

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

**Výběrové šetření o zdravotně postižených osobách
v Jihočeském kraji a České republice**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

prof. MUDr. Miloš VELEMÍNSKÝ, CSc.

Autor:

Hana Korbelová

2008

Investigational analysis of people with health disabilities in the South Bohemian region and in comparison with the Czech Republic as a whole.

The topic of my work is an investigational analysis into people aged between 0 and 18 with health disabilities in the South Bohemian region and then to compare the findings with the Czech Republic as a whole. The aim of the work is to compile and examine data of people with special needs and to compare this data with the Czech Republic as a whole. In the theoretical section I will explore the history of attitudes towards those with disabilities, their integration into society, their rights within the society and how the contemporary society is looking at individual disabilities and disabilities in general.

The quantitative sociological research was carried out via questionnaire. A standard questionnaire called "Selected investigation of disabled people" was made in cooperation with the Institute of Health Information and Statistics of the Czech Republic and the Czech Statistical Office.

The aim of the work, to find and compile data about people with disabilities, specifically children in South Bohemia, and compare it with the rest of the Czech Republic, was accomplished. Hypotheses 1, 2 and 3 concerning data within the South Bohemian region, which consistently differ in structure, type and level of disability from the rest of the Czech republic were not confirmed statistically at the appropriate level. The hypothesis that data concerning idea that the statistical distribution of social benefits in the South Bohemian region differs from the Czech Republic is confirmed by cancelling the zero hypothesis at the level of 0.001.

The results of the research contribute to a better ability to plan social services in the region. The results will be used to identify and quantify the actual needs in certain areas: education, health care, social care, employment, prevention for departments and institutions which will contribute to an improvement of the quality and standard of life for those with disabilities.

Prohlašuji že jsem bakalářskou práci na téma „Výběrové šetření o zdravotně postižených osobách v Jihočeském kraji a České republice“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů, které cituji a uvádím v příložené bibliografii.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., v platném znění, souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

Souhlasím s použitím práce k vědeckým účelům.

V Českých Budějovicích 12. 5 . 2008

.....

podpis studenta

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucímu práce prof. MUDr. Miloši Velemínskému, CSc. za jeho podporu, čas a trpělivost, které mi věnoval při zpracování této práce. Dále bych chtěla poděkovat Ústavu zdravotnických informací a statistiky za poskytnutí a souhlas se zpracováním dat z Výběrového šetření o zdravotně postižených osobách v mé práci a jmenovitě RNDr. Jiřímu Votinskému za ochotu a cenné rady při zpracování. V neposlední řadě patří toto poděkování mé rodině za podporu a trpělivost, kterou mi poskytli během vypracování této práce a při studiu.

Obsah

Úvod.....	7
1 Současný stav	8
1.1 Historie.....	8
1.2 Vývoj postoje ke zdravotnímu postižení	10
1.3 Integrace.....	13
1.4 Práva osob se specifickými potřebami.....	16
1.5 Národní plán vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením	17
1.6 Zdravotní postižení	18
1.6.1 Definice a dělení zdravotního postižení.....	19
1.6.2 Tělesné postižení.....	20
1.6.3 Smyslové postižení	23
1.6.4 Mentální a duševní postižení	25
1.6.5 Kombinovaná postižení	26
1.6.6 Postižení s vnitřními chorobami	26
2 Cíl práce a hypotézy	27
2.1 Cíl práce	27
2.2 Hypotéza	27
3 Metodika.....	28
3.1 Použité metody a techniky výzkumu	28
3.1.1 Dotazník.....	28
3.2 Charakteristika zkoumaného souboru.....	29
3.2.2 Kritéria výběru:.....	30
4 Výsledky.....	31
4.1 Základní charakteristiky zdravotně postižených osob	32
4.2 Údaje o zdravotním postižení dané osoby	36
4.3 Údaje o zařízení sociální péče	50
4.4 Ekonomická situace postižené osoby	53
5 Diskuze.....	56
6 Závěr.....	63

7	Seznam použitých zdrojů	64
8	Klíčová slova.....	69
9	Přílohy	70
9.1	Seznam příloh	70

Úvod

V bakalářské práci se zabývám Výběrovým šetřením o zdravotně postižených osobách v Jihočeském kraji a České republice. Jako pracovnice Ústavu zdravotnických informací a statistiky jsem se podílela na tomto šetření, které jsme prováděli ve vzájemné spolupráci s Českým statistickým úřadem. To byl jeden z důvodů, proč jsem si dané téma vybrala. V České republice nejsou dostupné přímé statistické údaje o zdravotně postižených občanech. Z různých pramenů jsou pouze odhadovány jejich počty na základě zpracování sekundárních dat. Tyto informace jsou nedostatečné. Přesnější statistiku postrádají všechny instituce, které s těmito lidmi pracují. Přispěla by ke kvalitnějšímu a cílenějšímu plánování rozvoje sociálních služeb, lepší integraci a zvýšení kvality života osob se specifickými potřebami.

Výběrové šetření o zdravotně postižených osobách se týkalo celé populace České republiky. Ve své práci jsem se zaměřila na děti, to znamená věkovou kategorii do 18 let v Jihočeském kraji a České republice. Zdravotní postižení je dlouhodobý nebo trvalý stav, a proto budou tyto informace jistě zajímavé a přínosné pro mnoho institucí Jihočeského kraje. Mohou vypovídat o aktuálních, ale i dlouhodobých potřebách v oblasti školství, zdravotnictví, sociální péče, zaměstnanecké problematice, ale i o potřebách v oblasti prevence a to zejména u postižení, která nejsou spojená s genetickou výbavou jedince, ale týkají se zejména jeho životního stylu.

1 Současný stav

Novosad (19) uvádí, že v České republice žije asi 1,2 milionu zdravotně postižených, z toho asi:

- 100 000 zrakově postižených
- 250 000 lidí s postižením sluchu
- 300 000 tělesně postižených
- 150 000 lidí se závažnými civilizačními a obdobnými interními nemocemi
- 300 000 lidí s mentálním postižením
- 100 000 lidí s duševním (psychiatrickým) onemocněním

Nejedná se o komplexní statistiku, ale je sestavena z údajů školských, zdravotnických a sociálních. Lze ji tedy brát pouze informativně. (19) Z celostátních srovnání vyplývá, že více než polovinu osob se specifickými potřebami představují osoby v důchodovém věku. (27) Vlivem rozvoje medicíny a stárnutím populace se dá předpokládat, že jejich podíl bude narůstat. (26)

1.1 Historie

„Neposmívej se slepci, nezahrnuj posměšky trpaslíka,
ani nezhoršuj úděl mrzáka.

Nesměj se člověku, který je poznamenán bohem,
a nebuď na něho rozezlen, když se něčeho dopustí!“

Úryvek z Naučení Amenemopa (egyptský úředník z doby kolem 1 100 př.n.l.). (28)

Počátky existence postižených lidí ve společnosti je nutné hledat od začátku nástupu člověka současného typu. Za konvenční hranici tohoto nástupu je uznávána doba před 40 000 lety. Paleodemografická a paleopatologická zkoumání přinášejí řadu poznatků, které potvrzují, že i v raných společenstvích přežívali lidé nemocní a postižení, dokonce takoví, kteří by bez pomoci jiných zahynuli. Významné podněty poskytuje také mytologie. Zejména mýty, v nichž se objevuje problém lidské slabosti,

nemoci a postižení. Do slovanské mytologie a naší kultury prolнула mytologická sdělení nejen ze zdrojů řecko-římských, židovsko-křesťanských, ale i z mýtů starověké Mezopotámie a Egypta. V mýtech se jako univerzální téma uplatňuje problém ochrany lidí slabých. Podpora těchto lidí je společensky žádoucí a má význam i pro toho, kdo podporu poskytuje. Společnosti svůj vztah k lidem slabším, nemocným a postiženým projevují v podivuhodných analogiích, ačkoli tyto společnosti spolu časově ani místně nesouvisejí. (28)

I starověké společnosti dospěly k formulaci pravidel soužití jejich vrstev a členů, ochranné jednání získalo právní oporu (otázkou zůstává jaká byla praxe) a objevily se první příklady a vzory institucionalizované dobročinnosti. Právní systémy zaalpských zemí se tvořily recepcí římského práva, přesto je zřejmé, že kořeny řešení vztahu společnosti a postižených jsou mnohem starší. Ne vždy jsou však vývojově mladší opatření humánnější než řešení staršího data. Formování vztahu k postiženým bylo významně ovlivněno pojmy jako otcovská moc, způsobilost k právnímu jednání a další. Písemné zprávy z řecko-římského okruhu obsahují sdělení o existenci lidí s nejrůznějším znevýhodněním. Bylo nutno se vyrovnat s faktem postižení, nemoci nebo chudoby. Problémem se zabývali filosofové, lékaři i veřejní činitelé. Antický člověk chtěl žít v souladu s kánony uměřenosti, ale musel se naučit přijmout fakt, že také chudý, nemocný a postižený člověk spoluvytváří obraz lidského rodu. (28)

Jak uvádí Tizl (28), jako jediný u nás se pokusil o periodizaci dějin oboru Miloš Sovák a stanovil vývojová stádia péče o defektní osoby:

- Stadium represivní: společnost postižené lidi vyvrhovala resp. zbavovala se jich.
- Stadium zotročování: postižení byli využíváni jako otroci.
- Stadium charitativní: výrazem i oporou postoje k postiženým byla křesťanská charita.
- Stadium renesančního humanismu: k postiženým se hledal lidský poměr.
- Stadium rehabilitační: pro společnost se jevílo jako výhodnější raději postiženým najít možnost pracovního uplatnění, než je zdarma žít.
- Stadium socializační: v duchu socialistického humanismu má být postižený člověk prostřednictvím rehabilitace uschopňován k práci a ke společenskému životu.

- Stadium prevenční: bude dominovat snaha předcházet defektivitě (defektivita = porucha celistvosti člověka čili porucha vztahů ke společnosti, tj. porucha vztahů k výchově, vzdělání popř. k práci). (28)

1.2 Vývoj postoje ke zdravotnímu postižení

Osobnost člověka se utváří v kontaktu a pod vlivem ostatních členů jeho sociální skupiny. Společnost vytváří pravidla soužití, hodnoty a normy, které se stávají součástí společenského vědomí i individuálních psychických vlastností jedince, vznikají v rámci určité kultury a jsou podmíněny i historicky. (34) Kultura určuje, co je danou společností považováno za žádoucí či nežádoucí a také ovlivňuje posuzování ostatních členů společnosti. Co je v jedné kultuře považováno za žádoucí, může být v druhé odmítáno nebo posuzováno jako vysloveně patologické. Člověk se musí podříditi normám společnosti, ve které žije. Každá společnost stanovuje určitý ideál, který odpovídá jejím potřebám a náboženským, ideovým a filosofickým základům dané kultury. Emocionální reakce, způsoby chování, odmítání či přijímání různých jevů jedincem jsou závislé na kultuře, ke které náleží, jejíž hodnoty mu byly vštípeny jako vlastní. To ovlivňuje i přijímání jednotlivců, kteří nejsou jako ostatní a nějakým způsobem se odlišují – chováním, fyzickým vzhledem apod. Závislost jedince na sociálním prostředí byla nejvýraznější na primitivních úrovních vývoje společnosti, protože podmiňovala přežití jedince. Nejvyšším trestem bylo vyhnání z kmene, což většinou končilo smrtí potrestaného. (34)

Na nejprimitivnější úrovni vývoje společnosti byli slabší a fyzicky postižení jedinci spíše odmítáni. Pravděpodobně se jednalo o přetrvávání biologického mechanismu, který zajišťuje přežití druhu. Na postoj vůči postiženým či oslabeným jedincům měly vliv i vnější okolnosti a to zejména ekonomická situace skupiny. Pokud měla problémy s materiálním přežitím (zejména dostatek potravy) nebo žila v mimořádně náročných podmínkách, těžko si mohla dovolit živit jedince, který ji nepřinášel užitek a naopak ji zatěžoval péčí o něj (např. Sparta – třídění nemluvňat podle předpokládané pozdější zdatnosti ve vojenské službě nebo zabíjení dětí, které nemohla matka kojit). (34)

Jedinec s tělesným či smyslovým postižením je nápadný tím, že je v populaci spíš výjimečný a že se nevýhodně odlišuje od určitého estetického ideálu kultury. Výrazně to bylo patrné v antickém Řecku a Římě, kde byla kultura založena na souladu krásy těla a ducha a člověk byl posuzován podle obou kritérií. Opět je nutné mít na zřeteli kulturní vlivy, které určují co je krásné a co odpuzující. (34)

Příčiny narození dítěte s postižením byly většinou přičítány neznámým, ale negativním vlivům (uhranutí, očarování, apod.) a dítě pak bylo považováno za potenciální nebezpečí, protože představovalo vliv neznámých a tím nebezpečných sil. Postižení bylo a mnohdy ještě dnes je považováno také za výraz určité vnitřní kvality, ale spíš v negativním smyslu. Názor, že jedinec s tělesným postižením nebo slepý je zároveň mentálně retardovaný, není vůbec výjimečný. Postižení se tak stává stigmatem a je chápáno jako varovný signál. (34)

Způsob chápání postižení ovlivnilo i náboženství. Postižení je bráno jako boží vůle - úmysl a to v podobě zkoušky nebo trestu. Ve středověku byl člověk s postižením předmětem soucitu a křesťanské lásky, ze které vyplývala nutnost péče o něj. Systém péče o chudé a nemocné však byl rozvinutý už i ve 12. století na pohanské Rujaně. (34)

U různých typů postojů k postižení často nacházíme ambivalentní vztah. Projevuje se to zejména v postoji, který lze nazvat „fascinace monstrem“. To, co člověka odpuzuje, jej zároveň určitým způsobem přitahuje. Ačkoli byli postižení společností zpravidla zavržováni, byly jim zároveň připisovány magické schopnosti, které k nim lidi přitahovaly, ač s příměsí strachu (např. prorocký dar slepců). Často jim svým způsobem zajišťovaly i místo ve společnosti (šamani – často halucinující psychotici). V některých i velmi civilizovaných zemích přežívají podobné představy i dnes. (34)

Je důležité si také uvědomit, že stejně jako sociální tlak ovlivňoval různé typy postojů k postiženým v rámci historie lidské společnosti, působil také na druhé straně na samotné jedince s postižením. Jsou vedeni k akceptaci své role a nuceni přijímat svou odlišnost tak, jak ji chápe společnost. Paradoxně se tak stávají ve společnosti tím přijatelnější, čím více potvrzují svou odlišnost. Působení je vzájemné a je téměř nemožné tento kruh reakcí a očekávání přerušit. (34)

V spíše negativních postojích společnosti lze rozeznat řadu předsudků a stereotypů, které jsou patrné dodnes, ač si je často neuvědomujeme. Je to patrné zejména v našem státě, kde byli jedinci s postižením uměle oddělováni od společnosti a málokdo se s nimi setkal. (34) V období socialistického státu byla problematika občanů se zdravotním postižením na okraji zájmu, společnost se tvářila jakoby tito lidé ve společnosti ani nežili. Byly pro ně vybudovány různé ústavy a instituce, které měly zajistit jejich izolaci od „zdravé“ části společnosti. (27)

V průběhu dějin se však vytvářela i druhá linie vztahu k postiženým, zřetelněji vyjádřená křesťanskou láskou a z toho plynoucí péče o slabé a nemocné. Zejména poslední dvě století jsou ve znamení skutečných pokusů o reálnou pomoc. Ještě v minulém století bylo však nutné dokazovat, že děti se smyslovým postižením jsou vzdělavatelné, nyní se stále více rozvíjí speciálně pedagogická péče. (34)

V současné době ovlivňují naše postoje také média. Medializace života lidí se specifickými potřebami může být přínosná v tom, že seznamuje většinovou společnost s jejich situací, na druhé straně mohou vytvořit mylnou představu, že péče o ně je téměř bezproblémová a profesionálně zajištěná. Média by mohla kladně ovlivnit ambivalentní přístup společnosti k těmto lidem zprostředkováním pozvání k přímému setkávání lidí s postižením a lidí nepostižených. (23)

Zdravotní omezení (postižení) provázejí lidstvo od samého počátku, existují a existovat přes veškeré úsilí budou. V každé společnosti je nutné řešit nejednotný vztah těch silnějších, zdravých a nepostižených, kteří se projevují jako majorita k těm slabším, nemocným, postiženým, kteří jsou v minoritním postavení. I když byli tito lidé ze společnosti vytlačováni a žili jakoby mimo ni, byli vždy její součástí, bez ohledu na stupeň vývoje společnosti i dobu. Vztahy mezi postiženou minoritou a nepostiženou majoritou se vyznačují určitým napětím. Řešení těchto vztahů patří do základních paradigmat lidského údělu. (28)

1.3 Integrace

Pro vztah k lidem se zdravotním postižením či specifickými potřebami je podstatný vývoj lidské společnosti směrem k toleranci a schopnosti akceptovat odlišnost, respektovat individualitu a tento vztah odráží vnitřní kvality člověka i celé společnosti. Je důležité překročit konvence a stereotypy, nevnímat postižené z hlediska postižení a je lhostejno zda s odmítáním nebo soucitem. Každý člověk musí být chápán v první řadě jako *člověk*, který má určité specifické potřeby. Toho lze docílit odstraněním bariér mezi oběma skupinami, jejich vzájemným poznáním a kontakty. Nejvhodnější je začít integrací dětí se specifickými potřebami v běžných školách při zajištění nutné speciálně pedagogické péče. (34)

Stupně pedagogické integrace, které by měli být srovnatelné se stupni integrace v jiných oblastech, uvádí Jesenský (11):

1. *Plná integrace* v jakémkoli výchovně vzdělávacím prostředí bez použití speciálních pomůcek s vysokým sociálním statusem
2. *Podmíněná integrace* v jakémkoli výchovně vzdělávacím prostředí s použitím osobních kompenzačních a reedukačních pomůcek s vysokým sociálním statusem
3. *Snížená integrace* vázaná na technické a jiné úpravy výchovně vzdělávacího prostředí, používání speciálních pomůcek, s mírně sníženým sociálním statusem
4. *Ohraničená integrace* v technicky upraveném výchovně vzdělávacím prostředí s použitím speciálních pomůcek a s výběrovým uplatňováním speciálních metod se sníženým sociálním statusem
5. *Vymezená integrace* na upravené výchovně vzdělávací prostředí s použitím speciálních pomůcek, s pravidelným uplatňováním speciálních metod v průměrném rozsahu při uchování přijatelného sociálního statusu.
6. *Redukovaná integrace* na upravené výchovně vzdělávací prostředí s použitím speciálních pomůcek, s pravidelným uplatňováním speciálních metod v převládajícím rozsahu při přijatelném sociálním statusu.

7. *Narušená integrace* na upraveném výchovně vzdělávacím prostředí s použitím speciálních pomůcek, s uplatněním speciálních metod v plném rozsahu při zachování integračních cílů a obsahů při sníženém sociálním statusu.
8. *Segregovaná výchova a vzdělání* v upravených podmínkách, s použitím speciálních pomůcek, s uplatněním speciálních metod v plném rozsahu při zachování integračních cílů a obsahů při sníženém sociálním statusu.
9. *Vysoce segregovaná výchova a vzdělávání* ve speciálně upraveném prostředí s použitím pomůcek, s uplatněním speciálních metod v plném rozsahu při uplatnění redukce integračních cílů a obsahů a s podstatně omezeným sociálním statusem.

