

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



Inkluze tělesně postižených

Jan Roušal

vedoucí práce: MUDr. Olga Dostálová, CSc.

Praha 2009

Prohlášení

„Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracoval samostatně a cituji v ní veškeré
prameny, které jsem použil.“

V Praze dne: 1. 4. 2009

Jan Roušal

Poděkování

Děkuji své vedoucí práce MUDr. Olze Dostálové, CSc. za mimořádnou pomoc a trpělivou podporu při psaní.

Obsah

Úvod.....	3
1 Základní pojmy.....	4
1.1 Obecné pojmy	
1.2 Inkluze.....	5
1.3 Handicap	
1.4 Zdravotně postižený.....	6
1.5 Tělesně postižený a tělesně oslabený.....	7
1.6 Používané zkratky.....	8
2 Vývoj a rozvoj jedince s tělesným postižením.....	9
2.1 Tělesné postižení vrozené	
2.2 Výchova a rozvoj tělesně postiženého dítěte.....	10
2.3 Tělesné postižení získané.....	11
2.4 Smíření a realismus	
2.5 Vzdělání.....	13
3 Sociální péče o tělesně postižení.....	17
3.1 Historie péče o osoby s postižením	
3.2 Starověk a středověk	
3.3 Od renesance k dvacátému století.....	18
3.4 Dvacáté první století	
3.5 Výkonová společnost dvacátého prvního století.....	19
4 Inkluze.....	21
4.1 Podmínky a překážky inkluze	
4.2 Porozumění.....	22

4.3	Idea sociální politiky státu.....	24
4.4	Personální podpora na cestě k integraci	
4.5	Reálná cesta k inkluzi a její překážky	
5	Zaměstnanost.....	26
5.1	Zaměstnávání zdravotně postižených	
5.2	Podpora zaměstnávání zdravotně postižených.....	27
5.3	Diskuse.....	30
6	Praktická část – kazuistická studie.....	32
6.1	První etapa: sociální evidence	
6.1.1	Základní údaje	
6.1.2	První kontakt	
6.2	Druhá etapa: sociální diagnostika.....	33
6.2.1	Sociální anamnéza	
6.2.2	Situace po prvním kontaktu	
6.2.3	Osobní anamnéza.....	34
6.2.4	Hodnocení informací.....	35
6.2.5	Terapeutický rozhovor.....	36
6.3	Třetí etapa: navrhování řešení a plán sociální pomoci	
6.3.1	Socioterapeutický plán – krátkodobý plán	
6.3.2	Socioterapeutický plán – dlouhodobý plán.....	37
6.3.3	Spolupráce s dalšími pomáhajícími pracovníky a fungování sociální sítě	
6.4	Čtvrtá etapa: sociální vedení.....	38
6.5	Pátá etapa: ověřování výsledků	
	Závěr.....	40
	Literatura.....	43

ÚVOD

Můj subjektivní postoj k sociální péči a zejména k sociální péči o tělesně postižené je, díky mnoha okolnostem, mírně ambivalentní. Má celoživotní zkušenost života s tělesně postiženými a zmíněná ambivalence se staly prvotním impulsem k napsání této práce.

Formování mého postoje probíhá, patrně i díky trvalé přítomnosti tělesného postižení v mé vlastní rodině, mnoho let. Vliv na tento postoj má - studiem i praxí získávané - množství teoretických a praktických znalostí i zkušeností, nezřídka protichůdné povahy. Pro lepší pochopení zmíněné ambivalence bych je rozdělil do dvou skupin.

První skupinu východisek pro můj postoj vytváří jakási ideální představa sociální práce s ideálním, motivovaným a aktivním klientem v dokonalých ekonomicko-legislativních podmínkách. Druhou skupinu pak tvoří reálná zkušenost s mnohdy překvapivou, neuspokojivou, nefunkční či vysloveně nepřijatelnou, nicméně existující realitou.

Pro dokonalé pochopení zmíněných okruhů a tím i konkretizaci ambivalence mých postojů včetně zdůvodnění mé volby tématu se pokusím své postřehy a myšlenky konkretizovat.

Můj postoj k sociální pomoci a k sociálním službám poskytovaným tělesně postiženým, respektive k funkčnosti, nefunkčnosti, nadbytečnosti či důležitosti těchto služeb, byl - a patrně musel být - velmi ovlivněn životními postoji mých tělesně postižených rodičů. Následným rozšířením těchto zkušeností, pomocí praktických i teoretických znalostí a empirií, se mé postoje k dané problematice formovaly do dnešní - do jisté míry patrně idealizované - podoby. Tato představa - tento postoj - se pak staly jakýmsi ideovým východiskem pro tuto práci, kterou si dovoluji předložit k úvaze.

Tato úvaha je souborem osobních postojů, postřehů a znalostí člověka žijícího uvnitř dané komunity, i když svým vlastním zdravotním stavem do ní reálně nepatří. Nezastírám zároveň, že mé postoje jsou výrazně ovlivněny osobní zkušeností z vlastní rodiny - plnohodnotnou integrací mých rodičů do majoritní společnosti. Vliv ovšem přiznávám také svým osobním postřehům, životním zkušenostem i politickým stanoviskům.

1 ZÁKLADNÍ POJMY

V této práci bych rád srozumitelně prezentoval mnou vnímaný kontrast či konflikt mezi současným stavem inkluze tělesně postižených v České Republice a mou - řekněme - vizí ideálního stavu této problematiky. Nejprve je však vhodné definovat několik základních pojmů, které ve své práci budu nadále užívat.

1.1 Obecné pojmy

Na základě odborné literatury budu charakterizovat obecné pojmy, jako je „integrace“, „integrovaná společnost“ a „sociální politika“. Následně také charakterizuji konkrétnější pojmy jako „inkluze“ včetně jejich cílů a motivů. Samozřejmě definuji rovněž hojně používané termíny jako „handicap“, „zdravotní a tělesné postižení“ a jejich možné příčiny, druhy a omezení, které přinášejí či přinášet mohou.

Kodymová velmi srozumitelně charakterizuje **integraci** jako proces, ve kterém, „...nejde jen o vyrovnávání příležitostí pro handicapované, o úpravu vztahů „majority“ a „minority“ a jejich soužití, ale také o úspěšnost začleňování jedinců se zdravotním znevýhodněním do společnosti“ (KODYMOVÁ, 2005, s. 97).

Integrovanou společností pak můžeme rozumět společnost, ve které jsou jedinci plně integrováni do skupiny, včetně jejich akceptace ostatními členy této skupiny. V užším slova smyslu pak integrovaná společnost nejen, že „...zařazuje postižené jedince do majoritní společnosti, ale cíleně snižuje handicapy postižených, tj. dopady postižení na jejich nositele a tím pak umožňuje jejich plnou integraci...“. Taková plná integrace těžce postižených jedinců se označuje jako inkluze (JANDOUREK, 2001, s. 109).

Pro ucelenou představu pojmu integrovaná společnost přikládám ještě širší chápání tohoto pojmu dle Sociologického slovníku, který konstatuje, že integrovaná společnost je jedním z ideálních modelů společnosti. Je to tedy „... společnost, ve které panuje shoda o vztazích mezi penězi, mocí, prestiží a schopnostech na straně jedné a jejich propojením se systémem sociální dělby práce na straně druhé tak, aby nedocházelo k takzvaným sociálním konfliktům...“ (JANDOUREK, 2001, s. 109).

Těmito *sociálními konflikty* pak rozumíme konflikty mezi sociálními vrstvami či třídami vznikající na základě „protikladů zájmů a z něj pak vycházejících sporů“ (JANDOUREK, 2001, s. 129).

1.2 Inkluze

Nenastávají-li ve společnosti tyto nežádoucí sociální konflikty, nebo je-li jim aktivně bráněno, může ve společnosti nastat prostor pro integraci jedinců ohrožovaných sociálním vyloučením. Takovou plnou integraci pak nazýváme *inkluzí*, kterou tedy rozumíme „...vyšší stupeň integrace postižených nebo znevýhodněných jedinců do majoritní společnosti a jejích institucí prostřednictvím například tzv. inkluzivního vzdělávání, zároveň je legitimní připustit, že hendikepovaný jedinec i při plné integraci nebude ani při zvláštních opatřeních schopen dosahovat stejné míry fungování nebo výkonu jako jedinec zdravý, nebo jedinec bez handicapu...“ (JANDOUREK, 2001, s. 107).

Rozhodujícím důvodem pro integraci a inkluzi zdravotně postižených tedy není jejich dokonalé splynutí s majoritní skupinou a snaha o maximální standardizaci minoritní skupiny dle požadavků a představ majority. Tímto důvodem má být přínos, který prostřednictvím inkluze vyplývá pro společnost a její bohatší diferenciaci ve smyslu nikoliv „odlišné lidi jsme povinni brát mezi sebe“ nýbrž zdravější a dlouhodobě perspektivnější „každý jsme nějak odlišný, každý potřebuje a má právo na individuální přístup“ (JANDOUREK, 2001, s. 107).

1.3 Handicap

Jedincem, o němž zde mluvím, je jedinec s handicapem, konkrétně jedinec se zdravotním, nebo možná ještě jasněji tělesným postižením. Mezinárodně používané slovo *handicap* se obecně chápe jako „znevýhodnění“ a používá se tedy jakožto obecnější nebo někdy nadřazený pojem konkrétního postižení. Míní se tím znevýhodnění, které se projevuje jako omezení vyplývající pro jedince z jeho vady nebo postižení a které ztěžuje nebo znemožňuje, aby dotyčný naplnil roli, která je pro něj, s přihlédnutím k jeho věku, pohlaví a sociálním či kulturním činitelům, normální (SLOWÍK, 2007). Handicapovaný člověk tedy ne vždy musí být tělesně postižený,

naopak za handicapovaného je možné považovat jedince s mnoha jinými znevýhodňujícími aspekty jeho života, zpravidla z minoritních a sociálně ohrožených skupin. Zároveň je dobré - domnívám se - správně chápat i slovo postižení nebo postižený a nezaměňovat je se slovem handicapovaný.

Postižení (disability) neznamena pouze znevýhodnění (handicap), neboť jeho dopad je hlubší. Znamená omezení nebo dokonce ztrátu schopností vykonávat činnost způsobem nebo v rozsahu, který se pro člověka považuje za normální. Míra handicapu (znevýhodnění) vycházející z vlastního postižení může tedy být u stejných lidí v různém sociálním prostředí různá, může mít i u stejného postižení a různých jedinců jinou míru znevýhodnění s ohledem na výše naznačenou sociální realitu či existenci postiženého. Různá sociální realita bude tedy i při stejném nebo obdobném postižení vyvolávat různou míru znevýhodnění (SLOWÍK, 2008).

1.4 Zdravotně postižený

S odvoláním na mezinárodní terminologii definuji v této práci často používaný obecnější termín **zdravotní postižení** jako dlouhodobé nebo trvalé omezení možností jedince vykonávat běžné činnosti každodenního života. Taková definice se přirozeně vztahuje nejen na jedince tělesně postižené, ale i na osoby s jiným druhem postižení či osoby dlouhodobě nemocné. Samozřejmě, zároveň připouštím, že i krátkodobá nemoc či úraz bez trvalých následků může zasáhnout do života jedince velmi významně, ale vrací li se zdravotní stav pacienta po dokončení léčby do normálu, kritéria definice postižení v takovém případě naplněna nebudou (SLOWÍK, 2008).

Zdravotní postižení je zároveň možné definovat s ohledem na sociální aspekty jako stav, ve kterém zdravotní postižení „... *nepříznivě ovlivňuje kvalitu života, zejména schopnost navazovat a udržovat vztahy s lidmi a jejich schopnost pracovat...*“ (MATOUŠEK, 2003, s. 271), čímž se budu také ještě později zabývat podrobněji.

Zdravotní postižení se v odborné literatuře dále dělí do několika hlavních základních kategorií na postižení sluchu, zraku, poruchy řeči a komunikace, postižení mentální, postižení pohybového ústrojí a postižení duševní poruchou.

V českých zákonech je dále možné nalézt několik nepropojených a mnohdy ne zcela jednoznačných vymezení zdravotního postižení, která se opírají o zbývající

schopnost postiženého jedince k soustavné výdělečné činnosti. Jeden zákon definuje zdravotní postižení jako invaliditu rozlišovanou ve dvou stupních, další vymezuje zdravotní postižení změnou pracovních schopností a zároveň nalezneme termín zdravotně těžce tělesně postiženého, ale bez konkrétní definice postižení. Vládní výbor pro zdravotně postižené pak dále zahrnuje mezi zdravotně postižené i osoby trpící diabetem, epilepsií atd. (cit. dle MATOUŠKA, 2003). Což je však už mimo rámec této práce.

1.5 Tělesně postižený a tělesně oslabený

Pro tuto práci je pak signifikantní definovat **postižení tělesné**. To může být „...bud' vrozené, nebo získané a týká se pohybové nebo jiné orgánové soustavy. Omezuje člověka v běžných činnostech, samozřejmě zejména v pohybu...“, ale kromě fyzického zjevu a z vlastního postižení vyplývajícího omezení, má samozřejmě také vliv „...na jeho psychickou rovnováhu, na vztahy k lidem i na pracovní uplatnění“. Zároveň při „...méně závažné formě tělesného postižení snižující odolnost a výkonnost...“ jedince, byť ne s tak závažnými dopady jako při plném tělesném postižení, mluvíme o zdravotním oslabení (MATOUŠEK, 2003, s. 155).

