UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

Diplomová práce

Markéta Kudryová

Přístup intaktní společnosti k jedincům se zdravotním postižením z pohledu zdravotně postižených, či jejich zákonných zástupců

Olomouc 2015 Vedoucí práce: Mgr. Lucia Pastierikova, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Přístup intaktní společnosti k osobám se zdravotním postižením z pohledu zdravotně postižených nebo jejich zákonných zástupců vypracovala samostatně a užila jsem odborných pramenů, které uvádím v seznamu použité literatury.

V Olomouci dne

Markéta Kudryová

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucí diplomové práce Mgr. Lucii Pastierikové, Ph.D., za cenné rady a čas, který mi věnovala při řešení dané problematiky. Dále také děkuji všem respondentům, kteří se zúčastnili výzkumného šetření.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Markéta Kudryová
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Lucia Pastieriková, Ph.D.
Rok obhajoby:	2015

Název práce:	Přístup intaktní společnosti k jedincům se zdravotním postižením z pohledu zdravotně postižených, či jejich zákonných zástupců
Název v angličtině:	Access intact society to individuals with disabilities from the perspective of people with disabilities, or their legal representatives
Anotace práce:	Hlavním tématem této práce je přístup intaktní společnosti k osobám se zdravotním postižením. Cílem diplomové práce bylo zjistit, co si o přístupu společnosti k osobám se zdravotním postižením myslí sami zdravotně postižené osoby, co jim vadí, v čem je společnost omezuje, či v čem společnost svým přístupem nemá na jejich život žádný význam. V teoretické části se zabývám definicí a charakteristikou osob se zdravotním postižením a jejich specifiky, a také historií a současností přístupů intaktní společnosti k osobám se zdravotním postižením. V praktické části jsou především znázorněny a popsány výsledky výzkumného šetření. Všechny výsledky jsou zaznamenány do přehledných tabulek a grafů.
Klíčová slova:	Osoba se zdravotním postižením, přístup společnosti

Anotace v angličtině:	The main theme of this work is to approach the intact society towards people with disabilities . The aim of this thesis was to find out what the company's approach to persons with disabilities themselves think disabled people , what they do , what the company restricts , or what your company does not have access to their lives any meaning . The theoretical part deals with the definition and characteristics of persons with disabilities and their specifics , and the past and present approaches intact society towards people with disabilities . The practical part is mainly shown and described results of the research . All results are reported in tables and graphs.
Klíčová slova v angličtině:	A person with disabilities , access company
Přílohy vázané v práci:	Příloha č. 1: Nevyplněný dotazník. Příloha č. 2: Vyplněný dotazník.
Rozsah práce:	69 stran (107 212 znaků včetně mezer)
Jazyk práce:	Český jazyk

OBSAH

1 Úvod 8

I TEORETICKÁ ČÁST 9

2 Osoba se zdravotním postižením 9

2.1 Definice a charakteristika osob s mentálním postižením 10

2.1.1 Specifika psychických procesů 13

2.2 Definice a charakteristika osob se sluchovým postižením 16

2.2.1 Specifika psychického vývoje 16

2.2.2 Specifika komunikace 18

2.3 Definice a charakteristika osob se zrakovým postižením 20

2.3.1 Důsledky zrakového postižení 22

2.4 Definice a charakteristika osob s narušenou komunikační schopností 24

2.4.1 Narušená komunikační schopnost a její specifika v komunikaci 25

2.5 Definice a charakteristika osob s omezením hybnosti 29

2.5.1 Specifika psychiky osob s omezením hybnosti 29

3 Přístup společnosti k osobám se zdravotním postižením 31

3.1 Historie přístupů 32

3.2 Současnost 35

3.2.1 Socializace 35

3.2.2 Integrace 37

3.2.3 Inkluze 40

II PRAKTICKÁ ČÁST 42

4 Výzkumné šetření a vyhodnocení dotazníků 42

4.1 Východiska a cíle 42

4.2 Popis vybrané metody 42

4.3 Výběr respondentů a kritéria výběru 43

4.4 Časový harmonogram 44

4.5 Zpracování výsledků dotazníkového šetření 44
5 Závěr 61
6 Seznam použitých zdrojů 63
7 Seznam grafů 67
8 Seznam tabulek 68
9 Seznam příloh 69

1 Úvod

Diplomovou práci na téma Přístup intaktní společnosti k osobám se zdravotním postižením z pohledu zdravotně postižených nebo jejich zákonných zástupců jsem si vybrala především z důvodu zájmu o tuto problematiku a z důvodu možnosti zjištění, zda jsme se jako společnost již posunuli v přístupu k osobám se zdravotním postižením více na kladnou stranu oproti historii či nikoli. Z velké části jsem si toto téma ale vybrala, abych zjistila, jaký pohled na tuto problematiku mají sami osoby se zdravotním postižení, protože si myslím, že naše společnost se až moc zabývá tím, co si o ní kdo myslí a tím, jaké jsou osoby se zdravotním postižením a co nám mohou přinést a co nám podle některých členů naší společnosti mohou vzít, ale ne mnoho lidí se zabývá otázkou, co si o tom myslí ti, kterých se to týká.

Cílem této práce je získání dostatku výzkumného materiálu, aby výzkumné šetření mohlo být alespoň z části objektivní a také získání výsledků od osob se zdravotním postižením všech typů v přiměřeně stejném počtu. Hlavním cílem této práce potom je zhodnocení výsledků výzkumného šetření a zjištění, jak se osoby se zdravotním postižením cítí v intaktní společnosti, co jim vadí a nevadí, jak je chování společnosti ovlivňuje v běžném životě apod.

V teoretické části se zabývám charakteristikou a definování jednotlivých typů zdravotního postižení a jejich specifik. Dále se zde seznámíme s historií i současnými přístupy intaktní společnosti k osobám se zdravotním postižením.

V praktické části bych ráda zjistila, zda jsou jedinci se zdravotním postižením s chováním intaktní společnosti vůči jejich osobě spokojeni či nikoli, zda je společnost ovlivňuje v jednotlivých aspektech života, či zda jsme se vůbec někam v přístupu k osobám se zdravotním postižením posunuli oproti historii.

Ke svému výzkumnému šetření jsem si zvolila organizace státní i nestátní, školské instituce a sociální podniky, přes jejichž vedení jsem oslovila osoby se zdravotním postižením a požádala o pomoc při mém výzkumném šetření.

V závěru práce zhodnotím celé výzkumné šetření a zjistím, zda se potvrdí moje domněnka, že naše společnost ještě není plně připravena na přijetí osob se zdravotním postižením mezi sebe jako plnohodnotné členy, na které se nemusí ohlížet, ale že se k tomuto přístupu malými krůčky blížíme, ale i přesto toto snažení bude podle mého názoru trvat ještě velmi dlouho.

I TEORETICKÁ ČÁST

2 Osoba se zdravotním postižením

Definovat osobu se zdravotním postižením můžeme z mnoha hledisek. Nejužívanějšími definicemi jsou definice z hlediska speciálně pedagogického, zdravotnického a legislativního.

Z hlediska speciálně pedagogického je osoba se zdravotním postižením *„jedinec, který potřebuje podporu v oblasti výchovy, vzdělávání, přípravy pro pracovní a společenské začlenění i v jeho realizaci“* (Renotierová, Ludíková, 2006, s. 14).

Dle WHO (World Health Organization) se vzhledem k definování osob se zdravotním postižením již neužívá termínů jako poškození nebo handicap. Oba tyto termíny se začínají řadit spíše k pejorativním výrazům označení osob se zdravotním postižením. Slovo handicap vzniklo kolem roku 1827 v Anglii a užívalo se v prostředí dostihů. V překladu znamená „ruka v klobouku“ (hand in cap) a jednalo se o označení losu, kterým se určilo, který z koní ponese větší zátěž, aby byl závod pro všechny spravedlivý. Až mnohem později se začal tento termín užívat pro označení určité zátěže u osob, kterou způsobuje nějaké onemocnění, vada či postižení jedince (Štech in Vágnerová, Hadj-Moussová, Štech; 2000). V současné Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disability a zdraví (MKF, 2008) se užívá pouze termín disability. *„Disabilita je snížení funkčních schopností na úrovni těla, jedince nebo společnosti, která vzniká, když se občan se svým zdravotním stavem (zdravotní kondicí) setkává s bariérami prostředí“*.

A z legislativního hlediska můžeme osobu se zdravotním postižením chápat podle Úmluvy OSN o právech osob se zdravotním postižením (2010), která říká, že *„osoby se zdravotním postižením, zahrnují osoby mající dlouhodobé fyzické, duševní, mentální nebo smyslové postižení, které v interakci s různými překážkami může bránit jejich plnému a účinnému zapojení do společnosti na rovnoprávném základě s ostatními“*.

Dle zákona o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (2004) je *„dítětem, žákem a studentem se speciálními vzdělávacími potřebami osoba se zdravotním postižením, zdravotním znevýhodněním nebo sociálním*

znevýhodněním. Zdravotním postižením je pro účely tohoto zákona mentální, tělesné, zrakové nebo sluchové postižení, vady řeči, souběžné postižení více vadami, autismus a vývojové poruchy učení nebo chování. Zdravotním znevýhodněním je pro účely tohoto zákona zdravotní oslabení, dlouhodobá nemoc nebo lehčí zdravotní poruchy vedoucí k poruchám učení a chování, které vyžadují zohlednění při vzdělávání. Sociálním znevýhodněním je pro účely tohoto zákona rodinné prostředí s nízkým sociálně kulturním postavením, ohrožení sociálně patologickými jevy, nařízená ústavní výchova nebo uložení ochranná výchova, nebo postavení azylanta a účastníka řízení o udělení azylu na území České republiky podle zvláštního právního předpisu".

Naopak pro účely zákona o sociálních službách (2006) se zdravotní postižení definuje jako *„tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby"*.

Pro účely této práce budeme osobu se zdravotním postižením chápat jako osobu s mentálním, zrakovým, sluchovým postižením, narušenou komunikační schopností, či s omezením hybnosti.

2.1 Definice a charakteristika osob s mentálním postižením

V dnešním pojetí speciální pedagogiky užíváme termínu osoba s mentálním postižením, protože oproti původním označením se již tento termín v samotném svém názvu zabývá jedincem a ne pouze označením jeho nemoci či postižením. Dříve se tedy užívalo termínů jako: *„oligofrenie, slabomyslnost, duševní zaostalost či mentální retardace"* (Kysučan, 1982). Stupni těchto postižení byli *„debilita, imbecilita a idiocie"* (Kysučan, 1982), tyto termíny se ale vývojem společnosti staly pejorativními a proto se dnes tedy užívá termínu osoba s mentálním postižením.

Definice osob s mentálním postižením není jednotná, nejčastěji se v definicích neustále vracíme k definování pojmu mentální retardace, tedy pouze k problému, ale nezaměřujeme se na osobu samotnou. I když se oba pojmy, mentální retardace i mentální postižení, objevují často v literatuře vedle sebe je postižení samo o sobě chápáno jako *„jakákoli porucha, duševní nebo tělesná, dočasná, dlouhodobá nebo trvalá, anebo hendikep, který jedinci brání účinně se přizpůsobit běžným nárokům života"* (Lečbych, 2008, s. 17; Hartl, Hartlová, 2004, s. 442). Tedy postižení je vlastně neutrální fakt, ale postoje společnosti z něj teprve vytváří znevýhodnění, a to především

v sociální oblasti. Tedy zda člověk bude, či nebude znevýhodněn, záleží pouze na společnosti (Lečbych, 2008, s. 17).

Pokud chceme znát definici mentálního postižení, či mentální retardace, musíme prostudovat plno zdrojů a ze všech těch definic si vybrat podle sebe, avšak nejvýstižnější definicí se zdá definice od Atkinsonové a kol. (2003, s. 694): *„Mentální retardace: podprůměrné intelektové schopnosti, které jsou obvykle provázeny narušením v oblasti sociálního přizpůsobování.“* Definice českých autorů jsou často mnohem obsáhlejší, například definice mentální retardace od Říčana, Krejčířové a kol. (1997, s. 151) říká, že: *„mentální retardace je závažné postižení vývoje rozumových schopností prenatální, perinatální nebo časně postnatální etiologie, které vedou i k významnému omezení v adaptivním fungování postiženého dítěte či dospělého v jeho sociálním prostředí.“* Každá definice má své klady i zápory a proto se o jakési sjednocení definic mentálního postižení, či mentální retardace pokusil Dolejší, podle něhož je *„mentální retardace vývojová porucha integrace psychických funkcí různé hierarchie s variabilní ohraničeností a celkovou subnormální inteligencí, závislá na některých z těchto činitelů: nedostatcích genetických vloh, porušeném stavu anatomicko-fyziologickém a funkce mozku a jeho zrání, nedostatečném nasycování základních psychických potřeb dítěte vlivem deprivace senzorické, emoční a kulturní, deficitním učení, zvláštnostech vývoje motivace, zejména negativních zkušenostech individua po opakovaných stavech frustrace i stresu, na typologických zvláštnostech osobnosti“* (Krejčířová in Renotierová, Ludíková, 2006, s. 162).

Stejně jako definování osoby s mentálním postižením je velmi složitá i její charakteristika. Velice záleží na stupni mentálního postižení a charakterových vlastnostech osobnosti jedince. Popsat či charakterizovat osobu pouze podle klasifikace mentální retardace nelze, protože tato klasifikace se zaměřuje pouze na úrovni rozumových schopností člověka, tedy na hodnotách jeho IQ. Dle této klasifikace rozdělujeme mentální retardaci na čtyři stupně – lehká, středně těžká, těžká a hluboká mentální retardace. WHO ještě přidává další, pátý, stupeň – jiná mentální retardace, a to u osob, u nichž nelze určit hodnotu IQ většinou kvůli přidruženému postižení (Renotierová, Ludíková, 2006, s. 162; Lečbych, 2008, s. 18).

Jelikož tedy nelze říci, jaký člověk je, jen podle jeho inteligenčního kvocientu, musíme se v charakteristice osobnosti jedince s mentálním postižení zaměřit i na jeho

charakterové vlastnosti či jeho charakter. Charakter můžeme chápat jako *„výsledek výchovy, celek zvyků a pohledů, skrze něž člověk dává přednost jedněm věcem před jinými, charakter je tedy způsob chování s rozličnou hodnotovou tendencí jako výsledek kultivace člověka společností, v níž žije, a jeho zvláštní zaměřenosti a zájmů“*, nebo také jako: *„jádro osobnosti, které je člověku zdrojem odpovědného jednání a hodnocení; podle většiny autorů jde tedy o širší a podrobnější pohled na člověka, než obsahuje jeho pouhé já“* (Hartl, Hartlová, 2004, s. 206). Zjednodušeně řečeno je charakter tedy *„seskupení nejpodstatnějších vlastností osobnosti, jež determinují vztah jedince ke světu – k práci, rodině, společnosti i sobě samému“* (Olejníčková, Pastieriková, Regec, 2010 s. 42).

Mentální postižení se může projevovat mnoha způsoby, mezi nejčastější potom patří: *„zvýšená závislost na rodičích a druhých lidech, infantilnost osobnosti, zvýšená pohotovost k úzkosti, k neurotickým dětským reakcím a pasivitě chování, konformnost se skupinou, sugestibilita a rigidita chování, nedostatky v osobní identifikaci a ve vývoji svého „já“, opožděný psychosexuální vývoj, v nerovnováha aspirací a výkonů, zvýšená potřebě uspokojení a jistoty, poruchy v meziosobních vztazích a komunikaci, snížená přizpůsobivost k sociálním a školním požadavkům, impulzivnost a hyperaktivita nebo celková zpomalenost chování, citová vzrušivost a labilita nálad, poruchy poznávacích procesů, primitivnost a konkrétnost posudků, ulpívání na detailech, snížená mechanická a logická paměť, poruchy vizuomotoriky a pohybové koordinace“* (Krejčířová in Renotierová, Ludíková, 2006, s. 167).

Dalším faktorem, který musíme zohlednit při charakteristice osobnosti, jsou zvláštnosti psychických procesů. Dále záleží na věku jedince a na době, kdy k postižení došlo, na míře podnětnosti sociálního prostředí, v němž žije (Černá a kol., 2009, s. 76).

Ovšem charakterizovat osoby s mentálním postižením jako celek není jednoduché. Stejně jako kterýkoli jiný člověk, tak každá osoba s mentálním postižením je odlišná, má své osobní zvláštnosti.

2.1.1 Specifika psychických procesů

Jak už bylo řečeno, u osob s mentálním postižením musíme zohledňovat jejich zvláštnosti psychických procesů. Mezi tyto psychické procesy patří smyslová percepce, pozornost, paměť, myšlení, řeč, emocionalita a volní vlastnosti (Černá a kol., 2009, s. 76).

Smyslová percepce neboli vnímání osob s mentálním postižení je specifické především *„snížením rozsahu zrakového vnímání a tím ztížení chápání lineární perspektivy, snížením vizuálně-prostorové schopnosti, snížení schopnosti diskriminace figury a pozadí, snížení citlivosti hmatových vjemů, zhoršení koordinace pohybů a opoždění diferenciace fonémů“* (Lečbych, 2008, s. 30). Výraznou zvláštností vnímání je jeho inaktivita. Osoba s mentálním postižením si předměty neprohlíží do detailů, nezajímají ji všechny jeho vlastnosti. Kouká se na věci jen povrchně. Sluchové vnímání má velký vliv na rozvoj řeči, proto se u většiny osob s mentálním postižením objevuje opožděný vývoj řeči. Pokud bude osoba s mentálním postižením v prostředí, které není dostatečně podnětné pro rozvoj jeho vnímání, ještě se zpomalení rozvoje vnímání prohlubuje, a tím se prohlubuje také mentální retardace (Švarcová, 2001, s. 37-38).

Pozornost souvisí s bezprostředním vnímáním a poznáváním. Pozornost osob s mentálním postižením se vyznačuje nízkým rozsahem sledovaného pole, snadnou a rychlou unavitelností a rozptýlitelností. Lidé s mentálním postižením mají také sníženou schopnost přenesení pozornosti mezi více činností najednou, charakteristické je také, že s nárůstem kvantity výkonu narůstá i počet chyb.

Dalším specifickým psychickým procesem osob s mentálním postižením je paměť. Osoby s mentálním postižením si věci zapamatovávají velmi pomalu, na zapamatování potřebují delší časové období a s tím související časté a dlouhodobé opakování. Ovšem i v případě, že si jedinec dané vědomosti zapamatuje, rychle je zapomínají, nepřesně si vybavují a vědomosti neumí ve správnou dobu a správně uplatnit v praxi. *„Příčina pomalého a neaktivního osvojování nových vědomostí, dovedností a návyků spočívá především ve vlastnostech nervových procesů. Slabost spojovací funkce mozkové kůry podmiňuje malý rozsah a pomalé tempo vytváření nových podmíněných spojů a také jejich nepevnost“* (Švarcová, 2000, s. 41).

Lidé s mentálním postižením si také špatně pamatují význam abstraktních pojmů, nerozumí jim a je pro jejich paměť charakteristické to, že se nedovedou cílevědomě učit

a vzpomínat si. Lidé s mentálním postižením využívají spíše paměť mechanickou, která jim neumožňuje selekci podstatného (Švarcová, 2000, s. 41; Valenta, Müller, 2009, s. 37).

Pro myšlení osob s mentálním postižením je charakteristická přílišná konkrétnost, neschopnost abstrakce a generalizace, nepřesnosti a chyby v analýze a syntéze. *„Myšlení je nedůsledné, vyznačuje se slabou řídící funkcí a značnou nekritičností, pojmy se tvoří těžkopádně a úsudky jsou nepřesné“* (Valenta, Müller, 2009, s. 37). U osob s mentálním postižením tedy pozorujeme velmi nízkou úroveň rozvoje myšlení, která velmi úzce souvisí s nedostatečným rozvojem řeči.

Konkrétností v myšlení je v tomto případě myšleno to, že jedinec s mentálním postižením zůstává v myšlení na úrovni jednotlivých názorných obrazů a nedokáže pochopit v nich skryté společné znaky. *„Mentálně postižené dítě spíše vzpomíná, než přemýšlí“* (Švarcová, 2000, s. 39).

„Myšlenky vyjadřujeme pomocí slov, tedy řečí“ (Olejníčková, Pastieriková, Regec, 2010 s. 40). Řeč osob s mentálním postižením je postižena jak po stránce formální tak obsahové. Ve většině případů se jedná o opožděný vývoj řeči, ale může se jednat i o další rozličná narušení řeči. Nejčastěji je řeč charakteristická nedostatky v rozvoji fonematického sluchu, nedostatečnou schopností rozumění a nedostatky v rozvoji artikulace (Olejníčková, Pastieriková, Regec, 2010 s. 40).

Ve většině případů jsou lidé s mentálním postižením emočně nevyspělý, chovají se jako lidé, nebo děti nižší věkové úrovně. U osob s mentálním postižením se setkáváme s velkou citovou otevřeností a spontánním projevem citů. Cizí prostředí, neznámé osoby, podněty či neúměrnost úkolů může vyvolat strach a intenzivní reakce, někdy až panického rázu. Lidé s mentálním postižením se často straní novým a neznámým věcem i činnostem. *„Obecně platí, že city těsně souvisejí s potřebami a jejich uspokojováním. Každý předmět, jev, skutek, který uspokojuje některou potřebu člověka, vyvolává kladné prožitky. Předměty, jevy, skutečnosti, překážející uspokojování potřeb podněcují prožitky záporné“* (Švarcová, 2000, s. 42). City osoby s mentálním postižením jsou často nepřiměřené podnětům, které na osobu působí. Setkáváme se například s reakcemi nepřiměřeně lehkými a povrchními až lhostejnými při prožívání vážných životním situací, nebo s častými změnami nálad, ale častěji se setkáváme s nadměrnou silou prožívání, kdy se jedinec nechce vzdát svojí představy, svého přání

či nějaké věci a nedokáže se od toho odpoutat i když daná představa, přání i věc pozbyla svůj smysl, nebo byla nahrazena něčím jiným či lepším (Švarcová, 2000, s. 43).

