

# **Sociální opora osob s tělesným postižením v procesu inkluze**

Irena Příbylová

---

Bakalářská práce  
2014



**Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně**  
Fakulta humanitních studií

  
INSTITUT  
MEZIOBOROVÝCH STUDIÍ BRNO

Univerzita Tomáše Bati  
Institut mezioborových studií Brno  
akademický rok: 2013/2014

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE (PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Irena PŘIBYLOVÁ  
Osobní číslo: H118256  
Studijní program: B7507 Specializace v pedagogice  
Studijní obor: Sociální pedagogika

Téma práce: Sociální opora osob s tělesným postižením  
v procesu inkluze

### Zásady pro vypracování:

Zadané a zvolené téma bude zpracováno podle pokynů obsažených v materiálu IMS "Metodika psaní odborného textu a výzkum v sociálních vědách"(IMS 2009). Případně podle dalších materiálů, z nichž některé jsou obsaženy v literatuře připojené k tomuto studijnímu textu. Zejména bude dbáno na dodržování zásad publikační etiky a pravidel společenskovedního výzkumu. Průběžné výsledky práce budou pravidelně konzultovány s vedoucím bakalářské práce.

S vědomím těchto zásad a pravidel a po konzultaci s vedoucím bude práce zaměřena:

- na význam sociální opory pro člověka s těžším tělesným postižením v běžném společenském prostředí (sociální začleňování, kvalitní život v dané společnosti, aktivní život běžný pro skupinu svých vrstevníků, uspokojování základních potřeb jako potřeba komunikace, soc. kontaktu, možnost volby);
- na dopad sociální opory pro člověka s těžším tělesným postižením v běžném společenském prostředí (deprivace, společenská izolace, frustrace);

- na kontext se sociální pedagogikou, role sociálního pedagoga při poskytování sociální opory.

Součástí práce bude výzkumné šetření zaměřené na efektivitu sociální opory pro člověka s těžším tělesným postižením v běžném společenském prostředí, otázky budou zaměřeny na spokojenost se svým životem, na kvalitu sociální opory.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

**Zákon č. 108/2006 Sb. O sociálních službách**

**Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách**

**BAŠTECKÁ, B., GOLDMAN, P. Základy klinické psychologie, Praha: Portál, 2001.**

**KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie zdraví, Praha: Portál, 2001.**

**PIPEKOVÁ, J. Kapitoly ze speciální pedagogiky, Brno: Paido, 2006.**

**VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese, Praha: Portál, 2004.**


**Další literatura bude průběžně doplňována během práce na tomto textu.**

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Vendula Jašková**

Datum zadání bakalářské práce: **11. listopadu 2013**

Termín odevzdání bakalářské práce: **30. dubna 2014**

V Brně dne 11. listopadu 2013

  
doc. PhDr. Miloš Jůzl, Ph.D.  
vedoucí ústavu



  
doc. PaedDr. Slavomír Laca, Ph.D.  
vedoucí katedry

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby<sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3<sup>2)</sup>;
- podle § 60<sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60<sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užit své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

RENA PŘIBYLOVÁ

Jméno, příjmení studenta

V Brně 14.2.2014

Podpis

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejněním záverečných prací;

(1) Vysoká škola nevydávající zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledek obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy;

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlédnutí veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny;

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby;

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3;

(3) Do práva autorského také nezahrnuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užití-li několi za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu, k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené zájemcem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo;

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odepřel-li autor takového díla svolení bez věcného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybného projevu jeho vůle a souhlasu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla; v případě jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přičítá ke vší výšce dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

## **ABSTRAKT**

Téma bakalářské práce je *sociální opora osob s tělesným postižením v procesu inkluze*. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části jsou vysvětleny základní pojmy vztahující se k danému tématu. Jako je obecná charakteristika tělesného postižení nebo společenský hendikep. Pozornost je věnována významu a dopadu sociální opory na člověka s těžším tělesným postižením. V neposlední řadě roli sociálního pedagoga v poskytování sociální opory jedincům s tělesným postižením a vlivu sociálního pedagoga na společnost v přístupu k tělesně postiženým. V praktické části bylo provedeno kvalitativní šetření u vybraného vzorku respondentů s těžším tělesným postižením s cílem získat od nich informace týkající se individuálních zvláštností jednotlivých respondentů a jejich subjektivních postojů ke kvalitě a míře sociální opory.

### **Klíčová slova:**

Tělesné postižení, sociální opora, společenský hendikep, osobnost pomáhajícího, sociální pedagog, inkluze, frustrace, deprivace, sociální začleňování, konflikt.

## **ABSTRACT**

The theme of bachelor's thesis is the *social support for people with disabilities in the process of inclusion*. The work is divided into theoretical and practical parts. The basic concepts related to the topic are explained in the theoretical part. As a general characteristic of the physical disability or the social disability. The attention is paid to the importance and impact of the social support on humans with severe disabilities. Finally, the role of the social educator in providing the social support to individuals with disabilities and the impact of the social pedagogue in the society access to the disabled. In the practical part, the qualitative survey was carried out in a selected sample of respondents with severe physical disabilities to obtain the information concerning the individual characteristics of each of the respondents and their subjective attitudes to the quality and extent of the social support.

### **Keywords:**

Disability, social support, social handicap, personality of helper, social educator, inclusion, frustration, deprivation, social inclusion, conflict.

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že na bakalářské práci jsem pracovala samostatně a veškeré prameny a zdroje informací, které jsem použila k sepsání této práce a které jsem uvedla v seznamu zdrojů, jsem citovala.

Odevzdaná tištěná verze bakalářské práce a verze elektronická, nahraná do IS/STAG, jsou totožné.

Ve Valchově 14. 4. 2014

Irena Příbylová

## **PODĚKOVÁNÍ**

Děkuji paní Mgr. et Mgr. Vendule Jaškové za cenné rady, informace, ochotu a trpělivost při vedení mé bakalářské práce.

Také bych chtěla poděkovat své rodině, zvláště manželovi Ondřejovi, který mi během mého studia poskytoval stálou podporu a v neposlední řadě kamarádce Vlastě Sekaninové, která mi byla velkou oporou.

## **MOTTO**

„Vědomí, že druzí lidé jsou připraveni člověku pomoci, vytváří pocit sociální jistoty, která usnadňuje podstoupení rizika a povzbuzuje člověka k tomu, aby se samostatně pokusil řešit problém, před nímž stojí.“

N. Krause



# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>11</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>13</b>
<b>1 TĚLESNÉ POSTIŽENÍ</b> .....	<b>14</b>
1.1    DEFINOVÁNÍ TĚLESNÉHO POSTIŽENÍ.....	14
1.2    DĚLENÍ TĚLESNÝCH VAD.....	15
1.2.1    Vrozené a získané postižení .....	15
1.2.2    Dělení dle závažnosti postižení .....	17
1.3    CHARAKTERISTIKA VYBRANÝCH POSTIŽENÍ.....	18
1.3.1    Vrozené vady.....	18
1.3.2    Získané vady .....	20
1.3.3    Postižení následkem nemocí .....	21
1.4    KOMPENZACE HENDIKEPU.....	23
<b>2 SPOLEČENSKÝ HENDIKEP</b> .....	<b>27</b>
2.1    BARIÉRY PROSTŘEDÍ .....	27
2.1.1    Interiérové bariéry .....	28
2.1.2    Exteriérové bariéry.....	28
2.2    PROJEVY POSTIŽENÍ SPOLEČENSKY HENDIKEPUJÍCÍ JEDINCE S TĚŽŠÍM STUPNĚM TĚLESNÉHO POSTIŽENÍ .....	29
2.3    POHLED MAJORITNÍ SPOLEČNOSTI NA TĚŽCE TĚLESNĚ POSTIŽENÉHO .....	29
<b>3 VÝZNAM A DOPAD SOCIÁLNÍ OPORY NA ČLOVĚKA S TĚŽŠÍM TĚLESNÝM POSTIŽENÍM</b> .....	<b>31</b>
3.1    CHARAKTERISTIKA SOCIÁLNÍ OPORY.....	31
3.1.1    Druhy sociální opory .....	31
3.2    OSOBNOST POMÁHAJÍCÍHO .....	33
3.2.1    Psychologická charakteristika .....	33
3.2.2    Právní stránka pomáhajícího .....	34
3.2.3    Znalosti a dovednosti pomáhajícího.....	34
3.3    VÝZNAM A DOPAD SOCIÁLNÍ OPORY.....	34
3.3.1    Pozitivní dopad.....	35
3.3.2    Negativní dopad .....	35
<b>4 SOCIÁLNÍ PEDAGOGIKA V KONTEXTU S OPOROU PRO TĚLESNĚ POSTIŽENÉ</b> .....	<b>37</b>
4.1    ROLE SOCIÁLNÍHO PEDAGOGA PŘI POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍ OPORY PRO TĚLESNĚ POSTIŽENÉ.....	37
4.2    VLIV SOCIÁLNÍHO PEDAGOGA NA SPOLEČNOST V PŘÍSTUPU K TĚLESNĚ POSTIŽENÝM.....	38
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>40</b>
<b>5 METODOLOGIE PRAKTICKÉ ČÁSTI</b> .....	<b>41</b>
5.1    CÍL PRAKTICKÉ ČÁSTI.....	41
5.2    VÝZKUMNÉ METODY .....	41
5.2.1    Charakteristika kvalitativního výzkumu .....	41
5.2.2    Charakteristika případové studie.....	41

5.3	VÝZKUMNÉ PROSTŘEDÍ .....	42
5.4	OBECNÝ POPIS PŘÍPADOVÝCH STUDIÍ .....	42
5.5	STRUKTURA PŘÍPADOVÝCH STUDIÍ .....	44
5.6	PŘÍPADOVÁ STUDIE 1.....	45
5.6.1	Anamnestické údaje .....	45
5.6.2	Provedené škály a stručné hodnocení škál .....	45
5.6.3	Výsledek z rozhovoru s respondentem.....	46
5.6.4	Rozvaha, zhodnocení .....	49
5.7	PŘÍPADOVÁ STUDIE 2.....	51
5.7.1	Anamnestické údaje .....	51
5.7.2	Provedené škály a stručné hodnocení škál .....	51
5.7.3	Výsledek z rozhovoru s respondentem.....	52
5.7.4	Rozvaha, zhodnocení .....	55
5.8	PŘÍPADOVÁ STUDIE 3.....	56
5.8.1	Anamnestické údaje .....	56
5.8.2	Provedené škály a stručné hodnocení škál .....	56
5.8.3	Výsledek z rozhovoru s respondentem.....	57
5.8.4	Rozvaha, zhodnocení .....	60
5.9	PŘÍPADOVÁ STUDIE 4.....	61
5.9.1	Anamnestické údaje .....	61
5.9.2	Provedené škály a stručné hodnocení škál .....	61
5.9.3	Výsledek z rozhovoru s respondentem.....	62
5.9.4	Rozvaha, zhodnocení .....	64
5.10	PŘÍPADOVÁ STUDIE 5.....	65
5.10.1	Anamnestické údaje .....	65
5.10.2	Provedené škály a stručné hodnocení škál .....	65
5.10.3	Výsledek z rozhovoru s respondentem.....	66
5.10.4	Rozvaha, zhodnocení .....	69
5.11	DISKUZE.....	70
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>76</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....</b>	<b>78</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....</b>	<b>81</b>
	<b>SEZNAM CIZÍCH SLOV.....</b>	<b>82</b>
	<b>SEZNAM OBRÁZKŮ .....</b>	<b>83</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>84</b>

## ÚVOD

Časté a diskutabilní téma ve společnosti lidí, hlavně těch, kteří pracují s lidmi s těžším tělesným postižením, je zda mají tito lidé v současném společenském prostředí schopnost vést „normální život“ a schopnost seberealizace, zda mohou naplnit své osobní cíle, zda mají adekvátní sociální oporu na cestě k dosažení svých cílů.

Pracovníci sociálních služeb, dobrovolníci se dostávají do střetů s rodinami takto hendikepovaných lidí i s majoritní společností. Kladou si otázky, zda má vůbec význam vynaložená práce v rámci sociálních služeb či jiných zařízení, které postižení využívají, neboť se setkávají s nepochopením, s bagatelizováním, dokonce někdy i s názory, že je zbytečné vést takové lidi k „normálnímu životu“ svých vrstevníků. Dle nich, mají zcela jiné potřeby a očekávání než zdraví lidé. Dokonce jsou rodiny, které z důvodu obavy z odejmutí příspěvku na péči, nechtějí, aby u jejich dítěte byl viděn znatelný pokrok, a drží je v izolaci, nesnaží se o posun dopředu, ale o stagnaci jejich stavu. Na druhé straně jsou rodiny, které svého hendikepovaného rodinného příslušníka v maximální míře vedou k samostatnému plnohodnotnému životu. Snaží se spolupracovat s pracovníky sociálních služeb, hledají nové postupy, vzdělávají se apod. Také majoritní společnost není dostatečně proškolená v přístupu k postiženým. Neví jak s nimi komunikovat, nedokáže posoudit míru sociální opory. Člověk s postižením díky své odlišnosti přitahuje pozornost okolí. Na ulici se za ním otočí, pozorují ho, je společností odmítán, litován, málo kdy na něj pohlíží jak na rovnocenného partnera. Na člověka, který má stejná práva, ale i povinnosti jako zdravá populace lidí.

Člověk s těžším tělesným postižením každodenně žije ve stálém rozporu mezi možnostmi danými omezeními z důvodu postižení a svými ambicemi danými věkem, intelektem, vzděláním a také sociokulturním statutem. Přijímá svou životní situaci a snaží se tuto situaci překonat a prokázat, že má stejné předpoklady k osobnímu a společenskému uplatnění jako jeho vrstevníci.

Sociální opora lidem s těžším tělesným postižením má význam pro dosažení pocitu spokojenosti v různých oblastech života, které jsou pro něj důležité. Aby měla sociální opora význam, musí být adekvátně poskytována. Pokud je nevhodně poskytovaná u jedince dochází k frustraci, společenské izolaci v krajním případě až k deprivaci, a tím se jeho kvalita života výrazně zhoršuje.

Velkou úlohu při poskytování sociální opory osobám s těžším tělesným postižením do společnosti by mohli sehrát sociální pedagogové, kdy by se měli podílet na vytváření vhodného sociálního prostředí, ovlivňovat a vzdělávat majoritní společnost prostřednictvím sdělovacích prostředků nebo přednáškami na školách a různých institucích, podílet se na poradenství nejen rodinám lidí s postižením, ale i pedagogům, pracovníkům v sociálních službách a ostatním odborníkům, kteří s těmito lidmi pracují nebo se s nimi setkávají, spolupracovat při organizování různých aktivit, kde by se setkávali jak lidé s postižením, tak lidé zdraví, apod.

V teoretické části budou vysvětleny základní pojmy vztahující se k danému tématu. Obecná charakteristika tělesného postižení (definování tělesného postižení, dělení pohybových vad, charakteristika vybraných postižení, kompenzace hendikepu). Dále pak bude vysvětlen pojem společenský hendikep (bariéry prostředí, projevy postižení společensky hendikepující jedince s těžším tělesným postižením, pohled majoritní společnosti na osoby s postižením). Pozornost bude věnována významu a dopadu sociální opory na člověka s těžším tělesným postižením. V neposlední řadě roli sociálního pedagoga v poskytování sociální opory jedincům s tělesným postižením a vlivu sociálního pedagoga na společnost v přístupu k tělesně postiženým. Cílem je získat co nejvíce informací z odborných zdrojů o tělesném postižení, sociální opoře a jakou roli může v této oblasti sehrát sociální pedagogika. Informace poté zpracovat a utřídit v teoretické části práce.

V praktické části bude provedeno kvalitativní šetření u vybraného vzorku respondentů s těžším tělesným postižením. Informace budou získávány pozorováním a hlavní důraz bude kladen na polostrukturovaný rozhovor. Otázky rozhovoru budou směřovat k subjektivnímu hodnocení sociální opory v každodenním životě, zda jsou s oporou spokojeni, klady a zápory opory, jejich doporučení a návrhy. K doplnění informací budou využity standardizované škály, které jsou zaměřeny na míru soběstačnosti, apod. Cílem praktické části je získat informace od respondentů s těžším tělesným postižením týkající se individuálních zvláštností jednotlivých respondentů a jejich subjektivních postojů ke kvalitě a míře sociální opory. Sociální pedagogové mohou využít získaná data jako edukační materiál pro veřejnost, sociální pracovníky, dobrovolníky i rodinné příslušníky, kteří sociální podporu poskytují.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 TĚLESNÉ POSTIŽENÍ

Tělesné postižení lze charakterizovat jako dlouhodobý nebo trvalý stav, který způsobuje, že člověk není schopen sám bez pomoci druhé osoby, kompenzačních pomůcek či uzpůsobeného prostředí, žít plnohodnotný smysluplný život, realizovat se, uspokojovat své potřeby a zájmy. Člověk ztrácí soběstačnost a stává se závislým na pomoci ostatních. Postižení vzniká následkem nemoci, úrazů, špatného životního stylu, porušeným vývojem, nebo dědičností, potom se jedná o vývojové vady. Projevuje se v omezení pohybových schopností často nápadným odlišným vzhledem, ale také nemusí být navenek vůbec viditelné a přesto může být v životě člověka velkou překážkou. Může být spojeno s mentální retardací, špatnou artikulací, jsou postiženy všechny končetiny nebo pouze dolní končetiny či horní a dolní končetina. Působí také na psychiku člověka a svůj sociální význam vyjadřuje rolemi a postavením člověka ve společnosti.

### 1.1 Definování tělesného postižení

„Termín postižení uvedeného WHO 1980 jako vada, poškození, omezení, chybění a postižení. **Vada** neboli poškození je postižení pohybového, podpůrného nebo jiných orgánů, vedoucích k somatickým změnám. **Omezení** způsobuje snížení výkonu k výkonnosti normální a **postižení** je trvalé působení na poznávací, emocionální a sociální výkony, ztíženou sociální interakcí, neúplné přebírání sociálních rolí. Poruchy hybnosti mohou být trvalého nebo přechodného charakteru a vznikají primárně jako následek přímého poškození pohybového ústrojí nebo sekundárně, za což je považován stav způsoben v důsledku nějaké nemoci či poruchy, která pohybový aparát zcela nezasáhla.“ (Renotierová, Ludíková a kol., 2003, s. 202)

Tělesné postižení je takové postižení, které postihuje celou osobnost člověka, omezuje ho v běžném životě, jak po stránce pohybové, poznávací, emocionální, komunikační, tak i společenské a sociální. Člověk je vlivem tohoto omezení odkázán na pomoc druhé osoby. (Mühlpachr, 2010, s. 148)

V Psychologickém slovníku popisují Pavel Hartl a Helena Hartlová (2000, s. 442) tělesné postižení jako postižení, které brání mobilitě a pracovní činnosti.

„Tělesným postižením rozumíme takové vady pohybového a nosného ústrojí, tj. kosti, kloubů, šlach i svalů a cévního zásobení, jakož i poškození nebo poruchy nervového

ústrojí, jestliže se projevují porušenou hybností., at' tato poškození vznikají na základě dědičnosti, nemocí nebo úrazem.“ (Vítková, 2006, s. 39)

Vágnerová uvádí, že pohybové postižení je příčinou omezení samostatnosti, posiluje závislost na jiných lidech, je zábranou pro získání mnoha zkušeností a tím omezením sociální adaptace. Bývá spojeno s estetickým hendikepem a tělesnou deformací, která představuje psychosociální zátěž. (Vágnerová, 2004, s. 251)

Tělesná postižení podle Renotiérové, Ludíkové a kol. (2003, s. 204) jsou: „přetrvávající nebo trvalé nápadnosti, snížené pohybové schopnosti s dlouhodobým nebo podstatným působením na kognitivní, emocionální a sociální výkony. Za tělesná postižení jsou považovány vady pohybového a nosného ústrojí, tj. kostí, kloubů, šlach i svalů a cévního zásobení a poškození nebo poruchy nervového ústrojí, pokud se projevují porušenou hybností.“

## 1.2 Dělení tělesných vad

Dělení vad je možné z různých hledisek. Tělesná postižení můžeme rozdělit na pohybový defekt, což je funkční hendikep nebo na tělesné deformace, což je estetický hendikep. (Vágnerová, 2004, s. 251)

Podle Hartla a Hartlové (2000, s. 442) se tělesné postižení dělí na přechodné a trvalé, vrozené a získané.

Pohybové vady můžeme rozdělit na vrozené a dědičné a na poruchy získané. Dalším hlediskem dělení je závažnost a hloubka postižení. Mohou být různého stupně. Také je možné rozlišení na základě postižené části těla. Jedná se o obrny centrální a periferní, deformace, amputace, malformace. (Pipeková, 2006, s. 169)

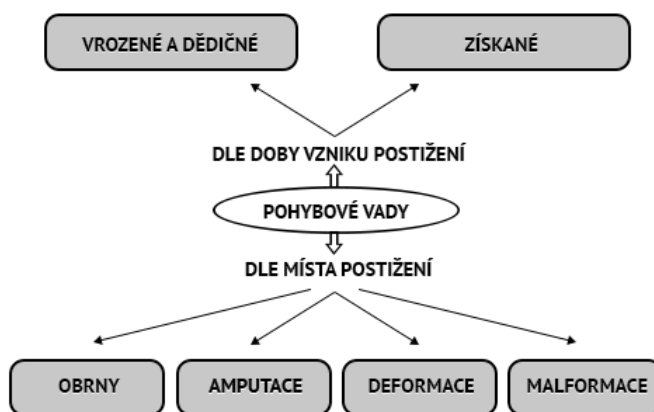
### 1.2.1 Vrozené a získané postižení

**Vrozené postižení** vzniká následkem negativního působení na vývoj plodu během těhotenství v prenatalním, perinatálním a ranně postnatálním období, tedy prostřednictvím organismu matky., např. požívání alkoholu, drog, kouřením, vliv léků, které matka během těhotenství užívala, rentgenové záření, špatnou výživou při nedostatku vitamínů, minerálů nebo proděláním infekční choroby u matky, jako např. zarděnky, klíšťová encefalitida, meningitida, lymeská borelióza, cévní mozková příhoda apod. K postižení také může dojít

při komplikovaném, zdlouhavém porodu, kdy u dítěte došlo k poškození mozku buď nedostatkem kyslíku, mechanickým poraněním při klešťovém porodu apod. Na příčinách vzniku se mohou podílet genetické dispozice. (Vágnerová, 2004, s. 162)

Vrozená postižení mohou být např. vrozené vady lebky (kraniostenóza), poruchy velikosti lebky (makrocefalus, mikrocefalus), rozštěpy lebky, rtů, páteře, vrozené vady končetin, DMO, centrální a periferní obrny apod. (Renotírová, Ludíková a kol., 2003, s. 205 – 206) Do skupiny získaných postižení patří i poruchy dědičné (Monatová in Pipeková, 2010, s. 181).

**Získané postižení** u člověka může vzniknout kdykoli v průběhu života následkem nemoci jako je např. nádorové onemocnění kostí, mozku, diabetes melitus, roztroušená skleróza, Parkinsonova choroba apod. nebo vlivem úrazu, kdy dochází k poranění páteře, amputaci končetin např. po autonehodě, skokem do vody, při manipulaci s přístroji apod.



