roku s těžkým zdravotním postižením<sup>155</sup>, které podstatně omezuje jejich pohybovou nebo orientační schopnost. Poskytují se:

#### Mimořádné výhody I. stupně - průkaz TP (těžce postižený)

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

#### Mimořádné výhody II. stupně - průkaz ZTP (zvláště těžce postižený)

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

#### Mimořádné výhody III. stupně - průkaz ZTP/P (zvláště těžce postižený s nárokem na průvodce)

- výhody uvedené v bodech 1 a 2,
- nárok na bezplatnou dopravu průvodce veřejnými hromadnými dopravními prostředky v pravidelné vnitrostátní osobní hromadné dopravě,
- u úplně nebo prakticky nevidomých nárok na bezplatnou přepravu vodícího psa, pokud je nedoprovází průvodce.

---

<sup>155</sup> uvedeným v příloze č. 2 k vyhlášce č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení, v platném znění (data k 28. 11. 2011)

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

Další úlevy a slevy jsou upraveny v právních předpisech jiných resortů (např. vyšší sazba, o kterou se snižuje základ pro daň z příjmů, je-li poplatník držitelem průkazu ZTP/P – ministerstvo financí; bezplatné užití dálnic a rychlostních silnic, vyhrazená místa k parkování – ministerstvo dopravy apod.).

Průkaz mimořádných výhod je t. č. v papírové formě, postupně bude nahrazován elektronickou kartou, tzv. „kartou sociálních systémů“ (sociální karta), která bude mít multifunkční význam viz dále.

### **11.3.2 Příspěvek na péči**

Příspěvek na péči (PnP) náleží lidem, kteří jsou z důvodu nepříznivého zdravotního stavu závislí na pomoci jiné osoby, a to v oblasti běžné denní péče o vlastní osobu a v soběstačnosti.

Péčí o vlastní osobu se rozumí zejména takové denní úkony, které se týkají zajištění či přijímání stravy, výkonem fyziologické potřeby, oblékáním a obouváním, tělesnou hygienou, péčí o zdraví apod.

Soběstačností se rozumí úkony, které umožňují účastnit se sociálního života, tj. zejména schopnost komunikovat, dále úkony spojené s Chodem domácnosti (nakupování, úklid, příprava stravy, péče o oděv – praní, žehlení ad.), nakládání s penězi či předměty osobní potřeby, mobilita a orientace ad.

Příspěvek na péči je pravidelná opakující se dávka poskytovaná podle zákona o sociálních službách, která je určena na úhradu za potřebnou pomoc poskytovanou registrovanými poskytovateli sociálních služeb nebo osobami blízkými či jinými. Je vyplácen peněžní formou oprávněné osobě (přímo postiženému nebo seniorovi, NE poskytovateli sociálních služeb) za podmínky, že bude nutné na požádání doložit

správnost čerpání, pokud nebude k placení použita tzv. Karta sociálních systémů.

Výše příspěvku na péči se liší v závislosti na věku a stupni závislosti. Schopnost zvládnout péči o vlastní osobu a být soběstačný je u každého člověka různá, proto zákon<sup>156</sup> rozeznává čtyři stupně závislosti na pomoci jiné osoby.

- |     |                         |
|-----|-------------------------|
| I   | lehká závislost         |
| II  | středně těžká závislost |
| III | těžká závislost         |
| IV  | úplná závislost         |

### Posuzování zdravotního stavu

Posuzuje se zdravotní stav pro 10 základních životních potřeb:

- |              |                              |                     |
|--------------|------------------------------|---------------------|
| 1 mobilita   | 4 stravování                 | 8 péče o zdraví     |
| 2 orientace  | 5 oblékání a obouvání        | 9 osobní aktivity   |
| 3 komunikace | 6 tělesná hygiena            | 10 péče o domácnost |
|              | 7 výkon fyziologické potřeby |                     |

Stanovení základních životních potřeb vychází z Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF), viz kapitola 13. Konkrétní vymezení schopností zvládat základní životní potřeby stanovuje Příloha č. 1 k vyhlášce č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, v platném znění.



### Úkol k textu

Prostudujte znění výše uvedené vyhlášky a Přílohy 1 k vyhlášce.

Doporučený zdroj: Portál veřejné správy České republiky<sup>157</sup>

Postup při posuzování zdravotního stavu

- sociální pracovníci Úřadu práce ČR provádějí sociální šetření v přirozeném prostředí žadatele o příspěvek,
- sociální pracovník zkoumá, do jaké míry je žadatel o příspěvek

<sup>156</sup> Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, §8

<sup>157</sup> Viz odkaz [http://portal.gov.cz/wps/portal/\\_s.155/6966/\\_s.155/699/place](http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/6966/_s.155/699/place) (cit. 28. 11. 2011)

soběstačný a schopný samostatného života,

- zdravotní stav žadatele o příspěvek posuzuje Lékařská posudková služba (LPS) na základě žádosti kontaktního pracoviště ÚP ČR,
- při posuzování se bere v úvahu dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav žadatele a jeho funkční dopad na schopnost zvládat základní životní potřeby,
- na základě nálezů praktického i odborných lékařů, výsledku sociálního šetření, případně funkčního vyšetření, lékař LPS příslušné Okresní správy sociálního zabezpečení (OSSZ) podklady vyhodnotí a vypracuje zdravotní posudek o stupni závislosti.

### **Stupně závislosti pro účely stanovení nároku na PnP**

u osob **do 18 let** věku

I. stupeň – lehká závislost

potřeba každodenní **mimořádné** péče

z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu při  
základních životních potřebách 3

II. stupeň – středně těžká závislost

potřeba každodenní **mimořádné** péče

z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu při  
základních životních potřebách 4 nebo 5

III. stupeň – těžká závislost

potřeba každodenní **mimořádné** péče

z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu při  
základních životních potřebách 6 nebo 7

IV. stupeň – úplná závislost

potřeba každodenní **mimořádné** péče

z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu při  
základních životních potřebách 8 až 10

I. stupeň – lehká závislost

každodenní **pomoc nebo dohled**

z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu při  
základních životních potřebách 3 nebo 4

II. stupeň – středně těžká závislost

každodenní **pomoc nebo dohled**

z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu při  
základních životních potřebách 5 nebo 6

III. stupeň – těžká závislost

každodenní **pomoc nebo dohled**

z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu při  
základních životních potřebách 7 nebo 8

IV. stupeň – úplná závislost

každodenní **pomoci nebo dohled**

z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu při  
základních životních potřebách 9 nebo 10

**Výše příspěvku na péči v Kč/měs.**

	<b>do 18 let věku</b>	<b>nad 18 let věku</b>
pro I. stupeň – lehká závislost	3000	800
pro II. stupeň – středně těžká závislost	6000	4000
pro III. stupeň – těžká závislost	9000	8000
pro IV. stupeň – úplná závislost	12000	12000

**Jak zažádat o PnP**

O příspěvku rozhodují kontaktní pracoviště Úřadu práce ČR.<sup>158</sup> Žadatel o příspěvek musí vyplnit potřebné formuláře.<sup>159</sup> Kontaktní pracoviště Úřadu práce ČR vydávají rozhodnutí na základě vypracovaného zdravotního

<sup>158</sup> Viz odkaz <http://portal.mpsv.cz/upcr/kp> (cit. 27. 11. 2011)

<sup>159</sup> Žádost o přiznání příspěvku na péči a formulář, Oznámení o poskytovateli pomoci viz odkaz <http://formulare.mpsv.cz/oksluzby/cs/welcome> (cit. 28. 11. 2011)

posudku Lékařskou posudkovou službou ČSSZ (LPS ČSSZ), podkladem pro vypracování zdravotního posudku jsou aktuální lékařské zprávy a písemný záznam ze sociálního šetření.

### 11.2.3 Příspěvek na mobilitu

Příspěvek na mobilitu (PnM) je **opakovanou** a nárokovou (obligatorní) dávkou, která je poskytována osobám starším jednoho roku, které nejsou schopny zvládat základní životní potřeby v oblasti mobility nebo orientace, opakovaně se v kalendářním měsíci dopravují nebo jsou dopravovány, a nejsou jim poskytovány sociální služby podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů v domově pro osoby se zdravotním postižením, v domově pro seniory nebo domově se zvláštním určením nebo zdravotnickém zařízení ústavní péče.

Výše PnM činí v kalendářním měsíci 400 Kč (tj. max. 4 800 Kč za rok), o dávkce rozhoduje Úřad práce ČR (krajské pobočky, pobočka pro hlavní město Prahu) v rámci zavedení nového systému jednotného výplatního místa (JVM).<sup>160</sup>

### 11.2.4 Příspěvek na zvláštní pomůcku

Příspěvek na zvláštní pomůcku (PZP) je **jednorázovou** a nárokovou dávkou, která je určena osobám s těžkou vadou nosného nebo pohybového ústrojí, těžkým sluchovým nebo těžkým zrakovým postižením nebo těžkým mentálním postižením. Tato dávka je zaměřena na pomoc v oblasti pomůcek, které umožňují sebeobsluhu, slouží k získávání informací nebo ke styku s okolím apod., zakoupení a úpravy motorového vozidla a úprav bytu.<sup>161</sup>

<sup>160</sup> Tato nová dávka sloučila dřívější dávky příspěvek na individuální dopravu a příspěvek na provoz motorového vozidla

<sup>161</sup> Nová dávka sloučila tyto dřívější dávky: jednorázový příspěvek na opatření zvláštních pomůcek, příspěvek na úpravu bytu, příspěvek na zakoupení motorového vozidla, příspěvek na zvláštní úpravu motorového vozidla.

Poskytuje se:

- a) Příspěvek na zvláštní pomůcku – maximální výše příspěvku je 350 000 Kč (různé formy finanční spoluúčasti žadatele)
- b) Příspěvek na pořízení motorového vozidla – výše příspěvku se stanoví s přihlédnutím k četnosti a důvodu opravy, a také k příjmu osoby či osob s ní společně posuzovaných podle zákona o životním a existenčním minimu a k celkovým sociálním a majetkovým poměrům. Maximální výše příspěvku na pořízení motorového vozidla činí 200 000 Kč, opakovaně lze příspěvek přiznat po uplynutí 10 let.

Součet vyplácených příspěvků na zvláštní pomůcku nesmí v 60 kalendářních měsících po sobě jdoucích přesáhnout částku 800 000 Kč.

Výplata příspěvku na mobilitu a příspěvku na zvláštní pomůcku je zajištěna na jednom místě, a to v rámci Úřadu práce ČR.

#### **11.4 Dávky důchodového pojištění – invalidní důchod**

Invalidní důchod je jednou z dávek důchodového pojištění.

Nárok na invalidní důchod má člověk, který

- je mladší než 65 let,
- má přiznanou invaliditu a potřebnou dobu pojištění pro nárok na pobírání invalidního důchodu,
- dosud nečerpá starobní důchod (nebo předčasně krácený starobní důchod)
- má pracovní úraz s trvalými následky nebo tzv. nemoc z povolání

#### **Invalidita a stupně invalidity**

Stav invalidity vzniká tehdy, pokud z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu nastal pokles pracovní schopnosti nejméně o 35 %.

Od 1. 1. 2010 se invalidita posuzuje podle tří stupňů invalidity:



1. stupeň      pracovní schopnost poklesla nejméně o 35%,  
avšak nejvíce o 49%
2. stupeň      pracovní schopnost poklesla nejméně o 50%,  
avšak nejvíce o 69%
3. stupeň      pracovní schopnost poklesla nejméně o 70%.

