

**Univerzita Karlova v Praze
Husitská teologická fakulta**

**Změny sociálního postavení handicapovaných jedinců
v České republice**

Changes in social status of disabled people in the Czech Republic

Vedoucí práce: PaedDr. Mgr. Hana Žáčková

Praha 2014

Poděkování

Děkuji vedoucí této práce PaedDr. Mgr. Haně Žáčkové za čas, který mi věnovala a za cenné rady a připomínky, a také ženám, které byly ochotné se mnou vést rozhovor.

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem práci zpracovala samostatně a použila jen zdroje uvedené v seznamu citovaných pramenů.

Kamila Polzová

Anotace

Bakalářská práce porovná sociální postavení zdravotně postižených v Československé republice ve 20. století, zejména v ČSSR, se sociálním postavením zdravotně postižených v ČR. Zaměří se na obsah Zákonu o sociálních službách a Zákonu o zaměstnanosti. Dále se zaměří na historii sociální práce s lidmi s handicapem, zmapuje sociální zařízení a péči, která se takovými jedinci poskytovala a poskytuje dnes.

Anotation

This bachelor thesis compares the social situation of the handicapped in the Czechoslovak Republic in the 20th century, especially in the Czechoslovak Socialist Republic, with the social situation of the handicapped in the Czech Republic. It is focused on the content of the Social Services Act and the Unemployment Act. Furthermore, it focuses on the history of social services with the handicapped, maps out social facilities and care, that was and now is provided.

The practical part of this bachelor thesis consists of interviews with competent persons for considering changes of the social situation. The respondents are a mother of a handicapped person, a leading person of a social service institute, a social worker and a social educator.

Klíčová slova

Handicap, osoba se zdravotním postižením, zákony, zařízení sociálních služeb, trh práce

Key words

Handicap, person with handicap, act, social service facilities, job market

Obsah

ÚVOD	7
1. Definice zdravotního postižení	8
1.1 Co je to handicap	9
1.2 Druhy zdravotního postižení	9
1.3 Statistické údaje	10
2. Vztah k zdravotně postiženým jedincům z hlediska historie	12
2.1 Přístupy společnosti ke zdravotně postiženým jedincům	12
3. Sociální postavení handicapovaných před rokem 1989	14
4. Sociální postavení handicapovaných po roce 1989	17
4.1 Zákon o sociálních službách	18
4.2 Základní druhy a formy sociálních služeb	18
4.2.1 Sociální poradenství	19
4.2.2 Služby sociální péče	19
4.2.3 Služby sociální prevence	20
4.3 Dávky	21
4.3.1 Příspěvek na mobilitu	21
4.3.2 Příspěvek na zvláštní pomůcku	21
4.3.3 Příspěvek na péči	22
5. Zákon o zaměstnanosti	23
5.1 Pracovní rehabilitace	23
5.2 Chráněné pracovní místo	25
5.3 Náhradní plnění	25
6. Změny sociálního postavení	26
6.1 Sexualita, intimita a vztahy zdravotně postižených jedinců	26
6.2 Bezbariérovost	33
6.3 Postižení lidé a sport	34
6.4 Významné osobnosti s handicapem	36
PRAKTICKÁ ČÁST	37
1. Cíl	37
2. Charakteristika zkoumaného vzorku	37
3. Metoda sběru dat	38
4. Interpretace získaných dat	38
4.1 Situace dle matky zdravotně postiženého jedince	38

4.2. Situace dle vedoucí domova pro osoby se zdravotním postižením	42
4.3 Situace dle pracovnice v sociálních službách.....	44
4.4 Situace dle speciálního pedagoga	45
5. Shrnutí praktické části.....	47
Závěr	48
Použitá literatura	50
Přílohy.....	52

ÚVOD

Listina základních práv a svobod zaručuje stejné podmínky pro všechny osoby bez rozdílu pohlaví, rasy, náboženství, politické příslušnosti, i bez sociálních rozdílů. Toto tvrzení je všeobecně uznávané, ovšem je otázkou, do jaké míry se naplňuje ve věcech týkajících se zdravotně postižených jedinců.

Příčinou výběru tématu Změny sociálního postavení handicapovaných jedinců v České republice bylo mé úzké spojení s touto společností. Sama jsem se narodila s vrozenou vadou končetiny a v průběhu mého života jsem se nejednou pohybovala mezi handicapovanými, byť se v mém případě nejedná o markantní odlišnost. Chtěla bych se pokusit shrnout názory a postoje jak společnosti, tak politických a vládních činitelů k otázkám práce a pomoci osobám s handicapem, najít případné rozdíly a změny v nahlížení na ně.

Cílem práce je tedy zmapovat sociální postavení handicapovaných ve zdravé společnosti, zaměřit se na postavení ve společnosti v dobách totalitního režimu a nyní, zhodnotit snahy o vytvoření kvalitních právních koncepcí, které by byly platné a směřovat. Abych mohla zjistit a prokázat změny sociálního postavení, snažila jsem se ve své práci zhodnotit minulost s přítomností, porovnávat možnosti a péči v době Československé republiky s dobou po listopadové revoluci v roce 1989, která pro celou společnost přinesla nové možnosti do všech oblastí.

Aby došlo k naplnění cíle, zaměří se práce nejdříve na přesné definování zdravotně postižených osob z hlediska různých oborů, na druhy zdravotního postižení a na současné statistické údaje z roku 2013. Pro správné zachycení změn postojů společnosti k této minoritě bude sloužit popsání přístupů a názorů panujících v historii a v době minulého století, konkrétně ve 2. polovině 20. století. Opakem k tomu budou sloužit platné zákony, zařízení a možnosti pomoci handicapovaným v současné době. Konkrétně se práce zaměří na obsah Zákonu o sociálních službách a Zákonu o zaměstnanosti, dále na velmi kontroverzní téma sexuality a intimity osob se zdravotním postižením a také na možnosti uplatnění handicapovaných v činnostech, které dříve směly vrcholně vykonávat jen zdravé osoby, tedy na paralympiádu i deaflympiádu.

Aby byly změny prokázány i v praxi, budou prostřednictvím rozhovorů uvedeny kazuistiky s lidmi kompetentními ke správnému a objektivnímu porovnání situace dříve a nyní.

1. Definice zdravotního postižení

Nalézt jednotnou definici zdravotního postižení, která by obsahovala souhrnné vysvětlení, není snadné. Existují dvě možnosti pohledu na pojem zdravotní postižení, a sice hledisko medicínské a hledisko sociologické. Medicínské hledisko nahlíží na zdravotní postižení jako na individuální problém člověka a je přímo dáno nějakým nedostatkem zapříčiněným nemocí či zraněním. Sociologické hledisko nepovažuje zdravotní postižení za problém individuální, ale „jako produkt vztahů a souvislostí mezi jedincem a jeho okolím. To znamená, že zde postižení není chápáno pouze jako samotný nedostatek zdraví, ale je výsledkem vzniklých bariér mezi jedincem a okolím. Vzniklé bariéry mohou mít fyzickou či sociální povahu a znemožňují tak osobě s postižením plně participovat na životě společnosti.“ (BRUTHANSOVÁ, JEŘÁBKOVÁ, 2012, str. 9)

Poprvé se o mezinárodně platnou definici pokusila Světová zdravotnická organizace v roce 1980 ve svém dokumentu „Mezinárodní klasifikace poruch, postižení a handicapů (ICIDH)¹ jako „částečné nebo úplné omezení schopnosti vykonávat některou činnost či více činností, které je způsobeno poruchou nebo dysfunkcí orgánů“.

Dokument Mezinárodní klasifikace poruch, postižení a handicapů definuje čtyři pojmy, a sice porucha, postižení, omezení schopností a handicap, a to takto:

„1. **Porucha** (anglicky „disorder“) – medicínsky definovaný stav nebo nemoc (např. meningomyelokéla).

1. **Postižení** (anglicky „impairment“) – ztráta nebo abnormalita psychické, fyziologické nebo anatomické struktury či funkce (např. paréza dolních končetin).

2. **Omezení schopností** (anglicky „disability“) – každé omezení či ztráta schopnosti (plynoucí z postižení) provádět činnost, která je pokládána za normální pro lidskou bytost (např. nemožnost chůze).

3. **Handicap** – vliv poruchy či postižení na práci člověka či dosažení cílů, které si přeje nebo jsou od něj společností očekávány (např. nemožnost přijmout zaměstnání vyžadující pohyblivost, nemožnost přístupu do veřejných budov a prostor).“ (KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, 2004, str. 17)

¹ International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (WHO, 1980) International Classification of Functioning, Disability and Health (WHO 2001)

Definice dle podle § 67 zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů uvádí, že:

„Osobami se zdravotním postižením jsou fyzické osoby, které jsou

a. orgánem sociálního zabezpečení uznány invalidními ve třetím stupni,

b. orgánem sociálního zabezpečení uznány invalidními v prvním nebo druhém stupni.

Skutečnost, že je osobou se zdravotním postižením dokládá fyzická osoba posudkem nebo potvrzením orgánu sociálního zabezpečení.“

1.1 Co je to handicap

Kolem roku 1827 se v Anglii dle slovníku Petit Robert poprvé objevuje slovo „handicap“, které z anglického překladu znamená „ruka v klobouku“ a primárně bylo užíváno při dostizích. Ona „ruka v klobouku“ je označením losu, který určuje dle významných priorit jako je lehkost, stáří či trénovanost jednotlivých koní toho, kdo pokluše delší závod s větší zátěží, aby se sjednotily podmínky a závod mohl být označen za spravedlivý. Později tento termín získal přenesený význam a začal označovat zátěž u lidí, konkrétně onemocnění, tělesnou vadu či postižení. V komplexním významu termín označuje osoby oproti ostatním nějakým způsobem znevýhodněné, mnohdy bez vlastního zavinění. (VÁGNEROVÁ, 1999) U postižených jedinců je míra handicapu velice individuální. Záleží totiž na druhu a stupni postižení, na době, kdy k handicapu došlo, osobnostních vlastnostech postiženého jedince, dále také na kvalitě a včasnosti poskytnutí péče a v neposlední řadě na kvalitě prosociálního klimatu ve společnosti, v níž se jedinec pohybuje. (SLOWÍK, 2007)

1.2 Druhy zdravotního postižení

Jednotlivá zdravotní postižení jsou v každém případě poruchou organismu, která může postihnout různým způsobem různou tělesnou úroveň v různém stupni síly. Dle medicínského hlediska takováto porucha organismu může být vrozená, či získaná. Vrozená porucha organismu představuje dítě, které se s onemocněním již rodí. Může se i v tomto případě jednat o postižení jak dědičné, tak i získané, na základě určité poruchy v době embryonálního a fetálního vývoje. Na takovéto poruše se podílí některé negativní vlivy, jako je infekce matky nebo škodliviny z vnějšího prostředí (kouření, alkohol, léky, výfukové plyny). V některých případech se může ale také jednat o poruchu plodu bez zjevné příčiny. K získané poruše

dochází v době během porodu či v době kdykoliv po porodu. Jedná se o infekci, krvácení, hypoxii či jiné poranění, které zapříčiňují změnu jako je odumření či degenerace příslušného orgánu. Například jedná-li se o mozek jakožto postižený orgán, tedy centrální nervová soustava, dochází k výraznému omezení nejen pohybových, ale i mentálních schopností a smyslových funkcí. (KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, 2004)

Dle Květoňové -Švecové můžeme jednotlivé poruchy dělit podle systémů, které postihují, a to na:

„1. **Tělesné postižení** – postihuje především pohybový aparát, dochází k poruše anatomické struktury či funkce pohybového aparátu. Mohou to být kostní a svalové poruchy (deformity, amputace, svalové dystrofie), ale i funkční poruchy související s postižením periferní i centrální nervové soustavy.

2. **Smyslové postižení** – dochází k poruše na orgánech zraku, sluchu, řeči, případně dalších smyslů, někdy jsou postižena mozková centra sluchu, zraku, řeči apod.

3. **Mentální postižení** – porucha myšlení, kognitivních funkcí souvisí s postižením v oblasti centrální nervové soustavy, duševní poruchy.

4. **Kombinované postižení** – jedná se o výskyt postižení v různých kombinacích, nejčastěji tělesné a mentální postižení, souvisí většinou s postižením centrální nervové soustavy.“ (KVĚTOŇOVÁ – ŠVECOVÁ, 2004, str. 19)

1.3 Statistické údaje

V České republice byly pod vedením Českého statistického úřadu ve spolupráci s Ústavem zdravotnických informací a statistiky České republiky vytvořeny dva výzkumy, které se zabývaly zdravotně postiženými jedinci v různých směrech. Zabývaly se počtem narozených jedinců s handicapem, počtem osob, které mají postižení získané v průběhu života, získaným vzděláním osob se zdravotním postižením, jejich rodinným zázemím a v neposlední řadě také jejich úmrtností. První výzkum proběhl v roce 2006, druhý v roce 2013. Výsledky jsou zveřejněny ve výroční zprávě, která je k nalezení na stránkách Českého statistického úřadu.

Druhým šetřením bylo zjištěno, že z celkového počtu obyvatel v České republice bylo 1 077 673 osob se zdravotním postižením. Od prvního šetření, tedy od platných údajů z roku 2006, se počet osob se zdravotním postižením zvýšil z 9,9 % na 10,2 %. Větší nárůst je patrný u žen, z 10,0 % na 10,6 %, naopak u mužů byl nárůst poměrně nízký, jednalo se z 9,8 % na

9,9 %. Šetření se zaměřilo také na počty zdravotně postižených žen a mužů v různých věkových kategoriích. Z výsledků je patrný vzrůst výsledků u mužů ve věkové kategorii do 29 let, v ostatních kategoriích došlo k poklesu. U žen došlo k nárůstu ve věkové kategorii do 44 let a 75 let a více, u ostatních věkových kategorií došlo k poklesu.

V šetření bylo sedm typů postižení, a sice tělesné, zrakové, sluchové, mentální, duševní, vnitřní a jiné. V této kategorii se neprokázaly výrazné rozdíly mezi muži a ženami. Vnitřní postižení, které bylo spolu s tělesným postižením převládající, v roce 2013 činilo 41,9 %, což je oproti roku 2006 o 4,2 % více. U tělesného postižení se naopak jedná o snížení o 7 %, tedy aktuální data jsou 29,2 %. Statistický výzkum se také zaměřil u výše zmíněných sedmi typů postižení na jejich míru. Nejvyšší podíl, 40,8 %, vyznačuje středně těžké zdravotní postižení. Poté následuje lehké zdravotní postižení, a sice 29,1 %, těžké zdravotní postižení postihuje 19,7 % jedinců a velmi těžkým zdravotním postižením se potýká 5,8 %. Porovnájí-li se oba provedené výzkumy, k nárůstu došlo pouze u lehkého zdravotního postižení, a sice o 2,7 %. Zbylé míry zdravotního postižení, tedy těžké, středně těžké, velmi těžké, poklesly. Těžké o 4,3 %, středně těžké o 1 % a velmi těžké o 1,6 %.

