

Postoj a povědomí veřejnosti na Jihlavsku ke zdravotně postiženým lidem

Kateřina Sommerová

Bakalářská práce
2010



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd
akademický rok: 2009/2010

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Kateřina SOMMEROVÁ**
Studijní program: **B 7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Postoj a povědomí veřejnosti na Jihlavsku ke zdravotně postiženým lidem.**

Zásady pro vypracování:

Teoretická část:

Shromáždění a studium dostatečného množství podkladů pro teoretickou část.

Vymezení základních pojmů z oblasti zdravotního postižení.

Praktická část:

Příprava metodiky výzkumné části.

Realizace kvantitativního výzkumu.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat.

Na základě vyhodnocení výsledků výzkumu stanovit postoje ke zdravotně postiženým lidem a míru povědomí veřejnosti na Jihlavsku o těchto lidech.

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

Desatero kontaktu s osobami se zdravotním postižením. Olomouc: Olomoucký kraj, 2005. ISBN 80-239-6335-X.

KURKOVÁ, P. Nevidíme, neslyšíme, nechodíme, přesto si však rozumíme. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. ISBN 978-80-244-1964-0.

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

ŠTECH, S., VÁGNEROVÁ, M., HADJ-MOUSSOVÁ, Z. Psychologie handicapu. Část 1, Handicap jako psychosociální problém. Liberec: Technická univerzita, Fakulta pedagogická, 1997. ISBN 80-7083-209-6.

ŠVEC, V., HRBÁČKOVÁ, K. Průvodce metodologií pedagogického výzkumu. Zlín: UTB, 2007. ISBN 978-80-7318-547-3.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Jarmila Šťastná

Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce:

18. ledna 2010

Termín odevzdání bakalářské práce:

7. května 2010

Ve Zlině dne 18. ledna 2010



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan



Mgr. Soňa Vávrová, Ph.D.
vedoucí katedry

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 7.5.2010.....

.....

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

V bakalářské práci se zabývám pojetím a definicemi zdravotního postižení z pohledu různých klasifikačních oblastí, příčinám zdravotních postižení a zastoupením jednotlivých druhů zdravotních postižení ve společnosti. Následuje dělení zdravotních postižení a jejich bližší specifikace. Dále se věnuji obecné problematice postojů většinové společnosti ke zdravotně postiženým lidem, jejich historickému hledisku a současné podobě. Zjišťuji jaké povědomí má veřejnost na Jihlavsku o zdravotně postižených lidech a jaké postoje k těmto lidem zaujímá.

Klíčová slova: zdravotní postižení, postoje společnosti, předsudky, integrace, diskriminace

ABSTRACT

In bachelor work I deal with theories and definitions of handicaps in other classification systems, reasons of handicaps and representations types of handicaps in a society. Follows dividing handicaps and their specifications. Than I brain to problematic of attitudes of society to handicapped people, from thier history till now. Than I make an inquiry what unconsciousness and attitudes of public in Jihlava region to handicapped people has.

Keywords: handicap, attitudes of public, prejudice, integration, discrimination

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala Mgr. Jarmile Šťastné, vedoucí mé bakalářské práce za trpělivost a cenné připomínky k práci. Mé díky patří také všem lidem, kteří umožnili realizaci mého výzkumu vyplněním mého dotazníku. Děkuji své rodině, která mi byla oporou a všem, kteří se jakýmkoliv způsobem podíleli na zpracování mé bakalářské práce.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

V Třešti dne 29.3.2010

.....

*„Kdo chce, hledá způsoby;
kdo nechce, hledá důvody.“*

(Lidová moudrost)

OBSAH

ÚVOD	11
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 ZDRAVOTNÍ POSTIŽENÍ	13
1.1 POJETÍ ZDRAVOTNÍHO POSTIŽENÍ.....	13
1.2 DEFINICE ZDRAVOTNÍHO POSTIŽENÍ.....	14
1.2.1 Mezinárodní klasifikace zdravotního postižení	15
1.3 ETIOLOGIE ZDRAVOTNÍCH POSTIŽENÍ.....	16
1.4 POČTY ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÝCH.....	17
1.5 DĚLENÍ A BLIŽŠÍ SPECIFIKACE ZDRAVOTNÍCH POSTIŽENÍ.....	18
1.5.1 Zrakové postižení	19
1.5.2 Sluchové postižení	19
1.5.3 Postižení řeči	20
1.5.4 Tělesné postižení	21
1.5.5 Mentální postižení	22
1.5.6 Duševní postižení	23
1.5.7 Vnitřní postižení.....	24
1.5.8 Kombinované postižení.....	25
2 POSTOJE SPOLEČNOSTI KE ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÝM LIDEM	26
2.1 OBECNÁ CHARAKTERISTIKA POSTOJŮ KE ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÝM LIDEM	26
2.2 HISTORICKÁ PODMÍNĚNOST PŘÍSTUPU SPOLEČNOSTI K ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÍM LIDEM.....	27
2.2.1 Historická stádia v přístupu společnosti ke zdravotně postiženým lidem.....	28
2.2.2 Současné postoje společnosti ke zdravotně postiženým lidem	30
2.3 DALŠÍ POJMY SOUVISEJÍCÍ S POSTOJI SPOLEČNOSTI KE ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÝM LIDEM	33
2.3.1 Integrace	33
2.3.2 Inkluze	35
2.3.3 Diskriminace	36
II PRAKTICKÁ ČÁST	38
3 METODOLOGICKÁ ČÁST	39
3.1 PROJEKT VÝZKUMU	39
3.1.1 Výzkumný problém	39
3.1.2 Cíle výzkumu	39
3.1.3 Druh výzkumu	39
3.1.4 Výzkumný vzorek	40
3.1.5 Metody výzkumu.....	40
3.1.6 Způsoby zpracování dat.....	40

4	VLASTNÍ VÝZKUM	41
4.1	VYHODNOCENÍ VÝZKUMU	41
4.2	SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU	70
	ZÁVĚR	71
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	73
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	76
	SEZNAM TABULEK	77
	SEZNAM GRAFŮ	78
	SEZNAM PŘÍLOH	79

ÚVOD

Na světě žije okolo 500 miliónů osob se zdravotním postižením. V České republice je podle Českého statistického úřadu (Novosad, 2009) zdravotně postižený asi každý desátý občan. Vzhledem k tomu, že v posledních letech dochází k čím dál větší integraci zdravotně postižených lidí do společnosti, tak se čím dál více lidí se zdravotně postiženými lidmi setkává pravidelně v rodině, práci, škole, či volném čase. Proto je důležité, aby se lidé se zdravotně postiženými jedinci naučili žít pohromadě, aby je brali jako běžnou součást života. Je důležité zdravotně postižené občany poznávat, komunikovat s nimi a zbavit se tak zbytečných předsudků, které jsou příčinou utváření různých postojů vůči zdravotně postiženým lidem, což jim integraci do většinové společnosti neusnadňuje.

Jelikož pocházím z Jihlavska a přicházím také pravidelně do kontaktu se zdravotně postiženými lidmi a vnímám i reakce společnosti na tyto lidi, které nejsou vždy pozitivní, tak jsem si jako téma své bakalářské práce zvolila - postoj a povědomí veřejnosti na Jihlavsku ke zdravotně postiženým lidem. Jako cíle práce jsem si zvolila:

- Informovat o problematice zdravotních postižení a postojích, které zaujímá většinová společnost ke zdravotně postiženým lidem.
- Pomocí výzkumu zjistit, jaké je povědomí veřejnosti na Jihlavsku o zdravotně postižených lidech a jaké postoje veřejnost k těmto lidem zaujímá. Případně uvést doporučení či praktická řešení možných problémů.

Prvnímu cíli bych chtěla věnovat teoretickou část své bakalářské práce. Předkládám zde různá pojetí a definice zdravotního postižení z pohledu různých klasifikačních oblastí, ve kterých jsou užívány. Dále se věnuji obecným příčinám zdravotních postižení a zastoupením jednotlivých druhů postižení v české populaci. Následuje dělení zdravotních postižení a poté jejich bližší specifikace. V druhé kapitole teoretické části se zabývám problematikou postojů většinové veřejnosti ke zdravotně postiženým lidem. Historickým východiskům postojů ke zdravotně postiženým lidem a jejich dnešní podobě.

Druhého cíle se pokusím dosáhnout v praktické části práce, kde jsem zpracovala výzkum na téma: Postoj a povědomí veřejnosti na Jihlavsku ke zdravotně postiženým lidem. Za výzkumnou metodu jsem použila dotazník. Výsledky výzkumu shrnu do tabulek a grafů a přidám slovní hodnocení.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ZDRAVOTNÍ POSTIŽENÍ

Kapitola má sloužit k lepšímu a správnému pochopení a orientaci v problematice zdravotního postižení. Nejdříve se v ní budu věnovat pojetím zdravotního postižení a jeho definicemi tak, jak se používají v různých oblastech. Dále se zaměřím na počet zdravotně postižených osob u nás i ve světě či na obecné příčiny zdravotních postižení. V závěru kapitoly se budu zabývat bližší specifikací a dělením jednotlivých druhů zdravotních postižení.

1.1 Pojetí zdravotního postižení

V pojetí a označování zdravotního postižení neexistuje dosud v českém prostředí jednota. Podobně je tomu tak i v jiných zemích. V České republice existuje několik označení pro zdravotně postižené osoby, jež se liší dle oblastí, ve kterých se užívají.

V oblasti sociálního zabezpečení jde o *osoby zdravotně postižené*. V rámci sociální péče mluvíme o *těžce zdravotně postižených občanech* (Kocurová, 2002). V souvislosti s nepříznivým zdravotním stavem vedoucím k poklesu výdělečné schopnosti se používá pojem *invalidita či bezmocnost* (sons.cz [online]). V pracovně právních předpisech se užívají termíny *občan se změnou pracovní schopností (ZPS)*, *občan se ZPS s těžším zdravotním postižením*. V sociálně právní oblasti se hovoří o *lidech znevýhodněných* a v té souvislosti o vyrovnávání příležitostí těchto lidí. Dále slýcháváme pojem *bezmocný občan*. Ve školním prostředí se často setkáváme buď se starším označením *obtížně vychovatelný, obtížně vzdělavatelný žák*, nebo s novějším pojmem *problémový žák* atd. (Kocurová, 2002).

Dříve se pro označování zdravotně postižených osob používala celá řada výrazů, z nichž mnohé jsou dnes již nepoužitelné. Zdravotně postižení lidé byli nazýváni jako: „*mrzáci, úchylní, defektní, postižení, handicapovaní, problémoví, nenormální, deviantní*“ (Kocurová, 2002, s. 10). V dnešní době se pojem „zdravotně postižený jedinec“ stále více nahrazuje jinými termíny, jako například *jedinec se speciálními/specifickými potřebami*, a to hned z několika důvodů. Postižení jedinci tak nejsou pouze předmětem začleňování do společnosti, ale přispívají i k její celkové rozrůzněnosti. Postižení lidé nejsou jiní, mají pouze v různých fázích svého života své *specifické potřeby*. Zájem okolí pak není zaměřen na vadu, ale na uspokojení těchto potřeb (Pipeková, 2006). Dalším termínem, který nahrazuje pojem „zdravotně postižená jedinec“ je pojem *jedinec se zdravotním postižením*. K tomuto označení se přikláním osobně nejvíce a to z důvodu, který uvádí Vítková (2006),

tedy že toto označení obsahuje jednoznačné oddělení mezi osobou a jejím postižením, zatímco v názvu „zdravotně postižený“ to není patrné. Tímto označením se totiž vyjadřuje skutečnost, že zdravotně postižení jsou především lidské bytosti, osoby, osobnosti, individuality a teprve potom, na druhém místě mají postižení (Černá a kol., 2009). Ve své práci jsem se rozhodla používat jak pojem „jedinec se zdravotním postižením“, tak i „zdravotně postižený jedinec“, jelikož se jedná o pojmy všeobecně známé jak odborníkům, tak i laické veřejnosti.

1.2 Definice zdravotního postižení

Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) je postižení: „*částečné nebo úplné omezení schopnosti vykonávat některou činnost či více činností, které je způsobeno poruchou nebo dysfunkcí orgánu*“ (Novosad, 2006, s. 13). Deklarace práv zdravotně postižených osob Organizace spojených národů (OSN) vymezuje pojmem zdravotně postižená osoba: „*kteřoukoli osobu, jež si není schopna zajistit úplně nebo částečně potřeby běžného osobního a/nebo společenského života v důsledku vrozeného či získaného nedostatku fyzických nebo duševních schopností*“ (Kocurová, 2002, s. 10). Zdravotní postižení může být tedy definováno jako „*stav trvalého a závažného snížení funkční schopnosti v důsledku nemoci, úrazu nebo vrozené vady*“ (Kocurová, 2002, s. 10). Podle Českého statistického úřadu (Novosad, 2009), který v roce 2007 provedl první komplexnější průzkum zastoupení občanů se zdravotním postižením v české populaci, se za zdravotně postiženou považuje osoba, jejíž tělesné, smyslové anebo duševní schopnosti či duševní zdraví se odlišují od typického stavu pro odpovídající věk a lze oprávněně předpokládat, že tento stav potrvá déle než jeden rok. Odlišnost od typického stavu pro odpovídající věk musí být takového druhu či rozsahu, že obvykle způsobuje omezení nebo faktické znemožnění společenského uplatnění dané osoby (Novosad, 2009). Zdravotním postižením se rozumí, na rozdíl od nemoci, dlouhodobý nebo trvalý stav, který již nelze léčbou zcela odstranit (Novosad, 2006).

V sociálně právní oblasti, kde se používá pojem „osoba se zdravotním znevýhodněním“ se: „*Za zdravotně znevýhodněnou osobu se považuje fyzická osoba, která má takovou funkční poruchu zdravotního stavu, při které má zachovánu schopnost vykonávat soustavné zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost, ale její možnosti být nebo zůstat pracovně zapojen, vykonávat dosavadní povolání nebo využít dosavadní kvalifikaci nebo kvalifikaci*

získat jsou podstatně omezeny z důvodu jejího dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu“ (Černá a kol., 2009, s.202). Za dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav se považuje nepříznivý stav, který má trvat déle než jeden rok a podstatně omezuje psychické, fyzické nebo smyslové schopnosti a tím i možnost pracovního uplatnění (Černá a kol., 2009).

1.2.1 Mezinárodní klasifikace zdravotního postižení

V roce 1980 schválila WHO (Pipeková, 2006) Mezinárodní klasifikaci vad, postižení a handicapů (ICIDH – International Classification of Impairment, Disability and Handicap), která vymezuje zdravotní postižení pomocí následujících pojmů:

- **Poškození** (vada, porucha, defekt - *impairment*) - je každá ztráta či abnormalita psychické, anatomické či fyziologické struktury nebo funkce,
- **Omezení** (*disability*) - znamená jakékoliv omezení nebo ztrátu schopností vykonávat činnost způsobem nebo v rozsahu, který je pro člověka považován za normální.
- **Postižení** (*handicap*) - se projevuje jako omezení vyplývající pro jedince z jeho vady nebo postižení, které ztěžuje nebo znemožňuje, aby naplnil roli, která je pro něj normální. Handicap je funkcí vztahu mezi postiženým a jeho okolím. Představuje kulturní, fyzické a sociální bariéry. V české speciální pedagogice se pro tyto jevy používá, dnes již čím dál méně užívaný pojem *defektivita* (srov. Jesenský, 2000, Novosad, 2006, Pipeková, 2006).

Výhoda této diferenciací spočívá především v oddělení tří dílčích procesů (poškození, omezení, postižení). Existující *poškození* tělesného, smyslového nebo mentálního druhu u jednoho člověka nemusí nutně vést k *omezení* všech jeho schopností a dovedností. A když omezení způsobí zúžení kompetencí, pak to ještě nemusí nutně znamenat, že následkem bude *postižení* ve smyslu sociálního znevýhodnění (Pipeková, 2006).

Používání pojmu postižení se v průběhu třiceti let, kdy WHO představila svoji koncepci, příliš nezměnilo. Jako dříve tak i nyní se používá pojem „postižení“ jako osobní znak, a dokonce je často spojován s pojmem nemoc. Jedinci bez postižení jsou naproti tomu právě z medicínského hlediska označovány jako zdraví (Vítková, 2006). Od roku 1980 byla však kritizována špatná orientace v těchto výrazech. V roce 1997 tedy vyvinula WHO novou koncepci v pohledu na zdravotní postižení. Pojmy „poškození, omezení a postižení“ nahradily pojmy „poškození, aktivita a participace“ (Matoušek, 2005).

- **Poškození** (*impairment*) jsou problémy, týkající se tělesných funkcí a struktur,
- tyto problémy mohou být příčinou **omezení v činnostech** (*activity limitations*), na této úrovni je důsledek popisován z hlediska jednotlivce,
- mohou být také příčinou **omezení ve společenských aktivitách** (*participation restrictions*), čímž jsou označovány důsledky širší, sociální (Matoušek, 2005).

Poškození vede k negativní odchylce od společenského postavení (norem chování) a dává do pohybu proces vyřazování. Tento spíše negativní pohled má přimět zdravotně postižené osoby, aby se začaly dívat na svoje pozitivní možnosti. Pak je třeba se ptát, jak člověk s postižením může prožít pokud možno aktivně a samostatně svůj život (*aktivita*) a jak by se mu mohla podařit jeho spoluúčast na společenském životě (*participace*). Nový přístup ke klasifikaci WHO směřuje podstatně více k umožnění samostatnějšího života osob se zdravotním postižením při rozsáhlé společenské integraci. Dosud poslední znění mezinárodní klasifikace zdravotního postižení - Mezinárodní klasifikace funkční schopnosti, omezení a zdraví (ICFDH - International Classification of Functioning, Disability and Health) hodnotí současně i pozitivní aspekt zdraví, tedy které orgány má jedinec neporušené. Zdraví je podle WHO stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, ne pouze nepřítomnost nemoci nebo vady (Matoušek, 2005).

1.3 Etiologie zdravotních postižení

Příčiny zdravotního postižení rozdělujeme na *vnitřní* (endogenní – dědičné, vrozené) a *vnější* (exogenní - úrazy, nemoci, stav a odolnost organismu ve vztahu k prostředí, výchova, apod. (Novosad, 2006).

Dále lze příčiny zdravotního postižení dělit podle doby vzniku na:

- a) *Prenatální období* - vliv špatného životního stylu (alkohol, drogy), onemocnění, úrazy, chromozomální aberace (změny v počtu pohlavních chromozomů – trizomie XXY) apod.
- b) *Perinatální období* - během porodu nebo po něm, kdy je omezen příjem kyslíku do mozku, poškození hlavičky aj.

- c) *Postnatální období* – nedonošené děti, dlouhý pobyt v inkubátoru, fyzikální vlivy (mechanické, úrazy, záření), chemické vlivy (jedy, léčiva), biologické vlivy (infekce, viry, bakterie, plísně), psychosociální vlivy (negativní vlivy výchovy, špatná péče), psychické vlivy (stres, trauma), metabolické a nutriční činitele (srov. Kocurová, 2002, Ludíková, 2005).

1.4 Počty zdravotně postižených

S rozvojem civilizace se počty zdravotně postižených osob stále zvyšují. Na jedné straně lékařská věda výrazně pokročila v diagnostikování zdravotního postižení a je schopna velmi brzy definovat rizika a podniknout kroky k jejich zmírnění či odstranění. Na druhé stranu, vlivem životního prostředí a stylu, je populace zdravotním postižením a nemocemi více ohrožena. Se vzestupem medicíny došlo k rozšíření obsahu kategorie osob se zdravotním postižením (klinikazdraví.cz [online]). Jelikož se snižuje tolerance k běžnějším odchylkám, je stále více lidí považováno za nemocné či zdravotně postižené (Vágnerová, 2004). Za poslední léta byl zaznamenán nárůst zejména civilizačních chorob a duševních onemocnění, jejichž rozsah je velmi široký a nelze postihnout všechny jeho aspekty tak, aby byly dopady vždy minimalizovány (klinikazdraví.cz [online]).

OSN a WHO (Kocurová, 2002) uvádějí, že na světě žije asi 500 – 550 milionů osob se zdravotním postižením. Z toho asi 140 milionů dětí. Převážná většina z nich (asi 80 %) žije v rozvojových zemích. V roce 2007 provedl Český statistický úřad (Novosad, 2009) vůbec poprvé komplexnější průzkum zastoupení občanů se zdravotním postižením v české populaci. Z výsledků výzkumu vyplývá, že z 10,287 milionu obyvatel žije v České republice 9,87 %, tedy 1 015 548 osob se zdravotním postižením. K nejčastějším typům zdravotního postižení obyvatel České republiky patří onemocnění vnitřních orgánů, zejména nemoci oběhové soustavy, zhoubné novotvary a nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek.

Z výzkumu vyplynulo, že v České republice žije:

- 572 tisíc osob s vnitřním postižením,
- 550 tisíc osob s tělesným postižením,
- 128 tisíc osob s duševním postižením,
- 107 tisíc osob s mentálním postižením,
- 87 tisíc osob s postižením zraku,

- 75 tisíc osob s postižením sluchu (Novosad, 2009),
- 60 tisíc osob s poruchami řeči (Kocurová, 2002).

Z hlediska závažnosti postižení je nejčastějším středně těžké postižení (418 423 osob), následuje těžké postižení (301 500 osob), lehké postižení (188 756 osob) a velmi těžké postižení (103 955 osob). U 2904 osob nebyla míra postižení určena (Novosad, 2009).

V porovnání se starším zdroji (např. Kocurová, 2002) se nám může zdát, že počty zdravotně postižených osob poměrně rychle stoupají. To lze zdůvodnit tím, že v České republice existuje několik klasifikačních kritérií, které se liší dle oblastí, ve kterých se používají a které nejsou v mnoha případech souměřitelné, tudíž se počty zdravotně postižených mohou lišit v závislosti na kritériích měření.

1.5 Dělení a bližší specifikace zdravotních postižení

Zdravotní postižení dělíme do těchto kategorií:

- a) zrakové postižení
- b) sluchové postižení
- c) postižení řeči
- d) tělesné postižení
- e) mentální postižení
- f) duševními postižení
- g) vnitřními postižení (též dlouhodobě a trvale nemocní; či onemocnění civilizačními chorobami)
- h) kombinované postižení

(srov. Jesenský, 2000, Kocurová, 2002, Novosad, 2009)

Dále dělíme zdravotní postižení podle doby *vzniku* (na vrozené a získané), podle *typu* (orgánové a funkční) a podle *intenzity* (lehké, střední a těžké) (srov. Čechová, Mellanová, Rozsypalová, 2004, Kocurová, 2002).

