

**Pražská vysoká škola psychosociálních studií**

Hekrova 805, 149 00 Praha 4



## **Písemná práce k bakalářské zkoušce**

### **Kvalita života u tělesně postižených**

Magdaléna Šašková

**Studijní program:**

Sociální politika a sociální práce

**Studijní obor:**

Sociální práce se zaměřením  
na komunikaci a aplikovanou  
psychoterapii

**Vedoucí práce:**

Doc., PhDr. Jan Srnec, CSc.

**Akademický rok:**

2007 / 2008

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně a s použitím uvedené literatury.

V Plzni dne 7.8.2008

Magdaléna Šásková

## PODĚKOVÁNÍ

Chtěla bych poděkovat svému vedoucímu bakalářské práce Doc.PhDr. Janu Srncovi CSc. za obětavé a trpělivé vedení, za jeho podporu a pomoc při tvorbě mé práce.

Mé poděkování také patří všem mým klientům a kamarádům, ke kterým osud nebyl příliš laskavý a určil je nést břímě postižení. Děkuji za jejich upřímnost, čas a osobní rozhovory, které mi poskytli.

Dále chci poděkovat občanskému sdružení Exodus v Třemošné u Plzně, které mi poskytlo možnost pracovat s postiženými lidmi jako osobní asistent. A také chci poděkovat MUDr. Jiřímu Bláhovci a jeho ženě, kteří mě poprvé přivedli k práci s postiženými dětmi.

## **OBSAH:**

<b>ÚVOD</b> .....	6
<b>1 VYMEZENÍ KLÍČOVÝCH POJMŮ</b> .....	8
<b>2 HISTORICKÝ POHLED NA PŘÍSTUP K TĚLESNĚ POSTIŽENÝM</b> .....	11
2.1 Pravěk a Starověk .....	11
2.2 Středověk .....	13
2.3 Novověk.....	14
2.4 Moderní dějiny.....	16
<b>3 ŽIVOT S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM</b> .....	18
3.1 Sociální služby a dávky .....	19
3.1.1 Sociální služby .....	19
3.1.2 Sociální dávky.....	22
3.2 Příslušné zákony. ....	24
3.2.1 Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.....	24
3.2.2 Zákon č. 110(2006 Sb., o životní a existenčním minimu).....	25
3.2.3 Zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi .....	26
3.2.4 Zákon č. 402/2001 Sb., o státní sociální podpoře.....	27
3.2.5 Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění.....	28
3.3 Integrace versus izolace .....	29
3.3.1 Nezávislý způsob života .....	31
<b>4 DOBROVOLNICTVÍ</b> .....	33
4.1 Dobrovolnictví ve světě .....	36
4.2 Dobrovolnictví v České republice .....	38
4.3 Má vlastní zkušenost z praxe .....	39
<b>5 ŽIVOTNÍ PŘÍBĚHY</b> .....	42
5.1 Slečna E. ....	42
5.2 Pan R.....	44
5.3 Pan K .....	46
<b>ZÁVĚR</b> .....	49
<b>LITERATURA</b> .....	51
<b>PŘÍLOHY</b> .....	53

## ÚVOD

Téma bakalářské práce - „Kvalita života u tělesně postižených“ jsem si vybrala z více důvodů. Hlavním z nich byl ten, že s problematikou postižených mám osobní zkušenost ze své praxe, když jsem téměř tři roky působila jako osobní asistent. Dalším důvodem je přesvědčení, že všichni lidé jsou si rovni a měli by mít stejné šance, bez ohledu na barvu pleti, pohlaví, věk, národnost či tělesné postižení.

Ve své práci bych se tedy chtěla zabývat tím, co to obnáší žít v dnešním světě s postižením, nebo jaké překážky musí postižení lidé překonávat. Nejde totiž jen o překážky fyzické jako jsou schody, prahy, úzké dveře apod., ale i o překážky psychické které se často objevují nejenom v mysli zdravých lidí, ale i samotných postižených. Předsudky, zaujetí, nedostatek informací či stereotypní chování patří mezi časté příčiny toho, proč se zdraví lidé vyhýbají postiženým a naopak.

I když se dnešní sociální politika snaží o integraci lidí s postižením mezi lidi zdravé, vždy tomu tak nebylo. Pokud bychom se podívali na postavení těsně postižených lidí v průběhu dějin zjistili bychom, že šlo především o izolaci. Jakákoliv odlišnost, nebo samotné postižení bylo v dřívějších dobách považováno za boží trest. Lidé s postižením stáli na okraji společnosti, byli chápáni jako nerovnocenní, nesvéprávní, ve většině případů byli odsouzeni k životu v osamění. A bylo to tak bohužel ještě donedávna, například u nás v dobách minulého režimu, který byl ukázkovým případem toho, jak odstranit a izolovat členy společnosti, kteří jsou odlišní. Proto bych chtěla jednu kapitolu v mé práci věnovat právě přístupu k tělesně postiženým v průběhu dějin a tomu, jak se tento přístup měnil.

Dále chci do své práce zahrnout oblasti, které by postiženým lidem měly pomáhat zvyšovat úroveň jejich života i jejich samostatnost. Proto bych se ráda věnovala sociální službám a sociálním dávkám, a také příslušným zákonům, které poskytování služeb a dávek upravuje. V další samostatné kapitole bych se také ráda zmínila o tématu dobrovolnictví. Protože jsem sama jako dobrovolník řadu let působila, mám s tím tedy osobní zkušenost a myslím si, že dobrovolnictví jako takové je pro oblast sociálních služeb, (ale nejenom pro ni), základním stavebním kamenem.

Pro konkrétní představu o tom, jak se žije lidem s postižením, bych ráda v závěrečné části práce uvedla několik životních příběhů svých kamarádů či klientů, kteří neměli takové

štěstí a osud je obtěžkal břemenem postižení. Existují různí lidé a podle toho se také různým způsobem vyrovnávají se svým údělem, ale vždy je to také podmíněno přístupem společnosti a prostředím, ve kterém žijí. Ostatní lidé nám nastavují zrcadlo, ve kterém vidíme svůj odraz takový, jak nás vidí druzí. Proto je pro hendikepovaného člověka tak důležitý přístup lidí, kteří ho obklopují. To, jak nás vidí druzí a ze srovnávání s nimi, pak vzniká náš vlastní pohled na sebe sama a pokud by nás druzí lidé přehlíželi, litovali nebo se k nám neustále chovali jako k malým dětem, je jasné, že se to na naší psychické pohodě podepíše. Lidé s postižením od nás nechtějí projevenou účast a lítost. Chtějí rovnost, respekt a úctu.

Cílem mé práce není prozkoumat situaci tělesně postižených v České republice a rozhodnout zda je jejich život kvalitní či ne. To je opravdu individuální. Cílem, který jsem si stanovila, je sumarizovat stručný, ale snad ucelený přehled o tom, jak se lidem s postižením žilo dříve, žije dnes a jak by to mělo vypadat do budoucna. Jakými změnami prošlo jejich postavení ve společnosti zdravých lidí, jaké mají možnosti a jaké služby jsou určeny ke kompenzaci jejich stavu, nebo to, co si přejí samotní hendikepovaní.

Za svůj dosavadní život jsem měla možnost poznat poměrně hodně lidí s postižením, ať už fyzickým či psychickým, díky tomu vím, že každý postižený člověk se se svou situací vyrovnává jiným způsobem. Stejně tak se i různí názory na to, co je pro hendikepovaného člověka kvalitní život? Pro většinu mých klientů kvalitní život představuje samostatnost a rovné příležitosti. Lidé s postižením nepotřebují ke svému „kvalitnímu“ životu krásné zrekonstruované ústavy a stacionáře pro postižené, hlavní pro ně je život v jejich přirozených podmínkách. Možnost být se svými blízkými, studovat, pracovat, navazovat vztahy, být samostatný a ne se cítit méněcenným člověkem, kterého všichni litují. I o tom by měla být má práce – že lidé s postižením jsou lidé jako my. A přestože je jejich životní scénář odlišný a musí ve svém životě překonávat nesrovnatelně více překážek než my zdraví, jsou to pořád lidé, kteří také mají své sny a plány, které si chtějí splnit a jít za nimi.

# 1 Vymezení klíčových pojmů

**Sociální práce** je společensko vědní disciplína i oblast praktické činnosti, jejímž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů (jako je chudoba, zanedbávání výchovy dětí, diskriminace určitých skupin, delikvence mládeže, nezaměstnanost aj.). Sociální práce se jednak opírá o rámec společenské solidarity, jednak o ideál naplňování individuálního lidského potenciálu. Sociální pracovníci pomáhají jednotlivcům, rodinám, skupinám či komunitám dosáhnout nebo navrátit způsobilost k sociálnímu uplatnění (MATOUŠEK, 2003, s. 213).

**Sociální péče** vyplývá ze společenské solidarity a spočívá v redistribuci prostředků a služeb ve společenském prostoru, jejichž cílem je všestranný rozvoj jednotlivce. Realizuje se sociálním pojištěním, státními podporami, sociální pomocí a sociálními službami (MATOUŠEK, 2003, s. 210).

**Dávky sociální péče** jsou jednorázové nebo měsíčně se opakující dávky k zabezpečení výživy a ostatních základních osobních potřeb k zajištění nezbytných nákladů na domácnost. Patří sem např. příspěvek při péči o blízkou osobu, mimořádné výhody pro těžce zdravotně postižené občany, jednorázový příspěvek na opatření zvláštních pomůcek, příspěvek na úpravu bytu (pro občany nevidomé a těžce tělesně postižené), příspěvek na úhradu za užívání bezbariérového bytu nebo garáže, příspěvek na zakoupení nebo zvláštní úpravu motorového vozidla, příspěvek na individuální dopravu (pro těžce postižené občany), příspěvek na zvýšené životní náklady (pro nevidomé a těžce postižené) aj. (MATOUŠEK, 2003, s. 44).

**Postižení tělesné** je postižení, které může být buď vrozené, nebo získané a týká se pohybové nebo jiné orgánové soustavy. Omezuje člověka v běžných činnostech, zejména v pohybu, má vliv na jeho psychickou rovnováhu, na vztahy k lidem i na pracovní uplatnění (MATOUŠEK, 2003, s. 155). Tělesné postižení může být:

- *získané* = způsobeno nemocí, ale častěji úrazem během života
- *vrozené* = způsobeno nemocí nebo infekcí v prenatálním, perinatálním nebo postnatálním vývoji dítěte. Nejčastější příčinou vrozeného tělesného postižení bývá mozková obrna.

**Postižení mentální** je vrozené a trvalé postižení osobnosti projevující se nízkou úrovní rozumových schopností, nízkou kontrolou emocionality, vysokou potřebou akceptace,

nízkou schopností odhadovat vlastní možnosti, omezenou schopností rozumět řeči a řeč používat, tendencí ke stereotypnímu chování a další příznaky. Příčinami jsou dědičnost a organická poškození centrální nervové soustavy v prenatalním, perinatálním nebo postnatálním vývoji dítěte. Obvykle bývá spojené i s poruchami hybnosti (MATOUŠEK, 2003, s. 106).

**Dětská mozková obrna (DMO)** je nemoc, která postihuje nervový systém a pohybový aparát člověka. Není dědičná ani infekční, nemá nic společného s dětskou obrnou (poliomyelitidou), která je infekční, virová a u nás již byla vymýcena očkováním. Příčiny DMO nejsou doposud jasně známy, ví se jen, že při ní dochází k poškození nezralého mozku během prenatalního vývoje, nebo při komplikovaném porodu, popřípadě se může ještě projevit první rok života, kdy mozek teprve dokončuje svůj vývoj. Projevuje se postižením pohybového aparátu, většinou doprovázeného mentálním postižením. Postižení může být různého stupně. Od lehčího, až po hluboké.

**Hendikep** je nepříznivá sociální situace člověka, vyplývající z poruchy nebo omezené schopnosti. Hendikepovaný člověk nemůže naplňovat očekávání, která jsou v dané době a kultuře spojována s „normalitou“. Člověk může být znevýhodněn v orientaci, samostatném pohybu, ve vedení samostatného života, v sociálních kontaktech apod. Hendikep je ovlivnitelný – je třeba jej kompenzovat systémovými opatřeními (např. odstraňováním architektonických bariér), změnami v postojích většiny, případně pomáháním, které sahá podle závažnosti postižení od výpomoci až po intenzivní péči v ústavním zařízení (MATOUŠEK, 2003, s. 74).

**Kvalita života** komplexní kritérium používané k hodnocení efektivity sociální péče. Jde o ekvivalent „zisku“ v ekonomickém uvažování. Opírá se buď o širší definici zahrnující zdraví, sociální postavení, mezilidské vztahy, materiální podmínky, přehled denních aktivit apod., nebo o jedno měřítko – životní spokojenost. Nástrojem k posuzování kvality života jsou většinou sebeposuzovací škály, dotazníky, strukturovaný rozhovor, někdy i posouzení jinou osobou (MATOUŠEK, 2003, s. 100).

**Integrace** je snaha o začleňování sociálně nebo zdravotně znevýhodněných lidí do společnosti, včetně pracovního začlenění. Je to široce uznávaný ideál novodobě sociální práce – opak sociálního vylučování, s nímž se hendikepovaní setkávali a dosud často setkávají (MATOUŠEK, 2003, s. 86).



**Izolace** je opakem integrace. Jde o případ, kdy jsou sociálně nebo zdravotně znevýhodnění lidé vyloučeni mimo společnost. Většinou se jedná o osoby v ústavech sociální péče, o osoby s těžkým mentálním postižením nebo o osoby s těžkým tělesným hendikepem. Sociální práce usiluje o plnohodnotný kvalitní život těchto osob, o respektování jejich odlišnosti a o možnosti jejich vlastního rozvoje.

**Dobrovolnictví** je neplacená a nekariéerní činnost, kterou lidé provádějí proto, aby pomohli svým bližním, komunitě nebo společnosti. Vykonávaná činnost by měla být přínosem pro dobrovolníka i pro klienta. Tato činnost může být formální nebo neformální. U formální formy uzavírá dobrovolník smlouvu s agenturou, prochází zaškolením, supervizí, jeho činnost je hodnocena. Dobrovolnictví můžeme rozdělit na:

- *vzájemně prospěšné* = v tomto případě jde o zájmové skupiny sdílející osobní zájmy.
- *veřejně prospěšné* = spočívá v poskytnutí části času a vlastních dovedností pro veřejně prospěšnou činnost (MATOUŠEK, 2003, s. 55)

**Dobrovolníci v sociálních službách** jsou lidé poskytující podporu a pomoc bez nároku na odměnu, buď samostatně nebo ve spolupráci s placenými profesionály. V České republice upravuje činnost dobrovolníků zákon č. 198/2002 (MATOUŠEK, 2003, s. 54).

## 2 Historický pohled na přístup k tělesně postiženým

Tělesné postižení není záležitost posledních let, ale je to problém, který se objevoval již od počátků lidstva. Ovšem péče a celkový přístup k této skupině se během vývoje společnosti měnil. A v této kapitole bych se ráda věnovala právě zmíněnému přístupu k tělesně postiženým v průběhu dějin.

### 2.1 Pravěk a starověk

Informace o **době pravěké** můžeme čerpat pouze z archeologických vykopávek a domýšlet si, jak asi tato společnost fungovala a stavěla se ke svým členům, kteří byli nějakým způsobem hendikepovaní. Jedno z mála, co o této společnosti víme je to, že hlavním cílem bylo přežití skupiny. Tento kolektivní zájem pak tedy převládal nad individuálními zájmy. To znamená, že pokud se v této společnosti objevil člen s nějakým hendikepem, byl většinou ponechán svému osudu a vyloučen ze skupiny, protože se pro ní stával přítěží. Na druhou stranu bychom určitě i v pravěké společnosti objevili nějaké známky altruistického chování, ale obecně ji chápeme jako společnost, která se řídila Darwinovou teorií o přežití druhu – tzn. jen ten nejsilnější přežije.