Statistický výzkum se dále zajímal o dosažené vzdělání osob se zdravotním postižením. Nejsilněji byly zastoupeny tři stupně vzdělání – základní, střední bez maturity, střední s maturitou, které dohromady tvořily 74,2 %. Žádné vzdělání má 5,7 % osob se zdravotním postižením, základního vzdělání dosáhlo 28 %, vyššího odborného a vysokoškolského vzdělání dosáhlo 8,3 %. Tyto výsledky jsou shodné s výsledky u celkového počtu populace České republiky.

Šetření se také zabývalo rodinným stavem, který opět potvrdil trend posledních let ve společnosti, neuzavírat manželství. Ženatých či vdaných osob se zdravotním postižením v roce 2012 je 41 % a tvoří nejpočetnější skupinu. 22-23 % osob ovdovělo. V porovnání s rokem 2006 se prokázalo, že počet uzavřených manželství klesl o 8,7 %.

Dalším tématem, kterým se statistický výzkum zabýval, je bydlení osob se zdravotním postižením. Zajímal se, zda žijí v domácnostech, případně s kým, nebo zda využívají pobytových sociálních služeb. Prokázalo se, že 36,4 % respondentů žije ve společné domácnosti s manželem či s manželkou, 18,7 % osob žije samo. 17,1 % přiznává, že žije se synem či s dcerou a 13,8 % žije s rodiči. (www.statistikaamy.cz)²

² <http://www.statistikaamy.cz/2014/04/v-cr-byl-zdravotne-postizeny-kazdy-desaty/>

2. Vztah k zdravotně postiženým jedincům z hlediska historie

Již od samého začátku lidské společnosti byla patrná reálná odlišnost jedinců, na kterou se nahlíželo různými způsoby. Záleží na typu kultury, ve které se odlišný jedinec vyskytuje. Každá kultura si vytváří svůj ideál podle svých hodnot, norem, postojů. Samy si určují, co je zdravé a nezdravé, žádoucí a nežádoucí, běžné a zvláštní. Vše, co se odlišuje, je považováno za cizí a nebezpečné.

Každý jedinec je nějakým způsobem závislý na své sociální skupině. Platí úměra, že čím nižší úroveň vývoje skupiny či společnosti jako celku, tím vyšší je její potřeba pro jednotlivce. Téměř nejvyšší vliv na postoje k postiženým jedincům má ekonomická situace skupiny. Má-li skupina dostatek prostředků k uživení svých členů, zejména dostatečné množství potravy, mohou si dovolit žít slabého, odlišného člověka. V opačném případě ale dochází k vyloučení těch, kteří jsou pro skupinu přítěží, a proto se v takových případech jedná o jejich jistou smrt. U primitivních národů dodnes vyloučení ze skupiny znamená nejvyšší trest s jistým koncem.

Podle Blažka a Olmrové můžeme jistý ambivalentní vztah k postiženým nazvat jako „fascinaci monstrem“. Odpuzující jedinec zároveň okolí přitahuje právě díky své odlišnosti a nekonformnosti. Jejich místo ve společnosti jim zajistila společností přisuzovaná zvláštní magická schopnost, nadpřirozená síla. Docházelo tedy ke ztotožnění se svou rolí určenou společností, aby k ní mohli patřit, byť na jejím okraji.

Nelze opomenout ani druhou stranu, určující křesťanskou láskou k bližnímu svému, jak káže křesťanské Desatero. Bohužel i v průběhu posledních dvou století, kdy docházelo k velkým změnám v sociální oblasti, stále je postižený jedinec chápán jako objekt péče a soucitu, nenahlíží se na něj jako na plnohodnotného člověka, ale jako na člověka odlišného a vyžadujícího pomoc svého okolí. Člověk se nenarodí s vžitými postoji, vytváří si je během svého života díky učení v závislosti na sociokulturním vlivu prostředí jedince. (VÁGNEROVÁ a kol., 1999)

2.1 Přístupy společnosti ke zdravotně postiženým jedincům

Již v době, kdy vznikaly první poruchy a nemoci, vznikla i snaha lidi léčit, napravovat a pomáhat jim. Na historickou faktografii z logopedického hlediska se zaměřil Sovák a vytvořil periodizaci vývoje péče o defektní osoby: „*stádium represivní, stádium zotročování,*

stádium charitatívni, stádium renesančního humanismu, stádium rehabilitační, stádium socializační a stádium prevenční“. (SOVÁK, 1978, str. 38)

Represivní přístup je spojován s obdobím nejstarších starověkých civilizací a jejich zvyklostmi zbavovat se nemocných a postižených členů jejich společnosti. Jelikož speciální lékařství a speciální edukační činnost nebyla nikterak rozšířená a známá, není například zabíjení malých dětí kvůli pochybnostem vychovávajících v tvrdou výchovu, překvapující. Co se zákonů z této doby týče, nacházíme velmi striktní opatření, která zaručují pro postižené jedince povinnou ochranu a péči jak ze strany rodiny, tak obce či státu.

Zakládání řeholních řádů, které se věnovali lidem vyžadující pomoc, zakládání klášterních špitálů, hospiců atd., dalo vzniknout charitativnímu přístupu založenému na milosrdenství, ochranitelství a pomoci nemocným a postiženým. Tento přístup je typický zejména pro křesťanský středověk. Ačkoliv přístupy i péče u pečujících osob byla různá, určitě charitativní činnost v této době přinesla mnoho pozitivních změn.

Humanistický přístup je spojen s obdobím novověku. Zaměřoval se na tělesné stránky člověka, čímž se odlišoval od doby středověku, kdy se věřilo v posmrtný život, a byla snaha povznést duševní stránku člověka, ale příliš se nezajímali o tělesnou strukturu a důvody, proč je člověk nemocný. V tomto období vznikají různé specializace na konkrétní druhy postižení a společně s nimi dochází ke vzniku různých zařízení, kde poskytovali pomoc a péči pro různě postižené jedince.

Rehabilitační přístup je spojen s dobou přelomu 19. a 20. století, v České republice tomu bylo stejně zhruba do 80. let 20. století. Začala se propojovat léčba s výchovou a vzděláváním. Docházelo k rehabilitačním programům, které mnohdy pro náročnost a neefektivnost u některých zdravotně postižených jedinců končily přenesením do institucionální péče. V druhé polovině 20. století se k ústavní péči uchýlovalo častěji, než bylo zapotřebí. Právě toto neuvážené, asociální a bezstarostné umístění postižených osob do ústavního zařízení může být důsledkem negativních postojů dnešní starší generace k těmto lidem.

Dalším přístupem je preventivně integrační. Rozšířil se po 2. světové válce a byl zaměřen na prevenci vzniku postižení a také se snažil o zabránění narození dítěte s vrozenou vadou nebo poruchou. V této době se ale také začínají hledat možnosti jak co nejvíce začlenit znevýhodněné osoby do majoritní společnosti. V České republice se tato myšlenka projevuje až od 90. let minulého století. Tyto snahy bohužel narazily na nepřipravenost společnosti přijmout minoritní společnost, nebyla k nim příliš vstřícná a musela se, možná stále musí, učit se s nimi žít. (SLOWÍK, 2007, str. 11-14)

3. Sociální postavení handicapovaných před rokem 1989

Sociální postavení handicapovaných se odvíjelo a odvíjí od všeobecných znalostí společnosti. Jestliže bude lidstvo obeznámeno s příčinami toho, proč jsou někteří lidé jiní než oni, jaké problémy musí řešit, a jaké důsledky to vše pro ně má, určitě se názor a tím pádem i sociální postavení takovýchto jedinců, bude měnit. Jelikož k markantnímu vývoji speciální pedagogiky, která se zabývá zdravotně postiženými a jejich výchovou a vzděláváním, došlo až v druhé polovině 20. století, informovanost společnosti nebyla vysoká. Politika se orientovala na zkvalitnění pracovního procesu, na zapojení veškerého obyvatelstva do výroby či služeb, děti byly připravovány již od útlého věku na budoucí povolání. Na sociální politiku nebylo vynakládáno moc prostoru a času. Každý zdravotně postižený člověk byl posuzován jako člověk s defektem, který ho charakterizoval jak společensky, tak osobnostně k pasivní roli ve společnosti. O tom, co bude dále s takovým jedincem, rozhodovala právě míra postižení, nikoliv však jeho schopnosti, předpoklady či potřeby.

Od ledna roku 1963 měla být zavedena jednotná evidence osob se zdravotním postižením, nebyla však vedena důsledně, nedocházelo k průběžnému doplňování údajů, proto údaje v této evidenci nebyly moc spolehlivé a objektivní. V roce 1988, tedy na konci totalitního režimu, byl Československým statistickým úřadem uveden počet zdravotně postižených osob. Občanů s plným nebo částečným invalidním důchodem bylo 475 236, dětí a mladistvých v zařízeních vyžadujících zvláštní péči bylo 76 040, dětí a mladistvých mentálně a tělesně postižených v ústavech sociální péče bylo 11 486, dětí a mladistvých čekajících na přijetí do ústavu bylo 1 008. Sečteme-li tato čísla, dojdeme k výsledku 563 770 zdravotně postižených osob, což bylo 5,44 % z celkového počtu obyvatel Československé republiky. (SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKA, 2001, str. 173-174)

Od roku 1948 došlo k převzetí veškerých soukromých spolků pečujících o zdravotně postižené jedince státním sektorem, konkrétně resorty zdravotnictví, práce a sociálních věcí a školství. Právě tímto zestátněním přišla Praha do roku 1951 o 1 300 humanitárních lůžek, čímž se dostala na 55,9 % úroveň předválečného stavu této lůžkové kapacity. Před rokem 1948 v České republice existovalo 1 300 ústředí, korporací, svazů a spolků, organizací dobrovolné sociální a zdravotní péče. Nejednotnost a roztříštěnost pocíťovali i samotní klienti, proto začínaly pozvolna vznikat organizace s širší působností a více pobočkami po republice. Únorem roku 1948 se začalo usilovat o vytvoření jedné organizace, která by se stala součástí Národní fronty. Vznikl jednotný spolek s názvem Ústřední jednota invalidů (UJI), který sdružil nejvýznamnější spolky neslyšících, nevidomých a tělesně postižených

z celé republiky. Ustavující shromáždění UJI bylo svoláno na 25. a 26. červen 1949. Jejím účelem bylo „*povznášet dospělé osoby s tělesnou nebo smyslovou vadou mravně a hmotně tak, aby se mohly úspěšně zapojit do budovatelského úsilí lidově demokratické Československé republiky na její cestě k socialismu*“. (SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKA, 2001, str. 185) 7. června 1952 vznikl Svaz československých invalidů (SČI), který zpočátku měl okolo 20 000 členů, ale již v roce 1954, konkrétně 30. dubna, jich měl 60 000. V roce 1969, 12. dubna, vzniklo Národní sdružení pro pomoc mentálně postiženým.

Úkolem Svazu invalidů byly dvě věci. Jednak měl vést své členy k co nejaktivnější účasti na budování socialistické společnosti, a jednak jim měl pomáhat překonávat důsledky jejich postižení. Členové měli v tomto Svazu opravdové zastání. Ve svých programech však opomíjeli ty, kteří jsou považováni za více sociálně slabé než tělesně postižení, a sice mentálně postižené. Bohužel ve svých stanovách měli uvedeno, že mentálně postižení se do Svazu nepřijímají.

Chyběla jakákoliv přesná koncepce sociální politiky, například plán úkolů ministerstva práce a sociálních věcí neobsahoval ani jeden bod úkoly ve věcech týkajících se zdravotně postižených osob.

Zajímavostí je odsun německých obyvatel, konkrétně obyvatel se zdravotním postižením, který proběhl v letech 1950 a 1951. Do 9. 2. 1951 bylo vystěhováno 972 osob, které podle ministerstva vnitra „*nemají význam pro naše pracovní úsilí*“. (SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKA, 2001, str. 175) Tímto byli myšleni všichni zdravotně postižení, senioři, nemocní upoutaní na lůžko, duševně nemocní, ale také 1 217 vězňů neschopných pracovat. Bez rozmyslu a netaktně došlo k odsunutí i mentálně postižených dětí, které byly zvyklé na ústavní zařízení, v nichž žily. Vše bylo provedeno za účelem trvale ušetřit na poskytování péče těmto německým jedincům milionové částky.

Nepříjemné zjištění je, že všechna opatření vytvořená příslušnými resorty, obsahovala teze o opětovném začlenění do pracovního procesu. Nejspíše nikoho nezajímalo to, aby se postižení cítili dobře, měli dobré podmínky pro vedení svého života, vláda toužila vidět je v pracovním nasazení. Například dle § 34 zákona č. 99/1948 Sb., o národním pojištění mohly být uhrazeny náklady na pomůcky upravující důsledky zmrzačení a zohyzdění, které negativně ovlivnilo výkon povolání. I pojišťovna se měla dle § 100 stejného zákona starat o to, aby se postižený jedinec stal schopným k výkonu dřívějšího nebo jiného povolání.

18. srpna 1977 byly usnesením vlády č. 259 schváleny zásady péče společnosti o invalidní občany. Bylo vyhlášeno, že „*cílem péče o invalidní občany je nejen vytváření podmínek pro jejich společenské uplatnění, ale i uspokojování jejich specifických potřeb*.“

(SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKA, 2001, str. 181) Nicméně stále se s postiženými jedinci počítalo do pracovního procesu, který byl v té době tím nejdůležitějším. Byla snaha o rozšiřování pečovatelských služeb a o výstavbu speciálně upravených domů, ve kterých by mohli jedinci potřebující pečovatelskou službu bydlet, a zároveň to bylo v blízkosti podniků, kam by chodili pracovat. Ústavy měly být stavěny tak, aby zde mohli jeho obyvatelé strávit celý život.

Schválení a dodržování těchto zásad péče o postižené bylo nejspíše zapříčiněno tím, že sílila nevole společnosti kvůli nedostatku péče jim poskytované. Vládní činitelé museli uznat, že situace má negativní důsledky jak ekonomické, tak, a to především, politické. Nejednalo se tedy o to, že se vláda rozhodla naplňovat deklaraci přijatou 9. 12. 1975 Valným shromážděním OSN k právům invalidních osob.

31. 3. 1975 byla zavedena na národních výborech evidence postižených dětí a od roku 1976 se začal budovat systém „*týmového sledování evidovaných ve věku rozhodujícím a) pro zařazení do předškolní výchovy, b) pro vstup do školy, c) pro budoucí pracovní zaměření, d) pro pracovní a společenské začlenění*“. (SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKA, 2001, str. 182) Stále však ústavy neměly postačující kapacitu, postižení jedinci byli dlouho přes věkovou hranici v kojeneckých ústavech nebo dětských domovech či na dětských odděleních v nemocnicích. Vládní činitelé však počítali, že od roku 1970 umístění postižených jedinců nebude činit problémy. Ústavů, které by umožňovaly celodenní nebo týdenní pobyt, aby matky mohly navštěvovat zaměstnání, bylo jen 12 v celé republice, čímž se přicházelo o mnoho pracovních sil.

