

# Technická univerzita v Liberci

## FAKULTA PŘÍRODOVĚDNĚ-HUMANITNÍ A PEDAGOGICKÁ

**Katedra:** Sociálních studií a speciální pedagogiky

**Studijní program:** Speciální pedagogika

**Studijní obor:** Speciální pedagogika pro vychovatele

## SPOLEČNOST A OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM SOCIETY AND PEOPLE WITH DISABILITIES

**Bakalářská práce:** 11-FP-KSS-1015

**Autor:**

František HORČIČKA

**Podpis:**

.....

**Vedoucí práce:** Mgr. Jana Pittnerová

**Konzultant:**

**Počet**

stran	grafů	obrázků	tabulek	pramenů	Příloh
68	16	0	5	26	1

V Liberci dne: 19. dubna 2012

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI  
Fakulta přírodovědně-humanitní a pedagogická  
Akademický rok: 2010/2011

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: František HORČIČKA  
Osobní číslo: P09000600  
Studijní program: B7506 Speciální pedagogika  
Studijní obor: Speciální pedagogika pro vychovatele  
Název tématu: Společnost a osoby se zdravotním postižením  
Zadávající katedra: Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

### Zásady pro vypracování:

Cíl: Charakterizovat vztah intaktní části populace k jedincům se zdravotním postižením a zjistit, jaký názor mají intaktní lidé na jedince se zdravotním postižením.

Požadavky: Formulace teoretických východisek, příprava průzkumu, sběr dat, interpretace a vyhodnocení dat, formulace závěrů.

Metody: Dotazování

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

BARTOŇOVÁ, Miroslava, VÍTKOVÁ, Marie. Strategie ve vzdělávání dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. 2. přepr. vyd. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-158-4.

DOMAN, Glenn. Jak pečovat o vaše postižené dítě. 1. vyd. Olomouc: Votobia, 1997. ISBN 80-7198-390-X.

HÁJKOVÁ, Vanda, STRNADOVÁ, Iva. Inkluzivní vzdělávání. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3070-7.

HORT, Vladimír, HRDLIČKA, Michal, KOCOURKOVÁ, Jana a kol. Dětská a adolescentní psychiatrie. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-472-9.

JESENSKÝ, Ján. Edukace a rehabilitace zrakově postižených na prahu nového milénia. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2002. ISBN 80-7041-041-8.

MARKOVÁ, Zdeňka, STŘEDOVÁ, Ljuba. Mentálně postižené dítě v rodině. 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1987.

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

VOTAVA, Jiří a kol. Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 2005. ISBN 80-246-0708-5.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Jana Pittnerová


Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Datum zadání bakalářské práce: 1. dubna 2011

Termín odevzdání bakalářské práce: 27. dubna 2012

  
doc. RNDr. Miroslav Brezina, CSc.  
děkan

L.S.

  
doc. PaedDr. PhDr. Ilona Pešatová, Ph.D.  
vedoucí katedry

dne 22-04-2011

## Čestné prohlášení

**Název práce:** Společnost a osoby se zdravotním postižením  
**Jméno a příjmení autora:** František Horčíčka  
**Osobní číslo:** P09000600

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména § 60 – školní dílo.

Prohlašuji, že má bakalářská práce je ve smyslu autorského zákona výhradně mým autorským dílem.

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

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

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

Prohlašuji, že jsem do informačního systému STAG vložil/a elektronickou verzi mé bakalářské práce, která je identická s tištěnou verzí předkládanou k obhajobě a uvedl/a jsem všechny systémem požadované informace pravdivě.

V Liberci dne: 19. dubna 2012

.....  
František Horčíčka

## **Poděkování:**

Velice rád bych poděkoval vedoucí práce Mgr. Janě Pittnerová. Jednak za její ochotu vyhovět požadavku vést moji práci, za dobře míněné rady a připomínky, které mi poskytovala, ale také za věnovaný čas a trpělivý přístup v celém průběhu zpracování mé bakalářské práce.

Poděkování také náleží celé mé rodině, která mi poskytla potřebnou podporu a zejména pak mému synovi Ondřejovi.

Se slovy díky nemohu zapomenout ani na respondenty, kteří mi byli nápomocni v průběhu průzkumu.

František Horčíčka

**Název bakalářské práce:** Společnost a osoby se zdravotním postižením

**Jméno a příjmení autora:** František Horčíčka

**Akademický rok odevzdání bakalářské práce:** 2011/2012

**Vedoucí bakalářské práce:** Mgr. Jana Pittnerová

**Anotace:**

Bakalářská práce se zabývala problematikou týkající se osob se zdravotním postižením a vztahu společnosti k těmto osobám. Cílem práce bylo charakterizovat vztah intaktní části populace k jedincům se zdravotním postižením a zjistit, jaký názor mají intaktní lidé na jedince se zdravotním postižením. V moderní demokratické společnosti, která disponuje nesčítelným množstvím technických prostředků a vymožeností, není možné podceňovat a neřešit tak zásadní věc, jakou jsou mezilidské vztahy. Práce byla strukturována tradičně do dvou základních částí, teoretické a praktické.

Teoretická část svým obsahem směřovala k formulaci teoretických východisek vybrané problematiky. Vysvětleny byly hlavní pojmy dané oblasti, která byla předmětem zájmu.

Praktická část směřovala do průzkumového šetření. Jako hlavní metoda průzkumu bylo stanoveno dotazování. Na základě dotazníku vlastní konstrukce byl přiblížen vztah veřejnosti k osobám se zdravotním postižením. Bakalářská práce přinesla řadu důležitých poznatků do praxe. Za velký přínos bakalářské práce, vzhledem k řešené problematice, je upozornění veřejnosti na nutnost podpory našich zdravotně postižených spoluobčanů a to ve všech oblastech života.

**Klíčová slova:** společnost, typy společností, jedinec, skupina, sociální skupina, socializace, osoby se zdravotním postižením, ucelená rehabilitace, integrace, inkluze.

**Thesis topic:** Society and People with Disabilities

**Author:** František Horčíčka

**Academic year of thesis submission:** 2011/2012

**Thesis lecturer:** Mgr. Jana Pittnerová

**Annotation:**

Thesis dealt with issues relating to persons with disabilities and the relationship of the company to such persons. The aim of the work was to characterize the relationship of an intact part of the population to individuals with disabilities, and to find out what kind of feedback they have an intact people on individuals with disabilities. In a modern democratic society, which holds an extraordinary amount of technical resources and achievements, it is not possible to underestimate the deal not so essential thing are interpersonal relations. Traditionally, the work is structured into two basic parts, theoretical and practical.

The theoretical part of its contents toward the formulation of a theoretical basis for the selected issue. Explains the main concepts of the field which has been the subject of interest.

The practical part of the investigation into opinion research. As the main method of the survey was established. On the basis of a custom designed questionnaire was explained the relationship between public and persons with disabilities. Bachelor's work has brought a number of important knowledge into practice. For the major contribution of the Bachelor thesis given that the issue is warning the public of the need to support our handicapped fellow citizens in all areas of life.

**Keywords:** the society, types of societies, individual, group, social group socialization, persons with disabilities, comprehensive rehabilitation, integration, inclusion.

## OBSAH

Seznam grafů .....	10
Seznam tabulek.....	11
1 Úvod.....	12
2 Teoretická část zpracování problému .....	14
2.1 Společnost.....	14
2.1.1 Typy společností .....	16
2.1.2 Skupina – sociální skupina .....	16
2.1.3 Socializace .....	17
2.1.4 Osoba se zdravotním postižením .....	18
2.2 Typy postižení .....	20
2.3 Ucelená rehabilitace .....	23
2.3.1 Léčebná rehabilitace .....	24
2.3.2 Sociální rehabilitace (dále jen SR).....	25
2.3.3 Pracovní rehabilitace.....	26
2.3.4 Pedagogická rehabilitace (dále též PeR).....	27
2.4 Integrace a inkluze.....	29
2.5 Organizace a společnosti pro OZP .....	31
2.6 Postavení osob zdravotně postižených v minulosti .....	33
2.7 Postavení osob zdravotně postižených ve společnosti dnes .....	36
3 Praktická část .....	39
3.1 Cíl praktické části, předmět zkoumání a stanovené předpoklady.....	39
3.2 Použité metody .....	40
3.2.1 Dotazník.....	40
3.3 Popis zkoumaného vzorku.....	41
3.4 Průběh průzkumu.....	45
3.5 Vyhodnocení dotazníku .....	47
3.6 Shrnutí poznatků dotazníkového šetření.....	56
3.7 Vyhodnocení předpokladů.....	58
3.7.1 Vyhodnocení P 1.....	59
3.7.2 Vyhodnocení P 2.....	59
3.7.3 Vyhodnocení P 3.....	60



3.7.4	Vyhodnocení P 4.....	61
4	Závěr .....	62
4.1	Závěrečná doporučení.....	64
5	Seznam použitých zdrojů .....	65
6	Seznam příloh .....	68

## Seznam grafů

Graf 1 – znázorňuje strukturu zkoumaného vzorku z hlediska zastoupení žen a mužů.....	42
Graf 2 – ukazuje na poměr účasti respondentů v určitých věkových kategoriích.....	43
Graf 3 – prozrazuje skladbu respondentů podle jejich nejvyššího dosaženého vzdělání.....	44
Graf 4 – odráží profesní skladbu respondentů, kteří se do průzkumu zapojili.....	45
Graf 5 – osobní zkušenosti se soužitím intaktní osoby a osobou se zdravotním postižením...	47
Graf 6 – představa o práci, jejíž náplní by byla péče o osoby se zdravotním postižením .....	48
Graf 7 – představuje nám výsledek týkající se vyjádření vlastního pocitu intaktních osob o tom, zda se jich otázky zdravotně postižených týkají či nikoli .....	49
Graf 8 – názor na přístup společnosti k OZP .....	50
Graf 9 – názor na nastavení sociálních služeb pro OZP v naší společnosti .....	51
Graf 10 – povědomí o poskytování sociálních služeb.....	51
Graf 11 – pocity při setkání s osobou zdravotně postiženou.....	53
Graf 12 – umístování osob zdravotně postižených do specializovaných zařízení.....	54
Graf 13 – setkávání s OZP podle typu jejich postižení .....	54
Graf 14 – vyjádření postoje k integraci .....	55
Graf 15 – Integrace a inkluze jako prostředek sebeakceptace OZP.....	56
Graf 16 – názor na souvislost mezi vyspělostí společnosti a jejími postoji k OZP .....	58

## Seznam tabulek

Tabulka 1 - znázorňující systém vzdělávání osob s handicapem.....	28
Tabulka 2 - seznam hodnot ke grafu č. 7 .....	49
Tabulka 3 - seznam hodnot ke grafu č. 10 .....	52
Tabulka 4 - seznam hodnot ke grafu č. 11 .....	53
Tabulka 5 - seznam hodnot ke grafu č. 15 .....	56

# 1 Úvod

V této práci jsme se rozhodli zabývat otázkou týkající se vztahu intaktní části populace naší společnosti k jedincům se zdravotním postižením a zjistit, jaký názor mají intaktní lidé na jedince se zdravotním postižením. Účelem této práce je, kromě dosažení stanoveného *cíle*, – *charakterizovat vztah intaktní části populace k jedincům se zdravotním postižením a zjistit, jaký názor mají intaktní lidé na jedince se zdravotním postižením*, také přiblížit a podrobněji nahlédnout do problematiky osob se zdravotním postižením (dále též OZP). Klima a nálady v každé společnosti jsou poměrně úzce spjaty s jejími jednotlivými vývojovými etapami, které jsou historicky ovlivněné národními i celosvětovými změnami a zvraty. Každá jednotlivá etapa nese stopy své doby v podobě kulturních, sociálních i společenských vlivů, ale také politických tlaků, které působí na smýšlení občanů, potažmo i prosté mezilidské vztahy. Odráží se v nich v podstatě to, jak se lidé vzájemně vnímají, ovlivňují a jaké uznávají morální, etické i mravní hodnoty.

Pochopitelně, že i naše společnost byla a je poznamenána svými vývojovými etapami. Bezesporu všichni považujeme za historicky nejvýznamnější a zcela zásadní, změnu v naše současné demokratické zřízení, které přímo či nepřímo ovlivňuje veškerá odvětví lidské činnosti, naši kulturu, politické klima společnosti, ale také ony již zmiňované vzájemné mezilidské vztahy, sociální vazby a morální, mravní či etické cítění a projevy.

A právě problematice, která se velmi těsně dotýká mezilidských vztahů, kulturní a sociální vyzrálости naší společnosti, se budeme věnovat v této práci. Problematice postojů společnosti k osobám s postižením, které jsou bezesporu stále ještě dotčeny společenským a sociálně kulturním klimatem z období před rokem 1989, ale postupně ovlivňovány novými demokratickými postoji souvisejícími se změnami posledních dvaceti let.

Práci jsme rozdělili na dvě části, kdy každá z nich bude rozdělena na jednotlivé kapitoly. V první části, teoretické, si přiblížíme a vysvětlíme stěžejní pojmy, týkající se daného tématu. Vysvětlíme, co se skrývá pod pojmem společnost, či osoba se zdravotním postižením. Uvedeme, jaké známe základní typy postižení, co je to ucelená rehabilitace a které jsou její základní složky. Objasníme si význam pojmů integrace a inkluze. Mimo to se také zmíníme o tom, jakou měly pozici ve společnosti osoby zdravotně postižené v minulosti a jakou mají v současné době.

Druhá část naší práce, praktická, je v zásadě zaměřena hlavně na vyhodnocení údajů a informací získaných z průzkumu, který byl proveden dotazníkovou metodou. Snažili jsme se zjistit, jaké názory a postoje zaujímá intaktní společnost ve vztahu k osobám se zdravotním postižením. Zda jsou většinou intaktních osob považovány problémy osob se zdravotním postižením za něco, co se jich netýká, či mají alespoň povědomí o tom, jaké sociální služby mohou být těmto osobám poskytovány. Pozastavili jsme se také nad otázkou, jak je vnímána integrace OZP do společnosti a jaké převládají pocity při setkávání s nimi, jak jsou přijímány různé typy postižení a zda jsou osoby s postižením považovány za součást naší společnosti.

Závěrem se pokusíme o krátké vyhodnocení získaných informací a dat, porovnáme je s našimi předpoklady a zhodnotíme, nakolik se podařilo predikovat reakce a odpovědi respondentů, (intaktních osob).

## 2 Teoretická část zpracování problému

Setkání s postiženým člověkem bylo ještě v nedávné minulosti možné většinou jen za branami ústavů. Postižený člověk byl od ostatních „izolován“ do ústraní a v lidech byl uměle vyvoláván pocit, že postižený a jedno jak, je snad někým, kdo mezi ostatní „zdravé“ lidi nepatří. Tak mnohdy sami postižení a jejich blízcí nabývali přesvědčení, že by neměli překážet ostatním, obtěžovat je svými požadavky a potřebami a že by se možná měli i stydět za svůj handicap. Tyto myšlenky byly, bohužel velmi hojně, podporované nejen sociálně společenským a kulturním prostředím, ale také právními normami, které byly často velmi neúprosné. Díky tomu bylo možné se setkávat s různými projevy netečnosti, netaktnosti, někdy i hrubosti až krutosti, které byly nuceny osoby zdravotně postižené, ale i osoby v jejich okolí, trpět a snášet. To zejména bylo inspirací pro vznik této práce, aby bylo možné si vytvořit současný obraz vztahů a postojů k osobám zdravotně postiženým a v době, kdy je snad možné se domnívat, že bezprostřední kontakt s postiženým je vnímán jako zcela normální a přirozený. Přibližování života postižených lidí, kontakty s nimi, příkladný přístup a pomoc těch, kteří již mají potřebné zkušenosti, pomáhá vytvářet prostředí plné tolerance a solidarity, ve kterém se všichni můžeme cítit lépe.

V následujících kapitolách se pozastavíme u jednotlivých pojmů, které mají přímou souvislost s daným tématem a pomohou nám utvořit ucelenější obraz o této problematice, lépe jí pochopit a krom toho nám usnadní orientaci v ní. Vysvětlování některých následujících výrazů a pojmů by se mohlo zdát jako banální záležitost. Pokud si ovšem uvědomíme skutečnost, že pohled na jednu a tutéž věc se může velmi různit, neboť je potřeba vzít v ohled individualitu i subjektivitu každého z nás, uvědomíme si význam takového ujednocení.

### 2.1 Společnost

Na počátku této kapitoly bychom velmi rádi citovali Jandourka (2009, s. 9), který se výstižně vyjadřuje k podstatě společnosti, kdy uvádí: „Po celou historickou dobu, možná už od konce mladší doby kamenné, byly na světě tři druhy lidí: ti nahoře, ti uprostřed a ti dole. Dělili se ještě dál, byli nazýváni různými jmény a jejich poměrný počet, jakož i postoje jedněch k druhým, se měnily v průběhu věků; ale ve své podstatě se struktura společnosti nikdy nezměnila. Dokonce i po obrovských převratech a po zdánlivě neodvolatelných

změnách, se vždy znovu prosadil stejný model, tak jako se gyroskop vždy vrátí do rovnováhy, po té co se vychýlil daleko na jednu, nebo na druhou stranu.“

Nelze jinak než souhlasit s tím, že struktura společnosti se skutečně nemění a rozdělení lidí, tak jak je uvedeno v citátu, lze s úspěchem nacházet v různých historických obdobích vývoje lidstva. Není při tom nutné vnímat „ty lidi na hoře, uprostřed a dole“, pouze ve vztahu k majetku „bohatá vrstva, střední a chudá“, přestože nás tato asociace napadne zřejmě jako první. Velmi bude záležet na hledisku, které pro zařazení do této škály použijeme. Pak mohou mezi ty lidi dole patřit např. lidé postrádající vztah k morálním a mravním hodnotám, pokud na ně budeme chtít takto nahlížet, co se týká jejich respektování. V takovém případě sem budeme řadit různé agresory, podvodníky, zloděje a podobnou „chátru“. Domníváme se, že dosadit zbývající dvě položky, by již neměl být problémy pro nikoho. Ovšem z jiného úhlu pohledu a třeba i v jiném historicky uplynulém období, by se stejně dobře na zmiňovaném místě „dole“ mohly nacházet osoby zdravotně postižené, protože by tak byly většinou vnímány. Tímto si pouze deklaruujeme, jak je zmiňovaná citace obsahově výstižná a skutečně universálně použitelná do každé doby.

Společnost, jako určité seskupení jednotlivců se společnými zájmy, kulturou, zvyklostmi, třeba i historií apod., si vytváří také určité hodnoty, zásady, pravidla a normy, kterými se řídí. Většina společností se skládá z tzv. společenských vrstev, jejichž postavení a vzájemná provázanost jsou dány uspořádáním a vyspělostí dané společnosti. „Společnost je prostě více nebo méně odlišná od toho, co o sobě prohlašuje“ (Jandourek 2009, s. 10).

Na toto téma existuje pochopitelně celá řada různých definic a vysvětlení, mimo ty které jsme již uvedly. Lze zmínit pojetí prezentované Pešatovou (2007, s. 11), která o společnosti říká, že ji tvoří skupina lidí, kteří žijí na určitém území a podléhají témuž systému politické autority a moci. Dále uvádí, že společnost je kombinací všech demokratických kategorií, je relativně soběstačná a plní všechny podstatné funkce (biologickou, reprodukční, výrobní, kulturní), je vnitřně spjata společenskou kulturou a je integrovaným systémem s cílovým chováním. Podle této autorky můžeme společnost chápat jako živý a regulující systém, v němž se odrážejí všechny společenské změny a člověk jako bytost rozumová, svobodná, schopná mravního sebeurčení a jako bytost sociální se v něm dostává do nových vztahů nejen k věcem, k technickým objevům a vynálezům, ale ke všemu co ho obklopuje.

