

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

BAKALÁŘSKÉ/KOMBINOVANÉ

2013–2015

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Radana Brachtlová

**Tělesně postižený jedinec, rysy osobnosti postižených, vztah
rodiny a společnosti k tělesně postiženým**

Praha 2015

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Fleischmann Milan

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

BACHELOR COMBINED STUDIES

2013-2015

BACHELOR THESIS

Radana Brachtlová

**Disabled individual, the personality traits of the people
affected, the relationship of the family and society for the
physically disabled**

Prague 2015

The Bachelor Thesis Work Supervisor:

Mgr. Fleischmann Milan

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů. Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne

Brachtlová Radana

Děkuji panu Mgr. Milanu Fleischmannovi za cenné rady, připomínky a odborné vedení bakalářské práce.

Anotace

Tématem bakalářské práce je postižený člověk. Pohlížím na vztahy rodiny a společnosti k tělesně postiženým.

Práci jsem rozdělila na část teoretickou a praktickou.

V teoretické části se dotýkám historického přístupu k osobám s tělesným postižením, rozděluji jednotlivé skupiny tělesných postižení. Vysvětluji základní pojmy, jednotlivé výchovně vzdělávací procesy.

Ve výzkumné části hodnotím výsledky z daného šetření, které je zpracováno formou dotazníku. Výzkum je kvantitativní, prezentován formou grafů a tabulek.

Touto prací zjišťuji míru ovlivnění života osobnosti zdravého jedince s tělesně postiženým v domácím prostředí, význam integrace tělesně postiženého jedince do společnosti.

Klíčová slova

integrace, rodina, sourozenec, společnost, tělesně postižený jedinec, vzdělání

Annotation

The topic of this bachelor thesis is disabled person. I review at family relationships and our society for the disabled people.

This bachelor thesis is divided onto theoretical and practical part.

In theoretical part I examine historical attitude to disabled people, I separate different groups of disability. I explain the basic terms, individual educational processes and procedures of rehabilitation.

The research part I evaluate the results of the investigation, which is done by questionnaire method. This research is quantitative and it is presented by graphs and tables.

This thesis collects an influence of the person's life of healthy individuals with a physically handicapped at home, the importance of integration of physically disabled individuals into society.

Keywords

education, family, integration, physically handicapped person, sibling, society,

OBSAH

ÚVOD	9
1 TĚLESNĚ POSTIŽENÝ JEDINEC	11
1.1 Definice základních pojmů	11
1.2 Vymezení pojmů somatopedie.....	12
1.3 Norma a normalita	13
1.4 Vývoj vztahu společnosti k osobám s tělesným postižením	14
2 KLASIFIKACE POHYBOVÝCH VAD.....	16
3 PSYCHOLOGICKÁ PROBLEMATIKA TĚLESNĚ POSTIŽENÝCH.....	19
3.1 Tělesně postižený jedinec	19
3.2 Osobnost tělesně postiženého jedince	19
3.3 Sociální stigma a sociální role	21
4 VÝVOJ POSTIŽENÉHO DÍTĚTE	22
4.1 Vývoj postiženého jedince	22
5 POSTOJ SPOLEČNOSTI K TĚLESNĚ POSTIŽENÝM JEDINCŮM	25
5.1 Rodina tělesně postiženého jedince	26
5.2 Reakce rodiny	28
5.3 Sourozenci postiženého jedince	29
6 VÝCHOVNĚ VZDĚLÁVACÍ PROCES TĚLESNĚ POSTIŽENÝCH	31
7 VÝZKUM	34
7.1 Charakteristika výběru zkoumaných osob	34
7.2 Cíl výzkumu.....	35
7.3 Hypotéza	35
7.4 Metody výzkumu	35
7.5 Vyhodnocení otázek z dotazníku č. 1	36
7.6 Analýza výzkumného šetření	45
7.7 Vyhodnocení otázek z dotazníku č. 2	46
7.8 Analýza výzkumného šetření	50

ZÁVĚR	51
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	53
SEZNAM GRAFŮ A TABULEK	55
SEZNAM PŘÍLOH	56

ÚVOD

Každý člověk je jedinečnou bytostí, liší se v určitých směrech od ostatních. Všichni v naší společnosti usilují o toleranci k těmto tělesně postiženým jedincům. Na jedné straně tělesně postižený jedinec neví, co může od společnosti předpokládat, na druhé straně, neví společnost jak s těmito lidmi jednat.