Rok 1981 byl vyhlášen Valným shromážděním OSN za Mezinárodní rok invalidů. Nadnárodní organizace Rehabilitation International, ve kterém měl členství Svaz invalidů, „*přijalo prohlášení o prioritách činnosti v desetiletí 1980-1990, tzv. Charta na osmdesátá léta*.“ (SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKA, 2001, str. 183) Tato Charta v ČSSR zveřejněna nebyla, ačkoliv jsme se k Mezinárodnímu roku invalidů připojili. Plán obsahoval například „*budovat síť pracovišť lékařské genetiky, snížit počet zdravotně rizikových pracovišť, zajistit návaznost léčebné a pracovní rehabilitace, zajistit výrobu a dodávku kompenzačních a protetických pomůcek, přezkoumat způsob stimulace zaměstnavatelských organizací k přijímání zdravotně postižených do pracovního poměru, rozšířit kapacitu specializovaných ústavů o 3 000 míst (v ČSR), řešit bezbariérovost dopravních systémů*.“ (SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKA, 2001, str. 183)

V období před listopadem 1989 bylo zkoumáno plnění vybraných ukazatelů péče o invalidy dle usnesení přijatých vládami ČSR a ČSSR, zaměřili se zejména na rehabilitaci a

zaměstnávání osob se zdravotním postižením. Mezi nejzávažnější nedostatky patřilo například to, že ministerstvo vnitra a zdravotnictví si naplánovalo zřízení komisí. Ty buď zřízeny nebyly vůbec, nebo nefungovaly tak, jak měly. Zhruba tisíc občanů s postižením ročně potřebovalo projít přípravou ve výcvikových střediscích, které spravovaly národní výbory. Koncem roku 1986 bylo takové středisko jen v Jánských lázních s kapacitou pouhých 26 míst. Konečné vyjádření kontrolujících bylo ve věcech týkajících se zaměstnávání invalidních občanů se změněnou pracovní schopností je situace komplikovanější, než před usnesením vlády ČSSR 254/1965. Vše vázlo na nedostatku rehabilitačních míst, kvůli tomu nebyla družstva invalidů II. stupně schopna zaměstnávat invalidy a plnit tak své závazky, jelikož nebyli pracovní proškoleni, připraveni.

Obecně lze tedy o totalitním režimu a věcech týkajících se zdravotně postižených jedinců říci, že nebyl schopný snížit negativní důsledky jejich postižení, umožnit jim pracovní a společenskou seberealizaci. (SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKA, 2001, str. 173-184)

4. Sociální postavení handicapovaných po roce 1989

Tato kapitola se zaměří na změny směřující k lepšímu postavení zdravotně postižených osob. Bude informovat o organizacích a dávkách, které jsou takovým osobám dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách nabízeny a poskytovány.

Ke změnám docházelo pozvolna. Čím více se odborníci dopátrávali k novým informacím, tím rychleji se sociální postavení handicapovaných měnilo k lepšímu. Díky větší možnosti cestovat, se do České republiky přivážely nové možnosti práce s potřebnými. Změny jsou ale také zapříčiněny technologickým vývojem, jenž umožnil vzniknout pomůckám, které markantně ulehčují život postiženým jedincům. Jedná se například o polohovací lůžka, se kterými manipulují sami ležící, elektrické vozíky, kvalitní a miniaturní naslouchátka, atd. Samozřejmostí zkvalitnění života osob se zdravotním postižením je lepší technologie používaná ve zdravotnictví, v léčebných a operativních procesech.

V dnešní době se vytvářejí dokonce i informační a počítačové technologie tak, aby vyhovovaly potřebám osobám s handicapem. Jedná se o vytvoření tzv. speciálních hardwarů. Speciální hardware umožňuje lidem se zdravotním postižením využívat ICT technologie a může také sloužit jako kompenzace jejich handicapu. Speciální hardwary se rozlišují dle typu, ale také dle druhu postižení uživatele. Práci handicapovaným klientům na PC umožňují dotykové LCD, polohovací zařízení, speciální klávesnice či možnost ovládání PC bez využití končetin nebo speciální panely a spínače. Pro osoby, které ztratily zrak, jsou vytvořena

výstupní zařízení, ve kterých je braillovský řádek či hlasový výstup. Dále existují softwary sloužící k usnadnění práce na PC těm, kdož to potřebují. Jedná se o softwarové programy usnadňující dětem se speciálními potřebami ovládání PC, software pro podporu edukace žáků se speciálními vzdělávacími potřebami, programy pro rozvoj komunikačních dovedností a alternativní komunikaci, či software pro podporu edukace žáků se specifickými poruchami učení. Moderní ICT umožňují osobám se zdravotním postižením pracovat, bavit se a sdílet informace stejně jako osoby bez postižení. Jedná se tedy o jednu z dalších pozitivních změn sociálního postavení handicapovaných ve společnosti. (ZIKL A KOL., 2011, str. 49-50,68-69)

4.1 Zákon o sociálních službách

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, jak je uvedeno v § 1, rozebírá podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči. Zabývá se také podmínkami poskytování sociálních služeb, výkonem veřejné správy v sociálních oblastech, ale také udává předpoklady pro výkon sociálního pracovníka.

4.2 Základní druhy a formy sociálních služeb

Sociální služby mají širokou škálu možností, jak je vykonávat a naplňovat zákonem dané povinnosti. Dle zákona č. 108/2006 Sb. sociální služby zahrnují sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Osoba zdravotně postižená má tedy možnost vybrat si sociální službu, která jí samotné bude nejvíce vyhovovat. Vše je založeno na dobrovolnosti a hlavním principem poskytování sociálních služeb je zajištění důstojných podmínek pro život jedince s handicapem.

Sociální služby jsou poskytovány jako pobytové, ambulantní nebo terénní služby. Pobytové služby jsou služby poskytované s ubytováním v zařízeních, například domovy pro osoby se zdravotním postižením. Ambulantní služby jsou takové služby, kdy klient za službou dochází, jelikož sociální služba neposkytuje ubytování, například centra denních služeb. Terénními službami jsou služby, které sociální pracovník klientovi provádí v jeho přirozeném prostředí, tedy služba dochází za klientem, nikoliv klient za službou.

4.2.1 Sociální poradenství

Sociální poradenství je v zákoně č. 108/2006 Sb. upraveno v části třetí, dílu druhém, § 37. Dělí se na základní sociální poradenství a na odborné sociální poradenství. Základní sociální poradenství je základní činností při poskytování všech druhů sociálních služeb, jeho úkolem je poskytnout osobám potřebné informace, které přispějí k řešení jejich nepříznivé sociální situace. Poskytovatelé mají povinnost tuto službu každému klientovi zajistit. Služby sociálního poradenství se poskytují bezplatně.

Poskytování odborného sociálního poradenství je již zaměřeno na potřeby jednotlivých okruhů sociální skupin. Takovéto poradenství poskytují občanské poradny, manželské a rodinné poradny, poradny pro seniory, či poradny pro osoby se zdravotním postižením. V rámci odborného sociálního poradenství je s klienty vykonávána i sociální práce, jejichž způsob života může vést ke konfliktu se společností.

4.2.2 Služby sociální péče

Službami sociální péče se zabývá zákon č. 108/2006 Sb., část třetí, díl třetí, § 38. Služby sociální péče se snaží pomáhat osobám, které potřebují jednotlivou sociální službu zajistit jejich jak fyzickou tak psychickou soběstačnost. Cílem sociální péče je umožnit klientům v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti. V případě, že zdravotní stav klienta tuto snahu nedovoluje, služby sociální péče se snaží zajistit alespoň důstojné prostředí a zacházení. Zákon uvádí všechna možná zařízení a služby, které spadají pod služby sociální péče. Konkrétně se jedná o osobní asistenci, pečovatelskou službu, tísňovou péči, průvodcovské a předčitatelské služby, dále také o podporu samostatného bydlení, odlehčovací služby, centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení a jako poslední jsou uvedeny sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče.

Pro správné zachycení změn v sociálním postavení handicapovaných je důležitá služba, která nese název Podpora samostatného bydlení upravena § 43. Zde je patrná snaha společnosti umožnit handicapovaným žít plnohodnotně, s pocitem autonomie. Jedná se o terénní službu, která se poskytuje osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, a to i v případě, že se jedná o duševní onemocnění. Cílem služby je pomoci při zajištění chodu domácnosti, dále poskytnout výchovné,

vzdělávací a aktivizační činnosti a také zprostředkování kontaktu se společenským prostředím. Dále poskytuje klientům sociálně terapeutické činnosti a pomáhá při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Podobné služby jako podpora samostatného bydlení nabízí tzv. Centra denních služeb. Nabízejí klientům podobné služby, ale s tím rozdílem, že si za jejich nabídkou osoba potřebující jejich pomoc může docházet. Pracovníci této služby pomáhají klientům s osobní hygienou, nebo jim alespoň poskytnou adekvátní podmínky k osobní hygieně, klienti se zde mohou stravovat, nebo v centru denních služeb si alespoň stravu vyzvednout. Zajištěna je zde i na základě dobrovolnosti výchovná, vzdělávací a aktivizační činnost. Cílem této služby je tedy zajistit klientovi své domácí a známé prostředí, ale s možností být v kontaktu se společností, která je pro proces socializace stěžejní a vede k pocitu, že jsou stále soběstační a mohou rozhodovat o svém denním harmonogramu sami.

4.2.3 Služby sociální prevence

Služby sociální prevence vznikly za účelem pomáhat potřebným ve věcech, které by mohly vést k jejich sociálnímu vyloučení. Jedná se o osoby v krizové sociální situaci kvůli svému zdravotnímu stavu, životním návykům nebo způsobu života. Cílem je zabránit šíření společensky nežádoucích vlivů, které vedou ke konfliktům s okolím. Konkrétně mezi služby sociální prevence patří: raná péče, telefonická krizová pomoc, tlumočnické služby, azylové domy, domy na půl cesty, kontaktní centra, krizová pomoc, intervenční centra, nízkoprahová denní centra, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, noclehárny, služby následné péče, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, sociálně terapeutické dílny, terapeutické komunity, terénní programy a sociální rehabilitace.

Služba, která se zaměřuje na poskytnutí pomoci dítěti do 7 let věku a jeho rodičům v případě, že je zdravotně postižené, nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu, se nazývá Raná péče a je bezplatná. Služba se snaží podporovat rodinu a vývoj dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby, uvádí tak § 54 tohoto zákona. Služba obsahuje výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, kdy v první řadě hodnotí schopnosti a dovednosti jak dítěte, tak rodičů. Dále se zjišťují potřeby rodiny a dítěte, snaží se naučit rodiče, případně i jiné pečující osoby, jak poskytovat adekvátní péči půjčováním literatury či aktivní účastí na seminářích. Dále zprostředkovává rodině a dítěti kontakt se společenským prostředím, provádí sociálně terapeutické činnosti, které jsou zaměřené spíše na pomoc

rodičům a snaží se tímto zajistit psychosociální podporu formou naslouchání nebo výměnou zkušeností. Také se pořádají setkání či pobytové kurzy pro rodiny. Jedná se o službu, která se snaží pracovat s rodinou a dítětem komplexně, předchází případnému přenechání rodičovské výchovy v ústavní. Svými činnostmi motivuje rodiče k výchově a vzdělávání svého dítěte, snaží se o maximální psychickou a sociální oporu.

4.3 Dávky

Dávky pro osoby se zdravotním postižením upravuje zákon č. 329/2001 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením. Dávky upravené tímto zákonem slouží ke zmírnění sociálních důsledků jejich zdravotního postižení a také k podpoře jejich sociálního začleňování. Jedná se o příspěvek na mobilitu a příspěvek na zvláštní pomůcku.

4.3.1 Příspěvek na mobilitu

Příspěvek na mobilitu je určena pro držitele průkazu osoby se zdravotním postižením ZTP nebo ZTP/P (zdravotně tělesně postižený nebo zdravotně tělesně postižený s průvodcem) podle předpisů účinných od 1. ledna 2014, kteří se dopravují nebo jsou dopravováni a nejsou jim poskytovány sociální služby v domovech pro zdravotně postižené osoby, v domovech pro seniory, v domově se zvláštním režimem nebo ve zdravotnickém zařízení ústavní péče, uvedeno je tak v § 6 tohoto zákona. Fakt, že se osoba sama nebo za pomoci druhé osoby dopravuje pravidelně, každý měsíc, dokládá svým vlastním čestným prohlášením. Výše příspěvku na mobilitu je 400 Kč za každý kalendářní měsíc.

4.3.2 Příspěvek na zvláštní pomůcku

Příspěvek na zvláštní pomůcku má osoba, které byla dle § 9 tohoto zákona diagnostikována: těžká vada nosného nebo pohybového ústrojí, těžké sluchové postižení, těžké zrakové postižení či hluboká mentální retardace charakteru dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, který dle lékařských poznatků trvá déle než 1 rok. Příspěvek může být poskytnut například na zakoupení motorového vozidla, na pořízení schodišťové plošiny, schodolezu, schodišťové sedačky, stropního zvedacího systému, na úpravu bytu, či na pořízení vodícího psa.

4.3.3 Příspěvek na péči

Příspěvek na péči je upraven v druhé části zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Příspěvek na péči je určen osobám, které jsou závislé na pomoci jiné fyzické osoby. Slouží k zajištění sociální služby nebo jiných forem pomoci při zvládnání základních životních potřeb osob. Náklady jsou hrazeny ze státního rozpočtu. Tento příspěvek je určen osobám starším jak 1 rok.

§ 8 tohoto zákona určuje, které osoby jsou považovány za osoby závislé na pomoci jiné fyzické osoby. Rozlišují se čtyři stupně závislosti, a sice lehká závislost, středně těžká závislost, těžká závislost a úplná závislost. Při posuzování závislosti se přihlíží na věk osob vyžadujících pomoc druhé osoby, a sice osoby do 18 let a osoby od 18 let. U osob starších 18 let § 9 určuje základní životní potřeby, které jsou rozhodující pro posouzení závislosti na jiné fyzické osobě. Jedná se o mobilitu, orientaci, komunikaci, stravování, oblékání a obouvání, tělesnou hygienu, výkon fyziologické potřeby, péči o zdraví, osobní aktivity a také péči o domácnost. U osob mladších 18 let se při hodnocení toho, jak jsou schopny zvládat základní životní potřeby, porovnává dle § 10 rozsah, intenzita a náročnost péče, která se věnuje posuzované osobě se zdravotním postižením. V tomto případě se nepřihlíží na péči vynaloženou osobám, která je vzhledem k biopsychosociálnímu vývoji dítěte normální.

Stupeň I, tedy lehká závislost, je přisouzena tehdy, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není osoba mladší 18 let schopna zvládat tři základní životní potřeby. Stupeň II, tedy středně těžká závislost, náleží osobě mladší 18 let, která není schopna zvládnout čtyři nebo pět základních životních potřeb. Stupeň III, tedy těžká závislost, náleží osobě mladší 18 let tehdy, jestliže nezvládá šest nebo sedm základních životních potřeb a stupeň IV, tedy úplná závislost, je určena osobám mladším 18 let, které nezvládají osm nebo devět základních životních potřeb. U osob starších 18 let je stupeň I určen v případě, že osoba nezvládá tři nebo čtyři potřeby, stupeň II je určen při nezvládnání pěti nebo šesti základních životních potřeb, stupeň III je pro osoby nezvládající sedm nebo osm základních životních potřeb a stupeň IV je pro osoby, které nezvládají devět nebo deset základních životních potřeb.