### 2.1.1 Typy společností

V souvislosti s pojmem společnost bude dobré se ještě pozastavit také u základních typů společnosti, které někteří autoři prezentují. Podle toho, jak byla společnost strukturována, docházelo také zcela pochopitelně k určování či rozdělování rolí, mezi její jednotlivé členy.

Pešatová (2007, s. 13) uvádí, že společnost prošla dlouhým vývojem a z hlediska sociologie se v jejím vývoji rozlišují tři základní typy. Jedná se o společnost *archaickou*, které se věnuje antropologie, která si všímá hlavně hmotné kultury. Za druhé o tzv. *tradiční společnosti*, které jsou z hlediska sociální diferenciaci početně velké, složitě strukturované a hierarchické. Za třetí se zmiňuje autorka o *společnostech moderních*, které jsou společnostmi průmyslovými.

Vedle toho Jandourek (2009, s. 19) hovoří v souvislosti se zrodem sociologie v moderní společnosti pouze o dvou typech a to moderní a tradiční společnosti. Zmiňuje se právě o tom, že jistým mezníkem zrodu sociologie se stává právě vznik moderní společnosti, která tu tradiční vystřídala. V tradiční společnosti, kde autorita pána, kněze nebo hlavy rodiny měla rozhodující význam, bylo postavení a hodnota jedince ve své podstatě dána a jeho zájem se podřizoval zájmu celku. O moderní společnosti se vyjadřuje jako o společnosti, která se sama sobě stala problémem, která ztratila svou samostatnost. V moderní společnosti se práce a půda, tedy lidská činnost a příroda staly zbožím, vznikl jeden velký trh. Zatímco v tradiční společnosti, jejíž jistoty a instituce mají základy v náboženství, byl společenský status člověka tzv. připsaný, nikoli získaný, v tržní- moderní společnosti závisí postavení mnohem více na tom, co můžeme na trhu práce nabídnout. V duchu těchto změn se významným způsobem mění hodnota jedince pro společnost a také se zcela pochopitelně trvale vyvíjí.

### 2.1.2 Skupina – sociální skupina

Podle Jandourka (2009, s. 81-83) se skupinou stává množství jedinců od dvou až k velkým celkům. Na lidských skupinách může při tom zaujmout určitý svár jedinečného a obecného, individuálního a kolektivního. Říká dále, že pokud se jedná o sociální skupinu, jsou vztahy v ní pravidelné a trvají delší dobu, čímž se právě liší od nahodilého shromáždění, např. skupiny cestujících. Důležitou známkou skupiny je pocit „MY“, tedy jakési skupinové vědomí, které příslušníky odlišuje od nečlenů. Za další dodatečné znaky považuje např. společný cíl, skupinové normy, vytváření skupinových rolí a struktur. Míru intimity ve skupinách pak určuje zejména jejich velikost a proto je také různá. Logicky je odlišná např.



v malé skupině, kde se členové osobně znají a mají bezprostřední kontakty, oproti velkým společnostem a institucím. Za sociální skupinu se také někdy označují kategorie jedinců, kteří se vzájemně ani neznají, ale očekává se od nich, za jistých okolností, podobná reakce, která však není ničím zaručena (např. studenti, věřící, apod.).

Vedle toho Hadj Mousseová (2002, s. 31-33) uvádí, že sociální skupina je základní sociální jednotkou, ve které se odehrává většina našeho sociálního života. Nejedná se jen o souhrn určitého počtu lidí, ale jsou to organizované systémy, ve kterých jsou vztahy mezi členy strukturovány a podřízeny určitým vzorcům. S ohledem na to, že každý z nás je členem takových skupin, trávíme v nich svůj čas a podílíme se na jejich aktivitách. Lze tvrdit, že jsou rámcem naší seberealizace, poskytují nám podporu a sociální rámec výkonu. Autorka uvádí, že členství ve skupinách v nás uspokojuje dvě základní psychické sociální potřeby a těmi jsou potřeba pozitivního přijetí a potřeba sociální prestiže. Vrozenost a síla těchto potřeb pro člověka znamená, že nedokáže prakticky žít mimo sociální skupinu, která se stává tím více přitažlivou, čím více sociální potřeby uspokojuje.

I tato problematika má nesporný význam v souvislostech s postoji společnosti k osobám s postižením. Uvědomíme si při tom, jak velmi důležité a podstatné je pro tyto osoby, aby také jako jedinci někam legitimně patřili, aby i u nich došlo k propojení přes ona pomyslná citová či instrumentální pouta a byly tak naplněny jejich základní potřeby.

### **2.1.3 Socializace**

Pokud se máme zabývat problematikou postojů společnosti k osobám s postižením, pak musíme zmínit obsah pojmu socializace, který je bezesporu nejen spojen s tímto tématem, ale má pro něj i svůj význam. Michalová (2006, s. 16) se zmiňuje o tom, že socializace je proces vrůstání jedince do společnosti. Vývoj jedince ovlivňuje společnost, která na něho působí zvenčí a umožňuje mu se do ní začlenit. To se děje sociálním učením, kdy dochází k osvojování společenských norem a chování. Tento proces zahrnuje veškeré stránky duševní činnosti, kam lze zařadit oblast kognitivní (socializace poznávání), emotivní (socializace citů) a konativní (socializace vůle). V tomto procesu se nejedná pouze o zmiňované splnutí se skupinou, ale jde především o humanizaci jednotlivce, tj. polidštění. Lze se tedy s největší pravděpodobností domnívat, že podle toho, jak kvalitní je výsledek socializace u každého jednotlivce, takové kvality lze pak očekávat od celé společnosti, což platí i obráceně. Struktura společnosti, její kvality, společenské podmínky, klima a nálady se odrážejí v každém z nás.

„Člověk se jako osobnost nerodí, osobností se stává“ (Michalová 2006, s. 16).

## 2.1.4 Osoba se zdravotním postižením

Dnes používaný a poměrně ustálený pojem „*osoba se zdravotním postižením*“ je výsledkem společenského vývoje, který ve svých jednotlivých historických etapách ovlivňoval jeho podobu. Tyto vlivy ovšem nevychází pouze z jednotlivých tendencí a iniciativ v národním měřítku, ale jsou poznamenány i vývojem celosvětovým.

Člověka lze vidět jako individuální osobnost stejně dobře, jako člena nějaké skupiny, společnosti, národa nebo státu. Pro snadnější komunikaci a porozumění se slova a jejich významy vyvíjely a přizpůsobovaly potřebám a postojům společnosti. I samotné označení pro osoby zdravotně postižené prošlo svým osobitým vývojem, až do současné podoby.

O OZP uvádí (Zákon č. 435 / 2004 Sb., § 67, odst. 2–5) následující:

V odst. 1, tyto osoby označuje jako fyzické osoby se zdravotním postižením s tím, že dále jsou již uváděny jako OZP.

(2) Osobami se zdravotním postižením jsou fyzické osoby, které jsou

a) orgánem sociálního zabezpečení uznány plně invalidními (dále jen "osoby s těžším zdravotním postižením"),

b) orgánem sociálního zabezpečení uznány částečně invalidními,

c) rozhodnutím orgánu sociálního zabezpečení uznány zdravotně znevýhodněnými (dále jen "osoby zdravotně znevýhodněné").

(3) Za zdravotně znevýhodněnou osobu podle odstavce 2 písm. c) se považuje fyzická osoba, která má takovou funkční poruchu zdravotního stavu, při které má zachovánu schopnost vykonávat soustavné zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost, ale její schopnosti být nebo zůstat pracovně začleněna, vykonávat dosavadní povolání nebo využít dosavadní kvalifikaci, nebo kvalifikaci získat, jsou podstatně omezeny z důvodu jejího dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu.

(4) Za dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav se pro účely tohoto zákona považuje nepříznivý stav, který podle poznatků lékařské vědy má trvat déle než jeden rok a podstatně omezuje psychické, fyzické nebo smyslové schopnosti a tím i možnost pracovního uplatnění.

(5) Skutečnost, že je osobou se zdravotním postižením, dokládá fyzická osoba potvrzením nebo rozhodnutím orgánu sociálního zabezpečení.

Vedle toho (Zákon č. 561/2004 Sb., § 16, odst. 2–4) uvádí, že:

**Zdravotním postižením** je pro účely tohoto zákona mentální, tělesné, zrakové nebo sluchové postižení, vady řeči, souběžné postižení více vadami, autismus a vývojové poruchy učení nebo chování. V souvislosti s tímto pojmem je na místě se vyjádřit ještě o existenci

dvou následujících, které s touto problematikou velmi úzce souvisí a povědomí o nich není v tomto případě od věci. Jedná se o pojmy zdravotní znevýhodnění a sociální znevýhodnění.

Za **zdravotní znevýhodnění** je, podle stejné právní normy, považováno zdravotní oslabení, dlouhodobá nemoc nebo lehčí zdravotní poruchy vedoucí k poruchám učení a chování, které vyžadují zvýhodnění ve vzdělávání.

Za **Sociální znevýhodnění** je pak považováno rodinné prostředí s nízkým sociálně kulturním postavením, ohrožení sociálně patologickými vlivy, nařízená ústavní výchova nebo uložená ochranná výchova, nebo postavení azylanta a účastníka řízení o udělení azylu na území ČR.

K samotnému pojmu **postižení** se vyjadřují Pešatová, Tomická (2007, s. 28) následovně: „Zahrnuje velké množství různých omezení, která se vyskytují v každé populaci ve všech zemích světa. Lidé mohou být postiženi fyzickou, mentální i smyslovou vadou, zdravotním stavem nebo duševním onemocněním. Takové vady, stavy a onemocnění mohou být trvalého, nebo přechodného rázu.“

Jeden z pohledů na tuto tematiku nabízí Novosad (2002, s. 12-13), který za základní považuje termíny vada, postižení, handicap a znevýhodnění, používané ve speciální pedagogice. Říká: „**Jedinec s nějakou poruchou či nějakým postižením není automaticky handicapován – znevýhodněn, ke znevýhodnění dochází až následně – tedy, když má jedinec redukován přístup k životním příležitostem, nemůže uspokojovat své lidsky přirozené potřeby přiměřeným způsobem a k jeho seberealizaci, socializaci a pracovnímu i společenskému uplatnění přistupuje společnost pod optikou stigma, akceptujícího odlišnost a nedostatečnost jedince.**“

Vedle zmiňovaných autorů se k danému tématu vyjadřuje také Votava (2005, s. 11): „V celé populaci se odhaduje asi 10 % OZP. Toto procento je nižší ve skupině dětí a s věkem se postupně zvyšuje, takže u osob nad 80 let má více než 50 % osob zdravotní postižení. OZP má taková funkční omezení, že to vytváří mimořádné požadavky na její životní, případně pracovní podmínky. Péče, kterou OZP následkem postižení potřebuje, přesahuje oblast zdravotní, ale zasahuje do oblasti sociální, případně pracovní či pedagogické.“ Dále říká, že změny ve výrazech spojených s postižením, plynou především z toho, že v minulosti dostávaly často negativní nádech a sami postižení je vnímali jako nedůstojné.

## 2.2 Typy postižení

Jak již vyplývá z obsahu předcházejícího textu, u osob zdravotně postižených rozlišujeme různé typy a různé stupně postižení. Za významné hledisko je považován očekávaný vývoj v čase (může docházet jak k lepšímu, tak také k horšímu stavu). Naznačuje tak jistou možnost změny stavu, ale rovněž jeho stagnaci. S podstatnými rozdíly se může setkat v případech, kdy postižení je vrozené, oproti tomu, kdy bylo získáno v průběhu života. Mimo jiné i zde jsou patrné odlišnosti podle vývojového stádia člověka, ve kterém se nacházel při vzniku postižení. Jiným způsobem pochopitelně přijímá své postižení osoba, která se s ním narodila a jinak jej přijímá ten, kdo ho získal v průběhu života. Tím se také liší pohledy těchto osob na další existenci, neboť člověk, který handicap získal později, má možnost srovnání životních hodnot a postojů. Z toho vyplývají také rozdílné přístupy k vlastní osobě, k okolí, ale také schopnosti se s postižením vyrovnat a přizpůsobit se mu. Jsou to všechno hlediska, která je třeba brát v patrnosti, pokud se chceme alespoň pokusit o to pochopit, jak se mohou postižené osoby cítit, co prožívají, jak vnímají samy sebe a své okolí, nebo také proč se zrovna chovají určitým způsobem (Votava 2005).

Nyní se zmíníme o základní klasifikaci osob s postižením podle typu postižení tak, jak ho uvádí (Michalová 2006, s. 13). Podle této autorky nejčastěji spějeme k tomuto rozdělení:

- **jedinci s poruchou chování**, tam patří jedinci obtížně vychovatelní s typickými problémy v psychosociální oblasti,
- **jedinci se specifickými poruchami učení a chování**, tam lze řadit jedince s obtížemi ve čtení, psaní, počítání, matematice, s poruchou pozornosti či poruchou pozornosti s hyperaktivitou,
- **jedinci s vícenásobným postižením**, u nichž dochází ke kombinaci například mentální retardace s postižením tělesným, jsou postiženi hluchoslepotou apod.,
- **jedinci s mentálním postižením**, kteří mají různé stupně vrozené či získané mentální retardace, od lehkého až po hluboký, demenci apod.,
- **jedinci s pohybovým postižením**, tam jsou řazeni jedinci s tělesným postižením, se zdravotním oslabením, nemocní, aj.,
- **jedinci s řečovým postižením v oblasti plynulosti řeči**, s vadami výslovnosti apod.,
- **jedinci se sluchovým postižením**, kteří jsou např. nedoslýchaví, ohluchlí, se zbytky sluchu, atd.,

- **jedinci se zrakovým postižením**, kteří mají různé typy a stupně postižení zraku jako např. nevidomí, slabozrací, se zbytky zraku, s refrakčními vadami apod.

Nyní se v krátkosti dotkneme některých vybraných kategorií postižení, které lze z laického pohledu považovat za typické a které se většině osob vybavují v těchto souvislostech.

### **Tělesně (motoricky) postižení**

Jak uvádí Votava (2005, s. 13) jsou to osoby, jejichž diagnóza spadá do oblasti neurologie, ortopedie a traumatologie, nebo revmatologie. Patří sem např. stav po cévní mozkové příhodě, po zánětech CNS, následky poranění míchy, stavy po poranění mozku, roztroušená skleróza, amputace končetin, artritidy, artrózy, dětská mozková obrna, muskulární dystrofie, vrozený rozštěp míchy, hereditární neuropatie, poruchy růstu aj.

Novosad (2002, s. 22) o somatickém postižení tvrdí, že může být z etiologického hlediska dědičné, vrozené a získané. Z hlediska příčin a projevů člení tělesné postižení na obrny, deformace a amputace s tím, že se mohou u některých poruch či vad tyto kategorie překrývat.

### **Zrakově postižení**

Sem patří osoby, které mají postižení zraku, nevidomí a slabozrací po úrazech i degenerativních onemocněních. Jedná se skupinu lidí, obdobně jako tomu je u osob postižených sluchově, kteří mají své specifické potřeby usnadňující jim běžný každodenní život. Přístup okolí k těmto osobám se individuálně liší zejména podle hloubky postižení, dále podle toho, v jakém období života ke ztrátě došlo a jak je dotyčná postižená osoba se svým handicapem smířena a schopna se vyrovnávat. Rozhodně takovým lidem asi nejvíce pomáhá ohleduplný přístup od jejich okolí a včasná a přiměřená pomoc. Ovšem, toto bude jedna ze zásad, která neplatí pouze v těchto případech, ale vztahuje se prakticky ke všem OZP.

### **Sluchově postižení**

Patří sem osoby neslyšící a nedoslýchaví buď od narození, nebo ti, u nichž vzniklo toto postižení v průběhu života. Stejně jako u postižení zrakového i sluchového, kromě vrozených dispozic, může být způsobeno různými nemocemi, či úrazem. Obě tato postižení zasahují smyslové orgány a dovolím si tvrdit, že si dokážeme dost dobře uvědomovat, co musí jejich poškození, nebo dokonce ztráta, pro člověka znamenat. Obdobně jako slepí, tak i neslyšící budou vyžadovat specificky odlišné přístupy ve srovnání s ostatním postižením, ale opět hraje významnou roli individualita a také oblast, ve které je pomoc potřeba.

## **Mentální postižení (retardace) dále také MP (MR)**

Jak říká Švarcová (2006, s. 13) osoby s tímto postižením představují jednu z nejpočetnějších skupin mezi postiženými a přesto se o nich ví poměrně málo.

Nejen k tomuto typu postižení se ovšem mohou vztahovat následující slova, jejichž význam je zřejmý ze samotného obsahu a minimálně u dětských klientů je třeba mít je na paměti. Dnešní věda objevila, jak říká Matějček, et al. (1987), že výchova dítěte začíná od prvních dnů života, že první léta jsou základnou, z níž vyrůstá celá další stavba lidské osobnosti, a že pro děti s duševním opožděním je včasná (pozor! Nikoli předčasná), vydatná a vývojově přiměřená stimulace dvojnásob důležitá než u dítěte zdravého.

Od Votavy (2005) se dozvídáme, že do této kategorie postižení patří od mládí existující snížené rozumové schopnosti různého stupně se známou příčinou (Downova choroba), nebo s neznámou příčinou (Autismus). Mentální postižení, neboli mentální retardace, společně s dalšími poruchami jako např. specifické poruchy učení a chování, či smyslová postižení (hluchota, slepota), zásadně ovlivňují pedagogické výchovně vzdělávací přístupy a také další speciální, specifické či sociální služby. O tom svědčí skutečnost, že takto postižení jedinci jsou předmětem zkoumání samostatné vědní disciplíny psychopedie.

Do této kategorie řadíme i demenci, která je vedle vrozeného MP a pseudooligofrenie, prezentována jako jedna ze základních druhů MR projevující se zrychleným úbytkem rozumových schopností ve starším věku (např. Alzheimerova choroba).

Švingalová (2006, s. 28) se k tomuto postižení vyjadřuje následovně: „Demence je získaným mentálním postižením. Jde o nezvratný a trvalý úbytek rozumových schopností na základě organického poškození mozku z různých příčin“.

Malá, et al. (2000, s. 115–116) uvádí: „Rozdíl mezi mentální retardací a demencí je v tom, že demence začíná později během života a má sklon k postupnému zhoršování. Obě – jak mentální retardace, tak demence – postihují kvalitativně i kvantitativně celou strukturu osobnosti, nejen intelekt. Snížení intelektových schopností je při oligofrenii dosti rovnoměrně rozloženo na všechny složky, kdežto u demence jsou překvapivě zachovány některé ostrůvky normálních nebo téměř normálních funkcí.“

Na závěr této kapitoly použijeme slova Votavy (2005, s. 14), vyjadřující mimo jiné také skutečnosti, které významnou měrou mohou přímo i nepřímo ovlivňovat sociální prostředí postižených a tedy i vztah a postoje k nim: „Zdravotní postižení může být výrazně komplikováno sociální zaostalostí či izolací, případně kulturní či etnickou odlišností od většinové společnosti. Postižení jednoho člena rodiny obvykle ovlivňuje celou rodinu, pro níž

může být trvalá péče o postiženého člena zátěží a může vést k rozpadu, jindy však je naopak výzvou a podnětem k většímu stmelení a vyvinutí maximálního úsilí“.