1.5.1 Zrakové postižení

Zrakové postižení je snížená nebo chybějící schopnost vnímat zrakové informace. Osoby se zrakovým postižením (též těžce zrakově postižené osoby) jsou lidé s různými druhy a stupni snížených zrakových schopností. Nepatří sem však lehce zrakově postižené osoby, které nosí dioptrické brýle a s nimi docela normálně vidí, tedy osoby u nichž poškození zraku nijak neovlivňuje činnosti v běžném životě (sons.cz [online]). Zrakové postižení nejčastěji dělíme na:

- **Slabozrakost** - nevratný pokles zrakové ostrosti na lepším oku pod 6/18 až 3/60 včetně. Slabozrakost se dělí na *lehkou* do 6/60 včetně a *těžkou* pod 6/60 do 3/60 včetně. Slabozraký člověk vidí zkresleně, deformovaně, trubicově.
- **Zbytky zraku** - tvoří mezistupeň, jehož dolní hranicí je nevidomost a horní hranicí slabozrakost. Člověk i s korekcí rozpozná sotva prsty těsně před očima.
- **Nevidomost** - pokles centrální zrakové ostrosti po 3/60 až světlocit. Rozlišuje se nevidomost *praktická* (pokles zrakové ostrosti v rozmezí 3/60 – 1/60 včetně) a *totální* slepota (pokles centrální ostrosti pod 1/60 až světlocit).
- **Poruchy binokulárního vidění** – funkční poruchy, vznikají na základě omezení funkce jednoho oka. Dělí se na *šilhavost* (porucha rovnovážného postavení očí – obě oči nehledí rovnoběžně, jedno se odchyluje) a *tupozrakost* (podstatné snížení zrakové ostrosti jednoho oka, které nelze korigovat brýlemi) (srov. Květoňová-Švecová, 1998, Pipeková, 2006).

1.5.2 Sluchové postižení

Sluchové postižení je omezení nebo úplné chybění zvukových podnětů. Sluchově postižený člověk není omezen jen v oblasti vnímání řeči, ale chybí mu i sluchová orientace v prostoru, který je mimo dosah zorného pole. Sluchové kompenzační pomůcky mohou zmírnit některé problémy způsobené sluchovou poruchou, ale nemohou sluch plnohodnotně nahradit. (handicap.vsb.cz [online]) Sluchové postižení dělíme na:

- **Nedoslýchavost** - dělíme na *lehkou* (sluchová ztráta 20-40 dB – člověk porozumí řeči ve vzdálenosti 4 – 6 m), *středně těžkou* (sluchové ztráta 40-70 dB - sluch pro šepot zachován mezi 4 -2 m), *těžkou* (sluchová ztráta 70-80 dB - pokles sluchu pro šepot pod 1- 2 m).

- **Hluchota** – *zbytky sluchu* (sluchová ztráta 80 – 90 dB - slyší zvuk, ale nerozumí slova), *úplná hluchota* (sluchová ztráta nad 90 dB - neslyší žádný zvuk) (srov. Čechová, Mellanová, Rozsypalová, 2004, handicap.vsb.cz [online]).

1.5.3 Postižení řeči

Postižení řeči lze definovat jako narušení komunikačních schopností. Jesenský (2000) postižení řeči rozděluje na poruchy vývoje řeči a výslovnosti; poruchy plynulosti až ztráta již vytvořené řeči; poruchy rezonance řeči; symptomatické vady řeči; poruchy hlasu a prozodie řeči. Mezi poruchy řeči řadíme:

- **Vývojová nemluvnost** (*dysfázie*) – úplná či snížená schopnost verbálně komunikovat; **Získaná orgánová nemluvnost** (*afázie*) – ztráta již vyvinuté řeči následkem orgánového poškození mozku.
- **Neurotické poruchy řeči:** *mutismus* (oněmění, nemluvnost; náhlá ztráta již vyvinuté řeči na neurotickém podkladě) *elektivní mutismus* (výběrová nemluvnost; útlum řeči za určitých okolností a vůči určitým osobám), *surdmutismus* (nemluvnost + ztráta slyšení; jde o ztrátu již vyvinuté řeči při zachování vnitřní řeči).
- **Koktavost** (*balbuties*) – nejnápadnější a nejtěžší porucha řeči, plynulý tok hlasité řeči je přerušován křečovými stahy mluvidel,
- **Huhňavost** (*rinolalie*) - patologicky změněná rezonance (neboli nosovost), která deformuje zvuky vyslovovaných hlásek.
- **Narušení zvuku řeči** (*palatolalie*) - vzniká na základě rozštěpu patra.
- **Breptavost** (*tumultus sermonis*) – porucha plynulosti řeči, typické extrémně zrychlené tempo řeči.
- **Patlavost neboli vadná výslovnost** (*dyslalie*)- neschopnost používat jednotlivé hlásky nebo skupinu hlásek v komunikačním procesu podle příslušných jazykových norem. Nejrozšířenější vada řeči.
- **Porucha procesu artikulace jako celku** (*dysartrie*) – dýchání, tvorby hlasu a modulace (melodie, tempo, rytmus) při organickém poškození mozku artikulace. Patří k nejtěžším poruchám komunikačních schopností.
- **Symptomatické poruchy řeči** – narušení komunikační schopnosti, která je průvodním příznakem jiného postižení, poruchy, nemoci.

- **Poruchy hlasu** – patologické změny individuální struktury hlasu, změnu v jeho akustických kvalitách, způsobů tvoření a používání, v hlase se mohou vyskytnout také vedlejší zvuky (dětská chraptivost – dystonie, mutační hlasové poruchy – přeměna hlasu v dospívání).
- Kombinované vady a poruchy řeči (srov. Kocurová, 2002, Pipeková, 2006).

1.5.4 Tělesné postižení

Tělesným postižením rozumíme vady pohybového a nosného ústrojí (tj. kostí, kloubů, šlach, svalů cévního zásobení), ale i poškození nebo poruchy nervového ústrojí (jestliže se projeví poškozenou hybností) včetně vrozených i získaných deformací tvarů těla a končetin (Ludíková, 2005). Tělesné postižení dělíme na:

- **Obrny centrální a periferní** - vznikají poškozením centrální (mozek a mícha) a periferní (obvodové nervstvo) nervové soustavy. Dělí se na *parézy* (částečné ochrnutí) a *plégie* (úplné ochrnutí). Nejznámějším typem je **dětská mozková obrna (DMO)** – jde o závažné centrální postižení. Spastický typ DMO (zvýšení napětí svalů) má tyto formy: *diparetickou* (postižení dolních končetin), *hemiparetickou* (pravá nebo levá část horní i dolní končetiny), *kvadruparetickou* (všechny čtyři končetiny), *hypotonickou* (chabá obrna, zpravidla výraznější na dolních končetinách). Nespastický typ DMO: *dyskenitický* (nepotlačitelné a nekoordinované pohyby), *hypotonický* (snížené napětí svalů).
- **Deformace** - vady, které se vyznačují nesprávným tvarem některé části těla. Patří sem: *hyperkyfóza* (kulatá záda, ohnutí hrudní páteře), *hyperlordóza* (ohnutí páteře dopředu, bederní a krční), *skolióza* (odklon páteře od standardu v bočním směru).
- **Malformace** - patologické vyvinutí různých částí těla, nejčastěji končetin. Řadíme sem: *amélie* (částečné chybění končetin), *fokomelie* (končetina navazuje přímo na trup), *dysmélie* (neúplně vyvinuté končetiny). Patří do vrozených vad.
- **Amputace** - umělé odnětí části končetiny od trupu (srov. Kocurová, 2002, Vítková, 2006)

1.5.5 Mentální postižení

Mentální postižení je zastřešující termín zahrnující všechny jedince s IQ nižším než 85 (Ludíková, 2005). Termín mentální postižení se v současnosti používá jako synonymum k mentální retardaci (Černá a kol., 2009). Pod pojmem mentální retardace se rozumí: „celkové snížení intelektuálních schopností osobnosti postiženého, které vzniká v průběhu vývoje a je obvykle provázeno nižší schopností orientovat se v životě. Nedostatek adaptivního chování se projevuje ve zpomaleném, zaostávajícím vývoji, v ohraničených možnostech vzdělávání a nedostatečné sociální přizpůsobivosti, přičemž se uvedené příznaky mohou projevovat samostatně nebo v různých kombinacích“ (Černá a kol., 2009, s. 79).

Mentální retardaci dělíme na:

- **Hluboká mentální retardace (F73)** (IQ nižší než 20)
- **Těžká mentální retardace (F72)** (IQ 21-34) – hluboká a těžká mentální retardace se dříve spojovaly pod názvem „*idiotie*“. Postižení se obvykle nedožívají vysokého věku, protože jejich organismus je málo odolný vůči běžným onemocněním nebo podlehne následkům vrozených defektů. Pokud se dožijí dospělého věku jsou tedy zcela odkázáni na ošetřování a pomoc okolí. Zůstávají na vývojové úrovni kojenců, nanejvýše na úrovni batolat.
- **Středně těžká mentální retardace (F71)** (IQ 35-49) – starší název „*imbecilita*“. Takto postižení jedinci se vyvíjejí alespoň tak rychle, že ve věku kolem dvaceti let dosahují úrovně dětí zhruba předškolního věku. Jejich intelektový vývoj se tedy opoždí o polovinu až dvě třetiny jejich kalendářního věku. Obvykle se naučí mluvit, ale jejich řeč bývá nedokonalá a velmi jednoduchá. Školsky vzdělatelné bývají zpravidla jen ve velmi omezené míře. Dokáží se naučit dodržovat čistotu, oblékat se, dobře jíst, osvojit si základní hygienické návyky, základní formy společenského chování i jistou míru samostatnosti, takže nejsou přímo závislí na pomoci okolí, ale pro nespolehlivost úsudku a malou kritičnost vyžadují přece jen stálý dohled a vedení.
- **Lehká mentální retardace (F70)** (IQ 50-69) – starší název „*debilita*“ Jedinci se opoždí v mentálním vývoji o něco víc než o čtvrtinu až polovinu kalendářního věku. Dvacetiletý jedinec tedy dosahuje mentální úrovně dětí středního školního věku (asi jedenáctiletého jedince). V předškolním věku se tito jedinci od ostatních dětí liší jen málo. Později začínají mluvit a osvojuvat si hygienické návyky. Na-

vštěvují zvláštní školy. Za příznivých okolností mohou být integrovány do škol s tzv. normálním vzdělávacím programem. V dospělém věku se mohou uplatnit v méně náročném zaměstnání a sociálně mohou být poměrně nezávislí (Matějček, 2001).

- Jiná (F78) a nespecifická (F79) mentální retardace (Černá a kol., 2009).

1.5.6 Duševní postižení

Z psychiatrického hlediska označujeme duševní poruchu jako zjevnou poruchu duševních činností, natolik specifickou ve svých klinických projevech, že je spolehlivě rozpoznatelná jako definovaný soubor znaků a natolik závažná, aby způsobila ztrátu pracovních schopností nebo sociálního postavení a to v takovém stupni, který může být hodnocen jako selhání (Mahrová, 2008). Mahrová (2008) dále duševní choroby dělí do těchto skupin:

- **Organicky podmíněná duševní onemocnění (F00 – F09)** - jejich příčinou je přímé poškození hmoty mozku. Patří sem: *demence* (podstatný úbytek poznávacích funkcí; ztráta schopnosti se o sebe postarat, selhávání v běžných denních aktivitách); *delirium* - vyvolané jinak než alkoholem a návykovými látkami (bezradnost, zmatenost, poruchy chování, pocity ohrožení; po odeznění stavu následuje ztráta paměti).
- **Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek (F10 – F19)** - na začátku je většinou obrana před úzkostí.
- **Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy (F20 – F29)** - patří mezi nejvážnější duševní onemocnění. Dochází k poruchám myšlení a vnímání (např. halucinace, iluze, bludy), poté k poruchám chování a jednání. Postižený není schopen vyznat se ve světě. Patří sem: *schizofrenie* (postižený má pocit, že jsou mu odebírány nebo vkládány myšlenky, slyší hlasy, které komentují jeho chování, přikazují mu).
- **Poruchy nálady (afektivní poruchy) (F30 – F39)** - poruchy nálady, buď ve smyslu nadměrně dobré (mánie) nebo naopak skleslé (deprese) Patří sem: *mánie* (výrazná změna nálady, zvýšená aktivita až neklid), *deprese* (smutná nálada, pocity beznaděje a bezvýchodnosti), *manio-depresivní porucha* (střídání mánie a depresivních stavů).

- **Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem** (F40 – F49) – projevují se úzkostí, strachem až panikou. Úzkost vzniká bez příčiny, nebo v situacích, které nejsou běžně nebezpečné. Patří sem: *fobické úzkostné poruchy* (úzkost, která se objevuje buď spontánně, nebo na základě setkání se situací či předmětem, který vyvolává fobii), *panická porucha* (náhle vznikající záchvaty mocné úzkosti, které jsou neočekávatelné a neváží se na žádnou konkrétní situaci; většinou je doprovází strach ze smrti, či šílenství), *posttraumatická stresová porucha* (projevuje se u lidí, kteří měli traumatický zážitek).
- **Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory** (F50 – F59) - řadíme sem: *poruchy příjmu potravy* (mentální anorexie, mentální bulimie), *sexuální dysfunkce* (nevyvolaná organickou poruchou nebo nemocí), *neorganické poruchy spánku* apod.
- **Poruchy osobnosti a chování u dospělých** (F60 – F69) - Do této skupiny patří: *specifické poruchy osobnosti* (schizoidní, paranoidní, vyhýbavá, hystrónská), *návykové a impulzivní poruchy* (patologické hráčství), *poruchy sexuální preference* (fetišismus, pedofile), *poruchy pohlavní identity* (trenssexualismus) apod.
- Poruchy psychického vývoje (F80 – F89), Poruchy chování a emocí se začátkem v dětství a v adolescenci (F90 – F98), Duševní porucha jinde nespecifikovaná (F99).

1.5.7 Vnitřní postižení

Jesenský (2000) rozdělil vnitřní postižení (též dlouhodobé či civilizační onemocnění) do následujících kategorií:

- **Onkologická** onemocnění,
- onemocnění **imunity a krve**,
- **respirační** onemocnění,
- **kardiovaskulární** onemocnění,
- onemocnění **zažívací soustavy**,
- onemocnění **kostí a svalů**,

- onemocní **kůže**,
- **poruchy centrální či periferní nervové.**

Dle specifitějšího dělení do této kategorie patří onemocnění jako *alergie, celiakie, cystická fibróza, diabetes, epilepsie, lupénka, lupus, nemoci mozku, nemoci srdeční a cévní, nespecifické střevní záněty, onkologické nemoci, roztroušená skleróza, stomie* aj. (helpnet.cz [online]).

1.5.8 Kombinované postižení

Kombinované postižení se někdy také nazývá jako *postižení více vadami, vícenásobné postižení* či *sdužené defekty*. Vzájemně se mohou kombinovat v podstatě jakékoliv druhy a stupně postižení. Nejčastější rozlišení kombinovaného postižení je toto:

- Kombinace **mentální retardace s tělesnými vady, smyslovými vadami, vadami řeči, psychickými onemocněními, vývojovými poruchami učení a chování**. Tato skupina je nejpočetnější.
- Kombinace **vad tělesných, smyslových a vad řeči**. Specifickou skupinu tvoří *hluchoslepota*.
- **Autismus a autistické rysy** s dalšími vadami jako je **mentální retardace, vady řeči, vady smyslové a tělesné** (Ludíková, 2005).

2 POSTOJE SPOLEČNOSTI KE ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÝM LIDEM

V této kapitole se nejprve zabývám obecnou charakteristikou pojmu „postoj“. Dále se věnuji postojům společnosti ke zdravotně postiženým lidem z jejich historického hlediska, což slouží k pochopení postojů ke zdravotně postiženým lidem v současnosti. Současným postojům se pak věnuji v další části textu. Na závěr kapitoly zmiňuji pojmy, jež s problematikou postojů společnosti ke zdravotně postiženým lidem úzce souvisí. Jsou to pojmy „integrace“ a „diskriminace“.

2.1 Obecná charakteristika postojů ke zdravotně postiženým lidem

Postoje si společnost vytvořila jako výraz snahy o subjektivně jasnější a jednodušší orientaci ve světě. Postoj je odvozenou motivační dispozicí, která má svůj vnitřní i vnější projev. Jeho *vnitřní* součástí tvoří složka citová a kognitivní, to znamená poznání a celkové hodnocení situace s významem, který pro člověka má. Jeho *vnějším* projevem je tendence reagovat na daný podnět určitým, dosti podobným a tudíž předpovědatelným způsobem chování. Obecně akceptované postoje slouží ke snadnější orientaci v tom smyslu, že lze lépe porozumět a předpovědět chování jednotlivce, který vzhledem ke svým relativně trvalým postojům reaguje určitým, typickým způsobem (Štěch, Vágnerová, Hadj-Mousová, 1997).

Kognitivní složka postoje ke zdravotně postiženým lidem je u laiků často slabá, protože většina lidí nemá ve skutečnosti mnoho adekvátních informací. To má své příčiny v minulých letech, kdy nebylo příliš žádoucí nějaké informace zveřejňovat. Tento problém byl jen záležitostí profesionálů (Štěch, Vágnerová, Hadj-Mousová, 1997). Mnozí lidé tušili, že existují různě postižení lidé, ale pokud se s nimi nestkali v rodině či nejbližším okolí, tak o jejich problémech, možnostech a omezeních prakticky nic nevěděli. Neinformovanost vedla k převaze emocionální složky v postoji, protože zdravotní postižení vzbuzují snadno citové reakce (Ludíková, 2005).

Emocionální složka postoje ke zdravotně postiženým lidem má často ambivalentní charakter, obsahuje jak pozitivní, tak negativní citové prožitky. Na jednu stranu jsou osoby se zdravotním postižením předmětem soucitu, protože jsou považováni za jedince, kteří měli smůlu. Avšak zároveň vzbuzují hrůzu a odpor, protože symbolizují něco negativního,

čemu je lépe se vyhnout. Do značné míry zde hraje roli právě neinformovanost, protože neznámé postižení vzbuzuje více strachu než běžné nemoci. Typickou reakcí bývá: „Je to chudák, ale já se něj nemohu dívat“ (Štěch, Vágnerová, Hadj-Mousová, 1997).

Postoje nejsou člověku vrozené, ale vytváří se učením a jsou výrazně podmíněny sociokulturními vlivy prostředí, ve kterém jedince žije. Společnost většinou nějakým způsobem posiluje a stimuluje přijetí určitých postojů a odlišné tendence odmítá, či dokonce trestá (Štěch, Vágnerová, Hadj-Mousová, 1997). Takové postoje se obtížně mění, proto lze mnohdy mluvit až o předsudcích (Ludíková, 2005).

Předsudek je také výrazem potřeby snadné orientace ve světě. Nevyplývá ze znalosti určitého jevu, člověk přijímá jeho interpretaci v předem dané zjednodušené formě. Předsudek je sice nepřesným, emočně zkresleným a nesprávným hodnocením situace, ale pro laika je výhodný, protože se nemusí namáhat uvažováním o věcech, které dobře nezná. Vyplývá ze snahy kategorizovat a chápat realitu, která není zcela běžná, srozumitelná a ještě navíc může evokovat pocit možného ohrožení. Obecnější předsudky ke zdravotně postiženým lidem, vznikají většinou bez jakékoliv vlastní zkušenosti, převzetím názorů společnosti, ve které jedinec žije. Předsudek je charakteristický iracionalitou a obtížnou ovlivnitelností novými zkušenostmi. Nová zkušenost jej může modifikovat, ale jen ve velmi omezené míře. Pro svého nositele je vhodný, protože činí situaci zdánlivě jasně přehlednou a srozumitelnou (Vágnerová, 2004).

2.2 Historická podmíněnost přístupu společnosti k zdravotně postiženým lidem

Postoje ke zdravotně postiženým lidem se utvářely již od počátku lidstva. V každé společnosti byli (jsou a zřejmě i budou) jedinci, kteří se odlišovali od ostatních vzhledem, smyslovými či tělesnými vadami, duševním stavem či chorobami. Jednotlivci i celá společnost se musela vždy nějakým způsobem se svými odlišnými členy vyrovnat. Každá společnost na tyto lidi nahlížela jinak. Současný vztah veřejnosti ke zdravotně postiženým lidem je výrazně ovlivněn předchozím vývojem. Historický pohled na tyto proměny nám může pomoci pochopit zdroj některých současných postojů a předsudků, které přetrvávají v obecném povědomí dodnes (Vágnerová, 2004).

Postižení lidé byli společnostmi vždy přijímáni velmi rozporuplně. Někde byli odmítáni, pronásledováni, podceňováni, jinde je zneužívali, kdežto v dalších zemích jim věnovali pozornost, pečovali o ně a někde dokonce i vzdělávali. Během vývoje lidské společnosti se vztah k postižením lidem vždy odrážel od společenské, kulturní, filosofické a náboženské souvislosti a spolu s ní se i měnil. Každá společnost ve své kultuře stanovuje určitý ideál, který odpovídá jejím potřebám. Z tohoto ideálu pak vyplývají i základní normy (hodnoty, určitá pravidla soužití) toho, co je pro společnost dobré, co nikoliv, co je přijatelné, žádoucí, normální (Vágnerová, 2004). Co je však v jedné kultuře považováno za žádoucí, může být v druhé odmítáno. Tyto normy se samozřejmě vztahují i na vnímání a přijímání jednotlivých členů společnosti. Ti, kteří se odlišují a to nejen v chování, ale i svým fyzickým vzhledem či jinými charakteristikami, jsou zpravidla vnímáni jako cizí, ohrožující nebo nebezpeční. Vnímání určitého jevu jako známého či naopak odlišného či cizího, závisí na tom, co je v dané společnosti běžné, obvyklé, co se od běžného stavu věcí neodlišuje, co je časté (Ludíková, 2005).

