

Technická univerzita v Liberci

FAKULTA PEDAGOGICKÁ

ZÁVĚREČNÁ PRÁCE

Liberec 2000

Dana Zajptová

Technická univerzita v Liberci
FAKULTA PEDAGOGICKÁ

461 17 Liberec 1, Hálkova 6 Tel. : 42.48.5227111 Fax : 42.48.5227332

Katedra: Pedagogiky a psychologie – oddělení sociálních studií
Obor: Sociální pedagog

ZADÁNÍ ZÁVĚREČNÉ PRÁCE

Kandidát: Dana ZAJPTOVÁ
Adresa: Nad Sokolovnou 616
463 12 Liberec 25
Obor: sociální pedagog

Název ZP:

HANDICAP, RODINA A SPOLEČNOST

Vedoucí práce: MUDr. Eva PÝCHOVÁ
Konzultant:

Počet:

Stran	Obrázků	Tabulek	Příloh
51	16	16	6

V Liberci dne 31. března 2000

TU v Liberci, FAKULTA PEDAGOGICKÁ

461 17 LIBEREC 1, Hálkova 6

Tel.: 048/535 2515

Fax: 048/535 2332

Katedra: pedagogiky a psychologie - oddělení sociálních studií

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(pro bakalářský studijní program)

pro (kandidát) Dana ZAJPTOVÁ
adresa: Nad Sokolovnou 616, 463 12 Liberec 25
obor (kombinace): sociální pedagog
Název BP: Handicap, rodina a společnost

Název BP v angličtině: The Handicap, Family and People

Vedoucí práce: MUDr. Eva Pýchová

Konzultant:

Termín odevzdání: 31. 3. 2000

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

V Liberci dne 11. 12. 1998

.....
děkan

.....
vedoucí katedry

Převzal (kandidát): JANA ZAJPTOVÁ

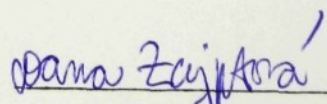
Datum: 20. 12. 1998

Podpis: Zajptova

KPP/SPED
50 s., 11 s. příl.

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci na téma "Handicap, rodina a společnost" vypracovala samostatně a vyznačila jsem v ní obvyklým způsobem všechny prameny, které jsem ve své práci použila.

V Liberci dne 15. března 2000


Dana Zajtová

Dana Zajtová

Abstract

Práce "HANDICAP, RODINA A SPOLEČNOST" se zabývá problematikou soužití a vyrovnání se s postižením, nemocí či vrozenou vadou v rodině. Přijímá těchto lidí blízkým okolím a společností, ve které žijeme.

Der Inhalt

Die Arbeit "Handicap, Familie und Gesellschaft" beschäftigt sich mit der Problematik des Zusammenlebens und dem Ausgleich mit der Behinderung, mit der Krankheit oder dem Geburtsfehler in der Familie. Sie beschäftigt sich damit, wie diese Leute in ihrer nahen Umgebung und von der Gesellschaft, in der wir wohnen, akzeptiert werden.

Annotation

The Work "Handicap, Family and Society" deals with a problem of coexistence and coping with handicap, illness or an inborn defect in a family. Integration of these people by a vicinity and by society we live in.

Děkuji vedoucí závěrečné práce MUDr. Evě Pýchové za odborné vedení a cenné podněty v průběhu zpracování. Poděkování patří zároveň Bc. Petru Prchalovi za pomoc při zpracování závěrečné práce. Dále děkuji své rodině, zejména manželovi za projevenou shovívavost a trpělivost po celou dobu mého studia.

Dana Zajptová

Anotace

Práce "HANDICAP, RODINA A SPOLEČNOST" se zabývá problematikou soužití a vyrovnání se s postižením, nemocí či vrozenou vadou v rodině. Přijetím těchto lidí blízkým okolím a společností, ve které žijeme.

Der Notiz

Die Arbeit "Handicap, Familie und Gesellschaft" beschäftigt sich mit der Problematik des Zusammenlebens und dem Ausgleich mit der Behinderung, mit der Krankheit oder dem Geburtsfehler in der Familie. Sie beschäftigt sich damit, wie diese Leute in ihrer nahen Umgebung und von der Gesellschaft, in der wir wohnen, akzeptiert werden.

Annotation

The Work "Handicap, Family and Society " deals with a problem of coexistence and compose with handicap, illness or an inborn defect in a family. Integration of these people by a vicinity and by society we live in.

1. Úvod	1
2. Teoretická část	3
2. 1. Handicap	3
2. 1. 1. Historie handicapu	3
2. 1. 2. Postoje společnosti k handicapu	4
2. 1. 3. Sociální role a reakce postiženého na společnost	5
2. 1. 4. Odlišnost reakce člověka s vrozeným či získaným postižením	6
2. 2. Rodina	6
2. 2. 1. Rodina a postižení od narození	7
2. 2. 2. Rodina a postižení získané později	8
2. 3. Osobnost	9
2. 3. 1. Vývoj osobnosti	9
2. 3. 2. Odlišnosti vývoje osobnosti	10
2. 3. 3. Osobnost a vyrovnání se s postižením	10
2. 4. Společnost a její pomoc či opatření pro postižené	12
2. 4. 1. Výchova veřejnosti	12
2. 4. 2. Léčebná péče	13
2. 4. 3. Rehabilitace	13
2. 4. 4. Služby	13
2. 4. 4. 1. Technické pomůcky a prostředky zdravotnické techniky	14
2. 4. 4. 2. Osobní asistence	14
2. 4. 4. 3. Pečovatelská služba a domácí ošetřovatelská služba	14
2. 4. 4. 4. Služby chráněného bydlení	15
2. 4. 4. 5. Respitní péče	15
2. 4. 4. 6. Ústavní péče	15
2. 4. 5. Odstraňování bariér	15
2. 4. 6. Vzdělávání	16
2. 4. 6. 1. Poradenství	16
2. 4. 6. 2. Školství a příprava na povolání	17
2. 4. 7. Zaměstnání	17
2. 4. 8. Rodinný život a integrita osobnosti	17
2. 4. 9. Kultura	17
2. 4.10. Sport a rekreace	18
2. 4.11. Informace	18
2. 4.12. Legislativa	18
2. 4.13. Organizace osob se zdravotním postižením	18
2. 4.14. Školení pracovníků	19
3. Praktická část	20
3. 1. Cíle práce a výzkumu	20
3. 2. Hypotézy	20
3. 3. Výzkum	21
3. 3. 1. Metoda	21
3. 3. 2. Rozhovor	21
3. 3. 2. 1. Rozhovor s Tomášem	23
3. 3. 2. 2. Rozhovor s manželským párem M.F. a J.F.	25
3. 3. 3. Dotazník	26

3. 3. 4. Vzorek	28
3. 3. 5. Okruh otázek	30
3. 3. 5. 1. Pohlaví a věkové složení	30
3. 3. 5. 2. Příčina a okolnosti postižení	31
3. 3. 5. 3. Vzdělání a zaměstnání	33
3. 3. 5. 3. 1. Vzdělání	33
3. 3. 5. 3. 2. Zaměstnání	34
3. 3. 5. 4. Vztahy v rodině	35
3. 3. 5. 5. Pracovní zařazení a vztahy v zaměstnání	36
3. 3. 5. 6. Záliby	37
3. 3. 5. 7. Partner, partnerka a vztahy okolí k nim	37
3. 3. 5. 8. Informovanost	40
3. 3. 5. 9. Pocity	41
3. 3. 5. 10. Názor na postavení postižených v naší společnosti	43
4. Závěrečná část	44
4. 1. Co ukázal výzkum	44
4. 1.1. První hypotéza	44
4. 1.2. Druhá hypotéza	44
4. 1.3. Třetí hypotéza	45
4. 1.4. Čtvrtá hypotéza	45
4. 1.5. Pátá hypotéza	46
4.2. Závěr	47
Seznam odkazů	49
Seznam použité literatury	50
Seznam příloh	51

1. Úvod

" Proč jsem si vybrala toto téma? " Velice jednoduchá a prostá odpověď. V dnešní době se stále více setkáváme s lidmi, kteří trpí novými nemocemi, zraněními, a nebo i postiženími. Je pravda, že současná lékařská věda se dokáže s některými nemocemi vypořádat, ale existuje spousta nemocí, zranění nebo postižení, která jsou pro lékaře současnými zdravotními metodami neléčitelná. Takoví lidé svým postižením trpí a často trpí i jejich okolí. Například každé páté narozené dítě má určitou vrozenou nemoc či vadu. Každý druhý člověk onemocní dnes již běžnou alergií. Není to snad také určitá forma postižení? Podle mého názoru je. A jak je to se sociálním postavením takového člověka ve společnosti? Má společnost takovému člověku pomáhat? Postižený člověk je některými lidmi přehlížen, jinými je brán jako nutné "zlo", jiní se naopak snaží postiženému člověku pomoci a berou jej jako plnohodnotného člověka. Někteří lidé naopak svou nadměrnou pomocí a pozorností handicapovaným spíše uškodí než pomohou. A to je právě dáno neznalostí a nepochopením problému. Postižený člověk ne vždy pomoc od ostatních potřebuje, ale jsou v životě chvíle, kdy se takový člověk bez pomoci neobejde.

Já osobně jsem se setkala s problematikou handicapovaných před 10 lety. V této době jsem se seznámila se svým manželem Tomášem, který je tělesně postižen a je upoután na invalidní vozík. Z každodenní osobní zkušenosti jsem poznala, jak se takový tělesně postižený člověk cítí, kdy potřebuje pomoc, jak se na něho dívá okolí. Tato zkušenost ovlivnila i můj život, neboť jsem musela změnit některé své zvyky i životní styl. Toto bylo ovlivněno mým citovým vztahem k mému manželovi. Setkala jsem se i s tím, že nejen ostatní lidé, ale i vlastní rodina nahlíží na citový vztah mezi zdravým a postiženým jako na něco nenormálního, co do zdravé společnosti nepatří. Tím ubližují nejen handicapovaným osobám, ale i sobě. Bohužel, tyto skupiny lidí dle mého názoru ve společnosti převládají. Prostřednictvím Tomáše jsem měla možnost seznámit se s více postiženými osobami a poznala jsem, že mají svůj osobitý humor, který je pro zdravou populaci nepochopitelný.

Vzhledem ke své zkušenosti jsem uvítala, že byl na Technické univerzitě v Liberci, při bakalářském studiu v oboru sociální pedagog, zařazen předmět psychopatologie. Studium tohoto předmětu jsem poznala i všeobecné problémy handicapovaných osob a uvědomila jsem si, že mé praktické znalosti je třeba doplnit i teoretickými poznatky. Právě při výběru tématu bakalářské práce jsem pochopila, že se mi nabízí jedinečná možnost, jak podrobněji poznat a pochopit problematiku handicapovaných osob. Takto získané poznatky využiji i ve svém dalším životě a pomůže mi to ještě lépe a kvalitněji pomáhat nejen svému manželovi, ale i ostatním handicapovaným osobám. Proto jsem si téma "Handicap, rodina a společnost" zvolila za téma své bakalářské práce.

V závěrečné práci se budu snažit přiblížit problematiku handicapu a zároveň se budu zabývat problematikou vyrovnání se s handicapem, soužitím této osoby v rodině

a postavením této rodiny ve společnosti. Cílem závěrečné práce bylo zjistit na základě odpovědí lidí ve zkoumaném vzorku, jaké jsou názory postižených osob, do jaké míry ovlivňuje postižení vztahy v rodině a v zaměstnání. Dále budu dokazovat, že společnost má značné rezervy v informovanosti o pomoci postiženým, a že postižení si spíše do dalšího života vybírají zdravého partnera než postiženého.

V závěrečné práci byly stanoveny tyto hypotézy:

- a) Postižení má většinou vliv na vztahy v rodině z hlediska pocitu postiženého
- b) Postižení má většinou vliv na pracovní zařazení handicapovaného
- c) Informace o nabízené pomoci mají postižení spíše od osob z blízkého okolí než od jiných osob
- d) Postižení vyhledávají spíše zdravého životního partnera než postiženého
- e) Postižení se většinou cítí ve společnosti normálně

2. Teoretická část

2.1. Handicap

"Handicap" je slovo, které se podle slovníku Petit Robert objevuje v Anglii kolem r. 1827 a pochází z prostředí dostihového sportu. Z angličtiny "hand in cap" - "ruka v klobouku" označuje los, kterým se určuje, které z lehčích, starších či trénovanějších koní ponesou větší zátěž. Pokoušou delší distanci, aby byly podmínky pro všechny stejné a závod spravedlivý.

Mnohem později tento termín v přeneseném slova smyslu vyjadřoval u lidí "zátěž" nějakého onemocnění, tělesné vady či postižení. Hovoří se vlastně o znevýhodnění určitých osob oproti jiným osobám. Tito lidé většinou onemocní, mají tělesné vady či postižení bez vlastního zavinění. Získali je genetickými, vrozenými dispozicemi nebo v průběhu života jako důsledek působení sociálních a sociálně psychologických faktorů.¹⁾

2. 1. 1. Historie handicapu

Od počátku lidské společnosti byli mezi jejími členy jedinci, kteří se odlišovali od ostatních vzhledem, smyslovými či tělesnými vadami, duševním stavem či chorobami. Jednotlivci i celá společnost se vždy nějakým způsobem musela vyrovnávat se svými takto odlišnými členy, tento vztah se však v průběhu dějin proměňoval v závislosti na vývoji společnosti.

Hodnoty a normy dané společnosti vznikají v rámci určité kultury a jako takové jsou samozřejmě podmíněny historicky, tj. úrovní vývoje celé lidské společnosti i konkrétními podmínkami života té které sociální skupiny. Kultura tedy určuje, co je danou společností považováno za žádoucí či nežádoucí, ovlivňuje posuzování jednotlivých jevů i ostatních členů dané společnosti. Je zřejmé, že v průběhu historie a v závislosti na místě vzniku kultury se tyto hodnoty liší. Co je v jedné kultuře považováno za žádoucí, může být v druhé odmítáno nebo být považováno přímo za patologické. Stejně tak v průběhu dějin člověka platila mnohá pravidla a zvyky. Pro nás dnes již neznámá a nepochopitelná pravidla a zvyky jsou pro naši společnost nepřijatelné. Jako příklad můžeme uvést obětování zvířat jako vyjádření náboženského rituálu u starých Slovanů, obětování lidí - zajatců jako vyjádření díků bohům za vítězství v jiných starých kulturách.

Kultura, hodnoty, normy a postoje se často stávají určující součástí individuální psychiky jednotlivce vlivem socializace. Kultura a společnost tedy určuje, co je správné či nesprávné, čili přijatelné, žádoucí, vlastní a zároveň chce tímto chránit jedince před neznámým a nebezpečným světem. Jedinec je samostatně velmi citlivý a ohrožený, vlastní skupina mu zabezpečuje přežití a spokojenost, přináší bezpečí a ochranu

1) Vágnerová, M.: Psychologie handicapu I. TU v Liberci, Liberec 1997, str. 46

jednotlivce i celého společenství. Nutnou podmínkou je však podřízení člověka normám společnosti, ve které žije. Pokud se člověk neřídí těmito normami, je pro společnost nežádoucí a společnost se brání většinou tak, že jedince izoluje.

Každá společnost tedy ve své kultuře stanovuje určitý ideál, který odpovídá jejím potřebám, náboženským a ideovým, případně filosofickým základům té které kultury – z toho pak vyplývají i základní normy toho, co je dobré, co nikoliv, co je přijatelné, žádoucí, normální.²⁾

2. 1. 2. Postoje společnosti k postiženým

Postoje jsou odvozené motivační dispozicí, která má svůj vnitřní i vnější projev. Jeho vnitřní součástí tvoří složka citová a kognitivní, to znamená poznání a celkové hodnocení situace, s jeho významem, který pro člověka má. Jeho vnějším projevem je tendence reagovat na daný podnět určitým, dosti podobným a tudíž predikovatelným způsobem chování. Všechny tři složky, tj. citová, kognitivní a konativní ovšem nemusí být v každém postoji vždy stejně intenzivně vyjádřeny, např. postoj k postiženému dítěti je více emocionální než racionální.

Postoje se vytvořily jako výraz snahy o subjektivně jasnější a jednodušší orientaci ve světě. Může to být ovšem mnohdy orientace značně nepřesná, zejména tehdy, jestliže je více ovládána citovou než rozumovou složkou.

Postoje ovlivňují i lidské chování. Orientovat se lze podle postoje pouze v tom smyslu, pokud můžeme porozumět a předpovědět chování jednotlivce. Ovšem musíme vzít v úvahu pocity a charakter jedince. Jsou lidé, kteří s postiženým soucítí, ale můžete někdy v jejich tvářích spatřit hrůzu či odpor, což je pro dotyčného typické. Trvalejší, obecně převažující postoje činí chování jednotlivce srozumitelnější a předvídatelnějším.

Kognitivní složka postoje k nemocným a postiženým je u laiků obvykle velmi slabá, většina lidí má ve skutečnosti málo adekvátních informací. Lidé často reagují nepřiměřeně na menší postižení, které je na první pohled odpuzující, poněvadž nemají přístup k informacím týkajících se jednotlivých onemocnění. Tento problém byl v minulých letech spíše záležitostí profesionálů a ve vztahu k laické veřejnosti byl tabuizován, nebylo ani příliš žádoucí nějaké informace zveřejňovat. Mnozí lidé sice věděli či tušili, že existují různé postižení a nemocní, ale pokud se s nimi nesetkali v rodině či nejbližším okolí, tak o jejich problémech, možnostech a omezeních prakticky nic nevěděli. V posledních letech se ale čím dál více setkáváme se světem handicapovaných, ať už prostřednictvím médií či v normálním životě. Často vidíme i dokumenty o lidské nevšímavosti a o životě lidí bojujících za lepší život a práva postižených.³⁾

2) Vágnerová, M.: Psychologie Handicapu I. TU v Liberci, Liberec 1997, str. 4-5

3) Srovnej, Vágnerová, M.: Psychologie Handicapu I. TU v Liberci, Liberec 1997, str. 19 - 20

Na druhé straně vedla neinformovanost k převaze emocionální složky v postoji, protože nemoc i defekt vzbuzují snadno citové reakce. Emocionální složka postoje k nemocným a postiženým má často ambivalentní charakter, obsahuje jak pozitivní, tak negativní citové prožitky. Příčinou je fakt, že nemoc či defekt jsou hodnocené z obecného hlediska jako něco nežádoucího. Lidé nevědí, jak se k postiženým chovat, odvrací zrak nebo je rovnou přehlížejí. Takto postižení jedinci jsou předmětem soucitu, a většinou jsou to lidé, kteří měli smůlu, potkalo je neštěstí či nemoc, vesměs zcela bez vlastního zavinění. Avšak i tito lidé vzbuzují hrůzu a odpor, protože symbolizují něco negativního, čemu je lépe se vyhnout. Do značné míry zde hraje roli právě neinformovanost, protože neznámé nemoci a defekty vzbuzují více strachu než běžná onemocnění. Výsledkem bývá nejčastěji citová ambivalence v postojích, která spojuje soucit s odporem, pozitivní emoce s negativními. Tato skutečnost se odráží např. v typických výrociích laiků: "On je chudák, ale já se na něj nemohu dívat."

