

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

Integrace osob s disabilitou

DISERTAČNÍ PRÁCE

v oboru: Prevence, náprava a terapie zdravotní a sociální problematiky
dětí, dospělých a seniorů

Autor: PhDr. Jitka Bienertová

Školitel: doc. MUDr. Libuše Čeledová, Ph.D.

Konzultant: Prof. MUDr. Jan Pfeiffer, DrSc.

Konzultant: PhDr. Jaroslav Dostál

České Budějovice, 2014

Integrace osob s disabilitou

Osoby se zdravotním postižením (disabilitou) tvoří v ČR, na základě kvalifikovaných odhadů, významnou skupinu občanů (10 % z populace v ČR, z toho 0.6 % jsou osoby se zrakovým postižením (disabilitou)).

Integrace je dlouhodobý/dvoustranný proces hrající důležitou roli v mnoha životních dimenzích člověka. Je nezbytné při něm brát ohled na individualitu každého jedince, snažit se porozumět zde platícím pravidlům a jim odpovídajícímu chování, důležitá je vzájemná schopnost komunikace a uvědomění přítomnosti integračních bariér.

V ČR celá péče o osoby se zdravotním postižením (disabilitou) spadá do komplexní (komprehensivní) rehabilitace. Za posledních 20 let se v ČR zaměřila pozornost veřejnosti (státních orgánů a institucí) na zlepšení životních podmínek osob se zdravotním postižením (disabilitou). Přístup státu a orgánů veřejné správy, k těmto osobám, upravují významným způsobem tzv. *Národní plány*, zakotvující nejdůležitější úkoly a opatření pro jednotlivá odvětví státní správy. I přes tato opatření však figurují v každodenních činnostech života osob se zdravotním postižením (disabilitou) diskriminační tlaky projevující se zejména dlouhodobým nerespektováním či neznalostí základních a zásadních odlišností definujících právě tuto skupinu osob. V současnosti v ČR i nadále chybí zákon o ucelené rehabilitaci.

Cílem této práce je popsat integrační faktory/bariéry/hlediska se kterými osoba se zdravotním postižením (disabilitou), resp. zrakovým postižením přichází, během svého života/procesu integrace, do vzájemné akcelerace, možnosti jaké může při integračním procesu využívat. Hlavním cílem práce je vylíčit specifika integrace osob se zrakovým postižením (disabilitou), jejich osobní pohled na integraci/inkluzi.

Výzkum byl realizován ve dvou oblastních odbočkách SONSu v ČR města Chomutova – SIA a Mostu. Výzkumný soubor tvořili jedinci se zrakovým postižením (disabilitou) v produktivním věku (18-65 let). Sběr dat byl prováděn od 1. 4. 2012 do 1. 4. 2014. Na základě zodpovězení definovaných výzkumných otázek byla zvolena strategie kvalitativního výzkumu formou tzv. případové studie – studium sociálních skupin (osob se zrakovou disabilitou).

Integration of persons with disability

Persons with disabilities reproduce in the Czech Republic on the basis of reasonable estimates, a significant group of citizens (10% of population, of which 0.6% are persons with visual disabilities).

Integration is a long/two-way process, playing an important role in many dimensions of human life. When it is necessary to take into account the individuality of each person, trying to understand the rules and are paying them to the behavior, it is important mutual communication skills and awareness of the presence of barriers to integration.

In the Czech Republic the whole care for people with disabilities falls into a comprehensive rehabilitation. Over the last 20 years in the Czech Republic focused public attention (state bodies and institutions) to improve the living conditions of persons with disabilities. Attitude State and public authorities, to regulate these individuals significantly, the National plans establishing the most important tasks and measures for different sectors of government. Despite these measures, however, figure in activities of daily living for persons with disabilities discriminatory pressures are particularly evident in the long-term disregard or ignorance of basic and fundamental differences that define this group of person. V currently in the Czech Republic is still missing law on comprehensive rehabilitation.

The aim of this paper is to describe the integration factors / barriers / point of view, which people with disabilities, respectively, visual impairment comes in your life / integration process, to mutual acceleration options which can use in the integration process. The main goal of this work is to describe the specifics of the integration of persons with visual disabilities, their personal view on integration / inclusion.

The research was conducted in two regional branches Sons of Chomutov in the Czech Republic - SIA and Most. The sample included individuals with visual disabilities of working age (18-65 years). Data collection was conducted from 1st 4th 2012 to 2014. Based on responses to the research questions defined the strategy of qualitative research in the form of so-called case studies - the study of social groups (persons with visual disability).

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem svoji disertační práci na téma **Integrace osob s disabilitou** vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 4. července 2014

PhDr. Jitka Bienertová

Poděkování:

Chtěla bych na tomto místě vyjádřit upřímné poděkování:

doc. MUDr. Libuši Čeledové, Ph.D., za cenné připomínky k obsahové stránce práce a metodologické stránce práce.

Prof. MUDr. Janu Pfeifferovi, DrSc., za cenné připomínky,

PhDr. Jaroslavu Dostálovi, za cenné připomínky k obsahové stránce práce.

a v neposlední řadě celé své **rodině**, za trpělivost, podporu a porozumění.

Obsah

Úvod	8
1. Současný stav	9
1.1 Zdravotní postižení (disabilita)	11
1.1.1 Klasifikace zdravotního postižení	11
1.1.2 Osoba se zdravotním postižením (OZP)	13
1.1.3 Společenské postavení a životní situace osob se zdravotním postižením (disabilitou)	17
1.1.4 Vzdělávání osob se zdravotním postižením (disabilitou)	19
1.1.5 Zaměstnávání osob se zdravotním postižením (disabilitou)	23
1.1.6 Integrace osob se zdravotním postižením (disabilitou)	28
1.1.7 Bariéry integrace	29
1.2 Rehabilitace pracovní	37
1.2.1 Individuální plán rehabilitace pracovní	38
1.2.2 Metodika standardů zhodnocení aktuálního psycho-senzo-motorického potenciálu osob se zdravotním postižením (disabilitou)	39
1.2.3 Mezinárodní klasifikace funkční schopnosti, disability a zdraví (MKF)	52
1.2.4 Pro rehabilitaci pracovní výstupy funkčního hodnocení osob se zdravotním postižením (disabilitou)	54
1.3 Teoretická východiska sociální práce osob se zdravotním postižením (disabilitou)	56
1.3.1 Sociální práce osob se zdravotním postižením (disabilitou) v současném pojetí	57
1.3.2 Sociální práce při integraci osob se zdravotním postižením (disabilitou)	58
1.3.3 Sociální práce při integraci osob se zrakovým postižením (disabilitou)	59
1.3.4 Rehabilitace sociální a prevence vyloučení osob se zrakovým postižením (disabilitou)	59
2. Cíle práce a hypotézy	64
3. Metodika	

3.1 Techniky výzkumu	66
3.2 Zpracování dat	66
3.2.1 <i>Etika výzkumu</i>	67
3.3 Popis výzkumného souboru v případové studii	68
3.3.1 <i>Popis organizace SONS ČR</i>	70
4. Výsledky	74
4.1 Evaluace dotazníků vyplněných respondenty výzkumu	74
4.1.1 <i>Nestandardizovaný dotazník určený pro osoby se zrakovým (zdravotním) postižením (disabilitou)</i>	74
4.1.2 <i>Standardizovaný dotazník SF-36</i>	119
4.1.3 <i>Dotazník pro odborný personál pracující s osobami se zrakovým (zdravotním) postižením (disabilitou)</i>	136
5. Diskuse	143
5.1 <i>Výstupy z výzkumných okruhů</i>	144
5.2 <i>Specifika osob se zrakovým postižením (disabilitou)</i>	151
5.3 <i>Důsledky a kompenzace zrakového postižení (disability)</i>	152
5.4 <i>Intervence u osob se zrakovým postižením (disabilitou)</i>	153
5.5 <i>Komunikace s osobami se zrakovým postižením (disabilitou)</i>	154
6. Závěr	155
7. Seznam použitých zdrojů	157
8. Klíčová slova	166
9. Seznam zkratk	167
10. Přílohy	169

Úvod

„Největší zlo je odejít z počtu živých dříve, než jsi umřel...“ (Seneca)

Existence člověka se zdravotním postižením (disabilitou) v populaci, bývá zpravidla, v běžném společenském prostředí, vnímána jako jev zcela výjimečný - abnormální. Nicméně, navzdory všem našim přáním, skutkům a idejím, jedná se o naprostou běžnou skutečnost, která se vždy vyskytovala, vyskytuje a vyskytovat bude (nemoci, úrazy, vrozené vývojové vady, které nedokáže ovlivnit ani nejmodernější medicína či technologie). Za bazální prioritu proto považuji fakt - naučit se osoby se zdravotním postižením (disabilitou) přijímat, snažit se jim rozumět a v podstatě chápat příčiny jejich odlišnosti jako jednu z variant široké normy.

Profesně mě oslovila skupina osob se zrakovým postižením (disabilitou), která se následně taktéž stala i předmětem mé výzkumné části práce.

Původně jsem vystudovaná ergoterapeutka a problematikou integrace osob se zdravotním postižením (disabilitou) se již věnuji od roku 2002, kdy jsem se stala členem multidisciplinárního týmu pomáhající disabilním osobám s integrací do společnosti. Tento obor - problematika stojí stále v popředí zájmu široké (laické i odborné) veřejnosti a proto mě motivovala i ke zvolení jako tématu své disertační práce.

Věřím, že má práce přinese jak nová poznání, tak prohloubení a propojení informací napomáhající k pochopení a přiblížení problematiky integrace osob se zdravotním postižením (disabilitou) nejen těm, kteří se o danou problematiku úzce zajímají, avšak zejména široké laické veřejnosti.

Předložená práce koresponduje (a z části také vychází) s teoretickou částí diplomové práce (Pracovní rehabilitace – Individuální plán pracovní rehabilitace, 2009) a rigorózní práce (Pracovní rehabilitace – podpora zaměstnanosti osob se zdravotním postižením (disabilitou), 2010), kterou jsem rozšířila o širší poznatky dané problematiky.

„Dej každému dni příležitost, aby se mohl stát tím nejkrásnějším dnem v tvém životě.“ (M. Twain)

1. Současný stav

Osoby se zdravotním postižením (disabilitou – disabilita je snížení funkčních schopností na úrovni těla, jedince nebo společnosti. Termín „disabilita“, běžně užívaný ve světě, doposud nebyl zcela ukotven v legislativě České republiky (ČR), proto zde uvádím právní legislativou schválený termín „osoba se zdravotním postižením“ a odborný výraz „disabilita“ udávám v závorkách.) tvoří v ČR významnou skupinu občanů. Na základě kvalifikovaných odhadů tvoří podíl počtu těchto osob v ČR přibližně 10 % (počet osob se zrakovým postižením/disabilitou činí 60 000 (0,6%), z toho velmi těžce zrakově postižených je 17 000).¹ V konečném důsledku, je počet osob se zdravotním postižením (disabilitou) zasažený více či méně důsledky zdravotního postižení (ve sféře sociální, psychologické, ekonomické, aj.), mnohem vyšší (nejednotná metodologie posuzování zdravotního postižení, rozdílný klasifikační systém).²

Za integraci osob se zdravotním postižením (disabilitou) je považována situace, ve které disabilní jedinec dovede žít v okolní společnosti, cítí se touto společností přijímán a sám se s ní identifikuje. Vždy se jedná o dlouhodobý - dvoustranný proces, kde schopnost komunikace, porozumění pravidlům, která zde platí a jim odpovídající chování, je jeho nezbytným předpokladem.³

Proces integrace hraje důležitou roli v mnoha životních dimenzích člověka (např. význam sociální, zdravotní, ekonomický). Je nezbytné při něm brát ohled na individualitu každého jedince se zdravotním postižením (disabilitou), vycházet zejména z pozitivní rekomandace dané disabilní osoby, a v neposlední řadě brát v úvahu také sociální, psychické, fyzické, fyzikální a emocionální bariéry.

Integrace osob se zdravotním postižením (disabilitou), patří v současné době mezi prioritní cíle odborné i laické společnosti. V ČR celá péče o osoby se zdravotním

¹ MICHALÍK, J. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*, Praha. Portál, 2011. 512 s. ISBN 978-80-7367-859-3.

² BIENERTOVÁ, J. *Pracovní rehabilitace – podpora zaměstnanosti osob se zdravotním postižením (disabilitou)*, České Budějovice, 2010. 127 s. Rigorózní práce

³ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, Praha: Portál, 2008. 872 s. ISBN 978-80-7367-414-4.

postižením (s disabilitou), jejich integrace do společnosti a následná prevence spadá do komplexní (komprehensivní) rehabilitace, jejímiž složkami jsou léčebná, pracovní, sociální, pedagogická, psychologická, technická, ekonomická, právní atd. rehabilitace.⁴

V současnosti v ČR i nadále chybí zákon o ucelené rehabilitaci. Jediným legislativním pilířem při řešení zaměstnávání osob se zdravotním postižením (disabilitou) je zákon č. 435/2004 Sb. o Zaměstnanosti (vymezuje **pracovní rehabilitaci** - zaměřenou na získání a udržení vhodného zaměstnání osoby se zdravotním postižením (disabilitou), kdy podstatou je multidisciplinární posouzení pracovních schopností dílčími metodikami, pro zhodnocení psychosensomotorického potenciálu k práci).⁵

Optimálním řešením je, v součinnosti Ministerstva zdravotnictví (MZ) a Ministerstva práce a sociálních věcí (MPSV), zajistit předpoklady k zahájení pracovní rehabilitace během, popřípadě ve finální části rehabilitace léčebné se záměrem zajistit předpoklady k následné rehabilitaci pro pracovní uplatnění (výchozím bodem jsou výsledky rehabilitace léčebné).⁶

Za posledních 20 let se v ČR zaměřila pozornost veřejnosti (státních orgánů a institucí) na zlepšení životních podmínek osob se zdravotním postižením (disabilitou). Přístup státu a orgánů veřejné správy k těmto osobám upravují významným způsobem tzv. *Národní plány* (poslední je datován ze dne 29. března 2010 – Národní plán vytváření rovných příležitostí pro občany se zdravotním postižením, schválen usnesením vlády ČR č. 253)⁷, zakotvující nejdůležitější úkoly a opatření pro jednotlivá odvětví státní správy. I přes tato opatření však figurují v každodenních činnostech života osob se zdravotním postižením (disabilitou) diskriminační tlaky (např. nerovné podmínky v oblasti vzdělávání, zaměstnávání, přístupu informací) projevující se

⁴ VURM, V. et al. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Manus, 2004. 100 s. ISBN 80-86571-07-6.

⁵ Zákon č. 435 / 2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů.

⁶ *Problematika zaměstnávání zdravotně postižených občanů*. [online] Poslední aktualizace 6. 9. 2002 Dostupné z: www.infoposel.cz/index.php?idm=legislativa&idr=20&idc=1031328350

⁷ *Národní plán vytváření rovných příležitostí pro občany se zdravotním postižením na období 2010-2014*. Praha: Úřad vlády České republiky. 55 s. ISBN 978-80-7440-024-7.

zejména dlouhodobým nerespektováním či neznalostí základních a zásadních odlišností definující právě tuto skupinu osob.⁸

1.1 Zdravotní postižení (disabilita)

Termín slova „postižený“ je možno chápat v rozličném významu, a to především díky poměrně značné nejednotné terminologii (týká se to nejen samotného pojmu „postižený“, avšak také mj. druhů postižení).⁹

Dříve bylo postižení vnímáno spíše jako kategorie – diagnostikovala se porucha a dle druhů a stupně daného postižení (disability) posléze následovalo patřičné opatření. Dnes se však dostává do popředí osoba (člověk jako takový) a postižení bývá vnímáno jako určitá dimenze/rozměr jeho života (osoba se zdravotním postižením/disabilitou, osoba se speciálními potřebami).^{10, 11}

Na základě tohoto přerodu iniciativně vznikl nový medicínský obor – Veřejné zdravotnictví a sociální lékařství.¹²

1.1.1 Klasifikace zdravotního postižení

Osoby se zdravotním postižením (disabilitou) tvoří osobitou, vnitřně však velmi diferencovanou skupinu jedinců vykazující celou řadu identických charakteristik, značně se odlišující od osob bez zdravotního postižení (disability) – zdravé populace. Podstatným hlediskem při klasifikaci zdravotního postižení (typu a stupně postižení) je

⁸ MICHALÍK, J. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*, Praha: Portál, 2011. 512 s. ISBN 978-80-7367-859-3.

⁹ VÍTKOVÁ, M. (ed.) *Integrativní speciální pedagogika*, Brno: Paido, 2004. 463 s. ISBN 80-7315-071-9.

¹⁰ VOTAVA, J. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. 203 s. ISBN 80-246-0708-5.

¹¹ JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí*. 2. vyd. Praha: Triton, 2006. 173 s. ISBN 80-7254-730-5.

¹² NOVOSAD, L. *Základy speciálního poradenství: struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 160 s. ISBN 80-7178-197-5.

také očekávaný vývoj zdravotního postižení v čase (zlepšení stavu, zhoršení stavu, stacionární stav).^{13, 14}

Nejběžnějším způsobem **klasifikace zdravotního postižení je model podle převládajícího zdravotního postižení** (jedná se o klasifikaci velmi obecnou, kdy každá z níže uvedených skupin zahrnuje velmi odlišnou skupinu stavů, nemocí, postižení a v neposlední řadě jejich nositelů – osob):

- **tělesným (motorickým)** – poruchy hybného ústrojí (diagnózy spadající do oblasti neurologie, ortopedie, traumatologie)
- **mentálním** (i postižení duševní a poruchy autistického spektra)
- **zrakovým** – nevidomí a slabozrací na podkladě úrazů i degenerativních onemocnění
- **sluchovým** – neslyšící a nedoslýchaví
- **řečovým** (narušením komunikační schopnosti)
- **kombinovaná** (kombinace jednotlivých postižení, např. hluchoslepota)
- **jedinci s civilizačními chorobami** – (např. kardiaci, astmatici, stomici, osoby se selháváním ledvin)
- **jedinci s psychiatrickými chorobami** – (např. psychotici – schizofrenie, endogenní deprese)
- **demence** – zrychlený úbytek rozumových schopností ve starším věku (např. aterosklerotická demence, Alzheimerova choroba)¹⁵

Zdravotní postižení, jeho typologie, posuzování intenzity (stupně, hloubky) se v jednotlivých profesních oblastech (lékaři, sociální pracovníci, psychologové, aj.) rovněž liší.¹⁶

¹³ MICHALÍK, J. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*, Praha. Portál, 2011. 512 s. ISBN 978-80-7367-859-3.

¹⁴ VOTAVA, J. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*, 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. 203 s. ISBN 80-246-0708-5.

¹⁵ MICHALÍK, J. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*, Praha. Portál, 2011. 512 s. ISBN 978-80-7367-859-3.

¹⁶ KUZNÍKOVÁ, I. a kol. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing, 2011. 224 s. ISBN 978-80-247-3676-1.

Rozdělení ve vlastní diferenciaci uvnitř dané skupiny osob se zdravotním postižením (disabilitou) je možno činit podle celé řady kritérií (např. podle hloubky postižení – zdravotní postižení „mírné, středně těžké, těžké“).¹⁷

1.1.2 Osoba se zdravotním postižením (OZP)

V obecné rovině bývá zdravotní postižení (disabilita) zcela kategoricky zařazováno do oblasti sociální péče, charitativních a obdobných aktivit a jeho nositel (disabilní jedinec) je posuzován pouze jako objekt péče, který potřebuje pomoc, vedení, péči a ochranu.¹⁸

Následně dochází k tomu, že zdravotní postižení bývá laickou veřejností zaměňováno za nemoc a osoba se zdravotním postižením je vnímána jako „nemocná“. Tyto termíny jsou však diametrálně odlišné. Stanovujícím rámcem „nemoci“ (onemocnění) je „diagnóza“, ve srovnání s tím obsah pojmu „zdravotní postižení“ je značně širší, vázající se k funkčním schopnostem a kompetencím osoby se zdravotním problémem, které jsou dlouhodobě či trvale limitovány v kvalitě a/nebo množství v porovnání s majoritní zdravou populací. Samotná přítomnost nemoci reprezentovaná diagnózou je tak k zařazení do kategorie „zdravotní postižení“ značně nedostačující.¹⁹

Život lidí se zdravotním postižením (disabilitou) ovlivňují determinanty, které lze v zásadě rozdělit na **subjektivní** (zdravotní stav a omezení z něho vyplývající; osobnostní rysy jedince dané souhrnem vrozených dispozic i ovlivněné učením; vlastní sebehodnocení ve vztahu ke zdravotnímu postižení (disabilitě) a k reálným možnostem dosahování životních cílů; schopnost zvládnout nepříznivou životní situaci; vnějšími vlivy, na nichž je jedinec závislý) a **objektivní** (společenské vědomí, postoje k postižené populaci a existujícímu sociálnímu stigmatu; sociální politika – vztah státu k osobám se zdravotním postižením (disabilitou); vzdělávací politika – úroveň výchovy, vzdělání a profesní přípravy osob se zdravotním postižením /disabilitou); politika

¹⁷ VOTAVA, J. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*, 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. 203 s. ISBN 80-246-0708-5.

¹⁸ MICHALÍK, J. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*, Praha. Portál, 2011. 512 s. ISBN 978-80-7367-859-3.

¹⁹ KUZNÍKOVÁ, I. a kol. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing, 2011. 224 s. ISBN 978-80-247-3676-1.

zaměstnanosti – vůle a možnost vytvářet pracovní místa a zabezpečit tak využití nadání a schopností lidí se zdravotním postižením (disabilitou); sociální služby – služby, které budou adresně, adekvátně, eticky a důstojně uspokojovat potřeby osob se zdravotním postižením (disabilitou) a kompenzovat tak omezení, vyplývající z konkrétního typu zdravotního postižení). Některé determinanty je možno dále změnit a některé jsou naopak neměnné a je možno je pouze kompenzovat či eliminovat jejich negativní působení. Většina má smíšený charakter, prolínají se a jejich následky se kombinují.²⁰

Vznik zdravotního postižení - disability mimo jiné ovlivňuje základní psychické potřeby daného jedince, může měnit jejich hierarchii, preferovaný způsob uspokojování, motivaci, apod. Zvyšuje se potřeba citové jistoty a bezpečí, osoba se zdravotním postižením (disabilitou) má potřebu se ve své situaci orientovat, znát svůj zdravotní stav, vědět, co jej čeká a proč je co nutné. Potřeba sociálního kontaktu je omezena faktickou fyzickou neschopností, ale i změnou hodnot a zájmů.^{21 22}

Čím více se zhoršuje kvalita života osoby se zdravotním postižením (disabilitou), jeho osobní komfort a dochází k omezení soběstačnosti, tím se zdravotní postižení (disabilita daného jedince) stává méně subjektivně přijatelné. Vlivem zdravotního postižení (disability) i důsledkem jejího sociálního významu se **mění sebepojetí daného jedince** (např. dochází ke **snížení jeho sebeúcty a nárůstu pocitu méněcennosti**, prohlubuje se **vědomí vlastní odlišnosti od zdravých**). Velmi často k takovým postojům přispívá i chování většinové zdravé populace, která zdravotně postižené jedince určitým způsobem marginalizuje.²³

Trvalé zdravotní postižení (disabilita) znamená změnu životní situace jedince i postoje a chování ostatních lidí. Těžce zdravotně postižený – disabilní jedinec často

²⁰ NOVOSAD, L. *Základy speciálního poradenství: struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 160 s. ISBN 80-7178-197-5.

²¹ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, Praha: Portál, 2008. 872 s. ISBN 978-80-7367-414-4.

²² SHEKHAR, R. *Global perspective on disability*. Chandigarh, India: Abhishek Publications, 2009. p. 287.

²³ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2002. 444 s. ISBN 80-7178-678-0.

ztrácí svůj původní smysl života. **Najít za této, obecně velice obtížné situace nový, přijatelný smysl vlastního bytí není pro daného jedince jednoduché.**²⁴

Chování – přístup k osobě se zdravotním postižením (disabilitou) laickou veřejností – okolím - rodinou, bývá ovlivňován *nápadností chorobného projevu, různými předsudky*²⁵ a *mediálně prezentovanými názory*.

Osoba se zdravotním postižením (disabilní jedinec) tak získává od intaktní společnosti určitou sociální roli:

1. **disabilní jedinec nebývá považován za viníka svého nežádoucího stavu** – není předpoklad, že by siabilní jedinec dokázal sám pomoc.

2. **disabilní jedinec má přisouzená určitá privilegia** (zproštění určitých povinností), avšak **stejná práva** jako intaktní společnost **nemá**. (např. právo na ohledy, trpělivost a toleranci nedostatků plynoucí z jeho zdravotního postižení (disability), na druhou stranu je považován za neporovnatelného se zdravými jedinci (až méněcenného). Neočekává se od něho totéž co od intaktní populace, pokud by se jí chtěl přiblížit, společnost zřídka kdy zareaguje pozitivně. Intaktní společnost nutí zdravotně postiženého svým chováním přijmout pasivně receptivní roli člověka, který má jisté právo na zabezpečení, nicméně právo usilovat o vyrovnání se zdravým již ztrácí. Trvalé zdravotní postižení (disabilita) může být leckdy vnímáno až za **sociální stigma**²⁶ (nápadné defekty), bývá velmi často spojováno s představou, že si za ně jedinec může sám a vyvolává až určitou nechuť. Sociální stigma není skutečnou vlastností člověka, ale je mu okolní společností přisuzováno (zdravotně postižený jedinec je do role stigmatizovaného vmanipulován – má velmi málo privilegií (běžných u jiných onemocnění), přisuzuje se mu více

²⁴ VÁGNEROVÁ, M., HADJ-MOUSSOVÁ, Z., ŠTECH, S. *Psychologie handicapu*. Praha: Karolinum, 2004. 230 s. ISBN 80-7184-929-4.

²⁵ Ottův slovník naučný. Heslo *Předsudek*. Sv. 20, str. 612. [online] Citováno 27. 10. 2009. Dostupné z <http://www.ourphorum.com/ottuv-slovník-naueny-t69995.html>.

²⁶ ABZ slovník cizích slov. Heslo *Stigma*. [online] Vložil prof. PhDr. Rudolf Kohoutek, CSc.. Citováno 8. 11. 2013. Dostupné z <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/stigma>.

negativních vlastností, je více odmítán, a v důsledku toho má větší tendenci k izolaci od zdravé populace - zejména mentálně retardovaní, duševně nemocní.).²⁷

3. Od **disabilního jedince intaktní společnost očekává, že bude chtít být rehabilitován a bude spolupracovat při integraci.** Pokud tak neučiní, svoje přisouzená privilegia ztrácí (společnost jej přestává tolerovat, protože nerespektuje pravidla, která mu byla z vnějšku určena).²⁸

Zdravotně postižený (disabilní) jedinec mnohdy citlivěji vnímá, jaké stanovisko k němu intaktní populace zaujímá a více si jej všímá. Jelikož je nucen ve společnosti žít, je třeba se s nimi nějak vyrovnat. Reakce zdravotně postiženého (disabilního) jedince se různí v závislosti na jeho defektu, zachovaných možnostech, vývojové úrovni, a na zkušenostech i na dalších faktorech psychosociálního charakteru (např. reakce rodiny). Významnou úlohu zde hraje i subjektivní hodnocení vlastního defektu, tzn., za jak závažný jej považuje a jak jej posuzuje sám zdravotně postižený (disabilní).²⁹

Z hlediska prožívání znamená zdravotní postižení (disabilita) pro daného jedince náročnou životní situaci. Způsoby reagování (techniky) na takovou situaci jsou značně odlišné (neplatí zde přímá úměra mezi závažností zdravotního postižení (disability) a závažností situace, uvedené techniky nelze s jistotou čistě zařadit do jedné či druhé skupiny. (např. *techniky aktivního řešení* – přímá agresivní řešení (verbální agrese), agresivita na jiné objekty, osoby, upoutávání pozornosti (egocentrismus), negativismus, hledání viníka vlastní situace, kompenzace (přesun zájmů či zvýšení aktivity do oblasti, která je proabilního jedince dostupná), *únikové techniky* – přímý únik z tíživé situace, izolace, únik do nemoci, regrese, popření nebo potlačení nepřijatelné situace).³⁰

²⁷ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2002. 444 s. ISBN 80-7178-678-0.

²⁸ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, Praha: Portál, 2008. 872 s. ISBN 978-80-7367-414-4.

²⁹ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd., rozš. a přepr. Praha: Portál, 2004. 870 stran. ISBN 80-7178-802-3.

³⁰ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd., rozš. a přepr. Praha: Portál, 2004. 870 stran. ISBN 80-7178-802-3.

1.1.3 Společenské postavení a životní situace osob se zdravotním postižením (disabilitou)

Lidská populace na každé úrovni svého vývoje vytváří pravidla soužití, normy a hodnoty, které se stávají součástí společenského vědomí i individuálních psychických vlastností jedince v průběhu jeho socializace.³¹ Za ukazatele společenství (priority, hodnotový systém, základní ideu daného společenství, atd.) byl již v minulosti považován vztah/přístup společnosti k osobám se zdravotním postižením (disabilitou), počínaje od fáze represivní, zotročování, charitativní, až po fázi socializační. Každé další stádium vývoje lidské společnosti bylo automaticky považováno za krok ke zlepšení životních podmínek osob se zdravotním postižením (disabilitou). Přesto ještě v současné době osoby se zdravotním postižením (disabilitou) nestojí uvnitř společenského dění v žádné společnosti, naopak od široké veřejnosti nemají ani pomoc, péči či podporu v potřebném aktuálním množství.³²

Existence předsudků (určitý druh stereotypu)³³ je v dějinách již odpradávná. Jedná se o určitou představu o člověku či skupině osob založených spíše na informacích „z doslechu“ než na skutečných faktech, bývají odolné vůči změnám (nové informace jimi zpravidla neotřesou) a šíří se jak socializací (rodina, škola, aj.) tak i masovými médii. Podstatným poznatkem je skutečnost, že nedostatek informací a neporozumění směřuje k izolaci na obou stranách (osoba se zdravotním postižením (disabilitou)/intaktní společnosti).³⁴

Intaktní společnost má tendence generalizovat disabilní jedince, bez ohledu na jejich individualitu. Osobám se zdravotním postižením (disabilitou) je touto společností přisuzováno právo na jisté ohledy, trpělivost a toleranci, oproti tomu jsou disabilní jedinci považováni za osoby méněcenné, od kterých se nedá očekávat totéž co od intaktní populace. Je nezbytné zdůraznit, že osoby se zdravotním postižením

³¹ VÁGNEROVÁ, M., HADJ-MOUSSOVÁ, Z., ŠTECH, S. *Psychologie handicapu*. Praha: Karolinum, 2004. 230 s. ISBN 80-7184-929-4.

³² MICHALÍK, J. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*, Praha. Portál, 2011. 512 s. ISBN 978-80-7367-859-3.

³³ KRAUS, J., PETŘÁČKOVÁ, V., a kol. *Akademický slovník cizích slov A-Ž*, Praha: Academia 1995, s. 517.

³⁴ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd., rozš. a přepr. Praha: Portál, 2004. 870 stran. ISBN 80-7178-802-3.

(disabilitou) bývají mnohdy podceňovány a často také zneužívány (ekonomicky, psychicky aj.) a stávají se velmi snadno oběťmi násilí, zejména domácího (fyzické, psychické apod.).³⁵

Je nezbytné si uvědomit, že problematika zdravotního postižení svých charakterem, příčinami i nároky na specifická řešení nespadá výhradně do oblasti sociálních věcí či zdravotnictví, nýbrž představuje záležitost meziresortní (nezbytná propojenost a koordinace mezioborových opatření).³⁶

Osoby se zdravotním postižením (disabilitou) mají stejné potřeby (vzdělávat se, mít zaměstnání, aj), práva a povinnosti jako ostatní intaktní společnost, a proto potřebují pro maximální integraci a vyrovnání životních podmínek v určitých oblastech, podporu či přizpůsobení podmínek.

Současný přístup k osobám se zdravotním postižením (disabilitou) reflektuje možnosti aktivního fungování a uplatnění jedince ve společnosti než jeho omezení. Podle nové Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF)³⁷ proto hodnotíme co vše je člověk schopen i navzdory určité disabilitě zvládat, jak se může účastnit života ve společnosti a nějakou měrou na něm participovat, resp. mít k tomu alespoň dostatek příležitostí jako ostatní zdravá populace. Vedle zdravotních aspektů (konkrétní diagnóza) hraje významnou roli i vliv prostředí (rodina i širší společnosti) a osobnostní charakteristiky daného jedince (vůle, motivace, charakter apod.).³⁸

Problematiku postavení těchto osob ve společnosti je možno charakterizovat v následujících bodech:³⁹

- **zdravotní postižení je otázkou lidských práv** (osoby se zdravotním postižením (disabilitou) mají stejná práva jako ostatní občané, majoritní zdravá společnost by měla

³⁵ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, Praha: Portál, 2008. 872 s. ISBN 978-80-7367-414-4.

³⁶ *World report on disability*. World Health Organization. 2011. p. 325.

³⁷ WHO. *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. Ženeva: WHO. 2001.

³⁸ SLOWÍK, J. *Komunikace s lidmi s postižením*. 1. Vyd. Praha: Portál, 2010, 160 s. ISBN 978-80-7367-691-9.

³⁹ MICHALÍK, J. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*, Praha. Portál, 2011. 512 s. ISBN 978-80-7367-859-3.

respektovat jejich různorodost a zajistit uplatnění občanských, politických, hospodářských i kulturních práv zakotvených v mezinárodních i národních dokumentech)

▪ **rovné příležitosti pro osoby se zdravotním postižením (disabilitou), nikoli charita** (posílení odpovědnosti za rozhodování o vlastním životě osob se zdravotním postižením (disabilitou), přístup ke všem společenským zdrojům – zdravotní a sociální služby, sport a aktivity volného času, nové technologie, spotřební zboží, výrobky a služby, aj.)

▪ **bariéry ve společnosti vedou k diskriminaci a sociální exkluzi** (organizace společnosti často neumožňuje osobám se zdravotním postižením (disabilitou) uplatnit svá základní práva a bývají ze společnosti vylučovány, nízká úroveň vzdělání, zaměstnanosti → sociální nouze. Případné diskriminační/omezující tendence nejsou důsledkem vědomého úsilí o poškozování zájmů osob se zdravotním postižením (disabilitou), nýbrž výsledkem nízkého vědomí a neřešení skutečných problémů zdravotně postižených.)

▪ **osoby se zdravotním postižením (disabilitou) bývají opomíjeny občany** (ignorování intaktní populací projevující se vytvářením a posilováním bariér v prostředí a v postojích → nemožnost zapojení se do aktivit společnosti)

▪ **osoby se zdravotním postižením (disabilitou) tvoří různorodou skupinu** (respekt k této různorodosti)⁴⁰

▪ **zákaz diskriminace + pozitivní akce = sociální inkluze**⁴¹

1.1.4 Vzdělávání osob se zdravotním postižením (disabilitou)

V ČR se procesy ovlivňující vzdělávání se odvíjí od sérií koncepcí, normativně právních aktů a pedagogických či speciálně pedagogických opatření přijatých zákonodárstvím (kladen důraz na respektování základních principů pluralitní demokratické společnosti – odpovědnost každého jedince za svůj osud, přebírání podílu odpovědnosti za společné rozhodování; usilování o rovné příležitosti pro všechny –

⁴⁰ MICHALÍK, J. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*, Praha. Portál, 2011. 512 s. ISBN 978-80-7367-859-3.

⁴¹ JANDOUREK, J. *Sociologický slovník*. Praha. Portál, 2001. 288 s. ISBN 80-7178-535-0.

odstranění překážek bránících rozvoji každého jedince).⁴² V současné době je ČR zemí s typicky smíšeným systémem vzdělávání dětí, žáků a studentů se zdravotním postižením (disabilitou)⁴³.

V rámci rovného přístupu je vzdělání chápáno jako základní lidské právo s univerzální lidskou hodnotou (společná školní docházka by měla být vnímána jako faktor prevence sociálního vyloučení, než být prostým organizačně-pedagogickým opatřením). Cílem opatření je vytvoření systému nediskriminačního a inkluzivního vzdělávacího modelu české vzdělávací soustavy splňující nároky moderního přístupu k řešení vzdělávacích potřeb dětí, žáků a studentů se zdravotním postižením (disabilitou).⁴⁴

V souvislosti s integračními tendencemi, se při vzdělávání osob se zdravotním postižením (disabilitou) vychází ze stupně a rozsahu disability. Zdravotní postižení (disabilita) je považováno za určitou dimenzi. Jedinci se závažnějším zdravotním postižením (disabilitou) se vzdělávají a rozvíjejí ve specializovaných institucích, ostatní osoby se zdravotním postižením (disabilitou), jejichž znevýhodnění jim to alespoň i z části umožňuje, se vzdělávají a společensky integrují v rámci intaktní populace.⁴⁵

Prováděcím právním předpisem je pro oblast vzdělávání osob se zdravotním postižením (disabilitou) Vyhláška Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT) č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných.⁴⁶

Klasifikace podle druhu zdravotního postižení (disability):

- **zrakové postižení**
- **sluchové postižení**

⁴² MICHALÍK, J. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*, Praha. Portál, 2011. 512 s. ISBN 978-80-7367-859-3.

⁴³ Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání a série prováděcích právních norem, ve znění pozdějších předpisů.

⁴⁴ MICHALÍK, J. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*, Praha. Portál, 2011. 512 s. ISBN 978-80-7367-859-3.

⁴⁵ FISCHER, S., ŠKODA, J. *Speciální pedagogika, edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. Praha: Triton, 2008. 205 s. ISBN 978-80-7387-014-0.

⁴⁶ Vyhláška MŠMT č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných, ve znění pozdějších předpisů.

- **porucha dorozumívacích schopností** (komunikace)
- **hluchoslepota**
- **souběžné postižení více vadami**
- **autismus**
- **tělesné (somatické) postižení**
- **mentální postižení**
- **poruchy chování** (disociální, asociální, antisociální)

Klasifikace zdravotního postižení (disability) podle stupně:

- **handicapy a poruchy lehkého stupně** (minimální odlišnosti od normy – užití běžných pedagogických prostředků)
- **handicapy a poruchy středního stupně** (vyžadují již speciální přístup, metody a pomoc – účast specialistů a speciálních institucí)
- **handicapy a poruchy těžkého stupně** (jedinci jsou plně odkázáni na pomoc okolí a společnosti – omezená možnost edukace i společenské seberealizace)

Klasifikace zdravotního postižení (disability) podle doby jejich vzniku:

- **handicapy a poruchy prenatální** (genetické predispozice, vliv teratogenních faktorů – chemických, fyzikálních, biologických)
- **handicapy a poruchy perinatální** (důsledky komplikovaného, nešetrného a protražovaného porodu (př. asfyxie)
- **handicapy a poruchy postnatální** (vliv chemických, biologických a sociálních faktorů⁴⁷)

⁴⁷ FISCHER, S., ŠKODA, J. *Speciální pedagogika, edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. Praha: Triton, 2008. 205 s. ISBN 978-80-7387-014-0.

Speciální vzdělávání je zajišťováno (Vyhláška MŠMT č. 73/2005 Sb.):⁴⁸

- **formou individuální integrace** (v běžné škole, nebo ve speciální škole určené pro žáky s jiným druhem zdravotního postižení)
- **formou skupinové integrace**
- **ve škole samostatně zřízené pro žáky se zdravotním postižením** („speciální škola“)
- **kombinací uvedených forem**

Podle dosaženého stupně vzdělání lze vzdělávání rozdělit na:

- **primární a sekundární vzdělávání** – systém a způsob vzdělávání je upraven legislativou (děti, žáci a studenti mají právo na vzdělávání, jehož obsah, formy a metody odpovídají jejich vzdělávacím potřebám a možnostem, na vytvoření nezbytných podmínek, které toto vzdělávání umožní, a na poradenskou pomoc školy i školského poradenského zařízení. Při přijímání ke vzdělávání a při jeho ukončování se stanovují vhodné podmínky odpovídající jejich potřebám. Při hodnocení žáků a studentů se přihlíží k povaze postižení či nevýhodnosti. Vyžaduje-li to povaha postižení, zřizují se pro tyto děti, žáky a studenty školy, popř. v rámci školy jednotlivé třídy, oddělení nebo studijní skupiny s upravenými vzdělávacími programy.)⁴⁹
- **terciární vzdělávání** – integrované vzdělávání studentů se zdravotním postižením na vysokých školách (VŠ) aktuální česká legislativa neupravuje, z hlediska jeho realizace však lze ve školském zákoně a prováděcí vyhlášce spatřovat řadu podobností a inspirací pro tvořící se systém vysokoškolské podpory. Konkrétní podpora studentům se zdravotním postižením (disabilitou) je realizována zejména aktivitami poradenských center vysokých škol. Současný stav vývoje moderních informačních technologií

⁴⁸ Vyhláška MŠMT č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných, ve znění pozdějších předpisů.

⁴⁹ MICHALÍK, J. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*, Praha. Portál, 2011. 512 s. ISBN 978-80-7367-859-3.

vytváří významné možnosti studia zejména v rámci celoživotního vzdělávání osob se zdravotním postižením (disabilitou) formou e-learningu.⁵⁰

1.1.5 Zaměstnávání osob se zdravotním postižením (disabilitou)

Osoby se zdravotním postižením (disabilitou) se všeobecně řadí mezi skupinu osob, která je vystavena zvýšenému riziku (diferencováno uvnitř dané skupiny) nezaměstnanosti. Nejrizikovějším faktorem bývá hloubka postižení a jeho specifický druh (kombinované, mentální), nízká kvalifikace (zdravotně postižení se základním vzděláním, jsou více ohroženi nezaměstnaností, než je tomu u zdravotně postižených alespoň se středoškolským vzděláním ukončeným maturitou), dále pak věk uchazeče (nezaměstnaností jsou nejvíce postiženi mladí lidé, s přibývajícím věkem míra nezaměstnanosti osob se zdravotním postižením (disabilitou) spíše klesá - s přibývajícím věkem roste podíl těch osob, které na hledání zaměstnání zcela rezignovaly, a stahují se do ekonomické neaktivity), dostupnost pracovního místa, aj.^{51, 52}

Najít pracovní uplatnění pro jedince se zdravotním postižením (disabilitou), zejména jedná-li se o zdravotní postižení (disabilitu) těžšího charakteru, je mnohdy značně obtížné.⁵³

Klíčovým faktorem integrace osob se zdravotním postižením (disabilitou) **je** jejich vlastní **aktivita**, veškeré nástroje legislativní i nelegislativní jsou účinné jen v případě přítomnosti této „aktivity“. Kvalifikaci osob se zdravotním postižením (disabilitou) je nutno chápat jako souhrn všestranných „pracovních kompetencí“ k moderním formám

⁵⁰ PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J. *Pedagogický slovník*. 6. vyd. Praha. Portál, 2009. 400 s. I SBN 978-80-7367-647-6.

⁵¹ BUCHTOVÁ, B. et al. *Nezaměstnanost – psychologický, ekonomický a sociální problém*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 236 s. ISBN 80-247-9006-8.

⁵² NOVÁK, P. *Ekonomická aktivita zrakově postižených osob: zhodnocení úspěšnosti zrakově postižených osob v podmínkách tržní ekonomiky*. In Kontakt[online] Poslední aktualizace 20. 6. 2014 Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/clanky/2~2014/1116-ekonomicka-aktivita-zrakove-postizenych-osob-zhodnoceni-uspesnosti-zrakove-postizenych-osob-v-podminkach-trzni-ekonomiky>.

⁵³ KRÁSA, V. V Praze se konala důležitá konference o zaměstnávání občanů se zdravotním postižením. *Pracovní kapitál – přesun od zdravotního postižení ke schopnostem*. In Skok do reality. Č. 2. Praha, 2004.

zaměstnání, kde osobnost, skrytý potenciál (včetně odvahy překonat překážky, znovu začít, odpovídat za svou práci) hraje u integrace často rozhodující roli.⁵⁴

Je nezbytné poznamenat, že profese, typ a druh práce tzv. vhodné pro osoby se zdravotním postižením (disabilitou) není omezen, závisí na typu a míře postižení, kvalifikaci a okolnostech. Motivovaný člověk se zdravotním postižením (disabilitou) je schopen vyrovnat se množstvím a kvalitou práce ostatním spolupracovníkům, nezdědka se však přitom disabilní jedinec pohybuje až na hranici svých schopností (zdravotního stavu).

Hlavním **pilířem** v oblasti zaměstnanosti osob se zdravotním postižením (disabilitou) je **pracovní rehabilitace** uváděná zákonem č. 435/2004 Sb., která je zaměřená na získání a udržení vhodného zaměstnání osoby se zdravotním postižením.⁵⁵

Pojetí zaměstnanosti se zabývá rozsáhlým záběrem námětů - od vzdělání a pracovní rehabilitace - až po integraci osob se zdravotním postižením (disabilitou) mezi ekonomicky aktivní společnost.⁵⁶

Být aktivně zapojen do pracovního trhu/mít zaměstnání, bývá v běžné (intaktní) společnosti měřítkem kvality života.⁵⁷ Pro osoby se zdravotním postižením (disabilitou) má tato dimenze širší rozpětí (samostatnost, vyrovnanost s disabilitou, integrace, důvěra ve vlastní schopnosti, smysl života, atd.)

Svou aktuálností se zaměstnávání osob se zdravotním postižením (disabilitou) řadí mezi celosvětové problémy. Z hlediska zaměstnanosti (ekonomické aktivity) rozlišujeme osoby se zdravotním postižením (disabilitou) na skupinu osob zcela ekonomicky neaktivních, na skupinu osob nezaměstnaných a na skupinu osob zaměstnaných (ekonomicky aktivních).

Situace na trhu práce je ovlivněna jak tlakem na vysokou produktivitu práce, tak vysokou flexibilitou zaměstnance i podnikatelského subjektu, vznikem nových profesí a

⁵⁴ *Metodika motivačních nástrojů pro zaměstnávání OZP*, PENTACOM. vydané v rámci projektu Iniciativy Společenství EQUAL „Rehabilitace – Aktivace – Práce“.

⁵⁵ **Zákon č. 435 / 2004 Sb., o zaměstnanosti**, ve znění pozdějších předpisů.

⁵⁶ GALTON, Y. Zaměstnávání zdravotně postižených osob v EU a v zemích ekonomické transformace. In Sborník materiálů z mezinárodní konference. Zaměstnávání zdravotně postižených s vlastním zaměřením na transformující se Země. Praha, 26. 10. 2001.

⁵⁷ WHOQOL. *The World Health Organization Quality of Life Assessment. Position Paper From the World Health Organization*, Social Science and Medicine, Vol. 41, No. 10, 1995, p. 1403–1409

oborů a zejména globalizací pracovního trhu – převaha poptávky nad nabídkou pracovních míst, aj.).⁵⁸

Ubývání výrobních programů, které měly z velké části v minulé době úzké vazby na větší výrobní podniky, převažující nízká kvalifikace a snížená výkonnost zaměstnanců, vysoký podíl manuální práce, a tím i z velké části vysoká mzdová náročnost a vysoká kvóta krátkodobé pracovní neschopnosti se v minulosti jevila jako zásadní překážka tzv. chráněných dílen (prakticky nebyly schopny být ekonomicky zcela soběstačné, jejich ziskovost byla takřka nereálná a návratnost vložených prostředků bylo možno v tomto případě považovat za velký úspěch), **v současné době však nacházíme tutéž situaci i u tzv. chráněných míst.**^{59, 60}

Vhodným řešením je uplatnění občanů se zdravotním postižením (disabilitou) na volném trhu práce. Tam, kde to z různých příčin nelze realizovat, hrají klíčovou úlohu organizace, zaměstnávající z větší části občany se zdravotním postižením (disabilitou), disponující dostatkem zkušeností, tak i odborníků, k vytváření optimálních pracovních podmínek těmto občanům (tzv. chráněné pracovní místo – od 1. 1. 2012 v ČR dochází ke sjednocení institutu chráněné pracovní dílny s institutem chráněného pracovního místa.⁶¹ Chráněná práce je zaměřena zejména na osoby se zdravotním postižením (disabilitou), kde je pracovní výkon takřka nesouměřitelný s výkonem na volném trhu práce).⁶²

Chráněná práce (chráněné pracovní místo) je pracovní místo vytvořené zaměstnavatelem pro osoby se zdravotním postižením (disabilitou) na základě písemné dohody s Úřadem práce České republiky (ÚP ČR), na jehož vytvoření poskytuje ÚP ČR zaměstnavateli příspěvek - ten činí na vytvoření chráněného pracovního místa pro osoby se zdravotním postižením (disabilitou) maximálně osminásobek a pro osobu

⁵⁸ MICHALÍK, J. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*, Praha. Portál, 2011. 512 s. ISBN 978-80-7367-859-3.

⁵⁹ VYSOKAJOVÁ, M. *Hospodářská, sociální, kulturní práva a zdravotně postižení*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2000. 139 s. ISBN 80-246-0057-9.

⁶⁰ NOVOSAD, L. *Základy speciálního poradenství: struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 160 s. ISBN 80-7178-197-5.

⁶¹ Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů.

⁶² *Problematika zaměstnávání zdravotně postižených občanů*. [online] Poslední aktualizace 6. 9. 2002 Dostupné z: www.infoposel.cz/index.php?idm=legislativa&idr=20&idc=1031328350

s těžším zdravotním postižením maximálně dvanáctinásobek průměrné mzdy v národním hospodářství za první až třetí čtvrtletí předchozího kalendářního roku. Chráněná práce je tak cílená zejména na občany s nejtěžším zdravotním postižením (disabilitou), kde je pracovní výkon takřka nesouměřitelný s výkonem na volném trhu práce, pro pracoviště s vysokým soustředěním občanů s těžkým zdravotním postižením (disabilitou) a pracoviště v domácím prostředí osoby se zdravotním postižením (disabilitou).^{63, 64}

Dalšími formami podpory jsou např. investiční pobídky – hmotná podpora zaměstnavatele u vytváření nových pracovních míst, provádění rekvalifikace nebo školení nových zaměstnanců; veřejně prospěšné práce; zřizování společensky účelných pracovních míst. ÚP ČR může poskytnout zaměstnavateli hmotný příspěvek na dopravu zaměstnanců se zdravotním postižením (disabilitou); příspěvek na jejich zapracování.⁶⁵

Zaměstnavatelům, kteří zaměstnávají více než 50% osob se zdravotním postižením (disabilitou) z celkového počtu jeho zaměstnanců se poskytuje příspěvek na podporu zaměstnávání těchto osob. Příspěvek náleží zaměstnavateli měsíčně ve výši skutečně vynaložených mzdových nákladů na zaměstnance v pracovním poměru, který je osobou se zdravotním postižením (disabilitou), včetně pojistného na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti a pojistného na veřejné zdravotní pojištění, které zaměstnavatel za sebe odvedl z vyměřovacího základu tohoto zaměstnance, nejvýše však 8000 Kč.

