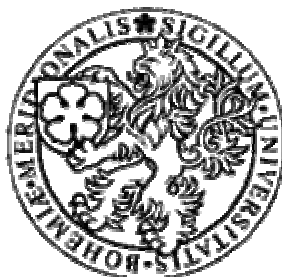


**Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích**  
**Zdravotně sociální fakulta**



**Zdravotně sociální problematika lidí po poranění míchy**

Diplomová práce

Vedoucí ročníkové práce:

MUDr. Drahoslava Tišlerová

Autor:

Gabriela Hájková

18.srpna 2006

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Zdravotně sociální problematika u lidí po poranění míchy vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v přiložené bibliografii.

V Českých Budějovicích 18. srpna 2006

Děkuji Mudr. Tišlerové za vedení diplomové práce a všem zaměstnancům a klientům Svazu paraplegiků, Centra Paraple za vstřícnost a ochotu při dotazníkovém šetření. Zejména Radce Suché, Danielu Bínovi a Leoši Lacinovi.

## **Abstract**

The name of this thesis is "Health and Social Issue of People after Spinal Cord Injury". The aim of this work is to find out whether people after spinal cord injury are motivated enough to get work and whether employers accept their demand of part-time working hours because of their health condition. The method of this work was research, the form of questionnaire. The research was carried out in Prague, The Union of Paraplegics in the Centre Paraple. 82 out of 95 asked respondents took part in the survey. The thesis consists of two parts.

The first part is theoretical. It presents brief anatomic description of spine and central nerve system, the change of health condition after spinal cord injury as well as the psychosocial trauma of people with spinal cord lesion. Next, the theoretical part deals with complex rehabilitation - medical, social, pedagogical and working one. The thesis focuses especially on the working rehabilitation, referring to one of elementary human rights - the right for work. It deals with the problem of the handicapped people unemployment and its characteristics. Next the chapter of working rehabilitation deals with the legislation of handicapped people unemployment, especially the new employment law n. 435/2004 Sb. Nowadays we can no longer ignore international documents concerning the employment of handicapped people, mentioned in the final chapter of the theoretical part.

The second part of my thesis is practical. It includes the results of both, the survey and the questioning by phone. The data are processed percentually and graphically. Every graph has its own description. Then the results are discussed. People after spinal cord injury are motivated to work. Yet, there are many obstacles to the employment of these people, which may result in their disillusion and demotivation to get work. One of such obstacles is e.g. the fact that potential employers do not accept their demand of shorter working hours.

The final part of the thesis includes the conclusion, the list of sources and supplement.

## Obsah

|  |    |
|--|----|
| Úvod   |    |
| 1. Současný stav   | 11 |
| 1.1. Stručný anatomický popis páteře a nervové soustavy člověka  | 11 |
| 1.1.1 Čidla a jejich funkce  | 12 |
| 1.2 Činnost páteřní míchy  | 13 |
| 1.3. Změny zdravotního stavu po poranění míchy   | 13 |
| 1.3.1 Poruchy termoregulace  | 14 |
| 1.3.2 Spasticita   | 14 |
| 1.3.3 Poruchy dýchání  | 15 |
| 1.3.4 Poruchy střevní činnosti a metabolismu   | 15 |
| 1.3.5 Poruchy vyprazdňování močového měchýře   | 16 |
| 1.3.6 Patologické vegetativní reflexy  | 16 |
| 1.3.7 Poruchy sexuálních funkcí  | 17 |
| 1.3.8 Heterotopická osifikace  | 17 |
| 1.4. Vliv výšky transverzální léze míšni na mobilitu postiženého   | 18 |
| 1.4.1 Výška poškozeného segmentu   | 18 |
| 1.4.2 Stupně poškození míchy   | 19 |
| 1.4.3 Regenerace poškozené míchy   | 20 |
| 1.5 Psychosociální trauma osob s celkovým ochrnutím  | 21 |
| 1.6 Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením   | 24 |
| 1.6.1 Vymezení základních pojmů  | 24 |
| 1.6.2 Právní zakotvení ucelené rehabilitace  | 29 |
| 1.6.3 Koncepce ucelené rehabilitace v ČR   | 29 |
| 1.6.4 Poradenství jako součást systému ucelené rehabilitace  | 30 |
| 1.6.5 Léčebná rehabilitace   | 31 |
| 1.6.6 Sociální rehabilitace (SR)   | 34 |
| 1.6.7 Pedagogická rehabilitace   | 53 |
| 1.6.8 Pracovní rehabilitace  | 54 |
| 1.7 Dokumenty ČR týkající se zaměstnávání osob se zdravotním postižením  | 78 |
| 1.7.1 Národní plán vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením  | 78 |
| 1.7.2 Národní akční plán zaměstnanosti na léta 2004-2006   | 79 |
| 1.7.3 Střednědobá koncepce státní politiky zaměstnanosti vůči občanům se zdravotním postižením   | 80 |
| 1.8 Mezinárodní dokumenty týkající se zaměstnávání osob se zdravotním postižením   | 81 |
| 1.8.1 Úmluva o rehabilitaci a zaměstnávání osob se zdravotním postižením č. 159  | 81 |
| 1.8.2 Standardní pravidla pro vyrovnávání příležitostí (Standard Rules on Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities) | 82 |
| 1.8.3 Příprava úmluvy OSN o právech osob se zdravotním postižením  | 85 |
| 1.8.4 Charta základních práv Evropské Unie   | 85 |
| 1.8.5 Legislativní úprava zaměstnávání zdravotně postižených osob EU   | 85 |
| 1.8.6 Evropská sociální charta   | 86 |
| 1.9 Evropský sociální fond   | 87 |

|      |  |     |
|------|--|-----|
| 1.10 | Koncepce statistiky o občanech se zdravotním postižením (usnesení vlády č. 1895/05, schváleno 7. 12. 2005) | 90  |
| 2.   | Cíl práce a hypotézy   | 92  |
| 2.1  | Cíl práce  | 92  |
| 2.2  | Hypotézy   | 92  |
| 3.   | Metodika   | 93  |
| 3.1  | Použité metody   | 93  |
| 3.2  | Výzkumný soubor  | 93  |
| 4.   | Výsledky   | 94  |
| 5.   | Diskuse  | 120 |
| 6.   | Závěr  | 129 |
| 7.   | Použité zdroje   | 132 |
| 8.   | Klíčová slova  | 136 |
| 9.   | Seznam příloh  | 137 |

## Úvod

Poranění míchy je závažné poranění, které postihuje stejnou měrou jak fyzickou, tak psychickou stránku postiženého jedince. Postiženému jedinci se náhle zcela změní jeho dosavadní život. Stávající jistoty náhle zmizí a člověk musí nalézt nové hodnoty, nový smysl života. Následná péče o tyto jedince je zaměřena na minimalizaci následků poranění a zpětnou integraci jedince do společnosti včetně pracovního zařazení.

K tomuto účelu by měly být využívány všechny složky ucelené rehabilitace, a to rehabilitace léčebná, sociální, pedagogická a pracovní. První složkou ucelené rehabilitace se kterou se člověk po úraze míchy setkává je rehabilitace léčebná. Její úloha je nezastupitelná, neboť na úrovni motoriky závisí do značné míry integrace postiženého jedince do společnosti. Vždy je však nezbytná spolupráce s ostatními specialisty, kteří pomohou postiženému a jeho nejbližšímu okolí naučit se žít s nově vzniklou situací, navrátit se do běžného života. Pro návrat do běžného života jsou důležité další složky ucelené rehabilitace. Sociální rehabilitace poskytuje postiženému jedinci sociální a důchodové zabezpečení. Pedagogická rehabilitace má za úkol připravit postiženého jedince na jeho budoucí pracovní uplatnění. Pracovní rehabilitace by pak měla zajistit integraci postiženého jedince do společnosti po stránce jeho pracovního uplatnění.

Tato práce je zaměřena na zdravotně sociální problematiku osob po poranění míchy. Část práce je věnována jejich pracovnímu uplatnění, zejména pak jejich motivaci k získání pracovního uplatnění jejíž součástí je možnost získání zkráceného pracovního úvazku.

Bohužel systém ucelené rehabilitace není na celém území české republiky plně funkční, což může v některých případech působit negativně na postiženého jedince vzhledem k jeho pracovnímu uplatnění.

## Historie poranění míchy

Je velmi pravděpodobné, že se poranění míchy vyskytovalo odpradávná. Některé příčiny přerušení míchy jsou vysoce aktuální i dnes. Míšní postižení bylo a je často důsledkem pádu z výšky, skoku do vody, střelných a bodných poranění.

Velmi často a stále častěji se v současnosti setkáváme s poraněním míchy při dopravních úrazech. – automobilismu, cyklistice a motorismu. Varující je nárůst sportovních úrazů při parašutismu, létání na rogalech a paraglidingu. Zatímco dnes léčba probíhá na specializovaných pracovištích s použitím posledních poznatků vědy a za účasti řady odborníků, v dobách nejstarších pomoc poskytovali šamani, zaříkávači a kouzelníci.

Při studiu historie míšních postižení, je možno pokrýt málo známá, ale důležitá historická fakta postupného vývoje názorů na léčbu míšních poranění. První historicky dochované zápisky o míšních poranění jsou z roku 3000 př. n. l. z pera Egypt'ana Imhotepa, lékaře a ministra Zosera III. Lehké onemocnění označuje jako „nemoc, kterou ošetřím“, těžší jako „nemoc, se kterou se dám v zápas“ a nejtěžší jako nemoc, která nemůže být ošetřena“. Není velkým překvapením, že míšní poranění byla zařazena do této třetí, nejtěžší kategorie.

Do historie poranění míchy se zapsali další slavní lékaři mnohem později. Hippokrates /460 – 370 př. n. l./ a Galén /131 – 201 př.n.l./ . Tito řečtí lékaři se zabývali léčením poranění míchy za použití konzervativních metod.

V roce 1724 Heister napsal: „Poranění míchy má vždy za následek smrt. Nepomoci zraněným by se však zdálo příliš kruté.“

K. Franz ve své *Válečné chirurgii* z roku 1936 uvádí: „ Zraněným s úplným míšním přerušením má být dána ve válce včasným odsunem možnost, aby před jistou smrtí spatřili své příbuzné.



První historickou operaci - laminectomií – provedl Maceven v roce 1883.

I přesto, že mnozí chirurgové operovali poranění míchy, ať už vznikla v míru či za války, výsledky jejich snažení podporovaly závěr Elsberga: „Úplné přetětí míchy je smrtelné.“ V té době se stále pohlíželo na poranění míchy jako na beznadějná.

Zlom v pohledu na míšní poranění nastal v roce 1943, kdy Američan Donald Munro píše: „Každý zraněný s poškozením míchy nebo kaudy, který má zachovánu inervaci horních končetin a je ochoten a schopen vzhledem ke své inteligenci spolupracovat, může vést po správném ošetřování normální společenský život a může se podle svých schopností i žít.“ Freeman v roce 1952 uvádí: Moderním léčením může být zachráněno až 97 % zraněných s poraněním míchy.“ Následovníky těchto průkopníků byli nejčastěji vedoucí center pro veterány, protože válečná poranění míchy byla velmi častá.

V Evropě je historickou osobností sir Ludwig Guttmann (1899–1980). Anglickou královnou mu byl titul sir udělen právě za zásluhy o pacienty s poraněním míchy.

L. Guttmann sám sebe nazýval „otcem paraplegiků.“ Důsledněrazil konzervativní přístup v péči o jedince s míšním poraněním. Jako první propagoval komplexní péči o postižené a stal se zakladatelem rehabilitace a resocializace. (6)

### **Míšní poranění dnes**

Podle dostupných statistických údajů (Deutsche Gesellschaft für Paraplegie) přibývá ročně 1,5 až 1,8 nových jedinců s pórázovou míšní lézí na 100 000 obyvatel, tj. 150–180 osob v České republice. V roce 2003 bylo na spinálních jednotkách v Brně, Liberci a Ostravě ošetřeno 167 nových pacientů po úraze míchy.

Po poranění míchy se kvalitativně mění život postiženého. Péče o tyto jedince prošla dlouhým historickým vývojem. Dnešním cílem je poskytnout nejen kvalitní

ošetření v akutní poúrazové fázi, ale pomoci se navrátit všem postiženým zpět do běžného života – mít práci, rodinu, přátele, koníčky...

Beneš ve své monografii *Poranění páteře a míchy* uvádí: “Po prostudování literatury a po návštěvě několika zahraničních center jsem přesvědčen, že bez soustředění zraněných do center nedokážeme udržet léčení poranění míchy na světové úrovni.“

Centra pro poranění míchy byla vytvořena již za druhé světové války. Nejznámější z nich bylo ve Stoke Mandelville, vedené L. Guttmannem. Ten pak v 50. letech zakládal další centra v Evropě.

V bývalém Československu se péče soustřeďovala na neurochirurgická pracoviště. Tato pracoviště měla výhodu, že léčbu zajišťoval tým erudovaný v problematice míšních postižení. Dokud nebyla péče zajištěna zkušeným a erudovaným personálem, ochrnutí velice často umírali na přidružená postižení – uroinfekce, infikované dekubity, záněty plic a žilní trombózy s následnou embolizací. Tato pracoviště však nebyla centry v pravém slova smyslu, protože se soustředila pouze na diagnostiku a operační řešení. Komplexní rehabilitační léčba byla opomíjena. Operace znamená jen pomyslný první krok na dlouhé cestě k dosažení samostatnosti a soběstačnosti pro běžný život. Poranění míchy znamená více než „jen“ operační léčbu. Problematika paraplegie a tetraplegie je komplexní a vyžaduje také komplexní přístup. Tyto podmínky splňují pouze spinální centra. V České republice jsou v současné době tři Spinální jednotky. První Spinální jednotka byla otevřena 16. dubna 1992 v prostorách brněnské Úrazové nemocnice. Dále následovala Spinální jednotka v nemocnici Liberec a fakultní nemocnici Motol. Na spinálních jednotkách se o pacienty stará tým lékařů – traumatolog, urolog, neurolog, sexuolog, psycholog, plastický chirurg, internista, rehabilitační pracovníci, zdravotní sestry a ošetřovatelky. (6)

Spinální jednotky jsou součástí systému tzv. ucelené rehabilitace. Zde je zahájena léčebná a sociální rehabilitace klienta, na které později navazuje rehabilitace pracovní a případně pedagogická. Systém ucelené rehabilitace bude podrobněji popsán níže.

## 1. Současný stav

### 1.1. *Stručný anatomický popis páteře a nervové soustavy člověka*

Jako celek představuje páteř komplexní orgán, zajišťující osovou stabilitu a osovou funkci trupu i hlavy a ochranu částí centrálního i periferního nervového systému. Páteř je tvořena 32–33 obratli: 7 krčními (C1-C7), 12 hrudními (Th1 – Th2), 5 bederními (L1 – L5), 5 křížovými (S1 – S5), které splývají v kost křížovou a 4–5 kostrčními, které splývají v kostrč. Vazivový aparát páteře je tvořen řadou struktur, z nichž některé překlenují několik segmentů, jiné spojují jen segmenty sousední.

Meziobratlová ploténka představuje sférickou artikulaci mezi jednotlivými segmenty páteře, která zajišťuje jejich pružné a mobilní spojení.

Páteřní kanál představuje tunel, který je uložen v dlouhé ose páteře od foramen magnum po hiatus sacralis. Ventrální stěna páteřního kanálu je tvořena dorzálními plochami obratlových těl a meziobratlových plotének a je kryta dorzálním podélným vazem. Dorzální stěnu páteřního kanálu tvoří střídavě oblouky obratlů a je spojují žluté vazy. Laterální úhly páteřního kanálu jsou tvořeny pedikly a intervertebrálními foraminami.

V páteřním kanálu je uložena mícha. Tato část centrálního nervového systému probíhá v délce cca 45 cm od cervikokraniálního spojení až do úrovně meziobratlové ploténky L1 – L2. Ve stěnách páteřního kanálu je mícha zakotvena jednak úponem fillum terminále jednak párovými zoubkovými vazy (ligamentum denticulatum), které omezují pohyb jak směrem kраниokaudálním, tak i ventrodorzálním.

Na fixaci míchy v páteřním kanálu se podílejí i nervové kořeny a jejich pochvy vstupující do foramen intervertebrale a některé struktury pavučnice.

Z páteřní míchy odstupuje 31 párů míšních nervů. Míšní nervy jsou smíšené. Probíhají v nich odstředivá vlákna, která odstupují z míchy předními kořeny a inervují kosterní svaly a vlákna dostředivá, která vedou podněty z různých receptorů a vstupují do míchy zadními kořeny (dotyk, tlak, vnitřní napětí svalů, napětí šlach, bolest).

Z míchy odstupují i vlákna vegetativní ovlivňující činnost srdce, zažívacího ústrojí, pohlavních orgánů, žláz, vnitřních orgánů.

### ***1.1.1 Čidla a jejich funkce***

Informace z vnějšího i vnitřního prostředí jsou zachycovány čidly, v nichž jsou speciální buňky s vysokou dráždivostí. Tyto buňky se nazývají receptory. Každé čidlo má svou dostředivou nervovou dráhu, která vede vzruch do centrální nervové soustavy. Receptory dělíme na exteroceptory – tyto přijímají vzruchy ze zevního prostředí a na interoceptory, které jsou citlivé na změnu vnitřního prostředí.

#### *Kožní cití*

V kůži a sliznicích tělesných otvorů jsou receptory pro dotyk, chlad, tlak, teplo a bolest. Drážděním těchto čidel vznikají i pocity kombinované (vnímání hladkosti, drsnosti ohmatávaného povrchu, vlhkost, tvrdost nebo měkkost, suchost, chvění, svědění a prostorová forma podnětu a jeho směr pohybu).

Značný význam pro ochranu organismu a pro signalizaci poškozujících vlivů má cití bolesti. Toto zprostředkovávají volná nervová zakončení, která jsou kromě kůže a sliznice téměř ve všech tkáních a orgánech těla. Rozeznáváme bolest povrchovou (kůže), hlubokou (svaly, šlachy) a bolest útrobní (vnitřní orgány).

Informace z kožních mechanoreceptorů a termoreceptorů a z receptorů pro bolest jsou vedeny do míchy a postupně se dostávají až do kůry temenního laloku, kde vznikají vědomé počítky.

#### *Čidla pohybového ústrojí*

Proprioceptory ve svalech (svalová vřeténka) a šlachách (šlachová tělíska) vysílají neustále do centrální nervové soustavy informace o aktuálním stavu každého

svalu. Neustále dostředivé vzruchy z těchto receptorů umožňují stálou kontrolu a úpravu další činnosti svalů dle okamžité situace. Umožňují vědomé vnímání pohybů, polohy těla i jeho jednotlivých částí.

## **1.2 Činnost páteřní míchy**

Vzruchy, které jsou z velkého množství receptorů vedeny do míchy zadními kořeny, se v míše přepojují na nervové buňky z nichž vedou odstředivá vlákna, která vystupují předními míšními kořeny a vedou k výkonným orgánům, především ke svalům. Takto vznikají míšní reflexy. Dále jsou zprávy z receptorů vzestupnými míšními drahami vedeny do vyšších oddílů centrální nervové soustavy. Míchou procházejí rovněž sestupné dráhy z různých oddílů mozku, která tak řídí prostřednictvím míchy činnost kosterního svalstva a vnitřních orgánů.

## **1.3. Změny zdravotního stavu po poranění míchy**

K poškození míchy dochází nejčastěji při poranění páteře následkem úrazu. Jak již bylo výše popsáno, mícha prochází jednotlivými obratli a při jejich zlomení, roztříštění nebo vzájemném posunu může dojít k různě závažnému poškození míchy.

Nejčastější příčinou poranění páteře a míchy jsou automobilové nehody. Dále to mohou být úrazy při jízdě na kole či motocyklu, pády z výšky, skoky do mělké vody, sportovní úrazy, pracovní úrazy a jiné. Poškození míchy může nastat také následkem fyzického napadení, při střelném nebo bodném poranění. Mícha však může být poškozena i po zánětlivém či degenerativním onemocnění.

Pokud dojde k poškození míchy, mícha přestává zprostředkovávat přenos informací z mozku na periferii, jakož i opačným směrem, tedy z periferie do centra. Přerušení míchy může být úplné či částečné.

V případě transversální léze míšni (úplné přerušení míchy) se tyto skutečnosti projeví jako ztráta citlivosti pro všechny kvality cití pod místem léze a ztrátou hybnosti všech svalů, které jsou inervovány z míšních segmentů pod místem léze. V případě částečného přerušení míchy může být pod místem léze zachována některá forma cití nebo částečná hybnost.

Jak již bylo výše popsáno, v míše probíhají i vegetativní vlákna, která ovlivňují činnost orgánů zažívacího traktu, vylučovacího ústrojí, pohlavních orgánů, termoregulaci. V důsledku porušení těchto vláken dochází k řadě obtíží: poruchy močení, poruchy střevní činnosti, poruchy metabolismu, dochází k patologickým vegetativním reflexům, jako je pokles krevního tlaku, poruchy krevní cirkulace, poruchy dýchání, poruchy termoregulace, poruchy sexuálních funkcí.

### ***1.3.1 Poruchy termoregulace***

Poruchy regulace tělesné teploty mohou rovněž komplikovat celkový stav. Při vysokých lézích může být teplota těla závislá na teplotě okolí. Je to velmi závažný stav, který vyžaduje zvláštní péči. Zvýšení tělesné teploty může vyvolat nejen zvýšení teploty okolí ale též zvýšená náplň močového měchýře či střev. Pokud se poruchy tělesné teploty objevují i u lézí v oblasti hrudní a bederní páteře, je třeba pomýšlet na jiné komplikace, nejčastěji infekčního rázu.

### ***1.3.2 Spasticita***

Velmi nepříjemným jevem u poranění míchy je tzv. spasticita (zvýšené napětí svalových vláken s častějšími či méně častými svalovými záškuby). Vyskytuje se zejména u vyšších lézí. U poškození dolních bederních a sakrálních segmentů dochází spíše k obrnám chabým, které jsou charakterizovány naopak snížením svalového napětí a výrazným úbytkem svalové hmoty. Výška léze však není jediným faktorem, který ovlivňuje spasticitu. Je možné se setkat se stejnou výškou míšni léze, ale s rozdílnými

projevy spasticity. Náhlé zvýšení spasticity mohou způsobit vnější či vnitřní podněty. K zevním podnětům patří zejména změna barometrického tlaku, teplota okolí. K podnětům vnitřním patří náplň měchýře, střev, infekce, tělesná teplota, atd. Existují léky, které snižují spasticitu, ale u většiny pacientů po míšním poranění tyto léky příliš nepomáhají.

### ***1.3.3 Poruchy dýchání***

U poraněných s lézí v oblasti krční páteře se v prvním období po úraze mohou vyskytovat poruchy dýchání. Přerušování míchy nad segmentem C4 vede k vyřazení hlavního dýchacího svalu – bránice, což znamená, že pacient není schopen samostatně dýchat. Dechovými obtížemi mohou však trpět i poranění s nižšími lézemi. Dechové obtíže mohou být v tomto případě způsobeny zvednutím bránice rozepjatými střevními kličkami.

### ***1.3.4 Poruchy střevní činnosti a metabolismu***

K dalším změnám zdravotního stavu patří poruchy střevní činnosti (poruchy střevní peristaltiky) a poruchy metabolismu.

Nejvíce jsou ohroženi pacienti v počátečním období po úraze a zejména ti, kteří mají lézi ve vyšších segmentech páteře. V důsledku míšní léze dochází ke zpomalení činnosti střev, která může vyústit až v úplnou zástavu pohyblivosti střev – ileus. Dodržováním správných ošetrovatelských postupů lze těmto komplikacím zabránit.

Také poruchy metabolismu jsou charakteristické spíše pro akutní stadium. Dochází ke změnám ve vylučování minerálů a ke snížení hladiny bílkovin v krvi. V tomto období je pacient nejvíce ohrožen vznikem dekubitů.

### ***1.3.5 Poruchy vyprazdňování močového měchýře***

Močový měchýř je inervován vegetativními vlákny, která probíhají z mozku do míchy a končí v míšním centru pro močení ve výši segmentů S2 – S4. Odtud vedou další vlákna do stěny měchýře a vlákna pro zevní svěrač. Pro akt močení je velmi důležitá informace o naplnění (roztažení) močového měchýře, která je vedena do centra močení. Reakcí na tuto informaci je uvolnění svěračů a vypuzení moči. Podle výšky léze se rozeznávají dva druhy poruch močení:

1. poruchy při lézích nad centrem pro močení, tj. nad těly obratlů TH12 a L1 (nad segmenty S2 – S4)
2. poruchy při poranění v úrovni centra (S2–S4) a pod ním.

V prvním případě vzniká reflexní automatický měchýř, který funguje bez možnosti vědomého ovlivnění aktu močení. Při správně vedeném dlouhodobém nácvičku je možno dosáhnout vyprazdňování v pravidelných intervalech.

U druhého typu poruch vzniká autonomní měchýř, který je trvale ochablý a roztažený. Chybí reflexní vyprazdňování, které je popsáno výše. I v těchto případech je však nutné pokusit se o dodržování adekvátního režimu o co nejpravidelnější vyměšování (expresí, cévkováním).

Je třeba si uvědomit, že vývoj zdravotního stavu a tím i kvalita života paraplegiků a tetraplegiků závisí z velké části na včasném zvládnutí poruchy funkce močového měchýře. Jinak hrozí infekční onemocnění, přílišné roztažení močového měchýře i močovodů a následné městnání moče v ledvinách, tvorba močových kamenů, apod....

### ***1.3.6 Patologické vegetativní reflexy***

Patologické vegetativní reflexy mohou rovněž komplikovat stav pacienta s transversální lézí míšní. Souvisejí opět s přerušením vegetativních drah. Nejčastější je přechodné snížení krevního tlaku při posazení či postavení. Může dojít až ke ztrátě vědomí, eventuelně k vymizení pulsu. Při nadměrném roztažení močového měchýře či



střev se naopak může objevit zvýšení krevního tlaku, které se projeví zčervenáním v obličeji, bolestí hlavy, pocením či stíženým dýcháním. Podobné příznaky však může vyvolat i dráždění v dutině břišní, např. zánět slepého střeva.

### ***1.3.7 Poruchy sexuálních funkcí***

Kromě ztráty citlivosti a hybnosti jsou běžným důsledkem púrazového přerušení míchy poruchy sexuálních funkcí. V této oblasti se jedná o poruchy erekce, ejakulace, stíženém oplodnění. Jestliže řešení sexuologické problematiky není věnována potřebná pozornost a péče, může dojít k závažným komplikacím v partnerských vztazích, rozpadu rodiny se všemi důsledky pro děti a dalším problémům v oblasti psychosociální.

Spinální jednotka úrazové nemocnice Brno je v současné době jediným pracovištěm v naší republice, které poskytuje mimo komplexní rehabilitační péče i sexuologické konzultace.

### ***1.3.8 Heterotopická osifikace***

Heterotopická osifikace (HO) je možnou komplikací po poranění míchy. Jedná se o ukládání vápníku do měkkých tkání okolo kloubů. Bývá také nazývána ektopická kost – kost, která je abnormálně anatomicky umístěna. Nejčastěji se objevuje ve svalech v oblasti kyčlí a kolen, ale může se objevit i u svalů loktů a ramen. Léčba se skládá z užívání léků a udržování pohyblivosti kloubu během počátečního stadia, kdy teprve dochází k růstu kosti, aby se zachoval rozsah pohybu, který je nezbytný pro správný sed na vozíku, symetrické umístění pánve a maximální pohyblivost. Jestliže se HO rozvine až do stadia značného omezení flexe v kyčli, je pravděpodobné, že dojde k pokřivení páteře při sedu na vozíku. Tento problém přispívá k deformacím trupu, jako je skolióza, kyfóza a následné defekty kůže v oblasti kříže.

Mezi další komplikace, které mohou, ale nemusí po poranění míchy nastat patří především: svalové kontraktury, deformity páteře, otoky dolních končetin, osteoporóza, spontánní zlomeniny, bolest, dekubity, posttraumatická syringomyelie,...

#### **1.4. Vliv výšky transversální léze míšní na mobilitu postiženého**

##### **1.4.1 Výška poškozeného segmentu**

Segment – jednotlivé části míchy se dělí na segmenty, což jsou úseky míchy, z nichž vystupují párové míšní nervy. Mícha obsahuje tolik segmentů, kolik je párů míšních nervů – 31.

Tab.1. Vztah míšních segmentů a obratlů

| <b>Segment míchy</b> | <b>Tělo obratle</b> |
|----------------------|---------------------|
| C 1- 4               | C 1- 4              |
| C 5-Th1              | C 5-Th2             |
| Th2-Th12             | Th2-Th9             |
| L1-4                 | Th10-Th12           |
| L5-S2                | L1                  |
| S3-S5                | L2                  |

Zdroj: (4)

**Paraplegie** vzniká při transversální lézi míšní pod segmentem C8. Paraparetické postižení je při neúplném poškození míchy pod segmentem C8.

**Tetraplegie** znamená transversální lézi míšní nad segmentem C8. Tetraparetické postižení je při neúplném přerušení míchy nad segmentem C8.

### ***1.4.2 Stupně poškození míchy***

Dosažený stupeň stability při sedu je důležitý údaj o tom, co bude schopen pacient s míšní lézí po ukončení léčebné rehabilitace dělat. Člověk s míšní lézí může dosáhnout jednoho ze šesti stupňů stability sedu. Dosažený stupeň závisí na mnoha faktorech, jako je výška segmentu, přidružená poranění, věk, pohlaví, fyzická konstituce, motivace a prostředí. Rovněž závisí na vůli pacienta naučit se žít s tímto postižením.

### **Tetraplegie**

#### **Stupeň 1 (C4, C4/5)**

- pacient nemůže sedět bez opory
- asistent musí během různých úkonů poskytovat oporu

#### **Stupeň 2 (C5, C5/6)**

- pacient je schopen sedět opřený o vlastní ruce s uzamčenými loketními klouby
- není schopen zvednout ruce a udržet rovnováhu
- po celou dobu sedu potřebuje asistenci jiné osoby

#### **Stupeň 3 (C6, C6/7)**

- pacient je schopen zvednout horní končetinu do úrovně ramen
- druhou horní končetinou se opírá s uzamčeným kloubem
- po celou dobu sedu potřebuje asistenci druhé osoby

#### **Stupeň 4 (C7, C7/8)**

- pacient je schopen zvednout jednu horní končetinu nad hlavu
- v této pozici se může předklonit a narovnat
- opírá se o druhou horní končetinu bez uzamykání loketního kloubu
- je schopen sedět bez opření o horní končetiny

## **Stupeň 5 je označován jako vysoká paraplegie**

### **Stupeň 5 (Th1 – Th6)**

- pacient je schopen sedět bez opory
- může najednou zvednout obě horní končetiny současně nad hlavu a pohybovat jimi všemi směry

## **Stupeň 6 je označován za nízkou paraplegii**

### **Stupeň 6 (Th10 – L)**

- pacient může sedět bez opory
- může házet a chytat míč nad hlavou
- nepotřebuje asistenci

### ***1.4.3 Regenerace poškozené míchy***

Donedávna byl zastáván názor, že poškozená mícha nemá schopnost regenerace.. Nyní se připouští, že určitá malá schopnost znovuoobnovení míchy existuje, ne však taková aby bylo možné úplné zhojení a obnova její funkce. Okamžitě po poranění míchy nastává míšní šok. Po jeho odeznění, které se objevuje nejčastěji kolem 4-6 týdnů po úraze, může nastat významné zlepšení funkcí. Další zlepšení již nastává velmi pozvolna a závisí na stupni poškození a intenzitě rehabilitace.

Výraznější obnova funkcí obvykle probíhá v období do 6–8 měsíců po vzniku míšní léze. U některých jedinců se mohou projevovat známky zlepšení i po dvou letech. Čím více času uběhne bez jakéhokoliv zlepšení, tím je menší pravděpodobnost, že nějaké podstatné zlepšení v oblasti cití či hybnosti nastane.

## **1.5 Psychosociální trauma osob s celkovým ochrnutím**

Celkové ochrnutí znamená pro člověka hluboké trauma s většinou neodčinitelným tělesnými, společenskými a také z nich vyplývajícími psychickými následky. Celkově ochrnutý člověk je následkem náhle vzniklého traumatu konfrontován se závažnými tělesnými změnami, omezenými a stíženými rodinnými a přátelskými kontakty, s nutností nově se orientovat ve své bytové a pracovní situaci. Často nemůže sám vykonávat dokonce ani dosud zcela samozřejmé každodenní zvyklosti a potřeby a jako malé dítě je nucen znovu se učit mnohým věcem patřícím ke každodennímu životu.