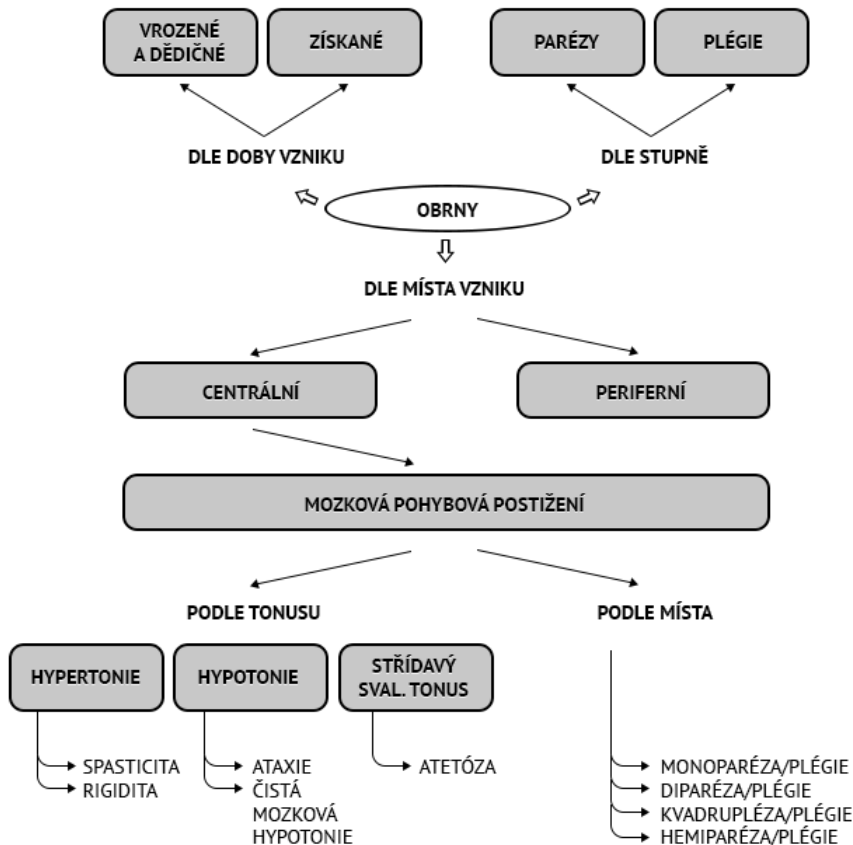
(Vágnerová, 2004, s. 162)

Obr. č. 1 Dělení pohybových vad (Pipeková, 2010, str. 182)

Dá se říci, že tělesný hendikep pro jedince s vrozeným postižením není pro něho natolik bolestivý, vnímá ho jako něco přirozeného, „normálního“, neboť je na něho od narození adaptován. Neví, o co přichází, narodil se s ním a nic jiného nezažil. Zatím co u získaného postižení je to pro člověka daleko větší trauma, těžko se s tím vyrovnává, musí přehodnotit priority. Uvědomuje si, co ztratil, co už nikdy nebude moci prožít. Život se mu rozdělil na dvě části. Před postižením a po postižení. Přijímá novou roli ve společnosti, přichází o soběstačnost, často musí změnit své zájmy, zaměstnání. Prochází několika fázemi. První fáze je šok a popření, člověk často nechce žít, vzdává to, nebojuje, nemá pro koho pro co



žit. Druhá fáze akceptace a vyrovnání se hendikepem, uvědomění si stavu, ve kterém se nachází. Třetí fáze smíření a uvedení do reality, „boj“. Život mu opět začíná dávat smysl. Chce žít opět naplno.



Obr. č. 2 Dělení obrn (Pipeková, 2010, str. 182)

### 1.2.2 Dělení dle závažnosti postižení

Poruchy hybnosti lze také posuzovat podle tří stupňů, a to na **lehkou, střední a těžkou poruchu hybnosti**. Kdy jedinec s lehkou poruchou hybnosti je schopen samostatného pohybu, tedy chůze, částečně mobilní jedinec je při chůzi odkázán na pomoc další osoby nebo na kompenzační pomůcky. Imobilní člověk není schopen pohybu ani s dopomocí. (Renotierová, Ludíková a kol., 2003, s. 203)

### 1.3 Charakteristika vybraných postižení

Vzhledem k tomu, že tělesných postižení je celá řada, v této kapitole se budu věnovat pouze některým vybraným tělesným postižením. Rozdělila jsem je na vrozené (včetně dědičných) a získané tj. stavy po úrazech s trvalými následky a postižení vzniklá následkem nemoci.

#### 1.3.1 Vrozené vady

„*Dysmelie* – jsou poruchy ve vývoji končetin, ke kterým dochází v průběhu těhotenství mezi 20. až 46. dnem působením škodlivých vlivů jako např. farmaka, nedostatek kyslíku, záření apod. Dělí se na *amelie*, kdy chybí celá končetina a na *ektromélie* – chybí rourovité kosti nebo jsou kosti menší. Postižení mívají problémy s termoregulací, poruchy s trávením, v urogenitální oblasti apod. Postižení se kompenzuje protézami.“ (Vítková, 1998, s. 98)

„Mezi další vady končetin patří *fokomélie* – chybí paže a předloktí, takže paže vyrůstají přímo z trupu. To samé se týká i dolních končetin. *Arachnodaktylie* - typické pro toto postižení jsou abnormálně dlouhé a tenké prsty. *Syndaktylie* – na dolních nebo na dolních končetinách dochází ke srůstu prstů. *Polydaktylie* – zmnožení prstů na končetinách. *Vrozená kosovisrlá noha* – postižení doprovází rozštěpy páteře nebo vrozené vymknutí kyčlí. Další deformity jsou např. *vrozená noha hákovitá* nebo *vrozená noha kosá*.“ (Renotierová, Ludíková a kol., 2003 s. 205)

Závažná deformita tzv. *luxace* neboli vykloubení, vymknutí kdy kloubní hlavice je mimo jamku nebo je kloubní hlavice posunutá vůči jamce tzv. *subluxace* (Renotierová, Ludíková a kol., 2003 s. 205). S touto vrozenou vadou se dítě narodí. Důležitá je včasná diagnostika, proto se vyšetřování dětských kyčlí provádí ve třech etapách. Ihned v porodnici, děti s nálezem opět po 6. – 9. týdnech, dále mezi 12. – 16. týdnem. Kyčelní klouby se fixují pomocí různých pomůcek např. Frejkovou peřinkou, Pavlíkovými třmínky nebo Hanauskovým přístrojem. Pokud ani tyto pomůcky nepomohou, dochází k operaci. (Pafko, 2008, s. 291)

*Malformace* – jedná se o patologické vyvinutí různých částí těla, nejčastěji jsou postiženy končetiny. Patří do skupiny vývojových vad. (Pipeková, 2010, s. 189)

*Vrozené rozštěpy páteře* - vznikají nesprávným uzavřením páteřního kanálu, nejčastěji v bederní části (Pipeková, 2010, s. 186). Mohou být bez postižení míchy a jejich plen

(spina bifida). V tomhle případě postižení za sebou nezanechává funkční poruchu. Dále pak postižení páteře a míšních plen (meningokéla) nebo rozštěp páteře, plen a míchy (meningomyelokéla). V případě dvou posledních postižení, dochází k částečné nebo úplné obrně dolních končetin a k obrně svěračů močového měchýře a konečníku. (Vítková, 1998, s. 95)

**Obrny centrální a periferní** – týkají se centrální a periferní nervové soustavy. Centrální část zahrnuje mozek a míchu, část periferní obvodové svalstvo. Liší se od sebe rozsahem a stupněm závažnosti a dělí se na parézy, což je částečné ochrnutí a úplné ochrnutí plegie. (Mühlpachr, 2010, s. 149)

**Dětská mozková obrna (DMO)** – závažné postižení, které vzniká v prvních měsících těhotenství, tedy v prenatálním období následkem infekce matky a vnějších vlivů jako např. požívání alkoholu, drog, kouření nebo může vzniknout v perinatálním období při zdlouhavém porodu, předčasném porodu, mechanickém poškození mozku apod., a také v postnatálním období do šesti měsíců, kdy dochází k postižení nezralého mozku následkem infekce. Základním projevem je porucha hybnosti, která je spojena s dalšími poruchami jako např. s poruchou zraku, sluchu, řeči, rozumových schopností, také často spojena s epilepsií. Postižení mají poruchy paměti, pozornosti, učení. To vše velmi ovlivňuje jedincovo prožívání, poznávání a chování. DMO má **diparetickou, hemiparetickou, kvadruparetickou, hypotonickou a dyskinetickou formu**. (Mühlpachr, 2010, s. 149 - 150)

Vítek (2007) charakterizuje DMO jako onemocnění vznikající na základě postižení mozku v prenatálním, perinatálním a časně postnatálním obdobím. Při kterém je dominantní porucha motoriky, sluchu, zraku, obtíže s příjmem potravy. 50% postižených má kognitivní deficit. Podle klinického dělení je DMO **spastická, pyramidová a extrapyramidová**. Další dělení uvádí na **hemiparetickou, diparetickou, kvadruparetickou, dyskinetickou a cerebelární formu**. Vyskytuje se v různých formách, kdy nejčastější forma je forma spastická diparetická a spastická hemiparetická.

DMO se často zaměňuje s dalším onemocněním podobného názvu – **dětská obrna**. V tomhle případě se jedná o infekční onemocnění, které postihovalo děti v předškolním věku a zanechávalo velmi těžké ochrnutí svalů na končetinách. Intelekt zůstal nepoškozen. Od roku 1958 bylo zavedeno očkování všech dětí Sabinovou vakcínou a od té doby nebyly zaznamenány nové případy. (Pipeková, s. 185)

### 1.3.2 Získané vady

„*Deformace* – jsou charakteristické neobvyklým tvarem některé části těla. Jejich příčinou bývá nejčastěji nesprávné držení těla.“ (Renotiérová, Ludíková a kol., 2003, s. 207)

*Vadné držení těla* – jedná se o onemocnění pohybového aparátu, které vzniká v dětství nerovnoměrným zatížením. Dochází k svalové nerovnováze a tím k vadnému držení těla.

*Ortopedické vady páteře* – mezi nejčastější deformity páteře patří **skolióza**, která je považována za chorobu často pro člověka vážnou. V 80% se jedná o tzv. idiopatickou skoliózu, kdy příčiny jsou neznámé. Pouze kongenitální skoliózu u 20% postižených je možné určit. Jedinec se narodil buď poruchou vývoje obratle, nebo s poruchou dělení obratlů, nebo s kombinací obou poruch. Skolióza má vliv na kardiopulmonální funkci, jsou zde možnosti neurologického postižení, estetické citění. Zásadou léčby je nepřipustit progresi křivky. (Pafko, 2008, s. 295)

Dalšími vady páteře jsou **krční lordóza, hrudní kyfóza, plochá záda a bederní lordóza**. (Pipeková, 2010, s. 187)

#### *Stavy po úrazech s trvalými následky*

*Poranění páteře* – je závažným poraněním s dlouhodobými nebo trvalými následky. Záleží na rozsahu poranění a lokalizaci místa poranění. Poranění může způsobit i smrt, pokud dojde k úrazu v horní části krční páteře. V nižších místech páteře, dochází k ochrnutí jak dolních tak horních končetin. Jestliže dojde k přerušení míchy, je tento stav nevratný a pacienta do konce života upoutává na invalidní vozík, lůžko a pomoc druhé fyzické osoby. Při lehčích formách úrazu může dojít k postupnému rozvoji krevního výronu a otoku, které tlačí na páteř či nervové kořeny, což vede k rozvoji neurologických příznaků (brnění končetin, bolesti a motání hlavy, zvracení apod.). Podle Pafka (2008, s. 281) „zahrnují různé druhy lézí, a to od pouhých distorzí (nejčastěji krční páteř) přes relativně nezávažné zlomeniny (izolované zlomeniny příčných či trnových výběžků lumbální páteře) až po těžká kombinovaná poranění s lézí kostí, disků i vazů.“

„Jedná se o **poranění horní krční páteře** – C0 – C2, **dolní krční páteř** – C3 – C7, **thorakolumbální páteře** – Th12/L2 nebo **poranění nervových struktur**. Tato poranění mohou být dočasná nebo trvalá. Trvalé léze se projevují různými klinickými syndromy.

**Kořenový syndrom** je nejméně závažný. Jedná se o neurologickou poruchu odpovídající dysfunkci jednoho či více kořenů.

*Syndrom kaudy* – projevuje se oboustrannou ischialgií spojenou s chabou parézou inervovaných z postižených kořenů. Časté jsou poruchy močení a stolice. Typická je sedlová anestezie perinea.

*Brownův-Seguardův syndrom* – vzniká inkompletní lézí v jedné polovině míchy. Prognosticky je nejlepší ze všech inkompletních syndromů.

*Syndrom centrální míchy* – převažuje motorická porucha, horní končetiny jsou více postiženy než dolní, častá dysfunkce gastrointestinálního traktu a močového měchýře.

*Syndrom předních provazců míšních* – při jinak kompletní lézi míšni je zachována hluboká citlivost a propiocepce v sakrální oblasti a končetinách. Prognóza je velmi špatná.

*Syndrom transversální míšní léze* – jedná se o kompletní přerušení funkce míchy.

K určení rozsahu poranění se používá různých klasifikací např. **klasifikace podle McAfee**, **klasifikace AO** nebo **Frankelova klasifikace** apod.

**Frankelova klasifikace:** **A** – úplné poškození motoriky a senzitivní inervace, **B** – úplné poškození motoriky a senzitivita částečně zachována, **C** – částečné zachování motoriky, funkčně však nevyužitelné, částečné poškození senzitivity, **D** – částečné, funkčně využitelné zachování motoriky, částečné nebo plně zachována senzitivita, **E** – normální motorická i senzitivní funkce.“ (Pafko, 2008, s. 284 - 289)

Jedna z klasifikací, dle úrovně místa postižení, je podrobně uvedena v příloze č. 12.

*Amputace* – umělé odnětí části končetiny od trupu. Příčinami jsou většinou úrazy, kdy k amputaci může dojít během úrazu nebo následně po něm. (Pipeková, 2010, s. 189) Amputace lze také zařadit i do následující popisované kapitoly postižení následkem nemoci a to v případě kdy k odnětí prstu, končetiny dojde v důsledku diabetické gangrény nebo jiného chronického onemocnění.

### 1.3.3 Postižení následkem nemoci

*Roztroušená skleróza* - jedná se o progredující zánětlivé onemocnění CNS, které vede k rozpadu myelinových nervových vláken. To má za důsledek postižení motoriky, tělového citění, což vede k postupné ztrátě soběstačnosti. Prognóza není příznivá, choroba se nedá vyléčit, pouze zmírnit a zpomalit její průběh. Postižený má poruchy koordinace pohybů, problémy s rovnováhou, třesem, což vede k nejistotě při pohybu, chůze je neobratná, klopýtavá. Také poruchy s citlivostí na různých partiích těla, především na končetinách, pocity bolesti, nepříjemné pocity apod. V pokročilém stádiu dochází u postižených

k poruše řeči a vidění. Také dochází ke ztrátě mimiky, artikulace k nápadným emočním projevům jako je nutkavý pláč či smích. Zvýšená je unavitelnost a porucha pozornosti. (Vágnerová, 2004, s. 151 – 154)

**Revmatická onemocnění** – postihují pohybový aparát (klouby, páteř, svaly i vazy).

**Akutní revmatismus** – „postihuje nejčastěji děti mezi 5. až 15. rokem života. Kromě postižení hybnosti může způsobit i zánět srdce, tím dítě trvale poškodit někdy způsobit i smrt. Dalším druhem revmatismu je **Chorea minor**. Jedná se o postižení centrálního nervového systému, nejčastěji u dětí mezi 8. až 10. rokem. Nemoc trvá přibližně 3 - 4 měsíce. Omezení hybnosti nebo úplnou kloubní ztuhlost mívá za následek **vleklý kloubní revmatismus**. Při tomto onemocnění je snížena uchopovací schopnost ruky, na dolních končetinách bývají defekty v kolenou, ztížena je chůze i stání.“ (Renotierová, Ludíková a kol., 2003, s. 209)

**Progresivní svalová dystrofie** je dědičné degenerativní onemocnění způsobené postiženým chromozomem X, které má za následek ochabování svalstva. Dochází k postupnému zhoršování hybnosti a následnému předčasnému úmrtí.

**Duchenneova forma** – „onemocnění postihuje převážně chlapce. Dochází k odbourávání svalové tkáně a nahrazení tukovou tkání. Nejdříve zasahuje pletenec pánevní směrem dolů a potom ve směru k hlavě. Postižení umírají kolem 20. až 25. roku, většinou ve spánku následkem slabosti srdečních a dýchacích svalů.“ (Vítková, 1998, s. 96)

**Beckerova forma** – „postižení opět postihuje chlapce v postpubertálním věku, má pomalejší průběh. Neschopnost chůze nastává po 30. roku života.“ (Vítková, 1998, s. 97)

**Huntingtonova choroba** - Praktický slovník medicíny uvádí následující definici: „Huntingtonova nemoc neboli Huntingtonova chorea je dědičné (autozomálně dominantně) onemocnění mozku, projevující se ve středním věku poruchami hybnosti a demencí. Gen zodpovědný za vznik choroby byl v nedávné době objeven americkým lékařem Georgem Huntingtonem 1850 – 1916.“ (Vokurka, Hugo, 1998, s. 170)

Nemoc nejde nějak ovlivnit. Bohužel je nevléčitelná a po velkých útrapách, včetně úplného rozpadu osobnosti v současné době končí nevyhnutelně smrtí.

**Perthesonova nemoc** – způsobuje zánětlivé postižení stehenní kosti u dětí mezi 5. – 7. rokem života. Léčba je dlouhodobá. Trvá jeden až dva roky. Pokud se diagnóza zanedbá, je nezbytný chirurgický zákrok, který se musí v průběhu vývoje růstu dítěte několikrát

opakovat. Tato nemoc děti velmi omezuje v každodenním životě, neboť vyžaduje především klid na lůžku. Ztížený mají i v budoucnu výběr povolání, neboť si musejí volit takové, které by nezatěžovalo dolní končetiny. (Renotiérová, Ludíková a kol., 2003, s. 209)

**Cévní mozkové příhody** - akutní stavy charakterizované poškozením mozku v důsledku poruchy krevního oběhu. Dělíme je na ischemické (vznikají ucpaním mozkové cévy krevní sraženinou) a krvácivé (vznikají při krvácení do mozku nebo mozkových obalů). Následky závisí na lokalizaci poškození. Některým pacientům to nezpůsobí žádné následky, jiným ochrnutí jedné poloviny těla, poruchy řeči či změny v psychice. (Heřmanová, Kadeřávková, 2010 - 2012)

**Onkologické onemocnění** – neboli rakovina je v dnešní době rozšířeným onemocněním nejen u dospělých pacientů, ale i u dětí. Útvar, který vzniká v postiženém místě, se nazývá nádor. Může být benigní (nezhoubný) nebo maligní (zhoubný). Onemocnění může postihnout jakoukoliv část těla nebo vnitřních orgánů. Z pohledu tělesného postižení je nejnebezpečnější nádorové onemocnění mozku, míchy, kostí a centrální nervové soustavy. Pokud je nádor příliš rozsáhlý, onemocnění může způsobit poruchy hybnosti, ztrátu některé z končetin, z důvodu nutné amputace apod. (Hauser, 2009 - 2014)

## 1.4 Kompenzace hendikepu

Lidé s tělesným postižením jsou oproti intaktní populaci v běžném životním prostředí znevýhodněni. V důsledku svého postižení či omezení jsou omezeni v pohybu, a tím nejsou schopni vykonávat zcela samostatně a obvyklým způsobem běžné činnosti, které jsou samozřejmostí každodenního života. Aby tyto činnosti mohli zvládat, potřebují pomoc druhé osoby nebo kompenzaci pomoci různých technických pomůcek. Velmi záleží na materiálním vybavení prostředí, ve kterém se hendikepovaný člověk nejvíce pohybuje a také na sociální úrovni daného prostředí.

Dle zákona č. 329/2011 o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů, mají osoby se zdravotním postižením ke zmírnění sociálních důsledků vlivem postižení nárok na peněžitou dávku, formou příspěvku na mobilitu a příspěvku na zvláštní pomůcku a také nárok na průkaz osoby se zdravotním postižením.

V oblasti materiálně technické vybavenosti těmto lidem napomáhá medicínsko-technický obor **ortopedická protetika**. Je možné ji dělit na: **protetometrii, protetiku vlastní, ortoptiku, estetiku, calceotiku a audiuvantiku**.

**Protetometrie** získává a shromažďuje podklady pro konstrukci, výrobu a aplikaci všech druhů ortopedických pomůcek.

**Protetika vlastní** se snaží o náhradu chybějící části těla i o náhradu ztracené pohybové funkce. Jedná se o protézy horních a dolních končetin, které umožňují stoj a chůzi dolních končetin, manuální činnosti v oblasti horních končetin.

**Ortotetika** má léčebný, korekční, stabilizující efekt tělesných částí, kdy jsou tělesné části přítomny, ale jejich funkce je oslabena následkem obrn, změn po nemoci, změnou svalů a vaziva, postavení v kloubech apod. Sem patří různé ortézy.

**Epitetika** se zabývá epitézami, náhradami ztracených, nevyvinutých nebo atrofovaných částí končetin a trupu. Epitézy nejen, že napomáhají při pohybu, manuálních činnostech, ale mají funkci i estetické náhrady chybějící části jako např. nohy, ruky, prstů.

**Calceotika** zabývá se speciální obuví, která je určena pro nohu patologicky změněné. Slouží k zamezení zhoršování se vady, k zábraně bolestivosti a má i estetický efekt. (Jonášová in Renotierová, Ludíková a kol., 2003, s. 227)

**Adiuvantika** usnadňuje a umožňuje lidem s tělesným postižením provádět běžné činnosti při osobní hygieně a sebeobsluze, při prostorové orientaci, při pracovních činnostech nebo při zájmové činnosti. Jedná se o různá madla, speciální pomůcky pro oblékání, hole, berle, ležítka, vozíky, kočárky, speciální nástroje apod. (Jonášová in Renotierová, Ludíková a kol., 2003, s. 228)

**Elektrický zvedák** je nepostradatelnou pomůckou pečující osoby, které usnadňuje transport člověka s omezenou pohyblivostí během osobní hygieny do vany, na toaletu nebo na lůžko. Pečovanému člověku zajišťuje nejvyšší míru bezpečnosti a pohodlí. Na trhu je několik typů transportních a zvedacích zařízení. Jedná se např. o závěsové či stavěcí zvedáky, různá transportní lehátka či nosítka. V práci uvádím jeden z typů elektrických zvedáků, viz obr. 3.





*Obr. č. 3 Elektrický zvedák*

### **Pomůcky pro tělesně postižené:**

**Berle, hole, chodítka, kozičky** – umožňují samostatný pohyb jedincům s postižením dolních končetin.

**Ortopedický vozík** – slouží pro osoby různých věkových kategorií a různou poruchou mobility. Rozlišujeme tedy vozíky jak pro děti, tak pro dospělé. Také rozlišujeme vozíky podle účelu, který mají plnit. Jsou to vozíky standardní tj. pro běžné účely a také speciální například pro sport. Dále pak mechanické, elektrické a polohovací vozíky. Všechny ortopedické vozíky může obsluhovat sám uživatel nebo osoba doprovodná. Pokud chce vozík obsluhovat sám uživatel, musí mít určité předpoklady, zvláště pokud chce vozík obsluhovat ve venkovním prostředí. Musí mít dobrý zrak a umět se orientovat v prostoru.



*Obr. č. 4 Mechanický ortopedický vozík*

**Lezítko** – umožňuje pohyb horních partií těla a paží dítěte ve věku od 2 do 6 let.

V každodenním životě se lidé na vozíku setkávají s různými překážkami, které jim brání v dostupnosti do různých objektů či míst. Jsou to převážně schody, které jim tuto situaci stěžují. K tomu, aby překážku schodů překonali, je již v mnoha objektech k dispozici **nájezdová rampa**, která napomáhá při bariéře dvou až tří schodů. Pokud je schodů více, více pater, k dispozici je **schodišťová plošina**, která může být instalována jak uvnitř budov, tak vně budov. Dalším pomocníkem k překonání schodů je tzv. **schodolez**, který je s možností samostatné obsluhy nebo obsluhou druhé osoby. Ke zdolání příliš úzkého a točitého schodiště, kde není možné použít jiné zařízení, slouží **scalamobil**. (Jonášová in Renotiérová, Ludíková a kol., 2003, s. 228 - 230)

**Pomůcky pro podporu sebeobsluhy** – např. talíře se zvýšeným okrajem, talíře, které udrží teplotu po delší dobu, protiskluzové podložky, zkosené hrnky, které umožňují napití bez záklonu hlavy apod.

Obecně lze říci, že kompenzačními pomůckami jsou všechny věci, nástroje, přístroje, které člověku s handicapem umožňují snadnější pohyb pro překonání vady, která ho omezuje.

## 2 SPOLEČENSKÝ HENDIKEP

V této kapitole bych chtěla popsat, jakým nástrahám musejí čelit tělesně postižené osoby, co jim znesnadňuje jejich život, jaké projevy postižení způsobuje a jak na ně pohlíží majoritní společnost.

**Soběstačnost** je schopnost člověka vykonávat samostatně, bez pomoci druhé osoby veškeré činnosti každodenního života. Rozumí se tím samostatně používat toaletu, oblékat se, stravovat se, vykonávat veškeré činnosti spojené s péčí o domácnost, vyřizováním osobních záležitostí atd.

Pojmy soběstačnost, závislost a její stupně definuje zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách.