Postižení nemusí znamenat snížení kvality života jedince ani neschopnost pracovat. Podmínkou však je, aby byly využity mechanismy, které podporují vyrovnávání příležitostí a kompenzují překážky, které člověku se zdravotním postižením život přináší. Využívání těchto mechanismů závisí na situaci ve společnosti, ve níž daný jedinec žije. (19)

Zkoumáním sociálních aspektů zdravotního postižení, patologií sociálního prostředí a jeho vlivu na vznik a rozvoj zdravotního znevýhodnění se zabývá *sociologie zdravotního postižení* (nebo také sociologie handicapu), což je aplikovaná sociologická disciplína. Lze ji definovat jako disciplínu užité sociologie, která se zabývá zdravotním postižením jako jevem. Impulzem k vytvoření tohoto oboru byl přerod medicíny od fyziologického pojetí zdraví a nemoci k pojetí duálnímu (zahrnuje fyziologickou i psychickou stránku zdravotního stavu člověka) a dále k pojetí holistickému (vymezuje fyziologickou, psychickou i sociální dimenzi lidského zdraví a nemoci). To pak zapříčinilo vznik nového medicínského oboru – veřejného zdravotnictví a sociálního lékařství. (19)

Determinanty, které ovlivňují život lidí se specifickými potřebami, lze rozdělit na subjektivní a objektivní. Některé měnit lze, některé změnit nelze a některé je možné kompenzovat nebo nějakým způsobem eliminovat jejich negativní působení a všechny se vzájemně prolínají. (19)

Mezi subjektivní činitele lze zařadit zdravotní stav, osobnostní rysy jedince (souhrn vrozených dispozic ovlivněných učením, rodinou, školou a celou společností), schopnost zvládat nepříznivou situaci, charakterové, volní a motivační předpoklady a také vnější vlivy (rodiny, komunity, osobního a užšího sociálního zázemí). (27)

Objektivní činitelé jsou méně závislé na osobě člověka a lze je ve značné míře ovlivnit. Patří sem společenské vědomí, postoje k osobám s handicapem, stav životního prostředí (vliv na vznik nemocnosti, toxicita prostředí, klima, urbanizace, technické, dopravní, komunikační a architektonické bariéry), sociální politika (vztah státu a většinové společnosti k lidem se znevýhodněním), vzdělávací politika, politika zaměstnanosti (vůle vytvářet vhodná pracovní místa a využívat schopností osob s postižením) a v neposlední řadě i kvalitní sociální služby (adresné, odpovídající, etické a důstojné uspokojování potřeb osob s postižením a kompenzování vzniklých omezení). (27)

Integrace osob se specifickými potřebami by měla začít hned od dětského věku, pokud to stav dítěte dovoluje. Kvalitní vzdělání zlepšuje šance v dalším uplatnění v pracovním procesu. Možnosti vysokoškolského studia se sice pro studenty se zdravotním postižením každoročně rozšiřují, ale nejsou na úrovni vyspělých evropských zemí. Podíl těchto studentů činí v průměru 2 – 3 %, což spolu s negativními sekundárními důsledky segregačních modelů vzdělání na nižších stupních škol a následnou nízkou odbornou kvalifikací studentů způsobuje téměř třetinovou nezaměstnanost občanů se zdravotním postižením. Stupeň a kvalita vzdělání umožňuje jedinci se zdravotním postižením samostatnou výdělečnou činnost. To se následně odrazí v menší finanční závislosti na sociální a organizační podpoře státu. (36)

Existují i různé iniciativy, které pomáhají osobám se zdravotním postižením v návratu do pracovního procesu. Příkladem může být nezisková společnost Reintegra, která knižně vydala program reintegrace. (22, 25)

Integraci osob se specifickými potřebami velmi významně ovlivňují též architekti, projektanti a stavební úředníci. Nedílnou součástí Stavebního zákona je vyhláška 369/2001, která definuje obecné technické požadavky zabezpečující užívání staveb osobami s omezenou schopností pohybu a orientace. (39) Přesto i u nových staveb se

projektanti dopouštějí řady chyb. (5) Vlivem rozvoje medicíny stále roste poměr lidí se specifickými potřebami ve vztahu ke zdravé populaci. Projektanti často při svém návrhu vidí jako uživatele osoby, se kterými se běžně setkávají, a zapomínají, že společnost je různorodá. (27) „Kvalitní architektonický návrh by neměl vytvářet žádné architektonické ani sociální bariéry.“ (27)

„Když se člověk na vlastní kůži setká s postižením, stojí ho mnoho úsilí se s ním vyrovnat, naučit se s postižením žít, změnit svůj životní styl. Proč mu tedy nemůže okolí podat pomocnou ruku a umožnit co nejrychlejší návrat do společnosti, do zaměstnání, a nalezení nového životního stylu? Není nic horšího než ignorování slabšího a přehlížení potřeby pomoci mu. A někdy stačí opravdu málo.“ (6)

1.4 Práva osob se specifickými potřebami

Listina základních práv a svobod je součástí našeho ústavního pořádku. (32) Tato základní práva platí pro všechny, to znamená i pro osoby se specifickými potřebami. To znamená, že mají právo na odstranění jejich diskriminace, právo na nezávislý způsob života, větší integraci, právo na vzdělání, kvalifikaci, zaměstnání, na kvalitní a dostupnou péči a odpovídající bydlení. (27)

Konkrétní formy pomoci osobám se specifickými potřebami přináší např. Zákon o sociálních službách a jeho prováděcí vyhlášky. (40) V mezinárodním rámci lze jmenovat kromě aktivit Světové zdravotnické organizace také Organizaci spojených národů, která v roce 2007 otevřela k podpisu signatářským státům protokol Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením. (29)

V roce 2002 se konal v Madridu evropský kongres osob se zdravotním postižením. Za podpory Evropské unie byl rok 2003 vyhlášen Evropským rokem osob se zdravotním postižením a byla přijata Madridská deklaráce. Upozorňuje, že zdravotní postižení je otázkou lidských práv a bariéry ve společnosti vedou k diskriminaci a sociální exkluzi – dle dostupných statistických údajů mají zdravotně postižené osoby nepřijatelně nízkou úroveň vzdělání a zaměstnanosti. Popisuje vize, jejichž praktické uplatnění umožňuje, dosažení inkluzivní společnosti pro všechny. (24)

1.5 Národní plán vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením

Jak již bylo konstatováno výše, v České republice nejsou k dispozici přesné údaje o zdravotně postižených osobách. Potřebnost těchto údajů vyjádřila vláda ČR již v roce 2003 doplněním Národního plánu vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením o další úkol. (18) Usnesením č. 596 ze dne 18.6. 2003 vláda ČR pověřila Český statistický úřad (ČSÚ) koordinací tvorby statistiky o občanech se zdravotním postižením. (30) Cílem bylo ve spolupráci s ministerstvy a dalšími institucemi postupně vytvořit konzistentní systém statistických informací pro potřeby českých i mezinárodních organizací, které se zabývají touto problematikou.

Na tomto projektu spolupracuje s ČSÚ Ústav zdravotnických informací a statistiky. Nejdříve bylo nutné definovat zdravotní postižení, vypracovat metodiku základních ukazatelů a celkový obsah budoucího dotazníku pro sběr statistických dat. Výsledkem byl návrh nového Výběrového šetření o zdravotně postižených osobách (VŠPO) včetně vypracovaného dotazníku a metodických vysvětlivek. Pilotním šetřením, kterého se zúčastnilo zhruba 30 praktických lékařů, byl dotazník prověřen a připomínky z tohoto šetření byly zapracovány. Vyhodnocení výsledků tohoto šetření potvrdilo, že navrhované statistické zjišťování je pro požadované účely proveditelné a postačující. Na základě tohoto vyhodnocení rozhodla vláda ČR usnesením č. 1575 ze dne 7.12.2005 provádět ve tříleté periodicitě výběrové šetření o zdravotně postižených občanech. (31) Šetření se bude provádět na výběrovém souboru praktických lékařů pro dospělé a praktických lékařů pro děti a dorost, včetně lékařů v ústavech sociální péče. Výběrový soubor bude vytvořen náhodným výběrem a pro každé šetření bude obměňován z důvodu maximálně možného snížení zátěže respondentů (praktických lékařů). Výsledky šetření budou dopočteny na non-response a na základní soubor, aby byly reprezentativní za celou ČR. Lékaři budou za vyplněné dotazníky odměňováni.

1.6 Zdravotní postižení

Světová zdravotnická organizace (WHO) věnuje problémům osob se zdravotním postižením (podle nové terminologie osobám se specifickými potřebami) velkou pozornost. V roce 1980 přijala dokument vztahující se k následkům nemocí, úrazů a vrozených vad, který v České republice známe pod názvem Mezinárodní klasifikace poruch, disability a handicapů. V roce 2001 přijalo Valné shromáždění WHO jeho upravenou revizi pod názvem International Classification of Functioning, Disability and Health (Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví – MKF). (15) Tento dokument se stává základem hodnocení a posuzování nároků k vyrovnání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením a zavádí nové pojmy:

- Impairment – porucha strukturální nebo funkční povahy na úrovni orgánu nebo orgánové soustavy (funkce), která v největším počtu případů jedince neomezuje závažným způsobem a upravuje se většinou v krátké době
- Activity – aktivita, schopnost – podstata a rozsah konkrétního výkonu člověka. Aktivita může být limitována ve své podstatě, trvání a kvalitě. Omezení aktivity je následkem poruchy některého orgánu nebo více orgánů
- Participation – (participace) je zapojení do života (v různých směrech a rozsahu) v různých situacích v poměru k poruchám, disability (aktivitám) a zdravotní kondici a spolupůsobícím faktorů života společnosti. (10)

Jak uvádí Votava (38), MKF nehodnotí člověka jako takového, ale hodnotí situace, ve kterých se člověk nachází a které mohou být pro něho omezující (disabling), ve kterých je disabled, ale jinak je zdravý. Na tom se samozřejmě výrazně podílí velmi důležitý faktor prostředí, což je nová komponenta klasifikace. Může danou situaci významným způsobem ovlivnit příznivě (facilitujícím působením) nebo naopak nepříznivě ve smyslu vytváření bariér.

V České republice jsme se v minulosti mohli na veřejnosti setkat většinou jen s osobami s lehčím zdravotním postižením. Ostatní byli většinou zavřeni za zdmi různých ústavů, v lepším případě v domácnostech. To se naštěstí postupně mění. Jak píše Jankovský (9), v běžném životě se setkáváme s jedinci odlišujícími se nějakým

způsobem od většiny. Mezi ně patří i zdravotně postižení. I oni jsou přirozenou integrální součástí naší společnosti a každého člověka bychom měli vnímat především jako lidskou bytost. Postižení bychom měli vnímat spíše jako dimenzi, jež dává lidskému životu určitý rozměr neboli kvalitu. (9)

Ve své práci jsem se podrobněji zaměřila na děti. Je nutné si uvědomit, že všechny děti potřebují totéž: citovou náklonnost, zábavu, podněty a každodenní péči (stravu, oblečení, bydlení). To vše lze vyjádřit jedním slovem – potřebují především lásku a to se týká i dítěte s postižením. Jeho specifické potřeby vyžadují i specifický rodičovský přístup. (12) Vágnerová (33) uvádí: „Potřeba citového vztahu a bezpečí je u postižených dětí stejně velká jako u zdravých, snad je ještě větší, protože citová vazba pomáhá překonat mnohé problémy, které onemocnění přináší a jistota citové opory je velmi významným harmonizačním faktorem v mnoha životních situacích.“

Je důležité zjistit zdravotní omezení u dítěte co nejdříve, aby rodiče mohli od počátku dítěti poskytnout i vhodnou stimulaci a zajistit případné specifické podmínky pro jeho všestranný rozvoj. Pokud není postižení patrné na první pohled nebo jej nesdělí lékař přímo v porodnici, často právě matka zjistí, že není něco v pořádku. Bohužel se občas u lékaře setká s nepochopením a bagatelizací svých obav, ale naštěstí jsou to situace výjimečné. Většinou se jí dostane cenných rad i doporučení, kam se ještě může o pomoc a radu obrátit. Existuje mnoho občanských sdružení pro rodiče dítěte s konkrétním postižením a mnoho cenných informací lze nalézt i na webových stránkách. (8, 12)

1.6.1 Definice a dělení zdravotního postižení

V rámci VŠPO bylo nutné stanovit definici zdravotně postižené osoby. Byla stanovena takto: „Zdravotně postiženou je osoba jejíž tělesné, smyslové a duševní schopnosti či duševní zdraví jsou odlišné od stavu typického pro její věk a lze oprávněně předpokládat, že tento stav potrvá déle než 1 rok. Odlišnost od typického stavu pro odpovídající věk musí být takového druhu či rozsahu, že obvykle způsobuje

omezení nebo faktické znemožnění společenského uplatnění dané osoby.“(viz Příloha č.2)

Samozřejmě je možné nalézt mnoho dalších jiných popisů a definic. Například Zákon o sociálních službách vymezuje zdravotní postižení jako tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby. (26)

Příčiny vzniku zdravotního postižení jsou různé. Podílí se na nich poruchy genetických dispozic, ale i vlivy vnějšího prostředí (vlivy působící prenatálně, perinatálně i postnatálně). (2)

Zdravotní postižení můžeme dělit z různých hledisek. Jedním z nich je podle doby vzniku:

- Vrozené – dítě se s nemocí či poruchou již narodí. Porucha může být geneticky podmíněná nebo získaná v průběhu těhotenství (vliv infekce u matky, škodliviny vnějšího prostředí, drogy, alkohol). Nejrizikovějším obdobím jsou první tři měsíce nitroděložního vývoje, kdy dochází k vývoji orgánů.
- Získané – poruchy zapříčiněné okolnostmi při porodu nebo po porodu (hypoxie, infekce, krvácení do mozku), úrazy. (20)

Dělení podle systémů, které postihují:

- tělesné postižení
- smyslové postižení
- mentální a duševní postižení
- kombinované postižení
- vnitřní (20, 37)

1.6.2 Tělesné postižení

V obecné rovině se tělesné (somatické) postižení projevuje dočasnými nebo trvalými problémy v motorických dispozicích člověka. Jsou to především poruchy nervového systému, které mají za následek poruchu hybnosti. Dále sem patří poruchy

pohybového nosného (muskoskeletárního) aparátu. Tyto skutečnosti pak mohou negativně ovlivňovat také vývoj osobnosti dítěte s postižením. (9)

Dětská mozková obrna (DMO)

Nejčastějším tělesným postižením je DMO. Příčina poruchy je v mozku a nemoc způsobuje poruchu hybnosti těla. Jedná se o poruchu vývoje nebo poškození motorických oblastí mozku, která se projevuje špatnou kontrolou hybnosti a vadným držením trupu a končetin. DMO se může projevit jakýmkoli stupněm pohybového postižení a je podmíněna poškozením nezralého mozku během jeho vývoje. (19) Tento pojem zahrnuje širokou škálu poruch různé etiopatogeneze. Vzhledem k tomu, že ne všechny motorické projevy mají charakter obrny, používá se pro toto onemocnění také označení encefalopatie (blíže nespecifikované poškození mozku). (9)

Klasifikace DMO nejčastěji vychází z klinického obrazu a podle typu hybného postižení se rozlišují dvě základní formy onemocnění:

- spastické DMO – sem patří:
 - forma diparetická (paraparetická) s různým stupněm postižení zejména dolních končetin, méně často a v menší míře mohou být postiženy i horní končetiny, jedná se o nezralost nervového systému a typickým projevem je tzv. nůžkovitá chůze
 - hemiparetická forma – jedná se o hemisferální postižení, projevuje se postižením jedné poloviny těla s patrnou převahou postižení horní končetiny (připomíná složené ptačí křídlo)
 - kvadraparetická forma je typická poškozením všech čtyř končetin, přičemž u každé se může jednat o různý stupeň postižení
- nespastické DMO – sem patří:
 - hypotonická forma s dominujícím oslabením svalového tonu trupu i končetin, která je centrálního původu
 - extrapyramidová (dyskenitická) forma se projevuje atetoidními dyskinézemi, grimasováním a hadovitými hyperkinézemi hlavy, trupu

i končetin. Hyperkinetický syndrom je typický pro perinatální období a na jeho vzniku má podíl poporodní žloutenka (9)

Dětská mozková obrna se často vyskytuje spolu s přidruženými poruchami. Za nejdůležitější vzhledem na sociální důsledky lze považovat mentální retardaci. Jedná se o trvalý stav celkového snížení intelektových schopností. Další velmi závažnou a častou poruchou je epilepsie, která může být překážkou při zapojení člověka s postižením do aktivního života. Časté jsou u DMO také smyslové poruchy. Jedná se o zrakové obtíže, poruchy sluchu a s tím související i poruchy řeči. Vzácné nejsou ani ortopedické komplikace. Nejčastěji je to zkrácení Achillových a koleních šlach, které brání v chůzi a je nutné je prolongovat. Někdy je nutná úprava flexorů kyčle a adduktorů stehna, objevit se může dysplazie kyčelních kloubů a skolióza (vychýlení páteře do strany). Častěji se také u dětí s DMO vyskytují emoční poruchy. (9)

Neuromuskulární a svalová onemocnění

Klinickými příznaky této skupiny onemocnění jsou například periferní paréza, hypotonie, atrofie svalové hmoty, bolesti a změny konzistence svalu, poruchy čítí a chůze a další. Patří sem:

- artrogrypóza vzniklá v rámci myopatií – mnohočetné kloubní deformity
- poliomyelitida – infekční onemocnění poškozující šedou hmotu v předních rozích míšních, po zavedení očkování se už u nás nevyskytuje
- myopatie – porucha hybnosti je přímo ve svalu, jde o poškození svalového vlákna
- progresivní svalové dystrofie – degenerace příčně pruhovaného svalstva
- Duchennova svalová dystrofie – dědičná, postihuje mužské pohlaví, dochází k postupnému úbytku svalstva
- Charcotova-Marieova-Toothova choroba – postupný zánik osových vláken a myelinových pochv u periferních nervů
- metabolické myopatie – např. glykogenózy, při kterých se neuvolňuje ze svalového glykogenu glukóza (9)

Další somatická postižení včetně postižení nervové soustavy

Somatických postižení je celá řada, patří sem například i různé deformity jako mikrocefalie (zmenšení obvodu hlavičky dítěte) a makrocefalie (rychlý růst obvodu hlavičky novorozence), která je většinou spojena s mentální retardací. Vrozeným onemocněním mozku je tuberkulózní skleróza, která se projevuje kožními a nervovými příznaky a častou epilepsií. Do této skupiny patří i tumory centrální nervové soustavy, které mohou zastavit psychomotorický vývoj dítěte. Časté jsou také stavy po poranění mozku nebo poranění páteře a míchy v důsledku úrazu. Významnou skupinou jsou také degenerativní onemocnění nervové soustavy, např. Friedreichova ataxie (deformita dolních končetin). (9)

Ortopedická a jiná postižení

Nejznámější je vrozené vykloubení kyčlí. Dále ve věku 5 – 7 se zejména u chlapců může vyskytnout Perthesova choroba (hlavice stehenní kosti se tříští na jakési ostrůvky), choroba má vcelku příznivou prognózu. Časté jsou různé deformace páteře (hyperkyfózy, skoliózy). Scheuermannova nemoc může vzniknout v období puberty a adolescence, projevuje se bolestí zad a změnami na obratlích a meziobratlových ploténkách. Vrozeným onemocněním s narušeným vývojem chrupavky je chondrodystrofie (trpaslictví) a patří sem i dysmélie (porucha zárodečného vývoje končetin). V neposlední řadě se sem řadí i různé amputace a to nejčastěji v důsledku úrazu. (9)

1.6.3 Smyslové postižení

Dochází k postižení zraku, sluchu nebo řeči, často jde i o kombinaci vad.

Zrakové postižení – z hlediska etiologie rozlišujeme poruchu:

- orgánovou (porucha zasahuje zrakový orgán jako celek nebo jeho jednotlivé části)
- funkční (oslabuje výkon zrakového orgánu). (21)

Nejčastější dělení je podle stupně zrakové vady:

- Slabozrakost – je nevratný pokles zrakové ostrosti nebo je zorné pole zúženo. Dělí se do dvou stupňů – lehká a těžká. Projevuje se sníženou nebo zkreslenou činností zrakového analyzátoru obou očí a omezením a deformací zrakových představ.
- Zbytky zraku – jedinci se zbytky zraku tvoří mezistupeň mezi slabozrakostí a praktickou nevidomostí.
- Nevidomost - je ireverzibilní proces centrální zrakové ostrosti pod 3/60 až světlocit. Rozlišujeme nevidomost praktickou a totální slepotu (amaurosu).
- Poruchy binokulárního vidění – jsou funkční poruchy a vznikají na základě částečného omezení zrakové funkce jednoho oka. Dělíme je na šilhavost (strabismus) a tupozrakost (amblyopii). (21)

Sluchové postižení – vada sluchu je trvalé postižení bez možnosti úplné nápravy.

Poruchy sluchu se dělí na dva základní druhy:

- periferní:
 - převodní nedoslýchavost - znemožněn mechanický převod zvukových vln od zvukovodu do tekutin vnitřního ucha (vrozená vývojová vada, perforace bubínku ap.
 - percepční nedoslýchavost – porušená funkce vnitřního ucha, sluchového nervu nebo mozkové kůry)
- centrální – komplikované defekty způsobené různými procesy, které postihují podkorový a korový systém sluchových drah. Změny mohou být organické i funkční. (7)

Poruchy řeči – podle etapy komunikačního procesu, kdy došlo k vadě, poškození nebo narušení lze rozdělit poruchy na:

- narušení receptivní složky řeči (poruchy rozumění řeči)
- narušení centrální části (poruchy fatické, narušení nejvyšších řečových funkcí)
- narušení složky expresivní (poruchy řečové produkce)
- opoždění vývoje řeči dětí (nevhodné, nepodnětné, nestimulující prostředí)
- poruchy psychotické povahy (narušení sociální interakce) (37)

Konkrétnější členění zde nebudu uvádět, jelikož řečové zdravotní postižení nebylo přímým zájmem šetření.