2.2.1 Historická stádia v přístupu společnosti ke zdravotně postiženým lidem

Dosavadní vývoj soužití lidí „zdravých“ a postižených bývá periodizován do následujících stádií:

- a) **Represivní (potlačující) stádium** - zahrnuje především dobu pravěkou. V prvobytně pospolné společnosti pravděpodobně přetrvávaly vlivy zvířat (kvůli zachování druhu odmítání jedinců, kteří nevykazují fyzické znaky druhu). Postižení či staří lidé byli tedy buď zabíjeni nebo ponecháni vlastnímu osudu, opuštění a vyloučení. Důvodem byla tehdejší ekonomická a mravní nestabilita společnosti, která si nemohla dovolit žít tyto slabé jedince, kteří skupině nemohou přinést užitek (Vágnerová, 2004).
- b) **Stádium zotročování** - zahrnuje období většiny starověkých civilizací. V antickém Řecku a Římě byla kultura založena na souladu krásy těla a ducha (kalokagathia). Podle těchto kritérií byla posuzována i hodnota člověka. Otec měl právo rozhodnout o osudu dítěte, které těmto ideálům neodpovídalo. Mohl jej beztrestně zabít. Rodiny proto často své postižené děti ukrývaly. Starší postižení lidé pak byli velmi často zneužíváni v otroctví (Vágnerová, 2004).

- c) **Charitativní stádium** – zahrnuje období středověku a souvisí především s nástupem křesťanství. S vlivem křesťanství se začaly ve velmi dlouho trvajícím procesu měnit postoje ke zdravotně postiženým. Díky křesťanské zásadě o rovnosti všech lidí před Bohem a přikázání lásky k bližnímu svému bylo přiznáno také postižením místo v křesťanském společenství. Toto období přineslo rozsáhlejší organizovanou péči o zdravotně postižené lidi. Vznikali charitativní instituce jako špitály, starobince, chudobince, sirotčince atd. Na druhé straně na konci středověku bylo považováno narození postiženého dítěte za boží trest či zkoušku seslaný na rodinu, obec nebo zem. Postižený jedinec byl považován za dítě ďábla. Příčiny narození postiženého dítěte byly zpravidla přičítány neznámým, ale negativním vlivům (uhranutí, očarování matky či její nemravné styky před narozením dítěte). Postižený jedinec je proto považován za potencionální nebezpečí pro skupinu především proto, že reprezentuje vliv neznámých a tím i nebezpečných sil. Počet postižených lidí ve středověku byl značný díky válkám, nedostatečné výživě a zdravotnické péči. Zdravotně postižení lidé byli často vyhnáni z měst a obcí a někdy se sdružovali v tlupy a živili se žebrotu a krádežemi. O postižené, kteří si nevydělali žebráním na živobytí, se staraly kláštery a různé nadace (Vágnerová, 2004).
- d) **Stádium renesančního humanismu** – zahrnuje období počátku vědeckého vývoje, medicíny a tedy i změnu pohledu na člověka (Novosad, 2009). Je charakteristické svým návratem k antické vzdělanosti a kultuře, znamenalo i změnu vztahu společnosti ke zdravotně postižením a jejich výchově a vzdělávání. Pod vlivem myšlenek Komenského a dalších humanistů se začaly postupně objevovat snahy o vzdělávání i zdravotně postižené mládeže v ústavech a zařízeních (Vágnerová, 2004).
- e) **Rehabilitační stádium** – S prosazením kapitalistické struktury společnosti se posuzovali zdravotně postižení zejména z pohledu schopnosti pracovat. Z tohoto důvodu se začala věnovat velká pozornost rehabilitaci postižených. Na přední místo se dostala jejich profesní příprava (Vágnerová, 2004). Toto období je charakterizováno segregovanými přístupy podle jednotlivých druhů postižení s postupným zaměřením na výchovně vzdělávací cíle (Novosad, 2009). Širší přístupy se objevují až v 18. a v 19. století, kdy jsou ve velkém zakládány instituce specializované pro děti a mládež. Dnes se péče o zdravotně postižené zaměřuje na všechny věkové skupiny - od narození až do smrti - celoživotní působení (srov. Monatová 1998, Vojtko, 2007).

f) **Preventivně – integrační stádium** – Druhá polovina 20. století je poznamenána rozsáhlým integračním procesem. U nás se tento trend objevil po roce až po roce 1989 (Vítková, 2006). Zdůrazňuje začlenění postižených osob do běžné společnosti odpovídající Listině lidských práv a svobod (Novosad, 2009). Současná myšlenka rehabilitační péče vychází z preventivní péče, která vychází ze zásady, že je lepší postižení a onemocnění předcházet, než je napravovat a léčit (Vítková, 2006). V poslední době se klade důraz na rozvoj individuálních možností handicapovaných namísto zdůrazňování defektu. Tomu pak odpovídá i tzv. pozitivní diagnostika (zaměřená na možnosti rozvoje, nikoliv na omezení) jako negativní diagnostika (viz rehabilitační stádium). Odpovídá tomu i celkový model péče, který na rozdíl od minulého segregáčního, nazýváme integrační. Postižení jsou vřazováni mezi „zdravé“. Hovoříme o integrovaném vzdělávání, bydlení, trávení volného času atd. (Vágnerová, 2004)

2.2.2 Současné postoje společnosti ke zdravotně postiženým lidem

Novosad (2009) rozdělil současné předsudky ke zdravotně postiženým lidem do skupin:

- **Paternalisticko-podceňující** – Lidé se zdravotním postižením si zaslouží politování a soucit spojený s charitativním přístupem. Jsou bezmocní a čekají na pomoc druhých. Frekventovanými označeními bývají chudák, ubožák, oběť a jejich situace bývá označovaná jako neštěstí, tragédie.
- **Odmítavé** – Lidé se zdravotním postižením jsou neužiteční, zatěžující, neproduktivní a tudíž parazitující. Zdravotní postižení je podle těchto předsudků trestem. Postižený si jej zavinil sám (dělal nebezpečné věci, neléčil se). Tito lidé bývají označováni jako mrzáci, invalidní, defektní jedinci. Jejich stav je vnímán jako nežádoucí.
- **Projektivně-paušalizující** – Lidé se zdravotním postižením jsou adresáty mnoha neoprávněných či diskutabilních výhod. Tento předsudek je dán neadekvátním náhledem veřejnosti ke zdravotně postiženým v důsledku nesprávné informovanosti. K tomu do značné míry přispívají média, jejichž zpravodajství je zkratkovité a zavádějící.
- **Idealizující** – Příroda lidem se zdravotním postižením vynahrazuje chybějící schopnosti rozvojem pozitivních vlastností, zlepšením ostatních funkcí. Tento po-

stoj bývá spojen s označením hrdina, statečný, vzpírající se osudu. I takto idealizující postoje bývají zdravotně postiženími hodnoceny jako nepříznivé, protože v nich převládá iracionální a emocionální prvek nad fakty.

Zdravotně postižení jsou v populaci spíše výjimeční, neběžní a odlišují se tím ve svůj neprospěch od běžných norem populace. Zdravotní postižení je hodnoceno z obecného hlediska jako něco nežádoucího. Ve vztahu k některým druhům postižení se zafixovaly negativní a odmítavé postoje, které se těžko překonávají a brání uspokojivé integraci takto postižených lidí do společnosti. Se vzestupem medicíny došlo k rozšíření obsahu této kategorie. Jelikož se snižuje tolerance k běžnějším odchylkám, je stále více lidí je považováno za nemocné či zdravotně postižené. Vzestup medicíny také vede k zmírnění negativního přístupu k nemocným, zejména ve vztahu k předpokladu zavinění a z toho vyplívajícího morálního hodnocení (Vágnerová, 2004).

Je důležité si uvědomit, že i mezi zdravotně postižení jsou rozdíly, stejně jako mezi „zdravými“. Většinová společnost má totiž často sklon vidět všechny postižené stejně bez ohledu na jejich individuální rozdíly. Zdravotní postižení může být hodnoceno jako sociální stigma (znak, znamení, označení). Stigmatizace, je spíše negativní reakcí společnosti na odchylku od obecné normy, která obsahuje názor na to, jak má jedinec fungovat a reagovat, čeho má být schopen, jak má vypadat, jak má vnímat, jak se má vyjadřovat nebo jak se má pohybovat, o jaké cíle má usilovat atd. Ve vztahu k problematice života s postižením probíhají posuny od spíše negativně vnímané odlišnosti, k téměř neutrálnímu pojetí. Stigmatizující jsou především výrazné, nežádoucí defekty, nápadnosti. Stigma není skutečnou vlastností člověka, ale je mu sociálně přisouzeno. Mezi vnější symboly stigmatizace patří např. bílá hůl, které pak postižení odmítají užívat (Vágnerová, 2004).

K určitým typům zdravotních postižení existuje z hlediska společnosti určitý ambivalentní vztah, který můžeme nazvat „fascinací monstrem“. To, co člověka odpuzuje ho zároveň i určitým způsobem přitahuje právě pro svou odlišnost a jinakost. Postižení byli zpravidla společností zavržováni, zároveň jim však byli připisovány magické schopnosti (znetvořená čarodějnice, prorocký dar slepců apod.), které k nim přitahovaly, i když s pocity strachu. Velmi často se tak zdravotně postižení stávali nositeli zvláštních schopností, které jim svým způsobem zajišťovaly místo ve společnosti. Podobné představy pravděpodobně převládají i dnes (Štěch, Vágnerová, Hadj-Mousová, 1997).

Obecné postoje ke zdravotně postiženým a nemocným jsou také spojeny s nějakým potenciálním ohrožením vlastní adekvátní existence. Člověk si při setkání s nemocným či postiženým jedincem uvědomuje svojí vlastní zranitelnost, cítí se nepříjemně, neví, jak má reagovat, proto se mu raději vyhýbá. (Kontakt se zdravotně postiženými jedinci v závislosti na druhu jejich postižení viz Příloha P I) Charakter těchto postojů je dán vrozenou dispozicí reagovat na všechno, co se nějakým způsobem liší od normy jako na něco negativního, co může vyvolávat strach a zároveň posilovat tendenci něco takového odstranit či alespoň izolovat (Vágnerová, 2004).

Zdravotně postižený člověk nebývá většinou považován za viníka své choroby. Nepředpokládá se také, že by byl schopen bez pomoci tento stav napravit. Zdravotní postižení je na druhou stranu jedná z mála odchylek sociální identity, která svému nositeli zaručuje i určitá privilegia, např. ohledy, sympatii, trpělivost a ochotu tolerovat některé nedostatky. Je zproštěn některých povinností, ale nemá stejná práva jako lidé zdraví. Nemocný je povinen považovat tento stav za negativní a nežádoucí a z toho důvodu se musí v mezích svých možností snažit o jeho nápravu. To je velmi obtížné u duševních onemocnění a mentální retardace, kde chybí často adekvátní sebehodnocení (Vágnerová, 2004).

Postižení může být považováno také za výraz určité vnitřní kvality, v tomto případě spíše negativní. Ještě dnes se můžeme setkat s názorem, že zdravotně postižený je zároveň i mentálně retardovaný. Často se také u tělesně postižených předpokládá určité pokřivení charakteru (Vágnerová, 2004). Předsudky se týkají i rodičovských schopností osob se zdravotním postižením, kdy veřejnost předpokládá, že jejich děti jsou chudáci, jimž rodiče nemohou poskytnout všechno, co potřebují (Novosad, 2009).

Názory a postoje k postiženým lidem jsou prezentovány i ve formě literárních děl. V těchto dílech je relativně málo příběhů, které by prezentovaly postiženého jako aktivního a úspěšně realizujícího svoje představy. Často se objevují postižení lidé, jako negativní postavy, např. hrbáči, čarodějnice. Literární díla posilují laické představy o postižených lidech. Jejich handicap je často vyrovnáván jinými schopnostmi - vidí do budoucnosti, do lidí (Matějček, 2001).

Postoje společnosti ke zdravotně postiženým se mohou různit podle typů postižení. Z výzkumů, které uvádí Rosecká (2006) vyplývá, že nejméně přijímanou skupinou jsou

mentálně postižení, na druhém místě jsou nevidomí, třetí místo zauímají neslyšící, na čtvrtém místě jsou tělesně postižení. Nejlépe přijímanou skupinou jsou lidé s řečovou vadou.

Vztah společnosti ke zdravotně postiženým lidem je odrazem kvality společnosti. Pouze budou-li společnost a její jednotliví členové schopni překročit předsudky spojené se zdravotně postiženými lidmi, tak se změní i postoje společnosti k těmto lidem.

2.3 Další pojmy související s postoji společnosti ke zdravotně postiženým lidem

2.3.1 Integrace

Postoje většinové společnosti vůči zdravotně postiženým lidem a jejich subjektivní hodnocení samotnými postiženými hrají důležitou roli v procesu integraci zdravotně postižených lidí do společnosti. V tomto smyslu označujeme pojmem „sociální integrace“ proces rovnoprávného společenského začleňování zdravotně postiženým jedinců do vzdělávacího i pracovního procesu a do života většinové společnosti. Jde o nejvyšší stupeň socializace jedince, kterou definujeme jako schopnost zapojit se do společnosti, akceptovat její normy a pravidla, vytvářet a formovat k ní pozitivní vztahy a postoje. Míra socializace není samozřejmě u všech zdravotních postižení stejná. Postižení často vytvářejí menšiny v ústavech nebo komunitách, kde jsou prakticky izolováni od okolního světa. Výhoda je, že zde nejsou vystavováni takovým stresům, jsou s lidmi, se kterými si lépe rozumí a mají obdobné problémy, ale laická veřejnost se tak dále utvrzuje ve svých předsudcích a postojích vůči těmto lidem (Novosad, 2009). Aby byla integrace možná, je třeba se naučit se zdravotně postiženým lidem rozumět a chápat příčiny jejich odlišnosti a přijímat je jako jednu z variant široké normy. Integrace je vždy dvoustranným procesem. Je výsledkem procesu učení, resp. adaptace na kognitivní i emotivní úrovni (Vágnerová, 2004). Integrace je sice cílový stav, ale ne trvalý. Je ovlivněn řadou faktorů, a tedy může v procesu integrace nastat regrese. Opětovnou, ale často obtížnou integraci nazýváme reintegraci, v širším kontextu pak resocializaci (Novosad, 2006). Integrace je komplexní jev. Z hlediska její aplikace v různých oblastech rozlišujeme: Integraci osobnosti, integraci sociální, integraci kulturní, integraci pedagogickou (školní), integraci pracovní (Jesenský, 2000).

Novosad (2009) rozlišuje čtyři základní **stupně integračního procesu** - integraci, adaptaci, utilitu a inferioritu. **Integrace** je plným začleněním a splynutím postiženého se

společností. Předpokládá samostatnost, nezávislost jedince, jenž nevyžaduje zvláštní ohledy nebo přístupy ze strany přirozeného prostředí. Jsou jí schopni jedinci, u nichž se defektivita nerozvinula, případně se s ní plně vyrovnali a jsou schopni plnit všechny funkce vyplývající ze socializace. Jsou jí schopni jedinci s lehčím tělesným postižením. Postižený je rovnoprávným partnerem ve všech běžných oblastech společenského života. **Adaptace** je o něco nižší stupeň socializace. Charakterizujeme ji jako schopnost postiženého jedince přizpůsobovat se sociálnímu prostředí. Mohou ji dosáhnout jedinci s defektem těžšího typu, jako jsou smyslové vady, komplikované defekty mobility, autismus, lehká mentální retardace, vážné interní nemoci. **Utilita** označuje již jen sociální upotřebitelnost postiženého jedince, jehož vývoj je značně omezen. Jde například o kombinované vady. Takový jedinec již není samostatný a v mnoha oblastech je závislý na jiných lidech. V důsledku svého postižení se nemůže zcela socializovat a trvale nemůže žít samostatně. **Inferiorita** jde o nejnižší stupeň socializace, pro níž je typická sociální nepoužitelnost a vyčlenění (totální izolace) ze společnosti. Jedinci jsou naprosto nesamostatní, odkázaní na ošetrovatelskou péči a pomoc při uspokojování nejzákladnějších potřeb. Sociální vztahy se nevytvářejí vůbec.

Jesenký (2000) charakterizuje jednotlivé **způsoby integrace**. Jsou to koadaptace, difúze, adjustace, asimilace a izolace. **Koadaptace** je způsob partnerské komunikace a kooperace. Představuje vznik nové identity soudržné s většinou i menšinou. Jejím výsledkem je skutečná, pevně osnovaná integrace. **Difúze** znamená výměnu řady podstatných prvků původní identity postižených za podstatné prvky identity většinové společnosti. **Adjustace** představuje úpravu vnějších forem vztahů. Je to překrytí atributů vlastní identity postižených vnějšími atributy identity většiny. **Asimilace** je velmi často aplikovaný způsob. Představuje přijetí identity většinové společnosti a popírání své původní identity. Výsledkem je potencionální, ale falešná integrace, vratká ve svých základech. **Izolace** je velmi často aplikovaný způsob představující oddělení postižených od většinové společnosti. Může jít o dobrovolné nebo vnucené setrvávání ve své původní identitě. Výsledkem je segregace.

Jesenký (2000) a Novosad (2009) rozlišují **základní směry integračního procesu**:

Asimilační směr integrace – Integrace je zejména záležitostí znevýhodněných lidí, akceptuje předpoklad, že chování a jednání většiny je jediné správné a přijatelné. Znamená ztotožnění se menšiny s identitou většiny a přijetí jejich norem. Hlavním způsobem řešení integrace je začlenění znevýhodněných lidí do institutů většinové společnosti. Typická jsou

spíše rychlá, praktická, organizační a legislativní řešení než systémová opatření, respektive teoretická příprava. *Pozitiva*: Nabízí poměrně jednoduché aplikace pro praxi. Zjednodušuje a urychluje tvorbu norem. Je vítána sebeuspokojenou většinou. Dalo by se říct, že tento směr místo stírání rozporů je prakticky zvyšuje. *Negativa*: Neproniká do podstaty problému, konflikty a rozpory formálně překrývá, vytváří a přitom přehlíží rezistenci skrytých konfliktů. Nedává spolehlivé a trvalé výsledky. Řeší jen vybrané problémy. Neobohacuje většinovou společnost. Klade zvýšené nároky a smíšené pocity u postižených. Ohrožuje přirozený rozvoj identity seberealizace a asertivity postižených. Spoléhá na prostředky pozitivní diskriminace. Může být skrytou formou diskriminace.

Adaptační směr integrace - Integrace je společným problémem lidí postižených i většinové společnosti a je založena na vztahu partnerství mezi všemi zúčastněnými. Integrace je nová hodnota, která vychází ze vzájemného pochopení a přijetí norem většiny a menšiny. Je realizačně náročnější, ale o to vhodnějším řešením integrace. *Pozitiva*: Řeší podstatu konfliktu a dává trvalé výsledky globálního charakteru. Vede ke vzájemné toleranci, spokojenosti a jistotám koexistence postižených a většinové společnosti. Otvírá prostor pro seberealizaci postižených, obohacuje obě strany a zabezpečuje harmonický rozvoj společnosti. Vytváří skutečnou, neformální rovnoprávnost partnerství zdravotně postižených s většinovou společností. *Negativa*: Vyžaduje složitější způsoby řešení. Neskýtá rychlá a jednoznačná praktická řešení. Komplikuje a zpomaluje tvorbu norem. Klade větší nároky na překonávání předsudků a neznalostí většinové společnosti o postižených.

2.3.2 Inkluze

S integrací úzce souvisí pojem inkluze. Inkluze je modelem integrace, s níž se setkáváme převážně v anglosaských zemích, ale také například ve Skandinávii. Zde je každé zdravotně postižené dítě prvotně zařazeno do běžné školy mezi intaktní spolužáky (s individuální pedagogickou a psychologickou péčí, pomocí asistenta apod.). Teprve, když se prokáže, že dítě objektivně běžnou školní docházku nezvládá, řeší se možnost jeho umístění ve speciálním zařízení. V případě integrace je tomu naopak. Postižené dítě nejprve navštěvuje školu speciální a pokud se rodině či odborníkům zdá, že by mohlo zvládnout běžnou školní docházku, je dítě přeřazeno do běžné třídy (srov. Novosad, 2006, Pipeková, 2006).

2.3.3 Diskriminace

S postoji a předsudky společnosti ke zdravotně postiženým lidem a jejich integrací do společnosti úzce souvisí i pojem diskriminace. Lidé, kteří zaujímají předsudečný postoj ke zdravotně postiženým lidem, si totiž leckdy ani neuvědomují nebo nepřipouštějí, že se chovají diskriminačně.

„Diskriminací rozumíme takové způsoby jednání, kterými jsou znevýhodňováni nebo ponižováni lidé na základě své příslušnosti k určité sociální skupině.“ (Novosad, 2010, s.32)

Dochází tak k odmítání principu rovného přístupu jen na základě odlišnosti, která je člověku připsána bez ohledu na jeho osobní vlastnosti (Novosad, 2009). Rozlišujeme diskriminaci přímou a nepřímou.

Přímá (zjevná) diskriminace – Takové jednání, kdy je s jednou osobou z titulu jejího zdravotního postižení nakládáno nevýhodněji, než je, bylo anebo bude nakládáno s jinou osobou ve srovnatelné situaci. **Nepřímá (skrytá) diskriminace** – Takové jednání, kdy by zdánlivě neutrální ustanovení, kritérium či praxe uvedlo osobu s určitým zdravotním postižením do konkrétního znevýhodnění v porovnání s jinými osobami (pokud nejsou předmětná ustanovení, kritéria či praxe ospravedlnitelné oprávněným cílem a prostředky k dosažení tohoto cíle nejsou patřičné a nezbytné) (srov. Černá a kol., 2009, Novosad, 2009). Nepřímá diskriminace je evidentně častější, ale hůře se zjišťuje a řeší. Vlastně jde o diskriminaci, která se tváří, že není diskriminací. Tzn. že, je stanoveno nějaké kritérium, které platí pro všechny, přitom ale ve skutečnosti znevýhodňuje právě příslušníky některé z chráněných skupin. Nepřímou diskriminací z důvodu zdravotního stavu je i odmítnutí nebo opomenutí přijmout opatření, která jsou v konkrétním případě nezbytná, aby fyzické osoby se zdravotním postižením měly přístup k zaměstnání nebo pracovnímu postupu, aby mohly využít pracovního poradenství, služeb určených veřejnosti – pokud takové opatření nepředstavuje nepřiměřené zatížení. (dobromysl.cz [online]). Za formu diskriminace lze také považovat obtěžování. Tzn. když dojde k nevyžádanému chování souvisejícímu se zdravotním postižením za účelem nebo s účinkem porušení důstojnosti dané osoby a vytvoření zstrašujícího, nepřátelského ponižujícího, pokořujícího nebo urážlivého prostředí (Novosad, 2009). Za diskriminaci se považuje i jednání zahrnující podněcování, navádění nebo vyvolávání nátlaku směřujícího k diskriminaci (Černá a kol., 2009).