Postoje ve své konečné podobě nejsou člověku vrozené, ale vytváří se sociálním učením a jsou výrazně podmíněny sociokulturním charakterem prostředí, ve kterém jedinec žije. Společnost většinou nějakým způsobem posiluje a stimuluje přijetí určitých postojů a odlišné tendence odmítá, či dokonce trestá. Z tohoto důvodu vykazují obecnější postoje určitou rigiditu, mnohdy lze mluvit až o stereotypu. Takové postoje se obtížně mění, i když i to je samozřejmě možné. Nová zkušenost může postoj modifikovat, alespoň v určité míře a vždy závisí na člověku a situaci, ve které se nachází.⁴⁾

2. 1. 3. Sociální role a reakce postiženého na společnost

Postižení nelze považovat jen za biologickou odchylku, postižený člověk získává i specifickou sociální roli, obdobně jako člověk nemocný. Podstatným znakem této role je přiznání určitých privilegií, ale na druhé straně ztráta některých práv, která mají jen zdraví. Postižený má právo na ohledy, trpělivost a toleranci nedostatků, jež z jeho handicapu vyplývají. Avšak zároveň je považován za nesrovnatelného se zdravými, až méněcenného. Neočekává se od něho totéž co od zdravých, pokud by se jim chtěl postižený přiblížit, společnost velice často reaguje odmítavě. Svým chováním nutí postiženého přijmout pasivně receptivní roli člověka, který má právo na zabezpečení, ale nemá právo usilovat o vyrovnání zdravým.⁵⁾

Postižený jedinec brzy zjistí, jaké postoje k němu zdraví lidé zaujmají. Vnímá je mnohdy citlivěji a více si jich všímá. Musí se s nimi nějak vyrovnat, protože je nucen ve společnosti žít. Reakce postiženého člověka mohou být velmi různé, v závislosti na jeho defektu, zachovaných možnostech, vývojové úrovni a na zkušenostech, i dalších

4) Srovnej, Vágnerová, M.: Psychologie Handicapu I. TU v Liberci, Liberec 1997, str. 20-21

5) Vágnerová, M.: Psychopatologie pro pomáhající profese. Portál, Praha 1999, str. 100-101

faktorech psychosociálního charakteru (např. reakce rodiny). Pokud je toho postižený člověk psychicky schopen, vytváří si proti postojům společnosti nejrůznější způsoby obrany. Ty mu však umožňují uchovat si v této situaci duševní rovnováhu a přijatelnou sebeúctu. Postižení lidé si rovněž vytvářejí určité postoje stereotypy, zahrnující např. pocity ukřivdění a podezíravosti, bez ohledu na to, zda jsou aktuálně oprávněné či nikoliv. Existují spíše jako rigidní očekávání, které nepříznivě ovlivňuje interpretaci projevů zdravých i vlastní chování. 6)

2. 1. 4. Odlišnost reakce člověka s vrozeným či získaným postižením

Identita lidí s vrozeným postižením bývá jiná. Od počátku jsou vychováni odlišným způsobem a chybí jim vlastní zkušenost srovnání dvou situací - zdraví a nemoci. U později vzniklých postižení je důležitá nutnost přijmout novou, subjektivně méně uspokojuvounou identitu. Postoje veřejnosti, které zahrnují i očekávané chování a představu o možnostech různě postižených, jsou důležité proto, že samo očekávání může do značné míry ovlivnit chování subjektu, který je akceptuje.

2. 2. Rodina

Každý člověk je součástí nějaké sociální skupiny. V užším slova smyslu je člověk členem malé skupiny, tzv. rodiny. V širším slova smyslu je příslušníkem národa, členem společenské třídy či vrstvy. Každý člověk je tedy příslušníkem několika skupin. Největší vliv na jedince má však rodina, neboť jedinec ovlivňuje rodinu a rodina ovlivňuje jedince.

Rodina je malá, neformální sociální skupina, která vzniká manželstvím, pokrevním příbuzenstvím nebo adoptí a jedná se o citový svazek lidí, kteří žijí ve společné domácnosti. Rodina je společensky schválenou formou stálého soužití, kde jednotliví členové rodiny mají vymezeny své role, např. rodiče a děti, otec a matka.

Rodina je též společenskou institucí, tedy zařízením, které je právně uznávané, vymezené a normované. V rodině jsou vymezeny základní funkce, které musí tato skupina plnit. Rodina plní tyto funkce: biologickou a reprodukční, výchovnou, ochrannou a poskytování bezpečí, materiální a emocionální. Pokud rodina neplní své základní funkce, nazývá se disfunkční. Dále má povinnosti, které musí plnit její členové, ale některé povinnosti přechází na členy i po zániku rodiny. Společností jsou stanoveny podmínky, za kterých vzniká a existuje rodina. Jsou vymezeny i podmínky pro zánik manželství. 7)

Rodina má určitou strukturu. Struktura rodiny je tvořena soustavou jejích členů, jakož i souhrnem vzorců chování, které se mezi nimi rozvíjejí, souhrnem pravidel,

6) Vágnerová, Psychopatologie pro pomáhající profese. Portál, Praha 1999, str. 101 -102

7) TU Liberec, přednáška PHDr. Josífkové - Sociální psychologie.

kterými se jejich vzájemné vztahy řídí, aby mohla rodina plnit svou funkci.

Rozeznáváme následující typy rodinné struktury:

1. Rodina - orientační (výchozí)
 - rozmnožovací (nově založená)
2. Rodina - nukleární (dvougenerační - soužití manželů a jejich dětí)
 - vícegenerační (soužití s prarodiči)
3. Rodina - prvotní (založená dvěma svobodnými, bezdětnými lidmi)
 - druhotná (založená rozvedenými nebo ovdovělými manželi)
 - rodičovského typu
 - nerodičovského typu
4. Rodina - úplná
 - neúplná (vzniklá rozvodem nebo úmrtím)
5. Rodina - přirozená (rodičovského typu)
 - zájmová (nerodičovského typu) 8)

2. 2. 1. Rodina a postižení od narození

Rodina, ve které se narodí postižené dítě, představuje pro její členy zátěž, obvykle velmi neočekávanou. Pro rodiče je traumatem, které vyplývá z pocitu vlastního selhání v rodičovské roli. Reakce rodičů na takové trauma je mimo jiné ovlivněna i převažujícími postoji společnosti, v níž žijí. Reakce okolí a společnosti je utvrzuje v jejich neschopnosti zplodit normálního potomka, která vede ke ztrátě sebedůvěry a k pocitům méněcennosti. Podstatné je, že postoje a chování rodičů k postiženému dítěti budou jiné, než kdyby dítě bylo zdravé.

Obtíže a zvláštnosti rozvoje osobnosti postiženého jedince, které se projevují různými formami emocionálního narušení a poruchami sociální adaptace, bývají spíše ovlivněny nepřiměřenými postoji rodičů, tj. spíše sociálními faktory než samotnou vadou.

Období, kdy jsou rodiče konfrontováni se skutečností, že je jejich dítě postižené, lze označit jako fázi krize rodičovské identity.

Fáze reakce na nepříznivou odlišnost jejich dítěte a jeho perspektiv jsou částečně nejasné a částečně negativní, to znamená hůře akceptovatelné. Reakce rodičů na zjištění, že jejich dítě je postižené, se v průběhu mění a prochází typickými fázemi. 9)

8) Miňhová, J., Trpišovská, D.: Kapitoly ze sociální psychologie. Universita J.E. Purkyně v Ústí n.L., Ústí n.L. 1993, str. 94-95

9) Srovnej, Vágnerová, M.: Psychologie pro pomáhající profese. Portál, Praha 1999, str. 102-150

První fází je šok a popření, což představuje první reakci na subjektivně nepřijatelnou skutečnost, že je dítě trvale postižené. Pro rodiče charakteristickou frází je "to není možné, to nemůže být pravda".

Druhou fází je postupná akceptace a vyrovnání se s problémem, kdy rodiče mají zájem o informace, chtějí být poučeni o podstatě a příčině postižení, hledají viníka, ale i řešení budoucnosti svého dítěte. V této fázi rodiče reagují stále ještě emocionálně a pesimisticky, neumí si představit, jak se dítě může vyvíjet, jaký by mohl být jeho osud a existenční možnosti.

Třetí fází je realizmus. Zde se rodiče ve většině případů postupně smíří se skutečností, že jejich dítě nikdy nebude zdravé, a začnou se chovat přiměřenějším způsobem.¹⁰⁾

2. 2. 2. Rodina a postižení získané později

Reakce rodičů s dítětem, které je postižené později, je úplně odlišná od reakce rodičů, kterým se narodilo postižené dítě. Jestliže dojde k onemocnění či postižení později, a dítě bylo po celou dobu akceptované jako normální, bývají reakce rodičů i laické veřejnosti trochu jiné. Později získané postižení nepůsobí jako znehodnocení rodičovské prestiže. Rodiče si potvrdili svou vlastní roli i normalitu svého dítěte. Jejich sebepojetí se pod vlivem později vzniklého postižení mění méně. Za těchto okolností jsou rodičovské obrany více zaměřeny na postižené dítě než na vlastní rodičovskou identitu. Později vzniklé postižení je akceptováno primárně jako neštěstí, které postihlo normálního, zdravého člověka. I z hlediska postojů široké veřejnosti je získané postižení akceptovanější než vrozená vada, protože je srozumitelnější.

Skutečnost, že lidé mohou v průběhu života onemocnět nebo utrpět úraz, je obecně známá.¹¹⁾

Toto však postihuje člověka obvykle náhle, bez varování, za plného zdraví a nikdo na to nemůže být dostatečně připraven, ani rodina a už vůbec ne postižený. Každý má svůj program naplánovaný na dny a týdny dopředu, chce využít každou minutu, a najednou je životní tempo přerušeno. Zdravý člověk se mění v pacienta, který se dostává do péče lékařů a sester, je závislý na druhých. Změnil se jeho životní rytmus, který teď určují jiní. Postižený se dostává do nemocničního prostředí, které je pro něj neznámé. Svému psychickému a fyzickému stavu přestal rozumět.

10) Srovnej, Vágnerová, M.: Psychologie pro pomáhající profese. Portál, Praha 1999, str. 102-150

11) Srovnej, Vágnerová, M.: Psychologie pro pomáhající profese. Portál, Praha 1999, str. 105-106

Můj manžel Tomáš k reakci své matky na nehodu a zranění uvedl : "Po havárii jsem byl převezen v bezvědomí do nemocnice, poté jsem byl helikoptérou přepraven na specializované neurologické oddělení. První, co jsem si zapamatoval po probnutí z bezvědomí, byla věta mé matky "prosím tě, odpusť mi". Matka byla ve špatném psychickém stavu, navíc nebyla v této době ještě známá příčina nehody a její následky. V době nehody řídila vozidlo matka."

2. 3. Osobnost

Osobnost lze definovat jako duševní celek. Osobnost je v podstatě, relativně stálá psychologická struktura s procesy, které organizují lidskou zkušenost a formují její činnost, aktivitu a reakci na prostředí.

Osobnost se charakterizuje jako souhrn psychických vlastností. Vlastnosti osobnosti nám ukazují, jaký člověk v podstatě je. Známe-li psychické vlastnosti, můžeme do jisté míry předvídat nejen vývoj, ale i chování daného člověka.

2. 3. 1. Vývoj osobnosti

Na vývoji osobnosti se podílejí dvě základní skupiny vlivů : vnitřní dispozice a vnější podmínky. Utváření vlastností charakteristických pro tuto osobnost se počítá již od oplození vajíčka spermií. (Langmajer, J. - Matějček, Z. 1986). V tomto okamžiku je každému z nás dán konkrétní vnitřní základ vývoje, který je nazýván dědičností a je geneticky zakódován. Současně s ním začíná zároveň na plod působit i vnější prostředí. Teprve až poté, pomocí vnějších projevů u jedince sledujeme specifické rysy a vlastnosti osobnosti.

V každém člověku se projevují vlastnosti dvojího druhu : přirozené a získané. Přirozené vlastnosti tvoří přirozenou podstatu člověka, v nich se projevují rodové zvláštnosti člověka.

K získaným vlastnostem osobnosti počítáme všechny ty, které vznikly v důsledku ontogenetického vývoje. Vznik získaných vlastností závisí na vlastnostech vrozených. Získané vlastnosti se utvářejí v procesu vědomého odrážení objektivní reality a v procesu aktivního působení člověka na tuto objektivní realitu.

Samotné utváření vlastností osobnosti je považováno za složitý jev, prochází řadou postupných etap. Vlastnosti dospělého člověka, zformované v průběhu jeho vývoje, mají relativně trvalý charakter. Tento trvalý charakter vlastností osobnosti není však absolutní. K jistým změnám dochází prakticky v průběhu celého života člověka. Vzácněji dochází i ke změnám těch vlastností osobnosti, které závisí na vrozených biologických podmínkách. Některé radikální změny životních podmínek (válečné události, rozvod manželů, úraz, těžká nemoc atd.) mohou vyvolat prudké a podstatné změny v osobnosti člověka.

Dalším významným znakem osobnosti je, že její vlastnosti tvoří jednotný celek, uspořádanou soustavu, strukturu. Tuto jednotnou a uspořádanou soustavu vlastností však nesmíme chápat jako úplnou a strnulou. Celé bohatství diferencovaných vlastností osobnosti totiž klasifikujeme do těchto čtyř základních skupin psychických vlastností osobnosti : schopnosti, temperament, zájmy a charakter. Kromě těchto čtyř nejdůležitějších stránek osobnosti jsou z psychologického hlediska důležité potřeby, motivační tendence, vůle, postoje atd.

2. 3. 2. Odlišnost vývoje osobnosti

Je velmi důležité rozlišit postižení, která jsou vrozená, a postižení získaná později. Postižení vrozené ovlivňuje ve větší míře vývoj jedince, ale subjektivně není tak traumatizující. Člověk je na své omezení zvyklý od dětství a často si vůbec neumí představit, jaké by to bylo, kdyby byl zdravý.

Později získané postižení představuje větší psychické trauma, postižený jedinec ví, co ztratil, dokáže porovnávat a svou novou situaci považuje jednoznačně za horší. Z objektivního hlediska je později získané postižení výhodnější. Takový člověk se po určitou dobu rozvíjí normálně, získal určité zkušenosti, má mnohé kompetence, jež mu budou v dalším životě užitečné a které vrozeně postižený nemá. 12)

2. 3. 3. Osobnost a vyrovnání se s postižením

Jakýkoliv defekt nepostihuje jen určitý orgánový systém, ale ovlivňuje celou osobnost postiženého jedince a vytváří specifickou sociální situaci.

Postižení, které vzniká v období adolescence či rané dospělosti, představuje silné emoční trauma. Je zásahem do emancipačního vývoje, deformuje další rozvoj identity nebo jej zpomalí a zproblematizuje. Zpravidla však zásadním způsobem nenaruší již vytvořené vztahy ze zdravou společností. Jedinec může trpět posttraumatickým stresovým syndromem, ale zůstává mu většina kompetencí, včetně běžných sociálních dovedností, které bude moci po určité adaptační době znovu uplatnit. Uchová si základní zkušenosti, pocit vlastní normality a schopnost navazovat vztahy se zdravými lidmi.

Postižení získané v dospělosti přináší už jiné problémy. Člověk má již většinou jak profesní, tak partnerskou a rodičovskou roli, a nyní je třeba zajistit, aby je neztratil. Uchování těchto základních rolí v přijatelné úrovni může být základem jeho identity a pomůže postiženému člověku, aby si udržel potřebnou sebeúctu.

Člověk prochází při náhlé ztrátě některé funkce několika typickými fázemi.

12) Vágnerová, M.: Psychologie pro pomáhající profese. Portál, Praha 1999, str.108-109

Fáze latence je nedostatečná informovanost. Člověk ví, že utrpěl úraz, leží v nemocnici, ale zatím neví přesně proč a jaké to bude mít následky. Člověk není zpravidla lékařem informován o zranění a jaká bude ztráta. Neví, jestli je to přechodné zranění nebo trvalé, ale cílem je úplné uzdravení.¹³⁾

Můj manžel Tomáš mi o svých zážitcích v nemocnici vyprávěl. Jeho vyprávění shrnuji: Během hospitalizace Tomáše nikdo neseznámil s příčinou jeho celkového ochrnutí, pohyboval téměř neznatelně pouze palcem u pravé ruky. Veškeré důsledky mu v této době nikdo nesdělil. Jako nejhorší zážitky z doby hospitalizace udává pobyt na pokoji intenzivní péče, kde většinou nebyla sestra přítomna a z důvodu nehybnosti nebyla možnost kohokoliv přivolat. Tomáš uvádí " Nejhorší byly okamžiky , kdy umíral vedle ten šestnáctiletý kluk, se kterým jsme si povídali. Byl na tom stejně jako já. Ve snaze sehnat nějakou pomoc křičel jsem na sestru, ale nikdo nepřišel. Já mu nemohl ničím pomoci. Vůbec ničím, ani tím, aby u něj někdo byl. Nejhorší byla bezmoc."

Fáze pochopení je traumatizující realita. Člověk prochází léčením a rehabilitací, a po určité době, když se jeho stav nemění, sám pochopí, že se pravděpodobně nikdy neuzdraví, nebo je v tomto směru informován lékařem. Reakce na takové zjištění je šokem a člověk jej řeší tím nejjednodušším způsobem, a to popíráním, že by něco takového bylo možné.¹⁴⁾

Shrnutí vyprávění Tomáše: Tomáš ve svých necelých 18-ti letech, před maturitou, začal ztrácet vyhlídky na svou dlouhodobější budoucnost, a ani ta, o které se mohl alespoň částečně něco dozvědět, nebyla jistá. Pouze poznámka: " no, oni tam s tebou budou cvičit .." Veškerý svůj čas Tomáš v nemocnici dělil na dvě části, kdy byl upoután na polohovací lůžko a každé dvě hodiny byl obrácen, a buďto se díval "na zem" nebo se díval "do stropu". Všechny tyto skutečnosti Tomáš chápal jako něco přechodného, něco co pomine buďto během pobytu v nemocnici či v rehabilitačním ústavu. V nemocnici ještě neměl srovnání s ostatními. Snad nejnepříjemnějším zážitkem, jak Tomáš uvádí, byla plná závislost na druhých a vcelku mizivá šance na rozhodování o sobě sám.

Fáze postupné adaptace učí postiženého jedince různým kompenzačním způsobům pohybu, sebeobsluhy, orientace v prostředí. Člověk si nevěří neví co všechno je za takových okolností možné, protože většinou nikoho takového nezná. Teprve v této době si připustí, že došlo v jeho životě k zásadní změně , a že nemůže nic změnit.¹⁵⁾

13) Vágnerová,M.: Psychologie pro pomáhající profese. Portál, Praha 1999, str.116

14) Vágnerová,M.: Psychologie pro pomáhající profese. Portál, Praha 1999, str.116

15) Vágnerová,M.: Psychologie pro pomáhající profese. Portál, Praha 1999, str.116

Shmutí vyprávění Tomáše: Po třech měsících pobytu v nemocnici nastoupil Tomáš do Rehabilitačního ústavu v Kladrubech: " Teprve, když mě dali na pokoj se Z.Z., a on už tam byl delší dobu, začala se mi vyjasňovat má budoucnost. Dali mi elektrický vozík, který jsem mohl ovládat palcem ruky."