Adaptace na následky míšního postižení je dlouhodobý proces, který má svůj vývoj. Křivohlavý popsal model psychické krize, který vystihuje, co se děje v psychice člověka od úrazu až po smíření se s následky těžké změny zdravotního stavu:

Každý člověk prožívá a zpracovává trauma celkového ochrnutí individuálně a rozličně. Po obsáhlé informaci o následcích celkového ochrnutí nastává u pacienta většinou první fáze, „**fáze výkřiku**“, charakterizovaná šokem, neochotou vzít na vědomí a odmítáním informace. Ochrnutý často zcela nebo částečně „zapomíná“ informace, které jim personál poskytl, nejsou zatím schopni vědomě se s realitou vyrovnat.

V druhé fázi, „**fázi popření**“ proniká vnímání reality stále více do vědomí postiženého. Ten však usiluje pomocí naděje a často pomocí odmítání nepřipouštět si ji blízko k sobě. V této fázi bývají informace již rozumově většinou vnímány, často však zatím nedochází k emocionálnímu zpracování. Ve své počáteční fázi je popření důležité pro prevenci vzniku těžké deprese s možností sebevražděného jednání. V pozdějším období však může brzdit rehabilitaci a resocializaci. Pacient je otupělý, trpí ztrátou smyslu pro realitu, apatií.

Ve třetí fázi, „**fázi intruze**“ se postiženému vracejí a opakovaně vtírají myšlenky na úraz. Postižený stále probírá podrobně okolnosti úrazu, není schopen se soustředit na jiná témata

Když obranné mechanismy naděje, negace a odmítání fungují stále méně, proniká nová realita stále více do vědomí postiženého. Celkově ochrnutý se pokouší vnitřně i vně bránit této realitě agresí. Projevy agrese mohou být zaměřeny proti sobě samému, proti zdravotníkům, členům rodiny nebo obecně, například proti osudu. Mohou se také objevit poruchy spánku, strach, úzkost, vztek.

V dalším průběhu si bude postižený stále více vědom bezperspektivnosti svých snah a agresí, realita se pro něj bude stávat stále nevyhnutelnější. Části dosavadní náplně života a životních cílů se mu vnitřně hroutí, aniž by byl zatím ve stavu vybudovat si nové perspektivy. To vede ke 4. fázi, „**fázi vyrovnávání**“, kdy postižený zvažuje různá řešení – představbu bytu na bezbariérový, koupí automobilu, získání zaměstnání, ... Jde o dlouhodobý proces. V této fázi se také mohou objevit deprese.

V poslední, 5. fázi, „**fázi smíření**“, následuje psychická práce zaměřená na potírání smutku, která znamená začátek zvládnání utrpěného traumatu. Potírání smutku a zvládnání utrpěného traumatu slouží, kromě rozloučení se s mnohými starými životními návyky, k otevírání nových perspektiv a možností, které pak mohou posloužit jako zdroj pocitu uvědomování si vlastních hodnot a kvality života. Dochází k adaptaci na tělesný handicap.

Jednotlivé fáze se mohou vracet. U někoho ke smíření s následky míšního poranění nikdy nedojde. Při pasivní adaptaci postižený nespolupracuje, uzavírá se.

Výrazný vliv na průběh procesu adaptace má osobnost pacienta. Jestliže je postižený osobnostně vyzrálý, vyrovnaný, s aktivním přístupem k životu, dobře adaptabilní, je pravděpodobné, že adaptaci zvládne dobře. Lidé nezralí, labilní, úzkostní či hysteričtí mívají s přizpůsobením se následkům poranění problémy

Velký význam pro vytvoření podpory a zázemí má rodina. Již během hospitalizace na spinální jednotce je snaha umožnit postiženým pobyt v domácím prostředí formou víkendových pobytů. Podmínkou je dobrý stav bez infekce, zvládnutí vyprazdňování močového měchýře a schopnost přesunout se z lůžka na vozík. Poranění míchy vyžaduje dlouhodobou péči v nemocničním, později rehabilitačním zařízení.

Během tohoto období je kontakt s rodinou omezen, což je negativní jev, který by mohl mít později neblahé důsledky. Proto mají tyto víkendové pobyty velký význam.

Podobné psychické mechanismy zvládnání utrpeného traumatu se mohou objevit také u všech rodinných příslušníků postiženého a u všech osob, které jsou s ním v přímém osobním kontaktu, proto rodinní příslušníci nezdědka vyhledávají odbornou pomoc psychologa.

Po ukončení léčebné rehabilitace se musí člověk po poranění míchy vyrovnat se svým novým sociálním statutem ve společnosti. Nyní nastává fáze jeho reintegrace do společnosti. Musí se vyrovnat i s postoji společnosti vůči své osobě jako „vozičkáři“. Jak již bylo uvedeno výše, rozhodující úlohu má psychická podpora rodiny. První fází se kterou se člověk po úraze míchy musí vyrovnat je akceptace této situace právě v ní. Dále jak bude akceptován svými přáteli, kamarády a v neposlední řadě životním partnerem. V praxi se ukazuje, že partnerský vztah s rozpadá ve větší míře pokud je zraněna žena.

Významnou úlohu hraje i subjektivní hodnocení postižení (defektu, za jak závažný jej považuje a jak jej hodnotí sám postižený). Postižený je ovlivňován společností, ve které žije a tudíž i jejími obecnými postoji. Ty budou spoluurčovat, za jak závažné bude člověk své postižení považovat. Významné je, do jaké míry se handicap odrazí v jeho vlastní identitě, zda se za postiženého považuje, zda přijímá nebo nepřijímá tuto roli a jak se ve vztahu k sebehodnocení chová. Nemoc či odchylka je společenským handicapem. Trvalé postižení může být sociálně psychologicky hodnoceno jako stigma. Stigmatizace defektu (možnost pohybu pouze na invalidním vozíku) mění roli postiženého a do určité míry i jeho identitu. Tato skutečnost se může projevit např. v komunikaci s postiženým. Postižený člověk je chován společností do role stigmatizovaného v podstatě manipulován.

Postiženému člověku je tímto hodnocením přisouzena i určitá sociální role, kterou lze charakterizovat několika základními rysy (15):

1. Postižený není považován za viníka svého nežádoucího stavu a nepředpokládá se také, že by byl schopen bez pomoci tento stav změnit.
2. Postižený má sice určitá privilegia, tj. je zproštěn některých povinností, ale **nemá taková práva jako lidé zdraví.**
3. Postižený je povinen považovat tento stav za negativní a nežádoucí a z toho důvodu se musí v mezích svých možností snažit o jeho „nápravu.“

Postižený člověk nemusí vždy dosáhnout takové soběstačnosti ani tak vyrovnaného a vyzrálého sebehodnocení, aby se uměl vyrovnat se svou odlišností a sociální stigmatizací, kterou toto postižení přináší. Ne vždy je schopen vytvořit si uspokojující individuální identitu a z toho vyplývá i část potíží, které s sebou toto postižení přináší. (15)

## ***1.6 Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením***

### ***1.6.1 Vymezení základních pojmů***

#### *Rehabilitace*

Novolatinský pojem „**rehabilitace**“ byl zaveden v 19.století a znamenal původně léčebné postupy, vedoucí k návratu do stavu funkční schopnosti (habilis = schopný). Optimálním výsledkem rehabilitace je odstranění všech důsledků nemoci či úrazu, které se projevují na pohybovém ústrojí, rozumových schopnostech a psychice vůbec, i na vnitřních orgánech. Takového výsledku je možno dosáhnout třeba po nekomplikovaném úrazu.

V řadě jiných případů však funkce ztracené následkem úrazu či nemoci, obnovit nelze, nebo jen do určité míry. Příkladem jsou stavy po **poranění míchy** nebo následky po poliomyelitis anterior acuta. Nastává trvalé postižení, které je možno zachovanými funkcemi nahradit (kompenzovat).



Dalším významným prostředkem kompenzace funkčních změn jsou v případě postižení technické pomůcky. V této oblasti spolupracuje rehabilitační lékařství s ortopedickou protetikou.

V České republice se prosazují myšlenky moderního pojetí rehabilitace v souvislosti s odlišnou historií vývoje oboru jinak než ve vyspělých okolních státech. V roce 1951 byla rozhodnutím ministerstva zdravotnictví přejmenována všechna fyziatrická oddělení na oddělení rehabilitační, což vyvolalo dojem, že je rehabilitace v pojetí léčebné i ucelené rehabilitace u nás dostatečně zajištěna. K této době se také vztahuje chápání rehabilitace jako lékařského oboru, který se zabývá hlavně problémy motoriky a léčbou bolestivých syndromů.

S vědomím nedostatečného zajištění rehabilitačního procesu založilo Ministerstvo zdravotnictví v roce 1991 pracovní skupinu „R“ (Rehabilitace) a v září téhož roku vydalo **Metodický pokyn k provádění léčebné rehabilitace a zajištění její návaznosti na pedagogickou, sociální a pracovní rehabilitaci. (metodický návod pro vznik center léčebné rehabilitace)**. V roce 1997 vydalo ministerstvo zdravotnictví příručku **Činnost center rehabilitace**, která shrnuje odborné názory na rehabilitaci, provoz, materiálně technické a personální vybavení rehabilitačních center.

V roce 1999 založili odborníci různých profesí **Sekci pro rozvoj ucelené rehabilitace** v rámci České lékařské společnosti J. E. Purkyně, jejímž cílem je prosazování moderního pojetí ucelené rehabilitace do širokého povědomí odborné i laické veřejnosti. V roce 2001 schválilo ministerstvo zdravotnictví koncepci oboru „Rehabilitační a fyzikální lékařství.“ (17)

*Osoba se zdravotním postižením*

V celé populaci se odhaduje asi 10% osob se zdravotním postižením (dále OZP). Je možno říci, že OZP má taková funkční omezení, která vytváří mimořádné požadavky na její životní případně pracovní podmínky. Péče, kterou OZP následkem postižení potřebuje, přesahuje oblast zdravotní, ale zasahuje do oblasti sociální, pracovní a

případně i pedagogické. Z posudkového hlediska je stupeň postižení vyjádřen např. přidělením invalidního důchodu či legitimace TP, ZTP, ZTP – P.

OZP mohou mít různý typ a různý stupeň postižení. Významné hledisko je také, zda lze očekávat postupné zlepšení v čase, tedy zda lze očekávat postupné zlepšení (s použitím dostupné léčby, včetně operativního řešení), zda je stav stacionární, anebo zda lze očekávat další horšení postižení. Dále může být podstatný rozdíl mezi postižením od narození či získaným včasném dětství a postižením získaným později v dospělosti. V prvním případě dochází k lepší adaptaci na postižení, ale OZP má jen neúplnou zkušenost se životem většinové populace. Naopak v druhém případě sice OZP dobře chápe co prožívají lidé nepostižení, ale hůře se přizpůsobuje vlastnímu postižení. Z hlediska typu postižení rozeznáváme tyto hlavní skupiny (u každé je uvedena obecná charakteristika a typický příklad):

- 1. Tělesně (motoricky) postižení:** Jedná se zejména o poruchy hybného systému, tedy o osoby jejichž diagnóza spadá do oblasti neurologie, ortopedie, traumatologie, nebo revmatologie. Z postižení získaných v dospělosti sem patří např. stav po cévní mozkové příhodě, po **poranění míchy**, amputace končetin,...
- 2. Zrakově postižení:** nevidomí a slabozrací na podkladě úrazů i degenerativních onemocnění
- 3. Sluchově postižení:** neslyšící a nedoslýchaví buď od narození, nebo v průběhu života
- 4. Postižení vnitřními chorobami:** kardiaci, astmatici, onkologičtí pacienti
- 5. Mentální postižení (retardace):** Od mládí existující snížené rozumové schopnosti různého stupně o známé či neznámé příčině. Autismus, Downova choroba
- 6. Demence:** čili zrychlený úbytek rozumových schopností
- 7. Psychiatričtí pacienti**
- 8. Samostatné těžší poruchy**
- 9. Kombinovaná a další postižení.** Nejčastěji se jako kombinovaná postižení označují ta, kde se mentální postižení přiřazuje k jinému, např. tělesnému postižení. (9)

### *Charakteristika osoby s míšňí lézí*

V celé populaci se odhaduje , jak již bylo zmíněno, asi 10% OZP. Toto procento je nižší ve skupině dětí a s věkem se postupně zvyšuje, takže u osob nad 80 let má více než 50% osob zdravotní postižení. (17) V mnoha odborných publikacích se uvádí jako charakteristika OZP vyšší věk a nižší vzdělání, kdy zdravotní postižení vzniká jako následek pracovního zatížení.

Charakteristika skupiny lidí po úraze míchy jako osob se zdravotním postižením se poněkud liší. Míšňí poranění, jak bylo již výše uvedeno, vzniká nejčastěji náhle jako následek autohavárie, skoku do vody, sportovních či jiných aktivit. Není tedy závislé na pracovním zatížení daného jedince (pracovní úrazy jsou jistě také zastoupeny, ale ne v tak vysoké míře). Ve skupině lidí po poranění míchy jsou zastoupeny všechny věkové kategorie a všechny stupně vzdělání. Nejvíce zastoupenou kategorií jsou muži ve věku 40–49 let dále muži v kategorii 20–29 let. Nejčastěji postiženou oblastí jsou obratle Th11–L2, dále obratle C3–C7. (6)

Změny zdravotního stavu po poranění míchy byly popsány výše. Pro postiženého jedince toto znamená doživotně věnovat zvýšenou pozornost svému zdravotnímu stavu: preventivní opatření při vzniku dekubitů v nejvíce exponovaných částech při sezení na vozíku, správný sed na vozíku jako prevence vzniku deformit páteře, péče o dostatečné vyprazdňování močového měchýře, střevního obsahu, dodržování pitného a stravovacího režimu. Věnovat pozornost léčebné rehabilitaci svalového aparátu.

Člověk po úraze míchy je dále zatížen větší časovou náročností při všech běžných denních úkonech. Zde je důležitá míra soběstačnosti při těchto úkonech (osobní hygiena, oblékání, stravování, přesuny z vozíku a na vozík, překonávání fyzických bariér, doprava, ...aj. ) Míra soběstačnosti závisí na výšce míšňího postižení. Člověk s vysokou míšňí lézí může být částečně či plně závislý na pomoci druhé osoby.

## *Ucelená rehabilitace OZP*

Rehabilitace je dle definice Světové zdravotnické organizace (WHO) z r.1969 „včasné, plynulé a koordinované úsilí o co nejrychlejší o co nejširší zapojení občanů se zdravotním postižením do všech obvyklých aktivit života ve společnosti s využitím léčebných, sociálních, pedagogických a pracovních prostředků“.

Cílem rehabilitace je především návrat k původnímu stavu zdraví. Zdraví je dle mezinárodní definice „tělesná, duševní a sociální pohoda. K pojmu aktivního zdraví je zahrnuta schopnost přizpůsobit se životním podmínkám a správně reagovat na jejich změny. Pokud ovšem není odstranění nemoci či postižení možné a dosažení funkční schopnosti je v některých směrech omezené, je třeba stanovit další cíle rehabilitace.

Takovým cílem je začlenění OZP do společnosti. V poslední době se cíl celé zdravotní péče, ale především rehabilitace, považuje dosažení optimální kvality života, která je u každého jedince vysoce individuální. Významným cílem, stanoveným deklarací OSN z r. 1993, **jsou Standardní pravidla pro vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením**. Tedy např. příležitosti v oblasti vzdělávání, pracovních příležitostí, bydlení, rekreace, cestování, komunikace, aj.

Aby byla rehabilitace ucelená, musí se dle definice skládat z několika (nejméně dvou) složek, jejichž provádění by mělo být vzájemně propojeno. První etapou obvykle bývá rehabilitace léčebná. Na rehabilitaci léčebnou přímo navazuje rehabilitace sociální. Každý jedinec má již od narození sociální vazby, které si udržuje i při pobytu v nemocnici a do společnosti se opět vrací, pokud jsou mu k tomu vytvořeny předpoklady. U osob v produktivním věku navazuje často rehabilitace pracovní, tedy příprava na pracovní uplatnění a vlastní zařazení do pracovního procesu. U dětí a mládeže je velmi důležitá rehabilitace pedagogická (pedagogicko - výchovná).

Do ucelené rehabilitace mohou být zahrnuta i jiná hlediska, např. hledisko technické, architektonické, psychologické, ekonomické, legislativní, otázky volného času aj.

Ucelenost rehabilitace je dána tím, že se její jednotlivé složky překrývají.

Základními principy ucelené rehabilitace jsou:

- včasnost, komplexnost, koordinovanost a dostupnost
- individuální přístup založený na multidisciplinárním posouzení klienta
- stanovení práv a povinností poskytovatelů a uživatelů ucelené rehabilitace (17)

### ***1.6.2 Právní zakotvení ucelené rehabilitace***

Pojem rehabilitace není v právním řádu České republiky jednoznačně vymezen. V ČR je rehabilitace resortně roztržena a ucelená rehabilitace nemá jednotnou legislativní úpravu. Léčebná rehabilitace patří do působnosti zdravotních orgánů, rehabilitace pracovní a sociální spadá pod kompetence orgánů práce a sociálního zabezpečení, rehabilitace pedagogická je v působnosti ministerstva školství.

Názory na způsob legislativního ukotvení ucelené rehabilitace se liší. Praxe evropských států v oblasti právní úpravy rehabilitace ukazují odlišné přístupy. V zásadě existují dvě možnosti: lze vytvořit samostatný rámcový zákon o ucelené rehabilitaci, který by upravoval základní pravidla, a nebo zapracovat principy ucelené rehabilitace do stávajících zákonů.

### ***1.6.3 Koncepce ucelené rehabilitace v ČR***

V současné době má MPSV připravený návrh věcného záměru zákona o rehabilitaci. Dne 4. června 2003 vláda ČR projednala a schválila materiál „Teze ucelené rehabilitace osob se zdravotním postižením.“ Teze byly vypracovány na základě spolupráce MPSV, MZ, MŠMT, Vládního výboru pro zdravotně postižené občany a Národní rady zdravotně postižených ČR. Přípravu zákona o rehabilitaci má na starosti oddělení prevence zdravotní a sociální diskriminace.

Připravovaný zákon pouze rámcově upravuje poskytování rehabilitace, ale bližší podmínky upravují předpisy jednotlivých resortů. Léčebná rehabilitace je součástí

zdravotní péče a tu může poskytovat pouze státní nebo nestátní zdravotnické zařízení. Zákon o sociálních službách bude upravovat podmínky pro poskytování sociální rehabilitace. Obdobně senátem schválený zákon o zaměstnanosti říká, kdo může poskytovat pracovní rehabilitaci. Na koordinaci, návaznost a dostupnost rehabilitace by měly podle návrhu věcného záměru zákona dohlížet rehabilitační orgány. Na celostátní úrovni by měl vzniknout poradní a iniciační orgán MPSV. Tato instituce by se zabývala koncepcí rehabilitace, shromažďovala by údaje o provádění rehabilitace na území celé republiky. Na území krajů by působily krajské rehabilitační orgány, které by sledovaly a koordinovaly poskytování rehabilitace na svém území.

#### ***1.6.4 Poradenství jako součást systému ucelené rehabilitace***

Samostatnost a soběstačnost spočívá především ve schopnosti OZP rozhodovat o svém vlastním životě, dosahovat zvolených cílů. OZP mají být schopné uplatňovat svá práva, naplňovat své potřeby a prosazovat své zájmy. K tomu je zapotřebí dostupnost všech důležitých informací. Součástí sociální rehabilitace je tedy i poradenství.

Příklady oblastí poradenské činnosti:

- **lékařské poradenství** – vztahuje se a specifika určitého onemocnění, úpravu životního stylu či životosprávy
- **psychologické poradenství a psychoterapie** – např. partnerské poradenství a rodinná terapie zaměřené na kritické situace např. v partnerských vztazích, klima v rodině, manželské a mezilidské vztahy nebo krizová intervence – představuje psychologickou, psychiatrickou, ale i sociální pomoc člověku v akutní životní situaci

- **pedagogicko-psychologické poradenství** – vztahuje se např. na komplexní problematiku špatného školního prospěchu atd., s ním bývá spojeno i **studijní poradenství** (výchovné problémy, poruchy chování, hodnotový systém atd.), případně **speciálně –pedagogické poradenství** zaměřené na zabezpečení ucelené výchovy a vzdělávání pro děti a mládež s jakýmkoliv typem zdravotního handicapu
- **profesní poradenství** – vztahuje se na volbu vhodného zaměstnání s ohledem na možnosti a nadání jedince i s přihlédnutím k situaci na trhu pracovních příležitostí, a **poradenství v nezaměstnanosti** – týká se aktivizace nezaměstnaných jedinců, organizování kurzů a porady v oblasti rekvalifikace
- **sociálně-právní poradenství**-vztahuje se na sociální zabezpečení, bydlení, zaměstnání atd.,
- **technické poradenství (např. protetické - doporučení a úprava kompenzačních pomůcek pro postižené, úprava prostředí aj.)**
- **pastorační činnost** - poskytnutí duchovní pomoci člověku v nesnázích
- **resocializační poradenství, kurátorská činnost** – pomoc lidem propuštěným z výkonu trestu odnětí svobody, ústavního a ochranného léčení a pod.

Z uvedeného přehledu je zřejmé, že poradenství je nezbytnou součástí ucelené rehabilitace OZP. Specializovanou poradenskou činnost poskytují specializované poradny, úřady práce či organizace zdravotně postižených. (31)

### ***1.6.5 Léčebná rehabilitace***

Tato část rehabilitace je zajišťována zdravotnickými zařízeními. Jak již název říká, jejím cílem je provádět léčbu, tedy odstraňovat následky nemoci či úrazu, Léčebná rehabilitace zajišťuje zlepšení funkčního stavu, tedy odstraňování či zmírňování poruchy či disability. Podílí se také na odstraňování handicapů, i když to je již cíl, přesahující možnosti zdravotnictví a podílí se na něm i další složky společnosti. Její včasné zahájení je velmi často klíčovým aspektem k pozdější **zaměstnanosti** člověka se zdravotním postižením.

Základním předpokladem úspěšnosti je aktivní spolupráce pacienta. Léčebná rehabilitace zahrnuje diagnostiku a léčbu lékařem specializovaným v oboru rehabilitační a fyzikální lékařství, fyzioterapii, ergoterapii, psychologii, logopedii a zajištění prostředků zdravotnické techniky.

„Léčebná rehabilitace je soubor včasných, diagnostických a terapeutických opatření směřujících k optimální funkční zdatnosti organismu a vytvoření podmínek pro její dosažení.“ (43)

Léčebná rehabilitace je prováděna nejen na lůžkových odděleních nemocnic, ale také ambulantně jako následná péče po propuštění z nemocnice (oddělení léčebné rehabilitace) nebo formou denních stacionářů.

V českých právních předpisech je léčebná rehabilitace definována v Metodickém opatření č. 33/1973 Věstníku Ministerstva zdravotnictví, Koncepce fyziatrie, balneologie a léčebné rehabilitace a v Metodickém opatření č. 12/1998 Věstníku Ministerstva zdravotnictví, Koncepce následné lůžkové zdravotní péče.

Aby byla léčebná rehabilitace OZP složkou rehabilitace ucelené, musí existovat propojení na další složky ucelené rehabilitace a odborníky, kteří jsou za tyto složky zodpovědní.

Na oblast sociální rehabilitace navazuje hlavně sociální pracovníce, která jedná se sociálními pracovníci místních úřadů v záležitostech přiznání dávek, zajištění bytových podmínek, ...aj. Rehabilitační lékař vydává podklady pro posudkové lékaře, kteří schvalují nejen důchody, ale i výhody pro postižené.

Na oblast pracovní rehabilitace navazuje především práce ergoterapeutů, kteří provádějí (v rámci léčebné rehabilitace) předpracovní hodnocení jako zjištění předpokladů pro pracovní uplatnění a následně předpracovní rehabilitaci, tedy nácvik v dovednostech, které bude pacient při konkrétním pracovním začlenění potřebovat.

Na oblast pedagogicko-výchovné rehabilitace navazují speciální pedagogové, pokud jsou v oblasti léčebné rehabilitace zaměstnáni. (17)

Návaznost léčebné rehabilitace na další procesy ucelené rehabilitace částečně zajišťují **rehabilitační centra** (střediska). Rehabilitační centra vznikají v ČR od roku



1991. Působí v nich tým odborníků: lékaři, psychologové, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, sociální pracovníci, protetici, popř. další odborníci (logoped, speciální pedagog apod.) Závěrečné hodnocení pacienta rehabilitačním centrem vychází posouzení minulého i současného stavu pacienta a na základě komplexních vyšetření podává návrh krátkodobého a dlouhodobého rehabilitačního plánu, zhodnocení schopnosti k práci, včetně návrhu pracovního začlenění, popř. doporučení rekvalifikace, plán další technické pomoci, návrh řešení bytové situace, potřebu domácí péče, osobní asistence apod.

Rehabilitační centra spolupracují s úřadem práce, posudkovými lékaři státní zdravotní správy a sociálního zabezpečení, dobrovolnými občanskými sdruženími tak, aby byla zajištěna návaznost všech prostředků ucelené rehabilitace.

Problém spočívá v chybějící právní úpravě rehabilitačních center a nedostatečném vymezení způsobu jejich financování, v důsledku čehož většina z rehabilitačních center nenaplnuje zcela metodiku stanovenou ministerstvem zdravotnictví.

### *Léčebná rehabilitace osob s míšní lézí*

Léčebná rehabilitace u osob s míšní lézí začíná v okamžiku první pomoci po poranění.

Úroveň osvěty, informovanosti bohužel ani dnes není na takové úrovni aby lidé věděli, jak postupovat při poranění míchy. Pokud poraněný po úraze udává bolesti v zádech či za krkem, je ochrnutý a v oblasti ochrnutí má ztrátu citlivosti – necítí tlak, dotyk ani bolest, je třeba myslet na poranění páteře a míchy. Kvalita a úroveň laické pomoci často rozhoduje o dalším osudu zraněného. Ochrnutý má být uložen nejlépe do polohy na zádech na pevnou, ale vypořstovanou podložku. Nebezpečí vzniku proleženin je v akutní fázi velké. Manipulovat s postiženým musí vždy větší počet lidí – čtyři, nejlépe pět. Jakékoliv „napravování“ je nepřípustné. Pokud se jedná o poranění krční páteře, je třeba hlavu fixovat z obou stran.

Po přijetí postiženého do nemocničního zařízení následuje vyšetření pro stanovení skutečného rozsahu a charakteru poranění. Rentgenologické vyšetření a CT (počítačová tomografie) vyšetření. Základem zůstává neurologické vyšetření. Toto stanovuje rozsah míšního postižení ve dvou rovinách vertikální a horizontální. Vertikální rovina určuje výšku postižení, horizontální rovina stanovuje jeho plošný rozsah. Neurolog vyšetřuje motoriku a taktilní cití. Dle charakteru a rozsahu míšního postižení je indikována konzervativní či operační léčba.

Léčebná tělesná výchova začíná ihned po přijetí pacienta do nemocničního zařízení. Indikuje ji ošetřující lékař. Zahrnuje metody léčebné tělesné výchovy, respirační fyzioterapie a některých prostředků fyzikální terapie. Zaměřuje se na rehabilitaci svalů jejichž inervace je zachována, zlepšení fyzické kondice, zabránění svalovým atrofiím, kontrakturám a deformitám kloubů.

Léčebná rehabilitace hraje velkou úlohu v dalším životě člověka po poranění míchy.

Cílem léčebné rehabilitace u lidí o poranění míchy je dosažení maximální soběstačnosti. Souběžně s léčebnou rehabilitací, probíhají i ostatní potřebné části ucelené rehabilitace.

#### **1.6.6 Sociální rehabilitace (SR)**

Pojem sociální rehabilitace (SR) není přesně vymezen, a to ani v právním řádu ČR. Přesto se však dotýká všech OZP, nezávisle na věku, od časného dětství do pozdního stáří, a je tedy významnou složkou ucelené rehabilitace.

Tento pojem sociální rehabilitace se objevuje ve vládním dokumentu Národní plán vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením, schválený usnesením vlády ČR č. 256 ze dne 14. Dubna 1998 a dále v Národním plánu zaměstnanosti, schváleném vládou ČR usnesením 418 ze dne 5. Května 1999. Dalším vládním dokumentem, který přímo souvisí s financováním prakticky všech činností v oblasti sociální rehabilitace, jsou Zásady pro poskytování dotací ze státního rozpočtu České republiky občanským sdružením.

Prostředky a cíle SR se zčásti překrývají s prostředky a cíly ostatních složek ucelené rehabilitace. Definice, uvedená v připravovaném zákoně o ucelené rehabilitaci:

SR je proces, při němž OZP dosahuje maximálně možné samostatnosti a soběstačnosti za účelem dosažení nejvyššího stupně sociální integrace. SR se rozvíjela v průběhu posledních 15 let především působením občanských sdružení (organizací) OZP, které služby SR samy vytvářely a ve svém vztahu ke státu a obcím další vytváření podmínek ucelené rehabilitace požadovaly. Konkrétní prostředky a metody SR se liší podle základních typů zdravotního postižení. Sociální integraci je nutno chápat jako snahu o to, aby všechny OZP byly přijímány jako součást společnosti. Základní společenskou jednotkou je rodina, a proto je významným cílem sociální rehabilitace podporovat rodinu a vnitrorodinné vztahy. Další oblastí integrace je vytvářet pro OZP předpoklady k navazování partnerských vztahů a zakládání rodiny.

Předpokladem pro integraci OZP je také vzdělávání a výchova široké veřejnosti k tomu, aby OZP přijímala, chápala jejich potřeby a oceňovala jejich snahu se integrovat. Nepostižený člověk by měl být v případě potřeby připraven postiženému pomoci. Zde je nutno zdůraznit dosavadní dluh společnosti ve výchově mladé generace. Na druhé straně je ovšem důležité, aby i postižení dokázali se svým okolím komunikovat a vysvětlit náhodnému kolemjdoucímu, v čem by měla pomoc spočívat (např. jak překonávat překážky v jízdě na vozíku).

### *Humanitární, ekonomický a společenský význam sociální rehabilitace*

Sociální rehabilitace znamená rozvíjet schopnosti postiženého člověka existovat v různých společenských situacích tak, aby byly uspokojeny jeho potřeby a práva i maximální účasti na společenském životě. (9)

Tuto definici je nutno chápat s třemi následujícími klauzulemi:

1. Zrovnoprávněním příležitostí, což znamená, že osobám s postižením jsou poskytovány služby, které jsou nutné k jejich účasti na společenském životě na základě rovnosti.

2. Společnost má umožnit plnou účast postižených občanů na společenském životě. Jestliže lidem s postižením není schopna umožnit provádění činností, má být za defektní považována společnost.
3. Lidem s postižením mají být určeny rehabilitační programy a má jim být dána stejná možnost výběru jako ostatním, pokud jde o lidské vztahy, bydlení a prostředí ve kterém chtějí žít. (17)

Sociální rehabilitace je mimo jiné také učení se žít s vadou (defektem), proces překonávání neschopností (znovuuschopňování) v individuální (osobně) i společensky významných činnostech, proces prevence i odstraňování defektivit a handicapů. Konečným výsledkem tohoto procesu je **akceptace vady, životní pohoda** a v nejvyšším stupni také **integrace ve společnosti**.

Variabilita obsahu i rozsahu sociální rehabilitace je poměrně velká. Lze o ní soudit na základě třídění poruch, disaptibilit a zdraví. (17)

### ***Humanitární význam SR***

- a) vytváří předpoklady všestranného rozvoje osobnosti postiženého,
- b) umožňuje seberealizaci postižených a růst jejich sebevědomí,
- c) umožňuje jejich socializaci
- d) umožňuje jejich enkulturaci
- e) umožňuje společenskou a občanskou angažovanost i podíl postižených na rehabilitaci jiných občanů
- f) umožňuje životní pohodu a spokojenost postiženého (9)

### ***Ekonomický význam SR***

- a) přispívá ke zkrácení doby pracovní neschopnosti
- b) přispívá ke snižování počtu neaktivních OZP
- c) uvolňuje pečovatelské kapacity

- d) snižuje nároky na řadu služeb
- e) **usnadňuje průběh pracovní rehabilitace a napomáhá pracovnímu začleňování OZP (9)**

### ***Společenský význam SR***

- a) přispívá k celkové stabilizaci sociálních jistot
- b) umožňuje využívat potenciál postiženého v zabezpečení svého vlastního života a v celospolečenských zájmech a aktivitách i v tvorbě společensky užitečných hodnot
- c) přispívá k obohacování majoritní kultury intaktních o hodnoty minoritní kultury OZP (9)

### *Cíle sociální rehabilitace*

Hlavním cílem SR je zajištění ekonomických jistot pro OZP. Podobně jako v celé populaci, jsou i mezi OZP velké rozdíly v majetku a příjmech. Přesto však lze říci, že život OZP je v průměru dražší než pro člověka nepostiženého. Pokud se zaměříme na osoby se zdravotním postižením po úraze míchy, vyvstává zde hned několik důvodů k tomuto tvrzení. Uvedeme jen několik příkladů: bezbariérová úprava bytu, invalidní vozík a jeho pravidelná údržba, zvedák do vany, koupě automobilu, úprava řízení automobilu na ruční řízení, vyšší spotřeba pohonných hmot, zakoupení počítače jako prostředku pracovního uplatnění, větší časová náročnost při všech každodenních úkonech, čas věnovaný léčebné rehabilitaci, nutnost osobní asistence,...