Z doby starověku máme informací o tehdejší společnosti mnohem více a díky tomu víme, jak tato společnost k tělesně postiženým přistupovala. Přestože se jedná, na svou dobu, o velice vyspělé civilizace, jejich postoj k jakkoliv odlišným členům společnosti byl spíše negativní. Děti, které se narodily s tělesným postižením, nežily většinou déle než pár dní. Z dějepisu všichni známe přístup na starověké **Spartě**, kde o dětech, které se narodily s nějakým tělesným postižením nebo vadou, nebo se jen odchylovaly od průměru, rozhodovala Rada starších. Tato rada rozhodovala o životě a smrti dítěte. Pokud se shodla na tom, že dítě je schopné přežít, bylo zachráněno. V opačném případě bylo bez milosti svrženo z pohoří Tayget do rokle Apothet. Ač je tento přístup velmi nehumánní, ve své době měl své logické opodstatnění. Sparta byla vojenský stát, který si díky *eliminaci slabých článků* udržoval vysoký fyzický standart, který byl předpokladem úspěchu ve válkách.

V **Athénách** byla situace o něco lepší, zde o životě či smrti tělesně postiženého dítěte rozhodoval otec. Bylo jen na něm, jak se rozhodne. Oproti Spartě, v Athénách byly děti s postižením většinou ušetřeny, ale jednalo se především o chlapce. Vycházelo to

z předpokladu, že tělesně postižená dívka nemá žádnou šanci se provdat, proto byly většinou odloženy ve speciálních nádobách u cest, kašen apod.. Zde si je mohl kdokoliv vzít, osvojit a vychovávat jako své dítě, nebo si z něj udělat pracovní sílu či otroka, nebo zabít. Takhle odložené dítě nemělo žádná práva, ani nikoho kdo by se ho zastal a ochraňoval ho. Situace se zlepšila až s příchodem Římanů, kteří sebou přinesli i veřejnou podporu hendikepovaných, která byla z počátku především určena pro válečné veterány, ale postupně se rozšiřovala i na ostatní potřebné.

Dalším důležitým mezníkem, co se týká péče o postižené, je rok **313**, kdy byl vydán **Edikt Milánský**. Což je označení dokumentu, který vydal císař Konstantin I. a jeho spoluvladař Licinius. Jednalo se o právní uznání křesťanských obcí, jímž bylo křesťanství uznáno a tolerováno v západní i východní části Římské říše. V praxi to znamenalo to, že křesťané se už nemuseli dál skrývat a mohli začít svobodně působit, což sebou přineslo křesťanskou charitu a ústavy, které křesťané po celé říši zakládali. MATOUŠEK (2001) dělí tyto ústavy na:

- Xenodochium (z řec. xenos = cizinec), tento ústav poskytoval pohostinství cizincům, pečovalo se zde o chudé a nemocné. Byly předchůdcem pozdějších středověkých špitálů
- Nosokomium (z řec. nosos = nemoc), zde byli ošetřováni nemocní
- Brefotrofium (z řec. bréfos = dítě), tento ústav sloužil k opatrování a výživě nalezených, opuštěných dětí
- Orfanotrofium (z řec. orfanos = sirotek), jednalo se o sirotčinec
- Gerontotrofium (z řec. geron = stařec), starobinec, tento ústav poskytoval ubytování a výživu starým opuštěným lidem
- Ptochotrofium (z řec. ptochos = chudý), chudobinec, tento ústav byl určen lidem bez jakéhokoliv majetku, či příjmu

## 2.2 Středověk

Středověk je obecně v učebnicích historie označován jako doba temna. Stejně temná doba to je pro člověka s postižením nebo jakoukoliv odchylkou. Z dnešního hlediska byli lidé ve středověku jen minimálně svobodní. Hierarchie společnosti byla pevně dána a člověk neměl šanci se z ní vymanit, neustále byl ohrožován hladomorem, všelijakými nemocemi, válkami.. Ale mohl si být jistý tím, že ve stáří o něj bude dobře postaráno – podpora rodiny ve stáří byla jedna z mála jistot této doby. Pokud byl ale člověk nějakým způsobem postižený, nemohl s nějakou podporou rodiny počítat. Postižení bylo v této době chápáno jako nepřítel Boha a opravňovala tak společnost k vyhnání takového člena. Vyhnání postižených, ať už fyzicky či psychicky, mělo v přímořských oblastech podobu jejich vsazování na *Lodě bláznů*, které pluly po řece a v každém větším přístavu zakotvily a nabraly nové, nedobrovolné pasažéry. Ti byli poté vysazováni na opuštěných místech a nebo byla tato loď vpuštěna na širé moře a ponechána svému osudu.

Počátek 15.století byl rovněž nepříznivý, protože v této době se v hojném počtu začínají objevovat čarodějnické procesy. Je to historický jev, kdy katolická i protestantská církev začíná pronásledovat členy společnosti, kteří jsou jakkoliv odlišní. Ať už svým zjevem nebo chováním. Cokoliv co bylo odlišné, bylo v této době špatné. Během středověkých čarodějnických procesů bylo obviněno z čarodějnictví a upáleno tisíce nevinných lidí, jejichž jediným hříchem byla odlišnost. Tento historický jev není záležitostí pouze Evropy, ale známy jsou tyto procesy i v Americe – např. Salemský proces. Pokud člověk s postižením pocházel ze zámožného a movitého rodu, měl šanci že unikne před pronásledováním či vyhnáním a stráví svůj život v některém z ústavů pro duševně a tělesně choré pro šlechtu, kde o něj bylo poměrně dobře postaráno. Ale to se jednalo pouze o mizivé procento ze všech potřebných.

Ale středověk nebyl jen dobou temna. V této historické etapě rostla moc církve a společně s ní se rozrůstaly i její aktivity. Nejenom že v této době zakládá velké množství útluků a ústavů, většinou v blízkosti klášterů, ale dochází i ke specializaci některých řádů na určitou skupinu potřebných. V péči o nemocné a postižené se angažovaly spíše ženské řády, především řeholní společnosti milosrdných sester. Např. řád milosrdných sester Panny Marie Jeruzalémské (založen ve 13. stol.) pečoval o poutníky do Svaté země. Řád Boromejek (založen 1652 v Nancy) provozoval špitály, v 19.století se tento řád dostal i do

Čech, kde se podílel na péči o nevidomé. Založily si vlastní klášter s nemocnicí pod Petřínem, kde působí dodnes.

## 2.3 Novověk

Za novověk označuje v dějinách období od konce 16.století, respektive od poloviny 17.století. Je to období výrazných změn, které zasáhly i do oblasti sociální práce a přinesly s sebou výraznější zájem o sociálně slabší a potřebné skupiny obyvatelstva. Jde o období renesance, humanismu a katolické i protestantské reformace.

Přestože v období reformace vznikaly chudinské zákony a církve se společně s městy snažila o společnou charitativní činnost, novověk je také obdobím, kdy se stát snaží vymanit z poručenství církve a začíná kritizovat její nesystematickou charitativní činnost. Charita byla od svého počátku pevně v rukou církve, během středověku vznikalo mnoho církevních řádů, které se specializovaly na určité skupiny potřebných, ale jejich práce mnohdy ztrácela původní ideje a stát neměl přehled o tom, jak a s kým tyto řády pracují. Proto v 17.století stát, a také měšťanstvo, přebírá některé charitativní aktivity církve do svých rukou. Největším sociálním problémem této doby je stále chudoba, proto v mnohých evropských státech vznikají chudinské zákony, které mají za úkol tento problém alespoň trochu zmírnit a regulovat. Např. anglický panovník Jindřich VIII. vydal počátkem 16.století zákon, že každý žebrák musí mít k žebrání povolení od starosty příslušného města nebo soudce. Toto povolení se vztahovalo jen na určité území a šlo o jakousi registraci, díky níž se chudoba stala sledovaným ukazatelem fungování státu (MATOUŠEK, 2001, s. 92). Obdobný zákon vydala roku 1601 královna Alžběta (tzv. *zákon o chudých*), který jako historicky první zákon nepočítal s církví. „Monitorování a spoluzodpovědnost za osudy chudých a hendikepovaných ukládal tento zákon místním úřadům, příbuzným potřebných lidí a *dozorci nad chudinou*, což byl nový typ městského úředníka“ (MATOUŠEK, 2001, s. 93).

Novověk je také období **humanismu**, což je umělecký směr, který za nejvyšší hodnotu považuje lidský život. Stal se i etickou teorií, která přispěla ke změně přístupu k hendikepovaným či jinak odlišným lidem. Roku 1656 byl v Paříži založen státní *Všeobecný špitál*, který byl určen chudým, nemocným, tělesně i duševně hendikepovaným. Stejně špitály vznikaly v průběhu 17. i 18. století po celé Evropě. Pro tuto dobu je příznačné zesvětšování a centralizace, o kterou se snaží evropské absolutistické

monarchie. Dochází k rušení mnoha klášterů, ve kterých jsou poté zřizovány právě zmíněné špitály, nebo sirotčince, chudobince, věznice a jiná státem kontrolovaná zařízení. Např. Josef II. zavedl v rakousko-uherské monarchii tzv. *farní chudinské instituty*, které podléhaly správě státu a jejich úkolem bylo budování sítě útulků pro chudinu. 19. století je inspirováno uměleckým stylem **romantismem**, který vyzdvihuje neopakovatelnou lidskou individualitu. Mezi ústřední pojmy tohoto směru patří i tajemství, mystérium, temné stránky lidského života. A díky tomu si společnost začne všimnout lidí, kteří žijí na okraji společnosti (žebračníci, prostitutky, chudí, děti pracující v továrnách apod.). Charitativní aktivity této doby byly v rukou vyšších a středních vrstev, především majetných žen, které podporovaly různé spolky a zařízení. Do charity se ale stále více zapojuje stát, především kvůli udržení společenské stability a podporuje rozsáhlé charitativní akce. Začínají být vypláceny i jakési první podpory, které fungují na principu dorovnání mzdy do výše životního minima.

Zajištění některých vybraných skupin obyvatelstva se objevilo ještě dříve než v 19. století. Např. během tereziánsko-josefínských reforem byly zavedeny penze pro státní úředníky, nebo zavedení sociálního pojištění během Bismarckových reforem v Německu.

V této době již vznikaly státní systémy sociálního zabezpečení, ale rozhodně nepočítaly s tím, že poskytované dávky budou hojně využívány. Z počátku byly tyto dávky určeny těm nejnutnějším a nejpotřebnějším a v některých zemích byla dokonce zavedena funkce *rozdělovač zdravotní podpory* (almoners). MATOUŠEK (2001) uvádí, že tito úředníci měli tři funkce:

- hodnotit finanční situaci klientů, u kterých náklady léčby stouply nad jejich možnosti
- v době těžké nemoci či úmrtí člena rodiny poskytovat klientovi i jeho rodině poradenství
- poskytovat domácí péči a pomůcky lidem propuštěným z nemocničního ošetřování

Zavedení plošného vyplácení podpor se na přelomu 19. a 20. století snažilo prosadit několik vládních stran. Tento pokus vyšel zcela až v období mezi světovými válkami a po skončení druhé světové války.

## 2.4 Moderní dějiny

Za moderní dějiny je považováno období od roku 1914, tedy od začátku první světové války. Toto období s sebou přineslo světové konflikty, které si vyžádaly příliš mnoho zbytečných životů. Ale i v tomto případě bychom mohli říci, že platí známé pořekadlo, že „všechno zlé, je k něčemu dobré“. Hrozná následky první i druhé světové války přiměly společnost zaměřit svou pozornost na potřebné, ať už to byli sirotci a vdovy, chudí, hendikepovaní, váleční veteráni aj. Sociální práce jako svébytný obor se právě v tomto období začíná plně vyvíjet a dochází k jejímu zvědečt'ování. Nejprve se objevuje ve Spojených Státech a v zemích západní Evropy, odkud také pocházejí hlavní představitelé jako např. Octavia Hillová (překopnice skupinové a komunitní práce), Jane Addamsová (jako první se zabývala uprchlíky a emigranty). První specializované školy sociální práce vznikly také na konci 19. století v Amsterdamu, Londýně a New Yorku (MATOUŠEK, 2001). V průběhu dalších let vznikají další školy tohoto druhu po celém světě, některé jsou zřizovány církví, jiné jsou světské.

Sociální pracovník v této době pracoval především formou případové práce, popř. práce s rodinou. Za svými klienty většinou docházel a společně řešili aktuální problémy. Objevují se také první vědecké studie, především na téma chudoby, protože to je stále aktuální téma a chudých lidí je pořád mnoho. Tyto vědecké studie pomohly změnit některé konvenční názory tehdejší společnosti a dívat se na již zmíněnou chudobu, jako na důsledek nezaměstnanosti a příslušnosti k sociální vrstvě. Jistě k této změně přispělo i to, že sociální práce se v meziválečném období a po válce inspirovala psychologií a pedagogikou. Už v této době je tedy důležité mít dostatek informací a uvažovat o klientově problému v celém kontextu.

Po skončení druhé světové války evropské země bohatnou a to má za následek velké rozdíly ve společnosti. Proto je zavedeno, jak už jsem zmiňovala v minulé kapitole, plošné vyplácení podpor. Z počátku jsou tyto podpory určeny především válečným veteránům a jejich rodinám, ale postupem času společnost pochopí, že potřebných je mnohem víc. Samozřejmě už také fungují namátkové kontroly v rodinách, které sociální dávky pobírají. Např. v USA se po druhé světové válce přitvrdilo a ženám, které pobíraly dávky na nezaopatřené dítě a byly přistiženy, že žijí s jakýmkoliv mužem v jedné domácnosti, o peníze přišly.

V Českých zemích byl vývoj sociální práce obdobný jako jinde ve světě. Po rozpadu Rakouska-Uherska přejal nově vzniklý český stát jeho legislativu. Další vývoj se řídil situací, která zde panovala – především tedy péče o postižené válkou, válečné veterány, vdovy a sirotky. Nejenom tělesně postižení tedy měli nárok na to, aby pobírali dávky státní podpory. Ale pokud jde o nějakou hlubší a souvislejší práci s nimi, ať poradenskou či terapeutickou, je to záležitost až posledních 20ti let. Nástup komunismu u nás s sebou přinesl i myšlenku, že vše, co je odlišné, je špatné a je třeba to odstranit. Proto většina tělesně či mentálně postižených lidí skončila v této době zamčená za dveřmi některého z ústavů sociální péče. Myslím si tedy, že kvalita života u postižených (nejenom tělesně) alespoň o málo stoupla s pádem komunismu, protože **izolaci** nahradila snaha o socializaci a **integraci** lidí s jakýmkoliv stupněm či druhem postižením.

Ideál a hlavní téma sociální práce dnešní doby je **rovnost příležitostí**. Je to základní princip, podle kterého by nikdo neměl být znevýhodněn kvůli svému postavení, handicapu, příslušnosti ke společenské vrstvě, rase, původu, pohlaví, národnosti nebo jiné odlišnosti. A podle této ideje by každý člověk, ať už s postižením nebo ne, měl mít stejný přístup ke vzdělání a práci. A o to bychom se tedy měli snažit.



### 3 Život s tělesným postižením

Matoušek (2003) charakterizuje tělesné postižení jako postižení, které může být buď vrozené, nebo získané a týká se pohybové nebo jiné orgánové soustavy. Omezuje člověka v běžných činnostech, zejména v pohybu, má vliv na jeho psychickou rovnováhu, na vztahy k lidem i na pracovní uplatnění. **Vrozené tělesné postižení** v dnešní době nejčastěji způsobuje dětská mozková obrna (DMO), Rettův syndrom, roztroušená skleróza či jiná degenerativní či neurologická onemocnění. **Získané tělesné postižení** je nejčastěji způsobeno úrazem (např. poranění páteře či míchy při automobilové nehodě), nebo může být následkem prodělané infekce či nemoci (např. klíšťová encefalitida, artróza).

Podle světových výzkumů a statistik organizace ONS žije na světě více jak 500 miliónů lidí s tělesným postižením. Tento počet je ale pouze odhadovaný, protože ve světě, ani u nás, neexistují žádné registry tělesně postižených, které by nám daly přesné číslo a sledovaly tento ukazatel společnosti. Jedinou pomůckou při odhadování počtu lidí s tělesným postižením jsou vyplacené invalidní důchody, sociální dávky či mimořádné výhody. Kodymová (2005) uvádí ve své publikaci tabulku s odhadovaným počtem tělesně postižených lidí v České republice (viz. Příloha č.1).