## 2.3 Ucelená rehabilitace

Na počátku této kapitoly si nejprve přiblížíme význam pojmu ucelená rehabilitace (dále také UR). Pozastavme se nad tím, co je možné si představit pod rehabilitací jako takovou. Votava (2005, s. 14) podotýká, že **Rehabilitace** je: „Včasné, plynulé a koordinované úsilí o co nejrychlejší a co nejširší zapojení občanů se zdravotním postižením do všech obvyklých aktivit života společnosti s využitím léčebných, sociálních, pedagogických a pracovních prostředků“.

Autor se dále zmiňuje o tom, že takto je chápána zejména v souvislostech s léčebnými programy, přestože sama o sobě by již měla být vnímána jako celková. Proto se právě spojuje se slovem ucelená, aby bylo zdůrazněno již v samotném názvu, že nezasahuje pouze do oblasti zdravotní péče, ale také do všech ostatních. Proto tedy spojení **Ucelená** (úplná, celková) **rehabilitace**, někdy také, jak uvádí Pešatová, Tomická (2007, s. 24), označovaná jako **komprehensivní rehabilitace**. Cílem rehabilitace je začlenění OZP do společnosti a při tom maximálně využít schopnosti, kterými postižený člověk disponuje. Nadále tyto schopnosti podporovat a s přihlédnutím na možnosti je rozvíjet. S jejich pomocí tyto jedince zapojovat do společenského života, aby nebyli nuceni se svým handicapem stát v ústraní společnosti a nabývat pocitů neuplatnění a zbytečnosti. Je třeba volit individuální přístupy s ohledem na schopnosti postiženého, ale rozhodně vyvíjet vždy jen tolik úsilí, kolik je nezbytně nutné. Nedělat vše za OZP, ale vykonávat činnosti společně s nimi, ukazovat jim způsoby a správné směry. Jednotlivé složky ucelené rehabilitace musí na sebe navazovat, musí být ve vzájemném souladu a tvořit jednotný celek. Cílem by mělo být zdravotní doléčení a opětovné kvalitní zapojení do sociálních, pracovních i vzdělávacích oblastí života společnosti.

V souvislosti s touto tematikou se jiný autor Novosad, (2002, s. 35-36) zmiňuje o **Habilitaci**, kterou vysvětluje jako prvoutváření, tedy nabývání schopností. Proto tento pojem spojuje zejména s jedinci, kteří mají vrozené tělesné postižení, v důsledku jehož se u nich např. nevyvinuly adekvátní funkce či schopnosti. Odborná péče pak vede k vytváření schopností a nácviku dovedností, kterými OZP doposud nedisponovala. Možná i právě proto

bylo navrženo, jak uvádí Votava (2005, s. 9-10), aby se tento pojem používal zejména u dětských klientů, kde by byl vhodnější. Tento záměr se neujal.

V souvislosti s UR je potřeba vždy mít na paměti, že se jedná o člověka, kterému se snažíme pomoci v jeho vstupu či návratu do společenského života, v jeho integraci tak, aby se minimálně cítil dobře ve svém sociálním prostředí. A právě s ohledem na to, že se jedná o člověka, osobnost, připomeneme si, že nelze zapomenout ani na „psychologické hledisko rehabilitace,“ tak jak se o něm zmiňuje Matějček (2001, s. 132-138). Říká, že: „Psychologické vedení pacienta během vlastního rehabilitačního programu směřuje v podstatě k jednomu cíli, tj. vytvořit podmínky pro úspěšnou rehabilitaci v pacientovi samotném.“ Středem zájmu při tom zůstává duševní stav pacienta, přestože je mnohdy třeba zasáhnout do vnějšího prostředí. Zmiňuje se o tom, že každý jednotlivý případ potřebuje svůj individuální přístup.

### **2.3.1 Léčebná rehabilitace**

Je jednou z oblastí ucelené rehabilitace, která jak je již patrné z názvu samotného, se zabývá zejména odstraňováním následků nemocí či úrazů, jinými slovy léčbou postižené osoby čistě ze zdravotních hledisek. Většina laické veřejnosti si pravděpodobně zcela logicky představuje pod pojmem rehabilitace, právě tuto oblast bez toho, aby si ihned uvědomovali, že pouze zdravotní stránka není to jediné, co člověka s postižením limituje a sužuje. Do povědomí lidí se dostávají informace o tom, že existují ještě i další oblasti, které je v souvislosti s tím nutné také řešit a zabývat se jimi, teprve až tehdy, kdy se stávají součástí této problematiky. Ve své podstatě je docela jedno, zad k tomu dochází proto, že se daný jedinec začne sám zajímat, nebo zda se dostane do životní situace, kdy potřebuje tyto informace z hlediska profesního či osobního.

Tato rehabilitace je zajišťována zdravotnickými rehabilitačními zařízeními a zajišťuje, jak uvádí Votava (2005, s. 24), zlepšení funkčního stavu, tedy odstraňování či zmírňování poruchy či disability. Podílí se také na odstraňování handicapů, i když to už je cíl, přesahující možnosti zdravotnictví a podílí se na něm i další složky společnosti.

Na této rehabilitaci se podílí celá řada zdravotních pracovníků s různou odborností, využívajících různé zdravotnické metody a postupy, kterými se snaží o zlepšení celkového fyzického i psychického zdravotního stavu pacienta. Na jejich výkony a odborné vedení, by pak měla navazovat celá řada dalších činností, které jsou zajišťovány dalšími složkami ucelené rehabilitace. To, aby jednotlivé složky na sebe skutečně navazovaly, je zajištěno v jednotlivých týmech daným odborníkem, který se mimo jiné zasazuje o to, aby v potřebné



míře probíhala potřebná vzájemná komunikace a spolupráce. Jak konstatuje Votava (2009, s. 10), za tým léčebné rehabilitace se o to stará především ergoterapeut, který má např. v oblasti pedagogické rehabilitace řadu styčných bodů se speciálním pedagogem. Některé z činností, které sem patří, se navíc ještě prolínají i do zbývajících oblastí UR. Můžeme si jako příklad uvést nácvik jemné a hrubé motoriky, či zachování soběstačnosti, který je důležitý jak z hlediska funkčního (zdravotního), tak pro další uplatnění v procesu výchovně vzdělávacím (sebeobslužnost, psaní, výtvarné dovednosti apod.), pracovním (schopnost a dovednost činností, pracovní uplatnění, aj.) i sociálním (zejména eliminace závislosti na pomoci druhých, lokomoce, atd.).

### **2.3.2 Sociální rehabilitace (dále jen SR)**

Sociální rehabilitace velice úzce souvisí s uznávanými trendy společnosti, společenskou i politickou atmosférou a naladěním v té dané době. Ve své podstatě je důležité, jaké hodnoty společnost uznává za prioritní, jaké negativní projevy a procesy má potřebu odstraňovat. Na jaké sociální vrstvy společnosti jsou taková opatření namířena.

Současné iniciativy sociální rehabilitace bývají často namířené k pojmům souvisejícím s integrací. Vždyť právně integrace OZP do společnosti, bývá často hlavním cílem jejího snažení. Pomáhat lidem s jakýmkoli postižením, ale s přihlédnutím k jejich možnostem, hledat cesty k návratu do běžného, „normálního“ života, začlenit se do společnosti, najít uplatnění, přátele, pomáhat udržovat dosavadní sociální vazby v nelehkých životních situacích, pomáhat rodinám OZP, učit je nepodléhat stavům bezmoci, ale naopak hledat síly k novým aktivitám, získávání sebejistoty, apod.

Votava (2005, s. 70-71) uvádí: „SR je proces, při němž OZP dosahuje maximální možné samostatnosti a soběstačnosti za účelem dosažení nejvyššího stupně sociální integrace. SR se rozvíjela v průběhu posledních 15 let především působením občanských sdružení (organizací) OZP, které služby SR samy vytvářely a ve svém vztahu ke státu a obcím další vytváření podmínek pro UR požadovaly. Konkrétní prostředky a metody SR se liší podle základních typů zdravotního postižení“.

Předpokladem pro integraci OZP je také vzdělávání a výchova široké veřejnosti k tomu, aby OZP přijímala, chápala jejich potřeby a oceňovala jejich snahu se integrovat. Nepostižený člověk by měl být v případě potřeby připraven postiženému pomoci. Integrace, která je často označována za nejvyšší stupeň socializace, je ovšem v dnešní době v duchu moderních trendů, které mění přístupy k začleňování handicapovaných osob do společnosti,

nahrazována tzv. inkluzí. Tento postupný obrat sebou přináší řadu změn, zejména v přístupech a pojetí této problematiky vůbec, se kterými je nutno počítat a to pochopitelně nejen v oblasti sociální rehabilitace, ale v rámci celého systému UR.

Významnou úlohu v otázkách sociální rehabilitace mají veřejné sdělovací prostředky, které znatelně mohou ovlivnit např. dění kolem integrace. Svým citlivým přístupem a nakládáním s informacemi, mohou věcem velice dobře prospívat, ale v opačné poloze zase znatelně škodit. Jedině skutečná profesionalita umožní vhodnou volbu témat a způsoby, jak co nejseriózněji a přitom věcně seznamovat širokou veřejnost i samotné postižené potřebnými tématy.

### **2.3.3 Pracovní rehabilitace**

Rovněž pro problematiku pracovního zařazení OZP platí, že je vždy jistým způsobem ovlivňována naším sociálním, kulturním a společenským rozvojem a je nutné s nimi počítat. Pod tíhou společenského vývoje a s ním spojených změn, je poukazováno na jistá sociální kritéria a potřeby dané doby, na které mimo jiné působí též politická atmosféra a zahraniční vlivy. Pochopitelně i v souvislosti s ostatními společenskými tlaky, jsou vytvářena různá pracovní místa a zařazení pro OZP. Přáním a snahou je vytvořit takové společenské klima, aby nemusela situace těchto jedinců být řešena křečovitými opatřeními, nucením intaktní veřejnosti do aktivit, které pro ně nejsou přirozené, ale aby to byly praktiky naprosto běžné, pro všechny samozřejmé, pochopitelné a tedy normální. O to se opět nesnažíme jen a pouze v této oblasti, ale tato pravidla jsou platná opět pro všechny složky UR.

O významu práce a pracovního uplatnění pro člověka, podotýká Slowík (2007, s. 39): „Práce pro tyto lidi není jenom přirozenou potřebou, ale výrazně zvyšuje jejich sociální sebevědomí, pocit lidské plnohodnotnosti a pomáhá jim také zajišťovat vytouženou samostatnost a nezávislost.“ Ideální by bylo, pokud by i tito lidé měli možnost získat práci běžným způsobem, na tzv. volném trhu práce. To je ovšem v současné době stále ještě stav méně pravděpodobný a to také s přihlédnutím na skutečné možnosti pracovních příležitostí. Možná i proto mají OZP stále velmi silné zastoupení mezi nezaměstnanými. Rozvoj nových a alternativních přístupů k jejich zaměstnávání a pracovnímu uplatnění je nadějí a řešením. V této souvislosti se můžeme zmínit např. o chráněném a podporovaném zaměstnávání, jako o existujících formách umožňujících handicapovaným pracovat.

Votava (2005, s. 106), k tomuto tématu říká, že uplatňování OZP na širším trhu práce se začalo prosazovat teprve od roku 1990. Jedná se tedy o tendence, které můžeme považovat

za poměrně „mladé“ a uvědomit si tak, že všechny, kteří do této problematiky zasahují, nebo chtějí zasahovat, čeká ještě velký kus práce.

Tak jako v ostatních oblastech UR i zde je nutné vycházet zejména ze schopností a možností OZP, kterými je získání pracovního zařazení a uplatnění limitováno. Nicméně možnost pracovního uplatnění je záležitostí nemalého významu, neboť svým způsobem ovlivňuje sociální postavení. Z hlediska osobnosti těchto lidí lze hovořit o jisté prestiži, společenském uplatnění, o jejich závislosti na okolí, osobním uspokojení, či důstojnosti.

### **2.3.4 Pedagogická rehabilitace (dále též PeR)**

Jak uvádí Votava (2005, s. 123).“Pedagogická rehabilitace je určena osobám, kterým jejich zdravotní postižení neumožňuje dosáhnout odpovídající úrovně vzdělání běžnými pedagogickými prostředky. Cílem PeR je dosáhnout u osob se zdravotním postižením (při respektování jejich individuálních potřeb a možností a společenské situace) co nejvyššího stupně vzdělání a optimální kvalifikace, podpořit tak jejich samostatnost a aktivní zapojení do všech obvyklých aktivit společenského života a prostřednictvím výchovy a vzdělávání posilovat harmonické soužití všech členů společnosti. Za součást pedagogické rehabilitace bychom měli pokládat i pomoc, kterou OZP potřebuje k tomu, aby dosáhla běžných forem vzdělání“.

Pedagogická rehabilitace je považována za velice významnou složku ucelené rehabilitace, neboť její provádění předpokládá úzkou spolupráci a provázanost s ostatními složkami UR. Tímto propojením je vytvářeno prostředí pro aktivní přístupy. PeR svými metodami je zárukou odborné připravenosti i kvalifikovanosti zainteresovaných osob celé UR. Tak se také stává jistým garantem kvalitní a odborné pomoci OZP. Úkolem pedagogické rehabilitace je vedle vzdělávání postižených, při kterém jsou důsledně zohledňovány možnosti, schopnosti a dovednosti jednotlivých osob, je poskytována také složka výchovná. Tato je, zejména u dětí, zaměřena na získávání neformálních životních zkušeností. Vedle běžných výchovných záměrů směřujících k získávání základních morálních a etických zásad a hodnot, hygienických návyků apod. se jedná o získávání zkušeností ze života v kolektivu, navazování vztahů jak s vrstevníky, tak i s dospělými. Do oblastí této rehabilitace spadají mimo jiné také zájmové činnosti a využívání volného času. Při nich se významně profilují nadání a vlohy, dochází k orientaci na pozitivní a aktivní přístup k životu. V tomto směru existuje velká řada různých zájmových organizací a kroužků, zabývajících se touto činností, pořádajících různé sportovní a kulturní akce.

Votava (2005, s. 124 a 126) uvádí, že: „Důležitou zásadou pedagogické rehabilitace je včasnost jejího zahájení, tj. co nejdříve od okamžiku zjištění její potřeby.“

V rámci pedagogické rehabilitace je řešen i samotný systém vzdělávání osob s handicapem. Ten můžeme považovat za velmi důležitý, neboť nám prakticky umožňuje zajistit výchovu a vzdělávání ve všech vývojových fázích jedinců a za celá léta propracovaný tak, že je plně vyhovující k naplňování všech výchovně vzdělávacích potřeb.

**Tabulka 1 - znázorňující systém vzdělávání osob s handicapem (Slowík, J. 2007, s. 38)**

Ranná péče	Střediska ranné péče a další zařízení poskytující služby ranné péče
Předškolní vzdělávání	Mateřská škola (běžná nebo pro děti s konkrétním druhem postižení – např. pro zrakově postižené atd.)
Základní a střední vzdělávání	Základní škola (běžná nebo pro žáky s konkrétním druhem postižení – např. pro sluchově postižené atd.), střední školy (běžné nebo pro studenty s konkrétním postižením – gymnázia, SOŠ, SOU, OU, praktické školy), jiný způsob vzdělávání (např. individuální vzdělávání)
Terciární vzdělávání	Vyšší odborné školy, vysoké školy
Celoživotní vzdělávání	Programy dalšího vzdělávání, vzdělávací a rekvalifikační kurzy a školení

Při vzdělávání OZP je nutné si připomínat, že se jedná o osoby se speciálními vzdělávacími potřebami. Jak říká Matějček (2001), nemocné, oslabené, nebo postižené je třeba nejen dobře znát, ale vhodně s nimi zacházet a vést je k určitému cíli. Dopomoci jim k vývoji osobnosti co nejvyspělejší a tak vyrovnané a harmonické, jak je to za daných okolností možné. Pedagogika nemocných je takové záměrné působení, uplatnění výchovných zásad, pravidel a metod, aby se schopnosti jedince, trpícího určitým onemocněním nebo zdravotním postižením, mohly co nejlépe rozvíjet a jedinec sám, aby mohl prožívat svůj život uspokojivě a mohl se stát, pokud možno, plnohodnotným členem společnosti.

Zárukou pro dobře fungující systém je, a to nejen v této oblasti, že jej budou vykonávat odborně zdatní a vzdělaní odborníci, vybaveni jistou dávkou obětavosti a empatie, využívající poznatků a zkušeností nejen našich, ale také zahraničních. Budou umět vzájemně komunikovat a vytvářet plodné prostředí pro činnosti organizací a institucí státního sektoru i ostatních, které se touto problematikou zabývají a chtějí zabývat.

## 2.4 Integrace a inkluze

Integrace patří mezi obecně známý a poměrně rozšířený pojem, který je zejména v souvislostech s OZP hojně užíván. Vedle vyrovnávání příležitostí handicapovaných, které probíhá s menší či větší dopomocí druhých, s využitím různých speciálních pomůcek a speciálních vzdělávacích potřeb, je jejím úkolem také podpora při řešení vztahů a soužití s intaktní částí obyvatel. Veškeré iniciativy a snahy při tom jednoznačně směřují k úspěšnému a plnému začleňování jedinců s postižením do společnosti. Existuje zde tedy tzv. „zdravá část“ obyvatelstva, do které se po letech segregace postižených a různých předsudků s nimi spojovaných, začleňují handicapovaní takovým způsobem, aby se jejich životy staly plnohodnotnými a srovnatelnými s ostatními. S rozvojem demokratické společnosti přicházejí nové trendy ovlivněné též evropskými přístupy a objevují se tendence nahrazovat integraci strategiemi označovanými za inkluzi. Při tom v pojetí inkluze by se již nemělo jednat o začleňování OZP do sociálního prostředí, ale tyto osoby budou vnímány jako jeho naprosto běžná součást.

K této tématice se např. Matoušek, et al. (2005, s. 97) vyjadřuje následovně: „Inkluze znevýhodněných by měla být součástí hodnotového systému a osobním přesvědčením každého člověka. Inkluze znamená rovnoprávný vztah, ale především postoj, přístup, hodnotu, přesvědčení.“ Integraci a inkluzi považuje za procesy usilující o plnohodnotný společný život handicapovaných i zdravých jedinců s respektováním jejich individuálních schopností a možností rozvoje. Hlavním kritériem k určení stupně integrace člověka je kvalita společenských vztahů. Jak dále autor zmiňuje, při integraci má vznikat také prostředí, které všem zúčastnění přináší hluboký pozitivní zážitek. Každý by měl cítit, že do skupiny patří, že v ní má pevné a bezpečné místo, že na jeho činnosti navazuje činnost dalších, že je potřebný, že může ostatní ovlivňovat a podporovat.

Pešatová, Tomická (2007, s. 33, 37) prezentují **integraci** jako plné začlenění jedince s postižením do společnosti, do přirozeného sociálního prostředí v co nejvyšší možné míře. O **inkluzi** sdělují, že: „Předpokládá jednotnou diferencovanou školu ‘‘pro všechny’’. Jde, na rozdíl od integrace, o přizpůsobení školy potřebám všech dětí, a to naučit se vzdělávat společně, žít společně. Vzhledem k dlouhodobé agregáčnické tradici je to úkol náročný“.

Integraci, jako naprosté a bezproblémové zapojení do širší intaktní společnosti, považuje Michalová (2006, s. 18) u osob se speciálními vzdělávacími potřebami za nejvyšší stupeň socializace člověka.