Pro dokonalý přehled mohu dále klasifikovat **tělesná postižení** a **zdravotní oslabení**, která je možné rozlišit dle Slowíka do zhruba těchto třech kategorií: viz Tab. 1

TAB. 1 KLASIFIKACE TĚLESNÝCH POSTIŽENÍ A ZDRAVOTNÍCH OSLABENÍ	
POSTIŽENÍ, OSLABENÍ	
podle typu	postižení hybnosti
	dlouhodobá onemocnění
	zdravotní oslabení
podle doby vzniku	vrozená (např. vrozené vady lebky, rozštěpy lebky, rtů, čelisti, patra, páteře, nevyvinutí končetin, nebo její části, DMO)
	získaná (např. deformity páteře, úrazy - zlomeniny, amputace, následky onemocnění - revmatismus, myopatie atd.)
podle etiologie	tělesné odchylky a oslabení (vady páteře, luxace kloubů atd.)
	tělesné vývojové vady (vady lebky, rozštěpy, vady končetin apod.)
	úrazy (tělesná poškození různé závažnosti s dočasnými nebo trvalými následky - např. paraplegie v důsledku poranění páteře, amputace končetin atd.)
	dětská mozková obrna (DMO - spastické i nespastické formy)
	dlouhodobá (chronická) onemocnění a zdravotní oslabení (alergie, astma, ekzematická onemocnění, oslabení imunity, onkologická onemocnění, epilepsie apod.)

Tabulka upravena podle předlohy SLOWÍKA, 2008, s. 99.

1.6 Používané zkratky

Pro bezproblémovou orientaci uvádím ještě v textu používané zkratky:

- NRZP - Národní rada osob se zdravotním postižením ČR
- ESF - Evropský sociální fond

2 VÝVOJ A ROZVOJ TĚLESNĚ POSTIŽENÉHO

Pro vývoj jedince i jeho životní program či rozvoj je poměrně důležitá příčina vzniku tělesného postižení, stejně tak doba, kdy k tělesnému postižení dojde, a roli hraje i pohlaví, včetně samozřejmě řady dalších faktorů jako sociální prostředí, rodinné zázemí atd. Jak jsem se již zmínil v předešlé kapitole, tělesné postižení může být dvojího charakteru - vrozené a získané.

2.1 Tělesné postižení vrozené

Vrozené tělesné postižení resp. i postižení získané ve velmi raném věku ovlivňuje ve větší míře samotný vývoj dítěte, které v důsledku získaného handicapu nemůže získat některé běžné zkušenosti. Zásadní roli samozřejmě hraje, ostatně stejně jako i u dítěte zdravého, jeho rodina. Podmínkou přiměřeného psychického vývoje dítěte je pak uspokojování elementárních psychických potřeb. Jestliže tyto potřeby v potřebné míře a po dostatečnou dobu uspokojovány nejsou, může dojít k psychické deprivaci. K té může vést např. separace, při níž dochází k přerušení specifického vztahu mezi dítětem a jeho stabilním sociálním prostředím, zejména pak odloučením od matky či dalších osob. U tělesně postižených dětí, které své dětství mnohdy tráví po nemocnicích či v institucionální péči, je takové nebezpečí o poznání větší. Taková nežádoucí - byť z jiných hledisek zdravotního stavu dítěte i důležitá - separace, může v konečném důsledku vézt i k zastavení vývoje jedince nebo k vývojovému regresi, kdy dítě zapomene i ty dovednosti, které již umělo (VÍTKOVÁ, 1992).

Nicméně ani pro rodinu, ve které se narodí těžce tělesně postižené dítě, není situace jednoduchá. Naopak taková událost představuje pro její členy obrovskou zátěž, která je nezřídka srovnávána např. s úmrtím člena rodiny. I v takovém případě totiž rodina prožívá krizi a musí řešit mnoho důležitých otázek, měnit své představy a rozhodnutí a prochází celou řadou fází jako při obdobných zátěžových situacích. Jsou to:

- *fáze šoku a popření*, kdy rodina nezřídka odmítá uvěřit diagnóze a její nezvratitelnosti včetně čekání na „zázrak“,

- dále *fáze akceptace a vyrovnávání se s problémem*, kdy se často hledají viníci a kdy existuje zvýšené riziko rozpadu celé rodiny,

- nakonec *fáze smíření*, které vede k uvědomění si skutečnosti, po němž následuje její plné přijetí, nebo alespoň realistický náhled na tuto novou životní situaci rodiny a reálné možnosti postiženého dítěte a jeho osobnost (SLOWÍK, 2008).

2.2 Výchova a rozvoj tělesně postiženého dítěte

Stejně obtížné jako projít zmíněnými fázemi je pro rodinu i nesnadné nalézt optimální styl rodinné výchovy. Ten se v těchto případech obvykle pohybuje v rozmezí protekcionistické, perfekcionistické či reálné výchovy, které známe i z běžných výchovných postupů u rodin se zdravými dětmi, zde však volba toho či onoho postupu má poněkud odlišné dopady (SLOWÍK, 2007).

TAB. 2 STYLY RODINNÉ VÝCHOVY DÍTĚTE S POSTIŽENÍM	
TYP VÝCHOVY	ZPŮSOB VEDENÍ VÝCHOVY
Protekcionistická výchova	Dítě je vzhledem ke svému postižení protěžováno, nedostává přiměřené kompetence, rodina poskytuje nadměrnou péči, kdy dělá za dítě i to, co by mohlo zvládat samostatně apod.
Perfekcionistická výchova	Rodina klade na dítě nepřiměřené nároky, snaží se dítě nadměrně stimulovat k překonání handicapu a vlastní stigmatizace
Realistická Výchova	Dítě je motivováno k dosahování maximálních hranic svého rozvoje, zároveň jsou však respektována nepřekonatelná omezení vyplývající z jeho postižení

Tabulka upravena dle Slowíka, 2008, s. 35

Bez ohledu na více či méně progresivní přístup rodiny je přirozeně i postižené dítě samo nuceno čelit mnohem většímu množství překážek, které jeho zdraví vrstevníci neznají. Jeho tělesné postižení kromě omezení hybnosti často přináší také komunikativní znevýhodnění. Je pro ně mnohem obtížnější si často vybudovat tak rozsáhlou komunikativní síť jako člověk zdravý. Jedná-li se o jedince po úrazech, nezřídka své staré kontakty ztrácí a s nimi i běžné komunikační dovednosti.

Komunikativní znevýhodnění je ovšem někdy způsobeno i špatnou informovaností o komunikativních zvláštностech postižených a dochází pak k používání nevhodné komunikativní strategie (JESENSKÝ, 1995). O těchto komunikativních zvláštностech bude ještě později řeč.

Na druhou stranu jedinec od narození tělesně postižený není tak silně traumatizován, neboť je na svůj handicap brzy adaptován. Je samozřejmé, že subjektivně vnímá svou situaci jako chudší o některé aspekty života, které vnímá u druhých stejně nepostižených lidí, a přál by si mít totéž, ale často si i tak neumí představit, co konkrétně by tím vlastně získal. To přirozeně platí zřetelněji u lidí nevidomých nebo zcela neslyšících než u lidí tělesně postižených, ale bezpochyby i u nich (VÁGNEROVÁ, 2004).

2.3 Tělesné postižení získané

Naopak později získané postižení představuje větší psychické trauma, člověk má možnost srovnávat, uvědomuje si zřetelně a konkrétně, co ztratil, a jak jsem se již výše zmínil, často ztrácí víc než „jen“ své zdraví. Svůj aktuální stav tedy považuje za jednoznačně horší, ne-li nepřijatelný. Z objektivního hlediska má jistě výhodu dřívější zkušenosti, neboť po určitou dobu se rozvíjel standardním způsobem a má mnohé kompetence, jež mu budou v dalším životě užitečné a které jeho vrstevník s vrozeným nebo raně získaným postižením mít nemůže a nemá. Konkrétně může jít o představu prostoru u později nevidomých, o slovní zásobu a schopnost verbální komunikace u později ohluchlých, ale také o sociální zkušenosti, vlastní vybudovanou sociální síť či získané kompetence, které lze dále v kontaktu se zdravými lidmi a celou majoritní společností následně využít (VÁGNEROVÁ, 2004).

2.4 Smíření a realismus

Rodina dítěte s vrozeným či v dřívějších fázích dospívání získaným postižením, kdy postižený jedinec ještě nedosáhl všech žádoucích kompetencí důležitých pro jeho budoucí samostatný a plnohodnotný život, by měla již v okamžiku, kdy je zjištěna vada nebo porucha, nebo kdy dojde k úrazu s trvalými následky, mít dostatek relevantních

informací a nabídku na zprostředkování odborné i poradenské péče. Kromě lékařské a rehabilitační péče by tedy rodina s postiženým dítětem měla získat také péči dalších profesionálů - speciálních pedagogů, psychologů či sociálních pracovníků, kteří ji kompetentně pomohou zvládnout nelehkou situaci, o jejímž stresujícím potenciálu jsem se již zmínil. Tyto rodiny jsou také nuceny hledat uspokojení i velmi specifických - od rodin se zdravými dětmi odlišných - potřeb. Týká se to jak sociálních služeb a podpory ze strany státu, tak potřeby morálního ocenění a společenského přijetí (SLOWÍK, 2008). Podpora a pomoc ze strany státu se zdá být lépe a snad i jednodušeji přístupná. Stát ve svém zákoně o státní sociální podpoře stanoví jasně stupně zdravotního postižení a způsoby jejich posuzování pro účely dávek státní sociální podpory. Vyhláška Ministerstva práce a sociálních věcí č.182/1991 Sb. pak konkretizuje celou řadu dávek či mimořádných výhod, poskytovaných těžce zdravotně postiženým včetně neméně důležitých rehabilitačních a kompenzačních pomůcek (ÚZ, 2008). Stejně - a jak ukazuje úroveň integrace tělesně postižených - možná i více důležitá je také účast na běžném společenském životě jak v rámci širší rodiny, tak místní komunity. Jde o překonání bariér studu a obav, ale také získání podpory, porozumění a vzájemného sdílení rodinné reality. Pozitivní roli může hrát také tzv. univerzalita plynoucí ze setkání s rodinami, které se nacházejí ve stejné situaci, nebo mají obdobnou zkušenost. Jde o terapeuticky pozitivní poznání, že nejsem v dané situaci s určitým problémem sám, že existují lidé, kteří jsou takřkajíc „na stejné lodi“. A to lidé, kteří dokázali tuto životní situaci úspěšně řešit, a že tedy i já a mé postižené dítě máme stejnou naději (YALOM, 2007). Nezíská-li rodina adekvátní podporu, nedaří-li se jí překonávat překážky a komplikace způsobované handicapem jejího člena, bývá velmi silně ohrožena sociální exkluzí a současně tím přirozeně klesá míra její vnitřní stability. Řešením v takových případech bývá velmi často institucionální péče, která nemusí být samozřejmě špatnou alternativou. Zejména ne u rodiny, kde adekvátní péči není z různých důvodů možné zajistit. Je to jistě řešení přijatelné, nicméně zároveň platí, že funkční rodinné prostředí má pro rozvoj člověka mimořádný význam a nikdy není zcela nahraditelné zejména z hlediska:

- a. rozvoje osobnosti (dostatku adekvátních podnětů, ukotvení v systému příbuzenských vztahů),
- b. kvality života a zajištění (atmosféry domácího prostředí, obětavého přístupu rodiny atp.),

- c. uspokojení vztahových a emocionálních potřeb (citových vazeb, bezpodmínečného rodinného přijetí, hloubky vzájemného poznání),
- d. vytváření vlastní identity (sociálních rolí).

Absence těchto kompetencí a zkušeností pak samozřejmě může hrát roli v dalším vývoji dítěte a v jeho schopnosti se úspěšně začlenit do běžné společnosti.

Problematická je však také izolace dítěte, ať z důvodu uzavřené rodinné či ústavní péče. Může být totiž důvodem problémů v socializačním vývoji, tedy omezení zkušeností dítěte v kontaktu s druhými lidmi včetně jeho vrstevníků, menší zkušeností s různými sociálními situacemi apod.

Pro dítě i pro celou jeho rodinu je tedy nezbytně nutné být - v maximálně možné míře - součástí co nejširší a přirozeně i co nejpestřejší sociální komunity. Je nepochybné, že dítě i celá jeho rodina budou konfrontováni se situacemi, kdy bude nezbytné pro všechny pochopit a smířit se s omezenější kompetencí postiženého člena rodiny. Smířit a vyrovnat se s faktem, že postižené dítě bude hrát specifickou sociální roli mezi svými vrstevníky. Zejména v mateřské či později základní škole získá postižené dítě a s ním i jeho rodina větší zkušenost s reakcemi a projevy majoritní společnosti na specifika či deformitu tělesně postižených. Ty nebývají vždy jen ohleduplné, akceptující a pozitivní, nicméně i negativní zkušenosti jsou pro dítě důležité (VÁGNEROVÁ, 2004).

Získat takové zkušenosti a nalézt své pevné rovnocenné místo ve společnosti i v životě zkrátka není možné bez vzdání se protekcionistického izolovaného života. Stát se součástí majoritní společnosti pak znamená získat i negativní zkušenosti, které to může přinášet. Ovšem to neplatí jen pro tělesně postižené.