Tělesně postižený člověk musí každodenně překonávat překážky, které s sebou život s postižením přináší. Samozřejmě záleží na druhu a stupni postižení, od kterého se překážky odvíjí. To, co je pro nás samozřejmé, jako osobní hygiena, oblékání, chůze, nákupy, návštěva lékaře či přátel, představuje pro některé postižené obrovský problém. Společnost se snaží těmto znevýhodněným jedincům usnadnit a zkvalitnit život prostřednictvím různých sociálních služeb, dávek či jiných jednorázových příspěvků. Ale kvalita života není jen o možnosti využívat nabídku sociálních služeb, či dostávat pravidelně invalidní důchod. Je to také o rovném přístupu a stejných příležitostech, které bychom všichni měli mít.

Nejdůležitější pojmy, které se v souvislosti s touto problematikou často objevují jsou:

- *integrace* je snaha o začleňování postižených lidí do společnosti, je to účast na sociálních vztazích
- *segregace* je opak, obecně toto slovo znamená oddělování, vylučování. Znamená tedy vyčlenění ze sociálních vztahů
- *vyrovnávání příležitostí a princip rovných práv*

## 3.1 Sociální služby a dávky

Překážky, které musí zdravotně postižení lidé v životě překonávat, kompenzují služby a dávky sociální péče. Sociální služby upravuje zákon č.108/2006 Sb. zákon o sociálních službách a sociální dávky jsou ošetřeny v několika zákonech jako např. zákon č.111/2006 Sb. zákon o pomoci v hmotné nouzi, zákon č. 117/1995 Sb. zákon o státní sociální podpoře nebo zákon č. 110/2006 Sb. zákon o životním a existenčním minimu. Zákonům, které upravují sociální dávky a služby se budu podrobněji věnovat v následující kapitole.

### 3.1.1 Sociální služby

Sociální služby zahrnují sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Tyto služby mohou být pobytové, ambulantní nebo terénní.

Sociální služby jsou velmi úzce spojené se sociální rehabilitací. (Kodymová, Koláčková, 2005, s. 93) charakterizují **sociální rehabilitaci** a její cíle takto:

„Cílem sociální rehabilitace je existenční, respektive materiální zabezpečení a legislativní ochrana jedince s postižením, jeho začlenění do společnosti, uplatnění osobního potenciálu, (re)socializace, zajištění komunitní podpory, sociálních služeb, úpravy místních podmínek.“

A sociální služby jsou právě nejvýznamnějším prostředkem sociální rehabilitace. Nejčastěji jsou poskytovány v těchto formách (Koláčková, Kodymová, 2005):

- **Služby osobní asistence** jsou služby, které pomáhají zvládat běžné denní úkony, které by klient dělal sám, kdyby mu v tom nebránilo postižení. Osobní asistent je nejčastěji „průvodcem“ – svého klienta doprovází do školy, k lékaři, na úřady, za zábavou.. Pomáhá mu s těmi úkony, které sám nemůže provést jako jsou např. jemná motorika, oblékání, osobní hygiena, příjem potravy aj. Osobní asistent v podstatě nahrazuje rodiče, nebo jiné osoby pečující o klienta s postižením. Schůzky osobního asistenta s klientem bývají buď pravidelné (např. doprovod do školy nebo zájmového kroužku či stacionáře), nebo nárazové.
- **Doprava do školy a zařízení, popř. doprava pro jiné účely** je doprava, která je vyhrazena pro osoby s postižením, především s postižením pohybového aparátu.

Tato specializovaná doprava, která může být zřizována městem nebo příslušnou neziskovou organizací, sváží klienty do škol, zájmových kroužků, stacionářů apod.

- **Pečovatelská služba** je služba, která je určena především klientům, kteří nejsou schopni péče o sebe, nebo o svou domácnost. Pracovník pečovatelské služby svým klientům pomáhá s běžnými denními úkony, jako jsou nákupy, úklid, vyřizování úředních záležitostí apod. Tato služba umožňuje klientovi zůstat ve svém domácím prostředí a zachovává kvalitu klientova života.
- **Respitní (odlehčovací) péče** je služba, která je určena rodinám, které pečují o člověka s postižením (nejčastěji o dítě). Tato služba se snaží pečujícím osobám odlehčit tím, že některé jejich povinnosti v péči o postiženého člena rodiny převezme. Jde například o doprovody do školy, stacionářů, péče v domácím prostředí, ale také krátkodobé pobyty – např. tábory, pobytové zájezdy, apod.
- **Chráněné bydlení** je určeno klientům, u kterých jsou sníženy schopnosti v oblasti péče o sebe nebo péče o domácnost. Chráněné bydlení je opět zřizováno městem nebo neziskovou organizací, klienti zde společně žijí obvykle se sociálním pracovníkem či asistentem, který jim pomáhá s běžnými denními úkony. Chráněné bydlení je součástí zástavby města či vesnice, vypadá jako domácnost běžné rodiny, jen je určena lidem, kteří potřebují každodenní pomoc od druhých. Tato služba podporuje klientovu samostatnost, zachovává kvalitní životní styl a umožňuje klientovi setrvat ve vlastním domácím prostředí.
- **Ústavy a domovy sociální péče pro postižené.** Dnešní moderní sociální práce se ústavní péči snaží vyhnout. Jak jsem již uvedla výše, prioritou dnešní sociální práce je integrace klientů do společnosti a nikoliv izolovaný život v ústavu. Ale jsou případy, kdy je tento druh sociální služby nevyhnutelný nebo nutný. Většinou jde o případy dlouhodobě a těžce nemocných klientů, o které nejsou jejich rodiny schopny se starat. Ústavní péče zahrnuje stravu, ubytování, rehabilitaci, ošetrovatelskou činnost, společenské aktivity, aktivizační programy apod. Klienti jsou do ústavní péče posláni většinou na doporučení obvodního lékaře.
- **Penziony a domovy pro seniory a občany se zdravotním postižením** jsou určeny klientům, kteří nejsou schopni se o sebe, nebo o svou domácnost postarat a v této situaci nemají zájem dále žít ve svém domácím prostředí. Tyto penziony mohou být využívány dlouhodobě, ale i po krátkou dobu – např. v době rekonvalescence po

nějakém úrazu či operaci. Jde v podstatě o běžné bydlení, každý klient tady má svůj byt, který si zařizuje a spravuje dle svého, ale navíc je to obohaceno o další služby. V penzionu je přítomna pečovatelka, která klientům pomáhá s běžnými denními úkony jako jsou nákupy, úklid apod. Také je zde přítomen lékař či zdravotní sestra. Tento typ sociální služby si klienti sami platí.

- **Centra denních služeb – stacionáře** jsou nabídka služeb, které poskytují různé organizace v denním režimu. Jde o volnočasové aktivity, o trénink sociálních dovedností, aktivizační programy, obecně jde o posílení schopností a samostatnosti klientů. Dalším přínosem je to, že díky této službě mají klienti možnost se v rámci nějakého zájmového kroužku potkat s ostatními lidmi, kteří jsou na tom obdobně. Do centra denních služeb klienti buď docházejí sami, nebo jsou sváženi speciální dopravou.
- **Chráněné dílny** se snaží vytvořit běžné pracovní prostředí pro své klienty. Je určeno klientům s tělesným či mentálním postižením, kteří nemají příliš mnoho šancí, jak získat práci. Chráněné dílny spolupracují i s úřadem práce a snaží se o pracovní trénink a sociální rehabilitaci. Často jde o práci typu výroba keramiky, svíček, košíků, prádelny, kopírovací centra, tiskárny apod. Především jde o to, aby se klient naučil pravidelnosti a řádu – aby vstal, došel do své práce a vydržel tam daný počet hodin. V chráněných dílnách pracují na plný či zkrácený úvazek lidé s hendikepem a sociální pracovník, popř. asistent, který klienty vede.
- **Poradenství** je služba, které klientům poskytuje rady, informace, návody, zprostředkovává kontakty na jiné odborníky nebo na ně odkazuje, poskytuje klientovi informace o jeho právech i povinnostech, zastupuje nebo doprovází klienty se sníženou soběstačností, apod. Poradenství poskytují občanské poradny, jejichž služby jsou diskrétní a zdarma.
- **Ranná péče** je určena rodinám s malým dítětem, jehož vývoj je omezen postižením. Pracuje s rodiči a poskytuje jim důležité sociální, zdravotní i pedagogické informace.
- **Rehabilitace** je práce s tělem, ale zahrnuje i sociální a psychologickou péči. Zaměřuje se nejenom na nápravu pohybového aparátu, ale i na zvládnutí psychické krize, na organizaci času, kompenzaci apod.

### 3.1.2 Sociální dávky

Sociální dávky jsou dalším způsobem kompenzace tělesného postižení. Jde o peněžité příspěvky, které mohou být vypláceny pravidelně (měsíčně), nebo jde o částku, která je jednorázová a je určena pro nějakou specifickou potřebu (např. úprava bezbariérového bytu). Většina tělesně postižených lidí má přiznaný **invalidní důchod**, který zabezpečuje materiální podmínky pro samostatný život člověka. Invalidní důchod může být buď částečný nebo plný, záleží na druhu a stupni postižení.

K tomu, aby člověku byly přiznány sociální dávky, musí splňovat určité podmínky, které upravuje vyhláška **Ministerstva práce a sociálních věcí ČR č. 182/1991 Sb.** Pokud splní podmínky – ty zahrnují lékařské vyšetření a přiznání pracovní neschopnosti – může pak klient zažádat o následující sociální dávky:

- **Jednorázové příspěvky na opatření zvláštních pomůcek (§ 33)** je to jednorázová dávka, kterou poskytuje obecní úřad s rozšířenou působností. Je určena těžce postiženým a kompenzuje následky postižení. Tato dávka není poskytnuta v případech, že potřebnou pomůcku hradí zdravotní pojišťovna.
- **Příspěvek na úpravu bytu (§ 34)** je jednorázová dávka, opět ji poskytuje obecní úřad s rozšířenou působností. Je určena lidem s postižením, kteří potřebují vzhledem k svému stavu úpravu svého bytu. Může jít o úpravu přístupu do bytu, garáže, o odstranění prahů, rozšíření dveří, apod.
- **Příspěvek na zakoupení motorového vozidla a příspěvek na celkovou opravu motorového vozidla (§ 35)** tato dávka je určena lidem s těžkým postižením pohybového aparátu, kteří nejsou celoročně ubytováni v ústavním zařízení a budou motorové vozidlo užívat pro svou individuální dopravu.
- **Příspěvek na provoz motorového vozidla (§ 36)** příspěvek na údržbu a pohon motorového vozidla.
- **Příspěvek na individuální dopravu (§ 37)** určeno lidem s těžkým postižením pohybového aparátu, kteří nemají a ani by nebyli schopni řídit vlastní motorové vozidlo. Ale přesto potřebují být mobilní, proto jim může být přiznán příspěvek na individuální dopravu.
- **Příspěvek na úhradu za užívání bezbariérového bytu (§ 45)** opakující se dávka sociální péče, poskytuje jí pověřený obecní úřad. A slouží k úhradě (alespoň

částečně) za užívání bezbariérového nebo jinak speciálně upraveného bytu, ve kterém klient žije.

- **Příspěvek na úhradu za užívání garáže (§ 45)** opakující se sociální dávka, poskytuje ji příslušný obecný úřad. Poskytuje se v případě, že klient užívá bezbariérový byt či vlastní upravené vozidlo.

Sociální dávky, které jsou postiženým poskytovány, se samozřejmě liší podle toho, jaký stupeň postižení je klientovi přiznán. Rozlišujeme 3 stupně zdravotního postižení a vyhláška **Ministerstva práce a sociálních věcí ČR č. 182/1991 Sb.** je rozlišuje takto:

- **I. stupeň (průkaz TP)** zahrnuje klienty, které postihla: ztráta úchopové schopnosti nebo podstatné omezení funkce horní končetiny, anatomická ztráta několika prstů na obou nohou nebo ztráta nohy v kloubu, podstatné omezení funkce jedné dolní končetiny, zkrácení jedné dolní končetiny přesahující 5 cm, onemocnění páteře, stavy po operacích a úrazech páteře, záchvatová onemocnění, aj.
- **II. stupeň (průkaz ZTP)** zahrnuje klienty, které postihla: anatomická ztráta jedné dolní končetiny v kolenním kloubu nebo ve stehně, anatomická ztráta dvou dolních končetin, podstatné omezení funkce dvou končetin se závažnými poruchami pohybových schopností, onemocnění páteře, stavy po operacích a úrazech páteře, chronické vady a nemoci interního charakteru značně ztěžující pohybovou schopnost, oboustranná praktická hluchota nebo oboustranná úplná hluchota, kombinované postižení sluchu a zraku (hluchoslepota), oboustranná těžká ztráta zraku, aj.
- **III. stupeň (průkaz ZTP/P)** zahrnuje klienty, které postihla: anatomická ztráta dolní končetiny vysoko ve stehně s anatomicky nepříznivým pahýlem nebo v kyčli, anatomická ztráta obou končetin, těžká porucha pohyblivosti na základě závažného postižení, dlouhodobé selhávání dvou a více orgánů, střední, těžká a hluboká mentální retardace nebo demence, kombinované těžké postižení sluchu a zraku, disproporční poruchy růstu provázené závažnými deformitami končetin a hrudníku, aj.

Podrobný popis a výčet typů postižení, které tato vyhláška obsahuje uvádím v příloze (viz. Příloha č. 2).

## 3.2 Příslušné zákony

V této kapitole bych chtěla zmínit nejdůležitější zákony, které se tělesně (i jinak) postižených lidí týkají a ošetřují sociální dávky a služby, kterých mohou postižení lidé využívat.

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

Tento zákon upravuje podmínky, za kterých je poskytována pomoc a podpora lidem v nepříznivé sociální situaci. Pomoc je poskytována prostřednictvím sociálních služeb a příspěvků na péči o osobu blízkou. Zákon je rozdělen do tří částí:

1. *Úvodní ustanovení* které zahrnuje základní zásady, vymezení některých pojmů, okruh oprávněných osob, poskytovatele sociálních služeb.
2. *Příspěvek na péči*
3. *Sociální služby*

**Příspěvek na péči** je finanční obnos, hrazený ze státního rozpočtu a je určen osobám, které jsou závislé na pomoci a péči druhé osoby. Nárok na tento příspěvek nemá osoba mladší 1 roku a o jeho udělení rozhoduje obecní úřad s rozšířenou působností. Zákon rozlišuje čtyři stupně závislosti, podle kterých se odvíjí výše příspěvku (a také podle věku, příspěvek je vyšší od 18ti let). Pro určení stupně závislosti na pomoci druhé osoby, se sledují některé běžné denní úkony klienta, kdy je posuzována jeho samostatnost a schopnost péče o sebe a svou domácnost. Posuzuje se např. schopnost: příprava stravy, přijímání stravy, dodržování pitného režimu, mytí těla, výkon fyziologické potřeby včetně hygieny, vstávání z lůžka, uléhání, změna poloh, oblékání, svlékání, obouvání, zouvání, dodržování léčebného režimu, komunikace slovní, písemná, neverbální, obstarávání si potravin a běžných předmětů (nakupování), běžný úklid v domácnosti, další jednoduché úkony spojené s udržováním domácnosti, aj. Rozlišení stupňů závislosti dle zákona je:

- I. stupeň – Lehká závislost**
- II. stupeň – Středně těžká závislost**
- III. stupeň – Těžká závislost**
- IV. stupeň – Úplná závislost**

Podrobnější popis, včetně tabulky s výší příspěvku dle stupně postižení a věku, uvádím mezi přílohami. (Viz. Příloha č.3).

**Sociální služby** zahrnují sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Tato část zákona se zabývá samotnými sociálními službami – co to je, jaké máme druhy a formy, zařízení sociálních služeb a uvádí popis jednotlivých sociálních služeb. Podrobněji jsem se této oblasti věnovala v předcházející kapitole (3.1.1).