„**Handicap** se projevuje zejména snížením, resp. omezením možností (výkonu) daného člověka ve srovnání s tím, co by běžně zvládal, pokud by ovšem nebyl znevýhodněn. Takto je tedy handicapovaný člověk znevýhodněn (poškozen) právě při plnění svých sociálních rolí. Jde o změnu rolí, které člověk zastává ve vztahu ke společnosti.“ (Jankovský, 2001, s. 31)

„**Hendikep** dle doporučení WHO znevýhodnění jedince, kterého zamezuje nebo omezuje výkon jeho normální role, jde o sociokulturně ovlivnitelný důsledek přímo neovlivnitelného poškození nebo postižení. Míra, v níž je postižený jedinec hendikepován, je tedy dána tím, nakolik mu společnost vytvoří podmínky pro překonání důsledků postižení.“ (Hartl, Hartlová, s. 186)

### 2.1 Bariéry prostředí

V současnosti se společnost stále více problematikou bariér prostředí zabývá. Snaží se odstraňovat již stávající bariéry a zabránit vzniku novým bariérám, tedy vytvářet bezbariérové prostředí a tak zlepšovat životní podmínky zdravotně, tělesně postižených osob. Zabývá se jak architektonickými bariérami ve vnějším prostředí, tak problematikou vnitřního prostředí. Bariéry pro člověka s hendikepem nejsou jen jako nějaká technická překážka, ale mohou být v podobě společenských či psychických. Velmi těmto lidem život komplikují. Odstraňování bariér je pro osoby s tělesným postižením velkou podporou pro

jejich soběstačnost v běžných činnostech každodenního života. A tím dosahování vyšší kvality života. (Opatřilová, Zámečnicková, 2008, s. 136-148)

Přístupné, bezbariérové prostředí by mělo splňovat podmínky jako ohleduplnost, bezpečnost, zdraví, funkčnost, srozumitelnost a estetičnost. (Opatřilová, Zámečnicková, 2008, s. 19)

### **2.1.1 Interiérové bariéry**

Aby se člověk s poruchou hybnosti mohl samostatně, nebo s dopomocí pohybovat, potřebuje mít uzpůsobené prostředí. Řada budov bohužel nesplňuje základní požadavky, které jsou důležité pro jejich nezávislost. Často jsou některé budovy „nedobytným hradem“.

Ke svému samostatnému pohybu potřebuje člověk s tělesným postižením, zvláště pokud je upoután na vozík, průjezd všemi místnostmi, tedy bez jakýchkoliv prahů, schodů apod. a dostatečný prostor pro manipulaci s vozíkem. Dále pak dostatečně široké dveře, v koupelně musí mít zajištěn volný přístup k vaně, do sprchy či na WC, s možností umístění madel, sedacího zařízení, vodovodní baterie v nižší úrovni sedící osoby. Vhodné je také umístění zvonku, který je určen k zavolání pomoci. Kuchyně by měla být vybavena bezbariérovou linkou, do které je možné nainstalovat ovládání na horní skříňky linky, a tak ji více zpřístupnit. Všechny prvky by měli být na dosah hendikepovanému člověku. Důležité je umístění vypínačů, zásuvek, klik u dveří apod., ve výšce asi 60 cm. Pokud tělesně postižený člověk potřebuje péči druhé osoby, která k manipulaci používá různá zvedací zařízení při přenosu na postel, do vany apod., je velmi důležitý podjezd pro toto zařízení. Pokud se jedná o více patrovou budovu, ta by měla být vybavena výtahovou plošinou, schodolezem či jiným zařízením, které umožní dopravu do horních pater.

„Požadavky na byty zvláštního určení jsou vymezeny ve vyhlášce č. 369/2001 (příloha 3) Ministerstva pro místní rozvoj o obecných technických požadavcích zabezpečujících užívání staveb osobami s omezenou schopností pohybu a orientace.“ (Opatřilová, Zámečnicková, 2008, s. 150)

### **2.1.2 Exteriérové bariéry**

Člověk s postižením se každodenně potýká s různými překážkami, které se mu naskytou při pohybu ve venkovním prostředí po městě, v obci. Často jsou chodníky v dezolátním stavu, po kterých má člověk na vozíku, s berlemi či holemi problém se dopravovat. Chybí

sjezdy z chodníků, nebo jsou kluzkého povrchu, problém činí dostat se na nástupní ostrůvek hromadné dopravy a vůbec dostat se do hromadného dopravního prostředku. Také například poštovní schránky, bankomaty, přepážky na poštách, v bance jsou pro sedícího člověka na vozíku příliš vysoko.

## **2.2 Projevy postižení společensky hendikepující jedince s těžším stupněm tělesného postižení**

„Tělesné postižení je často i estetickým handicapem a tato ošklivost zevnějšku i projevu se stala příčinou generalizace v hodnocení osobnosti těchto lidí, neopodstatněného spojováním tělesných nedostatků a špatných vlastností.“ (Vágnerová, 2004, s. 259)

Projevy tělesného postižení a viditelná tělesná odlišnost, která je dána například chybějící některé části těla nebo deformací, mimovolnými pohyby, záškuby v obličeji i celého těla, grimasy, zvýšenou salivací bývají často příčinou odmítání lidmi z majoritní společnosti. Také řeč, která je často v důsledku artikulačních poruch narušena, v lidech vyvolává nepříznivé asociace vedoucí k negativnímu hodnocení, předsudkům a škatulkování. (Vágnerová, 2004, s. 260)

## **2.3 Pohled majoritní společnosti na těžce tělesně postiženého**

Společnost má k člověku s těžkým tělesným postižením několik postojů. Často je doprovází řada předsudků, které jsou zažité již z předešlých dob a člověk, který nikdy nepřišel do úzkého kontaktu s takto hendikepovaným člověkem, těžko rozezná, zda se zakládají na pravdě. Většina společnosti, takové lidi lituje, myslí si, že jsou to nešťastní lidé. Domnívá se, že mají zcela odlišné potřeby a očekávání než zdraví lidé. Nevědí, jak s nimi komunikovat, jak se k nim chovat. Jejich odlišnost od „normy“ vzbuzuje v lidech pozornost, zvědavost. Je to projev jakési nejistoty k těmto osobám, neznalosti.

První pohled, který přetrvává již z minulosti, je, že se společnost na člověka s postižením dívá jako na člověka nemocného. Postižení se ale přitom ne vždy může přirovnat k nemoci, neboť je to stav trvalý a nevratný, zatímco nemoc, je možné v mnoha případech vyléčit. (Slowík, 2007, s. 29).

Lidé takového člověka litují, soucítí s ním, často se k němu chovají jako k dítěti, tedy neadekvátně vzhledem k jeho věku. V průběhu komunikace používají zdvořilky, tykají mu, aniž by požádali o souhlas, často hovoří a obracejí se k doprovodu než k samotnému člověku. Tolerují jeho nevhodné chování, takové chování, které by u „zdravého člověka“ rozhodně nepodporovali. Plní mu jeho přání, někdy i na úkor sebe samotného, povinnosti však nepožadují. Jedná se o pečující, ochranný přístup, kdy si pomáhající myslí, že nejlépe oni znají, co tělesně postižený člověk potřebuje, co je pro něho dobré, bezpečné, co mohou, zvládnou apod. (Novosad, 2011, s. 79)

Druhý pohled společnosti je, že mají z těchto lidí strach nebo v nich vzbuzují odpor, zvláště pokud má hendikepovaný člověk viditelné doprovodné znaky jako např. má zvýšenou salivaci, nepěkný vzhled, více se potí, apod. Považují je za neužitečné, společnost zatěžující, neproduktivní. Vnímají postižení jako trest, že si je postižení způsobil sám svou neopatrností, špatnou léčbou, apod. Domnívají se, že mají mnoho neoprávněných výhod, jako jsou průkazy TP, ZTP, ZTP/P a s tím spojené další benefity jako vyhrazená místa k parkování, různé slevy na společenských akcích apod. (Novosad, 2011, s. 80)

Třetí pohled společnosti, který je nejméně častý, že člověka s postižením vnímá jako člověka „zdravého“ jako rovnocenného partnera, který má stejná práva, ale i povinnosti jako běžná zdravá populace lidí.

Obecně lze tedy říci, že postoj k člověku s postižením je závislý na typu postižení, na projevech postižení, na osobnosti postiženého, jeho věku, sociálním postavením a také na míře vzdělanosti a kulturní úrovni dané společnosti. Velký vliv na utváření tohoto postoje má postižení komunikačních schopností, na základě kterého majoritní společnost hendikepovanému člověku přisuzuje vlastnosti, schopnosti nebo dovednosti, které se nemusejí zakládat na pravdě, ale které postoj lehce ovlivní. Myšlení lidí nahlížet na člověka s hendikepem jako na politováníhodného člověka pravděpodobně se sníženou inteligencí také ovlivňuje viditelné postižení, např. pokud je člověk upoután na vozík.

### 3 VÝZNAM A DOPAD SOCIÁLNÍ OPORY NA ČLOVĚKA S TĚŽŠÍM TĚLESNÝM POSTIŽENÍM

*„Sociální opora je jedním z přirozených aspektů každodenního života. Její potřeba se může měnit vlivem situací, do nichž se člověk dostává.“*

*G. Bruhn a B. U. Philips*

V dnešní době jsou na každého z nás kladeny stále větší nároky na naše schopnosti a to z důvodu zvyšujícího se pracovního a životního tempa. Zdravý člověk je schopen se tomuto tempu přizpůsobit, ale člověku s tělesným postižením to činí značné problémy. Jeho postižení je jakousi brzdou, toto tempo nezvládá a tak se vzdaluje od běžného života majoritní společnosti. Postižení zhoršuje kvalitu jeho života, omezuje jeho soběstačnost. Proto potřebuje podporu, která mu usnadňuje překonávat bariéry, rozvíjet svůj potenciál a aktivně se zapojovat do běžného společenského života.

#### 3.1 Charakteristika sociální opory

Cílem sociální opory pro člověka s tělesným postižením je posílení a rozvoj soběstačnosti. Pokud má být opora úspěšná, měla by vycházet z individuálních potřeb každého jedince. Sociální opora může mít různý charakter. Může ji poskytovat každý, kdo se pro ni rozhodl a kdo splňuje požadavky postiženého nebo poskytovatele, který ho zaměstnává. Jde o podporu rodiny, přátel, partnera či širší sociální síť a pomoc profesionálů. (Vágnerová, 2004, s. 55)

*„Sociální oporou v širším slova smyslu se rozumí pomoc, která je poskytována druhými lidmi člověku, který se nachází v zátěžové situaci. Obecně jde o činnost, která člověku v tísní jeho zátěžovou situaci určitým způsobem ulehčuje.“ (Křivohlavý, 2001, s. 94)*

##### 3.1.1 Druhy sociální opory

Podle Křivohlavého (2001, s. 97 - 98) rozlišujeme čtyři druhy opor:

**Instrumentální opora** – je to konkrétní, věcná opora, kdy člověku poskytuje buď materiální oporu v podobě věcí, finanční výpomoci nebo v podobě např. zařízení záležitostí, které jsou pro člověka důležité a neodkladné.

**Informační opora** – pomoci této opory člověku v zátěžové situaci poskytneme radu, informaci, která mu může pomoci se zorientovat v dané situaci. Může to být například zkušenost člověka, který podobnou situaci také zažil.

**Emocionální opora** – člověku je naznačována přejná náklonnost, je uklidňován, je mu dodávána naděje apod.

**Hodnotící opora** – člověku je poskytována prostřednictvím svého chování. Tak jak se k postiženému chová. S úctou, respektem, vyjadřování sdílení jeho těžkostí apod.

Baštecká (2003, s. 331) pomoc člověku spojuje s **mocí**. „Pomáhající se pohybuje mezi klamem **všemoci** a šalbou **bezmoci**“. Člověk, který pomoc přijímá, by měl být posílen, zplnomocněn. Měl by mít pocit, že ovládá složky každodenního života, že svůj život může řídit. Oproti tomu, pomáhající mnohdy pocítují bezmoc, když člověk, kterému se snaží pomáhat, nechce nic změnit.

Sociální oporu můžeme také rozdělit na **formální** a **neformální**. **Formální opora** může být dle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách poskytována prostřednictvím sociálních služeb, které zahrnují sociální poradenství, služby sociální péče například osobní asistenci, pečovatelskou službu, průvodcovské a předčitatelské služby, denní či týdenní stacionáře apod., a služby sociální prevence jako jsou sociální rehabilitace, sociálně terapeutické dílny, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením.

**Neformální oporu** mohou poskytovat dobrovolníci, různé spolky, lidé z blízkého okolí rodinní příslušníci apod.

„**Dobrovolnictví** je vědomá, svobodně zvolená činnost ve prospěch druhých, kterou poskytují občané bezplatně. Dobrovolník dává vědomě část svého času, energie a schopnosti ve prospěch činnosti, která je časově i obsahově vymezena.“ (Müllerová, 2011, s. 10)

Křivohlavý (2001, s. 95) uvádí rozsah pojetí sociální opory jako **makroúroveň**, což je celospolečenská pomoc potřebným jako např. pomoc lidem v oblastech zasažených různými katastrofami zemětřesením, záplavami. Je to pomoc, která se uskutečňuje i za hranice státu. **Mezoúroveň** je sociální opora člověku, který je součástí určité skupiny nebo lidem, kteří nejsou součástí skupiny, ale nachází se v okolí skupiny. **Mikroúroveň** je pomoc, kterou poskytuje člověk osobě v tísni jemu nejbližší.



## 3.2 Osobnost pomáhajícího

Člověk, který chce pomáhat druhým, zvláště těžce tělesně postiženým, by měl mít řadu předpokladů a dovedností. Jelikož je to práce náročná, vysilující, měl by být v dobré psychické i fyzické kondici. Měl by mít pozitivní přístup k lidem, k životu, schopný komunikovat a domlouvat se druhými lidmi. Velmi důležité je také jeho přesvědčení, že tuto službu chce opravdu poskytovat. Měl by se ztotožnit se smyslem této práce, s cílem kterého se má dosáhnout, zvážit své časové možnosti i schopnost zvládat tak náročnou činnost. Kraus a Poláčková (2001, s. 173) uvádějí: „že je ideální pomáhající prosociálně orientovaná zralá osobnost, vědomá si svého životního směřování, s příznivým a realistickým sebepojetím, osobnost bez neurotických či psychopatických rysů, s předpoklady sebereflexe vlastního rozhodování, jednání a emocí, otevřená podnětům a ochotná se sebevzdělávat“.

### 3.2.1 Psychologická charakteristika

Důležitá je psychologická stránka pomáhajícího, od které se odráží celkový přístup k postiženému. Měl by být vyrovnanou osobností, aby neohrozil svoje zdraví a také zdraví toho, komu pomoc poskytuje. Svým jednáním je příkladem postiženému, proto by měl mít řadu kladných vlastností, mezi které řadíme schopnost empatie, důslednost, spolehlivost, vstřícnost, obětavost, kreativitu a určitě by se našli mnohé další, které jsou předpokladem pro vytvoření vzájemné úcty a respektu mezi oběma stranami a tak snadnějšího růstu a změnu stavu. Jelikož tato práce může být lehce zneužitelná ve smyslu zneužívání moci, vynuocování autority, manipulaci a budování závislosti na sobě, neměli být tuto službu poskytovat osoby, které trpí duševní chorobou, osoby psychopatické, z náboženských sekt, u dětí s pedofilní sexuální orientací, kde by mohlo dojít k sexuálnímu zneužívání. Nežádoucí jsou také vlastnosti jako výbušnost, agresivita, nervozita, nedostatek trpělivosti apod. (Uzlová, 2010)

Je třeba mít na zřeteli určité nebezpečí pro slabé, vnitřně nejisté, zakomplexované, neurotické osobnosti, kdy se pomáhání může zvrtnout v nutkavou obsesi, jejímž prostřednictvím řeší své vnitřní problémy, nikoli obtíže samotného klienta. (Kraus a kol., 2001, s. 178)

### 3.2.2 Právní stránka pomáhajícího

Člověk, který se rozhodl pomáhat tělesně postiženým, by měl být způsobilý k právním úkonům a bezúhonný. Podmínkou pro výkon činnosti pracovníků v sociálních službách je způsobilost k právním úkonům, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a odborná způsobilost.

### 3.2.3 Znalosti a dovednosti pomáhajícího

Požadavky na znalosti a dovednosti jsou závislé na tom, komu bude pomoc poskytována, popřípadě kdo bude pomáhajícího zaměstnávat. Je-li příjemcem služby dospělá osoba, která si sama pomáhajícího proškolí, není potřebná prakticky žádná kvalifikace. Jiné je to v případě, že ho zaměstnává poskytovatel sociálních služeb. V tomhle případě předpoklady pro tuto činnost ukládá zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách.

Pomáhající by měli disponovat základními znalostmi o problematice sociální opory a také o cílové skupině nebo jednotlivci, kterým má být pomoc určena. Nezbytnými dovednostmi pro pomáhajícího jsou **komunikační dovednosti**, které jsou důležité pro navázání vztahu mezi oběma stranami. Velkou roli hraje už jen fyzická přítomnost pomáhajícího, který se s postiženým setkává, naslouchá mu, dokáže se vcítit do jeho problému. Tím se dostáváme k další důležité dovednosti, kterou je **empatie**. Je to schopnost vcítit se do pocitů druhé osoby, do vnitřního světa postiženého. Co cítí, prožívá, proč se tak chová, proč tak jedná, apod. Pomáhající by měl působit **důvěryhodně**. Postižený musí mít jistotu, že je pomáhající **diskrétní**, že se může svěřit, aniž by se o tom dozvěděla jiná osoba. Měl by být **spolehlivý**. Pomáhající by měl umět udržet vlastní pomoc i závislost na tom, komu pomáhá, v prospěšných mezích. (Baštecká a kol., 2003, s. 334)

## 3.3 Význam a dopad sociální opory

Sociální opora pro člověka, který se ocitne v těžké životní situaci, může mít mnoho podob. Význam má tehdy, pokud je vhodně poskytována. V opačném případě může mít, jak u člověka, který oporu poskytuje, tak pro člověka, který ji přijímá negativní dopad. Často se ukazuje, že se různí představa o tom, co vlastně člověk v nouzi potřebuje. Dochází k nepochopení mezi pomáhajícím a příjemcem opory. Pomáhající má své představy o tom jaká by měla opora být, co je pro něho nejvhodnější, žádané a příjemce často čeká na pomoc, kterou by si přál a často se jí nedočká. Zvláště to platí v případě, kdy se poskytuje opora člověku s těžkým postižením spojené se sníženým intelektem a komunikačními

kompetencemi a neschopností vyjádřit své potřeby a přání. Proto sociální opora může mít jak pro pomáhajícího, tak pro příjemce opory **pozitivní** ale i **negativní dopad**.

### 3.3.1 Pozitivní dopad

Pokud mluvíme o pozitivním dopadu sociální opory, mluvíme o takové pomoci člověku v těžkých životních situacích, kterou skutečně potřebuje. O přiměřenosti pomoci o tzv. adekvátní opoře. Pro lidi s těžkým tělesným postižením to znamená začlenění do společnosti bez předsudků, výhrad, se stejnými možnostmi, se žádoucím množstvím a variabilitou různých podnětů, které člověk z majoritní společnosti má. Nejedná se, pouze o práva, ale také o povinnosti, které člověk ve společnosti má. „Mít stejnou šanci“, žít život svých vrstevníků. I lidé s hendikepem chtějí žít aktivní život, mají potřebu uspokojovat své potřeby jako potřebu komunikace, sociálního kontaktu, nejen se členy rodiny, ale i s jinými lidmi, chtějí mít možnost volby apod. Člověk, který tyto potřeby může uspokojovat, který nestrádá, není frustrovaný či deprivovaný, nemá psychické problémy, které jsou častou příčinou chybějící opory. Kvalita jeho života se nezhoršuje. Pro člověka s tělesným postižením je důležité, aby vůbec nějaká opora byla k dispozici, aby ji dokázal rozeznat, přijmout a využít. V takovém případě může opora člověku ulehčit tíživou situaci, může ji s někým sdílet, necítí se s problémem sám. Účinné je i to, že si někdo jiný všiml jeho problému. (Vágnerová, 2004, s. 55)

Také pro pomáhajícího může mít adekvátní opora pozitivní význam. Pokud to člověk dělá rád, opravdu chce pomoci a neposkytuje pomoc na úkor sebe samého, potom i on sám má z poskytované opory užitek.

### 3.3.2 Negativní dopad

Sociální opora může mít také stinné stránky a nevhodnou formou vést k negativním následkům. Negativní následky jak ve vztahu ke klientovi, tak i k pomáhajícímu. Může se jednat o nadměrnou pomoc postiženému nebo také o jinou formu pomoci, než kterou postižený potřebuje. To může u člověka s postižením vyvolat pocity bezmoci, viny, strachu či úzkosti. Člověk ztrácí zájem a motivaci na cestě k dosažení svého cíle. Nemožnost dosáhnout uspokojení nějaké pro něho důležité potřeby může vést až k **frustraci**, kdy člověk ztrácí naději, má překážku na cestě ke svému cíli. Člověk s postižením často prožívá **konflikty** mezi tím, co by chtěl, po čem touží a co si může dovolit, co zvládne sám nebo co pouze s pomocí druhé osoby. Konflikty a frustrace jsou denními mrzutostmi, které

sice narušují pocit pohody, ale nejsou závažnějšími zátěžovými faktory, pokud netrvají dlouhou dobu. V opačném případě, kdy není některá významná potřeba v dostatečné míře, přiměřeným způsobem a po dostatečně dlouhou dobu uspokojována dochází u člověka ke stavu **deprivace**. Jedná se o nejzávažnější zátěžový účinek, který může nepříznivě ovlivnit aktuální psychický stav člověka. (Vágnerová, 2004, s. 48 – 54)

Oproti tomu na straně pomáhajícího může dojít k tzv. **syndromu vyhoření**, kdy pomáhající nezvládá svoji pracovní zátěž, nároky, které jsou na něho kladeny, nebo které si on sám předsevzal. „Syndrom vyhoření je soubor typických příznaků vznikajících u pracovníků v pomáhajících profesích v důsledku nezvládnutého pracovního stresu. Pracovníkem zde míníme jak profesionála, tak dobrovolníka“. (Matoušek a kol., 2003, s. 55)

Pro pomáhajícího představuje dlouhodobý kontakt s postiženými, zvláště pokud se jedná o těžce tělesně postižené, velkou dávku trpělivosti, vyrovnávání se se stresem, kterou tato práce přináší. Pomáhající také může svoji pomoc zneužít a získat si moc nad postiženým, může docházet k týrání, společenské izolaci, deprivaci postiženého. Prostřednictvím pomoci postiženému, mohou řešit, většinou nevědomě, svoje rané trauma odmítnutého dítěte. Pociťují touhu po vděčnosti obdivu, porozumění či uznání. Jedná se o sociální **syndrom pomáhajících**. Základem pomáhání mohou být i sobecké motivy provázané agresivitou nebo skrytou potřebou po moci, všemohoucnost. (Matoušek a kol., 2003, s. 59)

Pokud je tedy sociální opora klientovi nevhodně poskytována, zneužívána, kvalita života člověka s postižením se zhoršuje.

## 4 SOCIÁLNÍ PEDAGOGIKA V KONTEXTU S OPOROU PRO TĚLESNĚ POSTIŽENÉ

Sociální pedagogika jako samostatná vědní disciplína prošla složitým a rozmanitým vývojem. Obor např. čerpal z filozofie, sociologie, pedagogiky, teorie výchovy. Za zakladatele je považován Johan Heinrich Pestalozzi, který teoreticky i prakticky popsal vliv prostředí na člověka. Počátky sociální pedagogiky v českých zemích jsou spojovány s Gustavem Adolfem Lindnerem. (Kraus, Sýkora, 2009, s. 4)

Sociální pedagogika je chápána jako životní pomoc člověku, od dětí po dospělé z různých společenských prostředí. Jejím cílem je nalézat různé formy pomoci a kompenzace nedostatků, které vedou ke zlepšení kvality života jedinců. Snaží se odhalovat sociální procesy, které narušují či znesnadňují socializaci jedinců a ohrožených skupin a vedou k sociálnímu vyloučení nebo jiných sociálních problémů. Dnešní doba klade na člověka zvýšené nároky a člověk s postižením sám bez pomoci druhých těmto nárokům těžce odolává. Proto sociální pedagogika působí na širokou veřejnost ve smyslu lidské solidarity a vzájemné pomoci, zvláště těm, kteří se bez ní neobejdou. (Procházka, 2012, s. 61 – 63)

### 4.1 Role sociálního pedagoga při poskytování sociální opory pro tělesně postižené

Sociální pedagogika je řazena mezi obory tzv. pomáhající profese, humanisticky orientovaná s potřebou pomáhat potřebným s respektováním individuálních potřeb člověka. Role sociálního pedagoga je tedy vnímána jako pomoc člověku v nepříznivých životních situacích a zároveň vede k rozvoji intaktní společnosti. Sociální opora by měla vycházet ze závazku odbourávat sociální problémy jedince či skupin. V souvislosti s osobami s tělesným postižením se jedná o vyrovnávání příležitostí ve všech oblastech každodenního života, o přirozené začleňování do společnosti a na druhé straně přijímání člověka s postižením majoritní společností. Tento proces se nazývá **inkluze**, což znamená rovnostranný vztah, úplné začlenění, nálezení celku. (Jankovský, 2001, s. 75)

Sociální pedagog by měl vědět, že schopnost vyrovnávat se a zvládat náročné životní situace, vychází z individuálních zvláštností každého jedince. Závisí na vrozených předpokladech, na dosažené vývojové úrovni, individuálních zkušenostech i celkovému aktuálnímu stavu. Velmi záleží, jak jedinec tyto zátěžové situace hodnotí, jaký význam jim

příkládá, jak je prožívá, zda dokáže nad nimi udržet kontrolu, zda jej aktivují nebo vedou k rezignaci, zda jedinec dokáže o problému komunikovat, přijmout nabízenou pomoc a udržet sociální kontakty. (Vágnerová, 2004, s. 54 – 57)

Úloha sociálního pedagoga je v prevenci. Nejen v prevenci o osvětě vůbec vzniku jakéhokoli zdravotního postižení, ale i zmírňovat důsledky postižení a za další, předcházet vyloučení tělesně postižených občanů z majoritní společnosti. Velkou roli má při přípravě tělesně postižených, hlavně mladých lidí, na běžný život, učít je čerpat z jejich možností, učít je samostatnosti. Svým poradenstvím pro ně vytvářet vhodné podmínky pro zdraví psychický, tělesný a sociální vývoj, naplňovat vzdělávací potřeby, rozvíjet jejich schopnosti, dovednosti, zájmy, poskytovat poradenství pro výběr budoucího pracovního uplatnění, vytvářet pro ně vhodné podmínky pro integraci.

