

Univerzita Palackého v Olomouci
Výzkumné centrum integrace zdravotně postižených

Občané se zdravotním postižením
a veřejná správa

Olomouc 2005

Autorský kolektiv

Mgr. Lenka Krhutová

lenka.krhutova@osu.cz

kapitoly 1., 2.3, 4.1, 5.3, 5.6, 5.7, 6., 9.

Mgr. et PaedDr. Jan Michalík, Ph.D.

office@vcizp.cz

kapitoly 2.1, 2.2, 3., 4.2, 5.1, 5.2, 5.4, 5.5, 7.

Doc. PhDr. PaedDr. Miloň Potměšil, Ph.D.

mpotmesil@atlas.cz

kapitola 8

PhDr. Mgr. Libor Novosad, Ph.D.

libor.novosad@vslib.cz

kapitola 10

Doc. PaedDr. Milan Valenta, Ph.D.

milan.valenta@upol.cz

kapitola 11

Recenzovali

PaedDr. Miroslav Pilát

Mgr. Oldřich Müller, Ph.D.

© Výzkumné centrum integrace zdravotně postižených, 2005

1. vydání

Vydáno s finanční podporou Ministerstva vnitra

ISBN 80-244-1168-7 (Univerzita Palackého v Olomouci)

ISBN 80-903658-0-9 (VCIZP)

OBSAH

PŘEDMLUVA	5
I OBECNÁ ČÁST	7
1 VEŘEJNÁ SPRÁVA A OBČANÉ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM	9
2 CHARAKTERISTIKA ZDRAVOTNÍHO POSTIŽENÍ	17
2.1 Terminologie a klasifikace zdravotního postižení	17
2.2 Počty občanů se zdravotním postižením	19
2.3 Některé socio-psychologické charakteristiky osob se zdravotním postižením	22
3 SPOLEČENSKÉ ASPEKTY POSTAVENÍ OBČANŮ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM	31
3.1 Historická východiska postavení zdravotně postižených ve společnosti .	31
3.2 Současné postavení zdravotně postižených ve společnosti	33
4 PRÁVNÍ ASPEKTY POSTAVENÍ OBČANŮ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM	41
4.1 Občané se zdravotním postižením a Evropa	41
4.2 Občané se zdravotním postižením a český právní řád	45
5 VYBRANÉ OBLASTI, VE KTERÝCH JE POSTAVENÍ OBČANŮ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM NEROVNÉ	53
5.1 Zaměstnanost	53
5.2 Vzdělávání	59
5.3 Přístupnost staveb a dopravy	66
5.4 Sociální zabezpečení	72
5.5 Zdravotní péče	78
5.6 Přístupnost informací	82
5.7 Média a zdravotní postižení	86
6 ETIKA VE VEŘEJNÉ SPRÁVĚ VE VZTAHU K OBČANŮM SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM	93
7 PARTICIPACE OBČANŮ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM	103

II	SPECIÁLNÍ ČÁST	115
8	OBČANÉ SE SLUCHOVÝM POSTIŽENÍM	117
8.1	Osoby s vadami sluchu mezi námi	117
8.2	Osoby se sluchovými vadami v České republice	128
8.3	Odezírání mluvené řeči jako komunikační prostředek	134
8.4	Použití prstové abecedy	137
8.5	Specifické potřeby osob s vadami sluchu	141
8.6	Osoby se sluchovými vadami a tlumočnické služby	143
8.7	Technické kompenzační pomůcky	145
8.8	Praktické informace zaměřené na úpravu podmínek pro úspěšnou komunikaci	148
9	OBČANÉ SE ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM	157
9.1	Zrakové postižení a mýty	157
9.2	Lidé se zrakovým postižením mezi námi	159
9.3	Sebeobsluha nevidomých a slabozrakých	166
9.4	Prostorová orientace a samostatný pohyb	168
9.5	Gramotnost a práce s informacemi	171
9.6	Dovednosti sociálního kontaktu	178
9.7	Lidé s hluchoslepotou	192
10	OBČANÉ S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM	199
10.1	Specifika tělesného postižení, základy akceptovatelného přístupu a zacházení s lidmi s tělesným postižením	199
10.2	Psychosociální specifika osob s tělesným postižením	204
10.3	Jednání s klientelou s chronickým onemocněním, optimální způsoby podpory	212
10.4	Okolnosti a zásady jednání s klientelou s tělesným postižením, optimální způsoby podpory	214
10.5	Charakter a formy podpory osob s tělesným postižením a dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem	219
10.6	Společné předpoklady a východiska dobré praxe	223
10.7	Rozhovor a další kroky v práci s občanem s tělesným postižením	226
10.8	Závěrečné shrnutí k problematice vztahující se k tělesnému postižení	228
11	OBČANÉ S MENTÁLNÍ RETARDACÍ A JINOU DUŠEVNÍ PORUCHOU	237
11.1	Osoby s mentálním postižením	238
11.2	Zvláštnosti osob s mentálním postižením	243
11.3	Komunikace pracovníka veřejné správy s člověkem s mentálním postižením	249
11.4	Osoby s jinou duševní poruchou	253
	ZÁVĚR	267

PŘEDMLUVA

Lidé se zdravotním postižením jsou přirozenou součástí občanů České republiky. Dotýkají se jich a jejich život ovlivňují tytéž podmínky a události jako všechny ostatní obyvatele. Zdravotní postižení představuje však jednu z nejtěžších životních zkoušek – na rozdíl od řady dalších skutečností, jež může jejich nositel ovlivnit, se přitom jedná o událost, která je na vůli člověka většinou nezávislá. Lidé se zdravotním postižením představují oprávněný objekt cílené společenské solidarity. Vedle toho, zejména z pohledu orgánů veřejné správy, představují i skupinu, jež přímo i nepřímo ovlivňuje značnou část hrubého domácího produktu. Efektivními opatřeními zaměřenými na rozvoj lidských zdrojů i v této oblasti lze do budoucna dosáhnout zvýšení účasti občanů s postižením na tvorbě (a užití) společenského bohatství.

Přestože se obecně situace ve vztahu k lidem se zdravotním postižením ubírá pozitivním směrem (zvyšuje se mobilita, přístup ke vzdělání, kvalita služeb atd.), přetrvávají ve společnosti i nadále, s ohledem na celkový vývoj v globalizujícím se světě, tendence vedoucí k marginalizaci a sociálnímu vyloučení této zranitelné skupiny obyvatel.

Mezi nástroje udržení a zvyšování kvality života lidí se zdravotním postižením patří kromě legislativních opatření také cílené vzdělávání a osvěta majoritní části obyvatel. S ohledem na klíčové postavení pracovníků ve veřejné správě, kteří mají významný vliv na utváření životních podmínek lidí na konkrétním území, schválila vláda v roce 2003 v rámci Národního plánu vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením opatření, jímž se ukládá Ministerstvu vnitra začlenit problematiku zdravotního postižení do odborné přípravy pracovníků ve veřejné správě jako integrální součást jejich systému vzdělávání.

V roce 2004 Výzkumné centrum integrace zdravotně postižených vypracovalo vzorové vzdělávací programy se zaměřením na problematiku zdravotního postižení s moduly pro vstupní vzdělávání, průběžné vzdělávání v oblasti personální práce a vzdělávání, v oblasti školství a dále pro vzdělávání vedoucích úředníků – obecná část. V roce 2005 byl zpracován tento vzorový učební text průběžného vzdělávání zaměřený na problematiku zdravotního postižení v prostředí veřejné správy, který by měl být uvedením do řešení rozsáhlého mezioborového kontextu životních podmínek lidí s postižením.

Naším záměrem v této fázi není podat výkladový akademicky odborný text. Stěžejním cílem předkládané publikace je přiblížit lidem pracujícím ve veřejné správě uvedenou problematiku co možná nejvíce z pohledu běžných životních situací, s nimiž se mohou v rámci svých agend i mimo ně setkat, a také podnítit diskusi k tomuto tématu. Z tohoto důvodu jsme zvolili interaktivní formu polodistančního textu s četnými uvedenými příklady z praxe, otázkami a náměty k zamyšlení. Vzhledem k tomu, že se jedná o první text svého druhu v České republice, budeme rádi a děkujeme za zaslání vašich cenných připomínek, rad a námětů.

Olomouc, září 2005

Mgr. et PaedDr. Jan Michalík, Ph.D.
ředitel VCIZP

Mgr. Lenka Krhutová
odborný garant VCIZP

ČÁST I

OBEČNÁ ČÁST

KAPITOLA 1

VEŘEJNÁ SPRÁVA A OBČANÉ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

Lidé se zdravotním postižením tvoří významnou skupinu – minoritu – občanů České republiky. Na základě kvalifikovaných odhadů se jedná přibližně o 10 % obyvatel ČR. Zdravotní postižení jako takové se však přímo dotýká mnohem vyššího počtu obyvatel, neboť většina lidí se zdravotním postižením žije v rodinách – tyto jsou důsledky postižení v různé míře bezprostředně zasaženy ve sféře psychologické, sociální, ekonomické a jiné.

Každý z nás se s fenoménem zdravotního postižení pravděpodobně setkal – v médiích, v literatuře, v práci, na ulici, v blízkém okruhu známých, nebo dokonce máme vlastní osobní zkušenost nebo v rámci rodiny. Každý máme pro tuto přímou nebo nepřímou zkušenost uvnitř sebe nastaven jakýsi základní zorný úhel vnímání. V publikaci, již začínáme studovat, se pojem zdravotního postižení bude skloňovat v řadě tvarů a ve spojitosti s různými výrazy. Stojí za to, dříve než se pustíme do vlastního studia, pokusit se zmapovat alespoň rámcově své vlastní nastavení vůči fenoménu zdravotního postižení. Uvědomění si vlastní pozice může (nebo také nemusí) mít vliv na vaši další práci s texty, může se (nebo také nemusí) v průběhu studia měnit.

Pokuste se, prosím, zodpovědět následující dvě otázky. Je dobré si odpovědi zaznamenat, přičemž není nutné (dokonce ani vhodné a u některých pravděpodobných výrazů ani možné) snažit se o gramatickou nebo formální správnost odpovědi.



Jak vnímáme zdravotní postižení?

Otázka 1 – S jakými výrazy, slovními obraty vztahujícími se ke zdravotnímu postižení nebo k lidem s tímto postižením jste se v životě setkali v běžném životě, v práci, v médiích, v literatuře? Pokuste se uvést co nejvíce těchto výrazů.

Otázka 2 – A nyní zkuste odpovědět na otázku, co ve vás osobně vyvolává představa zdravotně postiženého člověka – představte si, že do vaší kanceláře právě vstoupil člověk s nějakým velmi těžkým zdravotním postižením. Jaké pocity (při této představě) u sebe vnímáte?

Je možné a pravděpodobné, že v průběhu studia se bude záznam vašich odpovědí rozšiřovat.

Obecně se dá konstatovat, že zdravotní postižení je zvykově chápáno jako automatický předpoklad k zařazení jeho nositele do oblasti sociální péče, charitativních

aktivit a – v lepším případě – lidského soucitu. Postoj k tomuto fenoménu se bude u každého člověka lišit nejen v závislosti na zmíněné osobní zkušenosti, ale také výchově, společenském prostředí, míře informovanosti a dalších faktorech. Člověk se zdravotním postižením je v obecném povědomí vnímán převážně jako paternalistický objekt sociálního zabezpečení, jako někdo, kdo již z podstaty věci potřebuje **jen (!)** pomoc, vedení, péči a ochranu, kdo je nemohoucí, závislý a nedokáže si zajistit vlastní obživu. Jistě lze souhlasit s názorem, že člověk se zdravotním postižením obvykle ve zvýšené míře využívá systémů sociální ochrany; **pokud je však bez dalšího tento úhel pohledu jediným, zkresluje se tím celkový obraz o životě a možnostech lidí s postižením jako svébytných osobností schopných aktivně utvářet svůj život.**

Pozice člověka se zdravotním postižením jako „OBJEKTU“ PATERNALISTICKÉ péče se mění v pozici člověk se zdravotním postižením jako „SUBJEKT“ PRÁV.

Myšlenka „člověk se zdravotním postižením jako subjekt práv“ je z historického hlediska nová (více se začala prosazovat od 60. let 20. století) a v praxi si klesá cestu obtížně, neboť naráží na předsudky, zakořeněné zvyky, neinformovanost atd. Současné trendy u nás jednoznačně potvrzují odklon od pasivního způsobu péče **jako jediné (!)** z cest zajištění života lidí se zdravotním postižením (stát určuje, jaká sociální služba je pro občana vhodná) směrem k posilování pojetí člověka jako subjektu práv (občan může volit typ služby a poskytovatele).



Na úřady přichází více občanů se zdravotním postižením, kteří si své záležitosti vyřizují sami.

Reforma veřejné správy s sebou nese větší odpovědnost orgánů veřejné správy a také větší odpovědnost člověka sama za sebe. V souvislosti s uplatňováním principu subsidiarity dochází přirozeně ke zvýšení počtu lidí se zdravotním postižením, kteří si na úřadech vyřizují své záležitosti sami. Tato skutečnost vyplývá rovněž ze situace, že stále větší počet těchto občanů žije díky rozvoji nových typů sociálních služeb v prostředí přirozených komunit a lidé s postižením tak již nejsou automaticky umísťováni do velkých ústavních zařízení s nepřetržitým pobytem, jak tomu bylo dříve.

Česká republika uplatňuje na rozdíl od řady států v Evropě tzv. spojený model výkonu veřejné správy. K tomuto označení vede skutečnost, že úřad samosprávy, který je obecně nadán autonomií rozhodování v samostatné působnosti, je vázán odlišným mechanismem rozhodování v přenesené působnosti. Úředník¹ tak na jedné straně vykonává státní správu v přenesené působnosti, kdy většina aktivit probíhá v režimu správního řízení (vydávání rozhodnutí, poskytování, určování, nařizování, kontrola, vymáhání, ukládání sankcí atd.) a na straně druhé vykonává aktivity spojené s činnostmi mimo správní řízení – plní úkoly, jimiž je pověřen v rámci rozhodnutí samosprávných orgánů územních celků. V obou těchto rolích se v jednání vůči obča-

¹ V textu užívaným pojmem „pracovníci veřejné správy“ chápeme v širším slova smyslu všechny osoby činné v oblasti správy věcí veřejných, tedy nejen úředníky, ale také volené zástupce regionální a místní úrovně. V užším slova smyslu se jedná o úředníky. V textu užíváme pojem úředník bez feminního tvaru, nikoliv z neúcty k ženám-úřednicím, ale pro přehlednost a netříštěnost textu.

nům uplatňují **odlišné přístupy, které mají vliv na celkové klima vzájemných pozic.**

Z hlediska typu situací, při kterých se setkávají pracovníci veřejné správy a občané se zdravotním postižením, se dá v zásadě říci, že se neliší od majoritní populace. Specifika situace jsou však do jisté míry dána tím, že se již z principu často jedná u lidí s postižením o problematiku vyžadující **mezioborový přístup k řešení**. Specifikem situace je také **odlišný způsob kontaktu a komunikace s některými skupinami osob se zdravotním postižením.**

Na mezioborová řešení není systém veřejné správy z důvodu přesně vymezených kompetencí jednotlivých rezortů pro praxi příliš uzpůsoben; jednotlivé rezorty spolu často nespolupracují právě s odkazem na limity svých kompetencí. Problematika životních podmínek lidí s postižením je však náročná, obsáhlá, je nadrezortní a zasahuje průřezově do řady kompetenčních oblastí státní správy i samosprávy, jak si postupně ukážeme v dalších kapitolách. Významně zde tedy vystupuje do popředí nutnost koordinace různých aktivit, neboť izolovaná řešení jsou často neúčinná, neefektivní a nevhodná.



V jakých konkrétních situacích se pracovníci veřejné správy z hlediska své profese a lidé se zdravotním postižením dostávají do vzájemných vztahů?

Potřebuje-li občan se zdravotním postižením vyřídit své individuální úřední záležitosti, jedná obvykle s pracovníky **v linii prvního kontaktu na konkrétním odboru**. Již zde může dojít k řadě neúmyslných nedorozumění nebo diskriminačních tendencí pramenících z nedostatečné znalosti či nerespektování základních a zásadních odlišností, pro tuto minoritu občanů charakteristických. Při včasné informovanosti se dá mnoha nedorozuměním předejít.



Které odborné útvary úřadů se setkají téměř s každým občanem se zdravotním postižením? A které nejčastěji?

Tzv. linie prvního kontaktu zdaleka nepředstavuje jen úředníky odborů sociálních věcí, případně zdravotnictví, jak většinu z nás asi hned napadne – i když jde patrně o nejintenzivnější míru kontaktů. Největší okruh občanů se zdravotním postižením, případně jejich zákonných zástupců nebo opatrovníků, projde útvary evidence obyvatel a vydávání dokladů, matrikami, školskými odbory aj.

Další situační typ kontaktu mezi veřejnou správou (resp. jejími pracovníky) a lidmi se zdravotním postižením vychází z faktu, že pro občany se zdravotním postižením a jejich rodinné příslušníky mají mimořádný význam vlastní organizace, jejichž prioritním posláním je obhajoba a naplňování práv lidí se zdravotním postižením. Cestou k jejich prosazování a zajišťování je na místní úrovni především komunikace s orgány územních samospráv např. při vypracovávání a realizaci dlouhodobých koncepcí týkajících se životních podmínek občanů se zdravotním postižením na konkrétním území nebo v rámci realizace společných projektů např. v oblasti zajišťování sociálních služeb nestátními subjekty, případně v roli žadatelů o dotaci na činnost apod. Vyjednávání mezi organizacemi a orgány samosprávy obvykle probíhá **nejdříve na politické úrovni a konkrétní realizace pak úkolově na úrovni odborných útvarů úřadu.**

Příkladem je v současné době realizace Moravskoslezského, Olomouckého, Královéhradeckého a dalších krajských plánů vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením v ČR, které vznikly a vznikají za aktivní účasti organizací osob se zdravotním postižením a kde je úzká spolupráce se samosprávnými orgány spolu s lidskou i odbornou znalostí podmínek života občanů s postižením nezbytnou podmínkou pro vytvoření realizačních dokumentů.

V souvislosti s integračními trendy v oblasti vzdělávání lidí se zdravotním postižením po roce 1989 lze očekávat postupný **nárůst jejich kvalifikace** a způsobilost působit na otevřeném trhu práce. Přestože se reálná situace v zaměstnávání osob se zdravotním postižením obecně trvale zhoršuje, lze předpokládat vyšší **možnost** zaměstnávání těchto lidí na úřadech s využitím jejich potenciálu při činnostech, jejichž výkon není postižením limitován nebo je možné tyto limity kompenzovat. Třetím typem kontaktu veřejné správy s občany se zdravotním postižením jsou tedy – v první fázi – **výběrová řízení uchazečů se zdravotním postižením** o zaměstnání ve veřejné správě, popřípadě – v další fázi – jejich následné **zaměstnání na úřadu**. Zde pak může být aktuální otázka vztahů s kolegou (majícím zdravotní postižení) v rámci hierarchické struktury na **úrovni stejné, nadřízené nebo podřízené**. I zde je důležitá v přiměřeném rozsahu znalost specifické problematiky zdravotního postižení, aby nedocházelo z neznalosti věci v konečném důsledku ke snižování důstojnosti uchazeče o zaměstnání/pracovníka s postižením, nebo naopak k tomu, že „ze soucitu“ (či z obavy, aby úředník nebyl nařčen z diskriminace) takového člověka úřad přijme, byť by při lepší znalosti předmětné problematiky mohl pracovník identifikovat např. vlastní přecenění uchazeče.

V pilotních kurzech průběžného vzdělávání personalistů a pracovníků vzdělávacích útvarů jsme se relativně často setkali se zkušeností personalistů, kteří hodnotili zdravotně postižené kolegy v různých útvarech úřadu jako velmi spolehlivé a vážící si práce.



První dojem je důležitý, formuje „tvář úřadu“.

V neposlední řadě je na místě zmínit důležitou úlohu tzv. **servisního personálu** na úřadech, jehož primárním úkolem je sice zabezpečování servisu primárně pro pracovníky veřejné správy (pracovníci sekretariátů, ekonomické útvary, řidiči), ale také plnění funkce ostrahy a funkce informační (recepce, vrátnice ve vstupech do budov úřadů). Většinou jsou to právě tito lidé, kteří do kontaktu s občany, a tedy i s občany se zdravotním postižením, vstupují jako první a spoluvytvářejí tak celkovou kulturu, úroveň a image úřadu.

Pro řešení konkrétní situace, se kterou občané se zdravotním postižením za pracovníky úřadů přicházejí nebo jsou k návštěvě úřadu vyzváni, je zejména ze strany úředníka **nezbytná nejen dobrá znalost právního prostředí a správních procesů**, ale také **dovednost jednat, vyjednávat, komunikovat**. Vzhledem ke specifickým potřebám jednotlivých skupin osob se zdravotním postižením je vhodné, aby pracovníci veřejné správy na různých stupních řízení byli v rámci své specializace dostatečně obeznámeni s problematikou zdravotního postižení, tak aby byly vytvořeny předpoklady pro **kvalitní a efektivní průběh správních řízení** a ostatních jednání mimo správní řízení a aby při nich byla **posílena důstojnost občanů se**

zdravotním postižením a s ní související **důvěra občanů v instituci**. Vysoká profesionalita pracovníků veřejné správy nespočívá pouze ve znalosti tzv. díkce zákona, ale je nemyslitelná bez znalosti a dodržování **etických norem** a pravidel, které jsou pro výkon veřejné služby zásadní.

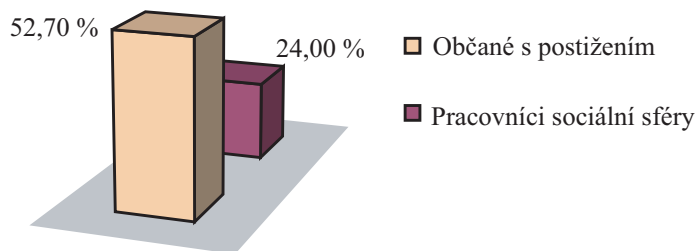


Transformace veřejné správy a občané se zdravotním postižením.

V roce 2002, v období probíhající transformace veřejné správy provedlo VCIZP dotazníkové šetření mapující postavení občanů se zdravotním postižením ve dvou krajích ČR. Šetření probíhalo ve dvou rovinách – mezi občany se zdravotním postižením a mezi pracovníky veřejné správy se zaměřením na pracovníky sociálních odborů.

*V rámci šetření byly mimo jiné zjišťovány odpovědi na otázky v oblasti názorů občanů se zdravotním postižením ve vztahu k očekávaným změnám v kontextu transformace veřejné správy, míře informovanosti ze strany pracovníků úřadů atd. Ze strany úředníků pak také otázky na možnosti zlepšení práce s občany se zdravotním postižením. Mezi jinými je zajímavé i **alarmující srovnání výsledků šetření, které se týkalo otázky, co považují obě skupiny za nejzávažnější problém vyplývající ze zdravotního postižení.** (Celkové výsledky šetření jsou uvedeny ve Zprávách o situaci občanů se zdravotním postižením v Moravskoslezském a Královéhradeckém kraji.)*

Vidím jako velký problém – nezáměrně státu



Obr. 1.1: Graf 1

Tabulka 1.1: Problémy vyplývající ze zdravotního postižení podle závažnosti, porovnání názorů obou cílových skupin na závažnost problémů

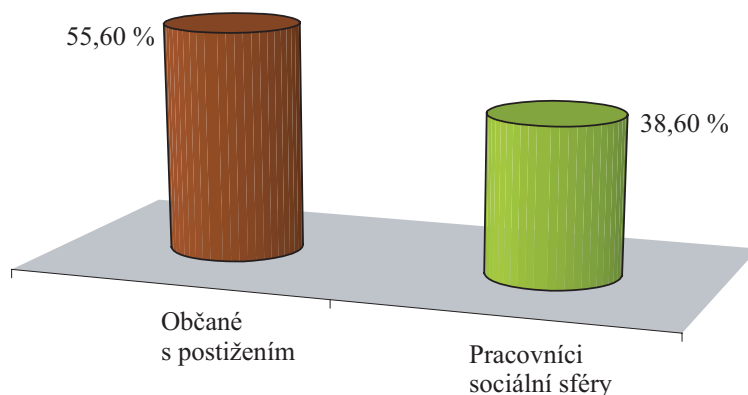
Problémy vyplývající ze zdravotního postižení	Občané se zdravotním postižením			Úředníci – pracovníci sociální sféry		
	Poř.	Čet-nost	Relat. četnost	Poř.	Čet-nost	Relat. četnost
Zájem státu a politiků o problémy občanů se zdravotním postižením	1.	114	52,70 %	9.	48	24,00 %
Nezaměstnanost	2.	60	27,80 %	1.	170	85,40 %
Adekvátní sociální služby	2.	60	27,80 %	7.	57	28,60 %
Možnost účasti na veřejném životě	3.	57	26,40 %	6.	60	30,00 %
Bezbariérová doprava	4.	55	25,40 %	2.	156	78,40 %
Možnost kulturního a sportovního využití	5.	48	22,20 %	5.	62	31,10 %
Předsudky členů většinové společnosti	6.	43	19,90 %	3.	73	36,70 %
Raná péče pro rodiny a děti s postižením	7.	19	8,80 %	6.	60	30,00 %
Problémy v komunikaci ze strany samotných lidí s postižením	7.	19	8,80 %	4.	65	32,50 %
Možnost vzdělání	8.	13	6,10 %	8.	49	24,50 %
Nízká vzdělanost	9.	8	3,70 %	10.	18	9,00 %
V uvedených oblastech problém nespatřuji		13	6,00 %		6	3,00 %

Tabulka 1.2: Co přinese reforma veřejné správy lidem se zdravotním postižením? Názory občanů se zdravotním postižením

Domníváte se, že současná reforma veřejné správy přinese:	Četnost	Relativní četnost
Zlepšení služeb pro občany se zdravotním postižením	29	14,60 %
Nijak se jich nedotkne	15	7,50 %
V určitých oblastech to bude pro ně horší	67	33,70 %
Neumím posoudit	87	43,70 %
Je mi to lhostejné	1	0,50 %

Tabulka 1.3: Necitlivý přístup k občanům s postižením, porovnání názorů obou cílových skupin

Setkal(a) jste se s necitlivým přístupem pracovníka úřadu k občanům se zdravotním postižením?	Názor občanů s postižením		Názor úředníků, pracovníků sociální sféry	
	Četnost	Relativní četnost	Četnost	Relativní četnost
Ano, relativně často	40	18,80 %	5	2,50 %
Ano, jen od konkrétního pracovníka	33	15,40 %	13	6,50 %
Ano, spíše jen výjimečně	46	21,40 %	59	29,60 %
Ano celkem	119	55,60 %	77	38,60 %
Ne, nesetkal	96	44,40 %	122	61,30 %



Obr. 1.2: Graf 2

Při srovnání odpovědí respondentů z obou cílových skupin je zřejmé, že více než polovina (55,60 %) občanů se zdravotním postižením se setkala s necitlivým přístupem ze strany pracovníků úřadu. Pracovníci úřadu uvádějí, že se s necitlivým přístupem u svých kolegů setkali v 38,60 %, což je rozdíl téměř 20 %. Uvedená zjištění bylo možné při koncipování dotazníkového šetření očekávat. Každá profesní skupina má tendenci vidět své klady i zápory v lepším světle, než je tomu u uživatelů jejích služeb. Je zřejmé, že se v tomto směru otevírá prostor pro představitele obou skupin (občanů se zdravotním postižením i vedoucích pracovníků sledované oblasti) k nalezení lepšího způsobu komunikace, jenž by postupně uvedené přesvědčení uživatelů služeb zmírňoval či odstraňoval.

Tabulka 1.4: Jak vidí úředníci oblast práce s občany se zdravotním postižením, názory pracovníků veřejné správy

Ve srovnání s ostatními oblastmi – zdá se vám oblast dotýkající se občanů s postižením:	Četnost	Relativní četnost
Podceňovaná	71	35,70 %
Náročnější a zodpovědnější	87	43,70 %
Nevidím rozdíl	41	20,60 %

Uvedené výsledky šetření nastiňují řadu dalších otázek – na některé se pokusíme nalézt odpovědi v následujících kapitolách.

SHRNUTÍ

V České republice žije přibližně desetina obyvatel, kteří mají zdravotní postižení. V povědomí majoritní společnosti jsou dosud zvykově vnímáni jako pasivní objekt sociální péče i když je objektivně patrná tendence ke změně tohoto vnímání směrem k posilování jejich pozice jako subjektu práv. S lidmi se zdravotním postižením se pracovníci veřejné správy dostávají do kontaktu podobně jako s ostatními občany, přičemž tyto situace se vyznačují některými odlišnostmi, jako např. častá nutnost mezioborových řešení a specifika v oblasti komunikace s některými skupinami osob se zdravotním postižením atd.

OTÁZKY K ZAPAMATOVÁNÍ

1. Jaký konkrétní počet obyvatel představují občané se zdravotním postižením v ČR?
2. Které faktory působí při utváření postojů vůči lidem se zdravotním postižením?
3. Čím je charakterizován současný trend přístupu společnosti k problematice zdravotního postižení?
4. Vyjmenujte typy situací v kontaktu pracovníků veřejné správy s občany se zdravotním postižením. Čím jsou tyto situace specifické?
5. Ve kterých odborných útvarech úřadu dochází k vyšším počtům kontaktů pracovníků veřejné správy s občany se zdravotním postižením a proč?

KAPITOLA 2

CHARAKTERISTIKA ZDRAVOTNÍHO POSTIŽENÍ

2.1 TERMINOLOGIE A KLASIFIKACE ZDRAVOTNÍHO POSTIŽENÍ

Jednou ze základních otázek, které před námi v souvislosti s hledáním nového modelu vztahů mezi pracovníky veřejné správy a občany stojí, je nutnost **vyjasnění základních pojmů**, které pro označování příslušníků této „minority“ volíme.



Označili byste občany se zdravotním postižením za příslušníky „minority“? Jistě byste našli řadu „důkazů“ pro i proti uvedenému tvrzení.

Existují názory, které občany (lidi) se zdravotním postižením považují za příslušníky menšiny – vymezené právě zdravotním postižením, a samozřejmě i názory opačné. Obvykle jsme schopni vnímat společenské menšiny vymezené rasou či národností, v České republice již obezřetněji přistupujeme k dalšímu rozlišování společenských vrstev. Zpravidla u nás neradi přijímáme vlivy tzv. vyspělých demokracií s jejich – pro nás až hypertrofovaným – smyslem pro práva menšin nejrůznějšího druhu a typu.



Česká společnost zastává vůči občanům s homosexuální orientací zdánlivě stále tolerantnější postoje, jakmile se ovšem jedná o přijetí speciálního zákona v jejich prospěch, vítězí už léta tradiční konzervatismus.

A právě mnoho z nás zdravotně postižené za menšinu považovat nebude. Přesto musíme vědět, že z řady důvodů historických, sociologických, antropologických a socio-psychických, ale i ekonomických a obecně společenských, **zdravotně postižení tvoří svébytnou, vnitřně však velmi diferencovanou skupinu občanů**, která vykazuje řadu shodných charakteristik, odlišných od občanů bez zdravotního postižení (tzv. intaktní populace). O některých z nich se dočteme v dalších částech této knihy.

Vnitřní diferenciaci uvnitř skupiny zdravotně postižených je rovněž možno nahlížet podle celé řady kritérií. Pravděpodobně nejběžnější je dělení dle hloubky postižení. V řadě i oficiálních kritérií se setkáme s dělením zdravotně postižených na „mírné, středně těžké a těžké postižení“. Více si uvedeme v další části věnované statistickým údajům o zdravotně postižených.

DRUHY ZDRAVOTNÍHO POSTIŽENÍ

Nejběžnějším a nejobvyklejším způsobem vnitřní diferenciaci zdravotně postižených je model dle převládajícího zdravotního postižení. Nejčastěji se tak setkáme s postižením:

- tělesným,
- mentálním a duševním,
- zrakovým,
- sluchovým,
- řečovým.

K nim je však nutno přiřadit i další skupiny, na něž se obvykle zapomíná. Jedná se o následující postižení:

- kombinovaná,
- nemocné civilizačními chorobami.



V našem textu neuvádíme speciální kapitolu o řečových postiženích, a to z jednoduchého důvodu. Přestože se jedná – v řadě případů – o mimořádně psychicky trýznivá postižení, shledáváme, že náš právní řád na tato postižení nereflktuje. Naopak skupina civilizačních chorob zahrnuje stovky tisíc osob, jedná se o onemocnění, která mohou, ale nemusí mít přímý dopad na komunikaci občana s veřejnou správou (diabetes, srdeční a mozkové příhody, ...)

Níže si uvedeme další skupiny zdravotně postižených – a v řadě případů velmi početné – které bychom rovněž mohly do naší klasifikace zahrnout. Zde uvedené však představují z hlediska obsahového i sémantického převládající přístup k označování skupin zdravotně postižených. Přitom zdůrazňujeme, že se jedná o klasifikaci velmi obecnou, kdy každá z uvedených skupin zahrnuje velmi různorodou skupinu stavů, nemocí, postižení, a zejména jejich nositelů – občanů.



Jako příklad uvedme psoriatické, lidi nemocné psoriázou, tedy lupénkou. Touto nepříjemnou chorobou je u nás postiženo mnoho desítek tisíc občanů.

TERMINOLOGIE ZDRAVOTNÍHO POSTIŽENÍ

Téma, jež úzce souvisí s postavením těchto lidí ve společnosti. Z historie, a leckdy docela nedávné, jsme zvyklí na označení, termíny a pojmy, které z dnešního pohledu chápeme jako pejorativní, urážlivé či hanlivé. V minulosti se např. některé skupiny dětí s postižením obecně nazývaly „úchylná mládež“.



Úchylná mládež – tak se v první polovině dvacátého století dokonce jmenoval odborný pedagogický časopis.

V dobách našich babiček se běžně užívalo označení „staatskripl“, což znamenalo, že dotyčný člověk s postižením má alespoň nárok na jistou sociální rentu. Největšího „rozmachu“ se dočkaly termíny označující stupně mentálního postižení jako idiocie, imbecilita a debilita.



Se zvláštní oblibou tyto pojmy užíval dokonce jeden předseda vlády České republiky...

Jestliže dnes odmítáme tato slova, nečiníme tak jen z pouhé „politické korektnosti“, jakéhosi charakteristického rysu postmoderní společnosti západního typu. Důraz na užívání správných pojmů a termínů souvisí se samotnou podstatou lidského bytí – zde občanů se zdravotním postižením. Jí rozumíme právo na plnohodnotný život, právo na sociální začlenění a právo na ochranu cti a lidské důstojnosti. Proto je nejen neslušné, ale doslova nepřipustné v oficiálním i neoficiálním styku používat pro označení zdravotně postižených termíny, které se v obecném slangu staly synonymy pro pohrdání, nadávky apod.

Nemůžeme však popřít, že v oblasti terminologie související se zdravotním postižením jsme rovněž svědky povrchných změn, přinášených zpravidla pod rouškou zmíněné „korektnosti“.



Jedná se o české verze známého amerického příkladu: *Negros-Black-Afroamerican* – a nejnověji *Američan afrického původu*.

Obecně však můžeme uvést, že při používání pojmů souvisejících s občanem se zdravotním postižením se vždy snažíme klást důraz na to, aby vlastní termín označující postižení stál vždy až jako druhořadý za tím nejdůležitějším, kterým je daný člověk, občan, osoba.

Od dříve běžného postižený člověk k člověku s postižením, od dříve běžného slepec k nevidomému, od dříve běžného tělesně postižené dítě k dítěti s tělesným postižením.

Podrobnosti naleznete v samostatných kapitolách věnovaných nejrozšířenějším zdravotním postižením: tělesným, mentálním, zrakovým a sluchovým.



Otázka pro zvědavější čtenáře: našli byste v českých právních normách příklad zastaralého a nesprávného označování zdravotně postižených?

2.2 POČTY OBČANŮ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

Po celou dobu uplynulých patnácti let nebylo možno zodpovědět otázku na **počet občanů se zdravotním postižením v České republice**. Odpověď je vždy a v každé společnosti závislá na zvolených klasifikačních kritériích. V České republice existuje až několik desítek klasifikačních přístupů, které jsou v některých případech nesouměřitelné či nekompatibilní (zdravotně postižený pro účely dávek státní sociální podpory – zdravotně postižený pro účely povinné školní docházky). Z dalšího pohledu zahrnují situace a stavy nesouměřitelné z hlediska závažnosti a hloubky postižení (institut úplné bezmocnosti verzus příspěvek na brýlovou obrubu z veřejného zdravotního pojištění). Existence tak rozsáhlé řady klasifikačních kritérií bývá někdy kritizována (zejména občany se zdravotním postižením) a bývá požadováno vypracování „jednotné“ definice pojmu zdravotní postižení. Množství klasifikačních přístupů je však ve značně různorodém společenském terénu zřejmě nezbytné. Reálně existuje řada systémů podpory, které sledují různé stránky projevů a důsledků zdravotního postižení. Přiznávání mimořádných výhod je nezávislé na přiznání invalidity, bezmocnosti

či statutu občana se zdravotním znevýhodněním. Dosavadní přehled o počtu občanů se zdravotním postižením je tedy dán výčtem občanů, kteří jsou sledováni v té které klasifikační řadě.



Pokuste se sami nalézt příklady situací, v nichž je pro veřejnou správu potřebné a důležité znát skutečné počty občanů se zdravotním postižením.

PŘÍKLADY KLASIFIKAČNÍCH KRITÉRIÍ ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÝCH

V Národním plánu vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením z roku 1998 byl celkový počet osob se zdravotním postižením odhadován na 1,2 mil. osob, stejně jako v předchozím Národním plánu z roku 1993, kde bylo uvedeno dělení podle postižení (viz tab. 2.1).

Tabulka 2.1: Celkový počet občanů se zdravotním postižením

Celkový počet občanů se zdravotním postižením:	1 200 000
zrakově postižení	60 000
z toho velmi těžce postižených	17 000
sluchově postižení	100 000
z toho zcela hluchých	15 000
s poruchami řeči	60 000
z toho slepohluchých	1 500
mentálně postižení	300 000
s vadami pohybového ústrojí	300 000
diabetici	530 000
z toho inzulinovaných	70 000
postižení epilepsií	140 000
duševně nemocní	100 000
psoriatici	200 000

Zdroj: Národní plán vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením, 1998

Jeden z ojedinělých pokusů zjistit skutečný počet občanů se zdravotním postižením u nás provedl v rámci výzkumného šetření Socioklub v roce 1997. Podle jeho zjištění byl stanoven následující orientační výskyt jednotlivých druhů zdravotního postižení na 10 tis. obyvatel.



Čerpáno z publikace Sešity pro sociální politiku – obce, města, regiony a sociální služby, Socioklub, Praha 1997. Socioklub je dobrovolné sdružení pro teorii a praxi sociální politiky – více na www.socioklub.cz

Aplikací uvedených koeficientů na populaci České republiky lze stanovit přibližný odhad počtu občanů s jednotlivými druhy a stupni zdravotního postižení, kdy následující tabulka uvádí odhad souhrnného počtu občanů se zdravotním postižením v České republice.

Tabulka 2.2: Počty občanů se zdravotním postižením na 10. tis. obyvatel podle druhu postižení

Druh postižení	Počet na 10 tis. obyvatel
zrakové postižení	57
z toho těžce	16
sluchově postižení	95
z toho těžce	14,5
poruchy řeči	57
mentálně postižení	285
v tom: dospělí vyžadující ústavní péči	4,5
mládež vyžadující ústavní péči	10
vady pohybového ústrojí	286
v tom: dospělí vyžadující ústavní péči	0,4
mládež vyžadující ústavní péči	1
tělesné postižení dospělých s přidruženým mentálním postižením vyžadující ústavní péči	0,4
tělesné postižení mládeže s přidruženým mentálním, popř. dalším postižením vyžadujícím ústavní péči	0,5
smyslové postižení dospělých vyžadující ústavní péči	0,3
vozičkáři	33
diabetici	505
z toho na inzulinu	66
duševně nemocní	95
epileptici	133
psoriatici	190
chronicky nemocní toxikomani a alkoholici vyžadující ústavní péči	0,1
poživatelé invalidního důchodu	400
poživatelé částečného invalidního důchodu	111
držitelé mimořádných výhod	
I. stupně	70
II. stupně	152
III. stupně	61
chronicky nemocné děti	524

Při vědomí určité nepřesnosti lze konstatovat, že **je u nás asi 1 milion zdravotně postižených**, tedy asi 10 % obyvatel republiky. Toto konstatování je i v relaci se situací v dalších evropských zemích. Procento zdravotně postižených bývá uváděno od 5 % do 19 %. Prakticky se však jedná nikoliv o tak vysoký rozdíl ve skutečném počtu zdravotně postižených, nýbrž o odlišná kritéria při posuzování. Podle Důvodové zprávy Evropské unie k přijetí Rozhodnutí Rady Evropy o Evropském roku osob se zdravotním postižením 2003 má v EU zdravotní postižení přibližně 38 milionů osob, neboli každý desátý Evropan všech věkových kategorií.

Tabulka 2.3: Počty občanů se zdravotním postižením v poměru k počtu obyvatel ČR

Typ postižení	Počet obyvatel celkem k 1. 1. 2003: 10 203 269
Zrakové postižení	58 159
z toho těžce zrakově postižení	16 325
Sluchové postižení	96 931
z toho neslyšící	14 795
Poruchy řeči	58 159
Mentálně postižení	290 793
Vady pohybového ústrojí	291 814
z toho vozíčkáři	33 671
Diabetici	515 265
Duševně nemocní	96 931
Epileptici	135 704
Psoriatici	193 862
Celkem	1 802 409

Statistické údaje o počtu občanů se zdravotním postižením jsou nepochybně důležité, jejich význam však nelze přeceňovat. Na počátku roku 2004 byla na platformě Českého statistického úřadu zřízena pracovní mezirezortní skupina, která má řešit vytvoření základů měření vybraných statistických dat a ukazatelů vážících se k osobám se zdravotním postižením.

2.3 NĚKTERÉ SOCIO-PSYCHOLOGICKÉ CHARAKTERISTIKY OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

Lidé se zdravotním postižením tvoří vnitřně silně diferencovanou skupinu obecně však definovanou existencí znaku, přítomností postižení, které vlivem nedostatků ve společenském prostředí může způsobovat složité handicapy. Zdravotní omezení, která jsme si zvykli označovat jako postižení, provázejí lidstvo od samého začátku, existují a existovat přes veškeré úsilí patrně budou. Vyspělým zemím s vysoce rozvinutou preventivní a léčebnou péčí se podařilo zlikvidovat nebo alespoň dostat pod kontrolu mnoho nemocí vedoucích k trvalému zdravotnímu postižení, ale jsou konfrontovány s jinými jejími velmi vážnými příčinami. Přes veškeré snahy není patrné, že by se tento počet výrazněji zmenšoval, ale naopak má spíše tendenci vzrůstat.

Například ve světě je přibližně 8 milionů lidí každoročně hospitalizováno kvůli dopravním nehodám. Podle odhadů dochází každoročně k 50 milionům pracovních úrazů, z nichž mnohé zanechávají trvalé zdravotní následky. Připočítáme-li k tomu ještě milion lidí s nemocemi krevního oběhu, se závislostí na alkoholu či drogách a válečné konflikty, a vezmeme-li v úvahu důsledky znečištěného životního prostředí, hlad, ze-

mětřesení a další přírodní či lidmi vyvolané katastrofy, nově také důsledky terorismu, jeví se celkový odhad 500 milionů lidí se zdravotním postižením opravdu minimální.



Neexistuje „homogenní skupina postižených“, která „stejně jedná“, „stejně myslí“, „stejně prožívá“.

Lidé se zdravotním postižením a jejich rodiny představují skupinu občanů, která je ovlivněna zásadní událostí – existencí zdravotního postižení a jeho důsledky. Zejména u těžších forem zdravotního postižení dochází k výrazným změnám v možnostech plnohodnotné účasti na veřejném životě i v soukromých aktivitách. **Zdravotní postižení tak představuje jednu z nejtěžších životních zkoušek.** Představuje sociální událost, která je, na rozdíl od jiných, **většinou nezávislá na vůli člověka.**

Jakkoli není možné uvažovat o lidech s postižením jako o homogenní skupině lidí, která „stejně jedná“, „stejně myslí“ a „stejně prožívá“, existují nicméně určité společné nebo častěji se vyskytující rysy, které vyplývají ze společné situace stejných vnějších tlaků, kdy každý jednotlivý člověk s postižením hledá své vlastní individuální řešení.

Důsledky zdravotního postižení se projevují v řadě oblastí, zejména v oblasti:

- osobní,
- společenské,
- a ekonomické.

DŮSLEDKY ZDRAVOTNÍHO POSTIŽENÍ V OSOBNÍ OBLASTI

Každé postižení působí na člověka specifickým způsobem, vyplývajícím z typu zdravotního postižení, jeho závažnosti i doby, ve které vzniklo.

Vrozené postižení mění veškeré podmínky vývoje, mění sociální vztahy, vyřazuje některé druhy podnětů, omezuje od počátku vývojové možnosti dítěte. Na druhé straně se dítě žijící s postižením od narození na něj lépe adaptuje.

Získané postižení méně zasahuje vývoj funkcí osobnosti, které se až do doby vzniku postižení mohly vyvíjet normálně, klade však daleko větší nároky na adaptaci, zvláště v oblasti postižené funkce. Získané postižení znamená obvykle velký zásah do osobnosti, způsobuje duševní trauma a subjektivně je velice hluboce prožíváno.

Osmiletá dívka, která ztratila sluch po úrazu, není ještě po roce schopna komunikovat na úrovni svých vrozeně neslyšících vrstevníků, přestože na rozdíl od nich dokonale ovládá jazyk. Není totiž schopna odezírat, a tedy nerozumí, co se jí sděluje.

Postižení jako takové lze z hlediska jednotlivce chápat jako **náročnou životní situaci**, protože může dlouhodobě působit zatěžujícím vlivem, zvyšovat stres, zhoršovat jeho každodenní situaci, způsobovat řadu konfliktů, z nichž některé mohou pro něj být neřešitelné (např. životní ambice proti reálné možnosti limitované postižením). Pro zvládnutí situace zdravotního postižení je důležité, jak člověk své postižení **prožívá**, jaké způsoby **řešení** své situace nachází a jak tyto způsoby řešení ovlivňují jeho **osobnost**. Život s postižením je náročný především na **schopnost adaptace** – obvykle bývá obtížnější přizpůsobit se podmínkám okolí, ať fyzickým (chybění smyslových podnětů, omezení vyplývající z tělesného postižení, existence architektonických aj. bariér) nebo podmínkám sociálním (bývá mnohem obtížnější zaujmout

mezi vrstevníky, v rodině, společnosti pevné postavení odpovídající jeho potřebám, zkomplikováno je i sociální učení a socializace vůbec). Aby člověk s postižením dosáhl adaptace, je nucen neustále se uchýlovat nejčastěji **ke kompenzačním technikám řešení náročných situací**. V zásadě jsou dvojího druhu a vyplývají ze dvou základních reakcí – agrese (aktivní řešení) a únik (pasivní řešení).



Lidem s postižením je často připisována agresivita jako charakteristický rys, přestože výzkumy vedené v této oblasti to nepotvrzují.

Mezi **aktivní způsoby** řešení náročných životních situací patří agrese, přičemž nemusí jít přímo o fyzické násilí, ale např. o verbální agresi (urážky, nadávky, jízlivost, ironie, škádlení, popichování) vůči druhým i sobě, popřípadě vůči věcem. Tato agrese může mít účinek na snížení napětí, vybití tenze nebo i dosažení žádoucího. Je možné, že určité způsoby chování související se zvýšenou potřebou sebeprosazení (jako kompenzace limitovaných schopností či možností v jiných oblastech) jsou zdravým okolím vnímány jako agresivní. Je to proto, že **nesouhlasí s obecným postojem k člověku s postižením jako osobě, která je „na okraji společnosti“, závislá spíše na charitativní péči a soucitu okolí**. Vlastní aktivita a sebeprosazování jsou pak vnímány jako nepřiměřené a nepřístojné. Reálně agresivní reakce mohou být také vyvolány situací, kdy se člověk s postižením cítí být objektem soucitu, který v sobě **obsahuje zároveň podcenění**. Podobné situace jsou velmi obtížně snesitelné, člověk pak reaguje ne tolik na samotný projev účasti, ale spíše na to, **co v něm cítí jako pro sebe ponižující**. Mezi aktivní techniky řešení patří také upoutávání pozornosti (zejména u deprivovaných dětí), negativismus, hledání viníka, identifikace se silnější osobností, skupinou či institucí.

Významné místo zaujímá **kompenzace** jako technika, která **pomáhá vyrovnat deficit v jedné oblasti zvýšenou výkonností v oblasti jiné**. Přesunem zájmu do jiné oblasti nebo zvýšením výkonů v oblasti, která je mu dostupná, může člověk významným způsobem překonat omezení daná postižením. Velmi pozitivní technikou při zvládání náročné životní situace je **humor**. S jeho „normalizační silou“ máme jistě každý zkušenost. Je-li člověk s postižením schopen náhledu na svou situaci, poznáme to často právě podle toho, jak **upřímně** (bez jízlivosti nebo akcentu útočnosti) se dokáže zasmát i tzv. černému humoru z oblasti postižení.



Občas je možné zaslechnout otázky typu „a ONI se také smějí?“ O čem mohou svědčit TAKTO položené otázky?

Mnohdy jsou to právě lidé s postižením, kteří jsou sami zdrojem tzv. „kamenáků“. Zajímavé jsou pak reakce okolí, které mnohdy nechápe, jak se člověk může sám sobě v „tak strašné situaci“ smát. Humor pomáhá překonávat těžké životní situace téměř vždy a zdravotní postižení není výjimkou.



O kompenzaci je možno uvažovat například v případě častého vynikajícího sluchu a muzikálnosti nevidomých lidí – Ray Charles, Andrea Bocelli, Steve Wonder. Vzpomenete si na další slavné příklady?

Únikové způsoby řešení náročných životních situací lze obecně charakterizovat jako rezignaci na dosažení cíle či řešení situace. V zásadě jde o pasivní řešení jako

přímý únik, izolace jako ochrana před zraněním, popření nebo potlačení nepřijatelné skutečnosti atd.

V této základní situaci se pak formují rysy osobnosti člověka s postižením. Nevznikají rysy nové, spíše jde o to, že některé rysy, které u člověka bez postižení nemusí vystupovat do popředí, mohou být u lidí s postižením více zvýrazněné.

V oblasti samostatnosti a soběstačnosti dochází zejména u těžších postižení ke snížení schopností limitovaných typem postižení. U lidí se získaným postižením jde o velmi citlivou záležitost, neboť bývá doprovázena pocitem **ztráty nezávislosti, samostatnosti a svobody**. Přítomnost zdravotního postižení bez ohledu na jeho druh a závažnost může způsobovat zátěž vzhledem k vytváření obrazu sebe sama, zasahovat do sebehodnocení, může vést k neurotizujícím pocitům méněcennosti vedoucím k problematickým sociálním vztahům a prohloubení obtíží.

Velmi důležitou otázkou je **vnitřní přijetí nebo nepřijetí zdravotního postižení** jako takového, případně problém „nové identifikace“ u získaného postižení, přičemž tato „nová identifikace“ je do značné míry závislá na předchozím vlastním postoji k lidem se zdravotním postižením z doby před postižením.



Měl-li člověk před vznikem postižení negativní a zamítavé postoje vůči lidem se zdravotním postižením, propadá se po vzniku postižení do „pasti předsudků“ a vystavuje se intenzivnímu vnitřnímu znehodnocení.

Lidé s postižením, kteří nerezignují a aktivně přistupují k řešení své životní situace, obvykle vynakládají k dosažení stejných nebo podobných výkonnostních výsledků ve srovnání s lidmi bez postižení nepoměrně více úsilí, jejich aktivity jsou doprovázeny velkou energetickou náročností jak z hlediska fyzického, psychického i společenského. Proto, dosáhnou-li někteří lidé s postižením stejných nebo podobných výsledků, jedná se v jistém smyslu o daleko větší výkon než u nepostiženého člověka. **Kvalita života** člověka s postižením **může být velmi vysoká**, a také přitom velmi záleží na **vnitřní motivaci, otevřenosti a porozumění okolí a institucionální podpoře**.

DŮSLEDKY ZDRAVOTNÍHO POSTIŽENÍ VE SPOLEČENSKÉ OBLASTI



Zdravotní postižení jako „připomínka“ vlastní zranitelnosti.

Člověk se při setkání s nemocí nebo postižením jiného člověka dostává do **kontaktu s vlastní zranitelností**. Reaguje na ni různým způsobem – soucitem, ochranným či opečovávajícím postojem, neúčastným odstupem, odporem, popřením atd. Vzhledem k obecným postojům k postižení ve společnosti bývá každý člověk s postižením obvykle vtlačován do „role postiženého“. Člověk **mající** postižení je zpravidla chápán jako **„postižený“**, jeho osobnost je **redukována na jeho handicap**. Problém je v tom, že toto vnímání je nejen na straně majority, ale bývá přejímáno i samotnými lidmi s postižením. Z postižení jako takového se pak stává hlavní identifikační znak sebe sama, což může mít za následek určité změny ve struktuře osobnosti a z nich vyplývající reakce a způsoby chování.

Tlaky a stereotypy ve společenském vnímání lidí s postižením mohou mít za následek to, že reakce a chování lidí postižením mohou být interpretovány právě z hlediska

předsudků o „typickém“ chování vlastností či osobnosti člověka bez ohledu na reálnou příčinu jeho chování. (Více o předsudcích a postojích pojednáváme v kapitole 10.) Trvalé postižení či chronické onemocnění může být sociálně psychologicky hodnoceno jako **stigma**. Stigmatizovaná onemocnění jsou takové odchylky, které mají nežádoucí nápadnosti v sociálních projevech (zevnějšek, komunikace apod.), které vyvolávají odpor a bývají často spojeny např. s představou, že si je člověk sám nebo jeho předkové nějakým způsobem zavinili. V případě stigmatizovaných onemocnění nejde jen o faktické omezení psychických či somatických funkcí, ale mnohem více o způsob, jakým jsou tito lidé vnímáni, hodnoceni a na základě toho akceptováni, či spíše neakceptováni. **Stigma není skutečnou vlastností člověka**, ale je mu přisouzeno v rámci postojů typických pro danou společnost. Stigmatizace se může projevovat např. v úrovni komunikace s takovým člověkem, která je **typická protektorským přístupem, neochotou vyslechnout jeho názor, omezením doby komunikace apod.**



Ohradí-li se vůči příkoří člověk bez postižení, je to u zdravého člověka vnímáno jako zcela přiměřené, u člověka s postižením bývá totéž interpretováno jako projev ukřivdnutosti či egocentrismu.

Stigma není skutečnou vlastností člověka, ale je mu přisouzeno v rámci postojů typických pro danou společnost.

V důsledku stigmatizace, ale také snížené mobility a existence řady bariér (psychologických, sociálních, informačních, komunikačních, prostorových atd.) dochází k omezení osobních a pracovních kontaktů, zájmových a kulturních aktivit. Ztráta nebo nutnost změny zaměstnání vede zároveň často ke snížení společenské prestiže a k celkově nižšímu sociálnímu statusu. Každé chronické onemocnění i závažné zdravotní postižení není pouze problémem zdravotnickým nebo sociálním. Nemoc, orgánový nebo funkční handicap může znamenat oslabení sociálních rolí člověka ve společnosti a může být – **ovšem také nemusí**, a to je třeba zdůraznit – příčinou sekundárního patologického vývoje osobnosti. Vlivem sociální izolace a psychické deprivace, může (ale také nemusí!) být porušena integrita člověka s postižením, která se může projevovat narušením společenských vztahů i vztahu sama k sobě.



Integrace, adaptace, utilita, inferiorita.

V posledních přibližně dvaceti letech se užívá v souvislosti s lidmi se zdravotním postižením ve zvýšené míře pojem **integrace**. Jde při ní o úpravu vztahů „majority“ a „minority“ a jejich soužití a o úspěšnost začleňování lidí s postižením do společnosti. Nověji se setkáváme také s termínem **inkluze**, který ovšem není s pojmem integrace zcela identický. **Integrací rozumíme stav plného začlenění** člověka s postižením do společnosti. Předpokládá samostatnost, nezávislost člověka. Integrace nevyžaduje zvláštní ohledy nebo přístupy ze strany přirozeného prostředí. **Adaptace** je o něco nižší fáze začlenění, charakterizujeme ji jako schopnost člověka s postižením **přizpůsobit se sociálnímu prostředí**, komunitě, společenským podmínkám. Dalším stupněm začlenění je **tzv. utilita**, což pochází z latinského výrazu označujícího

upotřebitelnost – člověk již není samostatný a v mnoha oblastech je závislý na jiných lidech. V důsledku svého postižení se ani přes plnou terapeutickou a rehabilitační péči nemůže zcela socializovat a nemůže trvale žít samostatně. Posledním stupněm, u nějž již o začlenění nelze hovořit, je **inferiorita**, pro níž je typická nepoužitelnost a vyčlenění (totální izolace) ze společnosti. Lidé jsou zcela nesamostatní, jsou odkázáni na ošetrovatelskou péči a pomoc při uspokojování nejzákladnějších životních potřeb. U inferiority se sociální vztahy vůbec nevytvářejí, a proto dochází k segregaci, vyloučení ze společnosti.

Dva lidé se stejným typem a stupněm zdravotního postižení nemusejí dosáhnout stejného stupně začlenění. Vždy záleží na okolnostech, vnitřní výbavě, rodině a včasnosti, fundovanosti a přiměřenosti poskytnuté podpory.



Člověk s formou dětské mozkové obrny, při níž jsou postiženy všechny čtyři končetiny, může dosáhnout stupně integrace, případně adaptace, ale může také, je-li výchovně, podnětově i terapeuticky zanedbáván, skončit v ústavu sociální péče s celoročním pobytem.

DŮSLEDKY ZDRAVOTNÍHO POSTIŽENÍ V EKONOMICKÉ OBLASTI

Ztráta nebo nutnost změny zaměstnání přináší snížení ekonomického příjmu včetně snížení osobního standardu a s ním již dříve zmiňované snížení společenského statusu. Zdravotní postižení obvykle rovněž přináší **vyšší životní náklady** např. na zajištění specifických úprav prostředí, pořízení pomůcek nebo služeb. (Podrobněji se těmito záležitostmi zabýváme v kapitole 5.1 pojednávající o zaměstnanosti osob se zdravotním postižením.)

RODINA, PARTNERSKÉ VZTAHY

U lidí se zdravotním postižením je zpravidla schopnost založit si vlastní rodinu považována za důkaz úspěšného začlenění do společnosti. Navazování a vývoj partnerských vztahů však naráží na řadu problémů.

Například fáze seznamování – u lidí s projevy spasticity (křeče, záškuby v obličejí, grimasování, mimovolní pohyby těla) může emoční vypětí spojené se seznamováním vyvolat zvýraznění projevů nemoci. Lidé se smyslovým postižením se hůře orientují a obtížně komunikují, proto se „zdravé“ populaci jeví jako slaboduši. Problémy mají lidé s estetickými defekty – popáleniny, tvarové deformity těla atd.

- Reálné možnosti setkávání se jsou relativně omezeny, neboť lidé se i přes integrační snahy zpravidla pohybují v omezeném sociálním okruhu lidí (neslyšící, lidé s těžší poruchou mobility), což limituje jejich možnosti seznámení i volby partnera. Velmi často se tak stává, že lidé s postižením dávají přednost partnerovi se stejným postižením, protože u něj hledají porozumění pro své problémy.
- Při získaném postižení jsme často svědky toho, že se partnerské vztahy rozpadají, a to ne vždy pouze z iniciativy zdravého partnera. V procesu adaptace na získané postižení je člověk obvykle přecitlivělý na projevy soucitu a útrpnosti, a tak často je to člověk s postižením sám, kdo vyvolává rozpad vztahu, pokud je přesvědčen, že zdravý partner s ním zůstává právě jen ze soucitu.

- V řadě případů byl však zaznamenán i opačný extrém, a sice problém domácího násilí na lidech s postižením, mezi něž se řadí nejen skutečné fyzické či psychické násilí, ale také finanční „vykořisťování“, odebrání peněz (invalidní důchod, dávky) bez možnosti vlastního nakládání s nimi.

V řadě případů však ani zdravotní postižení partnerské vztahy neohrozí a naopak vede k upevnění vztahu, porozumění a úpravě životních hodnot.

V praxi zaznamenáváme tři varianty vztahů:

- vztahy lidí s postižením a lidí zdravých (podle výzkumů je v těchto vztazích zastoupen ve vyšší míře „postižený“ muž),
- vztahy lidí s postižením stejného druhu (častěji u osob se sluchovým postižením a vnitřním postižením, kde převládá u mužů těžší stupeň a u žen lehčí stupeň zdravotního postižení),
- vztahy lidí s postižením různého druhu.

Lidé s postižením mají stejné **právo na rodinný a rodičovský život** jako každý z nás. Přestože velká část má k rodičovství – zejména u genetických onemocnění – odpovědný přístup a volí cestu bezdětného manželství, rodí se z těchto svazků přirozeně také děti s postižením. Situace narození dítěte pak v této konstelaci nebývá tak fatálně vnímána jako životní katastrofa, neboť se zdravotním postižením lze vést za určitých podmínek kvalitní a plnohodnotný život a tito rodiče to vědí. Zdraví rodiče považují narození zdravého dítěte prakticky za samozřejmost. (Jiná je situace rodičů, jimž se již dříve narodilo dítě s postižením.) Narodí-li se dítě s postižením, musí se vyrovnávat se zátěží, kterou obvykle vůbec neočekávali. Rodiče mohou často prožívat tzv. **křizi rodičovské identity**, charakterizovanou změnou reakcí a výchovných postojů rodičů. Jestliže je dítě od raného věku přijímáno jako „postižené“, nejsou ani požadavky, které na ně rodiče kladou, a očekávání, která se k němu vztahují, stejná, jako kdyby bylo zdravé. Tato změna požadavků a očekávání sama o sobě ovlivňuje vývoj osobnosti dítěte.

Poměrně složitá a citlivá bývá také **otázka přijetí – nepřijetí dítěte**, jak rodiče přijmou skutečnost, že se jejich dítě liší od ostatních, jaké postoje zaujmou a jaký styl výchovy zvolí. Velmi často se z důvodu neznalosti uchýlí k některému z nevhodných výchovných přístupů, ať se jedná o příliš ochranný, rozmazlující, či naopak zanedbávající, zavrhuje, nebo perfekcionista styl.



Je třeba zdůraznit, že naprosto stejné chyby mohou ve výchově dělat i rodiče dětí bez zdravotního postižení.

Vzhledem ke složitosti situace, již musí rodiče čelit, obvykle procházejí fázemi

- šoku (kdy odmítají přijmout skutečnost),
- fázi „hledání viníka“ zodpovědného za existenci postižení (rodová zátěž, alkohol a další),
- u některých rodičů následuje fáze trpitelná, v průběhu níž mohou vyžadovat od okolí až přehnané ohledy a toleranci,

- v situaci, kdy dále nedochází k přijetí reality, nastupuje fáze únikových reakcí, které často vyústí až ve snahu umístit dítě mimo rodinu.

Ideální by bylo, kdyby rodiče došli k fázi vyrovnání se s realitou, neboť tento stav by umožnil volbu optimálního přístupu k dítěti a následně adekvátní výchovný styl. Dítě s postižením by mělo být přijímáno jako rovnorovný člen rodiny, na kterého jsou kladeny přiměřené požadavky, jež je schopno relativně bezproblémově naplňovat. **Samotné děti** s postižením se ve svých základních potřebách **nijak výrazně neliší** od svých vrstevníků, ale obvykle vyžadují **individuální přístup**, aby mohlo dojít k naplnění těchto potřeb.

ŽIVOTNÍ PERSPEKTIVY

Životní perspektivy člověka se zdravotním postižením závisí zčásti na něm samotném, na jeho osobní historii, způsobu, jakým překonává omezení dané postižením, na společenských podmínkách ad. Aktivizujícím systémem osobnosti jsou procesy motivace. V některých případech působí postižení jako omezení vysokých cílů jednotlivce, jindy však je mu spíše stimulací k vytyčování si cílů velmi vysokých, které jediné mohou představovat pro člověka s postižením překonání životní situace dané handicapem. Realizace životních perspektiv však zároveň závisí na společnosti, na celkovém klimatu **tolerance a ochoty přijímat jinakost a odlišnost**. Systém péče o lidi s postižením, který je zaměřen pouze na stránku pečující a ochraňující, je zároveň omezující a odsuzuje lidi s postižením k trpné roli těch, kteří žijí v závislosti na ostatních. Na druhé straně – v současné době přítomná tendence oceňovat ostatní členy pouze podle výkonu a materiálního přínosu, který mohou poskytnout, s sebou nese riziko ještě většího zatlačení lidí s postižením do podřadného postavení. Schopnost přijímat druhého člověka takového, jaký je, prokazuje stupeň vyspělosti jednotlivců i společnosti. Aktivita ve vztahu k lidem se zdravotním postižením by měly být takové, aby jim umožnily maximální rozvoj a uplatnění tak, aby se koneckonců **postižení stalo pouze jednou z charakteristik postiženého člověka, a to nikoliv tou nejdůležitější**.



Vzpomenete si na někoho ve svém okolí, popřípadě postavu z filmu či literatury, kdo se dokázal vyrovnat se zdravotním postižením a žije plnohodnotným životem?

SHRNUTÍ

Lidé, osoby, občané se zdravotním postižením, ale i mrzáci, méněcenní či třeba mentálové... Pracovníci veřejné správy, správní a vládní radové, úředníci, ale i papučáři, slečinky na úradech, byrokrati nebo třeba cfršpióni. Kolik podob může mít slovo, pojem, označení. V kapitole 2.1 jsme upozornili na nejběžnější způsoby označování občanů se zdravotním postižením a vysvětlili úskalí, které užití nesprávných termínů s sebou přináší. Seznámili jsme se s nejrozšířenějšími skupinami občanů se zdravotním postižením a ukázali si trendy, které jsou v současné době určující při výběru vhodného a věcně i obsahově správného termínu označujícího osobu se zdravotním postižením.

V kapitole 2.2 jsme se seznámili s nejrozšířenějšími klasifikačními přístupy zahrnujícími občany se zdravotním postižením dle převládajícího druhu či typu zdravotního postižení či jeho stupně (hloubky). Ukázali jsme obtíže při zjišťování skutečného počtu občanů se zdravotním postižením – obyvatel České republiky a podali možné způsoby zjišťování. Zjistili jsme, že při Českém statistickém úřadu existuje skupina tvořící relativně jednotnou metodiku zjišťování dat z dané oblasti.

Kapitola 2.3 přinesla další informace o lidech se zdravotním postižením. Zdůraznili jsme, že „o nich“ nelze uvažovat jako o homogenní nerozlišené skupině osob, která stejně myslí, jedná, prožívá. Existují však určité rysy situací, které jsou pro řadu lidí s postižením společné a které vyplývají z limitů daných postižením. Každé postižení působí na člověka specifickým způsobem, vyplývajícím z typu zdravotního postižení, jeho závažnosti i doby, ve které vzniklo. Vrozené postižení mění veškeré podmínky vývoje, na druhé straně se dítě žijící s postižením od narození na něj lépe adaptuje. Získané postižení méně zasahuje vývoj funkcí osobnosti, klade však daleko větší nároky na adaptaci. Mezi aktivní způsoby řešení náročné situace života se zdravotním postižením patří kompenzace jako technika pomáhající vyrovnat deficit v jedné oblasti zvýšenou výkonností v oblasti jiné. Důsledky zdravotního postižení se projevují v oblasti osobní, společenské a ekonomické, přičemž do oblasti společenské náleží otázka životních perspektiv člověka s postižením. Tyto závisí na jeho osobnostních vlastnostech a úrovni motivace a dále na postojích společnosti a kvalitě systémů podpory.

OTÁZKY K ZAPAMATOVÁNÍ

1. Jak se v historii vyvíjelo označování lidí se zdravotním postižením?
2. Jaké je nejobecnější rozdělení zdravotního postižení a zdravotně postižených?
3. Je používání správného a „moderního“ pojmosloví jen otázkou politické korektnosti, nebo může mít správný a hodnotově neutrální pojem vliv i na označovaný obsah?
4. Kolik občanů se zdravotním postižením u nás žije?
5. Jaké jsou základní problémy při zjišťování validních statistických údajů?
6. K čemu může být pracovníkům veřejné správy přesný přehled o počtu nositelů jednotlivých druhů zdravotního postižení?
7. Vyjmenujte některé aktivní a únikové techniky zvládání náročných životních situací.
8. Co je příčinou stigmatizace lidí s postižením, jak se tato stigmatizace projevuje v kontaktu?

KAPITOLA 3

SPOLEČENSKÉ ASPEKTY POSTAVENÍ OBČANŮ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

3.1 HISTORICKÁ VÝCHODISKA POSTAVENÍ ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÝCH VE SPOLEČNOSTI



Historia Magistra Vitae – Historie učitelka života.

Vztah společnosti ke zdravotně postiženým byl vždy „lakmusovým papírkem“, ukazujícím skutečné zaměření a vnitřní život daného společenství. Zejména pak ukazoval na základní směřování dané společnosti, její priority, hodnotový systém a další. Obecně se v teorii společenských věd hovoří o následujících fázích vztahu společnosti k postiženým. Jedná se o stadia:

- represivní,
- zotročovací,
- charitativní,
- socializační.



K uvedeným názvům etap vztahu společnosti ke zdravotně postiženým není příliš třeba přidávat obsah. Je zřejmý na první pohled.

Všimneme si jistě, že uvedené třídění s sebou přináší (možná podvědomé) vnímání dané stupnice v linii nejhorší – nejlepší. A tak se obvykle studenti oborů zaměřených na práci se zdravotně postiženými učí, že „*ve Spartě házeli postižené ze skály*“ a v Římě je odkládali „*trans Tiberi*“, tedy za řeku, kde hynuli hladem. . . Snaživý student zpravidla u zkoušky přidá, že ve středověku postižení žebraři u klášterů a později pro ně zřizovali útulky a vyvažovny. . .

Nezralý člověk tak získává, spolu se správným orientačním hlediskem, i představu vedoucí k závěru, že každé další stadium vývoje lidské společnosti znamenalo víceméně automaticky zlepšení podmínek života postižených. Domyšleno do důsledku – stačí se narodit v roce 2005 a život člověka s postižením musí být nutně již zcela bez problémů. Přitom opak je pravdou. Uvedené vertikální historizující pojetí, budiž nám jen a pouze orientačním vodítkem.

Skutečnou úroveň vztahů uvnitř společnosti, vztahů majority k menšině, musíme posuzovat vždy důsledně horizontálně.



V roce 1991 nabyla účinnosti vyhláška č. 182/1991 Sb. přinášející soubor dávek a příspěvků určených občanům se zdravotním postižením. V § 33 se setkáme s příspěvkem na bezbariérovou úpravu bytu. Jeho parametry: nejvíce 50 000 Kč a max. 70 % ceny rozpočtových nákladů. Chcete-li v roce 2005 pořídit týž rozsah a kvalitu (stavební), potřebujete cca 240 tis. Kč. O tolik se zvýšil index cen stavebních prací a cen stavebních materiálů. Příspěvek zůstal stejný!

Vždy je třeba hodnotit úroveň dané společnosti, její ekonomickou výkonnost, stupeň organizace společnosti, existenci a formy správy, existenci a kvalitu systémů sociálního (a obdobného) zabezpečení, představy a soudy převládající v dané společnosti o postižených a řadu dalších ukazatelů. Teprve po znalosti uvedených faktorů se můžeme vyslovit (moderně řečeno) ke kvalitě života postižených v dané společnosti.

A jako téměř vždy v životě – i s tím starým Římem to bylo nakonec trochu jinak. Tak např. otec rodiny ve starém Římě skutečně disponoval mocí otcovskou (pater potestas) nad členy rodiny. Vyjádřením tohoto výjimečného postavení bylo i právo disponovat životem a smrtí (ius vitae necisque). Vysvětlení tohoto na první pohled „barbarského“ pravidla hledejme zejména v tehdejší chápání rodiny jako základní jednotky „ekonomického“ společenství. Právě obava o zajištění životních podmínek rodiny vedla často ke zmíněnému odkládání dětí. Nejednalo se proto jen o handicapované, v obdobné situaci např. bývaly i narozené dcery. Později bylo od této praxe ustoupeno. Již za císařství se na obsah moci otcovské pohlíželo spíše jako na povinnost vůči členům rodiny. Za císaře Konstantina bylo právo usmrtit dítě změněno na mírné tělesné trestání (ius teniter castigandi). Zabití dítěte se pak posuzovalo jako vražda příbuzného (parricidium).



Čtenář tohoto textu s právníkem vzděláním si jistě vzpomene na zkoušku v prvním ročníku – Římské právo! Kdeže loňské sněhy jsou. . .

DISKRIMINACE LIDÍ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

Již jsme si uvedli, že občané se zdravotním postižením nejsou v české společnosti zpravidla považováni za minoritu se specifickými právy a potřebami. Vůči občanům se zdravotním postižením jako k jedné z posledních skupin ve společnosti **pretrvává vědomí „historické neodpovědnosti“ za systémové diskriminační a segregáčn**

prístupy, kterými česká společnost a dřívější totalitní stát vydělovaly zdravotně postižené ze svého středu.

Z dnešního pohledu se může zdát, že tvrzení o segregaci zdravotně postižených za socialismu jsou nadnesená. I když použijeme přísně historického přístupu a zohledníme ekonomickou úroveň tehdejší společnosti, musíme potvrdit a zdůraznit: lidé se zdravotním postižením byli odsunuti na samý okraj společnosti. Možnosti vzdělávání (zejména mentálně postižených), sociální péče či služby, podpora rodin se zdravotně postiženým členem, to vše bylo na velmi nízké úrovni. Snad jen měkký trh práce s jemu odpovídajícími nivelizačními podmínkami odměňování představoval pro zdravotně postižené jistou šanci na pracovní uplatnění, která je v současnosti složitější.



I když pro skutečné odborníky nebývá literární či filmové zpracování skutečnosti dostačující, lze říci, že film *Requiem pro panenku* věrně zobrazoval situaci v některých tehdejších ústavech „péče“.

Tato **historická příkoří**, mající mnohdy podobu systémové diskriminace, či dokonce individuálních trestných činů, **nebyla v počátcích rozvoje demokratického státu pojmenována** a pro řadu dalších úkolů ani řešena. Právě vůči občanům se zdravotním postižením jako obětem diskriminace nebývalého rozsahu bylo namíste učinit vstřícné gesto, kterým by majoritní společnost uznala újmu, které byli tito občané vystaveni. Uvedené hodnocení se netýká výlučně orgánů státu, ale stejně tak je platné i při posuzování vztahu společenských elit, představitelů občanské společnosti, médií a dalších k občanům se zdravotním postižením.

V současnosti se u nás diskriminační tlaky pochopitelně projevují v jiných oblastech a nesouměřitelnými způsoby. Nyní jde **zejména o dlouhodobé nerespektování či neznalost základních a zásadních odlišností, které tuto minoritu občanů definují**. Jedná se o složitou a propletenou síť, sestávající ze silných a zakořeněných diskriminačních tradic v oblasti společenských zvyků a vztahů, architektonických, vzdělanostních a pracovních bariér, jakož i individuálních postojů a soudů o zdravotním postižení a jeho nositelích.

3.2 SOUČASNÉ POSTAVENÍ ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÝCH VE SPOLEČNOSTI

Uplynulých patnáct let charakterizovalo z pohledu českého státu (jeho orgánů a institucí) **úsilí řešit postupně jednotlivé dílčí oblasti života zdravotně postižených**, zpravidla se snahou o zlepšení podmínek jejich života. Za výjimečné je možno považovat situace, v nichž došlo v důsledku jednání státního orgánu (přijímání normativně právních aktů, individuálních právních aktů) k poškození primárních zájmů a potřeb této skupiny občanů. Stejně tak ovšem dochází k tomu, že občané se zdravotním postižením jsou v konečném důsledku **postižení nečinností příslušného orgánu státu**, ať se jedná o řešení problémů v rovině společensko-politické, či administrativně správní.



Typickým příkladem je systém sociální péče a jeho (ne)legislativní řešení po celých uplynulých patnáct let.

V řadě případů se při hodnocení různých opatření státu rovněž střetává hodnocení daného kroku ze strany reprezentací zdravotně postižených a samotného orgánu odpovědného za dané rozhodnutí.



Příkladem mohou být obtíže při organizaci a finančním zajištění tzv. dotačního řízení pro nestátní neziskové organizace zdravotně postižených či systémové obtíže provádějící transformaci třetího pilíře sociálního zabezpečení – systém sociální pomoci.

Charakteristickým, v současnosti však méně uznávaným rysem problematiky zdravotního postižení je skutečnost, že se nejedná – jak je v povědomí společnosti zvykově

vnímáno – o problém, který spadá výhradně do oblasti (rezortu) sociálních věcí či zdravotnictví. **Zdravotní postižení svým charakterem, příčinami i nároky na specifická řešení představuje záležitost jednoznačně mezirezortní.** Při ochraně práv, zajišťování potřeb a rozvoje životních podmínek občanů se zdravotním postižením je v rámci rozvoje České republiky potřebná koordinace mezioborových opatření.

POSTAVENÍ ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÝCH V JEDNOTLIVÝCH ETAPÁCH VÝVOJE ČESKÉ REPUBLIKY PO ROCE 1989

Uvádíme stručnou základní charakteristiku daného období a tendence projevující se v následujících etapách:

- **Počáteční etapa** (1990–1992/1993). Období zásadních společenských změn, jež přinesly i kvalitativní proměnu postavení občanů se zdravotním postižením. Vznik stovek nestátních sdružení na občanském principu. Budování nových zařízení pro podporu zdravotně postižených, primárně v oblasti školství a sociálního zabezpečení. Vznik **Vládního výboru pro zdravotně postižené občany.** Přijetí prvního Národního plánu pomoci. Vysoký stupeň vstřícnosti (rovina politická i správní) při řešení požadavků a potřeb zdravotně postižených.
- **Léta devadesátá** (1993–1998/1999) Dochází ke konsolidaci organizací zdravotně postižených a k profesionalizaci výkonu státní správy v dané oblasti. Na závěr etapy je připraven Národní plán pro vyrovnání příležitostí pro občany se zdravotním postižením. Jsou přijaty či novelizovány základní právní normy upravující oblasti mající bezprostřední vztah ke zdravotnímu postižení (sociální zabezpečení, školství, doprava).



Souhlasíte, či spíše nesouhlasíte s uvedeným dělením daného období? Jako každé zobecňující tvrzení i toto naše nemůže plně vystihnout charakter uvedených let. Našli byste vlastní příklad potvrzující, či vyvracující naše shrnutí?

- **Konec 90. let až do současnosti.** Narůstá množství otázek vnímaných ze strany základních partnerů – politické a správní reprezentace na straně jedné a představitelů organizací zdravotně postižených na straně druhé – jako rozporných. Snižuje se dynamika jejich řešení. Převládá přístup spočívající v úpravách a korekcích dříve nastavených systémů, často chybí jejich důkladná analýza a vyhodnocení dopadů. Leckdy chybí vůle či síla přistoupit k řešení některých otázek i za cenu zrušení tradičních přístupů a jejich nahrazení moderními systémy podpory. Důvodem jsou však i objektivní příčiny, jež vyvolávají potřebu změn v řadě společenských systémů vážících se ke zdravotnímu postižení. V oblasti veřejné správy nově vystupuje do popředí prvek územní – krajské samosprávy. Z obou stran je uznávána potřeba (leckdy zásadních) změn v systémech sociálního zabezpečení, zaměstnanosti, ale i vzdělávání a školství. Změny v politice ve prospěch zdravotně postižených se stávají součástí širší reformy veřejné správy a zahájené reformy veřejných rozpočtů České republiky. Vzniká zastřešující jednotná reprezentace občanů se zdravotním postižením v ČR – **Národní rada zdravotně postižených ČR.**

Významným prvkem upravujícím přístup státu a orgánů veřejné správy k občanům se zdravotním postižením představovaly tzv. Národní plány (viz dále), které byly přijímány po celé období jako operativní i svého druhu koncepční dokument zakotvující nejdůležitější úkoly a opatření pro jednotlivé oblasti státní správy. V období 90. let do současnosti byly přijaty následující „Plány podpory“:

- **Národní plán pomoci zdravotně postiženým občanům.** Plán akcí na období II. pololetí 1992–1994, 50 stran, schválen usnesením vlády ČR č. 466 ze dne 29. června 1992.
- **Národní plán opatření pro snížení negativních důsledků zdravotního postižení,** 30 stran, schválen usnesením vlády ČR č. 493 ze dne 8. září 1993.
- **Národní plán vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením.** 41 stran, schválen usnesením vlády ČR č. 256 ze dne 14. dubna 1998.
- **Národní plán podpory a integrace občanů se zdravotním postižením,** schválen usnesením vlády ČR č. 1 004 ze dne 17. srpna 2005.



Uvedené dokumenty jsou dostupné na stránkách www.vlada.cz v sekci Vládního výboru pro zdravotně postižené občany.

Národní plány znamenaly přínos pro zlepšení přístupu státu k občanům se zdravotním postižením. Je nepochybné, že přispěly k obrácení pozornosti vlády a ostatních ústředních orgánů státní správy k řadě oblastí dotýkajících se občanů se zdravotním postižením. Kladem je rovněž skutečnost, že **reprezentace zdravotně postižených se vždy podílely na přípravě úkolů Národních plánů** a konečné znění opatření tak bývá kompromisem a svého druhu „smlouvou“ mezi reprezentacemi občanů se zdravotním postižením a příslušným ústředním orgánem státní správy.



Participaci organizací zdravotně postižených požadují nejen mezinárodní dokumenty jako Standardní pravidla OSN pro vyrovnání příležitostí, ale především je tento požadavek v souladu se „zdravým“ rozumem. . .

V souvislosti s „vlivem a příkladem“ Národních plánů jsou od let 2002–2003 postupně realizovány Krajské plány vyrovnávání příležitostí jako varianta reagující na krajské uspořádání veřejné správy.



První relativně ucelené krajské plány byly přijaty v Moravskoslezském a Olomouckém kraji.

Celkově je postavení zdravotně postižených v České republice možno charakterizovat jako stabilizované, podpořené existencí solidního právního rámce a opírající se o převážně pozitivní postoje majoritní části společnosti. Případné **diskriminační** (či omezující) **tendence** nejsou mnohdy výsledkem vědomého úsilí o poskozování či neřešení zájmů osob se zdravotním postižením, nýbrž „pouze“ **výsledkem poměrně nízkého vědomí** skutečných problémů zdravotně postižených jako skupiny i jednotlivců.

SPRÁVNĚ ADMINISTRATIVNÍ USPOŘÁDÁNÍ PŘÍSTUPU STÁTU A JEHO ORGÁNŮ K PROBLEMATICE ZDRAVOTNÍHO POSTIŽENÍ

Pozornost problematice občanů se zdravotním postižením je v té či oné podobě součástí činnosti většiny ústavních orgánů České republiky.

PARLAMENT ČR

V rámci zákonodárného sboru jsou ustaveny specializované orgány zaměřené na problematiku zdravotního postižení. V rámci Poslanecké sněmovny je ustaven **Podvýbor pro zdravotně postižené a občany se sníženou pracovní schopností** při Výboru pro sociální politiku a zdravotnictví. Obdobný podvýbor je ustaven i v **Senátu**. Podvýbory projednávají běžnou agendu související se zákonodárnou činností poslanců a senátorů. V řadě otázek samy iniciují jednání o jednotlivých aspektech dotýkajících se zdravotně postižených. Na zasedání jsou pravidelně zváni zástupci výkonné moci stejně jako zástupci zdravotně postižených a jejich organizací.



Členy podvýboru nalezneme na <http://www.psp.cz/sqw/fsnem.sqw?id=670>

VLÁDA ČR

Součástí moci výkonné je **Vládní výbor pro zdravotně postižené občany** (dále jen VVZPO). Činnost VVZPO a možnosti řešení problémových oblastí jsou zásadním způsobem dány omezeními vyplývajícími ze statutu VVZPO – jako poradního orgánu vlády ČR. Od počátku činnosti VVZPO je zachován reprezentativní způsob složení tohoto orgánu (předseda vlády, místopředsedové vlády a řada ministrů), který umožňuje diskutovat řadu problémů na velmi vysoké úrovni. Pozitivem je trvalé zastoupení reprezentantů dominantních organizací občanů se zdravotním postižením. Desetiletí činnosti VVZPO prokázalo opodstatněnost obdobné struktury v organismu státní správy. Přispívá k odstraňování logických rozporů ve vnímání jednotlivých problémů a dějů zajímavých obě strany – státní orgány a hnutí zdravotně postižených. Stále existuje možnost doplnit vysoké politické zastoupení ve VVZPO orgány typu stále pracovní komise složené z nižších reprezentantů orgánů státní správy. Do budoucna by byl žádoucí vznik obdobného orgánu ve strukturách krajů – např. komise Rady kraje.



Další informace naleznete na <http://wtd.vlada.cz/vrk/vrk.htm>

Shrňme-li problémy postavení zdravotně postižených v minulosti i současnosti v České republice, můžeme shodně s Madridskou deklarací z roku 2002 konstatovat:

1) Zdravotní postižení je otázkou lidských práv

Zdravotně postižené osoby mají stejná lidská práva jako ostatní občané. Pro dosažení tohoto cíle je nezbytné, aby každá společnost uvnitř sebe sama respektovala

různorodost a zajistila zdravotně postiženým osobám možnost uplatnění všech jejich lidských práv: občanských, politických, hospodářských i kulturních, tak jak jsou zakotvena v různých mezinárodních úmluvách, ve Smlouvě o Evropské unii a v dalších *mezinárodně právních i národních dokumentech*.



Problém je v tom, že odborná veřejnost si ne vždy uvědomuje rozdíl mezi „občanem propuštěným z výkonu trestu“ a občanem se zdravotním postižením. . . A to v příčinách i důsledcích daného jevu. Pro někoho se zkrátka jedná o „sociální událost“ . . .

2) Zdravotně postižené osoby požadují rovné příležitosti, nikoliv charitu

Ve vztahu ke zdravotně postiženým osobám pokročila během posledních desetiletí Evropská unie **od filozofie paternalismu k filozofii posílení odpovědnosti za rozhodování o vlastním životě**. Dřívější přístupy, které byly do značné míry **založené na soucitu a zdůrazňovaly bezmocnost** zdravotně postižených osob, jsou nyní **považovány za nepřijatelné**. Aktivita zaměřené na rehabilitaci jednotlivce s cílem přizpůsobit ho co nejvíce společnosti, střídá postupně celosvětová filozofie zdůrazňující nutnost společenských změn, které by umožnily uspokojování potřeb všech občanů včetně osob se zdravotním postižením. Zdravotně postižené osoby požadují **rovné příležitosti a přístup ke všem společenským zdrojům**, mezi které patří vzdělání, nové technologie, zdravotní a sociální služby, sport a aktivity volného času, stejně jako spotřební zboží, výrobky a služby.



Neznamená to, že by charita přestala mít ve společnosti a ve vztahu ke zdravotně postiženým své místo.

3) Bariéry ve společnosti vedou k diskriminaci a sociální exkluzi

Způsob, jakým je naše společnost organizována, vede často k tomu, že zdravotně postižené osoby nemohou plně uplatnit svá základní práva a jsou ze společnosti vylučovány. Dostupné statistické údaje ukazují, že zdravotně postižené osoby mají nepřijatelně nízkou úroveň vzdělání a zaměstnanosti. Tato skutečnost má za následek, že ve srovnání s nepostiženými občany žije větší počet zdravotně postižených osob ve stavu sociální nouze až chudoby.



Myslíte si, že si toto tvrzení majoritní veřejnost uvědomuje? Není to spíše tak, že zdravotně postižení se – dle některých lidí – „topí“ v dávkách a penězích?

4) Zdravotně postižené osoby: opomíjení občané

Diskriminace, které jsou zdravotně postižené osoby vystaveny, je někdy založena na předsudcích vůči nim, ale častěji je způsobována faktem, že zdravotně postižené osoby jsou velkou měrou opomíjeny a ignorovány, což se projevuje vytvářením a posilováním bariér v prostředí i v postojích. Tyto bariéry jim pak znemožňují zapojit se do aktivit společnosti.

5) Zdravotně postižené osoby představují různorodou skupinu

Stejně jako ostatní vrstvy společnosti i zdravotně postižené osoby jsou velmi různorodou skupinou. Z tohoto důvodu může být v dané oblasti účinná pouze politika

založená na **respektu k této různorodosti**. Občané se zdravotním postižením a jejich rodiny představují skupinu občanů, která je ovlivněna zásadní událostí – existencí zdravotního postižení a jeho důsledky. Zejména u těžších forem zdravotního postižení dochází k výrazným změnám v možnostech plnohodnotné účasti na veřejném životě i v soukromých aktivitách. Zdravotní postižení tak představuje jednu z nejtěžších životních zkoušek. Na rozdíl od řady dalších skutečností, které může jejich nositel ovlivnit, se přitom jedná o událost, která je většinou nezávislá na vůli jedince.



Skoro by se chtělo říct: Zlaté pravidlo „diferenciace“. Stát vybaví skoro půl milionu automobilů modrým symbolem vozičkáře. Ve skutečnosti ho však potřebuje necelých dvě stě tisíc zdravotně postižených.

6) Zákaz diskriminace + pozitivní akce = sociální inkluze

V nedávné době přijatá Charta základních práv Evropské unie uznává, že pro dosažení rovnoprávnosti zdravotně postižených osob je nezbytné, aby byl zákaz diskriminace doplněn o právo na podporu a pomoc. **Zdravotní postižení a jeho nositelé představují oprávněný objekt cílené společenské solidarity**. Vedle toho, zejména z pohledu orgánů veřejné správy, představují zdravotně postižení i skupinu, která **přímo i nepřímo ovlivňuje značnou část hrubého domácího produktu**. Efektivními opatřeními zaměřenými na rozvoj lidských zdrojů i v této oblasti lze do budoucna dosáhnout zvýšení účasti občanů s postižením na tvorbě (a užití) společenského bohatství.