Boj proti diskriminaci se stal prioritou všech vyspělých zemí. Většina z nich má vytvořený kvalitní antidiskriminační legislativu a zřízen post veřejného ochránce práv (ombudsmana) pro občany se zdravotním postižením (Novosad, 2009). Nové členské země Evropské unie (EU) byly povinny zapracovat antidiskriminační rámec EU do národních legislativ a zejména směrnici EU 2000/43/EC zakazující diskriminaci na základě osobního nebo náboženského přesvědčení, postižení, věku nebo sexuální orientace. Směrnice se vztahuje na přístup k zaměstnání, povolání a výdělečné činnosti, k pracovnímu poradenství a rekvalifikaci, k sociálnímu zabezpečení, zdravotní péči, vzdělávání, přístupu ke službám, k bydlení apod. (srov. Černá a kol., 2009, dobromysl.cz [online])

Vztah společnosti ke zdravotně postiženým lidem je výrazem její tolerance k odlišnosti. Je výrazem vnitřní kvality člověka i celé společnosti. Pouze budou-li společnost a její jednotliví členové schopni překonat své předsudky, nebudou zdravotně postižení lidé vnímáni pouze pod zorným úhlem svého postižení, ať už s odmítáním nebo soucitem. Každý člověk bez ohledu na svojí odlišnost musí být chápán především jako člověk se svými kvalitami. Předsudky je možné překonat působením na společnost a její členy především rozbitím bariér, které dělí jedince se zdravotním postižením od ostatní společnosti a tím umožnit kontakt a vzájemné poznání se navzájem.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

3 METODOLOGICKÁ ČÁST

Záměrem metodologické části je seznámit s projektem výzkumu, který jsem zpracovávala. Projekt obsahuje definování výzkumného problému, cílů výzkumu, dále vybraný druh výzkumu a definici výzkumného vzorku, metody výzkumu a způsoby zpracování dat, které jsem pro vypracování svého výzkumu zvolila.

3.1 Projekt výzkumu

3.1.1 Výzkumný problém

Jelikož pocházím z Jihlavského regionu (dále též „Jihlavsko“), zajímalo mě, jaká je informovanost a z ní plynoucí postoje občanů Jihlavska ke zdravotně postiženým lidem. Za výzkumný problém jsem tedy zvolila:

Postoj a povědomí veřejnosti na Jihlavsku ke zdravotně postiženým lidem.

3.1.2 Cíle výzkumu

Cílem mého výzkumu bylo:

- Zjistit, s jakým počtem a druhem zdravotně postižených osob přicházejí lidé na Jihlavsku pravidelně do kontaktu.
- Zjistit, jaká je informovanost veřejnosti na Jihlavsku o zdravotně postižených lidech.
- Zjistit, jaké postoje má veřejnost na Jihlavsku ke zdravotně postiženým lidem.
- Zjistit, jak veřejnost na Jihlavsku vnímá diskriminaci zdravotně postižených osob.
- Zjistit, jaký je postoj veřejnosti na Jihlavsku na integraci zdravotně postižených osob do společnosti.

3.1.3 Druh výzkumu

Pro svůj výzkum jsem si vybrala kvantitativní druh výzkumu. Vzhledem k definování výzkumného problému se jedná též o výzkum popisný. Kvantitativní druh výzkumu jsem si vybrala proto, že zpracování mého výzkumu vyžaduje názory širší veřejnosti. Výhodu tohoto druhu výzkumu spatřuji v tom, že umožňuje získat velké množství

informací od velkého počtu lidí. Poměrně snadno a rychle se zpracovává a vyhodnocuje. Nevýhodu spatřuji především v tom, že nejsem s respondenty v osobním kontaktu a tak v případě nepochopení odpovědi nemohu respondenta požádat o její upřesnění.

3.1.4 Výzkumný vzorek

Výzkum se zaměřuje pouze na veřejnost, která má nějaký vztah (bydliště, práce aj.) k Jihlavsku. V ostatních bodech byl výběr výzkumného vzorku náhodný. Výzkumný vzorek tvoří 103 respondentů. Z toho je více jak polovina žen 65 (63 %) a 38 (37 %) mužů. Respondenti se dále odlišují věkem, nejvyšší dosaženou úrovní vzdělání, místem bydliště či osobním vztahem ke zdravotnímu postižení (např. někteří jsou sami zdravotně postižení).

3.1.5 Metody výzkumu

Za výzkumnou metodu jsem si vybrala dotazník. Na začátku dotazníku jsem respondenty seznámila s účelem dotazníku a uvedla jsem několik stručných informací o sobě. V úvodu dotazníku jsem zařadila otázky informační (kontaktní), pro zjištění údajů o respondentech (jako je pohlaví, věk, nejvyšší ukončené vzdělání, bydliště a osobní vztah ke zdravotnímu postižení). Vlastní dotazník se skládá z 20 otázek a jedné dobrovolné. Skládá se jak z uzavřených otázek (výběrových, výčtových, projekčních, trichotomických a škálových), tak z polootevřených a volných otevřených otázek. Respondenti měli zvolit vždy jen jednu odpověď, pokud nebylo u otázky uvedeno jinak. U otevřených a polootevřených otázek měli napsat doplňující informace.

Dotazníky jsem rozdala v průběhu měsíce února a března 2010. Celkem jsem rozdala 90 tištěných dotazníků a 40 dotazníků jsem rozeslala elektronicky. Vrátilo se mi 58 tištěných dotazníků a 45 dotazníků elektronických. Celková návratnost byla tedy 79,23 %.

3.1.6 Způsoby zpracování dat

Zjištěná data z otevřených a polootevřených otázek jsem zařadila na základě podobnosti do jednotlivých skupin. Výsledky otázek jsem shrnula pro lepší orientaci do tabulek a grafů. Nakonec jsem přidala i slovní hodnocení.

4 VLASTNÍ VÝZKUM

4.1 Vyhodnocení výzkumu

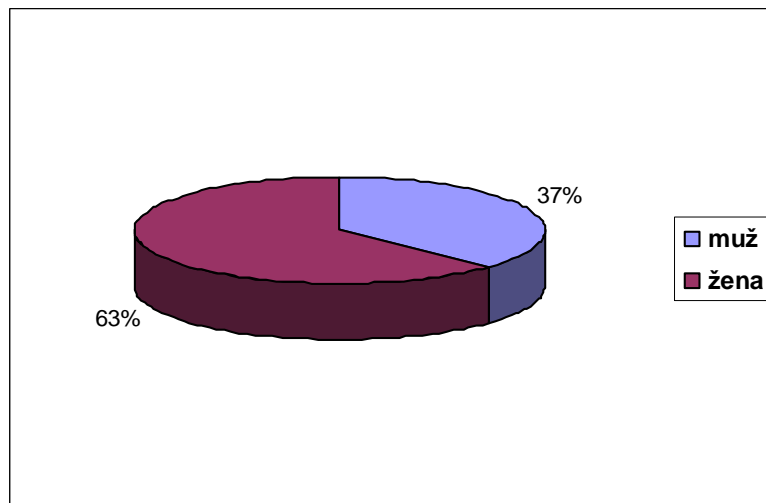
Pro přehlednost výsledků výzkumu jsem odpovědi na otázky zpracovala do tabulek a grafů. Ke každé otázce jsem napsala slovní komentář.

První čtyři otázky jsou kontaktní (informační). Týkají se pohlaví respondentů, věku, nejvyššího dosaženého vzdělání, místa bydliště a osobního vztahu ke zdravotnímu postižení. Dalších dvacet otázek se již vztahuje k samotnému výzkumu. V závěru dotazníku je předložena ještě jedna otázka, která se k výzkumu přímo nevztahuje, ale týká se problematiky zdravotního postižení a jejím řešením přímo na Jihlavsku.

A. Pohlaví

- a) muž
- b) žena

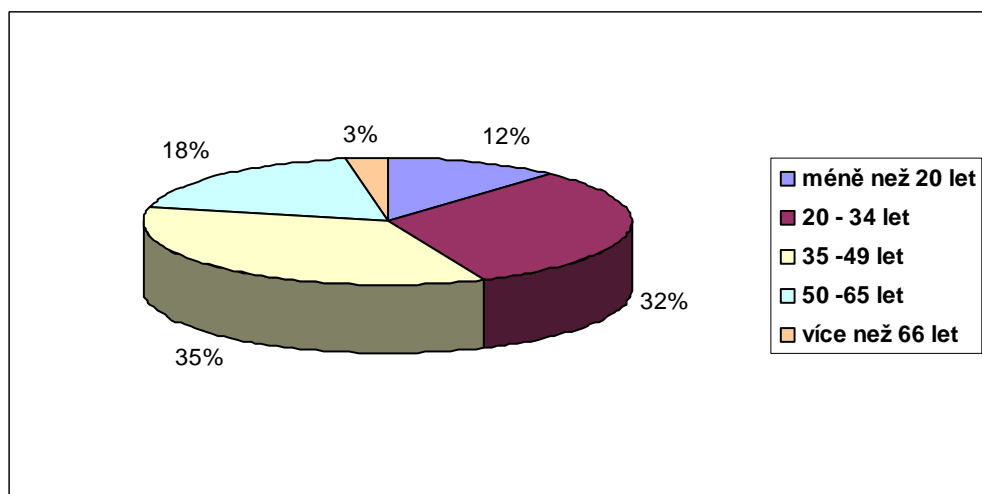
Graf č. 1 – Pohlaví respondentů



Z celkového počtu 103 dotázaných respondentů bylo 38 (37 %) mužů a 65 (63 %) žen. Více jak polovina respondentů byla ženského pohlaví. Důvod vidím především v tom, že muži neměli o vyplnění dotazníku velký zájem a tudíž se mi mnoho rozdaných dotazníků od mužů nevrátilo. Dotazníky jsem se snažila rozdávat více méně rovnoměrným způsobem jak mužům, tak ženám.

B. Věk

- a) méně než 20 let
- b) 20 – 34 let
- c) 35 – 49 let
- d) 50 – 65 let
- e) více než 66 let

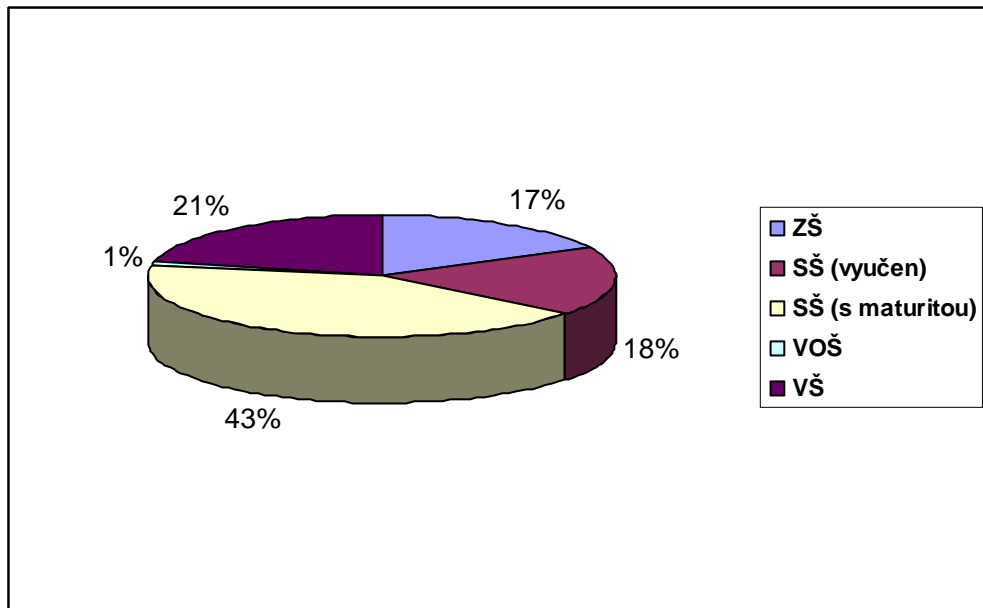
Graf č. 2 – Věk respondentů

Nejvíce respondentů bylo ve věku 35 – 49 let (36, resp. 35 %), následovala věková skupina 20 – 34 let (33, resp. 32 %), dále pak lidé ve věku 50 – 65 let (19, resp. 18 %). Respondentů mladších 20 let bylo 12 (12 %) a lidé starší 66 let byli 3 (3 %). Nejvíce respondentů bylo středního věku.

C. Nejvyšší ukončené vzdělání:

- a) ZŠ
- b) SŠ (vyučen)
- c) SŠ (s maturitou)
- d) VOŠ
- e) VŠ

Graf č. 3 – Nejvyšší ukončené vzdělání respondentů

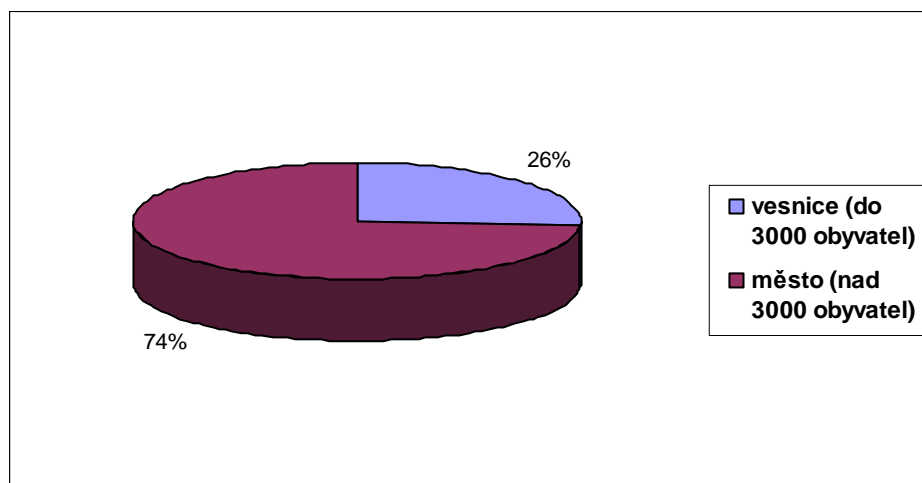


Nejpočetnější skupinou respondentů byli lidé se střední školou s maturitou (43, resp. 43 %), následovali lidé s vysokou školou (22, resp. 21 %) a se střední školu s výučním listem (19, resp. 18 %). Osob se základní školou bylo 18 (17 %) a jeden člověk (1 %) měl vyšší odbornou školu. Nejvíce respondentů má střední vzdělání.

D. Bydliště

- vesnice (do 3000 obyvatel)
- město (nad 3000 obyvatel)

Graf č. 4 – Bydliště respondentů

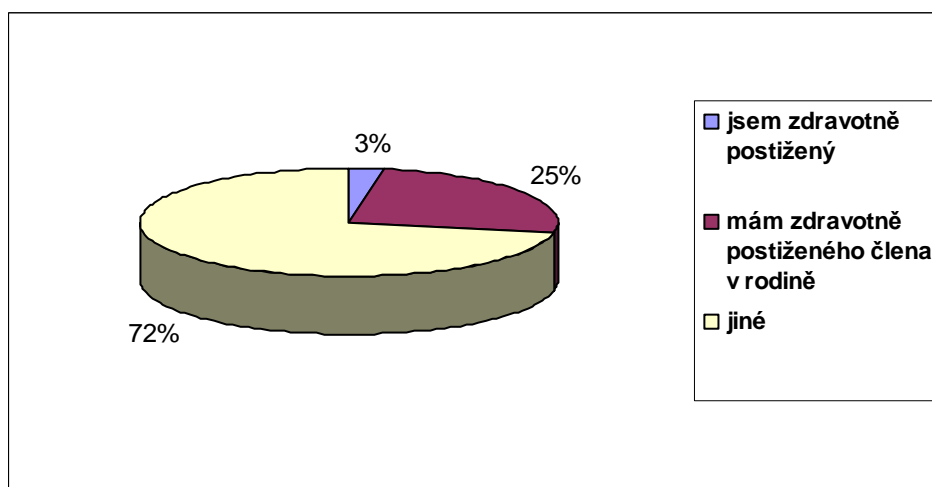


Z celkového počtu 103 respondentů jich 76 (74 %) bydlí ve městech Jihlavského regionu, která mají nad 3000 obyvatel a zbylých 27 (26 %) respondentů má bydliště na vesnicích Jihlavského regionu, které mají méně jak 3000 obyvatel. Dotazníky jsem rozdávala více ve městech než na vesnicích, což ale neznamená, že respondenti měli v místě mého kontaktu s nimi i místo bydliště.

E. Osobní vztah ke zdravotnímu postižení:

- a) jsem zdravotně postižený
- b) mám zdravotně postiženého člena v rodině
- c) jiné

Graf č. 5 – Osobní vztah respondentů ke zdravotnímu postižení



Poslední kontaktní otázka se týkala osobního vztahu ke zdravotnímu postižení. Z celkového počtu 103 respondentů jsou 3 (3 %) sami zdravotně postižení a 26 (25 %) respondentů má zdravotně postiženého člena v rodině. Více jak dvě třetiny dotázaných (74, resp. 72 %) uvedlo odpověď „jiné“. Do možnosti „jiné“ jsem chtěla zahrnout všechny ostatní skutečnosti týkající se zdravotního stavu jak respondenta, tak ostatních členů jeho rodiny, které pro dotazník nebyly relevantní. Z výzkumu následně vyplynulo, že přibližně každý čtvrtý respondent má buď zdravotně postiženého člena v rodině nebo je sám zdravotně postižený.

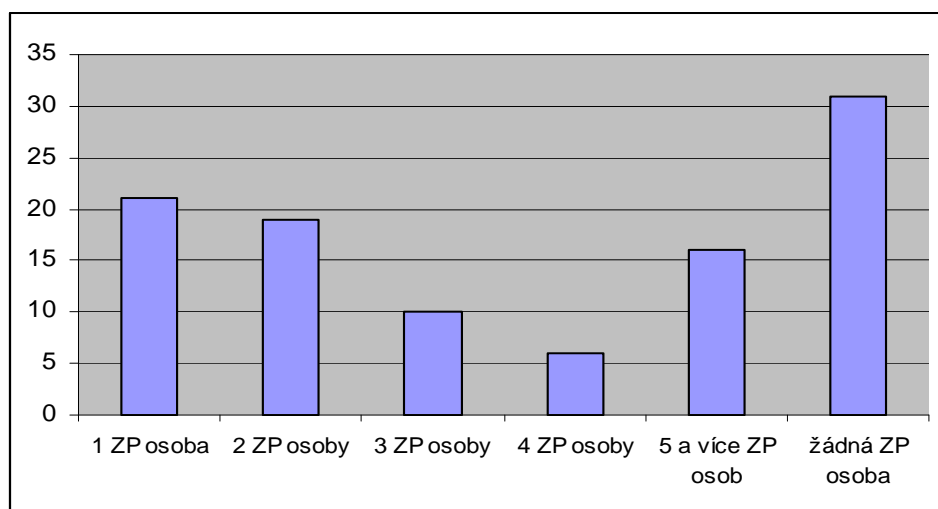
Otázka č. 1: S jakým počtem zdravotně postižených osob přicházíte pravidelně do kontaktu (škola, práce, rodina, volný čas atd.) a jaký druh zdravotního postižení mají?

- a) zrakové postižení
- b) sluchové postižení
- c) postižení řeči
- d) tělesné postižení
- e) mentální postižení
- f) duševní postižení
- g) vnitřní postižení
- h) kombinované postižení
- i) s žádným zdravotně postiženým člověkem do kontaktu nepřicházím

Tabulka č. 1 – Počet zdravotně postižených osob v pravidelném kontaktu s respondenty

	Počet	%
1 ZP osoba	21	20
2 ZP osoby	19	18
3 ZP osoby	10	10
4 ZP osoby	6	6
5 a více ZP osob	16	16
žádná ZP osoba	31	30
Celkem odpovědí	103	100

Graf č. 6 - Počet zdravotně postižených osob v pravidelném kontaktu s respondenty

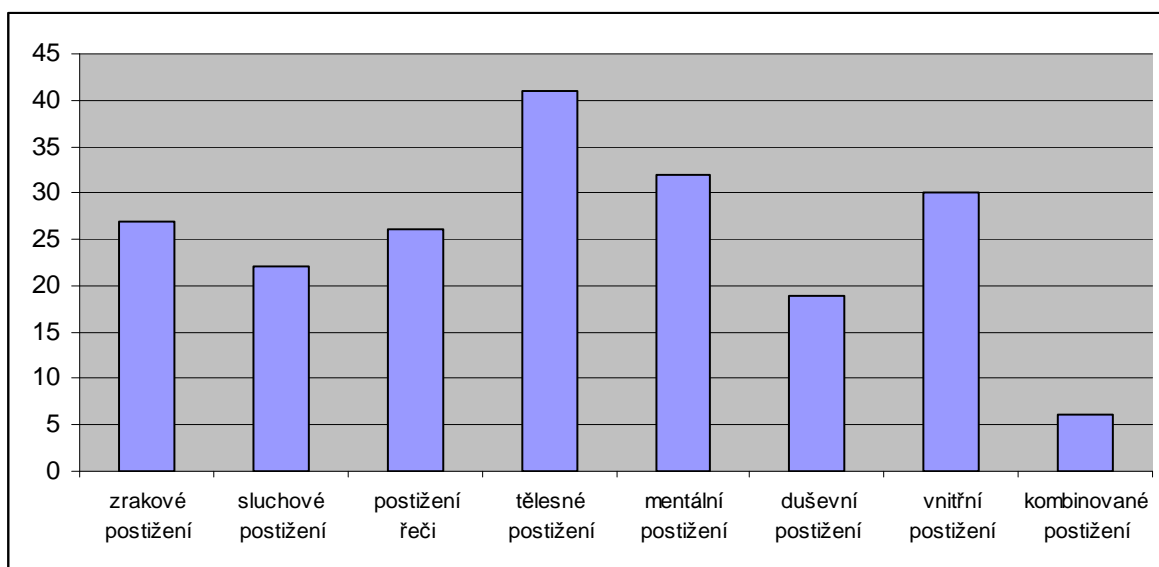


První otázka zjišťovala s jakým počtem zdravotně postižených osob se respondenti pravidelně setkávají. Odpovědi jsem rozdělila do skupin (viz Tabulka č.1, Graf č.6). Z výsledku výzkumu tedy vyplývá, že pravidelně přichází do kontaktu s alespoň jednou zdravotně postiženou osobou 70 % z celkového počtu 103 respondentů. To je více než dvě třetiny respondentů. Toto číslo je pro mě dost zarážející. Čekala jsem, že takových respondentů bude podstatně méně. Výsledek přičítám nejspíš tomu, že mnoho zdravotně postižených osob není příliš v kontaktu s veřejností (což nevylučuje pravidelné setkávání se s respondenty), ale také tomu, že spousta zdravotních postižení není na první pohled rozeznatelná, tudíž můžu mít o jejich počtech zkreslené představy.