Změna označení invalidních důchodů od 1. 1. 2010:

dříve    plný invalidní důchod      dnes    invalidita 3. stupně

dříve    částečný invalidní důchod    dnes    invalidita 2. a 1. stupně<sup>162</sup>

### 11.5 Sociální služby

„Sociální služby pomáhají lidem žít běžným životem – umožňují jim pracovat, nakupovat, navštěvovat školy, navštěvovat místa víry, účastnit se aktivit volného času, starat se sám o sebe a o domácnost apod. Zaměřují se na zachování co nejvyšší kvality a důstojnosti jejich života. Sociální služby jsou poskytovány jednotlivcům, rodinám i skupinám obyvatel. Mezi nejpočetnější skupiny příjemců sociálních služeb patří zejména senioři, lidé se zdravotním postižením, rodiny s dětmi, ale také lidé, kteří z různých důvodů žijí "na okraji" společnosti.

Prostřednictvím sociálních služeb je zajišťována 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 nebo pomoc při zajištění bydlení, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, poradenství, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Obsah základních činností u jednotlivých druhů sociálních služeb stanoví prováděcí předpis.“<sup>163</sup>

Poskytování sociálních služeb v ČR je upraveno zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění. Sociální službou se (dle uvedeného zákona, §3, písm. a) rozumí „činnost nebo soubor

<sup>162</sup> Skladba a výše dávek invalidního důchodu viz odkaz <http://socialniporadce.mpsv.cz/cs/170> (cit. 27. 11. 2011)

<sup>163</sup> Viz odkaz <http://www.mpsv.cz/cs/9> (cit. 28. 11. 2011)

činností podle tohoto zákona zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení.“



### **Pojmy k zapamatování**

Sociálními službami nejsou pouze služby uvedené v tomto zákoně, i jiné služby sociální práce jsou předmětem činnosti sociálních pracovníků (výkon sociální práce v rámci probační a mediační služby, výkon sociální práce ve vězeňství, ve zdravotnických zařízeních, v institucích veřejné správy ad.) Zúžené vnímání sociální práce redukované pouze na působení sociálního pracovníka v sociálních službách (dle zákona o sociálních službách) je zavádějící.

Dle zákona o sociálních službách jsou realizovány následující formy sociálních služeb: Sociální poradenství; Sociálně zdravotní služby; Sociální rehabilitace; Osobní asistence; Pečovatelská služba; Průvodcovská, předčitatelská a tlumočnická služba; Služby rané péče; Podporované bydlení; Odlehčovací služby; Centra denních služeb a stacionáře denní, týdenní; Domovy pro osoby se zdravotním postižením; Domovy pro seniory; Azylové domy; Domovy na půl cesty; Chráněné bydlení; Kontaktní centra; Krizová pomoc; Nízkoprahová denní centra; Noclehárny, Terénní programy ad.<sup>164</sup>

### **Asistent sociální péče<sup>165</sup>**

Od 1. 1. 2012 byl zaveden institut *asistenta sociální péče* (ASP).

Povinnosti ASP

- podle zákona o sociálních službách platí, že asistentem sociální péče může být pouze fyzická osoba, která je starší 18 let věku a je zdravotně způsobilá (zdravotní způsobilost se posuzuje podle § 29 odst. 1 písm. e) zákona o sociálních službách),
- jedná se o jinou než blízkou osobu (např. soused), která není registrovaným poskytovatelem sociálních služeb,

<sup>164</sup> Podrobněji viz odkaz <http://www.mpsv.cz/cs/9#sspd> (cit 26.11.2011) a zákon o sociálních službách

<sup>165</sup> zpracováno podle Sociální reforma – změny 2012, viz odkaz <http://socialnireforma.mpsv.cz/cs/> (cit. 26. 11. 2011)

- asistent sociální péče je povinen s osobou, které poskytuje pomoc, uzavřít formální písemnou smlouvu o poskytnutí pomoci – náležitosti
- náležitosti smlouvy: označení smluvních stran, rozsah pomoci, místo a čas poskytování pomoci, výše úhrady za pomoc.

Úhradu za poskytnutou pomoc hradí asistentu sociální péče zdravotně znevýhodněná osoba ze svého příspěvku na péči a zároveň je povinna uvést tuto skutečnost také do formuláře – Oznámení o poskytovateli pomoci.

Výhody zřízení institutu ASP (dle MPSV)

- v případě, že asistent pečuje o jinou osobu než osobu blízkou, je z úhrnu jeho příjmů plynoucích z péče o poživatele příspěvku osvobozen od daně z příjmů příjem do 12 000 Kč (příjmy přesahující tuto částku podléhají dani z příjmů – podle znění ustanovení § 4 odst. 1 písm. i) zákona o daních z příjmů),
- možnost zajištění péče o zdravotně znevýhodněnou osobu v místě, kde není žádný registrovaný poskytovatel, který by tak mohl péči zajistit anebo není žádná jiná možnost individuální péče (např. pro nezám ze strany rodiny nebo tyto osoby žádnou rodinu nemají),
- pokud asistent sociální péče odvádí řádnou péči, není omezen v počtu osob, o které může pečovat,
- výkon asistenta sociální péče není podmíněný žádnou registrací poskytovatele sociální služby, ani k této činnosti nemusí mít živnostenský list, pouze odvádní daň z příjmu v případě, že jeho měsíční příjem je vyšší než 12 000 Kč.

## 11.6 Politika zaměstnanosti

Obecně přijímaným názorem je, že právo na práci a jeho realizace je jednou z nejdůležitějších podmínek naplnění kvality života. Současná společnost je charakterizována tlakem na vysokou produktivitu práce, vysokou flexibilitu zaměstnance i podnikatelského subjektu, vznik nových profesí a oborů doprovázený vytlačováním tradičních zaměstnaneckých pozic. Realitou je globalizace pracovního trhu, převaha poptávky nad nabídkou pracovních míst (uplatnění), a tím vytlačování minoritních uchazečů na jeho okraj.

Lidé s postižením (v ČR i v celoevropském a celosvětovém měřítku) patří mezi obtížně zaměstnatelné skupiny obyvatelstva. „Různé studie uvádějí až 50 % zcela ekonomicky neaktivních občanů se zdravotním postižením. Další značná část patří mezi nezaměstnané.“ Zaměstnávání lidí s postižením a jeho problémy vykazují vlastní dynamiku vývoje, na druhé straně jde o součást celospolečenských pohybů a tendencí.

Rizikovými faktory zaměstnávání, resp. nezaměstnanosti lidí s postižením je hloubka postižení a jeho specifický druh (kombinované, mentální) a nízká kvalifikace, dále pak faktory shodné s ostatní populací jako je vyšší věk uchazeče o práci a dostupnost pracovního místa.



### **Příklad**

*Uvádí se, že specifická míra nezaměstnanosti občanů se ZPS (údaje před přijetím nového zákona o zaměstnanosti) se základním vzděláním je třikrát vyšší než vysokoškolsky vzdělaných. U občanů bez postižení má základní vzdělání přibližně 10 % populace (ZP 20,1 %) a vysokoškolské asi 12 % populace (ZP jen 3,8 %).<sup>166</sup>*

Ani při hodnocení účasti lidí se zdravotním postižením na trhu práce se nejedná o „monolitický“ problém. Stejně jako v ostatních oblastech života společnosti, i v této oblasti dochází k výrazné diferenciaci – na trhu práce existuje rovněž skupina lidí s postižením, která v důsledku odpovídající kvalifikace (zpravidla vyšší vzdělání) nachází uplatnění i na otevřeném trhu práce relativně snadno.

Aktivní politika zaměstnanosti ČR ve vztahu k lidem s postižením se odráží v legislativě a v dalších opatřeních státu. Od roku 2004 v ČR platí zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti. Oproti dřívější právní úpravě v něm došlo ke zrušení pojmu „osoba se změněnou pracovní schopností“ nebo „osoba se změněnou pracovní schopností s těžším zdravotním postižením“ (ZPS). Místo toho byl zaveden nový termín „osoba se zdravotním postižením, resp. dílčí skupina osob se zdravotním znevýhodněním“, jejichž význam je však obdobný. Součástí zákona je definované právo na pracovní rehabilitaci (osob s postižením), která

---

<sup>166</sup> Michalík 2011

se může uskutečnit i v době dočasné pracovní neschopnosti, jestliže tomu zdravotní stav nebrání. Úřad práce je ze zákona povinen lidem s postižením věnovat zvýšenou pomoc.

Zaměstnavatelé jsou ze zákona o zaměstnanosti povinni informovat krajskou pobočku Úřadu práce o volných pracovních místech vhodných pro osoby se zdravotním postižením, rozšiřovat podle svých podmínek možnost zaměstnávání osob se zdravotním postižením individuálním přizpůsobováním pracovních míst a podmínek a vyhražováním pracovních míst pro osoby se zdravotním postižením, spolupracovat s krajskou pobočkou Úřadu práce při zajišťování pracovní rehabilitace, vést evidenci pracovních míst vyhrazených pro osoby se zdravotním postižením.

### **Formy podpory zaměstnávání osob se zdravotním postižením**

#### ***Povinný podíl „4% nad 25“***

- zaměstnavatelé s více než 25 zaměstnanci v pracovním poměru jsou povinni zaměstnávat osoby se zdravotním postižením (OZP),
- povinný podíl OZP na celkovém počtu zaměstnanců zaměstnavatele musí činit min. 4%,
- pokud zaměstnavatel nesplní povinný podíl potřebným počtem zaměstnanců OZP, může využít tzv. náhradní plnění, tj. možnost odběru výrobků nebo služeb od zaměstnavatelů převážně zaměstnávající OZP nebo zaplatit za příslušný počet OZP odvod do státního rozpočtu,
- způsoby plnění může zaměstnavatel vzájemně kombinovat.<sup>167</sup>

#### ***Chráněná pracovní místa***

Zákon o zaměstnanosti předpokládá zřizování chráněných pracovních míst vytvořených zaměstnavatelem pro osobu se zdravotním postižením na základě písemné dohody s Úřadem práce. Chráněné pracovní místo sto musí být provozováno po dobu nejméně dvou let ode dne sjednaného v dohodě.

---

<sup>167</sup> Dodnes se však, bohužel, setkáváme s tím, že namísto přímého zaměstnání osob se zdravotním postižením volí i orgány veřejné správy cestu odvodu do státního rozpočtu. Ještě větší problém představují firmy, které formálně zaměstnávají osoby se zdravotním postižením, samy však nic neprodukují. Jen slouží jako virtuální „přefakturovací“ místo zdánlivě umožňující splnění uvedeného povinného podílu formou odběru výrobků od organizací zaměstnávajících zdravotně postižené.

### *Příspěvek na vytvoření chráněného pracovního místa<sup>168</sup>*

Na vytvoření chráněného pracovního místa poskytuje Úřad práce zaměstnavateli příspěvek. Příspěvek je poskytnut na konkrétní náklady, které by zaměstnavatel neměl, pokud by tuto osobu nezaměstnal (např. pořízení speciálního vybavení a úpravy pracoviště pro OZP atd.). Uvedenou formu podpory mohou využít i jednotliví občané se zdravotním postižením, zřídí-li např. chráněné pracovní místo „sami pro sebe“.