Jedná se o dosud výrazně opomíjený názor! Neuvědomujeme si plně, že na pasivní podporu politiky zaměstnanosti vynakládáme miliardové částky. Vytvoření několika desítek tisíc míst např. v sociálních službách proto není jen aktem státního milosrdenství, ale zejména odpovědným nástrojem *aktivní* politiky zaměstnanosti.



Tento komplexní přístup byl určujícím principem Madridského kongresu, na kterém se v březnu roku 2002 sešlo více než 400 účastníků.

Uvědomění si současného stavu a jeho příčin je nezbytným předpokladem vyhodnocení efektivity a případných změn či úprav všech společenských systémů, které život občanů se zdravotním postižením ovlivňují.

SHRNUTÍ

Cílem této části textu bylo přiblížit historické kořeny současného postavení občanů se zdravotním postižením v České společnosti. Zvolený historický exkurz představuje minimální vhled do dané problematiky, přesto však ukazuje na relativně zjednodušený přístup, který se v pohledech řady společenských věd u nás – ve vztahu ke zdravotně postiženým v minulosti – objevuje. Zdůraznili jsme potřebu přísně *horizontálního* nazírání vztahů uvnitř té které společnosti. Zmínili jsme se o pojmu diskriminace ve vztahu ke zdravotně postiženým (příklad mimořádně odpudivé podoby fyzické likvidace v období nacismu uvedeme dále v kapitole 4.2. Pozornost jsme zaměřili i na zřejmé i nezřetelné diskriminační tendence, které se objevují v současnosti.

Podali jsem stručný přehled výkonu veřejné správy ve vztahu ke zdravotnímu postižení, zejména prizmatem činnosti Vládního výboru pro zdravotně postižené občany. Vzhledem k tomu, že od zásadní společensko-politické změny v roce 1989 uplynulo více než patnáct let, rozdělili jsme si dané období do tří charakteristických údobí – vždy s důrazem na postavení občanů se zdravotním postižením a míru „vstřícnosti“ orgánů veřejné moci k řešení jejich potřeb a zájmů. Svěbytnou charakteristiku vztahu občanů s postižením a české společnosti (státu) představují tzv. Národní plány, jak se nazývají již čtyři dokumenty (usnesení vlády) přijaté v posledních letech. V současnosti v České republice platí poslední, Národní plán podpory a integrace občanů se zdravotním postižením přijatý vládou ČR v srpnu 2005. V souladu s textem Madridské deklarace jsme si shrnuli základní principy a vodítka, z jejichž úhlů pohledu musíme nyní a do budoucna námi předkládaný vztah nazírat. Zdůraznili jsme, že zdravotně postižení nepředstavují pouhý objekt svého druhu státně-charitního přístupu, ale snažili se, byť v omezeném rozsahu, poukázat na obrovský význam, který tato skupina občanů má pro celou zemi z hlediska tzv. rozvoje lidských zdrojů.

OTÁZKY K ZAPAMATOVÁNÍ

1. V čem je riziko přijetí vertikální linie hodnocení postavení občanů se zdravotním postižením v jednotlivých etapách vývoje lidské společnosti (od nejhoršího k nejlepšímu)?
2. Dokázali byste uvést vlastní příklady, v nichž podle vašich zkušeností nebo názoru může docházet k diskriminaci zdravotně postižených?
3. Jaký úkol a náplň činnosti má Vládní výbor pro zdravotně postižené občany?
4. Má smysl existence obdobného orgánu na krajské úrovni?
5. Potřebuje úředník veřejné správy znát obsah Národního plánu podpory a integrace občanů se zdravotním postižením?

KAPITOLA 4

PRÁVNÍ ASPEKTY POSTAVENÍ OBČANŮ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

4.1 OBČANÉ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM A EVROPA

Postavení osob se zdravotním postižením v Evropských společenstvích (respektive v Evropské unii) a v Radě Evropy upravuje legislativa, o níž budeme hovořit v následující kapitole. Pojmů vztahujících se k evropské integraci, podobných názvů orgánů jednotlivých uskupení, je téměř nepřehledné množství. Pro člověka, který se problematikou evropských integračních procesů hlouběji nezabývá, je orientace v termínech a názvech obtížná. Z tohoto důvodu se v úvodu velmi krátce zastavíme u vysvětlení rozdílů mezi Evropským společenstvím/Evropskou unií a Radou Evropy. Tato znalost je důležitá pro orientaci v problematice a pochopení dopadu jednotlivých opatření a dokumentů vztahujících se k lidem se zdravotním postižením v rámci ČR.



Ochrana lidských práv původně vůbec nebyla tvůrci zřizovacích smluv v rámci Evropského společenství předvídána a po dlouhou dobu se mělo za to, že ochrana práv individua se nachází mimo věcnou působnost těchto nadstátních organizací.

CO JSOU EVROPSKÁ SPOLEČENSTVÍ A CO JE EVROPSKÁ UNIE...

Evropské společenství (ES) tvořila tři původní společenství s mezinárodněprávní subjektivitou. Vznikala především jako **hospodářská seskupení** založená s cílem vytvoření **společného trhu** a s ním spojených určitých **svobod ekonomického** charakteru. V roce 1967 vstoupila v platnost Smlouva o sloučení výkonných orgánů těchto tří společenství. Jedná se o:

1. Evropské společenství uhlí a oceli (ESUO), založeno v roce 1952; v roce 2002 skončila po padesáti letech platnost smlouvy,
2. Evropské společenství pro atomovou energii (ESAO, častěji označované jako Euratom), založeno v roce 1957,
3. Evropské hospodářské společenství (EHS) – založeno v roce 1957.

Evropská unie (EU) je založena na Evropských společenstvích. Jejich členské státy (stejně jako další státy mimo země původní ES) jsou sdruženy v jediném institucionálním rámci zvaném právě Evropská unie. Úkolem EU je utvářet mezi členskými zeměmi EU a jejich národy vztahy způsobem, ve kterém se projevuje soudržnost a solidarita. **EU nevznikla jako samostatná mezinárodní organizace, nemá**

mezinárodněprávní subjektivitu, tu mají nadále pouze jednotlivá Společenství. Evropská unie je pouze zastřešující organizací, která vznikla až na základě Smlouvy o Evropské unii (platné od 1. listopadu 1993), tzv. Maastrichtské smlouvy.

V průběhu minulých let byly v EU přijaty desítky norem, rezolucí, směrnic a nařízení, jež se **bezprostředně týkaly a týkají osob se zdravotním postižením** nebo upravují oblasti a problémy vážící se k postavení této skupiny osob.

CO JE RADA EVROPY...

Rada Evropy (RE) stojí **zcela mimo smluvní a institucionální rámec EU**. Je **nejstarší politickou organizací evropského kontinentu**, byla založena v roce 1949 na podporu politické spolupráce mezi evropskými zeměmi a jako **politická organizace** zřízená programově pro účely **ochrany principů demokracie** ve společnosti. Je výslovně povolána k tomu, aby chránila **základní práva jednotlivců**. Na tomto místě zopakujeme, že Evropská společenství byla založena za účelem hospodářské spolupráce. Cílem RE je mimo již uvedené také rozvoj dohod (úmluv), jejichž účelem je standardizovat sociální a právní zvyky členských států a šířit povědomí o evropské identitě založené na sdílených hodnotách procházejících napříč různými kulturami.



Rada Evropy bývá často mylně považována za jednu z institucí EU. Nejčastěji se zaměňuje s Evropskou radou nebo Radou Evropské unie.

V rámci RE pracuje **Výbor pro rehabilitaci a integraci osob se zdravotním postižením**. Rada Evropy se v minulosti zabývala a v příštích letech nadále bude intenzivně zabývat problematikou osob se zdravotním postižením – viz přehled dokumentů v následujícím textu.

Evropská společenství a Rada Evropy mají nejen odlišný charakter včetně odlišných právních nástrojů pro činnost, ale s tím související odlišné postavení jednotlivce, zejména z hlediska obsahu a následné realizace jeho práv a možností ochrany jednotlivce. To vše se úzce promítá i do postavení osob se zdravotním postižením.

Česká republika se stala v roce 1993 členem Rady Evropy a v květnu roku 2004 členem Evropské unie. Musí být připravena vytvářet politické koncepce slučitelné s těmi, které tato uskupení vytvářejí a prosazují.

PŘEHLED NEJDŮLEŽITĚJŠÍCH DOKUMENTŮ V OBLASTI POLITIKY VŮČI LIDEM SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM



Dokumenty Evropské unie upravující postavení osob s postižením.

1) Amsterodamská smlouva (v platnosti od 1. 5. 1999) – práva osob se zdravotním postižením jsou v EU upravena především v článku 13 této smlouvy, kde je zakotven i zákaz diskriminace z důvodu zdravotního postižení.

2) **Charta základních práv občanů EU** vyhlášená v Nice 7. 12. 2000, která je součástí Evropské ústavy, v článku 21 stanoví zákaz diskriminace osob se zdravotním postižením a v článku 26 jejich právo na integraci do společnosti.

3) **Směrnice 2000/78/ES, kterou se stanoví obecný rámec pro rovné zacházení v zaměstnání a povolání**, ze dne 27. listopadu 2000, kterou se stanoví obecný rámec pro rovné zacházení v zaměstnání a povolání. Tato směrnice, jako první svého druhu, nemá za cíl vytváření specifických opatření pro osoby se zdravotním postižením, ale odstranění překážek, které jim brání v prosazení práv a integraci do společnosti. Směrnice zakazuje veškerou diskriminaci, přímou či nepřímou, na základě náboženství nebo víry, **zdravotního postižení**, věku nebo sexuálního zaměření. S ohledem na **zdravotní postižení** považuje směrnice za **diskriminaci i nedostatečné přizpůsobení pracoviště**. Navíc se za **nepřímou diskriminaci** z důvodu zdravotního postižení rozumí také **odmítnutí nebo opomenutí** přijmout opatření, která jsou v konkrétním případě nezbytná, aby osoba se zdravotním postižením měla přístup k právům podle zvláštních zákonů, ledaže by takové opatření představovalo nepřiměřené zatížení fyzické nebo právní osoby. Tato směrnice byla již implementována do našeho právního systému např. v Zákoníku práce. Je rovněž zohledněna v návrhu antidiskriminačního zákona.



Velmi důležitá a zásadní směrnice v dané oblasti! Přestože je přijata pro oblast zaměstnávání, je zřejmé, že její text se může stát vodítkem o pro ostatní oblasti společenského života.

4) **Zpráva Komise pro Radu Evropské unie, Evropský parlament, Evropský hospodářský a sociální výbor a pro Výbor regionů** (Brusel 30. 10. 2003-COM 2003-650) – explicitně upravuje postup orgánů EU při provádění politiky zaměřené na intenzivnější začlenění osob se zdravotním postižením do ekonomiky a do společnosti obecně v rámci rozšířené Evropy. Navrhovaný postup má tři cíle: aplikovat Směrnici rovného zacházení v zaměstnání a povolání a zahájit diskusi o budoucí strategii potírání diskriminace na základě zdravotního postižení, podporovat zařazení problematiky zdravotního postižení do jednotlivých oblastí politiky společenství s tím, že budou vždy brány v úvahu potřeby nejvíce vyloučených osob a osob s vysokou mírou závislosti, a zlepšovat přístupnost pro všechny, a to zejména v oblasti přístupu ke zboží, službám a přístupnosti prostředí – ve všech těchto případech bude Evropská komise podporovat plné využití principu „Design for All“. (O tomto přístupu je více pojednáno kapitole 5.3.)

5) **Rovné příležitosti pro osoby se zdravotním postižením: Evropský akční plán** – plán na období let 2004 až 2010 představuje konkrétní iniciativy EU v řadě oblastí, jež mají klíčový význam pro integraci osob se zdravotním postižením. Účelem akčního plánu je zařazení problematiky zdravotního postižení do náležitých oblastí politiky společenství a zřízení opatření v klíčových oblastech k podpoře integrace osob se zdravotním postižením. Komise zároveň navrhuje, aby zainteresované strany a klíčoví účastníci (včetně představitelů a organizací lidí se zdravotním postižením) **byli více zapojeni do politických jednání** s účelem zavedení trvalých změn s širokým dopadem v hospodářství a ve společnosti obecně.

6) Návrh Směrnice provádějící zásadu rovného zacházení se zdravotně postiženými – významný dokument, v současné době je ve stadiu připomínkového řízení a postupného projednávání. Členské státy EU by byly v případě jeho přijetí povinny zavést opatření, která umožní aktivní a viditelnou realizaci cíle rovnosti zdravotně postižených osob v oblastech sociální ochrany včetně sociálního zabezpečení a zdravotní péče, sociálního zvýhodnění, výchovy a vzdělávání, přístupu ke službám, zboží a informacím a jejich poskytování tak, jak jsou k dispozici veřejnosti; uvedený přístup se týká mezi jiným dopravy a přepravy, dopravní infrastruktury, staveb, bankovníctví, pojišťovnictví a bydlení. Tato opatření by musela být začleněna do všech zákonů, vyhlášek, správních nařízení, politických rozhodnutí a činností v oblastech uvedených výše.

7) Evropská ústava

Návrh Evropské ústavy obsahuje v čl. II-81 zákaz diskriminace také z důvodu zdravotního postižení a dále čl. II-86 – s názvem Začlenění osob se zdravotním postižením, který výslovně zakotvuje právo osob se zdravotním postižením na integraci do společnosti.

8) Evropská úmluva o lidských právech – je mnohostrannou mezinárodní smlouvou, vstoupila v platnost v roce 1953. Garantovaná ochrana je značně široká. Týká se i postavení osob se zdravotním postižením jako zvláštní skupiny, jež by mohla být oproti ostatním diskriminována.



Dokumenty Rady Evropy upravující postavení osob se zdravotním postižením.

9) Evropská sociální charta – vstoupila v platnost v roce 1965. Stala se vedle Evropské úmluvy o lidských právech druhým základním dokumentem, jenž charakterizuje evropský standard lidských práv. Předmětem její úpravy je ochrana hospodářských a sociálních práv. Ve vztahu k lidem se zdravotním postižením jsou důležitá ustanovení týkající se práva na využívání sociálních služeb, na integraci do světa práce, odborný výcvik, rehabilitaci a sociální readaptaci bez ohledu na původ a povahu postižení, právo na nediskriminaci v zaměstnání apod. Za potřebná legislativní opatření je v tomto směru nezbytné považovat přijetí zákona o ucelené rehabilitaci osob se zdravotním postižením, přijetí zákona o sociálních službách a přijetí nového zákona o právních prostředcích ochrany před diskriminací a o rovném zacházení (antidiskriminační zákon).

10) Doporučení Rady Evropy – přijato v roce 2003 Parlamentním shromážděním Rady Evropy pod názvem Směrem k plné inkluzi osob se zdravotním postižením. RE zdůrazňuje, že zdravotní postižení je otázkou lidských práv a plná a rovnoprávná integrace osob se zdravotním postižením do společnosti by měla být důležitým politickým cílem pro příští desetiletí. Ve zprávě je řada doporučení a opatření, která by měla garantovat rovná politická, sociální, hospodářská a kulturní práva osob se zdravotním postižením.

11) Akční plán Rady Evropy pro zdravotně postižené – aktuální dokument (t. č. – srpen 2005 – ve fázi připomínkového jednání), který se snaží převést cíle Rady

Evropy týkající se lidských práv, nediskriminace, rovných příležitostí a plnohodnotného občanství a zapojení osob se zdravotním postižením do evropského rámce pro příští desetiletí. Plán má široký záběr a zahrnuje všechny klíčové oblasti života lidí se zdravotním postižením, např. bydlení, vzdělávání, zaměstnanost, mobilitu a zvyšování informovanosti. Plán rovněž zahrnuje průřezové aspekty, např. ženy a dívky se zdravotním postižením, děti a mládež se zdravotním postižením, stárnutí lidí se zdravotním postižením, lidí s postižením vyžadujícím vysokou úroveň podpory a lidí s postižením z řad příslušníků menšin.

Na závěr nelze opomenout skutečnost, že se danou věcí zabývají i jiné instituce, zejména **Organizace spojených národů (OSN)**, **Světová zdravotnická organizace (WHO)** – vytvoření medicínské kategorizace zdravotního postižení či **Mezinárodní organizace práce**.



Aktivita OSN ve vztahu k lidem se zdravotním postižením.

V současném období probíhá Příprava **mezinárodní Úmluvy na ochranu a prosazování práv a důstojnosti osob se zdravotním postižením**. Úmluva po svém přijetí nepochybně ovlivní postavení osob se zdravotním postižením v České republice. Neměla by vyvolat nutnost přijetí výrazných změn v legislativě, neboť i nové právní normy (zákon o sociálních službách, zákon o rehabilitaci osob se zdravotním postižením, antidiskriminační zákon), které se nacházejí v různém stadiu legislativního procesu, s jejími ustanoveními korespondují. V některých případech však bude muset dojít ke změně praxe v aplikaci stávajících právních předpisů, tak aby diskriminační jednání vůči této skupině osob bylo účinně potíráno a postihováno.

4.2 OBČANÉ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM A ČESKÝ PRÁVNÍ ŘÁD

Český právní řád neobsahuje komplexní definici, která by odpověděla na otázku, koho je třeba považovat za zdravotně postiženého. Jedním z důvodů (vedle složitosti přijetí podobné komplexní definice) je neexistence speciální právní normy, která by ucelenou formou upravovala postavení občanů se zdravotním postižením. Přitom diskuse o potřebě přijetí podobné normy se vede již několik let. Zastánci jejího přijetí argumentují především zkušenostmi z aplikace zákona ADA v USA či obdobných norem, zpravidla antidiskriminačního charakteru ve světě (Velká Británie, Maďarsko, Francie, Portugalsko, Irsko a další).



ADA – American disability Act. Zákon o zdravotně postižených byl podepsán prezidentem Bushem st. v červenci 1990. Zakotvuje antidiskriminační normy v pracovněprávní oblasti, ale i přístupnosti, dopravy a vzdělávání.

Jakkoliv je náš právní systém odlišný od anglosaského, vypracování podobné ucelené normy by v zásadě možné bylo. Její přijetí by zřejmě pomohlo zjednodušit dosud značně nepřehlednou situaci, která u nás v legislativě (o) zdravotně postižených je.

O transformaci právního řádu jsme u nás hovořili v průběhu 90. let minulého století. Tehdy se přijetí české verze „zákona o zdravotně postižených“ prosadit nepodařilo a vše nasvědčuje tomu, že ani v nejbližších letech zákon přijat nebude.



Naopak vše směřuje k tomu, že v nejbližší době bude přijat speciální antidiskriminační zákon, který bude upravovat i případnou diskriminaci občanů se zdravotním postižením.

Cílem všech legislativních prací v námi sledované oblasti se však musí stát jednoznačná podpora integračních tendencí, která dosud není v podstatné právní normě (s výjimkou Zákoníku práce) vyjádřena.

Zejména chybí obdobné zakotvení v ústavním katalogu lidských práv, kterým je u nás Listina základních práv a svobod. Při úvahách o potřebě zakotvení zákazu diskriminace můžeme využít pojmu moderní teorie lidských práv – rovnoprávnosti. Tento nelze zaměňovat s pojmem „rovnost“.

Lidé se nerodí ani nezůstávají rovni navzájem.

Společnost musí zajistit, aby byli a zůstali rovnoprávní.

Lidé se liší původem, vzděláním, majetkem, ale i temperamentem nebo barvou vlasů... U zdravotního postižení, resp. později handicapu, samozřejmě nedostatek rovnosti vystupuje zcela zřejmě. Ať jím rozumíme nerovnost šancí, východisek, možností či obvyklé lidské spravedlnosti. Přestože si **lidé nejsou a nemohou být rovni** (vyjma utopických či vypjatě ideologických teorií), **mohou být** sobě navzájem i vůči orgánům veřejné moci „**rovnoprávní**“.



Pokuste se podrobněji zamyslet nad významem a obsahem pojmů rovnost a rovnoprávnost.

Současné znění Listiny základních práv a svobod (čl. 3) stanoví:

„Základní práva a svobody se zaručují všem bez rozdílu pohlaví, rasy, barvy pleti, jazyka, víry a náboženství, politického či jiného smýšlení, národního nebo sociálního původu, příslušnosti k národnostní nebo etnické menšině, majetku, rodu nebo jiného postavení.“

Uvedená „antidiskriminační klauzule“ neobsahuje explicitně ustanovení o zákazu diskriminace z důvodu existence zdravotního postižení. Znamená to tedy, že zdravotní postižení nebylo a není příčinou diskriminace jeho nositelů? Opak je pravdou. Silné diskriminační postoje jsou zaznamenány ve všech etapách vývoje lidské společnosti. Ojediněle na sebe braly podobu snahy o fyzickou likvidaci jednotlivců či genocidu celé minoritní skupiny.



Pod zkratkou T4 byl v hitlerovském Německu zahájen program fyzické likvidace zdravotně postižených. První plynové komory byly vyzkoušeny právě na nemožících obětech z řad zdravotně postižených. O historických aspektech postavení zdravotně postižených jsme pojednali výše.

Z čistě legislativního hlediska nemá přímé neuvedení zdravotního postižení mezi tituly vylučujícími diskriminaci žádný bezprostřední záporný vliv. Zdravotně postižení jsou totiž, stejně jako všichni ostatní občané, zahrnuti pod označení „ani z jiného důvodu“.

Případné začlenění skupiny zdravotně postižených do znění čl. 3 Listiny základních práv a svobod se tak stává spíše otázkou boje za společenské uznání této skupiny občanů. Výslovné uvedení zdravotně postižených v daném ustanovení by rovněž znamenalo uznání reálných diskriminačních tendencí, jimž byla a je tato minorita vystavena, jakož i explicitní vyjádření vůle majoritní společnosti o nápravu stavu.

Úsilí zdravotně postižených vedlo nakonec i místopředsedu vlády České republiky PhDr. Vladimíra Špidlu k osvojení zmíněného legislativního návrhu, který předložil do vnějšího připomínkového řízení na jaře roku 2001. Bez většího zájmu veřejnosti a zainteresovaných tento návrh Legislativní rada vlády ČR zamítla jako nepotřebný. Přitom doplnění výše uvedených titulů potvrzujících zákaz diskriminace o sousloví „zdravotního stavu“ je naprosto důvodným a oprávněným požadavkem menšiny zdravotně postižených.



Jen pro zajímavost uvádíme, že autor tohoto textu byl prvním, který v roce 1994 uvedený návrh podal. Viz Michalík, J. *Několik poznámek k potřebě ústavního zakotvení práv handicapovaných občanů České republiky*, In. Sborník IV. mezinárodní konference k legislativě handicapovaných, Sdružení zdravotně postižených ČR, Praha 1994.

ÚSTAVNÍ PRÁVO

Ve vztahu k postavení zdravotně postižených ve společnosti je třeba znovu se zmínit o **Listině základních práv a svobod**, která je součástí ústavního pořádku České republiky. (Ústavní zákon č. 2/1993 Sb.) Již jsme uvedli zásadní problém, který spočívá v neuvedení výslovného zákazu diskriminace občanů se zdravotním postižením.

Se specifickými ustanoveními týkajícími se občanů se zdravotním postižením se setkáme ve čtvrté hlavě Listiny, věnované hospodářským, sociálním a kulturním právům. Jedná se zejména o ustanovení čl. 29, odst. 1 a 2. Podle něj:

- *Ženy, mladiství a osoby zdravotně postižené mají právo na zvýšenou ochranu zdraví při práci a na zvláštní pracovní podmínky.*
- *Mladiství a osoby zdravotně postižené mají právo na zvláštní ochranu v pracovních vztazích a na pomoc při přípravě k povolání.*



Považujete úsilí o doplnění Listiny za přece jen poněkud akademickou snahu, která nic podstatného zdravotně postiženým nepřinese?

Konstatujeme tedy, že zákonodárce se občanům se zdravotním postižením výslovně věnoval pouze ve vztahu k potenciálnímu uplatnění na trhu práce.

ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÍ V PRÁVNÍCH NORMÁCH

V následující části textu se nebudeme věnovat komplexnímu rozboru jednotlivých právních odvětví a všech norem, které nějakým způsobem upravují právní vztahy, v nichž vystupuje či může vystupovat osoba se zdravotním postižením. V takovém případě by naše publikace musela obsahovat desítky stran popisujících normy práva

občanského, rodinného, pracovního, ale i trestního, správního, sociálního zabezpečení, finančního a řady dalších. Soustředíme se proto jen na definice zdravotně postiženého, jak je přináší některé normativně právní akty. Není náhodou, že valná část z nich pochází z odvětví práva sociálního zabezpečení.

OBČAN TĚŽCE ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÝ

Z ustanovení zákona č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení (§ 86), uvádíme základní z „klasifikačních“ kritérií dotýkajících se občanů se zdravotním postižením. Jde o kategorii „těžce zdravotně postižených občanů“, jak ji zavádí zmíněná právní úprava. Podle ní:

- *Občanům těžce zdravotně postiženým, zejména nevidomým a občanům s těžkým postižením pohybového nebo nosného ústrojí, poskytují příslušné státní orgány služby, věcné dávky, peněžité dávky a bezúročné půjčky k překonání obtíží vyplývajících z jejich postižení. Zajišťuje se jim zejména společné stravování a rekreace, poskytuje pečovatelská služba a pomůcky potřebné k odstranění, zmírnění nebo překonání následků jejich postižení; místo těchto pomůcek může být poskytnut peněžitý příspěvek na jejich opatření.*
- *Občanům s těžkým tělesným, smyslovým nebo mentálním postižením, které podstatně omezuje jejich pohybovou nebo orientační schopnost, se poskytují podle druhu a stupně postižení mimořádné výhody, zejména v dopravě nebo při potřebě průvodce; těmto občanům s těžkým zdravotním postižením jsou přiznávány mimořádné výhody I. stupně, občanům se zvlášť těžkým zdravotním postižením jsou přiznávány mimořádné výhody II. stupně a občanům se zvlášť těžkým zdravotním postižením a potřebou průvodce jsou přiznávány mimořádné výhody III. stupně. Stupeň mimořádných výhod osvědčuje průkaz mimořádných výhod, a to I. stupeň průkaz TP, II. stupeň průkaz ZTP a III. stupeň průkaz ZTP/P. Průkaz mimořádných výhod je veřejnou listinou.*



V nedávné době bylo v České republice (k 31. 12. 2003) cca 70 tis. občanů s průkazkou TP, 200 tis. občanů s průkazkou ZTP a 76 tis. s průkazkou ZTP/P.

DÍTĚ DLOUHODOBĚ TĚŽCE ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÉ VYŽADUJÍCÍ MIMOŘÁDNOU PÉČI

Jde o definici dítěte se zdravotním postižením, která se využívá, mj., při diagnostice vedoucí k přiznání příspěvku při péči o blízkou a jinou osobu.

Podle ustanovení vyhlášky MPSV č. 284/1995 Sb., kterou se provádí zákon o důchodovém pojištění, se považuje:

- *za dlouhodobě těžce zdravotně postižené dítě, jehož zdravotní postižení uvedené v příloze č. 1, která je součástí této vyhlášky, má podle poznatků lékařské vědy trvat déle než jeden rok.*
- *mimořádnou péči o dlouhodobě těžce zdravotně postižené dítě se rozumí soustavná individuálně poskytovaná péče, která svým rozsahem, náročností a nutností značně převyšuje péči o zdravé dítě stejného věku, a to potřebou opako-*

vaného ošetřování, popřípadě soustavné rehabilitace nebo cvičení, nutností přípravy individuálního dietního stravování, potřebou zvýšeného dohledu nebo pomocí jiné osoby při některých nezbytných životních úkonech.

INVALIDNÍ A ČÁSTEČNĚ INVALIDNÍ OBČAN

Tato charakteristika skupiny občanů se zajímá o to, do jaké míry je občan schopen pracovat, a proto je použitelná v podstatě pouze v odvětví pracovního práva a práva sociálního zabezpečení.

Plně invalidní je občan podle ust. § 39 zákona č. 155/1955 Sb. o důchodovém pojištění:

- *jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu poklesla jeho schopnost soustavné výdělečné činnosti nejméně o 66 %, nebo*
- *je schopen pro zdravotní postižení soustavné výdělečné činnosti jen za zcela mimořádných podmínek.*



Problémem je míra pracovního zapojení občanů invalidních dle prvního odstavce cit. paragrafu. Otázka zní, co je a co znamená 33% schopnost pracovat?

Při určování poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti pojištěnce se vychází z jeho zdravotního stavu doloženého výsledky funkčních vyšetření a z jeho schopnosti vykonávat práce odpovídající zachovaným tělesným, smyslovým a duševním schopnostem, s přihlédnutím k výdělečným činnostem, které vykonával předtím, než k takovému poklesu došlo, a k dosaženému vzdělání, zkušenostem a znalostem; přitom se bere v úvahu, zda jde o zdravotní postižení trvale ovlivňující schopnost výdělečné činnosti pojištěnce, zda a jak je pojištěnec na své zdravotní postižení adaptován, a schopnost rekvalifikace pojištěnce na jiný druh výdělečné činnosti, než dosud vykonával.

Částečně invalidní je občan dle § 44:

- *jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu poklesla jeho schopnost soustavné výdělečné činnosti nejméně o 33 %.*
- *jestliže mu dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav značně ztěžuje obecné životní podmínky. Okruh zdravotních postižení značně ztěžujících obecné životní podmínky stanoví prováděcí předpis.*

ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÝ OBČAN DLE ZÁKONA O ZAMĚSTNANOSTI

Nový zákon o zaměstnanosti č. 435/2004 Sb. upravil nově způsob označování občanů se zdravotním postižením pro oblast jejich účasti na trhu práce. Zrušil dříve užívané pojmy *občan se změněnou pracovní schopností (příp. s těžším zdravotním postižením)* a v ust. § 67 stanovil, že fyzickým osobám se zdravotním postižením se poskytuje zvýšená ochrana na trhu práce.

Osobami se zdravotním postižením jsou osoby, které jsou:

- *orgánem sociálního zabezpečení uznány plně invalidními (osoby s těžším zdravotním postižením),*

- *orgánem sociálního zabezpečení uznány částečně invalidními,*
- *rozhodnutím orgánu sociálního zabezpečení uznány zdravotně znevýhodněnými (osoby zdravotně znevýhodněné).*

Za zdravotně znevýhodněnou osobu se považuje fyzická osoba, která má takovou funkční poruchu zdravotního stavu, při které má zachovánu schopnost vykonávat soustavné zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost, ale její možnosti být nebo zůstat pracovně začleněna, vykonávat dosavadní povolání nebo využít dosavadní kvalifikaci nebo kvalifikaci získat jsou podstatně omezeny z důvodu jejího dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu.



Možnosti podpory občanů dle zákona o zaměstnanosti uvádíme níže v části textu věnovaného problémům při zaměstnávání občanů se zdravotním postižením.

OBČAN ČÁSTEČNĚ, PŘEVÁŽNĚ NEBO ÚPLNĚ BEZMOCNÝ

Ve vyhlášce MPSV č. 284/1995 Sb. je upraven pojem tzv. bezmocnosti ve vztazích důchodového pojištění. Tato kategorie má opět uplatnění v právu sociálního zabezpečení.

Podle ustanovení § 2 vyhlášky je:

- *Částečně bezmocná fyzická osoba (dále jen „osoba“), která potřebuje dlouhodobě pomoc jiné osoby při některých nezbytných životních úkonech, například při mytí, česání a oblékání. Za částečně bezmocnou se vždy považuje osoba prakticky nevidomá.*
- *Převážně bezmocná osoba, která potřebuje kromě pomoci uvedené v odstavci 1 pravidelnou pomoc, popřípadě soustavný dohled jiné osoby při hlavních životních úkonech, například při chůzi a při výkonu fyziologické potřeby. Za převážně bezmocnou se vždy považuje osoba úplně nevidomá.*
- *Úplně bezmocná osoba, která zcela pozbyla schopnost sebeobsluhy, potřebuje soustavné ošetřování a je odkázána trvale na pomoc jiné osoby při všech životních úkonech.*



Uvedená klasifikace má být zákonem o sociálních službách zrušena. V roce 2004 měl stupeň bezmocnosti přiznán následující počet občanů: 93 tis. částečná, 64,5 tis. převážná a 15,5 tis. úplná bezmocnost.

OBČAN SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM DLE ŠKOLSKÉHO ZÁKONA

Nový školský zákon č. 561/2004 Sb. přinesl v ust. § 16 pokus o definici dítěte se zdravotním postižením pro účely vzdělávání. Podle zákona je:

- *Dítětem, žákem a studentem se speciálními vzdělávacími potřebami je osoba se zdravotním postižením, zdravotním znevýhodněním nebo sociálním znevýhodněním.*
- *Zdravotním postižením je pro účely tohoto zákona mentální, tělesné, zrakové nebo sluchové postižení, vady řeči, souběžné postižení více vadami, autismus a vývojové poruchy učení nebo chování.*

- *Zdravotním znevýhodněním je pro účely tohoto zákona zdravotní oslabení, dlouhodobá nemoc nebo lehčí zdravotní poruchy vedoucí k poruchám učení a chování, které vyžadují zohlednění při vzdělávání.*



Nedostatky takové definice jsou zřejmé. Jedná se o jistou tautologii: zdravotně postižený je ten – kdo má zdravotní postižení!

Zákon zakotvuje právo dětí, žáků a studentů se zdravotním postižením (speciálními vzdělávacími potřebami) na vzdělávání, jehož obsah, formy a metody odpovídají jejich vzdělávacím potřebám a možnostem, na vytvoření nezbytných podmínek, které toto vzdělávání umožní, a na poradenskou pomoc školy a školského poradenského zařízení. Děti, žáci a studenti se zdravotním postižením mají právo bezplatně užívat při vzdělávání speciální učebnice a speciální didaktické a kompenzační učební pomůcky poskytované školou. Dětem, žákům a studentům, kteří nemohou vnímat řeč sluchem, se zajišťuje právo na bezplatné vzdělávání pomocí nebo prostřednictvím znakové řeči. Dětem, žákům a studentům, kteří nemohou číst běžné písmo zrakem, se zajišťuje právo na vzdělávání s použitím Braillova hmatového písma. Dětem, žákům a studentům, kteří se nemohou dorozumívat mluvenou řečí, se zajišťuje právo na bezplatné vzdělávání pomocí nebo prostřednictvím náhradních způsobů dorozumívání.

Nedostatky uvedených pokusů o postižení obsahu a hloubky handicapu jsou zřejmé. Občanů, u nichž se předpokládalo, že vůbec pracovat nemohou, se prostě netýkají. Např. určité kategorie mentálně retardovaných osob, dlouhodobě duševně nemocní ap.

Přijetí výstižné definice handicapovaného občana má vedle legislativně-teoretických i závažné praktické důsledky. Zejména při dalším rozlišování závažnosti a stupně handicapu. To může mít praktický význam např. při přiznávání různých sociálních dávek a dalších benefitů.

OBČAN SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM DLE NÁVRHU TZV. ANTIDISKRIMINAČNÍHO ZÁKONA

Na závěr si uvedeme pokus o další definici. Jedná se o vládní návrh zákona, který vláda České republiky předložila Poslanecké sněmovně dne 21. ledna 2005. Sněmovna zákon projednala v únoru téhož roku a přikázala k projednání výborům. Příslušné výbory zákon dosud (v době psaní textu – červenec 2005) buď neprojednaly, nebo jeho projednávání přerušily.



Podrobnosti je možné získat na www.psp.cz v sekci dokumenty, kde lze nalézt sněmovní tisk č. 866 – návrh antidiskriminačního zákona.

Podle návrhu zákona (§ 4) se o zdravotním postižením hovoří jako o „nepříznivém zdravotním stavu“, kterým se pro účely daného zákona rozumí:

- a) *ztráta nebo omezení tělesných, smyslových nebo duševních funkcí,*
- b) *anatomická ztráta včetně znetvoření nebo zmrazení části těla,*
- c) *přítomnost mikroorganismů, organismů nebo jiných cizorodých předmětů v těle, jež způsobují nebo mohou způsobit chronickou nemoc,*

d) *nemoc nebo funkční porucha způsobující nutnost uplatňování zvláštních forem, metod a postupů při vzdělávání nebo duševní poruchy nebo poruchy chování,*

a to i tehdy, pokud stav podle písmena a) až d) pominul nebo pokud lze podle poznatků lékařské vědy předpokládat, že se navenek teprve projeví.

Z navržené definice vidíme, že se jedná o velmi široký výčet nemocí, stavů a poruch, který je obecnější než dosud užívaná klasifikační kritéria jednotlivých právních odvětví.



V souvislosti s návrhem uvedeného zákona se přímo nabízí otázka – domníváte se, že jeho přijetí zlepši ochranu příslušníků menšin v České republice?

SHRNUTÍ

Postavení osob se zdravotním postižením v Evropských společenstvích (respektive v Evropské unii) a v Radě Evropy upravuje řada normativně-právních aktů. Evropská společenství a Rada Evropy mají odlišný charakter včetně odlišných právních nástrojů pro činnost. S tím souvisí odlišné postavení jednotlivce, zejména z hlediska obsahu a následné realizace jeho práv a možností ochrany jednotlivce – to vše se úzce promítá i do postavení osob se zdravotním postižením.

V České republice není v právních normách současnosti přijata „jednotná“ definice pojmu občan se zdravotním postižením. Probíhají diskuse o potřebě přijetí *leges specialis*, která by postavení – a zřejmě zejména zákaz diskriminace této skupiny občanů – zakotvila. Ukázali jsme příklady zemí, kde v nějaké podobě obdobné zákony přijaty byly. Seznámili jsme se s návrhem českého antidiskriminačního zákona, který je v době přípravy tohoto textu ve stadiu legislativního návrhu. V této části publikace jsme rovněž přinesli výčet označovacích titulů zdravotního postižení v jednotlivých právních odvětvích a právních normách. Za nedostatek právní úpravy jsme uvedli výslovné neuvedení zdravotně postižených v textu Listiny základních práv a svobod v článku upravujícím zákaz diskriminace.

OTÁZKY K ZAPAMATOVÁNÍ

1. Vysvětlíte hlavní rozdíl mezi Evropskou unií a Radou Evropy.
2. Vyjmenujte alespoň tři dokumenty Evropské unie a tři dokumenty Rady Evropy, které se zabývají otázkami zdravotního postižení.
3. Zopakujeme otázku z textu: považujete úsilí o začlenění zdravotně postižených do textu Listiny základních práv a svobod za důležitou?
4. Pokuste se shrnout důvody pro dosavadní nepřijetí speciálního zákona „o zdravotně postižených“.
5. Působíte-li v oblasti veřejné správy, která má ve svých právních normách definici zdravotního postižení zahrnutou, zamyslete se nad její přesností a výstižností.

KAPITOLA 5

VYBRANÉ OBLASTI, VE KTERÝCH JE POSTAVENÍ OBČANŮ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM NEROVNÉ

5.1 ZAMĚSTNANOST

Je nezpochybnitelným, a zdá se již i obecně přijímaným názorem většiny občanů, že právo na práci, či jeho realizace formou účasti občana na pracovním trhu, je jednou z nejdůležitějších podmínek naplnění kvality života.



Jakkoliv mnozí občas nad množstvím práce, která se na nás doslova „valí“, vzdycháme, uvědomujeme si, že bez práce, bez možnosti realizovat jejím prostřednictvím své dovednosti, schopnosti a představy, by se nám žilo daleko hůře.

A nejedná se jen o ekonomickou stránku věci, byť je nezastupitelná. Občané se zdravotním postižením jsou skupinou, která uplatnění na trhu práce hledá čím dál obtížněji.

Problémy při zaměstnávání občanů se zdravotním postižením nejsou výlučně záležitostí České republiky, nýbrž se **jedná o celoevropský či celosvětový problém**, různé studie uvádějí až 50 % zcela ekonomicky neaktivních občanů se zdravotním postižením. Další značná část patří mezi nezaměstnané. Tzv. postmoderní společnost je charakterizována tlakem na vysokou produktivitu práce, vysokou flexibilitu zaměstnance i podnikatelského subjektu, vznik nových profesí a oborů doprovázený vytlačováním „tradičních“ zaměstnaneckých pozic. Realitou je **globalizace pracovního trhu**, převaha poptávky nad nabídkou pracovních míst (uplatnění), a tím vytlačování minoritních uchazečů na okraj.

Zaměstnávání občanů se zdravotním postižením a jeho problémy vykazují vlastní dynamiku vývoje, na druhé straně **jde o součást celospolečenských pohybů** a tendencí. Na rozdíl od zemí Evropské unie je v České republice méně využívána forma zaměstnání podložená pracovními poměry na tzv. částečný úvazek (4,8 % vůči 18 % v EU).



Nepochybně bude jednoduché odpovědět si na otázku, proč jsou u nás tzv. částečné pracovní úvazky využívány méně...

Po roce 1990 zmizela domácká forma práce (několik tisíc míst) a masivněji se neuplatňuje ani „teleworking“. Je obecně přijímaným faktem, že nejčastěji diskriminovanou skupinou nezaměstnaných jsou dlouhodobě nezaměstnaní, z nich vedle Romů, osob nad 55 let a žen s malými dětmi také lidé se zdravotním postižením.

Socioklub uvádí, že „míra ekonomické aktivity těchto osob je výrazně nižší než u ostatních a zatím trvale klesá“. Rovněž uvádí, že „jestliže v roce 1995 bylo zaměstnáno cca 177 tis. občanů se ZP, v roce 2000 to bylo již jen cca 90 tis. osob, tzn., že došlo za pět let k poklesu na méně než polovinu“.



Občané, které nyní ve shodě se zněním zákona o zaměstnanosti označujeme jako zdravotně postižené, byli do roku 2004 pro účely správy zaměstnanosti označováni za občany se změněnou pracovní schopností – ZPS.

V posledních letech (cca od roku 1995) výrazně **stoupá specifická míra nezaměstnanosti občanů se zdravotním postižením**. Z tabulky je patrný neustálý počet občanů evidovaných jako nezaměstnaní, stejně jako nárůst počtu uchazečů se ZP na jedno volné pracovní místo. (Podrobněji v tabulce níže).

Tabulka 5.1: Specifická míra nezaměstnanosti občanů se zdravotním postižením

	Roky							
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Počty občanů ZPS – evidence nezaměstnaných	22 687	31 455	40 460	48 951	57 615	59 025	61 518	66 907
Počet volných míst pro ZPS	1 506	1 489	1 291	1 242	1 349	2 811	2 108	1 747
Počet uchazečů na 1 VPM	15, 1	21,1	31,3	39,4	42,7	21	29,2	38,3
Specifická míra nezaměstnanosti (v %)	11,2	17,2	24,1	29,0	37,2	39,6	42,3	39,7

ZPS – občan se změněnou pracovní schopností (název platný do září r. 2004)

VPM – volné pracovní místo

Nejen strohá čísla statistik a číselných řad mohou ukázat závažnost daného problému. Proto nyní uvádíme přepis dopisu, který autor textu obdržel v roce 2002 od jednoho občana se zdravotním postižením.

Pane doktore, posílám Vám Váš dotazník a reaguji ještě dopisem. Jsem postižen od dětství, ve třech nedělích jsem prodělal dětskou obrnu a ve Sdružení postižených jsem od 12 let, a prošel různé funkce... Dříve se všechny svazy sdružily pod Svaz invalidů a podle členů dostávaly dotaci z ústředí z Prahy. Nyní po reformě se musí spoléhat samy na sebe. Taktéž dříve Svaz invalidů měl smlouvy s podniky o zaměstnávání občanů se ZTP a TZP. Po roce 1990 byly tyto smlouvy zrušeny a každý podnik by se nejraději těchto lidí zbavil a zaměstnal zdravé pracovníky a nejraději do 35 let. Protože jsem sám tělesně postižený a mám hodně známých mezi zdravotně postiženými, chtěl bych Vás též informovat, jak se zachoval Okresní úřad v B. vůči zdravotně postiženému (nevidomému). Pracoval zde jako telefonista na ústředně, která byla uzpůsobena pro práci nevidomého občana. Letos odcházel do starobního důchodu. O toto místo měla zájem 23letá nevidomá pracovnice z K. Bohužel toto místo nedostala, ač ona měla papíry, že může obsluhovat telefonní ústřednu. Obracím se na Vás, zdali byste si neudělal čas, abych mohl probrat různé důležité věci kolem zdravotně postižených osob...



Pisatel reagoval na šetření, které jsme ve VCIZP prováděli, mj. o vztahu občanů se zdravotním postižením a pracovníků veřejné správy (části tohoto šetření jsou uvedeny v kapitole 1 této publikace).

Ani v oblasti účasti občanů se zdravotním postižením na trhu práce se nejedná o „monolitický“ problém. Naopak, stejně jako v ostatních oblastech života společnosti **dochází k výrazné diferenciaci**. Obecně nejrizikovějším faktorem je hloubka postižení a jeho specifický druh (kombinovaná, mentální) a nízká kvalifikace. K uvedeným přistupují „obecná“ riziková hlediska a těmi jsou vyšší věk uchazeče o práci a dostupnost pracovního místa. Nezpochybnitelným předpokladem úspěšného zapojení na pracovním trhu je odpovídající (v individuální rovině co nejvyšší) **kvalifikace občana se zdravotním postižením (ZP)**. Existuje i skupina občanů se zdravotním postižením, která v důsledku patřičné kvalifikace (vyšší vzdělání) nachází uplatnění i na otevřeném trhu práce relativně snadno.



Uvádí se, že specifická míra nezaměstnanosti občanů se ZPS (údaje před přijetím nového zákona o zaměstnanosti) se základním vzděláním je 3× vyšší než vysokoškolsky vzdělaných. U občanů bez postižení má základní vzdělání cca 10 % populace (ZP 20,1 %) a vysokoškolské cca 12 % populace (ZP jen 3,8 %). (Zdroj: Socioklub a VCIZP)

Nezaměstnanost občanů se ZPS přitom vykazuje značné regionální rozdíly. V roce 2002 existovaly i okresy (Zlín, Ostrava, Karviná, Nový Jičín), kde poměr přesahoval 800 uchazečů na jedno volné pracovní místo!



Otázka na úvod této části: je možno do budoucna vyřešit problém zaměstnanosti této skupiny občanů?

ZAMĚSTNANOST A PRÁVNÍ ŘÁD

Listina základních práv a svobod stanoví v čl. 26, že „Každý má právo na svobodnou volbu povolání a přípravu k němu, jakož i právo podnikat a provozovat jinou hospodářskou činnost. Každý má právo získávat prostředky pro své životní potřeby prací.“ V čl. 28 se stanoví, že „Zaměstnanci mají právo na spravedlivou odměnu za práci a na uspokojivé pracovní podmínky.“ V čl. 29 se stanoví, že „... osoby zdravotně postižené mají právo na zvýšenou ochranu zdraví při práci a na zvláštní pracovní podmínky...“ a „... na zvláštní ochranu v pracovních vztazích a na pomoc při přípravě k povolání“.

Od října roku 2004 platí zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti.



Nový zákon zrušil dosavadní zákony o zaměstnanosti, tj. zákon č. 1/1991 Sb., a zákon č. 9/1991 Sb., o zaměstnanosti a působnosti orgánů České republiky na úseku zaměstnanosti.

Zákon definuje právo na zaměstnání: „Právem na zaměstnání je právo fyzické osoby, která chce a může pracovat a o práci se uchází, na zaměstnání v pracovním vztahu... na zprostředkování zaměstnání a na poskytnutí dalších služeb za podmínek stanovených tímto zákonem.“ (§ 10). „Fyzická osoba má právo si sama

svobodně zvolit a zabezpečit zaměstnání a vykonávat je na celém území České republiky, ...“ (§ 11).

Již jsme uvedli, že **došlo ke zrušení pojmu osoba se změněnou pracovní schopností** nebo osoba se změněnou pracovní schopností s těžším zdravotním postižením (ZPS). Místo toho je zaveden **nový pojem „osoba se zdravotním postižením“**, jehož význam je však obdobný. Úřad práce je povinen osobám se zdravotním postižením věnovat zvýšenou pomoc, další výhodou je např. právo na pracovní rehabilitaci, která se může uskutečnit i v době dočasné pracovní neschopnosti, jestliže tomu zdravotní stav nebrání.



Kdo je osoba se zdravotním postižením, uvádíme výše v části věnované postavení zdravotně postižených v právních normách.

FORMY PODPORY ZAMĚSTNÁVÁNÍ OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

Řadu práv a povinností souvisejících se zaměstnáváním osob se zdravotním postižením upravuje zmíněný zákon o zaměstnanosti. Zaměstnávání osob se zdravotním postižením je věnována celá část třetího zákona o zaměstnanosti. V § 67 se stanoví, že fyzickým osobám se zdravotním postižením se poskytuje zvýšená ochrana na trhu práce. Úřad práce vede evidenci osob se zdravotním postižením, kterým poskytuje služby podle zákona o zaměstnanosti.

PRÁVA A POVINNOSTI ZAMĚSTNATELŮ V OBLASTI ZAMĚSTNÁVÁNÍ OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

Zaměstnavateli zaměstnávajícím více než 50 % osob se zdravotním postižením z celkového počtu svých zaměstnanců se poskytuje příspěvek na podporu zaměstnávání těchto osob. Podle zákona se poskytuje měsíční příspěvek ve výši 0,35násobku průměrné mzdy v národním hospodářství zjištěné za první až třetí čtvrtletí předcházejícího kalendářního roku za každého zaměstnance se zdravotním postižením.

Zaměstnavatelé jsou dále povinni informovat úřad práce o volných pracovních místech vhodných pro osoby se zdravotním postižením, rozšiřovat podle svých podmínek možnost zaměstnávání osob se zdravotním postižením individuálním přizpůsobováním pracovních míst a podmínek a vyhrazováním pracovních míst pro osoby se zdravotním postižením, spolupracovat s úřadem práce při zajišťování pracovní rehabilitace, vést evidenci pracovních míst vyhrazených pro osoby se zdravotním postižením.

ZAMĚSTNÁVÁNÍ OBČANŮ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM DO VÝŠE TZV. POVINNÉHO PODÍLU

Zaměstnavatelé s více než 25 zaměstnanci v pracovním poměru jsou povinni zaměstnávat osoby se zdravotním postižením ve výši povinného podílu těchto osob na celkovém počtu zaměstnanců zaměstnavatele. Povinný podíl činí 4 %. Přičemž forma jeho plnění je ponechána na vůli zaměstnavatele. Jedná se o možnost přímého zaměstnání občanů se ZP, dále odebrání výrobků od zaměstnavatelů zaměstnávajících více než

50 % občanů se ZP (původně více než 60 %) a odvodem do státního rozpočtu. Roční výše odvodu za každého občana se ZP, o kterého zaměstnavatel nesplní povinný podíl, činí od 1. 1. 2002 1,5násobku průměrné mzdy v národním hospodářství vyhlášené za 1. až 3. čtvrtletí daného kalendářního roku (oproti původnímu 0,5násobku).



Tzv. povinný podíl a možnosti jeho plnění doznaly v uplynulých letech řady změn. Dodnes se však, bohužel, setkáváme s tím, že namísto přímého zaměstnání osob se ZP volí i orgány veřejné správy cestu odvodu do státního rozpočtu. Jsou příspěvkové organizace (i ministerstva), které si položku odvodů uvádějí přímo do rozpočtu...

PRACOVNÍ REHABILITACE A REKVALIFIKACE

Osoby se zdravotním postižením mají podle zákona o zaměstnanosti právo na pracovní rehabilitaci. Tou se dle zákona rozumí souvislá činnost zaměřená na získání a udržení vhodného zaměstnání osoby se zdravotním postižením, kterou na základě její žádosti zabezpečují úřady práce a hradí náklady s ní spojené. Pracovní rehabilitace zahrnuje zejména poradenskou činnost zaměřenou na volbu povolání, zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti, teoretickou a praktickou přípravu pro zaměstnání, zprostředkování, udržení a změnu zaměstnání, změnu povolání a vytváření vhodných podmínek pro výkon zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti.

SLUŽBY PODPOROVANÉHO ZAMĚSTNÁVÁNÍ V OBLASTI PRACOVNÍ REHABILITACE

Úřad práce může pověřit zabezpečením pracovní rehabilitace jinou právnickou nebo fyzickou osobu, která poskytuje služby zahrnuté do pracovní rehabilitace, jak ji vymezuje zákon o zaměstnanosti. Podporované zaměstnávání zahrnuje více složek pracovní rehabilitace: poradenství, zprostředkování práce, přípravu na práci, podporu při udržení zaměstnání.



Až dosud se tzv. podporovanému zaměstnávání věnovala povýtce jen nestátní občanská sdružení. Bližší informace naleznete na www.apz.cz

CHRÁNĚNÁ PRACOVNÍ MÍSTA A CHRÁNĚNÉ DÍLNY

Zákon o zaměstnanosti předpokládá zřizování chráněných pracovních míst a dílen, které zřizuje zaměstnavatel a umožňuje úřadům práce poskytnout na ně zaměstnavateli příspěvek. Zákon uvedené příspěvky výrazně zvyšuje, v roce 2004 na částku cca 65 tis. Kč u občana se ZP a cca 97 tis. Kč u občana s těžkým zdravotním postižením. U příspěvku na zřízení chráněného pracovního místa vytvořené zaměstnavatelem pro osobu se zdravotním postižením na základě písemné dohody s úřadem práce. V tomto případě se jedná až o 130 tis. u občana se ZP, resp. cca 196 tis. u občana s těžkým postižením. Zákon zavádí systém indexace příspěvku daný násobkem průměrné mzdy v národním hospodářství, jež je použit jako metoda stanovení výše příspěvku, což bude znamenat jeho víceméně automatickou valorizaci.



Uvedenou formu podpory mohou využít i jednotliví občané se zdravotním postižením, zřídí-li např. chráněné pracovní místo „sami pro sebe“.

DALŠÍ FORMY PODPORY

Jedná se např. o investiční pobídky. Jimi se u zaměstnavatele hmotně podporuje vytváření nových pracovních míst, provádění rekvalifikace nebo školení nových zaměstnanců. Dále jsou to veřejně prospěšné práce a zřizování společensky účelných pracovních míst. Úřad práce může také poskytnout zaměstnavateli příspěvek na dopravu zaměstnanců. Úřad práce může poskytnout zaměstnavateli příspěvek na zapracování. Cíleným programem je i program na podporu obnovy nebo technického zhodnocení hmotného investičního majetku, který slouží k pracovnímu uplatnění osob se zdravotním postižením v rámci něhož může být zaměstnavatelům zaměstnávajícím více než 50 % osob se zdravotním postižením poskytnut příspěvek až do výše 70 % pořizovací ceny tohoto majetku.

Přes všechna uvedená podpůrná opatření, dotace, daňové úlevy a další nedaří se, jak o tom svědčí i uvedená statistická data, zaměstnat občany se zdravotním postižením, kteří chtějí pracovat.

Jedním z důvodů je jistě i skutečnost, že **ve společnosti se nepodařilo vytvořit klima „přátelské“ snaze zaměstnávat zdravotně postižené**. Majoritní společnost považuje za „přirozené“ či obvyklé, **jestliže zdravotně postižení nepracují**. Část společnosti považuje za znak vyspělosti a „dobré vůle“ odhodlání podporovat tyto občany sociálními dávkami, případně charitativním způsobem (na rozdíl od tzv. schopných pracovat). Nepochybně je nutno zmínit, byť nikoliv jako rozhodující faktor, i otázku ochoty a motivace jisté části občanů se zdravotním postižením realizovat se na trhu práce, případně podnikat. Zdravotně postižení byli představováni jako „oběť“ tržních sil a lidé subjektivně vysoce motivovaní získat práci.

Po čtrnácti letech je situace vnímána jako stabilní a její parametry jsou známy. Lze předpokládat, že jistá část občanů se zdravotním postižením ztratila zájem realizovat svůj pracovní potenciál. Pro určitou skupinu občanů se zdravotním postižením není ekonomická motivace účasti na pracovním trhu rozhodující. Minimálně stejný význam pro ně samotné (platí i z celospolečenského hlediska) má mimopříjmová motivace (sebeuplatnění, sociální komunikace).



Upřímně řečeno, situace, kdy některý občan se zdravotním postižením nechce pracovat, je pouze a jen dalším z důkazů, že se zdravotně postižení v podstatných věcech od majoritní populace neliší. . .

Analýzou kroků příslušných státních orgánů v dané oblasti (zaměstnanost občanů se ZP) lze dojít k závěru, že **pravděpodobně neexistuje další oblast dotýkající se života občanů se zdravotním postižením, jež by byla tak cíleně, organizačně, legislativně a de facto i ekonomicky podporována**.

Ukazuje se, že pouze stávajícími nástroji se nedaří tuto otázku uspokojivě řešit. Zásadní změny na trhu práce pro občany se zdravotním postižením může přinést

jen relativně zásadní změna ostatních systémů podporujících tuto oblast. Obecným předpokladem dosažení vyššího podílu občanů se zdravotním postižením ekonomicky aktivních je trvalý hospodářský růst v ČR, jenž by sám o sobě vytvořil pracovní příležitosti i pro část občanů na trhu práce dosud neumístěných a zvýšil možnosti alokace vytvořených zdrojů do sledované oblasti.

SHRNUTÍ

V části věnované zaměstnanosti občanů se zdravotním postižením jsme se seznámili nejen se základními právními normami upravujícími sledovanou oblast, ale zejména s obtížemi a úskalími řešení nezaměstnanosti zdravotně postižených. Uvedli jsme přehled aktivních i pasivních nástrojů politiky zaměstnanosti a zdůraznili, že bez zásadní změny náhledu všech zainteresovaných subjektů se zřejmě stávajícími nástroji (ne)zaměstnanost zdravotně postižených vyřešit nepodaří. Problémy, které ji provázejí, jsou totiž často součástí celkových tendencí a směrů, které v tzv. moderní společnosti v oblasti pracovního trhu pozorujeme.

OTÁZKY K ZAPAMATOVÁNÍ

1. Proč jsou občané se zdravotním postižením na trhu práce hůře umístitelní?
2. Jaký význam, kromě ekonomického zajištění, má pro zdravotně postižené možnost pracovat?
3. Věděli jste o všech zde uvedených nástrojích podpory zaměstnanosti?
4. Souhlasíte s tím, že orgány a organizace veřejné správy by měly plnit tzv. povinný podíl zejména cestou přímého zaměstnávání?
5. Jaký je váš názor na dosavadní snahu orgánů veřejné správy o řešení tohoto problému. Shledáváte ji dostačující?

5.2 VZDĚLÁVÁNÍ

Současné procesy ovlivňující tvář českého školství jsou založeny na sérii koncepcí, normativněprávních aktů a pedagogických či speciálněpedagogických opatření přijatých v posledních letech. Pojetí organizace vzdělávání stále více respektuje základní principy pluralitní demokratické společnosti, jež přiznává každému jedinci (a zároveň od něj vyžaduje) odpovědnost za svůj osud i převzetí podílu odpovědnosti za společné rozhodování. Druhým znakem je úsilí o rovné příležitosti pro všechny a o odstranění překážek bránících rozvoji každého, včetně občanů se zdravotním postižením.

Vlivem vývoje v posledních letech se Česká republika stává zemí s typicky smíšeným systémem vzdělávání dětí, žáků a studentů se zdravotním postižením. Vedle rozvinutého a historicky utvářeného systému tzv. speciálního školství se postupně rozvíjel a rozvíjí model vzdělávání dítěte se zdravotním postižením jako účastníka hlavního vzdělávacího proudu, začleněného do některé ze škol vzdělávací soustavy (mateřské, základní, střední). Řešení podmínek vzdělávání v rámci obou těchto základních směrů se stalo základním úkolem současnosti – i po přijetí nové školské legislativy.



Jedná se o Zákon č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) a sérii prováděcích právních norem.

Vzdělávání dětí, žáků a studentů ve speciálních školských zařízeních (dříve označovaných jako speciální školy) má na našem území velkou tradici. Činnost těchto škol je dlouhodobě dobře organizačně, metodicky, personálně i finančně zajišťována. Přesto bývá tento způsob vzdělávání někdy označován jako segregační, a tedy v rozporu s pravidly a principy sociálního začleňování. Tomu naopak odpovídá vzdělávání obecně označované jako integrované, tedy přítomnost dětí, žáků a studentů v hlavním vzdělávacím proudu tzv. běžných škol. To však dosud nebylo po stránce legislativní, personální, organizační a ekonomické zajištěno na takové úrovni jako vzdělávání téhož dítěte, žáka a studenta v prostředí škol speciálních. Tento stav přináší problémy všem aktérům procesu, zákonným zástupcům, školám, učitelům, orgánům správy školství, ale především samotným dětem se zdravotním postižením.



Uvedené problémy řešila většina zemí Evropské unie. Povýtce však před dvaceti třiceti lety...

Stěžejním cílem vzdělávání občanů se zdravotním postižením zůstává zajištění rovného přístupu, který v sobě zahrnuje i prvky odstraňování minulých deformací a prevenci vzniku (byť nepřímého) diskriminačního jednání v jednotlivých situacích. Společná školní docházka by měla být více chápána jako důležitý faktor prevence sociálního vyloučení než jako prosté organizačně-pedagogické opatření.

V rámci pravidla rovného přístupu je vzdělání chápáno jako základní lidské právo s univerzální lidskou hodnotou.

Rozhodujícím se postupně stane orientace vzdělávání zdravotně postižených na zvýšení schopnosti pohybu na trhu práce.



Zdá se, že jsme si dosud plně neuvědomovali úzkou provázanost tzv. školské politiky a politiky zaměstnanosti – a nejen ve vztahu ke zdravotně postiženým!

Základní náležitosti speciálněpedagogické podpory jsou postupně zakomponovány do soustavy kurikulárních dokumentů nově připravovaných v českém školství. Jedná se o **Národní program vzdělávání** vymezující hlavní zásady a cíle vzdělávací politiky státu a definující obecné závazné požadavky na obsah a výsledek vzdělávání. Jako takový stanoví náležitosti obsahu vzdělávacích programů respektujících speciální vzdělávací potřeby zdravotně postižených a je východiskem pro přípravu rámcových vzdělávacích programů.

Rámcové vzdělávací programy specifikují cílové dovednosti a znalosti absolventa a odpovídající obsah vzdělávání pro jednotlivé stupně a obory vzdělávání. Svého druhu prováděcím dokumentem je **Školní vzdělávací program**, který připravují školy při respektování konkrétních potřeb a podmínek, tedy i speciálních vzdělávacích potřeb dítěte, žáka a studenta se zdravotním postižením.

Stěžejním úkolem současného období je **dopracování a zkvalitnění systému speciálněpedagogické podpory** jako základní podmínky vyrovnání příležitostí pro občany se zdravotním postižením ve vzdělávacím systému.



Mezi tyto podpůrné prostředky řadíme např. působení dvou pedagogických pracovníků ve vybraných druzích tříd, asistenta pedagoga, osobního asistenta, speciálního pedagoga, psychologa, otázky dopravy, kompenzační a učební pomůcky, řešení úvazkové povinnosti pedagogů, úpravu počtu žáků ve třídách, formy a způsoby diferenciací obsahu vzdělávání.

Cílem všech opatření činěných orgány veřejné správy musí do budoucna být vytvoření systému nediskriminačního a inkluzivního vzdělávacího modelu české vzdělávací soustavy, který bude splňovat nároky moderního přístupu k řešení vzdělávacích potřeb dětí, žáků a studentů se zdravotním postižením.

SOUČASNÁ PRÁVNÍ A FAKTICKÁ ÚPRAVA VZDĚLÁVÁNÍ OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

Prvního ledna 2005 nabyl účinnosti nový **zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon)**.



Tento zákon nahradil tři dosud platné zákony upravující příslušné oblasti školství, a to zákon č. 29/1984 Sb., o soustavě základních škol, středních škol a vyšších odborných škol (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 564/1990 Sb., o státní správě a samosprávě ve školství, ve znění pozdějších předpisů, a do jisté míry zákon č. 76/1978 Sb., o školských zařízeních, ve znění pozdějších předpisů.

Nově je podle tohoto zákona pojímáno **vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami**, zejména uplatněním jejich práva na vzdělání pomocí specifických forem a metod a na vytvoření zvláštních podmínek, které jejich vzdělávání umožní.

Podle důvodové zprávy k návrhu zákona: „Je kladen důraz na rovnost vzdělávacích příležitostí pro všechny a odstranění překážek, které by tomu bránily, respektování vzdělávacích potřeb jednotlivců při vzdělávání, kvalitu vzdělávacího procesu. Zmínka je též o prostředí vzájemné úcty, respektu ke všem osobám a opatřeních proti projevům diskriminace a netolerance, pokud jde o přístup ke vzdělávání. Zároveň je tak zdůrazněno úsilí o zabezpečení přístupu ke vzdělávání dětem se speciálními vzdělávacími potřebami.“

Nová právní úprava nepočítá se samostatným právním vymezením stávajících „speciálních škol“. Z právního hlediska se tyto školy stávají školami druhově vymezenými s tím, že zvláštním typem základní školy zůstává pouze základní škola speciální zřizovaná pro žáky s těžkým mentálním postižením, s více vadami a s autismem. Zvláštní škola bude dle dosavadních právních předpisů základní školou a pomocná škola základní školou speciální podle tohoto zákona.



Jisté problémy ovšem způsobilo následné přijetí vyhlášky MŠMT č. 73/2005 Sb. o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných, která v názvu § 5 přinesla znovu typové označení „speciální školy“...

Povinnost zajistit podmínky pro uskutečňování vzdělávání dětí, žáků a studentů se zdravotním postižením a zdravotním znevýhodněním je i nadále svěřena kraji.

Podle nové právní úpravy je také nově zakotvena možnost zřízení funkce asistenta pedagoga. Tuto pozici může zřídit se souhlasem krajského úřadu ředitel školy mateřské, základní, základní školy speciální, střední školy a vyšší odborné, a to ve třídě nebo studijní skupině, ve které se vzdělává dítě, žák nebo student se speciálními vzdělávacími potřebami.



Autor této části publikace je autorem textu tzv. olomoucké zákonodárné iniciativy, kterou se zastupitelstvo Olomouckého kraje v roce 2003 obrátilo na Poslaneckou sněmovnu – s návrhem na zřízení institutu asistenta pro žáka se zdravotním postižením.

Koho je třeba považovat za žáka se „speciálními vzdělávacími potřebami“, určuje opět školský zákon v ustanovení § 16, podle něhož se za děti, žáky a studenty se speciálními vzdělávacími potřebami považují ti, kteří mají:

- zdravotní postižení,
- zdravotní znevýhodnění,
- sociální znevýhodnění.



Definici těchto pojmů, jak je přináší zákon, jsme si ukázali výše.

Vychází se z předpokladu, že jde o děti, žáky a studenty, které je třeba vzdělávat při použití zvláštních forem a metod, jež odpovídají jejich potřebám, a kteří mají právo na vytvoření zvláštních podmínek pro vzdělávání, tj. takových, které zejména žákům s některým druhem postižení nebo znevýhodnění umožní překonat vyrovnat handicap.



A opět z důvodové zprávy ke školskému zákonu. V ní se má – údajně – objevovat duch zákona, tedy úmysl zákonodárce...

V důvodové zprávě k návrhu zákona se objevuje následující konstatování:

„Děti, žáci a studenti se zdravotním postižením budou integrováni v případech, kdy to bude možné a žádoucí, do běžných škol, v jednotlivých školách však mohou být zřizovány i jednotlivé třídy, v nichž se bude uskutečňovat vzdělávání těchto jedinců s využitím zejména forem a metod vzdělávání přizpůsobených jejich potřebám nebo mohou být zřizovány celé školy, které budou specializovány na jejich vzdělávání.“



Kritizujeme užívání pojmů jako v tomto případě: *„kdy to bude možné a žádoucí“*, které představují subjektivní představy tvůrců norem o fenoménu školské integrace a nejsou způsobilé podat žádoucí a svého druhu přesný výklad úmyslu zákonodárce!

Již v minulosti (do roku 2004) se objevovaly problémy s „právem dítěte navštěvovat běžnou spádovou základní školu“, jednalo-li se o dítě se zdravotním postižením. Zákon tento problém zařazování žáků do základní školy upravuje relativně jednoznačně.

Jde o znění a výklad ustanovení § 36 zákona upravujícího plnění povinné školní docházky. Podle něj je školní docházka povinná po dobu devíti školních roků, nejvýše

však do konce školního roku, v němž žák dosáhne sedmnáctého roku věku. Žák plní povinnou školní docházku v základní škole zřízené obcí nebo svazkem obcí, v němž má místo trvalého pobytu (spádová škola), pokud zákonný zástupce nezvolí pro žáka jinou než spádovou školu.

Právě ředitel spádové školy je povinen přednostně přijmout žáky s místem trvalého pobytu v příslušném školském obvodu, a to do výše povoleného počtu žáků uvedené ve školském rejstříku.

De iure tak zákon neumožňuje řediteli školy odmítnout žáka se zdravotním postižením. Pokud bude zákonný zástupce žáka trvat na přijetí žáka, musí škola přijmout každého žáka majícího trvalé bydliště ve spádovém obvodu školy. A dodáváme i poskytnout mu vzdělávání způsobem a formami respektujícími jeho speciální vzdělávací potřeby.



Toto ustanovení nemá zdaleka význam jen pro rodiče či ředitele školy. S důsledky „nečinění“ představitelů škol se budou potýkat i úředníci, nejspíše krajských úřadů a jejich odborů školství.

V České republice došlo ovšem ke kuriózní situaci, kdy jednoznačné znění zákona „zprecisovala“ vyhláška MŠMT č. 73/2005 Sb, se kterou se podrobněji seznámíme níže.

Obsahuje totiž ustanovení, podle nějž:

„v případě, že ředitel běžné školy či speciální školy nezařadí žáka se zdravotním postižením, který má povinnost plnit školní docházku, do některé z forem speciálního vzdělávání, oznámí tuto skutečnost zákonnému zástupci žáka se zdravotním postižením, krajskému úřadu a obci, v níž má žák trvalý pobyt“.



Jedná se o znění § 9 odst. 4) uvedené vyhlášky, které nelze jinak než označit za odporující znění § 36 školského zákona upravujícího povinnou školní docházku dětí majících trvalé bydliště ve spádovém obvodu školy.

Nový školský zákon se správně vyhnul dříve užívanému termínu „osvobození od povinné školní docházky“ a reálnou skutečnost znamenající, že některé skupiny dětí a žáků nemohou vzhledem ke stupni (hloubce) svého postižení absolvovat plnou školní docházku v jejím běžném pojetí, vyřešil institutem „jiného způsobu plnění této docházky“. Ten se týká i individuálního vzdělávání. Ve vztahu k žákům s hlubokým mentálním postižením zákon stanoví

„Dítěti s hlubokým mentálním postižením stanoví krajský úřad místně příslušný podle místa trvalého pobytu dítěte se souhlasem zákonného zástupce dítěte takový způsob vzdělávání, který odpovídá duševním a fyzickým možnostem dítěte, a to na základě doporučujícího posouzení odborného lékaře a školského poradenského zařízení. Krajský úřad zároveň zajistí odpovídající pomoc při vzdělávání dítěte, zejména pomoc pedagogickou a metodickou...“ (§ 42)



V dřívějších letech (nejpozději však asi do poloviny 90. let minulého století) jsme byli svědky velmi neprofesionálního výkonu státní správy v této oblasti. Nejdříve národní výbory, poté ředitelé školy a ještě později školské úřady mnohdy „osvobozovali“ děti od povinné školní docházky bez ohledu na jejich skutečné možnosti vzdělávání.

První zkušenosti z praxe tohoto ustanovení vzbuzují jisté rozpaky. Ukazuje se, že postup krajských úřadů, a zejména subjektů, kterým bude uloženo „jiným“ způsobem naplnit vzdělávací potřeby žáků s hlubokým mentálním postižením, v tomto směru bude v jednotlivých případech odlišný. Přitom požadavek právní jistoty – a tím i zajištění shodných vzdělávacích podmínek těchto dětí a žáků v celé České republice – by měl být prioritní.

Již v prvních měsících roku 2005 jsme řešili zcela odlišný přístup v případě kraje Zlínského a Středočeského. V prvním z nich pracovnice speciálněpedagogického centra sdělila matce chlapce s mentálním postižením, že „to spočívá v tom, že tak jednou za dva měsíce se zastavím na kafe“ a v případě jiného chlapce z B. ve středních Čechách otci dítěte vysvětlovali, že jeho na invalidní vozík upoutaný syn s hlubokým stupněm mentální retardace do školy musí docházet pravidelně. . .

Provádějícím právním předpisem se pro oblast vzdělávání zdravotně postižených stala **vyhláška MŠMT č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných**, která nahradila stávající vyhlášku č. 127/1997 Sb., o speciálních školách a speciálních mateřských školách. Podle ní se vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami uskutečňuje s pomocí podpůrných opatření, která jsou odlišná nebo jsou poskytována nad rámec individuálních pedagogických a organizačních opatření spojených se vzděláváním žáků stejného věku ve školách, které nejsou samostatně zřízené pro žáky se zdravotním postižením (tzv. „běžná škola“).



Mezi podpůrné prostředky řadíme např.: kompenzační, rehabilitační a učební pomůcky, poskytování pedagogicko-psychologických služeb, asistenta pedagoga, snížení počtu žáků ve třídě nebo jiná úpravu organizace vzdělávání zohledňující speciální vzdělávací potřeby žáka.

Vyhláška, aniž by speciálně či alespoň přibližně definovala žáka se zdravotním postižením, upravuje, koho je potřeba považovat za žáka s těžkým zdravotním postižením.

Dle vyhlášky se za něj považuje žák:

- s těžkým zrakovým postižením,
- s těžkým sluchovým postižením,
- s těžkou poruchou dorozumívacích schopností,
- hluchoslepý,
- se souběžným postižením více vadami,
- s autismem,
- s těžkým tělesným,
- s těžkým či hlubokým mentálním postižením.



Ani tato vyhláška nedokázala plně překlenout „tautologii“ školských předpisů, podle nichž je těžce zdravotně postiženým ten, kdo má těžké zdravotní postižení. . .

Těmto žákům s ohledem na rozsah speciálních vzdělávacích potřeb náleží dle vyhlášky nejvyšší míra podpůrných opatření. Vyhláškou se stanoví i formy speciálního vzdělávání žáků se zdravotním postižením.

Podle vyhlášky je speciální vzdělávání žáků se zdravotním postižením zajišťováno:

- formou individuální integrace,
- formou skupinové integrace,
- ve škole zřízené pro žáky se zdravotním postižením („speciální škola“),
- kombinací uvedených forem.

Individuální integraci se dle vyhlášky rozumí vzdělávání žáka:

1. v běžné škole,
2. v případech hodných zvláštního zřetele ve speciální škole určené pro žáky s jiným druhem zdravotního postižení.

Také vyhláška MŠMT č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních upravuje některé náležitosti vzdělávání dětí, žáků a studentů se zdravotním postižením.

Vyhláška především stanoví následující typy školských poradenských zařízení:

- pedagogicko-psychologická poradna („poradna“),
- speciálněpedagogické centrum („centrum“).

Školská poradenská zařízení poskytují bezplatně standardní poradenské služby, a to na žádost žáků, jejich zákonných zástupců, škol nebo školských zařízení.

Krátký rozbor norem vzdělávacího systému v České republice s důrazem na úpravu vztahů v rámci školské integrace ukázal, že oproti stavu platnému do konce roku 2004 můžeme v některých oblastech hovořit o zlepšení právního (a lze očekávat) i faktického stavu věcí na základních školách. Vedle toho jsme ovšem poukázali na řadu nedostatků a nepřesností, někdy přímo rozporů, které právní normy v této oblasti nadále obsahují.

PŘEHLED ZÁKLADNÍCH PRÁVNÍCH NOREM UPRAVUJÍCÍCH VZDĚLÁVÁNÍ OBČANŮ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) a sérii prováděcích právních norem

Zákon č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnicích a o změně některých zákonů

Vyhláška MŠMT č. 48/2005 Sb., o základním vzdělávání a některých náležitostech plnění povinné školní docházky

Vyhláška MŠMT č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních

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

Vyhláška MŠMT č. 13/2005 Sb., o středním vzdělávání a vzdělávání v konzervatoři

Vyhláška MŠMT č. 14/2005 Sb., o předškolním vzdělávání

Vyhláška MŠMT č. 15/2005 Sb., kterou se stanoví náležitosti dlouhodobých záměrů, výročních zpráv a vlastního hodnocení školy

Směrnice MŠMT č.j. 13 710/2001-24 ze dne 6. 6. 2002 k integraci dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami

SHRNUTÍ

Vzdělávání dětí, žáků a studentů se zdravotním postižením nechápeme pouze jako záležitost organizačně administrativní či pedagogickou a v souladu s celkovými trendy vývoje v zemích Evropské unie stojíme na stanovisku nazírajícím tuto oblast jako součást chápání lidských a občanských práv – zde dosažení maximálního možného vzdělání. Právě dosažení odpovídajícího stupně vzdělání má bezprostřední vliv na možnost uplatnění občana se zdravotním postižením na trhu práce. Tato skutečnost byla dosud leckdy přehlížena. V této kapitole jsme se seznámili s řešením vzdělávání této skupiny občanů v rámci tzv. speciálního školství a v prostředí hlavního vzdělávacího proudu. Přinesli jsme stručný rozbor stávající (a nové) platné právní úpravy vzdělávání v ČR ve vztahu ke zdravotně postiženým. Zájemci mají možnost další informace získat např. z uvedeného přehledu tzv. školské legislativy.

OTÁZKY K ZAPAMATOVÁNÍ

1. Který způsob vzdělávání zdravotně postižených má v českých zemích větší tradici?
2. Je podle vás pro zdravotně postižené významné vzdělávání v rámci tzv. hlavního proudu – tedy v prostředí běžných škol? Proč?
3. Které instituty tzv. speciálněpedagogické podpory u nás existují a které dosud nebyly de iure ustaveny?

5.3 PŘÍSTUPNOST STAVEB A DOPRAVY

Vyslovíme-li pojem „architektonické bariéry“, s vysokou pravděpodobností se mnoha lidem vybaví asociace vozíčkáře, případně ve spojení se schody, tak jak jej známe z nejrůznějších reklam. Bariéry (máme zde na mysli zejména fyzické bariéry) se však projevují nejen v každodenním životě lidí na vozíku, ale také u dalších skupin obyvatelstva – a u některých nás v první chvíli hned nenapadne, že by se s bariérami mohli také nějak vážněji potýkat.



Které skupiny lidí, podle vás, se kromě osob na vozíku ještě mohou potýkat s bariérami fyzického prostředí?

Svoboda pohybu patří mezi základní lidská práva. Článek 14 Listiny základních práv a svobod říká, že „...svoboda pohybu a pobytu je zaručena“. Volný pohyb je základní podmínkou aktivního zapojení člověka do života společnosti a do života vůbec – svoboda pohybu je pro všechny lidi předpokladem k dalším svobodám, jako je vzdělání, shromažďování, navazování partnerských vztahů, práce, léčení, kulturní a jiné společenské vyžití. Bariérové prostředí může přinášet problémy v určitých konkrétních situacích téměř všem lidem.

Kde se setkáme s bariérami? Všude tam, kde **nejsou zohledněny přirozené vývojové životní etapy** každého z nás. Nejdříve se vyvíjíme v těle matky (a nastávající maminka s námi musí zdolávat někdy příliš mnoho, někdy příliš strmých schodů, a navíc třeba bez zábradlí...), když se narodíme a začínáme mobilně poznávat svět

(kočárek v dopravních prostředcích je pro jeho „řidiče“ slušným vzpěračským cvičením), přichází čas jít po svých (některé schody jsou pro tříleté prostě příliš vysoké). Rosteme, studujeme, sportujeme, pracujeme. Někdy přichází úraz nebo nemoc, která nás krátkodobě, dlouhodobě nebo trvale vyřadí z armády životních běžců, a pak na vlastní kůži poznáváme a teprve si všimneme, jaký jiný rozměr dostává pár chybějících centimetrů nebo centimetrů navíc (nejen schody, ale také zábradlí, výška ovládacích panelů ve výtahu atd.), jak významný je povrch dlažby, který tak nenápadně zajišťuje bezpečí pohybu, nebo nás naopak „pošle k zemi“ elegantně naleštěným, leč kluzkým provedením. Projdeme-li aktivními životními etapami bez zdravotní úhony, přichází zenit a následuje seniorský věk, často spojený s přirozenou menší schopností rychlé reakce a orientace.

Podle stávající platné vyhlášky (vyhláška č. 369/2001 Sb., o obecných technických požadavcích zabezpečujících užívání staveb osobami s omezenou schopností pohybu a orientace) je osobou s omezenou schopností pohybu a orientace:

- osoba postižená pohybově, zejména osoba na vozíku pro invalidy,
- osoba postižená zrakově,
- osoba postižená sluchově,
- osoba pokročilého věku,
- těhotná žena,
- osoba doprovázející dítě v kočárku,
- osoba doprovázející dítě do tří let,
- osoba doprovázející osobu s mentálním postižením.



Univerzální designe.

Jak vidíme, omezená schopnost pohybu a orientace je pojem zasahující poměrně široké spektrum lidí. Zahrnuje osoby, které z důvodu nemoci, úrazu nebo vrozeného stavu se mohou jen obtížně pohybovat, vidět, slyšet nebo vnímat, ale také osoby, které mají schopnost pohybu a orientace jen dočasně či přechodně omezenou – pod tím si můžeme představit cokoli, od chvilkové nevolnosti, zlomené nohy při lyžování (včetně nutnosti používat jednu nebo obě podpůrné hole) až po skutečnost, že máme malé dítě (v kočárku nebo bez) či několik těžkých nákupních tašek nebo zavazadel. V praktickém životě tak de facto každý zažijeme dočasně, dlouhodobě nebo trvale určitý stupeň pohybového omezení. Zvláště aktuální je pak otázka stárnoucí populace, u které se projevují přirozené důsledky snížení fyziologických funkcí. Do popředí se tak dostává **tzv. univerzální plánování**, které představuje snahu o vytváření **bezbariérového prostředí pro všechny**, tak aby byly budovy, komunikace, doprava, informační technologie ad. přístupné pro všechny životní situace člověka. Tento směr zpřístupňování prostředí je znám pod cizojazyčnými názvy také jako „universal design“ nebo „design for all“.

Existenci bariér si naplno většinou uvědomíme až tehdy, začne-li se nás bezprostředně dotýkat. Zatímco lidé bez zdravotního postižení mohou vnímat bariéry spíše jako **nepohodlí**, u lidí s postižením s existencí bariér dochází **k omezování práva**

na svobodu pohybu v nejširším slova smyslu a také v řadě případů **k ohrožení bezpečnosti, zdraví nebo života**.

V současné době již v ČR existuje platná legislativa, která má vzniku bariér předcházet. **Stavební zákon** (zákon č. 50/1976 Sb., o územním plánování a stavebním řádu, ve znění pozdějších předpisů) ukládá subjektům včetně správních orgánů zúčastněným v procesu výstavby postupovat při navrhování a projektování staveb, při rozhodování o nich a při jejich realizaci tak, aby stavby mohly využívat také lidé s omezenou schopností pohybu a orientace. Uvedená **prováděcí vyhláška** stanoví, kterých staveb se tato povinnost týká a jaké technické požadavky jsou na stavby kladeny.



Problémem číslo jedna dnes tedy není nedostatek základní legislativy, ale fakt, že často není dodržována a neexistuje její důsledné dotažení v podobě adekvátních sankcí!

Na jednom z českých krajských úřadů byla již několik let po nabytí platnosti vyhlášky při vstupu do budovy postavena šikmá rampa a aby zapadala do celkového designu moderního stylu budovy, byl jako materiál použit umělý leštěný mramor. Výška i sklon rampy jsou v pořádku, doslova „kámen úrazu“ je právě ve zvoleném materiálu v kombinaci s přílišnou délkou rampy. Za hezkého počasí je rampa použitelná. Když zaprší, stává se z ní vysoce nebezpečné kluziště, a to i přes pozdější snahu řešit toto faux paux protiskluzovými příčnými pásky, které mimochodem zcela zrušily původně zamýšlený estetický dojem, kvůli kterému byl zřejmě materiál použit. Zkuste si představit člověka na vozíku. I kdyby si sám netroufl na mokrou dlažbu vjet a požádal někoho dalšího, oba se vystavují vysokému riziku uklouznutí a pádu. Paradoxní je, že se jedná o budovu krajského úřadu, který vykonává dozorovou činnost mimo jiné v působnosti stavebního zákona.

Jiný příklad – šikmá rampa u nákupního centra v jednom z moravských měst je sice postavena z odpovídajícího materiálu, ale je příliš strmá a krátká, takže člověk na vozíku musí být buďto zároveň zdatným sportovcem a „risknout to“, nebo trpělivým prosebníkem kolemjdoucích – taktéž ovšem zdatných sportovců.



Jak je možné, že tyto zdraví i životu nebezpečné části staveb byly zkolaudovány?

Mezi stavby podléhající režimu povinnosti zabezpečení užívání staveb osobám s omezenou schopností pohybu a orientace patří např. kromě bytů zvláštního určení (tj. byty uzpůsobené životním potřebám lidí se zdravotním postižením) také stavby zvané „stavby občanského vybavení“. Že mezi tyto stavby patří nemocnice, úřady, hotely nebo kulturní zařízení, jistě nikoho nepřekvapí.



Víte, že legislativa v oblasti odstraňování bariér se vztahuje rovněž na telefonní automaty a poštovní schránky?

V posledních letech se situace velmi výrazně změnila k lepšímu, stále se však budeme v různé míře pravděpodobně setkávat s bariérami, které těm architektonickým předcházejí. **Bariérami v myšlení lidí**. Někdy je příčinou existence bariér neznalost, někdy neochota a někdy jde o základní neporozumění tomu, že **lidé se zdravotním**

postižením nechtějí nic navíc, že chtějí jen to, co máme my ostatní – tedy svobodný přístup k informacím, do budov, bezbariérovou dopravu, přístup ke vzdělání ad.

Snaha o řešení bariér má někdy kuriózní charakter. Jeden z moravských úřadů byl postaven před řešením situace, kdy úřad byl nově zrekonstruován, a tudíž bezbariérový – ovšem se zvyšujícím se počtem kompetencí a úředníků bylo potřebné dokoupit další část staré přilehlé budovy, která již bezbariérová nebyla. Shodou okolností byl právě do této části budovy přemístěn odbor sociálních věcí a zdravotnictví, tedy útvar, u nějž se dá předpokládat vyšší výskyt vyřizování záležitostí občany se zdravotním postižením. Odbor je navíc umístěn v nejvzdálenější části celého komplexu úřadu bez možnosti přímého vstupu, takže lidé s postižením mobility musí absolvovat nejdelší úsek cesty ze všech návštěvníků úřadu. Když byli kompetentní pracovníci upozorněni na skutečnost, že se občané se zdravotním postižením do budovy bez přímé fyzické pomoci nedostanou, přišel někdo s návrhem zřídit pro vyřizování záležitostí těchto občanů speciální místnost v bezbariérové části budovy, ve které bude centrální počítač s možností přístupu k vlastním dokumentům jednotlivých úředníků. Úředníci by potřebné listinné dokumenty k projednávání záležitosti přinášeli do této speciální místnosti, ve které by zároveň probíhala jednání tak, „aby to bylo pro lidi s postižením nejsnadnější a nemuseli nikam chodit“. Jakkoli se může zdát takovéto řešení vůči těmto lidem na první pohled vstřícné, vykazuje vůči těm z nich, kteří by upřednostnili plnohodnotné vyřizování svých záležitostí v běžném režimu, silné segregační prvky, čímž je mj. dotčena i důstojnost těchto osob – proč dělat specializovaná opatření, když nejsnadnějším a vstřícným řešením by bezesporu bylo, kdyby tento odbor i nadále zůstal v bezbariérové části budovy. Nabízí se otázka, proč se tak nestalo?



Řada úřadů řeší situaci nepřístupnosti úřadu tak, že jednání probíhají v osobních vozidlech občanů s postižením mobility před budovou úřadu, případně ve vstupní hale či na chodbách úřadu. Žádný z těchto přístupů však není naplněním Kodexu etiky zaměstnanců ve veřejné správě, který hovoří o rovném přístupu ke všem fyzickým a právnickým osobám.

Existence samotné bezbariérové budovy úřadu sama o sobě nestačí k tomu, aby byla zajištěna jeho přístupnost. Není-li např. před úřadem dostatečný počet parkovacích míst pro imobilní občany, nevedou-li k úřadu bezbariérové komunikace a také bezbariérová doprava, je celé úsilí o přístupnost úřadu úspěšné jen zčásti. **Bezbariérové přístupy do budov státních a veřejných institucí a služeb (např. školy) jsou kritickými místy infrastruktury a dopravních řetězců.** Při zpřístupňování těchto budov je zanedbávána potřeba jejich propojení bezbariérovou pěší trasou či bezbariérovou dopravou v rámci obce/města. Bezbariérovost infrastruktury a dopravních řetězců je důležitým faktorem kvality života a hraje klíčovou úlohu pro volbu místa bydliště a pracoviště obyvatelstva. Přístupná dopravní infrastruktura je hlavní podmínkou pro zapojení osob se sníženou schopností pohybu a orientace do aktivního života a **zvýšení jejich ekonomických aktivit včetně přístupnosti vzdělání jako podmínky pro získání jejich kvalifikace či rekvalifikace.**



I „dvanáct schodů“ odřízne přístup ke vzdělání a donutí člověka spadnout do sociální sítě!