I výše příspěvku na péči je rozdílná pro osoby mladší 18 let a pro osoby starší 18 let. Dle § 11 mají osoby do 18 let za kalendářní měsíc nárok na: „3 000 Kč, jde-li o stupeň I, 6 000 Kč, jde-li o stupeň II, 9 000 Kč, jde-li o stupeň III, 12 000 Kč, jde-li o stupeň IV.“ Rozdílná je výše příspěvku na péči pro osoby od 18 let věku, a to: „800 Kč, jde-li o stupeň I, 4 000 Kč, jde-li o stupeň II, 8 000 Kč, jde-li o stupeň III, 12 000 Kč, jde-li o stupeň IV.“

5. Zákon o zaměstnanosti

Zákon č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti je společně se Zákoníkem práce jediný dokument platný v České republice, který upravuje práva a povinnosti zaměstnavatelů ve věcech týkajících se zaměstnávání osob se zdravotním postižením. Konkrétně se tímto tématem zabývá část třetí s názvem Zaměstnávání osob se zdravotním postižením. V zákoně je přesně vymezeno, kdo je zdravotně postižený, kdo posuzuje skutečnost, že jedinec je zdravotně postižený pro věci upravené tímto zákonem, dále se zabývá možnostmi uplatnění na trhu práce a ukládá zaměstnancům povinnosti ve vztahu k zdravotně postiženým osobám, čímž je náhradní plnění. Zabývá se také vznikem chráněných pracovních míst a definuje pracovní rehabilitaci.

Dle § 67, 2 odstavce tohoto zákona osobami se zdravotním postižením jsou fyzické osoby, které jsou orgánem sociálního zabezpečení uznány invalidními v prvním, druhém i třetím stupni invalidity. Jestli se opravdu jedná o osobu se zdravotním postižením dle odstavce 3 tohoto zákona, dokládá fyzická osoba posudkem nebo potvrzením orgánu sociálního zabezpečení. Fyzické osoby, které byly orgánem sociálního zabezpečení posouzeny jakožto neinvalidní, jsou dle odstavce 4 tohoto zákona jako invalidní posuzovány po dobu 12 měsíců ode dne posouzení.

Krajská pobočka Úřadu práce má dle § 68 tohoto zákona povinnost vést evidenci osob se zdravotním postižením, kterým poskytuje podle tohoto zákona služby. Evidence obsahuje identifikační údaje o osobě se zdravotním postižením, údaje o omezeních v možnostech jejího pracovního uplatnění ze zdravotních důvodů, údaje o právním důvodu, na základě kterého byla uznána osobou se zdravotním postižením, a údaje o poskytování pracovní rehabilitace. Tyto údaje jsou určeny výhradně pro účely začlenění a setrvání těchto osob na trhu práce a pro statistické údaje, uvádí tak odstavec 2 tohoto zákona.

5.1 Pracovní rehabilitace

Pracovní rehabilitaci upravuje § 69 až § 74, zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti. Dle odstavce 1 tohoto zákona ji zabezpečuje krajská pobočka Úřadu práce místně příslušná podle bydliště osoby se zdravotním postižením ve spolupráci s pracovně rehabilitačními středisky, nebo může na základě písemné dohody pověřit zabezpečením pracovní rehabilitace jinou právnickou nebo fyzickou osobu. Jedná se o činnost zaměřenou na získání a udržení

vhodného zaměstnání pro osobu zdravotně postiženou, kterou krajská pobočka Úřadu práce zabezpečuje a zároveň hradí náklady spojené s jejím vytvořením.

Pracovní rehabilitace poskytuje zejména poradenskou činnost, jež je zaměřená dle odstavce 3, § 69, tohoto zákona na volbu povolání, volbu zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti, dále také teoretickou a praktickou přípravu pro zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost, zprostředkování, udržení a změnu zaměstnání, změnu povolání. Dále se zaměřuje také na vytváření vhodných podmínek pro výkon zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti. Kompetentní orgán sestaví s osobou individuální plán pracovní rehabilitace s ohledem na její zdravotní způsobilost, schopnost vykonávat soustavné zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost a kvalifikaci s ohledem na situaci na trhu práce, jak uvádí zákon o zaměstnanosti v § 69, odstavci 4.

Pracovní rehabilitace se týká osob, které byly kompetentní osobou, kterou v tomto případě je ošetřující lékař, uznány za dočasně neschopné práce, a také osoby, které již přestaly být invalidními a mají doporučení vyplývající z kontrolní lékařské prohlídky vyžádané okresní správou sociálního zabezpečení. Dle § 71 tohoto zákona v rámci pracovní rehabilitace získávají osoby teoretickou i praktickou přípravu pro zaměstnání, konkrétně se jedná o přípravu na budoucí povolání, přípravu k práci či specializované rekvalifikační kurzy.

Příprava k práci je dle § 72 cílená činnost směřující k zapracování osoby se zdravotním postižením na vhodné pracovní místo a k získání znalostí, dovedností a návyků nutných pro výkon zvoleného zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti. Může však trvat nejdéle 24 měsíců. Provádí se na pracovištích zaměstnavatele, které jsou individuálně přizpůsobeny zdravotnímu stavu této osoby, zákon připouští podporu asistenta. Dále může být prováděna na chráněných pracovních místech právnické nebo fyzické osoby, a také ve vzdělávacích zařízeních státu, územních samosprávných celků, církví a náboženských společností, občanských sdružení a dalších právnických a fyzických osob. Pokud se zdravotně postižená osoba rozhodne účastnit se přípravy k práci, uzavírá s Úřadem práce písemnou dohodu. Dokladem o absolvování přípravy k práci je pak osvědčení vydané osobou, u níž byla prováděna. Pokud osoba vykonávající přípravu k práci nepobírá dávky vyplývající z nemocenského pojištění, má nárok během výkonu na podporu při rekvalifikaci, která osobě náleží i v případě, že není vedena v evidenci uchazečů o zaměstnání.

Stejně tak i zaměstnavatel, který umožní přípravu k práci osobě se zdravotním postižením vykonávat na jeho pracovišti, má nárok na základě sepsání písemné dohody s Úřadem práce na úhradu nákladů na přípravu k práci těchto osob dle § 73 tohoto zákona. Smlouva obsahuje identifikační údaje účastníků dohody, identifikační údaje osoby se

zdravotním postižením, pro kterou je příprava k práci určena, obsah a délku přípravy k práci, způsob, výši a podmínky úhrady nákladů na přípravu k práci, dobu, po kterou bude příprava k práci prováděna s podporou asistenta, dále způsob kontroly plnění sjednaných podmínek, podmínky a termín zúčtování poskytnuté úhrady nákladů na přípravu k práci, způsob ověření získaných znalostí a dovedností a také ujednání o vypovězení dohody. Dále se zaměstnavatel ve smlouvě zavazuje k vrácení poskytnuté úhrady nákladů nebo její poměrnou část v případě nedodržení sjednaných podmínek nebo pokut mu byla jeho zaviněním vyplacena vyšší částka, než měla být. Smlouva také obsahuje údaje týkající se samotné přípravy k práci osoby, a to označení pracovní činnosti, na kterou se příprava k práci provádí, základní kvalifikační a zdravotní předpoklady potřebné k jejímu výkonu, místo a způsob provedení a také rozsah teoretické a praktické přípravy.

5.2 Chráněné pracovní místo

Chráněné pracovní místo je dle § 75 zákona o zaměstnanosti takové pracovní místo, které je zřízené zaměstnavatelem pro osobu se zdravotním postižením na základě písemné dohody s Úřadem práce. Podmínkou pro vznik chráněného pracovního místa je obsazení po dobu 3 let. Stejně tak tomu je i tehdy, změní-li zaměstnavatel pracovní místo obsazené osobou se zdravotním postižením na chráněné pracovní místo, v případě, že neprovedl zaměstnanci před změnou na chráněné pracovní místo srážky ze mzdy nebo z platu.

Úřad práce zaměstnavateli, který vytvořil chráněné pracovní místo, vyplácí příspěvek, který může činit maximálně osminásobek průměrné mzdy v národním hospodářství za první až třetí čtvrtletí předchozího kalendářního roku. U osob s těžším zdravotním postižením se může jednat maximálně o dvanáctinásobek průměrné mzdy.

5.3 Náhradní plnění

Náhradní plnění je povinnost zaměstnanců daná zákonem č. 435/2004 Sb. Náhradní plnění má za úkol podporovat jakoukoliv pracovní činnost zdravotně postižených osob, ať už se jedná o jejich zaměstnávání, odkup výrobků, které vyrobili či odvod poměrné částky udané zákonem do státní pokladny.

§ 81 zákona o zaměstnanosti ukládá zaměstnavatelům s více než 25 zaměstnanci v pracovním poměru povinnost zaměstnávat osoby se zdravotním postižením, a to v zákonem

daném podílu takovýchto osob na celkovém počtu zaměstnanců zaměstnaných u jednoho zaměstnavatele. Tento povinný podíl jsou 4 %.

Zákon také uvádí možnosti, kterými zaměstnavatel může tuto povinnost plnit. První možností je zaměstnávání osob zdravotně postižených v pracovním poměru. Další, druhou možností, je odebírání výrobků či služeb od výrobců či poskytovatelů jakékoliv služby, kteří zaměstnávají více než 50 % zdravotně postižených zaměstnanců, nebo od osob se zdravotním postižením, kteří jsou osobami samostatně výdělečně činnými. Jedná se o snahu donutit zaměstnance nebýt lhostejní a dát možnost účastnit se aktivně jako zaměstnanec, ale i pasivně jako výrobce produktů, které se užívají v pracovním procesu. Druhou možností se docílilo zvýšení odběru, a tím pádem i zvýšení produktivity chráněných dílen a pracovišť, kteří provádějí pracovní rehabilitaci.

Poslední možností náhradního plnění je zákonem stanovený odvod do státního rozpočtu. Výše odvodu činí dle § 82 tohoto zákona za každou osobu se zdravotním postižením, kterou by zaměstnavatel měl zaměstnat, 2,5 násobek průměrné měsíční mzdy v národním hospodářství za první až třetí čtvrtletí kalendářního roku, v němž povinnost plnit povinný podíl osob se zdravotním postižením vznikla. Odvod do státního rozpočtu je zaměstnavatel povinen poukázat do 15. února následujícího roku prostřednictvím Úřadu práce.

6. Změny sociálního postavení

Zdravotně postižení jedinci v minulosti nebyli znevýhodněni jen svými fyziologickými znaky, ale také sekundárně – sociálními dopady svého společenského statusu. Handicap byl považován za defekt, který brání především pracovnímu začlenění, nikoliv případné společenské izolaci. Na prvním místě bylo budování socialismu, úplné pracovní nasazení. V porevoluční době sice narostla nezaměstnanost, ale společnost i političtí činitelé začali pracovat na tom, aby se o handicapovaných lidech dozvěděli více a mohli být v jejich případě jakkoliv nápomocní.

6.1 Sexualita, intimita a vztahy zdravotně postižených jedinců

Sexualita je pro společenství lidí zcela přirozená, provází člověka po celý jeho život bez ohledu na věk nebo handicap. Nelze se jí zbavit. Sexuální chování se získává učením,

jsou základní lidskou potřebou, velmi ale záleží na tom, v jaké rodině jedinec vyrůstá a jaký postoj k sexualitě rodina zaujímá. (THOROVA A JŮN, 2012, str. 6)

V období Československé socialistické republiky byl markantně rozdílný postoj k sexualitě zdravotně postižených jedinců. Zastával se názor, že *„výchova k manželství a rodičovství má základ v komunistické morálce, jde o utváření osobnosti člověka komunistickou výchovou ve všech jejích složkách při vzájemném působení rodiny, školy a společnosti.“* (TITZL, 1985, str. 144)

Oblastí výchovy k rodičovství u zdravé mládeže se zabývali sovětští autoři jako V. D. Kočetkov a V. M. Lapikov. Jejich práce jsou přínosné a podnětné pro oblast tělesně postižených jedinců. Tito autoři zastávali názor, že výraznou roli v utváření postojů mládeže k rodičovství a mateřství má rodina, která by měla svým výchovným postupem, příkladným harmonickým vztahem a rodičovskou autoritou vézt dlouhodobou a systematickou přípravu dítěte na roli rodiče. V 80. letech 20. století vyvstala nutnost začít se věnovat výchově k manželství a rodičovství u osob, u nichž hrozí v této oblasti problémy, tedy u osob se zdravotním postižením. Tyto osoby mají stejnou biopsychosociální potřebu žít intimním životem v prostředí, které je k tomu adekvátní, jako zdraví jedinci. Odborníci si začali uvědomovat potřebu zlepšení podmínek pro diskuzi o těchto tématech mezi postiženými jedinci a těmi, kdo o ně pečují, a to ať už se jedná o rodiče či pracovníky v sociálním zařízení.

Prokázala se také nízká úroveň informovanosti zdravotně postižených osob o svém zdravotním stavu. Znat svůj zdravotní stav je podstatné nejen pro vytvoření partnerského vztahu, ale také pro zjištění schopnosti zajišťovat chod domácnosti a umět pečovat o dítě. Dále se prokázalo, že představa o budoucím životním partnerovi postižených jedinců se nijak neliší od názorů zdravého člověka, ukázala se potřeba postižených jedinců uskutečňovat manželský vztah. Aktuální začalo být informování o antikoncepci a o rizicích nahodilého pohlavního styku, rozšířilo se genetické poradenství a ukázalo se nedostatečné sexuální poučení a poradenství jak ze strany školy, tak ze strany rodičů, kteří ani nevyhledávají pomoc v povídání si se svými postiženými dětmi o těchto tématech. Postižení jedinci mají také prokazatelnou potřebu realizovat roli rodiče, z čehož vyplývá nový úkol výchovy k manželství a rodičovství, a sice ohleduplně, ale pravdivě a kvalifikovaně poučit o náročnosti rodičovství.

Ukázalo se, že ústavní výchova je pro postižené jedince oproti výchově v rodině výhodná z hlediska navázání širšího a trvalejšího kontaktu s osobami druhého pohlaví, mají možnost aktivně prožívat společné volné chvíle, sebevzdělávat se, zjišťovat o druhém pohlaví jeho charakteristické rysy, a tím naplňovat nově vzniklé specifické úkoly výchovy

k manželství a rodičovství. V tomto případě jedinci naplňují erotickou složku sexuálního života a učí se etickým zásadám partnerského vztahu.

S tělesně postiženým jedincem je dle Cupkové neustále potřeba pracovat na zvednutí sebevědomí, stále se musí zdůrazňovat, že partnerský vztah nemusí vždy být založen na fyzické přitažlivosti, ale na povahových a mravních vlastnostech, vzájemného porozumění. I v partnerských vztazích zdravých lidí mohou díky rozlišným morálním kvalitám, hodnotám a neporozumění nastat neúspěchy. Metody a formy poučení o sexualitě zdravotně postižených jedinců by měly být pečlivě zvažovány a svěřovány nejschopnějším pedagogům. (TITZL, 1985, str. 143-146)

V současné době je na sexualitu a citové potřeby postižených jedinců nahlíženo obdobným způsobem. Každý jedinec, zdravý i handicapovaný, má právo vyjadřovat svou sexualitu, a tím pádem má i právo na získávání sexuálního vzdělání i na poskytování péče, která se sexualitou souvisí. Osoby, které s postiženými jedinci pracují, tedy rodiče, osoby pracující ve zdravotnictví i jiné pečující by měly být proškoleny v oblasti sexuálního chování a vývoje, zároveň by ale také měly mít potřebné znalosti k tomu, aby dokázaly alespoň minimalizovat případné sexuální zneužívání.