Z provedených statistik často vyplývá, že tělesně postižení lidé mnohdy nestojí ani tak o politování, chtějí žít život jako zdraví jedinci, často nechtějí, nebo si ani nepřejí být v zařízeních, kde o ně pečují druzí lidé. Nejraději by trávili svůj život v rodině, kde se narodili, byli ve společnosti svých blízkých a přátel.

Svým původním povoláním jsem zdravotní sestra, ve své profesi jsem se mnohokrát setkala s postiženými jedinci, zvláště tělesně postiženými, ať již byli postiženi od narození, nebo postižení získali během svého života. Často jsou pozorovány změny v kvalitě života, přístupu společnosti k tělesně postiženému jedinci.

Vztah společnosti k tělesně postiženým se různě měnil a vyvíjel dle norem společnosti, morálky a myšlení. Důraz je kladen na sociální postavení postiženého jedince. Celý tento vztah společnosti lze charakterizovat přístupem k těmto jedincům. Nejprve vidíme přístup spíše negativní až po snahu zařadit tělesně postižené do společnosti, do činností, které by zkvalitnily a lépe přizpůsobily život takto postižených jedinců.

V nynější době je snahou tyto jedince zařadit do existující společnosti, podporovat všestranný rozvoj osobnosti a zlepšit tak kvalitu života těchto jedinců, která má vliv na výchovu a vzdělávání. Společnost by měla vidět tyto postižené občany jako rovnocenné bytosti, respektovat jejich dovednosti, touhy i úspěch. Jsou to lidé, mající vlastní charakter, své záporné vlastnosti, rozum ale i cit. Nynější společnost však upřednostňuje pracovní výkon, peníze. Pojem zdraví je až na nižším stupni žebříčku hodnot. Pojmu zdraví si vážíme tehdy, až se nám nedostává anebo jsou poškozeni naši blízcí. Často pak přicházíme ke změnám v našich prioritách.

Zabývám se také tělesně postiženým dítětem v rodině. Rodina je základ, ochrana, emocionální zázemí, klima, které poskytuje pomoc a radu. Pro každého rodiče je důležité zdraví dítěte. Pokud se narodí dítě jakkoliv postižené, každý z rodičů se s touto situací vyrovnává individuálně. Také sourozenci se vyrovnávají s danou situací velice těžce. Mohou trpět pocity méněcennosti, vzteku, neuznání a hanby. Současně však mají požadavek ochraňovat, pomáhat, zaštiťovat a podporovat takového postiženého sourozence.

Rodina je tedy velmi důležitá, v ní se předávají první zkušenosti, rady, utváří se sourozenecké vztahy, vztahy k rodičům. Podstatná je psychická pohoda, tolerance a vzájemné kladné soužití mezi jednotlivými členy rodiny.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části. Teoretická část seznamuje se základy teorie tělesně postiženého jedince, klasifikací vad a danou problematikou. Tuto část jsem rozdělila na několik podkapitol. Popisuji rysy postiženého jedince, zabývám se vztahem společnosti k tělesně postiženému jedinci, popisuji rodinu a sourozence takto postiženého jedince, zabývám se výchovně vzdělávacím procesem těchto osobností. Praktická část zahrnuje zhodnocení výsledků výzkumného šetření, které bylo provedeno formou dotazníku. Výsledek je prezentován pomocí tabulek a grafů, což je ještě doplněno slovním výkladem. Touto prací zjišťuji míru ovlivnění života osobnosti zdravého jedince s tělesně postiženým v domácím prostředí, význam integrace tělesně postiženého jedince do společnosti.