Proto je přiměřené, že společnost poskytuje částky a výhody, které toto zvýhodnění částečně kompenzují. Státem poskytované dávky zajišťují ale pouze základní potřeby. Avšak chce li se mladý člověk se zdravotním postižením po úraze míchy osamostatnit ze situace, kdy nemá podporu nejbližšího okolí, obvykle mu k tomu tyto základní zdroje nestačí.

### *Služby sociální péče*

Sociální rehabilitace se z určité části překrývá se systémem sociálních služeb, které jsou řízeny Ministerstvem práce a sociálních věcí (MPSV) .

Jedná se o služby podporující soběstačnost klientů – OZP – zabezpečením jejich základních životních potřeb. Obecným cílem sociální péče je posílit nebo nahradit soběstačnost osob s ohledem na zhoršený zdravotní stav. V praxi se jedná zejména o pečovatelskou službu, asistenční službu, chráněné bydlení, stravování v jídelnách, péče v domovech sociálních služeb apod. Kraje a obce zřizují zhruba 80 % zařízení sociálních služeb a zbývajících 20 % provozují neziskové organizace.

### *Pečovatelská služba*

Pečovatelskou službu podle § 49 vyhlášky 182/91 zabezpečují krajské úřady, obecní úřady a obce **těžce zdravotně postiženým občanům**, kteří nejsou schopni si sami obstarat nutné práce v domácnosti a další životní potřeby, nebo kteří pro nepříznivý zdravotní stav potřebují ošetření jinou osobou anebo další osobní péči, pokud jim potřebnou péči nemohou poskytovat rodinní příslušníci.

Pečovatelská služba se poskytuje občanům v jejich domácnosti včetně domácnosti v domech s pečovatelskou službou, v zařízeních pečovatelské služby, v domácnostech dobrovolných pracovníků pečovatelské služby, v některých případech i mimo domácnost a zařízení. Poskytuje se za plnou nebo částečnou úhradu podle přílohy č.1 vyhlášky 182/91 s přihlédnutím k věku, zdravotnímu stavu a majetkovým poměrům občana a jeho rodinných příslušníků. Úkony pečovatelské služba kterými jsou zabezpečovány nezbytné životní potřeby, se poskytují bezplatně. Poskytuje-li se za úhradu, použije se k této úhradě především zvýšení důchodu pro bezmocnost. V souvislosti s pečovatelskou službou je třeba zmínit návrh zákona O sociálních službách (viz. kapitola Osobní asistence)

## *Osobní asistence*

Osobní asistence umožňuje lidem na vozíku samostatný způsob života a v maximální možné míře kompenzuje důsledky jejich těžkého zdravotního postižení. Je to forma pomoci, při které má člověk se zdravotním postižením k dispozici pomocníka – osobního asistenta a sám určuje, kdy a jakou pomoc potřebuje. Osobní asistent mu pomáhá při základních životních úkonech, při studiu, při zaměstnání různými činnostmi v domácnosti, ale funguje jako doprovod do zaměstnání, za zábavou, sportem či za rekreací. Osobní asistence tedy umožňuje postiženému žít důstojný život v domácím prostředí. Dochází k zásadní změně oproti dosavadnímu systému péče o zdravotně postižené osoby, kdy zdravotně postižený, pokud se o něj nestarala rodina, byl nucen odejít do ústavu sociální péče.

Osobní asistence není žádnou novinkou. Již v šedesátých letech vzniká ve Spojených státech amerických hnutí Independent Living, jehož nedílnou součástí jsou služby osobní asistence. Je pochopitelné, že toto hnutí vzešlo od samotných těžce tělesně postižených, protože ti své potřeby znají nejlépe. Dnes jsou služby osobní asistence v západních státech běžnou službou určenou pro zdravotně postižené. V naší republice služby osobní asistence poskytují jen některá občanská sdružení. Zatím nebyl schválen zákon o sociálních službách. Jeho předběžná účinnost se odhaduje na rok 2007. V naší legislativě se zatím o osobní asistenci nehovoří. Osobní asistence je zmíněna pouze ve třech následujících dokumentech:

- Národní plán opatření pro snížení negativních důsledků zdravotního postižení, který byl schválen usnesením Vlády české republiky č.493 z 8. září 1993 je v kapitole Nezávislý život i stať o osobní asistenci.
- Národní plán vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením z roku 1998
- Národní plán vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením z roku 2000 (8)

Existuje několik možností, jak získat osobního asistenta:

- osobního asistenta zajišťují svým žákům a studentům některé školy, např. Jedličkův ústav a školy
- kontaktovat úřad práce – nouzově lze využít stávající právní předpis o zřizování společensky účelných pracovních míst. Pokud si zdravotně postižený zažádá, úřad práce může hradit mzdu osobního asistenta včetně odvodů, obvykle do výše 6 až 7 000 měsíčně
- osobní asistenci zajišťují některé nestátní organizace, kdy si klient tuto službu hradí buď plně nebo se na úhradě spolupodílí

Institut osobního asistenta naše legislativa doposud nezná, a tedy zákonný nárok na tuto sociální službu není. Působení osobních asistentů umožňují občanská sdružení, která získávají finanční podporu z různých zdrojů, např. od MPSV, místních úřadů, sponzorů apod., a kontakt mezi zájemci o práci asistentů s postiženými zprostředkovávají.

V souvislosti s osobní asistencí je třeba zmínit i návrh zákona o sociálních službách který byl schválen poslaneckou sněmovnou v prosinci 2005. Zákon o sociálních službách předpokládá, že osoba s postižením bude pobírat tzv. příspěvek na péči. Ten je určen k tomu, aby si člověk s postižením vybral sociální službu dle svého uvážení.. To znamená, že si může zaplatit osobu blízkou, nebo osobní asistenci či ústavní zařízení. Osoba s postižením bude posouzena do jaké míry potřebuje pomoc druhé osoby. Dle odborného posouzení bude OZP zařazena do určitého stupně závislosti.

V roce 2007 budou občané, kteří mají přiznánu částečnou bezmocnost automaticky převedeni do I. Stupně, osoby s převážnou bezmocností do II. stupně a osoba úplně bezmocná do III. stupně. Pokud bude OZP uplatňovat nárok na zařazení do vyššího stupně, bude muset o odborný posudek požádat komisi, která bude působit na úřadu



práce. Platností zákona zanikne příspěvek na péči o osobu blízkou a nebude vyplácen příspěvek na bezmocnost. Jestliže OZP bude i nadále využívat péče blízké osoby a OZP ji bude platit ze svého příspěvku, bude za tuto osobu placeno zdravotní pojištění a po ukončení péče si dobu péče přihlásí k důchodovému pojištění.

### *Důchodové pojištění osob s míšní lézí*

Po úrazu míchy trvá rok pracovní neschopnost kdy běží výplata nemocenské. Po této době je třeba podat žádost o přiznání invalidního důchodu na územním pracovišti České správy sociálního zabezpečení. Invalidní důchod u lidí po poranění míchy je přiznáván dle § 39 odst.1 písm. b) zákona 155/1995 Sb.:

- 1) Pojištěnec je plně invalidní, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu
  - a) poklesla jeho schopnost soustavné výdělečné činnosti nejméně o 66 %, nebo
  - b) je schopen pro zdravotní postižení soustavné výdělečné činnosti jen za zcela mimořádných podmínek.**
- 2) Při určování poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti pojištěnce se vychází z jeho zdravotního stavu doloženého výsledky funkčního vyšetření a z jeho schopnosti vykonávat práce odpovídající zachovaným tělesným, smyslovým a duševním schopnostem, s přihlédnutím k výdělečným činnostem, které vykonával před tím, než k takovému poklesu došlo, a k dosaženému vzdělání, zkušenostem a znalostem, přitom se bere v úvahu, zda jde o zdravotní postižení trvale ovlivňující schopnost výdělečné činnosti pojištěnce, zda a jak je pojištěnec na své zdravotní postižení adaptován, a schopnost rekvalifikace pojištěnce na jiný druh výdělečné činnosti než dosud vykonával
- 3) Způsob posouzení a procentní míru poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti a okruh zdravotních postižení umožňujících soustavnou výdělečnou činnost jen za zcela mimořádných podmínek stanoví prováděcí předpis (vyhláška 284/1995 Sb., v platném znění)

### *Zvýšení důchodu pro bezmocnost*

Důchod se zvyšuje pro bezmocnost, jestliže příjemce důchodu je:

- 1) částečně bezmocný (potřebuje pomoc jiné osoby při některých životních úkonech) o 300,- Kč
- 2) převážně bezmocný (kromě pomoci již uvedené potřebuje pravidelnou pomoc, popřípadě soustavný dohled jiné osoby při hlavních životních úkonech) o 600,- Kč
- 3) úplně bezmocný (pozbyl zcela schopnost sebeobsluhy) o 900,- Kč

Bezmocnost je upravena ve vyhlášce 284/1995 Sb. a zákoně č. 160/1995 Sb.

### *Náhrada škody při pracovním úrazu*

Někteří občané po úraze míchy mohou uplatňovat nárok na náhradu za ztrátu na výdělku po skončení pracovní neschopnosti. Ta se poskytuje v takové výši, aby spolu s výdělkem po pracovním úrazu s připočtením invalidního důchodu byla rovna jeho průměrnému výdělku před vznikem škody. Tato oblast je však z právního hlediska značně komplikovaná, a proto je vhodné kontaktovat odborníky specializující se na tuto oblast.

### *Príspevky poskytované podle vyhlášky č. 182/1991 Sb*

Vyhláška č.182/1991 Sb., patří k nejvýznamnějším předpisům v sociální oblasti. Upravuje posuzování zdravotního stavu a pracovní neschopnosti, podmínky pro poskytování mimořádných výhod, problematiku příspěvků. Příspěvky v ní obsaženy jsou členěny na jednorázové a opakované.

Občanům starším jednoho roku s těžkým zdravotním postižením uvedeným v příloze č.2. vyhlášky 182/1991, které podstatně omezuje jejich pohybovou nebo orientační schopnost, se podle druhu a stupně postižení poskytují mimořádné výhody I.,

II. nebo III. stupně podle přílohy č.3 této vyhlášky. Žádost o přiznání mimořádných výhod se podává u příslušného obecního úřadu obce s rozšířenou působností, a to referátu sociálních věcí. Zdravotní stav občana je na základě požadavku tohoto orgánu posuzován lékaři OSSZ. Do žádosti o posouzení je nutné uvést datum, ke kterému má být zdravotní stav posouzen, a to především v závislosti na účelu získání tohoto posudky (např. možnost zpětného přiznání dávky, pokud je na mimořádné výhody vázána)

Lidé po úraze míchy jsou držiteli průkazu ZTP/P a tím pádem poživatелеm mimořádných výhod III. stupně. Kromě výhod a úlev uvedených ve vyhlášce 182/1991 přináší držení průkazů mimořádných výhod řadu úlev a výhod i v jiných oblastech., např.:

- zvýšení částky životního minima občana, potřebné k zajištění nezbytných nákladů na domácnost při posuzování jeho sociální potřeby v souvislosti s poskytováním dávek sociální péče,
- daňové úlevy,
- osvobození od daně ze staveb,
- minimální vyměřovací základ pro stanovení výše pojistného na všeobecné zdravotní pojištění
- osvobození od poplatků ze psa, který je užíván k doprovodu nebo ochraně
- osvobození od některých správních poplatků apod.

Mezi nejčastěji nárokováné příspěvky u lidí po poranění míchy patří:

**Příspěvek na opatření zvláštních pomůcek** dle přílohy č. 4 uvedené vyhlášky

#### **Příspěvek na úpravu bytu**

Tento příspěvek je určen pro občany s těžkými vadami nosného nebo pohybového ústrojí a občanům nevidomým až do výše 70 % prokázaných nákladů, max. do výše 50 000,- Kč nebo 100 000,- Kč u příspěvku na úpravy bytu spojené

s instalací výtahu. Podmínkou je vrácení částky při změně bytu do deseti let. Příspěvek se poskytuje i na úpravu bytu v rodinném domku.

### **Příspěvek na zakoupení, celkovou opravu a zvláštní úpravu motorového vozidla**

Tento příspěvek se poskytuje občanům s těžkými vadami nosného nebo pohybového ústrojí, kteří jsou odkázáni na individuální dopravu. Výše příspěvku činí se zřetelem k majetkovým poměrům občana a jeho rodiny maximálně 100 000,- Kč. Místo příspěvku na zakoupení motorového vozidla může být poskytnut příspěvek na jeho celkovou opravu v maximální výši 60 000,- Kč. Občanům s těžkými vadami nosného nebo pohybového ústrojí, kteří sami řídí motorové vozidlo a pro své trvalé zdravotní postižení nezbytně potřebují zvláštní úpravu vozidla, se poskytuje příspěvek v plné výši ceny takové úpravy. Přiznání tohoto příspěvku není podmíněno poskytnutím příspěvku na zakoupení motorového vozidla. Součet příspěvků na zakoupení vozidla příspěvku na celkovou opravu vozidla nesmí v období deseti let přesáhnout částku 200 000,- Kč. O příspěvek lze znovu požádat po uplynutí pěti let.

### **Příspěvek na provoz motorového vozidla a příspěvek na úhradu pojistného**

Těžce zdravotně postiženým občanům kteří jsou poživateli mimořádných výhod II. a III. stupně (průkaz ZTP, ZTP/P), a pokud jsou držiteli nebo spoludržiteli motorového vozidla se poskytuje tento příspěvek. Jestliže byly přiznány výhody II. nebo III. stupně oběma manželům, lze přiznat příspěvek každému z nich, pokud je motorové vozidlo užíváno na jejich dopravu.

### **Příspěvek na individuální dopravu**

Na tento příspěvek se poskytuje osobám s těžkými vadami nosného nebo pohybového ústrojí, kteří nejsou vlastníky motorového vozidla a to do výše nejvýše 6 000,- Kč v příslušném kalendářním roce.

### **Příspěvek občanům používajícím trvale ortopedické, kompenzační či jiné pomůcky**

Tento příspěvek lze poskytnout občanům používajícím tyto pomůcky na zvýšené výdaje související s tímto používáním až do částky 400,- Kč měsíčně.

### **Příspěvek na úhradu za užívání bezbariérového bytu a garáže**

Příspěvek mohou nárokovat občané s těžkými vadami nosného nebo pohybového ústrojí a občané nevidomí, kteří užívají bezbariérový byt ve výši rozdílu mezi běžným nájemným a nájemným bezbariérového bytu ve výši 400,- Kč měsíčně. Úhrada za užívání garáže může být poskytnuta až do výše 200,- Kč měsíčně.

### *Centrum informací a pomoci Svazu paraplegiků „Paraple“*

U nás nejnámější organizací zdravotně postižených zabývajících se problematikou lidí po úraze míchy je Centrum informací a pomoci Svazu Paraplegiků „Paraple“.

Svaz paraplegiků hájí zájmy lidí ochrnutých po poranění míchy a pomáhá jim vytvářet podmínky k tomu, aby se co nejrychleji po úrazu opět vrátili k aktivnímu nezávislému způsobu života, a to bez ohledu na stupeň svého postižení. Doplnuje sociální a zdravotní pomoc státu u lidí s velmi těžkým postižením s potřebou individuální pomoci – je krizovým centrem. Usiluje o celkové zlepšení životní situace a podmínek integrace lidí ochrnutých po poranění míchy.

Centrum „Paraple „ poskytuje poradenství a pomoc nejčastěji v těchto oblastech:

- jednorázové a opakované příspěvky poskytované dle vyhlášky 182/1991 Sb (jednorázový příspěvek na úpravu bytu, příspěvek na zakoupení, celkovou opravu a zvláštní úpravu motorového vozidla, příspěvek na provoz motorového vozidla, příspěvek na individuální dopravu, ... aj.)
- invalidní důchod a zvýšení důchodu pro bezmocnost
- příspěvek při péči o blízkou a jinou osobu
- průkazy mimořádných výhod

- sociální péče (pečovatelská služby, agentury domácí péče, osobní asistence, ... atd.)
- problematika bydlení
- problematika zaměstnávání OZP
- úlevy na daních a další výhody pro zaměstnavatele, chráněné dílny, chráněná pracoviště
- vrácení DPH při koupi automobilu

Centrum „Paraple“ poskytuje kromě sociálního poradenství a sociálních programů také léčebnou rehabilitaci. Je zde možnost ubytování pro mimopražské klienty.

Centrum informací a pomoci Svazu paraplegiků „Paraple“ není v ČR jedinou organizací hájících práva a zájmy vozičkářů. Vzhledem k tomu, že program těchto organizací představuje významnou oblast sociální rehabilitace, je na místě, zmínit některé z jejich aktivit:

- **Rekondice** je nejběžnější označení pro pobytové akce, kterých se účastní většinou OZP se stejným zdravotním postižením. Programem bývají přednášky odborníků, besedy o překonávání vyplývajících z postižení. Centrum Paraple tyto rekondice pořádá v rámci „zaškolování nováčků“.
- **Poradenství** bývá zaměřeno na otázky právní, psychologické, architektonické úpravy, technické pomůcky.
- **Publikační činnost** sloužící k informování vlastních členů, odborníků i široké veřejnosti. Centrum Paraple již ve své vlastní edici „Paraple“ vydalo tři cenné publikace.
- **Spolková činnost**, která zahrnuje aktivní využívání volného času, kulturní a sportovní akce, akce charitativního charakteru
- **Prosazování legislativních a organizačních opatření ve prospěch zdravotně postižených**
- **Osvětová činnost** upozorňující veřejnost na problematiku zdravotního postižení  
Televizní „Dobročinná Akademie“ pod záštitou Centra Paraple a pana

Zdeňka Svěráka je pro osvětovou činnost velkým přínosem.

- **Poradenství a edukace**
- **Sociální rehabilitace**
- **Styky se zahraničními partnery**

### *Architektonické bariéry*

Jedním z velkých problémů bránících integraci lidí se zdravotním postižením jsou architektonické, dopravní a komunikační bariéry. V tomto směru došlo v posledních letech k velkému pokroku, zejména vytvořením legislativních podmínek. Základním předpisem upravujícím otázky odstraňování architektonických bariér je zákon č. 50/1976 Sb, o územním plánování a stavebním řádu (stavební zákon), ve znění pozdějších předpisů. Jeho ustanovení provádí nejpodrobněji novela vyhlášky Ministerstva pro místní rozvoj ze dne 10.října 2001 č. 369 o obecných a technických požadavcích užívání staveb osobami s omezenou schopností pohybu a orientace, která byla novelizována v říjnu 2001.

### *Pojem architektonické bariéry ve vztahu k osobám po poranění míchy*

V rámci společenské integrace lidí po poranění míchy je třeba odstranit fyzické bariéry v co největší možné míře. Místa, která jsou pro vozíčkáře přístupná, se označují symbolickým zobrazením vozíku, což je mezinárodně přijatý symbol přístupnosti, bezbariérovosti – viz. obr.1

Jde o tyto zásady:

1. Dostatečná šířka dveří a jiných průjezdů – optimální je šířka 900 mm bez prahů.
2. Překonávání vertikálních rozdílů nikoliv pomocí schodů, ale buď běžných, dobře

přístupných výtahů, nebo schodišťových výtahů, nebo nájezdů a ramp se sklonem ne větším než 1:15.

3. Dostupnost všech ovládacích prvků, tedy vypínačů, zámků, otevírání dveří apod., a snadná manipulace s nimi. Dostupnost polic a skříní z vozíku
4. Dostatečný prostor pro zajíždění a otáčení vozíku přede dveřmi.
5. Správná výška ploch, na které se vozíčkář přesouvá , tedy do postele, na WC, horní okraje vany – obvykle 500 mm.
6. Dostatečný prostor pro zajíždění vozíku pod pracovní desku stolu, kuchyňské linky, počítače apod.



[zdroj: (49)]

Obr.1. Mezinárodní znak bezbariérovosti

Nutno podotknout, že v této oblasti má naše společnost stále velký dluh vůči občanům s tělesným postižením, nejen po poranění míchy. Fyzické bariéry jsou překážkou v integraci tělesně postižených do běžného života společnosti a společnost sama takto přispívá určitou měrou k jejich izolaci.



### *Mezinárodní klasifikace poruch, disabilit a handicapů (MKPDH)*

MKPDH (ICIDH – International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps, z roku 1980 vznikla jako požadavek vyjádřit, utřídit a klasifikovat následky etiologicky definovaných onemocnění a úrazů, které jsou uvedeny v Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN 10), která je běžně užívána v komunikaci s pojišťovnami. Tento dokument byl v ČR v roce 1993 přeložen do češtiny pod názvem Mezinárodní klasifikace poruch, disabilit a handicapů.

V tomto dokumentu byla poprvé vyjádřena skutečnost, že stejná diagnóza může mít pro různé osoby zcela odlišné následky. Pro účely rehabilitace a integrace člověka do společnosti, totiž u mnoha nemocí, nemusí mít zásadní vlastní podstata onemocnění nebo úrazu jako rozsah omezení, které člověku toto onemocnění nebo úraz způsobuje. Jak uvádí Pfeiffer, např. cévní mozková příhoda může způsobit jen několik dní trvající horší hybnost poloviny těla, která zcela ustoupí, a nebo těžký stav, který končí smrtí, a při tom podle Mezinárodní klasifikace nemocí jde v obou případech o označení I 63. Proto bylo nezbytné vyvinout vedle klasifikace nemocí další klasifikaci, která klasifikuje následky daných diagnóz. Tento nový přístup, který bere v úvahu následky nemocí má pro ucelenou rehabilitaci velký význam, protože pomáhá při hodnocení rehabilitačních problémů a stává se základem pro hodnocení a posuzování nároků k vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením. (34)

Na mezinárodní klasifikaci poruch, disabilit a handicapů navazuje také Mezinárodní organizace práce v principech stanovených v Úmluvě o pracovní rehabilitaci a zaměstnávání osob se zdravotním postižením a ve dvou souvisejících doporučeních.

ICIDH vymezuje tři základní pojmy: impairment, disability a handicap.

**Impairment** (porucha orgánu nebo jeho funkce) je každá ztráta nebo abnormalita psychické, fyzické nebo anatomické struktury či funkce. Porucha může být zcela nepatrná, člověk ji ani nemusí vnímat. Může být zachytitelná pouze specializovaným vyšetřením. Pokud je však porucha rozsáhlejší a značně postiženého omezovat v jeho

denních činnostech, vzniká **disability**. Disabilita tedy představuje omezení nebo znemožnění provádění určité činnosti v důsledku poruchy orgánu nebo jeho funkce. Projekce důsledků disabilit do společenského života a sociálního uplatnění je ICHD označena jako **handicap**. V češtině jej lze vyjádřit slovem **znevýhodnění**. Handicap se posuzuje v rámci nejdůležitějších situací v běžném životě, tj. orientace, soběstačnost, pohyblivost, zaměstnání, společenská integrace a ekonomická soběstačnost.

Tab.2 Příklady souvislostí mezi poruchou, disabilitou a handicapem

| <b>Klasifikace poruch</b>                          | <b>Klasifikace disabilit</b>          | <b>Klasifikace handicapů</b>                  |
|--|---------------------------------------|---|
| Porucha řeči                                       | Disabilita v komunikaci               | Handicap v orientaci,<br>v sociální orientaci |
| Porucha zraku                                      | Disabilita v lokomoci                 | Handicap v orientaci,<br>v sociální integraci |
| Porucha sluchu                                     | Disabilita v komunikaci               | Handicap v orientaci,<br>v sociální integraci |
| Porucha intelektu<br>/intelligence/                | Disabilita v chování                  | Handicap v soběstačnosti                      |
| Porucha duševní<br>/kvalitativní změna<br>myšlení/ | Disabilita v chování,<br>V komunikaci | Handicap v sociální integraci                 |
| <b>Porucha<br/>neuromyoskeletární</b>              | <b>Disabilita v pohybu</b>            | <b>Handicap v pohyblivosti</b>                |
| Porucha viscerální                                 | Disabilita v pohybu                   | Handicap v sociálních<br>interakcích          |
| Porucha viditelná<br>/zohyďující/                  | Disabilita v chování                  | Handicap v sociální interakci                 |

[ Zdroj: (7)]

Tabulka samozřejmě uvádí pouze příklady možných souvislostí mezi tou kterou poruchou, disabilitou a handicapem a zdaleka není vyčerpávající. Už jen proto, že jedna porucha může způsobovat poruchy další, takže vzniká řetězec poruch a následných disabilit a handicapů. Pro cíle této práce je však dostačující.

### *Mezinárodní klasifikace funkční schopnosti, disability a zdraví*

Klasifikace MKF byla schválena 54. Shromážděním Světové zdravotnické organizace (WHO) v roce 2001, které ji doporučilo k mezinárodnímu používání a vybídlo členské státy WHO, aby ji co nejdříve ve svých zemích zavedly. Tento dokument je aktualizací Mezinárodní klasifikace poruch, disabilit a handicapů. Vyměňuje určitou negativní konotaci pojmů disability a handicap za pozitivní, vyjádřenou pojmy aktivity a participation. Vystihuje ještě přesněji vztah mezi schopnostmi jednotlivce a společenskými podmínkami. Tato klasifikace by na základě dohody mezi WHO a EU měla být základním nástrojem pro posuzování zdravotního postižení a rehabilitace. “Klasifikace“ má zavést společný jazyk při popisování zdraví a ke zdraví se vztahujícím stavům za účelem zlepšení komunikace mezi různými uživateli, jako jsou pracovníci ve zdravotní péči, vědci, politici, pracovníci a veřejní pracovníci osob s disabilitami. Současná podoba MKF představuje moderní hodnotící nástroj, který má vliv na celosvětové zdravotně-sociální myšlení.“ (7) Jedno z mnoha jejich využití je právě oblast posudkové činnosti a rehabilitace.

V rámci MKF byly navrženy tyto pojmy:

**Impairment** (porucha) je strukturální nebo funkční povahy na úrovni orgánu nebo orgánové soustavy, která je v největším počtu případů neomezuje závažným způsobem jedince a upravuje se většinou v kratší době. Jde o signifikantní odchylku nebo ztrátu dané funkce nebo struktury. Musí být nějak objektivizovatelná.

**Activity** je pojem nahrazující termín disability, jde o přirozený rozsah funkční zdatnosti osobnosti. Aktivita může být limitována ve své podstatě, trvání nebo kvalitě.

**Participation** je způsob a rozsah zapojení jedince do společnosti v různých situacích v poměru k poruchám, disabilitám (aktivitám), zdravotní kondici a spoluúčastným faktorům v životě společnosti. Např. aktivita lokomoce je snižena o 50% v bezbariérovém prostředí, v bariérovém pracovišti se však participace stává nemožnou.

**Faktor prostředí** je novou komponentou navrženou MKF. Toto kritérium je velmi významné, neboť může velmi příznivě (facilitujícím způsobem) nebo nepříznivě (bariérovým působením) ovlivnit překonávání nepříznivého vlivu zdravotních poruch.

#### *Mezinárodní úmluvy a prohlášení ve vztahu k sociální rehabilitaci*

Práva osob se zdravotním postižením se stala zejména od 80. let 20. století předmětem velké pozornosti významných mezinárodních organizací, které přijaly řadu důležitých dokumentů. Vycházely při tom z již schválených mezinárodních smluv, jako např. **Všeobecné deklarace lidských práv (1948)** a z řady mezinárodních úmluv např. **Mezinárodní úmluvy o hospodářských, sociálních a kulturních právech, Mezinárodní úmluvy o občanských a politických právech, Úmluvy o pracovní rehabilitaci a zaměstnávání invalidů, nebo Úmluvy o právech dítěte atd.**

Na základě zkušeností z realizace uvedených dokumentů zpracovala *Komise pro sociální rozvoj Hospodářské a sociální rady OSN* v úzké spolupráci se specializovanými agenturami, nevládními organizacemi (zejména zdravotně postižených osob)“ **Standardní pravidla pro vyrovnávání příležitostí pro zdravotně postižené děti, mládež a dospělé osoby**“, která byla schválena Valným shromážděním OSN 28. října 1993. (7)

Jde o kompenzaci těch znevýhodnění, které postižení ve srovnání se zdravou populací pociťují, tedy handicapů. Taková kompenzace by mohla být chápána jako „pozitivní

diskriminace“. Součástí sociální rehabilitace jsou v tomto smyslu finanční částky, které kompenzují, to, že postižení mají omezené možnosti vydělávat peníze a že jejich život klade zvýšené finanční nároky. Jde v první řadě o invalidní důchod, dále tzv. bezmocnost (tedy finanční částku, která je úměrná závislosti postiženého na jiných osobách), příspěvky na úpravy domu, koupi auta apod.

Vyrovnaní příležitostí musí zahrnovat (stále dosud omezené) předpoklady pro získání vzdělání, ať již v rámci integrace v běžných školách, nebo školách speciálních. Při zaměstnávání OZP je vyrovnaní příležitostí dáno poplatky, které zaměstnavatel získá při vytvoření místa pro osobu s těžkým zdravotním postižením a dalšími opatřeními.

### ***1.6.7 Pedagogická rehabilitace***

Pedagogická rehabilitace je zcela nový pojem, který svým významem odpovídá pedagogickému působení a procesu vzdělávání osob se zdravotním postižením v pojetí speciální pedagogiky a speciálního školství. Pojem „pedagogická rehabilitace je souhrn specifických pedagogických činností zaměřených k rozvoji osobnosti a podpoře vzdělávání OZP a k prevenci vzniku a odstraňování negativních důsledků dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu v procesu vzdělávání.

Ministerstvo školství vybudovalo síť speciálně pedagogických center, která provádějí pedagogickou rehabilitaci – poskytují poradenství rodinám dětí s postižením v předškolním věku a rodičům a pedagogům těch dětí s postižením, které jsou vzdělávány ve školách běžného typu. Nejvíce postiženou skupinu, těžko umístitelnou na trhu práce jsou lidé s nejnižší kvalifikací. Pokud má člověk s nízkou kvalifikací a ještě zdravotní postižení, patří do skupiny lidí, kteří jsou prakticky nezaměstnatelní. Z tohoto důvodu je třeba orientovat vzdělávání zdravotně postižených na zvýšení jejich schopnosti pohybu na otevřeném trhu práce při současném respektování jejich individuálních potřeb a možností. (17)

U lidí s poraněním míchy se v tomto případě jedná spíše o odstranění architektonických bariér tak, aby jim byl umožněn bezproblémový přístup do budov kde probíhá školní výuka, rekvalifikační kurzy či jiný způsob vzdělávání. Pokud se jedná o kombinované postižení následkem úrazu je jistě na místě pedagogická rehabilitace ve speciálně pedagogickém centru.

V této souvislosti nelze pominout Sociální program Vysoké školy veřejné správy a mezinárodních vztahů v Praze za podpory Magistrátu hlavního města Prahy. Tento program byl zahájen v akademickém roce 2004/2005, škola má bezbariérový přístup a celkové bezbariérové vybavení, studentům s tělesným handicapem poskytuje kromě bezplatného studia, bezplatně i osobní počítače vybavené připojením k internetu, diktafony a další pomůcky. Dále je těmto studentům umožněno individuální studium dle individuálních studijních plánů.

Tento široce rozvinutý projekt ocenil primátor hlavního města Prahy a poskytl záštitu dennímu centru, které vzniklo jako zařízení jak pro místní studenty tak studenty jiných vysokých škol v Praze.

Sami handicapovaní studenti vytvořili ojedinělý projekt v oblasti dobrovolnické práce. V rámci tohoto dobrovolnického projektu byla zmapována dopravní situace pro handicapované studenty v Praze, byl sestaven přehled institucí zajišťujících ubytovací a stravovací služby, přehled osobní asistence pro handicapované. Za tuto dobrovolnickou činnost studenti získali v roce 2004 cenu Křesadlo udělenou primátorem hlavního města Prahy.

V akademickém roce bylo díky tomuto projektu umožněno studium 26 studentům-vozičkářům.