Zaměstnavatelé zaměstnávající více než 25 zaměstnanců v pracovním poměru jsou povinni zaměstnávat osoby se zdravotním postižením (disabilitou) ve výši povinného podílu těchto osob na celkovém počtu zaměstnanců zaměstnavatele. Povinný podíl činí 4 %, přičemž forma jeho plnění je ponechána na rozhodnutí zaměstnavatele. Jedná se o možnost přímého zaměstnání osoby se zdravotním postižením (disabilitou), dále odebíráním výrobků od zaměstnavatelů zaměstnávajících více než 50 % osob se

⁶³ *Zaměstnávání osob se zdravotním postižením*. [online] Poslední aktualizace 11. 4. 2007
Dostupné z www.business.center.cz/business/pravo/zakony/zamestnanost/cast3.aspx

⁶⁴ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, Praha: Portál, 2008. 872 s. ISBN 978-80-7367-414-4.

⁶⁵ MICHALÍK, J. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*, Praha. Portál, 2011. 512 s. ISBN 978-80-7367-859-3.

zdravotním postižením (disabilitou) nebo odvodem do státního rozpočtu. Roční výše odvodu za každou osobu se zdravotním postižením (disabilitou), o kterého zaměstnavatel nesplní povinný podíl, činí 2,5násobek průměrné měsíční mzdy v národním hospodářství za první až třetí čtvrtletí kalendářního roku, v němž povinnost plnit povinný podíl osoby se zdravotním postižením (disabilitou) vznikla.⁶⁶

Přesto, navzdory všem těmto podpůrným opatřením, dotacím, daňovým úlevám, atd., se nedaří zaměstnat osoby se zdravotním postižením (disabilitou), kteří chtějí pracovat.

Důvodů může být mnoho (např. skutečnost, že se ve společnosti nepodařilo vytvořit „přátelské“ klima při zaměstnávání osob se zdravotním postižením (disabilitou) - intaktní společnost považuje za samozřejmé či obvyklé, jestliže osoby se zdravotním postižením (disabilitou) nepracují; mj. část společnosti považuje za znak vyspělosti a „dobré vůle“ podporovat tyto občany sociálními dávkami, případně charitativním způsobem (na rozdíl od tzv. schopných pracovat); nezbytný aspekt vlastní aktivity/motivace byl již zmiňovaný výše.)⁶⁷

Problematika zaměstnávání, dotýkající se života osob se zdravotním postižením (disabilitou), je oblastí, jež je nejvíce cíleně, organizačně, legislativně a de facto i ekonomicky podporována.

Působení chráněných pracovišť je doplňováno aktivitami uskutečňovanými v rámci projektů Evropského sociálního fondu (ESF). ESF je jedním ze čtyř strukturálních fondů, jejichž společným snažením je snížení rozdílů v životní úrovni, které existují nejen mezi regiony, skupinami obyvatel, ale také i mezi jednotlivci v Evropské unii (EU).⁶⁸

⁶⁶ Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů.

⁶⁷ MICHALÍK, J. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*, Praha. Portál, 2011. 512 s. ISBN 978-80-7367-859-3.

⁶⁸ *Evropský sociální fond*. [online] Poslední aktualizace 28. 3. 2006 Dostupné z: <http://www.esfcr.cz/07-13/oplzz>.

1.1.6 Integrace osob se zdravotním postižením (disabilitou)

Přítomnost zdravotně postižených (disabilních) osob ve společnosti je akceptována různým způsobem, v závislosti na vlastních zkušenostech i obecně platných tradicích.⁶⁹

Integrací rozumíme situaci, kdy osoba se zdravotním postižením (disabilitou) je začleněna do intaktní společnosti, dovede v ní bez problémů žít, cítí se touto společností plně přijata a sama se s ní identifikuje.^{70, 71}

Jedná se vždy o dvoustranný, dlouhodobý proces a osoba se zdravotním postižením (disabilitou) musí být k integraci dostatečně motivována (malá motivace, vysoká zátěž v přizpůsobení se dané situaci a požadavkům okolí vede k tomu, že disabilní jedinci zůstávají raději v izolaci nebo v minoritě podobně znevýhodněných, kde se cítí jistější a jejich potřeby jsou uspokojovány snáze, než kdyby byli vystaveni tlaku intaktní populace.). Nezbytným předpokladem celého procesu integrace je schopnost komunikace, porozumění pravidlům, která zde platí, a jim odpovídající chování.^{72, 73}

Proces integrace je důležitým aspektem v rámci udržení dobrého duševního zdraví a životní spokojenosti zdravotně postiženého (disabilního) jedince, (pocit užitečnosti, spokojenosti, vylepšení finanční situace, aj.)

Zdraví a nemocní se ve svých názorech, postojích často odlišují a nemívají ani zcela totožná očekávání. Vzájemné nepochopení určitým projevům chování tak tendenci k izolaci na obou stranách ještě více posiluje. Ve své podstatě největším problémem integrace do intaktní společnosti bývá často neschopnost této společnosti zdravotně postižené - disabilní jedince absorbovat.⁷⁴

⁶⁹ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, Praha: Portál, 2008. 872 s. ISBN 978-80-7367-414-4.

⁷⁰ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2002. 444 s. ISBN 80-7178-678-0.

⁷¹ SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika: Integrace a inkluze*. [online] Citováno [26. 6. 2012] Dostupné z: <http://clanky.rvp.cz/clanek/c/S/16169/SPECIALNI-PEDAGOGIKA-INTEGRACE-A-INKLUZE.html/>.

⁷² VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd., rozš. a přepr. Praha : Portál, 2004. 870 stran. ISBN 80-7178-802-3.

⁷³ SLOWÍK, J. *Komunikace s lidmi s postižením*. 1. Vyd. Praha: Portál, 2010, 160 s. ISBN 978-80-7367-691-9.

⁷⁴ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, Praha: Portál, 2008. 872 s. ISBN 978-80-7367-414-4.

Při integračním procesu je nezbytné brát ohled na individuálnost každého disabilního jedince, vycházet nejen z pozitivní rekomandace klienta, ale brát v úvahu také sociální, psychické, fyzické, fyzikální a emocionální bariéry.

Velkou podporu a pomoc při integraci osoby se zdravotním postižením (disabilitou) zaujímá rodina a blízké okolí (laická péče/pomoc). Kromě rodiny by pomoc však měla poskytnout i odborná veřejnost – lékaři, posudkoví lékaři, pracovníci pomáhajících profesí - sociální pracovníci, psychologové, ergoterapeuti, fyzioterapeuti, aj. (zejména v rámci vyrovnávání se s disabilitou, motivací k novému životnímu stylu/integraci, narovnávání vztahů disabilní osoby a jeho blízkého okolí, zajištění poradenství a pomoci pro osoby pečující o disabilního člena, aj.).

1.1.7 Bariéry integrace

Chování osob se zdravotním postižením (disabilitou) je více než u jiných lidí ovlivňováno mnoha systémy, zejména – zdravotním, nemocenským a důchodovým, sociálním, dávkovým, včetně svépomocného (občanský sektor), pracovně-právním a zaměstnavatelským, daňovým, soukromým zázemím (rodina, přátelé, vrstevníci). Proces integrace tak mohou velmi snadno narušit tzv. integrační bariéry. Tyto bariéry mohou být jak legislativní (časté změny), tak technického, pohybového, komunikačního a zejména psychosociálního původu.⁷⁵

Nezdařená integrace či obava osob se zdravotním postižením (disabilitou) zapojit se do pracovního procesu, mezi ekonomicky aktivní obyvatelstvo, může mít tak řadu příčin:⁷⁶

▪ **Změna navyklého životního stylu** – lidé dlouhodobě nezaměstnaní, kteří si prošli nejen stádiem krize (dle KÜBLE – ROSSOVÉ)⁷⁷, stádiem ztráty zaměstnání (Harrisonův cyklus), ale i také si již po určitém období navykli na nový způsob života a

⁷⁵ *Metodika motivačních nástrojů pro zaměstnávání OZP*, PENTACOM. vydané v rámci projektu Iniciativy Společenství EQUAL „Rehabilitace – Aktivace – Práce“.

⁷⁶ BIENERTOVÁ, J. *Rehabilitace – psychosociální aspekty ovlivňující integraci osob s disabilitou mezi ekonomicky aktivní.*, In Rehabilitácia. ročník 49, 2012, číslo 4, s 232- 237. ISSN 0375-0922.

⁷⁷ JESENSKÝ, J. a kol. *Prolegomena systému tyflorehabilitace a metodiky tyflorehabilitačních výcviků*, Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2007. 659 s. ISBN 978-80-86723-49-5.

získali určitou novou stabilitu, se bojí opět vykročit ze známých vod do neznáma a po několikáté se opět přizpůsobovat novému životu. Samozřejmě tu určitou roli hrají i další faktory, jako je např. **rezignace** (po několika předchozích negativních zkušenostech s integrací mezi ekonomicky aktivní obyvatelstvo), či **strach** (ze ztráty navyklého denního režimu/zajetých kolejí a hlavně z budoucího neznáma). **vliv rodinných příslušníků** (většina je proti jakékoli změně, mají rádi zavedené standardy + pravidelná pomoc a podpora státu či jiných příspěvkových organizací)

- **Ztráta jistoty** – jedná se jak o jistotu **ekonomickou** (pravidelný přísun sociálních dávek, příspěvek na péči, aj.), kdy osoba s disabilitou má určitou jistotu, že i když dojde k mírnému zlepšení, či zhoršení zdravotního stavu, zůstane ekonomický příjem stejný, tak i o jistotu **životní** (neustálá nestabilita zdravotního stavu znemožňuje vypracování kariérní pozice trvalého rázu, proto invalidní důchod a příjem dávek ve většině případů vítězí nad integrací mezi ekonomicky aktivní obyvatelstvo)

- **Nízké sebevědomí** – osoba se zdravotním postižením (disabilitou) si po prožitém traumatu – vzniku disability již nevěří ve vlastní schopnosti, je náchylnější na sebekritiku a kritiku vůbec, cítí se méněcenná a zbytečná a obává se, že ji „zdravá majoritní společnost“ nepřijme

- **Vliv rodinných příslušníků** – rodina bývá největší oporou každého jedince, a proto na něho mívá i největší vliv⁷⁸, je jen logické, že většina rodinných příslušníků si po akutní fázi či atakách nemoci potřebuje vydechnout a vítá určitou stabilitu stavu a zajeté koleje v péči o svého bližního s disabilitou, proto opětovná změna – pokus o integraci nebývá zpravidla zpočátku pozitivně vnímán a raději dají přednos zavedeným standardům – pravidelné pomoci a podpoře státu či jiných příspěvkových organizací

⁷⁸ FISCHER, S., ŠKODA, J. *Speciální pedagogika, edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. Praha: Triton, 2008. 205 s. ISBN 978-80-7387-014-0.

- **Špatná předcházející zkušenost** – v případě, že se nejedná o první pokus o proces integrace osoby se zdravotním postižením (disabilitou) mezi ekonomicky aktivní obyvatelstvo, klesá nejen zájem, naděje, pozitivní přístup, sebevědomí, ale úměrně s tím také stoupá strach, frustrace až konečná rezignace

- **Předsudky** – mohou být jak ze strany jedince se zdravotním postižením (disabilitou), tak i ze strany majoritní společnosti vůči jedinci se zdravotním postižením (disabilitou), kdy spouštěcím mechanismem může být jak prožitá jednorázová zkušenost, tak i všeobecně přejímaný a putovaný přežitek dané skupiny obyvatel vůči druhé skupině obyvatel

- **Sociální fobie** – postupná ztráta pravidelného kontaktu s okolím (hromadná doprava, pracoviště, návštěva společenských akcí aj.), která trvá delší dobu, vede nejen ke změně životního stylu, ale ovlivňuje také osobnost daného jedince a může v některých případech vézt až ke vzniku sociální fobie ⁷⁹

Vedle těchto faktorů, existuje také mnoho dalších ovlivňujících úspěšnou integraci. Mezi **technickými, pohybovými a komunikačními bariérami** hrají roli zejména **psychosociální aspekty**. ⁸⁰

Psychosociální aspekty integrace osob s disabilitou je možno nalézt jak na **straně potencionálních zaměstnavatelů**, tak i **na straně daných osob s disabilitou**.

Psychosociální aspekty ovlivňující integraci osob s disabilitou mezi ekonomicky aktivní obyvatelstvo z pozice potencionálních zaměstnanců, vedou zejména ke vzniku **nízkého sebevědomí, změně životního stylu, změny osobnosti, sociální fobii, vlivu rodinných příslušníků**. V případě pohledu ze strany potencionálního zaměstnavatele přinášejí psychosociální aspekty **obavy z narušení chodu organizace, obavy z narušení kázně pracovníků**, a mohou vést k celkovému **negativnímu postoji k osobám s disabilitou**, Jestliže se podíváme na danou problematiku z obou stran –

⁷⁹ BIENERTOVÁ, J. *Rehabilitace – psychosociální aspekty ovlivňující integraci osob s disabilitou mezi ekonomicky aktivní.*, In Rehabilitácia. ročník 49, 2012, číslo 4, s 232- 237. ISSN 0375-0922.

⁸⁰ *Metodika motivačních nástrojů pro zaměstnávání OZP*, PENTACOM. vydané v rámci projektu Iniciativy Společenství EQUAL „Rehabilitace – Aktivace – Práce“.

tedy z pozice osob s disabilitou u potencionálního zaměstnance tedy i z pozice potencionálního zaměstnavatele vyplývají psychosociální aspekty např. **z negativních předcházejících zkušeností, předsudků, neodpovídající motivace** (nedostatečná nebo špatná).⁸¹

Pokud se na výše vyjmenované faktory podíváme podrobněji, uvidíme i výrazné rozdíly z hlediska vlivu/významu/ na životní styl.

- psychosociální aspekty ze strany potencionálního zaměstnance (osoba s určitou mírou disability):

▪ **nízké sebevědomí** – s nárůstem míry disability narůstá i pocit méněcennosti umocněný ještě vlivy ostatních faktorů (věk, sociální prostředí, zázemí, ekonomická aktivita, délka doby rekonvalescence – nezaměstnanosti, atd.). Velkým vlivem se na sebevědomí podílejí i jiné psychosociální aspekty – negativní předcházející zkušenost s integrací mezi intaktní ekonomicky aktivní společností (ať již ve smyslu pohledu – přístupu k disabilním jedincům okolím, či z pohledu přecenění vlastních pracovních potenciálů, nebo ve smyslu celkové adaptace na „nové“ pracovní prostředí a životní styl)

▪ **změna životního stylu** – vznikem disability se postiženému jedinci mění celý život, nejen *osobní návyky* (zájmy, trávení volného času, denní stereotyp), ale také *sociální* (kontakt s blízkým či širším okolím – sociální osamělost až sociální fobie), *zdravotní* (životospráva, užívání medikamentů, dietní opatření, režimová opatření) a *pracovní návyky* (snížení pracovního potenciálu – nezaměstnanost).

▪ **změna osobnosti** – spolu se vznikem míry disability, novými návyky, zásadami a režimy, změnou společenských kontaktů, změnou přístupů k těmto osobám blízkým či širším okolím, osobními zkušenostmi v nové roli (dříve zdravý jedinec nyní disabilní jedinec) a reakcemi okolní společnosti na tyto změny se mění i osobnost daného

⁸¹ BIENERTOVÁ, J. *Rehabilitace – psychosociální aspekty ovlivňující integraci osob s disabilitou mezi ekonomicky aktivní.*, In Rehabilitácia. ročník 49, 2012, číslo 4, s 232- 237. ISSN 0375-0922.

disabilního jedince (někdy až deprivace osobnosti). Nemalý rozsah své působnosti na změně osobnosti mají i ostatní psychosociální aspekty.⁸²

▪ **sociální fobie** – vzniká spíše u jedinců s velkou mírou disability, kdy dochází nejen k přetrhání stávajících pracovních, společenských a osobních vztahů a jedinec se stává převážně či zcela závislý na asistenci – pomoci jiných osob, ale není výjimkou ani u jedinců s menší mírou disability (nefungující rodina, zázemí, nezaměstnaný jedinec, mentálně retardovaný jedinec).⁸³

▪ **vliv rodinných příslušníků** – rodina bývá prvním a jedním z nevýznamnějších zdrojů pomoci a opory, ovlivňuje každého jejího člena již od samého počátku zrození, pokud zaujímá k disabilinímu jedinci *pozitivní postoj* – plně jej akceptuje a podporuje – disabilní jedinec dokáže žít, v rámci svých možností, plnohodnotným životem (dokáže se adaptovat na nové životní podmínky a integruje se do nového prostředí - snaží se i po vzniku disability být ekonomicky aktivní). V opačném případě (*negativní postoj*) se jedinec s disabilitou jen těžko vyrovnává, chybí pozitivní podpora členy rodiny k integraci (důvody mohou být *ekonomické* – obava o ztrátu dotací ze státní pokladny, *osobní* – přemíra péče/obava o život disabilního jedince, *sociální* – stud před okolím, aj.) a bariéry integračního procesu spíše narůstají.⁸⁴

Onemocněním, vznikem zdravotního postižení (disability) člena rodiny je **vždy** ovlivněna **celá rodina**.⁸⁵ Na celkovém dopadu na rodinu má vliv několik skutečností - *který člen rodiny má zdravotní postižení, jak velká je míra jeho zdravotního postižení (disability), délka trvání disability*. Určitý vliv mají i společenské a kulturní zvyky, kterými se rodina řídí. Mezi nejčastější změny, ke kterým v rodině dochází, patří **změna rolí mezi rodinnými příslušníky, přerozdělování rolí a úloh**, které plnili před

⁸² DELL ORTO, A., E., POWER, P., W. The psychological & social impact of illness and disability. New York: Springer Pub. 2007. Co., p. 737.

⁸³ BIENERTO VÁ, J. *Rehabilitace – psychosociální aspekty ovlivňující integraci osob s disabilitou mezi ekonomicky aktivní.*, In Rehabilitácia. ročník 49, 2012, číslo 4, s 232- 237. ISSN 0375-0922.

⁸⁴ JELÍNKOVÁ, J., KRIVOŠÍKOVÁ, M., ŠAJTAROVÁ, L. *Ergoterapie*. Praha: Portál, 2009. 272 s. ISBN 978-80-7367-583-7.

⁸⁵ POWER, P., W., DELL ORTO, A., E. Families living with chronic illness and disability: interventions, challenges, and opportunities. 2004. p. 290.

vznikem zdravotního postižení (disability), **finanční problémy** (ztráta jednoho příjmu), **zvýšený stres** ze strachu před následky zdravotního postižení (disability) pro daného jedince, **konflikty** z neočekávané zodpovědnosti, **změny společenských zvyklostí** apod.^{86, 87}

Důležitým aspektem při rozhodování o přístupu k disabilnímu členu rodiny, je **uvědomění**, že **zdravotně postiženého** (disabilního) člena rodiny **není účelné z činností rodiny eliminovat, ba naopak, je třeba mu umožnit začlenění (integraci) v plné míře**, a to jak v rámci rodinného života (denního rozvrhu úkolů), tak posléze i společenských akcí. Nastává pak situace, kdy v rámci rodiny přehodnocují všichni její členové (i samotný disabilní jedinec) své perspektivy (př. životní styl, vzájemné vztahy), aby v co největší míře korespondovaly s danou situací. Celá rodina se může podstatně změnit nejen v rámci své funkce, ale také struktury a ve vztahu vůči okolnímu světu.⁸⁸

- psychosociální aspekty ze strany potencionálního zaměstnavatele:

▪ **negativní postoj k osobám s disabilitou** - na který můžeme nahlížet z dvou aspektů – *předcházející zkušenost žádná či negativní* – zaměstnavatel ve své podstatě osoby s disabilitou, potažmo jejich zaměstnávání zamítá (staví se negativně a raději vykonává státem nařízené náhradní plnění – pasivní nástroj plnění politiky nezaměstnanosti, pokud má management *přímou zkušenost - pozitivní* (vlastní rodina nebo nejbližší okolí) – přejímá, respektive může přejmout a zaujmout post aktivního plnění politiky nezaměstnanosti – zaměstná osobu s disabilitou⁸⁹

▪ **obavy z narušení chodu organizace** – obavy z malé výkonnosti osob s disabilitou, obavy z nadprůměrné nemocnosti oproti ostatním zaměstnancům, obavy z malé

⁸⁶ BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*, Praha: Grada Publishing, 2005. 188 s. ISBN 80+247-1197-4.

⁸⁷ JELÍNKOVÁ, J., KRIVOŠÍKOVÁ, M., ŠAJTAROVÁ, L. *Ergoterapie*. Praha: Portál, 2009. 272 s. ISBN 978-80-7367-583-7.

⁸⁸ BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*, Praha: Grada Publishing, 2005. 188 s. ISBN 80+247-1197-4.

⁸⁹ BIENERTO VÁ, J. *Rehabilitace – psychosociální aspekty ovlivňující integraci osob s disabilitou mezi ekonomicky aktivní.*, In Rehabilitácia. ročník 49, 2012, číslo 4, s 232- 237. ISSN 0375-0922.

přizpůsobivosti ve srovnání s ostatními, obavy z nedostatku „vhodných výrobních programů a pracovních náplní“, obavy s dopravou do zaměstnání⁹⁰

▪ **obavy z narušení kázně pracovníků** – obavy z přístupu zaměstnanců (nárůst konfliktů), obavy z netolerance ostatních zaměstnanců vůči disabilnímu jedinci (z hlediska – míry a náročnosti přidělené práce, počtu odpracovaných a zameškaných hodin, směnného provozu, aj.) → šikana, obavy, že intaktní zaměstnanci budou požadovat stejné podmínky - stejné úlevy - stejná práva jako jedinec s disabilitou, aj.

- **psychosociální aspekty ovlivňující obě strany: negativně**

▪ **motivace** - *ze strany potencionálního zaměstnance* - čím déle je osoba s disabilitou nezaměstnaná, tím více klesá její motivace k znovuzapojení se mezi ekonomicky aktivní společnost. Vedle návyku „negativního“ stereotypu režimu dne, zde působí kombinace ostatních aspektů – viz výše.

- *ze strany potencionálního zaměstnavatele* – vedle nepříznivé právní legislativy, kdy převažují závazky, povinnosti a kvóty nad pozitivní motivací, je motivace ovlivňována i ostatními výše uvedenými faktory⁹¹

▪ **předsudky** - *ze strany potencionálního zaměstnance* – jsou zaměřeny nejen na budoucí pracoviště, spolupracovníky a nadřízené (přístup k osobám s disabilitou, fungování organizace, aktuální potřeby disabilního jedince - mohou vycházet jak z předcházející osobní zkušenosti, tak ze zkušenosti blízkých osob, i ze všeobecného povědomí místního sociálního prostředí, přitom se předsudky mohou vztahovat k určitému subjektu – firmě či mohou mít všeobecný ráz), nýbrž jsou obráceny také sami na sebe ve smyslu nízkého sebevědomí (předcházejí zkušenost – jednou jsem selhal, selžu znovu)

- *ze strany potencionálního zaměstnavatele* – označování (nálepkování) jedinců s disabilitou (všeobecně, či pouze k určitému typu a míry disability) v důsledku

⁹⁰ *Metodika motivačních nástrojů pro zaměstnávání OZP*, PENTACOM. vydané v rámci projektu Iniciativy Společenství EQUAL „Rehabilitace – Aktivace – Práce“.

⁹¹ BIENERTOVÁ, J. *Rehabilitace – psychosociální aspekty ovlivňující integraci osob s disabilitou mezi ekonomicky aktivní.*, In Rehabilitácia. ročník 49, 2012, číslo 4, s 232- 237. ISSN 0375-0922.

předchozí osobní negativní zkušenosti (disabilní jedinec v rodině či nezdařená pracovní integrace) i z obecného laického pohledu na osoby s disabilitou (očekávání těžko řešitelných problémů, neznalost specifik zaměstnávání těchto osob – strach z neznámého).⁹²

▪ **špatná předcházející zkušenost s integrací** (do zaměstnání, do společnosti, aj.) – osobní či blízkých osob⁹³

Uvedený výčet psychosociálních aspektů ovlivňujících integraci osob s disabilitou není definitivní, jednotlivé faktory mohou spolu úzce souviset a navzájem se prolínat.

Základní podmínkou překonávání překážek integrace je porozumět požadavkům, potřebám, jednání a chování druhé strany. Velmi důležité je vytvářet dostatečné společenské povědomí o životě těchto osob a o skutečné povaze problémů.⁹⁴ Existence vládní koncepce integrace těchto jedinců - dlouhodobé, cíleně zaměřené léčebné, psychosociální, vzdělávací, pracovní rehabilitace (koordinované rehabilitace) a rekvalifikace ke konkrétnímu místu je alfou a omegou dané problematiky.

I když již došlo v současné době v České republice k posunu vnímání osoby s disabilitou, historickým vývojem, výchovou a absencí uceleného systému rehabilitace osob s disabilitou u nás v celkovém poměru stále přetrvává pragmatičtější pohled (ekonomický pohled) a zásadním problémem integrace bývá **neochota** intaktní společnosti absorbovatabilní jedince.⁹⁵

Pragmatický (ekonomický) pohled se vyznačuje hlavně:

▪ **zjednodušováním nastoleného přístupu** – výhodné je zaměstnávání osob s disabilitou 1. stupně (optimální kombinace míry disability/výkonuabilního jedince/finanční dotace →abilní jedinec podává výkon co nejvíce odpovídající

⁹² MICHALÍK, J. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*, Praha. Portál, 2011. 512 s. ISBN 978-80-7367-859-3.

⁹³ BIENERTOVÁ, J. *Rehabilitace – psychosociální aspekty ovlivňující integraci osob s disabilitou mezi ekonomicky aktivní.*, In *Rehabilitácia*. ročník 49, 2012, číslo 4, s 232- 237. ISSN 0375-0922.

⁹⁴ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, Praha: Portál, 2008. 872 s. ISBN 978-80-7367-414-4.

⁹⁵ *Metodika motivačních nástrojů pro zaměstnávání OZP*, PENTACOM. vydané v rámci projektu iniciativy Společenství EQUAL „Rehabilitace – Aktivace – Práce“.

normě intaktního jedince + finanční příspěvek státu na chráněné místo = ekonomicky výhodné). Jedinci s mírou disability 2. - 3. stupně, kteří potřebují pomoc, podporu a ochranu v rámci integračního procesu nejvíce jsou zaměstnáváni minimálně → cca na 1 rok, kdy náklady spojené se vznikem a provozováním chráněného místa hradí v ČR po dobu 12 měsíců stát, poté následuje propuštění z místa a „nabrání“ nového zaměstnance s disability.⁹⁶

- **zaměřováním se na technické překážky** (kompenzační pomůcky, bezbariérový přístup, aj)
- **administrativní postupy**

1.2 Pracovní rehabilitace

Z definice pracovní rehabilitace uváděné Zákonem č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti vyplývá, že se jedná o souvislou činnost zaměřenou na získání a udržení vhodného zaměstnání osoby se zdravotním postižením (disabilitou), která vzniká, když se jedinec se svým zdravotním stavem setkává s bariérami prostředí.⁹⁷

Pracovní rehabilitace pracovní obsahuje zejména poradenskou činnost, teoretickou a praktickou přípravu pro zaměstnání a zprostředkování zaměstnání.⁹⁸

Jejím základním principem by měla být především zaměstnanost, pokud možno co největšího počtu osob se zdravotním postižením (disabilitou).⁹⁹

Pracovní rehabilitaci na základě žádosti osoby se zdravotním postižením (disabilitou) zabezpečují krajské pobočky ÚP ČR a hradí náklady s ní spojené.“ Případně může příslušný ÚP ČR tak konat ve spolupráci s rehabilitačními pracovišti

⁹⁶ BIENERTO VÁ, J. *Rehabilitace – psychosociální aspekty ovlivňující integraci osob s disability mezi ekonomicky aktivní.*, In Rehabilitácia. ročník 49, 2012, číslo 4, s 232- 237. ISSN 0375-0922.

⁹⁷ Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů.

⁹⁸ MPSV. *Právní předpisy o zaměstnanosti*. 5. vyd. Praha: JAN, 2005. ISBN 80-86878-11-2.

⁹⁹ JANKOVSKÝ, J., PFEIFFER, J., ŠVESTKOVÁ, O. *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita. Zdravotně sociální fakulta, 2005. 103 s. ISBN 80-7040-826-X.

nemocnic, nebo může k pracovní rehabilitaci pověřit jinou právnickou, nebo fyzickou osobu.¹⁰⁰

Prováděcím právním předpisem Zákona č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti je Vyhláška č. 518/2004 Sb.¹⁰¹

1.2.1 Individuální plán pracovní rehabilitace

Individuální plán pracovní rehabilitace (dále jen „IPPR“, Vyhláška č. 518/2004 Sb. §1) je vytvářen ÚP ČR za součinnosti dané osoby se zdravotním postižením (disabilitou) – účastníka pracovní rehabilitace, zejména za účelem získání a udržení vhodného zaměstnání.

Při jeho sestavování je zohledněna zdravotní způsobilost osoby se zdravotním postižením (disabilitou), její schopnost vykonávat soustavné zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost, kvalifikace a situace na trhu práce. Vychází se ze schválení odborné pracovní skupiny.¹⁰²

Členy odborné pracovní skupiny jsou zejména zástupci organizací zdravotně postižených a zástupci zaměstnavatelů zaměstnávajících více než 50 % osob se zdravotním postižením. Odborné pracovní skupiny vytvářejí úřady práce za účelem posouzení vhodné formy pracovní rehabilitace.¹⁰³

Individuální plán pracovní rehabilitace obsahuje:

- předpokládaný cíl pracovní rehabilitace
- stanovené formy pracovní rehabilitace
- předpokládaný časový průběh pracovní rehabilitace
- termíny a způsob hodnocení účinnosti stanovených forem pracovní rehabilitace

¹⁰⁰ JANKOVSKÝ, J., PFEIFFER, J., ŠVESTKOVÁ, O. *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita. Zdravotně sociální fakulta, 2005. 103 s. ISBN 80-7040-826-X.

¹⁰¹ Vyhláška č. 518/2004 Sb. ve znění pozdějších předpisů.

¹⁰² § 7 odst. 5 zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů.

¹⁰³ Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů.

Individuální plán pracovní rehabilitace vychází:

- 1) ze žádosti o pracovní rehabilitaci
- 2) z vyjádření odborné pracovní skupiny
- 3) z osobního jednání s účastníkem pracovní rehabilitace a posléze s jeho možností uplatnit se na trhu práce, či o vhodných formách pracovní rehabilitace¹⁰⁴

1.2.2 Metodika standardů zhodnocení aktuálního psycho-senzo-motorického potenciálu osob se zdravotním postižením (disabilitou)

V současné době, Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV) realizuje projekt **“Regionální síť spolupráce v pracovní rehabilitaci“** (PREGNET), jehož cílem je podpořit rozvoj systému pracovní rehabilitace (PR) v ČR.¹⁰⁵

Dílčím cílem je:

- 1) vytvořit funkční systém spolupráce v systému pracovní rehabilitace na regionálních úrovních kraje (8 vybraných krajů) a jeho následné pilotní odzkoušení. Metodicky standardizovat systém a postupy pracovní rehabilitace v praxi pro jeho následnou plošnou realizaci v rámci celé ČR
- 2) podpořit standardizaci posuzování aktuálního zdravotního stavu osob se zdravotním postižením (disabilitou) užitím Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, zdravotního postižení a zdraví (MKF) Světové zdravotnické organizace (WHO) v praxi. Zvýšit znalosti v této oblasti u pracovníků ÚP ČR
- 3) standardizovat posuzování disponibilního pracovního potenciálu prostřednictvím vhodné ergodiagnostiky

¹⁰⁴ *Individuální plán pracovní rehabilitace* Příloha č. 2 k zadávacímu listu č.PR001.

¹⁰⁵ *Regionální síť spolupráce v pracovní rehabilitaci*. Individuální systémový projekt MPSV ČR.
Registrační číslo: CZ.1.04/2.2.00/11.00008.

1. Projektová část

Projekt „Regionální síť spolupráce v pracovní rehabilitaci“ (PREGNET) navazuje na ukončený projekt Iniciativy Společenství EU EQUAL „Rehabilitace-Aktivace-Práce (RAP)“, který byl realizován od roku 2005 do roku 2008. Hlavním cílem tohoto projektu bylo podpořit rovný přístup zaměstnávání osob se zdravotním postižením (OZP) a vytvořit a nastavit ucelené systémové řešení předpracovní a pracovní rehabilitace s ohledem na specifika regionálních trhů práce. Cílovou skupinu projektu tvořily osoby s disabilitou, které mají omezený přístup na trh práce.¹⁰⁶

Vybudováním regionálních sítí spolupráce v PR se vytvoří zázemí pro zavedení a legislativně-organizační ukotvení nového systému posuzování zdravotní způsobilosti osob se zdravotním postižením (disabilitou), který vychází z metodiky MKF.¹⁰⁷

Tento systém využívá moderních ergodiagnostických testovacích metod hodnocení funkčních činností a pracovního potenciálu osob se zdravotním postižením (disabilitou). Následně pomáhá při komunikaci se zaměstnavatelem a stanovení toho, jaké pracovní činnosti může osoba se zdravotním postižením (disabilitou) vykonávat, případně v jaké oblasti je možno se dále profesně vzdělávat a rozvíjet. Výstupy projektu jsou zaměřeny na oblast zaměstnanosti osob se zdravotním postižením (disabilitou) v širokém kontextu, využívají stávající i nové nástroje pracovní rehabilitace a umožňují tak racionalizovat postupy, s cílem efektivnějšího začleňování osob se zdravotním postižením (disabilitou) na trhu práce a využívání finančních zdrojů.¹⁰⁸

Projektem PREGNET jsou vytvořeny regionální síť spolupráce pracovní rehabilitace v 8 krajích a dochází k jejich propojení se systémem regionálních sítí již vytvořených v rámci projektu RAP EQUAL (6 krajů). Vytvořené a pilotně odzkoušené regionální síť spolupráce se tak stanou základním kamenem pro získávání dalších

¹⁰⁶ *Metodický materiál k realizaci profesní diagnostiky v rámci poradenství pro OZP*. PENTACOM. vydané v rámci projektu Iniciativy Společenství EQUAL/2/52; CZ.04.4.09/1.1.00.4/0038 Chomutov „Rehabilitace – Aktivace – Práce“.

¹⁰⁷ WHO. ICIDH – 2: International Classification system of functioning and disability Beta – 2 draft, short version. Geneva: 1999.

¹⁰⁸ *Regionální síť spolupráce v pracovní rehabilitaci*. Individuální systémový projekt MPSV ČR. Registrační číslo: CZ.1.04/2.2.00/11.00008.

subjektů a partnerů, se kterými pracoviště ÚP ČR mohou spolupracovat na zabezpečení činností v rámci celé aktivní politiky zaměstnanosti.

Účelem systémového individuálního projektu PREGNET je dokončení systému regionálních sítí spolupráce v celé ČR.

Projekt je realizován ve třech etapách:

1) vytvoření základů spolupráce pro vznik sítí regionální spolupráce v pracovní rehabilitaci (zdravotnická zařízení/ rehabilitační centra, ÚP ČR, vzdělávací a poradenské organizace, zaměstnavatelé);

2) proškolení pracovníků rehabilitačních center, ÚP ČR, ČSSZ (lékaři Lékařské posudkové služby), vzdělávacích a poradenských organizací a vybraných zaměstnavatelů v implementaci a využití systému regionálních sítí spolupráce v PR;

3) realizace pilotního ověření fungování regionálních sítí spolupráce v pracovní rehabilitaci (nastavení systému metodik, standardů a funkčnosti výstupů pro začleňování osob se zdravotním postižením (disabilitou) do pracovní rehabilitace, či dalších forem zaměstnávání) v 8 krajích ČR. Na základě vyhodnocení výstupů z pilotního ověření a vypracovaných metodických postupů a standardů je ve spolupráci s partnery v regionálních sítích realizováno:

- poradenství pro zaměstnavatele při vyhledávání vhodných pracovních míst pro osoby se zdravotním postižením (disabilitou) - ergonomie,
- poradenství při zařazování osob se zdravotním postižením (disabilitou) na konkrétní pracovní místa (poradenského programu).¹⁰⁹

Projekt podporuje aktivní zapojení zaměstnavatelů a organizací pracujících s osobami se zdravotním postižením (disabilitou) do procesu začleňování osob se zdravotním postižením (disabilitou) na trh práce, kterým je umožněn pohyb (dle vývoje zdravotního stavu) mezi různými typy zaměstnání.

¹⁰⁹ *Regionální síť spolupráce v pracovní rehabilitaci*. Individuální systémový projekt MPSV ČR. Registrační číslo: CZ.1.04/2.2.00/11.00008.

Cílovou skupinou projektu jsou jednak instituce služeb zaměstnanosti a jejich pracovníci (pracoviště ÚP ČR), spolupracující organizace a instituce a jejich pracovníci (ergodiagnostická centra), sociální partneři, jejich organizace a jejich zaměstnanci.

Tento projekt je realizován od 1. února 2012 až 31. srpna 2014 a dodavatelem této veřejné zakázky na poskytování služeb vyplývajících z náplně projektu je Vzdělávací společnost EDOST s.r.o.¹¹⁰

Metodika projektu PREGNET vychází z projektu RAP. Metodika hodnocení vzniklá v projektu RAP je hodnocením psychosenzomotorického potenciálu obecně a je tedy universální. Základním rozdílem přístupu k jiným než čistě fyzickým typům postižení je pak nutnost kvalitní psychodiagnostiky a nutnost dostupnosti dalších speciálních odborných vyšetření. Proto kromě psychodiagnostiky (tedy psychologického vyšetření cíleného i komplexního) se doporučuje, aby ergodiagnostická centra povinně zajistila fyzioterapii, ergoterapii, logopedii, psychiatrii, oční, ušní - zejména audiologického vyšetření (opět přímo v daném zdravotnickém zařízení či jinde smluvně) dále je nezbytná spolupráce s dalšími subjekty multidisciplinárního týmu - zdravotní sestrou, protetikem, zubním lékařem, sociálním pracovníkem, speciálním pedagogem, biomedicínským inženýrem, posudkovým lékařem a rodinou (popř. nejbližšími přáteli). Pro optimální soběstačnost jedince a tedy i jeho zařazení do pracovního procesu je nezbytné zajistit prostředky zdravotnické techniky, tedy kompenzační rehabilitační pomůcky v oblasti soběstačnosti, ale i kompenzační pomůcky pro vzdělávání a pro zaměstnání a jiné moderní technické prostředky.¹¹¹

Cílovou skupinou v projektu PREGNET jsou osoby v každém věku, jedná se tedy o rehabilitaci u dětí, dorostu, osob v produktivním věku i seniorů. U velké části z nich se specifickou léčbou základního onemocnění a rehabilitací dosáhne, pokud možno, původní kvality života. U ostatních, u kterých lze předpokládat, že úraz, onemocnění či vrozená vada zanechá dlouhodobé nebo trvalé následky, je nezbytné použít v

¹¹⁰ *Regionální síť spolupráce v pracovní rehabilitaci*. Individuální systémový projekt MPSV ČR. Registrační číslo: CZ.1.04/2.2.00/11.00008.

¹¹¹ *Metodiky hodnocení psychosenzomotorického potenciálu člověka*. PENTACOM. vydané v rámci projektu Iniciativy Společenství EQUAL/2/52; CZ.04.4.09/1.1.00.4/0038 Chomutov: „Rehabilitace – Aktivace – Práce“, 2008.

rehabilitaci i dalších prostředků rehabilitace (sociální, pedagogické, předpracovní a pracovní), dle individuálních potřeb, které určí interprofesionální rehabilitační tým. Úspěšnost zdravotnictví i procesu rehabilitace osob se zdravotním postižením (disabilitou) v produktivním věku je možnost návratu do zaměstnaneckého poměru.¹¹²

U osob, u nichž přetrvává dlouhodobé nebo trvalé zdravotní postižení (disabilita), popř. omezená participace, je nezbytná návaznost prostředků ostatních oblastí rehabilitace, jejich včasnost, dostupnost a koordinovanost. Tento proces se usnadní sestavením individuálního krátkodobého a dlouhodobého rehabilitačního plánu, směřujícího k dosažení optimálního efektu v co nejkratším čase a s nezbytnými náklady. Individuálně funkčně zhodnotíme psychosenzomotorický potenciál člověka jako výsledek individuálního interprofesionálního posouzení. Důležité je klást důraz na aktivní účast a motivaci rehabilitanta a jeho rodiny. Pozitivní emoce napomáhají dosažení co nejlepších funkčních schopností a proto při vyšetření jedince je potřeba klást důraz na jeho zkušenosti, vzdělání, koníčky, aktivity volného času, pracovní začlenění a vůli skutečně se aktivně zapojit. Při problému komunikace s pacientem musíme vycházet z informací rodiny event. nejbližších přátel.¹¹³

2) *Koncepčně metodická část*

Metodiky jsou nástrojem pro funkční hodnocení a určení psychosenzomotorického potenciálu pro účely služeb zaměstnanosti, konkrétně pro potřeby předpracovní (ergodiagnostika) a pracovní rehabilitace a následné možnosti integrace občana se zdravotním postižením na trh práce.¹¹⁴

Důležitou skupinu tvoří standardizované testy, které mohou být použity před nebo po vstupním vyšetření. Jejich cílem je primárně prokázat změny dosažené během rehabilitační intervence. Jiný způsob rozdělení hodnocení je podle jejich obsahu

¹¹² *Regionální síť spolupráce v pracovní rehabilitaci*. Individuální systémový projekt MPSV ČR. Registrační číslo: CZ.1.04/2.2.00/11.00008.

¹¹³ *Metodický materiál k realizaci poradenských programů pro osoby se zdravotním postižením*. materiál vznikl v rámci projektu Iniciativy Společenství EQUAL/2/52; CZ.04.4.09/1.1.00.4/0038 Chomutov: „Rehabilitace – Aktivace – Práce“.

¹¹⁴ *Metodiky hodnocení psychosenzomotorického potenciálu člověka*. PENTACOM. vydané v rámci projektu Iniciativy Společenství EQUAL/2/52; CZ.04.4.09/1.1.00.4/0038 Chomutov: „Rehabilitace – Aktivace – Práce“, 2008.

(zaměřením na určitou funkční schopnost - např. pohyb, schopnost komunikace apod., nebo nezávislost či soběstačnost klienta v provádění všedních denních činností - ADL).

115

O indikaci jednotlivých testů rozhoduje lékař při vstupním vyšetření, kdy hodnotí vedle medicínského (somatického a funkčního) nálezu i osobnostní, vzdělanostní, sociální a další aspekty vstupující do potřeby hodnocení, včetně okruhu nabízených pracovních pozic a také aktuální zdravotní stav. Lékař doporučuje vyšetření různými odborníky interprofesionálního týmu a indikuje vhodné nástroje pro ergodiagnostiku.

Při posuzování rozporu ve smyslu **simulace / disimulace** jedince je nutno vycházet z objektivních principů kineziofyzických, kardiovaskulárních a psychodiagnostických, které jsou vesměs obsaženy již v navržených testech základních.

Základem k tomuto posouzení po stránce fyzické umožňuje hodnocení 13 inkonsistencí jako součásti Isernhagen Work System testování a po stránce psychické, kognitivní a mentální musí tento rozpor řešit metodiky psychologického vyšetření. **Nade vším pak stojí nezávislé posouzení lékařem, který zhotovuje závěrečnou zprávu ergodiagnostiky, a který musí výše uvedené kineziofyzické, kardiovaskulární a psychodiagnostické rozpory shrnout a vysvětlit.**

Výstupem je Závěrečná zpráva ergodiagnostiky, která shrnuje konečné výsledky z metodických postupů a začlenění jednotlivých testů.¹¹⁶

Na základě zkušeností z projektu RAP EQUAL došlo k rozdělení metodik na:

- 1. základní**
- 2. doporučené**
- 3. speciální**

¹¹⁵ *Metodika hodnocení funkčních činností a pracovního potenciálu*, PENTACOM, vydané v rámci projektu Iniciativy Společenství EQUAL „Rehabilitace – Aktivace – Práce“, 2008.

¹¹⁶ *Metodický materiál k realizaci poradenských programů pro osoby se zdravotním postižením*. materiál vznikl v rámci projektu Iniciativy Společenství EQUAL/2/52;CZ.04.4.09/1.1.00.4/0038 Chomutov: „Rehabilitace – Aktivace – Práce“.

1. Základní metodiky

- jsou povinnou výbavou přímo ergodiagnostického pracoviště, kdy **provádění konkrétních testů závisí na indikaci lékaře.**
- metodiky jsou volně dostupné nebo vyžadují jednorázovou investici (Isernhagen Work System, JAMAR, Purdue Pegboard model 320 20, Jebsen Taylor a LOTCA)
- každé ergodiagnostické centrum musí mít k dispozici stejné metodiky, tak aby vznikající síť ergodiagnostických pracovišť byla standardně vybavena jak po stránce personální tak i materiálové a věcné.^{117, 118}

	Základní metodiky ergodiagnostiky (na základě indikace lékařem) Jsou povinnou výbavou ergodiagnostického centra
1.	Kontaktní pracovník
2.	Pracovně-sociální anamnéza provedená sociálním (zdravotně - sociálním) pracovníkem
3.	Vstupní vyšetření lékařem
4.	Základní vyšetření ergodiagnostikem - ergoterapeutem a fyzioterapeutem
5.	AMAS
6.	WHO DAS II
7.	BI
8.	I ADL
9.	Struktura dne
10.	Dotazník zájmů
11.	Sebehodnocení bolesti (projekční sebehodnocení a VAS)
12.	Vyšetření čítí
13.	Pracovní křivka podle Emila Kraepelina a Richarda Pauliho (pro administrativní činnosti)

¹¹⁷ *Regionální síť spolupráce v pracovní rehabilitaci.* Individuální systémový projekt MPSV ČR. Registrační číslo: CZ.1.04/2.2.00/11.00008.

¹¹⁸ *Metodiky hodnocení psychosenzomotorického potenciálu člověka.* PENTACOM. vydané v rámci projektu Iniciativy Společenství EQUAL/2/52; CZ.04.4.09/1.1.00.4/0038 Chomutov: „Rehabilitace – Aktivace – Práce“, 2008.

14.	Pracovní křivka pro manuální činnosti. Zařadíme po vyzkoušení klinickými pracovišti a po standardizaci, pracovní křivka vytvořena týmem Ústí nad Labem, viz příloha č. 3
15.	Jebsen-Taylor
16.	Purdue – Pegboard, Model #32020
17.	Dynamometrie JAMAR
18.	Isernhagen Work System – IWS
19.	LOTCA (Loewenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment)
20.	Modelové činnosti
21.	Kazuistická konference
22.	Zhotovení Závěrečné zprávy ergodiagnostiky lékařem

AMAS* - Activity Matching Ability System - Tento test je zaměřen spíše subjektivně, pomáhají klientovi uvědomit si, které činnosti je schopen provádět a které ne (Dotazník sloužící k porovnání schopností uchazeče s nároky pracoviště. Sestává ze 78 otázek vztahujících se k prostředí a provádění zaměstnání. Testovaný má za úkol zaškrtnout, zda může práci za těchto podmínek provádět, či ne, či za jakých podmínek a úpravách prostředí.).¹¹⁹

WHO DAS II* - Tímto dotazníkem, byla nahrazena SQUALA, který je určen primárně pro psychiatricky postižené jedince. Jedná se o subjektivní dotazník, který hodnotí kvalitu života klienta (Subjektivní dotazník kvality života u osob bez omezení diagnózou. Subjektivní hodnocení disability jedince. Důležité zejména pro srovnání s objektivním funkčním vyšetřením pro zdravotní pracovníky, pro výzkum, pro potvrzení indikace a spokojenosti respondenta se službami.).¹²⁰

¹¹⁹ *Metodiky hodnocení psychosenzomotorického potenciálu člověka.* PENTACOM. vydané v rámci projektu Iniciativy Společenství EQUAL/2/52;CZ.04.4.09/1.1.00.4/0038 Chomutov: „Rehabilitace – Aktivace – Práce“, 2008.

¹²⁰ *Regionální síť spolupráce v pracovní rehabilitaci.* Individuální systémový projekt MPSV ČR. Registrační číslo: CZ.1.04/2.2.00/11.00008.

BI* - Barthel Index - Jednoduché, orientační vyšetření ADL. Indikuje míru asistence. Neměl by být používán samostatně, sensitivita je omezena, nepokrývá kognitivní funkce, sociální interakci, instrumentální ADL.¹²¹

I ADL* - hodnocení instrumentálních ADL - Jako doplnění k BI, snadné rychlé hodnocení. Jde o hodnocení na úrovni aktivity (disability), nepoužívá se pro hodnocení participace nebo poruchy.¹²²

Struktura dne* - Tento test je zaměřen spíše subjektivně, pomáhají jedinci uvědomit si vlastní denní vytížení a zapojení do aktivit během dne (Jde o formulář ke zjištění denního režimu jedince, rozdělený do 24 hodin. Aktivity jsou rozděleny do několika oblastí - spánek, povinnost, jídlo a hygiena, práce, volný čas. Náplň volného času se dále dělí na trávení času sám a s někým. Jedinec vypisuje do jednotlivých hodin svou aktivitu a poté přenesse do kruhového grafu, jak velkou část dne tráví dle jednotlivých oblastí. Zároveň se vyjadřuje k oblibě a spokojenosti i k případným změnám v denním režimu.).

Dotazník zájmů* - Zaměřen spíše subjektivně, pomáhají jedinci uvědomit si vlastní denní vytížení a zapojení do aktivit během dne (Jde o dotazník na zájmy jedince (nabídka aktivních i pasivních zájmů - sporty, kultura aj.) a zjištění, jak často tuto činnost vykonává a zda je její výkon ovlivněn postižením. Výsledkem by měl být souhrn aktivit, o které se jedinec zajímá, které by chtěl zkusit a na které aktivity se zaměřit při sestavování rehabilitačního plánu.).

Sebehodnocení bolesti* - Jde o autoprojekční záznam bolesti, doplněný o cílené dotazy k projevům bolesti.

Vyšetření čítí* - Jde o dotazník pro záznam z hodnocení taktilního i hlubokého čítí. Součástí dotazníku je mapa těla a horní končetiny, do které se zakresluje stav čítí.¹²³

¹²¹ *Metodiky hodnocení psychosenzomotorického potenciálu člověka*. PENTACOM. vydané v rámci projektu Iniciativy Společenství EQUAL/2/52;CZ.04.4.09/1.1.00.4/0038 Chomutov: „Rehabilitace – Aktivace – Práce“, 2008.

¹²² *Regionální síť spolupráce v pracovní rehabilitaci*. Individuální systémový projekt MPSV ČR. Registrační číslo: CZ.1.04/2.2.00/11.00008.

Pracovní křivka - Tento test je volně dostupný, nenáročný na pomůcky. Přes svou jednoduchost hodnotí mnoho položek: dlouhodobý sed, koncentrace pozornosti, reakce klienta, některé z kognitivních funkcí. (Jedná se o objektivní hodnocení množství součtů za časovou jednotku. Časově nenáročný test, dobře hodnotitelný.).¹²⁴

Jebsen – Tailor* - Test funkční motoriky ruky, vyšetřuje jemnou i hrubou motoriku horní končetiny, zručnost, orientačně rozsah pohybu a svalovou sílu, koordinaci, při činnosti. Bude doplněn o orientační vyšetření úchopů = popis jednotlivých úchopů.