1 TĚLESNĚ POSTIŽENÝ JEDINEC

Osoby tělesně postižené tvoří děti, mladiství i dospělí, toto postižení tvoří vada pohybového a nosného ústrojí. Projevem je porucha hybnosti, jedinci mívají postižené horní a dolní končetiny, přidávají se chronická onemocnění, např. různé degenerativní onemocnění, srdeční onemocnění, onemocnění dýchacího systému a mnohá další. Dochází k poruchám, které se týkají sociálních a psychických oblastí, nemalé problémy způsobují v oblasti sociálních vztahů.

1.1 Definice základních pojmů

Mluvíme-li o tělesném postižení, pak je nutné objasnit některé významné pojmy, ve skutečnosti jsou to termíny, které vymezuje Mezinárodní klasifikace vad, postižení a handicapů (ICIDH, podle WHO, 1980):

„Vada, porucha (angl. impairment) je narušení (abnormalita) psychické, anatomické či fyziologické struktury nebo funkce. Může to tedy být chybějící končetina (buď vrozeně, nebo třeba po amputaci), nefungující sluchový nerv apod.“

„Postižení (angl. disability) znamená omezení nebo ztrátu schopnosti vykonávat určité činnosti způsobem nebo v rozsahu, který je pro člověka považován za normální. Ten, komu nefunguje sluchový nerv, nemůže normálně slyšet právě v této oblasti je tedy postižen. Podobně člověk s chybějící končetinou patří do kategorie osob s tělesným postižením.“

„Znevýhodnění (ang. handicap) se projevuje jako omezení vyplývající pro jedince z jeho vady nebo postižení, které mu ztěžuje nebo znemožňuje naplnit roli, jež je pro něj (s přihlédnutím k jeho věku, pohlaví a sociálním či kulturním činitelům) normální.“¹

¹ SLOWÍK, J. *Komunikace s lidmi s postižením*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-691-9.

„Tělesným postižením rozumíme postižení, jehož průvodním znakem je prvotní nebo druhotné omezení hybnosti, tudíž sem lze zařadit nejen jedince s přímým postižením pohybového aparátu nebo centrální a periferní nervové soustavy, ale i jedince, jejichž pohyb je omezený v důsledku jejich nemoci nebo zdravotního oslabení nepřímou.“²

„V naší době se za tělesné postižení považuje dlouhodobý nebo trvalý stav, jenž je charakteristický anatomickou, orgánovou nebo funkční poruchou, kterou již nelze veškerou léčebnou péčí zcela odstranit nebo alespoň významně zmírnit.“³

Pro osoby s tělesným postižením je velmi důležitá včasná komplexní rehabilitace, která napomáhá zařadit tělesně postiženého jedince do společenského života. Mezi tyto složky

patří: zdravotnická, sociální, pedagogická a pracovní. Pro správnou a ucelenou rehabilitaci je zajištění aktivní účasti daného jedince s cílem minimalizovat pokles kvality života.

1.2 Vymezení pojmu somatopedie

Předmětem, zabývající se výchovou a vzděláváním osob s tělesným postižením je somatopedie. Název vznikl z řeckých slov – soma (tělo), paidea (věda).

Úkolem somatopedie je tedy vzdělávání tělesně postižené společnosti v oblasti didaktické, reedukační, kompenzační, rehabilitační a resocializační. Tyto poznatky se dále předávají ve studiu učitelů, vychovatelů, ale i terapeutů a samotných zdravotně postižených jedinců. Tato péče zahrnuje pomoc při nácviu sebe obsluhy, běžných činnostech denní aktivity, při zapojení do pracovního procesu, začlenění do života mezi ostatní občany.

2 VÍTKOVÁ, M. *Somatopedické aspekty*. 2. vyd. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-134-0.

3 NOVOSAD, L. *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita*. 1. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-873-9.

Spadá do skupiny speciální pedagogiky, spolu ještě s dalšími obory surdopedie, logopedie, etopedie, psychopedie, oftalmopedie. Mezi samostatné disciplíny se nyní přiřazuje i speciální pedagogika s kombinovaným postižením.