### *Příspěvek na podporu zaměstnávání OZP*

Pro udržení takto vytvořených míst (viz výše) je možné poskytnout zaměstnavateli příspěvek také na částečnou úhradu *provozních nákladů*.<sup>169</sup> Příspěvek je poskytován pouze na ty zaměstnance, kteří pracují na pracovních místech vymezených nebo zřízených na základě dohody s Úřadem práce ČR jako chráněná pracovní místa, jeho výše činí měsíčně 75 % skutečně vynaložených mzdových nákladů na tyto zaměstnance, nejvýše však 8 000 Kč.<sup>170</sup>

## **Další formy státní podpory**

Vedle investičních pobídek, jimiž se u zaměstnavatele hmotně podporuje vytváření nových pracovních míst, stát také prostřednictvím Úřadů práce finančně motivuje k provádění rekvalifikace nebo školení nových zaměstnanců. Dále se jedná o provádění veřejně prospěšné práce a zřizování společensky účelných pracovních míst. Úřad práce může také poskytnout zaměstnavateli příspěvek na dopravu zaměstnanců a příspěvek na jejich zapracování.

---

<sup>168</sup> Od 1. 1. 2012 došlo ke sjednocení institutu chráněné pracovní dílny s institutem chráněného pracovního místa.

<sup>169</sup> Od 1. 1. 2012 byla nově zavedena finanční spoluúčast zaměstnavatele na vynaložených mzdových nákladech při zaměstnávání více než 50 % zaměstnanců se zdravotním postižením, a to z důvodu zamezení zneužívání příspěvku na podporu zaměstnávání OZP. Viz odkaz <http://socialnireforma.mpsv.cz/cs/25> (cit. 28. 11. 2011)

<sup>170</sup> „Maximální výše příspěvků na vytvoření chráněných pracovních míst je stanovena zákonem o zaměstnanosti a její konkrétní výše v jednotlivých případech závisí na situaci na trhu práce v daném regionu. Poskytování příspěvku na podporu zaměstnávání OZP včetně jeho zvýšení se řídí novou právní úpravou z druhé poloviny roku 2012.“ (tamtéž)

Přes všechna uvedená opatření aktivní politiky zaměstnanosti (podpůrná opatření, dotace, daňové úlevy ad.) se nedaří zaměstnat všechny občany se zdravotním postižením, kteří chtějí pracovat. Hlavním důvodem je, že podstatné změny na trhu práce pro osoby s postižením může přinést jen zásadní změna ostatních systémů podporujících tuto oblast – obecným předpokladem dosažení vyššího podílu ekonomicky aktivních osob s postižením je trvalý hospodářský růst v ČR, jenž by sám o sobě vytvořil pracovní příležitosti i pro část občanů na trhu práce dosud neumístěných.

Jedním z dalších důvodů tohoto neuspokojivého stavu je zřejmě i skutečnost, že se ve společnosti nepodařilo vytvořit klima „přátelské“ snaze zaměstnávat lidi s postižením. Majoritní společnost považuje zpravidla za „přirozené“ či obvyklé, když lidé s postižením nepracují. Část společnosti považuje za znak vyspělosti a „dobré vůle“ odhodlání podporovat tyto občany sociálními dávkami, případně charitativním způsobem (na rozdíl od tzv. schopných pracovat).

Je nezbytné zmínit i otázku ochoty a motivace jisté části lidí s postižením realizovat se na trhu práce, případně podnikat. Lidé s postižením byli tradičně představováni jako „oběť“ tržních sil a lidé subjektivně vysoce motivovaní získat práci. Praxe potvrzuje, že část lidí s postižením ztratila z různých důvodů zájem realizovat svůj pracovní potenciál a pracovat nechtějí.<sup>171</sup>

Motivace lidí postižením k účasti na pracovním trhu má různé podoby – od primárně ekonomického zajištění potřeb, přes primárně „mimopříjmovou“ motivaci (sebeuplatnění, sociální komunikace) až po motivaci ve smyslu participace na odvodu daní do veřejných rozpočtů (nejen čerpat dávky sociálních systémů, ale také do nich přispívat.)

---

<sup>171</sup>Situace, kdy někteří lidé s postižením nechtějí pracovat, je potvrzením, že lidé s postižením se v podstatných věcech od majoritní populace neliší.



### **Shrnutí**

System sociálního zabezpečení lidí se zdravotním postižením tvoří dávky státní sociální podpory (s úpravou rodičovského příspěvku, příspěvku na úhradu potřeb dítěte a odměny pěstouna), dávky sociální péče (příspěvek na péči, příspěvek na mobilitu, příspěvek na zvláštní pomůcku), dávky invalidních důchodů (ze systému důchodového pojištění) a sociální služby. Aktivní politiku zaměstnanosti lidí s postižením stát realizuje formou zákonné povinnosti zaměstnavatelů zaměstnávat osoby se zdravotním postižením (případně podporovat jejich zaměstnávání formou tzv. náhradního plnění) a dále finanční podporou zaměstnavatelů (příspěvek na vytvoření chráněného pracovního místa a na udržení pracovního místa – příspěvek na podporu zaměstnávání osob se zdravotním postižením).



### **Kontrolní otázky**

1. Co je hlavním smyslem příspěvku na péči?
2. Co je cílem sociálních služeb?
3. Které příčiny se podílejí na nízké zaměstnanosti lidí s postižením?



## 12 SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO KLIENTY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM V ČR

### Osobní asistence

#### V této kapitole se dozvíte

- o sociálních službách s výhradním a nevýhradním zaměřením na klienty se zdravotním postižením
- o filozofii služby osobní asistence, způsobu poskytování a historii jejího vzniku



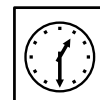
#### Klíčová slova této kapitoly

sociální služby, osobní asistence, limitní, pololimitní a společenské potřeby



#### Čas potřebný k prostudování této kapitoly

3 hodiny



\*\*\*\*\*

### 12.1 Typologie sociálních služeb dle zákona o sociálních službách

Sociální služby s výhradním zaměřením na osoby se zdravotním postižením jsou specifikovány typem služeb: Domovy pro osoby se zdravotním postižením (§48 zákona), Chráněné bydlení (§51), Raná péče (§54), Tlumočnické služby (§56), Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče (§52). Služby s nevýhradním zaměřením na osoby se zdravotním postižením, lidmi s postižením však často využívanými jsou Pečovatelská služba (§40), Průvodcovské a předčitatelské služby (§42), Osobní asistence (§39), Tísňová péče (§41), Odlehčovací služby (§44), Domovy se zvláštním režimem (§50) ad.<sup>172</sup>

Sociální služby s výhradním i nevýhradním zaměřením na osoby se zdravotním postižením podle zákona o sociálních službách se neposkytují všem lidem s postižením, ale jen těm, kdo mají „zdravotní postižení tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované, jehož

<sup>172</sup> Součástí studijního plánu bakalářského oboru Sociální práce na FSS OU je samostatný předmět Sociální služby a standardy kvality, duplicitně se proto výkladem k sociálním službám v tomto textu nezabýváme.

dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby.“  
(§3, písm. g)<sup>173</sup>



### Úkol k textu

Obsah výše uvedených typů sociálních služeb nastudujte přímo v zákoně o sociálních službách. Doporučený zdroj: Portál veřejné správy České republiky.<sup>174</sup>

Lidé s postižením mohou být uživateli všech dalších typů sociálních služeb, tj. (podle tohoto zákona) služeb sociálního poradenství, které je v různé míře součástí většiny služeb, dalších služeb sociální péče i služeb sociální prevence.

## 12.2 Osobní asistence

Sociální službou, která významným způsobem zvyšuje kvalitu života lidí se zdravotním postižením a jejich nezávislost (viz výše) je osobní asistence. Podle Hrdé.<sup>175</sup>

„hlavním cílem osobní asistence, stejně jako jakékoliv jiné sociální služby, má být zachování integrity (celistvosti a neporušenosti) člověka i navzdory jeho nemohoucnosti plynoucí z postižení, stáří, nemoci nebo jiné příčiny. Nezbytnou podmínkou pro to je úcta k jeho důstojnosti, životnímu stylu a k naplnění jeho smyslu života. Cestou vedoucí k tomuto cíli jsou zejména služby umožňující občanům, kteří ke svému životu potřebují pomoc, aby mohli být doma a žít životem, který se co nejvíc blíží běžnému standardu. *Cílem poskytovaných služeb je pomoc člověku zvládat prostřednictvím osobního asistenta ty úkony, které by dělal sám, kdyby neměl postižení.* Služby osobní asistence mají klientovi zabezpečit základní životní potřeby, a to jak biologické (například příjem potravy, toaletu, polohování, hygienu, dále dopomoc při obstarání domácnosti, při nákupu, pochůzkách atp.), tak společenské (např. při výchově dětí, při vzdělání a výkonu povolání, při kulturních a sportovních aktivitách). [...] nejde o nadstandard,

<sup>173</sup> Neposkytují se tedy například dětem či mladistvým s dyslexií, přestože těmto dětem a mladistvým patří podpora (dle školského zákona) a mohou být určitým způsobem „závislé na pomoci jiné osoby“. Neposkytují se také těm lidem s postižením, kteří mají zdravotní postižení, jehož dopady je nečiní závislými na pomoci jiné osoby.

<sup>174</sup> Viz odkaz [http://portal.gov.cz/wps/portal/\\_s.155/6966/place](http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/6966/place) (cit. 26. 11. 2011)

<sup>175</sup> Hrdá 2006

neznamená to jen číst klientovi knížku, nebo ho doprovázet na procházky. Také to není pouhá úklidová či donášková služba, ani třeba cvičení či masáž.“

### **K zamyšlení**

*Vzpomenete si, čím začíná Listina základních práv a svobod ČR? Četli jste někdy Všeobecnou deklaraci práv a svobod? Víte, o čem se píše v úvodních člancích všech ústav na světě? Společným jmenovatelem všech těchto právních dokumentů je, že na jednom z prvních řádků textu zpravidla stojí respekt k lidské důstojnosti. Ten se samozřejmě nedá nikomu nijak nařídít. Přesto jsou obdobná ustanovení velmi důležitá a potřebná. Je na nich založena (a odvozuje se od nich) řada dalších právních norem s pragmatickým dopadem v každodenním životě.*



„Osobní asistence je jeden z druhů ‘péče’ o osoby s postižením, jenž se zcela vymyká těm, které u nás byly doposud provozovány. Všechny – ať již ústavní nebo domácí – byly do nedávné doby postaveny na tom, že jejich uživatel byl trpným objektem, o něhož se postaral stát. A to prostřednictvím lékařů, kteří určili medicínskou diagnózu, sociálních pracovníků, které „prošetřily“ potřeby dotyčného a úřadu, jenž s konečnou platností rozhodl, co žadatel potřebuje a co mu bude poskytnuto. Člověk tak byl jakýmsi předmětem, o němž rozhodoval někdo jiný, jeho život probíhal podle předpisů a taxativně vymezených úkonů.“<sup>176</sup>

### **Příklad**

*V ČR byla až do působnosti zákona o sociálních službách (od 1. 1. 2007) právně legitimní situace, že úředník (či úřednice), který konkrétního člověka s postižením vůbec neznal, nikdy se s ním nesešel a neznal jeho sociální situaci, vazbu na rodinu apod.), od stolu rozhodoval, že tento člověk bude bydlet v ústavu např. sto kilometrů od svého původního bydliště, v izolaci, bez rodiny, přátel a známých, v zařízeních, která byla namnoze vzdálena důstojnému bydlení – takový člověk „bydlel“ na pokojích např. s dalšími dvaceti lidmi. S názorem a potřebami člověka s postižením se ve většině případů nepočítalo a nebyly zohledňovány.*



---

<sup>176</sup> Hrdá 1997



## Pro zájemce



Počátky osobní asistence spadají do USA do období 60. let minulého století. Jsou spojeny se jménem **Eda Robertse**, který přes své těžké tělesné postižení (včetně trvalého napojení na dýchací přístroj) založil v 60. letech minulého století hnutí

Independent Living (IL).<sup>177</sup> Byl prvním člověkem s tímto těžkým zdravotním postižením, který vystudoval vysokou školu (Univerzita v Berkeley).<sup>178</sup>



**Jana Hrdá** v ČR podala první projekt na poskytování služeb osobní asistence Pražská organizace vozíčkářů (dále jen POV). Její pracovníci využili švédských a holandských zkušeností a v roce 1991 začali poskytovat osobní asistenci deseti klientům POV. Jana Hrdá byla je prvním člověkem, který v Československu začal cíleně systematicky užívat osobní asistenci. V roce

1985 zemřela její matka, která se do té doby starala o ni a o její malé děti, poté začala J. Hrdá ve své domácnosti organizovat pod záštitou Okresního ústavu sociálních služeb placenou osobní asistenci, a mimo ni i dobrovolnou. První poskytovatelé a uživatelé osobní asistence se zásadním způsobem podíleli na rozšíření osobní asistence do celé ČR a na jejím uzákonění.