1.6.4 Mentální a duševní postižení

Zahrnuje poruchy myšlení, kognitivních funkcí a duševní poruchy. Duševní poruchy jsou spolu s poruchami chování zařazeny do V. kapitoly Mezinárodní klasifikace nemocí pod písmenem F. (16, 35)

Mentální retardace patří mezi nevíce rozšířené onemocnění. Je to vývojová duševní porucha se sníženou inteligencí demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální i postnatální etiologií. (35) Její stupně jsou:

- lehká mentální retardace – opožděný řečový vývoj, hlavní problémy se objevují až s nástupem do školy. Většina klientů je plně nezávislá na sebeobsluze, je schopna vykonávat jednoduchá zaměstnání a v sociálně nenáročném prostředí se pohybovat bez omezení a problémů.
- středně těžká – myšlení a řeč jsou výrazně omezené, stejně jako schopnost sebeobsluhy, klienti potřebují chráněné bydlení a zaměstnání po celý život
- těžká – výrazné opoždění psychomotorického vývoje je patrné již v předškolním věku, možnosti sebeobsluhy jsou výrazně a trvale limitované, řečový vývoj stagnuje na předřečové úrovni
- hluboká – nutná trvalá péče i v těch nejzákladnějších životních úkonech, často těžké sensorické a motorické postižení, těžké neurologické poruchy. Komunikační schopnosti maximálně na úrovni porozumění jednoduchým požadavkům a nonverbálních odpovědí. (35)

Pervazivní vývojové poruchy (pervazivní = vším pronikající) – patří sem např. autismus, Rettův syndrom, Aspergův syndrom, jiné dezintegrační poruchy v dětství (Hellerův syndrom), elektivní mutismus, reaktivní porucha přichylnosti v dětství, sociální fobie a další. (13, 14)

Děti s poruchami chování a emocí – z hlediska zdravotního postižení sem řadíme zejména hyperkinetické poruchy při ADHD („Attention Deficit Hyperactivity Disorders“ - hyperaktivita s poruchou pozornosti), které se objevují do pátého roku života dítěte, vyznačují se hyperaktivitou, porušenou schopností vytrvat při činnosti.

Patří sem také např. Tourettův syndrom, provázený motorickými a vokálními tiky, případně s neovladatelnou vulgární gestikulací, parodováním cizího chování, hyperaktivitou a zvýšenou potřebou dotyků. (35)

Schizofrenické poruchy – jsou charakterizovány podstatnou a typickou deformací myšlení a vnímání. Afekty jsou nepřiměřené nebo otupělé. Vyskytuje se ozvučování myšlenek, vkládání nebo odnímání myšlenek, bludné vnímání, sluchové halucinace apod. Schizofrenií mohou onemocnět i děti. (35)

1.6.5 Kombinovaná postižení

Jedná se o výskyt postižení v různých kombinacích. Je současně narušeno několik funkcí (systémů). Většinou se jedná o kombinaci DMO s dalšími onemocněními. Velkou roli zde hraje vlastní kombinace postižení a také to, které postižení dítě nejvíce znevýhodňuje. Etiologie kombinovaných vad je velice rozmanitá, příčiny lze nalézt ve všech etapách života. Nejtěžší případy mají obvykle příčiny v prenatálním stádiu vývoje. Jedná se o genetické vlivy, chromozomální aberace, infekce, intoxikace, vývojové poruchy, poškození mozku a centrální nervové soustavy, mechanické poškození, ale i psychické faktory, traumata a další. (20)

1.6.6 Postižení s vnitřními chorobami

Tyto choroby se někdy označují také jako nemoci civilizační. Patří sem srdeční onemocnění, těžké alergie, astma, selháváním ledvin, kolostomie, ileostomie, onkologická onemocnění, kožní, imunogenní, metabolické poruchy a další závažná onemocnění. Tato chronická onemocnění výrazně jedince znevýhodňují. Zejména u dětí komplikují jejich celkový vývoj a socializační proces, což má vliv i na jejich integraci do společnosti. (8, 26, 37)

2 Cíl práce a hypotézy

2.1 Cíl práce

Cílem mé práce bylo zjistit informace o osobách se zdravotním postižením v Jihočeském kraji a porovnat je s údaji za Českou republiku. Hlavní cílová skupina byla zúžena na dětskou populaci, tj. věk 0 - 18 let. Byly zjišťovány tyto údaje:

1. druh zdravotního postižení
2. příčina
3. délka a míra postižení
4. důsledky
5. potřeba pomoci
6. míra soběstačnosti
7. bydlení
8. potřeba zařízení sociální péče
9. ekonomická aktivita
10. pobírání dávek

2.2 Hypotézy

Hypotéza č. 1: Struktura postižení v Jihočeském kraji je statisticky významně odlišná od struktury v České republice.

Hypotéza č. 2: Příčiny postižení v Jihočeském kraji jsou statisticky významně odlišné od příčin v České republice

Hypotéza č. 3: Míra postižení v Jihočeském kraji je statisticky významně odlišná od míry v České republice.

Hypotéza č. 4: Pobírání dávek je v Jihočeském kraji statisticky významně odlišné od České republiky.

3 Metodika

Pro zpracování teoretické části bakalářské práce byly využity především odborné monografie, články z odborných periodik a elektronické zdroje.

V praktické části uvádím poznatky získané ze své práce v Ústavu zdravotnických informací a statistiky a z vlastního výzkumu.

3.1 Použité metody a techniky výzkumu

Byl využit standardizovaný dotazník s názvem Výběrové šetření o zdravotně postižených osobách.

S ohledem na cíl práce a hypotézu jsem se rozhodla pro kvantitativní sociologický výzkum. Využita byla metoda dotazování, zvolenou technikou sběru dat jsou dotazníky pro vybrané praktické lékaře pro dospělé, pro praktické lékaře pro děti a dorost a lékaře v ústavech sociální péče v České republice.

Jak uvádí Disman (4), dotazník je vysoce efektivní technika sběru dat. Umožňuje v relativně krátkém časovém úseku postihnout velký počet jedinců při relativně nízkých nákladech. Další výhodou je zajištění anonymity. Možnou nevýhodou je neochota respondentů odpovídat na otázky a nízká návratnost. Je třeba počítat i s tím, že otázky zodpoví někdo jiný.

3.1.1 Dotazník

Dotazník, metodické vysvětlivky a vzor dopisu pro lékaře jsou součástí příloh (Příloha 1-3). Dotazník měl celkem 19 otázek, rozdělených do čtyř hlavních skupin:

1. základní charakteristiky zdravotně postižené osoby
2. údaje o zdravotním postižení dané osoby
3. údaje o ústavu sociální péče (sleduje se u klientů v ÚSP)
4. ekonomická situace postižené osoby

V základních charakteristikách byly otázky identifikační, zkoumaly pohlaví, rok narození, okres bydliště, rodinný stav a nejvyšší dosažené vzdělání.

U zdravotního postižení byl zjišťován jeho druh, rok počátku postižení, jeho příčina a míra, potřeba pomůcky, případně psa, dále důsledky zdravotního postižení, zajištění

pomoci, současná míra soběstačnosti a bydlení. U příčiny postižení bylo uvedeno 6 možností: vrozené, způsobené úrazem, způsobené nemocí, stařecká polymorbidita, není známo a jiné. Míra postižení se hodnotila čtyřstupňovou škálou jako lehká, středně těžká, těžká a velmi těžká. Potřeba pomůcek byla specifikována do pěti možností: žádnou nepotřebuje, má odpovídající, má nevyhovující či nedostatečnou, není známo a jiné.

Další dvě skupiny otázek byly zaměřeny na doplňující údaje. U osob žijících v ústavech sociální péče (ÚSP) se otázky týkaly zřizovatele zařízení, jeho velikosti a celkové délky pobytu v zařízení. Otázky v poslední skupině mapovaly ekonomickou situaci postižené osoby a lékař je měl vyplnit, pokud tyto okolnosti znal. Jednalo se o ekonomickou aktivitu, pobírání dávek sociálního zabezpečení a charakter současné výdělečné činnosti.

3.2 Charakteristika zkoumaného souboru

Soubor je tvořen osobami se zdravotním postižením v České republice, které jsou v péči praktického lékaře pro děti a dorost, praktického lékaře pro dospělé nebo praktického lékaře ze sociálního ústavu a za které tito lékaři vyplnili dotazníky. Účast lékařů na šetření byla dobrovolná a byly zpracovány údaje z odevzdaných dotazníků. Zaměřila jsem se na dětskou populaci 0 – 18 let v Jihočeském kraji a České republice. U praktického lékaře pro děti a dorost mohou být klienti registrováni do 18 let, tj. do dne před dovršením 19 let. Vzhledem k tomu, že z důvodu ochrany individuálních dat byl uváděn pouze rok narození, bylo vhodné u praktických lékařů pro děti a dorost a lékařů v ústavech sociální péče zařadit i věkovou skupinu 19 let. Do souboru jsem zařadila dotazníky:

- a) věk 0 – 18 let
- b) jsou v péči praktického lékaře pro děti a dorost nebo lékaře v ústavu sociální péče a věk je 19 let
- c) pro zařazení do výzkumu stačí splnění jedné z podmínek

Tyto podmínky splnilo 116 dotazníků za Jihočeský kraj a 1 491 dotazníků za Českou republiku, z toho jeden dotazník za ČR byl vyřazen z důvodu neuvedení pohlaví dítěte.

3.2.2 *Kritéria výběru*

Šetření mělo být provedeno v 15 % výběrovém souboru praktických lékařů pro dospělé a praktických lékařů pro děti a dorost, včetně lékařů v ústavech sociální péče v České republice. Zúčastnit se tedy mělo přibližně 1200 praktických lékařů a z toho zhruba 200 praktických lékařů pro děti a dorost. Ve dvou kolech bylo osloveno celkem 2 330 lékařů, z toho 1 999 praktických lékařů pro dospělé (dále PLD), 200 praktických lékařů pro děti a dorost (dále PLDD) a 131 lékařů v ústavech sociální péče (dále ÚSP). Účast v šetření však byla dobrovolná, takže výsledný počet zúčastněných lékařů byl podstatně nižší. Šetření se zúčastnilo celkem 89 PLDD (7 z Jihočeského kraje), 421 PLD (23 za Jihočeský kraj) a 32 lékařů z ÚSP (2 za Jihočeský kraj).

Každý lékař měl ve své kartotéce náhodně vyhledat 20 pacientů se zdravotním postižením, přičemž nesměli být preferováni pacienti podle věku, bydliště nebo jiného nenáhodného znaku. Výběr začal od určitého písmene (lékaři předem stanoveného) v kartotéce a postupně se procházeli karty v daném pořadí, dokud se nedosáhl stanovený počet osob s postižením. Za tyto osoby pak lékař vyplnil dotazníky a zároveň zaznamenal, kolik karet bylo nutné projít, aby dosáhl požadovaného počtu osob se zdravotním postižením a uvedl též počet registrovaných pacientů.

Získáno bylo celkem 10 645 dotazníků, z toho 1 616 dotazníků vyplnili PLDD, 8 394 PLD a 635 lékaři v ÚSP. Za Jihočeský kraj to bylo 116 dotazníků od dětských lékařů, 464 dotazníků od lékařů pro dospělé a 38 dotazníků od lékařů z ÚSP.

4 Výsledky

Výsledky byly zpracovány s pomocí programu MS Excel do podoby tabulek a grafů. Statistické zhodnocení bylo provedeno chí-kvadrát testem nezávislosti v kontingenční tabulce. Při vyjádření hodnot v procentech nemusí díky zaokrouhlovací chybě dávat celkový součet 100 %.

Otázky č. 1 a 2

Tyto otázky se týkaly identifikace zpravodajské jednotky (zdravotnického zařízení) a nebyly do zpracování zařazeny, protože se nevztahují k předmětu výzkumu.

Otázka č. 5

V otázce č. 5 byl vyplněn okres bydliště osoby se zdravotním postižením a v této práci byla využita k rozdělení vyplněných dotazníků podle krajů České republiky.

4.1 Základní charakteristiky zdravotně postižených osob

Otázka č. 3: Pohlaví

V kraji bylo podchyceno 116 dětí se zdravotním postižením, za ČR to bylo 1 490 dětí. V tabulce 1 jsou uvedeny celkové výsledky včetně doplnění za ostatní kraje České republiky.

Tabulka 1: Počet zdravotních postižení podle pohlaví a kraje

Kraj	Chlapci	Dívky	Celkem
Hl.m.Praha	76	43	119
Středočeský	105	78	183
Jihočeský	73	43	116
Plzeňský	86	51	137
Karlovarský	14	14	28
Ústecký	110	68	178
Liberecký	57	56	113
Královéhradecký	74	38	112
Pardubický	3	2	5
Vysočina	41	46	87
Jihomoravský	71	57	128
Olomoucký	70	43	113
Zlínský	61	47	108
Moravskoslezský	29	34	63
ČR	870	620	1 490

Zdroj: vlastní výzkum ^{*)}

chí-kvadrát test = NS

^{*)} Data uveřejněná v práci jsou získána z ÚZIS, který dal autorce souhlas s jejich použitím. Zpracování za Jihočeský kraj a porovnání s ČR bylo provedeno autorkou výzkumu.

Otázka č. 4: Rok narození

V tabulce č. 2 je uvedena věková struktura dětí se zdravotním postižením v Jihočeském kraji a České republice. Následující graf 1 znázorňuje věkovou strukturu v Jihočeském kraji, graf 2 v České republice.

Tabulka 2: Věková struktura dětí se zdravotním postižením

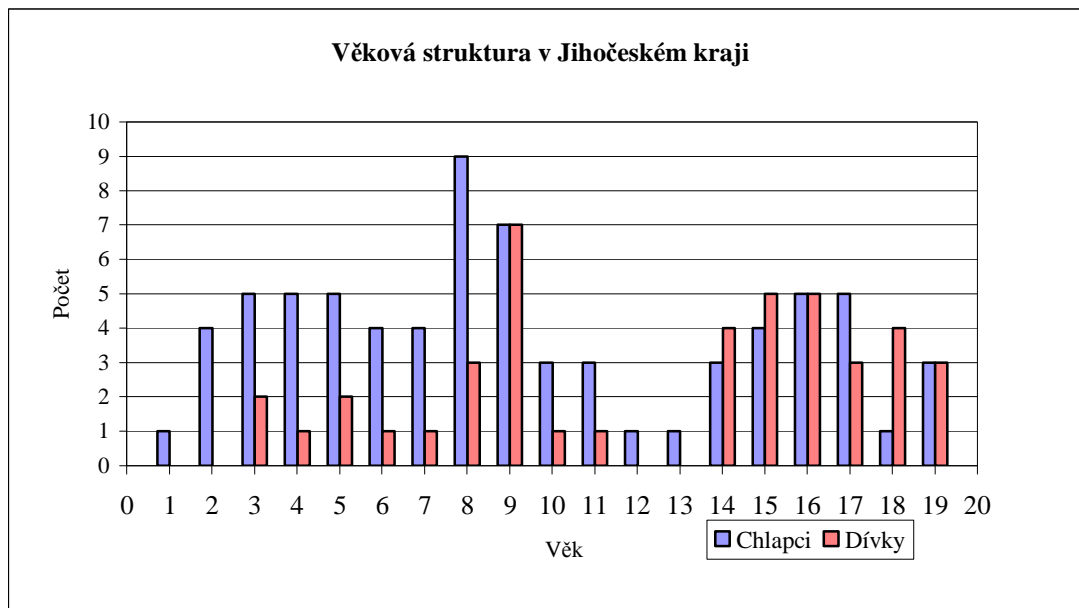
Věk	Jihočeský kraj			Česká republika		
	Chlapci	Dívky	Celkem	Chlapci	Dívky	Celkem
0	0	0	0	3	3	6
1	1	0	1	20	14	34
2	4	0	4	27	17	44
3	5	2	7	42	33	75
4	5	1	6	47	22	69
5	5	2	7	56	36	92
6	4	1	5	56	32	88
7	4	1	5	51	38	89
8	9	3	12	57	25	82
9	7	7	14	55	33	88
10	3	1	4	47	34	81
11	3	1	4	38	30	68
12	1	0	1	47	32	79
13	1	0	1	36	36	72
14	3	4	7	50	36	86
15	4	5	9	50	37	87
16	5	5	10	50	37	87
17	5	3	8	48	42	90
18	1	4	5	54	56	110
19	3	3	6	36	27	63
celkem	73	43	116	870	620	1 490

Zdroj: vlastní výzkum *)

chí-kvadrát test = NS

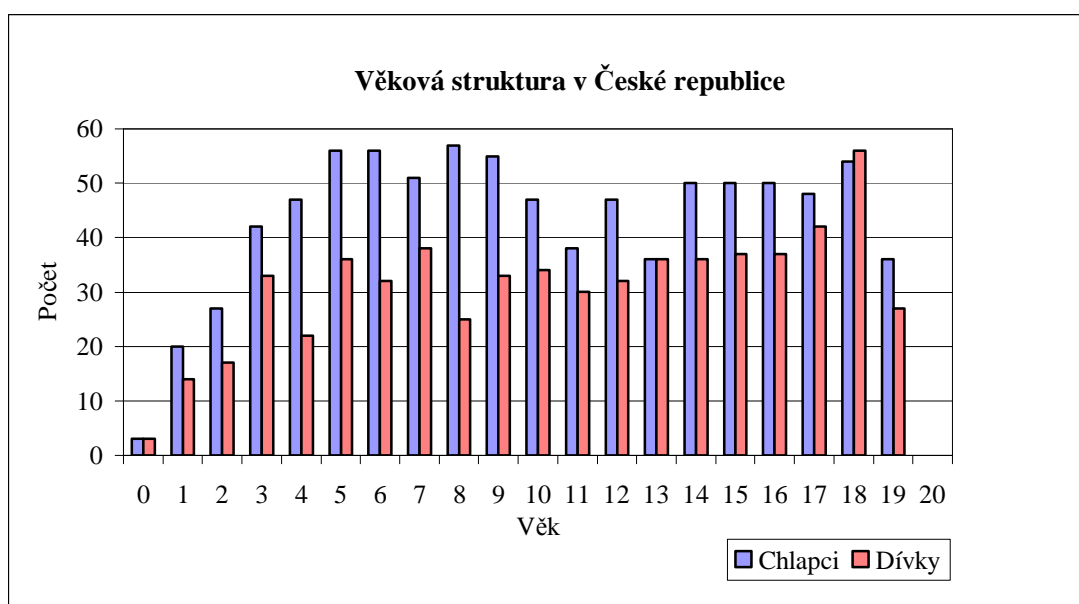
*) Data uveřejněná v práci jsou získaná z ÚZIS, který dal autorce souhlas s jejich použitím. Zpracování za Jihočeský kraj a porovnání s ČR bylo provedeno autorkou výzkumu.

Graf 1



Zdroj: vlastní výzkum *)

Graf 2



Zdroj: vlastní výzkum *)

*) Data uveřejněná v práci jsou získaná z ÚZIS, který dal autorce souhlas s jejich použitím. Zpracování za Jihočeský kraj a porovnání s ČR bylo provedeno autorkou výzkumu.

Otázka č. 6: Rodinný stav

U všech dotazníků za Jihočeský kraj (116) i Českou republiku (1 490) byla vyznačena odpověď svobodný – svobodná.

Otázka č. 7: Nejvyšší dosažené vzdělání

V kraji bylo 90 dětí (77,6 %) bez vzdělání, v ČR 1 130 (75,9 %). Základní vzdělání mělo 25 dětí (21,5 %), v ČR 331 (22,2 %). Středního vzdělání bez maturity dosáhlo v kraji 1 dítě (0,9 %) a v ČR 20 dětí (1,3 %). V ČR dále získalo 7 dětí střední vzdělání s maturitou (0,5 %) a u 2 dětí (0,1 %) nebylo vzdělání uvedeno. Nejvyšší dosažené vzdělání ilustruje tabulka č. 3.

Tabulka 3: Vzdělání dětí se zdravotním postižením

	Jihočeský kraj			ČR		
	Chlapci	Dívky	celkem	Chlapci	Dívky	celkem
Bez vzdělání	60	30	90	668	462	1 130
Základní	13	12	25	189	142	331
Střední bez maturity	0	1	1	9	11	20
Střední s maturitou	0	0	0	3	4	7
Neuvedeno	0	0	0	1	1	2
celkem	73	43	116	870	620	1 490

Zdroj: vlastní výzkum ^{*)}

chí-kvadrát test = NS

^{*)} Data uveřejněná v práci jsou získaná z ÚZIS, který dal autorce souhlas s jejich použitím. Zpracování za Jihočeský kraj a porovnání s ČR bylo provedeno autorkou výzkumu.