2.5 Vzdělání

Pro úspěšné začlenění je také nezbytné relevantní vzdělání. Podle aktuálně platného zákona č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, vyšším odborném a jiném vzdělávání je žádoucí upřednostňovat vzdělávání žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami ve standardním školním prostředí. Vzhledem k výše zmíněné

důležitosti sociálního kontaktu s vrstevníky a s ním spojených zkušeností je takový požadavek jistě možné chápat jako pozitivní, žádoucí a inkluzi prospěšný.

Samozřejmě i nadále existují speciální školy určené zejména pro žáky či studenty s těžkými formami postižení, u kterých je integrace do běžné sítě škol mimořádně obtížná, ne-li nereálná. Myslím tím zejména těžké formy mentální retardace atp.

V případě tělesných postižení, při zachování mentálních schopností na příslušné úrovni vývojového stupně žáka či studenta, je integrace otázkou vnějších faktorů, které umožní tělesně postiženému dítěti jeho školní začlenění. Těmito faktory myslím nezbytné bezbariérové prostředí školy, kompetentní postoje učitelů a jejich podpora přijetí žáka do kolektivu. A roli samozřejmě hraje i míra a kvalita sociální podpory žáka - tedy možnost používat speciální pomůcky, akceptace asistenta pedagoga, případně asistenčního psa, nebo schopnost realizovat individuální vzdělávací plán odpovídající možnostem žáka, či studenta s tělesným handicapem (SLOWÍK, 2008).

Samotná škola pak představuje pro dítě instituci, kterou vnímá jako velmi mocnou, dokonce mocnější než rodiče, neboť i oni jsou nuceni se jí podřídit. Škola tak představuje pro dítě zdroj zcela nových zkušeností a sociálních rolí, které mohou mít pro ně ovšem různý význam. Obecně platí, že škola přináší dítěti tři elementární nové sociální role:

- roli školáka, tedy roli spojenou s novým sociálním postavením,
- roli žáka určité konkrétní školy a třídy,
- a roli spolužáka přinášející nové vztahy s vrstevníky ze stejné třídy (VÁGNEROVÁ, 2005).

Je zjevné, že pro tělesně postižené dítě pak tyto tři nové role mohou přinášet ještě další rozměry do jeho života: rozměr získané zkušenosti s přijetím, ale také s odmítáním svého vzhledu, či postižení, dále srovnávání svých schopností či nepřekonatelnosti některých omezení vyplývajících z vlastního postižení. Přijetí dítěte do školní výchovy pak přináší nové zkušenosti i rodičům. Zejména zařazení postiženého dítěte do běžné - nikoliv speciální - školy může pro rodiče představovat jistý druh potvrzení míry normality dítěte. Potvrzení, že i přes svůj handicap jejich dítě dosáhlo takového stupně vývojové úrovně a adaptability, že je schopné se zařadit do „normálního“ školního výchovného procesu. Subjektivně pak mohou takové potvrzení

vnímat i jako nižší stupeň závažnosti postižení jejich dítěte. Taková víra může být jistě prospěšná, je-li založena na reálných očekáváních a znalostech skutečných možností dítěte. Je-li však volba školy odvislá od snahy - alespoň symbolicky - minimalizovat negativní význam postižení zařazením dítěte do běžného školského zařízení, které nevyhovuje potřebám a schopnostem dítěte, může být taková integrační snaha spíše na škodu. A je už celkem lhostejné, jde-li o nevhodnost technických podmínek školní budovy, nemožnost akceptovat některá výše zmíněná specifika, nebo nereálná očekávání rodičů dítěte. Je důležité chápat, že zařazení do školy je zátěžovou situací i pro zdravé dítě, natož pro dítě, kterému mohou chybět některé potřebné schopnosti či dovednosti, jimiž by se mohlo v kolektivu svých vrstevníků prosadit. Nebezpečí spočívá i v situaci, kdy může být dítěti vnucena velmi nesymetrická role spolužáka, jehož je třeba chránit, ale který je zároveň - ze stejného důvodu - považován za ne zcela rovnocenného. Je proto důležité dobře zvážit, jaké školské zařízení je pro konkrétní dítě vhodné či nevhodné a snažit se eliminovat vlastní neadekvátní naděje i případné předsudky vůči speciálním školám, jsou-li pro konkrétní dítě vhodnější. Je-li dítě schopné navštěvovat běžnou školu, může taková zkušenost pro ně znamenat zásadní bod v pochopení vlastních schopností, ale také limitů. Naučí se rozlišovat a akceptovat své přirozené role ve společnosti i role, které se mu přisuzují pouze na základě neznalosti, nebo i zloby. Dítě může být zdrojem ochranných tendencí svých spolužáků a stejně dobře se může stát zdrojem kompenzace „dětských komplexů“.

Z výzkumů je také zřejmé, že postižené děti „...získávají výrazně nižší počet pozitivních voleb a zaujmají ve třídě nejnižší sociální pozice...“ (VÁGNEROVÁ, 2004, s. 176). Stávají se často tzv. „přehlíženými dětmi“. Problém samozřejmě tkví i v reálných možnostech postižených dětí. Z výzkumů dále vyplynulo, že postižené děti mají stejnou touhu či potřebu přátelských vazeb jako jejich zdraví vrstevníci a to i přesto, že nejsou svými vrstevníky přijímány tak, jak by si přály. Nicméně mají jiné preference výběru přátel. Důležité je pro ně zejména to, aby se jim jejich přítel nevysmíval, všiml si jich a byl ochotný dělat to, co mohou i oni sami. Z toho je zřejmé, že získat pozitivní sociální vazby je pro postižené dítě mnohem komplikovanější a náročnější než pro dítě bez postižení. Obtížný sociální kontakt je také často zdrojem nižšího sebehodnocení postižených dětí. Mají menší důvěru ve vlastní schopnosti a bohužel také často vykazují větší známky pasivity a rezignace na možnosti aktivního řešení vlastních problémů (VÁGNEROVÁ, 2004).

Z toho je, myslím, dobře vidět, že ani přijetí do běžné školy nemusí být pro dítě vždy „výhrou“, přestože rodiče mohou takovou integraci chápat jako potvrzení normality, případně známkou snižující závažnost postižení jejich dítěte.

S postupujícím věkem, se mohou - zejména s nástupem puberty – psychické problémy dítěte ještě zvyšovat. Pro postiženého adolescenta je emancipace od rodiny a tvorba nového pojetí vlastní identity hůře dosažitelná. I zdravý pubescent prochází v emoční oblasti stadiem sebe akceptace, kdy se musí přijmout ve své nové a často nehotové, proměnlivé formě. Nejistota a nespokojenost se sebou samým bývá v této fázi běžná (VÁGNEROVÁ, 2005). Vzhledem k výše zmíněným výzkumům sebehodnocení tělesně postižených je pak zřejmé, že jejich problémy s akceptací sebe sama i prosazení se v kolektivu svých zdravých vrstevníků bude v tomto období ještě o poznání náročnější.

3 PÉČE O TĚLESNĚ POSTIŽENÉ

OSN svou rezolucí Valného shromáždění o právech postižených osob již v roce 1971 deklarovala, že postižení mají stejná občanská a politická práva jako ostatní a opouští se tak přístup sociální dobročinnosti (*Občanská a lidská práva*, 2001). O 32 let později Rada Evropy požaduje opuštění institucionálního přístupu k postiženým a doporučuje považovat těžce tělesně postižené osoby nadále nikoliv za pacienty, nýbrž za občany s plnými právy na individuální podporu a sebeurčení (*Občanská a lidská práva*, 2001).

3.1 Historie péče o osoby s postižením

Každá historická epocha bezpochyby měla své tělesně či jinak postižené. V každé době se rodili lidé se zdravotními handicapy a každé období v dějinách lidstva znalo jedince, kteří ke svému postižení přišli úrazem, nebo nemocí, či v důsledku válečných konfliktů.

Čím se ovšem jednotlivé historické epochy liší, je přístup k jedincům s postižením. Od až barbarské primitivnosti starověku po relativně vyspělou péči 21. století mohou sledovat postupnou změnu chápání a přístupu k těžce tělesně postiženým a současně bych zároveň tak mohl mapovat historický vývoj medicíny.

3.2 Starověk a středověk v péči o postižené

Období nejstarších civilizací tělesně i jakkoliv jinak postiženým či oslabeným jedincům právě nepřálo. Represivní opatření vůči jakkoliv handicapovaným lidem patřila k velmi frekventovaným a nebyla neobvyklá ani snaha se takto oslabených jedinců prostě zbavovat. Existují sice důkazy o existenci jakési ochranné péče pro různě postižené jedince ve vybraných systémech starověkých civilizací, ale o systematické péči či podpoře se mluvit nedá (SLOWÍK, 2008).

Středověk přinesl spolu s vlivem křesťanství i nový pohled na potřebného člověka. Církevní instituce se začaly na postižené dívat optikou milosrdenství, ochrany a dobročinné pomoci (SLOWÍK, 2008) a je poněkud tristní, že tento přístup sociální dobročinnosti byl veřejně deklarován jako nevhodný, či nežádoucí až o

mnoho set let později - v 70. letech 20. století výše jmenovanou Rezolucí Valného shromáždění.

3.3 Od renesance k 20. století

Následující období renesance a osvícenství přineslo rozvoj vědeckého poznání a s ním přirozeně také rozvoj medicíny. Ten pak přináší přímo programovou péči o handicapované osoby. Je to období zrodu specializovaných institucí zaměřených na pomoc a péči o různě postižené jedince (SLOWÍK, 2008). Tato - ve své době velmi progresivní - péče byla tak významným krokem vpřed, že mnohé z tehdy založených institucí existují dodnes. Dokladem jejich významu je například - svého času mimořádná - budova Invalidovny v Praze 8, která však již mnoho let slouží zcela jinému účelu než původně deklarované péči o válečné invalidy.

19. a 20. století posunulo představu účelné pomoci a péče o handicapované ke snaze „re-habilitovat“ tedy znovu nebo zpětně uschopnit handicapovaného člověka pro běžný život. Existovala snaha propojit léčbu, výchovu a vzdělávání tak, aby handicapovaný člověk mohl být reálně součástí majoritní společnosti. Takový přístup je již velmi blízký dnešním tendencím a ještě v 80. letech 20. století tyto myšlenky byly pokládány v tehdejší ČSSR za moderní (SLOWÍK, 2008).

21. století samozřejmě akceptuje mnohé z pozitiv tohoto rehabilitačního přístupu, zároveň však vnímá i jeho stinné stránky. Jedinec neschopný dostatečné, očekávané a požadované re-habilitace, se nezdá, nebo lépe řečeno až příliš často stával objektem institucionální péče. Tato segregáčnická politika zejména 2. poloviny 20. století u nás pak postižené jedince prakticky izolovala od okolního světa. Následky v podobě iluzorních představ, že postižení lidé v socialistickém Československu neexistovali, jsou mnohde vidět dodnes (SLOWÍK, 2008).

3.4 Dvacáté první století

Vývoj v péči o tělesné či jinak postižené v zemích, které se po 2. světové válce nestaly součástí sovětské zóny vlivu v rámci poválečného mocenského uspořádání, se

ubíral výrazně jiným směrem než v zemích, které tomuto mocenskému vlivu byly nuceny podlehnout. Poválečné období v západních zemích bylo výrazněji zacíleno na prevenci vzniku postižení, včetně snahy předcházet už samotnému riziku narození dítěte postiženého vrozenou vadou nebo poruchou. Zároveň existovala reálná snaha k hledání cesty pro maximálně možnou integraci jakkoliv zdravotně znevýhodněných osob (SLOWÍK, 2008).

Stejný trend přinesla výrazně do našich zemí až sametová revoluce v roce 1989. Celá 90. léta 20. století jsou tak v Československu ve znamení postupujících změn, od preventivně-integračního, k tzv. *inkluzivnímu přístupu* k tělesně postiženým. Ten lze charakterizovat snahou zcela přirozeně začleňovat handicapované osoby do běžné společnosti. Zároveň se klade důraz - samozřejmě pokud to není nezbytně nutné - na absenci speciálních či nestandardních prostředků při výchovném, vzdělávacím, či pracovním a společenském začleňování handicapovaných jedinců do běžné populace s individuálním ohledem na konkrétní možnosti jednotlivých osob a jejich životní situaci. Ani tento trend se ovšem, stejně jako před lety v zemích na západ od českých hranic, neobejde bez otvírání dalších složitých a citlivých otázek etického, náboženského i psycho-sociálního charakteru. Otázky postojů k takzvanému genetickému inženýrství, k interrupcím, ale také otázky vůle majoritní společnosti k přijímání handicapovaných jedinců mezi sebe (SLOWÍK, 2008).

3.5 Výkonová společnost 21. století a tělesně postižení

Dvacáté první století, Evropa a speciálně Česká Republika posledních let ráda zdůrazňuje svou individualitu, jedinečnost i svou mimořádnou pokrokovost. Nicméně se zdá, že ještě nikdy také nebyl tak výrazně kladen důraz na fyzickou krásu a mládí, výkon a sílu. Zdá se tak dnes „přirozené“, žít s vědomím, že pouze mladí jsou krásní a krásní jsou přirozeně silní. A tato síla a její moc se ukazuje jako mocná pouze ve výkonech. Tedy výhradně v efektivních výsledcích lidské činnosti. Je pak snadné dojít k závěru, že je člověk strojem na výkonovou činnost a současná společnost se tak logicky nazývá společností výkonovou (HOGENOVÁ, 2006). Je, či v blízké budoucnosti bude, však taková - na odvedený, efektivní a perfektní výkon orientovaná - společnost schopna takové individuální podpory, aby člověk s postižením mohl být přirozeně její plnohodnotnou součástí? Je, či bude schopna a především ochotna vnímat

a přijímat tělesně postiženého jedince i s jeho komunikačními či vývojovými specifiky? Je pro majoritní společnost realistické vnímat a akceptovat tělesné postižení „pouze“ jako - řekněme - individuální specifikum, které v té či oné podobě a v menším či větším rozsahu máme nakonec všichni?