### ***1.6.8 Pracovní rehabilitace***

Za pracovní rehabilitaci je považována souvislá činnost zaměřená na získání a udržení vhodného zaměstnání u osob se zdravotním postižením.

Na pracovní rehabilitaci mají nárok osoby se zdravotním postižením, a to i v případě pokud nejsou vedeni jako uchazeči o zaměstnání na příslušném pracovním úřadě.

Pracovní rehabilitace představuje významný nástroj aktivní politiky zaměstnanosti ve vztahu k osobám se zdravotním postižením.

Oblast pracovní rehabilitace nebyla do nedávné doby upravena v žádném právním předpise. To se změnilo s novým zákonem, č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, který pracovní rehabilitaci definuje jako „souvislou činnost zaměřenou na získání a udržení vhodného zaměstnání“. Pracovní rehabilitaci zabezpečuje úřad práce a nebo může jejím zabezpečením pověřit i jinou právnickou nebo fyzickou sobu. Zde se otvírá prostor pro neziskové organizace, které v této oblasti působí. Např. pro agentury podporovaného zaměstnávání.

Úřad práce ve spolupráci s osobou se zdravotním postižením a na základě vyjádření odborné pracovní skupiny se staví individuální plán pracovní rehabilitace, ve kterém se uvádějí formy pracovní rehabilitace, kterými jsou např.: poradenství, teoretická a praktická příprava k práci, zprostředkování zaměstnání, vytváření vhodných podmínek pro výkon zaměstnání atd. a jejich časový harmonogram. (viz.vyhláška 518/2004 Sb., kterou se provádí zákon o zaměstnanosti). Při provádění pracovní rehabilitace spolupracují úřady práce se zaměstnavateli, chráněnými dílnami, občanskými sdruženími apod.

.Pracovní rehabilitace zahrnuje zejména poradenskou činnost zaměřenou na volbu povolání, volbu zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti, teoretickou a praktickou přípravu pro zaměstnání, zprostředkování, udržení a změnu zaměstnání a vytváření vhodných podmínek pro výkon zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti.

### *Právo na zaměstnání*

Jedním z přirozených lidských práv je právo na práci, které je jako součást ekonomických práv zakotveno ve Všeobecné deklaraci lidských práv z roku 1948. V

ČR se v Listině základních lidských práv hovoří o právu každého občana na svobodnou volbu povolání a přípravu k němu. Konkrétně legislativně upravená realizace tohoto práva má v ČR podobu práva na zaměstnání, která je zakotvena v zákoně o zaměstnanosti a je soudně vymahatelná. Pojmy právo na práci a právo na zaměstnání nelze tedy zaměňovat. Právem na zaměstnání se rozumí právo občanů, kteří chtějí a mohou pracovat a o práci se skutečně ucházejí na :

- a) zprostředkování pracovního uplatnění ve vhodném zaměstnání
- b) rekvalifikaci nezbytnou k pracovnímu uplatnění
- c) na hmotné zabezpečení před nástupem do zaměstnání a v případě ztráty zaměstnání

V případě potřeby má tedy každý občan možnost obrátit se na stát, respektive úřad práce o realizaci tohoto práva. S každým právem je zpravidla spojená nějaká povinnost. Ta je jak vyplývá z výše uvedeného, jak na straně státu tak na straně občana. Stát má vůči občanu povinnost poskytovat pomoc při realizaci tohoto práva. Občan naopak musí projevit potřebnou součinnost s úřadem práce , což je podmínka, kterou se stát snaží motivovat občana k vlastní iniciativě při hledání pracovního uplatnění. (7)

#### *Právní úprava pracovní rehabilitace občanů se zdravotním postižením v ČR*

Oblast pracovní rehabilitace je upravena v § 67–84 zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti. Je zde uvedeno, že osoby se zdravotním postižením mají právo na pracovní rehabilitaci.. Pracovní rehabilitaci zabezpečuje úřad práce místně příslušný podle bydliště osoby se zdravotním postižením ve spolupráci s pracovně rehabilitačními středisky nebo může na základě písemné dohody pověřit zabezpečením jinou právnickou osobu nebo osobu fyzickou. Úřady práce zabezpečují pracovní rehabilitaci na základě žádosti osoby se zdravotním postižením, která musí obsahovat její identifikační údaje a doklad, že je osobou se zdravotním postižením. Náklady spojené s pracovní rehabilitací jsou hrazeny úřady práce (podle § 69 odst. 2 zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti)



Pracovní rehabilitace zahrnuje: poradenskou činnost zaměřenou na volbu povolání, volbu zaměstnání nebo jiné výtěžné činnosti, teoretickou a praktickou přípravu pro zaměstnání nebo jinou výtěžnou činnost, zprostředkování, udržení a změnu zaměstnání, změnu povolání a vytváření vhodných podmínek pro výkon zaměstnání nebo jiné výtěžné činnosti (§ 69 odst. 3)

Úřad práce v součinnosti s osobou se zdravotním postižením sestaví individuální plán pracovní rehabilitace s ohledem na její zdravotní způsobilost, schopnost vykonávat soustavné zaměstnání nebo jinou výtěžnou činnost a kvalifikaci a s ohledem na situaci na trhu práce.

Při sestavování individuálního plánu se vychází z vyjádření odborné pracovní skupiny, která je složena zejména ze zástupců organizací zdravotně postižených a zástupců zaměstnavatelů zaměstnávajících více než 50 % osob se zdravotním postižením (§ 7 odst. 5 zákona č. 435/2004 Sb.)

Na pracovní rehabilitaci mohou být na základě doporučení ošetřujícího lékaře vydaného jménem zdravotnického zařízení zařazeny fyzické osoby, které jsou uznány za dočasně neschopné práce. Zařazení této fyzické osoby na pracovní rehabilitaci nesmí být v rozporu s její zdravotní způsobilostí, úřad práce je povinen zařazení ohlásit příslušné okresní správě sociálního zabezpečení (podle § 69 odst. zákona č. 435/2004, o zaměstnanosti).

Na osoby se zdravotním postižením, které se účastní pracovní rehabilitace mimo zaměstnání se vztahuje § 133, 166 a 167 zákoníku práce, ustanovení § 133 až 135 se použijí přiměřeně (podle § 69 odst. 6 zmiňovaného zákona).

Ministerstvo stanoví obsah individuálního plánu pracovní rehabilitace, druhy nákladů spojených s prováděním pracovní rehabilitace a způsob její úhrady prováděcím předpisem – vyhláškou 518/2004 Sb. (§69 odst. 7 zákona 435/2004 Sb)

#### *Význam pracovní rehabilitace z hlediska OZP*

- umožňuje pracovní uplatnění
- rozvíjí osobnost

- zařazuje člověka do pracovního společenství, přispívá k růstu jeho prestiže a sebevědomí
- zabezpečuje člověka hmotně
- přispívá k překonání defektivy, případně i defektu (9)

#### *Význam pracovní rehabilitace z hlediska společnosti*

- přispívá k reprodukci pracovní síly a vyrovnávání bilance pracovních sil
- přispívá k tvorbě společensky potřebných hodnot a národního důchodu
- přispívá k růstu sociálních jistot (9)

Z hlediska celospolečenského významu pracovní rehabilitace je důležité zjištění o rentabilitě nákladů spojených s rehabilitací. Neméně významná jsou i zjištění, že v případě OZP s těžším zdravotním postižením se v naprosté většině jedná o pracovní síly s nízkou fluktuací, vysoce pozitivním vztahem k práci, s dobrou pracovní morálkou i výkonností. (9)

#### *Nezaměstnanost*

Práce zaujímá v životě člověka nezastupitelné místo. V naší kultuře má hluboké zakotvení jak v uspořádání společnosti, tak v psychice člověka, i když neexistují shodné názory na to, proč je pro člověka tak důležitá. Freud (Buchtová, 2002) je toho názoru, že práce je pouto, které nás váže k realitě. Jestliže nemáme povinnost ráno vstát a jít do práce, pak se ocitáme v nebezpečí, že nás ovládnou fantazie a emoce. Je však třeba podotknout, že v naší kultuře není důležitá pouhá práce, ale placená práce, neboli práce v zaměstnání.

Práce přináší člověku nejen možnost materiálního zabezpečení, ale současně mu dává pocit seberealizace a společenské užitečnosti. Umožňuje člověku navazovat sociální vztahy, uspokojuje jeho potřeby ctižádosti, sebeuplatnění a sebeúcty.

Práce tedy neslouží jen k výrobě hmotných statků nebo vykonávání služeb, ale vede ke vzniku sociálních vztahů a tím pádem umožňuje vést rozhovory, potkávat jiné lidi a uzavírat přátelství. Pracovní vztahy jsou mimo jiné i zdrojem identity člověka o čemž vypovídá i skutečnost, že jednou z nejdůležitějších životních událostí, které ovlivňují životní běh člověka je počátek ekonomické (pracovní) aktivity a její ukončení. Zaměstnání je i vyjádřením společenského vzestupu, takže nezaměstnanost neznámá jen ztrátu dosavadního statusu ve společnosti. Robertson (Buchtová, 2002) uvádí, že i když bezprostředním efektem nezaměstnanosti je pokles příjmů, je pro nezaměstnaného nejbolestnější ztráta vlastní ceny v očích okolí.

Zaměstnání hraje v naší kultuře roli, díky které se může člověk definovat, identifikovat ve společnosti. Veškeré cíle, společenské postavení, sociální kontakty, uspořádání lidského života i jednotlivých dnů mají původ v zaměstnání. Vzdělání je chápáno jako příprava na zaměstnání a volný čas jako regenerace k další práci v zaměstnání. (30)

Giddens (Mareš, 2002 ) shrnuje šest základních charakteristik placené práce, které mají pro život člověka klíčový význam:

1. **Peníze.** Mzda nebo plat jsou hlavním zdrojem uspokojování potřeb a určují i to, jaké potřeby vlastně člověk má.
2. **Úroveň činnosti.** Zaměstnání je klíčovou oblastí pro získávání a zdokonalování dovedností a schopností člověka.
3. **Rozmanitost žití.** Zaměstnání je v přímém kontrastu s domácím prostředím. Nezaměstnanost omezuje člověka jen na prostředí jeho domácnosti.
4. **Struktura času.** Pro zaměstnané osoby se organizace času odvíjí od pracovního rytmu. I když toto může být někdy ubíjející, přináší smysluplné uspořádání denních aktivit.
5. **Sociální kontakt.** Pracovní prostředí často přináší přátelství a příležitost podílet se na širších aktivitách s ostatními lidmi.

6. **Osobní identita.** Zaměstnání je obvykle ceněno i pro stabilní sociální identitu, kterou nabízí. Pro muže je jeho sebeúcta většinou založena na jeho finančním příspěvku (plynoucím ze zaměstnání) pro jeho rodinu

Jahodová (Buchtová, 2002) uvádí pět základních potřeb, které jsou uspokojovány zaměstnáním a jejichž uspokojování nezaměstnanost do značné míry omezuje :

1. vytváří pro zaměstnaného člověka reálnou strukturu času (dne, týdne a roku),
2. umožňuje jedinci se podílet na cílech a účelech které ho přesahují,
3. vymezuje jeho osobní status a osobní identitu,
4. vynucuje řadu aktivit, k nimž bez zaměstnání člověk není motivován. (30)

Ztráta zaměstnání vede k sociální izolaci. Jednak samo zaměstnání (ztracené) je významným zdrojem (ztracených) sociálních kontaktů, jednak jeho ztráta vede k přerušení řady dalších sociálních kontaktů jež s ním přímo nesouvisí. V řadě případů nezaměstnaní vypadávají ze sociálních kontaktů pouze fyzickou nepřítomností. To se týká zejména kontaktů s osobami na bývalém pracovišti, které nejsou nadále udržovány. Jiným motivem omezení sociálních kontaktů může být straně nezaměstnaných pocit vlastní stigmatizace ztrátou zaměstnání.

Náhlá, neočekávaná ztráta práce je v naší kultuře velkým zásahem do života lidí, je dokonce traumatizujícím existenciálním zážitkem. Nedobrovolné vyřazení práce z osobního života člověka má podle našich i zahraničních poznatků průkazné negativní sociální, psychologické, ale i zdravotní důsledky.

Ocitne.li se člověk dlouhodobě bez zaměstnání, ztratí nejsilnější spojení s realitou, což s sebou přináší nejistotu a strach z budoucnosti, později i pochybnost o vlastních schopnostech. Ztráta zaměstnání ve společnosti, kde je placená práce ekvivalentem společenské i osobní hodnoty, může být stresující životní událostí. Ztráta zaměstnání může být navíc vnímána okolím jako selhání nezaměstnaného jedince.

Ztráta zaměstnání a dlouhodobá nezaměstnanost se také odráží v psychickém zdraví. Neúspěšné pokusy sehnat práci vedou k apatii a vyvolávají negativní pocity. Střídání naděje a zklamání na trhu práce přispívá k emocionální labilitě a způsobuje deprese

zejména u lidí bez perspektivy. (13) Beznaděj při hledání zaměstnání se v delším časovém horizontu utužuje a následně vede ke ztrátě cílevědomých aktivit vedoucích ke znovunalezení pracovního uplatnění..

Zvládání situace ztráty zaměstnání je velmi individuální a je podmíněno řadou faktorů. Jednak je podmíněno **odolností konkrétního člověka vůči psychické zátěži** vůbec. Lépe se vyrovnávají se ztrátou zaměstnání ti, kteří hledají příčinu u sebe, ne ve vnějším prostředí. Dále je rozhodující **věk** jedince. Věku odpovídají finanční povinnosti, sociální a rodinná očekávání, touha po kariéře, šance na znovu zaměstnání, potíže zaučít se v novém zaměstnání nebo udržet jednou získané schopnosti a dovednosti. Na celkovou výši nezaměstnanosti nemá rozhodující vliv stupeň dosaženého vzdělání, ale podstatnější je **věk lidí**. Dalšími důležitými faktory je **pohlaví** a **dosažení kvalifikace**. Pohlaví má psychologický a sociální význam. Ztratí-li žena práci, na změnu její role se nahlíží jinak než na změnu role muže jako živitele rodiny. Dosažená kvalifikace má rozhodující roli, protože nekvalifikovaní lidé snadněji přijdou o práci a obtížně ji znovu nacházejí.

Významnou roli ve zvládání ztráty pracovního uplatnění hrají také **finanční možnosti nezaměstnaného**, který je přinucen omezit aktivity volného času z nedostatku finančního zajištění.

**Smysluplná osobní aktivita ve volném čase**, také hraje důležitou roli v době nezaměstnanosti. Zatím co v pracovním životě slouží volný čas především k zotavení z námahy pracovního vyčerpání a k nabrání sil pro další pracovní nasazení, v době ztráty práce se rozsah i smysl této aktivity výrazně mění. Ztrátou zaměstnání nastává značný přírůstek volného času, který by měl být smysluplně využit.

Dalším faktorem hrajícím významnou roli je **délka nezaměstnanosti**. V současnosti se dlouhodobá nezaměstnanost značně rozšířila a stává se i tíživým sociálně politickým problémem s multiplikačním efektem délky nezaměstnanosti: čím déle jsou lidé bez zaměstnání, tím mají menší naději práci opět získat. V České republice představovala dlouhodobá nezaměstnanost podle šetření ministerstva práce a sociálních věcí, v roce 1992 asi 17 % z celku nezaměstnaných. Jen polovinu z nich představovali lidé jejichž šance na uplatnění na volném trhu práce byly nízké (OZP,

matky s dětmi, zcela nekvalifikovaní pracovníci). Situace v roce 1996 zůstala v podstatě nezměněna (22 % dlouhodobě nezaměstnaných z celku nezaměstnaných. (13)

**Dlouhodobá nezaměstnanost** nejvíce postihuje :

- nepružnou, dlouhodobě nezaměstnanou pracovní sílu
- nekvalifikovanou pracovní sílu, osoby s nízkým vzděláním
- osoby s kumulovanými osobními a sociálními handicapy
- příslušníky etnických minorit a imigranty
- obyvatele ze zaostávajících a venkovských oblastí
- **osoby se zdravotním postižením**
- mladistvé, zejména problémové jedince

Dlouhodobá nezaměstnanost má nepříznivé důsledky jak pro společnost tak pro nezaměstnané jedince. K sociálním následkům dlouhodobé nezaměstnanosti pro jedince, jimiž jsou zejména snížení životní úrovně, růst napětí v jeho rodině a ostatních interpersonálních vztazích, deprese, **ztráta motivace** a pocit bezcennosti, přistupují i zvýšené následky, jež pociťuje společnost. Nároky na státní rozpočet (dávky v nezaměstnanosti a další podpory a sociální služby, ztráty na neodvedených daních a daňových úlevách), nárůst sociálně patologických jevů, nestabilita společnosti.

Dlouhodobá nezaměstnanost je sociální událostí, neboť člověk po určité době ztrácí způsobilost být zaměstnán pro:

- 1) ztrátu kvalifikace (nemá možnost účastnit se velmi rychlého procesu získávání zkušeností a znalostí což vede k jeho „dekvalifikaci“)
- 2) ztrátu pracovních návyků („sociální zlenivění“)
- 3) získaný zvyk žít ze sociálních dávek (13)

### *Specifika nezaměstnanosti u lidí se zdravotním postižením v ČR*

Zatím byly uvedeny obecné znaky nezaměstnanosti a její dopady na nezaměstnaného člověka. Nyní bude pozornost zaměřena osoby se zdravotním postižením. Práce není pro většinu osob se zdravotním postižením pouze zdrojem obživy, ale zároveň prostředkem seberealizace s výrazným sociálně - rehabilitačním účinkem. Pro osoby se zdravotním postižením je důležitá především po stránce psychické a podmiňuje jejich pocit celkové společenské integrace. Ztráta zaměstnání představuje pro osobu se zdravotním postižením druhotnou stigmatizaci. Prvotní stigmatizace je spojena s trvalým či chronickým postižením – jde vlastně o sociálně psychologické hodnocení. Stigmatizovaná onemocnění jsou takové odchylky, které mají nežádoucí nápadnosti v sociálních projevech (zevnějšek, komunikace, apod.). Stigmatizace defektu mění roli osoby se zdravotním postižením a do určité míry i její identitu. Existují i vnější symboly prvotní stigmatizace (např. invalidní vozík, bílá hůl,...).

Osoby se zdravotním postižením patří k ohroženým skupinám na trhu práce a mají tedy často těžší postavení než ostatní uchazeči. Důvodem jejich nezaměstnanosti je mnohdy kumulace i několika handicapů. Zdravotní stav, často nižší kvalifikace, vyšší věk, častější absence (krátkodobá pracovní neschopnost občanů se zdravotním postižením dnes přesahuje 40 % a nižší adaptabilita, tj. někdy neschopnost pracovat na plný úvazek, neschopnost pracovat na směny, apod.) (7)

Z výzkumu provedeným Výzkumným ústavem práce a sociálních věcí (1997), se ekonomická motivace k zaměstnávání osob se zdravotním postižením vyplynulo, že obecné příčiny znevýhodněného postavení osob se zdravotním postižením na trhu práce jsou zejména:

- transformace ekonomiky spojená s procesem privatizace a se strukturálními změnami vedla k tvrdším podmínkám na trhu práce, méně zdatní a adaptabilní jedinci jsou vytlačováni na hůře placená pracovní místa

- rozpad řady velkých podniků s „ tradiční péčí o osoby se zdravotním postižením“
- zánik určitých profesí tradičně obsazovaných lidmi se zdravotním postižením v důsledku technického rozvoje
- rozpad valné většiny bývalých výrobních družstev v důsledku neschopnosti těchto družstev obstát v tržní konkurenci a zabezpečit nový výrobní program
- v narůstající konkurenci se postupně zvyšuje ekonomická náročnost chráněných dílen a pracovišť
- stávající motivace (včetně finanční) k zaměstnávání osob se zdravotním postižením je málo účinná a to jak na straně jich samotných, tak i na straně zaměstnavatelů

*Legislativní úprava zaměstnávání osob se zdravotním postižením v ČR podle zákoníku práce a předpisů o zaměstnanosti*

*Nový zákon o zaměstnanosti č.435/2004 Sb.*

Zaměstnávání občanů se zdravotním postižením je v ČR upraveno zákonem 435/2004 Sb., o zaměstnanosti. Problematice zaměstnávání osob se zdravotním postižením je věnována celá III. část , tedy § 67-§ 84

V souvislosti s problematikou zaměstnávání osob se zdravotním postižením zákon č.435/2004 Sb., o zaměstnanosti:

- definuje fyzické osoby se zdravotním postižením, jímž se poskytuje ochrana na trhu práce



- upravuje povinnosti zaměstnavatele při vytváření pracovních příležitostí pro tyto osoby
- formuluje sankce vůči zaměstnavatelům při nedodržení podmínek při zaměstnávání osob se zdravotním postižením
- vymezuje pravidla alternativních způsobů naplňování podmínek zaměstnávání těchto osob
- definuje osoby zdravotně znevýhodněné
- stanovuje závazky státu vůči zaměstnavateli, který zaměstnává osoby se zdravotním postižením

#### *Vymezení pojmu občan se zdravotním postižením ve vztahu k jejich zaměstnávání*

Zákon č 435/2004 Sb., o zaměstnanosti vymezuje termín „osoba se zdravotním postižením“, kterým je nahrazen dřívější termín „osoba se změněnou pracovní schopností“ definovaný v předešlém zákoně č. 1/1991 Sb., o zaměstnanosti. Tato nová definice se přizpůsobuje terminologii používané v Evropě.

Okruh osob se zdravotním postižením se proti dřívější právní úpravě rozšiřuje.

Osobami se zdravotním postižením jsou fyzické osoby, které jsou:

- **orgánem sociálního zabezpečení uznány plně invalidními (jde o osoby s těžším zdravotním postižením, dříve osoby se změněnou pracovní schopností s těžším postižením)**
- orgánem sociálního zabezpečení uznány částečně invalidními (dříve osoby se změněnou pracovní schopností)
- rozhodnutím orgánu sociálního zabezpečení uznány zdravotně znevýhodněnými (jde o osoby tzv. zdravotně znevýhodněné)

Rozšíření okruhu osob se zdravotním postižením spočívá ve skutečnosti, že na rozdíl od dřívější právní úpravy nebude u osob plně invalidních podstatné, zda byly uznány plně invalidními podle § 39 písm. a) nebo b) zákona č.155/1995., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů.

Osobou s těžším zdravotním postižením je občan, u něhož z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu poklesla jeho schopnost soustavné výdělečné činnosti nejméně o 66 % a tudíž byl uznán plně invalidní podle § 39 písm. a) zákona 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění (tyto osoby podle zákona č.1/1991., O zaměstnanosti nepatřili do kategorie osob se ZPS). Osoba uznaná plně invalidní podle § 39 písm a) zmíněného zákona dříve nemohla být podle zákona uchazečem o zaměstnání, což přinášelo v praxi komplikace se zaměstnáváním těchto lidí.

Lidé po úraze míchy získávají statut osoby s těžším zdravotním postižením. Tímto statutem se rozumí občan, který je v důsledku svého zdravotního postižení schopen soustavné výdělečné činnosti jen za zcela mimořádných podmínek a je uznán plně invalidním podle § 39 písm. b) zákona 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění.

#### *Zaměstnávání plně invalidních osob*

Tyto osoby požívají podle zákona o zaměstnanosti, jakožto osoby s těžším zdravotním postižením, mnohé výhody. Větších výhod se však dostává zejména těm zaměstnavatelům, kteří tyto osoby chtějí zaměstnat. Kromě daňových výhod, se jedná zejména o různé příspěvky a dotace. Pro plnění povinného podílu je plně invalidní zaměstnanec, jakožto osoby s těžším zdravotním postižením, **započítáván třikrát**.

Zatímco pro počítání plnění povinného podílu se osoba plně invalidní započítává třikrát, pak např. pro příspěvky a dotace u chráněných dílen, je tato osoba započítávána **pouze jednou**.

### *Prokazování statutu osob se zdravotním postižením*

Plně invalidní osoba prokazuje svůj statut rozhodnutím České správy sociálního zabezpečení nebo potvrzením okresní (Pražské) správy sociálního zabezpečení o tom, že byla uznána osobou plně invalidní, nebo Rozhodnutím o přiznání plného invalidního důchodu.

Zdravotní postižení pro účely sledované zákonem o zaměstnanosti se neprokazuje žádnou průkazkou TP nebo ZTP/P. Tyto průkazy jsou vydávány obecními úřady obcí s rozšířenou působností (před 1. Lednem 2003 okresními úřady) podle vyhlášky 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení, a jsou podkladem pro poskytování mimořádných výhod občana. Ani výměnný list ošetřujícího lékaře, že občan je zdravotně postižen, není dostačující. Tato skutečnost musí být vždy doložena **rozhodnutím** orgánu státní správy.

Zákon o zaměstnanosti v přechodných a závěrečných ustanoveních upravuje platnost stávajících dokladů o změně pracovní schopnosti a změně pracovní schopnosti s těžším zdravotním postižením.. Podle § 148 odst. 7 a 8 se fyzické osoby, které byly rozhodnutím okresních správ sociálního zabezpečení uznány osobou se změněnou pracovní schopností, po dobu platnosti tohoto rozhodnutí, ale maximálně po dobu 3 let (tj. do října 2007) ode dne nabytí účinnosti zákona, budou považovat za osoby zdravotně znevýhodněné podle nového zákona o zaměstnanosti č. 435/2004 Sb.

### *Pracovně právní ochrana občanů se zdravotním postižením*

Občané se zdravotním postižením mají v pracovním procesu stejná práva a povinnosti jako ostatní pracovníci. Zákoník práce však tyto zaměstnance vzhledem k jejich zdravotnímu stavu a sociálnímu postavení zvýhodňuje.

K uzavření pracovního poměru musí však mít zdravotně postižený občan způsobilost k právům a povinnostem a k právním úkonům.

Před vstupem do pracovního poměru může zaměstnavatel požadovat v souladu s § 28 zákoníku práce vstupní lékařskou prohlídku zaměstnance.

Zákoník práce (zákon č. 65/1965 Sb., v platném znění) obsahuje několik ustanovení, v nichž je zvláště upraveno postavení pracovníků se zdravotním postižením.

Podle § 148 zákoníku práce jsou zaměstnavatelé povinni zaměstnávat zaměstnance se zdravotním postižením na vhodných pracovních místech a umožňovat jim výcvikem, nebo studiem získání potřebné kvalifikace, jakož i pečovat o její zvyšování. Zaměstnavatelé jsou dále povinni vytvářet takové podmínky, aby tito zaměstnanci měli možnost co nejširšího a trvalého pracovního uplatnění. Také by měli zlepšovat vybavení pracovišť aby mohli zaměstnanci se zdravotním postižením dosahovat pokud možno stejných pracovních výsledků jako ostatní zaměstnanci a aby jim byla práce co nejvíce usnadněna.

Parlament České republiky schválil tzv. "euronovelu" zákoníku práce, která vyšla ve sbírce zákonů pod číslem 46/2004 a nabyla účinnosti dnem 1.3.2004. Hlavním cílem novely je promítnout kritéria nově přijatých směrnic Evropského společenství (ES) do českého pracovního práva a dosáhnout tak plné slučitelnosti zákoníku práce s právem ES. V novele zákoníku práce je stanoven striktní zákaz přímé i nepřímé diskriminace mimo jiné také z důvodu zdravotního stavu s tím, že za diskriminaci se považuje i podněcování, navádění nebo vyvolávání nátlaku směřujícího k diskriminaci. Přesnějším vymezením jednotlivých diskriminačních znaků se vytváří příznivější podmínky pro uplatňování rovného zacházení.

#### *Vznik a ukončení pracovního poměru osob se zdravotním postižením*

**Vznik** pracovního poměru s občany se zdravotním postižením je stejný jako u občanů ostatních. Pracovní poměr se zakládá zpravidla pracovní smlouvou.

Zaměstnavatel s nimi může sjednávat zkušební dobu i pracovní poměr, na dobu určitou, aniž by o to písemně požádali.

**Ukončení** pracovního poměru probíhá od 1.3.2004 bez souhlasu úřadu práce:

- **Zrušení pracovního poměru ve zkušební době**
- **Ukončení pracovního poměru dohodou**
- **Okamžité zrušení pracovního poměru podle § 53 zákoníku práce**

U vedlejších pracovních poměrů ani u dohod konaných mimo pracovní poměr není rovněž k výpovědi potřeba předchozího souhlasu úřadu práce.

Předchozí souhlas úřadů práce k výpovědím zdravotně postižených zaměstnanců byl zrušen. Zaměstnavatel může použít jakýkoliv výpovědní důvod podle zákoníku práce, nebo může ukončit pracovní poměr se zdravotně postiženým zaměstnancem po vzájemné dohodě i bez uvedení důvodu. Při výpovědích podle § 46 odst.1 písm. a) až d) zákoníku práce je zaměstnavatel povinen účinně napomáhat při získání nového zaměstnání, což při případném soudní sporu musí dokázat. Pouze při výpovědi podle § 46 odst. 1 písm., c) zákoníku práce je zaměstnavatel povinen zajistit zaměstnanci se zdravotním postižením nové vhodné zaměstnání (§ 47 odst. 2 zákoníku práce). Výpovědní doba skončí teprve tehdy až zaměstnatel tuto povinnost splní, pokud se nedohodne se zaměstnancem jinak. Zaměstnavatel musí nabízet místa volná a vhodná.

**Vhodným zaměstnáním**, pokud zákon o zaměstnanosti nestanoví jinak, je zaměstnání:

- které zakládá povinnost odvádět pojistné na důchodové pojištění a příspěvek na státní politiku zaměstnanosti,
- jehož délka pracovní doby činí nejméně 80 % stanovené týdenní pracovní doby ,
- které je sjednáno na dobu neurčitou, nebo na dobu určitou delší než 3 měsíce a které odpovídá způsobilosti fyzické osoby a pokud možno její kvalifikaci, schopnostem, dosavadní délce doby zaměstnání, možnosti ubytování a dopravní dosažitelnosti zaměstnání.

Žádný předpis o zaměstnanosti neřeší vhodnost zaměstnání z hlediska finančního ani z hlediska možných výběrů z více nabídnutých zaměstnání. Zaměstnavateli tedy postačí nabídnout jedno vhodné zaměstnání i za méně peněz.

Pokud takové místo zaměstnanec odmítne bez vážného důvodu (vážné důvody jsou uvedeny v § 5 písm. c) zákona o zaměstnanosti), nabídková povinnost zaměstnavatele končí (§ 47 odst. 3. zákoníku práce).

#### *Odměňování zaměstnanců se zdravotním postižením*

Nařízením vlády č. 513/2005 Sb., bylo stanoveno dvojí zvýšení minimální mzdy v roce 2006 a to s účinností od 1.ledna 2006 a s účinností od 1. Července 2006. Tato se vztahuje na všechny zaměstnance v pracovním nebo obdobném vztahu. Nevztahuje se na činnosti mimo pracovní poměr. Prostřednictvím kolektivních smluv může být dohodnuta minimální mzda vyšší.

Při čtyřicetihodinové týdenní pracovní době činí minimální mzda od 1.července 2006 48,10 Kč na hodinu a 7 .955 Kč měsíčně. Úměrně se snižuje v souvislosti s délkou pracovního úvazku zaměstnance .

Minimální mzda pro zaměstnance . který je poživatелеm částečného invalidního důchodu činí 75 % ze základní částky, tj. 36,10 Kč na hodinu, u poživatelů plného invalidního důchodu činí 50 % základní částky, tj. 24,10 Kč na hodinu. Zaměstnavatel je povinen do výše minimální mzdy zaměstnance doplatit bez ohledu na to, zda jeho výkonnost je zaviněně nebo nezaviněně nižší.

#### *Povinný podíl OZP na celkovém počtu zaměstnanců (§ 81 zák č..435/2004, Sb)*

Povinnost zaměstnávat osoby se zdravotním postižením má zaměstnavatel, který zaměstnává v průměrném ročním přepočteném počtu více než 25 zaměstnanců v pracovním poměru. Tento povinný podíl činí 4%.