## **4.2 Vliv sociálního pedagoga na společnost v přístupu k tělesně postiženým**

Profese sociálního pedagoga je charakterizovaná jako široký soubor odborných interdisciplinárních znalostí, které přinášejí přirozenou autoritu a osobnostní kvality (Procházka, 2012, s. 75). Lidé mu důvěřují, respektují, považují ho za někoho, kdo jim pomůže vyřešit jeho problémy. Proto může sehrát velkou úlohu ve výchově společnosti ke vztahu k tělesně postiženým. Svým působením na majoritní společnost může ovlivňovat jejich pohled, zaujatost, předsudky.

Sociální pedagogové nejenom že by měli prohlubovat edukaci samotných postižených, ale poskytovat vzdělání intaktní společnosti a také těch, kteří pečují o tělesně postižené. Měli by se podílet na vytváření vhodného sociálního prostředí, ovlivňovat a vzdělávat majoritní společnost prostřednictvím sdělovacích prostředků nebo přednáškami na školách a různých institucích, podílet se na poradenství nejen rodinám lidí s postižením, ale i pedagogům, pracovníkům v sociálních službách a ostatním odborníkům, kteří s těmito lidmi pracují nebo se s nimi setkávají, spolupracovat při organizování různých aktivit, kde by se setkávali jak lidé s postižením, tak lidé zdraví apod. Učít jak s takovými lidmi správně komunikovat, jednat, jak jim případně pomoci v běžném životě. Lidé s tělesným postižením jsou naprosto „stejní“ a svéprávní lidé, jako běžná populace a proto jestliže se s nimi jedná jako s dětmi nebo s prvky přehnaného soucitu, podceňování apod. v nich

vyvolává pocit bezmoci, strachu, zlosti a dokonce je to uráží. Při jednání obecně platí, chovat se normálně, přirozeně a nesoustředit se na jejich postižení. Důležité je umět naslouchat, snažit se porozumět. Případnou pomoc aktivně nabídnout, ale nevnucovat se. Mnoho věcí zvládnou sami.

Cílem sociálních pedagogů by mělo být působení na majoritní společnost, aby osoby s tělesným či jiným hendikepem opravdově přijala. Měli by prohlubovat spolupráci mezi postiženými a zdravými lidmi ve všech sférách veřejného života. Obě dvě skupiny se od sebe navzájem spoustu věcí učí.

Pro kvalitu své práce mohou sociální pedagogové čerpat od některých organizací, které se zabývají pomoci tělesně postiženým. Jsou to např. Liga vozíčkářů, Národní rada osob se zdravotně postiženým ČR nebo Svaz tělesně postižených v ČR. Pro příklad uvádím desatero komunikace s tělesně postiženými, viz příloha č. 4.

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**



## 5 METODOLOGIE PRAKTICKÉ ČÁSTI

### 5.1 Cíl praktické části

V praktické části bylo provedeno kvalitativní šetření u vybraného vzorku respondentů s těžším tělesným postižením s cílem získat od nich informace týkající se individuálních zvláštností jednotlivých respondentů a jejich subjektivních postojů ke kvalitě a míře sociální opory.

### 5.2 Výzkumné metody

Pro praktickou část bakalářské práce byla zvolena kvalitativní metoda šetření. U vybrané skupiny respondentů byly zpracovány případové studie, u kterých byly použity metody kvalitativně organizovaného šetření tj. pozorování, rozhovor. Tato metoda se jevila jako nejvhodnější. Na rozdíl od kvantitativního šetření, které je postaveno na datech, číslech a grafech, je tato metoda osobnější, člověk se neztrácí za čísla. Osobním kontaktem s respondenty, jim člověk může lépe porozumět, nalézt souvislosti, neboť každý z jednotlivých respondentů je individuální, má jiné subjektivní vnímání, jiné zkušenosti apod.

#### 5.2.1 Charakteristika kvalitativního výzkumu

„Jedná se o proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách“. (Hendl, 2008, s. 48)

„Kvalitativně orientovaný výzkum začíná určením jeho cíle a informací o zvolené metodě tj. rozhovor, pozorování, studium dokumentů. Další část je věnována charakteristice výzkumného vzorku a prostředí, ve kterém výzkum probíhal. V centrální části kvalitativně určené bádání nesbírá data, která se dají kvantifikovat, nepracuje s čísly, grafy, ale popisuje, konstatuje a dokládá.“ (Radvan, Vavřík, 2009, s. 24 - 25)

#### 5.2.2 Charakteristika případové studie

Případová studie, můžeme ji také nazývat kazuistika, je jednou z metod kvalitativního výzkumu. „Sleduje prostorově omezený fenomén v jednom časovém bodě nebo v určitém

časovém úseku. Výstup případové studie je vždy kvalitativní, tedy netestující hypotézy a nereprezentativní.“ (Radvan, Vavřík, 2009, s. 52)

Jedná se o metodu empirického charakteru, která náleží do skupiny metod poznávání. Také ji lze označit jako metody nalézající a ověřovací. V případové studii jde o sběr velkého množství informací o daném případě (jedinci, komunitě, skupině) za využití veškerých dostupných metod sběru dat, které slouží k zachycení celistvosti případu a porozumění případu. Závěrem studie je analyzovaný případ vsazen do širších souvislostí. (Jůzl a kol., 2012, s. 24)

### 5.3 Výzkumné prostředí

O spolupráci bylo požádáno několik osob s tělesným postižením. Rozhovory s respondenty byly prováděny v jejich domácím prostředí a v zařízeních, kde využívají sociální službu. S každým respondentem bylo hovořeno individuálně o samotě. První fáze bylo vzájemné seznámení, potom seznámení s cílem práce, potom také důvod a představa o průběhu rozhovoru. V druhé fázi již rozhovor probíhal dle předem připraveného scénáře. Otázky byly dopředu připravené na papíře. Odpovědi respondentů byly zapisovány na týž papír k jednotlivým otázkám a současně nahrávány na diktafon. Data byly získávány průběžně v období od listopadu 2013 do února 2014.

Hlavní důraz byl kladen na polostrukturovaný rozhovor, kdy otázky směřovaly na hodnocení podpory, její kvality, míry a spokojenosti respondentů. V rozhovoru byly použity otázky uzavřené, polootevřené i otevřené. Úvodní otázky jsou zaměřeny na získání základních informací o respondentovi, další část otázek je zaměřená na formu sociální opory, na kvalitu, míru a spokojenost se sociální oporou. Kvalita sociální opory byla vyhodnocena nejen na základě rozhovoru, ale také na základě hodnotících škál na soběstačnost a pozorováním.

### 5.4 Obecný popis případových studií

**První případová studie** pojednává o muži, který má diagnostikovanou DMO a lehký stupeň MR. Je upoután na mechanický vozík, s částečnou chůzí ve vnitřním prostředí. Má třetí stupeň závislosti na pomoci jiné fyzické osoby. Navštěvuje zařízení, které poskytuje

služby pro osoby s mentálním postižením a kombinovaným postižením, kde využívá sociální služby denního stacionáře a sociální rehabilitace. Tři dny v týdnu dochází do zaměstnání, kde pracuje jako pomocný administrativní pracovník.

**Druhá případová studie** popisuje ženu s DMO a lehkou MR. Je upoutána na mechanický vozík. Občas používá i vozík elektrický, který však musí využívat jen s dohledem druhé osoby, jelikož jej nedokáže zcela dobře ovládat. Má čtvrtý stupeň závislosti na pomoci jiné fyzické osoby. Navštěvuje zařízení, které poskytuje služby pro osoby s mentálním postižením a kombinovaným postižením, kde využívá sociální služby denního stacionáře a sociální rehabilitace. Nikde nepracuje, pouze jeden den v týdnu dochází s asistentkou jako dobrovolník do knihovny vypomáhat s různými pracemi.

**Třetí případová studie** pojednává o muži s těžkým psychoorganickým syndromem, v důsledku opakovaných operací mozku. Komplexní onkologickou léčbu prodělal v dětství, asi v šesti letech. Následky operací u něho způsobily zhoršení zraku, sluchu, má narušenou jemnou i hrubou motoriku, problémy s rovnováhou, koordinaci pohybů, při chůzi hrozí nebezpečí pádu. Silně je postižena i oblast řeči, která se projevuje v artikulační neobratnosti. Pobírá příspěvek na péči, je ohodnocen ve druhém stupni závislosti na pomoci jiné fyzické osoby. Dva týdny v měsíci využívá sociálních služeb denního stacionáře a sociální rehabilitace, které je určeno pro osoby s mentálním a kombinovaným postižením. V době, kdy tyto služby nevyužívá, pracuje na dohodu o provedení práce v domácím prostředí, pro firmu, která je v místě jeho bydliště. Pro tuto firmu skládá krabičky.

**Čtvrtá případová studie** popisuje ženu, která ve svých 28 letech onemocněla roztroušenou sklerózou. Onemocnění se začalo projevovat krátce po porodu svých dvojčat, v pořadí třetího a čtvrtého dítěte. Příznaky jako nemožnost artikulace, „mravenčení“ až necitlivost horních i dolních končetin, donutilo respondentku navštívit lékaře, kteří diagnózu odhalili až po několika vyšetřeních a hospitalizaci v nemocnici. Sdělení diagnózy byl pro respondentku šok a přehodnocení dosavadního způsobu života. V současné době je respondentka pod každodenní medikací. Její stav je kolísavý s častými atakami nemoci. Na svět se však dívá pozitivně a budoucnosti se nebojí. Je věřící a víra v Boha ji pomáhá překonávat nepřízeň osudu.

**Pátá případová studie** popisuje mladého muže, který následkem úrazu při dopravní nehodě ve svých 22 letech, ochrnl na dolní končetiny. Po úrazu prožíval velmi těžké

období, zvažoval i skončení se životem. Z těchto myšlenek mu pomohli jeho kamarádi a rodina. Poskytovali mu velkou oporu. Musel zcela přehodnotit priority života. Jak říká, život se mu otočil vzhůru nohama. Má rád rychlé stroje, motorky, která se mu stala osudnou. V současné době žije se svou přítelkyní v Praze v pronajatém bytě. Na venek působí velmi spokojeným dojmem. Při rozhovoru byl pozitivně naladěný, usměvavý, plný elánu. Zvládne řídit auto, které má přizpůsobené na ovládání rukama. Pro kompenzaci svého hendikepu používá mechanický vozík. Pobírá plný invalidní důchod a částečně pracuje.

## 5.5 Struktura případových studií

Úvod kazuistik tvoří **osobní anamnéza**, kde jsou uvedeny základní informace o respondentovi tj. iniciály, pohlaví, věk, diagnóza, další onemocnění, rodinný stav, děti. Dále jsou kazuistiky rozděleny na další čtyři podkapitoly.

První podkapitola obsahuje **rodinnou a sociální anamnézu** s obsaženými informacemi z oblasti nejbližší rodiny, dále uvádí informace ohledně svéprávnosti, zda respondent pobírá invalidní důchod, stupeň závislosti, jak a kde respondent bydlí, s kým bydlí, případně, kdo je jeho pečující osoba. Také **pracovní anamnézu**, tj. ukončené vzdělání, pracovní zkušenosti, pracovní zařazení. V poslední řadě vlastnosti, zájmy.

Druhá podkapitola obsahuje hodnotící škály na soběstačnost, které jsem použila pro posouzení schopností při uspokojování životních potřeb respondentů. Použila jsem tyto škály: **Barthelův test základních všedních činností** viz příloha č. 2 a **Test instrumentálních všedních činností** viz příloha č. 3.

Třetí podkapitola je výsledek z řízeného rozhovoru, který vyplynul z otázek zaměřených na spokojenost, na kvalitu a míru sociální opory. Otázky jsou uvedeny v příloze č. 1.

Poslední čtvrtou podkapitolou je rozvaha, zhodnocení kvality poskytované sociální opory jednotlivých respondentů.

## 5.6 Případová studie 1

**Iniciály:** MK

**Pohlaví:** muž

**Věk:** 34

**Diagnóza:** DMO – spastická kvadruparéza, lehká MR

**Další onemocnění:** neuvádí

**Rodinný stav:** svobodný

### 5.6.1 Anamnestické údaje

**Rodinná a sociální anamnéza** – respondent má mladší sestru a oba rodiče. Žije ve městě, kde společně s nimi bydlí v rodinném domě. Děti nemá. Respondent je zcela svéprávný, v invalidním důchodu, ale částečně pracující. Je považován za osobu závislou na pomoci jiné fyzické osoby, a to ve třetím stupni. Za osobu, která o něho pečuje, uvádí rodiče, hlavně matku.

**Pracovní anamnéza** – ukončil základní povinnou školní docházku, ve speciální škole pro žáky s více vadami. Poté pokračoval ve studiu na tříleté praktické škole, kde absolvoval kurz v oboru ruční tkalcovský stav. Po ukončení studia začal využívat sociální službu denního stacionáře, později sociální rehabilitaci pobytovou v zařízení pro osoby s mentálním a kombinovaným postižením. V současné době už pátým rokem pracuje ve firmě, která se zabývá moderní technologií, kde pracuje jako pomocný administrativní pracovník. Za svoje dovednosti uvádí práci na počítači, kterou si částečně přivydělává.

### 5.6.2 Provedené škály a stručné hodnocení škál

Součástí případové studie jsou škály na posouzení soběstačnosti respondenta. Tyto škály byly zvoleny proto, aby se mohl utvořit obraz, jak moc je respondent závislý na pomoci druhé fyzické osobě v běžných každodenních činnostech. Byly zpracovány během rozhovoru s respondentem a pozorováním. První ze škál je Barthelův test základních všedních činností, dle kterého je respondent lehce závislý, získal 85 bodů. Pomoc potřebuje při chůzi do schodů a po rovině. Sám zvládne pouze jízdu na vozíku do 50 metrů. Druhá škála test instrumentálních všedních činností, vyhodnotil respondenta jako

částečně nesoběstačného v aktivitách denního života, tady získal 45 bodů. Při všech činnostech potřebuje pomoc druhé osoby, sám zvládne pouze telefonování.

### 5.6.3 Výsledek z rozhovoru s respondentem

Na otázky respondent odpověděl následovně:

Otázka č. 1 – Máte nějaké zájmy, a jaké? *„Kultura, společenské dění, filmy, divadlo, sport, hlavně olympijské hry, mistrovství světa a tak“.*

Otázka č. 2 – Můžete je realizovat dle vlastního uvážení? *„Ano můžu, vlastně nemůžu, jen když mám člověka, který se mnou může jít“.*

Otázka č. 3 – Potřebujete nějaký typ podpory při jejich realizaci (dopomoc a kdo vám ji poskytuje)? *„Potřebuji. V současné době to jsou rodiče, dopravit se tam a zpět“.*

Otázka č. 4 – Omezuje Vás něco při realizaci zájmů, koníčků a co? *„Že musím žádat o pomoc druhou osobu, protože sám se tam nemůžu dopravit“.*

Otázka č. 5 – Jak byste hodnotil/a oporu (volná odpověď), kterou Vám osoby poskytují při realizaci zájmů, koníčků? *„Jsem rád, že mě rodiče pomáhají, bez nich bych se nikam nedostal, ale pracují, tak se musím řídit, kdy mají čas. Chtěl bych najít nějakého kamaráda, se kterým bych si sedl, který by měl stejné zájmy jako já. To by bylo fajn“.*

Otázka č. 6 – Jak byste hodnotil/a oporu na stupnici od 0 – 10? (0 absolutně nespokojen/a, 1 – nespokojen/a, 2-5 s něčím nespokojen/a, 6-7 – spíše spokojen/a, 8-9 – spokojen/a, 10 – spokojen/a, nic není třeba zlepšovat) *„Číslem devět“.*

Otázka č. 7 – Pracujete a kde, jako co? *„Pracuji tři dny v týdnu ve firmě, která se zabývá moderními technologiemi počítačů, jsem tam jako pomocný administrativní pracovník“.*

Otázka č. 8 – Pokud nepracujete, myslíte si, že byste byl/a schopen/a s nějakou oporou práci vykonávat? *„Jsem rád, že mám aspoň takovou práci, ale pokud by se naskytlo ještě něco jiného, nebránil bych se. Musel bych se teda zase školit, ale snad bych to zvládl“.*

Otázka č. 9 – Potřebujete podporu při výkonu svého povolání? *„Potřebuji dopravu tam a zpět, během práce občas“.*

Otázka č. 10 – Jak byste hodnotil/a oporu (volná odpověď), která je Vám poskytována při pracovním uplatnění? (včetně podpory zaměstnavatele např. úprava pracovních podmínek, možnosti mít v zaměstnání asistenta, asistenčního psa apod.) *„Je to starší budova, takže do ní jsou schody, tam mě musí pomáhat, jinak WC, kuchyňka, kde si mohu uvařit kafe, tam to“.*

*zvládám sám, určitě by bylo co zlepšovat, ale pro to, co se tam provádí, to stačí. Jsem spokojen“.*

Otázka č. 11 – Jak byste hodnotil/a oporu na stupnici 0 – 10? (0 absolutně nespokojen/a, 1 – nespokojen/a, 2-5 s něčím nespokojen/a, 6-7 – spíše spokojen/a, 8-9 – spokojen/a, 10 – spokojen/a, nic není třeba zlepšovat) *„Číslem deset“.*

Otázka č. 12 – Pokud jste někdy byl/a hospitalizován/a ve zdravotnickém zařízení, měl/a jste k dispozici svoje kompenzační pomůcky? *„Na své první operaci jsem byl v pěti letech, potom ve dvanácti. Mohl jsem se tam pohybovat o berlích, ale jak mi dali sádru na nohy, to už ne“.*

Otázka č. 13 – Byl/a jste ve zdravotnickém zařízení omezena ve svých pohybových kompetencích? *„Kvůli sádrám na nohách jsem musel jenom ležet“.*

Otázka č. 14 – Jste závislý/á na pomoci druhé osoby v sebepečí? *„Zatím ano, protože doma nemáme bezbariérovou koupelnu, kdybych to měl, tak bych to zvládal“.*

Otázka č. 15 – Kdo je pečující osoba? *„Rodiče, hlavně mamka“.*

Otázka č. 16 – Respektuje pečující osoba Vaše přání a požadavky? *„Ano respektují, snaží se“.*

Otázka č. 17 – Jak byste charakterizoval/a péči pečující osoby (je mateřská, odborná, úzkostná...)? *„Mají mě za malé dítě, chtěl bych více volnosti, mají o mě pořád strach“.*

Otázka č. 18 – Máte pocit, že jste podporováni v samostatnosti nebo spíše v závislosti? *„Spíše v závislosti, jak kdy“.*

Otázka č. 19 – Při jednáních na úřadech, institucích, v obchodě apod. potřebujete podporu? *„Zase dopravu. Myslím si, že samostatné vyřizování zvládám sám, pracovnice by mi když tak pomohla“.*

Otázka č. 20 – Kdo vám ji poskytuje? *„Rodiče“.*

Otázka č. 21 – Jednáte sami nebo za Vás jedná doprovod? *„Jedná za mě doprovod. Vadí mi to“.*

Otázka č. 22 – Při jednání komunikují s Vámi nebo se obrací k doprovodu? *„Komunikují s rodiči“.*

Otázka č. 23 – Lidé, kteří vám oporu nabízí, jednají s vámi s porozuměním, úctou, jako s rovnocennými partnery? *„Někdy ten pocit nemám. Jednají se mnou jako s malým děckem“.*

Otázka č. 24 – Co byste změnili na chování pečujících osob, kteří podporu nabízejí? *„Především by se měli chovat jako rovný k rovnému“.*

Otázka č. 25 – Co je na poskytované podpoře pozitivní? *„Že nejsou lhostejní, že si na nás společnost začíná zvykat. Můžu uspokojovat koníčky, chodit do práce“.*

Otázka č. 26 – Využíváte nějakou sociální službu? *„Chodím do stacionáře a sociální rehabilitace“.*

Otázka č. 27 – Vyhovuje vám provozní doba služby? *„Mně ano“.*

Otázka č. 28 – Vyhovují vám nabízené služby? *„Určitě ano, mohlo by ale těch akcí být víc“.*

Otázka č. 29 – Jste spokojen s personálem služby? Jak byste hodnotil/a podporu na stupnici od 0 – 10? (0 - absolutně nespokojen/a, 1 – nespokojen/a, 2-5 - s něčím nespokojen/a, 6-7 - spíše spokojen/a, 8-9 – spokojen/a, 10 spojen/a, nic není třeba zlepšovat) *„Jeden člověk mi nevyhovuje. S ostatními nemám problém. Ten člověk si o sobě moc myslí, měl by se k nám chovat normálně. Příchodem toho člověka se tady toho hodně změnilo, necítím se v jeho společnosti dobře“. Kdybych hodnotil jen toho jednoho člověka, tak bych řekl, že je co zlepšovat, ale celkově hodnotím personál na 8 – 9“.*

Otázka č. 30 – Je pro vás služba finančně dostupná? *„Zatím ano, nevím, jak to bude dál“.*

Otázka č. 31 – Je pro Vás služba dostupná, co se týče lokality? *„Samozřejmě ano“.*

Otázka č. 32 – Využíváte sociální opory dobrovolníků? *„Zatím ne soukromě, ale tady ve službě ano“.*

Otázka č. 33 – Jak hodnotíte oporu dobrovolníků? (volná odpověď) *„Myslím, že je to velmi pozitivní. Kéž by se takových lidí našlo více“.*

Otázka č. 34 – Využíváte sociální opory nerodinných příslušníků (kamarádů, sousedů...)? *„Nemám takové kamarády, abych toho využíval“.*

Otázka č. 35 – Myslíte si, že Vás společnost vnímá jako rovnocenné partnery? *„To spíš ano i ne. Jak kdy a kde“.*



Otázka č. 36 – Pokud ano, jak to poznáte? „*Rozhodně se mnou nejednají v rukavičkách, jak s děckem, ale na rovinu*“.

Otázka č. 37 – Pokud ne, jak to poznáte? „*Mám pocit, že mě odbude nebo mi řekne něco, aby se mnou mluvit nemusel*“.

Otázka č. 38 – Co byste jim vzkázal/a? „*Prostředí se pro nás od 90. let začalo zlepšovat, budovy se přestavují na bezbariérové, nové se tak již staví, takže jsou pro nás víc dostupné. Chtěl bych jim vzkázat: vnímejte nás jako rovnocenné partnery. Víme, že to není někdy jednoduché, ale jsme jinak normální lidé*“.

Otázka č. 39 – Máte pocit, že společnost hendikepovaným toleruje některé věci, které by zdravým lidem netolerovali? „*Ano, ale je to na lidech*“.

Otázka č. 40 - Pokud ano, které to jsou? „*Nemohu si vzpomenout. Měli bychom mít stejná práva ale i povinnosti. Možná, když něco zničím, měl bych to opravit, když někomu řeknu něco nepěkného, měl bych se omluvit. No já nevím*“.

Otázka č. 41 – Co je pro Vás v životě důležité? (priority, plány do budoucna apod.) „*Rodina, přátelé. Plánů by bylo plno. Každopádně dvou plánů jsem se už musel vzdát. Je jasný, že barák bych sám neutáhl a ani bych si ho nemohl postavit. Jsem rád, že bydlím, kde jsem. Dítě bych chtěl, ale ani je mít nebudu. Vždycky jsem chtěl dvě až tři děti, velkou rodinu. No uvidím*“.