Je tu řada otázek s nejednoznačnými a nikoliv jednoduchými odpověďmi. S ohledem na poválečný vývoj Československa a jeho výše zmíněné dopady, které ve společnosti je možné vnímat dodnes, je dlouhá cesta k takové akceptaci postižených ještě před námi. Předsudečné až stigmatizační postoje majoritní společnosti k reálně objektivně existující odlišnosti tělesně postižených a společenská ochota k akceptaci této jinakosti inkluzivní cestu nijak neusnadňuje.

Pravda ovšem také je, že i pro mne jako člověka žijícího a dospívajícího prakticky ve středu komunity tělesně postižených, byla mnohá specifika tělesně postižených dlouho nepochopitelná a až pozitivní zkušenost a relevantní informace mi pomohly mnohé pochopit.

4 INKLUZE

V závěru podkapitoly 3.5 jsem se zmínil o své vlastní zkušenosti ze setkání s těžce tělesně postiženými a jejich výraznou odlišností. Jak jsem se rovněž zmínil v úvodu práce, strávil jsem své dětství a dospívání v rodině, jež se od rodin mých vrstevníků lišila především na první pohled zjevnou invaliditou mých rodičů. Nicméně jsem jejich - a tím i svou - odlišnost víceméně vnímal „pouze“ v mobilitě svých rodičů a v jejich ne-participaci na dětských hrách či sportovních kláních. Přesto bylo i pro mne překvapením setkání s tělesně postiženými, kteří jsou - na rozdíl od mých rodičů - výrazně a nepřehlédnutelně „deformováni“ svým postižením. A to často deformování nejen ve smyslu fyzickém, ale i psychickém či sociálním.

4.1 Podmínky a problémy inkluze

Fyzická deformita sama o sobě může být ve společnosti, která adoruje fyzický vzhled, výrazně handicapující a nezřídka dokonce stigmatizující. Ostatně všichni si jistě ze svého dětství pamatujeme pohádky a jejich jednoznačné rovnice - krásný rovná se hodný a moudrý, zatímco zlý a podlý je vždy tělesně ohyzdný či deformovaný. Jako by tělesný defekt pokládal rovnítko také k defektu mravnímu. Neplatnost těchto neblahých rovnic v reálném životě je naprosto zřejmá, ale existence podobných stereotypních stigmatizačních postojů ve společnosti i na trhu práce patří - z různých příčin - k realitě dnešní společnosti a je tedy třeba s nimi počítat a pracovat.

Zmíněné rané setkání s lidmi upoutanými trvale na invalidní vozík, „deformovanými“ nejen ve fyzickém slova smyslu, ale rovněž svým - pro mne tehdy nově poznaným - návykem (či smířením) s vlastní, absolutní odkázaností na cizí pomoc, se u mne také nesešlo s realistickým pochopením. Jiné bylo často i jejich vyjadřování, či způsob komunikace, ať už jako důsledek čistě fyzického postižení mluvidel, sociálního kontextu, nebo problému vyplývajícího z vývojových omezení vrozeného postižení. Dle Vágnerové mohou vývojová specifika během některých vývojových fází postižené dítě potkat. Jedná se o případy, kdy smyslové či pohybové postižení může limitovat, popř. zcela znemožňovat rozvoj určitých kompetencí dítěte. Takové dítě nemusí být například v kojeneckém věku přiměřeně stimulováno, nebo citově akceptováno. Později mu nemusí být umožňovány separační tendence. Ve školním věku

pak postižené dítě nemusí mít například možnost dostatečného sociálního kontaktu s vrstevníky. Později v pubertě a adolescenci je pro ně emancipace od rodiny často mnohem složitější, než pro jeho zdravé vrstevníky atp. (VÁGNEROVÁ, 2004).

Každá z těchto možností se, spolu s mnoha dalšími, výše zmíněnými aspekty v kapitole druhé, mohla podílet na jinakosti komunikace tělesně postižených, které jsem v dětství potkal. Já jsem ovšem do tohoto setkání, stejně jako patrně drtivá většina mých vrstevníků i lidí dospělých, nic podobného ze své rodiny neznal. Považoval jsem do té doby postižení svých rodičů skutečně pouze za jistý handicap v pohybu, který však nemá žádná další omezení či důsledky. Časem jsem pochopil, že oba moji rodiče jsou takřka učebnicovým příkladem lidí s tělesným postižením plně integrovaných do běžné populace. Domnívám se, že této žádoucí a úspěšné inkluzi mých rodičů a jejich životnímu úspěchu - přes jejich handicap - možná i paradoxně velmi přál fakt, že jejich postižení bylo získané v relativně mladém věku a nikoliv v plné dospělosti. Jejich postižení se tak nestalo pro ně zdrojem dlouhodobých depresivních stavů vyplývajících z vědomí ztráty dosavadního smyslu života. Oba měli možnost včas získat mnohé žádoucí kompetence jako například vzdělání, běžné pracovní návyky, sociální dovednosti, ale dokázali si také vybudovat a udržet relevantní sociální síť kontaktů. Obrovskou roli hrálo i to, že měli na své straně podporu rodiny či později životního partnera. A dokázali získat - byť relativní - nezávislost na sociálním systému. Vytvořit vlastní pozitivní sebeobraz postavený na schopnosti se o sebe postarat i přes svá, objektivně daná, znevýhodnění.

Výchova mých rodičů mne tedy naučila s jejich fyzickými handicapami počítat a chápat mnohá specifika pohybu či potřeb, která byla pro mé spolužáky na ZŠ něčím zcela neznámým. Ale ani tyto zkušenosti mne na setkání s těžce tělesně postiženými lidmi, kteří nezvládli, nebo ani neměli reálnou možnost zvládnout svou společenskou integraci stejně úspěšně jako moji rodiče, prostě nepřipravily.

4.2 Porozumění

Tělesné postižení samo o sobě sice netvoří nějaké nové, neznámé, zvláštní vlastnosti člověka, bezpochyby mu však po celý život přináší zvýšené nároky na přizpůsobení a následkem toho ovšem i určitá specifická nebezpečí pro psychický vývoj

postiženého jedince, o němž jsem se již také stručně zmínil. To podstatné tedy, i v reakci na mé výše uvedené postřehy z dětství, je zjevně žádoucí snaha o porozumění často velmi specifickému vývoji a nelehké životní situaci tělesně postiženého jedince v běžném kontaktu.

Hlubší porozumění psychice tělesně postižených, zvláště požadujeme-li jejich inkluzi do společnosti, ovšem předpokládá znalost, nebo alespoň primární orientaci v obecné a vývojové psychologii. Psychologické studie udávají, že až 50 % lidí s tělesným postižením se vyvíjí stejně dobře a přizpůsobuje se životním okolnostem vyrovnaně jako lidé bez jakýchkoliv defektů. Současně to ale znamená, že mezi tělesně postiženými je velké procento jedinců bázlivých až odtažitých, nevraživých a lítostivých, s podlomeným nebo naopak přepjatým sebevědomím. Přitom se však neprokázala žádná přímá úměra nebo souvislost mezi nějakým určitým druhem defektu a konkrétními povahovými rysy postiženého člověka (MATĚJÍČEK, 2001). Těmto vývojovým anomáliím či specifickým se budu ještě později věnovat v souvislosti se zaměstnáváním tělesně postižených, stejně jako jejich stigmatizaci v souvislosti s předsudky, které přináší.

Domnívám se tedy, že tělesné postižení skutečně může mít relevantní dopady na celkový vývoj jedince a jsou pro to i objektivní důkazy.

Mezi má raná zjištění patřilo i to, že tělesně postižených bez jakéhokoliv relevantního vzdělání či kvalifikace a nepracujících je v mém bezprostředním okolí víc než dost. V domě tzv. zvláštního určení, kde jsme nově bydleli, postaveného v roce 1988 s přihlédnutím k potřebám absence architektonických bariér pro bydlení osob tělesně postižených, bydlí kolem 100 těžce tělesně postižených jedinců. Zjištění, že drtivá většina nových sousedů chápe svůj handicap jako nespravedlnost osudu s jasně definovaným právem „viset“ v sociální síti, bylo už vzhledem k opačným postojům mých rodičů ke svému handicapu, opravdu víc než překvapivé. Je ovšem nutné podotknout, že jsem ve svém tehdejší kritickém postoji nezohlednil ani psychické změny vyplývající z vrozeného postižení (a jejich dopad na celkový vývoj a schopnost plné integrace jedince do společnosti), ani možnou úspěšnost či naopak neúspěch v adaptaci na získané postižení jedince a už vůbec ne reálnou podporu a účelnou pomoc ze strany státu. Na obranu naivity či nezralosti svého někdejšího postoje bych však podotkl, že stát na rozdíl od amatéra, kterým jsem byl, by tyto relevantní informace při realizaci sociální politiky měl umět vnímat.

4.3 Idea sociální politiky státu

Pokud by totiž stát skutečně dokázal vnímat postiženého v celém kontextu jeho životního příběhu, mohl by pak, domnívám se, vytvořit reálnou sociální politiku, která by rozuměla celé řadě možných vývojových, komunikačních a přirozeně také fyzických handicapů tělesně postižených. Myslím tím politiku, která by pak nejen dokázala nabídnout standardizované dávky sociální péče, ale dovedla pružně řešit individuální potřeby každého jedince s tělesným postižením na jeho inkluzivní cestě, ale zároveň by umožňovala, nebo dokonce vyžadovala jeho aktivní zapojení do života majoritní „zdravé“ populace. Speciálně požadavek na takové aktivní zapojení a motivaci samotných tělesně postižených k inkluzi v nijak silném důrazu necítím. A vlastně se mi spíše často zdá, že stát v podstatě neví, co se svými tělesně postiženými členy má vlastně dělat.

4.4 Personální podpora na cestě k integraci

V takové podpoře či pomoci by ovšem zákonitě měl hrát důležitou a nezastupitelnou roli člověk - pracovník - schopný takového žádoucího individuálního posouzení. Pracovník odborně způsobilý, vzdělaný a samozřejmě vhodně motivovaný. Pracovník, který by měl umět podat kompetentní, komplexní a sebejistou pomocnou ruku svému klientovi na cestě k sebevědomí, životní samostatnosti, ale také třeba pomoci mu (znovu) nalézt životní cíl a smysl, a přirozeně tak přispět k jeho plnohodnotné (znovu) integraci do společnosti.

4.5 Reálná cesta k inkluzi a její překážky

Poněkud tristním příkladem zmiňované sebejistoty organizací pečujících o zdravotně postižené je například to, že Národní rada zdravotně postižených (dále NRZP) za jeden z nejnaléhavějších problémů uvádí komunikaci s majoritní společností.

NRZP tím například myslí zkušenost tělesně postižených s tím, že běžní občané, úředníci, ale často i lékaři jsou ve verbálním kontaktu s postiženým až neuvěřitelně bezradní, nebo rozpačití. Obracejí se totiž povětšinou nikoliv na osobu, které se

rozhovor týká a k níž by tedy měli hovořit, ale ne zcela logicky, na doprovod tělesně postiženého. Samotného tělesně postiženého prakticky ignorují, neboť - i přes své např. lékařské vzdělání - považují tělesně postiženého člověka automaticky také za mentálně postiženého, případně za zcela nesvéprávného.

Roli zde hraje mnoho aspektů, jedním z nich je již zmíněná, historická zkušenost s prakticky absolutní absencí tělesně postižených v běžném životě. Od této umělé nepřítomnosti se pak přirozeně odvíjí nezkušenost v komunikaci s takto „odlišnými“ jedinci, která pak může zdravému - a mnohdy ze setkání překvapenému či zaskočenému - jedinci (jako kdysi i mně) přinášet pocity studu, nervozity, ale i ošklivosti z fyzické deformity (viz. - adorace fyzické krásy a dokonalosti).

Nepodceňuji závěry NRZP, vždyť i mne, jak jsem výše uvedl, některé fyzické aspekty i komunikační zvláštnosti těžce tělesně postižených v dětství překvapily. Navíc procentuelně malé zastoupení tělesně postižených v populaci (uvádí se kolem 4 %) a častá izolovanost v institucionální péči, či „domácím vězení“ způsobovaná existencí architektonických bariér zkrátka neumožňuje - nebo umožňuje majoritní společnosti v omezené míře - každodenní běžný styk s tělesně postiženými jedinci. A tak bezpochyby existují lidé, kteří se nikdy nesetkali s tělesně postiženým, a nemají žádnou a tedy ani pozitivní zkušenost v komunikaci s ním. Nevědí a ani nemohou vědět jak s postiženým člověkem komunikovat. Často mají neodůvodněný pocit viny za své zdraví, nezřídka cítí odpor k tělesné deformitě postiženého a netuší, zda osoba sedící v invalidním vozíku, který pochopitelně může působit jako psychologická bariéra, je vůbec schopná komunikace. Tělesně postižení se pak snadno mohou cítit vyřazováni ze společnosti v té míře, v jaké k vyřazování nebo k ne-komunikaci s okolím dochází a vzniká pak jakýsi uzavřený kruh, který žádoucí inkluzi tělesně postižených zabraňuje (FILIPIOVÁ, 1998).