1.3 Norma a normalita

Ještě v dnešní době se setkáváme s názory, že tělesně postižení jedinci nejsou tzv. normální. Normy jsou měněny dle společnosti a času, mnohé mohou zanikat, nebo naopak vznikat. Norma je pravidlem, nebo také měřítkem. Je to obecně platná směrnice, které má ustálený a respektovaný zákon, zvyk. Postižený jedinec se setkává ve společnosti s některými normami, kdy se liší, musí se s nimi umět vypořádat.

Normalita je stavem osobnosti, situace, která náleží normě, z jehož je normalita posuzována.

Porovnáváme ho nejčastěji s ostatními jedinci. Typickým příkladem je hodnocení inteligence.

Konkrétnějším příkladem je individuální pojetí normality. Hodnotí se vlastní možnosti a předpoklady. Všichni mají své povinnosti a práva. Tento přístup respektuje postiženého jedince, jeho důstojnost.

1.4 Vývoj vztahu společnosti k osobám s tělesným postižením

Vztah k tělesně postiženým jedincům ve společnosti se vyvíjel dle struktury, norem morálky. Postavení tělesně postižených ve společnosti bylo rozdílné dle konkrétních období a zemí. Popisují zde charakteristiky jednotlivých stádií:

Stadium represivní

V tomto stadiu nebyly vytvořeny žádné právní normy, za dobré bylo považováno to, co udržovalo život skupiny, naopak za nesprávné bylo považováno všechno co ji ohrožovalo. Pro zachování rodiny, byli postižení a oslabení jedinci zlikvidováni, nebo vyloučeni ze skupiny.

Tito jedinci byli vyloučeni ze společnosti dvěma způsoby: likvidace postižených a segregace. Likvidaci můžeme popsat jako násilné usmrcení tělesně postižených záhy po porodu. Společnost se řídila Lykurgovými zákony, které dávaly plnou moc otci takto postižených jedinců. Toto se dělo především v Athénách. Ve Spartě tyto děti nechali na pospas smrti hladem nebo zvěři. Římané měli zase právo své dítě nepřijmout pro vnější defekt. Jedince likvidovali topením v Tibeře, odkládaly je na ulici, v lese. Likvidace tělesně postižených byla ještě ve středověku, označovali se za „zplozence ďábla“. Segregace je formou represe, postižení byli ponecháváni na místech, kde nebylo potřebné množství vody a potravin, většinou to znamenalo neodvratnou smrt. I v dnešní vyspělé době se můžeme setkat s určitou formou segregace, příkladem mohou být africké, asijské části.

Stadium charitativní péče

Postupně se měnil postoj společnosti k tělesně postiženým jedincům. Křesťanství poukázalo na nedokonalost lidského těla. Díky tomu vznikala charitativní přístup ke všem handicapovaným. Pomoc poskytovaly špitály, kláštery, chudobince. V tomto období došlo k velkému nárůstu postižených, protože k tělesně postiženým se přidali jedinci, kteří byli zraněni z války a celkového morálního úpadku. Tito lidé žili

v tlupách, živili se krádežemi a byli pro druhé postrachem. Toto období představuje výchovnou činnost a předpoklad pro další období.

Stadium humanitní

Pokus o návrat k antické kultuře. Požadavek společnosti na vzdělávání postižených, negativní ohlas feudální strany, která se obávala rozšíření vzdělanosti mezi skupiny nevolníků.

Vznikaly názory Komenského, který žádal všeobecné a všestranné vzdělání pro všechny bez rozdílu pohlaví, sociálního postavení. Došlo k rozvoji výchovně vzdělávací péče o tyto svěřence, zakládaly se první školy. Zákonná péče o tělesně postižené jedince vzniká v roce 1601 v Anglii.

Stadium rehabilitační a preventivní péče

Pro toto stadium je charakteristický požadavek připravit postižené pro povolání. Realizovány tato myšlenky byly v Německu a Norsku díky zásluze prof. MUDr. Jedličky v našich zemích.