„Základním principem osobní asistence je nezávislost a samostatnost člověka s postižením ve smyslu jeho možnosti samostatně rozhodovat se o svém životě a převzít za něj zodpovědnost.“ (Hrdá, 2004) Nezávislost a samostatnost není v tomto pojetí vnímána v „absolutních hodnotách“ úplně

<sup>177</sup> „Hnutí založil se svými spolužáky (říkali si Rolling Quads – „valící se kvadrrouši“), kteří stejně jako on nechtěli strávit svůj život někde v nemocnici či v ústavu a být opečováváni. A tak mohli vést život, který se nelišil od stylu jejich vrstevníků (vrstevníkem zde rozumíme člověka, který je srovnatelný s určitým uživatelem nejen věkem a pohlavím, ale i společenským postavením).“ (Hrdá 2006) Zdroj fotografie J. Hrdé viz odkaz <http://www.nrno.cz/osoba/90/hrda-jana> (cit. 27. 11. 2011)

<sup>178</sup> Se jménem Eda Robertse se pojí i pozdější vznik studijního a vědního oboru Disability Studies v 90. letech minulého století, který vznikl z podnětu emancipačních snah lidí se zdravotním postižením. Obor se na rozdíl od tradičních terapeutických, medicínských a pedagogických přístupů zabývá zdravotním postižením primárně ve smyslu společenského, kulturního a politického fenoménu, blíže viz Society 2011, Krhutová 2008, 2010, 2011a, 2011b, ad. Zdroj fotografie E. Robertse viz odkaz <http://www.wid.org/> (cit. 27. 11. 2011)

nezávislosti, která je vždy relativní, nýbrž v převzetí kontroly nad svým životem. Člověk, který je imobilní, bude v různé míře vždy fyzicky závislý na pomoci druhé osoby stejně tak jako pravděpodobně nebude fyzicky samostatný nevidomý člověk, v situaci, kdy se poprvé ocitne ve zcela neznámém fyzickém prostředí.

Nezávislost v tomto konceptu není chápána v „absolutních hodnotách úplné nezávislosti“, která je vždy relativní, nýbrž v převzetí kontroly nad svým životem.<sup>179</sup> Podle tohoto konceptu i člověk, který je imobilní a využívá celodenní osobní asistenci, může mít kontrolu nad svým životem z hlediska rozhodování o svých potřebách a jejich uspokojování, jsou-li k dispozici vhodné podmínky.<sup>180</sup>

Zkušenost zdravotního postižení je nepřenositelná. Kdo se s ním nenarodil, nebo jej nezískal v raném věku, jen stěží může zachytit a vnímat všechny souvislosti každodenního života s postižením. Jedním z dalších principů poskytování osobní asistence je proto respekt k nepřenositelné zkušenosti lidí se zdravotním postižením s jejich postižením.

## Typologie potřeb z hlediska soběstačnosti

Kvalitu života každého člověka ovlivňuje míra uspokojování životních potřeb, které lze představit například podle známého Maslowova schématu hierarchie potřeb na (1) fyziologické potřeby, (2) potřebu bezpečí, jistoty, (3) potřebu lásky, přijetí, sounáležitosti, (4) potřebu uznání, úcty, (5) potřebu seberealizace.

Dělení potřeb z hlediska soběstačnosti uvádí Hrdá:<sup>181</sup>

- Limitní potřeby – bez jejich uspokojení by člověk byl během několika hodin ohrožen na zdraví, nebo dokonce na životě – osobní hygiena, pomoc s oblékáním, stravováním, toaletou, polohováním, pohybem apod.
- Pololimitní potřeby – bez jejich uspokojování by se během několika dní snížila kvalita života člověka pod nepřijatelnou míru, nebo by

---

<sup>179</sup> Brown 1994

<sup>180</sup> Brown 1994, Hrdá 2006

<sup>181</sup> Hrdá 2006

dokonce bylo ohroženo jeho zdraví – úklid, nákup, praní apod., a také vzdělávání, zaměstnání.

- Společenské potřeby – bez jejichž dlouhodobého uspokojování klesá kvalita života člověka pod míru, jež je ve společnosti obvyklá – kultura, sport apod.

## **Typologie osobní asistence**

Z pohledu participace lidí s postižením na rozhodování o službě osobní asistence uvádí Hrdá<sup>182</sup> dva typy osobní asistence

- a) sebeurčující osobní asistence,
- b) řízená osobní asistence.

### **12.2.1 Sebeurčující osobní asistence**

je typ osobní asistence, který bývá považován za osobní asistenci v pravém slova smyslu. Naplňují se při ní základní principy hnutí Independent Living, tzv. čtyři „D“:

- Demedikalizace – lékařskou pomoc vyhledává člověk s postižením pouze v případě zdravotních těžkostí, není tedy pouhým pasivním předmětem lékařské péče.
- Delimitace – osobní asistence není vymezena taxativně určenými výkony prováděných v daném čase.
- Deprofesionalizace – klient instruuje své asistenty sám, asistenti nejsou profesionály.
- Deinstitutionalizace – uživatel osobní asistence má možnost žít ve svém bytě a řídit osobní asistenci přímo, bez mezičlánku.

Znamená to, že rozhodování o způsobu, jakým bude osobní asistence poskytována, je v režii klienta, který potřebuje a užívá k zavedení osobní asistence nejvýše poradenské či zprostředkovatelské služby, nikoliv organizaci, která rozhodování provede za něj.

---

<sup>182</sup> Tamtéž včetně následujícího textu podkapitoly 12.2.1 a 12.2.2, upraveno.

Sebeurčující osobní asistence nevyžaduje odborné školení asistentů. Je-li potřebné jakékoliv školení přesahující základní (všeobecné) vzdělání, jedná se o řízenou osobní asistenci. Pro realizaci sebeurčující osobní asistence musí být splněn předpoklad, že je klient schopen podílet se na osobní asistenci, zejména, že je schopen vyškolit si osobního asistenta, organizovat a vést jeho práci. Není-li toho z různých důvodů schopen, je na místě řízená osobní asistence nebo jiné formy péče.

Z výše uvedeného plyne, že tento druh osobní asistence je vhodný zvláště pro uživatele, kteří budou využívat přímé služby fyzických osob. Ty (podle zákona o sociálních službách) žádnou kvalifikaci mít nemusí, avšak vyžaduje se velké zapojení samotného uživatele.

### K zamyšlení

*„Osobní asistenti mohou být experty (odborníky) v čemkoliv, mohou mít dokonce zaměření zdravotnické či sociálně právní, a přece se proto nestali odborníky na to, jak má uživatel osobní asistence žít.“<sup>183</sup>*

### 12.2.2 Řízená osobní asistence

Řízená osobní asistence vyžaduje odbornou přípravu osobních asistentů. Týká se často osob, které potřebují specializovanou pomoc. Klient tohoto typu osobní asistence neškolí své osobní asistenty a neorganizuje jejich práci, to je úkolem poskytovatele<sup>184</sup>. Osobní asistenti v této službě asistují osobám, pro něž z podstaty asistence samé vyplývá potřeba koordinace osobních asistentů zvenku, aby byla jejich kvalifikace využita co nejučelněji, například lidem s mentálním, duševním postižením, event. seniorům s demencí apod., kteří si nedovedou z podstaty svého postižení práci svého osobního asistenta sami řídit.

### Příklad

Praktické rady a postupy osobní asistence jsou dostupné např. na internetových odkazech (cit. 29. 11. 2011):

<http://www.pecujici.cz/priruckyonline.shtml?x=200640>

<http://www.osobniasistence.cz/>

<sup>183</sup> Hrdá 1997

<sup>184</sup> Poskytovatelem je zpravidla organizace - právnická osoba či fyzická osoba samostatně výdělečně činná (pozn. autorky)





### Shrnutí

Lidé se zdravotním postižením jsou uživateli sociálních služeb s výhradním i nevýhradním zaměřením na osoby se zdravotním postižením.

Neposkytují se všem lidem s postižením, ale jen těm, kdo mají zdravotní postižení tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby.

Sociální službou, která významným způsobem zvyšuje kvalitu života lidí se zdravotním postižením a jejich nezávislost je osobní asistence. Jejím prostřednictvím jsou zajišťovány limitní, pololimitní a společenské potřeby člověka s postižením. Rozlišujeme sebeurčující osobní asistenci a řízenou osobní asistenci. Historie osobní asistence má základy v mezinárodním hnutí Independent Living a je spojena se jménem Eda Robertse (USA) a Jany Hrdé (ČR).



### Kontrolní otázky

1. Co je obsahem pojmů limitní, pololimitní a společenské potřeby?
2. Který model zdravotního postižení je základem osobní asistence?
3. Jakým způsobem se realizuje služba osobní asistence?
4. Jaký je rozdíl mezi řízenou a sebeurčující osobní asistencí?

### Další doporučené zdroje k této kapitole

HRDÁ, J. 2004. *Osobní asistence. Příručka postupů a rad pro poskytovatele. Standardy kvality sociálních služeb promítnuté do praxe poskytování osobní asistence všem cílovým skupinám uživatelů*. Praha: Pražská organizace vozíčkářů

KŘIVÁK, D., KRHUTOVÁ, L. 2011. *Interpersonální osobní asistence*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě.



## 13 MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE FUNKČNÍCH SCHOPNOSTÍ, DISABILITY A ZDRAVÍ

### V této kapitole se dozvíte

- jakým způsobem se měří disabilita
- co je a k jakým účelům slouží MKF
- jak lze MKF využívat v sociální práci



### Klíčová slova této kapitoly

disabilita, funkční schopnosti, klasifikace



### Čas potřebný k prostudování této kapitoly

2 hodiny



\*\*\*\*\*

### MKN-10 a MKF

Pro optimální týmovou práci a komunikaci odborníků z různých oblastí je významná Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (zkratka MKF, angl. International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF). MKF patří do „rodiny“ klasifikačních systémů WHO a vzájemně se doplňuje s Mezinárodní klasifikací nemocí 10. revize (zkratka MKN-10).