5 ZAMĚSTNANOST

Psychologický slovník u pojmu sociální exkluze mimo jiné uvádí „...*právní ochrana rovnosti pracovních šancí pro uchazeče o zaměstnání i zaměstnance různé barvy pleti, různého věku i náboženského vyznání*“. Hartlův slovník dále nalézá jasné souvislosti mezi sociálním vyloučením, předsudky a příslušností ke společenské menšině (HARTL a HARTLOVÁ, 2004, s. 148).

Rovněž český stát deklaruje snahu o zaměstnanost tělesně postižených a zabránění exkluzi této menšiny. Svým vládním usnesením ze dne 17. 8. 2005 (aktualizovaného dne 27. 6. 2007) se jednotlivá ministerstva zavázala k plnění plánu, obsaženého v kapitole „Zaměstnanost a zaměstnávání“ takto: „*Přístup orgánů ČR k zaměstnávání osob se zdravotním postižením bude považován za prioritu celkového rozvoje lidských zdrojů v České republice. Cílem je na vyšší úrovni, než dosud, naplnit pracovní potenciál desítek tisíc osob se zdravotním postižením. Tento úkol přesahuje ekonomický význam prostého zaměstnání a zůstává základním cílem státu a vlády*“ (Národní plán podpory a integrace, 2007).

V tomtéž dokumentu ovšem vláda zároveň konstatuje, že přes vynaložené úsilí let minulých nedošlo v České republice ke zvratu v negativním trendu zaměstnávání těchto osob. Naopak počet tělesně postižených občanů bez zaměstnání stoupá.

5.1 Zaměstnávání zdravotně postižených

V České Republice nejsou známy přesné počty zdravotně - a tedy ani tělesně - postižených, nicméně pro obecnou orientaci je možné se řídit počtem vydaných invalidních důchodů. Bylo by uskutečnitelné rovněž vysledovat počet přidělených dávek sociální péče, konkrétně mimořádných výhod pro těžce zdravotně postižené občany, případně dle počtu přidělené sociální dávky v podobě schváleného příspěvku na péči osobám závislým na jiné pomoci fyzické osoby dle zákona 108/2006 Sb. (ÚZ, 2008). Ani v jednom případě bychom však nezískali relevantní data o počtu tělesně postižených, neboť ani invalidní důchody, ani sociální dávky nejsou tříděny dle jednotlivých onemocnění (KOLÁČKOVÁ, 2005, s. 89). Není tedy ani možné přesně definovat, jak vysoká či nízká je reálná zaměstnanost tělesně či zdravotně

postižených. Nicméně NRZP ve svém politickém dokumentu „*Klíčové prvky zaměstnanosti EU a pochopení jejího dopadu na osoby se zdravotním postižením*“ podává alespoň přibližný obraz tohoto stavu, kdy charakterizuje stav zaměstnanosti zdravotně postižených v dosti tristních číslech. Podle tohoto dokumentu je 42 % zdravotně postižených neaktivních a - v konečném důsledku - tedy vyloučených ze společnosti. Zároveň dokument konstatuje, že podíl žen s těžkým zdravotním postižením bez zaměstnání je 25 % a u žen s lehčím zdravotním postižením je to dokonce 44 %. Kromě toho NRZP navíc shledala, že značný podíl zdravotně postižených pracovníků, kteří mají zaměstnání, pobírá výrazně nižší mzdu (*Národní plán podpory a integrace, 2007*).

Z uvedených čísel a s přihlédnutím k množství výše uvedených, omezujících, problematizujících či vysloveně diskriminujících aspektů provázejících tělesné postižení je zjevné, že získat status zaměstnance či pracujícího a tedy člověka, který se aktivně podílí na životě společnosti, je pro zdravotně postiženého mnohonásobně komplikovanější než pro člověka zdravého. NRZP ve svém dokumentu dále cituje Eurostat. Ten konstatuje, že počet nezaměstnaných osob se zdravotním postižením v EU je dvakrát až třikrát vyšší než v běžné populaci. Navíc - stejně jako v ČR - jsou zdravotně postižení často diskriminováni ještě i finančně. Jejich pracovní místa jsou tvořena jako místa s velmi nízkým platem nebo na dobu určitou (cit dle NRZP, 2004).

5.2 Podpora zaměstnanosti zdravotně postižených

Je logické, že zaměstnání s nízkými požadavky na odbornou kvalifikaci nebudou vysoce finančně hodnocená, ale nemyslím si, že by jakási „pozitivní diskriminace“, například v podobě finančních dotací pracovních míst, tvořených speciálně pro tělesně postižené, měla nějaký smysl. Za důležitější pokládám reálnou možnost získat relevantní vzdělání, které by pak zvýšilo šance tělesně postiženého pro jeho profesionální uplatnění. Taková snaha samozřejmě není nic nového. Již v roce 1960 byl založen ESF. Dlouhodobým úkolem tohoto fondu je podporovat politiku, která aktivně investuje do lidského kapitálu, tedy do celoživotního vzdělávání, aktivní politiku zaměstnanosti či boje proti sociálnímu vyloučení. Což jsou přesně oblasti, které by mohly reálně napomoci inkluzi této minority. Tento fond disponoval v letech 2000 - 2006 nadějnou částkou 62,5 mld. Eur (*Evropské*

fórum zdravotně postižených, 2004). Bylo by jistě zajímavé sledovat, jak velká část z těchto prostředků je reálně čerpána v ČR. Například vláda v roce 2007 přijímá opatření, kde řeší „...problém „prvního zaměstnání“ absolventů se zdravotním postižením...“ a „...cílem je dosažení stavu, kdy osoby se zdravotním postižením ukončí přípravu povolání způsobem odpovídajícím jejich pracovnímu potenciálu, nejdříve však v 18 letech věku...“ (*Národní plán podpory a integrace*, 2007), přičemž se výdaje potřebné k realizaci těchto cílů řeší v rámci daného rozpočtu příslušného ministerstva. Přidělené prostředky jsou stanoveny maximálně v řádech jednotek milionů Kč. O penězích z ESF ani zmínka. Pro konkrétnější příklad - finanční zajištění podmínek propojení systému vzdělávání a zaměstnanosti, který zvýší možnost (šanci) mladých lidí se zdravotním postižením plynule přejít ze školy do zaměstnání, dále pak rozvoj existujících dotačních programů na úhradu části investičních nákladů na pořízení hromadných dopravních prostředků přístupných osobám s omezenou schopností pohybu a orientace - to vše za 400 mil. Kč. Přičemž pouze Dopravní podnik hlavního města Prahy vyčíslil náklady spojené s odstraněním architektonických bariér jedné stanice metra na 77, 946 mil. Kč a sotva polovina těchto nákladů je financována ze zdrojů strukturálních fondů EU (*DPP*, 2009).

Nemám v úmyslu tvořit ekonomickou studii o potřebnosti či absenci finančních prostředků nutných k úspěšné inkluzi tělesně postižených. Nicméně pokud si i sama vláda je vědoma, že k plnohodnotnému začlenění tělesně postižených do společnosti v dostatečné míře nedochází, pak je zjevné, že - mimo jiné - množství investovaných prostředků a patrně i efektivita jejich využití je nedostatečná. Domnívám se, že výše zmíněný příklad je dosti signifikantní ukázkou efektivit vládní snahy. Pro odpovědné osoby mající často zálibu v mediálně zajímavých a především sebe propagujících číslech, by pak mohla být zajímavá citace z dokumentu NRZP o důsledcích zaměstnanosti zdravotně postižených ve státech EU: „... s vědomím toho, že 10 % populace tvoří osoby se zdravotním postižením a pokud připočteme průměr zaměstnanosti osob se zdravotním postižením, zvýší se míra zaměstnanosti celé populace EU o 2 - 3 %“ (*Evropské fórum zdravotně postižených*, 2004). Dle šetření Českého statistického úřadu - při předem stanoveném „prahu“ klasifikace zdravotního postižení - žilo k 30. 5. 2008 v ČR 1 015 548 zdravotně postižených osob, tedy cca 9,87 % (*Zpráva o stavu VŠPO 07*, 2008). To je číslo, které se velmi blíží uvedeným hodnotám Evropské komise a dá se tedy předpokládat, že úspěšná inkluze vedoucí k zaměstnanosti zdravotně

postižených by rovněž vedla ke stejným výsledkům - tedy posílení celkové míry zaměstnanosti v populaci - o 2 až 3 %. Ekonomický dopad takových čísel by mohl být zajímavý snad i pro zcela racionálního politika.

Finanční efekt zaměstnanosti tělesně postižených je samozřejmě věc měřitelná. Efekt, který zaměstnanost přináší v podobě odvedených daní atp., je pro stát jako celek jistě relevantní a je samozřejmé, že takový efekt v případě zdravotně postižených přijde později, a vyžaduje vyšší míru angažovanosti ze strany státu. Přestože vstupní náklady na efektivní zapojování handicapovaných do běžných sociálních struktur jsou jistě vysoké, domnívám se, že konečný efekt takové inkluze může tedy být pro stát i ekonomicky zajímavý.

Psychologický přínos takového zapojení do majoritní společnosti pokládám pro jednotlivce - a vzhledem k rychlému stárnutí populace - i pro celou společnost, za neoddiskutovatelný. Platí-li všeobecně, že práce není jen přirozenou potřebou, ale výrazně přispívá k sociálnímu sebevědomí, pocitu lidské plnohodnotnosti, smysluplnosti života a pomáhá zajišťovat vytouženou samostatnost a nezávislost, pak je zjevné, že pro člověka se všemi výše popsányi handicap, které tělesné postižení může přinášet, toto platí dvojnásob.

Ideálem je pak samozřejmě získání pracovního místa na volném trhu práce. Legislativa ČR v rámci tzv. sociálně aktivizačních služeb napomáhá možnostem zaměstnávat tělesně postižené zřizováním institutu tzv. podporovaného zaměstnání. Tato služba spočívá v tom, že asistent spolu s uživatelem dochází na pracoviště, které není vybudováno speciálně pro potřeby lidí s postižením. Asistent zajišťuje uživateli vhodné pracovní podmínky a eventuálně přiměřenou pomoc a vedení (MATOUŠEK, 2007). Podporou zaměstnávání mají být i určité povinné kvóty pro zaměstnávání osob se změněnou pracovní schopností, které stanovují daný počet těchto zaměstnanců pro firmy s určitým celkovým počtem pracovníků. Bohužel bez žádoucí motivace zaměstnavatelů. Ti pak z obav před komplikacemi, nebo s ohledem na své vlastní iracionální představy o schopnostech či neschopnostech tělesně postižených často raději odvedou jakousi finanční pokutu (odpustek) do státního rozpočtu (SLOWÍK, 2008). Na druhé straně je však také otázka, zda i osvědčenější zaměstnavatel má reálnou šanci nalézt kvalifikovaného tělesně či jinak zdravotně postiženého zaměstnance.

Pro tělesně postižené, pro které není volný trh práce vhodný, pak existuje alternativa tzv. chráněných dílen, resp. nově dle zákona o sociálních službách -

služby sociálně terapeutických dílen. Tyto služby mají podporovat pracovní návyky a rozvoj pracovních dovedností, které mohou zahrnovat i pomoc při osobní hygieně či stravování (MATOUŠEK, 2007). Nevýhody těchto pracovišť jsou dnes již dostatečně známé a zdá se, že největší sláva těchto jakýchsi nouzových pracovních, seberealizačních aktivit postižených je dnes již za zenitem. Nicméně je dobré vnímat i jejich pozitivní stránky, které přinášely, jako například sociální kontakt, možný psychomotorický rozvoj, účelné využívání volného času atp. (SLOWÍK, 2008).

Je tedy zjevné, že zaměstnání pro každého člověka nepřináší „pouze“ prostředky k obživě. Pracovní povinnosti vytvářejí pracovníkovi pravidelný životní rytmus, umožňují mu sociální kontakt mimo vlastní rodinu, zakládají možnost seberealizace a mohou přispívat i k tvorbě životního cíle. Pro tělesně postiženého pak představuje život s postižením nechtěnou povinnost překonávat i takové překážky, které mají pro lidi bez postižení více či méně marginální význam a vlastně je často jako zásadní problém ani nevnímají. Získání relevantního vzdělání a hodnotného zaměstnání mezi ně může patřit a při tom právě tyto dvě, pro středoevropana nepostradatelné, součásti života mohou představovat hranici mezi přežíváním na hraně milosrdenství a plnohodnotným smysluplným životem, byť s tělesným či jiným postižením.