### **3.2.2 Zákon č. 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu**

Tento zákon upravuje minimální finanční částku, která stačí k zajištění výživy a ostatních základních osobních potřeb. Dále upravuje podmínky, jak posuzovat, zda příjmy osoby dosahují výšky životního či existenčního minima.

Netýká se jen lidí s postižením, kteří jsou rizikovou skupinou, ale všech potřebných. Žadatelé o životní či existenční minimum jsou většinou lidé ve špatné životní situaci, kteří nemají mnoho možností, jak ji zlepšit.

**Životní minimum** je uznávaná minimální hranice příjmů, která postačuje k zajištění výživy a ostatních základních potřeb. Za životní minimum je zákonem stanovena částka **3126 Kč**, ale tato suma je platná pro jednotlivce, který není posuzován společně s dalšími osobami. Výška životního minima se totiž liší podle věku žadatele a podle toho, zda žije sám či s více osobami. Měsíční dávka životního minima u první posuzované osoby, která žije v domácnosti s dalšími osobami činí 2880 Kč. Výše životního minima u dalších osob v domácnosti je zákonem vypočítána takto:

- 2 600 Kč u osoby od 15 let věku, která není nezaopatřeným dítětem
- 2 250 Kč u nezaopatřeného dítěte od 15 do 26 let věku
- 1 960 Kč u nezaopatřeného dítěte od 6 do 15 let věku
- 1 600 Kč u nezaopatřeného dítěte do 6 let věku

Životní minimum má také vliv na posouzení nároku či výpočtu ostatních dávek – např. dávek sociální péče, dávek státní sociální podpory, aj.

**Existenční minimum** je uznávaná minimální hranice příjmů, která postačuje k zajištění výživy a ostatních základních potřeb na úrovni přežití. V současnosti je za něj stanovena



částka **2020 Kč**, ale nelze ji přiznat dítěti, poživateli starobního důchodu, u osoby plně invalidní a osob starší 65 let.

Životní minimum ani existenční minimum v sobě nezahrnují částky nezbytné na zajištění bydlení. Poskytnutí pomoci k zajištění úhrady nákladů na bydlení upravuje Zákon o pomoci v hmotné nouzi (111/2006 Sb.).

### **3.2.3 Zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi**

Tento zákon upravuje podmínky k poskytování pomoci osobám, které se nacházejí v hmotné nouzi. Pomoc je poskytována formou peněžitých dávek. Hmotná nouze je nepříznivá situace, ve které se může ocitnout kdokoliv. Za osobu v hmotné nouzi může zákon považovat osobu (zákon č. 111/2006 Sb., část první, § 2):

1. která je po ukončení léčby chorobných závislostí propuštěna ze zdravotnického zařízení, psychiatrické léčebny nebo léčebného zařízení pro chorobné závislosti.
2. která je propuštěna ze školského zařízení pro výkon ústavní či ochranné výchovy nebo z pěstounské péče.
3. která nemá vzhledem k příjmům a celkovým sociálním a majetkovým poměrům dostatečné prostředky.
4. kterou postihne vážná mimořádná událost a její celkové sociální a majetkové poměry jsou takové, že jí neumožňují překonat nepříznivou situaci vlastními silami; vážnou mimořádnou událostí se rozumí zejména živelní pohroma (například povodeň, vichřice a vyšší stupně větrné pohromy, zemětřesení), požár nebo jiná destruktivní událost, ekologická nebo průmyslová havárie.
5. která po odečtení přiměřených nákladů na bydlení nedosahuje částky živobytí, přičemž si nemůže tento příjem zvýšit vzhledem ke svému věku, zdravotnímu stavu nebo z jiných vážných důvodů vlastním přičiněním a zabezpečení jejích základních životních podmínek je tak vážně ohroženo.

Dávky, které tento zákon v hmotné nouzi poskytuje, jsou:

- **příspěvek na živobytí** je dávka, která kompenzuje nedostatečný příjem osoby či rodiny, jde o finanční obnos, který je určen pro zajištění základních potřeb

- **doplatek na bydlení** je dávka, která je určena na náklady spojené s bydlením rodiny či jednotlivce
- **mimořádná okamžitá pomoc** je dávka, která je poskytována v nějaké mimořádné situaci. Např. na zakoupení elektrického invalidního vozíku, na přestavbu bezbariérového bytu apod.

Při posuzování oprávněnosti k poskytnutí dávky v hmotné nouzi se opět přihlíží na to, zda žadatel žije sám či nikoliv a zda je schopen si svou situaci zlepšit vlastním zapříčiněním. Tzn. zvýšení příjmu vlastní prací, prodejem a jiným využitím majetku, uplatněním pohledávek apod. Tento zákon se kromě finanční podpory snaží i o aktivizaci.

### 3.2.4 Zákon č. 402/2001 Sb., o státní sociální podpoře

Státní sociální podpora je forma pomoci, kterou se stát podílí na krytí nákladů na výživu a základní osobní potřeby rodin a dětí, které se ocitly, nebo se dlouhodobě nacházejí, v nepříznivé životní či sociální situaci. Výše této dávky se odvíjí od výše příjmu rodiny či jednotlivce. Dávky státní sociální podpory jsou:

- **přídavek na dítě** je základní, dlouhodobá dávka, která pomáhá rodinám krýt náklady na výživu a výchovu nezaopatřených dětí. Tato dávka se poskytuje ve třech úrovních a odvíjí se od celkových příjmů rodiny (kdy za příjem se považuje i rodičovský příspěvek)
- **sociální příplatek** je určen rodinám, které mají nízké příjmy (za příjem se považuje i rodičovský příspěvek a přídavek na dítě). Nárok na sociální příplatek se odvíjí od výše příjmů v rodině, které nesmí od 1. ledna 2008 překročit 2x násobek životního minima rodiny. Na výši sociálního příplatku má vliv nejen příjem rodiny, ale i celková nebo mimořádná situace. Např. příspěvek se zvyšuje v případě, kdy je dítě dlouhodobě nemocné nebo zdravotně postižené. Vyšší sociální příplatek se také poskytuje rodinám, kterým se najednou narodilo více dětí
- **příspěvek na bydlení** je dávka, která kryje náklady spojené s bydlením rodinám s nízkými příjmy. A na tento příspěvek má nárok jak vlastník, tak nájemce bytu či nemovitosti. Za náklady je považováno nájemné a náklady za energie, vodné a stočné, odpady, vytápění. Pro nárok a výši příspěvku se berou v úvahu průměrné náklady rodiny či jednotlivce zaplacené za předchozí čtvrtletí

- a dále **dávky nezávislé na výši příjmu**: rodičovský příspěvek, zaopatřovací příspěvek, dávky pěstounské péče, příspěvek na péči o dítě v zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, porodné a pohřebné

### 3.2.5 Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění

Zákon o důchodovém pojištění se lidí s postižením ve většině případů týká, protože téměř každý z nich má přiznaný buď plný, nebo alespoň částečný invalidní důchod. Obecně má osoba nárok na invalidní důchod pokud:

- **Získala potřebnou dobu pojištění**
- **Se stala invalidní následkem pracovního úrazu**

Tento zákon tedy upravuje podmínky důchodového pojištění pro případy stáří, úmrtí živitele a invalidity. Zákon rozlišuje následující druhy důchodů (zákon č. 155/1995 Sb., část první, § 4):

- **Starobní**
- **Plný invalidní**
- **Částečný invalidní**
- **Vdovský a vdovecký**
- **Sirotčí**

**Plný invalidní důchod** je přiznán osobě, která je plně invalidní a z důvodů nepříznivého dlouhodobého zdravotního stavu není schopna výdělečné činnosti za běžných pracovních podmínek. Důležité je zde zdravotní vyšetření a doporučení lékařů, ze kterých se při posuzování invalidity vychází. Bere se v úvahu nejen fyzický stav, ale i duševní.

**Částečně invalidní důchod** je přiznán osobě, kdy z důvodů nepříznivého zdravotního stavu klesá její výdělečná činnost v běžných pracovních podmínkách. A také v případě, že její zdravotní stav značně ztěžuje obecné životní podmínky.

Na přiznání invalidního důchodu má právo osoba starší 18ti let, která je invalidní a má trvalý pobyt na území České republiky .

### 3.3 Integrace versus izolace

Plnohodnotné společenské uplatnění je těžké pro zdravého člověka, natož pro člověka hendikepovaného, který k tomu musí překonávat i další překážky. Hendikepovaní lidé se prvně musí vyrovnat se svým postižením a obstát ve vlastním srovnávání se zdravými lidmi kolem nich. Zažívají také mnohem větší pocit odlišnosti, zbytečnosti a nespravedlnosti a proto se často uchylují do samoty. Ale samota a izolace není řešením, proto se novodobá sociální práce snaží o její opak. A tím je myšlena úplná integrace menšin, v našem případě tedy lidí s postižením.

Pojmy *integrace* a *izolace* se v souvislosti s tělesně postiženými lidmi objevují v posledních dvaceti letech poměrně často.

- **Integrace** znamená účast na sociálních vztazích, začlenění zdravotně postižených do společnosti, je to opak sociálního a společenského vyloučení. Součástí je i pracovní začlenění. Někdy se také užívá pojem **inkluze**, což znamená náležení k celku.
- **Izolace** je opakem integrace, jde o sociální vyloučení, kdy jedinec nemá dostatek sociálních kontaktů, je staven do nerovné pozice a odsouzen k samotě.

Integrace je jednou z idejí novodobé sociální práce, která se snaží o začlenění jakékoliv odlišnosti do společnosti. Nejenom v dobách středověku, ale i v dobách minulého režimu, byla snaha cokoliv, co je jiné a odlišné od průměru, odklidit z cesty. Proto vznikaly další a další ústavy sociální péče, kde lidé s postižením většinou skončili. Sama moc nerozumím tomu, proč to tak bylo.. možná strach z neznámého a odlišného, nebo nevědomost, jak s těmito lidmi pracovat a jednat. Ale naštěstí od doby převratu je situace jiná a sociální práce se snaží hendikepované udržet v jejich přirozeném prostředí a zachovat kvalitu jejich života. Snahou tedy je překonat překážky, které jsou způsobené hendikepem a dosáhnou plnohodnotného společenského uplatnění, osobního rozvoje a všeobecného respektu. Stupeň integrace člověka ve společnosti se posuzuje podle kvality a podle účasti na společenských vztazích. A tyto společenské vztahy mohou být v několika stupních (KOLÁČKOVÁ, KODYMOVÁ, 2005, s. 97):

- **Úplná sociální integrace** je úplná účast na mezilidských vztazích, plnohodnotné začlenění do společnosti a vytvoření partnerského vztahu mezi hendikepovaným a zdravým člověkem.

- **Inhibovaná integrace** znamená znevýhodnění v sociálních vztazích, které může být způsobeno např. trémou, studem, malým sebevědomím v důsledku postižení, apod. Ale v tomto případě není udávané znevýhodnění absolutní, je možné s ním pracovat a rozvíjet plnou účast na sociálních vztazích.
- **Omezená účast v sociálních vztazích** znamená rezignaci na některé aktivity či vztahy (např. omezení pohybu kvůli hendikepu může být ztráta společenské aktivity a s tím související ztráta některých sociálních vztahů).
- **Zmenšená účast v sociálních vztazích** znamená omezení sociálních vztahů a společenských aktivit na mikroprostředí hendikepovaného jedince, tzn. rodina, přátelé, sousedé.. Protože z důvodů postižení nemá možnost volného pohybu, otevřené komunikace apod., je odkázán na prostředí ve kterém žije. Jde o situaci, kdy jsou možnosti člověka k společenskému uplatnění menší, ale současně stále jde o alespoň částečné společenské uplatnění, které s sebou přináší větší pocit duševní i fyzické pohody.
- **Ochuzené vztahy** – tento typ vztahů mají lidé, kteří rezignovali na širší společenské kontakty. Stýkají se a mají vytvořené vztahy jen s lidmi v rámci rodiny, nebo instituce, ve které žijí. Tento stav společenského uplatnění a účasti na vztazích je většinou bez perspektivy zlepšení.
- **Redukované vztahy** jsou typické pro osoby, jejichž kontakt s ostatními lidmi je velmi omezený. Většinou udržují vztahy (a komunikují) jen s těmi nejbližšími osobami, jako jsou rodiče, osobní asistent či lékař. Často jsou tito lidé uzavřeni do svého vnitřního světa, kde prožívají imaginární vztahy.
- **Narušené vztahy** mají osoby, které nejsou schopné účasti na sociálních vztazích. Tyto osoby v důsledku svého hendikepu nejsou schopné navázat kontakt s jinými lidmi, nebo si ho udržet. Tento přístup jim komplikuje vztahy v rodině nebo instituci, kde žijí a samozřejmě ani nepřispívá k jejich duševní pohodě a vyrovnanosti.
- Ve stavu **společenské izolace** se nacházejí osoby, u kterých jejich účast na společenských vztazích nemůžeme určit z důvodu jejich izolovanosti. Jde o osoby, které žijí v ústavech sociální péče a většinou jsou těžce mentálně či fyzicky postižené. Jejich společenské uplatnění proto nelze posoudit. Jejich jediné vztahy, které mají, jsou často jen s asistentem či ošetřujícím personálem.

### 3.3.1 Nezávislý způsob života

Nejenom sociální práce, ale i samotní hendikepovaní lidé dávají přednost životu ve svých přirozených podmínkách. Nezávislý způsob života je pro řadu z nich životním snem. Ale úspěch tohoto snu nezávisí jen na samotných postižených, ale i na přístupu společnosti a na tom, jak se staví k integraci postižených lidí do společnosti. U integrace rozlišujeme dva základní směry ( MATOUŠEK, 2003, s.86):

- **Asimilační integrace** znamená, že hendikepovaní by se sami měli snažit přizpůsobit tzv. „zdravé“ většině a v maximální možné míře s ní splynout.
- **Adaptační integrace** vychází z předpokladu, že integrace hendikepovaných lidí do společnosti je společný problém, mezi hendikepovanými a nehendikepovanými lidmi by měl vzniknout partnerský vztah.

Aby se člověk stal nezávislým, musí převzít kontrolu nad svým životem. Což můžeme chápat jako to, že je člověk schopen postarat se o sebe, svou domácnost, popř. rodinu a je schopen si vyřizovat běžné denní úkony. To, co nám zdravým může připadat jako běžná věc a ani se nad ní v denním shonu nepozastavujeme, je pro lidi s postižením často nepřekonatelnou překážkou. Tělesně postižený člověk asi nikdy nebude úplně nezávislý, protože pořád bude nějakým způsobem odkázán na pomoc druhých lidí. Přeci jenom jeho tělesný hendikep ho v některých činnostech odkazuje na pomoc osobního asistenta či pečovatelské služby. Ale myslím, že pojetí nezávislého způsobu života nezávisí je na překonání fyzických bariér. Existují i jiné překážky se kterými se hendikepovaní setkávají, mohou být dvojího typu (KOLÁČKOVÁ, KODYMOVÁ, 2005) je uvádějí takto:

- **Fyzické překážky** jsou reálná omezení v běžném životě a v prostředí, ve kterém hendikepovaný člověk žije a každodenně se pohybuje. Pro člověka, který je upoutaný na invalidní vozík to mohou být schody, bezbariérové dopravní prostředky městské hromadné dopravy, prahy, úzké vstupní dveře apod.
- **Psychické překážky** jsou překážky, které jsou v mysli samotných hendikepovaných. Postižený člověk se cítí vyřazen ze společnosti, může se z důvodů špatné zkušenosti stranit lidí a vyhledávat samotu. Součástí života hendikepovaného člověka je také samotné vyrovnání se s postižením, které může být o to těžší, pokud se člověk s postižením nenarodil, ale způsobila ho např. automobilová nehoda v pozdějším věku.