4.2 Údaje o zdravotním postižení dané osoby

Otázka č. 8 Údaje o zdravotním postižení dané osoby

Zdravotní postižení

V kraji bylo u 116 dětí podchyceno 183 zdravotních postižení (ČR u 1 490 dětí 2 252). V tabulce 4 je struktura zdravotních postižení v kraji podle věku dítěte a za ní následuje procentuální grafické znázornění (graf 3). Graf 4 znázorňuje strukturu postižení podle věkových kategorií a pohlaví dítěte v České republice.

Tabulka 4: Počet zdravotních postižení dle věku a druhu v Jihočeském kraji

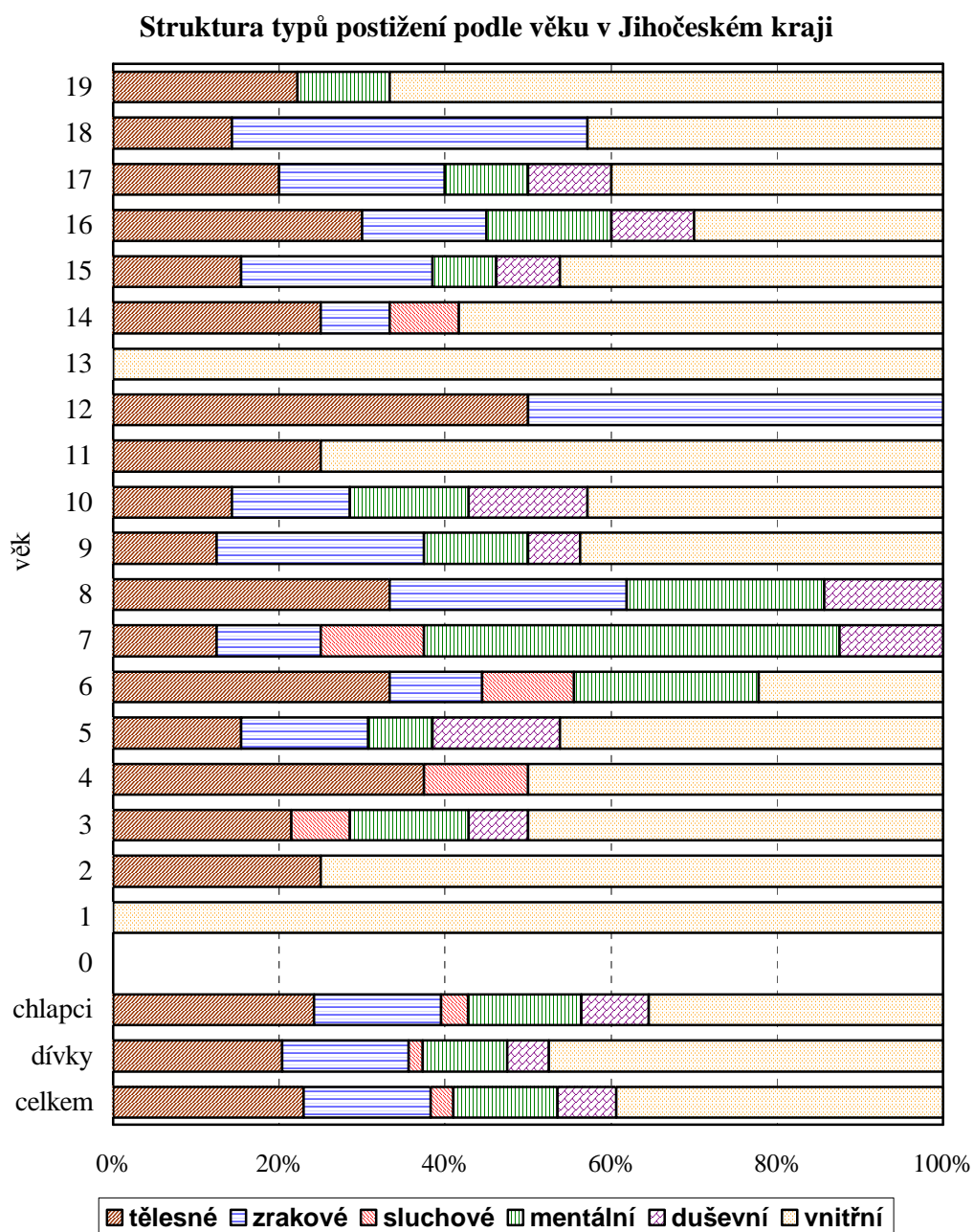
Věk	Tělesné	Zrakové	Sluchové	Mentální	Psychické	Vnitřní	Jiné	Celkem
1	0	0	0	0	0	1	0	1
2	1	0	0	0	0	3	0	4
3	3	0	1	2	1	7	0	14
4	3	0	1	0	0	4	0	8
5	2	2	0	1	2	6	0	13
6	3	1	1	2	0	2	0	9
7	1	1	1	4	1	0	0	8
8	7	6	0	5	3	0	0	21
9	2	4	0	2	1	7	0	16
10	1	1	0	1	1	3	0	7
11	2	0	0	0	0	6	0	8
12	1	1	0	0	0	0	0	2
13	0	0	0	0	0	1	0	1
14	3	1	1	0	0	7	0	12
15	2	3	0	1	1	6	0	13
16	6	3	0	3	2	6	0	20
17	2	2	0	1	1	4	0	10
18	1	3	0	0	0	3	0	7
19	2	0	0	1	0	6	0	9
Celkem	42	28	5	23	13	72	0	183

Zdroj: vlastní výzkum *)

chí-kvadrát test = NS

*) Data uveřejněná v práci jsou získaná z ÚZIS, který dal autorce souhlas s jejich použitím. Zpracování za Jihočeský kraj a porovnání s ČR bylo provedeno autorkou výzkumu.

Graf 3

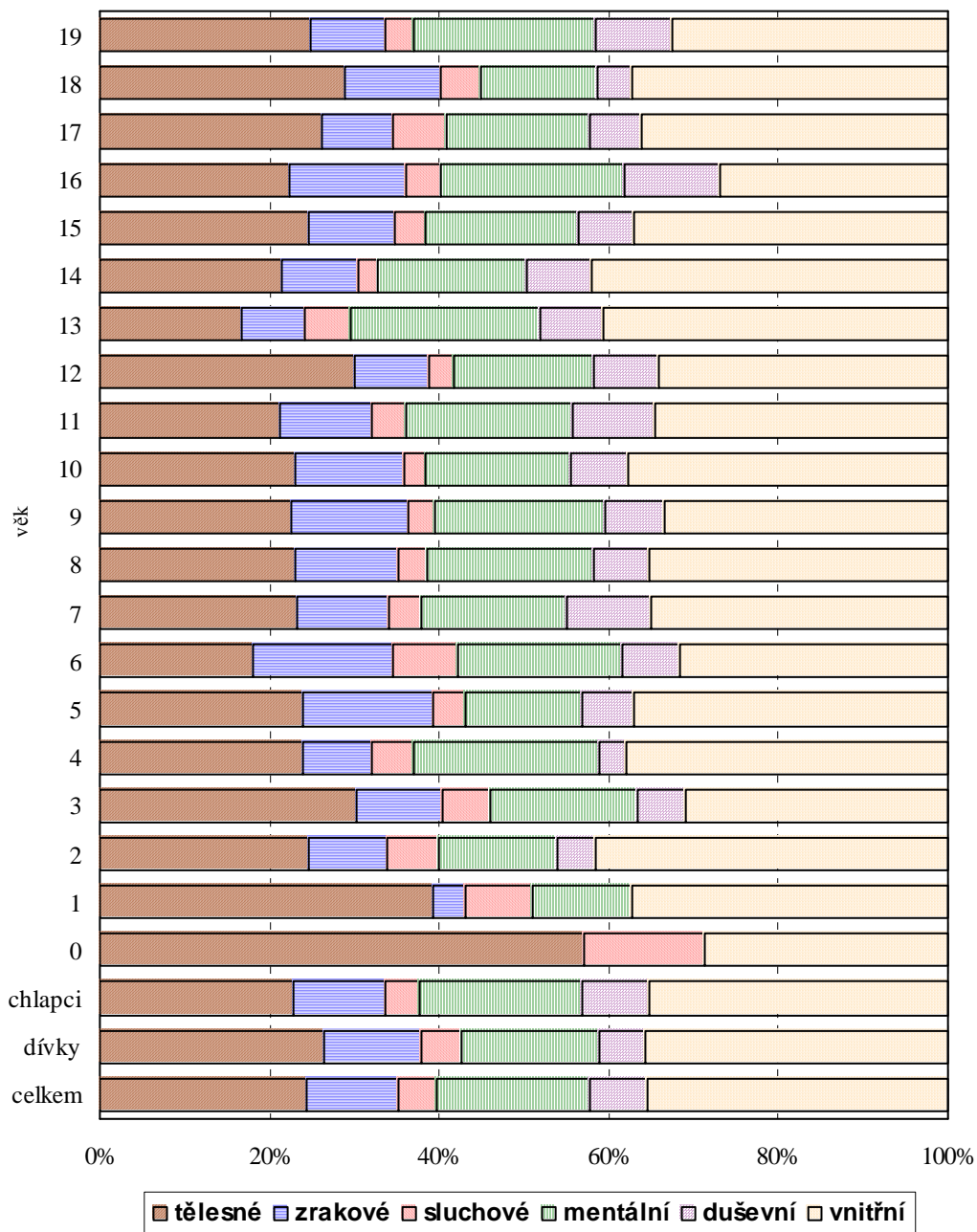


Zdroj: vlastní výzkum *)

*) Data uveřejněná v práci jsou získaná z ÚZIS, který dal autorce souhlas s jejich použitím. Zpracování za Jihočeský kraj a porovnání s ČR bylo provedeno autorkou výzkumu.

Graf 4

Struktura typů postižení podle věku v České republice



Zdroj: vlastní výzkum *)

*) Data uveřejněná v práci jsou získaná z ÚZIS, který dal autorce souhlas s jejich použitím. Zpracování za Jihočeský kraj a porovnání s ČR bylo provedeno autorkou výzkumu.

Rok počátku postižení

V tabulce 5 je věk dítěte při vzniku prvního postižení.

Tabulka 5 : Věk dítěte při zjištění prvního postižení

Věk	Jihočeský kraj			ČR		
	Chlapci	Dívky	Celkem	Chlapci	Dívky	Celkem
-1	0	0	0	0	1	1
0	48	23	71	472	337	809
1	8	3	11	81	64	145
2	1	0	1	47	24	71
3	4	3	7	52	27	79
4	1	2	3	33	21	54
5	4	1	5	37	21	58
6	0	0	0	19	20	39
7	0	1	1	16	10	26
8	1	0	1	18	6	24
9	3	2	5	15	12	27
10	1	3	4	12	13	25
11	0	2	2	10	10	20
12	0	0	0	15	12	27
13	1	1	2	10	13	23
14	1	0	1	8	7	15
15	0	1	1	4	7	11
16	0	1	1	3	3	6
17	0	0	0	4	3	7
18	0	0	0	3	0	3
19	0	0	0	11	9	20
Celkem	73	43	116	870	620	1 490

Zdroj: vlastní výzkum *)

chí-kvadrát test = NS

*) Data uveřejněná v práci jsou získaná z ÚZIS, který dal autorce souhlas s jejich použitím. Zpracování za Jihočeský kraj a porovnání s ČR bylo provedeno autorkou výzkumu.

Příčina postižení

Tabulka 6 obsahuje druh zdravotního postižení a příčinu jeho vzniku. Celkem bylo v Jihočeském kraji zachyceno 183 zdravotních postižení, v ČR 2 252. Vrozených bylo 114 v kraji a 1 311 za republiku. Úrazem byly způsobeny 3 úrazy v kraji (ČR 121), nemocí 35 (ČR 463) a jiný důvod mělo 8 postižení (ČR 76). Důvod postižení nebyl uveden u 23 postižení v kraji a 281 postižení v republice.

Tabulka 6: Příčiny postižení u jednotlivých druhů postižení

Jihočeský kraj						
	Vrozené postižení	Způsobené úrazem	Způsobené nemocí	Jiné	Neuvedeno	Celkem
Tělesné	27	2	8	3	2	42
Zrakové	24	0	1	2	1	28
Sluchové	3	0	2	0	0	5
Mentální	19	1	0	0	3	23
Duševní	8	0	1	1	3	13
Vnitřní	33	0	23	2	14	72
Celkem	114	3	35	8	23	183
Česká republika						
Tělesné	344	48	96	20	39	547
Zrakové	194	14	17	10	13	248
Sluchové	67	1	20	1	10	99
Mentální	289	38	28	9	41	405
Duševní	89	7	19	8	32	155
Vnitřní	327	13	283	28	146	797
Jiné	1	0	0	0	0	1
Celkem	1 311	121	463	76	281	2 252

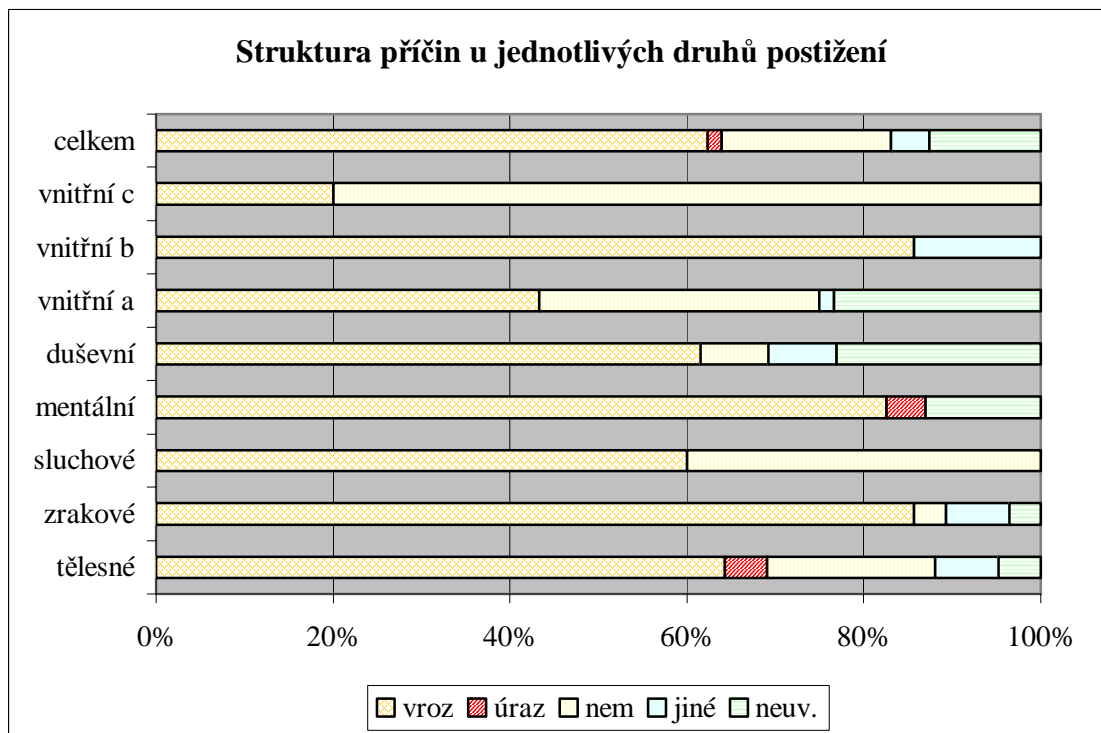
Zdroj: vlastní výzkum *)

chí-kvadrát test = NS

*) Data uveřejněná v práci jsou získaná z ÚZIS, který dal autorce souhlas s jejich použitím. Zpracování za Jihočeský kraj a porovnání s ČR bylo provedeno autorkou výzkumu.

Graf 5 doplňuje předchozí tabulku a znázorňuje procentuální strukturu příčin postižení u jednotlivých druhů zdravotních postižení v Jihočeském kraji.

Graf 5



Zdroj: vlastní výzkum *)

^{1*)} Data uveřejněná v práci jsou získaná z ÚZIS, který dal autorce souhlas s jejich použitím. Zpracování za Jihočeský kraj a porovnání s ČR bylo provedeno autorkou výzkumu.

Míra postižení

Míra postižení byla hodnocena pomocí orientační tabulky (viz příloha). Zdravotních postižení hodnocených jako lehké bylo 90 (ČR 974), střední 47 (ČR 663), těžké 18 (ČR 345) a jako velmi těžké 18 (ČR 269). Rozčlenění podle druhu zdravotního postižení a míry dokresluje tabulka 7. V údajích za ČR u vnitřního postižení nebyla uvedena míra, proto není v tabulce zahrnuto. Graf 6 (str. 43) znázorňuje míru postižení v Jihočeském kraji podle věku.

Tabulka 7: Míra zdravotního postižení

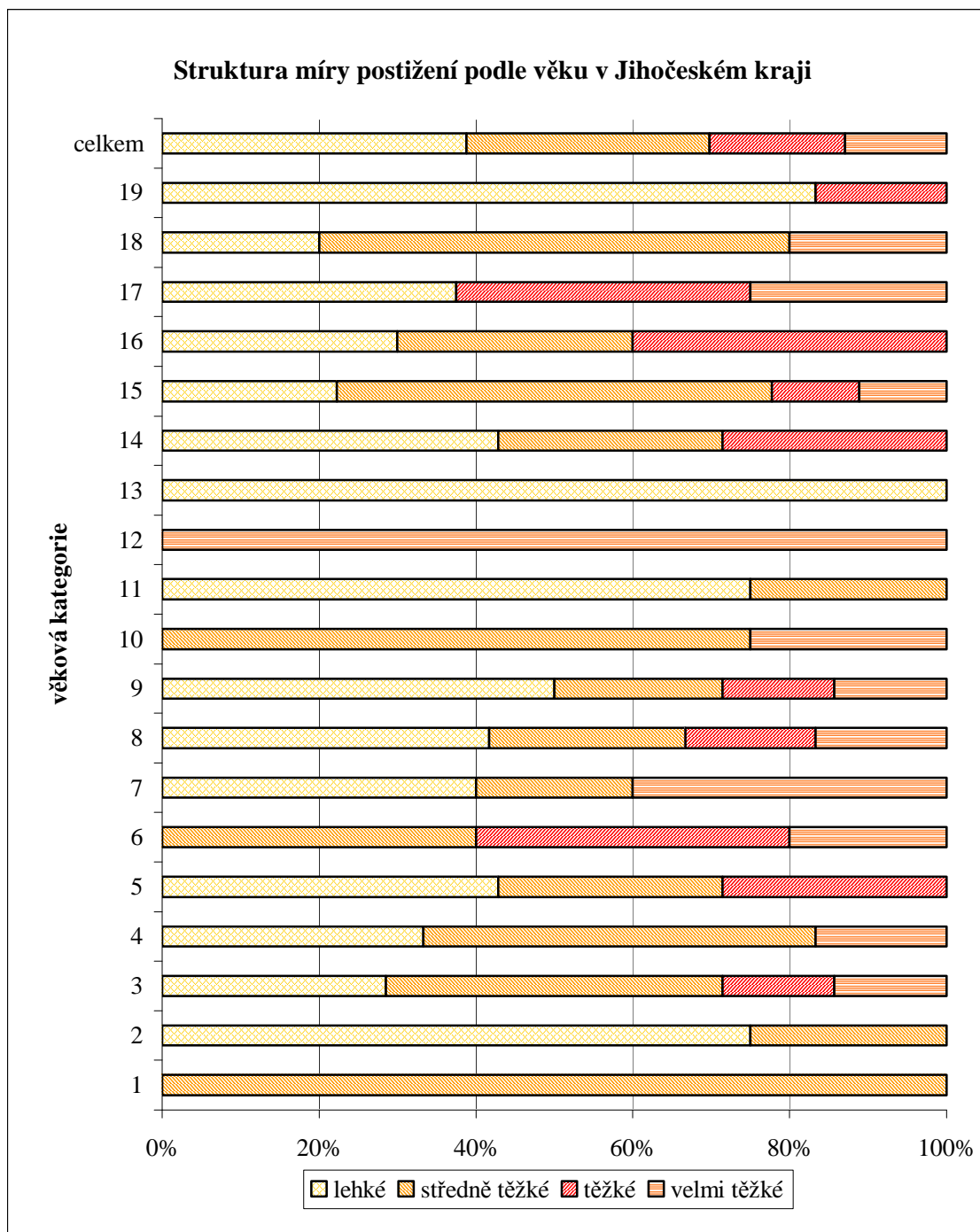
Jihočeský kraj								
Míra postižení	Tělesné	Zrakové	Sluchové	Mentální	Duševní	Vnitřní	Jiné	Celkem
lehké	15	16	2	9	9	39	0	90
střední	14	7	0	6	3	17	0	47
těžké	11	2	1	2	1	11	0	28
velmi těžké	2	3	2	6	0	5	0	18
Česká republika								
lehké	218	131	22	142	56	404	1	974
střední	164	51	23	114	47	264	0	663
těžké	91	31	25	83	31	84	0	345
velmi těžké	74	35	29	66	21	44	0	269

Zdroj: vlastní výzkum *)

chí-kvadrát test = NS

*) Data uveřejněná v práci jsou získaná z ÚZIS, který dal autorce souhlas s jejich použitím. Zpracování za Jihočeský kraj a porovnání s ČR bylo provedeno autorkou výzkumu.