Bartoňová, Vítková (2007, s. 16) připomínají, že právo na vzdělávání je zajištěno v Listině práv a svobod, jako součásti ústavního pořádku České republiky. Základním východiskem je zaměření na jedince v celé šíři jeho osobnosti a sociálních vztahů, bez rozlišování na handicapované a intaktní. Dále se dozvídáme, že nejzásadnější koncepční změnou, k níž se v našem školství po roce 1989 dospělo, je skutečnost, že výchova a vzdělání postižených přestává být doménou speciálního školství a v souvislosti s integračními trendy ve vzdělávání se postupně stává záležitostí všech typů škol a školských zařízení. Inkluzi chápou jako integraci všech žáků do běžné školy a v důsledcích je spojena se zřeknutím se jakékoli formy etiketování žáků a s rozpuštěním speciálních zařízení a speciální pedagogiky. Inkluze se užívá ve smyslu nutnosti poukázat na potřebu rozšíření integrace a na realizování optimální integrace pro každého žáka se speciálními vzdělávacími potřebami v praxi.“

Inkluzi je potřeba vnímat jako nikdy nekončící proces, ve kterém se lidé s postižením mohou v plné míře zúčastňovat všech aktivit společnosti stejně jako lidé bez postižení. Je to soužití postižených a nepostižených při přijatelně nízké míře konfliktnosti vztahů těchto skupin (Slowík 2007, s. 32).

Osoby zdravotně postižené je třeba motivovat, aby dokázaly využít veškeré své schopnosti a dovednosti k aktivitám, které mohou a jsou schopny vykonávat. Vést je k jejich plnému začlenění či zapojení do společenského života a maximálně podporovat jejich vlastní iniciativy. Vytvářet v sociálním prostředí takovou atmosférou, kde pocit vést „normální život“ platí pro všechny bez rozdílu.

### **Inkluzivní vzdělávání**

Jedná se o velmi živé téma, které vyvolává na obecné i odborné úrovni celou řadu otázek a mnohdy i značný neklid. Díky tomu mohou vedle sebe existovat postoje, ve kterých se zrcadlí informace a znalosti problematiky z rozličných zdrojů a různé úrovně. Prezentace bývá v mnoha případech jen kusá, postrádá trpělivé a komplexní vysvětlení, stejně jako objasnění souvislostí a dopadů. Z neznalosti a špatné informovanosti pak pramení nepodložené obavy, které celou věc jen zkreslují a dostávají do špatného světla. A tak jsou dobře míněné tendence a strategie předurčené k odmítání, byť by při tom mohly znamenat postupné zlepšení a přínos do problematiky výchovy a vzdělávání OZP.

Proto, jak uvádí Hájková, Strnadová (2010, s. 90), je v Národním akčním plánu inkluzivního vzdělávání obsažen záměr k posílení inkluzivního pojetí výchovy a vzdělávání na všech stupních a typech škol a implementovat principy a metody inkluze do vzdělávání na všech úrovních školského systému, v němž se žákovská heterogenita stane sociální normou.

V dokumentu se inkluzivním vzděláváním rozumí vzdělávání rozvíjející kulturu školy směrem k sociální koherenci a inkluzí se rozumí uspořádání běžné školy způsobem, který může nabídnout adekvátní vyučování a studium všem dětem, žákům a studentům s ohledem na jejich individuální rozdíly a s respektem vůči jejich aktuálním vzdělávacím potřebám, přičemž nezáleží na druhu „speciálních“ potřeb ani na výsledcích přeměňování výkonů žáků.“ K této problematice ještě zmiňují skutečnost, že přestože byl v minulých desetiletích v rámci různých norem kladen důraz na zvyšování inkluzivního charakteru českého školství, je tento rozvoj pozorován teprve v posledních několika letech. Česká republika přitom patří stále mezi země, které vyčleňují vysoké procento jedinců z hlavního vzdělávacího proudu škol do specializovaných a speciálních zařízení.

Podstatnou úlohu sehrává v těchto otázkách rovněž skutečnost, že názory a postoje na inkluzivní vzdělávání se mezi pedagogy a rodiči velmi různí a objevuje se celá řada obav. Ty např. u rodičů pramení z dojmu, že pedagogové nebudou dostatečně připraveni a hrozby sociální izolace jejich dětí, či nedostatku pomůcek. Pedagogové vidí hrozbu v nemožnosti se řádně věnovat nepostiženým, neboť je o čas připraví OZP a v nedostatku svých specializovaných dovedností. Tyto aspekty jsou přitom ovlivnitelné dostatečným množstvím fundovaných informací, obeznámením s procesem a součinností mezi jeho jednotlivými činiteli.

Pokud v oblasti inkluzivního vzdělávání budeme chtít diskutovat o výchovně-vzdělávacích přístupech a postojích, pak musíme zmínit problematiku výukové strategie. V těchto souvislostech tedy Hájková, Strnadová (2010, s. 19) sdělují, že mnohá doporučení jsou dobře známá již od dob Jana Amose Komenského a je možno oprávněně poznamenat, že kdyby se zachovávala tradiční pedagogická pravidla, bylo by pomůženo všem jedincům, tedy i těm se speciálními vzdělávacími potřebami.

## **2.5 Organizace a společnosti pro OZP**

V této kapitole si připomeneme existenci organizací a společností, jejichž činnost spočívá v pomoci OZP a práci s nimi. Jejich existence i aktivity jsou bezesporu sami o sobě dostatečným důkazem o tom, že nás problematika OZP a řešení otázek s nimi spojených nenechávají klidnými a mohou být do jisté míry určitým odrazem postojů společnosti k handicapovaným. Za činnostmi existujících a fungujících společností a organizací se skrývá významná a obětavá práce celé řady kvalifikovaných odborníků, specialistů v různých

oborech, pracovníků firem, dobrovolníků a také samotných postižených osob či jejich blízkých. Jejich význam pro postižené i celou společnost je nejlépe ocenitelný v souvislostech s integrací a snahami o zlepšení a zkvalitnění života zdravotně postižených osob.

Údaj Organizace pro zdravotně postižené ČR (2012) aktuálně informuje, že na území České republiky je 797 registrovaných firem, organizací a společností, které mají svoji činnost spjatou s OZP. Jejich náplní je nabídnout nejen potřebnou pomoc osobám zdravotně postiženým, ale také poskytnout odpovídající podporu osobám v jejich blízkosti a všude tam, kde to je nutné. Snaží se o zkvalitnění jejich životů tím, že je učí žít s jejich handicapem a v maximální možné míře využívat vlastních schopností. V mnoha směrech se snaží OZP pomoci v jejich nelehké životní situaci a přispět k vytvoření podmínek pro vzájemnou komunikaci, pro jejich pracovní uplatnění, vzdělávání, pro plnohodnotný a všestranně příjemný společenský život.

Nejnámější a pravděpodobně nejrozšířenější organizací pro OZP byl **Svaz invalidů** (SI), zahrnující svého času všechna postižení, který se však po roce 1989 přeměnil na jednotlivé svazy, právě podle jednotlivých typů vad či postižení. Za přispění samotných postižených, jejich příbuzných, odborníků a dobrovolníků, postupně vznikaly mnohé další společnosti, svazy a organizace zdravotně postižených právě podle typu postižení. V tomto směru má např. v oblasti sociální péče své nezastupitelné místo **hnutí svépomocných skupin a občanské aktivity** lidí s postižením a jejich rodin a přátel. A právě činnost i existence sdružení, spolků, nadačních fondů, humanitárních organizací aj., jak uvádí Slowík (2007, s. 43): „Dobře doplňují to, co státem garantovanému systému sociální péče uniká. Činnost neziskových organizací je o to cennější, že z velké části představuje dobrovolnou aktivitu jejich členů. Zastřešující platformou organizací handicapovaných osob se po zániku SI postupným společenským vývojem stala od roku 2000 **Národní rada zdravotně postižených**, která sdružuje řadu neziskových organizací programově zaměřených na podporu a pomoc lidem s různými druhy znevýhodnění.“ Jeho cílem je také koordinovat činnost jednotlivých organizací a reprezentovat směrem do zahraničí.

Různé oblasti života postižených jsou tak pozvolna pozitivně měněny, což lze u nás z velké části připsat právě našemu členství v Evropské unii. V tomto ohledu sehrává také svoji úlohu **Vládní výbor pro zdravotně postižené občany**, který vznikl z potřeby prosazovat zájmy handicapovaných a který např. schvaluje národní plány.

Jak uvádí Slowík (2007) postupně bylo zpracováno několik **národních plánů** zaměřených na zlepšení situace znevýhodněných občanů, které zvolna pomáhají ke zlepšení



legislativních podmínek. Pešatová, Tomická (2007, s. 7) říkají, že je v nich zakotven přístup států a orgánů veřejné správy a konkrétně jmenují:

- Národní plán pomoci zdravotně postiženým občanů z roku 1992.
- Národní plán opatření pro snížení negativních důsledků zdravotního postižení z roku 1993.
- Národní plán vyrovnání příležitostí pro občany se zdravotním postižením z roku 1998.
- Národní plán podpory a integrace občanů se zdravotním postižením z roku 2005.

Posledně schváleným je **Národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2010 – 2014**. Schválila jej vláda ČR v pondělí 29. března 2010 a aktualizovaná 20. července 2011 usnesením vlády ČR (PPOV 2012).

Organizace pro OZP mimo již zmiňované aktivity, také poskytují právní a poradenské činnosti, přispívají ke vzájemným osobním kontaktům zdravotně postižených, sportovním, kulturním a jiným společenským aktivitám.

V oblasti vzdělávání se zmíníme o dokumentu - **Národní program rozvoje vzdělávání v ČR**, který podle Bartoňové, Vítkové (2007, s. 63) patří k nejdůležitějším z hlediska dlouhodobého rozvoje. Dále sděluje, že jako tzv. „*Bílá kniha*“ byl schválen vládou jako první etapa v roce 2002. Cíle vzdělávání rozlišuje a reformuje nejen v počátečním vzdělávání, ale i v dalším vzdělávání dospělých v kontextu celoživotního učení pro všechny a proměňuje tak tradiční vzdělávací systém.

## **2.6 Postavení osob zdravotně postižených v minulosti**

Každá společnost prochází svým specifickým vývojovým obdobím a etapami, které s sebou přinášejí různá společenská zřízení ovlivňující svým způsobem životy všech jejích členů. Odráží se v nich vžitě společenské, etické, morální a mravní hodnoty, ale také uznávané právní normy. Musíme si uvědomit, že způsob jakým dnes přistupujeme k problematice OZP, ale také k nim samotným, se historicky měnil a kopíroval socio-kulturní a společenské zřízení, ale i celkovou atmosféru a nálady dané doby. Z těchto hledisek nelze vynechat ani možnosti ekonomické, které bezesporu rovněž zasahují vždy velmi významně do celého systému. Neboť jak říká Titzl in Slowík (2007, s. 12): „Ve skutečnosti jde spíše o charakteristické a převládající tendence v postojích společnosti ke znevýhodněným

jedincům nebo skupinám v konkrétních dějinných etapách, protože škála projevů chování nepostižených lidí k takto odlišným jedincům byla vždy pestřejší a ne zcela jednoznačná.“

Z historie se dozvídáme, že osoby s postižením žily většinou v bídě, opovržení, odkázání na milodary a žebráctví. Často se stávaly terčem posměchu, krutého zacházení a dokonce byly zabíjeny. V době středověku a feudalismu byly osudy těchto lidí vystaveny nejen sociálním a kulturním zvyklostem, ale také svévůli panovníků a feudálů, jejichž moc se ovšem nedotýkala pouze postižených. Až s vlivem katolických církví se v duchu náboženství začínají objevovat první náznaky charitativní činnosti. Přesto jsou tyto osoby i nadále vystavovány útrapám a zneužívání, setkání s nimi má symboliku zla. Nemohoucí byli ponecháváni na pospas osudu, jiní se stávali terčem posměchu, oběťmi mučení, byli zneužíváni k různým nekalým praktikám, nebo museli pomáhat a pracovat za jídlo, ošacení a ubytování. Tyto postoje se ovšem ve světě lišily, v některých kulturách se o nemocné starali, dokonce je i uctívali, jinde byli naopak vězněni, vyháněni do ústraní, mučeni a upalováni. V novověku postupně dochází ke změnám v přístupu k postiženým. Za jakýsi symbol těchto změn lze považovat „opilý koráb“ neboli „lod’ bláznů“, který měl pravděpodobně představovat jakési řešení své doby nebo „věže bláznů“ stavěné v evropských zemích k obdobným účelům (Lutonská 2006).

Stejný zdroj, Lutonská (2006), se v souvislosti se změnami spojenými s novověkem zmiňuje o tom, že již „otec pedagogiky“ Jan Amos Komenský (1592 – 1670) si všímal postižených dětí ve svých pedagogických pracích. Žádal, aby se učily všechny děti, bohaté i chudé, vtípné i tupé. Podle Komenského mají být vzdělaní všichni, i nenadaní, u kterých není možné očekávat nějakou úroveň vědomostí. Úspěchem bude, jak se toto dítě naučí stýkat se s lidmi (sociálně se adaptuje) a zjemní v mravech.

K tomuto velikánovi, Janu Amosi Komenskému se vyjadřuje také Ira (2006) a říká, že byl prvním významným pedagogem, který obhajoval vzdělávání a výchovu postižených (slabomyslných) a jako příkladu uvádí některá jeho díla. **Didaktika magna**, ve kterém prezentuje šestero uspořádání duševních vlastností – děti bystré, tupé, měkké a povolné, vzpurné a tvrdé, chtivé vedení a těšící se z prací mechanických. **Nejnovější metoda jazyku**, kde nabádá učitele, že se má přizpůsobit žáku, pomalého žáka nezavalit látkou, málo bystrého podnitit konkrétními příklady. Míra vyučování, že se musí řídit ne tím, kdo vyučuje, ale tím, kdo se učí. **Vševýchova**: „Z lidského vzdělávání se nevyjímá nic, leč nečlověk. Pokud tedy mají účast na lidské přirozenosti, potud mají míti účast na vzdělání. Vzdělávání ducha nemá

být nikdo vzdalován.“ A zdroj konstatuje, že: „Svémi názory předstihl Komenský Evropu o více než 100 let.“

Nyní si připomeneme podmínky OZP ve společnosti tzv. totalitního režimu. Tehdy rozhodoval o „začlenění“ OZP do sociálního prostředí stupeň jeho efektivity, nikoli jeho předpoklady, schopnosti či potřeby. Zacházení s těmito lidmi se již nevyznačovalo tak velkou mírou krutosti, jako jsme se o tom zmiňovali v předchozím textu, ale i v této době byly některé praktiky přinejmenším podivné a mnohdy se pohybuje na hraně zákonnosti. Pokud se přímo nejednalo o způsoby, které snižovaly přinejmenším lidskou důstojnost, již samotná segregace těchto osob do ústraní, na okraj společnosti má své důsledky ještě dnes.

Jak uvádí Titzl (2001): „Každý zdravotně postižený jedinec byl posuzován především jako člověk „defektní“, jehož defekt (vada, postižení, onemocnění) ho podstatnou měrou osobnostně a společensky charakterizoval a v systému péče o něho ho předurčoval k pasivní roli“.

Postižení bylo vnímáno jako stav, jehož údělem je být nečinný, pasivně čekat co druzí udělají, jak o postiženém někdo rozhodne podle předem určených měřítek. Handicapovaní byli odříznuti od pracovního uplatnění, přiznáváním invalidních důchodů, které je naopak vedly k pasivitě. Byly zřizovány velké státní ústavy umístované mimo velká města. Tím docházelo k vytváření pocitu, že postižení patří někde do ústraní, což takto ve valné většině vnímali nejen postižení, ale také převážná část zbylé společnosti. Problémy kolem osob se zdravotním postižením neustále přibývaly, přestaly vyhovovat kapacity zařízení, biologická a kalorická hodnota stravy byla na velmi nízké úrovni apod. Zejména u dětských klientů bylo nepochybné, že jejich odloučení od rodin, ke kterému docházelo již od tří let, významně ohrožuje zdravý vývoj těchto dětí. Nedostatky se také znatelně odrážely do výchovně vzdělávacích procesů, sociálního a pracovního uplatnění.

Titzl (2001): „Lze tedy zobecnit, že totalitní režim za celou dobu existence nedokázal pro zdravotně znevýhodněné občany snížit negativní důsledky jejich postižení, vyrovnat jim aspoň částečně příležitosti ke společenské a pracovní seberealizaci. Některé systémové kroky neprosadil ani Svaz československých invalidů – pokud se o to jeho orgány snažily“.

V mnoha lidech postižených, ale i v jedincích intaktní společnosti, ještě poměrně dlouhou dobu po roce 1989 přetrvával pocit, že by to tak mělo být, nebo si přinejmenším s těmito otázkami ani nevěděli rady. Teprve několik posledních let jsme schopni plošně, jako společnost, nahlížet na otázky týkající se problematiky OZP jako na něco, co se nás týká všech, nad čím nelze zavírat oči.

## 2.7 Postavení osob zdravotně postižených ve společnosti dnes

Hned na počátku této kapitoly zmíníme vyjádření Slowíka (2007, s. 21), který říká: „Ten kdo chce získat pravdivější obraz o životě a situaci lidí s handicapem, musí začít přistupovat k této problematice se zdravým nadhledem, nepředpojatě a s dostatečnou dávkou otevřenosti a odvahy. Stejnou cestu museli absolvovat v minulosti všichni, kdo se rozhodli nezůstat k handicapovanému člověku v jeho obtížné situaci lhostejní a navázat s ním oboustranně přijatelný vztah.“

Dějinná historie nás zatížila řadou různých mýtů a předsudků, od kterých je třeba se oprostit. Není pravdou, že všichni postižení se cítí nešťastní, že se neradují, nebaví, netouží po úspěchu, společnosti, nebo že sexuální život se k nim jaksi nehodí. Odpovědi lze získat pouze a jedině oproštěním se od strachu, nejistoty či jiných podobných pocitů a snažit se o osobní zkušenost navázání kontaktů, jinak vnímat a mít jiný postoj.

K tomu Hájková, Strnadová (2010, s. 65) uvádí: „Postoje získáváme v průběhu života, a to vzděláváním, sledováním veřejného mínění a sociálními kontakty. Dosáhnout dlouhodobé změny postojů je tedy možné prostřednictvím vzdělávání a sociálních kontaktů. Jinými slovy, čím více jsou žáci a studenti vystavováni interakci s vrstevníky se speciálními vzdělávacími potřebami, tím větší je šance pozitivně ovlivnit jejich postoje k osobám s těmito potřebami obecně.“

Jedině poznáním a změnou myšlení můžeme změnit své postoje a tím také postavení samotných osob se zdravotním postižením. Problematika těchto jedinců je v posledních desetiletích ovlivňována integračními procesy, jejichž snahou bylo a stále zůstává zapojování těchto jedinců do společnosti s využitím speciálních prostředků a maximálně možné míry podpory, péče a pomoci, kterou jsme schopni zajistit a poskytnout.

Matoušek, et al. (2005, s. 101) uvádí: „V posledních letech i v České republice dochází ke kvalitativnímu obratu v přístupu ke zdravotně znevýhodněným. Prosazuje se úsilí o skutečnou integraci do majoritní populace, a to nejen v materiální sféře, ale i v jejich zapojení do běžného života.“

Tyto iniciativy jsou postupně nahrazovány tzv. inkluzivními přístupy, které se naopak snaží o zapojování osob s postižením do všech běžných činností stejně jako intaktní část obyvatelstva. Postižení touží, chtějí a potřebují vést „normální“ život ve svém sociálním prostředí, s blízkými, přáteli a kamarády, pracovat a vzdělávat se. Limitujícím by pro ně měl

být pouze jejich handicap, jejich vlastní rozhodnutí a volba, případně společensky platné normy, které musí tak jako ostatní rovněž respektovat.