V důsledku emoční stránky osob s mentálním postižení se u nich obtížně vytváří morální city jako je svědomí, soucit, povinnosti či pocit odpovědnosti, je proto nutné se v rámci jejich výchovy na tuto skutečnost zaměřit už od začátku, protože jak již bylo řečeno výše, osoby s mentálním postižením potřebují k zapamatování delší dobu a časté opakování a mají problémy poté užít získané vědomosti v praxi.

Poslední a nedílnou součástí osobnosti mentálně postiženého jedince jsou volní vlastnosti, či projevy, mezi něž patří vůle a aspirace *„Ve volních projevech jedinců s mentálním postižením je patrná zvýšená sugestibilita, citová a volní labilita, impulzivnost, agresivita, ale i úzkostnost a pasivita“* (Valenta, Müller, 2009, s. 39) V tomto ohledu je pro osoby s mentálním postižením charakteristická především porucha vůle (dysbulie) či nedostatek vůle (abulie). Typickými příznaky poruch vůle jsou nerozhodnost, nedostatek vůle k zahájení činnosti, nedostatek iniciativy, neschopnost překonávat překážky. Ale projevy této poruchy se neukazují vždy a ve všem, v některých situacích se setkáváme s úplným opakem, kdy jedinec tak moc po něčem touží a nedokáže se od toho odpoutat, že dokáže vynaložit značné úsilí a překonat všemožné překážky, aby docílil svého. *„ Slabost vůle se projevuje v situacích, kdy vědí, jak mají jednat, ale nejsou schopni jednat požadovaným způsobem. Jedinec si nedokáže odříct něco bezprostředně žádoucího ani kvůli věci mnohem zajímavější a důležitější, která je ale místně nebo časově vzdálená“* (Švarcová, 2000, s. 45).

Dalším specifikem je aspirace osob s mentálním postižením neboli sebehodnocení. Pro osoby s mentálním postižením jsou vzhledem k aspirační úrovni charakteristické značné výkyvy na jednu či druhou stranu, tedy k podhodnocování, nebo nadhodnocování se (Valenta, Müller, 2009).

2.2 Definice a charakteristika osob se sluchovým postižením

Pod pojmem osoba se sluchovým postižením se skrývají všechna postižení sluchu, mezi něž patří ze speciálně pedagogického hlediska osoby s nedoslýchavostí, neslyšící, ohluchlý a jedinci se kochleárním implantátem (Langer, Souralová, 2006).

Každé z těchto postižení může mít podobu převodní nebo percepční poruchy či smíšené. Toto rozdělení je závislé na to, kde k poruše sluchu vzniklo. Převodní porucha vzniká poškozením zevního nebo středního ucha, zato porucha percepční vzniká porušením vnitřního ucha nebo sluchového nervu. Smíšená porucha je potom kombinací předchozích dvou možností.

Dále je důležité také kdy k postižení došlo, tedy zda k poruše došlo v období prelingvální nebo postlingválním. Prelingvální postižení sluchu vzniká v období od intrauterního vývoje až po ukončení vývoje řeči jedince. Postlingvální postižení sluchu potom zahrnuje ty poruchy, které vznikly až po ukončení vývoje řeči, kdy je řeč jedince dostatečně osvojena.

Zvláštní a vcelku novou skupinou v oblasti sluchového postižení je skupina osob s kochleárním implantátem. *„U řady těžce sluchově postižených dětí je možné rozvinout mluvenou řeč a jazyk pomocí výkonných sluchadel. Některým dětem však ani tato sluchadla neposkytují dostatek sluchových informací, které jsou nezbytné k osvojení řeči. Právě takovým dětem lze pomoci prostřednictvím kochleárního implantátu“* (Vymlátilová in Škodová, Jedlička, 2007, s. 478).

Neslyšící jedinec je často osobností kulturně deprivovanou. Samozřejmě je plno úspěšných a středoškolsky nebo vysokoškolsky vzdělaných jedinců se sluchovým postižením, ale velká část této populace má problémy ve společenské a pracovním životě. Často je jedinec se sluchovým postižením odkázán na pomoc intaktní společnosti a to především z důvodu potřeby tlumočení (Vymlátilová in Škodová, Jedlička, 2007).

2.2.1 Specifika psychického vývoje

V rámci psychického vývoje jedince se sluchovým postižením můžeme určit několik faktorů, které tento vývoj ovlivňují. Mezi tyto faktory patří: *„závažnost sluchové vady, poznávací procesy, bezděčné učení, sociální chování, poruchy učení,*

přístup rodičů, separace dítěte od rodiny" (Vymlátilová in Škodová, Jedlička, 2007, s. 469-471)

V rámci závažnosti sluchové vady hledíme především na dobu vzniku vady a stupeň ztráty. *„K nejzávažnějším následkům dochází, u hluchoty vrozené nebo získané v raném věku"* (Vymlátilová in Škodová, Jedlička, 2007, s. 469). V takových případech se totiž řeč dítěte spontánně nevyvine, a pokud chceme jedince naučit artikulované řeči, musíme použít speciální výchovné postupy.

Dalším faktorem jsou poznávací procesy, který opět souvisí s vývojem řeči jedince, který ovlivňuje nejen poznávací procesy, ale i socializaci. Vlivem toho, že osoba přijde o jeden z pěti smyslů, v tomto případě se jedná o sluch, nedokáže vnímat konkrétní činnosti všemi možnými postupy. Myšlenkové pochody, a tedy i poznávací procesy, se opírají především o konkrétní činnosti, jako jsou: manipulace s předměty a pozorování.

Slyšící děti získávají všechny druhy informací ze svého okolí a také jsou díky sluchu se svým okolím v nepřetržitém kontaktu. Tyto činnosti jsou nazývány bezděčným či náhodným učením. Ovšem osoby neslyšící nejsou schopny tímto způsobem získávat informace. *„Chybí jim kontinuita dění, což má závažné důsledky nejen pro jejich současné chování, ale i pro chápání událostí a předvídání budoucnosti"* (Vymlátilová in Škodová, Jedlička, 2007, s. 469).

Jak již bylo řečeno, vývoj řeči souvisí jak s poznávacími procesy, tak také se socializací jedince. Osoby se sluchovým postižením se špatně orientují v mezilidských vztazích, nechápou jednání svého okolí. Sociální zkušenosti se k nim dostávají v malém množství a v chaotické podobě. S komunikační schopností tento faktor souvisí z mnoha důvodů, hlavním důvodem je zejména problém s dorozuměním se se slyšící společností, která ve většině případů neovládá znakový jazyk. Dalším důvodem je to, že osoby neslyšící nedokáží vnímat citové zabarvení řeči. Dítě se sluchovým postižením se ve slyšící společnosti může cítit bezbranné, neschopné vyjádřit své potřeby, osamocené, vydělené ze společnosti. Komunikaci se slyšícími osobami jedinec nevnímá jako uspokojivou činnost (Vymlátilová in Škodová, Jedlička, 2007, s. 469-470).

„Mnohé z hlavních příčin postižení sluchu jsou zároveň příčinami dysfunkcí centrálního nervového systému. Jsou to např. nedonošenost, perinatální hypoxie,

zarděnkový syndrom, meningitida, inkompatibilita Rh-faktoru" (Vymlátilová in Škodová, Jedlička, 2007, s. 470). Proto se často vedle sluchového postižení objevují i poruchy učení, ale i jiná přidružená postižení a poruchy.

Velmi důležité k vývoji a socializaci dítěte se sluchovým postižení je přístup jeho okolí a především jeho rodiny. Ve velké většině případů se dítě se sluchovým postižením rodí do slyšící rodiny. Zjištění rodičů že je jejich dítě sluchově postižené je velkým šokem a pro vývoj a socializaci dítěte je důležité, jak rychle a jakým způsobem se s postižením dítěte rodiče vypořádají a zda ho přijmou stejně jako dítě bez postižení.

Poslední faktor uváděný v souvislosti s psychickým vývojem jedince se sluchovým postižením je separace dítěte od rodiny, a to především ve smyslu odloučení dítěte od rodiny z důvodu povinné školní docházky. Specializované školy se totiž zřizují jako internátní a proto více jak polovina sluchově postižené populace žije mimo rodinu již od dětství. Osoba dítěte je v tomto případě poznamenána citovou a podnětovou deprivací (Vymlátilová in Škodová, Jedlička, 2007).

2.2.2 Specifika komunikace

Komunikace osob se sluchovým postižením je specifická jak po stránce orální, mluvené řeči, tak po stránce komunikace pomocí znakového jazyka. A právě komunikací znakovým jazykem se budeme v této kapitole zabývat.

„Jazyk a komunikace tvoří základní složky kultury" (Horáková, 2011, s. 87).

Znakový jazyk nebyl vždy považován za plnohodnotný komunikační systém. Byl považován spíše za doplňkovou formu komunikace. Až výzkumy uskutečněné v 60. letech 20. století prokázaly, že znakový jazyk je plnohodnotným komunikačním systémem, který má svoji vlastní gramatiku a lexikon, které se odlišují od národního jazyka a tedy jsou na něm zcela nezávislé. Co však tyto dva komunikační systémy mají společného je například to, že *„se oba druhy jazyka srovnatelně zpracovávají v operační i dlouhodobé paměti, že srovnatelné jsou procesy jejich osvojování a v podstatě shodné jsou i jejich druhy stratifikace"* (Horáková, 2011, s. 87).

„Český znakový jazyk je přirozený a plnohodnotný komunikační systém tvořený specifickými vizuálně-pohybovými prostředky, tj. tvary rukou, jejich postavením a

pohyby, mimikou, pozicemi hlavy a horní části trupu. Český znakový jazyk má základní atributy jazyka, tj. znakovost, systémovost, dvojí členění, produktivnost, svébytnost a historický rozměr, a je ustálen po stránce lexikální i gramatické" (zákon 384/2008 Sb.).

Znakový jazyk se skládá ze složky manuální, která zahrnuje samotný pohyb ruky, tvar ruky, místo, kde se znak ukazuje a orientaci ruky a nemanuální složky, kam zahrnujeme mimiku, gestikulaci a další nonverbální prostředky. *„ Obě tyto složky při komunikaci existují simultánně, to znamená, že vzhledem k trojrozměrnosti artikulačního prostoru lze jednotlivé znaky provádět současně. Tímto se znakový jazyk zásadně odlišuje od jazyka mluveného"* (Horáková, 2011, s. 75). Stejně jako u slyšící společnosti je i u neslyšících komunikace omezena pouze slovní zásobou komunikujících, ale lidé se sluchovým postižením mají oproti slyšící společnosti menší slovní zásobu, což je může v určité míře omezovat v tématech komunikace.

Největším nedostatkem znakového jazyka je to, že jej ze slyšící společnosti ovládá jen velmi malá část a proto je komunikace pomocí znakového jazyka většinou omezena jen na osoby se sluchovým postižením. Tento nedostatek bohužel omezuje osoby se sluchovým postižením v každodenním životě.

Jelikož je znakový jazyk samostatným komunikačním systémem má stejně jako čeština svoji formu abecedy. Písmena jako taková jsou v ní stejná jako v českém jazyce a stejně tak jsou stejná v písemné podobě, ale odlišují se v podobě mluvené, tedy v případ jazyka znakového v podobě vizuálně-motorické. V rámci znakování se taková písmena, či abeceda nazývají daktylem, či daktylní, prstovou abecedou. Daktyl se užívá jak v interkulturní, tak intrakulturní komunikaci. „*Využívá různých poloh a postavení prstů, které zastupují jednotlivá písmena abecedy a používají se současně s mluvenou řečí. Používá se zejména pro odhláskování jmen, cizích slov, odborných termínů pro které zatím neexistují znaky ve znakovém jazyce apod."* (Martinková, Hanáková, Stejskalová, 2010, s. 18).

V některých zemích, mezi něž patří i Česká republika, existuje prstová abeceda jednoruční i dvouruční. Jinde se užívá pouze jednoruční abeceda. Jednoruční prstová abeceda je tedy abeceda artikulovaná pouze jednou rukou, je složitější, méně přehledná a v komunikaci se slyšící společností prakticky nepoužitelná, protože znaky pro jednotlivá písmena se nepodobají skutečným písmenům. Naopak obouruční prstová abeceda je artikulovaná oběma rukama a jednotlivé znaky se podobají tvaru velkých

tiskacích písmen. Proto lidé se sluchovým postižení upřednostňují v komunikaci se slyšící společností právě obouruční prstovou abecedu, ale ve školách pro sluchově postižené a při logopedické péči se výhradně využívá jednoruční prstové abecedy. Celkově je ale komunikace pomocí prstové abecedy, ať už jednoruční nebo obouruční, velmi pomalá a zdlouhavá.

2.3 Definice a charakteristika osob se zrakovým postižením

Podle Světové zdravotnické organizace je osoba se zrakovým postižením ta, *„která má postižení zrakových funkcí trvající i po medicínské léčbě anebo po korigování standardní refrakční vady a má zrakovou ostrost horší než 0,3 (6/18) až po světlocit, nebo je zorné pole omezeno pod 10 stupňů při centrální fixaci, přitom tato osoba užívá nebo je potenciálně schopna používat zrak na plánování a vlastní provádění činnosti“* (Martinková, Hanáková, Stejskalová, 2010, s. 66-67). Jednodušeji řečeno je osoba se zrakovým postižením, každá osoba, která i přes veškeré lékařské zákroky a opatření má problémy s vnímáním zrakem a se získáváním informací pomocí zraku.

Stejně jako u jiných typů postižením i zrakové postižení má svoji klasifikaci, své vlastní dělení. Asi nejčastěji se užívá dělení na základě stupně sluchové vady. Z hlediska speciálně pedagogického rozlišujeme čtyři stupně zrakového postižení:

1. osoby nevidomé,
2. osoby se zbytky zraku,
3. osoby slabozraké,
4. osoby s poruchou binokulárního vidění.

Tímto způsobem jsou zrakové vady klasifikovány podle centrální zrakové ostrosti, nebo spíše podle jejího poklesu. Zraková ostrost se zapisuje zlomkem, ve kterém čitatel znamená vzdálenost, ze které jedinec čte a jmenovatel označuje vzdálenost, ze které by měl číst.

Nevidomost dále můžeme ještě dělit na praktickou nevidomost, skutečnou nevidomost a plnou nevidomost. Za osoby nevidomé se považují osoby s poklesem zrakové ostrosti pod 3/60 až po světlocit. Pokud bychom chtěli jednodušeji vysvětlit jednotlivé stupně nevidomosti, mohli bychom říci, že praktická nevidomost, je nejlehčím stupněm nevidomosti a plná slepota tím, nejtěžším.

Praktická nevidomost je charakteristická poklesem zrakové ostrosti pod 3/60 až po světlocit a/nebo poklesem binokulárního zorného pole, což znamená omezení

zorného pole na úroveň tzv. trubicového vidění (chybí periferní vidění). (Martinková, Hanáková, Stejskalová, 2010; Růžičková (ed.), 2007)

Skutečná nevidomost znamená pokles zrakové ostrosti pod 1/60 až po světlocit, nebo pokles binokulárního vidění, který je nižší než u praktické nevidomosti.

A úplná slepota znamená stav, kdy jedinec vnímá světlo, ale s chybnou projekcí, až po stav, kdy jedinec úplně ztratil světlocit.

Kategorie osob se zbytky zraku je spíše zahrnována do klasifikace speciálně pedagogické, než lékařské. Jejich charakteristika je totiž z lékařského hlediska velmi nepřesná. Osoby se zbytky zraku se pohybují někde mezi osobami těžce slabozrakými a osobami s praktickou nevidomostí. *„Zbytky zraku jsou souhrnné označení pro stupeň poškození vidění, které umožňuje hrubou orientaci v osvětleném prostoru. Částečné vidění se v průběhu života může měnit jak ve směru zhoršení, tak ve směru zlepšení“* (Růžičková (ed.), 2007, s. 10). Ve většině případů však dochází ke ztrátě zrakových funkcí a i to je důvodem, proč osoby se zbytky zraku využívají jak techniky pro slabozraké, tak pro nevidomé.

Slabozrakost je taková porucha, kdy pokles zrakové ostrosti je ireverzibilní a je na lepším oku pod 6/18 až po 3/60 včetně. Slabozrakost bývá navíc ještě většinou doprovázena dalšími vadami či poruchami. Mezi ně můžeme zařadit například světloplachost nebo poruchu barvocitu.

A poslední skupinou jsou osoby s poruchou binokulárního vidění. Tato porucha je charakteristická pro dětskou populaci. Binokulární vidění je schopnost spojit obrazy ze sítnic obou očí v jeden trojrozměrný obraz. Mezi tyto poruchy řadíme strabismus (šilhavost) a amblyopii (tupozrakost). Hlavní výhodou těchto poruch je to, že je možné je napravit pomocí tzv. pelopticko-ortoptickým cvičením.

Strabismus můžeme charakterizovat jako *„stav, kdy při fixaci určitého předmětu na blízko nebo do dálky se osy vidění neprolínají v tomtéž bodě…Strabismus je hlavně porucha funkční, navenek provázena asymetrickým postavení očí“* (Růžičková (ed.), 2007, s. 11).

Amblyopie je *„ v užším smyslu označení sníženého vidění oka, v němž objektivně nemůžeme prokázat žádné anomálie. V širším slova smyslu znamená snížené vidění jakéhokoli stupně – vyjma slepotu – které nelze korigovat optickou korekcí“* (Růžičková (ed.), 2007, s. 11). Nutno ještě dodat, že tupozrakost se většinou objevuje pouze na jednom oku.

2.3.1 Důsledky zrakového postižení

Zrakové postižení se promítá do všech složek běžného života člověka. Nejvíce omezuje jedince v oblasti kognitivní, motorické a psychosociální. Samozřejmostí je, že nemůžeme zcela jasně určit, jak bude zrakové postižení ovlivňovat každého člověka, velice záleží jak na typu, stupni zrakového postižení, tak také na příčině a době vzniku.

Autoři se zpravidla pokoušejí zevšeobecnit důsledky zrakového postižení na všechny osoby se zrakovým postižením, což je velmi složité. Škála důsledků je velmi široká a tyto zevšeobecněné důsledky jsou u každého jedince odlišné svojí intenzitou a individuálním vlivem.

Jako takové základní důsledky zrakové ztráty můžeme zařadit: informační deficit, obtíže při prostorové orientaci a samotném pohybu, nutnost využívání kompenzačních činitelů a kompenzačních pomůcek, pomalejší pracovní tempo, rychlejší unavitelnost a nutnost zohledňování zrakového postižení při výběru školy, či povolání.

Z hlediska psychické stránky člověka má zrakové postižení vliv na emocionálně volní i charakterovou sféru. Negativně je ovlivněno také formování a rozvoj sociálních vztahů a úroveň interpersonální komunikace a interakce. Také nesmíme zapomenout na v dnešní době stále aktuálnější otázku socializace a integrace osob se zrakovým postižením, která je a ještě dlouho bude velkým problémem a velkou nedořešenou otázkou jak ze strany intaktní společnosti, tak ze strany zrakově postižených (Martinková, Hanáková, Stejskalová, 2010).

Nyní se ale vrátíme k jednotlivým důsledkům zrakového postižení a v rychlosti si je charakterizujeme.

Převážnou část informací z prostředí získáváme zrakem, což ovlivňuje ve velké míře život člověka se zrakovým postižením, a tudíž dochází k informačnímu deficitu a zkreslení charakteru přijímaných informací. Tento deficit lze do určité míry kompenzovat využitím náhradních mechanismů.

U všech typů a stupňů zrakového postižení je postižena prostorová orientace a pohyb. Nejvíce je to samozřejmě viditelné u osob nevidomých. Informace nezbytné k orientaci v prostoru člověk získává zrakem, a pokud je tato složka narušena, musí využít co možná nejvíce možných kompenzačních činitelů a pomůcek, které mu pomohou se lépe zorientovat a usnadní mu pohyb v prostoru. S tímto problémem se

osoby se zrakovým postižením setkávají po celý svůj život, a proto je nezbytné zařazení prostorové orientace již od dětství do výuky.

Jak již bylo zmíněno v předchozím odstavci, jedinci se zrakovým postižením využívají kompenzační pomůcky a kompenzační činitele. Kompenzačními činiteli rozumíme kompenzační činitele vyšší a nižší. Mezi nižší kompenzační činitele řadíme sluch, hmat, chuť, čich, tedy zbývající smysly, vyššími kompenzačními činiteli potom rozumíme schopnosti, znalosti, vlastnosti a osobnost člověka.

Kompenzačními pomůckami se zabývá obor tyflotechnika, *„který pomocí technických pomůcek, přístrojů a zařízení pomáhá zrakově postiženým kompenzovat ztrátu zrakového vnímání“* (Růžičková (ed.), 2007, s. 13).

V důsledku omezení zrakového vnímání jsou osoby se zrakovým postižením charakteristické pomalejším pracovním tempem a zvýšenou unavitelností očí i celého organismu a zvýšenou namáhavostí zrakové práce. Ať už má jedinec jakýkoliv stupeň postižení vždy pro něj práce, při které musí používat zrak, znamená, že bude potřebovat více námahy pro získání, zpracování, uchování a výdej informací.