Otázka č. 42 – Myslíte si, že žijete běžný život, život svých vrstevníků? „*Vzhledem ke svému stavu, nemohu dělat všechno jak ostatní. Řekl bych tak na 80% v pohodě*“.

Otázka č. 43 – Co byste vzkázal/a lidem, kteří o Vás pečují? „*Vím, že to se mnou není občas jednoduché, snažím se svému okolí pomáhat, jsem rád za zázemí, které mám a neměnil bych. Jsem velmi spokojený*“.

#### **5.6.4 Rozvaha, zhodnocení**

Tento rozhovor byl první, tzv. zkušební, při kterém bylo zjištěno, že některé otázky, které byly předem připravené, se musí upřesnit. Pro lepší vyhodnocení byla u některých otázek zahrnuta stupnice od 0 až 10 pro konkrétnější posouzení respondentovi odpovědi a také pro porovnání s ostatními respondenty. Rozhovor byl tedy dokončen při dalším setkání.

Na základě zodpovězených otázek respondentem, provedených škál a pozorování bylo vyhodnoceno následující. Respondent, který má těžší tělesné postižení, ke své mobilitě

používá kompenzační pomůcky převážně mechanický vozík, občas elektrický vozík a na kratší vzdálenosti, spíše ve vnitřním prostředí, tříbodové podpůrné hole, s částečnou až těžkou závislostí na pomoci druhé osoby, se bez opory druhého člověka neobejde. Oporu, která mu je poskytována hlavně svými rodiči, pracovníky a dobrovolníky zařízení, kde využívá sociální služby a zaměstnáním, kam dochází tři dny v týdnu, vnímá jako pozitivní. Dle něho, není nic výrazného, co by bylo potřeba zlepšit. Sděluje, že bez nich by si nemohl vůbec dovolit uspokojovat svoje jak už základní denní potřeby, tak svoje zájmy, koníčky apod. Zároveň by si přál, kdyby se našlo více lidí, kteří by mu během každodenního života byli oporou, aby nemusel být tolik závislý, než si na něho někdo udělá čas. Pár lidí, které kolem sebe má, a kteří se pro něho snaží dělat maximum, to časově nezvládají, mají také svůj život. Co by chtěl pečujícím osobám i majoritní společnosti vzkázat? Jednejte s námi jako s rovnocennými partnery, nejsme děti. I když je to s námi někdy těžké, jsme normální lidé, jako jste vy. Měli bychom mít stejná práva, ale i povinnosti jako máte vy.

## 5.7 Případová studie 2

**Iniciály:** MZ

**Pohlaví:** žena

**Věk:** 32

**Diagnóza:** DMO, lehká MR

**Další onemocnění:** neudává

**Rodinný stav:** svobodná

### 5.7.1 Anamnestické údaje

**Rodinná a sociální anamnéza** – respondentka má dva starší bratry, stejně starou sestru (svoje dvojče), oba rodiče. Sestra i bratři již žijí se svými rodinami mimo město, kde respondentka bydlí v rodinném domku s rodiči. Je zcela svéprávná, v invalidním důchodu. Je považována za osobu závislou na pomoci jiné fyzické osoby a to ve čtvrtém stupni. Za osobu, která o ni pečuje, uvádí matku.

**Pracovní anamnéza** - ukončila základní školu speciální, vzdělávací program pomocné školy. Po ukončení ZŠ začala využívat sociální službu denního stacionáře, později i službu sociální rehabilitace v zařízení pro osoby s mentálním a kombinovaným postižením. Zatím nikde zaměstnána nebyla, ale dochází pouze jako dobrovolník pracovat do knihovny a na úřad. Sama by se těmto aktivitám věnovat nemohla, proto ji doprovází paní, její sousedka, která se po smrti svého manžela nabídla jako dobrovolnice a respondentku doprovází nejen na tyto aktivity, ale chodí s ní i na vycházky, za kulturou, cvičí s ní, apod. Za svoje schopnosti uvádí dobrou paměť, dokáže teoreticky uvařit velké množství jídel a některá částečně s kompenzačními pomůckami uvařit.

### 5.7.2 Provedené škály a stručné hodnocení škál

S respondentkou byly během rozhovoru a pozorováním provedeny hodnotící škály na posouzení soběstačnosti. První ze škál, Barthelův test základních všedních činností, respondentku vyhodnotila 35 body jako vysoce závislou na pomoci druhé osoby. Podle druhé škály, testu instrumentálních všedních činností, je respondentka nesoběstačná v instrumentálních aktivitách denního života. Tady získala 25 bodů. Respondentka

potřebuje pomoc druhé osoby při všech základních denních činnostech, některé činnosti neprovede vůbec.

### 5.7.3 Výsledek z rozhovoru s respondentem

Na otázky respondentka odpověděla následovně:

Otázka č. 1 – Máte nějaké zájmy, a jaké? *„Kola, jsem členkou cyklistického oddílu a jezdím s nima na závody, potom kino, zpěv, koncerty, hudba a tak“.*

Otázka č. 2 – Můžete je realizovat dle vlastního uvážení? *„Moc ne, protože se musím domlouvat, jestli mě tam někdo dopraví a zase pro mě přijede“.*

Otázka č. 3 – Potřebujete nějaký typ podpory při jejich realizaci (dopomoc a kdo vám ji poskytuje)? *„Ano potřebuji, aby mě vždycky někdo zavezl, odvezl a byl se mnou i na místě. Potřebuji pořád někoho k sobě. Zatím kamarádi, tady v zařízení a tak“.*

Otázka č. 4 – Omezuje Vás něco při realizaci zájmů, koníčků a co? *„Omezuje mě to, že třeba ty závody jsou hodně daleko a není, kdo by tam se mnou jel, potom taky záchod, to je problém. Nejsou dostupné. Začala jsem kvůli tomu nosit plíny“.*

Otázka č. 5 – Jak byste hodnotil/a oporu (volná odpověď), kterou Vám osoby poskytují při realizaci zájmů, koníčků? *„Chtěla bych víc jezdit na koncerty, třeba do Brna, aspoň 1x za měsíc“.*

Otázka č. 6 – Jak byste hodnotil/a oporu na stupnici od 0 – 10? (0 absolutně nespokojen/a, 1 – nespokojen/a, 2-5 s něčím nespokojen/a, 6-7 – spíše spokojen/a, 8-9 – spokojen/a, 10 – spokojen/a, nic není třeba zlepšovat) *„Na stupnici bych oporu ohodnotila asi pětkou. Jsem ráda aspoň za něco“.*

Otázka č. 7 – Pracujete a kde, jako co? *„Nepracuji, ale chtěla bych“.*

Otázka č. 8 – Pokud nepracujete, myslíte si, že byste byl/a schopen/a s nějakou oporou práci vykonávat? *„No, já dokážu práci, třeba v té knihovně vykonávat, ale potřebuji k sobě asistentku, bez ní bych to nezvládala“.*

Otázka č. 9 – Potřebujete podporu při výkonu svého povolání? *„Potřebovala bych, kdybych pracovala“.*

Otázka č. 10 – Jak byste hodnotil/a oporu (volná odpověď), která je Vám poskytována při pracovním uplatnění? (včetně podpory zaměstnavatele např. úprava pracovních podmínek, možnosti mít v zaměstnání asistenta, asistenčního psa apod.) *„Když jsem v knihovně, tak to pro mě přizpůsobí, mám tam asistentku, ale chtěla bych, aby bylo pro nás více práce. Ta není“.*

Otázka č. 11 – Jak byste hodnotil/a oporu na stupnici 0 – 10? (0 absolutně nespokojen/a, 1 – nespokojen/a, 2-5 s něčím nespokojen/a, 6-7 – spíše spokojen/a, 8-9 – spokojen/a, 10 – spokojen/a, nic není třeba zlepšovat) *„Asi nula, víc dobrovolníků“*.

Otázka č. 12 – Pokud jste někdy byl/a hospitalizován/a ve zdravotnickém zařízení, měl/a jste k dispozici svoje kompenzační pomůcky? *„Nebyla jsem a mám z toho strach. Úplně se toho děším, až tam někdy budu muset jít“*.

Otázka č. 14 – Jste závislý/á na pomoci druhé osoby v sebepěči? *„Ano jsem, na záchod, při koupání, oblékání, jsem taky trochu líná“*.

Otázka č. 15 – Kdo je pečující osoba? *„Mamka, když jsem doma, jinak pracovníci služby, kam chodím“*.

Otázka č. 16 – Respektuje pečující osoba Vaše přání a požadavky? *„Respektuje, ale musíme si promyslet, jestli je to reálný, když chci někam jít. Kvůli tomu jestli se tam dostanu, záchody a tak“*.

Otázka č. 17 – Jak byste charakterizoval/a péči pečující osoby (je mateřská, odborná, úzkostná...)? *„Jednají se mnou jako s dospělým člověkem, na rovinu“*.

Otázka č. 18 – Máte pocit, že jste podporováni v samostatnosti nebo spíše v závislosti? *„K samostatnosti“*.

Otázka č. 19 – Při jednáních na úřadech, institucích, v obchodě apod. potřebujete podporu? *„Ani ne, když mně nerozumí, tak jim to mamka řekne. Ale sama se tam nedopravím, takže vlastně potřebuju“*.

Otázka č. 20 – Kdo vám ji poskytuje? *„Mamka“*.

Otázka č. 21 – Jednáte sami nebo za Vás jedná doprovod? *„Většinou mamka. Zeptá se mě, jestli mi to nevadí, ale někdy mi to vadí“*.

Otázka č. 22 – Při jednání komunikují s Vámi nebo se obrací k doprovodu? *„Se mnou, a když nerozumí, tak s mamkou“*.

Otázka č. 23 – Lidé, kteří vám oporu nabízí, jednají s vámi s porozuměním, úctou, jako s rovnocennými partnery? *„Jo, s rovnocennými partnery“*.

Otázka č. 24 – Co byste změnili na chování pečujících osob, kteří podporu nabízejí? *„To já nevím, nic, vyhovuje mi to“*.

Otázka č. 25 – Co je na poskytované podpoře pozitivní? *„Že se mohu sama rozhodnout, co chci, nenutí mě do ničeho, že poznám nové lidi“*.

Otázka č. 26 – Využíváte nějakou sociální službu? *„Jo, v Betany, stacionář a rehabilitaci“*.

Otázka č. 27 – Vyhovuje vám provozní doba služby? „*Jo, vyhovuje*“.

Otázka č. 28 – Vyhovují vám nabízené služby? „*Vyhovují*“.

Otázka č. 29 – Jste spokojen s personálem služby? Jak byste hodnotil/a podporu na stupnici od 0 – 10? (0 - absolutně nespokojen/a, 1 – nespokojen/a, 2-5 - s něčím nespokojen/a, 6-7 - spíše spokojen/a, 8-9 – spokojen/a, 10 spojen/a, nic není třeba zlepšovat) „*Deset*“.

Otázka č. 30 – Je pro Vás služba finančně dostupná? „*Ano, je*“.

Otázka č. 31 – Je pro Vás služba dostupná, co se týče lokality? „*Ano, je to v místě bydliště*“.

Otázka č. 32 – Využíváte sociální opory dobrovolníků? „*Ano, využívám dva dobrovolníky. Jedna je dobrá, druhá se teprve učí. Ale jsem ráda*“.

Otázka č. 33 – Jak hodnotíte oporu dobrovolníků? (volná odpověď) „*Mně vyhovuje, že se mnou chodí do knihovny, že obětuje ten čas a přijede za mnou až z Brna*“.

Otázka č. 34 – Využíváte sociální opory nerodinných příslušníků (kamarádů, sousedů...)? „*Spíš ani ne, vlastně jednu sousedku*“.

Otázka č. 35 – Myslíte si, že Vás společnost vnímá jako rovnocenné partnery? „*Někdy si to nemyslím, někdy jo, záleží, s kým se potkám. Někteří se mnou jednají jak s malým dítětem, jiní normálně. Jak kdy prostě*“.

Otázka č. 36 – Pokud ano, jak to poznáte? „*Protože mi všechno říkají na rovinu*“.

Otázka č. 37 – Pokud ne, jak to poznáte? „*Jsou falešní, přetvařují se, dělají vše z donucení, poznám to z chování*“.

Otázka č. 38 – Co byste jim vzkázal/a? „*Aby se společnost zamyslela, nad tím, abychom mohli chodit do práce a vydělávat si peníze*“.

Otázka č. 39 – Máte pocit, že společnost hendikepovaným toleruje některé věci, které by zdravým lidem netolerovali? „*Myslím, že jo*“.

Otázka č. 40 - Pokud ano, které to jsou? „*Byla jsem v kině a neplatila jsem lístek*“.

Otázka č. 41 – Co je pro Vás v životě důležité? (priority, plány do budoucna apod.) „*Chtěla bych se vdávat, chodit do práce, vydělávat si peníze*“.

Otázka č. 42 – Myslíte si, že žijete běžný život, život svých vrstevníků? „*Myslím, že žiju život jinačí, vrstevníci nejsou závislí na druhých, zatím co já musím pořád čekat na pomoc*“.

Otázka č. 43 – Co byste vzkázal/a lidem, kteří o Vás pečují? „*Že si jich vážím, že mají dobré srdce a že přijdou do nebe*“.

#### 5.7.4 Rozvaha, zhodnocení

Na základě zodpovězených otázek respondentkou, provedených škál a pozorováním bylo vyhodnoceno následující. Respondentka, s těžkým tělesným postižením, která ke své mobilitě používá kompenzační pomůcky převážně mechanický vozík, občas elektrický vozík, je těžce závislá na pomoci druhé osoby. Oporu, kterou ji poskytuje hlavně matka, pracovníci a dobrovolníci zařízení a také sousedka, která ji doprovází do knihovny a občas do kina, na koncerty apod. vnímá jako kvalitní. Bez ní by si život nedovedla vůbec představit. Myslí si, že pro ni všichni dělají, co mohou, vychází ji vstříc, ale časově a teď i z důvodu, že rodiče stárnou, je jí poskytována v malé míře. Je odkázána na čas, který si na ni musí vyhradit, nemůže si naplánovat volný čas, jak chce a kdy chce. Její využití času se také odvíjí od podmínek prostředí. Musí se vždy hodně zajímat, zda je pro ni prostředí, které hodlá navštívit, bezbariérové. Má problémy s WC a také třeba v restauraci či jiných budovách, kde je např. vnitřní zařízení pro ni neúčelné. Musí si s sebou brát různé pomůcky pro navýšení stolů, postele nebo zvedák na WC. Je to pro ni velká zátěž. Ráda by našla zaměstnání, kam by mohla docházet a přivydělat si nějaké peníze. Co by chtěla vylepšit, je komunikace „zdravých“ lidí s ní. Někdy s ní jednají jak s malým dítětem nebo se obrací na doprovod, což vnímá jako velmi nepříjemné.

## 5.8 Případová studie 3

**Iniciály:** DB

**Pohlaví:** muž

**Věk:** 29

**Diagnóza:** Pilocytní astrocytom IV. komory a 1. mozečkové hemisféry s nádorovou cystou (těžký psychoorganický syndrom, v důsledku opakovaných operací mozku)

**Další onemocnění:** zdravotní potíže, kterými trpí, jsou následkem hlavní diagnózy. Respondent má narušenou jemnou a hrubou motoriku, problémy s rovnováhou, poškozený zrak, sluch.

**Rodinný stav:** svobodný

### 5.8.1 Anamnestické údaje

**Rodinná a sociální anamnéza** - respondent žije v menším městě, kde společně s rodiči bydlí v rodinném domě. Má dvě starší sestry, které jsou vdané a se svými rodinami bydlí odděleně ve vzdálenějších městech. Respondent nemá děti. Je zcela svéprávný, v invalidním důchodu, ale částečně pracující. Je považován za osobu závislou na pomoci jiné fyzické osoby a to ve druhém stupni. Za osobu, která o něho pečuje, uvádí rodiče, hlavně matku.

**Pracovní anamnéza** – ukončil základní povinnou školní docházku, ve speciální škole pro žáky s více vadami. Poté pokračoval ve studiu na středním odborném učilišti, kdy se vyučil pomocným keramikem. Získal výuční list. Po ukončení studia začal využívat sociálních služeb denního stacionáře a sociální rehabilitace v zařízení pro osoby s mentálním a kombinovaným postižením. V současné době už třetím rokem pracuje ve firmě, pro kterou skládá krabičky. Pracuje v domácím prostředí, kam mu tuto práci dovážejí jeho rodiče. Asi rok také chodí jako dobrovolník vypomáhat do kina, kde zastává práci v šatně a kontrolu při vstupu diváků do sálu. Za svoje dovednosti uvádí práci na počítači, hlavně tvorbu prezentací, které vyrábí pro svoje kamarády a známé.

### 5.8.2 Provedené škály a stručné hodnocení škál

Součástí případové studie jsou také škály na posouzení soběstačnosti respondenta. Byly zpracovány během rozhovoru s respondentem a pozorováním. První ze škál je Barthelův



test základních všedních činností, dle kterého respondent získal plný počet 100 bodů a byl vyhodnocen jako nezávislý v základních denních činnostech. Druhá škála test instrumentálních všedních činností, vyhodnotil respondenta jako částečně nesoběstačného v aktivitách denního života, získal 60 bodů. Dle tohoto testu se bez pomoci druhé osoby nedopraví dopravním prostředkem, nevypere prádlo a také potřebuje pomoc při vytáčení a vyhledávání telefonních čísel.

### 5.8.3 Výsledek z rozhovoru s respondentem

Na otázky respondent odpověděl následovně:

Otázka č. 1 – Máte nějaké zájmy, a jaké? „*Chodím s hůlkami, ale naši mě nechcú moc pouštět, rád sleduji nové filmy a dělám prezentace fotek*“.

Otázka č. 2 – Můžete je realizovat dle vlastního uvážení? „*Trochu potíž. Když chci jít třeba do kina, je s tím potíž, musím se domluvit s rodičema, jestli mě tam dovezou*“.

Otázka č. 3 – Potřebujete nějaký typ podpory při jejich realizaci (dopomoc a kdo vám ji poskytuje)? „*Potřebuji dovoz, odvoz do kina, autobusem mě samotného nepustí*“.

Otázka č. 4 – Omezuje Vás něco při realizaci zájmů, koníčků a co? „*Omezuje mě auto, dopravní prostředek nebo někdo, kdo by si na mě udělal čas a doprovodil mě tam*“.

Otázka č. 5 – Jak byste hodnotil/a oporu (volná odpověď), kterou Vám osoby poskytují při realizaci zájmů, koníčků? „*Hodnotil. Když mají čas, tak je to v pohodě, když nemají, nejde to. Ale snaží se mi vyjít vstříc*“.

Otázka č. 6 – Jak byste hodnotil/a oporu na stupnici od 0 – 10? (0 absolutně nespokojen/a, 1 – nespokojen/a, 2-5 s něčím nespokojen/a, 6-7 – spíše spokojen/a, 8-9 – spokojen/a, 10 – spokojen/a, nic není třeba zlepšovat) „*Číslem pět*“.

Otázka č. 7 – Pracujete a kde, jako co? „*Jako brigádník skládám doma krabičky pro firmu tady od nás z města*“.

Otázka č. 8 – Pokud nepracujete, myslíte si, že byste byl/a schopen/a s nějakou oporou práci vykonávat? „*Myslím, že bych byl schopen chodit do práce*“.

Otázka č. 9 – Potřebujete podporu při výkonu svého povolání? „*Záleží na okolnostech. Jestli je to v bydlišti, jinak bych potřeboval dovézt, pak záleží, co by to bylo. Mám problém s jemnou motorikou, tak potom bych taky potřeboval pomoci*“.

Otázka č. 10 – Jak byste hodnotil/a oporu (volná odpověď), která je Vám poskytována při pracovním uplatnění? (včetně podpory zaměstnavatele např. úprava pracovních podmínek,

možnosti mít v zaměstnání asistenta, asistenčního psa apod.) „*Rodiče mi práci vozí domů, bez nich bych to dělat nemohl. Nevím, kdo by mi to vozil. Jsem spokojený*“.

Otázka č. 11 - Jak byste hodnotil/a oporu na stupnici 0 – 10? (0 absolutně nespokojen/a, 1 – nespokojen/a, 2-5 s něčím nespokojen/a, 6-7 – spíše spokojen/a, 8-9 – spokojen/a, 10 – spokojen/a, nic není třeba zlepšovat) „*Číslem deset*“.

Otázka č. 12 – Pokud jste někdy byl/a hospitalizován/a ve zdravotnickém zařízení, měl/a jste k dispozici svoje kompenzační pomůcky? „*Byl jsem a měl jsem berle*“.

Otázka č. 13 – Byl/a jste ve zdravotnickém zařízení omezena ve svých pohybových kompetencích? „*S bolavou nohou jsem byl omezen. Nemohl jsem se koupat a chodit*“.

Otázka č. 14 – Jste závislý/á na pomoci druhé osoby v sebepéči? „*Jsem závislý při stříhání nehtů, neuměl bych si nadávkovat léky*“.

Otázka č. 15 – Kdo je pečující osoba? „*Mamka*“.

Otázka č. 16 – Respektuje pečující osoba Vaše přání a požadavky? „*Respektuje*“.

Otázka č. 17 – Jak byste charakterizoval/a péči pečující osoby (je mateřská, odborná, úzkostná...)? „*Částečná mateřská, úzkostná, spíš úzkostná*“.

Otázka č. 18 – Máte pocit, že jste podporováni v samostatnosti nebo spíše v závislosti? „*Chce mě podporovat v samostatnosti, ale tím že se o mě bojí, mě vlastně podporuje v závislosti*“.

Otázka č. 19 – Při jednáních na úřadech, institucích, v obchodě apod. potřebujete podporu? „*V obchodě ne, ale na úřadech mi to vyřizuje mamka a jsem tam jak páté kolo u vozu*“.

Otázka č. 20 – Kdo vám ji poskytuje? „*Chodím s mamkou*“.

Otázka č. 21 – Jednáte sami nebo za Vás jedná doprovod? „*Více méně mamka, ale snaží se, abych si to vyřizoval sám*“.

Otázka č. 22 – Při jednání komunikují s Vámi nebo se obrací k doprovodu? „*Jednají s mamkou*“.

Otázka č. 23 – Lidé, kteří vám oporu nabízejí, jednají s vámi s porozuměním, úctou, jako s rovnocennými partnery? „*Jednají se mnou normálně. Nepoznají, že jsem postižená. Myslí si, že jsem ožralej*“.

Otázka č. 24 – Co byste změnili na chování pečujících osob, kteří podporu nabízejí? „*Trochu té volnosti, důvěry, ale lepší se to*“.

Otázka č. 25 – Co je na poskytované podpoře pozitivní? „*Že vlastně nemám tolik starostí. Mám všechno, co potřebuji a nemusím se tolik namáhat*“.

Otázka č. 26 – Využíváte nějakou sociální službu? „*Denní stacionář, sociální rehabilitaci*“.

Otázka č. 27 – Vyhovuje vám provozní doba služby? „*Vyhovuje*“.

Otázka č. 28 – Vyhovují vám nabízené služby? „*Každý den není posvícení. Někdy slabší, někdy ne, ale vyhovuje mi to*“.

Otázka č. 29 – Jste spokojen s personálem služby? Jak byste hodnotil/a podporu na stupnici od 0 – 10? (0 - absolutně nespokojen/a, 1 – nespokojen/a, 2-5 - s něčím nespokojen/a, 6-7 - spíše spokojen/a, 8-9 – spokojen/a, 10 spojen/a, nic není třeba zlepšovat) „*S personálem problém nemám. Jsem spokojen. Dal bych jim devět. Vždycky je co zlepšovat*“.

Otázka č. 30 – Je pro Vás služba finančně dostupná? „*Je dostupná. Obě*“.

Otázka č. 31 – Je pro Vás služba dostupná, co se týče lokality? „*Je to dobrý. Od nás ani ne daleko, ani ne blízko, dobrý*“.

Otázka č. 32 – Využíváte sociální opory dobrovolníků? „*Nevyužívám. Nic mně to neříká*“.

Otázka č. 34 – Využíváte sociální opory nerodinných příslušníků (kamarádů, sousedů...)? „*Nevyužívám. Nějak jsme se odcizili. Moc kamarádů nemám*“.

Otázka č. 35 – Myslíte si, že Vás společnost vnímá jako rovnocenné partnery? „*Myslím, že jo. Někdo nepozná, že jsem postižená*“.

Otázka č. 36 – Pokud ano, jak to poznáte? „*Že se za mnou lidi nehrnou, že mi nechtějí pomáhat*“.

Otázka č. 37 – Pokud ne, jak to poznáte? „*Tak to nevím*“.