Postižení lidé kvůli svému handicapu bývají vyloučeni ze všedního společenského života, jsou často pod vedením nějaké autority, ať už rodičů nebo instituce, která na ně klade povinnost přizpůsobovat se chodu zařízení. Normální sexuální vývoj je u člověka s postižením výrazně omezen, zpravidla tedy u mentálně postiženého jedince. Často dochází k ignoraci sexuální potřeby, mnohdy jsou dokonce podávány léky, které snižují sexuální pudy, aby došlo k zamezení jejich běžných projevů.

Existuje celá řada mýtů, které kolují společností, například, že lidé s mentálním postižením jsou asexuální, ve věcech sexuality dětinští, bez sexuálních tužeb. Toto tvrzení ale vzápětí vylučuje názor některých lidí, že každý mentálně postižený člověk má sexualitu vyvinutou. Není tomu tak. Většinou u osob s těžkým mentálním postižením může být natolik narušený fyzický vývoj, že nedojde k vývinu sekundárních pohlavních znaků a k pohlavní zralosti. Dalším předsudkem společnosti je například promiskuita způsobená přílišně vyvinutým sexuálním pudem, s čímž je spojena neschopnost navázání hlubších emočních vztahů. Společností dále panuje názor, že lidé s mentálním postižením neřeší minulost, stejně jako neplánují budoucnost a nemají potřebu vyznávat sociální rituály jako je svatba či pohřeb. Již výše je tento předsudek vyvrácen. Postižení jedinci v případě, že jim zdravotní stav umožňuje takovéto přemýšlení, touží po svatbě, chtějí založit rodinu, vnímají ztrátu blízkého člověka. (THOROVÁ A JŮN, 2012, str. 38-39)

Došlo k navržení čtyř dimenzí, které mají vézt ke změně přístupu k sexualitě zdravotně postižených jedinců, a sice normalizace sexuality klientů, akceptace individuálních forem sexuality, otevřenost, komunikace o sexualitě a profesionální přístup.

„1. Normalizace sexuality klientů – Sexualita klientů je plně akceptována, sociální domovy poskytují služby mužům i ženám, bydlení a život v zařízení umožňuje soukromí. Normalizace je poskytnutí takové služby, jako by si přála běžná populace.

2. Akceptace individuálních forem sexuality – mnohdy personál musí změnit svoje základní postoje, aby se život klientů mohl normalizovat. Způsob života by měl být v co nejvíce ohledech jejich vlastní volbou. Nemůžeme tedy vycházet ze svých vlastních norem a hodnot a vměšovat se do postojů jiného člověka.

3. Otevřenost, komunikace o sexualitě – Člověk s postižením by měl mít možnost o sexualitě komunikovat s osobou, která je k tomu kompetentní, a které důvěřuje a má možnost a příležitost získávat informace o sexualitě z různých zdrojů. Musíme nalézt hranice mezi otevřeností a nadměrným vnucováním, ctít intimní charakter tématu.

4. Profesionální přístup – Sexualita je téma, které by mělo být zakotveno v koncepci zařízení oficiálním dokumentem (např. v Protokolu vztahů, intimity a sexuality). Zařízení uznává právo klienta na sexuální život a realizaci individuálních sexuálních potřeb a poskytuje mu v těchto otázkách odbornou a asistenční podporu. Klienti i personál mají možnost vzdělávání v této oblasti.“ (THOROVÁ A JŮN, 2012, str. 39)

K dalšímu zvláštnímu dělení dle Thorové dochází u lidí s lehkým stupněm mentálního postižení. Jedná se o lidi s lehkým mentálním postižením se zdatnými sociálními dovednostmi a o lidi s lehkým mentálním postižením sociálně méně zdatné nebo bez sociální podpory okolí. (THOROVÁ A JŮN, 2012, str. 40). První skupina dokáže žít samostatně, mnohdy uzavírají i manželství a zakládají rodiny. Druhá skupina nejčastěji žije v chráněném bydlení nebo v zařízeních poskytujících sociální služby. Obě skupiny mají sexuální touhy totožné, ale u lidí s postižením se bez pomoci profesionální podpory bude jejich sexuální život výrazně lišit.

Lidé se středně těžkým mentálním postižením nejsou schopni žít samostatně, ani zakládat rodiny, své sexuální touhy a potřeby naplňují masturbací. Pokud jsou správně vedeni, jsou schopni se naučit masturbovat v soukromí. Stejně jsou na tom lidé s těžkým mentálním postižením. Také masturbují a jeví zájem o anální oblast. V jejich případech jsou projevy sexuálního chování hry s exkrementy, pomočení se, pokálení se či zavádění předmětů do konečníku. V tomto případě nastává problém. Aby dosáhli orgasmu, mohou se také zranit.

Zaměřili-li se práce na masturbaci, která, jak je patrné z již výše uvedených informací, je považována za zcela přirozenou součást sexuálního vývoje jak u zdravých jedinců, tak u

postižených osob, získají se zajímavé údaje. V případě, že je vykonávána na veřejnosti, jak nejčastěji při nesprávném vedení činí osoby s těžkým mentálním postižením, stává se problémovým chováním. Masturbace může zůstat hlavní formou uspokojování se, nebo může být předstupněm k pohlavnímu styku. Thorová uvádí, že se masturbaci věnuje okolo 40 % mužů a 50 % žen s Downovým syndromem, což je méně než u běžné populace. Těmito údaji se tedy vyvrací předsudek společnosti o pudové hypersexualitě. (THOROVÁ A JŮN, 2012, str. 40-42)

I lidé s mentálním postižením jsou schopni zplodit dítě, ačkoliv je jejich plodnost nižší. Thorová uvádí, že většina mužů s Downovým syndromem je sterilních, ale příčina známá není. Nejspíše se jedná o abnormality ve struktuře spermií i v jejich pohyblivosti a počtu. Naopak u 90 % žen s Downovým syndromem se ovulace vyskytuje, plodných je odhadováno 70 %. V případě, že takováto žena otěhotní, vystává riziko zdravotních komplikací, jelikož často mají srdeční vady, epilepsii nebo dysfunkce štítné žlázy. Hrozí tak ohrožení života dítěte i matky. (THOROVÁ A JŮN, 2012, str. 42)

Stále diskutovanou a pro společnost zajímavou otázkou je rodičovství lidí s mentálním postižením. V takovém případě, i když se může jednat o nezáměrně vzniklý problém, může nastat riziko zanedbávání a týrání z důvodu, že rodiče nejsou schopni vykonávat péči a plnit potřeby dítěte tak, aby bylo zdravě a kompletně rozvíjeno. Obzvlášť tomu tak je v případě, že se mentálně postiženému člověku narodí zdravé dítě. Thorová uvádí zajímavý postoj Nizozemska, kdy 80 % dětí, kteří mají rodiče s mentálním postižením, jsou dány do pěstounské péče. Jednou z možností sociální služby je pěstounská péče pro matku i dítě. (THOROVÁ A JŮN, 2012, str. 43)

Stejně jako tomu bylo v minulosti, lidé s mentálním postižením jsou neustále poučovány o tom, aby využívali při sexuálních činnostech antikoncepci. V jejich případě by mohl nastat problém s kondomem, který díky častému postižení jemné motoriky nemusí splnit svou funkci, proto se ochrana doporučuje ženám, které mohou s přihlédnutím na vedlejší účinky užívat antikoncepci jako zdravé ženy. Závažným problémem, který se řeší v souvislosti se sexualitou lidí s mentálním postižením, je chirurgická sterilizace. Změnou v této věci je snaha prosadit to, aby o sterilizaci rozhodoval soud, nikoliv opatrovník. Často k chirurgickému zákroku dochází ze strachu z otěhotnění ať už plánovaného, nebo v důsledku sexuálního zneužití. Chirurgická sterilizace je závažný zásah do práv člověka. Je všeobecně známo, že lidé s mentálním postižením jsou snadno zmanipulovatelní, proto nemůže být důvod k zákroku ani souhlas samotného klienta. (THOROVÁ A JŮN, 2012, str. 43-44)

Jako dříve existovala v ústavních zařízeních výchova k manželství a rodičovství, dnes ústavní zařízení mají za úkol dle připravovaného Protokolu vztahů, intimity a sexuality i výchovu k intimitě. Protokol by měl být vypracován každým zařízením. Dále by měl být rozdělen na dva materiály, a sice samotný Protokol vztahů, intimity a sexuality (PVIS) a Individuální plán (IP). V PVIS by měly být uvedeny postoje a postupy, které se mohou využívat všeobecně u všech klientů bez rozdílu. V IP jsou uvedeny konkrétní postupy a metody, dle kterých budou kompetentní pracovníci s konkrétním klientem pracovat. Protokol obsahuje tyto oblasti:

„1. Tělesná sexualita a zdravotní péče

2. Prostředí

3. Postoje, normy, hodnoty

4. Vztahy

5. Zajištění bezpečí

6. Formy vzdělávání klientů a personálu“ (THOROVÁ A JŮN, 2012, str. 94)

Při plnění oblasti Tělesná sexualita a zdravotní péče se snaží zaměstnanci klientům v rámci stanovených individuálních plánů pomoci rozpoznávat co je veřejná a soukromá situace, informuje o rozdílech obou pohlaví, učí formálně i neformálně nazývat pohlavní orgány. Dále informují o orgasmu, sexuálním styku, masturbaci, antikoncepci, o sexuálních dysfunkcích, hygieně, sexuální orientaci a identitě, o sexuálních pomůckách a pornografii. Kompetentní lidé se tedy s lidmi se zdravotním postižením, v tomto případě jsou myšleny osoby s mentálním postižením, baví na úrovni zdravého člověka. Každý bez rozdílu má právo na informace o sobě samém, o věcech, které jsou mu neznámé a které by ho mohly zajímat, případně ho učinit spokojenějším a vyrovnanějším.

U mladších dětí mohou být používány zdrobněliny, u starších dětí a dospělých lidí by se měly používat formální výrazy stejně jako by docházelo k rozhovoru se zdravým dospělým člověkem. V případě, že má personál s používáním formálních označení problém, může využívat hovorové označení či opis, který vyslovuje spontánně, ale musí mu klientem rozuměno.

Informace o orgasmu se podávají klientům pouze na jejich žádost. Personál může vysvětlit co je to orgasmus, jeho podstatu, metody jak ho dosáhnout, ale vše musí být s informovaným souhlasem. Měl by ale také klientovi vysvětlit, že jeho dosažení není pro život nezbytné. Stejně tak tomu je u ejakulace a poluce. Personál s klienty řeší i takové věci, které vedou ke zkrášlení a zdokonalení klienta, tímto je myšleno nabídnutí antiperspirantů při

pocení, nabídnutí možností holení jak u žen, tak u mužů, doporučuje barvení vlasů, stříhy, ale i kosmetické zásahy.

Zajímavé je poskytování informací o pohlavním styku. Vše by samozřejmě mělo být pod přísným informovaným souhlasem klienta, a to jen v případě, že o sexuální styk klient sám projeví aktivní zájem. Používají se praktické ukázky prostřednictvím různých pomůcek, vysvětlují se různé polohy na různých modelech, na panáčcích či figurínách. Dále se používají fotografie, DVD, knihy, rozhovory, dokonce informují klienta o jednotlivých fázích styku, o fyziologických procesech jako je erekce, lubrikace. Ve vztahových věcech mohou a jsou používány časopisy, ve kterých jsou tzv. fotoseriály, jedná se například o Bravo Girl. Markantní změnou v tomto směru je možnost zprostředkování spolupráce se sexuologem či psychologem, pokud by si to klient přál. Mají tedy naprosto stejná práva jako zdraví lidé. Všechny úkony týkající se vzdělávání v sexualitě by měly být vedeny externistou, tedy psychologem nebo supervizorem, aby v případě jakékoliv stížnosti na sexuální vzdělávání klienta.

Jestliže je klient agresivní a v důsledku neschopnosti správné masturbace je ohroženo jeho zdraví, nebo pociťuje vnitřní neklid a nepohodu, může se zařízení pod informovaným souhlasem klienta rozhodnout naučit správné a přiměřené masturbaci. Takováto masturbace je zařízením tolerována a podporována. Návčik je prováděn buďto rodinnými příslušníky nebo personálem prostřednictvím rozhovoru či poskytnutí pomůcek a návodů. Přítomnost zaměstnanců při samotném návčiku je pouze v případě, že je to doporučeno kompetentním externistou a všichni zúčastnění s tím souhlasí. Jestliže klient provádí nebezpečnou masturbaci, může personál zahájit návčik, aniž by k němu klient dal souhlas, jelikož se jedná o jeho zdraví. Pokud pro dosažení orgasmu používají předměty, které jejich zdraví neohrožují, jsou tolerovány. Sexuální pomůcky sloužící k bezpečnému dosažení orgasmu by dle nového protokolu měly být hrazeny z rozpočtu organizace, V případě, že by se jednalo o nákup pomůcek pro obohacení sexuálního života, hradí si je klient sám. Personál nezakazuje ani pornografii, jedná-li se o diváky starší 15 let, jsou však vysvětleny rozdíly ve fikci a skutečnosti, zakazovány jen nezákonné praktiky. Personál by měl zvažovat vhodnost nabízet erotické filmy s milostným příběhem, než přímou a drsnou pornografií.

Ženy s mentálním postižením mají personálem zajištěné gynekologické prohlídky jako zdravé ženy, stejně je tomu tak i s prohlídkou na mamografu po 45. roce. Vše je diskutováno se samotnými klienty, v případě, že projeví nezájem či nechuť, nenutí se, ale situace je probrána s odborníky i s opatrovníkem. U klientů, kteří žijí aktivním sexuálním životem, poskytují zaměstnanci informace o pohlavních nemocech, činí prevenci i ochranu. Stejně

tomu tak je i s informováním o nutnosti hygieny jak při masturbování, tak sexuálním styku. Při pomáhání klientovi s intimní hygienou musí pracovník dodržovat několik zásad. Dotýkat se ho pouze přes žínku, o svých úkonech předem informovat, aby je mohl očekávat a připravit se na ně, a nemělo by docházet k očnímu kontaktu. (THOROVÁ A JŮN, 2012, str. 95-101)

V části Prostředí se protokol zabývá soukromím, na které má každý klient nárok, pomocí při oblékání, aby se zabránilo odlišnostmi ve stylu od zdravých lidí – teplákové soupravy se zastrčeným tričkem, vytažené teplé ponožky v otevřených botách,... Dále se snaží esteticky pomoci vybavit klientův pokoj, aby se mu příjemně žilo, a snaží se o navození příjemné romantické atmosféry.

Postoj společnosti k sexualitě u zdravotně postižených lidí si prošel poměrně velkým vývojem. Samozřejmě zůstávají okruhy lidí, kteří mají k této věci skeptický názor a považují sexualitu za součást života jen u zdravých lidí, ale odborníci bojují za rovnoměrnost nejen ve věcech jako je uplatnění na volném trhu práce, ale také ve věcech zcela přirozených a daných přírodou. Je na každém člověku, jak se k sexualitě lidí s postižením postaví, ale každý by měl brát ohledy na to, že i handicapovaní mají stejné prožívání a stejné potřeby jako zdravý člověk, tudíž nač mu je ubírat. Společnost by měla být více tolerantní, ačkoliv i v tomto ohledu k podstatným změnám od dob minulých došlo.