Pokud se člověku konečně po určité době podaří něco zvládnout, jako např. Tomášovi ovládat elektrický vozík, pak tato maličkost znamená v životě člověka doposud upoutaného na lůžko značnou změnu. Může alespoň v těchto nejmenších věcech dělat věci závislé na své vůli, rozhodovat sám za sebe, a není už tolik závislý na něčí pomoci.

2. 4. Společnost a její pomoc či opatření pro postižené

Negativní důsledky zdravotního postižení, úrazu nebo vrozené vady je však možno zmírnit soustavou promyšlených opatření, na nichž se musí podílet společnost.

Proto jsou vytvářeny vedle systému zdravotních a sociálních pojištění i systémy pro snížení důsledků zdravotního postižení. Je to tzv. Národní plán vyrovnání příležitostí pro občany se zdravotním postižením. Tento systém obsahuje: výchovu veřejnosti, léčebnou péči, rehabilitaci, služby, odstraňování bariér, vzdělávání, zaměstnávání, udržení příjmu a sociální zabezpečení, rodinný život a integritu osobnosti, kulturu, rekreaci a sport, náboženství, informace a výzkum, taktiku a plánování, legislativu, hospodářskou politiku, koordinaci práce, organizace osob se zdravotním postižením, školení pracovníků, mezinárodní spolupráci, monitorování národního plánu vyrovnání příležitostí pro občany se zdravotním postižením.¹⁶⁾

2. 4. 1. Výchova veřejnosti

Na kvalitu života občanů s postižením má velký vliv způsob chování široké veřejnosti k nim. Chování veřejnosti lze do značné míry ovlivnit systematickou výchovou a osvětou, ale kromě tohoto musíme hledat i cesty, jak vychovávat samotné občany s postižením k integraci do společnosti. Z tohoto důvodu jsou udělovány ceny, např. Cena Olgy Havlové, Výroční cena ministra za práci ve prospěch zdravotně postižených občanů, a dále jsou vydávány různé materiály informující společnost o zdravotně postižených, ale i materiály informující samotné postižené. Snížením počtu architektonických bariér se občané mohou častěji setkávat s postiženými, kteří se dostanou do divadel, kin, obchodu a dopravních prostředků hromadné dopravy. Více postižených studuje na školách běžného typu a problematika zdravotních postižení byla

16) Srovnej, Usnesení vlády ČR č. 256/98 : Národní plán vyrovnání příležitostí pro občany se zdravotním postižením. Sbor zástupců organizací zdravotně postižených. Praha 1998

zařazena i do školních osnov. V informovanosti se musí stále pokračovat, aby se vztahy mezi širokou veřejností a postiženými zlepšovaly a měnily se postoje veřejnosti k postiženým a naopak.

2. 4. 2. Léčebná péče

Léčebná péče jednotlivých druhů postižení byla z nemocnic typu LDN a ÚSP rozšířena i na domácí ošetrovatelskou péči. Dále byl podpořen vznik geriatrických center, hospicové péče a spinálních center.

Léčebná péče je časově příliš náročná a zvýšené náklady na péči nejsou nemocnicím hrazeny, proto v době léčby bývá zahájena i rehabilitace. Domácí ošetrovatelská péče se jeví jako vhodný doplněk léčby, neboť není takovým zátěžovým faktorem psychického traumatu, který zažívá postižený, jako nemocniční prostředí. Postižený je v domácím prostředí, které zná, je mezi blízkými osobami, které mu mohou výrazně pomoci při překonávání psychických a somatických potíží.

2. 4. 3. Rehabilitace

Cílem rehabilitace je minimalizovat přímé důsledky trvalého nebo dlouhodobého zdravotního postižení, a to prostřednictvím posilování zbytkových funkcí organismu, rozvojem vědomostí, pracovních schopností a návyků k uplatnění ve zvolené profesi, nácvikem dovedností soběstačnosti a vykonávání pro život nezbytných činností jiným náhradním způsobem.

Vzhledem k věku osoby s postižením naplňuje prvotní cíle rehabilitace raná péče. Raná péče je soustava služeb programů poskytovaných dětem ohroženým v sociálním, biologickém a psychickém vývoji, dětem se zdravotním postižením a jejich rodinám s cílem předcházet postižení, eliminovat nebo zmírnit jeho důsledky a poskytnout rodině, dítěti i společnosti předpoklady sociální integrace. Tyto služby mají být poskytovány od zjištění rizika nebo postižení tak, aby zvyšovaly vývojovou úroveň dítěte v oblastech, které jsou postižením ohroženy. Je přímo nutné vyjasnit financování rané péče jako standardní služby, dořešit síť pracovišť rané péče pro různé typy zdravotních postižení a vzájemnou návaznost rané péče a speciálně pedagogického a pedagogického poradenství.

Mimořádně důležitou složkou rehabilitace, která musí bezprostředně navazovat na rehabilitaci léčebnou, je rehabilitace pracovní. Sem patří rekvalifikace zdravotně postižených na jiný jim vyhovující způsob zaměstnání.

2. 4. 4. Služby

Cílem sociálních služeb je pomoc v těch oblastech života a při výkonu těch pro život či pracovní uplatnění nezbytných činností, které zdravotně postižený občan není schopen samostatně zvládat ani po absolvování základní či akutní

léčby a rehabilitačního procesu. Úspěšná rehabilitace pozitivně ovlivňuje míru samotného zvládání jednotlivých dovedností, a to často s využitím speciálních technických prostředků. Při stanovování nároků zdravotně postiženého občana na jednotlivé sociální služby by mělo být přihlíženo také k výslednému efektu jeho rehabilitace. Některé níže uvedené typy sociálních služeb se doplňují, jiné představují alternativní možnosti. Podstatné však je, že zdravotně postižený občan nebo jeho zákonný zástupce musí mít právo volby, zda bude svou situaci řešit osobní asistencí, pečovatelskou službou, domácí péčí, respitní péčí, službami chráněného bydlení, nebo jejich kombinacemi, nebo zda dá přednost pobytu v domě sociální péče formou určitých normativů (poukazy na služby). Ve službách pak musí být vytvořeny rovné podmínky pro státní i nestátní poskytovatele sociálních služeb zaměřených na pomoc postiženým občanům.

2. 4. 4. 1. Technické pomůcky a prostředky zdravotnické techniky

Technické pomůcky a prostředky zdravotnické techniky zásadním způsobem zlepšují kvalitu života lidí se zdravotním postižením. Sortiment pomůcek označovaných v resortu zdravotnictví jako prostředky zdravotnické techniky se u nás zlepšuje. Na nákup některých pomůcek př. invalidní vozík, berle, dekubitní podložka přispívají zdravotní pojišťovny. Na nákup jiných pomůcek př. ruční ovládání do motorového vozidla, motorové vozidlo, zdvižná plošina, schodolez přispívají sociální referáty okresních úřadů.

2. 4. 4. 2. Osobní asistence

Vynikajícím řešením situace občanů se zdravotním postižením je zajištění tzv. osobních asistentů, vyškolených v péči o zdravotně postižené. Nasazení osobních asistentů ukazuje, že tento způsob umožňuje žít i lidem s těžkým zdravotním postižením v jejich vlastním prostředí.

Nejpřirozenějšími osobními asistenty v určitém věkovém období zdravotně postiženého jsou samozřejmě rodiče a jiné osoby blízké. Je třeba zásadním způsobem podpořit možnosti a ochotu rodin, aby zdravotně postižené členy neumísťovaly do ústavu sociální péče, ale ponechávaly je v rodinách.

2. 4. 4. 3. Pečovatelská služba a domácí ošetřovatelská služba

Pečovatelská služba patří do resortu Ministerstva práce a sociálních věcí ČR a domácí ošetřovatelská služba tzv. home care se značně rozvinula v resortu zdravotnictví.

Avšak obě tyto služby je třeba kombinovat s osobní asistencí, ale i zároveň umožnit jejich vhodnou kombinaci s ostatními sociálními službami. Tyto služby

je pak třeba rozvíjet především v těch místech, kde je značná koncentrace těžce zdravotně postižených.

2. 4. 4. 4. Služby chráněného bydlení

Služby chráněného bydlení jsou určeny osobám s takovým zdravotním postižením, které jim neumožňuje život bez pomoci jiné osoby a jejich postižení by bylo indikací k umístění do ústavu sociální péče. Chráněné bydlení nahrazuje trvalé doživotní umístění v celoročním ústavu sociální péče. Při tomto typu sociální služby jde o asistenci poskytovanou společně zpravidla malé skupince zdravotně postižených osob, které žijí v jednom společném bytě nebo domku. Díky této službě mohou žít normálně integrovaní ve své obci.

Chráněné bydlení má ve srovnání s ústavní péčí mnohem nižší, někdy dokonce nulové investiční náklady, nízké náklady na vybavení, provoz, ale vyšší náklady na mzdy. Většina prostředků je tak stejně jako u osobní asistence směřována na přímou službu občanovi, což má obrovský vliv na kvalitu jeho života.

2. 4. 4. 5. Respitní péče

Stálá 24 - hodinová péče rodiny o svého postiženého člena je natolik vyčerpávající, že nemožnost odpočinout si od této stálé péče nebo jít například do nemocnice na léčení, vede rodinu k umístění postiženého do ústavu. Pokud budou mít rodiny nárok na určitý objem respitní péče, mnoho z nich se rozhodne nechat si postiženou osobu ve vlastní péči.

2. 4. 4. 6. Ústavní péče

Dnes existují jak státní tak nestátní poskytovatelé ústavní péče. A pro všechny musí být vytvořeny srovnatelné podmínky. Důvodem pak je právo volby pro zdravotně postiženého či jeho zákonného zástupce, zda se rozhodne svůj případ řešit formou kombinace osobní asistence a pečovatelské služby, nebo zda se rozhodne pro umístění v některém zařízení komunitní péče.

2. 4. 5. Odstraňování bariér

Užívat stavby a dopravní prostředky, volně se pohybovat a získávat informace je základní podmínkou aktivního zapojení člověka do života společnosti. Jde o naplnění práva na svobodu pohybu, práva na vzdělání v nejširším slova smyslu a práva být informován, které je u občana se zdravotním postižením omezováno architektonickými, orientačními a komunikačními bariérami. Jejich vznik je ve většině případů neopodstatněný, jejich odstranění vede celkově k humanizaci životního prostředí pro většinu občanů.

Přístupnost prostředí je řešena v novele stavebního zákona, která vyžaduje bezbariérovost veřejných staveb. Legislativní podmínky pro zabránění vzniku dalších architektonických bariér tedy existuje, zákon však není dostatečně vynucován. Pouze minimálních výsledků bylo docíleno v minulém období při odstraňování bariér ve veřejné dopravě.

Veřejnost a zdravotně postižení by měli upozorňovat na nové architektonické, orientační a dopravní bariéry, zabránovat jejich vzniku a odstraňovat bariéry stávající.

K přístupu k informacím a komunikaci je zapotřebí moderní technologie, která umožňuje eliminovat většinu informačních bariér pro osoby nevidomé a neslyšící. Moderní didaktická technika umožňuje podstatně rozšířit přístup k informacím i osobám verbálně nekomunikujícím a osobám s mentálním postižením.

2. 4. 6. Vzdělávání

Vzdělávání zdravotně postižených v širším slova smyslu, včetně vzdělávání jejich rodičů a zákonných zástupců, musí započít okamžitě po zjištění postižení. V této fázi je vzdělávání realizováno především formou poradenství pro rodiny s postiženými dětmi. Rodina dítěte s postižením má právo na ranou péči, která spočívá v podpoře vývoje dítěte formou práce kvalifikovaných odborníků přímo v rodině včetně kompenzačních a terapeutických doporučení, meziodborová spolupráce rodičů, poradenských pracovníků a lékařů je nutná. Na tuto fázi navazuje školní vzdělávání a příprava na povolání. Vzdělávání je nutné zabezpečit každému postiženému dítěti bez výjimky. Značná část zdravotně postižených potřebuje určité formy celoživotního vzdělávání.

2. 4. 6. 1. Poradenství

Poradenství zahrnuje širokou škálu služeb, pomáhajících občanům se zdravotním postižením a jejich rodinám a zákonným zástupcům při začlenění do života společnosti a při řešení osobních problémů a krizí, vyplývajících z jejich zdravotního postižení nebo dítěte.

Pod poradenstvím rozumíme doporučení týmu odborníků, ve kterém hrají stejně důležitou roli psycholog, lékař, právník, speciální pedagog, fyzioterapeut, sociální pracovník, technik a konečně i úspěšní občané s postižením jako názorné příklady pro rodiče a pedagogy a identifikační modely pro dítě s postižením. Neopominutelnou součástí týmu jsou rodiče dítěte s postižením, sám dospělý s postižením, jejichž se doporučení týmu má týkat. Účinné poradenství musí být široce dostupné a bezplatné.

2. 4. 6. 2. Školství a příprava na povolání

Došlo k velké integraci dětí a žáků se zdravotním postižením, kteří navštěvovali speciální internátní školy, takže nyní chodí do běžných mateřských, základních a středních škol. Speciální školy byly nabídnuty k pravidelnému systematickému vzdělávání dětem s těžkými a kombinovanými formami zdravotního postižení a dětem s autismem. Tyto děti byly v minulosti osvobožovány od povinné školní docházky a zůstávaly buď v péči rodiny, nebo byly umístovány do ústavu sociální péče.

Speciální školy jsou potřeba pro ty děti se zdravotním postižením, které pro rozvoj svých schopností potřebují prostředí, které jim s ohledem na jejich konkrétní specifické potřeby a individuální zvláštnosti vyhovuje lépe než škola běžného typu. Speciální školy jsou i místem, kde se shromažďují a vytvářejí znalosti o nových a optimálních způsobech vzdělávání postižených dětí.

2. 4. 7. Zaměstnání

Je třeba zdůraznit tento pojem, jelikož pro většinu postižených občanů zaměstnání není jen zdrojem obživy, ale v nejmenší míře prostředek seberealizace s výrazným rehabilitačním účinkem. Problematice zaměstnávání postižených občanů byla a je věnována u nás i ve světě zvýšená pozornost. Jenže v dnešních podmínkách tržní ekonomiky dochází k úbytkům pracovních příležitostí pro občany s postižením.

2. 4. 8. Rodinný život a integrita osobnosti

Rodinné zázemí představuje nejpřirozenější prostředí jak pro běžnou populaci tak i pro postižené. Proto společnost musí vytvářet takové podmínky, aby rodiny nemusely své postižené děti nebo dospělé dávat do internátních škol a ústavních zařízení, ale mohly mít ošetrovatelskou domácí péči. U dětí třeba náhradní pěstounskou péči.

Naše legislativa nediskriminuje postižené při vstupu do manželství. Problém nastává ve veřejném mínění a řadě předsudků, které se musí překonávat trvalou osvětou.

2. 4. 9. Kultura

Kulturní aktivity postižených jsou mimořádně významnou formou psychoterapie. Téměř pro všechny typy postižení lze nalézt takové formy kulturních aktivit, při kterých nejsou oproti ostatním znevýhodňovány a dokonce významně přispívají k rozvoji osobnosti postiženého např. divadlo.

2. 4. 10. Sport a rekreace

Podobně jako aktivity kulturní představují i sportovní aktivity zdravotně postižených významnou roli, která obohacuje postižené, ale i nepostiženou veřejnost. Zdravotně postižení i zdraví se účastní různých akcí a rekondičních pobytů. Dále jsou pořádána sportovní setkání, kde soutěží dohromady. Handicapovaní jsou zapojeni i do mezinárodních aktivit např. Paralympiáda, speciální olympiády, ale i mistrovství světa i Evropy.

2. 4. 11. Informace

Je třeba rozlišovat dvě různé kategorie informací. První kategorií jsou informace o zdravotně postižených, které jsou důležité pro osvětu zdravé populace, pro statistické údaje o počtu a struktuře postižených občanů, kvalifikované rozhodování orgánů státní správy. Druhou kategorií jsou informace pro postižené o dostupných službách, technických pomůckách atd.

2. 4.12. Legislativa

Legislativa postižených osob může být řešena třemi různými způsoby:

- a) vydáním speciálních zákonů zabývajících se výlučně problémy postižení,
- b) zařazením záležitostí týkajících se postižení do jednotlivých konkrétních zákonů,
- c) kombinací těchto způsobů.

V České republice se uplatňuje způsob b), který se ukazuje nedostatečný při ochraně specifických práv některých skupin postižených, kam patří hlavně neslyšící, duševně nemocní, mentálně postižení.

2. 4. 13. Organizace osob se zdravotním postižením

Pro občany s postižením či jejich rodiče mají mimořádný význam organizace, spolky, kluby a sdružení.

Organizace a občanská sdružení postižených jsou dobrovolná. Věnují se činnostem zahrnujícím např. aktivní využívání volného času, kulturní a sportovní akce a zájezdy, prosazování legislativních a organizačních opatření, osvětovou činnost upozorňující širokou veřejnost na problematiku postižení, osvětovou činnost zaměřenou na léčebnou, rehabilitační, životosprávnou, rekondiční a psychologickou péči o občany s jednotlivými druhy postižení. Tyto organizace a sdružení napomáhají postiženým

osobám překonávat psychické, ale i fyzické překážky, které se v jejich životě vyskytují a na které by v běžném životě byly samy.

2. 4. 14. Školení pracovníků

Informovanost osob, které se setkávají s občany s postižením v oblasti lékařské, pedagogické, technické, psychologické, právní a administrativní a někdy dokonce ani znalosti profesionálů, kteří s nimi v těchto oblastech pracují soustavně nedosahují dostatečné úrovně.¹⁷⁾

17) Srovnej, Usnesení vlády ČR č. 256/98 : Národní plán vyrovnání příležitostí pro občany se zdravotním postižením. Sbor zástupců organizací zdravotně postižených. Praha 1998

3. Praktická část

3. 1. Cíle práce a výzkumu

V závěrečné práci se budu snažit přiblížit problematiku handicapu a zároveň se budu zabývat problematikou vyrovnání se s handicapem, soužitím této osoby v rodině a postavením této rodiny ve společnosti.

Budu dokazovat, že ne každá rodina dokáže upravit svůj životní styl při vyrovnání se s handicapem v rodině. Dále, že rodina a osoba s handicapem si musí opět vybojovat své místo ve společnosti a překonat předsudky ostatních lidí.

Cílem této práce je zjistit, jaké jsou názory postižených osob, jak postižení výrazně ovlivňuje vztahy v rodině a v zaměstnání. Dále budu dokazovat, že společnost má značné rezervy v informovanosti o pomoci postiženým, a že postižení si spíše do dalšího života vybírají zdravého partnera než postiženého.

Za tímto účelem byl zpracován vlastní dotazník, který byl předložen handicapovaným osobám jednak v bezbariérovém domě v Liberci, jednak "vozičkářům" při sportovním setkání v Děčíně. Dotazník byl sestaven tak, aby odpověděl na stanovené hypotézy. Vyhodnocené dotazníky byly porovnány s odpověďmi Tomáše.