Tabulka č. 2 – Druhy zdravotních postižení v pravidelném kontaktu s respondenty

	Počet	%
zrakové postižení	27	13
sluchové postižení	22	11
postižení řeči	26	13
tělesné postižení	41	20
mentální postižení	32	16
duševní postižení	19	9
vnitřní postižení	30	15
kombinované postižení	6	3
Celkem odpovědí	203	100

Graf č. 7 - Druhy zdravotních postižení v pravidelném kontaktu s respondenty



Respondenti, kteří přicházejí pravidelně do kontaktu s osobami se zdravotním postižením, se nejčastěji setkávají s tělesně postiženými (20 % odpovědí). Což je podle mě dáno tím, že tělesné postižení je v České republice druhým nejrozšířenějším postižením vůbec (Novosad, 2009) a také tím, že tělesně postižení lidé jsou jedním s nejvíce integrovaných jedinců do společnosti vůbec.

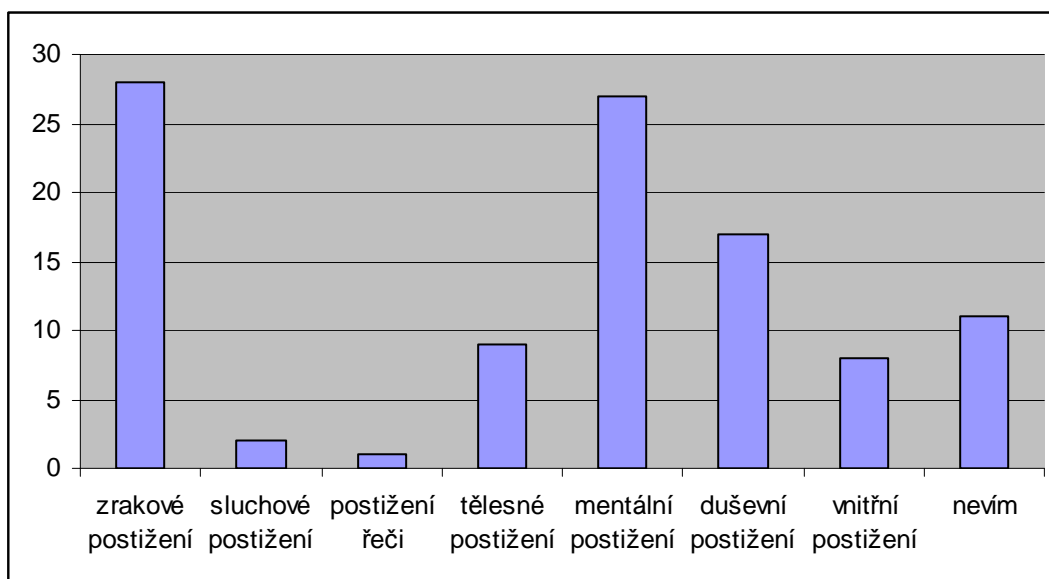
Otázka č. 2: Jaký druh zdravotního postižení považujete za nejtěžší? (*z hlediska zdravotně postiženého a jeho vyrovnávání se s postižením, jeho začleňování se do společnosti, do běžného života*)

- a) zrakové postižení
- b) sluchové postižení
- c) postižení řeči
- d) tělesné postižení
- e) mentální postižení
- f) duševní postižení
- g) vnitřní postižení
- h) nevím

Tabulka č. 3 – Nejtěžší druh zdravotního postižení

	Počet	%
zrakové postižení	28	26
sluchové postižení	2	2
postižení řeči	1	1
tělesné postižení	9	9
mentální postižení	27	26
duševní postižení	17	17
vnitřní postižení	8	8
nevím	11	11
Celkem odpovědí	103	100

Graf č. 8 – Nejtěžší druh zdravotního postižení



Za nejtěžší druh zdravotního postižení považují respondenti (26 %), dle mých předpokladů, zrakové postižení. Překvapila mě ale jeho velice těsná blízkost s mentálním postižením (26 %), u kterého jsem předpokládala umístění spíše na nižších příčkách a to z důvodu, že si mentálně postižení jedinci své postižení nejspíš příliš neuvědomují. A to na rozdíl od sluchového postižení (2 %), u kterého jsem se domnívala, že ho respondenti budou srovnávat se zrakovým postižením, tudíž že se umístí v jeho těsné blízkosti.

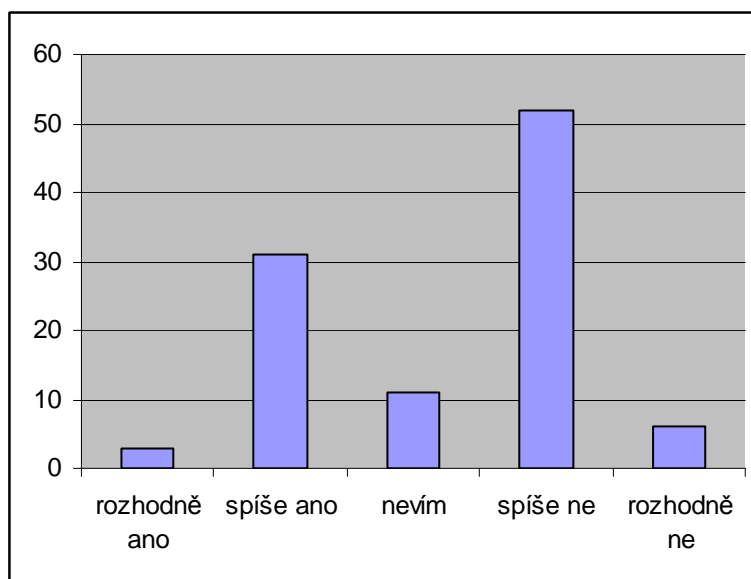
Otázka č. 3: Domníváte se, že je česká veřejnost dostatečně informována o zdravotně postižených občanech a jejich problémech?

- a) rozhodně ano b) spíše ano c) nevím d) spíše ne e) rozhodně ne

Tabulka č. 4 – Informovanost veřejnosti o zdravotně postižených

	Počet	%
rozhodně ano	3	3
spíše ano	31	30
nevím	11	11
spíše ne	52	50
rozhodně ne	6	6
Celkem odpovědí	103	100

Graf č. 9 – Informovanost veřejnosti o zdravotně postižených



Tato otázka měla za úkol zjistit míru informovanosti české veřejnosti o zdravotně postižených lidech a jejich problémech. Respondenti (56 %) se domnívají, že česká veřejnost není dostatečně informována o zdravotně postižených občanech a jejich problémech. S touto odpovědí souhlasím tak napůl. Osobně si nemyslím, že by společnost byla informována nedostatečně, ale jde spíš o to, že lidé o tuto problematiku nemají podle mě zájem.

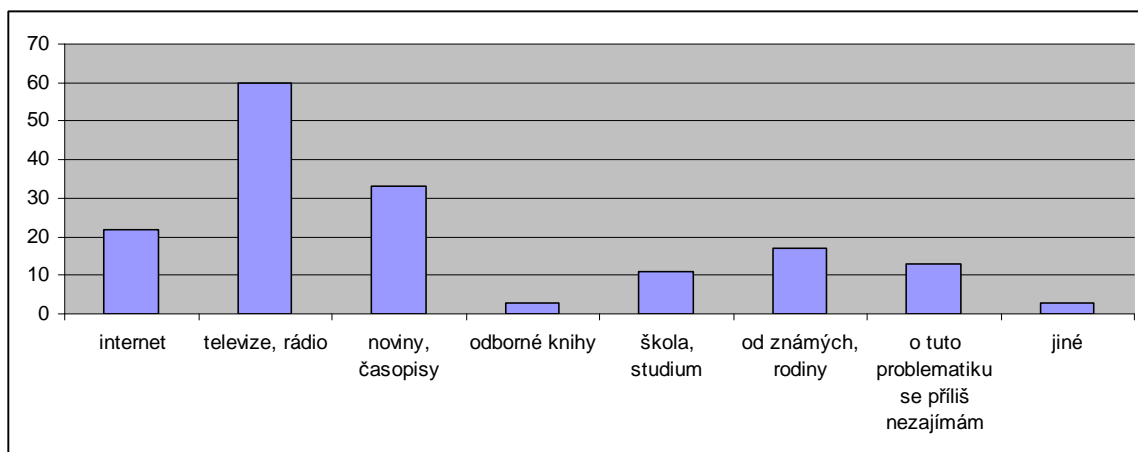
Otázka č. 4. Kde nejčastěji získáváte informace o problematice zdravotně postižených? (možnost více odpovědí)

- a) internet
- b) televize, rádio
- c) noviny, časopisy
- d) odborné knihy
- e) škola, studium
- f) od známých, rodiny
- g) o tuto problematiku se příliš nezajímám
- a) jiné (uved'te):

Tabulka č. 5 – Způsob získávání informací o zdravotně postižených

	Počet	%
internet	22	14
televize, rádio	60	37
noviny, časopisy	33	20
odborné knihy	3	2
škola, studium	11	7
od známých, rodiny	17	10
o tuto problematiku se příliš nezajímám	13	8
jiné	3	2
Celkem odpovědí	162	100

Graf č.10 - Způsob získávání informací o zdravotně postižených



Otázka měla zjistit, odkud respondenti získávají informace o problematice zdravotně postižených. Nejčastější odpověď byla dle mého předpokladu „televize, rádio“. Zvolilo ji 60 respondentů (37 % odpovědí). Někteří respondenti si však stěžovali, že je zde ovšem málo pořadů, které se touto problematikou zabývají. Tři respondenti (2 % odpovědí) zvolili možnost „jiné“, kde uvedli, že informace o zdravotně postižených lidech získávají od lékařů, z organizací pro zdravotně postižené či z běžného života. Z odpovědí mi také vyplynulo, že respondenti získávají informace o této problematice spíše pasivním než aktivním způsobem.

Otázka č. 5 – Které organizace, zabývající se problematikou zdravotně postižených, znáte?

Tabulka č. 6 – Znalost organizací

	Počet	%
1 organizace	22	21
2 organizace	17	17
3 organizace	11	11
4 organizace	5	5
5 a více organizací	6	6
žádná organizace	42	40
Celkem odpovědí	103	100

Tato otázka měla zjistit, jaké organizace zabývající se problematikou zdravotně postižených osob, respondenti znají. Odpovědi jsem rozdělila podle počtu vyplněných odpovědí do tabulky. Respondentů, kteří znají alespoň jednu organizaci, která se zabývá problematikou zdravotně postižených, je 59 %. Žádnou organizaci nevedlo 41 % respondentů. Buď neopověděli vůbec nebo napsali, že si na žádnou organizaci nemohou vzpomenout. Mnoho respondentů také neuvádělo organizace, ale spíše projekty, které pomáhají zdravotně postiženým lidem. Tyto odpovědi jsem také zařadila mezi „správné“ odpovědi.

Respondenti nejčastěji jmenovali tyto organizace či projekty: *Světluška* (15x), *Paraple* (11x), *Kapka naděje* (11x), *Tyflocentrum* (9x), *Tyfloservis* (8x) *Pomozte dětem* (8x), *ADRA* (5x), *Charita Česká republika* (5x), *Jedličkův ústav* (4x), *Bílá pastelka* (3x), *Slunečnice* (3x), *Konto bariéry* (3x), *APLA* (3x), *Unie neslyšících* (3x), *SONS* (3x), *UNICEF* (2x), *Nadace Terezy Maxové* (2x), *Svaz invalidů – dnes NRZP ČR* (2x), *Společnost Duha* (2x), *SPMPS* (2x), *SPCCH* (2x), *Kociánka Brno* (2x), *ZORA* (2x).

Dále po jedné odpovědi: *centrum Empatie*, *Člověk v tísní*, *Čtyřlístek*, *ERGO Zlín*, *Horizont Zlín*, *LORM*, *Nadace Olgy Havlové*, *Nadace rozvoje občanské společnosti*, *OS Naděje*, *OS Pomoc Druhým*, *OS PWS*, *OS Život dětem*, *Palata*, *Paprsek*, *pedagogicko-psychologické poradny*, *Psychiatrická léčebna Na Kopečku*, *Rehabilitační ústav Kladruby*, *ROSA*, *ROSKA*, *Sdružení rodičů zdravotně postižených dětí*, *speciálně pedagogická centra*, *Svaz tělesně postižených ČR*, dále *Centrum tvořivé činnosti* a *OS Kamínek*.

Na závěr musím říci, že i když více než polovina respondentů na tuto otázku odpověděla, předpokládala jsem, že respondenti budou znát více organizací, zabývajících se problema-

tikou zdravotně postižených. Povědomí respondentů ohledně organizací, které se zabývají problematikou zdravotně postižených osob, se mi zdá tedy příliš malé. Dále mě také překvapilo, že pouze jeden respondent si vzpomněl na psychiatrickou léčebnu *Na Kopečku* (což je, podle mě, jedna z nejznámějších organizací zabývajících se problematikou zdravotně postižených na Jihlavsku vůbec).

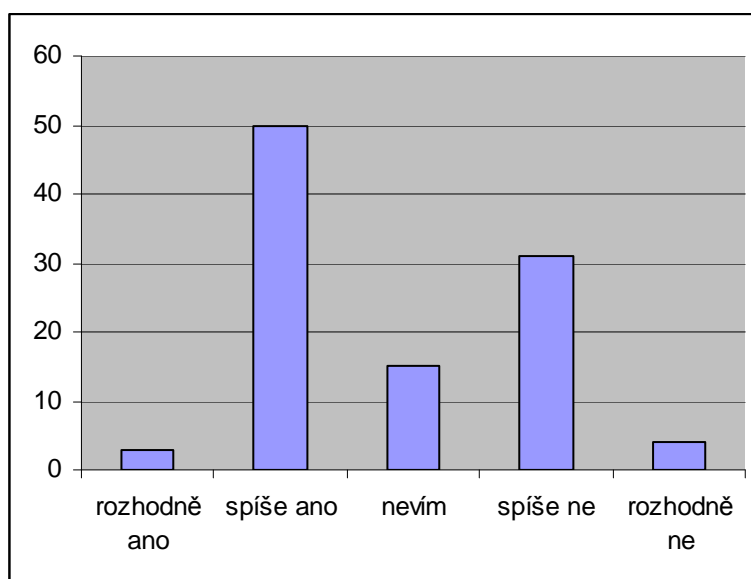
Otázka č. 6: Víte v jaké situaci a jakým způsobem nabídnout zdravotně postiženému člověku pomoc v závislosti na druhu jeho postižení?

- a) rozhodně ano b) spíše ano c) nevím d) spíše ne e) rozhodně ne

Tabulka č. 7 - Pomoc zdravotně postiženým

	Počet	%
rozhodně ano	3	3
spíše ano	50	48
nevím	15	15
spíše ne	31	30
rozhodně ne	4	4
Celkem odpovědí	103	100

Graf č. 11 – Pomoc zdravotně postiženým



Z odpovědí vyplývá, že více jak polovina (52 %) respondentů se domnívá, že ví, jak pomoci zdravotně postiženým lidem v závislosti na druhu jeho postižení, což pokládám oproti mému očekávání za velmi pozitivní výsledek.

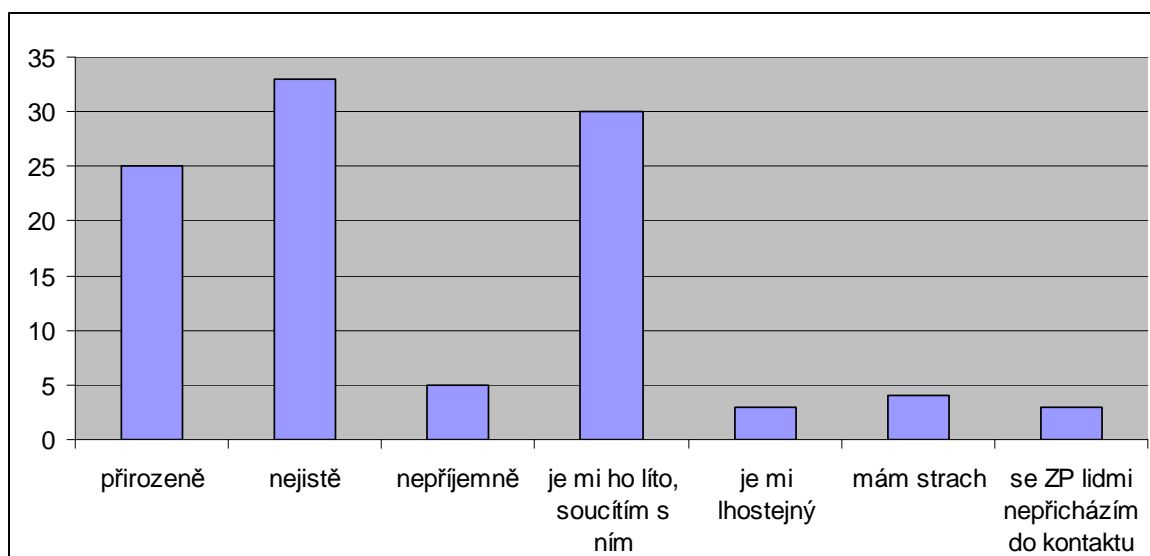
Otázka č. 7: Jak se v přítomnosti zdravotně postiženého člověka cítíte?

- a) přirozeně
- b) nejistě
- c) nepříjemně
- d) je mi ho líto, soucítím s ním
- e) je mi lhostejný
- f) mám strach
- g) se zdravotně postiženými (ZP) lidmi nepřicházím do kontaktu

Tabulka č. 8 – Pocity v přítomnosti zdravotně postiženého

	Počet	%
přirozeně	25	24
nejistě	34	33
nepříjemně	5	5
je mi ho líto, soucítím s ním	30	29
je mi lhostejný	3	3
mám strach	3	3
se ZP lidmi nepřicházím do kontaktu	3	3
Celkem odpovědí	103	100

Graf č. 12 – Pocity v přítomnosti zdravotně postiženého



Třemi nejčastějšími pocity, které cítí respondenti v přítomnosti zdravotně postižené osoby jsou nejistota (33 %), lítost a soucit (29 %) a 24 % respondentů se cítí přirozeně. Další odpovědi jsou spíše zanedbatelné.

Otázka č. 8: Ve společnosti převládají vůči zdravotně postiženým lidem různé předstupy. Se kterými se nejčastěji setkáváte? (možnost více odpovědí)

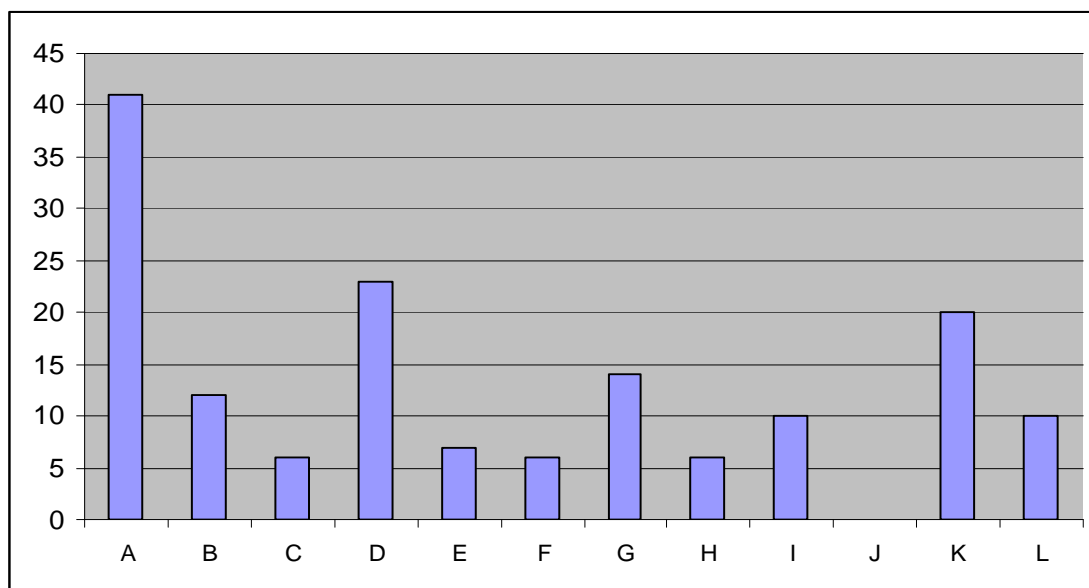
- Lidé se zdravotním postižením si zaslouží politování a soucit, jsou bezmocní a čekají na pomoc druhých.
- Lidé se zdravotním postižením jsou neužiteční, zatěžující, neproduktivní.
- Lidé se zdravotním postižením mají mnoho nezasloužených či zbytečných výhod.
- Příroda lidem se zdravotním postižením vynahrazuje jejich handicap rozvojem jiných schopností.
- Zdravotní postižení je výrazem boží zkoušky či božího trestu za naše hříchy nebo hříchy našich předků.
- Lidé se zdravotním postižením jsou zároveň i mentálně retardovaní.
- Lidé se zdravotním postižením by neměli mít své vlastní děti.
- Lidé se zdravotním postižením by neměli být integrováni do společnosti.