Zatímco MKN-10 poskytuje etiologický rámec zdravotních problémů,<sup>185</sup> „umí zjistit příčinu“ (diagnózu), popsat rozsah a tíži zdravotního postižení, aktivitu procesu, poruchy funkcí orgánů, systémů, lokalizaci, prognózu jedince, MKF poskytuje informaci o funkční schopnosti jedince.<sup>186</sup> Podle Švestkové<sup>187</sup> „velký filozofický posun spočívá v tom, že MKF neklasifikuje osoby, ale popisuje a klasifikuje situace každého člověka v řadě okolností vztahující se ke zdraví“, tzn. situace jedince v konfrontaci s různými životními situacemi a prostředím.

<sup>185</sup> „Zdravotní problém je zastřešující pojem pro nemoc (akutní nebo chronickou), postižení, nehodu nebo úraz. [...] může nastat i v rámci jiných okolností jako je těhotenství, stárnutí, stres, vrozená anomálie nebo genetická predispozice.“ (MKF 2008: 220)

<sup>186</sup> „Dvě osoby se stejnou nemocí mohou mít rozličný stupeň funkční schopnosti a dvě osoby se stejným stupněm výkonnosti nemusí mít nezbytně stejné zdravotní problémy.“ (MKF 2008: 16)

<sup>187</sup> Švestková 2009: 9

## Disabilita<sup>188</sup>

Soudobý význam pojmu „disabilita“ se v MKF zásadním způsobem liší od jeho původního vymezení v roce 1980<sup>189</sup>. V dřívějším pojetí byla „disabilita“ definována jako snížení výkonu z *úrovně vlastních individuálních možností/schopností jedince* ve smyslu ne-schopnosti člověka. Aktuální definice disability v MKF zahrnuje spolupůsobící faktory vnějších podmínek: „Disabilita je snížení funkčních schopností na úrovni *těla, jedince nebo společnosti*, která vzniká, když se člověk se svou zdravotní kondicí setkává s *bariérami prostředí*.“<sup>190</sup> Pojem tak zcela změnil svoji původní konotaci a lze jej volně přeložit výrazem „překážka“, která může být výsledkem nejen vnitřních, ale také vnějších dispozic na člověku nezávislých.

„MKF je určena pro měření zdravotního postižení na individuální i populační úrovni, zejména pro účely hodnocení stupně disability, posuzování zdravotní způsobilosti k práci (pokud je fyzická osoba disabilní), posuzování speciálních potřeb ve vzdělávání, předepisování a proplácení zdravotnických prostředků, pro účely zdravotních pojišťoven, pro zjišťování zdravotního stavu jako podkladu pro posouzení ve věcech dávek a služeb sociálního zabezpečení zaměstnanosti, pro posuzování dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu ve věcech sociálního zabezpečení a zaměstnanosti a pro statistické účely při hodnocení zdravotního stavu.“<sup>191</sup>

V MKF jsou měřeny následující komponenty v souvislosti se zdravím

1. Funkční schopnost a disabilita
  - a) tělesné funkce a tělesné struktury,
  - b) aktivity, tj. provádění úkolu/úkonu nebo činu člověkem,

---

<sup>188</sup> srov. Krhutová 2011

<sup>189</sup> Soudobé klasifikaci MKF předcházela Mezinárodní klasifikace postižení, disability a hendikepů (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps, ICDH), která ve své době představovala významný posun v myšlení. Původní izolovaně pojímaný důraz na vady a nedostatky byl nahrazen novým přístupem, kdy bylo zdravotní postižení představeno pomocí tří dimenzí: *imparment* (poškození/porucha tělesných funkcí a orgánů) – *disability* (ne-schopnost/snížená schopnost jedince) – *handicap* (negativní sociální dopady zdravotního postižení). Z důvodu negativizujících predikcí byl pojem „handicap“ v MKF nahrazen významem „participace“, resp. „omezená participace“. (Krhutová 2010)

<sup>190</sup> Švestková 2008: 9

<sup>191</sup> Ministerstvo zdravotnictví 2010. Český statistický úřad ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví podle § 19 odst. 2 zákona č. 89/1995 Sb., o státní statistické službě, ve znění pozdějších předpisů, zavedl s účinností od 1. července 2010 MKF formou sdělení č. 431/2009 Sb., ze dne 18. listopadu 2009, částka 137/2009 Sb., o zavedení MKF.

- c) participace, tj. účast na společenském dění, zapojení do životní situace.
2. Spolupůsobící faktory
- a) faktory prostředí – fyzické, sociální a postojové prostředí, ve kterém lidé žijí,
- b) osobní faktory – vztahují se k jedinci (věk, pohlaví, společenský stav, životní zkušenosti a další) Osobní faktory nejsou v MKF běžně klasifikovány, ale mohou být do klasifikace včleněny při jejich aplikacích.

Komponenty jsou měřeny pomocí tzv. *kvalifikátorů* označujících závažnost problému na škále

- (0) žádný problém (nepřítomen, zanedbatelný)
- (1) lehký problém (nepatrný, nízký)
- (2) středně těžký problém (střední, snesitelný)
- (3) těžký problém (vysoký, extrémní)
- (4) úplný problém (totální).

„Klasifikaci MKF je povinen používat každý ošetřující lékař (zdravotnické zařízení), pokud u pacienta zjistí zdravotní stav (diagnózu) s určitým stupněm disability, která bude dlouhodobého nebo trvalého charakteru. Příslušné klasifikační kódy dle klasifikace MKF musí být uvedeny ve zdravotnické dokumentaci pacienta a zároveň musí být součástí propouštěcí zprávy ze zdravotnického zařízení u všech pacientů, kteří jsou disabilní. Další náležitosti a podrobnosti použití klasifikace MKF určují metodické pokyny pro jednotlivé agendy a práce, kde je tato klasifikace požadována.“<sup>192</sup>

### **Využití MKF ve zdravotnictví a v sociální práci**

- prostředek při popisování zdravotního stavu /zdravotního postižení (kontinuální a jednotné hodnocení, jednotný jazyk),

---

<sup>192</sup> Sdělení 2009

- klinická pomůcka pro srovnání efektivity léčebných a rehabilitačních postupů, diagnostika funkcí, plánování intervence,
- pomůcka pro měření kvality života,
- statistická pomůcka pro účely plánování ve zdravotnických systémech a v systémech sociálního zabezpečení,<sup>193</sup>
- pro účely odstraňování architektonických bariér ad.

### Úkol k textu



Prostudujte strukturu MKF. Doporučené zdroje:

Portál Ministerstva zdravotnictví

[http://www.mzcr.cz/Odbornik/obsah/mezinarodni-klasifikace-funkcnich-schopnostidisability-a-zdravimkf-\\_1982\\_3.html](http://www.mzcr.cz/Odbornik/obsah/mezinarodni-klasifikace-funkcnich-schopnostidisability-a-zdravimkf-_1982_3.html) (cit. 26. 11. 2011)

Portál Ministerstva práce a sociálních věcí

[http://www.mpsv.cz/files/clanky/9867/klasifikace\\_funkcnich\\_schopnosti\\_disability\\_zdravi.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/9867/klasifikace_funkcnich_schopnosti_disability_zdravi.pdf) (cit. 26. 11. 2011)

„Vzhledem k pokroku v medicíně se počet občanů s disabilitou zvyšuje.[...] Podle Světové zdravotnické organizace existuje v Evropě 9 až 13 % osob s disabilitou. Počet těchto lidí tedy tvoří velkou minoritu obyvatel. Není jen etické a morální, ale i ekonomicky výhodné objektivně a co nejdříve zhodnotit funkční schopnosti pacientů po onemocnění, úrazu nebo vrozené vadě a pomocí rehabilitace omezit nebo zmírnit jejich disabilitu. V případě, že přetrvává, je nutné umožnit lidem důstojný život a optimálně je integrovat do společnosti.“<sup>194</sup>

<sup>193</sup> Jednou ze změn navrhovaných v rámci sociální reformy 2011 je i změna posuzování dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu (viz kapitola 12, využití MKF) a jeho důsledků pro účely zákona o sociálních službách, která bude využita i pro účely nově navrhovaného zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením. Připravuje se také zákon o dlouhodobé péči a zákon o koordinované rehabilitaci.

<sup>194</sup> Švestková 2008: 10

### **Shrnutí**

MKF je určena pro měření zdravotního postižení na individuální i populační úrovni, zejména pro účely hodnocení stupně disability, posuzování zdravotní způsobilosti k práci, posuzování speciálních potřeb ve vzdělávání, poskytování zdravotnických prostředků, pro zjišťování zdravotního stavu jako podkladu pro posouzení ve věcech dávek a služeb sociálního zabezpečení, zaměstnanosti a pro statistické účely při hodnocení zdravotního stavu. MKF neklasifikuje osoby, popisuje a klasifikuje situace každého člověka v konfrontaci s různými životními situacemi a prostředím.



### **Kontrolní otázky**

1. Jaký je rozdíl mezi Mezinárodní klasifikací nemocí 10. revize a Mezinárodní klasifikací funkčních schopností, disability a zdraví?
2. Které komponenty v souvislosti se zdravím a pomocí čeho MKF měří?
3. Jaké je konkrétní využití MKF v sociální práci?



## **PŘÍLOHY**

## Typ zdravotního postižení podle pohlaví a věku

Zdroj: ČSÚ 2008

Věková skupina	Zdravotní postižení							celkem osob	četnost postižení na 1 osobu
	tělesné	zrakové	sluchové	mentální	duševní	vnitřní	celkem		
<b>Muži</b>									
<b>0-14</b>	9 703	4 393	1 154	7 549	3 285	13 552	39 636	27 941	1,419
<b>15-29</b>	14 246	3 243	2 365	14 210	6 012	10 754	50 830	34 271	1,483
<b>30-44</b>	22 855	4 451	1 981	9 742	10 806	18 333	68 168	52 984	1,287
<b>45-59</b>	63 616	6 997	6 166	12 570	17 957	65 586	172 892	129 465	1,335
<b>60-74</b>	73 687	10 785	9 361	8 682	11 411	102 745	216 671	152 443	1,421
<b>75+</b>	54 267	8 844	14 875	5 830	9 354	66 603	159 773	92 624	1,725
<b>Celkem</b>	<b>238 428</b>	<b>38 713</b>	<b>35 902</b>	<b>58 675</b>	<b>58 986</b>	<b>277 954</b>	<b>708 658</b>	<b>490 452</b>	<b>1,445</b>
<b>Ženy</b>									
<b>0-14</b>	6 984	3 571	1 748	4 055	1 561	8 791	26 710	18 267	1,462
<b>15-29</b>	11 464	3 075	1 470	8 754	3 140	10 177	38 080	26 350	1,445
<b>30-44</b>	20 252	3 146	2 752	9 564	11 470	16 657	63 841	48 347	1,320
<b>45-59</b>	64 343	5 781	5 060	7 732	16 705	52 961	152 582	116 278	1,312
<b>60-74</b>	79 173	7 857	5 844	4 645	12 251	83 623	193 393	130 831	1,478
<b>75+</b>	129 337	25 296	21 809	13 182	23 776	121 069	334 469	184 120	1,817
<b>Celkem</b>	<b>311 979</b>	<b>48 726</b>	<b>38 798</b>	<b>48 024</b>	<b>69 079</b>	<b>293 780</b>	<b>810 386</b>	<b>525 096</b>	<b>1,543</b>
<b>Celkem</b>									
<b>0-14</b>	16 687	7 964	2 902	11 604	4 846	22 343	66 346	46 208	1,436
<b>15-29</b>	25 710	6 318	3 835	22 964	9 152	20 931	88 910	60 621	1,467
<b>30-44</b>	43 107	7 597	4 733	19 306	22 276	34 990	132 009	101 331	1,303
<b>45-59</b>	127 959	12 778	11 226	20 302	34 662	118 547	325 474	245 743	1,324
<b>60-74</b>	152 860	18 642	15 205	13 327	23 662	186 368	410 064	283 274	1,448
<b>75+</b>	183 604	34 140	36 684	19 012	33 130	187 672	494 242	276 744	1,786
<b>Celkem</b>	<b>550 407</b>	<b>87 439</b>	<b>74 700</b>	<b>106 699</b>	<b>128 065</b>	<b>571 734</b>	<b>1 519 044**</b>	<b>1 015 548*</b>	<b>1,496</b>

\* V celku 1 015 548 je zahrnuto i 1627 osob, u kterých nebyl uveden věk

\*\* Vzhledem k možnosti více odpovědí uvedlo po přepočtu 1 015 548 osob celkem 1 519 044 různých typů postižení. V daném počtu je zahrnuto pouze jedno postižení vnitřních orgánů.