Hypotézy byly stanoveny v těchto rovinách:

- vztahy v rodině
- pracovní zařazení
- informovanost
- výběr životního partnera
- pocity postižených

Vyhodnocením dotazníků a rozhovoru Tomáše se měly potvrdit nebo vyvrátit stanovené hypotézy.

3. 2. Hypotézy

- a) Postižení má většinou vliv na vztahy v rodině z hlediska pocitu postiženého
- b) Postižení má většinou vliv na pracovní zařazení handicapovaného
- c) Informace o nabízené pomoci mají postižení spíše od osob z blízkého okolí než od jiných osob
- d) Postižení vyhledávají spíše zdravého životního partnera než postiženého
- e) Postižení se většinou cítí ve společnosti normálně

3. 3. Výzkum

3. 3. 1. Metoda

Při výzkumu, který zjišťoval názory postižených lidí potřebné pro potvrzení či vyvrácení hypotéz, byla použita metoda vlastního dotazníku a rozhovoru. Dotazník byl určen postiženým ve věku od 25 do 60 let, tedy lidem vyzrálým a s životními zkušenostmi. Tito lidé mají fyzická postižení, která jsou na první pohled viditelná. Pro potřeby výzkumu byl dotazník předložen handicapovaným osobám v bezbariérovém domě v Liberci a na sportovním setkání "vozičkářů" v Děčíně. (viz příloha č. 1) Samotné rozhovory byly vedeny s 34 - letým Tomášem, který je po úraze již 16 let a je upoután na invalidní vozík, a manželským párem M.F. a J.F.. Tomáš a M.F., J.F. se formou rozhovorů vyjádřili k některým otázkám uvedených v dotazníku a jejich názory a postoje byly porovnány s názory a postoji vybrané skupiny postižených - vzorku.

Dotazník jsem rozdala v bezbariérovém domě respondentům osobně (v tomto domě bydlím s Tomášem). Při osobní návštěvě jsem každému vysvětlila, proč jim dotazník předkládám, a na co ho využiji. Na sportovním setkání vozičkářů jsem byla osobně a zde jsem postižené oslovila jako celek, skupinu při zahájení sportovního setkání. Stručně jsem jim vysvětlila účel dotazníku a odkázala je při vyplnění dotazníku na oslovení v záhlaví dotazníku.

Bylo zajímavé, že při návštěvách postižení brali dotazník a jeho vyplnění vážně, ptali se i na podrobnosti. Předpokládám, že otázky v dotazníku zodpověděli pravdivě, tak jak to sami cítí.

3. 3. 2. Rozhovor

Rozhovor je vlastně asymetrická interakce, při níž tazatel určuje zaměření rozhovoru podle sledovaného cíle. Snadnost přípravy a provedení rozhovoru jsou jen zdánlivé. Rozhovor začíná navázáním kontaktu tazatele s dotazovaným, vysvětlením smyslu rozhovoru a motivováním respondenta, jehož ochota poskytnout o sobě požadované informace je základní podmínkou úspěšnosti této metody.

Rozhovory lze dělit do následujících skupin:

- standardizované
- nestandardizované
- polostandardizované
- hloubkové
- skupinové

U standardizovaných rozhovorů jsou předem stanoveny otázky, jejich přesné znění a formulace, pořadí i základní prvky chování tazatele v průběhu rozhovoru. Rozhovor vede ke srovnatelným výsledkům, což je jeho velkou výhodou. Nebezpečí spočívá v možné izolovanosti sledovaných jevů, v možném opomenutí souvislostí a tudíž v nemožnosti poznání třeba i důležitých souvislostí.

U nestandardizovaných rozhovorů jsou stanoveny cíle rozhovoru, okruhy informací, které jsou rovněž předmětem rozhovoru, často i základní okolnosti a podmínky, za nichž má být rozhovor veden. Konkrétní volba otázek, jejich pořadí, výstavba rozhovoru i způsob záznamu jsou však na rozhodnutí tazatele. Výhodou tu je možnost vytvoření úzkého kontaktu s respondentem, možnost sledovat myšlenkový postup respondenta, nerušit jej a tudíž lze dosáhnout získání i takových informací, které vypovídají o vnitřních stavech a hlubokých přesvědčeních dotazovaného. Tyto rozhovory jsou vhodnější pro zkoumání složitých, hluboce strukturovaných jevů, spíše kvalitativního charakteru.

U polostandardizovaných rozhovorů jde o kompromis mezi oběma předchozími formami se snahou posílit výhody obou a minimalizovat nevýhody. Část rozhovoru je standardně připravena, lze však podle situace volit doplňující otázky, které umožní získat informace i o souvislosti a objasněních, které mohou přispět k pravdivosti a spolehlivosti získávaných informací. Příprava a realizace polostandardizovaného rozhovoru je náročná na kvalifikaci tazatele. Vyžaduje cílenou přípravu tazatele, včetně simulace budoucích rozhovorů. Bývá nejpoužívanější formou rozhovoru.

U hloubkových rozhovorů je předmětem výzkumu velmi strukturovaná problematika, která je šetřena na relativně malém souboru dotazovaných a jde o to, aby bylo dosaženo výpovědi o skutečnostech, které se bezprostředně dotýkají pocitů, přání, potřeb a hodnot dotazovaných. Jde obvykle o rozhovor kombinující standardizované postupy s postupy nestandardizovanými, tedy s otázkami vyplývajícími ze situace a ze souvislosti šetřených problémů. Nejčastěji jde o rozhovory směřující spíše k získání informací o jednotlivci nebo o malé skupině dotazovaných, zaměřené na jejich vnitřní problémy ve vztahu k okolnímu společenství.

U skupinových rozhovorů, na rozdíl od předchozích rozhovorů, je více či méně řízená diskuse mezi tazatelem (výzkumníkem) a skupinou dotazovaných. Lze jej využít při analýze skupinových vztahů a chování, také při skupinové terapii. Vedení rozhovoru bývá obvykle málo standardizované.

3. 3. 2. 1. Rozhovor s Tomášem

Bylo použito polostandardizovaného rozhovoru. Tomášovi byly položeny tyto otázky.

Otázka: "Kdy a jak došlo k úrazu ?"

Odpověď Tomáše: "V současné době jsem 16 let po těžkém úrazu s následnou úplnou parézou dolních končetin a částečnou parézou horních končetin. K úrazu došlo v prosinci 1983, kdy jsem měl těžkou autonehodu. Auto řídila moje maminka. Havárie byla zřejmě způsobená zablokováním zadního kola auta na zledovatělé silnici, kdy jsme dostali smyk s následným pádem auta ze stráně. V autě se kromě mě nikomu nic nestalo. Po havárii jsem byl převezen v bezvědomí do nemocnice, poté helikoptérou přepraven na specializované neurologické oddělení.

Matka a všichni z mého okolí byli seznámeni s nebezpečím, které mi hrozilo v prvních deseti dnech po úrazu páteře. Všichni znali diagnózu: komprese C - 6, 7 s následným rozdrčením míšního segmentu, kdy hrozí bezprostřední nebezpečí porušení základních životních funkcí. Já jsem o tomto nebezpečí nevěděl, pouze jsem si ho uvědomoval v souvislosti se svým poraněním a zraněním svých spolupacientů na pokoji. Během mého pobytu na oddělení intenzivní péče jsem pochopil, že lidé okolo jsou zde se stejnou či podobnou diagnózou, přičemž dva z nich za krátkou dobu umřeli. Nikdo z lékařů ani sester mi nevysvětloval důvody jednotlivých opatření. Já sám jsem se nesoustředil na jiné, pouze jsem si uvědomoval smrt spolupacientů a svou vůli žít. S matkou jsem se nechtěl moc bavit, viděl jsem v ní částečně důvod svého zranění.

Po překonání krizové doby (10 dnů) za mnou pravidelně dojížděli spolužáci ze třídy, nejčastěji má dívka (před úrazem jsme spolu chodili 10 měsíců).

Během hospitalizace mě nikdo neseznámil s příčinou mého celkového ochmutí, pohyboval jsem téměř neznatelně pouze palcem u pravé ruky. Veškeré důsledky mi v této době nikdo nesdělil. Jako nejhorší zážitky z doby hospitalizace považuji pobyt na pokoji intenzivní péče, kde nebyla neustále sestra a má nehybnost mi neumožňovala kohokoliv přivolat.

Otázka: "Jaké máš vzdělání a zaměstnání ?"

Odpověď Tomáše: "Mám středoškolské vzdělání. Vystudoval jsem gymnázium se zaměřením na elektrotechniku. Ve čtvrtém ročníku studia jsem utrpěl úraz, který měl velký vliv na způsob ukončení školy. Maturitu jsem musel složit na základě individuálního studijního plánu, neboť jsem nemohl školu absolvovat pro dlouhou dobu hospitalizace v nemocnici a rehabilitačním ústavu. Dalším znemožněním denního studia na gymnáziu byl jeho bariérový vstup. Nejhorší bylo, že jsem začal ztrácet vyhlídky na svou dlouhodobější budoucnost, i ta, o které jsem se mohl, alespoň částečně něco dozvědět, nebyla jistá.

Po absolvování gymnázia jsem nepracoval, protože v místě bydliště nebyla velká příležitost pracovního uplatnění, a když byla, tak mě v nástupu překážel invalidní vozík. Po přestěhování do Liberce byla situace se zaměstnáním stejná. Proto jsem se zapsal do kursu výpočetní techniky. Po ukončení jsem zavolaal několika programátorským firmám, kde měli o mě zájem, ale po sdělení, že jsem na invalidním vozíku, mi sdělily, že se hrozně omlouvají, ale že potřebují někoho, kdo by chodil za zákazníky. Proto jsem se stal soukromým podnikatelem jako fyzická osoba. Má práce je současně i mým koníčkem. Nyní už nemám žádný problém, jelikož zákazníci chodí nyní za mnou, ne já za nimi. "

Otázka: "Mělo postižení zásadnější vliv na vztahy ve Tvé rodině a mezi přáteli ?"

Odpověď Tomáše: "Nemyslím si, že mé postižení mělo nějaký zásadnější vliv na vztahy v rodině. Řekl bych, že po úraze jsem se stal najednou hrozně dospělým a přeskočil jsem tak úplně jeden životní úsek, kdy jsem se to měl naučit. Musel jsem se vyrovnat s náhlou životní změnou, ale ještě jsem nebyl schopen pochopit a uvěřit opravdovost toho co je a co bude. Ani mezi přáteli jsem nepocítil zásadnější vliv. Po návratu domů jsem se setkával se širokým okruhem známých a blízkých přátel, kteří se chovali zpočátku rozpačitě, avšak rozpaky po prvních setkáních vymizely. Ale já jsem si připadal najednou o dost starší. Starosti mých vrstevníků mi přišly malicherné. Mohl jsem se na vše dívat s nadhledem, a snad právě proto, že jsem jim připadal starší a moudřejší se mi chodili svěřovat a radit se mnou. To mi hodně pomáhalo. Opět jsem pro někoho něco znamenal, zabýval jsem se problémy jiných, a mé postižení šlo stranou. Spíše bych řekl, že mé postižení sehrálo zásadnější roli, až když jsem poznal Danu. Dana nemá žádné postižení, je zdravá. Avšak její rodiče byli velice proti našemu vztahu. Trvalo jim velmi dlouho, než se s tím vyrovnali. A dle mého názoru se s tím nikdy úplně nesmíří, ale po 8 letém soužití s Danou mě začali brát jako rovnocenného partnera jejich dcery. "

Otázka: "Jaké jsou tvoje záliby ?"

Odpověď Tomáše: "Mezi mé záliby patří hlavně sport. Občas jsem se účastnil závodů v lehké atletice tělesně postižených, avšak po několika letech jsem se spíše zaměřil na stolní tenis. Mezi další mé záliby patří rodina a práce, která je mým koníčkem. Dále se zúčastňuji různých sportovních, kulturních a společenských akcí, které jsou převážně pro postižené. "

Otázka: "Jak se cítíš a jak jsi přijímán ve společnosti zdravých ?"

Odpověď Tomáše: "Ve společnosti zdravých se cítím úplně normálně. Řekl bych, že společností zdravých jsem ze začátku přijímán s rozpaky, jelikož neví, jak se mají ke mně chovat. Po zjištění, že jsem úplně normální, a že k pohybu potřebuji invalidní vozík jako někdo berle, berou mě se samozřejmostí."

3. 3. 2. 2. Rozhovor s manželským párem M.F. a J.F.

V tomto případě byl použit standardizovaný rozhovor.

Otázka: "Jak a kdy došlo k postižení ?"

M.F. odpověď: "Onemocněl jsem dětskou obrnou v útlém věku. Bylo to v době, kdy byla celorepubliková epidemie."

J.F. odpověď: "Onemocněla jsem v roce 1947, kdy byla celorepubliková epidemie, spíše by se dalo říci, že celosvětová. Teprve v roce 1950 došlo proti této nemoci k očkování."

Otázka : " Mělo postižení zásadnější vliv na vztahy ve Vaší rodině ?"

M.F. odpověď: "Mé onemocnění mělo velký vliv jak na vztahy, tak i mou další budoucnost v rodině. Jelikož jsem žil od 6 let až do skončení školy v Jedličkově ústavu, svoji vlastní rodinu jsem ani pořádně nepoznal. Když jsem přišel tzv. "domů", připadal jsem si jako návštěva, která brzy odejde. S rodiči jsem neměl žádný hlubší vztah."

J.F. odpověď: "Nemělo to žádný vliv. Byla jsem vychovávána v harmonické rodině s rodiči a starší sestrou. Rodiče i sestra se ke mně chovali jako ke zdravé."

Otázka: " Jaké máte vzdělání ?"

M.F. odpověď: " Středoškolské."

J.F. odpověď: "Středoškolské."

Otázka: "Jaké byly vztahy v zaměstnání a chování spolupracovníků ?"

M.F. odpověď: " Svoji práci jsem vykonával tak, jako všichni ostatní, ale určitou pomoc jsem však potřeboval, např. při donášení a odnášení hotové práce. Nepociťoval jsem žádné výhody od spolupracovníků, a myslím, že se ke mně chovali stejně jako ostatním."

J.F. odpověď: " Svou práci jsem musela vykonávat jako každý jiný, jestliže jsem chtěla vycházet se spolupracovníky, nesměla jsem si připouštět své postižení a žádné úlevy neexistovaly."

Otázka: " Jaké máte záliby ?"

M.F. odpověď: "Sport - pasivně, kultura, rodina a četba."

J.F. odpověď: "Kultura, rodina a čtení."

Otázka: "Jak se cítíte ve společnosti zdravých ?"

M.F. odpověď: " Normálně."

J.F. odpověď: " Normálně."

Otázka: " Jak se k Vám chová okolí a jak jste přijímáni ve společnosti ?

M.F. odpověď: " Jsem ve společnosti přijímán se samozřejmostí."

J.F. odpověď: " Jsem ve společnosti přijímána se samozřejmostí."

K poslední otázce byla od M.F. a J.F. připomínka: " Ale nesmíte to porovnávat s lidmi, kteří získali svůj handicap v pozdějším věku. Víte, musí se to rozlišovat, protože my jsme na chování některých lidí zvyklí, ale člověk, který byl dlouho zdravý, to cítí úplně jinak. Mají pocit, že je stále někdo pozoruje, ukazuje si na ně prstem."

3. 3. 3. Dotazník

Dotazník je podobný rozhovoru, liší se však tím, že mu chybí přímá interakce mezi tazatelem a dotazovaným. Tím je vyloučen nebo maximálně redukován vliv osobnostních rozdílů tazatele a také působení jejich rozdílných přístupů a forem chování. Z toho vyplývá, že při písemném dotazování odpadá tazatel jako možný zdroj

chyby. Při dotazníku bývá zajištěna větší anonymita, u respondentů se může zvýšit důvěra, odpadnou zábrany, bez časového tlaku se může respondent více soustředit na otázky a dávat na ně promyšlenější odpovědi, i když není zaručeno, že tyto výhody využije. Dotazník patří k technikám sociologického výzkumu, který je opřen o předběžné, více či méně přesné formování otázek, jež pokládáme respondentům (dotazovaným). Ve znění těchto otázek jsou skryty všechny hypotézy daného výzkumu. Formulace je konečným krokem mezi předmětem, hypotézami a operacionalizací.

Dotazník lze rozdělit na dvě základní skupiny:

- anketa
- vlastní dotazník.

Anketa je dotazník, který má obvykle méně otázek a je zaměřen vysloveně na rámcové seznámení se stavem zkoumaného jevu či procesu ve společnosti, nebo její části. Ankety mohou být poštovní, novinové, telefonní, televizní a rozdávané.

Vlastní dotazník má počet otázek a znaků podstatně větší. Existují dotazníky s více než 30 otázkami, s celkovým počtem znaků přes stovku. Základem je, že zde jsou přímé možnosti kontaktů s tazatelem. Může jít např. o shromáždění dotazovaných na jednom místě, nebo rozdání anket v domácnosti s tím, že se pro ně tazatel do určitého času vrátí. Dotazovaní tak mohou v klidu pracovat na dané problematice bez toho, že by měli jakékoliv starosti s vrácením vyplněných dotazníků. Je tak zabezpečena vysoká návratnost.

Vlastní (písemný) dotazník je vlastní konstrukce (viz příloha č. 2). V úvodu byli postižení osloveni jako "vážení přátelé", což naznačuje, že k většině dotazovaných mám určitý vztah, ať už sousedský v bezbariérovém domě, kde bydlím, nebo kamarádský vztah navázaný na různých setkáních a soutěžích postižených.

Za oslovením je krátké písemné vysvětlení, proč a za jakým účelem je jim dotazník předkládán. Na závěr jsem vyjádřila svůj názor, že dotazník vyplní pravdivě a zodpovědně, ale pokud nechtějí, nemusí dotazník vyplnit a ani zdůvodnit, proč dotazník nevyplnili.

Celkem bylo položeno 16 otázek, z toho 11 otázek je uzavřených s jednoznačnou odpovědí ano - ne nebo výběrem nabízených možností, 5 otázek je otevřených, tzn. že záleží na respondentovi, jak odpoví. První otázka se týká pohlaví a věku, další tři otázky se týkají příčiny a druhu postižení, kdy a jak k němu došlo. Tři otázky se zaměřují na vzdělání, na zaměstnání před a po úraze a zda mělo postižení vliv na změnu zaměstnání, na vztahy v zaměstnání a mezi přáteli. Jedna otázka se týká vlivu postižení na rodinné vztahy, jedna otázka se týká zálib, další dvě otázky se zabývají výběrem partnera a postoje okolí k tomuto partnerovi. Dvě otázky jsou situovány do oblasti informovanosti, 3 otázky jsou dotazem na pocity a názory postižených.

3. 3. 4. Vzorek

Jako vzorek pro tento výzkum byly vybrány dvě skupiny handicapovaných osob ve věku 25 - 60 let. Jedná se o skupiny lidí, kteří mají již životní zkušenosti, kteří se většinou s postižením vyrovnali a žijí ze svého hlediska plnohodnotným životem. Celkový počet respondentů byl stanoven na 60. Jedna skupina žije v bezbariérovém domě v Liberci, kde bylo osloveno 20 respondentů, druhá skupina se účastnila sportovního setkání "vozíčkářů" v Děčíně, kde bylo osloveno 40 respondentů. Obě skupiny jsou pro potřeby výzkumu brány jako jeden celek.