- i) Lidé se zdravotním postižením se od ostatních lidí nijak neliší.
- j) Z výše uvedených předsudků žádné nepozoruji, ale setkávám se s jinými (*uved'te*): ...
- k) Nesetkávám se s žádnými předsudky vůči zdravotně postiženým.
- l) Nevím

Tabulka č. 9 – Předsudky vůči zdravotně postiženým

	Počet	%
Lidé se zdravotním postižením si zaslouží politování a soucit, jsou bezmocní a čekají na pomoc druhých. (viz A In Graf č.13)	41	26
Lidé se zdravotním postižením jsou neužiteční, zatěžující, neproduktivní. (viz B In Graf č.13)	12	8
Lidé se zdravotním postižením mají mnoho nezasloužených či zbytečných výhod. (viz C In Graf č.13)	6	4
Příroda lidem se zdravotním postižením vynahrazuje jejich handicap rozvojem jiných schopností. (viz D In Graf č.13)	23	15
Zdravotní postižení je výrazem boží zkoušky či božského trestu za naše hříchy nebo hříchy našich předků. (viz E In Graf č.13)	7	5
Lidé se zdravotním postižením jsou zároveň i mentálně retardovaní. (viz F In Graf č.13)	6	4
Lidé se zdravotním postižením by neměli mít své vlastní děti. (viz G In Graf č.13)	14	9
Lidé se zdravotním postižením by neměli být integrováni do společnosti. (viz H In Graf č.13)	6	4
Lidé se zdravotním postižením se od ostatních lidí nijak neliší. (viz I In Graf č.13)	10	6
Z výše uvedených předsudků žádné nepozoruji, ale setkávám se s jinými. (viz J In Graf č.13)	0	0
Nesetkávám se s žádnými předsudky vůči zdravotně postiženým. (viz K In Graf č.13)	20	13
Nevím (viz L In Graf č.13)	10	6
Celkem odpovědí	155	100

Graf č. 13 – Předsudky vůči zdravotně postiženým



Nejrozšířenějším předsudkem vůči zdravotně postiženým lidem, je dle 41 respondentů předsudek, že lidé se zdravotním postižením si zaslouží politování a soucit, jsou bezmocní a čekají na pomoc druhých. Druhý nejrozšířenější předsudek (23 respondentů) je, že příroda lidem se zdravotním postižením vynahrazuje jejich handicap rozvojem jiných schopností. Z žádnými předsudky vůči zdravotně postiženým lidem se neseťkává 20 respondentů. Z výsledků výzkumu vyplývá, že předsudky společnosti vůči zdravotně postiženým lidem stále přetrvávají.

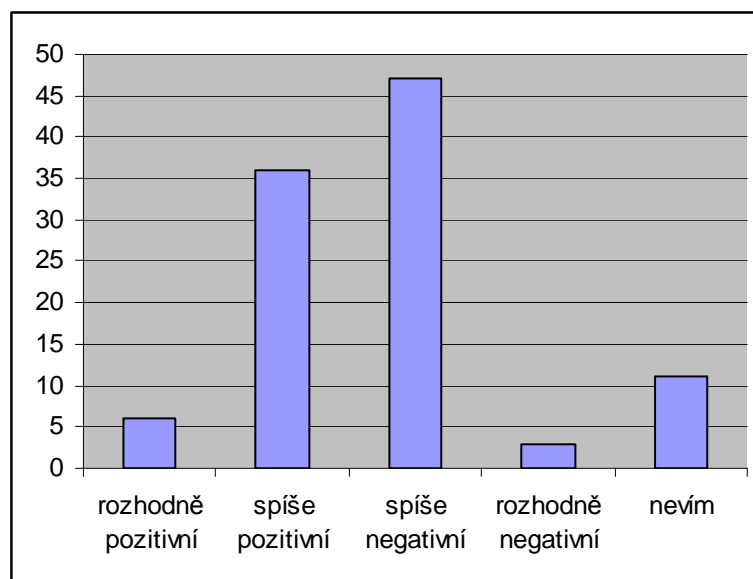
Otázka č. 9: Jaké postoje má, podle Vás, společnost ke zdravotně postiženým lidem?

- a) rozhodně pozitivní
- b) spíše pozitivní
- c) spíše negativní
- d) rozhodně negativní
- e) nevím

Tabulka č. 10 – Postoje společnosti ke zdravotně postiženým

	Počet	%
rozhodně pozitivní	6	6
spíše pozitivní	36	35
spíše negativní	47	45
rozhodně negativní	3	3
nevím	11	11
Celkem odpovědí	103	100

Graf č. 14 - - Postoje společnosti ke zdravotně postiženým



Postoje společnosti ke zdravotně postiženým lidem jsou dle názorů respondentů spíše negativní (49 %). Ale je tu těsná blízkost s pozitivním hodnocením (42 %). Dalo by se tedy říci, že postoje společnosti vůči zdravotně postiženým lidem nejsou dle názoru respondentů vyhraněné.

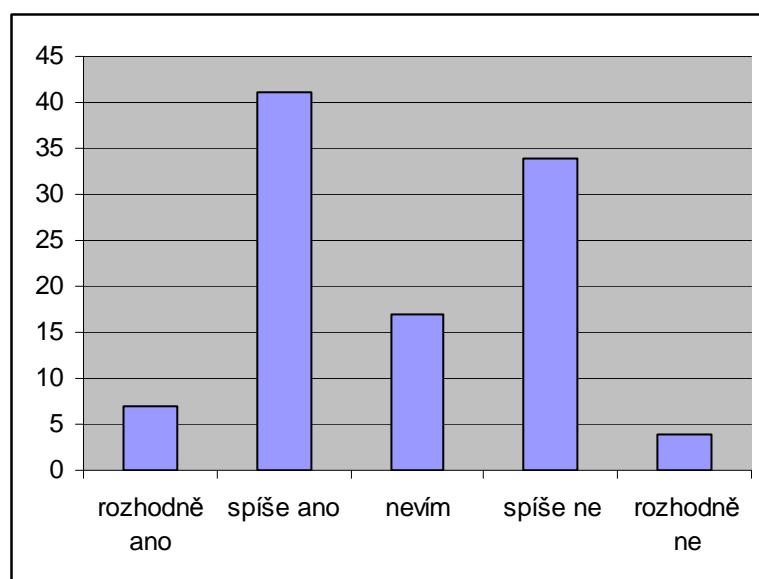
Otázka č. 10: Domníváte se, že jsou zdravotně postižení lidé v naší společnosti diskriminováni?

- a) rozhodně ano b) spíše ano c) nevím d) spíše ne e) rozhodně ne

Tabulka č. 11 – Diskriminace zdravotně postižených

	Počet	%
rozhodně ano	7	7
spíše ano	41	39
nevím	17	17
spíše ne	34	33
rozhodně ne	4	4
Celkem odpovědí	103	100

Graf č. 15 - Diskriminace zdravotně postižených



Respondenti (46 %) se tedy domnívají, že zdravotně postižení lidé jsou v naší společnosti diskriminováni.

Otázka č. 11: Setkal/a jste se někdy osobně s diskriminací zdravotně postižených osob?

a) ano (blíže specifikujte):

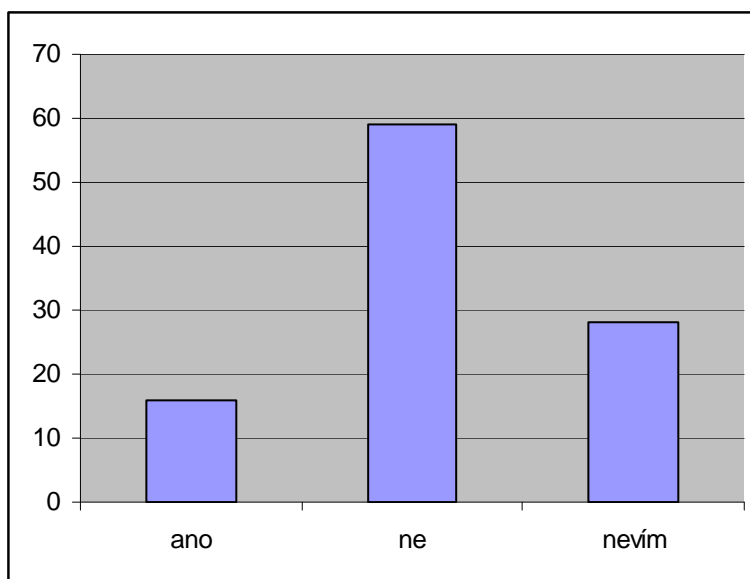
b) ne

c) nevím

Tabulka č. 12 – Setkání se s diskriminací zdravotně postižených

	Počet	%
ano	16	16
ne	59	57
nevím	28	27
Celkem odpovědí	103	100

Graf č. 16 - Setkání se s diskriminací zdravotně postižených



S diskriminací zdravotně postižených osob se více jak polovina (57 %) respondentů nese tkala. Setkalo se s ní pouze 16% respondentů. Jako formy diskriminace, se kterými se setkali, uvedli: nemožnost najít zaměstnání, parkování „zdravých“ lidí na místech vyhrazených pro zdravotně postižené, různé formy šikany jako slovní urážky, posměch dále ignoraci v případě nouze nebo předsudečné postoje ke zdravotně postiženým lidem.

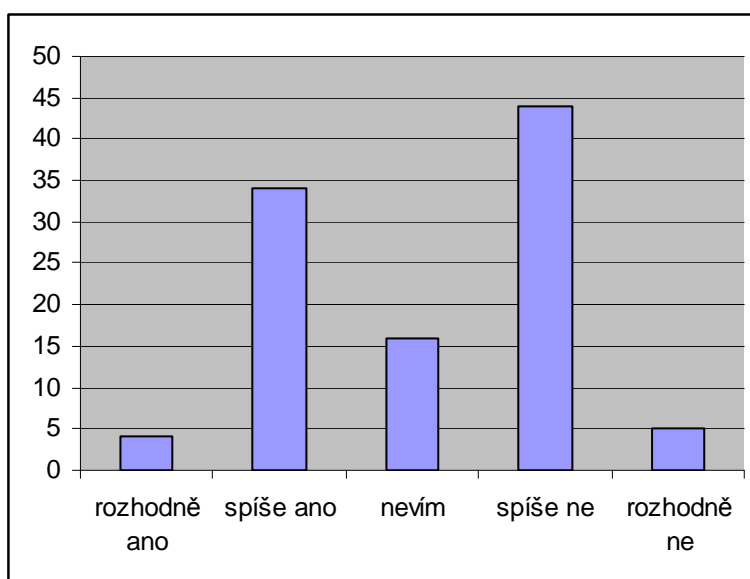
Otázka č. 12 – Domníváte se, že je zdravotně postiženým lidem věnována dostatečná pozornost ve společnosti? (bezbariérové přístupy, učebnice pro zrakově postižené, pořady ve znakovém jazyce apod.)

- a) rozhodně ano b) spíše ano c) nevím d) spíše ne e) rozhodně ne

Tabulka č. 13 – Pozornost společnosti ke zdravotně postiženým

	Počet	%
rozhodně ano	4	4
spíše ano	34	33
nevím	16	16
spíše ne	44	42
rozhodně ne	5	5
Celkem odpovědí	103	100

Graf č. 17 - Pozornost společnosti ke zdravotně postiženým



Podle respondentů (49 %) dostatečná pozornost zdravotně postiženým lidem ve společnosti věnovaná není.

Otázka č. 13: Současným trendem v postoji ke zdravotně postiženým lidem je jejich integrace (začleňování) do společnosti „zdravých“ lidí.

Jaké spatřujete výhody integrace?

Na tuto otázku odpovědělo 50 (49 %) respondentů, 53 (51 %) respondentů z celkového počtu 103 respondentů neodpovědělo. Výhody, které respondenti uváděli, byly obdobné, proto jsem je pro lepší přehlednost shrnula do tabulky.

Tabulka č. 14 – Výhody integrace

	Počet	%
ZP se necítí závislí, ale užiteční	15	12
přijmutí ZP jako běžné součásti života	10	8
přísun informací	8	7
ZP se necítí být postižení	7	6
zkvalitnění života ZP	7	6
kvalitnější pomoc ze strany společnosti	6	5
uvědomění si, že zdraví není samozřejmost	4	3
menší finanční náklady	3	3
vymizení předsudků	2	2
ZP se naučí nové věci	2	2
„zdraví“ nebudou mít z postižení strach	2	2
žádné	1	1
bez odpovědi	53	43
Celkem odpovědí	120	100

Otázka č. 14: Jaké spatřujete nevýhody integrace?

Na otázku odpovědělo 38 (37 %) respondentů, 65 (63 %) respondentů z celkového počtu 103 respondentů neodpovědělo. Nevýhody, které respondenti spatřují jsem stejně jako výhody seřadila za základě podobnosti do tabulky.

Tabulka č. 15 - Nevýhody integrace

	Počet	%
šikana ZP	6	6
odmítnutí, netolerance ZP	5	5
nevhodné reakce společnosti díky neinformovanosti	5	5
finanční náročnost	4	4
podceňování ZP	3	3
zneužití ZP	2	2
omezení většinové společnosti	2	2
nutnost přizpůsobení zařízení	2	2
změna již zaběhnutých standardů	1	1
nemožnost uplatnění spec. péče v běžných třídách	1	1
umělá akce	1	1
žádné	9	8
bez odpovědi	65	60
Celkem odpovědí	106	100

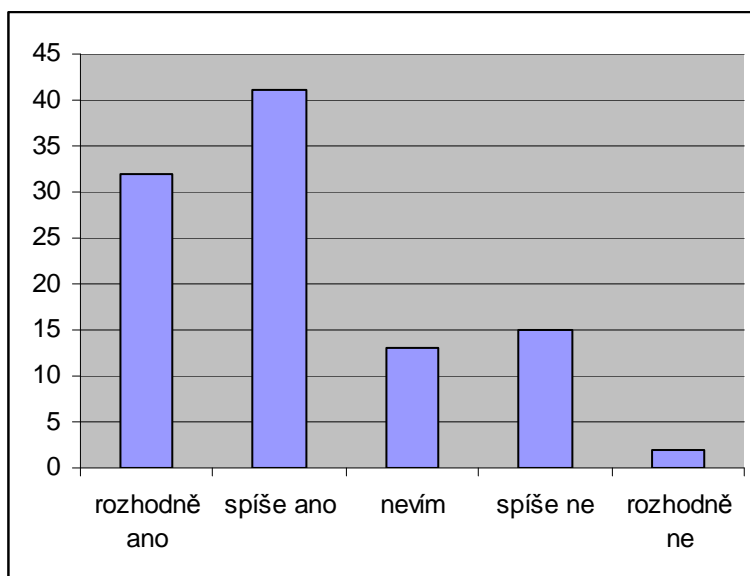
Otázka č. 15: Považujete za vhodné integrovat zdravotně postižené děti do běžných tříd?

- a) rozhodně ano b) spíše ano c) nevím d) spíše ne e) rozhodně ne

Tabulka č. 16 – Integrace zdravotně postižených dětí do běžných tříd

	Počet	%
rozhodně ano	32	31
spíše ano	41	39
nevím	13	13
spíše ne	15	15
rozhodně ne	2	2
Celkem odpovědí	103	100

Graf č. 18 – Integrace zdravotně postižených dětí do běžných tříd



Většina respondentů (70 %) považuje za vhodné integrovat zdravotně postižené děti do běžných tříd.

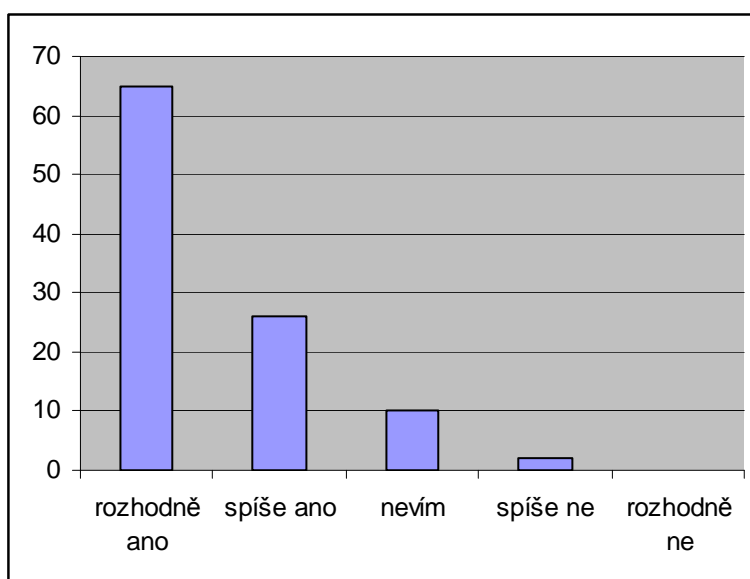
Otázka č. 16: Souhlasil/a byste s tím, aby Vaše dítě chodilo do třídy se zdravotně postiženým spolužákem?

- a) rozhodně ano b) spíše ano c) nevím d) spíše ne e) rozhodně n

Tabulka č. 17 – Souhlas chození svého dítěte do třídy se zdravotně postiženým

	Počet	%
rozhodně ano	65	63
spíše ano	26	25
nevím	10	10
spíše ne	2	2
rozhodně ne	0	0
Celkem odpovědí	103	100

Graf č. 19 – Souhlas chození svého dítěte do třídy se zdravotně postiženým



Většina respondentů (88 %) by souhlasila s tím, aby jejich děti chodily do třídy se zdravotně postižený spolužákem. Trochu mě překvapilo, že proti byli pouze 2 respondenti.

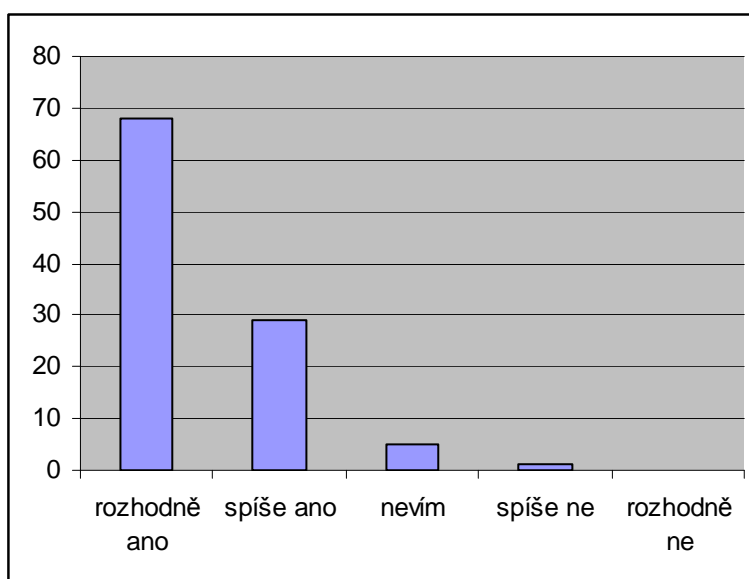
Otázka č. 17: Pracoval/a byste v kolektivu, ve kterém by byl zaměstnán i zdravotně postižený člověk?

- a) rozhodně ano b) spíše ano c) nevím d) spíše ne e) rozhodně ne

Tabulka č. 18 – Práce v kolektivu se zdravotně postiženým

	Počet	%
rozhodně ano	68	66
spíše ano	29	28
nevím	5	5
spíše ne	1	1
rozhodně ne	0	0
Celkem odpovědí	103	100

Graf č. 20 – Práce v kolektivu se zdravotně postiženým



Naprostá většina respondentů (94 %) by pracovala v kolektivu, kde by byl zaměstnán zdravotně postižený člověk. Tento výsledek mě také mile překvapil, také proto, že negativně odpověděl pouze jeden respondent.

Z výsledků výzkumu otázek 15-17 je zřejmé, že naprostá většina respondentů souhlasí s integrací zdravotně postižených jedinců s běžných tříd a do pracovního procesu.

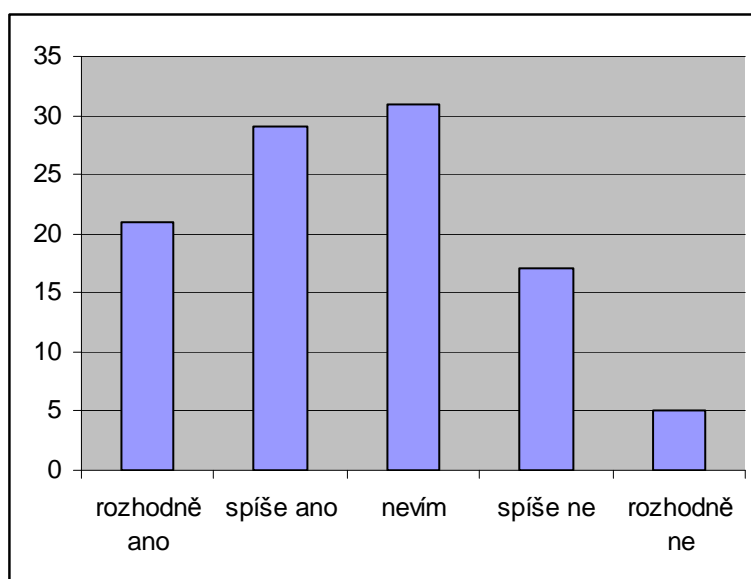
Otázka č. 18: Souhlasíte s tím, aby tělesně a smyslově postižení lidé měli své vlastní děti?

- a) rozhodně ano b) spíše ano c) nevím d) spíše ne e) rozhodně ne

Tabulka č. 19 – Souhlas s tím, aby tělesně a smyslově postižení měli své vlastní děti

	Počet	%
rozhodně ano	21	20
spíše ano	29	28
nevím	31	30
spíše ne	17	17
rozhodně ne	5	5
Celkem odpovědí	103	100

Graf č. 21 – Souhlas s tím, aby tělesně a smyslově postižení měli své vlastní děti



Téměř polovina (48 %) respondentů souhlasí s tím, aby tělesně a smyslově postižení lidé měli své vlastní děti. Veliké procento (30 %) ovšem neví, jak se k této problematice postavit. Příčiny vidím v tom, že respondenti brali v potaz stupeň a závažnost postižení, které jim nedovolily se objektivně rozhodnout.

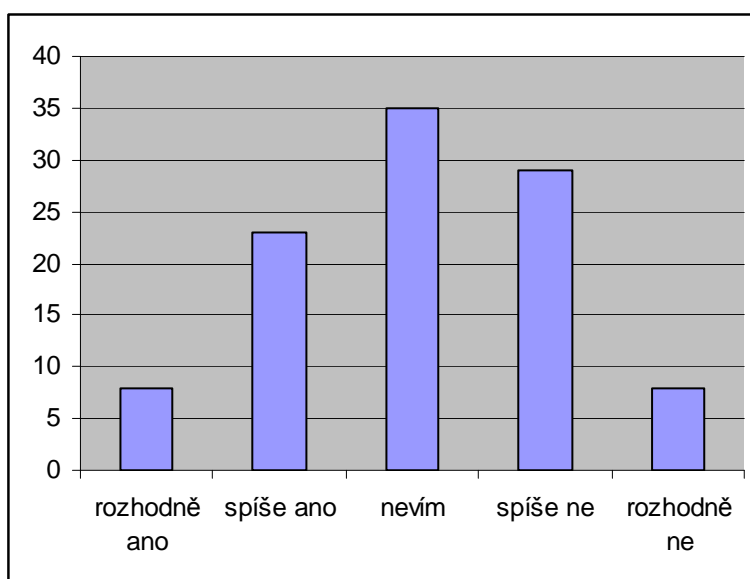
Otázka č. 19: Dovedete si představit život se zdravotně postiženým partnerem?