Otázka č. 38 – Co byste jim vzkázal/a? „*Chovejte se ke všem jako k rovnocennému člověku, máme stejná práva, ale i povinnosti*“.

Otázka č. 39 – Máte pocit, že společnost hendikepovaným toleruje některé věci, které by zdravým lidem netolerovali? „*Záleží na postižení člověka*“.

Otázka č. 40 - Pokud ano, které to jsou? „*Když člověk na vozíku odře dveře, tak to nevadí. Ale chodícímu postiženému by to netolerovali*“.

Otázka č. 41 – Co je pro Vás v životě důležité? (priority, plány do budoucna apod.) „*Pro mě je důležité postavit se na vlastní nohy. Bydlet v chráněném bydlení, naučit se líc vařit, hospodařit s penězi*“.

Otázka č. 42 – Myslíte si, že žijete běžný život, život svých vrstevníků? „*V rámci možností jo*“.

Otázka č. 43 – Co byste vzkázal/a lidem, kteří o Vás pečují? „*Trochu víc volnosti. Nebojte se tak*“.

#### 5.8.4 Rozvaha, zhodnocení

Respondent, který má v důsledku opakovaných operací mozku, kdy mu musela být odstraněna nádorová cysta, poškozen mozek natolik, že trpí zdravotními potížemi, které se projevují narušenou rovnováhou a zhoršenou artikulací, na první pohled se může zdát, že je v opileckém stavu, má také narušenou jemnou a hrubou motoriku, poškozený zrak a sluch. Z důvodů těchto zdravotních potíží má časté úrazy, hlavně dolních končetin, díky kterým musel podstoupit několik operací. Na základě rozhovoru, provedených škál a pozorování, je respondent částečně závislý na opoře druhé osoby. Kvalitu sociální opory vnímá rozdílně. Ze strany svých rodičů, na ni pohlíží jako na úzkostnou, ochrannou. Přál by si, aby mu rodiče dali více volnosti. Při rozhovoru se o opoře vyjadřoval jako na něco, co nemůže ovlivnit. S odevzdáním se, s pocitem beznaděje. Sám sebe vidí jako člověka, který by spoustu věcí zvládl sám, ale rodiče v něm podporují spíše závislost. Mají o něho strach a proto se tak chovají. Než aby se s nimi přel, raději ustoupí. Jako jejich podporu při zaměstnání ji ale vnímá jako kvalitní, neboť bez nich by si nemohl dovolit tuto práci vykonávat. Aspoň se tak domnívá. Je spokojen s personálem služeb, kterých využívá, neboť ti ho podporují k samostatnosti, dávají mu volnost, berou ho jako sobě rovného. Tam poznal, kolik věcí zvládá sám a je na sebe pyšný. Co se týče majoritní společnosti, tak si myslí, že s ním jednají také jako se sobě rovným, ale jen na základě toho, že nepoznají, že má nějaký hendikep. Obecně si myslí, že společnost těžce tělesně postiženým toleruje některé věci, které by zdravým lidem netolerovali. Rád by jim vzkázal, aby se k nim chovali jako k rovnocenným partnerům. Se vším všudy s právy ale i s povinnostmi.

## 5.9 Případová studie 4

**Iniciály:** LK

**Pohlaví:** žena

**Věk:** 37

**Diagnóza:** roztroušená skleróza

**Další onemocnění:**

**Rodinný stav:** vdaná

### 5.9.1 Anamnestické údaje

**Rodinná a sociální anamnéza** - respondentka žije se svým manželem a čtyřmi dětmi na vesnici, kde společně s manželovými rodiči bydlí v rodinném domě. Má rodiče, jednu mladší sestru, která je zcela zdráva. Je svéprávná, v invalidním důchodu. Je považována za osobu závislou na pomoci jiné fyzické osoby, a to ve druhém stupni. Za osobu, která o ni pečuje, uvádí hlavně manžela. V současné době ji začali pomáhat i starší dospívající dcery a občas i rodiče manžela.

**Pracovní anamnéza** – je vyučena jako pánská krejčová s výučním listem. Po ukončení studia, až do doby než odešla na mateřskou dovolenou, pracovala v závodě, kde se šily pánské obleky. Pracovala ve dvousměnném provozu jako šička.

### 5.9.2 Provedené škály a stručné hodnocení škál

Škály na posouzení soběstačnosti respondentky, které byly zpracovány během rozhovoru, respondentku vyhodnotily jako částečně závislou na pomoci druhé fyzické osoby. Dle první škály Barthelův test základních všedních činností, je respondentka s počtem 95 bodů lehce závislá v základních denních činnostech. Respondentka základní všední činnosti zvládá sama, pokud není zrovna indisponovaná svým zdravotním stavem. Potřebuje pouze dopomoc při chůzi po schodech. Druhá škála test instrumentálních všedních činností, respondentku vyhodnotil jako částečně nesoběstačnou v aktivitách denního života, získala 65 bodů. Dle tohoto testu potřebuje pomoc při nákupu, při praní prádla a také při domácích pracích. Schopnost zvládat tyto základní denní činnosti taktéž velmi ovlivňuje její aktuální zdravotní stav. Respondentka mívá stavy, kdy je velmi unavená, má problémy s koordinací pohybů, což vede k nejistotě při pohybu, chůze je neobratná. Projevuje se také necitlivost

především na konečkách prstů, mravenčení na horních a dolních končetinách. Tzv. ataky nemoci se u ní projevují především po oslabení organismu po nemoci či stresu.

### 5.9.3 Výsledek z rozhovoru s respondentem

Na otázky respondentka odpověděla následovně:

Otázka č. 1 – Máte nějaké zájmy, a jaké? *„Ráda čtu a kreslím. Automatickou kresbu, to mně velmi pomáhá a uklidňuje. Obrázky mě nabijí energií.“*

Otázka č. 2 – Můžete je realizovat dle vlastního uvážení? *„Pokud nejsem unavená, tak je mohu realizovat, kdy chci.“*

Otázka č. 3 – Potřebujete nějaký typ podpory při jejich realizaci (dopomoc a kdo vám ji poskytuje)? *„Nepotřebuji. To jsou věci, které zvládám sama a ráda.“*

Otázka č. 4 – Omezuje Vás něco při realizaci zájmů, koníčků a co? *„Omezuje mě únava, kterou já bohužel ovlivnit nemohu, tak jediné to, mě velmi omezuje.“*

Otázka č. 5 – Jak byste hodnotil/a oporu (volná odpověď), kterou Vám osoby poskytují při realizaci zájmů, koníčků? *„Podporu od manžela a dětí hodnotím velmi pozitivně. Ví, že mě tyto věci baví, pomáhají mi. Vychází mi vstříc a pomáhají mi i s domácími pracemi, protože ví, že mě tyto práce brzy unaví a pak lehnu do postele a ani se nehnu. Mám v nich velkou oporu.“*

Otázka č. 6 – Jak byste hodnotil/a oporu na stupnici od 0 – 10? (0 absolutně nespokojen/a, 1 – nespokojen/a, 2-5 s něčím nespokojen/a, 6-7 – spíše spokojen/a, 8-9 – spokojen/a, 10 – spokojen/a, nic není třeba zlepšovat) *„Číslem deset, jsou moc skvělí.“*

Otázka č. 7 – Pracujete a kde, jako co? *„Nepracuji.“*

Otázka č. 8 – Pokud nepracujete, myslíte si, že byste byl/a schopen/a s nějakou oporou práci vykonávat? *„Nemohla. Nemá to cenu. Jsem brzy unavená. Už jen ta cesta do zaměstnání by mě asi zmohla a co potom v práci.“*

Otázka č. 12 – Pokud jste někdy byl/a hospitalizován/a ve zdravotnickém zařízení, měl/a jste k dispozici svoje kompenzační pomůcky? *„Byla jsem hospitalizovaná, na neurologii v Brně. Svoje berle jsem měla u sebe.“*

Otázka č. 13 – Byl/a jste ve zdravotnickém zařízení omezena ve svých pohybových kompetencích? *„Omezená v pohybu jsem nebyla.“*

Otázka č. 14 – Jste závislý/á na pomoci druhé osoby v sebezpečí? *„Ano jsem. Hlavně při koupání. Mám problém se vstupem do vany a z ní. Z tohoto důvodu budeme koupelnu předělávat na bezbariérovou.“*

Otázka č. 15 – Kdo je pečující osoba? *„Hlavně manžel. Je moc obětavý. Nevím, co bych si bez něho počala“.*

Otázka č. 16 – Respektuje pečující osoba Vaše přání a požadavky? *„Respektuje“.*

Otázka č. 17 – Jak byste charakterizoval/a péči pečující osoby (je mateřská, odborná, úzkostná...)? *„Nevím, normální“.*

Otázka č. 18 – Máte pocit, že jste podporováni v samostatnosti nebo spíše v závislosti? *„Tak samozřejmě v samostatnosti. Jinak by to ani nešlo. Manžel chodí do práce, děti do školy, tak jsem dopoledne sama doma a musím se o sebe postarat. Snažím se být maximálně výkonná vůči mé rodině“.*

Otázka č. 19 – Při jednáních na úřadech, institucích, v obchodě apod. potřebujete podporu? *„Většinou ne. Pokud se cítím dobře a jedu autem, nepotřebuji žádnou oporu“.*

Otázka č. 20 – Kdo vám ji poskytuje? *„Pokud nemám auto k dispozici, zaveze mě tam manžel nebo tchán“.*

Otázka č. 21 – Jednáte sami nebo za Vás jedná doprovod? *„Jednám sama“.*

Otázka č. 23 – Lidé, kteří vám oporu nabízejí, jednají s vámi s porozuměním, úctou, jako s rovnocennými partnery? *„S porozuměním, jako se sobě rovnými“.*

Otázka č. 24 – Co byste změnili na chování pečujících osob, kteří podporu nabízejí? *„Vůbec nic. Jsem jim vděčná“.*

Otázka č. 25 – Co je na poskytované podpoře pozitivní? *„Že vím, že mám kolem sebe lidi, kteří mě mají rádi, a o kterých vím, že se na ně mohu kdykoli spolehnout“.*

Otázka č. 26 – Využíváte nějakou sociální službu? *„Nevyužívám“.*

Otázka č. 32 – Využíváte sociální opory dobrovolníků? *„Nevyužívám“.*

Otázka č. 34 – Využíváte sociální opory nerodinných příslušníků (kamarádů, sousedů...)? *„Nevyužívám“.*

Otázka č. 35 – Myslíte si, že Vás společnost vnímá jako rovnocenné partnery? *„Mě myslím, že ano, ale jednou jsem se setkala s příšerným chováním jedné prodavačky v obchodě. Bylo to krátce po tom, co mi nemoc zjistili. Měla jsem velké problémy s řečí, nemohla jsem dostatečně artikulovat a u pokladny se na mě prodavačka uškubovala jako bych byla nějaká špína. Ti, co jsou vážně viditelně postiženi, to mají dle mého názoru velmi těžké ve společnosti. Jednou jsem si to zažila a už bych nikdy nechtěla“.*

Otázka č. 38 – Co byste jim vzkázal/a? *„Chovejte se ke všem s porozuměním, láskou. Jsme všichni na jedné lodi“.*

Otázka č. 39 – Máte pocit, že společnost hendikepovaným toleruje některé věci, které by zdravým lidem netolerovali? „*To nedokážu posoudit*“.

Otázka č. 41 – Co je pro Vás v životě důležité? (priority, plány do budoucna apod.) „*Zdraví, vychovat děti*“.

Otázka č. 42 – Myslíte si, že žijete běžný život, život svých vrstevníků? „*Ano i ne. Ale spíš ano. Zatím jsem omezená částečně, sice mi všechno trvá dlouhou dobu, potřebuji více času, ale pokud se cítím dobře, života si užívám*“.

Otázka č. 43 – Co byste vzkázal/a lidem, kteří o Vás pečují? „*Poděkování*“.

#### **5.9.4 Rozvaha, zhodnocení**

Na základě rozhovoru, provedených škál a pozorování, je respondentka částečně závislá na opoře druhé osoby. Kvalitu sociální opory hlavně ze strany své rodiny vnímá kvalitní. Bez nich by si nedokázala zvládnout každodenních činností představit. Je moc vděčná za zázemí v rodině, které má. Co jí trochu chybí, jsou kamarádky. Ty, které má, vidá málo. Je vděčná za každou návštěvu, která za ni přijde. Ráda si povídá, ale lidem moc nevěří. Svého času začala navštěvovat sdružení Roska, sdružení, kde se setkávali lidé s roztroušenou sklerózou. Brzy tam ale přestala chodit, neboť ji toto setkávání spíše skličovalo, než povzbuzovalo. Raději se setkává se zdravými lidmi, kteří v ní vyvolávají pocit sounáležitosti a nemyslí tolik na svoje problémy. I když ví, že prognóza nemoci není příznivá, dívá se na život s optimismem.



## 5.10 Případová studie 5

**Iniciály:** ML

**Pohlaví:** muž

**Věk:** 33

**Diagnóza:** Spastická paraplegie od segmentu Th 6-8 dist.

**Další onemocnění:** mimo problematiku spojenou s úrazem páteře má problémy se štítnou žlázou.

**Rodinný stav:** svobodný

### 5.10.1 Anamnestické údaje

**Rodinná a sociální anamnéza** – respondent, který následkem úrazu při dopravní nehodě ve svých 22 letech, ochrnul na dolní končetiny, žije se svou přítelkyní v Praze v pronajatém bytě. Jeho rodiče žijí na vesnici, za kterými často dojíždí. Zvládne řídit auto, které má přizpůsobené na ovládání rukama. Pro kompenzaci svého hendikepu používá mechanický vozík. Má staršího bratra, se kterým se také navštěvuje. Pobírá plný invalidní důchod a částečně pracuje. Je považován za osobu závislou na pomoci jiné fyzické osoby a to v prvním stupni. Za osobu, která o něho pečuje, uvádí přítelkyni.

**Pracovní anamnéza** – má dosažené středoškolské vzdělání. Po vyučení krátce pracoval jako dělník ve firmě, která se zabývala výrobou plastových oken. V současné době je OSVČ, pracuje v reklamní agentuře jako administrativní pracovník na personálním oddělení.

### 5.10.2 Provedené škály a stručné hodnocení škál

Škály na posouzení soběstačnosti respondenta vyhodnotily jako částečně závislého na pomoci druhé fyzické osoby. Dle první škály Barthelův test základních všedních činností, je respondent s počtem 80 bodů lehce závislý v základních denních činnostech. Respondent potřebuje pomoc při prostorové orientaci. Sám zvládne, pouze pomoci vozíku, dopravit se do 50 metrů, vůbec neprovede chůzi po schodech. Naopak je samostatný v sebeobslužných činnostech, jako je oblékání, osobní hygiena, najedení atd. Druhá škála test instrumentálních všedních činností, respondenta vyhodnotila jako částečně nesoběstačného v aktivitách denního života, získal 65 bodů. Dle tohoto testu potřebuje pomoc při nákupu, při praní prádla a také při domácích pracích. Respondent zcela

samostatně ovládá manipulaci s telefonem, dokáže odesílat peníze přes internetové bankovníctví, nedělá mu problém nadávkovat a užívat léky ve správnou dobu. Zvládne se sám dopravit dopravním prostředkem. Má uzpůsobené auto na ovládání rukama.

### 5.10.3 Výsledek z rozhovoru s respondentem

Na otázky respondent odpověděl následovně:

Otázka č. 1 – Máte nějaké zájmy, a jaké? *„Sport, výlety za poznáním, věda a technika, auto-moto a vše kolem“.*

Otázka č. 2 – Můžete je realizovat dle vlastního uvážení? *„Ano“.*

Otázka č. 3 – Potřebujete nějaký typ podpory při jejich realizaci (dopomoc a kdo vám ji poskytuje)? *„Ano, ve větší míře je potřebná dopomoc – přítelkyně, kamarádi, blízcí, asistence“.*

Otázka č. 4 – Omezuje Vás něco při realizaci zájmů, koníčků a co? *„Asi zdravotní postižení bránící ve větším rozletu. Ve spoustě případů také závislost na jiných osobách a prostředcích, přístupnost“.*

Otázka č. 5 – Jak byste hodnotil/a oporu (volná odpověď), kterou Vám osoby poskytují při realizaci zájmů, koníčků? *„Na výbornou“.*

Otázka č. 6 – Jak byste hodnotil/a oporu na stupnici od 0 – 10? (0 absolutně nespokojen/a, 1 – nespokojen/a, 2-5 s něčím nespokojen/a, 6-7 – spíše spokojen/a, 8-9 – spokojen/a, 10 – spokojen/a, nic není třeba zlepšovat) *„8 – 9“.*

Otázka č. 7 – Pracujete a kde, jako co? *„Jako administrativní pracovník na personálním oddělení, fakturacích“.*

Otázka č. 9 – Potřebujete podporu při výkonu svého povolání? *„v některých případech ano“.*

Otázka č. 10 - Jak byste hodnotil/a oporu (volná odpověď), která je Vám poskytována při pracovním uplatnění? (včetně podpory zaměstnavatele např. úprava pracovních podmínek, možnosti mít v zaměstnání asistenta, asistenčního psa apod.) *„Zatím velice kladně. Zaměstnavatel doposud přistoupil na veškeré podmínky spojené s problematikou zdravotního postižení, až se tomu sám divím“.*

Otázka č. 11 – Jak byste hodnotil/a oporu na stupnici 0 – 10? (0 absolutně nespokojen/a, 1 – nespokojen/a, 2-5 s něčím nespokojen/a, 6-7 – spíše spokojen/a, 8-9 – spokojen/a, 10 – spokojen/a, nic není třeba zlepšovat) *„8 – 9“.*

Otázka č. 12 – Pokud jste někdy byl/a hospitalizován/a ve zdravotnickém zařízení, měl/a jste k dispozici svoje kompenzační pomůcky? *„Ano. Pokud se stalo, že už jsem neměl, zdravotnické zařízení dodalo, dle požadavků klienta“.*

Otázka č. 13 – Byl/a jste ve zdravotnickém zařízení omezena ve svých pohybových kompetencích? *„Nejsem si vědom, zatím spíš ne. Pokud došlo k nějakému omezení, vždy s velkou ochotou došlo k výpomoci“.*

Otázka č. 14 – Jste závislý/á na pomoci druhé osoby v sebezpečí? *„V určitých případech ano“.*

Otázka č. 15 – Kdo je pečující osoba? *„Přítelkyně“.*

Otázka č. 16 – Respektuje pečující osoba Vaše přání a požadavky? *„Ano“.*

Otázka č. 17 – Jak byste charakterizoval/a péči pečující osoby (je mateřská, odborná, úzkostná...)? *„Odborná“.*

Otázka č. 18 – Máte pocit, že jste podporováni v samostatnosti nebo spíše v závislosti? *„Samostatnost“.*

Otázka č. 19 – Při jednáních na úřadech, institucích, v obchodě apod. potřebujete podporu? *„Podporu ne, spíše asistenci, protože ne všechna zařízení jsou bezbariérová“.*

Otázka č. 20 – Kdo vám ji poskytuje? *„Přítelkyně, kamarádi, blízcí“.*

Otázka č. 21 – Jednáte sami nebo za Vás jedná doprovod? *„Sám, pokud to situace neumožňuje, z důvodu přístupnosti, jedná doprovodná osoba“.*

Otázka č. 22 – Při jednání komunikují s Vámi nebo se obrací k doprovodu? *„Se mnou“.*

Otázka č. 23 – Lidé, kteří vám oporu nabízejí, jednají s vámi s porozuměním, úctou, jako s rovnocennými partnery? *„Asi jak kteří. Ze začátku je jednání většinou s mírným odstupem, který se postupně mírní, až na rovnocennou mez s určitým respektem“.*

Otázka č. 24 – Co byste změnili na chování pečujících osob, kteří podporu nabízejí? *„V mém případě asi nic. Vždy je důležité s danou osobou probrat situaci s předstihem, aby nevznikaly nepříjemné situace. Co se týče méně samostatných osob, je několik věcí na které brát zřetel. Odbornost, komunikativnost, pochopení, flexibilita.....“.*

Otázka č. 25 – Co je na poskytované podpoře pozitivní? *„Že se najdou tací, kteří nemyslí pouze na sebe a jsou ochotni věnovat svůj čas. Jednou může nastat okamžik, kdy právě oni nebo jejich blízcí budou zmíněnou pomoc potřebovat“.*

Otázka č. 26 – Využíváte nějakou sociální službu? *„Doposud jsem služby nevyužil“.*

Otázka č. 30 – Je pro Vás služba finančně dostupná? *„Službu jsem nevyužil, ale podle jistých informací z okolí a zvážení mých prostředků si myslím, že by služba finančně dostupná měla být“.*

Otázka č. 31 – Je pro Vás služba dostupná, co se týče lokality? *„Ano“.*

Otázka č. 32 – Využíváte sociální opory dobrovolníků? *„V určitých případech ano“.*

Otázka č. 33 – Jak hodnotíte oporu dobrovolníků? (volná odpověď) *„V mém případě určitě kladně“.*

Otázka č. 34 – Využíváte sociální opory nerodinných příslušníků (kamarádů, sousedů...)? *„Ano“.*

Otázka č. 35 – Myslíte si, že Vás společnost vnímá jako rovnocenné partnery? *„Na následující otázky je z mého pohledu těžká odpověď. V takovém případě by odpovědi zmíněných stran byly rozcházející. I když okolí uzná, že je vše v pořádku, člověk na vozíku to takhle necítí. Většinou rozdíly mizí s uplynulým časem, kdy si obě strany na sebe zvykají. Hodně také záleží na povaze osoby. Jednoduše bych odpověděl a vyřkl svůj názor na následující otázky. Pokud člověk není v kůži vozičkáře, nebo jinak postižené osoby, nikdy neví, jaké to je. I když má daná osoba odborné vzdělání, přesto jde stále jen o teorii a představu. Ve skutečnosti je vše jiné, než zmíněná představa. Proto daná osoba z nějakého důvodu pozná, že něco není v pořádku“.*

Otázka č. 39 – Máte pocit, že společnost hendikepovaným toleruje některé věci, které by zdravým lidem netolerovali? *„Ano“.*

Otázka č. 40 – Pokud ano, které to jsou? *„Z mého osobního pohledu je jich docela dost. Takhle přímo odpovím asi jen na několik z velké většiny, protože vše přichází až z vyplynulých situací. Co vzpomenu, tak např.: nabízení pomoci, předbíhání, dávání přednosti, finanční úlevy, promíjení zákazů vjezdu, vstupu, parkování, časové zdržení – úřady, schůzky, lékař. Situací je spousta“.*

Otázka č. 41 – Co je pro Vás v životě důležité? (priority, plány do budoucna apod.) *„To se asi nemění v celém průběhu života. S postupem věku rodina, domov zdraví a klid, což lze označit jako prioritou. Vše ostatní už není až tak extrémně důležité. S plány do budoucna bych zase tolik nepředbíhal. Vždy přijde něco, co plány může překazit a člověk je poté zklamaný“.*

Otázka č. 42 – Myslíte si, že žijete běžný život, život svých vrstevníků? *„Snažím se o to, i když je to mnohem náročnější“.*

Otázka č. 43 – Co byste vzkázal/a lidem, kteří o Vás pečují? „*Všem moc děkuji za jejich pomocnou ruku a těším se na další setkání*“.

#### **5.10.4 Rozvaha, zhodnocení**

Respondent, který je částečně závislý na opoře druhé osoby, hodnotí její kvalitu a míru, hlavně ze strany své přítelkyně, rodiny a kamarádů, kladně. Snaží se žít plnohodnotný život, život svých vrstevníků, i když jak říká, je to mnohem náročnější. Je v invalidním důchodu, ale snaží se v maximální míře pracovat a být užitečný. Své koníčky a zájmy může realizovat dle vlastního uvážení, i když při jejich realizaci potřebuje pomoc. Bez ochoty druhých by jistě nemohl. Hlavním problémem jsou např. různé bariéry budov, lokality apod. Sociální službu zatím žádnou nevyužil, ale kdyby chtěl, byla by pro něho dostupná jak finančně, tak po stránce lokality. Využívá ale dobrovolníků, kteří mu při realizaci různých aktivit pomáhají. Na otázku, zda ho majoritní společnost vnímá, jako rovnocenného partnera odpověděl, že společnost má dojem, že ano, ale člověk na vozíku to vnímá zcela odlišně. Většinou rozdíl mizí s uplynulým časem, kdy si obě strany na sebe zvykají. Hodně také záleží na povaze osoby. Pokud člověk není v kůži postiženého, nikdy neví, jaké to je. I když má, daná osoba, odborné vzdělání, přesto jde stále jen o teorii a představu. Ve skutečnosti je vše jiné, než zmíněná představa. Proto daná osoba z nějakého důvodu pozná, že něco není v pořádku. Do budoucna moc neplánuje, neboť plány může něco překazit, např. autonehoda a potom je člověk zklamný. Pečující osobám vzkazuje, že jim velice děkuje za podanou pomocnou ruku a těší se na další setkání.