Celkem tedy bylo osloveno 60 postižených. Z tohoto počtu 4 respondenti dotazníky nevyplnili a neuvedli ani důvod, proč dotazník nevyplnili. Z toho 1 oslovený byl z bezbariérového domu, 3 oslovení nevyplnili dotazník na sportovním setkání. Z 56 respondentů (pro další potřebu výzkumu budeme počet 56 oslovených považovat za 100 %/) bylo 33 muži (58,9%) a 23 ženy (41,1%) - viz tabulka č. 1 a graf č. 1.

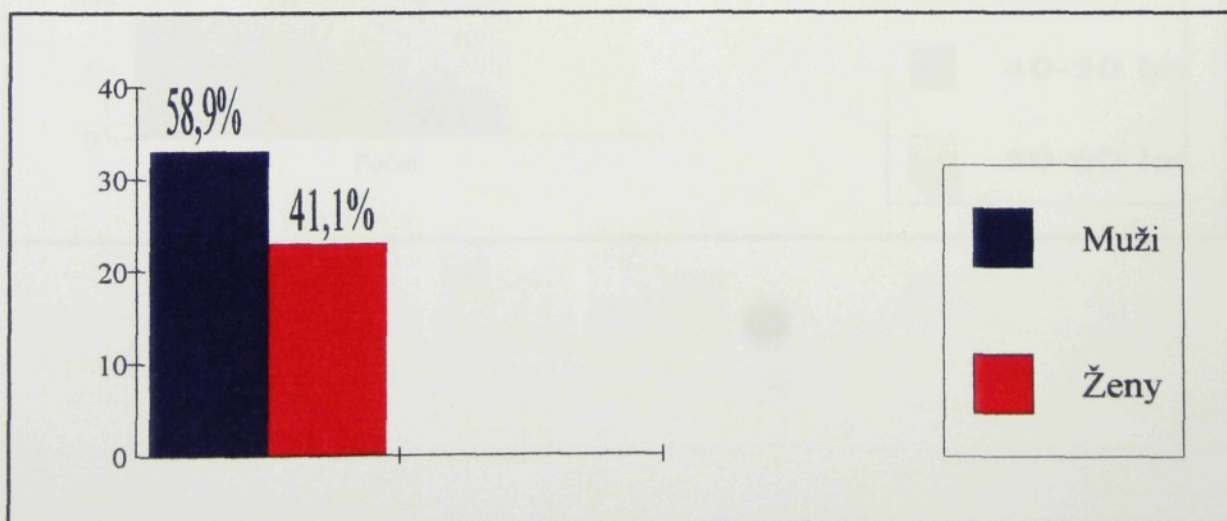
Tabulka č. 1

VZOREK

Pohlaví	Muži	Ženy
Počet	33	23
Procenta	58,9	41,1

Graf č. 1

VZOREK



3.2.3. Ostatní údaje

Věková hranice oslovených byla 9 (16,1%) ve věku 25 - 30 let, 25 (44,6%) ve věku 30 - 40 let, 12 (21,4%) ve věku 40 - 50 let, 10 (17,9%) ve věku 50 - 60 let - viz tabulka č. 2 a graf č. 2.

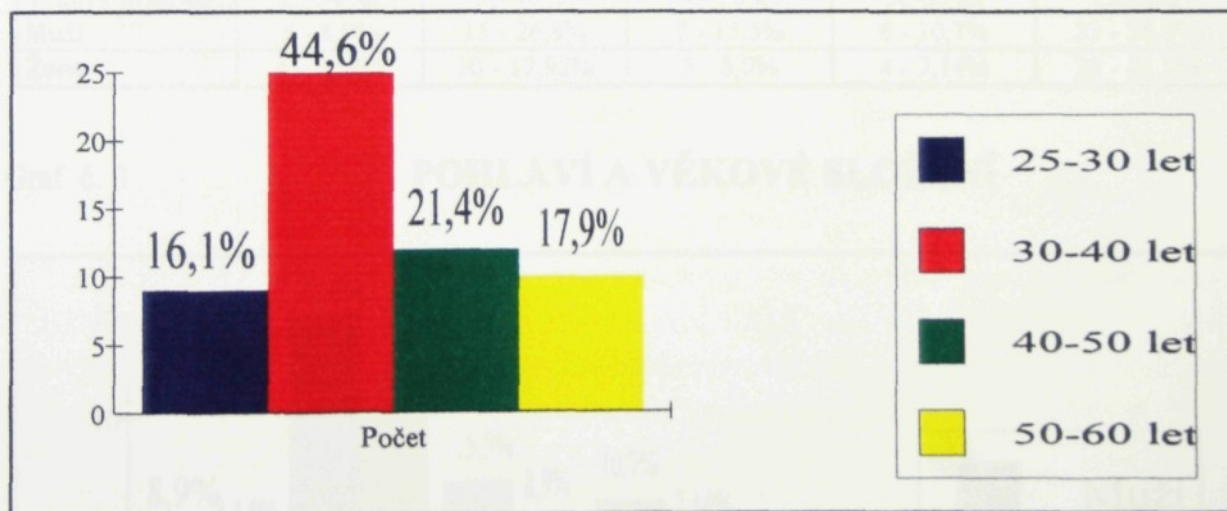
Tabulka č. 2

VĚKOVÁ HRANICE

Věkové hranice	25-30 let	30-40 let	40-50 let	50-60 let
Počet	9	25	12	10
Procenta	16,1	44,6	21,4	17,9

Graf č. 2

VĚKOVÁ HRANICE



3. 3. 5. Okruh otázek

3. 3. 5. 1. Pohlaví a věkové složení

Z celkových 56 respondentů bylo 33 muži (58,9%) a 23 ženy (41,1%) viz tabulka č. 1 a graf č. 1. Z toho 5 mužů (8,9%) bylo ve věku 25-30 let, 15 mužů (26,8%) bylo ve věku 30 - 40 let, 7 mužů (12,5%) ve věku 40 - 50 let, 6 mužů (10,7%) ve věku 50 - 60 let. Mezi 25 - 30 lety bylo 4 žen(7,14%), mezi 30 - 40 lety bylo 10 žen (17,92%), mezi 40 - 50 lety 5 žen (8,9%), mezi 50 - 60 lety 4 ženy (7,14%) - viz tabulka č. 3 a graf č. 3. Největší zastoupení mezi oslovenými měla věková kategorie mezi 30 - 40 lety, kde jich bylo 25 (44,6%). To se dalo i předpokládat, neboť větší zastoupení měli postižení oslovení na sportovním setkání (37 respondentů). Všeobecně je známo, že sportovním aktivitám se věnují spíše mladší věkové kategorie, v tomto případě mezi 30 - 40 lety, mezi 25-30 lety (9 respondentů - 16,1%). Starší kategorie ve věku 40 - 50 let (12 respondentů - 21,4%) a ve věku 50 - 60 let (10 respondentů - 17,9%) pochází spíše z bezbariérového domu.

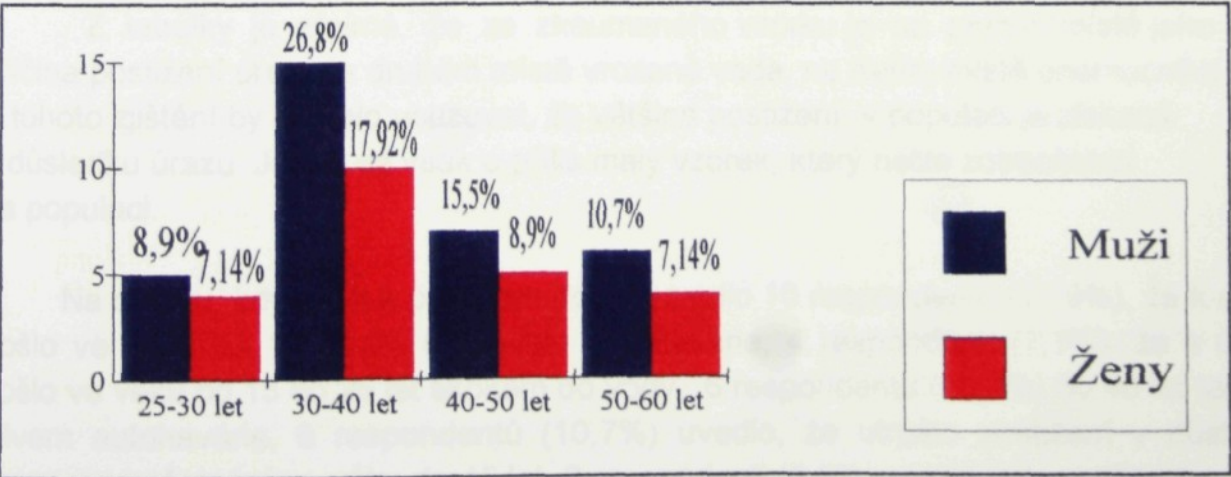
Tabulka č. 3

POHLAVÍ A VĚKOVÉ SLOŽENÍ

Věkové hranice	25-30 let	30-40 let	40-50 let	50-60 let	Celkem
Muži	5 - 8,9%	15 - 26,8%	7 - 12,5%	6 - 10,7%	33 - 58,9%
Ženy	4 - 7,14%	10 - 17,92%	5 - 8,9%	4 - 7,14%	23 - 41,1%

Graf č. 3

POHLAVÍ A VĚKOVÉ SLOŽENÍ



Tomáš patří do kategorie mezi 30 - 40 lety, bydlí v bezbariérovém domě a aktivně se věnuje i sportování.

3. 3. 5. 2. Příčina a okolnosti postižení

Na otázku, jaká byla příčina postižení, zda vrozená vada, úraz nebo onemocnění, odpovědělo 28 oslovených (50%), že příčinou jejich postižení byl úraz, 11 oslovených (19,6%) uvedlo jako příčinu vrozenou vadu, 17 oslovených (30,4%) uvedlo jako příčinu onemocnění - viz tabulka č. 4 a graf č. 4.

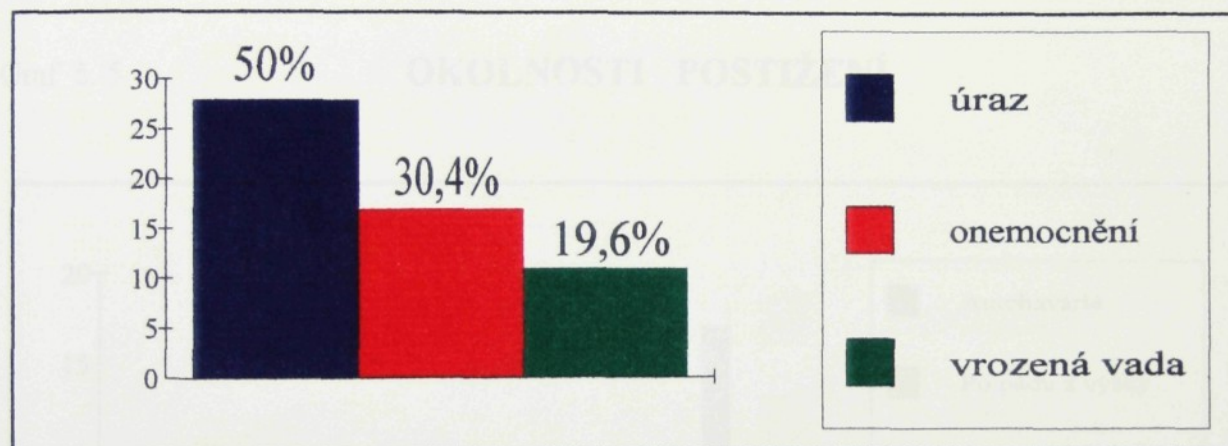
Tabulka č. 4

PŘÍČINA POSTIŽENÍ

Příčina postižení	úraz	onemocnění	vrozená vada
Počet	28	17	11
Procenta	50	30,4	19,6

Graf č. 4

PŘÍČINA POSTIŽENÍ



Z tabulky je zřejmé, že ze zkoumaného vzorku je na prvním místě jako příčina postižení úraz, na druhém místě vrozená vada, na třetím místě onemocnění. Z tohoto zjištění by se dalo usuzovat, že většina postižení v populaci je získaná v důsledku úrazu. Jedná se však o příliš malý vzorek, který nelze zobecňovat na populaci.

Na otázku, kdy a jak k postižení došlo, uvedlo 10 respondentů (17,9%), že k úrazu došlo ve věku od 15 do 25 let vlivem autohavárie, 4 respondenti (7,1%), že k úrazu došlo ve věku od 15 do 25 let skokem do vody, 6 respondentů (10,7%) do 45 let také vlivem autohavárie, 6 respondentů (10,7%) uvedlo, že utrpělo postižení v důsledku úrazu v zaměstnání ve věku do 45 let, 2 respondenti (3,6%) utrpěli úraz v dětském věku do 15 let (pád z výšky na záda, na hlavu, ..). 11 respondentů (19,6%) má vrozenou vadu, která se projevila od narození nebo v dětském věku, 17 respondentů (30,4%)

onemocnělo většinou v důsledku nemoci mozku, kloubů nebo páteře - viz tabulka č. 5 a graf č. 5

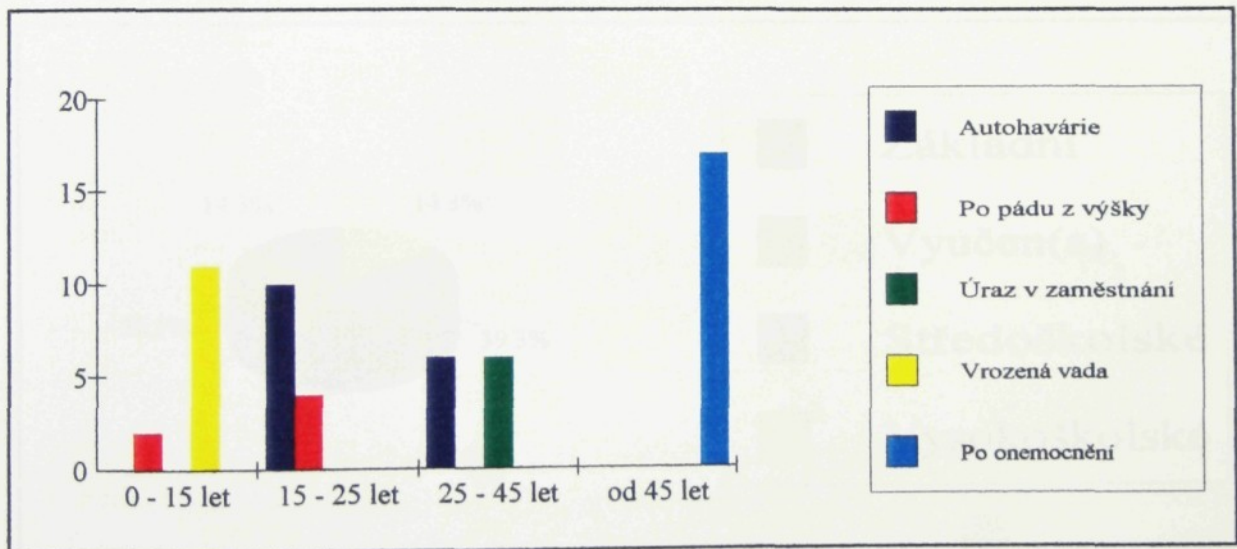
Tabulka č. 5

OKOLNOSTI POSTIŽENÍ

Věk, ve kterém k úrazu došlo	0 - 15 let	15 - 25 let	25 - 45 let	od 45 let
Následky autohavárie		10 (17,9%)	6 (10,7%)	
Následky po pádu z výšky	2 (3,6%)	4 (7,1%)		
Následky úrazu v zaměstnání			6 (10,7%)	
Vrozená vada	11 (19,6%)			
Následky onemocnění v průběhu života				17 (30,4%)

Graf č. 5

OKOLNOSTI POSTIŽENÍ



V této otázce vyšlo najevo, že na postižení se nejvíce podílely autohavárie, zvláště v mladším věku. Proč právě v mladším věku? To se dá zdůvodnit tím, že v mladém věku je člověk ještě nevyzrálý, více riskuje, neuvědomuje si nebo nerespektuje možné následky.

3. 3. 5. 3. Vzdělání a zaměstnání

3. 3. 5. 3. 1. Vzdělání

8 respondentů (14,3%) uvedlo, že má základní vzdělání, 18 respondentů (32,1%) je vyučen, 22 respondentů (39,3%) má středoškolské vzdělání a 8 respondentů (14,3%) má vysokoškolské vzdělání - viz tabulka č. 6 a graf č. 6

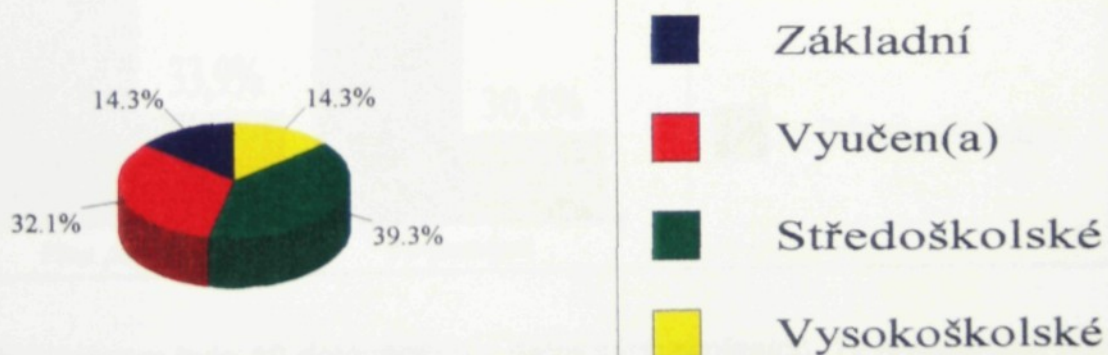
Tabulka č. 6

VZDĚLÁNÍ

Vzdělání	Počet respondentů	Procenta
Základní	8	14,3
Vyučen(a)	18	32,1
Středoškolské	22	39,3
Vysokoškolské	8	14,3

Graf č. 6

VZDĚLÁNÍ



Největší zastoupení mají lidé se středoškolským vzděláním a vyučením. Menší zastoupení mají postižení se základním a vysokoškolským vzděláním.

Tomáš má středoškolské vzdělání s maturitou.

3.3.5.3.2. Zaměstnání

Před úrazem bylo v pracovním poměru celkem 37 dotázaných (66,1%), 19 dotázaných (33,9%) v pracovním poměru nebylo, protože byli postižení buď od narození nebo v dětském věku - viz tabulka č. 7 a graf č. 7.