Výše uvedenou povinnost zaměstnavatelé plní:

a) zaměstnáváním v pracovním poměru,

- b) odebíráním výrobků nebo služeb od zaměstnavatelů zaměstnávajících více než 50 % zaměstnanců, kteří jsou osobami se zdravotním postižením, nebo zadáváním zakázek těmto zaměstnavatelům nebo odebíráním výrobků chráněných pracovních dílen provozovaných občanským sdružením, státem registrovanou církví nebo náboženskou společností nebo církevní právnickou osobou, nebo obecně prospěšnou společností, nebo zadáváním zakázek těmto subjektům nebo odebíráním výrobků nebo služeb od osob se zdravotním postižením, které jsou osobami samostatně výdělečně činnými a nezaměstnávají žádné zaměstnance, nebo zadáváním zakázek těmto osobám, nebo
- c) odvodem do státního rozpočtu,

Všechny uvedené způsoby mohou zaměstnavatelé kombinovat

Výše uvedená povinnost se nevztahuje na zaměstnávání příslušníků a vojáků z povolání ve služebním poměru, zaměstnanců obce zařazených do obecní policie, na Český Báňský úřad a obvodní báňské úřady, pokud jde o zaměstnávání báňských inspektorů. Na zaměstnavatele těchto skupin se rovněž nevztahuje povinnost hlásit úřadu práce volná pracovní místa.

Způsob výpočtu průměrného ročního přepočteného počtu zaměstnanců a výpočtu plnění povinného podílu stanoví ministerstvo prováděcím právním předpisem (vyhláška č. 518/2004)

#### *Společensky účelná pracovní místa*

Tato pracovní místa zaměstnavatel nově zřizuje nebo vyhrazuje za účelem jejich obsazení uchazeči o zaměstnání. Existující společensky účelné pracovní místo může zaměstnavatel vyhradit pro konkrétního uchazeče o zaměstnání.

Tato pracovní místa jsou zřízena a vyhrazována na základě dohody s úřadem práce. Mohou být obsazována jen uchazeči o zaměstnání, kteří jsou vedeni v evidenci úřadu práce a kterým nelze zajistit pracovní uplatnění jiným způsobem.

Úřad práce může zřídit společensky účelné pracovní místo i s uchazečem o zaměstnání, který se zaváže vykonávat samostatně výdělečnou činnost.

Formy příspěvku na společensky účelná pracovní místa:

- návratná finanční pomoc,
- příspěvek na úhradu úroků z úvěru,
- jiný účelově určený příspěvek.

Výše příspěvku je odvozena od míry nezaměstnanosti.

*Rekvalifikace (§ 108 zák.č. 435/2004 Sb.)*

Rekvalifikací se rozumí získání nové kvalifikace a zvýšení, rozšíření nebo prohloubení dosavadní kvalifikace, včetně jejího udržování nebo obnovování. Za rekvalifikaci se považuje i získání kvalifikace pro pracovní uplatnění fyzické osoby, která dosud žádnou kvalifikaci nezískala. Při určování obsahu a rozsahu rekvalifikace se vychází z dosavadní kvalifikace, zdravotního stavu, schopností a zkušeností fyzické osoby, která má být rekvalifikována formou získání nových teoretických znalostí a praktických dovedností v rámci dalšího profesního vzdělávání.

Rekvalifikaci může provádět pouze akreditované zařízení a vzdělávací nebo zdravotnické zařízení, které má akreditované vzdělávací programy. Akreditovaným zařízením, vzdělávacím nebo zdravotnickým zařízením s akreditovanými vzdělávacími programy se rozumí vzdělávací zařízení podle zvláštních právních předpisů nebo zařízení, popřípadě ke vzdělávání určený útvar zaměstnavatele, které získají akreditaci Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy podle podmínek stanovených v prováděcím právním předpise vydaném Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy



v dohodě s ministerstvem, a zdravotnické zařízení podle podmínek určených Ministerstvem zdravotnictví podle zvláštního právního předpisu.

Úřady práce mohou hradit náklady na rekvalifikaci jednak uchazečům a zájemcům o zaměstnání, jednak zaměstnavatelům na základě dohody. Rozsah a obsah rekvalifikace musí odpovídat individuálním schopnostem a zkušenostem fyzické osoby. Při zařazování do rekvalifikace je nutné přihlídnout ke zdravotnímu stavu, schopnostem a zkušenostem uchazeče nebo zájemce o zaměstnání. Uchazeč o zaměstnání nemusí žádat o podporu v rekvalifikaci, úřad práce o ní rozhodně automaticky ze zákona. Zájemce o zaměstnání podporu při rekvalifikaci neobdrží.

Vyhláška č. 519/2004 Sb., stanoví formy rekvalifikace a upřesňuje druhy nákladů na rekvalifikaci, které je možné hradit úřady práce.

Pro osoby se zdravotním postižením mohou být organizovány specializované rekvalifikační kurzy. Tyto kurzy jsou uskutečňovány za stejných podmínek jako rekvalifikace (§ 109 zák. č. 435/2004 Sb.)

Osobě se zdravotním postižením, která nepobírá dávky nemocenského pojištění, starobní důchod nebo mzdu (plat) nebo náhradu mzdy (platu), náleží na základě rozhodnutí úřadu práce po dobu konání těchto kurzů podpora při rekvalifikaci. Podpora při rekvalifikaci náleží i v případě, že tato osoba není vedena v evidenci uchazečů o zaměstnání.

#### *Výhody a příspěvky pro zaměstnavatele*

#### *Chráněné pracovní místo a chráněná pracovní dílna ( § 75 zák. č. 435/2004 Sb.)*

Chráněné pracovní místo je pracovní místo vytvořené zaměstnavatelem pro osobu se zdravotním postižením na základě písemné dohody s úřadem práce. Chráněné pracovní místo musí být provozováno po dobu nejméně 2 let ode dne sjednaného v

dohodě. Na vytvoření chráněného pracovního místa může poskytnout úřad práce zaměstnavateli

Příspěvek na vytvoření chráněného pracovního místa pro osobu se zdravotním postižením může činit maximálně osminásobek a pro osobu s těžším zdravotním postižením maximálně dvanáctinásobek průměrné mzdy v národním hospodářství za první až třetí čtvrtletí předchozího kalendářního roku. Vytváří-li zaměstnavatel na základě jedné dohody s úřadem práce 10 a více chráněných pracovních míst, může příspěvek na vytvoření jednoho chráněného pracovního místa pro osobu se zdravotním postižením činit maximálně desetinásobek a pro osobu s těžším zdravotním postižením maximálně čtrnáctinásobek výše uvedené průměrné mzdy.

*Příspěvek na podporu zaměstnávání osob se zdravotním postižením (§78 zák. č. 435/2004 Sb.)*

Jedná se o nárokový příspěvek. O příspěvek musí zaměstnavatel požádat nejpozději do konce kalendářního měsíce následujícího po uplynutí kalendářního čtvrtletí. Pokud zaměstnavatel o tento příspěvek nepožádá v zákonném termínu, ztrácí na něj nárok.

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

Výše příspěvku činí měsíčně:

a) 0,66 násobku průměrné měsíční mzdy v národním hospodářství za první až třetí čtvrtletí předchozího kalendářního roku za každou zaměstnanou osobu s těžším zdravotním postižením [§ 67 odst. 2 písm. a)],

b) 0,33 násobku průměrné měsíční mzdy v národním hospodářství za první až třetí čtvrtletí předchozího kalendářního roku za každou jinou zaměstnanou osobu se zdravotním postižením [§ 67 odst. 2 písm. b) a c)].

Výši průměrné mzdy za první až třetí čtvrtletí předchozího kalendářního roku vyhlásí MPSV na základě údajů Českého statistického úřadu sdělením uveřejněným ve Sbírce zákonů.

Příspěvek se poskytuje čtvrtletně zpětně na základě žádosti zaměstnavatele. Součástí žádosti je doložení celkového průměrného přepočteného počtu všech zaměstnanců, zaměstnanců, kteří jsou osobami se zdravotním postižením, a zaměstnanců, kteří jsou osobami s těžším zdravotním postižením. Nárok musí být doložen nejpozději do konce kalendářního měsíce následujícího po uplynutí kalendářního čtvrtletí. Příspěvek je splatný nejpozději do 30 kalendářních dnů ode dne doručení žádosti příslušnému úřadu práce.

Podmínky udělení příspěvku upravují odstavce 5–9 § 78 zák. č. 435/2004 Sb.

#### *Práva a povinnosti zaměstnavatelů a spolupráce s úřady práce*

*Zaměstnavatelé jsou oprávněni požadovat od úřadu práce (§79 zák. č. 435/2004 Sb.)*

- a) informace a poradenství v otázkách spojených se zaměstnáváním osob se zdravotním postižením,
- b) součinnost při vyhrazování pracovních míst vhodných pro osoby se zdravotním postižením,
- c) spolupráci při vytváření vhodných pracovních míst pro tyto osoby,
- d) spolupráci při řešení individuálního přizpůsobování pracovních míst a pracovních podmínek pro osoby se zdravotním postižením.

*Zaměstnavatelé jsou povinni (§ 80 zák. č. 435/2004 Sb.)*

- a) u oznamovaných volných míst podle § 35 sdělit úřadu práce, zda se jedná o pracovní místo vyhrazená pro osobu zdravotně postiženou,
- b) u volných pracovních míst informovat, zda jsou vhodná pro osoby se zdravotním postižením,
- c) ve spolupráci s lékařem závodní preventivní péče rozlišovat vhodná pracovní místa pro zdravotně postižené osoby, individuálně tato místa přizpůsobovat a podle pracovních podmínek je vyhrazovat pro osoby se zdravotním postižením,
- d) spolupracovat s úřadem práce při zajištění pracovní rehabilitace,
- e) vést evidenci zaměstnávaných osob se zdravotním postižením; evidence obsahuje údaje o důvodu, na základě kterého byla uznána osobou se zdravotním postižením [§ 67 odst. 2 písm. a) až c)],
- f) vést evidenci pracovních míst, která jsou pro osoby se zdravotním postižením vyhrazena.

*Příspěvek na dopravu zaměstnanců (§ 115 zák.č. 435/2004 Sb.)*

Příspěvek na dopravu zaměstnanců může úřad práce poskytnout zaměstnavateli na základě s ním uzavřené dohody, pokud zaměstnavatel zabezpečuje každodenní dopravu svých zaměstnanců do zaměstnání a ze zaměstnání v případech, kdy hromadnými dopravními prostředky prokazatelně není provozována doprava vůbec nebo v rozsahu odpovídajícím potřebám zaměstnavatele. Příspěvek může být poskytnut i v případě, kdy zaměstnavatel zajišťuje dopravu svých zaměstnanců s těžším

zdravotním postižením, kteří vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nemohou využít dopravy hromadnými dopravními prostředky.

Pro účely poskytnutí příspěvku na dopravu se zaměstnavatelem rozumí i zaměstnavatel-dopravce, který má závazek veřejné služby, avšak dopravní obslužnost není, s ohledem na zajištění dopravy jeho zaměstnanců do zaměstnání, dostatečně zajištěna.

Příspěvek se poskytuje maximálně ve výši 50 % nákladů vynaložených na dopravu zaměstnanců. U zvláštní dopravy zaměstnanců s těžším zdravotním postižením se příspěvek poskytuje ve výši 100 % nákladů.

#### *Příspěvek při přechodu na nový podnikatelský program (§ 117 zák. č. 435/2004 Sb.)*

Příspěvek při přechodu na nový podnikatelský program může úřad práce poskytnout zaměstnavateli na základě s ním uzavřené dohody, pokud zaměstnavatel přechází na nový podnikatelský program a z tohoto důvodu nemůže zabezpečit pro své zaměstnance práci v rozsahu stanovené týdenní pracovní doby.

Příspěvek lze poskytovat na částečnou úhradu náhrady mzdy, která zaměstnancům přísluší podle pracovněprávních předpisů. Příspěvek lze poskytovat maximálně po dobu 6 měsíců. Měsíční příspěvek na jednoho zaměstnance může činit nejvýše polovinu minimální mzdy.

#### *Příspěvek na zapracování (§ 116 zák. č. 435/2004 Sb.)*

Na základě písemné dohody uzavřené mezi úřadem práce a zaměstnavatelem může úřad práce poskytnout zaměstnavateli na mzdy příspěvek na zapracování, maximálně však polovinu minimální mzdy na zaměstnance pověřeného zapracováním. Minimální mzda ke dni 1.7.2006 činí 7 955 Kč, příspěvek může tedy činit maximálně 3 977,50 Kč.

Příspěvek na zapracování se poskytuje jednorázově, a to zpětně za celé sjednané období, a je splatný do 30 kalendářních dnů po předložení písemné informace o průběhu zapracování. Příspěvek se neposkytuje za dobu nepřítomnosti zapracovávané osoby v práci.

#### *Překlenovací příspěvek (§ 114 zák. č. 435/2004)*

Tento příspěvek může být poskytnut vedle příspěvku na zřízení společensky účelného pracovního místa. Překlenovací příspěvek poskytne úřad práce na základě dohody s osobou, která přestala být uchazečem o zaměstnání a začala vykonávat samostatně výdělečnou činnost. Příspěvek poskytuje úřad práce nejdéle po dobu 3 měsíců, a to ve výši částky poloviny životního minima platného ke dni uzavření dohody. K 1. březnu 2005 je životní minimum pro jednotlivce staršího 26 let 4 300 Kč. Příspěvek tedy může činit maximálně 2 150 měsíčně.

Překlenovací příspěvek se poskytuje jednorázově za celé dohodnuté období a je splatný do 30 dnů po uzavření dohody o poskytnutí tohoto příspěvku..

### **1.7 Dokumenty ČR týkající se zaměstnávání osob se zdravotním postižením**

#### **1.7.1 Národní plán vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením**

Ačkoliv v oblasti rehabilitace dosud chybí přizpůsobení a doplnění potřebné legislativy, podařilo se v České republice v květnu 1991 ustavit Vládní výbor pro zdravotně postižené občany, který krátce po svém vzniku vypracoval Národní pomoci zdravotně postiženým občanům (dále NPP, schválený vládou ČR 29.června 1992). O rok později vypracoval Vládní výbor aktualizaci Národního plánu pod názvem Národní plán opatření pro snížení negativních důsledků zdravotních postižení (dále NPO, schválený vládou ČR 8.9.1993).

V roce 1998 vznikl třetí dokument Vládního výboru nazvaný Národní plán vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením (dále NPV, schválený vládou ČR 14.4.1998).

Obsahem NPO a NPV jsou opatření pro občany se zdravotním postižením, jejichž základem je již nová koncepce rehabilitace dosud nezakotvená v právních předpisech, ale prosazující se přímo v praxi, např. právě ve zdravotnictví prostřednictvím rehabilitačních center, byť zde pomalu a nesystémově. Vytvoření a fungování systému ucelené rehabilitace musí vycházet ze Standardních pravidel pro vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením, která byla schválena Valným shromážděním OSN v roce 1993.

Národní plán vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením je dosud považován za státní koncepci podpory lidí se zdravotním postižením, jeho plnění každoročně kontroluje vláda ČR. Tento Národní plán zachovává původní strukturu (tj. charakteristika problému, cíl, kterého má být dosaženo, jasně formulovaná opatření včetně odpovědného resortu a termín plnění) avšak zároveň reflektuje formu mezinárodních dokumentů. Jeho aktualizovaná verze schválená usnesením vlády č.545 ze dne 29.5.2002 ukládá ministerstvu práce a sociálních věcí mj. povinnost předložit legislativní zakotvení podporovaného zaměstnávání. Tento bod však v současné době nebyl splněn.

Problematika zaměstnanosti osob se zdravotním postižením je v tomto dokumentu nahlížena z pohledu konkurenčního prostředí tržní ekonomiky, které nevyhnutelně způsobuje úbytek pracovních příležitostí pro tyto občany.

### ***1.7.2 Národní akční plán zaměstnanosti na léta 2004-2006***

Jednou z priorit, kterou stanovila vláda ČR v Národním akčním plánu zaměstnanosti na léta 2004-2006 je podpora osob znevýhodněných na trhu práce a boj proti jejich diskriminaci. Právní úprava zabezpečení rovného zacházení a ochrany před diskriminací dosud neodpovídá v českém právním v řadě oblastí požadavkům ES. Dosavadní úprava je koncepčně roztržštěná a projevuje se odlišným rozsahem

povinností i nároků v oblasti zabezpečování rovného zacházení. Vláda proto usnesením č.931 ze dne 22. září 2003 schválila návrh věcného záměru zákona o zajištění rovného zacházení a ochraně před diskriminací. Připravovaný návrh zákona implementuje řadu směrnic ES včetně směrnice č. 2000/78 ES, kterou se stanoví obecný rámec pro rovné zacházení v zaměstnání a povolání.

Národní akční plán v kapitole II., ve které jsou uvedeny reakce národní politiky zaměstnanosti na priority hlavních směrů politiky EU a na specifické doporučení Rady k České republice uvádí v rámci sedmé priority (tj. podpora osob znevýhodněných na trhu práce a boj proti jejich diskriminaci), že v ČR dosud chybí právní podoba jednotného uceleného systému rehabilitace osob se zdravotním postižením. Stávající právní předpisy nevytvářejí dostatečný legislativní prostor a podmínky, resp. podporu pro vytvoření vzájemné provázanosti a potřebné návaznosti a ucelenosti jednotlivých oblastí rehabilitace. Právní zakotvení ucelené rehabilitace bylo proto vypracováno v návrhu zákona o rehabilitaci osob se zdravotním postižením (usnesení vlády ČR č. 547 ze dne 4. června 2003 byl ve spolupráci MPSV, MZ, MŠMT, Vládního výboru pro zdravotně postižené občany a Národní rady zdravotně postižených v ČR vypracován věcný záměr zákona o rehabilitaci osob se zdravotním postižením).

Zároveň byl vládou uložen nový národní plán pro podporu a integraci občanů se zdravotním postižením. (25)

### ***1.7.3 Střednědobá koncepce státní politiky zaměstnanosti vůči občanům se zdravotním postižením***

Cílem státní politiky vůči občanům se zdravotním postižením vláda stanovila ve **Střednědobé koncepci státní politiky vůči občanům se zdravotním postižením**, kterou schválila usnesením č. 605 ze dne 16. června 2004. Jednou z cílových oblastí dokumentu je i zaměstnanost a zaměstnávání osob se zdravotním postižením, ve které je stanoveno jedenáct dílčích úkolů a opatření včetně legislativní a organizační úpravy systému tzv. podporovaného zaměstnávání. Tento nástroj má být specifický zejména pro "kategorie občanů se zdravotním postižením, kteří jsou těžko umístitelní na trhu



práce při užití stávajících způsobů podpory.“ Dalším ze zmíněných úkolů je „analyzovat možnost odstranění systému krácení a odebrání částečného invalidního důchodu při souběhu s jistou výší hranice příjmu. Toto opatření by mělo výrazněji motivovat osoby se zdravotním postižením k ekonomické aktivitě. Koncepce uvádí v rámci dílčích cílů v oblasti zaměstnanosti i „možnost vzniku a podpory sociálních družstev jako jednoho z typů sociální ekonomik ověřených v zahraničí.“

## **1.8 Mezinárodní dokumenty týkající se zaměstnávání osob se zdravotním postižením**

### **1.8.1 Úmluva o rehabilitaci a zaměstnávání osob se zdravotním postižením č. 159**

V roce 1983 přijala Mezinárodní organizace práce Úmluvu o rehabilitaci a zaměstnávání osob se zdravotním postižením č. 159. V naší republice vstoupila v platnost v roce 1986. Jsou v ní stanoveny základní zásady pro politiku zaměstnávání osob se zdravotním postižením.

Úmluva se skládá ze čtyř částí. Část I. Vymezuje pojem zdravotně postižená osoba a pojetí pracovní rehabilitace. Část II. stanovuje principy národní politiky pro pracovní rehabilitaci a zaměstnávání občanů se zdravotním postižením, které mají být založeny na principu rovnosti příležitostí mezi postiženými a ostatními pracovníky. Část III. doporučuje vnitrostátní opatření pro rozvoj pracovní rehabilitace a služeb pro občany se zdravotním postižením. V části IV. jsou určena závěrečná ustanovení týkající se samotného provedení ratifikace a podávání zpráv o provádění této Úmluvy.

V souladu s textem úmluvy je po státech, které ji ratifikovaly požadováno, aby formulovaly, prováděly a pravidelně kontrolovaly národní politiku v oblasti rehabilitace a zaměstnávání lidí se zdravotním postižením a aby podporovaly jejich pracovní příležitosti na otevřeném trhu práce. Zároveň mají státy přijímat opatření za účelem poskytování poradenství pro volbu povolání a zprostředkování pracovního umístění

Se zmíněnou úmluvou souvisí **Doporučení o pracovní rehabilitaci zdravotně postižených osob č.99** z roku 1955 a **Doporučení o pracovní rehabilitaci a zaměstnávání č.168** z roku 1983.

Tato doporučení navrhují opatření pro zlepšení příležitostí zaměstnávání osob se zdravotním postižením. Definiují pracovní rehabilitaci jako souvislý a koordinovaný proces, který zahrnuje jednotlivé služby zdravotní, psychologické, sociální, vzdělávací, poradenství pro volbu povolání, odborné zaškolení a umístování pracovního místa. Také mluví o finanční podpoře, která má být státem vyplácena zaměstnavatelům na přizpůsobení pracovního místa, nástroje, pomůcky a zařízení pro pracovníka se zdravotním postižením. Zároveň mají být podporovány nevládní organizace, které poskytují rehabilitační a vzdělávací služby a také provádějí začleňování postižených občanů do pracovních míst. Mají být eliminovány architektonické bariéry.

### ***1.8.2 Standardní pravidla pro vyrovnávání příležitostí (Standard Rules on Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities)***

Standardní pravidla pro vyrovnávání příležitostí již byla zmíněna v kapitole o sociální rehabilitaci. Hrají ovšem důležitou roli v rámci zaměstnávání osob se zdravotním postižením, proto je vhodné seznámit se s nimi podrobněji.

Standardní pravidla pro vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením (dále jen Standardní pravidla) byla schválena Valným shromážděním OSN v roce 1993. Představují velmi důležitý dokument, který mohou organizace zdravotně postižených osob využít při kampaních za rovnoprávnost. Nejsou sice právním dokumentem, ale znamenají silný morální politický závazek ratifikujících států podniknout akce pro vyrovnání příležitostí. Jsou v nich zahrnuty principy odpovědnosti, aktivity a spolupráce.

Standardní pravidla formulují pravidla odstraňování všech forem diskriminace osob se zdravotním postižením, Byla vypracována na základě zkušeností získaných během dekády zdravotně postižených a vychází z Všeobecné deklarace lidských práv a svobod, Mezinárodní úmluvy o hospodářských, sociálních a kulturních právech,

Mezinárodní úmluvy o občanských a politických právech, Úmluvy o právech dítěte, Úmluvy o odstranění všech forem diskriminace žen a Světového programu akcí, týkajících se zdravotně postižených osob. Standardní pravidla jsou rozdělena do čtyř kapitol, které navazují na úvod a preambuli.

Úvod obsahuje stručný popis postavení zdravotně postižených osob z celosvětového pohledu, informuje o obsahu a cílech Standardních pravidel.

V úvodu je doporučeno používat pojmy zdravotního postižení podle mezinárodní klasifikace poruch, disabilty a handicapu (ICIDH). Dále je v úvodu vymezen pojem rehabilitace. „Rehabilitace je proces, jehož cílem je umožnit osobám se zdravotním postižením, aby dosáhly a zachovaly si optimální fyzickou, smyslovou, intelektovou, psychickou a sociální úroveň funkcí, tedy poskytnout jim prostředky pro změnu jejich života k dosažení vyšší úrovně nezávislosti. Rehabilitace může zahrnovat opatření k zajištění a obnově funkcí nebo opatření kompenzující ztrátu nebo absenci funkce nebo funkční omezení. (34)

Preambule standardních pravidel se zmiňuje o základních úkolech členských států na podporu vyšší životní úrovně, **plné zaměstnanosti** a ekonomického a sociálního pokroku pro všechny občany. Opakovaně potvrzuje angažovanost pro lidská práva a základní svobody, sociální spravedlnost, důstojnost a cenu lidské osobnosti.

První kapitola se zabývá čtyřmi zásadními předpoklady rovnoprávného zapojení

#### 1. Zvyšování uvědomění

„Státy by měly vyvíjet činnost zvyšující společenské vědomí o osobách se zdravotním postižením, jejich právech, potřebách, schopnostech a přínosu“ a to výchovnými programy, informačními kampaněmi, hromadnými sdělovacími prostředky.

#### 2. Léčebná péče

„Státy by měly osobám se zdravotním postižením zajistit poskytování efektivní léčebné péče“ a to prostřednictvím multidisciplinárních týmů, adekvátně vyškoleným zdravotnickým personálem a poskytnutím léčby a léků, které mohou přispět k zachování nebo zlepšení úrovně funkcí.

### 3. Rehabilitace

„Státy by měly zajistit poskytování rehabilitačních potřeb pro osoby se zdravotním postižením, aby dosáhly a udržely si optimální úroveň nezávislosti a funkcí.“

Toto pravidlo se zmiňuje o rozvoji národních rehabilitačních programů pro všechny zdravotně postižené osoby, které jsou založeny na individuálních potřebách a principech plné účasti a rovnoprávnosti. Programy by měly zahrnovat široký okruh činností pro rozvoj soběstačnosti, hodnocení a řízení. Vždy by mělo jít o komplexní podporu postižených osob a jejich rodin.

### 4. Služby

„Státy by měly zajistit rozvoj a nabídku tzv. podpůrných služeb, včetně pomůcek pro osoby se zdravotním postižením, jež by jim pomáhaly zvyšovat úroveň nezávislosti v každodenním životě při uplatňování jejich práv.“ (34)

Druhá kapitola nese název „Cílové oblasti rovnoprávného zapojení“. Tato část Standardních pravidel určuje cíle v různých oblastech života, jako je přístupnost prostředí, vzdělávání, **zaměstnávání**, udržení příjmu a sociálního zabezpečení, rodinný život a integrita osobnosti, kultura, rekreace a sport a náboženství. Dosažení vytýčených cílů pomůže zajistit rovnoprávné zapojení a stejná práva pro zdravotně postižené osoby.

Třetí kapitola nazvaná Realizační opatření ukazuje způsoby, kterými mohou být Standardní pravidla efektivně aplikována. Poslední, čtvrtá část Standardních pravidel obsahuje Monitorovací Mechanismus. Vymezuje cíle mezinárodního monitorovacího mechanismu, jako zajištění efektivního uplatnění Standardních pravidel. Vlády mají za úkol situaci monitorovat v rámci svých zemí. Mezinárodní monitorování Standardních pravidel má být uskutečňována prostřednictvím Komise pro sociální rozvoj Spojených národů.

Standardní pravidla představují zcela nový přístup k řešení problémů zdravotně postižených osob. Cílem je nejen adaptace těchto osob, ale především jejich plná

integrace do aktivní společnosti. Zkušenosti z aplikace Standardních pravidel se staly podkladem k připravované Úmluvě OSN o právech osob se zdravotním postižením. Do přípravy této úmluvy se zapojila i Česká republika.

### ***1.8.3 Příprava úmluvy OSN o právech osob se zdravotním postižením***

OSN připravuje v současné době dokument Úmluva o právech osob se zdravotním postižením, na jehož přípravě se podílí i Česká republika. Tento dokument by měl upravovat všechna občanská, politická, hospodářská, sociální a kulturní práva osob se zdravotním postižením. Jeden z problémů, na které se tato úmluva zaměřuje je ochrana osob s duševní poruchou (osoby s duševním onemocněním a osoby s mentálním postižením).

### ***1.8.4 Charta základních práv Evropské Unie***

Charta základních práv Evropské Unie byla vyhlášena 7.12.2000 v Nice. Důležitým článkem této Charty je zejména článek 26, který výslovně zakotvuje právo osob se zdravotním postižením na integraci do společnosti: „Evropská unie uznává a respektuje právo postižených osob na opatření, která mají za cíl zajistit jim nezávislý život, společenskou a profesní integraci a účast na životě společnosti.“ (34)

Článek 21 této Charty zakotvuje zákaz diskriminace mimo jiné i z důvodu zdravotního postižení.

### ***1.8.5 Legislativní úprava zaměstnávání zdravotně postižených osob EU***

Nový přístup evropského společenství k řešení problémů osob se zdravotním postižením je založen na několika základních principech, které by měly být

respektovány jednotlivými členskými státy EU. Ve vztahu k zaměstnávání osob se zdravotním postižením jde zejména o tyto principy:

- respektování důstojnosti a nezávislosti zdravotně postižených včetně přizpůsobení vzdělávacího systému zdravotně postiženým osobám a podpory přístupu těchto osob k zaměstnávání na otevřeném trhu práce
- zapojení nevládních organizací do procesů řešení konkrétních problémů osob se zdravotním postižením, a to na všech úrovních
- odstraňování bariér (architektonických, komunikačních a v dopravě), které objektivně brání osobám se zdravotním postižením aktivně se účastnit života ve společnosti
- využití moderních informačních a komunikačních technologií ke zlepšení kvality života těchto osob

#### ***1.8.6 Evropská sociální charta***

Výše uvedené principy se promítly i do legislativy evropského společenství. Evropská sociální charta (přijata Radou Evropy v roce 1961, revidována v roce 1996) představuje doplněk k Evropské úmluvě, jež garantuje občanská a politická práva. Předmětem Evropské sociální charty je ochrana hospodářských a sociálních práv. Ve vztahu k lidem se zdravotním postižením jsou významná ustanovení týkající se práva na sociální pomoc a využívání služeb sociální péče. Základními závazky smluvních stran (pro ČR vstoupila v platnost 3.prosinec 1999) ve vztahu k těmto osobám jsou:

- a) poskytovat a podporovat poradenství pro volbu vhodného povolání, odborný výcvik a rehabilitaci
- b) poskytovat nebo podle potřeby podporovat služby, které pomáhají všem občanům (včetně osob se zdravotním postižením) řešit problémy související s volbou povolání, a to s přihlédnutím k jejich schopnostem a možnostem uplatnění na trhu práce
- c) právo na nediskriminaci v zaměstnání

Kontrolní systém je založen na zprávách předkládaných smluvními stranami. Revidovaná Evropská sociální charta je v podstatě členěna do návrhu Ústavní smlouvy.

V České republice dosud nebylo možné vzhledem k nedostatečným legislativním opatřením přijmout nové ustanovení článku 15 revidované Evropské sociální charty, které se týká práva osob se zdravotním postižením na nezávislost, sociální integraci a na účast na životě společnosti. V tomto článku je mj. uveden závazek smluvních stran „přijmout odpovídající opatření, aby se všude, kde je to možné osobám se zdravotním postižením dostalo poradenství, vzdělání a odborné přípravy pro výkon povolání v rámci obecných systémů, nebo, kde to není možné, pomocí specializovaných veřejných nebo soukromých institucí.“ Za potřebná legislativní opatření je v tomto směru nezbytné považovat přijetí zákona o ucelené rehabilitaci osob se zdravotním postižením, přijetí zákona o sociálních službách a přijetí nového zákona o právních prostředcích ochrany před diskriminací a o rovném zacházení. (34)

## **1.9 Evropský sociální fond**

Evropský sociální fond je základním nástrojem Evropské Unie při uplatňování strategie zaměstnanosti a rozvoje lidských zdrojů. Evropský sociální fond je jedním ze strukturálních fondů Evropské Unie. Strukturální fondy jsou založeny na uplatňování principu solidarity – přerozdělování prostředků od ekonomicky silnějších, bohatších zemí a regionů ve prospěch těch slabších.

Účelem Evropského sociálního fondu je zlepšení vyhlídek těch, kteří čelí největším překážkám při nalezení, udržení a znovuzískání práce kam jednoznačně zdravotně postižené osoby bezesporu spadají. Evropský sociální fond poskytuje prostředky na spolufinancování programů, které obnovují nebo rozvíjejí zaměstnatelnost lidí, tedy schopnost být zaměstnán. Spolufinancuje rovněž dlouhodobé

strategické plány regionálního rozvoje zejména zaostávajících regionů v oblasti zvyšování kvalifikační úrovně a adaptability pracovní síly.

