

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

Filozofická fakulta

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Praha 2008

Luisa Zoulková

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
FILOZOFICKÁ FAKULTA
Katedra pedagogiky

**Osobní asistence jako prostředek psychosociálního rozvoje lidí se
zdravotním postižením**

**Personal assistance as a means of psychosocial development of people
with health disabilities**

Diplomová práce

Pedagogika

Pedagogika

Vypracovala: Luisa Zoulková, prezenční magisterské studium

Vedoucí práce: PhDr. Jitka Lorenzová, Ph.D.

Praha 2008

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a že jsem uvedla všechny použité prameny a literaturu.

V Praze dne 25. března 2008

Luisa Zoulková

Poděkování

Ráda bych na tomto místě poděkovala vedoucí mé diplomové práce
PhDr. Jitce Lorenzové, Ph.D. za odborné vedení, věcné rady i konstruktivní kritiku
a za podporu při psaní této práce.

Luisa Zoulková

Obsah

1. ÚVOD.....	9
2. TEORETICKÁ ČÁST.....	11
2.1 OSOBNÍ ASISTENCE.....	11
2.1 OSOBNÍ ASISTENCE.....	11
2.1.1 Definice.....	11
2.1.1 Definice.....	11
2.1.2 Charakteristika	12
2.1.2 Charakteristika	12
2.1.3 Principy osobní asistence.....	13
2.1.3 Principy osobní asistence.....	13
2.1.4 Typy osobní asistence:.....	14
2.1.4 Typy osobní asistence:.....	14
2.2 POČÁTKY OSOBNÍ ASISTENCE - Hnutí INDEPENDENT LIVING.....	17
2.2 POČÁTKY OSOBNÍ ASISTENCE - Hnutí INDEPENDENT LIVING.....	17
2.3 OSOBNÍ ASISTENCE V ČR	19
2.3 OSOBNÍ ASISTENCE V ČR	19
2.3.1 Historie.....	19
2.3.1 Historie.....	19
2.3.2 Současná situace.....	21
2.3.2 Současná situace.....	21
2.4 ZÁKON O SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH.....	21
2.4 ZÁKON O SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH.....	21
2.4.1 Legislativa.....	22
2.4.1 Legislativa.....	22
2.4.2 Základní informace.....	22
2.4.2 Základní informace.....	22
2.4.2.1 Předmět úpravy.....	23
2.4.2.1 Předmět úpravy.....	23
2.4.2.2 Sociální služby	23
2.4.2.2 Sociální služby	23
2.4.2.3 Příspěvek na péči.....	25
2.4.2.3 Příspěvek na péči.....	25
2.4.3 Hlavní principy a jejich realizace.....	27
2.4.3 Hlavní principy a jejich realizace.....	27
2.4.4 Podmínky pro poskytování a užívání osobní asistence.....	30
2.4.4 Podmínky pro poskytování a užívání osobní asistence.....	30
2.5 TERMINOLOGIE – LIDÉ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM.....	34
2.5 TERMINOLOGIE – LIDÉ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM.....	34
2.5.1 Klasifikace IC IDH.....	36
2.5.1 Klasifikace IC IDH.....	36

2.5.2 Klasifikace ICF.....	37
2.5.2 Klasifikace ICF.....	37
2.6 SPECIFIKA OSOBNÍ ASISTENCE PRO JEDNOTLIVÉ TYPY ZDRAVOTNÍCH POSTIŽENÍ	39
2.6 SPECIFIKA OSOBNÍ ASISTENCE PRO JEDNOTLIVÉ TYPY ZDRAVOTNÍCH POSTIŽENÍ	39
2.7 SPECIFIKA VÝVOJE LIDÍ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM.....	44
2.7 SPECIFIKA VÝVOJE LIDÍ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM.....	44
2.7.1 Osobnost lidí se zdravotním postižením.....	44
2.7.1 Osobnost lidí se zdravotním postižením.....	44
2.7.2 Vrozené postižení.....	46
2.7.2 Vrozené postižení.....	46
2.7.3 Získané postižení.....	48
2.7.3 Získané postižení.....	48
2.7.4 Degenerativní onemocnění či postižení s nepříznivou prognózou.....	49
2.7.4 Degenerativní onemocnění či postižení s nepříznivou prognózou.....	49
3. EMPIRICKÁ ČÁST.....	50
3.1 EMPIRICKÁ SONDA.....	50
3.1 EMPIRICKÁ SONDA.....	50
3.1.1 Téma.....	50
3.1.1 Téma.....	50
3.1.2 Problém.....	50
3.1.2 Problém.....	50
3.1.3 Cíl.....	50
3.1.3 Cíl.....	50
3.1.4 Analýza problematiky.....	51
3.1.4 Analýza problematiky.....	51
3.1.5 Stanovení hypotéz.....	54
3.1.5 Stanovení hypotéz.....	54
3.1.6 Výzkumná strategie.....	55
3.1.6 Výzkumná strategie.....	55
3.1.7 Výzkumná metoda.....	56
3.1.7 Výzkumná metoda.....	56
3.1.7.1 Typ testu	56
3.1.7.1 Typ testu	56
3.1.7.2 Vzorek respondentů a jeho výběr	57
3.1.7.2 Vzorek respondentů a jeho výběr	57
3.1.7.3 Vyhodnocení získaných dat.....	61
3.1.7.3 Vyhodnocení získaných dat.....	61
3.1.8 Závěr šetření a ověření hypotéz.....	74
3.1.8 Závěr šetření a ověření hypotéz.....	74
3.1.9 Diskuse.....	76
3.1.9 Diskuse.....	76
3.1.9.1 Metodologie.....	76
3.1.9.1 Metodologie.....	76

3.1.9.2 Obsah.....	77
3.1.9.2 Obsah.....	77
4. ZÁVĚR.....	79
5. SEZNAM PRAMENŮ A LITERATURY:.....	81
6. PŘÍLOHY.....	87
6.1 PŘÍLOHA Č. 1: SEZNAM TABULEK A GRAFŮ.....	87
6.1 PŘÍLOHA Č. 1: SEZNAM TABULEK A GRAFŮ.....	87
6.2 PŘÍLOHA Č. 2: DOTAZNÍK.....	88
6.2 PŘÍLOHA Č. 2: DOTAZNÍK.....	88
6.3 PŘÍLOHA Č. 3: ZÁKON O SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH A PROVÁDĚCÍ VYHLÁŠKA	93
6.3 PŘÍLOHA Č. 3: ZÁKON O SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH A PROVÁDĚCÍ VYHLÁŠKA	93
6.4 PŘÍLOHA Č. 4: AKTIVITY A PARTICIPACE DLE KLASIFIKACE ICF....	111
6.4 PŘÍLOHA Č. 4: AKTIVITY A PARTICIPACE DLE KLASIFIKACE ICF....	111
6.5 PŘÍLOHA Č. 5: CO PRO MĚ ZNAMENÁ OSOBNÍ ASISTENCE.....	114
6.5 PŘÍLOHA Č. 5: CO PRO MĚ ZNAMENÁ OSOBNÍ ASISTENCE.....	114

1. ÚVOD

V následující práci se budu věnovat osobní asistenci a jejímu vztahu k psychosociálnímu rozvoji člověka s postižením. Vzhledem k tomu, že jsem měla možnost poznat práci osobního asistenta z vlastní zkušenosti, setkala jsem se s potřebami lidí se zdravotním postižením a viděla jsem konkrétní přínos osobní asistence pro zkvalitnění jejich života. Zároveň jsem narazila i na nedostatečnou informovanost o této službě jak ze strany laické veřejnosti, tak i ze strany lidí se zdravotním postižením. Jako palčivou vnímám též otázku financování této služby, jelikož jsem byla svědkem toho, že tato služba nemohla být často z finančních důvodů poskytována v takové míře, jakou by rozsah postižení některých lidí vyžadoval. Mezníkem ve vývoji této problematiky u nás je schválení dlouho připravovaného zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb., který nabyl účinnosti ke dni 1. ledna 2007. Tento zákon během jednoho roku své účinnosti prošel několika novelizacemi a stal se předmětem mnoha diskusí. Na podkladě těchto svých zkušeností a současné situace v sociální oblasti, jsem se rozhodla zpracovat výše uvedené téma a podložit vlastní pozorování empirickým šetřením.

Práce se skládá z teoretické části, která se zabývá osobní asistencí, pojetím zdravotního postižení a psychosociálním rozvojem člověka s postižením s ohledem na využívání osobní asistence. Při práci jsem pracovala s českými i cizojazyčnými odbornými publikacemi a dalšími dostupnými zdroji. V empirické části jsem si stanovila za cíl zjistit, jaké jsou přínosy seburčující osobní asistence pro lidi s tělesným postižením, zda je pro ně tato služba dostupná v potřebné míře a kde získávají prvotní informace o této službě. Jako výzkumnou metodu jsem použila sbírání dat pomocí dotazníku.

2. TEORETICKÁ ČÁST

2.1 OSOBNÍ ASISTENCE

2.1.1 Definice

Osobní asistence je „komplex služeb, jejichž cílem je pomoci člověku, který potřebuje ke svému životu pomoc druhé osoby, zvládnout prostřednictvím osobního asistenta ty úkony, které by dělal sám, kdyby mohl. Poskytuje se bez omezení místa a času.“¹

Dle zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. spadá osobní asistence do skupiny služeb sociální péče a je specifikována jako „terénní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje bez časového omezení, v přirozeném sociálním prostředí osob a při činnostech, které osoba potřebuje“ (§ 39, odst.1).

Osobní asistence pomáhá člověku s postižením zabezpečit jeho základní životní potřeby, a to jak biologické, tak sociální. Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. vymezuje základní oblasti činností, při kterých je osobní asistence poskytována. Jsou jimi:

- a) pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu
- b) pomoc při osobní hygieně
- c) pomoc při zajištění stravy
- d) pomoc při zajištění chodu domácnosti
- e) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti

¹ HRDÁ, J. *Osobní asistence – obecné informace o této službě pro občany, kteří potřebují ke svému životu pomoc druhé osoby*. POV Praha: POV, s. 13.

- f) zprostředkování kontaktu se společenských prostředím
- g) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí

2.1.2 Charakteristika

Osobní asistence je sociální služba určená všem lidem, kteří potřebují ke svému životu pomoc druhé osoby, nebo-li dle Hrdé (2004, s.10) cílovou skupinou jsou „lidé, jejichž schopnost realizovat samostatně každodenní úkony je omezena vzhledem ke zdravotnímu postižení nebo jinému znevýhodňujícímu faktoru“ a cílem osobní asistence je „zajištění soběstačnosti uživatele nebo podpora rozvoje soběstačnosti, setrvání v přirozeném prostředí a zachování vlastního životního stylu“. „Osobní asistence je alternativou pobytu klienta v pobytovém zařízení“ a „poskytuje se v přirozeném prostředí klienta bez omezení rozsahu, místa a času, tj. ve všem a všude dle potřeb a dohody s ním“(Hrdá 2004, s. 10).

Osobní asistence umožňuje každému člověku s postižením žít svůj vlastní život, který je v jistém smyslu srovnatelný se životem jeho vrstevníků. Díky osobní asistenci i člověk s velmi těžkým postižením může studovat, pracovat, vychovávat děti a starat se o vlastní domácnost, cestovat, věnovat se zájmovým činnostem či účastnit se společenských a kulturních akcích. Osobní asistence tak napomáhá k odstranění sociálního handicapu člověka s postižením, jelikož je poskytována v přirozeném životním prostředí a není vázána místem na určitou instituci.

Osobní asistence se neposkytuje dle představ poskytovatele či pečující osoby, ale vychází zcela z potřeb uživatele, který má právo si sám určit, co chce dělat a jakým způsobem bude daná služba probíhat. U sebeurčující osobní asistence je za průběh služby zodpovědný uživatel, vztah mezi ním a asistentem je rovnocenný, ale ne

rovnoprávný (srov. Hrdá 2007). Je to uživatel, který je v roli zaměstnavatele a může určovat podmínky. V osobní asistenci není již její uživatel pasivní a v roli toho, který se musí podřizovat dobré vůli ostatních, ale osobní asistence podporuje jeho aktivní zapojení a účast na svém vlastním životě. Osobní asistence tak sice klade určité nároky na jejího uživatele, ale zároveň podporuje jeho psychosociální rozvoj.

Osobní asistence je nejen vítané odlehčení rodině, která nemůže sama péči o člověka s postižením zvládnout a pochopitelně odmítá jeho umístění výhradně do ústavní péče, ale zároveň přitom pomáhá udržovat normálně fungující vztahy v rodině a chrání je před jejich vyčerpáním. Stejně tak může sloužit jako prevence vzniku nezdravé závislosti či manipulace mezi člověkem pečujícím a tím, který potřebuje jeho péči. Osobní asistence se může rovněž stát prostředkem osamostatnění člověka s postižením, což je zvláště důležité u dospívajících dětí.

2.1.3 Principy osobní asistence

Hnutí Independent Living formulovalo čtyři hlavní zásady, kterými by se poskytování osobní asistence mělo řídit, tzv. „čtyři D“²:

- *Delimitace* – osobní asistence není taxativně vymezena určenými výkony, které by měly být prováděny v určitém čase, osobní asistence je přizpůsobena aktuálním potřebám člověka s postižením
- *Deprofesionalizace* – osobní asistenti nejsou profesionály, osobním asistentem se může stát člověk bez předchozí zkušenosti s postiženým člověkem, klient si své osobní asistenty školí a instruuje sám dle svých potřeb

² HRDÁ, J. *Osobní asistence – obecné informace o této službě pro občany, kteří potřebují ke svému životu pomoc druhé osoby*. POV, Praha: POV, s. 10.

- *Demedikace* – člověk se zdravotním postižením vyhledává lékařskou pomoc jen v případě zdravotních potíží, není předmětem lékařské péče a priori jen díky svému postižení
- *Deinstitutionalizace* - osobní asistence dává člověku s postižením možnost žít ve svém domácím prostředí a řídit svůj vlastní život bez nutnosti podřizování se řádu jiné instituce

2.1.4 Typy osobní asistence:

- **Sebeurčující osobní asistence** „je určena klientům, kteří si své osobní asistenty sami školí, průběžně instruují a organizují jejich práci. Osobní asistenti pomáhají při uspokojování základních životních potřeb biologických, tj. při sebeobsluze (hygieně, oblékání, stravování apod.), při pohybu, nákupu, vaření atd., dále při uspokojování základních životních potřeb společenských tj. při komunikaci, studiu, event. zaměstnání, zájmových činnostech apod.“³

V širším slova smyslu v rámci sebeurčující osobní asistence je na samotném uživateli i hledání, výběr a popř. i školení osobních asistentů. Tuto činnost ovšem i v rámci sebeurčující osobní asistence mohou převzít také poskytovatelé sociálních služeb. Na uživateli přesto zůstává instruování asistentů v průběhu služby, plánování jednotlivých služeb a také odpovědnost za celkový průběh asistence.

³ HRDÁ, J. *Co potřebujete vědět o osobní asistenci, kterou poskytuje POV* [online]. Praha, POV. [cit. 2008-01-20]. Dostupné na WWW: <http://aa.ecn.cz/img_upload/07bc9d1453b4bc61934a7ebb36075df2/CO_POT_EBUJETE_V_D_T_O_OSOBN_ASISTENCI.doc>.

Tento typ osobní asistence splňuje všechny čtyři principy hnutí Independent Living a je osobní asistencí v pravém slova smyslu (Hrdá 2006 b, s.19-20).

Nejpočetnější skupinou uživatelů sebeurčující osobní asistence jsou lidé s tělesným postižením. Rovněž tento typ osobní asistence mohou využívat například i senioři, kteří mají výše zmíněné předpoklady pro využívání této služby (Hrdá 2004, s. 69-71).

- **Řízená osobní asistence** „je pro ty klienty, kteří potřebují vyškolené osobní asistenty, jejichž práce je koordinována zvenčí. Tito osobní asistenti poskytují pomoc event. dohled při uspokojování základních životních potřeb biologických i společenských. Používají ji zejména klienti se smyslovým, psychickým nebo mentálním postižením.“⁴

Zvláštní cílovou skupinou řízené osobní asistence jsou děti, jelikož nejsou ještě způsobilé nést plnou zodpovědnost za své jednání a průběh asistence, popř. též staří lidé, u nichž výhody z používání této formy asistence mohou z důvodu organizační náročnosti sebeurčující osobní asistence převažovat (Hrdá 2004, s. 69-71).

U lidí, kteří nejsou schopni řídit průběh osobní asistence sami, může tuto roli zastávat tzv. „klíčová osoba“, která působí jako prostředník mezi asistentem a uživatelem osobní asistence. Typickým příkladem jsou rodiče dětí s postižením, kteří usnadňují komunikaci mezi ním a osobním asistentem, učí dítě formulovat vlastní přání vzhledem k osobní asistenci a dohlíží na naplňování jeho potřeb v průběhu služby. Na podobném principu může klíčová

⁴ viz o.c. HRDÁ, J. *Co potřebujete vědět o osobní asistenci, kterou poskytuje POV* [online].

osoba fungovat i u lidí s mentálním postižením či u starších lidí, kteří nejsou zvyklí asistenci sami řídit, stejně tak u všech ostatních lidí využívajících řízenou osobní asistenci.

Někdy je též možné setkat se s pojmem:

- **Školní osobní asistence / asistent pedagogika** spadající ovšem pod Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, řídicí se školským zákonem č. 561/2004 Sb. a zákonem o státní správě a samosprávě ve školství č. 564/1990 Sb. Tento typ asistence neodpovídá základnímu vymezení a chápání pojmu osobní asistence.

V současné době se připravuje nové znění školského zákona, kde by měla být jasně vymezena role osobního asistenta a asistenta pedagoga ve škole. Dle zápisu z jednání Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT) a Ministerstva práce a sociálních věcí (MPSV) ze dne 29. 7. 2004 je pracovní náplň asistenta pedagoga „zprostředkovávat výchovnou a vzdělávací činnost dětem se speciálními vzdělávacími potřebami, v případě potřeby pomáhat dětem s těžším zdravotním postižením se sebeobsluhou v době vyučování, na základě pokynů pedagogického pracovníka“⁵ a pracovní náplň osobního asistenta je „doprovod dítěte do školy nebo školského zařízení před počátkem vyučování a jeho vyzvednutí ze školy nebo školského zařízení po skončení vyučování včetně dalších podpůrných činností nasmlouvaných zákonnými zástupci žáka“⁶ Z jednání také vyplývá, že asistence během školního procesu je v kompetenci MŠMT a asistence mimo budovu školy v kompetenci MPSV s tím, že pokud dítě bude potřebovat zajistit zvýšenou pomoc v oblasti sebeobsluhy či doprovodných činností během školní docházky, je na zvážení ředitele školy, zda využije pro dítě i osobní asistence jako sociální služby.

⁵ *Osobní asistent a asistent pedagoga - jednání MPSV a MŠMT ze dne 29.7.2004* [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, aktualizace 10. 5. 2005 [cit. 2007-2-11]. Dostupné na WWW: <<http://www.mpsv.cz/cs/1084>>

⁶ viz o. c. *Osobní asistent a asistent pedagoga - jednání MPSV a MŠMT ze dne 29.7.2004* [online].

2.2 POČÁTKY OSOBNÍ ASISTENCE - Hnutí INDEPENDENT LIVING

Hnutí Independent Living⁷ vzniklo ve Spojených státech amerických na konci 60. let. Založil je Ed Roberts na universitě v Berkley v Kalifornii společně se svými přáteli, studenty s tělesným postižením. Říkali si Rolling Quads neboli v překladu „valící se kvadrouti“. Cílem tohoto hnutí bylo dosáhnout plné rovnoprávnosti lidí s postižením s ostatními zdravými lidmi. V roce 1969 vytvořili program nazvaný „Strategie nezávislého života“ a začátkem 70. let založili první Centrum nezávislého života, kde byla mimo jiné poskytována osobní asistence lidem s tělesným postižením. Kromě osobní asistence zde byly poskytovány i další služby lidem s tělesným postižením, především to bylo vzájemné poradenství lidí s tělesným postižením (Peer Counseling) a informační servis.

Hnutí se postupně začalo šířit i do dalších zemí. V Evropě vzniklo Evropské hnutí nezávislého života ENIL (The European Network of Independent Living)⁸, které sdružuje evropská centra a pomáhá jim v činnosti, vytváří vzájemnou koordinační a informační síť. V jednotlivých zemích přijali organizace zásady hnutí a přizpůsobily je svým konkrétním podmínkám a dle situace v zemi.

Jaké jsou zásady hnutí?

Zásady hnutí shromáždil a vypracoval Steven E. Brown, který shromáždil materiály o celosvětovém působení hnutí Independent Living a o podstatě pojmu independent living uvádí toto: „...v některých kulturních prostředích není slovo, které by vyjadřovalo totéž co independent.... Věřím, že podstatou pojmu „sebeurčující“ je rozpoznání a výběr možností. Abychom naplnily své právo na sebeurčení, naše možnosti výběru musí být dostatečně rozmanité. To neznamená, že lidé s postižením a bez něj mají stejné schopnosti nebo musí dělat věci stejným způsobem jako zdravá populace, ale znamená

⁷ HRDÁ, J. *Osobní asistence – obecné informace o této službě pro občany, kteří potřebují ke svému životu pomoc druhé osoby*. POV, Praha: POV, s. 4.

⁸ viz o. c. HRDÁ, J. *Osobní asistence – obecné informace o této službě pro občany, kteří potřebují ke svému životu pomoc druhé osoby*. s. 4.

to, že nacházejí rovnocenné možnosti. Sebeurčující život znamená, že lidé s tělesným postižením mají možnosti rovnocenného výběru v oblasti sociální, politické, ekonomické a kulturní jako osoby bez postižení.“⁹

Do češtiny se pojem independent living překládá často jako „nezávislý život“ či „samostatný život“, což není po obsahové stránce přesné a plně nevystihuje podstatu hnutí. Lidé s postižením mohou být nezávislí v názorech na svůj život a v rozhodování o něm, ale vždy budou závislí na určité formě pomoci od svého okolí a společnosti. Podobně je tomu pochopitelně i se samostatností.

Proto nejlépe vystihuje skutečnost pojmem „sebeurčující život.“ Člověk s postižením potřebuje ke svému životu vždy určitou pomoc od svého okolí, popř. potřebuje určité pomůcky či prostředky, které kompenzují jeho postižení. Prostřednictvím obojího může dělat věci jako lidé bez postižení. Člověk s postižením vždy zůstává svým způsobem závislý. Přesto neztrácí právo rozhodovat o sobě i ve věcech, které sám o sobě nedokáže udělat. Má tedy právo na sebeurčení i v těch záležitostech, v nichž je nesamostatný a závislý na ostatních.

Každý člověk je jedinečný, má své silné a slabé stránky, svůj pohled na svět a postoj k životu, svůj žebříček hodnot a zásady, své měřítko krásy a dobra, své představy a prožívání, své sny, své záliby a libůstky i své neřesti, svůj smysl pro humor. Stejně tak každé postižení je jiné, a tak jsou jiné i věci, které konkrétní člověk potřebuje. Hnutí Independent Living vychází z myšlenky, že každý člověk je „odborníkem“ na svůj život, popř. na své postižení. Pouze jednotlivec může nejlépe říci, co mu schází, co potřebuje, jakým způsobem mu lze nejlépe pomoci, resp. co konkrétně pro něho můžeme v danou chvíli udělat. Nikdo jiný to nemůže vědět lépe než právě on.