Při přípravě jednoho z krajských plánů vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením probíhaly s vedením krajského úřadu diskuze o stavu plnění povinného podílu zaměstnavatelů při zaměstnávání občanů – tehdy ještě „občanů se změněnou pracovní schopností“ – a v tomto smyslu o možnostech zlepšení situace. Tehdejší vedoucí odboru kanceláře ředitelky se podívovala nad skutečností, „proč se k nám ti lidé na výběrová řízení nehlásí, když máme bezbariérový úřad?“ Odpověď je hlubší, mnohoveštevá a může znít takto: Nehlásí se proto, že nemají kvalifikaci. Kvalifikaci nemají proto, že nemají vzdělání. Vzdělání nemají proto, že neexistuje dostatečné množství bezbariérových škol. (I dvanáct schodů může být v konečném důsledku odříznutím možnosti chodit do vybrané školy.) Když už se najde osvětlený ředitel/ka, který/á vytvoří podmínky pro fyzické zpřístupnění školy žákům/studentům se zdravotním znevýhodněním, narazí na bariéry psychické – obava či neochota vyučujících vzít do třídy takové dítě/studenta. Podaří-li se osvětlenému řediteli/ředitelce překonat i tyto nástrahy integračního procesu (vyškolí učitele, zajistí konzultace), ocitne se před téměř neřešitelným problémem bariérové infrastruktury. Děti/studenti se do školy samostatně nedopraví. Doprava do školy pak vyžaduje v řadě případů vysoké individuální nasazení rodičů a komplikace v zaměstnání, neboť který zaměstnavatel bude dlouhodobě tolerovat nepřítomnost pracovníka z důvodu každodenního svozu a odvozu dítěte/studenta do školy? Kruh se tedy uzavírá. Volíme školu, která neodpovídá zájmům a schopnostem budoucího zaměstnance, ale tu, která je přístupná a v případě, že taková škola je daleko a my nemáme ekonomické a jiné zázemí, resignujeme na vzdělání zcela. Důsledky se pak projeví ve zvýšené míře čerpání sociálních dávek a dalších systémů sociálního zabezpečení.

Dostupnost dopravy v obcích i mimo ně je pro tyto občany nedostatečná. Připočteme-li k tomu i současný trend vedoucí k omezování dopravních spojů a místy až k útlumu veřejné autobusové a železniční dopravy, dostávají se tito lidé do vážných problémů. Většinová populace řeší **problémy s dostupností dopravy přesunem k osobní automobilové dopravě**. Osoby se sníženou schopností pohybu a orientace tuto možnost většinou nemají, a dochází tak k jejich **vyčleňování ze společnosti**.

Česká republika je bohatá na **kulturní dědictví**. Mnoho jader měst se dochovalo ve své historické struktuře, přibližně 250 z nich je chráněno státní památkovou péčí a v řádu jednotek je zapsáno v seznamu UNESCO. Stav stavebních fondů měst, přírodních prvků a veřejných prostranství je dosud často zanedbaný a neumožňuje dostatečný bezbariérový pohyb. Takováto situace snižuje návštěvnost turistů a snižuje turistický potenciál lokalit.

Zaměření a rozsah této publikace neumožňují širší záběr problematiky, pro zájemce jsou na konci kapitoly uvedeny odkazy na další informační zdroje – zastavíme se však u jednoho důležitého momentu, a sice – u rozdílů mezi **požadavky na zpřístupnění budov a infrastruktury u různých skupin osob se zdravotním postižením**. Například pro osoby s postižením pohybového aparátu, ať již lidí na vozíku, uživatele jedné či dvou opěrných holí, nebo lidí s dočasným omezením pohybu (s nohou v chodící sádře, se zpevňovacím krčním korzetem při poraněních páteře apod.), je ideálním

řešením prostředí bez schodišť, obrubníků, strmých ploch. Pro nevidomé lidi jsou tytéž prvky prostředí ovšem velmi důležitými orientačními body, podle nichž s pomocí bílé hole udržují směr trasy a usnadňují bezpečnost jejich samostatného pohybu.



Neodborným odstraněním bariéry pro vozíčkáře můžeme vyrobít život ohrožující bariéru pro nevidomé!

Před několika lety se v Ostravě stal případ, kdy byly v průběhu jednoho víkendu odstraněny vysoké obrubníky v místě přechodů pro chodce na jedné z rušných křižovatek. Důvodem byla snaha úřadu městského obvodu o vytvoření bezbariérového průjezdu křižovatkou pro vozíčkáře. Nevidomá starší paní, která bydlela nedaleko křižovatky, chodívala denně přes křižovátku za nákupem. Podle určitého místa (orientačního bodu) obvykle poznala, že se nachází před přechodem pro chodce, a ujištěním byl právě obrubník, který tvořil předěl mezi chodníkem a vozovkou. Až do osudného dne tak vytvářel bezpečný prostor pro samostatné přecházení přes vozovku, což je u nevidomého člověka jedna z nejnáročnějších dovedností. Očekávaný obrubník chyběl a v takových okamžicích stačí velmi málo, vteřina, půl metru navíc, a člověk se ocitne přímo v křižovatce... Pokud by vykonavatelé domnělého opatření odstraňování bariér postupovali podle platné legislativy, k neštěstí nemuselo dojít. Věděli by totiž, že tyto situace se dají velmi jednoduše vyřešit vytvořením cca dvoucentimetrového obrubníku, který ani vozíčkářům, ani starším lidem, ani maminkám s kočárky nepřekáží a pro nevidomé chodce představuje zásadní bezpečnostní a orientační informaci.



Národní rozvojový plán mobility pro všechny, financovaný ze státního rozpočtu, podporuje zpřístupňování dopravy a odstraňování bariér při vstupu do budov státních a veřejných institucí a služeb.

Počet obyvatel, kteří mají sníženou schopnost pohybu či orientace, a to jak krátkodobě či dlouhodobě, je odhadnut na 1/3 populace ČR. V roce 2002 byl vyhlášen Vládním výborem pro zdravotně postižené občany a Národní radou zdravotně postižených ČR **Národní rozvojový plán mobility pro všechny financovaný ze státního rozpočtu**. Cílem programu je svobodný pohyb pro všechny skupiny obyvatelstva. **Podporuje** mimo jiné specifické opatření – **zpřístupňování dopravy a odstraňování bariér při vstupu do budov státních a veřejných institucí a služeb**. Prostředky programu mobility jsou uvolňovány na realizaci ucelených bezbariérových tras, tzn. celkové propojení budov a dopravy. Na zpřístupňování dopravy se dále podílí Státní fond dopravní infrastruktury, Ministerstvo dopravy, Ministerstvo pro místní rozvoj a nověji také kraje, které v této oblasti postupně vytvářejí ucelené koncepce.

V závěru této kapitoly je potřebné zmínit instituce, které se významným způsobem podílejí na odstraňování bariér. Jsou jimi zejména:

- Stavební odbory příslušných obcí.
- Sdružení pro životní prostředí zdravotně postižených v ČR – občanské sdružení s funkcí odborného konzultanta pro stavební úřady; sdružení není součástí výkonu státní správy, z tohoto důvodu dochází k podceňování této problematiky zejména v menších obcích – konzultanti bývají úřady opomenuti, což mívá velmi často za následek chybné řešení „bezbariérových“ opatření již ve fázi projektové

dokumentace. Mnohdy je realizovaná stavba zkolaudována úředníkem bez odborné znalosti konkrétní místní situace a špatná přístupnost nebo nebezpečnost stavby se zjišťuje až následně při jejím užívání lidmi s omezenou schopností pohybu a orientace.

- Česká komora autorizovaných inženýrů a techniků (ČKAIT) – veřejnoprávní stavovská organizace sdružující všechny autorizované inženýry a autorizované techniky činné ve výstavbě.
- Vládní výbor pro zdravotně postižené občany.
- Národní rada zdravotně postižených ČR.
- Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých.
- Tyfloservis, o. p. s., TyfloCentrum, o. p. s. a další organizace.

SHRNUTÍ

Bariéry fyzického prostředí se týkají širokého okruhu lidí. Projevují se zejména v oblasti staveb a dopravy. Existence bariér má za následek nepřístupnost prostředí včetně vzdělání a veřejných služeb, ohrožení bezpečnosti, zdraví i života. V ČR existuje velmi dobré legislativní prostředí pro odstraňování bariér, problémem zůstává nedodržování této legislativy a neexistující systém sankcí za její nedodržování.

OTÁZKY K ZAPAMATOVÁNÍ

1. Kteří lidé patří podle prováděcí vyhlášky ke stavebnímu zákonu (č. 369/2001 Sb.) do okruhu osob s omezenou schopností pohybu a orientace?
2. Co znamená pojem „univerzální design“?
3. Které instituce zejména jsou tzv. kritickými místy infrastruktury a dopravních řetězců a proč?
4. Který vládní dokument podporuje zpřístupňování dopravy a odstraňování bariér? Jak jsou tyto aktivity financovány?

5.4 SOCIÁLNÍ ZABEZPEČENÍ

Oblast sociálního zabezpečení je velmi rozsáhlá a zahrnuje řadu složitých subsystémů. Objektivně i subjektivně je celá oblast vnímána jako „imanentní“ vlastnost či specifikum zdravotního postižení. V rámci reformy byly v minulých letech transformovány či nově založeny některé subsystémy – státní sociální podpora, důchodové pojištění. Zejména důchodový systém očekává řada změn vyplývajících z makroekonomických a demografických ukazatelů. Jeho charakteristickým znakem je nutnost adekvátní reakce na očekávané zvyšování počtu obyvatel v tzv. důchodovém věku.



Jistě nás není málo, kteří se na uvedenou skutečnost dokonce těšíme. Třeba konečně přestanou podnikatelé považovat za člověka schopného přijetí do zaměstnání jen mladšího třiceti let...

CHARAKTERISTIKA SYSTÉMU SOCIÁLNÍ PODPORY ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÝCH

V rámci reformy systému sociálního zabezpečení – **subsystém sociální pomoci nebyl dosud dobudován** a je tvořen řadou nekompatibilních právních norem, jež nejsou způsobilé postihnout dynamiku probíhajících změn a působit dostatečně na odstraňování tzv. „invalidizace“ zdravotního postižení.



De facto se jedná o systém, který byl nastaven na začátku 90. let a je – ve vztahu ke zdravotně postiženým – ze značné části upraven zákonem č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení a nevyhovujícím zněním vyhlášky MPSV č. 182/1991 Sb. v platném znění.

Dalším problémovým místem je existence řady klasifikačních postupů (posudkových kritérií), které stanovují značné **množství kategorií zdravotního postižení**. Některá z uvedených třídění jsou vzájemně inkompatibilní i pro účely sociálního zabezpečení.

Ze strany zdravotně postižených bývá kritizován fakt nutnosti časté návštěvy posudkové služby pro účely vypracování jednotlivých stanovisek a jsou požadovány organizační změny vedoucí ke komplexní diagnostice zdravotního postižení daného občana a aplikaci výsledného posudku pro více situací – žádosti a následných rozhodnutí příslušného orgánu.



Jistě si lze představit, že občan je diagnostikován příslušným posudkovým lékařem a na základě jednoho posouzení – komplexního – jsou posléze po dobu tří nebo pěti let vydávána stanoviska pro potřeby příslušných orgánů.

SOCIÁLNÍ DÁVKY

Nepodařilo se zcela odstranit náhled na poskytování dávek sociální péče zdravotně postiženým jako *suī generis* „státní charity“.

Již jsme uvedli, že u nás chybí subjekt, v jehož zájmu (primárně ekonomickém) by bylo zastavení procesu „od nemoci a postižení k invaliditě“. Či pokračování tohoto procesu „od nemoci a invalidity zpět k pracovní aktivitě“. Je skutečností, že celý stávající systém působí právě prvně uvedeným směrem.



Závažné tvrzení lze dokumentovat na popisu situace, která nastane u kteréhokoliv občana, který po autonehodě utrpí závažná poranění, vedoucí až k ochrnutí např. dolních končetin. Organizační soustava lékařské i následné péče „přesně“ umí zajistit péči o člověka v prvních měsících po úraze. Za rok – přidělením invalidního důchodu – vše končí. Chybí subjekt – varianta „pojišťovny pro invaliditu“, v jejímž zájmu by bylo zajistit svému klientovi to, co v důsledku svého postižení ztratil – zpravidla práci.

Zejména v posledních letech se proto ve společnosti objevují názory o „zneužívání dávek“ ze strany (nejen) zdravotně postižených. Uvedené projevy lze v některých případech chápat jako výraz zájmu o efektivní umísťování veřejných prostředků, řada občanů se zdravotním postižením je však chápe jako excesy dotýkající se lidské cti

a důstojnosti. Řešením tohoto jevu je zejména správné a přesné nastavení parametrů poskytování jednotlivých dávek.



Všichni si zpravidla vzpomeneme na někoho ve svém okolí, kdo podle nás dávky státní pomoci či podpory „zneužívá“. Někdy můžeme mít pravdu, jindy bychom měli být s odsudky opatrnější. . .

Systém dávek, mj. z logiky věci dané výstavbou právního řádu, působí dnes již víceméně staticky a není schopen reakce na měnící se podmínky života společnosti i občanů se zdravotním postižením. **Jednou zavedené dávky v systému přetrvávají a přetrvávají** i bez jejich faktického významu (příspěvek na topnou naftu). Jiné jsou nadále potřebné – jejich parametry však znehodnocují původní cíl jejich ustavení. Existuje prostor pro systémově nový druh dávky (informační společnost, přístup k informacím), která však nebyla vytvořena. Namísto ní stále existuje dávka – příspěvek na používání (pevné) telefonní stanice.



Zájemce může nahlédnout do textu vyhlášky MPSV č. 182/1991 Sb., a seznámit se se spektrem poskytovaných dávek.

Do budoucna tak bude pravděpodobně nutné změnit dosavadní model jejich poskytování (upravený toliko vyhláškou) na propracovaný systém upravený zákonem, dosud pracovně nazývaným o „dávkách pro zdravotně postižené“. Jedním z problémů, který současná právní i faktická úprava poskytování dávek přináší, je nedostatečné odlišení opatření (dávek) řešících potřeby zdravotně postižených kompenzačním či rehabilitačním způsobem (tedy jistá forma náhrady či vyrovnání újmy) od opatření poskytovaných v souvislosti s tzv. sociální potřebností.



Domníváte se, že potřebujeme a budeme mít jednou samostatný zákon o dávkách sociální péče pro zdravotně postižené?

SOCIÁLNÍ SLUŽBY

Sociální služby, jejich právní regulace, organizace, obsahové zajištění, schopnost reagovat na měnící se potřeby a podmínky života občanů se zdravotním postižením – to vše zůstává dlouhodobě velkým problémem vztahu státu ke zdravotně postiženým. Základy jisté rigidity tohoto subsystému jsou položeny v letech před rokem 1989, kdy se tehdejší Československo, mj. vlivem obecných společensko-politických poměrů, stalo zemí proslulou zřizováním zcela odlidštěných hromadných velkokapacitních institucí pro stovky občanů s postižením. V ústavech sociální péče bydlely tisíce občanů celý svůj život v naprosto nedůstojných podmínkách. Jakkoliv po celá 90. léta existovala snaha o humanizaci poskytovaných služeb, zpravidla se jednalo o zlepšování dílčích (hygienických, personálních, prostorových ad.) vlastností daného systému; jeho podstata zůstala zachována.



Někdy se, a s patřičnou dávkou hořkosti, říkalo a říká takovým ústavům Ústav sociální péče – pro zaměstnance.

Jaké jsou největší problémy stávajícího modelu poskytování sociální péče?

Jedná se (bez nároku na úplnost) zejména o následující problémové okruhy:

- **Spektrum služeb** pro lidi se zdravotním postižením, které jsou zajišťovány veřejnou správou, je **velmi chudé** a v jeho rámci je dominantně poskytována ústavní péče a okrajově pečovatelská služba.
- **Transformace ústavní péče nebyla provedena.** Nadále přetrvává její poskytování ve velkých zařízeních s charakterem bydlení na odděleních.
- Existuje reálné, dlouhodobé a stále výraznější **finanční nedocenení pracovníků** v sociálních službách.
- **Sociální služby stále ještě nejsou dostupné** (druh a region), existují poradníky na ústavní péči, protože nestačí kapacita alternativních služeb.
- **Systém grantů (dotací) pro nevládní organizace – poskytovatele služeb** – neumožňuje efektivní a dlouhodobě plánované využití finančních prostředků.
- **Neexistuje účinný informační systém** pro občany se zdravotním postižením a jejich rodiny.
- V rámci systému **neexistuje zákonem upravený nástroj na ochranu práv uživatelů služeb**, nejsou vyvinuty ani praktikovány žádoucí kontrolní mechanismy na tomto poli. Kontrola se de facto zaměřuje jen nedodržování hygienických norem.
- Byly vytvořeny **standards sociálních služeb**, nejsou však dosud **normativně upraveny** – a tedy ani závazné.
- **Velkým problémem je současný přechod zřizovatelské působnosti** vůči většině rezidentních (i dalších) typů sociálních služeb na nové zřizovatele (v drtivé většině případů na kraje). Nebyla vyčíslena (jako se stalo u zdravotnických zařízení) výše tzv. vnitřního dluhu spočívajícího v dlouhodobém podfinancování investičních, provozních i personálních nákladů zařízení.

DALŠÍ VÝVOJ V OBLASTI SLUŽEB PRO ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÉ

Všechny úvahy o budoucím rozvoji sociálních služeb souvisí s očekávaným přijetím návrhu zákona o sociálních službách, který byl vládou České republiky schválen v srpnu 2005 a v Parlamentu ČR projednáván od září téhož roku. V případě jeho přijetí bude (je) účinný od 1. ledna 2007. Text jeho návrhu naznačuje možnosti, obsahuje však i nemalá rizika tvořícího se nového systému poskytování sociálních služeb.

Zákon obecně přináší „revoluční“ prvek do systému sociální péče (dle stávajícího názvosloví) tím, že zavádí možnost adresného poskytování určitého finančního příspěvku na pořízení sociální služby samotnému uživateli.



Přestože se jedná o opatření, které má vést ke zvýšení nezávislosti uživatele služby (zdravotně postižené osoby) na poskytovateli služby, již nyní se ukazuje, že – tak jako vždy – bude rozhodovat zejména ekonomická stránka věci – přesněji výše příspěvku.

Vedle toho návrh zákona definuje **základní druhy a formy sociálních služeb**, kterými jsou:

- sociální poradenství,
- služby sociální péče,
- služby sociální prevence.

Sociální služby se mají poskytovat jako služby pobytové, ambulantní nebo terénní.

Již jsme uvedli, že mezi nejvýznamnější znaky nové právní úpravy patří zavedení přímé finanční dotace fyzické osobě za účelem zajištění potřebné pomoci. Dávka nese název **Příspěvek na péči**. O příspěvku budou, v případě přijetí této úpravy, rozhodovat za podmínek stanovených zákonem obecní úřady obcí s rozšířenou působností.

Vedle dalšího půjde zejména o posouzení stupně závislosti na pomoci jiné fyzické osoby. Zákon zavádí čtyři stupně závislosti, kdy z důvodů dlouhodobého nepříznivého zdravotního stavu potřebuje osoba péči, a to v členění podle tab. 5.2.



Pro zajímavost můžete porovnat navržené členění s dosavadními stupni bezmocnosti.

Tabulka 5.2: Závislost výše příspěvku na péči na stupni závislosti

Stupeň závislosti	Výše příspěvku pro osobu v Kč	
	Do 18 let věku	Zletilou
I (lehká závislost) – osoba potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 12 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti	2 000	1 500
II (středně těžká závislost) – osoba potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 18 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti	5 000	4 000
III (těžká závislost) – osoba potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 24 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti	9 000	8 000
IV (úplná závislost) – osoba potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 30 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti	11 000	11 000

Částky příspěvku uvedené v tabulce by měla vláda zvyšovat svým nařízením, a to podle růstu indexu spotřebitelských cen sociální péče ve stanoveném rozhodném období za podmínky, že tento růst dosáhne od počátku rozhodného období alespoň 5 %. Uvedené ustanovení bude v praxi reagovat zejména na případné zvyšování platů sociálních pracovníků, které bude činit podstatnou část „cen v sociální péči“.

Zákon dále uvádí systém sociálních služeb poskytovaných bezplatně a za úplatu, zakotvuje oprávnění k poskytování sociálních služeb (vzniká registrací), definuje profesi sociálního pracovníka a kvalifikační předpoklady pro výkon této pozice, zakotvuje další z nových institutů, kterým je nutnost uzavření „Dohody o poskytování sociální služby“, pravidla dalšího vzdělávání sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách a další.



Dohoda o poskytování sociální služby nahradí dosavadní administrativně-správní rozhodnutí orgánu veřejné správy o „přidělení“ příslušného druhu péče – viz rozhodnutí o zařazení do ústavu sociální péče.

Z dalších úkolů, které bude v oblasti služeb a dávek do budoucna nutno nějakým způsobem řešit, musíme upozornit zejména na následující systémy a instituty.

Prvním z nich je dlouho diskutovaný systém tzv. **komplexní (ucelené) rehabilitace** zasahující svými oblastmi do sféry pracovní, vzdělávací, sociální i zdravotní. Cílem takového systému by se mělo stát poskytování podpory a péče, pro kterou se v mezinárodní sféře vžil termín „rehabilitace“. Podrobněji o tomto systému v kapitole 10 věnované problematice tělesného postižení.



Je faktem, že vláda ČR již v roce 2004 projednávala věcný záměr návrhu zákona o ucelené rehabilitaci. Z řady důvodů, zřejmě i z důvodů značné „chaotičnosti“ návrhu, jej však neschválila.

Je nepochybné, že český sociální systém nevěnuje dostatečnou **pozornost problematice rodiny s těžce zdravotně postiženým členem**. Dosud neexistující formy podpory je nutno budovat ve dvou směrech. Prvním je možnost pracovního uplatnění členů rodiny s těžce zdravotně postiženým členem a druhou celkové zajištění vyšší kvality života, zejména jedná-li se o člena s těžkými či kombinovanými formami zdravotního postižení.

Zásadním úkolem zůstává řešení situace pečující osoby po přechodu do systému důchodového pojištění, kdy dochází k výraznému propadu výše dávky, jež vyplývá z nastavení parametrů systému a neodpovídá náročnosti vykonávané činnosti.

V oblasti podpory rodiny dosud **chybí komplex opatření zaměřených na „krizové“ období prvních let života dítěte** se zdravotním postižením či jinak výrazně biologicky, sociálně či psychicky znevýhodněného. Proto zákon o sociálních službách zakotvuje nový typ této služby, nazývaný **raná péče**. Primárním úkolem rané péče je při respektování kompetencí rodiny působit na snižování rizika vyplývajícího z existence zdravotního postižení dítěte.



Zatím můžeme o systému rané péče hovořit jen v oblasti zrakového postižení, kde již řadu let působí nestátní Společnost pro ranou péči, poskytující své služby rodinám dětí se zrakovým postižením. Další na www.ranapece.cz

SHRNUTÍ

Složitou a rozsáhlou oblast sociálního zabezpečení jsme ve vztahu k občanům se zdravotním postižením „rozdělili“ na oblast služeb a dávek. Konstatovali jsme probíhající

tzv. reformu systému sociálního zabezpečení, kdy subsystémy důchodového pojištění a státní sociální podpory byly v té či oné míře vybudovány a subsystém sociální pomoci dobudován nebyl. Oblast stále upravují zastaralé – a roztržité – předpisy vydané zejména k provedení, mnohokrát novelizovaného zákona č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení.

Stručně jsme uvedli největší nedostatky současného systému sociální péče – zejména z ohledem na převládající typ tzv. ústavní péče o zdravotně postižené. Na příkladu návrhu zákona o sociálních službách jsme se snažili ukázat možné směry vývoje v této oblasti. V systému sociálních dávek lze očekávat snahy o přijetí speciálního zákona o dávkách pro občany se zdravotním postižením. Uvedli jsme stručný výčet očekávaných řešení v oblasti tzv. komplexní rehabilitace, rané péče a dalších „moderních“ forem podpory občanů se zdravotním postižením.

OTÁZKY K ZAPAMATOVÁNÍ

1. Proč nemůže stávající systém sociální péče stačit nárokům klientů–uživatelů?
2. Domníváte se, že zákon o sociálních službách (v případě přijetí) zlepši pozici uživatelů? V čem spatřujete možná rizika?
3. Zastáváte názor, že zdravotně postižení dávky sociální péče zneužívají? Proč?
4. Zamyslete se nad výší navrženého příspěvku na péči – zejména v kategorii těžké a úplné závislosti.

5.5 ZDRAVOTNÍ PÉČE

Jestliže jsme v systémech sociálního zabezpečení, zaměstnanosti, přístupnosti a částečně i vzdělávání mohli hovořit o speciálních či specifických právních a faktických institutech vážících se bezprostředně ke zdravotnímu postižení, potom v oblasti poskytování zdravotní péče musíme konstatovat, že **zdravotně postižení jsou z povahy věci samé významným subjektem poskytování zdravotní péče**. Ovšem jejich postavení v systému není upraveno speciálními normami. Základním charakterovým rysem poskytování zdravotní péče této skupině občanů je skutečnost, že zdravotní péče jim poskytovaná je nedělitelnou součástí jednotného systému veřejného zdravotního pojištění. Na této skutečnosti nic nemění ani skutečnost, že občané se zdravotním postižením jsou obvykle větším konzumentem zdravotní péče než ostatní pojištěnci.



Jedná se o praktickou ukázkou principu, na němž je postaven jak systém zdravotní péče, tak i systém péče sociální. Princip solidarity má ve zdravotnictví nezastupitelné místo. Obvykle se např. uvádí, že občané starší 65 let věku „konzumují“ tři čtvrtiny nákladů na zdravotní péči. Není nám znám údaj o nákladech zdravotní péče poskytované zdravotně postiženým.

V uplynulém období se dařilo zabezpečovat potřebnou zdravotní péči o občany se zdravotním postižením na relativně vysoké odborné úrovni, odpovídající současným poznatkům světové medicíny. Problémy, které poskytování zdravotní péče občanům se zdravotním postižením provázejí, jsou zpravidla součástí obecných trendů a obtíží, systému zdravotnictví. Specifickým problémem se staly některé mimořádně odborně

složité a finančně náročné terapeutické postupy, které v některých případech nebylo možno pokrýt odbornými kapacitami lékařských pracovišť v ČR, resp. uhradit ze systému veřejného zdravotního pojištění. Jedná se však o ojedinělé případy.



V souvislosti s hrazením nákladných operačních zákroků prováděných v zahraničí (z důvodů nemožnosti jejich výkonu na našich pracovištích) vyvstává otázka, zda mají být hrazeny z prostředků veřejných rozpočtů – nebo jako dosud často z veřejných sbírek občanů.

Česká republika je od 1. 10. 2001 vázána Úmluvou o lidských právech a biomedicině. Z jejího textu vyplývá, že jakýkoliv zákrok v oblasti péče o zdraví je možno provést pouze za podmínky **svobodného a informovaného souhlasu** dotčené osoby. Úmluva současně umožňuje, aby v souladu s podmínkami stanovenými zákonem byla osoba s vážnou duševní poruchou podrobena zákroku bez svého souhlasu. Naplňování tohoto ustanovení Úmluvy při pobytu pacientů v psychiatrických léčebnách je stále spojeno s řadou sporných bodů, a to zejména v důsledku faktu, že současná právní úprava nekonkretizuje způsob vykonatelnosti práv pacientů v potřebné míře a nový zákon o zdravotní péči nebyl přes řadu pokusů od poloviny 90. let přijat.

Hovoříme-li o současné právní úpravě, jedná se primárně o zákon o péči o zdraví lidu č. 20/1966 Sb. Abychom si učinili představu o jeho „zastaralosti“, uvádíme přehled novel, kterými byl v průběhu let změněn:

Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění zákona č. 210/1990 Sb., zákona č. 425/1990 Sb., zákona č. 548/1991 Sb., zákona č. 550/1991 Sb., zákona č. 590/1992 Sb., zákona č. 15/1993 Sb., zákona č. 161/1993 Sb., zákona č. 307/1993 Sb., zákona č. 60/1995 Sb., nálezů Ústavního soudu vyhlášeného pod č. 206/1996 Sb., zákona č. 14/1997 Sb., zákona č. 79/1997 Sb., zákona č. 110/1997 Sb., zákona č. 83/1998 Sb., zákona č. 167/1998 Sb., zákona č. 71/2000 Sb., zákona č. 123/2000 Sb., zákona č. 132/2000 Sb., zákona č. 149/2000 Sb., zákona č. 258/2000 Sb., zákona č. 164/2001 Sb., zákona č. 260/2001 Sb., zákona č. 285/2002 Sb., zákona č. 290/2002 Sb., zákona č. 320/2002 Sb., zákona č. 130/2003 Sb., zákona č. 274/2003 Sb., zákona č. 356/2003 Sb., zákona č. 37/2004 Sb., zákona č. 53/2004 Sb., zákona č. 121/2004 Sb., zákona č. 156/2004 Sb., zákona č. 422/2004 Sb. a zákona č. 436/2004 Sb., ...



Časté novelizace zákona svědčí buď o prudké změně vztahů v dané oblasti společenského života nebo také o nedostatečné predikční činnosti zákonodárce. Zde se bude pravděpodobně jednat o oba důvody.

Jedna z posledních novel zmíněného zákona (sněmovní tisk č. 1 045 z roku 2005) se relativně velmi podrobně věnuje **právu pacientů na poskytnutí veškerých informací shromážděných ve zdravotnické dokumentaci** vedené o jeho osobě a právu v přítomnosti zdravotnického pracovníka **nahlížet do zdravotnické dokumentace o něm vedené** a na **pořízení výpisů, opisů nebo kopií zdravotnické dokumentace**. Ve vztahu k některým skupinám občanů se zdravotním postižením určuje zákon

v některých případech, že uvedená práva mají osoby blízké a jde-li o osobu s omezenou způsobilostí k právním úkonům nebo osobu zbavenou způsobilosti k právním úkonům, má uvedená práva jeho zákonný zástupce.

OBLAST GENETICKÝCH VÝZKUMŮ

Úmluva dále stanoví, že jakákoliv forma diskriminace osoby z důvodu jejího genetického dědictví je zakázána. Rozvoj genetiky umožňuje rozpoznat, s větší či menší jistotou, stále větší množství situací, kdy je vysoce pravděpodobné budoucí postižení dosud nenarozeného dítěte. Tento fakt staví před budoucí rodiče, se zdravotním postižením i bez něj, nutnost rozhodovat o naplnění jejich přirozeného práva na rodičovství. Úmluva mj. stanoví, že smluvní strany zajistí, aby řešení základních otázek, které vystávají rozvojem biologie a medicíny, proběhlo po řádné veřejné diskusi, zejména co se týče jejich významných lékařských, společenských, ekonomických, etických a právních důsledků, a aby jejich případná aplikace byla předmětem odpovídající odborné diskuze.



O tomto tématu pojednáváme i v kapitole 6 zabývající se etickými otázkami ve vztahu ke zdravotnímu postižení.

V ČR byl proto vypracován **vládní návrh zákona o výzkumu na lidských embryonálních kmenových buňkách** a souvisejících činnostech a o změně některých souvisejících zákonů. Tento zákon má upravit:

- podmínky a povolování výzkumu na lidských embryonálních kmenových buňkách,
- podmínky pro provádění činností souvisejících s výzkumem na lidských embryonálních kmenových buňkách,
- kontrolu výzkumu na lidských embryonálních kmenových buňkách,
- registraci linií lidských embryonálních kmenových buněk a podmínky vedení jejich registru.

MOŽNOSTI A PROBLÉMY POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE

V důsledku rozvoje moderní medicíny a růstu počtu osob se zdravotním postižením, včetně chronicky nemocných, stále roste (a i v budoucnu poroste) tlak na dodatečné finanční vstupy, které by umožnily poskytovat vysoce náročnou zdravotní péči, jež v dřívější době nebyla známa, a které by zajistily kvalitní zdravotní péči i stále početnější seniorské části populace. Stále více se projevující **rozpor mezi možnostmi moderní medicíny a disponibilními prostředky na úhradu poskytované péče** znamená reálnou hrozbu, v důsledku které bude nutné revidovat dosavadní nastavení parametrů, které je základem solidárního systému financování zdravotní péče.



Myslíte, že princip solidarity ve zdravotnictví vydrží nápor nových terapeutických a reparačních možností?

Bez ohledu na zvolený typ a model právní úpravy bude do budoucna důležité udržet zákonnou úpravu, která zaručí hrazení všech i nejnákladnějších **výkonů zdravotní péče v rámci systému veřejného zdravotního pojištění**. Zdravotní postižení se jako institut svého druhu nemůže v žádném ohledu vyčleňovat z jednotného systému veřejného zdravotního pojištění. Bude však zřejmě nutné vypracovat a uvést v život kompenzační mechanismy, které v rámci systému zohlední ty plátce, kteří mají z hlediska nákladovosti vyšší podíl pojištěnců s potřebou nákladné či mimořádně drahé péče.



Není tajemstvím, že Všeobecná zdravotní pojišťovna vynakládá výrazně vyšší podíl nákladů na zdravotní péči, než by odpovídalo jejímu podílu dle počtu pojištěných osob. Je tomu tak zejména proto, že právě VZP soustřeďuje pojištěnce s vyšší mírou potřeby čerpání péče (senioři, osoby s postižením).

Problémy se objevují v oblasti **kvality následné zdravotní péče**, která je poskytována pacientům, mezi nimiž jsou osoby se zdravotním postižením zastoupeny v míře vyšší, než je tomu v případě péče akutní. Neodmyslitelnou součástí následné péče bude i do budoucna fyzioterapie, léčebná rehabilitace a ergoterapie.

Do systému následné péče zahrnujeme i snahy o **zavedení institutu sociálně zdravotních lůžek**, které řeší problematiku integrované péče v rezidenčních zdravotnických a sociálních zařízeních tím, že dosahují srovnatelných podmínek v uspokojování nároku občanů na zdravotní a sociální péči ve zdravotnickém i sociálním zařízení.

Pro osoby se zdravotním postižením mají zásadní význam některé dosud dostatečně nerozvinuté formy zdravotní péče, jakými je např. **domácí a hospicová péče**. Jejich současná podpora z veřejných prostředků je nedostatečná a nesystémová.

Velkým problémem je **financování a poskytování zdravotnických prostředků pro zdravotně postižené**. Moderní technologie zásadním způsobem zlepšují kvalitu života lidí se zdravotním postižením. Sortiment těchto prostředků se u nás v posledních letech výrazně zlepšil. Zdravotně postižení občané využívají jednak zdravotnické prostředky, jako jsou např. berle, sluchadla, ortopedické vozíky (elektrické, mechanické) a jednak výrobky (pomůcky) sloužící pro zlepšení a zkvalitnění života, zapojení do pracovní činnosti apod.



O pomůckách pro jednotlivé skupiny zdravotně postižených se více dočteme v dalších kapitolách.

Bude však nutno reagovat na rozvíjející se moderní techniky a technologie v souvislosti se zdravotnickými prostředky a také pružněji reagovat na potřeby změn týkající se úhrad zdravotnických prostředků.

Zlepšit by se do budoucna měla i **využitelnost poskytované zdravotní péče osobami se zdravotním postižením**. V tomto směru se jedná např. o **přizpůsobení provozu nemocnic** specifickým potřebám smyslově či mentálně postižených osob nebo osob s vážným omezením hybnosti. Zdokonalit je rovněž třeba znalosti zvláštních postupů a technik, které jsou nezbytné pro **kommunikaci zdravotnického personálu s některými skupinami pacientů se zdravotním postižením**.

SHRNUTÍ

Konstatovali jsme, že zdravotní péče o občany se zdravotním postižením je zejména chápána jako integrální součást její organizace a obsahu dle právních norem České republiky. Bez existence speciálních právních norem. Tento přístup umožňuje, aby se občané se zdravotním postižením podíleli na neustále se zlepšujících možnostech a dovednostech současné medicíny, pouze v oblasti vybraných a velmi nákladných zákroků může znamenat ohrožení. Seznámili jsme se s aktuálními problémy v oblasti genetického výzkumu a zdůraznili „jednoduché“ možnosti zlepšení poskytování zdravotní péče cestou zlepšení přístupnosti a komunikace zdravotnických zařízení a pracovníků s občany se zdravotním postižením. Konstatovali jsme značný rozpor, který do budoucna bude přinášet zlepšování kompenzačních a reparačních schopností současné medicíny a omezené ekonomické zdroje jejich hrazení.

OTÁZKY K ZAPAMATOVÁNÍ

1. Kdo tvoří největší konzumenty zdravotní péče z veřejného zdravotního pojištění?
2. Zamyslete se nad naplněním principu solidarity, který je základním principem výstavby pojišťovenských systémů v našem zdravotnictví?
3. Jaký je váš názor na právo – a povinnost – rodičů rozhodovat o narození vlastního dítěte s prokázaným zdravotním postižením?
4. Otázka poslední s textem bezprostředně nesouvisí, ale jistě souvisí s celkovou situací v našem zdravotnictví. Myslíte si, že sloučení zdravotních pojišťoven by přineslo vyšší finanční zdroje do systému?

5.6 PŘÍSTUPNOST INFORMACÍ

Slovo „informace“ pochází z latinského „informare“, což znamená – utvářet mínění. Obecně jde o jakékoliv sdělení, zprávu či údaj. Vědomě i nevědomě vnímané informace mají vliv na utváření našeho mínění. Mínění má vliv na jednání. Máme-li dostatek potřebných informací, lépe se orientujeme v prostředí i ve společnosti. Naopak – nejsou-li určité informace dostupné v potřebném množství, kvalitě a čase, může dojít k nevratným ztrátám nebo chybným krokům. (Vzpomeňme na případ nevidomé paní na přechodu pro chodce v kapitole 5.3.)

Dnešní doba se spíše potýká s opačným fenoménem, a tím je **obrovská informační exploze**, kdy problémem není nedostatek informací, ale **výběr** těch – pro naši potřebu – správných, v **optimálním rozsahu, kvalitě a čase**. Vyšším stupněm předávání informací je komunikace. Informace bez komunikace je možná (datum, číselné údaje, grafy), komunikace bez informace však nikoli. Existuje nepřehledné množství literatury zabývající se komunikací a teorií informace. Přestože budou mít odborníci v oblasti teorie komunikace a informačních systémů pravděpodobně výhrady, budeme pro zjednodušení v textu a s ohledem na jeho praktické využití uvažovat o informaci a komunikaci jako o příbuzných ekvivalentech.

Lidé se zdravotním postižením se v epoše informační exploze ocitají ve dvojí nezáviděníhodné pozici. Na straně jedné mají velmi často **přístup k informacím ztížený**

nebo informace vůbec přístupné nejsou a pokud ano, existuje zejména u osob se smyslovým postižením, ale i jiným druhem postižení **problém s jejich optimálním výběrem, zaznamenáním, reprodukcí** atd. Zaměříme se nyní na problematiku přístupnosti informací v prostředí veřejné správy.

Rozlišujeme **informační systémy**:

- akustické,
- vizuální,
- elektronické,
- hmatné.

Tomu odpovídající **formy komunikace** mohou být:

- mluvená/tváří v tvář,
- mluvená/telefonická,
- psaná/tištěná (včetně projektové dokumentace),
- elektronická,
- komunikace dotekem (osobní kontakt, informace v reliéfním provedení).



Jakou formou ve svém konkrétním pracovním zařazení **nejčastěji** komunikujete s veřejností? Pokuste se procentuálně odhadnout poměr jednotlivých forem vámi používané komunikace. Zaměřte se přitom na komunikaci s veřejností, nikoliv na komunikaci uvnitř úřadu.

Dá se říci, že úřady odnepaměti obecně zastupuje jednotný identifikační symbol – papír. Lze tedy předpokládat, že nejčastějším způsobem kontaktu s veřejností je psaná informace. Což ovšem neplatí vždy a na všech odděleních. V kapitolách týkajících se specifických skupin občanů se zdravotním postižením bude pojednáno o tomto tématu podrobněji, na úvod se seznámíme se základními a obecnými otázkami, které v oblasti přístupu k informacím občany se zdravotním postižením provázejí.

Zkusme nyní projít modelovou situací, kdy občan (tedy také občan se zdravotním postižením) potřebuje zjistit například, v jaké oblasti živnostenského podnikání může uplatnit své schopnosti, vzdělání, kvalifikaci, případně dosavadní praxi. Budeme mu říkat třeba **pan Václav**. Bariéry v přístupnosti k informacím se mohou projevit následujícími způsoby:

Předpokládejme, že pan Václav má přístup k internetu. Již ve fázi zjišťování elektronicky prezentovaných informací může nastat problém, neboť všichni uživatelé internetu nejsou stejní. Existují specifické skupiny uživatelů, které mají i **specifické potřeby v příjmu, zpracování a reprodukci informací** – v praxi většinou lidé se zrakovým a sluchovým postižením, případně uživatelé se sníženou hybností rukou nebo poruchami soustředění. Pan Václav existuje reálně v každé z uvedených skupin lidí. Tito uživatelé využívají pomocné technologie, například hlasové výstupy a braillové řádky, které informace z www stránek zprostředkovávají. Aby tyto pomůcky fungovaly, je třeba, aby webová stránka splňovala **kritéria přístupného webu**. Správně přístupný web navíc neslouží pouze lidem se zdravotním postižením, ale i lidem využívajícím méně obvyklá zobrazovací zařízení, operační systémy nebo softwarové vybavení.



Pan Václav se k informacím běžně **nedostane, nedozví** se o nich!

Ministerstvo informatiky vydalo Pravidla pro tvorbu přístupného webu. Tento dokument přístupný na <http://www.micr.cz/scripts/detail.php?id=1548> (stav k 20. 8. 2005) obsahuje doporučení pro tvorbu www stránek ve veřejné správě a stanoví podmínky pro zveřejňování informací dálkovým přístupem ve shodě s takzvanými pravidly WAI (Web Accessibility Initiative, Iniciativa pro bezbariérový přístup). Pravidla mají doporučující charakter, mají být vodítkem pro zadavatele webových stránek a inspirací pro jejich správce.

V prostředí veřejné správy není možné, aby byl kdokoli v přístupu k informacím diskriminován. Respekt k pravidlům přístupného webu navíc nepředstavuje **žádné dodatečné finanční náklady**. Stačí znát základní pravidla pro tvorbu www stránek a řídit se jimi.



V budoucnu bude vysoce aktuální přístupnost prostředí pro oblast elektronického podpisu.

Pokud pan Václav nemá z různých důvodů přístup k internetu, a je-li přesvědčen, že případná první telefonická informace je nedostačující, vydává se na úřad. Zde může nastat další problém – úřad je architektonicky nepřístupný, bariérový (viz příklady z praxe v kapitole 5.3).

Samozřejmě že ne každý občan používá internet. Existují tištěná periodika obcí a krajů, informace je možné získat na úřední desce úřadu, která by měla obsahovat povinně zveřejňované informace. Zde je potřebné myslet na to, že pan Václav může být i **občan-vozičkář** a pokud je **úřední deska příliš vysoko** v kombinaci s **příliš drobným písmem textu**, stává se pro něj tato informace fyzicky nedostupnou.

Vstoupili jsme tedy do budovy úřadu a máme zde problém č. 2.



Pan Václav si tištěné informace **nemůže běžně přečíst**.

Tento problém je aktuální zejména u osob slabozrakých a nevidomých. **Označení jmen pracovníků, čísel kanceláří** a dalších prostor úřadu je mnohdy ve snaze o dokonalý design provedeno pro slabozraké (ale i starší občany) naprosto **nesdělným způsobem** – chromovaný nebo zlacený podklad, tenké liniatury písma, zdobná písmena, malá písmena, nedostatečné kontrastní provedení textu. Již tato situace nutí slabozrakého pana Václava se neustále vyptávat, a tedy být závislý více, než je nezbytně nutné. Občas hrozí i nepříjemné kolize, otevrou-li se dveře, u nichž je (z důvodu nevhodného provedení informační cedulky) nucen stát ve velmi těsné blízkosti, aby si mohl nápis přečíst.



Pan Václav si informace **nemůže běžně zapsat**.

Lidé s některými druhy tělesného postižení např. v oblasti horních končetin potřeby **delší čas** při vlastnoručním zápisu informací, popřípadě k zápisu používají

alternativní akustické formy zápisu (diktafon, magnetofon) nebo je nutné jim informace zapsat; lidé se zrakovým postižením používají vedle akustické formy zápisu také elektronické pomůcky. Uvedené aktivity jsou náročnější na čas a trpělivost při jednáních, což samo o sobě může vést k **bariérám sociálního kontaktu**, zvyšuje se nervozita na obou stranách, ze strany úředníka dochází, není-li na tuto situaci připraven, podvědomě nebo i vědomě k **omezení času komunikace** a v důsledku toho obdrží pan Václav **neúplně limitované informace**.



Pan Václav **informacím nerozumí**.

Pokud je pan Václav neslyšící, bude se on i úředník pravděpodobně potýkat s **kommunikačními bariérami**. O nich dále pojednáváme ve speciálních kapitolách zaměřených na tyto typy zdravotního postižení. Na úřadu se setkáme také s občany s lehčím stupněm mentálního postižení (s lidmi s těžším mentálním postižením bez doprovodu se na úřadech prakticky nesetkáme). Mentální postižení je samo o sobě v kombinaci se „specifickým jazykovým prostředím úřadů“ jedním z důvodů nepochopení sdělovaným informacím.

Je potřebné zmínit ještě jednu záležitost, která úzce souvisí s dostupností informací na úřadu. Zastavíme se na chvíli u **orientačních informačních systémů úřadu**. Máme na mysli vizuální orientační tabule, směrovky apod.



Na webových stránkách Ministerstva vnitra je v sekci „odkazy“ napsáno „úřad není labyrint“. Chtělo by se dodat – jak který...

Každý máme jiné zkušenosti s úřady minimálně v rámci svého bydliště. Mnohdy činí problém zorientovat se v budovách i lidem, kteří dobře vidí, slyší, jsou mobilní. Pokud **orientační systém**, ať již v podobě prostého seznamu místností s uvedením šipek nebo grafického prostorového systému, **není přesný, úplný a zejména aktuální**, znamená to vždy mrzutost a zdržení, ale zatímco my jsme „jen“ mrzutí, pro neslyšícího člověka tato situace ještě navíc představuje značné komplikace při dorozumívání na vrátnici, recepci úřadu i při případném bloudění, pro člověka s postižením mobility (např. dvě opěrné hole) pak zbytečně (často bolestivě) nachozené desítky metrů navíc.

V důsledku existujících a neřešených bariér jsou lidé s postižením **v nerovném postavení vůči lidem bez postižení**. Překonávání informačního deficitu a kvalitě přenosu informací jsou přímo úměrné a **závislé na vůli** okolního prostředí. Pokud je okolí (pracovníci úřadu) neinformované, bývají informace zkreslené, neúplné nebo zcela chybí.

Při odstraňování informačních bariér je velmi vhodné využívat ve zvýšené míře spolupráci nejen s odbornými **školicími centry pro občany se zdravotním postižením**, ale také **přímo s organizacemi občanů se zdravotním postižením**. Některá opatření může iniciovat samotný úřad v rámci své vnitřní politiky vůči kontaktu s veřejností.

Informační bariéry z hlediska části veřejnosti – občanů se zdravotním postižením jsou na úřadech častým jevem, který **není řešen obvykle proto, že si pracovníci**

úřadu neuvědomují specifické potřeby lidí s postižením v oblasti přístupnosti informací. Obvykle se tato opatření dají řešit s nízkými nebo žádnými náklady a mnohdy jde tyto bariéry odstraňovat pouhým lidským přístupem. Například:

- preferovat v kontaktu s občany se zdravotním postižením **individuální projednávání záležitostí** se zřetelem na potřebu delšího časového plánu na jednání, „objednání“ na určitý čas (počítat s tím, kde je to možné),
- dbát na **bezbariérový přístup k webovým stránkám** obce, kraje, ministerstva a dalších veřejných institucí aj.,
- dodržovat na úřadu legislativní normy ohledně **přístupnosti budov**,
- spolupracovat s organizacemi občanů se zdravotním postižením a odbornými školicími středisky pro občany se zdravotním postižením,
- vytvořit informované prostředí, klima úřadu v oblasti prevence porušování lidských práv a dodržování rovného přístupu ke všem fyzickým osobám formou **vzdělávacích aktivit** směrem k zaměstnancům úřadu (odpovědnost vedoucích úřadů).

SHRNUTÍ

Informace jsou sdělovány, přenášeny, reprodukovány formou psanou/tištěnou, mluvenou/tváří v tvář, mluvenou/telefonickou, elektronickou. Informační systémy jsou pak akustické, vizuální, hmatné, elektronické. Každý z těchto způsobů předávání informací vyžaduje u části veřejnosti specifický přístup s ohledem na typ zdravotního postižení a aktuální situaci.

OTÁZKY K ZAPAMATOVÁNÍ

1. S jakými typy situací se z hlediska přístupnosti informací mohou v rámci úřadu setkat lidé s jednotlivými druhy zdravotního postižení?
2. Co je objektivním limitem při výběru, příjmu, zpracování, případně reprodukci informací u osob s jednotlivými druhy zdravotního postižení?
3. Jakými opatřeními je možné nepřístupnost informací pro skupiny obyvatel se zdravotním postižením na úřadech řešit?

5.7 MÉDIA A ZDRAVOTNÍ POSTIŽENÍ

... aneb má váš úřad tiskové oddělení?



Moc sedmé velmoci.

Řekne-li se „**sedmá velmoc**“, většina lidí ví, že se jedná o tisk, rozhlas, televizi – informační masová média. O vlivu sedmé velmoci snad již nikdo nepochybuje. Připomeňme jen, jak masmédií dokázali zneužít ke své propagandě např. pohlaváři fašismu a dalších ideologií. Síla slova je velká, dokáže pohladit, povzbudit nebo naopak

zranit i zabít. Kromě jeho emocionálních stránek je však nepochybně jednou z nejdůležitějších funkcí zprostředkování informace, jež může mít různou hodnotu, formu i kvalitu. Média spoluvytvářejí veřejné mínění, hrají významnou roli při utváření názorů, jednání a chování skupin i jednotlivců. V následující části textu se zamyslíme nad otázkami veřejné prezentace lidí se zdravotním postižením a jejího vlivu na utváření postojů ve společnosti vůči nim.



Člověk s postižením – žebrák, nebo Batman?

Společným rysem prezentování lidí se zdravotním postižením v posledních několika desetiletích byla produkce zobrazení představující buďto žebráka, nebo Batmana. . . Takováto zobrazení jsou jednostranná a nebezpečná. Jednostranná proto, neboť vyzdvihují jen jeden aspekt různorodého života člověka se zdravotním postižením. Nebezpečná jsou proto, že neinformovanému publiku vnucují, co je třeba chápat pod tím, když někdo má zdravotní postižení.

Rada odborníků poukazuje na skutečnost, že **média jsou často jediným prostředkem, skrze nějž mají lidé bez zdravotního postižení možnost dozvědět se něco o lidech s postižením a o životě jejich rodin.** Média nejen že reflektují existující zkušenosti a postoje lidí, ale mohou také otevírat nové horizonty a snažit se o **edukaci nejširší veřejnosti.** Lidé se zdravotním postižením byli v historickém kontextu prezentováni velmi negativním způsobem.



Média jako zdroj poznání. . . ?

*Zdravotní postižení ve stovkách podob se pro svou snadnou vnější identifikaci stalo vděčným námětem pro řadu lidových mýtů, knižních zpracování, později i filmových děl. V dramatickém umění byli lidé se zdravotním postižením často prezentováni v situacích vyvolávajících výsměch či opovrhování. Po dlouhou dobu se zobrazování zloby a zkaženosti úzce spojovalo s různými tělesnými deformacemi. Právě z minulých století přetrvává proces, kdy těžké postižení bylo nazíráno jako „trest boží“ nebo přinejmenším „věc divná a zvláštní“. V každém případě však „nenormální“. Po druhé světové válce se sice proces zviditelňování lidí se zdravotním postižením v médiích začal postupně měnit, ne však zcela žádoucím způsobem. Lidé byli v rámci těchto prezentací zobrazováni buďto (a to nejčastěji) **jako univerzální skupina lidí, která potřebuje co největší rozsah pomoci, nebo se naopak nepřiměřeně zdůrazňovaly jejich kvality, někdy se až glorifikovali jako hrdinové** (viz kapitola 10). Na jedné straně tak vzniká **obraz žebráka** – osoby, která v životě nezmůže nic bez pomoci druhé osoby – a na druhé straně **obraz Batmana** – ve smyslu zdravotně postiženého hrdiny dosahujícího výsledků, kterých by i člověk bez zdravotního postižení dosahoval jen velmi těžko.*

Charakteristickým rysem uplynulého období je postupné otevření problematiky zdravotního postižení na veřejnosti, včetně dílčí proměny vztahů veřejnosti k této skupině občanů. S častější prezentací lidí se zdravotním postižením v médiích se ovšem dostává na pořad dne **rozhodující otázka**, a sice **jakým způsobem** je tato prezentace prováděna – tedy jak je zajištěna **kvalita a pravdivost informací.**



Z průzkumu rodin (Inclusion International), v nichž žije člen s postižením, vyplynulo, že i v řadách odborníků se fixuje obraz o této rodině jako o rodině s patologickým fungováním. Zdravotní postižení se často vykresluje jen jako tragédie a zátěž, které je třeba se za každou cenu vyhnout, přičemž to neodpovídá pravdivému obrazu v celém spektru, a sice že v řadě rodin se naopak prohloubilo vzájemné porozumění a hodnotová orientace jejích členů.



Deformity reklamního průmyslu.

Samostatnou a neméně důležitou otázkou je **zdravotní postižení v kontextu reklamního průmyslu**, který přispívá k **diskriminaci** lidí se zdravotním postižením, a to minimálně dvěma způsoby. Zaprvé tím, že v některých případech jsou lidé s postižením **zcela vyloučeni z běžných reklam** a jejich účinku, čímž jsou nepřímo vyloučeni z role konzumenta, spotřebitele. A zadruhé tím, že některé reklamy, zejména inzeráty nebo reklamy, ve snaze získat peníze pro charitativní organizace, v současnosti **deformují obraz** lidí se zdravotním postižením provokací odběratelů reklamy **k dojetí a lítosti**. Za jeden z největších problémů je možné považovat fakt, že **zobrazování zdravotního postižení produkuje a rozšiřuje v médiích lidé bez zdravotního postižení** a ti, kterých se prezentování přímo týká, nemají žádnou nebo jen minimální možnost ovlivnit, jakým způsobem budou prezentováni v televizi, tisku, reklamě. V současné době rovněž přetrvává depersonalizace v této oblasti – člověk s určitou funkční poruchou je zřídkakdy veřejností vnímán jako člověk s vlastní individualitou, je spíše vnímán jako **uniformní reprezentant celé komunity** lidí se zdravotním postižením.

V souvislosti s tím, jak se otázky zdravotního postižení daleko častěji objevují na veřejnosti, je veřejnost seznamována se způsobem a podmínkami života těchto lidí. Lidé s postižením jako by obrazně řečeno opouštěli brány ústavů, léčeben, různých zámků umístěných v pohraničních oblastech republiky. To, ve spojitosti s dalšími skutečnostmi, vyvolává řadu nadačních aktivit, sponzorství, obyčejné lidské pomoci. Běžně je tak veřejnost vystavena působení řady reklamních kampaní zaměřených také na získávání prostředků pro lidi s postižením.



S jakými veřejnými sbírkami k účelu podpory lidí nebo organizací osob se zdravotním postižením jste se setkali?



„Dvojitá tvář“ nadačních aktivit.

Při zmínce o reklamních a sponzorských kampaních ve prospěch lidí se zdravotním postižením se nelze nezmínit o efektivitě a „míře charitativnosti“ některých z nich. Obecně v komunitě občanů se zdravotním postižením převládá znepokojení nad publikováním případů zneužití veřejných sbírek, darů a podobných aktivit... Tyto zprávy, (např. prodej falešných obrázků malovaných údajně bezrukými umělci...) vedou obvykle k poklesu „charitativního“ citění dárců. Tyto případy však představují zlomek procenta jinak úspěšné činnosti nevládních neziskových organizací. Negativní

a poškozující obraz lidí se zdravotním postižením představují také situace, kdy sami lidé s postižením nebo ti, kteří se za ně vydávají, na veřejných prostranstvích žebrají (nevidomí i tzv. „nevidomí“ nebo lidé na vozíku či s jiným viditelným postižením) často za použití „tragických“ transparentů typu „nevidím a potřebuji operaci, přispějte prosím“ a agresivním emočním nátlakem tak zneužívají citlivosti ostatních lidí. Ve smyslu „uniformního reprezentanta“ celé populace lidí se zdravotním postižením tak ještě více znehodnocují image této minority. . .



„Charita“ versus rovné příležitosti.

Informovanost o znevýhodňování lidí se zdravotním postižením je obecně nedostačující. Přesto, že se mediální trend ubírá pozitivním směrem, přetrvávají v řadě případů **klasická schémata zobrazování** života lidí se zdravotním postižením, která mají blízko právě k typicky charitativnímu pojetí namísto **žádoucímú pojetí rovných příležitostí**. To má významný vliv nejen na utváření veřejného mínění, ale také na vytváření vlastního **sebe-pojetí** a zvyšování **sebe-vědomí skupiny** i jednotlivců se zdravotním postižením a v tomto smyslu také na zvýšení schopnosti **prosazovat své zájmy a práva**. Jak bylo na více místech zmíněno, média mají silný vliv a masová komunikace velmi výrazně ovlivňuje postoje, myšlení, konkrétní chování lidí.

Srovnajte např. některé současné reklamní upoutávky na veřejné sbírky v médiích s následující situací: v Brazílii, se svého času objevovaly billboardy zachycující usměvavou moderně oblečenou tančící dívku s Downovým syndromem (mentální postižení) s nápisem „Být jiný je normální“.



Jazyk médií může stigmatizovat.

Média nepůsobí významně jen obsahem zpráv a formou jejich zprostředkování, ale také **pojmoslovím**. Tak např. ohledně lidí se zdravotním postižením jsou identifikovány tři skupiny těchto označení, pojmů, názvosloví:

- označení vyjadřující bezvládnost a závislost (oběť, nenormální, defektní, lazar, invalida, zmrzačený), označení s často medicínským nábojem (pacient, případ, nemocný s . . . trpící čím . . .),
- eufemistická označení snažící se oslabit předsudky (speciální, speciální potřeby, atypický, výjimečný),
- „Politizující“ označení formulované samotnými lidmi se zdravotním postižením snažící se překonat obraz „role handicapu“ a vytvořit novou alternativní sebeurčující sociální identitu.

Otázka terminologie není zdaleka jen akademickým tématem. Jazyk, který média používají, může určitou skupinu lidí **stigmatizovat**, a tím významně přispívá k uplatňování nerovnosti a marginalizace.

Výzkumem zaměřeným na analýzu pojmů užívaných v médiích ve vztahu k lidem s postižením (In Repková, 2003) bylo zjištěno, že v běžném tisku se nejčastěji používá pojem „postižený“ (disabled, 25 %). Významně jiná situace byla zjištěna v odborném časopise zabývajícím se monotematicky službami lidem se zdravotním postižením,

kde byl výrazně nejčastěji používán pojem osoby/lidé se zdravotním postižením (people with disabilities, 60 %).

Postižení je **STAV**, nikoliv **VLASTNOST** člověka!

*Při přípravě jednoho článku trvala redaktorka na nadpisu „Pomůžeme postiženým“, údajně z důvodu „údermosti“ názvu a také jako argument uváděla, že „... se zdravotním postižením“ je moc dlouhé a na úkor čtivosti textu. Jakkoli můžeme mít porozumění pro tyto argumenty stran žurnalistické profese, je to právě někdy až neuvěřitelná síla a moc slova, která v podobných případech může ovlivnit (utvrdit, podpořit nebo vytvořit) přesvědčení druhých o lidech s postižením jako „těch chudáků postižených“, kteří jsou na druhém břehu, vytvářet nepřekročitelnou „demarkační čáru“. **Postižení samo o sobě není a nemělo by být synonymem člověka, který se s ním narodil nebo jej získal v průběhu života.** (Pro dokreslení je nutno uvést, že se podařilo nalézt konsenzus v míře používání sporných slovních spojení a článek nakonec vyšel s názvem „Pomůžeme lidem s handicapem“, byť se slovo handicap nepojí jen se zdravotní problematikou.)*

Dalším z významných úkolů médií ve vztahu k lidem se zdravotním postižením je **poskytování informací**, např. DAA (Disability Awareness in Action) v Londýně od r. 1990 kompletizuje databázi potlačování práv lidí se zdravotním postižením (DAA Human Rights Database). Tato databáze je tvořena nejen na základě zpráv poskytovaných průběžně organizacemi, jednotlivci, národními koordinátory pro problematiku zdravotního postižení, ale významnými zdroji jsou informace a různé zprávy z novin a jiných masmédií. Záměrem těchto aktivit je zjišťovat, jaká je situace v oblasti dodržování lidských práv osob se zdravotním postižením v návaznosti na jednotlivé články Všeobecné deklarace lidských práv.

Ze strany občanů se zdravotním postižením a jejich organizací je pozitivně vnímána např. kampaň přibližující úspěchy sportovců se zdravotním postižením. V posledním období lze však pozorovat v přístupech některých (zejména komerčních) médií i **znaky verbální diskriminace, znevažování, či prosté politické nekorektnosti** ve vztahu k lidem s postižením. Nejedná se zpravidla o excesy, jejichž řešení by mělo být záležitostí státu a jeho orgánů, nicméně problémem zůstává **netečnost značné části** veřejnosti, včetně společenských elit k takovému jednání. Např. zneužití zdravotního postižení pro účely reklamy výrobku v médiích apod.



„Normalizační“ síla humoru a etické schopnosti jasně rozlišit – smát se s někým a smát se někomu.

V tomto směru lze ukázat na několik znepokojivých tendencí, jichž jsme v poslední době stále častěji svědky. Za všechny zde uvedeme dva příklady mimořádně znevažující prezentace – shodou okolností obě bylo možno poslouchat v počátku roku 2005 na soukromém rádiu Frekvence 1.



Dne 21. 9. 2005 byla Centrem pomoci handicapovaným při Pedagogické fakultě UP v Olomouci proti následně uvedené reklamě podána stížnost Radě pro reklamu ČR.

„Vážení, děkuji za důvěru, kterou jste mi mým zvolením prokázali. Budu stručný. Ti staří – musí odejít! Jsou nespolehliví, nemají žádnou šťávu a lidově řečeno: docházejí jim baterky.“ Mobilní operátor s úsměvem na tváři – Oskar. Jiná reklama, na kotle jakési firmy. „Nnnooo, nn-oo, vo ttoom ttoo jjjjje!“ (Michalík, 2005)



Média a zdravotní postižení jako etablovaná sociálně-politická agenda.

V roce 2003 se v Aténách při příležitosti řeckého předsednictví v EU konal kongres tematicky věnovaný problematice médií ve vztahu ke zdravotnímu postižení za účasti více než tři set zástupců různých mediálních oblastí, mediálních sítí, inzertních a komunikačních společností, organizací lidí se zdravotním postižením a zástupců členských států EU. Na kongresu byla přijata **Evropská deklarace „Média a zdravotní postižení“**, která vychází ze společné vize definované v Madridské deklaraci. **Otázka úlohy médií v politice zdravotního postižení se tak oficiálně etablovala jako legitimní vědecko-výzkumná a sociálně-politická agenda.**

SHRNUTÍ

Média spoluvytvářejí veřejné mínění, hrají významnou roli při utváření názorů, postojů, jednání a chování. Funkci médií ve vztahu k lidem se zdravotním postižením lze spatřovat zejména:

- ve zprostředkování informací o životě se zdravotním postižením – dokumentaristika,
- v edukaci – cílené vzdělávací pořady,
- v poskytování informací o dění v prostředí zdravotního postižení a mimo něj – monitoring, zpravodajství,
- v ovlivňování veřejného mínění – postoje, image, etické otázky.

OTÁZKY K ZAPAMATOVÁNÍ

1. Jaké jsou dvě extrémní polohy prezentace lidí se zdravotním postižením v médiích?
2. V čem se projevuje stigmatizace problematiky zdravotního postižení v oblasti jejího mediálního zpracování?
3. Které funkce plní média ve vztahu k lidem se zdravotním postižením?

KAPITOLA 6

ETIKA VE VEŘEJNÉ SPRÁVĚ VE VZTAHU K OBČANŮM
SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

„Lidé v mnoha evropských zemích ztrácejí důvěru ve správní orgány včetně těch na místní úrovni. Rozsah, rozvoj a důvody tohoto jevu se liší podle jednotlivých zemí a v závislosti na okolnostech. Veřejné mínění je stále méně ochotné snášet nepřehledné praktiky orgánů místní správy, které jsou často spojovány s nepřijatelnými a zastaralými mocenskými systémy. V některých případech se zdá, že hněv veřejnosti, který často doprovázel odhalení zpronevěry a korupce, a veškerá publicita v takovýchto případech daly průchod reakcím založeným na jakémsi rozčarovaném fatalismu, který může mít nežádoucí postranní účinky. . . Jedním z prvních kroků při obnovování důvěry veřejnosti v instituce, které ji reprezentují, musí být návrat k morálně bezúhonnému jednání a chování veřejných představitelů. Jednání, které veřejnost veřejně odsuzuje jako morálně nepřijatelné, lze vymýtit jedině tím, že budou přijata jasná pravidla, transparentní postupy a účinné sankce.“

Z citovaného dokumentu (Etika veřejné správy na místní úrovni, 2003) a také z obsahů zejména vstupních školení je zřejmé, že etika je v prostředí veřejné správy vázána hlavně nebo dokonce téměř výlučně na problematiku korupce a zpronevěry, popřípadě střetu zájmů či zneužití moci veřejného činitele. Je to pochopitelné, případy korupce a zpronevěry jsou, bez ohledu na to, do jaké míry jsou medializovány, velmi závažné pro svůj obsah, a také z toho důvodu, že „obyčejný občan“ se cítí jednáním těch, kteří by měli spravovat a reprezentovat zájmy veřejnosti, právem podveden. To vyvolává skepsi, aktivní odpor, apatii, znechucení a ztrátu důvěry, což se šíří od jednotlivce na celou společnost. Etické jednání ovšem představuje bezpochyby mnohem širší komplex, jehož součástí je rovněž přístup zaměstnanců veřejné správy k různě znevýhodněným lidem.



Etika ve veřejné správě není jen o korupci a zpronevěře.

Dříve než se zamyslíme nad etikou v institucích veřejné správy ve vztahu k lidem se zdravotním postižením, připomeneme ve zkratce základní pojmy tohoto oboru.



Jaký je rozdíl mezi etikou, morálkou a mravností?

Etika je ve většině encyklopedií definována jako **teorie morálky**, filozofické názory na mravnost, věda o morálce.

Mravnost bývá obvykle používána jako synonymum k pojmu **morálka**, přičemž termín **mravnost** se vyskytuje spíše ve starší literatuře a mívá výraznější hodnotící a výchovný podtext (to, co je vštípeno výchovou).

Velmi zjednodušeně se dá říci, že **morálka** je nejen **soubor uznávaných norem, hodnot a vzorů chování**, ale také to, co člověk prožívá (emocionální stránka morálky) schopnost rozlišovat dobro a zlo, zodpovědnost především vůči vlastnímu **svědomí**.



Základní pojmy etiky „dobro“, „zlo“, „přirozenost“.

Etika je v povědomí širší veřejnosti chápána jako určitý nadstandard, něco nad rámec zákonů a psaných, vymahatelných pravidel. O potřebě etického chování a jednání nikdo veřejně nepochybuje (konečně ani nemůže, protože by těžko před ostatními jinak „vypadal dobře“). Etika má po staletí významné místo ve formování člověka jako individua i společnosti jako celku. Mezi **základní pojmy etiky** patří „dobro“ a „zlo“, v těsném sousedství stojí „přirozenost“. Za nimi dále defilují svědomí, morálka, mravnost, zodpovědnost, svoboda, ctnost..., přičemž některé pojmy (např. morálka – etika) se zaměňují a v praxi se používají v nepřesném významu.

Morální jednání je v různých společnostech odlišné. Nelze stanovit, které jednání je univerzálně správné a které špatné, každá společnost má svou historii, zvyklosti, normy. (Vzpomeňme na kapitulu o historickém vývoji vztahu společnosti k lidem s postižením – co bylo etické v době starého Říma, by bylo z pohledu dnešních etických norem naprosto nepřijatelné.) Například některé společnosti povolují polygamii... některé ji zakazují a mluví o ní jako o bigamii. V některých společnostech je přípustné zabít a sníst své prarodiče... v jiných je odkládají do domova důchodců...

Morálka plní funkci:

- poznávací (interpersonální vztahy, vztah ke společnosti),
- regulativní (chování člověka),
- humanizační (zušlechťování člověka, lidskost).

Ve vztahu k lidem se zdravotním postižením nabývají na aktuálnosti etické otázky, které minulá doba neznala, a sice otázky týkající se genového inženýrství, tzv. **genové terapie** nebo tzv. eugenické indikace umělého potratu až po diskutované otázky práva na život s postižením. Fakt, že se nejedná o jednoduché a už vůbec ne jednoznačné odpovědi na tyto otázky, a že existují různé pohledy a přístupy k řešení, ilustrují dva příklady úvah na toto téma:



Etické otázky zdravotního postižení.

„O eugenické indikaci umělého potratu se hovoří, pokud se u dítěte dají očekávat těžké zdravotní vady. Z etického hlediska je třeba říci, že rodiče, kteří musejí počítat s těžkým dědičným onemocněním svých dětí, jsou za určitých okolností ve svědomí zavázáni předcházet početí potomstva. Tělesné a duševní zdraví by však nemělo být

*absolutizováno tak, jako by jeho ztrátou lidský život ztratil hodnotu. . . Děti s postižením mohou často díky vhodné péči a výchově najít v životě hodně radosti a smyslu. V mnoha ohledech se také rodiny, ve které takové dítě vyrůstá, stanou právě péčí o ně zralejší a šťastnější. . . Pokládá-li se již pouhá pravděpodobnost výskytu poškození u plodu za ospravedlnění umělého potratu, je namístě položit otázku, **nakolik je vedle jednoho poškozeného plodu usmrcena řada zcela zdravých dětí.**“ (Rotter, 2003)*

„Přírodní výběr pomáhal v minulosti udržovat kvalitní genofond populace. Ti, kteří byli neschopní (např. se narodili s nějakou vážnou genetickou vadou), obvykle zemřeli a nešířili vadné geny dále. . . Vzhledem k pokroku medicíny a vzniku sociálního státu přežívají a reprodukuji se i ti, kteří jsou nositeli nekvalitních genů, a to ve větší míře než ti, kteří jsou geneticky kvalitnější. . . Eugenika slouží potřebám jedinců i celé společnosti. Společnosti, které budou eugeniku využívat, získají velkou výhodu nad těmi, které ji budou odmítat. . . Mít mentálně retardované dítě je osobní tragédie. . . Někteří lidé namítají, že postižené dítě umožní lidem ve svém okolí citlivěji vnímat skutečné životní hodnoty. Ve skutečnosti je to tak, že hledat pozitivní stránky ve faktu, že je někdo postižen, je jako hledat dobré stránky extrémní chudoby.“ (Bakalář, 2003)



Chovat se zdvořile stačí?

V prostředí „klasických“ úřadů nejsme naštěstí postaveni před nutnost řešení takovýchto principiálních dilemat. Pokud se týká zdravotního postižení, stojí před námi tváří v tvář živí lidé, kteří se s postižením narodili nebo jej získali v průběhu života, a spolu s nimi před námi stojí také etické otázky jiného řádu. Co je tedy ve vztahu k těmto lidem v kontextu činnosti úřadu a jeho jednotlivých pracovníků etické? Předpokládáme, že chovat se v osobním/psaném aj. kontaktu slušně, ochotně, zdvořile, je společným principem pro jednání se všemi klienty úřadu a lidé s postižením netvoří výjimku. Můžeme však již diskutovat o tom, co vše je s ohledem na existenci specifík handicapu (a co běžně lidem obvykle ani nepřijde na mysl), možné dále považovat za etické.



Po rekonstrukci budovy úřadu chybí ve výtahu reliéfní označení jednotlivých podlaží pro nevidomé, a tedy možnost samostatné volby podlaží. Otázka může znít: jedná se „jen“ o nedodržení legislativy, nebo v konečném důsledku o „přehlédnutí“ potřeb osob, pro něž je reliéfní značení zcela zásadní informací?

V uvozovkách „tragikomická“ je výše uvedená situace u některých úřadů, které vykonávají dozorovou a kontrolní činnost v oblasti stavebního řádu (a měly by tedy ze zákona dbát na dodržení předpisů u jiných subjektů, tím spíše u sebe), a které mají značení výtahu sice velmi moderní, estetické, s vysokým leskem, ale zcela na nich chybí informace pro návštěvníky úřadu se zrakovým postižením. Takto pak úřad v přeneseném slova smyslu „tlačí“ návštěvníka **do situace pokorného a závislého prosebníka** o informaci, která by ze zákona měla být (po rekonstrukci a u novostavby) něčím zcela samozřejmým. Lidé, kterých se tyto záležitosti netýkají (nemají postižení), obvykle nemají pro tyto „detaily“ pochopení. Řeknou jen – „tak ho někdo doprovodí“ – a situace se tím jakoby řeší. Je to tak ale skutečně? Nemůže to být také tak trochu

o neverbální komunikaci a sdělení typu – TO pro nás není důležité? (... TI LIDÉ pro nás nejsou důležití...) Jiným příkladem téhož je na jiném místě tohoto textu zmíněný neúplný, nepřesný nebo neaktuální vizuální orientační systém, který má jinou hodnotu pro slyšícího (doptá se, když neví) a zcela jinou pro neslyšícího člověka. Dalším příkladem jsou nepřístupné webové stránky úřadu, architektonická nepřístupnost úřadu atd.



„Hra“ o životy.

Jiným, daleko závažnějším příkladem, který snad již ani není z oblasti etiky, ale spadá do otázek bezpečnostních, je situace, kdy budovy úřadů nemají evakuační výtahy (od běžných výtahů se liší mj. samostatným zdrojem elektrického proudu, který je funkční i v případě celkového vypnutí elektřiny v budově), a tak se situace neřeší do doby (nejsou peníze), než se něco stane. Než např. v důsledku požáru někde uhoří jeden, dva, tři vozičkáři jen proto, že jednání zrovna probíhalo ve čtvrtém/druhém/prvním poschodí, přičemž, jak známo, je vypnutí elektrického proudu při požáru jedno z prvních bezpečnostních opatření. Vypnutí proudu pak znemožní imobilním lidem použít běžný výtah a pokud není v dosahu dostatek fyzicky silných a psychicky odolných lidí (panika), lidé zůstávají uvězněni bez možnosti úniku... Katastrofický scénář? Extrém? ... Možná.

Společným rysem zde popsanych a dále následujících situací je, že úřady, resp. lidé na úřadech se podobných „detailů“ dopouštějí obvykle z nevědomosti, neví, **nejsou si vědomi**, že z jejich pohledu „malé“, nepodstatné věci mohou mít velký význam pro druhé.



Skryté a otevřené projevy neetického jednání instituce vůči lidem se zdravotním postižením.

Nemáme-li něco ve vědomí, nejsme-li si vědomi, že něco děláme nesprávně, pak ani nemáme možnost to změnit, i když – ve výše uvedených konkrétních případech je namísto konstatovat ono známé „**neznalost zákona neomlouvá**“. A tak zde platí, že dodržování norem má ve vztahu k lidem s postižením hned dvojí „efekt“. Tím prvním je (alespoň v případech, kdy jsou záležitosti ošetřeny zákonem či jiným vymahatelným prostředkem), že jsou zaručena jejich práva (novostavby a rekonstruované budovy úřadů nesmí být bariérové). Druhým je pak tímto způsobem předávané i neverbální sdělení ... „počítáme s vámi“, rozumíme vašim potřebám a **tím, že normy v praxi dodržujeme, vaše potřeby uznáváme**. Jinými slovy, jde o jiný úhel pohledu na záležitosti, které pro lidi bez postižení mají povahu věcí, úkonů, vykonání příkazů, nařízení apod.

Domníváme se, že je důležité, aby se rozšiřovalo vědomí, a v kontextu probírané problematiky tedy i etické vědomí pracovníků veřejné správy ve vztahu k lidem se zdravotním postižením, o náhled na témata, která na první pohled **zdánlivě s etikou nesouvisí**. Zajisté nejde o to, aby úředníci na odboru sociálních věcí znali stavební zákon, stejně jako je nemyslitelné, aby se úředníci na odboru stavebního řádu odborně orientovali v oblasti informačních technologií. To, co je však možné a dosažitelné, je, aby každý úředník dosáhl na **základní rovinu informací**, ze kterých bude zřejmé,

že etika veřejné správy ve vztahu k lidem se zdravotním postižením není zdaleka jen o tom, že člověku s berlemi nabídnou židli, nevidomého doprovodím do kanceláře a že se nebudu při komunikaci s neslyšícím člověkem stavět zády ke světlu. Těmito tématy zdánlivě s etikou nesouvisející mohou být mimo jiné:

- existence architektonických a orientačních bariér na úřadu a jejich neřešení; jaké to má důsledky pro obě strany?
- existence informačních bariér; jak je naplněna zákonná povinnost práva na informace? Mají přístup k informacím všichni bez rozdílu?
- neznalost specifických potřeb komunikace a kontaktu s lidmi se zdravotním postižením, které jsou objektivně dány limitem jejich postižení (korektní versus paternalistické či odmítavé postoje).

Obsah uvedených témat lze svým způsobem považovat za významné i když na první pohled **skryté projevy neetického jednání**.

Potřeba uvědomování si řešení těchto situací **jako etických aspektů přístupu úřadu k lidem s postižením** nebyla dosud pojmenována. Pokud jsou zmíněná témata předmětem diskusí nebo řešení, obvykle se jedná o izolovaný „věcně příslušný problém“. Řeší se pak (řeší-li se vůbec) izolovaně například zodpovědnost/kompetence odboru stavebního řádu, který při rekonstrukci úřadu opomněl naplnit zákonné ustanovení apod. Etický aspekt tohoto pochybení není na zřeteli a i kdyby byl, etické normy nejsou vymahatelné. V naprosté většině případů je však potřebné říci, že takováto opomenutí se nedějí záměrně s cílem poškodit.



Ti, kteří jsou o řadu kroků dále, si mohou položit například otázku – jak se prezentuje náš úřad ohledně lidí se zdravotním postižením? Není tato prezentace (názvy nebo obsahy článků či vizuální dokumentace produkováné nebo schvalované tiskovým oddělením) podceňující, či dokonce znevažující?

Příkladem situace uvedené výše může být akcent příspěvků ve smyslu ... tak těm chudákům něco dáme, tak pro ně něco uděláme, vždyť to děláme (my silní) pro ně (ty slabé)... Uvedený příklad je záměrně takto extrémně formulován, nicméně stačí prolistovat některá periodika některých úřadů (popřípadě poslouchat prohlášení některých politiků či vedoucích úředníků) a položit si při jejich čtení (poslouchání) uvedenou otázku.

Čistými (a bohužel častými) **příklady neetického jednání na úřadu** ve vztahu k lidem se zdravotním postižením jsou situace, kdy:

- je s dospělým člověkem se zdravotním postižením zacházeno jako s nesvéprávnou osobu nebo dítětem, a to buďto autoritativně, **protektorsky** nebo s **přehnaným soucitem**,
- jednání probíhá za účasti průvodce nebo tlumočníka, přičemž úředník se obrací **výhradně na průvodce** (tlumočníka),
- není dodržen dohodnutý **časový termín setkání**; čas plyne pro obě strany jinak, člověk s postižením může trpět bolestí nebo být vázán na čas podání léků či stravy, které nelze mít při sobě, případně se mohou projevit problémy spojené s faktem, že na úřadu **chybí bezbariérové toalety** pro vozíčkáře...

Otázka by mohla znít: jak je v uvedených případech respektována lidská **důstojnost občanů se zdravotním postižením** – a s ní související **důvěra ve veřejné instituce**?

Zcela zvláštním případem je otázka diskriminace (uvědomované i neuvědomované), přímé a nepřímé diskriminace občanů nebo pracovníků veřejné správy se zdravotním postižením (kteří o těchto záležitostech ne vždy hovoří z důvodů možných obav o místo a kteří zcela jistě pak případné „nedostatky“ úřadu nenazývají tvrdým pojmem „diskriminace“). Diskriminace patří do podobné (eticko)právní kategorie jako například korupce a v současné době je vnímána toliko přes právo, i když řada témat z této oblasti se kryje s tématy etiky.

Řada opatření, kterými se úřad stává „etickým“, se nedá dohledat v zákonech a jiných normativně právních aktech a je to, jak se říká „jen“ o lidech. Mimo jiné také o tom, zda úřad disponuje kompetentním orientovaným vedoucím pracovníkem, který problematiku občanů se zdravotním postižením vnímá jako přirozenou součást činnosti úřadu.



Etický kodex a zdravotní postižení.

Závažná část morálního kodexu se transformuje v řadě kultur jako právní kodex, ale oproti právu jsou morální normy většinou nepsané a jejich interpretace a způsob dodržování jsou spíše věcí vnitřního vztahu jednotlivce k těmto normám. Pokud se morální normy stanou kodifikovanými, psanými (etické kodexy), jejich dodržování je také mnohem více sledováno a v některých případech i sankcionováno komunitou, na niž se daný kodex vztahuje. Vládou doporučený **Kodex etiky zaměstnanců ve veřejné správě** (verze z roku 2001) obsahuje sedm ustanovení, jejichž účelem je podporovat žádoucí standardy chování zaměstnanců ve veřejné správě a informovat veřejnost o chování, jež je oprávněna od zaměstnanců ve veřejné správě očekávat. Pokusme se nyní analyzovat některé části kodexu a zamysleme nad specifickými otázkami či příklady ve vztahu k lidem se zdravotním postižením.



Dovedli byste na základě obsahu předchozích kapitol identifikovat konkrétní příklad nerovného přístupu k lidem se zdravotním postižením? Proč rovný přístup není totéž jako přístup „stejně ke všem“?

PREAMBULE

„Základními hodnotami, které má každý zaměstnanec veřejné správy ctít a vytvářet tak základ pro **vybudování a udržení důvěry veřejnosti**, jsou zákonitost při rozhodování a **rovný přístup ke všem fyzickým i právnickým osobám**.“

V Preambuli se hovoří o rovném přístupu ke všem fyzickým a právnickým osobám. Praxe potvrzuje, že v řadě případů dochází k tomu, že člověk se zdravotním postižením nemá pro řešení svých záležitostí stejné podmínky jako ostatní, kteří limit handicapu nemají. Rovný přístup ke všem není totéž jako stejný přístup ke všem.

ČLÁNEK 2., OBECNÉ ZÁSADY, Odstavec 1.

„Výkon veřejné správy je službou veřejnosti, zaměstnanec ji vykonává na vysoké odborné úrovni, kterou si studiem průběžně prohlubuje, s nejvyšší mírou slušnosti, porozumění a ochoty a **bez jakýchkoli předsudků**.“



S jakými obecnými předsudky se setkáváme při kontaktu s lidmi se zdravotním postižením? Jak se tyto předsudky mohou projevit v praxi pracovníka úřadu?

ČLÁNEK 2., OBECNÉ ZÁSADY, Odstavec 3.

„Zaměstnanec činí rozhodnutí a řeší záležitosti objektivně na základě jejich skutkové podstaty, přihlížejí pouze k právně relevantním skutečnostem, a bez zbytečných průtahů. Nejedná svévolně **k újmě jakékoli osoby**, skupiny osob nebo orgánu či složky právnické osoby, ale naopak **prosazuje práva a oprávněné zájmy občanů**.“

*Nejednat k újmě jakékoli osoby se zde váže jak k výkonu činností v rámci správního řízení, popř. činností mimo tento správní rámec, tak k obecnému jednání, které by nemělo poškozovat jakoukoli osobu. V tomto smyslu se vraťme např. k pojednání o přístupnosti informací v kapitole 5.6, kde se zabýváme potřebou delšího časového plánu na jednání s některými skupinami občanů se zdravotním postižením s ohledem na specifické potřeby při příjmu, zpracování a zaznamenání informací. Pokud nerespektujeme tato specifika, jež jsou objektivně dána limitem jeho konkrétního typu postižení, můžeme třeba i nevědomě tomuto člověku způsobit **újmou, projevující se v nedostatečném nebo neúplném podání informace**. Na základě takto neúplné informace může mít občan další újmu, pokud nevykoná něco, co vykonat měl, ale nebyl o tom sdělným a dostatečným způsobem informován.*

*V další části odstavce 3 se hovoří o prosazování práv a oprávněných zájmů občana. Práva jsou poměrně exaktně definována (v textu již několikrát zmiňovaná přístupnost/nepřístupnost úřadu jako veřejné budovy buďto je nebo není zajištěna dodržováním stavebního zákona a prováděcí vyhlášky jako konkrétního právního nástroje pro přístupnost úřadu). V tomto smyslu má-li kterýkoliv občan **oprávněný zájem získat informace**, má tedy i **oprávněný zájem přijít na úřad** a dostat se za konkrétním úředníkem nebo mít přístupnou webovou stránku úřadu (nevidomí lidé). Interpretace této části kodexu do roviny problematiky zdravotního postižení nemusí být a pravděpodobně není obecně zřejmá.*

Pokud musíme navštívit úřad osobně v roli klienta, je nepochybně příjemné, je-li jednání na úřadu korektní, rychlé a vstřícné. Přesto, že se situace v posledních letech výrazně zlepšuje, ne vždy je to z různých důvodů možné. Na hlavu úředníků se snáší někdy oprávněně, jindy neoprávněně řada výtek stran (skutečných i domnělých) průtahů jednání, dlouhého čekání, opakovaná nutnost návštěv, odcizený až arogantní přístup úředníka, nesrozumitelný úřední slovník apod. Nebudeme se zde zabývat efektivitou výkonu veřejné správy jako takovou, zastavíme se jen u jednoho aspektu tohoto výkonu, a sice **požadavku individuálního přístupu** k projednávání úřední záležitosti v konfrontaci s realitou všedního dne.

Hlavní zákon každé demokratické společnosti tvrdí, že veškerá moc pochází z lidu. Výkon veřejné správy je (dle Kodexu) službou veřejnosti. Chce-li úředník sloužit lidu, veřejnosti, musí plnit především své úřední povinnosti. A mezi tyto povinnosti patří na prvním místě povinnost **nikoho neprivilegovat** (...tedy ani zdravotně postiženého čekatela za dveřmi), **rozhodovat bez osobního zaujetí** (...nenechat se ovlivnit osobním soucitem nebo osobním odporem k těžkému zdravotnímu postižení klienta), ať již pro či proti konkrétní osobě. Žadatelů je vždy mnoho a osobním zvýhodněním jednoho bývají postiženi ostatní. Není tedy požadavek specifického přístupu k lidem s postižením de facto nereálný? Nejde jen o „lišácky“ schovanou formu pozitivní diskriminace? Záleží na tom, o jakou situaci se jedná.



Individuální přístup – realita, nebo fikce?

Možnosti delšího času na jednání a důsledné prosazování individuálního přístupu ke každému, v našem případě zejména k někomu, kdo má zdravotní postižení, se bude lišit v závislosti na druhu agendy, velikosti obce a jejího postavení v systému veřejné správy, organizaci úřadu a dalších činitelích. Jiná bude situace na oddělení evidence obyvatel a jiná na odboru regionálního rozvoje. U některých agend se úředník do kontaktu s osobami, o jejichž osudu de facto rozhoduje, ani nedostane. Zajímá ho **pouze věcná stránka agendy, nikoliv její lidské aspekty**. Souvisí to s kvanty vyřizovaných záležitostí, kdy hromadný charakter vyřizování záležitostí předpokládá a přímo vynucuje existenci obecně formulovaných a **univerzálně platných pravidel**, podle nichž je možno posuzovat všechny případy stejného typu **jednotně** a podle **stejných kritérií**. V **zájmu nestrannosti se co nejvíce abstrahuje od lidských zvláštností jednotlivých případů**. Všechny tyto skutečnosti, které mohou být velmi cenné z čistě technického hlediska efektivity správních operací, vedou zároveň k tomu, co lze nazvat **odlidštěním správy**. Lidské souvislosti vyřizovaných případů se vytrácejí ze zorného pole odborníků. Komplikovaly by jejich práci podobně, jako kdyby dělník u pásu chtěl zformovat každý výrobek trochu odlišným způsobem a vyzdvihnout jeho jedinečnost. Bylo by to možná docela hezké, ale zdržovalo by to. Za těchto okolností se z vyřizované záležitosti konkrétního člověka stává evidenční číslo a věcná položka, kterou je pouze třeba zařadit do příslušné přihrádky, aby záležitost byla vyřešena. Neděje se tak proto, že by každý úředník byl nutně cynickým mizantropem, nýbrž prostě proto, že objem masové správy neumožňuje zabývat se každým případem v celé jeho jedinečnosti a neopakovatelnosti, jak by to vyžadovala zvláštnost lidských osudů. Chce-li systém správy pracovat alespoň trochu účinně, musí se úředníci nutně zabývat tím, co je všem případům společné, a nikoli tím, čím se od sebe liší. **Musí individuálnost potlačovat** a ne ji vyzvedávat. Musí zdůrazňovat spíše příbuznost formy než odlišnosti obsahu a musí to dělat natolik systematicky, že není divu, propadnou-li potom čirému **formalismu**. Odtud také onen postoj „nedělám nic, co mi zákon neukládá“, co není v zákonu, neexistuje. Z jistého hlediska je právě tento formalismus hlavní předností úředníků. Umožňuje alespoň v principu ignorovat privilegia všeho druhu a měřit všem stejným metrem.



Respekt k odlišnosti, nebo pozitivní diskriminace?

Jisté je, že z hlediska procesního správního řízení je zvýhodňování jakýchkoliv osob, tedy i osob se zdravotním postižením, nepřipustné, nestanoví-li tak přímo legislativní norma. Z hlediska přístupu k těmto lidem stran jednání na úřadech a kontaktu s veřejností je však domnělé „zvýhodňování“ (tj. nároky na delší čas jednání, náklady na úpravy prostředí, vzdělanost personálu úřadu ad.) možné považovat nikoliv za zvýhodňování, ale za **respektování minoritní části obyvatel**, akceptaci zvláštností a limitů, které s sebou zdravotní postižení přináší a pozitivní směřování k vytváření rovných možností přirozené integrální skupiny obyvatel.

ZÁVĚR

Závěrem snahy o prvotní úvahu k vymezení pojmu etika veřejné správy ve vztahu k občanům se zdravotním postižením zbývá dodat, že nelze univerzálním výčtem stanovit, že toto a toto je ve vztahu k lidem se zdravotním postižením etické a jiné nikoliv. Co může být poměrně spolehlivým vodítkem, je snaha uvědomit si fakt, že lidé s postižením jsou především lidé, a pak teprve že mají zdravotní postižení, že limitem je ono postižení, nikoli člověk sám jako osobnost. Dalším vodítkem může být posuzování situace pod zorným úhlem, který se dá charakterizovat parafrází „Vždy jednejte s druhými tak, jak byste chtěli, aby druhí jednali s vámi.“ Na tom se jistě nedá nic zkazit.