Purdue - Pegboard, Model #32020 - Standardizovaný test jemné motoriky, zaměřený především na manuální práci v továrně. Test obsahuje desku s otvory, sadu kolíčků, podložek a válečků, hodnotící formulář. Sleduje se výkon práce rukou za určitou dobu, který se porovná se standardní škálou.¹²⁵

Dynamometr Jamar* - Měření svalové síly stisku ruky pomocí dynamometru v pěti roztečích 9cm, 12cm, 14,5cm, 17cm, 20cm. Měří se maximální síla ve třech pokusech v každé rozteči, vypočítá se průměr. Jednotky kg, libry.¹²⁶

Isernhagen Work System + PCE + PACT → vyšetření pracovních schopností jedince v činnostech nejčastěji se vyskytující při fyzické práci. Jsou vyšetřovány oblasti - manipulace s břemenem, výdrž ve vynucené pozici, pohyblivost a koordinace horních končetin. Vyšetření se provádí v přesně daných laboratorních podmínkách pomocí regálového systému a závaží. Dle stanovených kritérií se určí, zda je pro testovaného daná zátěž lehká, střední, těžká či maximální. Dále test obsahuje: PCE Hand Coordination

¹²³ *Metodiky hodnocení psychosenzomotorického potenciálu člověka*. PENTACOM. vydané v rámci projektu Iniciativy Společenství EQUAL/2/52;CZ.04.4.09/1.1.00.4/0038 Chomutov: „Rehabilitace – Aktivace – Práce“, 2008.

¹²⁴ VÁVRA, A. et al. *Hodnocení pracovního potenciálu jedince pro účely zaměstnanosti*, Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí. 2005.

¹²⁵ *Metodiky hodnocení psychosenzomotorického potenciálu člověka*. PENTACOM. vydané v rámci projektu Iniciativy Společenství EQUAL/2/52;CZ.04.4.09/1.1.00.4/0038 Chomutov: „Rehabilitace – Aktivace – Práce“, 2008.

¹²⁶ *Regionální síť spolupráce v pracovní rehabilitaci*. Individuální systémový projekt MPSV ČR. Registrační číslo: CZ.1.04/2.2.00/11.00008.

Test - standardizovaný test koordinace ruky. PACT (Performance Assessment Capacity Testing) - sebehodnotící škála pracovních poloh.¹²⁷

LOTCA* (Loewenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment) - je ergoterapeutický standardizovaný test, který identifikuje schopnosti a problémy v oblasti kognitivních funkcí u pacientů po poranění mozku.¹²⁸

Modelové činnosti* - Jedná se o velmi široké spektrum činností a aktivit, které je možné využít, nevyžaduje speciálních investic. Pro objektivnost hodnocení prováděné modelové činnosti je tak nutná především odborná kvalifikace a zkušenost hodnotícího diagnostika. Absence standardizace modelových činností tak ale v žádném případě neomezuje jejich výpovědní hodnotu a modelové činnosti musí být nutně součástí základního spektra metod ergodiagnostiky.

Orientačně se hodnotí čas potřebný k provedení jednotlivých úkolů jedince v porovnání s časem běžné populace, kvalita provedeného úkolu, samostatnost klienta, orientace v dané problematice, apod.¹²⁹

Je potřeba zajistit dostatečně osvětlenou místnost a vybavení, dostatečné množství pomůcek pro vybranou modelovou činnost. Každá modelová činnost vyžaduje jiné vybavení, např. příprava kávy – prostředí kuchyně a kuchyňských pomůcek, přepis textu – PC, dobře osvětlená místnost, stůl, židle apod. Modelové činnosti je možné využít nejen k diagnostice, ale i k terapii. Konkrétní pracovní aktivity (modelová činnost přepis textu pro pracovní pozici sekretářky)

§Standardizované modelové činnosti:

¹²⁷ *Vyšetření fyzických pracovních schopností metodou Isernhagen Work System jako součást ergodiagnostiky.* PENTACOM. vydané v rámci projektu Iniciativy Společenství EQUAL „Rehabilitace – Aktivace – Práce“.

¹²⁸ *Regionální síť spolupráce v pracovní rehabilitaci.* Individuální systémový projekt MPSV ČR. Registrační číslo: CZ.1.04/2.2.00/11.00008.

¹²⁹ *Metodiky hodnocení psychosenzomotorického potenciálu člověka.* PENTACOM. vydané v rámci projektu Iniciativy Společenství EQUAL/2/52; CZ.04.4.09/1.1.00.4/0038 Chomutov: „Rehabilitace – Aktivace – Práce“, 2008.

zaslání balíčku - jde o jednoduchou modelovou činnost, kde je mnoho komponent ke sledování (manipulace s předměty, třídění, psaní, součty, vyplnění formuláře...)
příprava kávy a sáčkové polévky

Další modelové činnosti:

přepis textu - testuje základní schopnosti práce s počítačem, schopnost přesného provedení úkolu

práce v zahradě - jednoduchý úkol na přesazování rostlin

práce v textilní dílně - ušití chňapky ¹³⁰

2. Doporučené metodiky - Nejsou v základní výbavě ergodiagnostického pracoviště přímo, ale je povinné zajištění jejich dostupnosti ve zdravotnickém zařízení či jinde smluvně, provádění těchto metodik a testů dle indikace lékaře jednotlivě.¹³¹

Doporučené metodiky (dle indikace lékaře) Nejsou v základní výbavě ergodiagnostiky, ale jsou dostupná ve zdravotnickém zařízení či jinde smluvně zajištěna
Psychodiagnostika cílená
Psychodiagnostika komplexní *
Ergometrie (event. spiroergometrie nebo spirometrie) *
Logopedické vyšetření *
Oční vyšetření *
Audiologické vyšetření *
Psychiatrické vyšetření *

3. Speciální metodiky - Jsou volitelnou výbavnou ergodiagnostického pracoviště, jsou využívány jen jako pomocné při rozporech v základních a doporučených testech, nenahrazují však v žádném případě základní a doporučené testy. Testy volitelné a speciální metodiky nejsou předmětem standardizace a povinného vybavení ergodiagnostického pracoviště.

¹³⁰ *Metodiky hodnocení psychosenzomotorického potenciálu člověka*. PENTACOM. vydané v rámci projektu Iniciativy Společenství EQUAL/2/52;CZ.04.4.09/1.1.00.4/0038 Chomutov: „Rehabilitace – Aktivace – Práce“, 2008.

¹³¹ *Regionální síť spolupráce v pracovní rehabilitaci*. Individuální systémový projekt MPSV ČR. Registrační číslo: CZ.1.04/2.2.00/11.00008.

Speciální metodiky (dle indikace lékaře) Jsou volitelnou výbavnou ergodiagnostiky, budou využívány pro občany s disability, tak jak se postupně budou vyvíjet zaměření jednotlivých ergodiagnostických pracovišť např. pro občany po poškození mozku, míchy, po traumatech, ortopedických operacích, onkologických onemocněních, psychiatricky nemocných, lidí s mentálním postižením apod.
Odborné vyšetření lékařem specialistou (jiné obory než doporučené) *
RBMT *
Předpracovní hodnocení podle Jacobsové *
FIM *
MMSE *
ONT
MEAMS *
COPM *
BIT *
Dotazník schopností zvládat problémy *
VKT Všeobecný kancelářský test *
... a další

Spektrum metodik včetně modelových činností je dostatečně široké, aby pokrylo hodnocení funkčních schopností a pracovního potenciálu.

Testy označené * mohou, za pomoci asistence či individuální úpravy podmínek testování, být aplikovány i u osob se zrakovým postižením (disabilitou).

Všechna rehabilitační pracoviště (Krajská nemocnice Liberec a. s. – Rehabilitační oddělení; Středomoravská nemocniční a.s. - odštěpný závod Nemocnice - Centrum léčebné rehabilitace; Fakultní nemocnice Brno – rehabilitační oddělení; Krajská nemocnice T. Bati, a. s., Rehabilitační oddělení; Fakultní nemocnice Ostrava – Klinika léčebné rehabilitace; Nemocnice Třebíč – Rehabilitační oddělení; Fakultní nemocnice Plzeň, Oddělení léčebné rehabilitace; Nemocnice Tábor, a. s., Rehabilitační oddělení; Krajská zdravotní a. s. – Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, o. z. Rehabilitační oddělení; Krajská zdravotní a. s. – Nemocnice Chomutov Rehabilitační oddělení; Pardubická krajská nemocnice, a.s. Centrum rehabilitace; Fakultní nemocnice Hradec Králové, Rehabilitační klinika; Klinika rehabilitačního lékařství VFN a 1. LF UK) byla

dovybavena zařízeními, pomůckami, přístroji, zakoupením licencí pro použití postupů a metod ergodiagnostiky.¹³²

Z dostupných údajů vyplývajících ze všech výsledků šetření provedených a získaných v centrech rehabilitace se stanoví zbývající pracovní výkonnost.¹³³

Dílna modelových činností dodává centru rehabilitace jednu z nejdůležitějších informací vzhledem ke stanovení % pracovního potenciálu a určení budoucího pracovního začlenění.

Při začleňování do pracovního procesu mají osoby s disabilitou problémy s pracovním prostředím, do kterého se poměrně snadno dostanou, nebo naopak práce je vyhovující, ale nemohou se do práce dostat. Je nezbytné proto během ergodiagnostického testování věnovat pozornost i hodnocení možnosti dopravy.

Z ergodiagnostického hlediska by mohla být významnou podporou (plošné využití) MKF, která hodnotí vedle tělesných funkcí a tělesných struktur také aktivity a participace i faktory prostředí.¹³⁴

1.2.3 Mezinárodní klasifikace funkční schopnosti, disability a zdraví (MKF)

Mezinárodní klasifikace funkční schopnosti, disability a zdraví - MKF, v anglickém originále International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF.¹³⁵

Nejnovější MKF schválilo 54. shromáždění Světové zdravotnické organizace (WHO) z roku 2001, které ji nadále doporučilo k mezinárodnímu používání a vyzvalo všechny své členské státy, k co možná nejrychlejšímu zavedení.

Český statistický úřad ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví podle § 19 odst. 2 zákona č. 89/1995 Sb., o státní statistické službě, ve znění pozdějších předpisů, zavádí s účinností od 1. července 2010 Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disability

¹³² *Metodika hodnocení funkčních činností a pracovního potenciálu*, PENTACOM. vydané v rámci projektu Iniciativy Společenství EQUAL „Rehabilitace – Aktivace – Práce“, 2008.

¹³³ *Metodický materiál k realizaci poradenských programů pro osoby se zdravotním postižením*. materiál vznikl v rámci projektu Iniciativy Společenství EQUAL/2/52;CZ.04.4.09/1.1.00.4/0038 Chomutov: „Rehabilitace – Aktivace – Práce“.

¹³⁴ Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví. Praha: GRADA, 2001. 278 s. ISBN 978-80-247-1587-2.

¹³⁵ WHO. ICIDH: international Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps. a manual of classification relating to the consequences of disease. Geneva. 1980.

a zdraví. MKF je určena pro záměry hodnocení stupně disability, posuzování zdravotní způsobilosti k práci (pokud je fyzická osoba disabilní), recenzování speciálních potřeb ve vzdělávání, předepisování a proplácení zdravotnických prostředků, pro potřeby zdravotních pojišťoven, pro zjišťování zdravotního stavu jako základu pro posouzení v oblasti dávek a služeb sociálního zabezpečení zaměstnanosti, pro posuzování dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu v oblasti sociálního zabezpečení a zaměstnanosti a pro statistické účely při hodnocení zdravotního stavu.¹³⁶

Její náplní je poskytování zejména vědecké báze pro zdraví, a ke zdraví se vztahujícím stavům a jejich možnostem, a zhodnocování, co je pro to určující. Dalším cílem je vytvoření společného jazyka, který popisuje zdraví a ke zdraví se vztahující stavy, k vylepšení vzájemné komunikace. Jedná se o statistický nástroj, který shromažďuje jak data, tak i informace o okolnostech prostředí (rehabilitace a posudkové lékařství).¹³⁷

MKF neklasifikuje osoby, ale popisuje a klasifikuje situace každého člověka v řadě faktorů, mající vztah ke zdraví, a v tom je značný filosofický posun a význam.¹³⁸

Obecně by se dalo říci, že státy Evropské Unie přijaly MKF jako základní filosofii a politiku rehabilitace osob s disability a aplikují tuto klasifikaci do systému zdravotnictví, sociálního zabezpečení, pojištění, školství, **zaměstnanosti** (poskytuje možnost pro funkční systém – „disabilita by neměla být ztotožňována s neschopností pracovat“).¹³⁹

Souhrnně můžeme říci, že MKF lze aplikovat, co by **statistickou pomůcku**, při shromažďování dat (tj. studie populace a přehledy nebo využívání informačních systémů), **výzkumnou pomůcku** při měření výstupů kvality života nebo faktorů prostředí, **klinickou pomůcku** pro posudkové potřeby, srovnávání léčebných postupů ve specifických podmínkách, pracovní posuzování, vyhodnocování rehabilitace a

¹³⁶ Sdělení Českého statistického úřadu o zavedení *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF)*, ze dne 18. listopadu 2009. Dostupné z: www.uzis.cz

¹³⁷ *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví*. Praha: GRADA, 2001. 278 s. ISBN 978-80-247-1587-2

¹³⁸ ÜSTÜN, T. B., et al. *Measuring health and disability: manual for WHO Disability Assessment Schedule WHODAS 2.0*. Geneva: World Health Organization, 2010. p. 90.

¹³⁹ ŠVESTKOVÁ, O., PFEIFFER, J.: *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví*, výukový materiál, Ministerstvo Zdravotnictví České Republiky, 2009. 63 s.

závěrečných hodnocení, jako **pomůcku sociální a zdravotní politiky**, při plánování zdravotního a sociálního zabezpečení, kompenzačních ráďů a politických záměrů a jejich provádění, a v neposlední řadě jako **pomůcku při výchově**, při tvoření osnov a zvyšování znalostí a podnikání zdravotních a sociálních aktivit.^{140, 141}

MKF by bylo vhodné využívat, pokud se u jedince zjistí zdravotní stav (diagnóza) s jistým stupněm disability, která bude dlouhodobého nebo trvalého charakteru. Příslušné klasifikační kódy dle MKF by se měly uvádět ve zdravotnické dokumentaci osob a být součástí propouštěcí zprávy ze zdravotnického zařízení u všech osob, trpících disability. Další náležitosti a detaily užití MKF určují metodické pokyny pro jednotlivé agendy a práce, kde je tato klasifikace vyžadována.¹⁴²

Dnem 30. dubna 2013 Český statistický úřad ukončuje, na základě žádosti Ministerstva zdravotnictví povinné používání MKF zavedené s účinností od 1. července 2010 sdělením Českého statistického úřadu č. 431/2009 Sb., o zavedení MKF ze dne 18. listopadu 2009.¹⁴³

1.2.4 Pro rehabilitaci pracovní - výstupy funkčního hodnocení osob se zdravotním postižením (disabilitou)

Pracovní rehabilitace je hodnotící proces vymezující okruh vhodných zaměstnání. Vychází z funkčního hodnocení zdravotního stavu posuzované osoby a bilance jejího pracovního potenciálu.¹⁴⁴ Skládá se z *obecné pracovní kontraindikace* (tj. uvedení těch pracovních podmínek nebo škodlivých vlivů, které je třeba vyloučit, a z *obecné pracovní indikace*, tj. uvedení obecných zachovaných pracovních schopností ve vztahu

¹⁴⁰ *Koordinovaná rehabilitace*. Sborník přednášek. Výbor pro sociální politiku Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR v gesci místopředsedkyně doc. MUDr. Milady Emerové, CSc. 24. května 2011.

¹⁴¹ STUCKI, G., CIEZA, A., EWERT, T., KONSTANJSEK, N., et al. *Application of the international classification of functioning, disability and health (ICF) in clinical practice*, Disability and rehabilitation, An international multidisciplinary journal 2002, vol 5, p.281-2 .

¹⁴² Sdělení Českého statistického úřadu *o zavedení Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF)*, ze dne 18. listopadu 2009. Dostupné z: www.uzis.cz

¹⁴³ Sdělení č. 97 Českého statistického úřadu *o ukončení povinného užívání Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF)*, ze dne 30. dubna 2013. Dostupné z: www.uzis.cz

¹⁴⁴ *Teze právní úpravy koordinace rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Mezeřezortní pracovní skupina, verze ke dni 10. 7. 2013.

k okruhu potenciálních uvedených pracovních činností). Navazuje na hodnocení funkčního stavu organismu, bilanci pracovního potenciálu.¹⁴⁵

Posudková úvaha musí vycházet z hodnocení zdravotního stavu jedince, změření všech fyziologických funkcí nutných pro soustavnou výdělečnou činnost, z objektivizace případných tělesných, smyslových nebo duševních poruch, z možností rozvoje a uplatnění funkcí, které nebyly nenávratně ztraceny, posouzení funkční zdatnosti ve vztahu k nárokům a požadavkům práce a danému kvalifikačnímu potenciálu (dosaženým znalostem, vědomostem, zkušenostem a dovednostem). **Tuto bilanci pracovního potenciálu nemůže posudkový orgán provést bez porovnání a posouzení fyzického potenciálu a kvalifikačního potenciálu daného jedince.**

Dalším podkladem pro zpracování pracovního doporučení jsou, kromě informací klinických, také informace profesiografické, psychologické i sociálně ekonomické.¹⁴⁶

V podstatě můžeme říci, že **negativní pracovní rekomandace vymezuje pracovní kontraindikace** (t j. neschopnost výkonu určitých pracovních činností v určitém pracovním prostředí, za určitých pracovních podmínek, tj. uvádí ty pracovní faktory a vlivy, které je třeba vyloučit, aby nedošlo k nepříznivému působení práce na zdraví občana. Její stanovení dosti jednoznačně vyplývá přímo ze zjištěného zdravotního stavu posuzovaného občana (případně zavedené léčby, režimových opatření ap.) a má zajistit ochranu zdraví při práci.) a **pozitivní pracovní rekomandace posuzuje zdravotní a kvalifikační vhodnosti a přiměřenosti prací a pracovních činností** (musí navazovat na výsledek lékařského zhodnocení zdravotního stavu posuzovaného jedince, na stanovenou procentní míru poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti nebo uznání OZP.)¹⁴⁷

¹⁴⁵ Vyhláška MPSV č. 115/1992 Sb., o provádění pracovní rehabilitaci občanů se změněnou pracovní schopností, ve znění pozdějších předpisů.

¹⁴⁶ KOŠČÁLOVÁ, J. *Změny v posuzování invalidity*, Tempus medicorum, ročník 19, č 1, 2010, ISSN 1214-7524.

¹⁴⁷ Vyhláška MPSV č. 115/1992 Sb., o provádění pracovní rehabilitaci občanů se změněnou pracovní schopností, ve znění pozdějších předpisů.

Posouzení vhodnosti prací se obecně vztahuje k pracovní době stanovené zákoníkem práce v daném okruhu prací. Posudkový lékař by měl rozpoznat i motivy a stimuly, které ovlivňují chování a postoje posuzovaného jedince určitým směrem pozitivně nebo negativně, a to ve vztahu k jeho zdravotnímu postižení, případně invaliditě nebo OZP a snaze a ochotě se pracovně a sociálně přiměřeně zařadit.

Pracovní rekomandace, není právní pojem, ale volně přeloženo do českého jazyka znamená doporučení (doporučení ve vztahu k práci). Posudkové doporučení je možno vystavit u kterékoli osoby, není limitováno ani vázáno na určitý právní stav (nemusí se jednat o osobu zdravotně znevýhodněnou či částečně invalidní).¹⁴⁸

Pracovní rekomandace má 4 roviny:

- **obecná negativní pracovní rekomandace** – znamená, v jakých pracovních podmínkách by nemocný vzhledem k zdravotnímu stavu neměl pracovat
- **obecná pozitivní pracovní rekomandace** - znamená, v jakých pracovních podmínkách naopak pracovat může
- **konkrétní negativní pracovní rekomandace** - znamená, jaké konkrétní profese není schopen vykonávat
- **konkrétní pozitivní pracovní rekomandace** – znamená, jaké konkrétní profesi může vykonávat (lze do určité míry považovat také za obecné doporučení, neboť osoba, která je schopna vykonávat určitou profesi, ještě neznámá, že bude způsobilá výkonu práce u kteréhokoliv zaměstnavatele – různorodost konkrétních pracovních podmínek, aj. To může být právě důvodem nezpůsobilosti výkonu práce u jednoho zaměstnavatele a naopak důvodem způsobilosti práce u jiného zaměstnavatele).

1.3 Teoretická východiska sociální práce s osobami se zdravotním postižením (disabilitou)

Problematika integrace osob se zdravotním postižením (disabilitou) patří již několik let, jak již bylo uvedeno, mezi ústřední koncepce mnoha vyspělých evropských zemí.

¹⁴⁸ *Pracovní rekomandace*. MUDr. Tibor Vicsápi. [online] Citováno [10. 12. 2011] Dostupné z: <http://www.vicsapi.cz/-informace/-posudkove-lekarstvi->

Svým projevem (zdařilá/nezdařilá) má značný vliv na kvalitu života daného zdravotně postiženého (disabilního) jedince, ve své podstatě do značné míry ovlivňuje sociální vyloučení těchto osob.

Velkým problémem při integračním procesu bývá vedle neucelené legislativy, nepropojenosti a nespolupráce jednotlivých složek systému, přítomnosti různých bariér (technických, materiálních, sociálních, psychických, fyzických, fyzikálních a emocionálních) také neschopnost komunikace obou stran (integrováný X společnost), neporozumění pravidlům, která zde platí, a jim odpovídající chování, a v neposlední řadě nedostatečná vlastní motivace osoby se zdravotním postižením (disabilitou) se integrovat a ochota intaktní populace takové jedince pojmout.^{149, 150}

1.3.1 Sociální práce u osob se zdravotním postižením (disabilitou) v současném pojetí

Formulace významu poslání a cílů sociální práce se liší jak v různých časových hlediscích, tak i závislosti na teoretickém, společenském a kulturním kontextu. Stejně tak došlo i k vývojovým změnám v nahlížení na roli sociálního pracovníka (v obecné i vymezené/osobní rovině).¹⁵¹

Sociální pracovník přestává být v sociální práci hlavní, řídicí postavou, (stává se tzv. zprostředkovatelem, průvodcem a v neposlední řadě taktéž motivujícím faktorem jedince) do popředí se naopak dostává osoba (u osob se zdravotním postižením (disabilitou) je to zvláště důležité, neboť bez jejich vlastní aktivity/motivace, není úspěšná integrace reálná) sám (přebírá odpovědnost sám za sebe).¹⁵²

V sociální práci je nezbytný ucelený (holistický)¹⁵³ pohled na člověka a velký důraz je kladen na individuální potřeby jedince (tzv. individualisticko-reformistické paradigma – např. poskytování informací, kvalifikované poradenství, zprostředkování

¹⁴⁹ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, Praha: Portál, 2008. 872 s. ISBN 978-80-7367-414-4.

¹⁵⁰ SLOWÍK, J. *Komunikace s lidmi s postižením*. 1. Vyd. Praha: Portál, 2010, 160 s. ISBN 978-80-7367-691-9.

¹⁵¹ MATOUŠEK, O. *Základy sociální práce*. Praha: Portál, 2001. 312 s. ISBN 80-7178-473-7.

¹⁵² MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. *Sociální práce v praxi*. 1.vyd. Praha: Portál, 2005. 351 s. ISBN 80-7367-002-X.

¹⁵³ JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. 1.vyd. Praha : Triton, 2003. ISBN 80-7254-329-6.

mediace, zpřístupnění zdrojů – snaha o změnu společnosti a institucí, aby lépe vyhovovaly individuálním potřebám osob), neboť to jsou ve své podstatě stavební kameny úspěšného integračního procesu osob se zdravotním postižením (disabilitou).

154

Tento princip je charakteristický pro tzv. **sociálně ekologický model** sociální práce (sociální práce je zaměřena jak na problémy a potřeby spojené s vývojovými etapami životního cyklu daného jedince, tak i na problémy a potřeby vyplývající z interpersonálních vztahů a z faktorů prostředí).

1.3.2 Sociální práce při integraci osob se zdravotním postižením (disabilitou)

Osoby se zdravotním postižením (disabilitou), v rámci integračního procesu ve své podstatě, usilují o znovunalezení jejich adekvátního společenského postavení (přiměřeného společenského a pracovního uplatnění).

Již od počátku integračního procesu jsou osoby se zdravotním postižením (disabilitou) v péči multidisciplinárního týmu (lékaři, zdravotní sestry, ošetřovatelé, psychologové, sociální pracovníci, logopedové, ergoterapeuti, fyzioterapeuti, pracovníci úřadu práce, aj.), který se snaží v co nejkratším čase o co nejvyšší míru integrace daného jedince.

Přestože inovace v sociální práci kladou na daného jedince větší odpovědnost a sociální pracovník již nemá v integračním procesu stěžejní roli, přesto je jeho práce, v rámci sociální rehabilitace, jednou ze základních kamenů úspěšné integrace/inkluze. Ať již ve formě poradce (odborné poradenství, obecné poradenství – např. návrh na pracovní rehabilitaci, návštěva Pedagogicko-psychologické poradny, aj.), mediátora mezi osobou se zdravotním postižením (disabilitou) a dalšími stranami (rodinou, institucemi, apod.), nebo ve formě zprostředkovatele pomoci (osobní asistence, domácí péče, dávky sociální péče, aj.).¹⁵⁵

¹⁵⁴ NAVRÁTIL, P. *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Zeman, 2001. 170 s. ISBN 80-903070-0-0.

¹⁵⁵ ZEMAN, M. *Klasifikace pacientů s Bechtěrevovou chorobou dle ICF*. Disertační práce. 2010.

Sociální práce u osob se zdravotním postižením (disabilitou) začíná vznikem sociální události (nemoc, úraz, nehoda, aj.) a v podstatě aktivně probíhá až do plné inkluze daného jedince.

1.3.3 Sociální práce při integraci osob se zrakovým postižením (disabilitou)

Sociální práce osob se zrakovým postižením (disabilitou) se odvíjí a přizpůsobuje aktuálním potřebám daného jedince.

V dospělosti, u jedinců v tzv. produktivním věku (18-65 let) je tato činnost zaměřena zejména na:

- **rodinný život**
- **společenské uplatnění, socializaci a akulturaci, občanské aktivity**
- **pracovní přípravu a uplatnění na trhu práce**

V těchto oblastech dochází nejčastěji ke konfliktům a krizím vyžadujícím rehabilitační intervence z řad odborné i laické veřejnosti.¹⁵⁶

Osoby se zrakovým postižením (disabilitou) mohou podle potřeby a místních možností (dostupnosti systému služeb) využívat různorodé nabídky intervenujících subjektů na poli ambulantních, terénních či pobytových služeb.¹⁵⁷

1.3.4 Rehabilitace sociální a prevence vyloučení osob se zrakovým postižením (disabilitou) z aktivního života

Rehabilitace sociální je proces, jehož podstatou je úsilí dosáhnout u osoby se zrakovým postižením (disabilitou) rozvoje zachovaných schopností a na jejich podkladě snaha o prevenci či odvrácení poruchy sociálních funkcí (tzn. učení žít s poruchou, proces překonávání neschopností v individuální i společensky významných činnostech, proces prevence i odstraňování poruchy a disabilit). Výsledkem tohoto procesu je

¹⁵⁶ JESENSKÝ, J. *Prolegomena systému tyflorehabilitace a metodiky tyflorehabilitačních cviků*. 1. vyd. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského. 659 s.

¹⁵⁷ MICHALÍK, J. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*, Praha. Portál, 2011. 512 s. ISBN 978-80-7367-859-3.

posléze akceptování poruchy, životní pohoda a v neposlední řadě také samotná integrace.¹⁵⁸

Rehabilitace sociální má permanentně probíhající charakter, neboť životní proces i proces rozvoje osobnosti zrakově postiženého (disabilního) jedince se v důsledku exogenních i endogenních faktorů neustále mění a i adaptace na tyto změny mají dynamický/proměnlivý charakter a ve své podstatě probíhají s větší či menší intenzitou po celý život daného jedince. Rehabilitace sociální je součástí ucelené/komprehensivní rehabilitace (léčebná, pedagogická, pracovní, sociální) a úzce spolupracuje s jejími jednotlivými složkami.¹⁵⁹

Co se týče významu, rehabilitace sociální má **význam humanitní** (vytváří předpoklady všestranného rozvoje osobnosti osob se zrakovým postižením (disabilitou), umožňuje seberealizaci osob se zrakovým postižením (disabilitou) a růst jejich sebevědomí, umožňuje socializaci osob se zrakovým postižením (disabilitou), společenskou a občanskou intervenci osob se zrakovým postižením (disabilitou) na rehabilitaci jiných osob se zdravotním postižením (disabilitou), umožňuje životní pohodu a spokojenost osob se zrakovým postižením (disabilitou)), **ekonomický** (přispívá ke zkracování doby pracovní neschopností, ke snižování počtu neaktivních osob se zrakovým postižením (disabilitou), uvolňuje pečovatelské kapacity, usnadňuje průběh pracovní rehabilitace a napomáhá pracovní integraci osob se zrakovým postižením (disabilitou)), **společenský** (přispívá k celkové stabilizaci sociálních jistot a smíru obyvatelstva, k obohacování majoritní kultury intaktních o hodnoty minoritní kultury osob se zrakovým postižením (disabilitou), umožňuje využívat potenciál osob se zrakovým postižením (disabilitou) v zabezpečení svého vlastního života, v celospolečenských zájmech a aktivitách i v tvorbě společensky užitečných hodnot).¹⁶⁰

Jak již bylo výše řečeno, integrace je proces rovnoprávného začleňování lidského jedince do společnosti a ve své podstatě znamená sjednocování/spojování v nový celek za společenského rozvíjení systému intaktní společnosti a minoritní skupiny osob se

¹⁵⁸ JESENSKÝ, J. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1995. 137 s. ISBN 80-7066-941-1.

¹⁵⁹ JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí*. 2.vyd. Praha: Triton, 2006. 173 s. ISBN 80-7254-730-5.

¹⁶⁰ JESENSKÝ, J. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1995. 137 s. ISBN 80-7066-941-1.

zdravotním (zrakovým) postižením, obsahující hodnoty a ideje obou těchto stran¹⁶¹ – jedná se o nejvyšší stupeň začlenění, pro osoby se zrakovým postižením (disabilitou) je mnohdy toto specifikum životním cílem. Možnosti integrace jsou však **interindividuálně** (osobnost osoby se zrakovým postižením (disabilitou), enkulturace osoby se zdravotním postižením (disabilitou), socializace osoby se zrakovým postižením (disabilitou), pracovní uplatnění osoby se zrakovým postižením (disabilitou), aj.) i **intraindividuálně** značně rozdílné (podpora rodiny a blízkého okolí, společensky uznávané schopnosti a aktivity osob se zrakovým postižením (disabilitou), vlastní aktivita/motivace osoby se zrakovým postižením (disabilitou), akceptování osoby se zrakovým postižením (disabilitou) majoritní intaktní společností, aj.).¹⁶²

Opakem integrace je **segregace** (odloučení osoby se zrakovým postižením /disabilitou) od majoritní intaktní společnosti), která má na celkový stav osob se zrakovým postižením (disabilitou) obrovský dopad (ztráta společenských návyků, nástup degradace osobnosti). Čím větší časový úsek osoba se zrakovým postižením (disabilitou) zůstává na okraji společnosti, tím větší prostor a delší časový úsek potřebuje pro reintegraci do společnosti. Dalšími faktory ovlivňující tento proces jsou např. věk, vzdělání, podpora rodiny a blízkého okolí, vlastní aktivita/motivace, soběstačnost, ekonomická nezávislost, předcházející zkušenost, schopnosti intaktní společnosti přijmout osoby se zrakovým postižením (disabilitou) mezi sebe. Při procesu rehabilitace sociální je nezbytné klást důraz na zachovalé schopnosti jedince a věnovat se jejich rozvoji.^{163, 164}

¹⁶¹ SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada. 1. vyd. 2007. 160s. ISBN 978-80-247-1733-3.

¹⁶² NOVOSAD, L. *Základy speciálního poradenství: struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 160 s. ISBN 80-7178-197-5.

¹⁶³ JESENSKÝ, J. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1995. 137 s. ISBN 80-7066-941-1.

¹⁶⁴ BURJÁNEK, A. *Segregace*. Sociologický časopis, vol. 33 (1997), str. 423–434. ISSN 0038-0288.

Pro rozvíjení rehabilitace sociální se uplatňují tyto prostředky:

- **psychologické** (přesvědčování; posilování volního úsilí a další psychogenní působení; rozvoj sebevědomí, psychické pohody a aktivity; psychogymnastika)¹⁶⁵
- **pedagogické** (pozitivní stimulace aktivity cestou drobných kroků, skupinového působení, hry a soutěživosti; metodická literatura, učebnice, a metodicko-výcvikové pomůcky; přímý výcvik v používání kompenzačních a reedukačních pomůcek; тренаžéry a prostředky virtuální reality; názornost, audioviz. a didaktické techniky, aj.)
- **kulturní a osvětové** (využívání různých informačních médií; pěstování schopností vnímat různé druhy umění a mít umělecký zážitek; pěstování tvůrčích schopností a zájmových činností; rozvoj pohybových aktivit a kultury vystupování; rozvoj společenských vztahů ve formálních a neformálních skupinách)
- **léčebné a pracovní rehabilitační** (výcvik dovedností a návyků používat rehabilitační pomůcky, přístroje zařízení; výcvik v odstraňování i překonávání technických bariér, speciální organizace pracovních činností, aj.)
- **korekční** (odstraňování negativního působení různých vnějších činitelů – rodiny, přátel, veřejnosti, různých druhů nejistot, fyzických i psychických indispozici, atd.)
- **relaxační** (nejrůznější formy krátkodobého i dlouhodobého oddechu s upřednostňováním oddechu aktivního – cílevědomé střídání období zátěže a latentního napětí s uvolněním, regenerací osobního potenciálu i rekreací, aktivní oddech střídání různých technik sociální rehabilitace – umělecké, hudební, pracovní, atd.)
- **pomocné** (psychoterapie, kineziterapie, artherapie, muzikoterapie, ergoterapie, aj.)
- **podpůrné** (pracovní rehabilitace, pracovní uplatnění, podporované zaměstnávání)
- **depistážní** (pomáhají odhalovat a zapojovat osoby se zdravotním postižením (disabilitou) do procesů sociální rehabilitace)¹⁶⁶

¹⁶⁵ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Je třeba znovu zdůraznit, že v rehabilitaci sociální, de facto v průběhu celého procesu integrace má i zde rodina osoby se zrakovým postižením (disabilitou) nezastupitelné místo.¹⁶⁷

¹⁶⁶ Vyhláška MPSV č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení Zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, ve znění pozdějších předpisů.

¹⁶⁷ MATOUŠEK, O., et al. Sociální služby, Praha: Portál. 2007. 184 s. ISBN 978-80-7367-310-9.

2. Cíle práce a hypotézy

Cílem práce je popsat integrační faktory/bariéry/hlediska se kterými osoba se zdravotním postižením (disabilitou), resp. zrakovým postižením přichází, během svého života/procesu integrace, do vzájemné akcelerace, možnosti jaké může při integračním procesu využívat (systém sociální péče a pomoci, systém zdravotní péče, systém podporovaného zaměstnávání, apod.). Hlavním cílem práce je vylíčit specifika integrace osob se zrakovým postižením (disabilitou), jejich osobní pohled na integraci/inkluzi.

Tato práce se bude zabývat těmito problémy a řešit zejména tyto výzkumné okruhy:

1. Dostupnost systému služeb, pomoci a péče pro osoby se zrakovým postižením (disabilitou)
2. Kvalita života osob se zrakovým postižením (disabilitou)
3. Limitace/bariéry integračního procesu osob se zrakovým postižením (disabilitou)
4. Pohled a zpětná vazba odborného personálu pracujících s osobami se zrakovým postižením (disabilitou)

Dílčím cílem této práce je, na základě mého výzkumu, formulování závěrů, doporučení a nových námětů k danému tématu (mohou být podkladem případného dalšího zkoumání), vnesení nového úhlu pohledu na tematiku integrace osob se zdravotním (zrakovým) postižením (disabilitou) a v neposlední řadě návrhů pro cestu k hlubšímu porozumění (snížení bariérovosti) mezi osobami se zrakovým postižením (disabilitou) a intaktní společností.

3. Metodika

Svůj výzkum se realizovala **ve dvou oblastních odbočkách SONS ČR** (Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých v ČR), města **Chomutova – SIA** (středisko integračních aktivit) **Mostu**, poskytující poradenství a pomoc osobám se zrakovým postižením (disabilitou), se kterými jsem navázala spolupráci v rámci své profese. Výzkumný soubor tvořili jedinci se **zrakovým postižením (disabilitou) v produktivním věku** (18-65 let). Sběr dat byl prováděn od **1. 4. 2012** do **1. 4. 2014**.

Na základě zodpovězení definovaných výzkumných otázek a pro splnění stanovených cílů byla zvolena **strategie kvalitativního výzkumu** formou tzv. **případové studie – studium sociálních skupin (osob se zrakovou disabilitou)**.

Kvalitativní výzkum je definován jako metoda používající induktivní formy vědeckých metod, hloubkové studium jednotlivých případů (zvláštnosti případů), nejružnější formy rozhovorů a kvalitativní pozorování. Orientuje se na explodování a probíhá nejčastěji v přirozeném sociálním prostředí.¹⁶⁸

Jak uvádí Disman, základem kvalitativního výzkumu je myšlenka, jehož cílem je porozumění požadující vhléd do co možno maximálního množství dimenzí dané problematiky.¹⁶⁹ Ve své práci usiluji o chápání integrace jako o dlouhodobém (nezřídka také trvalém) procesu osob se zdravotním (zrakovým) postižením (disabilitou), v kontextu všech jejích možných aspektů/bariér/faktorů a potencionálních intervenujících okolností.

Případová studie – studium sociálních skupin se vyznačuje zkoumáním malých přímo komunikujících skupin, ale také větších difuzních skupin, popisující a analyzující vztahy a aktivity ve skupině.¹⁷⁰

¹⁶⁸ HENDL, J., *Úvod do kvalitativního výzkumu*. 2. Vyd. Praha: Portál, 2008. 408 s. ISBN 978-80-7367-485-4.

¹⁶⁹ DISMAN, M., *Jak se vyrábí sociologická znalost: Příručka pro uživatele*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2005. 374 s. ISBN 80-246-0139-7.

¹⁷⁰ HENDL, J., *Úvod do kvalitativního výzkumu*. 2. Vyd. Praha: Portál, 2008. 408 s. ISBN 978-80-7367-485-4.

3.1 Techniky výzkumu

Zvolenou metodou kvalitativního výzkumu bylo **dotazování**, konkrétně technika **strukturovaného dotazníku a rozhovoru a to jak osob se zrakovým postižením (disabilitou), tak i odborného personálu pracujícího s osobami se zrakovým postižením (disabilitou).**

Záměrem bylo vyhledání relevantních ovlivňujících faktorů a interpretaci vztahů.

Dotazování bylo prováděno v prostorách místní oblastní odbočky **SONS ČR v Chomutově – SIA** a v **Mostě**, individuálně pak dle potřeby daného respondenta i v jeho sociálním prostředí (domácnost) v průběhu roku 2012-2014.

Ke sběru dat byl použit standardizovaný dotazník **SF - 36 O ZDRAVOTNÍM STAVU**¹⁷¹ a **vlastní strukturovaný dotazník**, rozhovor byl použit jako doplňkový faktor.

3.2 Zpracování dat

Odpovědi z dotazování (standardizovaného dotazníku a vlastního strukturovaného dotazníku, doplňkového rozhovoru) byly zpracovány do názorných grafů monitorující integrační postoje osob se zrakovým postižením (disabilitou).

Tematicky byla data u respondentů (osob se zrakovým postižením/disabilitou) rozdělena do několika oblastí/okruhů – Základní životopisné informace o šetřené osobě, Okruh otázek k sociálním službám, sociálnímu prostředí šetřené osoby, Okruh otázek ke kvalitě života šetřené osoby, Okruh otázek o zdravotním stavu šetřené osoby.

Pro hlubší pochopení dané tematiky a vnesení náhledu z řad odborné veřejnosti jsem použila vlastní strukturovaný dotazník pro odborný personál pracující s osobami se zrakovým postižením (disabilitou) v místních pobočkách SONS města Chomutova a Mostu, který je sestaven do několika okruhů – Základní informace o šetřeném subjektu, Okruh otázek k integraci osob se zrakovým postižením,

¹⁷¹ *Dotazník SF- 36 O ZDRAVOTNÍM STAVU*, [online] Dostupné z: http://www.iscare.cz/upl/files/f20b32abff5b75dotaznik_sf36.doc

3.2.1 Etika výzkumu

Výzkumná činnost musí být vždy zajištěna **dostatečnou ochrannou práv všech účastníků** při **maximalizaci možného přínosu** danému výzkumu a současně **minimalizaci možné újmy** objektu výzkumu.¹⁷² Etické otázky spojené s výzkumem je nezbytné pojednávat v plném vědomí dosahu na dané objekty. Vznikem tzv. etických komisí, řadou etických a právních norem jsou stanoveny hranice výzkumu, aby na jedné straně byla zajištěna důstojnost, neporušenost a svoboda daného jedince, na druhou stranu, aby byl dostatečný prostor pro výzkum (pokrok).¹⁷³ Ve své podstatě se jedná o konflikt mezi právem výzkumníka zabývat se tématem, který chce zkoumat a právem jednotlivých účastníků na soukromí.¹⁷⁴ Ne vždy si přitom uvědomujeme, že věda jako taková se programově zabývá fakticitou nezávisle na lidském pozorovateli (ideál je tzv. „value free“ vědy odhalující objektivně fakta bez jakýchkoliv ideologických omezení).¹⁷⁵

Výzkum byl realizován v místní pobočce Sjednocené organizace nevidomých a slabozrakých ČR (SONS) v Chomutově a v Mostě, kde byl představen záměr, předmět, objekt výzkumu a metody sběru informací. Po krátké diskusi a doplnění informací jsem obdržela souhlas místní pobočky SONS s výzkumem a byla stanovena pravidla průběhu výzkumu (akceptace chodu organizace, termíny a časový horizont výzkumu).

Základním výzkumným souborem byli osoby se zrakovým postižením (disabilitou) v produktivním věku (od 18-65 let). Dotazování bylo vždy prováděno samostatně v uzavřené místnosti, bez přítomnosti další osoby (doprovod, odborný pracovník).

Všichni respondenti byli seznámeni s cílem výzkumu, byl jim vysvětlen způsob získání, zpracování a následné užívání získaných dat s důrazem na zachování anonymity jejich uvedených odpovědí.

¹⁷² FERJENČÍK, J. Úvod do metodologie psychologického výzkumu. Praha: Portál, 2000. 256 s. ISBN 80-7278-367-6.

¹⁷³ DOLISTKA, J., VURM, V. *Vybrané kapitoly z bioetiky*. České Budějovice: JČU, 2004, 70 s. ISBN 80-7040-700-X.

¹⁷⁴ MIOVSKÝ, M. Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha: Grada, 2006. 332 s. ISBN 80 – 247- 1362-4.

¹⁷⁵ ŠIMEK, J. a kol. Etika klinického výzkumu a role etických komisí v jeho regulaci. Praha: Grada. 2012. 160 s. ISBN 978-80-247-3397-5.

3.3 Popis výzkumného souboru v případové studii

Do výzkumu byly zařazeny osoby, jež jsou osobami se zrakovým postižením (disabilitou) v produktivním věku (18 – 65 let), kteří jsou aktivními členy místní pobočky organizace SONS ČR v Chomutově a v Mostě a to v období 1. 4. 2012 až 1. 4. 2014. Těchto respondentů bylo 30.

Při výběru vhodných respondentů do výzkumu bylo podstatným hlediskem zrakové postižení (disabilita), produktivní věk (18-65 let) a aktivní účast v místních pobočkách SONSu ČR (bez ohledu na hloubku zrakového postižení, dobu vzniku zrakového postižení, příčinu vzniku zrakového postižení, pohlaví, vzdělání, věk, národnost či sociální statut).

Výzkumný soubor tvořili respondenti **s různými variacemi diagnóz zrakového (zdravotního) postižení**. Pro komplexnější vhled do této tematiky uvádím následující přehled charakteristik a klasifikace zrakového postižení (disability).

Zrakové vnímání umožňuje systém složitých struktur a funkcí uplatňující se v různých fázích procesu vidění prostřednictvím **zrakového analyzátoru**, který se skládá z **oka** (zde jsou zachycovány zrakové podněty), **zrakové dráhy** (zrakovým nervem jsou vedeny do mozku) a **korového centra v mozku** (podněty jsou zde zpracovány na zrakové vjemy). Nejdůležitějšími parametry vidění jsou **zraková ostrost** (udává se v délkových jednotkách) a **zorné pole** (udává se ve stupních).

Etiologie vzniku zrakového postižení (disability) je různá (např. vysoký nitrooční tlak – tzv. Glaukom, poškození zrakového nervu, poškození sítnice, čočky, rohovky, aj. částí zrakového analyzátoru korových center v mozku nevyjímaje). Zrakové postižení (disabilita) je charakterizováno jako postižení funkce zraku, které již nelze korigovat do normálního vidění, u kterého dochází k různé míře informačního deficitu (rozpoznávání tvarů, lokalizace objektů v prostoru, rozlišení objektů, vnímání vzdáleností, vnímání hloubky prostoru, vnímání pohybu, vnímání kontrastu, selekce informací apod.)¹⁷⁶

Klasifikace zrakového postižení (disability) je rozdílná v jednotlivých oblastech vědy.

¹⁷⁶ MICHALÍK, J. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*, Praha. Portál, 2011. 512 s. ISBN 978-80-7367-859-3.

Zrakové postižení (disability) je možno rozdělit podle postižených zrakových funkcí:

- snížení zrakové ostrosti
- omezení zorného pole
- poruchy barvocitu
- poruchy akomodace (refrakční vady)
- poruchy zrakové adaptace
- poruchy okoohybné aktivity
- poruchy hloubkového (3D) vidění

Klasifikace zrakového postižení (disability) podle stupně zrakového postižení (disability):

- lehká a střední slabozrakost
- těžká slabozrakost, praktická slepota (zbytky zraku)
- úplná slepota, bez světlocitu (nevidomost)

Klasifikace zrakového postižení (disability) podle doby vzniku:

- vrozené
- získané

Klasifikace zrakového postižení (disability) podle etiologie:

- orgánové (např. vady sítnice, čočky)
- funkční (poruchy binokulárního vidění)¹⁷⁷

WHO v 10. revizi MKN rozděluje oslabení či ztrátu zraku následovně:

- **H00 - H06** Nemoci očního víčka, slzného ústrojí a očnice
- **H10 - H13** Onemocnění spojivky
- **H15 - H22** Nemoci skléry, rohovky, duhovky a řasnatého tělesa

¹⁷⁷ SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada. 1. vyd. 2007.160s. ISBN 978-80-247-1733-3.

- **H25 - H28** Onemocnění čočky
- **H30 - H36** Nemoci cévnatky (chorioidey) a sítnice /retiny)
- **H40 - H42** Glaukom
- **H43 - H45** Nemoci sklivce a očního bulbu
- **H49 - H52** Poruchy očních svalů, binokulárního pohybu, akomodace a refrakce
- **H53 - H54** Poruchy vidění a slepota
- **H55 - H59** Jiné nemoci oka a očních adnex¹⁷⁸

Variace zrakového (zdravotního) postižení (disability) jsou natolik individuální, že i osoby, zdánlivě se stejnými fyziologickými a patofyziologickými nálezy mají odlišné schopnosti (psaní, čtení, prostorová orientace, komunikace, adaptace aj.).

3.3.1 Popis organizace SONS ČR

Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých České republiky je občanským sdružením, které sdružuje přes 12 000 těžce zrakově postižených občanů, jejich rodinných příslušníků a příznivců.

Legitimita jednotlivých orgánů, struktura řízení a kontrolních mechanismů se odvíjí od členů SONS, kteří svou činnost vyvíjejí v oblastních odbočkách. Ty působí v drtivé většině bývalých okresů ČR.

Nejvyšším orgánem oblastní odbočky je oblastní shromáždění. Na něm členové odbočky volí jednak orgány oblastní odbočky (oblastní radu, revizní komisi oblastní odbočky), jednak delegáty na Celostátní shromáždění, které je nejvyšším orgánem SONS.

Celostátní shromáždění je tvořeno jednak delegovanými zástupci všech oblastních odboček SONS, jednak osobami, které byly na předchozím Celostátním shromáždění zvoleny do funkce prezidenta, viceprezidenta a přímo volených členů Republikové rady.

¹⁷⁸ *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, Geneva: WHO, 1992, 779 s,

Celostátní shromáždění volí prezidenta, viceprezidenta, přímo volené členy Republikové rady a Republikové revizní komise.

Republiková rada je kromě přímo volených členů, prezidenta a viceprezidenta tvořena také předsedy všech krajských koordinačních rad, které působí ve všech krajích ČR.

Krajská koordinační rada je tvořena předsedy nebo jinými delegovanými zástupci oblastních rad odboček, které vyvíjejí svou činnost na území příslušného kraje a z jednoho zástupce každé obecně prospěšné společnosti zřízené SONS, která působí v příslušném kraji.

V rámci oblastních odboček působí různé zájmové i profesní kluby; díky zájmu nevidomých a slabozrakých členů působí některé profesně zájmové kluby také na celostátní úrovni.

Republiková revizní komise kontroluje činnost prezidenta, viceprezidenta, Republikové rady i ekonomického útvaru a odborných středisek. Republiková revizní komise metodicky řídí práci Krajských a oblastních revizních komisí.

Aby SONS mohla plnit své poslání a efektivně přispívat k zvyšování kvality života občanů s těžkým zrakovým postižením v běžné společnosti, vytvořila SONS celou řadu **odborných středisek**, z nichž některá jsou již dnes ustavena jako samostatné obecně prospěšné společnosti, jejichž zřizovatelem je SONS. Aby byla v maximální míře dodržována zásada decentralizace, má SONS v jejich orgánech jen menšinové (třetinové) zastoupení.¹⁷⁹

Odborné středisko SONS ČR SIA v Chomutově

Středisko integračních aktivit (SIA) v Chomutově funguje od roku 1997 a **nabízí několik služeb pro osoby se zrakovým postižením (disabilitou) i kombinovaného zdravotního postižení (disability):**

- **služby prvního kontaktu s těžce zrakově postiženým člověkem;**

¹⁷⁹ SONS ČR. [online] Poslední aktualizace 20. 6. 2014 Dostupné z: <http://www.sons.cz/rady.php>

- **základní poradenství o možnostech kompenzace handicapu zrakového postižení, pomůckách denní potřeby i poskytovatelích služeb takto postiženým lidem;**
- **speciální sociálně právní a pracovně právní poradenství;**
- **setkávání ve svépomocných klubech a socioterapeutických skupinách pro zrakově postižené občany;**
- **rozvoj a docvičování dovedností získaných v programech základní rehabilitace** (vaření, práce v domácnosti, čtení atd.) realizovaných ve střediscích Tyfloservisů, o.p.s., Pobytové rehabilitační a rekvalifikační středisko Dědina, o.p.s. a u dalších poskytovatelů těchto služeb;
- **zpřístupňování informací nevidomým a jinak těžce zrakově postiženým občanům včetně vydávání regionálních informačních časopisů a bulletinů;**
- **podporu pracovního uplatnění zrakově postižených občanů zahrnující vyhledávání pracovních míst, pomoc při zřizování a úpravách pracovišť nebo setkávání v aktivačních Job-klubech;**
- **odstraňování architektonických bariér v regionech;**
- **tam, kde jsou k tomu podmínky, koordinaci a zajišťování průvodcovské a předčitatelské služby.**

Odborné středisko SONS ČR SIA v Chomutově poskytuje svoje služby 5 dní v týdnu po 8 h denně na regionální (v rámci kraje- Ústecký) úrovni. Odborný tým tvoří 1 (odborný pracovník) + 5 (dobrovolník) pracovníků. Forma uzavírání dohody se zájemce o službu je ústní i písemná. Prostředí provozování služeb není bezbariérové (schody). Organizace spolupracuje s dalšími subjekty – obec, neziskové organizace, zdravotnické zařízení, sociální zařízení.