V našich zemích se tato péče začala rozvíjet počátkem 20. století. V roce 1889 založen Dům milosrdenství Vincentinum, kde se pečovalo o vzdělání, ale škola zřízena nebyla. Zakladatelem rehabilitační péče tělesně postižených je pokládán prof. MUDr. Jedlička. Prosazoval spojení ústavu se školou. V roce 1913 byl založen Jedličkův ústav pro zmrzačené v Praze na Vyšehradě. Snahou v dnešní době je předcházet vzniku různých onemocnění díky modernizaci zdravotnictví. Důraz je kladen na prevenci.

2 KLASIFIKACE POHYBOVÝCH VAD

Řada tělesných vad může vznikat již v prenatálním období, nejčastěji je to porucha embrya v časném stádiu těhotenství. Později můžeme vidět tělesné vady také v období perinatálním či postnatálním. Mezi vlivy, které způsobují poškození mohou být infekce ze strany matky, toxoplazmóza, vliv některých léků v těhotenství, komplikovaný porod, nedonošený plod a mnoho dalších faktorů.

Tělesné postižení mohou mít i jedinci, kteří trpí poruchami endokrinního, metabolického systému, dále pak jedinci se srdečními vadami, revmatickými obtížemi, chorobami plicními.

Vrozené vady

a) Vrozené vady lebky a páteře - poruchy tvaru a velikosti lebky:

Kraniostenóza – předčasný srůst lebečních švů, tvar lebky porušen.

Brachycefalie – šikmá deformace lebky.

Turicefalie – věžovitá deformace lebky, díky předčasnému uzavření koronárních švů.

Skafocéfalie – úzké prodloužení tvaru lebky.

Plagiocefalie- šikmá deformace lebky.

Makrocefalus – nadměrně veliká lebka.

Anencefalus – není vyvinut mozek a kosti mozkovny.

Hydrocefalus – vodnatý mozek. Rozštěp lebky – výhřez mozku, nebo mozkových plen.

Rozštěp rtu, čelisti, patra – postižena častěji levá strana, pomoc chirurgickým zákrokem.

Rozštěp páteře (spina bifida) – nedokonalé uzavření trubice v bederní oblasti, současně bývají postiženy dolní končetiny, chybí meziobratlová ploténka a obratel.

b) Vrozené vady končetin a růstové odchylky-

Amélie – chybějící končetiny.

Dysmélie – neúplný vývin končetin.

Syndaktilie – srostlé prsty.

Polydaktilie – zmnožení prstů.

Gygantismus – zvýšená činnost hypofýzy, obrovský vzrůst jedince.

Nanismus – malý vzrůst, tzv. trpasličí vzrůst.

Hemihypertrofie – nestejná velikost obou polovin těla. Luxace kyčelních kloubů – vykloubení kyčelních kloubů

c) Centrální a periferní obrny - člení se na **parézy** (částečné ochrnutí) a **plegie** (úplné ochrnutí). Základem je poškození mozku, který se vyvíjí. Může být poškozena motorika (pohyb), ale také smyslové vnímání, mentální schopnosti a napětí.

Dětská mozková obrna (DMO) projevem je porucha hybnosti. Toto onemocnění vzniká do konce 1 roku věku dítěte, příčinou je nedonošenost.

Spastické DMO: Diparetický typ DMO - charakteristickým rysem je nůžkovitá chůze, příčinou je krvácení do mozku u nedonošených dětí. Mentální schopnosti nejsou zasaženy.

Hemiparetický typ DMO – postižena hybnost pravé nebo levé poloviny těla, výrazněji postižena je horní končetina, může toto onemocnění provázet epileptický záchvat.

Kvadruparetický typ DMO – postiženy jsou všechny končetiny, poškozen je i intelekt, těžce omezená hybnost. Dbáme o rozvoj sebeobsluhy.

Nespastické DMO: Diskinetický typ DMO – spontánní a nekoordinované pohyby, narušena hybnost. Vytváření grimas, je poškozena i řeč, díky nedostatečnému zapojení dýchacích svalů. **Hypotonický typ DMO** – snížené svalové napětí, porucha duševního vývoje, nejsou schopni samostatného života.

Kombinace forem DMO se různě prolínají mezi sebou, pak můžeme mluvit o smíšených DMO.