Nutno ještě doplnit, že to neznamená, že by se vytrácel prostor pro empatii a porozumění, že by se zdravý člověk nemohl a neměl snažit vcítit do pocitů a potřeb člověka s postižením. Naopak, ale musíme vždy respektovat individualitu každého člověka a jeho právo o sobě rozhodovat.

⁹ HRDÁ, J. *Osobní asistence – obecné informace o této službě pro občany, kteří potřebují ke svému životu pomoc druhé osoby*. POV, Praha: POV, s. 4.

Z toho vychází myšlenka tzv. „spotřebitelské kontroly“¹⁰, kdy lidé s postižením jako uživatelé různých programů a služeb pro ně určených, by měli mít hlavní roli v jejich řízení a kontrole. Kompetence, popř. odpovědnost jsou na straně člověka samotného a nepřenáší se na druhou osobu, popř. stát či jinou instituci.

2.3 OSOBNÍ ASISTENCE V ČR

2.3.1 Historie

Počátek osobní asistence u nás můžeme datovat až do let po Sametové revoluci 17. listopadu 1989, jelikož předchozí totalitní režim této myšlenky nebyl naprosto nakloněn. Jeho ideologie kolektivismu a budování pokroku na úkor osobního štěstí založená na popírání práv jedince neměla prostor pro individuální přístup k jednotlivci a možnosti jeho svobodného rozhodování o svém životě, natož pro lidi s postižením, kteří se nehodili do šablony ideální, dokonalé, uniformní společnosti, bez sebemenších náznaků jakékoliv nedokonalosti či odlišnosti. Jednalo se ve jménu lidu a na člověka nebyl brán ohled. Pro lidi s postižením se zřizovali ústavy často v hlubokých lesích, pokud možno co nejdál od civilizace, kde by nebyli nikomu na očích a nevzbuzovali by zbytečné otázky a pochybnosti o správnosti fungování celého systému. Život těchto lidí byl určován ústavním řádem.

Ti šťastnější mohli zůstat doma s vynaložením všech sil celé rodiny. Žili sice ve svém domácím prostředí, často ovšem také nedobrovolně uzavřeni v sociální izolaci, kdy se museli potýkat s řadou bariér a nepochopením ostatních občanů, kteří na kontakt s postiženým člověkem nebyli z výše uvedených důvodů zvyklí.

¹⁰ HRDÁ, J. *Osobní asistence – obecné informace o této službě pro občany, kteří potřebují ke svému životu pomoc druhé osoby*. POV, Praha: POV, s. 5.

Zcela nové možnosti se objevily po listopadu 1989, kdy se začal měnit postoj státu k lidem s postižením a lidem se otevřel prostor pro jejich vlastní iniciativu.

První kontakt s osobní asistencí v České republice nám zprostředkoval pan Kadlec z Hodonína, který v době své emigrace v Německu utrpěl úraz a zůstal na vozičku. V listopadu 1989 přijel do České republiky spolu se svým osobním asistentem a jako první zde mohl hovořit o svých osobních zkušenostech s osobní asistencí.

V roce 1990 navštívili Českou republiku Marry van Dongen a Tine Kowenhoven z holandské odnože hnutí Independent Living. S myšlenkami hnutí včetně principů osobní asistence seznámily několik členů Pražské organizace vozíčkářů (POV), kteří se rozhodli tuto službu zavést i u nás. Konkrétní představu o podobě osobní asistence a jejím využití čerpali ze Švédska od Adolfa Ratzky ze stockholmského družstva STIL.

V květnu roku 1991 se konal seminář o Independent Living, kterého se účastnili zástupci téměř všech organizací a sdružení, kteří by se mohli v budoucnu osobní asistencí zabývat. Nechyběli ani pracovníci Ministerstva práce a sociálních věcí a pracovníci Ministerstva zdravotnictví.

Pražská organizace vozíčkářů se stala členem evropské větve Independent Living a stala se prvním poskytovatelem osobní asistence u nás. Začalo to tak, že Petr Vojtík vypracoval projekt na osobní asistenci. Projekt byl podán na Ministerstvo zdravotnictví, které jej přidělilo Ministerstvu práce a sociálních věcí. Zde byl projekt přijat jako experiment a byly na něj poskytnuty peníze, které byly použity na osobní asistenci 10 lidí s velmi těžkým tělesným postižením. Osobní asistenty hledali mezi přáteli. Do projektu byl vybrán jen zlomek lidí, kteří by takovou službu potřebovali. Přesto to byl velký posun v péči o lidi s postižením u nás. Tímto způsobem začala od roku 1992 v České republice existovat osobní asistence.

Zájem o osobní asistenci byl veliký. V roce 1993 poskytovala Pražská organizace vozíčkářů prostřednictvím projektu osobní asistenci 30 lidem, v roce 1994 byl již počet klientů dvojnásobný, tedy 60 lidí s postižením.¹¹

¹¹ HRDÁ, J. *Osobní asistence – obecné informace o této službě pro občany, kteří potřebují ke svému životu pomoc druhé osoby*. POV, Praha: POV, s. 11-12.

Postupně se informace a zájem o osobní asistenci začali šířit jak mezi poskytovateli sociálních služeb, tak mezi lidmi s postižením, což vedlo k postupnému rozšíření této služby. Poskytovateli se postupně stávali i další nestátní neziskové organizace, které si dokázaly zajistit finanční prostředky na tuto službu ať už formou grantu či např. sponzoringu.

2.3.2 Současná situace

Zásadní posun v oblasti péče o lidi s postižením přinesl nový zákon o sociálních službách, který nabyl účinnosti dnem 1.1.2007. Tento zákon konečně definoval typy sociálních služeb, podmínky jejich poskytování i financování a v neposlední řadě zavedl do sféry sociálních služeb také záruku jejich kvality ve formě Standardů kvality sociálních služeb.

V současné době je osobní asistence poskytována jako sociální služba již řadou organizací a zařízení, převážně v sektoru nestátních neziskových organizací. Přesto ne pro každého člověka s postižením je tato služba dostupná zcela v potřebné míře. Důvodem je stále nedostatek finančních prostředků, s kterým se musí potýkat jak uživatel, tak poskytovatel osobní asistence, tak nakonec i ve svém důsledku osobní asistent vzhledem k nevelké výši mzdy.

2.4 ZÁKON O SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH

2.4.1 Legislativa

Zákon o sociálních službách byl po dlouholeté přípravě předložen vládou, resp. ministrem práce a sociálních věcí Zdeňkem Škromachem 6. září 2006 Poslanecké sněmovně ČR k projednání a po vrácení Senátem ČR byl zákon schválen v Poslanecké sněmovně ČR dne 14. března 2006 poměrem hlasů 155 pro ku 8 hlasům proti. Ve Sbírce zákonů byl uveřejněn 31. března pod číslem 108/2006. Účinnosti zákon nabyl ke dni

1. ledna 2007.¹²

V průběhu roku 2007 byly schváleny postupně tři novely k tomuto zákonu a to v podobě zákona ze dne 30. ledna 2007 č. 29/2007 Sb. a zákona ze dne 18. července 2007 č. 213/2007 Sb., kterými se mění zákon o sociálních službách a další zákony a jejich účinnost je ode dne vyhlášení, tj. 20. února 2007, resp. 22. srpna 2007. Zatím poslední novelou je zákon o stabilizaci veřejných rozpočtů č. 261/2007 Sb. ze dne 19. září 2007. Účinnost tohoto zákona je k 1. lednu 2008 s výjimkou některých ustanovení. Co se týče změn zákona o sociálních službách, nabývají některá ustanovení účinnosti dnem vyhlášení zákona 16. října 2007 a některá ustanovení až dnem 1. července 2009.

Prováděcí vyhláška k tomuto zákonu byla schválena dne 15. listopadu 2006 jako vyhláška č. 505/2006 Sb, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, s účinností od 1. ledna. Tato vyhláška byla během roku 2007 novelizována vyhláškou č. 166/2007 Sb. s účinností ode dne jejího vyhlášení 4. července 2007 a vyhláškou č. 340/2007 Sb. s účinností od 1. ledna 2008, s výjimkou ustanovení týkajících se vzdělání pracovníků v sociálních službách, která nabývají účinnosti dnem jejího vyhlášení.

2.4.2 Základní informace

¹² *Senát Poslanecké sněmovny České republiky* [online]. Praha: Senát PČR. Posl. úpravy 31. 10. 2007 [cit. 2007-17-11]. Dostupné na WWW: <http://www.senat.cz/xqw/xervlet/pssenat/historie?ke_dni=31.10.2007&O=6&action=detail&value=1847>.

2.4.2.1 Předmět úpravy

Zákona o sociálních službách upravuje podmínky „poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám...v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči...“ (§ 1, odstavec 1). Předmětem úpravy jsou také podmínky pro získání oprávnění k poskytování sociálních služeb a způsob kontroly kvality poskytovaných služeb. Zákon také určuje kritéria, která musejí splňovat pracovníci v sociálních službách, kteří vykonávají odbornou činnost.

2.4.2.2 Sociální služby

Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. ve znění pozdějších předpisů definuje sociální službu jako „činnost nebo soubor činností podle tohoto zákona zajišťující pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení“ (§ 3, písmeno a), tyto služby zahrnují sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence a jejich poskytování může být ve formě pobytové, ambulantní nebo terénní.

Sociální poradenství zahrnuje základní sociální poradenství, které je „základní činností při poskytování všech druhů sociálních služeb“ a „poskytovatelé všech druhů sociálních služeb jsou vždy povinni tuto činnost zajistit“ (§ 37).

Služby sociální péče „napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení“ (§ 38). Do těchto služeb patří:

- Osobní asistence
- Pečovatelská služba
- Tísňová péče
- Průvodcovské a předčitatelské služby
- Podpora samostatného bydlení
- Odlehčovací služby

- Centra denních služeb
- Denní stacionáře
- Týdenní stacionáře
- Domovy pro osoby se zdravotním postižením
- Domovy pro seniory
- Domovy se zvláštním režimem
- Chráněné bydlení
- Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče

Třetí skupinou služeb jsou služby sociální prevence, které „napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou tímto ohroženy pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí a ohrožení práv a oprávněných zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby. Cílem služeb sociální prevence je napomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů“ (§53). Do těchto služeb jsou zařazeny:

- Raná péče
- Telefonická krizová pomoc
- Tlumočnické služby
- Azylové domy
- Domy na půl cesty
- Kontaktní centra
- Krizová pomoc
- Intervenční centra
- Nízkoprahová denní centra
- Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež

- Noclehárny
- Služby následné péče
- Sociálně aktivizační služby pro rodiny a děti
- Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením
- Sociálně terapeutické dílny
- Terapeutické komunity
- Terénní programy
- Sociální rehabilitace

„Pobytovými službami se rozumí služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb“, ambulantními službami jsou takové služby, „za kterými osoba dochází nebo je doprovázena nebo dopravována do zařízení sociálních služeb“ a „terénními službami se rozumí služby, které jsou osobě poskytovány v jejím přirozeném prostředí“ (§ 33).

2.4.2.3 Příspěvek na péči

Zákon o sociálních službách zavádí tzv. příspěvek na péči, který „se poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby za účelem zajištění potřebné pomoci.“ (§7, odstavec 1). O přiznání tohoto příspěvku rozhoduje obecní úřad obce s rozšířenou působností na základě sociálního šetření a vyšetření zdravotního stavu lékařem úřadu práce či na jeho žádost v určeném zdravotnickém zařízení. Na základě těchto vyšetření je konkrétní osobě přiznán měsíční příspěvek na péči ve výši, která odpovídá stanovené míře závislosti:

- a) **stupeň I / lehká závislost** náleží osobě, „jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 12 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti

nebo u osoby do 18 let věku při více než 5 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti“ (§8, písmeno a)

- výše příspěvku ve věku 1 – 18 let: 3 000 Kč
- výše příspěvku ve věku nad 18 let: 2 000 Kč

b) stupeň II / středně těžká závislost náleží osobě, „jestliže z důvodu

dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 18 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 10 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti“ (§8, písmeno b)

- výše příspěvku ve věku 1 – 18 let: 5 000 Kč
- výše příspěvku ve věku nad 18 let: 4 000 Kč

c) stupeň III / těžká závislost náleží osobě, „jestliže z důvodu

dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 24 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 15 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti“ (§8, písmeno c)

- výše příspěvku ve věku 1 – 18 let: 9 000 Kč
- výše příspěvku ve věku nad 18 let: 8 000 Kč

d) stupeň IV / úplná závislost náleží osobě, „jestliže z důvodu

dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 30 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti

nebo u osoby do 18 let věku při více než 20 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti“ (§8, písmeno d)

- výše příspěvku ve věku 1 – 18 let: 11 000 Kč
- výše příspěvku ve věku nad 18 let: 11 000 Kč

Příspěvek na péči může být přiznán až od 1 roku věku dítěte.

Přesné úkony péče o vlastní osobu a soběstačnosti stanoví zákon a jejich hodnocení je upraveno prováděcí vyhláškou. Při hodnocení se posuzuje „zda je osoba schopna dlouhodobě, samostatně, spolehlivě a opakovaně rozpoznat potřebu úkonu, úkon fyzicky provádět obvyklým způsobem a kontrolovat správnost provádění úkonu“ (vyhláška č.505/2006 Sb., § 1, odstavec 2). Toto hodnocení se provádí v přirozeném prostředí posuzované osoby. Vyhláškou jsou také stanoveny úkony, které jsou hodnoceny s použitím kompenzačních pomůcek. U dětí do 18 let věku se při hodnocení zvládnutí jednotlivých úkonů péče o vlastní osobu a soběstačnosti přihlíží k běžné míře pomoci z důvodu věku, tzn. porovnání zvládnutí úkonů vzhledem k vrstevníkům.

Osoba, které byl příspěvek na péči přiznán, je povinna jej využívat k zajištění potřebné pomoci. Kontrolou správného využívání příspěvku je pověřen obecní úřad obce s rozšířenou působností, který při zjištění neodpovídajícího zajištění potřebné pomoci či využívání příspěvku na péči k jiným účelům, může po předchozím písemném upozornění vyplácení příspěvku pozastavit, popř. též odejmout.

2.4.3 Hlavní principy a jejich realizace

Hlavní zásadou zákona o sociálních službách je „dodržování lidských práv a svobod osob“ (§2, odstavec 2), dále „posilování jejich sociálního začleňování“ (tamtéž)

a podporování „rozvoje jejich samostatnosti“ (tamtéž). Zákon si klade za cíl, že pomoc musí „působit na osoby aktivně“ (tamtéž) a motivovat „k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvání nebo prohloubení nepříznivé sociální situace“ (tamtéž). Z obecných principů je rovněž důležité zachování důstojnosti osob a vycházení z „individuálně určených potřeb“ (tamtéž).

K naplňování těchto principů dle Ministerstva práce a sociálních věcí slouží tato opatření¹³

- „Každému člověku garantuje bezplatné poradenství.“

Dále zákon umožňuje přístup k informacím v oblasti sociálních služeb vytvořením registru poskytovatelů sociálních služeb a povinností jednotlivých poskytovatelů „zajišťovat dostupnost informací o druhu, místě, cílech, okruhu osob, jimž poskytují sociální služby, kapacitě poskytovaných služeb a o způsobu poskytování sociálních služeb, a to způsobem srozumitelným pro všechny osoby“ (§88, písmeno a).

- „Lidem, kteří jsou závislí na pomoci jiného člověka ve zvládnání péče o sebe a v soběstačnosti, bude poskytována státem sociální dávka "příspěvek na péči".“

Formou příspěvku na péči by peníze na sociální služby neměly jít výhradně na účet poskytovatelů sociálních služeb, ale také přímo do rukou uživatelů těchto služeb. Uživatelé sami již můžou rozhodnout, do jaké služby tyto peníze investují, tzn. uživatel se stává tím, který si vybírá a rozhoduje o využití těchto finančních prostředků. To také

¹³ *Stručný průvodce zákonem o sociálních službách* [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2006 [cit. 2007-11-22], s. 3. Dostupné na WWW: <<http://www.mpsv.cz/files/clanky/3222/zlom170x170web.pdf>>.

přispívá k větší konkurenci na trhu poskytování sociálních služeb, a tím potažmo také ke zvýšení jejich kvality. Příspěvek na péči dává také člověku možnost větší volby a podpory terénních služeb, mezi které osobní asistence samozřejmě patří, popř. zapojení do pomoci i své blízké či jiné fyzické osoby, což podporuje samostatnost a individuální rozvoj lidí s postižením. Ústavní péče tím pádem nebude oproti dřívějším dobám prioritou.

- „Lidem, kteří nezvládají svoji situaci samostatně nebo s pomocí rodiny a jejich blízkých, nabízí velmi pestrou nabídku sociálních služeb, ze které si mohou svobodně vybírat podle svého uvážení, finančních možností či dalších individuálních preferencí.“

Sociální služby musí být vždy poskytovány na základě smlouvy mezi poskytovatelem sociálních služeb a jejich uživatelem, což umožňuje nastavení individuálních podmínek.

- Zákon současně garantuje, že poskytované služby budou pro uživatele bezpečné, profesionální a přizpůsobené potřebám lidí, a to vždy tak, aby v první řadě zachovávaly důstojnost uživatelů a podporovaly jejich aktivní přístup.“

Důležitým nástrojem pro zajištění a udržení kvality služeb jsou standardy sociálních služeb a jejich kontrola formou inspekcí.

- „Zákon také vytváří prostor pro spoluúčast lidí na procesech rozhodování o rozsahu, druhích a dostupnosti sociálních služeb v jejich obci či kraji.“

Sociální služby nebudou již řízeny unifikovaně státem, ale budou vycházet z konkrétních podmínek v jednotlivých krajích, jelikož kraje nebudou dostávat dotace od státu plošně, ale na základě vypracování střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb. Toto plánování vychází ze „spolupráce zadavatelů (obcí, krajů) s uživateli (klienty) a poskytovateli (jednotlivými organizacemi) sociálních služeb.“¹⁴ Jelikož potenciální uživatelé sociálních služeb disponují finančními prostředky ve formě příspěvku na péči, mohou

¹⁴ *Otázky a odpovědi k zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a k zákonu č. 109/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách* [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí [cit. 2007-11-22], s. 17. Dostupné na WWW: <www.mpsv.cz/cs/9>.

také svojí investicí ovlivnit potřebnost jednotlivých služeb. Proto se rozvrstvení sociálních služeb může v jednotlivých krajích i značně lišit.

S financováním sociálních služeb souvisí i zrovnoprávnění nestátních neziskových organizací a státních institucí, jelikož finanční dotace budou poskytovány na základě kvality poskytovaných služeb. Stát již není majoritním poskytovatelem sociálních služeb (v současné době je zřizovatelem prostřednictvím Ministerstva práce a sociálních věcí pouze 5 zařízení sociálních služeb), ale formou vypisovaných dotačních titulů bude určovat podmínky pro zajištění jejich kvality a dostupnosti v jednotlivých krajích.¹⁵ Zároveň zákon počítá s vícezdrojovým financováním sociálních služeb a tím i posílením finanční soběstačnosti jednotlivých poskytovatelů sociálních služeb.¹⁶

2.4.4 Podmínky pro poskytování a užívání osobní asistence

Osobní asistence je dle zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. terénní služba v oblasti sociální péče. Její definice a vymezení činností dle tohoto zákona bylo uvedeno již výše.

Poskytovatelem osobní asistence může být buď právnická osoba či fyzická osoba, pokud splnila podmínky pro registraci, na základě které jí bylo vystaveno oprávnění k poskytování sociálních služeb, resp. osobní asistence, a je tudíž zapsána v registru poskytovatelů sociálních služeb, který vede krajský úřad a jeho elektronickou podobu spravuje Ministerstvo práce a sociálních věcí (§ 6, 78, 85, 86). Pokud tuto činnost vykonávala již dříve a chce v ní i po nabytí účinnosti zákona o sociálních

¹⁵ *Otázky a odpovědi k zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a k zákonu č. 109/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách* [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí [cit. 2007-11-22], s. 17. Dostupné na WWW: <www.mpsv.cz/cs/9>.

¹⁶ viz o. c. *Otázky a odpovědi k zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a k zákonu č. 109/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách* [online]. s. 19.

službách pokračovat, musí podat žádost o registraci do konce června 2007 (§120, odstavec 5). Poskytovatelé osobní asistence, stejně jako poskytovatelé ostatních sociálních služeb, jsou též povinni vypracovat a „dodržovat standardy kvality sociálních služeb“ (§88, písmeno h) a jsou povinni vždy zajistit základní činnosti uvedené v definici osobní asistence (§ 35, odstavec 3). Prováděcí vyhláška zákona o sociálních službách stanovuje maximální částku, kterou si může poskytovatel za hodinu osobní asistence účtovat. Původně byla tato částka ve výši 85 Kč/hod (vyhláška č. 505/2006 Sb., § 5, odstavec 2), od 1. ledna 2008 se tato částka zvedla na 100 Kč/hod (vyhláška č. 340/2007 Sb.).

Dle zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. ve znění pozdějších předpisů¹⁷ jsou kladeny i nároky na osobního asistenta. Podmínkou k výkonu osobního asistenta, resp. pracovníka v sociálních službách, je „způsobilost k právním úkonům, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a odborná způsobilost.“ (§ 116, odstavec 2). Odpovídající vzdělání pro výkon osobního asistenta splňuje ergoterapeut, sociální pracovník či osoba s ukončeným středním vzděláním výučním listem či maturitou a po absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu. Absolvování tohoto kurzu není již od 21. prosince 2007 (vyhláška č. 340/2007 Sb.) vyžadováno po těch, kdo mají ukončené vzdělání maturitní zkouškou na některém oboru, uvedeném v příloze č. 4 prováděcí vyhlášky. Časová dotace kvalifikačního kurzu je 150 výukových hodin a je do něj započítána i praxe (vyhláška č. 505/2006 Sb., § 37). Podmínku absolvování kvalifikačního kurzu „je třeba splnit do 18 měsíců ode dne nástupu zaměstnance do zaměstnání. Do doby splnění této podmínky vykonává zaměstnanec činnost pracovníka v sociálních službách pod dohledem odborně způsobilého pracovníka v sociálních službách“ (§ 116, odstavec 7 – viz zákon č. 261/2007 Sb.). Pokud někdo vykonával osobní asistenci před nabytím účinnosti tohoto zákona, je povinen si kurz doplnit do 2 let od jeho účinnosti (§120, odstavec 13 – viz zákon č. 29/2007 Sb.).

V zákoně o sociálních službách se ne zcela uplatnily principy hnutí Independent Living v deprofesionalizaci a deinstitucionalizaci, jelikož osobní asistence je poskytována na základě smlouvy mezi poskytovatelem a klientem osobní asistence, jsou

¹⁷ viz zákon č. 29/2007 Sb., č. 213/2007 Sb. a č. 261/2007 Sb.

daná pravidla pro poskytovatele osobní asistence i nároky na vzdělání osobních asistentů, nicméně zde na druhou stranu existuje určitá záruka kvality a systém její kontroly. Zároveň je také důležité, že „služba se poskytuje bez časového omezení, v přirozeném sociálním prostředí osob a při činnostech, které osoba potřebuje“ (§39, odstavec 1). Poskytovatel osobní asistence tudíž musí zajistit v případě zájmu klienta poskytování této služby nepřetržitě 24 hodin denně každý den a služba není vázaná místem na konkrétní instituci, ale řídí se přáním a individuálními potřebami klienta. Na druhou stranu osobní asistence tak, jak je garantována zákonem, je vhodná i pro ty lidi, kteří nejsou schopni z důvodu svého postižení či sociální situace si osobní asistenci sami řídit či si ji zajistit jinou cestou než přes poskytovatele sociálních služeb.

Zákon ovšem umožňuje i poskytování osobní asistence, resp. potřebné péče i na neformální úrovni. Člověk s postižením si totiž může pomocí příspěvku na péči zajistit potřebnou pomoc skrze jakoukoliv fyzickou osobu, tzn. že potřebnou péči může zajišťovat rodinný příslušník, přítel, soused či jiná fyzická osoba, kterou si osoba s postižením najde. V tomto případě, kdy pomoc poskytuje „osoba blízká nebo jiná fyzická osoba, která tuto činnost nevykonává jako podnikatel“ (§83), se nejedná o sociální službu, jak ji vidí zákon, a tato osoba nepodléhá registraci jako poskytovatel sociálních služeb a nevztahují se na ní tudíž ani standardy kvality sociálních služeb. Tato péče může být poskytována na bázi občanskoprávní smlouvy a ne pracovního právního vztahu a finanční odměna z příspěvku na péči nepodléhá danění. V případě

potřeby, může obecní úřad obce s rozšířenou působností vydat bezplatně potvrzení „prokazující dobu této péče pro účely hmotné nouze, zdravotního pojištění a důchodového pojištění a zaměstnanosti“ (§29, odstavec 3 ve znění pozdějších předpisů).¹⁸ V tomto případě pečující osoba musí podepsat prohlášení, že jako hlavní osoba přebírá zodpovědnost za zajištění potřebné péče. Tato forma poskytování osobní asistence, resp. potřebné péče splňuje již všechny čtyři požadavky hnutí Independent Living.

Přínosem zákona v oblasti osobní asistence je beze sporu vůbec její definování jako sociální služby, včetně podmínek jejího poskytování, což sebou ovšem nese určité diskutabilní požadavky. Jedním z nich je požadavek na vzdělání osobních asistentů. Dle mého názoru při stavu neustálého nedostatku osobních asistentů je tento požadavek mnohdy přemrštěný, zvláště jedná-li se o osobní asistenci u lidí, kteří jsou schopni si ji určitým způsobem řídit.

Dalším přínosem je zavedení příspěvku na péči, prostřednictvím kterého si člověk, který pomoc potřebuje, může tuto pomoc sám zajistit. Je ovšem nutno mít na zřeteli, že se opravdu jedná jen o příspěvek, jelikož člověk, kterému je třeba přiznán 4. stupeň, tzn. úplná závislost, a který potřebuje nepřetržitě pomoc druhé osoby, dostane na tuto péči v současné době 11 tisíc korun. Pokud by tento člověk nechtěl využít pouze pobytových služeb, jejichž maximální výše úhrady se odvíjí od výše příjmu a úhrada za péči je s výjimkou týdenních stacionářů, kde je tato částka menší, rovná právě výši

¹⁸ viz zákon č. 213/2007 Sb. a č. 261/2007 Sb.

příspěvku na péči (viz zákon č. 108/2006 Sb., § 73), musí si najít i jiný způsob, jak a z čeho si osobní asistenci zajistí.

2.5 TERMINOLOGIE – LIDÉ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

„Pozornost věnovaná slovům je důležitá nejen pouze z estetických a formálních důvodů, ale především proto, že slova obsahují platný model, ke kterému se vztahujeme.“ (Andrea Canavero)¹⁹

Stejně tak jako jazyk a vývoj řeči mají vliv na způsob myšlení, tak i slova a výrazy, která používáme, vypovídají o našem způsobu uvažování a vztahování se k věcem a ke světu vůbec. Co se týče lidí s postižením i zde jednotlivé výrazy zaznamenaly znatelný posun. Slova, která se dříve běžně používala, mají v dnešní době již záporný až hanlivý nádech. Rozhodně nemůžeme říct, že by Rudolf Jedlička, předseda Spolku pro léčbu a výchovu rachitiků a mrzáků v Praze a zakladatel Jedličkova ústavu pro zmrzačené, chtěl tyto lidi tímto označením nějak hanobit. Stejně tak označení invalidovna nebo invalida, které se vžilo zprvu pro válečné veterány, kteří ve společnosti požívali zvláštní úctu, protože nasadili své zdraví v boji za svou vlast,

¹⁹ CANAVERO, A. *Words that make difference [online]*. Itálie: ASPHI. Posl. úprava červenec 2002 [cit. 2008-01-08]. Dostupné na WWW: <<http://www.asphi.it/english/DisabilitaOggi/DefinizioniOMS.htm>>.

mělo dříve výrazněji pozitivní charakter. Což ovšem neplatí už v naší době, kdy slovo mrzák je spíše nadávkou. Vezmeme-li navíc významový překlad slova invalida (in – valid) jako neplatný, nehodnotný, je zřejmé, že používání tohoto slova již není na místě. Přesto v naší legislativě toto označení dále figuruje např. ve formě invalidního důchodu. Dalším zajímavým příkladem je i slovo hendikep, které vzniklo z anglického hand – in – cap neboli ruka v klobouku, a tento výraz byl používán v Anglii při dostizích, kdy se z klobouku losovaly před závodem určité nevýhody v podobě větší zátěže nebo delší vzdálenosti pro jednotlivé koně podle jejich věku, váhy, trénovanosti tak, aby byl závod co nejvíc spravedlivý (Štech 2000, s. 33) V poslední době je hodně diskutován i pojem disabilita, který je nejčastěji překládán jako postižení. Můžeme se rovněž setkat s překladem jako neschopnost, nemohoucnost, omezení, nedostatečnost, což odpovídá sémantickému významu slova v angličtině. Pfeiffer doporučuje pro nepřesnost překladu tento výraz ponechat jako anglicismus a používat disabilita i v češtině (Pfeiffer 2001, s. 198). Ovšem i slovní spojení postižený člověk se už považuje za neadekvátní, jelikož v centru pozornosti není člověk jako svébytná bytost, ale je na něj hleděno pouze skrze jeho postižení. Odpovídající vyjádření je tedy výraz člověk s postižením, který zdůrazňuje člověka jako takového a klade ho na první místo. Každý člověk má různá omezení a nedostatky, ale není důvod je vidět jako jeho hlavní charakteristiku.

2.5.1 Klasifikace IC IDH

Světová zdravotnická organizace (WHO) vydala v roce 1980 Mezinárodní klasifikaci poruch, disability a handicapů (IC IDH – International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps),²⁰ kde zavádí definici těchto pojmů:

- **impairment (porucha):**²¹ Do češtiny se překládá impairment jako porucha a jedná se o jakoukoliv ztrátu nebo abnormalitu psychické, tělesné nebo anatomické struktury nebo funkce, zjednodušeně o „poruchu orgánu nebo jeho funkce“ (Hrdá 2007, kap. 1.03).
- **disability (disabilita, postižení, omezení):**²² V češtině se používá buď pojem disabilita (Pfeiffer 2001, s. 198) nebo se překládá ve smyslu zdravotního postižení jako „omezení nebo neschopnost (kvůli poruše orgánu nebo jeho funkce) vykonávat činnost způsobem, který je považován pro člověka za běžný“ (Hrdá 2007, kap. 1.03).
- **handicap (znevýhodnění, hendikep):**²³ Volně přeloženo je to hendikep či znevýhodnění pro daného člověka, které vyplývá z poruchy či disability a brání člověku v naplnění role, která je považována za normální (v závislosti na věku, pohlaví, sociálních a kulturních faktorech) neboli „důsledek omezení, které se projevuje v možnosti zapojení osob se zdravotním postižením do společnosti, tato možnost je závislá na rozsahu pomoci“ (Hrdá 2007, kap. 1.03).

²⁰ WORLD HEALTH ORGANIZATION. *International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps: A manual of classification relating to the consequences of disease*. Geneva: WHO, 1980.

²¹ „An impairment is any loss or abnormality of psychological, physiological or anatomical structure or function.“ (*The Definition Of Disability* [online]. Singapore: Disabled People's Association [cit. 2008-01-08]. Dostupné na WWW: <http://www.dpa.org.sg/definition_disability.htm>.)

²² „A disability is any restriction or lack (resulting from an impairment) of ability to perform an activity in the manner or within the range considered normal for a human being.“ (viz o. c. *The Definition Of Disability* [online].)

²³ „A handicap is a disadvantage for a given individual, resulting from an impairment or a disability, that prevents the fulfilment of a role that is considered normal (depending on age, sex and social and cultural factors) for that individual.“ (viz *The Definition Of Disability* [online]. Singapore: Disabled People's Association [cit. 2008-01-08]. Dostupné na WWW: <http://www.dpa.org.sg/definition_disability.htm>.)

Dle této koncepce je porucha věcí orgánu, z které vyplývá pro jednotlivce jisté omezení ve vykonávání určitých činností, člověk se stává v určitém směru disabilním a to se následně projevuje znevýhodněním ve společnosti (Pfeiffer 2001, s. 198). Například člověk s poruchou sluchu může být disabilní, resp. mít omezení v oblasti komunikace a potažmo může být znevýhodněn při hledání zaměstnání či v sociální integraci.

2.5.2 Klasifikace ICF

V návaznosti na kritiku této koncepce byla v roce 2001 na 54. shromáždění Mezinárodní zdravotnické organizace schválena nová koncepce ve formě Mezinárodní klasifikace funkční schopnosti, disability a zdraví (ICF – International Classification of Functioning, Disability and Health).²⁴ Ukázalo se totiž, že osa porucha – disability – handicap není jednosměrná, tzn. že handicap je pouze výsledkem působení poruchy a disability, ale že i prostředí, ve kterém člověk žije, může mít zpětně vliv na míru disability a poruchy. Dále bylo problematické i používání pojmu handicap a disability, jelikož tyto pojmy ze svého významového hlediska nabývají hanlivého rázu a jsou tak svým způsobem již samy osobě diskriminující. Kritice byla vystavena také přílišná „medikalizace“ koncepce, která hodnotila pouze jednotlivého člověka, bez ohledu na jeho životní podmínky (Pfeiffer 2001, s. 202). Klasifikace IC IDH hodnotí poruchu a to, co člověk nezvládne, namísto schopností, které má, což je devalorizující (Votava 2003).

System klasifikace ICF je tvořen kategoriemi **tělesných funkcí (body functions)**, **tělesných struktur (body structures)**, **participace (participation)** a **aktivity (activities)** a kontextuálními faktory (contextual factors), kam patří **faktory životního prostředí (environmental factors)** v podobě *individuálního* a *sociálního*,

²⁴ WORLD HEALTH ORGANIZATION. *International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF*. Geneva: WHO, 2001.

kteře mohou být buď *facilitující* nebo *bariérové* a **osobnostními faktory (personal factors)**, kteře ovšem nejsou v klasifikaci hodnoceny.

Tato klasifikace umožňuje individuální posouzení lidí se stejnou diagnózou, jejichž výsledné možnosti se mohou zcela zásadně lišit. Vezmeme-li si např. dva lidi se stejným stupněm artrózy určené podle objektivního nálezů na rentgenovém snímku, tzn. se stejným stupněm poškození tělesných struktur, může se toto poškození projevovat různou mírou funkční poruchy kloubu a pohybová aktivita těchto jedinců může být zcela rozdílná. Zatímco jeden člověk s tímto nálezem je schopen chodit téměř bez problémů, druhý si není schopen pro bolest při chůzi dojít ani na nákup. Přidáme-li k tomu vliv životního prostředí a představíme-li si, že tentýž člověk by měl žít ve městě s dobrou dostupností služeb, v upraveném bytě v přízemí a s pečujícím manželem, tzn. ve facilitujícím prostředí, nebo na vesnici ve druhém patře v domě bez výtahu a sám, tzn. v prostředí, které je bariérové, je zřejmé, že jeho participace na pohyblivosti, na sociálních vztazích apod. při stejném snížení aktivity bude i odlišně omezená. Což se zpětně může projevit ve snížení, resp. zvýšení pohybové aktivity, potažmo aktivity při sebeobsluze či aktivity v domácnosti a promítnout i do zhoršení, resp. zlepšení funkce kloubu. Navíc vliv životních podmínek člověka a jeho přístup k terapii, mohou mít zásadní vliv na průběh léčby i působení některých léků. Časopis *Journal of Psychosomatic Research* uvěřejnil v srpnovém čísle výzkumnou studii, která prokázala, že na úspěšnost působení antiretrovirálních léků u pacientů s HIV má vliv jejich socioekonomický status a že účinnost léků zvyšuje pacientův pozitivní přístup k léčbě.²⁵

Terminologie v klasifikaci ICF je pozitivní, pojem disabilita je vyjádřen pojmem aktivita, popř. její snížení (activity limitations) a slovo handicap je nahrazeno pojmem participace, ve smyslu participace na společenském životě, popř. její omezení (participation restrictions) (Pfeiffer 2001, s. 202). **Impairment** je nově definován jako „problems in body function or structure as a significant deviation or loss“ (ICF, s. 13) neboli „signifikanční odchylka nebo ztráta dané funkce nebo struktury.“ (Votava 2003,

²⁵ Chudí a nemocní. *Psychologie dnes*, 2008 (leden), roč. 14, č. 1, str. 51. ISSN 1212 – 9607.

s. 18). **Disabilita** je považována za „zastřešující termín pro poruchy, snížení aktivity a omezení participace a označuje negativní aspekty interakce mezi jednotlivcem (včetně jeho zdravotních podmínek) a individuálními kontextuálními faktory (faktory životního prostředí a osobnostními faktory).“ (ICF, s. 213)

Klasifikace ICF vychází z rámce daného IC IDH, ale posouvá ho blíže k jednotlivému člověku a jeho konkrétní situaci, aniž by vytvářela negativní nálepky. Například dříve v IC IDH užívané označení „*mentálně hendikepovaný člověk*“, je v klasifikaci ICF nahrazen pojmem „*člověk s problémy s učením*“. (ICF, str. 242)

Dalším přínosem je posun od pasivního pacienta, který je hoden péče, k aktivnímu člověku. ICF „vytváří nové schéma, ve kterém je v centru aktivita, která může být méně či více rozvíjena s ohledem na individuální situaci, ale také s ohledem na vliv vnějšího světa“²⁶

Tento model zároveň poskytuje možnost vytvoření komplexnějšího pohledu na člověka propojením medicínského pohledu (medical model), sociálního pohledu (social model) a výchovně vzdělávacího pohledu (educational model) a to i na poli vědy, jelikož vytváří jednotné vyjadřovací prostředky použitelné ve výše uvedených oblastech na mezinárodní úrovni.

2.6 SPECIFIKA OSOBNÍ ASISTENCE PRO JEDNOTLIVÉ TYPY ZDRAVOTNÍCH POSTIŽENÍ

Dle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách se rozumí „zdravotním postižením tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby“ (§3, písmeno g).

Votava (2003, s. 13-14) navíc uvádí další typy zdravotních postižení jako postižení vnitřními chorobami, kam patří např. kardiaci, osoby se selháváním ledvin,

²⁶ CANAVERO, A. *Words that make difference [online]*. Itálie: ASPHI. Posl. úprava červenec 2002 [cit. 2008-01-08]. Dostupné na WWW: <<http://www.asphi.it/english/DisabilitaOggi/DefinizioniOMS.htm>>.

astmatici, onkologičtí pacienti apod., samostatné těžší poruchy řeči a demence „čili zrychlený úbytek rozumových schopností ve starším věku“. Přestože posledně zmíněný typ postižení spadá spíše pod psychiatrická, resp. duševní neboli psychická postižení, staří lidé tvoří samostatnou skupinu uživatelů osobní asistence, vzhledem k některým specifickým rysům tohoto vývojového období. Stejně tak zvláštní kategorii tvoří i děti s různými typy postižení.

- **lidé s tělesným postižením** – tito lidé jsou nejpočetnější skupinou uživatelů sebeurčující osobní asistence a prakticky využívají všech oblastí úkonů, které jsou v osobní asistenci běžné, a to v závislosti na míře postižení
- **lidé s postižením sluchu** – tito lidé potřebují pomoc především k usnadnění komunikace s jinými lidmi, kteří neovládají znakovou řeč či jinou vhodnou formu alternativní komunikace. Jedná se tedy většinou o tlumočení při kontaktu s úřady, při pracovních jednáních či na kulturních akcích a v neposlední řadě by taková pomoc byla vhodná i při výuce v běžné škole (Hrdá 2001, s.19). V tomto případě se ovšem nejedná o osobní asistenci, ale dle zákona o sociálních službách o tlumočnické služby, které spadají do služeb sociální prevence. Je totiž zřejmé, že tlumočnický musí ovládat určité formy alternativní komunikace jako např. znakový jazyk či znakovou češtinu dle potřeb uživatele, a tím pádem jsou na něj kladeny zcela speciální požadavky co se týče kvalifikace.
- **lidé s postižením zraku** – osobní asistent zprostředkovává uživateli všechny vizuální informace, které mu nejsou dostupny jiným způsobem (Hrdá 2001, s. 19). Jedná-li se o poskytování péče z důvodu usnadnění orientace v prostředí či překážky v komunikaci, spadá tato pomoc pod průvodcovské a předčitatelské služby, které jsou dle zákona o sociálních službách součástí služeb sociální péče a mohou být též součástí jiných služeb. Osobní asistence může být ovšem v některých případech i u těchto lidí využívána při sebeobsluze, tj. především při osobní hygieně či oblékání, při zajištění stravy a v péči o domácnost či v péči o děti.

- **lidé s postižením zraku i sluchu** – tito lidé potřebují především pomoc při zprostředkování kontaktu s prostředím a to jak při komunikaci s ostatními lidmi, tak při orientaci v prostředí a předávání vjemů akustických i vizuálních z okolí (Hrdá 2001, s. 19-20). Využívají nejen tlumočnické služby a průvodcovské a předčitatelské služby, ale z lidí se smyslovými postiženími jsou též nejčastějšími uživateli osobní asistence jako takové, která jim může sloužit podobně jako u lidí s postižením zraku při sebeobsluze, při péči o domácnost a zajištění stravy či v péči o děti apod. Na osobního asistenta jsou ovšem kladeny zvýšené nároky co se týče ovládnutí alternativních způsobů komunikace, osobní asistent by měl být schopen se s uživatelem osobní asistence adekvátně domluvit. Proto by bylo vhodné, aby osobní asistent ovládal Lormovu dotykovou abecedu či jiný odpovídající způsob alternativní komunikace. Lidé s vrozenou hluchoslepotou mohou využívat též tadamu, kdy vnímají skrze dotyk rukou vibrace z hrtanu a pohyb rtů druhého člověka. Jelikož velká část lidí s postižením zraku i sluch má zachovaný částečně jeden ze smyslů, mohou se též někteří z nich dorozumívat pomocí znakování či číst Braillovo písmo.

„Při osobní asistenci u těchto skupin (lidé se smyslovým postižením) je nezbytné, aby osobní asistenti byli obzvláště vnímaví. Nejvíce ze všeho jsou totiž prostředníky, kteří předávají podněty a sdělení od svých klientů ven a totéž od ostatních zpět. Nezkreslené a úplné, nebo alespoň podstatné předávání je veliké umění“ (Hrdá 2001, s. 20).

Poskytování osobní asistence u lidí se smyslovými postiženími je řazena mezi osobní asistenci řízenou v tom smyslu, že „osobní asistenty nemůže koordinovat klient“ tak, aby jim umožnil plné využití v rámci hlavního pracovního poměru (Hrdá 2004, s. 70). Toto je spíše věc organizační, týkající se poskytovatelů sociálních služeb a v současné době není zcela směrodatná pro zařazení tohoto typu osobní asistence výlučně do řízené osobní asistence. Určující úlohu hraje schopnost uživatele osobní asistence řídit její průběh v interakci s osobním asistentem. Pomineme-li úkony, které

spadají spíše do tlumočnické služby či průvodcovské a předčitatelské služby, může se i u lidí s postižením zraku či s postižením zraku i sluchu dle jejich individuálních předpokladů jednat o osobní asistenci sebeurčující.

U lidí se smyslovými postiženími je potřeba vyškolených osobních asistentů, kteří ovládají potřebnou formu alternativní komunikace, což i u sebeurčující osobní asistence v užším slova smyslu může zajistit poskytovatel.

- **lidé s mentálním postižením** – tito lidé potřebují většinou pomoc při zvládnání složitějších či nezvyklých úkonů při sebeobsluze a péči o domácnost či v orientaci v neznámém prostředí, popř. při komunikaci s úřady a vyřizování osobních záležitostí a uplatňování svých práv. Asistence je závislá na míře postižení a její potřeba vzrůstá vlivem nových podnětů či životních změn. Vzhledem k tomu, že tito lidé většinou nemají způsobilost k právním úkonům, jedná se o osobní asistenci řízenou (Hrdá 2004, s. 71).
- **lidé s psychickým postižením (duševní, psychiatrické)** - u této skupiny lidí se osobní asistence uplatňuje zejména při atace nemoci, kdy jejich stav nevyžaduje hospitalizaci, ale zároveň nejsou schopni zvládat běžné činnosti bez pomoci druhé osoby. Jedná se o řízenou osobní asistenci a osobní asistent by měl být vyškolen v oblasti případného zvládnání uživatelovi agresivity (Hrdá 2004, s. 71).
- **lidé s kombinovaným postižením** – nejčastějšími uživateli osobní asistence v této skupině jsou lidé s kombinací mentálního a tělesného postižení. Osobní asistence probíhá dle specifik pro jednotlivé typy postižení.
- **lidé s vnitřním postižením (chronické onemocnění)** – tito lidé mohou být uživateli osobní asistence tehdy, pokud jim jejich zdravotní stav nedovoluje vykonávat některé úkony k uspokojení jejich potřeb. Nejedná se ovšem o zdravotnickou péči, ale asistenci jako sociální službu, která pomáhá kompenzovat dané postižení. Charakter osobní asistence je odvislý od daného typu postižení. Např. u kardiaků

může být osobní asistence využívána při zajišťování chodu domácnosti, kdy uživatel není schopen vykonávat práci ve vyšších pozicích či s rukama nad hlavou apod. Nemělo by se ovšem jednat o sjednání služby na konkrétní úkony jako např. mytí oken, pověšení záclon atd., což je v kompetenci pečovatelské služby, ale měl by být stále zachován charakter služby osobní asistence, která se poskytuje „bez omezení místa a času“ a „vychází z potřeb“ jejího uživatele. To znamená, že osobní asistent je po domluvenou dobu jejímu uživateli k dispozici a vykonává ty úkony, které jsou momentálně potřebné, např. pokud je potřeba umýt okna, pomáhá s mytím oken, pokud si uživatel přeje podat knížku z vyšší poličky, podá mu ji, nicméně průběh jednotlivé služby může být značně variabilní. Zákon o sociálních službách ačkoliv tento typ postižení nezná, hovoří nicméně o poskytování osobní asistence i osobám s chronickým onemocněním.

- **lidé se samostatnými těžšími poruchami řeči** – u těchto lidí je situace podobná jako u lidí se smyslovými postiženími, resp. u lidí s postižením sluchu, kdy mohou využívat k usnadnění komunikace s druhými lidmi tlumočnické služby. Osobní asistenci tato skupina lidí prakticky nepotřebuje. Zákon o sociálních službách toto zdravotní postižení rovněž nezmiňuje.
- **děti** – osobní asistence u dětí se odvíjí od typu jejich postižení. Důležitá je vždy spolupráce s rodiči a respektování jejich požadavků, klíčovou osobou většinou bývá matka. Osobní asistence je nejčastěji využívána při školní docházce dítěte či při volnočasových aktivitách (Hrdá 2001, s. 20-21). Zároveň je v tomto případě osobní asistence prostředkem odlehčení v péči o dítě, posiluje zdravé vztahy v rodině, brání syndromu vyhoření a v neposlední řadě přispívá ke zdravému psychickému vývoji dítěte s možností odpoutání se ze závislosti na výlučné péči rodičů.
- **senioři** - osobní asistence u starých lidí rovněž vyplývá z podstaty jejich konkrétního postižení. Dle individuálních dispozic se může jednat o osobní asistenci řízenou i sebeurčující. Je ovšem nutno brát v potaz některé symptomy, které stáří

doprovázejí jako je např. úbytek kognitivních funkcí, snížené psychomotorické tempo, strach ze sociální izolace či egocentrismus, snížená psychická i fyzická odolnost, zhoršení obratnostních i koordinačních schopností, zvýšené riziko pádů a u žen rovněž osteoporóza zvyšující nebezpečí zlomenin (Jančová; Kohlíková 2007). Osobní asistent by si měl být těchto rizik vědom a přistupovat k uživateli osobní asistence s trpělivostí a eliminovat potenciálně nebezpečné situace. Stejně tak by nemělo docházet k manipulaci ze strany uživatele ani osobního asistenta a je třeba se též vyvarovat závislosti uživatele osobní asistence na osobním asistentovi, což není překážkou vlídnému, popř. i přátelskému vztahu.

2.7 SPECIFIKA VÝVOJE LIDÍ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

2.7.1 Osobnost lidí se zdravotním postižením

Nelze říci, že by existoval jeden určitý typ osobnosti člověka s postižením, protože postižení je jen jednou z charakteristik konkrétního člověka a osobnost každého člověka je svým způsobem jedinečná a variabilita osobnostních vlastností i v rámci této skupiny lidí je samozřejmě značná. Základní poznatky o vývoji člověka platí obecně jak u lidí bez postižení, tak i u lidí s postižením, ovšem zde je potřeba přihlídnout k určitým mimořádným okolnostem, které zdravotní postižení přináší. Jak píše Matějček „...vývoj osobnosti dětí nemocných a dětí se zdravotním postižením se řídí týmiž psychologickými zákonitostmi jako vývoj dětí zdravých – jenom s tím rozdílem, že u dětí akutně nemocných a u dětí se zdravotním postižením se uplatňuje navíc specifický vliv několika činitelů, jež mohou zdravému vývoji osobnosti vytvářet určité překážky nebo určitá nebezpečí“ (Matějček 2001, s. 17).

Podobně o osobnosti člověka s postižením píše též Had–Mousová, která vychází z četných výzkumů na toto téma a která píše, že „...přestože v obecném povědomí přetrvává přesvědčení o existenci „typické“ osobnosti postiženého, případně

o „typické“ osobnosti nevidomého, tělesně či sluchově postiženého, podrobné výzkumy shledávají jen málo podkladů, které by podobná tvrzení opravňovaly, kromě obecných podmínek života a společenských problémů, které mohou vést k výskytu určitých osobnostních rysů, ne ovšem u všech, ale u části populace postižených“ (Had-Mousová 1999, s. 75). Rovněž zdůrazňuje, že právě „společenské postoje a stereotypy ve vnímání postiženého člověka vtlačují do určitých stereotypních způsobů chování, nebo je alespoň jejich chování stereotypně interpretováno“ (Had-Mousová 1999, s. 75).

Dle obou autorů existují ovšem určité osobnostní rysy, které jsou vázané na určitý typ postižení a které vyplývají z povahy daného postižení. Například nepozornost, podrážděnost a zvýšená únavnost, které se mohou projevat jako nekázeň typická pro děti s lehkou mozkovou dysfunkcí má prokazatelně svůj neurofyziologický podklad v poškození mozkové tkáně.

Had-Mousová (1999) i Matějček (2001) pojmají postižení jako náročnou životní situaci a záleží na jednotlivcích, resp. jejich vrozených dispozicích i předchozí zkušenosti a jejich životních podmínkách, jak se s takovou situací vyrovnají, což může mít zpětně vliv na utváření jejich osobnosti. Pokud se člověk dokáže uspokojivě vyrovnat s jednou zátěžovou situací, jeho odolnost vůči dalším takovým situacím se zvyšuje, v opačném případě jeho frustrační tolerance naopak klesá. Matějček uvádí výsledky jedné psychologické studie, podle které „cca 50 % lidí s tělesnými defekty vyspívá tak dobře a přizpůsobuje se životním okolnostem tak vyrovnaně jako většina lidí bez defektu“, ale zároveň z této studie vyplývá, že „mezi tělesně postiženými se přece jen vyskytuje znatelně více jedinců bázlivých a odtažitých, nevraživých a lítostivých, s podlomeným nebo naopak s přepjatým sebevědomím“ (Matějček 2001, s. 8).

Přítomnost postižení hraje svou roli jak ve vztahu člověka samého k sobě a budování vlastní identity, tak v navazování kontaktu se společenským prostředím a vlastním uplatněním v něm. Sama existence postižení nemusí ovšem mít za následek výraznější změny ve struktuře osobnosti, pokud ji člověk přijme a vyrovná se s ní realisticky, jak o tom píše Had-Mousová (1999). Dále ovšem uvádí, že častějším jevem je, že „postižený reaguje na své postižení takovým způsobem, že jeho reakce má za

následek vznik určitých specifických rysů osobnosti,“ popř že se způsob vyrovnávání se s postižením může stát trvalým rysem osobnosti, který se projevuje v jeho chování (Had-Mousová 1999, s. 65-66).

Svou roli v sociálně osobnostním rozvoji člověka s postižením hraje, jedná-li se o postižení vrozené, získané, popř. má-li postižení degenerativní charakter či nepříznivou prognózu.

2.7.2 Vrozené postižení

Vrozené postižení mění od počátku podmínky vývoje, zasahuje do sociálních vztahů a určitým způsobem omezuje od počátku vývojové možnosti dítěte. „Problém dítěte s vrozeným postižením je trvalé přizpůsobování zvláštní životní situaci“ (Matějček 2001, s. 18). Nejedná se o jednorázové vyrovnání se s danou situací, ale o neustálé hledání co nejlepších řešení problémů, které s sebou postižení přináší. Ať se jedná o školní docházku dítěte, uplatnění mezi vrstevníky či na trhu práce, nebo o hledání životního partnera, výchovu dětí nebo trávení volného času.

Zásadní vliv na utváření osobnosti lidí s vrozeným postižením mají především jejich „primární vychovatelé“, kterými jsou ve většině případů rodiče. Matějček (2001) uvádí, že „zdravému vývoji osobnosti hrozí v podstatě dvojí nebezpečí – jednak nedostatek podnětů či příliš nerovnoměrný, dysharmonický jejich přívod, takže může docházet k opožďování mentálního vývoje – jednak nevhodné vedení, k němuž je na straně citově angažovaných jeho primárních vychovatelů v tomto případě větší „příležitost“ (Matějček 2001, s. 18).

Rodiče dítěte s vrozeným postižením se musejí vyrovnat s pocitem viny, že oni jsou původci postižení dítěte. „Přijímat toto dítě, znamená pro rodiče přijímat sebe. Dopomáhat mu ke společenskému přijetí znamená zbavovat se pocitu ponížení a pozvedat své rodičovské sebevědomí“ (Matějček 2001, s. 66). S procesem vyrovnávání se s touto situací může souviset obranný postoj rodičů či naopak popírání dané

skutečnosti. Tyto postoje mohou mít za následek zvýšené opečovávání dítěte či naopak přemrštěné a nerealistické nároky na dítě, které jim ovšem nemůže nikdy dostat. Z toho může následně pramenit nesamostatnost a závislost dítěte na straně jedné a pocit nedostatečnosti na straně druhé. Jako nevhodné výchovné postoje k dětem s postižením uvádí Matějček (2001) tyto:

- výchova příliš úzkostná
- výchova rozmazlující
- výchova perfekcionistická
- výchova protekční
- výchova zavrhuje

Neadekvátní přístup okolních lidí k dítěti s postižením, plynoucí především z nepochopení jeho potřeb a prožívání, může vézt k určitým odchylkám od normálního vývoje. Setkává-li se dítě neustále s neúměrnou reakcí na své postižení a odlišným přístupem ve výchově ve srovnání se svými vrstevníky, popř. je-li jeho postižení předmětem znevýhodnění či posměchu, je pochopitelné, že i jeho reakce a způsob chování bude nestandardní. Matějček (2003, s. 28) uvádí, že více trpí nedorozuměním děti s postižením lehkým a méně zjevným jako je například lehká mentální retardace či lehká mozková dysfunkce, na rozdíl od těžkého mentálního postižení či dětské mozkové obrny. Dále uvádí (Matějček 2001, s. 21), že vzhledem k sociálnímu rozsahu nemoci či postižení jsou na tom hůře děti, jejichž postižení ovlivňuje společensky vysoce exponované tělesné funkce, jako je vyměšování, přijímání potravy a v neposlední řadě i sexuální funkce. Je proto třeba mít pochopení pro určité výstřední chování a atypické reakce, které se u těchto lidí mohou objevovat a jejichž existence může být v některých případech zapříčiněna právě jejich výlučným postavením ve společnosti.

Nemalou roli v rozvoji osobnosti a sociálním začlenění lidí s postižením hraje též typ péče, která jim byla v průběhu jejich života poskytnuta. Mnoho lidí s vrozeným zdravotním postižením u nás má zkušenost se systémem péče z doby vlády komunistického režimu, kdy byla prioritou ústavní péče a člověk s postižením neměl moc možností, jak se zapojit do rozhodování o svém životě. Tito lidé jsou vychováni

spíše k pasivitě, zvyklí na přijímání péče a spoléhání se na to, že se o ně někdo, resp. stát postará.

Lidé žijící s postižením již od narození jsou zvyklí s tímto postižením zacházet a mají již vytvořeny určité kompenzační mechanismy. Hrdá uvádí, že ve srovnání s lidmi, kteří získali nějaké postižení až ve vyšším věku, jsou naopak lidé s vrozeným postižením schopni až neuvěřitelných výkonů v sebeobsluze navzdory i těžkému postižení. „Dokážou věci, kterých člověk se zdánlivě stejným, leč v pozdějším věku získaným postižením, vůbec není mocen“ (Hrdá 2001, s. 18).

Sebeurčující osobní asistence ovšem klade na jejího uživatele určité nároky, což může být překážkou u lidí, kteří se nenaučili rozhodovat o svém životě a věci si sami organizovat.

2.7.3 Získané postižení

Získané postižení sebou nese především náročnost ve vyrovnání se se změnou, která ve většině případů nastala náhle a nečekaně.

Člověk s takto získaným postižením se musí vyrovnávat s traumatickou situací, která je příčinou jeho stavu, a hledat adekvátní způsoby adaptace na vzniklou situaci a učit se novým mechanismům, které budou kompenzovat poruchu v oblasti dané funkce, což může být pro něj obtížnější než pro člověka, který je zvyklý s jistým postižením žít již od malička. Jistou výhodou ovšem je, že není narušen vývoj osobnostních funkcí v době před vznikem postižení, z čehož je možné nadále čerpat.

Čím později postižení vzniklo, tím má člověk již rozvinuto více schopností i dovedností co týče vlastního životního stylu a je zvyklý na určování vlastního života a rozhodování o sobě, zná běžné postupy v péči o domácnost a zajišťování běžných záležitostí, má vytvořenou jistou síť sociálních vztahů, což může posléze uplatnit i v osobní asistenci. Jak píše Hrdá (2001, s. 18), rizikem ovšem je větší autoritativnost v přístupu k osobním asistentům, popř. menší tolerance k chybám, pokud není vše

prováděno dle jejich představ, ale také větší problém v umění požádat o pomoc a pomoc od druhých přijímat.

2.7.4 Degenerativní onemocnění či postižení s nepříznivou prognózou

Situace lidí s degenerativním onemocněním, resp. postižením s nepříznivou prognózou je specifická v především ve vyrovnání se s vidinou neustálého zhoršování dosavadního stavu, který může vézt postupem času až ke smrti. Navíc tato progresse onemocnění je mnohdy velmi nepředvídatelná a probíhá často náhle a ve skocích.

Jak píše Matějček (2003), potřeba otevřené budoucnosti neboli životní perspektivy je jednou ze základních potřeb každého člověka, jejíž naplnění je u těchto lidí obzvláště obtížným úkolem. Na druhou stranu tito lidé „měli možnost své dovednosti pomalu přizpůsobovat svým měnícím se schopnostem“ (Hrdá 2001, s. 19). Matějček uvádí výsledky výzkumné studie, která se zabývala lidmi s progresivním onemocněním, podle které „40% lidí reaguje úměrně tomu, jakou představu mají o pravděpodobné prognóze své nemoci“ (Matějček 2001, s. 21). Nicméně pro každého člověka s takovou perspektivou je pochopitelně těžké najít si i v této životní situaci smysluplné naplnění života a pozitivní a aktivní přístup ke světu. Z hlediska osobní asistence je potřeba „obrovská obratnost v jednání a nekonečná trpělivost“ (Hrdá 2001, s. 19) od osobních asistentů.

3. EMPIRICKÁ ČÁST

3.1 EMPIRICKÁ SONDA

3.1.1 Téma

Sebeurčující osobní asistence u lidí s tělesným postižením

3.1.2 Problém

Vliv sebeurčující osobní asistence na psychosociální rozvoj lidí s tělesným postižením

3.1.3 Cíl

- **Cíl 1:** Zjistit, zda se sebeurčující osobní asistence podílí na psychosociálním rozvoji lidí s tělesným postižením, popř. jaké jsou přínosy sebeurčující osobní asistence pro lidi s tělesným postižením.
- **Cíl 2:** Zjistit, zda je osobní asistence pro lidi s tělesným postižením dostupná v potřebné míře, popř. v čem vidí lidé s tělesným postižením překážky ve větším užívání osobní asistence.
- **Cíl 3:** Zjistit, odkud lidé s tělesným postižením čerpají prvotní informace o osobní asistenci.

3.1.4 Analýza problematiky

O psychosociálním rozvoji lidí se zdravotním postižením a potažmo osobní asistenci bylo provedeno již několik výzkumů:

N. C. Gypers a kol. (1997) zkoumali lidi se zdravotním postižením v souvislosti s jejich kariérovým rozvojem a došli k závěru, že tito lidé mají „nedostatečně rozvinutý koncept sebe, limitované životní zkušenosti, což má negativní vliv na jejich pracovní aspirace a rozhodnutí, které jsou často nereálné.“ (cit. dle Repková, In *Československá psychologie*, 2002, roč. 46, č. 4, s. 302 – vlastní překlad)

M. L. Wehmeyer a kol. (2000) ověřovali u studentů se zdravotním postižením možnost využití sebeurčujícího modelu učení. Zjistili, že studenti se zdravotním postižením „měli často limitované zkušenosti se seberegulací, stanovováním si cílů a řešením problémů.“ (cit. dle Repková, In: *Československá psychologie*, 2002, roč. 46, č. 4, s. 302 – vlastní překlad)

S. Greenová (2000) se ve své výzkumné zprávě opírá o další výzkumy, podle kterých „je možné u lidí se zdravotním postižením zaznamenat ztrátu smyslu pro management vlastního života a autonomie v něm.“ (cit. dle Repková, In *Československá psychologie*, 2002, roč. 46, č. 4, s. 302 – vlastní překlad)

E. Potts (2001) se věnoval svépomoci u lidí se zdravotním postižením a považuje ji za „přímý nástroj anti-závislosti a anti-byrokracie.“ (cit. dle Repková, In *Československá psychologie*, 2002, roč. 46, č. 4, s. 302 – vlastní překlad)

K. Repková a kol. (2001) uskutečnili výzkum zaměřený na zhodnocení efektivnosti dosavadní implementace nového systému sociální pomoci občanům se zdravotním postižením na Slovensku. (cit. dle Repková, In *Československá psychologie*, 2002, roč. 46, č. 4, s. 302 – vlastní překlad)

E. Kubelková (2002) se zabývala výzkumem osobní a sociální adjustace pubescentů s tělesným postižením na Slovensku a potvrdila, že děti se zdravotním postižením mají dle vlastní reflexe „nedostatek osobní svobody, nemožnost podílet se na svojí výchově, při určování životních plánů či při volbě přátel.“ (cit. dle Repkové, In *Československá psychologie*, 2002, roč. 46, č. 4, s. 302 – vlastní překlad) Ovšem k podobným závěrům došla i u dětí bez zdravotního postižení.

K. Repková a kol. (2002) uvádí výsledky výzkumu na téma Osobní asistence v podpoře nezávislosti lidí se zdravotním postižením, který probíhal na Slovensku a vychází z předpokladu, že „organizace pomoci založená na principu "sebemanagementu" a obsažená ve formě osobní asistence je v podpoře nezávislosti a překonávání důsledků těžkého tělesného postižení účinnější než klasická organizace pomoci (pečovatelská služba či péče od blízkých, popř. péče v zařízeních sociálních služeb)“ (Repková 2002, s. 303 – vlastní překlad), což rovněž závěry výzkumu potvrzují.

Osobní asistence poskytovaná jinými lidmi než těmi, kteří jsou v okruhu nejbližších, je z hlediska nezávislosti lidí s těžkým tělesným postižením nejúčinnější, nejhůře z tohoto hlediska na tom jsou lidé s těžkým tělesným postižením, kteří žijí po celý rok v některém ze zařízení sociálních služeb. Co se týče nezávislosti ve vztahu k rodinnému prostředí, „ukázalo se, že nejvyšší míry nezávislosti dosáhli ti dospělí respondenti s těžkým tělesným postižením, kteří žijí ve vlastní rodině, případně žijí sami ve vlastním bytě, méně příznivá je situace, pokud žijí v rodičovské rodině, a výrazně nejméně příznivá, pokud žijí v zařízení sociálních služeb celoročně“ (Repková 2002, s. 306 - 307 – vlastní překlad).

U uživatelů osobní asistence byla potřeba „sebemanagementu“ a rozhodování o sobě zastoupena nejvíce, a to i v porovnání s lidmi bez postižení i v porovnání s ostatními skupinami lidí s těžkým tělesným postižením, kteří osobní asistenci nevyužívají. Podobně „vnitřní pocit vyrovnanosti, který je zdrojem spokojenosti a štěstí v životě, stejně jako je motivací pro jakoukoliv změnu“ (Repková 2002, s. 313 – vlastní

překlad), se nejčastěji vyskytoval u uživatelů osobní asistence. Autoři to dokonce shrnují takto: „Potřebu řídit svůj život a být vnitřně vyrovnaný sám se sebou je možné ve smyslu těchto zjištění považovat v životě uživatelů osobní asistence za více rozhodující než zdraví a sociální jistoty“ (Repková 2002, s. 313 – vlastní překlad).

Dle autorů výzkum ukázal, že osobní asistence má v sobě potenciál „odvracet pozornost člověka s těžkým zdravotním postižením od často nezvratné „jinakosti“ jeho vlastního těla a obracet ji k omezujícím vlivům vnějšího fyzického a vztahového prostředí jako primárnímu zdroji omezení v jejich životě“, dále má dle nich osobní asistence potenciál „zvyšovat rozsah sociálních kontaktů u jejího uživatele“ a „soustředit pozornost na jeho vlastní síly a potenciál pro změnu“ (Repková 2002, s. 315 – vlastní překlad). Na rozdíl od osobní asistence „ostatní (tradiční) formy pomoci vedou jejich uživatele k výraznějšímu fixování na rodinné prostředí a jemu vlastní zdroje a při budování nezávislosti je menší důraz kladen na využití potenciálu samotného člověka“ (Repková 2002, s. 316 – vlastní překlad).

Hrdá (2006 a) prováděla u nás výzkumnou studii na téma Kvalita služby osobní asistence jak ji poskytuje Pražská organizace vozíčkářů. Z jejích výsledků je patrné, že u dotazovaných se prostřednictvím osobní asistence „změnil život převážné většiny“ a některým dokonce tak zásadním způsobem, že se osamostatnili, „odstěhovali od rodiny a začali žít podle vlastních rozhodnutí, "postavili se na vlastní nohy"“ (Hrdá 2006 a, s. 7), a to i přes to, že seburčující osobní asistence klade na její uživatele vyšší nároky a vyžaduje od nich větší zodpovědnost.

Dalším předmětem vlastního hodnocení uživatelů osobní asistence bylo srovnání života s vrstevníky, dle kterého „drtivá většina respondentů uvádí, že jejich život se podobá nebo je stejný jako u vrstevníků. Někteří dokonce považují svůj život za

bohatší, než mají vrstevníci. Jen poměrně nízké procento uvádí překážky, a to konkrétní – např. architektonické bariéry, které jim brání žít jako vrstevníci.“ (Hrdá 2006 a, s. 8)

Dle výzkumné zprávy výsledky korespondují se standardy kvality poskytování osobní asistence u Pražské organizace vozičkářů, které jako zásadní ukazatel stanovují „možnost udržet prostřednictvím služby kvalitu života i při sociálních změnách (v rodině, mezi sousedy, přáteli apod.) a při případných zhoršeních zdravotního stavu.“ (Hrdá 2006 a, s. 8)

3.1.5 Stanovení hypotéz

- **Hyp. 1:** Sebeurčující osobní asistence má pozitivní vliv na psychosociální rozvoj lidí s tělesným postižením.
- **Hyp. 1a:** Sebeurčující osobní asistence umožňuje lidem s tělesným postižením žít plnohodnotný život.
- **Hyp. 1b:** Sebeurčující osobní asistence je prostředek k větší samostatnosti lidí s tělesným postižením.

- **Hyp. 2:** Osobní asistence není dostupná pro lidi s tělesným postižením v dostatečné míře.
- **Hyp. 2a:** Lidé s tělesným postižením by osobní asistenci využívali více, kdyby na tuto službu měli více peněz.

- **Hyp. 3:** Primárním zdrojem informací o osobní asistenci nejsou sociální pracovníci ani poskytovatelé sociálních služeb.

3.1.6 Výzkumná strategie

Pro empirickou část diplomové práce jsem zvolila téma sebeurčující osobní asistence u lidí s tělesným postižením. Zúžení tématu na lidi s tělesným postižením užívající sebeurčující osobní asistenci jsem volila záměrně, protože lidé s tělesným postižením jsou nejpočetnější a také historicky nejstarší skupinou uživatelů osobní asistence u nás a zároveň uživatelé sebeurčující osobní asistence jsou nejlépe schopni vystihnout přínos této služby ve své sebeurčující formě pro svůj život.

Ke zkoumání vlivu sebeurčující osobní asistence na psychosociální rozvoj lidí s tělesným postižením jsem zvolila formu dotazníkového šetření. Za tímto účelem jsem sestavila vlastní dotazník.

Empirické šetření jsem prováděla po dobu čtyř měsíců na přelomu roků 2007 a 2008, kdy jsem sbírala data pomocí dotazníku.

Kontakty na vhodné respondenty pro dotazník jsem získala na základě osobního styku s lidmi s tělesným postižením, kteří užívají sebeurčující osobní asistenci, a na základě jejich doporučení. Některé kontakty jsem získala díky Asociaci pro osobní

asistenci a díky kurzům o osobní asistenci, dále prostřednictvím inzerátů lidí, kteří hledají osobní asistenty, či organizací, které poskytují osobní asistenci. Rovněž jsem oslovila některé sportovní kluby lidí s tělesným postižením. Respondenty jsem oslovila většinou na základě osobního kontaktu s nimi, popř. po e-mailové či telefonické domluvě jsem jim dotazník poslala poštou či elektronicky. Případné nesrovnalosti ve vyplňování dotazníku jsem měla možnost s nimi konzultovat.

3.1.7 Výzkumná metoda

3.1.7.1 Typ testu

Jako výzkumnou metodu jsem použila nestandardizovaný dotazník, sestavený za tímto účelem, který je určen dospělým uživatelům sebeurčující osobní asistence, kteří mají tělesné postižení a žijí na území České republiky .

Dotazník je anonymní, jako kontaktní spojení fungovala uvedená e-mailová adresa, popř. po domluvě i adresa poštovní.

Kromě úvodních informací o účelu dotazníku, jména a kontaktního spojení dotazník obsahuje instrukce pro jeho vyplnění, dále základní údaje o respondentovi, kontaktní otázku. Poté následuje 10 otázek týkajících se rozsahu poskytované osobní asistence, základní motivace pro užívání osobní asistence a zdrojů prvotních informací o osobní asistenci, její dostupnosti pro lidi s tělesným postižením a především přínosu osobní asistence v souvislosti s psychosociálním rozvojem lidí s tělesným postižením. Jedna otázka je zaměřena na možnosti změny v oblasti osobní asistence z pohledu jejich uživatelů. Následuje 11 výroků zaměřených na zachycení postojů uživatelů osobní asistence v některých kategoriích z oblasti psychosociálního rozvoje. Závěr dotazníku tvoří poděkování za jeho vyplnění.

Dotazník je tvořen jak zavřenými a polozavřenými otázkami s možností jedné i více voleb, tak otázkami otevřenými. V závěru dotazníku je inventář výroků, ke kterým měli respondenti vyjádřit svůj postoj vybráním jedné možnosti z třístupňové škály.

Odhadovaný čas pro vyplnění dotazníku je 30 minut.

3.1.7.2 Vzorek respondentů a jeho výběr

Základní soubor respondentů by byl tvořen všemi uživateli seburčující osobní asistence s tělesným postižením, kteří jsou starší 18-ti let a žijí v současné době na území České republiky. Tento soubor byl metodou záměrného výběru zúžen na vzorek 25-ti respondentů. Kritériem výběru byla možnost navázání osobního kontaktu s respondenty a jejich dostupnost pomocí e-mailové či poštovní korespondence.

Ve vybraném vzorku je 16 žen a 9 mužů, to znamená, že ženy tvoří 64 % respondentů a muži 36 %.

Věk respondentů

<i>Věk</i>	<i>Počet</i>	<i>%</i>	<i>Průměr</i>	<i>Medián</i>
20 – 30 let	6	24 %	25,5	25,5
31 – 40 let	4	16 %	33	32,5
41 – 50 let	6	24 %	43	42,5
51 – 60 let	9	36 %	54	53
Celkem	25	100 %	41	42

Tabulka 1: Věk respondentů

Věkové rozložení je rovnoměrné, celkový průměrný věk je 41 let a celkový medián 42 let, nejmladší respondent byl ve věku 22 let, nejstarší ve věku 59 let. Všichni respondenti jsou v produktivním věku.

Vzdělání respondentů je poměrně vysoké. Většina z nich má ukončené vysokoškolské vzdělání (48 % respondentů) nebo vysokou školu studuje (16 % respondentů), vystudovanou vyšší odbornou školu má 1 respondent (4 %) a 7 respondentů (28 %) má nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské. 1 respondent (4 %) své vzdělání neuvedl.

Vzorek respondentů tvoří lidé s rozličnými formami tělesného postižení, kdy 36 % respondentů má postižení vrozené a 64 % respondentů postižení získané, zastoupeny jsou jak onemocnění progresivní, tak stavy více méně stabilizované. Mezi vrozenými postiženími je nejčastěji zastoupena diagnóza dětská mozková obrna (5 respondentů), další diagnózou jsou nervosvalová onemocnění jako progresivní svalová dystrofie či spinální nervová atrofie apod. (4 respondenti). U postižení získaných se nejčastěji vyskytuje spinální léze (7 respondentů kvadruplegická forma, 2 respondenti paraplegická forma), dále jsou zastoupeny stavy po cévní mozkové příhodě (2 respondenti), roztroušená skleróza (2 respondenti), dětská mozková obrna (1 respondent), neuromyelitida (1 respondent) a spinální amyotrofie (1 respondent).

Ve zkoumaném vzorku jsou lidé, kteří využívají osobní asistenci 24 hodin denně (3 respondenti) i ti, kteří využívají osobní asistenci nepravidelně pouze k určitým úkonům. Průměrný počet hodin osobní asistence na týden je u dotazovaných 48, medián tvoří 23 hod/týden. Minimální počet hodin čerpání osobní asistence ze vzorku respondentů je 4 – 6 hod/týden.

Co se týče délky doby užívání osobní asistence, průměrná délka užívání osobní asistence, stejně jako medián, je 11 let. Většina respondentů využívá osobní asistenci po dobu 11-ti let a více (13 respondentů, tj. 52 %), uživateli osobní asistence po dobu 6 – 10 let jsou 3 respondenti (16 %), po dobu 2 – 5 let je uživateli 8 respondentů (32 %), 1 respondent (4 %) má zkušenost s užíváním osobní asistence 1 rok a méně. Nejkratší doba využívání osobní asistencí u sledovaného vzorku je 1,5 měsíce a nejdelší zkušenost s osobní asistencí má respondent, který osobní asistenci využívá 25 let. Z toho vyplývá, že kromě jednoho respondenta mají všichni dotazovaní zkušenost s osobní asistencí ještě v době, kdy nebyl v platnosti zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb.

Ve zkoumaném vzorku jsou jak uživatelé osobní asistence, kteří si celou službu organizují zcela sami, tak uživatelé, kteří využívají ke zprostředkování této služby některého z poskytovatelů osobní asistence.

Pro účely tohoto šetření jsem respondenty rozdělila do tří kategorií dle míry závažnosti postižení, které vycházelo ze zhodnocení aktuálního stavu vlastními respondenty:

A) lidé s velmi těžkým postižením – „bez pomoci druhé osoby by bylo ohroženo mé zdraví či život během několika hodin,“ 15 respondentů, tj. 60 %.

B) lidé se středně těžkým postižením – „bez pomoci druhé osoby by bylo ohroženo mé zdraví nebo život během několika dnů,“ 5 respondentů, tj. 20 %.

C) lidé s mírnějším postižením – „bez pomoci druhé osoby by klesla kvalita mého života pod společensky obvyklou míru,“ 5 respondentů, tj. 20 %.

Vzhledem k tomu, že sbírání dat probíhalo v době, kdy ještě nebyl všem potenciálním respondentům přiznán stupeň závislosti dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který by mohl být přesnějším ukazatelem míry postižení, jelikož vychází z podrobnějšího zhodnocení funkčního stavu člověka, zvolila jsem rozdělení vycházející z definice životních potřeb, jak je ve svém šetření uvádí J. Hrdá.²⁷

Vezmeme-li jednotlivé oblasti úkonů uvedených v zákoně o sociálních službách č. 108/2006 Sb. jako základní ve kterých má být osobní asistence poskytována, je jejich využívání u respondentů rozloženo vcelku rovnoměrně. Kromě 1 respondenta využívají

²⁷ HRDÁ, J. *Kvalita služby osobní asistence jak ji poskytuje Pražská organizace vozíčkářů – výzkumná zpráva*. Praha: POV, 2006 a, s. 6:

„Limitní potřeby: bez jejich uspokojení by člověk byl během několika hodin ohrožen na zdraví, nebo dokonce na životě – osobní hygiena, pomoc s oblékáním, stravováním, toaletou, polohováním, pohybem apod.

Pololimitní: bez jejich uspokojování by se během několika dní snížila kvalita uživatelského života pod nepřijatelnou míru, nebo by dokonce bylo ohroženo jeho zdraví – úklid, nákup, praní apod. a také vzdělávání, zaměstnání.

Společenské potřeby: bez jejichž dlouhodobého uspokojování klesá kvalita uživatelského života pod míru, jež je ve společnosti obvyklá – kultura, sport apod.“

všichni dotazovaní osobní asistenci ke zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, tj. při návštěvě kulturně společenských akcí, setkávání s přáteli, k doprovázení k lékaři, do zaměstnání, školy či na volnočasové aktivity. Při zajištění chodu domácnosti využívá osobní asistenci 23 respondentů a při osobní hygieně či při studiu, zaměstnání nebo trávení volného času 22 respondentů z celkového počtu 25-ti dotazovaných. Dále následuje obstarávání osobních záležitostí (20 respondentů) a provádění běžných úkonů v péči o vlastní osobu jako oblékání, česání, polohování, přemisťování, drobná ošetření či manipulace s předměty denní potřeby (19 respondentů). Nejméně je osobní asistence využívána při zajištění stravy, což uvádí 18 respondentů.

Počet využívaných oblastí úkonů při osobní asistenci

Počet využívaných oblastí úkonů	Počet	%	Míra postižení - počet		
			A – velmi těžké	B – středně těžké	C - mírnější
1 oblast	0	0,00%	0	0	0
2 oblasti	1	4,00%	1	0	0
3 oblasti	1	4,00%	0	0	1
4 oblasti	5	20,00%	0	2	3
5 oblastí	1	4,00%	0	0	1
6 oblastí	1	4,00%	1	0	0
7 oblastí	16	64,00%	13	3	0
Celkem	25	100,00%	15	5	5

Tabulka 2: Počet využívaných oblastí úkonů při osobní asistenci

Většina respondentů (64 %) využívá osobní asistenci při některých činnostech rozvrstvených do všech základních oblastí výše definovaných úkonů.

Status respondentů

<i>Status</i>	<i>Počet</i>	<i>%</i>	<i>Míra postižení - počet</i>		
			<i>A – velmi těžké</i>	<i>B – středně těžké</i>	<i>C - mírnější</i>
pouze pracující	13	52,00%	8	3	2
pouze studující	2	8,00%	2	0	0
studující i pracující	5	20,00%	3	2	0
nepracující, ani nestudující	5	20,00%	2	0	3
<i>Celkem</i>	25	100,00%	15	5	5

Tabulka 3: Status respondentů

Zajímavý je rovněž profil respondentů z hlediska zaměstnanosti či přípravy na budoucí povolání, kdy pouze 20 % z celkového počtu respondentů ani nepracuje, ani v současné době nestuduje, z toho 2 z nich patří do kategorie lidí s velmi těžkým postižením a 3 do kategorie lidí s mírnějším tělesným postižením.

3.1.7.3 Vyhodnocení získaných dat

Při tvorbě dotazníku jsem si kladla následující otázky:

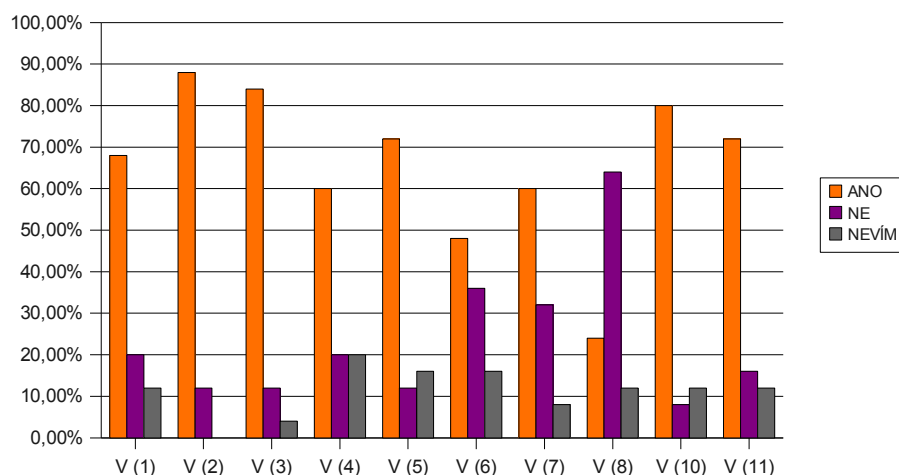
- Jaký vliv má osobní asistence na psychosociální rozvoj jejích uživatelů?
- Je dostupnost osobní asistence pro její uživatele vyhovující?
- Kde se uživatelé osobní asistence dověděli o této službě?
- Jaká byla motivace uživatelů osobní asistence pro rozhodnutí tuto službu využívat?
- Co by si přáli uživatelé osobní asistence změnit?

Nyní se na ně pokusím odpovědět:

Jaký vliv má osobní asistence na psychosociální rozvoj jejích uživatelů?

K této otázce se vztahují výroky 1 – 8 a 10 – 11, které jsou vyjádřením některých aspektů psychosociálního rozvoje lidí s postižením a vlivu osobní asistence pro jejich život a ke kterým měli respondenti zaujmout postoj formou výpovědi ano – ne – nevím. Rovněž sem spadá otevřená otázka č. 11 o vlastním přínosu osobní asistence.

Vliv osobní asistence na psychosociální rozvoj



Ilustrace : Vliv osobní asistence na psychosociální rozvoj

V (1) Osobní asistence mi umožnila žít podle mých představ.

V (2) Díky osobní asistenci se dostanu více mezi lidi.

V (3) Díky osobní asistenci mám pocit větší samostatnosti.

V (4) Díky osobní asistenci můžu žít plnohodnotný život.

V (5) Díky osobní asistenci mám větší svobodu.

V (6) Díky osobní asistenci mám více času pro sebe.

V (7) Díky osobní asistenci mi stouplо sebevědomí.

V (8) Díky osobní asistenci mám více soukromí.

V (10) Osobní asistenci bych doporučil každému.

V (11) Osobní asistenci mi umožnila dělat nové věci.

Kromě jednoho případu u výše uvedených výroků převažovaly kladné odpovědi. Tuto výjimku tvoří výrok 8, kdy se většina dotazovaných (16 respondentů) vyjádřila záporně v tom smyslu, že jim osobní asistence nepřinesla více soukromí. To jistě souvisí s tím, že osobní asistence je služba, která se poskytuje v přirozeném prostředí jejího uživatele, a tím pádem osobní asistent v domácím prostředí uživatele překračuje hranici veřejného a soukromého prostoru. Navíc jeho přítomnost není dána konkrétními úkony, ale pouze časovým vymezením. Je nutno mít též na paměti, že nemusí jít o soukromí pouze člověka, který péči potřebuje, ale celé jeho rodiny, resp. všech lidí,

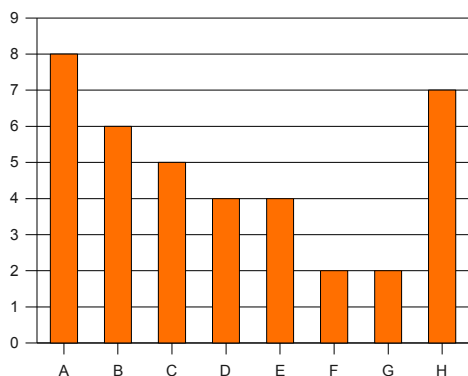
kteří

v domácnosti žijí. To je zvláště znatelné, využívá-li člověk osobní asistenci nepřetržitě 24 hodin denně. Z tohoto pohledu může být péče zajištěná z okruhu rodinných příslušníků nejpříjemnější, na druhou stranu ovšem neposkytuje prostor pro osamostatnění či úplnou seberealizaci. Dalším faktorem, který hraje roli, je fakt, že osobní asistent často pomáhá s vykonáváním i velmi intimních úkonů, jako je vyměšování, mytí apod.

Nejvíce dotazovaných (22 respondentů) hodnotilo kladně to, že jim osobní asistence umožní „dostat se více mezi lidi“, hned poté následuje výrok „díky osobní asistenci mám pocit větší samostatnosti“ (21 respondentů) a 20 respondentů by osobní asistenci doporučilo ostatním. 18 respondentů se shodlo na tom, že díky osobní asistenci mají větší svobodu a že jim osobní asistence umožnila dělat nové věci. Zde respondenti uvádějí studium, práci, sport, cestování, zájmové činnosti a návštěvy různých kulturních akcí, setkávání s přáteli a též osamostatnění i samostatnost („žít sama i s takto těžkým postižením“) či možnost vlastního rozhodování o sobě a jistou svobodu pohybu („v tuto chvíli především vyrazet mimo domov dle vlastního rozhodnutí“). Pro většinu respondentů je osobní asistence přínosem v tom, že jim umožnila žít podle vlastních představ (17 respondentů), „žít plnohodnotný život“ (15 respondentů) a rovněž 15 respondentů vyjádřilo souhlas, že jim díky osobní asistenci stouplо sebevědomí. Necelá polovina dotazovaných (12 respondentů) souhlasila, že „díky osobní asistenci mám více času pro sebe“.

Pořadí posledně zmiňovaného výroku v počtu souhlasných odpovědí může odrážet organizační náročnost seburčující osobní asistence a též skutečnost společně sdíleného času s osobním asistentem a nutnost instruovat při všech prováděných úkonech osobního asistenta, to znamená, že osobní asistent nedělá jednotlivé úkony za uživatele osobní asistence, ale dělá je společně s ním a dle jeho popisu a představ.

Přínos osobní asistence



- A) důstojný, plnohodnotný, normální život
- B) studium či práce
- C) zvládání běžných úkonů
 - kompenzace postižení
- D) setkávání s lidmi
- E) svoboda
- F) samostatné bydlení
- G) život v domácím prostředí
- H) jiné

Jako nejčastější přínos osobní asistence uváděli respondenti možnost žít důstojný, plnohodnotný či normální život jako každý jiný člověk (8 respondentů). 6 respondentů si osobní asistence cení z toho důvodu, že jim umožnila studovat, popř. pracovat. Pro 5 respondentů je osobní asistence především pomocí při zvládání všech běžných úkonů a kompenzací jejich postižení. Dalším přínosem pro uživatele osobní asistence je dle jejich výpovědí setkávání s lidmi (4 respondenti), a to ať už se jedná o obohacující setkávání s osobními asistenty, tak vůbec o kontakt se širším společenským prostředím a přáteli, a rovněž 4 respondenti si na osobní asistenci cení především svobody, kterou jim přináší, a možnosti žít dle vlastních představ a rozhodovat o svém životě. Shodně po 2 odpovědích je ceněno samostatné bydlení a život v domácím prostředí. Jako další výhody osobní asistence bylo uváděno širší uspokojování potřeb, socializace, osobnostní růst prostřednictvím osobní asistence, odlehčení rodině, možnost provádět různé zájmové aktivity a bavit se a též vytržení ze samoty a „nebýt ve stresu a radovat se“.

Za povšimnutí určitě stojí to, že všechny tyto přínosy osobní asistence uváděli i respondenti zařazení ve skupině lidí s velmi těžkým postižením, tj. ti, kteří ke svému životu potřebují prakticky nepřetržitou pomoc druhé osoby. Přesto je pro ně osobní asistence cestou k důstojnému životu a umožňuje jim dělat činnosti, které jsou ve společnosti běžné pro jejich vrstevníky, tzn. studovat, pracovat, bavit se. Pro úplnost uvádím některé z jejich odpovědí, které samy o sobě jsou dostatečně výmluvné a svědčí

o přínosu osobní asistence pro psychosociální rozvoj jejích uživatelů: „Mohu žít běžný život v prostředí, v kterém chci, s lidmi, které jsem si vybral svobodně, a mohu se věnovat různým aktivitám, vybral jsem si je také sám,“ „Jediná možnost, jak žít a pracovat doma, i když jsem úplně sama,“ „...mohu dýchat, jíst, spát, vyměšovat se a navíc studovat, pracovat, bavit se. Žít jako normální člověk.“

Je dostupnost osobní asistence pro její uživatele vyhovující?

Dostupnost osobní asistence jsem hodnotila z poměru reálného využívání osobní asistence a její skutečné potřeby, kterou respondenti uvedli (viz otázka č. 8 a č. 9), a také dle vyhodnocení postojů samotných respondentů k výroku o dostupnosti osobní asistence v potřebné míře pro každého (výrok č. 9). Dále jsem se zabývala vyhodnocením výpovědí, co uživatelé osobní asistence považují za překážky ve větším užívání této služby (viz otázka č. 10), kdy respondenti měli možnost zaškrtnout i více možností z nabízených, popř. doplnit další možnost .

S výrokem, že „osobní asistence je v potřebné míře dostupná pro každého“ souhlasí pouze 16 % respondentů, 64 % respondentů je proti a 20 % respondentů neví.

Pokrytí potřeb osobní asistence

<i>Pokrytí potřeby osobní asistence</i>	<i>Počet</i>	<i>%</i>	<i>Míra postižení - počet</i>		
			<i>A – velmi těžké</i>	<i>B – středně těžké</i>	<i>C - mírnější</i>
0 – 25 %	4	16,00%	4	0	0
26 – 50 %	3	12,00%	2	1	0
51 – 75 %	5	20,00%	1	1	3
76 – 100 %	8	32,00%	5	2	1
přes 100 %	1	4,00%	0	0	1
bez odpovědi	4	16,00%	3	1	0
<i>Celkem</i>	25	100,00%	15	5	5
100 % a více	7	28,00%	3	2	2

Tabulka 4: Pokrytí potřeby osobní asistence

Více jak čtvrtině dotazovaných (7 respondentů) je osobní asistence dostupná dle jejich potřeb, z toho jeden ji využívá dokonce více, než je pro něj nezbytně nutné. Více jak třetině dotazovaných (9 respondentů) pokrývá skutečně poskytnutá osobní asistence aspoň ze tří čtvrtin jejich potřebu využívat tuto službu. Je ovšem poměrně velká část respondentů (4 respondenti, tj 16 %), pro které není tato služba dostupná téměř ani ze čtvrtiny, jak by potřebovali. To se týká pouze těch dotazovaných, kteří mají nejtěžší postižení. U nich se tento deficit dá vysvětlit právě jejich potřebou mnohdy nepřetržité pomoci od druhého člověka.

Překážky v užívání osobní asistence

<i>Překážky v užívání osobní asistence</i>	<i>Počet</i>	<i>Míra postižení - počet</i>		
		<i>A – velmi těžké</i>	<i>B – středně těžké</i>	<i>C - mírnější</i>
a) nic, jsem spokojený	4	0	2	2
b) peníze	12	9	2	1
c) nedostatek asistentů	19	14	2	3
d) jiné	3	2	0	1

<i>Překážky v užívání osobní asistence</i>	<i>Počet</i>	<i>Míra postižení - počet</i>		
		<i>A – velmi těžké</i>	<i>B – středně těžké</i>	<i>C - mírnější</i>
b) + c)	11	9	1	1

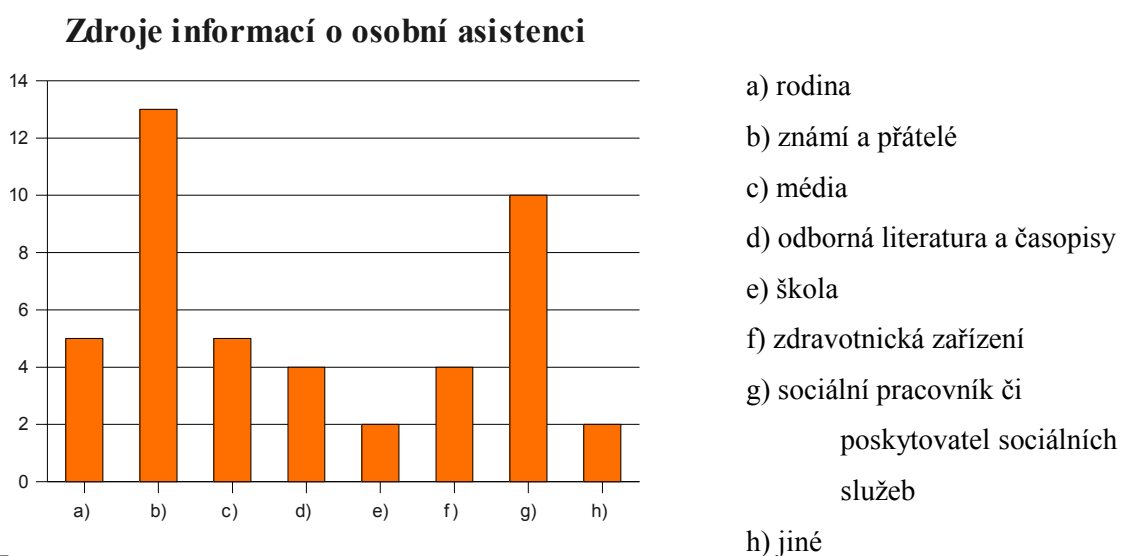
Tabulka 5: Překážky v užívání osobní asistence

Nejčastější překážkou v užívání osobní asistence není dle respondentů ani tak nedostatek finančních prostředků na osobní asistenci samotnou (19 respondentů), jako nedostatek osobních asistentů (12 respondentů), i když finanční ohodnocení osobních asistentů může beze sporu s jejich nedostatkem korespondovat. Často (11 respondentů) jsou uváděny společně oba důvody: jak málo peněz na osobní asistenci, tak málo osobních asistentů. Jeden respondent uvádí, že problém je sehnat asistenty, „kteří jsou schopni zvládnout náročnou manipulaci se mnou,“ dle jiného respondenta je to též záležitost ročních období, kdy je obtížné zajistit si osobní asistenci např. v období prázdnin. Jako jiné překážky ve větším užívání osobní asistence byla uvedena organizační náročnost („je to neustálý boj o lidi a peníze“) nebo „neschopnost furt něco po někom chtít,“ což je běžný problém u lidí právě s vrozeným postižením.

Se současnou situací jsou spokojeni 4 respondenti, přičemž ani jeden z nich nepatří do skupiny lidí s nejtěžším postižením. Z této skupiny respondentů s nejtěžším postižením není zcela spokojen s rozsahem užíváním osobní asistence nikdo, což může mít příčinu ve skutečnosti, že tito lidé potřebují výrazně větší část péče zajistit pomocí druhé osoby a uvědomují si obtíže, které jsou s tím spojeny, jako jsou právě zvýšené finanční nároky na zajištění takové služby či nedostatek lidských zdrojů. Je potřeba také podotknout, že se nevyskytla významná závislost mezi spokojeností s vlastní situací ohledně osobní asistence a souhlasnou odpovědí na výrok o dostupnosti osobní asistence v potřebné míře pro každého. Což poukazuje na jistou míru realistického pohledu respondentů na danou problematiku.

Kde se uživatelé osobní asistence dověděli o této službě?

K zodpovězení této otázky sloužila v dotazníku otázka č. 6 s vícečetnou možností volby a s možností uvedení vlastního názoru.



Ilustrace 3: Zdroje informací o osobní asistenci

Výrazně nejčetnějším zdrojem prvotních informací o osobní asistenci jsou dle respondentů známí a přátelé (uvedlo 13 respondentů), hned za nimi následují sociální pracovníci či instituce poskytující sociální služby (uvedlo 10 respondentů). Poměrně málo četné jsou informace od rodinných příslušníků (uvedlo 5 respondentů), na kterých přitom velmi často leží podstatná část péče o blízkého člověka s postižením.

Za povšimnutí rovněž stojí, jak málo informací o osobní asistenci se lidem s postižením dostává od pracovníků ve zdravotnictví (4 respondenti). Což je z určité

části pochopitelné vzhledem k tomu, že jejich vzdělání nespadá do oblasti sociálních služeb, nicméně jsou to právě oni, s kým mají lidé s postižením ze strany odborníků často první kontakt a kteří se významným způsobem podílejí na jejich rehabilitaci, a tím pádem i na jejich sociálním začlenění, popř. mají často rozhodující vliv na vývoj životní situace člověka s postižením.

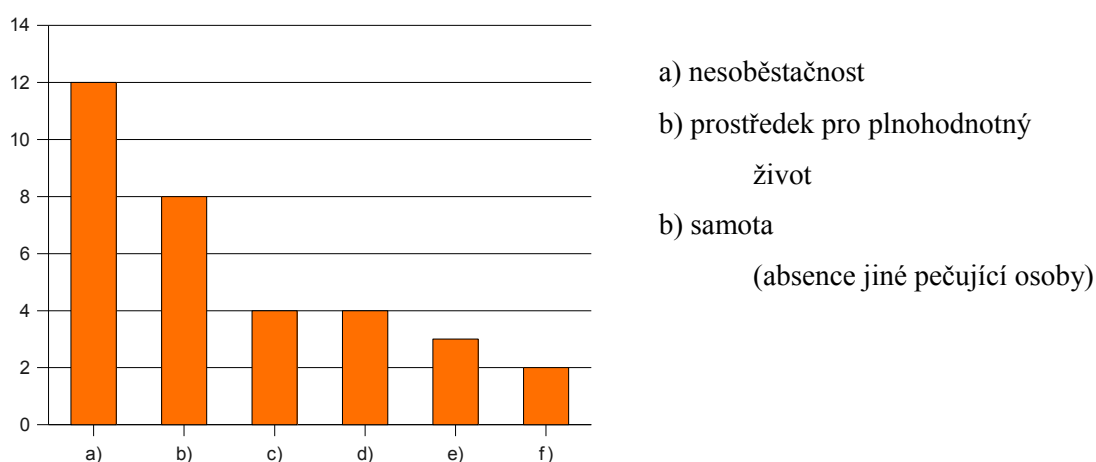
Z uvedených možností nejméně často slouží jako pramen informací o osobní asistenci škola. Tento způsob získání informací o osobní asistenci uvedli pouze 2 respondenti, přičemž v obou případech nelze opominout možnou souvislost s jejich působením na vysoké škole.

Z jiných možností byl ve 2 případech jako zdroj informací o osobní asistenci uveden kurz o osobní asistenci, 1 respondent uvedl samostudium zákona o sociálních službách a 2 respondenti dokonce odpověděli, že si osobní asistenci vymysleli či začali provozovat sami, protože ji potřebovali k životu (doslovně „začala jsem ji provozovat dříve, než jsem věděla, že se tomu říká osobní asistence,“ „vymyslela som si ju sama, pretože som ju proste potrebovala pre život“).

Jaká byla motivace uživatelů osobní asistence pro rozhodnutí tuto službu využívat?

K tomuto bodu se v dotazníku vztahuje otázka č. 7, což je otázka otevřená a nechává respondentům volnost v odpovědi. Jednotlivé výpovědi jsem seskupila do níže uvedených kategorií.

Důvody pro užívání osobní asistence



Ilustrace 4: Důvody pro užívání osobní asistence

- c) ulehčení rodině
- d) prostředek osamostatnění
- e) pomoc při studiu či práci

Na tuto otázku bylo nejčastější odpovědí (12 respondentů) to, že důvodem pro užívání osobní asistence je právě dané postižení a z něj plynoucí nesoběstačnost. S tím se pojí i odpovědi, že respondent žije sám či že není v blízkosti jiná osoba, která by mohla zajistit potřebnou péči (4 respondenti). Téměř třetina dotazovaných (8 respondentů) ovšem uvedla, že se rozhodli užívat osobní asistenci právě proto, že jim umožňuje žít normální plnohodnotný život („Cítím se tak svobodný a mohu žít běžným životem.“, „Je to jednoznačně největší příležitost, jak důstojně kompenzovat i velmi těžké zdravotní postižení.“, „...zvýšení kvality života“, „...potřebuji žít jako člověk“). S tím rovněž souvisí, že osobní asistence je cesta, jak moci začít pracovat či studovat (2 respondenti), a rovněž i to, že osobní asistenci jako prostředek osamostatnění vidí 3 respondenti. Všechny tyto uváděné důvody jsou důležitými faktory pro psychosociální rozvoj člověka s postižením a poukazují na vysoký potenciál osobní asistence v působení v této oblasti. Z četnosti těchto výpovědí je zřejmé, že tohoto přínosu osobní asistence pro vlastní život jsou si vědomi i sami respondenti.

Dalším uváděným důvodem bylo využití osobní asistence z důvodu ulehčení rodině (4 respondenti).

Co by si přáli uživatelé osobní asistence změnit?

Zde jsem vycházela z odpovědí na otázku č. 12, která je otevřená a nabízí respondentům příležitost změnit cokoliv na osobní asistenci, ať už je to reálně uskutečnitelné, či nikoliv.

Nejvíce odpovědí se týkalo financování osobní asistence v tom smyslu, aby bylo na osobní asistenci uvolněno více peněz, popř. aby tato služba byla plně státem hrazena

i při potřebě 24 hodin denně (5 respondentů) a nedostatku osobních asistentů (5 respondentů). Rovněž v souvislosti s financováním si 4 respondenti přáli vyšší ohodnocení osobních asistentů. S tím souvisí i požadavek na zvýšení prestiže osobní asistence, její profesionalizace a zlepšení povědomí o této službě mezi lidmi (4 respondenti). Někteří respondenti vyslovili ideální přání, aby bylo možné zavolat v případě potřeby osobního asistenta kdykoliv, aby tato služba byla v dostatečné kvalitě dostupná pro všechny a aby se nemuseli starat o shánění osobních asistentů a jejich financování (celkem 4 respondenti). Padl též návrh na vytvoření databáze osobních asistentů. 2 respondenti by si přáli zrušit povinné zaškolování osobních asistentů, protože vysoké zákonné požadavky na kvalifikaci osobních asistentů vedou v konečném důsledku k jejich nedostatku a protože nakonec si stejně každý uživatel osobní asistence své osobní asistenty musí zaškolit sám dle svých potřeb. Naproti tomu se vyskytl názor, že v rámci profesionalizace této profese by se stát měl postarat o to, aby bylo dostatek zaškolených osobních asistentů, jelikož jejich neustálé shánění a zaškolování pouze zabírá uživateli neúměrné množství času. Naproti tomu jeden respondent uvedl, že by si sice přál mít méně starostí se sháněním lidí a peněz na osobní asistenci, ale to by se zase ochudil o přínosy, které jsou pro něj s osobní asistencí spojené, což je mimo jiné i příležitost k osobnímu růstu. Jeden respondent uvedl, že by si přál zlepšit komunikaci mezi uživateli osobní asistence a osobními asistenty, což spočívá především ve vzájemném pochopení. Další respondent by si přál, aby se začalo počítat s tím, že osobním asistentem může být i pes a byl mu umožněn přístup např. do restaurací, knihoven apod. Jeden respondent by zavedl lepší kontrolu využívání příspěvku na péči.

Je jasné, že v oblasti osobní asistence, i přes všechnu snahu a jistý posun např. ve formě uzákonění této služby, je stále ještě dost věcí, na kterých lze pracovat pro zlepšení zajištění odpovídající péče lidem se zdravotním postižením. Přestože odpovědi na tuto otázku nemusely vycházet z reálných možností, poskytují zajímavé podněty ke změně. Tyto výpovědi od uživatelů osobní asistence mohou sloužit jako podklady a inspirace pro další práci v této oblasti.

3.1.8 Závěr šetření a ověření hypotéz

Vezmeme-li výsledky šetření, můžeme říci, že se u zkoumaného vzorku potvrdila hlavní hypotéza 1, že „sebeurčující osobní asistence má pozitivní vliv na psychosociální rozvoj lidí s tělesným postižením,“ stejně jako vedlejší hypotézy 1a, že „sebeurčující osobní asistence umožňuje lidem s tělesným postižením žít plnohodnotný život,“ i 1b, že „sebeurčující osobní asistence je prostředek k větší samostatnosti lidí s tělesným postižením.“

Většina respondentů se shodla na tom, že jim osobní asistence umožnila dostat se více mezi lidi, dala jim pocit větší samostatnosti, umožnila jim dělat nové věci, přinesla jim pocit větší svobody, pozitivně ovlivnila jejich sebevědomí a umožnila jim žít plnohodnotný život dle vlastních představ. Cenou za to je ztráta soukromí. Jak uvádí jeden respondent: „Ztratila jsem soukromí a možnost rychlého rozhodování. Nemohu myslet jen na sebe.“ Přesto jsou přínosy v oblasti psychosociálního rozvoje respondenty vysoce ceněny.

Někteří respondenti uvádějí, že jim osobní asistence umožnila pracovat, studovat či žít samostatně v domácím prostředí, což je vzhledem k jejich psychosociálnímu rozvoji, resp. jejich zapojení do společnosti a aktivnímu podílení se na jejím fungování, velmi výrazná zásluha. O tom svědčí i fakt, že mezi dotazovanými je velké procento těch, kteří studují nebo pracují, celkem 80 % respondentů. Nelze ovšem jednoznačně určit, zda je toto vysoké číslo pouze přímý důsledek užívání osobní asistence, nebo naopak vysoká aktivita respondentů souvisí s jejich osobnostními předpoklady, díky nimž si vybrali právě osobní asistenci jako odpovídající sociální službu pro kompenzaci svého postižení.

K výroku o plnohodnotném životě díky osobní asistenci se souhlasně vyjádřilo 60 % respondentů, nicméně možnost žít důstojný, normální, plnohodnotný život je nejčastěji uváděným přínosem a druhým nejčastějším důvodem pro užívání osobní asistence.

Co do četnosti souhlasných odpovědí na výroky týkající se psychosociálního rozvoje se pocit větší samostatnosti díky osobní asistenci objevil jako druhý v pořadí.

Rovněž motiv osamostatnění se objevoval i v motivech pro užívání osobní asistence. Právě moment osamostatnění a převzetí zodpovědnosti za svůj život je významným momentem v psychosociálním vývoji každého člověka. Z provedeného šetření vyplývá, že u lidí s postižením zde právě osobní asistence může sehrát zásadní roli.

Hlavní hypotéza 2, že „osobní asistence není dostupná pro lidi s tělesným postižením v dostatečné míře,“ se rovněž u zkoumaného vzorku potvrdila.

Pouze u 28 % respondentů potřeba osobní asistence odpovídá i jejímu skutečnému využívání, zbytek respondentů osobní asistenci využívá méně, než by potřeboval. Kladně se o dostupnosti osobní asistence pro každého v potřebné míře vyjádřilo pouze 16 % respondentů.

Ovšem hypotéza vedlejší 2a, že „lidé s tělesným postižením by osobní asistenci využívali více, kdyby na tuto službu měli více peněz,“ se zcela nepotvrdila, jelikož nedostatek peněz je překážkou pro větší užívání osobní asistence pouze pro 12 respondentů. Jako nejzávažnější překážka v užívání této služby se dle respondentů ukázal nedostatek osobních asistentů, což uvádí 19 dotazovaných. Nicméně velká část dotazovaných (11 respondentů) si uvědomuje provázanost obojího a uvedlo jako největší překážku ve větším užívání osobní asistence jak nedostatek osobních asistentů, tak peněz na zaplacení této služby. Hlasy pro zvýšení prestiže a profesionalizace povolání osobních asistentů a pro přilákání více lidí do této oblasti se vyskytovaly i v návrzích na změny v poskytování osobní asistence, s čímž zajisté souvisí i požadavek na vyšší finanční ohodnocení osobních asistentů. Přesto uživatelé zažívají citelněji právě spíš nedostatek lidských zdrojů než nedostatek zdrojů finančních.

Vzhledem k pozitivnímu významu osobní asistence pro psychosociální rozvoj lidí s postižením je potřeba brát tuto skutečnost v úvahu a snažit vyvinout snahu po zlepšení stávající situace.

U zkoumaného vzorku se potvrdila hlavní hypotéza 3, že „primárním zdrojem informací o osobní asistenci nejsou sociální pracovníci ani poskytovatelé sociálních

služeb.“ Nejčastějším zdrojem informací o osobní asistenci se ukázali známí a přátelé, sociální pracovníci a poskytovatelé sociálních služeb jsou až na druhém místě.

3.1.9 Diskuse

3.1.9.1 Metodologie

Vnější validita šetření se odvíjí od reprezentativnosti zkoumaného vzorku. Vzhledem ke způsobu výběru respondentů nelze toto šetření považovat za zobecnitelné na celou populaci lidí s tělesným postižením.

Zajímavý je profil respondentů, jejich vysoké vzdělání i velké procento studujících a pracujících - i vzhledem k tomu, že ve zkoumaném vzorku je velká část lidí s velmi těžkým postižením. Věkové rozložení respondentů je rovnoměrné, rovněž zastoupení respondentů z hlediska délky doby užívání osobní asistence je vyvážené.

Vnitřní validita některých otázek je sporná.

Nejvýrazněji tomu je u otázky č. 11: „Proč jste se rozhodl(a) osobní asistenci využívat?“, kterou byla zjišťována motivace uživatelů osobní asistence k využívání právě této služby. Z formulace otázky ovšem není jednoznačně zřejmé, že otázka je směřována k tomu, proč si dotazovaní zvolili právě osobní asistenci a ne jiný typ sociální služby, který by rovněž mohl kompenzovat jejich postižení. Otázka tedy nepostihuje jasně motivaci výlučně pro užívání osobní asistence.

Problematické je vyčíslení hodin osobní asistence v otázce č. 8 a 9, jelikož zde chybí přesná definice osobní asistence, jak je pro účely tohoto šetření chápána. Porozumění tomuto pojmu je ponecháno na samotných respondentech, a může se tedy mezi jednotlivými respondenty z části lišit.

U otázky č. 10 „Co je pro vás největší překážka pro větší užívání osobní asistence?“ mohlo dojít ke špatné interpretaci otázky ze strany respondentů, jelikož překážky uváděli i ti respondenti, kteří mají potřebu osobní asistence dle předchozích

odpovědí na otázky č. 8 a 9 pokrytou v plné míře. S těmito odpověďmi jsem se setkávala pouze u těch respondentů, kteří byli zařazeni do kategorie lidí s velmi těžkým postižením. Vysvětlením může být skutečnost, že právě oni mají největší zkušenost s náročností zajištění této služby pro sebe a proměnlivostí okolností, které v tomto případě hrají roli. Dalším zdůvodněním může být i fakt, že otázka byla pochopena jako dotaz na překážky v užívání osobní asistence obecně.

K diskusi může být dána i vypovídající hodnota škály u výroků, která nabízela pouze tři možnosti volby. Pro zpřesnění výpovědí by bylo vhodné uvést pětibodovou škálu s možnostmi ano – spíše ano – spíše ne – ne – nevím, či nechat možnost dovysvětlení postoje respondenta.

Reliabilita šetření byla snížena nestejnými vnějšími podmínkami při vyplňování dotazníku.

Rozdělení respondentů do tří kategorií dle míry postižení je založeno na subjektivním posouzení z důvodu aktuálnosti sdělení, přestože by se za tímto účelem daly využít jiné zdánlivě objektivní ukazatele jako např. zda člověk pobírá plný či částečný invalidní důchod nebo zda je držitelem průkazu TP, ZTP či ZTP/P, popř. jaký ze čtyř stupňů závislosti dle zákona o sociálních službách je mu přiznán. Tato skutečnost ovšem nemusí být v době provádění šetření známá všem lidem s postižením a i samotný proces posuzování je stále předmětem diskuse.

3.1.9.2 Obsah

Dotazník je zaměřen pouze na hodnocení aktuální situace vzhledem k osobní asistenci, přičemž chybí zachycení dalších životních okolností. Zajímavé by mohlo být zmapování předchozí situace u jednotlivých respondentů, kdy ještě osobní asistenci nevyužívali, a porovnání se současným stavem.

Rovněž důležitým podkladem pro obecnější závěry je zachycení toho, jakou měrou se osobní asistence podílí na zajištění veškeré potřebné péče, popř. jaké další služby respondent využívá, což v dotazníku schází.

V budoucnu by bylo možné zabývat se otázkou, zda je pocit nedostatku soukromí větší u lidí, kteří užívají osobní asistenci, nebo u těch, kteří jsou v péči některého ústavního zařízení, popř. porovnat jednotlivé ukazatele psychosociálního rozvoje u lidí z obou výše uvedených skupin.

Za zvážení by stálo rozšíření otázky po zdrojích informací o osobní asistenci a obecné informovanosti o této službě, jelikož je stále ještě dost lidí, kteří o této službě nemají žádné informace nebo mají informace jen útržkovité, nepřesné či zavádějící.

Ze šetření vyllynuly některé zajímavé podněty ke změnám v oblasti osobní asistence. Před případnou snahou o jejich uskutečnění by bylo vhodné zjistit, do jaké míry jsou tyto požadavky oprávněné a korespondují s většinovým přáním, popřípadě by stálo za úsilí odhalit, kde vidí lidé s postižením potenciál pro eventuální změnu. Uvědomují si uživatelé osobní asistence, že mohou vyvinout vlastní aktivitu a že se mohou sami významně podílet na změně, nebo se spoléhají na to, že se o to postará někdo další?

4. ZÁVĚR

Osobní asistence je služba, která vznikla přímo z potřeby kompenzace konkrétního postižení a z touhy člověka s velmi těžkým tělesným postižením žít běžný život, který by byl srovnatelný s životem jeho vrstevníků. Z této iniciativy vzniklo hnutí Independent Living, které vychází z myšlenky, že potřeby všech lidí jsou v podstatě stejné, pouze způsoby jejich uspokojování se mohou lišit. Hnutí se snaží prosazovat myšlenky sebeurčujícího života, resp. uplatňovat tzv. princip spotřebitelské kontroly. To znamená, že každý člověk zná nejlépe sám své potřeby, a má tedy právo rozhodovat o svém životě do té míry, do jaké je schopen nést důsledky svého rozhodnutí. Jedním z cílů tohoto hnutí je dosažení toho, aby lidé s postižením měli stejná práva, ale i povinnosti jako zbytek populace. To by se mělo projevovat nejenom v uplatňování běžných nároků, jako je právo na osobní život, na vzdělání, na rovný přístup k práci i trávení volného času, ale též v důrazu na aktivní přístup a převzetí plné zodpovědnosti za vlastní život. Prostředkem k dosažení tohoto cíle může být právě osobní asistence, která je postavena na principech delimitace, deprofesionalizace, demedikace a deinstitucionalizace. Vychází-li osobní asistence z tohoto pojetí, není pouze prostředkem k zajištění potřebné péče a uspokojení základních životních potřeb, ale může se uplatnit jako prostředek psychosociálního rozvoje lidí s postižením.

O tom svědčí i výsledky provedeného empirického šetření, které bylo zaměřeno právě na vliv sebeurčující osobní asistence na psychosociální rozvoj lidí s tělesným postižením. Nejvíce respondentů vidělo přínos této služby právě v možnosti žít normální, důstojný, běžný život. Dalšími uváděnými přínosy, kromě přijatelné kompenzace daného postižení, byla příležitost studovat či pracovat, svoboda či možnost žít ve svém domácím prostředí a rozhodovat o sobě, popř. též příležitost k osamostatnění či způsob odlehčení pro blízké, kteří o člověka s postižením pečují.

Z empirického šetření ovšem rovněž vyplynulo, že osobní asistence není dostupná plně dle přání respondentů. Jako nejčastěji uváděná překážka v jejím větším užívání se objevoval nedostatek osobních asistentů, s čímž souvisí i malá prestiž tohoto

povolání a nedostatečná informovanost o osobní asistenci vůbec. Hned poté následovala překážka v nedostatku finančních prostředků, popř. kombinace obojího.

Vzhledem k přínosu osobní asistence je důležité, že se po 17-ti letech fungování této služby u nás podařilo najít její právní ukotvení v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. V tomto zákoně jsou v určité míře obsaženy všechny výše uvedené principy osobní asistence, ať už ve formě poskytování osobní asistence jako sociální služby registrovanými poskytovateli, či v zajišťování potřebné péče na neformální úrovni osobou blízkou nebo jinou fyzickou osobou. Nezastupitelný význam osobní asistence potvrzuje i skutečnost, že je to jediná terénní služba, pro kterou dle zákona neexistuje časové omezení pro její poskytování. To znamená, že pokud si to uživatel přeje, je poskytovatel osobní asistence povinen zajistit fungování této služby 24 hodin denně. Během jednoho roku účinnosti tohoto zákona bylo provedeno již několik novelizací, které odrážejí neustálé utváření podmínek majících vliv na fungování osobní asistence.

Z tohoto důvodu by mohlo být užitečné v budoucnu práci rozšířit o podrobnější zmapování skutečných potřeb lidí s postižením s ohledem na reálné možnosti jejich uskutečňování. Jak se vyjádřil jeden respondent, má smysl usilovat o to, „aby osobní asistenci mohli využívat všichni, kdo ji potřebují, v takovém rozsahu a kvalitě, aby se nemuseli nikterak omezovat ve svém životě, ať už z důvodů finančních či jiných.“

5. SEZNAM PRAMENŮ A LITERATURY:

Tištěné monografické publikace

HRDÁ, J. *Kvalita služby osobní asistence jak ji poskytuje Pražská organizace vozíčkářů – výzkumná zpráva*. Praha: POV, 2006 a.

HRDÁ, J. *Osobní asistence – obecné informace o této službě pro občany, kteří potřebují ke svému životu pomoc druhé osoby*. Praha: POV.

HRDÁ, J. *Osobní asistence – příručka postupů a rad pro osobní asistenty*. 1. vyd. Praha: POV, 2001.

HRDÁ, J. *Osobní asistence – příručka postupů a rad pro poskytovatele*. 1. vyd. Praha: POV, 2004.

HRDÁ, J. *Osobní asistence, poradenství a zprostředkování*. 1. vyd. Praha: APZP, 2006 b. ISBN 80-239-6415-1.

HRDÁ, J. *Podklady ke Kurzu o osobní asistenci projektu „Učme se a učme“*. Praha: Asociace pro osobní asistenci, 2007.

JESENSKÝ, J. Sociální rehabilitace a postavení otázek partnerských vztahů, sexuality a genetické prevence výchovy k uvědomělému rodičovství v programech činnosti svazu invalidů. In *K partnerským vztahům zdravotně postižených: materiály odborného semináře*. 1. vyd. Praha: Horizont, 1988.

MATĚJČEK, Z. *Co děti nejvíc potřebují*. 3. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-853-8.

MATĚJČEK, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3. přepracování vyd. Jinočany: H & H, 2001. ISBN 80-86022-92-7.

PELIKÁN, J. *Základy empirického výzkumu pedagogických jevů*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1998. ISBN 80-7184-569-8.

ŠKALOUDOVÁ, A. *Statistika v pedagogickém a psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha: PedF UK, 1998. ISBN 80-86039-56-0.

Školský zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, ze 24. září 2004.

TROJAN, S.; DRUGA, R.; PFEIFFER, J.; VOTAVA, J. *Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka*. 2. přepracované a rozšířené vyd. Praha: Grada, 2001. ISBN 80-2470-031-X.

VÁGNEROVÁ, M.; HADJ-MOUSSOVÁ, Z.; ŠTECH, S. *Psychologie handicapu*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2000. ISBN 80-7184-929-4.

VALOVÁ, H. *Nápadník – sborník informací a rad pro život s postižením*. Brno: Liga za práva vozíčkářů, 2007.

VESELÁ, L. Co pro mě znamená osobní asistence. In HRDÁ, J. *Osobní asistence – příručka postupů a rad pro klienty*. 1. vyd. Praha: POV, 1997.

VOTAVA, J. a kol. *Ucelená rehabilitace u osob se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0708-5.

Vyhláška č. 166/2007 Sb., kterou se mění vyhláška č. 505/2006 Sb., ze dne 22. června 2007.

Vyhláška č. 340/2007 Sb., kterou se mění vyhláška č. 505/2006 Sb., ze dne 12. prosince 2007.

Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ze dne 15. listopadu 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF*. Geneve: WHO, 2001. ISBN 92-4-154542-9.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps: A manual of classification relating to the consequences of disease*. Geneva: WHO, 1980.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ze dne 14. března 2006.

Zákon č. 109/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách, ze dne 14. března 2006.

Zákon č. 213/2007 Sb., kterým se mění zákon o sociálních službách, ve znění zákona č. 29/2007 Sb. a další zákony, ze dne 18. července 2007.

Zákon č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů, ze dne 19. září 2007.

Zákon č. 564/1990 Sb., o státní správě a samosprávě ve školství, ze dne 13. prosince 1990.

Zákona č. 29/2007 Sb., kterým se mění zákon o sociálních službách a další zákony, ze dne 30. ledna 2007.

Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe – průvodce pro poskytovatele.
Praha: MPSV, 2002. ISBN 80-86552-45-4.

Tištěné seriálové publikace

BROLÍK, T. Svět (jenom) na dosah. *Respekt*, 2008 (únor), roč. 19., č. 6, s. 36-41. ISSN 0862-6545.

Chudí a nemocní. *Psychologie dnes*, 2008 (leden), roč. 14, č. 1, str. 51. ISSN 1212-9607.

JANČOVÁ, J.; KOHLÍKOVÁ, E. Regresní změny stárnoucího organismu a jejich vliv na posturální stabilitu. *Rehabilitace a fyzikální lékařství*, 2007 (listopad), roč. 14, č. 4, s.155-162. ISSN 1211-2658.

REPKOVÁ, K. Osobná asistencie v podpoře nezávislosti lidí se zdravotním postihnutím. *Československá psychologie*, 2002, roč. 46, č. 4, str. 299-322. ISSN 0009-062X.

Elektronické zdroje

Asociace pro osobní asistenci [online]. Chrástky: APOA, o. s. Posl. úpravy březen 2008 [cit. 2008-03-25]. Dostupné na WWW: <<http://www.apoa.cz>>.

CANAVERO, A. *Words that make difference [online]*. Itálie: ASPHI. Posl. úprava červenec 2002 [cit. 2008-01-08]. Dostupné na WWW: <<http://www.asphi.it/english/DisabilitaOggi/DefinizioniOMS.htm>>.

Historie Jedličkova ústavu a škol [online]. Praha: JÚŠ [cit. 2008-02-09]. Dostupné na WWW: <<http://www.jus.cz/historie-jus.php>>.

HRDÁ, J. *Co potřebujete vědět o osobní asistenci, kterou poskytuje POV [online]*. Praha, POV. [cit. 2008-01-20]. Dostupné na WWW: <http://aa.ecn.cz/img_upload/07bc9d1453b4bc61934a7ebb36075df2/CO_POT_EBUJE_TE_V_D_T_O_OSOBN_ASISTENCI.doc>.

MHADIE – Measuring Health and Disability in Europe: Supporting Policy Development [online]. Milano: MHADIE [cit. 2007-12-12]. Dostupné na WWW: <<http://www.mhadie.it>>.

Národní rada osob se zdravotním postižením [online]. Praha: NRZP. [cit. 2008-02-22]. Dostupné na WWW: <<http://www.nrzp.cz>>.

Osobní asistence [online]. Praha: Milan Čok. Posl. úpravy 7. března 2008 [cit. 2007-11-3]. Dostupné na WWW: <<http://www.osobniasistence.cz/inzerce.php>>.

Osobní asistent a asistent pedagoga - jednání MPSV a MŠMT ze dne 29.7.2004 [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, aktualizace 10. 5. 2005 [cit. 2007-2-11]. Dostupné na WWW: <<http://www.mpsv.cz/cs/1084>>.

Otázky a odpovědi k zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a k zákonu č. 109/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí [cit. 2007-11-22], s. 17. Dostupné na WWW: <www.mpsv.cz/cs/9>.

Pražská organizace vozíčkářů [online]. Praha: Pražská organizace vozíčkářů. Posl. úpravy 19. března 2008 [cit. 2008-01-20]. Dostupné na WWW: <<http://www.pov.cz>>.

Senát Poslanecké sněmovny České republiky [online]. Praha: Senát PČR. Posl. úpravy 31. 10. 2007 [cit. 2007-17-11]. Dostupné na WWW: <http://www.senat.cz/xqw/xervlet/pssenat/historie?ke_dni=31.10.2007&O=6&action=detail&value=1847>.

Stručný průvodce zákonem o sociálních službách [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2006 [cit. 2007-11-22], s. 3. Dostupné na WWW: <<http://www.mpsv.cz/files/clanky/3222/zlom170x170web.pdf>>.

The Definition Of Disability [online]. Singapore: Disabled People's Association [cit. 2008-01-08]. Dostupné na WWW: <http://www.dpa.org.sg/definition_disability.htm>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF* [online]. Geneve: WHO, 2001 [cit. 2008-01-23]. Dostupné na WWW: <<http://www.who.int/classifications/icf/site/onlinebrowser/icf.cfm>>.

6. PŘÍLOHY

6.1 PŘÍLOHA Č. 1: SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Tabulky:

- Tabulka 6: Věk respondentů
- Tabulka 7: Počet využívaných oblastí úkonů při osobní asistenci
- Tabulka 8: Status respondentů
- Tabulka 9: Pokrytí potřeby osobní asistence
- Tabulka 10: Překážky v užívání osobní asistence

Grafy:

- Ilustrace 5: Vliv osobní asistence na psychosociální rozvoj
- Ilustrace 6: Přínos osobní asistence
- Ilustrace 7: Zdroje informací o osobní asistenci
- Ilustrace 8: Důvody pro užívání osobní asistence

6.2 PŘÍLOHA Č. 2: DOTAZNÍK

Dotazník pro uživatele osobní asistence

Dostali jste do rukou dotazník, sloužící k výzkumu týkajícího se osobní asistence. Dotazník je anonymní a jeho výsledky budou použity pouze k vědeckým účelům v mé diplomové práci. V případě jakýchkoliv nejasností, mě můžete kontaktovat na e-mailové adrese: luisa.zoulkova@gmail.com. Děkuji za spolupráci.

Luisa Zoulková, FF UK – obor pedagogika

Instrukce:

- Před zodpovězením otázky si vždy pečlivě přečtete její celé znění.
- Pokud nebude uvedeno jinak, zaškrtněte, popř. tučně zvýrazněte vždy pouze jednu z uvedených možností.

Pohlaví: a) žena b) muž

Věk: let

Vzdělání (nejvyšší dokončené): a) ZŠ b) SŠ c) VŠ

Zaměstnání: a) ano – jaké: b) ne

Student: a) ano - škola a obor: b) ne

Typ postižení:

- diagnóza:
- od kdy: a) vrozené b) získané – od roku:

1. Máte dnes dobrou náladu?

a) ano

b) ne

2. Zaškrtněte výrok, který nejvíce odpovídá míře vašeho postižení:

a) bez pomoci druhé osoby by bylo ohroženo mé zdraví či život během několika hodin

b) bez pomoci druhé osoby by bylo ohroženo mé zdraví či život během několika dnů

c) bez pomoci druhé osoby by klesla kvalita mého život pod společensky obvyklou míru

3. K jakým úkonům využíváte osobní asistenci?

(můžete zaškrtnout i více odpovědí)

a) při osobní hygieně

(mytí, holení, čištění zubů, dopomoc na WC apod.)

b) při běžných úkonech v péči o vlastní osobu

(oblékání, líčení, polohování, přemísťování, drobné ošetření, česání, líčení, manipulace s předměty denní potřeby apod.)

c) při zajištění stravy

(příprava stravy, porcování stravy, příjem potravy či tekutin apod.)

d) při zajištění chodu domácnosti

(praní, žehlení, uklízení, obsluha domácích spotřebičů, drobné opravy, nakupování či běžné pochůzky apod.)

e) při studiu, zaměstnání či trávení volného času

(péče o dítě, pomoc ve škole, v zaměstnání či při zájmových činnostech apod.)

f) při zprostředkování kontaktu se společenským prostředím

(návštěvy kina, divadla, výstavy, koncertu či jiné společensko kulturní akce, setkání s přáteli, doprovázení k lékaři, do zaměstnání, do školy či na volnočasové aktivity apod.)

- g) při obstarávání osobních záležitostí
(komunikace s úřady či jinými institucemi, pomoc při vyřizování
běžných záležitostí apod.)
- h) další.....

4. Jak dlouho již osobní asistenci využíváte?

.....

5. Máte ve svém okolí někoho, kdo osobní asistenci také využívá?

- a) ano
- b) ne

6. Jak jste se o osobní asistenci dověděl(a)? *(můžete zaškrtnout i více odpovědí)*

- a) od rodinných příslušníků
- b) od známých a přátel
- c) z médií (televize, rozhlas, noviny, internet apod.)
- d) z odborné literatury či časopisů
- e) ve škole
- f) ve zdravotnickém zařízení (lékař, sestra, fyzioterapeut apod.)
- g) od sociálního pracovníka či instituce poskytující sociální služby
- h) další.....

7. Proč jste se rozhodl(a) osobní asistenci využívat?

.....

8. Kolik hodin týdně byste osobní asistenci potřeboval(a)?

.....

9. Kolik hodin týdně osobní asistenci skutečně využíváte?

.....

10. Co je pro vás největší překážka pro větší užívání osobní asistence?

(můžete zaškrtnout i více odpovědí)

a) nic, jsem spokojený

b) peníze

c) nedostatek osobních asistentů

d) další:

11. V čem je pro vás osobní asistence největším přínosem?

.....

12. Představte si, že můžete cokoli v oblasti osobní asistence změnit.

Co by to bylo?

.....

Na závěr ještě zaškrtněte, zda souhlasíte či nesouhlasíte s následujícími výroky:

(1) Osobní asistence mi umožnila žít podle mých představ. ANO NE NEVÍM

(2) Díky osobní asistenci se dostanu více mezi lidi. ANO NE NEVÍM

(3) Díky osobní asistenci mám pocit větší samostatnosti. ANO NE NEVÍM

(4) Díky osobní asistenci můžu žít plnohodnotný život. ANO NE NEVÍM

(5) Díky osobní asistenci mám větší svobodu. ANO NE NEVÍM

(6) Díky osobní asistenci mám více času pro sebe. ANO NE NEVÍM

(7) Díky osobní asistenci mi stouplo sebevědomí. ANO NE NEVÍM

(8) Díky osobní asistenci mám více soukromí. ANO NE NEVÍM

(9) Osobní asistence je v potřebné míře dostupná pro každého. ANO NE NEVÍM

(10) Osobní asistenci bych doporučil i ostatním. ANO NE NEVÍM

(11) Osobní asistence mi umožnila dělat nové věci. ANO NE NEVÍM

Jaké:

Děkuji za zodpovězení všech otázek

**6.3 PŘÍLOHA Č. 3: ZÁKON O SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH A
PROVÁDĚCÍ VYHLÁŠKA
(VYBRANÉ ČÁSTI)**

**108/2006
ZÁKON
ze dne 14. března 2006
o sociálních službách**

Změna: 29/2007 Sb.
Změna: 213/2007 Sb.
Změna: 261/2007 Sb.

**ČÁST DRUHÁ
PŘÍSPĚVEK NA PÉČI**

**HLAVA I
Podmínky nároku na příspěvek na péči**

§ 7

(1) Příspěvek na péči (dále jen "příspěvek") se poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby za účelem zajištění potřebné pomoci. Náklady na příspěvek se hradí ze státního rozpočtu.

(2) Nárok na příspěvek má osoba uvedená v § 4 odst. 1, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při péči o vlastní osobu a při zajištění soběstačnosti v rozsahu stanoveném stupněm závislosti podle § 8.

(3) Nárok na příspěvek nemá osoba mladší jednoho roku.

(4) O příspěvku rozhoduje obecní úřad obce s rozšířenou působností.

§ 8

Osoba se považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve

- a) stupni I (lehká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 12 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 5 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti,
- b) stupni II (středně těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 18 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 10 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti,
- c) stupni III (těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 24 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 15 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti,
- d) stupni IV (úplná závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 30 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 20 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti.

§ 9

(1) Při posuzování péče o vlastní osobu pro účely stanovení stupně závislosti se hodnotí schopnost zvládat tyto úkony:

- a) příprava stravy,
- b) podávání, porcování stravy,
- c) přijímání stravy, dodržování pitného režimu,
- d) mytí těla,
- e) koupání nebo sprchování,
- f) péče o ústa, vlasy, nehty, holení,
- g) výkon fyziologické potřeby včetně hygieny,
- h) vstávání z lůžka, uléhání, změna poloh,
- i) sezení, schopnost vydržet v poloze v sedě,
- j) stání, schopnost vydržet stát,

- k) přemísťování předmětů denní potřeby,
- l) chůze po rovině,
- m) chůze po schodech nahoru a dolů,
- n) výběr oblečení, rozpoznání jeho správného vrstvení,
- o) oblékání, svlékání, obouvání, zouvání,
- p) orientace v přirozeném prostředí,
- q) provedení si jednoduchého ošetření,
- r) dodržování léčebného režimu.

(2) Při posuzování soběstačnosti pro účely stanovení stupně závislosti se hodnotí schopnost zvládat tyto úkony:

- a) komunikace slovní, písemná, neverbální,
- b) orientace vůči jiným fyzickým osobám, v čase a mimo přirozené prostředí,
- c) nakládání s penězi nebo jinými cennostmi,
- d) obstarávání osobních záležitostí,
- e) uspořádání času, plánování života,
- f) zapojení se do sociálních aktivit odpovídajících věku,
- g) obstarávání si potravin a běžných předmětů (nakupování),
- h) vaření, ohřívání jednoduchého jídla,
- i) mytí nádobí,
- j) běžný úklid v domácnosti,
- k) péče o prádlo,
- l) přepírání drobného prádla,
- m) péče o lůžko,

- n) obsluha běžných domácích spotřebičů,
- o) manipulace s kohouty a vypínači,
- p) manipulace se zámky, otevírání, zavírání oken a dveří,
- q) udržování pořádku v domácnosti, nakládání s odpady,
- r) další jednoduché úkony spojené s chodem a udržováním domácnosti.

(3) Při hodnocení úkonů pro účely stanovení stupně závislosti podle § 8 se hodnotí funkční dopad dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu na schopnost zvládat jednotlivé úkony podle odstavců 1 a 2.

(4) Při hodnocení úkonů pro účely stanovení stupně závislosti podle § 8 se úkony podle odstavců 1 a 2 sčítají. Při hodnocení úkonů podle odstavců 1 a 2 se úkony uvedené v jednotlivých písmenech považují za jeden úkon. Pokud je osoba schopna zvládnout některý z úkonů uvedených v odstavcích 1 a 2 jen částečně, považuje se takový úkon pro účely hodnocení za úkon, který není schopna zvládnout.

(5) Bližší vymezení úkonů uvedených v odstavcích 1 a 2 a způsob jejich hodnocení stanoví prováděcí právní předpis.

§ 10

U osoby do 18 let věku se při posuzování potřeby pomoci a dohledu podle § 9 pro účely stanovení stupně závislosti porovnává rozsah, intenzita a náročnost pomoci a dohledu, kterou je třeba věnovat posuzované osobě, s pomocí a dohledem, který je poskytován zdravé fyzické osobě téhož věku. Při stanovení stupně závislosti u osoby do 18 let věku se nepřihlíží k pomoci a dohledu při péči o vlastní osobu a při zajištění soběstačnosti, které vyplývají z věku osoby a tomu odpovídajícímu stupni biopsychosociálního vývoje.

HLAVA II Výše příspěvku

§ 11

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

- a) 3 000 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost),
- b) 5 000 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost),

- c) 9 000 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost),
- d) 11 000 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost).

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

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

HLAVA III Zvyšování příspěvku

§ 12

(1) Částky příspěvku stanovené v § 11 vláda zvyšuje nařízením v pravidelném termínu od 1. ledna, 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 %.

(2) Vláda může nařízením částky příspěvku stanovené v § 11 zvýšit též v mimořádném termínu.

(3) Rozhodné období podle odstavce 1 se určuje tak, že prvním měsícem tohoto období je kalendářní měsíc následující po posledním měsíci předchozího rozhodného období při posledním zvýšení částek příspěvku a posledním měsícem rozhodného období pro zvýšení částek příspěvku je září kalendářního roku, který předchází kalendářnímu roku, ve kterém dojde ke zvýšení částek příspěvku.

(4) Růst indexu spotřebitelských cen sociální péče se zjišťuje z údajů Českého statistického úřadu.

ČÁST TŘETÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY

HLAVA I Druhy sociálních služeb a úhrada nákladů za poskytování sociálních služeb

Díl 3

Služby sociální péče

§ 38

Služby sociální péče napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení.

§ 39

Osobní asistence

(1) Osobní asistence je terénní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje bez časového omezení, v přirozeném sociálním prostředí osob a při činnostech, které osoba potřebuje.

(2) Služba podle odstavce 1 obsahuje zejména tyto základní činnosti:

- a) pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- b) pomoc při osobní hygieně,
- c) pomoc při zajištění stravy,
- d) pomoc při zajištění chodu domácnosti,
- e) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- f) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- g) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

§ 42

Průvodcovské a předčitatelské služby

(1) Průvodcovské a předčitatelské služby jsou terénní nebo ambulantní služby poskytované osobám, jejichž schopnosti jsou sníženy z důvodu věku nebo zdravotního postižení v oblasti orientace nebo komunikace, a napomáhá jim osobně si vyřídit vlastní záležitosti. Služby mohou být poskytovány též jako součást jiných služeb.

(2) Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:

- a) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- b) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Díl 4

Služby sociální prevence

§ 53

Služby sociální prevence napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou tímto ohroženy pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí a ohrožení práv a oprávněných zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby. Cílem služeb sociální prevence je napomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů.

§ 56

Tlumočnické služby

(1) Tlumočnické služby jsou terénní, popřípadě ambulantní služby poskytované osobám s poruchami komunikace způsobenými především smyslovým postižením, které zamezuje běžné komunikaci s okolím bez pomoci jiné fyzické osoby.

(2) Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:

- a) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- b) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

505/2006 Sb.

VYHLÁŠKA

ze dne 15. listopadu 2006,

kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách

Změna: 166/2007 Sb.

Změna: 340/2007 Sb.

ČÁST PRVNÍ

**ZPŮSOB HODNOCENÍ ÚKONŮ PÉČE O VLASTNÍ OSOBU A ÚKONŮ
SOBĚSTAČNOSTI PRO ÚČELY STANOVENÍ STUPNĚ ZÁVISLOSTI**

§1

(1) Schopnost osoby zvládat úkony péče o vlastní osobu a úkony soběstačnosti se pro účely stanovení stupně závislosti hodnotí podle činností, které jsou pro jednotlivé úkony stanoveny v příloze č. 1 k této vyhlášce.

(2) Při hodnocení schopnosti osoby zvládat úkony péče o vlastní osobu a úkony soběstačnosti se posuzuje, zda je osoba schopna dlouhodobě, samostatně, spolehlivě a opakovaně rozpoznat potřebu úkonu, úkon fyzicky provádět obvyklým způsobem a kontrolovat správnost provádění úkonu.