- a) rozhodně ano b) spíše ano c) nevím d) spíše ne e) rozhodně ne

Tabulka č. 20 – Představa života se zdravotně postiženým partnerem

	Počet	%
rozhodně ano	8	8
spíše ano	23	22
nevím	35	34
spíše ne	29	28
rozhodně ne	8	8
Celkem odpovědí	103	100

Graf č. 22 – Představa života se zdravotně postiženým partnerem



Pouze 30 % respondentů by si dokázalo představit společný život se zdravotně postiženým partnerem; 36 % respondentů by si společný život představit nedokázalo a zbylých 34 % neví. Odpovědi jsou tedy velmi vyrovnané.

Otázka č. 20: Využil/a jste někdy příležitosti pomoci zdravotně postiženým lidem?

Pokud ano, jakým způsobem? (možnost více odpovědí)

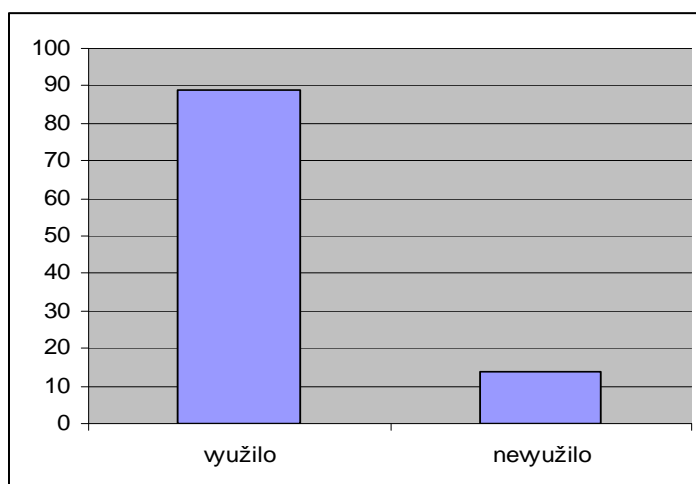
- finančním příspěvkem formou dárcovské SMS
- darováním peněžní částky
- zakoupením výrobků od zdravotně postižených lidí
- věnováním předmětů (pomůcek, hraček atd.)
- dobrovolnickou aktivitou v organizaci pro handicapované

- f) pomoc při vstupu do dopravních prostředků, při přecházení silnice, apod.
- g) jiné (*uved'te*):
- h) dosud jsem této příležitosti nevyužil/a, ale do budoucna to nevyklučuji
- i) dosud jsem této příležitosti nevyužil/a, jelikož se domnívám, že tyto finanční prostředky se využívají k jiným účelům, než na které jsou ve skutečnosti vybírány (tunelování, osobní prospěch apod.)

Tabulka č. 21 – Využití příležitosti pomoci zdravotně postiženým

	Počet	%
využilo	89	86
nevyužilo	14	14
Celkem odpovědí	103	100

Graf č. 23 – Využití příležitosti pomoci zdravotně postiženým

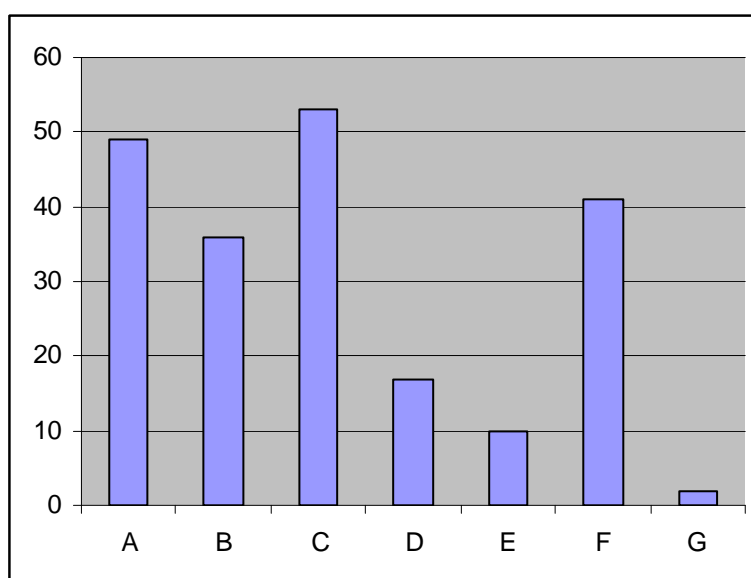


Poslední otázkou jsem chtěla zjistit, zda lidé na Jihlavsku využívají nějakým způsobem příležitostí pomoci zdravotně postiženým lidem. Ze 103 respondentů někdy této příležitosti využilo 89 (86 %), zbylých 14 (14 %) této příležitosti nevyužilo. Z toho 6 (6 %) z důvodu, že se domnívají, že se tyto finanční prostředky využívají k jiným účelům, než na které jsou ve skutečnosti vybírány a 8 (8 %) sice dosud nevyužilo, ale do budoucna to nevyklučují.

Tabulka č. 22 – Formy využitých příležitostí pomoci zdravotně postiženým

	Počet	%
zaslání dárcovské SMS	49	24
darování peněžní částky	36	17
zakoupení výrobku	53	25
věnování předmětů	17	8
dobrovolnická aktivita	10	5
pomoc při vstupu, přecházení apod.	41	20
jiné	2	1
Celkem odpovědí	208	100

Graf č. 24 – Formy využitých příležitostí pomoci zdravotně postiženým



A – zaslání dárcovské SMS; **B** – darování peněžní částky; **C** – zakoupení výrobku; **D** – věnování předmětů; **E** – dobrovolnická aktivita; **F** – pomoc při vstupu do dopravních prostředků apod.; **G** – jiné;

Nejvíce respondentů (53) zakoupilo výrobek, který vyrobili zdravotně postižení lidé. Druhou nejvíce využívanou formou pomoci zdravotně postiženým lidem je zaslání finančního příspěvku pomocí dárcovské SMS, kterou poslalo 49 respondentů. Dva respondenti zvolili možnost „jiné“, kde uvedli jako formu pomoci zdravotně postiženým lidem jejich psychickou podporu v běžných životních situacích, dále nákup či doprovod k lékaři. Tento výsledek mě velmi mile překvapil, protože dává najevo, že lidem nejsou jedinci se zdravotním postižením lhostejní.

Které aktivity týkající se problematiky zdravotně postižených lidí Vám na Jihlavsku chybí? Co je podle Vás potřeba změnit? Co naopak oceňujete?

Tato otázka nebyla součástí samotného dotazníku. Chtěla jsem pomocí ní zjistit, jak lidé vnímají situaci okolo zdravotně postižených lidí na Jihlavsku. Odpovědělo bohužel jen 28 (27 %) respondentů. Zbýlých 75 (73 %) respondentů neodpovědělo vůbec nebo napsali, že neví, protože o této problematice nemají přehled či že se o tuto problematiku nezajímají. I když se některé odpovědi netýkaly přímo Jihlavska, ale problematiky zdravotně postižených obecně, shrnula jsem je do dvou kategorií: co respondentům chybí a co respondenti oceňují.

Respondentům chybí: dostatek volných míst v domovech s pečovatelskou službou; větší informovanost a probuzení většího zájmu lidí u tuto problematiku; více akcí, které by informovaly, jak různé spolky působí a jak se lze zapojit do jejich práce; více organizací či zařízení pro zdravotně postižené; více pořadů o této problematice v televizi. Je potřeba více hovořit o možné pomoci zdravotně postiženým lidem; více bezbariérových přístupů, ale i větší zaměření se na odstranění architektonických bariér pro nevidomé; více financí či sponzorů; lepší technologie na běžných školách apod.

Respondenti oceňují: pořádání dobročinných akcí na podporu zdravotně postižených či akcí, kde se mohou se zdravotně postiženými setkat; kulturně-společenské aktivity pro zdravotně postižené; besedy lékařů v občanském sdružení Pomoc druhým; existenci spolků zdravotně postižených i v menších městech; neúnavnou práci Charity; činnost speciální školy na Březinkách; snahu o zlepšení prostředí, ve kterém zdravotně postižení lidé žijí (bezbariérové přístupy, výtahy, WC); čím dál více bezbariérových přístupů na úřadech; zvukové semaforey na přechodech apod.

4.2 Shrnutí výsledků výzkumu

Za výzkumný problém pro svůj výzkum jsem si vybrala: Postoj a povědomí veřejnosti na Jihlavsku ke zdravotně postiženým lidem. Za cíle výzkumu jsem si následně vytyčila níže uvedené cíle, které bych shrnula do následujících bodů:

Zjistit, s jakým počtem a druhem zdravotně postižených osob přicházejí lidé na Jihlavsku pravidelně do kontaktu. Z výsledků mého výzkumu vyplývá, že většina lidí na Jihlavsku se pravidelně setkává s alespoň jednou zdravotně postiženou osobou. Přibližně jedna třetina lidí se zdravotně postiženými osobami do kontakt pravidelně nepřichází. Nejvíce se lidé setkávají s tělesně postiženými a poté s mentálně postiženými lidmi.

Zjistit, jaká je informovanost veřejnosti na Jihlavsku o zdravotně postižených lidech. Podle samotné veřejnosti je informovanost o problematice zdravotně postižených nedostatečná. Což respondenti potvrdili i v rámci volných otázek dotazníku, kde vyšlo najevo, že o problematice nemají velký přehled ba v mnoha případech ani zájem. Dále vyšlo najevo, že lidé na Jihlavsku získávají informace o problematice zdravotně postižených nejčastěji prostřednictvím médií (televize a rádio), dále pak z tisku (noviny, časopisy).

Zjistit, jaké postoje má veřejnost na Jihlavsku ke zdravotně postiženým lidem. Veřejnost na Jihlavsku není jednoznačně rozhodnuta, jaké postoje společnost vůči těmto lidem zaujímá. Přiklání se ale k negativnímu hodnocení. Podle mého výzkumu bych řekla, že veřejnost na Jihlavsku má ke zdravotně postiženým spíše pozitivní postoj. To z důvodu, že téměř každý z respondentů využil příležitosti pomoci zdravotně postiženým lidem a jejich názory na integraci těchto lidí do společnosti jsou v naprosté většině kladné.

Zjistit, jak veřejnost na Jihlavsku vnímá diskriminaci zdravotně postižených osob. Výzkum ukázal, že veřejnost na Jihlavsku se domnívá, že zdravotně postižení lidé jsou v naší společnosti diskriminováni. Dále výzkum ukázal, že přibližně jedna šestina se osob se s diskriminací přímo setkala.

Zjistit, jaký je postoj veřejnosti na Jihlavsku na integraci zdravotně postižených osob do společnosti. Postoj veřejnosti na Jihlavsku k integraci zdravotně postižených osob je rozhodně pozitivní. Integrace zdravotně postižených osob do společnosti nevádí podle mého výzkumu většině občanům Jihlavska. Vidí v ní výhody, ale i nevýhody, které jsou ovšem ve srovnání s výhodami spíše v menšině.

ZÁVĚR

V úvodu práce jsem si zvolila cíle, kterých jsem chtěla ve své práci dosáhnout. Prvním cílem bylo informovat o problematice zdravotních postižení a postojích, které obecně zaujímá většinová společnost ke zdravotně postiženým lidem. Tento cíl jsem naplnila v teoretické části, kde jsem se s použitím odborné literatury snažila zachytit nejdůležitější aspekty téma, které jsem si zvolila. Jednalo se však pouze o uvedení do problematiky, jelikož podrobnější interpretace by přesáhla rámec bakalářské práce. Druhý cíl, tedy prostřednictvím výzkumu zjistit, jaké je povědomí veřejnosti na Jihlavsku o zdravotně postižených lidech a jaké postoje k těmto lidem veřejnost zaujímá, jsem postihla v praktické části své práce. Výsledky výzkumu jsem převedla pro lepší přehled do tabulek a grafů. Na závěr jsem výsledky výzkumu, na základě ověření splnění všech cílů výzkumu, uvedla v závěrečném shrnutí.

V České republice je dnes zdravotně postižený každý desátý občan a nejrozšířenějším postižením je postižení vnitřními chorobami (Novosad, 2009). Z mého práce dále vyplynulo, že 70 % respondentů mého výzkumu se pravidelně setkává alespoň s jednou zdravotně postiženou osobou a to nejčastěji s osobou s tělesným postižením. Za nejtěžší zdravotní postižení považuje nejvíce respondentů postižení zrakové (26 %) a mentální (26 %). Dále se respondenti (56 %) domnívají, že česká společnost není dostatečně informována o problematice zdravotně postižených, což potvrdili i otázkou, která se týkala znalostí některých organizací, jež se zabývají problematikou zdravotně postižených (40 % respondentů nevedlo žádnou organizaci). Nejčastější zdroj, jehož prostřednictvím respondenti získávají informace o problematice zdravotně postižených je televize a rádio. Polovina respondentů (51 %) se domnívá, že ví, kdy a jakým způsobem pomoci zdravotně postiženým lidem v závislosti na druhu jejich postižení. Nejčastěji se lidé (33 %) při setkání se zdravotně postiženým člověkem cítí nejistě. Co se týče předsudků, které stále ještě vůči zdravotně postiženým lidem ve společnosti převládají, tak nejrozšířenějším je předsudek (26 %), že lidé se zdravotním postižením si zaslouží politování a soucit a čekají na pomoc druhých. Postoje společnosti ke zdravotně postiženým lidem jsou podle veřejnosti na Jihlavsku (48 %) spíše negativní. Respondenti se také domnívají, že zdravotně postižení jsou v naší společnosti diskriminováni (46 %) a s diskriminací se i 16 % z nich setkala. Dále také podle respondentů (47 %) není zdravotně postiženým lidem věnována dostatečná pozornost ve společnosti. Většina respondentů (70 %) by neměla problém s integrací zdra-

votně postižených dětí do běžných školních tříd a 88 % z nich by souhlasilo, aby jejich dítě chodilo se zdravotně postiženým spolužákem do stejné třídy. Pracovat ve stejném kolektivu se zdravotně postiženým by nevadilo 94 % respondentů. Jako největší výhodu integrace respondenti vidí skutečnost, že zdravotně postižení lidé se necítí závislí, ale více užiteční. Nevýhody naopak příliš ve srovnání s výhodami nevidí. Nejvíce ovšem šikanu. Dále 48 % respondentů souhlasí s tím, aby tělesně a mentálně postižení lidé měli své vlastní děti a pouze 30 % respondentů si dovede představit život se zdravotně postiženým partnerem. Ovšem 86 % respondentů už někdy využilo možnost pomoci zdravotně postiženým lidem a to nejčastěji formou zakoupení výrobku od zdravotně postižených osob.

Na závěr bych chtěla uvést doporučení, která vyplynula na základě výsledků mého výzkumu. Z mého výzkumu je zřejmé, že se lidé domnívají, že je společnost nedostatečně informována o zdravotně postižených lidech a jejich problémech. Tudíž se jako řešení nabízí zvýšit tuto informovanost. Osobně se domnívám, že informovat o této problematice není nedostatečná, ale lidé o tuto problematiku nemají spíše zájem. Východisko bych tedy spíš jak ve zvyšování přísunu informací, viděla spíše v probuzení a zvýšení zájmu lidí o tuto problematiku. S nedostatečnou informovaností či spíše nedostatečným zájmem o zdravotně postižené občany souvisí i negativní postoje, které společnost vůči zdravotně postiženým lidem zaujímá. Řešením, jak změnit tyto postoje, je zvyšovat míru integrace zdravotně postižených lidí do společnosti, do pracovního procesu, do tříd, do zájmových kroužků apod. Lidé tak budou více se zdravotně postiženými občany přicházet do kontaktu, budou je poznávat osobně a začnou je tedy brát jako běžnou součást života. Jestliže se lidé budou pravidelně stýkat se zdravotně postiženými jedinci, klesne podle mě i míra diskriminace zdravotně postižených lidí .

Bakalářská práce má sloužit laické veřejnosti a to především k zamyšlení se nad problematikou zdravotně postižených lidí. K uvědomění si a přijmutí skutečnosti, že zdravotně postižení jedinci jsou také lidé, kteří mají podobné problémy jako všichni ostatní. Dále k překonání předsudků vůči zdravotně postiženým lidem, které ve společnosti stále ještě přetrvávají a tím i změnit postoje k těmto lidem. Práce má dále nabádat odborné pracovníky, zabývající se problematikou zdravotně postižených, aby hledali prostředky ke zvyšování zájmu společnosti o tyto lidi. Tím přispět k lepší informovanosti veřejnosti o zdravotně postižených lidech a jejich problémech a napomoci tak kvalitnější pomoci zdravotně postiženým lidem ze strany veřejnosti.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- 1) ČECHOVÁ, V. MELLANOVÁ, A., ROZSYPALOVÁ, M. *Speciální psychologie*. 4. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2004. 173 s. ISBN 80-7013-386-4.
- 2) ČERNÁ, M. a kol. *Česká psychopedie*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2009. 224 s. ISBN 978-80-246-1565-3.
- 3) *Desatero kontaktu s osobami se zdravotním postižením*. Olomouc: Olomoucký kraj, 2005. 10 s. ISBN 80-239-6335-X.
- 4) JESENSKÝ, J. *Andragogika a gerontagogika handicapovaných*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2000. 354 s. ISBN 80-7184-823-9.
- 5) KOCUROVÁ, M. *Speciální pedagogika pro pomáhající profese*. 1. vydání. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2002. 209 s. ISBN 80-7082-844-7.
- 6) KURKOVÁ, P. *Nevidíme, neslyšíme, nechodíme, přesto si však rozumíme*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. 72 s. ISBN 978-80-244-1964-0.
- 7) KVĚTOŇOVÁ – ŠVECOVÁ, L. *Oftalmopedie*. 2. vydání. Brno: Paido, 1998. 68 s. ISBN 80-85931-58-8.
- 8) LUDÍKOVÁ, L. *Kombinované vady*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. 140 s. ISBN 80-244-1154-7.
- 9) MAHROVÁ, G. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vydání. Praha: Grada, 2008. 168 s. ISBN 978-80-247-2138-5.
- 10) MATĚJČEK, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3. vydání. Jinočany: H & H, 2001. 151 s. ISBN 80-86022-92-7.

- 11) MATOUŠEK, O., KODYMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1. vydání. Praha: Portál, 2005. 351 s. ISBN 80-7367-002-X.
- 12) MONATOVÁ, L. *Pojetí speciální pedagogiky z vývojového hlediska*. 2. vydání. Brno: Paido, 1998. 85 s. ISBN 80-85931-60-5.
- 13) NOVOSAD, L. *Základy sociálního poradenství*. 2. vydání. Praha: Portál, 2006. 159 s. ISBN 80-7367-174-3.
- 14) NOVOSAD, L. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*. 1. vydání. Praha: Portál, 2009. 272 s. ISBN 978-80-7367-509-7.
- 15) PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. vydání. Brno: Paido, 2006. 404 s. ISBN 80-7315-120-0.
- 16) ŠTĚCH, S., VÁGNEROVÁ, M., HADJ-MOUSSOVÁ, Z. *Psychologie handicapu*. Část 1., Handicap jako psychosociální problém. 1. vydání. Liberec: Technická univerzita, Fakulta pedagogická, 1997. 88 s. ISBN 80-7083-209-6.
- 17) ŠVEC, V., HRBÁČKOVÁ, K. *Průvodce metodologií pedagogického výzkumu*. 1. vydání. Zlín: UTB, 2007. 129 s. ISBN 978-80-7318-547-3.
- 18) VÁGNEROVÁ, M., HADJ-MOUSSOVÁ, Z., ŠTĚCH, S. *Psychologie handicapu*. 2. vydání. Praha: Karolinum, 2004. 230 s. ISBN 80-7184-929-4.
- 19) VÍTKOVÁ, M. *Somatopedické aspekty*. 2. vydání. Brno: Paido, 2006. 302 s. ISBN 80-7315-134-0.
- 20) VOJTKO, T. *Postižený člověk v dějinách II*. Texty k dějinám speciálně pedagogické teorie a praxe. 1. vydání. Hradec Králové: Gaudeamus, 2007. 108 s. ISBN 978-80-7041-081-3.