SHRNUTÍ

Téma etiky veřejné správy ve vztahu k občanům se zdravotním postižením je z hlediska formálního zpracování tématem novým. Je možné identifikovat formy skrytého i otevřeného neetického jednání úřadu zasahujícího do oblasti přístupnosti úřadu jako veřejné instituce, přístupnosti informací, respektování časových, prostorových a komunikačních potřeb při jednání s těmito občany včetně prevence možných diskriminačních tendencí.

OTÁZKY K ZAPAMATOVÁNÍ

1. Formulujte pozitivním způsobem příklady etického jednání úřadu a pracovníků úřadu v jednáních s lidmi se zdravotním postižením.
2. Co je možné považovat za oprávněné zájmy občana se zdravotním postižením v kontaktu s úřadem/pracovníky veřejné správy?
3. Která dvě vodítka lze využít při posuzování toho, co je ve vztahu k lidem se zdravotním postižením v rámci jednání s úřady etické a co nikoliv?

KAPITOLA 7

PARTICIPACE OBČANŮ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

V našem studijním textu se mimo jiné snažíme ukázat, že pojem „vyrovnávání příležitostí“ pro občany se zdravotním postižením je reálnou skutečností, jež stojí před společensko-politickými elitami této země stejně jak před její veřejnou správou. Významným činitelem tohoto procesu jsou a stále více se musí stávat sami občané se zdravotním postižením. Svou nezastupitelnou roli sehrávají i organizace zdravotně postižených.

Lidé se zdravotním postižením ve většině případů **nedisponují** apriori **znalostmi**, které by jim umožnily přicházet s hotovými systémovými návrhy na konkrétní změny ve správě veřejných záležitostí. Naproti tomu však mají bezesporu **vysoký stupeň motivace k hledání potřebných řešení**, tedy onen startovací impuls, **který majoritní široké veřejnosti z pochopitelných důvodů chybí**.

Neziskový sektor má v českých zemích bohatou tradici. Někdy hovoříme o neziskovém sektoru, jindy nevládních organizacích, postupně také se prosazuje označení „čtvrtý sektor“.

Tradice byla zpřetrhaná v době po sobě jdoucích totalitních režimů, kdy byla svobodná iniciativa občanů nežádoucí a tradiční oblasti činnosti neziskových organizací převzal stát.



Ve třicátých letech minulého století bylo např. v dobročinné a humanitární oblasti registrováno 5 140 spolků. Nadace a spolky vlastnily a spravovaly řadu ústavů a zařízení. Například Katolická charita obhospodařovala v té době více než 170 ústavů s 40 000 místy.

Do roku 1989 existovaly v Československé socialistické republice pouze dvě organizace zdravotně postižených. Státem plně financovaný Svaz invalidů, který jako členská organizace Národní fronty plnil kromě úlohy ideologické také významnou funkci v oblasti přímé podpory osob se zdravotním postižením. A to nejen faktickým výkonem státní správy např. při vydávání zvláštních označení vozidel imobilních řidičů, ale také při distribuci kompenzačních pomůcek, zajišťováním rekreace či vytvářením pracovních míst ve vlastních podnicích META. Druhou organizací bez větší pozornosti a podpory státu bylo Sdružení pro pomoc mentálně postiženým, vyvíjející dobrovolnou činnost ve prospěch osob s mentálním postižením, kterým nebylo členství ve Svazu invalidů umožněno.

Rok 1989 přinesl v této oblasti zásadní změnu. Neziskový sektor, ať se pojímá jako prostor pro dobročinnost nebo jako soubor neziskových organizací, patří k těm oblastem života společnosti, která prodělala nejdynamičtější změny. Doslova den po

dni začaly vznikat tisíce nových neziskových organizací. Svou činnost obnovovaly dříve zrušené a zakázané organizace.



Jakkoliv můžeme za „neziskové“ považovat i organizace veřejné, jejichž cílem není vytváření zisku (např. školy, nemocnice atp.), obvykle jsou chápány jako součást neziskového sektoru „v užším smyslu“ zejména:

- občanská sdružení,
- nadace a nadační fondy,
- obecně prospěšné společnosti.

Od roku 1990 započal proces vzniku a rozvoje dalších organizací zdravotně postižených. Dělit můžeme organizace i z hlediska územní působnosti. Existují celostátní, krajská i místní sdružení. Sdružení s celorepublikovou působností zpravidla vytvářejí své organizační celky s regionální či místní působností. Existují i sdružení s několika desítkami tisíc členů. Naproti tomu místní občanská sdružení mívají jen několik málo členů. Organizace sdružují buď členy se stejným druhem zdravotního postižení v rámci ČR (Česká unie neslyšících, Svaz diabetiků), nebo členy s různým zdravotním postižením v rámci určitého územního celku (Svaz zdravotně postižených Šumava).



Otázka či spíše námět k zamyšlení. Znáte ve svém okolí nějakou místní organizaci zdravotně postižených?

Větší část organizací pak byla v 90. letech sdružena ve dvou celostátních organizacích, Sboru zástupců organizací zdravotně postižených a Sdružení zdravotně postižených v ČR. Právě jejich sloučením v roce 2000 vznikla **Národní rada zdravotně postižených ČR (NRZP)**. Ta v současné době sdružuje 82 organizací zdravotně postižených, tedy organizací, v nichž lidé se zdravotním postižením nebo jejich zákonní zástupci tvoří nejméně polovinu členů. V rámci NRZP existuje 14 krajských rad zdravotně postižených, které tvoří přirozenou základnu pro rozvíjející se krajské programy podpory osob se zdravotním postižením. V rámci NRZP byly vytvořeny tyto komory:

- Komora duševně nemocných,
- Komora mentálně postižených,
- Komora sluchově postižených,
- Komora tělesně postižených,
- Komora vnitřně nemocných,
- Komora zrakově postižených.



Další podrobnosti můžete získat na internetové stránce www.nrzp.cz



Členské organizace Národní rady zdravotně postižených ČR sdružují na čtvrt milionu členů, tedy více než čtvrtinu celkového počtu všech osob se zdravotním postižením v ČR a více než polovinu všech osob s těžším zdravotním postižením. Tento podíl lze považovat za dostatečný pro její potřebnou legitimitu při účasti na tvorbě obecných politik ve prospěch občanů se zdravotním postižením.

Tabulka 7.1: Počet členských organizací krajských rad zdravotně postižených ke dni 20. 9. 2005

Pražská krajská rada zdravotně postižených	31
Středočeská krajská rada zdravotně postižených	15
Jihočeská krajská rada zdravotně postižených	12
Plzeňská krajská rada zdravotně postižených	16
Krajská rada zdravotně postižených Vysočina	18
Ústecká krajská rada zdravotně postižených	16
Liberecká krajská rada zdravotně postižených	15
Královéhradecká krajská rada zdravotně postižených	17
Pardubická krajská rada zdravotně postižených	14
Karlovarská krajská rada zdravotně postižených	7
Jihomoravská krajská rada zdravotně postižených	31
Olomoucká krajská rada zdravotně postižených	18
Zlínská krajská rada zdravotně postižených	13
Moravskoslezská krajská rada zdravotně postižených	14

Zdroj: www.nrzp.cz

V první fázi po svém vzniku se organizace zdravotně postižených ve své činnosti především orientovaly – často jako jediné – na poskytování do té doby chybějících specifických služeb pro tyto občany. V pozdější době začali postupně plnit tuto úlohu také další poskytovatelé (církve, obecně prospěšné společnosti). Stále větší význam proto v činnosti organizací zdravotně postižených nabývá jejich účast na tvorbě a realizaci politik ve prospěch této skupiny občanů.

Základní rámec pro participaci organizací zdravotně postižených na správě věcí veřejných byl vytvořen již na počátku devadesátých let. Prvky tohoto rámce jsou jak **institucionální**, tj.:

- Národní rada zdravotně postižených ČR,
- Vládní výbor pro zdravotně postižené občany,
- Sněmovní a senátní podvýbor pro zdravotně postižené občany,
- Komise předsednictva Svazu měst a obcí pro zdravotně postižené,
- Komise a obdobné orgány na úrovni krajů a obcí,

tak **programové**, tj.

- Střednědobá koncepce přístupu státu k občanům se zdravotním postižením,
- Národní plán podpory a integrace občanů se zdravotním postižením,
- Krajské plány vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením.



Byl ve vašem kraji přijat Krajský plán vyrovnávání příležitostí?

Z pohledu úředníků veřejné správy je vhodné vědět, že:

- Je výhodné zdokonalovat mechanismy, které podpoří větší participaci zdravotně postižených na konzultativních procesech v záležitostech jich se týkajících.

- Posílení podílu neziskových organizací na tvorbě a realizaci dokumentů podtrhla i Komise Evropských společenství (např. ve svém sdělení COM(2000) 284 final).
- Financování činnosti těchto organizací prostřednictvím dotační a grantové politiky by mělo být stabilní. Mělo by zajistit víceletou perspektivu při plánování tohoto druhu činnosti.
- Klíčovou koordinační roli při formování politiky ve prospěch osob se zdravotním postižením zastává Vládní výbor pro zdravotně postižené občany. Výbor musí ve smyslu usnesení vlády ČR č. 596/2003 pravidelně projednávat s představiteli krajů naléhavé obecné problémy občanů se zdravotním postižením a tvorbu a realizaci Krajských plánů vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením.
- Činnost občanských sdružení můžeme rozlišit na vlastní spolkovou činnost a na zajišťování služeb jak pro vlastní členy, tak pro další občany – zpravidla s postižením.
- Mnohá sdružení jsou provozovateli nejrozličnějších zařízení poskytujících služby, jako jsou školy, stacionáře, zařízení pro poradenství, rehabilitaci ad.

Pro zajímavost si uvedeme i nejreprezentativnější mezinárodní organizace zdravotně postižených. Jsou jimi:

1) Evropské fórum zdravotně postižených (European Disability Forum)

Evropské fórum zdravotně postižených (EDF) bylo založeno organizacemi zdravotně postižených osob na základě poznání, že je třeba vytvořit v rámci Evropské unie (EU) opravdu reprezentativní poradní orgán se širokým mandátem a aktivním přístupem k problematice zdravotního postižení. Začalo pracovat od 1. ledna 1977 a má v současné době 87 členských organizací. Jsou mezi nimi evropské nevládní organizace, které působí v oblasti zdravotního postižení, a národní rady zdravotně postižených osob ze všech členských zemí Evropské unie a zemí patřících k Evropské ekonomické oblasti (EEA).

Kontakty možno nalézt na www.edf-feph.org



Ve většině těchto organizací je nějakým způsobem zastoupena i Česká republika, zejména prostřednictvím Národní rady zdravotně postižených ČR.

2) Rehabilitation International (RI)

Je federací národních a mezinárodních organizací i agentur, které pracují v oblasti prevence zdravotního postižení, rehabilitace osob se zdravotním postižením a vyrovnání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením a jejich rodiny. Byla založena v roce 1922 a v současné době je RI tvořena 200 organizacemi z 90 zemí ze všech regionů světa. Udržuje na oficiální úrovni styky s Hospodářskou a sociální radou OSN (ECOSOC), Světovou zdravotnickou organizací (WHO), Mezinárodní organizací práce (ILO), UNESCO, UNICEF, Organizací amerických států, Evropskou unií (EU), Radou Evropy a Hospodářskou a sociální radou pro Asii a Pacifik (UNESCAP).

Konakty možno nalézt na www.rehab-international.org

3) Disabled People's International (DPI)

V současné době má DPI členy v přibližně 120 zemích, více než polovina z nich je v rozvojových zemích. Na národní úrovni se mohou stát členy národních shromáždění všechny organizace, které jsou řízené zdravotně postiženými osobami. DPI zajišťuje rovnoprávné zastoupení svých členů prostřednictvím decentralizované „regionální“ struktury, která také usnadňuje vedení a strategický rozvoj na místní úrovni. Hlas zdravotně postižených osob je tak slyšet všude a může tak mít vliv nejen při řešení otázek týkajících se zdravotního postižení, ale i problematiky spravedlnosti, lidských práv, otázek míru a celosvětového rozvoje.

Kontakty možno nalézt na www.dpi.org

SHRNUTÍ

Participace občanů a organizací se zdravotním postižením na správě věcí veřejných se stává základním požadavkem nejen mezinárodních norem, ale vyplývá i ze znění českých dokumentů typu Národního plánu podpory a integrace občanů se zdravotním postižením. Přitom podíl organizací zdravotně postižených na formulování politiky vyrovnávání příležitostí je v uplynulých letech nejen nepřehlédnutelný, ale shledáváme jej přínosným i pro orgány veřejné správy. V kapitole jsme se seznámili s rozhodující organizací zdravotně postižených, kterou je střešový orgán tohoto hnutí – Národní rada zdravotně postižených. Zájemce se může seznámit i s činnostmi rozhodujících mezinárodních organizací zdravotně postižených.

OTÁZKY K ZAPAMATOVÁNÍ

1. Jaký je podle vás základní význam neziskového sektoru ve společnosti?
2. Která organizace postižených byla do roku 1989 u nás jako jediná?
3. Jaké jsou základní úkoly Vládního výboru pro zdravotně postižené občany?
4. Na serveru www.vlada.cz si můžete najít složení Vládního výboru pro zdravotně postižené.
5. Jak se jmenuje současná reprezentativní organizace zdravotně postižených?
6. Proč je či může být pro veřejnou správu výhodné spolupracovat s organizacemi zdravotně postižených?
7. Napadne vás, zda by nemohla být ustavena ještě nějaká další komora tohoto střešového orgánu občanů s postižením?

SEZNAM PRAMENŮ POUŽITÝCH V TEXTU

DOPORUČENÁ LITERATURA

- [1] BAKALÁŘ, P.: *Tabu v sociálních vědách*. Praha : Votobia, 2003. ISBN 80-7220-135-2.
- [2] BARNES, C., OLIVIER, M., BARTON, L.: *Disability Studies Today*. Cambridge Polity Press, 2002. ISBN 0-7456-2656-4.
- [3] BAROŠ, L. a kol.: *Reforma veřejné správy v České republice*. Praha : Ministerstvo vnitra, 2003.
- [4] *Bezbariérové prostředí pro všechny*. Sborník z mezinárodní konference konané 16.–18. září 2003 v Novém Městě na Moravě, Praha : NRZP, 2003.
- [5] DUNCAN, B.: Mass Media And Disability. In *International Rehabilitation Review*. August 2004, vol. 54, no. 1., s. 7–13, New York : Rehabilitation International.
- [6] *Etika veřejné správy na místní úrovni*. Praha : Ministerstvo vnitra, 2003.
- [7] Evropská deklarace „Média a zdravotní postižení“. *European Declaration on Media and Disability*. Online [cit. 2005–08–28].
Dostupný na WWW <http://europa.eu.int/comm/avpolicy/media/contrib/edf.pdf>
- [8] FILIPIOVÁ, D.: *Projektujeme bez bariér*. Praha : MPSV, 2002. ISBN 80-86552-18-7.
- [9] HUTAŘ, J.: Diskriminace osob se zdravotním postižením na trhu práce a její důsledky. In *Sborník 1. konference o stavu lidských a občanských práv osob se zdravotním postižením v ČR*. Praha : NRZP, 2005. ISBN 80-903640-0-4.
- [10] JANKOVSKÝ, J.: *Etika pro pomáhající profese*. Praha : Triton, 2003. ISBN 80-7254-329-6.
- [11] JESENSKÝ, J. a kol.: *K partnerským vztahům zdravotně postižených*. Praha : FV SI, 1988.
- [12] JOUZA, L.: *Zákon o zaměstnanosti a předpisy související*. Praha : Bova Polygon, 2004. ISBN 80-7273-111-4.

- [13] KELLER, J.: *Nedomyšlená společnost*. Brno : Doplněk, 1992. ISBN 80-7239-091-0.
- [14] KOMENDA, A.: *Legislativa ve vztahu ke zdravotně postiženým v Evropské unii a Radě Evropy*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2002.
- [15] *Kodex etiky zaměstnanců ve veřejné správě*. Online [cit. 2005–08–28]. Dostupný na WWW <http://www.mvcr.cz/reforma/zpravy/kodex.html>
- [16] KRÁLOVÁ, J., RÁŽOVÁ, E.: *Zařízení sociální péče pro seniory a zdravotně postižené občany*. Olomouc : ANAG, 2001. ISBN 80-7263-083-0.
- [17] KRHUTOVÁ, L.: *Rovné příležitosti občanů ze zdravotním postižením a zaměstnanců veřejné správy se zdravotním postižením. Pilotní studie k metodice vzdělávání pracovníků veřejné správy v oblasti problematiky zdravotního postižení*. Olomouc : VCIZP, 2004.
- [18] KRHUTOVÁ, L.: Od paternalizmu k lidským právům – veřejná správa a občané se zdravotním postižením. In *Sborník příspěvků ze VII. konference o vzdělávání úředníků*. Praha : Ministerstvo vnitra, 2005. V tisku.
- [19] KRHUTOVÁ, L.: Diskriminace, od pojmu k realitě. In *Sborník z 1. konference o stavu lidských a občanských práv osob se zdravotním postižením v ČR konané v Praze 12. května 2005*. Praha : NRZP, 2005. ISBN 80-903640-0-4.
- [20] KRHUTOVÁ, L.: Prosociální gramotnost lidí se zdravotním postižením se zaměřením na jednání s úřady. In *Sborník příspěvků z 10. ročníku konference HANDICAP 2005*. Liberec : Technická univerzita Liberec, 2005. V tisku.
- [21] MACH, J.: *Zdravotnictví a právo, komentované předpisy*. Praha : Orac, 2003. ISBN 80-86199-50-9.
- [22] MATOUŠEK, O. a kol.: *Sociální práce v praxi*. Praha : Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.
- [23] *Metodická příručka k Národnímu rozvojovému programu mobility pro všechny I. díl – nová kvalita místních dopravních systémů*. Online [cit. 2005–08–28]. Dostupný na WWW <http://www.mobilityforall.cz/cz/nrpm.htm>
- [24] MICHALÍK, J.: *Právní úprava postavení handicapovaných občanů*. 2. dopl. vyd., Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 1995. MK ČSR č. 21.514/79.
- [25] MICHALÍK, J.: *Školská integrace dětí s postižením*. 2. vyd., Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2000. ISBN 80-244-0077-4.
- [26] MICHALÍK, J.: Právní úprava postavení zdravotně postižených v systému školství a sociálního zabezpečení, náměty lege ferenda. In *Sborník konference Socialia 2001*. Hradec Králové : Univerzita Hradec Králové, 2002. ISBN 80-7041-113-9.

- [27] MICHALÍK, J.: *Metodika Krajských plánů vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením*. Olomouc : Výzkumné centrum integrace zdravotně postižených, 2002.
- [28] MICHALÍK, J.: Práva zdravotně postižených. In *Zpráva o stavu lidských práv v České republice v r. 2001*. Praha : Český helsinský výbor, 2002. ISBN 80-86436-08-X.
- [29] MICHALÍK, J.: *Návrh novely školského zákona a důvodová zpráva k návrhu novely*. Účelový tisk Úřadu Olomouckého kraje, Olomouc : 2002.
- [30] MICHALÍK, J.: Ochrana práv uživatele. In *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe*. MPSV, Praha : Konvoj, 2002. ISBN 80-86552-45-4.
- [31] MICHALÍK, J.: Vnitřní pravidla v zařízení sociálních služeb. In *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe*. MPSV, Praha : Konvoj, 2002. ISBN 80-86552-45-4.
- [32] MICHALÍK, J.: Lidská práva zdravotně postižených. In *Zpráva o stavu lidských práv v České republice v r. 2002*. Praha : Český helsinský výbor, 2003.
- [33] MICHALÍK, J.: Postižení, společnosti, právo. In RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L.: *Speciální pedagogika*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2003. ISBN 80-244-0646-2.
- [34] MICHALÍK, J.: Organizace občanů se zdravotním postižením. In RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L.: *Speciální pedagogika*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2003. ISBN 80-244-0646-2.
- [35] MICHALÍK, J.: Mezinárodní organizace zdravotně postižených. In RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L.: *Speciální pedagogika*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2003. ISBN 80-244-0646-2.
- [36] MICHALÍK, J.: Holokaust – jeho méně známá stránka. In *Postižený člověk v dějinách*. Hradec Králové : Gaudeamus, 2005. ISBN 80-7041017-5.
- [37] MICHALÍK, J.: Lidská a občanská práva zdravotně postižených v České republice na přelomu století. Možnosti a omezení. In *Sborník z 1. konference o stavu lidských a občanských práv osob se zdravotním postižením v ČR konané v Praze 12. května 2005*. Praha : NRZP, 2005. ISBN 80-903640-0-4.
- [38] MICHALÍK, J.: *Školská integrace dětí se zdravotním postižením na základních školách v ČR – výzkumná zpráva*. Olomouc : VCIZP, 2005.
- [39] MOŽNÝ, I.: *Česká společnost*. Praha : Portál, 2002, ISBN 80-7178-624-1.
- [40] NOVOSAD, L.: *Některé aspekty socializace lidí se zdravotním postižením*. Liberec : Technická univerzita Liberec, 1997. ISBN 80-7083-268-1.

- [41] REPKOVÁ, K.: Média a zdravotné postihnutie. In *Speciální pedagogika*. 2003, č. 4. ISSN 1211-2720.
- [42] ROBINSON, D., GARRAT, Ch.: *Etika*. Praha : Portál 2004. ISBN 80-7178-941-0.
- [43] ROTTER, H.: *Důstojnost lidského života. Základní otázky lékařské etiky*. Praha : Vyšehrad, 1999. ISBN 80-7021-302-7.
- [44] ROUDNÝ, R.: Výchova k etice a proti korupci. In *Systém vzdělávání ve veřejné správě v České republice a v Evropě. Sborník příspěvků z konference konané v Praze 20.-21. 11. 2003*. Hlavní město Praha : Magistrát Hl. m. Prahy, 2003.
- [45] TITZL, B.: *Postižený člověk ve společnosti*. Praha : Univerzita Karlova, 2000. ISBN 80-86039-90-0.
- [46] TROSTER, P. a kol.: *Právo sociálního zabezpečení*. Praha : C. H. Beck, 2000. ISBN 80-7179-353-1.
- [47] Kol. autorů: *Velký sociologický slovník*. Praha : Karolinum, 1996. ISBN 80-7184-311-3.
- [48] VÁGNEROVÁ, M. a kol.: *Psychologie handicapu*. Praha : Univerzita Karlova, 1992. ISBN 80-7066-582-3.
- [49] VYSOKAJOVÁ, M.: *Hospodářská, sociální, kulturní práva a zdravotně postižení*. Praha : Karolinum, 2000. ISBN 80-246-0057-9.

DOKUMENTY UVEDENÉ V TEXTU

- Střednědobá koncepce státní politiky vůči občanům se zdravotním postižením schválená usnesením vlády ČR ze dne 16. června 2004 č. 605.
- Národní plán vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením. Schválen usnesením vlády ČR č. 256 ze dne 14. dubna 1998.
- Národní rozvojový program mobility pro všechny.
- Zpráva o situaci občanů v Moravskoslezském kraji. Olomouc : VCIZP, 2002.
- Zpráva o situaci občanů v Královéhradeckém kraji. Olomouc : VCIZP, 2002.
- VCIZP: Přehled vybraných norem Evropských společenství a Evropské unie. Olomouc : VCIZP, 2003.
- Moravskoslezský krajský plán vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením. Ostrava : Moravskoslezský kraj, 2004.
- Pravidla přístupného webu. Praha : Ministerstvo informatiky.

- Standardní pravidla OSN pro vyrovnání příležitostí.
- Národní program vzdělávání.
- Úmluva o lidských právech a biomedicině.
- a další

PRÁVNÍ NORMY UVEDENÉ V TEXTU

- Listina základních práv a svobod.
- Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu.
- Zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení.
- Zákon č. 155/1955 Sb., o důchodovém pojištění.
- Vyhláška MPSV č. 284/1995 Sb., kterou se provádí zákon o důchodovém pojištění.
- Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti.
- Zákon č. 561/2004 Sb., školský zákon.
- Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) a sérii prováděcích právních norem.
- Zákon č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů.
- Vyhláška MŠMT č. 48/2005 Sb., o základním vzdělávání a některých náležitostech plnění povinné školní docházky.
- Vyhláška MŠMT č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních.
- Vyhláška MŠMT č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných.
- Vyhláška MŠMT č. 13/2005 Sb., o středním vzdělávání a vzdělávání v konzervatoři.
- Vyhláška MŠMT č. 14/2005 Sb., o předškolním vzdělávání.
- Vyhláška MŠMT č. 15/2005 Sb., kterou se stanoví náležitosti dlouhodobých záměrů, výročních zpráv a vlastního hodnocení školy.
- Směrnice MŠMT č. j.: 13 710/2001-24 ze dne 6. 6. 2002 k integraci dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami.

- Zákon č. 50/1976 Sb., o územním plánování a stavebním řádu.
- Vyhláška MMR č. 369/2001 Sb., o obecných technických požadavcích zabezpečujících užívání staveb osobami s omezenou schopností pohybu a orientace.
- a další

ČÁST II

SPECIÁLNÍ ČÁST

KAPITOLA 8

OBČANÉ SE SLUCHOVÝM POSTIŽENÍM

Před úvodem – odposloucháno ze života:

... „On snad neslyší nebo co!“ ...

... „Vy mi nerozumíte? A posloucháte vůbec to, co říkám?“

8.1 OSOBY S VADAMI SLUCHU MEZI NÁMI

ÚVODEM

Ukázky částí možných rozhovorů nejsou asi příliš daleko od reality a předpokládáme, že většina zaměstnanců různých institucí se s podobnou situací setkala. O tom, že není ani pro jednu ze zúčastněných stran takový rozhovor příjemný, asi nebude nikdo pochybovat.

Jedním z důvodů, které vedly k napsání tohoto textu, je mimo jiné snaha po osvětlení některých projevů v komunikačním chování osob se sluchovými vadami. Ve srovnání s osobami slyšícími je třeba počítat s tím, že jejich mluvený projev není vždy v obsahu nebo formě na stejné úrovni. Není to ale přítomností mentální retardace nebo psychického onemocnění. Hlavním důvodem je sluchová nedostatečnost, která je hlavní příčinou nedostatečné úrovně komunikačních kompetencí založených na mluvené řeči a komunikačním chování, tak jak jsme na něj z běžné komunikace zvyklí. Na první poslech je mluvený projev osob se sluchovými vadami odlišný zejména ve formální složce. Příliš tichý nebo naopak příliš hlučný projev je zaviněn nemožností akustické kontroly. Asi všichni máme zkušenost s tím, že při poslechu hudby se sluchátky na uších jsme napomínáni svým okolím k tiššímu mluvenému projevu. Dalším projevem je příliš pečlivá artikulace, na níž je patrna speciální logopedická péče, a s délkou doby od opuštění školy tato složka ztrácí na kvalitě a mluvený projev se u některých osob stává méně srozumitelný – pokud se jej vůbec podařilo v době školní docházky vybudovat. Důvodem je opět nedostatek zpětné akustické vazby. Již na začátku textu tedy musíme uvést, že třeba oddělit zvládnutí jazyka a zvládnutí řeči. Zvládnutý jazyk umožňuje člověku komunikovat mimo jiné i písemnou formou. Zvládnutí mluvené řeči je postaveno na jazykových kompetencích a je často běžně předpokládanou dovedností, podle které posuzujeme jejího uživatele. V dalším textu se zaměříme na výklad tohoto jevu, tak aby osoby se sluchovou vadou nebyly podle svého mluveného projevu zařazovány mezi mentálně retardované, a tím i různou měrou ovlivňován i jejich přístup k informacím a k samostatnému rozhodování. Častým

a spíše běžným doplňkem komunikačního projevu osob se sluchovými vadami je poměrně prudká a široká gestikulace. Nebylo by správné považovat uvedené projevy jako projevy mentální retardace nebo opoždění v oblasti sociálních dovedností. V dalším textu se vytrvalý čtenář dozví, jak se tyto projevy zakládají a fixují již v dětském věku. Poučený komunikační partner, kterého bychom všem osobám se sluchovým postižením v osobách pracovníků našich úřadů ze srdce přáli, totiž bude na tak specifickou komunikační situaci více připraven a jeho reakce nebude odrazem překvapení či šoku, ale projevem poučeného, informovaného, a tedy chápajícího komunikačního partnera.

Nepředpokládáme, že po přečtení této části bude veliký nárůst odborníků zaměřených na komunikaci s osobami se sluchovými vadami, ale přáli bychom si, aby první reakce při jednání na úřadě nebyla poznamenána názorem, že sluchová vada je také znamením mentální retardace ve všech projevech, a tedy i přístupech ke klientům.

V dalším textu se budeme zabývat také zdůvodněním rozdílů mezi komunikačním projevem osob, které ztratily sluch před vytvořením řeči, a mezi osobami, jejichž sluchová vada se projevila až po vytvoření komunikace mluvenou řečí nebo její míra není na úrovni hluchoty, a tedy lze při komunikaci s nimi počítat s využitím zbytků sluchu s podporou technických pomůcek.

Pokusíme se v následujícím textu provést exkurz do oblasti života osob se sluchovým postižením a ukážeme si možnosti řešení nebo předcházení problémů. Naším cílem není uvádět vyčerpávající informace o sluchu z pohledu medicíny. Pro běžné denní situace zde pouze krátce zopakujeme některé důležité informace o sluchu, jeho významu, druzích a důsledcích sluchového postižení. V dalším textu budeme často používat termín **komunikace, jazyk a porozumění**. Z důvodů ryze praktických považujeme ale za důležité připomenout skutečnost, že sluchové ústrojí je zároveň ústrojím rovnováhy a má zásadní vliv na tělesnou polohu a stabilitu těla. Zde máme na mysli některé pohybové projevy osob se sluchovým postižením, které by mohly neinformovaného pozorovatele navádět ke scestné úvaze o podezření z opilosti nebo jiného druhu zneužívání chemických látek.



Pro další čtení tohoto textu jsme se ještě rozhodli uvést termín „surdopedie“. Jedná se o disciplínu speciální pedagogiky, zaměřenou na výchovu a vzdělávání dětí, žáků a osob se sluchovými vadami.

Vzdělání, vzdělanost a vzdělávání jsou často opakovanými pojmy úzce navázanými na problematiku uplatnění osob se sluchovým postižením na pracovním trhu, na otázky sociálněprávní a další. I z toho důvodu se budeme v textu na několika místech zabírat souvisejícími otázkami speciální edukace.

SLUCH A JEHO ROLE V ŽIVOTĚ ČLOVĚKA

Sluch je považován za velice **důležitý distanční smysl** a vyvíjí se již v prenatální fázi. V tomto období je velmi citlivý vůči atakům z okolí, zejména infekcím a chemickým vlivům.

Angličtí autoři uvádějí řadu nových poznatků z této oblasti a pro zdárný psychický vývoj se zdá být využitelné i zjištění, že pokud byl plod exponován mluvenému projevu matky (čtení dětského říkadla) po narození vždy, když matka říkanku zopakovala, bylo zřejmé, že dítě rytmus a melodii textu zná. Dokonce autoři těchto experimentů zaznamenali celkové zklidnění dítěte při opakování známé říkanky.

První propojení sluchu a vlastní produkce zvuku lze zaznamenat již mezi 17. a 26. týdnem života, kdy normálně slyšící dítě začíná spojovat svůj hlasový projev s možností reakce na něj formou zvuků a zvučků, broukáním a žvatláním. Pro rodiče i odborníky je u případů bez indikace velmi obtížné sluchovou vadu odhalit, protože do poloviny prvního roku života se z hlediska svých zvukových projevů chová sluchově postižené dítě „normálně“. Následné podezření a případné potvrzení výskytu vady sluchu u dítěte je pak neočekávané a stává se v řadě případů zdrojem problémů ve vlastní a někdy i širší rodině.

Sluch má již od raného věku dítěte **hlavní úlohu v procesu příjmu informací**. Zcela nezastupitelnou roli má sluch na využívání náhodného učení a procesu sociálního učení. Sluch je stejně nezastupitelný při budování a rozvoji mluvené řeči dítěte a jeho absence se projevuje podobně, jako by se dítě vyskytovalo v kritickém období pro rozvoj jazyka a řeči v prostředí bez jakékoliv komunikace, v naprosté izolaci. Odborně se tento stav nazývá období bezjazyčí.

Některé zvuky, se kterými se lze v prostředí setkat, mají známou přibližnou hodnotu a mohou sloužit k odhadu kvality schopnosti slyšení.

Pro příklad:

140 dB	motory startujícího letadla ve vzdálenosti cca 200 m
130 dB	motorová sbíječka
120 dB	hlasité hřmění
110 dB	rokový koncert/osobní přehrávač
100 dB	řetězová pila
90 dB	pouliční doprava
80 dB	zvonění telefonu
70 dB	bouchnutí dveřmi
60 dB	pračka
50 dB	úroveň konverzační řeči (40–60dB)
40 dB	elektrický psací stroj
30 dB	psaní tužkou
20 dB	tíkot hodin
10 dB	šeptaná řeč
0 dB	nejnižší práh slyšení lidského ucha



Na základě uvedeného rozdělení jistě dokážete do hlukové škály dosadit zdroj hluku z vašeho okolí, třeba ten, který vám nejvíce překáží. . .

Lidé, podobně jako i většina ostatních příslušníků živočišné říše, jsou závislí na sluchovém vnímání a komunikace je jednou z důležitých funkcí. Převážná většina živočichů se spoléhá na sluch jako distanční smysl, a na druhé straně se o sluch a jeho plnohodnotné využití, a to nejen u vlastního druhu, s neochvějnou jistotou opírá.

Jaký by jinak měly smysl zvuky, které vydávají zvířata v období říje, zvuky vydávané v obranné situaci nebo poloze naprostého odevzdání, jako je tomu třeba u koček. Přestože žádný pes nezná stav sluchu potenciálních narušitelů vlastního soukromí, štěká a předpokládá zcela jednoznačnou reakci na druhé straně.

Společnost lidí se o sluch opírala od prvopočátku a dodnes je přes veškerý technický pokrok jednou z naprosto nenahraditelných funkcí. S tím, že slyšíme, se prostě počítá a jen tak může fungovat celý systém různých systémů výstražného zařízení, reklamní ataky z médií, zájem posluchačů o hudbu a nebo proces učení, který je označován jako náhodný. U člověka se jedná o velmi dokonalý systém, který mu umožňuje vedle projevů na reflexní úrovni také založení a následné využití komunikace postavené na mluvení a slyšení. Lze tedy konstatovat, že nejčastější a nejstarší mezilidská komunikace je založena na využití sluchu pro projevy v mluvené řeči, doplněné někdy dalšími faktory. Slovo – základní prvek mluveného projevu a zároveň také segment jazykového systému důležité. Lidská společnost některé funkce automaticky předpokládá a tento předpoklad se promítá do nejmenších podrobností souvisejících s běžným denním životem.

Jako příklad můžeme uvést zavedenou praxi, postavenou na předpokladu pravoruké dominance ve společnosti. Neexistuje žádná legislativní úprava, která by pravorukou společnost oficializovala, ale zcela automaticky se s touto skutečností počítá, a tak chudák řidič levák, který musí cvičit pravou ruku pro velmi jemné motorické výkony při řazení rychlostí automobilového motoru.

Běžně se také předpokládá, že všichni příslušníci lidského rodu jsou vybaveni funkčním sluchem, protože jinak by nebyl důvod připevňovat na jízdní kola zvonky a na automobily houkačky. Nejen v uvedených příkladech šla civilizace dokonce tak daleko, že podle zvuku je možné poznat, kterému dopravnímu prostředku je třeba uskočit, aniž bychom se předtím museli rozhlížet po zdroji a druhu nebezpečí. Přestože se jedná pouze o konkrétní zvuky, můžeme i v těchto případech hovořit o komunikaci, která je v případě oslabení nebo vyřazení schopnosti slyšet více či méně narušena.

Můžeme tedy konstatovat, že **dokonalá schopnost slyšet okolní zvuky je považována za normální** pro život. Absence sluchových vjemů nebo jejich narušení je evidentním postižením, které zasluhuje pozornost nejbližších, společnosti a také speciální přístupy v různých oblastech života.

Vzhledem ke specifice lehčích vad sluchu považujeme zde za užitečné se zmínit o osobách s nedoslýchavostí. Předpokládáme, že pokud se jedná o postižení, které můžeme kompenzovat, bude osoba s vadou sluchu schopna existence v životních podmínkách běžného typu, tedy integrace. Pokud bude vada úspěšně kompenzována technickou pomůckou, případný zbytek sluchu bude odborně rehabilitován a zároveň se přihlédne k potřebným nárokům na úpravy prostředí, ve kterém se osoba se sluchovou vadou vyskytuje. Bude možné předpokládat, že se podaří snížit negativní dopad vady na individuální život, konkurenceschopnost na trhu práce a integraci v tom nejširším pojetí.

Protože není na všech místech takové vybavení a nejsou všude vhodné zejména akustické podmínky pro komunikaci mluvenou řečí se sluchově postiženými, stává se velmi často, že tito lidé slyší, ale nerozumí. Pokud jejich mentální kapacita není narušena, pak je právě tato komunikační nedostatečnost diskvalifikuje a potřeba se

neustále ptát a žádat o zopakování informace je následně nemotivuje pro další sociální kontakty se slyšící společností. To se týká zejména míst, kde nejsou splněny podmínky pro takzvanou akustickou pohodu.

Jedním z takových velkých prohřešků je rozhovor v kanceláři se zvukovou kulisou hudby nebo mluvené řeči. Je třeba připomenout, že tento prohřešek se netýká pouze komunikace s osobami se sluchovou vadou, ale také všech starších osob, jejichž sluch s přibývajícím věkem slábne.



Jak již bylo uvedeno, život ve společnosti je založen na předpokladu dobrého sluchu.

Pokud sluch jako jeden ze základních distančních smyslů chybí, jedná se o zdroj problémů, se kterými se neslyšící setkává a i při různých pokusech o kompenzaci zůstává osobou se speciálními potřebami.

Uvažujeme-li o osobách **neslyšících**, pak je potřeba popsat tuto skupinu přesněji. Budeme zde hovořit o osobách s takovou mírou postižení, která není kompenzovatelná sluchadlem. Pro přesnost je třeba vymezit takové skupiny vlastně dvě. Jedná se ty osoby, které z hlediska medicínské diagnózy neslyší, máme tedy na mysli velikost sluchové ztráty.

Druhou skupinou jsou **Neslyšící**. Velké písmeno naznačuje, že se jedná o kulturní menšinu. Jsou to osoby, jejichž míra sluchového postižení není rozhodující pro jejich sebepojetí a následné zařazení se do sociální skupiny. Míra sluchového postižení je zde tak nepodstatná, že ke skupině Neslyšících se mohou hlásit i lidé s normálním sluchem. Svým způsobem prožívání a sebepojetím mají k této skupině blíže než ke slyšícím (často se jedná o životní partnery nebo příbuzné osob se sluchovou vadou). V poslední době se často setkáváme s klasifikací Neslyšících jako jazykové či kulturní menšiny. I tento pohled je možný, protože se jedná o skupinu vykazující všechny parametry, které jsou nutné pro vznik sociální skupiny – kulturní minority. Jedním z nejčastěji uváděných znaků této skupiny je preference znakového jazyka jako hlavního komunikačního prostředku.

V dalších úvahách pokročíme k problematice procesu učení u osob se sluchovými vadami. V předchozím textu bylo uvedeno, že sluch, ovládnutí jazyka, řeči a ovládnutí efektivní formy komunikace jsou základním předpokladem pro rozvoj některých forem učení, které jsou na funkčním sluchu založeny. Pro přehled zde uvedeme učení rané – postnatální, učení náhodné, verbální učení a sociální učení jako komplexní přístup. Vyjmenované druhy učení jsou přímo závislé na komunikaci, a to komunikaci mluvenou řečí.

Při absenci nebo nedokonalosti sluchového vnímání k některým procesům učení nedochází vůbec, nebo probíhají špatně.

Jako příklad můžeme uvést problém s chápáním času. Víme, že člověk se vyděluje z živočišné říše několika parametry: uvědomělým úsměvem, komunikací mluvenou řečí, vědomím smrti a v neposlední řadě je to chápání času. Chápání času a jeho relativity, měření času a závislost na něm. Velkou výjimkou by byl čtenář, který by si

nepamatoval svůj dětský věk, kdy byl neustále upozorňován na časové relace. Již od dětství člověk slyší údaje, které jsou situačně relevantní, ale nepochopitelné.



Vztah sluchu, myšlení, řeči a proces učení.

Například naše dcera Lucie nebyla jinou, když se ráno na cestu do mateřské školy oblékala naněkolikrát a po „půlnohavicových“ krocích svých punčochových kalhot se blížila k celkovému oblečení. Hlavní náplní naší ranní konverzace byla slovní spojení: spěchej, nestihneme to, přijdeme pozdě, podívej se, jak jsi pomalá. Její dětské pojetí bylo jiné – spíše vedeno zdravým pohledem biologickým než potřebami rodiče, který byl již řadu let pod vlivem „normálního“ pojetí času, jako důležitého údaje, jako hodnoty, která řídí lidi a jejich činnosti. O tom, jak je nevhodné chodit pozdě, nebylo třeba nijak specifického „vzdělávání“. To tak prostě je.

Na ukázce je vidět, jak důležité je náhodné učení a jak se podílí nejen na rozšiřování vědomostí, ale že se stává základem pro vytváření návyků a vzorců chování, kterých je třeba po celý život. Dítěte, které je neslyšící, expozice mluvenému jazyku požadovaný efekt nepřináší a lze tak i vysvětlovat řadu problémů, se kterými se můžeme později, a to již ve věku dospělosti, u osob se sluchovým postižením setkat.

Uvedené druhy učení mají totiž vliv na vytváření nejen systému vědomostí a rozvoj myšlení, ale zároveň se podílejí na vytváření systému vzorců chování a podporují vznik uvědomělého chování, a to již od dětského věku.

Skupina osob se sluchovým postižením se stává zásluhou médií stále méně tajemným společenstvím, které využívá místo mluvené řeči znakový jazyk, tak málo srozumitelný běžnému nepoučenému pozorovateli. V současné době se veřejnost stále častěji setkává s existencí skupiny sluchově postižených v různých formách, zejména ve sdělovacích prostředcích při televizním vysílání pro sluchově postižené nebo při pořadech s tlumočením nebo přímo ve znakovém jazyce.

Přenos informací v současné společnosti je tak zavedenou a běžnou potřebou, že jediné, co ještě můžeme zdokonalit, je rychlost a efektivita jejich šíření. V tomto tempu se setkáváme se skupinou osob, která vyžaduje specifické, nediskvalifikující komunikační přístupy.

Nabízí se otázka, zda jsou opravdu hlášení ve vlacích pražského metra přístupná pro všechny cestující? S úsměvem pozorujeme spolucestující z Dálného východu, kteří se snaží dát do souladu název stanice na plánu se zvukem slyšeným z reproduktoru. Oproti cestujícím s vadou sluchu mají výhodu, slyší – byť v cizí řeči a neznámé intonaci – slovo „Křižíkova“ a snaží se jej přiřadit k obrázku slova na schématu. Mají asi více práce, ale blíž k úspěchu. Další důležitou součástí informačního systému v našem životě je záznam a přenos informací v psané podobě. Můžeme poskytnout vlastní zkušenosti s názorem, že neslyšící nepotřebují žádné výjimky ve vzdělávání ani v přístupech, jen je třeba je nejdříve ze všeho naučit číst a psát.



Máme kolem sebe na pracovišti všechny informační systémy opravdu plně funkční pro všechny? Jsou přístupné pro osoby s postižením, nebo pro cizince?

Tento, ne zcela ojedinělý názor byl vysloven lékařem-neurologem, který přebíral do své péče neslyšícího muže a snažil se s ním domluvit psaním s tím, že nepotřebuje tlumočníka. Lékař a jistě opravdový odborník, vyslovil nahlas to, co můžeme slyšet i jinde, a to i v kruzích daleko poučenějších.

Problematika čtení neslyšících je opravdu široká a věnovalo se jí v odborné literatuře hodně pozornosti. Máme samozřejmě na mysli čtení s porozuměním. Jedním z největších problémů osob s těžkými vadami sluchu je **snížená schopnost čtení s porozuměním**. Tato dovednost, dnes již běžná, je základem pro vzdělání a další nebo celoživotní vzdělávání zejména. Můžeme uvést, že technické čtení je ve většině případů osobami se sluchovými vadami uspokojivě zvládáno, ale na vždy si můžeme být jisti s porozuměním obsahu textu. Složitost češtiny jako jazyka s poměrně vysokou mírou flexe, a tím při globálním způsobu čtení v podstatě nemožnost zapamatování všech gramatických tvarů aktivně používaných slov, vede k tomu, že četba jako zdroj studijních informací, četba jako zábava je skutečným problémem pro většinu sluchově postižených osob.



Snad právě proto jsou tolik významné výjimečné případy těch, kteří jsou neslyšící a jsou schopni plně číst a psát s porozuměním.

Vady sluchu se zpravidla hodnotí z hlediska velikosti sluchové ztráty. Běžně se uvádějí vady v rozsahu od nedoslýchavosti přes praktickou až po úplnou hluchotu. Podle místa, kde k vadě došlo, hodnotíme vady sluchu jako převodní, percepční a centrální. Velmi často se setkáváme se společným označením nedoslýchavost (hypacusis) pro částečnou ztrátu sluchu, kterou je postiženo asi 1,5–2 % a více populace.

Pro běžné potřeby odlišení druhu a míry sluchové vady a následného postižení se používají nejčastěji tato označení:

1) Ohluchlost je ztráta sluchu, která vznikla v období dokončování vývoje mluvené řeči nebo zasáhla přímo do již vytvořené mluvené řeči jako komunikačního nástroje. Při tomto postižení se řeč nevytrácí, ztrácí však postupně úroveň formální a chybí běžné tempo rozšiřování slovní, a tedy i pojmové zásoby. Pomocí logopedické péče je možné udržet co nejvíce kvalitu formální stránky mluveného projevu a zároveň rozšiřovat slovní zásobu, podporovat rozvoj odezírání a cvičit mluvní pohotovost. Pro srovnání s jinými vadami sluchu je třeba upozornit na významnou skutečnost – jazyk ve svém stadiu rozvoje zůstává nedotčen, tedy na úrovni, kterou vykazoval před ohluchnutím.

2) Hluchota je zpravidla charakterizována jako vrozená nebo v časném věku získaná ztráta sluchu. Zpravidla se uvádí hranice tří let věku. Pokud se v tomto období nerozvíjí dítě z hlediska jazyka, nemůžeme očekávat ani osvojení mluvené řeči. Výchovu k mluvené řeči jako zcela specifickou logopedickou aktivitu lze považovat za jednu z možností zaměřenou na výstavbu komunikačního systému. Velký zásah do pojetí hluchoty jako postižení přineslo zavedení kochleárního implantátu jako technicky velmi dokonalé neuroprotézy.

3) Zbytky sluchu je označení, kterého se používá pro postižení jedince neúplnou ztrátou sluchu ať vrozenou, či získanou, ale zpravidla spojenou absencí mluvené řeči

nebo retardací ve vývoji mluvené řeči. Uvádí se, že zbytků sluchu je možno využít při výstavbě mluvené řeči. Pro efektivní komunikaci je však takový jedinec odkázán spíše na odezírání mluvené řeči z úst svého komunikačního partnera, využití technických pomůcek – zpravidla individuálního sluchadla a velkou míru ohleduplnosti ze strany slyšících.

4) Nedoslýchavost je výraz, se kterým se setkáváme při stavu, kdy vrozená nebo získaná částečná ztráta sluchu bývá příčinou opožděného nebo omezeného vývoje řeči mluvené, a tedy i komunikace v celém. Jako nedoslýchavost je velmi často označováno poměrně široké spektrum sluchových vad. Pro informaci je zde uvádíme:

- *velmi těžká nedoslýchavost* – postižený vnímá mluvenou řeč v těsné blízkosti ucha, a to ve značně deformované podobě. Tato úroveň komunikace dle autora nestačí pro běžnou potřebu a takto vyvinutá řeč je chudá obsahem a deformovaná ve zvukové složce.
- *Těžká nedoslýchavost* – takto je označena porucha, která umožňuje slyšení mluvené řeči pouze do vzdálenosti jednoho metru od ucha. Tuto vzdálenost nepovažujeme za významnou a efektivní pro běžnou komunikaci.
- *Střední nedoslýchavost* – je taková míra poškození sluchu, která umožňuje poslech a rozumění mluvené řeči ve vzdálenostech jeden až tři metry od úst mluvčího. I zde je nutno pro případy běžné komunikace počítat s problémy, které jsou v praktickém životě popisovány jako „slyší, ale nerozumí“. Efektivní komunikaci znemožňují nevhodné akustické podmínky, které se vyskytují mnohem častěji než podmínky akusticky výhodné.

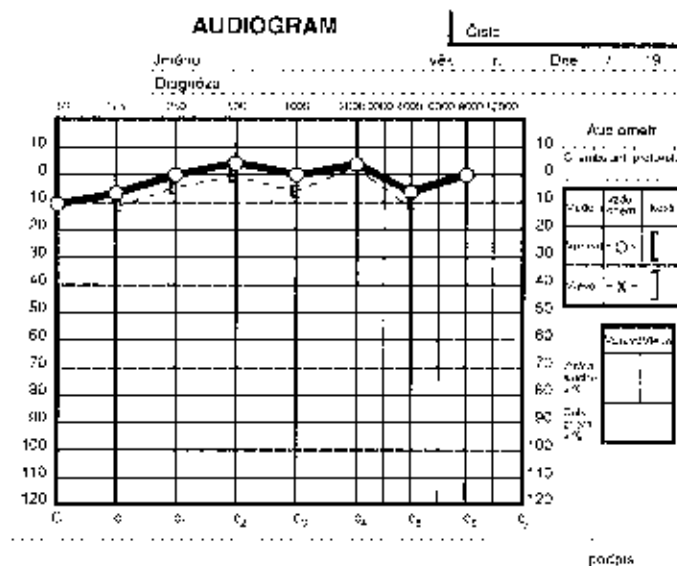
Pro představu čtenářů připomínáme, že jedním z velmi nepříjemných způsobů zhoršení akustických podmínek pro rozhovor je zvuková kulisa rozhlasu nebo jiného podobného zdroje při úředním nebo jinak důležitém rozhovoru či jednání.

- *Lehká nedoslýchavost* – je porucha, která nepřináší nápadnější potíže postiženému a umožňuje mu využití sluchu pro běžnou komunikaci s jistými omezeními v případě komunikace v hlučném prostředí nebo při použití tiché – šeptané mluvené řeči. O poměrně přísném požadavku na kvalitu akustiky prostředí, ve kterém komunikace probíhá, se zmiňujeme proto, že platí ve stejném rozsahu jako v předchozím případě, a pro osoby se sluchovou vadou je taková situace obtížnější neboť jejich vada není na první pohled patrná. Pak se mohou jevit spíše jako mentálně retardovaní a přístup k nim založený na tomto mylném předpokladu může jednání znesnadnit a být vnímán právem jako urážlivý.

Pro potřeby úřadů, nejčastěji rezortu zdravotnictví a sociální péče, se používá **klasifikace sluchových vad** z hlediska ztráty udávané v dB a frekvence v oblastech 500, 1 000 a 2 000 MHz, tak jak je stanovila WHO z roku 1980.

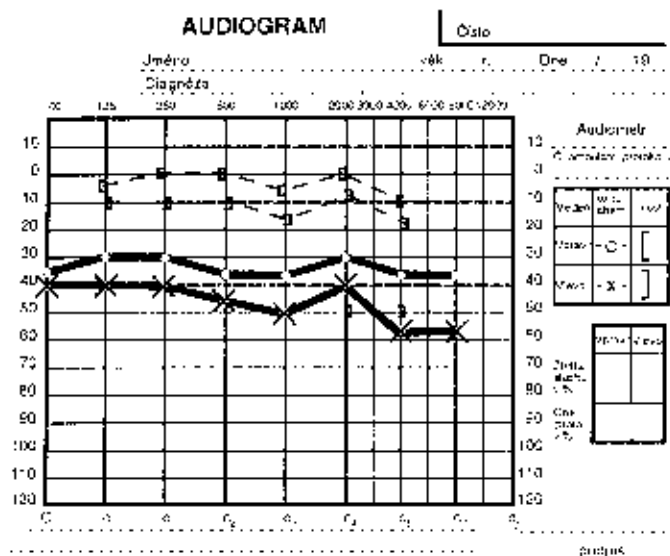
Nejčastěji se uvádí tento rozsah ztrát sluchu:

0–25 dB	normální sluch
26–40 dB	lehká nedoslýchavost
41–55 dB	střední nedoslýchavost
56–70 dB	středně těžké postižení sluchu
71–90 dB	těžké postižení sluchu
91 a více dB	velmi závažné postižení sluchu, hluchota



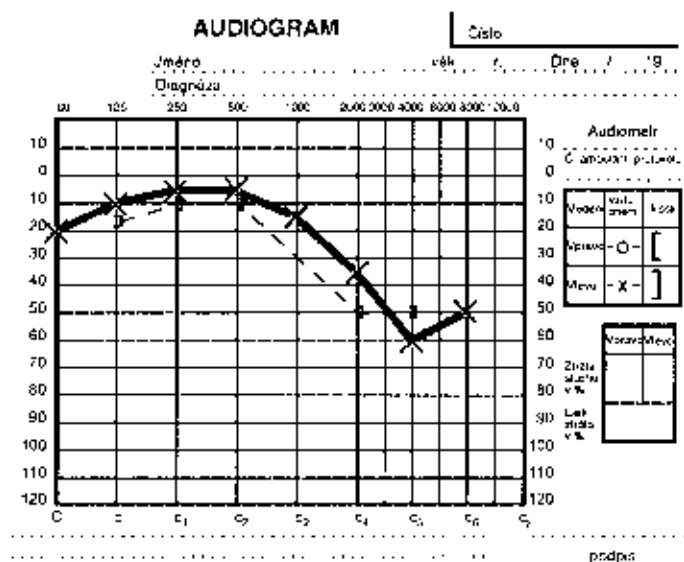
Obr. 8.1: Záznam vyšetření sluchu – normální sluch

Podle Lejska, V. *Kompendium ORL dětského věku*. Praha : Grada Publishing, 1995

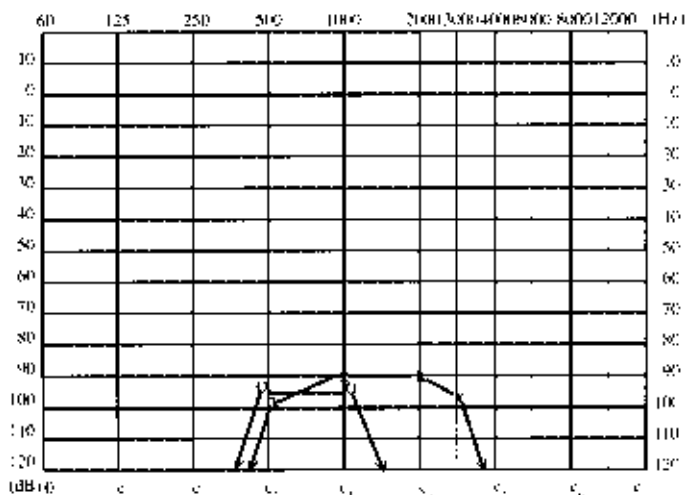


Obr. 8.2: Záznam vyšetření sluchu – převodní nedoslýchavost

Podle Lejska, V. *Kompendium ORL dětského věku*. Praha : Grada Publishing, 1995



Obr. 8.3: Záznam vyšetření sluchu – percepční nedoslýchavost

Podle Lejska, V. *Kompendium ORL dětského věku*. Praha : Grada Publishing, 1995

Obr. 8.4: Záznam vyšetření sluchu u neslyšícího dítěte

Podle Kimla, J. *Základy foniatrie*. Praha : Avicenum, 1978

Za neslyšícího je považován ten, komu ani sebevětší zesílení zvuku neposkytuje žádné sluchové vjemy.

V odborné literatuře se můžeme setkat s různými termíny pro označení jedince s vadou sluchu a můžeme říci, že výběr označení se různí v závislosti na tom, zda je používán v oblasti zdravotnictví, sociální péče nebo školství. Uvádíme několik nejčastěji používaných:

- prelingvální hluchota (ztráta sluchu vzniklá před vyvinutím řeči),
- postlingvální hluchota (ztráta sluchu vzniklá po období vytvoření řeči),
- hluchota,
- nedoslýchavost,
- hluchota před vstupem do povolání,
- hluchota po vstupu do povolání,
- ohluchlý,
- vrozená hluchota,
- získaná hluchota,
- sluchové postižení.

Označení prelingvální hluchota nebo postlingvální hluchota přináší informaci o době vzniku vady sluchu v závislosti na délce času, kterého by mohlo být využito pro výstavbu jazyka, pojmů, slovní zásoby a samozřejmě mluvené řeči. Z uvedených možností doporučujeme se soustředit na ty termíny, které označují ztrátu sluchu v přesných číslech, tedy klasifikaci dle WHO. Význam termínů **sluchová vada** a **sluchové postižení** není stejný a pokusíme se vysvětlit jejich jistou odlišnost:

sluchová vada je poškození orgánu nebo jeho funkce tak, že je nějakou mírou snížena kvalita či kvantita slyšení,

sluchové postižení je širším termínem, který zahrnuje i sociální důsledky vady sluchu včetně řečového defektu.

SHRNUTÍ

Osoby se sluchovými vadami mají **obtížný přístup k informacím**, a to jak v době, kdy se bouřlivě vyvíjí jejich psychika, tak v dospělosti, kdy potřeba slyšet a zvládat jazyk i řeč je základním předpokladem úspěšné socializace, integrace a konečně úspěšného zařazení na trhu práce. Při komunikaci je potřeba k těmto osobám přistupovat se zvláštním zřetelem a využívat dostupné prostředky k usnadnění komunikace od technických po tlumočnické služby. Vady sluchu mají různou etiologii, míru a dopad na život člověka. Podle druhu a míry poškození sluchu je volen způsob kompenzace vady. Sluch jako jeden ze základních předpokladů socializace člověka podle mohutnosti ztráty negativně ovlivňuje celý vývoj osoby s postižením, má dopad na jeho rodinu a vyžaduje specifické přístupy pro kompenzaci vady.

OTÁZKY K ZAPAMATOVÁNÍ

1. Pokuste se charakterizovat dopad nedostatku sluchu v různých oblastech života.
2. Jaký je rozdíl mezi vadou a postižením?
3. Pokuste se charakterizovat rozdíl v přístupu ke komunikaci mezi osobou neslyšící a osobou s nedoslýchavostí.

8.2 OSOBY SE SLUCHOVÝMI VADAMI V ČESKÉ REPUBLICE

Předpokládáme, že v České republice je asi **500 000 osob se sluchovými vadami**. Z tohoto počtu je však převážná většina těch, jejichž sluch se zhoršil nebo zcela zanikl a je nefunkční. Jedná se o osoby vyšších věkových kategorií. Mimo to můžeme počítat s existencí asi **15 000 osob se sluchovými vadami vrozenými** nebo jejich vznik datujeme do období dětství. Předpokládá se, že v naší populaci je asi **3 900 osob** se sluchovou vadou v rozsahu **větším než 70 dB** a asi **3 700 osob** se sluchovou vadou **převyšující 90 dB**, tedy v pásmu hluchoty, která se vznikem datuje nejdéle do konce období školního věku. Ze stejných zdrojů můžeme uvažovat o přítomnosti asi 7600 osob, které neslyší a jejichž vada, hluchota, vznikla nejdéle do ukončení věku školáka.



Pokuste se zjistit počet klientů nebo osob se sluchovým postižením jednajících na vašem odboru, u kterých jsou známy specifické požadavky na úpravu podmínek pro efektivní komunikaci.

Ve speciálních mateřských a základních speciálních školách využívá v současné době nabídky speciálněpedagogického přístupu asi **1 300 dětí žáků** s různými vadami sluchu do přibližně 16 let věku.

JEDNÁ SE POUZE O OSOBY SE SLUCHOVÝM POSTIŽENÍM?

V současné době se stále více setkáváme s dvěma možnými pojetími osob se sluchovými vadami z hlediska jejich komunikačních preferencí.

První pojetí je založeno na akceptování skutečnosti, že dospělá osoba má sluchovou vadu, která je v širší sociální dimenzi charakterizována jako postižení. Pokud přijmou osoby se sluchovým postižením nabídku spolupráce (samy nebo děti prostřednictvím svých rodičů), pak lze očekávat, že jejich okolí rodinné i odborné se snaží napřít své síly, prostředky a metodickou výbavu k tomu, aby se postižení a jeho dopad zmírnily – pokud možno kompenzovaly a byla včas zahájena efektivní rehabilitace. Uvedený postup předpokládá **včasnou diagnostiku, včasnou indikaci** a následně **přidělení kompenzační pomůcky** – zpravidla individuálního sluchadla. Dále předpokládáme, že v případech, kde je to vhodné, bude ve spolupráci s odborníky navržen a sestaven individuální plán, a to co nejdříve od doby, kdy byla vada sluchu potvrzena a zahájena komplexní rehabilitace. Za termínem komplexní se v tomto případě skrývá nejen komplexnost z hlediska multidisciplinární péče, a to zpravidla již od raného věku, tak aby se podařilo splnit všechny cílové položky výchovy ještě před nástupem do základní školy. (To by se mělo týkat zejména dětí a žáků s využitelnými zbytky sluchu.) Musíme zde mít na mysli také celý komplex služeb, které svým zaměřením vedou ke snížení

dopadu sluchové vady na rodinu osoby se sluchovým postižením. Úvodním krokem je zpravidla provedení analýzy míry postižení a popis dopadů na život osoby s postižením, a to bez ohledu na její aktuální věk. Poté následuje dlouhý komplexní proces, který je zaměřen na vypracování individuálního plánu pro postup zaměřený na kompenzaci vady a komplexní rehabilitaci, také je třeba nabídnout a v případě potřeby zajistit možnost odborných konzultací, poradenských aktivit na jedné straně a pro všechny pracovníky rezortu školství, zdravotnictví a sociální péče také doporučení, aby k běžnému pracovnímu nasazení přidali i vysokou mírou empatie a trpělivosti na straně druhé, protože míra komunikačních kompetencí osob se sluchovými vadami je z důvodu snížené funkce sluchu zpravidla velmi negativně poznamenána v obsahu i formě.

Při úředních a poradenských jednáních je totiž nutné, stejně jako ve všech ostatních případech, opírat se o komunikaci postavenou na mluvené řeči, a to na obou komunikujících stranách.

Druhá možnost vypovídá o přijetí osoby s vadou sluchu ne jako postiženého, ale jako partnera s odlišnou preferencí v komunikačním modu a tomu pak následně podřídit celý komplex dalších kroků a postupů. Máme zde na mysli ty osoby se sluchovým postižením, které preferují komunikaci postavenou na využití znakového jazyka. Takovou osobu je možné považovat za „cizince“, který používá odlišný komunikační mod, než je tomu u většinové, v tomto případě slyšící společnosti. Za hlavní komunikační prostředek je v těchto případech považován znakový jazyk, fungující ve vizuálně motorickém modu.



Je nutné vnímat nedostatek sluchu vždy pouze jako vadu a v širším pohledu jako postižení?

KOMUNIKAČNÍ STRATEGIE OSOB SE SLUCHOVÝMI VADAMI

Z textu, který, jak předpokládáme, laskavý čtenář již přečetl, vyplývá, že pokud bychom měli jedním slovem pojmenovat oblast problémů osob se sluchovými vadami, pak je to *komunikace*. Proto se pokusíme uvést v krátkosti možnosti komunikační strategie při jednání s osobami se sluchovým postižením.

Z tohoto pohledu můžeme vymezit čtyři skupiny sluchově postižených, které jsou právě z pohledu nároků na komunikaci různé a velmi specifické. Jedná se o skupiny, které vyžadují při komunikaci:

- orální přístup,
- přístup s využitím totální komunikace,
- přístup postavený na bilingvální komunikaci,
- komunikační techniky vhodné pro osoby s kochleárním implantátem.

1) Orální přístup je zřejmě nejstarším, a proto i nejvíce propracovaným komunikačním přístupem používaným při výchově a vzdělávání sluchově postižených. Již v úvodu je třeba poznamenat, že ačkoli se při čtení této publikace může čtenáři zdát, že autor není s myšlenkou orálního přístupu příliš souhlasný, je to zdání správné, ale

platné pouze v případě, že se jedná o děti, které jsou buď neslyšící, nebo Neslyšící. Pak je opravdu čtenářův dojem správný. V případě, kdy se rodiče dítěte s vadou sluchu rozhodnou využít zbytků sluchu dítěte natolik, že je možno na nich stavět komunikaci mluvenou řečí, pak má orální metoda své místo v surdopedii zcela oprávněné a není možné proti ní vznést žádné negativní připomínky.

Orální komunikační strategie je založena na využití mluvené řeči. Sluchově postižení se učí mluvené řeči a jejím prostřednictvím pronikají do života slyšící společnosti a do jejího kulturního a společenského bohatství. Orální metoda je založena na dovednosti využívání mluvené řeči, výcviku v odezírání a rozvíjení funkční schopnosti zbytků sluchu.

Pohled na orální metodu byl ovlivněn nesmírným úsilím vynaloženým ze strany dítěte, rodiny i pedagogů, zaměřený na vybudování komunikace založené na využití mluvené řeči. A tak již od historických dob můžeme v literatuře sledovat preferenci prostředku na úkor cíle, tedy jakési vyzdvižení důležitosti mluvené řeči v komunikaci na úkor obecných cílů a celospolečenských požadavků, tedy přípravy na život ve společnosti a později též k dalšímu studiu nebo zařazení do pracovního procesu. S tím úzce souvisí i pohled na obsah výuky. A máme opět na mysli cíle výchovné i vzdělávací. Kritika metod a výchovně-vzdělávací práce ve školách není naším cílem, zjednodušeně však v tomto případě můžeme tvrdit, že **nedokonalá komunikace umožňuje pouze nedokonalé výsledky vzdělávací a především výchovné**, které považujeme v jistém směru za důležitější.

Ve vývoji edukace dětí a žáků se sluchovými vadami se setkáváme s různými pojetími a názory, ale v průběhu celého minulého století se jako hlavní myšlenka objevuje a po dlouhou dobu setrvává idea demutizace.



Prekonání nemoty z označení hluchoněmý, kterého se dnes již v žádném případě nepoužívá.

Předpokládalo se, že osoba s vadou sluchu sama nakonec ráda uznává, že mluvená řeč je běžným prostředkem dorozumívání mezi lidmi, ověřuje si, že tato forma komunikace otevírá cestu k lidem, a dokonce nepředpokládalo, že se podaří již od dětství kladný vztah k mluvené řeči, aby jí spontánně byla dávána přednost před jinými komunikačními prostředky (znakovou řečí). Můžeme dále sledovat důsledky orálního přístupu ke komunikaci a v širším pohledu jako náhledu na neslyšící z hlediska historického vývoje, sociálního, kulturního a lingvistického.

Někteří autoři uvádějí, že například v Anglii po druhé světové válce byly neslyšící děti vzdělávány pouze orálním způsobem a neměly žádnou možnost být v kontaktu s neslyšící dospělou populací. To negativně ovlivnilo jejich postoje a také proces zařazení do společnosti, integraci. Také u nás byly děti – žáci a následně i dospělí – v podobné izolaci a do jisté míry jsou v podobné situaci i nadále.

Pravděpodobně bychom mohli vyjmenovat pouze málo příležitostí, při kterých se děti a žáci s vadami sluchu setkali s výkladem zaměřeným na komunitu osob s vadami sluchu jako na zcela specifické společenství, doplněné o informace o společnosti Neslyšících, kulturní, jazykové či jiné související informace.

Pro neinformovaného pozorovatele bude asi nepochopitelné, že se žáci ve škole s programem zaměřeným na edukaci žáků s vadami sluchu nedozvědí o kongresu v Mi-

láně, který byl klíčovou událostí předminulého století, a jeho závěrech, které ovlivnily edukaci na dlouhá desetiletí bez možnosti ohlasu cílové skupiny, tedy samotných sluchově postižených, ani o dlouhodobé tradici vzdělávání neslyšících v českých zemích, o významných sluchově postižených osobnostech a podobně.

Mimo absenci uvedených informací můžeme ještě hovořit o nedostatku identifikačních vzorů již ve školním prostředí – a připomeňme si, že převážná většina žáků základních škol pro sluchově postižené musí využívat internátních služeb. Školní zařízení tedy zajišťuje a má i zodpovědnost za celou výchovnou složku v průběhu týdne.

V souvislosti s otázkou na vliv orální výchovy se nabízí také úvaha o jejím negativním vlivu na spolkový život. Bylo by třeba asi vypracovat hlubší studii, protože na rozdíl od demokratických zemí Evropy se u nás zřejmě mísil vliv politický s taktikou jednotné národní fronty a asi i vliv oralismu, nebo spíše jeho pojetí, které ovlivnilo celkový pohled společnosti na osoby s vadami sluchu.



Stalo se tedy, že hlavními představiteli těchto postižených byli ve většině případů slyšící nebo nedoslýchaví lidé, kteří reprezentovali celou sluchově postiženou obec.

Porevoluční obraz spolkové činnosti pak odpovídal celkovému obrazu společnosti. Po rozpadu Svazu invalidů – sjednocující organizace pro všechny skupiny postižených v tehdejší Československu – se začaly atomizovat tyto skupiny i uvnitř a až další zkušenosti potvrdily, že jsou příležitosti, kdy určitá jednota ve spolkové činnosti je velice potřebná. U nás tuto zkušenost reprezentuje bouřlivá akce o zavedení skrytých titulků v televizním vysílání. Právě při této příležitosti se ukázala jako opravdu funkční „střešní“ organizace ASNEP.



ASNEP – ASociace organizací NESlyšících a nedoslýchavých a jejich Přátel byla založena v roce 1992 v Praze jako zastřešující celorepubliková organizace a prvním prezidentem byl zvolen Bc. Ota Panský, neslyšící aktivista z Olomouce.

Bude asi velmi dlouho trvat, než se důsledky obou výše popsaných vlivů vytratí a člověk s vadou sluchu nebude objektem potřebujícím naši pomoc a bude pojmán jako subjekt, který je schopen si o svých věcech rozhodovat a také nést následky zcela sám. Ale k tomu je třeba vytvořit podmínky. Oblast, kterou orální přístup ovlivnil, je zcela jistě i problematika tlumočnicků pro neslyšící.



Vzhledem k celorepublikově rozšířenému názoru na integraci sluchově postižených, který byl podpořen i cíli vzdělávání, nebyla u nás zajišťována žádná systematická příprava tlumočnicků pro neslyšící.

Máme zde na mysli tlumočníky znakového jazyka a také orální tlumočníky.



Jedním z důsledků této situace je například to, že v současné době, protože není přesně definováno, kdo vlastně je tlumočnickem znakového jazyka a jaké musí mít předepsané vzdělání.

Zdá se, že většina tlumočnicků přicházela ze skupiny slyšících „dětí“ neslyšících rodičů a byla zpravidla na slušné úrovni vybavena znalostí znakového jazyka.

V souvislosti s tímto údajem si neodpustíme poznámku založenou na vlastní zkušenosti. Nelze v tomto případě tvořit obecný závěr, ale měli jsme možnost setkat se

s tlumočníky – a byli to právě „slyšící děti neslyšících rodičů“ –, kteří při tlumočení prováděli určitou selekci informací určenou neslyšícím s vysvětlením: „Tomu by stejně nerozuměli, nebo je to určitě nezajímá...“ Také z vlastní předchozí zkušenosti přebírali často roli sociálního pracovníka, téměř zákonného zástupce. Oba uvedené příklady vznikly zřejmě v době, kdy tito tlumočníci jako děti byli jistým komunikačním pojítkem mezi neslyšícími rodiči a slyšícím okolím. Je jedno, zda to byl pocit určité možnosti ovlivňovat chod věcí – čemuž se u dětí nelze divit, nebo spíše příliš rozvinutý charitativní cit, zcela jistě to nebyl dobrý zkušenostní a formovací základ pro jejich příští tlumočnickou praxi.

Zatím nejlepší zkušenosti v této oblasti jsou s profesionálními tlumočníky, kteří do své práce nevpuštějí žádné vlastní citové prožitky.

S uvedenou skutečností velmi úzce souvisí i příprava skupiny klientů, osob s vadami sluchu, které se rozhodnou pro tlumočnické služby.

V příloze této části textu jsou uvedeny **kontakty a adresy**, kterých je možno využít při potřebě zajištění **poradenských služeb** nebo **služeb tlumočnicků znakového jazyka** pro účely úředních nebo poradenských jednání s osobami s vadami sluchu. Věrne, že se výhledově budeme setkávat s poučenými klienty a rovnocennými účastníky úředních jednání, kteří budou dostatečně poučení o využívání tlumočnických služeb a budou schopni regulovat trh v této oblasti a budou se chovat jako skuteční „zákazníci“. Velkou mírou se na této výchově mohou podílet i speciální školy pro sluchově postižené. Lze se oprávněně domnívat, že jako se osoby se sluchovými vadami potřebují seznámit s obsluhou technických kompenzačních pomůcek, tak se stejně důkladně potřebují seznámit s možnými způsoby a podmínkami využití tlumočnicka a zároveň s požadavky na takovou službu kladenými. Orální přístup, spíše jako určitý filozofický pohled se také promítá do celkové vzdělanosti neslyšících. Vzhledem k nevysoké vzdělanostní úrovni byli ke středoškolskému studiu přijímáni jen velmi malé počty žáků a nízký počet vysokoškoláků byl přímo alarmující.

Po roce 1948 byl velmi omezený výčet možností profesní přípravy pro sluchově postižené – švadlena, zámečnick, malíř a natěrač, klempíř a čalouník. Obecně se s neslyšícími počítalo spíše pro výkon méně kvalifikovaných povolání bez předpokladu možnosti dalšího studia či rozšiřování kvalifikace.

V současné době se situace pronikavě zlepšuje. Byly otevřeny střední školy se studiem ukončeným maturitní zkouškou s možností studia ve znakovém jazyce a prestižní české univerzity mají vzdělávací programy přímo pro neslyšící s možností využití tlumočení nebo jiné formy pomoci studentům.



Například Pedagogická fakulta Univerzity Palackého Olomouc, Janáčkova akademie múzických umění Brno nebo Filozofická fakulta Univerzity Karlovy a Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy Praha.

2) Totální komunikace je v současném pojetí spíše vyjádření vztahu osob slyšících a osob se sluchovými vadami. Z hlediska teorie komunikace je to strategie, při jejímž využití se předpokládá zařazení sluchových, manuálních a orálních způsobů komunikace proto, aby se zajistila účinná komunikace mezi osobami se sluchovým postižením a slyšícími komunikačními partnery. Přístup Totální komunikace v sobě

zahrnuje spojení manuálních a manuálně-orálních prostředků dle komunikačních potřeb a vyjadřovacích a přijímacích schopností účastníků komunikace. Znamená to, že se tu spojuje využití mluvené řeči se znakovým jazykem, prstová abeceda, psaní a další prostředky vedoucí ke vzájemnému porozumění. Je to přístup, který bývá často označován jako komunikačně liberální a přístupný všem účastníkům komunikace s osobami se sluchovým postižením. Předpokládá se, že mají především potřebu a zájem se domluvit. Máme na mysli situaci, při které se obě komunikující strany vzájemně respektují a uznávají svoje komunikační prostředky. Tato technika je v praxi úředních jednání ne zcela dostatečná a proto ji pro naše potřeby označíme spíše pouze jako jednu z možností. Je to proto, že je stále založena na převážném využití češtiny, která je pro řadu osob se sluchovým postižením stále na úrovni nedobře zvládnutého cizího jazyka.

3) Bilingvální přístup je v současnosti asi nejefektivnější z hlediska budování a praxe komunikační strategie pro osoby se sluchovým postižením. Podobně jako v předchozích případech nemůžeme hovořit pouze o komunikační technice. Tato zpočátku metoda zaměřená na potřeby edukace dětí s vadami sluchu a preferencí komunikace znakovým jazykem se později, jako tomu bylo i v předchozích případech, transformovala v možnost komplexního pojetí budování a pěstování vztahu slyšícího a neslyšícího prostředí. Postavení neslyšících je ve srovnání s předchozími strategiemi pozměněno a setkáváme se s označením jazyková/kulturní menšina. Jistě uznáme, že se jedná o velký krok dopředu, ale podobně, jako je tomu u jiných celospolečenských změn v názorech a postojích, bude i zde potřeba delšího času a intenzivní odborné i osvětové práce všech zúčastněných, rodičů dětí s tímto postižením, odborníků i poučených pracovníků, kterým jste nyní i Vy, laskavý čtenáři, abychom napomohli nápravě situace.



Jsou to situace, při kterých jsou z řady osob se sluchovým postižením vytvářeni invalidé, protože to je celkově pohodlnější přístup.

Hovoříme-li o bilingválním přístupu, pak máme na mysli takový komunikační systém, při kterém jsou v naprosto rovnocenném postavení oba dva jazyky – znakový i český – a z hlediska rovnocennosti jsou také využívány. Tím se vracíme menší oklikou k již uvedené informaci o tlumočnických znakového jazyka a využívání jejich služeb.

V období školního vzdělávání má tento přístup legislativní oporu, protože o právu na výuku ve znakovém jazyce hovoří školský zákon. Využití tlumočnických služeb již snad není ničím mimořádným, ale přesto si dovoluujeme na tuto možnost znovu upozornit, protože pro úřední jednání, při kterých se předpokládá komunikace s účastí neslyšící osoby, je potřeba tuto možnost nabízet a připravit se na ni.

SHRNUTÍ

Osoby se sluchovými vadami tvoří v naší zemi, stejně jako tomu je i jinde, zcela specifickou skupinu. Při rozhovorech o jejich vadě či postižení se ve většině případů necítí být členy širší skupiny osob s postižením. Proto se snaží definovat tak, aby nebyly zařazovány mezi osoby s postižením. Přístupy slyšící většinové společnosti

k osobám se sluchovými vadami se v průběhu historie měnil, stejně jako názor na jejich vzdělatelnost a možnosti vzdělávání vůbec. Poněkud pomalejší a méně pružný vývoj zaznamenal proces vzdělávání, a to jak v obsahu, který se vždy lišil ve srovnání s obsahem vzdělávání ve školách pro slyšící žáky, tak ve formách výuky, a zejména v komunikačních přístupech. Problematika edukace osob se sluchovými vadami není předmětem této publikace, ale pokud se najdou zájemci o podrobnější informace, pak zjistí, že se jedná o velmi zajímavý příběh vzdělávání jedné skupiny osob, který nemá daleko do napínavého románu.

OTÁZKY K ZAPAMATOVÁNÍ

1. Pokuste se odhadnout s odvoláním na prve přečtené, který z uvedených komunikačních přístupů je nejliberálnější a který by asi nejvíce vyhovoval při jednání s osobou s vadou sluchu Vám.
2. Můžete vyjmenovat některá úskalí komunikační strategie, která je založena pouze na mluvené řeči a je zaměřena na osoby se sluchovými vadami.

8.3 ODEZÍRÁNÍ MLUVENÉ ŘEČI JAKO KOMUNIKAČNÍ PROSTŘEDEK

U některých jedinců s vadou sluchu se jako možný komunikační kanál uplatňuje také odezírání. Sluchově postižený přijímá zrakovou cestou informace sledováním pohybů rtů a doplňuje si je pozorováním mimiky, gest a využitím případných funkčních zbytků sluchu. Pro odezírání byl zaveden základní segment nazvaný kiném jako nejmenší pohybový útvar, který je ještě významotvorný a dále nedělitelný.

Obecně se uvádí, že zrak je jen nedokonalou náhražkou sluchu, protože zrakem lze vnímat jen asi 1/3 fonematické skladby řeči. Již sám tento údaj navádí k zamyšlení nad efektivností komunikace postavené pouze na odezírání mluvené řeči.

Rozhodující pro praktické užití odezírání je informace o tom, že odezírající osoba je schopna odezírat jen ta slova, která jsou jí známá.

Pro naše čtenáře bude asi zajímavý poznatek o **vzácném výskytu antitalentů na odezírání**.

Ve vývoji názorů na komunikaci sluchově postižených, a tedy i na jejich integraci, se setkáváme s měnícími se pohledy na odezírání jako komunikační prostředek. Od téměř absolutní preference až po důkazy o nevysoké komunikační efektivitě.

S přeceňováním funkce odezírání se setkáváme v předválečném Německu, kde se preferoval zrak jako jediný komunikační kanál a vedl sluchově postižené k tomu, aby odezírali jednotlivé hlásky a aby tvrdým cvičením dosáhli co nejvyšší úrovně schopnosti odezírání.

Jen nejelementárnější poznatek o tom, že mluvená řeč je tvořena proudem hlásek, který různě přerušován vytváří slova, věty a rozsáhlejší celky, vnáší nedůvěru v dobré výsledky jistě velice namáhavé metody.

Z historie může být pro naše čtenáře zajímavá zpráva o tom, že v roce 1644 si odvezl Angličan Digby poznatek získaný při návštěvě u Španěla Carrióna a říká „... hluchoněmý mladý muž dovedl rozumět řeči druhých, ať už mluvili hlasitě nebo

tiše a dovedl opakovat i nesnadné slovo.“ Charakter sluchových vad přímo vyžadoval stále větší uplatnění odezírání v komunikaci a v praktickém životě vůbec.



Pojetí odezírání v historii.

Z dnešního pohledu se již umíme a musíme ptát, jak mohutná byla jeho sluchová ztráta, protože zde se jedná o veliký rozdíl mezi neslyšícími (jak jsme se o něm již dříve zmínili) a osobami, které kvůli své sluchové vadě sice něco slyší, ale „pouze“ hůře rozumí a odezíráním si vypomáhají ke zvýšení porozumění při komunikaci mluvenou řečí.

Pro komunikační praxi můžeme popsat odezírání jako specifický typ zrakového vnímání, sloužícího k příjmu informací. Souvisí s velmi obtížnou činností myšlení, která v sobě zahrnuje řadu procesů.

Myšlení se tedy podílí na tomto druhu komunikace v nebyvalé míře, je analyticko-syntetické, zobecňující, diferencované a uvědomělé. Důležitá je schopnost předvídat a také na základě již odezřené logicky doplňovat „bílá místa“ v přijímané informaci. Proces odezírání probíhá komplexně, tedy ne po hláskách. Uvažujeme o možnosti připodobnění ke globálnímu čtení, tedy že obrazu úst odpovídá obraz slova, ke kterému je následně vybaven pojem.

Zejména pro úřední jednání jsou možnosti odezírání ovlivněny mimo jiné také rozsahem slovní zásoby komunikující osoby se sluchovým postižením. Nelze tedy považovat za úspěch, odezírá-li osoba se sluchovým postižením taková slova, která tvoří pouze minimum ze základů slovní zásoby nebo slova, jejichž význam nechápe a nemá je osvojena. Toto tvrzení je opřeno o existenci závislosti mezi aktivně užívaným slovem (odezírání a mluvená řeč) a vytvořeným pojmem, jako materiálem k myšlení. Tuto připomínku považujeme za podstatnou a ještě se v dalším textu o ní zmíníme.

Jde totiž o to, že osoby s nedoslýchavostí právě při jednání na úřadech vykazují na jedné straně „normálně“ rozvinutou slovní zásobu a schopnost ovládat český jazyk jako prostředek ke komunikaci, a na straně druhé mají obrovské potíže s příjmem informací a porozuměním slyšenému mluvenému projevu.



Pouhé odezírání zkrátka není plnohodnotnou náhradní technikou a nelze se na ni tedy zcela spolehnout.

Důležitým předpokladem k úspěšnému odezírání je stav zraku odezírajícího a podmínky pro zrakové vnímání. Odezírání je třeba považovat z funkčního hlediska za zrakové vnímání. Jako neuropsychický proces neprobíhá izolovaně, ale jako analyticko-syntetická činnost mozku. Není jen pasivním vnímáním, ale pro svou aktivitu je důkazem pro reflexní pojetí komunikace s plným využitím zpětné vazby. Fungují všechny složky, útlum a vzruch, paměť i vyhasínání. Odezírání je jako vnímání ovlivněno emocemi, zkušenostmi i stavem psychiky a organismu. Jako další nutnou podmínku je třeba respektovat všechny okolnosti „fyzikální“, je to světlo a jeho množství a nasměrování, rozestavení komunikačních partnerů. Zejména v případech, kdy se úředního jednání účastní také tlumočnický znakový jazyk, je třeba rozestavení hovořících osob podřídit potřebám zrakového vnímání osoby se sluchovým postižením.

Často se setkáváme s negativním vlivem doprovodných pohybů těla, rukou a nebo mimiky obličeje, vznikajících ve snaze pomoci co nejvíce sluchově postiženému k porozumění. Osoba se sluchovým postižením je však spíše matena těmito doprovodnými projevy, které jsou nejen informačně nevýznamné, ale navíc například mimikou, doprovázející usilovnou pečlivou výslovnost, můžeme zcela pozitivní náboj zaměnit za možnost tragického výkladu veskrze příjemné informace.



Z vlastní zkušenosti můžeme uvést příklad situace, při které se sluchově postižený setkal se slyšícím úředníkem snažícím se o co největší srozumitelnost svého mluveného projevu tím, že mohutně otevíral své rty a pohyboval hlavou tak, že tento komunikační projev byl neslyšícím partnerem charakterizován jako „velký ovar“. Informační efekt bylo tedy možné hodnotit nulou.

Často se setkáváme s názorem, že schopnost odezírat je přímo úměrná sluchové ztrátě. To je stejně nepravdivá informace, jako ta o vylepšujícím se hudebním sluchu v návaznosti na vzrůstající míru zrakového postižení. V praxi se setkáváme s tím, že reálný stav efektivity komunikace odezíráním mluvené řeči tomuto předpokladu vůbec neodpovídá. S odvoláním na provedené výzkumy je stále více zřejmé, že schopnost odezírat vůbec nezávisí na mohutnosti sluchové ztráty.

Setkali jsme se ve vlastní praxi s osobami, které při velmi lehkém sluchovém postižení, nedoslýchavosti, kterou nebylo ani nutno kompenzovat sluchadlem, odezíraly velmi dobře, prakticky bez obtíží. Na druhé straně existovaly osoby, které by měly vykazovat vzhledem k velmi mohutnému poškození sluchu téměř virtuozitu v odezírání, a právě ty odezíraly z praktického hlediska minimum z mluveného projevu.

Uvádí se, že asi 87 % celkového počtu osob se sluchovým postižením nemůže využít odezírání mluvené řeči k běžné komunikaci, aniž by použilo dalších podpůrných prostředků – například sluchadla. Máme zde tedy informaci, která jasně hovoří pro použití ne toliko orální komunikace, ale stav věci mluví spíše pro alternativy jako například pro Totální komunikaci či rozhovor zprostředkovaný tlumočnickem znakového jazyka. Zejména osoby s těžšími sluchovými vadami se totiž budou jen s obtížemi zmocňovat pojmové a slovní zásoby i specifické terminologie, týkající se úředního jednání (a že je to někdy i pro nás slyšící dost náročné).



Postesk autora.

SHRNUTÍ

V této kapitole jste se seznámili s odezíráním, které je jednou z možných komunikačních strategií. Protože se jedná o schopnost, není možné stavět předpoklad o úrovni odezírání u konkrétní osoby v závislosti na mohutnosti její sluchové ztráty. Není prostě pravda, že čím větší je ztráta sluchu, tím lepší jsou u jedince předpoklady pro odezírání mluvené řeči.

OTÁZKY K ZAPAMATOVÁNÍ

1. Zkuste se znovu zamyslet nad vztahem mezi schopností odezírat řeč a úrovní zvládnutí jazyka.
2. Jaké podmínky byste mohl, vážený čtenáři, dodržovat, aby Vaše mluva byla plnohodnotným zdrojem informací při užití techniky odezírání.

8.4 POUŽITÍ PRSTOVÉ ABECEDY

Jednou z možných podpor, kterou lze komunikaci osob se sluchovým postižením zefektivnit, je použití prstové abecedy. Existují abecedy pro jednu nebo pro dvě ruce. Prstová abeceda je používána jako doplňkový prostředek k osvětlení jmen, nových a neznámých slov. Jedná se o vizualizaci řeči ve stejné rovině, jako je tomu u psaného projevu. Zpravidla se nepoužívá k běžné komunikaci.



Ve vývoji vzdělávacích přístupů se objevují pokusy o transformaci prstové abecedy do hlavního komunikačního modu. Kde jinde bylo nutno hledat v minulosti úspěchy než v Sovětském svazu a na krátkou dobu i u německých odborníků. Autor těchto řádků viděl na vlastní oči, jak učitelka s neslyšícím žákem drážďanské školy opravdu rozmlouvala o jeho odpoledním programu. Tento rozhovor se odehrával prostřednictvím prstové abecedy, na obou zúčastněných stranách velmi rychle a čitelně používané. Bylo však nutno „číst“ jednotlivé zprávy v němčině.

Pozor! K tomu, aby bylo možné prstovou abecedu použít při komunikaci, je nutné, aby ji obě komunikující strany nejen ovládaly, ale hlavně, aby byly schopny porozumět čtenému textu. Tuto dovednost u úředníků předpokládáme, ale z prve uvedeného textu vyplývá, že u všech osob se sluchovým postižením ji nemůžeme očekávat.

Jedná se o situaci, která je ve své podstatě stejná jako ta, ve které přijde náš známý úředník Hynek do kontaktu se španělsky mluvícím cizincem, a protože neumí španělsky, chce zkusit komunikovat v češtině písemnou formou. Písmena jsou téměř totožná, ale význam slov jimi tvořených je třeba dekódovat. Autor těchto řádků asi nebude sám, kdo se setkal s osobou, která ve snaze komunikovat s cizincem sice mluvila česky, ale pro snadnější porozumění přeháněla artikulaci a zesílila hlas velice silně. Cizinec však nerozuměl.