V současné době má odborné středisko SONS ČR SIA v Chomutově v evidenci 147 členů, z toho doposud využilo služby organizace 1706 osob se zrakovým postižením (disabilitou).

Klubová činnost místní pobočky SONS ČR v Chomutově funguje od roku 1990.

Odborné středisko SONS ČR v Mostě

Je nově vzniklá místní pobočka SONS ČR (2014) působící v oblasti sociálních služeb a sociální péče, zaměřená na oblast poskytování základní poradenství a volnočasové aktivity určené osobám se zrakovým postižením (disabilitou).

Chod organizace zajišťuje odborný personál (2 osoby), vždy 2 dny v týdnu po 8 h denně v bezbariérovém prostředí na mikroregionální úrovni (v rámci okresu).

Služby se sjednávají na základě písemné dohody a jsou určené pro osoby se zrakovým postižením (disabilitou) starší 16 let.

Místní odbočka SONS ČR v Mostě spolupracuje s dalšími neziskovými organizacemi (např. místní odbočka SONS v Chomutově, Litoměřicích, Karlových Varech).

V současné době má místní pobočka SONS ČR v Mostě v evidenci 30 osob se zrakovým postižením (disabilitou), z toho 15 osob využívá služby organizace opakovaně.

4. Výsledky

Zadáním pro evaluaci výzkumu bylo ověření, zda a jak vzniklé vazby a procesy, které jsou součástí integračního procesu, se podílejí na integračním procesu a ve své podstatě i kvalitě života osoby se zrakovým postižením (disabilitou).

4.1 Evaluace dotazníků vyplněných respondenty výzkumu

Ve výzkumu byly použity 3 typy dotazníků, z toho dva (nestandardizovaný viz příloha č. 1 a standardizovaný SF – 36 viz příloha č. 2) určené pro osoby se zrakovým (zdravotním) postižením (disabilitou) a jeden (nestandardizovaný viz příloha č. 3) pro odborný personál pracující s osobami se zrakovým (zdravotním) postižením (disabilitou).

4.1.1 Nestandardizovaný dotazník určený pro osoby se zrakovým (zdravotním) postižením (disabilitou)

Tento dotazník byl rozdělen do 3 výzkumných okruhů:

1. Základní životopisné informace o šetřené osobě

2. Okruh otázek k sociálním službám, sociálnímu prostředí šetřené osoby

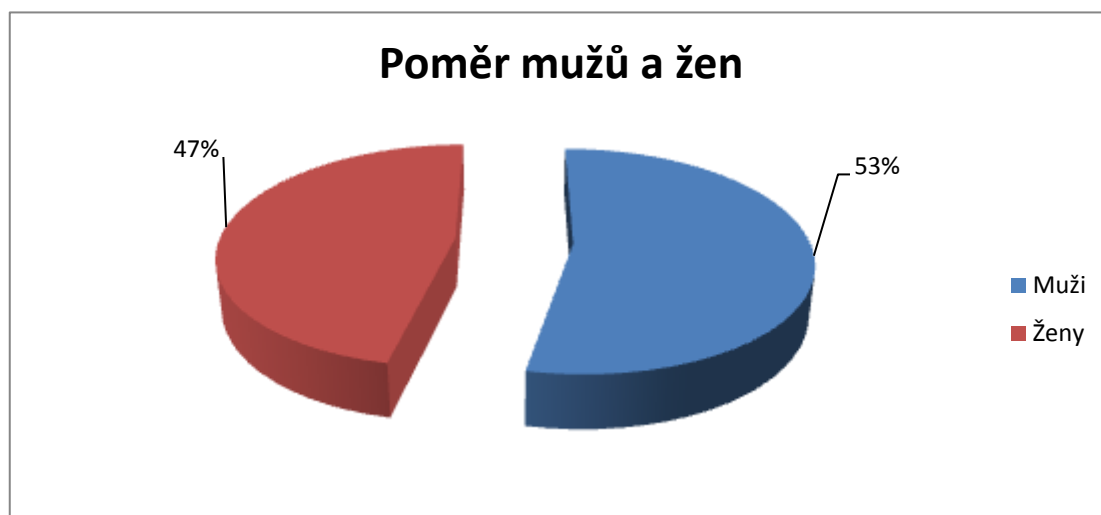
3. Okruh otázek ke kvalitě života šetřené osoby

1. Základní životopisné informace o šetřené osobě

Ke zpracování bylo přijato 30 řádně vyplněných dotazníků.

1.1 Pohlaví

Graf č. 1 Poměr mužů a žen



Z 30 respondentů, kteří se zúčastnili dotazníkového šetření, bylo 14 žen (47%) a 16 mužů (53%).

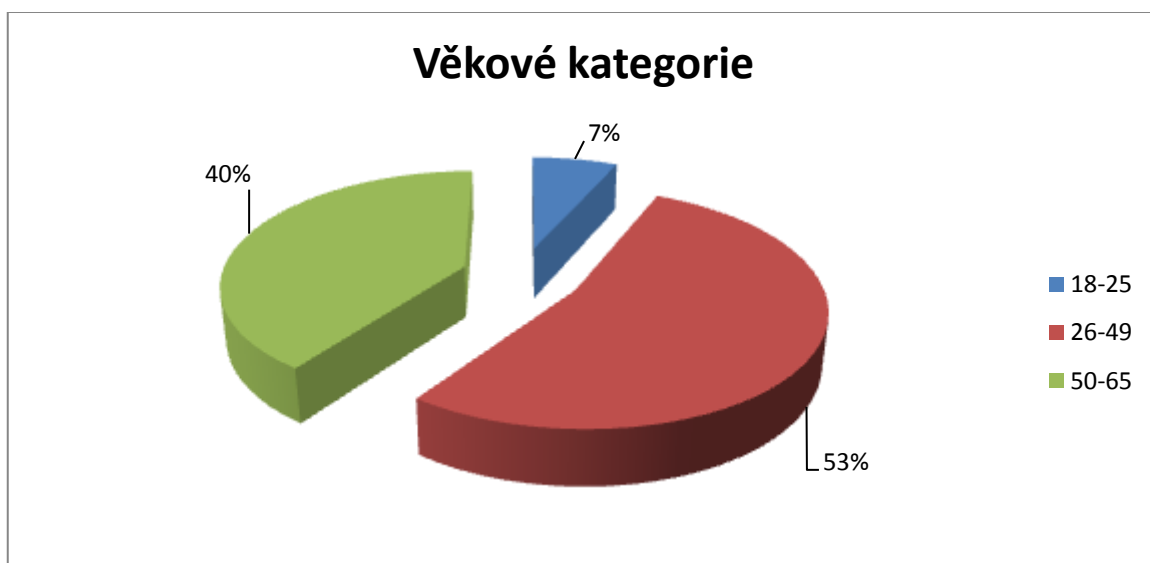
Zdroj: vlastní výzkum

1.2 Věková kategorie

Z chronologického hlediska byly vytvořeny následující věkové kategorie:

<u>Kategorie</u>	<u>Možnosti</u>
• 18-25 let	2
• 26-49 let	16
• 50-65 let	12

Graf č. 2 Věkové kategorie



Z hlediska věkové struktury převažovali respondenti (16 osob) ve věkové kategorii 26-49 let (53%), 12 respondentů bylo ve věku 50-65 let (40%), a nejméně bylo osob (2) ve věkové kategorii 18-25 let (7%).

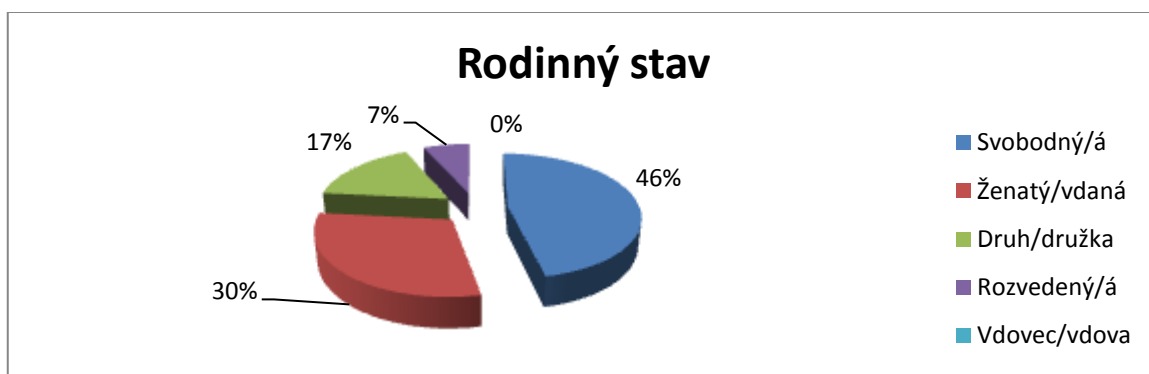
Zdroj: vlastní výzkum

1.3 Rodinný stav

Výzkumné hledisko rodinný stav bylo rozděleno do následujících kategorií:

Kategorie	<u>Možnosti</u>
• Svobodný/á	14
• Ženatý/vdaná	9
• Druh/družka	5
• Rozvedený/á	2
• Vdovec/vdova	0

Graf č.3 Rodinný stav

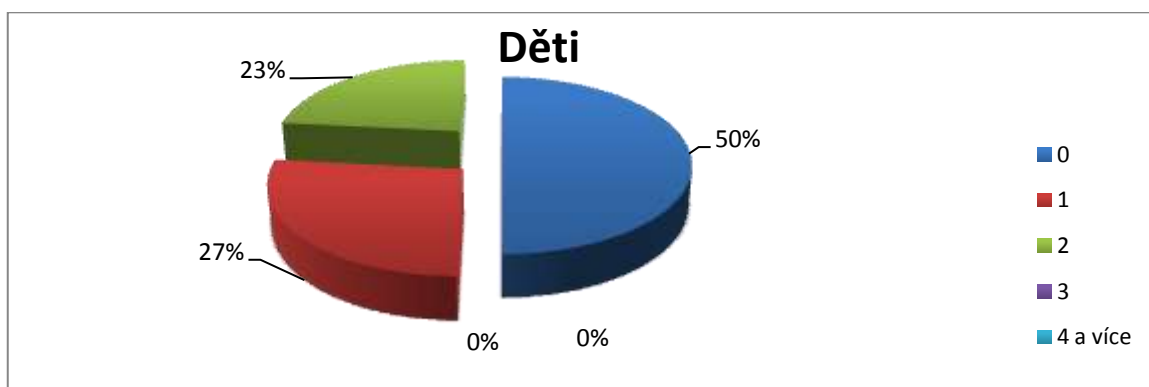


Zastoupení v jednotlivých kategoriích bylo následující – 14 osob (46%) mělo zastoupení v kategorii svobodný, 9 osob (30%) bylo v kategorii ženatý/vdaná, 5 osob (17%) uvedlo kategorii druh/družka, 2 osoby (7%) bylo v kategorii rozvedený/rozvedená a 0 osob (0%) bylo v kategorii vdovec/vdova.

Zdroj: vlastní výzkum

1.4 Děti

Graf č. 4 Děti

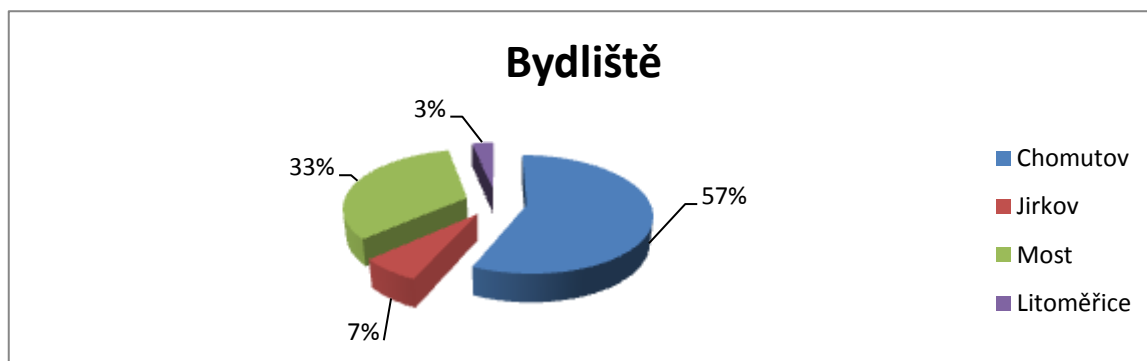


Z celkového počtu 30 respondentů bylo 15 osob (50%) bez dětí z toho 8 osob (27%) mělo 1 dítě, 7 osob (23%) mělo 2 děti, 0 osob (0%) mělo 3 děti a 0 osob (0%) mělo 4 a více dětí.

Zdroj: vlastní výzkum

1.5 Místo bydliště (okres, obec)

Graf č. 5 Bydliště



Z hlediska bydliště většina respondentů 17 (57%) osob byla z Chomutova, 2 osoby (7%) byly z Jirkova, 10 osob (33%) bylo z Mostu a nejméně osob 1(3%) bylo z Litoměřic.

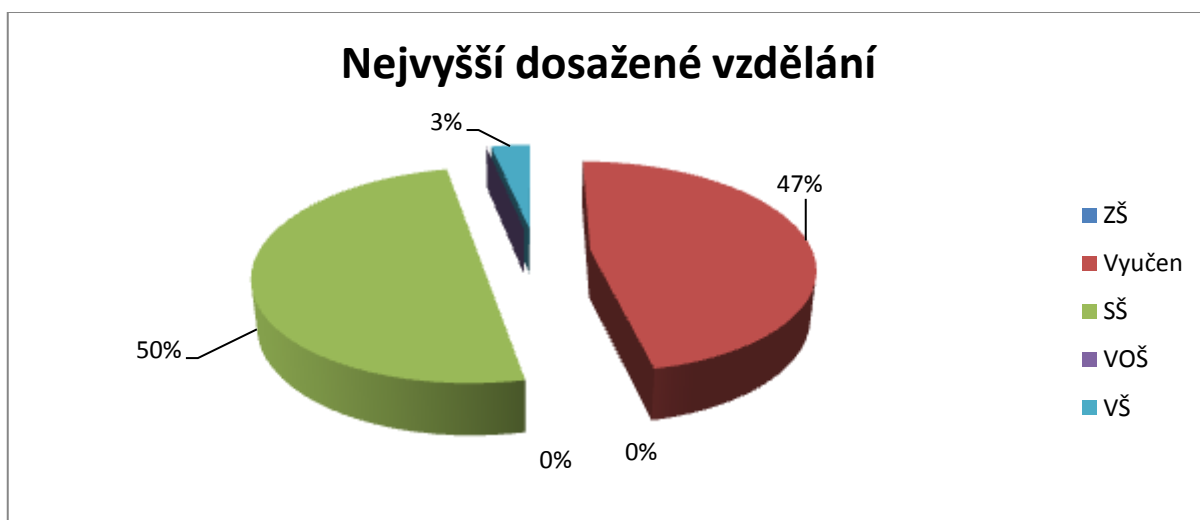
Zdroj: vlastní výzkum

1.6 Nejvyšší dosažené vzdělání

Pro vzdělání byly vytvořeny následující kategorie:

<u>Kategorie</u>	<u>Možnosti</u>
• Základní	0
• Vyučen	14
• Střední škola	15
• Vyšší odborná škola	0
• Vysoká škola	1

Graf č. 6 Nejvyšší dosažené vzdělání



Polovina respondentů 15 osob (50%) uvedla jako nejvyšší dosažené vzdělání střední školu (SŠ), dále 14 respondentů (47%) uvedlo jako své nejvyšší dosažené vzdělání vyučení, 0 osob (0%) mělo základní vzdělání (ZŠ), 0 osob (0%) mělo vyšší odborné vzdělání (VOŠ) a 1 osoba (3%) uvedla jako své nejvyšší dosažené vzdělání vysokou školu (VŠ).

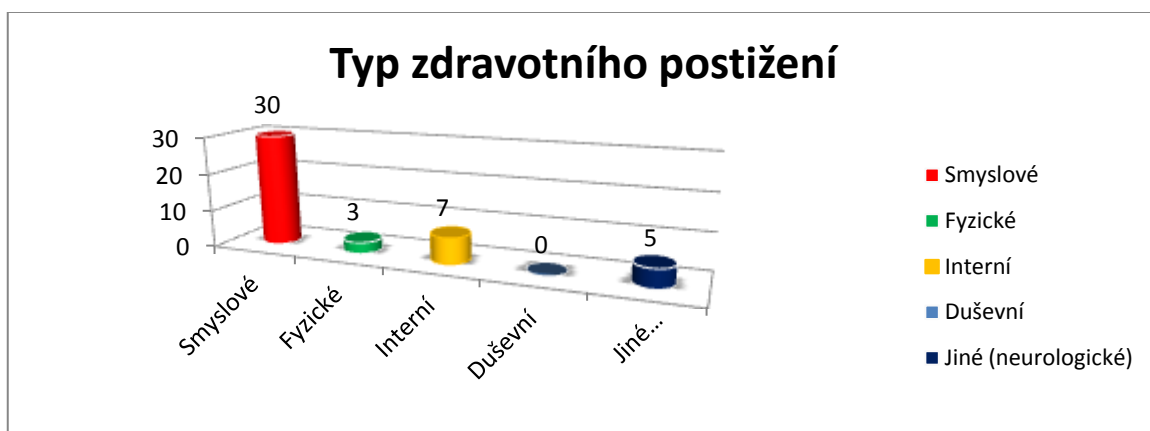
Zdroj: vlastní výzkum

1.7 Typ zdravotního postižení

Kategorie zdravotního postižení byly ve výzkumu následující:

<u>Kategorie</u>	<u>Možnosti</u>
• Smyslové	30
• Fyzické	3
• Interní	7
• Duševní	0
• Jiné (neurologické)	5

Gaf č. 7 Typ zdravotního postižení



Zastoupení respondentů z hlediska kategorií zdravotního postižení bylo následující – všech 30 respondentů mělo smyslové (zrakové) postižení, z toho ještě 3 osoby měly fyzické postižení, 7 osob interní postižení, 0 osob duševní a 5 osob jiné zdravotní postižení (neurologické).

V několika případech respondenti uvedli více možností, proto zde neuvádím procentuální zastoupení.

Zdroj: vlastní výzkum

1.8 Doba vzniku zdravotního postižení

Pro dobu vzniku zdravotního postižení byly vytvořeny následující kategorie:

<u>Kategorie</u>	<u>Možnosti</u>
• Od narození	15
• Následkem nemoci	13
• Následkem úrazu	2

Graf č. 8 Vznik zdravotního postižení



Ze všech 30 respondentů měla polovina (15) osob (50%) své zdravotní postižení od narození, dále 13 osob (43%) mělo zdravotní postižení následkem nemoci a jen 2 osoby (7%) měly zdravotní postižení následkem úrazu.

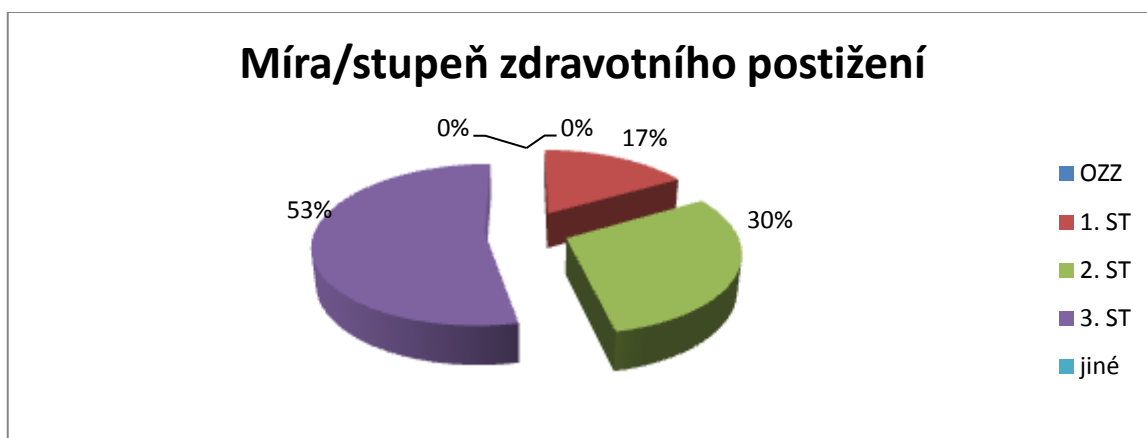
Zdroj: vlastní výzkum

1.9 Míra/stupeň zdravotního postižení

Pro stanovení míry/stupně zdravotního postižení byly vytvořeny následující kategorie:

<u>Kategorie</u>	<u>Možnosti</u>
• Osoba zdravotně znevýhodněná (OZZ)	0
• I. stupeň invalidity (1. ST)	5
• II. stupeň invalidity (2. ST)	9
• III. stupeň invalidity (3. ST)	16
• Jiné	0

Graf č. 9 Míra/stupeň zdravotního postižení



Z hlediska míry/stupně zdravotního postižení byla ze všech 30 respondentů nadpoloviční většina 16 osob (53%) ve III. stupni invalidity, dále 9 osob (30%) ve II. stupni invalidity, 5 osob (17%) v I. stupni invalidity a 0 osob (0%) v kategorii jiné.

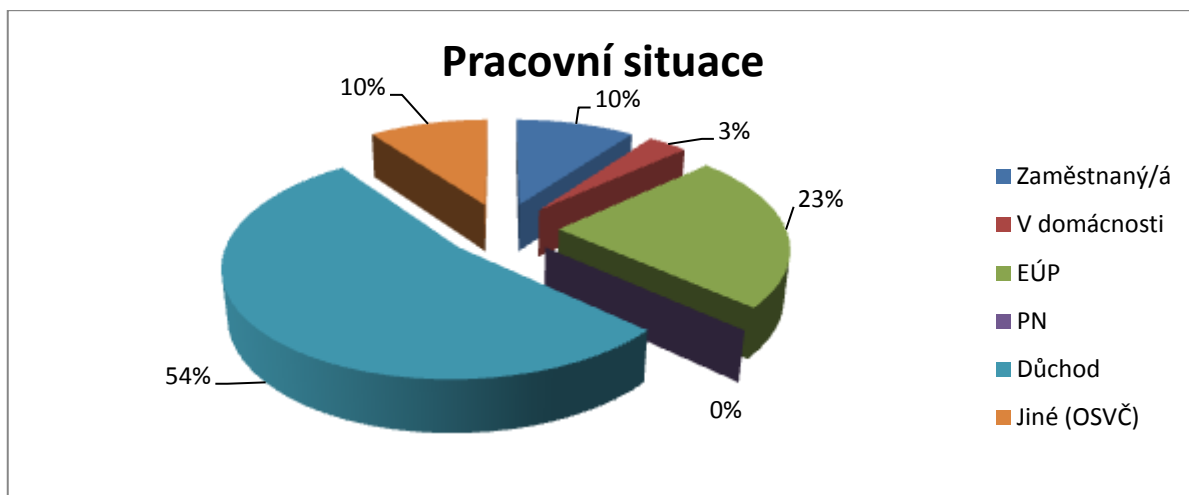
Zdroj: vlastní výzkum

1.10 Pracovní situace

Pro pracovní situaci byly vytvořeny následující kategorie:

<u>Kategorie</u>	<u>Možnosti</u>
• Zaměstnaný/á	3
• V domácnosti	1
• V evidenci Úřadu práce ČR (EÚP)	7
• Pracovní neschopnost (PN)	0
• Důchod	16
• Jiné (OSVČ)	3

Graf č. 10 Pracovní situace



Nejvíce respondentů 16 osob (54%) uvedlo, že pobírají důchod, dále 7 osob (23%) uvedlo, že jsou v evidenci Úřadu práce ČR, 3 osoby (10%) uvedly, že jsou zaměstnány, 3 osoby (10%) uvedly kategorii jiné (OSVČ), 0 osob (0%) uvedlo, že je v pracovní neschopnosti a 1 osoba (3%) uvedla, že je v domácnosti.

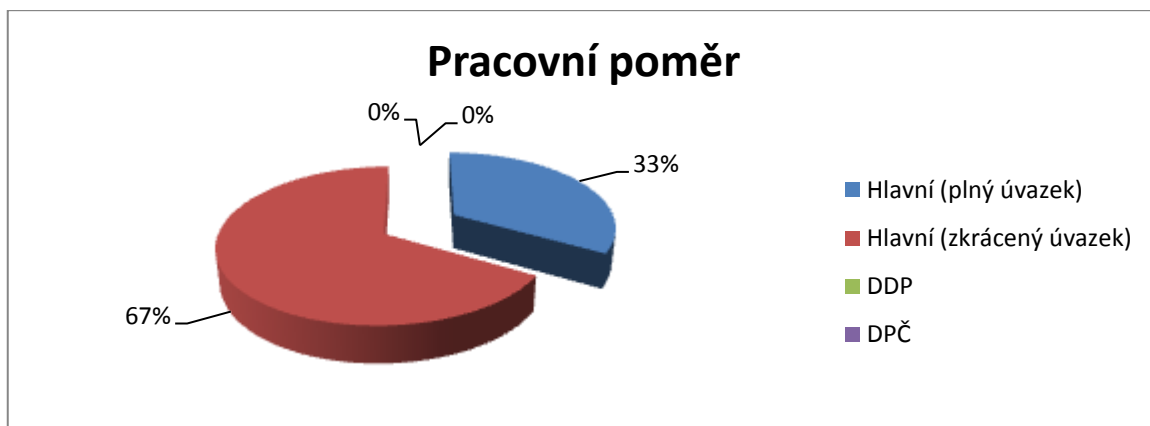
Zdroj: vlastní výzkum

1.11 Pracovní poměr

Z hlediska pracovního poměru byly vytvořeny tyto kategorie:

<u>Kategorie</u>	<u>Možnosti</u>
• Hlavní (plný úvazek)	2
• Hlavní (zkrácený úvazek)	4
• Vedlejší (dohoda o provedení práce – DPP)	0
• Vedlejší (dohoda o pracovní činnosti – DPČ)	0

Graf č. 11 Pracovní poměr



Z celkového počtu 6 uchazečů, kteří uvedli, že jsou zaměstnány, bylo jejich zastoupení v kategorii hlavní (plný úvazek) 2 osoby (33%), v kategorii hlavní (zkrácený úvazek) byly 4 osoby (67%), v kategorii vedlejší (dohoda o provedení činnosti-DPP) bylo 0 osob (0%) a v kategorii vedlejší (dohoda o pracovní činnosti – DPČ) bylo taktéž 0 osob (0%).

Zdroj: vlastní výzkum

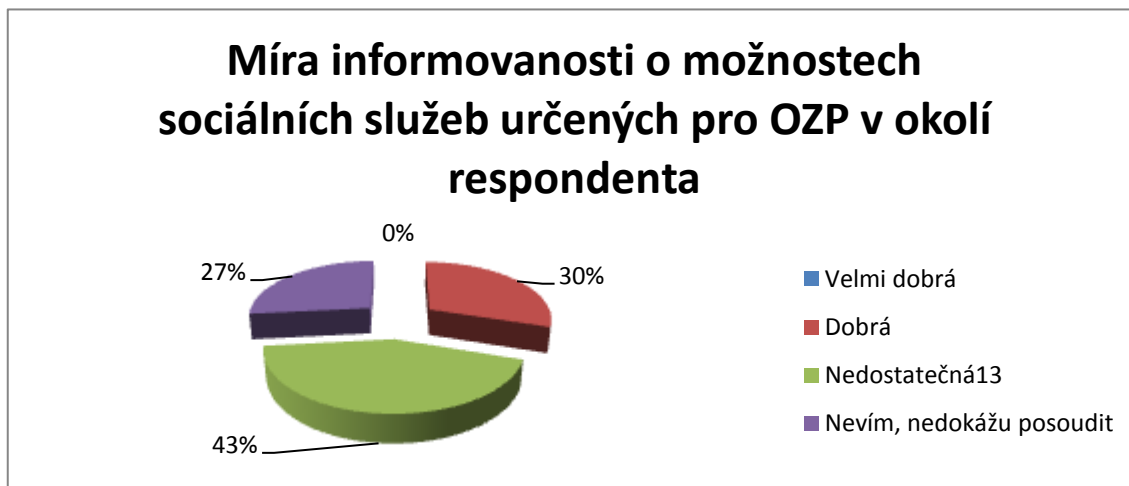
2. Okruh otázek k sociálním službám, sociálnímu prostředí šetřené osoby

2.1 Jak byste osobně zhodnotil/a míru informovanosti o možnostech sociálních služeb určených pro OZP ve vašem okolí?

Pro tuto otázku byly vytvořeny následující kategorie:

<u>Kategorie</u>	<u>Možnosti</u>
• Velmi dobrá	0
• Dobrá	9
• Nedostatečná	13
• Nevím, nedokážu posoudit	8

Graf č. 12 Míra informovanosti o možnostech sociálních služeb určených pro OZP v okolí respondenta



Z celkového počtu 30 respondentů zhodnotilo míru informovanosti o možnostech služeb jako velmi dobrou 0 osob (0%), 9 osob (30%) jako dobrou, pro 13 osob (43%) je nedostatečná a 8 osob (27%) tuto otázku nedokázali posoudit.

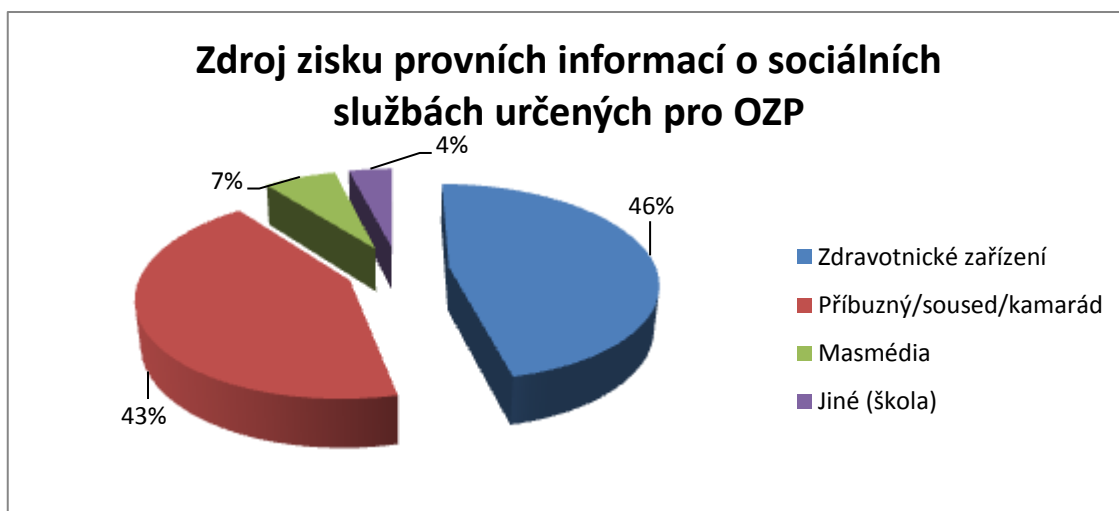
Zdroj: vlastní výzkum

2.2 Uveďte zdroj, kde jste získal/a první informace o sociálních službách určené pro OZP

Kategorie pro tuto otázku jsou následující:

<u>Kategorie</u>	<u>Možnosti</u>
• Zdravotnické zařízení	14
• Příbuzný/soused/kamarád	13
• Masmédia	2
• Jiné (škola)	1

Graf č. 13 Zdroj zisku prvotních informací o sociálních službách určených pro OZP



V této otázce 14 respondentů (46%) uvedlo jako zdroj získání první informace o sociálních službách určených pro OZP zdravotnické zařízení, 13 osob (43%) uvedlo kategorii příbuzný/soused/kamarád, 2 osoby (7%) uvedly kategorii masmédia a 1 osoba (4%) uvedla kategorii jiné (škola).

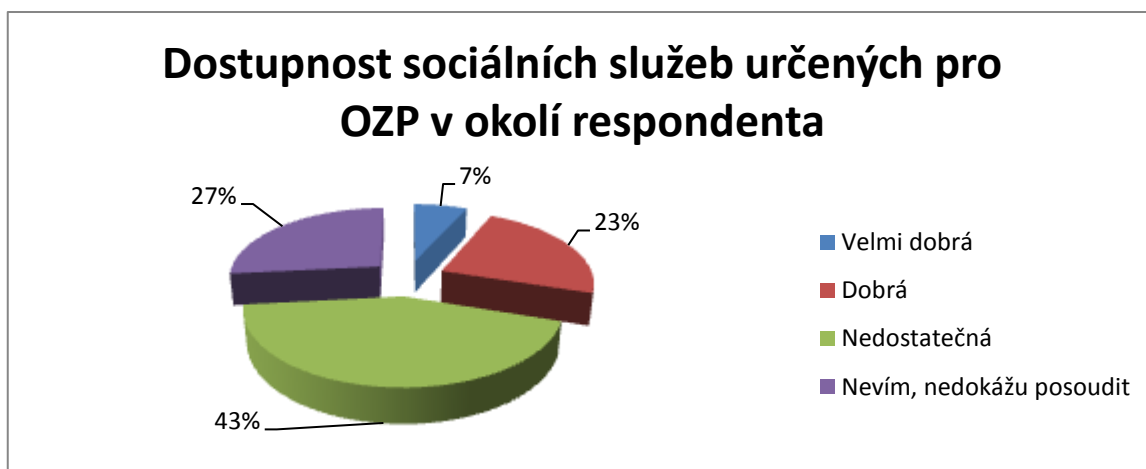
Zdroj: vlastní výzkum

2.3 Jak byste zhodnotil/a dostupnost sociálních služeb určených pro OZP ve vašem okolí?

Pro tuto otázku byly vytvořeny tyto kategorie:

<u>Kategorie</u>	<u>Možnosti</u>
• Velmi dobrá	2
• Dobrá	7
• Nedostatečná	13
• Nevím, nedokážu posoudit	8

Graf č. 14 Dostupnost sociálních služeb určených pro OZP v okolí respondenta



Většina 13 osob (43%) z dotazovaných respondentů zhodnotila dostupnost sociálních služeb určených pro OZP ve vašem okolí jako nedostatečnou, 7 osob (23%) jako dobrou, 2 osoby (7%) jako velmi dobrou a 8 respondentů (27%) tuto otázku nedokázala posoudit.

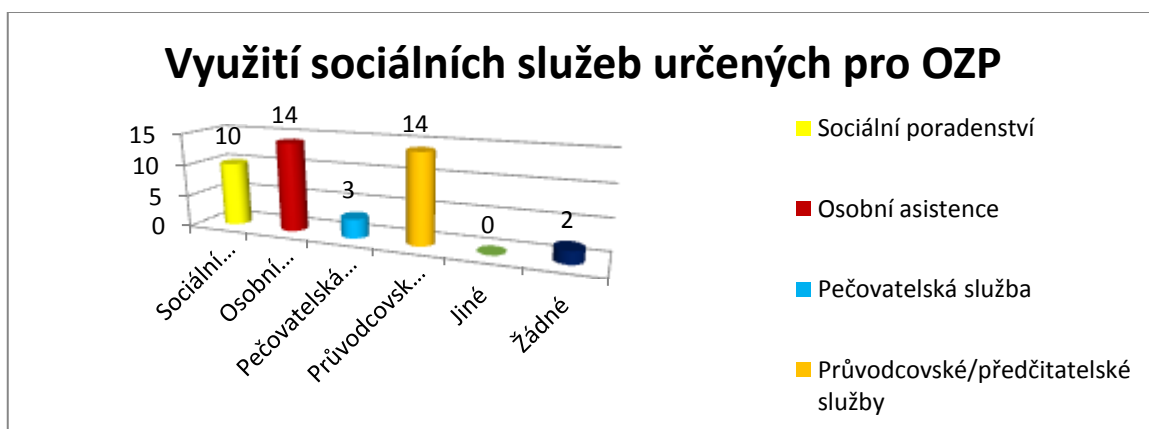
Zdroj: vlastní výzkum

2.4 Které sociální služby určené pro OZP využíváte?

V této otázce byly stanoveny následující kategorie:

<u>Kategorie</u>	<u>Možnosti</u>
• Sociální poradenství	10
• Osobní asistence	14
• Pečovatelská služba	3
• Průvodcovské/předčitatelské služby	14
• Jiné	0
• Žádné	2

Graf č. 15 Využití sociálních služeb určených pro OZP



Z 30 respondentů využilo sociální poradenství 10 osob, dále 14 respondentů uvedlo využití osobní asistence, 3 osoby uvedly pečovatelskou službu, 14 respondentů průvodcovské/předčitatelské služby, 0 respondentů uvedlo kategorii jiné a 2 osoby uvedly, že neužívají žádné sociální služby určené pro OZP.

V několika případech respondenti uvedli více možností, proto zde neuvádím procentuální zastoupení.

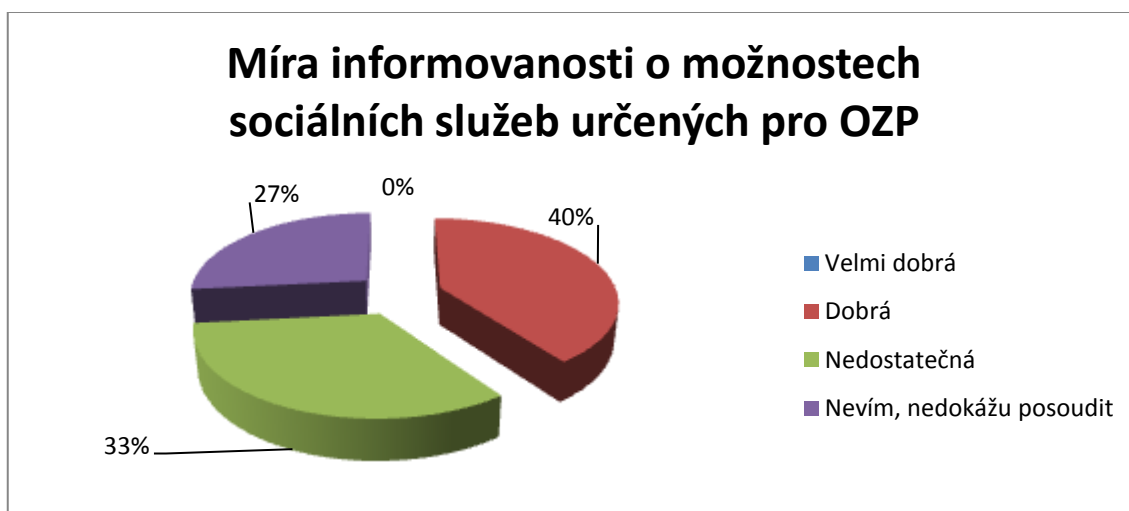
Zdroj: vlastní výzkum

2.5 Jak byste osobně zhodnotil/a míru informovanosti o možnostech sociálních dávek určených pro OZP?

Pro tuto otázku byly vytvořeny kategorie:

<u>Kategorie</u>	<u>Možnosti</u>
• Velmi dobrá	0
• Dobrá	12
• Nedostatečná	10
• Nevím, nedokážu posoudit	8

Graf č. 16 Míra informovanosti o možnostech sociálních služeb určených pro OZP



Nejvíce respondentů 12 osob (40%) zhodnotilo míru informovanosti o možnostech sociálních dávek určených pro OZP jako dobrých, 10 respondentů (33%) jako nedostatečných, 8 respondentů (27%) tuto otázku nedokázalo posoudit a 0 osob jako velmi dobrých.

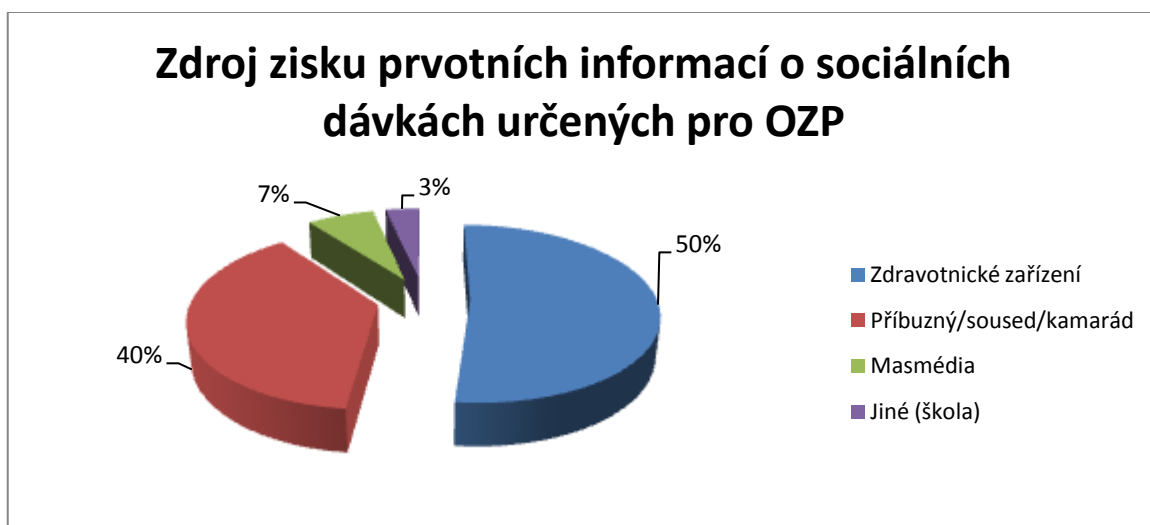
Zdroj: vlastní výzkum

2.6 Uveďte zdroj, kde jste získal/a první informace o sociálních dávkách určených pro OZP

Pro tuto otázku byly vytvořeny tyto kategorie:

<u>Kategorie</u>	<u>Možnosti</u>
• Zdravotnické zařízení	15
• Příbuzný/soused/kamarád	12
• Masmédia	2
• Jiné	1

Graf č. 17 Zdroj zisku prvotních informací o sociálních dávkách určených pro OZP



Z odpovědí respondentů vyplývá, že 15 osob (50%) získalo první informace o sociálních dávkách určených pro OZP ze zdravotnického zařízení, 12 osob (40%) od příbuzného/sousedá/kamaráda, 2 osoby (7%) od masmédií a 1 osoba (3%) uvedla kategorii jiné (škola).

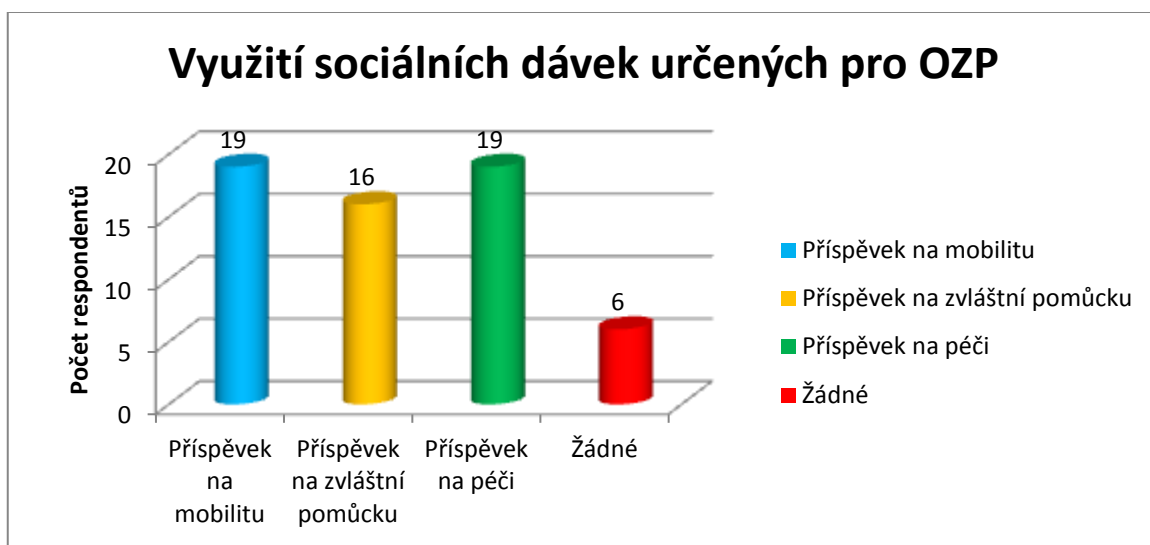
Zdroj: vlastní výzkum

2.7 Které sociální dávky určené pro OZP využíváte?

Pro tuto otázku byly zvoleny následující kategorie:

<u>Kategorie</u>	<u>Možnosti</u>
• Příspěvek na mobilitu	19
• Příspěvek na zvláštní pomůcku	16
• Příspěvek na péči	19
• Žádné	6

Graf č. 18 Využití sociálních dávek určených pro OZP



Z celkového počtu 30 respondentů 19 osob odpovědělo, že využívá příspěvek na mobilitu, 16 osob využívá příspěvek na zvláštní pomůcku, 19 osob využívá příspěvek na péči a 6 osob uvedlo kategorii žádné.

V několika případech respondenti uvedli více možností, proto zde neuvádím procentuální zastoupení.

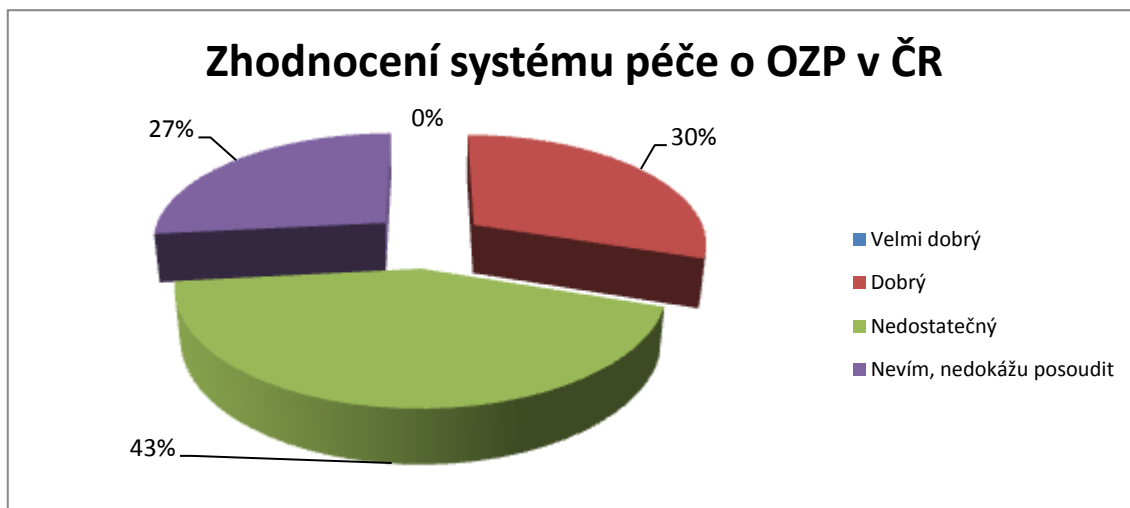
Zdroj: vlastní výzkum

2.8 Jak byste osobně zhodnotil/a systém péče o OZP v ČR?

V této otázce byly vytvořeny tyto kategorie:

<u>Kategorie</u>	<u>Možnosti</u>
• Velmi dobrý	0
• Dobrý	9
• Nedostatečný	13
• Nevím, nedokážu posoudit	8

Graf č. 19 Zhodnocení systému péče o OZP v ČR



Nejvíce respondentů 13 (43%) zhodnotila systém péče o OZP v ČR jako nedostatečný, 9 respondentů (30%) jako dobrý, 0 (0%) respondentů jako velmi dobrý a 8 respondentů (27%) tuto otázku nedokázalo posoudit.

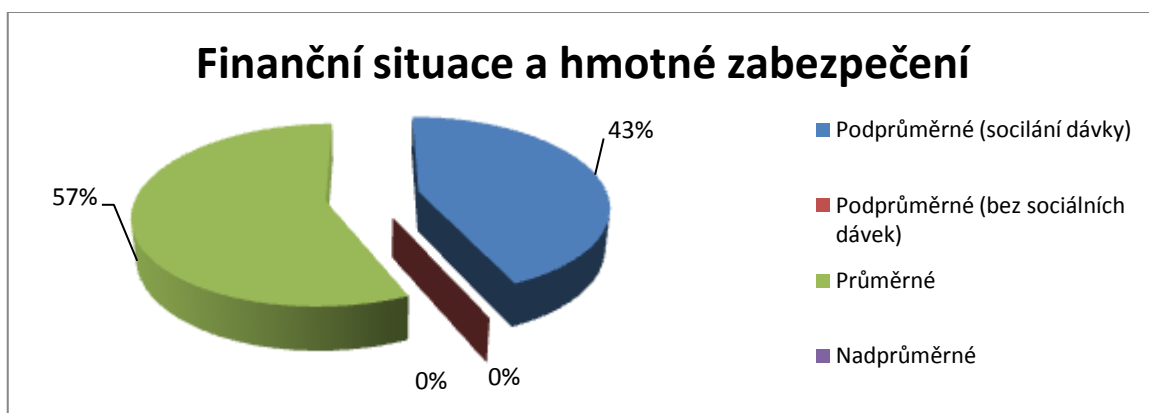
Zdroj: vlastní výzkum

2.9 Jak byste v porovnání s ostatními rodinami/jednotlivci zhodnotil/a svou finanční situaci a hmotné zabezpečení?

V této otázce byly použity následující kategorie:

<u>Kategorie</u>	<u>Možnosti</u>
• Podprůměrné (požívám sociální dávky)	13
• Podprůměrné (bez sociálních dávek)	0
• Průměrné	17
• Nadprůměrné	0

Graf č. 20 Finanční situace a hmotné zabezpečení

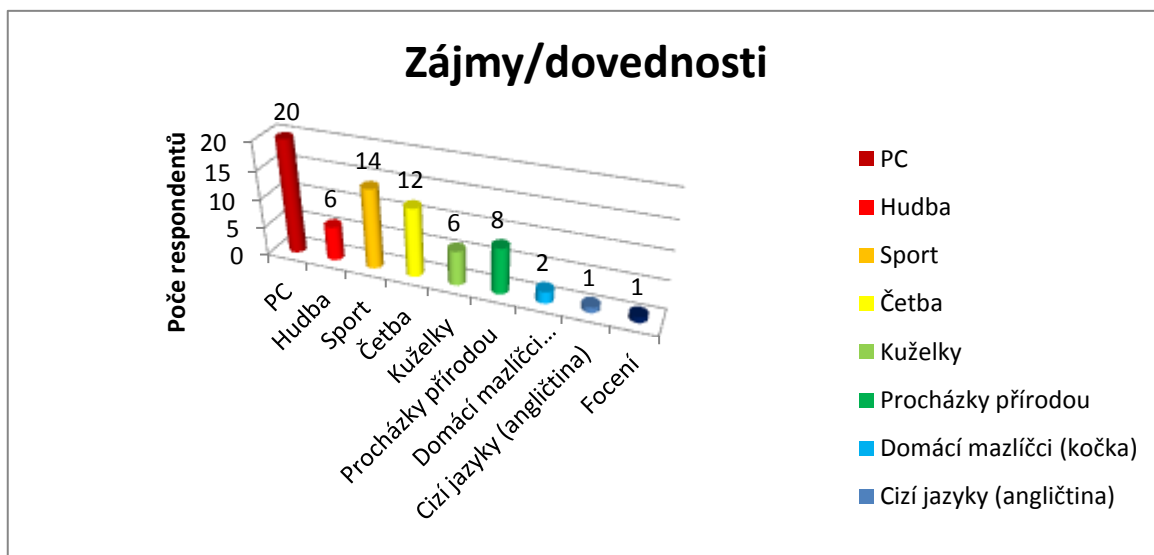


Největší skupinu respondentů 17 osob (57%) měla zastoupení kategorie průměrné, 13 osob zvolilo kategorii podprůměrné (sociální dávky), 0 osob (0%) zvolilo kategorii podprůměrné (bez sociálních dávek) a 0 osob (0%) uvedlo kategorii nadprůměrné.