A posledním ze základních důsledků zrakové ztráty je volba školského zařízení a následná volba povolání. Problém s výběrem školy je na rodičích dítěte se zrakovým postižení. Musí si zvolit, co bude pro jejich dítě lepší, zda vzdělávání ve škole, pro žáky se zrakovým postižením, či integrace do základní školy. Dále pro volbu povolání již může sám člověk zasáhnout a zvolit si směr, kterým by se jeho život měl ubírat, ale vždy tu asi bude určité znevýhodnění v mnoha oblastech.

2.4 Definice a charakteristika osob s narušenou komunikační schopností

„Komunikační schopnost je schopnost člověka vědomě a podle patřičných norem používat jazyk jako systém znaků a symbolů v celé jeho komplexnosti a ve všech jeho formách, a to s cílem realizace určitého komunikačního záměru“ (Kerekrétiová, 2009, s. 21). Komplexností v této definici rozumíme využívání všech jazykových rovin. A pokud jde o formy komunikace, myslíme tím komunikaci verbální i neverbální.

„Komunikační schopnost člověka je narušena tehdy, jestliže některá jazyková rovina jeho projevů (případně i několik rovin simultánně nebo sukcesivně) působí interferenčně vzhledem k jeho komunikačnímu záměru. Přitom může jít o fonetico-fonologickou, morfologicko-syntaktickou, lexikálně-sémantickou nebo pragmatickou komunikační rovinu jazyka“ (Lechta in Škodová, Jedlička, 2007, s. 23).

Narušená komunikační schopnost je velmi široký pojem, zahrnuje spoustu poruch, které se mohou projevovat po stránce verbální i neverbální, také v rámci složky expresivní i receptivní. Poruchy řeči mohou být trvalé či přechodné, vrozené, či získané. Často se také narušení komunikační schopnosti objevuje jako symptom jiného postižení či narušení, nebo se vyskytuje jako dominující narušení. Narušená komunikační schopnost může být orgánového nebo funkčního charakteru a může se jednat o narušení částečné či úplné. Mimo tyto možnosti ještě můžeme říci, že narušená komunikační schopnost se může objevit v každém věku, není tedy podmínkou, jak si většina populace myslí, že je narušená komunikační schopnost pouze problémem dětí. Stejně tak se objevuje v dospělosti, nejčastěji vlivem úrazu, nemoci, cévní mozkové příhody, a ve stáří k vlivům vzniku narušené komunikační schopnosti můžeme přidat ještě degenerativní onemocnění. (Lechta in Škodová, Jedlička, 2007; Neubauer in Škodová, Jedlička, 2007)

Jak je vidět v předchozím odstavci, možností rozdělení a klasifikace narušené komunikační schopnosti je plno, proto se ustálilo dělení narušené komunikační schopnosti na deset základních kategorií:

1. vývojová nemluvnost – narušený vývoj řeči, vývojová dysfázie;
2. získaná orgánová nemluvnost – afázie;
3. získaná psychogenní nemluvnost – mutismus;
4. narušení zvuku řeči – rinolálie, palatolalie;
5. narušení fluence řeči – balbuties, tumultus sermonis;

6. narušení článkování řeči – dysartrie, dyslálie;
7. narušení grafické stránky řeči – specifické poruchy učení;
8. symptomatické poruchy řeči;
9. poruchy hlasu – dysfonie, afonie;
10. kombinované vady a poruchy řeči (Lechta in Škodová, Jedlička, 2007).

2.4.1 Narušená komunikační schopnost a její specifika v komunikaci

V této kapitole se pokusíme o stručné seznámení s vybranými poruchami komunikačních schopností a jejich vlivem na osobnost a psychický vývoj.

Vývojová dysfázie, neboli specificky narušený vývoj řeči *„se projevuje ztíženou schopností nebo neschopností se naučit verbálně komunikovat, i když podmínky pro rozvoj řeči jsou přiměřené“* (Škodová, Jedlička 2007, s. 110).

Typická pro vývojovou dysfázii je nižší úroveň verbálního projevu, malá aktivní slovní zásoba, nerovnoměrnost v užívání jednotlivých slovních druhů, narušení vnímání distinktivních rysů hlásek. Hlavním symptomem jsou ale dysgramatismy, dysprozodie, dysrytmie a dysmuzie. Mezi další příznaky, které ovlivňují vývoj osobnosti jedince, můžeme zařadit také poruchy krátkodobé paměti, porucha pozornosti, hyperaktivita. Právě kvůli těmto symptomům bývají jedinci s dysfázií v komunikaci většinou velmi pasivní, sami nenavozují rozhovor, jsou spíše posluchači. Jako děti často komunikují raději neverbální formou komunikace, což bývá většinou jediná možnost jak se dorozumět se svým okolím. I ve starším věku bývají tito jedinci v komunikaci hodně ostýchavý a často spoléhají na někoho blízkého. (Martinková, Hanáková, Stejskalová, 2010)

„Afázie je porucha řeči, jejíž příčinou je poškození mozku na základě cévních mozkových příhod (tzv. mozkové mrtvice), úrazů mozku, mozkových nádorů aj.“ (Čecháčková in Škodová, Jedlička, 2007, s. 147).

„Většina afatiků je schopná určité, více nebo méně omezené komunikace“ (Cséfalvay, Traubner, 1996, s. 17). Symptomů afázie existuje mnoho, ale mezi ty základní řadíme:

1. poruchy plynulosti řeči,
2. poruchy pojmenování,

3. řečové automatismy,
4. perseverace,
5. agramatismy,
6. parafázie,
7. poruchy porozumění řeči a
8. poruchy čtení a psaní (Cséfalvay, Traubner, 1996).

Ztráta nebo omezení komunikační schopnosti pro pacienta znamená obrovské trauma, nemá jen narušenou komunikační schopnost, ale také poraněnou duši, proto se musíme při terapii zaměřit i na psychoterapii. Jedinec s afázií má narušené sociální vazby, trpí depresemi, pocity méněcennosti, nedokáže se často se svým okolím dorozumět, protože mu jeho okolí nerozumí, nebo naopak on nerozumí tomu, co je mu řečeno. Můžeme se také setkávat s pacienty úzkostlivými, či naopak agresivními. Jelikož je tedy afázie získané narušení komunikační schopnosti, hodně záleží na tom, kdy toto poškození vzniklo, v jakém stádiu psychického vývoje se jedinec nacházel, ve které části mozku došlo k poškození a co vše bylo poškozeno (Cséfalvay, Traubner, 1996; Čecháčková in Škodová, Jedlička, 2007).

Z hlediska psychiky jedince se jedná o velmi různorodé postižení, u kterého nelze jednotně specifikovat, jak se jedinec bude projevovat.

„Dyslalie je neschopnost používat jednotlivé hlásky či skupiny v mluvené řeči podle stanovených ortoepických norem“ (Salomonová in Škodová, Jedlička, 2007, s. 332). Jednodušeji řečeno, jedinec s dyslalií netvoří hlásky na správném místě. Dyslalie je nejčastěji se vyskytujícím typem narušené komunikační schopnosti. Tento jev, tedy nesprávná výslovnost hlásek, patří k vývojovým stupňům řeči, ovšem vývoj výslovnosti by měl být ukončen kolem 5. roku věku dítěte. Pokud v této době dítě ještě některé hlásky tvoří špatně, jedná se o tzv. prodlouženou fyziologickou dyslalii, která ale trvá maximálně do 7. roku věku dítěte. Poté se již jedná o dyslálii v pravém slova smyslu (Lechta, 2010; Salomonová in Škodová, Jedlička, 2007).

I když se dyslalie považuje za nejlehčí druh narušené komunikační schopnosti, i ona působí negativně na psychiku jedince. Stejně jako u jiných poruch musíme přistoupit co možná nejdříve k terapii dyslalie, která v nejlepším případě začíná před nástupem dítěte do školy. Již v tomto období si dítě uvědomuje, že něco není zcela v pořádku, a to jej může znepokojovat. Chyby ve výslovnosti mohou působit rušivě na komunikačního partnera, ve škole mohou tyto děti dokonce podávat výkony

neadekvátní jejich schopnostem, setkáváme se také s případy, kdy se dyslalie projeví do psané formy komunikace. Pro správný psychický vývoj dítěte je důležité, aby jeho okolí neupozorňovalo na jeho chybnou výslovnost. Pokud se dítě setkává s negativními reakcemi, s výsměchem neustálým opravováním jeho promluvy, může se stáhnout do sebe, vyhýbá se situacím, ve kterých má mluvit, trpí pocity méněcennosti. Pokud dyslalie přetrvává i do pozdějšího věku může způsobit i problémy při volbě povolání.

U všech narušení komunikační schopnosti, stejně jako u jakéhokoli jiného postižení se setkáme s jeho vlivem na psychiku a psychický vývoj jedince, ale koktavost a mutismus mají tuto stránku zakořeněnou již ve svých symptomech.

U koktavosti se setkáváme se třemi základními symptomy, a to s dysfluencí, nadměrnou námahou a psychickou tenzí. *„Pokud jde o psychickou tenzi, charakterizuje ji zejména nepříjemný pocit vnitřní nejistoty, tísně, frustrace, vyvedení z míry: psychický diskomfort, který souvisí s aktuální nutností řečové komunikace, s představou potřeby budoucí řečové komunikace nebo s vybavením si selhání při řečové komunikaci v minulosti“* (Lechta, 2010, s. 290). Někdy i sebemenší známky dysfluence mohou být doprovázeny depresemi, či problémy v sociální adaptaci. Jedinec s koktavostí tedy může trpět neustálým pocitem nejistoty či strachem z komunikace. Dysfluence i psychická tenze se zhoršují v náročných komunikačních situacích, jedinec často už dopředu předvídá, že bude mít s komunikací problém, protože se s něčím takovým již v minulosti setkal, čímž vlastně zmenšuje své možnosti na úspěch v komunikaci. S psychickou tenzí a dysfluencí úzce souvisí i třetí ze symptomů, nadměrná námaha. Každá promluva vyžaduje určitou námahu, ale u jedince s koktavostí se jedná o nadměrnou námahu, kterou musí vyvinout i při běžné promluvě. Tento symptom se projevuje tzv. narušeným koverbálním chování. Projevy jsou postřehnutelné většinou v každé komunikační situaci. Projevuje se svalovým napětím, fyzickým úsilím při překonávání artikulačních bloků, nápadnou gestikulací, grimasami, vegetativními příznaky apod. (Lechta, 2010).

„Mutismus je všeobecně pokládán za hraniční problematiku mezi logopedií, foniatrií a psychiatrií. V psychiatrické terminologii je chápán jako symptom. Znamená nepřítomnost nebo ztrátu řečových projevů, které nejsou podmíněny organickým poškozením centrálního nervového systému“ (Škodová in Škodová, Jedlička, 2007, s. 207). Mutismus se nejčastěji definuje jako *„ztráta schopnosti verbálně*

komunikovat"(Martinková, Hanáková, Stejskalová, 2010, s. 42). Příčinou této spíše psychiatrické než logopedické poruchy bývá neurotická reakce na nějaký mimořádný zážitek, může také být projevem psychotického onemocnění, vzniká také po těžkém psychotraumatu, či jako výsledek přetěžování, v důsledku těžkých stresových situací, vyčerpanosti, úleku, rozčilení, vzrušení apod. (Škodová in Škodová, Jedlička, 2007).

Tato porucha bývá doprovázena *„nadměrným studem, úzkostnými poruchami v rodinné anamnéze, sociofobií, strachem či sociální rozpačitostí, sociální izolací nebo odtažitostí, negativismem, záchvaty vzteku, řídícím anebo odporujícím jednáním"* (Martinková, Hanáková, Stejskalová, 2010, s. 42 - 43).

I přesto, že rozlišujeme více druhů mutismu, všechny ale spojuje to, že jedinec nemůže komunikovat i když chce a to, že hlavní příčina neschopnosti se verbálně komunikovat je zakotvena v psychice jedince. (Škodová in Škodová, Jedlička, 2007)

Posledním typem narušené komunikační schopnosti, kterým se zde budeme zabývat, jsou poruchy hlasu. Poruch hlasu je velké množství, můžeme je ale rozdělit na poruchy organické a funkční. Do organických poruch můžeme zařadit záněty, nádory, poruchy inervace, hormonální poruchy, úrazy a anomálie hlasového ústrojí. Mezi funkční poruchy patří poruchy z přemáhání hlasu, psychogenní poruchy a hlasové neurózy. Veškeré poruchy hlasu se projevují především chrapotem neboli dysfonií. (Jedlička in Škodová, Jedlička, 2007)

Hlas, který je odlišný a vzbuzuje pozornost, může komunikačního partnera odpoutávat od obsahu sdělení, může vyvolávat negativní pocity a reakce okolí, a tím působí interferenčně vzhledem ke komunikačnímu záměru a může negativně ovlivnit celkovou kvalitu života jedince.

Poruchy hlasu jsou podmíněny psychosomaticky. Jedinec se za svůj hlas může stydět, být terčem výsměchu. Může se objevit pocit méněcennosti, tyto osoby jsou uzavřené, zakřiknuté, mlčenlivé, vyhýbají se různým aktivitám, i těm, které přímo nesouvisí s jejich řečovým projevem. Tímto způsobem se mohou připravovat o možnosti interpersonální komunikace a rozvoj komunikačních dovedností. Jiným způsobem reakce na poruchy hlasu je agrese. Jedinec může svoji poruchu vnímat jako postižení a kompenzuje si své nedostatky agresivním chováním, vzdorovitostí, snahou prosadit si své za každou cenu. K upoutání pozornosti na sebe používá kromě nevhodného chování i velmi hlasitý projev, překřikování či prosazování se jako vůdce. Jedinci s poruchami hlasu mají často ale také snížené sebevědomí, vyhýbají se

diskuzím, rozhovorům. Přístup jedince k jeho poruše hlasu je rozhodující pro jeho navazování sociálních kontaktů, či výběr povolání. (Lechta, 2010)

2.5 Definice a charakteristika osob s omezením hybnosti

Omezení hybnosti *„vzniká poškozením nosného a pohybového ústrojí (kosti, klouby, šlachy, svaly) nebo nervového ústrojí (mozek, mícha, periferní svalstvo). Z hlediska času vzniku může jít o tělesné postižení vrozené nebo získané v kterémkoli období života“* (Kollárová in Lechta (ed.), 2010, s. 236). Autorka v této definici sice užívá termínu tělesné postižení, ale v současné době se již užívá spíše termínu omezení hybnosti.

Omezení hybnosti je většinou navenek viditelné a nápadné. Jedná se především o odlišnosti v neúměrnosti velikosti jednotlivých částí těla, odlišnosti ve tvaru trupu a končetin, či chybění končetin nebo jejich částí. (Kollárová in Lechta (ed.), 2010).

Toto postižení či omezení, má velký vliv i na psychický vývoj jedince. Promítá se jak do oblasti poznávacích procesů, vůle, emocionality, tak i do oblasti sociálních vztahů a celkově i sociální kontaktu. Hodně velká část populace si ještě pořád myslí, že člověk s omezením hybnosti je postižen i po mentální stránce, ale pokud se nejedná o kombinované postižení, může se jedinec v rámci svého intelektu nacházet v okolí hraničního pásma ale i v pásmu vysokého nadprůměru či geniality, nebo někde mezi tím. Ovšem na mentálním vývoji dítěte závisí také to, zda žije v podnětném prostředí, či je izolován. V případě izolace se může jeho mentální vývoj opožďovat či může být omezený, což se zase odráží i ve vývoji řeči.

2.5.1 Specifika psychiky osob s omezením hybnosti

Zvláště v případech získaného omezení hybnosti nastává v životě jedince náročná životní situace, ale nemusí se jednat pouze o získanou formu, stádiem vyrovnávání se se svým omezením si prochází i jedinci s vrozeným omezením hybnosti. Odlišnost osob s omezením hybnosti je *„do jisté míry zbavuje možnosti zapojení do řady běžných každodenních činností a zábav“* (Kraus, Šandera, 1964, s. 118).

V mimořádných životních situacích člověk poznává sám sebe, své tělo, mravní normy, seznamuje a identifikuje se s pozicí ve společnosti, uvědomuje si co je schopen zvládnout.

Osoby s omezením hybnosti reagují na tuto náročnou životní situaci rozdílně. Někdo se stává závislým na jiné osobě – rodiče, učitelé, vychovatelé, zdravotníci. Jiný člověk se brání formou agravace, tedy zveličováním vlastních pohybových a zdravotních potíží ve snaze vyhnout se plnění úkolů. V některých případech se můžeme setkat také s případem, kdy jedinec *„záměrně snižuje význam a závažnost svého postižení ve snaze o společenské uplatnění“* (Kábele, Kollárová, Kočí, Kracík, 1992, s. 49).

Člověk s omezením hybnosti má zvýšené předpoklady podlehnout negativním afektivním projevům, mezi něž patří, zvýšená citlivost na chování okolí, vztahovačnost, zvýšený sklon k pasivitě, pesimismu, depresi. Často tito lidé pociťují také nedostatek uspokojení a štěstí a mají sklony k samotářství.

A co vede k těmto negativním projevům osobnosti? Kromě samotné náročné životní situace jako takové může tyto reakce spouštět plno menších činitelů. Kraus a Šandera (1964) popisují, že reakce osob s omezením hybnosti se odvíjí od emocí, tužeb a pohnutek jedince, které se neliší od těch, které má intaktní společnost, dále od nemožnosti či menší možnosti ztotožnit se s širším společenským okolím, což může vést k samotářství jedince.

Jak už bylo řečeno výše, osobnost člověka s omezením hybnosti určují především náročné životní situace. Ovšem tyto situace se většinou neobejdou bez stresu a pocitu frustrace. Jedinec touží v této situaci po jistotě a zachování prestiže, avšak doprovází ho nejistoty a obavy z posměchu. Náročná životní situace se tedy neobejde bez stresu, ke kterému vede velká psychická zátěž jedince a stres zase vede k frustraci. O frustraci mluvíme tedy *„když člověk narazí v životě na vážnou překážku, která mu pak dlouhodobě brání uspokojit důležité životní potřeby“* (Kraus, Šandera, 1964, s. 123-124). K pocitům frustrace tedy dochází v případě neuspokojování potřeb jedince, což v případě osob s omezením hybnosti je jejich tělesný nedostatek.

3 Přístup společnosti k osobám se zdravotním postižením

„Od začátku lidské společnosti byli mezi jejími členy jedinci, kteří se odlišovali od ostatních vzhledem, smyslovými i tělesnými vadami, duševním stavem, či chorobami. Jednotlivci i celá společnost se vždy nějakým způsobem musela vyrovnávat se svými takto odlišnými členy, tento vztah se však v průběhu dějin proměňoval v závislosti na vývoji společnosti“ (Vágnerová, Hadj-Mousová, Štech, 2000, s. 7).

Abychom mohli pochopit, jaký byl a jaký je postoj společnosti k osobám se zdravotním postižením musíme si ujasnit, co v utváření postoje k čemukoliv a komukoliv ovlivňuje každého z nás. Nejvíce nás ovlivňuje sama společnost, *„osobnost člověka utváří v kontaktu a pod vlivem ostatních členů jeho sociální skupiny“*(Vágnerová, Hadj-Mousová, Štech, 2000, s. 7). Společnost je utvářena nebo spíše i sama utváří určitá pravidla, normy, hodnoty, které se dostávají do podvědomí každého jedince žijícího v této společnosti. Tyto hodnoty, normy, pravidla vznikají v rámci kultury dané společnosti a jsou podmíněny historicky. Tedy kultura a její pravidla určují co je žádoucí a co nežádoucí v dané společnosti a také ovlivňuje posuzování ostatních členů společnosti, i členů se zdravotním postižením. Člověk je těmto pravidlům, hodnotám a normám podřízen. Jednoduše řečeno, co se bude v dané společnosti jevit jako běžné, známé, odlišné či cizí, určuje kultura společnosti a její zvyky, hodnoty, pravidla a normy. Jako známé bude lidská společnost chápat to, co je pro ni běžné, co zná, co se od běžného stavu neodlišuje.

„Společenský tlak na konformitu, na přizpůsobení se tomu, co je v dané společnosti běžné, se samozřejmě vztahuje i na vnímání a přijímání jednotlivých členů společnosti. Ti, kteří nejsou jako všichni ostatní, kteří se odlišují, a to nejen chování, ale i svým fyzickým vzhledem či jinými charakteristikami, jsou zpravidla vnímáni jako cizí, ohrožující nebo nebezpeční“ (Vágnerová, Hadj-Mousová, Štech, 2000, s. 8). Proto se i vztah společnosti k osobám se zdravotní postižením utváří již od pradávna a neustále se bude vytvářet, měnit a s vlivem integračních a inkluzivním tendencí snad i neustále zlepšovat.

3.1 Historie přístupů

Obecně mluvíme v rámci přístupů společnosti k osobám se zdravotním postižením o čtyřech fázích, či stádiích. Jedná se o stádium represivní, charitativní, humanitní a rehabilitační a preventivní. Můžeme se setkat i s jinými děleními, ale vždy se v podrobnějším popisu jedná o to stejné

Ve společnosti v období antiky nebyly ještě stanoveny všechny normy, tak jak je známe dnes. Za dobré se v této době považovalo vše, co bylo životaschopné a tím posilovalo životaschopnost skupiny. Za zlé potom to, co z pohledu životaschopnosti ohrožovalo skupinu. Již v antické společnosti, ve staré Spartě se rozhodovalo, které novorozeně přežije a které ne, dělili se podle předpokládané pozdější zdatnosti ve vojenské službě. *„U některých primitivních kmenů docházelo k zabíjení dětí, které se narodili příliš brzy po předchozím a matka je nemohla současně kojit“* (Vágnerová, Hadj-Mousová, Štech, 2000, s. 10). Antická společnost usmrcovala a odkládala jedince se zdravotním postižením z důvodu obav o zajištění své rodiny. Ovšem nejednalo se pouze o zdravotně postižené děti, ve stejném situaci se ocitali často i narozené dcery či staří lidé. V době vlády císaře Konstantina bylo od těchto praktik ustoupeno, zabití dítěte se posuzovalo jako vražda příbuzného, ale místo usmrcení měli rodiče, nebo spíše v této době otec, právo na mírné tělesné trestání dítěte (Renotierová, Ludíková, 2005).