Evropský sociální fond podporuje a doplňuje činnost členských zemí při realizaci jejich národních akčních plánů, a to zejména v následujících oblastech sociální politiky:

- rozvoj a podpora aktivní politiky zaměstnanosti v řešení důsledků nezaměstnanosti, v prevenci nezaměstnanosti, zejména dlouhodobé
- podpora reintegrace specifických skupin obyvatelstva ohrožených vyčleňováním ze společnosti a rovných příležitostí k jejich přístupu na trh práce
- rozšíření a zlepšení vzdělávacích systémů k usnadnění přístupu na trh práce jako součásti politiky celoživotního vzdělávání s cílem zvýšit a udržet zaměstnatelnost a motivovat k profesní mobilitě a zlepšení reintegrace do trhu práce
- zdokonalení systémů a nástrojů na podporu podnikání a vytváření pracovních míst či posílení lidského potenciálu ve výzkumu a vývoji
- specifická opatření podporující zlepšení účasti žen na trhu práce
- specifická opatření proti diskriminaci na trhu práce podle věku

Evropský sociální fond dále také poskytuje podporu ve formě grantů na projekty zaměřené na následující činnosti:

a) Asistence osobám

- v oblasti vzdělávání a odborného vzdělávání, zaškolení, rekvalifikace, opatření na podporu zaměstnatelnosti na trhu práce, profesního poradenství a dalšího vzdělávání
- podpora vytváření pracovních míst a samozaměstnávání
- v oblasti výzkumu a vývoje – postgraduální výuka a vzdělávání



- rozvoj nových zdrojů zaměstnanosti, zejména v oblasti veřejných služeb
- b) Asistence pro struktury a systémy (instituce)
- rozvoj a zdokonalování vzdělávacích systémů ve vazbě na trh práce, zlepšení přístupu zaměstnanců k dalšímu vzdělávání a kvalifikaci
  - modernizace a zvýšení výkonnosti služeb podporujících zaměstnanost
  - rozvoj vazeb mezi zaměstnavatelskou sférou, vzdělávacím systémem, výzkumem a vývojem
  - rozvoj systémů pro předvídání změn v kvalifikační struktuře poptávky po pracovní síle
- c) Doprovodná opatření
- služby pro osoby se stíženou možností účasti na projektu, např. pro matky s dětmi a jinak zdravotně handicapované osoby a další s cílem zajistit rovné příležitosti pro všechny potencionální účastníky

Vedle aktivit Evropského sociálního fondu otevřela Evropská unie novou iniciativu pro boj proti všem formám diskriminace a nerovným podmínkám na trhu práce nazvanou EQUAL. K ní přistoupila v roce 2001 i Česká republika. Poskytuje prostor pro vyzkoušení nových myšlenek, které by mohly změnit politiku a praxi v oblasti zaměstnávání a v odborném vzdělávání, které by znevýhodněným skupinám umožnily přístup na pracovní trh. Mezi znevýhodněné skupiny mimo jiné patří i osoby se zdravotním postižením.

V české republice je aktivita EQUAL financována z prostředků Ministerstva práce a sociálních věcí, které odpovídá za její implementaci, a z programu Phare. Je založena na principu konkrétních projektů, které trvají vždy 2-3 roky.

### **1.10 *Koncepce statistiky o občanech se zdravotním postižením (usnesení vlády č. 1895/05, schváleno 7. 12. 2005)***

Problémem zpomalujícím řešení vyrovnávání příležitostí všech občanů je nedostatek potřebných informací o zdravotně postižených. Bližší údaje o počtu osob, druhu a rozsahu zdravotního postižení apod. jsou nezbytné k zabezpečení několika různorodých účelů.

Mezi ně patří

- a) tvorba analýz a koncepcí v sociální, zdravotní, vzdělávací a finanční oblasti
- b) zpracování právních norem dotýkajících se života osob se zdravotním postižením (počínaje technickým řešením budov a infrastruktury, přes sociální, daňová a další opatření až po plnohodnotné zapojení těchto osob do sociálního a kulturního života společnosti)
- c) odhad potřeb kapacit zdravotnických a sociálních zařízení (dle různých druhů či stupňů postižení), odhad potřeb různých druhů zdravotnických pomůcek, prostředků zdravotnické techniky, léků, rozsahů služeb apod.
- d) společenská, vzdělávací a organizační činnost institucí sdružujících zdravotně postižené občany a zastupujících jejich zájmy
- e) oblast práce (volná pracovní místa, počet uchazečů o zaměstnání, rekvalifikace, mzdy zdravotně postižených občanů apod.)
- f) uspokojení informačních potřeb mezinárodních organizací (EUROSTAT, WHO, OECD, UNICEF, UNESCO) v oblasti věrohodných a srovnatelných dat o zdravotně postižených osobách (23)

Potřebné informace mají zahrnovat zejména údaje o celkovém počtu osob se zdravotním postižením členěné dle pohlaví a jednotlivých druhů postižení (tělesné zrakové, sluchové, mentální, duševní, vnitřní onemocnění), důvod vzniku postižení, údaje o míře soběstačnosti, údaje o ekonomické aktivitě postižených a o tom, zda žijí v domácím prostředí či v zařízení ústavní péče.

Navrhované statistické šetření o zdravotně postižených občanech bude poprvé realizováno v roce 2007. ČSU počítá se zohledněním platných právních úprav k datu uskutečnění prvního šetření vztahujícího se k dané problematice, zejména pak připravovaného zákona o sociálních službách. Výsledky šetření budou zpřístupněny veřejnosti do 31. prosince 2008.

## **2. Cíl práce a hypotézy**

### **2.1 Cíl práce**

Cílem práce je zhodnotit motivaci lidí po úraze míchy k získání pracovního uplatnění a zjistit reflexi zaměstnavatelů na jejich požadavek zkrácené pracovní doby, neboť lidé po úraze míchy mnohdy nejsou vzhledem ke svému zdravotnímu postižení schopni pracovat na plný pracovní úvazek.

### **2.2 Hypotézy**

Hypotéza č.1: Zaměstnavatelé nereflektují na požadavek lidí po úraze míchy získat zkrácený pracovní úvazek

Hypotéza č.2: Lidé po úraze míchy nejsou motivováni k hledání pracovního uplatnění

### **3. Metodika**

#### **3.1 Použité metody**

Pro kvantitativní výzkum vztahující se k hypotéze č.2 byla použita metoda dotazování, formou dotazníku. Dotazník obsahuje 45 otázek s uzavřenými a otevřenými možnostmi odpovědi. (příloha 1) Sběr informací do dotazníku probíhal od začátku prosince 2005 do konce března 2006. Dotazníkové šetření probíhalo ve Svazu paraplegiků Centru Paraple, Limuzská 471, 108 00 Praha 10.

Pro kvalitativní výzkum vztahující se k hypotéze č.1 bylo použito metody telefonického dotazování. Dotazování proběhlo v dubnu 2006. Bylo osloveno 24 zaměstnavatelů poptávajících pracovní sílu na otevřeném trhu práce . (příloha 2)

#### **3.2 Výzkumný soubor**

Výběrový soubor respondentů dotazovaných v Centru Paraple byl sestaven vícestupňovým kvótním výběrem, přičemž kvótou pro tento výběr bylo užití služby Centra Paraple určené pro občany po poranění míchy, v době dotazníkového šetření. Dotazníkové šetření se pak účastnili pouze respondenti kteří měli o toto šetření zájem a byli ochotni dotazník vyplnit. Bylo osloveno celkem 95 osob. Z toho 13 nemělo o toto šetření zájem. Do výběrového souboru bylo tak zařazeno 82 respondentů.

Do výběrového souboru byli zařazeni respondenti ve věku 18-60 let ze všech částí české republiky.

Výběrový soubor zaměstnavatelů byl sestaven vícestupňovým kvótním výběrem, přičemž kvótou pro tento výběr byla poptávka po pracovní síle v době telefonického šetření. Byly osloveni zaměstnavatelé nejen na území hlavního města Prahy.

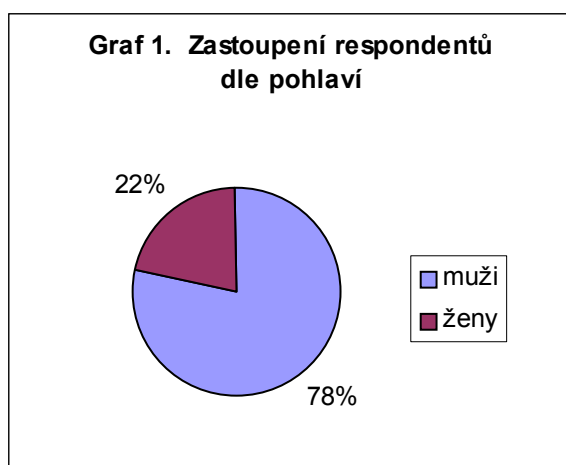
## 4. Výsledky

V této části práce jsou zpracovány údaje získané z vyplněných dotazníků a telefonického dotazování. Jednotlivé položky (které je možno statisticky zpracovat) jsou vyhodnoceny do tabulek a grafů, které jsou doplněny stručným vysvětlením. Dále byly porovnávány proměnné mezi sebou ve snaze nalézt souvislosti mezi jednotlivými kategoriemi.

### Identifikační údaje

#### *Otázka č. 1 Pohlaví*

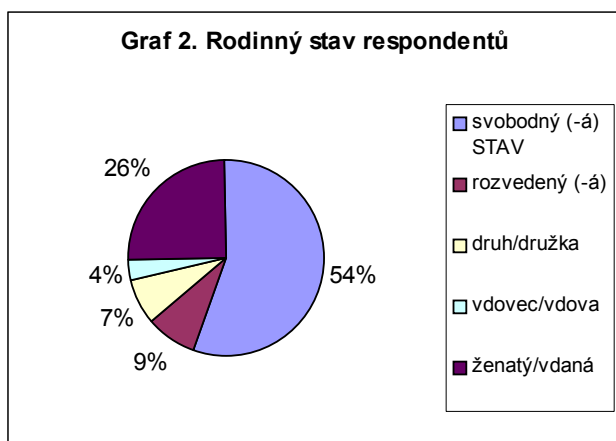
Celkem bylo kontaktováno 93 osob. Dotazník bylo ochotno vyplnit 82 osob. V souboru převažovali muži nad ženami. Z celkového počtu respondentů bylo 64 (78 %) mužů a 18 (22 %) žen, viz Graf 1.



[Zdroj: vlastní výzkum]

### **Otázka č. 2 Rodinný stav respondentů**

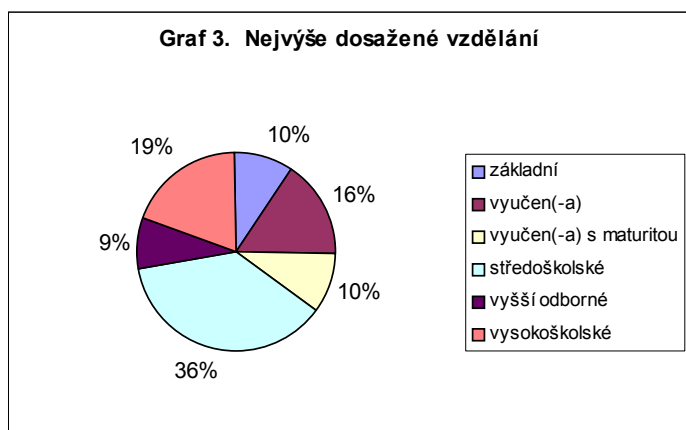
V celkovém počtu respondentů bylo 45 (54 %) svobodných, 6 (7 %) druh/družka, 21 (26 %) ženatý/vdaná, 7 (9 %) rozvedený/rozvedená, 3 (4 %) vdovec/vdova, viz. Graf 2.



[Zdroj: vlastní výzkum]

### **Otázka č.3 Nejvýše dosažené vzdělání**

Tento ukazatel je velice důležitý pro uplatnění osob se zdravotním postižením na otevřeném trhu práce. Základní vzdělání mělo 8 (10 %) respondentů, vyučeno 13 (16 %), vyučeno s maturitou 8 (10 %), středoškolské vzdělání 30 (36 %), vyšší odborné 7 (9 %) a vysokoškolské vzdělání mělo 16 (19 %) respondentů, viz Graf 3.

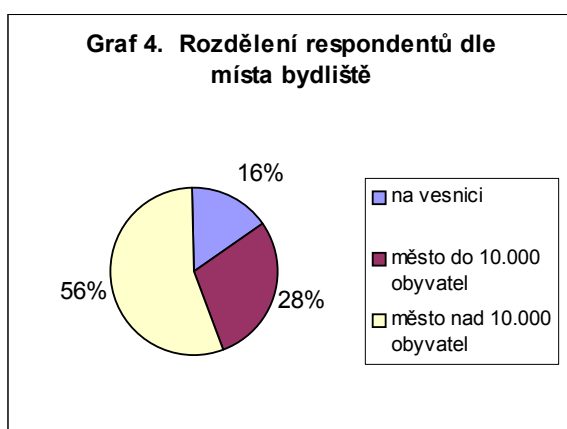


[Zdroj: vlastní výzkum]

#### ***Otázka č.4 Velikost obce, kde respondenti žijí***

Charakteristika tohoto ukazatele je důležitá pro možnosti sociální integrace (úroveň služeb, pracovní a studijní příležitosti).

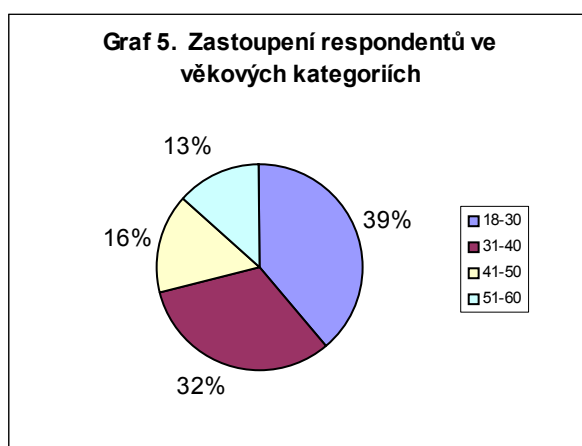
Na vesnici žije 20 (17 %) respondentů, ve městě do 10.000 obyvatel 35 (29 %), ve městě nad 10.000 obyvatel 64 (54 %) respondentů, z toho v hlavním městě Praha 23 respondentů, viz Graf 4.



[Zdroj: vlastní výzkum]

#### ***Otázka č. 5. Zastoupení respondentů v jednotlivých věkových kategoriích***

Nejvíce respondentů bylo zastoupeno ve věkové kategorii 31-40 (48), 18-30 (35), 41-50 (19) a v kategorii 51-60 (16), viz Graf 5.



[Zdroj: vlastní výzkum]

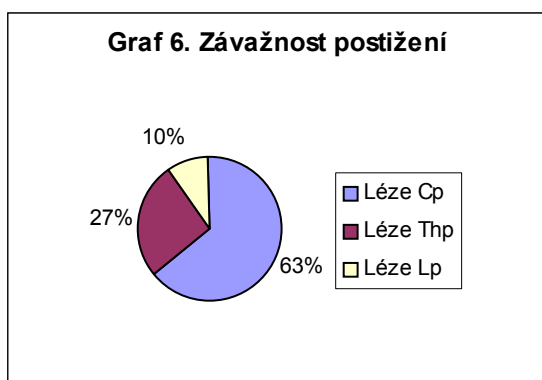


### ***Otázka č. 6. Rozdělení respondentů dle regionů***

Otázka nebyla po uvážení ve výzkumu zohledněna.

### ***Otázka č. 7 Závažnost postižení respondentů***

Počet respondentů s lézí krční páteře bylo 52 (63%), s lézí hrudní páteře 22 (27%) a s lézí bederní páteře 8 (10%) respondentů, viz Graf 6.



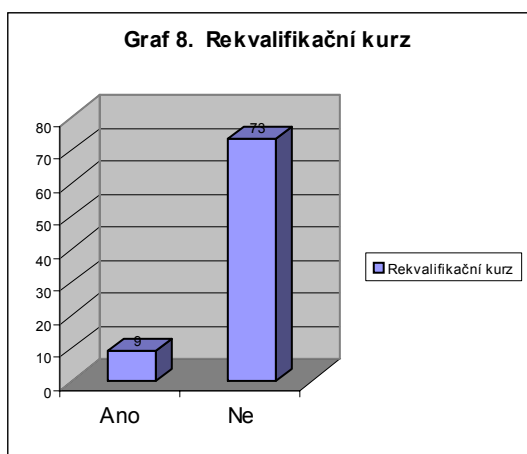
[Zdroj: vlastní výzkum]

### ***Otázka č. 8 a 9.***

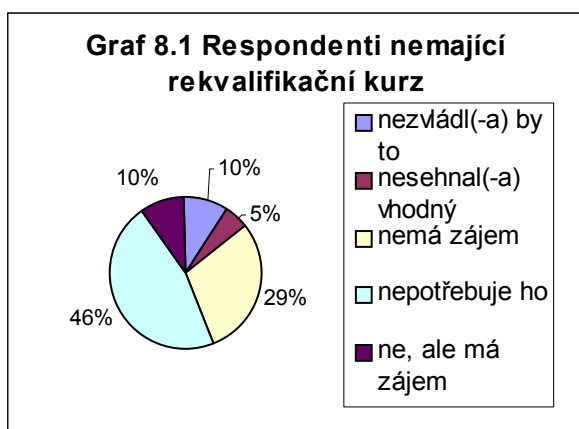
Otázky nebyly po uvážení ve výzkumu zahrnuty.

### ***Otázka č. 10 Absolvování rekvalifikačního kurzu***

Z celkového počtu 82 respondentů absolvovalo rekvalifikační kurz 9 (7 %) respondentů. Kurzy byly všechny zaměřeny na práci s PC. Rekvalifikačního kurzu se nezúčastnilo 73 (93 %) respondentů, kteří uvedly tyto důvody: 7 (10%) respondentů by to nezvládlo fyzicky, 4 (5 %) respondentů zatím nenašlo vhodný, 21 (29 %) respondentů nemá zájem, 34 (46 %) respondentů jej nepotřebuje a 7 (10 %) respondentů neabsolvovalo, ale má zájem, viz Graf 8 a Graf 8.1



[Zdroj: vlastní výzkum]



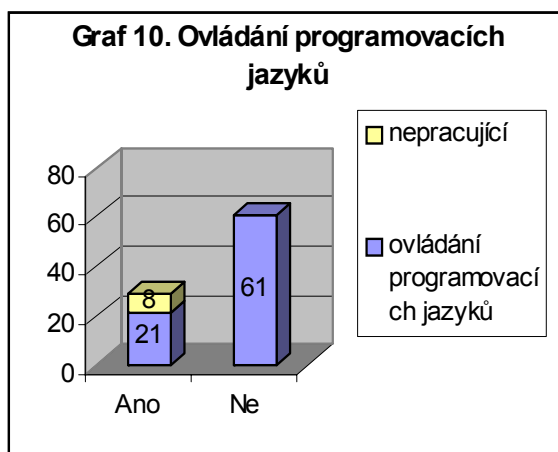
[Zdroj: vlastní výzkum]

***Otázka č. 11,12 Uživatelská znalost PC programů a znalost programovacích jazyků***

Odpověď ANO, umím pracovat s uvedenými programy byla uvedena v případě, pokud respondent označil alespoň dva z uvedených programů. Ano 9 (22 %), Ne 18 (78 %). Programovací jazyky ovládá 21 respondentů z celkového počtu 82, z toho 8 nepracujících. Viz Graf 9. a Graf 10.



[Zdroj: vlastní výzkum]

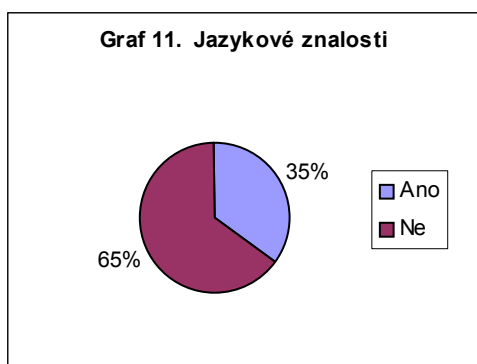


[Zdroj: vlastní výzkum]

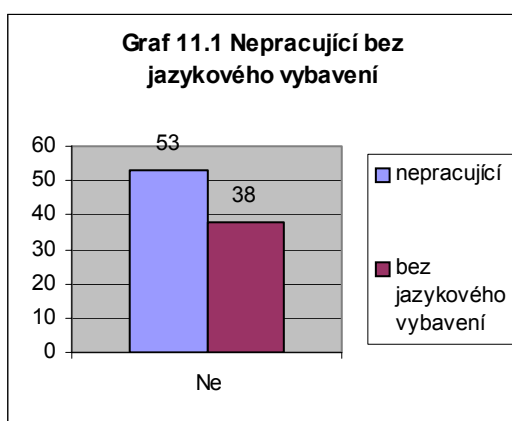
***Otázka č. 13, 14 Jazykové znalosti, zájem o výuku jazyků***

Odpověď ANO byla uvedena v případě, pokud respondent ovládal alespoň jeden světový jazyk na středně pokročilé úrovni. Jazykové znalosti byly vyhodnoceny u všech 82 respondentů. Jazykově není vybaveno 53 (65%) respondentů.

Viz. Graf 11. a Graf 11.1.



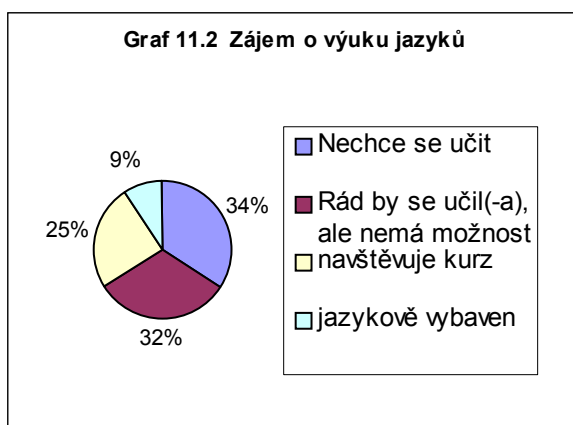
[Zdroj: vlastní výzkum]



[Zdroj: vlastní výzkum]

Zájem o výuku jazyků byl vyhodnocen u nepracujících respondentů. 4 respondenti neměli zájem o výuku světového jazyka, protože jazyk ovládali na vyšším stupni než středně pokročilí.

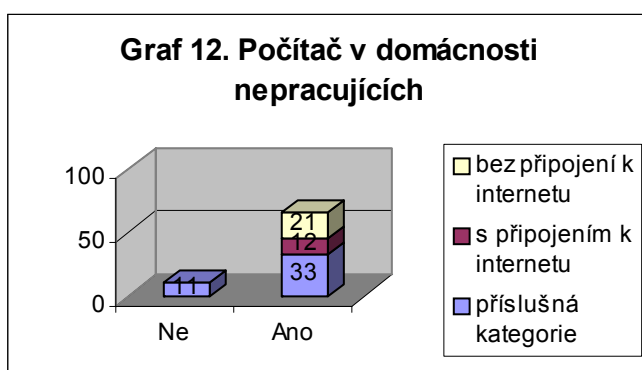
Nezájem o výuku jazyka uvedlo 15 (34 %) respondentů, rád by se učil(-a), ale nemá možnost odpovědělo 14 (32 %) respondentů, navštěvuji jazykový kurz uvedlo 11 (25 %). viz Graf 11.2



[Zdroj: vlastní výzkum]

### ***Otázka č. 15 Počítač v domácnosti***

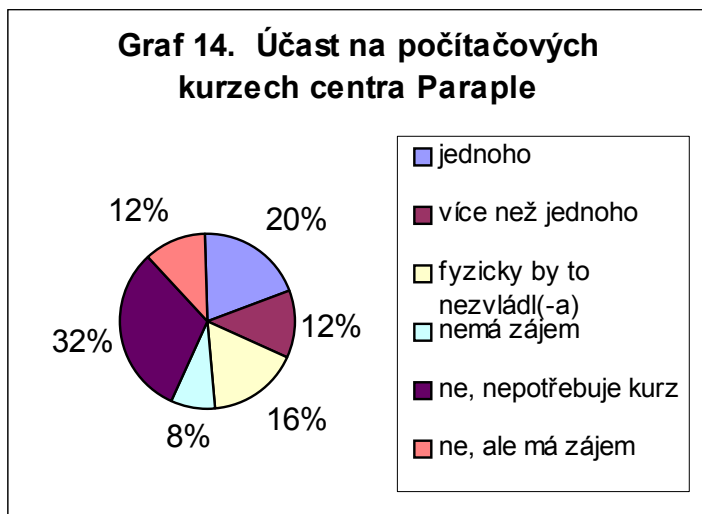
Výsledky byly vyhodnoceny u nezaměstnaných respondentů. Počítač doma nemá 11 respondentů, počítač bez připojení k internetu má 12 respondentů, počítač s připojením k internetu má 21 respondentů., viz. Graf 12



[Zdroj: vlastní výzkum ]

### ***Otázka č.16 Účast na počítačových kurzech Centra Paraple***

Tento údaj byl vyhodnocen u všech 82 respondentů. Jednoho se zúčastnilo 11 respondentů, více než jednoho 15 respondentů, fyzicky by to nezvládlo 10 respondentů, nemělo zájem 11 respondentů, kurz nepotřebuje 21 respondentů, neúčastnilo se, ale má zájem 14 respondentů, viz Graf 14.



[Zdroj: vlastní výzkum]

#### ***Otázka č. 17 Vztah k práci, motivace***

Při vyhodnocení těchto dat byli vynecháni respondenti práci nehledající a o práci nemající zájem. Byly vyhodnoceny odpovědi 65 respondentů, viz. tabulka 1.

**1**-nevýznamné, **2**-málo významné, **3**-zajímavé, **4**-velmi důležité, **5**-rozhodující

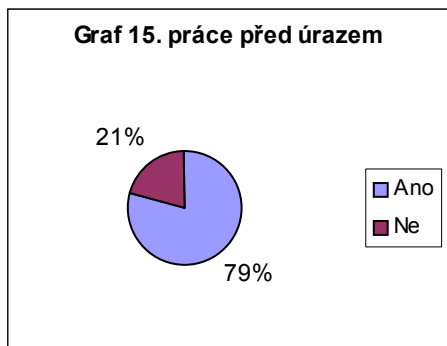
Tab. 1

|          | Finanční ohodnocení | Realizace | Komunikace s kolektivem | Pocit užitečnosti | Možnost učit se nové věci |
|----------|---------------------|-----------|-------------------------|-------------------|---------------------------|
| <b>1</b> | 0                   | 0         | 0                       | 0                 | 2                         |
| <b>2</b> | 7                   | 1         | 5                       | 14                | 3                         |
| <b>3</b> | 14                  | 7         | 13                      | 8                 | 28                        |
| <b>4</b> | 17                  | 21        | 18                      | 16                | 8                         |
| <b>5</b> | 27                  | 36        | 29                      | 27                | 23                        |

[Zdroj: vlastní výzkum]

### ***Otázka č. 18 Práce před úrazem***

Před úrazem pracovalo 67 (82 %) respondentů, nepracovalo 15 (18 %) z celkového počtu 82 respondentů, viz Graf 15.



[Zdroj: vlastní výzkum]

### ***Otázka č. 19***

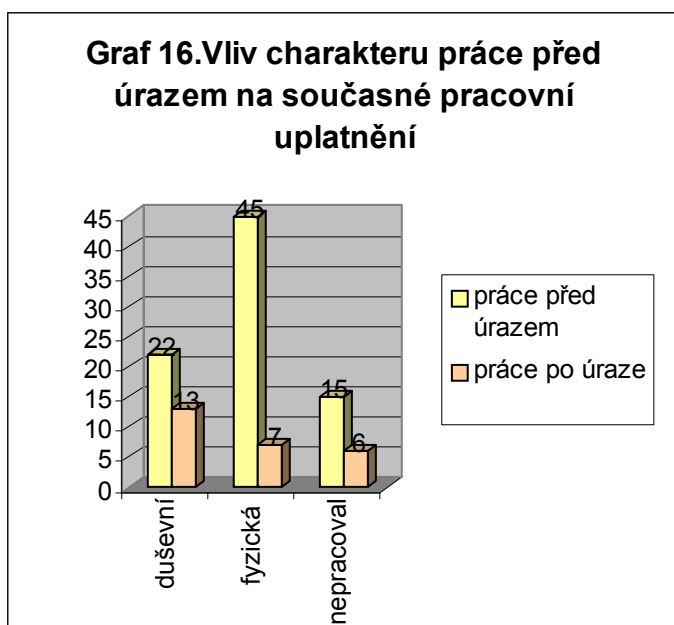
Tato otázka nebyla po uvážení ve výzkumu zohledněna.

### ***Otázka č. 20 Charakter práce před úrazem***

Z 15 respondentů, kteří před úrazem nepracovali, pracuje 6 (29 %) respondentů.

Z 22 respondentů kteří před úrazem pracovali duševně dnes pracuje 13 (37 %).

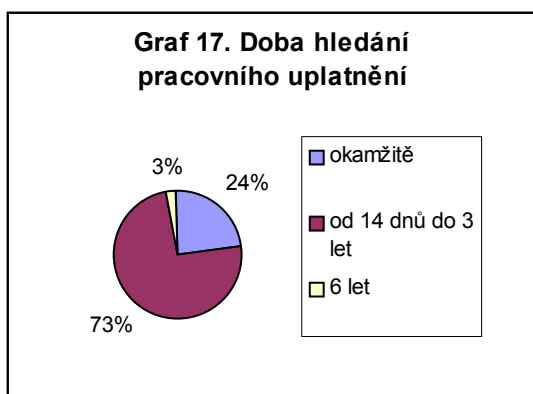
Z 45 respondentů pracujících před úrazem fyzicky, dnes pracuje 7 (13 %), viz. Graf 16.



[Zdroj: vlastní výzkum]

#### ***Otázka č.21 Doba hledání pracovního uplatnění***

Data byla vyhodnocena u 38 pracujících respondentů. 9(24 %) respondentů sehnalo práci bez časového prodloužení (práce jim byla nabídnuta, práce v rodinné firmě, vykonávají stejnou práci jako před úrazem, začali podnikat...). Skupina 28 (64 %) respondentů hledala práci v časovém rozpětí od 14 dnů do 3 let, 1 respondent hledal práci 6 let, viz Graf 17.



[Zdroj: vlastní výzkum]

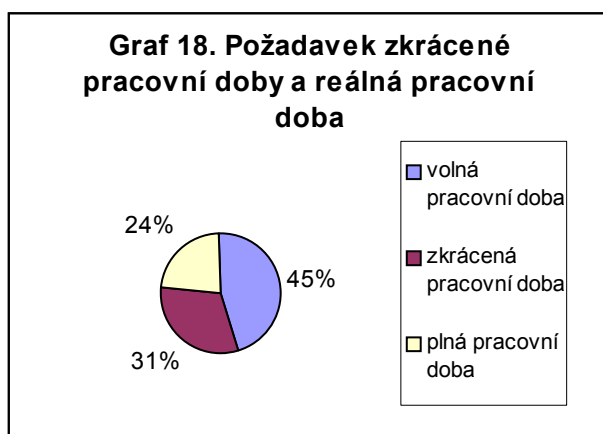


**Otázka č.22 Co bylo největší překážkou při hledání zaměstnání?**

Odpovědi na otázku č.22 jsou vyhodnoceny spolu s odpověďmi na otázku č.37.

**Otázka č.23 Upřednostňování zkrácené pracovní doby**

Zkrácenou pracovní dobu při hledání zaměstnání upřednostňovalo 29 z 38 pracujících respondentů. Volnou pracovní dobu dnes má 13 (45 %) respondentů, zkrácenou 9 (31 %) respondentů, plnou pracovní dobu má 7 (24 %) respondentů. Plnou pracovní dobu upřednostňovalo 6 respondentů, volnou pracovní dobu 3 respondenti, viz Graf 18.



[Zdroj: vlastní výzkum]

**Otázka č. 24, 25 Odmítnutí požadavku na zkrácenou pracovní dobu zaměstnavatelem**

S odmítnutím zkráceného pracovního úvazku se setkalo 13 respondentů.