Graf 6



Zdroj: vlastní výzkum *)

*) Data uveřejněná v práci jsou získaná z ÚZIS, který dal autorce souhlas s jejich použitím. Zpracování za Jihočeský kraj a porovnání s ČR bylo provedeno autorkou výzkumu.

Potřeba pomůcky, psa

Tabulka 8 mapuje potřebu pomůcky, případně psa u konkrétního druhu postižení. V kraji u 101 postižení žádná pomůcka není zapotřebí (ČR 1 407), odpovídající je u 59 (ČR 738), nevyhovující či nedostatečná je u 3 postižení (ČR 738) a jiná potřeba je u 20 postižení (ČR 56). Potřeba pomůcky nebyla uvedena u 1 postižení (ČR u 25).

Tabulka 8: Potřeba pomůcky (vč. slepeckého a asistenčního psa) u postižení

Jihočeský kraj					
	Žádnou nepotřebuje	Má odpovídající	Má nevyhovující (nedostatečnou)	Jiné	Neuvedeno
Tělesné	22	14	1	5	0
Zrakové	4	23	1	0	0
Sluchové	1	4	0	0	0
Mentální	22	1	0	0	0
Duševní	11	1	0	1	1
Vnitřní	41	16	1	14	0
Celkem	101	59	3	20	0
Česká republika					
Tělesné	345	181	7	11	3
Zrakové	78	159	3	5	3
Sluchové	20	72	3	3	1
Mentální	309	76	3	9	8
Duševní	100	45	2	4	4
Vnitřní	554	205	8	24	6
Jiné	1	0	0	0	0
Celkem	1 407	738	26	56	25

Zdroj: vlastní výzkum *)

chí-kvadrát test = NS

*) Data uveřejněná v práci jsou získána z ÚZIS, který dal autorce souhlas s jejich použitím. Zpracování za Jihočeský kraj a porovnání s ČR bylo provedeno autorkou výzkumu.

Vnitřní zdravotní postižení

V rámci vnitřních zdravotních postižení zaznamenali lékaři u dětí v kraji 72 diagnóz, v ČR 797. V tabulce 9 je jejich rozdělení do kapitol dle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí a podle pohlaví. Názvy jednotlivých kapitol MKN a skupiny diagnóz, které jednotlivé kapitoly obsahují jsou uvedeny na straně 46. V Jihočeském kraji bylo u vnitřních zdravotních postižení uvedeno 72 diagnóz. V ČR bylo u 797 postižení uvedeno diagnóz 796.

Tabulka 9: Vnitřní onemocnění - dle kapitol MKN

	Jihočeský kraj			Česká republika		
	Chlapci	Dívky	Celkem	Chlapci	Dívky	Celkem
I.	0	0	0	2	1	3
II.	3	1	4	40	22	62
IV.	4	7	11	64	58	122
VI.	2	2	4	75	47	122
IX.	1	0	1	9	8	17
X.	18	7	25	133	78	211
XI.	1	1	2	19	26	45
XIV.	4	2	6	20	9	29
XVI.	0	1	1	0	2	2
XVII.	11	6	17	92	70	162
XVIII.	0	0	0	1	2	3
XIX.	0	0	0	6	6	12
XXI.	0	1	1	3	3	6
celkem	44	28	72	464	332	796

Zdroj: vlastní výzkum *)

chí-kvadrát test = NS

*) Data uveřejněná v práci jsou získána z ÚZIS, který dal autorce souhlas s jejich použitím. Zpracování za Jihočeský kraj a porovnání s ČR bylo provedeno autorkou výzkumu.

Tabelární seznam MKN-10:

- I. Některé infekční a parazitární nemoci (A00-B99)
- II. Novotvary (C00-D48)
- III. Nemoci krve, krevtovorných orgánů a některé poruchy týkající se mechanismu imunity (D50-D89)
- IV. Nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek (E00-E90)
- V. Poruchy duševní a poruchy chování (F00-F99)
- VI. Nemoci nervové soustavy (G00-G99)
- VII. Nemoci oka a očních adnex (H00-H59)
- VIII. Nemoci ucha a bradavkového výběžku (H60-H95)
- IX. Nemoci oběhové soustavy (I00-I99)
- X. Nemoci dýchací soustavy (J00-J99)
- XI. Nemoci trávicí soustavy (K00-K93)
- XII. Nemoci kůže a podkožního vaziva (L00-L99)
- XIII. Nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně (M00-M99)
- XIV. Nemoci močové a pohlavní soustavy (N00-N99)
- XV. Těhotenství, porod a šestinedělí (O00-O99)
- XVI. Některé stavy vzniklé v perinatálním období (P00-P96)
- XVII. Vrozené vady, deformace a chromosomální abnormality (Q00-Q99)
- XVIII. Příznaky, znaky a abnormální klinické a laboratorní nálezy nezařazené jinde (R00-R99)
- XIX. Poranění, otravy a některé jiné následky vnějších příčin (S00-T98)
- XX. Vnější příčiny nemoci a úmrtnosti (V01-Y98)
- XXI. Faktory ovlivňující zdravotní stav a kontakt se zdravotnickými službami (Z00-Z99)

Otázka č. 9 Důsledky zdravotního postižení

Důsledky zdravotního postižení a jejich počty podle pohlaví jsou uvedeny v tabulce 10. Následující graf znázorňuje průměrný počet omezení na 1 dítě ve všech krajích České republiky.

Tabulka 10: Důsledky zdravotního postižení

Omezení	Jihočeský kraj			Česká republika		
	Chlapci	Dívky	Celkem	Chlapci	Dívky	Celkem
mobility	17	10	27	228	151	379
orientace	20	5	25	228	136	364
sebeobsluhy	14	5	19	215	137	352
ve vedení domácnosti	7	3	10	103	85	188
příjmu informací	24	3	27	222	132	354
komunikační schopnosti	18	6	24	274	154	428
stravovacích možností	11	4	15	136	104	240
způsobilosti k právním úkonům	5	0	5	96	73	169
jiné	34	21	55	376	295	671

Zdroj: vlastní výzkum *)

chí-kvadrát test = NS

*) Data uveřejněná v práci jsou získána z ÚZIS, který dal autorce souhlas s jejich použitím. Zpracování za Jihočeský kraj a porovnání s ČR bylo provedeno autorkou výzkumu.

Otázka č. 10: Pomoc zajišťuje

U způsobu zajištění pomoci bylo možné vyplnit jednu či více možností. V Jihočeském kraji pouze 1 dítě nemá zajištěnu pomoc. Procentuální podíl možných způsobů zajištění péče vzhledem k počtu dětí se zdravotním postižením byl následující: 99 % dětí zajišťuje pomoc rodina, necelá 2 % mají asistenta a 12 % dětí má zajištěnu péči jinak. V rámci České republiky rodina zajišťuje péči u 93 % dětí, asistenta má necelých 5 %, příbuzní se podílejí na péči u 3 % dětí, 8 % dětí má zajištěnu péči jinak a 9 dětí je bez zajištěné péče.

Tabulka 11: Zajištění pomoci dětem se zdravotním postižením

Jihočeský kraj							
	Rodina	Asistent	Příbuzní	Sousedé, přátelé	Pečovatelská služba	Bez zajištěné péče	Jiné
Chlapci	72	2	0	0	0	1	10
Dívky	43	0	0	0	0	0	4
Celkem	115	2	0	0	0	1	14
Česká republika							
Chlapci	807	38	22	2	2	6	74
Dívky	575	29	22	1	4	3	46
Celkem	1382	67	44	3	6	9	120

Zdroj: vlastní výzkum *)

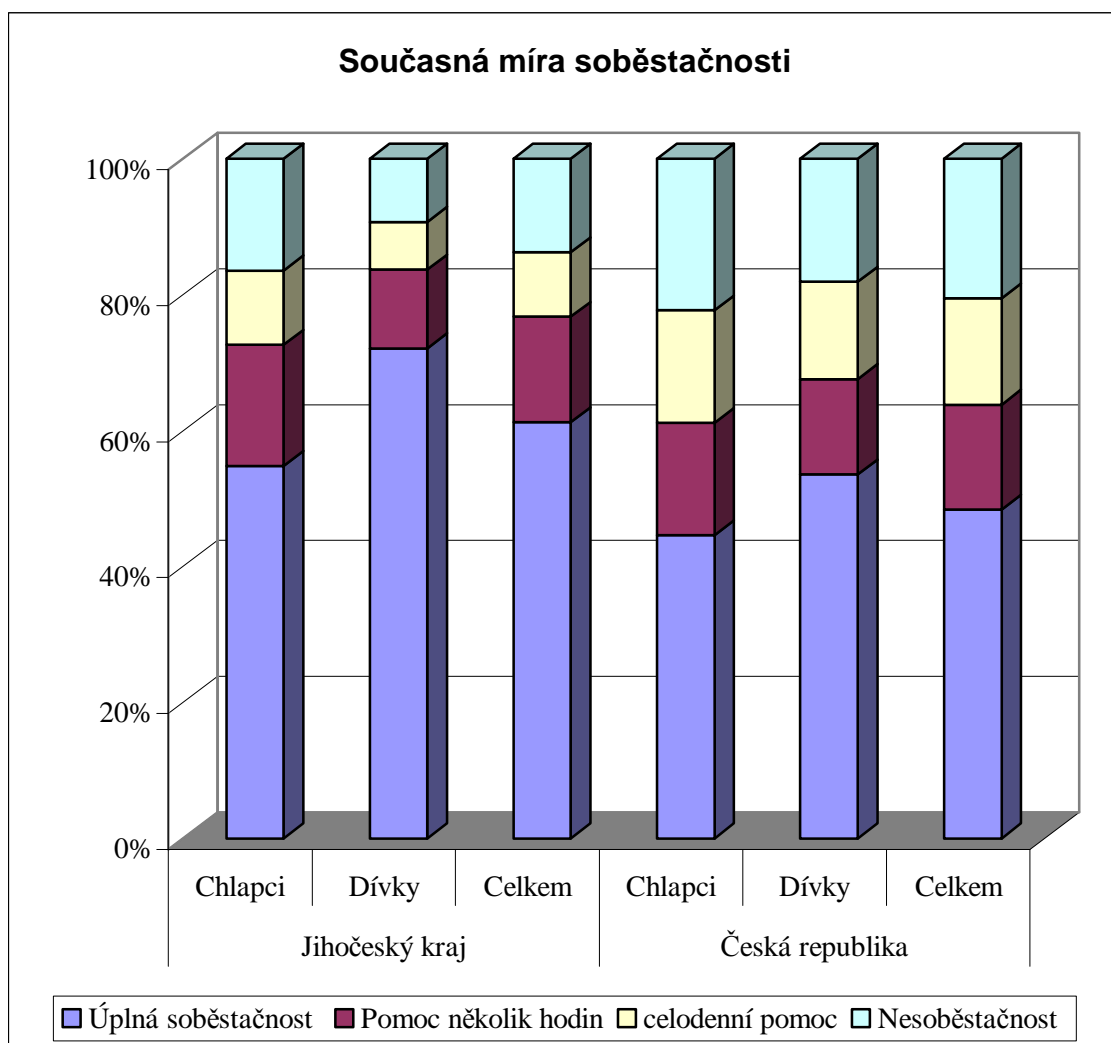
chí-kvadrát test = NS

*) Data uveřejněná v práci jsou získaná z ÚZIS, který dal autorce souhlas s jejich použitím. Zpracování za Jihočeský kraj a porovnání s ČR bylo provedeno autorkou výzkumu.

Otázka č. 11: Současná míra soběstačnosti

Hodnocena byla také míra soběstačnosti. Pomoc několik hodin denně byla brána do 4 hodin, za celodenní byla považována délka od 4 do 12 hodin a jako nesoběstačnost byla hodnocena pomoc cca 24 hodin denně. Porovnání tohoto hlediska v Jihočeském kraji a České republice i rozdíly mezi chlapci a dívkami jsou vyjádřeny v grafu 7.

Graf 7



Zdroj: vlastní výzkum *)

*) Data uveřejněná v práci jsou získána z ÚZIS, který dal autorce souhlas s jejich použitím. Zpracování za Jihočeský kraj a porovnání s ČR bylo provedeno autorkou výzkumu.

Otázka č. 12: Bydlení

Děti se zdravotním postižením bydlí ve 112 případech (97 %) ve standardním bytě (ČR 1 390 – 93 %). Čtyři děti (3 %) žijí se svými rodiči ve standardním bytě s bezbariérovými úpravami (ČR 51 – 3 %). V ČR dále 3 děti bydlí v bytě zvláštního určení, 1 dítě v domě s pečovatelskou službou, 29 dětí (2 %) má lůžko v zařízení sociální péče, u 15 dětí bylo uvedeno bydlení jiné a u 1 dítěte bydlení nebylo vyplněno.

Tabulka 12: Bydlení

	Jihočeský kraj			Česká republika		
	Chlapci	Dívky	Celkem	Chlapci	Dívky	Celkem
Standardní byt (s bariérami)	69	43	112	814	576	1 390
Standardní byt s bezbariérovými úpravami	4	0	4	34	17	51
Byt zvláštního určení	0	0	0	1	2	3
Byt v domě zvláštního určení	0	0	0	0	0	0
Byt v domě s pečovatelskou službou	0	0	0	1	0	1
Chráněné bydlení	0	0	0	0	0	0
Podporované bydlení	0	0	0	0	0	0
Lůžko v zařízení sociální péče	0	0	0	12	17	29
Jiné	0	0	0	8	7	15
Neuvedeno	0	0	0	0	1	1

Zdroj: vlastní výzkum *)

chí-kvadrát test = NS

4.3 Údaje o zařízení sociální péče

Otázky č. 13 až 15 byly vyplňovány pouze v případě, že sledovaná osoba žila v zařízení sociální péče.

*) Data uveřejněná v práci jsou získána z ÚZIS, který dal autorce souhlas s jejich použitím. Zpracování za Jihočeský kraj a porovnání s ČR bylo provedeno autorkou výzkumu.

Otázka č. 13: Zřizovatel zařízení

V zařízení sociální péče nebylo v Jihočeském kraji umístěno žádné dítě ze sledovaného souboru. V republice byly umístěny 2 děti ve státním zařízení a 27 dětí bylo v zařízení zřízeném krajem (viz tabulka 13).

Tabulka 13: Zřizovatel zařízení

	Česká republika		
	Chlapci	Dívky	Celkem
Státní	1	1	2
Krajské	11	16	27
Obecní	0	0	0
Církevní	0	0	0
Soukromé, vč. neziskových	0	0	0
Jiné	0	0	0

Zdroj: vlastní výzkum *)

Otázka č. 14: Velikost zařízení

V České republice byla v zařízení do 20 lůžek umístěna 1 dívka, v zařízení o velikosti 51 – 100 lůžek 19 dětí a 9 dětí bylo umístěno v zařízení se 101 – 200 lůžky (viz tabulka 14).

Tabulka 14: Velikost zařízení

	Česká republika		
	Chlapci	Dívky	Celkem
Do 20 lůžek	0	1	1
21 - 50 lůžek	0	0	0
51 - 100 lůžek	8	11	19
101 - 200 lůžek	4	5	9
Více než 200 lůžek	0	0	0

Zdroj: vlastní výzkum *)

^{*)} Data uveřejněná v práci jsou získána z ÚZIS, který dal autorce souhlas s jejich použitím. Zpracování za Jihočeský kraj a porovnání s ČR bylo provedeno autorkou výzkumu.

Otázka č. 15: Celková délka pobytu v zařízení

Celkovou délku pobytu v zařízení mapuje tabulka 15.

Tabulka 15: Celková délka pobytu v zařízení (v měsících)

Počet měsíců	Česká republika		
	Chlapci	Dívky	Celkem
2		1	1
3		1	1
9		3	3
10		1	1
21		1	1
33	2		2
36	1		1
43	1		1
54	1		1
67		1	1
79	1		1
84		1	1
93		1	1
96	1		1
116		1	1
120		1	1
127	1		1
134	1		1
144	2	2	4
156	1		1
159		1	1
170		1	1
204		1	1

Zdroj: vlastní výzkum ^{*)}

^{*)} Data uveřejněná v práci jsou získána z ÚZIS, který dal autorce souhlas s jejich použitím. Zpracování za Jihočeský kraj a porovnání s ČR bylo provedeno autorkou výzkumu.

4.4 Ekonomická situace postižené osoby

Otázka č. 16: Ekonomická aktivita

Ekonomická aktivita dětí v Jihočeském kraji i České republice je patrna z tabulky 16. V 8 případech nebyla ekonomická aktivita v dotazníku vyplněna.

Tabulka 16: Ekonomická aktivita

	Jihočeský kraj			Česká republika		
	Chlapci	Dívky	Celkem	Chlapci	Dívky	Celkem
Dítě 0 - 14 let	57	28	85	657	446	1 103
Studující	14	13	27	166	146	312
Zaměstnaný, OSVČ ap.	0	1	1	6	3	9
Nezaměstnaný	1	0	1	6	6	12
Nepracující důchodce	0	0	0	6	4	10
Pracující důchodce	0	0	0	0	0	0
V domácnosti, vč. RD	0	0	0	1	0	1
Není známo	0	0	0	0	0	0
Ostatní	1	1	2	21	14	35
Neuvedeno	0	0	0	7	1	8

Zdroj: vlastní výzkum *)

chí-kvadrát test = NS

*) Data uveřejněná v práci jsou získána z ÚZIS, který dal autorce souhlas s jejich použitím. Zpracování za Jihočeský kraj a porovnání s ČR bylo provedeno autorkou výzkumu.

Otázka č. 17: Pobírání dávek sociálního zabezpečení

U pobírání dávek sociálního zabezpečení bylo možno zaškrtnout více odpovědí. Možnost není známo nebyla uvedena v žádném dotazníku. U 4 dotazníků v kraji a 210 v ČR tato otázka nebyla vyplněna. Tabulka 17 udává celkový počet vyplácených dávek v kraji a v ČR, tabulka 18 hodnotí kolik osob pobírá nějakou dávku.

Tabulka 17: Pobírání dávek sociálního zabezpečení

	Jihočeský kraj			Česká republika		
	Chlapci	Dívky	Celkem	Chlapci	Dívky	Celkem
Částečný invalidní důchod z důchodového pojištění	1	1	2	6	4	10
Plný invalidní důchod z důchodového pojištění	0	0	0	14	5	19
Jiný důchod z důchodového pojištění	0	0	0	3	2	5
Příspěvek na péči podle zákona o soc. službách	22	10	32	236	173	409
Opakující se dávky sociální péče	9	3	12	131	83	214
Jiné rodinné dávky sociálního zabezpečení	19	14	33	207	152	359
Nepobírá žádný důchod ani sociální dávky	32	24	56	287	212	499
Není známo	0	0	0	0	0	0
Počet dávek celkem	83	52	135	884	631	1 515

Tabulka č. 18: Počet dětí, které pobírají alespoň 1 dávku

Dávka	Jihočeský kraj	Česká republika
Pobírá	56	781
Nepobírá	56	499
Neuvedeno	4	210
Celkem	116	1 490

Zdroj: vlastní výzkum *)

p-value = 0,0

*) Data uveřejněná v práci jsou získaná z ÚZIS, který dal autorce souhlas s jejich použitím. Zpracování za Jihočeský kraj a porovnání s ČR bylo provedeno autorkou výzkumu.

Otázka č. 18: Charakter současné výdělečné činnosti

Charakter současné výdělečné činnosti byl vyplněn u 8 dotazníků v republice. V kraji závislou činnost vykonává jedna dívka, v republice 4 chlapci a 4 dívky.

Tabulka 18: Charakter současné výdělečné činnosti

	Jihočeský kraj			Česká republika		
	Chlapci	Dívky	Celkem	Chlapci	Dívky	Celkem
Závislá činnost	0	1	1	4	4	8
Samostatná výdělečná činnost	0	0	0	0	0	0

Zdroj: vlastní výzkum *)

chí-kvadrát test = NS

Otázka č. 19: Celková délka současné výdělečné činnosti

V rozmezí 1 – 3 roky pracovala jedna dívka v kraji. V rámci republiky navíc pracovali méně než 1 rok 4 chlapci a 3 dívky. Ostatní možnosti odpovědí v dotaznících, jak je patrné z tabulky 19, využity nebyly.