Ale nejen v antické společnosti se osoby se zdravotním postižením likvidovali nebo segregovali. Dělo se tak i u jiných národů, například Kartagiňané je topili v moři, Indové v řekách. Kočovné národy postižené neusmrcovali, nebo neusmrcovali přímo, ale když opouštěly svá sídliště tak tam osoby se zdravotním postižením zanechali, někdy dokonce i s nějakým množstvím potravy, ale stejně byly tito jedinci odsouzeni na smrt.

Důvody narození dítěte s postižením byly dříve většinou neznámy a přičítaly se negativním vlivům jako uhranutí, očarování matky apod.

Ve středověku v tzv. charitativním období se především ve jménu křesťanské lásky objevuje péče o osoby s postižením a opravdové pokusy o pomoc. Postupně se tedy začala do podvědomí postižení dostávat boží vůle, a to především vlivem náboženských představ židovsko-křesťanských. Lidé v tomto smyslu chápaly postižení jako boží vůli, ať už v podobě boží zkoušky nebo trestu. Již ve Starém i Novém zákoně se setkáváme s přístupem k osobám i zvířatům se zdravotním postižením, ale zatím

v podobě zavržení. *„Na druhé straně se ve středověku objevuje postižený jako předmět soucitu a křesťanské lásky, ze které vyplývá nutnost péče o něj“* (Vágnerová, Hadj-Mousová, Štech, 2000, s. 11).

Období charitativního postoje společnosti dalo vzniknout prvním útulkům pro osoby se zdravotním postižením, kde jim byly poskytovány alespoň základní životní prostředky. Jelikož ale bylo v této době postižení chápáno spíše jako boží trest, někteří náboženští představitelé tvrdili, že o takovou osobu není třeba pečovat a tím jí prodlužovat bolest a strádání na tomto světě, protože po smrti v životě věčném se mu dostane blaženosti. V tomto období se ve velkém počtu vyskytovalo postižení tělesné, v dnešní terminologii omezení hybnosti, které bylo jak vrozené, tak v mnoha případech získané z důvodu hojného počtu válek. Tito jedinci, kteří byly segregováni z obcí a měst se někdy živili jako žebráci a zloději a stávali se postrachy krajů. Říká se, „každá mince má dvě strany“, to platilo i pro středověkou společnost v tomto období. Neustále zde přetrvávaly představy a zvyky z období předchozího, ale na té druhé straně se již opravdu objevovaly počátky péče o osoby se zdravotním postižením v pravém slova smyslu.

Jedinci se zdravotním postižením byly odedávna zavrhováni, byly pro společnost odpudivými, ale pro svoji odlišnost zároveň na sebe přitahovali pozornost společnosti. V dřívějších dobách byly postiženým jedincům připisovány dokonce magické a zvláštní schopnosti. Svým způsobem si někteří zajišťovali místo ve společnosti, například byly šamany apod.

Celkově období renesance a českého humanismu bylo charakteristické snahami o návrat k antické kultuře i vzdělanosti. Toto období znamenalo i pokrok v přístupu k osobám se zdravotním postižením, a to především ve smyslu vzdělavatelnosti. Pro všechny to byl „krok do neznáma“ a samozřejmě se objevovaly různé názory. Především ze strany feudálů a vládnoucích vrstev byla možnost vzdělávání těchto jedinců zavrhována z důvodu strachu, že by se mohlo rozšířit vzdělání i mezi nevolníky a robotnický lid. I přes veškeré obavy byl vysloven požadavek na všeobecné a všestranné vzdělávání pro všechny, který je připisován především osvícenským názorům Jana Amose Komenského.

Pod vlivem děl a myšlenek Jana Amose Komenského a jiných myslitelů se tedy začaly objevovat snahy o vzdělávání nejdříve tělesně a smyslově postižených dětí. Tito

jedinci byly vzdělávání v ústavech pro ně zřízených, kde je vyučovali především učitelé a vychovatelé dětí se zdravotním postižením z prominentních feudálních rodin.

Poslední stádium, stadium rehabilitační a preventivní péče, bychom mohli časově zařadit již do současných přístupů k osobám se zdravotním postižení, i když od doby těchto snah jsme se již posunuli o kousek dále.

Z celé této historie vznikly i jisté mýty o osobách se zdravotním postižení a některé převládají ve společnosti dodnes. Pastieriková, Regec (2010, s. 28-32) uvádí ve vztahu k osobám s mentálním postižením například tyto mýty:

„Lidé s mentálním postižením jsou jako „děti“, a jako s dětmi s nimi musíme i jednat.“

„Člověk s mentálním postižením (anebo s postižením obecně) je pro rodinu neštěstím.“

„Lidé s mentálním postižením jsou agresivní, nevyzpytatelní a nebezpeční.“

„Lidé s mentálním postižením nejsou schopni se vzdělávat.“

„Člověk s mentálním postižením není schopný se samostatně rozhodnout, proto potřebuje vedle sebe někoho, kdo bude rozhodovat za něj.“

„„Zdravé“ děti nejsou ochotné přijmout mezi sebe postiženého kamaráda.“

Martinková, Hanáková, Stejskalová (2010, s. 49) uvádí také jeden mýtus o osobách s narušenou komunikační schopností: *„…koktavost vzniká leknutím se z Mikuláše a čerta nebo setkáním se zlým psem…“*.

Ve vztahu k osobám se zrakovým postižením se zas objevuje například mýtus o tom,

„…že všichni nevidomý mají od přírody lepší sluch, často i absolutní hudební sluch a hmat…“

„…že nevidomý vidí jen tmu…“

„Používáním se zrak slabozrakému člověku ještě více kazí“

„Slepí od narození mají vyvinutý zvláštní smysl pro vnímání překážek…“

„Ve společnosti nevidomého by se nemělo mluvit o barvách a jiných zrakových vjemech. Obratům jako: „podívej se“, „uvidíme se“ apod. je třeba se důsledně vyhnout.“

„Na nevidomého musíme mluvit nahlas a zřetelně.“

„V bytě nevidomých nemají obrazy a zrcadla co dělat.“

Jako další zažité mýty můžeme zmínit například to, že „každý kdo nosí brýle je zrakově postižený“, nebo „každý kdo chodí s holí je nevidomý“. (Martinková, Hanáková, Stejskalová, 2010, s. 58, 66, 68, 91).

3.2 Současnost

„Vztah k postiženým je výrazem tolerance k odlišnosti“ (Vágnerová, Hadj-Mousová, Štech, 2000, s. 13).

Humanitní snahy vzdělávání se promítají do ještě ne tak dávné minulosti. Na počátku 20. století se objevují snahy o odborné vzdělávání a přípravu na povolání. Současně s tím přichází snahy o preventivní péči a to díky rozvíjející se zdravotnické péči. Tyto snahy provází myšlenka, že je lepší nějaké chorobě, postižení předejít, než se jej snažit potom odstranit či napravit. Také se v rámci této péče dále rozvíjí některé zdravotnické obory jako například genetika.

V současné době se v rámci tématu přístup společnosti k osobám se zdravotním postižením setkáváme se třemi základními pojmy, a to socializace, integrace a inkluze.

3.2.1 Socializace

„Socializace osobnosti člověka je proces pasivního i aktivního sociálního učení, v němž si člověk osvojuje (internalizuje) určitý systém kulturních poznatků, norem a hodnot, sociálních rolí, způsobů chování a jednání, jež mu umožňují začlenit se úspěšně do určité společnosti a aktivně se účastnit společenského života“
(Psychologie v teorii a praxi. [online]. [cit. 2015-04-17]. Dostupné z: http://rudolfkohoutek.blog.cz/0912/socializace-cloveka).

„Socializace je proces, který se realizuje na základě interakce mezi jedinci a společností“ (Vágnerová, Hadj-Mousová, Štech, 2000, a. 158). Tedy socializace je začlenění jedince do společnosti. Je to proces, kterým jedinec rozvíjí svoji osobnost, získává a osvojuje si hodnoty, normy a pravidla dané společnosti. Socializace se realizuje během celého života, ne jen v dětství. Člověk se neustále musí něčemu učit, něco poznávat a nějakým způsobem patřit do společnosti. Socializaci můžeme rozdělit do tří etap:

1. *„ první etapa, kdy se dítě identifikuje s matkou;*
2. *Pro druhou etapu je charakteristické to, že se chce jedinec osamostatnit a najít své místo ve společnosti;*
3. *V rámci poslední etapy se jedinec začleňuje do širších sociálních vztahů a systému sociálních rolí, které už nejsou vymezeny pouze životem v rodině, ale vstupem do dalších sociálních skupin“* (Procházka, 2012, s. 91).

První socializační skupinou, se kterou přichází člověk do kontaktu je rodina. V rámci rodiny můžeme mluvit o tzv. primární socializaci. Rodina dítěti předává základní hodnoty, normy a cíle. Všechny socializační procesy jsou realizovány verbálním i neverbálním způsobem. Jedinci se v rodině setkávají s různými modely chování a učí se jim nápodobou, což může být pro osobu se zdravotním postižením značně obtížné nebo dostupné jen v omezené míře.

Sekundární socializace nastává v momentě, kdy se jedinec ocitá mezi svými vrstevníky a zapojuje se s nimi do sociálního dění nejčastěji v předškolním a školním zařízení. V rámci sekundární socializace jsou na dítě kladeny vysoké nároky, jelikož se zde musí realizovat v roli žáka i spolužáka. Dítě v období vstupu do školního zařízení se musí zvládnout vypořádat s jinou autoritou, než jsou jeho rodiče, musí se naučit zvládat tlak požadavků výchovně vzdělávacího procesu, ale co je především důležité, musí podstoupit komunikaci a interakci se svými spolužáky a tím uspokojit své potřeby. (Procházka, 2012)

Proces socializace může být narušen v některých oblastech, jedná se o oblast rodinnou a oblast psychických a somatických dispozic jedince. Socializace dítěte s postižením je odlišná než socializace jakéhokoli jiného dítěte. *„Již v počátcích vývoje dochází k ovlivňování postojů společnosti a z nich vyplývajícího chování“* (Vágnerová,

Hadj-Mousová, Štech, 2000, s. 159). Jedinec se zdravotním postižením má již od společnosti předurčenou sociální roli, která obsahuje souhrn jeho vlastností, projevů, jež jsou mu připisovány jen z důvodu jeho zdravotního postižení. Tyto stereotypy jsou ve společnosti zakořeněny odedávna, ale bohužel je jimi představa intaktní společnosti o osobách se zdravotním postižením značně zkreslena. Dokud budou ve společnosti přetrvávat tyto představy, nemůže se nikdy ve velké míře změnit její přístup k osobám se zdravotním postižením. Vše ale začíná v rodině, která nemá žádné zkušenosti s jedincem se zdravotním postižením a je třeba, aby se co nejdříve v této problematice zorientovala a získala potřebné informace.

3.2.2 Integrace

Pojem integrace pochází z latinského slova integer – nenarušený, úplný. S tímto pojmem se setkáváme v každodenním životě ve všech oborech, nejen ve spojení se speciální pedagogickou (Jeřábková a kol., 2013). Jesenský (1995, s. 12) definuje integraci jako: *„Soužití postižených a nepostižených při přijatelně nízké míře konfliktnosti vztahů těchto skupin“*. Kolektiv autorů ve slovníku cizích slov (2005) charakterizuje integraci jako *„sjednocení, ucelení, splynutí, proces spojování ve vyšší celek; začlenění, zapojení“*.

V rámci speciální pedagogiky můžeme integraci chápat ze dvou pohledů, jako integraci širší a dílčí. Širší integraci můžeme chápat ve smyslu socializace, tedy jako *„obecné začlenění lidí s postižením či znevýhodněním do majoritní společnosti“* (Jeřábková a kol., 2013, s. 8). Pod pojmem dílčí integrace se skrývají jednotlivé oblasti lidského života. Patří sem například školská integrace, integrace v zaměstnání, integrace ve sportu apod.

V souvislosti s osobami se zdravotním postižením se nejčastěji setkáváme s pojmem integrace ve smyslu integrace školní. Tu můžeme dále dělit na devět stupňů:

1. *„plná integrace – v jakémkoli výchovně vzdělávacím prostředí bez použití speciálních pomůcek a s vysokým sociálním statusem,*
2. *podmíněná integrace – v jakémkoli výchovně vzdělávacím prostředí s použitím osobních kompenzačních a reedukačních pomůcek a s vysokým sociálním statusem,*

3. *snížená integrace – vázaná na technické a jiné úpravy výchovně vzdělávacího prostředí, používání speciálních pomůcek a s mírně sníženým sociálním statusem,*
4. *ohraničená integrace – v technicky upraveném výchovně vzdělávacím prostředí, s použitím speciálních pomůcek a s výběrovým uplatňováním speciálních metod, se sníženým sociálním statusem,*
5. *vymezená integrace – upravené výchovně vzdělávací prostředí, s použitím speciálních pomůcek a s pravidelným uplatňováním speciálních metod v průměrném rozsahu, při uchování přijatelného sociálního statusu,*
6. *redukovaná integrace – upravené výchovně vzdělávací prostředí, s použitím speciálních pomůcek a s pravidelným uplatňováním speciálních metod v převládajícím rozsahu, při přijatelném sociálním statusu,*
7. *narušená integrace – upravené výchovně vzdělávací prostředí, s použitím speciálních pomůcek a s pravidelným uplatňováním speciálních metod v plném rozsahu při zachování integračních cílů a obsahů, při sníženém sociálním statusu,*
8. *segregovaná výchova a vzdělání – v upravených podmínkách, s použitím speciálních pomůcek, s uplatněním speciálních metod v plném rozsahu se zachováním integračních cílů a obsahů s omezeným sociálním statusem,*
9. *vysoce segregovaná výchova a vzdělání – ve speciálně upraveném prostředí s použitím pomůcek, s uplatněním speciálních metod v plném rozsahu při uplatnění redukce integračních cílů a obsahů a s podstatně omezeným sociálním statusem"* (Jesenský, 1995, s. 17-18).

Pokud se tedy zaměříme na školskou integraci, je třeba říci, že se na území naší republiky začali již v počátcích minulého století objevovat snahy o vybudování institucí, kde se budou vzdělávat jedinci se speciálními vzdělávacími potřebami. Jednalo se spíše o pokusy a dohady zda vůbec tyto děti vzdělávat, než o to jak je zdělávat a kde. Ale i přes to se objevili i první pokusy o integraci, tedy o vzdělávání postižených, tehdy dětí s tělesným postižením, a intaktních dětí v Praze v Jedličkově ústavu. V této době se setkáváme, sice jen velmi ojediněle a jen jako s jakýmsi provizorním řešením, se vzděláváním dětí se speciálními vzdělávacím potřebami ve školách běžného typu. Neustále se ale společnost snažila o vybudování speciálního vzdělávacího systému (Michalík, 2000).

Po roce 1950, kdy vznikl obor speciální pedagogika, se české školství úplně rozchází na dvě části a žáci se speciálními vzdělávacími potřebami jsou již vzděláváni pouze ve školách pro ně zřízených. Ovšem i přesto že byla zřízena tato školská zařízení, ne všem dětem se zdravotním postižením bylo dovoleno se plně vzdělávat. Většinou se jednalo o žáky s omezením hybnosti, se zdravotním oslabením či o žáky dlouhodobě nemocné, kteří byly zákonem osvobozování od povinnosti docházet do školy a většinou potom byly zařazováni do tehdejších ústavů sociální péče. *„Tehdejší speciální instituce si kladly za cíl připravit děti se zdravotním postižením na život v běžné společnosti. Jejich cílem bylo dosáhnout integrace v pozdějším věku. Z dnešního pohledu se jednalo o volnou obdobu sociální integrace“* (Michalík, 2000, s. 72). Podle toho úryvku by se dalo usoudit, že se v České republice můžeme „pyšnit“ integrací jedinců se zdravotním postižením již plno let, ale opak je pravdou. Sice se o integraci společnost neustále snažila, ale nikdy v této době nemohlo dojít k integraci v pravém slova smyslu. A to především z důvodu že jedinci zařazení a žijící v ústavech sociální péče nebo jedinci odříznutí od svých rodin vlivem vzdělávání na speciálních školách, kde museli žít na internátu, měli zpřetrhány vazba a vztahy s přirozeným prostředím i s intaktní společností.

Školská integrace je asi nejprozkoumanějším a nejpropracovanějším odvětvím integrace jako takové. Dle vyhlášky 73/2005 Sb. můžeme integraci rozdělit na dvě formy. Formu skupinové integrace a individuální integrace. *„Individuální integrací se rozumí vzdělávání žáky v běžné škole, nebo v případech hodných zvláštního zřetele ve speciální škole určené pro žáky s jiným druhem zdravotního postižení“* (Vyhláška č. 73/2005 Sb., §3). *„Skupinovou integrací se rozumí vzdělávání žáka ve třídě, oddělení nebo studijní skupině zřízené pro žáky se zdravotním postižením v běžné škole nebo ve speciální škole určené pro žáky s jiným druhem zdravotního postižení“* (Vyhláška č. 73/2005 Sb., §3).

Ještě v dnešní době není problém integrace zcela vyřešen a ne každému je jasné co by taková integrace měla znamenat. V České republice je neustále velkým problémem to, že integrace jako taková není legislativně vymezena, i když vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami upravuje vyhláška školského zákona, ale stále není jasné především, pro koho je integrace vhodná a pro koho ne.

3.2.3 Inkluze

V posledních letech se do popředí v otázkách osob se zdravotním postižením dostává pojem inkluze. Někteří autoři uvádí, že inkluze je potřebným doplňkem integrace a že znamená de facto vytvoření prostředí, které bude podnětné i pro jedince se zdravotním postižením a ve kterém nebude jeho odlišnost překážkou. Například Michalík (in Müller, 2001) uvádí, že oba pojmy mohou být zaměněny a tudíž mají velice podobný význam.

Oproti tomu Slowík (2007) uvádí, že mezi integrací a inkluzí je zásadní rozdíl, ale ani on úplně neodmítá užívání obou pojmů v podobném významu. *„Centrálním myšlenka inkluzivního přístupu spočívá v přesvědčení, že být odlišný je normální“* (Jeřábková a kol., 2013, s. 9).

Jinými slovy inkluze znamená to, že všichni lidé na Zemi jsou si rovni a mají stejná práva a povinnosti a je přirozené, že nejsou všichni stejní. Každý člověk se něčím liší, ať už je to po zdravotní stránce, nebo jen barvou vlasů či očí. Pro nikoho není potřeba vytvářet odlišné přístupy a není potřeba se pokoušet jedince se zdravotním postižením někam začleňovat, jelikož by měl být automaticky každý člověk začleněn plnohodnotně do společnosti bez ohledu na jeho odlišnosti. *„Pouze v situacích, kdy je to nezbytně nutné, nastupuje adekvátní pomoc a podpora“* (Slowík, 2007, s. 32).

Finková a kol. (2013) uvádí, že se *„s termínem inkluze ve středoevropském kontextu setkáváme stále častěji v souvislosti s různými minoritami. Jedná se především o minority či menšiny náboženské, národnostní, jazykové a etnické. Přehlédnout však nelze ani osoby se zdravotním postižením, v jejichž případě se pak inkluze spojuje zejména s oblastí vzdělávání a s procesem socializace“*.

Lechta (ed., 2010) uvádí trojdimenzionální chápání inkluze v porovnání s integrací:

1. inkluze se ztotožňuje s integrací,
2. inkluze je chápána jako vylepšená integrace s optimálnějšími podmínkami,
3. inkluze je nová kvalita přístupu k osobám se zdravotním postižením, je odlišná od integrace, jelikož bezpodmínečně akceptuje speciální potřeby všech dětí.

Stejně jako u integrace i v rámci inkluze se u nás nejvíce mluví o tzv. inkluzivní pedagogice. Inkluzivní pedagogiku můžeme definovat jako obor pedagogiky, který se

zabývá možnostmi všestranné edukace osob se zdravotním postižením v podmínkách běžných škol. (Lechta in Michalík a kol., 2012). Dle Lechty (in Michalík a kol., 2012) je hlavním problémem to, že tyto možnosti, či podmínky optimální edukace se v naší edukační praxi vytváří velmi těžko. Aby byla idea inkluzivní pedagogiky úspěšná, musí se nejprve utvořit potřebné podmínky pro skutečné, celoplošné a úspěšné inkluzivní vzdělávání, ale tento vývoj probíhá velmi pomalu. V našich nynějších podmínkách nemůžeme ještě hovořit o ukončené a kompletní realizaci inkluze. Jak již výše Slowík i Michalík poukazovali, v našich podmínkách se prozatím dá o inkluzi a integraci hovořit jako o dvojtvaru, z něhož by se měla skutečná inkluze postupně vyvinout.