ELEKTRONICKÉ ZDROJE

- 21) Dobromysl.cz. *Potřebujeme zákon chránící lidi s postižením před diskriminací.* (2003) [online]. [cit. 28.3 2010] Dostupné na WWW: <<http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=256> >
- 22) Helpnet.cz. Informační portál pro osoby se specifickými potřebami. *Vnitřní nemoci.* (2007) [online]. [cit. 15.4. 2010] Dostupné na WWW: <<http://www.helpnet.cz/vnitri-nemoci>>
- 23) Klinikazdravi.cz. *Osoby se zdravotním postižením.* (2010) [online]. [cit. 13. 4. 2010] Dostupné na WWW: <<http://www.klinikazdravi.cz/osoby-se-zdravotnim-postizenim-/>>
- 24) ROSECKÁ, K. *Postoje společnosti k osobám s mentálním postižením.* Diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita, 2006. 86 s. [online]. [cit. 15. 3. 2010] Dostupné na WWW: http://is.muni.cz/th/37703/pedf_m/Diplomka_II..pdf
- 25) SONS. *Kdo je zrakově postižený.* (2010) [online]. [cit. 22. 3. 2010] Dostupné na WWW: <<http://www.sons.cz/kdojezp.php>>
- 26) StudiumBezBarrier.eu. *Sluchové postižení.* (11.3. 2008)) [online]. [cit. 15. 4. 2010] Dostupné na WWW: http://handicap.vsb.cz/wiki/index.php/Sluchové_postižení

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

dB	Decibel
DMO	Dětská mozková obrna
EU	Evropská unie
ICFDH	Mezinárodní klasifikace funkční schopnosti, omezení a zdraví
ICIDH	Mezinárodní klasifikace vad, postižení a handicapů
IQ	Intelligenční kvocient
OSN	Organizace spojených národů
WHO	Světová zdravotnická organizace
ZP	Zdravotně postižený, zdravotní postižení
ZPS	Občan se změněnou pracovní schopností

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 – Počet zdravotně postižených v pravidelném kontaktu s respondenty	45
Tabulka č. 2 – Druhy zdravotních postižení v pravidelném kontaktu s respondenty	46
Tabulka č. 3 – Nejtěžší druh zdravotního postižení.....	47
Tabulka č. 4 – Informovanost veřejnosti o zdravotně postižených.....	48
Tabulka č. 5 – Způsob získávání informací o zdravotně postižených	50
Tabulka č. 6 – Znalost organizací	51
Tabulka č. 7 -Pomoc zdravotně postiženým	52
Tabulka č. 8 – Pocity v přítomnosti zdravotně postiženého	53
Tabulka č. 9 – Předsudky vůči zdravotně postiženým.....	55
Tabulka č. 10 – Postoje společnosti ke zdravotně postiženým.....	57
Tabulka č. 11 – Diskriminace zdravotně postižených	58
Tabulka č. 12 – Setkání se s diskriminací zdravotně postižených.....	59
Tabulka č. 13 – Pozornost společnosti ke zdravotně postiženým.....	60
Tabulka č. 14 – Výhody integrace	61
Tabulka č. 15 – Nevýhody integrace.....	61
Tabulka č. 16 – Integrace zdravotně postižených dětí do běžných tříd	62
Tabulka č. 17 – Souhlas chození svého dítěte do třídy se zdravotně postiženým	63
Tabulka č. 18 – Práce v kolektivu se zdravotně postiženým	64
Tabulka č. 19 – Souhlas s tím, aby tělesně a smyslově postižení měli své vlastní děti....	65
Tabulka č. 20 – Představa života se zdravotně postiženým partnerem.....	66
Tabulka č. 21 – Využití příležitosti pomoci zdravotně postiženým	67
Tabulka č. 22 – Formy využitých příležitostí pomoci zdravotně postiženým	68

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 – Pohlaví respondentů.....	41
Graf č. 2 – Věk respondentů	42
Graf č. 3 – Nejvyšší ukončené vzdělání respondentů	43
Graf č. 4 – Bydliště respondentů.....	43
Graf č. 5 – Osobní vztah respondentů ke zdravotnímu postižení	44
Graf č. 6 – Počet zdravotně postižených v pravidelném kontaktu s respondenty.....	45
Graf č. 7 – Druhy zdravotních postižení v pravidelném kontaktu s respondenty	46
Graf č. 8 – Nejtěžší druh zdravotního postižení	48
Graf č. 9 – Informovanost veřejnosti o zdravotně postižených	49
Graf č. 10 – Způsob získávání informací o zdravotně postižených	50
Graf č. 11 – Pomoc zdravotně postižením.....	52
Graf č. 12 – Pocity v přítomnosti zdravotně postiženého.....	54
Graf č. 13 – Předsudky vůči zdravotně postiženým.....	56
Graf č. 14 – Postoje společnosti ke zdravotně postiženým.....	57
Graf č. 15 – Diskriminace zdravotně postižených	58
Graf č. 16 – Setkání se s diskriminací zdravotně postižených.....	59
Graf č. 17 – Pozornost společnosti ke zdravotně postiženým	60
Graf č. 18 – Integrace zdravotně postižených dětí do běžných tříd	62
Graf č. 19 – Souhlas chození svého dítěte do třídy se zdravotně postiženým	63
Graf č. 20 – Práce v kolektivu se zdravotně postiženým	64
Graf č. 21 – Souhlas s tím, aby tělesně a smyslově postižení měli své vlastní děti.....	65
Graf č. 22 – Představa života se zdravotně postiženým partnerem	66
Graf č. 23 – Využití příležitosti pomoci zdravotně postiženým	67
Graf č. 24 – Formy využitých příležitostí pomoci zdravotně postiženým	68

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA P I: Kontakt se zdravotně postiženými jedinci

PŘÍLOHA P II: Dotazník

PŘÍLOHA P I: KONTAKT SE ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÝMI JEDINCI

Obecné zásady

Při setkání se zdravotně postiženými lidmi mívají mnohdy ostatní lidé rozpaky. Rádi by jim pomohli, ale často nevědí jak, ani zda bude jejich pomoc vítána. Když už pomoc nabídnou a nabídka je přijata, stává se, že z neznalosti postiženému nevědomky spíše uškodí. Při komunikaci je dobré pamatovat na několik zásad, které platí bez ohledu na typ postižení:

- Buďte si vědomi toho, že jednáte s rovnocenným a plnohodnotným člověkem, jakým jste Vy sami.
- Mějte vždy na paměti, že zdravotně postižení lidé jsou zcela normální lidé, kteří mají, tak jako ostatní lidé, různé přednosti a nedostatky.
- Se zdravotně postiženou osobou jednejte tak, aby se necítila ponížena.
- Chovejte se přirozeně. Pomoc nabízejte tam, kde je to opravdu nutné. Pomoc však nevnučujte!
- Vyvarujte se projevů soucitu. Zdravotně postižení lidé o to nestojí a navíc to snižuje jejich lidskou důstojnost.
- Vyvarujte se zbytečným otázkám na zdravotní stav postiženého.
- Za zdravotně postižené lidi nejednejte, většinou se umí rozhodnout sami, co chtějí nebo nechtějí, snažte se jim naslouchat!
- Snažte se být zdravotně postiženým lidem oporou a podporou.
- Jednáte-li se zdravotně postiženými lidmi, vždy je lepší, pokud stojíte přímo před nimi, kontakt je tak přímější. Příliš se nevzdalujte ze zorného pole zdravotně postiženého.
- Při komunikaci omezujeme rušivé a rozptylující vlivy prostředí.
- Záležitosti projednávejte vždy přímo se zdravotně postiženým, ne s jeho průvodcem. Průvodce postiženého jen doprovází, nikoli zastupuje.

Kontakt s nevidomými

- Nevidomého zdravte vždy jako první. K pozdravu připojte i jeho jméno, aby věděl, že pozdrav patří jemu.
- Při vstupu do místnosti, kde se nachází nevidomý, se dejte zřetelně poznat. Nepozná-li vás po hlase, sdělte svoje jméno a pokud vás nezná, tak i důvod, proč vstupujete. Tichý pohyb neznámé osoby v okolí nevidomého působí nepříjemně. Pokud místnost opouštíte, opět jej na to upozorněte.
- Při setkání s nevidomým je vhodné mu podat ruku. Podání ruky mu nahrazuje vizuální kontakt. Stačí nevidomému oznámit: „*Podávám Vám ruku.*“.
- Při rozhovoru je také velmi důležitý oční kontakt s nevidomým. Není tedy vhodné odvracet při rozhovoru tvář, protože to nevidomí obvykle poznají.
- Při jakékoliv činnosti je nezbytné nevidomému vysvětlit, co se bude dít. Lze bez obav použít slov „*vidět, kouknout se, mrknout, prohlédnout si*“. Tato slova používají nevidomí k vyjádření způsobu vnímání - cítit, hmatat, dotýkat se.
- Nikdy neoddělujte nevidomého od vodícího psa. Na vodícího psa není vhodné mlaskat, hvízdát, hladit ho, krmit ho nebo na něj mluvit bez vědomí majitele.
- Ocitne-li se nevidomý na ulici nebo jinde v davu lidí v orientačních těžkostech, zeptejte se ho, zda mu můžete pomoci. Pokud Vaši pomoc přijme, nabídnete, aby se lehce zavěsil do Vaší paže (nabídněte mu rámě) a mohl jít krůček za Vámi. Netáhněte ho silou!

- Před vstupem na schodiště zpomalte nebo úplně zastavte a upozorněte nevidomého na směr schodiště: „*Schody nahoru.*“ apod. Dále mu řekne o prvním a posledním schodu.
- Při nástupu do dopravních prostředků nastupujte první a pak pomozte nastoupit nevidomému. Nevtačujte nevidomého na sedadlo, stačí položit jeho ruku na opěradlo.
- Při vstupu do auta položte jeho ruku na horní rám dveří. Je rovněž vhodné se předem dohodnout, kdo zavře.
- Při vstupu do restaurace pomozte nevidomému s odložením kabátu a vyhledáním volného místa u stolu. S jídlem si nevidomý poradí sám, stačí, když mu povíte, jak je jídlo na talíři uspořádané.
- Při procházení úzkým průchodem jděte vždy první. Naznačte pohybem paže, za níž se nevidomý drží, aby se zařadil za Vás a šel za Vámi v zákrytu. Upozorněte nevidomého na netradiční zábranu v cestě (na chodník apod.).
- Při delším doprovázení informujte nevidomého o okolí, vybavení místnosti, osobách a událostech – nevidomí musí mít vždy přehled co se kolem něj děje.

Kontakt se sluchově postiženými

- Před zahájením rozhovoru je nutné navázat zrakový kontakt. Pokud se na Vás dotýčný nedívá, můžete se jej lehce dotknout.
- Při komunikaci vyslovujte zřetelně, ale nezvyšujte hlas ani neměňte rytmus řeči.
- Sluchově postižený člověk by měl vidět Váš obličej, aby mohl odezírat pohyb rtů a gesta rukou. Neoslovujte ho tedy ze zadu, či ze strany.
- Pokud je to možné, při komunikaci se sluchově postiženými vypněte všechny zdroje hluku – ztěžují správné vnímání informací.
- Ujistěte se dotazy, zda Vám sluchově postižený partner rozumí, v opačném případě se snažte volit jiná slova.
- Ve společnosti informujte sluchově postiženého o okolním dění a událostech, aby se mohl také zapojit do hovoru. Vždy je důležité, aby sluchově postižený obdržel všechny nezbytné informace a zásadní sdělení.
- Nezapomínejte ani v zápalu vzájemné diskuse na to, že rozhovor vyžaduje od sluchově postiženého plné soustředění, které vyvolává brzy únavu. Dopřejte mu oddechový čas.

Komunikace s hluchoslepými lidmi

- Vzhledem k povaze postižení je komunikace s hluchoslepými lidmi pro neinformované lidi velmi obtížná. Musí zde být oboustranně dobrá vůle a trpělivost.
- V úvodu komunikace vždy upozorněte na svou přítomnost. Je důležité, aby o Vás hluchoslepý člověk věděl a necítil se nejistý.
- Při poskytování pomoci se zeptejte, zda je Vámi zvolený způsob vyhovující a odpovídá potřebám hluchoslepeho člověka.
- Pokud je to možné, pomozte hluchoslepému člověku verbálně zprostředkovat kontakt s okolím. Informujte ho o všem dění, změnách a osobách v okolí.
- Dbejte na správně osvětlené a co nejméně hlučné místo kontaktu s hluchoslepým člověkem.
- V průběhu komunikace je dobré být s hluchoslepým člověkem v dotykovém kontaktu.
- Vždy ho upozorněte na každou důležitou změnu v jeho okolí (změna místa, polohy jiného člověka v místnosti, která osoba se objevila, co se změnilo apod.)
-

Kontakt s vozíčkáři

- Vozík je nutné při každém zastavení zabrzdít.
- Pokud s vozíkem manipulujete, zvedejte ho pouze za pevné rámy.
- Pamatujte na to, že vozíčkář má jiný zorný úhel než Vy, takže nemusí vidět všechno, co mu ukazujete. Mluvíte-li s vozíčkářem, snažte se být před ním či alespoň vedle něj, aby nemusel stále otáčet hlavu.
- V místech velkého pohybu lidí jezděte velmi opatrně, abyste vozíkem někoho nezranili.
- Při přecházení ulice s velkým provozem stůjte s vozíkem dostatečně daleko od krajnice vozovky, aby jste postiženého zbytečně nevystavili nebezpečí.
- Jedete-li z prudšího svahu, sjíždějte raději pozpátku – vozík lépe zabrzdíte a vozíčkář se cítí bezpečněji.
- V nerovném terénu se snažte jet s vozíkem po zadních kolech, aby nedocházelo k nepříjemným otřesům. Při nájezdu s vozíkem na vyšší obrubník a při manipulaci do schodů postupujte tak, že přistavíte vozík velkými koly k překážce, provedete mírný náklon vozíku a postupujete schod po schodu, nejlépe za asistence druhé osoby, která přidržuje vozík za pevný stupačkový rám.

Kontakt s mentálně postiženými

- Dospělého člověka s mentálním postižením oslovujte přímo. Pokud má sebou asistenta, obraťte se na něj, je-li to nutné. Nepodceňujte postiženého a komunikaci neomezujte, ale přizpůsobujte se jejím schopnostem.
- Při komunikaci je velmi důležité udržovat oční kontakt (umožněte ho i přerušit) a věnovat mentálně postiženému člověku pozornost. To, jak člověka s mentálním postižením vnímáte a přijímáte jeho sdělení, se výrazně odrazí v jeho ochotě něco Vám sdělovat.
- Používejte jednoduchou řeč, krátká slova a věty. Jasně vyjadřujte svoje myšlenky, nepoužívejte cizí a hovorová slova.
- Mluvte pomalu, tak aby tempo vaší řeči mentálně postiženého člověka nezahlučovalo. Buďte trpěliví a dopřejte postiženému dostatek času na odpověď.
- Důležitá je neverbální komunikace – doplňujte komunikaci mimikou, gesty.
- Vyhýbejte se abstraktním pojmům. Pokud to nejde, snažte se je objasnit pomocí konkrétních příkladů. Např. místo: „Jakou máš dnes náladu?“ se můžete zeptat: „Jsi dnes veselý nebo smutný?“
- Ověřte si, zda Vám dotyčný rozuměl a pochopil, co jste mu sdělili, a zda s Vaším sdělením souhlasí, či ne. Mluvte jen o jedné hlavní myšlence. K další přejděte až po ujištění, že Vám partner rozuměl.
- Lidé s mentálním postižením jsou zpravidla velmi sugestibilní, což znamená, že nekriticky přijímají myšlenky druhých. Sugestibilními otázkami je možné velmi snadno člověka s mentálním postižením ovlivnit, manipulovat jím. Pamatujte na to při volbě otázek.
- Mentálně postižení lidé jsou velmi závislí na ostatních lidech. Jednejte s nimi s velkou mírou empatie, trpělivosti a respektu.
- Dospělý člověk s mentálním postižením má jiné možnosti v porozumění. Neznamená to však, že není dospělý. Proto budete li jej oslovovat, vykejte mu. Používejte řeč dospělých. I když budete používat jednoduché věty, neznamená to, že musíte používat zdvořiliny, mluvit moc nahlas nebo něco zbytečně dlouho vysvětlovat „polopatickým“ způsobem. (srov. Desatero kontaktu s osobami se zdravotním postižením, 2005; Kurková, 2008)

PŘÍLOHA P II: DOTAZNÍK

DOTAZNÍK

Postoj a povědomí veřejnosti na Jihlavsku ke zdravotně postiženým lidem

Dobrý den,

jsem studentka 3. ročníku Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, studijního programu Specializace v pedagogice, oboru Sociální pedagogika. Touto cestou bych Vás chtěla požádat o vyplnění dotazníku. Dotazník bude sloužit jako součást mé bakalářské práce. Jejím cílem je zjistit, jaký je *postoj a povědomí veřejnosti na Jihlavsku ke zdravotně postiženým lidem*.

Dotazník je anonymní. Prosím Vás o jeho pravdivé vyplnění. Získané informace budou použity pouze v rámci mé práce. Zakroužkujte vždy jen jednu Vámi zvolenou odpověď, pokud nebude uvedeno jinak.

Děkuji Vám za ochotu a čas, který věnujete vyplňování tohoto dotazníku!

Sommerová Kateřina

Údaje o respondentovi:

A. Pohlaví:

- a) muž
- b) žena

B. Věk:

- a) méně než 20 let
- b) 20 – 34 let
- c) 35 – 49 let
- d) 50 – 65 let
- e) více než 66 let

C. Nejvyšší ukončené vzdělání:

- a) ZŠ
- b) SŠ (vyučen)
- c) SŠ (s maturitou)
- d) VOŠ
- e) VŠ

D. Bydliště:

- a) vesnice (do 3000 obyvatel)
- b) město (nad 3000 obyvatel)

E. Osobní vztah ke zdravotnímu postižení:

- a) jsem zdravotně postižený (*můžete i blíže specifikovat*):
.....
 - b) mám zdravotně postiženého člena v rodině (*můžete i blíže specifikovat*):
.....
 - c) jiné
-

Dotazník:

2. S jakým počtem zdravotně postižených osob přicházíte pravidelně do kontaktu

(škola, práce, rodina, volný čas atd.) a jaký druh zdravotního postižení mají?

(k vyjmenovaným druhům zdravotních postižení přiřad'te počet)

a) zrakové postižení -

b) sluchové postižení -

c) postižení řeči -

d) tělesné postižení -

e) mentální postižení -

f) duševní onemocnění -

(schizofrenie, manio-depresivita, demence, poruchy osobnosti atd.)

g) vnitřní onemocnění -

(dlouhodobá onem. jako onem. onkologická, kardiovaskulární, AIDS atd.)

h) kombinované postižení -

i) s žádným zdravotně postiženým člověkem do kontaktu nepřicházím

3. Jaký druh zdravotního postižení považujete za nejtěžší?

(z hlediska zdravotně postiženého a jeho vyrovnávání se s postižením, jeho začleňováním se do společnosti, do běžného života)

a) zrakové postižení

b) sluchové postižení

c) postižení řeči

d) tělesné postižení

e) mentální postižení

f) duševní onemocnění

g) vnitřní onemocnění

h) nevím

3. Domníváte se, že je česká veřejnost dostatečně informována o zdravotně postižených občanech a jejich problémech?

- a) rozhodně ano b) spíše ano c) nevím d) spíše ne e) rozhodně ne

4. Kde nejčastěji získáváte informace o problematice zdravotně postižených?

(možnost více odpovědí)

- b) internet
- c) televize, rádio
- d) noviny, časopisy
- e) odborné knihy
- f) škola, studium
- g) od známých, rodiny
- h) o tuto problematiku se příliš nezajímám
- i) jiné (*uved'te*):

5. Které organizace, zabývající se problematikou zdravotně postižených osob v České republice, znáte?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6. Víte, v jaké situaci a jakým způsobem nabídnout zdravotně postiženému člověku pomoc v závislosti na druhu jeho postižení?

- a) rozhodně ano b) spíše ano c) nevím d) spíše ne e) rozhodně ne

7. Jak se v přítomnosti zdravotně postiženého člověka cítíte?

- a) přirozeně
- b) nejistě
- c) nepříjemně
- d) je mi ho líto, soucítím s ním
- e) je mi lhostejný
- f) mám strach
- g) se zdravotně postiženými lidmi nepřicházím do kontaktu

8. Ve společnosti převládají vůči zdravotně postiženým lidem různé předsudky.

Se kterými se nejčastěji setkáváte? (možnost více odpovědí)

- a) Lidé se zdravotním postižením si zaslouží politování a soucit, jsou bezmocní a čekají na pomoc druhých.
- b) Lidé se zdravotním postižením jsou neužiteční, zatěžující, neproduktivní.
- c) Lidé se zdravotním postižením mají mnoho nezasloužených či zbytečných výhod.
- d) Příroda lidem se zdravotním postižením vynahrazuje jejich handicap rozvojem jiných schopností.
- e) Zdravotní postižení je výrazem boží zkoušky či božího trestu za naše hříchy nebo hříchy našich předků.
- f) Lidé se zdravotním postižením jsou zároveň i mentálně retardovaní.
- g) Lidé se zdravotním postižením by neměli mít své vlastní děti.
- h) Lidé se zdravotním postižením by neměli být integrováni do společnosti.
- i) Lidé se zdravotním postižením se od ostatních lidí nijak neliší.
- j) Z výše uvedených předsudků žádné nepozoruji, ale setkávám se s jinými
(uved'te):
- k) Nesetkávám se s žádnými předsudky vůči zdravotně postiženým
- l) Nevím

9. Jaké postoje má, podle Vás, společnost ke zdravotně postiženým lidem?

- a) rozhodně pozitivní
- b) spíše pozitivní
- c) spíše negativní
- d) rozhodně negativní
- e) nevím

10. Domníváte se, že jsou zdravotně postižení lidé v naší společnosti diskriminováni?

- a) rozhodně ano
- b) spíše ano
- c) nevím
- d) spíše ne
- e) rozhodně ne

11. Setkal/a jste se někdy s diskriminací zdravotně postižených osob?

- a) ano (*blíže specifikujte*):

.....

- b) ne
- c) nevím

12. Domníváte se, že je zdravotně postiženým lidem věnována dostatečná pozornost ve společnosti? (*bezbariérové přístupy, učebnice pro zrakově postižené, pořady ve znakovém jazyce apod.*)

- a) rozhodně ano
- b) spíše ano
- c) nevím
- d) spíše ne
- e) rozhodně ne

13. Současným trendem v postoji ke zdravotně postiženým lidem je jejich integrace (začleňování) do společnosti „zdravých“ lidí.

Jaké spatřujete výhody integrace?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

14. Jaké spatřujete nevýhody integrace?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

15. Považujete za vhodné integrovat zdravotně postižené děti do běžných tříd?

- a) rozhodně ano b) spíše ano c) nevím d) spíše ne e) rozhodně ne

16. Souhlasil/a byste s tím, aby Vaše dítě chodilo do třídy se zdravotně postiženým spolužákem?

- a) rozhodně ano b) spíše ano c) nevím d) spíše ne e) rozhodně ne

17. Pracoval/a byste v kolektivu, ve kterém by byl zaměstnán i zdravotně postižený člověk?

- a) rozhodně ano b) spíše ano c) nevím d) spíše ne e) rozhodně ne

18. Souhlasíte s tím, aby tělesně a smyslově postižení lidé měli své vlastní děti?

- a) rozhodně ano b) spíše ano c) nevím d) spíše ne e) rozhodně ne

19. Dovedete si představit život se zdravotně postiženým partnerem?

- a) rozhodně ano b) spíše ano c) nevím d) spíše ne e) rozhodně ne

20. Využil/a jste někdy příležitosti pomoci zdravotně postiženým lidem?

Pokud ano, jakým způsobem? (možnost více odpovědí)

- a) finančním příspěvkem formou dárcovské SMS
- b) darováním peněžní částky
- c) zakoupením výrobku od zdravotně postižených lidí
- d) věnováním předmětů (pomůcek, hraček atd.)
- e) dobrovolnickou aktivitou v organizaci pro handicapované
- f) pomoc při vstupu do dopravních prostředků, při přecházení silnice, apod.
- g) jiné (*uved'te*):
- h) dosud jsem této příležitosti nevyužil/a, ale do budoucna to nevyklučuji
- i) dosud jsem této příležitosti nevyužil/a, jelikož se domnívám, že tyto finanční prostředky se využívají k jiným účelům, než na které jsou ve skutečnosti vybírány (tunelování, osobní prospěch apod.)

Které aktivity týkající se problematiky zdravotně postižených lidí Vám na Jihlavsku chybí? Co je podle Vás potřeba změnit? Co naopak oceňujete?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Děkuji za Vás čas a spolupráci!