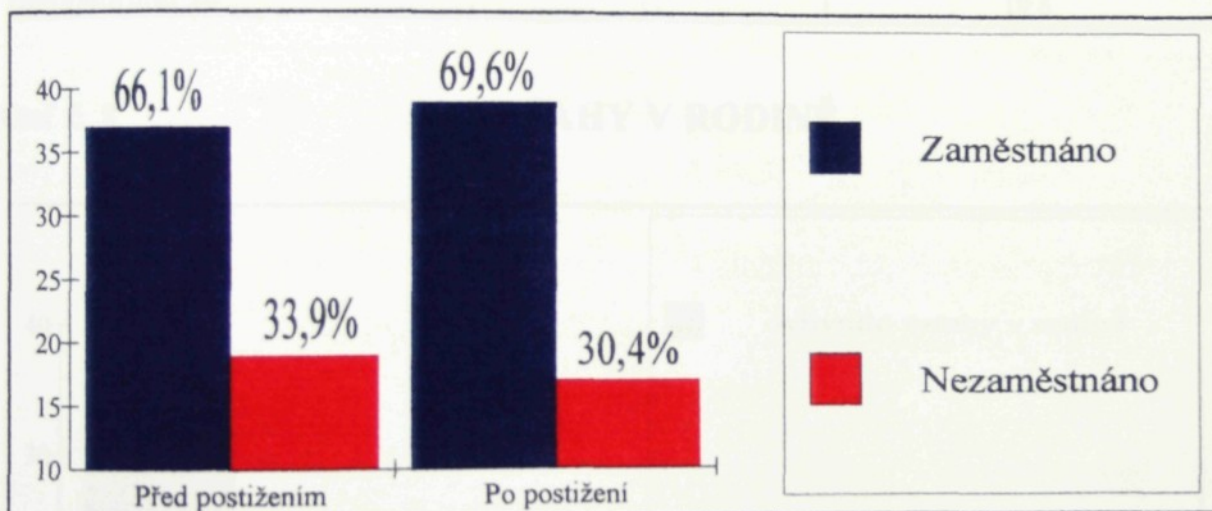
Tabulka č. 7

ZAMĚSTNÁNÍ

	Před postižením	Po postižení
Zaměstnáno	37 (66,1%)	39 (69,6%)
Nezaměstnáno	19 (33,9%)	17 (30,4%)

Graf č. 7

ZAMĚSTNÁNÍ



Před úrazem bylo 19 dotázaných v dělnických profesích, 12 dotázaných pracovalo v úřednických profesích, 6 dotázaných zemědělství. Po úraze pracuje celkem 39 dotázaných, z toho 25 jich pracuje manuálně, 14 v duševní sféře. 17 dotázaných nepracuje nejčastěji z důvodů svého postižení.

Po absolvování gymnázia Tomáš nepracoval. Pracovat začal až po přestěhování do Liberce, kdy absolvoval kurs výpočetní techniky a začal podnikat jako soukromý podnikatel - fyzická osoba.

3. 3. 5. 4. Vztahy v rodině

Na otázku, zda postižení mělo zásadnější vliv na vztahy v rodině, odpověděli 32 respondenti (57,2%), že jejich postižení zásadně ovlivnilo vztahy v rodině, z toho 19 pocítilo zlepšení vztahů a větší starostlivost a péči o jejich osobu ze strany rodinných příslušníků, u 9 respondentů došlo k rozpadu rodiny, 4 respondenti odpověděli, že od útlého věku vyrůstali v ústavu a rodinné vztahy nepoznali.

13 respondentů (23,2%) uvedlo, že z jejich hlediska nemělo postižení výraznější vliv na rodinné vztahy. 11 respondentů (19,6%) se k této otázce nevyjádřilo - viz tabulka č. 8 a graf č. 8.

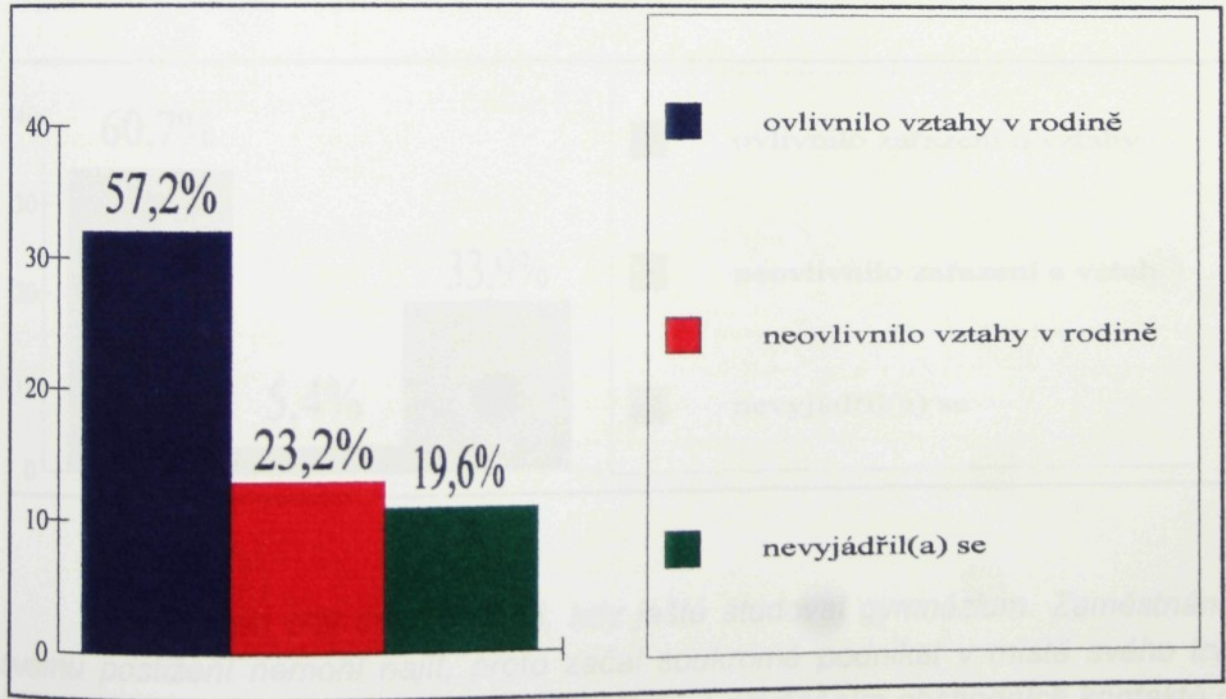
Tabulka č. 8

VZTAHY V RODINĚ

Vliv postižení na vztahy v rodině	Počet	Procenta
ovlivnilo vztahy v rodině	32	57,2
neovlivnilo vztahy v rodině	13	23,2
nevyjádřil(a) se	11	19,6

Graf č. 8

VZTAHY V RODINĚ



Tomáš k této otázce uvedl, že postižení nemělo zásadnější vliv na vztahy v jeho rodině, rodina přizpůsobila denní režim potřebám Tomáše bez nadměrně projevované obětavosti a přehnané péče ze strany rodinných příslušníků.

3. 3. 5. 5. Pracovní zařazení a vztahy v zaměstnání

Na otázku, zda postižení mělo zásadnější vliv na pracovní zařazení a na vztahy v zaměstnání, uvedlo 34 respondenti (60,7%), že v důsledku postižení nemohli vykonávat své povolání a tím došlo i k přerušení vztahu ke spolupracovníkům v zaměstnání. 3 respondenti (5,4%) uvedli, že jejich pracovní zařazení zůstalo stejné a nedošlo k zásadnějším změnám vztahů v zaměstnání. 19 respondentů (33,9%) se nemohlo k této otázce vyjádřit, protože nikdy v zaměstnání nebyli - viz tabulka č. 9 a graf č. 9

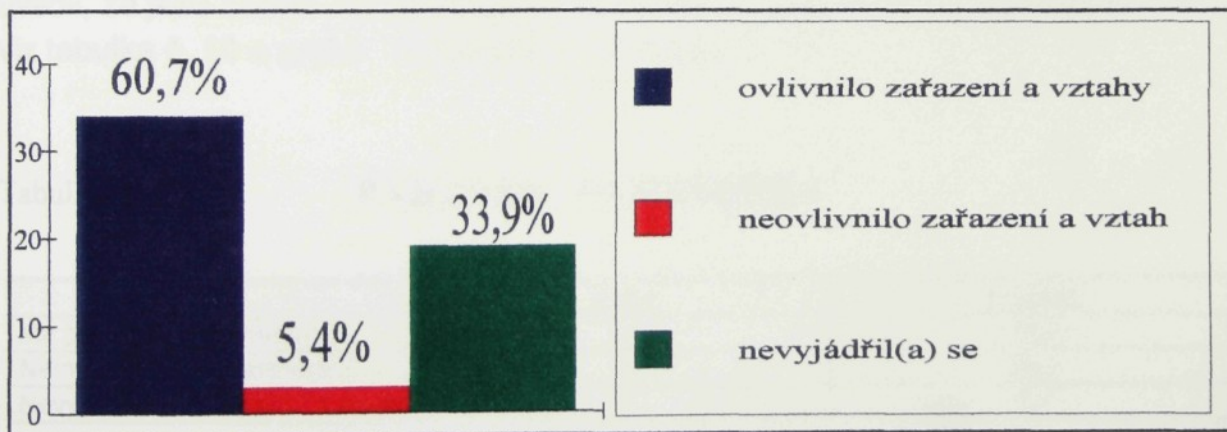
Tabulka č. 9

PRACOVNÍ ZAŘAZENÍ A VZTAHY

Vliv postižení na pracovní zařazení a vztahy v zaměstnání	Počet	Procenta
ovlivnilo zařazení a vztahy	34	60,7
neovlivnilo zařazení a vztahy	3	5,4
nevyjádřil(a) se	19	33,9

Graf č. 9

PRACOVNÍ ZAŘAZENÍ A VZTAHY



Tomášovi se stal úraz v době, kdy ještě studoval gymnázium. Zaměstnání kvůli svému postižení nemohl najít, proto začal soukromě podnikat v místě svého trvalého bydliště v oboru výpočetní techniky. Problémy s navázáním obchodních kontaktů nemá, zákazníci po vzájemné dohodě dochází za Tomášem do bytu.

3. 3. 5. 6. Záliby

43 respondentů uvedlo, že mezi jejich záliby patří sport (viz příloha č. 3), z toho 19 dotázaných sportuje aktivně, 24 respondenti se o sport zajímají pasivně (sledování televize, návštěvy sportovních utkání). 48 respondentů se zabývá sběratelstvím, např. známky, pohlednice, mince a podobně. 51 respondent se zajímá o kulturu, hlavně formou návštěv různých kulturních akcí pořádaných občanským sdružením pro postižené (viz příloha č. 4) . 17 dotázaných uvedlo jako zálibu rodinu, 11 práci. 15 dotázaných uvedlo i jiné záliby než uvedené v otázce, např. ruční práce, šachy, chovatelství.

Mezi Tomášovy záliby patří práce, resp. výpočetní technika, sport a kultura. Sportuje i aktivně, kdy jeho největším sportovním úspěchem bylo třetí místo na Mistrovství světa ve stolním tenisu ve Švédsku v roce 1996. (viz příloha č. 5)

3. 3. 5. 7. Partner, partnerka a vztahy okolí k nim

Na dotaz, zda postižení mají partnera - partnerku a jakého, odpověděli 43 respondenti (76,8%), že partnera - partnerku mají, z toho 26 jich má zdravého partnera - partnerku, 17 má postiženého partnera - partnerku. 9 respondentů (16,1%) uvedlo, že žádného partnera nemá, 4 respondenti (7,1%) se nevyjádřili. 33 respondenti uvedli, že jsou ženatí, 12 svobodní, 5 rozvedení, 2 vdovci, 4 se nevyjádřili - viz tabulka č. 10 a graf č. 10, tabulka č. 11 a graf č. 11.

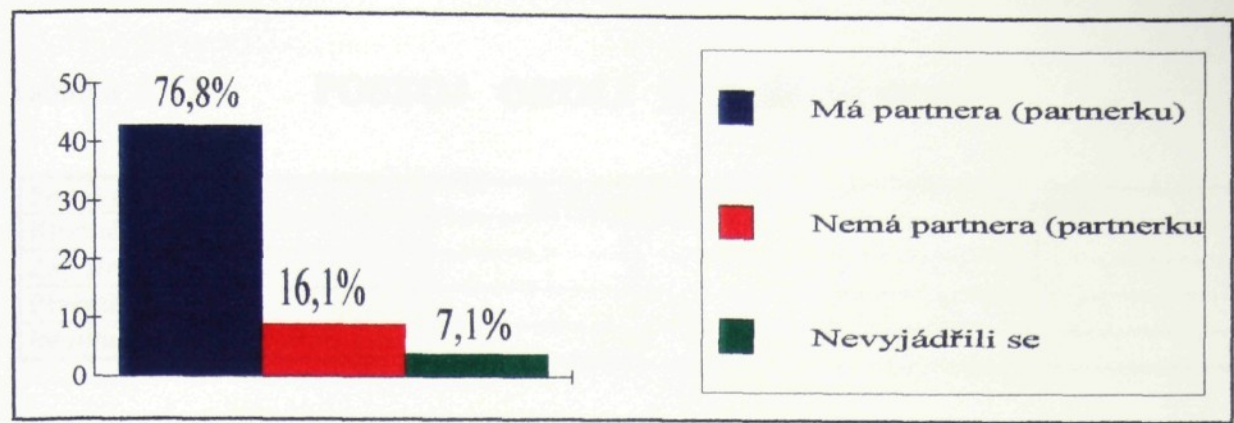
Tabulka č. 10

PARTNER, PARTNERKA

	Počet	Procenta
Má partnera (partnerku)	43	76,8
Nemá partnera (partnerku)	9	16,1
Nevyjádřili se	4	7,1

Graf č. 10

PARTNER, PARTNERKA



Zde se ukázalo, že u většiny respondentů (76,8%) hraje důležitou roli partner.

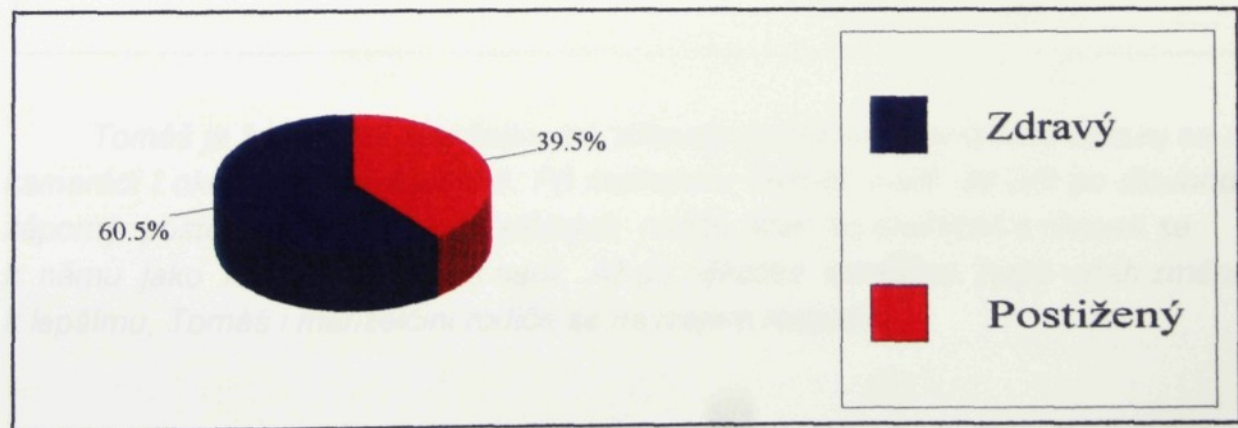
Tabulka č. 11

ZDRAVÍ PARTNERA (PARTNERKY)

Zdravotní stav partnera	Počet	Procenta
Zdravý	26	60,5
Postižený	17	39,5

Tabulka č. 11

ZDRAVÍ PARTNERA (PARTNERKY)



Na otázku, jak se staví okolí, rodiče a kamarádi k partnerovi, uvedl 31 respondent (55,4%), že se staví kladně, 8 respondentů (14,3%) uvedlo, že se staví záporně,

4 respondenti (7,1%) uvedli, že okolí jejich partnery přehlíží. 13 respondentů (23,2%) se nevyjádřilo - viz tabulka č. 12 a graf č. 12

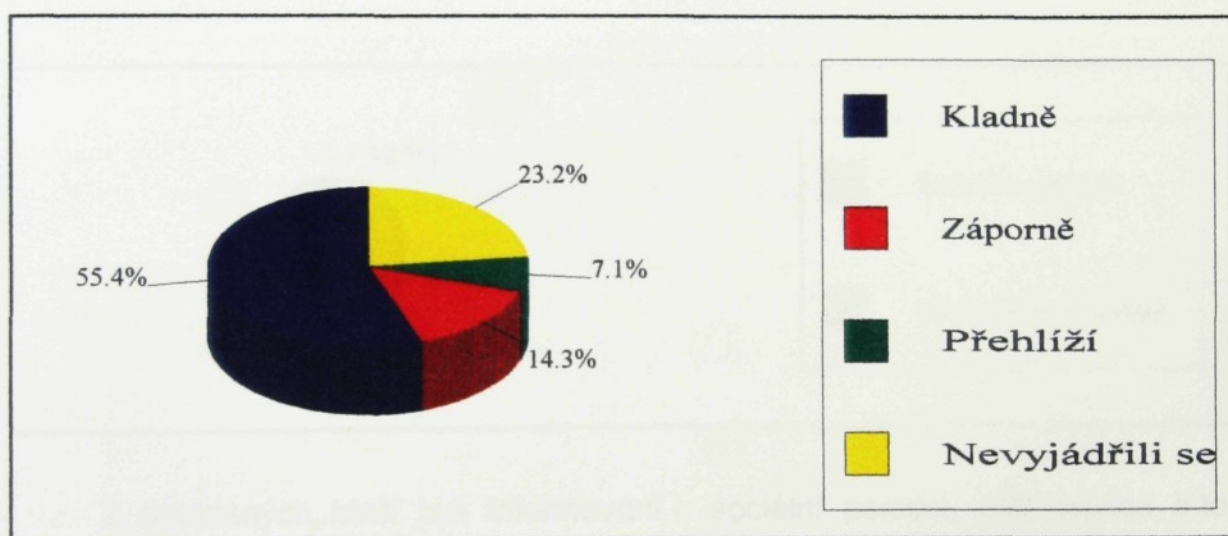
Tabulka č. 12

POSTOJ OKOLÍ K PARTNEROVI

Postoj okolí	Počet respondentů	Procenta
Kladně	31	55,4
Záporně	8	14,3
Přehlíží	4	7,1
Nevyjádřili se	13	23,2

Graf č. 12

POSTOJ OKOLÍ K PARTNEROVI



Tomáš je ženatý, za manželku má zdravou partnerku. Podle jeho názoru se rodiče, kamarádi i okolí k ní staví kladně. Při rozhovoru Tomáš uvedl, že cítil po dlouhou dobu záporný postoj ze strany manželčiny rodiny, kteří ho přehlíželi a chovali se k němu jako když v místnosti není. Až po několika letech se tento vztah změnil k lepšímu, Tomáš i manželčiny rodiče se navzájem respektují.