## 5.11 Diskuze

V praktické části bakalářské práce byly u pěti respondentů zpracovány případové studie, u kterých byly použity metody kvalitativně organizovaného šetření pozorování a rozhovoru. Všichni respondenti ochotně s rozhovorem souhlasili a během rozhovoru ochotně spolupracovali. Dokonce někteří za rozhovor poděkovali. Bylo vidět, že je těší zájem o tuto problematiku. Rozhovory s respondenty byly prováděny v jejich domácím prostředí a v zařízeních, kde využívají sociální službu. S každým respondentem bylo hovořeno individuálně o samotě.

Z rozhovorů vyplývá, že některé oblasti vnímají respondenti stejně nebo podobně, v některých se rozcházejí. Jinak kvalitu a míru sociální opory vnímají osoby, které jsou z důvodu nemoci či úrazu tělesně postižené a jinak ji vnímají osoby, které k tělesnému postižení mají přidružené mentální postižení.

Rozhovor byl rozdělen na oblasti: realizace zájmů respondentů, na jejich pracovní uplatnění, zkušenosti s hospitalizací ve zdravotnickém zařízení, na oblast soběstačnosti, na využívání sociální služby, služby dobrovolníků, nerodinných příslušníků, kamarádů, postoj společnosti k tělesně postiženým, priority, plány do budoucna, zda žijí běžný život, život svých vrstevníků, vzkaz lidem, kteří o respondenty pečují.

Z rozhovorů vyllynulo:

*Oblast zájmů ot. č. 1, 2, 3, 4, 5, 6*

Všichni respondenti mají nějaké zájmy nebo koníčky. Čtyři respondenti při jejich realizaci potřebují oporu druhé osoby. Jedna respondentka uvedla, že oporu nepotřebuje. Co ji ale omezuje při realizaci, je její aktuální zdravotní stav. Pokud se necítí dobře, své zájmy nemůže realizovat. Většinou uvádí dopravu na konkrétní místo nebo pomoc při prostorové orientaci. Opора je jim většinou poskytována ze strany rodiny. Jeden respondent využívá oporu přítelkyně, kamarádů někdy i dobrovolníků. Jedna respondentka také využívá oporu kamarádů a dobrovolníků. Na stupnici 0 - 10 oporu ohodnotili: jedna respondentka je s oporou spokojena tak, že není nic zlepšovat (10 bodů), dva respondenti jsou s oporou spokojeni (8 – 9 bodů) a dva by chtěli oporu změnit (5 bodů). Tito respondenti uvádějí, že je omezuje čekání, až si na ně někdo udělá čas. Chtěli by mít možnost více své koníčky

realizovat dle vlastního přání a dle vlastních časových možností. Tím je myšleno jít do kina kdy já chci, ne kdy chce člověk, který mi nabízí sociální oporu

*Oblast pracovního uplatnění ot. č. 7, 8, 9, 10, 11*

Tři respondenti pracují. Jeden do zaměstnání dochází každý den, další dva pracují jen několik dní v měsíci. Všichni při práci potřebují nějakou oporu. Pro dva respondenty zaměstnavatel poskytuje kvalitní oporu, vždy jim vychází vstříc. Jeden z těchto respondentů hodnotí kvalitní oporu ze strany rodiny, bez které by práci vykonávat nemohl. Práci mu rodina dováží domů. Dva respondenti na stupnici 0 – 10 oporu ohodnotili (číslem 10), není co zlepšovat, jeden respondent je s oporou spokojen (8 – 9 bodů). Jedna respondentka uvádí, že by pracovat nemohla, neboť je brzy unavitelná a nemohla by vydávat výkony, které by na ni byly kladeny. Další respondentka by ráda pracovala, ale zatím nenašla práci, která by pro ni byla vhodná a také nemá dostatečnou oporu při její realizaci. Přála by si více dobrovolníků či asistenci, kteří by ji oporu mohli zajistit. Na stupnici oporu ohodnotila (0 body).

*Oblast zkušeností s hospitalizací ve zdravotnickém zařízení ot. č. 12,13*

Čtyři respondenti byli hospitalizováni ve zdravotnickém zařízení. Během hospitalizace vždy měli svoje kompenzační pomůcky k dispozici. Jeden respondent uvedl, že si o svůj vozík musel personálu říci, potom mu bylo vyhověno. Pokud byli omezeni ve svých pohybových kompetencích, vždy to bylo z důvodu zdravotního zákroku, po kterém museli dodržovat klid na lůžku. Jedna respondentka ještě hospitalizována nebyla, ale hospitalizace se velmi obává. Uvedla důvod, že kompenzační pomůcky, které používá, by nemusely být ve zdravotnickém zřízení k dispozici a bez nich by si nedovedla představit, jak by to personál s ní zvládal.

*Oblast soběstačnosti ot. č. 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25*

Všichni respondenti jsou závislí na pomoci druhé osoby v sebezpečí. Opora je jim poskytována ze strany rodiny (matky, přítelkyně, manžela), tři respondenti využívají sociální službu, tak také od pracovníků pracujících ve službě. Dva respondenti mají pocit, že je vedou k závislosti, místo toho aby je podporovali v soběstačnosti, jednájí s nimi jako

s malými dětmi, mají o ně strach. Při jednáních na úřadech místo nich jedná doprovod a pracovníci se také obrací k doprovodu, což jim velmi vadí. Ostatní respondenti oporu hodnotí pozitivně, dle nich je kvalitní a dostatečná.

*Oblast využívání sociální služby ot. č. 26, 27, 28, 29, 30, 31*

Sociální službu využívají tři respondenti. Vyhovuje jim provozní doba služby, nabízené aktivity, lokalita i finanční stránka. Spokojeni jsou i s personálem, který jim služby poskytuje. Na stupnici 0 – 10 dva respondenti oporu ohodnotili (číslly 8 – 9) s oporou jsou spokojeni, jedna respondentka (číslem 10) není co zlepšovat.

*Oblast služby dobrovolníků, nerodinných příslušníků, kamarádů ot. č. 32, 33, 34*

Službu dobrovolníků, kamarádů, sousedů využívají dva respondenti. S oporou jsou spokojeni, je kvalitní. Jedna respondentka oceňuje, že za ní dobrovolnice jezdí až z Brna, což je asi 40 km.

*Oblast postoje společnosti k tělesně postiženým ot. č. 35, 36, 37, 38, 39, 40*

Zda je společnost vnímá jako rovnocenné partnery, respondenti uvádí, že ano i ne, záleží na konkrétním člověku, na míře postižení. Dva respondenti podobně uvedli, že s nimi jednájí jak s malými dětmi, že je lidé odbývají, aby s nimi nemuseli hovořit, že se přetvařují, jednájí z donucení. Jeden respondent uvedl, že si myslí, že ho vnímají jako rovnocenného partnera, protože nepoznají, že je postižený, ale opilý. Jedna respondentka to nedokáže posoudit, ale jednou se setkala s nepříjemným jednáním prodavačky v obchodě, takže se domnívá, že společnost těžce tělesně postižení nevnímá jako rovnocenné partnery. Jeden respondent uvedl, že hodně také záleží na povaze osoby. Pokud člověk není v kůži vozičkáře, nebo jinak postižené osoby, nikdy neví, jaké to je. Lidé, kteří s postiženým jednájí, je začnou brát jako rovnocenné partnery, až po čase, až se blíže poznají. Do té doby se chovají s ostychem, neví přesně jak jednat, dělají chyby, které hendikepovaní lidé vycítí.

Čtyři respondenti uvádějí, že společnost postiženým toleruje některé věci, které by zdravým lidem netolerovala. Uvedli příklady jako neplacení na společenských akcích, nabízení pomoci, předbíhání, dávání přednosti, finanční úlevy, promíjení zákazů vjezdu,



vstupu, parkování, časové zdržení – úřady, schůzky, lékař, když něco rozbijí. Situací dle nich je spousta. Jedna respondentka to nedokázala posoudit.

*Oblast priorit, plány do budoucna ot. č. 41*

Hlavními prioritami, plány do budoucna třech respondentů je postavit se na vlastní nohy a chodit do práce. Pro jednu respondentku zdraví a vychovat děti, jeden respondent dopředu moc neplánuje, neboť do plánování může něco vejít a potom je člověk zklamaný.

*Oblast, zda žijí běžný život, život svých vrstevníků ot. č. 42*

Dle subjektivních postojů čtyř respondentů, žijí běžný život, život svých vrstevníků, i když ne na 100%, ale snaží se. Jeden respondent uvádí, že vzhledem ke svému stavu nemůže dělat vše jako ostatní, další respondent uvádí, že v rámci možností žije běžný život, třetí respondent říká: snažím se, ale je to mnohem náročnější, dle čtvrté respondentky, pokud se cítí dobře, žije životem jaký je typický pro její vrstevníky, i když jí všechno trvá dlouho. Poslední, pátá respondentka říká, že žije jiný život, těžší, se stálým čekáním na pomoc.

*Oblast vzkaz lidem, kteří o respondenty pečují ot. č. 43*

Vzkaz pro majoritní společnost: *„Víme, že to není někdy jednoduché, ale jsme jinak normální lidé. Chtěli bychom chodit do práce a vydělávat si peníze. Chovejte se ke všem s porozuměním, láskou. Jsme všichni na jedné lodi. Chovejte se ke všem jako k rovnocennému člověku, máme stejná práva, ale i povinnosti“.*

Vzkaz pečujícím osobám. *„Vím, že to se mnou není občas jednoduché, snažím se svému okolí pomáhat, jsem rád za zázemí, které mám a neměnil bych. Jsem velmi spokojený. Že si jich vážím, že mají dobré srdce a že přijdou do nebe. Trochu víc volnosti. Nebojte se tak. Poděkování. Všem moc děkuji za jejich pomocnou ruku a těším se na další setkání“.*

Vyhodnocení škál:

**Barthelův test základních všedních činností.** Tento test slouží ke zhodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech.

Tři respondenti jsou dle tohoto testu lehce závislí na pomoci druhé osoby. Všechny denní činnosti zvládají samostatně, problém mají při chůzi po rovině nebo do schodů. Dva respondenti potřebují dopomoc při chůzi po rovině, kdy sami zvládnou, a to pouze s pomoci ortopedického vozíku, přepravu do 50 metrů. Dva respondenti potřebují dopomoc při chůzi do schodů, jeden respondent chůzi do schodů neprovede vůbec. Tato závislost měla vliv na hodnocení opory, neboť respondenti se bez pomoci nedopraví na určené místo. Další respondent z pěti je, dle této škály, nezávislý. Zvládá všechny základní denní činnosti. I přesto, že je tolik soběstačný, není mu umožněno, ze strany rodiny, plnohodnotně se zapojovat do běžného života svých vrstevníků a to z důvodu, že se o něho rodina obává, aby se mu něco nepříhodovalo. Poslední pátá respondentka je vysoce závislá. I tady tato závislost měla vliv na hodnocení kvality a míry opory. Vzhledem k tomu, že při prostorové orientaci potřebuje dopomoc druhé osoby, tady by si přála, aby se našlo více dobrovolníků, kteří by ji doprovázeli. Při ostatních činnostech je s oporou spokojena.

**Test instrumentálních všedních činností** zjišťuje lehčí poruchy soběstačnosti.

Tato škála vyhodnotila jednu respondentku jako nesoběstačnou v instrumentálních aktivitách denního života. Dá se říci, že je respondentka při těchto aktivitách vedena k samostatnosti, je respektována ze strany pečujících osob, opora jí z větší části vyhovuje. Jediné co by vylepšila je, aby stále nemusela čekat, až si na ni někdo udělá čas. Další čtyři respondenti jsou částečně nesoběstační v těchto aktivitách. I tady se dva respondenti vidí schopnější, než je samotné vidí jejich rodina. Přáli by si více volnosti, aby se o ně rodina tolik nebála a více jim věřila.

Ze zpracovaných případových studií vyplynulo doporučení pro sociální pedagogiku a práci sociálních pedagogů, že by měli působit na majoritní společnost, aby osoby s tělesným či jiným hendikepem opravdově přijala. Měli by prohlubovat spolupráci mezi postiženými a zdravými lidmi ve všech sférách veřejného života. Měli by dělat osvětu, jak s takovými lidmi komunikovat, aby je neuváděli do rozpaků, aby se necítili jako malé děti, aby se k nim chovali přiměřeně k jejich věku. Čtyři z pěti respondentů měli ať větší či menší problém při realizaci svých zájmů, koníčků. Uváděli, že rodina, kamarádi, blízcí si pro ně čas rádi najdou, ale někdy je to pro ně obtížné. Zvláště pokud jsou zaměstnaní. Respondenti musejí čekat, až si na ně někdo udělá čas, čekat na pomoc.

Ze šetření vyplynula následující poučení:

1. Při jednání zachovávat běžná pravidla společenského chování ve vztahu postižený versus nepostižený, tzn. jednání přiměřené věku, automaticky dospělému člověku netykáme, ale domlouváme se vzájemně na tykání apod.
2. Když nabízím někomu podporu, o čase, který chci poskytnout klientovi, si rozhoduje on sám, tzn. já se musím přizpůsobit klientovi, ne on mně.
3. Když mám práva, tak mám také povinnosti, tzn. není potřeba odpouštět přestupek, nevhodné chování „nejsem chudinka“.
4. Volnost, jít do bezpečného rizika, nebát se klienta např. pustit samotného do kina, obchodu.
5. I těžce hendikepovaní lidé chtějí pracovat.

## ZÁVĚR

Téma bakalářské práce byla *sociální opora osob s tělesným postižením v procesu inkluze*. Práce byla rozdělena na teoretickou a praktickou část.

Cílem teoretické části bylo získat co nejvíce informací z odborných zdrojů o základních pojmech vztahující se k danému tématu. Informace poté zpracovat a utřídit. Cíl, který byl na počátku stanoven, byl splněn. Bylo vysvětleno, co je tělesné postižení, jak je možné dělit pohybové vady, některá vybraná postižení byla v práci charakterizována. Také bylo přiblíženo, jak mohou lidé s tělesným postižením svůj hendikep kompenzovat. Dále, pak byl vysvětlen pojem společenský hendikep, jakým bariérám prostředí, ať už ve vnitřním nebo venkovním prostředí, musí tyto osoby čelit, jaké projevy postižení je společensky hendikepuje a jak je vnímá majoritní společnost. Jedna z kapitol věnovala pozornost významu a dopadu sociální opory na člověka s těžším tělesným postižením, dále pak roli sociálního pedagoga v poskytování sociální opory jedincům s tělesným postižením a vlivu sociálního pedagoga na společnost v přístupu k tělesně postiženým. Informace byly čerpány z odborné literatury od různých autorů, z oblasti psychologie, sociální pedagogiky, speciální pedagogiky, lékařství nebo z internetového portálu. Snáz byly dostupné informace, které se týkaly tělesného postižení, dělení vad, kompenzace hendikepu, hůře se zpracovávaly kapitoly o sociální opoře nebo kapitola popisující roli a vliv sociálního pedagoga.

Cílem praktické části bylo získat informace od respondentů s těžším tělesným postižením týkající se individuálních zvláštností jednotlivých respondentů a jejich subjektivních postojů ke kvalitě a míře sociální opory. Cíle se podařilo naplnit. Bylo provedeno kvalitativní šetření u pěti respondentů s těžším tělesným postižením. Informace byly získávány pozorováním a polostrukturovaným rozhovorem. Otázky rozhovoru směřovaly k subjektivnímu hodnocení sociální opory v každodenním životě, zda jsou s oporou spokojeni, klady a zápory opory, jejich doporučení a návrhy. Součástí rozhovoru bylo zpracování škál, které jsou zaměřeny na míru soběstačnosti.

Z provedeného šetření mohou sociální pedagogové získaná data využít jako edukační materiál pro veřejnost, sociální pracovníky, dobrovolníky i rodinné příslušníky, kteří sociální oporu poskytují. Materiál, by mohl sloužit k proškolení v přístupu k těžce tělesně postiženým, aby věděli jak s nimi komunikovat, jednat, aby dokázali posoudit míru sociální opory. Pokud by sociální pedagogové působili, zvláště na mladé lidi, aby byli

ochotní těmto lidem sociální oporu během každodenního života poskytovat, bylo by to pro ně velmi přínosné. Také by měli působit na rodinné příslušníky, kteří sociální oporu poskytují, zvláště osobám, které mají ke svému tělesnému postižení také mentální postižení, ve směru, že i tito lidé mají stejné potřeby a očekávání jako zdraví lidé. Potom by sociální opora měla význam. Tělesně postižení by se cítili jako součást společnosti, necítili by se izolováni od běžného života, měli by pocit sounáležitosti, potřebnosti, kvalita jejich života by byla na dobré úrovni

## SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

### Monografie

BAŠTECKÁ, Bohumila a kol., 2003. *Klinická psychologie v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 420 s. ISBN 80-7178-735-3.

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ, 2000. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 776 s. ISBN 80-7178-303-X.

HENDL, Jan, 2008. *Kvalitativní výzkum. Základní teorie, metody a aplikace*. Vyd. 2., aktualizované, Praha: Portál, 408 s. ISBN 978-80-7367-485-4.

JANKOVSKÝ, Jiří, 2001. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska*. Vyd. 1. Praha: Triton, 158 s. ISBN 80-7254-192-7.

JŮZL, Miloslav a kol, 2012. *Metody sociálně výchovné práce*. Brno: Institut mezioborových studií Brno, 89 s.

KRAUS, Blahoslav, ed., Věra POLÁČKOVÁ, ed. a kol., 2001. *Člověk-prostředí-výchova, K otázkám sociální pedagogiky*. Brno: Paido, 199 s. ISBN 80-7315-004-2.

KRAUS, Bohuslav a Petr SÝKORA, 2009. *Sociální pedagogika*. Brno: Institut mezioborových studií Brno, 62 s.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2001. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 280 s. ISBN 80-7178-551-2.

MATOUŠEK, Oldřich a kol, 2003. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 380 s. ISBN 80-7178-548-2.

MŮHLPACHR, Pavel, 2010. *Speciální pedagogika*. Brno: Institut mezioborových studií Brno, 225 s.

MÜLLEROVÁ, Magdalena, ed., 2011. *Dobrovolníci pro kulturu: dobrovolnická činnost v kulturních organizacích*. 1. vyd. Praha: Česká kancelář programu Culture nákladem Institutu umění - Divadelního ústavu, 128 s. ISBN 978-80-7008-268-3.

NOVOSAD, Libor, 2011. *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita*. Praha: Portál, 166 s. ISBN 978-80-7367-873-9.

- OPATŘILOVÁ, Dagmar a Dana, ZÁMEČNÍKOVÁ, 2008. *Možnosti speciálně pedagogické podpory u osob s hybným postižením*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 180 s. ISBN 978-80-210-4575-0.
- PAFKO, Pavel et al., 2008. *Základy speciální chirurgie*. Praha: Galén, ©2008. 385 s. ISBN 978-80-7262-402-7.
- PIPEKOVÁ, Jarmila, ed., 2006. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 404 s. ISBN 80-7315-120-0.
- PIPEKOVÁ, Jarmila et al., 2010. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3., přeprac. a rozš. vyd. Brno: Paido, 401 s. ISBN 978-80-7315-198-0.
- PROCHÁZKA, Miroslav, 2012. *Sociální pedagogika*. Vyd. 1. Praha: Grada, 203 s. Pedagogika. ISBN 978-80-247-3470-5.
- RADVAN, Eduard a Michal VAVŘÍK, 2009. *Metodika psaní odborného textu a výzkum v sociálních vědách*. Brno: Institut mezioborových studií Brno, 57 s.
- RENOTIÉROVÁ, Marie a kol., 2003. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 290 s. Učebnice. ISBN 80-244-0646-2.
- SLOWÍK, Josef, 2007. *Speciální pedagogika*. Vyd. 1. Praha: Grada, 160 s. Pedagogika. ISBN 978-80-247-1733-3.
- UZLOVÁ, Iva, 2010. *Asistence lidem s postižením a znevýhodněním*. Praha: Portál, 135 s. ISBN 978-80-7367-764-0.
- VÁGNEROVÁ, Marie, 2004. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 872 s. ISBN 80-7178-802-3.
- VÍTEK, Jiří, 2007. *Medicínská propedeutika pro speciální pedagogy: úvod do neurologie: úvod do oftalmologie: texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido, 126 s. ISBN 978-80-7315-154-6.
- VÍTKOVÁ, Marie a kol., 1998. *Integrativní speciální pedagogika: sborník k projektu "Škola pro všechny"*. Brno: Paido, 181 s. ISBN 80-85931-51-6.
- VÍTKOVÁ, Marie, 2006. *Somatopedické aspekty*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 302 s. ISBN 80-7315-134-0.
- VOKURKA, Martin a kol., 1998. *Praktický slovník medicíny*. 5., rozš. vyd. Praha: Maxdorf, 490 s. ISBN 80-85800-81-0.

## Právní předpisy

### Zákon

ČESKO, 2011. Zákon č. 329/2011 ze dne 13. října 2011 o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 115, s. 3970-3994. ISSN 1211-1244. Dostupné také z: [http://www.mpsv.cz/cs/Právní\\_předpisy/Sociální\\_legislativa/pdf](http://www.mpsv.cz/cs/Právní_předpisy/Sociální_legislativa/pdf).

ČESKO, 2006. Zákon č. 108/2006 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 37, s. 1257-1289. Dostupné také z: [http://www.mpsv.cz/cs/Právní\\_předpisy/Sociální\\_legislativa/pdf](http://www.mpsv.cz/cs/Právní_předpisy/Sociální_legislativa/pdf).

### Vyhláška

ČESKO, 2006. Ministerstvo práce a sociálních věcí. Vyhláška č. 505/2006 ze dne 15. listopadu 2006, kterou se upravují některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 164, s. 7021-7048. Dostupné také z: [http://www.mpsv.cz/cs/Právní\\_předpisy/Sociální\\_legislativa/pdf](http://www.mpsv.cz/cs/Právní_předpisy/Sociální_legislativa/pdf).

### Elektronické zdroje

HEŘMANOVÁ, Jana a Blanka KADERÁVKOVÁ. *CEVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA – CMP* [online]. © 2010 - 2012 [cit. 2014-14-4]. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/vyuka/lekarske-diagnozy.aspx?id=22>

MASARYKŮV ONKOLOGICKÝ ÚSTAV. *MOŮ* [online]. MOŮ, © 2009 — 2014 [cit. 2013-25-11]. Dostupné z: <http://www.mou.cz/>



## SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

CNS	Centrální nervová soustava
DMO	Dětská mozková obrna
MR	Mentální retardace
TP	Tělesně postižený
WHO	Světová zdravotnická organizace
ZTP	Zdravotně tělesně postižený
ZTP/P	Zdravotně tělesně postižený/průvodce

## SEZNAM CIZÍCH SLOV

Anestezie - znecitlivění, ztráta vnímání dotyku, bolesti, tepelných změn apod.

Cerebelární - mozečková

Diparetická forma – postižení zejména dolních končetin

Dysfunkce – narušení

Dysfunkce gastrointestinálního traktu – porucha žaludku, střeva

Dyskinetická forma léze – vyznačuje se nepotlačitelnými mimovolnými pohyby, dříve nazývána extrapiramidová

Hemiparetická forma – postižení horní i dolní končetiny stejnostranné poloviny těla

Hypotonická forma – postižení dolních končetin

Imobilní – nehybný, neschopný pohybu

Inervace – zásobování těla nervovými vlákny

Inkontinentní léze – poškození, porucha

Ischialgie – bolest v kříži, vyzařováním do dolní končetiny

Kognitivní deficit – přechodné nebo trvalé postižení poznávacích funkcí

Kvadruparetická forma – postižení všech čtyř končetin

Léze - poškození postižení, porucha orgánu či tkáně

Lymeská borelióza – infekční nemoc

Meningitida – dříve zánět mozkových blan vyvolaný bakteriemi meningokoky atd.