6.2 Bezbariérovost

V dnešní době se odhaduje, že jen v hlavním městě žije 10 % handicapovaných jedinců z celkového počtu obyvatel Prahy. Existuje celá řada organizací a různých opatření, které napomáhají snazšímu pohybu osob se zdravotním postižením. Nejdůležitější oblastí, ve které je bezbariérovost potřebná, je doprava.

Pražské metro má dohromady 57 stanic, včetně stanic přestupných. Stanice, které vznikly do roku 1990, byly budovány s přístupovou bariérou, o čemž vypovídá lhostejnost k handicapovaným jedincům. V současné době má Pražské metro 34 stanic s bezbariérovým přístupem pro všechny bez rozdílu, přednost samozřejmě mají postižení lidé, ale využíván může být matkami s kočárkem, seniory. Bohužel jsou využívány i vandaly, kteří zařízení devastují a znehodnocují. Na dvě stanice byly nainstalovány upravené nákladní výtahy, které mohou využívat osoby na invalidním vozíku, na třech stanicích je zprovozněna schodišťová plošina a ve stanici Nádraží Holešovice je funkční svislá plošina. Stále je ale vysoký počet stanic, ve kterých je přístup handicapovaným znepríjemněn, či úplně neumožněn. Dalšími

stanicemi, které v dohledu dvou let projdou přeměnou k bezbariérovosti, jsou Anděl, I. P. Pavlova a obě stanice Můstek.

Ve věci bezbariérových tramvají začal Dopravní podnik hlavního města Prahy činit kroky již v roce 1996 zakoupením čtyř vozů typu RT6N1, které byly po dobu tří let testovány. Bohužel se i přes určité úpravy neosvědčily a v roce 2009 byly prodány. V roce 2005 se nakoupily nízkopodlažní vozy typu 14T od Škody Transportation a.s. nové, které se prokázaly jako vhodné a do roku 2009 jich bylo nakoupeno 60. Dalším typem tramvají, ač částečně bezbariérových, jsou typy KT8D5.RN2P, které mají prostřední článek s nízkou podlahou. Vznikly rekonstrukcí obousměrných vozů KT8D5 a v provozu je jich 43. Od roku 2013 je do provozu nasazen stoprocentně nízkopodlažní typ tramvaje 15T, kterých je od výrobce zakoupeno 66 a do roku 2017 jich má být 250. Nízkopodlažní tramvaje slouží nejen k lepší přepravě handicapovaných osob, ale také usnadňují rychlejší přepravu ve stanicích. Nízkopodlažních autobusů má Dopravní podnik hl. m. Prahy, a.s. ve svém autobusovém parku 66,5 %.

Aby neustále docházelo ke zlepšování přepravy osob s omezenou schopností orientace nebo pohybu, spolupracuje Dopravní podnik hl. m. Prahy, a.s. s Pražskou organizací vozičkářů a Sjednocenou organizací nevidomých a slabozrakých. S nimi jsou konzultovány otázky vnitřního vzhledu autobusu, označovacích a signalizačních prvků. (www.dpp.cz)³

6.3 Postižení lidé a sport

Zajímavostí tohoto tématu jsou činy Jedličkova ústavu. Léčebná tělesná výchova byla v mnohých směrech klienty považována za nudnou a povinnou. Rehabilitační pracovníci se po dohodě s odborníky rozhodli změnit tuto povinnost ve hru, která v doprovodu hudby více zaujme. Stalo se tak, a proto byly zavedeny herní aktivity jako je koloběžka pro jednonohé, lyžování beznohých, kuželky pro děti s ochrnutými pažemi, pohánění plechových koníčků, zcela imobilní hrály knoflíkovou kopanou. Později se k těmto hrám přidal stolní tenis, tenis, odbíjená a začaly se pořádat závodivé hry. Docházelo tedy k přeměně her ve sport, každé dítě touží po změření svých sil s ostatními, stejně jako po ocenění.

První všesportovní hry se konaly 30. dubna a končily 1. května 1935. Probíhal závod v duševních a sportovních soutěžích. Při duševních soutěžích musela družstva namalovat plakát, napsat povídku o prvních pocitech v době nástupu do ústavu a před diváky zazpívat píseň bez jakéhokoliv doprovodu. Sportovní soutěže byly ty, které mohly být vykonávány

³ <http://www.dpp.cz/bezbarierove-cestovani/>

venku, tedy běhy, skoky, vrhy, a ty, které mohly být vykonávány v místnosti, tedy hod míčem na cíl, střelba ze vzduchovky, či navlékání kroužků. Družstva byla rovnoměrně sestavena a jejich body se jim v obou částech sčítaly a pro vítěze byl připraven bronzový odlitek sošky antického Narcise jako „*Putovní cena vítězné skupině Jarní soutěže Samosprávy Jedličkova ústavu věnovaná MUDr. M. Jedličkou.*“ (TITZL, 1985, str. 150)

Z iniciativy Ústavu sociální péče v Brně vznikly celostátní hry tělesně postižené mládeže. Zde se v roce 1959 první hry i konaly, nazývaly se Celostátní závody tělesně vadné mládeže. Ústavy se v pořádání her střídaly. Později se rozšířily soutěžní oblasti, kulturní část obsahovala pěveckou soutěž, fotosoutěž, sólo instrumentální, sólo zpěv, hudební duo či trio, recitace, kreslení, modelování.

K prvnímu sdružení sportovců došlo v roce 1959 v oddíle tělesně postižených při Slavoji Vyšehrad. 14. dubna 1970 vznikla samostatná Tělovýchovná Jednota Jedličkův ústav, bohužel činnost začala upadat a v roce 1973 byla zrušena. Pod vedením J. Titzlové došlo k jejímu obnovení v roce 1981, konkrétně k 1. září ve spolupráci s TJ Dynamo Pankrác. (TITZL, 1985, str. 149-151)

Na mezinárodní úrovni se Česká republika do světových sportovních soutěží připojila až 26. ledna 1994, kdy došlo k založení Českého paralympijského výboru jako paralelní organizace vůči Českému olympijskému výboru, který byl založen 18. května 1899. (www.zijmesportem.cz)⁴ Snaží se připravovat sportovce na vrcholné světové soutěže prostřednictvím sdružených svazů, jako je Česká asociace tělesně handicapovaných sportovců, Český svaz mentálně postižených sportovců, Česká federace Spastic Handicap, Český svaz neslyšících sportovců, Český svaz zrakově postižených sportovců, Český svaz tělesně postižených sportovců. „*Jedním z hlavních úkolů Českého paralympijského výboru je zabezpečení důstojné reprezentace České republiky na letních i zimních Paralympiádách, Deaflympiádách (pro neslyšící) a Global Games (pro intelektově znevýhodněné)*“ (www.paralympic.cz)⁵

Na Paralympiádách od roku 1994, kdy se jich Česká republika začala zúčastňovat, vyhráli dohromady 137 medailí, 45 zlatých, 44 stříbrných, 48 bronzových medailí. Čeští deaflympionici vyhráli od stejného roku celkem 49 medailí, a sice 22 zlatých, 14 stříbrných a 13 bronzových medailí.

⁴ <http://www.zijmesportem.cz/464-cesky-olympijsky-vybor/>

⁵ <http://www.paralympic.cz/>

6.4 Významné osobnosti s handicapem

Zdravotní postižení si žádný člověk nevybírání, ani obráceně to nefunguje. Nemoc může postihnout každého bez rozdílu, a proto se i mezi významnými či slavnými osobnostmi najdou lidé se zdravotním postižením. Tímto se prokazuje, že i postižení jedinci jsou schopní, učenliví, chytrí, zábavní. Významné a slavné osobnosti nacházíme v různých oblastech, ať už společenských, politických, či vědních.

Z oblasti herectví lze jmenovat například Vlastu Janouškovou, známou spíše jako Aťka, která pro svou výšku 120 cm hraje v různých divadelních představeních častěji vedlejší, ale nikoliv nezajímavé role. Pro svůj zajímavý dětský hlas je zapamatovatelná v dabingu, namluvila například včelku Máju, byla také slyšet v Broučcích, v Příbězích včelích medvídků. Podobně jako Aťka Janoušková je na tom Václav Krytinář, který má diagnostikovaný nanismus a měří ve svých 68 letech pouhých 120 cm. Ve filmech hraje od roku 1969, ztvárnil postavy v celé řadě seriálů a filmů, vystupuje v divadlech, hostuje v Národním divadle, Divadle Na zábradlí, ale vybírají si ho i světoví režiséři, například Miloš Forman. Jiný příběh má herec Jan Potměšil. Stal se úspěšným hercem již v 21 letech. Bohužel v období revoluce v listopadu 1989 měl nešťastnou autonehodu, po které ochrnl a ocitl se na invalidním vozíku. Nicméně se i přes všechny peripetie opět vrátil na divadelní scénu a hraje i s handicapem. (www.csfd.cz)⁶

V oblasti sportu lze jmenovat osobnosti, které vyhrály celou řadu již výše uvedených medailí na Paralympiádách. Margareta Hanne Trnková je nejúspěšnější sportovkyní České republiky v historii letních deaflympiádách. Vyhrála čtyři zlaté medaile. Při zimních deaflympiádách získala Petra Kurková osm zlatých medailí, dvě stříbrné a dvě bronzové medaile. Stala se tak neúspěšnější sportovkyní v této oblasti, jelikož nikdo z handicapovaných sportovců takovouto sbírkou medailí z největších soutěží nedisponuje. Co se týče nejúspěšnějšího sportovce paralympijských her, stojí na prvním místě suverénně Jiří Ježek, který získal šest zlatých medailí, čtyři stříbrné a jednu bronzovou medaili. Zároveň je nejúspěšnějším cyklistou v historii paralympijských her. Naproti tomu Kateřina Šromová Teplá je nejúspěšnější česká sportovkyně zimních paralympiád. Se svým zrakovým postižením získala v alpském lyžování pět zlatých a čtyři stříbrné medaile. (www.paralympic.cz)

⁶ <http://www.csfd.cz/tvurci/aktualne/>

PRAKTICKÁ ČÁST

1. Cíl

Cílem praktické části této práce je zjistit změny sociálního postavení handicapovaných občanů v České republice z pohledu osob kompetentních k posouzení, zda k nějakým změnám došlo. Jedná se o osoby, které přicházejí se zdravotně postiženými osobami do každodenního styku, a sice díky své pracovní pozici, či díky příbuzenství s handicapovaným jedincem.

2. Charakteristika zkoumaného vzorku

Podmínkou pro výběr vhodných osob k rozhovoru bylo časové rozmezí styku s těmito osobami. Respondenti museli být v kontaktu se zdravotně postiženými již v době Československé socialistické republiky, a jejich kontakt musí přetrvávat dodnes. Vybrány byly čtyři ženy z různých oblastí: z oblasti školství, z oblasti sociálních služeb a z oblasti rodinné.

Z oblasti školství byla vybrána paní Regína, která od absolvování pedagogické fakulty Univerzity Jana Evangelisty Purkyně v Ústí nad Labem pracuje jako speciální pedagog na jedné praktické základní škole v Ústeckém kraji.

Z oblasti sociálních služeb byla vybrána paní Dagmar, která je od absolvování střední školy zaměstnána v Domově pro osoby se zdravotním postižením, kde začala pracovat jako instruktorka aktivizačních činností, konkrétně vedla keramickou dílnu, během zaměstnání získala potřebnou kvalifikaci a stala se zástupkyní vedoucí zařízení. Od roku 1. 1. 2013 je vedoucí tohoto zařízení.

Druhá žena vybraná z oblasti sociálních služeb je paní Světlana, která od roku 1984 pracuje v pečovatelské službě, nejdříve jako pečovatelka, od roku 1989 jako vedoucí jednoho okrsku ústavu sociálních služeb. Od roku 2008 pracuje jako sociální referentka na sociálním a zdravotním odboru městského úřadu v Praze.

Z rodinné oblasti byla vybrána paní Alena mající zdravotně postižené dítě. Alena je matka tří synů, jejíž poslední syn má handicap. Opustila zaměstnání, změnila místo bydliště, svůj život zasvětila výchově svého zdravotně postiženého syna.

3. Metoda sběru dat

Pro úspěšné získání dat pro praktickou část byl použit řízený rozhovor. Pro respondenty byly připraveny otevřené otázky, u kterých měli možnost rozpovídat se. Jejich výpovědi byly zaznamenávány a později interpretovány a rozebírány tazající. Rozhovory probíhaly v soukromí, respondentky byly vřelé a ochotné spolupracovat a podělit se o své zkušenosti. Otázky, na které respondentky odpovídaly, jsou uvedeny v příloze práce.

4. Interpretace získaných dat

4.1 Situace dle matky zdravotně postiženého jedince

Charakteristika rodiny

Matka: 65 let

Matka vystudovala gymnázium v Chebu, pracovala jako učitelka v mateřské škole. Její zdravotní stav byl dobrý.

Otec: 68 let

Otec vystudoval gymnázium v Chebu, pracoval jako kriminalista u Veřejné bezpečnosti. Jeho zdravotní stav byl dobrý.

Jan, zdravotně postižený klient, se narodil jako třetí syn. Jeho dva bratři se narodili zdraví.

Příběh rodiny

Matka po narození dvou synů začala pracovat jako učitelka v mateřské škole, ale neměla pedagogické vzdělání, proto začala navštěvovat dálkově pedagogickou školu. Její manžel pracoval jako kriminalista, a také se rozhodl pro další studium. Po narození Jana v listopadu roku 1975 a po zjištění jeho handicapu byla matka donucena studium ukončit, oba rodiče studovat nemohli. Manželé v roce 1982 požádali o rozvod, důvodem byla manželova opakovaná nevěra. Matka se třemi syny odešla do Krušných hor, v roce 1984 se přestěhovali do malé vsi v Doupovských horách, kde matka s Janem žijí dodnes. Nejstarší syn pracoval u Policie České republiky v Chebu, kde byl v pracovním nasazení zastřelen. Druhý syn bydlí v domě své matky ve Skalce u Chebu se svojí rodinou. Otec chlapců se na výchově nijak nepodílel, o Jana se zajímá sporadicky, ale Jan ho nevyhledává a nemá ho rád.