Zdroj: vlastní výzkum

2.10 Jaké jsou vaše zájmy/ dovednosti?

Graf č. 21 Zájmy/dovednosti



Pro tuto otázku nebyly stanoveny žádné kategorie. Z celkového počtu 30 respondentů 20 osob uvedlo mezi své zájmy/dovednosti PC, 6 osob hudbu, 14 osob

sport, 12 osob četbu, 6 osob kuželky, 8 osob procházky přírodou, 2 osoby domácí mazlíčky (kočky), 1 osoba cizí jazyky (angličtinu) a 1 osoba focení.

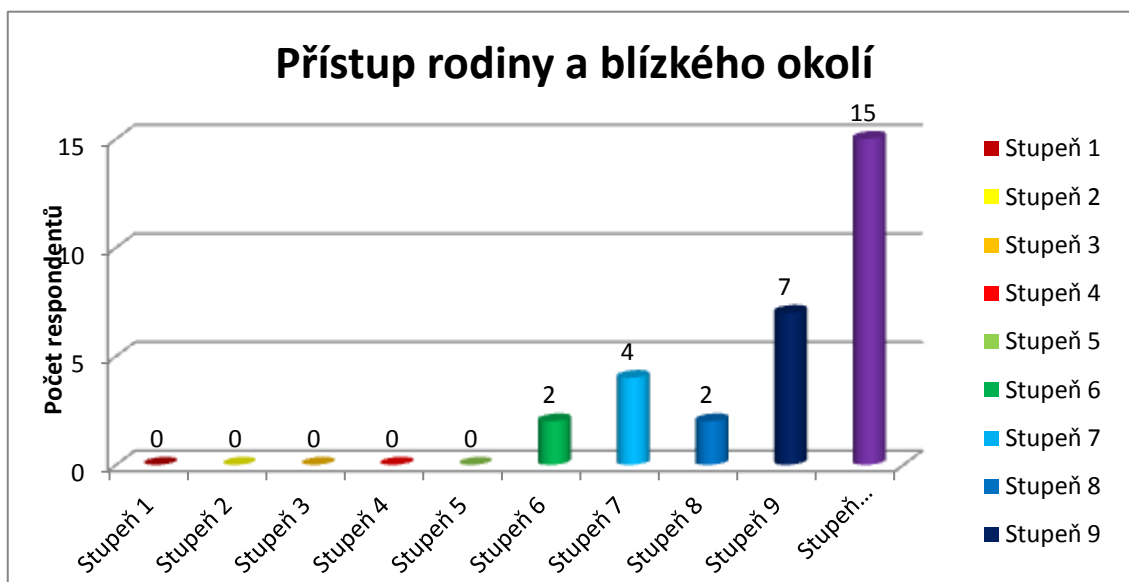
V několika případech respondenti uvedli více možností, proto zde neuvádím procentuální zastoupení.

Zdroj: vlastní výzkum

2.11 Jak byste osobně zhodnotil/a přístup rodiny a blízkého okolí k Vaší osobě?

Stupnice	1 (Vyloučení)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (Rovnoprávný člen)
Možnosti	0	0	0	0	0	2	4	2	7	15

Graf č. 22 Přístup rodiny a blízkého okolí



Pro tuto otázku byla vytvořena stupnice od 1 (vyloučení) do 10 (rovnoprávný člen). Ze všech 30 respondentů 0 osob (0%) uvedlo stupeň 1, 0 osob (0%) stupeň 2, 0 osob

(0%) stupeň 3, 0 osob (0%) stupeň 4, 0 osob (0%) stupeň 5, 2 osoby (7%) stupeň 6, 4 osoby (13%) stupeň 7, 2 osoby (7%) stupeň 8, 7 osob (23%) stupeň 9 a 15 osob (50%) stupeň 10.

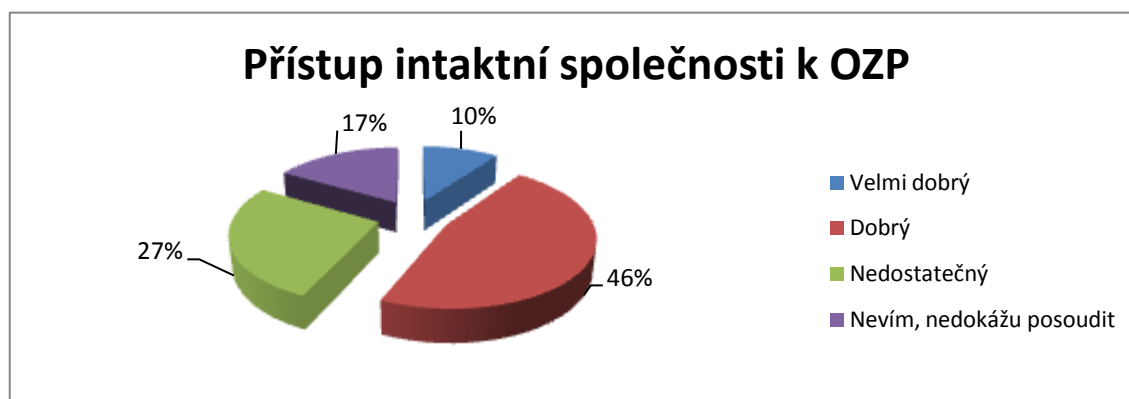
Zdroj: vlastní výzkum

2.12 Jak byste osobně zhodnotil/a přístup intaktní společnosti k OZP?

Pro tuto otázku byly vytvořeny následující kategorie:

<u>Kategorie</u>	<u>Možnosti</u>
• Velmi dobrý	3
• Dobrý	14
• Nedostatečný	8
• Nevím, nedokážu posoudit	5

Graf č. 23 Přístup intaktní společnosti k OZP



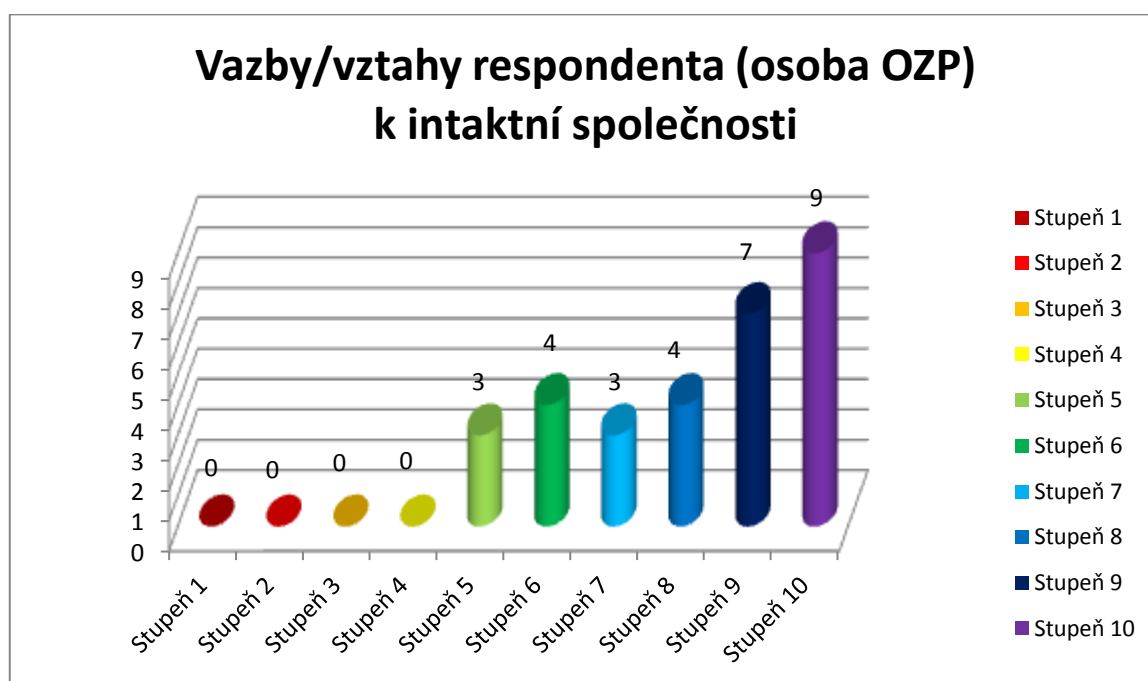
Jednoznačně nejvíce respondentů - 14 osob (46%) zhodnotilo přístup intaktní společnosti k OZP jako dobrý, 3 osoby (10%) jako velmi dobrý, 8 osob (27%) jako nedostatečný a 5 osob (17%) tuto otázku nedokázalo posoudit.

Zdroj: vlastní výzkum

2.13 Jak se cítíte v intaktní (majoritní) společnosti?

<u>Stupnice</u>	1 (Vyhýbám)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (Zcela spokojen)
<u>Možnosti</u>	0	0	0	0	3	4	3	4	7	9

Graf č. 24 Vazby/vztahy respondenta (osoba OZP) k intaktní společnosti



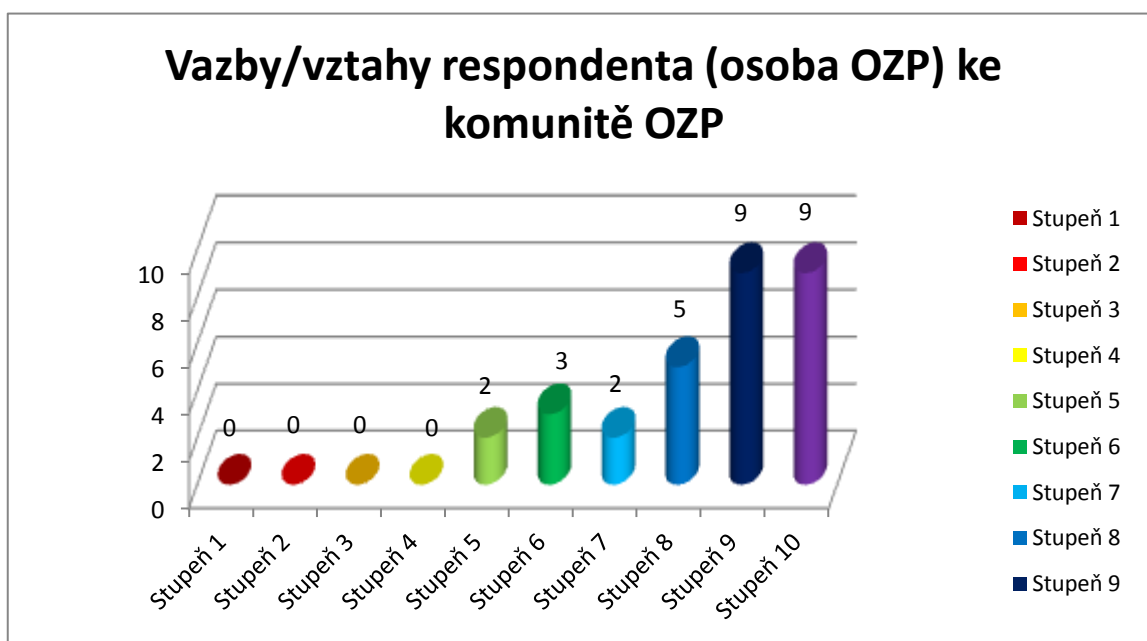
Pro tuto otázku byla vytvořena stupnice od 1 (vyhýbám) do 10 (zcela spokojen). Ze všech 30 respondentů 0 osob (0%) uvedlo stupeň 1, 0 osob (0%) stupeň 2, 0 osob (0%) stupeň 3, 0 osob (0%) stupeň 4, 3 osoby (10%) stupeň 5, 4 osoby (14%) stupeň 6, 3 osoby (10%) stupeň 7, 4 osoby (14%) stupeň 8, 7 osob (23%) stupeň 9 a 9 (30%) osob stupeň 10.

Zdroj: vlastní výzkum

2.14 Jak se cítíte v komunitě OZP?

<u>Stupnice</u>	1 (Vyhýbám)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (Zcela spokojen)
<u>Možnosti</u>	0	0	0	0	2	3	2	5	9	9

Graf č. 25 Vazby/vztahy respondenta (osoba OZP) ke komunitě OZP



Pro tuto otázku byla vytvořena taktéž stupnice od 1 (Vyhýbám) do 10 (Zcela spokojen). Ze všech 30 respondentů 0 osob (0%) uvedlo stupeň 1, 0 osob (0%) stupeň 2, 0 osob (0%) stupeň 3, 0 osob (0%) stupeň 4, 2 osoby (7%) stupeň 5, 3 osoby (10%) stupeň 6, 2 osoby (7%) stupeň 7, 5 osob (16%) stupeň 8, 9 osob (30%) stupeň 9 a 9 osob (30%) stupeň 10.

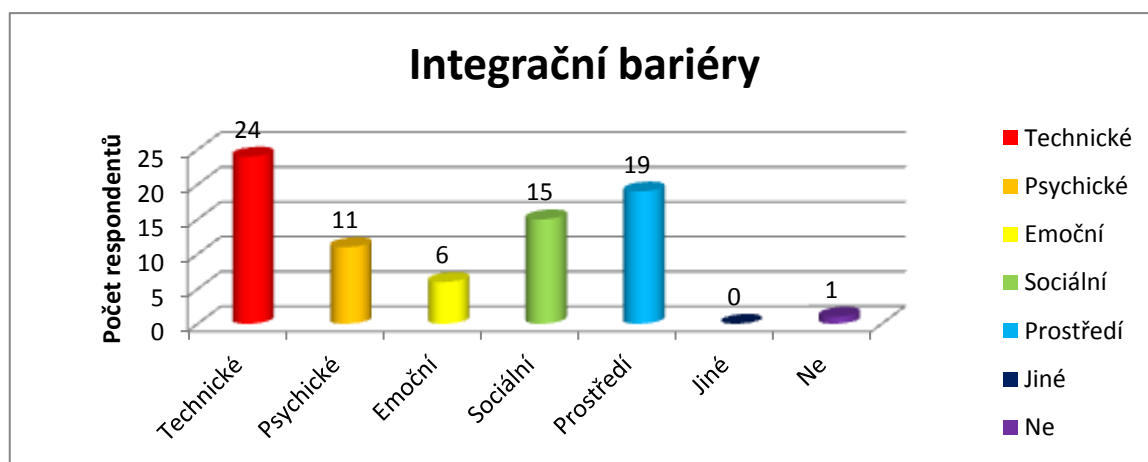
Zdroj: vlastní výzkum

2.15 Setkal/a jste se ve svém životě, v důsledku ZP, s těmito integračními bariérami?

Integrační bariéry v této otázce byly rozděleny do následujících kategorií:

<u>Kategorie</u>	<u>Možnosti</u>
• Technické	24
• Psychické	11
• Emoční	6
• Sociální	15
• Prostředí	9
• Jiné	0
• Ne	1

Graf č. 26 Integrační bariéry



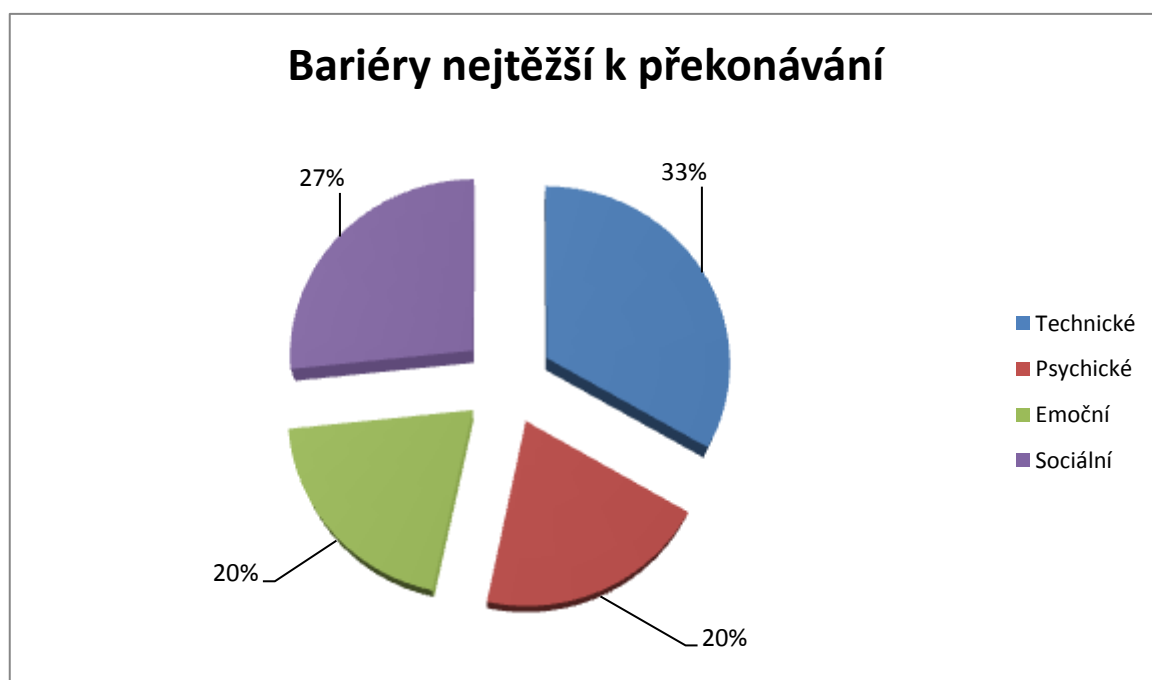
Největší počet respondentů – 24 osob uvedlo, že se setkal s technickými bariérami, 11 osob s psychickými bariérami, 6 osob s emočními bariérami, 15 osob se sociálními bariérami, 19 osob s bariérami prostředí, 0 osob uvedlo kategorii jiné a 1 osob uvedla, že se nesečkala s žádnými bariérami.

V několika případech respondenti uvedli více možností, proto zde neuvádím procentuální zastoupení.

Zdroj: vlastní výzkum

2.16 Které z těchto bariér jsou pro Vás k překonávání nejtěžší?

Graf č. 27 Bariéry nejtěžší k překonávání



Pro tuto otázku nebyly stanoveny žádné kategorie. Z celkového počtu 30 respondentů 10 osob (33%) označilo jako bariéru nejtěžší k překonávání technickou, 6 osob (20%) psychickou, 6 osob (20%) emoční a 8 osob (27%) bariéru sociální.

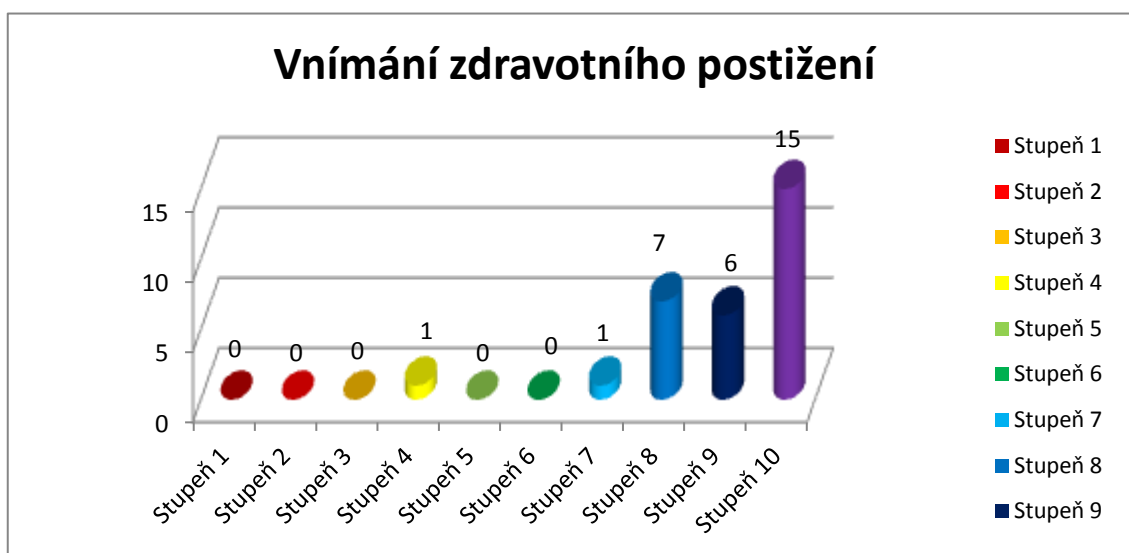
Zdroj: vlastní výzkum

3. Okruh otázek ke kvalitě života šetřené osoby

3.1 Jak vnímáte své zdravotní postižení?

<u>Stupnice</u>	1 (Zcela nepřijatelné)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (Plné přijetí)
<u>Možnosti</u>	0	0	0	1	0	0	1	7	6	15

Graf č. 28 Vnímání zdravotního postižení



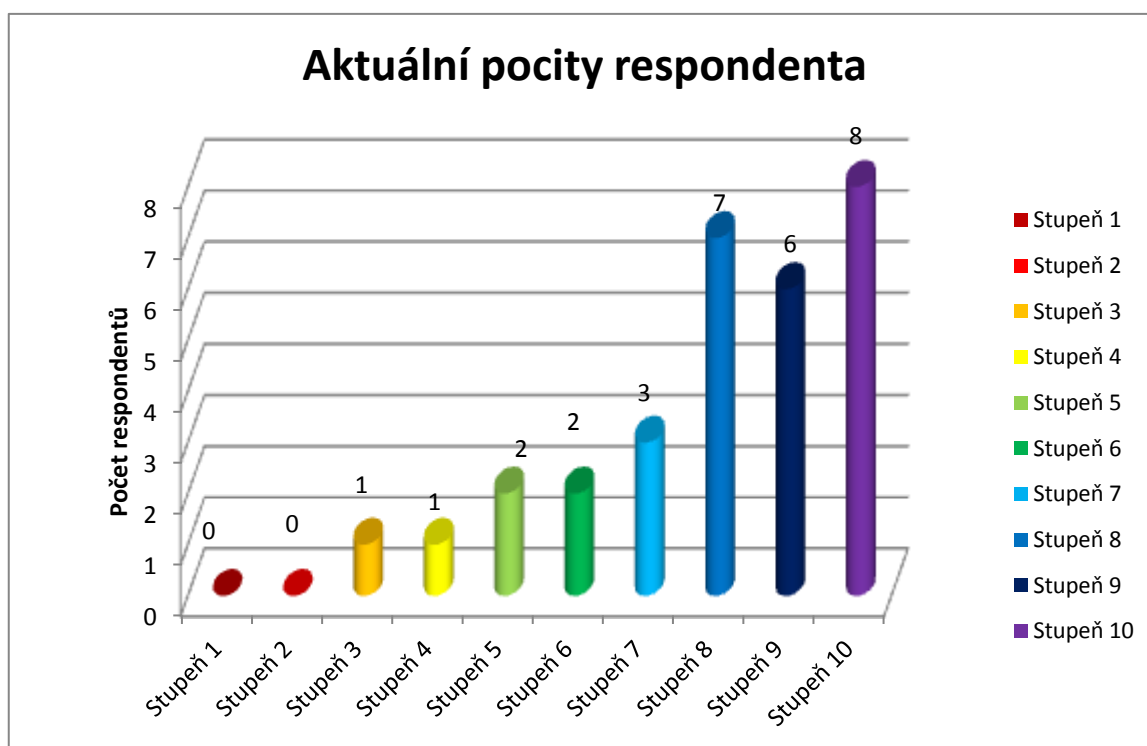
Pro tuto otázku byla vytvořena stupnice od 1 (zcela nepřijatelné) do 10 (plné přijetí). Ze všech 30 respondentů 0 osob (0%) uvedlo stupeň 1, 0 osob (0%) stupeň 2, 0 osob (0%) stupeň 3, 1 osoba (3%) stupeň 4, 0 osob (0%) stupeň 5, 0 osob (0%) stupeň 6, 1 osoba (3%) stupeň 7, 7 osob (24%) stupeň 8, 6 osob (20%) stupeň 9 a 15 osob (50%) stupeň 10.

Zdroj: vlastní výzkum

3.2 Jak se v současné době cítíte (bez ohledu na Vaše zdravotní postižení)?

<u>Stupnice</u>	1 (Nemocný/á)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (Zcela zdravý/á)
<u>Možnosti</u>	0	0	1	1	2	2	3	7	6	8

Graf č. 29 Aktuální pocity respondenta



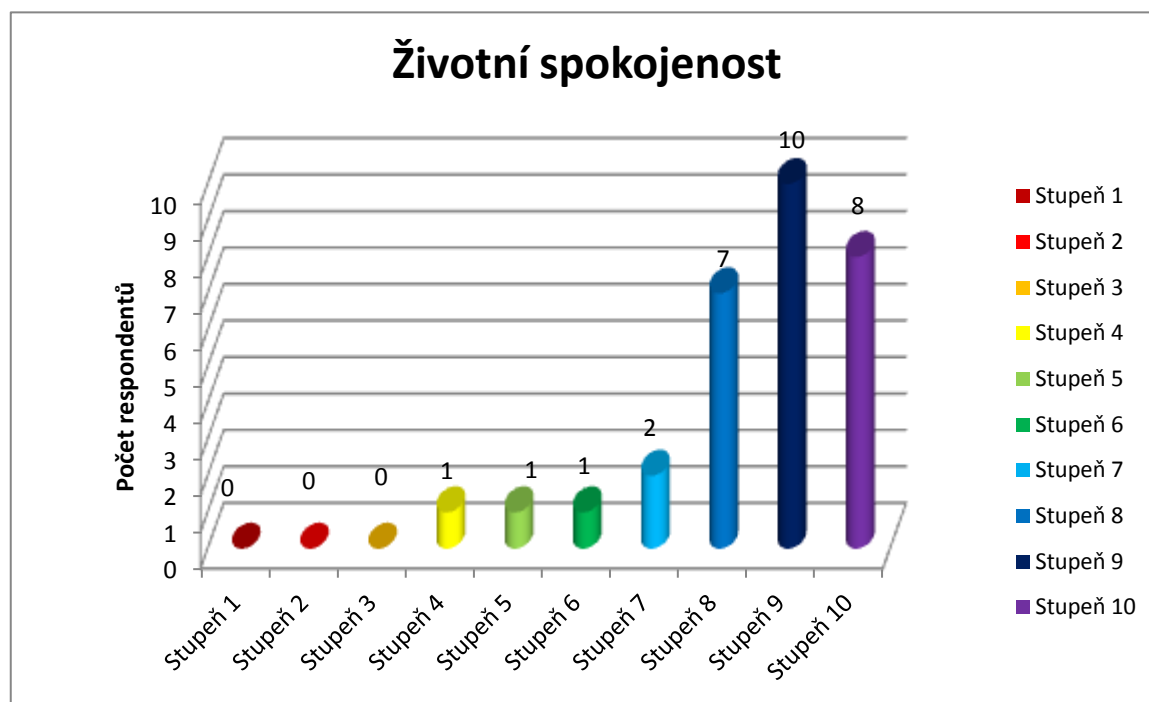
Pro tuto otázku byla vytvořena stupnice od 1 (nemocný) do 10 (zcela zdravý/á). Ze všech 30 respondentů 0 osob (0%) uvedlo stupeň 1, 0 osob (0%) stupeň 2, 1 osoba (3%) stupeň 3, 1 osoba (3%) stupeň 4, 2 osoby (7%) stupeň 5, 2 osoby (7%) stupeň 6, 3 osoby (10%) stupeň 7, 7 osob (23%) stupeň 8, 6 osob (20%) stupeň 9 a 8 osob (27%) stupeň 10.

Zdroj: vlastní výzkum

3.3 Jak jste se svým životem spokojený?

<u>Stupnice</u>	1 (Nespokojený/á)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (Zcela spokojený/á)
<u>Možnosti</u>	0	0	0	1	1	1	2	7	10	8

Graf č. 30 Životní spokojenost



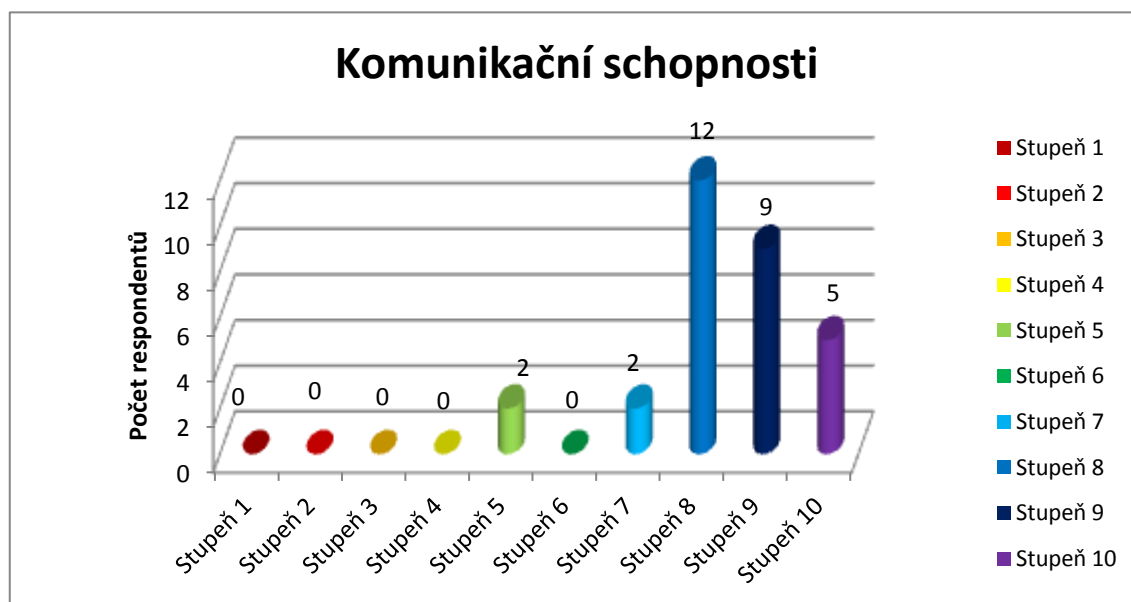
Pro tuto otázku byla vytvořena stupnice od 1 (nespokojený/a) do 10 (zcela spokojený/a). Ze všech 30 respondentů 0 osob (0 %) uvedlo stupeň 1, 0 osob (0%) stupeň 2, 0 osob (0%) stupeň 3, 1 osoba (3%) stupeň 4, 1 osoba (3%) stupeň 5, 1 osoba (3%) stupeň 6, 2 osoby (7%) stupeň 7, 7 osob (23%) stupeň 8, 10 osob (34%) stupeň 9 a 8 osob (27%) stupeň 10.

Zdroj: vlastní výzkum

3.4 Jak byste ohodnotil/a své komunikační schopnosti?

<u>Stupnice</u>	1 (Nedostatečné)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (Velmi dobré)
<u>Možnosti</u>	0	0	0	0	2	0	2	12	9	5

Graf č. 31 Komunikační schopnosti



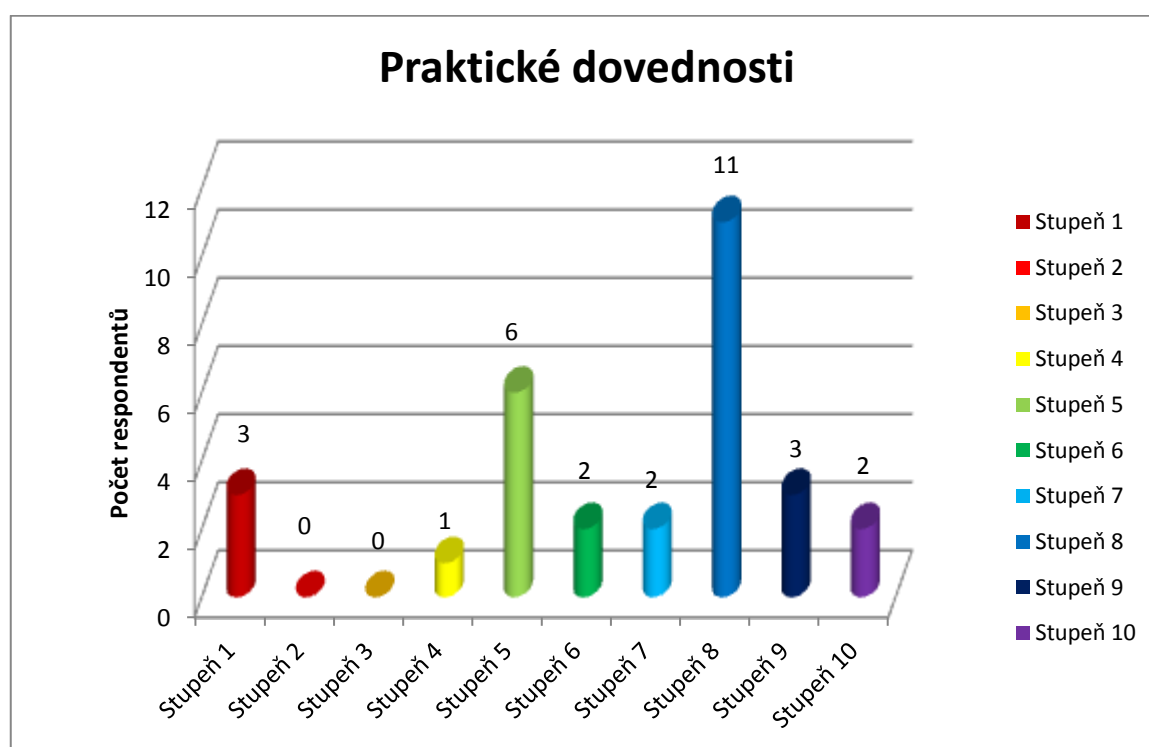
Pro tuto otázku byla vytvořena stupnice od 1 (nedostatečné) do 10 (velmi dobré). Ze všech 30 respondentů 0 osob (0%) uvedlo stupeň 1, 0 osob (0%) stupeň 2, 0 osob (0%) stupeň 3, 0 osob (0%) stupeň 4, 2 osoby (6%) stupeň 5, 0 osob (0%) stupeň 6, 2 osoby (6%) stupeň 7, 12 osob (40%) stupeň 8, 9 osob (30%) stupeň 9 a 5 osob (18%) stupeň 10.

Zdroj: vlastní výzkum

3.5 Jak byste ohodnotil/a své praktické dovednosti?

<u>Stupnice</u>	1 (Zcela závislý/á)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (Zcela samostatný/á)
<u>Možnosti</u>	3	0	0	1	6	2	2	11	3	2

Graf č. 32 Praktické dovednosti



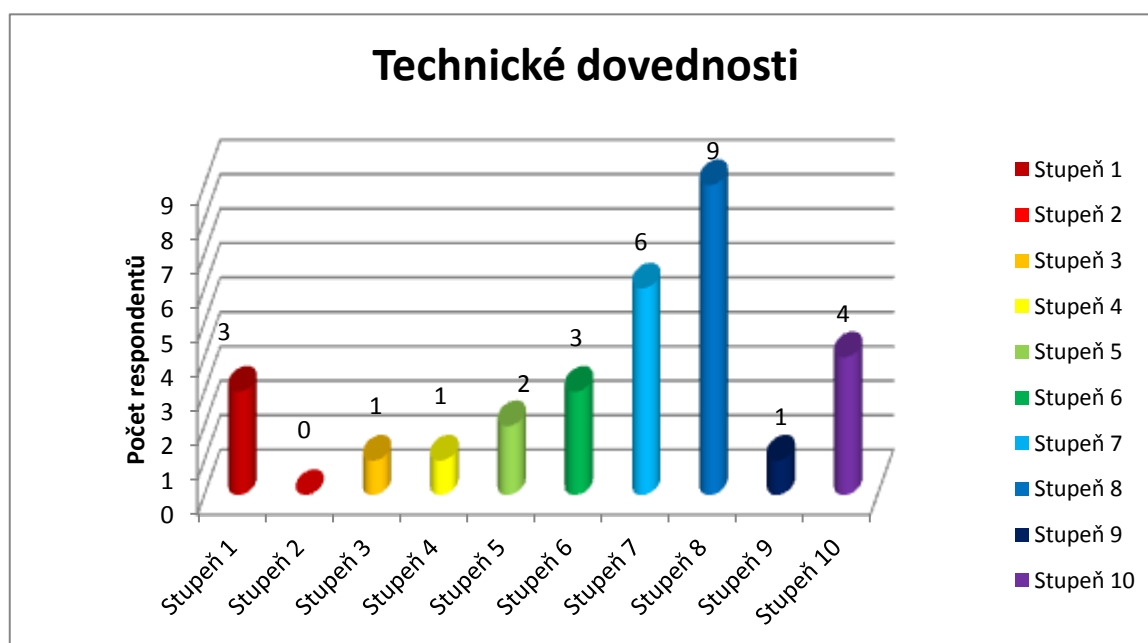
Pro tuto otázku byla vytvořena stupnice od 1 (zcela závislý/á) do 10 (zcela samostatný/á). Ze všech 30 respondentů 3 osoby (10%) uvedly stupeň 1, 0 osob (%) stupeň 2, 0 osob (0%) stupeň 3, 1 osoba (3%) stupeň 4, 6 osob (20%) stupeň 5, 2 osoby (7%) stupeň 6, 2 osoby (7%) stupeň 7, 11 osob (36%) stupeň 8, 3 osoby (10%) stupeň 9 a 2 osoby (7%) stupeň 10.

Zdroj: vlastní výzkum

3.6 Jak byste ohodnotil/a své technické dovednosti?

Stupnice	1 (Zcela závislý/á)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (Zcela samostatný/á)
Možnosti	3	0	1	1	2	3	6	9	1	4

Graf č. 33 Technické dovednosti



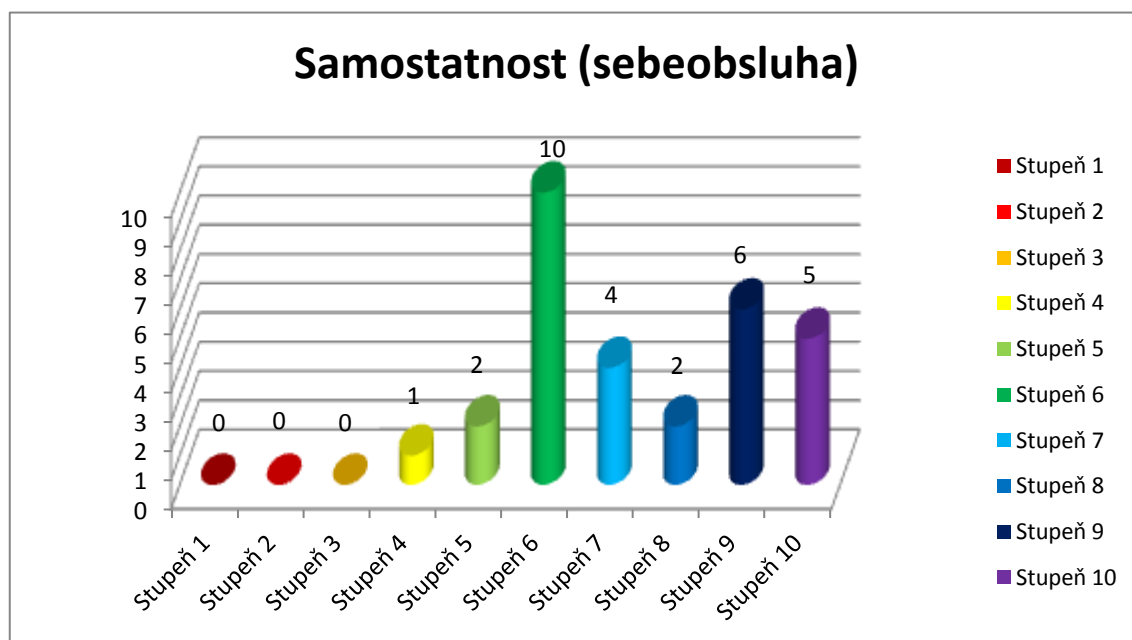
Pro tuto otázku byla vytvořena stupnice od 1 (zcela závislý/á) do 10 (zcela samostatný/á). Ze všech 30 respondentů 3 osoby (10%) uvedly stupeň 1, 0 osob (0%) stupeň 2, 1 osoba (3%) stupeň 3, 1 osoba (3%) stupeň 4, 2 osoby (7%) stupeň 5, 3 osoby (10%) stupeň 6, 6 osob (20%) stupeň 7, 9 osob (30%) stupeň 8, 1 osoba (3%) stupeň 9 a 4 osoby (14%) stupeň 10.

Zdroj: vlastní výzkum

3.7 Jak byste ohodnotil/a svou samostatnost (sebeobsluha)?

Stupnice	1 (Zcela závislý/á)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (Zcela/samostatný/á)
Možnosti	0	0	0	1	2	10	4	2	6	5

Graf č. 34 Samostatnost (sebeobsluha)



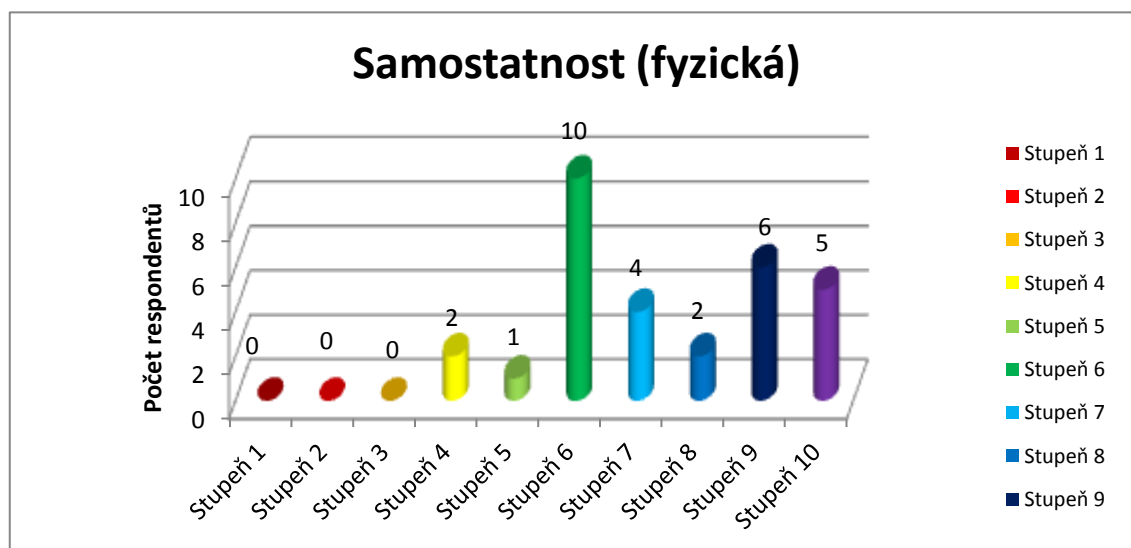
Pro tuto otázku byla vytvořena stupnice od 1 (zcela závislý/á) do 10 (zcela samostatný/á). Ze všech 30 respondentů 0 osob (0%) uvedlo stupeň 1, 0 osob (0%) stupeň 2, 0 osob (0%) stupeň 3, 1 osoba (3%) stupeň 4, 2 osoby (7%) stupeň 5, 10 osob (33%) stupeň 6, 4 osoby (13%) stupeň 7, 2 osoby (7%) stupeň 8, 6 osob (20%) stupeň 9 a 5 osob (17%) stupeň 10.

Zdroj: vlastní výzkum

3.8 Jak byste ohodnotil/a svou samostatnost (fyzickou)?

<u>Stupnice</u>	1 (Zcela závislý/á)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (Zcela samostatný/á)
<u>Možnosti</u>	0	0	0	2	1	10	4	2	6	5

Graf č. 35 Samostatnost (fyzická)



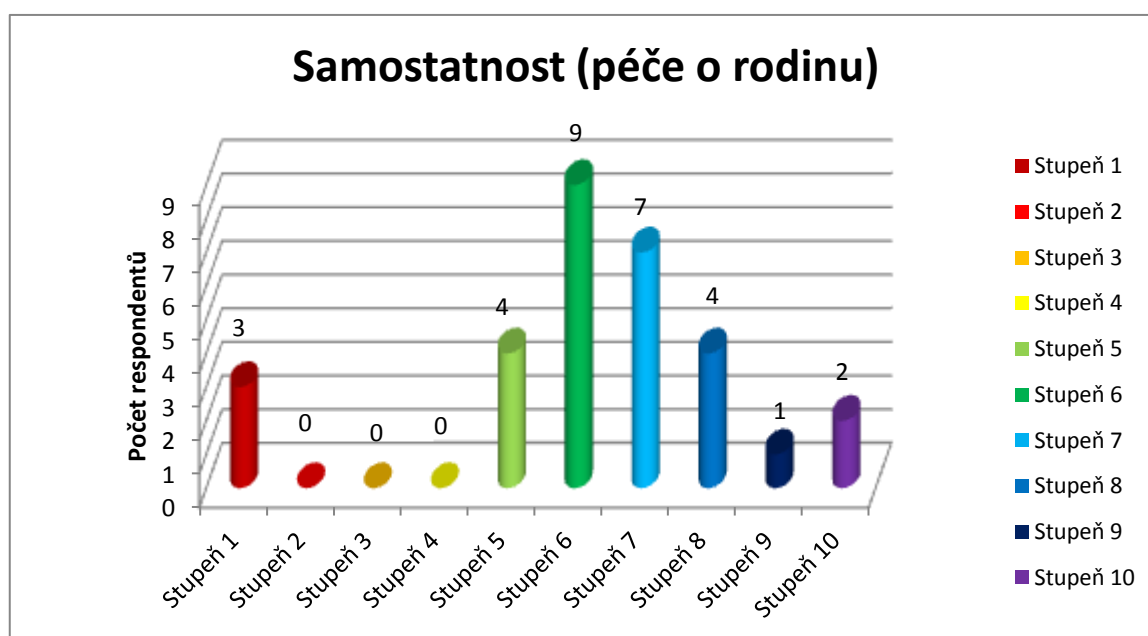
Pro tuto otázku byla vytvořena stupnice od 1 (zcela závislý/á) do 10 (zcela samostatný/á). Ze všech 30 respondentů 0 osob (0%) uvedlo stupeň 1, 0 osob (0%) stupeň 2, 0 osob (0%) stupeň 3, 2 osoby (7%) stupeň 4, 1 osoba (3%) stupeň 5, 10 osob (33%) stupeň 6, 4 osoby (13%) stupeň 7, 2 osoby (7%) stupeň 8, 6 osob (20%) stupeň 9 a 5 osob (17%) stupeň 10.

Zdroj: vlastní výzkum

3.9 Jak byste ohodnotil/a svou samostatnost (péče o rodinu)?

<u>Stupnice</u>	1 (Zcela závislý/á)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (Zcela samostatný/á)
<u>Možnosti</u>	3	0	0	0	4	9	7	4	1	2

Graf č. 36 Samostatnost (péče o rodinu)



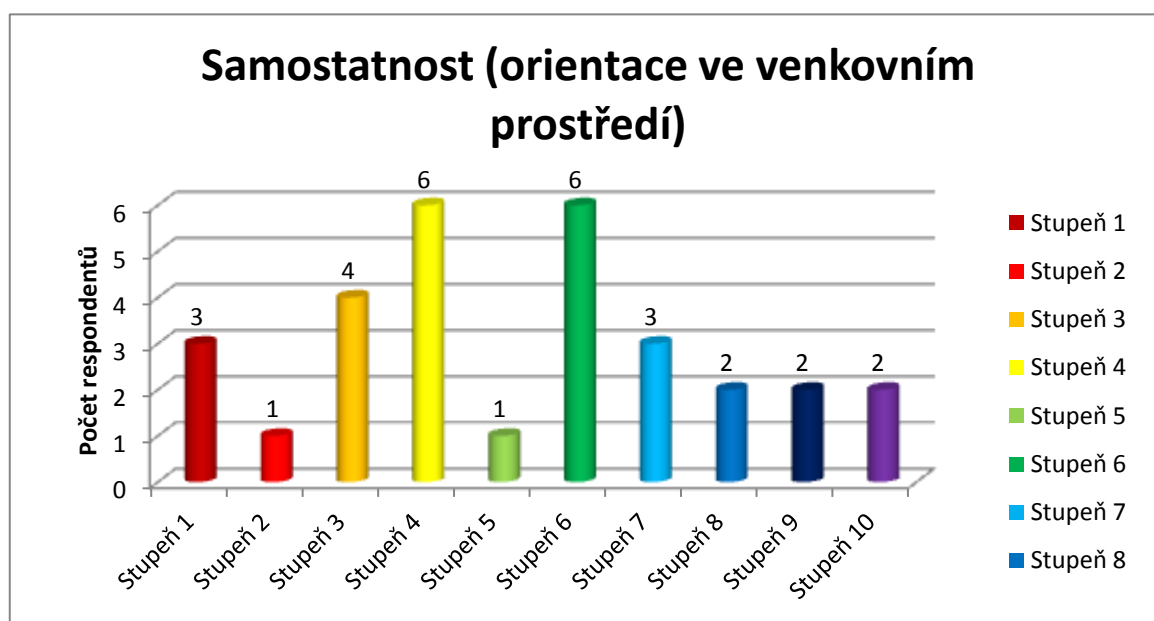
Pro tuto otázku byla vytvořena stupnice od 1 (zcela závislý/á) do 10 (zcela samostatný/á). Ze všech 30 respondentů 3 osoby (10%) uvedly stupeň 1, 0 osob (0%) stupeň 2, 0 osob (0%) stupeň 3, 0 osob (0%) stupeň 4, 4 osoby stupeň 5, 9 osob (30%) stupeň 6, 7 osob (23%) stupeň 7, 4 osoby (14%) stupeň 8, 1 osoba (3%) stupeň 9 a 2 osoby (7%) stupeň 10.