Pro kompenzaci hendikepu jsou samozřejmě určené sociální dávky a služby, jejichž úkolem je pomoc v tíživé situaci. Kvalitní a nezávislý život hendikepovaných však nezávisí jen na funkčnosti sociálního systému, ale i na lidech a celé společnosti, ve které žijí. Člověk s postižením se cítí členem společnosti právě podle toho, jak se k němu jeho okolí chová a zachází s ním. Ale někteří lidé často nevědí, jak se k postiženým lidem chovat a jak s nimi komunikovat. Mohou se setkání s tělesně postiženým člověkem vyhýbat z více důvodů. Nejčastěji je to podle mne neznalost, kdy zdravý člověk nemá představu o tom, jak se žije lidem s postižením a co to obnáší. Velmi často mají někteří lidé zafixovanou mylnou představu o tom, že kdo je postižen tělesně má snížené i rozumové schopnosti. To je ale omyl, ne vždy je tělesné postižení spojeno s mentální retardací. A pak je pro hendikepovaného člověka opravdu nepříjemné, když s ním někdo mluví jako s malým dítětem. Myslím, že tohle je dobré si uvědomit, pokud se setkáme a komunikujeme s postiženým člověkem. Tím, že k němu přistupujeme a komunikujeme s ním jako se sobě rovným, mu dáváme najevo jeho rovnoprávné postavení a tím pádem mu také dodáváme i pocit určité nezávislosti.

Dalším důležitým prvkem, který se snaží zabránit sociální izolaci a zkvalitnit život hendikepovaných lidí, jsou **svépomocné skupiny** a řada **občanských sdružení**. Svépomocné skupiny jsou určeny buď pro hendikepované nebo pro jejich rodiny. V jejich rámci se mohou scházet, vyměňovat si různé informace, poznatky, zkušenosti, navazovat kontakty, přátelství a důležité je hlavně to, že hendikepovaný člověk vidí, že není sám, že existuje více lidí s tím samým, nebo podobným problémem. Dále existuje řada občanských sdružení a nadací, které jsou zaměřené na pomoc určité skupině. Např. organizace sdružující osoby postižené roztroušenou sklerózou. Tyto organizace a sdružení poskytují svým klientům poradenství, volnočasové aktivity, různé aktivizační programy, vzdělávání, chráněné dílny či zaměstnání apod. Jejich společným cílem je také boj proti izolaci a snaží se, aby život hendikepovaných lidí byl co možná nejvíce kvalitní, barevný a nezávislý.

## 4 Dobrovolnictví

*„Svobodně a dobrovolně zvolená aktivita a pomoc jsou tím, co činí z dobrovolníka nositele procesu změn ve společnosti. Jeho tvořivá energie je silou, která pomáhá hledat a otvírat zdroje a možnosti nových řešení. Tím se stává mostem mezi státem, komerčním sektorem a sektorem neziskových organizací.““*

(poselství z celosvětové konference o dobrovolnictví, TOŠNER, SOZANSKÁ, 2002, s. 36)

Ráda bych ve své bakalářské práci věnovala kapitulu i oblasti dobrovolnictví a to z vícero důvodů. Jedním z nich je moje osobní zkušenost s touto sociální službou, kdy jsem působila jako dobrovolník pro některé plzeňské organizace. A navíc si myslím, že dobrovolníci jako takoví, jsou důležitou součástí života většiny tělesně postižených.

**Dobrovolnictví** má samo o sobě různé definice, je také těžké najít hranici mezi tím co je pomoc a co dobrovolnictví. Definice zní, že dobrovolnictví je svobodně a dobrovolně zvolená činnost, kterou člověk vykonává bez nároku na odměnu či uznání. Ale stejně bychom mohli definovat i pomoc, takže si myslím, že mezi uvedenými výrazy není rozdíl. Pro oba je typická, nebo by alespoň měla být, spontánnost, nečekání odměny a poskytnutí sebe sama. Dobrovolnictví vychází z předpokladu „**Dnes já tobě, zítra ty mě**“. Ale není to myšleno v tom smyslu, že by dobrovolník očekával za svou pomoc nějakou odměnu či vděk, ale v tom smyslu, že každý člověk se může někdy dostat do situace, kdy bude potřebovat pomoc od druhých lidí. Základem dobrovolnictví je **altruistické chování**, což je prospolečenské chování, které je vedeno v prospěch druhého člověka. Můžeme ho pozorovat nejen u lidí, ale i u zvířat. Sloní stádo chrání nemocného člena, delfíni vynášejí raněného druhá k nadechnutí nad hladinu, stejně tak by se měla lidská společnost starat o své hendikepované členy.

**Motivace**, která nás vede k tomu, abychom se stali dobrovolníky a věnovali kousek svého času a sebe druhým lidem, kteří to potřebují, je různá. Vedou nás k tomu většinou morální důvody jako je např. potřeba pomoci druhému člověku, či zlepšit situaci ve světě. Ale je to opravdu individuální, můžeme ale předpokládat, že dobrovolnictví je motivováno jedním z následujících faktorů ( nebo jejich kombinací):

*Náboženské přesvědčení* může být častým důvodem dobrovolnických aktivit. Je to dáno tím, že většina náboženských směrů vnímá pomoc druhým lidem jako duchovní povinnost.



A řada náboženství má pomoc lidem uvedenou jako jednu ze svých hlavních zásad (např. křesťanství, islám..).

*Altruismus* jsem již zmiňovala. Je základem nejenom dobrovolnictví, ale všech prospolečenských činností. Je to druh chování, které vychází z předpokladu, že lidé si mají navzájem pomáhat. Samozřejmě i zde je riziko a to především pro samotné dobrovolníky, kteří pracují naplno pro ostatní, ale o sebe nepečují. Zde je pak vysoké riziko syndromu vyhoření, do kterého pak může toto stoprocentní nasazení přerůst.

*Profesionální zkušenost* může být jedním z dalších důvodů, které nás vedou k tomu, abychom se stali dobrovolníky. Týká se to především studentů různých škol, kteří potřebují během svého studia nasbírat potřebné zkušenosti a hodiny praxe. Proto se velmi často stanou dobrovolníky, ale jejich zájem o danou problematiku či skupinu se může díky zkušenosti dobrovolníka zvýšit a přerůst v dlouhodobější spolupráci či stálý pracovní poměr.

*Finanční zisk* není úplně běžnou motivací, která vede k vykonávání práce dobrovolníka. Jak vyplývá ze samotné definice dobrovolnictví, je to činnost za kterou by neměla následovat odměna, natož nějaký finanční zisk. Ale jsou agentury, které svým dobrovolníkům hradí některé náklady nebo jim dokonce za některé aktivity platí. Pak už je ale těžké hodnotit a chápat jejich práci jako dobrovolnickou.

*Kvalita života* je jednou z nejdůležitějších motivací dobrovolnické činnosti. Dobrovolník svou prací zvyšuje kvalitu života nejen svému klientovi, ale i sobě. Díky této aktivitě může poznat jiné lidi, seznámit se s problematikou hendikepovaných a s tím, co všechno to obnáší. Přinést více radosti, zážitků, aktivity, smíchu, poznání, nejen do života svých klientů, ale i do svého.

*Smysl služby* jako takový může být pro některé dobrovolníky motivací. Opět to vychází z nějakého předpokladu solidarity ve společnosti. Lidé mohou svou pomoc chápat jako povinnost vůči hendikepovaným či jinak znevýhodněným jedincům ve společnosti. V tom, že poskytují zadarmo a dobrovolně nějakou službu či pomoc, vidí smysl. Někteří to mohou chápat i jako své poslání, nebo občanskou povinnost.

*Zpětný zisk* za dobrovolnickou aktivitu je také častou motivací. Zisk v tomto případě není myšlen finanční nebo protislužba, ale ziskem nebo odměnou v tomto případě může být poděkování, úsměv, nebo jen vlastní dobrý pocit, že jsem pro někoho vykonal něco dobrého.

Typy služeb, které dobrovolníci svým klientům nabízejí, jsou různé. Odvíjí se také od toho, v jaké oblasti dobrovolník působí. Fenomén dobrovolnictví totiž není propojen pouze s oblastí sociálních služeb, ale dobrovolníky můžeme najít téměř ve všech odvětvích – v ekologii, školství, sportu, záchranných složkách, kultuře, humanitárních organizacích, sociální a zdravotní oblasti, aj.

V České republice patří mezi nejstarší organizace spojené s dobrovolnickými aktivitami Sbor dobrovolných hasičů, Červený kříž, Klub českých turistů, Junák, Sokol a mnohé další.

Dobrovolníky sdružují jednotlivé **dobrovolnické organizace**, které organizují jejich činnost. Nacházejí se v většině velkých měst jako je Praha, Brno, Plzeň, České Budějovice, Ústí nad Labem apod. Dobrovolníky „využívají“ nejen pro sebe, ale i pro druhé organizace – funguje tady jakési „půjčování“ dobrovolníků.

Co se týká složení dobrovolníků z hlediska věku, pohlaví a příslušnosti k sociální skupině, už se Česká republika začíná přibližovat západnímu standartu. V západních zemích jsou totiž dobrovolnické aktivity běžnou součástí služeb a společnosti, mezi dobrovolnými pomáhajícími zde najdeme zastoupeny všechny věkové i profesní skupiny. U nás je to jinak, dobrovolníci většinou byli a stále jsou především z řad studentů a pokud jde o zastoupení podle pohlaví, tak stále vedou ženy 12:1. Ale v posledních letech, jak vyplývá ze statistik, se začínají mezi dobrovolníky hlásit i jiné věkové skupiny – poměrně často jde o ženy v středním, ale i důchodovém věku. Také profese, ze kterých dobrovolníci přicházejí se začínají rozrůstat a jsou čím dál více rozmanitější. Možná je to dáno i tím, že se celkový přístup a pohled společnosti na dobrovolnické aktivity mění. Dobrovolníci byli často spojováni s fanatickými ekologickými aktivisty, s náboženskými fanatiky obcházející domácnosti s biblemi v rukou, nebo ekonomicky smýšlející část společnosti nemohla pochopit, proč někdo může druhému člověku poskytovat svou pomoc a čas zadarmo. Naštěstí se tento přístup poslední roky mění a je to právě vidět na přílivu nových dobrovolníků do organizací.

V dnešní době, která je uspěchaná a vyvíjí na každého jedince někdy až nepřiměřený tlak, může být dobrovolnická služba velmi příjemná a odlehčující zkušenost, např. jednou týdně vzít na procházku do parku hendikepovaného člověka, který je upoutaný na invalidní vozík a bez pomoci se do přírody nedostane. Myslím, že tím pomůžeme nejenom jemu, ale i sobě.

## 4.1 Dobrovolnictví ve světě

Roku 313 byl vydán Edikt Milánský, který poprvé právně uznal křesťanství a to s sebou přineslo i vznik prvních charit a křesťanských obcí, které se začaly starat o potřebné. Myslím, že už tyto počátky bychom mohli považovat za první dobrovolnické aktivity. Další historický vývoj ve světě byl ale odlišný, proto se dobrovolnictví jako takové rozvíjelo v různých zemích a různým způsobem.

### USA a Kanada

To, jakým způsobem funguje dobrovolnický sektor ve Spojených státech, by měl být příklad pro celý zbytek světa. Největší rozmach zde zaznamenalo v posledních třiceti letech, ale pokud se podíváme na počátky samotného osidlování Ameriky, byli zde vždy lidé spíše odkázáni na svou vzájemnou pomoc, než na stát. Když přijeli do Ameriky první osadníci, začali budovat novou společnost. Ta ale nebyla řízena rozhodnutím vlády, lidé se museli spolehnout na sebe, na svou komunitu, ve které žili. Společně bojovali na zrušení otroctví, za rovnoprávnost a právo volit pro ženy. Občanské aktivity – dobrovolnictví zde vždy tvořily a tvoří přirozenou součást života.

Dobrovolnický sektor ve Spojených státech je opravdu velmi široký, výzkumy uvádějí, že do dobrovolnických činností se zde zapojuje více jak 20% obyvatelstva (v Kanadě je to více jak 25%). Dobrovolnická centra, která zde sdružují dobrovolníky se zabývají různými programy a američtí dobrovolníci nepracují jen ve své rodné zemi, ale vyjíždějí do celého světa. Je to určitě dáno tím, že dobrovolnické aktivity zde mají svou historii, lidé k nim přistupují velmi otevřeně a také na dobrovolnickou zkušenost v životopise se pohlíží velmi pozitivně. Jistě dobře také funguje to, že každou dobročinnou iniciativu prezentuje veřejnosti nějaká známá osobnost, která se stane jejím patronem.

Důležitý byl rok 1961, kdy prezident J.F.Kennedy založil ve spojených státech **Mírové sbory (Peace Corps)** a svou vizi uvedl slovy:

„Neptejte se, co může vaše země udělat pro vás, ptejte se, co můžete udělat pro svou zemi vy.“

(TOŠNER, SOZANSKÁ, 2002, s. 25)

Mírové sbory měly více poslání, dobrovolnické aktivity byly jednou z nich, dále také měly posilovat myšlenku světového přátelství. V současné době pracuje více jak 7500

dobrovolníků, ve více jak 75 zemích světa. Služby, které poskytují jsou různé, ale nejčastěji jde o práci a pomoc v rozvojových či zaostalých zemích světa (především v Africe a JZ Asii). Dobrovolníci Mírových sborů vyučují děti, pomáhají zakládat malé farmy a firmy, sázejí stromy, poskytují informace o nebezpečných nemocích, pomáhají prevenci HIV, zprostředkovávají kontakt mezi místními komunitami a státními orgány, pomáhají zajistit pitnou vodu, aj.

Dalším důležitým rokem pro dobrovolnické aktivity byl rok 1990, kdy byla založena nadace **Points of Light Foundation**, jejímž úkolem je zapojit více lidí do dobrovolnických aktivit a do řešení sociálních problémů.

## **Evropa**

Evropské státy jsou v otázce dobrovolnictví více konzervativní, oproti Spojeným státům nedosahuje počet dobrovolníků v sociálních službách takového čísla. Možná je to pozůstatek evropských monarchií, kdy byl lid vždy odkázán na svého panovníka, který rozhodoval. I dnes jsou sociální služby z větší části zprostředkovány státem. Neziskové organizace se samozřejmě snaží o zapojení většího počtu dobrovolníků, to se v posledních letech daří, ale stále jde většinou o studenty.

Poměrně dobře funguje dobrovolnictví v Německu, kde se zapojují dobrovolníci především při integraci cizinců. Většina dobrovolníků spadá pod církevní charitativní organizace, které je sdružují, ale vznikají i nová dobrovolnická centra. Německo mezi evropskými státy vede v počtu dobrovolníků, které ročně vyše do jiných zemí. Např. i u nás se zapojili při odstraňování následků záplav z roku 2002.

Jiná situace je ve Francii, která vždy byla zemí se silnou centralizovanou vládou. Proto veškeré dobrovolnické aktivity jsou omezeny na oblast sportu, kultury a rekreační aktivity. Sociální služby drží ve svých rukou stát.

Velká Británie patří mezi evropské země, kde je dobrovolnictví spojeno s dlouholetou tradicí. Také to vychází z původního osídlení, kdy lidé na venkově byli odkázáni na pomoc svých sousedů. V sedmdesátých letech zde vzniklo první oficiální dobrovolnické centrum, které sdružuje dobrovolníky a koordinuje jejich aktivity. Angličané jsou konzervativní a ctí staré tradice, kladou důraz na samostatnost klienta a ve státní péči ponechávají jen ty klienty, u kterých to je nutné. Vláda podporuje dobrovolnické aktivity, především je zaměřena na vyhledávání nových dobrovolníků mezi mládeží.

## 4.2 Dobrovolnictví v České republice

Počátky dobrovolnictví ve většině zemí jsou spojeny s charitou a s organizacemi, které byly spravovány církví. Ale pokud mluvíme o samotném rozvoji dobrovolnických aktivit, jejich velký nástup můžeme pozorovat až v průběhu 19.století, kdy vznikala spousta dobrovolných, vlasteneckých spolků zaměřených na podporu kultury, umění, vzdělání, sportu. Některé z nich existují do dnes (např. Sokol).

Velký rozvoj dobrovolnictví je také spojen se vznikem samostatného Československa, velkou zásluhu na něm také má prezident **T.G. Masaryk** a jeho žena. Na jejich popud vznikla řada dobrovolných spolků, které se zabývaly různými oblastmi. Z této doby tedy pochází Československý červený kříž, Masarykova liga proti TBC, aj.