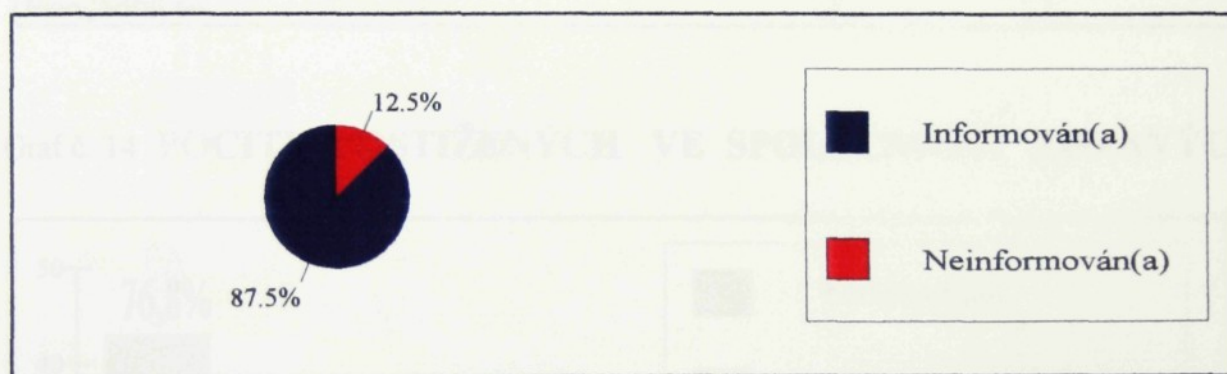
3.3.5.8. Informovanost

Na otázku, zda někdo informoval postižené o sociální pomoci, uvedlo 49 dotázaných (87,5%), že ano, 7 dotázaných (12,5%), že ne - viz tabulka č. 13 a graf č. 13.

Tabulka č. 13 **INFORMOVANOST O SOCIÁLNÍ POMOCI**

Informován o sociální pomoci	Počet	Procenta
ANO	49	87,5
NE	7	12,5

Graf č. 13 **INFORMOVANOST O SOCIÁLNÍ POMOCI**



Z dotázaných, kteří byli informováni o sociální pomoci, jich nejvíce, a to 49 uvedlo, že byli informováni o možnosti sociálních dávek, 44 o možnosti bezbariérového bytu, 42 o možnosti dopravy, 39 o nároku na rehabilitační a kompenzační pomůcky, jen 26 jich bylo informováno o možnosti rekvalifikace a zaměstnání.

Informace o sociální pomoci získalo nejvíce postižených od osob stejně nebo jinak postižených - 29, dále od sociálního pracovníka - 27, od rodiny 23, z vlastní zkušenosti 22, od sdružení a organizací 17, od přítele 13, od lékaře 12, od psychologa 8, od někoho jiného 3 (někteří dotázaní uvedli více zdrojů informací).

Tomáš uvedl, že byl informován o možnosti bezbariérového bytu, dopravě, sociálních dávkách, nároku na rehabilitační a kompenzační pomůcky. Informace se nejvíce dozvěděl od rodiny, sociálního pracovníka a osoby stejně postižené.

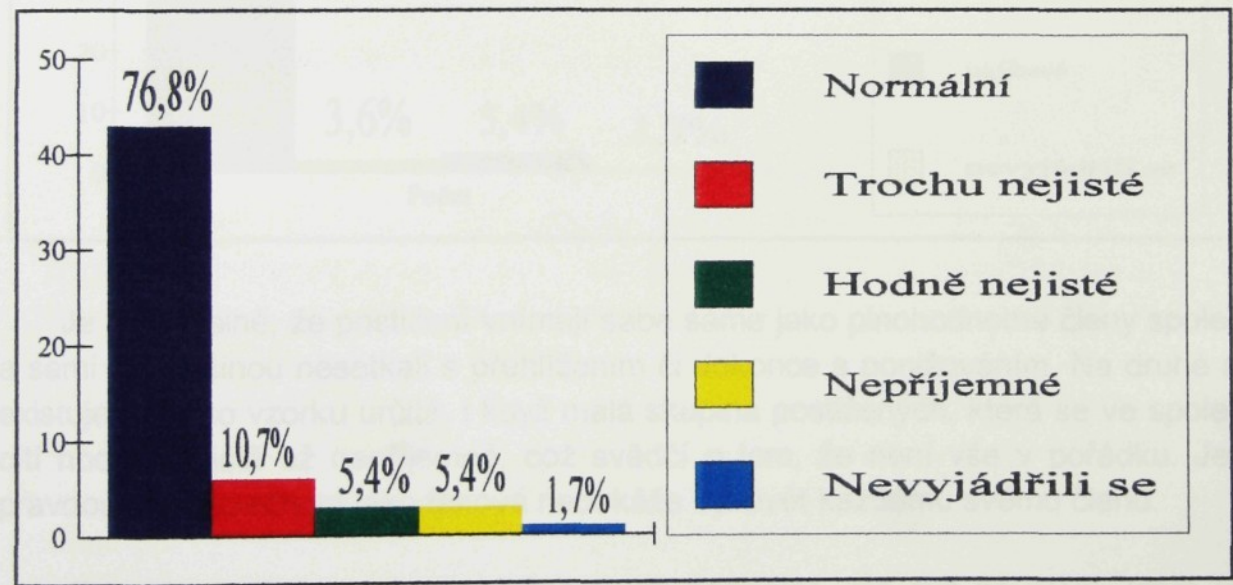
3. 3 . 5. 9. Pocity

Ve společnosti zdravých se cítí 43 dotázaných (76,8%) normálně, 6 dotázaných (10,7%) se cítí trochu nejistě, 3 dotázaní (5,4%) se cítí hodně nejistě, 3 dotázaní (5,4%) se cítí nepříjemně, 1 dotázaný (1,7%) se nevyjádřil. 50 postižených (89,3%) si myslí, že jsou společností přijímáni se samozřejmostí, 2 (3,6%) s rozpaky, 3 (5,4%) uhýbavě, 1 (1,7%) se nevyjádřil - viz tabulka č. 14 a graf č. 14, tabulka 15 a graf č. 15.

Tabulka č.14 **POCITY POSTIŽENÝCH VE SPOLEČNOSTÍ ZDRAVÝCH**

Pocity	Počet respondentů	Procenta
Normální	43	76,8
Trochu nejisté	6	10,7
Hodně nejisté	3	5,4
Nepříjemné	3	5,4
Nevyjádřili se	1	1,7

Graf č. 14 **POCITY POSTIŽENÝCH VE SPOLEČNOSTÍ ZDRAVÝCH**

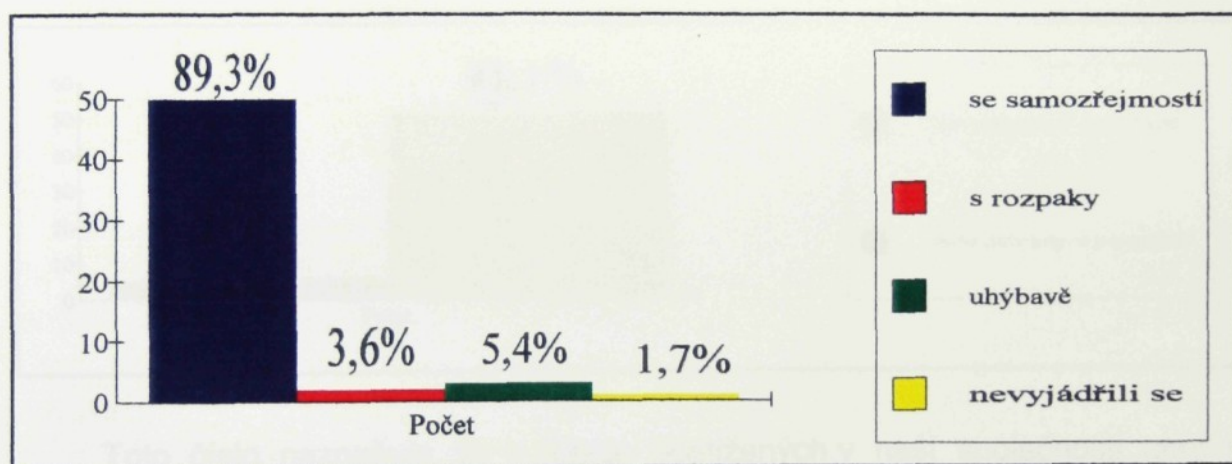


Tabulka č. 15

POSTOJ SPOLEČNOSTÍ VŮČI POSTIŽENÝM

Společností je přejímán	Počet respondentů	Procenta
- se samozřejmostí	50	89,3
- s rozpaky	2	3,6
- uhýbavě	3	5,4
Nevyjádřili se	1	1,7

Graf č. 15

POSTOJ SPOLEČNOSTÍ VŮČI POSTIŽENÝM

Je potěšitelné, že postižení vnímají sebe sama jako plnohodnotné členy společnosti a sami se většinou nesetkali s přehlížením či dokonce s ponižováním. Na druhé straně existuje v tomto vzorku určitá, i když malá skupina postižených, která se ve společnosti cítí hodně nejistě až nepříjemně, což svědčí o tom, že není vše v pořádku. Je však pravdou, že společnost jako taková nedokáže vyhovět každému svému členu.

Tomáš uvedl, že se ve společnosti cítí normálně, má své povolání, které je jeho koníčkem a při jednání se "zdravými" zákazníky nepoznal ústrky či odmítání. Zákazníci jej berou jako zhotovitele díla, nikoliv jako postiženého. Cítí se být plnohodnotným členem společnosti, protože jako podnikatel - fyzická osoba odvádí této společnosti daně a přispívá tak k fungování této společnosti.

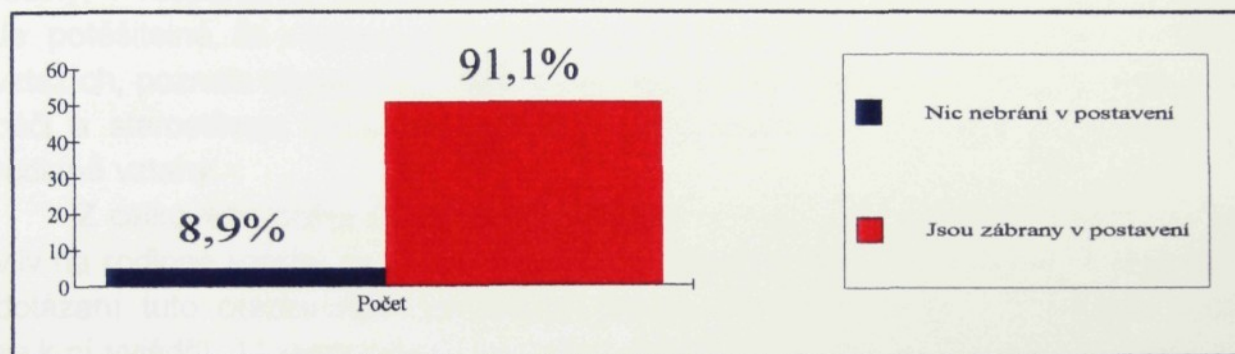
3.3.5.10. Názor na postavení postižených v naší společnosti

5 respondentů (8,9%) uvedlo, že nic nebrání rovnocennému postavení postižených ve společnosti zdravých. 51 respondent (91,1%) uvedl, že jsou zábrany v zařazení postižených v naší společnosti - viz tabulka č. 16 a graf č. 16

Tabulka č. 16 **NÁZOR NA POSTAVENÍ VE SPOLEČNOSTI**

Postavení ve společnosti zdravých	Počet	Procenta
Nic nebrání v postavení ve společnosti zdravých	5	8,9
Jsou zábrany v postavení ve společnosti zdravých	51	91,1

Graf č. 16 **NÁZOR NA POSTAVENÍ VE SPOLEČNOSTI**



Toto číslo naznačuje, že v otázce postižených v naší společnosti není vše v pořádku. Neznamená to ovšem, že společnost má z handicapovaných vytvořit privilegovanou skupinu. Společnost by měla vytvořit takové podmínky, které by pomohly handicapovaným se zařadit do normálního života.

48 respondentů uvedlo, že ve společnosti zdravých brání lepšímu postavení postižených hlavně legislativa. 3 respondenti uvedli, že legislativa není špatná, pouze že se nekontroluje a nedodržuje. 40 respondentů uvedlo bariéry, ať to jsou bariéry architektonické, informativní nebo vztahové. 8 respondentů uvádí úroveň zdravotního zabezpečení. (příloha č. 6)

Tomáš je názoru, že společnost má vůči postiženým velký dluh. Proč na jedné straně se tzv. "romské otázky" věnuje taková pozornost a na straně druhé se taková pozornost postiženým nevěnuje. Pro Romy vznikají různé vládní programy, které by jim napomohly se včlenit do normální společnosti. O problémech postižených se raději neví a mlčí se. Postižení se nemohou dostat do každé státní instituce, domu, prodejny a podobně.

4. Závěrečná část

4. 1. Co ukázal výzkum

4. 1. 1. První hypotéza

První stanovená hypotéza byla zaměřena na zjištění, zda postižení mají většinou vliv na vztahy v rodině z hlediska pocitu postiženého. Tato hypotéza o vztazích byla stanovena všeobecně, tzn., že se nerozlišoval vliv na vztahy v rodině v "pozitivním" nebo "negativním" smyslu. Pro zajímavost se o kladných a negativních vlivech na rodinné vztahy zmíníme dále.

Provedeným výzkumem se tato hypotéza potvrdila. 32 respondenti uvedli, že jejich postižení zásadně ovlivnilo vztahy v rodině. Z toho 19 respondentů uvedlo, že pocítilo zlepšení vztahu v "pozitivním" smyslu slova, u 9 respondentů došlo k rozpadu rodiny, 4 respondenti se nemohli vyjádřit, protože rodinu neměli a vyrůstali v ústavu. Je potěšitelné, že více jak polovina respondentů, kteří zaznamenali změnu v rodinných vztazích, poznala zlepšení těchto vztahů. Jednalo se většinou o větší pochopení, lásku, péči a starostlivost ze strany rodinných příslušníků. Dá se říci, že postižení utužilo rodinné vztahy.

Z celkového počtu 56 respondentů dále 13 uvedlo, že postižení nemělo výraznější vliv na rodinné vztahy, ty zůstaly stejné před postižením i po postižení. Je zajímavé, že dotázaní tuto otázku dále nerozebírali, přestože byla otevřená a byla dána možnost se k ní vyjádřit. 11 respondentů se k této otázce vůbec nevyjádřilo a ani neuvedli důvod, proč tak tomu je. Bylo to však jejich právo, které bylo respektováno.

Tato hypotéza potvrdila skutečnost, že pro většinu lidí, ať už zdravé nebo postižené, hraje nejdůležitější roli rodina. Je to i logické, protože většina lidí je členy rodiny, kde každý jedinec má vymezené své role, práva a povinnosti. Je to skupina, kde člověk tráví nejvíce času. Důležitost rodiny si uvědomuje i společnost, protože je rodina jako taková preferována před jinými podobnými skupinami, resp. podobná skupina nemůže nahradit funkci rodiny.

4. 1. 2. Druhá hypotéza

Druhá hypotéza se zabývala zjištěním, zda postižení má většinou vliv na pracovní zařazení handicapovaného. Ze zkoumaného vzorku bylo před postižením v pracovním zařazení celkem 37 dotázaných, 19 dotázaných nikdy v pracovním zařazení nebylo. Po postižení uvedli 34 respondenti, že postižení mělo zásadní vliv na pracovní zařazení, protože v důsledku postižení nemohli vykonávat původní povolání. To znamená, že druhá hypotéza se potvrdila.

Tři dotázaní uvedli, že postižení nemělo vliv na pracovní zařazení, které zůstalo stejné jako před postižením. 19 dotázaných se k otázce nemohlo vyjádřit, protože nikdy nebyli pracovníě zařazení.

Práce je jedním z faktorů, který odlišil člověka od zvířete. Proto má práce pro člověka nezastupitelný význam. Jestliže člověk z nějakého důvodu přijde o práci, je to pro něho velká psychická a existenční zátěž. Pro postiženého, který v důsledku svého postižení přijde o práci, je to dvojnásob těžké. Pro zdravého člověka, který přijde o práci, je možná jakákoliv rekvalifikace v jakémkoliv oboru, na kterou stačí jeho fyzické a psychické síly. Postižený se však může rekvalifikovat pouze na několik málo oborů, na které jeho psychické a fyzické síly, ale hlavně postižení, stačí.

Zde může účinně pomoci právě společnost. Například organizováním rekvalifikačních kursů, zvýhodňováním zaměstnavatelů, kteří zaměstnávají postižené, vytvářením pracovním míst, nabídkou práce ve státní správě a podobně. I zde je podle mého názoru co dohánět.

4. 1. 3. Třetí hypotéza

Třetí hypotéza se týkala zjištění, zda informace o možné pomoci mají postižení spíše od osob z blízkého okolí než ze strany jiných osob. Výzkumem se tento předpoklad nepotvrdil, neboť nejvíce osob získalo informace o sociální pomoci od osob stejně nebo jinak postižených (29). Na druhém místě byly informace získané od sociálního pracovníka (27), teprve na třetím místě byly informace získané od rodiny (23). Na dalších místech byly informace získané z vlastní zkušenosti (22), od sdružení a organizací (17), od přítele (13), od lékaře (12), od psychologa (8), od někoho jiného (3).

Výzkum tohoto vzorku ukázal, že postižení se mezi sebou stýkají, mají společné záliby a zájmy (o čemž svědčí i sportovní setkání v Děčíně). Svědčí to o tom, že postižení si navzájem rozumí, pěstují přátelské vztahy. Dá se konstatovat, že postižení handicapované sblížilo, což by za situace, kdyby byli zdraví, zřejmě nenastalo. Je zajímavé, že na druhém místě jsou informace o sociální pomoci získané od sociálního pracovníka. Podle mého názoru je to důležité zjištění, které ukazuje to, že lidé, kteří se věnují sociální práci a pomoci druhým (nejen postiženým), jsou lidé na svém místě, na profesionální úrovni.

4. 1. 4. Čtvrtá hypotéza

Čtvrtá hypotéza se zabývala zjištěním, zda postižení vyhledávají spíše zdravého životního partnera než postiženého. Tato hypotéza se výzkumem potvrdila.

26 respondentů uvedlo, že má zdravého partnera - partnerku, 17 respondentů uvedlo, že mají postiženého partnera - partnerku. 9 respondentů uvedlo, že žádného

partnera nemá, 4 respondenti se nevyjádřili.

Většina dotázaných uvedla, že jsou ženatí. Ukázalo se, že pro postižené má velký význam soužití s partnerem - partnerkou. Podle mého názoru soužití postiženého se zdravým partnerem - partnerkou má vliv na pocity nejen postiženého, ale i na názory ostatních postižených a zdravých lidí, protože sami vidí, že soužití postižených a zdravých lidí je normální "akceptovatelnou" věcí a není na tom nic "nenormálního".