Dvouruční prstová abeceda(převzato z www.ruce.cz)

A



B



C



D



E



F (varianta 1)



F (varianta 2)



G



H



CH



I



J



K



L



M



N



O



P



Q



R



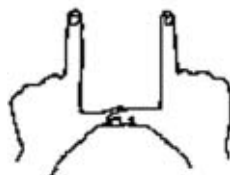
S



T



U



V



W



X



Y



Z



Jednoruční prstová abeceda

A



B



C



D



E



F



G (varianta 1)



G (varianta 2)



H (varianta 1)



H (varianta 2)



CH



I



J



K

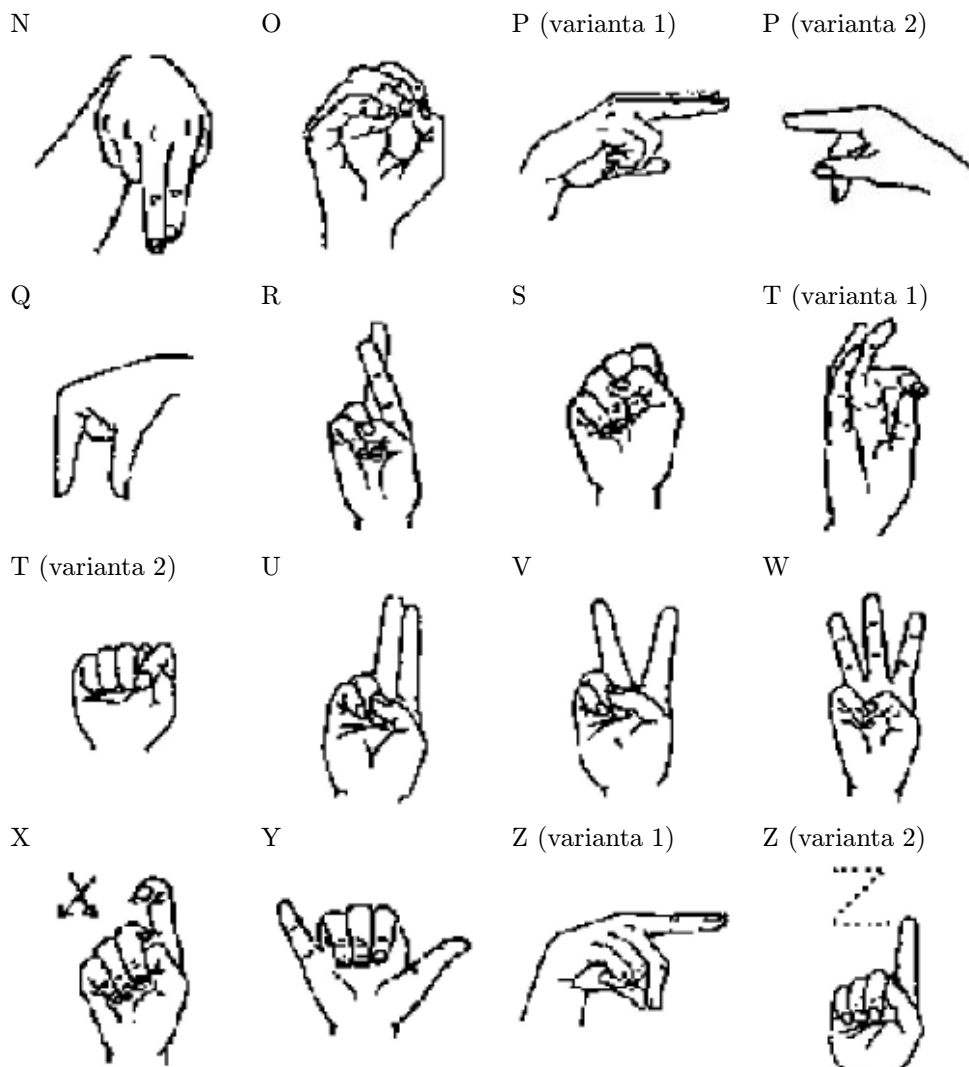


L



M





SHRNUTÍ

Prstová abeceda je doplňkem komunikace s osobou se sluchovou vadou. K jejímu zařazení mezi efektivní nástroje je třeba ji ovládat a také mít jistotu, že obě komunikující strany se mohou opírat o své jazykové kompetence, které se nacházejí na běžné úrovni. Prstové abecedy jsou podobné, ale existují národní verze, reflektující hláskovou odlišnost nebo různost ve tvarech písmen abecedy.



Podle obrázků si zkuste nacvičit provedení některých nejfrekventovanějších slov, se kterými se mohou vaši klienti nebo jednající strany setkat (úřední hodiny, přestávka, počkejte si, formulář, kolek, jméno a příjmení).

OTÁZKY K ZAPAMATOVÁNÍ

1. Dovedete odhadnout, které jsou nutné podmínky pro efektivní využití prstové abecedy?

8.5 SPECIFICKÉ POTŘEBY OSOB S VADAMI SLUCHU



Kompenzovat sluchadlem lze sluchovou ztrátu, ne však hluchotu. Pro komunikaci s osobami stíženými hluchotou tedy platí: sebesilnější hlas, který snaživý úředník vyvine, nepomůže neslyšícímu člověku k tomu, aby uslyšel a porozuměl informaci.

Převodní vady sluchu můžeme lokalizovat do vnější nebo vnitřní části ucha. Velmi zjednodušeně je možné charakterizovat převodní vady jako poruchu mechanické části ucha, kde je počáteční fáze celého procesu zpracování zvukové informace. U převodních vad sluchu je potřeba uvést, že naštěstí pro postiženého nejsou ve své míře takové, aby bylo nutné hovořit o hluchotě. Dokonce v některých případech je možný i léčebný postup, kterým zdravotníci vadu napraví. Z hlediska možnosti kompenzace převodní vady sluchu je v současné době možný výběr kvalitního a výkonného sluchadla. S odvoláním na dříve popsany audiogram a některé fyzikální hodnoty z oboru akustiky, je potřeba laskavému čtenáři připomenout, že ani nejkvalitnější a nejsilnější sluchadlo nemá tu moc, aby překonalo hluchotu.

Ve výčtu příčin převodních nedoslýchavostí nesmí chybět časté záněty středouší a jejich následky v podobě snížené pohyblivosti převodních nitroušních kůstek, v těchto případech hovoříme o otosklerotických změnách, projevujících se jako srůsty. Mezi další příčiny můžeme přiřadit také různé deformity a anomálie, z nichž řadu je současná medicína schopna reparativně řešit. Pro připomenutí uvádíme, že stav slyšení při převodních vadách sluchu v praktickém životě lze charakterizovat tak, že postižený většinou slyší, ale nerozumí. V souvislosti s tím považujeme za nutné upozornit na to, že v takovém případě se může osoba s převodní nedoslýchavostí nepoučenému okolí jevit spíše jako mentálně postižená a dochází k diskvalifikaci způsobené vytvořením názorů nebo dokonce i postojů, které jsou založeny na neznalosti důležitých podrobností.



Opět připomínáme, že takové postupy jsou diskriminující a zejména pro úřední jednání nepřijatelné.

Například pokud se jedná o děti v předškolním věku nebo již o žáky škol, pak se takto spěšně a nesprávně provedená „diagnostika“ může projevit jako celoživotní stigmatizace, protože nepoznaná nedoslýchavost v některých případech dovedla děti či žáky do škol zaměřených na edukaci mentálně postižených.

Součástí přístupu ke komunikaci s osobami s převodními vadami sluchu by měla být revize a popis podmínek pro úpravy prostředí, ve kterém se komunikace bude odehrávat. Opět považujeme za důležité připomenout, že mezi osoby s převodní nedoslýchavostí mohou patřit i osoby ve věku, kdy je naprosto běžná „stařecká hluchota“ a kdy se setkáváme s tendencí k odmítavému, nebo až k hyperprotektivnímu jednání. Jménem všech, kteří z důvodu vady sluchu sice slyší, ale nerozumí, připomínáme, že



Slyšet, ale nerozumět ještě neznamená nechápat nebo mít dokonce snížený intelekt do té míry, že je třeba, aby správní akt nebo rozhodnutí provedl někdo jiný „mladší a pružnější“.

Mnohdy postačí pouhá úprava podmínek, ve kterých se s takovými rozhovory počítá, a pak stačí, aby v kanceláři nehrálo rádio, nebyla spouštěna tiskárna, neprobíhal současně rozhovor dalších osob – byť někdy i pracovní. Velmi důležitou zásadou pro komunikaci s osobami s vadami sluchu je zásada komunikativnosti. Je to požadavek zaměřený na vytvoření takového klimatu, ve kterém je běžné se zeptat, požádat o zopakování nebo vysvětlení. Uvedli jsme prve jako příklad kancelář, ale šetřme úředníky, nejsme si jisti tím, že například ve všech zdravotnických ordinacích je na takovéto požadavky vždy pamatováno a všude je komunikačně příznivé klima a podmínky.

Ve výčtu vad sluchu se dostáváme ke skupině *percepčních vad*. Můžeme je považovat za složitější a závažnější, za vady s podstatně většími negativními dopady na vývoj postižené osoby, než tomu bylo v předchozím případě. Záměrně používáme termín osoby, protože s ohledem na věk postiženého a období, ve kterém vada vznikla, je nutné oddělit od sebe vady vzniknuvší na dědičném základě nebo vady, označované jako vady získané. U percepčních vad se jedná ve většině případů o poruchu v nervové části vedoucí až k centru. Projevy percepčních vad sluchu jsou zaznamenatelné v celé představitelné šíři možností – od vad, které je možno kompenzovat sluchadlem a při zachování potřebných funkcí konkrétní osoby pracovat na rozvoji komunikace mluvenou řečí, tedy s preferencí audio-orálního komunikačního modu, až po případy, ve kterých je vzhledem k míře vady sluchu jedinou cestou k budování efektivní komunikace využití znakového jazyka nebo některých alternativ využívajících modifikace znakového jazyka. Výše uvedené však neznamená, že pokud existují alespoň trochu využitelné zbytky sluchu, nebudou cvičeny pro další využití. Jistě se nebude jednat pouze o nácvik komunikace mluvenou řečí, ale spíše o nácvik identifikace zvuků a následné využití zvukových podnětů, které usnadní těmto osobám orientaci, komunikaci a bude mít svůj podíl na zvýšení jejich nezávislosti. Na toto místo patří také připomínka o tolik nutné přípravě na soustavnou péči o kompenzační pomůcky, zpravidla sluchadla a jejich správné nastavení.

Při úvahách o percepčních vadách sluchu je třeba se zmínit (a v některých případech i pátrat) o významu doby vzniku percepční sluchové vady. Jedná se o informaci, která má zásadní vliv na budování mluvené řeči a výstavbu komunikace mluvenou řečí. V případě, že se jedná o osoby ohluchlé postlingvální (tedy poté, co byl již spontánně založen jazyk, vytvořila se mluvená řeč a byla postavena komunikace na těchto faktorech), je odborná péče zaměřena na udržení a další rozvoj řeči. Pokud vada vznikla před vytvořením řeči a je tedy ohrožen i vývoj jazyka, potom se odborná/surdopedická péče zaměřuje na budování komunikačního modu již v raném věku tak, aby byla co nejméně ve svých funkcích omezována jazyková centra v mozku, omezil se negativní vliv vady sluchu na rozvoj komunikačního chování a rozvoj dalších psychických funkcí, například myšlení.

Specifickou skupinu tvoří osoby, jejichž sluchová vada je lokalizována pouze do jednoho ucha. Tato vada se rozpoznává s velkými obtížemi, protože osoby s takovým postižením velmi často dovedou mistrně využívat jedno funkční ucho a jen drobné

odchylky v projevech chování (natáčení hlavy na jednu stranu, někdy až nepřírozeně vzhledem k situaci nebo zřetelné chybění směrového slyšení) nás upozorní na nenormálnost stavu. Druh vady a míra poškození smyslové funkce mohou být různé, a tím jsou screening i následná diagnostika podstatně ztíženy.

V odborné terminologii se zabydlel termín „lepší ucho“, který zcela přesně vystihuje stav sluchu. Dokonce právě velice dobře fungující „lepší ucho“ vede některé osoby s postižením k tomu, že odmítají sluchadlo na druhé ucho jako neužitečné.

Nejdůležitějšími rysy, kterými je charakterizováno chování osob s vadou na jednom uchu je především velice omezená schopnost dobře nebo přesně lokalizovat zdroj zvuku (což v případě kombinované vady s vadou zraku podstatně snižuje předpoklady pro dobrou prostorovou orientaci a samostatný pohyb), obtíže při zapojení do rozhovoru s více osobami, potíže s rozuměním mluvené řeči nebo diferenciací zvuků v prostředí nadměrně hlučném. V projevech chování můžeme očekávat rysy nervozity, podrážděnosti, zvýšené unavitelnosti a narušení běžného režimu aktivity a odpočinku ve směru k vyšší unavitelnosti.

Komunikace s těmito osobami vyžaduje z hlediska úprav prostředí podobné přístupy a úpravy, jako tomu bylo v již dříve zmiňované části o nedoslýchavosti. Patří sem omezení používání hudby jako zvukového kulisy, jasná a srozumitelná mluvená řeč, používání známých slov a výrazů při všech příležitostech – to jsou základní požadavky, které vnímání zvuků podstatně zlepši, a tím pozitivně ovlivní i komunikaci mluvenou řečí, byť někdy možná „pouze“ jednostrannou.

SHRNUTÍ

Osoby se sluchovými vadami mají specifické požadavky na prostředí, ve kterém se komunikace s nimi odehrává. Tyto podmínky jsou určovány druhem a mírou vady. Úpravy prostředí nejsou zpravidla nijak náročné ani na finanční prostředky, ani na energii a čas. Většinou se jedná o nekomplikované úpravy, na které stačí pamatovat a zajistit je. Vždyť pouhé poodstoupení od okna jako jeden z možných kroků je nenáročné a přináší velký vklad do efektivity komunikace.



Tak i malý zásah šetří v důsledcích velké prostředky – čas, energii a v neposlední řadě i nervy jednajících.

OTÁZKY K ZAPAMATOVÁNÍ

1. Představte si vaše pracoviště a pokuste se navrhnout některé možné úpravy, které by přinesly vyšší efektivitu rozhovoru a pro obě strany radost z jednání.

8.6 OSOBY SE SLUCHOVÝMI VADAMI A TLUMOČNICKÉ SLUŽBY

Na začátku můžeme uvést tři druhy tlumočnických služeb, se kterými je možné se setkat při komunikaci s osobami se sluchovými vadami.

- tlumočení do českého znakového jazyka,
- artikulační tlumočení (tlumočnick se nazývá *vizualizátor*),
- tlumočení do znakové češtiny (tlumočnick se označuje jako *transliterátor*).

Tlumočník by měl být odborně a jazykově připraven pro výkon svojí profese a kvalita jeho výkonů by měla být sledována a vyhodnocována. V současné době je v České republice několik organizací tlumočnicků znakového jazyka, na které je možné se obrátit s žádostí o služby. **Úkolem tlumočníka** pro sluchově postižené, jako je tomu ostatně i v jiných jazycích, je „pouhé“ **přesné převádění informací mezi komunikujícími partnery**. Od tlumočníka se při výkonu neočekává jeho vlastní vstup do procesu komunikace s osobou s vadou sluchu, a to ani ve formě vysvětlování nebo vlastních informací, byť k předmětu jednání. Jedinou aktivitou tlumočníka by mělo být tlumočení bez ovlivňování obsahu nebo formy výchozího sdělení. Při výkonu tlumočnické praxe se očekává ochrana osobních údajů a dat klientů. Pro praxi je třeba poznamenat, že zadavatelem služby je vždy a pouze osoba se sluchovým postižením – klient. Tento klient také určuje formu komunikace.



Povinností tlumočníka je převádět vše, co při rozhovoru zazní. Není tedy možné do výkonu jeho profese zasahovat poznámkami – „Rozumí tomu? To snad ani nepřekládáje. To mu potom vysvětlíte.“

Tlumočníci by se měli řídit etickým kodexem, který by měl být akceptován při všech poskytovaných službách. Abychom mohli připravit podmínky k efektivnímu tlumočení na úřadech, považujeme za důležité připomenout, že pro specifické úkony a jednání (například na specializovaných odborech) by mělo být v zájmu úřadu, aby tlumočník, se kterým referenti spolupracují, rozuměl specifické terminologii a dovedl ji správně tlumočit. Vzhledem k tomu, že se jedná o velmi specifický komunikační projev, je potřeba zajistit zpětnou vazbu ze strany osoby se sluchovou vadou, kterou je možné získat pomocí otázek a pozorným sledováním reakcí na jednotlivá sdělení. Vždy je jednodušší a hlavně rychlejší se v průběhu rozhovoru zeptat na míru srozumitelnosti informace než se po dlouhé době vrátit na začátek rozhovoru a pro nepochopení začít znovu.

Součástí informací o tlumočení dříve zmíněného znakového jazyka by měla být i zmínka o **zákonu č. 55/1998 Sb., o znakové řeči**, ve znění platných předpisů.

Tento zákon upravuje používání znakové řeči jako dorozumívacího prostředku. Pro komunikační praxi je důležité uvést, že mezi uživatele znakové řeči se podle uvedeného zákona počítají všechny osoby, které považují tento komunikační způsob jako primární, a to bez ohledu na druh a míru svého sluchového postižení. Ze znění zákona vyjímáme pro komunikační praxi informaci o tom, že osoby se sluchovým postižením mají právo na tlumočníka znakové řeči při návštěvě lékaře, vyřizování úředních záležitostí a při zajišťování dalších nezbytných potřeb. Služba tlumočníka je poskytována bezplatně v rozsahu podmínek, které jsou stanoveny zákonem §7 – Používání znakové řeči uvádí:

Neslyšící mají právo na

- používání znakové řeči,
- vzdělávání s využitím znakové řeči,
- výuku znakové řeči.

Dále v §8 se dočteme, že:

- Neslyšící mají při návštěvě lékaře, vyřizování úředních záležitostí a při zajišťování dalších nezbytných potřeb právo na tlumočníka znakové řeči. Tlumočnická služba se poskytuje bezplatně v rozsahu podmínek stanovených zákonem.
- Neslyšícím, kterým byly z důvodu úplné nebo praktické hluchoty přiznány mimořádné výhody II. stupně (průkaz ZTP) nebo III. stupně (průkaz ZTP/P), jsou tlumočnické služby při soudním řízení poskytovány bezplatně.
- Neslyšícím studentům středních a vysokých škol, kterým byly z důvodu úplné nebo praktické hluchoty přiznány mimořádné výhody II. stupně (průkaz ZTP) nebo III. stupně (průkaz ZTP/P), jsou tlumočnické služby poskytovány bezplatně za podmínek stanovených zvláštním předpisem Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy.

Tyto služby jsou poskytovány nejen pro jednání na úřadech, ale jsou poskytovány i studentům středních a vysokých škol, kteří jsou zařazeni do procesu integrované edukace. Roční limit v současné době (2005) je 24 hodin bezplatného tlumočení. Tato suma nezahrnuje tlumočení ve školách, kde je pro uživatele poskytováno zdarma.

SHRNUTÍ

Tlumočnické služby jsou asi nejefektivnějším prostředkem, který zajišťuje klidnou atmosféru a vysokou efektivitu úředních jednání. V případě využití této služby pro osoby se sluchovými vadami není rozdíl v požadavcích na tlumočníka a předpokládáme průběh tlumočení v praxi stejně, jako je tomu u běžných tlumočnických služeb, pokud máme na mysli cizí jazyky. Tato služba má oporu v zákoně a je poskytována v některých případech bezplatně, a po vyčerpání časového limitu je poskytována za úplatu.

OTÁZKY K ZAPAMATOVÁNÍ

1. Vyjmenujte druhy tlumočení pro osoby se sluchovou vadou.
2. Jak byste charakterizovali pozici tlumočníka při Vašem rozhovoru s neslyšícím klientem/jednajícím.
3. Víte, kam je potřeba se obrátit v případě, že pro svoje jednání budete potřebovat tlumočnické služby?

8.7 TECHNICKÉ KOMPENZAČNÍ POMŮCKY

Následující část textu věnovaného osobám se sluchovými vadami uvedeme několika informacemi, které je potřeba přijmout jako základní východiska k pohledu na praktickou komunikaci vedeným požadavkem na co nejvyšší efektivitu.

1. Osoba s diagnostikovanou hluchotou – neslyšící, nemá žádné takové zbytky sluchu, které by bylo možné podpořit nebo zlepšit pomocí sebevýkonnějšího sluchadla.
2. Sluchadlo je „pouhá dokonalá“ technická pomůcka, kterou je nutno nastavit tak, aby výkonem a parametry odpovídala požadavkům uživatele a druhu a míře sluchové vady. Pokud není sluchadlo seřízeno odborníkem, pak pro efektivní komunikaci spíše škodí.



...to znamená, že špatně seřízené sluchadlo „ucpává“ ucho a prakticky znemožňuje využít těch zbytků, které postižený ještě má zachovány, a nebo zvuk zesiluje natolik, že příjem zesíleného signálu je až bolestivý, a ani tak neposkytuje žádnou možnost informací přijmout.

Současná sluchadla jsou technické pomůcky, které jsou díky technickému rozvoji na velmi vysoké technické úrovni. Proto není žádný důvod k tomu, aby byla nastavována nebo opravována neobdobníky, a to ani v případě, že se na úředním stole objeví několikrát požadavek o finanční příspěvek určený na opravu sluchadla, a to zejména u dětí. Jedná se o zásahy a úpravy, které jsou pouze v kompetenci odborného servisu.

Pro potřeby základní informovanosti (například v těch případech, kdy je třeba vyjádření k žádosti o příspěvek na kompenzační pomůcku) si popíšeme nejběžnější typy sluchadel tak, jak se objevují v komunikační praxi.

INDIVIDUÁLNÍ SLUCHADLO

Individuální sluchadlo je přiděleno zdravotnickým pracovištěm na základě závěru z vyšetření sluchu a podle záznamu z vyšetření – audiogramu, by mělo být sluchadlo seřízeno v souladu s individuálními potřebami uživatele.

Mezi nejznámější a nejužívanější typy individuálních sluchadel patří:

- **Kapesní neboli krabičkové sluchadlo** – jako zdroje využívá pro svůj provoz zpravidla tužkovou baterii nebo akumulátoru a pomocí tenkého kabelu je spojeno se sluchátkem, na konci opatřeného tvarovkou – přesným odlitkem tvaru zvukovodu. Tvarovka musí přesně zapadnout do zvukovodu a utěsnit jej. Jinak se můžeme setkat s tím, že sluchadlo „píská“ (tento projev, nepříjemný uživateli i okolí, je způsoben zpětnou akustickou vazbou a nezávisí na typu sluchadla). Uvedené pískání můžeme považovat za chybu s nejčastějším následkem, kterým je zeslabení výkonu – jak se s tím můžeme často setkat, a to není řešením. Zpravidla je třeba navštívit odborníky a vyžádat pro uživatele zhotovení nové tvarovky. Tento typ sluchadla se dnes již vyskytuje spíše vzácně, protože byl nahrazen menším a technicky dokonalejším typem sluchadla – sluchadlem závěsným.
- **Závěsné sluchadlo** – je sluchadlo, které je zavěšeno na vnitřní straně boltce a zvuk je do zvukovodu veden plastovou hadičkou opatřenou na konci tvarovkou. Ta může být individuální – zhotovená přesně na míru uživatele stejně, jako

je tomu u předchozích kapesních sluchadel, nebo sériově vyráběná v několika velikostech a tvarových druzích. Také tato sluchadla se mohou projevovat pískáním, jako tomu bylo u předchozí skupiny. Stejně jako ostatní sluchadla, jsou i sluchadla závěsná velmi choulostivá na vlhko. To je hlavním důvodem, proč se nedoporučuje se s nimi sprchovat a nebo koupat.

- **Sluchadlo brýlové** – v tomto případě se jedná o kombinaci dvou kompenzačních pomůcek. U dětí se zpravidla příliš nedoporučuje, protože poškozením jedné součásti se vyřadí po dobu opravy také část druhá. Proto se někdy lze setkat s požadavkem na duplicitní výbavu brýlovými sluchadly – a tato žádost je skutečně oprávněná.
- **Sluchadlo zvukovodové** – jedná se o miniaturizovanou kompenzační pomůcku, jejíž součásti jsou umístěny ve zvukovodu. Velikostí nenápadné, ale výkonem překvapující. Tak by mohla znít reklama na tento typ sluchadla. Pro našeho čtenáře jen přidáme upozornění, že se v tomto případě nejedná o luxus, ale o pomůcku, usnadňující vyšší míru integrace pro osobu se sluchovým postižením. V těch případech, kdy je třeba nejen dobře slyšet, ale také mít dostatek sebedůvěry pro výkon náročné profese, tam „neviditelné“ sluchadlo vytváří jeden z důležitých technických předpokladů k úspěšnému zařazení do pracovního procesu.

Pro komunikační praxi je potřeba uvést, že ve všech případech je možné individuální sluchadla využít i jako přijímače signálu vysílaného pomocí elektromagnetické smyčky.



S touto nabídkou se můžeme setkat například v upoutávkách některých kulturních zařízení – „V našem kině je smyčka pro nedoslýchavé.“

S podobným využitím individuálních sluchadel se můžeme u dospělých uživatelů s lehkými sluchovými vadami setkat při telefonování.

Závěrem k používání sluchadel uvedeme zkušenost, kterou lze získat jedině praxí – je prakticky možné všechny děti a žáky se sluchovými vadami vést a snad i nutit k tomu, aby sluchadlo denně používali, aby rehabilitovali, aby cvičili. Život a jím poskytnuté zkušenosti však později ukážou, jak se to s efektem sluchadla v jednotlivém individuálním případě konkrétního uživatele má. U dospívajících a dospělých sluchově postižených, kteří jsou již samostatní a nezávislí, se často setkáme s těmi, kteří sluchadla nepoužívají (protože jim „nic nedávají“), a těmi, kteří si na jejich pomoc zvykli a používají je bez připomínání a vidiny trestů.

Pro pracovníky školských odborů upozorňujeme na zcela specifickou skupinu **ko-
lektivních sluchadel**. Jsou to zesilovací soupravy, které pracují na různých principech, a lze v zásadě říci, že jejich funkce a údržba by měly podléhat podobnému režimu, jako je tomu u sluchadel individuálních. Většinou jsou používány ve školách pro sluchově postižené, pro děti a žáky, jejichž zbytky sluchu jsou využitelné pro výchovu a vzdělávání. Existuje řada různých typů a není posláním tohoto textu poskytnout návody k jejich použití. Důležité je dodržovat pokyny firemní literatury a řídit se návodem techniků, protože ti jsou seznámeni se specifickými podmínkami v jednotlivých školách.

U všech výše uvedených sluchadel a sluchátkových souprav však platí jedna společná zásada: **ani sebešikovnější radioamatér by neměl pro opravu sluchadla udělat více, než jej doručit do servisu.**

SHRNUTÍ

Technické pomůcky jsou dnes běžně dostupné a díky technickému rozvoji jsou na velmi vysoké úrovni. Jejich efekt však nemůžeme přeceňovat a zcela nekriticky očekávat zázrak při jejich užívání. Jsou jistě úžasnou pomůckou tam, kde zbytky sluchu můžeme využít a zesíleným zvukem přiblížit poslouchajícímu mluvenou řeč, ale stejně jako je tomu v jiných případech práce s kteroukoli technickou pomůckou, musí být vyvinuta funkce, která je podporována. Také zde platí, že třeba činit zásadní rozdíl mezi významem slov *slyšet* a *rozumět*. Slyšet neznamena vždy samozřejmě také rozumět, a přesto se může jednat o obřímí krok do světa zvuků a další zisk na poli vlastní nezávislosti.



Tyto řádky uvádíme zejména pro ty čtenáře, kteří mají z titulu své funkce možnost svým přímým rozhodováním ovlivnit přidělování finančních prostředků na individuální sluchadla. Z vlastní zkušenosti víme, že není řídký případ, kdy úřad nedoporučí přidělení prostředků k nákupu individuálního sluchadla s odůvodněním, že uživatel stejně nebude mluvit.

OTÁZKY K ZAPAMATOVÁNÍ

1. Dokážete vyjmenovat druhy sluchadel?
2. Jaké jsou důvody pro používání individuálních sluchadel?

8.8 PRAKTICKÉ INFORMACE ZAMĚŘENÉ NA ÚPRAVU PODMÍNEK PRO ÚSPĚŠNOU KOMUNIKACI

Seznam hříchů úředníka Hynka D., kterých se dopustil při jednání s osobami se sluchovými vadami (bylo čteno veřejně u jeho posledního soudu):



Zločin a trest.

1. vždy zásadně seděl v kanceláři zády k oknu, aby proud světla oslnil neslyšícího a znemožnil mu tak odezírání mluvené řeči,
2. při svém mluveném projevu se nikdy nenamáhal s artikulací, aby tak alespoň trochu pomohl ke snadnějšímu odezírání,
3. pokud mluvil, nikdy se nedíval na svého komunikačního partnera, ale těkal, pohyboval se po místnosti a úspěšně měnil místo, a tedy i zdroj řečové informace,
4. aby se nenechal jednajícími stranami vyvést z klidu, vždy měl zapnuté rádio, poslouchal pěknou hudbu a průběžně sledoval zprávy z domova i ze zahraničí,

5. pokud podával informaci, rád vytvářel složité a květnaté větné konstrukce, aby tím upozornil na skutečnost, že mimo řídičského oprávnění má také maturitu,
6. pokud se dostavil k jednání neslyšící člověk v doprovodu tlumočníka znakového jazyka, pak se snažil problém řešit spíše s ním nebo se na něj obracel s prosbou typu: „... řekněte mu, že ...“,
7. Hynek dobře věděl, že když se jednání s člověkem, který používá sluchadlo, dlouho protahuje, stačí rozsvítit zářivku, která funkci některých typů sluchadel ruší, a jednající rychle odejde,
8. pokud musel jednat se staršími osobami, nešetřil ani je, protože byl přesvědčen, pokud špatně slyší, mohou za sebe někoho poslat,
9. byl přesvědčen, že pokud někdo neslyší, je automaticky možné si s ním dopisovat, a není nutné jednat před třetí osobou, například tlumočnickem.

Po přečtení tohoto seznamu hříchů byl úředník Hynek D. poslán do pekla. Později mu byl trest ale zmírněn, protože se ukázalo, že v tom z jejich úřadu není úplně sám, a tak všichni tři byli poté potrestáni úplně stejně – byli posláni na pět let na stavební odbor jednoho z okresních úřadů provincie Li-čou v Číně.

MOŽNOSTI POSOUZENÍ PROSTŘEDÍ V INSTITUCI, KDE MOHOU JEDNAT OSOBY S VADAMI SLUCHU

Zkuste se v intencích informací, které jste si v předchozím textu přečetli, podívat na Vaše pracoviště „poučeným pohledem“ a posoudit, zda v zájmu klidného průběhu jednání jsou splněny následující požadavky.

- Je v místnosti vymezen prostor pro klidnou a okolními zvuky nerušenou komunikaci?
- Má osoba s vadou sluchu možnost sledovat obličej mluvícího partnera tak, aby proud světla směřoval právě tímto směrem?
- Je v místnosti dostatek světla?
- Je možné omezit komunikaci a pohyb jiných osob, které při tak specifickém rozhovoru působí spíše rušivě?
- Pokud se jednání zúčastní osoba s vadou sluchu, je možné zajistit tlumočníka?
- V případě, že je tlumočnickova služba potřebná, je mezi personálem alespoň jeden pracovník, který je obeznámen s průběhem takové, poměrně specifické komunikační situace?
- Je pro případ komunikace se specifickými nároky možnost zajistit, aby obě komunikující osoby mohly navázat zrakový kontakt?
- Existuje na vašem pracovišti místo, které je označeno symbolem sluchově postižených, které mohou tyto osoby v případě potřeby vyhledat a využít?

Jako další aktivitu zaměřenou na Vaši vyšší informovanost Vám navrhuje, abyste zkusili odpovědět, popřípadě zapátrat po možných řešeních:

- Kolik znáte osob se sluchovou vadou osobně?

- Znáte nějakého člověka se sluchovou vadou, který je veřejně známý, činný nebo jinak aktivní?
- Mají lidé, kteří se narodili jako neslyšící, možnost studovat na vysoké škole?
- Jsou děti neslyšících také neslyšící?
- Znáte někoho, kdo ovládá znakový jazyk?
- Existuje možnost ve vašem okolí, které byste mohli využít, abyste se naučili znakovému jazyku nebo jeho základům?
- Pokusili jste se navštívit www stránky, které jsou uvedeny v příloze této kapitoly, nebo některé jiné?
- Máte osobní zkušenost s nějakým časopisem nebo publikací zaměřenými na problematiku osob se sluchovými vadami?
- Měli jste možnost se setkat s neslyšícími nebo sluchovým postižením v literatuře nebo jiném uměleckém produktu?
- Pokuste se zjistit, kde je pro vaše pracoviště nejdostupnější služba tlumočnicka znakového jazyka.

VÝKLAD NĚKTERÝCH TERMÍNŮ VZTAHUJÍCÍCH SE KE SLUCHOVÝM VADÁM

Aurálně-orální komunikace je komunikační technika, při které je využití sluchu prvořadým prostředkem k porozumění jazyku a mluvená řeč je považována za jediný prostředek pro vyjádření jazyka. Jako doplňujícího prostředku se předpokládá využití odezírání řeči doplněné výrazem obličeje a gesty. Využívání znakového jazyka se nepředpokládá vůbec.

Bilingvální/bikulturní je osoba, která plynule používá dva jazyky a dovede se přizpůsobit dvěma kulturním prostředím. Pro neslyšící osobu to znamená schopnost komunikace znakovým jazykem i českým jazykem a z hlediska kulturního je schopna se orientovat v kultuře Neslyšících i slyšících.

Český znakový jazyk je vizuálně-gestický, prostorově realizovaný jazyk, jehož výrazovými prostředky jsou pohyb, pozice rukou a těla doplněné výrazem obličeje. Má ucelený gramatický systém a syntax zcela odlišné od českého jazyka. Český znakový jazyk je považován Neslyšící komunitou za přirozený jazyk neslyšících osob.

Funkční slyšení je charakteristika využitelnosti zbytků sluchu v takovém případě, kdy sluchově postižená osoba využívá ke slyšení a porozumění mluvené řeči sluchadlo.

Gesto je označením pro pohyb ruky nebo těla sloužící k vyjádření nějaké myšlenky. Gesta zahrnují například ukazování na předmět nebo osobu, o kterých se hovoří, kývání hlavou nebo mávání na pozdrav. Gesta mohou být použita samostatně nebo jako součást komunikace jinými výrazovými prostředky.

Individuální výchovný plán je nárys speciálněpedagogické péče doplněné dalšími službami určené dětem/dospělým klientům v rozmezí 3–21 let. Plán je sestaven týmem, tvořeným rodiči/zákonnými zástupci/pečovateli, pedagogy, terapeuti, sociálním pracovníkem a dalšími odborníky, kteří se podílejí na rozvoji dítěte/klienta. Plán

obsahuje speciální cíle, předměty, úpravy vzhledem k běžnému výchovnému plánu, denní program, systém pomáhajících profesí, formy a míru jejich zapojení, potřebné úpravy prostředí vzhledem k charakteru postižení. Z hlediska úředního zpracování je individuální plán často považován za jeden z důležitých dokumentů.

Inkluze je forma integrace sluchově postižených dětí a dospělých do prostředí, které je určeno primárně dětem a osobám nepostiženým.

Jazyk je sdílený kód užívaný skupinou osob, ve kterém je přesně určen význam slov a dána pravidla, podle kterých jsou slova kombinována a použita tak, aby mohla sloužit k předání informace. Jazyk může být vyjádřen slovy, znaky nebo písmem. Receptivní funkce se vztahuje ke schopnosti porozumět informaci sdělované adresátovi a expresivní funkce pak k předávání informací od mluvčího k adresátům.

Kochleární implantát je technická elektronická pomůcka umožňující v přesně vymezených případech sluchového postižení poslech pomocí sluchové náhrady. Externí části jsou mikrofon, řečový procesor a cívka, která je přichycena magnetem k implantátu. Celý systém funguje tak, že mikrofon zachycuje zvuky a předává je procesoru, který je dekoduje. Procesor takto dekodovaný zvuk pomocí cívky vysílá do implantátu. Ten stimuluje sluchový nerv a neslyšící se učí v rámci nezbytné dlouhodobé rehabilitace rozlišovat sluchové vjemy, které jsou mu pomocí implantátu zprostředkovány.

Komunita Neslyšících je označením pro skupinu osob, které spojují stejné zájmy a stejný postoj k otázkám sluchového postižení. Tato komunita je tvořena slyšícími i neslyšícími lidmi. Cíle a postoje jsou ovlivňovány kulturou Neslyšících. Významný je zde pozitivní postoj ke sluchovému postižení.

Kultura Neslyšících. Jako kultura je zpravidla označován systém hodnot, názorů a standardů, které provází myšlení, pocity a chování lidí. Kultura je předávána, vyučována a průběžně se vyvíjí. Mezi nejdůležitější složky kultury Neslyšících patří znakový jazyk, normální sociální interakce s ostatními Neslyšícími osobami a angažovanost v organizacích neslyšících. Velký význam mají pro kulturu Neslyšících také speciální formy umění, jako například pantomima, básně ve znakovém jazyce, vyprávění příběhů neslyšících osob.

Neslyšící je z klinického pohledu osoba, která vzhledem ke sluchové ztrátě nemůže slyšet a rozumět mluvené řeči. Kulturní pohled na Neslyšící uvádí, že se jedná o skupinu osob vztahující se ke kultuře a společnosti neslyšících.

Progresivní sluchová vada je označení pro průběžně se zhoršující sluchové postižení.

Prstová abeceda (daktylní) je použitím vizuální bi/mono manuální podoby české abecedy k „hláskování“ slov. Používá se při komunikaci zpravidla v těch případech, kdy je třeba popsat neznámé slovo nebo nové jméno.

Raná péče je označení pro soubor služeb, které jsou nabízeny a poskytovány rodině se (sluchově) postiženým dítětem v období od stanovení diagnózy do tří let věku. V případě, že se jedná o dítě s kombinovaným postižením, může být tato služba poskytována i déle. Z hlediska formy poskytovaných služeb se jedná nejčastěji o návštěvy

v rodinách, kurzy a semináře pro rodiče, konzultace, poskytování podpory a instruktaží, provádění terapií. U nás není raná péče zatím legislativně zakotvena. V současné době je poskytována jako sociální služba.

Řeč je termín obvykle používaný ve smyslu techniky vyjadřování jazyka pomocí promluvy ve slovech. Řeč je tvořena samohláskami a souhláskami. Jejich specifický zvuk a řazení umožňuje vytváření slov.

Řečové pole je oblast, ve které se vyskytuje z hlediska vyjádřené frekvence a síly zvuku mluvená řeč. Tvar řečového pole je pro různé jazyky tak různý, jak různé jsou fyzikální hodnoty jednotlivých lasek. (české s na rozdíl od anglického th) Při kompenzaci sluchové ztráty pomocí sluchadla je cílem zesílit vnímaný zvuk do co největší části řečového pole. Tohoto cíle nelze u všech typů sluchových vad dosáhnout, a to je dalším argumentem k diskusi o nutnosti využívání sluchadel ve všech případech u všech sluchově postižených dětí.

Sluchový screening je plošně prováděné vyšetření sluchu, které odhalí skupinu dětí, u nichž je třeba případnou sluchovou ztrátu potvrdit, nebo vyvrátit dalšími vyšetřeními.

Totální komunikace je komunikační technika, která v sobě zahrnuje spojení manuálních a manuálně-orálních prostředků dle komunikačních potřeb a vyjadřovacích a přijímacích schopností účastníků komunikace. Ve výchově a vzdělávání dle zásad Totální komunikace se uznává právo sluchově postižených na maximální výkon tak, aby bylo dosaženo optimálního pochopení a úplného porozumění během komunikační situace.

Tlumočník je osoba zprostředkující komunikaci mezi osobami, které nepoužívají stejný jazyk, a to překladem z jednoho jazyka do jazyka druhého. Pro osoby s poruchami sluchu máme nejčastěji na mysli překlad z mluvené formy českého jazyka do jazyka znakového. V praxi se lze setkat s tlumočením do znakované češtiny nebo tzv. orálním tlumočením, které spočívá ve vizualizaci mluveného projevu určeného k odezírání.

Ušní tvarovka (ne tvárnice) je individuálně tvarovaná, plastová koncová část sluchadla, která musí co nejpřesněji kopírovat tvar vnějšího ucha a zvukovodu. Základním požadavkem je těsnost, protože zprostředkovává přenos zesíleného zvuku do ucha. V případě, že netěsní, vzniká akustická zpětná vazba – pískání sluchadla. Řešením není zeslabení výkonu sluchadla, a tím i snížení síly pískání, ale odeslání uživatele na odborné pracoviště za účelem zhotovení nové ušní tvarovky.

Zbytek sluchu je označení pro takové sluchové postižení, při kterém je možno diagnostikovat určité množství využitelného sluchu.

Získaná vada sluchu je sluchové postižení, které vzniklo po narození dítěte.

Znakovaná čeština je komunikační technika, při které se využívá vizualizovaná forma pomocí znaků znakového jazyka pro zviditelnění češtiny. Znaky jsou řazeny dle pravidel platných pro češtinu.

SEZNAM PRAMENŮ POUŽITÝCH V TEXTU

- [1] HRUBÝ, J.: *Velký ilustrovaný průvodce neslyšících a nedoslýchavých po jejich vlastním osudu*. 2. díl. Praha : SEPTIMA, 1998. ISBN 80-7216-075-3.
- [2] POTMĚŠIL, M.: *Úvodní stati k výchově a vzdělávání sluchově postižených*. Praha : Fortuna, 2000. ISBN 80-7168-744-8.
- [3] POTMĚŠIL, M. a kol.: *Všeobecný slovník českého znakového jazyka A–N*. Praha : Fortuna, 2002. ISBN 80-7168-800-2.
- [4] POTMĚŠIL, M. a kol.: *Všeobecný slovník českého znakového jazyka O–Z*. Praha : Fortuna, 2004. 560 s. V tisku.
- [5] POTMĚŠIL, M.: *Čtení k surdopedii*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2003. ISBN 80-244-0766-3.
- [6] POTMĚŠIL, M.: *Prstová abeceda*. Praha : FRPSP Praha, 1992.
- [7] SOURALOVÁ, E.: *Čtení neslyšících*. 1. vyd., Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2002. ISBN 80-244-0433-8.

DOPORUČENÁ LITERATURA

- [8] FREEMAN, R. D.: *Tvé dítě neslyší*. Praha : FRPSP, 1992.
- [9] HALÁSZ, J. a kol.: *Příručka primární prevence*. Praha : FACIA – České centrum pro vyjednávání a řešení konfliktů, 2000.
- [10] HRUBÝ, J.: *Velký ilustrovaný průvodce neslyšících a nedoslýchavých po jejich vlastním osudu*. 1. a 2. díl., FRPSP Praha, Praha : SEPTIMA 1998. ISBN 80-7216-075-3.
- [11] Kol. autorů: *Adresář služeb pro sluchově postižené 2004*. Praha : FRPSP, 2003.
- [12] VÁGNEROVÁ, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. 1. vyd., Praha : Portál, 1999. ISBN 80-7178-214-9.
- [13] VÍTKOVÁ, M.: Integrativní speciální pedagogika. In *Sborník k projektu „Škola pro všechny“*. Brno : Paido, 1998. ISBN 80-85931-51-6.
- [14] VÍTKOVÁ, M.: *Terapie ve speciálněpedagogické péči*. Brno : Paido, 2000. ISBN 80-85931-83-4.

OSTATNÍ DOPORUČENÉ INFORMAČNÍ ZDROJE

INTERNETOVÉ ROZCESTNÍKY

- DEAF www.deaf.cz
vzdělávání, adresář, inzerce, lidé odkazy, SMS, chat, vtipy.
- DEAFNET www.deafnet.cz
novinky, lidé, inzerce, seznam, operátor, chat, tvorba webových stránek pro školy, spolky, organizace.
- HANDICAP HELP www.handicaphelp.cz
institute a organizace, zdravotnictví, legislativa, pobyty, zájmová sdružení, bariéry.
- PORADNA www.internetporadna.cz
poradenský, informační a diskusní server pro osoby se specifickými potřebami.
- Speciálněpedagogická centra www.apspc.cz

ČASOPISY PRO SLUCHOVĚ POSTIŽENÉ

- GONG, měsíčník; vydává ASNEP www.gong.cz
- KURÝR, vydává Českomoravská jednota neslyšících.
- MAGAZÍN INFO-ZPRAVODAJ, čtvrtletník; vydává FRPSP.
- NONE, čtrnáctideník; vydává Svaz Neslyšících a Nedoslýchavých v ČR.
- UCHO-ECHO dvoměsíčník; elektronický časopis; vydává SNN v ČR, www.ucho-echo.cz
- UNIE, dvoměsíčník; vydává Česká unie neslyšících.
- ZPRAVODAJ ČESKÉHO SVAZU NESLYŠÍCÍCH SPORTOVců, vydává Český svaz neslyšících sportovců.

NĚKTERÉ ORGANIZACE SLUCHOVĚ POSTIŽENÝCH V ČESKÉ REPUBLICE

- ASNEP – Asociace organizací neslyšících, nedoslýchavých a jejich přátel, Hábova 1571, 155 00 Praha, tel. 235 521 412
- Česká unie neslyšících www.cun.cz
- Českomoravská jednota neslyšících www.cmjn.cz

- Český klub nedoslýchavých „HELP“ www.deafnet.cz/cknh
- Svaz neslyšících a nedoslýchavých v České republice,
Karlínské náměstí 12, 186 03 Praha 8, tel. 224 816 829
- Národní rada zdravotně postižených ČR, www.nrzp.cz
- PORADENSKÉ CENTRUM PRO SLUCHOVĚ POSTIŽENÉ,
Hřebečská 2680, 272 02 Kladno, tel. 231 286 859
- PRAŽSKÝ SPOLEK NESLYŠÍCÍCH, Darwinova 450/24, 143 00 Praha 6
- SDRUŽENÍ UŽIVATELŮ KOCHLEÁRNÍCH IMPLANTÁTŮ (SUKI),
U Mrázovky 15, 155 00 Praha 5, tel. 251 815 810
- SPOLEK NESLYŠÍCÍCH PLZEŇ, Škroupova 4, 301 3 Plzeň, tel. 377 237 527
- STACIONÁŘ NESLYŠÍCÍCH, Vodova 35, 612 00 Brno, tel. 541 12 401

TELECOM – SLUŽBA PRO NESLYŠÍCÍ www.telecom.cz/sluzby_business/telefonni_sluzby/operatorske_sluzby/sluzby_s_asistenci_operatora.php

KAPITOLA 9

OBČANÉ SE ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM

9.1 ZRAKOVÉ POSTIŽENÍ A MÝTY

Naschvál si to vyzkoušejte... Zavažte si oči šátkem nebo třeba obinadlem a chvíli vyčkejte. Kromě toho, že neuvidíte, se vlastně nestane nic, pokud se nebudete pohybovat na okraji propasti nebo pokud jste obvaz nepřipevnili připínáčkem a vteřinovým lepidlem. Po obvázání vaše IQ nezmizelo, naopak si můžete se zavázanýma očima vyzkoušet experimentálně meditovat nebo koncentrovat se... Prostě nevidět ještě neznamená nemyslet, i když se nám to někteří snaží vnutit. Třeba: Ležím na zubařském lehátku na pohotovosti a trpím. Lékař má snad obě ruce celé v mých ústech a hraje nějakou podivnou hru s obnaženým zubním nervem a přitom mluví. Vysvětluje, co mě čeká a co bude nutné. Hlavu však neustále odvrací ode mne směrem k mé ženě, u které se domáhá schválení radikálního zákroku. Pronáší něco jako „Musí si... budeme mu... a nebude ho to bolet“, ačkoliv to bolí nesnesitelně. Ten „on“, o kterém je řeč, je vmáčknut pod jeho pazoury do lůžka a poslouchá zvláštní monolog směřovaný k manželce, která má být speciálním informačním překladištěm na cestě zprávy ke konečnému adresátovi. „Nevidím, ale myslím“, mám chuť pronést vážným hlasem, ale vydám jen zasténání při dalším natažení nervu na skřipci zubařových nástrojů...

Pokud vybědnuť ze začátku... vezmete vážně a zavažete si oči, navíc při nějaké činnosti, jako je oblékání nebo stravování, bude vám určitě hůř než mně, neboť já jsem na tuto situaci zvyklý. Na druhé straně budete mít nespornou výhodu, protože já si své „zatmění“ nemohu odvázat. Oba ale můžeme požívat velkou výsadu: můžeme přemýšlet.



<http://www.michalek.unas.cz/>

V úvodní části problematiky zrakového postižení jsme si vypůjčili text z dílny neúnavného nevidomého popularizátora problematiky života lidí se zrakovým postižením (mimo jiné), který nás uvádí přímo takříkajíc „in medias res“, k jádru věci. Nezbyvá než potvrdit, že pradávný mýtus – že lidé, kteří nevidí, jsou **jakoby zbaveni schopnosti plnohodnotně myslet** – se drží na žebříčku popularity mýtů týkajících se zrakového postižení na jednom z předních míst. Dříve než se pokusíme nastínit, proč tomu tak je nebo býti může, můžete odpovědět na otázku

CO si PŘEDSTAVUJETE pod pojmem SLEPOTA?

... Tmu?

Jen malé procento nevidomých vám tuto odpověď může skutečně potvrdit jako realitu svého „vidění“. Ve většině případů se jedná o různé „typy nevidění“, např. tzv. bílou slepotu – mlhu, barevné a/nebo pohyblivé „skvrny“, světlocit (schopnost rozeznat, zda je den nebo noc) ad. I tmu je – svým způsobem – možné charakterizovat jako „nulovou reakci na světlo“, jako (i když) černou (tak přesto) **barvu**. Existuje totiž i stav, kdy nevidomý člověk nevidí ani tu tmu, kdy „vidí nic“. Ono „nic“ nemá tvar, barvu, velikost, hloubku. Vidící si tuto skutečnost neumí představit, není to pro něj z pochopitelného důvodu sdělné ani možné.



Šestý smysl nevidomých?

Že slepota, nevidomost je jen tma, je tedy další mýtus. Jiným „oblíbeným“ mýtem vidících je přesvědčení, že nevidomí lidé mají zvláštní schopnosti, např. „šestý smysl“, že mají zvláštní hudební sluch či snad zvláštní nadání poznat z hlasu povahu člověka. Ve skutečnosti to, že člověk nevidí, nezaručuje žádné zvláštní schopnosti, tato skutečnost však může být silným podnětem k rozvoji jiných smyslů a různých dovedností, které zrakový deficit do jisté míry kompenzují.

Řada lidí se také domnívá, že ztráta zraku automaticky způsobuje úplnou závislost na ostatních lidech, a proto je nevidomý vždy vděčný za každou sebemenší pomoc. Pravdou je, že mnoho nevidomých usiluje o maximální míru nezávislosti. Řadu činností, včetně cestování, studia a zaměstnání, vykonávají ve velké míře samostatně. Nevidomí jsou samozřejmě lidmi různých povah. Nevyžádaná a nevhodně poskytnutá „pomoc“ tedy nemusí vyvolat předpokládanou vděčnou reakci.



K čemu je nevidomému zrcadlo nebo obraz?

Časté je také jakési podvědomé přitakání, že nevidomí žijí mimo vizuální kulturu, že nesledují televizi, doma nemají obrazy a fotografie a nezajímají se o ně. Skutečnost je někdy přesně opačná. Mnozí nevidomí sledují televizi, někteří se zajímají o výtvarné umění, jiní mají sbírku fotografií svých blízkých. . . třeba aby je mohli někomu ukázat apod.

Autorka tohoto textu se v začátcích své praxe v práci s lidmi se zrakovým postižením velmi podivovala, když jí nevidomý klient nadšeně sděloval své zážitky z baletního divadelního představení. Opravdu jsem to nemohla pochopit. A logickým rozumem se to skutečně asi pochopit nedá, ani když se hodně snažíte. Musíte totiž vidět a vnímat to nadšení vyprávějícího. . . Pak slovní argumentaci nepotřebujete.

Pro dokreslení uvádíme také relativně rozšířený názor, a sice že ve společnosti nevidomého by se nemělo mluvit o barvách a jiných zrakových vjemech, že je třeba se důsledně vyhýbat slovu „slepota“ a obrátům „podívej se“, „viděl jsi to?“, „uvidíme se“ apod. Nebývá tomu tak. Alespoň ne v případech, kdy je člověk na oslabení nebo ztrátu zraku adaptován. Nadměrná snaha „nezranit“ může být ve svých konečných důsledcích naopak zraňující nebo může komplikovat normální komunikaci. Většina nevidomých lidí zcela běžně používá výrazy „viděl jsem“, „mrknu se na to“, neboť tyto výrazy jsou synonymy pro „vnímám“ (a tedy jsem).



Zkuste výraz „vidět“ nahradit jinými slovy. U jakého počtu slov se zastavíte tak, aby význam slova „vidět“ zůstal zachován?

... Že život nevidomého nemá smysl, že není radosti bez vidění, že není chuti do života, že je takový život jen plný úzkosti a beznaděje, si může myslet ten, kdo nemá žádnou živou zkušenost s těmito lidmi, anebo ten, kdo měl tu smůlu, že opravdu zažil jen negativní osobní zkušenost kontaktu s nevidomým, jenž neměl to štěstí nebo sílu nebo podmínky k důstojnému zvládnutí této těžké životní zkoušky. Není možné mít to někomu za zlé, ale přeci jen – kdybychom vážně programově připustili zoufalý katastrofický životní scénář nevidomých, byl by nejen popřením reálného stavu, ale také do jisté míry degradací nevidomých a jinak těžce zrakově postižených lidí, neboť bychom jim přisoudili už jaksi z principu „život v permanentním smutku a utrpení“. Zvládnout a zvládat závažné zrakové postižení není mnohdy pro člověka samotného i jeho okolí snadné, ale život s tímto postižením není o nic méně hodnotný než životy jiné.

9.2 LIDÉ SE ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM MEZI NÁMI

Zrakem přijímáme více než 80 % informací o okolním světě, neznamená to však, že pokud je vidění limitováno nebo chybí zcela, zbývá jen 20 % využitelných informací. Takto zjednodušené chápání by vskutku mohlo vést k názoru, že zejména nevidomí lidé mají také přímo úměrně tomu snížené poznávací schopnosti a v důsledku toho také vždy i snížený intelekt. Při ztrátě, oslabení nebo nevyvinutí zraku dochází k vytváření, rozvoji a posilování kompenzačních mechanismů, které do jisté míry vyrovnávají zrakový deficit.

Údaje o počtu lidí se zrakovým postižením v ČR se z již dříve uvedených důvodů v různých zdrojích liší. Setkáme se s číslem 100 tis., ale i 60 tis., kde jsou zahrnuta všechna zraková postižení, přičemž je možné za relevantní číslo pokládat počet cca 17 tis. lidí s **velmi těžkým zrakovým postižením**.

V zásadě se dá říci, každý člověk, který má třeba i jen půl nebo dvě dioptrie „v brýlích“, má zrakové postižení. Toto postižení, které jako postižení ani nevnímáme, je možné obvykle korigovat brýlovou korekcí a člověk „má postižení“ jen tehdy, nejsou-li brýle v dosahu. U řady očních onemocnění však ani brýle nejsou spásnou cestou k lepšímu vidění a tehdy hovoříme o (skutečném) zrakovém postižení.



Kdo všechno spadá do skupiny osob se zrakovým postižením? Když se řekne „zrakové postižení“, kdo se vám vybaví jako první?

Snad „nejúderněji“ vnímanou skupinou jsou **nevidomí** lidé, neboť bývají nápadnější než jiní lidé s tímto druhem postižení. Slepotu – na rozdíl od některých jiných očních poruch nebo vad – obvykle nelze již na první pohled přehlédnout. Někdy je to bílá hůl, tmavé brýle nebo vodící pes, jindy zvláštní způsob chůze nebo držení těla, popřípadě fyziognomie (výraz) obličeje. Možná právě pro tyto zřetelné „identifikační znaky“ je nevidomý člověk jakýmsi přeneseným živým symbolem zrakového postižení. Nevidomí lidé jsou tedy většinou chápáni jako kategorie osob s nejtěžším stupněm zrakového postižení, přičemž i tzv. nevidomost má další stupně – **praktickou**

nevidomost, skutečnou nevidomost a plnou slepotu (amauroza). Rozdíly jsou v onom specifickém způsobu „nevidění“, kdy roli hraje různá kombinace zachování tzv. **centrální zrakové ostrosti** – velmi zjednodušeně řečeno jde o míru zachování toho, co vidíme při přímém fixovaném pohledu v centru středové osy pohledu – a dále velikosti **zorného pole**, které si můžeme představit jako celkovou „plochu vidění“ se zapojením periferního zrakového vnímání. V důsledku onemocnění nebo úrazů různých částí oka se mohou vyskytovat tzv. **skotomy** – výpadky zorného pole, a to jak na okrajích zorného pole (tyto nemusíme zpočátku dlouhodobě vůbec registrovat), tak v centru vidění.

Rodina paní Pavly má problém s pochopením následující situace: když Pavla sedí a na blízké místo, kde má upřený pohled, přistane moucha, Pavla se po ní ožene. Vzápětí vstane a zakopne o židli, kterou někdo nezasunul ke stolu. Jak je to možné? Vidí Pavla, nebo nevidí? V tomto případě jde o tzv. trubicovité vidění, kdy je zorné pole zúženo přibližně na méně než 1 cm, takže Pavla středem pohledu vidí, ale již nevidí téměř nic kolem tohoto středu, nemá prakticky žádné využitelné periferní vidění, které je rozhodující pro orientaci v prostoru. Takto někteří lidé mohou číst například s použitím speciálních optických pomůcek i velmi drobný text na příbalových letáčcích léků, ale pro samostatný pohyb musí používat bílou hůl.

Jinou situaci s podobným nepochopením prožívá Martin, rodina mu jeho zrakové postižení nevěří, protože nedokáže pochopit jeho způsob nevidění: Martin má naopak od Pavly výpadek vidění v centrální části zorného pole (tzv. centrální skotom) velikosti písmene „o“ v tomto textu. V zásadě jej tento výpadek ve volném svobodném pohybu nijak neomezuje. (Když by na věc přišlo, byl by možná s nadsázkou schopen řídit auto.) Jaké jsou však důsledky pro čtení? I tak malý výpadek v centru vidění způsobí, že Martin musí používat tzv. „těžkou optiku“, tedy optické pomůcky umožňující velké zvětšení textu, popřípadě jiné optické a elektronické zvětšující systémy, v krajním případě, je-li skotom o něco větší a optika nedostačuje, musí se naučit Braillovo (reliéfní, hmatové) písmo nebo být při čtení odkázán na hlasové zprostředkování, i když jinak docela dobře vidí a bílou hůl nepotřebuje.

Daleko početnější a různorodější skupinu než lidé nevidomí představují lidé **slabozrací** a lidé **se zbytky zraku**. Obecně je za slabozrakost považováno orgánové postižení obou očí, které i při nejlepší možné brýlové korekci působí člověku problémy v běžném životě. Lidé s tzv. zbytky zraku se nacházejí na hranicích mezi osobami slabozrakými a nevidomými a jejich situace bývá z různých hledisek, jak si dále ukážeme, často poněkud komplikovaná.



Vzpomenete si na některé slavné postavy z naší či světové hudební a jiné scény, které mají či měly těžké zrakové postižení?

Pro příklad zajdeme na jeden z úřadů, na odbor sociálních věcí ve městě X. Píše se rok 1993 a povědomí o specifických potřebách osob se zbytky zraku je na úřadech té doby velmi nízká. Prakticky téměř žádná. Pan Jozef je oním klientem se zbytky zraku a právě získal možnost rekvalifikace v jednom z porevolučně otevřených kurzů. Ke zvládnutí teoretické a praktické části kurzu potřebuje jak kompenzační pomůcky pro nevidomé – Pichtův psací stroj pro nevidomé a diktafon k záznamu poznámek, tak kamerovou zvětšovací lupu k prohlížení a studiu grafických schémat a obrázků, a dále

kapesní světelnou lupu s vysokým zvětšením. Kromě posledně jmenované pomůcky, která je hrazena zdravotními pojišťovnami, může o příspěvek na ostatní pomůcky požádat místně příslušný úřad (tento může a nemusí poskytnout příspěvek, a to buďto v plné výši nebo s částečnou spoluúčastí). Na úřadu sedí paní P., která kategoricky prohlašuje, ať „si vybere“ to nebo to, že buďto je slepý, nebo vidí, a že je nesmysl, aby používal oboje typy pomůcek najedou. (Odkud to ví?) Lékařské diagnóze paní P. nerozumí a intervenci odborného střediska nebere v potaz. Co by mohl v tomto případě pan Jozef udělat?

V této souvislosti je nutno upozornit na fakt, že **lékařská terminologie** je odlišná od zde uvedené a **pojem „zbytky zraku“ nezná**. Jedná se o pedagogický termín, který je důležitý mimo jiné z hlediska volby optimálních způsobů zrakové aj. práce s těmito lidmi. I když se lidé se zbytky zraku z určitých hledisek (např. právě sociálního zabezpečení) pokládají za „prakticky nevidomé“, disponují využitelnou zrakovou schopností, kterou je potřebné rozvíjet. Podle toho, nač jejich zrak ještě postačuje, jsou pak tito lidé spíše „na straně“ slabozrakých, a tím jakoby blíže vidícím (podle převládajícího charakteru činnosti a využívání zraku), nebo „na straně“ nevidomých, kdy při činnostech převažují již kompenzační mechanismy sluchu a hmatu. Těmto nízkým stupňům zrakové schopnosti nebyla v minulosti věnována přiměřená pozornost, a to, že byli považováni za nevidomé, mělo negativní dopad na způsob a kvalitu jejich vzdělávání a rozvoje poznávacích schopností a životních šancí vůbec.

V roce 1994 přišel do jednoho ze středisek Tyfloservisu (středisko sociální rehabilitace nevidomých a slabozrakých) nevidomý osmiletý chlapec s maminkou a učitelkou. Vlastně je všechny přivedla učitelka ze základní školy, kde byl Šimon integrován. Šimon měl „v papírech“ lékařskou diagnózu tvrdící, že je zcela nevidomý. Maminka se léta snažila přesvědčit lékařskou obec, že Šimon „něco vidí“, protože nevidomé dítě si předměty „prohlíží“ jiným způsobem než vidící. Šimon si podle ní předměty skutečně vizuálně prohlížel, ale matce bylo několika lékaři sděleno, že je to jen její „zbožné přání“, že je zaujatá ke schopnostem syna, neboť s nálezem na očním pozadí je vyloučeno, aby Šimon viděl. Faktu prohlížení si všimla velmi brzy po nástupu do školy také učitelka... Všichni jsme zažívali nelíčený údiv nad skutečností, že Šimon byl nejen schopen při funkčním šetření zraku rozeznat vizuálně pod určitým zvětšením a osvětlením geometrické tvary, ale když jsme jej seznámili s prvními tiskacími písmeny jeho jména a příjmení, dokázal velmi spolehlivě při jejich střídavém podávání určit, zda je jedná o jedno nebo druhé. Do té doby se učil výhradně bodové písmo. Lékaři vyšetření funkční schopnosti čtení s ohledem na diagnózu neprováděli. Přesto, že těžiště vzdělávání bylo i nadále orientováno na využívání kompenzačních smyslů, zapojení a zejména rozcvičování (reedukace) vidění mělo významný vliv na utváření jeho sebevědomí a osobnosti spolu se zlepšením schopnosti samostatného pohybu a orientace a s tím souvisejícími dalšími možnostmi celkového rozvoje.

Vidícím lidem bude pravděpodobně připadat zvláštní případ „také nevidomého“ kolegy na pracovišti, který v pětáctýřiceti letech v témže středisku zjistil, že je schopen určitého vidění, pokud má bílé předměty nebo jejich obrysy nasvětleny silným světlem reflexní zářivky v temné místnosti. Když jsme si jej dobírali, že je tedy na čase, aby „koukal koukat“ a že si jej vezeme „do parády“ a vidění rozcvičíme, velmi laskavě a se situačním humorem nás odkázal do patřičných mezí s tím, že celý život byl nevidomý,

neboť mu bylo vštípeno, že to, co „vidí“, je slepota a že by ho vidící svět v zásadě už obtěžoval... A chce se říci... Jaký by byl jeho život s využitím zraku? Lepší? Netroufám si dávat měřítko. Protože nevím, zda se dá kvalita života posoudit vždy jen optikou bezchybné centrální ostrosti a zorného pole...

JAKÉ PŘÍČINY VEDOU K OSLABENÍ NEBO ZTRÁTĚ ZRAKU

Oslabení nebo ztrátu zraku může způsobovat řada příčin od nemocí, úrazů, genetických vlivů až po důsledky civilizační a ekologické zátěže ad. Světová zdravotnická organizace WHO v rámci Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů uplatňuje t. č. následující třídění:

- H 00–H 06 nemoci očního víčka, slzného ústrojí a očnice
- H 10–H 13 onemocnění spojivky
- H 15–H 22 onemocnění skléry, rohovky, duhovky a řasnatého tělesa
- H 25–H 28 onemocnění čočky
- H 30–H 36 nemoci cévnatky a sítnice
- H 40–H 42 glaukom
- H 43–H 45 nemoci sklivce a očního bulbu
- H 46–H 48 nemoci zrkového nervu a zrkových drah
- H 49–H 52 poruchy očních svalů, binokulárního pohybu, akomodace a refrakce
- H 53–H 54 poruchy vidění a slepota
- H 55–H 59 jiné nemoci oka a očních adnex

Zájemce o bližší informace ohledně očních diagnóz odkazujeme na odborné publikace uvedené na konci kapitoly, zde se zastavíme krátce jen u některých diagnóz způsobujících praktické potíže s viděním.

V dospělém věku, tedy u lidí, se kterými se nejčastěji na úřadech přímo setkáme, se ve spojitosti s oslabením nebo ztrátou zraku vyskytují: glaukom – tzv. **zelený zákal**, katarakta – **šedý zákal**, **onemocnění sítnice**, nemoci zrkového nervu ad. V dětství je relativně častou příčinou ztráty zraku tzv. **retinopatie nedonošených**.



Co myslíte, že mají společného zelený zákal a šedý zákal?

Na výše uvedenou otázku lze odpovědět v zásadě tak, že se v obou případech jedná o oční onemocnění a že z hlediska lingvistického jde o „zákaly“. Tím podobnost končí. Jde o zcela různá onemocnění s odlišným „fungováním“ a do značné míry i odlišnými projevy.

Podstatou zeleného zákalu – glaukomu je **zvýšený nitrooční tlak**, který způsobuje poškození nitroočních tkání, zejména sítnice jako nejcitlivější části oka. Některé formy glaukomu jsou bolestivé, a tedy i relativně snadno odhalitelné. Většina však probíhá bez bolesti a doprovodné vnější příznaky (blesky v očích, občasné přechodné mlhavé vidění apod.) jsou často dlouhodobě bagatelizovány. Zpočátku obvykle nedochází k poruše vidění, takže onemocnění probíhá skrytě, a pokud se člověk nepodrobuje pravidelným očním prohlídkám, přichází k lékaři často až v době, kdy jsou oční tkáně již trvale poškozeny. Neléčený glaukom je jednou z nejčastějších příčin slepoty. A odkud poněkud matoucí název „zelený zákal“? Označení pochází z dob,

kdy bylo toto onemocnění podle zelenohnědého zbarvení (nikoliv zakalení) čočky odlišováno od šedého zákalu pro nepříznivou pooperační prognózu po vyjmutí čočky z oka.



Nitrooční tlak nesouvisí s vysokým krevním tlakem.

Šedý zákal je označení pro **poruchu průhlednosti čočky**, která je skutečně zkalená v různých částech, zakalení způsobuje poruchy správného průchodu a lomivosti světelných paprsků v oku, kdy v konečném důsledku zákal brání „vstupu obrazu“ do oka nebo jej značně deformuje. V dnešní době se katarakta léčí chirurgicky různými způsoby, mimo jiné také velmi rozšířenou implantací umělých nitroočních čoček. Tento zákrok se díky moderní medicíně vykonává často ambulantně.



Lidé s kataraktou jsou obvykle velmi citliví na světlo. Při některých formách šedého zákalu vidí asi tak, jako byste si dali na oči mikrotenový sáček v několika vrstvách.

U onemocnění sítnice se mezi častá onemocnění řadí **odchlípení sítnice** (amotio retinae), kdy se sítnice oddělí od vyživující tkáně oka a následkem nedostatečného přísunu živin dochází k jejímu poškození až ke ztrátě vidění. Částečné odchlípení sítnice se řeší pomocí laserové terapie.



Kontraindikací u odchlípení sítnice bývají činnosti, při nichž dochází stejně jako u glaukomu ke zvyšování nitroočního tlaku, např. hra na dechový hudební nástroj, různé druhy sportů, např. silová cvičení, ale také ohýbání se při plení na zahradě apod.

Lidé s kataraktou (podobně jako u glaukomu, a jiných onemocnění, kde je také nutná opatrnost z hlediska zde uvedené zátěže) jsou výrazně omezeni v řadě činností. Ne vždy – z tohoto pohledu – musí být slepota nutně tím nejhorším zlem: autorka zná případ osmnáctiletého mladého muže, který byl díky svému závažnému onemocnění sítnice trvale limitován v činnostech, jež před onemocněním rád provozoval. Jednalo se zejména o sport (potápění, cyklistika) a hru na trubku. Aby se mu zrak (tehdy na hranici zbytků zraku) nezhoršoval, nesměl se shýbat (tlak), běhat (otřesy), nesměl dělat téměř nic z toho, co měl rád. Po dvou letech došlo k progresi očního onemocnění a tento mladý muž oslepl. K možnému zděšení některých čtenářů těchto řádků však teprve tehdy začal žít plnohodnotný, svobodný a radostný život „bez limitů“.

Retinopatie je označení pro patologické změny sítnice a jejích cév. Nejčastějšími příčinami vzniku jsou oběhové poruchy, cukrovka ad. U **diabetické retinopatie** (retinopathia diabetica) jsou zrakové problémy zapříčiněny změnami očních cév, kdy v důsledku poruchy metabolismu dochází k tvorbě nových nekvalitních slabých a praskajících cév (krvácení do sítnice a sklivce) až k případnému odchlípení sítnice. Počet diabetiků v populaci vzrůstá a přibližně 2 % z nich oslepnou v důsledku tohoto onemocnění. Typické pro tento druh onemocnění je **proměnlivé, kolísavé vidění** (někdy vidí člověk lépe a jindy hůře), což mívá zvýšeně negativní dopad na psychiku (zvýšená labilita).

Retinopatie nedonošených (ROP) (retinopathia praematurorum, starší termín též fibroplasia retrolentaris) je dosud nejčastější příčinou slepoty u dětí, ohroženy jsou všechny nedonošené děti (před 32. týdnem s porodní hmotností nižší než 1 500 g).



Co vše s ohledem na diagnózu může působit v pozadí vzájemného jednání (tady a teď) s člověkem se zrakovým postižením.

- bolesti oka nebo jeho okolí, bolest hlavy,
- světlolachost, citlivost na světlo, i takové, které nám připadá mírné,
- slzení, pálení očí, zarudnutí oka nebo jeho okolí,
- plovoucí „mušky“ v oku, saze, pavoučci,
- světelné vjemy – blesky, jiskření,
- deformity vnímaného obrazu – např. „zvlněná“ hrana stolu, rohu místnosti,
- výpadky zorného pole – při centrálním skotomu vidí vaši postavu, ale nevidí váš obličej, mimiku, je ztížen oční kontakt,
- kolísavé vidění a s ním související zvýšená labilita,
- zvýšená unavitelnost,
- snížené soustředění,
- změna vzhledu obličeje, držení těla,
- problémy při navazování kontaktu,
- omezení schopnosti samostatného pohybu a orientace,
- potřeba úprav vnějších podmínek – zvětšený tisk, světelné podmínky
- a další.

SHRNUTÍ

V první části kapitoly jsme se seznámili s některými mýty, jimiž je opředen život lidí se zrakovým postižením. Uvedli jsme si základní kategorie osob se zrakovým postižením a některá onemocnění vedoucí k oslabení či ztrátě zraku včetně jejich projevů a možného spolupůsobení při vzájemném jednání.

OTÁZKY K ZAPAMATOVÁNÍ

1. Který (které) z uvedených mýtů o lidech se zrakovým postižením podle vašeho názoru nejvíce komplikuje (komplikují) pozici partnerského jednání?
2. Která kategorie osob se zrakovým postižením uvedená v textu nemá odpovídající medicínskou terminologii?
3. Jaký je rozdíl mezi zeleným a šedým zákalem?

JAKÉ SPECIFICKÉ DOVEDNOSTI POTŘEBUJÍ LIDÉ SE ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM?

... ANEB CO SE UČÍ NEBO DĚLAJÍ TAK TROCHU JINAK

Každý typ zrakového postižení má svá specifika. Jiné nároky klade zvládání každodenních běžných životních situací na člověka slabozrakého, jiné na někoho, kdo má zbytky zraku, a jiné na nevidomého. Zvládání těchto situací je u lidí se zrakovým postižením obvykle do jisté míry ztíženo. Rozšířený (a nepravdivý) názor, že např. nevidomí lidé „nic nemohou“ nebo toho mohou jen málo, pramení z neznalosti možností a způsobů zvládání těchto situací **jiným způsobem**, než na který je vidící člověk zvyklý. Je zřejmé, že nevidomí nebudou řídit auto, stejně jako nebudou pracovat v chemické laboratoři. Takové extrémy asi nikdo neočekává. Je však s podivem, že vidící lidé – laici, ale i někteří odborníci – často očekávají, že nevidomý bude i ve většině běžných činností závislý na druhých, jako by ztrátou zraku (nebo jeho oslabením) ztratil taktéž schopnost se samostatně rozhodovat a konat.

Nevidomý pan Karel byl v doprovodu své ženy na úřadu ve městě Y. Když úřednice potřebovala předložit Karlův občanský průkaz, dostala JEHO ŽENA rázný pokyn paní za stolem „vyndejte pánovi občanku!“...

Lidé s různou mírou postižení zraku dokážou dělat mnohé z toho, co lidé vidící, případně co dělali oni sami jako vidící, došlo-li ke zrakovému postižení v průběhu života. I pro ně samotné však bývá ve fázi adaptace na změněnou životní situaci obtížné přijmout fakt, že tytéž věci musí vykonávat JINÝM způsobem než dosud. Překonání této fáze patří mezi nejtěžší období. Po jejím úspěšném zvládnutí však obvykle přirozeně dochází k pozitivnímu obratu, naději a motivaci k dalším činnostem, jakož i rozvoji dalších dovedností člověka zpětně posilujících přesvědčení, že „všechno je sice jinak, ale život nekončí“.



O kterých běžných lidských činnostech se domníváte, že je nevidomí lidé nezvládnou? Které naopak podle Vás zvládají bez problémů?

Většina z nás asi někdy zažila situaci odemykání dveří za tmy. Jak jsme nervózní, když se odněkud vracíme a na chodbě nebo před domem nesvítí světlo! V naprosté tmě a v marné snaze strefit se klíčem do zámku se zcela nesmyslně shýbáme ke klíči, abychom aspoň trochu viděli. Čím míň to jde, tím usilovněji zíráme na neviditelný zámek. Úporná závislost na zraku nedovolí zklidnit se a začít systematicky hledat hmatem místo, kam klíč zapadne. A tak – po několika marných zbrklých pokusech – raději zazvoníme. Nevidomý člověk nad tím nepřemýšlí, neboť ví, že k této činnosti zrak prostě není potřebný.

Vidící lidé si nedovedou představit, že k mnoha lidským činnostem není zrak nezbytný, a to, že neznají odlišné a přesto efektivní a bezpečné způsoby jejich „alternativního“ provádění, vede vidící pochopitelně k pocitu neradostných vyhlídek „těch na druhém břehu“. Těch, kteří mají tu smůlu, že ztratili nebo nikdy neměli luxus vidění. Odtud je už jen kousek k přesvědčení, že život nevidomých nebo jinak zrakově indisponovaných lidí je méně nebo vůbec ne hodnotný, barevný a pestrý.

Jsou ovšem jiné daleko závažnější běžné činnosti (než je odemykání zámku u dveří), nad nimiž naopak nemusí přemýšlet vidící člověk, a které u lidí nevidomých nebo lidí s jiným závažným postižením zraku vyžadují naopak často velmi vysokou míru kon-

centrace a specifický způsob provedení. Jedná se např. o nejnebezpečnější činnosti v domácnosti – v kuchyni nebo v dílně, jedná se o nejnebezpečnější aktivity v oblasti svobodného pohybu – samostatné přecházení rušné vozovky či křižovatky, anebo o činnosti, které jsou pro většinu vidících zcela automatické jako čtení, psaní apod. Těmto specifickým způsobům zvládnání běžných životních situací je potřebné se naučit, aby byl člověk se zrakovým postižením schopen dosáhnout maximálně možné míry samostatnosti, nezávislosti a svobody, a s tím spojené sebedůvěry, sebeúcty a společenského uplatnění.

Specifické dovednosti zahrnují zvládnutí životních činností zejména v oblasti

- sebeobsluhy,
- prostorové orientace a samostatného pohybu,
- gramotnosti a práce s informacemi,
- sociálního kontaktu.

9.3 SEBEOBSLUHA NEVIDOMÝCH A SLABOZRAKÝCH

Sebeobsluhou je vše, co jsme schopni kolem sebe a pro sebe udělat sami, bez pomoci (případně s určitou mírou pomoci) druhé osoby.



Sebeobsluha je, když... .

Patří sem každodenní běžné úkony od ranního vstávání, hygieny, přípravy stravy, péče o oděvy až po péči o domácnost, drobné kutilské a údržbářské práce, apod. V životě se zrakovým postižením je úspěšné zvládnutí právě těchto každodenních „samozřejmých“ úkonů vysokou školou adaptace na náročnější podmínky samostatného bydlení, zaměstnání, navazování partnerských a přátelských vztahů, na život v rodině ad. Jedná se o dovednosti, které „jakoby“ ani nestály za řeč. U vidících možná. U lidí s obtížemi při vidění se úspěšná zvládnutí i „malých věcí“ stávají často velkými vítězstvími v bitvách o samostatnost, nezávislost a svobodu. Tisíckrát za den děláme bezmyšlenkovitě věci, které jsou pro nás zcela běžné. Nevidomý nebo slabozraký člověk musí mnohdy o těchto samozřejmých věcech přemýšlet, uspořádat si čas a prostor, zvolit optimální postup řešení, použít pomůcky. Sebeobsluha patří z hlediska naléhavosti na jedno z prvních míst, protože jídlo a osobní hygiena jsou pro člověka nepochybně důležitější než např. zvládnutí Braillova písma nebo chůze s vodicím psem. V anglicky psané literatuře má sebeobsluha odbornou terminologii – je označována zkratkou ADL (Activities of Daily Living) nebo DLS (Daily Living Skills). Pro zvládnutí sebeobsluhy je klíčovou záležitostí **správný postup** (bezpečnost a efektivita činností) a nezbytnost vyrovnat se s faktem, že **vše trvá déle**.



Přemýšlejte, když na „to“ člověk nevidí... .

- *Jak si dá zubní pastu na kartáček, aniž by měl od pasty všechny prsty?*
- *Jak si ukrojí a namaže krajíc chleba, aby chléb neměl „dřevorubecké parametry“ a máslo na něm bylo rovnoměrně a až ke kraji?*

- *Jak zalije kávu nebo čaj vařící vodou, aby nepřelil a neopařil se?*
- *Jak obrátí steak na pánvi? (Práce s horkým tukem!)*
- *Jak pozná, že je jíška dozlatova a cibulka tak akorát zesklovatělá?*
- *Jak oddělí bílek od žloutku?*
- *Jak pozná, že má v ruce své modré, červené, zelené tričko?*
- *Jak žehlí košile?*
- *Jak navlékne nit do jehly?*
- *Jak stříhá papír?*
- *Jak vyluxuje byt?*
- *Jak rozezná bankovky?*

Všechny tyto činnosti lze dobře zvládnout, když člověk ví, jak – JAK JINAK – na to. V sebeobsluze se ve velké míře využívají pomůcky – některé jsou speciálně určené pro osoby s postižením zraku, jiné lze využít z nabídky běžných domácích aj. potřeb. Mezi speciální pomůcky patří např. vícekomorová peněženka, rozlišovač bankovek, hodinky a budíky s hmatovým označením ciferníku nebo s hlasovým výstupem, indikátor hladiny nebo světla ad. Z nabídky běžného sortimentu lze využít různé druhy reflexních a hliníkových fólií k (reliéfním) popiskám, některé kuchyňské potřeby (dávkovače tekutin, oddělovač bílku od žloutků apod.) Různé druhy knoflíků lze využít (našité na spodní stranu trička) k rozlišení barvy oděvu apod.



Pomůcky, které je možné využít při sebeobsluze lidí se zrakovým postižením, si můžete prohlédnout na www.is.brailnet.cz, kde jsou zobrazeny také ostatní pomůcky pro prostorovou orientaci, výuku bodového písma apod.

Zabezpečovat své privátní potřeby bývá běžnou záležitostí, i když občas i to činí některým z nás potíže, „o třídu, dvě, tři výše“ je pak péče o druhé – rodinu, péče o osobní potřeby dítěte.

*Tomáš je nevidomý od narození. Žije běžným životem, pracuje, je ženatý. Když se oženil se svou první ženou a očekávali přírůstek do rodiny, zasáhl osud a manželka při porodu zemřela. Za Tomášem přišly pracovnice úřadu z oddělení péče o dítě a intenzivně jej přesvědčovaly, že by měl dát dítě do kojeneckého ústavu, protože je přeci nevidomý a navíc muž(!), jak by mohl zvládnout sám tak náročnou činnost? Pravděpodobně automaticky předpokládaly, že když je člověk nevidomý, nemá schopnost kvalitně zvládnout tyto každodenní náročné aktivity. Stává se to, **stejně jako se to stává u rodičů vidících**. Tomáš se hned poté, co si přivezl syna z porodnice, v krátké době za pomoci své sestřenice naučil nezbytným základním dovednostem a syna vychovával sám. Dnes je jeho Honza plnoletý.*

9.4 PROSTOROVÁ ORIENTACE A SAMOSTATNÝ POHYB

Sebeobsluha, prostorová orientace a samostatný pohyb spolu úzce souvisí. V zásadě se dá říci, že sebeobsluha je dovednost prostorové orientace a samostatného pohybu „v malém“. V obou dovednostech se uplatňuje řada společných prvků. Úspěšným zvládnutím obou (a jedné každé z nich) se člověk stává jistějším, více si důvěřuje a rozšiřují se možnosti jeho činností a aktivit.

Svoboda pohybu patří k důležitým potřebám člověka. Mobilita je předpokladem k samostatnosti i prevenci závislosti na druhých, prostředkem k uspokojování osobních i profesních cílů. Je podstatná při seberealizaci, společenském uplatnění, má vliv na celkový stav pohody člověka. Jsme-li mobilní, snáze navazujeme kontakty, vytváříme vztahy, přátelství, lásku. Můžeme pracovat, bavit se, cestovat, poznávat. U lidí s postižením zraku je omezeno vnímání prostoru, a tedy i orientace v něm.

Např. velikost statického prostoru stojícího vidícího člověka je dána tím, že může otáčet hlavou. Tentýž statický prostor se u nevidomého člověka zúží na koridor, který nevidomý obsáhne pohybem bílé hole, tedy „kam dosáhne“.



Nevidomí lidé mohou využít speciálních kurzů nácviku prostorové orientace a samostatného pohybu. Co myslíte, které trasy (odkud kam) si obvykle přejí naučit se jako první?

Vidící lidé při orientaci a pohybu v prostoru používají neuvědomované série fixací na určité body. Lidé se zrakovým postižením zejména lidé nevidomí, musí vnímat, analyzovat a vyhodnocovat (i) jiné druhy informací. Zásadně jinou roli má pro nevidomého informace typu světlo–stín, slunce–vítr, vůně–zápach, sklon a povrch terénu, zvuky různých prostředí ad. Pro člověka slabozrakého hrají určující roli barevné a světelné kontrasty prostředí, intenzita osvětlení, velikost a provedení nápisů ad. Člověk musí při doslovném vykročení zvládnout řadu překážek vnitřních, jako jsou strach, obava, nejistota, případně stud, i vnějších, např. přirozené překážky mající charakter orientačních bodů na trase nebo nežádoucí bariéry prostředí. Schopnosti samostatného pohybu a orientace v prostoru se dají rozvíjet nácvikem specifických dovedností. Je potřebné se například naučit „vidět auta“ (rozeznat druh dopravního prostředku, vzdálenost, rychlost, směr jízdy), „slyšet prostor“ (velikost, otevřenost/uzavřenost, hloubku)... jde o velmi náročnou analyticko-syntetickou činnost, při které se v plné míře zapojují myšlení, představivost, zkušenosti, intuice a která vyžaduje **maximální soustředění**.

Mnoho nevidomých lidí, zvláště těch, které možná potkáváte bez doprovodu, samostatně s bílou holí, zná obvykle velmi dobře trasy, po kterých chodí. I když tento člověk trasu projde stokrát a více, vždy se musí velmi koncentrovat přesto, že jeho chůze a celkový pohyb může vypadat plynule a jakoby bez námahy. Pokud dojde k porušení koncentrace (neočekávaná překážka, nečekané setkání, nevhodně nabídnutá pomoc), může dojít ke ztrátě orientace.

Z tohoto důvodu se nedoporučuje – zvláště jste-li náhodným (jemu neznámým) průvodcem po části trasy – na nevidomého přespříliš mluvit. I tehdy, vedete-li jej, musí být jeho pozornost bdělá.



Orientační bod, orientační znak, vodící linie.

K orientaci v prostoru pomáhají nevidomým i slabozrakým lidem tzv. orientační body a orientační znaky. **Orientačním bodem** se rozumí místo při pohybu na trase, které je snadno, rychle a jednoznačně postižitelné, zejména hmatem, je stálé a významným způsobem se odlišuje od všeobecné charakteristiky okolního prostředí.

Orientačním bodem je např. roh domu, sloup veřejného osvětlení, schody, obrubník, zábradlí, poštovní schránka, ale také sklon terénu nebo zatáčka.

V zásadě se dá říci, že je to takový „bod“, který najdeme na stejném místě dnes i zítra nezávisle na změně počasí nebo ročního období. Tyto body jsou na trase nesmírně důležité, protože jejich cílená identifikace je nejen klíčová při bezpečném postupu k cíli, ale je také uklidňujícím ujištěním, že „jdu správně“.

Podobnou funkci mají **vodící linie**, jejichž hlavním úkolem je pomáhat s identifikací **směru chůze** popřípadě zajistit **bezpečnost pohybu**. Vodící linie mohou být jednak přirozené (například rozhraní dvou různých prostředí – tráva a asfaltový chodník nebo zalomená hrana chodníku a domu) nebo umělé (nejvíce zřetelné jsou v podobě varovných pásů v místě přechodů pro chodce, které známe v podobě reliéfní bodové dlažby řazené na chodníku obvykle ve tvaru písmene T.) Důležitým prvkem při samostatném zvládnutí trasy jsou **orientační znaky**, které lze charakterizovat jako doplňující trvalou hmatovou, sluchovou nebo čichovou informaci vedoucí k vytvoření správné představy o prostředí nebo prostoru.

Může se jednat například o vůni pekárny nebo obchůdku s čerstvým pečivem, drogerii, lékárnu nebo o větrák restauračního zařízení, tímto znakem může být například také hluk z rušné ulice doléhající mezi domy nebo směr slunečních paprsků, jejichž teplo lze cítit na tváři. Orientační znaky mají doplňující charakter, neboť se o tyto informace nelze vždy opřít – slunce vždy nesvítí, restaurace nemusí mít provoz každý den, doprava může být z hlučné ulice odkloněna a pekárna může zkrachovat.



Bílá hůl jako pomocník. Bílá hůl jako stigma?

Zvládne-li nevidomý člověk samostatnou a bezpečnou chůzi, obvykle to není možné bez použití **bílé hole**. Bílá hůl existuje v řadě provedení, základní provedení je dvojitá – tzv. dlouhá bílá hůl, která je výrazně delší než klasické opěrné hole (k opírání neslouží), a opěrná bílá hůl, kterou používají lidé s poruchou pohybového aparátu. Bílá hůl má řadu funkcí: je prodlouženým hmatem nevidomého („prohlíží prostor“, identifikuje překážky), pomáhá s orientací (hledá orientační body a udržuje vodící linie), při správném používání do značné míry chrání bezpečnost majitele (upozorní na schody – zejména směrem dolů, na případné výkopy nebo nechráněný vstup do kolejí). V neposlední řadě má funkci signalizační – sděluje, že majitel má potíže se zrakem (zejména na přechodech pro chodce, ale také obecně směrem k veřejnosti.) Bílá hůl může mít pro člověka, který není vyrovnán se zrakovým postižením, stigmatizující účinek. Vezme-li člověk do ruky bílou hůl, dává zprávu, že se vydělil ze společnosti dobře vidících. Adaptace na tuto situaci bývá zpravidla obtížná.

Mnozí, i když jejich vidění je na hranici slepoty, z tohoto důvodu používají „mimikry“ – nosí brýle, i když jim k ničemu nejsou – protože je pořád lepší, když vypadají jako někdo, kdo prostě jen hůř vidí, ale v žádném případě(!!!) na tom ještě není tak špatně, nepatří mezi ty „chudáky slepce“. Tak se také stalo v případě pana Milana, kterému mnoho let jeho mimikry procházely. Chodil denně stejnou nepříliš náročnou trasu, kde znal každý centimetr. Chodil sebejistě, neboť „patřil do světa vidících“. Jednoho dne při své cestě slyšel u obchodu dvě povídající si mladé ženy. Švihácky přidal do kroku a v tu chvíli srazil do vozovky dvouleté dítě, které se drželo matky. Den na to začal chodit s bílou holí.

Vyjde-li člověk s bílou holí na ulici, jsou první dny i týdny a měsíce obvykle velmi těžké. Pro mnohé je tento akt dlouhodobě nepřekonatelnou bariérou. Zvládne-li však člověk tuto situaci, jde bezpochyby o akt hodný uznání – vždyť takový člověk překonal bariéru z nejtěžších, sám v sobě.