Zdroj: vlastní výzkum

3.10 Jak byste ohodnotil/a svou samostatnost (orientace ve venkovním prostředí – nakupování, lékař, aj.)?

<u>Stupnice</u>	1 (Zcela závislý/á)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (Zcela samostatný/á)
<u>Možnosti</u>	3	1	4	6	1	6	3	2	2	2

Graf č. 37 Samostatnost (orientace ve venkovním prostředí)



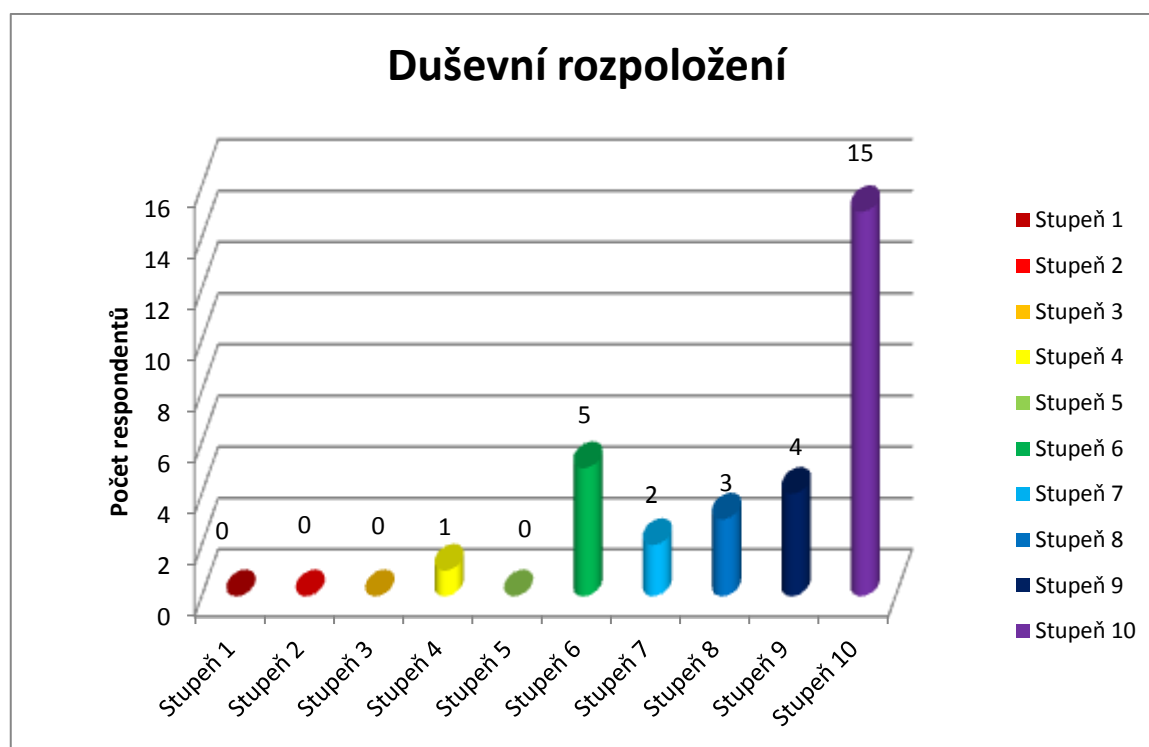
Pro tuto otázku byla vytvořena stupnice od 1 (zcela závislý/á) do 10 (zcela samostatný/á). Ze všech 30 respondentů 3 osoby (10%) uvedlo stupeň 1, 1 osoba (3%) stupeň 2, 4 osoby (13%) stupeň 3, 6 osob (20%) stupeň 4, 1 osoba (3%) stupeň 5, 6 osob (20%) stupeň 6, 3 osoby (10%) stupeň 7, 2 osoby (7%) stupeň 8, 2 osoby (7%) stupeň 9 a 2 osoby (7%) stupeň 10.

Zdroj: vlastní výzkum

3.11 Jak byste ohodnotil/a své duševní rozpoložení?

<u>Stupnice</u>	1 (Deprese)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (Šťastný)
<u>Možnosti</u>	0	0	0	1	0	5	2	3	4	15

Graf č. 38 Duševní rozpoložení



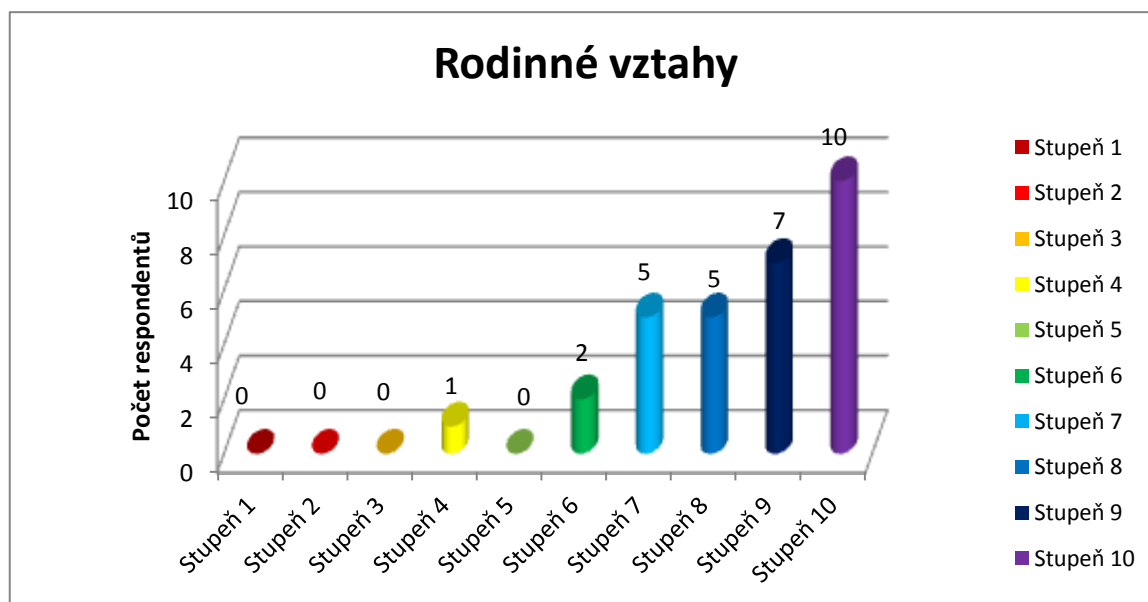
Pro tuto otázku byla vytvořena stupnice od 1 (deprese) do 10 (šťastný). Ze všech 30 respondentů 0 osob (0%) uvedlo stupeň 1, 0 osob (0%) stupeň 2, 0 osob (0%) stupeň 3, 1 osoba (3%) stupeň 4, 0 osob (0%) stupeň 5, 5 osob (17%) stupeň 6, 2 osoby (7%) stupeň 7, 3 osoby (10%) stupeň 8, 4 osoby (13%) stupeň 9 a 15 osob (50%) stupeň 10.

Zdroj: vlastní výzkum

3.12 Jak byste ohodnotil/a Vaše rodinné vztahy?

<u>Stupnice</u>	1 (Nestýkám se)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (Výborné)
<u>Možnosti</u>	0	0	0	1	0	2	5	5	7	10

Graf č. 39 Rodinné vztahy



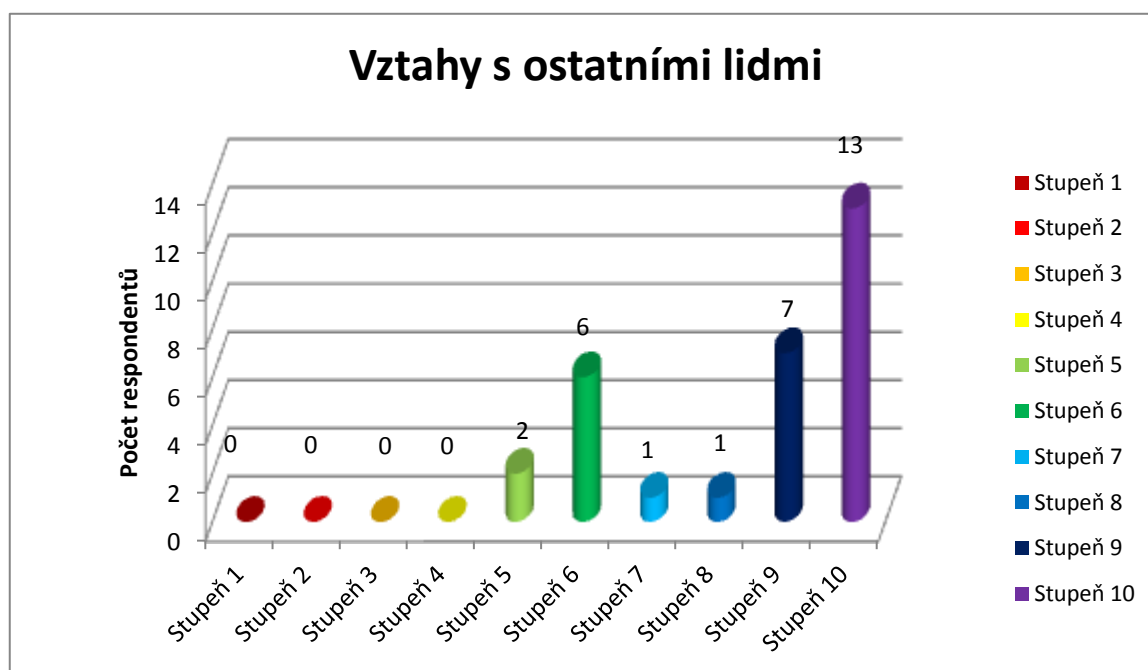
Pro tuto otázku byla vytvořena stupnice od 1 (nestýkám se) do 10 (výborné). Ze všech 30 respondentů 0 osob (0%) uvedlo stupeň 1, 0 osob (0%) stupeň 2, 0 osob (0%) stupeň 3, 1 osoba (3%) stupeň 4, 0 osob (0%) stupeň 5, 2 osoby (7%) stupeň 6, 5 osob (17%) stupeň 7, 5 osob (17%) stupeň 8, 7 osob (23%) stupeň 9 a 10 osob (33%) stupeň 10.

Zdroj: vlastní výzkum

3.13 Jak byste ohodnotil/a Vaše vztahy s ostatními lidmi?

<u>Stupnice</u>	1 (Nestýkám se)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (Výborné)
<u>Možnosti</u>	0	0	0	0	2	6	1	1	7	13

Graf č. 40 Vztahy s ostatními lidmi



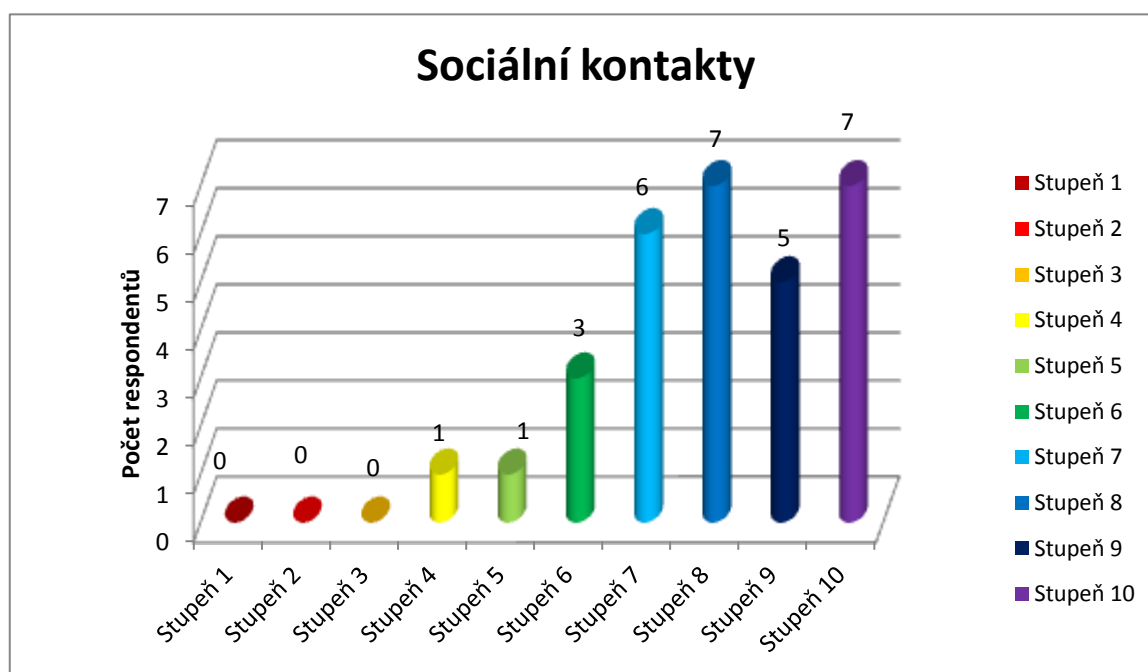
Pro tuto otázku byla vytvořena stupnice od 1 (nestýkám se) do 10 (výborné). Ze všech 30 respondentů 0 osob (0%) uvedlo stupeň 1, 0 osob (0%) stupeň 2, 0 osob (0%) stupeň 3, 0 osob (0%) stupeň 4, 2 osoby (7%) stupeň 5, 6 osob (20%) stupeň 6, 1 osoba (3%) stupeň 7, 1 osoba (3%) stupeň 8, 7 osob (23%) stupeň 9 a 13 osob (44%) stupeň 10.

Zdroj: vlastní výzkum

3.14 Jak byste ohodnotil/a své sociální kontakty?

<u>Stupnice</u>	1 (Nemám přátele)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (Mnoho)
<u>Možnosti</u>	0	0	0	1	1	3	6	7	5	7

Graf č. 41 Sociální kontakty



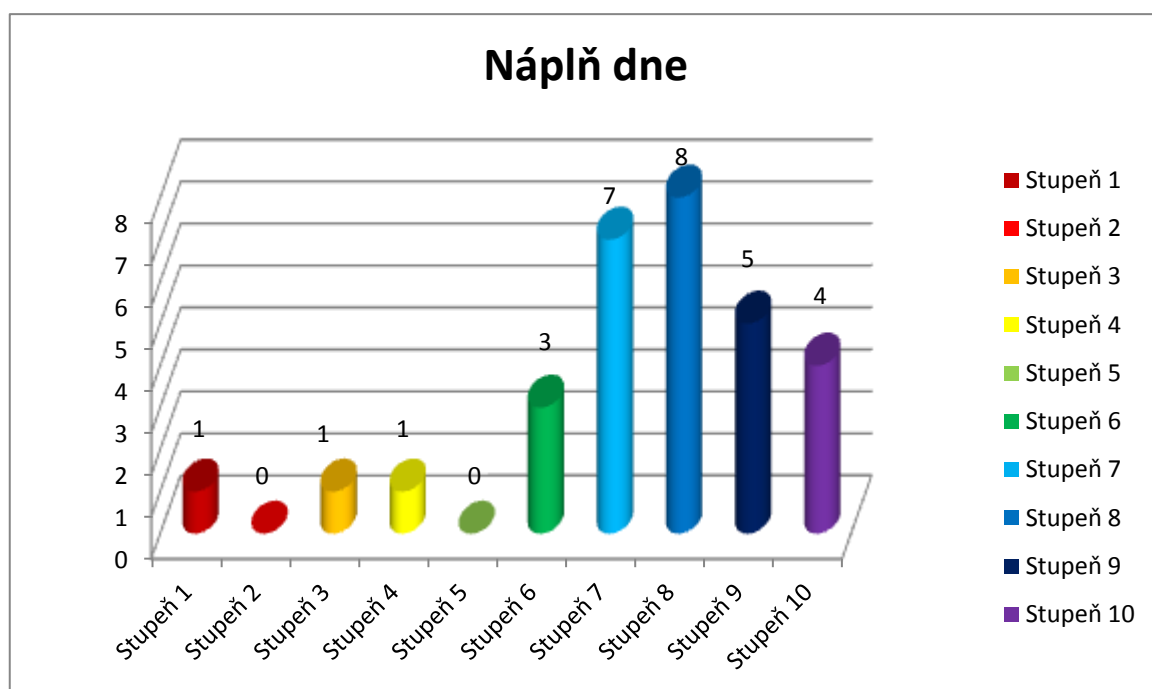
Pro tuto otázku byla vytvořena stupnice od 1 (nemám přátele) do 10 (mnoho). Ze všech 30 respondentů 0 osob (0%) uvedlo stupeň 1, 0 osob (0%) stupeň 2, 0 osob (0%) stupeň 3, 1 osoba (3%) stupeň 4, 1 osoba (3%) stupeň 5, 3 osoby (10%) stupeň 6, 6 osob (20%) stupeň 7, 7 osob (23%) stupeň 8, 5 osob (18%) stupeň 9 a 7 osob (23%) stupeň 10.

Zdroj: vlastní výzkum

3.15 Jak byste ohodnotil/a svou náplň dne?

<u>Stupnice</u>	1 (Nudím se)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (Zaneprázdněný)
<u>Možnosti</u>	1	0	1	1	0	3	7	8	5	4

Graf č. 42 Náplň dne



Pro tuto otázku byla vytvořena stupnice od 1 (nudím se) do 10 (zaneprázdněný). Ze všech 30 respondentů 1 osoba (3%) uvedla stupeň 1, 0 osob (0%) stupeň 2, 1 osoba (3%) stupeň 3, 1 osoba (3%) stupeň 4, 0 osob stupeň 5, 3 osoby (10%) stupeň 6, 7 osob (23%) stupeň 7, 8 osob (27%) stupeň 8, 5 osob (17%) stupeň 9 a 4 osoby (14%) stupeň 10.

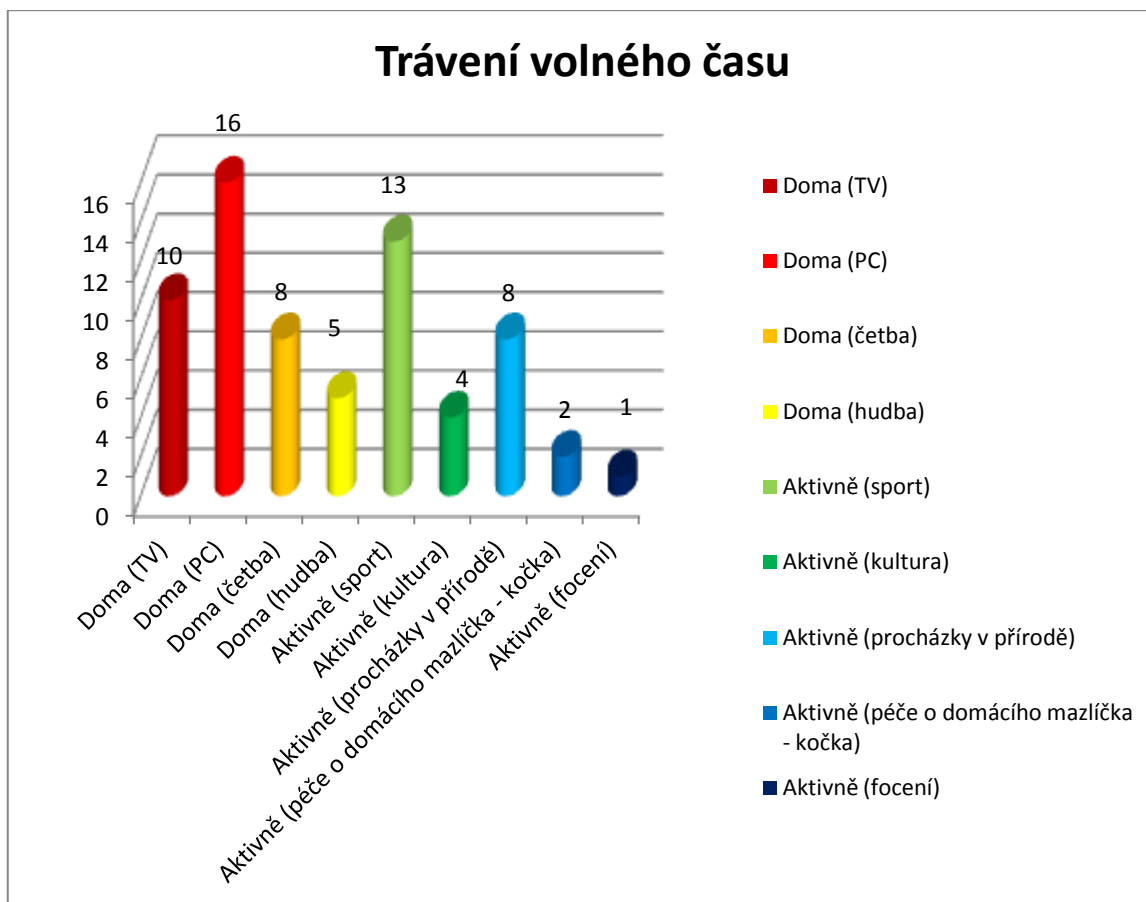
Zdroj: vlastní výzkum

3.16 Jak trávíte svůj volný čas?

Pro tuto otázku byly vytvořeny následující kategorie:

<u>Kategorie</u>	<u>Možnosti</u>
• Doma (TV)	10
• Doma (PC)	16
• Doma (četba)	8
• Doma (hudba)	5
• Aktivně (sport)	13
• Aktivně (kultura)	4
• Aktivně (procházky v přírodě)	8
• Aktivně (péče o domácího mazlíčka – kočka)	2
• Aktivně (focení)	1

Graf č. 42 Trávení volného času



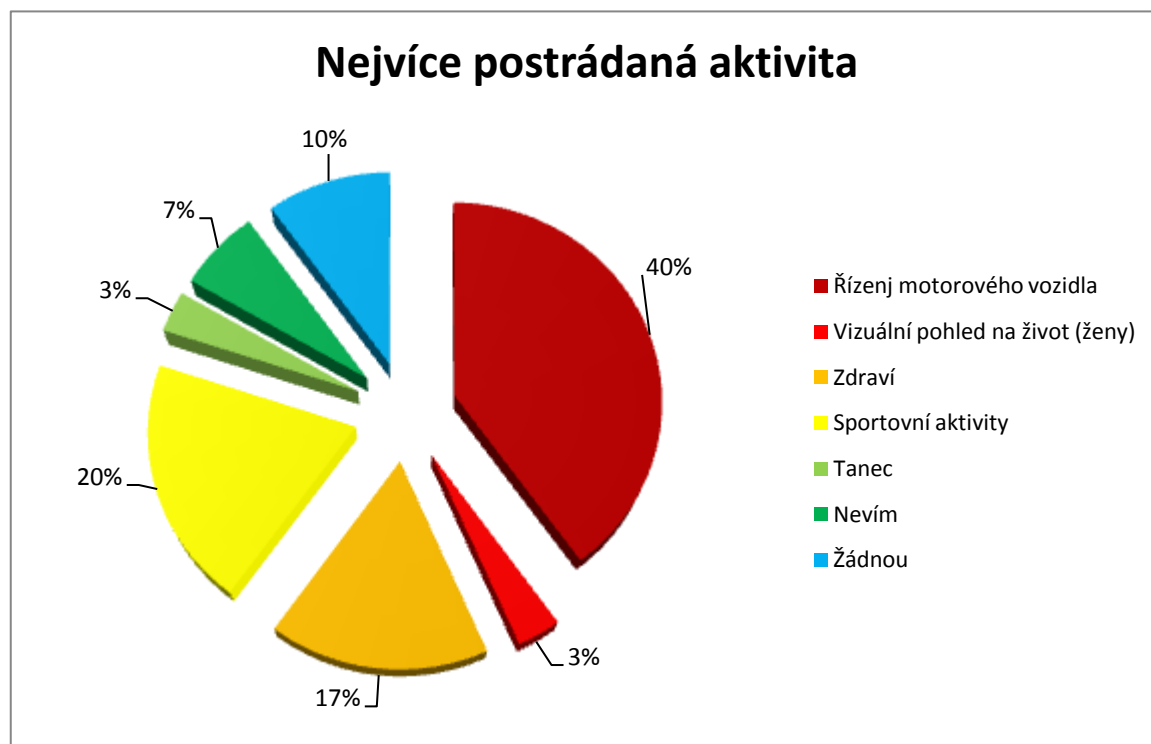
Z uvedených odpovědí respondentů vyplývá, že největší počet jedinců – 16 osob tráví svůj čas doma (PC), 10 osob tráví čas doma (TV), 8 osob tráví čas doma (četba), 5 osob tráví svůj čas doma (hudba), 13 osob (tráví čas aktivně (sport), 4 osoby tráví čas aktivně (kultura), 8 osob zvolilo kategorii aktivně (procházky v přírodě), 2 osoby tráví čas aktivně (péče o domácího mazlíčka – kočka) a 1 osoba se věnuje aktivně focení.

V několika případech respondenti uvedli více možností, proto zde neuvádím procentuální zastoupení.

Zdroj: vlastní výzkum

3.17 Kterou aktivitu, v důsledku svého ZP, ve svém životě postrádáte?

Graf č. 43 Nejvíce postrádaná aktivita

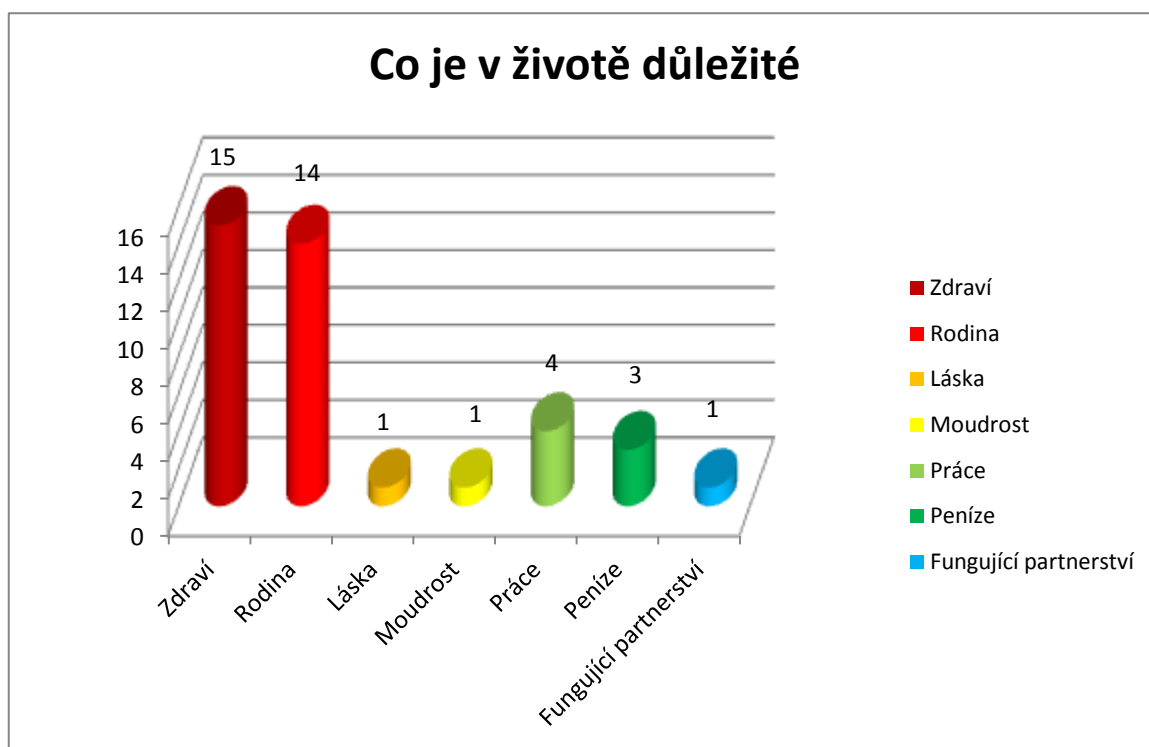


Pro tuto otázku nebyly stanoveny žádné kategorie. Z celkového počtu 30 respondentů nejvíce osob – 12 (40%) označilo jako postrádající aktivitu řízení motorového vozidla, 1 osoba (3%) uvedla vizuelní pohled na život (ženy), 5 osob (17%) uvedlo zdraví, 6 (20%) osob uvedlo sportovní aktivity, 1 osoba (3%) uvedla tanec, 2 osoby (7%) uvedly, že neví a 3 (10%) osoby uvedly, že nepostrádají ve svém životě žádnou aktivitu.

Zdroj: vlastní výzkum

3.18 Co považujete ve svém životě za důležité?

Graf č. 44 Co je v životě důležité



Pro tuto otázku nebyly stanoveny žádné kategorie. Z celkového počtu 30 respondentů 15 osob označilo jako důležité zdraví, 14 osob označilo jako důležité rodinu, 1 osoba označila jako důležité lásku, 1 osoba označila jako důležité moudrost, 4 osoby označili jako důležité práci, 3 osoby označili jako důležité peníze, 1 osoba uvedla jako důležité fungující partnerství a 1 osoba nevedla žádnou věc, kterou považuje ve svém životě za důležitou.

V několika případech respondenti uvedli více možností, proto zde neuvádím procentuální zastoupení.

Zdroj: vlastní výzkum

4.1.2 Standardizovaný dotazník SF - 36

Dotazník RAND 36 – Item Health Survey (SF - 36) je široce používaným nástrojem ke zjištění kvality života dospělých osob v produktivním věku (18-65 let, minimální věková hranice je 14 let, u osob starších 65 let je jeho použití na zvážení) v souvislosti se zdravím. Dotazník byl navržen k výzkumu a monitorování kvality života specifických a obecných populací. Obecně je dotazník SF - 36 citlivý ke všem zdravotním problémům fyzického charakteru a k celkovému duševnímu zdraví.

Dotazník obsahuje celkem 36 položek rozdělených do 8 dimenzí (fyzické fungování, fyzická omezení, tělesná bolest, všeobecné zdraví, vitalita, sociální fungování, emoční problémy, duševní zdraví). Každá položka (otázka) obsahuje několik navržených odpovědí na principu škálové stupnice.

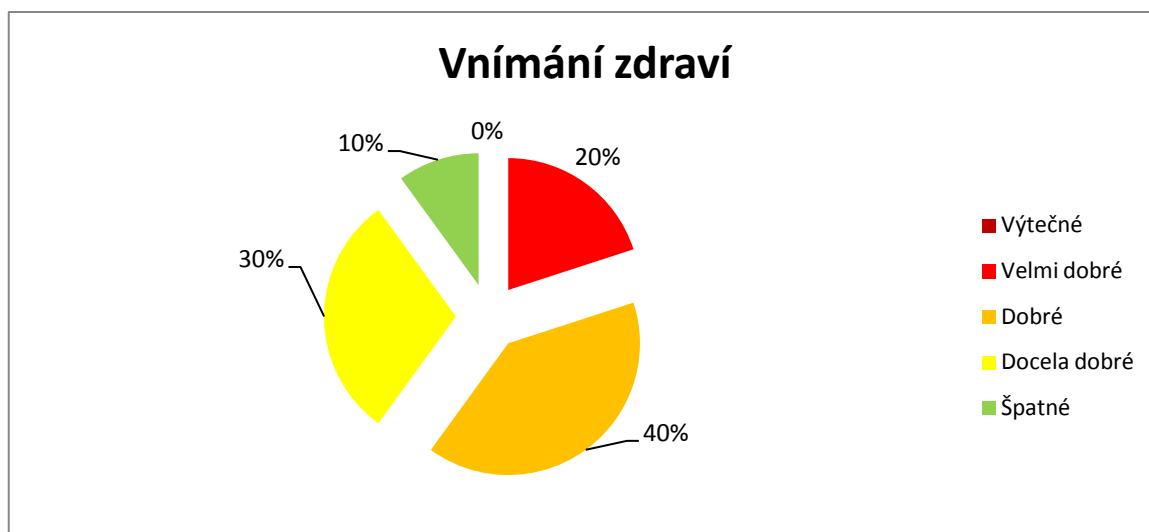
Vedle těchto 36 položek dotazník obsahuje ještě jednu položku, která nepatří do žádné dimenze. Tato položka popisuje současné zdraví ve srovnání se zdravím před rokem. Jde o jednu samostatnou položku (otázku), počet možných odpovědí na ni je 5.¹⁸⁰

1. Řekl/a byste, že Vaše zdraví je celkově:

<u>Kategorie</u>	<u>Možnosti</u>
• Výtečné (1)	0
• Velmi dobré (2)	6
• Dobré (3)	12
• Docela dobré (4)	9
• Špatné (5)	3

¹⁸⁰ Dotazník SF- 36 [online] Poslední aktualizace 23.08.2008 Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/586/1366/Dotaznik-SF-36>

Graf č. 45 Vnímání zdraví



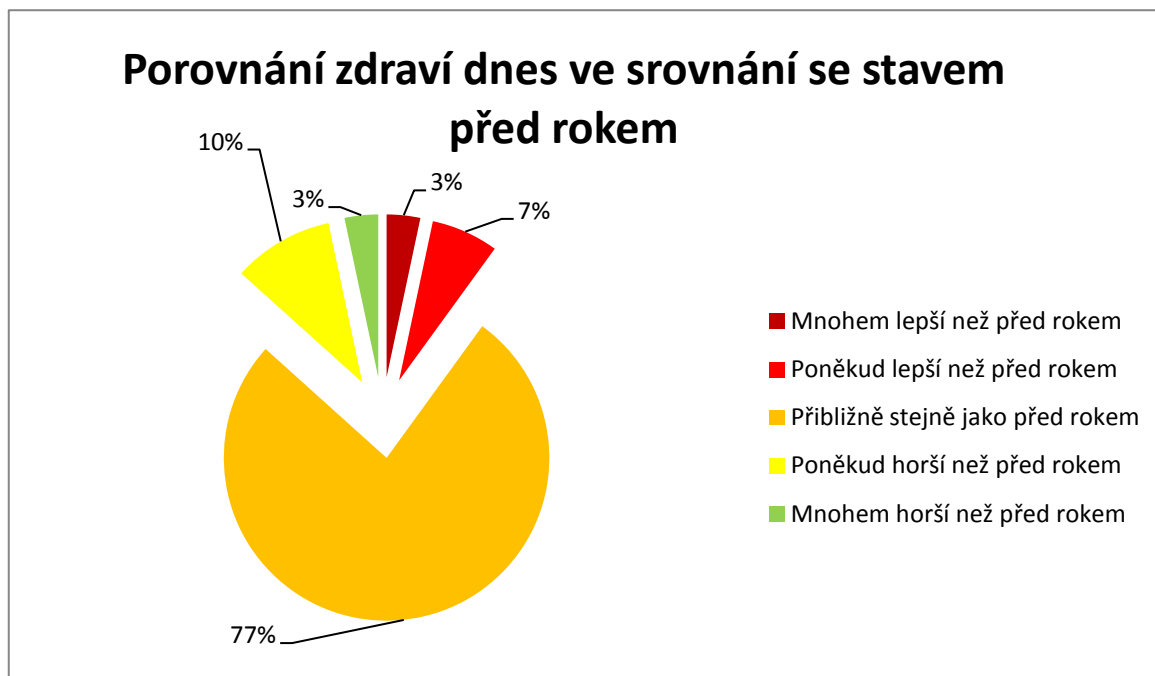
Z celkového počtu 30 respondentů 0 osob (0%) uvedlo, že jejich zdraví je výtečné, 6 osob (20%) označilo své zdraví za velmi dobré, 12 osob (40%) za dobré, 9 osob (30%) za docela dobré a 3 osoby (10%) za špatné.

Zdroj: vlastní výzkum

2. Jak byste hodnotil/a své zdraví, dnes ve srovnání se stavem před rokem?

<u>Kategorie</u>	<u>Možnosti</u>
• Mnohem lepší než před rokem (1)	1
• Poněkud lepší než před rokem (2)	2
• Přibližně stejně jako před rokem (3)	23
• Poněkud horší než před rokem (4)	3
• Mnohem horší než před rokem (5)	1

Graf č. 46 Porovnání zdraví dnes ve srovnání se stavem před rokem



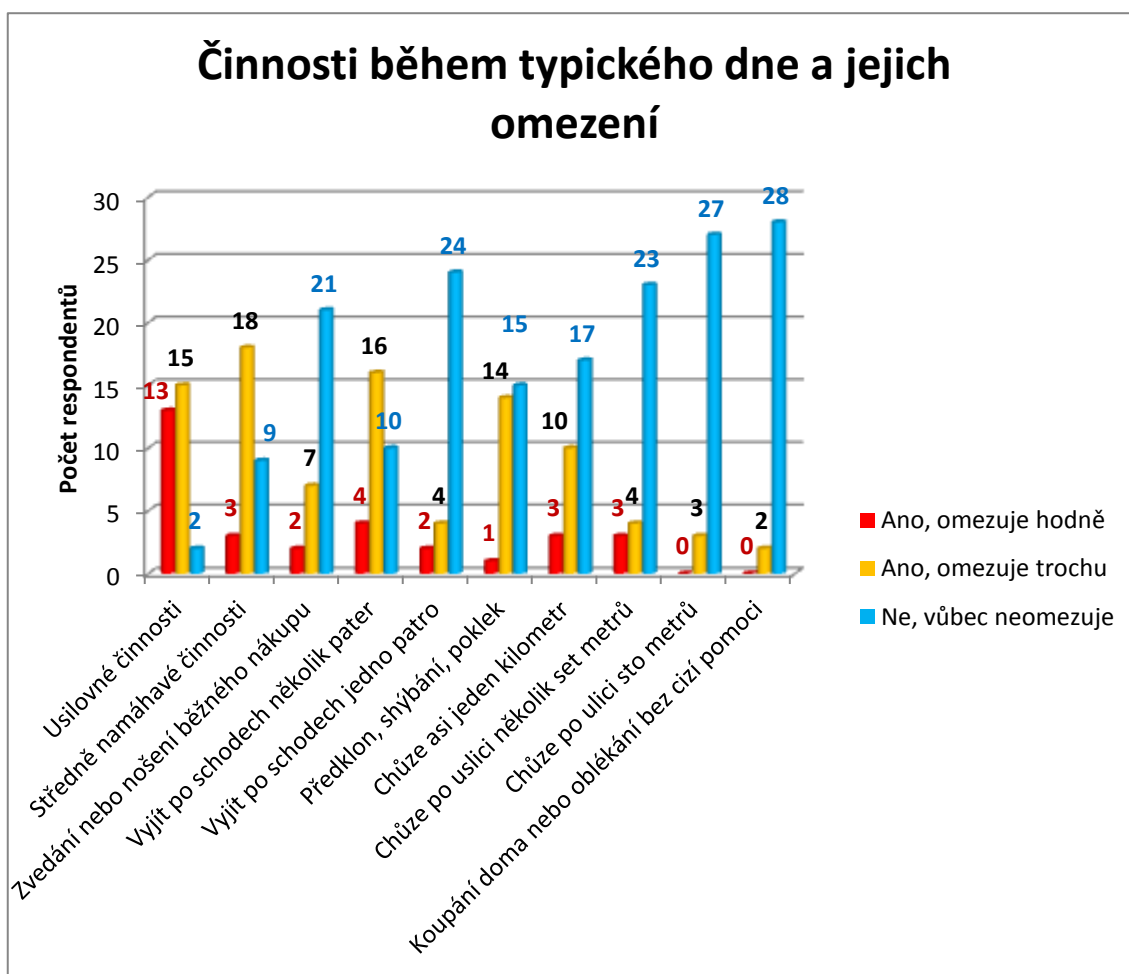
Nejvíce respondentů – 23 osob (77%) zhodnotilo své zdraví dnes ve srovnání se stavem před rokem jako přibližně stejné, 1 osoba (3%) zhodnotila své zdraví jako mnohem lepší než před rokem, 2 osoby (7%) uvedly kategorii poněkud lepší než před rokem, 3 osoby (10%) zhodnotily své zdraví jako poněkud horší než před rokem a 1 osoba (3%) uvedla, že jejich zdraví je mnohem horší než před rokem.

Zdroj: vlastní výzkum

3. Následující otázky se týkají činností, které někdy dělááte během svého typického dne. Omezuje Vaše zdraví nyní tyto činnosti? Jestliže ano, do jaké míry?

<u>ČINNOSTI</u>	Ano, omezuje hodně (1)	Ano, omezuje trochu (2)	Ne, vůbec neomezuje (3)
a. Usilovné činnosti jako je běh, zvedání těžkých předmětů, provozování náročných sportů	13	15	2
b. Středně namáhavé činnosti jako posunování stolu, luxování, hraní kuželek, jízda na kole	3	18	9
c. Zvedání nebo nošení běžného nákupu	2	7	21
d. Vyjít po schodech několik pater	4	16	10
e. Vyjít po schodech jedno patro	2	4	24
f. Předklon, shýbání, poklek	1	14	15
g. Chůze asi jeden kilometr	3	10	17
h. Chůze po ulici několik set metrů	3	4	23
i. Chůze po ulici sto metrů	0	3	27
j. Koupání doma nebo oblékání bez cizí pomoci	0	2	28

Graf č. 47 Činnosti během typického dne a jejich omezení



Ze všech 30 respondentů 13 osob (43%) uvedlo, že zdraví je při usilovné činnosti hodně omezuje, 15 osob (50%) uvedlo, že je omezuje trochu a 2 osoby (7%) uvedly, že je vůbec neomezuje. U středně namáhavých činností 3 respondenti (10%) uvedli, že je zdraví hodně omezuje, 18 respondentů (60%) uvedlo, že je omezuje trochu a 9 respondentů (30%) zdraví neomezuje vůbec. Při zvedání nebo nošení běžného nákupu 2 osoby (7%) uvedly, že je zdraví omezuje hodně, 7 osob (23%) uvedlo, že je omezuje trochu a 21 osob (70%) uvedlo, že je neomezuje vůbec. Při chůzi po schodech – několik pater 4 osoby (13%) uvedly, že je zdraví omezuje hodně, 16 osob (54%) omezuje zdraví trochu a 10 osob (33%) neomezuje vůbec. Co se týče chůze po schodech – jedno patro 2

osoby (7%) uvedly, že je zdraví omezuje hodně, 4 osoby (13%) omezuje zdraví trochu a 24 osob (80%) neomezuje vůbec. Při předklonu, shýbání, pokleku 1 osoba (3%) uvedlo, že je zdraví omezuje hodně, 14 osob (47%) uvedlo, že je zdraví omezuje trochu a 15 osob (50%) uvedlo, že je zdraví neomezuje vůbec. U chůze asi jeden kilometr 3 osoby (10%) uvedly, že je zdraví omezuje hodně, 10 osob (33%) uvedlo, že je zdraví omezuje trochu a 17 osob (57%) uvedlo, že je neomezuje vůbec. U chůze po ulici několik set metrů 3 respondenti (10%) uvedli, že je chůze omezuje hodně, 4 osoby (13%) zdraví omezuje trochu a 23 osob (77%) uvedlo, že je zdraví neomezuje vůbec. Co se týče chůze po ulici sto metrů 0 osob (0%) uvedlo, že je zdraví omezuje hodně, 3 osoby (10%) uvedly, že je zdraví omezuje trochu a 27 (90%) osob zdraví neomezuje vůbec. Koupání doba nebo oblékání bez cizí pomoci 0 osob (0%) uvedlo, že je zdraví omezuje hodně, 2 osoby (7%) uvedly, že je zdraví omezuje trochu a 28 osob (93%) uvedlo, že je neomezuje vůbec.

Zdroj: vlastní výzkum

4. Trpěl jste některým z dále uvedených problémů při práci nebo při běžné denní činnosti v posledních 4 týdnech kvůli zdravotním potížím?

	ANO (1)	NE (2)
a. Zkrátil se čas , který jste věnoval/a práci nebo jiné činnosti?	6	24
b. Udělal/a jste méně , než jste chtěl/a?	6	24
c. Byl/a jste omezen/a v druhu práce nebo jiných činnostech?	4	26
d. Měl/a jste potíže při práci nebo jiných činnostech (například jste musel/a vynaložit zvláštní úsilí)?	6	24

Graf č. 48 Problémy při práci/běžné denní činnosti kvůli zdravotním potížím



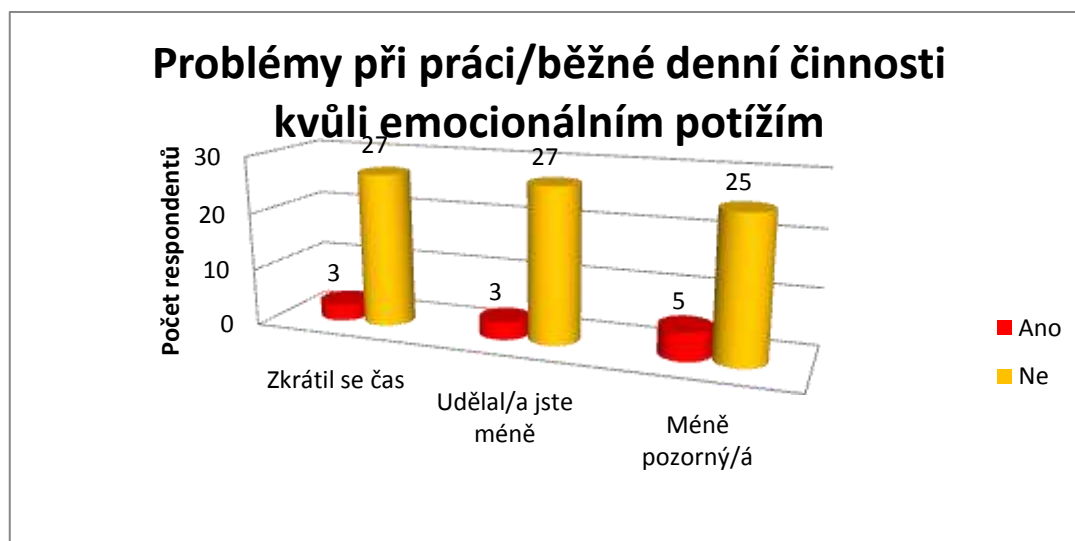
Na otázku zda se v posledních 4 týdnech kvůli zdravotním potížím zkrátil čas, který respondent věnoval práci, nebo jiné činnosti 6 osob (20%) uvedlo, že ano, 24 osob (80%) uvedlo, že ne. Co se týká otázky, zda respondent v posledních 4 týdnech kvůli zdravotním potížím udělal méně, než chtěl 6 osob (20%) uvedlo, že ano, 24 osob (80%) uvedlo, že ne. Na otázku zda byl respondent v posledních 4 týdnech kvůli zdravotním potížím omezen v druhu práce nebo, jiných činnostech 4 osoby (13%) uvedly, že ano, 26 osob (87%) uvedlo, že ne. U otázky, zda měl respondent v posledních 4 týdnech kvůli zdravotním potížím potíže při práci, nebo jiných činnostech 6 osob (20%) uvedlo, že ano a 24 osob (80%) uvedlo, že ne.

Zdroj: vlastní výzkum

5. Trpěl/a jste některým z dále uvedených problémů při práci nebo při běžné denní činnosti v posledních 4 týdnech kvůli nějakým emocionálním potížím (například pocit deprese nebo úzkosti)?

	ANO (1)	NE (2)
a. Zkrátil se čas, který jste věnoval/a práci nebo jiné činnosti?	3	27
b. Udělal/a jste méně, než jste chtěl/a?	3	27
c. Byl/a jste při práci nebo jiných činnostech méně pozorný/á než obvykle?	5	25

Graf č. 49 Problémy při práci/běžné denní činnosti kvůli emocionálním potížím



Na otázku zda se v posledních 4 týdnech kvůli nějakým emocionálním potížím zkrátil čas, který respondent věnoval práci, nebo jiné činnosti 3 osoby (10%) uvedly, že ano, 27

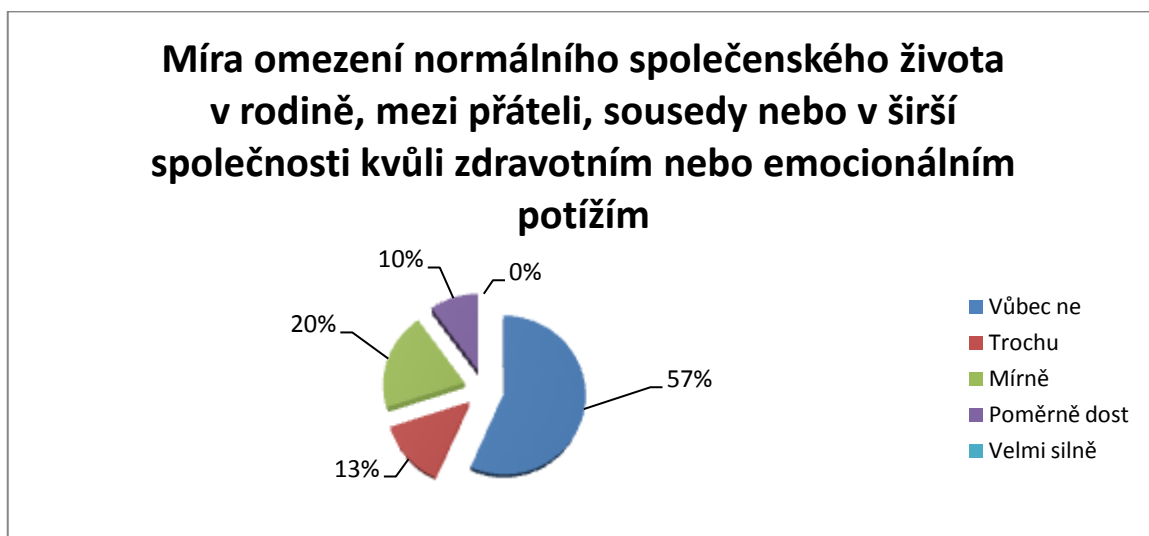
osob (90%) uvedlo, že ne. Co se týče otázky, zda respondent v posledních 4 týdnech kvůli nějakým emociálním potížím udělal méně, než chtěl, 3 osoby (10%) uvedly, že ano a 27 osob (90%) uvedlo, že ne. U otázky, zda byl respondent v posledních 4 týdnech kvůli nějakým emociálním potížím při práci nebo jiných činnostech méně pozorný než obvykle 5 osob (17%) uvedlo, že ano a 25 osob (83%) uvedlo, že ne.

Zdroj: vlastní výzkum

6. Uved'te, do jaké míry bránily Vaše zdravotní nebo emocionální potíže Vašemu normálnímu společenskému životu v rodině, mezi přáteli, sousedy nebo v širší společnosti v posledních 4 týdnech.

<u>Kategorie</u>	<u>Možnosti</u>
• Vůbec ne (1)	17
• Trochu (2)	4
• Mírně (3)	6
• Poměrně dost (4)	3
• Velmi silně (5)	0

Graf č. 50 Míra omezení normálního společenského života v rodině, mezi přáteli, sousedy nebo v širší společnosti kvůli zdravotním nebo emocionálním potížím



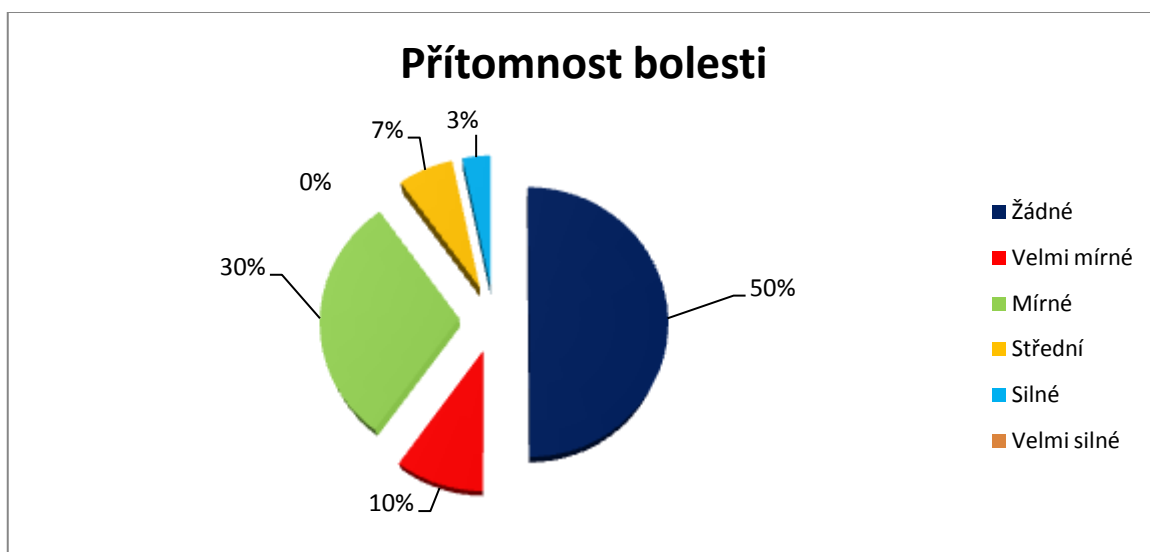
Z 30 respondentů 4 osoby (13%), že v posledních 4 týdnech bránily zdravotní nebo emocionální potíže jeho normálnímu společenskému životu v rodině, mezi přáteli, sousedy, nebo v širší společnosti trochu, 17 osob (57%) uvedlo, že vůbec ne, 6 osob (20%) uvedlo, že mírně, 3 osoby (10%) uvedly, že poměrně dost a 0 osob (0%) uvedlo, že velmi silně.