Tabulka 19: Celková délka výdělečné činnosti

	Jihočeský kraj			Česká republika		
	Chlapci	Dívky	Celkem	Chlapci	Dívky	Celkem
Méně než 1 rok	0	0	0	4	3	7
1 - 3 roky	0	1	1	0	1	1
3 - 5 let	0	0	0	0	0	0
5 - 10 let	0	0	0	0	0	0
Více než 10 let	0	0	0	0	0	0
Není známo	0	0	0	0	0	0

Zdroj: vlastní výzkum *)

chí-kvadrát test = NS

*) Data uveřejněná v práci jsou získána z ÚZIS, který dal autorce souhlas s jejich použitím. Zpracování za Jihočeský kraj a porovnání s ČR bylo provedeno autorkou výzkumu.

5 Diskuze

Forma dotazníků má své výhody i nevýhody, jak uvádí Disman (4). Nevýhody byly v nízké ochotě vybraných lékařů zúčastnit se šetření, přičemž určitý vliv měl i fakt, že odměna za vyplnění nebyla atraktivní a tudíž ani motivační. Jak jsem již zmínila v kritériích výběru, bylo osloveno 2 330 lékařů a šetření se nakonec zúčastnila necelá čtvrtina lékařů (23 %). Nejvyšší zájem byl zaznamenán u praktických lékařů pro děti a dorost (dále PLDD), dotazníky vyplnilo téměř 45 % lékařů. Myslím si, že je z toho patrný jejich zájem o tuto problematiku a že pochopili důležitost těchto údajů pro společnost a zejména pro zlepšení života osob se specifickými potřebami, v tomto konkrétním případě dětí a dorostu.

Další úskalí dotazníku byla v příliš obecné definici a těžko kvalifikovatelné míře postižení. Pro hodnocení míry postižení měl sice každý lékař k dispozici orientační tabulku (viz příloha č. 3), ale i přesto zde částečně svou roli mohlo hrát i subjektivní posouzení zdravotního postižení lékařem.

Posledním problémem bylo nevyplnění všech požadovaných údajů u některých dotazníků. Někdy se jednalo o údaje, které lékař nemusel vědět (pobírání dávek), v některých případech se jednalo zřejmě o opomenutí či nepozornost. Z tohoto důvodu jsem v rámci ČR vyřadila 1 dotazník, kde nebylo uvedeno pohlaví dítěte. Kontrola a dodatečné dotazování probíhaly již na úrovni krajských pracovišť. Vzhledem k omezeným finančním prostředkům však nebylo možné dodatečně doplnit všechny chybějící údaje.

Za diskutabilní považuji i zvolení názvu dotazníku. Pojem zdravotně postižený člověk se sice stále běžně vyskytuje v literatuře i médiích, ale je již nahrazován vhodnější terminologií. V první řadě jde o člověka a teprve následně o to, že má nějaký handicap, který ho určitým způsobem ovlivňuje či omezuje. Vývoj termínu potvrzuje ve své knize i Tizl (28): „Pojem *postižený člověk* stále více nahrazujeme jinými termíny, jako např. *znevýhodněný člověk*, *člověk se speciálními potřebami* hlavně z těchto důvodů: jednak nastal posun ve formálně-právním posuzování postavení postižených. Nejsou pouze předmětem začleňování do společnosti, ale přispívají také k její

rozdílnosti. Také nejsou *jiní*, mají jen v různých fázích svého života jiné potřeby. Tím jak společnost v sanaci těchto potřeb postižené podporuje, je klasifikována společnost, ne postižení.“ V současné době je považován za nejvhodnější termín člověk se specifickými potřebami, ale stejně jako v mé práci se i nadále budeme jistě setkávat i s různými staršími pojmy (handicapovaný jedinec a další).

Ve svém výzkumu jsem se věnovala populaci ve věku 0 – 18 let. V Jihočeském kraji se jednoznačně jednalo o soubor dotazníků od praktických lékařů pro děti a dorost. Ti totiž registrují děti (dorost) do 18 let, respektive do dne před dosažením 19. narozenin. V souboru za ČR to již tak jasné nebylo. V dotaznících byl k dispozici pouze rok narození, tudíž nebylo možné přesně určit, zda daná osoba již dosáhla věku 19 let. Do souboru jsem zařadila věk 19 let pouze pokud dotazník vyplnil praktický lékař pro děti a dorost nebo lékař z ústavu sociální péče. Do zkoumaného souboru dětské populace bylo zařazeno 116 dotazníků za Jihočeský kraj a 1 490 za ČR. Počet vyplněných dotazníků včetně ostatních krajů je uveden v příloze č. 4.

Lékaři spolu s vyplněnými dotazníky odesílali průvodku, kam doplnili počet karet, které museli projít, počet registrovaných pacientů a vyplněných dotazníků (viz příloha č. 5). Dětské lékaři, kteří se v Jihočeském kraji zúčastnili šetření, prohlédli ve své kartotéce celkem 3 619 karet, ve kterých našli 116 dětí se zdravotním postižením. Pokud budeme vycházet z těchto údajů, v průměru každé 31. dítě v kartotéce má zdravotní postižení. Z hlediska registrovaných pacientů prošli lékaři z důvodu vyplnění požadovaného počtu 20 dotazníků - 9 %, 11 %, 46 %, 59 %, 67 % a 100 % (vyplněno 6 dotazníků) své kartotéky. Jeden lékař prošel 32 % své kartotéky a vyplnil pouze 10 dotazníků.

Se zdravotním postižením bylo zachyceno více chlapců než dívek. Z hlediska věkových kategorií se zdravotní postižení v 61 % (ČR 54 %) projevilo již v prvním roce života. Dalších 9 % (ČR 10%) bylo diagnostikováno během roku druhého.

Rodinný stav, který se také zjišťoval vypovídá spíše o situaci u dospělých (dotazník byl určen pro celou populaci), ale u dětí byla ve všech dotaznících předvídatelná a jednoduchá odpověď – svobodný(á). Jednoznačně převažovaly děti bez vzdělání 78 % (ČR 76 %), ale je nutné zohlednit, že v Jihočeském kraji bylo třikrát více dětí do patnácti let než nad 15 let, tudíž nemusely mít v době vyplňování dokončené základní vzdělání. Stejně tak byl v kraji dvojnásobný počet chlapců bez vzdělání oproti dívkám (tabulka 3), ale zde je nutno vzít v úvahu, že chlapců s postižením je více.

Celkem bylo u 116 dětí v kraji zaznamenáno 183 zdravotních postižení (v ČR u 1 490 dětí 2 252), přičemž nejvíce zastoupeno je vnitřní postižení 39 % (ČR 35 %) a tělesné 23 % (ČR 24 %). Na třetím místě v kraji je zrakové postižení s 15 %, v ČR postižení mentální s 18 %. Počet postižení připadající průměrně na 1 dítě ze sledovaného souboru v Jihočeském kraji a ČR byl přibližně stejný. V kraji to bylo 1,6 postižení, za ČR 1,5 postižení. Z pohledu ostatních krajů se průměrný počet postižení pohyboval od 1 postižení na dítě v Pardubickém kraji po 2,1 postižení v kraji Karlovarském. Oba tyto kraje s hraničními hodnotami však odevzdaly nejméně dotazníků - Pardubický 5 a Karlovarský 28, což nejspíše výsledek zkreslilo. Porovnáním struktury postižení Jihočeského kraje a České republiky chí-kvadrát testem v kontingenční tabulce nelze zamítnout hypotézu, že sloupce a řádky jsou nezávislé. Struktura postižení není na hladině statistické významnosti odlišná za kraj a Českou republiku a hypotéza č. 1 tudíž nebyla potvrzena.

Více než tři pětiny zdravotních postižení v kraji byly vrozené a jedna pětina způsobená nemocí. V ČR bylo zastoupení vrozených postižení mírně nižší (58 %) a zapříčiněných nemocí naopak nepatrně vyšší (21 %). Úraz způsobil 3 zdravotní postižení v kraji (121 v ČR) a postižení z jiných důvodů vzniklo u 8 dětí v kraji a u 76 v ČR. U 23 postižení v kraji a u 281 v ČR lékaři příčinu neuvedli. Porovnáním údajů za kraj a ČR opět nebyla potvrzena odlišnost na hladině statistické významnosti, tedy ani hypotéza č. 2.

Míra postižení byla hodnocena pomocí orientační tabulky (příloha č. 3). Nejvyšší zastoupení měla lehká zdravotní postižení – 49 % (ČR 43 %), středních bylo 26 % (ČR 30 %), těžkých 15 % stejně jako v ČR a velmi těžká se vyskytla u 10 % postižení (ČR 12 %). Jako lehká byla nejčastěji hodnocena vnitřní zdravotní postižení, jako velmi těžká to v kraji byla mentální a za ČR tělesná postižení, ale hned následovaná také mentálními. Tyto údaje byly důležité pro potvrzení či vyvrácení hypotézy č. 3, ani ta však nebyla na hladině statistické významnosti potvrzena.

Ze šetření vyplynulo, že u většiny zdravotních postižení děti pomůcku nepotřebují a nebo mají vhodnou pomůcku k dispozici. Jako nevyhovující či nedostatečnou pomůcku vyhodnotili lékaři v kraji u 2 % zdravotních postižení, za ČR u 1 %, přičemž za ČR se u 1 % zdravotních postižení k potřebě nevyjádřili.

V rámci vnitřních zdravotních postižení zaznamenali lékaři u dětí v kraji 72 diagnóz, v ČR 797. (V tabulce 9 je uveden celkový počet vnitřních onemocnění za ČR 796. U jednoho postižení nebyla uvedena diagnóza, proto není zahrnuta v tabulce.) Diagnózy jsem rozdělila podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí a podle pohlaví. Nejčetnější v kraji byly nemoci dýchací soustavy s 35 % (ČR 27 %) a vrozené vady, deformace a chromosomální abnormality s 24 % (ČR 20 %). Vysoký počet postižení dýchací soustavy koresponduje i s údaji ve Zdravotnické ročence Jihočeského kraje 2005, kde jsou nemoci dýchací soustavy uvedeny jako nejčetnější důvod dispenzarizovaných onemocnění u dětí (7 620 případů) i u dorostu (2 622). Pro ilustraci byly děti v kraji v roce 2005 dispenzarizovány pro celkem 31 743 onemocnění a dorost pro 12 972 onemocnění. Za zmínku jistě ještě stojí zaznamenaný znepokojující nárůst diagnóz E66 – E68, což je obezita, jiné hyperalimentace a jejich následky, kde došlo k zvýšení u dětí o 16 % a u dorostu o 21 %. (41)

Zjišťovány byly též důsledky zdravotního postižení. V Jihočeském kraji připadlo na 1 dítě průměrně 1,8 omezení, za ČR mělo každé dítě průměrně 2,1 omezení. Hodnoty v ostatních krajích se pohybovaly v rozmezí 1,6 až 3,1 omezení na dítě. Toto zprůměrování je však pouze orientační, lze jen těžko srovnávat důsledky jako celek, jelikož každé ovlivňuje jedince jinak a v jiné míře.

Jako velmi pozitivní hodnotím, že u 99 % dětí v kraji a 93 % dětí v republice zajišťuje pomoc rodina. Dítě tak není vystavováno zbytečnému stresu z odloučení od rodiny a přispívá to k jeho lepšímu vývoji. Rodiče dokáží svým citlivým, individuálním a zodpovědným přístupem dítěti velice pomoci na jeho nelehké cestě životem. Můj názor o důležitosti setrvání dítěte se specifickými potřebami v rodinném kruhu mohou podpořit knihami zabývajícími se vývojovou psychologií, zdůrazňována a dokazována je též na příkladech v knihách z citované literatury (8, 12, 33). Pouze 2 % dětí v kraji a necelých 5 % v republice má k dispozici asistenta. Získat asistenta není v mnoha případech jednoduchá věc. Je možné, že to souvisí s nevyjasněností rozdílnosti asistenta pedagoga a osobního asistenta při integraci dětí se specifickými potřebami a neuplatňováním komplexního přístupu, tedy ucelené rehabilitace. (26)

Děti se zdravotním postižením v kraji i republice bydlí v naprosté většině ve standardním bytě. Pouze po 3 % dětí jak v kraji, tak v republice žije se svými rodiči ve standardním bytě s bezbariérovými úpravami. Vzhledem k tomu, že v kraji bylo zaznamenáno přes 11 % dětí s tělesným postižením v míře velmi těžké a těžké, je možné, že zhruba 8 % dětí žije ve ztížených podmínkách a potřebovaly by bezbariérovou úpravu bytu.

Pokud bylo dítě umístěno v zařízení sociální péče, zjišťoval se zřizovatel, velikost zařízení a délka pobytu. V kraji takový případ nebyl zaznamenán. Za Českou republiku se to týkalo 29 dětí (ve státním zařízení – 2 děti; zařízení, jehož zřizovatelem byl kraj – 27 dětí). Podle velikosti zařízení: 101 – 200 lůžek - umístěno 9 dětí, v zařízení s 51 až 100 lůžky 19 dětí, v zařízení do 20 lůžek jedna dívka. Délka pobytu se pohybovala v rozmezí od 2 měsíců po 17 let.

Hledisko ekonomické aktivity opět spíše vypovídá o situaci u dospělých. Většina dětí byla zařazena jako dítě 0-14 let (73 % v kraji a 74 % v republice), studovalo 23 % dětí v kraji a 21% v republice. Rozložení je ve všech kategoriích v republice i kraji srovnatelné. Např. ve Střednědobém plánu rozvoje sociálních služeb (26) je uváděna nižší odborná kvalifikace osob se specifickými potřebami (většinou se jedná pouze

o základní vzdělání nebo vyučení či středoškolské vzdělání bez maturity), která následně spolu s jejich zdravotním postižením způsobuje vyšší procento nezaměstnanosti těchto osob a tím negativně ovlivňuje i jejich život. Dle mého názoru je důležité vytvářet podmínky ke studiu pro děti se specifickými potřebami, aby se zvýšily jejich šance na budoucí pracovní uplatnění. I když se situace v tomto ohledu postupně zlepšuje, není naše republika na úrovni vyspělých evropských zemí. Možnostmi pomoci při studiu na vysoké škole se zabývala v metodickém studijním materiálu Vitásková. (36)

Některou z dávek sociálního zabezpečení nebo i více dávek pobírá 48,3 % sledovaných dětí kraje a 52,4 % v republice. Výsledek za republiku ovlivnilo neuvedení pobírání dávek u 210 dotazníků (za kraj neuvedeno u 4 dotazníků). Více dávek pobírá 21 dětí v kraji a 200 dětí za republiku. Celkový zjištěný počet vyplácených dávek za kraj byl 135 (u 56 osob) a za ČR 1 515 (u 781 osob). Žádné dávky nepobírá 56 osob v kraji (stejně procento jako u osob pobírajících dávky) a 499 za ČR (33 %). Porovnáním pobírání či nepobírání dávek jednotlivými osobami v Jihočeském kraji a ČR byla na hladině statistické významnosti potvrzena hypotéza č. 4.

Následující informace sice nemá zásadní vypovídající hodnotu, ale uvádím ji zde pro zajímavost a orientaci v možnostech, které toto šetření přináší. Vzhledem k tomu, že šetření proběhlo na základě náhodného (pravděpodobnostního) výběru lékařů, provedl Český statistický úřad převážení sebraných dat pro propočet výsledků na celou populaci. Převážení bylo provedeno podle teoretického vzorce pro odhad s tím, že v některých extrémních případech musely být použity váhy průměrné. Z mého zkoumaného souboru za Jihočeský kraj vychází po převážení 5 359 osob se specifickými potřebami, což představuje 4,3 % obyvatel kraje do 18 let. V České republice 59 385 osob se specifickými potřebami, to je 3,2 % obyvatel do 18 let. Při porovnání těchto údajů je zřejmé, že údaje jsou na hladině statistické významnosti rozdílné. Validita těchto výsledků je bohužel ovlivněna rozdíly v počtu odevzdaných dotazníků v jednotlivých krajích, tudíž není možné z nich činit významné závěry.

Z výsledků výzkumu tedy vyplynul následující závěr: kromě údajů o pobírání dávek sociálního zabezpečení nebyly zaznamenány statisticky významné rozdíly mezi získanými údaji za Jihočeský kraj a Českou republiku.

Věřím, že výsledky mého výzkumu využijí instituce a organizace zabývající se problematikou začleňování osob se specifickými potřebami do společenského života. Pokud alespoň částečně tato práce přispěje ke zkvalitnění života těchto jedinců, bude naplněn další důvod, proč jsem si toto téma vybrala. Ráda bych touto prací oslovila i lékaře a vyzvala je k vyšší účasti na příštím Výběrovém šetření o zdravotně postižených osobách, čímž se významně zvýší validita a využitelnost získaných dat.

6 Závěr

Cílem této práce bylo zjistit informace o dětech se zdravotním postižením v Jihočeském kraji a porovnat je s údaji za Českou republiku. Jednalo se o obecnou charakteristiku dítěte, údaje o zdravotním postižení, způsobu bydlení, pobírání dávek, ekonomické aktivitě a charakteristice zařízení sociální péče. Tento cíl byl ve všech bodech splněn.

V souvislosti s cílem práce byly stanoveny tyto hypotézy:

Hypotéza č. 1: Struktura postižení v Jihočeském kraji je statisticky významně odlišná od struktury v České republice.

Hypotéza č. 2: Příčiny postižení v Jihočeském kraji jsou statisticky významně odlišné od příčin v České republice

Hypotéza č. 3: Míra postižení v Jihočeském kraji je statisticky významně odlišná od míry v České republice.

Hypotéza č. 4: Pobírání dávek je v Jihočeském kraji statisticky významně odlišné od České republiky.

Na statisticky významné hladině byla potvrzena pouze hypotéza č. 4, ostatní potvrzeny nebyly.

Jak ovlivní zdravotní postižení kvalitu života dotčené osoby je do značné míry velice individuální, ale okolní prostředí a celá společnost v tom hraje významnou roli. Údaje prezentované v této práci přináší informace o zdravotních postiženích u dětí v Jihočeském kraji, které využijí úřady při plánování sociálních služeb. Cenné budou i pro další instituce a organizace, které pracují nebo přicházejí do styku s osobami se specifickými potřebami. Jedná se například o úřady práce při zapojování těchto osob do pracovního procesu, školské úřady při integraci do škol nebo při zjišťování potřebného počtu asistentů a speciálních pedagogů. Vzhledem k tomu, že se jedná o děti a mladé lidi, jejichž potřeby jsou dlouhodobé, může tento výzkum napomoci ke zlepšení kvality jejich života.

Výběrové šetření se má pravidelně opakovat. Tato práce by měla přispět také k větší ochotě lékařů zúčastnit se šetření, což zpětně ovlivní kvalitu a validitu výstupních dat.