Paní Alena oslepla v důsledku cukrovky ve čtyřiceti letech. Přesto, že by se ráda naučila samostatně chodit na procházky, zajít na nákup, k lékaři a ke známým, stále nemohla přemoci odpor ke stigmatu bílé hole. Trvalo to již tři roky, a protože měla v rodině dospívající děti, nic ji ve skutečnosti k osamostatnění nenutilo, vždy se našel někdo, kdo ji doprovodil. Alena se naučila přizpůsobit své potřeby možnostem rodinných příslušníků. Uvědomovala si, že to takhle nepůjde donekonečna, celou dobu se však marně snažila najít způsob, jak se s holí vnitřně vyrovnat. Pojmenovala ji dokonce dívčím jménem. Nepomohlo to. Uběhl další rok. Mezitím se přidaly partnerské neshody a Alena občas potřebovala vyjít relaxačně sama jen tak ven, bez doprovodu. Ani tato potřeba však její odpor k holi nezlomila. Rozhodla se pro „radikální řešení“ – začala s „Barčou“ spát, každý večer ji ukládala vedle sebe a přes den ji nosila složenou v tašce. Bylo to pro Alenu nesmírně těžké období, ale dnes bez „Barči“ nevyjde. Přestala být (dobrovolně) závislá na dobré vůli rodiny, je samostatná a vymanila se ze sociální izolace čtyř zdi. Dnes zvládá i velmi náročné trasy.

Bílá hůl není jedinou pomůckou pro umožnění samostatného pohybu. K nácviку tras mohou sloužit reliéfní vyobrazení tras, tzv. **tyflografické plánky a mapky** (tyflos znamená z řečtiny „slepý“), pomocí nichž si může nevidomý člověk „prohlédnout“ hmatem orientační body, směr, popřípadě různá úskalí trasy a lépe si tak plán cesty zapamatovat. V dnešní době naštěstí již nejsou výjimkou **ozvučené semaforey** na přechodech, které lze aktivovat dálkovým ovladačem stejně jako tzv. **akustický orientační maják**, což je akustické zařízení s vyhrazenými tóny nebo namluvenou frází, které nevidomého informuje o vstupech do budov jako jsou např. úřady, banky, nádraží, zdravotnická zařízení apod.



Pes jako pomůcka.

Zvláštní „pomůckou“ je **vodicí pes**. Podle vyhlášky č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení, se vodicí pes řadí mezi kompenzační pomůcky – každý jeho majitel, ale i cvičitel však ví, že je nejen vynikající „pomůckou“, ale také přítelem a radostí. Nároky na výcvik psa jsou vysoké, pes si musí osvojit mnoho obtížných dovedností včetně zvládnutí vlastních potřeb (např. nádherná fena na obzoru

versus odpovědnost ve službě pánovi). Musí se naučit nejen nalézt schody, dveře, zastavit před vozovkou nebo překážkou, ale i tak obtížnou dovednost, jako informovat o překážkách ve výši hlavy svého pána (např. větve nebo nízké dopravní značky), tedy mít pod kontrolou i prostor, který se psa v zásadě vůbec netýká!

Občas se laici podivují nad tím, jak je možné, že pes přesně rozumí slovnímovelům, jak „ví“, že má zabočit na tu či onu stranu... Mají snad vodící psi nějaké zvláštní verbální schopnosti? S těmito konkrétními povely se to má tak, že pes v zásadě nereaguje na obsah sděleného slova jako takový, ale na jeho rytmus, přízvuk, důraz. Všimněte si, že pán neříká svému psímu průvodci „doleva“ nebo „doprava“. Říká mu „Doleva!“ a „Vpravo!“.

SHRNUTÍ

Na základě předchozích informací víme, jakou roli hraje v životě člověka se zrakovým postižením sebeobsluha a prostorová orientace včetně samostatného pohybu, které kompenzační pomůcky je možné v rámci těchto dovedností využívat a jaké problémy s sebou může nést adaptace na používání bílé hole.

OTÁZKY K ZAPAMATOVÁNÍ

1. Které společné dovednosti jsou podstatné pro úspěšné zvládnutí sebeobsluhy a prostorové orientace včetně samostatného pohybu u osob s oslabením nebo ztrátou zraku?
2. Plastový kontejner na sklo umístěný na veřejném prostranství – jde pro nevidomé o orientační bod, nebo orientační znak?
3. Co může být orientačním bodem a co orientačním znakem v interiéru budovy vašeho úřadu?
4. Jaké funkce má bílá hůl?

9.5 GRAMOTNOST A PRÁCE S INFORMACEMI

Gramotný člověk je člověk znalý čtení, psaní a počítání. Základní gramotnosti se učíme v době školní docházky. Dnes, v souvislosti s rozvojem a masovým rozšířením informačních technologií a potřebou ovládat elektronická prostředí, slyšíme také o tzv. druhé gramotnosti. Děti ze zrakovým postižením mají v souvislosti s rozvojem gramotnosti možnost navštěvovat buďto speciální školy, nebo se vzdělávat v hlavním vzdělávacím proudu, více jsme o těchto možnostech pojednali v kapitole 5.2 zaměřené na vzdělávání. Dospělí lidé, u nichž dochází k oslabení nebo ztrátě zraku, mohou gramotnost do jisté míry ztratit, rezignují-li na fakt, že je znova potřebné se učit číst a psát, i když odlišným způsobem, než byli dříve zvyklí. Jak u dětí, tak u dospělých má úroveň gramotnosti významný vliv na možnosti jejich celkového rozvoje, na schopnosti, dovednosti, míru orientace v prostředí a ve společnosti. Pomocí čtení a psaní získáváme informace potřebné k životu, ale také prostředek k relaxaci, seberealizaci, kontaktu s druhými.

Slabozrací lidé mají obvykle schopnost klasického čtení (čtení černého tisku – černotisku) do jisté míry zachovánu. Je však potřebné dodržovat při tzv. zrakové práci určité zásady, aby byl zrak optimálně využit a nedocházelo k jeho **předčasné únavě**, popřípadě ke zhoršování vidění. Mezi tyto zásady patří vytváření a dodržování následujících podmínek:

- **Vhodná intenzita a směr osvětlení textů** nebo obrázků, ať už se jedná o využití přirozeného – nebo umělého osvětlení. U umělého osvětlení jde o vhodný výběr světelného zdroje.

Např. dva lidé se stejnou oční diagnózou a stejným výsledkem vyšetření centrální zrakové ostroty a zorného pole mohou mít zcela jiné výsledky v oblasti tzv. funkčního využívání zraku – mohou vidět rozdílně. Příčin je celá řada. Při testování světelných zdrojů se ukazuje, že každé oko, zvláště oko nemocné, reaguje jinak například na osvětlení textu obyčejnou klasickou žárovkou a jinak při osvětlení textu žárovkou kryptonovou nebo osvětlení zářivkou. Vhodná úprava světelných podmínek dokáže někdy malé zázraky.

- **Vhodná velikost a tvar písma**

U slabozrakých lidí je tato zásada téměř alfou a omegou jejich práce s texty a obrázky. Ne vždy platí, že velké písmo je lépe čitelné – záleží rovněž na tom, zda má „správný“ vzhled. Přehlednější je písmo tiskací, pro jeho zápis je vhodné použít silnější grafickou stopu – např. tmavý fix. Pro slabozraké je zcela nevhodným typem písma písmo zdobené, stínované, proložené apod. Nejlépe je používat jednoduché písmo, tzv. bezpatkové (bez patek u zakončení písmene, v prostředí Windows např. font Arial, Tahoma nebo Verdana).

- **Sklon textu**

Sklon knihy, časopisu, fotografie, mapy – zejména ve vztahu k předozadní rovině těla je důležitý kvůli optimálnímu vyžívání periferního vidění a správnému držení těla (bolesti krční páteře apod.). Slabozrací lidé obvykle čtou z kratší vzdálenosti než dobře vidící, proto je vhodné využívat různé čtecí naklápěcí stojany a podložky.

- **Kontrast**

Lidé zejména s pokročilejším šedým zákalem (ale i jinými druhy očních diagnóz) s obtížemi rozeznávají různé stupně šedi – proto jsou pro ně **tak nebezpečné kontrastně neoznačené první a poslední schody na schodišti!** Dáme-li jim ke čtení např. správné rozhodnutí, na kterém se míhají (díky docházejícímu toneru v tiskárně nebo kopírce) stíny písmen, téměř jistě jim **znemožníme přístup k informacím**. To, co je pro nás „ještě dobré“ a čitelné, může pro slabozrakého člověka v konečném důsledku představovat situaci závislosti na někom, kdo mu informace musí přečíst, neboť kontrast textu může být pro něj natolik nevýrazný, že ani optické pomůcky nemusí pomoci. Lidé s „čistou“ kataraktou často upřednostňují kontrast tmavého pozadí a světlého textu, lidé s „čistým“ postižením sítnice naopak často kontrast světlého pozadí a černého textu. Nejsilnějším kontrastem je kombinace bílé a černé, pro zrakovou pohodu i pro optimální vnímání textu však bývá často upřednostňována kombinace žlutého textu na černém pozadí. Vzpomenete si, kde je tento typ kontrastu využíván?



Ve veřejné dopravě se setkáváme s cíleným používáním barevných kontrastů, vzpomene si, kde zejména?

- **Používání optických a optoelektronických pomůcek, případně pomůcek na bázi PC**

V současné době existuje velká nabídka různých typů lup a jiných pomůcek ke zvětšení textu. Mnohé **klasické lupy** jsou hrazeny zdravotním pojišťovnami, na optoelektronické a elektronické pomůcky lze získat příspěvek místně příslušného úřadu na jejich úhradu nebo úhradu se spoluúčastí. Rozdíl mezi lupou a brýlemi je v tom, že zatímco brýle pracují s úpravou vidění v zásadě uvnitř oka, lupy pracují se zvětšením předlohy vně oka – různou kombinací obojího lze dosáhnout uspokojivých výsledků a doba možnosti číst běžný text se může významně prodloužit. Mezi pomůcky umožňující velmi velké zvětšení patří tzv. **televizní kamerová lupa**. Název je poněkud matoucí a vznikl v době, kdy se jako monitor k zobrazení textu používal běžný televizor. Kamerové zařízení přenáší obraz – například novinový text – na monitor a je možné jej až 60× zvětšit. **Digitální zvětšovací televizní lupy** (elektronické lupy) jsou velmi zjednodušeně řečeno počítače vybavené speciálními softwarovými programy umožňujícími zvětšení textu vloženého do skeneru nebo při běžné práci s klasickými datovými soubory.



Má člověk číst a dívat se na televizi, když mu onemocní oči?

Řada lidí se obává – dojde-li k oslabení zraku, že když bude i nadále číst, dívat se na televizi apod., že si zrak ještě více zkaží. Tento dříve i odborníky zastávaný názor je již dávno překonán a i zde platí, že orgán, který se nepoužívá, necvičí, zakrňuje a přestává být funkční. V oblasti používání zraku jde současně o dodržování tzv. **zrakové hygieny**, tedy dodržování výše uvedených zásad a dále střídání zrakové práce a zrakového odpočinku tak, aby čtení či psaní nevyvolávalo kupř. bolesti hlavy nebo pálení či slzení očí, aby nedocházelo k nadměrné zátěži. Zkrátka jde o nalezení míry věcí, která je u každého člověka přirozeně individuální.

Snížování informačního deficitu **nevidomých** lidí, případně lidí se **zbytky zraku** je spojeno s potřebou převádět běžné černotiskové texty do jiné podoby sdělné bez zraku. Obvykle nás jako první napadne použití známého **bodového (Braillova) písma** jako jedné z možností písemného záznamu. Písmo na bázi hmatu bylo pro nevidomé z pochopitelných důvodů první možností volby. Dnes se v praxi stále častěji setkáváme se situací, kdy moderní technologie do jisté míry vytlačují braillovské texty, neboť zejména později osleplí lidé nemají již nezbytně nutnou motivaci ke zvládnutí tohoto druhu písma, které bylo dříve prakticky jedinou možností znovunabytí gramotnosti. Pro nevidomé děti a dospělé nevidící od narození nebo při časně ztrátě zraku je a nepochybně i zůstane bodové písmo klíčem k přístupu ke vzdělání a informacím vůbec. Moderní technologie umožní ledacos, nicméně mnoho nevidomých nakonec vždy upřednostní kontakt s živým písmem, upřednostní možnost posadit se

do křesla s knihou a v klidu a tichu, bez bzučení počítače nebo rušení hlasem se začíst do jejích stránek.



Jaké znáte alternativní způsoby zápisu textu a čtení nevidomými lidmi mimo bodové písmo?

K ručnímu zápisu braillovského textu (psaní poznámek, vzkazů, telefonních čísel apod.) slouží pomůcky, mezi něž patří zejména tzv. **Pichtův psací stroj**. Umožňuje záznam mnoha kombinací znaků **Braillovské abecedy**, pomocí nichž lze provádět nejen běžné každodenní poznámky, ale také číst náročné studijní texty typu diferenciálních rovnic, složitých chemických vzorců, notových zápisů ad.

BRILLOVO PÍSMO



Pro znak jsou důležité linie, pro hmat body.

Historie systematického vývoje hmatového písma sahá do sedmáctého století, trvalo však celých dalších dvě stě let, než vzniklo Braillovo písmo, jak jej známe v dnešní podobě. Není bez zajímavosti, že cesta k jeho vzniku vedla přes pokus o vytvoření tajného písma pro vojenské účely. Adaptace Braillova písma pro český jazyk proběhla někdy mezi lety 1873–1891. Definitivní podoba byla uzákoněna až v roce 1922.

Pro zápis veškerých textů se u nás používá česká znaková sada Braillova písma, vytvořená čtyřiašedesáti kombinacemi šesti bodů základního braillovského znaku. Jednotlivým kombinacím jsou přiřazeny následující znaky:

Převzato: Česká znaková sada Braillova písma. Online [cit. 2005–08–20]
<http://www.teiresias.muni.cz/to.en/czbraille/zaklady.html>

a	b	c	d	e	f	g	h	i	j
k	l	m	n	o	p	q	r	s	t
u	v	x	y	z	ý	(1)	w	ž	ů
á	ě	č	d'	š	ň	/	t'	ó	ř
,	;	:	+	?	!	"	(	*	)
.	-	f	é	ú	(2)	(3)	(4)	(5)	Š
(6)	(7)	(8)	(9)						

- (1) – plný znak
- (2) – prefix „číselný znak“
- (3) – apostrof
- (4) – prefix pro řecké písmeno malé
- (5) – prefix pro řecké písmeno velké
- (6) – prefix pro malé písmeno latinské abecedy
- (7) – prefix pro řetězec velkých písmen latinské abecedy
- (8) – prefix pro velké písmeno latinské abecedy
- (9) – prázdný znak _ mezera

Příklad: Zápis běžného textu se provádí takto:

Velké písmeno - pro označení jediného velkého písmene se používá předznak (prefix)

pro velké písmeno: 

Jan

Česká republika



Obr. 9.1: Pichtův psací stroj Tatrapoint adaptive 1

Pichtův psací stroj je přes jeho nesporné výhody přeci jen poněkud nepraktické brát s sebou na běžná jednání. K zápisu, záznamu textu nebo informací a ke čtení těchto zápisů využívají nevidomí často **diktafon nebo různé typy hlasových záznamníků**. Ke čtení knih a časopisů slouží **magnetofon**.



Pro nevidomé a slabozraké je k dispozici Knihovna Karla Emanuela Macana, kde je možné si vypůjčit nejen knihy psané Braillovým písmem, ale také knihy a studijní texty ve zvětšeném písmu, na audiokazetách a dalších nosičích.

Nové technologie přinesly možnost psaní a čtení na počítači, nicméně ten, kdo z různých důvodů počítač nepoužívá, může písemně komunikovat s druhými buď

- za pomoci již uvedeného bodového písma zaznamenaného klasickým Pichtovým strojem – výhodou je, že si nevidomý může po sobě text zkontrolovat; tato komunikace je však možná pouze mezi těmi, kteří ovládají bodové písmo (nevidomí, někteří rodinní příslušníci, někteří odborníci), s ostatními se Braillovým písmem nevidomý nedorozumí,
- nebo pomocí černotisku psaného klasickým psacím strojem – výhodou je, že už nevidomé děti se učí psát na psacím stroji povinně na základní škole a dospělí lidé se této dovednosti mohou naučit v kurzech pro dospělé; nevýhodou je, že si nevidomý nemůže text zkontrolovat a jeho případné opravy jsou obtížné,
- popřípadě načtením potřebného textu na audiokazetu. Jde-li o doslovný záznam textu, i v tomto případě jde o zprostředkování psané komunikace (například dopis).



Díky pomůckám na bázi PC mají dnes nevidomí lidé možnost přístupu k informacím, o nichž se generaci před nimi ani nesnilo.

Vskutku boom přinesl do světa nevidomých fenomén zvaný počítač a internet. Problémem dnes není nedostatek informací, ale spíše jejich výběr a zpracovávání. Otázkou zůstává přístupnost webových stránek různých institucí včetně úřadů. Mezi elektronické pomůcky umožňující přístup k moderním médiím patří **digitální čtecí zařízení**, která znamenají přelom ve vývoji pomůcek pro nevidomé a lidi s ostatním těžkým zrakovým postižením. Umožňují nevidomému **zcela samostatně** číst pomocí **hlasového výstupu** (počítač „předčítá“) běžné tištěné texty – knihy, noviny, učebnice či skripta. Vyhovuje-li někomu či za určitých situací spíše kontakt s „živým“ textem, může využít tzv. Braillovský zobrazovač, tzv. **braillovský řádek**, který převádí informace zobrazené na obrazovce počítače do bodového písma, a umožňuje tak nevidomému snadný a efektivní přístup k počítači a k informacím. Braillovský řádek je neocenitelným pomocníkem při **aktivní práci s textem** a v podstatě **jedinou možností pro práci s textem cizojazyčným či smíšeným**.

Za pomoci uvedených speciálních zařízení si tedy nevidomý člověk může text naskenovat a převést počítačovým programem do digitální podoby. To, co zdravý člověk vidí na obrazovce počítače, jemu zobrazuje hmatový displej, anebo mu slova předčítá hlas. Zatím však neexistuje žádná elektronická technika, která by nevidomým zpřístupnila grafy nebo mapy.



Sdělné grafické zpracování map, grafů, obrázků pro nevidomé vyžaduje znalost základů tyflografiky.

Mapy i grafy je možné zpřístupnit formou tzv. tyflografického zpracování předlohy. Pomocí tyflografiky je možné zprostředkovat hmatem a vytvářet nejen uvedené ryze účelové informace, ale také umělecká vyobrazení, hry apod. Základem je schopnost hmatu rozlišit různé povrchy materiálů, jejich strukturu a různé typy liniatur. Vytvořit dobrý a hlavně sdělný „obrázek“ však není zdaleka tak jednoduché, jak se na první pohled zdá. Přemíra hmatových informací, nesprávný výběr podstatných znaků a nevhodná velikost zobrazení spolu s volbou nevhodných materiálů může způsobit, že výsledná grafická informace je nepřesná, v horším případě nesdělná.

Počítačové pomůcky tedy rozšiřují možnosti komunikace a kontaktu, neboť člověk může při jejich využívání pracovat s psanými informacemi v zásadě stejným způsobem jako vidící. Umožňují **plnou svobodu ve výběru** toho, CO a KDY chce nevidomý člověk číst – **není tedy závislý** na tom, až někdo bude mít „čas a chuť“ předčítat, a dále umožňují zcela samostatnou práci s elektronickými daty. Komunikace přes internet pak u nevidomých není limitována vůbec.



S možnostmi využívání počítačových pomůcek se výrazně rozšířily možnosti komunikace.

Nikoliv nepodstatným je fakt, že využívání moderních technologií umožnilo nevidomým lidem konat právní úkony, aniž by byli zapotřebí svědci, jak tomu bylo dříve. Více se dozvíme v další části textu pojednávající o podpisu nevidomých.

Práci s počítačovými pomůckami se mohou lidé se zrakovým postižením naučit ve specializovaných kurzech v rámci odborných školicích středisek. Na tato školení přispívají úřady obcí s rozšířenou působností.



Přehledné informace a vyobrazení pomůcek pro nevidomé a slabozraké na bázi PC lze nalézt na <http://www.sons.cz/pc-pom.php>

Ke snižování informačního deficitu a rozšíření možností komunikace, ale i orientace slouží také novodobá (pro nevidomé bráno jako pomůcka dle zmiňované vyhlášky č. 182/1991 Sb.), a sice **mobilní telefon**. V současné době vývoj technologií umožňuje i čtení sms zpráv.

Z hlediska přístupnosti informací s ohledem na možnosti zvýšení samostatnosti lidí se zrakovým postižením je novinkou t. č. první **mluvící bankomat pro nevidomé** České spořitelny v Praze. Díky speciálnímu programu mohou klienti bankomat obsluhovat pomocí hlasové navigace, která odpovídá textům na obrazovce bankomatu. Hlasové pokyny přijímá klient do sluchátek. Samozřejmostí je speciálně hmatově upravená klávesnice bankomatu.



V telefonickém rozhovoru a e-mailové komunikaci nevidomého nepoznáte.

Při práci s texty a jinými informacemi je nutno počítat s tím, že i zde platí, že vše obvykle trvá déle, nicméně existuje mnoho nevidomých lidí, kteří čtou braillovský text tak plynule a rychle, že pokud nevidíte jejich hbité čtoucí ruce, nerozeznáte, zda čte nevidomý nebo vidící. A v telefonickém rozhovoru a e-mailové komunikaci nevidomého nepoznáte už vůbec.

SHRNUTÍ

Předchozí text nás seznámil s možnostmi a omezeními, které doprovázejí proces utváření, případně znovutváření gramotnosti lidí se zrakovým postižením. Ukázali jsme si, jakými opatřeními je možné umožnit, zvýšit a zlepšit přístup k informacím a jejich zpracování, jaké pomůcky a techniky lze při čtení, psaní a grafickém vnímání informací využít.

OTÁZKY K ZAPAMATOVÁNÍ

1. Na jednání za vámi přišel slabozraký klient, potřebuje si poznamenat telefonní číslo, které jste mu sdělil(a). Bohužel si zapomněl vzít poznámkový notes. Jakým způsobem byste provedl(a) zápis tohoto čísla?
2. Jaké způsoby zápisu mohou používat nevidomí lidé?
3. Co je hlavním přínosem pro nevidomé a slabozraké při využívání kompenzačních pomůcek na bázi PC?

9.6 DOVEDNOSTI SOCIÁLNÍHO KONTAKTU



Pro mnoho běžných i méně běžných situací máme vytvořeny víceméně podvědomé vzorce jednání. Co dělat, když tento „vzorec“ neexistuje nebo neodpovídá potřebám situace?

Dovednosti sociálního kontaktu tvoří významnou část výbavy každého člověka. Umění navázat kontakt i kontakt ukončit, komunikovat, vyjednávat, požádat o pomoc či ji nabídnout, získat práci, domoci se svých práv, navázat vztah, mít rodinu a vychovávat děti, to vše vyžaduje řadu dovedností, které se obvykle nijak programově neučíme, získáváme je zprvu nápodobou vzorů, výchovou, sebevýchovou, vystupují zde i vlivy prostředí. V dospělosti se pak případné „deficity“ v těchto dovednostech snažíme někdy „dohnat či napravit“ ve specializovaných kurzech, dnes tak moderních, ale i potřebných. Mnoho věcí v běžných mezilidských kontaktech zvládnáme prostým selským rozumem, aniž bychom studovali teorii komunikace nebo vyjednávání. Pro mnoho běžných i méně běžných situací máme již vytvořeny víceméně podvědomé vzorce jednání. Jak ale postupovat, když tento „vzorec“ neexistuje nebo neodpovídá potřebám situace? Máme na mysli konkrétní situace sociálního kontaktu s lidmi s různými druhy zdravotního postižení, u kterých naše obvyklé vzorce nemusí vždy fungovat prostě z **povahy věci samé, z limitů daných postižením, z naší neznalosti potřeb takového kontaktu**. V dobré víře pak můžeme způsobit i řadu škod nebo můžeme jednání či projevy druhé strany nesprávně pochopit.

V předchozí kapitole jsme se zabývali specifiky dovedností sociálního kontaktu s lidmi se sluchovým postižením, nyní ze zaměříme na zrakové postižení a na situace, se kterými se můžeme setkat na úřadu. Vzhledem k povaze tohoto textu předpokládáme, že se na úřadu v přímém jednání pracovníci veřejné správy setkávají především s dospělými, problematiku kontaktu s dětmi proto z tohoto a jen z tohoto důvodu dále nerozvádíme. Navážeme nyní na kapitolu 5.6, kde jsme opustili pana Václava a zkusíme se na návštěvu úřadu podívat z jeho úhlu pohledu, tedy z pohledu nevidomého člověka.

Pro pana Václava by bylo vhodnější využít elektronickou komunikaci s úřadem (e-mail, elektronické formuláře), ale „jeho úřad“ prozatím nemá přístupné internetové stránky **z hlediska přístupného webu**, takže nezbývá než jít na úřad osobně. Na úřadu byl již dříve se svou vidící ženou, má tedy základní představu o budově, i když si detaily nevybavuje. Dnes s ním jeho paní nemůže jít, vodičího psa zatím pan Václav nemá, ale protože svou záležitost skutečně potřebuje neodkladně projednat, vydal se na úřad s bílou holí sám. Nalézt budovu úřadu nebylo obtížné, od blízké zastávky autobusu si mohl aktivovat akustický hlasový majáček umístěný nad vchodem do budovy. Tento majáček mu také při vstupu namluvenou hlasovou frází sdělil, kde se nachází vřátnice, kolik metrů a jakým směrem má jít, aby získal další potřebné informace.



Oslovení a pozdrav.

Na vrátnici Václava **paní recepční osloví jako první a zeptá se, s čím může pomoci**. Václav odpoví na pozdrav, poděkuje za ochotu a oznámí, že by se rád dostal na živnostenský odbor (což paní recepční sice mírně překvapí, ale nevyvede z míry, je profesionál). I když si Václav pamatuje směr, kde živnostenský odbor je, je rád, když paní recepční zajistí jeho doprovod. V tomto případě recepční požádala o doprovod přímo paní Hanu – úřednici, za kterou pan Václav přichází projednat svou záležitost.

*Alternativním řešením – byť se jedná o ideální případ – by mohla být existence hlasových informačních terminálů informujících o struktuře budovy. To by ovšem předpokládalo, že budova je i uvnitř pro nevidomého bezbariérová a může se v ní tudíž pohybovat za pomoci **vodicích linií**.*

Paní Hana přichází, **zdraví jako první, a oslovuje pana Václava jeho příjmením**, aby věděl, že se **pozdrav týká jeho** (prosté „dobrý den“ ještě nemusí znamenat, že vedle Václava nestojí někdo další, komu by pozdrav mohl být určen), a zároveň se **představí svým jménem**, přesto, že se znají z minulého jednání. Paní Hana si je totiž vědoma, že si ji pan Václav nemusí po hlase pamatovat, a ví, že poznámky typu „to jsem já, poznáváte mě?“ jsou pro nevidomého matoucí, neposkytují žádnou využitelnou informaci a vyvolávají rozpačité reakce hned na začátku jednání. Paní Hana podává panu Václavovi **ruku na pozdrav**.



Pozdrav krátkým stisknutím ruky nahrazuje nevidomému do určité míry oční kontakt.

Tato situace bývá někdy rozpačitá až komická a v praxi někdy vypadá takto: zdravící Hana napřáhne ruku, Václav to neví. Vzniklá mikrovhvil ticha je pro Václava znamením, že Hana zřejmě podává ruku k pozdravu. Václav tedy svou ruku rovněž rychle napřáhne, mezitím dá Hana svou zpět. Ruce se nahánějí a ne a ne se setkat. Hana ve zmatku „skočí“ po Václavově ruce a ten se tímto prudkým pohybem vyděsí. . . Zabránit se této situaci dá prostým oznámením „Podávám Vám ruku“, i když se to zpočátku zdá nepřirozené.

Nevidomý člověk, zejména ocitne-li se v neznámém prostředí, obvykle velice ocení pomoc vidícího průvodce. Nicméně i tato zdánlivě jednoduchá činnost má svá úskalí a neprovedeme-li ji bezpečným způsobem, může vést nejen ke **snížení důstojnosti** člověka, jemuž pomoc průvodce nabízíme, ale také k úrazu nevidomého, průvodce nebo obou.

Paní Hana se nejdříve **zeptá**, zda může Václava doprovodit (či zda si Václav doprovod přeje).



Tato fáze kontaktu je **velmi (!) podstatná**, avšak v naprosté většině případů opomíjená!

*Jaksi z principu věci se předpokládá, že Václav bude chtít doprovod. Ano, ale. . . Tím, že se taktně zeptáme, dáváme najevo respekt k jeho osobě a pocit, vědomí, že je pomoc **nabízena, nikoliv vnucována**. Jinak totiž při vši původně dobré vůli můžete působit jako někdo, kdo přece „samozřejmě“ ví, co je pro Václava dobré, že to možná*

snad „víte lépe“ než on sám... V každém případě je neslušné vrhnout se na jeho paži, aniž byste mu oznámili, že tak hodláte učinit.



Chůze nevidomého s průvodcem. Kdy je pro nevidomého pomoci a kdy rizikem.

Pan Václav rád nabídku přijme a paní Hana mu tedy **nabídne rámě**, (trochu jako v tanečních) – lehce se dotkne rukou paže Václava a přitom se zeptá, která průvodcovská strana je pro něj vyhovující. (Někteří nevidomí mohou upřednostňovat levou nebo pravou stranu z důvodu například postižení v oblasti horní končetiny. V některých situacích musí průvodce sám usoudit, která strana je pro nevidomého bezpečnější.) **Václav** se chytí Hany jemně nad jejím loktem a **jde přibližně půl kroku za ní**.

Takto uzpůsobená chůze ve dvojici je pro Václava bezpečná, neboť umožňuje nejen včas reagovat na případné záludnosti terénu (ve venkovním prostředí se jedná např. o obrubníky, větve stromů, výmoly, změny povrchu terénu, venku i v interiérech pak dveře, schody apod.), ale má také psychologický efekt – **přítomnost pocitu bezpečí**.

Běžná je situace, kdy průvodce nabídne nevidomému doprovod, a přitom nevidomého tlačí před sebou, drží jej zezadu za paži (dělá z nevidomého nárazník), případně jej vleče za rukáv. Jsou to hrubé prohřešky nejen proti společenskému chování, ale také proti bezpečnosti chůze!



Je NAPROSTO NEPŘÍPUSTNÉ dělat z nevidomého nárazník!

Přímá chůze s průvodcem není nikterak obtížná, průvodce a nevidomý člověk se však dostávají i do situací náročnějších. Například když se na chodbě objeví překážka v podobě stěhovaného nábytku a průchod chodbou je zúžen, specifickou situací zúženého prostoru je pak procházení dveřmi.



Procházení zúženým prostorem a procházení dveřmi.

Za všech okolností platí zlaté pravidlo, že **průvodce jde vždy vpředu**.

Na cestě ke kanceláři procházejí Hana s Václavem několika dveřmi na chodbách, ve výtahu, u schodišť. Paní Hana vždy, když se ke zúženému místu procházení přiblíží, zatáhne svou **průvodcovskou paži za záda** a Václav jde za ní **v zákrytu**. Je vhodné na procházení dveřmi nebo jiným zúženým prostorem ještě upozornit i slovně. Protože je plynulé procházení dveřmi činností náročnější na správné dodržení postupu a vyžaduje jistou sešranost dvojice, projdeme si jej bod po bodu:

1. Přicházíme-li ke dveřím, je obvykle vhodnější, jde-li Hana (průvodce) na straně kliky a Václav (nevidomý) na straně závěsů-pantů dveří.

Pokud tomu tak není, vyplatí se, vymění-li si dvojice před procházením dveřmi stranu.

2. Hana svou volnou rukou (tou, za kterou se jí Václav **nedrží**) otevírá dveře a vzápětí položí druhou – průvodcovskou ruku (za ni se Václav drží) na kliku. Je možné jemným poklepáním na kliku naznačit místo, kde se klika nachází, ale není to nezbytné.

Každá překážka (a dveře takovou překážkou pro nevidomého člověka jsou) se stává méně nebezpečnou, jestliže o ní nevidomý člověk ví, jestliže se jí přímo dotýká a má ji tak pod kontrolou.

3. Václav nalezne kliku, oba procházejí a je to **Václav (!)**, kdo **zavírá dveře**.

Průvodce dveře otevírá – nevidomý dveře zavírá!

Takto je průchod dveřmi plynulý a bezpečný a nedochází ke zbytečnému otáčení a vracení se.

V praxi je běžná tato situace: průvodce nevidomého dveřmi protlačuje nebo jej různě obchází a tahá za ruku (rukáv) nebo obě ruce do dveří, přičemž vše doprovází slovy „tadyhle takhle projdeme, pojdte tady“ apod. Z pohledu nezúčastněného pozorovatele vypadá tato dvojice jako točící se povídací klubko zmítajících se končetin.

Pokud procházíme opravdu velmi úzkým prostorem, jdeme **vedle sebe bokem** pohybem krok–sun–krok.



Schody, schodiště, zábradlí.

U schodiště čeká Hanu s Václavem další situace, na kterou je dobré se připravit. Schodiště mohou být nejen klasická rovná (ode zdi ke zdi), ale mohou mít zdobné provedení (půdorys schodu ve tvaru části kruhové výseče apod.)

Hana přichází ke schodišti **kolmo k hraně schodu**, nikoliv zešikma (zboku). Před začátkem schodiště Václava upozorní, že přicházejí ke schodišti, které **vede dolů** (nebo nahoru).



Informace o směru schodiště je zcela zásadní, nestačí říci jen „pozor“ nebo „pozor schody“! Pokud informace není úplná, může dojít k úrazu.

Před **prvním schodem** se doporučuje mírně zpomalit, u starších nebo hůře mobilních nevidomých popřípadě zastavit, abyste zdůraznili začátek schodiště. Počet schodů není třeba hlásit, schody Václav vnímá podle pohybu paže Hanky. Na **posledním schodu** Hanka Václava rovněž upozorní a opět mírně zpomalí. Je výhodnější, pokud jde Václav na straně zábradlí, ačkoli jej nemusí použít. Na potřebu použít tuto oporu je dobré se zeptat, rozhodně není vhodné a slušné brát nevidomého za ruku a pokládat ji na zábradlí automaticky.



Eskalátory.

Je-li váš úřad vybaven v některých částech **eskalátory** a nemá-li nevidomý problémy s pohybovým aparátem, není třeba se jízdy na eskalátorech obávat. Sdělí-li

vám pan Václav, že eskalátory můžete společně využít, položíte jeho ruku na pohyblivé madlo před vstupem na první schod eskalátoru.



Sedání ke stolu aneb jednání začíná.

Nyní tedy vstupujeme do kanceláře paní Hany. Nabídne Václavovi židli a pomůže mu s usazením – **položí svou průvodcovskou ruku na opěradlo židle** (opět jako u kliky může následovat jemné poklepání se sdělením – zde je opěradlo) Václav sjede svou rukou po Hančině paži a nalezne opěradlo. Václav si **sám odsouvá židli**, kolenem zjistí výšku sedáku, popřípadě prozkoumá rukou opěradlo, najde hranu stolu a posadí se.

Je zcela nepřipustné nevidomému do židle vtlačovat, není vhodné a bezpečné mu židli být v dobrém úmyslu – odsunovat!

Dříve než začne vlastní jednání, pomáhá Hana Václavovi s orientací na stole, informuje jej (pomocí popisu pravolevých a předozadních směrů), kde si může položit své věci. Neříká „**tady** si to dejte“ nebo „**tam** je volné místo“, neboť ví, že tato sdělení nemají pro Václava obsah. Paní Hana sedá poblíž k Václavovi a mluví spolu přímo, z očí do očí, i když je v tomto případě jasné, že ji Václav nevidí. Byl-li by pan Václav slabozraký, posadila by se Hana tak, aby světlo dopadalo na její tvář, nedošlo by tak k oslnění slabozrakého a ten by také na komunikační pole lépe viděl.



Rozhovor.

Navázání a udržení očního kontaktu s nevidomým je psychologicky velmi důležité, i když pro vidícího někdy obtížné, zvláště v situacích, kdy je postižena fyziognomie (vzhled) obličeje nevidomého člověka nebo nevíme, do kterého oka se vlastně dívat, když každé „kouká jinam“. Nic nezkažíte, když se v tomto případě, cítíte-li se nejistí, díváte na středový bod mezi oči. Zcela nevhodné je, odvrátíte-li při rozhovoru tvář, nevidomí lidé zpravidla poznají, když se při řeči otáčíte jinam. Někdy z hlasu vyčtou i další doprovodné prvky jako úsměv, nervozitu, soustředěnost, nezáměr apod. – lidé si totiž obvykle mnohem více hlídají mimiku než svůj hlas.



Proč je oční kontakt důležitý, i když nás klient nevidí?

Někteří lidé při rozhovoru s nevidomým člověkem začnou automaticky mluvit víc nahlas, zřetelněji nebo v jednoduchých větách. Působí to komicky a nepřírozeně. Podobně nesprávný je i další mýtus, že ve společnosti nevidomého člověka je nutné bez ustání mluvit, aby o vás nevidomý věděl.

Zrakové postižení do jisté míry komplikuje komunikaci. Zejména v situaci, kdy:

- není možné využít některých neverbálních prvků komunikace – *kýveme-li hlavou na znamení souhlasu nebo nesouhlasu, nevidomý nemůže souběžně reagovat,*
- se obáváte v komunikaci s nevidomým používat slovní spojení typu „podívejte se na to“, „můžete si to přečíst“, „uvidíme“ apod. – *obavy jsou zbytečné, většina nevidomých tyto výrazy běžně užívá a jsou synonymem pro slovo „vnímat“,*

- odcházíte z místnosti a nedáte o odchodu vědět (například potřebujete okopírovat jen jeden papír ve vedlejší kanceláři a chcete využít chvíli, než pan Václav dohovří s vaší kolegyní, která se jej při vašem jednání na něco zeptala) – *svůj odchod dejte jednoznačně na srozuměnou, jen tak bude pro Václava situace jasná a nebude „si s vámi povídat“ ještě dlouho poté, co odejdete.*
- je v kanceláři puštěné rádio a další dvě kolegyně si do toho povídají – *nevidomý člověk musí vyhodnocovat najednou ohromné množství akustických informací, i těch, které vidící běžně nevnímají. Vytvoření přijatelného akustického prostředí bez zbytečného hluku a šumu v době jednání je proto možné chápat jakousi pozitivně laděnou neverbální komunikací směrem k panu Václavovi, jíž mu sdělujete, že tyto potřeby vnímáte a respektujete.*



„Technické“ záležitosti při jednání.

V zásadě se dá předpokládat, že při úředních jednáních bude potřebné počítat s několika „technickými“ úkony – že půjde o to něco

- přečíst,
- napsat, zapsat,
- vyplnit,
- podepsat.



Objednat klienta s ohledem na delší časový průběh jednání je způsob vedoucí k zamezení nervozity.

Pan Václav je na úřadu tentokrát bez průvodce, takže jeho roli do jisté míry přebírá samotná paní Hana. Naše paní Hana je znalá věci, takže pro ni není přítěží počítat s faktem, že bude potřebné panu Václavovi některé informace přečíst. Ostatně – jednání bylo připravené, počítalo se již dopředu s jeho delším průběhem, pan Václav byl **objednán na určitou hodinu**. Jednalo se o úřední den, v některých případech je však možné i vhodné toto jednání přesunout na jiné dny.



Čtení dokumentů.

Při čtení správních rozhodnutí a dalších dokumentů je potřebné **vyvarovat se zkracování dle vlastního výběru**. To, co čtenatel nepovažuje za důležité, může mít pro nevidomého naopak význam. V zásadě platí, že pokud vás nevidomý o přečtení požádá, nedělejte výběr čteného textu sami, ale ponechte na něm, co chce slyšet a co ne.

V rámci úředních jednáních nevidomému člověku nepředčítáme v obvyklém slova smyslu. Pracovníci poskytující předčitatelské služby však musí dodržovat zásady – například při čtení dopisu, který klientovi přišel poštou – nejdříve přečtou odesílatele a nevidomý se rozhodne, zda si přeje, aby tento dopis četl právě tento pracovník. Pak přečtou celý text dopisu, aniž by vkládali slova typu „to není důležité, to přeskočíme“

apod. nebo dokonce bez vědomí nevidomého řádky přeskakovali. To se týká pocho-pitelně i čtení úřední korespondence. Při čtení novin pak pracovník přečte nejdříve titulky a po jejich výběru zvolené články.



Zápis informací.

Při jednání je často potřebné si některé informace zapsat. Jedná-li se o velmi krátký zápis (např. telefonní číslo nebo adresa), může zapsat paní Hana na obyčejný papír tuto informaci sama nebo ji panu Václavovi pošle e-mailem.

U nevidomého nemusí na vzhledu zápisu vždy záležet, u slabozrakého téměř vždy ano (viz informace o čtení slabozrakých).

Jedná-li se o zápis delší nebo upřednostní-li pan Václav vlastní zápis, počítejme s tím, že k tomu může využít buďto diktafon (případně jiný hlasový záznamník) nebo přenosný elektronický zápisník typu GIN s braillskou klávesnicí. Je ovšem možné mu nabídnout použití psacího stroje, je-li ve vaší kanceláři k dispozici.



Vyplnění formulářů.

Je-li reálný předpoklad nebo **doví-li se během telefonické domluvy termínu a obsahu jednání** pan Václav o tom, že bude potřebné na místě vyplnit nějaký formulář, obvykle přijde s průvodcem, kterému důvěřuje a nechá si od něj vše přečíst, případně vyplnit. Jedná-li se o „něco menšího“ nebo panuje-li mezi vámi a panem Václavem ovzduší důvěry, je možné vyplnění formuláře nevidomému nabídnout. Má-li přístup k elektronické komunikaci, je možné formulář zaslat e-mailem.



Jak je to s podpisem u nevidomých?

U **podpisu nevidomých** jde v zásadě o dvě věci. Jednak o **podpis samotný** a jednak o **právní úkon** – něco podpisem stvrzujeme. Pravděpodobně většina nevi-domých lidí se podepsat umí. Problém nebývá u lidí později osleplých, kteří si svůj podpis obvykle pamatují, i když s léty bez zrakové kontroly může dojít k deforma-cím a změnám podpisu místy hraničící až s nečitelností. Problém bývá u některých nevidomých od narození, neboť ne vždy na speciálních školách ve vyšších ročnících probíhala výuka vlastnoručního podpisu. Takový člověk byl pak postaven do zcela závislé role a v podstatě do role nesvéprávné osoby. Nezbyvalo, než aby veřejné listiny a ostatní dokumenty nebo potvrzení, včetně poštovních zásilek a poštovních pouká-zek, podepisoval zástupce. Ještě v roce 1989 nebyl podpis nevidomého právoplatný, v současné době právoplatný je.

Svého času probíhaly diskuse, zda i podpis velkým tiskacím písmem lze pova-žovat za právoplatný. Naučit se – bez předchozí zrakové zkušenosti – psát linie v abs-traktních tvarech (kterými černotisková psací napojovaná písmena pro (nikdy) nevi-dícího člověka jsou), je velmi náročná činnost. Pro některé nevidomé (zvláště mají-li dlouhé jméno) je skutečně nemožné naučit se podpis klasickým vzájemným napojo-váním písmen. (Vzpomeňme – pro zrak je důležitá linie, pro hmat body.) Snáze si

dovedou představit jednotlivá tiskací písma. Z mnohaleté zkušenosti autorky, kterou by pravděpodobně mohli potvrdit také ostatní, kteří nácvik podpisu u nevidomých prováděli, je zcela evidentní, že podpis každého nevidomého člověka je naprosto nezměnitelný, i když je psán velkým tiskacím písmem. Obvykle se při nácviku i u tohoto typu podpisu záměrně vytvoří zvláštní ukončení nebo začátek podpisu a navíc – každý člověk přirozeně „sám ze sebe“ používá jiný přítlak, sklon, výšku, šířku i styl písma, takže konečný výsledek je pro určitou osobu zcela charakteristický. Platí to jak u vidících, tak u nevidomých. Jediné omezení, které by mělo u podpisu platit, je, že podpis by měl být čitelný. ... Což se u vidících mnohdy nestává.



Musí mít nevidomý člověk u podpisu svědky?

Občanský zákoník říká, že (obdobně jako notářský řád)... osoba, která nemůže číst nebo psát a může se s obsahem... zápisu... seznámit pomocí přístroje a jestliže se umí podepsat, není svědků třeba. Tzn., že jakmile se nevidomá osoba (resp. i další osoba, která nemůže číst nebo psát) umí podepsat a seznámí se s obsahem právního úkonu, je naprosto rovnoprávná:

Zákon č. 40/1964 Sb., Občanský zákoník, §40, odst. (5)

K písemným právním úkonům těch, kteří nemohou číst a psát, je třeba úředního zápisu. Úřední zápis se nevyžaduje, má-li ten, kdo nemůže číst nebo psát, schopnost seznámit se s obsahem právního úkonu s pomocí přístrojů nebo speciálních pomůcek nebo prostřednictvím jiné osoby, kterou si zvolí, a je schopný vlastnoručně listinu podepsat.



Připomeňme si důležitost dovednosti nevidomých – umět pracovat s PC pomůckami.

Zákon č. 358/1992 Sb., o notářích a jejich činnosti (notářský řád)

• §65

odst. (1) Je-li účastníkem někdo, kdo nemůže číst nebo psát, může notář sepsat notářský zápis pouze za účasti dvou svědků úkonu. Tito svědci musí být přítomni při projevu účastníka o tom, co má být pojato do notářského zápisu, a při předčítání notářského zápisu a jeho schválení tím účastníkem, v jehož zájmu byli přítomni.

odst. (2) Postup podle odstavce 1 není třeba, jestliže má tento účastník schopnost seznámit se s obsahem právního úkonu s pomocí přístrojů nebo speciálních pomůcek a je schopen se vlastnoručně podepsat.

• §67

odst. (2) Nemůže-li účastník číst nebo psát, musí být kromě svědků úkonu přibrán jeho důvěrník, který se s ním umí dorozumět. Jeho prostřednictvím notář zjistí, zda účastník zápis schvaluje.

odst. (3) Postup podle odstavce 2 není třeba, jestliže má tento účastník schopnost seznámit se s obsahem právního úkonu s pomocí přístrojů nebo speciálních pomůcek a je schopen vlastnoručně listinu podepsat.

• §68

odst. (3) Jestliže se účastník seznámil s obsahem právního úkonu pomocí přístrojů nebo speciálních pomůcek, je třeba tuto okolnost uvést v notářském zápisu.

V praxi se lze běžně setkat s příklady na poště. Buďto mají někteří pracovníci pošt problémy s tím, zda je podpis nevidomého právoplatný, a mohou mu tedy vydat peněžní částku, anebo je problém dokonce doveden do roviny, zda VŮBEC MŮŽE nevidomý složenku podepsat. V tomto případě jde o neodůvodněnou pochybnost, neboť pokud se klient prokáže platným dokladem a umí se podepsat, není co řešit.

DVĚ TVÁŘE PRŮVODCOVSKÉ ROLE

Průvodce nevidomého na úřadu se může objevit ve dvou podobách

- buďto jím jste vy sami – pracovníci úřadu,
- anebo na jednání s vámi přijde nevidomý člověk s průvodcem.



Když jste v roli průvodce...

Postoupíte záležitost pana Václava na jiné oddělení nebo si pan Václav potřebuje po vašem jednání vyřídit ještě jinou záležitost na jiném odboru a vy jste mu nabídli doprovod? Pak se pro tu chvíli stáváte jeho průvodcem, jeho očima. **Neznamená to, že za něj rozhodujete nebo jednáte.**



Hra PON aneb „Průvodce Opatrovníkem Nesvéprávného“.

Docela dobře se vám může stát, že přijdete s panem Václavem za kolegyni a dostanete od ní otázku „...a má pán občanku“? Nebo „ať se pán posadí“. Co v tu chvíli uděláte? **Zeptáte se pana Václava, zda má občanku nebo rázně takové ponižující jednání odmítnete?** Vidící lidé jsou zvyklí začínat veškerou osobní komunikaci očním kontaktem a jestliže najednou takový kontakt chybí, cítí se trochu zmateni. To do jisté míry takové jednání vysvětluje, **ale neomlouvá!**

Nevidomí lidé nevidí, ale jsou svéprávní!



Když k vám přijde nevidomý s průvodcem...

Paní jednoho nevidomého kolegy prokázala smysl pro humor, když podobnou situaci, kdy na otázku úřednice „Mladá paní, může se pán sám podepsat?“ odpověděla „Zeptejte se manžela přímo, on nekouše.“

...je potřebné si především uvědomit, že přišel **nevidomý** s průvodcem a **nikoli naopak**. Průvodce není zástupcem nevidomého, pouze jej **doprovází**. Z důvodů, které jsme již popsali, se můžete cítit nejistí při nemožnosti očního kontaktu nebo některých specifických neobvyklých projevech nevidomého. Může mít například současně spastické postižení obličeje nebo těla a působit tak dojmem člověka s mentálním

postižením. I kdyby tomu tak však bylo, ani v případě kontaktu s člověkem s mentálním postižením **není přípustný tento deklasující přístup.**



Když je průvodcem pes. . .

Nevidomý člověk s vodícím psem má přístup do obchodů, restaurací, všech typů škol, školských a zdravotnických zařízení, úřadů a všech kulturních a sportovních zařízení. Může se tedy stát, že jednoho dne přijde pan Václav na jednání s vodícím psem. Pak je potřebné dodržet několik následujících zásad:

1. Nikdy vodícího psa nevyrušujeme v jeho práci. Nikdy na psa nemlaskáme, nehvízdáme na něj, ani **na sebe** jiným způsobem **neupozorňujeme**.
2. Nikdy na vodícího psa nesaháme, nehladíme jej a nemluvíme na něj **bez vědomí majitele**. Důvodů je celá řada, mimo jiné jde o zasahování do vztahu majitel – pes.
3. Nikdy k sobě vodícího psa **nevoláme**.
4. Nikdy psa **nekrmíme** bez vědomí majitele.
5. Chceme-li pomoci člověku s vodícím psem, vždy oslovíme **nejprve člověka**.
6. Pomáháme-li člověku s vodícím psem, nikdy **nemanipulujeme se psem**.

Můžeme pana Václava s vodícím psem potkat také venku, potom platí dále, že:

7. Jdeme-li po ulici se svým vlastním psem, nikdy mu **nedovolíme** vodícího psa **obtěžovat**, očíhávat ho či jinak vyrušovat v práci.
8. Míjíme-li vodícího psa se svým psem, máme **svého psa vždy na vodítku**.
9. Nastupujeme-li se svým psem do dopravního prostředku, vždy **dáme přednost** člověku s vodícím psem.
10. V dopravním prostředku umožníme umístění vodícího psa – uvolníme místo.

Život se zrakovým postižením je v mnohém náročnější ve srovnání s životem vidících. Jsou lidé, kteří zrakové postižení berou jen jako neštěstí, a jsou lidé, kteří jej vnímají jako životní zkoušku a zároveň výzvu. Přístup okolí může napomoci nebo naopak znesnadnit zvládání této životní situace. Předkládáme proto několik námětů k zamyšlení i několik praktických rad.

NĚKOLIK NÁMĚTŮ K ZAMYŠLENÍ. . .



Respekt k odlišnosti.

- Nevidomí jsou zcela normální lidé, kteří mají různé přednosti i nedostatky jako každý jiný. I mezi nimi jsou lidé výjimeční, inteligentní i méně nadaní.
- Při setkání s nevidomým je přirozené a nenucené chování tím nejlepším dokladem, že jej respektujete takového, jaký je. Pomozte tam, kde je to nutné, a to způsobem taktním a nenápadným. Pomoc však nevnučujte. Je-li vaše pomoc odmítnuta, neberte si to osobně, v tomto případě je velmi pravděpodobné, že nevidomý situaci zná a zvládá sám.

- Dodržujte běžné konvence společenského chování.
- Vyvarujte se přehnaným projevům soucitu - o ty dnešní nevidomí lidé naprosto nestojí. Uvítají však každou pomoc, která jim přijde vhod, zejména ve ztížených podmínkách (vítr, déšť, sníh).
- Nepřipusťte podceňující nebo snižující výroky, nevidomí mají právo na úctu a uznání stejně jako všichni ostatní.

... A JEŠTĚ NĚKOLIK PRAKTICKÝCH RAD



Takt.

- Neostýchejte se upozornit nevidomého taktně na drobné „nehody“, o kterých neví.

Vidíte třeba, že Vaše spolčnice má po jídle šaty umazané od omáčky. Tady není na místě mlčet, naopak, taktně jí to sdělte a pomozte s odstraněním skvrny. Může se také stát, že si nedopatřením (spěch, myšlenky jinde) nevidomý muž nedopne uzávěr kalhot. Není nutné jej hned podezřívat z exhibicionismu. Naopak můžete tomu – aby si právě toto o něm mysleli druzí – zabránit. V obou případech jde ovšem o překonání bariér sama v sobě, ne vždy je takový rozhovor ze strany vidících jednoduchý – zvláště neznáme-li se. Vždy jsou pak nejméně dvě možnosti – dělat, že nevidím, a jít dál, anebo se s nepříjemnou situací v sobě trochu poprat a jít do toho. Zvláště v podobných „prekérních“ případech vám bude nevidomý člověk upřímně vděčný.



Citlivá otázka – toaleta.

- Podobně citlivou může být otázka **návštěvy toalety**. Doprovází-li žena na toaletu ženu (muž muže) jde o to, abychom nevidomého nenechali v místnosti napospas neznalosti umístění toaletních nádob (mísa, umyvadlo, nádoby na hygienické potřeby a ručníky nebo vysoušeče) a dále abychom nezapomněli popsat typ a umístění splachovadla. Doprovází-li na toaletu například žena muže, může buďto o doprovod k místu určení požádat jiného muže nebo, je-li to zcela nezbytné, absolvuje návštěvu těchto prostor s nevidomým a taktně se vzdálí.
- Nenechávejte pootevřené dveře do místností (měly by být buďto zcela zavřené nebo zcela otevřené, fáze „mezi“ je nebezpečnou překážkou), dvířka od skříňek pokojové stěny či kuchyňské linky, vytažené šuplíky, nenechávejte odsunutě židle od stolu či jiné předměty na volném prostranství, kudy se prochází.



Kde jsem nechal ty klíče versus kam mi kdo dal klíče!

- **Nepřemísťujte bez vědomí nevidomého člověka žádné jeho osobní věci**, ani ty, které právě používá nebo je na chvíli odložil. Je pak pro něj nesmírně obtížné věci najít. Vzpomeňte si, jak je vám „příjemné“, když nemůžete najít brýle nebo klíče, a to dobře vidíte...

Nebo příklad ze zdravotnického prostředí – nevidomá paní Pavla měla na stole v určitém místě postavenou sklenici s čajem. Pracovnice, která prováděla úklid, přesunula po očištění stolu bez vědomí Pavly sklenici na jiné místo a Pavla sklenici shodila. Kdo myslíte, že nesl důsledky hněvu uklízečky?



Situace v dopravě.

- Při nástupu do dopravních prostředků netlačte nikdy nevidomého před sebou, ale jděte sami první. Nev tlačujte nevidomého na sedadlo, stačí, když položíte jeho ruku na opěradlo.
- Při vstupu do auta položte jeho ruku na horní nebo boční rám dveří.
- Vaše včasné, věcné a nedramatizující slovní upozornění na výkop, nové lešení, stavební zábor, neobvykle zaparkované nákladní auto na chodníku apod. může být neocenitelnou pomocí samostatně se pohybujícímu nevidomému.



V restauraci.

- V restauraci – vstoupí-li nevidomý do restaurace bez průvodce, jistě ocení pomoc při vyhledávání věšáku a volného místa u stolu.
- Jste-li v restauraci na společném obědě, večeři apod., nabídněte přečtení jídelního lístku – nejdříve hlavní nadpisy nabídky a pak dle výběru partnera. S jídlem si poradí nevidomý *člověk sám – stačí, když mu povíte, jak je jídlo na talíři uspořádáno*. K tomuto popisu je možné využít **analogií s ciferníkem hodin** a popisovat rozmístění jídla podle uspořádání v jednotlivých kvadrantech (např. maso je mezi dvanáctkou a trojkou, omáčka mezi trojkou a devítkou apod.) Účelná je také informace o rozmístění předmětů na stole (sklenice, váza, popelník atd.) a také, kdo případně sedí u stolu spolu s vámi.



Při popisu okolí není třeba vyhýbat se optickým dojmům a barvám.

- Budete-li nevidomého člověka doprovázet delší dobu, popište mu hlavní rysy okolí, vybavení místnosti a osoby, které se kolem nacházejí. Při popisování se nemusíte vyhýbat optickým dojmům a barvám.



Pomáhejme s odstraňováním bariér... a nevytvářejme nové.

- Pomáhejte odstraňovat nebezpečné překážky a bariéry pro nevidomé, jako jsou neohrazené výkopy, větve nebo vyčnívající trámy lešení v úrovni hlavy aj.



Když jsme na pracovišti společně s nevidomým kolegou/kolegyní...

S nevidomými a těžce slabozrakými lidmi se obvykle na úřadu nesetkáváme denně. Jsou ovšem situace, kdy tomu tak je, a sice – oním nevidomým (slabozrakým) člověkem je náš kolega nebo kolegyně na pracovišti. Obvykle pracuje na ústředně, ale – zejména slabozrací lidé – mohou při vhodné kompenzaci zrakového postižení najít uplatnění i na jiných pozicích.

Předpokládá se, že se kolega se zrakovým postižením (zejména nevidomý) v prostředí pracoviště umí sám pohybovat a orientovat se. K dobrému pracovnímu prostředí můžeme přispět nebo jej můžeme komplikovat, obvykle z neznalosti maličností, které však mohou být pro kolegu značně nepříjemné, anebo dokonce způsobovat zranění. Kromě zásad uvedených na předcházejících stranách jsou zde i další „drobnosti“, které mají zcela jiný rozměr, stávají-li se denně, a jiný, stávají-li se výjimečně. Na pracovišti trávíme třetinu denního cyklu, jedná se tedy o jakousi formu spolužití, kdy se **pěstování dobrých vztahů projevuje i v atmosféře prostředí a výkonu práce**. Při utváření nebo zlepšení tohoto prostředí může pomoci několik rad:

1. Vždy upozorněte kolegu nebo kolegyni, že odcházíte nebo že jste právě vešel/vešla.
2. Nepřemísťujte bez vědomí kolegy žádné jeho osobní ani pracovní věci.
3. Věci nevidomého kolegy vždy nechávejte uklízet jeho samotného nebo při tom pomozte, přičemž své počinání doprovodíte slovním popisem, co a kam *přesně* ukládáte.
4. Společně používané věci dávejte na dohodnuté místo, při potřebě umístit je jinak to neopomeňte nevidomému kolegovi sdělit.
5. Nenechávejte pootevřené dveře do místností, dvířka od skříněk nebo šuplíky.
6. Nenechávejte odsunutý židle od stolu či jiné předměty na volném prostranství, kudy se prochází.
7. Sledujte pohyb kolegy, pokud to vaše činnost dovoluje, a v případě kolize či nebezpečí vhodně oslovte nebo upozorněte – nikoli však slovem „POZOR!“, ale „stůj“, „nepokládej to tam“.
8. Nespěchejte – bez kontroly zrakem jde všechno pomaleji.

SHRNUTÍ

Na předchozích stranách jsme se seznámili s možnostmi vhodného i méně vhodného přístupu k lidem se zrakovým postižením. Hovořili jsme většinou o nevidomých lidech, ale řadu popisovaných problémů i jejich řešení lze přenést do životních zkušeností slabozrakých lidí. Dotkli jsme se témat souvisejících s **etikou**, zajištěním **bezpečnosti**, dodržováním **práv**. S nevidomým či slabozrakým člověkem-klientem se na úřadu obvykle nesetkáváme každý den. Je tedy pravděpodobné, že i možnost „častějšího opakování“ jistých specifík tohoto setkání a tím i zapamatování si právě nabytých informací bude záviset na tom, na jakém odboru, oddělení pracujeme, a také na vnitřní motivaci tyto informace uvést v životní realitu. Pokud nejsme s nevidomými lidmi v každodenním kontaktu, je obtížné vybavit si **všechny** popisované zásady, o nichž jsme na předchozích stránkách hovořili. Dovolíme si však v závěru kapitoly podtrhnout „desatero“, o němž se domníváme, že patří mezi základní minimum etického a bezpečného kontaktu (nejen) úředníka a člověka se zrakovým postižením:

1. Při kontaktu oslovuji nevidomého vždy jako první, přidám k pozdravu jeho jméno a představím se.
2. Průvodcovství (jako i jinou pomoc) nabízím, nikoliv vnucuji.
3. Odmítám přistoupit na hru PON.
4. Nejsem sám iniciátorem hry PON.
5. Při provázení nevidomého mu nabídnu svou paži a jdu jako první, nevidomý jde půl kroku za mnou.
6. Nev tlačuji nevidomého do dveří ani do židle.
7. Při příchodu nebo opuštění místnosti to nevidomému oznámím.
8. Bez jeho vědomí nepřemísťuji jeho věci.
9. Nepožívám slova typu „tady, tam, támhle“.
10. Vyvaruji se projevům nemístného soucitu.

OTÁZKY K ZAPAMATOVÁNÍ

1. Projděte si v textu znovu zásady kontaktu a komunikace s lidmi se zrakovým postižením a postupně ke každé z nich přiřadte vaše hodnocení, zda jde při ní o téma etické, právní nebo o téma bezpečnosti.
2. Jaký význam má podpis při právních úkonech nevidomých?
3. Jaká konkrétní slova použijete při odmítnutí role ve hře „Průvodce Opatrovníkem Nesvéprávného“, pokud vás do ní někdo bude manipulovat?
4. Pokuste se během pěti soustředěných minut zapamatovat si co největší počet bodů „Desatera pro etický a bezpečný kontakt“. Které zásady se vám pamatují snadno a které obtížněji?

9.7 LIDÉ S HLUCHOSLEPOTOU

Nelze postihnout všechny situace, se kterými je možné se na úřadu v kontaktu s lidmi se zrakovým postižením setkat, jde nám víceméně o zachycení modelových příkladů a možných řešení. Je však potřebné se zmínit ještě o skupině občanů, kterých mezi námi sice není mnoho, ale s nimiž jste se přesto někdy pravděpodobně setkali, aniž byste o tom vůbec věděli. Jedná se o **hluchoslepé občany**.



Hluchoslepota je velmi závažnou životní situací, není však důvodem k degradaci člověka.

Řeknete si možná, jak to musí být hrozné, když člověk nejenže nevidí, ale ještě ani neslyší, co má vůbec ze života? Hluchoslepota je skutečně velmi závažnou životní situací, není však důvodem k degradaci člověka. Vždy jde o to, jaký má člověk rozsah postižení, schopnosti, možnosti a šance a jak se k němu a jeho postižení staví okolí. Hluchoslepý člověk může úspěšně kompenzovat své poškozené smysly, a jednáme-li s takovýmto člověkem, **jednáme s naprosto rovnocenným a plnohodnotným člověkem, jakým jsme jistě i my sami.**



Koho lze považovat za hluchoslepeho?

Hluchoslepý člověk **nemusí mít**, jak ze samotného názvu vyznívá a jak je v povědomí většiny lidí zřejmě vnímáno, **naprostou ztrátu obou smyslů**. Obvykle jde o kombinaci různých stupňů sluchového a zrakového postižení, kterou ovšem nelze chápat jako prostý součet postižení sluch + zrak. U hluchoslepoty jde o tzv. duální postižení sluchu a zraku, při němž vzniká kvalitativně nový typ postižení se specifickými důsledky pro život člověka. Při oslabení obou smyslů je obvykle jeden zachován více, těžiště komunikace se proto orientuje zejména na zapojení tohoto smyslu při současném využívání smyslu zbývajícího.



Pokuste se při znalosti informací z kapitol o sluchu a zraku vyjmenovat možné základní kombinace tohoto duálního postižení. Je jich pět.

Komunikace s hluchoslepy lidmi i způsob kontaktu je přirozeně odlišný než u samostatných postižení sluchu a zraku, i když se využívá zkušeností z obou systémů. Způsob komunikace s hluchoslepým člověkem závisí především na **rozsahu postižení**. Někteří hluchoslepi lidé využívají zbytků zraku a sluchu a mohou tak číst zvětšené písmo a slyšet pomocí sluchadla, při dalších kombinacích postižení lze využít Braillovo písmo, znakový jazyk, prstovou abecedu (jednotlivá poloha prstů jedné či obou rukou vyznačuje konkrétní písmeno). Největší pozornost potřebují lidé zcela hluchoslepi, se kterými se bez průvodce prakticky nesetkáváme. Tito lidé se dorozumívají s okolím pomocí

- tzv. Lormovy abecedy – jednotlivé doteky do dlaně hluchoslepeho člověka odpovídají konkrétním písmenům,
- znakováním rukou v ruce – základem je propojení rukou hluchoslepeho člověka s osobou, která informace sděluje pomocí znaků, jež jsou pro tuto techniku upraveny dle individuálních potřeb,

- tiskacími písmeny psanými do dlaně,
- nebo tzv. daktylotikou do dlaně, kdy poloha postavení prstů se neznačí do prostoru, ale umísťuje do dlaně.



Organizacemi zabývajícími se problematikou hluchoslepých osob jsou zejména LORM, VIA, ZÁBLESK a TYFLOSERVIS, o. p. s.

Od roku 2001 mají hluchoslepi lidé důležitou pomůcku pro samostatný pohyb, a tou je **červenobílá hůl** se střídavými bílými a červenými pruhy o šířce 10 cm. Díky této pomůcce se mohou hluchoslepi lidé pohybovat bezpečněji na veřejnosti a v dopravě. Červenobílá hůl také bezprostředně upozorňuje veřejnost na to, že má před sebou hluchoslepeho člověka, a je tedy také symbolem ztížené komunikace.



Červenobílá hůl – prostředek k bezpečnějšímu samostatnému pohybu a orientaci hluchoslepých.

Dříve hluchoslepi lidé používali hůl bílou, díky tomuto nedostatečnému označení však docházelo k situacím, kdy hluchoslepy člověk např. nereagoval na přechodech na výzvy řidičů nebo reagoval neadekvátním způsobem na nabídnutou pomoc ze strany veřejnosti, což vedlo k nedorozuměním, někdy i k ohrožení bezpečnosti hluchoslepeho.

Speciální označení pro hluchoslepé osoby je legislativně upraveno v §27 vyhlášky Ministerstva dopravy a spojů č. 30/2001 Sb., kterou se provádí pravidla provozu na pozemních komunikacích, ve znění platných předpisů.

SHRNUTÍ

Hluchoslepota patří k nejtěžším zdravotním postižením. Samotná přítomnost duálního postižení sluchu a zraku není důvodem k degradaci člověka. Vždy jde o to, jaký má člověk rozsah postižení, schopnosti, možnosti a šance a jak se k němu a jeho postižení staví okolí. Hluchoslepota neznamena automaticky absolutní ztrátu sluchu a absolutní ztrátu zraku. Hluchoslepi lidé se dorozumívají mezi sebou a s okolím dorozumívacími prostředky závislými na využívání zachovalejšího ze smyslů sluch–zrak, v případě nemožnosti tyto smysly využívat pak specifickými dorozumívacími prostředky, z nichž nejznámější je Lormova abeceda, laik se může s hluchoslepým člověkem domluvit pomocí tiskacích písmen psaných do jeho dlaně. Kontakt s hluchoslepým člověkem vyžaduje citlivý přístup respektující jeho osobnost.

OTÁZKY K ZAPAMATOVÁNÍ

1. Koho lze považovat za hluchoslepeho?
2. Která kompenzační pomůcka signalizuje, že jednáme s hluchoslepým člověkem?
3. Kde lze nalézt více informací o problematice hluchoslepých osob?

SEZNAM PRAMENŮ POUŽITÝCH V TEXTU

- [1] BUBENÍČKOVÁ, H.: *Jak komunikují nevidomí?* Online [cit. 2005–08–25]. Dostupný na WWW <http://www.sons.cz/docs/komunikace/>
- [2] ČÁLEK, O.: *Akceptace vady jako produkt sociálních vztahů postiženého jedince*. Praha : SI, 1988.
- [3] *Česká znaková sada Braillova písma*. Online [cit. 2005–08–20]. Dostupný na WWW <http://www.teiresias.muni.cz/to.en/czbraille/zaklady.html>
- [4] *Desatero pro kontakt s nevidomým, kterého vede vodící pes*. Online [cit. 2005–08–25]. Dostupný na WWW http://www.sons.cz/desatero_p.php
- [5] HLAVÁČKOVÁ, J. a kol.: *Hluchoslepí mezi námi*. Praha : LORM, 2003.
- [6] LUDÍKOVÁ, L.: Speciální pedagogika osob s postižením zraku. In RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L.: *Speciální pedagogika*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2003. ISBN 80-244-0646-2.
- [7] SMÝKAL, J.: *Pohled do dějin slepeckého písma*. Praha : Česká unie nevidomých a slabozrakých, 1994.
- [8] *Středisko výcviku vodících psů*. Praha : Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých ČR, 1999.
- [9] Vyhláška Ministerstva pro místní rozvoj č. 369/2001 Sb., o obecných technických požadavcích zabezpečujících užívání staveb osobami s omezenou schopností pohybu a orientace, ve znění pozdějších předpisů.

Internetové zdroje Sjednocené organizace nevidomých a slabozrakých byly v textu použity se svolením provozovatele.

DOPORUČENÁ LITERATURA

- [10] DYCK, H.: *Ne tak, ale tak*. Příručka správného kontaktu s nevidomými a slabozrakými. Praha : Tyfloservis SONS, 2000.
- [11] GOFFMAN, E.: *Stigma*. Poznámky o způsobech zvládání narušené identity. Praha : SLON, 2003. ISBN 80-864229-21-0.

- [12] ČÁLEK, O., HOLUBÁŘ, Z., CERHA, J.: *Vývoj osobnosti zrakově těžce postižených*. Praha : SPN, 1988. ISBN 80-7066-341-3.
- [13] JAROŠOVÁ, J.: *Via lucis*. Praha : Fokus, 1991. ISBN 80-900093-4-4.
- [14] KRAUS, H. a kol.: *Kompendium očního lékařství*. Praha : Grada Publishing, 1997. ISBN 80-7169-079-1.

OSTATNÍ DOPORUČENÉ INFORMAČNÍ ZDROJE

1.–8. převzato z databáze **Tyfloservisu o. p. s.**
prezentované na <http://www.tyfloservis.cz/doporucujeme.php>

1. POMOC RODINÁM SE ZRAKOVĚ POSTIŽENÝM DÍTĚTEM

- Společnost pro ranou péči www.ranapece.cz
- Speciálněpedagogická centra www.apspc.cz

2. POBYTOVÁ REHABILITACE A REKVALIFIKAČNÍ KURZY PRO DOSPĚLÉ

- Pobytové rehabilitační a rekvalifikační středisko Dědina, o. p. s. www.dedina.cz

3. SDRUŽOVÁNÍ ZRAKOVĚ POSTIŽENÝCH, REKONDIČNÍ POBYTY A ODBORNÉ SLUŽBY

- Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých ČR, o. s. www.sons.cz
Odborné služby poskytují tato oddělení SONS:
 - Střediska integračních aktivit
 - Metodické centrum sociálněprávního poradenství
 - Metodické centrum odstraňování architektonických bariér
 - Tyflokabinet – metodické centrum tyflotechnických pomůcek
 - Metodické centrum informatiky
 - Oddělení digitalizace a technické podpory
 - Středisko výcviku vodičích psů
 - Vydavatelské a informační služby
 - Tyflopomůcky – prodejny
 - Oddělení zahraničních styků a kultury

4. VÝUKA PRÁCE NA POČÍTAČI, VOLNOČASOVÉ AKTIVITY, PRŮVODCOVSKÁ SLUŽBA

- krajská TyfloCentra www.tyflocentrum.cz

5. PŮJČOVÁNÍ ZVUKOVÝCH A DIGITALIZOVANÝCH KNIH, KNIH V BRILLOVĚ PÍSMU A ZVĚTŠENÉM ČERNOTISKU

- Knihovna a tiskárna pro nevidomé Karla Emanuela Macana www.ktn.cz
- Středisko pro zrakově postižené Diakonie ČCE www.szp.diakoniecce.cz

6. ZAŘÍZENÍ PRO ZRAKOVĚ POSTIŽENÉ S CELOROČNÍM POBYTEM

- Palata – domov pro zrakově postižené www.palata.cz
- Ústav sociální péče pro zrakově postižené v Brně-Chrlicích www.uspchrlice.cz
- Dům sv. Cyrila a Metoděje pro nevidomé a zrakově postižené ve Vlašovičkách www.aoc.cz/charita/dok2.html

7. SLUŽBY PRO DOSPĚLÉ HLUCHOSLEPÉ – REKONDIČNÍ POBYTY, REHABILITACE, VOLNOČASOVÉ AKTIVITY

- LORM – společnost pro hluchoslepé, o. s. www.lorm.cz

8. INFORMAČNÍ ROZCESTNÍKY

- BrailNet www.brailnet.cz
- Helpnet www.helpnet.cz
- Internetová poradna www.internetporadna.cz

9. DALŠÍ DOPORUČENÉ ODKAZY

- Občanské sdružení Okamžik www.okamzik.cz
- Občanské sdružení Kafira www.kafira.cz
- VIA Sdružení hluchoslepých Telefon: +420 251 556 381, e-mail: jajakes@volny.cz
- ZÁBLESK Sdružení rodičů a přátel hluchoslepých dětí, Kopřivnice, Lubina 338
- Pomůcky – prvníkrok www.prvnikrok.cz
- Informační rozcestník Infoposel www.infoposel.cz
- Informační portál Dobromysl www.dobromysl.cz
- Informační portál Diskriminace www.diskriminace.cz

KAPITOLA 10

OBČANÉ S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM

10.1 SPECIFIKA TĚLESNÉHO POSTIŽENÍ, ZÁKLADY AKCEPTOVATELNÉHO PŘÍSTUPU A ZACHÁZENÍ S LIDMI S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM

Seneca říká: „**Vadou těla se duše nezohaví, krásou duše se zdobí i tělo**“. S hlubokým dějinným předstihem tím zcela lapidárně vyjadřuje moderní přístupy k tělesně postiženým lidem. Vztah k lidem s postižením není „něčím o nich“, je o nás, protože existuje majoritní společnost k lidem, kteří mají nějaký zdravotní problém, nesnáze a současně (resp. právě proto) řeší obtížnou životní situaci, reflektují kulturnost a morálku celé společnosti.

DEFINICE A VYMEZENÍ TĚLESNÉHO POSTIŽENÍ

V současné době se za **zdravotní postižení** (v textu dále jako ZP) považuje dlouhodobý nebo trvalý stav, jenž je charakteristický orgánovou nebo funkční poruchou, kterou již nelze veškerou léčebnou péčí zcela odstranit nebo alespoň zmírnit, a který znamená výraznou redukci reálných možností i životních šancí člověka, omezuje jeho průběžnost a negativně tak zasahuje do mnoha stránek kvality života postiženého. V návaznosti na toto pojetí obvykle řadíme do skupiny *občanů s tělesným postižením* dvě základní, často se prolínající, subskupiny:

- **chronické**, obvykle nikdy zcela vyléčitelné **onemocnění**, resp. **dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav** (dále DNZS) je takové poškození nebo oslabení fyziologických funkcí lidského organismu, které vyžaduje stanovenou životosprávu a životní styl i dodržování určitých léčebných opatření. Významně snižuje kvalitu života nemocného i jeho blízkých, omezuje výkonnost člověka nebo jeho odolnost vůči zátěži, námáze a vede k nechtěnému utlumení fyzických aktivit a následně (sekundárně) může vést až k degenerativním změnám na nosném a motorickém aparátu člověka.

Někteří autoři tuto skupinu onemocnění označují jako **interní postižení** a zdůrazňují fakt, že většinou takové onemocnění-postižení není na první pohled zřejmé, a tudíž člověka tolik nestigmatizuje.

- **tělesné** (resp. **lokomoční**, *pohybové*) **postižení** je omezení hybnosti až znemožnění pohybu a dysfunkce motorické koordinace v příčinné souvislosti s poškozením, vadou či funkční poruchou nosného a hybného aparátu, centrální nebo

periferní poruchou inervace nebo amputací či deformací části motorického systému. Takové vady či dysfunkce jsou obvykle patrné na první pohled a mají charakter trvalého snížení funkční výkonnosti i ztráty schopnosti v některé oblasti nebo ve více oblastech lokomoce. Společným rysem takto postižených lidí je primární redukce obvyklých pohybových aktivit a v některých případech i částečná až úplná imobilita, což má zásadní vliv na kvalitu života, soběstačnost a přístup k životním příležitostem u těchto občanů.

U obou uvedených skupin budeme vycházet ze souhrnného označení **tělesné postižení**, resp. **osoby s tělesným postižením** (dále TP, TPO) – viz tabulka 10.1.

Tabulka 10.1: Označení tělesného postižení

Kategorie	Kategorie	Společné označení
Dlouhodobě (i trvale) nepříznivý zdravotní stav , ev. chronické onemocnění či interní postižení; sekundární omezení pohybových aktivit.	Tělesné postižení, zahrnující motorické či lokomoční, tj. pohybové postižení ; primární redukce pohybových schopností	Tělesné , ev. somatické (sóma, lat. tělo) postižení

Pro veřejnost jsou zdravotní specifika i společenská pozice TPO poněkud nejasná – nejsou totiž zdraví a nikdy zcela zdraví, resp. běžně fyzicky zdatní, přes veškerou snahu nebudou, ani nejsou nemocní, pokud budeme věc posuzovat v účelové šabloně „oslabení–nemoc–léčba–vyléčení–zdraví“ (*navíc kupř. chybějící končetinu nelze považovat za nemoc!*).

K lepší ilustraci bariér a životní situace lidí s tělesným postižením nám může posloužit tabulka 10.2.



Týkají se fakta v uvedené tabulce jen lidí s tělesným postižením? Uveďte jiné příklady.

ZASTOUPENÍ OBČANŮ S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM A DLOUHODOBĚ NEPŘÍZNIVÝM ZDRAVOTNÍM STAVEM V POPULACI ČR

Z demograficko-statistického hlediska můžeme říci, že v ČR žije cca 1 milion zdravotně postižených občanů, z toho evidujeme 300–350 tisíc lidí s tělesným postižením (pokud ještě připočteme občany se závažnými onemocněními chronického charakteru a civilizačními nemocemi, které výrazně zasahují do jejich života, bude toto číslo ještě výrazně vyšší). Také díky stárnutí populace, negativním prenatálním i časně postnatálním vlivům, neklesající úrazovosti a nárůstu degenerativních i tzv. civilizačních onemocnění **lze očekávat, že lidí s funkčním omezením motoriky nebude ubývat** (spíše naopak).

Tabulka 10.2: Vliv tělesného postižení nebo chronické nemoci na kvalitu života a sociální statut TPO

OBLASTI ZÁTĚŽÍ ČI BARIÉR POTENCIÁLNĚ PLYNOUCÍCH Z TĚLESNÉHO POSTIŽENÍ:	PŮSOBNÍ TĚLESNÉHO POSTIŽENÍ NA KVALITU ŽIVOTA A UTVÁŘENÍ OBČANSKÉ POZICE ZPO:	KOMPLEXNÍ ŘEŠENÍ VE SFÉŘE SOCIÁLNÍ POLITIKY A UCELENÉ REHABILITACE:
• „pohybová nesvoboda“ • řízení vlast. života a volby jeho způsobu, priorit či cílů • sebeprezentace • životní aktivity • seberealizace • vzdělávání, studium • pracovní uplatnění • partnerský či rodinný život • občanský život a sociální interakce • vztahy a interpersonální komunikace	• frustrace, deprivace, osamělost, • stigma, výkonová a sociální fobie, úzkost, emoční labilita, ... • doprava, bydlení, služby, ... • ambivalentní vztah k vlastnímu tělu i jeho možnostem • problémy v sebepojetí, snížené sebevědomí • marginalizace, sociální izolace, adaptační poruchy, dezintegrace • redukce možností výběru zájmů, vzdělávacích příležitostí, profesní kariéry, působišť... • předsudky a izolace při hledání partnera, nároky na pevnost a harmonii vztahu • informační bariéry, překážky v uplatnění občanských práv a svobod, latentní i realizovaná diskriminace, nedůvěra ze strany veřejnosti, mediálně neobjektivní a zúžený obraz života i potřeb lidí s TP • znevýhodnění pečujících: sociální izolace a ekonomický handicap, absence ucelené podpory a odlehčovacích služeb	• dávky sociální péče pružně reflektující specifika života s TP • bezbariérové prostředí, doprava, služby ap. • destigmatizace ZPO a pozitivní informační kampaně • psychologická péče a výcvik ve zvládnutí obtížných živ. situací • zdravotní péče a adresné komunitní sociální služby • ucelená rehabilitace • rovnost v přístupech k životním šancím a příležitostem i občanskému životu a participaci na dění ve společnosti • antidiskriminační opatření • ochrana bezpečí, práv i svobod • komplexní systém péče o pečující



Některé typy postižení se doplňují či překrývají (např. kombinované tělesné a mentální postižení, postižení tělesné a smyslové), mění se, vyvíjejí se (nemoc přechází v postižení, k postižení se rozvíjejí symptomy stárnutí) a negativně ovlivňují více oblastí života TPO současně.

Příčinou nepřesné české statistiky (evidence TPO) je to, že jsou zpracovávány nekompatibilní či duplicitní údaje z tří „legislativně“ kompetentních resortů – školství, zdravotnictví a sociálních věcí, i fakt, že oficiálně vykazovatelným se stane občan jen tehdy, stane-li se tazatelem, žadatelem, příjemcem či položkou v systému. Teprve požádá-li občan o službu, dávku, asistenci či jinou pomoc a stane-li se jejím příjemcem, případně je-li (resp. není-li) zapojen do pracovního procesu nebo účastní-li se určitého programu (vzdělávacího, léčebného, resocializačního, integračního ap.), stává se občanem, s nímž instituce počítají jako s „potřebným“. Existují tedy občané, kteří jsou i přes své znevýhodnění soběstační, vše zvládnou sami nebo s pomocí nejbližšího okolí, eventuálně žijí v zapouzdřených pečujících rodinách, a tudíž o nich kompetentní orgány dostatečně nevědí a nemohou jim pomoci, ačkoli mnozí z těchto lidí i rodin žijí v opravdu svízelných podmínkách. Tito občané žijí často na venkově či v oblastech s řídkou sítí sociálních aj. pomáhajících služeb, ale nemusí to být vždy pravidlem. Pro větší aglomerace je zase typická anonymita lidského osudu a netečnost okolí.

Z hlediska prevence rizik propadu „potřebných“ TPO soustavou sociální, vzdělávací a zdravotní péče patří terénní práce (aktivní depistáž) v občanském prostředí, místních komunitách i specifických minoritních skupinách k fundamentálním úkolům veřejné správy v oblasti péče o občany (mj. sociální práce a zdravotně-sociální péče). K tomu je nezbytná dobrá informovanost, systémová kompatibilita a bezproblémová komunikace mezi všemi zainteresovanými pracovníky a občany samotnými.

Pěťadvacetiletý nechodící Jirka žil s rodiči na vesnici, absolvoval internátní speciální základní školu a od té doby pobíral důchod, díval se doma na televizi a ven jej vozili rodiče na domácký upraveném dvoukoláku. O možnosti získání invalidního vozíku a dalších pomůcek, příspěvku na dopravu i o možnosti dalšího vzdělávání a pracovního uplatnění nebyli on ani rodiče informováni.



Kdo všechno v tomto příběhu pochybil?



Vzpomenete si na příběhy lidí, kteří svízelnou situaci zvládali s neúměrnými obtížemi sami, aniž by využili dostupnou pomoc? Kde se stala chyba?

ZDRAVOTNÍ (RESP. TĚLESNÉ) POSTIŽENÍ A PŘEDSUDKY

Lidské zdraví je obecně definováno jako soulad předmětných, resp. určujících biopsychosociálních faktorů a stav tělesné, duševní i společenské pohody a rovnováhy člověka. Právě větší či menší porucha tohoto souladu a redukce přístupů k životním příležitostem je tím, co transformuje zdravotní (resp. funkční) poruchu či postižení ve znevýhodnění – handicap a hrozící sociální exkluzi (společenské vyloučení).

Handicap není ekvivalentem zdravotního/tělesného postižení! Znevýhodnění – handicap jedince v přístupech k životním šancím, příležitostem a společenskému uplatnění nevzniká samotným postižením či poruchou, ale rozvíjí se až sekundárně, tedy v návaznosti na bariéry všeho druhu, postoje okolí a ladění i přiměřenost sociální interakce.

Handicapující důsledky zdravotního postižení jsou zesilovány mezilidskými, architektonickými i dopravními bariérami a obavami, neinformovaností či předsudky veřejnosti. V této souvislosti lze zmínit čtyři druhy předsudků vůči zdravotně postiženým občanům (ZPO), resp. TPO:

- **Paternalisticko-podceňující:** Zdravotně postižení lidé si zaslouží politování a soucit spojený s charitativním přístupem; jsou bezmocní a čekají na pomoc druhých – mj. i těch „pomáhajících“, kteří nejlépe vědí, co je pro postižené dobré a dosažitelné.
- **Odmítavé:** Lidé s postižením jsou neužiteční, zatěžující, neproduktivní a tudíž parazitující. Ztráta nějaké podstatné funkční schopnosti je podle těchto předsudků trestem, postižený si ji zavinil sám (dělal nebezpečné věci, neléčil se, nežil řádným životem, byl neopatrný při práci, jeho matka byla nezodpovědná atd.). Jinakost postižených není dokladem přirozené variability lidského bytí, nýbrž je nežádoucí až patologická.
- **Protektivně-paušalizující:** K zjednodušujícímu a neadekvátnímu náhledu veřejnosti na občany s postižením ve značné míře přispívají některá média, jejichž zpravodajství je povrchní, zkratkovité, nekompetentní a zavádějící. Vzniká tak dojem, že lidé s postižením jsou adresáty mnoha protekcionistických podpor – dostávají nejen důchod, ale také příspěvek na auto i benzín, úpravu bytu, telefon, pomůcky, rekondice, dietní stravu, zvláštní péči atd. Veřejnost však již není objektivně informována o tom, že jsou tyto dávky či příspěvky nenárokové a jejich přiznání často představuje nedůstojný byrokraticko-(pseudo)medicínský rituál, v němž ZPO nehraje roli svéprávného člověka.



Protektivně-paušalizující předsudky charakterizuje názor, že lidé s postižením mají mnoho neoprávněných či nezasloužených výhod.

- **Idealizující (heroizující):** Příroda postiženým chybějící schopnosti vynahradila rozvojem pozitivních vlastností a zlepšením ostatních funkcí; jsou mravně lepší než zdraví, utrpení je zušlechťuje a posiluje, inspirují ostatní a jsou hodni obdivu. I předsudky idealizující jsou pro postižené paradoxně nepříznivé, protože v nich převládá iracionální a emocionální prvek nad fakty – lidi poctivé, obětavé a odpovědné i lidi vypočítavé, nepřející a bezohledné lze samozřejmě nalézt mezi zdravými i postiženými.

Zkušenosti našťastí ukazují, že získá-li společenské okolí potřebné informace i realistický náhled a podaří-li se navodit přirozený mezilidský kontakt, obvykle se stane fakt, že existují spoluobčané, spolužáci či spolupracovníci s postižením, běžnou realitou a okolí hodnotí TPO podle jejich lidských vlastností a sociální i pracovní adaptability a úspěšnosti.



Předsudky se týkají i rodičovských schopností osob s tělesným postižením, kdy veřejnost (bohužel i někteří odborníci) často předpokládá, že jejich děti jsou chudáci, jimž rodiče nemohou dát všechno, co potřebují, a jejichž budoucnost je nejistá.

Odposlechnuto o těhotné vozičkářce: „jak se chce starat o dítě, když si ani sama nedojde na záchod;... jak ho chce vychovávat,... chudák dítě, kdoví, jestli bude normální.“

Jiný příklad – vysokoškolák Karel, po úraze používající invalidní vozík, nastoupil jako programátor do firmy. Zpočátku se s ním nikdo nebavil (kolegové mj. nevěděli, zda mu nebudou muset se vším pomáhat, ani si nedokázali představit témata, o nichž by se mohli spolu bavit), práci mu zadávali písemně. Když úkoly dobře zvládal i dokázal poradit ostatním, se sebeobslouhou neměl větší problémy (o případnou pomoc dokázal srozumitelně požádat), kolegové pochopili, že Karel je schopný i dobře adaptovaný na svoji situaci a začali s ním rozvíjet běžné pracovní i neformální kontakty.

SHRNUTÍ

Život s tělesným postižením přináší mnohé obtíže a překážky, jejichž překonávání závisí na osobnosti TPO, podpoře blízkých osob, otevřenosti sociálního prostředí a schopnostech pomáhajících pracovníků i dostupných adresných nástrojích sociálních služeb a zdravotně-sociální péče. TP snižuje hodnotu lidského bytí, ani nárok TPO na přijatelnou kvalitu života i účast na životě společnosti.

OTÁZKY K ZAPAMATOVÁNÍ

1. Co podle vás zahrnuje pojem kvalita života a které její složky mohou být pro TPO obtížněji dostupné?
2. Představte si někoho s TP ve vašem okolí a zkuste si uvědomit překážky, které musí denně zvládat. Byli jste např. někdy krátkodobě nuceni o berlích absolvovat schody nebo jako vozičkáři použít WC?
3. Setkali jste se s tělesným postižením či TPO v literatuře nebo jiném uměleckém díle (film, divadlo, výtvarné umění, ...)?

10.2 PSYCHOSOCIÁLNÍ SPECIFIKA OSOB S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM



Význam pohybu pro život člověka.