Získané vady (tělesná postižení)

- **Získané deformace:**

Skolióza – jedná se o vybočení páteře doprava nebo doleva, spirálovité zakřivení páteře.

Skoliotické držení těla – rotace páteře, různá výška ramene a lopatek.

Zvětšená hrudní kyfóza (hyperkyfóza) – ohnutí hrudní páteře, hrudník mezi rameny.

Plochá noha – pokles a možné vymizení nožní klenby podélným nebo příčným směrem.

Bederní lordóza, kulatá záda a další.

- **Tělesné postižení po úraze**

a) Úrazová onemocnění mozku a míchy: **Otřes mozku (komoce)** – velký náraz na lebku. **Zhmoždění mozku (kontuze)** – způsobeno zevním tlakem. Zlomení obratlů – poškození míchy pádem, úrazem. Poškození horní krční míchy, poškození dolní krční míchy, poškození hrudní míchy, poškození bederní a křížové míchy. Vždy se musí dbát o pravidelnou, komplexní a ucelenou rehabilitaci.

b) **Amputace**: oddělení končetiny od těla, náhrady končetin pomocí kompenzačních pomůcek, protéz „*Amputace je indikována v těch případech, kdy poúrazové nebo chorobné změny končetin zhoršují postiženému život, podstatně snižují jeho pracovní schopnost nebo mu život přímo ohrožují*“.⁴

c) Poškození periferních nervů: **Neuropraxis** – jedná se o přechodnou blokádu periferních nervů. U těchto onemocnění je nutná včasná rehabilitace, v těžších případech chirurgický zákrok.

- **Tělesné postižení po nemoci**

a) Revmatická onemocnění - **akutní revmatismus** – poruchy hybnosti, často ve spojení se srdečním poškozením. Obvykle se obecně toto nazývá revmatická horečka. **Vleklý kloubní revmatismus** – toto onemocnění doprovází deformity končetin, postižen úchop ruky.

b) Dětská infekční obrna – díky očkování se nevyskytuje, projevem je nehybnost různých částí těla jedince.

c) Perthesova choroba – onemocnění hlavice stehenní kosti, kde je zánět.

d) Myopatie (progresivní svalová dystrofie) – svalové onemocnění, vznikající na základě dědičnosti.

⁴ RENOTIÉROVA, M. *Somatopedické minimum*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2002, ISBN 80-244-0532-6.

3 PSYCHOLOGICKÁ PROBLEMATIKA TĚLESNĚ POSTIŽENÝCH

3.1 Tělesně postižený jedinec

Jakékoliv tělesné postižení, vada, defekt neomezuje tělo jen deformitou, ale i špatným pohybem. Postižení může být různého stupně, tohoto jedince dané postižení omezuje nejen v pohybu, ale i v činnostech denního života. V současnosti se dá míra postižení zmírnit pomocí kompenzačních pomůcek a tím snížit míru závislosti na druhých lidech z okolí.

Složitější je však psychická stránka jedince, kterou nelze jen tak upravit. Všichni si zcela jistě uvědomujeme, že dobrý psychický stav jedince přispívá k celkové pohodě. S tímto postižením by se však měl člověk naučit žít, přijmout ho jako součást svého plnohodnotného života, měl by se naučit překonávat překážky. Uvědomujeme si, že je to velmi dlouhá cesta k přijetí tohoto stavu.

Jakékoliv tělesné obtíže znamenají pro člověka stres. Člověk může zvládat své onemocnění a obtíže různě, může se iracionálně chovat, prožívat. Při onemocnění se může měnit postoj k nemoci.