Někdy se o inkluzivní pedagogice, či inkluzivním vzdělávání hovoří také jako o inkluzivním edukačním konceptu. Tento koncept je charakteristický tím, že již společnost a její jednotlivé členy nedělí na ty se speciálním potřebami a na ty ostatní, ale chápe společnost jako heterogenní skupinu, která má různé individuální potřeby a odlišnosti. Tento koncept inkluzivního vzdělávání velmi zjednodušeně říká, že integrace znamená to, že od dítěte je vyžadováno větší přizpůsobení škole. Znamená to tedy, že *„integrace zahrnuje přípravu žáků na začlenění do běžných škol: žák se musí přizpůsobit škole a nepředpokládá se, že škola sama se musí změnit, aby dokázala pojmout větší heterogenitu, různorodost žáků“* (Lechta (ed.), 2010, s. 29). Oproti tomu inkluze se dle Lechty (ed., 2010) snaží přizpůsobit výchovně vzdělávací prostředí dítěti.

K celkové inkluzi je potřeba radikální změny školství a je třeba, aby každý jedinec společnosti byl touto společností automaticky chápán jako její plnohodnotný člen. S velkou pravděpodobností tento proces utváření a realizování inkluze v České republice bude trvat ještě řadu let.

II PRAKTICKÁ ČÁST

4 Výzkumné šetření a vyhodnocení dotazníků

V této části diplomové práce se budeme zabývat cíli práce, popisem užité metody výzkumného šetření. Dále se zmíníme o výběru respondentů a časovém harmonogramu celého výzkumného šetření a na závěr se pokusíme o přehledné vyhodnocení získaných informací a tyto výsledky budou sestaveny do přehledných grafů a tabulek.

4.1 Východiska a cíle

Hlavním cíle výzkumného šetření diplomové práce bylo zjistit, jak vnímají lidé se zdravotním postižením přístup intaktní společnosti k sobě samému i ke svému zdravotnímu postižení. Výzkumné šetření má i dílčí cíle, mezi něž především patří například zjištění, co nejvíce osobám se zdravotním postižením vadí na přístupu společnosti, nebo lidé jakého povolání se k nim v životě chovali nejhůře.

4.2 Popis vybrané metody

Pro účely výzkumného šetření této práce jsme zvolili dotazníkovou metodu. Dotazník je: *„soustava předem připravených a pečlivě formulovaných otázek, které jsou promyšleně seřazeny a na které dotazovaný (respondent) odpovídá písemně“* (Ničkovič in Chráska, 1998, s. 89).

Dotazník bývá často kritizován pro svoji neschopnost zjistit, jací respondenti doopravdy jsou, ovšem nespornou výhodou je rychlé shromažďování dat od velkého počtu respondentů.

Námi vytvořené a použité dotazníky (viz příloha č. 1) nejsou standardizované, sestavila je sama autorka diplomové práce.

Aby byla zachována naprostá anonymita respondentů byly dotazníky distribuovány po předchozí e-mailové domluvě na chráněná pracovní místa, do sociálních podniků, do denních a týdenních stacionářů, do středních škol, především odborných učilišť a do domovů pro osoby se zdravotním postižením. Dotazníky poté byly do těchto zařízení dle domluvy rozeslány e-mailem nebo poštou.

Dotazník je určen pro osoby se zdravotním postižením, popřípadě může být vyplněn za spolupráce asistenta, či zákonného zástupce, pokud toho jedinec sám není schopen. V úvodu dotazníku seznamujeme respondenty s cílem dotazníkového šetření, s tématem diplomové práce a hlavně s tím, že veškeré údaje jsou anonymní a budou použity pouze za účelem výzkumu k diplomové práci.

Jelikož se v diplomové práci zabýváme všemi typy postižení, museli jsme otázky dotazníkového šetření upravit a zjednodušit, aby bylo možné jeden dotazník využít pro všechny respondenty a všem byl srozumitelný. V prvních pěti otázkách zjišťujeme základní údaje o osobě. Například pohlaví, typ zdravotního postižení, věk, zda studuje, či je zaměstnána a jakou školu navštěvovala. Dále se již zaměřujeme na otázky dotazující se na přístup intaktní společnosti k jejich osobě a vliv zdravotního postižení na tento přístup a navazování kontaktu s okolím.

Převážná většina otázek je uzavřeného typu, kde respondenti vybírají z několika možností, ale objevuje se zde i jedna otázka otevřená, která je ale závislá na odpovědi v předchozí otázce.

4.3 Výběr respondentů a kritéria výběru

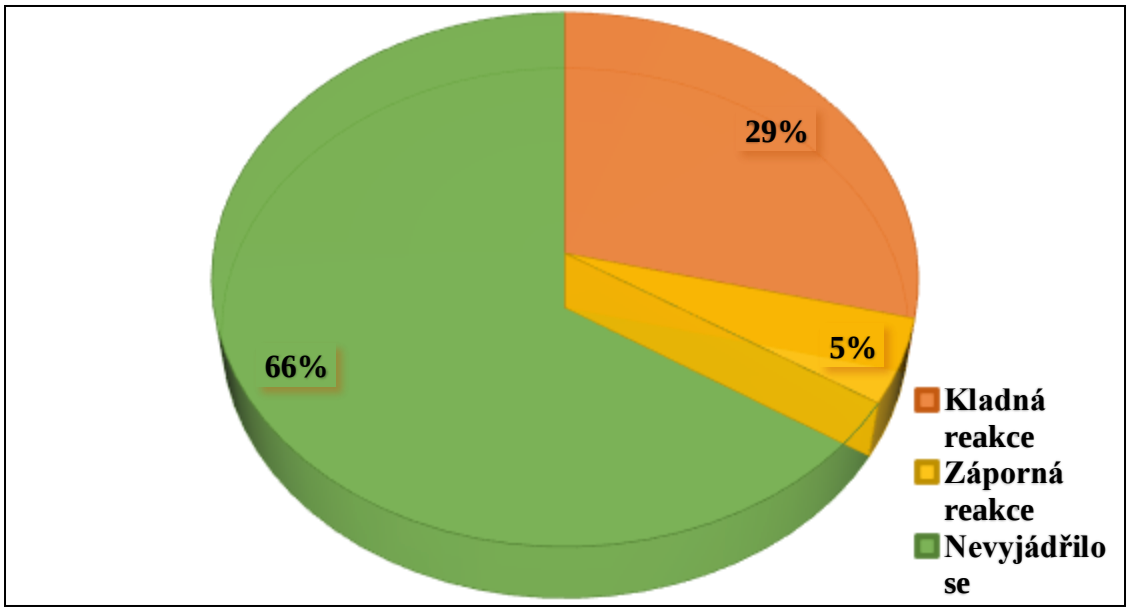
Jak již bylo řečeno výše, jako respondenty jsme oslovili studenty, klienty a zaměstnance různých organizací v celé České republice. Pro účely této práce jsme si jako vhodné respondenty zvolili osoby se zdravotním postižení ve věku od 15 let. Nejnižší hranici 15 let jsme zvolili z důvodu rychlejšího získání vyplnění dotazníků, jelikož v tomto věku již nebylo potřebné žádat o souhlas s vyplněním zákonné zástupce.

A proč jsme zvolili právě zaměstnance, klienty a studenty těchto organizací? Hlavní důvod byl ten, že jsme se chtěli zaměřit na osoby se zdravotním postižením pohybující se častěji v intaktní společnosti, ale především to, že se v těchto organizacích a institucích nachází velké množství osob se zdravotním postižením různého typu. Tudíž bylo nejvíce pravděpodobné, že bude návratnost dotazníků alespoň uspokojivá.

4.4 Časový harmonogram

Dotazník a samotné otázky do něj byly postupně sestavovány v průběhu ledna a února 2015. Konečná podoba dotazníků byla rozeslána respondentů, respektive do zařízení začátkem března téhož roku. Doba pro možnost vyplnění dotazníků a zaslání zpět byla jeden měsíc.

Z 97 oslovených organizací a institucí, se 28 vyjádřilo kladně k možnosti výzkumného šetření, 5 se vyjádřilo záporně a zbylých 64 na naši žádost nijak nereagovalo. Nakonec se nám vrátilo 124 řádně vyplněných dotazníků.



Graf č. 1: Reakce na možnost vyplnění dotazníků.

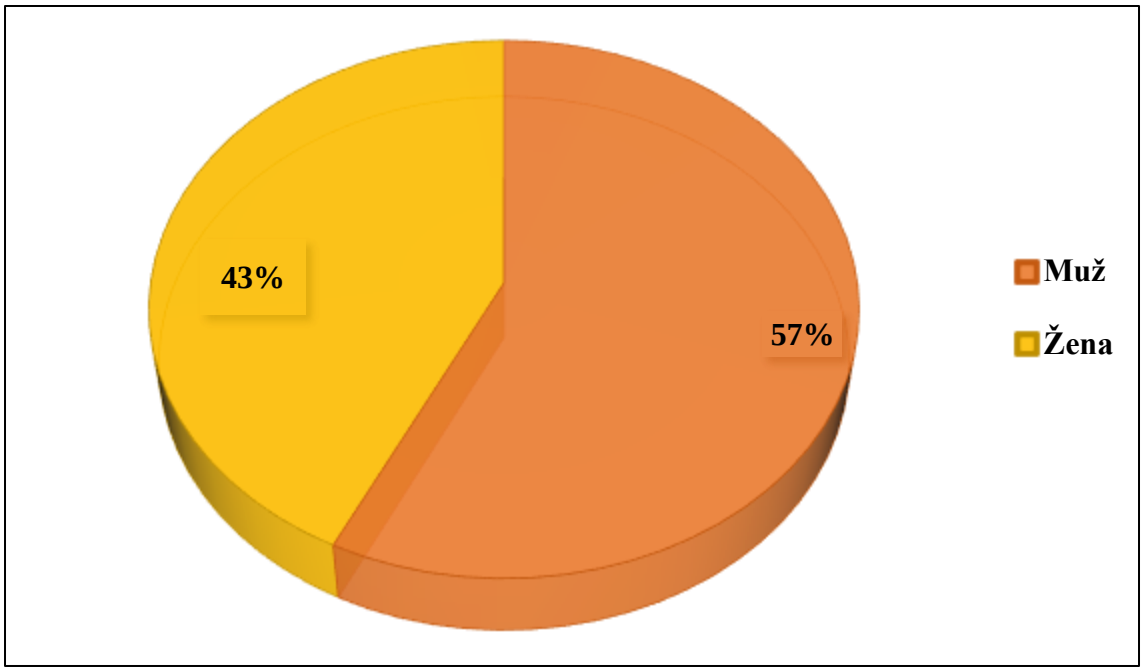
4.5 Zpracování výsledků dotazníkového šetření

Pro zpracování výsledků dotazníkového šetření jsme vybrali otázky z dotazníku, které jsou přehledně vyobrazeny v grafech a tabulkách.

V první řadě jsme se zaměřili na prvních pět otázek, díky kterým se o respondentovi dozvídáme podrobnější informace, ale tyto otázky nejsou považovány za stěžejní pro téma této diplomové práce.

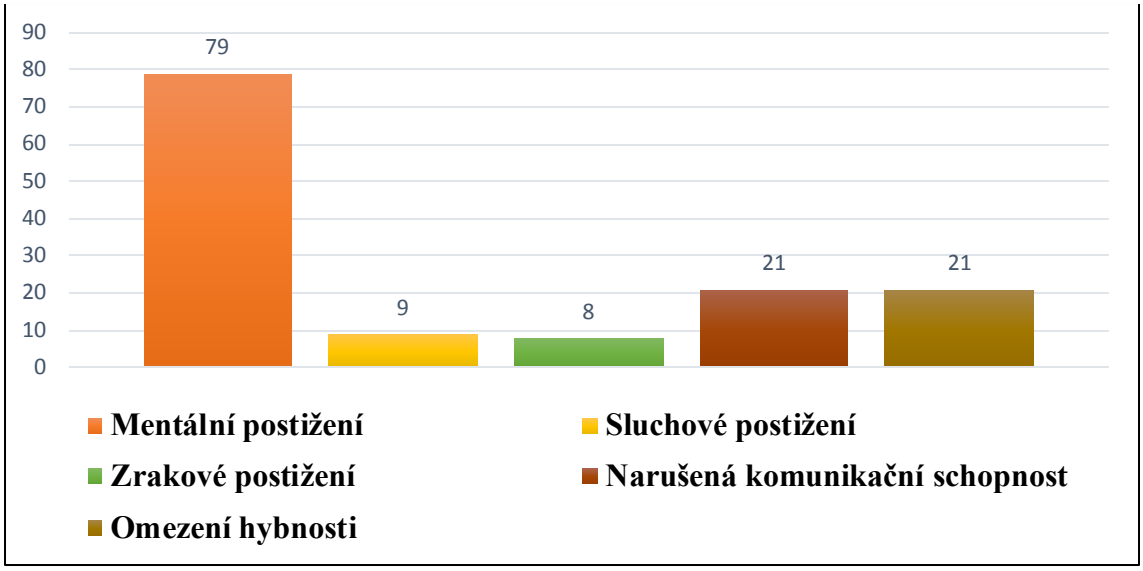
V grafu č. 2 znázorňujeme poměr, v jakém odpovídali v dotazníkovém šetření ženy a muži. Ze 100% navrácených dotazníků jich byla více než polovina (57%) od

osob se zdravotním postižením mužského pohlaví. Zbylých 43% dotazníků vyplnili ženy.



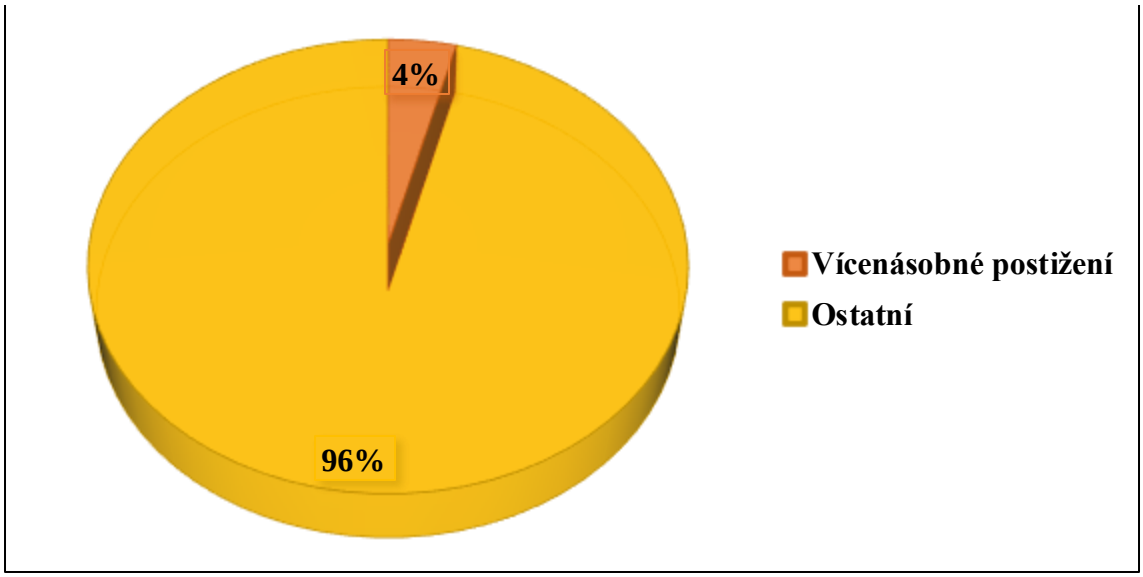
Graf č. 2: Pohlaví respondentů.

V dalším grafu je znázorněno, jaké zdravotní postižení respondentů převažovalo ve zpracovávaných dotaznících. Jak můžeme zřetelně vidět, převažovaly dotazníky od osob s mentálním postižením. To může být způsobeno převahou kladných odpovědí na možnost vyplnění dotazníku z odborných učilišť a domovů pro osoby se zdravotním postižením. Druhého největšího počtu potom dosáhlo narušení komunikační schopnosti a omezení hybnosti.



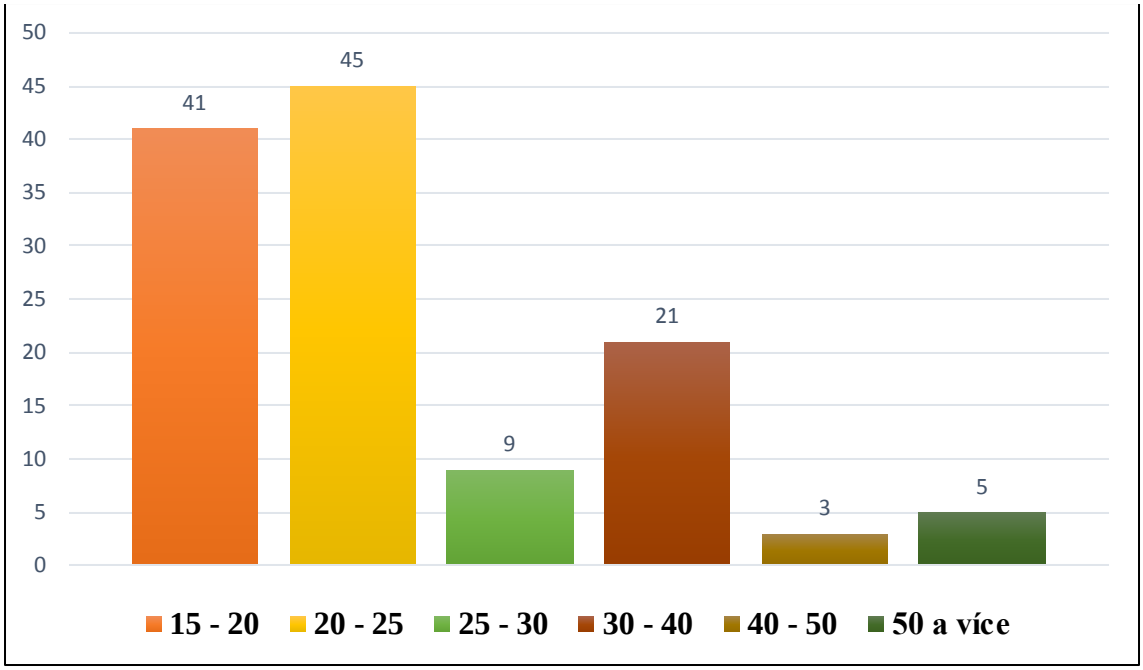
Graf č. 3: Zdravotní postižení respondentů.

Pět respondentů ze 124 dokonce odpovědělo, že trpí postižením více vadami, což z celkového počtu tvoří cca 4% odpovědí. Dva z respondentů označili narušenou komunikační schopnost a mentální postižení, jeden respondent označil sluchové postižení a omezení hybnosti, další narušenou komunikační schopnost a omezení hybnosti a poslední z těchto pěti respondentů trpí mentálním postižením, narušenou komunikační schopností a omezením hybnosti.



Graf č. 4: Poměr vícenásobného postižení respondentů a ostatní respondentů s jedním typem zdravotného postižení.

Další otázka byla zaměřena na věk respondentů. Jak můžeme vidět v grafu níže, nejvíce respondentů odpovídá věkovému rozmezí 20 – 25 let (cca 36,3%), jen o 4 respondenty méně (41 respondentů) měla potom odpověď 15 – 20 let (cca 33%). A jako třetí nejpočetnější skupina v našem dotazníkovém šetření je věková skupina 30 – 40 let (cca 17%).



Graf č. 5: Věk respondentů.

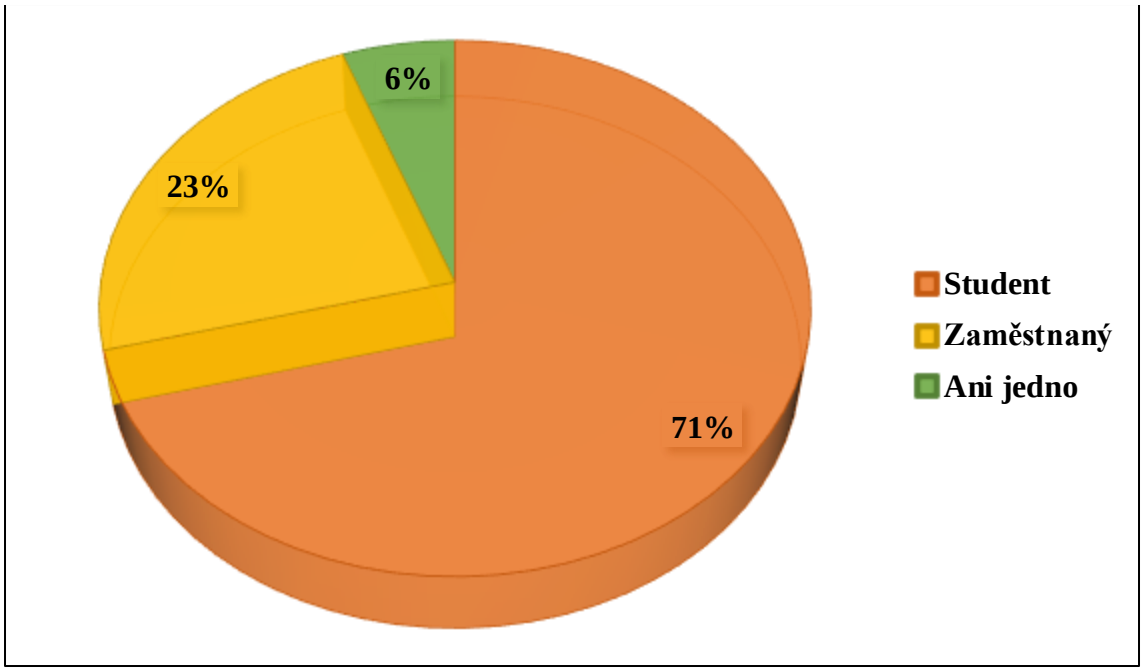
Poslední z prvních pěti otázek byla otázka, ve které jsme se zaměřovali na povolání respondentů, tedy spíše na to, kolik respondentů je z některého školského zařízení, kolik jich je zaměstnáno v sociálním podniku a kolik jich ani nestuduje ani nepracuje.