K nejčastějším typům postižení u obyvatel ČR obecně patří onemocnění vnitřních orgánů, a to zejména nemoci oběhové soustavy, novotvary a nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek. S nepatrným rozdílem jsou následována nemocmi pohybového ústrojí. Oba uvedené typy postižení se vyskytují u nadpoloviční většiny osob se zdravotním postižením. Více než 100 tisíc lidí má duševní a mentální postižení.

Ve věku 45-59 let se rapidně zvyšuje výskyt většiny typů zdravotního postižení. Zatímco mladí lidé ve věku 15-29 let uvádějí postižení vnitřních orgánů pouze ve 4%, v kategorii 45-59 let dosahuje jejich podíl 21% a u lidí nad 60 let se vyskytují ve 33%. Obdobný vývoj byl zaznamenán i u ostatních zdravotních postižení, s výjimkou duševních a mentálních onemocnění. Podíl duševního a mentálního postižení vrcholí mezi 45-59 lety člověka. Ve vyšším věku se pak častěji vyskytují uvedená postižení jako doprovodné atributy stařecké demence.

S narůstajícím věkem se zvyšuje prevalence chronických chorob a současně se zvyšuje přítomnost více chorob u jednotlivců – 1,79 postižení na osobu starší 75 let.

## **Národní rada organizací osob se zdravotním postižením ČR**

Národní rada osob se zdravotním postižením ČR (dále NRZP ČR) reprezentuje přibližně třetinu (tj. cca 300 tis.) lidí se zdravotním postižením nebo jejich zástupců.<sup>195</sup> Je občanským sdružením s celostátní působností, které zastupuje zájmy osob se zdravotním postižením (sdružených v NRZP ČR) při jednáních se státními a veřejnými institucemi. V současné době má 115 členských organizací. Deklarovaným zájmem NRZP bylo a je, aby se lidé se zdravotním postižením stali aktivními tvůrci svého osudu. Základním úkolem NRZP ČR je zabezpečování plné účasti osob se zdravotním postižením i jejich zákonných zástupců na formulování politiky vedoucí k vyrovnávání příležitostí této skupiny občanů a jejím zakotvení v právním řádu ČR. Úlohou NRZP ČR je přispívat k integraci osob se zdravotním postižením do společnosti a důsledně obhajovat lidská práva těchto lidí.

### ***Východiska činnosti NRZP ČR***

NRZP ČR navazuje na řadu závazných tuzemských i zahraničních dokumentů, zejména na Antidiskriminační zákon a Úmluvu OSN o právech osob se zdravotním postižením.

### ***Mezi priority NRZP ČR patří***

- koordinace postupu organizací osob se zdravotním postižením ve věcech společného zájmu,
- informování veřejnosti o tématické zdravotního postižení,
- monitorování případů diskriminace osob se zdravotním postižením,
- realizování projektů zlepšujících život se zdravotním postižením,
- plánování v oblasti vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na krajské a regionální úrovni,
- provoz celostátní sítě poraden odborného sociálního poradenství,
- vydávání publikací, časopisů a informačních materiálů.

---

<sup>195</sup> Následující text představuje výběr z obsahu webových stránek NRZP ČR viz odkaz <http://nrzp.cz/index.php> (cit. 29. 11. 2011)



## **Obecná charakteristika NRZP ČR**

- NRZP ČR je iniciativním a koordinačním orgánem pro obhajobu, prosazování a naplňování práv a zájmů osob se zdravotním postižením,
- spolupracuje s orgány státní správy a samosprávy v ČR,
- poskytuje informace členským organizacím o připravovaných změnách v legislativě, o koncepčních materiálech připravovaných na různých úrovních veřejné správy,
- monitoruje diskriminaci osob se zdravotním postižením a implementaci evropských norem do českého právního řádu,
- podílí se na vytváření a monitoringu ucelených plánů na celostátní úrovni, zejména:
  - *Národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2010-2014,*
  - *Národní rozvojový program mobility pro všechny,*
  - *Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb ad.,*
- jednou z nosných činností NRZP ČR je poradenská služba pro uživatele sociálních služeb.
- NRZP ČR provádí právní servis pro jednotlivce z celé republiky a právní poradenství pro členské organizace.

## **Konkrétní aktivity NRZP ČR**

- NRZP ČR ve spolupráci s členskými organizacemi připomínkuje všechny legislativní a koncepční materiály dotýkající se problematiky zdravotního postižení (legislativa a prostředí k podpoře zaměstnanosti lidí s postižením, úprava vzdělávacího systému k zajištění rovného přístupu ke vzdělání pro žáky a studenty se zdravotním postižením ad.)
- spolupůsobí na dopravce při odstraňování bariér ve veřejné dopravě,
- působí na jednotlivé vlastníky k zpřístupňování infrastruktury pro občany s postižením,
- působí na příslušné instituce ke zpřístupnění kulturního a společenského života lidí s postižením,
- ve spolupráci s příslušnými orgány se podílí na zvýšení kvality systému sociálních služeb umožňující integraci lidí s postižením,

- působí na obce ohledně zajištění dostatku vhodných bytů umožňujících samostatné bydlení osob se zdravotním postižením,
- ve spolupráci s příslušnými orgány a institucemi se podílí na zvýšení dostupnosti zdravotní péče a komunikace zdravotnických pracovníků s lidmi s postižením,
- důsledně monitoruje legislativu k dodržování a implementaci legislativy Evropské unie zaměřené na rovné příležitosti osob se zdravotním postižením,
- spolupracuje s celostátními a regionálními médii ke zvýšení a informovanosti veřejnosti o tématech jednotlivých druhů zdravotního postižení,
- důsledně upozorňuje na případy diskriminace z důvodu zdravotního postižení v jednotlivých oblastech života a podílí se na odstraňování diskriminace,
- vydává informační materiály a prostřednictvím medií zvyšuje informovanost osob se zdravotním postižením o jejich právech a možnostech jejich uplatnění ve společnosti,
- zvyšuje právní vědomí organizací hájících zájmy jednotlivých druhů zdravotního postižení,
- monitoruje a vyhodnocuje realizaci legislativních i jiných opatření ve prospěch občanů se zdravotním postižením vyplývajících z mezinárodních závazků i norem České republiky a v případě potřeby iniciuje opatření k nápravě zjištěných nedostatků,
- zajišťuje edukační, informační a poradenskou činnost při vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením a jejich občanských sdružení,
- vydává periodické i neperiodické publikace, pořádá konference, semináře a další akce týkající se procesu vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením,
- aktivně se podílí na ovlivňování postojů veřejnosti ve vztahu k občanům se zdravotním postižením, pořádá informační kampaně,
- realizuje další projekty na celostátní a regionální úrovni, které přispívají k vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením,
- metodicky a organizačně podporuje činnost 14 Krajských rad osob se zdravotním postižením, jejichž posláním je obhajoba, prosazování

- a naplňování zájmů a potřeb občanů se zdravotním postižením na krajské a regionální úrovni,
- metodicky a organizačně podporuje činnost stálých i dočasných odborných pracovních komisí v rámci Národní rady osob se zdravotním postižením ČR na celostátní i krajské úrovni,
  - zprostředkovává oboustrannou výměnu informací o problematice zdravotního postižení u nás i v zahraničí,

### **Regionální Krajské rady osob se zdravotním postižením**

Činnost NRZP ČR ve 14 krajích ČR je jednou z jejích nejvýznamnějších klíčových aktivit. Význam této činnosti trvale roste od roku 2004, kdy byly koncipovány Krajské rady osob se zdravotním postižením jako orgány NRZP ČR s působností v příslušném kraji. Současně bylo zahájeno postupné vytváření regionálních pracovišť v krajských městech ČR. Postupně se také podařilo částečně profesionalizovat činnost v regionech prostřednictvím sítě krajských koordinátorů NRZP ČR.<sup>196</sup>

Krajské plány vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením mají již u nás poměrně značnou tradici. Od roku 1992 jsou Vládou ČR postupně přijímány (národní) plány vyrovnávání rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na celostátní úrovni.<sup>197</sup> Na základě doporučení Vlády ČR z roku 2003 jsou postupně přijímány obdobné plány vyrovnávání rovných příležitostí na úrovni jednotlivých krajů.<sup>198</sup>

Smyslem krajských plánů je, aby v rámci kraje existoval závazný dokument, na jehož základě by se systematicky postupovalo při zlepšování životních podmínek osob se zdravotním postižením v daném kraji. Z tohoto důvodu nejsou tyto krajské plány primárně zaměřeny na sociální oblast, jak

<sup>196</sup> Podrobnosti o činnosti krajských koordinátorů NRZP ČR, krajských rad osob se zdravotním postižením a akcích a aktivitách v regionech jsou dostupné na webových stránkách jednotlivých krajských rad viz web NRZP ČR

<sup>197</sup> Národní plány jako závazné vládní dokumenty pro činnost jednotlivých ministerstev existují v ČR od roku 1992 a jsou aktualizovány t.č. ve víceletých intervalech: (1) Národní plán pomoci zdravotně postiženým občanům 1992–1994; (2) Národní plán opatření pro snížení negativních důsledků zdravotního postižení 1995–1998; (3) Národní plán vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením 1998–2005; (4) Národní plán podpory a integrace občanů se zdravotním postižením 2006–2009; (5) Národní plán vytváření rovných příležitostí pro občany se zdravotním postižením na období 2010–2014.

<sup>198</sup> Jako první regionální plán byl přijat Krajský plán vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením Moravskoslezského kraje – Ostrava 2004. V současné době jsou přijaty krajské plány vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením již v polovině krajů ČR – Moravskoslezský kraj, Královéhradecký kraj, Olomoucký kraj, Praha, Jihomoravský kraj, Pardubický kraj. Dostupné jsou na webových stránkách krajských úřadů uvedených krajů.

je často mylně interpretováno, ale na běžné oblasti života, jako je vzdělávání, zaměstnávání, doprava, přístupnost prostředí, kultura, sport, volný čas, přístup k informacím, bydlení atd. Jedná se tedy o široce pojatý dokument, který v systému veřejné správy zasahuje do problematiky mnoha odborů příslušných úřadů. Podstatným přínosem krajských plánů je tedy koordinace činností ve prospěch osob se zdravotním postižením, časové rozfázování, plánovitost při realizaci atd.