Tělesná deformace = estetický handicap

Pohybový defekt = funkční handicap

3.2 Osobnost tělesně postiženého jedince

Z psychologického hlediska má tělesné postižení dvě hlavní stránky. Jednak je to nedostatečná pohybová kompetence a deformace zevnějšku. Vrozené postižení ovlivňuje vývoj ve vyšším stupni, není tak traumatizující na rozdíl od získaného postižení. Faktorem, který ovlivňuje kvalitu života jednotlivých nemocných je rozsah a stupeň omezení. Jsme si vědomi, že postižené děti nemají jednoduchý život. Jsou zcela odkázány na pomoc a péči druhých. Rozsah péče je dán mírou postižení a na tom, jak jsou schopni o sebe pečovat. Někteří zvládají základní hygienické potřeby, jiní jsou schopny komunikace a samostatného života. Děti s tělesným postižením jsou většinou odkázány na péči druhých osob. Mohou být omezeny například invalidním vozíkem, holemi, náhradami končetin. Postižení nepředstavuje jen změnu v omezení

pohybu, ale i ovlivnění v rozvoji schopností sebe obsluhy. Důležitým faktorem je stupeň pohybového omezení a stupeň úrovně soběstačnosti.

Hlavní složkou psychického vývoje jedince je uspokojování základních psychologických potřeb člověka. Pokud nejsou uspokojeny, může se objevit psychická deprivace. Jde o nedostatečné přijímání podnětů z vnějšího prostředí. Mezi matkou a dítětem vzniká citová vazba.

Může docházet k náhlému přerušení vztahu mezi dítětem a jeho standardním sociálním prostředím, pak mluvíme o separaci. Za zmínku stojí zastavení vývoje, vývojový sestup spojený s poruchami chování tzv. regres. Dítě zapomíná dovednosti, které umělo. Dalším faktorem, který působí na postiženého je estetický handicap spojený s deformací těla, nebo některé části. Pro jedince je to psychosociální zátěž. Tělesná deformace je většinou vnímána negativně, má pro handicapovaného vliv v sociálních vztazích. Okolí většinou hodnotí poškození nepříznivě, někdy i neakceptuje dané postižení. Pak je tady otázka sebehodnocení, to jak člověk vnímá svůj handicap, jak vše prožívá.

S nemocí se mění postavení člověka v sociálním prostředí. Jedinec ztrácí profesní roli, kterou ztrácí na důležitosti a postavení. Rozdílný pohled na život, ať již subjektivní, ale i objektivní. Často se objevuje sklon k uspokojování potřeb formou tabakismu, alkoholismu, nebo drogové závislosti.

Riziko, že vlivem postižení vznikne psychická odchylka, souvisí typ a závažnost postižení. Druhotně ji může ovlivnit celá řada vlastností osobnosti člověka s defektem a vnějším prostředím. Každé postižení představuje mnoho náročných životních situací. Většina onemocnění znemožňuje různé činnosti, které odlišují postiženého od zdravých jedinců. Náleží sem docházka do školy, sportovní činnosti, výběr školy a povolání, osamostatnění, výběr životního partnera. Může se tak vytvářet negativismus, pasivita.

Trvalé tělesné postižení vyvolává změnu životní situace, která ovlivňuje jedince s postižením. Postižený člověk dostává i specifickou sociální roli. Takový člověk má určitá privilegia, na straně druhé pak ztrácí určité hodnoty. Handicapovaný jedinec má právo na toleranci, pomoc, vlídný přístup, současně je však vnímán jako neschopný, nesvéprávný, méněcenný a nezpůsobilý.

Brzy dojde k rozpoznání postiženého jedince, jaký přístup k němu ostatní zaujmají, vnímá je citlivěji, věnuje jim větší zájem a pozornost. To vše pak také závisí na druhu postižení, na možnostech, charakteru, výchově, opoře v rodině a dalších okolnostech.

U některých jedinců se objevuje egocentrismus, jsou přecitlivělí na narážky od zdravých občanů, objevuje se takto snížené nebo naopak zvýšené sebehodnocení. Tělesné postižení představuje pro jedince ovlivnění v potřebách jistoty, seberealizace, budoucnosti. Někdy se odhalí depresivní stavy, které mohou vyústit v sebevražedné myšlenky, pocity beznaděje a strachu.