5.3 Diskuse

Pokud jsem hledal uspokojivou odpověď na možnosti, důvody a eventuelně i důsledky inkluze tělesně postižených, nejsem si jistý, že jsem našel uspokojující odpověď. Přiznávám, že mé osobní zkušenosti podporovaly představu, že tělesně postiženým se vlastně ani moc pracovat nechce a že poskytované sociální dávky či výhody vnímají často jako jakousi „kompensaci“ za své postižení, které jim zdravotně „nepostižená“ společnost „dluží“. Jako by se vyplácená, či poskytovaná podpora stala určitým „odpuštěm“ „zdravých“ jedinců za vlastní nepoškozené zdraví. Nemohu ani teď zodpovědně potvrdit, že to v některých případech neplatí. I komunita zdravotně postižených, stejně jako kterákoliv jiná komunita, zahrnuje jedince vysoce, průměrně i méně inteligentní, vysoce, průměrně i méně pracovitě, jedince se sklonem k alkoholismu i jedince zneužívající sociální systém bez ohledu na reálnou potřebnost. Není tedy věcný důvod myslet si, že každý tělesně postižený člověk je připravený a za každých okolností ochotný a schopný se integrovat. Je však nezbytné mít na paměti, že

psychická zátěž samotného postižení některým zmíněným sociálně patologickým jevům doslova nahrává a že tělesné postižení samotné vyvolává závažné handicapy nejen v samotném pohybu, ale také ve vývoji, sociálním rozvoji, ovlivňuje komunikační dovednosti, má vliv na dosažené vzdělání, pracovních zkušenosti atp. Přesto, že se za posledních 20 let mnohé v České Republice pro inkluzi tělesně postižených vykonalo, stále zřetelněji vnímám jednotlivé inkluzivní kroky, které stát prostřednictvím své sociální politiky není schopný nebo ochotný domyslet do všech důsledků. Ukazuje se, že i velmi dobře míněný počin, jako je například integrace postižených dětí do sítě běžných škol, má i neočekávané negativní konsekvence, které jsem popsal v kapitole 2.5.

Pokud tedy naše stárnoucí společnost má přežít 21. století, musí bezpodmínečně pochopit pozitivní přínos svých handicapovaných jedinců, neboť tělesné handicapy jsou nezřídka také průvodním jevem vyššího věku. Je důležité naučit se průběžně a s individuální pozorností odstraňovat fyzické i psychické bariéry, které zdůrazňují, nebo i samy vyvolávají nežádoucí handicapy a umožnit tak rozvoj těch možností a dovedností jedince, které samotným handicapem zasaženy nijak nejsou.

Jsem přesvědčený, že důsledně individuální přístup s důrazem na jedinečnou a realistickou situaci postiženého, moderní, účelná pomoc a podpora ze strany státu je elementárním krokem na cestě k inkluzivní společnosti. Účinná a vhodně časovaná psychoterapeutická či socioterapeutická podpora pak postiženému může pomoci pochopit determinující omezení vyplývající z jeho postižení a zároveň jej může naučit v plném rozsahu využívat kompetencí a možností, které jeho handicapy nezasáhly a zasáhnout ani nemohly. Následkem by pak, podle mého mínění, byla pozitivní zkušenost majoritní společnosti ze setkávání s tělesně postiženými, jejich destigmatizace a celý proces by vyústil v *přirozený*, nikoliv násilný - *inkluzivní efekt*.

6 PRAKTICKÁ ČÁST – KAZUISTICKÁ STUDIE

Sociálně - terapeutické setkávání se ženou trvale upoutanou na invalidní vozík v rámci sociálního poradenství Asociace muskulárních dystrofií v ČR.

6.1 První etapa: sociální evidence

6.1.1 Základní údaje

Klientem je žena, iniciály jména pro účely práce změněny na „KK“, rok narození 1977, středoškolsky vzdělaná, absolventka několika semestrů vysoké školy, kterou nedokončila. Klientka je od narození postižena DMO a zhruba od 17 let věku je upoutána na elektrický invalidní vozík. Je svobodná, bezdětná. Nemá stálého partnera. Žije se svou matkou v domě zvláštního určení bez architektonických bariér v Praze. Pracuje na poloviční úvazek. Před 20 měsíci měla neúspěšný suicidální pokus.

6.1.2 První kontakt

Klientka působí relativně klidně, nicméně na svůj věk poměrně staře. Obličej má téměř celý schovaný za nápadné a mohutné dioptrické brýle. Je upoutána na invalidní vozík, a přestože má částečně ochrnuté i ruce a váha šperků musí být znatelná, má na každém prstu obou rukou mohutné zlaté prsteny. Kromě tak zjevných důsledků jejího postižení, jako jsou ochrnuté dolní končetiny a částečně i horní končetiny, má rovněž výrazně deformovaný chrup.

Jelikož KK zná sociální poradnu i její spolupracovníky, je navázání kontaktu snadné. Mluví plynule, bez potíží o svých potřebách, nenaplněných snech, potížích se životem ve společné domácnosti s matkou, o škole atd. V rámci obecné zmínky o psychologickém výzkumu sama iniciativně navrhne výzkum sexuálního života tělesně postižených, aniž by před tím na toto téma padla jediná narážka. O příteli, který ji před několika měsíci opustil a který mohl být zdrojem suicidálního pokusu klientky, se nezmiňuje ani náznakem. „Pouze“ otevřeně líčí svůj sexuální život jako nedostatečný. O svém vzdělání nebo zaměstnání s podobným záparem nemluví. Spíš se zdá být v těchto otázkách rezignovaná. Důrazně si stěžuje na společnou domácnost se svou matkou a zdá

se být v tomto ohledu poněkud dezorientovaná.

6.2 Druhá etapa: sociální diagnostika

6.2.1 Sociální anamnéza

KK je postižena od narození. Vyrůstala a vzdělávala se částečně doma a částečně v institucionální péči. KK žije od roku 1988, kdy byl dům postaven, se svou matkou v bezbariérovém bytě, který jí umožňuje se bez větších problémů o sebe postarat. Rodiče KK jsou rozvedeni a otec se svou bývalou ženou a dcerou nežije, ale KK se o něm občas zmíní. Mluví o něm přirozeně, bez patrné zášti, bez negativních emocí. Naopak těší se, že jí otec nově zařídí některé místnosti v jejím bytě. Byt je tedy zcela přizpůsoben potřebám člověka upoutaného na invalidní vozík. Kuchyňská linka, umyvadlo v koupelně, toaleta, vana, ale i např. ovládání skříní - to vše je přizpůsobeno člověku upoutanému na invalidní vozík a KK tedy objektivně je schopna se o sebe v mnoha praktických úkonech denního režimu postarat zcela samostatně. Při úkonech, které jí její postižení neumožňuje vykonávat soběstačně, jí může pomoci buď její osobní asistent, matka, nebo některý z profesionálních asistentů přítomných v domě. Právě asistent (svého času voják náhradní vojenské služby) se před lety stal jejím osobním asistentem i jejím životním druhem po několik let. Před několika měsíci ji právě tento muž opustil a následoval suicidální pokus. Klientka však ani o něm, ani o svém pokusu sama nemluví a terapeut o něm ví pouze od matky KK. Terapeut nechává KK možnost o této fázi života prozatím nemluvit.

Zdá se, že KK především trápí její společné soužití s matkou. Mluví o tom, že „byla vždy přesvědčená, že odtud jednou vypadne“. Vzhledem k tomu, že klientka by nemohla trvale žít v nepřizpůsobeném bytě či domě, je toto prohlášení pozoruhodné. Nicméně klady bydlení v bezbariérovém prostředí nejsou pro klientku, zdá se, tak důležité jako její nemožnost nebo neochota vycházet se svou matkou, která se o ni celý život stará.

6.2.2 Situace po prvním kontaktu

Terapeut nechává klientku mluvit o jejích problémech ze soužití s matkou, o nezázivném zaměstnání i o nedokončeném vysokoškolském vzdělání. KK působí

v těchto oblastech absolutně rezignovaně. Terapeut se tedy snaží nenásilně nabízet klientce jiný úhel pohledu na její situaci. Vzhledem ke svému pesimistickému ladění se KK staví k návrhům terapeutů, které by vyžadovaly její aktivní participaci na řešení problémů, rezervovaně. Návrh terapeutů je obvykle oslyšen, nebo i výslovně odmítnut jako nereálný. Podle klientky už „nemá na to“, aby vysokou školu dostudovala, protože „už jenom tam jezdit bylo strašný“. V jiném případě odmítá jakoukoliv aktivnější roli na spoluvytváření svého života slovy, že „jinou práci jí nikdo stejně nedá a tady má alespoň klid“ (pracuje jako koordinátor a telefonní dispečer osobní asistenční služby, která je umístěna v suterénu domu, v němž bydlí). Svou matku opakovaně charakterizuje jako ženu, která zcela ovládá její život. Terapeut se tedy snaží nabídnout klientce prostor pro fantazii o životě bez matky. KK takovou možnost využije svým způsobem. Nerozvíjí nijak takovou hypotetickou situaci, pouze opět konstatuje, že by „tak strašně ráda vypadla z tohoto baráku“. Je zjevné, že měla o svém životě jiné představy. Je také patrná její snaha o návrzích či nápadech terapeuta přemýšlet. Při vybídnutí terapeuta verbalizovat fantazii o tom, jaký by byl život bez matčiny péče, je klientka zaražena. Zdá se, že takovou možnost nikdy skutečně nepokládala za realizovatelnou a zjevně se jí obává, přestože po ní touží.

6.2.3 Osobní anamnéza

Zdravotní stav KK je relativně stabilní, i když nedávno absolvovala nespecifikované operace kostí a v blízké době ji čeká ještě jeden menší operativní zákrok. Závažnost tohoto zásahu bez podrobné lékařské zprávy nelze posoudit. Spíše však než na samotný zdravotní stav nebo následky operačního výkonu byly zdrojem animozity klientky „protivné zdravotní sestry“ a „neuvěřitelně arogantní doktoři, kteří ti nic pořádně neřeknou a jen na člověka řvou“. Koterapeut má k dispozici svou osobní zkušenost s kritizovanou nemocnicí a postřehy klientky se mu zdají být poněkud přepjaté. Nicméně se jedná o terapeutovo subjektivní posouzení a tudíž se snaží na své zkušenosti s danou nemocnicí nebrat zřetel a naopak poslouchá klientku a snaží se vnímat hloubku její nespokojenosti. Dvojí pohled na totéž zdravotnické zařízení ovšem posílilo pochyby o schopnosti KK reálně vnímat samu sebe i své okolí. Její soudy jsou často velmi příkré až zlostné, zejména negativně hodnotí péči svojí matky, která ji dle jejích slov stále pokládá za malé dítě. Zároveň má však potíže popsat svůj samostatný život bez matčiny péče. Její představa skutečných handicapů, které přináší její postižení,

se zdá být také subjektivně zkreslena. Ráda by se odstěhovala někam z bezbariérového bytu, aniž by plně domýšlela, že se sama v neupraveném bytě nedostane ani na záchod, ale na druhou stranu tvrdí, že ji s jejím postižením nikdy nikdo nezaměstná, že „se stejně nikam pořádně nedostane“ atp.

6.2.4 Hodnocení informací

Informace, které klientka terapeutovi poskytuje, jsou jasně formulovány a KK je zjevně naprosto přesvědčena o své pravdě, nebo se tak alespoň snaží tvářit. Působí velmi sebejistě v hodnocení svého okolí, jemuž přikládá rozhodující podíl na způsobu života, který vede. Její životní styl je pro ni zjevným zklamáním, chtěla by žít jinak, ale jakýkoliv možný podíl vlastní aktivity, která by vedla ke změně, verbálně odmítá. Nicméně si myslím, že KK je zvyklá, že se jí někdo téměř neustále ptá, zda chce či potřebuje to, či ono a že je na to již svým způsobem alergická. Pokud totiž nebyla položena přímá otázka, ale byla KK nabídnuta alternativa, nebo možnost či fantazie, KK reagovala mírněji a vstřícněji. Je ovšem patrné pesimistické ladění klientky a jistá duševní i fyzická pohodlnost. Navíc je patrný zvyk kriticky hodnotit své okolí i za chyby či problémy, které toto okolí jen velice těžko mohlo způsobit, předvídat nebo ovlivnit. Jako je například neschopnost klientky včas složit příslušné zkoušky na vysoké škole, nebo si alespoň zařídit výjimku či odklad termínu zkoušky, neochota rekvalifikovat se pro zaměstnavatele, který jí práci nabídl s podmínkou rekvalifikace (resp. rozšíření stávající kvalifikace). KK projevovala i velmi malou ochotu uzavřít dohodu se svou matkou o společném či odloučeném bydlení, přestože ji tato otázka zjevně trápila. Matka klientky by dle platné nájemní smlouvy nemohla obývat bezbariérový byt, pokud sama nesplňuje zdravotní podmínky pro uživatele těchto bytů zvláštního určení. Matčin pobyt v tomto domě je tedy přímo vázán na vůli či nevůli její dcery a společné bydlení tedy není nepřekonatelně nutné. Dům je navíc napojen na celou škálu služeb poskytovaných speciálně tělesně postiženým nájemníkům, takže samostatnému životu KK objektivně žádná zásadní překážka nebrání. Na takto nabízené možnosti řešení společného bydlení s matkou se klientka tváří poněkud ambivalentně. Je zjevné, že by se jí samostatnost líbila, nicméně si je vědoma dalších aspektů takového života, zejména finanční stránky, ale také zajištění některých potřeb jako je úklid a celková starost o domácnost (byt, v němž KK bydlí, má téměř 130 m²), nákup potravin, samostatného vaření, atp. KK není navíc příliš zvyklá hospodařit s penězi,

naopak ráda utrácí, především za svůj vzhled, který neustále mění a upravuje a se kterým dle svých slov není nikdy spokojená.