Někdy nebo někomu se může zdát, že redukce pohybových možností jedince není nic tak závažného, a proto je namístě si připomenout význam pohybu pro život člověka. **Pohyb** se v průběhu vývoje člověka stal nejen nositelem a zprostředkovatelem života, ale je v mnoha podobách výrazem lidské snahy o „přesahování všednosti“ a současně člověka „zásobuje“ zážitky, jež jsou zdrojem radosti a štěstí. Tělesná, resp. tělesně-duševní činnost umožňuje realizovat existenci člověka v duchu teze J. A. Komenského „*fabricando fabricamur*“, tzn. že se člověk ve své aktivitě sám utváří (a také dotváří či přetváří v interakci s mnoha vnějšími i vnitřními faktory působícími na jeho život). **Důležitost pohybu pro život člověka** lze spatřovat ve dvou základních rovinách:

1. v rovině **pohybů nezbytných**, tedy těch, jejichž smyslem je zajištění lidské existence

2. v rovině **pohybů ostatních**, které směřují k ovlivnění některých stránek vývoje a kvality života člověka, zejména po stránce tělesné, duševní a společenské.

Pohyb zabezpečuje nebo zprostředkovává člověku:

- uspokojování základních fyziologických potřeb,
- existenční zajištění, včetně pracovního uplatnění,
- výkon a uplatňování občanských práv a svobod,
- přísun podnětů, informací a poznatků,
- formativní působení sociokulturních činitelů,
- příležitosti k sebeprezentaci a navazování sociálních kontaktů, resp. možnosti sebeaktualizace či sebepotvrzení, překračování vlastní osamělosti a vytváření nových sociálních vztahů,
- podporu zdraví a upevnění kondice,
- sebeobsluhu a samostatnost,
- zábavu a prožitky (např. sport, koníčky).



I TPO celodenně používající elektrický vozík, mají mít příležitost k diferencované pohybové aktivitě. U dětí na vozíku je potřebné lezení či plazení, neboť jim kromě pohybu zprostředkovává obsahově odlišné zážitky, senzickou zkušenost i „kontaktní“, pohled na známé prostředí.

Bezpochyby lze konstatovat, že pohyb přímo působí na socializaci člověka i na vývoj jeho osobnosti. Bezprostředně ovlivňuje jeho samostatnost, fyzické a psychické zdraví, schopnost prožívat a spoluprožívat i jeho schopnost sdružovat se, komunikovat a vyvíjet cílenou, smysluplnou aktivitu (pracovat, studovat, pěstovat své zájmy ap.).

Jak jsme již naznačili, má život s jakýmkoli vrozeným či získaným postižením nebo chronickou nemocí i přes veškerou podporu postižených jedinců za následek řadu omezení, znevýhodnění a nesnází, které je nutno respektovat a zohlednit. Připomeňme si proto **specifika, která jsou či v různé míře mohou být vlastní lidem se somatickým postižením** (současně se vraťme k tabulce 10.2):



Jaká specifika se projevují u lidí se somatickým postižením?

- ztížení nebo ztráta schopnosti pohybu,
- problematická koordinace pohybů,
- atypické až patologické pohybové stereotypy a užívání takových kompenzačních úkonů, pohybů či souhybů, které následně vedou k druhotnému zdravotnímu postižení,

Dlouhodobé používání berlí nebo invalidního vozíku vede k poškození kloubů horních končetin, zánětům šlach i deformitám páteře s řadou bolestivých projevů. Takové přetěžování může přispět k tomu, že člověk o berlích bude muset používat invalidní vozík nebo vozíčkář přejde z mechanického invalidního vozíku na elektrický.

- možné markantní narušení jemné motoriky,
- zvýšená závislost na technických pomůckách či opatřeních a na externí fyzické pomoci (asistence, dopomoc, péče),
- nutnost dlouhodobého respektování určité životosprávy nebo specifických zdravotních opatření,
- zřejmé nebo skryté ohrožení citovou a podnětovou, resp. informační, deprivací,
- možné působení výkonové, „činnostní“ deprivace,
- obtíže při zvládnutí procesu osamostatňování a z toho plynoucí nebezpečí sociální izolace postiženého.

Zde může jít např. o kombinaci těchto faktorů: omezená mobilita postiženého a bariérovost prostředí, důsledek přehnaně ochranného postoje rodičů, různé problémy v komunikaci (viz níže), výkonová a sociální fobie, zájmová nevyhraněnost, a tudíž ztížený výběr přátel atd. Od nalezení příčiny izolovanosti vede cesta (formou výcviku klienta a podpůrných opatření) k její eliminaci.

- poruchy sebepojetí, například zkreslené sebehodnocení,
- emoční labilita, neadekvátní prožívání a sebezprožívání,
- nedostatečné dovednosti působící nezday při navazování sociálních vztahů, problematické utváření sociálních a interpersonálních kontaktů i vazeb a nejisté zvládání přirozených a běžných sociálních rolí, snížená sociabilita,
- komunikační bariéry:
 1. z důvodu spasticity nebo jinak narušené funkce mluvidel,
 2. z důvodu nezkušenosti a nedostatečného sociálního učení, absentujících sociálních dovedností nebo obtíží při plném porozumění nebo vyjadřování,

Mladí lidé s TP odcházející ze „skleníkové“ ústavní péče do samostatného života mívají potíže s orientací v sociálním prostředí i zvládáním a pravidly občanské interakce, jednáním s institucemi, hospodařením či vedením vlastní domácnosti, přílišnou důvěřivostí ap.
 3. z důvodu přidruženého smyslového postižení (sluch, zrak).
- nezkušenost v mezilidských či partnerských vztazích,
- možné oslabení vůle a motivace k seberozvoji a sociální adaptaci, často nedostatečná motivace k překonávání překážek a problémů, vyplývající z nejasných či neujasněných životních perspektiv,
- zkreslené, neadekvátní hodnocení TP jedince sociálním okolím, jeho **stigmatizace**.

Stigmatizace je **důsledek reakce společnosti, resp. sociálního okolí na odchylku od obecně uznávané normy** obsahující to, jak má jedinec fungovat a reagovat, čeho má být schopen, jak má vypadat, jak má vnímat, jak se má vyjadřovat nebo jak se má pohybovat.



Jako sociální stigma označujeme znamení či punc něčeho zvláštního, odlišného, nesrozumitelného a často nežádoucího.

Někdy se vedou diskuze o tom, která životní situace je horší, závažnější. Zda narození dítěte s postižením a následný život s vrozeným postižením (funkčním omezením, ev. orgánovou vadou) nebo často náhlá změna zdravotního stavu a život se získaným postižením. Takové diskuze jsou však irrelevantním pokusem o porovnávání objektivně neporovnatelného.



Vrozené versus získané postižení.

Sociální postavení a psychika člověka, který má vrozené postižení, (i jeho rodičů) se vyvíjí odlišně ve srovnání s psychikou a sociální adaptací lidí, u nichž se zdravotní stav změnil až v průběhu života.

Rozhodně nemůžeme usuzovat, že člověk s trvalým vrozeným nebo časně získaným postižením je v příznivějším postavení. Jde o to, že jeho životní geneze od počátku zahrnovala skutečnost a jednotlivé aspekty postižení i úsilí o překonávání jeho důsledků. To při určité struktuře osobnosti a realistické výchovné a další podpoře znamená, že takový jedinec autenticky získal a stále získává potřebné zkušenosti, ví, co může od života očekávat, osvojil si určité sociální dovednosti a zvládá jisté sociální role, vytvořil si relevantní sebnáhled, má určitou motivující hodnotovou hierarchii, usiluje o dosažení okolnostem přiměřených cílů a ví, jakých prostředků může využít. Neznamená to ale, že se každému v potřebné míře dostane ucelené adresné podpory a že se nedostavují krize, zklamání. Přesto se dá stručně říci, že **jedinec s vrozeným či velmi časně získaným postižením mívá k dispozici časový prostor a škálu podpůrných opatření k tomu, aby se adaptoval na svoji reálnou situaci, přijal ji, našel vlastní cestu k seberealizaci a naučil se žít co možná nejbohatěji.**



Člověk s vrozeným či časně získaným postižením mívá k dispozici čas a podpůrná opatření k tomu, aby si zvykl na svoji situaci, přijal ji jako realitu, našel vlastní cestu k sebeuplatnění a naučil se kvalitně žít.

Takovou možnost či příležitost (nikoli výhodu!) člověk při prudké, náhlé změně své zdravotní i sociální situace zpravidla nemá. Proto můžeme souhlasit s tím, že jedním z nejnáročnějších tlaků na lidskou psychiku je v období úrazu, operace nebo akutního průběhu nemoci náhlý přechod zdraví v nemoc a funkční nedostatečnost či postižení.



Náhlý přechod zdraví v nemoc a funkční nedostatečnost či postižení je bezpochyby jedním z velmi náročných tlaků na lidskou psychiku v období úrazu, operace nebo akutního průběhu nemoci.

Pokud se však problémy podaří vyřešit, bolesti a jiné nepříjemné komplikace odezní a člověk se může bez následků či větších komplikací vrátit k životu, je psychické trauma většinou překonáno a tato dočasná situace bude patřit mezi významné životní zkušenosti takového člověka. Vážnější situace nastává u lidí, kteří do vzniku

úrazu nebo prudkého vypuknutí nemoci neměli větší zdravotní problémy a kterým i přes veškerou léčebnou péči zůstanou trvalé následky, které mají charakter chronické nemoci, ev. zdravotního postižení. Postižení pro ně znamená zásah do kvality života a omezení aktivit i příležitostí. Negativně se promítne do sociální, osobní, rodinné a profesní stránky jejich života a vynutí si změnu postojů k životu, stejně tak jako může přinést rozpad rodiny, ztrátu existenčního zajištění z práce nebo změnu postojů sociálního prostředí k nově postiženému člověku.

Ve všech případech – v závislosti na osobnosti a zázemí tělesně postiženého i s ohledem na možnou „motivační krizi“ (ztrátu víry ve smysl určitého usilování) – je potřebné počítat s **psychologickou intervencí**, která by podpořila průběh léčebné a sociální rehabilitace.

Výzkumy zřetelně prokázaly, že postižení nebo chronicky nemocní, kteří jsou poučeni o podstatných aspektech své situace, znají svůj zdravotní stav, jsou vhodně motivováni, mají vytvořený systém hodnot i poslovně dostupných cílů, mají podporu blízké osoby a mají zřetelnou životní perspektivu (se kterou se ztotožnili), mnohem lépe spolupracují při všech fázích rehabilitace či adaptace, rychleji se zotavují či spolupracují při stabilizaci svého zdravotního stavu i aktivněji zvládají nesnáze.

Právě zde je třeba zdůraznit význam **sociální opory**, tedy spolehlivého a motivujícího zázemí rodiny a blízkých osob, z jejichž jednání vyplývá, že se nemocný či postižený člověk nemusí např. obávat návratu domů, že bude připraveno vše potřebné, lidé kolem něj budou informováni o specifikách i perspektivách jeho stavu a přijmou jej takový, jaký bude, podpoří jeho readaptaci i emancipaci. Proto stranou podpory nesmí stát rodina postiženého (nebo blízcí rodiny s postiženým dítětem), a to jako nástroj, zdroj, původce psychické pomoci i jako jeden z jejích cílů, objektů. Včasná a cílená pomoc TPO může účinně omezit vznik, rozvoj a působení sekundárních handicapů psychosociálního charakteru, které se obvykle mohou vázat k primárnímu postižení i ztížené koexistenci s ostatními.

Odborná péče či podpora orientovaná na tělesně postiženou klientelu musí zohledňovat určité společné rysy, které takto zdravotně i sociálně znevýhodnění jedinci mívají (mohou mít), a zároveň respektovat proměnlivé okolnosti i neopakovatelnost každé lidské bytosti a variabilitu jejího osudu.

Nepochybně velmi významnou roli v postojích i práci ve prospěch lidí s postižením může sehrát vlastní, vnitřně adekvátně zpracovaná a pozitivně zainteresovaná zkušenost (osobní, rodinná ap.) se zdravotním postižením či těžkým onemocněním nebo úrazem. Avšak i taková zkušenost je nezobecnitelná, nepřenosná a průběh i zvládnutí takové krizové a traumatizující situace je velmi individuální.



Kolik znáte osob s tělesným postižením a kde jste se s nimi setkali? Jaké jste měli z toho setkání pocity, vznikly nějaké problémy – popište je?

„Pomáhající“ s vlastní zkušeností by si měli uvědomovat, že **podle sebe nelze hodnotit jiné, kteří mají obdobný problém, ani očekávat, že tuto situaci zvládnou oním modelovým („zkušenějšími“ propagovaným) způsobem.**

Mladý muž se spoustou životních plánů po autonehodě ochrnul od pasu dolů. Když jeho manželka pochopila, jaké následky takové postižení má, požádala o rozvod. Mladý muž i přes podporu profesionálů ztratil motivaci k rehabilitaci i adaptaci na změněné životní podmínky, přijal umístění v ústavu sociální péče a rezignoval na řadu osobně i profesně dosažitelných cílů. S ním na pokoji v úrazové nemocnici ležel jiný, podobně postižený muž. Rodina mu fandila a on začal pracovat na své budoucnosti. Protože dosavadní profesi již nemohl vykonávat, vystudoval jiný obor a začal podnikat jako daňový a účetní poradce.

UCELENÁ REHABILITACE A KVALITA ŽIVOTA TPO

Perspektivním přístupem ke komplexní, provázané a adresné podpoře lidí s postižením je ucelená rehabilitace.

Podle WHO je ucelená rehabilitace obnova či navození nezávislého a plnohodnotného tělesného i duševního života osob po úrazu, nemoci nebo zmírnění trvalých následků nemoci či postižení pro život a práci člověka.

Do rámce ucelené rehabilitace patří i poněkud opomíjená **habilitace**, jako proces „**prvotváření**“ **schopností u osob s vrozeným nebo velmi časně získaným postižením**. Habilitace bývá propojena s ranou péčí o postižené děti i rodiny s těmito dětmi – například ve Švédsku je raná péče realizována v regionálních habilitačních střediscích.

Prvořadým cílem ucelené rehabilitace je zabezpečit lidem s postižením co nejširší účast na společenském, občanském i hospodářském životě a co největší možnou nezávislost. Jde zejména o kombinované a koordinované využití léčebných, sociálních, psychologických, výchovně-vzdělávacích i technických prostředků a postupů k výcviku jedince za účelem získání nebo znovuzískání a upevnění nejvyšší možné výkonnosti, funkční schopnosti a soběstačnosti v postižení či nemoci „dotčených“ oblastech života i ke stabilizaci zdravotního stavu jedince, resp. ke zmírnění rizik progresu a zmnovení důsledků jeho postižení či nemoci.



Co je ucelená rehabilitace, jaké má cíle?

Odposlechnuto: „*On snad neví, co si může dovolit, když jede na vozíku do města, mezi lidi. Navíc prý chce i pracovat a bavit se. Asi si myslí, že mu všichni budou chtít pomáhat nebo co! Když to nezvládne sám, měl by zůstat doma nebo žít v nějakém zařízení.*“

Priority ucelené rehabilitace reflektují pařížskou **Chartu práv tělesně postižených osob**, z jejíž preambule vyjímáme:

„Každá tělesně postižená osoba má stejná práva a povinnosti jako kdokoliv jiný. Je tedy potřebné podporovat každou ekonomickou a sociální politiku, která k právům a povinnostem postižených osob přihlíží. Tělesné postižení vede k omezení pohybové aktivity, proto je povinností společnosti napomáhat při integraci těchto spoluobčanů do normálního života. Postižení mají plné právo na samostatný a nezávislý způsob

života, jaký si sami zvolí. Mají právo začlenit se do společenského života, mají právo na splnění všech svých přání a tužeb. Těm, kteří chtějí žít v domovech s pečovatelskou službou, má být umožněno vybrat si kvalitní domov, kde by byla plně respektována jejich osobnost. Tělesně postižené osoby mohou využívat i soukromé domy či byty a společnost jim musí dát možnost je přizpůsobit pro pohodlný, nezávislý a bezpečný život. Odpovědné osoby, které rozhodují o výstavbě domů a bytů stejně jako o výstavbě veřejných komunikací, mají za povinnost vytvářet co nejpríznivější podmínky pro seberealizaci, bezpečnost a sebevědomí postižených osob.“

S předmětem ucelené rehabilitace přímo souvisí **kvalita života TPO**, která je ovlivňována:

1. sociálně-ekonomickým postavením lidí s TP,
2. prožíváním a osobním statutem každého jedince s TP,
3. občanskou pozicí lidí s TP ve společnosti.

Kvalita života TPO tedy zahrnuje i **míru znevýhodnění** způsobeného:

- vzdalováním se od společností normovaného životního standardu,
- překážkami v přístupech k uspokojování běžných potřeb i k životním šancím, zájmům a občanským právům i svobodám,
- odsouváním na okraj společnosti a vzdalováním se normám i hlavnímu proudu života společnosti, tj. důsledky **marginalizace** a stigmatizace,
- nestandardními životními podmínkami pečujících, nedobrovolně „zapouzdřených“ a izolovaných rodin.

Zlepšení kvality života a podpora občanského začlenění, **demarginalizace**, seberealizace i pracovního uplatnění lidí s postižením mj. spočívá v akčních posunech, aktuálně definovaných v **Madridské deklaraci**, z nichž stojí za připomenutí:

- ... od vidění osob se zdravotním postižením jako závislých a nezaměstnatelných ke zdůraznění jejich možností a zavedení aktivních nástrojů podpory,
- ... od konstruování ekonomických a sociálních opatření pro některé ke konstrukci přizpůsobitelného prostředí pro všechny,
- ... od nadbytečné segregace ve vzdělávání, zaměstnávání a jiných sférách života k integraci osob se zdravotním postižením do hlavního proudu.

Pro ilustraci: Již v 80. letech „západní“ ekonomové stanovili míru návratnosti investic do sociální integrace či readaptace, pracovního výcviku a vzdělávání handicapovaných na 9 : 1, což v praktické rovině znamená, že se z občana závislého na sociálních dávkách stává občan více či méně nezávislý, méně handicapovaný a společností akceptovaný, mající již plný nebo částečný statut daňového poplatníka, toho, kdo nejen z veřejných financí v oprávněných situacích čerpá, ale především do nich odvádí příspěvky.

SHRNUTÍ

K tělesnému postižení se může vázat mnoho psychosociálních charakteristik, které je nutné respektovat, ale jež jsou natolik individuální, že je nelze paušálně vztahovat na celou komunitu osob s tělesným postižením. Pohyb je základním předpokladem života a jeho omezení přináší lidem s tělesným postižením překážky psychické, sociální i existenční aj. povahy. Ucelená rehabilitace provázaná s následnou podporou výrazně zvyšuje kvalitu života osob s tělesným postižením, může přispět k jejich sociální adaptaci, demarginalizaci, seberealizaci a zapojení se do života společnosti.

OTÁZKY K ZAPAMATOVÁNÍ

1. Jaký je vztah mezi pohybem a vývojem člověka? Co všechno může člověku „znepřístupňovat“ omezení jeho pohybové schopnosti? Uveďte příklady.
2. Definujte rozdíl mezi postižením a handicapem. Jak spolu obsahově i příčinně souvisejí pojmy stigmatizace a marginalizace?
3. Pokuste se vymezit cíle i nástroje ucelené rehabilitace. Jaký je vztah mezi úspěšností rehabilitace a kvalitou života TPO? Zamyslete se nad výše uvedenými právy TPO a konfrontujte je s realitou ve vašem okolí i s názory TPO, s nimiž jste v kontaktu.
4. Stýkáte se pravidelněji s někým, kdo má tělesné postižení – čeho si na něm vážíte a co Vám vadí (i když to třeba nechcete připustit)?
5. Znáte nějakého člověka s tělesným znevýhodněním, který je profesně úspěšný, veřejně známý a aktivní?
6. Mají lidé, kteří se narodili jako tělesně postižení, možnost studovat na střední nebo vysoké škole? Víte o možnostech a přínosech pracovního uplatnění TPO?

ÚVODNÍ POZNÁMKA A OBSAHOVÉ VYMEZENÍ K NÁSLEDUJÍCÍM ČÁSTEM

Vztah mezi občanem a pracovníkem ve veřejné správě (např. úředníkem) může být zcela bezproblémový, ale také může obsahovat různé předpojatosti či většinou nikým přímo nezaviněná nedorozumění a nenaplněná očekávání. **Postoj úředníka k lidem s postižením může být o to komplikovanější, o co je klient-občan „vybaven“ nesrozumitelnou, resp. pro úředníka „nečitelnou“ nemocí, či dokonce tělesným postižením.** Proto se můžeme setkat jak s přístupy zcela přirozenými a vstřícnými, tak i s postoji typu „mne se to netýká“, „nerozumím potřebám tohoto občana a není to mou povinností“, „jestli nedokáže fungovat jako každý jiný, je to jeho problém“ nebo „buď se s ním dohodnu jako s jiným (tj. normálním) člověkem, nebo věc nevyřídím“, případně „nejsem tu od toho, abych někoho provázel labyrintem úředních postupů a pomáhal mu řešit jeho problém“. Následující kapitoly mají napomoci lidem pracujícím ve veřejné správě, pomáhajícím profesionálům porozumět chronické nemoci a tělesnému postižení, tedy **porozumět té dimenzi klientova života, kterou si sám nevybral, ale se kterou musí žít.** Právě porozumění je cestou vedoucí k nepředpojatému a otevřenému přístupu k lidem s postižením, což napomůže i lepší vzájemné komunikaci a ušetří čas i síly oběma stranám.

„Není nic nespravedlivějšího a deklasujícího než stejné zacházení s přirozeně nestejnými lidmi.“

Brandwein

10.3 JEDNÁNÍ S KIENTELOU S CHRONICKÝM ONEMOCNĚNÍM, OPTIMÁLNÍ ZPŮSOBY PODPORY

Chronické onemocnění významně omezuje výkonnost člověka nebo jeho odolnost vůči zátěži, námaze a vede k nechtěnému utlumení fyzických i sociálních aktivit.



Sekundárně mohou negativně působit na stav i celkovou výkonnost jedince vedlejší, tlumivé aj. účinky některých léčiv a podobný, resp. ještě závažnější vliv má rovněž chemoterapie, radiační terapie, dialýza a jiné léčebné metody, velmi zatěžující lidský organismus.

Vedle projevů vlastního onemocnění je základním znakem těchto postižených sekundární omezení lokomoce, neboť pohyb je kontraindikován nebo výrazně redukován limitovanou tělesnou námahou, popř. jsou onemocněním omezeny určité činnosti, které by jinak jedinec mohl vykonávat. Příkladem mohou být srdeční vady a jiná kardiovaskulární onemocnění, nemoci krve a lymfatického systému, infekční nemoci, cukrovka – diabetes, plicní nedostatečnost, chronické respirační nemoci i jiné choroby dýchacích cest, poruchy trávení a metabolismu, nádorová onemocnění, nemoci nervového systému, epilepsie a další závažné interní nemoci.

Klient přichází k úředníkovi, (pomáhajícímu profesionálovi) proto, že potřebuje pomoci při řešení konkrétního problému, který má zásadní souvislost s klientovým zdravotním stavem (není to simulant, zneužívající své nemoci k nějakým výhodám).

Téměř žádné z mnoha chronických onemocnění se i přes systematickou léčbu směřovanou nejen k vyléčení, ale zejména k omezení projevů nemoci, obtíží i k posílení organismu a zábraně dalšího zhoršování nemoci nepodaří většinou zvládnout zcela bez následků, a tedy i bez řady omezení majících dopad na kvalitu života nemocného.

Léčba, resp. léčebná podpora je často založena na kombinaci více léčebných metod, bývá dlouhodobá a mnohdy trvá celý život. Mnohá onemocnění jsou provázena delšími, někdy pravidelnými hospitalizacemi na specializovaných odděleních nemocnic a řadou podpůrných léčebných opatření včetně lázeňské léčby. Ve svých důsledcích také řada chorob přechází do formy tělesného (lokomočního) postižení.



Příkladem přechodu nemoci v postižení je hemofilie, kdy vlivem porušené srážlivosti krve může docházet ke krvácení zejména do tzv. „velkých“ kloubů – ramena, kolena, lokte, kyčle – s jejich následným závažným funkčním poškozením. K tomu může vést i dna a mnoho zánětlivých, revmatických, metabolických aj. onemocnění.

To samozřejmě formuje rámec životních podmínek a odráží se v redukcí aktivit, příležitostí a přináší nemocnému zvýšené životní náklady, časová omezení ap. **Předpokladem citlivého a nepředpojatého přístupu, zejména na těch odděleních**

či odborech úřadu, kde se dá předpokládat častější kontakt s chronicky nemocnými a TP občany, **je porozumění klientově nemoci – včetně jejích stadií, fází či specifík – a otevřenost k pochopení klientova problému i vůle k hledání možných řešení.** To znamená:

- mít základní povědomí o příčinách, vývoji, projevech a prognóze klientovy nemoci (nestydět se citlivě zeptat nebo se poradit s odborníkem či literaturou);
- mít představu o tom, co z nemoci vyplývá ve vztahu ke klientově existenci.

Například styl života, pracovní aj. omezení, stravování (dieta, pravidelnost), bydlení vč. rizikových faktorů (např. schody, nedostatek soukromí k odpočinku, alergizující nebo hlučné prostředí, osamělost a špatná dostupnost dovolání se pomoci), náklady na léčbu, resp. na stabilizaci zdravotního stavu, zakotvení v komunitě a jakost interpersonálních vztahů (rodina, informovaní sousedé), zabezpečení sociálními službami (pečovatelská služba, domácí ošetrovatelské péče, byt v domě s pečovatelskou službou atp.).



Z „technického“ hlediska je vhodné mít pro klienta připravenou sklenici vody, případně nechat klienta vydýchat se na pevné, vyšší židli (u sezení v nízkém křesle, na měkké pohovce dochází ke stlačení hrudní i břišní dutiny, což kardiakům, astmatikům aj. ztěžuje dýchání).

Dále je nutné vědět, že se kupř. diabetik musí v určité době najíst (požádá-li vás při jednání o možnost „posvačit“, zakousne-li se do rohlíku, nejde o nezdrovost, ale o „režimovou“ nutnost daného onemocnění) – zvláště v případech, když třeba nebyl z různých důvodů dodržen časový harmonogram jednání na úřadě – a **předcházet možným nedorozuměním. Pokud klient špatně artikuluje, hůře slyší nebo neporozuměl obsahu toho, co mu sdělujeme, je lepší se ptát, opakovat či přeformulovat sdělení atd. než domýšlet, co klient asi říká, nebo předpokládat, že nám rozumí.**

Pracovník klientovi s dušností nerozuměl, a tak vyřizoval tu záležitost, o níž se domníval, že kvůli ní klient přišel – ten, s pocitem trapného nezdaru, odešel s jiným formulářem a instrukcemi.

Nebo – odposlechnuto z rozhovoru úředníků o klientovi kardiakovi s diabetem: „...představ si, přijde ke mně, chce se napít a sníst kus chleba, jako by to nemohl udělat doma.“

Nevhodné je klienta stresovat časem (netrpělivostí) nebo suverénním, paušalizujícím jednáním či opakovaným vyptáváním se na okolnosti, které jsou klientovi nepřijemné.

Pracovník se klienta s umělým vývodem tlustého střeva opakovaně vyptával na podrobnosti prodělaného chirurgického zákroku a to, jakým způsobem tedy probíhá vyměšování a hygiena, ačkoli byl tento problém pro klienta velmi čerstvý, citlivý a diskreditující. Současně pracovník vyprávěl klientovi, že „pan X chodil s ‚urinálem‘ a paní X měla plastiku konečníku a...“

SHRNUTÍ

Ani vážné chronické onemocnění nemusí být zřejmé na první pohled, přesto přináší postiženému řadu omezení či překážek. Jejich redukce předpokládá komplexní podporu postiženého, porozumění pomáhajících pracovníků, specifické formy sociálních služeb a zdravotně-sociální péči i širší komunitní otevřenost (resp. vůli k akceptování a přijetí práv i potřeb chronicky nemocného).

OTÁZKY K ZAPAMATOVÁNÍ

1. Vzpomeňte si na chronické nemoci, které znáte, i na to, jak zasahují do života nemocného, v čem jej omezují ap.
2. Představte si někoho s diabetem, srdeční vadou či respirační poruchou ve vašem okolí a zkuste si uvědomit nesnáze, které mu ztěžují každodenní život.
3. Víte, jak postupovat při srdeční slabosti, diabetické nevolnosti či epileptickém záchvatu u Vašeho klienta? Vypracujte si modelový krizový plán takové pomoci.

10.4 OKOLNOSTI A ZÁSADY JEDNÁNÍ S KLIENTELOU S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM, OPTIMÁLNÍ ZPŮSOBY PODPORY

U TP jde o omezení hybnosti až znemožnění pohybu a poškození motorické koordinace v příčinné souvislosti s poškozením, vadou či funkční poruchou nosného a hybného aparátu, centrální nebo periferní poruchou inervace nebo amputací či deformací části motorického systému. Takové vady či dysfunkce mají charakter trvalého snížení funkční výkonnosti a ztráty schopnosti v některé oblasti nebo více oblastech lokomoce. Podobně jako jiné formy zdravotního postižení může být i toto postižení dědičné, vrozené (též vývojové) a získané. Z hlediska příčin i projevů **členíme tělesné postižení na:**

1) OBRNY – u důsledků traumat centrálního nervového systému je rozhodující, která oblast mozku, resp. který segment páteře byl poškozen – **může dojít k porušení hybnosti končetin a motorické koordinace, ztrátě kontroly vyměšování a pohlavních funkcí, poruchám řeči i paměti**, resp. expresivních a kognitivních funkcí, **percepčním poruchám, oběhovým i dechovým a jiným vegetativním obtížím.**

Upřesnění: *Podle intenzity se obrny dělí na parézy – tj. částečné ochrnutí s narušením nervosvalového přenosu, snížení či omezení hybnosti i motorické koordinace a plegie – tj. úplné ochrnutí s porušením inervace a plnou, nevratnou ztrátou hybnosti. Dále parézy rozlišujeme podle lokalizace na hemiparetickou (postižena je pravá nebo levá část těla), diparetickou (postižena je dolní nebo horní část těla, zejména končetiny), kvadruparetickou (postiženy jsou všechny končetiny i mnohé další tělesné funkce), resp. hemiplegickou, diplegickou/paraplegickou a kvadruplegickou formu (odtud plyne alternativní označení vozíčkářů „paraplegici/kvadruplegici“).*

U těžkých poranění mozku s hlubokým, déle trvajícím bezvědomím, při takových poraněních a stavech, při nichž bylo porušeno zásobování mozku kyslíkem a živinami, i při náročných neurochirurgických zákrocích **je nutné počítat s možnými, někdy i velmi rozsáhlými, změnami osobnosti postiženého a ztrátou běžných, dříve již osvojených, schopností, znalostí a dovedností.**

2) DEFORMACE – jde kupř. o vrozené (vývojové) chybění končetin nebo jejich částí i absence nebo deformace jiných tělesných součástí, poruchy růstu a vzrůstu, deformity či získaná, resp. degenerativní poškození končetin, páteře i kostí, kloubů, šlach a svalů.

3) AMPUTACE – traumatické aj. ztráty končetin, někdy kompenzovatelné mechanickými nebo myoelektrickými protézami.

Uvedené členění je rámcové, neboť se některé poruchy či vady mohou překrývat či kombinovat.

Vzhledem ke stále kvalitnějšímu vybavení a dovednosti i kvalifikovanosti zdravotnických záchranářů a nemocnic dochází k tomu, že **lidé přžívají stále těžší úrazy s velmi závažnými důsledky, které však mohou hluboce zasahovat jejich soběstačnost, pracovní schopnost, seberealizaci, osobní život, sebepojetí i socializaci.**

Při jednání s TPO a při realizaci opatření, vycházejících z potřeb těchto občanů i pracovní náplně (odborného změření) konkrétního, občanem osloveného úředníka, musíme přijmout a zohlednit zvláštnosti tělesného postižení, a tím **předcházet možným potížím a nedorozuměním** – zejména v oblasti:

- **Akceptovatelné, partnerské pomoci**; nikdo z TPO nechce být zbytečně závislý na dopomoci druhé osoby, naopak jejich snahou je maximální soběstačnost (přehnaná „pomáhající“ horlivost je nežádoucí a ponižující). Přesto se může stát, že je nějaká překážka, pohyb či úkon nad jejich síly, a zde vzniká prostor pro **nabídku pomoci**. Zkušený, soudný a vnímavý člověk pozná moment, kdy je určitý úkon či bariéra nad síly člověka s TP a zda se jedinec ostýchá o pomoc požádat. Důležité je však vědět jak, tzn. **osvojit si zákonitosti i limity lidského pohybu a být schopen efektivně a bezpečně (tj. neohrozit klienta, ani sebe) pomoci s pohybem vozíčkáři, člověku o berlích, se sníženou svalovou silou** ap. V tomto ohledu je vhodný určitý zácvik jak člověka zvednout, uchopit, poskytnout mu oporu, balanční jistotu atd. i jak manipulovat s vozíkem.
- Má-li klient nějaký **komunikační problém**, dejte mu prostor k vyjádření a ověřte si, zda vám porozuměl a zda jste vy porozuměli jemu. Krajně nevhodné je „dopovídání“ vět za klienta nebo necitlivé podsouvání domnělých tvrzení typu „chtěl jste říci, že...“



Provází-li TPO rodič, asistent, partner ap., berme jej jako doprovod, jenž může klienta doplnit, pomoci mu s vyjádřením, ale držíme se toho, že cílem, předmětem a adresátem rozhovoru je sám klient.

Úředník mluvil s průvodcem o klientovi ve třetí osobě – „s čím má on problém... , proč potřebuje to či ono...“, „...nebylo by mu lépe v ústavu...“ Mnohé onen úředník pochopil, až když se dostal po nehodě do nemocnice a slyšel o sobě „...dejte to na jedničku, udělejte vyšetření a potom mě k tomu zavolejte.“

- Klientům s poškozenou hybností horních končetin dělává potíže psaní, **záznam informací ap.** Potřebuje-li si klient udělat poznámky, můžeme mu body z jednání, termíny nebo doporučené kontakty zapsat na počítači nebo okopírovat příslušnou pasáž zákona či vyhlášky, která se týká jeho záležitosti. Klient může také využít diktafon, nebraňte se, vždyť dobrý, kompetentní pracovník se přece nemá čeho obávat („...proboha! on si mne nahraje a potom to použije proti mně.“).
- Není-li klientem vozíčkář, nabídneme samozřejmě **místo k sezení**. Vhodná bývá stabilní židle s područkami, v níž klient sedí s nohama opřenýma o zem, a o kterou se může opřít při vstávání nebo změně polohy. Pozor na kulaté stoly s jednou, centrální nohou, pokud se o stůl klient opře, může dojít k převrácení stolu a pádu klienta.



Odmítne-li klient místo k posazení, není to nezdvořilost, ale ví, co a proč dělá. Nízka křesla či měkké klubovky mnoha TPO (postižení páteře, kloubů, snížená svalová síla ap.) nevyhovují kvůli nepříjemnému až bolestivému sezení a obtížnému vstávání.

- **Pohybu a architektonických bariér**; nezapomínejme, že mnohým lidem s TP dělá potíže jak určitý pohyb, koordinace pohybů, změna polohy, udržení rovnováhy, tak i samotná cesta na úřad, do kanceláře ap. (klient tudíž nepřichází na úřad zbytečně, ale jen je-li to nezbytné). Prostorová dispozice kanceláře musí zohlednit fakt, že lidé na vozíku i o berlích potřebují širší průchod mezi nábytkem (cca 1,5 m), manipulační prostor pro vozík by měl být cca 1,6 × 1,6 m (lépe 2 × 2 m). To bohužel v řadě kanceláří není z důvodu stávajícího stavebního řešení možné, ale takový nepříznivý stav, kdy budova i kancelář není přijatelná pro všechny klienty s TP, **lze považovat za diskriminaci těchto občanů**. Důležité je též okolí úřadu – tzn. dostatek vhodných míst k zaparkování automobilu, snížené obrubníky, eliminace schodů, nerovností a kluzkých ploch (i kapka vody může na kluzké dlažbě či jiném hladkém podkladu v exteriéru i interiéru způsobit pád člověku chodícímu o berlích nebo s narušenou stabilitou).
- **Psychické pohody, duševního zdraví** – obavy ze zranění (bolest a obtížná, dlouhodobá hojitelnost), pádu, nezdaru a „ztrapnění“ (resp. diskreditace) často vedou u TP k jakési topornosti a křečovitosti. Při zátěži bývá patrná neobratnost, tréma, úzkostlivost a zvýšené psychické napětí, jež se manifestuje i tělesnými projevy (pocení, dechové potíže, horší artikulace, gestika ap.), stejně jako **důsledky sociální a výkonové fobie**. Takto postižení mají pocit, k němuž stačí i drobná, ale nedobrá zkušenost, že vše, co udělají, skončí neúspěchem, trapasem či katastrofou. Návštěva úřadu, instituce bývá pro většinu občanů víceméně stresující, což platí i o TPO. Zejména u spastiků (spasticita viz vysvětlení dále) taková situace zhoršuje projevy jejich postižení – proto nespěchejme a snažme se udržet klidnou, vstřícnou atmosféru.

Lidé (i mnozí TPO) **trpící sociální a výkonovou fobií** se domnívají, příp. jsou někdy až patologicky přesvědčeni, že se všichni dívají na ně a negativně je hodnotí, resp. očekávají od nich nezvládnutí situace nebo úkolu.

Spasticita, tj. vůlí neovlivnitelné trvalé zvýšení svalového napětí, postihuje buď např. končetiny nebo celé tělo včetně obličeje a je typická pro některé formy dětské mozkové obrny i jiných poškození centrálního nervového systému. Obdobné jsou dystonie – dysbalance svalového napětí a hyperkinézy – vůlí nepotlačitelné pohyby končetin, grimasování ap. Všechny tyto poruchy ztěžují pohyb, koordinaci pohybů, komunikaci a zvyrazňují se při zátěži, neobvyklých situacích atd. Působí sekundárně sociálně diskreditačně, přitahují totiž nežádoucí pozornost okolí, svádějí k úsudku, že je TPO mentálně postižený, a naopak při jednání odvádějí pozornost od předmětu rozhovoru.

Psychickou tenzi klientů s TP také způsobuje zvyk některých úředníků zvyšovat hlas a vyjadřovat se nepřiměřeně polopaticky, což podporuje onen mocenský odstup úředníka od TP klienta (viz další příklady).



Pseudovládne pokyny typu „uklidněte se, vydýchejte se, odpočiňte si, ať se uvolníte“ mívají zcela opačný účinek – vedou ke zvýšení napětí, třemě a chuti „vše odkývat a rychle být pryč“.

Lidé s TP říkají: „...jednájí s námi nedůstojně, jako bychom byli nejen chromí, ale také úplně blbí“.

Pracovník klienta, jenž měl komunikační problém, vykázal z kanceláře s tím, že když se nemohou domluvit, tak ať tam nechodí nebo pošle někoho jiného.

Když se jiný klient rychle neorientoval v úřednické terminologii, následovalo: „... Vy mi snad nerozumíte nebo nechápete, co Vám chci říci?“

Podobně ponižující je úředníkův otevřený podiv, vyslovený nad tím, že klient s TP dosáhl určitého vzdělání (klient vypráví: „... úřednice mi nechtěla vydat nový, již hotový občanský průkaz s vysokoškolským titulem, prý jde o omyl, ev. průkaz patří někomu jinému“), nebo, že má klient solidní pozici v zaměstnání i vlastní rodinu a „normální“ děti.

- **Čas na konsolidaci sil i zpracování informací.** Úředníková snaha vše hned vyřídit, tedy požadovat od klienta **okamžité** rozhodnutí či volbu nabízeného řešení, má v konečném výsledku **dekonstruktivní** charakter, protože klient si nemůže vše promyslet, nebývá seznámen se všemi klady, přínosy a zápory, riziky jednotlivých možných řešení a jeho stresované rozhodování často nekoresponduje s jeho skutečným přáním, vůlí nebo potřebami. Dejme tedy v úvodní části klientovi čas ke stabilizaci fyzických sil tak, aby mohl následně věnovat pozornost rozhovoru a průběhu jednání i zpracování podávaných informací. Současně si domluvme – je-li to žádoucí – termín další schůzky. Během tohoto mezidobí si může klient vše promyslet, připravit si případné dotazy a následně lze pokračovat v dalším jednání o řešení jeho problému.
- **Přijatelnost náhradních řešení** – vedle taktně nabídnuté dopomoci je nutné občas volit důstojnost klienta nesnižující. „Náhradní řešení“ – bariérovost prostředí (budovy) řešit po předchozí domluvě např. konzultační místností v pří-

zemí, ev. návštěvou klienta doma a nikoli jednáním s klientem na ulici před úřadem, ve vstupní hale či průjezdu ap. Rovněž, nemůže-li klient z nějakého důvodu záležitost, související s předmětnou administrací jeho problému či žádosti, vyřídit sám nebo např. osobně doručit formulář či dokument, můžeme se domluvit, kdo (samozřejmě s respektem k občanským právům, soukromí a ochraně osobnosti TPO) na základě klientova pověření tento úkol zvládne za něj.

STÁŘÍ A TĚLESNÉ POSTIŽENÍ

Stáří není nemoc ani synonymum pro celkový úpadek jedince, je to přirozený vývojový proces patřící k lidskému životu. Ve stáří dochází k mnoha somatickým i psychickým změnám a také sociální postavení seniora se odlišuje od situace, kdy byl aktivní v určité sociální skupině.

Demografický vývoj dokládá, že dnes ve více než deseti vyspělých zemích EU tvoří lidé starší 65 let přes 14 % obyvatel a v některých z nich (Švédsko, Norsko, Německo, Velká Británie) dosáhlo hranice 7 % již obyvatelstvo ve věku 75 let a více. Prioritou v péči o seniory je zachování lidské důstojnosti, dosažitelné udržení kvality života a omezení důsledků či rizik plynoucích ze stáří i zhoršujícího se zdravotního stavu.

Ve vyšším věku přibývá na četnosti tělesného postižení nebo jeho kombinací s celkovými symptomy stárnutí (často tzv. „nemocí stáří“). Stáří tak může být doprovázeno omezováním samostatnosti a soběstačnosti. Tělesně, již dříve postižení senioři mívají zafixované způsoby chování, vyzkoušené a nabyté při zacházení, resp. žité koexistenci s vlastním postižením, a proto obvykle nevyžadují žádnou další speciální podporu – kromě té, jež zohlední fakt, že **jim ubývá sil ke kompenzaci či překonávání dosavadního postižení**. Potřebná péče se tak spíše soustřeďuje na projevy nemocí stáří přidružujících se k postižení a na důsledky z toho plynoucího dalšího pozbytování či snižování funkční výkonnosti a soběstačnosti. Svízelnější situace je u těch seniorů, kteří byli dosud relativně zdraví a nyní mají důsledky jejich onemocnění charakter tělesného postižení (např. stav po cévní mozkové příhodě), s nímž se musejí vyrovnat, přijmout omezení dosavadních aktivit a nově akceptovat odpovídající způsob života.

SHRNUTÍ

Tělesné postižení charakterizuje zřejmé omezení hybnosti až znemožnění pohybu a možné poruchy motorické koordinace v souvislosti s poškozením, vadou či funkční poruchou nervové soustavy či nosného a hybného aparátu. Jde o trvalé snížení funkční výkonnosti a ztráty schopnosti v některé nebo více oblastech lokomoce s mnoha negativními dopady na život člověka s tělesným postižením. Důsledky tělesného postižení mohou být umocněny i stárnutím člověka.

OTÁZKY K ZAPAMATOVÁNÍ

1. Jaké znáte typy či formy tělesného postižení?
2. Co může ovlivnit vznik tělesného postižení? Jaký je rozdíl mezi vrozeným a získaným postižením?

3. Které nesnáze mohou vzniknout při jednání s TPO a jak je lze řešit?
4. Co je to spasticita a jak souvisí s výkonovou a sociální fobií, uveďte příklady.
5. Navrhnete nestresující scénář přístupu k TPO s pohybovým i komunikačním omezením.
6. V čem a jak spolu souvisí TP a stáří člověka?

10.5 CHARAKTER A FORMY PODPORY OSOB S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM A DLOUHODOBĚ NEPŘÍZNIVÝM ZDRAVOTNÍM STAVEM

Všechny obligatorní i fakultativní služby a dávky sociální péče, zdravotně-sociálních služeb ap. vycházejí z platné české legislativy. Vzhledem k jejím očekávaným změnám se omezíme na konstatování, že v následujícím období se bude v rámci podpory TPO vycházet z nového Zákona o sociálních službách (2006) a připravovaného Zákona o ucelené rehabilitaci, jež si kladou dva základní úkoly ve vztahu k lidem s postižením:

1) Příspěť k co nejplnější sociální integraci TPO podporou rodinné péče a alternativních forem neústavních služeb, poskytovaných státem, obcemi, nestátními neziskovými subjekty a církvemi, i humanizací, individualizací a „otevřením“ ústavní péče. V praxi to znamená, že by neměla být dále rozšiřována ústavní péče, více ohrožující klienty izolací a podnětovou, kognitivní, citovou i činnostní deprivací. Současné by měly být rozvíjeny alternativní a netradiční formy péče a vytvářeny podmínky pro vzdělávání a pracovní uplatnění lidí s postižením, a to vždy v individuální míře, odpovídající konkrétnímu typu a stupni zdravotního postižení i nadání a schopnostem člověka.

2) Co největší adresností poskytované finanční pomoci (důchody + dávky, příspěvky, podpory) **snížit zatížení státního rozpočtu a pozměnit strukturu jednotlivých položek.** Klíčem se pak stává životní minimum, příjem rodiny i jedince, majetek a (bohužel často jednostranně či šablonovitě posuzovaný) zdravotní stav klienta.



České invalidní důchody jsou pojímány jako alternativa příjmů ze zaměstnání a zdroj k úhradě zvýšených životních nákladů plynoucích ze zdravotního postižení občana. To se v praxi ukazuje jako nesmysl, protože průměrný plný invalidní důchod činí cca 30 % průměrné měsíční mzdy v ČR, ačkoli jeho deklarovaným cílem je umožnit postiženému člověku žít co nejbližší normalitě (společností uznávanému životnímu standardu).

Kromě škály služeb (ústavně-rezidenčních, přechodně či pravidelně pobytových, ambulantních, terénních či asistenčních, poradensko-facilitačních aj.) **jsou předmětem sociální péče také adresné, pravidelné nebo jednorázové finanční dávky**, které slouží např. ke krytí zvýšených životních nákladů a specifických potřeb nebo k pořízení pomůcek a prostředků, kompenzujících určité funkční omezení, které TPO má. Známe je pod poněkud zavádějícím termínem „**Mimořádné výhody pro**

těžce zdravotně postižené“. Tyto peněžité i věcné dávky nejsou plně nárokové, ale mají charakter příspěvku počítajícího se spoluúčastí klienta, a postup při jejich přiznávání občana často diskriminuje. V případě souhry „hraničně“ nepříznivých okolností se stává, že občan nedostane všechno, co by potřeboval.

Sociální šetření zpravidla předchází přiznání určité dávky či služby a slouží k analýze klientovy situace, na niž navazuje návrh možných podpůrných opatření. Popisujeme a vyhodnocujeme při něm **klientovu soběstačnost** (viz informace v rámečku), kterou hodnotíme v rámci škále soběstačný, převážně soběstačný, soběstačný s dopomocí druhé osoby, převážně nesoběstačný a zcela nesoběstačný (zcela odkázaný na pomoc či asistenci), resp. jeho schopnost sebeobsluhy a zvládání běžných životních situací, kam mj. patří:

- osobní hygiena, oblékání, příprava jídla,
- příjem stravy a tekutin, sebesycení,
- dodržování léčebného režimu (příjem léčiv, autorehabilitace, denní režim, dieta apod.),
- péče o domácnost jako kupř: úklid (běžný, celkový), nakupování, praní, žehlení apod.,
- pohyb v interiéru, používání technických, protetických, ortopedických aj. kompenzačních pomůcek,
- pohyb v exteriéru, používání prostředků MHD, ev. používání kompenzačních aj. pomůcek či vlastního upraveného automobilu,
- jednání na úradech, různá zařizování běžných záležitostí (dále viz funkční, resp. prosociální gramotnost),
- zájmy klienta a jeho schopnost je nadále pěstovat,
- jiné okolnosti ovlivňující klientovu soběstačnost a bezpečnost jeho života doma i v exteriéru.

Poznatky ze sociálního šetření se posléze stávají podkladem pro **stanovení strategie sociální intervence či podpory** (podpůrného zásahu), nejčastěji vedoucí k poskytnutí určité sociální dávky nebo rezidenční (kupř. pobytové, resp. ústavní péče, sociální hospitalizace) či terénní sociální služby (kupř. pečovatelské služby, osobní asistence). Navržená a realizovaná podpora bývá dlouhodobá, musí být dostatečně flexibilní (schopná reagovat na proměnlivé okolnosti) a její efekt by měl být průběžně monitorován.

V návaznosti na šetření klientovy soběstačnosti je nedílnou součástí ucelené rehabilitace TPO **ergoterapie**, tedy nácvik sebeobsluhy a vybavení postiženého různými kompenzačními pomůckami, zácvik v jejich používání a získání maximálně možné soběstačnosti.

I když je invalidní vozík pokládán za symbol tělesného postižení, jsou i jiné pomůcky, které život TPO ulehčují a kompenzují jejich omezení. **Pomůcky** (adjuvatika) **pro osoby s tělesným postižením** lze rozčlenit na:

1. opory – hole, berle, chodítka, opěry a jiné prostředky usnadňující chůzi a udržení stability,

2. mechanické (při zachování hybnosti a potřebné svalové síly horních končetin) a motorové vozíky nebo malé tříkolové skútry, které umožňují pohyb po místnosti i v terénu fyzicky oslabeným osobám nebo lidem s postižením dolních, případně i horních končetin,
3. ortézy a korzety – termoplastové, kovové, neoprénové, kožené či textilní dlahy a bandáže, které zpevňují postiženou končetinu, napravují její nedokonalou, resp. narušenou funkci a podporují správnou funkci končetin nebo korigují vadné nebo oslabené držení těla,
4. protézy – náhrady chybějících končetin, které lze rozdělit na pasivní (mechanické), tedy takové, které poskytují větší oporu při chůzi nebo umožňují uchopení a nesení běžných břemen, a aktivní (myoelektrické), které využívají nervových impulzů k aktivaci elektromechanického systému, jenž vykonává alespoň základní funkce ztracené končetiny,
5. tzv. ortopedickou protetiku – upravená obuv, kompenzující deformity dolních končetin, rozdílnou délku končetin a zlepšující chůzi s postiženými dolními končetinami, patří sem částečně i pomůcky uvedené v bodě 3),
6. speciální prostředky nebo přípravky umožňující například:
 - pohyb po schodech = schodišťové výtahy či plošiny, nájezdové rampy, schodolezy,
 - rehabilitaci (např. vertikalizační stojany, autorehabilitační a mobilizační přístroje, motodlahy),
 - život ve vlastní domácnosti – např. upravené kuchyňské linky aj. nábytek,
 - kvalitnější, ev. bezpečnější sezení a práci kupř. speciální židle pro osoby s ankylozou kyčelního kloubu, kde přední část sedadla je sklopná pro každou končetinu zvlášť, polohovatelné stoly, dětské speciální autosedačky, fixátory trupu),
 - používání počítače = např. zvětšená klávesnice nebo speciální aplikace nahrazující ovládání počítače klávesnicí nebo myší,



PC je dnes považován za standardní pomůcku pro osoby s tělesným postižením sloužící ke komunikaci, studiu, sebevzdělávání (e-learning), práci i volnočasové aktivitě.

- komunikaci = elektronické komunikátory, tabulky s písmeny nebo piktogramy apod.,
- používání běžných potřeb = držáky zlepšující uchopení jídelního příboru, psacích nebo hygienických potřeb, tašek ap., dále navlékače ponožek, nůžkové podavače apod. Čtení vleže na zádech bez předklánění hlavy usnadňují periskopické brýle a držáky knih,
- osobní hygienu = vanové zvedáky, sprchové stoličky, opěrná madla, nástavce na WC mísu, protiskluzové podložky atd.,
- používání automobilu = alternativní ruční aj. ovládání vozidla,

- polohování = obracecí nebo zvedací lůžko pro imobilní osoby, antidekubitní podložky nebo podušky omezující vznik proleženin (zejména u vozíčkářů – paraplegiků, dále u quadruplegiků aj. dlouhodobě ležících osob,

Nutností je osobní výběr a vyzkoušení pomůcky klientem (vybírání z katalogu někdy vede k tomu, že pomůcka klientovi nesedí, nevyhovuje!) a jeho detailní seznámení s jejím užíváním a servisem.

Klient se musí s pomůckou „sžít“, dobře se s ní cítit, mít pocit, že mu „sluší“, a přijmout ji z existenčně-funkčního i duševního hlediska.

Pro úplnost zbývá poznamenat, že **za specifickou formu kompenzující pomoci lze též považovat:**

- **služby osobní asistence** (osobní asistent pomáhá klientovi s úkony, které nemůže z důvodu TP dělat sám). Osobní asistence se zaměřuje na sebeobsahu a domácnost klienta i jeho podporu při vzdělávání, dopravě, vyřizování běžných záležitostí, zaměstnání a neformálních sociálních aktivitách,
- **pomoc asistenčního, speciálně vycvičeného psa** (např. projekt „Pomocné tlapky“), jenž dokáže TPO podat různé předměty, otevřít dveře, sepnout spínač, upozornit na nebezpečí a přivolat pomoc i být milým, věrným společníkem.



Přidělování a dotování kompenzačních pomůcek je třeba pevně ochránit před účelovým firemním **lobbingem**, spočívajícím (bez ohledu na potřeby klienta!) v upřednostňování určité značky či výrobku ze strany kompetentního, pozorností firmy či prodejce obdařeného úředníka.

Mimo vlastní „mechanickou“ životnost každé pomůcky (zákonný interval její obměny bývá 5 let, u dětí méně) nelze opomenout fakt, že klient (dítě, mladistvý) **může pomůcku „přerůst“** nebo že **pomůcka přestane vyhovovat z důvodu změny klientova stavu**, fyziognomie a s tím souvisejících potřeb. Při technicko-stavebním řešení **bariérovosti** je potřebné zohlednit nejen předmětné stavební předpisy (rozměry, sklony, úhly) i montážní instrukce k plošinám, výtahům, zvedákům apod., ale také určitý uživatelský komfort a manipulační prostor – někdy i 10 cm navíc zlepší klientovu bezpečnost a pohodu při používání pomůcky či stavební úpravy. Každou pomůcku či úpravu musí klient ještě před jejím uhrazením vyzkoušet, jinak hrozí, že finanční prostředky i úsilí nebudou vynaloženy efektivně. (Na některé pomůcky přispívají zdravotní pojišťovny, na jiné sociální resort a řadu pomůcek plně hradí klient.)



Uvedený přehled kompenzačních pomůcek aj. prostředků neznamená, že všichni potřební dostanou vše, co by odpovídalo jejich funkčnímu omezení.

Paní D. musí po úraze páteře používat invalidní vozík. Bydlí s rodinou ve 3. poschodí činžovního domu bez výtahu. Po zdoluhavých jednáních se podařilo získat souhlas spolubydlících i majitele domu s instalací nájezdu před vchodem a mobilní schodišťové plošiny. Příslušný úředník paní D. doporučil výrobek od firmy X, aniž by si jej mohla vyzkoušet tam, kde již byl instalován, a promluvit s uživateli. Firma započala

s instalací plošiny, která trvala s přestávkami 2 měsíce(!), po zahájení provozu a proplacení faktury se objevilo mnoho závad. Firma se nakonec vymluvila na nedostatek dílů, zařízení nechala v polodemontovaném stavu a na urgence nereaguje. Paní D. se nadále nedostane ven z bytu.

SHRNUTÍ

Cílem proměny českého sociálního systému je přispět k co nejplnější sociální integraci lidí s tělesným a jiným postižením. Podporou rodinné péče a alternativních forem neústavních služeb i „otevřením“ ústavní péče. Dosažením adresností poskytované finanční pomoci lze snížit zatížení státního rozpočtu a pozměnit strukturu jednotlivých položek i umožnit TPO spolupodílet se na vlastním existenčním zabezpečení. Optimalizaci poskytované podpory napomáhá kvalitní sociální šetření, zjišťující skutečné potřeby a soběstačnost klienta. Ke zlepšení životních podmínek i samostatnosti TPO slouží ergoterapie a kompenzační pomůcky, které však musejí klientovi psychologicky i funkčně „sedět“.

OTÁZKY K ZAPAMATOVÁNÍ

1. Které formy podpory TPO znáte? Uveďte příklady.
2. Co vám ztěžuje jednání s TPO?
3. Na co se zaměřuje a k čemu slouží sociální šetření?
4. K čemu jsou určeny kompenzační pomůcky? Znáte nějaké, měli jste možnost je vidět v reálném využití?

10.6 SPOLEČNÉ PŘEDPOKLADY A VÝCHODISKA DOBRÉ PRAXE

Základem dobré praxe v jednání s TP lidmi je **předcházení diskriminaci**, jako důsledku více či méně handicapujících názorů i postojů veřejnosti a sociální (ne)solidarity i praktického směřování sociální politiky ve vztahu k TPO. **Příklady diskriminace** těchto občanů lze nalézat, jak uvádíme i v jiných kapitolách, **v oblasti vzdělávání, dostupnosti a kvality sociálních služeb, zdravotní péče, pracovního uplatnění, občanské participace, uspokojování přirozených lidských potřeb a naplňování občanských práv i svobod**. Diskriminace tedy celkově **zasahuje kvalitu života, dostupnost příležitostí a rovné zacházení s TPO**. V předchozím textu jsme naznačili, že s diskriminací TPO významně primárně i sekundárně souvisejí předsudky, sociální izolace, deprivace a marginalizace.

Dívka s TP oprávněně chtěla navštěvovat školu v místě bydliště. Ředitel školy však argumentoval, že škola není bezbariérová, nemá speciální pomůcky ani dostatek personálu. Prostě škola dívce docházku neumožnila. Rodiče jednali se školským odborem, argumentovali kladným vyjádřením speciálněpedagogického centra pro TP, sháněli peníze na pomůcky; nicméně konečné rozhodnutí bylo, bohužel, na řediteli školy, který preferoval jinou školu – speciální internátní pro TP, kde prý bude dívka mezi svými.

Úspěšný absolvent vysoké školy s dobrými referencemi hledal vhodné zaměstnání. Při telefonické domluvě bylo vše v pořádku, ovšem při osobní schůzce se zaměstnavatelem, kdy vyšlo najevo, že se zájemce obtížně pohybuje o berlích, se vynořilo mnoho námitek – pracoviště není uzpůsobené pro TPO, „asi budete často nemocen, že...“, „proč chcete pracovat, když máte důchod...“. Zúčastnil-li se tento zájemce přesto výběrového řízení, dostal vyjádření, že byla dána přednost jinému uchazeči s lepšími předpoklady.

Mladí manželé na vozíku chtěli navštívit kulturní představení. Po zvládnutí obrubníků apod. stanuli před divadlem, kde jim starší uvaděčka řekla, že tam není nikdo, kdo by jim pomohl překonat pár schodů mezi vstupní halou a hledištěm. Nakonec se našli ochotní návštěvníci, kteří oba vozíčkáře vynesli po schodech do sálu, ale přesto celé představení strávili v koutě za sloupem, kde nic neviděli, protože jinde by prý překáželi chodícím. Navíc při zpáteční cestě zjistili, že v jízdním řádu avizovaný bezbariérový autobus nepřijel a do toho běžného je odmítl řidič vzít. Takže po dohadování s taxikářem („nakládání a vykládání vozíků nemám v popisu práce,... co když se něco stane“) se manželé dostali domů až taxikem-minibusem.

Ochrana lidí s postižením a pečujících před diskriminací a „nadužíváním či zneužíváním úřední moci“ musí být řešena systémově a komplexně – jednou z možností je existence moderně koncipovaného „antidiskriminačního“ zákona.

K řešení ochrany občanů před diskriminací a úřední či institucionální mocí bývá ustavena funkce ombudsmana (veřejného ochránce práv občanů) pro oblast zdravotního postižení, jenž pomáhá ZPO při sporech se státními orgány, veřejnou správou a soukromými i veřejnými institucemi. Častou osobní charakteristikou takového ochránce práv bývá osobní zkušenost, lidská vyzrálost a odborná erudice nutná ke zvládnutí stresující ambivalence jeho postavení, v němž usiluje o hájení někdy obtížně spojitelných zájmů a priorit – zájmů, očekávání i potřeb klienta a zájmů, očekávání i norem společnosti a regulí či zaběhnutých postupů orgánů veřejné správy.



Otázku ochrany osob se zdravotním postižením před diskriminací řeší většina vyspělých demokratických států formou pravidel či opatření zakotvených buď přímo v ústavě (Polsko, SRN) nebo v jednotlivých zákonech o zákazu či prevenci diskriminace (Velká Británie, Irsko, Švédsko, USA, Kanada).

Prevence i řešení diskriminace TPO spočívá mj. v **zohlednění** možného snížení funkční gramotnosti a průběžném zlepšování **prosociální gramotnosti** těchto občanů.

Prosociální, resp. funkční gramotností rozumíme vybavenost člověka pro zvládání běžných životních úkolů a realizaci různých aktivit vyžadovaných jeho existencí v současné civilizaci.

Funkční gramotnost např. zahrnuje dovednost nejen číst, psát a počítat (trivium), ale také chápat složitější texty, vyplnit formulář, zformulovat písemnou žádost apod. To pak **vytváří širší předpoklady pro sociální a ekonomickou integraci člověka** do technicky a vědecky rozvinuté civilizace – **do společnosti**, v níž žije. Rysy **snížené funkční gramotnosti** mohou v různé míře **vykazovat i TPO a senioři** – zejména ti, kteří dlouhodobě žijí v ústavní péči, v nadměrně ochranných

či „zapouzdřených“ pečujících rodinách nebo v bariérách a dalšími okolnostmi způsobené sociální izolaci, osamělosti a „podnětové chudobě“, což se může v praktické rovině projevovat:

- zatížeností informačním deficitem (poznatky, zkušenosti, informace) a byrokraticko-institucionálními bariérami v řetězci typu „instituce – sociálně potřebný občan – poskytovatel služeb – kompenzující služba či dávka“, které blokuji TPO cestu k zajištění adresných služeb a dávek sociální péče,
- selháváním při jednání na úradech a obtížným zvládáním vyplnění běžných dotazníků nebo formulářů, omezenou schopností plně porozumět textům s určitou úrovní složitosti obsahu a chápat jejich význam i souvislosti.

To vše může nejen způsobovat jedincovo nestandardní chování a nezvládání různých situací či aktivit, ale sekundárně může podporovat i jeho pocity vyloučení, protože některým věcem či pravidlům nerozumí.

Dalším nástrojem omezování diskriminace TPO je uvědomování si a využívání vlastních **kompetencí** i umění být opravdu **kompetentní** jak na straně občana, tak úředníka či pomáhajícího profesionála.

Kompetence je z hlediska občana i úředníka spojena s pravomocí, oprávněností či působností, kdežto **kompetentnost** je třeba chápat spíše jako schopnost, způsobilost, odbornost a soudnost. Efektivní jednání mezi občanem a úředníkem tudíž předpokládá dosažení **obousměrné kompetenční propojenosti a komunikační kompatibility**.

Dokladem kompetentnosti a humanity úředníka – tedy i toho, jenž se primárně nezabývá péčí o občany či sociálními službami – je **schopnost rozpoznat, zda občan, kromě záležitosti, kvůli níž prvoplánově přišel, nepotřebuje ještě něco jiného** (podporu, radu, informaci, kontakt ve věci, kvůli níž nepřišel). **Zdá-li se úředníkovi, že se občan nachází ve svízelné situaci, kterou neumí řešit, neorientuje se v kompetencích jednotlivých úřadů nebo není informován o všech službách, které by mohl využívat, měl by mu úředník v rámci svých kompetencí podat základní informace a zprostředkovat mu pomoc dalšího, k řešení takto rozkrytého problému způsobilého, pracovníka.**

Informace podává úředník odborně, tj. úředním jazykem, málo nebo vůbec ne srozumitelným způsobem. Očekává, že občan ví, orientuje se a dobře zná spletité právní normy a jiné předpisy týkající se jeho záležitosti. Úředník je přesvědčen, že nemá mít roli toho, kdo překládá občanovi do srozumitelného jazyka předmětné pasáže příslušné legislativy, protože to zdržuje, na vysvětlování není čas ap. Občan má jít na úřad vědoucí, informovaný a orientovaný (úředník přece není informátor, vzdělavatel či asistent), s jasnou představou o tom, co potřebuje a jak má postupovat. Na úřadě se už záležitosti jen administrují a konkrétně řeší (vyřizují).

Na úředníkovi je znát, že má moc práce, a že je nejistý (podle druhu občanova zdravotního postižení) v kontaktu a komunikaci. Může se chovat přehnaně zdvořile a tzv. „pomáhat“ i tam, kde to není třeba, nebo naopak, může se chovat odtažitě až arogantně se snahou co nejvíce urychlit jednání a zkrátit kontakt s takovýmto „divným“ občanem.

Občan ne vždy všemu rozumí, ne vždy má dostatečný přístup k informacím, a tak se doptává, upřesňuje. Úředník opakuje poprvé, podruhé a atmosféra houstne. Občan si poznamenává údaje, což může trvat déle, neboť k zápisu používá elektronický záznamník nebo má „jen“ spasticitu horní končetiny. Úředník vysvětluje, který úřední orgán je určený dále vyřizovat občanovu záležitost, občan však nerozlišuje pojmy, které jsou v úředním prostředí běžné, a neorientuje se v kompetencích jednotlivých útvarů či orgánů veřejné správy. A tak řekne, že rozumí, neboť je pro něj již neúnosné vystavovat se této nepříjemné a ponižující situaci.

OTÁZKY K ZAPAMATOVÁNÍ

1. Jde z hlediska diskriminace vždy jen o osoby s tělesným postižením? Uveďte konkrétní příklady diskriminačního jednání s tělesně i jinak zdravotně postiženými občany.
2. Jak souvisí prosociální gramotnost se společenským začleněním jedince?
3. Pokuste se sami definovat, co je to kompetence a kompetentnost.

10.7 ROZHOVOR A DALŠÍ KROKY V PRÁCI S OBČANEM S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM

Základem práce s klientem je a bude rozhovor, resp. nepředpojatý a interaktivní přístup k řešení klientovy záležitosti či situace, jenž by měl mít tyto základní fáze:

- úvodní – slouží k navození partnerské atmosféry a kontaktu, rozhovor by měl začínat obecnými otázkami. Klient by měl vědět, k čemu rozhovor slouží, jak se jeho odpovědi mohou promítnout do dalšího směřování pomoci; **pozor** na možné bariéry mezi klientem a institucí, resp. přesvědčení TPO o tom, že instituci jeho problém v podstatě nezajímá, což může být vyvoláno negativními zkušenostmi občana s některými úředníky a jinými pracovníky, s nimiž přišel do kontaktu, nebo o jejichž přístupech k občanům slyšel,
- ujasňovací – orientovaná na ozřejmení vzájemných očekávání a kompetencí i dimenzí problému, kvůli němuž klient přišel; **pozor** na zbytečné a formální projevy soucitu – věty typu „*chápu Vás, dovedu si to představit*“ spíše klienta rozčílí či zraní, neboť je evidentní, že úředník nemůže pochopit pocity a realitu člověka, jenž náhle přišel o nohu, nebo jemuž po autonehodě ochrnula manželka,
- hlavní – zaměřená na konkrétní problém a jeho širší okolnosti; **pozor** na klientovy zábrany (např. stud, nedůvěra nebo neochota přiznat, že na řešení problému nestačím) a zdráhání se nabízenou pomoc přijmout (např. přesvědčení, že jiní jsou na tom hůře a pomoc více potřebují),
- strategická – dochází k domluvě o etapách či krocích v řešení problému,
- závěrečná – mělo by dojít k racionální analýze sdělení a společnému shrnutí sděleného i případné domluvě o dalším postupu.

Při kladení otázek, resp. jednání s TP klientem se snažíme vyvarovat „klasických“ chyb:

- pokud možno nezačínáme otázkou „proč“ (klient často sám hledá odpověď, může v otázce cítit kritický tón nebo může být otázkou zaskočen).



Velmi zraňující jsou dotazy typu „proč ho chcete mít doma, když ho můžete dát do ústavu“ nebo „co jste dělal/a, že se vám TO stalo“ (úraz, postižení, narození dítěte s postižením).

- neklademe otázky sugestivně nebo „útočně“,
- otázky formulujeme jednoznačně tak, abychom omezili riziko nedorozumění,
- otázky ladíme neutrálně, aby klient intuitivně nevolil takové odpovědi, o kterých se domnívá, že jsou žádané (tazatel formulací otázky svým tónem a situačním „podtextem“ vědomě i nevědomě vyjadřuje to, co chce slyšet),
- snažíme se přizpůsobit zkušenostem, vzdělání a sociokulturní úrovni klienta, a tím snížíme nebezpečí, že klient námi používaným termínům a slovním spojením neporozumí (**pozor** na podceňování inteligence a zkušeností klienta – to, že klient špatně vyslovuje, grimasuje nebo má hyperkinézy, neznamená, že je rozumově zaostalý),
- netrpělivost a rychlé kladení otázek – chceme se v krátkém čase dovědět příliš mnoho – TPO přitom nemusí stíhat formulace a vyslovování svých odpovědí; **pozor** na podceňování hloubky a intenzity problémové či krizové situace nebo bagatelizaci problému ze strany úředníka,
- rozhovor neznehodnocujeme paušalizací (kupř. „podobných případů jsem již řešil mnoho“) nebo autoritativně-oficiálním tónem,
- neklademe vylučovací otázky (buď–anebo), měli bychom naslouchat i upřesňujícím sdělením klienta, na všechno nelze odpovědět jednoznačně; současně se vyvarujeme častých a necitlivých korekcí sdělovaného; **pozor** – stálé opravování a usměrňování dotazovaného poznámkami typu: „*to sem nepatří...*“, „*k věci...*“, „*o tom až jindy*“ nebo „*chtěl jste říci, že...*“ Takové zásahy vyvádějí klienta z míry a nepřispívají k autentičnosti rozhovoru, stejně jako necitlivé pokyny „*mluvte srozumitelněji*“ nebo „*dávejte pozor na své pohyby*“.
- omezíme telefonáty, debaty s kolegy a jiné rušivé vlivy, klient má mít pocit, že se mu naplno věnujeme – nikoli, že je na obtíž.

Nyní si ještě připomeňme **všeobecné zásady a posloupné kroky v jednání s klientem**, k nimž patří:

- **interaktivně pracovat s problémem**, tzn. umět klienta vyslechnout i akceptovat jeho optiku náhledu na problémovou situaci, ozřejmit si příčinné souvislosti a rozebrat s klientem kořeny, podstatu a souvislosti problému,
- **objasnit si klientovy potřeby a očekávání**, vysvětlit mu dané kompetence – tedy ujasnit si, v čem a jakým způsobem klientovi mohu pomoci, případně ho odkázat na spolupracující pracoviště,

- **nabídnout řešení**, objasnit klientovi výhody i rizika jednotlivých možných řešení s tím, že konečný výběr je po vyjasnění všech otázek či nepochopení na něm,
- **domluvit se na dalším postupu**, tzn. dohodnout se, co pro něho pracovník udělá, co může klient podniknout sám a jak se bude postupovat dále, včetně řešení případných komplikací ap.

Uvedené kroky reagují na klientův příběh či problém a jsou přímo uplatněna ta opatření, která odpovídají potřebám klienta i možnostem a přirozené **subsidiaritě** podpůrného zásahu.

SHRNUTÍ

V souvislosti s bližším kontaktem úřadů s lidmi s tělesným postižením lze ve vztahu občan–úřad a úřad–občan nalézt prostor ke zlepšení komunikace i pojetí samotné pomoci. Jde tedy o to, že napomáháme klientovi v tom, aby nejen očekával a přijímal pomoc či podporu, ale aby se stal aktivním. Aby **nezůstal uzavřen v sebelítosti a izolaci – v „kleci“ svého postižení či funkčního omezení**, tzn. aby přijal roli partnera, který chápe svůj problém a chce se podílet na jeho řešení.

OTÁZKY K ZAPAMATOVÁNÍ

1. Kde lze v komunikaci s TPO udělat chyby? Uveďte příklady.
2. V čem spatřujete s ohledem na vaše zkušenosti největší úskalí efektivního a empatického rozhovoru či jednání s TPO?
3. Připomeňte si všeobecné zásady a kroky v jednání s klientem.

10.8 ZÁVĚREČNÉ SHRNUTÍ K PROBLEMATICE VZTAHUJÍCÍ SE K TĚLESNÉMU POSTIŽENÍ

Dnešek klade vysoké nároky nejen na image, výkon, schopnosti a sebereprezentaci, ale také na flexibilitu, komunikační schopnosti a sociální orientaci každého člověka – k tomu všemu je následně vztahována jeho úspěšnost v životě podmiňovaná přístupem k životním příležitostem, vzdělání a možnostem přiměřeného pracovního i společenského uplatnění a seberealizace.

S ohledem na neradostná fakta – mj. 10 % české populace tvoří lidé se zdravotním postižením, přibližně v každé čtvrté rodině má někdo větší či menší zdravotní postižení a 20 % občanů ČR je ohroženo sociálním vyloučením – musíme závěrem znovu připomenout, že **i člověk s tělesným postižením není o nic méně člověkem a občanem než kdokoli jiný. Pro úředníka, pomáhajícího profesionála by tak neměla být určující nějaká funkční či anatomická (orgánová) nedokonalost nebo tělesná odlišnost TPO, ale osobnostní potenciál a celkový kontext jeho „životního příběhu“**. Pomoc těmto lidem nespočívá ve vytváření jakéhosi subsvěta pro postižené, v prohlubování jejich závislosti a organizování dík-tátu celoživotní péče, ale ve vzájemném poznávání a hledání cest k tomu, aby každý

mohl uplatnit své vloh, nadání a schopnosti i své představy o životě, aby se mohl realizovat, rozhodovat o svém životě, rovnoprávně a přínosně se účastnit na životě společnosti.



Prioritou je nahrazení paternalistického opečovávání a byrokraticko-institucionálního rozhodování o klientově životě otevřeným partnerstvím dvou rovnoprávných občanů a přijetím přirozené jinakosti lidského bytí.

K optimální formě jednání s TPO patří zprůhlednění pozice jak úředníka – tedy toho, jenž může pomoci, podpořit, zprostředkovat, zařídit, tak i občana – tedy toho, jenž je (nebo může být) ve svízelné situaci a potřebuje pomoc, podporu, avšak chce být informován, spolupracovat a rozhodovat o přijaté formě pomoci. Prvořadým úkolem je také **narovnání dosud zřetelně právně nevyváženého vztahu mezi subjekty sociální politiky či péče a občany jako svébytnými bytostmi s individuálně variabilními potřebami**, jejichž akceptování je ve vztahu k základním lidským právům nezbytné. Právo „rozhodnout se“, tedy zvolit způsob řešení své situace, totiž předpokládá znalost všech, k rozhodnutí relevantních, skutečností, souvislostí a rizik.

Pečující rodiny



Pečující rodiny jsou v mnoha případech diskriminovány a ohroženy kombinací mnoha faktorů, které svým charakterem náleží ke skryté chudobě či psychosociální a materiální nepohodě.

Dlouhodobé sledování pečujících rodin i rodin s postiženými dětmi a především zkušenosti terénních či kontaktních sociálních pracovníků i aktivistů svépomocných rodičovských organizací prokazují, že pečující rodiny jsou v mnoha případech diskriminovány a ohroženy kombinací mnoha faktorů, které svým charakterem náleží ke skryté chudobě či psychosociální a materiální nepohodě.

Rodiče dvou dětí se rozhodli doma vychovávat staršího syna, jenž zůstal po havárii na kole částečně ochrnutý – obtížně se pohyboval a komunikoval. Nejprve se rodiče zaučili v domácí rehabilitaci, matka si našla časově více flexibilní zaměstnání a otec přijal lépe placenou práci, aby mohli hradit náklady spojené s léčením a životem syna s TP. Domácí rehabilitací se synův stav zlepšil, mohl se vrátit do školy, ale přesto potřeboval dopomoc v mnoha ohledech. V té době se objevily emocionálně-výchovné problémy s mladším synem, který se cítil odstrčen mimo zájem a lásku rodičů, kteří se věnovali péči o TP syna. Navíc matce přestal zaměstnavatel vycházet vstříc a dostala výpověď, neboť nemohla jezdit na služební cesty ap. Narostly i rozpory mezi rodiči, neboť otec byl přepracován, často mimo domov a matka byla izolována v domácnosti péčí o oba syny. Naskytla se však možnost umístit TP syna v rehabilitační léčebně na dva měsíce. Během té doby se rodina částečně konsolidovala, rodiče našli vhodnější zaměstnání, upravili byt, aby péče o TP syna nebyla tak vysilující, a navázali kontakt s okolím i dřívějšími známými. I přesto jsou oba rodiče vyčerpaní a nevědí, jak dlouho vydrží jako rodina, pečující i manželé fungovat, a mají pocit provinění i „dluhu“ vůči mladšímu synovi.

Mezi významné **projevy a dopady ztížené životní situace pečujících rodin patří:**

- **frustrační působení** – rodina proměňuje vlivem okolností svůj hodnotový systém a neusiluje (nemůže usilovat) o dosažení cílů, které jsou v dané sociální vrstvě považovány za standardní (normální); navíc se některé takové cíle stávají finančně nedostupnými,
- **skrytá diskriminace: osobní** = osoba (rodič) pečující o dítě může být nazírána širším, neinformovaným okolím s předsudky, falešným soucitem a nedůvěrou („stigma unaveného, do sebe uzavřeného podivína“), což může působit i jako specifický deprivační faktor,

sociální = pečující rodina se ocitá v **sociální izolaci** jednak úbytkem známých či přátel a také nedostatkem příležitostí k širším sociálním kontaktům; sekundárně se rodina může dostat mezi ty sociální vrstvy, které společnost vnímá negativně (např. mezi příjemci sociálních dávek jsou občané, kteří se v obtížné situaci octli bez vlastního zavinění, i ti, kteří prostě pracovat nechtějí); se sociální izolací přímo souvisí **kulturní a zájmová rezignace** – rodina má omezenou možnost žít kulturně a občansky, pěstovat koníčky atd.,

ekonomická = reálný pokles příjmů rodiny a nákladnost domácí péče o postižené dítě zásadně narušuje ekonomický statut rodiny a snižuje její životní standard.



Sociální politika vůči pečujícím rodinám i TPO není systémově nastavena tak, aby pružně reagovala na individuálně proměnlivé a subjektivně neovlivnitelné situace těch, kteří z mnoha příčin standardně fungovat nemohou a jejichž pracovní zdatnost, časová flexibilita i ekonomická soběstačnost je – jimi většinou neovlivnitelně – omezena.

profesní = pro zaměstnavatele bývá rodič s postiženým dítětem potenciálně problémovým zaměstnancem, ačkoli ve většině případů jde o nepodložený předpoklad. Omezené možnosti pro zaměstnání mohou vést ke ztrátě profesní zdatnosti, neboť dotyčný rodič rezignuje na svoji odbornost, jen aby získal alespoň nějakou práci a zlepšil finanční situaci rodiny (také obvykle nemá čas a sílu k tomu, aby se celoživotně vzdělával ve své profesi).

- **absence rovných příležitostí k volbě řešení a přijímání rozhodnutí** – rodina řeší svou situaci za nestandardních podmínek (nemá čas, prostředky, informace a rovnoprávné postavení),
- **rozvodovosti** – vnitřní stabilita pečujících rodin i osobnost rodičů je vystavena širokému spektru negativních vlivů, což může vést až k rozpadu,
- **zapouzdřenosti, motivační a podnětové chudoby** – sociální izolace, vnitřně zapouzdřená danost situace i životního rytmu a nedostatek nových impulzů, zážitků i vnějších podnětů a potlačení osobních ambicí i zájmů působí jako zátěž, negativně ovlivňující psychiku pečujících, v extrémních případech dochází k naprostému fyzickému i psychickému vyčerpání,

- nedostatku informací, zbavených zátěže typu „institucionálních bariér“ – **nedocenění významu a řídká síť svépomocných skupin těch, kteří se ocitli v podobné situaci** a předáváním informací či zkušeností i osobní podporou a příkladem mohou vytvářet prostor k neformálním kontaktům i podnětům pro řešení svých problémů a čerpat sílu k dalšímu usilování. Svépomocné skupiny mohou jako „pozitivně nátlaková sdružení“ působit na místní správu směrem k širší nabídce služeb pečujícím rodinám.

Pečující rodiny mívají často oprávněný pocit, že jsou sociálně i ekonomicky **diskriminovány oproti běžným rodinám, nebo rodinám, které umístily své děti či blízké do trvalé ústavní péče**. V obdobné situaci jako rodiny s postiženými dětmi, se ocitají i **rodiny pečující o seniora nebo dospělého člověka s postižením**. I tyto rodiny jsou přetíženy povinnostmi a jejich život je omezen v mnoha ohledech (odpočinek, zájmy, příjmy atd.). Zde je však nutno připomenout, že kdyby mnohé z těchto rodin měly dostatek informací o možnostech řešení a větší společenskou podporu, volily by jiné, pro své blízké přijatelnější řešení, a předešly tak jejich odcizení i citové a podnětové deprivaci.

Mladým manželům se narodilo dítě s dětskou mozkovou obrnou. Lékař je s tím seznámil klasickou větou „dejte to do ústavu, zapomeňte a pokuste se o nové dítě“, což matka odmítla. Manžel situaci nezvládl a manželství se rozpadlo. Mladá žena s dítětem usilovně rehabilitovala, objížděla lékaře, ačkoli musela vyjít jen s minimálními příjmy. Prarodiče chtěli dítě umístit v ústavu, a tudíž se do pomoci matce nezapojili. Po skončení mateřské dovolené si žena našla dobré zaměstnání a dítě vodila do školky pro TP. Kromě práce se s nikým nestýkala a nikam nechodila – neměla nikoho, kdo by byl na chvíli s dítětem místo ní. Po čase začala mít deprese a byla chronicky unavená, lékař navrhl „regenerační“ hospitalizaci, což odmítla, ale vzápětí se zhroutila v práci. Dítě bylo umístěno v ústavu a s matkou se vídá o víkendech. Bylo to nutné?

SHRNTÍ

Předmětné zátěžové, diskriminační či deprivací faktory, negativně působící na kvalitu života pečujících, se mnohočetně manifestují a variabilně kombinují v závislosti na vnitřní situaci rodiny, závažnosti postižení jejího člena, iniciativě pomáhajících pracovníků a interakci rodina versus sociální prostředí či komunita.

OTÁZKY K ZAPAMATOVÁNÍ

1. Znáte nějakou pečující rodinu? Jak na vás působí?
2. Zkuste vymezit strategii podpory pečujícím rodinám a zamyslete nad úrovní reálného společenského ocenění těchto rodin.
3. Která péče přijde stát draž – podle Vašeho názoru – ústavní nebo domácí, rodinná? Zjistěte si skutečný stav věci. Použijte i materiály dostupné na internetu.

SEZNAM PRAMENŮ POUŽITÝCH V TEXTU

DOPORUČENÁ LITERATURA

- [1] BLAŽEK, B., OLMROVÁ, J.: *Krása a bolest*. Praha : Panorama 1985.
- [2] BLAŽEK, B., OLMROVÁ, J.: *Světy postižených*. Praha : Avicenum, 1988.
- [3] ČAPEK, J.: *Kulhavý poutník*. Praha : Československý spisovatel, 1999.
- [4] ČECHOVÁ, V.: *Speciální psychologie*. Brno :IDVPZ, 1997.
- [5] FILIPIOVÁ, D.: *Projektujeme bez bariér*. Praha : MPSV, 2002.
- [6] FILIPIOVÁ, D.: *Život bez bariér*. Praha : Grada, 1998.
- [7] GOFFMAN, E.: *Stigma*. Praha : Slon, 2003.
- [8] GREBENÍČKOVÁ, R.: *Tělo a tělesnost v novověkém myšlení*. Praha : Prostor, 1997.
- [9] HOGENOVÁ, A.: *Pohyb a tělo*. Praha : Karolinum, 1998.
- [10] HUTAŘ, J.: *Sociálněprávní minimum pro zdravotně postižené*. Praha : NRZP, 2005.
- [11] CHVÁTALOVÁ, H.: *Jak se žije dětem s postižením*. Praha : Portál, 2001.
- [12] JESENSKÝ, J.: *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. Praha : Karolinum, 1993.
- [13] KÁBELE, F.: *Somatopedie*. Praha : Karolinum, 1993.
- [14] KAPOUNEK, B., KAPOUNEK, A.: *Ortopedie a neurologie pro spec. pedagogy*.
- [15] KOHOUTEK, R.: *Psychologie zdraví pro pedagogy*. Brno : CERM, 1998.
- [16] Kol.: *Kritické životní situace dětí a mladistvých s tělesným a zdravotním postižením*. Brno : Paido, 1997.
- [17] KOPŘIVA, K.: *Lidský vztah jako součást profese*. Praha : Portál, 1999.
- [18] KRHUTOVÁ, L.: Diskriminace lidí se zdravotním postižením – od pojmu k realitě. In *Sborník z I. konference o stavu lidských a občanských práv osob se zdravotním postižením v ČR*. Praha : NRZP ČR 2005.

- [19] KRHUTOVÁ, L.: Prosociální gramotnost lidí se zdravotním postižením se zaměřením na jednání s úřady. In *Sborník příspěvků z 10. ročníku konference HAN-DICAP 2005*. Liberec : Technická univerzita Liberec, 2005. V tisku.
- [20] KŘIVOHLAVÝ, J.: *Vážně nemocný mezi námi*. Praha : Avicenum, 1989.
- [21] LESNÝ, I., ŠPITZ, J.: *Neurologie a psychiatrie pro speciální pedagogy*. Praha : SPN, 1989.
- [22] MATOUŠEK, O.: *Ústavní péče*. Praha : Slon, 1995.
- [23] MICHALÍK, J.: *Školská integrace dětí s postižením*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2000.
- [24] MPSV ČR: *Standardy kvality sociálních služeb*. Praha : 2002, 2003.
- [25] MUHLPACHR, P.: *Vývoj ústavní péče*. Brno : PedF Masarykova univerzita, 2001.
- [26] MURPHY, R. F.: *Umlčené tělo*. Praha : Slon, 2002.
- [27] NOVOSAD, L.: Člověk, výchova a tělo, tělesnost, tělesné postižení. In Novosad, L., Švingalová, D.: *Problém tělesnosti u hendikepovaných osob z hlediska filozofie výchovy*. (Příspěvky k filozofii výchovy v pomáhajících profesích), str. 79–125. Praha : Karolinum, 2004.
- [28] NOVOSAD, L.: *Kapitoly ze základů speciální pedagogiky – Somatopedie*. Liberec : PedF Technická univerzita Liberec, 2002.
- [29] NOVOSAD, L.: *Některé aspekty socializace lidí se zdravotním postižením*. Liberec : PedF Technická univerzita Liberec, 1997.
- [30] NOVOSAD, L.: Postavení pečujících rodin (Situace českých rodin pečujících o dítě s postižením). In *Děti a my* 5/2004, str. 50–51. Praha : Portál, 2004.
- [31] NOVOSAD, L.: Pseudošetřnost versus lidská práva aneb fenomén alternativnosti v sociálních službách je nezbytný. In *Sborník Respitní péče*. Praha : Nadace dětský mozek a MZd ČR, Praha 1997.
- [32] NOVOSAD, L.: Tělesné postižení jako fenomén i bariéra. In *Sborník z I. celoslovenského semináře k problematice lásky, partnerství a sexuálního života tělesně postižených*. Prešov : 2001.
- [33] NOVOSAD, L.: *Základy speciálního poradenství*. Struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním. Praha : Portál, 2000.
- [34] NOVOSAD, L., NOVOSADOVÁ, M.: *Ucelená, zejména zdravotně-sociální, rehabilitace*. Liberec : FP Technická univerzita Liberec, 2000.
- [35] NOVOSAD, L.: *Základy teorie a metod sociální práce. II. díl*. Vybrané problémy, přístupy a metody soc. práce., Liberec : PedF Technická univerzita Liberec, 2004.

- [36] PIPEKOVÁ, J.: *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno : Paido, 1998.
- [37] POPPER, K. R.: *Život je řešení problémů*. Praha : Mladá Fronta, 1998.
- [38] Sborník: *Ochrana zdravotně postižených před sexuální zneužitím*. Praha : ISÚS SZdP v ČR a MZd ČR, 2002.
- [39] SZOZP v ČR: *Standardní pravidla OSN pro vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením*. Praha : 1993.
- [40] SZOZP v ČR: *Národní plán vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením*. Praha : 1998.
- [41] TITZL, B.: *Postižený člověk ve společnosti*. Praha : Karolinum, 1999.
- [42] ÚLEHLA, I.: *Umění pomáhat*. Písek : Renesance, 1996.
- [43] VÍTKOVÁ, M.: *Integrativní speciální pedagogika*. Brno : Paido, 1998.
- [44] VÍTKOVÁ, M.: *Paradigma somatopedie*. Brno : Paido, 1998.
- [45] VOURLA, M., HUGO, J.: *Praktický slovník medicíny*. Praha : Maxdorf, 1998.
- [46] VYSOKAJOVÁ, M.: *Hospodářská, sociální, kulturní práva a zdravotně postižení*. Praha : Karolinum, 2000.

OSTATNÍ DOPORUČENÉ INFORMAČNÍ ZDROJE

VÝBĚROVÉ ČASOPISY

- Speciální pedagogika
- Sociální práce
- Můžeš
- Vozka
- Vozíčkář
- Děti a my
- Práce a sociální politika
- Skok do reality aj.

INTERNETOVÉ ODKAZY

- www.handicaphelp.cz
- www.esf.cz
- www.msmt.cz
- www.infoposel.cz
- www.dobromysl.cz
- www.krizovatky.cz
- www.pov.cz
- www.mpsv.cz
- www.nrzp.cz
- www.rhs.cz
- www.icn.cz
- www.nvf.cz

KAPITOLA 11

OBČANÉ S MENTÁLNÍ RETARDACÍ A JINOU DUŠEVNÍ PORUCHOU

Osoby s mentální retardací či jinou duševní poruchou jsou lidé spadající především do péče psychiatrů, psychologů a speciálních pedagogů. Čím dál více ovšem se do kontaktu s nimi dostávají i pracovníci veřejné správy.



Které obory především se zabývají péčí o osobu s duševním postižením?