Největší počet vyplněných dotazníků (cca 71%) bylo podle výsečového grafu níže vyplněno studenty, tedy ve školských institucí, kterými byla střední odborná učiliště a odborná učiliště, čemuž odpovídá i graf č. 3, jelikož po důkladnějším prostudování většina těchto studentů označilo jako své zdravotní postižení mentální postižení. Toto nám bylo také potvrzeno od paní učitelek, které se nabídli k dohledu nad vyplňováním dotazníků. Poměr jednotlivých zdravotních postižení u studentů, kteří

odpovídali na otázky výzkumného šetření, můžete vidět v přehledné tabulce č. 1 pod grafem č. 6.

Zbylých 29% respondentů je rozděleno mezi osoby pracující (23%) a mezi ty, kteří ani nestudují, ani nepracují (6%).

Pokud bychom údaje v grafu chtěli znázornit v číslech, tak z celkového počtu 124 respondentů jich 88 studuje, 29 pracuje a 7 z nich nedělá ani jednu ze dvou předchozích možností.



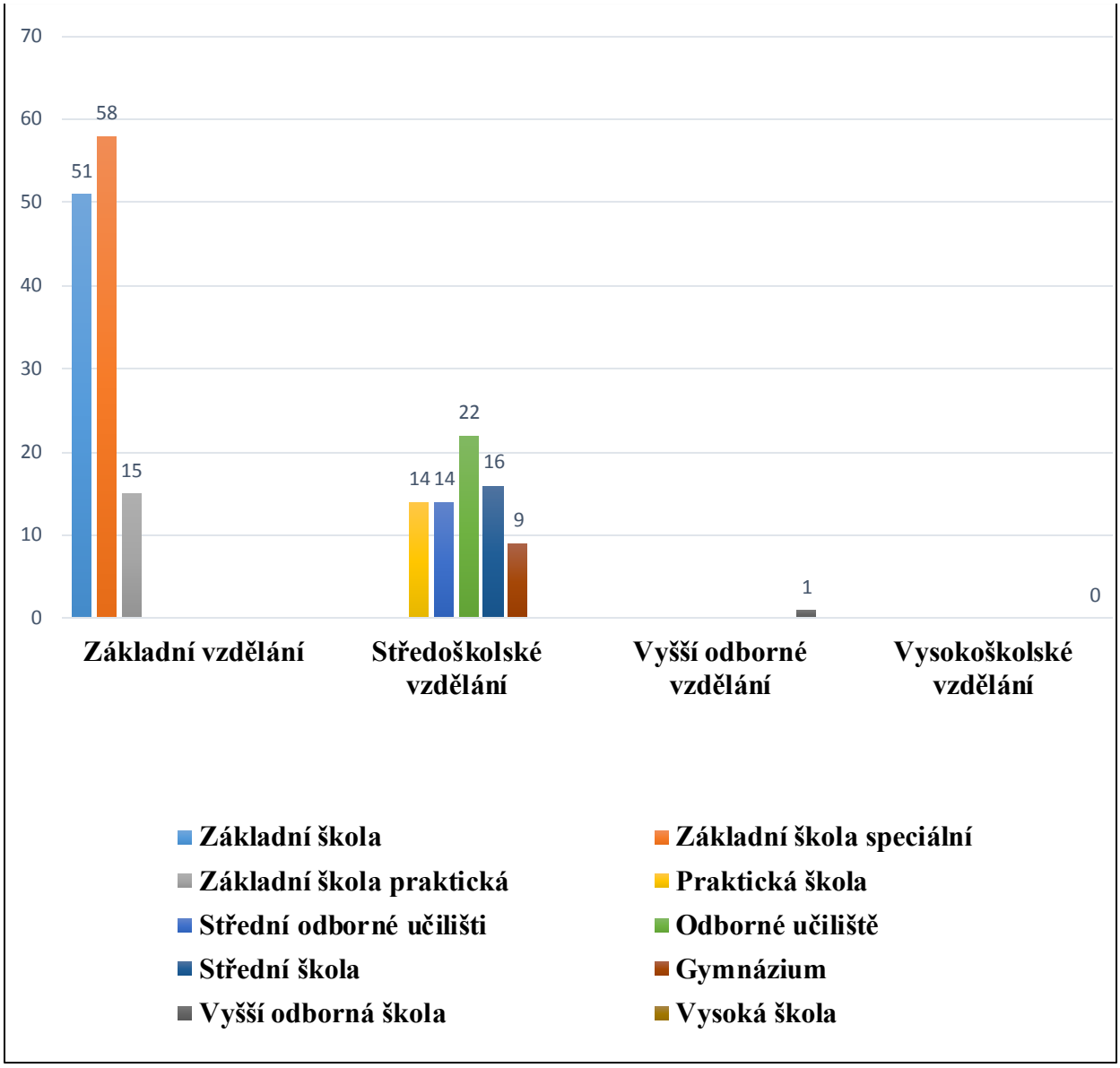
Graf č. 6: Povolání respondentů.

Zdravotní postižení	**Počet studentů**
Mentální postižení	61
Sluchové postižení	3
Zrakové postižení	2
Narušená komunikační schopnost	9
Omezení hybnosti	12
Kombinované postižení	1

Tabulka č. 1: Poměr typů zdravotního postižení u studujících respondentů.

Další otázka byla zaměřena na vzdělání respondentů, kde jsme zjišťovali jak typ školy základní, střední a také zda respondenti studovali i školu vyšší odbornou nebo vysokou. V tomto bodě dotazníku mohli respondenti vybrat více jak jednu možnost. Dalo by se proto vytvořit graf i poměru respondentů, kteří mají pouze základní vzdělání a těch kteří mají i střední, či vyšší odborné nebo vysokoškolské vzdělání. Toto ovšem neshledáváme jako zásadní pro naše výzkumné šetření.

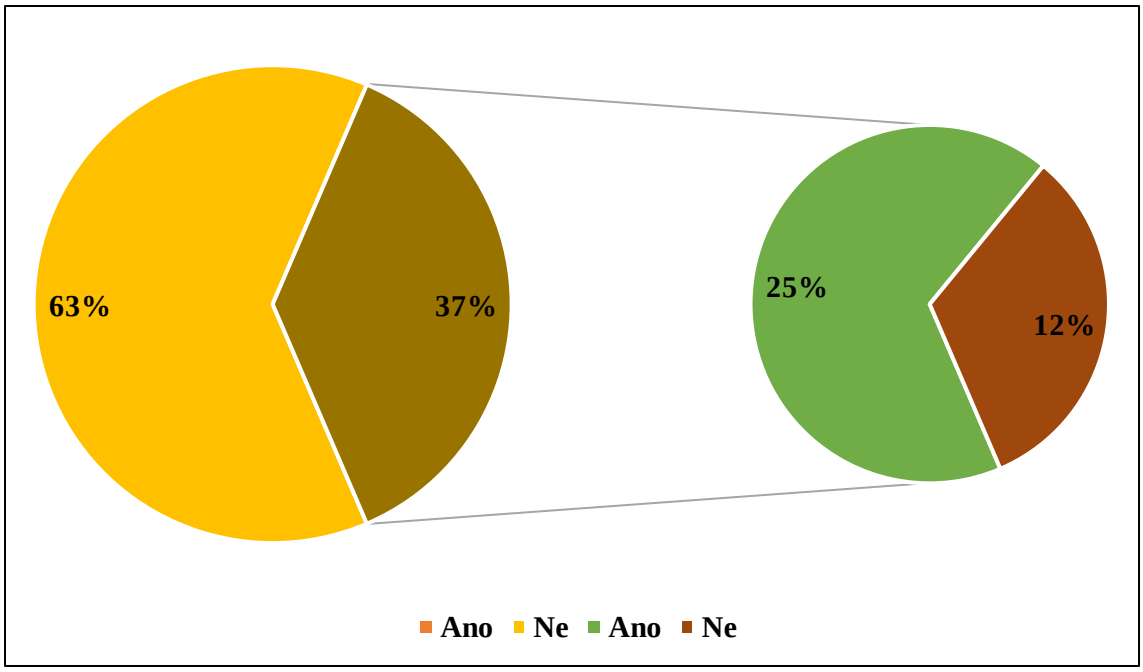
V grafu č. 7 můžeme zjistit, že většina respondentů byla v rámci základního vzdělávání vzdělávána v základní škole speciální, 58 respondentů (cca 46,8%). Ale skoro stejné procento respondentů navštěvovalo základní školu běžného typu, 51 respondentů (cca 41,1%). Ze středoškolských institucí nejvíce respondentů navštěvovalo odborné učiliště, 22 respondentů (cca, 17,7%), ale i všechna ostatní středoškolská zařízení byla hojně u našich respondentů zastoupena. A ne moc překvapivě, pokud uvážíme, že většina respondentů jsou osoby s mentálním postižením, pouze jeden respondent (cca 0,8%) studoval i na vyšší odborné škole a žádný z respondentů nestudoval na vysoké škole.



Graf č. 7: Vzdělání respondentů.

Následující otázka se ptala na to, zda již někdo v rodině respondenta má stejné nebo podobné zdravotní postižení jako respondent sám. Tímto dotazem jsme chtěli dojít k zjištění, zda to, že jedinec pochází z prostředí, kde se setkává s již nějakým vybudovaným přístupem společnosti k některému ze členů rodiny, ovlivní jeho odpověď na následující otázku. Snažili jsme se tedy zjistit zda by mohl být přístup společnosti k němu samému ovlivněn tím, že již některý člen rodiny trpí stejným nebo podobným postižením, a tudíž je intaktní společnost „vidí ve stejném světle“. Výsledky tohoto zkoumání jsou znázorněny v přehledném grafu níže.

Z výsledků zkoumání můžeme vidět, že jen cca 37% respondentů (46 respondentů) odpovědělo, že již některý člen rodiny má nebo měl zdravotní postižení a z těchto 37% má cca 25% respondentů (31 respondentů) špatnou zkušenost spojenou s chováním intaktních lidí vůči jejich osobě či jejich zdravotnímu postižení.



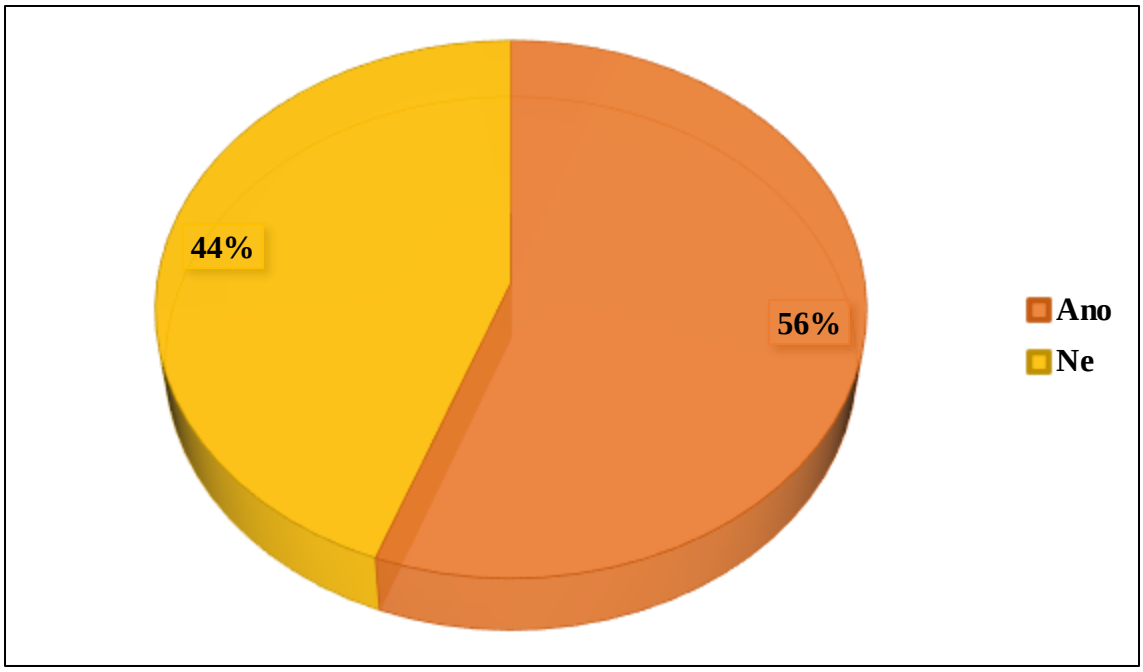
Graf č. 8: Stejné nebo podobné zdravotní postižení v rodině respondenta a možnost, že to ovlivní přístup společnosti.

Další grafické zobrazení znázorňuje pouze odpovědi na otázku: *„Máte nějakou špatnou zkušenost spojenou s chováním lidí bez postižení vůči vaší osobě nebo vašemu postižení?“*. Nebereme zde tedy v úvahu nějaký vliv jiného zdravotního postižení v rodině, jako v předchozím grafu.

Sice jak můžeme vidět je to pouze o pár procent, ale náš výzkum ukázal, že 56% respondentů se s negativním chováním intaktní společnosti setkalo, což odpovídá 69 respondentům a 44% respondentů se s takovým chováním nesetkalo, což je 55 respondentů.

Dle našich předpokladů jsme očekávali ještě o něco vyšší procento těch, kteří mají špatnou zkušenost s chováním intaktní společnosti, ale pokud vezmeme opět

v úvahu, že většina respondentů ještě studuje, můžeme předpokládat, že alespoň někteří se s takovým chováním ve svém životě ještě setkají.

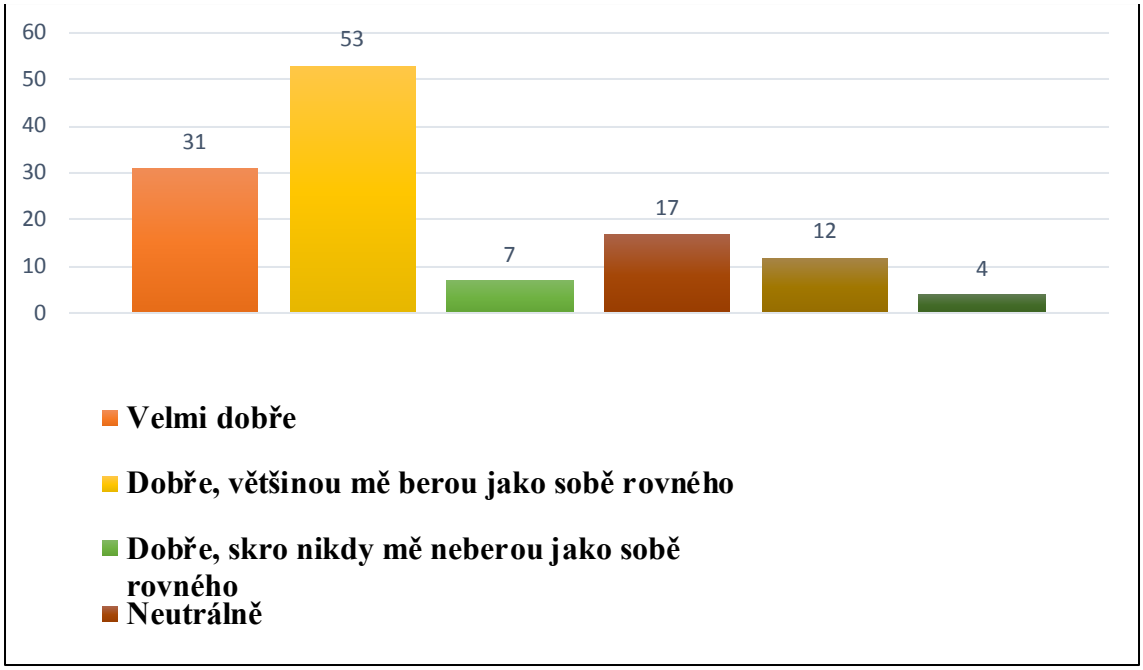


Graf č. 9: Špatná zkušenost s chováním intaktní společnosti k osobě respondenta.

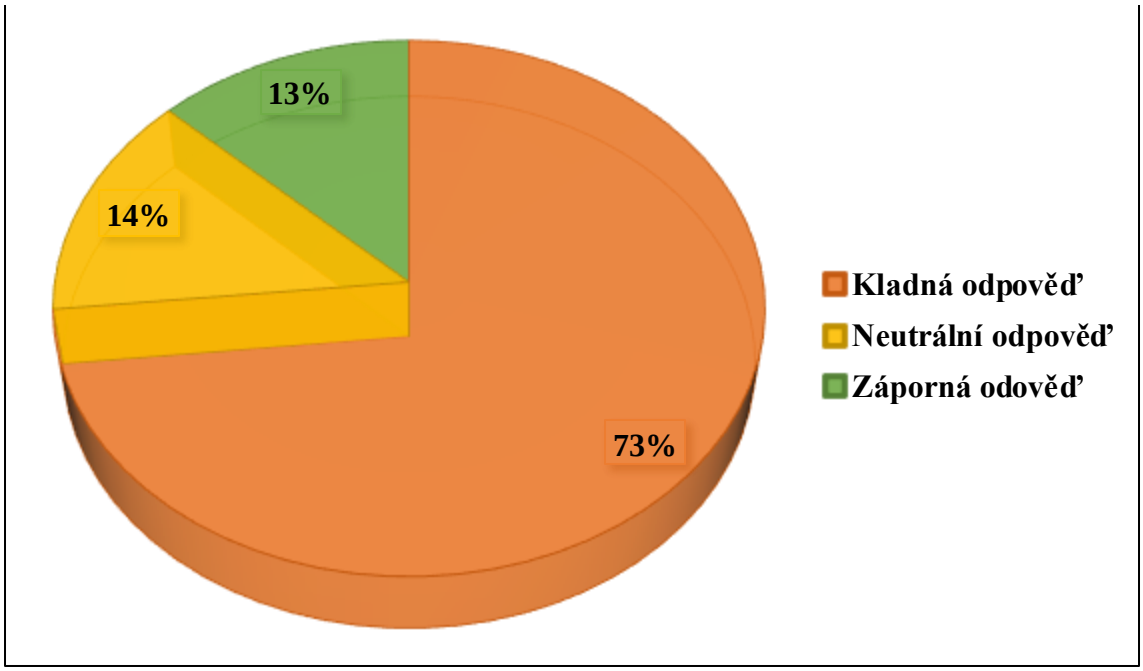
V následujícím grafu můžeme sledovat, jak dotazované osoby se zdravotním postižením vnímají chování intaktní společnosti vůči jejich osobě. Na otázku: *„Jak se k vám většinou chovají lidé bez postižení?“,* odpovědělo 53 respondentů (cca 43%), že se k nim intaktní společnost chová dobře a většinou je bere jako sobě rovného. Pro nás překvapivě velký počet respondentů (31, což je cca 25%) označilo také odpověď: *„Velmi dobře, berou mě jako sobě rovného“*.

Naším předpokladem oproti výsledku byl větší počet odpovědí c. a d. Ale velmi potěšující zjištění je i to, že pouze 4 ze 124 respondentů (3,2%) označilo poslední odpověď.

Za velmi kladné zjištění můžeme také považovat to, že ze 124 respondentů v této otázce označilo 91 respondentů (73%) kladnou odpověď, 17 respondentů (14%) neutrální odpověď a pouze 16 respondentů (13%) reagovalo na otázku záporně. Tyto obecné výsledky jsou zobrazeny v grafu č. 11.



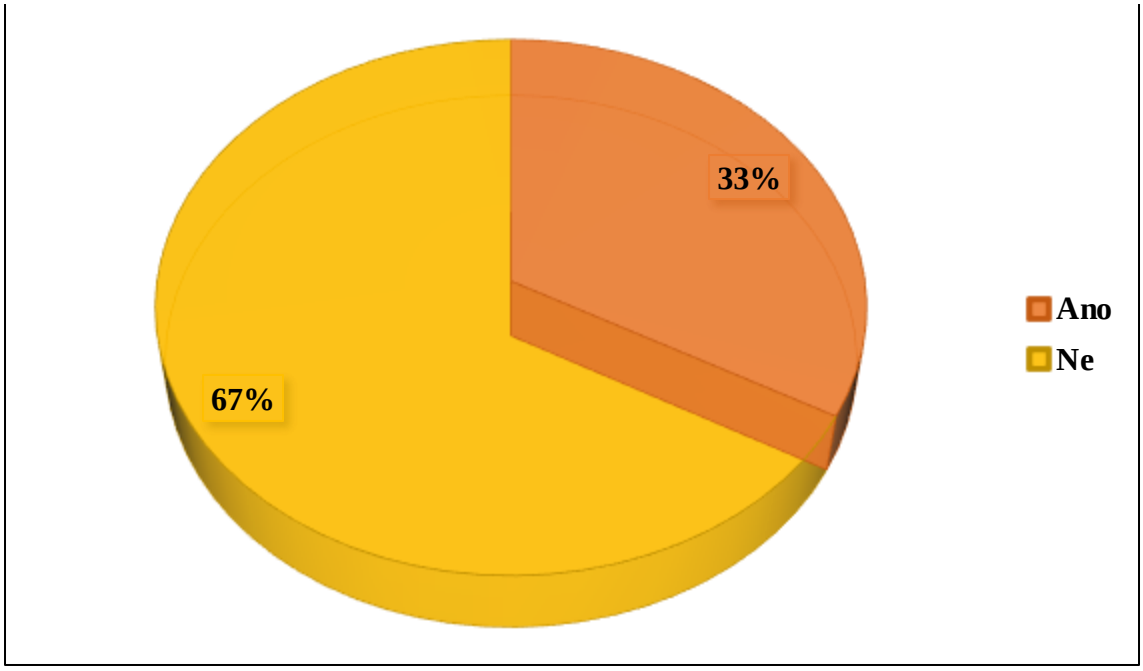
Graf č. 10: Chování intaktní společnosti k osobě respondenta.