Podle provedených výzkumů sami zdravotně znevýhodnění potvrzují, že nestojí o soucit, nechtějí být pouze obsluhováni v sebelepších ústavech a nemocnicích. Stejně jako všichni ostatní lidé chtějí žít ve společnosti nejbližších tam, kde se narodili, vést normální osobní i rodinný život, žít ve vlastním bytě, mít zaměstnání, rozhodovat sami, jak budou trávit čas. Toto vše upřednostňují před sebedokonalejší péčí v různých typech kolektivních zařízení vyčleňujících je každodenního života společnosti. Usilují o nalezení přiměřeného pracovního a společenského uplatnění a tím dosažení osobního uspokojení jako ostatní lidé. Chtějí mít stejná práva jako nepostižení, což ve svých důsledcích znamená i přiznání jejich práva na odlišnost (Starová in Matoušek, et al. 2005, s. 90).

V demokratické společnosti je při přístupech k OZP kladen důraz na vysokou humanitu. Změnil se postoj v otázkách vzdělávání a vzdělavatelnosti zdravotně postižených, jejich výchovy, pracovního uplatnění a dalšího společenského uplatnění, kdy v mnohém byl inspirací vývoj v zahraničí. Do této problematiky je zapojena také celá řada organizací soukromého sektoru, o kterých jsme se již dříve zmiňovali. V souvislosti s péčí o postižené jsou to různá centra, zařízení a organizace, s širokou škálou aktivit, od poradenství, odborné a specializované pomoci až po činnosti související s běžnými potřebami sociálního, kulturního a společenského uplatnění a vyžití OZP. Celému tomuto systému se pochopitelně nevyhýbá ani otázka finančního zajištění, které je získáváno z různých zdrojů. Na prvním místě jsou to státní dotace, které jsou vázané na různé projekty, jejichž podmínkou bývá přístupnost všem osobám s postižením. Dalšími finančními zdroji jsou členské příspěvky a sponzorské dary, které jsou v jistém smyslu také odrazem situace v naší společnosti.

Jak uvádí Bartoňová, Vítková (2007, s. 43): „Nejzásadnější koncepční změnou, k níž se v našem školství po roce 1989 dospělo, je skutečnost, že výchova a vzdělání postižených dětí a mladistvých přestává být doménou speciálního školství a v souvislosti s integračními trendy ve vzdělávání se postupně stává záležitostí všech typů škol a školských zařízení. Charakteristika v přístupech k výchově a vzdělání postižených byla zpracována v projektu UNESCO Škola pro všechny, jehož myšlenky přejala do svých programů celá řada zemí a i u nás vyšel k tomuto projektu metodický materiál.“

Rovnost přístupů a práva na vzdělání plynou z Ústavy ČR a Listiny základních prav a svobod a řady jiných právních norem, např. zákonem č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon); nebo vyhláše

č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných, ve znění vyhlášky č. 147/2011 Sb. s účinností k 1. 9. 2011; či vyhlášce č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských, ve znění vyhlášky č. 116/2011 Sb., s účinností ke dni 1. 9. 2011; aj. Stále intenzivněji dochází k upřednostňování vstupování handicapovaných do naprosto běžného prostředí, do běžných situací s pochopitelnou přítomností a interakcí s intaktní populací, pokud možno bez použití speciálních podpor. Jak uvádí Groof, Lauwers in Slowík (2007, s. 33), takový přístup je výhodný i pro nepostižené, neboť si vytváří relevantní, nezaujaté postoje k osobám s handicapem a přijmou za svou i centrální myšlenku inkluze, že totiž *být odlišný je normální*.

Dnes si postižení plně uvědomují svá práva a nároky, zapojují se aktivně do dění kolem sebe, stávají se součástí vedení organizací, které sami založili, nebo byli u jejich zrodu. Zvyšuje se jejich sebevědomí, životní elán a nestraní se již společenskému životu. Díky těmto iniciativám a osobním přístupům, dochází k větší provázanosti s občany zdravotně nepostiženými a tím se také mění pozitivním směrem jejich vzájemné postoje. Integraci může v těchto souvislostech vnímat jako velmi významnou součást problematiky OZP. Významně pomohla prolomit témata, o kterých se někdy úmyslně, jindy spíš díky neznalosti nebo prostě z ostychu raději mlčelo.

### 3 Praktická část

V teoretické části jsme vysvětlili pojmy, které se váží k problematice vztahu společnosti k osobám se zdravotním postižením. Je třeba zdůraznit, že společnost znamená obrovské sociální prostředí s širokou škálou vazeb a kontaktů. Všichni bychom se měli snažit nejen o to vnímat kolem sebe lidi s handicapem, ale také k nim být vstřícní, snažit se jim pomáhat nejen se začleňováním do společnosti, ale skutečně vytvářet takové podmínky, aby se cítili být její nedílnou součástí. Snažit se v maximálně možné míře umožnit těmto jedincům realizaci a uplatnění odpovídající nejen jejich schopnostem a možnostem, ale také vycházející z jejich obyčejných lidských potřeb. Nesporně se to týká jejich vzdělávání, profesního či pracovního uplatnění i dalšího sociálního zařazení, ale také vyplňování volného času. Potřebná pomoc a podpora by ze strany intaktní části obyvatel měla být samozřejmostí a v případě nutnosti by měla mít dostatečnou oporu v zákonných normách. Ovšem pravým odrazem úrovně a vyspělosti společnosti jsou morální, mravní a etické hodnoty, které její jednotliví členové uznávají a v jejichž duchu se také chovají a jednají.

V této části bakalářské práce se budeme věnovat zpracování otázek z provedeného průzkumu, které se týkají vybrané problematiky a podle kterých budeme schopni nalézt odpovědi na stanovené předpoklady. Budeme zde prezentovat nejen cíl, předmět zkoumání a předpoklady, ale také získaná data a poznatky. K tomu jsme v rámci metody dotazování využili nestandardizovaného dotazníku, jehož vzorový exemplář je součástí práce v seznamu příloh. Zmíníme zde použitou metodu, popíšeme zkoumaný vzorek a průběh celého průzkumu. Součástí praktické části bude rovněž grafické zpracování získaných dat s patřičným komentářem.

#### 3.1 Cíl praktické části, předmět zkoumání a stanovené předpoklady

**Cílem** bakalářské práce je *charakterizovat vztah intaktní části populace k jedincům se zdravotním postižením a zjistit, jaký názor mají intaktní lidé na jedince se zdravotním postižením*. Jsme si vědomi té skutečnosti, že nelze dosáhnout zcela objektivního výsledku s ohledem na rozsah průzkumu, použité metody a časový úsek, který bylo možné práci věnovat.

Ze stanoveného cíle v podstatě vyplynula výzkumná otázka, respektive **předmět zkoumání**, který je s cílem v úzké souvislosti: *Jaké názory a postoje zaujímá intaktní společnost ve vztahu k osobám se zdravotním postižením?*

Abychom mohli hodnověrným způsobem odpovědět na výzkumnou otázku a získat podklady pro naplnění určeného cíle, bylo třeba stanovit několik předpokladů, které jsme směřovali do našeho průzkumného šetření. K tomu jsme využili nestandardizovaný dotazník vlastní konstrukce.

### **Předpoklady:**

**P 1:** Lze předpokládat, že více jak 60 % intaktních osob považuje problémy osob se zdravotním postižením za něco, co se jich netýká.

**P 2:** Lze předpokládat, že více jak 70 % intaktních osob neví, jaké sociální služby mohou být osobám se zdravotním postižením poskytovány.

**P 3:** Lze předpokládat, že většině intaktních osob je setkání s osobou se zdravotním postižením nepříjemné.

**P 4:** Lze předpokládat, že většina intaktních osob chápe integraci osob se zdravotním postižením do společnosti jako nejlepší možnost jejich sebeakceptace.

## **3.2 Použité metody**

Existuje řada různých metod, kterými je možné získávat potřebné podklady či informace. My jsme se rozhodli využít dotazníkové šetření, neboť jak říká Jandourek (2009, s. 210), každá metoda má své nesporné výhody, ale také svá omezení. Je pouze na našem rozhodnutí, kterou z nich zvolíme s ohledem na velikost týmu, podmínky, časová a prostorová omezení apod.

A právě s přihlédnutím na jmenované činitele určující okolnosti, za kterých bude průzkum proveden a s ohledem na zpracovávané téma, jsme se rozhodli využít metodu dotazníku, kterou lze relativně snadno a rychle získat od respondentů použitelné informace.

### **3.2.1 Dotazník**

Jak uvádí Jandourek (2009), dotazník patří mezi klasické nástroje, používané v sociologickém zkoumání. Je velmi rozšířený zejména proto, že umožňuje rychlé zpracování



dat. Nevýhodou je, že neposkytuje respondentovi široký prostor pro vyjádření a je použitelný pouze v prostředí, které je výzkumníkem relativně dobře známé. Upozorňuje také na možnost tzv. haló efektu, kdy jedna odpověď může ovlivnit odpovědi na další otázky. Zdůrazňuje také fakt, že dotazník je využitelný zejména pro kvantitativně orientované průzkumy a jeho návratnost bývá nižší.

V našem případě byl dotazník použit v kombinované formě uzavřených a otevřených otázek. Obsahoval celkem šestnáct otázek, z nichž čtyři byly identifikační, zaměřené na zjištění věku, pohlaví, vzdělání a profesi, ostatní již zaměřené směrem ke získání odpovědi a podkladů využitelných pro předmět zkoumání a stanovené předpoklady (podoba dotazníku viz. příloha A). Jako způsob distribuce dotazníků mezi intaktní spoluobčany jsme zvolili doručení poštou v tištěné formě. Předpokládali jsme vysokou návratnost dotazníků.

Odpovědi respondentů mohou být velmi často ovlivněny společenskými i kulturními trendy, sociálním cítěním, zkušenostmi, nebo jejich osobnostní vyzrálostí. Tyto pohnutky snadno působí na dotázané a vedou je směrem ke snahám odpovídat tak, jak by se asi očekávalo, nebo jak by to zřejmě mohlo být správně. Díky těmto tendencím se někdy může stát, že skutečný osobní názor či postoj je nevysloven.

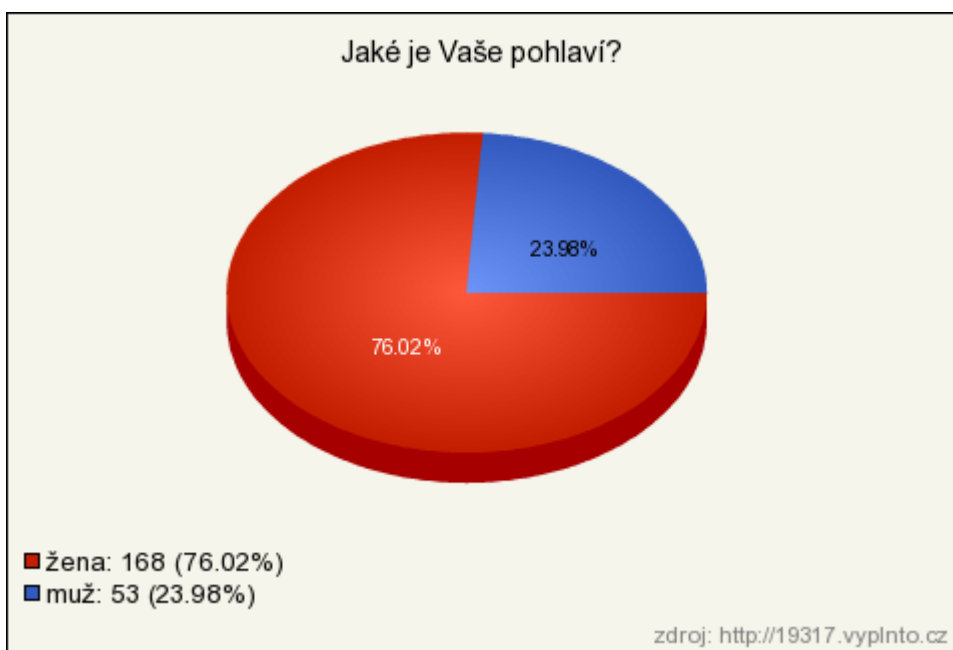
Přestože má tato metoda některé nedostatky, pro naše účely je výhodou ji využít a to pro snadnou dostupnost, relativní jednoduchost a hlavně rozsah využitelnosti, kdy v poměrně krátké době je možné získat potřebné množství podkladů od mnoha respondentů.

### 3.3 Popis zkoumaného vzorku

Použitá metoda průzkumu a zejména způsoby distribuce mezi intaktní populaci, byly faktory, u kterých jsme předem mohli počítat s jakousi nahodilostí výběru. Do určité míry jsme se pokusili zajistit podmínky, které by nám předurčovaly možnost získání reprezentativního charakteru zkoumaného vzorku. Na počátku byl dotazník rozeslán tak, abychom splnili pokrytí zhruba stejného množství zastoupení obou pohlaví. V projektu jsme uvažovali o počtu 80 až 100 intaktních osob, jako o dostatečném množství respondentů v souboru. Úvodní čtyři otázky dotazníku nám zajistily identifikační údaje, na základě kterých můžeme v konkrétních číslech charakterizovat zkoumaný vzorek.

**Komentář ke grafu č. 1:** Z hlediska zastoupení pohlaví se nám podařilo nakonec oslovit větší počet žen, průzkumu se jich zúčastnilo celkem 168, což činí 76.02 % z celkového

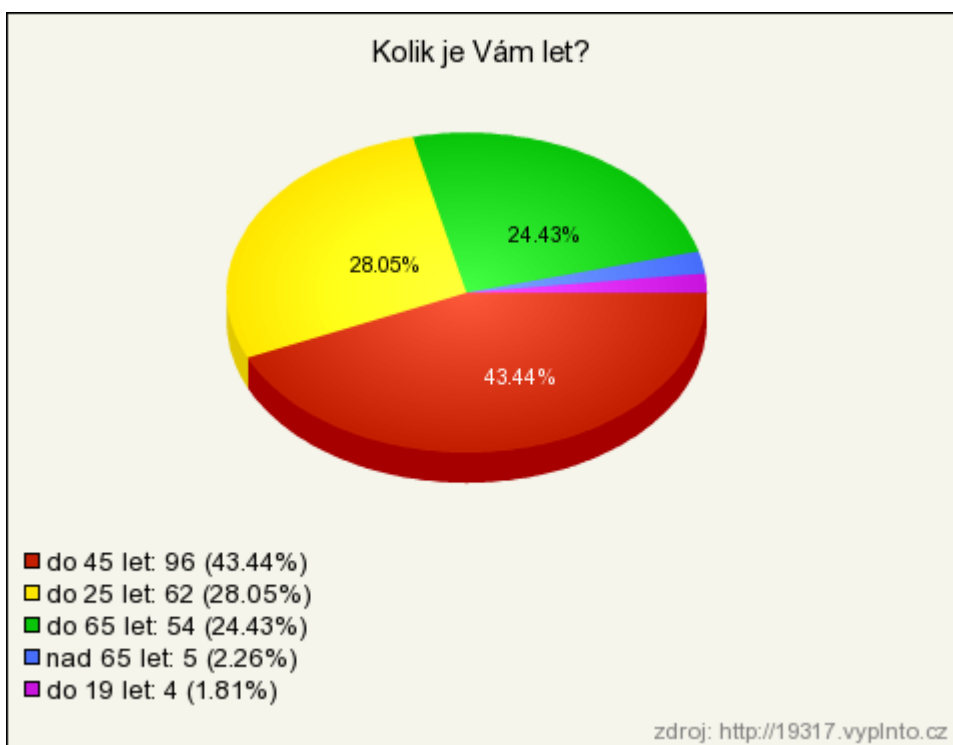
množství 221 respondentů. Mužů se účastnilo méně, celkem 53, vyjádřeno v procentech 23.98 %. Pokud bychom chtěli učinit na základě tohoto zjištění nějaký závěr, pak se domníváme, že by mohl být zavádějící. Můžeme pouze polemizovat o tom, zda nemůže tento výsledek znamenat menší zájem mužů o toto téma. Jak uvádí Golgo (2008): „Podle nejnovějších údajů OSN žije dnes na Zemi více mužů než žen. Z celkového počtu lidí na naší planetě - 6.670.581.000 - bylo 3.354.241.000 obyvatel mužského pohlaví a 3.316.340.000 ženského pohlaví. Nevyrovnaný poměr je prý už při narození: na 100 narozených děvčátek připadá asi 105 chlapců.“ Budeme-li vycházet z této informace, pak by se mohlo jednat i o velmi pravděpodobný předpoklad. Důvody mohou být samozřejmě různé, např. silnější potřeba sdílení, která je typičtější pro ženy; prostá shoda okolností, aj. Podstatné z toho plyne, že díky tomuto poměru můžeme hovořit o tom, že se jedná o názory, které patří většinou ženské populaci.



Graf 1 – znázorňuje strukturu zkoumaného vzorku z hlediska zastoupení žen a mužů (Horčíčka, O. 2012)

**Komentář ke grafu č. 2:** V této otázce jsme věkovou hranici rozdělili do několika kategorií. Pak je možné z grafu s přehledem zjistit např., ve které věkové kategorii se lidé nejvíce o otázky tohoto typu zajímají. Díky tomuto znázornění se ukazuje, že problematikou zdravotně postižených se nejméně zabývá nejmladší část intaktní veřejnosti. Vedle toho ovšem překvapí obdobně nízký zájem nejstarší populace, který lze oprávněně očekávat vyšší, neboť stáří je možné považovat za rizikovější faktor. Zmiňovali jsme se již v kapitole č. 2.1.5 o osobě se zdravotním postižením na str. 24. Tento nezájem je možné přisuzovat skutečnosti,

že průzkum, ze kterého jsou tyto výstupy, byl prováděn elektronickou cestou, což by samo o sobě mohlo být pro starší občany omezením. Domníváme se, že ostatní údaje v sobě mohou odrážet skutečný stav zájmu a zainteresovanosti zbývajících věkových kategorií.