2 respondenti u 3 zaměstnavatelů,

5 respondentů u 1 zaměstnavatele

2 respondenti u 4 zaměstnavatelů

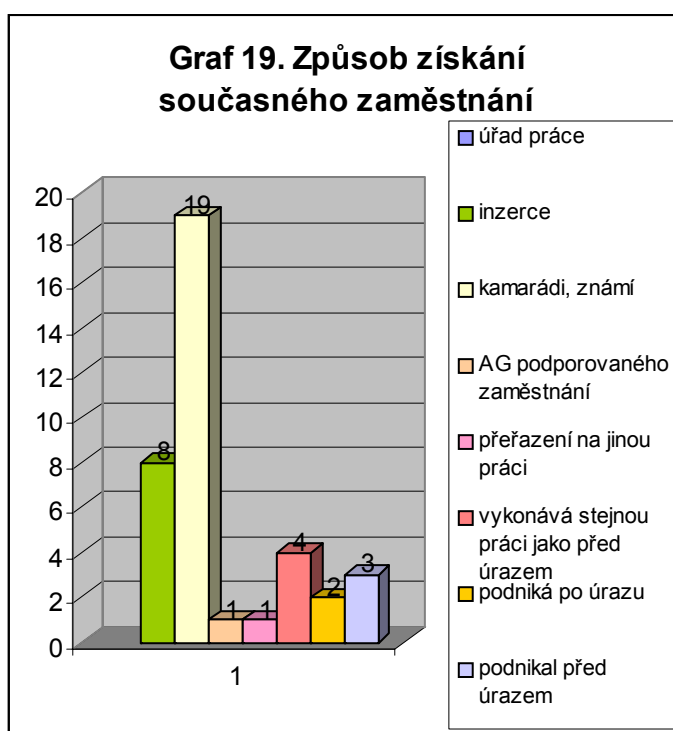
4 respondenti u 2 zaměstnavatelů

### ***Otázka č. 26 Délka současné pracovní doby***

Vyhodnocení této otázky je zahrnuto do otázky č.23

### ***Otázka č.27 Způsob získání současného zaměstnání***

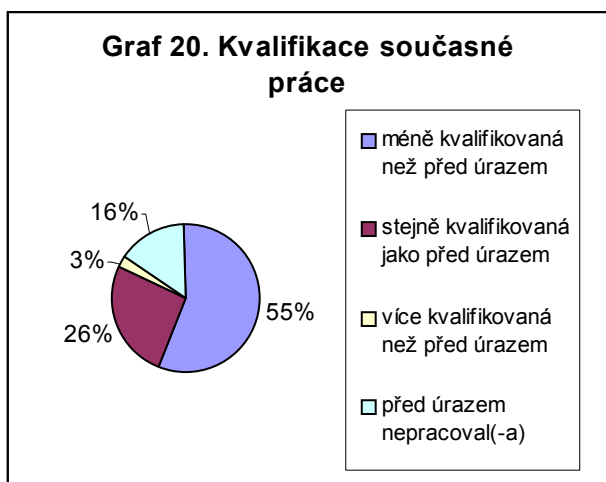
Služeb úřadu práce a soukromých agentur práce nevyužil žádný respondent. Inzerce sledovalo 8 (21%) respondentů, AG podporovaného zaměstnávání kontaktoval 1 (3%) respondent, u stejného zaměstnavatele s přeřazením na jinou práci pracuje 1 (3%) respondent, stejnou práci jako před úrazem vykonávají 4 (11%) respondenti, pokračují v podnikání 3 (8%) respondenti a podnikat po úrazu začali 2 (5%) respondenti, pomoc známých upřednostnilo 19 (49%), viz Graf 19.



[Zdroj: vlastní výzkum]

### ***Otázka č 28. Kvalifikace současné práce***

Méně kvalifikovanou práci než před úrazem vykonává 21 (55 %) respondentů, stejně kvalifikovanou práci vykonává 10 (26 %) respondentů, více kvalifikovanou práci vykonává 1 (3 %) respondent. Před úrazem nepracovalo 6 (16 %) respondentů, viz Graf 20.



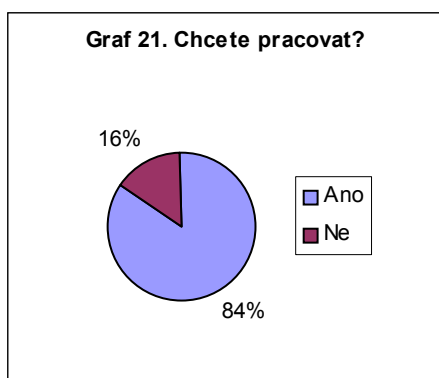
[Zdroj: vlastní výzkum]

### ***Otázka č.29 V jakém oboru jste zaměstnán***

Tato otázka nebyla po uvážení do vyhodnocení výsledků zahrnuta.

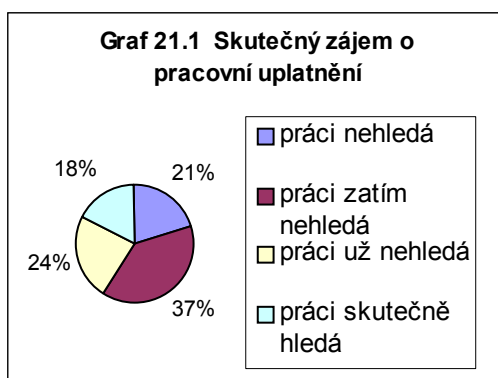
### ***Otázka č.30 Zájem o získání pracovního uplatnění***

Z celkového počtu 44 nezaměstnaných má zájem o pracovní uplatnění 37 (84%) respondentů. Zájem nemá 7 (16 %) respondentů, viz Graf 21.



[Zdroj: vlastní výzkum]

V dalším vyhodnocení zájmu o pracovní uplatnění bylo zjištěno, že z počtu 34 respondentů, kteří udali zájem o pracovní uplatnění 7(21 %) respondentů práci nehledá, 13 (37 %) respondentů práci zatím nehledá, 8 (24 %) respondentů již práci nehledá. Práci hledá v časovém rozmezí od 6 měsíců do 4 let 6 (18 %) respondentů, viz Graf 21.1.

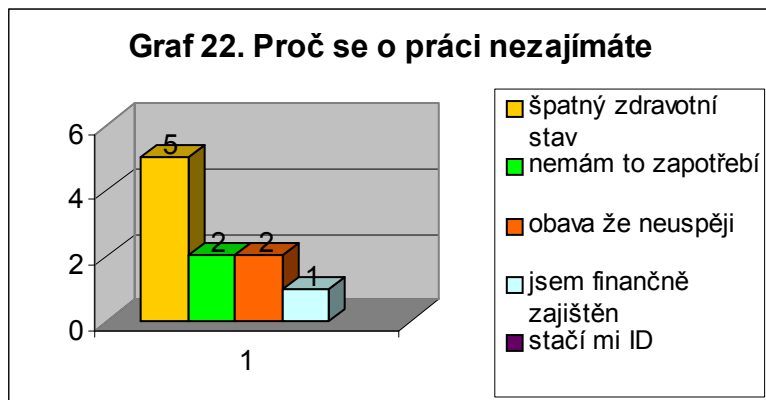


[Zdroj: vlastní výzkum]

### ***Otázka č. 31. Proč se o práci nezajímáte?***

Vyhodnocení bylo provedeno u respondentů, kteří uvedli nezájem o pracovní uplatnění (10). Jako důvod špatný zdravotní stav uvedlo 5 ( 50%) respondentů, 2 (20%) respondentů nemá práci zapotřebí, 2 (20%) respondenti se o práci nezajímají ze strachu že neuspějí, 1 (10%) respondent je finančně zajištěn, spokojeno s invalidním důchodem

je 0 respondentů. Z tohoto počtu uvedlo jako důvod nezájmu ještě 6 (24%) respondentů strach ze ztráty invalidního důchodu, viz Graf 22.



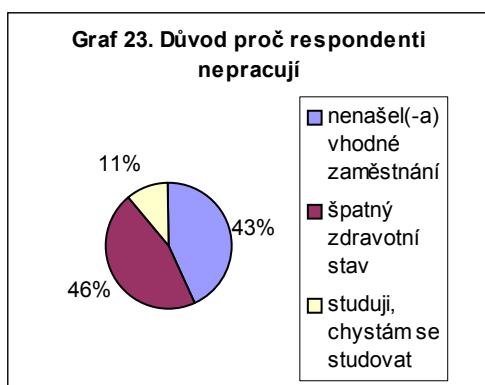
[Zdroj: vlastní výzkum]

### ***Otázka č.32 Jiný důvod proč se o práci nezajímáte***

Na tuto otázku odpovědělo 0 respondentů

### ***Otázka č. 33 Proč nepracujete***

Tyto odpovědi byly vyhodnoceny u respondentů, kteří uvedli zájem o pracovní uplatnění. Byli odečtení respondenti práci nehledající (7). Studuje/chystá se studovat uvedli 4 (11 %) respondenti, vhodné zaměstnání nenašlo 16 (43%) respondentů, špatný zdravotní stav uvedlo 14 (46 %) respondentů, přípravu na zaměstnání absolvuje 0 respondentů, viz Graf 23.



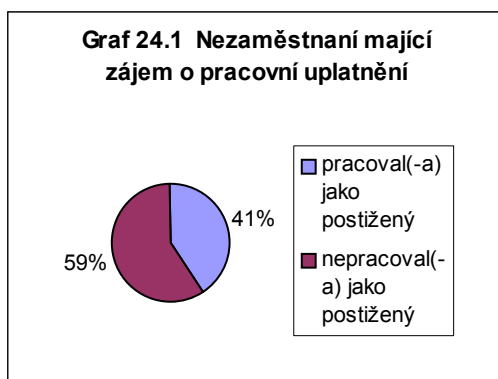
[Zdroj: vlastní výzkum]

**Otázka č.34 Pracoval(-a) jste jako postižený(-á)?**

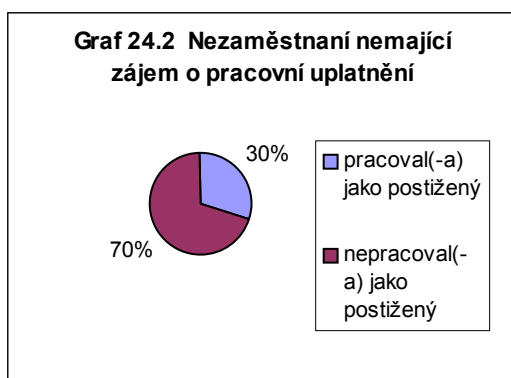
Ze 37 respondentů, kteří uvedli zájem o pracovní uplatnění pracovalo 15 (41 %) respondentů, nepracovalo 22 ( 59 %),viz Graf 24.1

Z 10 respondentů, kteří pracovat nechtějí, pracovali 3 (30 %) respondenti, nepracovalo 7 (70 %) respondentů, viz Graf 24.2

Po úrazu pracovalo 17 (39 %) nepracujících respondentů.



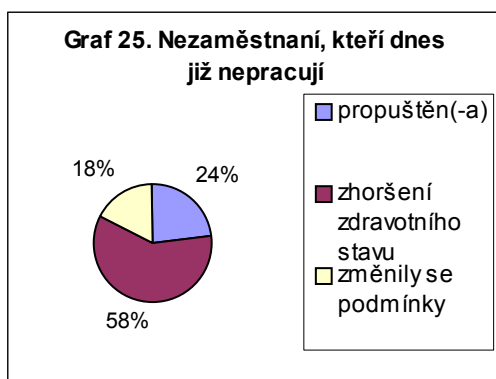
[Zdroj: vlastní výzkum]



[ Zdroj: vlastní výzkum]

***Otázka č.35 Pokud jste pracoval(-a), proč již nepracujete?***

Po úrazu pracovalo 17 respondentů, 10 (58 %) respondentů nepracuje z důvodu zhoršení zdravotního stavu, z důvodu změny pracovních podmínek nepracují 3 (18 %) respondentů, propuštěni byli 4 (24 %) respondenti, viz Graf 25.



[Zdroj: vlastní výzkum]

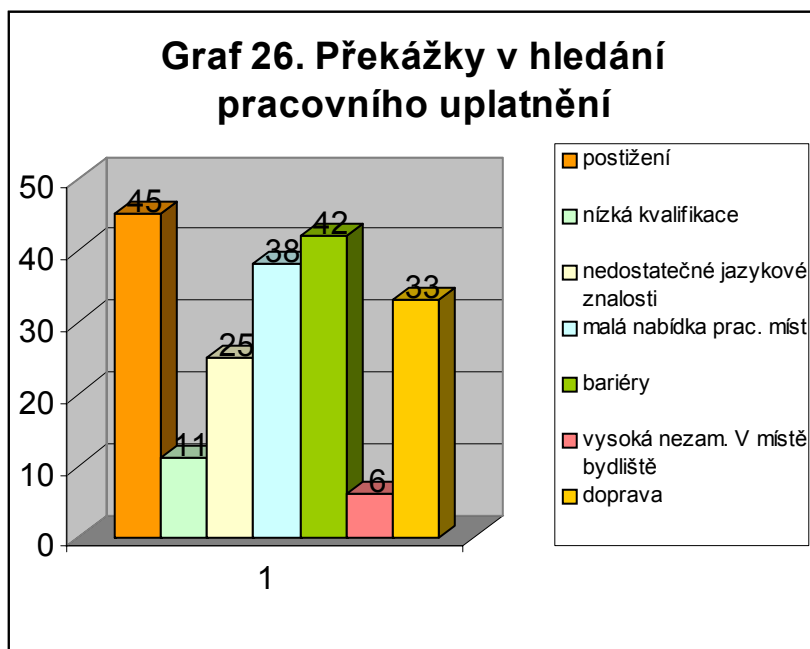
***Otázka č. 36 Jak dlouho práci hledáte?***

Časové rozmezí od 6 měsíců do 4 let uvedlo 6 respondentů, kteří o práci zájem mají a práci skutečně hledají.

**Otázka č. 37 Co si myslíte, že je nejsilnější důvod proč nemůžete najít práci?**

Při vyhodnocování těchto odpovědí byli vynecháni respondenti práci nehledající a zatím nehledající a respondenti, kteří pracovat nechtějí. Respondenti mohli uvést i více možností.

Jako možnost s největší četností (45) bylo uvedeno postižení, dále bariéry (42), malá nabídka pracovních míst v místě bydliště (38), doprava do zaměstnání (33), nedostatečné jazykové znalosti (25), nízká kvalifikace (11) a vysoká nezaměstnanost v místě bydliště (6), viz Graf 26.



[Zdroj: vlastní výzkum]

**Otázka č. 38 Upřednostňování zkrácené či plné pracovní doby pracovní doby**

Při hledání pracovního uplatnění upřednostňují zkrácený pracovní úvazek všichni respondenti (27), byli vynecháni respondenti práci nehledající a o práci nemající zájem.



**Otázka č. 39, 40 Setkal(-a) jste se s odmítnutím požadavku na zkrácený pracovní úvazek?**

S odmítnutím zkráceného pracovního úvazku se setkalo 9 respondentů.

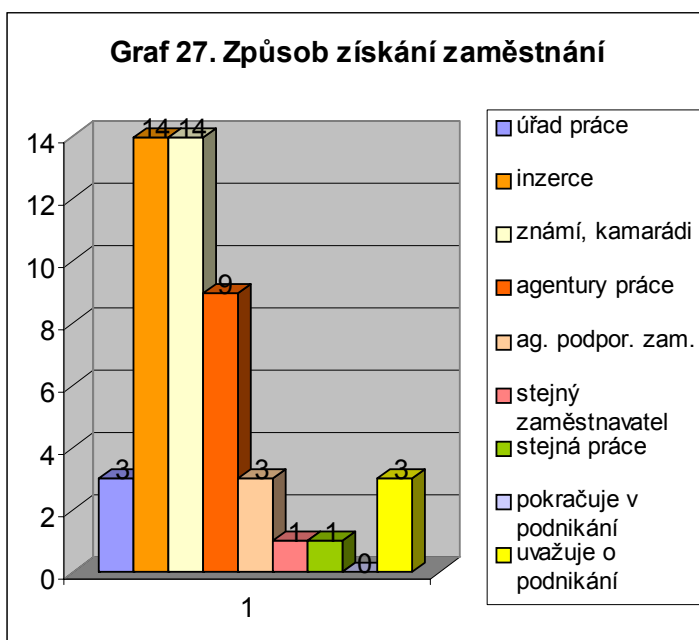
4 respondenti u 1 zaměstnavatele

3 respondenti u 2 zaměstnavatelů

2 respondenti u 3 zaměstnavatelů

**Otázka č. 41 Co děláte pro to, aby jste našel(-a) pracovní uplatnění?**

Odpovědi byly vyhodnoceny u respondentů práci hledajících a práci již nehledajících (14). Úřad práce kontaktovali 3 respondenti, agenturu podporovaného zaměstnávání kontaktovali 3 respondenti, Největší četnost odpovědí byla uvedena u pomoci známých (14), sledování inzerce (14), soukromé agentury práce (9), žádný respondent před úrazem nepodnikal, 1 respondent bude zaměstnán u stejného zaměstnavatele, 3 respondenti uvažují o vlastním podnikání. Respondenti mohli uvést více možností, viz Graf 27.



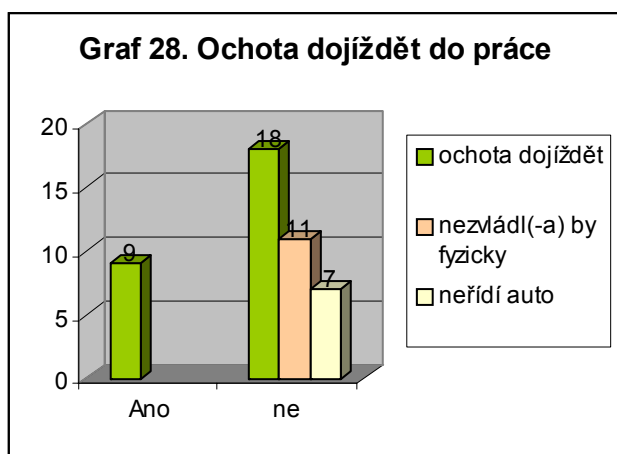
[Zdroj: vlastní výzkum]

**Otázka č. 42, 43 Jste ochoten(-a) dojíždět do práce? Pokud ne, tak proč?**

Odpovědi byly vyhodnoceny u 27 nezaměstnaných respondentů, byli vynecháni respondenti práci nehledající a o práci nemající zájem.

Do práce je ochotno dojíždět 9 (33 %) respondentů, není ochotno dojíždět 18 (67 %) respondentů.

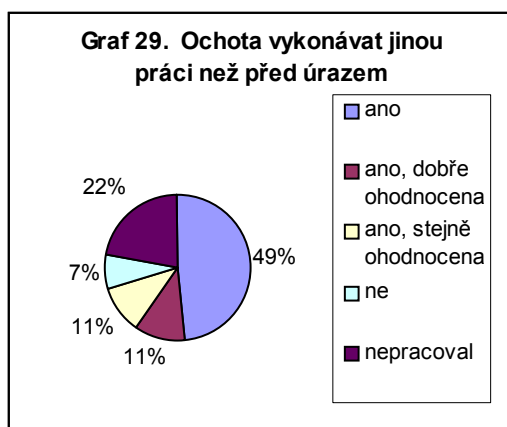
Jako důvody neochoty dojíždět do práce uvedlo 11 (61%) respondentů, že by dojíždění nezvládli fyzicky, 7 (39 %) respondentů neřídí auto a není kdo by je vozil, viz Graf 28.



[Zdroj: vlastní výzkum]

**Otázka č.44 Jste ochoten (-a) vykonávat jinou práci než před úrazem?**

Odpovědi byly vyhodnoceny u 27 respondentů. Byli vynecháni respondenti, kteří pracovat nechtějí a kteří práci nehledají. Vykonávat jinou práci než před úrazem je ochotno 13 (49 %) respondentů, 3 (11 %) respondenti byli ochotni vykonávat jinou práci za podmínky pokud bude dobře ohodnocena, 3 (11 %) respondenti byli ochotni vykonávat jinou práci pokud bude ohodnocena stejně jako před úrazem, 2 (7%) respondenti nebyli ochotni vykonávat jinou práci než před úrazem, 6 (22%) respondentů před úrazem nepracovalo, viz Graf 29.



[Zdroj: vlastní výzkum]

**Otázka č. 45 Jaké finanční rozpětí je pro respondenty zajímavé?  
( za co jste ochotni pracovat)**

Vyhodnocení bylo provedeno u 43 nepracujících respondentů. 1 respondent pobírá rentu od bývalého zaměstnavatele., viz. Tabulka 2.

Tab. 2. Finanční rozpětí

| Finanční rozpětí | Počet respondentů |
|------------------|-------------------|
| 7.000            | 6                 |
| 7.000-12.000     | 15                |
| 12.000-18.000    | 18                |
| >18.000          | 4                 |

[Zdroj: vlastní výzkum]

**Výsledky telefonického dotazování**

V rámci telefonického dotazování bylo kontaktováno 24 firem, které poptávaly v době telefonického dotazování pracovní sílu na otevřeném trhu práce. Seznam těchto firem je uveden v příloze 2., výsledky dotazování viz. Tabulka 3.

Při dotazování byly kladeny tyto otázky:

- 1) Je možné, aby vámi nabízené pracovní místo získal člověk po úrazu míchy ?
- 2) Umožníte mu práci na zkrácený pracovní úvazek?

Tab. 3 . Výsledky telefonického dotazování

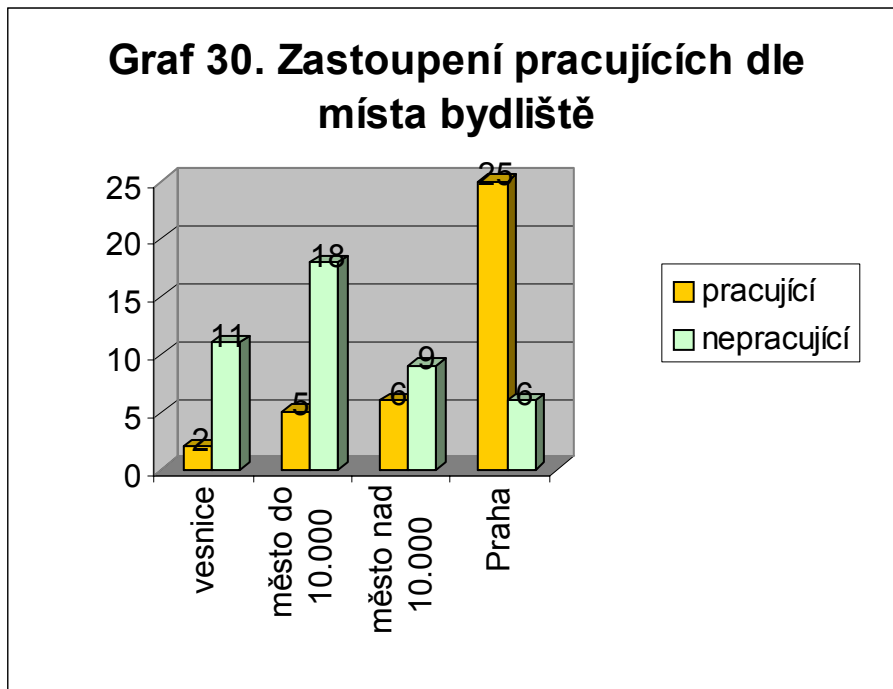
| firma č.      | nemají zájem<br>o vozíčkáře | zkrácený<br>úvazek ANO | zkrácený<br>úvazek po<br>dohodě ANO | zkrácený<br>úvazek NE |
|---------------|-----------------------------|------------------------|-------------------------------------|-----------------------|
| 1             |                             |                        |                                     | /                     |
| 2             |                             |                        |                                     | /                     |
| 3             | /                           |                        |                                     |                       |
| 4             | /                           |                        |                                     |                       |
| 5             |                             |                        | /                                   |                       |
| 6             |                             |                        |                                     | /                     |
| 7             |                             | /                      |                                     |                       |
| 8             | /                           |                        |                                     |                       |
| 9             |                             |                        | /                                   |                       |
| 10            |                             |                        |                                     | /                     |
| 11            | /                           |                        |                                     |                       |
| 12            |                             |                        | /                                   |                       |
| 13            | /                           |                        |                                     |                       |
| 14            |                             |                        |                                     | /                     |
| 15            |                             |                        |                                     | /                     |
| 16            |                             | /                      |                                     |                       |
| 17            | /                           |                        |                                     |                       |
| 18            |                             |                        |                                     | /                     |
| 19            |                             | /                      |                                     |                       |
| 20            | /                           |                        |                                     |                       |
| 21            |                             |                        | /                                   |                       |
| 22            | /                           |                        |                                     |                       |
| 23            |                             |                        | /                                   |                       |
| 24            | /                           |                        |                                     |                       |
| <b>celkem</b> | <b>9</b>                    | <b>3</b>               | <b>5</b>                            | <b>7</b>              |

[ Zdroj: vlastní výzkum ]

### **Porovnání proměnných**

#### **Zastoupení pracujících respondentů dle místa bydliště**

Na vesnici pracuje 2 (15 %) respondenti, ve městě do 10.000 obyvatel pracuje 5 (22 %) respondentů, ve městě nad 10.000 obyvatel pracuje 6 (60 %) respondentů, v hlavním městě Praha pracuje 25 ( 81 %) respondentů, viz Graf 30.

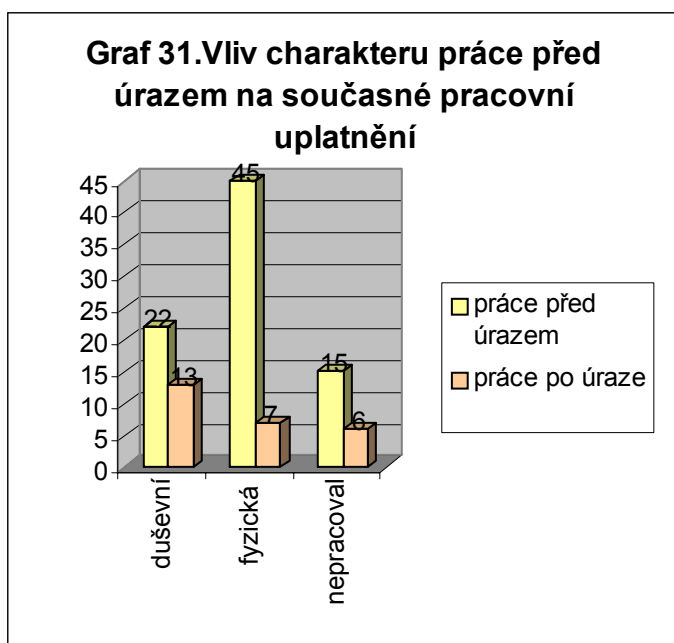


[Zdroj: vlastní výzkum]

### ***Závislost zaměstnanosti na charakteru práce před úrazem***

Z 22 respondentů, kteří pracovali před úrazem duševně, dnes pracuje 13 (37 %) respondentů.

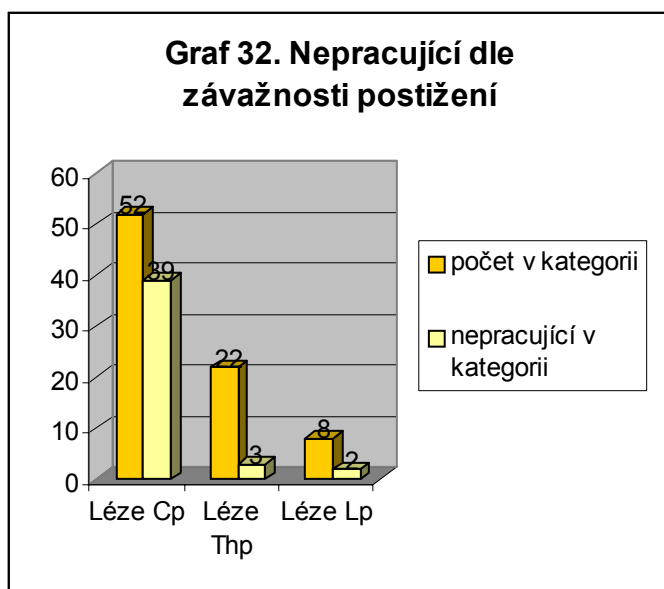
Z 45 respondentů, kteří před úrazem pracovali fyzicky, dnes pracuje 7 (13 %) respondentů, před úrazem nepracovalo 15, dnes pracuje 6 (29 %) respondentů, viz Graf 31.



[Zdroj: vlastní výzkum]

### ***Závislost pracovního uplatnění na výšce míšního léze***

Z celkového počtu 82 respondentů pracuje 38 respondentů. Nepracuje 44 respondentů. Nepracuje 39 (57 %) respondentů s lézí krční míchy (Cp), 3 (12 %) respondenti s lézí hrudní páteře (Thp), 2 (20 %) respondenti s lézí bederní páteře (Lp). Vyhodnocení bylo provedeno u nepracujících respondentů, viz Graf 32.



[Zdroj: vlastní výzkum]

Z porovnání proměnných v Grafu 30. vyplývá, že největší procento zastoupení pracujících je v hlavním městě Praha a nejmenší zastoupení na vesnici, což je samozřejmě ovlivněno počtem obyvatel od kterého se odvíjí počet možností získat pracovní uplatnění v místě bydliště. Dále zde hraje roli i region ve kterém postižený bydlí. Regiony nebyly do výzkumu této diplomové práce zahrnuty.

Z porovnání proměnných v Grafu 31. vyplývá pokud postižený před úrazem vykonával práci spíše duševně zaměřenou, má větší možnost nalezení pracovního uplatnění než postižený, který před úrazem vykonával práci fyzicky zaměřenou.

Z porovnání proměnných v Grafu 32. je zřejmé, že nejvíce nepracujících je zastoupeno ve skupině lidí s krční míšní lézí. Lidé s krčí míšní lézí mají díky své imobilitě a často i potřebě asistence při většině běžných denních úkonů velmi těžké postavení na otevřeném trhu práce

## 5. Diskuse

Hned na začátku diskuse je důležité připomenout si specifika osob po poranění míchy jako osob se zdravotním postižením. V mnoha odborných publikacích se uvádí jako charakteristika osob se zdravotním postižením vyšší věk a nižší vzdělání, kdy zdravotní postižení vzniká jako následek pracovního zatížení, respektive jako následek dlouhodobého pobytu v pro zdraví zátěžovém prostředí. Pokud u osob se zdravotním postižením přihlídneme k nízké kvalifikaci, tedy mnohdy základnímu vzdělání a vyučení bez maturity, je nasnadě kde tyto osoby mohou být zaměstnány. Většinou ve strojírenském, stavebním, textilním průmyslu. Existují samozřejmě i jiné možnosti. Charakteristika skupiny osob po poranění míchy se od výše uvedené skupiny liší. Míšní poranění, jak již bylo uvedeno v předchozím textu této diplomové práce, vzniká nejčastěji náhle jako důsledek autohavárie, skoku do vody, sportovních či jiných aktivit. Ve skupině osob po poranění míchy jsou zastoupeny všechny věkové kategorie i všechny stupně vzdělání.

Pro člověka po poranění míchy jeho postižení znamená v první řadě doživotně věnovat zvýšenou pozornost svému zdravotnímu stavu: preventivní opatření při vzniku dekubitů, péče o dostatečné vyprazdňování močového měchýře, střevního obsahu, dodržování pitného a stravovacího režimu, pravidelné rehabilitaci svalového aparátu, ...atd. Postižený je dále zatížen větší časovou náročností při všech běžných denních úkonech, jako je např. oblékání, hygiena, přesuny na a z vozíku. Člověk s vyšší míšní lézí díky vyšší imobilitě a větší či menší ztrátě hybnosti horních končetin ve srovnání s člověkem s nižší míšní lézí více závislý na pomoci svého okolí.

V okamžiku, kdy člověk bezprostředně prožívá kritické chvíle po úrazu, neuvědomuje si co jej čeká. V první fázi je postižený v šoku, nechápe závažnost situace a změnu svého zdravotního stavu. Následně se s důvěrou obrací na svého ošetřujícího lékaře. V okamžiku, kdy se dozvídá, že se stal „vozíčkářem“, vnitřně odmítá sdělení přijmout. Myslí si, že se lékaři museli splést, že jeho případ bude vyjimečný, že on se uzdraví. Odborná veřejnost ví, že drtivá většina postižených je v tomto období pevně přesvědčena o tom, že je to pouze otázka času, kdy se znovu postaví na nohy a vrátí se zpět do běžného života. Lékařská věda však neumí zázraky a může postiženého ze



zdravotního hlediska pouze co nejlépe připravit na život s handicapem. Čím kvalitnější je péče odborníků, kteří se bezprostředně po úrazu a v období rehabilitace postiženému věnují, tím kvalitnější bude život s postižením. Je třeba, aby byl postižený přesvědčen o tom, že i handicapem se dá žít, aby mu bylo co nejpřesněji vyličen, jakým způsobem bude jeho život po fyzické stránce omezen.