Vývoj dobrovolnictví u nás byl však několikrát nedobrovolně přerušen. Poprvé to bylo vinou německé okupace na počátku druhé světové války, podruhé to bylo způsobeno změnou politického režimu. Totalitní systém nepřál dobrovolným organizacím. Sdružoval je do tzv. **Národních front** a ty ostatní, které se nepodvolily komunistické straně, pronásledoval. Jejich majetek byl konfiskován a mnoho členů či zastánců těchto organizací bylo pronásledováno a uvězněno.

Kladný obrat přinesl rok 1989, který byl novým startem nejen pro všechny občany, ale i pro neziskový, nevládní sektor. Byly obnoveny organizace a sdružení, které byly minulým režimem potlačeny. A vznikaly a vznikají stále další a další. Ale pokud bychom se podívali na počet občanů, kteří se zapojují do dobrovolnických aktivit, nemůžeme se ani zdaleka měřit se západní Evropou či se Spojenými státy. U nás je počet dobrovolníků stále poměrně malý, ale statistiky posledních let ukazují, že stále více a více lidí se snaží seberealizovat i mimo svůj obor, který je živí. Tu samou zkušenost mám i ze své praxe, kde jsem poznala dobrovolníky, které živí úplně odlišný druh práce, ale roli dobrovolníka berou jako službu společnosti a příjemné odreagování od každodenního shonu. Současná situace s dobrovolníky je také možná spojena s tím, že dobrovolnictví jako takové není ošetřeno a ustanoveno v žádném zákonu České republiky. S dobrovolníky pracují především neziskové organizace a jsou zmíněni v souvislosti se zákonem o sociálních službách. Ale možná, že kdyby bylo dobrovolnictví součástí nějakého právního předpisu – kdo je dobrovolník, kde a jak se může uplatnit, jaká má práva a povinnosti, apod., popřípadě by dobrovolnické aktivity byly spojovány s nějakou mediálně známou tváří, myslím, že by to přitáhlo více lidí, protože by měli představu o tom, co je čeká a o co jde.

### 4.3 Má vlastní zkušenost z praxe

*„Jsme solidární s lidmi s postižením, počítáme však s osobností každého z nich a vycházíme z toho, že jsou si své věci schopni zařídit sami, vytvoříme-li jim k tomu podmínky.“*

(úvodní webová stránka občanského sdružení Exodus, [www.exodus.cz](http://www.exodus.cz))

Budou to již tři roky, co jsem poprvé přišla do občanského sdružení Exodus v Třemošné u Plzně, kam jsem v rámci praxe nastoupila jako dobrovolník – osobní asistent. Občanské sdružení Exodus, (dále už jen OS Exodus), je organizace, která poskytuje pomoc osobám se zdravotním postižením a to nejen z Plzeňského kraje. Služby sociální rehabilitace využívají klienti z celé České republiky. OS Exodus nabízí svým klientům širokou paletu služeb, ze kterých mohou vybírat dle svých potřeb a možností. Pro představu jde např. o tyto služby:

- chráněné dílny
- denní stacionář v Plzni
- sociální a fyzická rehabilitace
- zájmové činnosti a kroužky
- respitní (odlehčovací) péče
- letní tábory
- rekvalifikace

Jak již říká citát z úvodní webové stránky tohoto OS, jde o organizaci, která poskytuje a koordinuje služby osobám se zdravotním postižením, ale zároveň se snaží o co největší osamostatnění klientů a zvýšení kvality jejich života. Neslouží jako ústav nebo dlouhodobě pobytové zařízení, ale cíl je naučit klienty postarat se sami o sebe a „postavit na vlastní nohy“. Což mi přijde velmi sympatické. Moje zkušenost je postavena na těchto třech formách asistování:

- **Asistence v zájmových kroužcích**

Asistence v zájmových kroužcích a chráněné dílně byla moje první zkušenost s klienty. Má práce tady spočívala ve vyzvednutí klientů ze školy, popř. z domova, dopravení do prostorů OS Exodus v Třemošné, asistování klientům během kroužků a nakonec doprovod domů. Klienti, kteří navštěvovali zájmové kroužky a chráněnou dílnu, byli různé věkové kategorie (od 10 do 26 let), každý z nich měl svůj individuální program, který si sám

naplánoval ve spolupráci s vedoucím konkrétního zájmového kroužku, nebo se svým osobním asistentem. Počet klientů nebyl pokaždé stejný, ale v průměru se jich účastnilo deset až patnáct, nás – osobních asistentů bylo většinou pět, to znamená, že na každého vycházeli dva až tři klienti s různým stupněm postižení. Asistence v těchto kroužcích jsem musela z osobních, především časových, důvodů na nějaký čas zanechat, ale dále se aktivně věnuji následujícím dvěma způsobům.

- **Asistence na táboře HELP-ME**

OS Exodus pořádá každý rok v měsíci červenci pobytový tábor HELP-ME pro děti se zdravotním postižením, ale tento tábor není určen jen pro děti a mládež s nějakým handicapem, ale i pro zdravé děti. Což si myslím, že je dobrý nápad, důležitý obecně pro socializaci a integraci lidí s postižením. Táborový pobyt pro klienty trvá týden a nikterak se neliší od „běžných“ táborů pro zdravé děti. Klienti mají pevný program, podnikají se výlety, kulturní akce, mají k dispozici učebny, knihovnu a chráněnou dílnu. A to vše je doplněné fyzickou rehabilitací. Práce osobního asistenta je zde náročnější, protože počet klientů na táboře je zpravidla vyšší než počet klientů, kteří dochází do zájmových kroužků a chráněných dílen během roku a osobní asistent samozřejmě musí být klientovi „k ruce“ 24hodin denně. Má práce zde byla opravdu rozmanitá, protože velmi záleží na stupni zdravotního postižení klienta a na tom, jak moc je na vaši pomoc odkázán. Někteří klienti potřebovali mou asistenci např. jen při oblékání, hygieně, doprovod na toaletu. Někteří se bez mé pomoci ani nenajedí či nenapijí. V době tábora v podstatě supluji roli klientových rodičů nebo jeho vlastního osobního asistenta. A proto se snažím dělat svou práci s co nejlepším vědomím a svědomím. Často jsem se cítila unavená a fyzicky vyčerpaná, protože tato práce je fyzicky náročná, ale odměnou pro mne vždy bylo poděkování a spokojenost klienta. A myslím, že tak by to mělo být vždycky.

- **Individuální asistování**

Této „formě“ osobní asistence se věnuji především poslední rok a jde o individuální setkávání s klienty podle jejich potřeb, na základě naší společné domluvy. To znamená, že pokud klient potřebuje něco zařídit – např. doprovod do nějaké instituce, školy, stacionáře nebo si chce jen vyrazit někam za kulturou či zábavou, domluvíme se a zrealizujeme to. Myslím, že tahle forma asistence vyhovuje klientům více, protože mají možnost udělat si plán na den nebo večer sami, podle toho, co zrovna chtějí dělat. A myslím, že i vítají změnu setkání mimo stacionář nebo instituci.

Během mé praxe osobního asistenta jsem měla možnost pracovat v dobře fungujícím a spolupracujícím kolektivu, poznala jsem spoustu zajímavých lidí, získala jsem cenné zkušenosti a poznatky, které doufám budu moci dále využít v profesním životě. Měla jsem možnost nahlédnout a zjistit, jak se v dnešní době žije lidem s postižením, jaké problémy či překážky je trápí a jak se s nimi vyrovnávají. Jak vnímají postoj společnosti, nebo jak vnímají sami sebe. Jak je možné jim pomoci nebo nějakým způsobem ulehčit jejich situaci. Mé zkušenosti s klienty jsou především pozitivního charakteru, pokud jsme měli nebo máme nějaký problém vyřešíme ho mezi sebou jako dva rovnocenní partneři. S tím také souvisí obecně zaběhlé dogma, že tělesné postižení je vždy doprovázeno mentální retardací. Není tomu tak a je to jedna z obecných psychických překážek v mysli zdravých lidí, která se většinou odvíjí od neznalosti a nejistoty. Proto zdraví lidé velmi často jednají až přehnaně ohleduplně, čímž dávají postiženému najevo jeho „bezmocnou“ situaci, nebo s ním jednají jako s dítětem. A právě díky mé praxi jsem získala zkušenosti, jak s lidmi s tělesným postižením nejen zacházet, ale i komunikovat.



## 5 Životní příběhy

Během svého dosavadního života jsem měla šanci poznat poměrně hodně lidí, kteří jsou nějakým způsobem hendikepováni. Nebylo to jen v rámci mé praxe v neziskových organizacích, které poskytují služby postiženým lidem, ale i v osobním životě. Proto bych ráda v této kapitole přiblížila životní příběhy některých svých klientů či kamarádů, se kterými jsme měla možnost se setkat, pracovat s nimi a sblížit se.

### 5.1 Slečna E.

*Věk: 22*

*Diagnóza: těžká DMO (dětská mozková obrna), lehká MR (mentální retardace)*

*Slečnu E. jsem poznala jako velmi aktivní, vtipnou, veselou dívku, která se i přes své postižení umí radovat ze života. Seznámila jsem se s ní během svého působení v občanském sdružení Exodus. Protože jsme přibližně stejně staré, začaly jsme si spolu povídat, pracovat spolu a postupem času se mezi námi vyvinulo přátelství. I když už v občanském sdružení Exodus nepracuji, jsme stále v kontaktu a vidáme se.*

*Slečna E. se narodila jako první a jediné dítě svých rodičů. Matka je vystudovaná sociální pracovnice, v této době pracovala jako ošetřovatelka v domově pro seniory. Otec je strojní inženýr. Slečna E. přišla na svět komplikovaným a dlouhým porodem, jehož následkem je zřejmě postižení DMO. Na to ale lékaři přišli až během druhého roku života slečny E., kdy si její rodiče začali všimnout, že s ní není něco v pořádku. Ostatní děti jejího věku už běžaly za rodiči, ale E. nebyla schopna ani sama stát, nebo udělat krok. Rodiče si také všimli, že i motorika zaostává ve vývoji, slečna E. neměla klasický úchop, hračky jí padaly z ruky, nebyl schopná je dobře udržet, stejně jako láhev s dudlíkem či jídlo. Rodiče se s obavami obrátili na lékaře, kteří jim je potvrdili. Byla diagnostikována těžká mozková obrna, s lehkou mentální retardací. Slečna E. je doživotně upoutána na invalidní vozík, má postižený zrak, jemnou motoriku – nedokáže se sama najíst ani napít, protože neudrží v ruce přístroj či skleničku. Je odkázána na pomoc druhých lidí při oblékání, osobní hygieně, stravování, apod.*

*Jak sama slečna E. uvádí, její matka to od počátku zvládala poměrně dobře, přeci jenom s podobnými problémy se setkávala ve své profesi velmi často a dítě si moc přála, bylo pro ni požehnáním. Matka odmítla dát svou dceru do ústavní péče, byla rozhodnuta, že se o ní bude starat sama doma. Naopak otec se nemohl smířit s tím, že jeho jediné dítě je takhle*

*moc nemocné a on s tím nemůže nic udělat. Vyvrcholilo to jeho odchodem od rodiny, když byly slečně E. necelé 4 roky. V této době jí také hodně pomáhala babička slečny E. Slečna E. si ze svého dětství příliš nepamatuje, ví jen, že velmi často jezdily s matkou po různých rehabilitacích a lázeňských pobytech. Neměla moc kamarádů, protože jí chyběly kontakty s okolním světem. Zlom v jejich životě nastal po revoluci, kdy se její matka zapojila do práce v neziskových organizacích, které pracovaly právě s postiženými lidmi. To přineslo do života slečny E. příjemné změny, protože díky práci své matky měla možnost se seznámit a stýkat s kamarády, kteří měli podobný nebo stejný problém. Nastoupila také do zvláštní školy, kam docházela v doprovodu svého asistenta nebo babičky. Přestože u ní byla diagnostikována lehká mentální retardace, není to na ní poznat. Slečna E. je velmi aktivní, živá a má zájem o nové věci. Myslím, že i díky tomu prošla základní zvláštní školou bez nějakých větších problémů.*

*S nástupem puberty si však začala uvědomovat, že je od svých vrstevníků hodně odlišná a že věci, které ostatní lidé mohou dělat běžně a bez problémů, ona nebude moci nikdy. Vzpomínám si, že také její první platonické lásky, o kterých mi vyprávěla nedopadly dobře. Do toho stále nějaké rehabilitace, lázně, lékaři, velmi často byla nemocná. To vše se podílelo na jejím psychickém zdraví. Situace se zlepšila, když se se svou matkou přestěhovaly do nového bezbariérového bytu, které postavilo město pro hendikepované lidi. Její matka si také našla nového partnera, se kterým se seznámila v rámci své práce v neziskových organizacích. Nový partner matky byl také tělesně postižený, měl diagnostikovanou lehkou DMO, kdy je naprosto samostatný a svéprávný, bez jakéhokoliv snížení rozumových schopností, jen má „typickou chůzi pro DMO“. Partner pracoval pro různá sdružení, pro která organizoval výměnné pobyty, letní tábory pro hendikepované apod. Díky tomu se slečna E. dostala mimo své rodné město, měla šanci poznat nová místa a nové přátele. S novým „tátou“ podle svých slov vychází naprosto v pohodě, má ho ráda. Slečna E. chtěla po skončení základní školy dále studovat, nevěděla dlouho co by pro ni bylo vhodné, protože, jak jsem již zmínila, má postiženou i jemnou motoriku. Ale protože je schopná vyťukávat do klávesnice, rozhodla se, po společném uvážení s rodinou, pro poštovní školu. Tu dnes studuje, má individuální studijní plán a do školy ji doprovází její osobní asistentka, se kterou pracuje už více let.*

*Sama říká, že je v podstatě spokojená. Má fajn rodinu, chodí do školy, má přátele.. Její jediná bolístka je ta, že je sama. Ve svých 22 letech by už ráda měla po svém boku nějakého partnera, ale zatím nikoho takového nenašla. Sama říká, že její problém je ten, že se vždy zamiluje do zdravého člověka, který jí nikdy nebude brát jako možnou partnerku. Jejím*

*velkým snem, je to, že se odstěhuje od své rodiny a bude bydlet ve své vlastní domácnosti. I když ví, že to vzhledem k jejímu postižení není dost dobře možné. Přesto se svého snu nevzdává.*

## **5.2 Pan R.**

*Věk: 26*

*Diagnóza: Amputována pravá noha až po kyčel (následek nehody)*

*Spanem R. jsem se poznala před několika lety na jedné zábavě, kde nás seznámila společná kamarádka. V této době byl ještě naprosto zdravý, veselý, mladý kluk, který měl rád motorky a to byl náš společný zájem. Jeho profese, kterou si vydělával na živobytí byla řidič kamiónů. Bez rychlých aut a motorek si svůj život neuměl představit, ale nepatřil k té skupině lidí, kteří si rychlou jízdou něco dokazují a ohrožují přitom ostatní, ale hlavně sami sebe. Pan R. byl v tomto ohledu velmi svědomitý, nevyjel by na silnici bez helmy či speciální kombinézy, ale bohužel jednou tak učinil a stalo se mu to osudným.*

*Myslím, že v tomto případě není důležité zmiňovat veškeré podrobnosti a detaily, jaký byl život pana R. před nehodou, jaká je jeho rodina či jak prospíval ve škole. Byl to bezstarostný kluk, který měl spoustu plánů a snů, které mu nehoda překazila a obrátila mu život naruby. Pocházel z větší vesnice, kde vyrůstal se svými sourozenci (starší bratr, mladší sestra). Zde navštěvoval základní školu, po které se rozhodl vyučit se automechanikem, protože už v této době byla auta jeho velkou vášní. Asi v 16ti letech se díky svému kamarádovi dostal k motocyklům, kterým, podle svých slov, naprosto propadl. Ale tento koníček je samozřejmě poměrně nákladný, proto se rozhodl pro práci řidiče mezistátní přepravy. Dobře si zde vydělal a navíc se pohyboval v prostředí, které měl rád.*