Graf č. 11: Poměr kladných, neutrálních a záporných odpovědí na otázku číslo 8.

Dále jsme se ve výzkumném šetření zabývali otázkou pocitu omezení v intaktní společnosti. Výsledky této otázky dle našeho úsudku dopadli velmi dobře, když vezme

v úvahu potřebu přizpůsobení i třeba jen architektonického přizpůsobení, v naší společnosti pro osoby se zdravotním postižením. Výsledky můžeme vidět v grafu níže, kde jasně vidíme, že 67% dotázaných se v intaktní společnosti necítí omezeno.



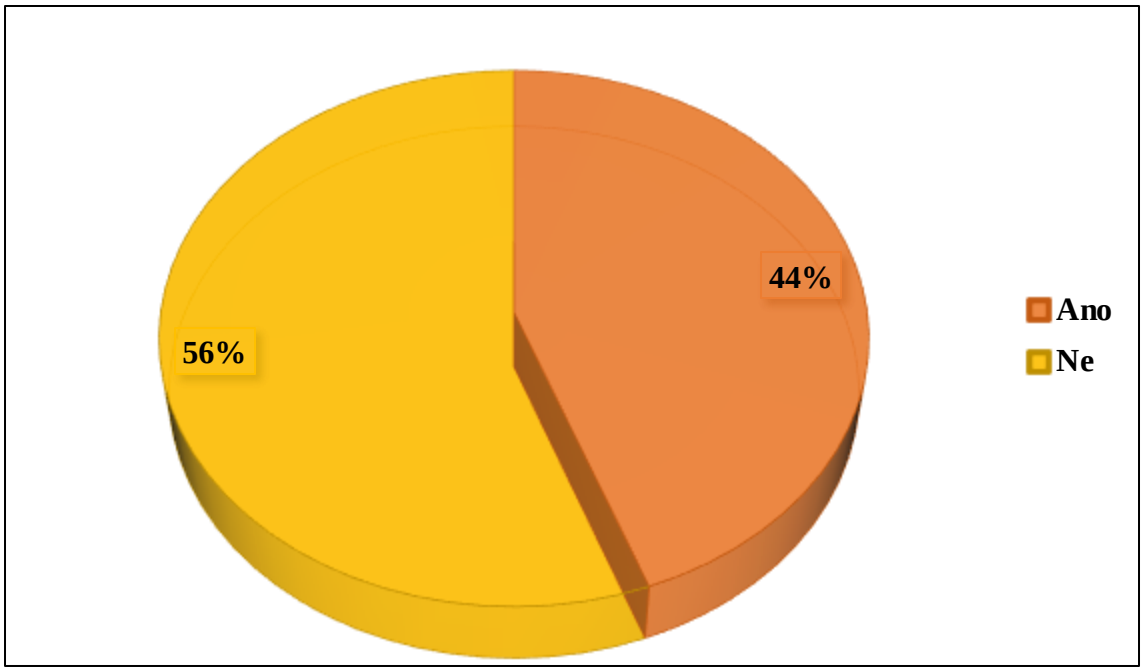
Graf č. 12: Pocit omezení v intaktní společnosti.

Otázky číslo 9 a 11 jsou zaměřeny na navazování vztahů osob se zdravotním postižením s osobami intaktními. V první z těchto otázek zjišťujeme zda jejich zdravotní postižení nějakým způsobem vůbec ovlivňuje navazování vztahů a v druhé z těchto otázek se již zaměřujeme na konkrétnější zjištění, a to zda mají respondenti mezi intaktními lidmi nějaké kamarády.

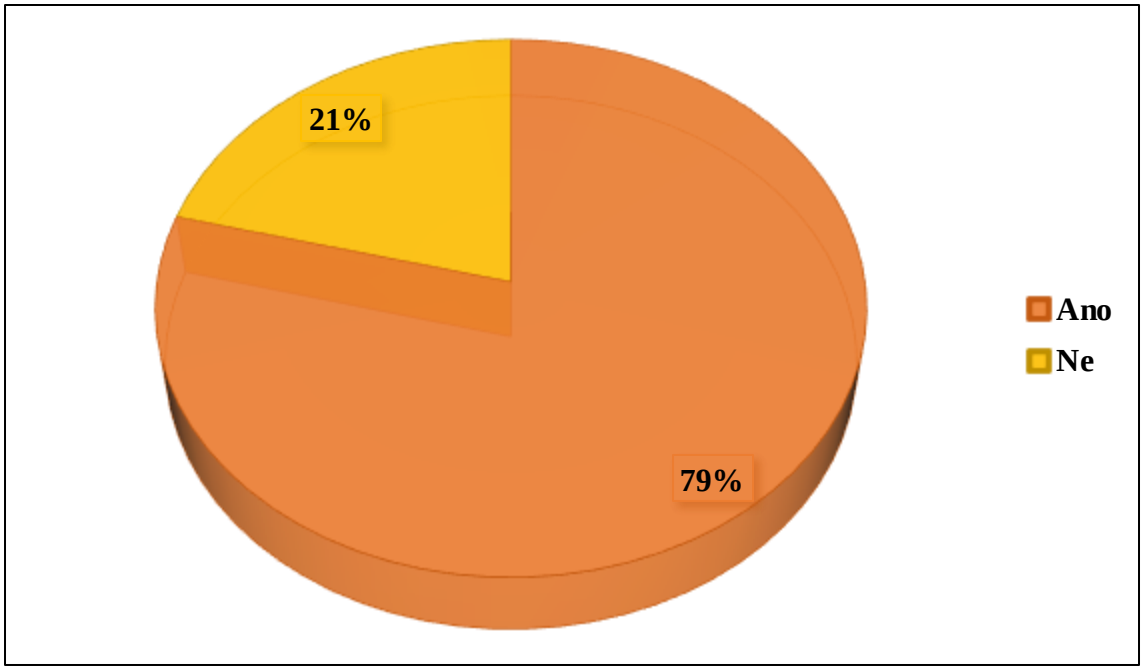
Opět se setkáváme se skoro stejným počtem odpovědí u otázky číslo devět, kdy 55 respondentů (cca 44%) si myslí, že jejich zdravotní postižení ovlivňuje navazování vztahů a 69 respondentů (cca 56%) si naopak myslí, že jejich zdravotní postižení nijak navazování vztahů neovlivňuje.

Dokonce i přesto, že 44% respondentů si myslí, že jejich zdravotní postižení ovlivňuje navazování vztahů, tak 79% respondentů (98 respondentů) potvrzuje v otázce číslo 11, že má mezi intaktními osobami přátele, což znamená že 35% respondentů,

kteří v otázce číslo 9 odpověděli, že si myslí, že jejich zdravotní postižení ovlivňuje jejich navazování vztahů, má přátele z intaktní společnosti.

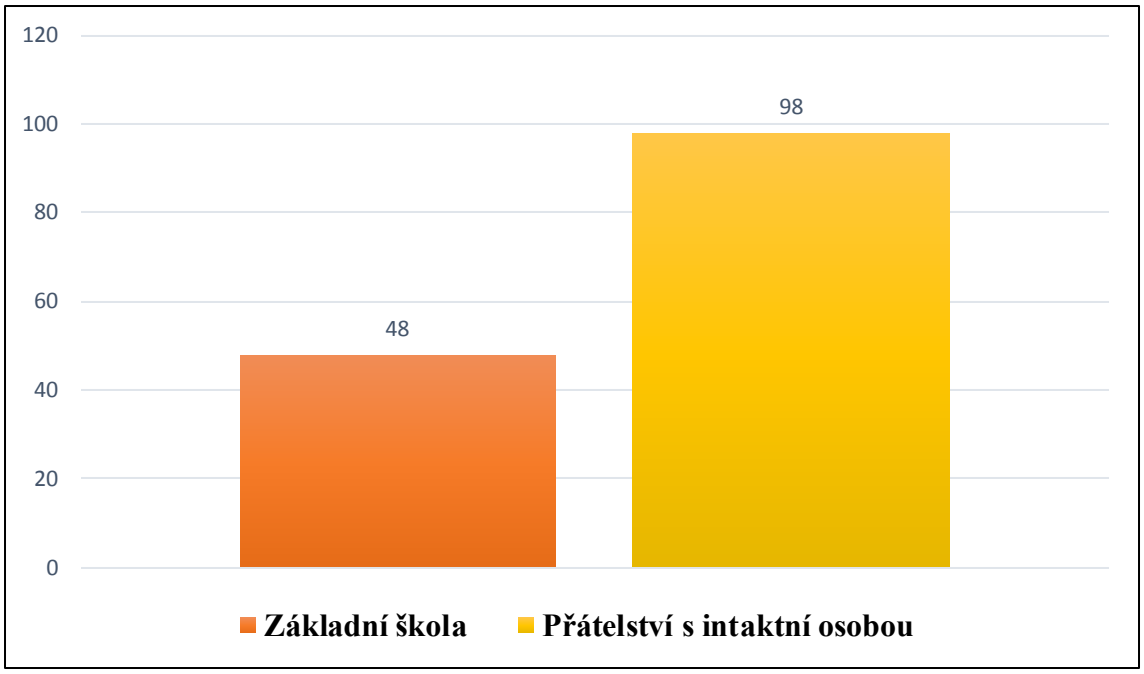


Graf č. 13: Vliv zdravotního postižení na navazování vztahů.



Graf č. 14: Přátelství mezi respondentem a intaktní osobou.

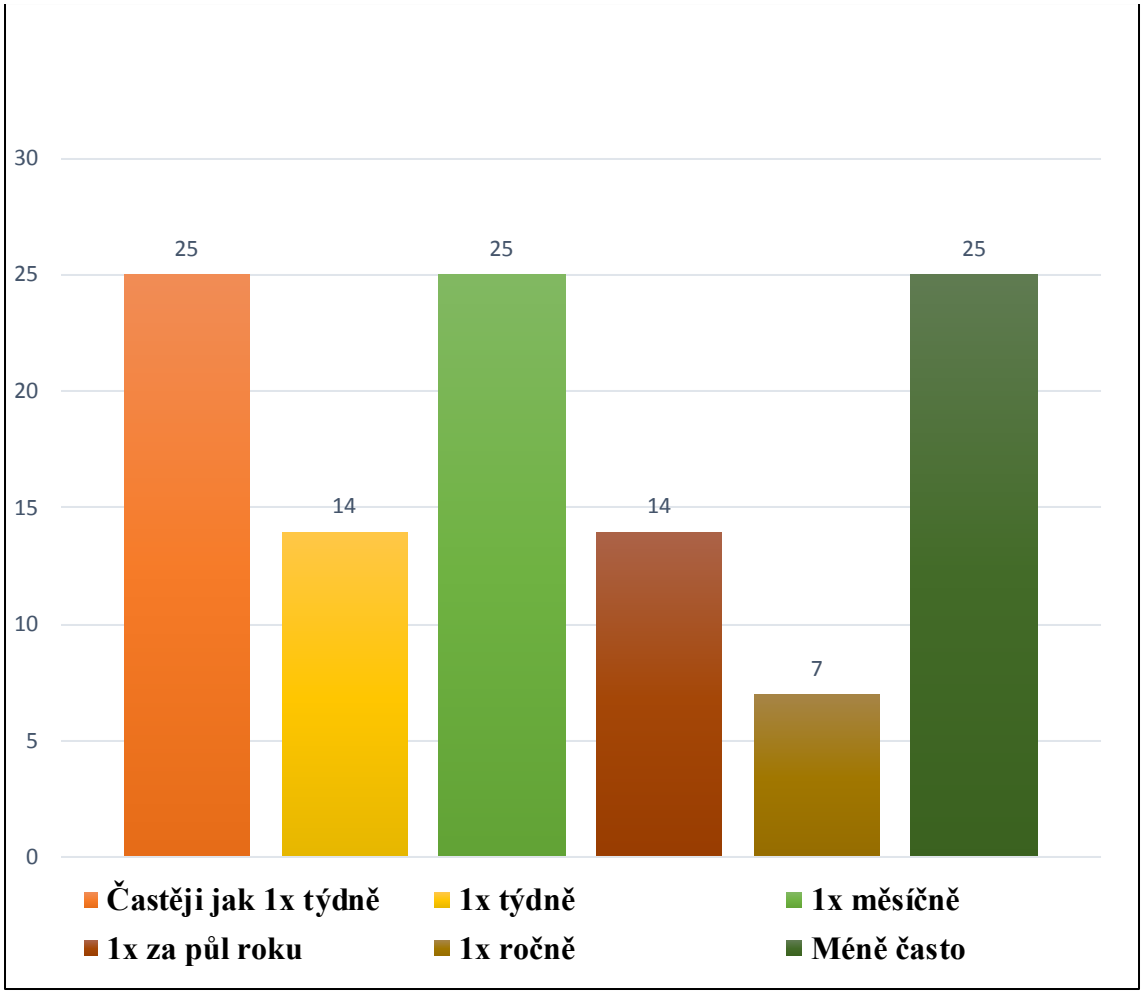
V grafu č. 15 jsme ještě zkusili zjistit, jak velký podíl na navazování přátelství může mít navštěvování běžné základní školy. Pokud se zřetelně podíváme na graf, zjistíme, že integrace v běžné základní škole může mít na navazování přátelství s intaktními lidmi jen poloviční zásluhu. Přesněji řečeno, 98 respondentů má přátele v intaktní společnosti, ale jen 51 jich navštěvovalo základní školu běžného typu, což je cca 52% možnost vlivu na navazování přátelství.



Graf č. 15: Základní škola X Přátelství s osobou z intaktní společnosti.

Následuje graf, který znázorňuje četnost ochoty pomoci intaktních osob osobám se zdravotním postižením. Této otázce ještě předchází otázka, zda se vůbec respondenti s ochotou jim pomoci setkávají. Zde není nutné grafické znázornění, jelikož jsou výsledky skoro jednoznačné. 110 respondentů (cca 88,7%) odpovědělo ANO a od pouhých 14 respondentů (11,3%) jsme zaznamenali odpověď NE. Pokud byla odpověď ANO, odpovídali teprve na otázku, kterou zobrazuje graf.

První místo v grafu zaujímají hned tři odpovědi. 25 respondentů (cca 23%) odpovědělo, že se setkávají s ochotou pomoci jim častěji jak 1x týdně, stejný počet se s ochotou pomoci setkávám 1x měsíčně a stejný počet respondentů se s ochotou pomoci setkává méně často než 1x ročně. Zbylých 35 respondentů se rozdělilo mezi odpovědi 1x týdně (14 respondentů), 1x za půl roku (14 respondentů) a 1x ročně (7 respondentů).

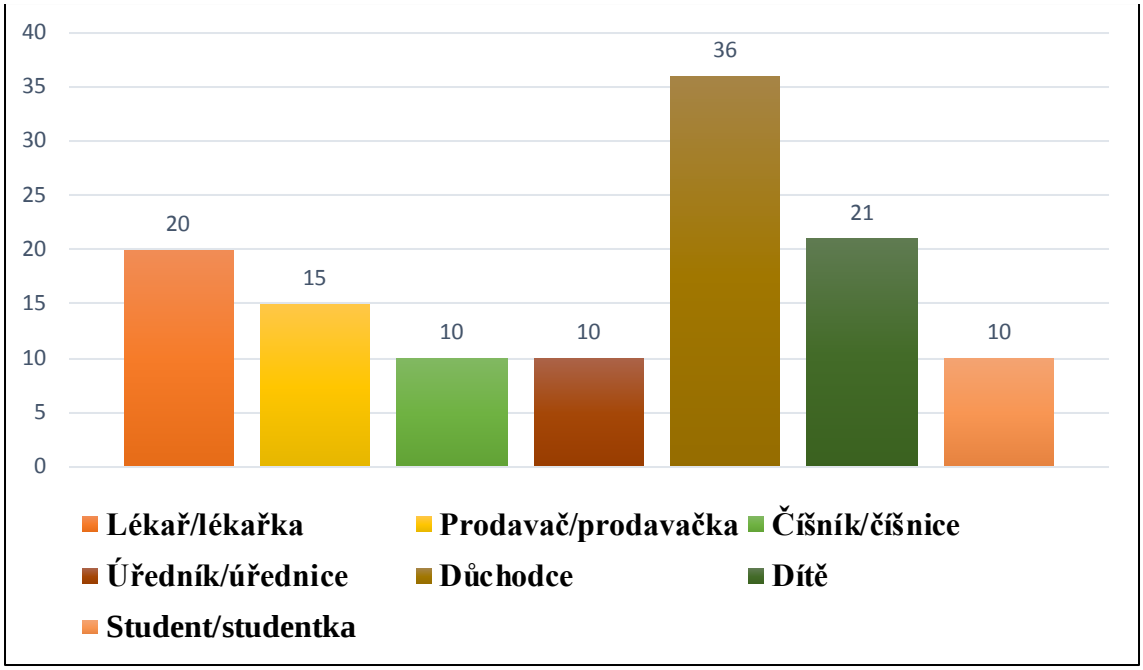


Graf č. 16: Četnost pomoci od intaktní společnosti.

Další šetření je zaměřeno na profesi či věkovou skupinu, se kterou mají osoby se zdravotním postižením nejhorší zkušenosti z pohledu chování intaktního člověka.

Pro tuto otázku jsme vybrali nejběžnější profese lidí, se kterými by osoba se zdravotním postižením mohla nejčastěji přijít do kontaktu a věkové skupiny jsme zvolili tři, a to děti, studenty a seniory, což jsou věkové skupiny, které většinou nepotkáváme v daných profesích.

Nejčastěji označovanou položkou v dotazníkovém šetření v dané otázce byly senioři (cca 29%) a hned za nimi jsou s cca 17% děti. Z profesního zaměření potom zaujímají první dvě příčky lékaři (16%) a prodavačky (12%).

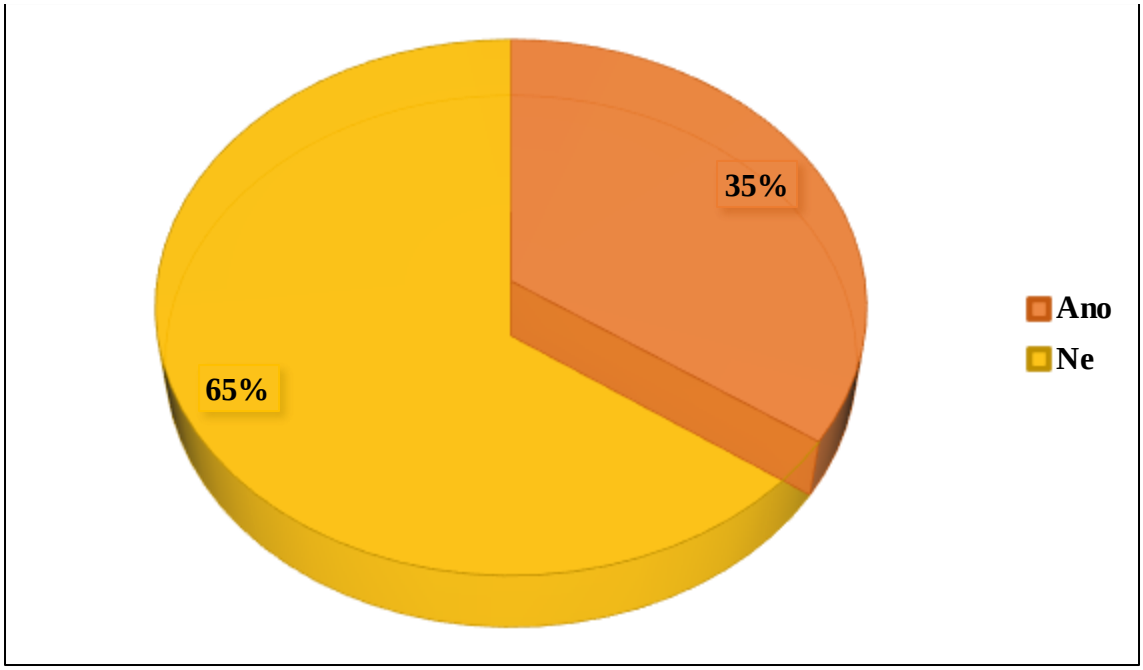


Graf č. 17: Nejhorší zkušenosti osob se zdravotním postižení s intaktní společností.

Otázkou 15 a 16 jsme se dotazovali respondentů, zda jim vadí a co jim vadí na chování intaktní společnosti vůči jejich osobě. Na otázku číslo 16, odpovídali jen ti respondenti, kteří v předchozí otázce odpověděli ANO. Jak je vidět z grafu č. 18 pouze 43 respondentům (cca 35%) vadí chování intaktní společnosti vůči jejich osobě, či jejich zdravotnímu postižení. Zbylých 81 respondentů (65%) odpovědělo, že jim na chování intaktní společnosti nic nevadí, ale dle vyplněných dotazníků, není zcela jasné, zda se někteří tito respondenti pouze odpovědí NE nevyhnuli odpovědi na jedinou otevřenou otázku, která následovala.

Otázka č. 16 se ptala na konkrétní věci a jevy, které respondentům vadí na chování intaktní společnosti vůči jejich osobě. Nejčastější odpovědí byl: posměch, drzost, šikana, arogance a přehlížení, ponižování a nadávání. Odpovědi jsou znázorněny v tabulce č. 2.