Domnívám se, že pokud měl její suicidální pokus skutečně souvislost s odchodem jediného přítele, kterého v životě dosud poznala, odešel v něm především symbol naděje nového života bez rodičovského dozoru, nicméně ve starých kolejích péče, na kterou je od dětství uvyklá. Onen muž byl jejím osobním asistentem a tedy člověkem, který si zvolil „pěči“ o postižené, po dokončení náhradní vojenské služby, za svou profesionální orientaci. Ukázalo-li se tedy, že ani tento „pečovatel“ není ochotný trvale nahradit rodičovskou péči KK v rozsahu jejích představ a zároveň zaujímat místo životního partnera, mohla být tato skutečnost silným zdrojem životní deziluze.

6.2.5 Terapeutický rozhovor

Zvolený tip rozhovoru vycházel ze dvou okolností - klientka a terapeut se znají ze stejného domu a klientka je navíc člověkem, který špatně snáší autoritativní chování. Rozhovor byl tedy veden empaticky a pouze pokud měl terapeut dojem, že KK naprosto opomíjí realitu své situace, ji vracel k reálnějšímu pohledu na věc nebo jí nabídl alternativní pohled na danou problematiku.

6.3 Třetí etapa: navrhování řešení a plán sociální pomoci

6.3.1 Socioterapeutický plán - krátkodobý plán

Z krátkodobého hlediska terapeut viděl jako žádoucí umožnit klientce pochopit její osobní podíl na životním stylu, který vede. Nabídnout jí reálné nové kompetence, které by jí umožnily vymanit se z područí jakési životní odevzdanosti a aktivněji se podílet na své budoucnosti. Pro posílení důvěry v její vlastní schopnosti se terapeut pokoušel motivovat KK k vykonání zpočátku drobných a jednodušších úkolů, které by byla KK při své pasivní rezignaci schopná úspěšně zvládnout. Jednalo se vždy o smysluplné úkoly, které by nevyžadovaly příliš velké úsilí klientky a u kterých bylo možné jasně stanovit kritéria úspěšnosti. Při úspěšném zvládnutí zadaného úkolu klientka postupně získávala nové kompetence a především ztracenou sebedůvěru ve schopnost ovládat svůj vlastní život.

6.3.2 Socioterapeutický plán - dlouhodobý plán

Při dlouhodobější práci s klientkou by drobné a snadné úkoly byly postupně nahrazovány složitějšími a náročnějšími tak, aby klientka skutečně dokázala vnímat svou životní situaci v kontextu reálných omezení, které přináší její postižení, ale bez pocitů hořkosti, zklamání a rezignace - a zároveň, aby se naučila nést za svůj život sama odpovědnost.

Terapeut považoval za vhodné zabývat se také suicidálním pokusem KK a především motivy, které k němu vedly. Pokud byl pokus míněný jako demonstrativní a souvisel s životním zklamáním, o němž jsem se výše zmínil, pak by nově získané životní kompetence mohly fungovat i jako prevence proti recidivě tohoto pokusu. Celkově pak bylo zřejmé, že KK potřebuje získat kontrolu nad svým životem a zároveň s ním pochopit i jeho smysl.

6.3.3 Spolupráce s dalšími pomáhajícími pracovníky a fungování sociální sítě

Spolupráce se sociální sítí při těchto několika sezeních nebyla realizována, nicméně bylo by žádoucí umožnit klientce rozšířit její životní obzory a nahradit pesimistické a rezigované ladění optimističtějšími poznatky a pozitivními zkušenostmi, které by jí pomohly vylepšit vlastní sebeobraz a dodaly jí potřebnou sebedůvěru. Takovou spoluprací by mohly být rekvalifikační kurzy, které by rozšířily její profesionální kompetence. Žádoucí by mohly být i alternativní způsoby terapeutické práce, které by jí umožnily sebepoznání, a podnítky by její další rozvoj, jako jsou například techniky arteterapie (KK ráda maluje). Zajímavý posun by mohly přinést i vhodné způsoby relaxace uzpůsobené možnostem ochrnutých klientů, nebo i přiměřené sportovní a volnočasové aktivity, které by byly adekvátní jak zdravotnímu stavu KK, tak jejímu věku. Od věci by patrně nebylo také posílení jejího ženského sebevědomí, protože KK je od dětství svým postižením velmi nápadná, ale sama sebe nevnímá jako půvabnou nebo ženskou. Pozornosti se jí, dle jejích slov, vždy dostávalo jako „té na vozečku“. Toto sebevnímání jako někoho, kdo je hoden pozornosti jen díky svému handicapu, nebo někoho, komu je žádoucí pomáhat, ale nikoliv jako člověka hodnotného, ať již pro své osobnostní kvality, či pro svou ženskost, by bylo dobré také zaměnit za přijatelnější a hodnotnější sebeobraz.

6.4 Čtvrtá etapa: sociální vedení

Vztah mezi klientkou a terapeutem je dlouhodobý, jelikož se od vidění znají ze stejného domu, není nicméně nijak intenzivní nebo důvěrný. Vlastní terapeutická práce i přes etickou pochybnost terapeuta, zda je vhodné spolupracovat s někým, koho zná, však trvala pouze několik měsíců a skládala se zhruba ze 3 - 4 sezení měsíčně. Klientka neměla nejmenší problém spolupracovat s terapeutem. Mírné problémy v komunikaci způsobovaly situace, kdy klientka byla nucena si přiznat, že verbalizovat své stížnosti a potřeby je jedna věc, ale že samotná verbalizace následnému řešení a vyřešení problému ne vždy pomůže. A jedná-li se o problémy ztráty nebo nenacházení relevantní životní perspektivy, vyžaduje řešení takového problému nejen empatické naslouchání terapeuta, ale jednoznačně je důležité také aktivní zapojení klientky samotné. Terapeut mohl být vhodnou inspirací a do jisté míry iniciátorem a průvodcem postupné změny chápání a směřování klientky, snažil se tedy nabídnout KK nový úhel pohledu na její problémy a přesměrovat tak její životní zakotvení k aktivnějšímu a smysluplnému chápání vlastního života. Nejobtížnějším úkolem terapeuta bylo pomoci klientce pochopit význam a perspektivu takové proměny. KK byla odmala zvyklá přijímat podporu a pomoc ze všech stran a nabídka terapeuta šla jakoby opačným směrem. Terapeut vyžadoval po klientce aktivitu a iniciativu, která jí přišla často směšná, nebo naopak trapná či zbytečná. Měla-li například nalézt do příštího sezení 3 knihy, které byly pro ni důležité a 3 jiné, které si vždy chtěla přečíst, ale nikdy to nestihla - záměrně přinesla 3 dětské knížky, které si nepřečetla, protože prý tehdy neuměla číst. Bylo tedy důležité se „vtipu“ zasmát a později úkol lépe zdůvodnit a pokusit se jej splnit znovu a zodpovědněji. Podařil-li se KK úkol splnit i ona sama pak přiznávala radost a uspokojení, které jí takové splnění úkolu, nově objevená možnost, získaná dovednost či kompetence, přinesla. KK tak sama postupně poznávala výhody aktivnějšího a samostatně iniciativního životního stylu, který by mohl při dlouhodobější opakované práci přinést pozitivní výsledky v jejím životním ladění a směřování.

6.5 Pátá etapa: ověřování výsledků

Jak je z předchozích řádků zřejmé, je možné nadále s klientkou spolupracovat a pomáhat jí i v delší perspektivě na její cestě k inkluzi. Za pozitivní pokládám výchozí body, ze kterých KK může na tuto cestu v daný moment vyjít - tedy :

1) svou pozitivní motivaci ke změně,

2) paradoxně to, že žije v Praze a má tedy k dispozici nejen bezbariérový byt, ale i možnost bezbariérové dopravy a silnou koncentraci nejrůznějších specializovaných služeb. Dále pak také patrně nejširší možnou paletu profesionálních kolegů, přátel, nebo i možných zaměstnavatelů.

Považuji za pozitivní, že KK byla ochotná pokusit se o změnu svého přístupu ke svým životním problémům. Vnímám pozitivně, že i přes svou deklarovanou neochotu a formulované pochybnosti s terapeutickými návrhy se snažila většinou spolupracovat. Zároveň bylo důležité vidět konkrétní výsledky, které sloužily jako odrazový můstek pro další práci.

Bohužel není v mých možnostech cíleně nadále spolupracovat s klientkou, neboť naše spolupráce spadala pod kompetenci sociálního poradenství, organizace, se kterou jsem spolupracoval pouze externě. Nicméně pokud by KK dosáhla alespoň nějakého stupně žádoucí změny, byla by na cestě k žádoucí inkluzi alespoň o nějaký krok blíže.

Obecně jsem získal dojem, že podobná podpůrná terapie by měla jednoznačně pozitivní dopad na inkluzi tělesně postižených do majoritní společnosti i na kvalitu života samotných tělesně či zdravotně postižených.

ZÁVĚR

Prvotním impulsem k vypracování bakalářské práce s tématem inkluze tělesně postižených byla jednak idea konfrontace autorových osobních zkušeností člověka žijícího většinu života v komunitě tělesně postižených, jednak oficiálních informací týkajících se této minority. Autor má důvěrné osobní zkušenosti s výhodami, nevýhodami, problémy, překážkami i omezením života tělesně postižených, ale sám tělesně postižený není. Život uprostřed této minoritní komunity mu tedy přinesl řadu otázek, na něž se snažil nalézt odpovědi. Klíčovou otázkou pak byla záležitost inkluze tělesně postižených a srozumitelně vyjádřit, co k plnohodnotné integraci tělesně postižených do majoritní společnosti brání - a co by ji naopak mohlo podpořit.

Práce vymezuje bazální pojmy zpracovávané problematiky, které se vždy nechápou jednoznačně. Autor se snaží srozumitelně vytýčit jakési obsahové či ideové „mantinely“, ve kterých se tato problematika pohybuje. Vymezením jednotlivých pojmů, nezřídka z více zdrojů, chce jasně charakterizovat jak samotnou inkluzi - tedy jakýsi ideální stav nebo cíl integrace, tak motivy, které by ji měly podpořit, anebo ji už podporují. Důležité je také zřetelně odlišit zdravotní postižení od tělesného a postižení samo od handicapu tak, aby nedocházelo k zaměňování daných pojmů.

V dalším se práce zaměřuje na příčiny a důsledky vyplývající ze samotného postižení. Je nutno zdůraznit odlišnosti mezi vrozeným a získaným tělesným postižením s jejich odlišnými dopady na postiženého. Pozornost je třeba věnovat dopadům narození tělesně postiženého dítěte na rodinu dítěte. Důležitou roli ve vývojovém procesu dítěte hraje primární rodina, ale také vývojová specifika či problémy, které dítěti přináší jeho handicap. Za hodné pozornosti je třeba považovat rovněž problémy, kterým musí čelit samotní rodiče. Rodina si pak vyžaduje pozornost ještě z hlediska volby výchovných prostředků a možných důsledků, které jednotlivé typy výchovy na rozvoj postiženého dítěte přinášejí. Mimořádnou pozornost pak autor věnuje žádoucímu rozvoji sociálních kontaktů a vzdělávání tělesně postižených dětí. Klade zvláště důraz na pozitivní stránky integrace těchto dětí mezi své „zdravé“ vrstevníky. Současně reflektuje i přínos kontaktu s vrstevníky obdobně postiženými. V textu pak se dále komentují klady těchto vzájemných sociálních kontaktů a vliv pozitivní zkušenosti na „zdravé“ děti. Je třeba si všimnout však také negativních stránek, které tento způsob integrace postižených dětí do majoritní společnosti v praxi přináší.

Práce se dále věnuje samotné inkluzi tělesně postižených, především však z historického hlediska. Mapuje vývoj postojů „zdravé“ společnosti k tělesně (zdravotně) postiženým od starověku až po současnost a glosuje změny přístupu k handicapovaným v průběhu jednotlivých historických epoch. Zároveň komentuje 20. století a změny, které přinesla Sametová revoluce v roce 1989. Zvláště poválečný vývoj, ostatně jako vývoj celé společnosti, vykročil podle autorova názoru i v tomto směru tzv. „špatnou nohou“. Nakonec pak předkládá otázky týkající se budoucího směřování přístupu majoritní společnosti k postiženým lidem.

Práce se posléze plně věnuje inkluzi zdravotně postižených, jejím podmínkám, překážkám i důvodům proč by k ní docházet mělo, či má. V této souvislosti také autor výrazněji uplatňuje své osobní postřehy, názory a zjevné iluze z dětství a konfrontuje je s obecným pohledem dnešní společnosti na osoby s tělesným postižením. Shledává paralelu mezi svými nezralými dětskými postoji a dnešními obvyklými postoji majoritní společnosti a popisuje, jak z této „dětské“ celospolečenské nezralosti vyplývá i řada dalších problémů, které mohou reálně zabraňovat inkluzi zdravotně postižených. Jsou tím především míněny předsudečné a stigmatizační postoje, z nichž některé autor shledává i u sebe a snaží se najít příčiny těchto postojů. Zároveň popisuje i reálné fyzické, psychické, behaviorální i sociální odlišnosti, které integraci tělesně postižených mohou bránit, nebo ji komplikovat. Autor nabízí osobní zkušenosti, postřehy či náměty, které buď vedly, nebo mohly vést k žádoucí inkluzi této výrazně handicapované minority.