7 Seznam použitých zdrojů

- 1 BOLDIŠ, P. *Bibliografické citace dokumentů podle ČSN ISO 690 a ČSN ISO 690-2: Citace: Modely a příklady u jednotlivých typů dokumentů - část 2. verze 3.1* [online]. Petr Boldiš 2001-2006 , 31.03.2006 08:14 [cit. 2008-02-20]. Dostupný z: <http://www.boldis.cz/citace/citace2.pdf>
- 2 BUŘVALOVÁ, D., REITMAYEROVÁ, E. *Tělesně postižený*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. 24 s. ISBN 978-80-86991-21-4
- 3 Český statistický úřad: *Věkové složení obyvatelstva v roce 2007* [online]. 2008 , 30.4. 2008 [cit. 2008-04-30]. Dostupný z: <http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/p/4003-08>
- 4 DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3.vyd. Praha: Karolinum, 2006. 375 s. ISBN 80-246-0139-7
- 5 FILIPIOVÁ, D. *Projektujeme bez bariér*, 1.vyd. Praha: MPSV, 2002. 103 s. ISBN 80-86552-18-7
- 6 FILIPIOVÁ, D. *Život bez barier, Projekty a rekonstrukce*. 1 vyd. Praha: Grada, 1998. 104 s. ISBN 80-7169-233-6
- 7 HOUDKOVÁ, Z. *Sluchové postižení u dětí – komplexní péče*. 1.vyd. Praha: Triton, 2005. 117 s. ISBN 80-7254-623-6
- 8 CHVÁTALOVÁ, H. *Jak se žije dětem s postižením*. 1. vydání, Praha: Portál, 2001. 182 s. ISBN 80-7178-588-1

- 9 JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. 2. vyd. Praha: Triton, 2006. 173 s. ISBN 80-7254-730-5
- 10 JANKOVSKÝ, J., PFEIFFER, J., ŠVESTKOVÁ, O. *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*. 1.vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2005. 103 s. ISBN 80-7040-826-X
- 11 JESENSKÝ, J., et al. *Kontrapunkty integrace zdravotně postižených*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 1995. 175 s. ISBN 80-7184-030-0
- 12 KERROVÁ, S. *Dítě se speciálními potřebami*. 1. vyd. Praha: Portál 1997. 165 s. ISBN 80-7178-147-9
- 13 KRÍŽ, J. *Duševní poruchy a poruchy chování u dětí a mladistvých*. 2. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita 2004. 76 s. ISBN 80-7040-724-7
- 14 LECHTA, V. et al. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 359 s. ISBN 80-7178-801-5
- 15 *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností a zdraví*, Ženeva: Světová zdravotnická organizace
- 16 *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, 10. revize*. 1.vyd. Praha: ÚZIS, 1992. 779 s. ISBN neuvedeno
- 17 *Národní plán podpory a integrace občanů se zdravotním postižením na období 2006-9* [on line] 2005. [cit.2008-03-22]. Dostupné z:
<http://www.vlada.cz/cs/rvk/vvzpo/Archiv/default.html>

- 18 *Národní plán vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením 2005.*
[on line] Jan. 2007 [cit.2008-03-22]. Dostupné z:
http://www.vlada.cz/assets/cs/rvk/vvzpo/dokumenty/NPPI_2007.pdf
- 19 NOVOSAD, L. *Základy speciálního poradenství.* 2. vyd. Praha: Portál, 2006. 159 s.
ISBN 80-7367-174-3
- 20 PÁNIKOVÁ, A. *Integrace dětí s kombinovaným postižením.* České Budějovice,
2007. 62 s. Bakalářská práce na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity.
Vedoucí diplomové práce Jana Zierhutová.
- 21 PIPEKOVÁ, J. et al. *Kapitoly ze speciální pedagogiky.* 2. vyd. Brno: Paido, 2006.
404 s. ISBN 80-7315-120-0
- 22 PLESNÍK, V. et al. *Integrace dlouhodobě nezaměstnaných osob se zdravotním
postižením zpět do pracovního procesu.* 1.vyd. Olomouc: Epava, 2004. 159 s. ISBN
není uvedeno
- 23 SLOWÍK, J. *Medializace handicapu a její úskalí.* Kontakt [online]. 2005, roč. 7,
č. 1-2, [cit. 2008-04-08], s. 111-114. Dostupný z:
<http://www.zsf.jcu.cz/struktura/utvary/edicni-oddeleni/periodika/kontakt/jednotlivacisla-casopisu-kontakt-podle-rocniku/kontakt05/kontakt-1-2-05.pdf>. ISSN 1212-4117
- 24 STREIT, V., RESSLER, M., HOUŠKOVÁ, Z. *Služby knihoven zdravotně
postiženým občanům.* 1. vyd. Praha: Národní knihovna ČR, 2004. 152 s. ISBN 80-7050-455-2
- 25 *Služby pro nezaměstnané, poradenství.* [on line]. [cit.2008-03-12]. Dostupné z:
http://www.reintegra.cz/reintegra/nezam_porad.htm

- 26 *Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Jihočeského kraje: 2008 – 2010*. 1. vyd. České Budějovice: VŠERS, 2007. 138 s. ISBN 978-80-86708-48-5.
- 27 ŠESTÁKOVÁ, I. *Sociální aspekty integrace handicapovaných do společnosti*. Praha: ČVUT, 2006. 34 s. ISBN neuvedeno
- 28 TIZL, B. *Postižený člověk ve společnosti (Hledání počátků)*. Praha: Pedagogická fakulta UK, 1998. 120 s. ISBN 86039-30-7
- 29 *Úmluva o právech osob se zdravotním postižením* [on line] 2007. [cit.2008-03-22]. Dostupné z: <http://www.nrzp.cz/umluva-osn-o-pravech-osob-se-zdravotnim-postizenim/>
- 30 *Usnesení vlády ČR č. 596 ze dne 18.6.2003* [on line] [cit.2008-03-23]. Dostupné z: http://kormoran.vlada.cz/usneseni/usneseni_webtest.nsf/WebGovRes/BD693BEAA1C91D60C12571B6006FA2AE?OpenDocument
- 31 *Usnesení vlády č. 1575 ze dne 7.12.2005* [on line] [cit.2008-03-23]. Dostupné z: http://kormoran.vlada.cz/usneseni/usneseni_webtest.nsf/WebGovRes/73CA78118E889869C12571B6006EF0AA?OpenDocument
- 32 *Ústava ČR, Listina základních práv a svobod*. Ostrava: Sagit, 2004.192 s. ISBN 80-7208-424-0
- 33 VÁGNEROVÁ, M. *Psychologie handicapu, Část 3, Vývoj postiženého dítěte v předškolním věku*. 1.vyd. Liberec:Technická univerzita. 78 s. ISBN 80-7083-210-8
- 34 VÁGNEROVÁ, M., HADJ-MOUSSOVÁ, Z., ŠTĚCH, S. *Psychologie handicapu*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 1999. 230 s. ISBN 382-104-99

- 35 VALENTA, M. MÜLLER, O. *Psychopedie teoretické základy a metodika*.1.vyd. Praha: Parta, s. r. o., 2003. 443 s. ISBN 80-7320-039-2
- 36 VITÁSKOVÁ, K et al. *Zefektivnění studia a profesního uplatnění handicapovaných studentů na vysokých školách*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. 89 s. ISBN 80-244-0621-7
- 37 VÍTKOVÁ, M. et al. *Integrativní speciální pedagogika, Integrace školní a sociální*. 2. vyd. Brno: Paido, 2004. 463 s. ISBN 80-7315-071-9
- 38 VOTAVA, J. et al. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*.1.vyd. Praha: Karolinum, 2003. 207 s. ISBN 80-246-0708-5
- 39 Vyhláška č. 369/2001 Sb. o obecných technických požadavcích zabezpečujících užívání staveb osobami s omezenou schopností pohybu a orientace [on line]. [cit.2008-03-23]. Dostupné z: <http://www.bezbarier.cz/dokument/vyhla369.html>
- 40 Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách [cit. 2008-03-11] dostupné z: <http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?zdroj=sb06108&cd=76&typ=r>
- 41 *Zdravotnická ročenka Jihočeského kraje 2005*. Praha: ÚZIS ČR, 2006. 180 s. ISBN 80-7280-640-8

8 Klíčová slova

- Jihočeský kraj
- osoba se specifickými potřebami
- statistika
- výběrové šetření
- zdravotní postižení

9 Přílohy

9.1 Seznam příloh

Příloha č. 1: Dotazník Výběrové šetření o zdravotně postižených osobách

Příloha č. 2: Metodické vysvětlivky

Příloha č. 3: Orientační tabulka pro stanovení míry zdravotního postižení

Příloha č. 4: Počty dotazníků

Příloha č. 5: Vzor průvodky

Příloha č. 1: Dotazník Výběrového šetření o zdravotně postižených osobách -1.část



VŠPO 07



Výběrové šetření o zdravotně postižených osobách

Dotazník není součástí Programu statistických zjišťování na rok 2007. Vyplnění dotazníku je dobrovolné. Pilotní zjišťování je prováděno v návaznosti na požadavky EU. Ochrana důvěrnosti údajů je zaručena zákonem. Děkujeme za spolupráci.

Identifikace zpravodajské jednotky (zdravotnického zařízení)

1. Pořadové číslo lékaře (sestry)	2. Pořadové číslo pacienta
-----------------------------------	----------------------------

Základní charakteristiky zdravotně postižené osoby

3. Pohlaví (zakroužkujte) muž ... 1 žena ... 2	4. Rok narození (vyplňte ve tvaru RRRR)
5. Okres bydliště (vyplňte pouze okres)	
6. Rodinný stav (zakroužkujte jednu odpověď) svobodný(á) 1 ženatý, vdaná 2 druh, družka 3 žijící odděleně 4 rozvedený(á) 5 vdovec, vdova 6 registrované partnerství 7	7. Nejvyšší dosažené vzdělání (zakroužkujte jednu odpověď) bez vzdělání 1 základní 2 střední bez maturity 3 střední s maturitou 4 vyšší odborné 5 vysokoškolské 6 není známo 8

Údaje o zdravotním postižení dané osoby

8. Zdravotní postižení (vyplňte podle číselníku uvedeného v metodických vysvětlivkách, možno více odpovědí)	I. Rok počátku postižení	II. ¹ Příčina postižení	III. ¹ Míra postižení	IV. ¹ Potřeba pomůcky, psa
1. tělesné				
2. zrakové				
3. sluchové				
4. mentální				
5. duševní				
6. vnitřní a) dg.:				
7. vnitřní b) dg.:				
8. vnitřní c) dg.:				
9. jiné (specifikujte)				
9. Důsledky zdravotního postižení (zakroužkujte jednu nebo více odpovědí) omezení mobility 1 omezení orientace 2 omezení sebeobsluhy 3 omezení ve vedení domácnosti 4 omezení příjmu informací 5 omezení komunikační schopnosti 6 omezení stravovacích možností 7 omezení způsobilosti k právním úkonům 8 jiné omezení 9	10. Pomoc zajišťuje (zakroužkujte jednu nebo více odpovědí) rodina 1 asistent 2 příbuzní 3 sousedé, přátelé 4 pečovatelská služba 5 bez zajištěné péče 7 jiné (specifikujte) 9			

¹II. – IV. vyplňte podle číselníku uvedeného v metodických vysvětlivkách

Příloha č. 1: Dotazník Výběrového šetření o zdravotně postižených osobách -2.část

11. Současná míra soběstačnosti (zakroužkujte jednu odpověď) úplná soběstačnost 1 pomoc několik hodin denně (do 4 hodin) 2 celodenní pomoc (od 4 do 12 hodin denně) 3 nesoběstačnost (pomoc cca 24 h denně) 4	12. Bydlení (zakroužkujte jednu odpověď) standardní byt (s bariérami) 1 standardní byt s bezbariérovými úpravami 2 byt zvláštního určení 3 byt v domě zvláštního určení 4 byt v domě s pečovatelskou službou 5 chráněné bydlení 6 podporované bydlení 7 lůžko v zařízení sociální péče 8 jiné (specifikujte) 9
--	--

Vyplňuje se pouze v případě, že sledovaná osoba žije v zařízení sociální péče jinak pokračujte otázkou 16.

13. Zřizovatel zařízení (zakroužkujte jednu odpověď) státní 1 krajské 2 obecní 3 církevní 4 soukromé, včetně neziskových 5 jiné (specifikujte). 9	14. Velikost zařízení (zakroužkujte jednu odpověď) do 20 lůžek 1 21 – 50 lůžek 2 51 – 100 lůžek 3 101 – 200 lůžek 4 více než 200 lůžek 5
--	--

15. Celková délka pobytu v zařízení (vyplňte počet let, měsíců: např. 5 let a 6 měsíců)
--

Ekonomická situace postižené osoby

16. Ekonomická aktivita (zakroužkujte jednu odpověď) dítě (0-14 let) 0 studující 1 zaměstnaný(á), OSVČ apod. 2 nezaměstnaný(á) 3 nepracující důchodce. 4 pracující důchodce 5 v domácnosti, vč. RD. 6 není známo 8 ostatní. 9	17. Pobírání dávek sociálního zabezpečení (zakroužkujte jednu nebo více odpovědí) částečného invalidního důchodu z důchodového pojištění 1 plného invalidního důchodu z důchodového pojištění 2 jiného důchodu z důchodového pojištění 3 příspěvku na péči podle zákona o sociálních službách 4 opakujících se dávek sociální péče 5 jiné rodinné dávky sociálního zabezpečení 6 nepobírá žádný důchod ani sociální dávky 7 není známo 8
---	---

18. Charakter současné výdělečné činnosti (zakroužkujte jednu odpověď) závislá činnost 1 samostatná výdělečná činnost 2
--

19. Celková délka současné výdělečné činnosti (zakroužkujte jednu odpověď) méně než 1 rok 1 1 – 3 roky 2 3 – 5 let 3 5 – 10 let 4 více než 10 let 5 není známo 8

Konec dotazníku.

Příloha č. 2: Metodické vysvětlivky k vyplnění dotazníku – 1. strana



VŠPO 07



METODICKÉ VYSVĚTLIVKY VYPLNĚNÍ DOTAZNÍKU VŠPO 07

V souladu s usnesením vlády ČR č. 596 ze dne 18. 6. 2003 ČSÚ ve spolupráci s ÚZIS ČR vytváří konzistentní systém statistických informací o zdravotně postižených osobách. Reaguje se tak současně na vývoj potřeb tuzemských i nadnárodních subjektů, které se zabývají touto problematikou. K tomuto účelu byl sestaven následující dotazník.

V úvodu je uvedena definice zdravotně postižené osoby, která vysvětluje tento pojem a která je závazná pro vyplnění tohoto dotazníku:

Definice zdravotně postižené osoby:

„Zdravotně postiženou je osoba jejíž tělesné, smyslové a/nebo duševní schopnosti či duševní zdraví jsou odlišné od typického stavu pro odpovídající věk a lze oprávněně předpokládat, že tento stav potrvá déle než 1 rok. Odlišnost od typického stavu pro odpovídající věk musí být takového druhu či rozsahu, že obvykle způsobuje omezení nebo faktické znemožnění společenského uplatnění dané osoby.“

Podkladem pro vyplnění dotazníku je zdravotnická dokumentace vybraného pacienta. Není nezbytně nutné kvůli tomuto šetření zavát pacienta na prohlídku.

Identifikace zpravodajské jednotky (zdravotnického zařízení)

1. Pořadové číslo lékaře (sestry) – toto číslo opište z průvodky, kterou doplněnou zašlete zpět spolu s vyplněnými dotazníky

2. Pořadové číslo pacienta – jednotlivé pacienty, za které vyplníte dotazník VŠPO 07, označte postupně číslem 1 až 20

Základní charakteristiky zdravotně postižené osoby

4. Rok narození: Napište rok narození pacienta ve tvaru RRRR (např.: 1963).

5. Okres bydliště: Napište pouze okres bydliště pacienta.

6. Rodinný stav: Zakroužkujte jedinou odpověď podle současného stavu. Pokud je pacient rozvedený, ale v současné době žije se svým druhem/družkou nebo partnerem/partnerkou, pak zakroužkujte kód druh, družka. Jako druh, družka se kódují i osoby, které jsou svobodné, ale žijí se svým druhem/družkou nebo partnerem/partnerkou. Do kategorie žijící odděleně patří pacienti, kteří jsou stále sezdání, ale s manželem/manželkou již nežijí. Totéž platí pro registrované partnerství.

7. Nejvyšší dosažené vzdělání: Zařaďte pacienta podle nejvyššího dosaženého vzdělání do odpovídající kategorie.

- **bez vzdělání** – nedokončený vzdělávací program základního vzdělávání, základního vzdělávání v základní škole speciální (dříve pomocné škole)
- **základní** – úspěšně ukončený vzdělávací program základního vzdělávání v základní škole (dříve i ve zvláštní škole) nebo v základní škole speciální (dříve pomocné škole), na nižším stupni šestiletého nebo osmiletého gymnázia nebo v odpovídající části osmiletého vzdělávacího programu konzervatoře; úspěšně ukončený kurs pro získání základního vzdělání
- **střední bez maturity** – úspěšně ukončený vzdělávací program středního vzdělávání v délce 1 až 3 let denní formy vzdělávání bez maturity (s výučním listem i bez výučního listu)
- **střední s maturitou** – úspěšně ukončený vzdělávací program šestiletého nebo osmiletého gymnázia, vzdělávací program v délce 4 let denní formy vzdělávání ukončený vykonáním maturitní zkoušky, vzdělávací program nástavbového studia v délce 2 let denní formy vzdělávání nebo vzdělávací program zkráceného studia pro získání středního vzdělání s maturitní zkouškou; zahrnuje i pomaturitní kursy
- **vyšší odborné** – úspěšně ukončený akreditovaný vzdělávací program vyšší odborné školy, úspěšně ukončený šestiletý nebo osmiletý vzdělávací program konzervatoře
- **vysokoškolské** – úspěšně ukončený akreditovaný studijní program vysoké školy (bakalářský, magisterský nebo doktorský)

Příloha č. 2: Metodické vysvětlivky k vyplnění dotazníku – 2. strana

Údaje o zdravotním postižení dané osoby

8. Zdravotní postižení:

Do šetření se zahrnují pacienti od míry postižení 1 – lehké postižení. Pacienti s mírou postižení 0 (žádnou nebo minimální) do šetření zahrnutí nejsou.

I. Rok počátku postižení

Uveďte rok ve tvaru RRRR. Pokud nelze určit přesný rok začátku zdravotního postižení, například pokud se postižení vyvinulo postupně následkem dlouhotrvající nemoci, pak uveďte „není známo“ což je kód 8888.

Vyplňte údaje podle níže uvedeného číselníku. U vnitřního postižení uveďte kód diagnózy dle MKN-10. Pokud pacienta můžete zařadit do více typů postižení, **vyplňte všechny odpovídající možnosti.**

Číselníky:

II. Příčina postižení	III. Míra postižení	IV. Potřeba pomůcky vč. slepeckého a asistenčního psa
1 vrozené postižení	1 lehké	0 žádnou nepotřebuje
2 způsobené úrazem	2 středně těžké	1 má odpovídající
3 způsobené nemocí	3 těžké	2 má nevyhovující, nedostatečnou
4 stařecká polymorbidita	4 velmi těžké	8 není známo
8 není známo		9 jiné
9 jiné		

II. Příčina postižení:

- vrozené postižení – zdravotní postižení vzniklé před narozením
- způsobené úrazem – zdravotní postižení vzniklé po narození, popř. v důsledku perinatálních komplikací (úraz v zaměstnání, domácnosti, v souvislosti s dopravní nehodou, trestným činem aj.)
- způsobené nemocí – zdravotní postižení vzniklé v důsledku akutní či chronické nemoci
- stařecká polymorbidita – přítomnost více chorob současně objevujících se ve stáří
- omezení způsobilosti
- není známo – příčina není známa
- jiné - nehodí se ani do jedné kategorie

III. Míra postižení – viz příloha 1: Orientační tabulka pro stanovení míry zdravotního postižení (str. 5 a 6), kde jsou uvedeny pouze příklady druhů postižení podle jednotlivých měř postížení.

Do šetření se nezahrnují pacienti s žádným nebo minimálním postižením (viz následující tabulka).

Žádné (minimální) postižení pacienti s těmito nebo podobnými postiženími nespádají do výběru	<ul style="list-style-type: none">- Tuberkulóza inaktivní - bez funkčního omezení- Zjištění HIV infekce bez klinických příznaků- Alkoholismus I. a II. fáze- Anémie - mírné projevy- Ztráta sleziny dospělých- Hyperfunkce štítné žlázy- jen vegetativní projevy- Stav po strumektomii pro nezhooubné onemocnění dobře kompenzovaný léčbou- Poruchy srdečního rytmu- hemodynamicky nebo prognosticky málo významné- Chronický zánět průdušek- bez poruch ventilace- Astma bronchiale- bez trvalého omezení funkce, s občasnými záchvaty- Divertikly bez funkčních poruch- Funkční hyperbilirubinémie- Epilepsie - velké záchvaty s více jak ročními pauzami nebo malé záchvaty s pauzami několik měsíců- Ekzém- projevy na predilekčních místech, řídké exacerbace- Chronická střevní onemocnění bez poruch pasáže při zavedené léčbě
--	---

Příloha č. 2: Metodické vysvětlivky k vyplnění dotazníku – 3. strana

9. Důsledky zdravotního postižení:

- omezení mobility – pacient se špatně pohybuje např. má problémy s pohybem po domácnosti, nebo má problémy s přemísťováním se z místa na místo, má problémy s vycházením z domu atd.
- omezení orientace – např. pacienti s těžkým zrakovým postižením, mentálně postižený pacient, popř. sluchově postižený pacient
- omezení sebeobsluhy – pacient má problémy s koupáním, oblékáním se a jinými základními činnostmi
- omezení ve vedení domácnosti – omezení v důsledku zdravotního postižení např. při úklidu bytu, praní, mytí nádobí, drobných domácích pracích apod.
- omezení příjmu informací – pacient není schopen si informace zapamatovat, pacient má postižení, které mu brání příjmu informací např. nevidomý, neslyšící atd.
- omezení komunikační schopnosti – pacient má problémy s komunikací např. neslyšící, prelingválně neslyšící, mentálně postižený atd.
- omezení stravovacích možností – pacient není schopen se sám najíst, popř. uvařit si, brání mu v tom objektivní okolnosti
- omezení způsobilosti k právním úkonům – soud stanoví opatrovníka pacienta a zároveň i úkony, které osoba nesmí činit sama
- jiné omezení

10. Pomoc zajišťuje: Myslíme pouze pomoc o osobu zdravotně postiženou v případě, že není schopna vykonávat běžnou činnost samostatně.