Samotný rozhovor

Jan má diagnostikovanou dětskou mozkovou obrnu a těžší stupeň mentální retardace. Porod však probíhal podle matky v pořádku, vyloučena hypoxie, zkažená plodová voda. Matka si odnesla domů normální miminko. V 9 měsících, když podle matky syn nezvedal hlavičku, nesmál se, jen občas dostával záchvaty vzteku a hysterie bez identifikovatelného podnětu, se matka rozhodla přes svou matku – zdravotní sestru – sehnat doporučení k jinému, než jejich obvodnímu dětskému lékaři a v jiném městě než v Chebu, kde se jí nikdo nevěnoval a považoval ji za úzkostnou matku. V Plzni, kam získali doporučení k odbornému lékaři, jim byla sdělena diagnosa – beznadějný případ s těžkou mentální retardací. Okamžitě obdrželi umístěnku do Košumberku, do Hamzovy odborné léčebny. Matka si v rámci povídání stěžovala na péči a netaktnost personálu, tedy zdravotní sestry a lékaře v Plzni. Nikoho nezajímalo, že se matka zhroutila, jelikož nebyla na takovýto verdikt připravená. Nikoho nezajímalo jejich příběh a osud, jako jedinou možnost jim nabídli léčebnu, ve které byl v roce 1969 zřízen pavilon pro batolata s dětskou mozkovou obrnou, jednalo se o jediné zařízení tohoto typu v Československé republice.⁷ Díky názvu pavilonu, do kterého přinesla svého syna, se dozvěděla, jaký název synovo onemocnění nese, ale až doma se dopátrala, o co se jedná. Nikdo s ní nemluvil, nikdo jí nic nevysvětlil. Jen odebrali syna a oznámili, kdy za ním má přijet. Absolutně se nejednalo o žádné soucitné a taktní chování k příbuzným. V Janovo 11 měsíců matka přijela na návštěvu, viděla svého syna připoutaného popruhy k lůžku, zcela apatického kvůli utlumujícím lékům. Neležel tak sám, děti v celém pokoji byl takto upoután k postelím. Matka neváhala a okamžitě si dítě odvezla domů, rozhodla se, jak sama říká, „obětovat svůj život ve prospěch svého syna“. Opustila zaměstnání, starala se celý život jen o něj. Po dalším pátrání o pomoci pro svého syna se dostala k lázním v Teplicích, kam později jezdila každé letní prázdniny se všemi třemi syny, jelikož otec se odmítl o zdravé syny starat. Zde teprve zjistila o synovo postižení, jako příčinu jí uvedli stejnou krev matky i otce, která má vliv jen při třetím porodu, dál se o příčinu nezajímala.

Jan navštěvoval společně s ostatními dětmi základní školu v sousední vsi, nastoupil do ní v 7 letech jako jeho vrstevníci. Po absolvování prvního stupně přešel stejně jako jeho spolužáci na základní školu do okresního města. Dobře se učil, ale musel chtít sám vyrábět, sám psát, sám počítat. Nemá rád pravidla a povinnosti, vše se řídilo podle jeho okamžité nálady. Po několika agresivních výpadech se matka s pedagožkou, která nevěděla, jak s Janem jednat, jelikož neměla dostatečné vzdělání, dohodly přeřadit Jana do zvláštní školy ve

⁷ <http://www.hamzova-lecebna.cz/cz/m/historie/>

stejném městě, kde by absolvoval zbylé dva roky povinné školní docházky. Zde se také dobře učil, ale nerozvíjel se. Záchvaty vzteku ho neopouštěli, ale pedagogy neděsili. Jeho další studium nepřicházelo v úvahu, Jan není manuálně zručný a trpělivý. Od jeho 14 let je každý den doma, matka byla do roku 2012 zaměstnaná jako sezónní pasačka krav, chodil jí s nimi pomáhat. Zvířata ho uklidňují a prospívají mu.

Matka přes všechny peripetie zůstává pozitivně naladěna. Jak uvádí, má ráda venkovské lidi, kteří jí vždy pomohli a nikdy se nad ní nepovyšovali, jako tomu bylo paradoxně ve městě, ve kterém do Janových 6 let žila. Přiznává a zároveň nerozumí rozdílu v postojích laické společnosti a odborníků. Odborníci se od nich odtahovali, nechtěli se jejich problémem zabývat, považovali ho za daný a neřešitelný, chovali se absolutně bezcitně.

Janova matka není vůči odborníkům zaujatá na základě předchozích zkušeností, přiznává markantní rozdíly při jednání s jakýmkoliv odborníky v Chebu a v místě, kde nyní bydlí. Zde je opět patrný paradox, čím větší město, tím menší předpoklady pro výkon pomáhajících profesí, jak je zřejmé z výpovědi matky Jana. V Chebu se setkala s absolutním nepochopením, s negativními postoji k ní, jakožto k matce, která nepotřebuje pomoc odborných zařízení, její rozhodnutí vychovávat svého zdravotně postiženého syna zůstalo zcela nepochopeno. Na malém městě, kam z nového bydliště ve vsi v Doupovských horách matka dodnes dojíždí za veškerou péčí a pomocí, byla vřele přijata, s neurologickou poradnou se spřátelila natolik, že se s lékařkou dodnes navštěvují. I s obvodní dětskou lékařkou matka vycházela, stejně tak tomu je i s nynější praktickou lékařkou, která v případě nerovnoměrných a nepředvídatelných náladách Jana přijede navštívit a ošetřuje ho v domácím prostředí. S úřady je matka také poměrně spokojena, jedinou stížnost pronesla na pedagogicko-psychologickou poradnu, kdy pracovnice nezvládala Janovu netrpělivost a rozčilovala se v momentě, kdy matka odmítla zakročit a Jana zaujmout, aby mohla v klidném prostředí napsat posudek, o který byla požádána pro potřeby posudkového lékaře. Matka uvedla absurditu jejího rozčilování, měla za úkol zjistit soběstačnost klienta, proto se matka rozhodla nezakročit, aby se jednalo o co nejobjektivnější posudek. Jan opravdu není schopný samostatného života, jak se na první pohled pod kontrolou matky, byť z ústraní, zdá. Matka uvádí, že se na malém městě jednalo o první nepříjemnou zkušenost, jinak všechny sociální pracovnice a posudkového lékaře chválí.

Matka srovnává situaci před rokem 1989 a nyní slovy: „Já milovala komunisty, měla jsem za nich práci, ale co se týče Honzika, tak mi ublížili.“ Podle ní se spíše jednalo v celém rozhovoru o neustále rozebíraný rozdíl v jednání ke klientům v malém městě a ve velkém. Samozřejmostí je finanční stránka, dnes pobírá plný invalidní důchod, který mu byl přiznán

v 18 letech, tedy v roce 1993 a v roce 1999 bylo rozhodnuto o trvalém postižení bez zlepšení a nadále nemusí absolvovat šetření posudkové komise. Dále pobírají příspěvek na péči, ve 2. stupni, ale rozhodla se znovu zažádat o přezkoumání Janova zdravotního stavu.

Budoucnost

Matka každý měsíc posílá svému synovi 5 000,- Kč na zaplacení odborné asistentky pro jeho syna, který má diagnostikovanou poruchu autistického spektra. Syn zrekonstruoval přízemí matčina domu ve Skalce u Chebu pro Jana. Matka si je vědoma neschopnosti Jana postarat se o sebe sám, proto se rozhodla předčasně začít plánovat budoucnost. Syn mu zajistí odborného asistenta a veškerou potřebnou péči. Matka doufá, že od dob, kdy se z Chebu odstěhovala, došlo ke změnám v postojích ke zdravotně postiženým a bude zde zajištěno více možností pro Janovo rozvíjení, jakožto pro osamocenou osobu s handicapem, než na malé vsi, kde již nyní není možnost žádných denních stacionářů, aby se pečující osoba mohla věnovat také sama sobě. Jan si ale uvědomuje, že až matka „odejde“, nikdo na něj nebude tak hodný jako ona a dokonce pronesl, že také „odejde“. Matka se tím trápí a potřebovala by sama vyhledat odbornou pomoc, jak sama sdělila. Bohužel se bez Janova hlídání nikam nedostane, ani ke svým lékařům, a to i přesto, že na sobě nemoc cítí, ale pro Janovo blaho starost o sebe samotnou potlačuje do pozadí.

Shrnutí

Z povídání je patrné úplné odsunutí sebe jako osobnosti do pozadí. Nyní si uvědomuje bezvýchodnost situace, ale není schopná vymyslet zprostředkování změny. Nejspíše lituje, že došlo k tak úzkému vztahu mezi Janem a jí, nejspíše si uvědomuje, že neměla neustále trvat na ochranářství svého syna, měla se snažit zapojit ho více do kolektivu lidí. Uvědomuje si, kde po její smrti nastane problém, Jan nebude schopný žít sám, nebude schopný přijmout jinou osobu, jakožto náhradu bezmezně milované matky.

Matce jsem navrhla možnost vyhledání psychologa, kterému by se mohla vypovídat a poradit se. Přiznala, že by jí to moc pomohlo, ale nemůže tak učinit, jelikož s sebou nemůže vzít Jana. Matce chybí povídání si s lidmi na stejné úrovni jako je ona, přijde si nejspíše izolovaná od společnosti, ale nelze jí pomoci.

Na příběhu matky a Jana je patrné, že opravdu ke změnám sociálního postavení handicapovaných dochází. Tato rodina se setkala se změnou ve zdravotnictví a přístupu

lékařského personálu k zdravotně postiženým jedincům a jejich příbuzenstvu. Chválí si finanční podporu pro osoby pečující o handicapované, výhody, které jim jsou poskytovány. Změnu tedy pozoruje spíše ve věcech týkajících se styku s odborníky, s laickou společností nikdy problémy neměly a nejspíš mít nebudou, pokud Jan někomu z okolí neublíží.

4.2. Situace dle vedoucí domova pro osoby se zdravotním postižením

Charakteristika

Paní Dagmar vystudovala střední pedagogickou školu, obor vychovatelství. Při výkonu zaměstnání v sociálních službách vystudovala vyšší odbornou školu, obor sociálně právní činnost.

Samotný rozhovor

Paní Dagmar pracuje v sociálních službách od roku 1982. Nastoupila do zařízení jako vychovatelka, ale v roce 1998 svou pracovní činnost ukončila. Zpět se vrátila v roce 2003 na pozici instruktorky v sociálních službách, zajišťovala nepedagogické výchovné činnosti, zajišťovala akce a kulturní programy pro uživatele.

Paní Dagmar se vyjádřila k pracovní náplni v době jejího nástupu poměrně optimisticky, připouští však tehdejší nedostatek aktivizačních činností pro osoby s těžkým zdravotním postižením. Byli upoutáni na lůžko, bez jakýchkoliv možností. Rehabilitace probíhaly minimálně, docházelo jen k manipulacím a polohováním na lůžku. Z vyprávění je patrné, že takovýto uživatelé služby jen přežívali, ale nebylo to vysloveno. Pro uživatele s lehčím postižením se už tehdy konaly kulturní, společenské a sportovní akce, jako byly dle respondentky například okresní či krajské sportovní hry, divadelní festivaly, diskotéky, uživatelé jezdili na výlety či na rekreace. Také byli vedeni k pracovním činnostem – práce na zahradě, pěstování a sběr bylinek, ruční práce (uvedeno vyšívání, pletení), pomocné práce v provozu ústavu (uvedena pomoc v kuchyni, v prádelně).

Respondentka se pokusila porovnat náplň práce organizace, v níž působí, tehdy s náplní nynější a rozpovídala se o akcích, které pro jejich klienty pořádají. Jedná se o kulturní, společenské i sportovní akce, na které jsou zváni i klienti z jiných zařízení. Chválí si spolupráci s ostatními organizacemi, které na oplátku zvu je. Domov pro osoby se

zdravotním postižením také úzce spolupracuje s organizacemi ve městě, ve kterém je zařízení zřízeno. Vycházejí jim vstříc a půjčují jim potřebné věci k zařízení a zorganizování nějaké akce, zejména sály či sportovní halu. Některé tamější organizace dokonce z vlastní iniciativy pro klienty uspořádávají akce, na kterých je zajištěno i pohoštění. Klienti jezdí na výlety, na rekreace, navštěvují kino, divadlo, účastní se kulturních akcí pořádaných ve městě, samozřejmě s doprovodem. Respondentka si velmi cení možnosti, že se jejich klienti s mentálním postižením mohou vzdělávat a navštěvovat školní zařízení, ale připouští, že by pedagogové měli více přihlížet ke stupni postižení a možnostem klienta zvládnout učení. Na otázku, ať se přímo pokusí srovnat dobu minulou se současností, postěžovala si na nárůst administrativy, která je na sociální pracovnice kladena. Domnívá se, že veškeré administrativní činnosti jsou prováděny na úkor péče o klienty.

Respondentka se domnívá, že osoby se zdravotním postižením mají v dnešní době lepší podmínky k tomu, aby mohly vést v rámci jejich možností co nejkvalitnější život. Je to dáno finančními prostředky, které jsou vkládány na lepší vybavení zařízení, na rekonstrukce stávajících či na výstavbu nových budov. Nová zařízení jsou stavěna pro menší kapacitu klientů, čímž je zajištěna rodinná atmosféra a na práci s klientem je více času a prostoru. Také se změnilo prostředí, ve kterém jsou tato zařízení zřizována, dříve byla často separovaná, na malých horských obcích, nyní se výstavba spíše směřuje do měst, kde je větší možnost sociálního kontaktu i rychlejší dostupnost lékařské péče. Respondentka ale přiznává, že stále existují zařízení, ve kterých se dle jejích slov „zastavil čas“. Není to způsobeno, že by personál neměl zájem o lepší podmínky, ale tím, že jejich zřizovatelem je obec, která nemá dostatek finančních prostředků na modernizaci objektu.

Shrnutí

Z rozhovoru s vedoucí domova pro osoby se zdravotním postižením je patrné, že ve své kariéře v sociálních službách zaznamenala změny v jednání k handicapovaným, i změny v jejich postavení ve společnosti. Spíše se však jedná o podstatně výraznou změnu v práci s těžce postiženými jedinci. V dnešní době mají pro jejich, byť i minimální rozvoj, zakoupeny pomůcky, které slouží k jejich polohování, posilování ochablého svalstva jako jsou rehabilitační lůžka s automatickým polohováním, zátěžové polštáře, které ulevují svalstvu, různé molitanové zábrany, které slouží k minimalizaci ohrožení zdraví klientů při jejich záchvatech či při jejich bezmyšlenkovému pohybování. Respondentka je na svou práci a svůj výkon pyšná, mluví o zařízení s láskou a hrdostí, ale přiznává, že byrokratické povinnosti jsou

ničitelem celodenní kvalitní péče o klienty. Nicméně ji práce baví a naplňuje, jedná se o správného člověka na správném místě.

4.3 Situace dle pracovnice v sociálních službách

Charakteristika

Paní Světlana vystudovala střední zdravotnickou školu v Praze a nastoupila do ústavu sociální péče. V průběhu pracovní činnosti v sociálních službách vystudovala vyšší odbornou školu, obor sociální pedagogika.

Samotný rozhovor

Po získání středoškolského vzdělání nastoupila do ústavu sociální péče, pracovala jako pečovatelka o klienty. V roce 1989 se stala vedoucí okrsku ústavu sociální péče. Od roku 2008 pracuje jako sociální referentka na odboru zdravotním a sociálním městského úřadu.

Organizace, v níž respondentka působila, v době jejího nástupu zaměstnávala pečovatelky, zdravotní sestry a řidiče. Všichni se snažili pomáhat zdravotně postiženým klientům s veškerými jejich potřebami. Zajišťovali klientům stravu, zdravotní péči, pomoc při každodenních hygienických úkonech, které sami nezvládali nebo potřebovali při těchto činnostech asistenci. Úkolem bylo pomoci potřebným.

V průběhu působení v ústavu sociální péče respondentka zaznamenala velké změny v sociálním postavení zdravotně postižených jedinců. Začali se pro klienty potřebující pomoc pořádat výlety, později také týdenní pobyty v rekreačních zařízeních, zprvu se jednalo o bariérové zařízení, tím pádem možnost zúčastnit se takovéto rekreace měli jen klienti bez postižení pohybového aparátu, později se začínaly počty bezbariérových rekreačních středisek zvyšovat, tudíž rostla i klientela, která se mohla akce účastnit. V domovech s pečovatelskou službou byla nově vybudována knihovna nejen pro ubytované klienty, ale také pro ty, kteří do domu s pečovatelskou službou docházeli. Začala se pořádat celá řada aktivit, například arteterapie, muzikoterapie, pracovní terapie, různé přednášky, ale také i setkávání s ostatními klienty při dopolední i odpolední kávě. Ještě později než tyto akce byla zavedena služba odvozu v případě, že by se klient vzhledem ke svému zdravotnímu stavu na akci pořádanou ústavem sociální péče nemohl dostavit.

Když se respondentka pokusila srovnat náplň práce organizace v době nástupu s dobou, než toto zařízení v roce 2008 opustila, zmínila, že se neustále péče o klienty zlepšuje a zdokonaluje. Jako první zmínila změnu pracovní doby zaměstnanců ústavu sociálních služeb. Dříve pracovní doba byla od 7:00 hodin do 15:30 hodin. Nyní je pracovní doba uzpůsobena potřebám klientů, takže se klienti mohou na organizaci obrátit i ve večerních a nočních hodinách, například s uložením na lůžko, přípravou večeře, koupáním.

Sociální postavení klientů se podle respondentky nesrovnatelně zlepšilo, ale bohužel je stále nedostatek bezbariérových přístupů do zařízení, nedostatek dopravních prostředků pro postižené a nedostatek vytvořených pracovních míst, aby péče o klienty byla dostačující.

Shrnutí

Paní Světlana podrobně popsala změnu v činnostech organizace, ve které pracovala. Výrazně přibýlo aktivizačních činností, péče o klienty žijících ve své domácnosti, kteří potřebují v běžných úkonech pomoci, se přesunula i do nočních hodin. Cílem organizace je umožnit klientům co nejdéle a co nejdůstojněji žít ve svém známém rodinném prostředí. Respondentka se ve své výpovědi zmínila o znatelném problému, který všeobecně trápí sociální oblast, a sice nedostatek vytvořených pracovních míst, čímž je zapříčiněn nedostatek času na péči, kterou klienti vyžadují.

4.4 Situace dle speciálního pedagoga

Charakteristika

Paní Regina se po maturitní zkoušce na gymnáziu rozhodla studovat Univerzitu Jana Evangelisty Purkyně v Ústí nad Labem. Konkrétně se jednalo o obor učitelství na 1. stupni základní školy a speciální pedagogika.

Samotný rozhovor

Paní Regina je jako speciální pedagog zaměstnána od roku 1985. V roce 1993 pracovní poměr ukončila a nastoupila jako pedagog na 1. stupni základní školy ve stejném

městě. V roce 2000 se na pozici speciálního pedagoga opět vrátila a dodnes pracuje v praktické základní škole.

Náplní její práce bylo i je vedení dyslektických doučovacích skupin, práce s integrovanými žáky i se žáky se zohledněním. V dnešní době si chválí velkou možnost výběru různých školení, možnost čerpání z hodnotných, kvalitních odborných publikací, které zapříčiňují neustálou možnost se vzdělávat, což je při výkonu tohoto povolání velice důležité. Dále si respondentka také chválí změnu v uvolňování finančních prostředků pro zakoupení odborných pomůcek pro práci s dětmi. Chválí si také setkávání speciálních pedagogů, například na konferenci „DYSKORUNKA“, kde dochází mimo odborného proškolení také k výměně zkušeností.

Respondentka se domnívá, že ke změnám v oblasti speciální pedagogiky došlo díky rozšíření obecného povědomí o této problematice. Práce ji baví, ale přiznává výraznou potřebu spolupráce školy s rodinou, která má handicapované dítě. Práce ve škole bez dalšího rozvíjení v domácím prostředí je dle respondentky poměrně bezpředmětné. Žáci praktických základních škol by dle paní Reginy měli na některých věcech, které se ve školním dni naučili, pracovat i s rodiči doma, aby si činnosti i znalosti osvojili, jinak je veškeré úsilí vynaložené pedagogy bezúčelné.

Shrnutí

Informace z tohoto rozhovoru byly spíše všeobecné, více směřované na současnost, nikoliv na minulost. Speciální pedagožka zaznamenala změny v sociálním postavení žáků, kteří navštěvují praktickou základní školu, z jejího vyprávění je patrná změna v postoji společnosti k takovýmto žákům. Dříve bylo dítě ve „zvláštní škole“ považováno za hloupé, nerozvíjené, dnes je takovéto vzdělávání chápáno jako ulehčování už tak složitého života jakkoliv handicapovaných jedinců. Ve škole jsou osnovy přizpůsobeny potřebám žáků, mají možnost učit se takovým tempem, jaké zvládají, nehrozí zesměšňování, zaostávání oproti ostatním a podobné neduhy, které handicapovaného žáka od „zdravého“ kolektivu odděluje a odlišuje.

5. Shrnutí praktické části

Všechny čtyři ženy, které byly vybrány jako respondentky pro kvalitní získání dat k vypracování praktické části, spojovala zkušenost se zdravotně postiženými jedinci již v době Československé socialistické republiky. Z jednotlivých rozhovorů je patrný znatelný posun k lepšímu sociálnímu postavení handicapovaných jedinců. Hlavním cílem všech organizací je skutečně vynaložit veškeré síly na to, aby handicapovaný jedinec měl co nejdůstojnější a pokud možno i co nejsamostatnější život, jakého je schopen. Ani jedna z respondentek pracujících pro zdravotně postižené klienty přímo nevyslovila negativní komentář na svou organizaci či na svou práci, kterou vykonávala. Spíše je z povídání patrné, že ženy dělaly vše tak, aby plnily svou práci podle standardů. To, co bylo náplní pracovní pozice, to vykonávaly. V té době si nejspíše neuvědomovaly, že se s klienty dá pracovat i jinak, než jak pracují, že se mohou rozvíjet více, než jsou rozvíjeny, že by mohli mít kvalitnější prostředí, v němž žijí, než mají. Společně se stále rychlejším technologickým vývojem a především také se zvyšujícím se množstvím informací o daných postiženích a možných metodách, byla respondentkám měněna náplň práce, učily se novým věcem, zdokonalovaly se a tím pádem byla i změněna celková úroveň nejen zařízení poskytujících sociální služby, ale hlavně společnost začala na postižené jedince nahlížet jako na lidi s nějakým defektem, nikoliv na monstrum, hříčku přírody.

Závěr

Cílem mé práce bylo prokázat změny sociálního postavení handicapovaných jedinců v České republice v určitém časovém rozpětí. Konkrétně se jednalo o srovnání zařízení a poskytované péče jedincům se zdravotním postižením ve 2. polovině 20. století se současností.

V teoretické části byly zaznamenány změny v oblasti právních koncepcí, kterými se společnost řídí, dále změny v možnostech výběru sociálních zařízení a volnočasových aktivit, kterých je pro osoby s handicapem velké množství. Prokázalo se zlepšení podmínek díky technologickým pokrokům, jež umožňují vyvíjet a konstruovat takové pomůcky, aby se zdravotně postižení mohli co nejvíce přizpůsobit zdravé populaci. Byly zaznamenány velké pokroky v nahlížení na sexualitu, intimitu a vztahy handicapovaných, společnost si začíná uvědomovat, že i pro ně jsou věci fyzické i duševní náklonnosti a blízkosti důležité stejně jako pro zdravou společnost.

Praktická část prokázala, že opravdu ke změnám sociálního postavení handicapovaných došlo, vypovídají o tom rozhovory s jednotlivými pracovníky v sociálních službách. Ukázalo se, že v každé oblasti, ze které byly respondentky vybrány, došlo ke zlepšení náhledu na klienty, k většímu vynaloženému úsilí pro zajištění jejich spokojenosti a co nejvíce možnému začlenění se do společnosti. Praktickou částí byla potvrzena má očekávání. K markantním změnám došlo v příběhu matky osoby se zdravotním postižením, kterou jsem také předpokládala.

Ačkoliv došlo ke změnám v mnoha ohledech, stále není zajištěno dostatečné uplatnění handicapovaných na trhu práce. Došlo ke značnému ukončení provozu chráněných dílen, ve kterých byli zaměstnaní, zaměstnavatelé dají přednost při výběru z možností povinného náhradního plnění uloženým Zákonem o zaměstnanosti přednost odvádění procentuální části do státního rozpočtu, než aby zaměstnali postiženého či odebírali výrobky. Volných pracovních míst je nedostatek, nezaměstnanost je vysoká i u zdravé populace, proto je i zaměstnávání osob s handicapem problémové. V tomto ohledu lze považovat za lepší situaci v minulosti, kdy pracovní nasazení bylo povinností a prioritou. Dnes jsou tyto osoby odkázány na získávání financí ze sociálních dávek, mohou být nevytížené a může vzniknout riziko uchýlení se k nadměrnému požívání alkoholu, obstarávání financí ve výherních automatech, a jiným sociálně patologickým jevům.

Společnost se stala tolerantnější, měla by ale více projevit snahu o začlenění handicapovaných do běžného života bez ulehčování situací více než je nutné. Přílišná shovívavost postižením lidem neprospívá, naopak je vrhá do větší sociální izolace.

Použitá literatura

- BLAŽEK, Bohuslav a Jiřina OLMROVÁ. *Světy postižených*. Praha: Avicenum, 1988. ISBN 08-083-88.
- FITZNEROVÁ, Ivana. *Máme dítě s handicapem*. Praha: portál, 2010. ISBN 978-80-7367-663-6
- KERROVÁ, Susan. *Dítě se speciálními potřebami*. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-147-9.
- KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, Lea. *Edukace dětí se speciálními potřebami v raném a předškolním věku*. Brno: Paido, 2004. ISBN 80-7315-063-8.
- MATĚJČEK, Jiří, MACHAČOVÁ, Jana, *Nástin sociálního vývoje českých zemí 1781-1914*, PRAHA: Karolinum, 2010, ISBN 978-80-246-1679-7
- MATOUŠEK, Oldřich, a kol., *Základy sociální práce*, PRAHA: Portál, 2001
- ŘÍHA, Oldřich, *Hospodářský a sociálně-politický vývoj Československa 1790-1945*, PRAHA: Práce, 1946
- SLOWÍK, Josef, *Komunikace s lidmi s postižením*, PRAHA: Portál, 2010, ISBN 978-80-7367-691-9
- SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1733-3.
- ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-506-7.
- TITZL, Boris. *Péče o tělesně postižené dítě: Sborník k 70. výročí založení Jedličkova ústavu*. Praha: ústav pro kulturně výchovnou činnost, 1985. ISBN 59-060-84.
- TITZL, Boris. *Postižený člověk ve společnosti*. Praha: Univerzita Karlova v Praze - Pedagogická fakulta, 2000. ISBN 80-86039-90-0.
- THOROVÁ, Kateřina a Hynek JŮN. *Vztahy, intimita a sexualita lidí s mentálním handicapem nebo s autismem*. Praha: APLA, 2012.
- VÁGNEROVÁ, Marie, Zuzana HADJ-MOUSSOVÁ a Stanislav ŠTECH. *Psychologie handicapu*. 2. vydání. Praha: Karolinum, 1999. ISBN 80-7184-929-4.
- ZIKL, Pavel. KOLEKTIV. *Využití ICT u dětí se speciálními potřebami*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3852-9.

Právní dokumenty

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

Zákon č. 453/2004 Sb., o zaměstnanosti

Časopisy

TITZL, Boris. O postavení zdravotně postižených občanů ve společnosti totalitního režimu: Příspěvek k nedávné minulosti. *Speciální pedagogika*. 2001, roč. 11, č. 3, s. 173-187. DOI: 1211-2720.

Internetové zdroje

Statistika a my: Měsíčník Českého statistického úřadu [online]. 2014 [cit. 2014-04-28]. ISSN 1804-7149. Dostupné z: <http://www.statistikaamy.cz/wp-content/uploads/2014/04/18041404.pdf>

Bezbariérové cestování: Bezbariérové přístupy v metru [online]. 2014 [cit. 2014-04-28]. Dostupné z: <http://www.dpp.cz/bezbarierove-cestovani/metro/>

Bezbariérové cestování: Bezbariérové cestování v tramvajích [online]. 2014 [cit. 2014-04-28]. Dostupné z: <http://www.dpp.cz/bezbarierove-cestovani/tramvaje/>

Bezbariérové cestování: Bezbariérové cestování v autobusech Dopravního podniku hl. m. Prahy [online]. 2014 [cit. 2014-04-28]. Dostupné z: <http://www.dpp.cz/bezbarierove-cestovani/autobusy/>

Žijeme sportem: Aneb jak vybrat ten správný [online]. 2013 [cit. 2014-04-28]. Dostupné z: <http://www.zijmesportem.cz/464-cesky-olympijsky-vybor>

Česko-slovenská filmová databáze: Tvůrci [online]. 2001-2014 [cit. 2014-04-28]. Dostupné z: <http://www.csfd.cz/tvurci/aktualne/>

Český paralympijský výbor [online]. 2011 [cit. 2014-04-28]. Dostupné z: <http://www.paralympic.cz/cpv/>

Český paralympijský výbor: Historie [online]. 2011 [cit. 2014-04-28]. Dostupné z: <http://www.paralympic.cz/historie/>

Český paralympijský výbor: Deaflympiády [online]. 2011 [cit. 2014-04-28]. Dostupné z: <http://www.paralympic.cz/cpv/deaflympijske-hry/>

Přílohy

Dotazník pro matku zdravotně postiženého klienta

1. Jaké zdravotní postižení Váš syn má?
2. Jedná se o vrozenou indispozici?
3. Jakou školu Váš syn navštěvoval?
4. Setkali jste se s odmítavým postojem společnosti, Vašeho okolí?
5. Navštěvujete často lékaře a úřady? Jste spokojená s jejich jednáním?
6. Pokuste se srovnat přístup k vašemu handicapu před rokem 1989 a nyní. Došlo k nějaké změně? Lékař, sociální pracovník, okolí,...

Dotazník pro pracovnice v sociálních službách

1. Jak dlouho jste zaměstnaná v této organizaci?
2. Pokuste se shrnout náplň práce a smysluplnost organizace v době, kdy jste do ní nastoupila
3. Pokuste se porovnat náplň práce Vaší organizace tehdy s nynější (aktivizační činnosti, výlety,...)
4. Myslíte si, že mají lidé se zdravotním postižením v dnešní době lepší „podmínky pro život“? Čím je to způsobeno?

Dotazník pro pedagoga ve speciální základní škole

1. Jak dlouho jste zaměstnaná jako speciální pedagog?
2. Pokuste se shrnout náplň a úroveň Vaší práce v této škole.
3. Došlo od začátku Vaší práce na této pozici ke změnám? (přístup, metody,...)
4. Myslíte si, že mají Vaši žáci se zdravotním postižením v dnešní době lepší „podmínky pro život“? Čím je to způsobeno?
5. Naplňuje Vás tato práce? Je pro Vás smysluplná?