Před postiženým je velmi těžké období, kdy se jeho psychika vyrovnává s radikální změnou životního stylu. Doba, po kterou se postižený snaží se situací vyrovnat, je u každého jednotlivce různě dlouhá a závisí na mnoha okolnostech. Jsou to míra postižení, fyzická zdatnost pacienta, rodinné zázemí, vstřícnost prostředí ve kterém se pohybuje, následná péče, partnerské vztahy. A mnoho dalších ukazatelů vyplývajících z individuality jedince. Je to období, kdy probíhá nejen fyzická, ale i psychická rehabilitace. Období, kdy se postižený s nově vzniklou situací sžívá (a je třeba říci, že se s tímto faktem nevyrovnává pouze pacient, ale minimálně i jeho rodina a životní partner), je velmi důležité pro utvoření sebevědomého člověka, který pochopí, že se jeho život změnil „jen“ v tom, že žije s handicapem, ale on, jako lidský jedinec je stále plnohodnotný člen společnosti. **A společnost musí být připravena jej přijmout.**

Tímto je možné navázat otázku bariér. V první řadě je třeba si uvědomit, že ve společnosti existují bariéry dvojího druhu. Psychické a fyzické. Fyzické bariéry, tedy bariéry stavební a psychické bariéry, které jsou jak ve „zdravých lidech“, tak v samotných postižených. Zdravý člověk se mnohdy postiženému vyhýbá. Důvody mohou být různé. Jsou lidé, kteří nevědí, jak s postiženou osobou komunikovat, jak jí pomoci. Někteří mají jakýsi zvláštní pocit viny, že oni jsou zdraví a ten druhý je více či méně bezmocný. „Zdraví“ lidé často nevědí, jaké zdravotní komplikace postižení přináší a zda je osoba pohybující se pomocí ortopedického vozíku schopna komunikace. Osoba s postižením se může cítit vyřazenou ze společnosti do té míry, jak se k ní chová okolí. Jak píše Filipiová: Psychické bariéry v nás vznikají díky nevědomosti nebo mnohdy ignorování problémů lidí, kteří jsou na první pohled jiní, než tak zvaně zdravá část populace. Psychické bariéry vznikají z xenofobních pocitů, z pocitů nedůvěry v neznámé, nepoznané, mnohdy z arogance, z nezájmu pochopit, že potřeby pro žití běžného života druhého jedince mohou být jiné, než ty moje. Dokud jsou mezi lidmi

bariéry psychické, budou zde i bariéry fyzické. Společnost musí pochopit, že její nedílnou součástí jsou i lidé s handicapem. Proto je tak významná televizní Dobročinná akademie moderovaná Zdeňkem Svěrákem pod záštitou svazu paraplegiků „Centra Paraple“.

Psychické bariéry na straně postiženého jedince, jednoznačně vyplývají z jeho postižení. Jak uvádí Vágnerová (1999), významnou roli zde sehrává „stigmatizace“ postiženého. V tomto případě stigmatizace ortopedickým vozíkem. Mnozí postižení z tohoto důvodu setrvávají raději v domácím prostředí, stydí se za své postižení a proto volí raději život v izolaci od ostatní populace.

Přítomnost fyzických bariér situaci jen zhoršuje. Osoby po poranění míchy si uvědomují fyzické bariéry mnohem více než ti, kteří se s postižením narodili a jsou zvyklí na každodenní boj s překážkami. Fyzické bariéry ještě zhoršují schopnost vyrovnat se s nově vzniklou životní realitou. Problém fyzických bariér narůstá přímo úměrně s věkem. Staří lidé jsou již méně přizpůsobiví a navíc tělesné postižení přináší nároky na fyzickou kondici a právě fyzické síly starším lidem většinou scházejí. Postižený se tak může dostat do začarovaného kruhu.

Jak bylo již výše zmíněno „Společnost musí být připravena postiženého přijmout“, tímto je v souvislosti s fyzickými bariérami myšlena přístupnost města (místa bydliště) a jeho vybavenost. Lidé po úraze míchy musí každodenně tuto otázku řešit. Např.: Pokud má vozíčkář k dispozici automobil a je schopen jej samostatně řídit, pak před ním vyvstává základní otázka parkovacího místa. Bohužel se běžně v naší společnosti setkává se situací, kdy je pro něj parkovací místo sice vyhrazeno, ale pro vysoký obrubník se není schopen dostat na chodník do již bezbariérové budovy. Takových paradoxů by bylo možno vyjmenovat více.

Tato diplomová práce je zaměřena na zaměstnávání lidí po úraze míchy, na jejich motivaci k získání a udržení pracovního uplatnění. Otázky kladené v dotazníku měly za úkol zjistit úroveň této motivace. Právě motivace hraje (nejen) v životě člověka po úraze míchy významnou roli. Motivaci lidí po úraze míchy odráží právě výše uvedené faktory: psychická odolnost jedince, věk, rodinné zázemí, výška míšňí léze. Je zcela zřejmé, že člověk s vysokou míšňí lézí má na otevřeném trhu práce těžší postavení než

člověk s nízkou lézí, a to díky své nižší mobilitě, manuální zručnosti, větší potřeby osobní asistence. Dále motivaci ovlivňují další faktory jako je finanční situace v rodině, vyrovnání se nejen se ztrátou hybnosti, ale i se ztrátou zaměstnání (v podstatě ztrátou vlastní seberealizace), postavení samotného postiženého v rodině (např. otec dvou malých dětí, manželka je na mateřské dovolené,...).

Z rozhovorů vedených s vozíčkáři v Centru Paraple při vyplňování dotazníků vyplynulo, že se vozíčkáři o práci začínají zajímat, opravdu zajímat, v rozmezí roku a půl až dvou let po úraze. V této části je vhodné zmínit nezaměstnanost. Kromě jiného se nezaměstnanost dělí také z časového hlediska. Dlouhodobou nezaměstnaností je nazýváno období, kdy je určitá osoba bez zaměstnání 12 měsíců a více. Bohužel, člověk po úraze míchy toto období zcela bezpečně stráví pobytem v nemocnici a rehabilitačních ústavech. Někteří postižení se po úrazu vrací do domácího prostředí i po dvou letech. Jak uvádí Buchtová (30): „Po dvou letech bez zaměstnání je již nezaměstnaný ohrožen ztrátou pracovních návyků.“ Již v tomto období je tedy třeba postiženého připravovat na pozdější výběr zaměstnání. Jak píše Tuhá (26): „Při řešení problému zaměstnávání osob se zdravotním postižením hraje velkou roli objektivní posuzování schopností postiženého jedince.“ V České republice je zatím jediným typem pracovišť, která mohou posoudit a vyzkoušet schopnost postiženého jedince, centra léčebné a pracovní rehabilitace nebo ergodiagnostická střediska či pracoviště. Jedním z takových pracovišť, kde je i spinální jednotka, je Hamzova dětská léčebna v Luži – Košumberku. Činnost takového centra lze označit jako jeden z motivačních faktorů ke snaze o pozdější získání pracovního uplatnění, k získání vyššího vzdělání, vyšší, jiné další kvalifikace. Postiženému je umožněno poznat jeho schopnosti, které může dál rozvíjet. Z pohledu zaměstnavatele i samotného postiženého jsou potom závěry týkající se doporučení a stanovení toho, co může postižený jedinec dělat, jak dlouho a za jakých podmínek. Tuto diagnostiku provádí Centra léčebné a pracovní rehabilitace na žádost úřadu práce. Bohužel, z dotazníkového šetření vyplynulo, že vozíčkáři při hledání pracovního uplatnění služeb úřadů práce v podstatě nevyužívají. Zde vyvstává otázka: „Proč?“ Může to být způsobeno jakousi zakořeněnou nedůvěrou společnosti v tuto instituci, v malé nabídce vhodných pracovních míst pro osoby po poranění míchy či ,

bohužel, bariérovostí těchto institucí. Úřad práce Praha 6 je např. plně bariérový – nachází se v prvním patře budovy, není zde nainstalována zdvihací plošina, výtah v budově také není.

Zaměstnanost, jak uvádí Krause (33) míra ekonomické aktivity osob se zdravotním postižením po roce 1993 prudce klesla. Od roku 1997 se drží kolem cca 30%( tj. podíl ekonomicky aktivních je 70 %). Karpíšek (46) uvádí: Míra ekonomické aktivity osob se zdravotním postižením, je ovlivněna faktory jako je celková ekonomická situace, celková poptávka po těchto pracovních silách a zvláště systémem stimulů podporující zájem o práci zdravotně postižených – tj. společenské klima, dále systém kompenzace a hmotné motivace podporující zájem zaměstnavatelů zaměstnávat osoby se zdravotním postižením, a konečně i systém osobní motivace (včetně hmotné) samotných osob se zdravotním postižením.

Další zajímavý poznatek, který vyplynul z rozhovorů s vozičkáři během dotazníkového šetření, je ten, že je zaměstnáno, pracuje cca 50–60 % vozičkářů.

Krause (33) uvádí: „Finanční stimuly jsou hlavním činitelem individuálního rozhodnutí pracovat. Rovnováha mezi příjmem z práce – odvozeného z výše mzdy i výše zdanění – a příjmem v nezaměstnanosti nebo aktivitě, formuje rozhodnutí osob, zda vstoupit na trh práce a setrvat v něm.“ Zde platí „ Pracovat se musí vyplatit“ Tento cíl, sledovaný státem, by měl být průběžně vyhodnocován jak u zaměstnavatelů, tak u zájemců, uchazečů o zaměstnání. Toto vyhodnocování a následná opatření by měla vést k odstranění atraktivity práce na černo.“ Tato skutečnost platí i pro osoby se zdravotním postižením – lidi po úraze míchy. V podstatě jde o to, aby se nespokojili pouze s výší plného invalidního důchodu, ale byli motivováni k nalezení a udržení pracovního uplatnění. Mezi legislativními opatřeními, lze nalézt ale i opatření s demotivujícím účinkem ve vztahu ke snaze získat pracovní uplatnění, např. pokud vozičkář pobírá rentu od svého zaměstnavatele, je demotivován tím, že musí ekonomickou aktivitu zaměstnavateli neprodleně ohlásit a zaměstnavatel mu rentu sníží o tento výdělek.

Ve studii VÚPSV (1997) „Ekonomická motivace na trhu práce k zaměstnávání osob se zdravotním postižením se uvádí: Občané se zdravotním postižením uvádějí při hodnocení významnosti práce jako rozhodující faktor finanční příjem. Jako velmi

významné jsou uváděny i další faktory, především psychická rovnováha a dále využití schopností (osobní uplatnění, seberealizace a mezilidské kontakty). V dotazníkovém šetření této diplomové práce je finanční příjem až na třetím místě za uplatněním schopností a komunikací s okolím. Tento fakt může být dán tím, že ve výzkumném souboru byl podíl osob se základním vzděláním 10 % a vyučeno bylo 9 % respondentů. Výši příjmu při hodnocení významu práce preferují právě osoby s nízkým vzděláním, protože mají menší šanci získat dobře placené místo oproti osobám s vyšším vzděláním. U osob s vyšším vzděláním lze též předpokládat vyšší motivaci k dalšímu sebevzdělávání, což se dá do jisté míry hodnotit stejně jako motivace k získání pracovního uplatnění. Je zajímavé, že ve skupině se základním vzděláním bylo 6 osob 5 a více let po úrazu. Zde vyvstává opět otázka proč se tyto osoby dále nevzdělávají. Vzdělávací systém v České republice umožňuje různé formy studia, kterých by osoby se základním vzděláním po poranění míchy mohly využít, např. individuální studijní plány, dálkové studium, kombinované studium na středních a vysokých školách.

Pokud mají být lidé po úraze míchy (zde je možné zahrnout všechny osoby se zdravotním postižením) motivováni k získání pracovního uplatnění, je nutné znát především jejich postoje, zejména jestli mají zájem o pracovní uplatnění, co podporuje či naopak snižuje tento zájem, jak vidí své možnosti na trhu práce,... Poslední zmíněný fakt nebyl v dotazníku zohledněn. Tento fakt však vyplynul z odpovědí respondentů při dotazníkovém šetření – 8 nepracujících respondentů (18 %) již práci nehledá pro opakované neúspěchy při hledání pracovního uplatnění. V části dotazníku určené nepracujícím respondentům byla jako první položena otázka: Chcete pracovat? Ze 44 nepracujících respondentů odpovědělo ano 34 respondentů. Dalším významným faktem při zjišťování motivace je základní otázkou skutečný zájem postižených o pracovní uplatnění. Tento zájem nesporně závisí na mnoha faktorech jako např.: úroveň vzdělání, pořadí životních hodnot, míra postižení, finanční situace v domácnosti a na samotné osobě postiženého. Je zřejmé, že výška míšní léze hraje velkou roli při získávání pracovního uplatnění. Ale toto může být vyváženo pracovními schopnostmi, kvalifikací, vzděláním, zkušenostmi a v neposlední řadě i motivací. Z pohledu hodnocení

skutečného zájmu o pracovní uplatnění je možné respondenty rozdělit do několika skupin:

- respondenti, kteří tvrdí, že pracovat chtějí, ale práci nehledají
- respondenti, kteří práci zatím nehledají
- respondenti, kteří práci již nehledají
- respondenti, kteří práci hledají

Skupina respondentů, kteří práci zatím nehledají, byla složena z respondentů do dvou let po úraze.

V této souvislosti z rozhovorů vedených během vyplňování dotazníků vyplynul další zajímavý poznatek: Vozíčkář se raději vymluví na svůj zdravotní stav, než aby přiznal, že o práci vlastně nemá zájem. Jak je uvedeno ve výzkumné studii VÚPSV z roku 1997 (44): „Dotazovaní ovšem nepřiznávají vlastní neochotu být zaměstnán“. Na této skutečnosti má podíl i systém nárokových dávek . Vozíčkář může pracovat a neusilovat o příspěvky dle vyhlášky 182/1991 Sb nebo pracovat „jen tak“, jen do té míry aby na tyto příspěvky ještě „dosáhl“, nebo nepracovat a tyto příspěvky plně čerpat. V tomto ohledu se někteří pracující vozíčkáři cítí být diskriminováni, protože ti, kteří pracují, zvyšují svou kvalifikaci jsou na těchto příspěvcích díky výši svého výdělku kráceni. Proto by bylo vhodné tento systém přehodnotit

Dalším nástrojem uplatňovaným v aktivní politice zaměstnanosti je rekvalifikace. Rekvalifikace má výrazně motivující charakter k získání pracovního uplatnění. Zde lze říci obecně: „Čím více toho člověk umí, tím chce své dovednosti a znalosti uplatnit v praxi.“ Bohužel o rekvalifikaci má zájem velice málo vozíčkářů. Přitom rekvalifikace otvírá velké možnosti při získání pracovního uplatnění. Jednou z těchto možností je práce z domova pomocí dnes již masově rozšířeného internetu. Tato práce je vhodná pro ty postižené, kteří nemohou pravidelně docházet do zaměstnání, nebo pro ty, kteří díky odlehlosti svého bydliště nemají možnost dopravy do zaměstnání. Jak je uvedeno ve Výzkumné správě VÚPSV z roku 1997 (44): „Podle

informací úřadů práce přes polovinu rekvalifikovaných osob se zdravotním postižením bylo po rekvalifikaci zaměstnáno.“ Dotazníkovým šetřením bylo zjištěno, že rekvalifikaci absolvovalo pouze 11 % respondentů, tedy 9 z celkového počtu 82 respondentů.

V souvislosti s rekvalifikací byla již zmíněna práce pomocí počítače, vhodná zejména pro osoby, které nemají možnost docházet denně do zaměstnání. Proto by bylo tento způsob práce podpořit zvýhodněným připojením k internetu. Na nákup počítače je možné získat příspěvek dle vyhlášky 182/1991 Sb., či je samozřejmě možná dohoda se zaměstnavatelem o zapůjčení nebo pronájmu počítače. Počítač nevlastí pouze 11 nepracujících respondentů.

Dnešní otevřený pracovní trh klade nároky nejen na počítačovou gramotnost ale i na znalosti jazyků. Centrum Paraple pořádá pro vozíčkáře finančně výhodné kurzy anglického jazyka. Sami vozíčkáři však tvrdí, že o ně mezi nimi není velký zájem. Zde by mohly sehrát roli úřady práce. V zahraničí je běžné, že úřady práce pořádají jazykové kurzy, které jsou zahrnuty pod kurzy rekvalifikační. (32)

Motivaci osob se zdravotním postižením, tedy nejen lidí po úraze míchy, nelze posuzovat odděleně od nabídky vhodných pracovních míst. Tj. veškerá motivace k získání pracovního uplatnění se mívá účinkem, neexistují-li vhodná pracovní místa pro osoby se zdravotním postižením. Jak uvádí Krause (32): „V České republice dlouhodobě schází propracovanost efektivních opatření podpory flexibility zaměstnávání v politice zaměstnanosti, zejména nedostatečné podpory zaměstnávání na částečné pracovní úvazky“ (využívání flexibilních forem zaměstnávání, např. job-sharing).

Ze strany zaměstnavatelů je všeobecně malý zájem o zaměstnávání osob se zdravotním postižením, protože se obvykle obávají nízké výkonnosti a vyšší nemocnosti těchto osob. Pro skupinu lidí po úraze míchy tento fakt platí taktéž. Při telefonickém dotazování vyplynulo, že zaměstnavatelé nejsou připraveni zaměstnat vozíčkáře. Mnohdy byli zaměstnavatelé překvapeni, že se „taková osoba“ uchází o jimi nabízené pracovní místo. Shrnutí výsledků telefonického dotazování je uvedeno v závěru práce.

Jak píše Karpíšek (2003): „Nelze popřít, že v posledních letech bylo vyvíjeno určité úsilí k podpoře zaměstnanosti osob se zdravotním postižením. Jejich zaměstnávání podporuje řada opatření osobní hmotné motivace i některá opatření právní ochrany. Současně existuje řada opatření motivujících zaměstnavatele v oblasti daňových úlev, opatření aktivní politiky zaměstnanosti (podpora účelných pracovních míst, chráněného zaměstnání, rekvalifikace), dotací vůči zaměstnavatelům zaměstnávajícím převážně osoby se zdravotním postižením. Byla upravena i povinnost zaměstnavatelů s více než 25 zaměstnanci zaměstnávat osoby se zdravotním postižením ve výši povinného 4 % podílu. Přesto v účinnosti přijatých opatření je řada rezerv, rovněž zatím není vytvořeno vhodné společenské klima k podpoře uplatnění těchto osob. V souvislosti se zmíněným společenským klimatem lze navázat myšlenkou Filipiové (2002): „Je vůbec možné zákonem přikázat, že je třeba lidi s postižením plně respektovat?“



## 6. Závěr

Dotazníkové šetření probíhalo od začátku prosince 2005 do konce března 2006. Firmy byly telefonicky kontaktovány v průběhu dubna 2006.

Při dotazníkovém šetření bylo osloveno 95 osob. Z toho 13 neprojevovalo o šetření zájem, bylo tedy vyplněno 82 dotazníků. Centrum Paraple je velmi otevřeno jakémukoliv zájmu o jeho klienty – lidi po úraze míchy. Této otevřenosti využívají studenti při psaní diplomových prací, jejichž součástí, je dotazníkové či jiné šetření. V době šetření pro účely této diplomové práce měla sociální pracovnice Centra Paraple Radka Suchá připraveno pro klienty dalších pět dotazníků. Sami vozičkáři již nemají tato šetření v oblibě, protože měsíčně se jim do ruky dostanou minimálně tři dotazníky. Pokud je dotazník rozeslán elektronickou poštou, již na něj nereagují. Autorka proto zvolila osobní kontakt s klienty Centra Paraple, což bylo časově velmi náročné. Při osobním kontaktu byli klienti Centra vstřícní. Osobní asistence při vyplňování dotazníku byla a místě, protože občas respondenti plně nerozuměli otázce položené v dotazníku. Samozřejmě během vyplňování dotazníků byly zjištěny další, v předchozím textu diskuse již uvedené skutečnosti.

**Shrnutí výsledků telefonického dotazování:** Byly osloveny firmy, u kterých se předpokládala možnost práce vozičkáře - tedy buď s počítačem nebo v administrativních podmínkách. V oslovených firmách odpovídaly dotazované osoby na otázky poměrně ochotně. Menší firmy často odpovídaly, že „naštěstí“ jsou tak malé, že jim tato povinnost nevzniká. Některé firmy dokonce přistoupily ke snížení počtu pracovníků aby tuto povinnost nemusely plnit. Jiné firmy naopak, v rámci budování svého image byly hrdé na to, že by práci postiženému umožnily. Co se týká možnosti pracovního uplatnění vozičkářů, záleží především na předpokladech k dané práci, ochotě učit se novým věcem. Práci na zkrácený úvazek by umožnily jen 3 oslovené firmy. Toto je způsobeno tím, že firmy nemají náplň práce s časovým omezením a proto preferují plný pracovní úvazek. Pokud by již firma pracovní úvazek po dohodě umožnila, záleží na tom, aby člověk na vozíku stihl vše co má v náplni práce, proto také firmy preferují kombinaci zkrácené pracovní doby s možností pokračovat v práci doma.

**Shrnutí výsledků dotazníkového šetření:** Úkolem dotazníkového šetření bylo zjistit zda jsou lidé po úraze míchy motivováni k získání pracovního uplatnění. Problematika, obecně osob se zdravotním postižením, je daleko širší, přesahuje rámec jejich zaměstnávání. U lidí po úraze míchy je nutné navíc zohlednit psychosociální trauma, nejen ze ztráty původního zaměstnání, ale náhlé ztráty vlastní mobility, náhlé změny zdravotního stavu, opět – náhlé změny svého společenského postavení i postavení v rodině. Problematika osob po poranění míchy zahrnuje jak oblast zdravotní, sociální, psychologickou, ekonomickou. Řešení této problematiky by mělo být komplexní. Toto však klade nároky na společné úsilí všech odpovědných orgánů, jak státních, tak nestátních, jak zdravotních, tak služeb zaměstnanosti, sociálních včetně důchodového pojištění, vzdělávacích a jiných.

V otázce možnosti získání pracovního uplatnění této skupiny osob se zdravotním postižením je nutné v první řadě soustředit politiku zaměstnanosti na identifikaci a specifikaci jejich socioekonomických potřeb a zaměřit se na jejich efektivní řešení za účelem růstu zaměstnanosti této skupiny osob se zdravotním postižením.

Zvýšení pracovního uplatnění této skupiny osob se zdravotním postižením spočívá i v dostupnosti různých pracovních smluv (např. práce na zkrácený pracovní úvazek, job-sharing, flexibilní uspořádání pracovní doby, práce na zavolání-on call work,...)

Dalším významným aspektem ovlivňujícím motivaci jak zaměstnavatelů tak lidí po úraze míchy je jejich informovanost o všech podmínkách (u zaměstnavatelů i seznámení se s zdravotní problematikou) a výhodách zaměstnávání těchto osob, proto je třeba v oblasti informovanosti podniknout patřičné kroky k jejímu zlepšení.

**Hypotéza 1.:** Zaměstnavatelé nereflektují na požadavek lidí po úraze míchy na zkrácený pracovní úvazek.

Hypotéza 1. byla na základě telefonického dotazování **potvrzena**.

**Hypotéza 2.:** Lidé po úraze míchy nejsou motivováni k získání pracovního uplatnění

Hypotéza 2. Byla na základě dotazníkového šetření **vyvrácena**.

Využití práce: Práce poslouží jako podklad pro další projekty v oblasti zaměstnávání klientů Centra Paraple. O zaslání diplomové práce projevilo zájem i několik z nich. Zaměstnávání je zatím oblast, kterou se Centrum zabývá jen okrajově, ovšem v budoucnu by se této problematice chtělo věnovat více.

Za přínos této práce autorka považuje zviditelnění potřeb a motivace lidí s míšními lézím v oblasti zaměstnávání, dále pak připravenosti, informovanosti a ochoty zaměstnavatelů tyto osoby zaměstnávat na hlavní pracovní poměr s požadavkem zkráceného pracovního úvazku.

## 7. Použité zdroje

1. Dylevský, I. *Somatologie*. 2. vyd. Olomouc: Epava, 2000. 480 s. ISBN 80-86297-05-5.
2. Tittel, K. *Beschreibende und functionelle Anatomie des Menschen*. 13. Auflage. Munchen: Urban und Fischer. 2000. 429 s. ISBN 3-437-46150-8.
3. Hájková, G. *Komplexní rehabilitace lidí po poranění míchy: užití klasických a alternativních metod*. Praha, 1999. 67 s. Absolventská práce na Vyšší odborné škole 5. května 51, Praha 4. Vedoucí absolventské práce Zdena Faltýnková.
4. Svaz paraplegiků. *Cesta k nezávislosti po poškození míchy*. Praha: Svaz paraplegiků. 2004. 84 s. Paraple.
5. Svaz paraplegiků. *Paraplegie, tetraplegie*. Praha: Svaz paraplegiků. 2000. 55 s. Paraple.
6. Šrámková, T. 1. vyd. *Poranění míchy pohledem sexuologa*. Praha: Svaz paraplegiků. 2000. 108 s. Paraple.
7. Vysokajová, M. *Hospodářská, sociální, kulturní práva a zdravotně postižení*. 1. vyd. Praha: Karolinum. 2000. 139 s. ISBN 80-246-0057-9.
8. Hrdá, J. *Osobní asistence: příručka postupů a rad pro poskytovatele*. Praha: Pražská organizace vozíčkářů. 2004. 105 s.
9. Jesenský, J. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. 1. vyd. Praha: Karolinum. 1995. 158 s. ISBN 80-7066-941-1.
10. Arnoldová, A. *Vybrané kapitoly ze sociálního zabezpečení*. 1. část. 2. vyd. Praha: Karolinum. 2004. 375 s. ISBN 80-246-0728-X.
11. Arnoldová, A. *Vybrané kapitoly ze sociálního zabezpečení*. 2. část. 2. vyd. Praha: Karolinum. 2004. 504 s. ISBN 80-246-0875-8.
12. Tomeš, I. *Sociální politika: teorie a mezinárodní zkušenost*. 2. vyd. Praha: Socioklub. 2001. 262 s. ISBN 80-86484-00-9.
13. Mareš, P. *Nezaměstnanost jako sociální problém*. 3. vyd. Praha: Slon. 2002. 171 s. ISBN 80-86429-08-3.
14. Hutař, J. *Sociálně právní minimum pro zdravotně postižené*. Praha: Národní rada zdravotně postižených. 2004. 135 s. ISBN 80-238-9263-0.

15. Vágnerová, M. *Psychologie handicapu*. 2. vyd. Praha: Karolinum. 1999. 203 s. ISBN 80-7184929-4.
16. Kolektiv autorů. *Zaměstnávání občanů se zdravotním postižením, důchodců, mladistvých a studentů, absolventů škol, žen a dalších kategorií*. 2. vyd. Zlín: Anag. 2005. 220 s. ISBN 80-7263-277-9.
17. Votava, J. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha: Karolinum. 2005. 207 s. ISBN 80-246-0708-5.
18. Hermanová, K. Když je záchod nekonečně daleko. *Psychologie Dnes*, říjen 2005, roc. 13, č. 10, s. 29-31. ISSN 1212-9607.
19. Valová, H. Paragrafík: poradna pro život s postižením. *Vozíčkář: časopis nejen pro sedící*. únor 2005, roč. 14, č. 2, s. 4. ISSN 1209-1582.
20. Valová, H. Paragrafík: poradna pro život s postižením. *Vozíčkář: časopis nejen pro sedící*. červen 2004, roč. 13, č. 6, s. 11. ISSN 1209-1582.
21. Valová, H. Paragrafík: poradna pro život s postižením. *Vozíčkář: časopis nejen pro sedící*. duben 2005, roč. 14, č. 4, s. 11. ISSN 1209-1582.
22. Valová, H. Paragrafík: poradna pro život s postižením. *Vozíčkář: časopis nejen pro sedící*. květen 2005, roč. 14, č. 5, s. 6. ISSN 1209-1582.
23. Zdráhalová, Jana. *Příloha č. 3 k usnesení vlády ze dne 30. 11. 05 č. 1895/05 Koncepce statistiky o občanech se zdravotním postižením* [on line]. 24. prosince 2005. Osobní komunikace.
24. Valová, Hana. *Zákon o sociálních službách* [on line]. 26. února 2006. Osobní komunikace.
25. MPSV. *Národní akční plán zaměstnanosti na léta 2004-2006* [on line]. c2004 . Dostupné z: <<http://www.mpsv.cz/search.php>>.
26. Tuhá, H. Zaměstnávání zdravotně postižených - hledání nových cest. *Sociální politika*, červen 1997, roč. 22, č. 6, s. 16-17. ISSN 0049-0962.
27. Karpíšek, Z. K problematice zaměstnávání zdravotně postižených. *Sociální politika*, únor 1998, roč. 23, č. 2, s. 14-16. ISSN 0049-0962.
28. *Můžeš: noviny o šanci a důstojnosti pro každého*, č. 1 (únor 2006) Praha: Sdružení přátel Konta Bariéry, o. s., 2006. Vychází 6x ročně. ISSN 1213-8908.

29. Vysoká škola veřejné správy a mezinárodních vztahů v Praze. Sociální program VSVMV [on line]. 28. dubna 2004. Dostupné z: [http://vsvmv.cz/index\\_cinnost.htm](http://vsvmv.cz/index_cinnost.htm).
30. Buchtová, B. *Nezaměstnanost: psychologický, ekonomický a sociální problém*, 1. vyd. Praha: Grada, 2002. s. 236. ISBN 80-247-9006-8.
31. Novosad, L. *Základy speciálního poradenství: struktura a formy poradenství lidem se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. s. 159. ISBN 80-7178-197-5.
32. Krause, D., Kux, J. *Analýza politiky zaměstnanosti členských zemí Evropské unie v závislosti na jejich předsednictví se zřetelem na aktualizaci principů politiky zaměstnanosti České republiky, Velké Británie* [on line]. c2003. Dostupné z: <<http://www.vupsv.cz>>.
33. Krause, D., Kux, J. *Stav a struktura zaměstnanosti a vývojová tendence v poptávce po práci* [on line]. c2003. Dostupné z: <<http://www.vupsv.cz>>.
34. Schlegelová, A. *Politika vyrovnávání příležitostí v oblasti zaměstnávání osob se zdravotním postižením v České republice a EU. Diplomová práce na Fakultě sociálních věd University Karlovy katedře sociální práce. Vedoucí práce Bohumila Čabanová, 2005, 122 s.*
35. Svaz paraplegiků. *Specializovaná pracoviště časné léčebné a rehabilitační péče o pacienty po poranění míchy*. Praha: Svaz paraplegiků, 2003. 11 s.
36. Stejná šance. *Proč zaměstnávat* [on line]. c2004. Dostupné z: <<http://www.stejnasance.cz/clanek.php?id=6>>.
37. Kotíková, J. *Zaměstnavatelé a osoby se zdravotním postižením*, Sociální politika, duben 1998, roč. 23, č. 4, s. 15-17. ISSN 0049-0962.
38. Schreiber, V. *Občané se zdravotním postižením v evidenci úřadů práce*, Sociální politika, březen 1998, roč. 23, s. 13-15. ISSN 0049-0962.
39. Kostka, M. *Rekvalifikace jako nástroj aktivní politiky zaměstnanosti*, Sociální politika, duben 1997, roč. 22, s. 18. ISSN 0049-0962.
40. Čulík, Š. *Ke koncepci ucelené rehabilitace osob se zdravotním postižením*, sociální politika prosinec 2001, roč. 28, s. 13-15. ISSN 0049-0962.
41. Chuděj, P. *Perspektivy Evropského sociálního fondu v ČR*, Sociální politika, červen 1999, roč. 25, s. 2-5. ISSN 0049-0962.
42. Posoldová, V., Židoňová, J. *K zaměstnávání osob se zdravotním postižením*, Sociální politika-příloha, červenec-srpen, 2003. ISSN 0049-0962.

43. Krepperová, L. *Průběh rehabilitace jedinců po amputaci dolní končetiny provedené v dětském věku*. Praha, 2004, 65 s. Diplomová práce na Fakultě tělesné výchovy a sportu, katedře zdravotní tělesné výchovy a tělovýchovného lékařství, vedoucí diplomové práce Tereza Nováková.
44. VÚPSV Praha. *Ekonomická motivace na trhu práce k zaměstnávání osob se zdravotním postižením na trhu práce a návrh opatření na zvýšení jejich zaměstnanosti: souhrnná stručná zpráva*, Praha: VÚPSV, 1997, 58 s.
45. BOLDIŠ, P. *Bibliografické citace dokumentu podle CSN ISO 690 a CSN ISO 690-2: Část 2 - Modely a příklady citací u jednotlivých typů dokumentů*. Verze 3.1 (2004). c1999-2004, poslední aktualizace 11. 11. 2004. <URL: <http://www.boldis.cz/citace2.ps>>.
46. Karpíšek, Z. *Problémy trhu práce a politiky zaměstnanosti, část I: Zaměstnanost [on line]*. c2003. Dostupné z: < <http://www.VUUPS.VZ>>.
47. Filipiová, D. *Stránky Daniely Filipiové [on line]*. c2002. Dostupné z: < <http://www.filipiova.cz/politika/nazory/nazory04.html>>.
48. Zákon o zaměstnanosti – zákon č. 435/2004 Sb.
49. Vyhláška 369/2001 Ministerstva pro místní rozvoj o obecných požadavcích zabezpečujících užívání staveb osobami s omezenou schopností pohybu a orientace.

## **8. Klíčová slova**

1. Míšní léze
2. Zaměstnávání
3. Motivace
4. Zkrácený pracovní úvazek
5. Osoby se zdravotním postižením
6. Pracovní uplatnění



## **9. Seznam příloh**

Příloha 1. : Dotazník

Příloha 2. : Seznam kontaktovaných firem