Autor neopomíjí ani otázku zaměstnanosti tělesně a obecněji i zdravotně postižených. Všimá si úsilí vlády ČR a komentuje její úspěchy či neúspěchy v této oblasti. Konfrontuje zároveň deklarované vládní úsilí s reálnými výsledky z praxe v ČR a okrajově také v EU. Upozorňuje na podceňování financování programů, jejichž obsah má mít přímý pozitivní dopad na inkluzi zdravotně postižených. Na konkrétních datech se pokouší autor prokázat, že zkvalitnění těchto programů - včetně jejich velkorysejšího financování - by se České Republice, v dlouhodobém horizontu, jistě vyplatily. Důležité je zvážit klady a zápory alternativních způsobů zaměstnávání zdravotně postižených a mít na zřeteli celkový význam a dopad zaměstnání na kvalitu lidského života nejen zdravotně postižených.

Práce uvádí případovou studii tělesně postižené klientky, jíž se autor socioterapeuticky věnoval a pomáhal jí v pokusu samostatně a plnohodnotně žít, bez

zbytečně vysoké míry závislosti na druhých. V průběhu sezení hledal s klientkou reálné cesty ke změně myšlení a v důsledku této změny pak umožnění proměny jejích životních postojů a cílů, které by jí v budoucnu přinesly větší životní pohodu a uspokojení. Konkrétní socioterapeutická intervence znamenala prospěch kvality života postižené ženy. Autor rozvíjí úvahu nad obecněji pojatým poradenstvím v rámci preventivních a rehabilitačních služeb poskytovaných tělesně postiženým.

LITERATURA

- FILIPIOVÁ, D. *Život bez bariér: projekty a rekonstrukce*. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-233-6
- HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Oprav.dotisk. Praha: Portál, 2004, s. 148. ISBN 80-7178-303-X
- HOGENOVÁ, A. *K fenoménu pohybu a myšlení*. Praha: Eurolex Bohemia, 2006. ISBN 80-86861-72-4
- JANDOUREK, J. *Sociologický slovník*. Praha: Portál, 2001, s. 107, 109, 129. ISBN 80-7178-535-0.
- JESENSKÝ, J. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. Praha: Karolinum, 1995. ISBN 80-7066-941-1.
- KODYMOVÁ, P. Ideál inkluze, případně integrace. In MATOUŠEK, O. aj. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.
- KOLÁČKOVÁ, P., KODYMOVÁ, P. Sociální práce se zdravotně znevýhodněnými. In MATOUŠEK, O. aj. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.
- MATĚJÍČEK, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3.přepřac.vyd. Jinočany: H a H, 2001. ISBN 80-86022-92-7.
- MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003, s. 155, 271. ISBN 80-7178-549-0
- MATOUŠEK, O. aj. *Sociální služby*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9
- SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. Dotisk 1. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1733-3.
- ÚZ - *Sociální zabezpečení*. Ostrava: Sagit, 2008. ISBN 978-80-7208-658-0
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. rozš.a přepřac.vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3
- VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie I. Dětství a dospívání*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0956-8

VÍTKOVÁ, M. *Kapitoly z úvodu do speciální pedagogiky*. Brno: Masarykova univerzita, 1992. ISBN 80-210-0475-4

YALOM, I. D., LESZCZ, M. *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*. 2.vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-304-8

INTERNETOVÉ CITACE

Doporučení Rady Evropy č. 1592 ze dne 29. ledna 2003 /online/ . c 2001, poslední revize 21. 11. 2008 /cit. 10.3.2009/. Poradna pro občanství, občanská a lidská práva. Dostupné z <http://www.diskriminace.cz/do-postizeni/standardy.phtml>

Dpp.cz > Projekt: výtahy ve stanici Florenc B - bezbariérové zpřístupnění | Dopravní podnik /online/ . Cit. 20. 4. 2009/. DPP. Dostupné z <http://www.dpp.cz/projekt-vytahy-ve-stanici-florenc-b-bezbarierove-zpristupneni/>

Evropské fórum zdravotně postižených /online/ . c2004, poslední revize 21. 7. 2004 /cit. 22. 4. 2009/. NRZP. Dostupné z <http://www.nrzp.cz/userfiles/file/ppzam.doc>

Národní plán podpory a integrace občanů se zdravotním postižením na období 2006 – 2009 /online/ . c2007, poslední revize 24. 7. 2007 /cit. 22. 4. 2009/. Dostupné z <http://www.nrzp.cz/userfiles/file/nppi2007.pdf>

Rezoluce Valného shromáždění OSN č. A/10034 /online/. c2001, poslední revize 21. 11. 2008 /cit. 10.3.2009/. Poradna pro občanství, občanská a lidská práva. Dostupné z <http://www.diskriminace.cz/do-postizeni/standardy.phtml>

Zpráva o stavu VŠPO 07 /online/ . c2005, poslední revize 17. 4. 2008 /cit. 20. 4. 2009/. CSU. Dostupné z [http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/t/410026C273/\\$File/3309084.doc](http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/t/410026C273/$File/3309084.doc)

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autora: Jan Roušal

Studijní program: Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Inkluze tělesně postižených

Počet stran bez příloh: 44

Celkový počet stran příloh: 0

Počet titulů české literatury a pramenů: 16

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 0

Počet internetových odkazů: 6

Vedoucí práce: MUDr. Olga Dostálová, CSc.

Rok dokončení práce: 2009

RESUMÉ

Jméno a příjmení autora: Jan Roušal

Studijní program: Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Rok dokončení práce: 2009

Název práce: Inkluze tělesně postižených

Vedoucí práce: MUDr. Olga Dostálová, CSc.

Klíčová slova: integrace, integrovaná společnost, sociální konflikty, inkluze, handicap, zdravotně postižený, tělesně postižený

Klíčovou otázkou práce je plnohodnotná integrace tělesně postižených do majoritní společnosti. Motivy a důvody, které takové inkluzi zabraňují - a co by ji naopak mohlo podpořit. Práce se pokouší rovněž hledat odpověď na konkrétní přínos zmíněné integrace této minority pro „zdravou“ společnost.

Pro získání objektivní představy o dané problematice bylo dle autora tedy důležité jasně popsat reálné dopady tělesného postižení na jedince a to ve všech důsledcích - tedy biologických, psychologických i sociálních. Zároveň autor mapuje dopady tělesného postižení dítěte na jeho rodinu, ale také možnosti vzdělávání a zaměstnávání tělesně postižených, které autor považuje za klíčové na cestě k plnohodnotné inkluzi. Práce rovněž komentuje činnost státu ve prospěch tělesně postižených a reálné dopady či neúspěchy této činnosti. V poslední 6 kapitole pak nabízí kazuistickou studii ve které je na konkrétním případě tělesně postižené ženy možné vysledovat řadu handicapujících problémů, které teoretická část práce obecně popisuje a které v tomto konkrétním případě tvoří překážky bránící ženě vést plnohodnotný a samostatný život.

V práci se dařilo zmapovat objektivní fyzické, psychické i sociální překážky a problémy, které mohou komplikovat nebo znesnadňovat inkluzi tělesně postižených do majoritní společnosti a nabízí i cestu, která by tyto překážky mohla pomoci odstraňovat efektivněji než dosud.

Pražská vysoká škola psychosociálních studií, s.r.o.

Název bakalářské práce: **Inkluze tělesně postižených**

Autor bakalářské práce: **Jan Roušal**

Vedoucí BP: MUDr. Olga Dostálová, CSc.

Oponent BP: Martin Kuška, Ph.D.

Praha, 14. 5. 2009

Posudek oponenta BP

Bakalářská práce Jana Roušala s názvem *Inkluze tělesně postižených* vychází bez nadsázky z celoživotní, žité zkušenosti autora s tématem, které je nám předkládáno ve vyspělé úrovni zpracování, zcela vyhovující formálním a odborným požadavkům kladeným na tento typ prací.

Autor si je vědom odlišnosti, ale zároveň komplexnosti jednotlivých úhlů pohledu, které ve své práci uplatňuje: subjektivním, odborným, praktickým a ideálním. Rozpornost zmíněných pohledů se stane patrnou zejména tehdy, začneme-li se zabývat konkrétním klientem a jeho konkrétní situací.

Roušalovým nezpochybnitelným přínosem je *de facto* realizace longitudinálního zúčastněného pozorování inkluze (nejen) jeho tělesně postižených rodičů, přičemž s největším rizikem takto zpracovávaného tématu, tedy s hrozící subjektivní zaujatostí, z níž by mohla plynout nežádoucí neobjektivnost, se autor vypořádával (a vypořádal) relativně dobře.

Bakalářská práce je precizně strukturovaná, od vymezení základních pojmů přes ontogenezi a socializaci tělesně postiženého dítěte. Kladně hodnotím 3. společensko-historickou část práce a vznáším na tomto místě první dotaz pro rozpravu: Předpokládám, že se autor bude zabývat tématem i nadále. Hodlá v budoucnu rozpracovat více např. segregaci tělesně (ale i

duševně) postižených v totalitních režimech? V tomto ohledu mi ale jako oponentovi chybí v historickém přehledu jakákoliv zmínka o nacismu.

Těžiště práce spočívá v její 4. části. Jako oponent bych pouze doporučil pro případné pozdější zpracování tématu zvolit méně axiologický přístup, s větším rozmyslem užívat adjektivum *deformovaný* a jinou formou zpracovat „povzdechy nad poměry“ (např. závěr kap. 4.3). Kladné hodnocení zaslouží kap. 4.5 za dílčí věcnou kritiku NRZP a fundovanost a orientace autora v související pracovně-právní problematice je prokázána v 5. části práce. Za do jisté míry odvážnou považuji kap. 5.3 signifikantně pojmenovanou *Diskuze*. Další podnět do rozpravy: Očekával bych, že právě zde by autor mohl výhledově některé své domněnky přeformulovat v hypotézy a ověřit jejich platnost výzkumem.

Práce je doplněna kazuistikou, kterou bych ovšem pro její nespojitost s ostatním textem navrhoval vysunout do samostatné přílohy.

Bakalářskou práci Jana Roušala považuji za mimořádně zdařilou. Všechny mnou vznesené dotazy a připomínky mají formu doporučení, návrhů a postřehů využitelných při případném autorově dalším zabývání se tématem.

Práci plně doporučuji k obhajobě.


Martin Kuška, Ph.D.

POSUDEK VEDOUCÍHO BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Název: Inkluze tělesně postižených

Autor: Jan Roušal

Počet stran: 44

Počet kapitol: 6, *podkapitol 1.řádu:* 29, *podkapitol 2.řádu:* 10.

Počet odborných publikací: 17, *počet internetových zdrojů:* 6

Volba tématu je velmi vhodná, odpovídá plně zaměření školy a z hlediska společenského je velmi aktuální.

Autor se velmi důkladně zabývá vysvětlením pojmů, jež ne vždy se chápou zcela jednoznačně. Proto věnuje autor první kapitole, která se pojmy zabývá, značnou pozornost.

Ve druhé kapitole pojednává autor o rozdílu mezi vrozeným a získaným tělesným postižením, také o významu výchovy a vzdělání u tělesně postižených.

Ve třetí kapitole se zaobírá krátce historií péče o tělesně postižené v dřívějších dobách a v současnosti, dnešním přístupem k nim a jeho nedostatky vzhledem k tělesně postiženým.

Čtvrtá kapitola je věnována pojmu inkluze, jejím podmínkám a překážkám. Uvádí i vlastní poznatky z praxe, které byly jiné než jeho původní představy.

Pátá kapitola mluví o zaměstnanosti zdravotně postižených, o současném ne dosti uspokojivém stavu v této oblasti a možnostech, které se dosud nevyužívají. Kapitola je zakončena diskusí autora, kde autor prezentuje svoje samostatné názory.

Šestá kapitola se zabývá kazuistickou studií.

Práce je obsahově bohatá, nepostrádá originalitu, autor doplňuje iniciativně názory prostudovaných autorů svými názory vlastními. Autor dokazuje, že umí racionálně uvažovat a zachovat správný odstup od pro něj citlivé problematiky.

Stylisticky je práce psána srozumitelně, tu a tam autor použije delší větu, které by neškodilo rozdělení. Po gramatické stránce je práce napsána správně.

Autor dokázal, že umí pracovat s literaturou, citace jsou správné podle předpisu.

Kazuistika je provedena přehledně a její členění dbá předepsaného postupu.

Připomínka:

Historický přehled postojů společnosti k tělesně postiženým je až příliš stručný. Tato část není pro práci nezbytnou, přesto však – když už se pro ni autor rozhodl - zasloužila si detailnějšího propracování.

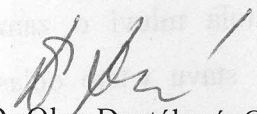
Pro budoucnost by stálo za to provést šetření, jak vypadá stav vzdělání u tělesně postižených ve srovnání se zdravou populací a ověřit si, zda vyšší vzdělání skutečně umožňuje tělesně postiženým lepší zařazení do společnosti.

Závěr

Práce prokazuje slušnou odbornou znalost zvolené problematiky a také zralost autora v postoji k tělesně postiženým. Autor zde uplatnil nejen teoretické vědomosti, ale také svou vlastní značnou znalost komunikace a zacházení s tělesně postiženými na základě toho, že jako zdravý jedinec mezi nimi vyrůstal. Práce imponuje svou zainteresovaností a angažovaností. Lze doporučit, aby autor zvolenou problematiku neopouštěl a věnoval se jí i nadále.

Doporučuji k obhajobě a - pokud ústní projev autora tomu bude odpovídat – i velmi příznivé hodnocení.

V Praze, 8.5.2009


MUDr. Olga Dostálová, CSc.