Zdroj: vlastní výzkum

7. Jak velké bolesti jste měl/a v posledních 4 týdnech?

<u>Kategorie</u>	<u>Možnosti</u>
• Žádné (1)	15
• Velmi mírné (2)	3
• Mírné (3)	9
• Střední (4)	2
• Silné (5)	1
• Velmi silné (6)	0

Graf č. 51 Přítomnost bolesti



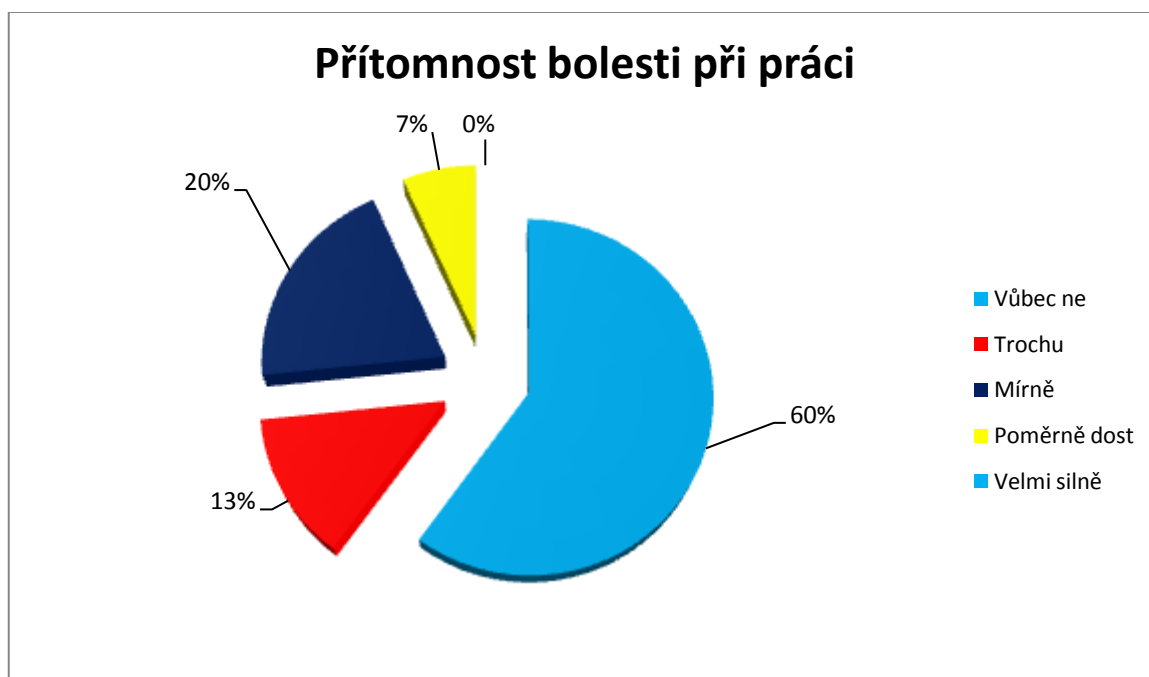
Z 30 respondentů 15 osob (50%) uvedlo, že v posledních 4 týdnech nemělo bolesti vůbec žádné, 3 osoby (10%) uvedly, že měli bolesti velmi mírné, 9 osob (30%) uvedlo, že mírně, 2 osoby (7%) uvedly, že střední 1 osoba (3%) uvedla, že silně a 0 osob (0%) uvedlo, že velmi silné.

Zdroj: vlastní výzkum

8. Do jaké míry Vám bolesti bránily v práci (v zaměstnání i doma) v posledních 4 týdnech?

<u>Kategorie</u>	<u>Možnosti</u>
• Vůbec ne (1)	18
• Trochu (2)	4
• Mírně (3)	6
• Poměrně dost (4)	2
• Velmi silně (5)	0

Graf č. 52 Přítomnost bolesti při práci



Z 30 respondentů 18 osob (60%) uvedlo, že jim v posledních 4 týdnech bolesti nebránili v práci vůbec, 4 osoby (13%) uvedly, že trochu, 6 osob (20%) uvedlo, že mírně, 2 osoby (7%) uvedly, že poměrně dost a 0 osob (0%) uvedlo, že velmi silně.

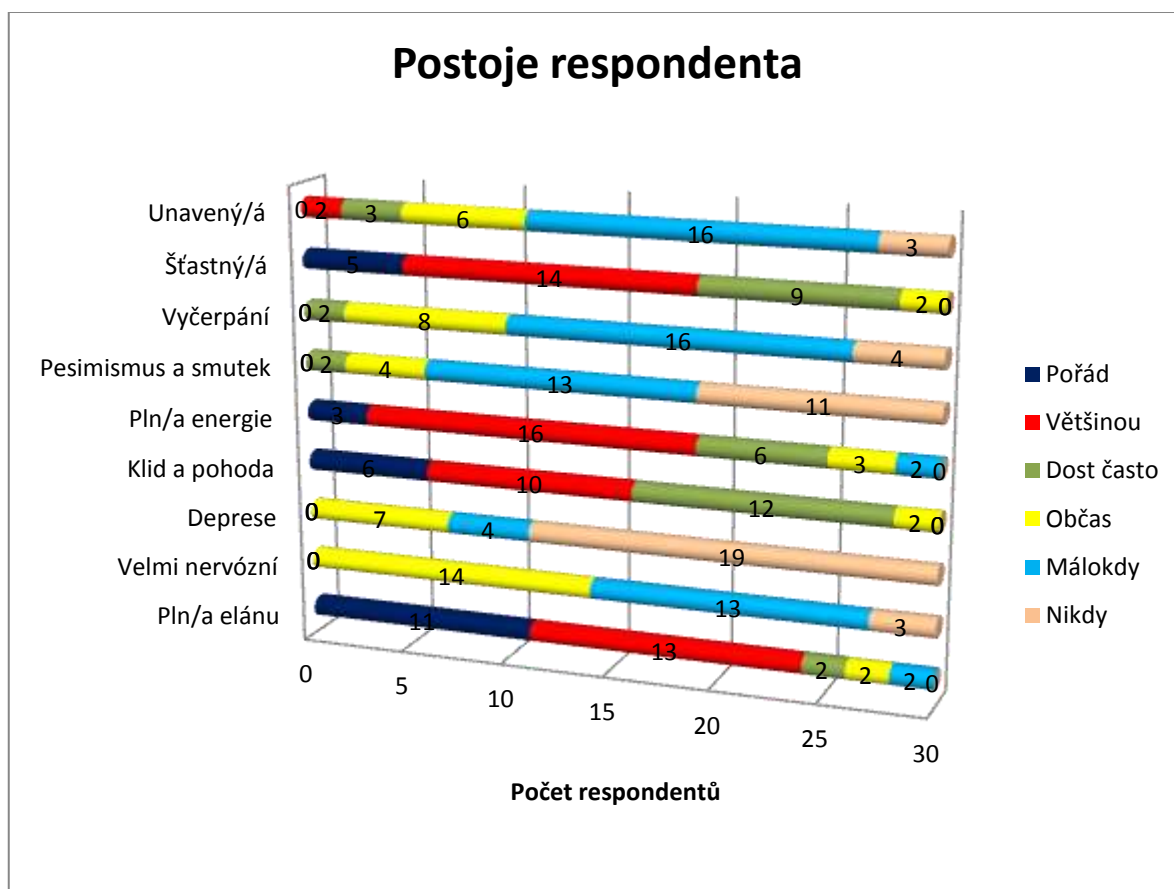
Zdroj: vlastní výzkum

9. Následující otázky se týkají Vašich postojů a toho, jak se Vám dařilo v posledních 4 týdnech. U každé otázky označte prosím takovou odpověď, která nejlépe vystihuje, jak jste se cítil/a.

<u>Kategorie</u>	Pořád (1)	Většinou (2)	Dost často (3)	Občas (4)	Málokdy (5)	Nikdy (6)
a. jste se cítil/a pln/a elánu?	11	13	2	2	2	0
b. jste byl/a velmi	0	0	0	14	13	3

nervózní?						
c. jste měl/a takovou depresi, že Vás nic nemohlo rozveselit?	0	0	0	7	4	19
d. jste pociťoval/a klid a pohodu?	6	10	12	2	0	0
e. jste byl/a pln/a energie?	3	16	6	3	2	0
f. jste pociťoval/a pesimismus a smutek?	0	0	2	4	13	11
g. jste se cítil/a vyčerpání/a?	0	0	2	8	16	4
h. jste byl/a šťastný/á?	5	14	9	2	0	0
i. Jste se cítil/a unaven/a?	0	2	3	6	16	3

Graf č. 53 Postoje respondenta



Z 30 respondentů 11 osob (36%) uvedlo, že v posledních 4 týdnech se cítilo plno elánu pořád, 13 osob (43%) uvedlo, že se cítilo plno elánu většinou 2 osoby (7%) uvedly, že se cítil plno elánu dost často, 2 osoby (7%) uvedly, že se cítilo pln elánu občas, 2 osoby (7%) se cítily plny elánu málokdy a 0 osob (0%) uvedlo, že se v posledních 4 týdnech necítilo pln elánu nikdy. U otázky zda byl v posledních 4 týdnech velmi nervózní 0 respondentů (0%) uvedlo, že pořád, 0 respondentů (0%) uvedlo, že většinou 0 respondentů (0%) uvedlo, že dost často, 14 respondentů (47%) uvedlo, že občas, 13 respondentů (43%) uvedlo, že málokdy a 3 respondenti (10%) uvedli, že nikdy. Při otázce, zda v posledních 4 týdnech měl respondent takovou depresi, že ho nic nemohlo rozveselit 0 osob (0%) uvedlo, že pořád, 0 osob (0%) uvedlo, že většinou 0 osob (0%) uvedlo, že dost často, 7 osob (23%) uvedlo, že občas, 4 osoby (13%) uvedly, že málokdy a 19 osob (64%) uvedlo, že nikdy. U otázky zda

v posledních 4 týdnech respondent pocíťoval klid a pohodu 6 osob (20%) uvedlo, že pořád, 10 osob (33%) uvedlo, že většinou, 12 osob (40%) uvedlo, že dost často, 2osoby (7%) uvedly, že občas, 0 osob (0%) uvedlo, že málokdy a 0 osob (0%) uvedlo, že nikdy. Co se týče otázky, zda byl respondent, v posledních 4 týdnech pln energie, 3osoby (10%) uvedly, že pořád, 16 osob (53%) uvedlo, že většinou, 6 osob (20%) uvedlo, že dost často, 3 osoby (10%) uvedly občas, 2 osoby (7%) uvedly, že málokdy a 0 osob (0%) uvedlo, že nikdy. U otázky zda respondent v posledních 4 týdnech pocíťoval pesimismus a smutek 0 osob (0%) uvedlo, že pořád, 0 osob (0%) uvedlo, že většinou 2 osoby (7%) uvedly, že dost často, 4 osoby (13%) uvedly, že občas, 13 osob (43%) uvedlo, že málokdy a 11 osob (37%) uvedlo, že nikdy. U otázky zda respondent v posledních 4 týdnech cítil vyčerpání 0 osob (0%) uvedlo, že pořád, 0 osob (0%) uvedlo, že většinou, 2 osoby (7%) uvedly, že dost často, 8 osob (27%) uvedlo, že občas, 16 osob (53%) uvedlo, že málokdy a 4 osoby (13%) uvedly, že nikdy. Na otázku, zda byl v posledních 4 týdnech respondent šťastný 5 osob (17%) uvedlo, že pořád, 14 osob(46%) uvedlo, že většinou, 9 osob (30%) uvedlo, že dost často, 2 osoby (7%) uvedly, že občas, 0 osob (0%) uvedlo, že málokdy a 0 osob (0%) uvedlo, že nikdy. U otázky zda se respondent v posledních 4 týdnech cítil vyčerpaný 0 osob (0%) uvedlo, že pořád, 2 osoby (7%) uvedly, že většinou 3 osoby (10%) uvedly, že dost často, 6 osob (20%) uvedlo, že občas, 16 osob (53%) uvedlo, že málokdy a 3 osoby (10%) uvedly, že nikdy.

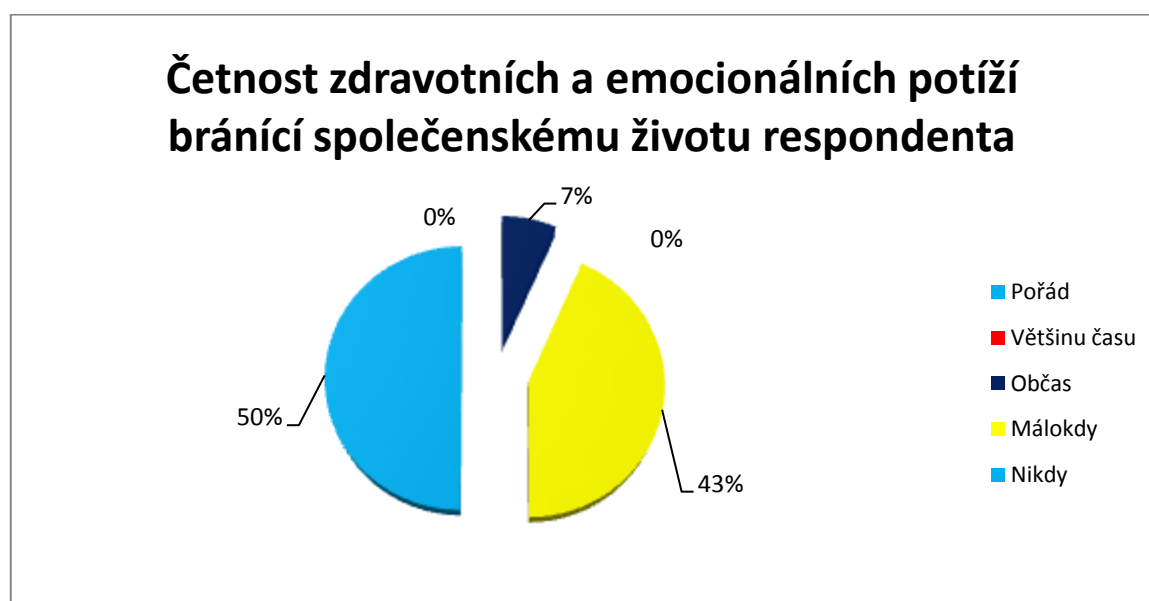
Zdroj: vlastní výzkum

10. Uved'te, jak často v posledních 4 týdnech bránily Vaše zdravotní nebo emocionální potíže Vašemu společenskému životu (jako např. návštěvy přátel, příbuzných, atd)?

<u>Kategorie</u>	<u>Možnosti</u>
• Pořád (1)	0
• Většinu času (2)	0

• Občas (3)	2
• Málokdy (4)	13
• Nikdy (5)	15

Graf č. 54 Četnost zdravotních a emocionálních potíží bránící společenskému životu respondenta



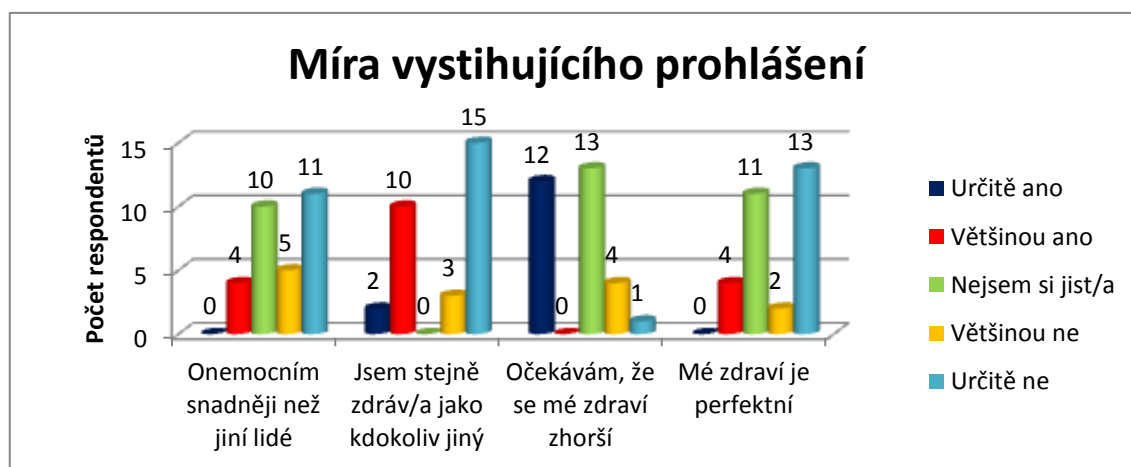
Z 30 respondentů 0 osob (0%) uvedlo, že v posledních 4 týdnech bránily jeho zdravotní nebo emocionální potíže jeho společenskému životu pořád, 0 osob (0%) uvedlo, že většinu času, 2 osoby (7%) uvedly, že občas, 13 osob (43%) uvedlo, že málokdy a 15 osob (50%) uvedlo, že nikdy.

Zdroj: vlastní výzkum

11. Zvolte prosím takovou odpověď, která nejlépe vystihuje, do jaké míry pro Vás platí každé z následujících prohlášení?

Kategorie	Určitě ano (1)	Většinou ano (2)	Nejsem si jist/a (3)	Většinou ne (4)	Určitě ne (5)
a. Zdá se, že onemocním (jakoukoliv nemocí) poněkud snadněji než jiní lidé	0	4	10	5	11
b. Jsem stejně zdrav/a jako kdokoli jiný	2	10	0	3	15
c. Očekávám, že se mé zdraví zhorší	12	0	13	4	1
d. Mé zdraví je perfektní	0	4	11	2	13

Graf č. 55 Míra vystihujícího prohlášení



U prohlášení, že respondent onemocní (jakoukoliv nemocí) poněkud snadněji než jiní lidé 0 osob (0%) uvedlo, že určitě ano, 4 osoby (13%) uvedly, že většinou ano, 10

osob (33%) uvedlo, že si nejsou jisti, 5 osob (17%) uvedlo, že většinou ne a 11 osob (37%) uvedlo, že určitě ne. U prohlášení, že respondent je stejně zdravý jako kdokoliv jiný 2 osoby (7%) uvedlo, že určitě ano, 10 osob (33%) uvedlo, že většinou ano, 0 osob (0%) uvedlo, že si nejsou jisti, 3 osoby (10%) uvedlo, že většinou ne a 15 osob (50%) uvedlo, že určitě ne. U prohlášení, že respondent očekává, že se mu jeho zdraví zhorší, 12 osob (40%) uvedlo, že určitě ano, 0 osob (0%) uvedlo, že většinou ano, 13 osob (44%) uvedlo, že si nejsou jisti, 4 osoby (13%) uvedly, že většinou ne a 1 osoba (3%) uvedla, že určitě ne. U prohlášení, že respondentovo zdraví je perfektní 0 osob (0%) uvedlo, že určitě ano, 4 osoby (13%) uvedly, že většinou ano, 11 osob (37%) uvedlo, že si nejsou jisti, 2 osoby (7%) uvedly, že většinou ne a 13 osob (13%) uvedlo, že určitě ne.

Zdroj: vlastní výzkum

4.1.3 Dotazník pro odborný personál pracující s osobami se zrakovým (zdravotním) postižením (disabilitou)

Tento dotazník byl rozdělen do 2 okruhů, první okruh otázek směřoval k základním informacím o šetřeném subjektu a druhý je zaměřen na integraci osob se zrakovým (zdravotním) postižením (disabilitou).

1. Základní informace o šetřeném subjektu

(viz kapitola 3.3.1)

2. Okruh otázek k integraci osob se zrakovým postižením (disabilitou)

2.1 Jak byste osobně zhodnotil/a míru informovanosti o možnostech sociálních služeb určených pro osoby se zrakovým postižením (disabilitou) ve Vašem regionu?

<u>Kategorie</u>	Velmi dobrá	Dobrá	Nedostatečná	Nevím, nedokážu posoudit
<u>Možnosti</u>		X	X	

Na otázku jak byste osobně zhodnotil/a míru informovanosti o možnostech sociálních služeb určených pro osoby se zrakovým postižením (disabilitou) ve Vašem regionu se odpovědi jednotlivých odborných pracovníků lišily, jeden ji označil za dobrou, druhý uvedl, že je nedostatečná.

2.2 Jak byste zhodnotil/a dostupnost sociálních služeb určených pro osoby se zrakovým postižením (disabilitou) ve vašem regionu?

<u>Kategorie</u>	Velmi dobrá	Dobrá	Nedostatečná	Nevím, nedokážu posoudit
<u>Možnosti</u>		X	X	

Na otázku jak byste zhodnotil/a dostupnost sociálních služeb určených pro osoby se zrakovým postižením (disabilitou) ve vašem regionu se názory jednotlivých odborných pracovníků lišily, jeden odpověděl, že dobrá, druhý ji označil za nedostatečnou.

2.3 Jak byste osobně zhodnotil/a míru informovanosti o možnostech sociálních dávek určených pro osoby se zrakovým postižením (disabilitou):

<u>Kategorie</u>	Velmi dobrá	Dobrá	Nedostatečná	Nevím, nedokážu posoudit
<u>Možnosti</u>		X	X	

Uvedené odpovědi na tuto otázku se u jednotlivých odborných pracovníků lišily, jeden zhodnotil míru informovanosti o možnosti sociálních dávek určených pro osoby se zrakovým postižením (disabilitou) jako dobrou, druhý ji označil za nedostatečnou.

2.4 Jak byste osobně zhodnotil/a systém zdravotní a sociální péče o osoby se zrakovým postižením (disabilitou) ve Vašem regionu?

<u>Kategorie</u>	Velmi dobrá	Dobrá	Nedostatečná	Nevím, nedokážu posoudit
<u>Možnosti</u>			X	
			X	

U této otázky se uvedené odpovědi u jednotlivých odborných pracovníků shodovaly, oba dva uvedli, že systém zdravotní a sociální péče o osoby se zrakovým postižením (disabilitou) je nedostatečný.

2.5 Jak byste osobně zhodnotil/a systém zdravotní a sociální péče o osoby se zrakovým postižením (disabilitou) v ČR?

<u>Kategorie</u>	Velmi dobrá	Dobrá	Nedostatečná	Nevím, nedokážu posoudit
<u>Možnosti</u>		X		
		X		

U otázky jak byste osobně zhodnotil/a systém zdravotní a sociální péče o osoby se zrakovým postižením (disabilitou) v ČR se uvedené odpovědi u jednotlivých odborných pracovníků shodovaly, oba dva systém zhodnotili jako dobrý.

2.6 Jak byste osobně zhodnotil/a systém vzdělávání osoby se zrakovým postižením (disabilitou) ve Vašem regionu?

<u>Kategorie</u>	Velmi dobrá	Dobrá	Nedostatečná	Nevím, nedokážu posoudit
<u>Možnosti</u>		X	X	

Uvedené odpovědi na otázku jak byste osobně zhodnotil/a systém vzdělávání osoby se zrakovým postižením (disabilitou) ve Vašem regionu se u jednotlivých odborných pracovníků lišily, jeden ji zhodnotil jako dobrou, druhý ji označil za nedostatečnou.

2.7 Jak byste osobně zhodnotil/a systém vzdělávání osoby se zrakovým postižením (disabilitou) v celé ČR?

<u>Kategorie</u>	Velmi dobrá	Dobrá	Nedostatečná	Nevím, nedokážu posoudit
<u>Možnosti</u>		X		
		X		

U otázky jak byste osobně zhodnotil/a systém vzdělávání osoby se zrakovým postižením (disabilitou) v celé ČR se uvedené odpovědi u jednotlivých odborných pracovníků shodovaly, oba dva systém zhodnotili jako dobrý.

2.8 Jak byste osobně zhodnotil/a oblast zaměstnanosti osoby se zrakovým postižením (disabilitou) ve Vašem regionu?

<u>Kategorie</u>	Velmi dobrá	Dobrá	Nedostatečná	Nevím, nedokážu posoudit
<u>Možnosti</u>			X	
			X	

U otázky jak byste osobně zhodnotil/a oblast zaměstnanosti osoby se zrakovým postižením (disabilitou) ve Vašem regionu se uvedené odpovědi u jednotlivých odborných pracovníků shodovaly, oba dva oblast zhodnotili jako nedostatečnou.

2.9 Jak byste osobně zhodnotil/a oblast zaměstnanosti osoby se zrakovým postižením (disabilitou) v celé ČR?

<u>Kategorie</u>	Velmi dobrá	Dobrá	Nedostatečná	Nevím, nedokážu posoudit
<u>Možnosti</u>			X	
			X	

Na otázku jak byste osobně zhodnotil/a oblast zaměstnanosti osoby se zrakovým postižením (disabilitou) v celé ČR se uvedené odpovědi u jednotlivých odborných pracovníků shodovaly, oba dva oblast zhodnotili jako nedostatečnou.

2.10 Jak byste osobně zhodnotil/a přístup intaktní společnosti k osobě se zrakovým postižením (disabilitou)?

<u>Kategorie</u>	Velmi dobrá	Dobrá	Nedostatečná	Nevím, nedokážu posoudit
<u>Možnosti</u>			X	
			X	

Na otázku jak byste osobně zhodnotil/a přístup intaktní společnosti k osobě se zrakovým postižením (disabilitou) se uvedené odpovědi u jednotlivých odborných pracovníků shodovaly, oba dva přístup zhodnotili jako nedostatečný.

2.11 Ve smyslu integrace osoby se zrakovým postižením (disabilitou) v čem spatřujete největší bariéry?

<u>Kategorie</u>	<u>Odpovědi</u>
Na straně intaktní společnosti	Komunikace, nedostatek prac. příležitostí pro osoby se zrakovým postižením (disabilitou)
Na straně osoby se zrakovým postižením (disabilitou)	Komunikace, osobní nezájem zapojit se do integračního procesu, strach a obavy z neznámého prostředí (mimo domov)

Největší bariéry ze strany intaktní společnosti v rámci integrace osob se zrakovým postižením (disabilitou) uvedli odborní pracovníci komunikaci a nedostatek pracovních příležitostí pro osoby se zrakovým postižením (disabilitou). Ze strany osob se zrakovým postižením (disabilitou) spatřují odborní pracovníci největší bariéry v komunikaci a osobním nezájmu zapojení se do integračního procesu, strachu a obav z neznámého prostředí (mimo domov).

5. Diskuse

Ve své práci jsem se věnovala integraci osob se zdravotním postižením (disabilitou), zejména pak osobám se zrakovým postižením (disabilitou), kteří jsou aktivními členy místní odbočky organizace SONS ČR v Chomutově a v Mostě a jsou v produktivním věku (18-65 let).

Důvodem byla nejen skutečnost, že osoby se zrakovým (zdravotním) postižením (disabilitou) mají stejné potřeby, práva a povinnosti jako osoby v intaktní společnosti, ale také **současný trend** v péči o osoby se zrakovým (zdravotním) postižením (disabilitou). Jak uvádí Kalvach. (2011)¹⁸¹ největší chybování v péči o osoby se závažným zdravotním postižením spočívá především **v zúžení péče/podpory na základní biologické potřeby** daného jedince a to **s dominujícím či výlučným zájmem o základní zabezpečení jedince** (přísun potravy, zajištění přístřeší, hygiena, základní zdravotní péče).

Tento přístup/hledisko je třeba modifikovat (systém komplexní rehabilitace, osvěty o životě a potřebách osob se zrakovým (zdravotním) postižením) a podporu jejich soběstačnosti a všech aktivit vedoucích k jejich inkluzi intaktní společnosti), neboť vážných poruch zraku s věkem přibývá, v celé Evropě dnes žije asi 11 milionů slabozrakých a 1 milion osob nevidomých a snížení kvality života osob se zdravotním postižením, znamená i větší ekonomickou, sociální zátěž pro intaktní společnost.

Cílem práce tak bylo nejen přiblížení aktuální tematiky integračního procesu osob se zdravotním (zrakovým) postižením (disabilitou), popsání faktorů/bariér/hledisek se kterými osoba se zdravotním postižením (disabilitou), resp. zrakovým postižením přichází, během svého života/procesu integrace, do vzájemné akcelerace, možnosti jaké může při integračním procesu využívat (systém sociální péče a pomoci, systém zdravotní péče, systém podporovaného zaměstnávání, apod.), ale podstatnou část

¹⁸¹ KALVACH, Z. Podpora lidí se zrakovým postižením s. 284-285 in KALVACH, Z. a kol. Křehký pacient a primární péče. Praha: Grada Publishing.2011.s.400. ISBN 978-80-247-4026-3

výzkumu jsem věnovala i **kvalitě života** osob se zrakovým (zdravotním) postižením (disabilitou).

5.1 Výstupy z výzkumných okruhů

V předložených případových studiích jsem hledala odpověď na sledované okruhy - **dostupnost systému služeb, pomoci a péče pro osoby se zrakovým postižením (disabilitou); kvalita života osob se zrakovým postižením (disabilitou); limitace/bariéry integračního procesu osob se zrakovým postižením (disabilitou); pohled a zpětná vazba odborného personálu pracujících s osobami se zrakovým postižením (disabilitou).**

Okruh otázek č. 1 Dostupnost systému služeb, pomoci a péče pro osoby se zrakovým postižením (disabilitou)

Odpovědi na první okruh jsem získala z nestandardního dotazníku (okruh otázek k sociálním službám, sociálnímu prostředí šetřené osoby) určeného pro osoby se zdravotním (zrakovým) postižením (disabilitou), nestandardního dotazníku určeného pro odborný personál pracující s osobami se zdravotním (zrakovým) postižením (disabilitou) a doplňkovým rozhovorem s oběma subjekty,

Okolnosti týkající se sociálních služeb určených pro osoby se zrakovým postižením (disabilitou) byly sledovány v několika oblastech. Jednalo se o oblast informovanosti služeb určených pro osoby se zrakovým postižením (disabilitou), oblast dostupnosti služeb určených pro osoby se zrakovým postižením (disabilitou) a oblast informovanosti o sociálních dávkách určených pro osoby se zrakovým postižením (disabilitou)

Ve všech případech byla pro měření postojů jednotlivých respondentů použita hodnotící škála (velmi dobrá – dobrá- nedostatečná-nevím, nedokážu posoudit).

Podle získaných odpovědí respondentů, je dostupnost sociálních služeb určených pro osoby se zrakovým postižením (disabilitou) dobrá až spíše nedostatečná. Co se týče informovanosti o sociálních službách a dávkách určených pro osoby se zdravotním

postižením (disabilitou), velkou měrou zde byly zastoupeny dvě skupiny a to zdravotnické zařízení a příbuzný/soused/kamarád. Tyto výsledky potvrzují fakt, že rodina a blízké okolí má nezastupitelné místo (vliv) na daného jedince a zdravotnické zařízení je většinou první a bohužel na delší dobu také jediný subjekt, aktivně pečující o osobu se zdravotním postižením (disabilitou) – chybí ucelenost a propojenost systému rehabilitace, tzv. komplexní rehabilitace/péče o OZP.

Další zkoumanou oblastí zde byl zdroj informovanosti o sociálních dávkách/službách určených pro osoby se zrakovým postižením (disabilitou), zhodnocení vlastní finanční situace a hmotného zabezpečení a využívání sociálních dávek, služeb respondentem,

Jednotlivé výstupy viz grafy a jejich popisy ve výsledcích výzkumu.

2. Okruh otázek - kvalita života osob se zrakovým postižením (disabilitou)

Kvalita života je mnohorozměrný a víceúrovňový fenomén používán interdisciplinárně. WHO definuje kvalitu života jako „**vnímání vlastní pozice v životě v kontextu kultury a hodnotových systémů se zřetelem na životní cíle, očekávání, standarty a zájmy**“, jež je komplexně ovlivňována **fyzickým zdravím, psychickým stavem, úrovní jeho nezávislosti** a v neposlední řadě také **vztahy k prostředí**.¹⁸²

Existuje dvojí možný přístup k posuzování a měření kvality života:

- **objektivní pohled** na fyzickou, psychickou, sociální a spirituální dimenzi jedince a jeho nový či pozměněný životní styl ze strany odborné veřejnosti
- **subjektivní náhled** individua na jednotlivé stránky jeho života

¹⁸² HEŘMANOVÁ, Eva. *Koncepty, teorie a měření kvality života*. Praha : SLON, 2012, 239 s. ISBN 978-80-7419-106-0.

Formulace a realizace kvality života není jednoduchá, proto existuje celá řada standardizovaných dotazníků zaměřujících se na kvalitu života osob v rozličných životních situacích (např. viz výzkum dotazník SF – 36).¹⁸³

Posuzování kvality života osob se zrakovým postižením (disabilitou) je významné z několika hledisek:

- pro subjektivní i objektivní sledování vývoje a samotného průběhu zdravotního (zrakového) postižení, sledování vývoje jeho psychického stavu a vztahu k životu, změny socioekonomického statusu a materiální úrovně dané osoby
- pro posouzení potřebnosti a úrovně poskytované péče (zdravotní, sociální, psychologické, psychiatrické aj.)
- pro stanovení stupně invalidity
- pro hodnocení úrovně a kvality vztahů (interpersonálních, k institucím aj.)
- pro zrakově postiženého (disabilního) jedince subjektivně

Zhodnocení těchto hledisek je svým způsobem značně náročné a vyžaduje multidisciplinární spolupráci. Zhodnocením však získáme informace o faktorech, které zvyšují či snižují kvalitu života osob se zrakovým postižením (disabilitou). Hlavním cílem je vždy snaha přispět k nejvyšší možné míře kvality života daných jedinců, pomoci jim využívat všech jeho schopností a dovedností (aplikace kompenzačních pomůcek), aby mohl získat či si uchovat co nejvyšší míru samostatnosti a s tím i spojený pocit vlastní hodnoty (minimalizace pocitu stavu nepohody a maximalizace stavu pohody).

Aktivita, nezdolnost, smysl pro koherenci, posilování kondice, tréninky paměti, myšlení, tvořivosti, zajištění dostatku informací, zprostředkování sociálních kontaktů aj. jsou nejen prvky zvyšující kvality života těchto jedinců, ale tvoří také velmi významný preventivní aspekt nízké kvalitě života (sociálnímu vyloučení).¹⁸⁴

¹⁸³ JESENSKÝ, J. a kol. *Prolegomena systému tyflorehabilitace a metodiky tyflorehabilitačních výcviků*, Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2007. 659 s. ISBN 978-80-86723-49-5.

¹⁸⁴ JESENSKÝ, J. a kol. *Prolegomena systému tyflorehabilitace a metodiky tyflorehabilitačních výcviků*, Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2007. 659 s. ISBN 978-80-86723-49-5.

Pro okruh otázek kvalita života osob se zrakovým postižením (disabilitou) jsem získala odpovědi nejen z nestandardního dotazníku určeného pro osoby se zrakovým postižením (disabilitou), kde se v dotazníkovém šetření zabývám okruhem otázek na kvalitu života, ale zejména standardizovaným dotazníkem SF – 36 určeného ke stanovení kvality života.

Standardizovaný dotazník Kvality života SF – 36 seskládá z osmi tzv. domén:

- | | |
|-------------------------------------|--|
| 1. Fyzické funkce | 5. Bolest |
| 2. Fyzické omezení rolí | 6. Všeobecné duševní zdraví |
| 3. Emoční omezení rolí | 7. Vitalita |
| 4. Omezení sociálních funkcí | 8. Všeobecné vnímání vlastního zdraví |

Položky dotazníku SF – 36 jsou postaveny tak, že vyšší skóre signalizuje lepší HRQL (Health Related Quality of Life). Rozmezí skóre je od 0 do 100 bodů. Skóre pod 50 může být interpretováno jako pod normou obecné populace. Nižší skóre SF 36 signalizuje horší zdravotní stav, dlouhodobé onemocnění, kontakt s lékařem v posledních 2 týdnech.¹⁸⁵

Součástí hodnocení kvality života osob se zrakovým postižením (disabilitou) byla také oblast zhodnocení přístupu rodiny a blízkého okolí k respondentovi, oblast vztahů respondenta ke komunitě OZP a oblast vztahů respondenta k intaktní společnosti.

Hodnocení jednotlivých výstupů viz grafy a jejich popisy ve výsledcích výzkumu.

3. Okruh otázek – limitace/bariéry integračního procesu osob se zrakovým postižením (disabilitou)

Proces integrace osob se zrakovým postižením (disabilitou) se odvíjí od mnoha skutečností (**rodinné zázemí, sociální status, dostupnost služeb, přístup k informacím, předsudky, interpersonální vztahy na pracovišti, interpersonální vztahy v komunitě OZP, interpersonální vztahy s intaktní společností aj.**) a je

¹⁸⁵ JENKINSON, C. et al. *Assessment of the SF-36 .version 2. in the United Kingdom.* Journal of Epidemiology and Community Health, 1993. 53, 46-50.

závislé na množství aspektů (**věk, zdravotní stav, pohlaví, vzdělání, finanční situace, sociální kontakty**, aj.).

Vedle těchto skutečností, existuje také mnoho dalších limitujících faktorů/bariér (technické, komunikační, pohybové, psychosociální aj.) ovlivňujících integrační proces.

Tyto bariéry je možno nalézt jak na **straně osob se zrakovým postižením (disabilitou)**, tak i **na straně intaktní společnosti**.

Výstupy na tento okruh otázek prokazatelně ukazují na přítomnost bariér v integračním procesu osoby se zrakovým postižením (disabilitou) a které z těchto bariér jedince se zrakovým postižením (disabilitou) v životě nejvíce limitují/jsou nejtěžší k překonávání (viz grafy a jejich popisy ve výsledcích výzkumu).

Skutečnost, že pouze 1 respondent (3%) uvedl, že se ve svém životě, v důsledku svého ZP, neseťkal, se žádnou bariérou svědčí nejen o nutnosti provázanosti systému (tzv. komplexní rehabilitace), osvěty o životě/potřebách/zvycích/pravidel osob se zrakovým (zdravotním) postižením (disabilitou), ale zejména také snaha intaktní společnosti jedince se zrakovým postižením (disabilitou) absorbovat.

4. Okruh otázek - pohled a zpětná vazba odborného personálu pracujících s osobami se zrakovým postižením (disabilitou)

Z výstupů nestandardního dotazníku určeného pro odborný personál pracující s osobami se zrakovým postižením (disabilitou) vyplývá, že největší problémy mají organizace z hlediska nedostatku financí, nedostatku personálu (i dobrovolníků) a nedostatku aktivních členů (zejména ve věku od 18-45 let). V rámci regionu nejvíce chybí průvodcovské, asistenční (dobrovolné) a předčitatelské služby.

Velmi pozitivně vnímám spolupráci místních poboček SONS ČR s rodinou osoby se zrakovým postižením (disabilitou) a aktivní vyhledávání potencionálních zájemců o služby organizace (např. formou osvětové činnosti ve školách, informační letáčky, aj.)

Z hlediska zajištění komplexní péče o osoby se zrakovým postižením (disabilitou) by byl vhodný fungující systém tzv. komprehensivní tyflorehabilitace (KTR).

Komprehensivní tyflorehabilitace je komplexem prvků rozvíjející potenciál osob se zrakovým postižením (disabilitou), který vzniká poškozením zrakového orgánu a jeho

funkcí v průběhu života daného jedince. Komprehensivní tyflorevabilitace (KTR) je celoživotní proces.

Složky KTR tvoří:

- **akceptace poškození zraku**
- **osobnost a společenský status manifestovaný v identitě, samostatnosti, nezávislosti aktivit a asertivitě člověka se zrakovým postižením (disabilitou)**
- **komunikace osob se zrakovým postižením (disabilitou) se stejně postiženými i intaktními jedinci**
- **utváření image osoby se zrakovým postižením (disabilitou) vylučujícího nebo alespoň snižujícího nepříznivý dojem způsobený komplikacemi kontroly svého zevnějšku**
- **sebeobsluha (funkční gramotnost) představující schopnosti plnit denní životní úkoly vyplývající z genové závislosti i společensko-kulturní závislosti**
- **prostorová orientace i samostatný bezpečný pohyb (POSPZP)**
- **informační techniky a technologie reedukačního typu a rozvoj schopností číst, psát a rozumět informacím obrazového a funkčně předmětového charakteru s použitím porušeného vidění**
- **informační techniky a technologie kompenzačního typu a rozvoj schopností číst, psát a rozumět informacím textového, obrazového i předmětně funkčního charakteru s použitím synergie smyslů, vnímání, představ a myšlení**
- **pracovní rehabilitace a pracovní výkon směřující k ekonomické produktivitě a rentabilitě**
- **speciální rehabilitace**
- **pedagogická rehabilitace**

Všechny složky KTR spolu souvisí a vytváří kohezní celek umožňující systémové vztahy jednotlivých strukturálních prvků.

Tyflorevabilitační principy (princip nezávislosti, rovných šancí a partnerství OZP; princip subsidiarity OZP; princip tolerance, empatie, akulturace a asertivity OZP;

princip integrace a normalizace; princip facilitace – usnadňování a podpory) představují ucelenou skupinu požadavků potřebných k optimalizaci řešení rehabilitačních situací.

Rozlišujeme 3 stupně náročnosti programů KTR:

- **program pro začátečníky, nebo méně náročné** (program minimum → usilují o rozvoj schopností, které jsou elementární, ale ještě nedosahují úrovně standardu)
- **program pro pokročilé** (program standard → usilují o rozvoj schopností na úrovni převážně používaného standardu)
- **program pro vyspělé uživatele** (program maximum → usilují o rozvoj schopností nad úrovní standardu)

Mezi metodické prostředky tyflorehabilitace patří:

- **Vizualizace** - činnost rozvíjející poznávání prostředí na podkladě stimulace, vnímání, představování a aktivování zrakového analyzátoru (zrakového receptoru, zrakového nervu a zrakového centra v mozku), kdy rozeznáváme tvar, velikost, barevnost, polohu, stabilitu nebo pohyb a jeho rychlost
- **Auditizace** – činnost rozvíjející schopnost poznávání prostředí, stimulací, vnímání, představování a aktivování sluchového analyzátoru (sluchového receptoru, sluchové nervové dráhy a sluchového centra v mozku), kdy rozlišujeme sluchové signály různé výšky, hloubky a frekvence tónů, můžeme usuzovat o vzdálenosti zdrojů zvuku i o jejich stabilitě či pohybu, rozlišujeme mluvenou řeč a zpěv
- **Haptizace** – činnost rozvíjející schopnost poznávání předmětů a prostředí na podkladě stimulace, vnímání, představování a aktivování hmatového analyzátoru (receptory hmatu mají největší koncentraci a citlivost na konečcích prstů, rtech, jazyku a pohlavních orgánech), kdy s pomocí hmatu rozlišujeme tvar a velikost předmětu, jeho povrchovou strukturu, chlad, teplo, statiku nebo dynamiku předmětu
- **Olfaktorizace** – činnost rozvíjející proces poznávání prostředí na podkladě stimulace, vnímání, představování a aktivování čichového analyzátoru, kdy rozlišujeme vůně a

západchy, svěžest nebo zamořenost ovzduší, zahnívání rostlin, zatuchlost potravinových produktů aj.

- **Gustizace** – činnost rozvíjející proces poznávání objektů na podkladě stimulace vnímání, představování a aktivování chuťového analyzátoru, kdy rozlišujeme charakteristiku slanosti, sladkosti, hořkosti, kyselosti, pálivosti

- **Kinetizace** – činnost rozvíjející proces poznávání prostředí na podkladě stimulace, vnímání, představování a aktivování pohybového analyzátoru, kdy se podílí na rozlišování tvarů, rozměrů, váhy předmětů, polohy, statiky, dynamiky¹⁸⁶

Bohužel, v ČR není zatím racionální systém tyflo rehabilitačních institucí vybudován, prozatím řeší problémy tyflo rehabilitace v praktické podobě jen několik institucí (Tyfloservis, o.p.s., který má široce rozvětvenou síť tyflo rehabilitačních pracovišť po celém území ČR; Rehabilitačně rekvalifikační středisko ZP v Praze na Dědině s celostátní působností; Institut rehabilitace zrakově postižených Fakulty humanitních studií UK Praha, se spádovým územím hl. města Prahy; Střediska integrace SONS se sítí pokrývající celé území ČR). Řadu tyflo rehabilitačních úkolů plní – většina speciálních škol pro ZP a spec. ped. centra při těchto školách; Centrum TEREZA FJFI ČVUT Praha; STK Praha; Středisko výcviku vodičů psů Praha; Redakce časopisu ZORA; Institut psychoterapie Praha; Pedagogicko-psychologické poradny; firmy zaměstnávající ZP; případně ÚP ČR a z části některé ústavy sociální péče.

5.2 Specifika osob se zrakovým postižením (disabilitou)

Výzkum respektuje specifika a podmínky ovlivňující integraci osob se zrakovým postižením (disabilitou). Jak uvádí Michalík, je třeba vnímat existence „dvou normalit“ – **linii intaktní jedince X zrakově postižený (disabilní) jedinec** (kde dochází k porovnávání odchylky projevů, potřeb, způsobů řešení situace atd.); a **linii zrakově postižený (disabilní) jedinec X zrakově postižený (disabilní) jedinec** (porovnání

¹⁸⁶ JESENSKÝ, J. a kol. *Prolegomena systému tyflo rehabilitace a metodiky tyflo rehabilitačních výcviků*, Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2007. 659 s. ISBN 978-80-86723-49-5.

projevů, potřeb a způsobů řešení situací uvnitř dané skupiny osob se stejným druhem zdravotního postižení (disability).^{187, 188}

5.3 Důsledky a kompenzace zrakového postižení (disability)

Výzkum prokázal, že škála důsledků a projevů zrakového postižení (disability) je u každého jedince individuální a značně variabilní. **Funkční dopady zrakového postižení (disability)**, tak v různé míře a variabilním způsobem, **ovlivňují nejen život daného jedince, ale i jeho rodiny a širšího okolí.**

Zrakové postižení (disabilita) může mít na fyzické úrovni tyto projevy:

- bolesti oka nebo jeho okolí různé intenzity a frekvence
- bolesti hlavy
- slzení, pálení očí, zarudnutí oka nebo jeho okolí
- plovoucí „mušky“ v oku, saze aj.
- světelné vjemy – blesky, jiskření
- kolísavé vidění (opakuje se situace, kdy jeden den/více dnů jedinec vidí lépe, druhý den významně hůře
- světloplachost, oslnění
- šeroslepu
- deformity vnímaného obrazu
- výpadky zorného pole
- změna vzhledu obličeje, nekontrolovaná mimika a pohyby očí
- jiný způsob pohybu či držení těla
- kývavé pohyby, tlakové mnutí očí apod.

Z hlediska psychosociální úrovně může jít, v závislosti na individuální výbavě daného jedince a době vzniku zrakového postižení (disability) aj. o projevy:

¹⁸⁷ MICHALÍK, J. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*, Praha. Portál, 2011. 512 s. ISBN 978-80-7367-859-3.

¹⁸⁸ BIENERTOVÁ, J. Sociální rehabilitace - specifika integrace osob se zrakovou disabilitou – kazuistika. In: *Rehabilitace a fyzikální lékařství*, 2014, číslo 2. ISSN 1803-6597.

- **častější unavitelnost** (trvalá vysoká koncentrace na vykonávání běžných činností – chůze, čtení, psaní vaření aj.)
- **zvýšená psychická labilita**
- **nervozita a stres při adaptaci na delší čas pro vykonávání běžných činností a dále na potřebu využívání různých kompenzačních pomůcek a dalších prostředků**
- **je ztížen oční kontakt**
- **obtíže v oblasti sociálního kontaktu** (strnulost obličeje, gotika, pozice těla aj.) aj.

Všechny tyto vlivy mívají za následek omezenou kvalitu života – ztížené provádění sebeobsluhy, samostatného pohybu a orientace, zaměstnanosti, komunikačního prostoru a de facto i sociálního fungování v celém kontextu integračního procesu a osobnosti osoby se zrakovým postižením (disabilitou).

Vyrovňování fyzických dyskomfortů spadá převážně do oblasti primární medicínské léčby a léčebné rehabilitace, zrakové terapie a rehabilitace sociální (včetně využívání zvláštních pomůcek- přehled viz Příloha č. 4)¹⁸⁹. Psychická rovina dopadů bývá řešena individuálně (cílený dostatek odpočinku, strukturace času a činnosti, relaxační techniky a činnosti, uspokojivé rodinné/partnerské vztahy aj.) či skupinově (svépomocné organizace, neformální komunity odborná psychoterapie či psychiatrická pomoc). Systémové opatření na mikroúrovni obsahuje oblast zaměstnávání, odstraňování architektonických a jiných bariér, ekonomické opatření apod.¹⁹⁰

5.4 Intervence u osob se zrakovým postižením (disabilitou)

V rámci resortních a meziresortních opatření jsou přijímána systémová řešení zvyšující kvality života osob se zrakovým postižením (disabilitou). Jedná se zejména o **oblast zdravotnictví** (medicínská léčba, léčebná rehabilitace, pleopticko-ortoptická cvičení, zraková terapie aj.), **vzdělávání a školství** (primární, sekundární, terciární), sociálního zabezpečení (sociální pojištění – důchodové pojištění, sociální podpora, sociální pomoc; sociální dávky – jednorázové příspěvky na opatření zvláštních

¹⁸⁹ Vyhláška MPSV č. 388/2011 Sb., příloha I., ve znění pozdějších předpisů.

¹⁹⁰ MICHALÍK, J. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*, Praha. Portál, 2011. 512 s. ISBN 978-80-7367-859-3.

pomůcek, příspěvek úplně nebo prakticky nevidomým občanům na pořízení vodící psa a příspěvek na krmivo pro tohoto psa, mimořádné výhody I.-III. stupně; sociální služby – sociální poradenství, sociální péče, sociální prevence, průvodcovské a předčitatelské služby, pobytové služby v domově pro osoby se zdravotním postižením, raná péče, tlumočnické služby, sociální rehabilitace), **zaměstnanosti a zaměstnávání** (chráněné pracovní místo, pracovní rehabilitace, rekvalifikace, aj.), **přístupnost prostředí** (odstraňování architektonických, dopravních a informačních bariér), **přístup k informacím** (kompenzační pomůcky, osobní asistence, informační technologie dle tzv. pravidel přístupnosti aj.).^{191, 192}

Intervenční přístupy tvoří významný faktor při integračním procesu osob se zrakovým postižením (disabilitou), proto jsem se ve svém výzkumu zaměřila i na tuto tematiku.