Podle frekvence postižení v populaci i podle „obrazu“ tohoto postižení lze **duševní poruchy jednoduše rozdělit na:**

- mentální retardaci
- jiné duševní postižení.

Co se týče frekvence postižení, mají lidé s mentálním postižením početní převahu nejen nad ostatními klienty s (vážnější) psychiatrickou diagnózou, ale mentální retardace je co do výskytu jednou z nejfrekventovanějších poruch vůbec.

Všeobecně se udává, že cca 3–4 % mentálně postižených osob v populaci s tím, že se v porovnání s minulostí eviduje jistý nárůst poruchy, který má značně diskutabilní příčiny.

Za jednu z nich je udávána lepší lékařská péče, kdy lékařská technika udrží při životě i takového novorozence, který by v minulosti zemřel brzy po porodu (ovšem na druhou stranu eugenika a prevence působí proti tomuto efektu), a dále se udává lepší diagnostika a evidence mentální retardace v porovnání s minulostí.

Dalším z důvodů může být narůstající dynamika vývoje civilizace, která klade stále náročnější požadavky na místo jedince ve společnosti – člověk, který by před několika desítkami let patřil do širší normy, dnes díky této dynamice „spadne“ pod její hranici. Statistické údaje hovoří o přibližně 300 000 osob s mentálním postižením v České republice a dalších asi sto tisících osob s jiným duševním postižením.



Odhady v celosvětovém měřítku se přibližují číslu 200 miliónů osob – každých 20 sekund se rodí další dítě s mentální retardací.

11.1 OSOBY S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

CHARAKTERISTIKA MENTÁLNÍHO POSTIŽENÍ

Jak již bylo řečeno výše, patří mentální postižení k nejběžnějším poruchám nacházejícím se v populaci bez ohledu na rasu, kontinent, ekonomický a kulturní okruh etc. A právě z důvodu četnosti poruchy podléhá péče o osoby s mentálním postižením i v mezinárodním kontextu „zvláštnímu režimu“. Valné shromáždění OSN přijalo již v roce 1971 **Deklaraci práv mentálně postižených osob** respektující požadavky Deklarace o všeobecných a speciálních právech mentálně retardovaných vydané o tři roky dříve Mezinárodní ligou pro osoby s mentálním postižením (dnes Inclusion International), která sdružuje národní společnosti zabývající se péčí o mentálně postižené včetně našeho Sdružení pro pomoc mentálně postiženým.



Setkali jste se osobně v komunikaci s člověkem s mentální retardací? Vybavíte si film, divadelní představení či knihu, kde je hlavním hrdinou člověk s mentálním postižením?

Snad žádné jiné zdravotní postižení nemá tak velké problémy etického rázu s vlastním označením a terminologií jako mentální retardace, což samozřejmě vyplývá z charakteru poruchy. A tak zatímco obory zabývající se tělesným, smyslovým a dalším postižením korigují svůj pojmový aparát toliko s posuny ve vědě (neboť například tělesně postižený či nevidomý jedinec je všeobecně brán jako veskrze tragická postava), obory zabývající se péčí o osoby s duševním postižením jsou nuceny hledat novou terminologii. Důvodem tohoto stavu je fakt, že většina pojmů se po určité době stává společensky nepřijatelnými, protože nabývá pejorativního zabarvení (neboť duševně postižený je často společensky vnímán jako postava komická či tragikomická – v historii našeho či světového dramatického a slovesného umění bychom našli stovky důkazů).

Důsledkem jevu je skutečnost, že z toho, co bylo původně určeno za terminus technicus, se postupem času stává nadávka: úchyl, debil, imbecil, idiot, dement, kretén, psychopat, „zvláštníák“, mongol, „daun“...

Všeobecná humanizace vědních oborů se demonstruje také v jejich terminologii, což se výrazně týká oborů i institucí pečujících o osoby s mentální retardací – stále se hledají nové termíny, které by nahradily ty stávající, jež získaly pejorativní nádech, a to často i tam, kde se na první pohled o žádnou hanlivost nejedná (zvláštní škola – speciální škola – základní škola, Downův syndrom – Trizomie 21...). Výsledkem stavu je jistá pojmová nejasnost a někdy až terminologická „schizofrenie“, kdy se na jedné straně konsolidují pojmy pro „public relations“ (při komunikaci s veřejností, s rodiči postižených, s médii), které však mohou být nepřesné a zavádějící, a na druhé straně se užívají jiné termíny v komunikaci profesionálů, především lékařů, ale i psychologů a speciálních pedagogů.



V některých anglicky hovořících zemích se místo termínu mentální retardace objevuje termín „learning disability“ (výuková neschopnost, nedostatečnost), což spíše indikuje poruchy učení než mentální postižení.

Z důvodu **humanizace oborů** mizí z terminologie i původní stupně mentální retardace označující hloubku postižení: debilita, imbecilita, idiocie, idioimbecilita, stejně jako pojmy nevzdělavatelnost (dříve stanovovaná od stupně imbecilita) a nevychovatelnost (stupeň idiocie). V současné době se kladе důrazem na osobnost individua, a proto se doporučuje používat místo pojmu mentálně retardovaný (mentálně postižený) **označení osoba s mentálním postižením**, což vychází ze všeobecného trendu oborů, kdy hlavně při „styku navenek“ se používají odvozeniny označení osoba se zdravotním postižením (dítě s dyslexií a nikoliv dyslektik, dítě s autismem a nikoliv autista. . .). Počátek tohoto humanizačního trendu lze vidět i ve snahách Mezinárodní asociace pro vědecké studium mentální retardace, která již na svém prvním kongresu v Montpellier v roce 1967 hovoří o tom, že člověk s mentální retardací je především lidská bytost, a teprve až na druhém místě je i „defektní“.



Jen za poslední půlstoletí se v odborné literatuře vystřídala následující označení poruch: duševně vadní, duševně úchylní, duševně abnormální, duševně opoždění, duševně defektní, rozumově vadní, děti s vadným rozumovým vývojem, děti se sníženými rozumovými schopnostmi, rozumově zaostalí, intelektově vadní, intelektově úchylní, intelektově abnormální, slabomyslní, oligofrenní, mentálně vadní, mentálně defektní, mentálně deficientní apod.

V současné době je nejvíce používaný termín **mentální retardace** (volně přeloženo jako zpoždění duševního vývoje), který je vymezován značným množstvím definic, jež mají víceméně společné zaměření na celkové snížení intelektových schopností jedince, popř. jeho schopnosti adaptace na prostředí. Termín se začal používat v širším měřítku až po konferenci WHO (Mezinárodní zdravotnické organizace) v Miláně v roce 1959 a pozvolna nahradil celou řadu relevantních pojmů.

Mentální retardaci lze definovat jako vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí demonstrující se především snížením kognitivních (tj. poznávacích), řečových, pohybových a sociálních schopností.

Z výše uvedeného vymezení poruchy vyplývá, že k diagnostikování syndromu mentální retardace (a její hloubky) nestačí pouze stanovení inteligenčního kvocientu (pod 70 IQ), ale zhodnocení celé řady dalších aspektů osobnosti, především to, zda klient selhává ve většině sociálních očekávání svého užšího i širšího prostředí: Z tohoto hlediska nelze označit za mentálně retardované např. mnohé z romských dětí s IQ nižším než 70, které však současně nejsou ve své rodině nijak nápadné a dobře plní všechna její očekávání, a které jsou někdy i samostatnější a sociálně obratnější než některé děti s nadprůměrnými intelektovými schopnostmi.

Širší pojem než mentální retardace je mentální postižení, které se vymezuje jako střešní pojem pro všechny jedince s IQ pod 85 (tj. jedince v pásmu současně chápané mentální retardace s pásmem dříve používaného pojmu slaboduchost).



Širší pojem než mentální retardace je mentální postižení.

Jestliže se jedná o mentální retardaci vrozenou či získanou časně, do 2 let života (někteří autoři ještě dodávají následkem orgánového poškození mozku), hovoříme

o tzv. **primárním mentálním postižení** zvaném **oligofrenie** (tj. slabomyslnost), přestože tento termín v posledních letech jako by poněkud ustupoval nadřazenému pojmu mentální retardace. Oligofrenie se považovala za stacionární stav, relativně neměnný, trvalý, chronický, který nemá tendenci se zlepšovat či zhoršovat. Pokud došlo k poruše inteligence po druhém roce života, jedná se o **sekundární postižení – demenci**, která má v porovnání s oligofrenií většinou progredující charakter s tendencí postupného zhoršování a prohlubování symptomů. Nicméně některé demence mohou časem progresivní proces zpomalit či dokonce zastavit a směřovat k výchozímu stavu, což bohužel není trendem, typické je právě postupné zhoršování stavu. Demenci je v porovnání s oligofrenií v populaci asi čtyřikrát méně. Nejčastěji vymezovanými znaky demence je závažné snížení inteligence vzhledem k předchozí kapacitě klienta, porucha paměti, orientace, úsudku a schopnosti abstraktního myšlení, porucha pozornosti a motivace. O demenci pojednává dále zvláštní subkapitola.



Dovedli byste si promítnout znaky charakterizující mentální retardaci na jedné straně a demenci na straně druhé do jednání konkrétních osob? Znáte osobně někoho, kdo je postižen demencí? Znáte nějaké dítě navštěvující pomocnou školu (základní školu speciální)? Pokud ano, pokuste se o srovnání.

Ze starších pojmů je třeba jmenovat alespoň ještě dva: Od slabomyslnosti musíme odlišit **slaboduchost**, která byla vymezena jako těžší podprůměr v pásmu inteligence 70–85 IQ. Dnes se pro uvedené pásmo občas užívá termín **hraniční pásmo mentální retardace**. Od pojmu oligofrenie odlišujeme pojem **pseudooligofrenie** (nepravá oligofrenie, též sociální debilita, sociální oligofrenie, pseudodebilita, sociální debilita či sociální slabomyslnost), kterým se vyjadřovala výchovná a sociální zanedbanost.

Mentální retardaci lze podle **hloubky postižení** rozdělit na čtyři stupně. Kritériem členění je výše inteligenčního kvocientu (IQ), naměřeného psychologickými testy, přičemž hranici mentální retardace jakožto duševní poruchy je 70 bodů IQ:

1. lehká mentální retardace (50–69 IQ),
2. středně těžká mentální retardace (35–49 IQ),
3. těžká mentální retardace (20–34 IQ),
4. hluboká mentální retardace (pod 20 IQ).

Tento text se zaměří ve svých kapitolách především na **lehkou mentální retardaci** a osoby nacházející se v jejím hraničním pásmu, neboť pracovník veřejné správy se může ve své praxi **setkat především s těmito klienty**, a to s doprovodem (rodič, osobní asistent, vychovatel, ...) či bez doprovodu.

Podle míry aktivity se klienti s mentálním postižením ještě mohou diferencovat podle **typu postižení** na jedince apatické – torpidní, pomalé (většina klientů s Downovým syndromem) a jedince eretické, neklidné, pohyblivé.

Příčiny mentální retardace bývají kategorizovány podle různých klíčů, hovoří se o příčinách vnitřních – endogenních či vnějších – exogenních, o mentální retardaci vrozené či získané, o vlivech **prenatálních** (působících před porodem), **perinatálních** (působících během porodu a krátký čas po něm) a **postnatálních** (působících v průběhu života).

Pro potřeby tohoto textu se přidržíme posledně jmenované kategorizace etiologie mentální retardace. Nutno podotknout, že i když věda při objasnění příčin mentální retardace vykonala velký díl práce, stále ještě nejsme schopni dopátrat se příčiny poruchy přibližně u třetiny osob s mentální retardací.

V prenatálním období (období vývoje plodu v těle matky) působí celá řada vlivů, mezi nimiž hrají důležitou roli ty, které způsobují „familiární“ mentální retardaci, a sice **vlivy dědičné – hereditární**. Do těchto vlivů řadíme nejen po předcích zděděné nemoci (hlavně metabolické poruchy), které postupně vedou k mentální retardaci, ale také to, kdy dítě dědí po rodičích nedostatek vloh k určité činnosti. Intelktové předpoklady narozeného dítěte nejsou však matematickým průměrem inteligence biologických rodičů, v tomto ohledu působí tendence tzv. regrese ke středu (tj. k průměru populace), kdy inteligence dítěte vysoce inteligentních rodičů je statisticky nižší než u rodičů a naopak inteligence dítěte rodičů se subnormální inteligencí je zase vyšší. Z tohoto hlediska se jeví užitečným třídění druhů inteligence na inteligenci jazykovou, hudební, logicko-matematickou, prostorovou, tělesně-pohybovou a inter-, intrapersonální (tvůrčí základ tzv. emocionální inteligence).

Z kvantitativního pohledu převažujícím faktorem (a to nejen v prenatálním období, ale všeobecně pro vznik mentální retardace) jsou specifické **genetické příčiny**. Vlivem mutagenních faktorů, z nichž některé známe (záření, dlouhodobé hladovění, chemické vlivy, ...) a jiné nikoliv, dochází k mutaci genů (na úrovni aminokyselin), k aberaci chromozomů či změnám v jejich počtu (genomové mutace). Do této kategorie spadá velká skupina (21 % etiologií mentální retardace) recesivně podmíněných poruch zahrnujících většinu dědičných metabolických onemocnění typu fenylketonurie (jedna z mála příčin, kterou umíme včas diagnostikovat a speciální dietou eliminovat vznik mentální retardace).

Největší skupinou příčin mentální retardace však tvoří syndromy způsobené změnou počtu chromozomů.

Zvláště pak tzv. trizomie (existence tří chromozomů namísto běžného páru – dizomie, kdy jeden chromozom získáváme od otce a jeden od matky) se svým nejznámějším a nejrozšířenějším reprezentantem – Downovým syndromem způsobeným trizomií chromozomu 21 (příčina 23 % těžkých mentálních retardací). Downův (čti *daunův*) syndrom patří k vůbec nejčastějším vrozeným syndromům (jedno dítě na 700 porodů, rizikovým faktorem je věk rodičky nad 35 let). Jedinec s tímto syndromem je již na první pohled snadno rozpoznatelný pro svůj specifický vzhled, kam patří menší zavalitější postava, „mongoloidní“ postavení očí s výraznou kožní řasou u kořene nosu, kulatý obličej, hlava vzadu lehce oploštělá, krátký a široký krk, široké ruce s krátkými prsty. Jedinci s Downovým syndromem se většinou nachází v pásmu středně těžké mentální retardace, jsou velmi přátelští a při vhodné speciálněpedagogické péči jsou schopni dosáhnout netušených výsledků v mnoha oborech lidské činnosti.



Poznali byste na ulici člověka s Downovým syndromem?

Další skupinu prenatálních vlivů tvoří **enviromentální faktory** a onemocnění matky v době těhotenství, kdy platí zákonitost, že čím dříve k patologii dojde, tím

fatálnější to má následky pro zdraví dítěte. Řadíme sem onemocnění matky zarděnkami, kongenitální syfilis, toxoplazmózu, otravy olovem a přímou intoxikaci embrya či plodu, ozáření dělohy, alkoholismus matky (fetální alkoholový syndrom), její nedostatečnou výživu apod.

Na vznik mentální retardace může mít i vliv nedostatek plodové vody – oligohydromnion, dále vrozené vady lebky a mozku (mikrocefalie, hydrocefalie).

Objevují se názory, že i prenatální deprivace (např. silně nechtěné dítě) se může projevit na duševním zdraví ještě nenarozeného dítěte.

Do **perinatální etiologie** řadíme perinatální encenfalopatie (organické poškození mozku) – bývá udávána jako příčina potíží, které se označovaly termínem lehká mozková dysfunkce (v případě drobného poškození mozku, kdy nedošlo k rozsáhlejší lézi jako např. u DMO (tj. dětské mozkové obrny), a které asi v dvacetině až desetině případů způsobují i mentální retardaci).

K dalším perinatálním faktorům patří mechanické poškození mozku při porodu a hypoxie či asfyxie (tj. nedostatek kyslíku), předčasný porod a nízká porodní váha dítěte, též nefyziologická těžká novorozenecká žloutenka, při které bilirubin neodchází z těla a působí toxicky na nervovou soustavu (při nesouladu Rh faktorů).

V době po narození (v postnatálním období) může způsobit mentální retardaci mnoho vlivů, mezi něž patří zánět mozku způsobený mikroorganismy (klíšťová encefalitida, meningitida, meningocefalitida), mechanické vlivy jako traumata, mozkové léze při nádorovém onemocnění, krvácení do mozku a zvláště v pozdějším období onemocnění vedoucí k poškození inteligence typu Alzheimerovy choroby, Parkinsonova choroby, alkoholové demence, schizofrenie, epileptické demence apod. (při některých otravách např. barbituráty může dojít k „reverzibilní demenci“, kdy se stav časem upraví opět na normu).

Snížení intelektových schopností může zapříčinit i senzorická, citová a sociokulturní deprivace dětí vyrůstajících v nepřátelském, odcizeném, nepodnětném rodinném prostředí či dětí v institucionální péči. Pokud ovšem dojde včas k saturaci (nasycení) těchto potřeb, intelektový deficit se může upravit (proto nelze definovat mentální retardaci jako trvalou poruchu). Problém je v tom, že sociokulturní deprivací trpí především děti rodičů s nižším intelektovým potencionálem, takže dochází ke kumulaci patologických faktorů způsobujících především lehkou mentální retardaci. Oslabení působnosti těchto faktorů speciálněpedagogickými programy patří ve speciální pedagogice do oblasti sekundární a terciární prevence.

SHRNUTÍ

Mentální retardaci lze definovat jako vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální i postnatální etiologií.

Podle **hloubky postižení** rozlišujeme tyto stupně:

- lehká mentální retardace (50–69 IQ),
- středně těžká mentální retardace (35–49 IQ),
- těžká mentální retardace (20–34 IQ),
- hluboká mentální retardace (pod 20 IQ).

Příčiny mentální retardace lze najít v období:

- Prenatálním: vlivy dědičné (dítě dědí nemoc či nedostatek vloh) a genetické (mutace genů, chromozomů a genomu), příčiny enviromentální (intoxikace matky a plodu, onemocnění infekční chorobou typu zarděnek), nedostatek plodové vody, ...
- Perinatálním: perinatální encenfalopatie, hypoxie, nedonošenost, těžká novorozenecká žloutenka, ...
- Postnatálním: infekční onemocnění mozku, traumata, nádory mozku, nemoci končící demencí, silná deprivace, ...

OTÁZKY K ZAPAMATOVÁNÍ

1. Jak lze definovat mentální retardaci?
2. Jaká je etiologie mentální retardace?
3. Jaké se člení mentální postižení z hlediska hloubky?
4. Jaký je rozdíl mezi oligofrenií a demencí?
5. Jaké označení osob s mentálním postižením (a stupňů mentálního postižení) rozhodně nepoužijete při styku s postiženými, jejich rodiči, příbuznými, známými i při kontaktu s veřejností?

11.2 ZVLÁŠTNOSTI OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

V této části načrtne obecnou charakteristiku osobnostní struktury člověka s mentálním postižením s tím, že se zaměříme především na osobnost klienta s lehkou mentální retardací či osobnost nacházející se v tzv. hraničním pásmu (tj. 70–85 IQ, tedy v pásmu dříve označovaném jako slaboduchost). S osobou s hlubším stupněm mentálního postižení se pracovníci veřejné správy setkají skutečně jen výjimečně.

Ve snaze načrtnout globálně obraz mentální retardace, vyjmenovává odborná literatura následující znaky, které se mohou vyskytovat v nejrůznější variabilitě a hierarchii:

Zvýšená závislost na rodičích, infantilnost osobnosti, pohotovost k úzkosti a neurastenickým reakcím, sugestibilita a rigidita chování, nedostatky v osobní identifikaci a ve vývoji „já“, opoždění psychosexuálního vývoje, nerovnováha aspirace a výkonu, zvýšená potřeba uspokojení a bezpečí, porucha interpersonálních vztahů a komunikace, malá přizpůsobitelnost k sociálním a školním požadavkům, impulzivnost, hyperaktivita nebo hypoaktivita, citová vzrušivost, zpomalená chápavost, ulpívání na detailech, malá srovnávací schopnost, snížená mechanická a logická paměť, téková pozornost, porucha vizumotoriky a celkové pohybové koordinace.

V obecné rovině je ještě nutno poznamenat, že u mentální retardace **nejde jen o prosté časové opožďování duševního vývoje, ale o strukturální vývojové změny**, postižené dítě tedy nelze automaticky přirovnávat k mladšímu „normálnímu“ dítěti, neboť to není jenom otázka kvantitativní, ale dochází i ke změnám kvalitativním.

Podívejme se na **osobnost mentálně retardovaného** z hlediska psychických funkcí nezbytných pro **kognitivní (poznávací) proces**, jehož postižení je primárním specifikem mentální retardace. Pro větší přehlednost si tento proces rozdělíme na poznání bezprostřední (smyslové) a zprostředkované (myšlení a řeč).

U zdravého člověka je proces utváření zkušeností rychlý, u osob mentálně postižených je proces pomalý a probíhá s určitými odchylkami. Literatura uvádí tyto zvláštnosti percepce mentálně retardovaných osob:

- zpomalenost a snížený rozsah zrakového vnímání (vysvětluje se zvláštnostmi pohybu zraku – zatímco normální člověk vidí globálně, mentálně retardovaný člověk jen postupně a tím se ztěžuje jeho orientace v novém prostředí. Při vnímání obrazu není schopen pochopit perspektivu, částečné překrývání kontur, nerozlišuje polostíny),
- nediferencovanost počtů a vjemů – tvarů, předmětů, barev. Zvláště silně je porušena diskriminace figury a pozadí – běžné populaci nedělá problém vydělit obrys geometrických tvarů z prostředí, u mentálně postižených tyto obrazce musíme výrazně odlišit od pozadí – to je organizovat vnímaný materiál,
- inaktivita vnímání. Mentálně retardovaný člověk není schopen prohlédnout si materiál podrobně, vnímat všechny detaily (jestliže pootočíme vnímaný obrázek, mentálně postižení ho opětovně nepoznají – chybí jim aktivita potřebná k jeho „navrácení“ do původní polohy),
- nedostatečné prostorové vnímání (porucha hloubky vnímání),
- snížená citlivost hmatových vjemů (objem, materiál, ...),
- nedokonalé vnímání času a prostoru.

Uvedené nedostatky vnímání lze poměrně úspěšně překonávat speciálněpedagogickými metodami a přístupy (př. smyslová výchova v elementárních ročnících).



Pokuste si představit, jak se může nedostatečnost v oblasti vnímání projevit konkrétně v každodenním životě – představte si takto postiženého člověka jako účastníka silničního provozu, jako spoluhráče při týmových hrách apod.

Myšlení je poznávací funkce, v souvislosti s ním hovoříme o poznání zobecněném, zprostředkovaném (přes slovo), jehož nástrojem je převážně **řeč** a podstatou relaciování (uvádění do vztahů).

Myšlení mentálně postiženého člověka je zatíženo přílišnou konkrétností, je neschopno vyšší abstrakce a generalizace, nepřesností a chybami v analýze a syntéze. Myšlení je nedůsledné, vyznačuje se slabou řídicí funkcí a značnou nekritičností, pojmy se tvoří těžkopádně a úsudky jsou nepřesné.

Myšlenky vyjadřujeme pomocí slov, tedy řečí, jež bývá u mentálně retardovaných jedinců často deformována. V první řadě nacházíme nedostatky v rozvoji fonematického sluchu, tj. v nedostatečném rozlišování jednotlivých slyšených hlásek (postižený člověk sice hlásky slyší, ale nerozlišuje, či rozlišuje nedostatečně).

Dalším ztěžovacím faktorem jsou nedostatky v artikulaci – vyslovování hlásek, slabik a slov.

Z podstaty mentálního postižení samozřejmě plyne defekt obsahu sdělení, tj. nedostatečná schopnost rozumění, hodnocení, rozhodování a programování řeči, malá slovní zásoba.

Paměť nám zaručuje, že každým okamžikem nepoznáváme nové věci. Paměť je selektivní – pamatujeme si jen to důležité, funkce tedy nemá charakter technického záznamu, paměť nejen uchovává, ale i zobecňuje zkušenost. Také paměť mentálně retardovaných osob vykazuje určitá specifika. Postižení si vše **nové osvojují pomalu** až po mnohačetném opakování (uvádí se desítky až stovky opakování v porovnání s jednotkami opakování u nepostižené populace).

Naučené rychle zapomínají a pamětní stopy si vybavují nepřesně, vědomosti neumí včas uplatnit v praxi. Všechny nedostatky opět vycházejí ze zvláštností vyšší nervové činnosti mentálně postižených, z tendence podmíněných spojů vyhasínat rychleji než u běžné populace. Proto je třeba věnovat značnou pozornost opakování nově naučených informací.

K zvláštnostem paměti mentálně postižených lidí náleží také nekvalitní třídění pamětních stop, postižení mají spíše mechanickou paměť (mechanická paměť není schopna větší selekce – udrží stopy bez většího výběru.



Jirka je klientem ústavu sociální péče pro dospělé s diagnózou mentální retardace v pásmu lehkého až středně těžkého postižení. Na požádání vám řekne, kdo slaví v zadaný kalendářní den svůj svátek. Z odborné literatury jsou známy dokonce případy mentálně retardovaných osob, jež jsou schopny vyjmenovat z paměti celý telefonní seznam.

Pozornost souvisí s bezprostředním vnímáním a poznáním a lze ji členit na bezděčnou (ta se mimovolně zaměřuje na silné podněty, např. intenzivní zvuk) a záměrnou, která je vázána na vůli. Záměrná pozornost mentálně postižených osob vykazuje nestálost a snadnou unavitelnost, sníženou schopnost rozdělit se na více činností. Je pro ni charakteristické, že s nárůstem kvantity výkonu narůstá i počet chyb. Mentálně retardovaný člověk je schopen udržet záměrnou pozornost mnohem kratší dobu než jeho zdravý vrstevník, po soustředění musí následovat relaxace a odpočinek.

Po stránce emoční (citové) je osoba s mentálním postižením vybavena menší schopností ovládat se v porovnání se zdravými lidmi. **Citová otevřenost** tak souvisí s malou řídicí funkcí rozumu, kterým lze prožitky tlumit, či dokonce přehodnocovat. Jedinec automaticky přenáší kladné emoce na situace, které umí zvládnout. Protože se mentálně retardovaný jedinec mnoho situací zvládnout nenaučil, mohou se u něj objevit neurotické (např. enuréza – pomočování) či psychopatické (krádeže...) problémy, jakožto poruchy citového vývoje. Intenzita emočních reakcí klesá úměrně s věkem, mentální retardace je především retardace duševního vývoje, a proto postižené dítě delší dobu podléhá netlumené intenzitě emocí.

Literatura podává tento výčet zvláštností emocionální sféry mentálně retardovaného člověka:

- dlouhodobá nediferencovanost citů, rozsah prožitků je minimální, buď převládá jednostranné uspokojení či jednostranné nespokojení, chybí citové odstíny,
- city jsou neadekvátní svojí dynamikou a intenzitou k podnětům, člověk buďto události vnímá povrchně s minimálním prožitkem, nebo neúměrně silně a in-

terně. Zdánlivě bezvýznamná nárazka může přivodit silnou a dlouhodobou reakci, u citově labilnějších jedinců až negativismus,

- egocentrické emoce podstatně ovlivňují tvorbu hodnot a postojů,
- city častěji obcházejí intelekt a postižený člověk snáze podléhá afektu – častější výskyt dysforie (chorobné poruchy nálad, jejichž nástupy jsou překvapující vzhledem ke stávající situaci) hlavně u osob s traumatickou etiologií či s epilepsií. Neadekvátní výkyvy nálad mohou ovšem směřovat i do euforie. Další formou dysforie je apatie provázená lhostejností, popř. „černými myšlenkami“, často jako posel blížící se nemoci (záchvatu).



Honza byl žákem osmého ročníku zvláštní školy s diagnózou hraničního pásma intelektu a s nepředvídatelnými afekty, kterými reagoval na sebemenší výtku či připomínku směřující k jeho osobě. Opakovaně se stávalo v hodinách pracovního vyučování, že na dobře míněnou radu učitele k rozpracovanému výrobku reagoval záchvatem vzteku – hlasitě křičel, nadával, mlátil nástroji o ponk, vybíhal z dílny. Učitel učinil zkušenost, že nejlepší reakcí na tento vyhraněně dysforický projev je žádná reakce, tj. nechat afekt odeznít a pak se k němu v klidu vrátit a pohovořit si o něm s Honzou o samotě.

Z hlediska **sexuality** disponuje člověk s mentální retardací stejnými potřebami jako zdravý jedinec, přičemž se uvádí, že lehce mentálně retardovaní mají styk stejně často jako jejich vrstevníci ze zdravé populace, s tím že především dívky jsou častěji obětí incestu, znásilnění či svedení. Častým problémem v oblasti sexuality těchto osob je obnažování a především masturbování na veřejnosti, což může být sociálním prostředím hodnoceno jako deviantní chování a nikoliv jako uspokojování přirozené fyziologické potřeby. Týká se to ovšem jedinců s těžším stupněm postižení.

Ve volních projevech mentálně retardovaných jedinců je patrná zvýšená sugestibilita, citová a volní labilita, impulzivnost, agresivita, ale i úzkostnost a pasivita. Specifickým rysem je v tomto ohledu dysbulie (porucha vůle) a abulie (nerozhodnost, nedostatek vůle a neschopnost zahájit činnost, ztráta či snížení volních činností).

Člověk s mentálním postižením se liší od svého zdravého vrstevníka také **specifickou aspirací**. Stabilita a reálnost aspirace je projevem duševního zdraví a pro aspirační úroveň mentálně postižených osob je příznačný výkyv na jednu stranu tj. směrem k podhodnocování se (nižší aspirace) či nadhodnocování se (vyšší – nereálné aspirace).



Při malém šetření ve třídách zvláštní školy v Moravské Třebové se ukázalo, že chlapci aspirují (mimo jiné) na to, stát se piloty a automechaniky, dívky zase měly tendence pracovat v profesionálním modelingu a jako pop hvězdy.

V závěru kapitoly si uvedeme klinické znaky mentální retardace, které se vztahují k jednotlivým stupňům poruchy:

1. **Lehká mentální retardace** – opožděný řečový vývoj, hlavní problémy se objevují až s nástupem do školy. Většina osob je plně nezávislá v sebeobsluze, je schopna vykonávat jednoduchá zaměstnání a v sociálně nenáročném prostředí se pohybovat bez omezení a problémů. Výchovné prostředí má u těchto klientů

velký význam, další duševní poruchy se vyskytují stejně čteně jako v ostatní populaci.

2. **Středně těžká mentální retardace** – myšlení a řeč jsou výrazně omezené, stejně jako schopnosti sebeobsluhy, klienti vyžadují v tomto směru chráněné prostředí (tj. hlavně chráněné bydlení a zaměstnání) po celý život. Možnosti edukace se omezují na trivium, řeč je jednoduchá a obsahově chudá i v dospělosti, někdy dokonce zůstává na nonverbální úrovni. Retardace psychického vývoje je často kombinovaná epilepsií, neurologickými, tělesnými a dalšími duševními poruchami.
3. **Těžká mentální retardace** – výrazné opoždění psychomotorického vývoje je patrné již v předškolním věku, možnosti sebeobsluhy jsou výrazně a trvale limitované, jedinci nejsou schopni sebeobsluhy, jejich potrava musí být speciálně upravena, řečový vývoj se stagnuje na předřečové úrovni (vzácně jednotlivá slova). Kombinace s motorickými poruchami a s příznaky celkového poškození centrální nervové soustavy. Velmi časté poruchy chování v podobě stereotypních pohybů, hry s fekáliemi, piky – požívání nestrávitelných věcí, sebepoškozování, afektů a agrese.
4. **Hluboká mentální retardace** – nutná trvalá péče i v těch nejzákladnějších životních úkonech, často těžké senzorické a motorické postižení, těžké neurologické poruchy. Komunikační schopnosti maximálně na úrovni porozumění jednoduchým požadavkům a nonverbálních odpovědí, množství dalších těžkých duševních poruch.



Pokuste si představit člověka s postižením v rámci jednotlivých stupňů mentální retardace. Představte si, jak se pohybuje, představte si ji v komunikaci s rodiči i s cizím člověkem, představte si ji při sebeobslužných úkonech (na toaletě, při jídle, ...).

V souvislosti se zvláštnostmi osobnosti lidí s mentálním postižením (a především lidí s Downovým syndromem) se traduje celá řada **mýtů, které nemají reálný základ** a většinou jsou naprosto zcestné:

- Mentální retardace je nakažlivá nemoc (naprostý nonsens! Navíc mentální retardace není nemoc, nýbrž stav).
- Dítě, které se rodí císařským řezem, bude mentálně retardované (císařský řez je pro dítě „královská cesta“ na svět, nepříjemnou záležitostí je pro matku).
- Osoby s mentálním postižením nejsou schopny pracovat (i osoby se středně těžkou mentální retardací pracují v rámci chráněných dílen, agentur podporovaného zaměstnávání – jedná se o jednoduché a pomocné práce demontážní, úklidové, hotelové, ...).
- Lidé s mentálním postižením jsou nevzdělavatelní (pro děti, žáky a učně s mentálním postižením existuje řada škol – mateřských, základních i středních učilišť, např. zvláštní a pomocná škola – nově základní škola praktická a speciální, odborné učiliště či praktická škola, někteří absolventi zvláštních škol ale navštěvují běžná střední odborná učiliště atd.).

- Lidé s mentálním postižením mohou žít pouze v ústavech (tyto osoby jsou schopny – po zácviku – se o sebe do značné míry postarat a žít víceméně samostatně v tzv. chráněném bydlení či zcela soběstačně).
- Lidé s mentálním postižením mají jiné potřeby než „my ostatní“ (potřeby lidských bytostí jsou si podobné bez ohledu na postižení. V tomto ohledu je poněkud zavádějící často užívaný termín „osoby se specifickými potřebami“ pro jedince se zdravotním postižením. Potřeby nejsou specifické, specifická je míra podpory, kterou tito lidé vyžadují od prostředí, aby se mohli v maximální možné míře vyvinout a osamostatnit).
- Lidé s mentálním postižením neumí být šťastní či neumí být nešťastní (platí totéž, co u předchozího mýtu – emoční výbava těchto lidí je v podstatě stejná jako u zdravé populace, o specifikách emoční oblasti osob s mentálním postižením je pojednáno výše v textu).
- Lidé s mentálním postižením nemohou mít vlastní rodinu a děti (zvláště lidé s Downovým syndromem navazují lehce intimní styky, ženy jsou schopné mít děti. Problém je v dědičné zátěži – existuje až 50% předpoklad, že narozené dítě bude postiženo tímto syndromem).

SHRNUTÍ

Mezi znaky určující osobnostní strukturu člověka s mentální retardací patří: zvýšená závislost na rodičích, infantilnost osobnosti, pohotovost k úzkosti a neurastenickým reakcím, sugestibilita a rigidita chování, nedostatky v osobní identifikaci a ve vývoji „já“, opoždění psychosexuálního vývoje, nerovnováha aspirace a výkonu, zvýšená potřeba uspokojení a bezpečí, porucha interpersonálních vztahů a komunikace, malá přizpůsobitelnost k sociálním a školním požadavkům, impulzivnost, hyperaktivita nebo hypoaktivita, citová vzrušivost, zpomalená chápavost, ulpívání na detailech, malá srovnávací schopnost, snížená mechanická a logická paměť, téková pozornost, porucha vizumotoriky a celkové pohybové koordinace.

U mentální retardace nejde jen o prosté časové opožďování duševního vývoje, ale o strukturální vývojové změny, postižené dítě tedy nelze automaticky přirovnávat k mladšímu „normálnímu“ dítěti, neboť to není jenom otázka kvantitativní, ale dochází i ke změnám kvalitativním.

U osob s **lehkou mentální retardací** je opožděn řečový vývoj, hlavní problémy se objevují až s nástupem do školy. Většina klientů je plně nezávislá v sebeobsluze, je schopna vykonávat jednoduchá zaměstnání a v sociálně nenáročném prostředí se pohybovat bez omezení a problémů. Výchovné prostředí má u těchto klientů velký význam.

OTÁZKY K ZAPAMATOVÁNÍ

1. Čím se liší vnímání osob s mentální retardací od zdravých jedinců?
2. V čem je odlišné myšlení a řeč takto postižených osob?
3. Jaká jsou specifika paměti, pozornosti, emocionální a volní stránky osob s mentálním postižením?

4. Jaká je aspirační úroveň takto postižených osob?
5. Jak se liší osobnost člověka s lehkou mentální retardací od osobnosti stejné starého zdravého jedince?

11.3 KOMUNIKACE PRACOVNÍKA VEŘEJNÉ SPRÁVY S ČLOVĚKEM S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Jak již bylo dříve vzpomenuto, řeč člověka je v těsném vztahu k jeho myšlení, to znamená, že úroveň řečových a komunikačních schopností odpovídá dosažené úrovni inteligence. V řeči využíváme hojně pojmy, což jsou nejobecnější kategorie slov, ke kterým docházíme pojmotvorným procesem postaveným na schopnosti abstrakce a generalizace (zobecnění), tedy značně náročných myšlenkových operací.



Vybavíte si specifika myšlení a řeči osob s mentálním postižením?

Vzhledem k tomu, že úroveň abstrahování u jedince s mentálním postižením nedosáhne úrovně zdravého jedince, také jeho řeč nedosáhne úrovně běžné v populaci. U osob s lehkou mentální retardací a v hraničním pásmu mentální retardace se to v dospělosti projeví především chudší slovní zásobou, občasnou echolálií (opakováním slyšeného, aniž by byl pochopen obsah sdělovaného), dysgramatismem (nezvládnutím gramatických pravidel jazyka dochází k používání nevhodných gramatických tvarů v řeči), někdy nesprávnou výslovností, neobratností v artikulaci slov (komolení slov). Naučené slovní stereotypy takto postižených osob nemusí vždy odpovídat konkrétní situaci, selhává přenos naučeného na podobné situace.

Dříve než se seznámíme s pravidly či doporučeními, jak komunikovat s osobami s mentálním postižením, objasníme si některé pojmy z **teorie komunikace**, s nimiž budeme dále operovat.

Podstatou komunikace je **sdělování a sdílení informací** a slovníky diferencují dlouhou řadu typů a druhů komunikace od augmentativní (rozšiřující) až po zvukovou, přičemž žádný z nich neopomene vymezit polaritní dvojici verbální a nonverbální komunikace. Tradiční členění dle komunikačních kódů na verbální a neverbální komunikaci je pro úplnost třeba doplnit ještě o komunikaci akcí a zvukem.

Prostřednictvím slov si sdělujeme myšlenky (verbální komunikace je doménou toliko člověka) a z hlediska kvalitativního je slovo nejdůležitějším komunikačním kódem, což již neplatí pro kvantitativní měřítko – verbální komunikace nám zprostředkovává pouhou desetinu sdělovaných informací.

Zvuková komunikace se realizuje pomocí extralingvistických (tj. zvukem) a paralingvistických kódů, kam patří melodie a rytmus řeči, její dynamika a výrazovost, využívání pauzy a ticha v promluvě.

Tyto tzv. **prozodické systémy** (též modulační faktory řeči) jsou velmi důležité při komunikaci s mentálně postiženými lidmi, kteří díky nedostatečnému pojmotvornému procesu mají deficit v dekodování slov, ale jsou přístupní a citliví prostředkům

paralingvistické komunikace (zvláště u osob s Downovým syndromem se doporučuje zvýrazňovat tyto modulační faktory řeči). Pomineme-li marginální komunikaci akcí (př. koupení růže své či cizí ženě), dostáváme se k nonverbální (a nezvukové) komunikaci – tzv. body language (řeči těla), která je vývojově nejstarší formou komunikace a u osob s mentální retardací (především těžších forem retardace) hraje zásadní úlohu, neboť značná část klientů není schopna souvislé verbální komunikace, ale je schopna (či ochotna) komunikovat prostřednictvím signálů těla.

Pomocí **nonverbální komunikace** jsme schopni sdělovat (a to pravdivěji než slovem, neboť zde schází většinou vědomá kontrola) své emoce, pocity, postoje, vztahy. Z prostředků „body language“ využíváme mimiku (vč. očního kontaktu), gestiku (řeč gest) a posturiku (řeč tělesným postojem), případně proxemiku, což je komunikování pomocí tělesné vzdálenosti osob.

Pro zlepšení komunikačních schopností osob s těžším mentálním (a dalším) postižením se využívá prostředků tzv. **alternativní a augmentativní komunikace** (AAK). Nejčastěji je to využití nejrůznějších obrázků, piktogramů, využití jednoduchého znakového systému (např. Znak do řeči, Makaton) postaveného na gestech, kterými doprovázíme a vizualizujeme (zviditelňujeme) naši orální řeč, u těžších a specifických forem postižení (např. autismu) se využívá komunikačního slovníku sestaveného z trojrozměrných (tzv. referenčních) předmětů.

Peter je autistický chlapec, který má velké problémy s chápáním obsahu piktogramů, takže se při výuce nového piktogramu začíná od toho, co je nejméně abstraktní, tedy v „reálném“ světě trojrozměrných věcí, a postupuje se přes abstraktnější fotografie až k obrázku a piktogramu. Např. při výcviku pochopení exprese „budeme jíst“ se začalo se symbolem jídla – Peterovým barevným talířem, který konkretizoval sdělení „budeme jíst“, poté byl talíř spojen s fotografií, pak fotografie nahradila talíř a byla spojena s obrázkem talíře, jehož velikost se zmenšovala až na rozměr příštího piktogramu a následně (když Peter reagoval na obrázek) byl obrázek spojen s piktogramem a ve chvíli, kdy Peter zcela pochopil obsah piktogramu, byl tento zařazen do jeho osobního slovníku – „obrázkové“ knížky zvládnutých piktogramů, kde na prvním místě byly umístěny fotografie se symboly členů jeho rodiny i spolužáků. Peterova spolužačka, která je v dané oblasti ještě méně funkční, využívá (kromě alba piktogramů) „slovník předmětů“, které zastupují určitou aktivitu, např. lopatka symbolizuje práci a hru na zahrádce, krabička od mýdla mytí v koupelně apod.

V komunikaci s lidmi s mentálním postižením je třeba dodržovat jistá pravidla, která vychází z bazálních zásad komunikace:

TAKT – TOLERANCE – EMPATIE – OHLEDUPLNOST – TRPĚLIVOST – ÚCTA K PARTNEROVI

Nejčastější chyba lidí, kteří nemají zkušenost s mentálně postiženými občany (včetně pracovníků veřejné správy) je ta, že se snaží k dospělému **hovořit jako k dítěti**, že **nerespektují jeho důstojnost** a **neprojevují partnerovi stejnou úctu, jako kdyby hovořili se zdravým jedincem**. Projevuje se to především v tom, že takovéto osobě **tykají**, používají neadekvátních výrazů, pokud je doprovázena asistentem či jinou osobou, obrací se v dialogu na tuto osobu, přestože se jednání

bezprostředně týká člověka s postižením atd. Důležité je si uvědomit, s kým komunikujeme, a neznepokojoval se tím, že komunikace s mentálně postiženým člověkem je „jiná“ než komunikace se zdravým a že pokud budeme reagovat nepřiměřeně (podrážděně, obranně-útočně či dokonce agresivně), zablokuje tak či znemožníme další komunikaci (osoba s mentálním postižením se „stáhne do sebe“, což je běžná obranná strategie těchto osob).

V komunikaci nepoužíváme rozvětvená souvětí, jednoduché věty podpoříme zvýrazněnými modulačními faktory a prostředky „body language“, trpělivě opakujeme nejen svoje otázky (s jistou modifikací, pokud vidíme, že nám postižený nerozumí), ale pro zvýraznění zpětné vazby také odpovědi klienta.

Následující pravidla komunikace s osobami s mentálním postižením vychází z dlouholetých zkušeností odborníků občanského sdružení SPOLU Olomouc zabývajícího se integrací, volnočasovými i výchovně-terapeutickými aktivitami osob s mentálním postižením a s autismem.

PRAKTICKÉ RADY OHLEDNĚ PŘÍSTUPU K LIDEM S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Přístup v rozvíjení vzájemné komunikace:

- Chovejte se k lidem s postižením adekvátně jejich věku.
- Pokud máte pocit, že člověk s mentálním postižením potřebuje Vaši podporu, můžete ji nabídnout, ale počkejte až bude Váš návrh přijat. Dohodněte se se svým partnerem, jakým způsobem mu můžete nejlépe pomoci. Nezačínajte „vel“ a dělat za něj všechno sami.
- Pamatujte, že ne všichni lidé s mentálním postižením mají nutně velké potíže v komunikaci a ne všichni lidé, kteří v komunikaci problémy mají, mají zároveň mentální postižení.
- Naladění: věnujte čas vytvoření bezpečné atmosféry a budování důvěry.
- Aktivně naslouchajte, nechte partnera povídat bez přerušování, udržujte přiměřený oční kontakt, dejte najevo svůj zájem a ochotu komunikovat.
- Pokud jste přestali partnerovi rozumět, pokud je jeho sdělení velmi dlouhé nebo rychlé, přerušujte jej citlivě (příjmem = zopakováním sdělení toho, čemu jste rozuměli).
- Mluvte tváří v tvář, pomalu a zřetelně a konkrétně, nepoužívejte složitých a příliš abstraktních slov, cizí slova, květnatá souvětí.
- Nedávejte mnoho informací najednou.
- Využívejte nejprve otevřených otázek. V případě, že Vám partner nerozumí, můžete mu nabídnout výběr z několika možností.
- Dejte **vždy** dostatek času na odpověď, nebojte se ticha.
- Ověřujte si v průběhu rozhovoru, jak Vám bylo rozuměno.
- Pokud partnerovi nerozumíte, zeptejte se znovu. Pokud stále nerozumíte, žádejte vysvětlení jiným způsobem.

- Když upadá pozornost partnera, přerušte rozhovor nebo ukončete domlouvání stručným shrnutím (závěrem) doposud řečeného.
- Ptejte se lidí v okolí člověka s postižením, kdy se komunikace daří, jak s ním komunikují oni.

Vhodné způsoby navázání kontaktu:

- Projevení zájmu.
- Všimněte si neverbálních projevů Vašeho partnera (přemýšlí, něco sleduje, ...).
- Pojmenujte to, co podle Vás Váš partner dělá, cítí, myslí.
- Přijměte a rozvíjejte sdělení, téma Vašeho partnera.
- Ptejte se na to, co je pro tázaného zajímavé. Využívejte otevřených otázek.
- Nebojte se konstruktivní kritiky. Pokud kritizujete, kritizujte aktuální CHO-VÁNÍ (teď ses choval hrubě) a nikoliv OSOBU (jsi hrubý).
- Nepředpokládejte automatické přenesení dovedností z jedné oblasti do druhé, i když jsou si v mnohém podobné.
- Chvalte za jakýkoliv pokrok i za snahu, oceňujte zapálení a chuť. Chvalte vždy **konkrétně** a **adresně**, aby bylo jasné, za co je člověk chválen.

SHRNUTÍ

Při kontaktu s lidmi s mentálním postižením bychom měli mít vždy na paměti základní premisy komunikace: takt, toleranci, empatii, ohleduplnost, trpělivost a úctu k partnerovi. Uvědomujeme si, že komunikaci netvoří pouze orální řeč, ale že lze komunikovat také prostřednictvím modulačních faktorů řeči (rytmus a melodie řeči, pauza a výraz, ...) a prostředků nonverbální komunikace – „řeč těla“, kam patří mimika, gestika (řeč gest), proxemika (komunikace tělesnou vzdáleností), posturika (komunikace postojem celého těla), haptika (komunikace dotekem) a další. V orální řeči používáme jednoduché věty, pokud partner nerozumí tomu, na co se ptáme, moduluje otázku. Partnerovi poskytneme dostatek času, povzbuzujeme ho v komunikaci pomocí nonverbálních prostředků komunikace a dáváme mu dostatek zpětné vazby tím, že opakujeme jeho odpovědi.

OTÁZKY K ZAPAMATOVÁNÍ

1. Jaké známe prostředky alternativní a augmentativní komunikace (AAK)?
2. Jaké prozodické systémy (modulační faktory řeči) využíváme v komunikaci?
3. Které „mýty“ se vztahují k osobám s mentálním postižením?
4. Jakou taktiku komunikace s osobami s mentálním postižením volíme? Jaké jsou hlavní principy této komunikace?

11.4 OSOBY S JINOU DUŠEVNÍ PORUCHOU

Kromě mentální retardace existuje široká paleta jiných duševních poruch, které psychiatři a kliničtí psychologové člení do následujících skupin:

- **Organické duševní poruchy** (např. Alzheimerova demence, demence u Parkinsonovy choroby, alkoholová demence, epileptická demence, progresivní paralýza, ...).
- **Duševní poruchy vyvolané psychotropními látkami** (delirium tremens, fetální alkoholový syndrom, poruchy způsobené zneužitím drog, ...).
- **Schizofrenie, schizofrenní poruchy s bludy**
- **Afektivní poruchy** (manická či depresivní fáze, bipolární – tj. manickodepresivní porucha).
- **Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy** (fobické úzkostné poruchy, panická porucha, obsedantně kompulzivní porucha, posttraumatická stresová porucha, disociační poruchy – „hysterie“, somatoformní poruchy – „hypochondrie“, ...).
- **Behaviorální poruchy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory** (anorexie, bulimie, sexuální dysfunkce, psychosomatické poruchy, ...).
- **Poruchy chování a osobnosti u dospělých** (sexuální deviace – pedofilie, sadomasochismus etc., poruchy osobnosti – dříve psychopatie – typu paranoidní či schizoidní osobnosti, dissociační – „psychopatická“ – osobnost, histrionská – „hysterická“ – osobnost atd.).
- **Poruchy psychického vývoje a poruchy chování a emocí u dětí.**

Specifické vývojové poruchy řeči a jazyka a specifické vývojové poruchy školních dovedností (dyslexie, dysgrafie, ...), pervazivní vývojové poruchy (autismus), hyperkinetické poruchy (ADHD, LMD), poruchy chování a emoční poruchy u dětí, poruchy sociálních vztahů, tikové poruchy atd.

Následující text se zaměří na nejfrekventovanější duševní poruchy zastoupené v populaci.

NEUROTICKÉ PORUCHY

Neurotické poruchy jsou skutečně velmi hojně zastoupeny v populaci – odborná literatura uvádí, že každý pátý člověk za svého života trpí výraznými neurotickými symptomy.

Neurózy se vždy kladly do protikladu s tzv. psychózami (především schizofrenie, maniodepresivní psychózy, ...) s tím, že jsou lehčími duševními poruchami, které sice znepříjemňují život takto postiženého člověka a jeho okolí, ale nenarušují jeho vnímání reality a integritu osobnosti.

Laicky řečeno – trpíme-li neurózou, jsme to pořád my, na rozdíl od pacienta ve schizofrenické epizodě, který přestává být „sám sebou“.



Vybavíte si filmy, jejichž příběh těží ze změněné osobnosti pacienta trpícího nějakou formou psychózy? A jak je to s filmy postavenými na charakterech postav zmítaných neurotickými příznaky? Které z nich inklinují více k sci-fi, k hororům a detektivkám a které naopak ke groteskám, komediím a sitcomům?

Velkou skupinu neurotických poruch tvoří tzv. **úzkostné stavy a fobie**. Úzkost je normální tam, kde se setkáváme se stresem či ohrožením, ovšem lidé s úzkostnou poruchou trpí nenormální úzkostí a takto reagují i na podněty, které zdravým lidem úzkost nevyvolávají. Lidé s fobiemi (strachy) zase trpí strachem při setkání s podněty, které u zdravých lidí strach nevyvolávají – v uzavřeném prostoru, při setkání se zvířetem, ptákem, hmyzem, ostrým předmětem, při pohledu na krev či zranění apod.



Ve světě populární hudby je známý svojí bacilofobií popový král Michael Jackson. Tedy nejen svojí fobií. . .

Mezi nejčastější fobie patří agarofobie – strach z volného prostranství, kam řádíme také strach z opuštění domova, ze vstupu na veřejná prostranství (úřady, kina, divadla, obchody), z chůze po ulici. Komunikaci a jednání s lidmi značně ztěžuje zase sociální fobie – lidé trpící touto formou neurotické poruchy mají přehnaný strach ze situací, v nichž se mohou ztrapnit – při jednání s úředníkem, při vystoupení před veřejností, v komunikaci s cizím člověkem. Tato fobie se projevuje rudnutím, třesem rukou, roztřeseným hlasem a někdy až panickou reakcí při jednání s cizím člověkem a může vést až k úplné sociální izolaci.

Další neurotickou formou je **obsedantně-kompulzivní porucha**. Obsesí rozumíme nutkavé myšlenky, které se opakovaně vtírají do mysli jedince, jenž je proti nim bezmocný, kompulze jsou nutkavé úkony, které jedinec provádí, přestože si je vědom nesmyslnosti svého jednání. Jestliže se však nutkání nepodrobí, dostavuje se okamžitě „trest“ v podobě narůstajícího napětí a úzkosti.

Jiří pracoval jako úředník „na okrese“ a ve svém okolí byl znám pro „puntičkářství“ a svoji mnohdy až přemrštěnou snahu po preciznosti výkonu. Opakovaně byl hospitalizován na psychiatrii s diagnózou kompulzivní poruchy – jeho nutkavé chování bylo výrazně zatěžující a časově náročné, neboť se projevovalo snahou o zaevidování každé sebebezvýznamnější události jeho všedního dne – jak dlouho si ráno čistil zuby, kdy se oblékal, v kolik hodin vyšel na ulici a kdy dorazil do úřadu. . . Doma skladoval desítky popsaných knih s pečlivou „evidencí“ svého života.

Posttraumatická stresová porucha je odezvou na psychicky traumatizující stresovou událost (únos, přírodní či válečná katastrofa, teroristický útok, znásilnění, . . .) a jejími hlavními příznaky je úzkost, poruchy spánku, koncentrace a pozornosti, znovuprožívání události ve vzpomínkách i ve snech, pocit odcizení, otupělost. Lidé s touto poruchou mohou reagovat (v komunikaci, i na snahu pomoci jim) nepřiměřeně, agresivně či panickou reakcí. V těchto případech je vhodné zachovat klid, nenechat se ovlivnit ve vlastním jednání (nezapomeňme, že nálady a chování jsou „nakažlivé“ a komunikace je reaktivní záležitost), snažit se uklidnit partnera,

chvíli posečkat či vrátit se k jednání později. Podobné jednání je vhodné aplikovat také při „záchvatu“ člověka trpícího **panickou (úzkostnou) poruchou**, která se projevuje náhlým a opakovaným přívalem velmi silné úzkosti (po dobu několika minut), který člověka téměř zcela paralyzuje v činnosti i komunikaci – jedinec trpí pocitem ztráty sebekontroly, dušností, závratí, má strach, že vzápětí zešílí či umře.

Disociativní poruchy se dříve označovaly termínem **hysterie**. Disociace vede k narušení normálních funkcí vědomí tím, že dochází k narušení jejich integrity a výsledkem je amnézie – ztráta paměti, vytěsnění určité události z vědomí. Jiným mechanismem je konverze – omezení pohybových či smyslových funkcí, což může být mylně považováno za nějaké těžké somatické onemocnění (např. stupor – omezení či úplná absence reakce na vnější prostředí a pohybu a řeči, trans a stav posedlosti, křeče – „hysterický záchvat“, ztráta schopnosti chodit, pohybovat rukama, ...). Charakteristickým rysem poruchy je to, že se jedná o nevědomý mechanismus přinášející postiženému určitý „zisk“. Primárním ziskem je osvobození se od úzkosti provázející nějakou situaci či konflikt (např. amnézií), sekundárním ziskem jsou výhody, které klient získá prostřednictvím svého „záchvatu“ od svého okolí.

Paní Růžena byla hospitalizována s těžkou ataxií (ztrátou koordinace) dolních končetin a omezenou pohyblivostí levé končetiny s tím, že se může jednat o mozkovou přírodu. Vyšetření vyloučilo veškerá podezření somatické příčiny jejího stavu. Nakonec se zjistilo, že se jedná o disociativní (tedy „hysterickou“) poruchu motoriky – manžel paní Růženy si našel mladší ženu a chystal se od své ženy odejít.

Pokud se při jednání s klientem dostaví nějaká podoba disociací či konverzí, může to být signálem, že se jedná o velmi zátěžovou, konfliktní a stresovou situaci pro partnera a komunikující musí mít na paměti, že všechny tyto mechanismy jsou nezávislé na vůli a vědomí, tedy „že za ně člověk nemůže“. A také je třeba si uvědomit, že se může jednat o skutečně vážnou ataku se somatickou příčinou a symptomy nepodceňovat. Rozdíl mezi oběma možnostmi je v tom, že hysterické symptomy jsou „určeny pro diváky“, tedy – populárně řečeno – neobjevily by se, pokud by byl člověk sám na pustém ostrově (na rozdíl od symptomů např. mozkové či srdeční ataky).

SCHIZOFRENIE

Schizofrenní poruchy a poruchy s bludy jsou nejzávažnějšími duševními poruchami, kterými trpí přibližně jedno procento populace bez ohledu na rasu, kontinent a kulturně-sociální zázemí, přičemž nejrizikovějším časovým pásmem pro nástup nemoci je věk od 16 do 25 let. Neboť se jedná o poruchu, která je doprovázena bludy a halucinacemi, zjednodušeně si objasníme obsah těchto pojmů. **Bludy** jsou poruchy myšlení, kdy je pacientem obhajována chorobná a nevyvratitelná představa, soud, premisa. Existuje celá škála bludů – perzekuční („jsem pronásledován“), žárlivecký (viz Othello), erotomanický („jsem zcela neodolatelný pro opačné pohlaví, a to na mě dotírá, kde jenom může“), reinkarnační, reformátorsky-mystický a vůdcovský, ...

Halucinace jsou falešné smyslové vjemy bez podnětu, nejčastěji sluchové („slyším hlasy, které mi něco přikazují“) či zrakové („vidím mimozemšťany a jejich zvířata“, „vidím postavy z minulosti“).



Vzpomenete si na starý český a ve své době „kultovní“ film natočený podle Hrubínovy předlohy, v němž jedna z postav v doprovodu svého vnuka zdraví na procházce neexistující postavy: „Dobrý den, pane Berka, jak se daří...“?

Od halucinací je třeba odlišovat iluze, což jsou falešné vjemy objevující se však v přítomnosti podnětu (klient napříkladně spatří zcela cizí osobu, ale vidí v ní svoji maminku...).

Existuje celá řada forem schizofrenních poruch a poruch s bludy, přičemž zjednodušeně lze odlišit od sebe následující typy schizofrenií:

1. **Paranoidní schizofrenie**, která je charakterizována bludy pronásledování, kontrolovanosti, pocity ovlivňování a megalomanskými tendencemi. Bludy se často spojují se sluchovými (především) halucinacemi. U pacienta s touto formou schizofrenie nedochází k takovému oploštění citové sféry osobnosti jako u dalších forem, běžné jsou poruchy nálady i volní poruchy.
2. **Hebefrenie** je forma schizofrenie postihující především adolescenty a projevující se oploštělými a nepřiměřenými emocionálními reakcemi, bizarním chováním, manýrismy, chichotáním, neapným vtipkováním, pseudofilozofováním. Klient s hebefrenií má nepředvídatelné a velmi nezodpovědné chování, abulii (tj. chorobnou nerozhodnost, nedostatek vůle), upozorňuje na sebe grimasováním, změnami afektivity. Zatímco bludy a halucinace nejsou u této formy poruchy významné, myšlení je silně narušeno.
3. **Katatonní schizofrenie** má svoji produktivní či stuporózní formu. Produktivní forma je charakterizována vzrušením a zvýšenou motorickou aktivitou, zatímco stuporózní podoba poruchy se vyznačuje celkovou netečností osobnosti, nemluvností, negativismem, rigiditou až stuporem (strnulostí, nehybností), přičemž může docházet k náhlému střídání obou forem. Je zajímavé, že i v hlubokém stuporu jsou vědomí a paměť zachovány, přestože klient na podněty vůbec nereaguje, tak po odeznění stavu si pamatuje všechny události.
4. **Simplexní schizofrenie** se vyznačuje sociální izolací klienta, jeho pasivitou, apatií, závislostí na pomoci, bizarním chováním, ztrátou vůle, citovou oploštělostí, autismem, přičemž bludy a halucinace nejsou u schizofrenie simplex výrazné, časem nastupují poruchy myšlení, regrese chování a demence, vyskytují se potulky bez cíle.

V komunikaci s osobou trpící schizofrenní poruchou je podstatné, v jaké fázi choroby a léčení se nachází. Jestliže se nachází v tzv. epizodě (relaps, schizofrenní ataka, vypuknutí nemoci), je komunikace velmi ztížena či zcela znemožněna. Řeč schizofrenika se po formální stránce může zdát na první pohled nepostiženou (dlouhá a gramaticky správně postavená souvětí), nicméně častěji je postižena i formální stránka promluvy – hlas je nepřirozený (chraplavý a šeptavý či naopak ječivý), nemocný mluví monotónně či naopak s gradovanou dynamikou. Po obsahové stránce se vyskytuje „slovní salát“, chaos vznikající nesourodým skládáním slov. Stejně jako u stereotypních a stále se opakujících jednoduchých pohybů také v řeči se objevuje stereotypie – opakování (často akcentovaným hlasem) stejných slov či vět, časté jsou neologismy –

tvoření „vlastních“ slov, slovní novotvary vznikající většinou deformací běžných výrazů – čočodočka, čiká, nočka, pička, počka, ...



Příklad nesouvislého projevu schizofrenika: „... tady je otrávenej vzduch celej skorem dyby člověk utek. Jeden měl strach, že ani rádio nehraje a že sem přiletí na koni. Todle byla dycky pohádka pro děti a oni se to dozvědí Číňani, Finsko a že utekla zeměkoule do světa...“

Jako na zajímavost lze nahlížet na skutečnost, že i vysoce inteligentní schizofrenik selže při výkladu přísloví tím, že nepochopí metaforu a analogii, smysl povídky.

AFEKTIVNÍ PORUCHY

Poruchy nálady patřily se schizofreniemi mezi nejdůležitější psychózy a jsou stejně jako předchozí skupina poruch jedny z nejzávažnějších psychických onemocnění, která nás postihují, a co se týče depresí, tak jedny s nejfrekventovanějších poruch s prudce narůstající tendencí výskytu v současném světě.

Tyto poruchy jsou spíše známé pod svým **starším označením jako maniodepresivní psychózy**, cyklofrenie, či maniomelancholie, dnes se užívá označení depresivní či manická fáze, bipolární afektivní porucha – což je dřívější maniodepresivní psychóza. Onemocnění se projevuje ve fázích – epizodách. Po období klidu (zdraví) se dostavuje jedna z epizod (depresivní častěji než manická) či dochází ke střídání epizody manické s depresivní (v rozpětí od 6 měsíců – někdy i let – až po několik dnů, vzácně i několik hodin). Tato bipolární porucha nastupuje nejčastěji ve věku 20–35 let, prognózy jednotlivých fází jsou příznivé, prognózy celkového onemocnění již horší – dochází k návratům k nemoci a především v klimaktériu může dojít k chronifikaci depresivní fáze.

Depresivní syndrom má následující příznaky:

1. Psychické příznaky: depresivní nálada bez zjevné příčiny (smutek, plačtivost, úzkostnost, apatie), pacient má snížené sebevědomí, zvýšeně se sebeobviňuje, ztrácí důvěru, je pesimistický. Fyzicky je ochablý, s úzkostnou mimikou a gestikou, ovšem při vyvrcholené úzkosti může být agresivní vůči sobě (sebeпоškozování, sebevražda) či okolí (až zabít svých nejbližších v případě pacientů s bludy).



Vybavíte si kultovní díl totalitního TV seriálu Třicet případů majora Zemana, v němž se starý muž před tím, než spáchá sebevraždu, pokusí – právě pod vlivem svého bludu – zavraždit manželku a syna?

Řeč takového člověka je tichá a pomalá, někdy není schopen komunikace vůbec, myšlení jednotvárné a omezené, až vzniká dojem demence, idea sebevraždy intenzivní a nebezpečná. Někdy se objevují bludy (vše jsem zkazil, jsem pronásledovaný, budu popraven, za trest budu žít věčně a trpět), slovní sluchové halucinace, fobie, obsese.

2. Somatické příznaky: poruchy přijímání potravy, spánku, sexuální aktivity.

Manický syndrom má tyto příznaky:

1. Nadměrně dobrá nálada a rozjařenost bez zjevné příčiny, vysoká duševní aktivita i sebevědomí, neunavitelnost, neuznávání konvencí a zábran, bludy mají spíše podobu prchavých nápadů. Myšlení je rychlé a řeč mu nestačí, stává se až nesrozumitelnou, častá mluva pouze v překotných slovech zastupujících celé věty.
2. Mezi somatické příznaky patří snížená potřeba spánku, pacient působí svěžím a mladistvějším dojmem, má široké zornice, lesklé oči, zvýšený pulz, chuť k jídlu i libido. Manický syndrom je zkrátka opakem syndromu depresivního (proto bipolární porucha).

Jiří trpěl bipolární poruchou (maniodepresivní psychózou) s tím, že převažovaly fáze depresivní, při nichž měl tendenci k sebepoškozování. Nicméně pokud nastala fáze manická, stal se nebezpečný svému okolí – v horečnaté hyperaktivitě se mu jednou dokonce podařilo „ukrাদnout“ a rozjet lokomotivu stojící na odstavné koleji.

Pro **komunikaci s osobou trpící afektivní poruchou** platí stejné zásady, jako u předchozí (schizofrenní) poruchy: v případě, že se osoba nachází v epizodě (depresivní či manické fázi), je komunikace velmi těžká a někdy nemožná, zvláště s ohledem na myšlení a řeč – u depresivní fáze ulpívavé myšlení a mutismus (nemluvnost), u fáze manické překotný myšlenkový tok a překotná mluva. S osobami v remisi lze pak komunikovat běžným způsobem a bez omezení.

ORGANICKY PODMÍNĚNÉ DUŠEVNÍ PORUCHY

S organicky podmíněnými duševními poruchami souvisí nejzávažnější organické psychické postižení – **demence**, o kterém jsme se již zmínili v subkapitole pojednávající o mentální retardaci.



Pokuste se vymezit rozdíly mezi mentální retardací a demencí.

Demence je většinou záležitostí vyššího věku. Za demenci je považováno snížení intelektu minimálně o 20 %, přičemž syndrom je provázen řadou dalších závažných patologických změn v oblasti kognitivní (poznávací – především v oblasti paměti), v komunikaci (jak u orální řeči, tak u nonverbální komunikace), v chování a emočnosti, mohou se objevovat bludy, afázie (ztráta naučených řečových funkcí a to i ve schopnosti číst, psát či rozumět řeči), poruchy pozornosti a ztráta motivace. Postupně dochází k degradaci celé osobnosti, což se projeví například v neschopnosti sebeobsluhy, ve ztrátě časoprostorové orientace a návyků.

Nejčastější příčinou demencí je atroficko-degenerativní postižení CNS, přičemž nejrozšířenějším reprezentantem je zde Alzheimerova nemoc, která postihuje kolem 2 % populace osob starších 65 let věku. Chronologicky lze rozdělit toto – většinou bohužel silně progredující onemocnění – do třech stadií:

1. Počáteční mírné stadium – poruchy převážně krátkodobé paměti, zhoršení orientace, problémy s počítáním a psaním, vyhýbání se komunikaci, úzkostnost, depresivní stavy, podrážděnost.

2. Střední stadium – zhoršení paměti krátkodobé i dlouhodobé, poruchy řečové komunikace, bludy, apatie, neschopnost zvládat osobní záležitosti a vztahy, ztráta schopnosti učit se a abstraktně uvažovat.
3. Pozdní stadium – nárůst poruch orientace a paměti, stálé opakování pohybů a bezsmyslých slov, minimální oční kontakt, bloudění bez cíle, inkontinence, ztráta hybnosti.

Kliničtí logopedi navrhuji následující zásady maximalizace komunikačních možností u osob s demencí:

- užívejte vstřícného výrazu ve tváři,
- používejte klidnou gestiku a posturiku,
- přibližujte se k partnerovi v jeho zorném poli,
- pro uklidnění a získání pozornosti se nebojte užít jemného dotyku,
- odstraňte rušivé vlivy v okolí (rádio, televize),
- konverzujte pouze s jednou osobou najednou,
- snažte se navázat oční kontakt,
- mluvte v krátkých větách,
- mluvte pomalu a zřetelně artikulujte,
- užívejte konkrétní pojmenování a vyhýbejte se zájmenům zastupujícím konkrétní osoby, věci, ... ,
- používejte spíše uzavřené otázky, na které lze odpovědět ano – ne,
- je vhodné hovořit o přítomných věcech, na které lze ukázat,
- k navození aktivity používejte nedirektivní komentáře („Můžeme to udělat společně?“),
- využívejte piktogramy, obrázky, písmo.

PORUCHY OSOBNOSTI A CHOVÁNÍ U DOSPĚLÝCH OSOB

Pracovníci veřejné správy se mohou občas dostat do kontaktu s člověkem s porušenou osobností, který se dříve označoval za psychopata a ona porucha osobnosti za psychopatii.

Porucha osobnosti není nemoc, ale víceméně trvalý stav (problémy začínají již v dětství a táhnou se celý život) projevující se nepříznivými či nadměrně zvýrazněnými povahovými vlastnostmi a podivínským hrubě rušivým chováním.

Pro diagnostikování poruchy osobnosti musí člověk naplnit alespoň tři z následujících šesti abnormalit:

- zřetelně dysharmonické postoje a chování v oblasti myšlení, vnímání, citů, ... ,
- toto chování je trvalé,
- chování znemožňuje či znemožňuje adaptaci v sociálních situacích a ve styku s lidmi,
- toto abnormální chování lze pozorovat již od dětství,
- abnormální chování je spojeno s podstatným narušením pracovní výkonnosti,
- chování vede k výrazným subjektivním obtížím.

Podle abnormality osobnosti se rozlišují následující typy poruch osobnosti:

Paranoidní osobnost

je nadměrně citlivá na nezdary a domnělé urážky, chová se nedůvěřivě a podezřívavě vůči lidem, v nichž vidí často „ukryté nepřátele“, kteří jsou připraveni ji kdykoliv škodit – nejedná se ovšem o bludy, jako je tomu v případě paranoidní schizofrenie. Osoby s paranoidními rysy mají tendenci k patologické žárlivosti i tehdy, když k tomu nemají žádný důvod. . .



. . . a což takhle mouřenín benátský? Byl Othello paranoidní (či dokonce paranoidně schizofrenní) osobností? Inu patrně nebyl, protože. . . (jej ovlivnily „důkazy“ nevěry Desdemony podvržené Jagem. . .).

Schizoidní osobnost

není schopna prožívat radost a vyjádřit jakékoliv city a pocity k druhým, nereaguje na chválu ani na kritiku, je uzavřena sama do sebe a do svého světa, který si může vybudovat s velkou pečlivostí a svéráznou logikou. Jsou plaší, ale mohou být hloubaví a výteční v teoretických disciplínách (v praktických aktivitách naprosto selhávají), ostatními jsou většinou považováni za „tiché blázny“.

Milan byl od dětství plachý a tichý s tím, že mu bylo nejlépe, když si mohl někde v ústraní od ostatních dětí hrát a později i číst. Poměrně bez problémů (učení mu šlo „samo“) vystudoval gymnázium a filozofickou fakultu a působil jako středoškolský učitel na okresní škole. Do svých čtyřiceti let nebyl schopen navázat citový vztah s ženou a žil v malém domku společně s matkou, která se o něj starala. Hned ze školy směřoval domů, aby „stavěl“ svět, ve kterém byl „bohem“. Ve svém pokoji si stvořil vlastní stát (lepené modely domů, postavy lidí vyřezávané z kolíčků) a societu s logickým a pevně stanoveným řádem – s ústavou a pluralitním politickým systémem, školstvím, armádou, . . . Dokonce vytvořil pro „svůj lid“ specifický jazyk s vlastní gramatikou a slovní zásobou kolem dvou tisíc slov, který – jako jediný na světě – ovládal. Byl to jen jeho svět, do kterého utíkal.

Disociální osobnost

má trvalé problémy se společenskými normami a naprostý nezájem o city lidí kolem sebe. Disociální osobnost je bezohledná k druhým, ke společenským pravidlům a normám, neschopna udržet trvalejší vztah (v kontrastu ke schopnosti tento vztah navázat), má sklon k agresivnímu i zločineckému chování bez pocitu viny.

Emočně nestálá osobnost

jedná impulzivně bez ohledů na následky, trpí výkyvy nálad, může být značně agresivní (zvláště je-li kritizována). Často prožívá intenzivní ale krátkodobé citové vztahy se sklonem k sebevražednému jednání v době emoční krize.

Histriónská osobnost

byla dříve označována za osobnost hysterickou. Osoby zvýšeně sugestibilní, egocentrické, teatrální, afektované se sklonem k sebeprosazování (být středem pozornosti) bez ohledu na druhé. Ženy jsou „koketky“ narušující partnerské vztahy jiných i vztahy na pracovišti. Tyto osoby mají sklon k tzv. bájevému lhaní – líčí neobvykle živě a věrohodně příběhy, které se nestaly.

Anankastická osobnost

má sklon k pedantismu, perfekcionalismu a puntičkářství. Zabývá se nepodstatnými detaily, je vnitřně nejistá, pochybovačná. Veškerou aktivitu dlouhodobě a detailně plánuje. . .



Vzpomeňte si na postavu učitele hudby – snoubence „Pišťalky“ ze seriálu o básnících. Nebo na Jacka Nicholsona jako podivínského autora bestsellerů ve filmu Lepší už to nebude. . .

Úzkostná osobnost

Trpí neustálými pocity napětí, obav, nejistoty, méněcennosti, jsou zvýšeně citliví na kritiku a odmítnutí, což způsobuje problém při navazování vztahů, mají sklon k přehánění potencionálního nebezpečí.

PORUCHY PSYCHICKÉHO VÝVOJE A PORUCHY CHOVÁNÍ A EMOCÍ V DĚTSTVÍ A V DOSPÍVÁNÍ

V této subkapitole se zaměříme na některé poruchy, které spadají do oblasti dětské psychiatrie (péči o klienty s těmito poruchami se zabývá také dětský psycholog a psychoped). Kapitola je určena především pro úředníky školské sféry.

DĚTI S PERVAZIVNÍ VÝVOJOVOU PORUCHOU

Pervazivní porucha je taková, která zcela proniká osobností dítěte a výrazně mění jeho chování, možnosti socializace, vzdělávání etc.

Rozeznáváme několik pervazivních vývojových poruch, které vykazují v některých ohledech odlišné symptomy:

- **Dětský autismus** je charakterizován především triádou znaků – narušenou sociální interakcí, omezenou schopností verbální i nonverbální komunikace a stereotypním chováním. Takto postižené děti (ve 3/4 případů je porucha kombinovaná s mentální retardací) nemají relevantní reakce na emocionální podněty, těžce se přizpůsobují jakékoliv změně, vzdělávání je u nich možné realizovat většinou jen ve speciálních třídách, s oblibou vykonávají stereotypní pohyby, bývají zaujaté jednotvárnou, jakoby rituální manipulací s předměty, s klasickými hračkami si nehrají adekvátním způsobem, spíše si hrají s drobnými předměty, které mohou být bizarní povahy.

Markétka je desetiletá dívka s diagnózou vysokofunkčního autismu, která se vzdělává ve speciální třídě integrované do běžné školy. V porovnání se spolužáky zvládá výuku velmi dobře, a tak jí paní učitelka jako odměnu po každém splněném úkolu povolí její nejmilejší činnost, které věnuje každou volnou chvíli dne – točení barevného magazínu na úrovni očí.

- **Rettův syndrom** postihuje (na rozdíl od dětského autismu postihujícího čtyřikrát častěji chlapce) jenom děvčata, u kterých dochází po krátkém období

normálního vývoje ke ztrátě komunikačních i pohybových schopností, což se demonstruje především ztrátou funkčních pohybů rukou, objevuje se stereotypie kroutivých pohybů prstů. Děvčata mají výrazné postižení inteligence a psychomotoriky.

- **Jiné dezintegrační poruchy v dětství** se vyznačují obdobím normálního vývoje, které je vystřídáno ztrátou získaných dovedností autistického typu (tj. komunikace, sociální interakce), přičemž může opět dojít k částečné obnově těchto funkcí.
- **Aspergerův syndrom** se vyskytuje převážně u chlapců a má příznaky jako autismus s tím podstatným rozdílem, že schází retardace řeči a celkového kognitivního vývoje.

DĚTI S PORUCHAMI CHOVÁNÍ A EMOCÍ

- **Hyperkinetické poruchy** se objevují do pátého roku života dítěte a vyznačují se hyperaktivitou, porušenou schopností vytrvat při činnosti (hlavně při učení), přidružuje se porucha pozornosti (ADHD/ADD syndrom jako obdoba dřívějšího vymezení LMD – lehké mozkové dysfunkce), vlivem reakce sociálního prostředí na poruchu se může objevovat asociální chování v adolescenci i dospělosti. V souvislosti s následující kategorií se ve speciální pedagogice používá někdy termín „specifické vývojové poruchy chování“.
- **Poruchy chování** se demonstrují dlouhodobými a opakujícími se projevy vzdorovitého a agresivního jednání (lži, záškoláctví, týrání spolužáků i zvířat, neposlušnost, afektivita). Podle nasměrování poruchy rozlišujeme poruchu chování ve vztahu k rodině (často směrem k nevlastnímu rodiči), nesocializovanou poruchu chování (narušené chování ke spolužákům, dítě je samotářsky agresivní), socializovanou poruchu chování (dítě je bezproblémové k vrstevníkům, ale s dospělými má konflikty), poruchy opozičního vzdoru vyskytující se v období 9–10 let a vyznačující se vzdorovitým a provokativním chováním bez známek agresivního chování.
- **Emoční poruchy**, které mohou i nemusí přecházet v neurotickou poruchu v dospělosti, přičemž záleží nejen na osobnostních dispozicích, ale rozhodujícím způsobem na stabilitě rodinných vztahů a výchovných přístupů.

Do emočních poruch řadíme separační úzkostnou poruchu v dětství, vyznačující se strachem z odloučení od blízkých osob, strachem z toho, že se jim něco zlého přihodí, strachem odloučit se být na malou chvíli od blízkých osob (ve škole, při usínání ve svém pokoji, ...). Separační úzkost je fyziologická v 7. měsíci vývoje dítěte.

Fobická úzkostná porucha v dětství se vyznačuje nepřiměřeně silnou reakcí strachu a úzkosti na určitou situaci, zatímco dítě trpící sociální úzkostnou poruchou má nepřiměřený strach z kontaktů s neznámými lidmi.

- K **poruchám sociálních vztahů** patří reaktivní porucha přichylnosti (u dětí s emocionální deprivací z dětských domovů, dětí zanedbaných a zneužívaných

CAN syndrom), které jsou bázlivé, mají chudou interakci se sociálním prostředím, občas dokonce i zpomalení tělesného růstu) a desinhibovaná porucha příchyllosti (ze stejných důvodů jako v předchozím případě je dítě naopak nadměrně příchylé a nekriticky přátelské ke každému, navazované vztahy jsou však povrchné a přelétavé).

- **Tikové poruchy** se vyznačují rychlými neovladatelnými pohyby nebo hlasovou produkcí s náhlým začátkem, která nemá komunikační povahu. Tiky lze na krátkou dobu potlačit, ale celkově je nelze ovládat. Počítáme mezi ně především:
 1. *přechodnou tikovou poruchu*, která netrvá déle než rok (objevuje se cca ve věku 4–5 let) a projevuje se grimasováním a mrkáním,
 2. *chronickou motorickou či vokální tikovou poruchu*, jež přetrvává delší dobu než rok,
 3. *Tourettův syndrom*, který je provázen motorickými a vokálními tiky (tyto se projevují chrochtáním, pokašláváním, vykřikováním i vulgárních slov, což může být spojeno i s neovladatelnou vulgární gestikulací, parodováním cizího chování, hyperaktivitou a zvýšenou potřebou dotyků).
- Do kategorie jiných poruch chování a emocí se řadí **denní či noční enuréza** (pomocování po 4–5 roce života), **enkopréza** (bezděčná defekace normální stolice), **porucha příjmu jídla** v útlém věku, která se velmi často vyskytuje u dětí s hlubokou mentální retardací, stejně tak jako **pika** (požívání nestravitelných látek, které je typické i pro děti s autistickou poruchou) a **poruchy se stereotypními pohyby** (především kývání trupem, sebepoškozování kousáním do rtů, rukou, ...). **Koktavost a breptavost** patřící do této kategorie spadají do logopedické péče.

SHRNUTÍ

Mezi duševní poruchy (kromě mentální retardace) také počítáme:

- **Demence** (např. Alzheimerovu chorobu).
- **Schizofrenie**.
- **Afektivní poruchy** (manická či depresivní fáze, bipolární – tj. manickodepresivní porucha).
- **Neurotické poruchy** (fobické úzkostné poruchy, panická porucha, obsedantně kompulzivní porucha, posttraumatická stresová porucha, hysterie).
- **Poruchy chování a osobnosti u dospělých** (typu paranoidní či schizoidní osobnosti, disociální – „psychopatická“ – osobnost, histrionská – „hysterická“ – osobnost atd.).
- **Poruchy psychického vývoje a poruchy chování a emocí u dětí**.

Pracovník veřejné správy by se měl v komunikaci s duševně postiženým člověkem řídit obdobnými pravidly jako při komunikaci s člověkem s mentálním postižením, tj. mít stále na zřeteli takt, toleranci, empatii, ohleduplnost, trpělivost a úctu k partnerovi s duševním postižením. Je důležité pokusit se udržet vstřícné a pozitivní

naladění hovoru, klidný a pomalý tok řeči se zvýrazněnými modulačními faktory. Nebát se zvýraznit také prostředky neverbální komunikace („řeč těla“), a to především mimiku (úsměv je mocným „terapeutem“) a gestiku. Je třeba si uvědomit, že mnoho takto postižených osob vnímá projev úředníka na mnohem vyšší úrovni, než by tento odhadoval z jejich zpětné vazby či verbální reakce na promluvu, dotazy apod. Dále je třeba si uvědomit fakt, že osoby trpící jinou mentální poruchou, než jakou je mentální retardace či demence, jsou většinou intelektově zcela normální či mohou být dokonce nadprůměrní, přestože by to neodpovídalo úrovni jejich verbální či neverbální komunikace. Úředník veřejné správy by neměl zapomínat na skutečnost, že mnoho klientů trpících autistickou poruchou, Tourettovým syndromem, nejružnější poruchou osobnosti i dalšími duševními poruchami jsou lidé vysokoškolsky vzdělaní a působící v náročných povoláních, jako je napříkladně chirurgie či projektování staveb.

OTÁZKY K ZAPAMATOVÁNÍ

1. Čím se liší schizoidní porucha osobnosti od schizofrenie?
2. Jaký je rozdíl mezi „neurózou“ a „psychózou“?
3. Jaké jsou zásady při komunikaci s osobami s demencí?
4. Jaké typy afektivních poruch známe?
5. V čem se odlišuje paranoidní porucha osobnosti od paranoidní schizofrenie?
6. Jaký je rozdíl mezi disociativní poruchou a disociální poruchou osobnosti?

SEZNAM PRAMENŮ POUŽITÝCH V TEXTU

DOPORUČENÁ LITERATURA

- [1] BAJO, I., VAŠEK, Š.: *Pedagogika mentálne postihnutých (Psychopédia)*. Bratislava : Sapientia, 1994.
- [2] BLEHOVÁ, B., ŠUBRT, I. a kol.: *Oligofrenie a demence v pediatrické praxi*. Praha : Avicenum, 1978.
- [3] DOLEJŠÍ, M.: *K otázkám psychologie mentální retardace*. Praha : Avicenum, 1978.
- [4] HARTL, P., HARTLOVÁ, H.: *Psychologický slovník*. Praha : Portál, 2000.
- [5] MATULAY, K.: *Mentálna retardácia*. Martin : Osveta, 1986.
- [6] RUBINŠTEJNOVÁ, S. J.: *Psychologie mentálně zaostalého žáka*. Praha : SPN, 1973.
- [7] SACKS, O.: *Antropoložka na Marsu*. Praha : Mladá fronta, 1997.
- [8] SOVÁK, M.: *Logopedie*. Praha : SPN, 1978.
- [9] SVOBODA, M., KREJČÍŘOVÁ, D., VÁGNEROVÁ, M.: *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha : Portál, 2001.
- [10] ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. a kol.: *Klinická logopedie*. Praha : Portál.
- [11] ŠVARCOVÁ, I.: *Mentální retardace*. Praha : Portál, 2000.
- [12] VALENTA, M., KREJČÍŘOVÁ, O.: *Psychopedie (kapitoly z didaktiky mentálně retardovaných)*. Olomouc : Netopejr, 1997.
- [13] VALENTA, M.: *Dramaterapeutické projektování*. Olomouc : Univerzita palackého v Olomouci, 2003.
- [14] VALENTA, M., MÜLLER, O.: *Psychopedie*. Praha : Parta, 2004.
- [15] VENCOVSKÝ, E., DOBIÁŠ, J.: *Psychiatrie*. Praha : Avicenum.
- [16] ZVOLSKÝ, P.: *Speciální psychiatrie*. Praha: Karolinum, 1996.

OSTATNÍ DOPORUČENÉ INFORMAČNÍ ZDROJE

- Adresář speciálněpedagogických center (SPC) pro mentálně postižené www.apspc.cz
- Informační portál Dobromysl www.dobromysl.cz
- Sdružení pro pomoc mentálně postiženým ČR www.spmPCR.cz

ZÁVĚR

Zdravotně postižení a společnost. Téma rozsáhlé svým historickým, psychologickým a emocionálním, stejně jako právním a organizačním rámcem. V české historii je poprvé – na základě usnesení vlády České republiky a aktivit odboru vzdělávání a informací ve veřejné správě Ministerstva vnitra přistoupeno k jeho (byť nutně dílčímu) zpracování do podoby vzdělávacího textu pro úředníky veřejné správy v České republice.

Výzkumné centrum integrace zdravotně postižených, garant vypracování této publikace a autor prvotních návrhů obecných vzdělávacích modulů pro jednotlivé úrovně vzdělávání v rámci některých agend veřejné správy, oslovilo významné odborníky zabývající se problematikou jednotlivých skupin občanů se zdravotním postižením u nás se žádostí o přiblížení oblastí jejich zájmu pracovníkům veřejné správy. Výsledkem uvedené snahy je učební text, či spíše příručka, kterou jste právě dočetli. Rádi bychom vás, čtenáře této publikace, případně účastníky školení pořádaných v této oblasti, v závěru oslovili s otázkou a výzvou.

Přes nesporný pokrok, kterého jsme byli za uplynulé období v oblasti vyrovnávání příležitostí občanů se zdravotním postižením v naší republice svědky, je zřejmé (a řadu příkladů jsme uvedli i v tomto textu), že plány podpory a integrace vůči této skupině občanů jsou plně opodstatněné. Výkon veřejné správy, zejména nyní v procesu její transformace, v období takřka permanentní „změny legislativy“, považujeme za jeden z rozhodujících činitelů na cestě k vyrovnávání příležitostí. Snažili jsme se seznámit vás se základními oblastmi, problémy a úskalími života občanů se zdravotním postižením. Lidé se zdravotním postižením nejsou „chudáci“ čekající na podporu a pomoc, stojíme na stanovisku „společenské výhodnosti“ jejich další podpory a zlepšování podmínek, nyní nazývané „kvalita života“. Předložená publikace zcela samozřejmě nemohla pokrýt celou sledovanou problematiku. Kladla si za cíl zvýraznit jen základní a charakteristické vývojové tendence ve společnosti existující obecně, i v rámci jednotlivých odvětví, které jsme přivykli označovat jako resorty správy. Jestliže jsme alespoň částečně přispěli ke zvýšení povědomí vás, pracovníků veřejné správy, o životě občanů se zdravotním postižením, jsme tomu rádi. Nikoliv kvůli prestiži autorů textu, ale zejména či výhradně vzhledem k našemu přesvědčení, že většina pracovníků – úředníků veřejné správy v České republice přistupuje k plnění svých pracovních povinností s vysokým stupněm profesionality a čím dál více i empatie k potřebám občanů – zde občanů se zdravotním postižením.

V úvodu našeho textu jsme vás vyzvali k zaslání postřehů, námětů a doporučení, jež se váží k textu či Vaší samotné práci pro občany se zdravotním postižením. Tuto

výzvu rádi zopakujeme, vaše stanoviska je možné zaslat na elektronickou adresu: office@vcizp.cz

Na úplný závěr knihy dovoluťe uvést citát z textu Charty na 80. léta, dokumentu přijatého před dvaceti pěti lety, který jako jeden z prvních ukázal na potřeby úprav společenských systémů pro občany se zdravotním postižením.

„V procesu postupné integrace zdravotně postižených bude nutno překonat hmotné a sociální bariéry, které vylučují postižené z plnohodnotné účasti na společenském životě... Národ, který není s to se s tímto úkolem vyrovnat, není též s to realizovat svou skutečnou hodnotu.“

VCIZP, Olomouc 2005

Mgr. Lenka Krhutová
Mgr. et PaedDr. Jan Michalík, Ph.D.
Doc. PhDr. PaedDr. Miloň Potměšil, Ph.D.
PhDr. Libor Novosad, Ph.D.
Doc. PaedDr. Milan Valenta, Ph.D.

Občané se zdravotním postižením a veřejná správa

Odpovědná redaktorka RNDr. Hana Dziková
Jazyková redakce Vydavatelství Univerzity Palackého v Olomouci
Grafický návrh a zpracování obálky Mgr. Petr Jančík
Sazba Vydavatelský servis, Plzeň

Vydala Univerzita Palackého v Olomouci
Křížkovského 8, 771 47 Olomouc
www.upol.cz/vup
e-mail: vup@upol.cz
v koedici s Výzkumným centrem integrace zdravotně postižených
I. P. Pavlova 16, 779 00 Olomouc
www.vcizp.cz

Vytiskl Papírtisk s.r.o., Lindnerova 108/5, 779 00 Olomouc

Olomouc 2005

1. vydání

Ediční řada – Učebnice

ISBN 80-244-1168-7 (Univerzita Palackého v Olomouci)
ISBN 80-903658-0-9 (VCIZP)