Graf 2 – ukazuje na poměr účasti respondentů v určitých věkových kategoriích (Horčíčka, O. 2012)

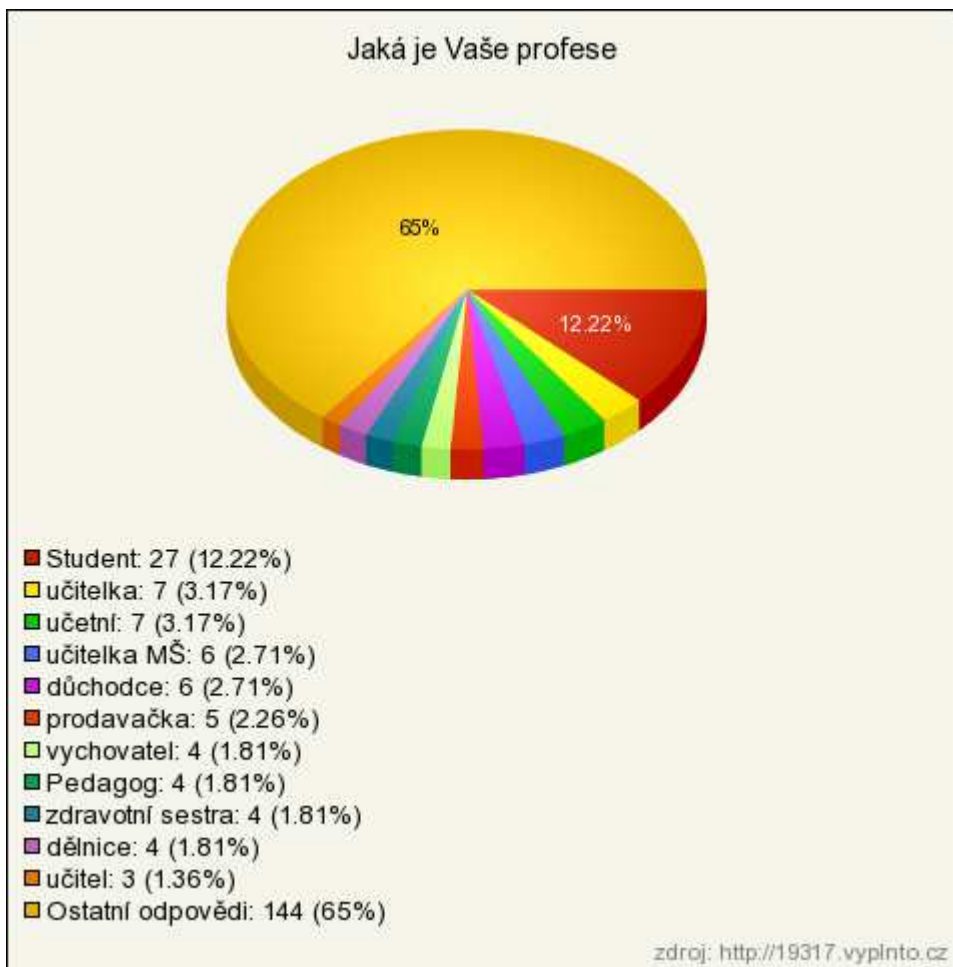
**Komentář ke grafu č. 3:** Věková skladba respondentů, kteří se zapojili do průzkumu, nám prozrazuje, že nejsilnější skupinou se stali středoškolsky vzdělaní lidé s maturitou, kterých je nadpoloviční většina. Z výsledků vyšlo, že jako druhou nejsilnější se stala skupina vysokoškolsky vzdělaných s nezanedbatelnými 26.24 %. Pro samotný průzkum je tento údaj nepodstatný, ale jednoznačně nám ukazuje, že převážná většina zúčastněných respondentů je minimálně středoškolsky vzdělaných. Toto zjištění nás může vést k úsudku, že problematika OZP je předmětem zájmu spíše u osob vzdělaných. Je možné se také domnívat, že osoby se vzděláním mají větší zájem o dění ve společnosti.



**Graf 3 – prozrazuje skladbu respondentů podle jejich nejvyššího dosaženého vzdělání (Horčíčka, O. 2012)**

**Komentář ke grafu č. 4:** Tento graf nám popisuje profesní skladbu respondentů. Její různorodost dosáhla poměrně velkého rozsahu. Proto všechna zaměstnání, která mají zastoupení v menším počtu, než které odpovídá možnosti zařazení pod určitou skupinu, jsou ukryta pod položkou ostatní odpovědi. Ostatní položky jsou již konkretizovány, a tak bylo možné zjistit, že nejpočetnější ze zúčastněných se stala skupina studentů.

Spojíme-li všechny čtyři výsledky k úvodním identifikačním otázkám, lze z nich vyvodit, že z celkového počtu účastníků průzkumu je nejvíce osob ve věku od 26 do 45 let, středoškolsky vzdělaných a ženského pohlaví. Z této úvahy se nám pouze vymyká profesním zařazení, neboť zde jsou v převaze studenti, což zcela nekoresponduje z předchozí položkou týkající se věku. Takto bychom se mohli pokusit ještě o další srovnávání a různé kombinace zjištěných výstupů.



**Graf 4 – odráží profesní skladbu respondentů, kteří se do průzkumu zapojili (Horčíčka, O. 2012)**

Způsob jakým došlo k výběru zkoumaného vzorku a také jeho strukturální složení, můžeme do jisté míry považovat za jakousi záruku objektivnosti. Výsledku získanému od celkového počtu 221 dotazovaných nelze ovšem na druhou stranu přikládat větší důležitost, než je jeho orientační výpovědní hodnota. Rozhodně není možné tento výsledek jakýmkoli způsobem generalizovat.

### **3.4 Průběh průzkumu**

Náš průzkum probíhal ve dvou etapách, což ovšem nebylo naším původním záměrem, ale následkem nezdařeného prvního dotazování. Od samého počátku nám bylo zřejmé, že pro provedení průzkumu bude nutné vytvořit takové podmínky, aby se podařilo zjistit hodnověrná data a informace, ze kterých budeme schopni následně vyhodnotit stanovené předpoklady a zjistit, zda byly správné či nikoli. Proto jsme vypracovaný dotazník v jeho tištěné podobě nejprve uvedli mezi intaktní osoby prostřednictvím poštovního doručení a také osobním

kontaktem. Další hledisko, které jsme museli vzít v úvahu, byla časová tíseň, ke které došlo zejména ve druhé etapě průzkumu. Ke splnění podmínek projektu bakalářské práce a pro jeho zdárné dokončení jsme potřebovali soubor respondentů náhodného výběru 80 až 100 intaktních osob. Zpět se nám vrátilo neočekávaně menší množství vyplněných a použitelných dotazníků, než jsme předpokládali. Bylo počítáno s návratností min. 65 % ze 120 odeslaných a doručených výtisků, ale ta byla ve skutečnosti pouhých 25 %. S tímto výsledkem se stal průzkum nevěrohodným. V tomto okamžiku jsme byli vystavení značné časové tísní, jak jsme již zmínili výše a byli jsme proto nuceni hledat jiné řešení, které by nám umožňovalo dosáhnout kýženého výsledku a splnění stanoveného úkolu. *Tuto část jsme pojmenovali jako pilotní sondu, která nám ukázala, kde napravit chyby, jak přistoupit k průzkumu, jakou zvolit techniku distribuce dotazníků.*

Přistoupili jsme tedy k řešení, které nám skýtalo možnost získat data za poměrně výrazně kratší čas, než který byl potřebný v první etapě, pilotní verze. Toto řešení mělo zajistit požadované množství aktivních respondentů s reálnou nadějí na jeho navýšení. Rozhodli jsme se využít elektronickou poštu, která spadá do nabídek internetových sociálních sítí. Podařilo se nám zaregistrovat, připravený dotazník a průzkum tak dokončit. Domníváme se, že se nám podařilo zajistit data v potřebné kvalitě i rozsahu. Také lze konstatovat, že průzkum provedený v elektronické podobě a s využitím zmiňované sociální sítě, znamenal dosažení potřebného výsledku s vynaložením menší náročnosti na finanční prostředky, náklady i čas.

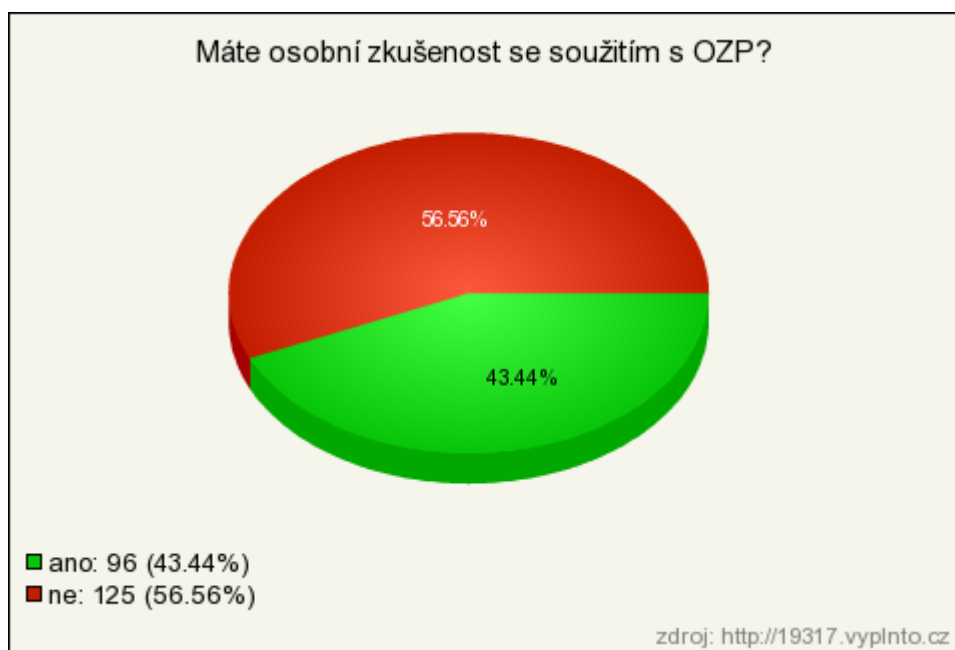
S přihlédnutím k účelu prováděného průzkumu, lze považovat zkoumaný vzorek za dostatečně reprezentativní a objektivní. Každý oslovený občan byl individuálně obeznámen s účelem průzkumu a ujištěn, že vyplněný dotazník bude přísně využit pouze ke studijním účelům a v rámci vypracování bakalářské práce. V případě souhlasu s účastí na průzkumu, byl každé intaktní osobě poskytnut potřebný prostor pro vyplnění předloženého dotazníku, společně s poučením a instrukcí k vyplnění, které byly nedílnou součástí dotazníku. V závěru nechybělo ani vyslovení poděkování za čas věnovaný dotazování.

Získaná zkušenost ukazuje, že průzkum provedený způsobem, který jsme použili v první etapě je časově, materiálně i finančně náročnější, než jsme původně předpokládali

### 3.5 Vyhodnocení dotazníku

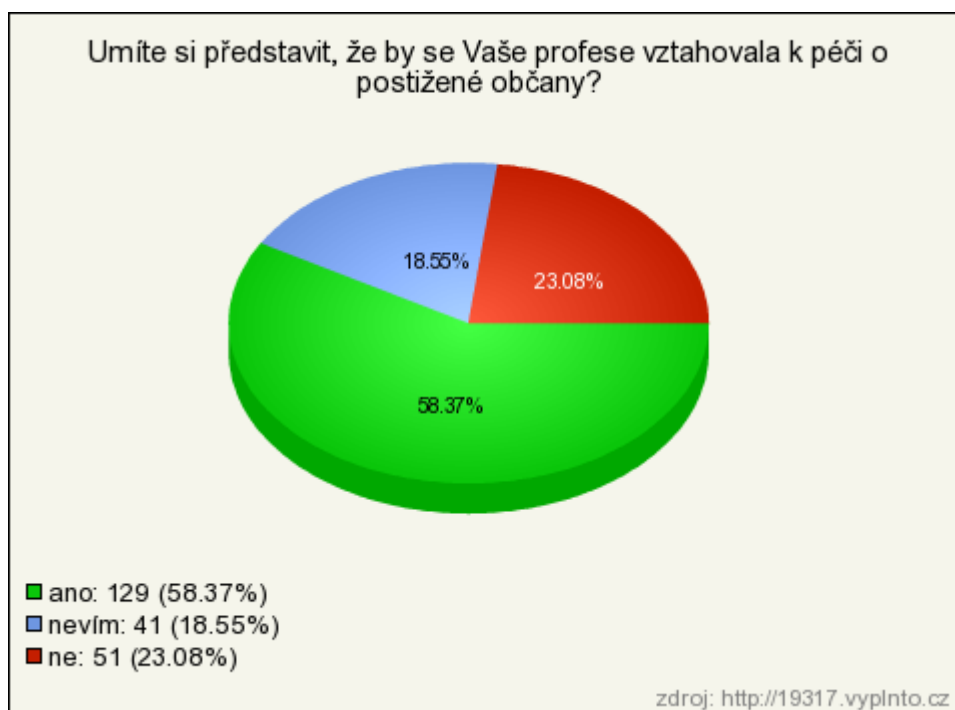
Vyhodnocení položek dotazníků, které se zabývaly především identifikačními údaji o respondentech, tj. grafy č. 1 až č. 4, jsme vysvětlili výše. Nyní přiblížíme vyhodnocení dalších odpovědí. Domníváme se, že je třeba zmínit fakt, že ostatní otázky dotazníku byly sestaveny tak, aby vždy jedna z nich poskytovala přímou odpověď na každý daný předpoklad a ostatní, aby svými odpověďmi přispěly k ucelenějšímu odrazu daného stavu ve společnosti. Očekávali jsme získání hodnotnějších podkladů pro naplnění cíle naší práce.

**Komentář ke grafu č. 5:** U této otázky by se možná dalo namítat, že by mohla ještě spadat do oblasti, ve které se snažíme zjišťovat informace o osobách, které se účastní průzkumu. Nám se však zdálo být vhodné hovořit o těchto výsledcích právě na tomto místě, kde přecházíme k předpokladům průzkumu. Zde se již dozvídáme o věci, která se váže konkrétně na OZP a významným způsobem může ovlivňovat ostatní odpovědi. Zda má člověk osobní zkušenost v soužití s handicapovaným, může někdy být rozhodující rozhodujícím faktorem. Jak sami vidíme, v našem případě jsou v mírné převaze osoby, které tyto zkušenosti postrádají. Minimálně by se dalo říci, že lidé bez takové zkušenosti se mohou díky nevědomosti potýkat např. s určitými předsudky, neopodstatněnými představami apod. V každém případě víme, že pro náš průzkum jsou respondenti z tohoto hlediska dělení přibližně na polovinu.



Graf 5 – osobní zkušenosti se soužitím intaktní osoby a osobou se zdravotním postižením (Horčíčka, O. 2012)

**Komentář ke grafu č. 6:** Vysvětluje, že více jak polovina respondentů si dokáže představit vykonávat takové povolání, jehož náplní by byla péče o OZP, nebo by se k ní alespoň vztahovala. Pro handicapované je to poměrně příznivý výsledek, neboť více jak polovina dotázaných, by byla pravděpodobně schopna pracovat v této oblasti. Existuje možnost, že respondenti s osobní zkušeností mohou být základem ANO a z lidí bez zkušenosti se k nim 15 % přidalo. Ostatní neví nebo neumí si představit. Druhou možnou variantou vycházející z neznalosti je, že respondenti bez zkušenosti, by o OZP profesně pečovali a k nim se připojila část z těch, kteří jsou znalí. A asi nejpravděpodobnější bude provázanost těchto dvou grafů.



**Graf 6 – představa o práci, jejíž náplní by byla péče o osoby se zdravotním postižením (Horčíčka, O. 2012)**

**Komentář ke grafu č. 7:** Stavba této otázky nutí respondenta k zamyšlení. Snažili jsme se zajistit, aby odpověď znamenala vyjádření jednoznačného postoje. *Náš předpoklad byl zcela mylný, neboť více jak 77 % intaktních osob je názoru, že jich otázky OZP spíše týkají.* Je to překvapující zjištění, které koresponduje s předchozím grafem a pro OZP se jedná o velice pozitivní postoj.





**Graf 7 – představuje nám výsledek týkající se vyjádření vlastního pocitu intaktních osob o tom, zda se jich otázky zdravotně postižených týkají či nikoli (Horčíčka, O. 2012)**

**Tabulka 2 - seznam hodnot ke grafu č. 7**

Domníváte se, že se Vás otázka zdravotně postižených osob spíše netýká?		
	ano	ne
Počet odpovědí	49	<b>172</b>

V tabulce č. 2 je zobrazena odpověď, která výrazně ovlivnila celkový výsledek stanoveného předpokladu, který jsme původně odhadovali ve zcela opačné rovině. V souvislosti s ostatními odpověďmi je zřejmé, že intaktní osoby skutečně danou otázku před vlastní odpovědí dobře promysleli.

**Komentář ke grafu č. 8:** Celou tuto část doplňujeme otázkou, která nám přináší názor respondentů na to, jak se společnost stará o handicapované. Pokud si uvědomíme předešlé výsledky, pak bychom měli vnímat tento výstup jako alarmující, neboť celých 75 % respondentů se přiklání spíše k negativnímu stanovisku. Rovných 45 intaktních osob si myslí, že společnost se stará špatně a 122 z celkového počtu 221 míní, že nedostatečně. Můžeme se domnívat, že vzhledem k informovanosti občanů veřejnými sdělovacími prostředky, je situace OZP daleko čitelnější pro stále větší okruh lidí.



Graf 8 – názor na přístup společnosti k OZP (Horčíčka, O. 2012)

**Komentář ke grafu č. 9 a č. 10:** Intaktním osobám byla položena otázka, zda mají povědomí o tom, jaké mají OZP možnosti v poskytování služeb u nás. Z 221 respondentů jich 111 odpovědělo ANO a 110 uvedlo, že NE. Z tohoto poměru jednoznačně vyplývá, že *náš druhý předpoklad nebyl správný, neboť na tuto otázku negativně odpovědělo pouze necelých 50 % dotázaných*. Předpoklad jsme ještě doplnili o výsledek grafu č. 9, ve kterém jsme zjišťovali, jak vnímá intaktní část veřejnosti nastavení sociálních služeb a jejich poskytování OZP. Skoro 68 % uvádí, že současný stav je rozhodně nevyhovující. Z toho je možné skutečně usuzovat, že intaktní veřejnost má o této problematice přehled.



Graf 9 – názor na nastavení sociálních služeb pro OZP v naší společnosti (Horčíčka, O. 2012)



Graf 10 – povědomí o poskytování sociálních služeb (Horčíčka, O. 2012)

**Tabulka 3 - seznam hodnot ke grafu č. 10**

Máte povědomí o tom, jaké mají osoby zdravotně postižené možnosti v oblastech poskytování sociálních služeb u nás?		
	Ano, mám přehled	Nevím o tom nic
Počet odpovědí	111	110

Hodnoty v této tabulce nám korespondují s výsledkem, který můžeme spatřovat v grafu č. 5 (str. 45), neboť právě osobní zkušenost může úzce souviset se znalostmi a přehledem o situaci OZP mezi respondenty.

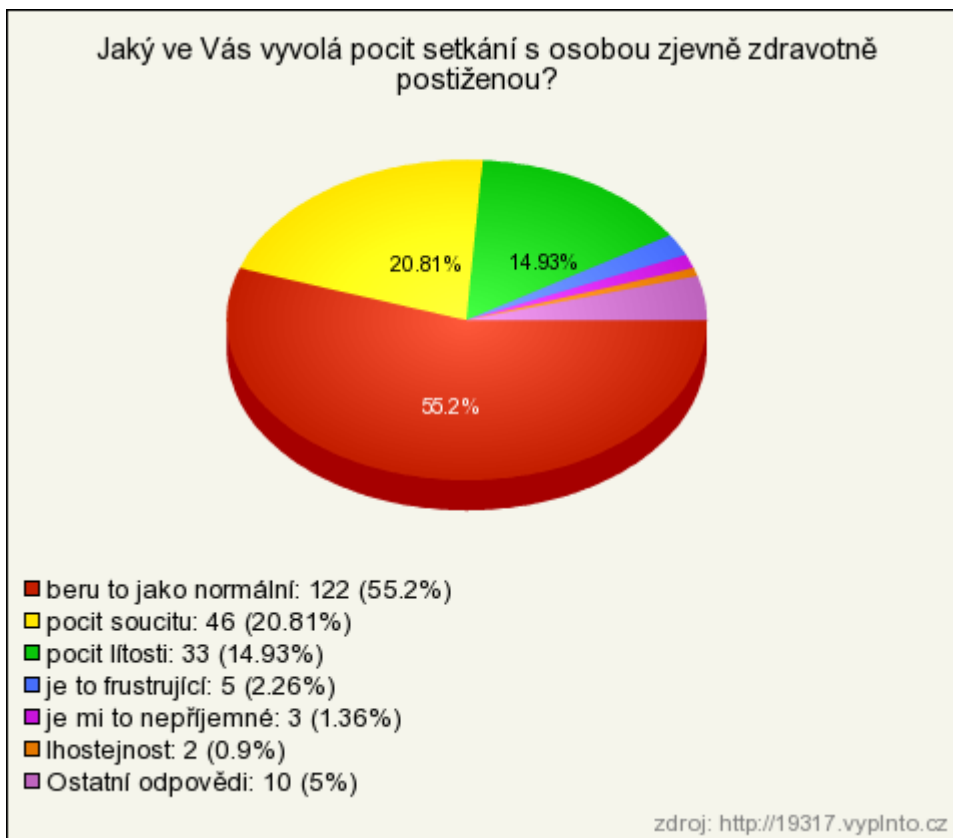
**Komentář ke grafu č. 11 - 13:** Na tento předpoklad jsme zaměřili tři otázky, kdy každá z nich má svůj cíl, a výsledky na jejich odpovědi by se měly vzájemně doplnit a v součtu pak poskytovat ucelenou odpověď.