### ***Zastoupení NRZP ČR ve veřejných orgánech a institucích***

- NRZP ČR je hlavním poradním orgánem Vládního výboru pro zdravotně postižené občany (VVZPO),<sup>199</sup> má své přímé zastoupení v předsednictvu VVZPO a v jeho Odborných skupinách (pro sociální politiku, pro zaměstnávání, pro vzdělávání, pro regionální rozvoj),
- NRZP má přímé členské zastoupení také ve výborech a komisích, které se v rámci své činnosti zabývají problematikou občanů se zdravotním postižením, zejména:
  - Podvýbor pro zdravotně postižené občany Poslanecké sněmovny,
  - Řídící výbor Národního rozvojového programu Mobility pro všechny,
  - Mezirezortní komise k programu podpory obnovy vozidel městské hromadné dopravy a veřejné linkové autobusové dopravy,
  - Komise předsednictva Svazu měst a obcí ČR pro zdravotně postižené,
  - Komise předsednictva Svazu měst a obcí ČR pro sociální politiku,
- NRZP ČR je členem a zastupuje občany se zdravotním postižením a občanská sdružení osob s postižením ve významných mezinárodních organizacích, jimiž jsou:
  - Rehabilitation International (RI),
  - European Disability Forum (EDF),
  - International Federation of Persons with Physical Disability (FIMITIC),
  - Disabled People International (DPI).

Národní rada osob se zdravotním postižením ČR (jako svépomocná organizace) poskytuje svým členům i vně svých členských organizací

---

<sup>199</sup> Viz odkaz <http://www.vlada.cz/cz/ppov/vvzpo/clenove/default.htm> (cit 28. 11. 2011)

odborné sociální poradenství. Cílem Poradny NRZP ČR (dále jen "poradna") je prostřednictvím odborného sociálního poradenství dosáhnout zvýšení soběstačnosti osob se zdravotním postižením a seniorů při jejich integraci do společnosti. Poradna poskytuje rady, informace, pomoc a podporu lidem, kteří se ocitli v nepříznivé životní situaci a kteří nejsou schopni tuto situaci řešit vlastními silami ani za pomoci blízkého okolí. Na poradnu se mohou obrátit lidé se zdravotním postižením bez ohledu na druh a rozsah zdravotního postižení, jejich rodinní příslušníci a lidé z blízkého sociálního okolí osob se zdravotním postižením v rámci celé ČR, které se dostaly do obtížné životní situace a nedovedou ji řešit vlastními silami. Služba je zajišťována ve všech krajích ČR – prostřednictvím sítě poraden, které sídlí v krajských městech ČR. Předností tohoto poradenského systému je, že poradenství zajišťují kvalifikovaní sociální pracovníci - poradci, kteří jsou vzájemně propojeni, což umožňuje i týmové řešení velmi složitých poradenských případů. V praxi se tak dá také využívat určitá specializace a odbornost jednotlivých poradců v rámci celé ČR. Celý systém je pak doplněn jedním telefonickým informačním a poradenským centrem a vzájemně sdíleným systémem zodpovídání podnětů od klientů, které došly elektronickou poštou. Celá celostátní síť poraden – poradců také využívá společný databázový informační systém, vyvinutou metodiku, právní podporu s možnostmi konzultací, společný systém vzdělávání a sdílení dobrých praxí.

Výše uvedené aktivity dokládají, že lidé se zdravotním postižením nejsou (jen) „čekateli na pomoc“, či „čekateli na odborníky“, jak je mnohdy (nejen) laici vidí, nýbrž že značná část z nich se aktivně zasazuje o zvýšení soběstačnosti a aktivně se podílí na řešení obtížné životní situace své i jiných. Poradenství NRZP ČR poskytují zpravidla odborníci / sami lidé s postižením, nebo si k této činnosti najímají odborníky / poradce bez postižení.

## Použitá literatura

- **Akademický slovník cizích slov**, 1995 (Kolektiv autorů). Praha: Academia.
- **ALTMAN, B. M. 2000.** Disability Definitions, Models, Classification Schemes, and Applications. In ALBRECHT, G. L., SEELMAN, D. K., BURY, M. *Handbook of Disability Studies*. London: Sage Publications, s. 97–122.
- **ARAGAL, F. 2003.** *Evropská koncepce přístupnosti*. Luxemburg: EuCAN.
- **BARTON, L., ARMSTRONG, F. 2000.** Cross-Cultural issues and Dilemas. *Handbook of Disability Studies*. p. 693-710. London: Sage Publications.
- **Bezbariérové životní prostředí pro všechny**, 2003. *Sborník z mezinárodní konference Bezbariérové životní prostředí pro všechny konané 16.-18. 9. 2003 v Novém Městě na Moravě*. Praha: NRZP ČR.
- **BRADING, J. CURTIS, J. 1996.** *Disability Discrimination. A Practical Guide the New Law*. London: Cogan Page Limited.
- **BROWN, Steven E.** *Nezávislý způsob života teorie a praxe*. [Z ang. Originálu *Independing living: theory and practice*]. Praha: Sbor zástupců organizací zdravotně postižených, 1994.
- **BÚTORA, M. 1996.** Skupiny svépomocné. In Kol. autorů. 1996. *Velký sociologický slovník*. Praha: Karolinum.
- **Bydlení bez bariér**, 2008. *Sborník anotací 4. mezinárodní konference z cyklu Bez bariér konané 21.-22. 5. 2008 v Praze*. Praha: NRZP ČR.
- **Center of Universal Design** [online]. 1997 [cit. 2010-09-17]. The Principles of Universal Design. Dostupné z WWW: <[http://www.ncsu.edu/www/ncsu/design/sod5/cud/about\\_ud/udprinciplestext.htm](http://www.ncsu.edu/www/ncsu/design/sod5/cud/about_ud/udprinciplestext.htm)>.
- **ČSÚ**, Český statistický úřad, 2008. *Výsledky výběrového šetření zdravotně postižených osob za rok 2007*. Praha: ČSÚ, 2008. [online] Dostupné z WWW [http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/publ/3309-08-za\\_rok\\_2007](http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/publ/3309-08-za_rok_2007) (cit. 27. 11. 2010)
- **ČEVELA, R., ČELEDOVÁ, L. 2011** Osud koordinované rehabilitace. Praha: MPSV 2011. [online] Dostupné z WWW <http://www.mpsv.cz/cs/11618> (cit. 27. 11. 2011)
- **ČEVELA, R., ČELEDOVÁ, L., ZVONÍKOVÁ, A. 2010.** *Posudkové lékařství. Vybrané kapitoly*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- **Defektologický slovník 2000**. Praha: H & H.
- **DRBOHLAV, A. 2005.** Victim a agresor v rámci mnohonásobných vražd typu „spree killers“ z řad zdravotně postižených. In *Sborník Domácí násilí a zdravotně postižení*. Praha: Orfeus, s. 17 – 23

- **DRIJVEROVÁ, M. 2008.** Domov pro Mart'any. Praha: Albatros.
- **DVOŘÁK, M., ZAMBOJ, L. 2007.** Problematika rovnosti. *Věz a nediskriminuj*. Praha: Poradna pro občanství, občanská a lidská. [online] [http://www.diskriminace.cz/dt-publikace/vez\\_a\\_nediskriminuj.pdf](http://www.diskriminace.cz/dt-publikace/vez_a_nediskriminuj.pdf) (2008-03-10)
- **ECA 2003.** *Evropská koncepce přístupnosti*. Příručka technické asistence. Praha: NRZP ČR.
- **Ethics in Social Work, Statement of Principles.** 2004. IFSW. [online] <http://www.ifsw.org/en/p38000324.html> (2008-03-23)
- **FILIPIOVÁ, D. 1998.** *Život bez bariér. Projekty a rekonstrukce*. Praha: Grada.
- **GOFFMAN, E. 2003.** *Stigma. Poznámky k problému zvládnutí narušené identity*. Praha: SLON.
- **GOJOVÁ, A. 2006.** *Teorie a modely komunitní práce*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě.
- **HABERMAS, J. 2003.** *Budoucnost lidské přirozenosti. Na cestě k liberální eugenice?* Praha: Filosofia-ΦΙΛΟΣΟΦΙΑ.
- **HAVELKOVÁ, H. 1996.** Utilitarismus. In Kol. autorů 1996. *Velký sociologický slovník*. Praha: Karolinum, s. 1361.
- **HAVRÁNKOVÁ, O. 2003.** Skupinová práce. In MATOUŠEK, O. a kol. 2003. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál. s. 153-168.
- **HRANANDANI, V. S. 2005.** Rethinking disability in social work: interdisciplinary perspectives. In Gary, E. M., Raske, B. M., (ed.) 2005. *Ending Disability Discrimination. Strategies for Social Workers*. Boston: Pearson & AB. p. 71-81.
- **HONZÁK, R. 1999.** *Komunikační pasti v medicíně*. Praha: Galén.
- **HRDÁ, J. 1997.** *Osobní asistence. Příručka postupů a rad pro klienty*. Pražská organizace vozíčkářů. Praha.
- **HRDÁ, J. 2006.** *Osobní asistence, poradenství a zprostředkování*. Praha: APZP. [online] Dostupné z WWW [http://aa.ecn.cz/img\\_upload/07bc9d1453b4bc61934a7ebb36075df2/osobniasistence.pdf](http://aa.ecn.cz/img_upload/07bc9d1453b4bc61934a7ebb36075df2/osobniasistence.pdf) (cit. 28. 11. 2011)
- **CHARLTON, J. I. 2000.** *Nothing about us, without us..Disability oppression and Empowerment*. California: University of California, Press

- **JANČO, M. 2009.** *Jak dobýt hrad: památky takřka bez bariér.* Praha: Národní památkový ústav.
- **JANDOUREK, J. 2001.** Sociologický slovník. Praha: Portál.
- **JANKOVSKÝ, J. 2006.** *Ucelená rehabilitace dětí.* Praha: Triton.
- **JESENSKÝ, J. a kol. 1988.** *K partnerským vztahům zdravotně postižených.* Praha: FVSI.
- **JESENSKÝ, J. 2000.** *Andragogika a gerontagogika handicapovaných.* Praha: Karolinum.
- **KELLER, J. 1996.** Socializace. In Kol. autorů 1996. *Velký sociologický slovník.* Praha: Karolinum, s.1013.
- **KELLER, J. 1996.** Komunita. In Kol. autorů 1996. *Velký sociologický slovník.* Praha: Karolinum.
- **KINKOR, M. 2003.** Komunitní práce. In MATOUŠEK, O. a kol. 2003. *Metody a řízení sociální práce.* Praha: Portál. s. 253-270.
- **KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. 2005.** Sociální práce se zdravotně znevýhodněnými. In MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. (eds.) *Sociální práce v praxi.* Praha: Portál. s. 89-110.
- **KRHUTOVÁ, L. 2005a.** Některé socio-psychologické charakteristiky osob se zdravotním postižením
- **KRHUTOVÁ, L. a kol. 2005b.** *Občané se zdravotním postižením a veřejná správa.* Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, s. 22-29.
- **KRHUTOVÁ, L. 2006.** *Metodika pro posuzování schopností k zajištění péče o dítě žadatelů s těžkým zrakovým postižením o náhradní rodinnou péči.* Ostrava: Interní materiál Krajského úřadu Moravskoslezského kraje.
- **KRHUTOVÁ, L. 2008.** *Diskriminace z důvodu zdravotního postižení v kontextu vzdělávání v sociální práci.* Dizertační práce. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě.
- **KRHUTOVÁ, L. 2010.** Teorie a modely zdravotního postižení. *Sociální práce/Sociální práca*, č. 2010/4, s. 49-59.
- **KRHUTOVÁ, L. 2011a.** *Komunikace s klienty se zdravotním postižením.* Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě.
- **KRHUTOVÁ, L. 2011b.** *Úvod do Disability Studies.* Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě.