*Od doby, kdy se mu ona osudová nehoda stala, už uplynuly téměř čtyři roky. Bylo to v době prázdnin, pan R. měl volný víkend a trávil ho u rodičů na vesnici. Krátce před polednem se vydal na své motorce na nádraží, kam jel vyzvednout svého kamaráda, který ho měl přijet navštívit. Protože jel jen kousek za vesnici, vzal si jen helmu, ale kombinézu nechal doma. Později doktoři potvrdili, že kdyby jí měl, mohlo mu to nohu zachránit. Na nádraží už ale bohužel nedorazil. Našli ho na kraji lesa při silnici, co vede k nádraží. Byl v bezvědomí, zapasovaný pod svou motorkou. Byl převezen vrtulníkem do nemocnice, kde se ho lékaři snažili dát dohromady.*

*Dozvěděla jsem se o jeho nehodě od naší společné kamarádky a krátce nato i od mé sestry, která ho v nemocnici operovala. Lékaři ho zachránili, ale museli mu amputovat nohu nad kolenem, protože jí měl zcela rozdrčenou váhou těžké motorky, která na něj při nehodě zřejmě naplno dopadla. Pan R. byl po operaci ještě několik dní udržován v umělém spánku, takže do té doby nikdo pořádně nevěděl, co se stalo. Když se probral, byl pro něj obrovský šok, proč je v nemocnici a co se stalo. Když se to od lékařů a své rodiny dozvěděl, propadl hluboké depresi. Odmítal jíst, nechtěl s nikým mluvit, vyhrožoval, že až ho propustí, zabije se. Auta a motorky byly jeho obrovskou vášní, neuměl si představit, že už nikdy nebude nic řídit. Nehoda mu obrátila život úplně naruby, nakonec skončil v péči psychologa. Navíc se začala jeho léčba a rekonvalescence komplikovat, noha se nehojila, naopak se objevila rozsáhlá gangréna. Proto se lékaři rozhodli k další amputaci, která byla až po kyčelní kloub pravé nohy. Pan R. s operací souhlasil na nátlak svých blízkých, ale sám už neviděl budoucnost příliš barevně. Jeho pobyt v nemocnici se kvůli komplikacím a následné rekonvalescenci protáhl téměř na rok. Kvůli druhé amputaci bylo jasné, že bude doživotně odkázán na berle či invalidní vozík, protože vzhledem k tomu, že amputace sahá až po kyčel, není možné na ni nasadit protézu. Několikrát jsem ho s přáteli v nemocnici navštívili, ale byl to někdo úplně jiný. Je až děsivé, jak nemoc dokáže člověka změnit k nepoznání.*

*Po propuštění z nemocnice si pana R. k sobě vzali rodiče s tím, že u nich bude bydlet a postarají se o něj. V této době se s panem R. rozešla jeho přítelkyně, kterou měl již před svou nehodou a byla s ním celou dobu léčby. Zřejmě i to byl jeden z důvodů, proč se asi měsíc po svém propuštění pokusil o sebevraždu, kterou vyhrožoval od doby, kdy se v nemocnici probudil. Našel ho ale jeho otec a překazil mu ji, pan R. pak skončil na několik měsíců na psychiatrii. Nemohl překonat svou situaci, těžko si na ni zvykal. Nemohl se pohybovat, tak jak by chtěl, přišel o své koníčky, o svou dívku. Styděl se na svůj stav, vyhýbal se lidem, měl neustále pocit, že ho všichni pozorují a litují. Chtěl být plnohodnotným členem společnosti, a ne být zařazován do skupinky „bezmocných, postižených lidí“. Neviděl moc důvodů, proč dále žít.*

*Jsou to čtyři roky od doby, kdy se to stalo. Pan R. v současné době žije u svých rodičů, myslím, že už je na tom psychicky o moc lépe, ale stále se nedokáže smířit s tím, co se stalo. Je strašné, jak si osud dokáže s lidským životem pohrát. Navíc krátce po nehodě, dal otec pana R. a jeho přátelé na expertízu pneumatiky z motorky. Zjistilo se totiž, že nehoda byla způsobena tím, že panu R. při jízdě praskla pneumatika. Expertíza ukázala, že to*

*nebyla jeho chyba, ale že šlo o vadný výrobek. Pak musí být pocíťovaná beznaděj ještě mnohem větší, když člověk ví, že to nebyla jeho chyba a přesto je doživotně invalidní.*

*Když srovnávám tento případ s jinými, u kterých je člověk hendikepovaný již od narození či raného věku, vidím obrovský rozdíl. My „zdraví“ si příliš neuvědomujeme, jaké by to bylo, kdybychom náhle ztratili schopnost se volně pohybovat, sami se obléknout, najíst.. Myslím, že čím je člověk starší, tím si hůře zvyká na velké změny a zvraty ve svém životě. Zatím co člověk, který žije s určitým omezením od narození, je na překonávání překážek zvyklý.*

*Na příběhu pana R. jsem chtěla ukázat, že každému z nás se může nečekaně obrátit život vzhůru nohama a nemusí to být ani naše vina. Proto bychom si měli uvědomit překážky, které do cesty staví naše společnost tělesně postiženým lidem, protože jednou by to mohly být překážky, které budou ohrožovat i nás.*

### **5.3 Pan K.**

*Věk: 24*

*Diagnóza: lehká DMO (dětská mozková obrna), bez MR (mentální retardace)*

*S panem K. jsem se potkala na gymnáziu, kam jsme oba nastoupili do stejného ročníku. Jeho příběh uvádím proto, že si myslím, že jde o ukázkový případ integrace, tak jak by měla vypadat a jaké by měly být její výsledky.*

*Pan K. se narodil jako druhé dítě svých rodičů (má starší sestru), přišel na svět komplikovaným porodem, který může být jedním z důvodů postižení DMO. Oba jeho rodiče jsou psychologové, vedou psychiatrickou a psychologickou poradnu a přidružený stacionář pro děti s tělesným i duševním onemocněním. Proto první příznaky toho, že něco není v pořádku, odhalili sami kolem druhého roku stáří pana K. Lékaři pak potvrdili jejich domněnku, že se jedná právě o lehčí stupeň DMO. Pan K. neměl problémy s užíváním a koordinací horních končetin, problém byl spíše s dolními, které nebyl schopen vůbec ovládat. Postavit se, či chodit, bylo nad jeho síly. Rodiče vůbec neuvažovali o tom, že by syna umístili do nějakého ústavu, chtěli se o něj starat sami a doufali, že se jeho stav zlepší.*

*Ale dlouho to tak nevypadalo, sám pan K. si vzpomíná jak si ve školce hrál s ostatními dětmi, které běhaly kolem něj a on se klouzal po zemi v pytli, protože se na nožičky vůbec nemohl postavit. Postupně se ale začal jeho stav zlepšovat, především díky pravidelnému cvičení a rehabilitacím, které s ním jeho rodiče navštěvovali.*

*Já jsem pana K. poznala v době, kdy už sám bez problémů chodil. Samozřejmě, že bylo poznat, že je něco v nepořádku – měl „typickou chůzi“ pro lidi s DMO – tzn. že nohy má při chůzi pokrčené, protože většinou nejsou schopni úplně propnout koleno. Ale oproti té době, kdy nebyl schopen se sám ani postavit, to byl úžasný pokrok.*

*DMO je ve většině případů provázena mentální retardací, ale není to pravidlo. Pan K. byl právě jeden z případů, kdy jeho postižení bylo „jen“ tělesné. Když jsme se sešli v jedné třídě na gymnáziu, bylo nám všem kolem dvanácti let. Byli jsme třída složená z různých lidí z různých základních škol, nikdo se navzájem neznal. Možná i to je jeden z důvodů, proč mezi námi vznikly tak těsné vazby a pevná přátelství, která drží dodnes. Pan K. byl ve třídě jediný, kdo byl na první pohled odlišný a bylo vidět, že nese následky nějaké nemoci, o které jsme nikdo v té době neměl ani ponětí. Přesto se ale nikdo panu K. nesmál, nedával mu najevo svou „nadřazenost“, nedělal z něj nemocného chudáka, apod. Takové chování si vůbec nepamatuji. Myslím, že to bylo způsobeno i tím, že jsme náš kolektiv tvořili sami a že pan K. byl jeho neoddělitelnou součástí. Všichni jsme byli součástí skupiny, kde byli různí lidé s různými potřebami, sny, plány, osudy.. ale nikdo by si z druhého nedělal srandu kvůli tomu, že neměl v životě takové štěstí jako my ostatní.*

*Pan K. ve škole prospíval jako většina chlapců jeho věku, tím myslím, že škola byla až na druhé místě, hned po jeho koníčcích. I přes své postižení se pan K. zapojoval do všech aktivit, které ho zajímaly. Zřejmě to bylo dáno i přístupem jeho rodiny, která viděla ten obrovský pokrok, kdy se pan K. i přes počáteční nepříznivé lékařské prognózy naučil chodit. Proto přistupoval k věcem tak, že nic není nemožné a pokud člověk opravdu chce, musí se o to snažit a pak to třeba i vyjde.*

*Pan K. byl velmi nadaný, co se týče oblasti hudby a divadla. Také to byly jeho hlavní koníčky, už v průběhu své puberty se účastnil několika divadelních vystoupení, pro které dělal hudbu. Sám byl také členem divadelního spolku, se kterým cestoval i do zahraničí. Divadlo a film byl jeho největší koníček, který ho nakonec dovedl až na FAMU, kde dnes patří mezi nejnadějnější studenty filmové režie.*

*Co se týče vztahů, které pan K. měl a má, tak jeho tělesné postižení mu nikdy nebylo překážkou v navazování vztahů. Jeho partnerky, které jsem měla šanci poznat, byly vždy zcela zdravé dívky. Takže je zde vidět, že zaběhlý stereotyp myšlení společnosti, že postižení „se párují“ jen s postiženými, není pravda. V lásce nebo přátelství přeci nejde o to, jak je na tom člověk po zdravotní stránce, ale o to, co si dva lidé mohou navzájem dát.*

*Tento příběh mého kamaráda jsem zde uvedla jako doklad toho, že i postižený člověk může žít kvalitně, byl plnohodnotným členem společnosti a plnit si svá přání a sny. Samozřejmě,*

*že je to závislé na samotném postiženém člověku – jak je schopen a ochoten se o své místo na slunci prát. Ale závisí i na nás – na okolní společnosti, ve které se dotyčný pohybuje, je důležité abychom mu vůbec dali šanci a pochopili, co chce a jak mu v tom my můžeme pomoci. Nezáleží přeci na tom, jestli je člověk samostatný, nebo jestli je upoutaný na kolečkové křeslo a odkázaný na pomoc druhých lidí. Pořád je to přeci člověk, jako my, proto bychom k němu tak vždy měli přistupovat.*

## ZÁVĚR

Cílem této bakalářské práce bylo přiblížit, co to znamená žít s tělesným postižením a zda může být život postižených, ve srovnání se zdravými lidmi, také tak „kvalitní“. Pro nás, zdravé lidi, je těžké představit si, jaký život bychom vedli, kdyby nás nějaká nepředvídatelná okolnost upoutala do kolečkového křesla. Myslím, že pak by většina takhle zasažených lidí svůj život za kvalitní nepovažovala. Ale je těžké obecně definovat, co je a co není kvalitní život. Existují různí lidé a každý z nás má své potřeby a má svůj žebříček hodnot, kterým se řídí a podle úspěchu je pak se svým životem spokojen či nikoliv. Stejně tak je to i u tělesně postižených lidí. I jejich život může být stejně (a někdy i mnohem více) kvalitní jako u lidí, kteří nejsou ve své seberealizaci omezeni žádnými zdravotními problémy.

Na otázku „Co to je kvalitní život?“ je těžké formulovat odpověď, která by obecně platila. Každý z nás si pod výrazem „kvalitní život“ představí něco jiného a tělesně postižení lidé to mají o něco složitější v důsledku svého omezení. Kromě běžných starostí, které máme i my, se musí navíc vyrovnávat se svým stavem a denně překonávat překážky, které s sebou život s postižením přináší. Ale kvalita života u tělesně postižených není závislá jen na funkčnosti systému státní sociální podpory, ale především na komunitě, ve které žijeme. Spokojený a kvalitní život si neutváříme jen my sami, mají na tom také velký podíl další lidé, kteří žijí kolem nás. Je dobré, když nás podporují, oceňují, milují a pomáhají nám. Ale ne všichni lidé jsou takoví. Bohužel, stále mezi námi žijí ti, kteří nemají vědomí společenské solidarity. Pro mě je naprosto logické „pravidlo“, že silnější by měli pomáhat slabším. Člověk je tvor, který byl obdařen myšlením a proto by neměl myslet jen na sebe, ale i na druhé, kteří to potřebují. Poskytnutí pomoci lidem, kteří to potřebují, je přeci správné i z morálního hlediska. Ať jsme věřící nebo ne, všichni jsme vychováni v duchu křesťanských tradic, které nám přímo říkají „pomáhej bližnímu svému“. Kvalitní život, ať už jsme zdraví či nikoliv, se odvíjí od postavení, které zaujímáme v komunitě, ve které žijeme. Proto bychom si měli uvědomit, že lidé s postižením jsou lidé jako my a mají stejné právo na šťastný život. Všichni jsme součástí komunity, proto bychom se měli vzájemně respektovat a přizpůsobit podmínky tak, aby měli všichni stejné šance a možnosti.

Ve své práci jsem se snažila podat ucelený přehled o tom, jak se žije lidem s postižením. Jaké mají možnosti, jak může být jejich hendikep kompenzován, nebo čím jim naše



„zdravá komunita“ vychází vstříc. Snažila jsem se čerpat informace nejenom z odborné literatury, ale především z vlastních zkušeností, které jsem zatím za léta praxe načerpala. Pro konkrétní představu jsem uvedla v závěrečné části práce životní příběhy některých mých klientů, či kamarádů, na kterých je vidět, že na okolnostech opravdu záleží. Lidé se stejným postižením či problémem se mohou dostat na úplně opačné póly, přestože měli na začátku stejné šance. Vše vyplývá z podmínek, které má postižený člověk nastavené na počátku. Podle mne má obrovský význam to, jak k němu přistupuje samotná rodina, jak spolužáci ve škole, jak s ním jedná a chová se k němu jeho celkové prostředí, ve kterém žije. Sám postižený člověk si samozřejmě už od raného věku uvědomuje, že je od svých vrstevníků odlišný a má určitá omezení. Ale pokud mu my – jakožto komunita ve které žije, umožníme zcela normální život v přirozených podmínkách, pak může být i život s postižením kvalitní.

Jak jsem již ve své práci několikrát zmiňovala, pro samotné postižené je nejdůležitější rovný přístup. Nejenom rovný přístup ke vzdělání, pracovním příležitostem, kultuře, ale i samotný rovný individuální přístup k nim jako k lidem. Samozřejmě, že tělesné postižení s sebou přináší určitá omezení, která znamenají překonávání překážek. Ale pokud je člověk pevně rozhodnutý jít za svým cílem, tak si za ním jde a nezabrání mu v tom ani tělesný hendikep. Jen to asi bude o něco složitější. A proto bychom my ostatní měli v komunitě, ve které žijeme, nastolit ideální podmínky a pomoci postiženým lidem plnit jejich sny. Protože pak může být život nás všech opravdu kvalitnější.