Paréza – částečná ztráta hybnosti

Plegie – úplná ztráta hybnosti

Progredující - postup onemocnění, jeho zhoršování

Senzitivita – citlivost, schopnost reagovat na podnět

Spastická – křečová

Syndrom kaudy - soubor příznaků vznikajících při stlačení kořenů míšních nervů

Transverzální - příčný, kolmý na dlouhou osu těla nebo končetiny

## **SEZNAM OBRÁZKŮ**

Obr. č. 1 Dělení pohybových vad.....	16
Obr. č. 2 Dělení obrn.....	17
Obr. č. 3 Elektrický zvedák.....	25
Obr. č. 4 Mechanický ortopedický vozík.....	25

## SEZNAM PŘÍLOH

- P I Otázky použité při rozhovoru
- P II Barthelův test základních všedních činností
- P III Test instrumentálních všedních činností
- P IV Klasifikace tělesně postižených na vozíku
- P V Příloha č. 1 k vyhlášce č. 388/2011 Sb. Vyhláška o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením
- P VI Desatero pro komunikaci s lidmi s tělesným postižením
- P VII Popis DMO
- P VIII Vymezení schopností zvládat základní životní potřeby (vyhláška 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách)
- P IX Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 8 osoba se považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve

## PŘÍLOHA P I: OTÁZKY POUŽITÉ PŘI ROZHOVORU

1. Máte nějaké zájmy, a jaké?
2. Můžete je realizovat dle vlastního uvážení?
3. Potřebujete nějaký typ podpory při jejich realizaci (dopomoc a kdo vám ji poskytuje)?
4. Omezuje Vás něco při realizaci zájmů, koníčků a co?
5. Jak byste hodnotil/a oporu (volná odpověď), kterou Vám osoby poskytují při realizaci zájmů, koníčků?
6. Jak byste hodnotil/a oporu na stupnici od 0 – 10? (0 absolutně nespokojen/a, 1 – nespokojen/a, 2-5 s něčím nespokojen/a, 6-7 – spíše spokojen/a, 8-9 – spokojen/a, 10 – spokojen/a, nic není třeba zlepšovat)
  
7. Pracujete a kde, jako co?
8. Pokud nepracujete, myslíte si, že byste byl/a schopen/a s nějakou oporou práci vykonávat?
9. Potřebujete podporu při výkonu svého povolání?
10. Jak byste hodnotil/a oporu (volná odpověď), která je Vám poskytována při pracovním uplatnění? (včetně podpory zaměstnavatele např. úprava pracovních podmínek, možnosti mít v zaměstnání asistenta, asistenčního psa apod.)
11. Jak byste hodnotil/a oporu na stupnici 0 – 10? (0 absolutně nespokojen/a, 1 – nespokojen/a, 2-5 s něčím nespokojen/a, 6-7 – spíše spokojen/a, 8-9 – spokojen/a, 10 – spokojen/a, nic není třeba zlepšovat)
  
12. Pokud jste někdy byl/a hospitalizován/a ve zdravotnickém zařízení, měl/a jste k dispozici svoje kompenzační pomůcky?
13. Byl/a jste ve zdravotnickém zařízení omezena ve svých pohybových kompetencích?
  
14. Jste závislý/á na pomoci druhé osoby v sebepěči?
15. Kdo je pečující osoba?
16. Respektuje pečující osoba Vaše přání a požadavky?
17. Jak byste charakterizoval/a péči pečující osoby (je mateřská, odborná, úzkostná...)?
18. Máte pocit, že jste podporováni v samostatnosti nebo spíše v závislosti?
19. Při jednáních na úřadech, institucích, v obchodě apod. potřebujete podporu?
20. Kdo vám ji poskytuje?
21. Jednáte sami nebo za Vás jedná doprovod?
22. Při jednání komunikují s Vámi nebo se obrací k doprovodu?
23. Lidé, kteří vám oporu nabízejí, jednají s vámi s porozuměním, úctou, jako s rovnocennými partnery?
24. Co byste změnili na chování pečujících osob, kteří podporu nabízejí?
25. Co je na poskytované podpoře pozitivní?
  
26. Využíváte nějakou sociální službu?
27. Vyhovuje vám provozní doba služby?
28. Vyhovují vám nabízené služby?

29. Jste spokojen s personálem služby? Jak byste hodnotil/a podporu na stupnici od 0 – 10? (0 - absolutně nespokojen/a, 1 – nespokojen/a, 2-5 - s něčím nespokojen/a, 6-7 - spíše spokojen/a, 8-9 – spokojen/a, 10 spojen/a, nic není třeba zlepšovat).
30. Je pro Vás služba finančně dostupná?
31. Je pro Vás služba dostupná, co se týče lokality?
32. Využíváte sociální opory dobrovolníků?
33. Jak hodnotíte oporu dobrovolníků? (volná odpověď)
34. Využíváte sociální opory nerodinných příslušníků (kamarádů, sousedů...)?
35. Myslíte si, že Vás společnost vnímá jako rovnocenné partnery?
36. Pokud ano, jak to poznáte?
37. Pokud ne, jak to poznáte?
38. Co byste jim vzkázal/a?
39. Máte pocit, že společnost hendikepovaným toleruje některé věci, které by zdravým lidem netolerovali?
40. Pokud ano, které to jsou?
41. Co je pro Vás v životě důležité? (priority, plány do budoucna apod.)
42. Myslíte si, že žijete běžný život, život svých vrstevníků?
43. Co byste vzkázal/a lidem, kteří o Vás pečují?

## PŘÍLOHA P II: BARTHELŮV TEST ZÁKLADNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ ADL

### (ACTIVITY DAILY LIVING)

slouží ke zhodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech

	Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
1.	Najedení, napití	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	5
		Neprovede	0
2.	Oblékání	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	5
		Neprovede	0
3.	Koupání	Samostatně nebo s pomocí	5
		Neprovede	0
4.	Osobní hygiena	Samostatně nebo s pomocí	5
		Neprovede	0
5.	Kontinence moči	Plně kontinentní	10
		Občas inkontinentní	5
		Trvale inkontinentní	0
6.	Kontinence stolice	Plně kontinentní	10
		Občas inkontinentní	5
		Inkontinentní	0
7.	Použití WC	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	5
		Neprovede	0
8.	Přesun lůžko - židle	Samostatně bez pomoci	15
		S malou pomocí	10
		Vydrží sedět	5
		Neprovede	0
9.	Chůze po rovině	Samostatně nad 50 metrů	15
		S pomocí 50 metrů	10
		Na vozíku 50 metrů	5
		Neprovede	0
10.	Chůze po schodech	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	5
		Neprovede	0

#### Hodnocení:

Závislost	Body
Vysoce závislý	0 - 40 bodů
Závislost středního stupně	45 - 60 bodů
Lehká závislost	65 - 95 bodů
	96 - 100 bodů

## PŘÍLOHA P III: TEST INSTRUMENTÁLNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ (IADL)

(Instrumental Activity Daily Living)  
zjišťuje lehčí poruchy soběstačnosti

	Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
1.	Jízda dopravním prostředkem	Zcela samostatně	10
		S pomocí nebo doprovodem druhé osoby	5
		Neschopen, schopen pouze převozu (sanitou, automobilem)	0
2.	Nákup potravin	Zcela samostatně	10
		S pomocí druhé osoby	5
		Neschopen	0
3.	Uvaření	Samostatně celé jídlo	10
		Sám si jídlo ohřeje	5
		Neschopen	0
4.	Domácí práce (jednoduchý úklid, např. vytření podlahy, ustlání postele atd.)	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí druhé osoby	5
		Neschopen	0
5.	Vyprání osobního prádla	Zvládne samostatně	10
		S pomocí druhé osoby	5
		Neschopen	0
6.	Telefonování	Samostatně vyhledá čísla v seznamu, zvedne telefon a adekvátně reaguje	10
		Potřebuje pomoc při vytáčení nebo vyhledávání čísla	5
		Neschopen	0
7.	Užívání léků	Samostatně užívá správné léky v určenou dobu	10
		S pomocí druhé osoby	5
		Neschopen	0
8.	Odesílání peněz na poště nebo zacházení s kartou	Schopen samostatně	10
		S pomocí druhé osoby	5
		Neschopen	0

### Výsledek hodnocení:

Soběstačnost	Body
Nesoběstačnost v instrumentálních aktivitách denního života	0 - 40
Částečná nesoběstačnost v aktivitách denního života	45 – 75
V instrumentálních aktivitách denního života soběstačná/ý	80



## **PŘÍLOHA P IV: KLASIFIKACE TĚLESNĚ POSTIŽENÝCH NA VOZÍKU**

**Kvadruplegie C4-C5** – brániční dýchání, úplná centrální plegie HK i DK, úplná závislost na okolí, elektrický vozík pro postižené nezbytný, ovládání automobilu nemožné

**Kvadruplegie C6 – C7** – brániční dýchání, periferní či smíšená paréza HK, nesoběstačnost těžkého stupně, vozík nezbytný, kompenzační pomůcky pro ruce nezbytné, ovládání automobilu eventuelně možné.

**Kvadruplegie C8 – Th1** – brániční dýchání, periferní či smíšená paréza HK, nesoběstačnost středního až lehkého stupně, vozík nezbytný, řízení automobilu možné při ovládání rukama a automatické spojce

**Paraplegie Th2 – Th5** – zmenšený dechový objem, úplná nezávislost ve všech denních činnostech, vozík nezbytný, chůze přisunem s aparáty na DK, řízení automobilu možné při ovládání rukama.

**Paraplegie Th6 – Th10** – úplná nezávislost, vozík nezbytný, chůze švihem možná s aparáty na DK a francouzskými berlemi, řízení automobilu možné při ovládání rukama.

**Paraplegie Th11 – L3** - úplná nezávislost, chůze švihem a čtyřdobá chůze možná při použití aparátů a berlí, vozík nezbytný, řízení automobilu možné při ovládání rukama.

**Paraplegie L4 – S2** - úplná nezávislost doma i mimo dům, vozík není nutný, chůze se dvěma berlemi možná, řízení automobilu možné při ovládání rukama.

Paréza – částečná ztráta hybnosti

Plegie – úplná ztráta hybnosti

**Klasifikace míšních poranění ISMGF** (International Stoke Mandeville Games Federation). (Heller, 1996)

**Legenda:** C = vertebra cervicalis (krční obratel), Th = vertebra thoracica (hrudní obratel), L = vertebra lumbalis (bederní obratel), S = vertebra sacralis (křížový obratel).“  
(<http://telesna-vychova.studentske.eu/2008/03/klasifikace-sportovc-se-zdravotnm.html>)

## **PŘÍLOHA P V: PŘÍLOHA Č. 1 K VYHLÁŠCE Č. 388/2011 SB. VYHLÁŠKA O PROVEDENÍ NĚKTERÝCH USTANOVENÍ ZÁKONA O POSKYTOVÁNÍ DÁVEK OSOBÁM SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM**

Seznam druhů a typů zvláštních pomůcek určených osobám se zdravotním postižením, na jejichž pořízení se poskytuje příspěvek na zvláštní pomůcku

### **I. Zvláštní pomůcky určené osobám s těžkou vadou nosného nebo pohybového ústrojí**

1. Osobám se zdravotním postižením, které je uvedeno v části I bodě 1 přílohy k zákonu:

- a) dodatečná úprava motorového vozidla; jedná se o úpravy vyžadující montáž, např. ruční ovládání, usnadňování nastupování, nakládání vozíku,
- b) stavební práce spojené s uzpůsobením koupelny a WC; jedná se o stavební práce a s nimi nezbytně související materiál na úpravu (nikoli o obklady, podlahové krytiny, sanitu apod.).

2. Osobám se zdravotním postižením, které je uvedeno v části I bodě 1 písm. c), d), g), j) a k) přílohy k zákonu:

speciální komponenty osobního počítače, např. uzpůsobená klávesnice, myš, speciální programové vybavení.

3. Osobám se zdravotním postižením, které je uvedeno v části I bodě 1 písm. a), b), d) až i) přílohy k zákonu:

- a) nájezdové ližiny,
- b) přenosná rampa,
- c) schodolez,
- d) schodišťová plošina, včetně instalace,
- e) stropní zvedací systém, včetně instalace.

4. Osobám se zdravotním postižením, které je uvedeno v části I bodě 1 písm. a) až g), i) a j) přílohy k zákonu:

stavební práce spojené s rozšířením dveří v bytě.

5. Osobám se zdravotním postižením, které je uvedeno v části I bodě 1 písm. a), d) a i) přílohy k zákonu:

schodišťová sedačka, včetně instalace.

### **II. Zvláštní pomůcky určené těžce zrakově postiženým osobám**

1. Osobám se zdravotním postižením, které je uvedeno v části I bodě 2 přílohy k zákonu:

- a) kalkulátor s hlasovým výstupem,
- b) digitální čtecí přístroj pro nevidomé s hlasovým výstupem,
- c) digitální zápisník pro zrakově postižené s hlasovým výstupem nebo braillským displejem,
- d) speciální programové vybavení pro zrakově postižené.

2. Osobám se zdravotním postižením, které je uvedeno v části I bodě 2 písm. a) a b) přílohy k zákonu:

- a) vodící pes,
- b) slepecký psací stroj,
- c) DYMO kleště,
- d) elektronická orientační pomůcka pro nevidomé a hluchoslepé,
- e) elektronická komunikační pomůcka pro nevidomé a hluchoslepé,
- f) indikátor barev pro nevidomé,
- g) měřicí přístroje pro domácnost s hlasovým nebo hmatovým výstupem,
- h) braillovský displej pro nevidomé,
- i) tiskárna reliéfních znaků pro nevidomé,
- j) hlasové popisovače pro nevidomé a hluchoslepé.

3. Osobám se zdravotním postižením, které je uvedeno v části I bodě 2 písm. a) až c) přílohy k zákonu: diktafon.

4. Osobám se zdravotním postižením, které je uvedeno v části I bodě 2 písm. b) až d) přílohy k zákonu:

- a) kamerová zvětšovací lupa,
- b) digitální zvětšovací lupa.

### III. Zvláštní pomůcky určené těžce sluchově postiženým osobám

1. Osobám se zdravotním postižením, které je uvedeno v části I bodě 3 přílohy k zákonu:

- a) signalizace bytového zvonku, signalizace domovního zvonku, včetně instalace,
- b) signalizace pláče dítěte, včetně instalace,
- c) speciální programové vybavení (aplikace do telefonu, programy do osobního počítače) pro edukaci a reedukaci sluchu umožňující nácvik mluvení, odezírání nebo znakové řeči.

2. Osobám se zdravotním postižením, které je uvedeno v části I bodě 3 písm. b) přílohy k zákonu:

individuální indukční smyčka.

3. Osobám se zdravotním postižením, které je uvedeno v části I bodě 3 písm. c) přílohy k zákonu:

- a) elektronická orientační pomůcka pro nevidomé a hluchoslepé,
- b) elektronická komunikační pomůcka pro nevidomé a hluchoslepé.

4. Osobám se zdravotním postižením, které je uvedeno v části I bodě 3 písm. b) a c) přílohy k zákonu:

- a) zařízení pro poslech audiovizuálního zařízení,
- b) signalizace telefonního zvonění,
- c) telefonní zesilovač.

IV. Zvláštní pomůcky určené osobám se zdravotním postižením, které je uvedeno v části I bodě 4 přílohy k zákonu

- a) motorové vozidlo,
- b) speciální zádržní systémy (nikoli běžné dětské autosedačky).

## **PŘÍLOHA P VI: DESATERO PRO KOMUNIKACI S LIDMI S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM**

### **1. „Tělesně postižení“ neznamena „nemyslí“.**

Mluvte s námi úplně normálně. Pokud máte pocit, že se to nedaří, pak se pravděpodobně snažíte domluvit s někým, komu postižení nedovoluje plně ovládat svaly nebo nervy, které k mluvení potřebuje. Buďte trpěliví.

### **2. I když máme asistenta, mluvte přímo s námi. Jsme svéprávní.**

Nepodléhejte pocitu, že člověk, který nám pomáhá překonávat fyzické překážky za nás i myslí a rozhoduje. Mluvte přímo na nás, budeme si lépe rozumět.

### **3. Nechod'te kolem horké kaše, zeptejte se a my vám sami řekneme, jak se s námi domluvit.**

Někteří z nás mohou mít omezenou možnost zřetelně artikulovat nebo se srozumitelně vyjádřit. Přesto Vám dokážeme komunikaci usnadnit.

### **4. Nesnažte se nám pomáhat za každou cenu, umíme být samostatní.**

I když máme omezenou hybnost, máme vlastní hlavu a v rámci možností se rádi obsluhujeme a pohybujeme nezávisle. Nepečujte o nás jako o malé děti. Nebojte, umíme si o pomoc říci, pokud ji potřebujeme.

### **5. Když nám chcete pomoci, naslouchejte nám, poradíme vám, jak na to.**

Manipulace s vozíkem nebo jinými prostředky může být složitá a někdy nebezpečná. Pokud si nejste jisti, prostě se zeptejte, každý z nás ví, jak si nechat pomoci a na co si přitom dát pozor.

### **6. Nebojte se komunikovat s námi přirozeně.**

Nejsme alergičtí na slova „chodit“, „dojít“ a další slova pro vyjádření samostatného pohybu. I vozíčkář si občas pro něco zaběhne, zaskočí za kamarádem nebo dojde na poštu.

### **7. Zkuste se při komunikaci snížit na naši úroveň.**

Nevěřili byste, jak bolí za krkem, při pohledu z vozíku do tváře stojícího člověka. Nemusíte si klekat, stačí, abyste se k nám posadili.

### **8. Ptejte se nás, na co chcete, my na co chceme, odpovíme.**

Ano, někdy to nemáme snadné a na některé otázky odpovídáme neradi. Stejně jako vy. Ale čím víc o nás budete vědět, tím snazší bude naše soužití. Nebojte se s námi mluvit bez předsudků a ostychu.

**9. Vybírejte vhodně místo pro setkání nebo si od nás nechte poradit.**

Pokud nás nechcete nosit do schodů nebo si jinak setkání komplikovat, poradte se předem. Ne všechna místa jsou vybavená tak, aby nám všem vyhovovala.

**10. Máme omezenou pohyblivost, ale můžeme si užívat život.**

Naše postižení omezuje naši pohyblivost, ale ne naše prožívání, nebojte se s námi vyrazit do přírody, na výstavu nebo do kina. I některé sporty můžeme provozovat společně a oba si je užít.

<http://chodicilide.cz/>

## PŘÍLOHA P VII: POPIS DMO

**Diparetická forma** – jsou postiženy zejména dolní končetiny. Postižení chodí po špičkách, s pokrčenými koleny, chůze bývá nůžková.

**Hemiparetická forma** – postižení spastická obrna horní a dolní končetiny stejnolehle poloviny těla, převážně je postižena horní končetina, která bývá ohnuta v lokti, dolní končetina je napjata, postižený došlapuje na špičku.

**Kvadruparetická forma** – postižení všech končetin, kdy více jsou postiženy dolní končetiny, jedná se o spastickou formu.

**Hypotonická forma** – vyskytuje se v kojeneckém věku, jako chabá obrna, kdy výrazněji jsou postiženy dolní končetiny. Později asi kolem třetího roku se mění na formu spastickou nebo dyskinetickou.

**Dyskinetická forma** – vyznačuje se nepotlačitelnými mimovolnými pohyby.“ (Monatová 1994, Pipeková, Vítková 1994, Kábele 1986, Lesný 1987, Šlapal 1996 ad. in Mühlpachr, 2010, s. 149 - 150)

Podle Šlapala (1996) se DMO člení na **spastické** a **nespastické** formy. Do **spastické formy** patří forma **diparetická**, která se vyznačuje s převážným postižením dolních končetin. Tato forma může vzniknout jen v dětství, do doby než dítě začne chodit. Jedná se o nezralost CNS, neboť většina dětí s touto formou se narodila předčasně. Horní končetiny jsou při této formě méně často postižené. Další forma je **hemiparetická**, kdy je postižena jedna polovina těla s větším postižením na horní končetině. Poslední forma **kvadruparetická**, kdy jsou postiženy všechny končetiny s možností různých stupňů postižení na jednotlivých končetinách. (Jankovský, 2001, s. 34)

Do **nespastické formy** patří forma **hypotonická**, kdy dochází k oslabení svalového tonu trupu i končetin, dále forma **dyskinetická** neboli extrapyramidová, která se projevuje grimasováním a hadovými hyperkinézemi hlavy, trupu a končetin. (Pfeiffer, 1996, s. 145 in Jankovský, 2001)

Vítek, 2007 charakterizuje DMO jako onemocnění vznikající na základě postižení mozku v prenatálním, perinatálním a časně postnatálním obdobím. Při kterém je dominantní porucha motoriky, sluchu, zraku, obtíže s příjmem potravy. 50% postižených má kognitivní deficit. Podle klinického dělení je DMO **spastická**, **pyramidová** a **extrapyramidová**. Další dělení uvádí na **hemiparetickou**, **diparetickou**, **kvadruparetickou**, **dyskinetickou** a **cerebelární formu**. Vyskytuje se v různých formách, kdy nejčastější forma je forma **spastická diparetická** a **spastická hemiparetická**.

Dle Vágnerové (2004, s. 144 - 146) rozlišujeme formy **pyramidové**, **extrapyramidové** a **mozečkové**. Často dochází ke kombinaci typů postižení. Nejčastější je forma spastická neboli pyramidová, kam patří diparéza, hemiparéza a kvadruparéza. Vzácnější je forma dyskinetická-dystonická, označována jako extrapyramidová a nejvzácnější je forma ataktická, mozečková.

## **PŘÍLOHA P VIII: VYMEZENÍ SCHOPNOSTÍ ZVLÁDAT ZÁKLADNÍ ŽIVOTNÍ POTŘEBY (VYHLÁŠKA 505/2006 SB. KTEROU SE PROVÁDĚJÍ NĚKTERÁ USTANOVENÍ ZÁKONA O SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH)**

### **a) Mobilita:**

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna zvládat vstávání a usedání, stoj, zaujímat polohy, pohybovat se chůzí krok za krokem, popřípadě i s přerušováním zastávkami, v dosahu alespoň 200 m, a to i po nerovném povrchu, chůzí po schodech v rozsahu jednoho patra směrem nahoru i dolů, používat dopravní prostředky včetně bariérových.

### **b) Orientace:**

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna poznávat a rozeznávat zrakem a sluchem, mít přiměřené duševní kompetence, orientovat se časem, místem a osobou, orientovat se v obvyklém prostředí a situacích a přiměřeně v nich reagovat.

### **c) Komunikace:**

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna dorozumět se a porozumět, a to mluvenou srozumitelnou řečí a psanou zprávou, porozumět všeobecně používaným základním obrazovým symbolům nebo zvukovým signálům, používat běžné komunikační prostředky.

### **d) Stravování:**

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna vybrat si ke konzumaci hotový nápoj a potraviny, nápoj nalít, stravu naporcovat, naservírovat, najíst se a napít, dodržovat stanovený dietní režim.

### **e) Oblékání a obouvání:**

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna vybrat si oblečení a obutí přiměřené okolnostem, oblékat se a obouvat se, svlékat se a zouvat se, manipulovat s oblečením v souvislosti s denním režimem.

**f) Tělesná hygiena:**

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna použít hygienické zařízení, mýt si a osušovat si jednotlivé části těla, provádět celkovou hygienu, česat se, provádět ústní hygienu, holit se.

**g) Výkon fyziologické potřeby:**

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna včas používat WC, vyprázdnit se, provést očistu, používat hygienické pomůcky.

**h) Péče o zdraví:**

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna dodržovat stanovený léčebný režim, provádět stanovená léčebná a ošetrovatelská opatření a používat k tomu potřebné léky, pomůcky.

**i) Osobní aktivity:**

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna vstupovat do vztahů s jinými osobami, stanovit si a dodržet denní program, vykonávat aktivity obvyklé věku a prostředí jako např. vzdělávání, zaměstnání, volnočasové aktivity, vyřizovat své záležitosti.

**j) Péče o domácnost:**

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna nakládat s penězi v rámci osobních příjmů a domácnosti, manipulovat s předměty denní potřeby, obstarat si běžný nákup, ovládat běžné domácí spotřebiče, uvařit si teplé jídlo a nápoj, vykonávat běžné domácí práce, obsluhovat topení a udržovat pořádek.



**PŘÍLOHA P IX: ZÁKON Č. 108/2006 SB., O SOCIÁLNÍCH  
SLUŽBÁCH, § 8 OSOBA SE POVAŽUJE ZA ZÁVISLOU NA POMOCI  
JINÉ FYZICKÉ OSOBY VE**

**(1)** Osoba do 18 let věku se považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve

a) stupni I (lehká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat tři základní životní potřeby,

b) stupni II (středně těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat čtyři nebo pět základních životních potřeb,

c) stupni III (těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat šest nebo sedm základních životních potřeb,

d) stupni IV (úplná závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat osm nebo devět základních životních potřeb, a vyžaduje každodenní mimořádnou péči jiné fyzické osoby.

**(2)** Osoba starší 18 let věku se považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve

a) stupni I (lehká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat tři nebo čtyři základní životní potřeby,

b) stupni II (středně těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat pět nebo šest základních životních potřeb,

c) stupni III (těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat sedm nebo osm základních životních potřeb,

d) stupni IV (úplná závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat devět nebo deset základních životních potřeb, a vyžaduje každodenní pomoc, dohled nebo péči jiné fyzické osoby.