- **KRHUTOVÁ, L. 2011c.** Jazykové stereotypy a zdravotní postižení. In.
- **KRHUTOVÁ, L. 2011d.** Disability Studies. In MICHALÍK, J. a kol. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál. s. 27-29.
- **KRHUTOVÁ, L. 2011e.** Sociální práce s lidmi se zdravotním postižením. In KUZNÍKOVÁ, I. a kol. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada., s. 124-134.
- **MACH, J. 2000.** *Etické problémy současné medicíny z pohledu právníka*. In THOMASMA, C., D., KUSHNEROVÁ, T. (ed.) *Od narození do smrti. Etické problémy v lékařství*. s. 373-381. Praha: Mladá fronta.
- **MATOUŠEK, O. 2001.** *Základy sociální práce*. Praha: Portál.
- **MATOUŠEK, O. 2003.** *Slovník sociální práce*. Praha: Portál.
- **MAXA, M. 1991.** *Problematika odstraňování architektonických bariér pro těžce zdravotně postižené občany v Československu*. Brno: České vysoké učení technické.
- McHUGH, M. 2003. *Special Siblings: Growing Up with Someone a Disability*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- **Město bez bariér. 2006.** *Sborník příspěvků sborník konference Město bez bariér*. Praha, 23.-24. května 2006. Praha: ABF.
- **MICHÁLEK, M. 2007.** *Nevidím, ale myslím!* [online] <http://michalek.unas.cz/> (2008-03-21)
- **MICHALÍK, J. 2005.** *Vzdělávání*. In KRHUTOVÁ, L. a kol. 2005. *Občané se zdravotním postižením a veřejná správa*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- **MICHALÍK, J. 2011a.** *Historická východiska postavení zdravotně postižených ve společnosti*. In MICHALÍK, J. a kol. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál. s. 43-45.
- **MICHALÍK, J. 2011b.** *Rodina se zdravotně postiženým členem*. In MICHALÍK a kol. 2011. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál. s. 70-77
- **MICHALÍK, J. 2011c.** *Zaměstnanost*. In MICHALÍK a kol. 2011. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál. s. 70-77
- **MICHALÍK a kol. 2011.** *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál.
- **MITHLÖHNER, M. 2005.** *Trestní právo jako nástroj boje proti domácímu násilí. Sborník materiálů z celostátní konference Domácí násilí a zdravotně postižení*. Praha: Orfeus, s. 9-13

- **MKF. Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví WHO.** Praha: Národní rada osob se zdravotním postižením, 2008. První české vydání překladu anglického vydání *International Classification of Functioning, Disability and Health, World Health Organization*, 2001. Přeložili O. Švestková a J. Pfeiffer.
- **MONT, D. 2007.** *Measuring Disability Prevalence* [online] The World Bank, Social Protection. Dostupné na WWW <http://siteresources.worldbank.org/DISABILITY/Resources/Data/MontPrevalence.pdf> (cit. 26. 3. 2011)
- **MUCHA, I. 1996.** Komplexita. In Kol. autorů 1996. *Velký akademický slovník*. Praha: Karolinum, s. 506.
- **MURPHY, F. R, 2001.** Umlčené tělo. Praha: SLON.
- **MUSIL, L. 2004.** „Ráda bych vám pomohla, ale...“ *Dilemata sociální práce s klienty v organizacích*. Brno: Marek Zeman **Navrátil 2000: 141**
- **MV CR 2008.** Domácí násilí - institut vykazání a další informace. [online] Dostupné z WWW <http://www.mvcr.cz/clanek/domaci-nasili-institut-vykazani-a-dalsi-informace.aspx> (cit. 28. 11. 2011)
- **Portál MPSV** <http://www.mpsv.cz/cs/>
- **Integrovaný portál MPSV** <http://portal.mpsv.cz/>
- **Sociální reforma** <http://socialnireforma.mpsv.cz/cs/>
- **NAKONEČNÝ, M. 1996.** Identita. In Kol. autorů 1996. *Velký sociologický slovník*. Praha: Karolinum, s. 414-415
- **NOVÁK, J. KALNICKÁ, V. 2008.** Šetření zdravotně postižených osob zaplnilo další bílé místo na mapě české statistiky. *Statistika*, 2008, č. 6., s. 541-552.
- **NOVOSAD, L. 2009.** *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*. Praha: Portál.
- **OLIVER, M. 1996.** *Understanding Disability. From Theory to Practice*. London: Macmillan Press Ltd.
- **OLIVER, M., SAPEY, B. 1999.** *Practical Social Work*. Hampshire: Mamillan Distribution Ltd.
- **PETRUSEK, M. 1996.** Adaptace. In Kol. autorů 1996. *Velký sociologický slovník*. Praha: Karolinum, s. 40-41.

- **PFEIFFER, D. 2005.** The conceptualization of disability. In Gary, E. M., Raske, B. M., (ed.) 2005. *Ending Disability Discrimination. Strategies for Social Workers*. Boston: Pearson & AB. p. 25-44
- **PIPEKOVÁ, J. (ed.) 2006.** *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido.
- **PREVENDÁROVÁ, J. 1996.** Situácia zdravých súrodencov v rodinách s postihnutým dieťaťom. *Psychológia a psychopatológia dieťaťa*, roč. 31, č. 4, s. 326-332.
- **RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. 2006.** *Speciální pedagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- **ROTHMAN, J. C. 2003.** *Social Work Practice Across Disability*. Boston: AB.
- **ROTTER, H. 1987.** *Důstojnost lidského života. Základní otázky lékařské etiky*. Přeložil Skovajsa, M. 1999. Praha: Vyšehrad. s. 33-38,54.
- **Sdělení Českého statistického úřadu č. 431/2009 Sb.**, o zavedení
- **Mezinárodní klasifikace funkční schopnosti disability a zdraví (MKF) 2008.** Praha: Národní rada osob se zdravotním postižením ČR
- **SHAKESPEARE, T. 2006.** *Disability Rights an Wrongs*. Oxon: Routledge
- **SIBILSKI, L. 2000.** *Social Aspects of Disability. Social Movements, Social Organization and Legislative Action*. Katowice: Slask
- **SMÝKAL, J. 2000.** *Pohled do dějin slepeckých spolků*. [online] Dostupné z WWW <http://smykal.ecn.cz/publikace/kniha14t.htm> (cit. 28. 11. 2011)
- **Society for Disability Studies 2011.** [online] Dostupné z WWW <http://disstudies.org/> (cit. 28. 11. 2011)
- **SWAIN J., FRENCH, S., CAMERON, C.2003.** *Controversial Issues in a Disabling Society*. Buckingham: Open University Press
- **ŠESTÁKOVÁ, I., LUPAČ, P. 2010.** *Budovy bez bariér: návrhy a realizace*. Praha: Grada.
- **ŠEVČÍKOVÁ, S. 2005.** Editorial. *Sociální práce/Sociálna práca*, č. 2005/3, s. 1-2.
- **ŠVARCOVÁ, I. 2000.** *Mentální retardace*. Praha: Portál.
- **ŠVESTKOVÁ, O.** Předmluva. In *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví WHO*. Praha: Národní rada osob se zdravotním postižením ČR, 2008, s. 7–11.

- **THOMPSON, N. 2001.** *Anti-discriminatory practice*. New York: Palgrave.
- **TITZL, B. 2000.** *Postižený člověk ve společnosti*. Praha: Univerzita Karlova v Praze.
- **Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením, 2010:** *Sbírka mezinárodních smluv č. 10/2010, částka 4, s. 66-128.*
- **VENGLÁŘOVÁ, M. 2005.** Zdravotně postižený člověk jako oběť domácího násilí. *Sborník materiálů z celostátní konference Domácí násilí a zdravotně postižení*. Praha: Orfeus, s. 44-469-13. ISBN neuvedeno.
- **Vláda ČR (c) 2010 (2010a)** [online]. 2010-03-30 [cit. 2010-09-17]. *Národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2010 – 2014* schválený usnesením Vlády České republiky ze dne 29. 3. 2010 č. 253. Dostupné z WWW:<<http://www.vlada.cz/cz/ppov/vvzpo/dokumenty/narodni-plan-vytvoreni-rovnnych-prilezitosti-pro-osoby-se-zdravotnim-postizenim-na-obdobi-2010---2014-70026/>>.
- **Vláda ČR (c) 2010 (2010b)** [online]. 2010-03-30 [cit. 2010-09-17]. *Národní rozvojový program mobility pro všechny* schválený usnesením Vlády České republiky ze dne 26. 3. 2008 č. 292. Dostupné z WWW:<<http://www.vlada.cz/cz/pracovni-a-poradni-organy-vlady/vvzpo/program-mobility/program-mobility-15394/>>.
- **VOTAVA, J. a kol. 2003.** *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Karolinum.
- **Vyhláška č. 64/2008 Sb.** o přístupnosti webových stránek orgánů veřejné správy, v platném znění
- **Vyhláška č. 398/2009 Sb.**, o obecných technických požadavcích zabezpečujících bezbariérové užívání staveb, v platném znění
- **Vyhláška MŠMT č. 73/2005 Sb.**, o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných, v platném znění.
- **Zákon č. 65/1965 Sb.**, zákoník práce, v platném znění
- **Zákon č. 20/1966 Sb.**, o péči o zdraví lidu, v platném znění
- **Zákon č. 582/1991 Sb.**, o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, v platném znění
- **Zákon č. 435/2004 Sb.**, o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů

- **Zákon č. 561/2004 Sb.**, o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), v platném znění;
- **Zákon č. 108/2006 Sb.**, o sociálních službách, v platném znění
- **Zákon č. 183/2006 Sb.**, o územním plánování a stavebním řádu (stavební zákon), v platném znění
- **Zákon č. 40/2009 Sb.**, trestní zákoník, v platném znění
- **ZDAŘILOVÁ, R. 2006a.** Odstraňování bariér v urbánním prostoru, In MPSV 2007. [online]. [cit. 2010-09-17]. *Sborník z konference "Gerontotechnologie a technologie pro handicapované - směr budoucnosti"* konané v Ostravě 12. 10. 2006. Dostupné z WWW:<  
[http://www.mpsv.cz/files/clanky/3483/05\\_Zdarilova.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/3483/05_Zdarilova.pdf)>
- **ZDAŘILOVÁ, R. 2006b.** *Odstraňování bariér v městském inženýrství.* Praha: Informační centrum ČKAIT.
- **ZVONÍKOVÁ, A., ČELEDOVÁ, L., ČEVELA, R. 2010.** *Základy posuzování invalidity.* Praha: Grada Publishing. a.s.