Již první č. 11 vysvětluje, že více jak polovina dotázaných intaktních osob považuje setkání s OZP za zcela normální a běžnou věc. Celých 20 % z 221 dotázaných při takovém setkání pociťuje soucit a necelých 15 % z tohoto celku handicapované lituje. *Výsledek odpovědí znázorněný v grafu ukazuje, že jen zhruba 1 %, což jsou tři lidé z 221 respondentů, mají ze setkání s OZP nepříjemný pocit (výsledek směřuje k P 3).*

Graf č. 13 s velkou převahou 78.28 % ze sta procent ukazuje na fakt, že intaktním osobám ve své podstatě setkávání s handicapovanými nevadí.

Třetí otázka, jejíž výsledek z dotazníku znázorňuje graf č. 12, potvrzuje celkové poznatky směřující k třetímu předpokladu. Zde se dozvídáme informace o postoji respondentů k otázce vyloučení OZP za účelem jejich umístování do specializovaných zařízení. Ve výsledku jsou odpovědi členěny do tří zhruba stejně velkých skupin. Zastoupena asi 30 % je skupina osob, která by umístovala handicapované až s ohledem na závažnost jejich postižení. Celkem 76 respondentů, což představuje asi 34 %, zmiňuje fakt, zda se má o postižené kdo postarat. Ovšem další zhruba stejně velká skupina je toho názoru, že by se rozhodně všechny OZP neměli umisťovat do takových zařízení.

Výsledky v této části nás přesvědčily o tom, že veřejnost je většinově schopna k otázkám týkajících se handicapovaných přistupovat s racionální úvahou a s pocitem, že se jedná o záležitosti patřící do běžného života lidí.

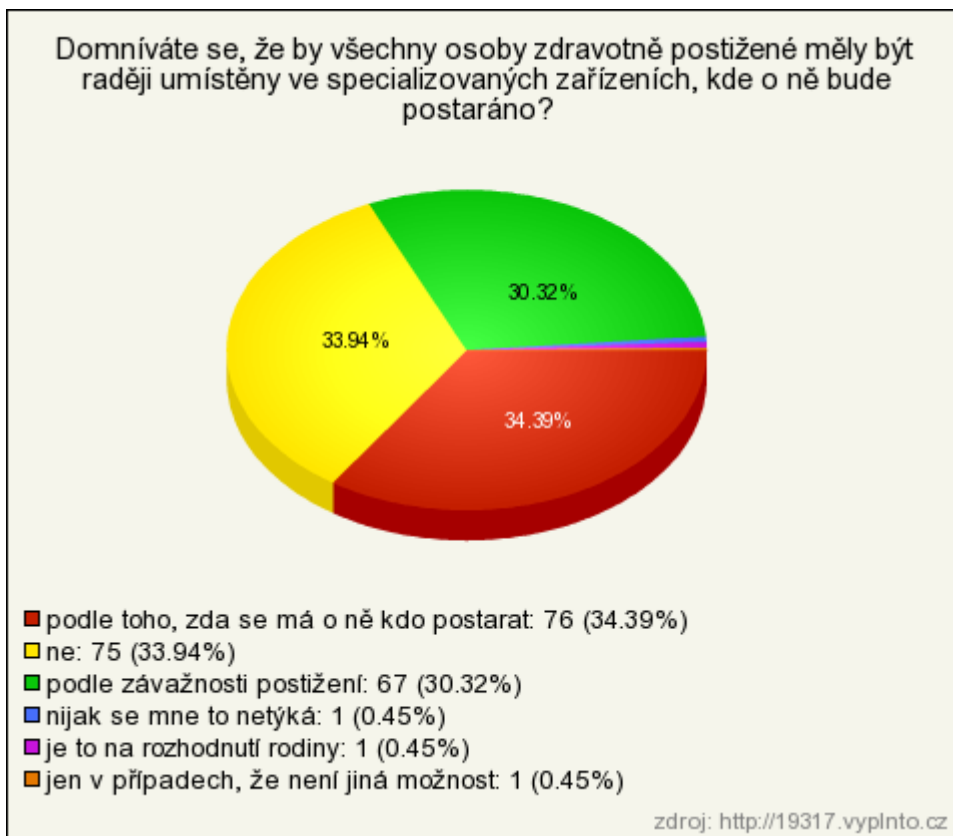


Graf 11 – pocity při setkání s osobou zdravotně postiženou (Horčíčka, O. 2012)

Tabulka 4 - seznam hodnot ke grafu č. 11

Jaký ve Vás vyvolá pocit setkání s osobou zjevně zdravotně postiženou?	
	Počet odpovědí
Beru to jako normální	122
Pocit soucitu	46
Pocit lítosti	33
Je to frustrující	5
<b>Je mi to nepříjemné</b>	<b>3</b>
lhostejnost	2
Ostatní odpovědi	10

V tabulce máme vyznačenu odpověď, která se přímým způsobem pojí na náš předpoklad a jednoznačně ukazuje, že skutečnost se od našeho typu velmi liší. Ukazuje nám zejména na fakt, že intaktní společnost nevnímá OZP v negativním pojetí.

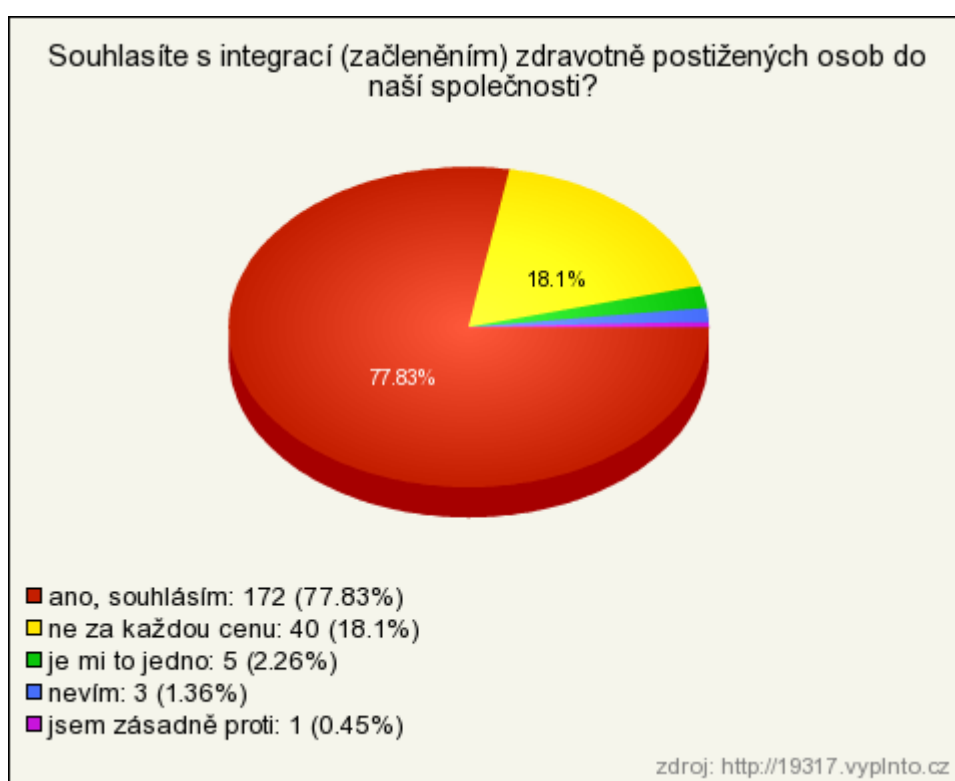


Graf 12 – umístování osob zdravotně postižených do specializovaných zařízení (Horčíčka, O. 2012)



Graf 13 – setkávání s OZP podle typu jejich postižení (Horčíčka, O. 2012)

**Komentář ke grafu č. 14 - 15:** V této části jsme se zaměřili na otázky, které se týkají integračních a inkluzních procesů. První z otázek byla namířena na postoj intaktní veřejnosti k integraci. U druhé jsme otázku formulovali tak, abychom dostali odpověď na stanovený předpoklad č. 4. Vyhodnocením odpovědí jsme dosáhli velice uspokojivého výsledku, kdy 199 respondentů, což činí 90 % z celkového počtu dotázaných, odpovědělo, že si myslí o integraci a inkluzi, že pomáhají OZP v jejich sebeakceptaci. Tím se pochopitelně ukázalo, že tento náš předpoklad byl jako jediný ze čtyř stanovených správný. Navíc byl tento předpoklad také ještě nepřímo potvrzen necelými 78 % respondentů, kteří souhlasí s plným začleněním OZP do společnosti.



Graf 14 – vyjádření postoje k integraci (Horčíčka, O. 2012)



Graf 15 – Integrace a inkluze jako prostředek sebeakceptace OZP (Horčíčka, O. 2012)

Tabulka 5 - seznam hodnot ke grafu č. 15

Myslíte si, že integrace a potažmo též inkluze pomáhá osobám se zdravotním postižením v cestě k jejich sebeakceptaci?			
	Ano	Ne	Nevím, nijak se mne to netýká
Počet odpovědí	199	10	12

Hodnota v této tabulce nám ukazuje, že respondenti velmi kladně vnímají iniciativy spojované s integrací a inkluzí, že je považují za dobrou možnost projevu postojů k OZP a cestu k soužití všech. Tento výsledek je velice optimistický, zejména pokud si uvědomíme, že zhruba před dvěma desítkami let bylo vnímání handicapovaných v odlišné rovině.

### 3.6 Shrnutí poznatků dotazníkového šetření

Na základě zpracovaných a vyhodnocených dat lze odpovědět na výzkumnou otázku, kterou jsme stanovili na počátku našeho průzkumu. „*Jaké názory a postoje zaujímá intaktní společnost ve vztahu k osobám se zdravotním postižením?*“ a charakteristikou vztahu intaktní části populace k jedincům se zdravotním postižením splnit. Pro získání potřebných informací jsme použili metodu dotazování (nestandardizovaný dotazník) a pomocí průzkumu jsme se pokusili najít odpovědi na otázky vztahující se k našim stanoveným předpokladům. Po počátečním nezdaru, kdy se nám chybnou volbou distribuce dotazníků nevrátil jejich



odpovídající počet zpět, se nám podařilo získat potřebné množství dat k tomu, abychom byli schopni naplnit cíl práce.

Odpovědi, které jsme získali prostřednictvím průzkumu, jsme vyhodnotili v předchozích kapitolách. Část z nich nám poskytovala informace týkající se identifikačních údajů, které nám však neovlivnily výsledek, ale sloužily spíše jako doplňující informace.

Hodnotíme-li **názory a postoje intaktní společnosti k OZP**, musíme je spojit se stanovenými předpoklady P1 až P 4 (viz kapitola č. 3.1, s. 38). Ze čtyř předpokladů, byl potvrzen pouze jeden z nich, který se týkal chápání integrace, inkluze, coby nejlepší možnosti sebeakceptace OZP. Až 90,05% respondentů potvrdilo souhlas s touto myšlenkou a navíc s integrací OZP souhlasí až 77.83 % z celkového počtu 221 respondentů. Zbylé tři stanovené předpoklady nebyly průzkumem potvrzeny. Přesto se domníváme, že jsme na výzkumnou otázku odpověděli a tímto jsme naplnili i stanovený cíl naší práce.

Pokusili jsme se **charakterizovat vztah intaktní části populace k OZP**. Průzkumem se ukázalo, že intaktní veřejnost má k osobám s handicapem daleko vstřícnější postoj, než jsme původně očekávali. Situace OZP není intaktní části populace lhostejná, zajímají se o ně, mají přehled či povědomí o dění kolem handicapovaných. Minimálně více jak polovina respondentů má představu o možnosti sociálních služeb směřujících k postiženým a zároveň jsou přesvědčeni, že systém a přístupy společnosti jako celku, jsou v tomto ohledu nedostatečně nastaveny. Rozhodně většina z nich vnímá osoby s postižením jako běžnou součást společnosti, nevadí jim se s nimi potkávat a nevyvolává v nich takové setkání žádné z negativních či společensky nevhodných pocitů. Soucítí s nimi a ani si nemyslí, že by OZP měli být automaticky umístováni do specializovaných zařízení. Což je pro nás příznivý poznatek. Tuto alternativu spojují spíše s případy, kdy se jedná o závažnější případy postižení nebo se o takového jedince nemá kdo postarat. Zajímavé se nám zdá, že přestože většina intaktních osob nemá osobní zkušenost se soužitím s OZP, nevnímají problematiku těchto osob tak, jako by se jich netýkala, ale naopak si např. dovedou ve většině případů představit, že by se jejich profese mohla vztahovat k péči o handicapované. Tuto část práce doplňujeme ještě o poslední graf, který znázorňuje obecný postoj společnosti ke zdravotně postiženým ve smyslu její vyspělosti.



**Graf 16 – názor na souvislost mezi vyspělostí společnosti a jejími postoji k OZP (Horčíčka, O. 2012)**

**Komentář ke grafu č. 16:** Až 82.35 % respondentů preferuje názor, že jedno z hledisek, podle kterých je možné usuzovat na vyspělost společnosti, je postoj společnosti k OZP. S tímto názorem nelze než souhlasit a můžeme podotknout, že výsledky našeho průzkumu nasvědčují tomu, že naše společnost se s největší pravděpodobností posunuje tím správným směrem, k humánnosti a toleranci.

### 3.7 Vyhodnocení předpokladů

Považujeme za důležité připomenout, že v přípravném období procesu tvorby bakalářské práce, jsme se snažili předpoklady stanovit tak, aby nám při jejich zhodnocení poskytovaly takové výstupy, na jejichž základech bude skutečně reálně najít odpověď na ústřední otázku této práce a naplnit také její cíl.

Při vyhodnocení předpokladů použijeme jejich označení tak, jak jsme učinili již v úvodu tohoto praktického oddílu (kapitola 3.1, s. 38). Pro získání potřebných podkladů byla použita dotazníková metoda, která nám umožnila ke každému konkrétnímu předpokladu získat přímou odpověď. Ostatní otázky nám poskytují informace, které nám pomohou dotvořit celistvost pohledu respondentů na tuto problematiku a další jejich související postoje. I v této

kapitole je na místě ještě jednou připomenout, že při průzkumu vyšlo najevo, že mírná většina dotázaných respondentů, cca 57 % z nich, nemá žádnou osobní zkušenost se soužitím s OZP.

**Upozornění:** Pokud se v následujícím textu objeví odkazy na jednotlivé otázky č. 1 – 16 použité v dotazníkové metodě, jsou dokladovány v přílohách, kam jsme dotazník zařadili. Odkazy, týkající se grafického vyobrazení výsledků jednotlivých odpovědí na dotazníkové otázky, se týkají grafů umístěných v kapitole č. 3.5, s. 45-54.

### **3.7.1 Vyhodnocení P 1**

**Lze předpokládat, že více jak 60 % intaktních osob považuje problémy osob se zdravotním postižením za něco, co se jich netýká.**

Přímou odpověď na tento předpoklad nám poskytla otázka č. 6, která je součástí dotazníku a jejíž grafická podoba je vyobrazena v grafu č. 7. Struktura otázky nám zajistila vyjádření jednoznačného postoje, kdy **více jak 77 % intaktních osob je názoru, že se jich otázky OZP spíše týkají**. Je to pro nás, s ohledem na stanovený předpoklad, překvapující zjištění. Pokud ovšem vezmeme v úvahu výsledek na otázku č. 16 (graf č. 6), která dokládá ochotu respondentů připustit možnost věnovat se profesi týkající se práce s OZP, pak se jedná o velice pozitivní postoj. Jak jsme se již jednou zmínili, existuje reálná možnost, že základem tohoto výsledku jsou respondenti s osobní zkušeností, přestože se vůbec nemusí jednat o jakkoli zásadní hledisko. Zejména v dnešní době, kdy jsou veřejné sdělovací prostředky velmi silně ovlivňující veřejné mínění. Možná i proto, že otázka OZP nezůstává před veřejností skryta, ale skutečně se o ní otevřeně hovoří, bylo zjištěno, že intaktní část obyvatel vnímá handicapované tak, jak bylo zjištěno naší metodou. Tomu nasvědčuje i fakt, že respondenti z více jak 75 % vnímají převážně negativně skutečnost, jak se společnost o OZP stará. I z tohoto hlediska je zcela zřejmé, že informovanost široké veřejnosti vede k tomu, že otázka osob zdravotně postižených začíná být skutečně vnímána jako součást našich životů, naší společnosti, nás všech.

**První předpoklad nebyl potvrzen.**

### **3.7.2 Vyhodnocení P 2**

**Lze předpokládat, že více jak 70 % intaktních osob neví, jaké sociální služby mohou být osobám se zdravotním postižením poskytovány.**

Tento předpoklad byl podpořen otázkou č. 8, kde jsme zjišťovali, jak vnímá intaktní část veřejnosti nastavení sociálních služeb a jejich poskytování OZP. Skoro 68 % uvádí, že

současný stav je rozhodně nevyhovující, což je velmi zřetelně vyobrazeno v grafu č. 9. Z toho je možné usuzovat, že intaktní veřejnost má o této problematice přehled, což se ovšem s největší pravděpodobností dá opět přisoudit obecné informovanosti, kterou zajišťují veřejná média. Domníváme se tak zejména proto, že když byla položena otázka č. 9, zda mají povědomí o tom, jaké mají OZP možnosti v poskytování služeb u nás. Z 221 respondentů jich 111 odpovědělo ANO a 110 uvedlo, že NE (graf č. 10). Jak je vidět, žádná z odpovědí se výrazně nekloní k jedné z variant, ale i tak nám ukazuje, že náš předpoklad nebyl dobře stanoven. Je potřeba ovšem podotknout, že z pohledu společenského a taktéž z pohledu OZP se jedná o velice pozitivní zjištění. Existuje skutečně reálná možnost, že alespoň 50 % respondentů je obeznámeno s možnostmi, které v oblasti sociálních služeb společnost handicapovaným poskytuje a nabízí.

**Druhý předpoklad nebyl naplněn.**

### **3.7.3 Vyhodnocení P 3**

**Lze předpokládat, že většině intaktních osob je setkání s osobou se zdravotním postižením nepříjemné.**

K tomuto předpokladu jsme směřovali tři otázky, kdy jedna z nich byla stěžejní a poskytovala možnost zjištění přímé odpovědi k našemu předpokladu. Další dvě jsou doplňující a umožňují nám získat ucelenější odpověď na to, jak vnímají intaktní osoby možnosti přímého kontaktu s OZP. Hned první otázka z nich č. 10, nám poskytla jednoznačnou odpověď, kdy v nadpoloviční většině považují intaktní osoby setkání s OZP za zcela normální a běžnou věc. Celých 20 % z 221 dotázaných při takovém setkání pociťuje soucit a necelých 15 % z tohoto celku handicapované lituje. Výsledek odpovědí znázorněný v grafu ukazuje, že jen zhruba 1 %, což jsou tři lidé z 221 respondentů, mají ze setkání s OZP nepříjemný pocit (graf č. 11).