## LITERATURA

- COHEN, ROBERT M. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. Praha: Portál, 2002. 190 s. ISBN 80-7178-497-4.
- ČADILOVÁ, V. aj. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*. Praha: Portál, 2007. 244 s. ISBN 978-80-7367-319-2.
- GEIST, B. *Psychologický slovník*. Praha: Vodnář, 2000. 425 s. ISBN 80-86226-07-7.
- CHVÁTALOVÁ, H. *Jak se žije dětem s postižením*. Praha: Portál, 2001. 182 s. ISBN 80-7367-013-5.
- JANDOUREK, J. *Úvod do sociologie*. Praha: Portál, 2003. 231 s. ISBN 80-7178-749-3.
- KOZLOVÁ, L. *Sociální služby*. Praha: Triton, 2005. 80 s. ISBN 80-7254-662-7.
- LANGMAIER, J.; KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada, 2006. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.
- MATOUŠEK, O. aj. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. 266 s. ISBN 80-7178-548-2.
- MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003. 287 s. ISBN 80-7178-549-0.
- MATOUŠEK, O. aj. *Základy sociální práce*. Praha: Portál, 2001. 310 s. ISBN 978-80-7367-331-4.
- MATOUŠEK, O.; KOLÁČKOVÁ, J.; KODYMOVÁ, P. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2005. 352 s. ISBN 80-7367-002-X.
- PLHÁKOVÁ, A. *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia, 2005. 472 s. ISBN 80-200-1387-3.
- PONĚŠICKÝ, J. *Člověk a jeho postavení ve světě*. Praha: 2004. ISBN 80-7254-861-1.
- SCHULZ THUN, F. von. *Jak spolu komunikujeme*. Praha: Grada, 2005, s. 9-64, 67, 85, 176, 190. ISBN 80-247-0832-9.
- ŠMARDA, J. *Genetika pro gymnázia*. Praha: Fortuna, 2003. 144 s. ISBN 80-7168-851-7.
- TOŠNER, J.; SOZANSKÁ, O. *Dobrovolníci a metodika práce s nimi v organizacích*. Praha: Portál, 2006. 150 s. ISBN 80-7367-178-6.
- VÝROST, J.; SLAMĚNÍK, I. *Sociální psychologie /Sociálna psychologia*. Praha: ISV nakladatelství, 1997. 454 s. ISBN 80-85866-20-X.

## Další použité zdroje

SBÍRKA ZÁKONŮ ČESKÉ REPUBLIKY, *Zákon č. 108/2006 Sb. O sociálních službách, Zákon č. 110/2006 Sb. O životním a existenčním minimu, Zákon č. 111/2006 Sb. O pomoci v hmotné nouzi, Zákon č. 402/2001 Sb. O státní sociální podpoře, Zákon č. 155/1995 Sb. O důchodovém pojištění.*

# PŘÍLOHY

## Příloha č. 1

**Odhad počtu zdravotně postižených v České republice (MATOUŠEK, 2005, s. 90)**

<b>Typ postižení</b>	<b>Počet lidí s postižením</b>
Zrakové postižení	60 tisíc
Sluchové postižení	300 tisíc
Poruchy řeči	60 tisíc
Slepohluchota	1 500
Mentální postižení	300 tisíc
Vady pohybového ústrojí	300 tisíc
Diabetes	480 tisíc
Cévní mozkové příhody	150 tisíc
Epilepsie	140 tisíc
Duševní onemocnění	100 tisíc

## **Příloha č. 2**

### **Zdravotní postižení odůvodňující přiznání mimořádných výhod (VYHLÁŠKA MINISTERSTVA PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR, č. 182/1991 Sb.)**

#### **1. Mimořádné výhody I. stupně (průkaz TP) se přiznávají v těchto případech postižení:**

- a. ztráta úchopové schopnosti nebo podstatné omezení funkce horní končetiny (například na podkladě anatomické ztráty, ochrnutí, mízního edému),
- b. anatomická ztráta několika prstů na obou nohou nebo ztráta nohy v kloubu Lisfrankově nebo Chopartově a výše, až po bérec včetně,
- c. podstatné omezení funkce jedné dolní končetiny (například na podkladě funkčně významné parézy, arthrózy kolenního a kyčelního kloubu nebo ztuhnutí kolenního nebo kyčelního kloubu, stav po endoprotéze, pakloub bérce nebo stehenní kosti),
- d. omezení funkce dvou končetin (například na podkladě lehké hemiparézy nebo paraparézy, arthrotického postižení nosných kloubů obou dolních končetin, těžší formy osteoporózy, polyneuropathií, nestability kloubů nebo zánětlivého postižení kloubů),
- e. zkrácení jedné dolní končetiny přesahující 5 cm,
- f. onemocnění páteře, stavy po operacích a úrazech páteře s přetrvávajícími projevy nervového a svalového dráždění, insuficiencí svalového korzetu a omezením pohyblivosti dvou úseků páteře,
- g. postižení cév jedné dolní končetiny s těžkou poruchou krevního oběhu (například s trofickými změnami, mízním edémem, klaudikacemi, s těžkým varikózním komplexem),
- h. záchvatová onemocnění různé etiologie spojená s opakovanými poruchami vědomí, závrativé stavy.

#### **2. Mimořádné výhody II. stupně (průkaz ZTP) se přiznávají v těchto případech postižení:**

- a. anatomická ztráta jedné dolní končetiny v kolenním kloubu nebo ve stehně,
- b. anatomická ztráta dvou dolních končetin v úrovni Lisfrankova nebo Chopartova kloubu a výše,
- c. funkční ztráta jedné dolní končetiny (například na podkladě těžkého ochrnutí nebo plegie této končetiny, těžké poruchy funkce dvou nosných kloubů se ztrátou oporné funkce končetiny, stav po implantaci endoprotézy kyčelního nebo kolenního kloubu s výrazně porušenou funkcí operované končetiny),
- d. současné funkčně významné anatomické ztráty části jedné dolní a jedné horní končetiny nebo obou horních končetin v úrovni bérce a předloktí,
- e. podstatné omezení funkce dvou končetin se závažnými poruchami pohybových schopností při neurologických, zánětlivých, degenerativních nebo systémových onemocněních pohybového aparátu (například na podkladě středně těžké hemiparézy nebo paraparézy, podstatného omezení hybnosti kyčelních a kolenních kloubů zpravidla o polovinu rozsahu kloubních exkurzí),
- f. onemocnění páteře, stavy po operacích a úrazech páteře se středně těžkými parézami, výraznými svalovými atrofiemi nebo se závažnými deformitami páteře s omezením exkurzí hrudníku, ztuhnutím tří úseků páteře,

- g. těžké obliterace cév obou dolních končetin s výrazným trofickým postižením a výrazným funkčním postižením hybnosti,
- h. chronické vady a nemoci interního charakteru značně ztěžující pohybovou schopnost (například vady a nemoci srdce s recidivující oběhovou nedostatečností trvající i při zavedené léčbě, dechová nedostatečnost těžkého stupně, selhání ledvin ve stadiu dialýzy, provázené závažnými tělesnými komplikacemi, onkologická onemocnění s nepříznivými průvodními projevy na pohybové a orientační schopnosti),
- i. oboustranná praktická hluchota nebo oboustranná úplná hluchota, kterou se rozumí celková ztráta slyšení podle Fowlera 85 % a více, více než 70 dB,
- j. kombinované postižení sluchu a zraku (hluchoslepota) funkčně v rozsahu oboustranné středně těžké nedoslýchavosti, kterou se rozumí ztráta slyšení podle Fowlera 40 až 65 %, a oboustranné silné slabozrakosti, kterou se rozumí zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí na lepším oku, kdy maximum je menší než 6/60 a minimum rovné nebo lepší než 3/60, nebo oboustranné koncentrické omezení zorného pole v rozsahu 30 až 10 stupňů, i když centrální ostrost není postižena,
- k. oboustranná těžká ztráta zraku, kterou se rozumí zraková ostrost s korekcí, kdy maximum je menší než 3/60, minimum rovné nebo lepší než 1/60.

**3. Mimořádné výhody III. stupně (průkaz ZTP/P) se přiznávají v těchto případech postižení:**

- a. anatomická ztráta dolní končetiny vysoko ve stehně s anatomicky nepříznivým pahýlem nebo v kyčli,
- b. anatomická ztráta obou končetin v bércích a výše nebo ztráta podstatných částí horní a dolní končetiny v úrovni pažní a stehenní kosti nebo obou horních končetin v úrovni paže,
- c. funkční ztráta jedné dolní a jedné horní končetiny (například hemiplegie nebo těžká hemiparéza) nebo obou dolních končetin (například paraplegie nebo těžká paraparéza, těžká destrukce kolenních a kyčelních kloubů),
- d. těžká porucha pohyblivosti na základě závažného postižení několika funkčních celků pohybového ústrojí s odkázaností na vozík pro invalidy; funkčním celkem se přitom rozumí trup, páteř, pánev, končetina,
- e. disproporční poruchy růstu provázené závažnými deformitami končetin a hrudníku, pokud tělesná výška po ukončení růstu nepřesahuje 120 cm,
- f. dlouhodobé multiorgánové selhávání dvou a více orgánů, pokud podstatně omezuje pohybové nebo orientační schopnosti,
- g. neúplná (praktická) nevidomost obou očí, kterou se rozumí zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí 1/60, 1/50 až světlocit nebo omezení zorného pole do 5 st. kolem centrální fixace, i když centrální ostrost není postižena, nebo úplná nevidomost obou očí, kterou se rozumí ztráta zraku zahrnující stavy od naprosté ztráty světlocitu až po zachování světlocitu s chybnou světelnou projekcí,
- h. oboustranná praktická hluchota nebo oboustranná úplná hluchota u dětí do ukončení povinné školní docházky,
- i. střední, těžká a hluboká mentální retardace nebo demence, je-li IQ horší než 50, psychické postižení s dlouhodobými těžkými poruchami orientace a komunikace,
- j. kombinované těžké postižení sluchu a zraku (hluchoslepota) funkčně v rozsahu oboustranné těžké nedoslýchavosti až hluchoty, kterou se rozumí ztráta slyšení podle Fowlera horší než 65 %, a oboustranné těžké ztráty zraku.

4. Mimořádné výhody I., II. nebo III. stupně lze přiznat také v případech nemocí a vad neuvedených v bodech 1 až 3, pokud podstatně omezují pohybovou nebo orientační schopnost, a to podle rozsahu a tíže funkčních důsledků srovnatelných s indikacemi uvedenými v bodech 1 až 3.

### **Příloha č.3**

#### **Výše příspěvku na péči (ZÁKON Č. 108/2006 Sb.)**

**(1) Výše příspěvku pro osoby do 18 let věku činí za kalendářní měsíc**

- a) 3 000 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost),
- b) 5 000 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost),
- c) 9 000 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost),
- d) 11 000 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost).

**(2) Výše příspěvku pro osoby starší 18 let činí za kalendářní měsíc**

- a) 2 000 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost),
- b) 4 000 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost),
- c) 8 000 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost),
- d) 11 000 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost).



## Resumé

**Jméno:** Magdaléna Šašková

**Studijní program:** Sociální politika a sociální práce

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

**Název práce:** Kvalita života u tělesně postižených

**Vedoucí práce:** Doc., PhDr. Jan Srnec, CSc.

**Akademický rok:** 2007/2008

**Klíčové pojmy:** Postižení tělesné, postižení mentální, hendikep, dávky sociální péče, sociální služby, integrita versus izolace.

Kvalita života u tělesně postižených je téma, které mne vždy zajímalo. Mám s touto problematikou osobní zkušenost nejen ze své praxe, ale i ze života. Tělesně postižení lidé jsou součástí společnosti a já žiji s přesvědčením, že všichni lidé by si měli být rovni a mít stejné šance na kvalitní život. Ale jak hodnotit to, zda je život kvalitní či nikoliv? Každý z nás si pod pojmem „kvalitní život“ představí něco jiného. Je to velmi individuální a nezáleží na tom, zda je člověk upoután na invalidní vozík či ne. Myslím, že náš spokojený, a tím pádem i kvalitní, život závisí na komunitě, ve které žijeme a na podmínkách či překážkách, se kterými se musíme vyrovnávat.

Cílem mé práce není hodnotit to, zda je život tělesně postižených lidí v České republice kvalitní či ne. Mým cílem bylo podat stručný, ale snad ucelený přehled o tom, co to v dnešní době znamená žít s tělesným postižením. Jaké možnosti lidé s postižením mají, s jakými překážkami se setkávají a také jaké jsou jejich sny a plány, které v životě mají a se kterými bychom jim my mohli pomoci.

V práci jsem se věnovala přehledu sociálních dávek a služeb, které mohou lidé s postižením využívat a příslušným zákonům, které služby a dávky upravují. Také jsem věnovala kapitolu postavení tělesně postižených lidí ve společnosti v průběhu dějin, abychom mohli srovnat, jak se postavení a přístup k tělesně hendikepovaným lidem měnil. Samostatnou kapitolu jsem také věnovala problematice dobrovolnictví, protože jsem sama jako dobrovolník řadu let působila a myslím si, že dobrovolníci jako takoví jsou nepostradatelnou součástí života lidí s hendikepem, ať už fyzickým či mentálním. V závěrečné části práce jsem se věnovala životním příběhům svých klientů a kamarádů, kteří s tělesným postižením žijí a poskytli mi osobní rozhovory, které jsem ve své práci použila jako demonstraci toho, jak je možné se s postižením vyrovnat a žít dál. A že postižení vždy neznamená slepou uličku.

Pražská vysoká škola psychosociálních studií

Oponentský posudek bakalářské práce

Autorka: **Magdaléna Šašková**

Název práce: „Kvalita života u tělesně postižených“

Oponentka: Mgr. Magdalena Koťová

Autorka se v práci zabývá tématem tělesného postižení, kvality života, integrací osob s postižením do společnosti, institucionálním ukotvením sociální péče i tématem dobrovolnictví. Text bakalářské práce doplňuje popisem vlastní zkušenosti s dobrovolnictvím v občanském sdružení „Exodus“ a třemi kasuistikami osob s tělesným postižením.

Bakalářská práce je adekvátně a přehledně členěna do kapitol, text je jasný a výstižný, jazyk práce je kultivovaný. Místy lze objevit pouze chybějící čárky ve větách či chybějící mezery mezi slovy. Autorka dobře pracuje s literaturou (citaci informačního zdroje postrádám pouze u podkapitoly týkající se středověku). Seznam literatury je adekvátní, chybí pouze cizojazyčná publikace. Přílohy práce vhodně doplňují probíranou problematiku zdravotního postižení.

Autorka doplňuje teoretické pojednání kasuistikami, které jsou vhodně zvoleny, velmi dobře a čtivě podány a ukazují i na hlubokou schopnost empatie autorky. Osobně bych proto ocenila, kdyby autorka do textu místy zařadila více vlastních úvah. Zároveň však musím podotknout, že text práce přesně splňuje nároky kladené na bakalářské práce, proto jej **doporučuji k obhajobě.**

V Praze, dne 19. 9. 2008



Mgr. Magdalena Koťová

Posudek vedoucího písemné práce k bakalářské zkoušce

**Magdaléna Šašková:**

**Kvalita života u tělesně postižených**

Autorka přistoupila ke zpracování tématu po absolvování dobrovolnické praxe v občanském sdružení Exodus v Třemošné u Plzně. Získanou zkušenost podkládá třemi formami osobního asistování osobám se zdravotním postižením: asistencí v zájmových kroužcích a chráněné dílně, asistencí na pobytovém táboře pro děti se zdravotním postižením a individuálním asistování osobám podle jejich potřeb. Kromě této tříleté praxe získala zkušenosti v dalších neziskových organizacích poskytujících služby postiženým lidem a také setkáváním s takovými lidmi ve vlastním osobním životě. Dlouholetý zájem o tuto oblast a silná motivovanost k pomáhající práci se pozitivně odráží v předložené písemné práci.

Cílem práce bylo – podle autorky – „podat stručný přehled o tom, jak se lidem s postižením žilo dříve, žije dnes a jak by to mělo vypadat do budoucna.“ Dále, „jakými změnami prošlo jejich postavení ve společnosti zdravých lidí, jaké mají možnosti a jaké služby jsou určeny ke kompenzaci jejich stavu, nebo to, co si přejí samotní hendikepovaní“.

Jako tzv. vedoucí předložené práce konstatuji, že se stanovené cíle podařilo autorce splnit s velkým zdarem, a to do značné míry samostatně, bez vnější pomoci. Z obsahu práce a z rozpravy s její autorkou usuzuji, že studentka Šašková má nejen zkušenosti a tématem vyžadované odborné znalosti, ale také povahové a morální předpoklady pro úspěšný výkon pomáhající profese.

**Z Á V Ě R :**

Práce bezpečně splňuje požadavky na písemné bakalářské práce. Doporučuji ji k obhajobě.

19/9 2008 Jan Srnec