5.5 Komunikace s osobami se zrakovým postižením (disabilitou)

Správný styl komunikace individuálně přiměřený respondentovým schopnostem je jedním ze **základních pilířů výzkumu**. **Bezbariérová komunikace** s osobou se zrakovým postižením (disabilitou) vyžaduje nejen **dodržování určitých zásad, pravidel** (oslovení, dotek, nabídka pomoci, předčítání dokumentů, apod.), **podmínek** (dostatek času, trpělivost, jasná formulace apod.), ale také použití **kompenzačních pomůcek**.¹⁹³ Národní rada osob se zdravotním postižením ČR (NRZP) sestavila desatero zásad/pravidel komunikace s pacienty se zrakovým postižením (viz. Příloha č. 5).¹⁹⁴

¹⁹¹ MICHALÍK, J. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*, Praha. Portál, 2011. 512 s. ISBN 978-80-7367-859-3.

¹⁹² BIENERTOVÁ, J. Sociální rehabilitace - specifika integrace osob se zrakovou disabilitou – kazuistika. In: *Rehabilitace a fyzikální lékařství*, 2014, číslo 2. ISSN 1803-6597.

¹⁹³ SLOWÍK, J. *Komunikace s lidmi s postižením*. 1. Vyd. Praha: Portál, 2010, 160 s. ISBN 978-80-7367-691-9.

¹⁹⁴ Národní rada osob se zdravotním postižením ČR. Desatero komunikace s pacienty se zrakovým postižením. [online] Citováno 14. 4. 2014. Dostupné z: <http://www.nrzp.cz/poradenstvi-služby/desatero-pro-komunikaci-s-ozp/352-desatero-komunikace-s-pacienty-se-zrakovym-postizenim.html>.

6. Závěr

Přirozené vztahy mezi osobami se zdravotním postižením (disabilitou) a majoritní intaktní společností (vzájemný respekt a tolerance) se nejsnadněji a naprosto spontánně vytvářejí již v období v dětství a dospívání. Integrace osob se zdravotním postižením (disabilitou) do společnosti, již v raném věku, je tak nejjednodušší cestou pro eliminaci integračních (zejména sociálních, psychických a emočních) bariér.

Přestože je integrace osob se zdravotním postižením (disabilitou) společností chápána jako cílový stav, není možné tento stav identifikovat jako definitivní (stabilita závisí jak na straně osoby se zdravotním postižením (disabilitou), tak i na vnějších faktorech – rodina, vzdělání, sociální a zdravotní péče apod.)

Při integračním procesu je nezbytné si uvědomit, že každé zdravotní postižení je relativní; konkrétní; dynamické a neustále mění svou strukturu; ovlivňuje individuální vývoj, pozitivně nebo negativně; má více dimenzí; nesmí se zaměřovat se svou příčinou (vadou, funkční poruchou apod.) a vždy se jedná o otevřeně probíhající proces.¹⁹⁵

Postoje intaktní společnosti vůči osobám se zdravotním postižením (disabilitou) byly/jsou/a budou mnohdy ovlivněny tlaky **vnitřních** (nedostatek informací o problematice osob se zdravotním postižením (disabilitou), neporozumění problémům disabilních jedinců, předsudky vůči disabilním osobám, ale zejména **vnějších okolností** (ekonomická situace skupiny, estetický ideál, náboženské představy, určité vnitřní kvality daného disabilního jedince)¹⁹⁶.

V české společnosti, nebývají osoby se zdravotním postižením doposud posuzovány za minoritní skupinu se specifickými právy a potřebami. I v současné době se objevují diskriminační tlaky zaměřené zejména na dlouhodobé nerespektování či neznalost základních a zásadních odlišností definující tuto minoritní skupinu osob.

Výstupy z výzkumu prokazatelně potvrdili přítomnost bariér v integračním procesu osoby se zrakovým postižením (disabilitou) a dále ukazují, které z těchto bariér jsou pro daného jedince v životě nejvíce limitují/ nejtěžší k překonávání.

¹⁹⁵ JESENSKÝ, J. a kol. *Prolegomena systému tyflorehabilitace a metodiky tyflorehabilitačních výcviků*, Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2007. 659 s. ISBN 978-80-86723-49-5.

¹⁹⁶ VÁGNEROVÁ, M., HADJ-MOUSSOVÁ, Z., ŠTECH, S. *Psychologie handicapu*. Praha: Karolinum, 2004. 230 s. ISBN 80-7184-929-4.

Určitou kompenzací osoby se zrakovým postižením (disabilitou) mohou zajišťovat **zbývající smysly** – hmat, sluch, čich, chuť; **psychické činnosti** – myšlení, paměť, představivost, tvořivost a **kompenzační pomůcky** – pro sebeobsahu, prostorovou orientaci a samostatný pohyb, práci s texty a grafickými informacemi, aj. Intervence intaktní společnosti se v ČR týkají zejména zavádění a kontroly legislativních opatření k zamezení **fyzické bariérovosti prostředí**, a také finančních pobídek pro možnost odstraňování **bariér prostředí, technických a informačních**. Přesto **znalosti** intaktní populace **specifik/odlišností** osob se zrakovým postižením (disabilitou) **a jejich následné adekvátní využívání v praxi/v běžném životě**, by mnohdy zabránily vzniku integračních bariér.

Z výstupů zpětné vazby odborného personálu pracujícího s osobami se zrakovým postižením (disabilitou) velmi pozitivně vnímám spolupráci organizace s rodinou osoby se zrakovým postižením (disabilitou) a aktivní vyhledávání potencionálních zájemců o služby organizace. Negativum spočívá v nedostatku personálu, financí, aktivních členů organizace v produktivním věku (zejména 18-45 let) a absence dobrovolných předčitatelských, asistenčních a průvodcovských služeb.

Z hlediska zajištění komplexní péče o osoby se zrakovým postižením (disabilitou) by byl vhodný fungující systém tzv. **komprehensivní tyflorehabilitace**, který celoživotně rozvíjí potenciál osob se zrakovým postižením (disabilitou). Principy tyflorehabilitace (princip nezávislosti, rovných šancí a partnerství OZP; princip subsidiarity OZP; princip tolerance, empatie, akulturace a asertivity OZP; princip integrace a normalizace; princip facilitace – usnadňování a podpory) efektivně vedou k optimálním řešením rehabilitačních situací/integraci osoby se zrakovým postižením (disabilitou).

Především je třeba těmto lidem poskytovat všemožnou podporu pro plnou seberealizaci a sociální integraci, pro rozvoj jejich individuálního potenciálu a využití všech schopností, které zrakové postižení umožňuje. Bez vytvořených podmínek celou společností jako je např. univerzální design a bezbariérové prostředí však nebude nikdy resocializace zrakově postižených plně možná. I proto je třeba neustále zvyšovat povědomí majoritní populace o životě lidí se zrakovým postižením a jejich možnostech uplatnění ve společnosti.

7. Seznam použitých zdrojů

- ABZ slovník cizích slov. Heslo *Stigma*. [online] Vložil prof. PhDr. Rudolf Kohoutek, CSc.. Citováno 8. 11. 2013. Dostupné z <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/stigma>.
- BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*, Praha: Grada Publishing, 2005. 188 s. ISBN 80+247-1197-4.
- BIENERTOVÁ, J. *Hodnocení funkčních činností a pracovního potenciálu - kazuistika*, In *Rehabilitácia*. ročník 48, 2011, číslo 2, s 120- 127. ISSN 0375-0922.
- BIENERTOVÁ, J. *Integrace dlouhodobě nezaměstnaných osob s disabilitou mezi ekonomicky aktivní společnost*, In *Rehabilitácia*. ročník 49, 2012, číslo 3, s 152- 157. ISSN 0375-0922.
- BIENERTOVÁ, J. *Pracovní rehabilitace – podpora zaměstnanosti osob se zdravotním postižením (disabilitou)*, České Budějovice, 2010. 127 s. Rigorózní práce
- BIENERTOVÁ, J. *Rehabilitace – psychosociální aspekty ovlivňující integraci osob s disabilitou mezi ekonomicky aktivní*, In *Rehabilitácia*. ročník 49, 2012, číslo 4, s 232- 237. ISSN 0375-0922.
- BIENERTOVÁ, J. *Sociální rehabilitace - specifika integrace osob se zrakovou disabilitou – kazuistika*. In: *Rehabilitace a fyzikální lékařství*, 2014, číslo 2. ISSN 1803-6597.
- BUCHTOVÁ, B. et al. *Nezaměstnanost – psychologický, ekonomický a sociální problém*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 236 s. ISBN 80-247-9006-8.
- BURJÁNEK, A. *Segregace*. Sociologický časopis, vol. 33 (1997), str. 423–434. ISSN 0038-0288.
- DELL ORTO, A., E., POWER, P., W. *The psychological & social impact of illness and disability*. New York: Springer Pub. 2007. Co., p. 737.
- DISMAN, M., *Jak se vyrábí sociologická znalost: Příručka pro uživatele*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2005. 374 s. ISBN 80-246-0139-7.
- DOLISTKA, J., VURM, V. *Vybrané kapitoly z bioetiky*. České Budějovice: JČU, 2004, 70 s. ISBN 80-7040-700-X.

- *Dotazník SF- 36 O ZDRAVOTNÍM STAVU*, [online] Dostupné z:
http://www.iscare.cz/upl/files/f20b32abff5b75dotaznik_sf36.doc
- *Dotazník SF - 36* [online] Poslední aktualizace 23.08.2008 Dostupné z:
<http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/586/1366/Dotaznik-SF-36>
- *Evropský sociální fond*. [online] Poslední aktualizace 28.3.2006 Dostupné z:
<http://www.esfcr.cz/07-13/oplzz>
- FERJENČÍK, J. Úvod do metodologie psychologického výzkumu. Praha: Portál, 2000. 256 s. ISBN 80-7278-367-6.
- FISCHER, S., ŠKODA, J. *Speciální pedagogika, edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. Praha: Triton, 2008. 205 s. ISBN 978-80-7387-014-0.
- GALTON, Y. Zaměstnávání zdravotně postižených osob v EU a v zemích ekonomické transformace. In *Sborník materiálů z mezinárodní konference. Zaměstnávání zdravotně postižených s vlastním zaměřením na transformující se Zemi*. Praha, 26. 10. 2001.
- HENDL, J., *Úvod do kvalitativního výzkumu*. 2. Vyd. Praha: Portál, 2008. 408 s. ISBN 978-80-7367-485-4.
- HEŘMANOVÁ, Eva. *Koncepty, teorie a měření kvality života*. Praha: SLON, 2012, 239 s. ISBN 978-80-7419-106-0.
- *Individuální plán pracovní rehabilitace* Příloha č. 2 k zadávacímu listu č.PR001.
- *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, Geneva: WHO, 1992, 779 s,
- JANDOUREK, J. *Sociologický slovník*. Praha. Portál, 2001. 288 s. ISBN 80-7178-535-0.
- JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. 1.vyd. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-329-6.
- JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí*. 2.vyd. Praha: Triton, 2006. 173 s. ISBN 80-7254-730-5.

- JANKOVSKÝ, J., PFEIFFER, J., ŠVESTKOVÁ, O. *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita. Zdravotně sociální fakulta, 2005. 103 s. ISBN 80-7040-826-X..
- JELÍNKOVÁ, J., KRIVOŠÍKOVÁ, M., ŠAJTAROVÁ, L. *Ergoterapie*. Praha: Portál, 2009. 272 s. ISBN 978-80-7367-583-7.
- JESENSKÝ, J. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1995. 137 s. ISBN 80-7066-941-1.
- JESENSKÝ, J. *Základy komprehensivní speciální pedagogiky*. Hradec Králové: Gaudeamus. 2000. 275 s. ISBN: 80-7041-196-1.
- JESENSKÝ, J. a kol. *Prolegomena systému tyflorehabilitace a metodiky tyflorehabilitačních výcviků*, Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2007. 659 s. ISBN 978-80-86723-49-5.
- JENKINSON, C. et al. *Assessment of the SF-36 .version 2. in the United Kingdom*. Journal of Epidemiology and Community Health, 1993. 53, 46-50.
- KALVACH, Z. Podpora lidí se zrakovým postižením s. 284-285 in KALVACH, Z. a kol. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada Publishing.2011.s.400. ISBN 978-80-247-4026-3.
- *Koordinovaná rehabilitace*. Sborník přednášek. Výbor pro sociální politiku Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR v gesci místopředsedkyně doc. MUDr. Milady Emerové, CSc. 24. května 2011.
- KOŠČÁLOVÁ, J. *Změny v posuzování invalidity*, Tempus medicorum, ročník 19, č 1, 2010, ISSN 1214-7524.
- KRAUS. J., PETŘÁČKOVÁ, V., a kol. *Akademický slovník cizích slov A-Ž*, Praha: Academia 1995, s. 517.
- KRÁSA, V. V Praze se konala důležitá konference o zaměstnávání občanů se zdravotním postižením. *Pracovní kapitál – přesun od zdravotního postižení ke schopnostem*. In Skok do reality. Č. 2. Praha, 2004.
- KUZNÍKOVÁ, I. a kol. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada Publising, 2011. 224 s. ISBN 978-80-247-3676-1.

- MATOUŠEK, O., et al. Sociální služby, Praha: Portál. 2007. 184 s. ISBN 978-80-7367-310-9.
- MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. *Sociální práce v praxi*. 1.vyd. Praha: Portál, 2005. 351 s. ISBN 80-7367-002-X..
- MATOUŠEK, O. *Základy sociální práce*. Praha: Portál, 2001. 312 s. ISBN 80-7178-473-7.
- *Metodika hodnocení funkčních činností a pracovního potenciálu*, PENTACOM. vydané v rámci projektu Iniciativy Společenství EQUAL „Rehabilitace – Aktivace – Práce“, 2008.
- *Metodiky hodnocení psychosenzomotorického potenciálu člověka*. PENTACOM. vydané v rámci projektu Iniciativy Společenství EQUAL/2/52;CZ.04.4.09/1.1.00.4/0038 Chomutov: „Rehabilitace – Aktivace – Práce“, 2008.
- *Metodický materiál k realizaci poradenských programů pro osoby se zdravotním postižením*. materiál vznikl v rámci projektu Iniciativy Společenství EQUAL/2/52;CZ.04.4.09/1.1.00.4/0038 Chomutov: „Rehabilitace – Aktivace – Práce“.
- *Metodický materiál k realizaci profesní diagnostiky v rámci poradenství pro OZP*. PENTACOM. vydané v rámci projektu Iniciativy Společenství EQUAL/2/52;CZ.04.4.09/1.1.00.4/0038 Chomutov „Rehabilitace – Aktivace – Práce“.
- *Metodika motivačních nástrojů pro zaměstnávání OZP*, PENTACOM. vydané v rámci projektu Iniciativy Společenství EQUAL „Rehabilitace – Aktivace – Práce“.
- Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví. Praha: GRADA, 2001. 278 s. ISBN 978-80-247-1587-2.
- MICHALÍK, J. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*, Praha. Portál, 2011. 512 s. ISBN 978-80-7367-859-3.
- MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. 332 s. ISBN 80 – 247- 1362-4.

- MPSV . *Právní předpisy o zaměstnanosti*. 5. vyd. Praha: JAN, 2005. ISBN 80-86878-11-2.
- Národní rada osob se zdravotním postižením ČR. Desatero komunikace s pacienty se zrakovým postižením. [online] Citováno 14. 4. 2014. Dostupné z: <http://www.nrzp.cz/poradenstvi-sluzby/desatero-pro-komunikaci-s-ozp/352-desatero-komunikace-s-pacienty-se-zrakovym-postizenim.html>.
- NAVRÁTIL, P *Teorie a metody sociální práce*. .Brno: Zeman, 2001. 170 s. ISBN 80-903070-0-0.
- *Národní plán vytváření rovných příležitostí pro občany se zdravotním postižením na období 2010-2014*. Praha: Úřad vlády České republiky. 55 s. ISBN 978-80-7440-024-7.
- NOVÁK, P. *Ekonomická aktivita zrakově postižených osob: zhodnocení úspěšnosti zrakově postižených osob v podmínkách tržní ekonomiky*. In Kontakt[online] Poslední aktualizace 20. 6. 2014 Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/clanky/2~2014/1116-ekonomicka-aktivita-zrakove-postizenych-osob-zhodnoceni-uspesnosti-zrakove-postizenych-osob-v-podminkach-trzni-ekonomiky>.
- NOVOSAD, L. *Základy speciálního poradenství: struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 160 s. ISBN 80-7178-197-5.
- *Obecný výkladový slovník systému pracovní rehabilitace*. PENTACOM. vydané v rámci projektu Iniciativy Společenství EQUAL „Rehabilitace – Aktivace – Práce“, 2008.
- Ottův slovník naučný. Heslo *Předsudek*. Sv. 20, str. 612. [online] Citováno 27. 10. 2009. Dostupné z <http://www.ourphorum.com/ottuv-slovník-naueny-t69995.html>.
- POWER, P., W., DELL ORTO, A., E. Families living with chronic illness and disability: interventions, challenges, and opportunities. 2004. p. 290. ▪ Vyhláška č. 505/2006 Sb., v platném znění.
- *Pracovní rekomandace*. MUDr. Tibor Vicsápi. [online] Citováno [10. 12. 2011] Dostupné z: <http://www.vicsapi.cz/-informace-/-posudkove-lekarstvi->

- *Problematika zaměstnávání zdravotně postižených občanů.* [online] Poslední aktualizace 6. 9. 2002 Dostupné z:
www.infoposel.cz/index.php?idm=legislativa&idr=20&idc=1031328350
- PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J. *Pedagogický slovník.* 6. vyd. Praha. Portál, 2009. 400 s. ISBN 978-80-7367-647-6.
- *Regionální síť spolupráce v pracovní rehabilitaci.* Individuální systémový projekt MPSV ČR. Registrační číslo: CZ.1.04/2.2.00/11.00008.▪ ZEMAN, M. *Klasifikace pacientů s Bechtěrevovou chorobou dle ICF.* Disertační práce. 2010.
- Sdělení Českého statistického úřadu o zavedení Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF), ze dne 18. listopadu 2009. Dostupné z: www.uzis.cz
- Sdělení č. 97 Českého statistického úřadu o ukončení povinného užívání Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF), ze dne 30. dubna 2013. Dostupné z: www.uzis.cz
- SHEKHAR, R. *Global perspective on disability.* Chandigarh, India: Abhishek Publications, 2009. p. 287.
- SLOWÍK, J. *Komunikace s lidmi s postižením.* 1. Vyd. Praha: Portál, 2010, 160 s. ISBN 978-80-7367-691-9.
- SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika: Integrace a inkluze.* [online] Citováno [26. 6. 2012] Dostupné z: <http://clanky.rvp.cz/clanek/c/S/16169/SPECIALNI-PEDAGOGIKA-INTEGRACE-A-INKLUZE.html/>.
- SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika.* Praha: Grada. 1. vyd. 2007.160s. ISBN 978-80-247-1733-3.
- SONS ČR. [online] Poslední aktualizace 20. 6. 2014 Dostupné z: <http://www.sons.cz/rady.php>
- STUCKI, G., CIEZA, A., EWERT, T., KONSTANJSEK, N., et al. *Application of the international classification of functioning, disability and health (ICF) in clinical practice,* Disability and rehabilitation, An international multidisciplinary journal 2002, vol 5, p.281-2 .
- ŠIMEK, J. a kol. *Etika klinického výzkumu a role etických komisí v jeho regulaci.* Praha: Grada. 2012. 160 s. ISBN 978-80-247-3397-5.

- ŠVESTKOVÁ, O., PFEIFFER, J.: *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví*, výukový materiál, MZ České Republiky, 2009. 63 s.
- *Teze právní úpravy koordinace rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Meziřezortní pracovní skupina, verze ke dni 10. 7. 2013.
- *Úmluva o právech osob se zdravotním postižením*. [online] Citováno . [1. 4. 2010] Dostupné z: <http://www.vlada.cz/cz/ppov/vvzpo/dokumenty/umluva-o-pravech-osob-se-zdravotnim-postizenim--70247/>.
- ÜSTÜN, T.,B., et al. *Measuring health and disability: manual for WHO Disability Assessment Schedule WHODAS 2.0*. Geneva: WHO, 2010. p. 90.
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2002. 444 s. ISBN 80-7178-678-0.
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd., rozš. a přepr. Praha: Portál, 2004. 870 stran. ISBN 80-7178-802-3.
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, Praha: Portál, 2008. 872 s. ISBN 978-80-7367-414-4.
- VÁGNEROVÁ, M., HADJ-MOUSSOVÁ, Z., ŠTECH, S. *Psychologie handicapu*. Praha: Karolinum, 2004. 230 s. ISBN 80-7184-929-4.
- VÁVRA, A. et all. *Hodnocení pracovního potenciálu jedince pro účely zaměstnanosti*, Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí. 2005.
- VÍTKOVÁ, M. (ed.) *Integrativní speciální pedagogika*, Brno: Paido, 2004. 463 s. ISBN 80-7315-071-9.
- VOTAVA, J. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*,.1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. 203 s. ISBN 80-246-0708-5.
- VURM, V. et al. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Manus, 2004. 100 s. ISBN 80-86571-07-6.
- Vyhláška MPSV č. 388/2011 Sb., příloha I., ve znění pozdějších předpisů
- Vyhláška MPSV č. 284/1995 Sb., kterou se provádí Zákon o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů.
- Vyhláška MPSV č. 115/1992 Sb. *o provádění pracovní rehabilitaci občanů se změněnou pracovní schopností*, ve znění pozdějších předpisů.

- Vyhláška MŠMT č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných, ve znění pozdějších předpisů.
- Vyhláška MPSV č. 518/2004 Sb., kterou se provádí Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů.
- Vyhláška MPSV č. 505/2006, Sb., kterou se provádějí některá ustanovení Zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.
- *Vyšetření fyzických pracovních schopností metodou Isernhagen Work System jako součást ergodiagnostiky.* PENTACOM. vydané v rámci projektu Iniciativy Společenství EQUAL „Rehabilitace – Aktivace – Práce“.
- VYSOKAJOVÁ, M. *Hospodářská, sociální, kulturní práva a zdravotně postižení.* 1. vyd. Praha: Karolinum, 2000. 139 s. ISBN 80-246-0057-9.
- WHO. ICIDH: international Classification of Imparments, Disabilities, and Handicaps. a manual of classification relating to the consiquences of disease. Geneva. 1980.
- WHO. ICIDH – 2: International Classifikation system of functionaing and disability Beta – 2 draft, short version. Geneva: 1999.
- WHO. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Geneva: WHO. 2001.
- WHOQOL. *The World Health Organization Quality of Life Assessment. Position Paper From the World Health Organization, Social Science and Medicine, Vol. 41, No. 10, 1995, p. 1403–1409.*
- *World report on disability.* World Health Organization. 2011. p. 325.
- *Zaměstnávání osob se zdravotním postižením.* [online] Poslední aktualizace 11.4.2007
Dostupné z www.business.center.cz/business/pravo/zakony/zamestnanost/cast3.aspx
- Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.
- Zákon č. 155/1995 Sb- o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů.
- Zákon č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů.
- Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání a série prováděcích právních norem, ve znění pozdějších předpisů.

- § 7 odst. 5 Zákona č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů.
- § 67 Zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů.

8. Klíčová slova

- Disabilita
- Integrace
- Kvalita života
- Osoba se zdravotním postižením
- Osoba se zrakovým postižením

9. Seznam zkratek

AMAS	Activity Matching Ability Systém (test)
BI	Barthel Index (test)
BIT	Built-in Test (test)
COPM	Canadian Occupational Performance Measure (test)
ČR	Česká Republika
ČVUT	České vysoké učení technické
DPČ	Dohoda o pracovní činnosti
DPP	Dohoda o provedení práce
ESF	Evropský sociální fond
EU	Evropská unie
FJFI	Fakulta jaderná a fyzikálně inženýrská
FIM	Functional Independence Measure (test)
HRQL	Kvalita života
I ADL	Instrumental Activity of Dailing Living (test)
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health (Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví)
IPPR	Individuální plán pracovní rehabilitace
IWS	Isernhagen Work Systém (test)
KTR	Komprehenzivní tyflorelabilitace
LOTCA	Loewenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment (test)
MEAMS	Middlesex Elderly Assessment of Mental State (test)
MKF	Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví
MKN	Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů
MMSE	Mini-Mental State Examination (test)
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MŠMT	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
NRZP	Národní rada osob se zdravotním postižením ČR

OZP	Osoba se zdravotním postižením
OZZ	Osoba zdravotně znevýhodněná
PACT	Performance Assessment Capacity Testing (test)
PCE	Physiotherapy Competency Examination (test)
PN	Pracovní neschopnost
PR	Pracovní rehabilitace
PREGNET	Regionální síť spolupráce v pracovní rehabilitaci (projekt)
POSPZP	Prostorová orientace i samostatný bezpečný pohyb
SF – 36	Dotazník RAND 36 – Item Health Survey
SIA	Středisko integračních aktivit
SONS	Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých
SŠ	Střední škola
SQUALA	Subjektive Quality of Live Analysis (dotazník)
STK	Stanice technické kontroly
RAP	Rehabilitace-Aktivace-Práce (projekt)
RBMT	Rivermead Behavioural Memory Test (test)
RP	Rehabilitační pracoviště
TEREZA	Centrum podpory samostatného studia zrakově postižených
ÚP ČR	Úřad práce České Republiky
VAS	Visual Analogue Scale (test)
VOŠ	Vyšší odborná škola
VŠ	Vysoká škola
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)
WHO DASII	WHO Disability Assesment Scale (dotazník)
ZORA	Časopis pro zrakově postižené

10. Přílohy

Příloha č. 1: Nestandardizovaný dotazník určený pro osoby se zrakovým (zdravotním) postižením (disabilitou)

Příloha č. 2: Standardizovaný dotazník SF – 36

Příloha č. 3: Nestandardizovaný dotazník pro odborný personál pracující s osobami se zrakovým (zdravotním) postižením (disabilitou)

Příloha č. 4: Přehled zvláštních pomůcek pro osoby těžce zrakově postižené

Příloha č. 5: NRZP Desatero komunikace s pacienty se zrakovým postižením

Dotazníkové šetření

v rámci Disertační práce – Integrace osob s disabilitou.

Vážená paní/pane,

jako osoba se zrakovým (zdravotním) postižením jste byl osloven, abyste se zúčastnil dotazníkového šetření v rámci Disertační práce – Integrace osob s disabilitou.

Dotazníkem, který Vám předkládám, Vás chci požádat o pomoc získat informace Vašeho pohledu, jakož to člověka se zrakovým (zdravotním) postižením. Výsledky mi umožní nejen proniknout více do problematiky Vašeho zdravotního postižení, avšak jak pevně doufám, také přiblížit tuto tematiku intaktní (laické i veřejné) společnosti.

Vámi uvedené informace a údaje budou zpracovány v souladu s platnými právními předpisy, zejména zákonem č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů.

Jak na otázky odpovídat:

- *někde slovně (najdete tam volné místo)*
- *někde zakroužkovat Vámi vybranou variantu odpovědi*
- *pokud na některou otázku odpovědět nechcete, neumíte nebo nemůžete, uveďte to slovy a příslušnou otázku podtrhněte*

1. Základní životopisné informace o šetřené osobě

1.1 Pohlaví:	Muž				Žena
1.2. Věková kategorie:	18-25		26-49		50-65
1.3 Rodinný stav: svobodný/á	Ženatý/Vdaná	Druh/Družka	Rozvedený/á		Vdovec/Vdova
1.4 Děti:	Ano (počet)				Ne
1.5 Místo bydliště (okres, obec):				
1.6 Nejvyšší dosažené vzdělání:	Základní	Vyučen	SŠ	VOŠ	VŠ
1.7 Typ zdrav. postiž..	Smyslové	Fyzické	Interní	Duševní	Jiné
1.8 Svě zdrav. postiž. máte:	Od narození	Následkem nemoci			Následkem úrazu
1.9 Míra/Stupeň zdrav. postižení: OZZ	1. STI		2. STI		3. STI Jiné....
1.10 Prac. situace: Zaměstnaný/á	V domácnosti	EÚP	PN	Důchod	Jiné....

1.11 Pracovní poměr: Hlavní (plný úvazek) Hlavní (zkrácený úvazek) Vedlejší (DPP)
Vedlejší (DPČ)

2. Okruh otázek k sociálním službám, sociálnímu prostředí šetřené osoby

2.1 Jak byste osobně zhodnotil/a míru informovanosti o možnostech sociálních služeb určených pro OZP ve vašem okolí:

Velmi dobrá Dobrá Nedostatečná Nevím, nedokážu posoudit

2.2 Uveďte zdroj, kde jste získal/a první informace o sociálních službách určené pro OZP:

Zdravotnické zařízení Příbuzný/soused/kamarád Masmédia Jiné.....

2.3 Jak byste zhodnotil/a dostupnost sociálních služeb určených pro OZP ve vašem okolí:

Velmi dobrá Dobrá Nedostatečná Nevím, nedokážu posoudit

2.4 Které sociální služby určené pro OZP využíváte:

Soc. porad. Osob. asist. Peč. služba Průvodc./předčit. služby jiné.....žádné.

2.5 Jak byste osobně zhodnotil/a míru informovanosti o možnostech sociálních dávek určených pro OZP:

Velmi dobrá Dobrá Nedostatečná Nevím, nedokážu posoudit

2.6 Uveďte zdroj, kde jste získal/a první informace o sociálních dávkách určených pro OZP:

Zdravotnické zařízení Příbuzný/soused/kamarád Masmédia Jiné.....

2.8 Které sociální dávky určené pro OZP využíváte:

Příspěvek na mobilitu Příspěvek na zvláštní pomůcku Příspěvek na péči Žádné

2.9 Jak byste osobně zhodnotil/a systém péče o OZP v ČR:

Velmi dobrý Dobrý Nedostatečný Nevím, nedokážu posoudit

2.10 Jak byste v porovnání s ostatními rodinami/jednotlivci zhodnotil/a svou finanční situaci a hmotné zabezpečení:

Podprůměrné (soc.dávky) Podprůměrné (bez soc. dávek) Průměrné Nadprůměrné

2.11 Jaké jsou vaše zájmy/dovednosti:

2.12 Jak byste osobně zhodnotil/a přístup rodiny a blízkého okolí k Vaší osobě:

1 (Vyloučení) 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Rovnoprávný člen)

2.13 Jak byste osobně zhodnotil/a přístup intaktní společnosti k OZP:

Velmi dobrý Dobrý Nedostatečný Nevím, nedokážu posoudit

2.14 Jak se cítíte v intaktní (majoritní) společnosti:

1 (Vyhýbám) 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Zcela spokojen)

2.15 Jak se cítíte v komunitě OZP:

1 (Vyhýbám) 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Zcela spokojen)

2.16 Setkal/a jste se ve svém životě, v důsledku ZP, s těmito integračními bariérami?:

Technickými Psychickými Emočními Sociálními Prostředí Jiné... Ne

2.17 Které z těchto bariér jsou pro Vás k překonávání nejtěžší:

.....

3. Okruh otázek ke kvalitě života šetřené osoby

3.1 Jak vnímáte své zdravotní postižení:

1 (Zcela nepřijatelné) 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Plně přijetí)

3.2 Jak se v současné době cítíte (Bez ohledu na Vaše zdravotní postižení):

1 (Nemocný) 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Zcela zdravý/á)

3.3 Jak jste se svým životem spokojený:

1 (Nespokojený) 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Zcela spokojen)

3.4 Jak byste ohodnotil/a své komunikační schopnosti:

1 (Nedostatečné) 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Velmi dobré)

3.5 Jak byste ohodnotil/a své praktické dovednosti:

1 (Zcela závislý) 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Zcela samostatný/á)

3.6 Jak byste ohodnotil/a své technické dovednosti:

1 (Zcela závislý) 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Zcela samostatný/á)

3.7 Jak byste ohodnotil/a svou samostatnost (sebeobsluha):

1 (Zcela závislý) 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Zcela samostatný/á)

3.8 Jak byste ohodnotil/a svou samostatnost (fyzickou):

1 (Zcela závislý) 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Zcela samostatný/á)

3.9 Jak byste ohodnotil/a svou samostatnost (péče o rodinu):

1 (Zcela závislý) 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Zcela samostatný/á)

3.10 Jak byste ohodnotil/a svou samostatnost (orientace ve venkovním prostředí – nakupování, lékař, aj.)

1 (Zcela závislý) 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Zcela samostatný/á)

3.11 Jak byste ohodnotil/a své duševní rozpoložení:

1 (Deprese) 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Šťastný/á)

3.12 Jak byste ohodnotil/a Vaše rodinné vztahy:

1 (Nestýkám se) 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Výborné)

3.13 Jak byste ohodnotil/a Vaše vztahy s ostatními lidmi:

1 (Nestýkám se) 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Výborné)

3.14 Jak byste ohodnotil/a své sociální kontakty:

1 (Nemám přátele) 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Mnoho)

3.15 Jak byste ohodnotil/a svou náplň dne:

1 (Nudím se) 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Zaneprázdněný)

3.16 Jak trávíte svůj volný čas:

Doma (TV) Doma (PC) Doma (.....) Aktivně (sport) Aktivně (kultura) Aktivně (.....)

3.17 Kterou aktivitu, v důsledku svého ZP, ve svém životě postrádáte:

.....

3.18 Co považujete ve svém životě za důležité:

.....

Jsme u konce, děkuji Vám za spolupráci.

Vysvětlivky:

SŠ – střední škola

VOŠ – vyšší odborná škola

VŠ – vysoká škola

OZZ – osoba zdravotně znevýhodněná

EÚP – v evidenci Úřadu práce ČR

PN – pracovní neschopnost

DPP – dohoda o provedení práce

DPČ – dohoda o pracovní činnosti

OZP – osoba se zdravotním postižením

DOTAZNÍK SF- 36 O ZDRAVOTNÍM STAVU

NÁVOD: V tomto dotazníku jsou otázky týkající se Vašeho zdraví. Vaše odpovědi pomohou určit, jak se cítíte a jak dobře se Vám daří zvládat obvyklé činnosti.

Odpovězte na jednu z otázek tím, že vyznačíte příslušnou odpověď. Nejste-li si jisti, jak odpovědět, odpovězte jak nejlépe umíte.

1. Řekl(a) byste, že Vaše zdraví je celkově:

(zakřížkujte jedno číslo)

- Výtečné 1
- Velmi dobré 2
- Dobré 3
- Docela dobré 4
- Špatné 5

2. Jak byste hodnotil(a) své zdraví dnes ve srovnání se stavem před rokem?

(zakřížkujte jedno číslo)

- Mnohem lepší než před rokem 1
- Poněkud lepší než před rokem 2
- Přibližně stejné jako před rokem 3
- Poněkud horší než před rokem 4
- Mnohem horší než před rokem 5

3. Následující otázky se týkají činností, které někdy děláte během svého typického dne. Omezuje Vaše zdraví nyní tyto činnosti? Jestliže ano, do jaké míry?

(zakřížkujte jedno číslo na každé řádce)

<u>ČINNOSTI</u>	Ano, omezuje hodně	Ano, omezuje trochu	Ne, vůbec neomezuje
a. Usilovné činnosti jako je běh, zvedání těžkých předmětů, provozování náročných sportů	1	2	3
b. Středně namáhavé činnosti jako posunování stolu, luxování, hraní kuželek, jízda na kole	1	2	3
c. Zvedání nebo nošení běžného nákupu	1	2	3
d. Vyjít po schodech několik pater	1	2	3
e. Vyjít po schodech jedno patro	1	2	3
f. Předklon, shýbání, poklek	1	2	3
g. Chůze asi jeden kilometr	1	2	3
h. Chůze po ulici několik set metrů	1	2	3
i. Chůze po ulici sto metrů	1	2	3
j. Koupání doma nebo oblékání bez cizí pomoci	1	2	3

4. Trpěl jste některým z dále uvedených problémů při práci nebo při běžné denní činnosti v posledních 4 týdnech kvůli zdravotním potížím?

(zakřížkujte jedno číslo na každé řádce)

	ANO	NE
a. Zkrátil se čas , který jste věnoval(a) práci nebo jiné činnosti?	1	2
b. Udělal(a) jste méně než jste chtěl(a)?	1	2
c. Byl(a) jste omezen(a) v druhu práce nebo jiných činnostech?	1	2
d. Měl(a) jste potíže při práci nebo jiných činnostech (například jste musel(a) vynaložit zvláštní úsilí)?	1	2

5. Trpěl(a) jste některým z dále uvedených problémů při práci nebo při běžné denní činnosti v posledních 4 týdnech kvůli nějakým emocionálním potížím (například pocit deprese nebo úzkosti)?

(zakřížkujte jedno číslo na každé řádce)

	ANO	NE
a. Zkrátil se čas , který jste věnoval(a) práci nebo jiné činnosti?	1	2
b. Udělal(a) jste méně než jste chtěl(a)?	1	2
c. Byl(a) jste při práci nebo jiných činnostech méně pozorný(á) než obvykle?	1	2

6. Uveďte, do jaké míry bránily Vaše zdravotní nebo emocionální potíže Vašemu normálnímu společenskému životu v rodině, mezi přáteli, sousedy nebo v širší společnosti v posledních 4 týdnech.

(zakřížkujte jedno číslo)

Vůbec ne	1
Trochu	2
Mírně.....	3
Poměrně dost.....	4
Velmi silně.....	5

7. Jak velké bolesti jste měl(a) v posledních 4 týdnech?

(zakřížkujte jedno číslo)

Žádné	1
Velmi mírné	2
Mírné.....	3
Střední.....	4
Silné	5
Velmi silné.....	6

8. Do jaké míry Vám bolesti bránily v práci (v zaměstnání i doma) v posledních 4 týdnech?

(zakřížkujte jedno číslo)

- Vůbec ne1
 Trochu2
 Mírně3
 Poměrně dost4
 Velmi silně5

9. Následující otázky se týkají Vašich pocitů a toho, jak se Vám dařilo v posledních 4 týdnech. U každé otázky označte prosím takovou odpověď, která nejlépe vystihuje jak jste se cítil(a).

Jak často v posledních 4 týdnech -

(zakřížkujte jedno číslo na každé řádce)

			Dost			
	Pořád	Většinou	často	Občas	Málokdy	Nikdy
a. jste se cítil(a) pln(a) elánu?	1	2	3	4	5	6
b. jste byl(a) velmi nervózní?	1	2	3	4	5	6
c. jste měl(a) takovou depresi, že Vás nic nemohlo rozveselit?	1	2	3	4	5	6
d. jste pocit'oval(a) klid a pohodu?	1	2	3	4	5	6
e. jste byl(a) plna(a) energie?	1	2	3	4	5	6
f. jste pocit'oval(a) pesimismus a smutek?	1	2	3	4	5	6
g. jste se cítil(a) vyčerpán(a)?	1	2	3	4	5	6
h. jste byl(a) šťastný(á)?	1	2	3	4	5	6
i. jste se cítil(a) unaven(a)?	1	2	3	4	5	6

10. Uveďte, jak často v posledních 4 týdnech bránily Vaše zdravotní nebo emocionální obtíže Vašemu společenskému životu (jako např. návštěvy přátel, příbuzných atd.)?

(zakřížkujte jedno číslo)

- Pořád1
- Většinu času2
- Občas3
- Málokdy4
- Nikdy5

11. Zvolte, prosím, takovou odpověď, která nejlépe vystihuje do jaké míry pro Vás platí každé z následujících prohlášení?

(zakřížkujte jedno číslo na každé řádce)

	Určitě ano	Většinou ano	Nejsem si jist	Většinou ne	Určitě ne
a. Zdá se, že onemocním (jakoukoliv nemocí) poněkud snadněji než jiní lidé	1	2	3	4	5
b. Jsem stejně zdrav(a) jako kdokoliv jiný	1	2	3	4	5
c. Očekávám, že se mé zdraví zhorší	1	2	3	4	5
d. Mé zdraví je perfektní	1	2	3	4	5

Děkujeme za Váš čas.

Dotazníkové šetření

v rámci Disertační práce – Integrace osob s disabilitou.

Vážená paní/pane,

jako odborný pracovník, který při svém zaměstnání přichází do styku s osobami se zrakovým (zdravotním) postižením jste byl(a) osloven(a), abyste se zúčastnil(a) dotazníkového šetření v rámci Disertační práce – Integrace osob s disabilitou.

Dotazníkem, který Vám předkládám, Vás chci požádat o pomoc získat informace Vašeho pohledu, jakož to odborného pracovníka pracujícího s osobami se zrakovým (zdravotním) postižením na integraci těchto jedinců. Výsledky mi umožní nejen proniknout více do problematiky procesu integrace, avšak jak pevně doufám, také přiblížit tuto tematiku intaktní (laické i veřejné) společnosti.

Vámi uvedené informace a údaje budou zpracovány v souladu s platnými právními předpisy, zejména zákonem č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů.

Jak na otázky odpovídat:

- *někde slovně (najdete tam volné místo)*
- *někde zakroužkovat Vámi vybranou variantu odpovědi*
- *pokud na některou otázku odpovědět nechcete, neumíte nebo nemůžete, uveďte to slovy a příslušnou otázku podtrhněte*

1. Základní informace o šetřeném subjektu**1.1 Místo působení**

.....

1.2 Statut (odpověď označte křížkem)

Spol. s r. o. Občanské sdružení Příspěvková/rozpočtová org. Jiné:.....

1.3 Ve které oblasti převážně působíte?

Veřejná správa Zdravotní péče Sociální péče a služby Jiné.....

1.4 Cílové sociální skupiny, jimiž jsou služby především určeny:

OFP OIP ODO OMP OSP Jiné:.....

1.5 Čas poskytování služeb Vašeho zařízení:

Počet hodin denně ()

Počet dní v týdnu ()

1.6 Odhadněte působnost Vaší organizace ve vztahu ke službám, které poskytujete:

Místní (město) Mikroregionální (v rámci okresu) Regionální (v rámci kraje)

Celostátní

1.7 Kolik osob tvoří tým zajišťující služby Vašeho zařízení:

.....

1.8 Je Vaše zařízení bezbariérové?

Ano

Z větší části

Z menší části

Ne

1.9 Jakými dopravními prostředky je Vaše zařízení dostupné?

.....

1.10 Uveďte, jaká kritéria musí zájemce splňovat, aby mu služby Vaše zařízení mohly být poskytovány:

.....

1.11 Forma uzavírané dohody se zájemcem je:

Ústní

Písemná

1.12 Uveďte, kde se mohou zájemci o službu nebo jiní poskytovatelé služeb dozvědět o Vaší organizaci/nabízených a poskytovaných službách:

Internet

Tisk. infor. mater.

Placená anonce

Zdrav. zařízení

Jiné.....

1.13 S jakými subjekty Vaše organizace spolupracuje:

Obec/kraj

Neziskové org.

Zdravot. org.

Sociál. org.

Jiné.....

1.14 Z jakých zdrojů je financován chod Vaší organizace:

Územní samospráva Vlastní zdroje

Klienti

Projekt. činnost

Jin.....

1.15 S jakými subjekty by Vaše zařízení rádo navázalo spolupráci:

VŠ Dobrovolníci Zdrav. org. Nezisk. org. Poradenské/Vzděl. Jiné...

1.16 Co nejvíce brání vzniku spolupráce Vaší organizace s ostatními subjekty:

Nedostatek personálu Nedostatek informací Nedostatek vhodných
subjektů Nedostatek financí Nedostatky právního systému Jiné.....

1.17 S jakými problémy se Vaše zařízení v současné době nejčastěji potýká?

.....

1.18 Jaké služby Vaše organizace nabízí?

.....

1.19 Odhadnete, kolik klientů využívá služby Vašeho zařízení?

Jednorázově (.....) Opakovaně (.....) V evidenci (.....)

1.20 Jaké služby Vaše zařízení nejčastěji poskytuje?

.....

1.21 Jaké služby podle Vás, ve vašem regionu pro osoby se zrakovým postižením (disabilitou), nejvíce chybí?

.....

1.22 Spolupracuje Vaše organizace i s rodinou zájemce (osobou se zrakovým postižením (disabilitou), která využívá Vaše služby)?

.....

1.23 Vyhledává Vaše organizace případné odbíratele Vašich služeb i aktivně?

ANO (Jakým způsobem.....)

NE

2. Okruh otázek k integraci osob se zrakovým postižením (disabilitou)

2.1 Jak byste osobně zhodnotil/a míru informovanosti o možnostech sociálních služeb určených pro osoby se zrakovým postižením (disabilitou) ve Vašem regionu:

Velmi dobrá Dobrá Nedostatečná Nevím, nedokážu posoudit

2.2 Jak byste zhodnotil(a) dostupnost sociálních služeb určených pro osoby se zrakovým postižením (disabilitou) ve Vašem regionu:

Velmi dobrá Dobrá Nedostatečná Nevím, nedokážu posoudit

2.3 Jak byste osobně zhodnotil(a) míru informovanosti o možnostech sociálních dávek určených pro osoby se zrakovým postižením (disabilitou):

Velmi dobrá Dobrá Nedostatečná Nevím, nedokážu posoudit

2.4 Jak byste osobně zhodnotil(a) systém zdravotní a sociální péče o osoby se zrakovým postižením (disabilitou) ve Vašem regionu:

Velmi dobrý Dobrý Nedostatečný Nevím, nedokážu posoudit

2.5 Jak byste osobně zhodnotil(a) systém zdravotní a sociální péče o osoby se zrakovým postižením (disabilitou) v ČR:

Velmi dobrý Dobrý Nedostatečný Nevím, nedokážu posoudit

2.6 Jak byste osobně zhodnotil(a) systém vzdělávání osoby se zrakovým postižením (disabilitou) ve Vašem regionu:

Velmi dobrý Dobrý Nedostatečný Nevím, nedokážu posoudit

2.7 Jak byste osobně zhodnotil(a) systém vzdělávání osoby se zrakovým postižením (disabilitou) v celé ČR:

Velmi dobrý Dobrý Nedostatečný Nevím, nedokážu posoudit

2.8 Jak byste osobně zhodnotil(a) oblast zaměstnanosti osoby se zrakovým postižením (disabilitou) ve Vašem regionu:

Velmi dobrý Dobrý Nedostatečný Nevím, nedokážu posoudit

2.9 Jak byste osobně zhodnotil(a) oblast zaměstnanosti osoby se zrakovým postižením (disabilitou) v celé ČR:

Velmi dobrý Dobrý Nedostatečný Nevím, nedokážu posoudit

2.10 Jak byste osobně zhodnotil(a) přístup intaktní společnosti k osobě se zrakovým postižením (disabilitou):

Velmi dobrý Dobrý Nedostatečný Nevím, nedokážu posoudit

2.11 Ve smyslu integrace osoby se zrakovým postižením (disabilitou)- v čem spatřujete největší bariéry?

Na straně intaktní společnosti

.....

Na straně osoby se zrakovým postižením (disabilitou).....

.....

Jsme u konce, děkuji Vám za spolupráci.

Vysvětlivky:

OFP = osoba s fyzickým postižením (postižení pohybového ústrojí)

OIP = osoba s interním postižením

ODO = osoba s duševním onemocněním

OMP = osoba s mentálním postižením

OSP = osoba se smyslovým postižením

Přehled zvláštních pomůcek pro osoby těžce zrakově postižené
Vyhláška MPSV č. 388/2011 Sb., příloha I., ve znění pozdějších předpisů

II - 1. Osobám nevidomým, prakticky nevidomým, těžce slabozrakým a slabozrakým:

- 1a) Kalkulátor s hlasovým výstupem
- 1b) Digitální čtecí přístroj pro nevidomé s hlasovým výstupem
- 1c) Digitální zápisník pro zrakově postižené s hlasovým výstupem nebo braillovým displejem
- 1d) Speciální programové vybavení pro zrakově postižené

II – 2. Osobám nevidomým a prakticky nevidomým:

- 2a) Vodící pes
- 2b) Slepecký psací stroj
- 2c) DYMO kleště
- 2d) Elektronická orientační pomůcka pro nevidomé a hluchoslepé
- 2e) Elektronická komunikační pomůcka pro nevidomé a hluchoslepé
- 2f) Indikátor barev
- 2g) Měřicí přístroje pro domácnost s hlasovým/hmatovým výstupem
- 2h) Braillový displej pro nevidomé
- 2i) Tiskárna reliéfních znaků pro nevidomé

II – 3. Osobám nevidomým, prakticky nevidomým a těžce slabozrakým:

- 3a) Diktafon

II – 4. Osobám prakticky nevidomým, těžce slabozrakým a slabozrakým:

- 4a) Kamerová zvětšovací lupa
- 4b) Digitální zvětšovací lupa

NRZP desatero komunikace s pacienty se zrakovým postižením

1. Při kontaktu s pacientem je nutné s ním jednat tak, aby se necítil ponížen. Není možné spoléhat na nějaký jiný, zvláště rozvinutý způsob vnímání zrakově postiženého, například dobrý hmat či sluch.
2. S nevidomým je nutno jednat přirozeně a přímo, nikoliv přes jeho průvodce. Ten nevidomého pouze doprovází. Věty typu: „Paní, chce si pán sednout?“, jsou nevhodné.
3. Osoba jednající s nevidomým zdraví jako první. Pozdrav s vlastním představením je důležité spojit s oslovením typu: „Dobrý den pane Nováku, jsem pan Novotný“, aby nevidomý věděl, že pozdrav patří jemu. Při odchodu z místnosti je vhodné nevidomého upozornit na to, že dotyčná osoba opouští místnost.
4. Podání ruky na pozdrav nahrazuje nevidomému vizuální kontakt. Při setkání stačí nevidomému oznámit "podávám Vám ruku". Při rozhovoru je velmi důležitý oční kontakt s nevidomým. Není tedy vhodné odvracet při rozhovoru tvář, protože to nevidomí obvykle poznají.
5. Při vyšetření je nezbytné pacientům vysvětlit, co se bude dít, při instrumentálním vyšetření je třeba stručně popsat jak použité přístroje, tak vlastní činnost. Pro nevidomého pacienta jsou informace typu „teď to píchne, teď to bude tlačit, teď vás to bude trochu pálit“ nezbytné.
6. Dveře do místností by měly zůstat buď zcela otevřené nebo zcela zavřené.
7. Věci nevidomého by měly zůstat na svém místě. S věcmi nevidomého je dobré nemanipulovat bez jeho vědomí.
8. Při komunikaci s nevidomým lze bez obav použít slova: vidět, kouknout se, mrknout, prohlédnout si. Tato slova používají nevidomí k vyjádření způsobu vnímání: cítit, hmatat, dotýkat se.
9. Nevidomý člověk s vodícím psem má přístup do zdravotnických zařízení. Na vodícího psa není vhodné mlaskat, hvízdát, hladit ho, krmit ho nebo na něj mluvit bez vědomí majitele.
10. Při jednání by měl být nevidomý objednan na určitou hodinu. Tu je vhodné dodržet, aby se předešlo jeho nervozitě v neznámém prostředí. Je vstřícné nevidomému pacientovi v čekárně sdělit, že o něm víme.