- rodina – nejbližší příbuzní jako jsou: matka, otec, manžel, manželka, syn, dcera, bratr, sestra, popřípadě druh, družka ...
- asistent – pomoc jiné fyzické osoby bez časového omezení (dle § 39 zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách)
- příbuzní – vzdálenější příbuzní: teta, strýc, bratranec, sestřenice, tchán, tchýně ...
- sousedé, přátelé – lidé bydlící v blízkosti postižené osoby nebo mající s postiženou osobou vztah jiný než příbuzenský
- pečovatelská služba – pomoc jiné fyzické osoby ve vymezeném čase (dle § 40 zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách)
- bez zajištěné péče
- jiná – specifikujte druh péče (např. tísňová péče, průvodcovské a předčitatelské služby, odlehčovací služby apod.)

11. Současná míra soběstačnosti:

Důležitý je současný stav pacienta. Pokud k pacientovi dochází pomoc jednou nebo několikrát týdně na několik hodin vyplňte možnost „pomoc několik hodin denně“. Pokud k pacientovi dochází pomoc pouze jednou nebo dvakrát do měsíce a méně vyplňte „úplná soběstačnost“.

- úplná soběstačnost – pacient nepotřebuje vůbec žádnou pomoc
- pomoc několik hodin denně – pacient potřebuje pomoc do 4 hodin denně
- celodenní pomoc – k pacientovi dochází pomoc na více jak 4 hodiny a maximálně 12 hodin denně
- nesoběstačnost (cca 24 h denně) – pacient se neobejde bez pomoci celý den, tzn. 24 hodin

12. Bydlení

- standardní byt (s bariérami)
- standardní byt s bezbariérovými úpravami
- byt zvláštního určení - byt speciálně upravený pro potřeby osob s těžkým zdravotním postižením
- byt v domě zvláštního určení
- byt v domě s pečovatelskou službou
- chráněné bydlení - bydlení v bytě v běžné zástavbě, který je specializovaným zařízením majícím charakter domácnosti, je vlastněn poskytovatelem služeb. Služba je určena osobám, jejichž schopnosti jsou sníženy zejména v oblastech osobní péče a péče o domácnost. Tyto osoby se v chráněném bydlení učí soběstačnosti.
- podporované bydlení – služba je poskytována stejným klientům, jako u chráněného bydlení, je však poskytována ve vlastním bytě uživatele a podstatou služby je pomoc s vedením domácnosti včetně hospodaření, péče o byt, popř. pomoc v oblastech osobní péče
- lůžko v zařízení sociální péče
- jiné (specifikujte)

Příloha č. 2: Metodické vysvětlivky k vyplnění dotazníku – 4. strana

Vyplňte pouze v případě, že sledovaná osoba žije v zařízení sociální péče jinak pokračujte otázkou 16.

13. Typ zařízení:

- státní – zřizovatel je MPSV
- krajské - zřizovatel je kraj
- obecní - zřizovatel je obec, město
- církevní – zřizovatel je církev
- soukromé – zřizovatel je soukromá osoba nebo organizace včetně neziskových organizací
- jiné (specifikujte) – jiný zřizovatel, než je uvedeno v předchozím

14. Velikost zařízení

Rozhodující je průměrná kapacita zařízení.

15. Celková délka pobytu v zařízení:

Vyplňte počet let a měsíců, které pacient strávil v zařízení sociální péče. Pokud například pobývá v zařízení 3 roky a 4 měsíce, zapíše: 3 roky a 4 měsíce. V případě, že pacient pobývá v zařízení sociální péče méně jak 1 měsíc, uveďte 1 měsíc.

Ekonomická situace postižené osoby

Pokud bude lékař znát i ekonomickou situaci postižené osoby, vyplní otázky 16 až 19.

16. Ekonomická aktivita

Rozhodující je současný stav. Do položky „zaměstnaný(á)“ spadá např. zaměstnanec, ale i OSVČ, člen družstva apod.

17. Pobírání dávek sociálního zabezpečení

- částečného invalidního důchodu z důchodového pojištění
- plného invalidního důchodu z důchodového pojištění
- jiného důchodu z důchodového pojištění – starobní, vdovský, vdovecký, sirotčí
- příspěvku na péči podle zákona o sociálních službách
- opakujících se dávek sociální péče – pouze z důvodu dlouhodobého nepříznivého stavu nebo z důvodu sociální potřeby
- jiné rodinné dávky sociálního zabezpečení - rodičovský příspěvek, sociální příspěvek, příspěvek na úhradu potřeb dítěte, příspěvek při péči o blízkou nebo jinou osobu
- nepobírá žádný důchod ani sociální dávky
- není známo

18. Charakter současné výdělečné činnosti

Vykonává-li pacient více výdělečných činností, zaškrtně se charakter té činnosti, která tvoří hlavní zdroj jeho příjmů. Za závislou činnost se považuje práce vykonávaná v pracovněprávním, služebním, členském nebo obdobném poměru.

19. Celková délka současné výdělečné činnosti

Jedná se o délku nepřetržitého výkonu výdělečných činností vedených jako hlavní zdroj příjmů. V průběhu této celkové délky výdělečné činnosti může dojít i ke změně charakteru výdělečné činnosti (např. ze závislé činnosti na OSVČ, nebo může dojít ke změně zaměstnání apod.).

Příloha č. 3: Orientační tabulka pro stanovení míry zdrav. postižení – 1. strana

Příloha 1: Orientační tabulka pro stanovení míry zdravotního postižení

Jsou zde uvedeny pouze příklady druhů postižení podle jednotlivých měr postižení.

9.2 Orientační tabulka pro stanovení míry zdravotního postižení	
1) Lehké postižení	<ul style="list-style-type: none"> - Tuberkulóza s funkčními omezeními lehkého stupně - AIDS-syndrom lymfadenopatie – lehká alterace celkového stavu - Anemie- středně těžké projevy - Ztráta sleziny u dětí do 15 let - Diabetes mellitus kompenzovaný léčbou bez komplikací - Hyperfunkce štítné žlázy – lehčí projevy (přetrvávající tachykardie, značná ztráta hmotnosti atd.) - Hypofunkce štítné žlázy bez ohledu na příčinu neúplně kompenzovaná substitucí - Poruchy psychického vývoje dětí- lehké formy - Porucha osobnosti a chování u dospělých - středně těžký stupeň - Lehká mentální retardace-horní pásmo (IQ 65 – 69) - Stav po úrazu hlavy s lehkou poruchou mozkových funkcí - Stav po cévních mozkových příhodách- lehké poruchy - Epilepsie - velké záchvaty s pauzami několika měsíců nebo malé záchvaty s týdenními pauzami - Schizofrenie apod. - lehká forma - Parkinsonova choroba - lehká forma (ojedinělé mimovolné pohyby) - Monoparéza, akroparéza, lehká reziduální paréza - Strabismus u dětí - Střední slabozrakost (vizus s korekcí 6/ 18 - 6/ 60) - Oboustranná středně těžká nedoslýchavost(ztráta sluchu v rozsahu 41 až 55 dB) - Koordinační poruchy a poruchy rovnováhy – lehká forma - Astma bronchiale - lehké perzistující astma 2. stupně - Nemoci plic s mírnou funkční poruchou (FEV1 je rovno nebo větší než 80% náležitých hodnot) - Srdeční postižení bez podstatného snížení výkonnosti (NYHA I) - Jaterní onemocnění s lehkou funkční poruchou - Ledvinné postižení s lehkou poruchou funkce - Inkontinence moče lehkého stupně - Jednostranná ztráta prsu - Jizvy po popálení nebo poleptání na ploše do 40 % kůže - Ekzém - časté exacerbace, s výraznými projevy - Osteoartróza - postižení jednoho nebo dvou nosných kloubů s RTG projevy a omezení hybnosti zpravidla o čtvrtinu a více - Bechtěrevova choroba I.- II stupně - Degenerativní změny na páteři a ploténkách s lehčími funkčními projevy (zpravidla postižení více úseků páteře s občasnými projevy nervového a svalového dráždění) - Ztráta nejvýše dvou prstů na jedné ruce - Ztráta všech prstů na jedné noze - Chronická střední onemocnění s lehkými poruchami pasáže při zavedené léčbě
2) Středně těžké postižení	<ul style="list-style-type: none"> - Tuberkulóza s funkčními omezeními středně těžkého stupně - AIDS- syndrom lymfadenopatie se středně těžkou alterací celkového stavu a výkonnosti - Zhoubný nádor po léčbě, se stabilizací zdravotního stavu (po 2 až 5 letech) - Anemie- stavy s výraznými projevy - Chronická lymfatická leukémie - mírné projevy klinické a laboratorní - Diabetes mellitus kompenzovatelný léčbou, s občasným metabolickým kolísáním a počínajícími komplikacemi - Hyperfunkce štítné žlázy - těžší projevy, s přetrvávajícími orgánovými a psychickými změnami - Hypofunkce štítné žlázy bez ohledu na příčinu neúplně kompenzovaná substitucí s komplikacemi a se snížením výkonnosti organismu - Poruchy psychického vývoje dětí- středně těžké formy - Porucha osobnosti a chování u dospělých - těžký stupeň - Lehká mentální retardace - střední a dolní pásmo (IQ 50 – 64) - Stav po cévních mozkových příhodách - středně těžké funkční poruchy - Stav po úrazu hlavy se středně těžkou poruchou mozkových funkcí - Alkoholismus III. a IV. fáze - Schizofrenie apod. – středně těžké formy - Monoplégie, hemiparéza, paraparéza, lehčí kvadruparéza - Epilepsie – velké záchvaty s pauzami několika týdnů nebo malé záchvaty s pauzami několik dní - Parkinsonova choroba – středně těžká forma - Ztráta jednoho oka - Silná slabozrakost (vizus 6/60 – 3/60), - Oboustranná těžká nedoslýchavost (ztráta sluchu v rozsahu 56 až 70 dB) - Koordinační poruchy a poruchy rovnováhy – středně těžká forma - Astma bronchiale - středně těžké perzistující astma 3.stupně - Nemoci plic se středně těžkou funkční poruchou (FEV1: 80 - 50 % náležitých hodnot) - Srdeční postižení s poklesem výkonu při obvyklém tělesném zatížení (NYHA II) - Chronické recidivující vředy žaludku a dvanácterníku s trvalým výrazným snížením výživy a výkonnosti a s komplikacemi - Částečné odstranění žaludku s komplikacemi (např. dumpingový syndrom) - Slabost svěrače řiti s občasným odchodem stolice - Jaterní onemocnění - středně těžké poruchy funkce - Stav po transplantaci jater - po více než 2 letech s dobrou funkcí štěpu - Ledvinné postižení - středně těžké poruchy funkce - Inkontinence moče středně těžkého stupně - Transplantace ledviny – stav po více než 2 letech s dobrou funkcí štěpu - Ztráta penisu - Oboustranná ztráta prsu - Ekzém - rozsáhlé dlouhodobě recidivující formy s podstatným snížením celkové výkonnosti

Příloha č. 3: Orientační tabulka pro stanovení míry zdrav. postižení – 2. strana

<p>2) Středně těžké postižení</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Zohyžďující znetvoření tváře, těžké deformity kostí a měkkých částí ovlivňujících mimiku, artikulaci, žvýkání apod. - Jizvy po popálení nebo poleptání na ploše nad 40 % kůže - Bechtěrevova choroba III.- IV. stupeň - Degenerativní změny na páteři a ploténkách se středně těžkými funkčními projevy zpravidla více úseků páteře, s recidivujícími silnými projevy nervového a svalového dráždění - Osteoartróza - těžké postižení dvou nosných kloubů nebo více velkých kloubů nebo těžké postižení většiny malých kloubů s pokročilými RTG projevy a omezení hybnosti zpravidla o více než jednu třetinu - Malý vzrůst do 140 cm - Ztráta jedné celé ruky nebo její části - Ztráta obou palců nebo tří nebo čtyř prstů na obou rukou - Ztráta všech prstů na obou nohách - Ztuhnutí ramenního kloubu v nepříznivém postavení - Ztuhnutí obou kolenních kloubů nebo jednoho kolenního kloubu v nepříznivém postavení - Chronická sřevní onemocnění se středně těžkými poruchami pasáže při zavedené léčbě a snížením výkonnosti
<p>3) Těžké postižení</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tuberkulóza s funkčními omezeními těžkého stupně s komplikacemi - AIDS- syndrom lymfadenopatie s těžkou alterací celkového stavu a výkonnosti - Diabetes mellitus s rozvinutými chronickými komplikacemi (diabetická angiopatie, neuropatie, retinopatie) - Středně těžká mentální retardace (IQ 35 - 49) - Poruchy psychického vývoje dětí - těžké formy - Stav po cévních mozkových příhodách- těžké poruchy - Stav po úrazu hlavy s těžkou poruchou mozkových funkcí, s podstatným snížením výkonnosti - Parkinsonova choroba – těžká forma (tremor, rigidita, bradykinéza) - Epilepsie – velké záchvaty týdně nebo malé záchvaty s pauzami několik dní - Těžší kvadruparéza, hemiplegie - Slabozrakost u dětí a mladistvých do skončení povinné školní docházky (vizus 6/60 – 3/60) - Těžce slabý zrak- (vizus s korekcí 3/ 60 až 1/ 60) - Získaná oboustranná praktická nebo úplná hluchota u dětí, která se vyskytla až po rozvinutí řeči - Oboustranná praktická nebo úplná hluchota u dospělých - Srdeční postižení s poklesem výkonu při středně těžkém tělesném zatížení (NYHA III) - Astma bronchiální - těžké perzistující astma 4. stupně - Nemoci plic se těžkou funkční poruchou(FEV1: 50- 30 % náležitých hodnot) - Totální odstranění žaludku - Trvalá kolostomie - Jaterní onemocnění - těžké poruchy - Ledvinné postižení - těžká porucha funkce - Inkontinence moče těžkého stupně - Umělý vývod moče - Ekzém - zvlášť nepříznivý průběh, stále trvající - Osteoartróza - těžké deformační postižení tří a více nosných kloubů nebo rozsáhlé deformující postižení malých kloubů, rychle progredující, pohyb omezen zpravidla o více než polovinu - Bechtěrevova choroba - V. stupeň, se ztuhlostí více úseků páteře nebo velkých kloubů, s poruchou ventilace, srdečního výkonu a celkové výkonnosti - Degenerativní změny na páteři a ploténkách s těžkými funkčními projevy více úseků páteře, s trvalými silnými projevy nervového a svalového dráždění, s parézami a svalovými atrofiemi. - Ztráta jedné horní končetiny v ramenním kloubu nebo s velmi krátkým pahýlem - Úchopová ztráta obou rukou - Ztráta jedné dolní končetiny v kyčelním kloubu nebo s velmi krátkým pahýlem - Ztuhnutí obou kyčelních kloubů - Ztuhnutí obou kolenních kloubů - Chronická sřevní onemocnění s těžkými poruchami pasáže při zavedené léčbě a značným snížením výkonnosti
<p>4) Velmi těžké postižení</p>	<ul style="list-style-type: none"> - AIDS - plně rozvinutý, s orgánovými komplikacemi a selháváním imunity - Zhoubný nádor v průběhu onkologické léčby nebo neléčitelné formy - Poruchy psychického vývoje dětí - zvlášť těžké poruchy (např. těžký autismus) - Těžká a hluboká mentální retardace (IQ pod 34) - Stav po úrazu hlavy s trvalými poruchami zvlášť těžkého stupně, s narušenou integritou mozkových funkcí - Schizofrenie apod. – těžké formy - Paraplegie, kvadruplegie - Úplná nebo praktická slepota obou očí - Vrozená oboustranná praktická a úplná hluchota u dětí nebo praktická a úplná hluchota u dětí, která se vyskytla před rozvinutím řeči do ukončení povinné školní docházky - Koordinační poruchy a poruchy rovnováhy – těžká forma (s nemožností samostatného pohybu) - Nemoci plic se velmi těžkou funkční poruchou(FEV1: menší než 30 % náležitých hodnot nebo menší než 50 % náležitých hodnot s projevy respirační insuficience) - Srdeční postižení s poklesem výkonu již při lehkém tělesném zatížení (NYHA IV) - Transplantace jater- stav do dvou let - Úplná inkontinence moče nebo stolice - Vaginální píštěl - močová cesta – konečník – pochva - Transplantace ledviny – stav do dvou let - Ztráta obou horních končetin nebo úplná ztráta jedné horní a jedné dolní končetiny - Ztráta obou dolních končetin ve stehně - Chronická sřevní onemocnění s těžkými poruchami pasáže při zavedené léčbě a značným snížením výkonnosti a snížením stavu výživy

Příloha č. 4: Počet dotazníků podle věku dítě a kraje bydliště dítěte

Kraj	věk																				celkem
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	
Hl.m.Praha		3	3	7	4	6	9	8	6	7	8	8	7	12	8	6	9	4	3	1	119
Středočeský		2	3	3	5	16	7	12	20	15	18	9	7	9	10	11	10	7	14	5	183
Jihočeský		1	4	7	6	7	5	5	12	14	4	4	1	1	7	9	10	8	5	6	116
Plzeňský		4	1	7	8	8	6	8	4	8	16	8	13	6	8	7	5	13	5	2	137
Karlovarský				1		3	2	2	1	1	3		1	3		1	4	3	3		28
Ústecký		3	4	7	16	17	15	12	9	13	11	12	6	10	12	8	4	14	3	2	178
Liberecký	2	1		2	2	3	1	3	1	6	3	1	18	4	6	11	8	12	19	10	113
Královéhradecký		1	7	3	6	8	4	9	6	5	3	2	7	7	5	9	8	5	12	5	112
Pardubický				1						1			1		2						5
Vysočina			2	7	3	2	3	15	3	5	3	6	7	7	8	3	1	3	5	4	87
Jihomoravský	2	3	4	10	8	4	13	7		1	2	4	6	1	4	9	6	7	24	13	128
Olomoucký	1	6	8	7	2	9	12	3	9	4	6	6	2	3	5	4	7	4	6	9	113
Zlínský	1	5	2	7	3	4	7	2	5	7	4	6	3	7	9	8	5	10	9	4	108
Moravskoslezský		5	6	6	6	5	4	3	6	1		2		2	2	1	10		2	2	63
ČR	6	34	44	75	69	92	88	89	82	88	81	68	79	72	86	87	87	90	110	63	1 490

Příloha č. 5: Vzor průvodky

PRŮVODKA

VŠPO 07

Vážená paní doktorko, vážený pane doktore,

dostáváte tuto předvyplněnou průvodku, kterou bude třeba přiložit k vyplněným dotazníkům a zaslat zpět na příslušný krajský odbor ÚZIS ČR. Pořadové číslo lékaře zde uvedené, použijte na každém dotazníku k anonymní identifikaci vašeho zdravotnického zařízení. Zároveň je ve čtvrtém řádku uvedena skupina písmen (ročníku narození), od které máte začít provádět náhodný výběr zdravotně postižených pacientů. Pokud dojdete při výběru pacientů na konec abecedy (nebo k poslednímu ročníku narození), pokračujte od začátku abecedy (nejstarším ročníkem narození), dokud nenaleznete požadovaný počet pacientů se zdravotním postižením nebo dokud nedojdete opět k počáteční skupině písmen (ročníku narození, od kterého jste začínal).

Nezapomeňte vyplnit poslední 3 řádky této průvodky, zejména počet karet (pacientů), které jste musel(a) projít, než jste našel(a) požadovaný počet zdravotně postižených pacientů. Pokud byl například dvacátý ZP pacient na 245. kartě, kterou jste prošel/prošla od začátku hledání, uveďte k této položce údaj 245.

Aktuální počet registrovaných pacientů uveďte za měsíc červen 2007.

Počet ZP pacientů, za které lékař vyplnil dotazník VŠPO 07, bude většinou 20. Tento údaj však může být i nižší, pokud má lékař ve své kartotéce méně pacientů se zdravotním postižením.

Orazítkovanou a podepsanou průvodku odešlete spolu s vyplněnými dotazníky pokud možno do **15.7.2007** na adresu:

ÚZIS – Jihočeský krajský odbor
Žižkova 309/12
370 01 České Budějovice

IČO:	XXXXXXXX
PČZ:	000
Pořadové číslo lékaře:	3126
Pravidlo pro výběr pacientů - začněte od skupiny písmen (ročníku narození):	BI
Aktuální počet registrovaných pacientů: (červen 2007)	
Počet ZP pacientů, za které lékař vyplnil dotazník VŠPO 07: (většinou bude údaj 20, ale může být i nižší počet)	
Počet karet (pacientů), které musel lékař projít, než našel ve své kartotéce požadovaný počet (20) ZP pacientů:	

Datum odeslání: