

Technická univerzita v Liberci
Fakulta přírodovědně-humanitní a pedagogická

Katedra: Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

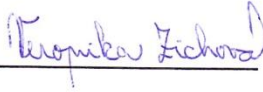
Bakalářský studijní program: Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika pro vychovatele

**ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÍ
HANDICAPPEDS**

Bakalářská práce: 09-FP-KSS-1056

Autor:
Veronika Zichová

Podpis autora: 

Adresa:
Na Výšině 3237
580 01 Havlíčkův Brod

Vedoucí práce: Mgr. Eva Křišíková

Konzultant:

Počet:

stran	obrázků	tabulek	grafů	zdrojů	příloh
90	10	15	12	26	6 + 1 CD

CD obsahuje **celé** znění bakalářské práce.

V Liberci dne: 22.11.2010

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

FAKULTA PŘÍRODOVĚDNĚ-HUMANITNÍ A PEDAGOGICKÁ

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(pro bakalářský studijní program)

pro (kandidát): Veronika Zichová
adresa: Na Výšině 3237, 580 01 Havlíčkův Brod
studijní obor (kombinace): Speciální pedagogika pro vychovatele
Název BP: **Zdravotně postižení**
Název BP v angličtině: **Handicappeds**
Vedoucí práce: Mgr. Eva Kříšiková
Konzultant:
Termín odevzdání: 15. 4. 2010

Poznámka: Podmínky pro zadání práce jsou k nahlédnutí na katedrách. Katedry rovněž formulují podrobnosti zadání. Zásady pro zpracování BP jsou k dispozici ve dvou verzích (stručné, resp. metodické pokyny) na katedrách a na Děkanátě Fakulty přírodovědně-humanitní a pedagogické TU v Liberci.

V Liberci dne 20. 3. 2009



děkan



vedoucí katedry

Převzal (kandidát): VERONIKA ZICHOVÁ

Datum: 15. 6. 2009

Podpis: Veronika Zichová

Název BP: ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÍ

Vedoucí práce: Mgr. Eva Křišíková

Podpis:

Cíl: Cílem mé výzkumné práce je zjistit, co veřejnost na Havlíčkovobrodsku ví o zdravotním postižení a jak jedince se zdravotním postižením přijímá mezi sebe. Nakonec praktické části bych chtěla uvést názory tří až čtyř postižených (sluchově, duševně a tělesně postižení) na odpovědi respondentů, abych dosáhla zpětné vazby.

Pod pojmem veřejnost mám na mysli lidi, kteří nejsou tělesně, duševně ani smyslově postižení.

Požadavky: Studium odborných literárních a jiných zdrojů
Projektování průzkumu (tvorba dotazníku, stanovení hypotéz)
Formulace závěrů a návrh opatření

Metody: Výzkumná práce - dotazování (dotazník)

Literatura:

1. FISCHER, Slavomil, ŠKODA, Jiří. Speciální pedagogika: Edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním. 1. vydání. Praha: Triton, 2008. 250 s. ISBN 978-80-7387-014-0.
2. MATĚJČEK, Zdeněk. Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí. 3. přepracované vydání. Jinočany: H & H Vyšehradská, 2001. 147 s. ISBN 80-86022-92-7.
3. VALENTA, Milan, MILLER, Oldřich. Psychopedie. 1. vydání. Praha: Parta, 2003. 443 s. ISBN 80-7320-039-2.
4. VÁGNEROVÁ, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese. 3. rozšířené vydání. Praha: Portál, 2004. 870 s. ISBN 80-7178-802-3.
5. VÁGNEROVÁ, Marie, HADJ-MOUSSOVÁ, Zuzana, ŠTECH, Stanislav. Psychologie handicapu. 2. přepracované vydání. Praha: Karolinum, 2004. 230 s. ISBN 80-7184-929-4.

Prohlášení

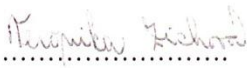
Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

V Liberci dne: 22.11.2010

Podpis:

Poděkování

Především děkuji paní Mgr. Evě Křišíkové za její trpělivost, pozitivní a odborné vedení a cenné rady, které mi pomohly při zpracování bakalářské práce.

Dále moc děkuji za spolupráci zdravotně postiženým a jejich blízkým za to, že byli ochotni sdělit své názory na odpovědi získané od respondentů.

Mé poděkování patří také paní Yvone Russdorfové za jazykovou korekturu.

A na závěr děkuji celé své rodině za trpělivost, podporu a pomoc při tvoření během celého procesu.

Veronika Zichová

Název bakalářské práce: Zdravotně postižení

Jméno a příjmení autora: Veronika Zichová

Akademický rok odevzdání bakalářské práce: 2010

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Eva Kříšíková

Resumé

Bakalářská práce se zabývala problematikou zdravotně postižených. Cílem práce bylo prozkoumat, jak zdravá společnost na Havlíčkovobrodsku přijímá zdravotně postižené mezi sebe a zároveň, co ví o zdravotním postižení. Podkladem pro tvorbu práce byly negativní postoje zdravé populace. Práci tvořily dvě hlavní části. Teoretická část se věnovala historickému vývoji postojů k postižení, příčinám a klasifikaci handicapů, vzdělávání, zaměstnávání, edukaci a právu zdravotně postižených, komunikačnímu systému s hluchoslepou osobou, psychologické problematice zdravotně postižených, ale také postojům zdravé populace k jednotlivým postižením a rodině s postiženým dítětem. V této části byla také uváděna odborná terminologie pro snazší přehled a orientaci v dané oblasti. Pro zpracování praktické části byly rozděleny dotazníky 200 respondentům, pomocí kterých byly zjištěny postoje a názory zdravé společnosti. Z výsledků vyplynulo, že zdravá populace v 21. století ví o dané problematice a následně pozitivně přijímá handicapované mezi sebe. Rozdíly mezi ženami a muži v názorech byly nepatrné. Výsledky byly zaznamenány v podobě tabulek a grafů.

Klíčová slova: zdravotní postižení, integrace, inkluze, edukace, zdravá populace

Title of the Bachelor Degree Thesis: Handicappeds

Author's name and surname: Veronika Zichová

Academic year of Bachelor Thesis submission: 2010

Advisor for the Bachelor Degree Thesis: Mgr. Eva Křišíková

Summary

The Bachelor Thesis dealt with the problems of people with disability. The aim of the thesis was to determine the level of awareness and acceptance of people with disabilities by the healthy society of Havlíčkův Brod. The basis for the thesis was a negative attitude of healthy population. The thesis consists of two parts. The theoretical part described historical development of attitudes toward disability, its causes and classification of disabilities, education, employment and rights of people with disability, communication systems for deaf and blind person, psychological issues of people with disability and attitudes of healthy population toward disabilities and toward families with disabled children. For better understanding of this issue the theoretical part also covered an expert terminology. The practical part evaluated attitudes and opinions of healthy population through two hundred distributed questionnaires. The results showed that today's healthy population is aware of the issue and subsequently positively accepts people with disabilities. The differences in answers between men and women were insignificant. The results were summarised into tables and graphs.

Keywords: disability, integration, inclusion, education, healthy population

Titel der Bachelorarbeit: Die gesundheitlich Behinderten

Vorname und Nachname des Autoren: Veronika Zichová

Akademisches Jahr der Abgabe der Bachelorarbeit: 2010

Leiter der Bachelorarbeit: Mgr. Eva Křišíková

Resümee

Die Bachelorarbeit beschäftigte sich mit der Problematik der gesundheitlich behinderten Leute. Das Ziel der Arbeit war es, durchzusuchen, wie die gesunde Gesellschaft in der Gegend von Havlíčkův Brod die Behinderte in sich annimmt und gleichzeitig, was sie über eine gesundheitliche Behinderung weiß. Die Grundlage für diese Arbeit sind die negativen Ansichten der gesunden Population. Die Arbeit wurde von den zwei Hauptteilen gebildet. In dem theoretischen Teil wurde die Aufmerksamkeit historischer Entwicklung der Einstellungen zur Behinderung, den Ursachen und der Klassifikation der Handicaps, der Ausbildung, der Beschäftigung, Edukation und den Rechten der gesundheitlich Behinderten, dem Kommunikationssystem mit einer taubblinden Person, der psychologischen Problematik gesundheitlich Behinderten, aber auch den Einstellungen der gesunden Gesellschaft zu den einzelnen Behinderungen und einer Familie mit einem behinderten Kind gewidmet. Auch in diesem Teil wurde die fachliche Terminologie für den besseren Überblick und Orientierung auf dem gegebenen Gebiet angegeben. Für die Bearbeitung des praktischen Teiles wurden 200 Respondenten die Umfragen verteilt, mithilfe denen die Einstellungen und die Ansichten der gesunden Gesellschaft festgestellt wurden. Aus den Ergebnissen hat sich ergeben, dass die gesunde Population im 21. Jahrhundert über die Problematik der geistig Behinderten unterrichtet ist und diese unter sich aufnimmt. Die Unterschiede zwischen den Frauen und Männern waren gering. Die Ergebnisse wurden in einer Gestalt von Tabellen und Grafiken notiert.

Schlüsselwörter: gesundheitliche Behinderung, Integrierung, Inklusion, Edukation, gesunde Population.

Slovník

Slovník vznikl za účelem, aby v kapitole, kde se cizí slovo nachází, nemusela být věnována pozornost jeho vysvětlení. Pro snadnou orientaci jsou odborná slova seřazena dle abecedy.

Akceptace – uznání
Ambivalence – současná existence protichůdných citových postojů
Diagnostický – diagnostika – určování chyb
Dominující – dominovat – vládnout, vévodit, vynikat, převládat
Edukace – výchova, vzdělání
Egocentrismus – zaměření myšlení a jednání člověka na něho samotného
Eliminace – vyloučení
Empatická – empathie – schopnost vcítit se do pocitů
Enkulturační – enkulturace – proces učení, jímž si člověk v dětství a dospívání osvojuje kulturu
Ergonomický – ergonomie – nauka zaměřující se na metodiku organizace práce
Ergoterapie – léčba prací
Flexibilně – ohebně, pružně
Gestikulace – gesta – neverbální komunikační prostředek v podobě posunků, pohybů rukou
Hospitace - vzájemná návštěva učitelů nebo odborníků
Humanizace - polidštění, zlidštění, zušlechťování lidské povahy
Identifikace - zjišťování totožnosti, shodnosti
Integrita - celistvost
Kognitivní - poznávací význam
Korekce – oprava, náprava, úprava
Kretén – odvozeno z francouzského crétin, tj. blbec, vyznačoval se světle nažloutlou kůží obličejem, zvětšeným jazykem a krátkým krkem se zduřelou štítnou žlázou v důsledku nedostatku jódu
Stereotyp – ustálený, navyklý způsob reagování na něco, provádění něčeho v určitém pravidelném pořadí
Kritérium – hledisko pro srovnání
Lokomoce – aktivní pohyb organismu z místa na místo
Mimika – doprovázení řeči výrazem tváře
Mobilita - pohyblivost
Nonverbální – komunikace neverbální
Optimistický – optimismus - zdůrazňující dobré stránky života lidí i věcí
Orální - ústní
Perinatálně – vztahující se k období před porodem dítěte a krátce po něm
Postnatálně – týkající se doby po narození dítěte
Prenatálně – týkající se doby před narozením
Protektivní – ochranný
Reedukace – speciální pedagogické metody rozvíjející nevyvinuté funkce
Rigidita – tuhost, nepružnost
Schematický – vyjádřený, naznačený
Stigma – znak, stopa
Stigmatizovaný - označený

Symetrický - souměrný

Tyflopedie – nauka o výchově a vzdělávání zrakově postižených osob

Verbální – vyjádřený slovy (Petráčková, et al., 1998).

Zkratky

Pro ujasnění zkratek, se kterými se běžně nesetkáváme, byl zvolen postup samostatného vysvětlení a zařazení na začátek bakalářské práce.

IQ – inteligenční kvocient

IVP – individuální vzdělávací program

MŠMT – ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

PPP – pedagogicko-psychologická poradna

SPC - speciálněpedagogické centrum

WHO – Světová zdravotnická organizace

Obsah

Úvod	13
1 Teoretická část	16
1.1 Historický vývoj postojů k osobám s postižením	16
1.1.1 Starověk	16
1.1.2 Středověk	17
1.1.3 Renesance	17
1.1.4 Filip Pinel	18
1.1.5 Péče o zdravotně postižené jedince na území České republiky	18
1.1.6 Období po druhé světové válce	20
1.1.7 Změny po roce 1989	21
1.2 Odborná terminologie	22
1.3 Příčiny postižení	26
1.4 Klasifikace handicapů	26
1.4.1 Znevýhodnění podle druhu	26
1.4.2 Znevýhodnění podle stupně	27
1.4.3 Znevýhodnění podle doby jejich vzniku	28
1.5 Vzdělávání jedinců s handicapem	29
1.5.1 Raná péče	29
1.5.2 Předškolní a školní vzdělávání	29
1.5.3 Poradenství ve výchově a vzdělávání	29
1.6 Zaměstnávání zdravotně postižených	30
1.7 Osoby s tělesným postižením a jejich edukace	31
1.8 Osoby s mentálním postižením a jejich edukace	32
1.9 Osoby se zrakovým postižením a jejich edukace	34
1.10 Osoby se sluchovým postižením a jejich edukace	36
1.11 Komunikační systémy s hluchoslepotou	37
1.12 Psychologická problematika zdravotně postižených	38
1.13 Postoje společnosti k postižení	39
1.13.1 Postoj zdravé společnosti k tělesně postiženým	41
1.13.2 Postoj zdravé společnosti k mentálně postiženým	42

1.13.3	Postoj zdravé společnosti ke zrakově postiženým.....	43
1.13.4	Postoj zdravé společnosti k sluchově postiženým.....	43
1.14	Rodina a postižené dítě.....	44
1.14.1	Zdravý sourozenec a postižený sourozenec.....	45
1.15	Právo a lidé s postižením.....	46
2	Praktická část.....	47
2.1	Cíl praktické části.....	47
2.1.1	Stanovení předpokladů.....	47
2.2	Použité metody.....	49
2.2.1	Popis obsahu dotazníku.....	50
2.2.2	Předvýzkum a jeho výsledky.....	50
2.3	Popis zkoumaného vzorku.....	50
2.4	Průběh průzkumu.....	52
2.5	Vyhodnocení výsledků.....	53
2.6	Diskuse a interpretace.....	67
2.7	Vyhodnocení předpokladů.....	73
2.8	Názory zdravotně postižených.....	76
3	Závěr.....	83
4	Navrhovaná opatření.....	85
5	Seznam použitých zdrojů.....	87
6	Seznam příloh.....	90

Úvod

Bakalářská práce se nazývá Zdravotně postižení. Cílem této práce je zmapovat teoreticky i prakticky problematiku zdravotně postižených z hlediska přijímání zdravé populace. Pro uchopení volby tohoto tématu byly pro mne rozhodující postoje k lidem se zdravotním postižením, se kterými se neustále setkávám ze strany zdravé populace. I přestože žijeme v 21. století domnívám se, že neustále existují bariéry, které brání v zapojení zdravotně postižených do běžného života, díky přístupu majoritní společnosti. Z hlediska stavebních úprav je velická snaha o dosažení co nejvíce bezbariérových přístupů. Ale většinou bývá problém nejen v materiální úpravě. Sama jsem se setkala s neochotou na úřadě, kde si tělesně postižený člověk musí zazvonit, aby mu z druhé strany byl otevřen bezbariérový přístup. Pánovi, který byl na vozičku, otevřela paní, která na něj začala křičet, že nemá čas a proč pořád zvoní. Z tohoto důvodu se domnívám, že aktuálnost dané problematiky, týkající se postojů zdravé populace, je na místě. Ze strany majority se jedná o téma, kterým je neustále se třeba zabírat, aby nedocházelo k izolaci zdravotně postižených. Již historie zaznamenává zdravotně postižené a jejich vzájemné soužití se společnostmi. Ne vždy na tyto občany bylo pohlíženo s úctou, a proto se tato práce zabývá situací v 21. století.

Práci může využít kterákoliv organizace pomáhající zdravotně postiženým, jako zprávu o přijímání postižených jedinců zdravou populací. Dále budou výsledky prospěšné postiženým jedincům, kteří zhodnotí situaci ohledně postojů zdravé populace. Nepřímo bude práce přínosem pro respondenty, kteří si během vyplňování dotazníků mohou uvědomit okolnosti týkající se postižených. V neposlední řadě budou výsledky zajímavé pro odbornou veřejnost, neboť bude zjištěn určitý posun v chování zdravé populace k postiženým či jakési pokulhávání v chápání přijímání zdravotně postižených mezi sebe. Obrovský přínos tvorby práce a zpracování výsledků přinese i mně, neboť budu obohacena o informace a zajímavé výsledky.

Když se na svět narodí zdravé dítě, považujeme jeho volně plynulou cestu životem za čistou tekoucí vodu, které se otevírají různé příležitosti, a nikdy nevíme, kudy se vydá. Ta cesta je nevinná s postupným nabíráním překážek, kterým je dítě s přibývajícím věkem schopno odolávat.

Při narození postiženého jedince míváme často pocit, že překážky se objevují ihned na začátku života. Rodiče začínají napadat otázky nejen, co bude dál, ale také, jak budou viděni v očích zdejší společnosti. Pro některé z nás je postižení určitým stigmatem, kterého se obáváme, a proto se mu vyhýbáme, jako bychom tím měli být nakaženi.

Někdy nás napadá, zda jdou kroky vyžadujících zákonů, požadavků a různých nařízení správným směrem. Dříve zdravotně postižení měli více pracovních možností, ale tím, že jsou neustále vynalézány nové moderní mechanismy, jsou o tuto pracovní příležitost ochuzeni.

Téma o zdravotním postižení je velice rozsáhlé, a tak pro bakalářskou práci byly vybrány kapitoly, které jsou důležité pro šetření.

Náplní práce je uvedení do problematiky zdravotně postižených, kde se zaměřím na tělesně, mentálně, sluchově a zrakově postižené, při čemž budou informace poskytnuty z odborných zdrojů nastudované literatury. Na základě potřebných informací vytvořím dotazník, jehož cílem bude zjistit, jak zdravá společnost přijímá zdravotně postižené v 21. století mezi sebe a zároveň, co o dané problematice ví. Zda zná pojem handicap, uznává práva, integraci, výrobky zdravotně postižených, souhlasí s jejich zaměstnáváním atd.

Vsunutý slovník a zkratky, které jsou uvedeny před obsahem, slouží k přehlednější orientaci v textu a úspoře místa pro odborný text. Struktura bakalářské práce obsahuje dvě hlavní části – teoretickou a praktickou. Teoretická část charakterizuje historický vývoj postojů k postiženým, zabývá se příčinami, klasifikací, vzděláváním, zaměstnáváním, edukací, právy zdravotně postižených, komunikačním systémem s hluchoslepu osobou, psychologickou problematikou zdravotně postižených, ale také je zaměřena pozornost na postoje zdravé populace k postižením a rodině s postiženým dítětem.

Pro bakalářskou práci je vzhledem k tématu zvolena kvantitativní výzkumná strategie. V praktické části jsou vyhodnoceny odpovědi na otázky z dotazníků, kde je zjištěno a vyhodnoceno, jak zdravá společnost přijímá zdravotně postižené mezi sebe a zároveň, co ví o dané problematice. Dále jsou podrobně charakterizovány kroky při postupu tvorby dotazníku a spolupráce s respondenty.

Zjištěné informace si ověřím rozhovorem se třemi zdravotně postiženými a matkou jednoho z postižených, kteří mi odpovědi respondentů z dotazníků potvrdí či vyvrátí a následně jejich názory uvedu v samostatné kapitole. Jejich názor je pro mě důležitý, neboť jako členka majoritní skupiny mohu mít zkreslený pohled na tuto problematiku.

Očekávám, že práce přinese zamyšlení se nad problematikou. Domnívám se, že někdy je pouze chyba i v komunikaci a nepochopení ze strany majority, která může zdravotně postiženým mnohdy uzavřít cestu k úspěchu.

V závěru práce bych chtěla shrnout veškeré poznatky odborné literatury, internetových zdrojů z oblasti psychologie, sociologie a také poznatky uvedené z odpovědí od respondentů.

Pro estetickou úpravu je práce obohacena a doplněna obrázky a odkazy, které se nachází v přílohách, aby byl dostačující prostor pro zveřejnění nemalého množství informací.

1 Teoretická část

V teoretické části jsou uvedeny kapitoly, které jsou důležité pro šetření této práce. Teorie je čerpána z odborných zdrojů literatury.

1.1 Historický vývoj postojů k osobám s postižením

Od samého začátku lidské společnosti se mezi jejími členy nacházeli jedinci, kteří se různě lišili od ostatních, ať už vzhledem, smyslovými či tělesnými vadami, duševním stavem či chorobami. Jednotlivci, ale i celá společnost se museli nějakým způsobem vyrovnávat s těmito odlišnými členy. Je velice dobře známo, že osobnost člověka se utváří v kontaktu a pod vlivem ostatních členů sociální skupiny. Každá společnost si vytváří určitá pravidla společného soužití, hodnot a norem, které vznikají v rámci kultury, která určuje, co je danou společností považováno za žádoucí či nežádoucí (Vágnerová, Hadj-Mousová, Štech, 2001, s. 7).

1.1.1 Starověk

První zápis o depresi, duševní poruše, je v literatuře popsán v lékařském dokumentu tzv. Eberova papyru v době kolem roku 1900 před Kristem.

Antická společnost měla docela bohatou teorii duševních poruch (melancholie, mánie, delirium...), na jejichž etiologii převažoval „organický“ náhled. Hippokrates dokazoval, že mentální onemocnění vzniká z poruch mozku.

Starověká společnost měla na „péči“ o duševně a jinak postižené jedince názor, jehož symbolem se stala spartská skála, na které končil krátký život těch postižených, jež otec po narození „nezvedl z prahu svého domu.“

Ve starověku civilizace označovala jedince s hlubokou mentální retardací za problematického, tudíž jedinec s lehkou mentální nebyl „mentálně retardovaný.“ Velká pozornost byla zaměřena na tělesně postižené osoby a také „šilence“, jak vyplývá z první klasifikace duševních poruch, kterou vypracoval Hippokrates již čtyři století před Kristem:

- Phrenitis (akutní duševní porucha s horečkou)
- Mania (akutní choroba bez horečky)
- Melancholie (chronické šílenství)

- Epilepsie (boží nemoc)
- Hysterie (křeče)
- Skýtská nemoc (patrně transvestismus) (Valenta, Müller, 2003, s. 20, 21)

1.1.2 Středověk

V uvedeném období, tedy ve středověku, byl k duševně postiženým jedincům zaujímán ambivalentní postoj. Na jedné straně byli „blázni a šílenci“ považováni za šťastlivě vyvolené, na něž shlédli bůh, na straně druhé byli považováni za „zplozence ďáblů“ (Valenta, Müller, 2003, s. 21).

Ve vrcholném středověku začíná příchod tzv. žebravých řádů, které jsou zastoupeni postavou sv. Františka z Assisi, kdy tento světec umí přistupovat k chudým, nemocným a vyděděným (Vojtko, 2007, s. 11).

Umělci v této době se nechali inspirovat „institutem péčí o mentálně i jinak duševně postižené,“ jímž byly tzv. lodě bláznů. Lodě byly plné bláznů, kteří byli vyhnáni měšťany, a pluly od města k městu. Pohybovaly se po Evropě nejen proto, aby se měšťané zbavili problémového nákladu, ale sloužily i jako dopravní prostředky směřující k terapeutickým cílům - do poutních míst, která měla sloužit k uzdravení. Pro městskou smetánku se tento rituál stal symbolem, kterým se „očisťovali“ od hrozby podobného osudu, jaký stihl jejich nešťastné spoluobčany (Valenta, Müller, 2003, s. 22).

1.1.3 Renesance

Toto období s sebou přináší první klasifikaci duševních poruch, se kterou přichází Felix Plotter, v níž jsou poruchy intelektu odděleny od ostatních duševních poruch.

Klasifikace:

- Imbecilitas mentis (duševní zblbnutí)
- Hebetudo mentis (idiocie)
- Tarditas ingenii (imbecilita)
- Imprudentia seu defectus judicii (slabomyslnost)
- Oblivio (zapomnětlivost)
- Memoria imminuta (velká ztráta paměti)

Renesance je spojena se jménem jednoho z největších humanistů - J. A. Komenského (podrobněji příloha č. 1, obrázek č. 1 této bakalářské práce), který ve svých dílech zdůrazňuje nutnost vzdělávat všechny děti bez ohledu na typ a stupeň jejich postižení. V díle Velká didaktika se zabývá první speciálně pedagogickou klasifikací žáků z hlediska jejich typologie.

Pedagogické principy Komenského na edukaci žáků s mentálním postižením jsou platné i v současnosti - převážně princip individuálního přístupu, přiměřenosti a konkrétnosti. Hlavním zájmem z pohledu učitele je žák, nikoliv učení, a takto předběhl tento významný humanista o čtvrt tisíciletí vývoj pedagogického myšlení (Valenta, Müller, 2003, s. 23, 24).

1.1.4 Filip Pinel

Po Velké francouzské revoluci a její Deklaraci práv člověka z roku 1793 nastupují změny v chování k duševně postiženým, jimiž je zakladatel moderní psychiatrie Filip Pinel, který dal pryč duševně postiženým okovy, a to jak obrazně, tak i fakticky. Začíná pracovat jako lékař ve špitále v Bicetre, kde vidí na vlastní oči trosky lidí, které jsou přikovány ke zdem nebo znehybněny lany či v kazajkách. Pinel se postaral o to, že jsou nejprve v Bicetre a později v Salpetriere sundány okovy, kazajky a dozorcům odejmuty biče. Popisována krutá doba je Pinelem nahrazena léčbou „přirozených léků,“ kterou bychom dnes nazvali jako ergoterapie (Valenta, Müller, 2003, s. 24, 25).

1.1.5 Péče o zdravotně postižené jedince na území České republiky

Vůbec prvním ústavem, který existoval v naší zemi byl pražský ústav pro hluchoněmé založen roku 1786, jehož prvním ředitelem byl Karel Berger a prvním učitelem pro neslyšící Petr Veselský. V roce 1916 byl založen 1. český ústav pro hluchoněmé v Praze. Jitka Haunerová (podrobněji příloha č. 1, obrázek č. 2 této bakalářské práce) byla značnou osobností v tomto směru, která v roce 1928 uskutečnila Mezinárodní sjezd neslyšících v Praze, který byl tlumočen ve znakovém jazyce. Tato myšlenka vznikla z toho důvodu, že ji po meningitidě ohluchl její syn. V tento moment si uvědomila nedostatky, jako chybějící školy, ústavy a krátkou školní docházku hluchoněmých.

V roce 1955 byla založena Národní škola a domov pro nedoslýchavé v Liberci, jehož první ředitelkou se stává Božena Čmelíková. V roce 2001 dochází k integraci

sluchově postižených dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami do škol a školských zařízení.

Historie zrakově postižených je spojena s významným jménem Klár a jeho potomků. V roce 1807 se stal spoluzakladatelem prvního výchovného ústavu pro nevidomé v Praze na Hradčanech. Uvědomoval si, že žáci ústavu nedokážou obstát v běžném životě, z tohoto důvodu chtěl zřídit ústav, který by nevidomého zajistil po celý život. Na vybudování ústavu má největší zásluhu jeho syn Pavel Alois Klár. Vnuk Aloise Klára Rudolf Maria Klár v roce 1873 vstoupil do vedení ústavu, kde jedincům byl nabízen nácvik v tradičních řemeslech, ale i výborná příprava na budoucí, samostatné pracovní uplatnění. Poté sestavil tzv. Pražskou tabulku na usnadnění a racionalizaci psaní Braillova písma, která se využívá dodnes. V roce 2001 dochází k integraci dětí se zrakovým postižením (Vojtko, 2007, s. 24 – 34, 62 - 74, Pešatová, Tomická, 2007, s. 93 - 96).

U nás byl jeden z prvních „psychopedů“ Karel Slavoj Amerling (podrobněji příloha č. 1, obrázek č. 3 této bakalářské práce) lékař, přírodovědec, pedagog, ředitel české hlavní školy v Praze, ředitel učitelského ústavu. 17. června 1871 vzniká v Praze spolek pod názvem „Jednota dam sv. Anny.“ Tento spolek zřídil ústav pro tzv. slabomyslné a v pozdějších letech známý pod pojmem Ernestinum na Pražském hradě, v jehož čele byl Amerling (Vojtko, 2007, s. 43, 51, Valenta, Müller, 2003, s. 30).

Další významná postava, která je spojena s Ernestinem a s péčí o slabomyslné je lékař, vědec a speciální pedagog Karel Herfort, který prosadil v ústavu individuální přístup k chovancům. Stal se spoluzakladatelem prvního odborného časopisu „Úchylná mládež.“ Dále byl zakladatelem české pedopsychiatrie, pracoval jako univerzitní profesor, který prosazoval týmovou práci lékaře a pedagoga.

Pomocné školy do školského systému byly zařazeny zákonem o pomocných školách v roce 1929, který je spojován se jménem Josef Zeman, který byl zakladatelem českého speciálního školství.

Počátkem 20. století v Čechách i na Moravě bylo vybudováno mnoho ústavů pro slepé, hluché, slabomyslné a ústavy výchovného typu, ale přesto chyběl ústav pro děti zmrzačené, což si uvědomovala řada lékařů, pedagogů, ale činitelé veřejného života. V roce 1907 MUDr. Jan Dvořák založil Spolek pro léčbu a výchovu rachitiků a mrzáků, což byl budoucí zřizovatel ústavu pro tělesně postižené děti. Uvedený lékař neměl prioritu se postavit do čela této humanitární akce, a tak v čele stál prof. MUDr. Rudolf Jedlička

(podrobněji příloha č. 1, obrázek č. 4 této bakalářské práce) chirurg a rentgenolog. Známy a vyhlášený Jedličkův ústav v Praze na Vyšehradě byl otevřen v dubnu 1913 (Historie JÚŠ jako celku, 2008). Když vypukla první světová válka, okolnosti přinutily Jedličku řešit přednostně situace dospělých zmrzačených na úkor mrzáčků dětských. Rodila se rehabilitační péče s propojováním léčby, výchovy, všeobecného vzdělávání a odborné přípravy. Mnoho zmrzačení se řešilo protetickými náhradami, kdy Jedličkovou zásluhou vznikly tzv. protézové dílny. Na doporučení MUDr. Dvořáka vznikla škola pro invalidy a zmrzačené, kde František Bakala uplatnil nový způsob psychoterapie. Jedlička se poté zasloužil o pochopení tělesného postižení jako závažné sociální otázky, komplexní řešení problému v oblasti léčebné, vzdělávací a sociální oblasti a v neposlední řadě o včlenění pedagoga do rehabilitačního procesu a o podporu vychovatelských a vzdělávacích přístupů.

V roce 1910 byl založen Ústav pro tělesně postiženou mládež v Liberci MUDr. Gottsteinem. Tento ústav se stal 20. srpna 1945 pobočkou Jedličkova ústavu v Praze (Vojtko, 2007, s. 31, 55-60, Pešatová, Tomická, 2007, s. 97, Historie JÚŠ jako celku, 2008).

1.1.6 Období po druhé světové válce

Toto období je spojeno s několika zákonnými úpravami i postavami tehdejší československé speciální pedagogiky.

Legislativní úpravy jsou následující:

- Zákon o jednotném školství (95/48 Sb.), který zřizoval školy převážně pro mládež tělesně vadnou a s vadami smyslu a řeči, duševně a mravně vadnou, postiženou chorobami a umístěnou v léčebných ústavech a ozdravovnách.
- Školský zákon z roku 1953 (31/53 Sb.), vznikají zvláštní učňovské školy připravující žáky s mentálním postižením na výkon jednoduchých manuálních povolání.
- Zákon z roku 1960 (188/60 Sb.) rozšiřuje síť speciálních škol o speciální mateřské školy, kdy realizace proběhla o tři roky později (Valenta, Müller, 2003, s. 33).

1.1. 7 Změny po roce 1989

Demokratické změny ve společnosti v listopadu 1989 se dotkly i českého speciálního školství a oboru psychopedie.

Existuje značné množství nestátních subjektů pečující o jedince s mentálním postižením např. stacionáře, školy apod. Dále jsou v rozvoji pomocné školy, kde převážně vznikly přípravné stupně pomocných škol, vzdělávání se na těchto školách prodloužilo o dva roky, také byly rovněž otevřeny rehabilitační třídy pomocných škol pro děti s těžkým a hlubokým mentálním postižením. Vedle Sdružení pro pomoc mentálně postiženým vznikají i další občanské subjekty, které podporují větší kvalitu života osob s mentálním postižením, patří sem podporované bydlení či zaměstnání, (podrobněji kapitoly 1.6 a 1.8 této bakalářské práce).

Rozvíjí se rovněž systémy alternativní a augmentativní komunikace. Posledně jmenovaná komunikace zlepšuje komunikační proces u osob, kde je určitá schopnost nebo předpoklad pro orální řeč. Alternativní komunikace připadá pouze v úvahu, když schopnost nebo předpoklad nejsou, tedy nahrazuje řeč. K nejstarším prostředkům uvedených komunikací patří nonverbální řeč (gestika, mimika,...), u sluchově postižených osob znaková řeč, u zrakově postižených Braillovo písmo (podrobněji kapitola 11 a příloha č. 2 této bakalářské práce). Mezi systémy alternativní a augmentativní komunikace, které se využívají kratší časovou dobu u osob s mentální retardací, patří Makaton (podrobněji příloha č. 1, obrázek č. 5, 6 této bakalářské práce), který je postavený na standardizovaných znacích, které jsou doplněny orální řečí. Mimo jiné je nutné se zmínit o tzv. Znaků do řeči (podrobněji příloha č. 1, obrázek č. 7 této bakalářské práce). Je to otevřený systém přirozených znaků, který lze upravit podle potřeby klienta, není tolik standardizovaný jako Makaton (Valenta, Müller, 2003, s. 34, 35, 179 - 183).

Po revoluci, tedy po roce 1989, dochází ke změnám názvu škol - Školy pro sluchově postižené, Školy pro zrakově postižené, kdy dřívější názvy byly např. Odborná škola ve Zlíně pro neslyšící, Gymnázium pro mládež s vadami sluchu apod.

Značný posun je také ve zřizování Center rané péče a Speciálně pedagogických center. V roce 2004 vzniká Školský Zákon 561/2004, ve kterém jsou obsaženy zásady a cíle vzdělávání, vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a atd. (Pešatová, Tomická, 2007, s. 89 - 101, Zákon č. 561/2004 Sb., 2008).

1.2 Odborná terminologie

V bakalářské práci je uvedeno mnoho pojmů, které jsou zařazeny do této kapitoly pro lepší porozumění následujícímu textu. Je vycházeno z teorií a definic více autorů.

Handicap – „lze vymezit jako nepříznivý stav nebo situaci pro daného jedince, vyplývající z poruchy nebo defektu, omezující nebo znemožňující plnění úloh, ztěžuje jeho uplatnění v porovnání s většinovou populací, ztěžuje dosahování běžných společenských cílů“ (Fischer, Škoda, 2008, 19).

Znevýhodnění – „je totožné s pojmem handicap, znevýhodněný jedinec je handicapovaný v důsledku poruchy nebo defektu“ (Fischer, Škoda, 2008, 19).

Zdravotní postižení – jedná se „o dlouhodobý nebo trvalý stav, který již nejde léčbou zcela odstranit,“ důsledky můžeme zmírnit opatřeními, na kterých se musí podílet celá společnost (Pešatová, Tomická, 2007, s. 28).

Postižení - pod tímto pojmem si představíme „různá omezení, která se vyskytují v každé populaci ve všech zemích světa, lidé mohou být postižení fyzickou, mentální či smyslovou vadou, zdravotním stavem nebo duševním onemocněním“ (Pešatová, Tomická, 2007, s. 28).

Defekt (vada, poškození, porucha) – podle Pešatové a Tomické se jedná o ztrátu nebo poškození v anatomické stavbě organismu a poruchy v jeho funkcích v oblasti integrity organismu, což může mít za následek narušení v oblasti psychické, sociální, senzorické nebo somatické. Příčinami defektů jsou úrazy, onemocnění, vrozenost nebo dědičnost.

Defekty lze členit podle několika hledisek:

- a) z hlediska vzniku: vrozené, získané
- b) zda postihují orgány: orgánové - vývojové vady (rozštěpy, páteře, chybění orgánu)
funkční - nejčastější příčinou je negativní vliv sociálního prostředí, výchovy, sociálních vztahů
- c) podle rozsahu: lehké, není narušen vztah ke společnosti
střední, je ohrožen vztah ke společnosti
těžké, dochází ke ztrátě sociálních vztahů (Pešatová, Tomická, 2007, s. 25 - 27).

Defektivita - je sekundární následek defektu, „*je to porucha postoje k sobě samému*“ (Pešatová, Tomická, 2007, s. 27), důležité je, jak tyto odchylky jsou přijímány či nepřijímány zdravou veřejností, jak postižený přijímá svůj handicap.

Navenek se defektivita projevuje:

- změnou v učení a chování (nutnost kompenzace, reedukace, nedostatek vůle)
- změnou vlastní osobnosti, (egocentrismus, přehnané cíle aj.)
- změnou v organizaci života (větší časové nároky na výkonnost, změny režimu dne, atd.)
- změnami v oblasti kultury a trávení volného času
- změnami v pracovních činnostech (jiné možnosti a přístup, upravené nástroje atd.).

K výrazným prostředkům překonávání defektivitu patří kompenzace, reedukace a postupy směřující k integraci.

Reedukace (re = znovu, edukace = výchova) – „*úsilí o obnovení porušených funkcí. Představuje rehabilitační postupy, které vycházejí z možností používat poškozený orgán. Dává si za hlavní úkol odstranit, zastavit nebo zpomalit progresivitu defektu a zabezpečit prevenci defektivitu.*“ (Jesenský, 1995, s. 13).

Kompenzace – „*úsilí o nahrazení porušené funkce jinou funkcí. Klade si za úkol odstranit, upravit, zastavit nebo zpomalit nástup defektivitu*“ (Jesenský, 1995, s. 13, 14).

Integrace – „*WHO charakterizuje integraci jako sociální rehabilitaci,*“ *jedná se o stav, „kdy se zdravotně postižený jedinec vyrovnal se svou vadou, žije a spolupracuje s nepostiženými“* a vytváří hodnoty, které společnost uznává jako rovnocenné (Pešatová, 2007, s. 33).

Cílem integrace je vytvoření akceptace znevýhodněných a „zdravých“ - to znamená dávat i brát na obou stranách.

Můžeme se setkat se třemi procesy přizpůsobení v rámci integrace:

- a) **asimilace** - znamená, že se handicapovaný jedinec vypořádá s pravidly chování většiny a že je převezme do takové míry, do jaké toho bude schopen.
- b) **akomodace** - přizpůsobení se způsobům a pravidlům většiny, ale chybí tlak na potlačování odlišností. Handicapovaný jedinec si utváří pozitivní sebeobraz.
- c) **adaptace** - rozumí se přizpůsobování z obou stran. Cílem je vzájemné úsilí o přiblížení se (Fischer, Škoda, 2008, s. 24).

Pro integraci je charakteristické:

- a) je nezávislá na odstranitelnosti defektu

- b) je závislá na odstranitelnosti defektivy
- c) není soustavně na vrcholu a neustále hrozí její ústup
- d) dosáhne jenom za podmínek speciálních rehabilitačních, výchovně vzdělávacích, enkulturačních a ergonomických opatření
- e) předpokládá vysoké stupně schopností seberehabilitace, sebevýchovy a seberealizace
- f) je velmi často závislá i na úpravě materiálně technických podmínek existence postiženého člověka
- g) její úroveň lze odstupňovat (Jesenský, 1995, s. 15)

Přijímání dětí a žáků s tělesným postižením do běžných škol a školských zařízení, kde společné vyučování postižených a nepostižených žáků se děje bez většího odporu, pokud je hodnocen psychický, sociální a kognitivní vývoj somaticky postižených žáků, který odpovídá věku jednotlivce. Žáky lze vyučovat podle stejného vzdělávacího programu jako jejich vrstevníky. Samozřejmým předpokladem úspěšné integrace je, aby učitelé základních škol měli základní speciálně-pedagogické znalosti. Tomuto společnému vyučování v dobrém napomáhá vhodné architektonické uspořádání budovy. Jako další faktor pro integraci je stupeň potřeby péče a pomoci tělesně postiženým žákům, dětem, které potřebují pomoc a péči je zajištěna osobní asistence po dobu vyučování na škole (Valenta a kol., 2003, s. 174).

Faktory, které ovlivňují úspěšnost školní integrace:

- rodina a rodiče
- škola, učitelé
- poradenství a diagnostika
- prostředky speciálně-pedagogické podpory - doprava dítěte, osobní asistent
- další faktory - architektonické bariéry, organizace zdravotně postižených (Valenta a kol., 2003, s. 34)

Speciální pedagog - je významnou osobou pro vzdělávání jedinců, kteří jsou postiženi různými nedostatky - tělesnými, smyslovými, duševními, zdravotními nebo poruchami chování. Speciální pedagog může pracovat jako učitel těchto dětí, nebo se uplatňuje v poradnách, ve zdravotních zařízeních pro tyto děti, v rehabilitačních centrech, která se zaměřují na návrat do běžného života. Pracuje-li speciální pedagog jako učitel,

věnuje se činnostem, které jsou podobné každému učiteli a následně je výuka přizpůsobena dětem s určitým postižením, především její metody pro kompenzaci příslušného postižení. Pro tuto profesi je důležité absolvování vysokoškolského studijního oboru speciální pedagogika, učitelský talent, autorita, vztah k dětem a mládeži, schopnost slovně formulovat, dobrá paměť, schopnost improvizovat, organizační schopnosti a vystupování (Průvodce světem povolání, 2009).

Asistent pedagoga - zajišťuje výchovnou a vzdělávací činnost dětem se speciálními vzdělávacími potřebami, v případě potřeby pomáhá dětem s těžším zdravotním postižením se sebeobslouhou v době vyučování na základě pokynů pedagogického pracovníka (Osobní asistent a asistent pedagoga, 2009).

Osobní asistent - jedná se o sociální službu, kterou si klienti hradí sami. Cílem této profese je podporovat klienty při sociálním začleňování a také pomáhat v oblastech, které by člověk dělal sám, kdyby mohl např. osobní péče, péče o domácnost, u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami doprovod do školy či školského zařízení a následně jeho vyzvednutí. (Pešatová, Tomická, 2007, s. 38).

Segregace - (z latinského segregatio = oddělování), je opačným pojmem integrace, jedná se o společenské oddělování, vylučování (Fischer, Škoda, 2008, s. 23).

Inkluze – „přizpůsobení školy potřebám všech dětí, a to naučit se vzdělávat společně, žít společně“ (Pešatová, Tomická, 2007, s. 37).

Uvedený termín dále znamená vytvořit takové prostředí, které jedince vítá a oceňuje jeho odlišnost. Je zde snaha o vybudování společenství pečující o všechny a otevřené všem, prostředí, kde už děti se speciálními potřebami nejsou jiné, protože každé z nich má svou cenu. Každý jednatel má právo, aby se mohl učit v neohroženém a otevřeném prostředí bez diskriminace a předsudků (Lang, Berberichová, 1998, s. 28, 29).

V inkluzivním přístupu jsou jedinci s postižením zapojováni do všech běžných činností jako lidé bez postižení. Když je to možné, tak nejsou přítom využívány žádné speciální prostředky a postupy, jenom v situacích, kdy je to nezbytně nutné, nastupuje pomoc a podpora. V tomto postupu se nachází zásadní posun od integračních postupů, které spočívají právě v zajištění speciálních prostředků, podpory a péče pro osoby s postižením, aby mohli být tito jedinci zapojováni do většiny činností v běžném životě společnosti (Slowík, 2007, s. 32).

1.3 Příčiny postižení

Jak uvádí Vágnerová, smyslové, komunikační nebo pohybové postižení mohou mít různé příčiny vzniku. Mohou se na nich podílet genetické poruchy i prenatálně, perinatálně a postnatálně působící vlivy vnějšího prostředí, také mohou vzniknout následkem onemocnění nebo úrazu. Je velmi důležité, aby byly rozlišovány kategorie vrozených a poté získaných postižení, které jsou významné z hlediska jejich důsledků pro další život postiženého jedince, resp. z hlediska subjektivně prožívané zátěže.

Vrozené postižení ovlivňuje většinou vývoj dítěte, které z tohoto důsledku nemůže získat určité zkušenosti, přitom na druhé straně není postižení tolik subjektivně traumatizující, jelikož jedinec s vrozeným postižením je na svůj handicap adaptován. Postupem času si postižený jedinec začne uvědomovat, že ostatní lidé mají další možnosti, které on nemá z důvodu svého postižení, které by také chtěl mít. Ale neumí si ani dost často představit, jaké konkrétní výhody by tím získal.

S postupem času pro jedince získané postižení představuje větší psychické trauma, kdy může srovnávat, uvědomovat si, co ztratil a svůj nynější stav považuje za jednoznačně horší, někdy i nepřijatelný. Postižený jedinec má výhodu v tom směru, že má zachované dřívější zkušenosti, se kterými se naučil žít a má mnohé kompetence, jež mu budou v budoucím životě užitečné a které jeho vrstevník s vrozeným postižením nemá. Může se jednat o představu prostoru u později nevidomých, o zachovanou slovní zásobu a schopnost verbální komunikace u později neslyšících, apod. (Vágnerová, 2004, s. 162, 163).

1.4 Klasifikace handicapů

V bibliografiích se setkáváme s různým dělením handicapů. Pro tuto práci jsem vybrala tuto relevantnější klasifikaci podle Fischera a Škody.

1.4.1 Znevýhodnění podle druhu

a) poruchy tělesné (somatické)

Do těchto poruch patří různé vady a handicapy, které vznikly při onemocnění, úrazu nebo ztrátě hybnosti a mobility, může se jednat o vrozené nebo získané poruchy či

defekty. K získaným patří například důsledky chronických nemocí, závažných chorob, úrazů apod.

b) poruchy komunikace

V této kategorii jsou zahrnuty poruchy v oblasti vnímání smysly (zrak a sluch) a poruchy řeči, rovněž do této kategorie se může zařadit problematika specifických poruch učení.

c) poruchy mentální

Sem patří různé handicap a znevýhodnění v oblasti rozumových schopností, kdy se jedná např. o důsledek vrozených defektů (mentální retardaci) a o defekty a poruchy získané v průběhu života (demence).

d) poruchy chování

V této kategorii jsou různě závažné odchylky ve vzorcích chování, které jsou z hlediska sociokulturní normy, psaných i nepsaných pravidel společenského soužití pro danou společnost nežádoucí, nechtěné nebo až nepřijatelné (Fischer, Škoda, 2008, s. 20, 21).

1.4.2 Znevýhodnění podle stupně

a) handicap a poruchy lehkého stupně

Defekty, poruchy a z nich vyplývající handicap lze zvládnout bez zvláštní, speciální pomoci.

b) handicap a poruchy středního stupně

Speciální přístup, pomoc a metody vyžadují handicap a znevýhodnění středního stupně. Při práci s těmito osobami je u většiny případů potřebná účast specialistů a speciálních institucí. U rozumových handicapů to mohou být školy praktické nebo speciální, u psychických poruch se může rozvoj a působení na tyto jedince odehrávat v prostředí ústavní ochranné výchovy.

c) handicap a poruchy těžkého stupně

Do uvedené kategorie patří jedinci, jejichž handicap je možné charakterizovat jako potřebu celodenní speciální péče, jelikož jsou plně odkázáni na pomoc druhých a společnosti. Handicap ve fyzické, psychické nebo sociální oblasti již značně omezuje možnost edukace i společenské seberealizace. Péče o tyto jedince je ve většině případů

realizována ve speciálních institucích. U jedinců s defektem v oblasti mentální jsou nutné ústavy sociální péče s celodenním pobytem (Fischer, Škoda, 2008, s. 21, 22).

1.4.3 Znevýhodnění podle doby jejich vzniku

a) handicap a poruchy prenatální

- *genetické predispozice* - např. trizomie 21. páru chromozomů a následný Downův syndrom
- *vliv teratogenních faktorů*:
 - vliv chemických faktorů, například užívání některých léků v době vývoje plodu, zneužívání psychoaktivních látek (alkohol, drogy), různé intoxikace (například i v souvislosti s potravinami) apod.
 - vliv fyzikálních faktorů, například vliv záření (ozáření dělohy matky v době raného těhotenství)
 - vliv biologických faktorů, ke kterým patří mimo jiné virová a infekční onemocnění matky v průběhu vývoje plodu (virus zarděnek), zátěžové situace (stres, deprivace) apod.

b) handicap a poruchy perinatální

- *důsledky komplikovaného porodu*:
 - dušení plodu, jehož příčinou je obtočení pupeční šňůrou, vdechnutí plodové vody
 - mechanické poškození plodu (stlačení hlavičky) při klešťovém porodu a následné krvácení do mozku

c) handicap a poruchy postnatální

- *vliv chemických faktorů*: zneužívání psychoaktivních látek (alkohol, nikotin, drogy), různé intoxikace v souvislosti se zneužíváním těchto látek, působení chemických látek a jedů v souvislosti s životním prostředím (vznik a rozvoj chronických onemocnění, karcinogenní látky) apod.
- *vliv biologických faktorů*: virová a infekční onemocnění jedince v průběhu jeho vývoje a života (závažná onemocnění mozku), různé úrazy
- *vliv sociálních faktorů*: nevhodné výchovné podmínky, nízká sociální úroveň, zátěžové situace jako stres, deprivace, strádání až izolace apod. (Fischer, Škoda, 2008, s. 22, 23).

1.5 Vzdělávání jedinců s handicapem

Rozvoj a vzdělání jedince nezačíná až jeho vstupem do školského systému, ale ve skutečnosti už v okamžiku narození. Proto, když se narodí dítě s vadou nebo poruchou, je zvláště důležité začít velmi brzy s účinnou cílenou speciální péčí, která může pomoci výrazně snížit míru budoucího handicapu i v oblasti vzdělávacích možností.

1.5.1 Raná péče

Když je zjištěna vada nebo porucha u dítěte, rodině by měl být nabídnut dostatek informací ohledně odborné i poradenské pomoci, mimo lékařské péče by už v brzkém věku dítěte měla rodina získat služby dalších profesionálů, kteří jí pomohou zvládnout situaci a vytvořit dítěti vhodné podmínky pro plnohodnotný život. Tyto služby patří do oblasti tzv. rané péče, která bývá poskytována nejčastěji středisky rané péče. Ukončení těchto služeb bývá v době nástupu dítěte do předškolního zařízení, ale v některých výjimečných případech může tato péče pokračovat až do nástupu povinné školní docházky.

1.5.2 Předškolní a školní vzdělávání

Podle platného zákona č. 49/2009 Sb. (upravující zákon 561/2004 Sb.) o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělání, by se vždy mělo upřednostňovat vzdělávání dětí, žáků se speciálními vzdělávacími potřebami ve standardním školním prostředí, nikoliv je stranit od zdravých dětí.

Vzdělávání znevýhodněných dětí, žáků a studentů ošetřuje vyhláška MŠMT ČR č.73/2005 Sb. (v platném znění), kde jsou uvedena i pravidla pro vypracování individuálního vzdělávacího plánu a základní informace týkající se činnosti asistenta pedagoga.

Se vzděláváním handicapovaných žáků počítají i rámcové vzdělávací programy, na jednotlivých školách musí být zpracován individuální plán pro postiženého jednotlivce ve spolupráci se školským poradenským zařízením a rodiči.

1.5.3 Poradenství ve výchově a vzdělávání

Pedagogicko-psychologické poradny (PPP) se věnují převážně poradenství v oblasti specifických poruch učení a chování, výchovných a vzdělávacích obtíží apod., speciálně-

pedagogická centra (SPC) jsou většinou zřizována na některých speciálních školách a jsou zaměřeny na děti s určitým druhem postižení např. mentálním, zrakovým, atd. Výše uvedená poradenská zařízení rovněž velmi blízce spolupracují s různými školami při vytváření individuálních vzdělávacích plánů pro integrované žáky, při indikaci speciálních pomůcek nebo činnosti asistenta pedagoga apod. (Slowík, 2007, s. 36 - 38).

1.6 Zaměstnávání zdravotně postižených

Tzv. chráněné dílny se na počátku 90. let 20. století staly velkým záchytným bodem pro mnohé osoby se zdravotním postižením, kde měly možnost pracovní seberealizace. Dnes již doba zase pokročila a můžeme tvrdit, že chráněné dílny mají dobu rozkvětu již za sebou, neboť práce v izolovaném prostředí, kde pracují podobně postižení spolupracovníci a navíc je jejich výkon odměněn symbolickou částkou, nesplňuje požadavky optimální pracovní integrace postižených lidí. Chráněné zaměstnávání zůstává vhodnou variantou převážně pro osoby s těžkými formami různých postižení (Slowík, 2007, s. 39). Ze své praxe vím, že duševně postižení rádi více využívají chráněných dílen, neboť jsou více psychicky labilní a jsou méně odolní vyrovnávat se se stresem v běžném pracovním poměru mezi zdravou populací. Dokonale znají terén a již vědí, co mohou od svých vedoucích dílen očekávat.

Se zcela novým způsobem, jak pomáhat zdravotně postiženým, přichází služba podporovaného zaměstnávání, která nabízí komplexní řešení pro jedince, kterému je nejen zprostředkováno vhodné zaměstnání, dle jeho vlastní volby, ale i další související podpůrné služby (pracovní asistence, apod.) tak, aby se dokázal úspěšně zapracovat a mohl si zaměstnání dlouhodobě udržet. Zdravotně postižení jsou zařazeni do pracovního poměru, který je upraven a přizpůsoben jejich zdravotnímu stavu, mezi zdravé spoluzaměstnance.

V ústavních zařízeních péče nebo v denních centrech a dalších zařízeních jako jsou stacionáře, bývají většinou zřizovány tzv. ergoterapeutické dílny s různými zaměřenými, které nabízejí i možnosti psychomotorického a sociálního rozvoje klientů. Ve skutečnosti jde o nouzovou pracovní seberealizaci některých těžce postižených osob, pro které jsou jiné příležitosti pracovního uplatnění nedostupné.

Novinkou v oblasti zaměstnávání postižených osob jsou tzv. přechodná zaměstnávání a tranzitní programy, které mohou sloužit jako příprava na budoucí trvalé zaměstnání. Cílem v této oblasti je naučit klienty základní pracovní návyky (jako je dodržení pracovní doby, pracovní kázeň) a dovednosti a umět se co nejlépe prosadit na trhu práce (Slowík, 2007, s. 39, 40). Dle mého názoru je důležité brát ohled na osobnost postiženého jedince, neboť ne vždy co považujeme pro své klienty za správné, není vždy prospěšné pro daného jedince.

1.7 Osoby s tělesným postižením a jejich edukace

Jako jednu z forem zdravotního postižení zajišťuje zákon č. 49/2009 Sb. (upravující zákon 561/2004 Sb.), který zařazuje tělesné postižení vedle mentálního, zrakového nebo sluchového postižení, vad řeči, souběžného postižení více vadami, autismu a vývojových poruch učení nebo chování. Jako zdravotní znevýhodnění je pak chápáno zdravotní oslabení, dlouhodobá nemoc nebo lehčí zdravotní poruchy vedoucí k poruchám učení a chování, které vyžadují zohlednění při vzdělávání.

O zdravotním postižení hovoří zákon č. 435/2004 Sb. (v platném znění) a rozděluje zdravotně postižené občany pro účely uplatnění v soustavném zaměstnání do tří kategorií podle stupně zdravotního postižení:

- osoba zdravotně znevýhodněná (dříve občan se změněnou pracovní schopností)
- osoba se zdravotním postižením (pobírá částečný invalidní důchod)
- osoba s těžším zdravotním postižením (pobírá plný invalidní důchod).

Z důvodu toho, že pohyb je jedním ze základních životních projevů člověka, projevuje se jeho nedostatečnost i v psychické oblasti, kdy psychika těchto lidí je často ovlivněna nápadností postižení. Nápadnost je ostatní veřejností často chápána jako určité stigma. Tělesné postižení má z psychologického hlediska dva základní aspekty a to nedostatečnost pohybových kompetencí a deformovaný zevnějšek. Jedinci s tělesným postižením nejsou nikdy plně samostatní, vždy se najdou situace, kdy budou závislí na zdravých lidech. Na druhé straně je snaha o snížení bariér, které umožňují tělesně postiženým integraci do majoritní společnosti (Fischer, Škoda, 2008, s. 33, 34).

Současná legislativní úprava stanovuje vzdělávání žáků s tělesným postižením:

- formou individuální integrace (především v běžné škole nebo ve speciální škole určené pro žáky s jiným druhem zdravotního postižení)
- formou skupinové integrace (vzdělávání žáka ve třídě, oddělení nebo studijní skupině zřízené pro žáky se zdravotním postižením v běžné škole nebo ve speciální škole určené pro žáky s jiným druhem zdravotního postižení)
- ve škole samostatně zřízené pro žáky se zdravotním postižením (mateřská škola pro tělesně postižené, základní škola pro tělesně postižené, střední škola pro tělesně postižené - tj. střední odborné učiliště pro tělesně postižené, odborné učiliště pro tělesně postižené, praktická škola pro tělesně postižené, gymnázium pro tělesně postižené, střední odborná škola pro tělesně postižené).

Žák, který je zdravotně postižený, se vzdělává přednostně formou individuální integrace v běžné škole, pokud tomu dovolují i podmínky na škole. Pro žáka je stanoven IVP, který vychází ze školního vzdělávacího programu příslušné školy, závěrů speciálně pedagogického vyšetření, popřípadě odborného lékaře, psychologického vyšetření (Fischer, Škoda, 2008, s. 59).

1.8 Osoby s mentálním postižením a jejich edukace

Mentální retardací rozumíme vrozené postižení myšlenkových schopností, které se projevují neschopností porozumět blízkému okolí a v požadované míře se mu přizpůsobit.

Rozdělení jednotlivých stupňů mentální retardace podle mezinárodní klasifikace (MKN-10):

- lehká mentální retardace (50 - 70 IQ)
- středně těžká mentální retardace (35 - 49 IQ)
- těžká mentální retardace (20 - 34 IQ)
- hluboká mentální retardace (0 - 19 IQ)

Školská integrace dětí s mentálním postižením se zdá být největším problémem. (Valenta a kol., 2003, s. 88).

Zařazení do školy do jiného speciálně-pedagogického zařízení je velmi důležité. Zde je zapotřebí zvážit několik oblastí: stupeň postižení, míru využitelnosti zachovaných schopností, ale i typické vlastnosti osobnosti postiženého dítěte. Speciální škola je

přizpůsobena možnostem a potřebám mentálně postižených dětí, zde je integrace do běžné školy náročnější. Kontakt s vrstevníky, kteří jsou na stejné vývojové úrovni, mu umožňuje získat zkušenost symetrického sociálního postavení a uspokojení z dosaženého výkonu, srovnatelného s výsledky ostatních členů skupiny (Vágnerová, 2004, s. 308).

Děti v předškolním věku s mentální retardací mohou chodit do speciální mateřské denní školy, popřípadě internátního typu, běžnou mateřskou školu nebo speciální třídu pro mentálně retardované děti při běžné mateřské škole.

V současné době je snaha pomocí speciálních pedagogů vychovávat a vzdělávat mentálně retardované osoby formou začlenění do normálních tříd základních škol.

V základních praktických školách se vzdělávají většinou děti školního věku s lehkým stupněm mentální retardace (IQ 50 - 69).

Vzdělávání v základních speciálních školách je v současné době desetileté. V pomocné škole jsou vzděláváni žáci, jejichž úroveň vývoje rozumových schopností jim nedovoluje prospívat v běžné ani v praktické základní škole. Jedním z nejdůležitějších úkolů pomocné školy je vybavit žáky triviem, to znamená naučit je číst, psát a počítat (Fischer, Škoda, 2008, s. 102, 103).

Přípravný stupeň pomocné školy má za cíl umožnit školní vzdělávání těm žákům, kteří by vzhledem k těžšímu stupni mentální retardace nebyli schopni prospívat ani na nižším stupni pomocné školy.

V rehabilitační třídě pomocné školy jsou čtyři až šest žáků s těžkým stupněm mentální retardace (IQ 20 - 34). Dochází v nich k alternativní metodě komunikace, především nonverbální komunikační metody, znaková řeč, Makaton (podrobněji kapitola 1.1.7, příloha č. 1, obr. č. 5, 6 této bakalářské práce), psaní hůlkovým písmem, sociální čtení, apod. Docházka do rehabilitačních tříd pomocné školy je desetiletá.

Na základě vyhlášky o speciálních školách a speciálních mateřských školách je možné budovat třídy zvláštních škol při speciálních základních školách, třídy pomocných škol při zvláštních školách a naopak, dále pak zřizovat speciální třídy s autismem a třídy pro žáky s více vadami. Obě uvedené možnosti mohou využívat i ústavy sociální péče, kde mohou otvírat třídy pomocných škol v podobě odloučených pracovišť jak základních škol, tak zvláštních nebo pomocných škol.

Po ukončení povinné školní docházky ve zvláštních a pomocných školách a u integrovaných žáků v základních školách mají studenti možnost pokračovat dále ve

svém vzdělávání na odborných učilištích nebo praktických školách s tříletou, dvouletou nebo jednoletou přípravou. Žáci po ukončení zvláštní školy mají možnost pokračovat ve studiu na odborném učilišti a praktické škole, pro žáky pomocných škol jsou zřizovány praktické školy.

Další možností je forma večerního studia na večerních školách, kde se vyučuje většinou dvakrát týdně po dvou až třech hodinách (Fischer, Škoda, 2008, s. 104, 105).

Pro osoby mentálně retardované se zřizují ústavy s denním, týdenním a celoročním pobytem. Denní stacionáře jsou zaměřeny většinou na pracovní rehabilitaci, různé druhy terapií, které jsou určeny pro děti, mládež i dospělé, kam ráno přicházejí a odpoledne se vrací domů. Týdenní pobyty představují jakýsi kompromis mezi domácí a ústavní péčí, kdy klienti tráví pracovní dny v ústavu a víkendy se svou rodinou.

Ústavy sociální péče s celoročním pobytem jsou určeny pro klienty s mentálním defektem těžšího stupně a pro občany mající vedle mentálního defektu těžšího stupně také tělesnou nebo smyslovou vadu a potřebují trvalou celodenní specializovanou péči. Osoby s mentálním defektem lehčího stupně mohou být do celoroční ústavní péče přijati také, a to jestliže nezbytně takovou péči vyžadují.

V některých ústavech jsou zřizovány pro své klienty chráněná bydlení, jedná se o místnosti nebo byty, ve kterých jsou klienti ubytováni po jednom až po třech, sami si je udržují. Občas je přijde navštívit, spíše zkontrolovat někdo z personálu ústavu na krátkou dobu a pomáhá v nejnutnějších případech (Fischer, Škoda, 2008, s. 100, 101).

1.9 Osoby se zrakovým postižením a jejich edukace

Za osobu se zrakovým postižením z pohledu tyflopédie se považuje jedinec, který i po optimální korekci má problémy se získáváním a zpracováváním informací zrakovou cestou.

Podle stupně postižení se běžně zařazují jedinci se zrakovým postižením do čtyřech základních kategorií:

- osoby nevidomé
- osoby se zbytky zraku
- osoby slabozraké
- osoby se zbytky binokulárního vidění (tupozrakost, šilhání)

Dnes se realizuje předškolní výchova dětí se zrakovým postižením ve třech formách:

- dítě je ve výchovné péči rodiny, která může být podporována poradenskými službami odborně proškolených pracovníků
- dítě chodí do speciální mateřské školy pro zrakově postižené děti
- dítě navštěvuje běžnou mateřskou školu

V dnešní době děti se zrakovým postižením si mohou v době povinné školní docházky vybrat mezi běžnou základní školou nebo speciální školou. Toto upravuje vyhláška MŠMT ČR č. 127/1997 Sb. (v platném znění) o speciálních mateřských a základních školách pro zrakově postižené uvádí následující typy škol:

- speciální základní škola pro zrakově postižené
- zvláštní škola pro zrakově postižené
- pomocná škola pro zrakově postižené

O zařazení a přijetí takto postiženého jedince do speciální mateřské školy a speciální školy rozhoduje ředitel se souhlasem zákonného zástupce, přičemž návrh mohou podat zákonní zástupci dítěte, PPP, SPC, zdravotnické zařízení, středisko rané péče, orgány péče o rodinu a dítě. (Valenta a kol., 2003, s. 181, 193).

V České republice mají žáci se zrakovým postižením možnost studovat na běžných středních školách, pokud jim jejich vada neznemožňuje uplatnění v praxi studovaného oboru, nebo si mohou zvolit některou ze středních škol pro zrakově postiženou mládež a to:

- gymnázium pro zrakově postiženou mládež
- konzervatoř pro zrakově postiženou mládež
- obchodní akademie pro zrakově postiženou mládež
- střední odborné učiliště pro zrakově postiženou mládež
- odborné učiliště pro zrakově postiženou mládež

Jedinci se zrakovým postižením, kteří odmaturovali na střední škole, ať na speciálních středních školách pro zrakově postiženou mládež nebo na běžných středních školách, mají možnost dalšího studia na vysokých školách. V současnosti v České republice nejsou žádné vysoké školy, které by se zaměřovaly na přípravu studentů s tímto handicapem, ale při některých školách vznikla podpůrná centra, která napomáhají při

studiu osobám s postižením např. Masarykova univerzita v Brně (Valenta a kol., 2003, s. 196, Sýkorová, 2002).

1.10 Osoby se sluchovým postižením a jejich edukace

Světová zdravotnická organizace (WHO) roku 1980 stanovila mezinárodní škálu stupňů sluchových poruch:

- lehká sluchová porucha (26 - 40 dB)
- střední sluchová porucha (41 - 55 dB)
- středně těžká sluchová porucha (56 - 70 dB)
- těžká sluchová porucha (71 - 91 dB)
- úplná ztráta sluchu

Slučování sluchově postižených žáků do běžné školy s sebou přináší problémy, které bez pozitivních postojů všech zúčastněných, tj. samotného žáka, pedagogů, spolužáků a rodičů, lze jen velmi obtížně úspěšně řešit. Když je sluchově postižený žák umístěn v běžné škole, pak se předpokládá, že je schopen se dorozumět mluvenou, ale grafickou řečí, jak s učitelem, tak se spolužáky. Ve speciálních školách přichází ke sluchově postiženému pomoc v podobě znakového jazyka (Valenta a kol., 2003, s. 208, 223).

Když sluchově postižený žák nedosahuje v integrovaných podmínkách požadované výsledky a je jisté, že je psychicky přetěžován, pak je lepší využít speciální školy pro sluchově postižené.

Komplexní výchovně-vzdělávací péči o sluchově postižené v České republice zajišťují:

- speciálně-pedagogická centra - zajišťují poradenské a informační služby rodinám se sluchově postiženými dětmi
- speciální mateřské školy - plní výchovně vzdělávací program rozšířený o specifické výchovy zaměřené na kompenzaci a reedukaci sluchového postižení, k nimž patří odezírání, reedukace sluchu, rozvoj orálních komunikačních systémů apod.
- základní školy pro sluchově postižené - mají rozšířenou docházku o přípravný ročník, omezený počet žáků ve třídě

- střední odborná učiliště, odborná učiliště a praktické školy - připravují sluchově postižené v mnoha oborech jako např. kuchař, cukrář, elektrikář, zahradník, truhlář,...
- střední školy - umožňují sluchově postiženým získat maturitu na střední průmyslové škole oděvní, střední pedagogické škole, střední průmyslové škole elektrotechnické a gymnáziu
- vysoké školy – sluchově postižení studenti se mohou začlenit do integrované formy studia s individuálním studijním plánem, v bakalářských oborech výchovná dramatika neslyšících a čeština v komunikaci neslyšících jsou výukové předměty přednášeny se simultánním překladem do znakového jazyka (Valenta a kol., 2003, s. 227, 228).

1.11 Komunikační systémy s hluchoslepotou

Komunikace s hluchoslepým člověkem závisí na rozsahu postižení, nesmíme však také zapomenout na důležitý předpoklad a tím je doba vzniku postižení. Na kvalitě komunikace, porozumění a poslechu má důležitý vliv také prostředí, okolní hluk, způsob řeči, psychický stav a složitost vyjadřování (podrobněji příloha č. 3 této bakalářské práce) (Komunikace, 2009).

Český znakový jazyk – jedná se o základní komunikační systém neslyšících osob v České republice, který samy neslyšící považují za hlavní formu své komunikace. Je to komunikační systém tvořen určitými zrakově-pohybovými prostředky, tj. znakovost, systémovost, dvojí členění, produktivnost, svébytnost a historický rozměr, a je ustálen po stránce lexikální i gramatické.

Znakovaná čeština – „využití gramatických prostředků češtiny, které jsou současně hlasitě nebo bezhlasně artikulovány. Společně s jednotlivými českými slovy jsou pohybem a postavením rukou ukazovány jednotlivé znaky, převzaté z českého znakového jazyka.“

Prstová abeceda - využití postavení prstů a dlaně jedné ruky nebo prstů a dlaní obou rukou k zobrazování jednotlivých písmen české abecedy. Uvedená abeceda se využívá k odhláskování cizích slov, odborných termínů, případně dalších pojmů (podrobněji příloha č. 1, obrázek č. 8, 9 této bakalářské práce) (Obecně o znakovém jazyce, 2008).

Mluvená řeč – u osob se získanou hluchoslepotou se zbytky sluchu se jedná o velmi častý způsob komunikace. Při komunikaci je důležité mluvit zřetelně a pomalu, sluch bývá často kompenzován sluchadly.

Psaná forma – tento způsob dorozumívání využívají hluchoslépe osoby se zbytky zraku a sluchu, pomocí psaného textu, počítače a mobilního či psacího telefonu pro neslyšící.

Lormova abeceda - jednotlivá písmena abecedy jazyka jsou vyznačovány ustálenými body nebo pohyby v dané části ruky, tj. palce, prstů, dlaně nebo ruky (podrobněji příloha č. 4 této bakalářské práce).

Braillovo písmo – je kombinace šesti bodů ve dvou sloupcích o třech řádcích tvoří jednotlivá písmena. Braillovo písmo se čte pomocí hmatu. Bodové písmo pro nevidomé a hluchoslépe slouží k psanému dorozumívání a získávání informací (podrobněji příloha č. 2 této bakalářské práce). Lze ho psát pomocí Pichtova psacího stroje (podrobněji příloha č. 1, obrázek č. 10 této bakalářské práce), Pražské tabulky nebo na počítači s braillovou tiskárnou.

Odezírání - je to zřetelná artikulace jednotlivých slov ústy tak, aby bylo umožněno nebo usnadněno odezírání mluveného projevu, pro čtení ze rtů je nezbytné, aby hluchoslépá osoba měla zachované velmi dobré zbytky zraku.

Každý dorozumívací systém je individuální, jeho zvolení závisí na tom, kdy postižení vzniklo, která vada více převažuje, na věkové kategorii a na vývojové úrovni a na psychickém a fyzickém stavu hluchoslépe osoby (Komunikace, 2009).

1.12 Psychologická problematika zdravotně postižených

Zdravotním postižením se může vyjádřit ztráta nebo poškození určitého orgánového systému, kdy na základě tohoto důsledku dochází k narušení, omezení nebo úplnému chybění některé ze standardních funkcí, resp. kompetencí. Z psychologického hlediska platí, že jakékoli postižení se neprojeví jen poruchou funkcí jednoho příslušného orgánového systému, ale ovlivňuje rozvoj celé osobnosti postiženého jedince. Svůj podíl má také v oblasti, která určuje jeho společenské postavení. Pojem handicap představuje

znevýhodnění dané nejen určitým omezením nebo postižením, ale i mírou jeho subjektivního zvládnutí sociální pozice jedince.

V oblasti jednotlivých psychických funkcí, v celé osobnosti zdravotně postiženého nastávají změny, které nemusí mít stejnou příčinu. Tady je důležité rozlišovat primární a sekundární postižení, která mají jinou příčinu a s tím je spojena i odlišnost prostředků, jež mohou přispět k jejich zlepšení, event. možnosti nápravy.

Do primárního postižení patří chorobné změny, které poukazují na omezení v oblasti předpokladů k rozvoji normálních funkcí, např. zrakového či sluchového vnímání. Riziko, že v důsledku zdravotního postižení vznikne i psychická odchylka, závisí na druhu a závažnosti onemocnění.

Sekundární změny jsou vyvíjeny na základě působení různých, převážně psychosociálních faktorů, které mohou být závislé na existujícím primárním postižení. Při vzniku sekundárního handicapu se mohou podílet všelijaké vlastnosti osobnosti postiženého jedince i vnější prostředí, ve kterém žije, především jeho sociální složka.

Změnu v životní situaci, přináší trvalé postižení, které ovlivní nejen vývoj určitých funkcí, ale bude měnit i postoje a chování ostatních lidí. Psychické zvláštnosti lidí s určitým typem postižení mají celou řadu společných znaků, ale zároveň jsou vždycky individuálně variabilní (Vágnerová, 2004, s. 161, 162).

1.13 Postoje společnosti k postižení

Postoje jsou vytvořeny jako výraz snahy o subjektivně jasnější a jednodušší orientaci ve světě, kdy se může jednat o značně nepřesnou orientaci, zejména pokud je více ovládána citově než rozumově. Nesrozumitelnost a nepředvídatelnost chování je společností odmítána a jedinec je nějakým způsobem sociálně trestán, např. posměchem či odmítáním.

Vztah k postiženým osobám je výrazem tolerance k odlišnosti, respektování k vnitřní kvalitě člověka i celé společnosti. Každý člověk, bez ohledu na svoji odlišnost od ostatních, měl by být chápán se svými specifickými kvalitami. Stereotypní vnímání druhého je možné překonat působením na společnost a její členy a to rozbitím bariér, které dělí postižené od ostatní společnosti a umožněním kontaktů a vzájemného poznání (Vágnerová, Hadj-Mousová, Štech, 2001, s. 13, 14).

Kognitivní složka postoje k nemocným a postiženým je u laických osob většinou velmi malá, protože mají ve skutečnosti málo informací. Malá informovanost má za příčinu, že vede k převaze emocionální složky v postoji, protože nemoc i defekt vzbuzují snadno citové reakce.

K nemocným a postiženým emocionální složka postoje obsahuje jak pozitivní, tak negativní citové prožitky, kde příčinou je nemoc či defekt, protože jsou hodnocené z obecného hlediska jako nežádoucí. Postižení jedinci v nás velmi často vyvolávají pocity soucitu, protože se jedná o lidi, kteří měli smůlu, neštěstí a vzbuzují i hrůzu a odpor. Je v nich něco negativního, čemu je lépe se vyhnout. Svůj podíl s sebou nese neinformovanost, protože neznámé nemoci a defekty vzbuzují více strachu než běžná onemocnění.

Ve společnosti jsou zachovány negativní stereotypy, které neustále brání integraci těchto lidí do zdravé populace, zejména ve verbální komunikaci, např. jsi debil, vezmi si bílou hůl (Vágnerová, Hadj-Mousová, Štech, 2001, s. 14 - 16).

Trvalé postižení nebo chronické onemocnění může být sociálně psychologicky hodnoceno jako stigma. Stigmatizovaná onemocnění, kde se jedná o odchylky, které mají nežádoucí nápadnosti v sociálních projevech, které vyvolávají odpor a bývají často spojeny s představami, že je jedinec či předkové nějakým způsobem zavinili, např. konzumací alkoholu či neukázněným sexuální chováním. Stigma není skutečnou vlastností člověka, ale je mu přisouzeno v rámci postojů, typických pro danou společnost. Těmto lidem je bohužel vnucováno více negativních vlastností, jsou více odmítáni, a proto je zde větší tendence k jejich izolaci ze zdravé populace než u jiných onemocnění. Pokud má postižený jedinec dostatek sil po psychické stránce, vytváří si proti takovému jednání různé způsoby obrany, které mu umožňují uchovat si v této situaci duševní rovnováhu a nenarušit vlastní identitu takovým způsobem, aby měl ještě další, sekundární potíže psychosociálního charakteru.

Ve vztahu k nejbližším lidem se stává postižení velmi zatěžujícím a frustrujícím faktorem. Takový jedinec bývá hůře akceptovaný zdravými partnery, eventuálně je přijímán pozitivně, ale jako odlišná bytost. Ve vztahu může převažovat soucit, pocity viny a další emoce, které dělají takový vztah asymetrickým.

Problém handicapovaných a nemocných není jen v oblasti intimních vztahů, ale i sociální adaptaci postiženého ve společnosti, tj. jeho integrace. V dnešní době se často

setkáváme s integrací handicapovaných dětí do běžných škol. Velmi obtížné je začleňování postižených do zaměstnání a jejich soužití v místě bydliště, např. v bezbariérových bytech. Život v ústavu může být určitou izolací, avšak na druhé straně zde bývají postižení jedinci v mnoha oblastech uspokojováni lépe, než kdyby byli vystaveni tlaku zdravé populace.

Ve společnosti, ve které se sdružují stejně postižení, jde o tzv. „efekt similarity“, lidé mají obdobné problémy a reagují na ně obdobnými způsoby řešení. Takto jsou vytvářeny sociální skupiny, které mají minoritní charakter se všemi jeho důsledky, výhodami i nevýhodami. Izolace postižených osob může způsobit změnu osobnosti, která čím dál víc brání integraci do zdravé populace. Zdraví lidé si uvědomují, že postižení jsou společností přijímáni s rozpaky. V tom se shodují s názorem postižených. Stejná shoda existuje v představě, že je postižený nejnáze akceptován v rodině (Vágnerová, Hadj-Mousová, Štech, 2001, s. 19 - 24).

Každý z nás může být do určité míry ovlivněn předsudky, které se tradují takovou intenzitou, že je pro nezasvěceného člověka velmi nesnadné odlišit je od skutečné reality. Valná část společnosti pořád žije v představě, že postižení lidé jsou odepsaní nešťastníci, kteří nemají smysl pro humor, zábavu, radost, úspěch a že sexuální život s postižením nejdou dohromady. Ten, kdo chce získat obraz o životě a situaci lidí s handicapem, musí začít přistupovat k této problematice se zdravým nadhledem a nepředpojatě. Člověk s viditelnou vadou je v lidské společnosti odlišným jedincem a taková odlišnost byla vždy spojena s problémy. U druhých lidí může totiž vzbuzovat strach, odpor, nejistotu. Ambivalentní postoj, pro který jsou příznačné různé formy současného přijetí i odmítání postižených lidí, přetrvává ve společnosti dodnes. Už z toho důvodu budou osoby s handicapem vždy vytvářet v každé lidské populaci různě strukturovanou minoritu (Slowík, 2007, s. 21, 22).

1.13.1 Postoj zdravé společnosti k tělesně postiženým

K tělesně postiženému jedinci se vztahují jiná, většinou nižší očekávání, na jedné straně je častěji podceňován, a na druhé straně jsou jeho projevy ve větší míře tolerovány. Když je postižení hybnosti hodně závažné, že ho omezuje na soběstačnosti, bývá generalizovaně hodnocen jako člověk, jehož veškeré kompetence jsou na nízké úrovni, přestože tomu tak ve skutečnosti není.

Tělesně postižený člověk může snadno vzbuzovat extrémní postoje. Může být společností izolován, odmítán, ale na druhé straně bývá více ochraňován a pečován.

Příčinou odmítání velice často bývá tělesná odlišnost daná např. chyběním některých částí těla, jejich odlišným vzhledem, deformací nebo nestandardními projevy (např. záškuby, zejména v obličeji).

Estetickým handicapem může být i nápadně malý vzrůst. Pro tyto jedince, postižené nemocí tzv. achondroplazií - vrozenou poruchou růstu dlouhých kostí, byla v dřívějších dobách dostupná jen role šaška, ale i v současnosti se musí vyrovnávat se svou odlišností a negativními reakcemi zdravých lidí.

Tělesná deformace je z pohledu zdravého člověka dominujícím znakem, který ovlivňuje interpretaci všech ostatních projevů, kdy tyto postižení lidé nebývají vždycky akceptováni jako rovnocenní komunikační partneři. Zdraví lidé projevují malou ochotu přizpůsobit se jejich tempu, možnostem apod., mají tendenci jednat s nimi manipulativním způsobem. Projevuje se tu rovněž i vliv neznalosti o možnostech tělesně postižených. Podobně může být naopak deformován postoj tělesně postižených ke zdravým osobám, může se v něm projevovat jejich negativní očekávání a přecitlivělost k reakcím zdravých lidí, jejichž projevy mohou být nesprávně pochopeny, atd. (Vágnerová, 2004, s. 258 - 261).

1.13.2 Postoj zdravé společnosti k mentálně postiženým

Největším problémem je obtížnost dorozumění s těmito lidmi, menší možnost odhadnout jejich reakce, které nebývají vždycky normální, jejich snížená schopnost sebeovládání a z toho vyplývající odlišnost chování od očekávané normy. Jejich méně standardní reakce a zvýšená závislost na okolí vedou k podceňování mentálně postižených, k jejich negativnímu hodnocení. Často jim nejsou přisuzována stejná práva jako ostatním, ale nejsou na ně ani kladeny stejné požadavky. Sociální status mentálně postižených bývá nízký, pro ostatní jsou to mnohdy jen „blbci,“ kteří stejně nic nechápou, a na které nemusíme brát žádný ohled. Tento přístup ovlivní i chování ostatních členů rodiny, snižuje pocit pohody a zvyšuje potřebu obranných reakcí. Negativní postoje se často projevují v brzkém věku a to v dětském kolektivu. Velmi tím trpí sourozenci postiženého dítěte, např. se mu posmívají a pokřikují na něj: „To je ten, co má bráchu debila.“

Komunikace zdravých lidí s mentálně postiženými mívá určité typické znaky, je méně empatická, schematičtější a obvykle trvá kratší dobu. Zdraví lidé se v této situaci

chovají méně flexibilně. Rigidita jejich chování může být dána nedostatkem informací, časovou náročností komunikace či nedostatkem respektu k možnostem mentálně postižených (Vágnerová, 2004, s. 306, 307).

1.13.3 Postoj zdravé společnosti ke zrakově postiženým

Přestože je vada zraku i ve své nejzávažnější variantě, tj. nevidomosti, tak skličujícím postižením pro daného jedince, je společensky nejméně odmítaným postižením. K nevidomým převažuje soucit a tendence o snahu vmanipulovat tyto lidi do pozice pasivního příjemce péče vidících, sklon k jejich vysmívání je relativně vzácný.

Pokud je zraková vada spojena s nápadnostmi očí, resp. deformací bulbů, může být postoj zdravých lidí ovlivněn. Oči patří k významné součásti tělového schématu. V závislosti na etiologii postižení mohou vypadat jako zvířecí, např. kočičí, protože mají odlišný tvar zornic a mohou být zakalené. V historii se setkáváme s tím, že byly takovým způsobem popisovány oči ďábla. Ve společnosti není sporu o tom, že i když je veřejnost informovanější a kritičtější, budou tyto nápadnosti stále upoutávat pozornost a udržovat různé mýty (Vágnerová, 2004, s. 207).

1.13.4 Postoj zdravé společnosti k sluchově postiženým

Jiný způsob komunikace a z toho vyplývající obtíže v dorozumění s příslušníky majority omezují možnost chápat dění ve společnosti, která komunikuje orálním způsobem. Problémy mohou nastat, i pokud se snaží mluvit orální řečí. Verbální komunikace sluchově postiženého jedince může být pro slyšící těžko rozluštitelná, někdy se může zdát primitivní či zcela nesmyslná. Také zdravým lidem může být nepříjemné, když je při rozhovoru sluchově postižení nepřetržitě sledují, neboť, slyšící člověk neztrácí souvislosti, ani když se na něj vůbec nedívá. Podobně může působit i nutnost navazovat kontakt a upozorňovat na sebe dotekem. Dotýkání je ve společnosti neslyšících častější a jeho význam spočívá v upoutání pozornosti, pokud se na ně partner nedívá.

Neslyšící jedinec mnohdy působí vzhledem ke své dezorientaci a následně i sklonu k méně přiměřenému afektivnímu reagování, směšně, proto bývá hodnocen jako člověk s nižší inteligencí.

Sluchově postižení nemají problém navázat vztah s majoritní společností. Ale bohužel jazyková bariéra, která je často dávána ze strany zdravé populace najevo, vede

k tomu, že sluchově postižení se od slyšících izolují a zaujímají k nim obranný či podezřívavý postoj. Obranné reakce, které u neslyšících vznikají z důvodů odmítání, mohou mít charakter afektivních projevů, agresivního chování, či neochoty komunikovat (Vágnerová, 2004, s. 228, 229).

1.14 Rodina a postižené dítě

Nejdůležitějším životním zázemím pro každé dítě je rodina. První poznání, že dítě není v pořádku, znamená jistý otřes v postojích a představách rodičů. Ať k takovému poznání dojde brzy po narození nebo později, bude tím zcela určitě ovlivněn celý rodinný život. Bude se muset upravit denní rozvrh, plány do budoucna, to všechno dohromady se projeví novou mimořádnou zátěží. Těmito nepříjemnými poznatky začíná pro dítě a rodinu nové období vzájemných vztahů a rodinného soužití (Matějček, 2001, s. 25, 26). Zcela přirozeně reakce rodiny v takových situacích prochází obdobně jako při jiných zátěžových situacích několika fázemi:

- šok - obranná reakce organismu na neuvěřitelnou zprávu
- zavržení - popření diagnózy
- bolest - opakuje se v intervalech a je dlouhodobá
- pochopení - nikoliv smíření, provázené jistým poznáním postižení
- přijetí (Valenta a kol., 2003, s. 36, Slowík, 2007, s. 34).

Každá rodina s postiženým členem má kromě běžných potřeb i některé značně specifické, které však vyžadují stejně intenzivně naplnění a uspokojení. Jedná se např. o sociální pomoc a podporu, účast na běžném životě společnosti a také kontaktu s rodinami, které se nacházejí ve stejné situaci nebo mají podobnou zkušenost, která rodičům mnohdy pomáhá podívat se na danou situaci i jinýma očima.

Funkční rodinné prostředí má ovšem pro člověka s postižením mimořádný význam a nikdy není zcela nahraditelné z hlediska:

- rozvoje osobnosti
- kvality života a zajištění
- uspokojování vztahových a emocionálních potřeb
- vytváření vlastní identity (Slowík, 2007, s. 35)

Rodiče postižených dětí velice citlivě reagují na postoje okolí vůči jejich vlastnímu postiženému dítěti. Pro některé z nich je náročné zvládnout právě setkání s okolím nebo vlastní širší rodinou, doprovázené často necitlivými nebo znehodnocujícími výroky, které s sebou nesou soucit, ale také obavy, vyhýbání se, předsudky. Přístup okolí může výrazně ovlivňovat postoje rodičů k vlastnímu postiženému dítěti (Vančura, 2007, s. 13).

Je zcela zřejmé, že na straně rodičů se častěji objevují tendence k nevhodným výchovným postojům, se kterými se můžeme také setkat i u rodičů zdravých dětí. Ve vztahu k postiženému dítěti jsou častější, ale i výchovně nebezpečnější. Rodiče mohou na dítěti nezdravě lpět, především proto, že mají strach, aby si neublížilo, tudíž výchova je příliš úzkostná. Výchova rozmazlující s sebou přináší citovou závislost na dítěti, kdy je zbožňují. Ze strachu, aby se mu neublížilo, snaží se udržet si je pro sebe, citově na nich závislým. Perfekcionistická výchova spočívá v tom, že rodiče se snaží, aby dítě bylo ve všem první a mělo úspěch, bez ohledu na jeho reálné možnosti. V protekční výchově jde o snahu rodičů, aby dítě dosáhlo hodnot, které jsou pokládány za zvlášť „výhodné“ pro další život. Přitom jim však jde o tyto hodnoty bez ohledu na způsob, kterým by se jich mělo dosáhnout. K výchově zavrhuje dochází nejspíše tam, kde dítě svým postižením vzbuzuje neustále ve svých vychovatelích představu neštěstí (Matějček, 2001, s. 28, 29).

1.14.1 Zdravý sourozenec a postižený sourozenec

Při narození zdravotně postiženého sourozence vnímají zdraví jedinci smutek v souvislosti s trápením rodičů, z tohoto hlediska vyplývá, že více péče je věnováno zdravotně postiženému. Zdraví sourozenci cítí, že se jim rodiče tolik nevěnují, vyrůstají pod určitým tlakem, aby alespoň oni uspěli.

Zdravé sourozence od postižených, od dětství po dospělost, mohou provázet osobnostní i mezilidské problémy, jako např. zvýšený pocit odpovědnosti, problém s nadměrnou identifikací s postiženým sourozencem, zejména v dospívání. Tato životní zkušenost vede zdravé jedince k toleranci, sociální citlivosti, respektu k hodnotě druhých lidí a k uvědomění si významu rodinných vazeb (Kramulová, 2009, s. 12 - 14).

Co zdravým sourozencům pomáhá vyrovnat se s obtížnou situací:

- otevřená komunikace v rodině, rovný přístup ke každému z dětí, informace o postižení
- sociální opora v okolí, prostředí bez předsudků vůči postižení, svépomocné skupiny

- optimistické ladění osobnosti zdravého sourozence a jeho pozitivní přístup k životu
- nepřetěžování zdravého sourozence starostí a péčí o postiženého (Kramulová, 2009, s. 14).

1.15 Právo a lidé s postižením

Mezinárodně uznávaná lidská práva je za normálních okolností v demokratické společnosti nepřípustné omezovat (např. právo na život, právo na svobodu apod.) a vztahují se na každou lidskou bytost bez rozdílu. Právní systémy v různých zemích jsou k lidem s handicapem jinak vstřícné a v určitých případech může být pro některé osoby výkon určitých práv dokonce zákonně omezen nebo podmíněn. Pro představu je uveden příklad omezujícího opatření, resp. zbavení způsobilosti k právním úkonům, který se týká osob neschopných samostatného zodpovědného právního jednání (např. jedinců s těžkým mentálním postižením); ale i v tomto případě jim není právo odňato, ale v jeho naplnění jim pomáhá soudem stanovený opatrovník, který má vždy jednat v zájmu postiženého člověka (jde např. o podpisy smluv, zastupování při úředním jednání atd.); smyslem je především ochrana před zneužitím, nikoliv potlačování (Slowík, 2007, s. 41).

2 Praktická část

V praktické části jsou popsány jednotlivé kroky předcházející zpracování výsledků, které jsou následně vyhodnoceny v podobě tabulek a grafů.

2.1 Cíl praktické části

Cílem praktické části je dle sestavených otázek v dotazníku zjistit, jak zdravá populace přijímá zdravotně postižené mezi sebe a zároveň, co veřejnost ví o zdravotním postižení. Šetřením této problematiky se práce zabývá z důvodu stále přetrvávajících negativních postojů zdravé populace vůči lidem, kteří jsou zdravotně postižení. Účelem této práce je zjistit, zda lidé v 21. století odstranili předsudky, které si mnohdy nesou již z dob minulých. V průběhu několika let došlo k významnému posunu, neboť jsme neustále přijímači informací díky pokroku moderní techniky, která nás pomocí multimédií neustále zasvěcuje do okolností dané problematiky, a proto mě zajímaly názory, které by díky přísunu kvalitních zdrojů mohly být pozitivnější oproti dřívějším dobám.

2.1.1 Stanovení předpokladů

Předpoklady byly stanoveny tak, aby byla možnost porovnání domněnek autora bakalářské práce s následnými vyhodnocenými výsledky.

Předpoklad č. 1

Předpokládám, že více jak 80 % dotázaných zná pojem handicap (ověřováno pomocí dotazníku – otázkou č. 1).

Předpoklad č. 2

Domnívám se, že méně jak 20 % dotázaných si myslí, že zdravotně postižený člověk nemá mít stejná práva jako nepostižený a měl by být umístěn do domovů pro osoby se zdravotním postižením s celoročním pobytem (ověřováno pomocí dotazníku – otázkou č. 2, 8).

Předpoklad č. 3

Domnívám se, že více jak 40 % respondentů zvolí odpověď „cestu umělého přerušení těhotenství, pokud bude u nenarozeného dítěte prokazatelně zjištěno zdravotní postižení“ (ověřováno pomocí dotazníku – otázkou č. 7).

Předpoklad č. 4

Myslím si, že více jak 60 % dotázaných bude mít ve svém blízkém okolí člověka, který je zdravotně postižený, a zároveň tito lidé budou aktivnější v přístupu ke zdravotně postiženým (ověřováno pomocí dotazníku – otázkou č. 6, 5).

Předpoklad č. 5

Předpokládám, že více jak 60 % respondentů považuje za dobré, že existují dobrovolníci a organizace pomáhající zdravotně postiženým (ověřováno pomocí dotazníku – otázkou č. 4).

Předpoklad č. 6

Domnívám se, že méně jak 20% respondentům bude vadit kontakt se zdravotně postiženým (ověřováno pomocí dotazníku – otázkou č. 12).

Předpoklad č. 7

Myslím si, že více jak 40 % respondentů uvede, že dnešní společnost dostatečně pomáhá zdravotně postiženým (ověřováno pomocí dotazníku – otázkou č. 3).

Předpoklad č. 8

Předpokládám, že více jak 60 % dotázaných souhlasí se zaměstnáváním zdravotně postižených, umístěním tělesně postižených dětí do základních škol a uznává výsledky jejich práce (ověřováno pomocí dotazníku – otázkou č. 9, 10, 11).

2.2 Použité metody

Pro zpracování bakalářské práce bylo vybráno téma Zdravotně postižení. Práce má charakter průzkumný. K získání potřebných informací k šetření byla použita metoda dotazníku, jehož praktičnost spočívá v krátkodobém časovém úseku získat data od většího počtu respondentů. Dotazník byl sestaven pomocí předem stanoveného cíle a předpokladů. Před rozdělením dotazníků byl proveden předvýzkum (podrobněji kapitola 2.2.1 této bakalářské práce).

Cílem dotazníku bylo zjistit, jak zdravá populace na Havlíčkovsku přijímá zdravotně postižené v 21. století mezi sebe a co následně ví o zdravotním postižení.

Celkem bylo osloveno 200 respondentů. Dotazníky byly rozdávány po nastudování literatury, aby byl podklad pro sestavení otázek co nejpřesnější, během třech měsíců, od října do prosince, roku 2009. Pro bakalářskou práci byla cíleně zvolena kategorie pohlaví – muži, ženy, na které je celý výzkum stavěn. Bylo osloveno 100 žen a 100 mužů na Havlíčkovsku, aby bylo možné následné porovnávání. Pro zajímavost byly zvoleny ještě další dvě kategorie – věk a vzdělání, které obohacují výsledky šetření a jsou poznamenány v samostatné kapitole Diskuse a interpretace. Věková kategorie je rozdělena na tři hraniční skupiny – a) 18 - 30, b) 31 - 50, c) 51 a více. Vzdělání je také rozděleno na tři oblasti a) základní vzdělání, vyučen, b) střední škola s maturitou a c) vyšší odborné vzdělání, vysokoškolské vzdělání.

Do šetření jsou zapojeni také tři zdravotně postižení (sluchově, mentálně - zde ve spolupráci s matkou, tělesně), se kterými je veden rozhovor o výsledcích šetření, jak oni sami pohlíží na danou problematiku a na získané informace od zdravé populace. Jejich názory jsou považovány za nezbytnou součást bakalářské práce, které jsou uvedeny v samostatné kapitole 2.7.

Dotazník se skládá z 12 otázek, z nichž 11 otázek je uzavřených a jedna je polouzavřená. Odpovědi jsou zcela anonymní. Otázky jsou formulovány tak, aby dotazovaný občan mohl zaškrtnout pouze jednu ze zvolených variant.

Dotazníky byly rozdávány osobně autorem (škola, rodina, přátelé, známí) na Havlíčkovsku. Spolupráce s respondenty byla výborná. Návratnost dotazníků byla 100%.

Výsledky výzkumu jsou zobrazeny pomocí tabulek i grafů. Dotazník, který byl použit, je uveden v příloze č. 5.

2.2.1 Popis obsahu dotazníku

Dotazníky pro respondenty zahrnují otázky týkající se znalostí, od kterých se následně odvíjejí názory majoritní společnosti, v oblasti zdravotního postižení. Otázky byly zvoleny na základě zkušeností autora bakalářské práce. Dotazník je pro respondenty sondou jejich postojů a zároveň zkoumá jejich subjektivní vnímání okolností v dané oblasti.

2.2.2 Předvýzkum a jeho výsledky

Předvýzkum byl proveden v září před samotným rozdáním dotazníků zdravé populaci, kdy byly rozdány dotazníky v době jednoho týdne deseti respondentům – 5 ženám a 5 mužům ve věku 25 – 50 let, kteří pracují ve zdravotnictví, sociální oblasti, nebo přímo se zdravotně postiženými, aby bylo zjištěno, zda otázky jsou vhodně položeny. Po načerpání informací byla otázka č. 11 předělána, jejíž úprava spočívala v rozdělení zdravotního postižení na tělesně a lehce mentálně postižené jedince. Neboť ne každý respondent souhlasil se začleňováním lehce mentálně postižených jedinců. Následně bylo vytvořeno více variant, ze které respondent vybral pouze jednu možnost.

2.3 Popis zkoumaného vzorku

Celkově bylo osloveno 200 respondentů – 100 žen a 100 mužů.

Žen je v kategorii 18 – 30 let 37, z toho mají 2 základní vzdělání či vyučení. 26 žen má střední školu s maturitou a 9 žen vystudovalo vyšší odbornou či vysokou školu.

Celkový počet pro věkovou kategorii 31 – 50 let tvoří 50 žen, z nichž 13 má základní vzdělání nebo je vyučeno, 24 získalo středoškolského vzdělání s maturitou a 13 vystudovalo vyšší odbornou či vysokou školu.

Poslední věkovou kategorií je hranice nad 51 let, kde 7 žen dokončilo základní vzdělání nebo je vyučeno, 4 získaly středoškolské vzdělání s maturitou a 2 dosáhly vyššího či vysokoškolského studia.

Mužů je ve věkové kategorii 18 – 30 let 29, z nichž 12 je vyučeno, nebo mají základní vzdělání a 17 vystudovalo střední školu s maturitou. V této věkové kategorii se mezi oslovenými respondenty nenachází žádný s vyšším odborným či vysokoškolským vzděláním.

Věková hranice 31 – 50 let je tvořena 44 respondenty. Základního vzdělání nebo výuční list má 19 mužů. Střední školu s maturitou dokončilo 17 respondentů, 8 mužů vystudovalo vyšší odbornou nebo vysokou školu.

Třetí věková kategorie 51 a více let je tvořena 27 muži. 15 respondentů má základní vzdělání, či je vyučeno. 10 mužů vystudovalo střední školu s maturitou a 2 dosáhli vyššího odborného či vysokoškolského studia.

Pro znázornění jsou jednotlivé kategorie uvedeny v tabulkách.

Tabulka č.1 Charakteristika souboru podle pohlaví

Pohlaví		Celkem
Ženy	Muži	
100	100	200

Tabulka č. 2 Charakteristika souboru podle věku

Věk	Ženy		Muži		Celkem	
	Počet	v %	Počet	v %	Počet	v %
18 - 30	37	18,5	29	14,5	66	33,0
30 - 50	50	25,0	44	22,0	94	47,0
50 - více	13	6,5	27	13,5	40	20,0
Celkem	100	50,0	100	50,0	200	100,0

Tabulka č. 3 Charakteristika souboru podle vzdělání

Vzdělání	Ženy		Muži		Celkem	
	Počet	v %	Počet	v %	Počet	v %
Základní, vyučen	22	11,0	46	23,0	68	34,0
Střední škola s maturitou	54	27,0	44	22,0	98	49,0
Vyšší odborné, vysokoškolské	24	12,0	10	5,0	34	17,0
Celkem	100	50,0	100	50,0	200	100,0

2.4 Průběh průzkumu

Respondenti byli osloveni autorem bakalářské práce v rozmezí 3 měsíců osobně, aby úspěšnost návratu dotazníků byla 100%. Nebyly použity emailové adresy ani rozdávání dotazníků druhou osobou.

Respondenti byli záměrně pro snazší porovnávání rozdělení na 100 žen a 100 mužů. Osloveni byli lidé na Havlíčkovobrodsku, kteří nepracují ve zdravotnické či sociální oblasti, nebo přímo se zdravotně postiženými, aby výsledky šetření nebyly zkreslené. Byla oslovena rodina, přátelé, spolužáci, zaměstnanci firem v Havlíčkově Brodě.

Po získání vyplněných dotazníků následovalo vyhodnocení v průběhu 3 týdnů. Pro snazší orientaci byly rozděleny kategorie na pohlaví a následně dle věku a vzdělání.

Následně byly vytvořeny tabulky a pro lepší orientaci ke každé tabulce ještě doplněn graf, kde je viditelný rozdíl mezi názory mužů a žen.

Jedincům se zdravotním postižením (sluchově, tělesně a duševně - zde spolupráce matky) byly poskytnuty výsledky dotazování, které jim byly jednotlivě po otázce a odpovědi respondentů přečteny a oni následně s názorem souhlasili, či jej vyvrátili, nebo také uvedli vlastní názor. Veškeré poznatky byly zaznamenány na papír, poté přepsány do počítačové podoby a zařazeny do kapitoly 2.8 s názvem Názory zdravotně postižených.

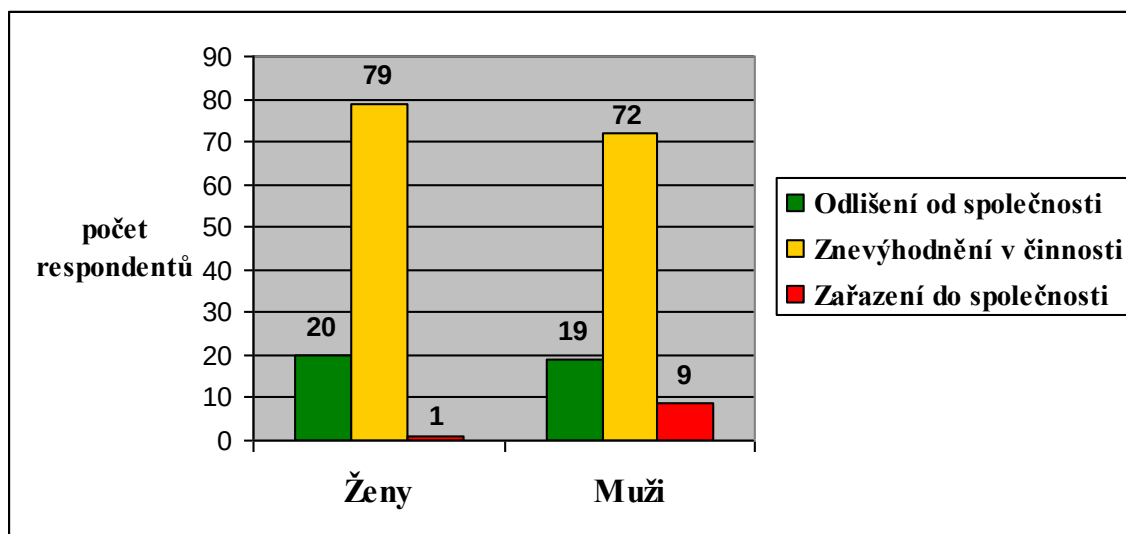
2.5 Vyhodnocení výsledků

Otázka č. 1.: Víte, co znamená pojem **handicap**?

Tabulka č. 4 Znalost pojmu handicap

Handicap	Ženy		Muži		Celkem	
	Počet	v %	Počet	v %	Počet	v %
Odlišení od společnosti	20	10,0	19	9,5	39	19,5
Znevýhodnění v činnosti	79	39,5	72	36,0	151	75,5
Zařazení do společnosti	1	0,5	9	4,5	10	5,0
Celkem	100	50,0	100	50,0	200	100,0

Graf č. 1 Znalost pojmu handicap



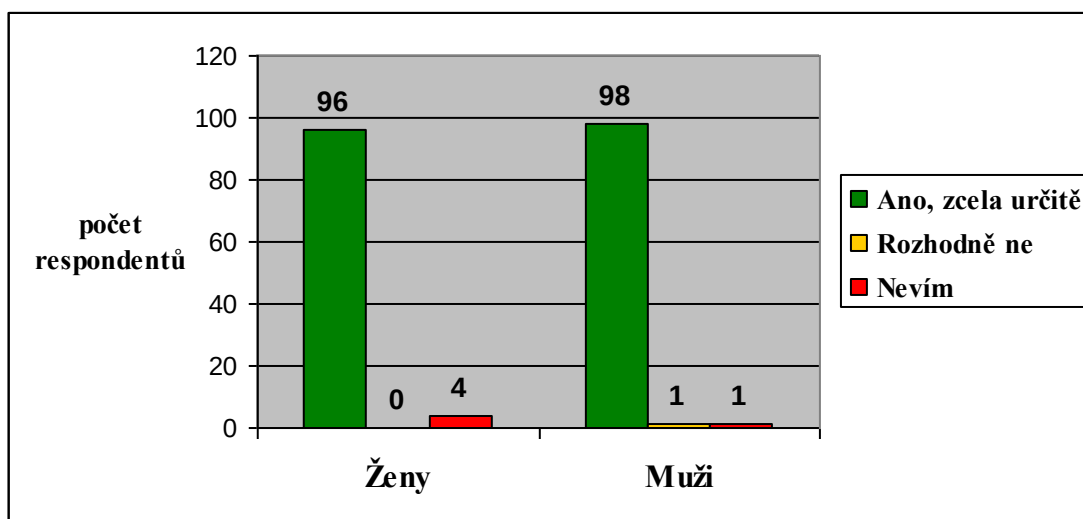
Z výsledků je patrné, že 79 (39,5%) žen a 72 (36%) mužů zná pojem handicap, neboť zvolili správnou odpověď – „znevýhodnění v činnosti.“ 20 (10%) žen a 19 (9,5%) mužů odpovědělo „odlišení od společnosti.“ Odpověď „zařazení do společnosti zvolilo“ 9 (4,5%) mužů a 1 (0,5%) žena.

Otázka č. 2: Má podle Vás zdravotně postižený člověk **mít stejná práva** jako nepostižený (právo na vzdělání, na ochranu zdraví, na příznivé životní prostředí...)?

Tabulka č. 5 Práva zdravotně postižených

Uznávání práv	Ženy		Muži		Celkem	
	Počet	v %	Počet	v %	Počet	v %
Ano, zcela určitě	96	48,0	98	49,0	194	97,0
Rozhodně ne	0	0	1	0,5	1	0,5
Nevím	4	2,0	1	0,5	5	2,5
Celkem	100	50,0	100	50,0	200	100,0

Graf č. 2 Práva zdravotně postižených



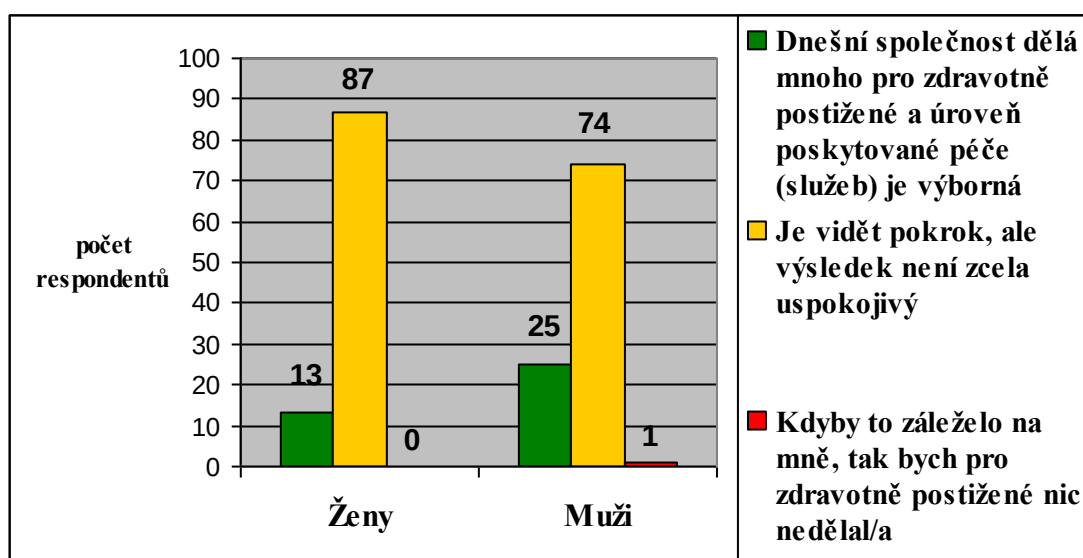
Na otázku „zda zdravotně postižený člověk má mít stejná práva jako nepostižený“ 96 (48%) žen a 98 (49%) odpovědělo „ano, zcela určitě.“ Ani jedna žena neodpověděla „rozhodně ne,“ oproti mužům, kdy 1 (0,5%) muž tuto odpověď zvolil. 4 (2%) ženy a 1 (0,5) muž „neví“ zda s právy zdravotně postižených souhlasí.

Otázka č. 3: Myslíte si, že dnešní společnost pomáhá dostatečně, aby zdravotně postižení **neměli** pocit diskriminace (oblast komunikace, bezbariérové přístupy, úroveň péče, služeb)?

Tabulka č. 6 Pomoc společnosti zdravotně postiženým

Pomoc společnosti	Ženy		Muži		Celkem	
	Počet	v %	Počet	v %	Počet	v %
Dnešní společnost dělá mnoho pro zdravotně postižené a úroveň poskytované péče (služeb) je výborná	13	6,5	25	12,5	38	19,0
Je vidět pokrok, ale výsledek není zcela uspokojivý	87	43,5	74	37,0	161	80,5
Kdyby to záleželo na mně, tak bych pro zdravotně postižené nic nedělal/a	0	0,0	1	0,5	1	0,5
Celkem	100	50,0	100	50,0	200	100,0

Graf č. 3 Pomoc společnosti zdravotně postiženým



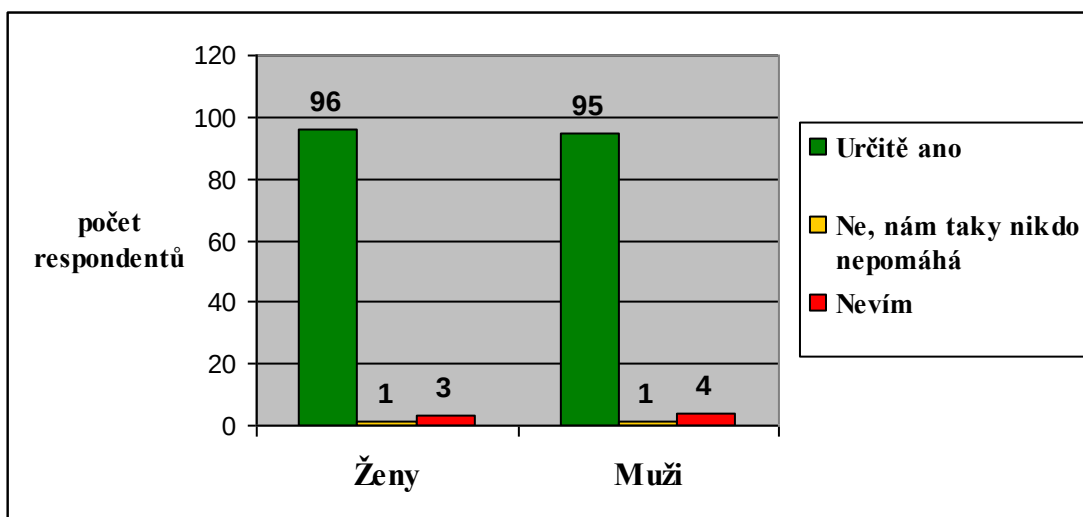
38 (19%) respondentů z toho 13 (6,5%) žen a 25 (12,5%) mužů si myslí, že „dnešní společnost dělá mnoho pro zdravotně postižené a úroveň poskytované péče (služeb) je výborná.“ Nejvíce dotazovaných zvolilo možnost, že „je vidět pokrok, ale výsledek není zcela uspokojivý,“ a to 87 (43,5%) žen a 74 (37,0%) mužů. Pro možnost „kdyby to záleželo na mně, tak bych pro zdravotně postižené nic nedělal/a,“ se rozhodl 1 (0,5%) muž a žádná žena.

Otázka č. 4: Myslíte si, že je dobré, že existují dobrovolníci a organizace, které zdravotně postiženým pomáhají?

Tabulka č. 7 Dobrovolnická činnost a organizace

Dobrovolníci a organizace	Ženy		Muži		Celkem	
	Počet	v %	Počet	v %	Počet	v %
Určitě ano	96	48,0	95	47,5	191	95,5
Ne, nám taky nikdo nepomáhá	1	0,5	1	0,5	2	1,0
Nevím	3	1,5	4	2,0	7	3,5
Celkem	100	50,0	100	50,0	200	100,0

Graf č. 4 Dobrovolnická činnost a organizace



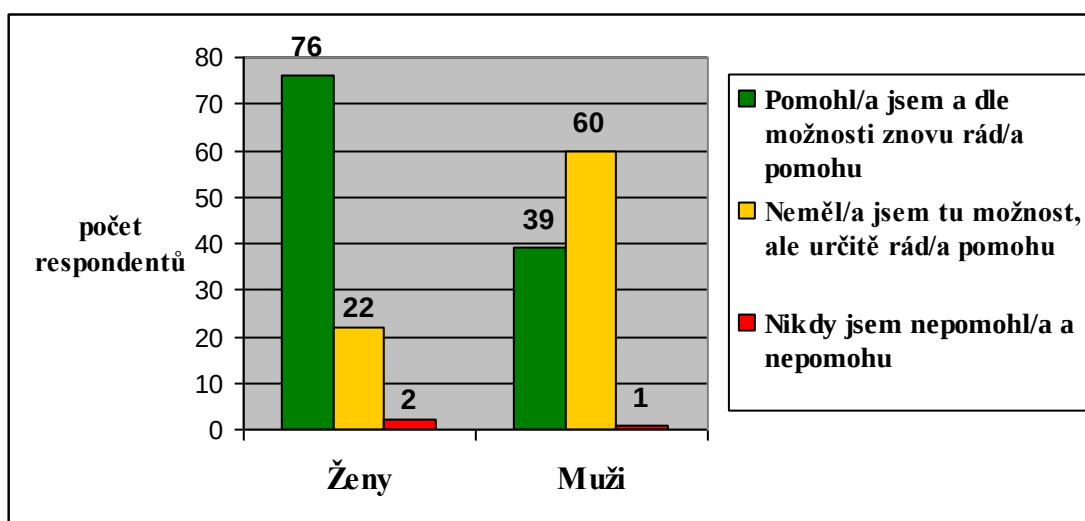
96 (48%) žen a 95 (47,5%) mužů si myslí, že je dobré, že existují dobrovolníci a tyto organizace. 1 (0,5%) žena a 1 (0,5%) muž zvolili odpověď „ne nám taky nikdo nepomáhá.“ 3 (1,5%) ženy a 4 (2%) muži odpověděli „nevím.“

Otázka č. 5: Udělal/a jste někdy **Vy sám/ sama** něco pro zdravotně postižené? (např. pořádání sbírky, příspěvek na nadaci pro tyto lidi, psychická podpora, převedení přes přechod...)

Tabulka č. 8 Osobní pomoc zdravotně postiženým

Vlastní iniciativa	Ženy		Muži		Celkem	
	Počet	v %	Počet	v %	Počet	v %
Pomohl/a jsem a dle možnosti znovu rád/a pomohu	76	38,0	39	19,5	115	57,5
Neměl/a jsem tu možnost, ale určitě rád/a pomohu	22	11,0	60	30,0	82	41,0
Nikdy jsem nepomohl/a a nepomohu	2	1,0	1	0,5	3	1,5
Celkem	100	50,0	100	50,0	200	100,0

Graf č. 5 Osobní pomoc zdravotně postiženým



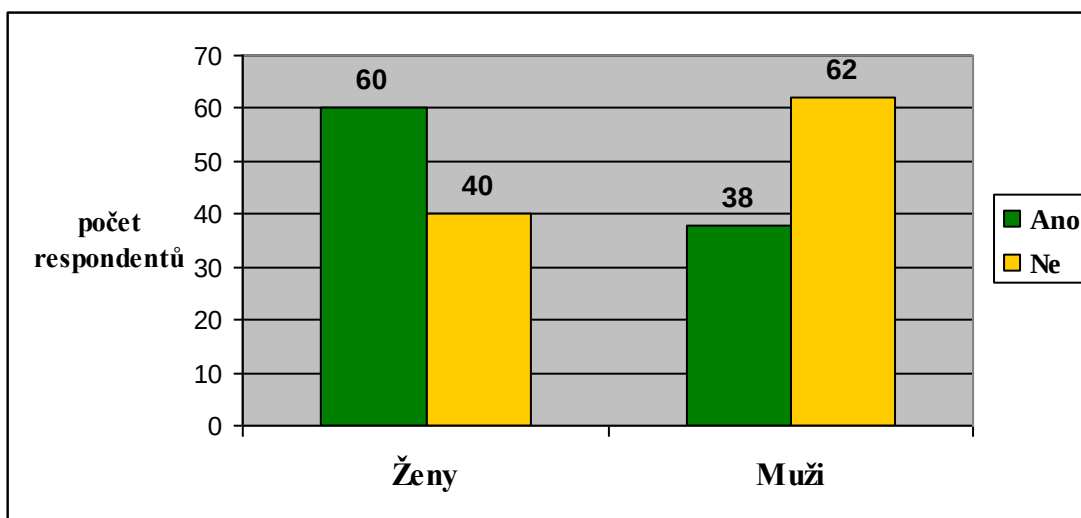
76 (38%) žen a 39 (19,5%) mužů uvedlo možnost „pomohl/a jsem a dle možnosti znovu rád/a pomohu.“ 22 (11%) žen a 60 (30%) mužů odpovědělo „neměl/a jsem tu možnost, ale určitě rád/a pomohu. 2 (1%) ženy a 1 (0,5%) muž zvolili odpověď „nikdy jsem nepomohl/a a nepomohu.“

Otázka č. 6: Máte ve svém blízkém okolí někoho, kdo je zdravotně postižený (rodina, přátelé)?

Tabulka č. 9 Přítomnost zdravotně postiženého

Odpověď	Ženy		Muži		Celkem	
	Počet	v %	Počet	v %	Počet	v %
Ano	60	30,0	38	19,0	98	49,0
Ne	40	20,0	62	31,0	102	51,0
Celkem	100	50,0	100	50,0	200	100,0

Graf č. 6 Přítomnost zdravotně postiženého



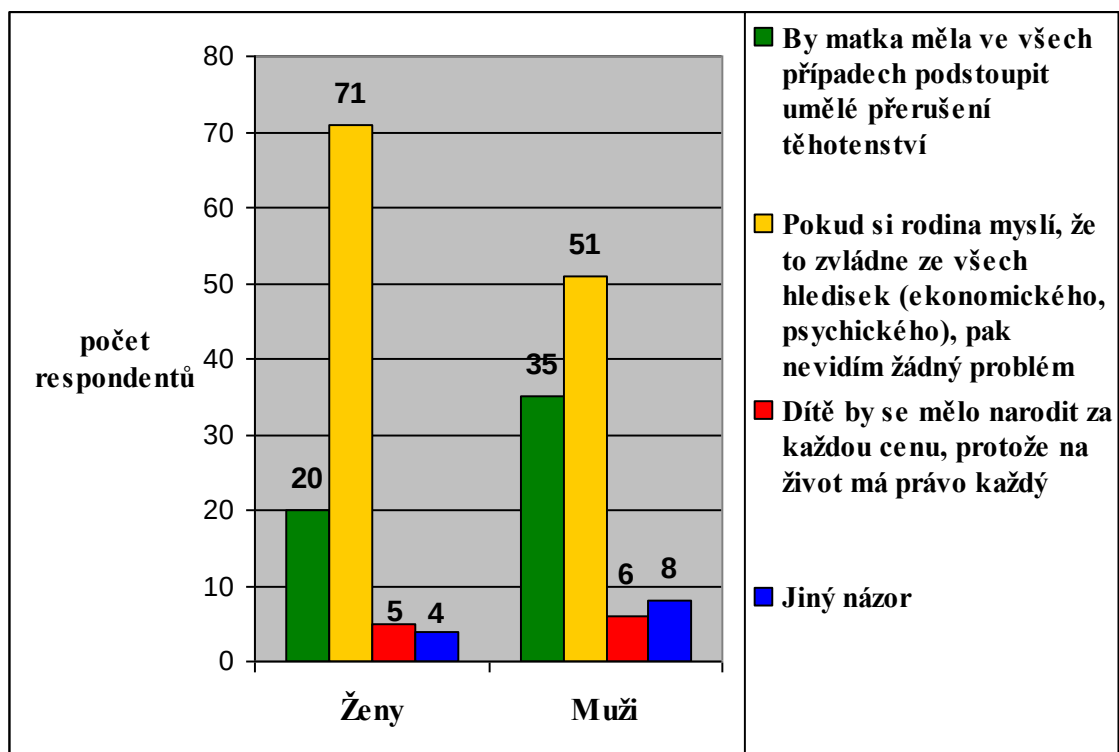
Ve svém blízkém okolí má zdravotně postiženého jedince 60 (30%) žen a 38 (19%) mužů. Naopak 40 (20%) žen a 62 (31%) mužů nemá ve svém blízkém okolí zdravotně postiženého.

Otázka č. 7: Je-li zjištěno zdravotní postižení **již před narozením** dítěte, domnívám se, že:

Tabulka č. 10 Zdravotní postižení před narozením

Rozhodnutí o narození	Ženy		Muži		Celkem	
	Počet	v %	Počet	v %	Počet	v %
By matka měla ve všech případech podstoupit umělé přerušování těhotenství	20	10,0	35	17,5	55	27,5
Pokud si rodina myslí, že to zvládne ze všech hledisek (ekonomického, psychického), pak nevidím žádný problém	71	35,5	51	25,5	122	61,0
Dítě by se mělo narodit za každou cenu, protože na život má právo každý	5	2,5	6	3,0	11	5,5
Jiný názor	4	2,0	8	4,0	12	6,0
Celkem	100	50,0	100	50,0	200	100,0

Graf č. 7 Zdravotní postižení před narozením



35 (17,5%) mužů a 20 (10%) žen je pro podstoupení umělého ukončení těhotenství ve všech případech. 71 (35,5%) žen a 51 (25,5%) mužů zvolilo variantu „pokud si rodina myslí, že to zvládne ze všech hledisek (ekonomického, psychického), pak nevidím žádný problém.“

6 (3%) mužů je pro to, aby se dítě narodilo za každou cenu, oproti ženám, kterých tuto variantu zvolilo 5 (2,5%).

Jiný názor zvolili 4 (2%) ženy a 8 (4%) mužů. 1 žena se středoškolským vzděláním uvedla vlastní názor, a to, že „záleží na stupni postižení.“ Dvě ženy ve věku 31 – 50 let s vyšším odborným, či vysokoškolským vzděláním uvedly názory: „Záleží na typu postižení, zdravotním stavu matky a rodiny,“ a druhá žena uvedla: „Rozhodnout se musí matka, která je s dítětem nejvíce.“ Žena nad 51 let s vyšším odborným, či vysokoškolským vzděláním jako jiný názor uvedla: „Záleží, jak je zdravotní postižení vážné.“

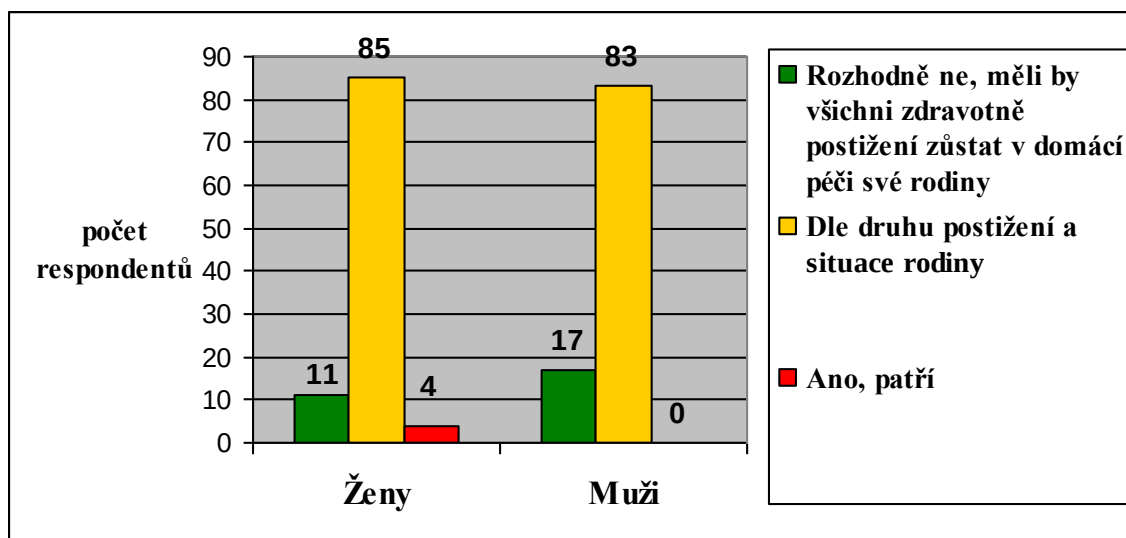
1 muž ve věkové kategorii 18 – 30 let uvedl svůj vlastní názor: „Jsem spíše pro potrat, protože postižením bude dítě trpět celý život a peníze či psychická podpora mu bude k ničemu.“ 3 muži mezi 31 – 50 lety se středoškolským vzděláním napsali, že záleží na druhu postižení. Další 3 muži s vyšším odborným, či vysokoškolským vzděláním napsali vlastní názor: „záleží na druhu a rozsahu postižení.“ Muž nad 51 let se základním vzděláním, či výučním listem se na tuto problematiku vyjádřil slovy: „Lidé kolem postiženého nemají žádný život a on sám také ne, souhlasím s potratem.“

Otázka č. 8: Patří podle Vás **všichni zdravotně postižení do domovů pro osoby se zdravotním postižením**, kam jsou odloženi svojí rodinou k **celoročnímu pobytu**?

Tabulka č. 11 Zdravotně postižení v domovech pro osoby se zdravotním postižením

Rozhodnutí o pobytu v domově pro osoby se zdravotním postižením	Ženy		Muži		Celkem	
	Počet	v %	Počet	v %	Počet	v %
Rozhodně ne, měli by všichni zdravotně postižení zůstat v domácí péči své rodiny	11	5,5	17	8,5	28	14,0
Dle druhu postižení a situace rodiny	85	42,5	83	41,5	168	84,0
Ano, patří	4	2,0	0	0,0	4	2,0
Celkem	100	50,0	100	50,0	200	100,0

Graf č. 8 Zdravotně postižení v domovech pro osoby se zdravotním postižením



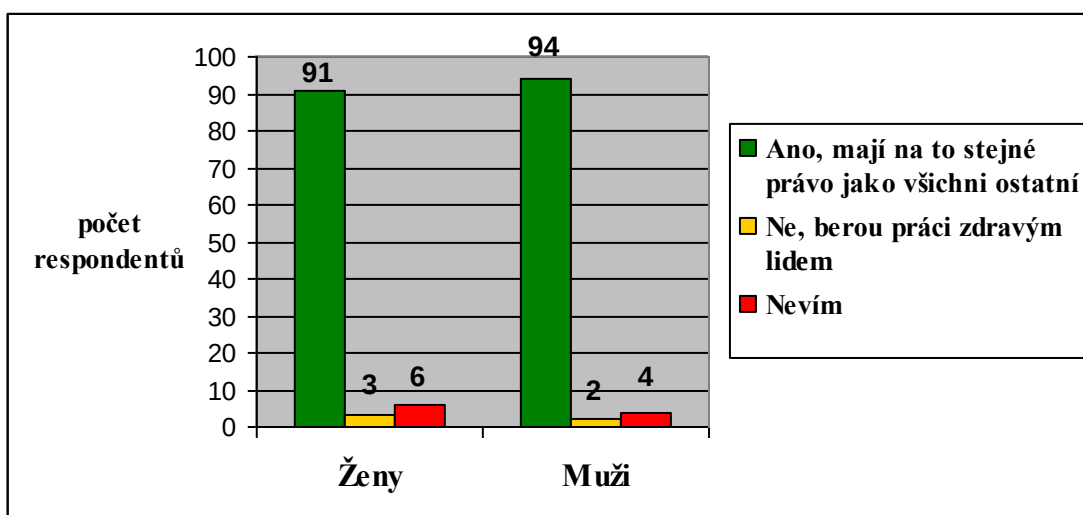
11 (5,5%) žen a 17 (8,5%) mužů uvedlo odpověď „rozhodně ne, měli by všichni zdravotně postižení zůstat v domácí péči své rodiny.“ Naprostá většina odpověděla „dle druhu postižení a situace rodiny,“ a to 85 (42,5%) žen a 83 (41,5%). Odpověď „ano, patří,“ zvolily 4 (2%) ženy a žádný muž.

Otázka č. 9: Souhlasíte s tím, že jsou zdravotně postižení zaměstnávání?

Tabulka č. 12 Zaměstnávání zdravotně postižených

Zaměstnání	Ženy		Muži		Celkem	
	Počet	v %	Počet	v %	Počet	v %
Ano, mají na to stejné právo jako všichni ostatní	91	45,5	94	47,0	185	92,5
Ne, berou práci zdravým lidem	3	1,5	2	1,0	5	2,5
Nevím	6	3,0	4	2,0	10	5,0
Celkem	100	50,0	100	50,0	200	100,0

Graf č. 9 Zaměstnávání zdravotně postižených



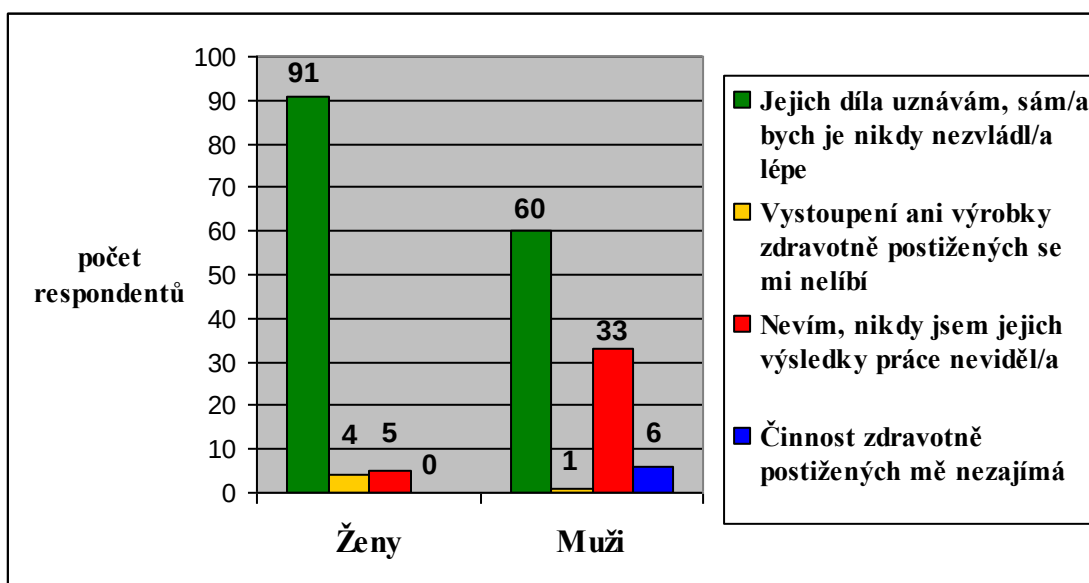
Odpověď „ano, mají na to stejné právo jako všichni ostatní,“ zvolilo 91 (45,5%) žen a 94 (47%) mužů. 3 (1,5%) ženy a 2 (1%) muži nesouhlasí se zaměstnáváním zdravotně postižených, neboť zvolili odpověď „ne, berou práci zdravým lidem.“ 6 (3%) žen a 4 (2%) muži „neví.“

Otázka č. 10: Jak se Vám líbí výsledky práce zdravotně postižených? (keramické či dřevěné výrobky, různá vystoupení...)

Tabulka č. 13 Hodnocení práce zdravotně postižených

Hodnocení práce	Ženy		Muži		Celkem	
	Počet	v %	Počet	v %	Počet	v %
Jejich díla uznávám, sám/a bych je nikdy nezvládl/a lépe	91	45,5	60	30,0	151	75,5
Vystoupení ani výrobky zdravotně postižených se mi nelíbí	4	2,0	1	0,5	5	2,5
Nevím, nikdy jsem jejich výsledky práce neviděl/a	5	2,5	33	16,5	38	19,0
Činnost zdravotně postižených mě nezajímá	0	0,0	6	3,0	6	3,0
Celkem	100	50,0	100	50,0	200	100,0

Graf č. 10 Hodnocení práce zdravotně postižených



91 (45,5%) žen uvedlo, že „díla zdravotně postižených uznává, a samy by je nikdy nezvládly lépe,“ oproti mužům, kterých stejně odpovědělo 60 (30%). 4 (2%) ženám a 1 (0,5%) muži se „vystoupení ani výrobky zdravotně postižených nelíbí.“ 38 (19%) respondentů z toho 5 (2,5%) žen odpovědělo „nevím, nikdy jsem jejich výsledky práce

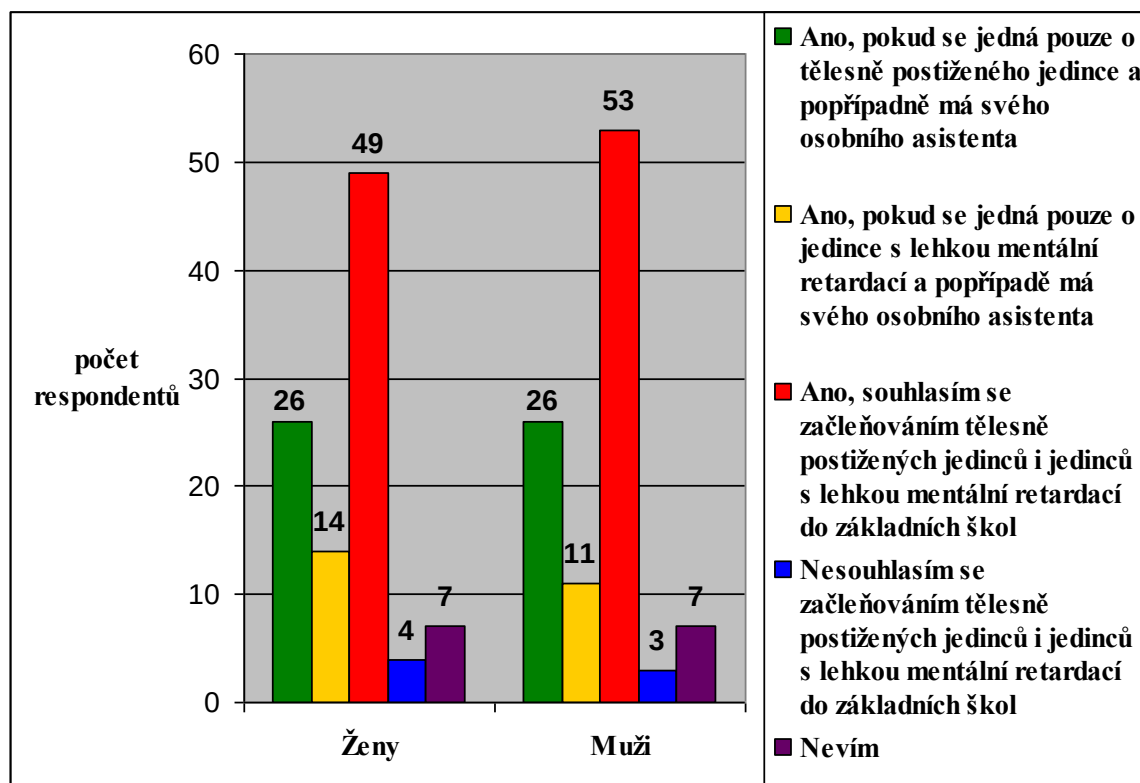
neviděl/a.“ 6 (3%) mužů „činnost zdravotně postižených nezajímá.“ V tomto případě žádná žena neodpověděla.

Otázka č. 11: Souhlasíte se začleňováním **tělesně postižených jedinců a jedinců s lehkou mentální retardací** do základních škol?

Tabulka č. 14 Začleňování do základních škol

Zařazení do základní školy	Ženy		Muži		Celkem	
	Počet	v %	Počet	v %	Počet	v %
Ano, pokud se jedná pouze o tělesně postiženého jedince a popřípadě má svého osobního asistenta	26	13,0	26	13,0	52	26,0
Ano, pokud se jedná pouze o jedince s lehkou mentální retardací a popřípadě má svého osobního asistenta	14	7,0	11	5,5	25	12,5
Ano, souhlasím se začleňováním tělesně postižených jedinců i jedinců s lehkou mentální retardací do základních škol	49	24,5	53	26,5	102	51,0
Nesouhlasím se začleňováním tělesně postižených jedinců i jedinců s lehkou mentální retardací do základních škol	4	2,0	3	1,5	7	3,5
Nevím	7	3,5	7	3,5	14	7,0
Celkem	100	50,0	100	50,0	200	100,0

Graf č. 11 Začleňování do základních škol



Se začleňováním do základních škol v případě, že se „jedná pouze o tělesně postiženého jedince a popřípadě má svého osobního asistenta,“ souhlasí 26 (13%) žen i mužů. 14 (7%) žen a 11 (5,5%) mužů souhlasí se začleňováním do základních škol, pokud se „jedná pouze o jedince s lehkou mentální retardací a popřípadě má svého osobního asistenta.“

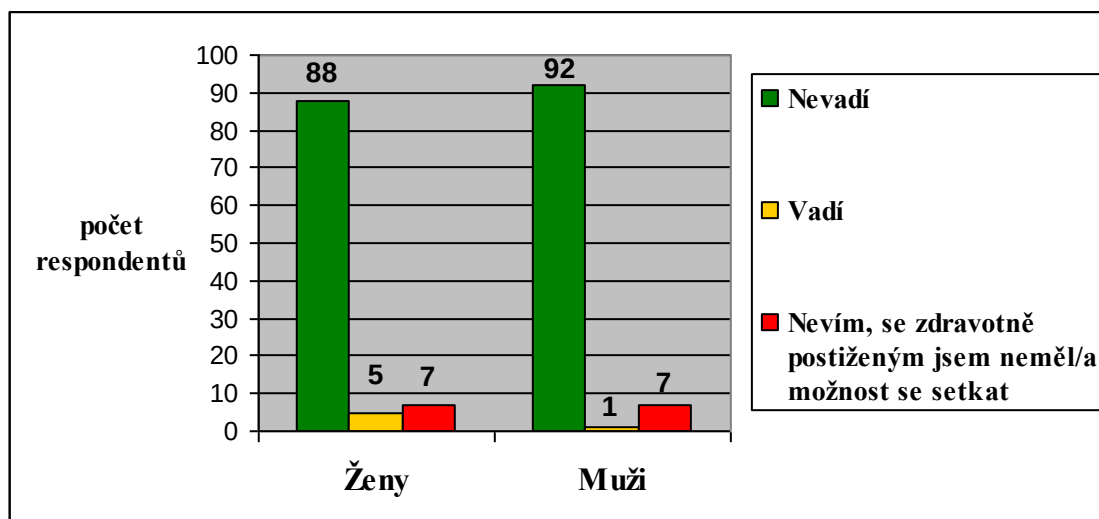
Nejvíce byla volena varianta, kde „souhlasí se začleňováním jak tělesně postižených jedinců, tak i jedinců s lehkou mentální retardací,“ 49 (24,5%) žen a 53 (26,5%) mužů. „Se začleňováním jedinců tělesně postižených i jedinců s lehkou mentální retardací do základních škol nesouhlasí,“ 4 (2%) ženy a 3 (1,5%) muži. 7 (3,5%) žen i mužů odpovědělo „nevím.“

Otázka č. 12: Kontakt se zdravotně postiženými mi:

Tabulka č. 15 Kontakt se zdravotně postiženými

Kontakt	Ženy		Muži		Celkem	
	Počet	v %	Počet	v %	Počet	v %
Nevadí	88	44,0	92	46,0	180	90,0
Vadí	5	2,5	1	0,5	6	3,0
Nevím, se zdravotně postiženým jsem neměl/a možnost se setkat	7	3,5	7	3,5	14	7,0
Celkem	100	50,0	100	50,0	200	100,0

Graf č. 12 Kontakt se zdravotně postiženými



88 (44%) žen a 92 (46%) mužů zvolilo možnost, kdy kontakt se zdravotně postiženými jim „nevadí.“ 5 (2,5%) ženám „vadí“ kontakt se zdravotně postiženými a 1 (0,5%) muži. 7 (3,5%) žen a mužů „neví, neboť se se zdravotně postiženými nesetkali.“

2.6 Diskuse a interpretace

Tato bakalářská práce se zabývá zdravotně postiženými především z pohledu zdravé populace. Mým úkolem bylo zjistit, jak dnešní majoritní společnost přijímá v 21. století zdravotně postižené mezi sebe, a zároveň co ví veřejnost o zdravotním postižení. Důvodem ke zvolení této problematiky byly špatné zkušenosti autora bakalářské práce, který se setkává s nepříliš vhodným přístupem ke zdravotně postiženým. Pomocí dotazníků, které byly rozdány respondentům na Havlíčkobrodsku, byly zjištěny názory a postoje zdravé populace. V dotazníku byla položena otázka, zda je nám znám pojem handicap. Jeho správný překlad znamená znevýhodnění v činnosti, kdy tuto volbu správně zvolilo 151 (75,5%) respondentů z toho 79 (39,5%) žen. Jedním z předpokladů bylo vycházeno z toho, že pojem handicap zná více jak 80% dotázaných, poněvadž se jedná o stále více používané slovo. V tomto případě se nám předpoklad nepotvrdil. Handicapem a postižením se zabývá například Vágnerová, M., Hadj-Moussová, Z., Štěch, S. v knize „Psychologie handicapu“, dále Matějček „Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí“ a mnoho dalších. Dle Fischera a Škody lze tento pojem vymezit *„jako nepříznivý stav nebo situaci pro daného jedince, vyplývající z poruchy nebo defektu, omezující nebo znemožňující plnění úloh, ztěžuje jeho uplatnění v porovnání s většinovou populací, ztěžuje dosahování běžných společenských cílů.“* (Fischer, Škoda, 2008, s. 19).

V souvislosti s cílem práce nás dále zajímalo, zda zdravá populace souhlasí s tím, aby zdravotně postižení měli stejná práva, a jak pohlíží na situaci s umístěním zdravotně postižených do domovů s celoročním pobytem. Vycházíme z dotazníků pro respondenty z otázek číslo 2, 8. Tabulka č. 5 a graf č. 2 nám ukazuje, jaký mají dotazovaní subjektivní názor na práva postižených. 96 (48%) žen a 98 (49%) mužů odpovědělo „ano, zcela určitě. Ani jedna žena nezvolila možnost „rozhodně ne,“ oproti mužům, kdy 1 (0,5%) středoškolák ve věku 31 – 50 let takto odpověděl. 3 (1,5%) ženy a 1 (0,5%) muž ve věku 18 – 30 let s vyšším odborným, či vysokoškolským vzděláním odpověděly možnost „nevím.“ 1 (0,5%) žena se středoškolským vzděláním ve věkové kategorii 31 – 50 let také odpověděla „nevím.“ Překvapujícím zjištěním pro mě je, že převážná většina souhlasí s právy postižených. Z vlastní zkušenosti se setkávám spíše s opačnými názory. Z mého pohledu je postižený jedinec lidská bytost, která si zaslouží mít stejná práva jako majoritní většina. Slowíkova bibliografie udává, že lidská práva, která jsou mezinárodně uznávaná,

se nesmí v demokratické společnosti omezovat. Pouze v případě osob, které nejsou schopné samostatného jednání, se jedná o zbavení způsobilosti k právním úkonům, ale i v tomto ohledu jim není právo odňato, neboť jim pomáhá soudem stanovený opatrovník, který jedná v zájmu postiženého člověka (Slowík, 2007, s. 41).

Tabulka č. 11 a graf č. 8 znázorňuje názor respondentů na umístování handicapovaných do domovů s celoročním pobytem, vycházím z otázky č. 8. S tím, aby „všichni zdravotně postižení zůstávali v domácí péči své rodiny,“ souhlasí 11 (5,5%) žen a 17 (8,5%) mužů. Odpověď „dle druhu postižení a situace rodiny,“ zvolilo 85 (42,5%) žen a 83 (41,5%) mužů. Podle 4 (2%) žen patří lidé s postižením do domovů s celoročním pobytem. Z toho byly 3 (1,5%) ženy s dokončeným vyšším odborným, či vysokoškolským vzděláním. Dle těchto výsledků se dá říct, že muži nesouhlasí se začleňováním do domovů pro osoby se zdravotním postižením, neboť žádný z nich nezvolil možnost „ano, patří,“ pouze v případě, kdy „záleží na druhu postižení a situaci rodiny.“ Ženy jsou většinou ty, které zajišťují chod domácnosti a pečují o své děti. V případě narozeného postiženého jedince se péče ve smyslu přebalování, krmení prodlužuje a saturace dalších biologických potřeb někdy i na dlouhá léta. Zde záleží na druhu postižení. Někdy zvolená volba umístění do domovů pro osoby se zdravotním postižením je nevyhnutelná pro celou rodinu. Člověk nikdy neví, jak právě on sám by se zachoval. Jak udává v knize „Psychologie handicapu“ Vágnerová, Hadj-Mousová, Štech, že život v ústavu může být určitou izolací, avšak na druhé straně zde bývají postižení jedinci v mnoha oblastech uspokojováni lépe, než kdyby byli vystaveni tlaku zdravé populace (Vágnerová, Hadj-Mousová, Štech, 2001, s. 19 - 24).

V dotazníku byla obsažena otázka č. 7: „Je-li zjištěno zdravotní postižení již před narozením dítěte, domnívám se, že,“ a zde byly uvedeny varianty, ve kterých se rozcházely názory mužů a žen, které jsou znázorněny v tabulce č. 10 a grafu 7. 35 (17,5%) mužů a 20 (10%) žen, z toho 2 ženy středoškolského a 2 ženy vyššího odborného, či vysokoškolského vzdělání v rozmezí 18 - 30 let, je pro podstoupení umělého ukončení těhotenství ve všech případech. 71 (35,5%) žen a 51 (25,5%) mužů zvolilo variantu „pokud si rodina myslí, že to zvládne ze všech hledisek (ekonomického, psychického), pak nevidím žádný problém.“ 6 (3%) mužů je pro to, aby se dítě narodilo za každou cenu, oproti ženám, kterých tuto variantu zvolilo 5 (2,5%). Jiný názor zvolili 4 (2%) ženy a 8 (4%) mužů. Ženy se vyjádřily takto: 1 (0,5%) žena se středoškolským vzděláním uvedla vlastní názor, a to, že „záleží na stupni postižení.“ 2 (1%) ženy ve věku 31 – 50 let s vyšším odborným, či vysokoškolským

vzděláním uvedly názory: „Záleží na typu postižení, zdravotním stavu matky a rodiny,“ a druhá žena uvedla: „Rozhodnout se musí matka, která je s dítětem nejvíce.“ Žena nad 51 let s vyšším odborným, či vysokoškolským vzděláním jako jiný názor uvedla: „Záleží, jak je zdravotní postižení vážné.“ Vlastní názory mužů: 1 (0,5%) muž ve věkové kategorii 18 – 30 let uvedl svůj vlastní názor: „Jsem spíše pro potrat, protože postižením bude dítě trpět celý život a peníze či psychická podpora mu bude k ničemu.“ 3 (1,5%) muži mezi 31 – 50 lety se středoškolským vzděláním napsali, že záleží na druhu postižení. Další 3 (1,5%) muži s vyšším odborným, či vysokoškolským vzděláním napsali vlastní názor: „záleží na druhu a rozsahu postižení.“ Muž nad 51 let se základním vzděláním, či výučním listem se na tuto problematiku vyjádřil slovy: „Lidé kolem postiženého nemají žádný život a on sám také ne, souhlasím s potratem.“ Muži jsou v tomto ohledu více radikálnější, možná i z důvodu toho, že vědí, že většinu péče obstarává žena, a proto je někdy lepší, pokud tomu lze předejít, podstoupit potrat. Ženy zvažují různá hlediska. Také často záleží na tom, zda dítě je „vymodlené“ či je možnost dalšího normálního otěhotnění. Sama pokud bych čekala postižené dítě, by pro zvolenou variantu interrupci hrál roli druh postižení. Také bych se snažila vyhledat lidi či svépomocné skupiny, kteří by měli již podobnou zkušenost.

Dalším záměrem práce bylo se zeptat oslovených, zda mají ve svém okolí někoho, kdo je postižený (otázka č. 6). Z tabulky č. 9 a grafu č. 6 vyplývá, že ve svém blízkém okolí má zdravotně postiženého jedince 60 (30%) žen a 38 (19%) mužů. V tomto případě jsou podrobně rozepsány ženy. Z celkového počtu 37 (18,5%) respondentek ve věkové skupině 18 – 30 let má 23 (11,5%) žen ve svém blízkém okolí zdravotně postiženého jedince. Z tohoto počtu má 17 (8,5%) respondentek středoškolské vzdělání a 5 (2,5%) vyšší odborné, či vysokoškolské. Ve věkové kategorii 31 – 50 let je zastoupeno 8 (4%) žen se základním vzděláním, či vyučených, 15 (7,5%) se středoškolským a 7 (3,5%) s vyšším odborným, či vysokoškolským vzděláním, které ve svém okolí znají jedince se zdravotním postižením. 7 (3,5%) žen nad 51 let má ve svém okolí handicapované. Naopak 40 (20%) žen a 62 (31%) mužů nemá ve svém blízkém okolí zdravotně postiženého. Tato otázka byla položena, protože z běžného života si všímám, jak mnozí mají obavy přiznat, že ve své rodině či blízkém okolí mají postiženého jedince, především pokud se o něho starají. Možná mají strach, že by nebyli přijati např. v novém zaměstnání či nové společnosti, kterou navštěvují. V tomto případě si myslím, že někteří respondenti neodpovídali

popravdě. Sama mám v rodině příbuzného, který je sluchově postižený a mezi přáteli neslyšícího kamaráda.

V dotazníku byla položena otázka, zda si lidé myslí, že společnost dělá mnoho pro zdravotně postižené, a proto nás také zajímalo, zda se respondenti sami účastní při pomoci zdravotně postiženým (otázka č. 5). Tabulka č. 8 a graf č. 5 ukazuje: 76 (38%) žen a 39 (19,5%) mužů uvedlo možnost „pomohl/a jsem a dle možnosti znovu rád/a pomohu.“ 22 (11%) žen a 60 (30%) mužů odpovědělo „neměl/a jsem tu možnost, ale určitě rád/a pomohu. Zde se objevují vysoká čísla a přitom dle mého názoru se dá prostřednictvím televizorů pomoci i jednou SMS, tudíž příležitosti jsou více než časté. 2 (1%) ženy a 1 (0,5%) muž zvolili odpověď „nikdy jsem nepomohl/a a nepomohu.“ Pouze 1 (0,5%) žena vyššího odborného, či vysokoškolského vzdělání ve věku 18 – 30 let odpověděla třetí variantou, která zní: „nikdy jsem nepomohl/a a nepomohu.“ Stejnou možnost také zvolila 1 (0,5%) žena se základním vzděláním, či vyučena nad 51 let. Také 1 (0,5%) muž, který vystudoval vyšší odbornou, či vysokou školu, se nachází ve věkové skupině mezi 31 – 50 lety, odpověděl „nikdy jsem nepomohl/a a nepomohu.“ Z výsledků vyplývá, že ženy jsou k pomoci zdravotně postiženým více iniciativnější, než muži. Je důležité podotknout, že se jedná o subjektivní názory, které z lidského aspektu mohou být zkresleny.

Respondenti souhlasí s funkcí dobrovolníků a organizací, které zdravotně postiženým pomáhají. Tabulka č. 7 a graf č. 4 ukázal dvě negativní odpovědi 1 (0,5%) ženy se základním vzděláním, či vyučena nad 51 let odpověděla a 1 (0,5%) muže ve věkové kategorii 18 – 30 let se základním vzděláním, či vyučen „ne, nám taky nikdo nepomáhá.“ Také jsem měla možnost vyzkoušet si roli dobrovolníka a tato činnost mě velice naplňovala. Bohužel ze své praxe vím, že dobrovolníků je velice málo. Mnoho lidí při dnešním shonu nemá čas, který je nejdůležitějším vodítkem k vykonávání této činnosti.

Za nezbytnou otázku pro toto šetření bylo důležité položit, zda respondentům vadí kontakt se zdravotně postiženými (otázka č. 12). Tabulka č. 15 a graf č. 12 ukázal: 88 (44%) žen a 92 (46%) mužů zvolilo možnost, kdy kontakt se zdravotně postiženými jim „nevadí.“ 5 (2,5%) ženám „vadí“ kontakt se zdravotně postiženými, z toho jsou 4 (2%) ženy s vyšším, nebo vysokoškolským vzděláním a 1 (0,5%) žena nad 51 let se základním vzděláním, či výučním listem. 1 (0,5%) muži v rozmezí 18 – 30 let se základním vzděláním, či výučním listem „vadí“ kontakt se zdravotně postiženými. 7 (3,5%) žen a mužů „neví, neboť se se zdravotně postiženými nesetkali.“ U těchto subjektivních

odpovědi lze polemizovat, neboť dotazovaní nemuseli odpovídat popravdě. Zmínka o izolaci lidí se zdravotním postižením od zdravé populace je především v publikacích od Vágnerové, kde uvádí i fakt, že zrakové postižení, přestože je velmi závažné, je postižením nejméně odmítaným zdravou populací. Z výsledků je patrné, že muži jsou v kontaktu se zdravotně postiženými tolerantnější než ženy.

Za posledních dvacet let došlo k postupným krokům společnosti, které směřovaly v pomoci handicapovaným, a proto mě zajímal názor oslovených, zda nynější situace je dostačující (otázka č. 3). Tabulka č. 6 a graf č. 3 znázornil: 38 respondentů z toho 13 (6,5%) žen a 25 (12,5%) mužů si myslí, že „dnešní společnost dělá mnoho pro zdravotně postižené a úroveň poskytované péče (služeb) je výborná.“ Nejvíce dotazovaných zvolilo možnost, že „je vidět pokrok, ale výsledek není zcela uspokojivý,“ a to 87 (43,5%) žen a 74 (37,0%) mužů. Pro možnost „kdyby to záleželo na mně, tak bych pro zdravotně postižené nic nedělal/a,“ se rozhodl 1 (0,5%) muž se základním vzděláním, či výučním listem nad 51 let a žádná žena. Ženy jsou v této oblasti více kritičtější, než muži, neboť pokrok společnosti vnímají za nedostačující. Podle mého názoru společnost opravdu dělá mnoho pro postižené, co se týká oblasti materiální. Sama za sebe největší nedostatek vidím v komunikaci, kdy lidé neumí, nebo se raději komunikaci s postiženými vyhýbají.

V knize „Psychologie handicapu“ je uvedeno, že je velmi obtížné začleňování postižených do zaměstnání, proto jsem se dále ptala otázkou č. 9, na souhlas se zaměstnáváním postižených. Z tabulky č. 12 a grafu č. 9 vyplývá: Téměř všichni respondenti (92,5%) souhlasí se zaměstnáváním handicapovaných. Objevily se i negativní postoje, kdy 3 ženy nesouhlasí se zaměstnáváním zdravotně postižených, neboť se domnívají, že „berou práci zdravým lidem.“ Z tohoto počtu jsou 2 (1%) ženy ve věku 18 – 30 let s vyšším odborným, či vysokoškolským vzděláním. Také 2 (1%) muži zvolili tuto odpověď. V době dnešní ekonomické krize, kde je málo pracovního uplatnění pro zdravou populaci, by se dalo očekávat více pesimističtějších výsledků vůči zaměstnávání handicapovaných. Jak uvádí Slowík, výhodná jsou přechodná zaměstnávání, kde se postižení připravují na trvalé zaměstnání (Slowík, 2007, s. 39).

Následně byla položena otázka č. 11 týkající se začleňování zdravotně postižených dětí do běžných základních škol. Konkrétně jsem se zaměřila na tělesně postižené jedince a jedince s lehkou mentální retardací. Tabulka č. 14 a graf č. 11 ukázaly: Se začleňováním do základních škol v případě, že se „jedná pouze o tělesně postiženého jedince a popřípadě

má svého osobního asistenta,“ souhlasí 26 (13%) žen i mužů. 14 (7%) žen a 11 (5,5%) mužů souhlasí se začleňováním do základních škol, pokud se „jedná pouze o jedince s lehkou mentální retardací a popřípadě má svého osobního asistenta.“ Nejvíce byla volena varianta, kde „souhlasí se začleňováním jak tělesně postižených jedinců, tak i jedinců s lehkou mentální retardací,“ 49 (24,5%) žen a 53 (26,5%) mužů. Podle mě někteří rodiče vidí začleňování zdravotně postižených dětí do běžné základní školy jako negativní dopad na učivo v podobě nedostatečného věnování se ostatním zdravým dětem. „Se začleňováním jedinců tělesně postižených i jedinců s lehkou mentální retardací do základních škol nesouhlasí,“ 4 (2%) ženy, z toho jsou 3 (1,5%) ženy s vyšším odborným, či vysokoškolským vzděláním a 3 (1,5%) muži. Podle Valenty je integrace dětí s mentální retardací považována za největší problém. (Valenta a kol., 2003, s. 88). Fischer a Škoda uvádějí, že v současné době je snaha pomocí speciálních pedagogů vychovávat a vzdělávat osoby s lehkou mentální retardací formou začlenění do normálních tříd základních škol. Současná legislativní úprava stanovuje vzdělávání žáků s tělesným postižením formou individuální integrace především v běžné škole. Je důležité zvážit všechna hlediska jako např. stupeň postižení, možnosti školy – bezbariérový přístup nejen do školy, ale také do třídy, na WC apod. (Fischer, Škoda, 2008, s. 102, 103).

Jedna z posledních otázek č. 10 se týkala výrobků a činností, které zdravotně postižení tvoří, zda se zdravé populaci líbí. Majoritní většina (75,5%) oslovených respondentů uznává výsledky práce handicapovaných. Překvapujícím výsledkem byly negativní postoje spíše ze strany žen, kdy v tabulce č. 13 a grafu č. 10 bylo dále znázorněno, že 4 (2%) ženám, které mají vyšší odborné, či vysokoškolské vzdělání ve věku 18 – 30 let se „vystoupení ani výrobky zdravotně postižených nelíbí.“ Pouze 1 (0,5%) muž je stejného názoru. Já se přikláním k majoritní většině, neboť výtvořky zdravotně postižených obdivuji.

2.7 Vyhodnocení předpokladů

Předpoklad č. 1

„Předpokládám, že více jak 80 % dotázaných zná pojem handicap.“

Vyhodnocením dotazníku jsem zjistila, že pojem handicap zná 75,5 % lidí.

Předpoklad č. 1 se nepotvrdil.

Předpoklad č. 2

„Domnívám se, že méně jak 20 % dotázaných si myslí, že zdravotně postižený člověk nemá mít stejná práva jako nepostižený a měl by být umístěn do domovů pro osoby se zdravotním postižením s celoročním pobytem.“

Z celkového počtu oslovených respondentů nesouhlasí s právy zdravotně postižených 0,5 % a 2 % respondentů si myslí, že všichni zdravotně postižení patří do domovů pro osoby se zdravotním postižením k celoročnímu pobytu.

Předpoklad č. 2 se potvrdil.

Předpoklad č. 3

„Domnívám se, že více jak 40 % respondentů zvolí cestu umělého přerušení těhotenství, pokud bude u nenarozeného dítěte prokazatelně zjištěno zdravotní postižení.“

27, 5 % respondentů by zvolilo umělé přerušení těhotenství při zjištění, že jejich nenarozené dítě je prokazatelně zdravotně postižené.

Předpoklad č. 3 se nepotvrdil.

Předpoklad č. 4

„Myslím si, že více jak 60 % dotázaných bude mít ve svém blízkém okolí člověka, který je zdravotně postižený, a zároveň tito lidé budou aktivnější v přístupu ke zdravotně postiženým.“

Na základě vyhodnocení dotazníku jsem zjistila, že 49 % respondentů má ve svém blízkém okolí zdravotně postiženého jedince. 57,5 % oslovených lidí odpovědělo, že sami někdy pomohli a dle možnosti to rádi udělají znovu.

Předpoklad č. 4 se nepotvrdil.

Předpoklad č. 5

„Předpokládám, že více jak 60 % respondentů považuje za dobré, že existují dobrovolníci a organizace pomáhající zdravotně postiženým.“

Zde můj předpoklad vyšel pozitivně, neboť 95,5 % respondentů považuje za dobré, že existují dobrovolníci a organizace pomáhající zdravotně postiženým.

Předpoklad č. 5 se potvrdil.

Předpoklad č. 6

„Domnívám se, že méně jak 20 % respondentům bude vadit kontakt se zdravotně postiženým.“

Z výzkumu vyplynulo, že 90 % respondentům nevadí kontakt se zdravotně postiženým.

Předpoklad č. 6 se potvrdil.

Předpoklad č. 7

„Myslím si, že více jak 40 % respondentů uvede, že dnešní společnost dostatečně pomáhá zdravotně postiženým.“

19 % dotazovaných respondentů si myslí, že dnešní společnost dělá mnoho pro zdravotně postižené a úroveň poskytované péče (služeb) je výborná.

Předpoklad č. 7 se nepotvrdil.

Předpoklad č. 8

„Předpokládám, že více jak 60 % dotázaných souhlasí se zaměstnáváním zdravotně postižených, umístěním tělesně postižených dětí do základních škol a uznává výsledky jejich práce.“

Se zaměstnáváním zdravotně postižených jedinců souhlasí 92,5 % respondentů. 26 % oslovených lidí je pro vzdělávání tělesně postižených v základních školách. 75,5 % respondentů se líbí výsledky práce zdravotně postižených.

Předpoklad č. 8 se nepotvrdil.

2.8 Názory zdravotně postižených

Z důvodu, že jsem členkou majoritní skupiny a mé názory a postoje ke zdravotně postiženým mohou být zkreslené, oslovila jsem tři zdravotně postižené. Chtěla jsem znát jejich názory na zjištěné výsledky. Oslovila jsem Michala, který je tělesně i mentálně postižený, některé odpovědi jsme dávali dohromady společně s maminkou, která se mi také vyjádřila k jednotlivým otázkám, jak ona sama tuto situaci vidí z pohledu blízkého člověka.

Dále jsem oslovila Luboše, který je hluchý již od pěti let. Rozhovor probíhal bez větších obtíží, neboť Luboš umí velmi dobře odezírat ze rtů. Když jsme si nerozuměli, použili jsme psanou formu domluvy.

Karolína je velice chytrá dívka, která je tělesně postižená. Při autonehodě ochrnula na dolní končetiny ve svých 15 letech.

Nejsou užívána příjmení z důvodu uchování anonymity. Bližší informace o zdravotně postižených jsou uvedeny v příloze č. 6.

Odpovědi na otázku č. 1: Víte, co znamená pojem handicap?

Michal: „Tělesně postižený člověk, mentálně postižený, sluchově postižený, všichni, kteří jsou nějakým způsobem omezeni.“

Michalova matka: „Myslím si, že lidé v dnešní době více spojují pojem handicap s tělesným postižením. Než, že se jedná hlavně o překonávání nějaké náročnosti, situace /překážky, málo informací, bariéra/. Domnívám se, že lidé používají tento pojem, aniž by znali jeho překlad.“

Luboš: „Pro mě tento pojem znamená znevýhodnění v činnosti a řekl bych, že mnoho lidí tento pojem spojuje s tělesným postižením. Na mně není vidět žádný defekt, ale přesto jsem handicapovaný, kvůli mé hluchotě.“

Karolína: „Myslím si, že pokud lidé tento pojem užívají, tak mnohdy jeho překlad jim není znám.“

Odpovědi na otázku č. 2: Má podle Vás zdravotně postižený člověk mít stejná práva jako nepostižený (právo na vzdělání, na ochranu zdraví, na příznivé životní prostředí...)?

Michal: „Ano, zcela určitě máme mít práva i větší. Lidé se dělají lepšími, než jsou. Zde uvádějí, že souhlasí s našimi právy, tak proč na mě koukají jako na „mrzáka“ a neberou v úvahu, že i já jsem člověk. Díky postižení nemám kamarády, na ty mám také právo nebo ne?“

Michalova matka: „Postižený člověk by měl mít určitě stejná práva na vše, je to velice potřebné. Chci věřit, že lidé jim toto právo nevezmou, ale všichni určitě upřímní ve své odpovědi nebyli, protože lidé se přetvařují a jsou falešní.“

Luboš: „Ano, zcela určitě by měl mít postižený člověk stejná práva jako nepostižený. Myslím si, že lidé nestojí o to, aby nám naše práva byla upřena. Řekl bych, že dnešní doba je už natolik vyspělá, že úvahy o sebrání práv jsou zapomenuty.“

Karolína: „Doba už pokročila a lidé s ní. Myslím si, že lidé uznávají naše práva.“

Odpovědi na otázku č. 3: Myslíte si, že dnešní společnost pomáhá dostatečně, aby zdravotně postižení neměli pocit diskriminace?

Michal: „Něco dělá, ale málo.“

Michalova matka: „Společnost dostatečně rozhodně nepomáhá, je v tom moc politiky a hlavně se jedná o peníze, kterých je do této oblasti dáváno moc málo. Odpověď „je vidět pokrok, ale výsledek není zcela uspokojivý“ je to, co si myslím, ale mělo by tam být 100%, bohužel není.“

Luboš: „Souhlasím s odpovědí - je vidět pokrok, ale výsledek není zcela uspokojivý.“

Karolína: „Lidé se snaží, ale někdy mám pocit, že ani sami nevědí, jak se mají např. chovat, aby mi neublížili. Také to nemají lehké.“

Odpovědi na otázku č. 4: Myslíte si, že je dobré, že existují dobrovolníci a organizace, které zdravotně postiženým pomáhají?

Michal: „To je jasný, že je to skvělé, ale mám pocit, že je jich málo.“

Michalova matka: „Určitě je to velice dobré, že existují dobrovolníci a organizace. Moc tomu fandím, ale dostatek jich rozhodně není/opět politika a peníze/. Největší možnosti jsou hlavně v Praze, kde je nejvíce všech prostředků.“

Luboš: „Určitě ano, ale je jich málo z finančních důvodů.“

Karolína: „Je výborné, že jsou lidé, kteří se do toho pustí a jsou ochotni ve svém volném čase lidem pomáhat zadarmo. Organizacím fandím, ale bohužel nejsou dostatečně podporovány finančně.“

Odpovědi na otázku č. 5: Udělal/a jste někdy Vy sám/ sama něco pro zdravotně postižené? (např. pořádání sbírky, příspěvek na nadaci pro tyto lidi, psychická podpora, převedení přes přechod...)

Michal: „Pomáhal jsem kamarády oblékat v Jedličkově ústavu, doprovázel i s vozíky, psychicky jsem je podporoval, snažil jsem se udělat všechno, co bylo v mých silách a zase pomůžu.“

Michalova matka: „Pátým rokem zasílám peníze tělesně postiženým UMÚN Liberec, prostřednictvím televize vždy, když je sbírka, přes přechod samozřejmost a pomohu kdykoli je to možné a potřeba.“

Luboš: „Pomáhám učit znakovou řeč ve svém volném čase, jelikož takových lidí je málo.“
Naštěstí jsou lidé, kteří se nám snaží pomáhat v oblastech, kde to sami nezvládáme, u nás neslyšících je to hlavně v komunikaci.“

Karolína: „Jsem sice na vozíku, ale ráda pomáhám, hlavně po té psychické stránce, když se někdo ocitne v té samé situaci jako já, aby věděli, že na to nejsou sami. Naše rodina se snaží pomáhat lidem s handicapem s přispíváním na různé nadace.“

Odpovědi na otázku č. 6: Máte ve svém blízkém okolí někoho, kdo je zdravotně postižený (rodina, přátelé)?

Michal: „Myslím si, že je více lidí, kteří mají kolem sebe zdravotně postižené, že to lidé raději neříkají.“

Michalova matka: „Ano mám, je to můj syn, jinak ne. Možná jsou lidé, kteří se za to stydí, ale spíše si myslím, že ne. Nebo tomu nechci věřit. Nesetkala jsem se s tím.“

Luboš: „Ano, mám přátele, kteří jsou sluchově postižení, a řekl bych podle výsledků, že těch lidí, kteří mají kolem sebe zdravotně postiženého člověka je více. Setkal jsem se osobně i s tím, že se za zdravotně postiženého rodina i stydí, protože není schopna ho přijmout před lidmi takového, jaký je.“

Karolína: „Já se pohybuji mezi zdravotně postiženými, a tak mi to přijde jako samozřejmostí mít kolem sebe takové lidi. Ze své vlastní zkušenosti vím, že se blízcí styděli za můj handicap. Nemyslím tím své rodiče, ale širší rodinu.“

Odpovědi na otázku č. 7: Je-li zjištěno zdravotní postižení již před narozením dítěte, domnívám se, že:

Michal: bez odpovědi

Michalova matka: „Já odpovídám jednoznačně - podstoupit umělé přerušení těhotenství. Život je dlouhý a nikdo neví, co se může během něho stát. Tisíc lidí, tisíc názorů, ale přijde mi, že to jsou pouze odpovědi na otázku, ale doopravdy co to obnáší, si málo kdo umí představit a nevěřím, že by to všechno chtěli podstoupit. Vlastně dát celý svůj život.“

Luboš: „Myslím si, že pokud by to rodina zvládla, tak nevidím žádný problém.“

Karolína: „Toto je velice těžká otázka. Sama jsem postižená, a kdybych čekala postižené dítě, nejspíš bych si ho nechala, neboť o mě se také rodiče postarali, i když situace byla jiná, především v tom, že jsem v prenatálním vývoji byla zdravá a až po 15 letech jsem díky autonehodě ochrnula. No neví.“

Odpovědi na otázku č. 8: Patří podle Vás všichni zdravotně postižení do domovů pro osoby se zdravotním postižením, kam jsou odloženi svojí rodinou k celoročnímu pobytu?

Michal: bez odpovědi

Michalova matka: „Na tuto otázku určitě není jednoduchá a jednoznačná odpověď, doopravdy zde moc, moc záleží na druhu postižení, situaci rodiny a jeden rodič to těžko zvládá. Sociální systém by musel být tak dokonalý, plno asistentů, domácí péče, prostředky na dopravu, léky a hodně dalších věcí-vlastně dokonalost sama, aby bylo co nejméně lidí v domovech.“

Luboš: „V tomto případě záleží na druhu postižení a celkové situaci v rodině. Ne každý je schopen se umět postarat o své nejbližší, i když by třeba moc chtěl. Nemyslím to špatně. Spíš tím chci říci, že je to někdy lepší, než aby péče byla zanedbaná a těmto lidem bylo ubližováno.“

Karolína: „Jsou lidé, kteří jsou postižení natolik, že rodině nezbývá nic jiného, než je dát do péče ústavu. Já jim to nemám za zlé, sama nevím, jak bych se v takové situaci zachovala.“

Odpovědi na otázku č. 9: Souhlasíte s tím, že jsou zdravotně postižení zaměstnávání?

Michal: „Ano, ale také, aby za svoji práci, kterou odvedli, byli řádně zaplacení a nebráni jako levná pomocná síla.“

Michalova matka: „Je velice dobře, že skoro 100 % lidí souhlasí se zaměstnáváním zdravotně postižených. Ale jak se říká „skutek utek“. Jestliže postižený k sobě potřebuje asistenci, tak není skoro šance najít práci a i bez asistence si myslím, že je to bída. Někteří lidé souhlasí, někteří jen na oko, když přijde k činu, lidi se otočí zády a někdy i o 360 stupňů. Je to smutný, ale dnes vás slušnou formou odmítnou.“

Luboš: „Ten kdo má lehčí postižení, tak práci sežene a kdo má těžší postižení, tak nemá šanci. Tohle vím z vlastní zkušenosti.“

Karolína: „Sama jsem zaměstnaná u jedné firmy, kde pracuji na PC. Ale vím, že jsem měla velký problém v hledání vhodného místa.“

Odpovědi na otázku č. 10: Jak se Vám líbí výsledky práce zdravotně postižených? (keramické či dřevěné výrobky, různá vystoupení...)

Michal: „Umíme to a máme se čím chlubit, než ti, kteří nejsou zdravotně postižení.“

Michalova matka: „Výrobky a všechna jejich činnost je nádherná, neskutečná a úchvatná. Je neuvěřitelné, co dokážou vytvořit. Zdravý člověk si v něčem s nimi ani nemůže srovnávat, jak se říká - nemá na ně. Mám doma pár věcí od syna a když se na ně podívám, hřejí mě u srdíčka.“

Luboš: „Jejich díla uznávám a jejich práce je někdy mnohem lepší, než zdravých lidí.“

Karolína: „Naše práce je málo oceňována.“

Odpovědi na otázku č. 11: Souhlasíte se začleňováním tělesně postižených jedinců a jedinců s lehkou mentální retardací do základních škol?

Michal: „Měli by chodit a spolužáci by jim pomáhali.“

Michalova matka: „Souhlasím se začleňováním obou postižených jedinců z uvedené otázky, ale v určitých případech je asistence určitě nezbytně potřeba. Společnost v této problematice udělala myslím ten nejmenší pokrok, nejsou bezbariérové přístupy a hlavně školení pedagogové a také chuť se o to více zajímat. Vlastně dnes je i málo škol a stále samé výmluvy.“

Luboš: „Já sám osobně souhlasím v případě, pokud se jedná o lehce postiženého. Řekl bych, že dnešním trendem je dávat do školy i více postižené jako tělesně i mentálně zároveň, ale s tím nesouhlasím, neboť pak je zdržována výuka, i přestože dítě má svého osobního asistenta.“

Karolína: „Zhruba polovina lidí souhlasí se začleňováním obou. Já s mentálně postiženými jedinci nesouhlasím, podle mě mají možnost chodit do speciální školy, kde mohou vynikat a být za vynikající žáky mezi svými. Na základní škole jsou většinou podprůměrnými žáky. Je hezké, že společnost jim chce dát

příležitost, ale na druhou stranu jsou na základní škole špatně přijímány dětským kolektivem.“

Odpovědi na otázku č. 12: . Kontakt se zdravotně postiženými mi: vadí/nevadí/nevím

Michal: „Mnoho lidí odpovědělo, že nevadí, ale myslím si, že jim kontakt s námi vadí.“

Michalova matka: „Určitě některým ano. Ale jiní spíš neví, jak se chovat, reagovat, mluvit s nimi. Přijde mi, že nemají ani zájem se o to pokusit, vyhýbají se, straní se, proto postižení ztrácí kamarády, přátele zdravých lidí. Lidé hrozně neradi slevují ze svého pohodlí a zájmů. Je to těžké z obou stran. Ale zdraví lidé jsou přece jen zdraví.“

Luboš: „Myslím si, že lidé nevědí, jak se v určitých situacích k nám mají chovat.“

Karolína: „Dnešní doba je v některých věcech konečně vpředu a řekla bych, že i v tomto se lidé změnili. Už to nejsou takové pohledy a ukazování prstem jako dříve. Nebo alespoň v mém okolí už to tak není. A cizích lidí si nevšímám.“

3 Závěr

Podnětem k tématu této práce byly mé vlastní zkušenosti s negativním přístupem ke zdravotně postiženým, především k sluchově, tělesně a mentálně, které naznačovaly neustálé bariérové překážky v komunikaci, neochotě pomoci a kritizování. V kvantitativním šetření jsem se zaměřila na zdravou dospělou populaci, neboť mě zajímalo její přijímání zdravotně postižených v 21. století.

Jedinců, kteří se již narodí s handicapem, ubylo na základě mnohých vyšetření v těhotenství, oproti dřívějším letům. Ale nikdy sami nevíme, kdy nás neštěstí o zdraví připraví. Také v této práci je možné považovat za přínos názory sluchově, tělesně a duševně postiženého a matky jednoho z postižených, kteří během života byli připraveni o to nejcennější. Reagují na odpovědi respondentů a zároveň sdělují vlastní vnímání situací.

Cíl, který jsem si stanovila, byl splněn. Teoretická část práce se věnovala historickému vývoji postojů k postižení, příčinám a klasifikaci handicapů, vzdělávání, zaměstnávání, edukaci a právu zdravotně postižených, komunikačnímu systému s hluchoslepou osobou, psychologické problematice zdravotně postižených, ale také postojům zdravé populace k jednotlivým postižením a rodině s postiženým dítětem.

V praktické části po nastudování problematiky z odborné literatury byla použita kvantitativní metoda sběru dat a stanoveno několik hypotéz. K průzkumu byl použit jeden dotazník s 12 otázkami, který byl rozdán vzorku 200 respondentů.

První hypotéza byla vyvrácena, neboť populace užívající pojem handicap zná. Během šetření byl potvrzen druhý předpoklad, kdy zdravá veřejnost souhlasí s právy zdravotně postižených a nemyslí si, že všichni postižení patří do domovů pro osoby se zdravotním postižením, kde jsou umístěni k celoročnímu pobytu. I sami zdravotně postižení nevnímají ze strany společnosti nějaký nátlak, který by se týkal ubírání jejich práv, či automatickému zařazení do domovů pro osoby se zdravotním postižením. Třetí předpoklad nebyl potvrzen, neboť méně oslovených respondentů by při zjištění postižení v těhotenství zvolilo cestu umělého přerušení. I odpovědi zdravotně postižených se rozcházejí. Matka Michala, která v roli matky postiženého syna ví, jak těžké je starat se o dítě, které je motoricky opožděné a má mentální retardaci, by při zjištění během těhotenství podstoupila umělé přerušení. Naopak Karolína by si dítě nejspíš nechala, neboť

její rodina ji také nezavrhla. Lubošova verze je, že pokud to rodina zvládne, tak proč ne. Předpoklad č. 4 byl vyvrácen, protože méně jak polovina respondentů má ve svém okolí zdravotně postiženého jedince a mnoho oslovených nemělo možnost pomoci, ale pokud se objeví příležitost, rádi pomohou. Sami zdravotně postižení jsou aktivní v pomoci druhým handicapovaným. Pátý předpoklad, že respondenti považují za dobré, že existují dobrovolníci a organizace, které pomáhají zdravotně postiženým, se potvrdil. Totožný názor mají i zdravotně postižení, ale upozorňují na jejich nedostatek.

Ze šestého předpokladu, který se potvrdil, vyplynulo, že dotazovaným nevadí kontakt se zdravotně postiženými. Zde oslovení postižení vidí situaci jinak, především v tom, že spíše nevědí, jak k nim má zdravá populace přistupovat, a proto jim kontakt je mnohdy nepříjemný. Předpoklad č. 7 se nepotvrdil, neboť se respondenti více domnívají, že co se týká pomoci ze strany společnosti, tak je vidět pokrok, ale výsledek není zcela uspokojivý. Tento názor mají i zdravotně postižení. Respondenti souhlasí se zaměstnáváním zdravotně postižených, uznávají jejich výsledky práce a souhlasí se začleňováním tělesně postižených, ale i lehce mentálně retardovaných jedinců, v tomto případě poslední osmý předpoklad nebyl potvrzen.

Z provedeného šetření se ukázalo, že zdravá populace přijímá zdravotně postižené mezi sebe, neboť každá otázka, ve které jsme se ptali na osobní názor, vyšla v kladném hodnocení ze strany respondentů. Občas jsme se setkali i s negativním postojem, ale v číselných řadách se jednalo o nízké procento, které neovlivňuje celkový výsledek.

Zajímavým výsledkem šetření bylo zjištění, že 180 (90%) respondentům nevadí kontakt se zdravotně postiženými, z toho 92 (46%) mužům, kteří jsou i o 1,5% tolerantnější v oblasti zaměstnávání handicapovaných.

Ve společnosti se říká, slepota dělí od věcí, hluchota od lidí. Každé zdravotní postižení s sebou přináší úskalí, se kterými se musejí handicapovaní neustále potýkat, proto mají můj obdiv, jakým způsobem se umí poprat o to, aby se prosadili a dokázali, že i s postižením se dá žít normálním stylem života.

Výsledky šetření by mohly posloužit jako impuls pro sociální oblast především organizacím, které pracují se zdravotně postiženými.

4 Navrhovaná opatření

Při čerpání poznatků jsem v průběhu své práce byla obohacena o přínosné informace, které mi pomohly pochopit náhled na mnohé situace, se kterými se zdravotně postižení setkávají a nám zdravým lidem přijdou zcela běžnými zápletkami všedního dne.

V mnohých věcech společnost udělala pokrok, ale bohužel v naší zemi jsou nedostatky, se kterými se naše nemalá populace minoritní skupiny neustále potýká.

Kdybych mohla ovlivnit politické kroky, začala bych uvolněním více peněz pro asistenty zdravotně postižených, neboť právě oni pomáhají těmto lidem k nelehkému návratu do reálného života např. v zaměstnání, pomoc v domácnosti.

Dále bych se snažila o větší pracovní uplatnění zdravotně postižených na Vysočině, které by odpovídalo po pracovní stránce, ale i po finanční, aby pro tyto lidi nebylo řešením jen nedaleké hlavní město. V Havlíčkově Brodě vznikl v rámci organizace Fokus Vysočina Tým podpory v zaměstnávání, který pomáhá zdravotně postiženým, hledat a následně si udržet pracovní místo.

Bohužel v lidských rukou je mnoho věcí, ale ne všechny v mých. Všichni se ve svém životě setkáváme s překážkami, které pro zdravotně postižené znamenají určité překonávání bariér. Podle mého názoru je v silách zdravých lidí překonat bariéry v komunikaci, které stojí na nedostatečné informovanosti. Informace by neměly přicházet pouze ze sektoru – regionální a celostátní média (internet, televize, knihy, časopisy, atd.), ale také v podobě besed, komunitních akcí apod. Z již existujících zdrojů lze doporučit:

- komunitní akce – Týdny pro duševní zdraví (akce pro podporu duševně nemocných), Handball help (sportovní akce organizovaná manažery z vozíku)
- knihy s tematikou týkající se zdravotně postižených (Asistence lidem s postižením a znevýhodněním - Iva Uzlová, Komunikace s lidmi s postižením - Josef Slowík, Psychologie handicapu - Marie Vágnerová, Zuzana Handj-Mousová, Stanislav Štech)
- střediska na Vysočině - Tyfloservis Jihlava (sociální rehabilitace nevidomých), Fokus Havlíčkův Brod, Pelhřimov, Chotěboř, Hlinsko (socializace duševně nemocných)

Sama jsem se zúčastnila akce, kterou pořádal dětský domov pod názvem „Zkus a uvidíš.“ Této akce se zúčastnili jak zdravotně postižení, tak i zdravá populace. Hlavní

podstatou bylo si uvědomit, jak těžké je překonávat handicap. Byly zde připravené vozíčky, šátek na oči, špunty do uší, štětec. Veřejnost měla možnost si vyzkoušet, jak je těžké malovat ústy, chodit se zavázanýma očima, nebo v místě, kde není bezbariérový přístup, překonat nízký obrubník na vozíčku. A zdravotně postižení ukazovali, jak odezírání ze rtů, chůze o holi, malování ústy a překonávání nižších obrubníků, není pro ně velkou překážkou.

Dále si myslím, že je důležité podporovat lidi, kteří handicapovaným lidem pomáhají se záměrem, aby se co nejvíce osamostatnili, aby zvládli za jejich podpory, co nejvíce organizačních úkonů. Znáám člověka na vozíku, který organizačně po telefonické domluvě zařídí všechno, jen občas potřebuje někoho, kdo mu pomůže všechno dopravit na jedno místo a udělat z toho výbornou a úspěšnou akci, jako je např. sbírka hraček.

Pokud v sobě překonáme předsudky a stud, můžeme se zdravotně postiženými komunikovat a následně si mnohé věci uvědomit. Pochopíme, co je trápí a jak na mnohé situace reagovat. Sama jsem měla problém s tím, když jsem se měla sejít s neslyšícími, především jsem se obávala komunikace. Ale po setkání s nimi, jsem si připadala jako bych navštívila cizí zemi, kde jsem byla donucena mluvit různým způsobem.

Je snadné se zdravotně postiženým jedincům vyhýbat, ale tím se zdraví lidé ochuzují o názory a o mnohá přátelství s handicapovanými. Vždyť i oni mají srdce a chtějí patřit mezi majoritní většinu bez vysílajících signálů „Pozor, on je jiný“.

5 Seznam použitých zdrojů

Seznam literatury

FISCHER, Slavomil, ŠKODA, Jiří. *Speciální pedagogika*. 1. Vydání. Praha: Triton, 2008. 205 s. ISBN 978-80-7387-014-0.

JESENSKÝ, Ján. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. 1. Vydání. Praha: Karolinum, 1995. 159 s. ISBN 80-7066-941-1.

KRAMULOVÁ, Daniela. Vyrůstal jsem s postiženým sourozencem. *Psychologie*, 2009, roč. 15, č. 9, s. 12-14. ISSN 1212-9607.

LANG, Greg, BERBERICHOVÁ, Chris. *Každé dítě potřebuje speciální přístup*. 1. Vydání. Praha: Portál, 1998. 146 s. ISBN 80-7178-144-4.

MATĚJČEK, Zdeněk. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3. Přepřacované vydání. Jinočany: H & H, 2001. 147 s. ISBN 80-86022-92-7.

PEŠATOVÁ, Ilona, TOMICKÁ, Václava. *Úvod do integrativní speciální pedagogiky*. 1. Vydání. Liberec: Technická univerzita v Liberci. Fakulta pedagogická. Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky, 2007. 115 s. ISBN 978-80-7372-268-5.

PEŠATOVÁ, Ilona. *Vybrané kapitoly ze speciální pedagogiky se zaměřením na tyflopédii*, 2. díl. 2. Upravené vydání. Liberec: Technická univerzita v Liberci. Fakulta pedagogická. Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky, 2005. 76 s. ISBN 80-7372-004-3.

PETRÁČKOVÁ, Věra, et al. *Akademický slovník cizích slov*. 1. Vydání. Praha: Academia, 1998. 834 s. ISBN 80-200-0982-5.

SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. 1. Vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 160 s. ISBN 978-80-247-1733-3.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. Vydání. Praha: Portál, 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3.

VÁGNEROVÁ, Marie, HADJ-MOUSSOVÁ, Zuzana, ŠTECH, Stanislav. *Psychologie handicapu*. 1. Vydání. Praha: Karolinum, 2001. 230 s. ISBN 80-7184-929-4.

VALENTA, Milan, a kolektiv. *Přehled speciální pedagogiky a školská integrace*. 1. Vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2003. 322 s. ISBN 80-244-0698-5.

VALENTA, Milan, MÜLLER, Oldřich. *Psychopedie*. 1. Vydání. Praha: Parta, 2003. 443 s. ISBN 80-7320-039-2.

VANČURA, Jan. *Zkušenost rodičů dětí s mentálním postižením*. 1. Vydání. Brno: Společnost pro odbornou literaturu – Barrister & Principal, 2007. 151 s. ISBN 978-80-87029-14-5.

VOJTKO, Tibor. *Postižený člověk v dějinách II*. 1. Vydání. Hradec Králové: Gaudeamus, 2007. 106 s. ISBN 978-80-7041-081-3.

Internetové zdroje

Historie JÚŠ jako celku. [online]. Vystaveno 31.12.2008 [cit. 2009-04-11]. Dostupné z WWW: <http://www.jus.cz/parse_url.php?url=/historie-JUS-jako-celku>

Komunikace. [online]. [cit. 2009-05-14]. Dostupné z WWW: <<http://www.lorm.cz/download/HMN/obsahCD/komunikace.html>>

Obecně o znakovém jazyce. [online]. Vystaveno 22.11.2008 [cit. 2009-05-10]. Dostupné z WWW: <<http://ruce.cz/znakovy-jazyk>>

Osobní asistent a asistent pedagoga. [online]. Vystaveno 08.04.2009 [cit. 2009-07-13]. Dostupné z WWW: <<http://www.ojarovi.estranky.cz/clanky/info/osobni-asistent-a-asistent-pedagoga>>

Průvodce světem povolání. [online]. [cit. 2009-06-21]. Dostupné z WWW: <<http://www.occupationsguide.cz/cz/main/m.aspx>>

SÝKOROVÁ, Zita. *Komplexní podpora vysokoškolských studentů s handicapem*. [online]. Vystaveno 2002. [cit. 2009-06-14]. Dostupné z WWW: <<http://www.ped.muni.cz/wsedu/mu/komplpodp/centrpodpory.htm>>

Vyhláška č. 127/1997 Sb., o speciálních školách a speciálních mateřských školách. [online]. [cit. 2009-07-09]. Dostupné z WWW: <<http://search.centrum.cz/index.php?charset=utf-8&q=vyh%C3%A1%C5%A1ka+%C4%8D.+127%2F1997&kibitz=0&mt=2&mts=1&sec=mix&source=hp7>>

Vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. [online]. [cit. 2009-06-11]. Dostupné z WWW: <<http://www.msmt.cz/dokumenty/vyhlasaka-c-73-2005-sb-1>>

Zákon č. 49/2009 Sb., kterým se mění zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů. [online]. [cit. 2009-07-23]. Dostupné z WWW: <<http://www.msmt.cz/dokumenty/zakon-c-49-2009-sb-kterym-se-meni-zakon-c-561-2004-sb>>

Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti [online]. [cit. 2009-06-11]. Dostupné z WWW: <http://www.cszt.cz/96/96_2004_znenie.htm>

Zdroje obrázků

Jan Ámos Komenský. [online]. [cit. 2009-06-20]. Dostupné z WWW: <<http://www.quido.cz/osobnosti/komensky.htm>>

Karel Slavoj Amerling. [online]. [cit. 2009-06-20]. Dostupné z WWW: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Karel_Slavoj_Amerling>

Nadace Jedličkova ústavu. [online]. [cit. 2009-06-20]. Dostupné z WWW: <<http://www.nadaceju.cz/stranka/rudolfjedlicka>>

Ruce. [online]. [cit. 2009-06-20]. Dostupné z WWW: <<http://ruce.cz/clanky/628/4>>

Komunikace. [online]. [cit. 2009-05-01]. Dostupné z WWW: <<http://www.lorm.cz/download/HMN/obsahCD/komunikace.html>>

6 Seznam příloh

Příloha č. 1 – Obrázky

Obrázek č. 1 - Jan Ámos Komenský

Obrázek č. 2 - Jitka Haunerová

Obrázek č. 3 - Karel Slavoj Amerling

Obrázek č. 4 - Prof. Mudr. Rudolf Jedlička

Obrázek č. 5 - Makaton - znaky

Obrázek č. 6 – Makaton - symboly

Obrázek č. 7 - Znak do řeči

Obrázek č. 8 - Prstová abeceda pro jednu ruku

Obrázek č. 9 - Prstová abeceda pro dvě ruce

Obrázek č. 10 - Pichtův psací stroj

Příloha č. 2 - Braillovo písmo

Příloha č. 3 - Jak komunikovat s hluchoslepou osobou

Příloha č. 4 - Lormova abeceda

Příloha č. 5 – Dotazník

Příloha č. 6 – Životy zdravotně postižených

Příloha č. 1 – Obrázky

Obrázek č. 1 - Jan Ámos Komenský



(<<http://www.quido.cz/osobnosti/komensky.htm>>)

Obrázek č. 2 - Jitka Haunerová



(<<http://ruce.cz/clanky/628/4>>)

Obrázek č. 3 - Karel Slavoj Amerling



(http://cs.wikipedia.org/wiki/Karel_Slavoj_Amerling)

Obrázek č. 4 - Prof. Mudr. Rudolf Jedlička



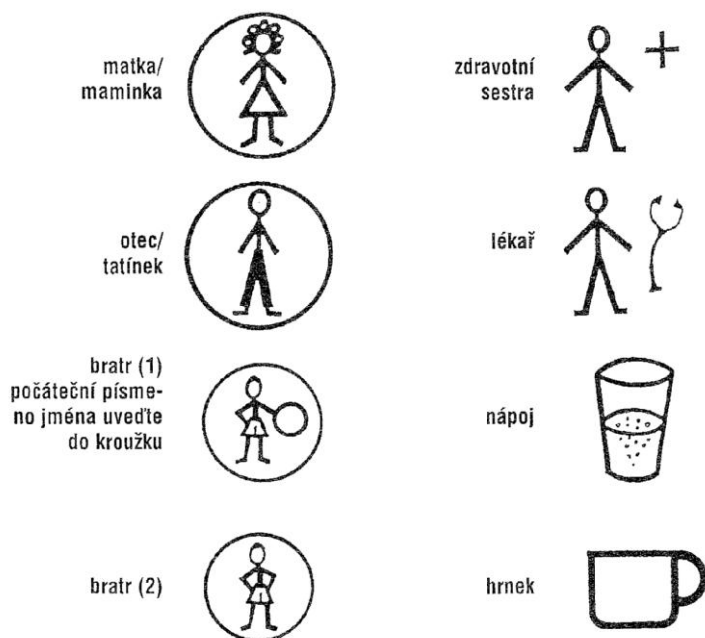
(<http://www.upmd.cz/rudolf-jedlicka/galerie.html>)

Obrázek č. 5 - Makaton - znaky



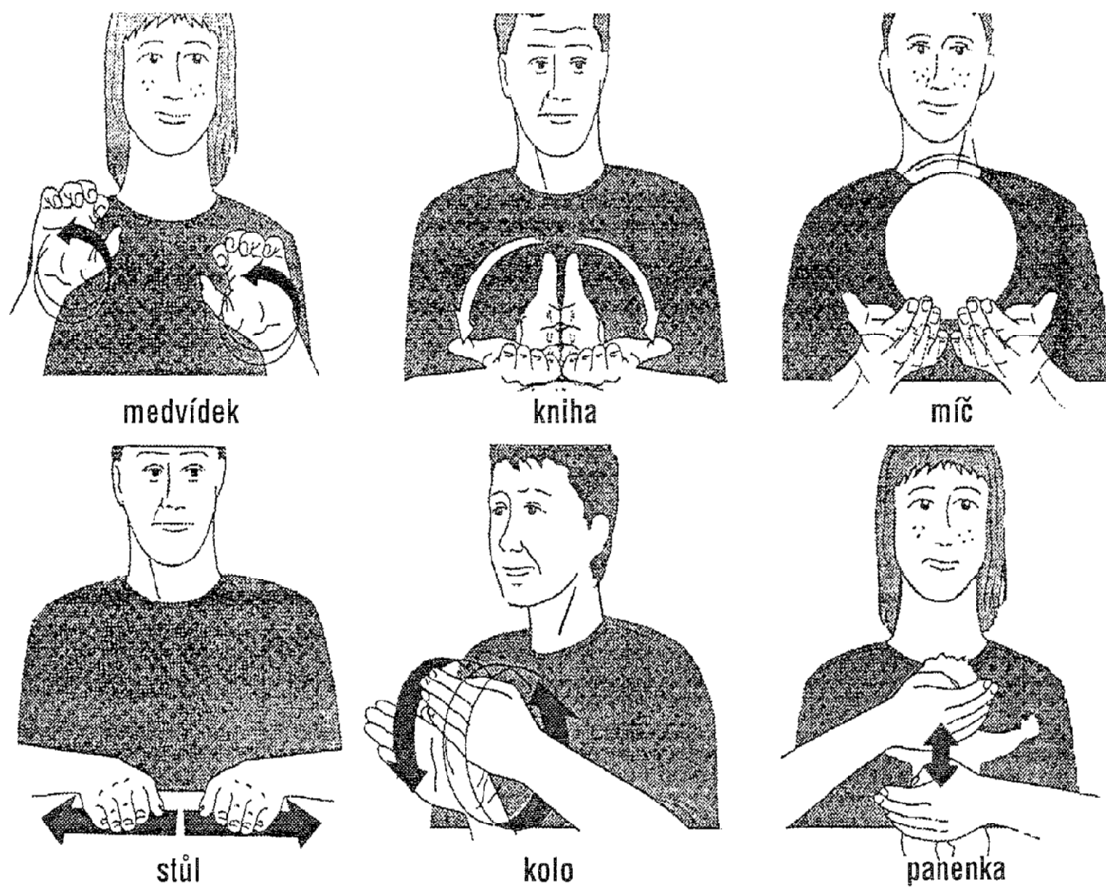
(Valenta, Müller, 2003, s. 181)

Obrázek č. 6 - Makaton - symboly



(Valenta, Müller, 2003, s. 182)

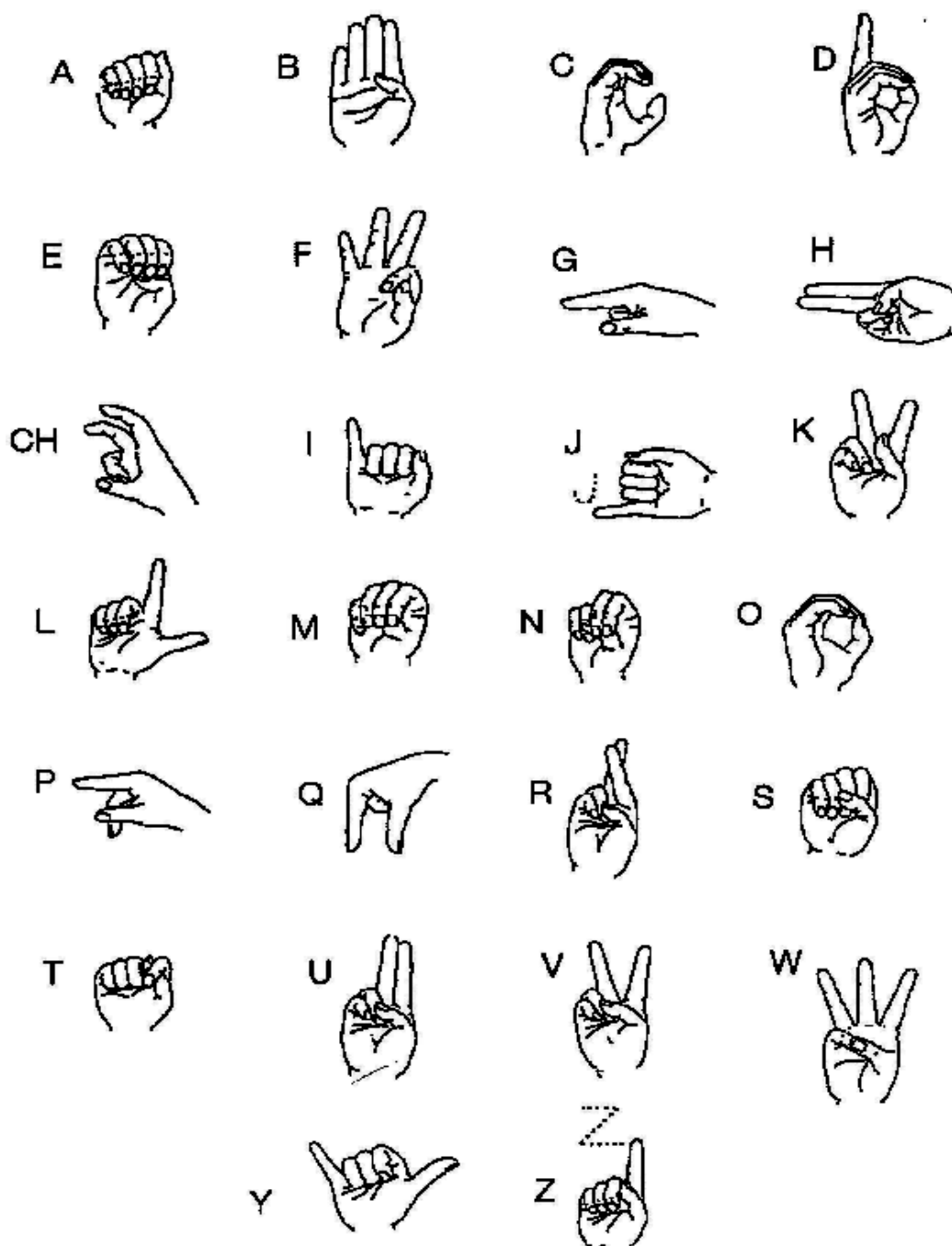
Obrázek č. 7 - Znak do řeči



(Valenta, Müller, 2003, 183 s.)

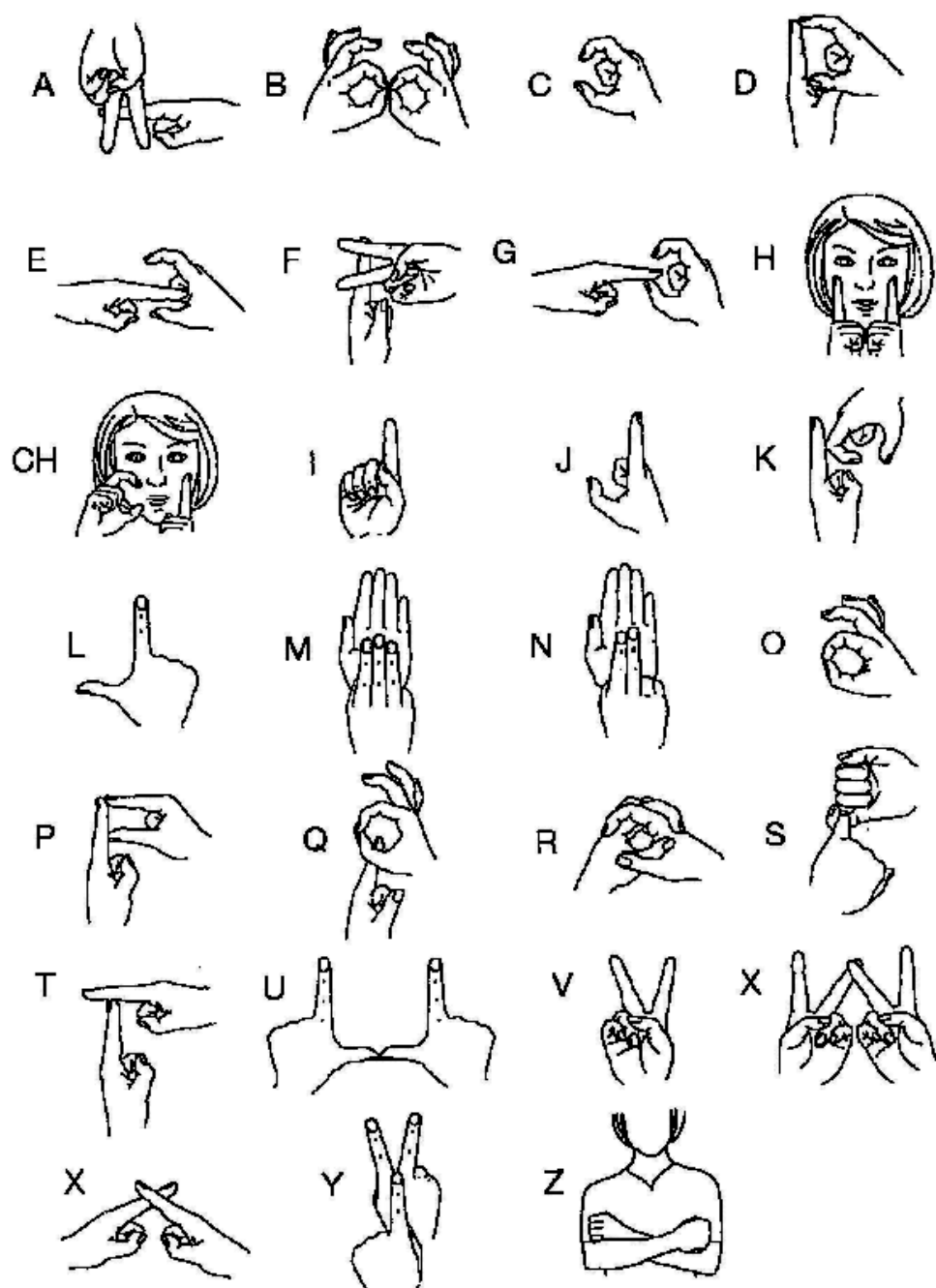
Obrázek č. 8 - Prstová abeceda pro jednu ruku

Prstová abeceda pro jednu ruku



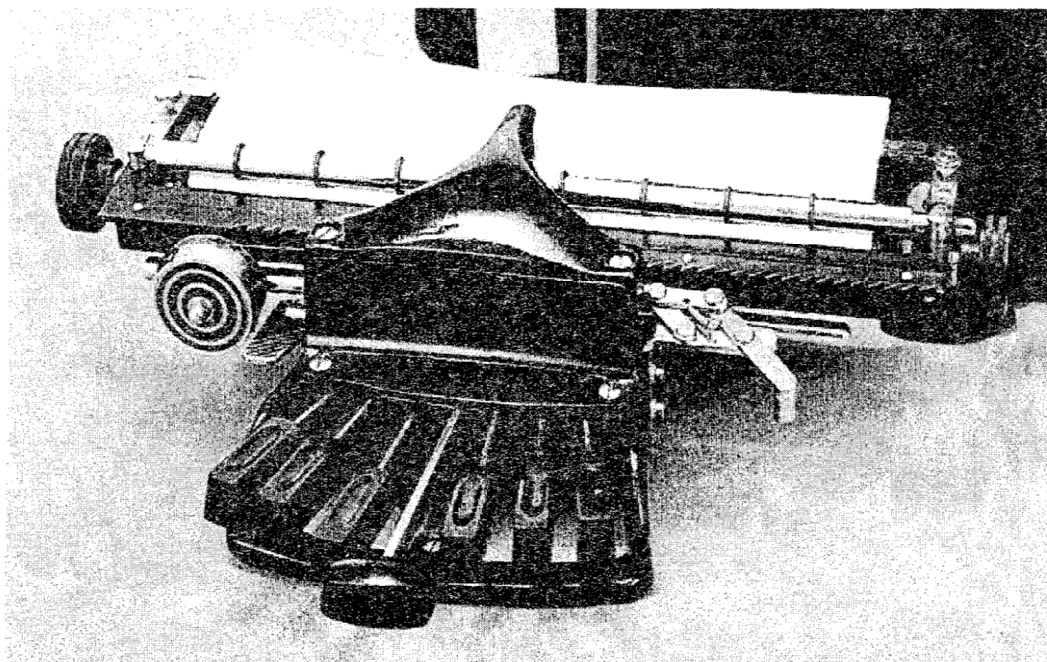
Obrázek č. 9 - Prstová abeceda pro dvě ruce

Prstová abeceda pro dvě ruce



(<<http://www.lorm.cz/download/HMN/obsahCD/komunikace.html>>)

Obrázek č. 10 - Pichtův psací stroj



(Pešatová, 2005, s. 39)

Příloha č. 2 - Braillovo písmo

Od počátku existovaly pro osoby se zrakovou vadou dva typy slepeckého písma. Písmo reliéfní převážně s latinkou, které umožňovalo čtení také vidomým a písma speciální, tedy bodová, která byla pro čtení pomocí hmatu zcela jistě výhodnější. Velký zlom nastal zejména v 19. století. Pro usnadnění komunikace a zdokonalení četby nevidomých vytvořil francouzský nevidomý student Louis Braille slepecké bodové písmo - tzv. Braillovo písmo. Braillovo písmo využívá hmatovou techniku k zobrazení písmen abecedy ustálenými dotyky na dvou prstech jedné ruky nebo více prstech obou rukou s využitím kódového systému Braillova písma.

Toto písmo se obtížněji učí osoby, které ztratily zrak v pozdějším věku. Problémem bývá také nedostatečná citlivost v konečcích prstů v důsledku diabetes mellitus (cukrovka) (Komunikace, 2009).

Braillova abeceda

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
●○	○●	●●	○●	○●	○●	○●	○●	○●	○●
○●	○●	○●	○●	○●	○●	○●	○●	○●	○●
○●	○●	○●	○●	○●	○●	○●	○●	○●	○●
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
●○	○●	●●	○●	○●	○●	○●	○●	○●	○●
○●	○●	○●	○●	○●	○●	○●	○●	○●	○●
○●	○●	○●	○●	○●	○●	○●	○●	○●	○●
K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T
●○	○●	●●	○●	○●	○●	○●	○●	○●	○●
○●	○●	○●	○●	○●	○●	○●	○●	○●	○●
○●	○●	○●	○●	○●	○●	○●	○●	○●	○●
U	V	X	Y	Z	Ý		W	Ž	Ú
●○	○●	●●	○●	○●	○●	○●	○●	○●	○●
○●	○●	○●	○●	○●	○●	○●	○●	○●	○●
○●	○●	○●	○●	○●	○●	○●	○●	○●	○●
Á	Ě	Č	Ď	Š	Ň	/	Ť	Ó	Ř
○●	○●	○●	○●	○●	○●	○●	○●	○●	○●
○●	○●	○●	○●	○●	○●	○●	○●	○●	○●
○●	○●	○●	○●	○●	○●	○●	○●	○●	○●
Í	É	Ú	,	-	'	VELKÉ PÍSMENO	MALÉ PÍSMENO	ČÍSELNÝ ZNAK	ŘETĚZEC VELKÝCH PÍSMEN
○●	○●	○●	○●	○●	○●	○●	○●	○●	○●
○●	○●	○●	○●	○●	○●	○●	○●	○●	○●
○●	○●	○●	○●	○●	○●	○●	○●	○●	○●
.	;	:	+	?	!	"	(	*	)

(Vágnerová, 2004, s. 208)

Příloha č. 3 - Jak komunikovat s hluchoslepou osobou

„Přesná pravidla pro kontakt a komunikaci s hluchoslepou osobou nejsou daná. Záleží především na rozsahu postižení každého hluchoslepeho jedince, na jeho schopnostech, aktuálním zdravotním stavu a ochotě pomoci intaktní veřejnosti. Níže uvedená vymezení jsou tedy pouze obecná doporučení.

První kontakt s hluchoslepou osobou

- 1. Osoby s hluchoslepotou mají různé povahové rysy, přednosti a nedostatky jako každý jiný bez postižení.*
- 2. Při setkání s hluchoslepým se vyvarujte silných projevů soucitu nebo naopak poznámek, které osobu podceňují nebo zpochybňují její schopnosti.*
- 3. V úvodu kontaktu hluchoslepou osobu vždy upozorněte na svoji přítomnost.*
- 4. Kdykoliv vstoupíte do místnosti, ve které se hluchoslepá osoba nachází, představte se.*
- 5. K hluchoslepému nepřistupujte náhle a zbrkle, aby se nevylekal.*
- 6. Během oslovení se jemně dotkněte jeho paže nebo ho oslovte jménem, aby hluchoslepý věděl, že pozdrav patří jemu.*
- 7. V komunikaci s hluchoslepou osobou buďte trpěliví a pamatujte na ztíženou možnost kompenzace jednoho smyslu druhým.*
- 8. Při konverzaci se nebojte používat slova typu vidět, dívat se, prohlédnout si, číst si. Hluchoslepe osoby je běžně používají.*
- 9. Při odchodu nezapomeňte upozornit hluchoslepeho, že místnost opouštíte (Komunikace, 2009).*

Komunikace s hluchoslepou osobou

- 1. Při komunikaci dbejte vždy na co nejtišší a nejméně hlučné prostředí. Vyloučí se tak rušivé vlivy a případná nedorozumění.*
- 2. Než začnete hovořit, upozorněte hluchoslepeho na svoji přítomnost dotykem na paži nebo oslovením.*

3. *Hovořte vždy čelem k hluchoslepému, není vhodné se během hovoru vzdalovat ani se otáčet.*
4. *Jestliže slyší hluchoslepá osoba pouze na jedno ucho, mluvte z té strany, kde je sluch zachován.*
5. *Během konverzace dbejte vždy na správné osvětlení místa, kde dochází ke kontaktu s postiženým. Stůjte výhradně čelem ke zdroji světla (okno, lampa), hluchoslepý nebude oslněn přímým světlem.*
6. *V úvodu konverzace se s hluchoslepým dohodněte na způsobu komunikace, začněte pomalou mluvou.*
7. *Používá-li hluchoslepá osoba ke komunikaci mluvené slovo, hovořte vždy s přirozenou intonací, neslabikujte. Vyslovujte pomalu a zřetelně, nezvyšujte hlas.*
8. *Nelze-li se porozumět s hluchoslepým verbálně, pokuste se najít jiný způsob komunikace (písemná forma, abecedy do dlaně apod.), který zvládáte vy i hluchoslepý.*
9. *Mějte na paměti, že hluchoslepá osoba s vrozenou hluchotou může mít nedostatečnou slovní zásobu. Při písemné komunikaci pište jednoduché krátké věty, případně výstižná slova v 1. pádě.*
10. *Při konverzaci se vyhýbejte cizím slovům, složitým výrazům či ironii.*
11. *Účastní-li se vaší konverzace průvodce hluchoslepého nebo jeho rodinný příslušník, jedněte i přesto s hluchoslepou osobou.*
12. *Pro komunikaci s hluchoslepým je vhodné používat výraznou mimiku a gesta rukou.*
13. *Při verbální komunikaci byste neměli jíst, pít, žvýkat, podpírat si bradu či dávat ruce před ústa.*
14. *Nerozumíte-li sdělení hluchoslepé osoby, požádejte o zpomalení nebo zopakování.*
15. *Při konverzaci ve skupině je třeba sdělit hluchoslepému téma rozhovoru a průběžně ho informovat.*
16. *Během komunikace je důležitá zpětná vazba. Chcete-li vědět, zda vám hluchoslepá osoba dostatečně porozuměla, neptejte se, zda vám rozumí, ale co vám rozumí“ (Komunikace, 2009).*

Příloha č. 4 - Lormova abeceda

Lormova abeceda - jeden ze základních komunikačních systémů. Ke komunikaci se využívá dlaňová strana libovolné ruky. Mluví vyznačuje prsty jednotlivá písmena do dlaně a na prsty ruky příjemce dle následujícího schématu:

- **A** – bod na špičce palce
- **B** – čára po ukazováčku od špičky prstu k dlani
- **C** – bod na zápěstí
- **D** – čára po prostředníčku od špičky prstu k dlani
- **E** – bod na špičce ukazováčku
- **F** – současné stisknutí špiček ukazováčku a prostředníčku ze strany
- **G** – čára po prsteníčku od špičky prstu k dlani
- **H** – čára po malíčku od špičky prstu k dlani
- **CH** – současné stisknutí špiček prsteníčku a malíčku ze strany
- **I** – bod na špičce prostředníčku
- **J** – stisk špičky prostředníčku ze strany
- **K** – bod čtyř špiček prstů do dlaně
- **L** – čára po prostředníčku od špičky prstu přes dlaň k zápěstí
- **M** – bod pod malíčkem
- **N** – bod pod ukazováčkem
- **O** – bod na špičce prsteníčku
- **P** – čára po vnější straně ukazováčku od dlaně ke špičce ukazováčku
- **Q** – čára po vnější straně malíčku od dlaně ke špičce malíčku
- **R** – postupné pokládání ukazováčku, prostředníčku a prsteníčku do dlaně
- **S** – ukazováčkem kruh na dlani
- **T** – čára po palci od špičky prstu k dlani
- **U** – bod na špičce malíčku
- **V** – bod pod palcem
- **W** – dvakrát bod pod palcem
- **X** – čára podél zápěstí zleva doprava
- **Y** – čára pod prsty směrem od ukazováčku k malíčku
- **Ý** – čára pod prsty směrem od ukazováčku k malíčku a pokračovat po vnější straně malíčku směrem ke špičce malíčku
- **Z** – šikmá čára přes dlaň od palce k malíčku

Dlouhé samohlásky – krátká čára na špičce prstu pro příslušnou samohlásku směrem nahoru

Háček nad písmeny – bod mezi palcem a ukazováčkem před příslušnou hláskou

Číslo – lze vyjádřit dvěma způsoby:

1. arabské číslice napsat obrysově do dlaně; označení tisíc, milión, miliarda zkratkou (tis., mil., mld.)

2. použít značení jako v Braillově písmu: 1=A, 2=B, 3=C, 4=D, 5=E, 6=F, 7=G, 8=H, 9=I, 0=J, před číslicí použít čáru obráceného „L“ (dlouhá čára od zápěstí směrem ke špičce prostředníku)

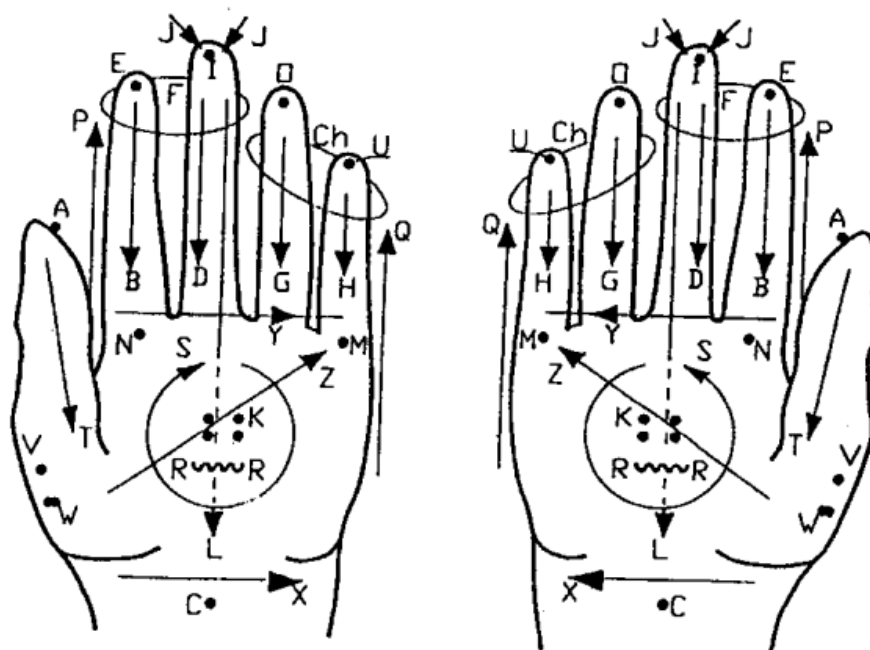
„Nerozumím“ – zavřít dlaň

Upozornění na omyl – lehké klepnutí do dlaně

Mezera mezi slovy – plochou ruky přejet jedenkrát po dlani

Otázka – na konci věty ukazováčkem do dlaně obrys otazníku

Konec věty – plochou ruky přejet dvakrát po dlani (Komunikace, 2009)



(<http://www.lorm.cz/download/HMN/obsahCD/komunikace.html>)

Příloha č. 5 - Dotazník

Dotazník

Dobrý den,

obracím se na Vás s prosbou o anonymní vyplnění dotazníku, který slouží k mému šetření bakalářské práce na téma Zdravotně postižení, kterou zpracovávám k závěrečnému ukončení na Technické univerzitě v Liberci.

Dotazník zahrnuje dvě části. První část obsahuje osobní údaje respondenta, které jsou pro zpracování nezbytné. Druhá část je složena z 12 otázek, kde **prosím o vybrání vždy jedné odpovědi a její zakroužkování**. Dotazníky budou po zpracování znehodnoceny.

Děkuji Vám za spolupráci Veronika Zichová.

Jste: a) Muž
b) Žena

Věk: a) 18-30
b) 31- 50
c) 51 a více

Vaše nejvyšší dosažené vzdělání: a) základní vzdělání, vyučen
b) střední škola s maturitou
c) vyšší odborné vzdělání, vysokoškolské vzdělání

1. Víte, co znamená pojem **handicap**?

- a) odlišení od společnosti
- b) znevýhodnění v činnosti
- c) zařazení do společnosti

2. Má podle Vás zdravotně postižený člověk **mít stejná práva** jako nepostižený (právo na vzdělání, na ochranu zdraví, na příznivé životní prostředí...)?

- a) ano, zcela určitě
- b) rozhodně ne
- c) nevím

3. Myslíte si, že dnešní společnost pomáhá dostatečně, aby zdravotně postižení **neměli** pocit diskriminace (oblast komunikace, bezbariérové přístupy, úroveň péče, služeb)?

- a) dnešní společnost dělá mnoho pro zdravotně postižené a úroveň poskytované péče (služeb) je výborná
- b) je vidět pokrok, ale výsledek není zcela uspokojivý
- c) kdyby to záleželo na mně, tak bych pro zdravotně postižené nic nedělal/a

4. Myslíte si, že je dobré, že **existují dobrovolníci a organizace**, které zdravotně postiženým pomáhají?

- a) určitě ano
- b) ne, nám taky nikdo nepomáhá
- c) nevím

5. Udělal/a jste někdy **Vy sám/ sama** něco pro zdravotně postižené? (např. pořádání sbírky,

příspěvek na nadaci pro tyto lidi, psychická podpora, převedení přes přechod...)

- a) pomohl/a jsem a dle možnosti znovu rád/a pomohu
- b) neměl/a jsem tu možnost, ale určitě rád/ráda pomohu
- c) nikdy jsem nepomohl/a a nepomohu

6. Máte ve svém blízkém okolí někoho, kdo je zdravotně postižený (rodina, přátelé)?

- a) ano
- b) ne

7. Je-li zjištěno zdravotní postižení **již před narozením** dítěte, domnívám se, že:

- a) by matka měla ve všech případech podstoupit umělé přerušování těhotenství
- b) pokud si rodina myslí, že to zvládne ze všech hledisek (ekonomického, psychického), pak nevidím

žádný problém

- c) dítě by se mělo narodit za každou cenu, protože na život má právo každý
- d) jiný názor

napište.....

8. Patří podle Vás **všichni zdravotně postižení do domovů pro osoby se zdravotním postižením**, kam jsou odloženi svojí rodinou k **celoročnímu pobytu**?

- a) rozhodně ne, měli by všichni zdravotně postižení zůstat v domácí péči své rodiny
- b) dle druhu postižení a situace rodiny
- c) ano, patří

9. Souhlasíte s tím, že jsou zdravotně postižení zaměstnávání?

- a) ano, mají na to stejné právo jako všichni ostatní
- b) ne, berou práci zdravým lidem
- c) nevím

10. Jak se Vám líbí výsledky práce zdravotně postižených? (keramické či dřevěné výrobky, různá vystoupení...)

- a) jejich díla uznávám, sám/sama bych je nikdy nezvládl/a lépe
- b) vystoupení ani výrobky zdravotně postižených se mi nelíbí
- c) nevím, nikdy jsem jejich výsledky práce neviděl/a
- d) činnost zdravotně postižených mě nezajímá

11. Souhlasíte se začleňováním **tělesně postižených jedinců a jedinců s lehkou mentální retardací** do základních škol?

- a) ano, pokud se jedná **pouze** o tělesně postiženého jedince a popřípadě má svého osobního asistenta
- b) ano, pokud se jedná **pouze** o jedince s lehkou mentální retardací a popřípadě má svého osobního asistenta
- c) ano, souhlasím se začleňováním tělesně postižených jedinců i jedinců s lehkou mentální retardací do základních škol
- d) nesouhlasím se začleňováním tělesně postižených jedinců i jedinců s lehkou mentální retardací do základních škol
- e) nevím

12. Kontakt se zdravotně postiženými mi:

a) nevadí

b) vadí

c) nevím, se zdravotně postiženým jsem neměl/a možnost se setkat

Příloha č. 6 - Životy zdravotně postižených

Michal

Informace sepisovala matka.

Mému synovi je 30 let. Těhotenství probíhalo bez problémů, ale bohužel komplikace nastaly při porodu, kdy syn měl okolo krku omotanou pupeční šňůru, a došlo k uzávěru přísunu kyslíku do mozku. Obávali jsme se následků, které se po čase projevíly lehkou mentální retardací a opožděným vývojem motoriky. Spolu jsme pobývali střídavě v rehabilitačních ústavech, kde nám velmi pomohli natolik, že můj syn chodí o holi. Jako matka jsem doma velmi dbala na pravidelné cvičení, aby se zdravotní stav mého syna nezhoršil. Michal navštěvoval speciální školu a nyní pracuje u mé sestry v zahradnictví, kde jí pomáhá.

Luboš

Je mi 28 let. Jsem neslyšící od svých pěti let. Nikdo přesně neví příčinu mé hluchoty. Základní školu jsem zvládl s problémy, které se objevovaly především v kolektivu. Umím odezírat, ale musel jsem také nosit naslouchadla a to mně hodně vadilo. Děti se mi směly.

Vyučil jsem se truhlářem v Hradci Králové, kde byli jen neslyšící, a této profesi se věnuji. Mojí životní náplní je sport. Především hraji fotbal se slyšícími za Herálec. Žádný sport pro mě není překážkou.

V budoucnu bych se chtěl osamostatnit a najít si byt. Ve volných chvílích učím znakovou řeč. S lidmi se dorozumím, neboť umím odezírat a mluvit, ale přesto se potýkám s komunikačními překážkami, kdy lidé nerozumí velmi často mně, neboť řeč není úplně dokonalá, a tak při řešení důležitých věcí potřebuji pomoc blízkých.

Karolína

Je mi 25 let. Od 15 let jsem ochrnutá na dolní končetiny po autonehodě. Mnoho času jsem strávila po nemocnicích a rehabilitačních ústavech. Chtěla jsem studovat střední zdravotnickou školu, ale z bezbariérových důvodů to nešlo a navíc toto povolání vykonávat z vozíku nejde. Nakonec jsem vystudovala střední obchodní akademii v Praze,

kde jsem mohla bydlet u své babičky. Dále už jsem nechtěla pokračovat ve studiích. Nyní jsem zaměstnaná v Jihlavě v jedné firmě, kde pracuji na počítači.

Velice ráda čtu a poslouchám muziku. Velmi mi pomáhá moje rodina.