Kromě těchto nejčastějších odpovědí jsme se setkali také s velmi zajímavými odpověďmi, např.: *„když lidé jednají o mě v mé přítomnosti, ale neptají se mě přímo“* nebo, *„vadí mi, že si někteří lidi myslí, že jsem hloupá a diví se, že jsem chodila do školy“*. I když se tyto odpovědi objevily pouze v malém počtu, myslíme si, že jsou to vážné nedostatky v myšlení intaktní společnosti o osobách se zdravotním postižením.

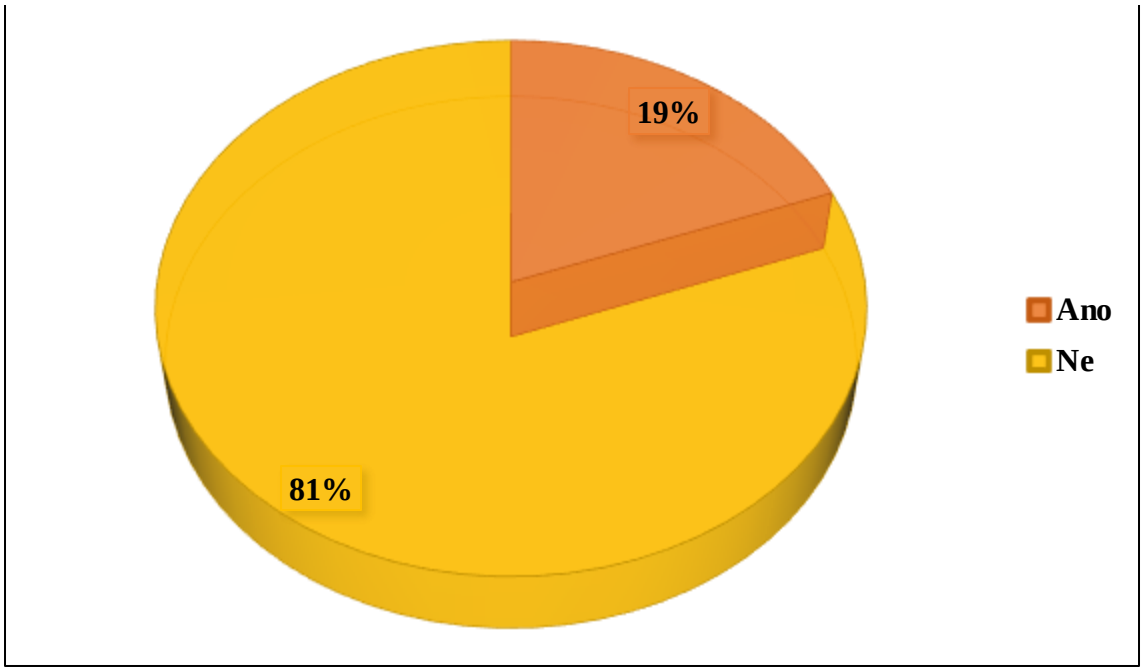


Graf č. 18: Vadí respondentům něco na chování intaktní společnosti vůči jejich osobě?

Co respondentům vadí	**Počet takových odpovědí**
Posměch	25
Drzost	11
Šikana	9
Arogance a přehlížení	7
Ponižování	7
Nadávání	6
Ostatní	12

Tabulka č. 2: Co respondentům vadí na chování intaktní společnosti vůči jejich osobě.

Poslední otázka se zaměřuje na to, zda si respondenti myslí, že se jim lidé vyhýbají v důsledku jejich postižení. Velmi potěšující je, že si respondenti, tedy osoby se zdravotním postižením jen v cca 19% (24 respondentů) myslí, že se jim intaktní společnost vyhýbá, ale 81% respondentů (100 respondentů) odpovědělo, že se jim intaktní lidé nevyhýbají.



Graf č. 19: Vyhýbá se intaktní společnost osobě respondenta?

5 Závěr

Cílem mé diplomové práce bylo zjištění, jak se osoby se zdravotním postižením cítí v intaktní společnosti, co jim vadí a nevadí, jak je chování společnosti ovlivňuje v běžném životě apod.

Výzkumné šetření bylo prováděno ve školských institucích, v domovech pro osoby se zdravotním postižením a v sociálních podnicích z celé České republiky. Největším problémem výzkumného šetření byl nezájem vedení institucí a organizací o výzkum v jejich třídách, v jejich zařízení či na jejich pracovištích i neochota poskytnout dotazníky alespoň prostřednictvím e-mailu těm, kterých by se to mohlo týkat. Proto nemohu toto výzkumné šetření shledat zcela objektivním, protože získání 124 řádně vyplněných dotazníků z celé České republiky zahrnuje jen malé procento všech osob se zdravotním postižením v České republice, kterých se to týká. K oslovení vedení těchto institucí a organizací jsem přistoupila ze dvou hlavních důvodů, prvním důvodem bylo zachování naprosté anonymity v průběhu celého výzkumného šetření a druhým důvodem byl předpoklad možnosti získání většího počtu vyplněných dotazníků.

V praktické části jsem přehledně zpracovala výsledky výzkumného šetření do grafů a tabulek, ze kterých byly vyvozeny patřičné závěry.

V rámci analýzy a zpracování výsledků výzkumného šetření jsem se zaměřila na všechny otázky, které byly v dotazníku. Jsou zde zpracovány jak otázky zjišťující více informací o respondentovi – jeho pohlaví, věk, typ zdravotního postižení, profese apod., tak také otázky týkající se přímo tématu diplomové práce.

Z celkových výsledků vyplývá, že výzkum je více zaměřen na přístup intaktní společnosti k osobám s mentálním postižením, od nichž je více jak polovina získaných dotazníků a že se podle mých předpokladů společnost posouvá malými, ale často významnými krůčky, k přijetí osob se zdravotním postižením jako plnohodnotným a právoplatným členům společnosti oproti minulosti.

Pokud budeme předpokládat, že byly dotazníky vyplněny pravdivě a bez ovlivnění momentálním stavem respondenta, můžeme říci, že i když je ještě hodně toho, co se intaktní společnost v přístupu k osobám se zdravotním postižením musí naučit, tak i přesto, můžeme být pyšní na to, jak daleko jsme se dostali od usmrcování, upalování a zavírání do ústavů.

Na závěr bych ještě ráda doplnila, že by se intaktní společnost měla více zajímat o to, co chce a co potřebuje osoba se zdravotním postižení, protože jen tak ji nejlépe a

nejrychleji poznám a dozví a naučí se, jaká je její představa o chování intaktní společnosti k ní samotné.

6 Seznam použitých zdrojů

1. ATKINSON, Rita L. *Psychologie*. 2., aktualiz. vyd., V Portálu 1. Praha: Portál, 2003, 751 s. ISBN 80-7178-640-3.
2. CSÉFALVAY, Zsolt a Pavol TRAUBNER. *Afaziológia: pre klinickú prax*. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 1996, 207 s. Efeta, 4. ISBN 8021703776.
3. ČECHÁČKOVÁ in ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007, 615 s. ISBN 978-80-7367-340-6.
4. ČERNÁ, Marie. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2008, 222 s. ISBN 978-80-246-1565-3.
5. FINKOVÁ, Dita. *Iniciační analýza podmínek inkluze u osob se specifickými potřebami*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013, 184 s. ISBN 978-80-244-3865-8.
6. HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000, 774 s. ISBN 80-7178-303-X.
7. HORÁKOVÁ, Radka. *Surdopedie: texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido, 2011, 126 s. ISBN 978-80-7315-225-3.
8. CHRÁSKA, Miroslav. *Základy výzkumu v pedagogice*. 2. vyd. Olomouc, 1998, 257 s. ISBN 80-7067-798-8.
9. JEDLIČKA in ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007, 615 s. ISBN 978-80-7367-340-6.
10. JEŘÁBKOVÁ, Kateřina, a kol. *Školská integrace žáků se speciálními vzdělávacími potřebami*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013, 129 s. ISBN 978-80-244-3730-9.
11. JESENSKÝ, Ján. *Kontrapunkty integrace zdravotně postižených*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 1995, 175 s. Folia paedagogica specialis. ISBN 80-7184-030-0.
12. KÁBELE, František. *Somatopedie: učebnice speciální pedagogiky tělesně a zdravotně postižené mládeže*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 1993. ISBN 8070665335.
13. KOLEKTIV AUTORŮ. *Slovník cizích slov*. 2.vyd. Praha: Ottovo nakladatelství, 2005. ISBN 80-7360-289-X
14. KRAUS, Jaroslav a Oldřich ŠANDERA. *Tělesně postižené dítě: psychologie, léčba a výchova*. 2., přeprac. vyd. Praha: SPN, 1975, 206, [1] s. Knižnice speciální pedagogiky.

15. KRŠŇÁKOVÁ, Petra. *Cesta z hlubin koktavosti: náměta pro terapii balbuties korespondující s novými trendy desenzibilizace*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2004, 57 s. ISBN 80-244-0911-9.
16. KYSUČAN, Jaroslav. *Úvod do psychopedie*. 1. vyd. Olomuc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 1982, 135 s.
17. LANGER, Jiří a Eva SOURALOVÁ. *Surdopedie - Andragogika*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006, 53 s. Texty k distančnímu vzdělávání v rámci kombinovaného studia. ISBN 80-244-1206-3.
18. LEČBYCH, Martin. *Mentální retardace v dospívání a mladé dospělosti*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008, 248 s. ISBN 978-80-244-2071-4.
19. LECHTA, Viktor (ed.). *Základy inkluzivní pedagogiky: dítě s postižením, narušením a ohrožením ve škole*. Vyd. 1. Editor Viktor Lechta. Praha: Portál, 2010, 435 s. ISBN 9788073676797.
20. LECHTA, V. In MICHALÍK, Jan. *Pohledy na inkluzivní vzdělávání zdravotně postižených*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012, 104 s. ISBN 978-80-244-3372-1.
21. MARTINKOVÁ, Eva, Adéla HANÁKOVÁ a Kateřina STEJSKALOVÁ. *Komunikace a lidé se smyslovým postižením: metodický materiál*. 1. vyd. Editor Petra Jurkovičová. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010, 94 s. ISBN 978-80-244-2649-5.
22. *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví: MKF*. 1. české vyd. Překlad Jan Pfeiffer, Olga Švestková. Praha: Grada, 2008, 280 s. ISBN 978-80-247-1587-2.
23. MICHALÍK, J. *Školská integrace dětí s postižením*. 2.vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2000. ISBN 80244-0077-4.
24. MICHALÍK, J. 2001. Obecné podmínky školské integrace v České republice. In MÜLLER, Oldřich. *Dítě se speciálními vzdělávacími potřebami v běžné škole*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2001, 289 s. ISBN 80-244-0231-9.
25. OLEJNÍČKOVÁ, Jana, Lucia PASTIERIKOVÁ a Vojtech REGEC. *Komunikace a lidé s mentálním postižením: metodický materiál*. 1. vyd. Editor Petra Jurkovičová. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010, 50 s. ISBN 978-80-244-2648-8.

26. PROCHÁZKA, Miroslav. *Sociální pedagogika*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012, 203 s. Pedagogika (Grada). ISBN 9788024734705.
27. RENOTIÉROVÁ, Marie a Libuše LUDÍKOVÁ. *Speciální pedagogika*. 4. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006, 313 s. ISBN 80-244-1475-9.
28. ŘÍČAN, Pavel a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Dětská klinická psychologie*. Vyd. 3., přeprac. a dopl. Praha: Grada, 1997, 450 s. ISBN 80-7169-512-2.
29. SALOMONOVÁ in ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007, 615 s. ISBN 978-80-7367-340-6.
30. SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 160 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-1733-3.
31. SOVÁK, Miloš. *Nárys speciální pedagogiky*. 4. uprav. vyd. Praha: SPN, 1980, 231 s. Knižnice speciální pedagogiky.
32. ŠKODOVÁ in ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007, 615 s. ISBN 978-80-7367-340-6.
33. ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000, 178 s. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-7178-506-7.
34. *Úmluva o právech osob se zdravotním postižením a Opční protokol: Convention on the rights of persons with disabilities and Optional protocol*. Vyd. 1. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2011, 73 s. ISBN 978-80-7421-037-2.
35. VÁGNEROVÁ, Marie, Zuzana HADJ-MOUSSOVÁ a Stanislav ŠTECH. *Psychologie handicapu*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2000, 230 s. ISBN 8071849294.
36. VALENTA, Milan. *Psychopedie: [teoretické základy a metodika]*. 4., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Parta, 2009, 366 s. ISBN 9788073201371.
37. VYMLÁTILOVÁ in ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007, 615 s. ISBN 978-80-7367-340-6.
38. *Zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách.*
39. *Zákon 384/2008 Sb. o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob*
40. *Zákon 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon)*
41. *Vyhláška 73/2005 Sb. o vzdělávání dětí, žáků a studentů se specifickými potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných*

42. Psychologie v teorii a praxi. [online]. [cit. 2015-04-17]. Dostupné z: http://rudolfkohoutek.blog.cz/0912/socializace-cloveka

7 Seznam grafů

Graf č. 1: Reakce na možnost vyplnění dotazníků.

Graf č. 2: Pohlaví respondentů.

Graf č. 3: Zdravotní postižení respondentů.

Graf č. 4: Poměr vícenásobného postižení respondentů a ostatní respondentů s jedním typem zdravotného postižení.

Graf č. 5: Věk respondentů.

Graf č. 6: Povolání respondentů.

Graf č. 7: Vzdělání respondentů.

Graf č. 8: Stejné nebo podobné zdravotní postižení v rodině respondenta a možnost, že to ovlivní přístup společnosti.

Graf č. 9: Špatná zkušenost s chováním intaktní společnosti k osobě respondenta.

Graf č. 10: Chování intaktní společnosti k osobě respondenta.

Graf č. 11: Poměr kladných, neutrálních a záporných odpovědí na otázku číslo 8.

Graf č. 12: Pocit omezení v intaktní společnosti.

Graf č. 13: Vliv zdravotního postižení na navazování vztahů.

Graf č. 14: Přátelství mezi respondentem a intaktní osobou.

Graf č. 15: Základní škola X Přátelství s osobou z intaktní společnosti.

Graf č. 16: Četnost pomoci od intaktní společnosti.

Graf č. 17: Nejhorší zkušenosti osob se zdravotním postižení s intaktní společností.

Graf č. 18: Vadí respondentům něco na chování intaktní společnosti vůči jejich osobě?

Graf č. 19: Vyhýbá se intaktní společnost osobě respondenta?

8 Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Poměr typů zdravotního postižení u studujících respondentů.

Tabulka č. 2: Co respondentům vadí na chování intaktní společnosti vůči jejich osobě.

9 Seznam příloh

Příloha č. 1: Nevyplněný dotazník.

Příloha č. 2: Vyplněný dotazník.

Příloha č. 1: Nevyplněný dotazník.

Vážený pane, vážená paní,

ráda bych Vás poprosila o vyplnění následujícího krátkého dotazníku k diplomové práci. V rámci diplomové práce se zabývám přístupem intaktní společnosti k osobám se zdravotním postižením.

Veškeré získané informace jsou anonymní a budou použity pouze pro vypracování diplomové práce.

Předem Vám mockrát děkuji za spolupráci.

S pozdravem Markéta Kudryová, Pdf UPOL

1. **Pohlaví**
    a. Muž
    b. Žena

2. **Zdravotní postižení (můžete vybrat více možností)**
    a. Mentální
    b. Sluchové
    c. Zrakové
    d. Narušená komunikační schopnost
    e. Omezení hybnosti

3. **Věk**
    a. 15-20
    b. 20-25
    c. 25-30
    d. 30-40
    e. 40-50
    f. 50 a více

4. **Jste**
    a. Student/studentka
    b. Zaměstnaný/zaměstnaná
    c. Ani jedno

5. **Do jaké školy jste chodil/chodila (můžete vybrat více možností)**
    a. Základní škola
    b. Základní škola speciální
    c. Základní škola praktická
    d. Praktická škola
    e. Střední odborné učiliště
    f. Odborné učiliště
    g. Střední škola
    h. Gymnázium
    i. Vyšší odborná škola
    j. Vysoká škola

6. **Je/byl někdo ve vaší rodině kdo má/měl stejné nebo podobné zdravotní postižení jako vy?**
    a. Ano
    b. Ne

7. **Máte nějakou špatnou zkušenost spojenou s chováním lidí bez postižení vůči vaší osobě nebo vašemu zdravotnímu postižení?**
    a. Ano
    b. Ne

8. **Jak se k vám většinou chovají lidé bez postižení?**
    a. Velmi dobře, berou mě jako sobě rovného
    b. Dobře, většinou mne chápou jako sobě rovného
    c. Dobře, ale skoro nikdy mne neberou jako sobě rovného
    d. Neutrálně, většinou si mne vůbec nevšímají
    e. Spíše špatně, pokud nemusí, nechtějí se mnou přijít do kontaktu
    f. Špatně, chovají se ke mně jako k méněcennému člověku

9. Myslíte si, že vaše zdravotní postižení ovlivňuje navazování vztahů?

a. Ano
b. Ne

10. Připadáte si ve společnosti lidí bez postižení nějak omezený/omezená?

a. Ano
b. Ne

11. Máte kamarády mezi lidmi bez postižení?

a. Ano
b. Ne

12. Setkal/setkala jste se někdy s člověkem, který byl ochotný vám pomoci?

a. Ano
b. Ne

13. Pokud ano, jak často asi se s ochotou vám pomoci setkáváte?

a. 1 za týden
b. 1 za měsíc
c. 1 za půl roku
d. 1 za rok
e. Častěji
f. Méně často

14. S člověkem jaké profese máte nejhorší zkušenosti?

a. Lékař/lékařka
b. Prodavač/prodavačka
c. Číšník/číšnice
d. Úředník/úřednice
e. Důchodce
f. Dítě
g. Student/studentka

15. Je něco, co vám hodně vadí na chování ostatních lidí vůči vaší osobě?

a. Ano

b. Ne

16. Pokud ano, co to je?

---

17. Myslíte si, že se vám lidé bez postižení vyhýbají?

a. Ano

b. Ne

Příloha č. 2: Vyplněný dotazník.

Vážený pane, vážená paní,

ráda bych Vás poprosila o vyplnění následujícího krátkého dotazníku k diplomové práci. V rámci diplomové práce se zabývám přístupem intaktní společnosti k osobám se zdravotním postižením.

Veškeré získané informace jsou anonymní a budou použity pouze pro vypracování diplomové práce.

Předem Vám mockrát děkuji za spolupráci.

S pozdravem Markéta Kudryová, Pdf UPOL

1. **Pohlaví**
    a. Muž
    b. Žena

2. **Zdravotní postižení (můžete vybrat více možností)**
    a. Mentální
    b. Sluchové
    c. Zrakové
    d. Narušená komunikační schopnost
    e. Omezení hybnosti

3. **Věk**
    a. 15-20
    b. 20-25
    c. 25-30
    d. 30-40
    e. 40-50
    f. 50 a více

4. **Jste**
    a. Student/studentka
    b. Zaměstnaný/zaměstnaná
    c. Ani jedno

5. **Do jaké školy jste chodil/chodila (můžete vybrat více možností)**
    a. Základní škola
    b. Základní škola speciální
    c. Základní škola praktická
    d. Praktická škola
    e. Střední odborné učiliště
    f. Odborné učiliště
    g. Střední škola
    h. Gymnázium
    i. Vyšší odborná škola
    j. Vysoká škola

6. **Je/byl někdo ve vaší rodině kdo má/měl stejné nebo podobné zdravotní postižení jako vy?**
    a. Ano
    b. Ne

7. **Máte nějakou špatnou zkušenost spojenou s chováním lidí bez postižení vůči vaší osobě nebo vašemu zdravotnímu postižení?**
    a. Ano
    b. Ne

8. **Jak se k vám většinou chovají lidé bez postižení?**
    a. Velmi dobře, berou mě jako sobě rovného
    b. Dobře, většinou mne chápou jako sobě rovného
    c. Dobře, ale skoro nikdy mne neberou jako sobě rovného
    d. Neutrálně, většinou si mne vůbec nevšímají
    e. Spíše špatně, pokud nemusí, nechtějí se mnou přijít do kontaktu
    f. Špatně, chovají se ke mně jako k méněcennému člověku

9. Myslíte si, že vaše zdravotní postižení ovlivňuje navazování vztahů?

a. Ano
b. Ne

10. Připadáte si ve společnosti lidí bez postižení nějak omezený/omezená?

a. Ano
b. Ne

11. Máte kamarády mezi lidmi bez postižení?

a. Ano
b. Ne

12. Setkal/setkala jste se někdy s člověkem, který byl ochotný vám pomoci?

a. Ano
b. Ne

13. Pokud ano, jak často asi se s ochotou vám pomoci setkáváte?

a. 1 za týden
b. 1 za měsíc
c. 1 za půl roku
d. 1 za rok
e. Častěji
f. Méně často

14. S člověka jaké profese máte nejhorší zkušenosti?

a. Lékař/lékařka
b. Prodavač/prodavačka
c. Číšník/číšnice
d. Úředník/úřednice
e. Důchodce
f. Dítě
g. Student/studentka

15. Je něco, co vám hodně vadí na chování ostatních lidí vůči vaší osobě?

a. Ano

b. Ne

16. Pokud ano, co to je?

Když lidé jednají o mě v mé přítomnosti, ale neptají se mě přímo.

---

17. Myslíte si, že se vám lidé bez postižení vyhýbají?

a. Ano

b. Ne