Otázka č. 12, znázorněna graficky v grafu č. 13, nám významně doplňuje předchozí, a ukazuje na skutečnost, že s velkou převahou 78.28 % ze sta procent, setkávání s handicapovanými intaktním osobám skutečně nevadí. To jednoznačně koresponduje s výsledkem grafu č. 11, kde mezi procentuelně nejrozsáhlejší pocit při setkání s OZP patří soucit z 21 %, lítost se 15 % a již zmiňované vnímání normality s 55 %, což v součtu činí celých 91 %.

Jako třetí v této sérii jsme si položili otázku pod č. 11, jak budou respondenti vnímat případnou možnost vyloučení OZP do specializovaného zařízení, která je vyobrazena v grafu

č. 12. V tomto případě je možné výsledek odpovědí rozčlenit do tří zhruba stejně velkých oddílů, neboť ostatní z nich měli zcela pomíjivé půlprocentní zastoupení. Zastoupena asi 30 % je skupina osob, která by umísťovala handicapované až s ohledem na závažnost jejich postižení. Celkem 76 respondentů, představujících zhruba 34 % ze sta, zohledňuje zcela pochopitelně skutečnost, zda se má o postižené kdo postarat. Bezmála celých 34 % vnímá umístění do takového zařízení za nepřípustné, tedy odpovědí NE. Nutno ovšem podotknout, že pokud by se měl výzkum a potažmo též respondenti dále zabírat otázkou jiného možného řešení, lze předpokládat změnu pohledu. Taková dedukce by spíše směřovala ke stanovení dalších předpokladů a provedení nového průzkumu.

Výsledky týkající se otázek tohoto předpokladu nám ukazují, že veřejnost je většinově schopna vnímat setkávání s handicapovanými jako běžnou součást našich životů a jejich přístupy k řešení otázek OZP by byly racionální. Můžeme pouze konstatovat, a to opět ke spokojenosti osob zdravotně postižených, že jsme se v našem úsudku mýlili, což nás v tomto případě mile překvapilo.

**Třetí předpoklad nebyl potvrzen.**

### **3.7.4 Vyhodnocení P 4**

**Lze předpokládat, že většina intaktních osob chápe integraci osob se zdravotním postižením do společnosti jako nejlepší možnost jejich sebeakceptace.**

V části týkající se našeho posledního předpokladu jsme se zaměřili na otázky týkající se problematiky integračních a inkluzních procesů, které se staly v posledních letech velmi diskutovaným tématem. První otázkou, kterou máme v dotazníku pod č. 13, jsme se snažili získat odpověď na postoj intaktní veřejnosti k integraci. Jednoznačnost odpovědi nám velmi dobře znázorňuje také graf č. 14, kdy bezmála 78 % ze sta, tedy celých 172 respondentů z 221, se vyjádřilo, že s integrací OZP souhlasí. Tento výsledek nám již nepřimo napověděl, co je možné očekávat v následující odpovědi. Otázka č. 14, která nám měla poskytnout přímou odpověď na stanovený předpoklad, měla z hlediska procentuelního vyjádření nejjednodušší odpověď ze všech z celého průzkumu. Celých 90 %, což znamená, že 199 osob z 221 celkově ze zúčastněných odpovědělo, že integraci a inkluzi vnímají jednoznačně jako pomoc handicapovaným na jejich cestě k sebeakceptaci, což ukazuje na správný předpoklad.

**Čtvrtý předpoklad byl potvrzen.**

## 4 Závěr

Bakalářská práce se zabývá problematikou týkající se osob zdravotně postižených obecně, a to bez konkrétního zaměření na určitou cílovou skupinu. Vztahuje se tedy bez výjimky na všechny typy postižení a ani výběr respondentů nebyl nikterak specifikován, čímž jsme se do jisté míry snažili zajistit reprezentativnost získaných vzorků odpovědí. Cílem praktické části bakalářské práce bylo charakterizovat vztah intaktní části populace k jedincům se zdravotním postižením a zjistit, jaký názor mají intaktní lidé na jedince se zdravotním postižením. V průzkumu jsme se zaměřili na použití dotazníkové metody, která umožňuje v poměrně krátké době, získání potřebných dat k tomu, aby z nich bylo možné vyvodit výsledky směřující k odpovědi na stanovený cíl. Pomocí předpokladů se nám podařilo získat odpovědi z několika zásadních pohledů.

Výsledky našeho průzkumu nám ukázaly údaje a informace, které jsme podrobně interpretovali v předešlých pasážích praktické části.

V souvislosti s ověřením našich předpokladů jsme se dozvěděli, jak intaktní část populace v naší společnosti vnímá kontakt s osobami zdravotně postiženými, co cítí při setkání s nimi, jaké mají povědomí o možnostech OZP v sociální síti a jak nahlízejí na problematiku procesů integrace a inkluze. Do dotazníku byly zakomponovány zejména stěžejní otázky, které nám poskytly přímé odpovědi na stanovené předpoklady a bylo tak možné učinit též okamžité vyhodnocení potvrzení či nepotvrzení těchto předpokladů. Ostatní dotazníkové otázky nám zajistily podpůrné informace, které nám pomohly nejen lépe uchopit samotné vyhodnocení stanovených předpokladů, ale umožnily nám dotvořit celistvist pohledu respondentů i jejich postojů ke zkoumané problematice.

Díky tomu jsme např. získali informaci o tom, že až 57 % dotázaných respondentů nemá žádnou osobní zkušenost se soužitím s OZP. Toto zdánlivě nenápadné zjištění nám ovšem napovídá, že právě tato nezkušenost může poměrně významně ovlivňovat některé pohledy respondentů proto, že si nedokážou danou skutečnost či situaci dostatečně představit a uvědomit. Postrádající zkušenost může být pro takového člověka zavádějícím faktorem a může jak negativním, tak pozitivním směrem ovlivnit např. odpověď týkající se představy o vykonávání profese týkající se péče o handicapované.

Za odpověď s dobrou výpovědní hodnotou považuje např. tu, která se týká otázky ohledně pocitu dotčení se problematiky OZP respondentů. Domníváme se, že se podařilo její strukturou skutečně přimět je k zamyšlení a tím snad částečně vyloučit určitou rutinu

odpovědi. To dokazuje i výsledek, kdy necelých 78 % dotázaných se domnívá, že problematika OZP se týká i jich samotných. Několik otázek nám mimo odpovědi na sledované předpoklady a cíl práce poskytly také výstupy, které ukazují na změnu v oblasti informovanosti veřejnosti. Zde pod vlivem médií a ostatních sociálních sítí je zcela nezpochybnitelný fakt, že široká veřejnost má pravděpodobně větší i lepší přehled o životě OZP ve společnosti, jejich podpoře v oblasti sociální a vnímají jí veskrze jako nedostačující, bezmála celými 68 %. Je nutno ovšem zmínit, že stejně tak přesvědčivého výsledku postrádají respondenti u povědomí o tom, jaké sociální služby jsou handicapovaným vlastně poskytovány. Poměr těch, kteří přehled mají vůči těm, kteří ho postrádají je v podstatě totožný, tedy 50 %. Jako pozitivní ovšem můžeme vnímat skutečnost, že se náš předpoklad v tomto ohledu nepotvrdil a tedy že intaktní část populace je na tom lépe, než jsme se původně s našimi 70 % domnívali. Velmi příjemné je zjištění, že osoby s handicapem jsou většinovou populací vnímány pozitivně. Za realistický odraz skutečnosti považujeme zhruba třetinové zastoupení odpovědí, které se týkají otázky umístování OZP do specializovaných zařízení (otázka č. 11, graf č. 12, str. 52). Velmi přesvědčivě působí také odpověď respondentů, že jim nevádí setkávání s OZP, kdy takto odpovědělo celých 78 %, což je pro nás pozitivní zjištění. Pokud vezmeme v úvahu výraznou převahu pozitivních odpovědí v oblasti týkající se integrace a inkluze, které jsou intaktní částí populace vnímány jako iniciativy směřující ke zlepšování života OZP, zejména k jejich plnému začleňování do společnosti, k jejich sebeakceptaci a plnému zapojení do společenského života, pak se jednoznačně jedná o vzájemně korespondující položky.

V konečném shrnutí charakteristiky vztahu intaktní části populace k jedincům se zdravotním postižením, můžeme na podkladě zjištěných skutečností konstatovat, že se jedná o pozitivní vztah. Přestože více jak polovina dotázaných nemá osobní zkušenost se soužitím OZP, nevnímají jejich problematiku jako něco, co by se jich netýkalo. Podle zjištěných výsledků mají poměrně dobré povědomí o možnostech sociálních služeb, které jsou handicapovaným poskytovány. Vnímají přitom, že tento systém je ve společnosti nedostatečně nastaven. Setkávání s OZP respondentům nepřekáží, hodnotí je za normální a procesy integrace a inkluze považují za potřebné. V konečném důsledku je spíše logické, že převážná většina intaktní populace, celých 82 %, považuje projevený postoj společnosti k OZP za odraz jejího stupně vyspělosti.

## 4.1 Závěrečná doporučení

Naše bakalářská práce mapovala postoje intaktní části populace k OZP, kdy provedeným průzkumem se ukázalo, že jsou mnohem vstřícnější, než jsme původně očekávali. Proto jsme při pokusu o charakteristiku vztahu intaktních osob k handicapovaným museli konstatovat, že se neukazuje být lhostejný. Z výsledků vyplývá, že intaktní část populace se o OZP zajímají a mají přehled či povědomí o dění kolem nich. Minimálně více jak polovina dotázaných má představu o možnosti sociálních služeb směřujících k postiženým. Zároveň je však přesvědčena, že systém a přístupy společnosti jako celku, jsou v tomto ohledu nedostatečně nastaveny. Většina z nich vnímá osoby s postižením jako běžnou součást společnosti, nevadí jim se s nimi potkávat a nevyvolává v nich takové setkání žádné z negativních či společensky nevhodných pocitů. Soucítí s nimi a ani si nemyslí, že by OZP měli být automaticky umisťováni do specializovaných zařízení.

Pozitivně též vnímáme fakt, že přestože většina intaktních osob nemá osobní zkušenost se soužitím s OZP, nevnímají problematiku těchto osob tak, jako by se jich netýkala, ale naopak si většinou dovedou představit, že by se jejich profese mohla vztahovat k péči o handicapované.

Z našeho průzkumu vyvstala některá doporučení do praxe, která níže prezentujeme:

- Plně využít všechna pozitiva vztahů mezi intaktní částí populace a OZP k jejich dalšímu upevňování a snažit se o jejich rozvoj a šíření do dalších oblastí života společnosti.
- Podporovat veškeré snahy o osvětu v této problematice, aby získala potřebné informace co možná největší část veřejnosti. Je nutné podotknout, že v této oblasti již svoji úlohu bezesporu sehrála rozvíjející se sociální informační síť, kterou je nutné i nadále intenzivně a odpovídajícím způsobem využívat.
- Pokračovat v nastaveném systému integračních a inkluzivních procesů a nadále je prohlubovat. Souběžně s tím také podporovat a rozvíjet iniciativy směřující k jejich rozšiřování a dalšímu rozvoji.
- Snažit se s těmito iniciativami pronikat do všech oblastí lidské činnosti, ať již sociálních, kulturních či společenských, což může přispět k dalšímu zlepšení nejen z hlediska informovanosti, ale také v postojích intaktní části populace k OZP.
- Zaměřit se na legislativu a právní podporu, aby bylo možné postupně dosáhnout co možná nejkorektnějšího stavu věci v této oblasti.



## 5 Seznam použitých zdrojů

1. BARTOŇOVÁ, Miroslava, VÍTKOVÁ, Marie, 2007. *Strategie ve vzdělávání dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami*. 2. vydání. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-158-4.
2. GOLGO, Fabiano, 2008. Je na světě více mužů než žen? In: *Glog.aktuálně.cz*. [online] 9. 6. 2008 [vid. 2012-02-14]. Dostupné z: <http://blog.aktualne.centrum.cz/blogy/fabiano-golgo.php?itemid=3673>
3. HADJ MOUSSOVÁ, Zuzana, 2001. *Kapitoly ze sociální psychologie*. 1. vydání. Liberec: Technická univerzita. ISBN 80-7083-562-1.
4. HÁJKOVÁ, Vanda, STRNADOVÁ, Iva, 2010. *Inkluzivní vzdělávání*. 1. Vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978—80-247-3070-7.
5. HORČIČKA, Ondřej. 2012. Postoj veřejnosti k osobám se zdravotním postižením (výsledky průzkumu). In: *Vyplňto.cz*. [online] 5. 2. 2012 [vid. 2012-02-5]. Dostupné z: <http://19317.vyplnto.cz>
6. HORT, Vladimír, HRDLIČKA, Michal, MALÁ, Eva a kol., 2000. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-472-9.
7. IRA, Vladimír, 2006. Speciální pedagogiky a psychopedie. In: *Microsoft Word Speciální pedagogika psychopedie*. [online]. [vid. 2012-01-05]. Dostupné z: [http://search.seznam.cz/?aq=&oq=&sourceid=szn-HP&thru=&q=www.zsf.jcu.cz%2F...%2Fspecialni\\_pedagogika\\_psychopedie-opora.pdf%2F](http://search.seznam.cz/?aq=&oq=&sourceid=szn-HP&thru=&q=www.zsf.jcu.cz%2F...%2Fspecialni_pedagogika_psychopedie-opora.pdf%2F)
8. JANDOUREK, Jan, 2009. *Úvod do sociologie*. 2. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-644-5.
9. LUTONSKÁ, Zuzana, 2006. Vývoj přístupů k mentálně postiženým od středověku po současnost. In: *Archiv závěrečné práce Zuzana Lutonská PedF B-SPD SPZP* [online]. 24. 5. 2006 [vid. 2011-05-23]. Dostupné z: [http://is.muni.cz/th/79930/pedf\\_b/Bakalarskaprace.pdf](http://is.muni.cz/th/79930/pedf_b/Bakalarskaprace.pdf)
10. MARKOVÁ, Zdeňka, STŘEDOVÁ, Ljuba, MATĚJČEK, Zdeněk, 1987. *Mentálně postižené dítě v rodině*. 1.vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
11. MATĚJČEK, Zdeněk, 2001. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3. vydání. Jinočany: Nakladatelství H & H. ISBN 80-86022-92-7.

12. MATOUŠEK, Oldřich, et al., 2005. *Sociální práce v praxi*. 1. vydání. Praha: Portál. ISBN 80-7367-002-X.
13. MICHALOVÁ, Zdeňka, 2006. *Speciální pedagogika I. díl*. Terminologická vymezení. 1. vydání. Liberec: Technická univerzita. ISBN 80-7372-109-0.
14. NOVOSAD, Libor, 2002. *Kapitoly ze základů speciální pedagogiky – somatopedie*. 1. vydání. Liberec: Technická univerzita. ISBN 80-7083-563-X.
15. ORGANIZACE PRO ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÉ ČR, 2012. In: *Firmy.cz*. [online] [vid. 4. 1. 2012] Dostupné z: <http://www.firmy.cz/Institute-a-urady/Neziskove-a-humanitarni-institute/Neziskove-organizace/Pro-zdravotne-postizene>
16. PEŠATOVÁ, Ilona, 2007. *Sociálně patologické jevy u dětí školního věku*. 1. vydání. Liberec: Technická univerzita. ISBN 978-7372-291-3.
17. PEŠATOVÁ, Ilona, TOMICKÁ, Václava, 2007. *Úvod do integrativní pedagogiky*. 1. vyd. -Liberec: Technická univerzita. ISBN 978-80-7372-268-5.
18. PPOV, 2012. Dokumenty Vládního výboru pro zdravotně postižené In: *Vláda České republiky*. [online] 3. 3. 2010 [vid. 8. 2. 2012] Dostupné z: <http://www.vlada.cz/cz/ppov/vvzpo/dokumenty/narodni-plan-vytvareni-rovnych-prilezitosti-pro-osoby-se-zdravotnim-postizenim-na-obdobi-2010---2014-70026/>
19. SLOWÍK, Josef, 2007. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1733-3.
20. ŠVARCOVÁ, Iva, 2006. *Mentální retardace*. 3. vydání. Praha: Portál. ISBN 80-7367-060-7.
21. ŠVINGALOVÁ, Dana, 2006. *Úvod do teorie a praxe psychopedie I. díl*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita. ISBN 80-7372-042-6.
22. TITZL, Boris, 2001. O postavení zdravotně postižených občanů ve společnosti totalitního režimu. *Speciální pedagogika*, roč. XI, č. 3, s. 173. ISSN 1211-2720.
23. VOTAVA, Jiří a kol., 2005. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova. ISBN 80-246-0708-5.
24. VOTAVA, Jiří, 2009. *Ergoterapie a technické pomůcky v rehabilitaci*. 1. vydání. Liberec: Technická univerzita. ISBN 978-80-7372-449-8.

25. Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2004, částka 143, s. 8270–8316 [vid. 25. 1. 2012]. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/2004/sb143-04.pdf>
26. Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon). In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2004, částka 190, s. 10262–10348 [vid. 25. 1. 2012]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/dokumenty/novy-skolsky-zakon>

## **6 Seznam příloh**

A. Dotazník – určený k získání podkladů k dotazníkové metodě



7. Jak si myslíte, že naše společnost přistupuje k problémům osob zdravotně postižených?

- a) dobře                      b) nedostatečně              c) špatně  
d) dostatečně              e) ať se starají rodiny      f) nepřemýšlím o tom

8. Domníváte se, že je u nás systém využívání sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením dobře nastaven?

- a) bezesporu ano              b) současný stav je rozhodně nevyhovující  
c) nic o tom nevím

9. Máte povědomí o tom, jaké mají osoby zdravotně postižené možnosti v oblastech poskytování sociálních služeb u nás?

- a) ano, mám přehled      b) nevím o tom nic

10. Jaký ve Vás vyvolá pocit setkání s osobou zjevně zdravotně postiženou?

- a) pocit soucitu              b) je mi to nepříjemné              c) pocit lítosti  
d) je to frustrující              e) beru to jako normální              f) lhostejnost  
g) pocítuji averzi              i) je to odpudivé              k) jiný.....

11. Domníváte se, že by všechny osoby zdravotně postižené měly být raději umístěny ve specializovaných zařízeních, kde o ně bude postaráno?

- a) ano, nerad je potkávám      b) ne      c) podle závažnosti postižení  
d) podle toho, zda se má o ně kdo postarat      e) nijak se mne to netýká  
f) jiná odpověď.....

12. Která z následujících možností je pro Vás nejsnáze akceptovatelná?

- a) setkání s osobou somaticky (tělesně) postiženou  
b) setkání s osobou mentálně (psychicky) postiženou  
c) setkání s osobou se smyslovým postižením (slepota, hluchota, vady řeči)  
d) nevadí mi setkání s OZP  
e) nepříjemné je pro mne jakékoli setkání se zjevně zdravotně postiženou osobou

13. Souhlasíte s integrací (začleněním) zdravotně postižených osob do naší společnosti?

- a) ano, souhlasím              b) je mi to jedno      c) jsem zásadně proti

d) ne za každou cenu    e)    nevím

14. Myslíte si, že integrace a potažmo též inkluze pomáhá osobám se zdravotním postižením v cestě k jejich sebeakceptaci?

a) ano                                      b)    ne                                      c) nevím, nijak se mne to netýká

15. Sdílíte názor, že postoj společnosti ke zdravotně postiženým odráží stupeň její vyspělosti?

a) ano                                      b)    ne                                      c)    nevím

16. Umíte si představit, že by se Vaše profese vztahovala k péči o postižené občany?

a) ano                                      b)    ne                                      c)    nevím

Děkuji za ochotu i čas věnovaný vyplnění tohoto dotazníku.

František Horčíčka

Technická univerzita v Liberci

Fakulta přírodovědně-humanitní a pedagogická

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky, obor speciální pedagogika