(3) Při hodnocení schopnosti osoby zvládat úkony péče o vlastní osobu a úkony soběstačnosti se přihlíží k provedení úkonu s použitím kompenzační pomůcky jen v případech stanovených v příloze č. 1 k této vyhlášce.

§2

U osob do 18 let věku se při hodnocení schopnosti zvládat úkony péče o vlastní osobu a

úkony soběstačnosti nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonech nebo při některých činnostech v rámci úkonů stanovených v příloze č. 1 k této vyhlášce, které tyto osoby nejsou schopny bez pomoci nebo dohledu zvládat z důvodu nízkého věku a tomu odpovídajícímu stavu vývoje tělesných, smyslových a duševních funkcí a praktických dovedností, nutných pro péči o vlastní osobu a soběstačnost.

ČÁST DRUHÁ
ROZSAH ÚKONŮ POSKYTOVANÝCH V RÁMCI ZÁKLADNÍCH ČINNOSTÍ
U JEDNOTLIVÝCH DRUHŮ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB A MAXIMÁLNÍ VÝŠE
ÚHRAD ZA POSKYTOVÁNÍ NĚKTERÝCH SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

§5
Osobní asistence

(1) Základní činnosti při poskytování osobní asistence se zajišťují v rozsahu těchto úkonů:

a) pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu:

1. pomoc a podpora při podávání jídla a pití,
2. pomoc při oblékání a svlékání včetně speciálních pomůcek,
3. pomoc při prostorové orientaci, samostatném pohybu ve vnitřním i vnějším prostoru,
4. pomoc při přesunu na lůžko nebo vozík,

b) pomoc při osobní hygieně:

1. pomoc při úkonech osobní hygieny,
2. pomoc při použití WC,

c) pomoc při zajištění stravy:

pomoc při přípravě jídla a pití,

d) pomoc při zajištění chodu domácnosti:

1. pomoc s úklidem a údržbou domácnosti a osobních věcí,
2. nákupy a běžné pochůzky,

e) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti:

1. pomoc a podpora rodině v péči o dítě,

2. pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob,
3. pomoc s nábívkou a upevněním motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností,

f) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:

doprovázení do školy, školského zařízení, zaměstnání, k lékaři, na zájmové a volnočasové aktivity, na orgány veřejné moci a instituce poskytující veřejné služby a doprovázení zpět,

g) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí:

1. pomoc při komunikaci vedoucí k uplatňování práv a oprávněných zájmů,
2. pomoc při vyřizování běžných záležitostí.

(2) Maximální výše úhrady za poskytování osobní asistence činí 100 Kč za hodinu, podle skutečně spotřebovaného času nezbytného k zajištění úkonů; pokud poskytování služby, včetně času nezbytného k zajištění úkonů, netrvá celou hodinu, výše úhrady se poměrně krátí.

PŘÍLOHA 1

Činnosti pro hodnocení schopnosti zvládat úkony péče o vlastní osobu a úkony soběstačnosti a odchylný způsob hodnocení těchto úkonů u osob do 18 let věku

I. Úkony péče o vlastní osobu

a) příprava stravy:

1. rozlišení jednotlivých druhů potravin a nápojů,
2. výběr nápojů,
3. výběr jednoduchých hotových potravin podle potřeby a účelu,
4. vybalení potravin,
5. otevírání nápojů;

u osob do 5 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

b) podávání a porcování stravy:

1. podávání stravy v obvyklém denním režimu,
2. schopnost dát stravu na talíř nebo misku a jejich přenesení,
3. rozdělení stravy na menší kousky za používání alespoň lžice,
4. míchání, lití tekutin,
5. uchopení nádoby s nápojem,
6. spolehlivé a bezpečné přenesení nápoje, lahve, šálku nebo jiné nádoby;

u osob do 3 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

c) přijímání stravy, dodržování pitného režimu:

1. přenesení stravy k ústům alespoň lžící,
2. přenesení nápoje k ústům,
3. konzumace stravy a nápojů obvyklým způsobem;

d) mytí těla:

1. umytí rukou, obličeje,
2. utírání se;

u osob do 3 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

e) koupání nebo sprchování:

1. provedení celkové hygieny, včetně vlasů,
2. péče o pokožku;

u osob do 6 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

f) péče o ústa, vlasy, nehty, holení:

1. čištění zubů nebo zubní protézy,
2. česání vlasů,
3. čištění nehtů, stříhání nebo opilování nehtů,
4. holení;

u osob do 3 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

u osob do 7 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při činnostech uvedených v bodech 2 až 4;

u osob do 15 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při činnostech uvedených v bodě 4;

g) výkon fyziologické potřeby včetně hygieny:

1. regulace vyprazdňování moče a stolice,
2. zaujetí vhodné polohy při výkonu fyziologické potřeby,
3. manipulace s oděvem před a po vyprázdnění,
4. očista po provedení fyziologické potřeby,
5. vyhledání WC;

u osob do 3 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

h) vstávání z lůžka, uléhání, změna poloh:

1. změna polohy těla z polohy v leže do polohy v sedě nebo ve stoji a opačně, popřípadě s přidržováním nebo s oporou,
2. změna polohy ze sedu a do sedu,
3. změna polohy z boku na bok;

i) sezení, schopnost vydržet v poloze v sedě:

1. schopnost vydržet v poloze v sedě po dobu alespoň 30 minut,
2. udržování polohy těla v požadované poloze při delším sezení;

j) stání, schopnost vydržet stát:

1. stání, popřípadě s přidržováním nebo s oporou o kompenzační pomůcku,
 2. setrvání ve stoji, popřípadě s přidržováním nebo s oporou po dobu alespoň 10 minut;
- u osob do 2 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při činnosti uvedené v bodě 2;

k) přemísťování předmětů denní potřeby:

1. vykonávání koordinovaných činností při manipulaci s předměty,
2. rozlišení předmětů,
3. uchopení předmětu rukou nebo oběma rukama,
4. zdvihnutí předmětu ze stolu, ze země,
5. přenášení předmětu z jednoho místa na druhé,
6. vyhledání předmětů;

u osob do 2 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při činnostech uvedených v bodech 1, 2 a 4 až 6;

l) chůze po rovině:

1. chůze, popřípadě s použitím kompenzačních pomůcek krok za krokem,
2. chůze v bytě,
3. chůze v bezprostředním okolí bydliště,
4. udržení požadovaného směru chůze,
5. chůze okolo překážek;

u osob do 2 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

m) chůze po schodech nahoru a dolů:

chůze po stupních směrem nahoru a dolů, popřípadě s použitím opory o horní končetiny nebo kompenzační pomůcky;

u osob do 2 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

n) výběr oblečení, rozpoznání jeho správného vrstvení:

1. výběr oblečení odpovídajícího situaci, prostředí a klimatickým podmínkám,
2. rozeznání jednotlivých částí oblečení,
3. vrstvení oblečení ve správném pořadí;

u osob do 6 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

o) oblékání, svlékání, obouvání, zouvání:

1. oblékání spodního a vrchního oděvu na různé části těla,
 2. obutí vhodné obuvi,
 3. svlékání oděvu z horní a dolní části těla,
 4. zouvání;
- u osob do 3 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

p) orientace v přirozeném prostředí:

1. orientování se v prostoru bytu, popřípadě i s použitím kompenzační pomůcky,
2. orientování se v okolí domu, popřípadě i s použitím kompenzační pomůcky,
3. poznávání blízkých osob,
4. opuštění bytu nebo zařízení, ve kterém je osoba ubytována,
5. opětovný návrat do bytu nebo do zařízení, ve kterém je osoba ubytována,
6. rozlišování zvuků a jejich směru;

u osob do 2 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při činnostech uvedených v bodech 1, 2, 4 a 5;

u osob do 7 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při činnostech uvedených v bodech 2, 4 a 5;

q) provedení si jednoduchého ošetření:

1. ošetření kůže,
2. použití nebo výměna ortopedické nebo kompenzační pomůcky nebo jiného zdravotnického prostředku,
3. dodržování diety,
4. provádění cvičení,
5. měření tělesné teploty,
6. vyhledání nebo přivolání pomoci;

u osob do 7 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

r) dodržování léčebného režimu:

1. dodržování pokynů ošetřujícího lékaře,
2. příprava léků, rozpoznání správného léku,
3. pravidelné užívání léků,
4. aplikace podkožních injekcí,
5. provádění inhalací, převazů,
6. rehabilitace nebo provádění logopedických cvičení;

u osob do 7 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

II. Úkony soběstačnosti

a) komunikace slovní, písemná, neverbální:

1. přijímání a vytváření smysluplných mluvených zpráv a srozumitelné řeči s použitím kompenzačních pomůcek, například naslouchadel,
 2. přijímání a vytváření smysluplných písemných zpráv, popřípadě s použitím kompenzační pomůcky, například brýlí,
 3. pochopení významu a obsahu přijímaných a sdělovaných zpráv a informací,
 4. komunikace prostřednictvím gest a zvuků;
- u osob do 2 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při činnostech uvedených v bodech 1 až 3;
- u osob do 8 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při činnostech uvedených v bodě 2;

b) orientace vůči jiným fyzickým osobám, v čase a mimo přirozené prostředí:

1. rozlišování známých osob a cizích osob,
 2. znalost hodin,
 3. rozlišení denní doby,
 4. orientování se v místě bydliště, prostředí školy nebo školského zařízení nebo zaměstnání,
 5. dosažení cíle své cesty,
 6. rozlišení zvuků mimo přirozené prostředí;
- u osob do 3 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;
- u osob do 7 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při činnostech uvedených v bodech 2 a 4 až 6;

c) nakládání s penězi nebo jinými cennostmi:

1. znalost hodnoty peněz,
 2. rozpoznání jednotlivých bankovek a mincí,
 3. rozlišení hodnoty věcí;
- u osob do 7 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

d) obstarávání osobních záležitostí:

1. styk a jednání se školou nebo školským zařízením, zájmovými organizacemi,
 2. jednání se zaměstnavatelem, orgány veřejné moci, zdravotnickými zařízeními, bankou,
 3. obstarání si služeb,
 4. rozlišení a vyplnění dokumentů a tiskopisů;
- u osob do 7 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;
- u osob do 15 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při činnostech uvedených v bodech 2 až 4;

e) uspořádání času, plánování života:

1. dodržování denního a nočního režimu,
 2. plánování a uspořádání osobních aktivit během dne a během týdne,
 3. rozdělení času na pracovní a domácí aktivity a na volný čas;
- u osob do 3 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;
u osob do 7 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při činnostech uvedených v bodech 2 a 3;

f) zapojení se do sociálních aktivit odpovídajících věku:

1. předškolní vzdělávání a výchova, školní vzdělávání a výchova, získávání nových dovedností,
 2. aktivity podle zájmů a místních možností, zejména hry, sport, kultura, rekreace,
 3. vstupování do vztahů a udržování vztahů s jinými osobami podle potřeb a zájmů;
- u osob do 3 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

g) obstarávání si potravin a běžných předmětů (nakupování):

1. plánování nákupu,
 2. vyhledání příslušného obchodu,
 3. výběr zboží,
 4. zaplacení nákupu,
 5. přinesení běžného nákupu,
 6. uložení nákupu;
- u osob do 7 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

h) vaření, ohřívání jednoduchého jídla:

1. sestavení plánu jídla,
 2. očištění a nakrájení potřebných surovin,
 3. dávkování surovin a přísad,
 4. vlastní příprava jednoduchého teplého jídla s malým počtem surovin a přísad, na jehož úpravu jsou potřebné jednoduché postupy za použití spotřebiče,
 5. ohřívání jednoduchého jídla;
- u osob do 7 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;
u osob do 15 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při činnostech uvedených v bodech 1 až 4;

i) mytí nádobí:

1. umytí a osušení nádobí,
 2. uložení použitého nádobí na vyhrazené místo;
- u osob do 10 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

j) běžný úklid v domácnosti:

mechanická nebo přístrojová suchá a mokrá očista povrchů, nábytku, podlahy v bytě;
u osob do 12 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

k) péče o prádlo:

1. třídění prádla na čisté a špinavé,
2. skládání prádla,
3. ukládání prádla na vyhrazené místo;

u osob do 10 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

l) přepírání drobného prádla:

1. rozlišení jednotlivých druhů prádla,
2. praní drobného prádla v ruce,
3. sušení prádla;

u osob do 10 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

m) péče o lůžko:

1. ustlání, rozestlání lůžka,
2. výměna lůžkovin;

u osob do 7 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

u osob do 15 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při činnosti uvedené v bodě 2;

n) obsluha běžných domácích spotřebičů:

1. zapnutí, vypnutí běžných domácích spotřebičů, například rozhlasu, televize, ledničky, varné konvice, mikrovlnné trouby,
2. telefonování;

u osob do 7 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

o) manipulace s kohouty a vypínači:

1. ovládání manipulace s kohouty a vypínači,
2. rozlišení kohoutů a vypínačů,
3. ruční ovládání vodovodních kohoutů nebo pákových baterií a elektrických vypínačů;

u osob do 7 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

p) manipulace se zámky, otevírání, zavírání oken a dveří:

1. zamykání a odemykání dveří,
2. ovládání klik, otevíracích a zavíracích mechanismů u oken;

u osob do 7 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

q) udržování pořádku v domácnosti, nakládání s odpady:

1. udržování vybavení domácnosti v čistotě,
 2. třídění odpadů,
 3. vynášení odpadů na vyhrazené místo;
- u osob do 7 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

r) další jednoduché úkony spojené s chodem a udržováním domácnosti:

1. obsluha topení,
 2. praní prádla,
 3. žehlení prádla;
- u osob do 15 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu.

PŘÍLOHA 4

Obory vzdělání, při jejichž absolvování se nevyžaduje absolvování kvalifikačního kurzu pro pracovníky v sociálních službách

Název oboru vzdělání podle nařízení vlády o soustavě oborů vzdělání ³⁾	Kód oboru vzdělání podle nařízení vlády o soustavě oborů vzdělání ³⁾
Sociální péče - pečovatelská činnost	75-41-M/003
Sociální péče - sociální činnost pro etnické skupiny	75-41-M/005
Sociální činnost - sociální pečovatelsví	75-41-M/008
Sociální činnost v prostředí etnických minorit	75-41-M/010
Vychovatelství pro ústavy sociální péče	75-31-L/501
Rodinná škola - sociální služby	78-41-M/003
Vychovatelství	75-31-M/002
Předškolní a mimoškolní pedagogika	75-31-M/005
Sociální činnost - sociální vychovatelství	75-41-M/009
Výchovná a humanitární činnost - sociálně výchovná činnost	75-41-M/012

³⁾ Nařízení vlády č. 689/2004 Sb., o soustavě oborů vzdělání v základním, středním a vyšším odborném vzdělávání, ve znění pozdějších předpisů."

6.4 PŘÍLOHA Č. 4: AKTIVITY A PARTICIPACE DLE KLASIFIKACE ICF²⁸

Učení a aplikace znalostí

- smysluplné smyslové zkušenosti
- základní učení
- aplikace znalostí
- ostatní specifické
- nespecifické

Obecné úkony a požadavky

- zvládnání jednotlivého úkonu
- zvládnání složitějších úkonů
- provádění běžných denních úkonů
- zvládnání stresu a ostatních psychických požadavků
- ostatní specifické
- nespecifické

Komunikace

- přijímání komunikace
- vytváření komunikace
- konverzace a používání komunikačních zařízení a technologií
- ostatní specifické
- nespecifické

²⁸ [zatím nevyšlo v češtině, uvádím vlastní překlad dle:](#)

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF* [online]. Geneve: WHO, 2001 [cit. 2008-01-23]. Dostupné na WWW: <http://www.who.int/classifications/icf/site/onlinebrowser/icf.cfm>.

Mobilita

- změna a udržování polohy
- nošení, přemísťování a manipulace s předměty
- chůze a pohyb
- pohybování se s využitím dopravy
- ostatní specifické
- nespecifické

Sebeobsluha

- mytí
- péče o tělo
- vyměšování
- oblékání
- příjem potravy
- pití
- péče o zdraví
- ostatní specifické
- nespecifické

Život v domácnosti

- obstarávání základních životních potřeb
- úkony v domácnosti
- péče o věci v domácnosti a pomoc ostatním
- ostatní specifické
- nespecifické

Interpersonální interakce a vztahy

- obecná interpersonální interakce
- jednotlivé interpersonální vztahy

- ostatní specifické
- nespecifické

Hlavní životní oblasti

- výchova a vzdělávání
- práce a zaměstnání
- ekonomický život
- ostatní specifické
- nespecifické

Komunita, sociální a občanský život

- život v komunitě
- odpočinek a zábava
- náboženství a duchovní život
- lidská práva
- politický a občanský život
- ostatní specifické
- nespecifické

6.5 PŘÍLOHA Č. 5: CO PRO MĚ ZNAMENÁ OSOBNÍ ASISTENCE

„Co pro mě znamená osobní asistence?“

V roce 1990 po mém pětíměsíčním pobytu v nemocnici na neurologii a při úplné pohybové bezmocnosti byl podán návrh na mé přemístění na oddělení LDN.

V té době mne převzal manžel, ač byl sám po těžkém onkologickém onemocnění, do domácího ošetřování s odhodláním poskytnout mně celodenní ošetrovatelskou a pečovatelskou službu.

Postupným polohováním na lůžku a přesazováním na vozík docházelo u mne ku zlepšování fyzického a hlavně psychického stavu, takže v průběhu několika měsíců bylo při domácí péči dosaženo takového zlepšení, že dnes mohu po celý den žít na vozíku a postupně mít účast při konání běžných domácích prací.

To byl pro mne vlastně vstup do nového života, protože trvalým pobytem na lůžku bych byla odsouzena k bezvýhodné izolaci a nečinnosti.

V současné době – to je sedm let po těžkém onemocnění, ze kterého nebylo vidět východisko, - mohu sama řídit běh naší domácnosti a připravovat veškeré programy, pracovní i rekreační činnosti přiměřeně našemu věku (manžel 75 a já 73 let).

Tím, že jsem v roce 1992 byla zařazena do projektu osobní asistence, byla velmi usnadněna zdravotní a pečovatelská služba pro mne, na kterou by sám manžel nemohl bez vystřídání vystačit.

Působení osobní asistence vyžaduje v průběhu dne asi tyto činnosti:

- pomoc při zdvižení z lůžka, přeložení z lůžka na vozík, pomoc při oblékání, převezení na WC a do koupelny
- příprava a podání snídaně
- v dopoledních hodinách pomoc v kuchyni při přípravě jídla podle mých pokynů a za mé účasti. Se zájmem pracuji s asistencí v kuchyni, jako když jsem byla zdravá. Moje účast na vaření a u sporáku je tvořivá, ovšem bez pomoci nejsem schopná

provádět všechny potřebné ruční práce, např. krájení, podávání vzdálených předmětů apod. Mohu-li být přítom, osvobozuje mne to od pasivity a má to velmi příznivý psychický účinek. Za hezkého počasí mohu s asistencí provádět nákupy v blízkém obchodním středisku. Pokud to tak jde, je to pro mne přijatelnější než si nechat nákupy donášet.

- prostírání a podávání oběda, úklid stolu po jídle a nádobí
- v odpoledních hodinách jen občasné převezení na WC, jinak zůstávám sama doma při četbě a sledování programu TV nebo rozhlasu dle výběru, dále zařazuji menší rehabilitační cvičení a za příznivého počasí vyjždím na vycházky po dobu jedné až dvou hodin převážně do blízkého okolí sídliště
- příprava a podání večeře
- před spaním převezení do koupelny a na WC, převlečení do nočního prádla a uložení na lůžko
- v noční době dle potřeby převezení na WC

Dle přibližného výčtu činností asistence je zřejmé, že pečovatelská služba v tomto směru osobní asistenci nemůže nahradit. Podle odhadu manžela čas věnovaný pro mne pečovatelskou službou činí přibližně 2%, osobní asistence 30% z celkové doby potřebné pro pomoc nutnou při mém zdravotním postižení.

Zbytek potřebné služby vykonává sám manžel. Vzhledem k jeho zdravotnímu stavu a věku je to pro něho zatížení nepřiměřeně těžké.

(Libuše Veselá, klientka POV)²⁹

²⁹ VESELÁ, L. Co pro mě znamená osobní asistence. In HRDÁ, J. *Osobní asistence – příručka postupů a rad pro klienty*. 1. vyd. Praha: POV, 1997, s. 8.

Téma: Osobní asistence jako prostředek psychosociálního rozvoje lidí se zdravotním postižením

Anotace: Práce se věnuje tématu osobní asistence a jejího vlivu na psychosociální rozvoj člověka se zdravotním postižením. Povaha práce je teoreticko-empirická. Teoretická část obsahuje kapitolu o osobní asistenci, kde najdeme definice osobní asistence, její charakteristiku a principy, na kterých je založena, její typologii a přínos této služby pro lidi se zdravotním postižením. Další kapitola je věnována samotnému vzniku osobní asistence a hnutí Independent Living. V práci je dále popsán vývoj situace v České republice vzhledem k osobní asistenci a vliv nově přijatého zákona o sociálních službách na poskytování této služby. Další kapitoly se zabývají vymezením pojmů týkajících se zdravotního postižení a popisem specifik osobní asistence u lidí s jednotlivými typy zdravotních postižení. V závěru je věnována pozornost psychosociálnímu vývoji lidí se zdravotním postižením a roli osobní asistence v něm. Empirická část je zaměřena na vliv sebeurčující osobní asistence na psychosociální rozvoj lidí s tělesným postižením a zkoumá též dostupnost této služby a primární zdroje informací o osobní asistenci u této skupiny. Závěry z empirické sondy byly provedeny na základě vyhodnocení výsledků získaných prostřednictvím dotazníkového šetření.

Klíčové pojmy: osobní asistence – psychosociální rozvoj – člověk s postižením

Theme: Personal assistance as a means of psychosocial development of people with health disabilities

Annotation: This work deals with the theme of personal assistance and its influence on psychosocial development of people with health disabilities. The character of this work is theoretically empirical. The theoretical part provides the chapter on personal assistance, where a definition of personal assistance, its characterization and principles it is based on as well as its typology and its benefits for people with health disabilities can be found. Next chapter is engaged in the origin of personal assistance and the Independent Living movement. This work gives also a description of the evolution of situation in the Czech Republic regarding personal assistance and the influence of a newly accepted social services law on providing these services. Following chapters deal with a determination of terms concerning health disabilities and with a description of specific features of personal assistance provided to people with particular types of health disabilities. Finally, attention is paid to the psychosocial development of people with health disabilities and to the role of personal assistance in it. The empirical part of this work is focused on the influence of self-determinating personal assistance on psychosocial development of people with physical disabilities, also the accessibility of this service as well as primary sources of information on personal assistance for this group are treated. Conclusions made from an empirical probe were based on the evaluation of results obtained from questionnaire investigation.

Key words: personal assistance – psychosocial development – people with disabilities

Souhlasím s tím, aby moje diplomová práce byla půjčována ke studijním účelům. Žádám, aby citace byly uváděny způsobem užívaným ve vědeckých pracích a aby se vypůjčovatelé řádně zapsali do příloženého seznamu.

V Praze dne 25. března 2008

Luisa Zoulková

<i>Pořadové číslo</i>	<i>Jméno čtenáře</i>	<i>Číslo OP</i>	<i>Bydliště</i>	<i>Datum výpůjčky</i>

<i>Pořadové číslo</i>	<i>Jméno čtenáře</i>	<i>Číslo OP</i>	<i>Bydliště</i>	<i>Datum výpůjčky</i>