4. 1. 5. Pátá hypotéza

Pátá hypotéza se zabývala zjištěním, jestli se postižení většinou cítí ve společnosti normálně. I tato hypotéza byla výzkumem potvrzena. 43 dotázaných uvedlo, že ve společnosti zdravých se cítí normálně, 13 respondentů se vyjádřilo v hodnotách trochu nejistě, hodně nejistě až nepříjemně, anebo se nevyjádřili. Naprostá většina dotázaných si myslí, že společností jsou přijímáni se samozřejmostí. Výzkum ukázal, že postižení nemají ve společnosti větší problémy, sami se většinou nesetkali s odmítáním či ústrky. Jsou však výjimky (5 respondentů), které se setkaly právě s nepříjemným odmítavým postojem ze strany zdravých, což nasvědčuje tomu, že ne všechno je v pořádku. Proto i zde je co dohánět. Například větší osvěta, speciální přístup k postiženým, kteří jsou v ústavu, zapojit je do různých aktivit a podobně.

4.2. Závěr

Většinou každý z nás se setkal s handicapovanými jedinci. Pouze konkrétní jedinec (sám za sebe) se může vyjádřit k tomu, jak se cítí v jejich společnosti. Málokdo z nás "zdravých" lidí si uvědomuje, že postižení nepostihuje jenom určitý orgánový systém (tělesné postižení, duševní postižení), ale ovlivňuje i celou osobnost postiženého jedince. Musí změnit své návyky, zvyky, postoje a názory.

Vytváří se specifická sociální situace, která ovlivňuje nejen postiženého, ale i jeho sociální okolí. Postižení většinou výrazně změní dosavadní život nejen handicapovaného jedince (pokud se jedná o získané postižení), ale i jeho sociálního okolí. Pokud se jedná o vrozené postižení, má změněné hlavně sociální okolí.

Provedeným výzkumem se potvrdily tyto hypotézy:

- postižení má většinou vliv na vztahy v rodině z hlediska pocitu postiženého
- postižení má většinou vliv na pracovní zařazení handicapovaného
- postižení vyhledávají spíše zdravého životního partnera než postiženého
- postižení se většinou cítí ve společnosti normálně

Výzkumem se nepotvrdila se jedna hypotéza:

- informace o nabízené pomoci, které mají postižení spíše od jiných osob než od osob z blízkého okolí.

Tato práce je pouze náhledem do problematiky handicapovaných, do vztahu handicapovaných, jako minority, a společnosti jako majority, případně opačně. Výsledky tohoto výzkumu nelze však zevšeobecňovat na celou naši společnost, protože vybraný vzorek byl příliš malý. Přesto lze konstatovat, že handicapovaní v určitém místě a v určitém čase mají názory a cítí se tak, jak se vyjádřili v písemném dotazníku.

Postižený jedinec se někdy setkává s postojem laické veřejnosti, která vůči postiženým lidem mívá často předsudky, ovlivněné nedostatečnou informovaností. Lidé neví, jak se k nim chovat, a tak je buď přehlížejí, odvrací od nich zrak nebo se chovají jako když tam nejsou. Podobné postojové stereotypy ke společnosti zdravých si vytvářejí i postižení. Jedná se o vztah majority k minoritě a naopak.

Každý postižený jedinec, ať je postižený od útlého věku, či postižení získal, si musí vybojovat ve společnosti své místo nebo získat opětovně to, co postižením ztratil. Někteří postižení jedinci mají životní vyrovnanost i citlivé pochopení pro druhé a je pro ně snazší se s tím vyrovnat a rodina zůstává pohromadě. Pokud mohou a je jim to umožněno, chodí do zaměstnání, anebo pracují doma. Mnoho z nich muselo najít nový smysl života, změnit svůj dosavadní život, a to většinou znamenalo speciálně se přeškolit.

Tito lidé dokazují odvahu a statečnost, o kterých většinou nikdy nemluví a zdravý jedinec, ani netuší kolik úsilí to stálo a co všechno musela jeho nejbližší rodina obětovat. Avšak jsou jedinci, kteří tuto životní vyrovnanost nemají, a nejsou schopni se sami se svým postižením vyrovnat. Pak se stává, že rodina není schopna se s novou situací vyrovnat a dochází k jejímu rozpadu. Postižený jedinec pak zůstává sám.

Různá postižení vyvolávají rozdílné reakce společnosti, někdy může jít až o sociální stigmatizaci.

Zpracování této bakalářské práce bylo pro mě velkým přínosem. Přesto, že mám vzhledem k manželství s Tomášem větší znalosti, vědomosti a vztah k postiženým, se můj obzor rozšířil. Studium odborné literatury, setkáním s dalšími postiženými jsem získala nové znalosti a vědomosti o problematice života postižených. Poznala jsem, že ne každý jedinec se dokázal vyrovnat s postižením. Proto je důležité, aby tito jedinci měli možnost se setkávat nejen s postiženými, ale i se zdravými, kteří je chápou a hlavně jim umí pomoci. Proto podle mého názoru zde hrají velkou roli různá občanská sdružení, iniciativy, nadace a podobně, které napomáhají kulturnímu, společenskému a sportovnímu vyžití postižených.

Při výzkumu jsem se osobně setkala se zajímavými lidmi, s jejich názory a postoji. Získala jsem tak nové přátele, se kterými se já i Tomáš nadále setkáváme. Proto jsem ráda, že jsem si vybrala téma "Handicap, rodina a společnost".

Seznam odkazů

- 1) Vágnerová, M.: Psychologie handicapu I. TU v Liberci, Liberec 1997, str. 46
- 2) Vágnerová, M.: Psychologie Handicapu I. TU v Liberci, Liberec 1997, str. 4-5
- 3) Srovnej, Vágnerová, M.: Psychologie Handicapu I. TU v Liberci, Liberec 1997, str. 19-20
- 4) Srovnej, Vágnerová, M.: Psychologie Handicapu I. TU v Liberci, Liberec 1997, str. 20-21
- 5) Vágnerová, M.: Psychopatologie pro pomáhající profese. Portál, Praha 1999, str. 100 -101
- 6) Vágnerová, M.: Psychopatologie pro pomáhající profese. Portál, Praha 1999, str. 101 -102
- 7) TU Liberec, přednáška PHDr. Josífkové - Sociální psychologie.
- 8) Miňhová, J., Trpišovská, D.: Kapitoly ze sociální psychologie. Universita J.E. Purkyně v Ústí n.L., Ústí n.L. 1993, str. 94-95
- 9) Srovnej, Vágnerová, M.: Psychologie pro pomáhající profese. Portál, Praha 1999, str. 102 -150
- 10) Srovnej, Vágnerová, M.: Psychologie pro pomáhající profese. Portál, Praha 1999, str. 102 -150
- 11) Srovnej, Vágnerová, M.: Psychologie pro pomáhající profese. Portál, Praha 1999, str. 105 -106
- 12) Vágnerová, M.: Psychologie pro pomáhající profese. Portál, Praha 1999, str. 108 -109
- 13) Vágnerová, M.: Psychologie pro pomáhající profese. Portál, Praha 1999, str. 116
- 14) Vágnerová, M.: Psychologie pro pomáhající profese. Portál, Praha 1999, str. 116
- 15) Vágnerová, M.: Psychologie pro pomáhající profese. Portál, Praha 1999, str. 116
- 16) Srovnej, Usnesení vlády ČR č. 256/98 : Národní plán vyrovnání příležitostí pro občany se zdravotním postižením. Sbor zástupců organizací zdravotně postižených, Praha 1998
- 17) Srovnej, Usnesení vlády ČR č. 256/98 : Národní plán vyrovnání příležitostí pro občany se zdravotním postižením. Sbor zástupců organizací zdravotně postižených, Praha 1998

Seznam použité literatury

- 1) Vágnerová, M.: Psychologie handicapu I. TU v Liberci, Liberec 1997.
- 2) Vágnerová, M.: Psychologie Handicapu II. TU v Liberci, Liberec 1997.
- 3) Vágnerová, M.: Psychologie Handicapu III. TU v Liberci, Liberec 1997.
- 4) Vágnerová, M.: Psychologie Handicapu IV. TU v Liberci, Liberec 1997.
- 5) Vágnerová, M.: Psychopatologie pro pomáhající profese. Portál, Praha 1999.
- 6) Miňhová, J., Trpišovská, D.: Kapitoly ze sociální psychologie. Universita J.E. Purkyně v Ústí n. L., Ústí n. L. 1993.
- 7) Usnesení vlády ČR č. 256/98 : Národní plán vyrovnání příležitostí pro občany se zdravotním postižením. Sbor zástupců organizací zdravotně postižených, Praha 1998
- 8) Křivohlavý, J.: Psychologická rehabilitace zdravotně postižených. Avicenum, Praha 1985.
- 9) Říčan, P.: Psychologie osobnosti. Praha, Orbis 1972.
- 10) Šrámková, T.: Poranění míchy pohledem sexuologa. Edice Paraple, Praha 1997.

Seznam příloh

Příloha č. 1 Vzorek 1) Bezbariérový dům v Liberci
 2) Sportovní setkání vozíčkářů Děčín

Příloha č. 2 Dotazník

Příloha č. 3 Sportovní akce postižených

Příloha č. 4 Kulturní akce

Příloha č. 5 Mistrovství Evropy ve Švédsku

Příloha č. 6 Bariéry

Vzorek

1) Bezbariérový dům v Liberci



2) Sportovní setkání vozíčkářů Děčín



Dotazník

Vážení přátelé,

před Vámi je dotazník, který bude sloužit jako podklad pro výzkum diplomové práce "Handicap, rodina a společnost". Dotazník je naprosto anonymní. To znamená, že se nikdo, ani autor, nedozví Vaše jméno. Snažte se vyplnit dotazník podle svého názoru, pravdivě, aby nedošlo ke zkreslení uvedeného výzkumu.

Děkuji za pochopení.

Dana Zajptová
Studentka TU Liberec

Své odpovědi zakroužkujte nebo vypište podle zadání

1. Pohlaví muž / žena
Věk
2. Příčina postižení vrozená vada
úraz
onemocnění
3. Druh postižení
4. Kdy a jak k němu došlo
5. Vzdělání základní
vyučen/a
středoškolské
vysokoškolské
6. Zaměstnání před postižením
po postižení.....
7. Mělo postižení zásadnější vliv na vztahy ve Vaší rodině (jak a v čem)
8. Mělo postižení zásadnější vliv na pracovní zařazení a vztahy v zaměstnání
(v čem)

9. Záliby	sběratelství	ano - ne
	sport	ano - ne
	kultura	ano - ne
	práce	ano - ne
	rodina	ano - ne
	jiná a jaké	

10. partner/ka	postižený/á	ano - ne
	nepostižený/á	ano - ne
	žádný/á	ano - ne
stav	svobodný/á	ano - ne
	ženatý/vdaná	ano - ne
	rozvedený/á	ano - ne
	vdovec/vdova	ano - ne

11. Jak se staví okolí, rodiče, kamarádi k tvému partnerovi

kladně
záporně
přehlíží

12. Informoval Vás někdo o následných potřebách

bezbariérový byt	ano - ne
doprava	ano - ne
sociální dávky	ano - ne
nárok na reh. a kompenzační pomůcky	ano - ne
rekvalifikace, zaměstnání	ano - ne

13. Kdo Vás informoval o potřebách

rodina	ano - ne
přítel	ano - ne
osoba stejně nebo jinak postižená	ano - ne
psycholog	ano - ne
sociální pracovník	ano - ne
lékař	ano - ne
sdružení, organizace	ano - ne
vlastní zkušenost	ano - ne
někdo jiný	

14. Jak se cítíte ve společnosti zdravých

normálně
trochu nejistě
hodně nejistě
nepříjemně
.....

15. Jak si myslíte, že jste přijímán/a společností

se samozřejmostí
s rozpaky
s uhýbáním

16. Co podle Vašeho názoru nejvíce brání lepšímu postavení postižených v naší společnosti?

legislativa

úroveň zdravotního zabezpečení

bariéry - architektonické

- informativní

- vztahové

jiné uveďte

Mistrovství Evropy ve Švédsku



Za plným jménem

Na této stránce bychom rádi představili vám, čtenářům, některé z nejlepších hráčů a týmů, kteří se zúčastnili mistrovství Evropy ve švédské metropoli. Všechny tyto informace najdete v naší příloze, která je součástí tohoto vydání. Věříme, že vám budou velmi užitečné a že vám pomohou lépe porozumět tomu, co se děje na tomto mistrovství. Věříme, že vám budou velmi užitečné a že vám pomohou lépe porozumět tomu, co se děje na tomto mistrovství.



Postiženým záplavami pomohli liberečtí občané i firmy

Okamžitou finanční pomoc ve výši 100 000 Kč poskytlo Město Liberec obyvatelům oblastí postižených záplavami hned začátkem července. Dalšími 300 000 Kč pak přispělo formou technické pomoci na odstraňování následků povodní. Na konto, zřízené pro potřeby dětí z Otrokovic dočasně bytovaných v Liberci v souvislosti s povodněmi, se sešlo více než 322 000 Kč.

Za tuto částku bychom rádi poděkovali těmto konkrétním dárcům i těm, jejichž jména zůstala anonymní:

INTERMA, a. s., pí Šmerdová, pí Štrumfová, p. Průcha, Realbyt, s.r.o., První regionální stavební, LVT, a. s., A. Hájková, A. Schauer, Ing. M. Petr, M. Zámečníková, Ing. I. Resl, OS REPROGEN Chlebov, F. Borde, Š. Novotná, pí Křivánková, Dům s pečovatels-

kou službou Liberec 12, A. Šulcová, M. Ševčík, M. Kloučková, Okresní soud Liberec, Adrie, s.r.o., Loreta – Rejnart I., HPI – Valbek Umweltt, S. Vopelková, Svaz žen C, V. Štátná, ANTA, s.r.o., A. Drázková, P. Bartoš, M-PRINT, Energomontáže Liberec, H. Sedláková, L. Patrovský, H. Chlumecká, D. Permanová, Liberecké vzduchotechnické závody, Ing. J. Housová, p. Mareš, Stavby silnic a železnic, F. John, Technické služby města Liberce, J. Mazač, V. Mervart, Městská policie Liberec, ZŠ Ostašov, LIMIT – J. Zmeškal, E. Kejkličková, Ing. M. Dostálová, pí Funková, pí Včelišová, Rolantiva Proseč n. N., COLORBETON, a.s., OS pracovníci stát. org., Gymnázium Jeronýmova, Církev československá husitská Semily, ROTARY CLUB, Chemické produkty MCP Mníšek, P. a P. Pa-

laščákovi, Ing. M. Semerák, za městnanci Komerční banky, A. Smutná, P. Vlček, zaměstnanci Okresního úřadu, Náboženská obec církve ČSH, p. Holomek LIT-POLYGRAFIA, a.s., Rada st. církve čsl. husitské, PMB Konta na pomoc, V. Vojtíšková, firma Vozka a syn, M. Skopová, M. Pokorný, J. Cila, p. Kostelník. Na pobyt moravských dětí v Liberci věnovali také další sponzoři nepeněžní dary:

GASTRONOM – D. Šisler, GASTRON – pí Vaničková, p. Choura, PARA klub, Kyselka Vratislavice, Zelenina TRIO, Pražská ul., Hotel Zlatý lev, Restaurace Výstaviště, Český červený kříž, Městská hromadná doprava, ČSAD, s. p., lékaři pohotovostní služby.

Také těmto firmám, které pomohly sponzorským příspěvím patří naše poděkování.

Redakce



Na 9. září se stal Liberec pro účastníky 7. ročníku cyklistické jízdy „Cesta naproti“ jedním z etapových měst. Handicapovaní cyklisté byli září od překročení hranice města doprovázeni nejen hlídkou městské policie, ale i náměstkem primátora Ing. Jiřím Lauermanem a vedoucím kanceláře primátora Mgr. Karlem Ulmannem, kteří zaměnili na chvíli své povinnosti na radnici za kolo a cyklistický dres. Po dojezdu do cíle na náměstí Dr. E. Beneše tyto handicapované sportovce přivítali na radnici náměstci primátora PhDr. František Sokol a Ing. Jiří Lauerman.

foto: mis

Pohotovostní služby lékáren

6.10. - 12.10.1997	Jizerská, Husova ul.	tel. 5383228
13.10. - 19.10.1997	Aqua, Pražská ul.	tel. 5104040
20.10. - 26.10.1997	Bohemia, Jablonecká ul.	tel. 24127
27.10. - 30.10.1997	U muzea, Masarykova ul.	tel. 5105593
31.10. - 2.11.1997	Kláster, Klášterní ul.	tel. 424707
3.11. - 16.11.1997	U orla, Soukenné nám.	tel. 5104527, 5104553

Za zelenými stoly přehrávají Evropu

Ve Vesci postavilo Město Liberec bezbariérové byty pro postižené, není skutečnost neobvyklá. Méně se už ale ví, že stejší společenská místnost, která mimo jiné slouží postiženým jako tělocvična, odchovává mnoho špičkových stolních tenistů. Díky podpoře ze strany magistrátu se tu mohou scházet členové Sportovního klubu vozíčkářů Intex Liberec k vrcholovému sportovnímu využití. Podle slov trenéra Ladislava Havla, jinak také domovníka secesních bytů, zde mají špičkové vybavení.

Mezi postižení jsou zapálení houževnatí sportovci. O tom svědčí jejich výsledky. Na posledním Mistrovství Evropy handicapovaných ve stolním tenisu ve Stockholmu, kterého se českou výpravou zúčastnili také liberečtí, hájili úspěšně české barvy. Ze Švédska se vrátili s třinácti medailemi se ziskem osmi zlatých se sedmadvaceti zeměmi Evropy umístili jako třetí.

„Materiálně jsme tady vybavení výborně,“ říká L. Havel. „K renovaci máme k dispozici

např. i robota.“ Že je to horší s financemi, které jsou vždy kamemen úrazu, chceme-li sportovat vrcholově, si posteskl trenér jen tak mezi řečí. „Třikrát ročně pořádáme v Liberci např. Český pohár o kvalifikaci na účast v mistrovství

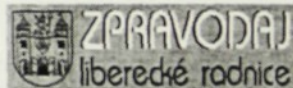
republiky, a to není jediná akce, která se tady odehrává.“ Jak se ukazuje, možnosti hodnotného využití našich handicapovaných spoluobčanů splácení členové SKV sportovními výsledky, které přispívají k dobrému jménu našeho města.



Ladislav Havel (uprostřed) má na úspěších a vzestupu výkonnosti svých svěřenců – sportovců vozíčkářů – velký podíl. Na snímku s ním vidíme T. Příbylu (vlevo) a T. Zajpta, oba z SKV Liberec.

Foto: lah

Informační měsíčník



pro občany vydává
Magistrát města Liberec
Řídí redakční rada ve složení
RNDr. Z. Kadlas
a PhDr. F. Sokol
náměstci primátora
Mgr. K. Ulmann
vedoucí kanceláře primátora
Ing. Jiří Pokorný
tajemník
Mileva Sláviková
odpovědná redaktorka
vedoucí oddělení vnějších
vztahů

Adresa:

nám. Dr. E. Beneše 1, 460 59
Liberec 1, tel. č. 048/5243 185

Grafická úprava:
Jana Linhartová

Tisk:

MICHAEL PLÁTEK

nám. Českých bratří 24/15,
460 01 Liberec 5

tel.: 048/ 510 63 54, 611 20 66

Povoleno OkÚ Lbc č. 051/96

Uzávěrka příštího čísla 22. 10. 97

Kulturní akce



Sportovní akce postižených



Bariéry