Postižení bývají pro vrstevníky nežádoucí, neboť neudrží s nimi tempo hry, nelze očekávat pozorný přístup stejně starých dětí. Než o přátelství, mluvíme o pomoci a ochraně postižených dětí. Nutno podotknout, že postižené děti bývají spíše izolovány, a proto v navázání kontaktu je omezeno. Kontakty navazují spíše ve školách, kterou navštěvují. Kolektiv je pro dítě velmi důležitý k navázání kontaktů s vrstevníky.

3.3 Sociální stigma a sociální role

Sociální stigma může znamenat pro postiženého jeho tělesné postižení. Jsou to defekty, které jsou dány nápadností ve společenském prostředí a projeví se kontaktem s ostatními. Náleží sem např. komunikace jak verbální tak i neverbální, působení postiženého z venku, jeho zevnějšek, mimika a další. U druhých mohou vyvolat znechucení, apatii, lhostejnost, odpor. Stigmatizace = negativní hodnocení. Destigmatizací rozumíme změnu stereotypů postiženého jedince. Veřejnost je shovívavější k získanému onemocnění, než k vrozenému onemocnění. „*Přemýšlí pak o tom, že se „to může stát i jim.“*“⁵

Sociální stigmatizace je individuálním prvkem, protože jeden jedinec s určitým handicapem je plně přijat, druhý člověk pak s podobnými rysy může žít v izolaci.

5 VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-214-9.

4 VÝVOJ POSTIŽENÉHO DÍTĚTE

Nejen u zdravých jedinců má vliv na rozvoj dítěte rodina. Jde o přenos společného života a soužití v rodině. Znamená to prvopočátek pro životní zkušenosti. Faktorem je temperament, dále genetika a tělesný vzhled. Sem řadíme ochablost pohybů, samotné onemocnění. Dále je to faktor sociální – psychický vývoj je podmíněn kontaktem s druhými lidmi, hlavně pak rodinou. Na vývoji dítěte se podílí jeho vlastní aktivita, tou se rozumí vlastní prožívání, reakce okolí, okolního světa. Popsané faktory jsou v hierarchii a vzájemném působení.

4.1 Vývoj postiženého jedince

Odlišnosti vývoje postiženého jedince

„Podrobná zkoumání posledních let ukázala, jak velký význam pro další utváření osobnosti člověka má nejen uspokojení základních biologických potřeb dítěte a přiměřená péče zdravotní a hygienická, ale také uspokojení základních potřeb duševních a náležitě zásobení podněty smyslovými a citovými.“⁶

Kojenecké období je velmi nebezpečným obdobím pro dítě. Stále nedochází ke smíření rodičů se skutečností, že mají postižené dítě. Neobjevuje se stimulace, citová akceptace. Převyšuje apatie a pasivita. Toto období je typické pro plnění potřeby proměnlivosti (zvědavosti) a jistoty. Postižené dítě klade důraz na stabilitu a pocit bezpečí. Velkou roli zde zastává matka a její akceptace postiženého dítěte. Vzniká riziko neakceptování či naopak větší fixace, upřednostňování dítěte. Velký vliv na postiženého jedince má i společnost a nejbližší okolí.

Batolecí období je projevem osamostatnění, dle vývoje a jeho fáze. Postižené dítě je často omezeno v pohybu, je odkázáno na pomoc nejbližšího okolí.

Opožděný vývoj je projevem nedostatku zvědavosti, neschopnosti myšlení, rozvoje řeči. Pro toto období je charakteristické získávání identity. Vlivem nedostatku stimulace se neutváří a dítě je tím spíše pasivní, nesamostatné. Rodiče se vyrovnávají s reakcemi

⁶ MATĚJČEK, Z. *Psychologie nemocných zdravotně postižených dětí*. Jinočany: 2001. ISBN 80-86022-97-7.

z okolí, neboť je charakteristická určitá nápadnost v sociální oblasti. Rozvíjí se sebe pojetí.

Období předškolního věku je fází iniciativy, sebe prosazení a aktivity. Aktivita nemůže být u těchto dětí tak dalece intenzivní, jelikož závisí na druhu a rozvoji postižení daného jedince. Pro toto období je významná sociální skupina vrstevníků, postupně se dítě odpoutává od rodiny. Pokud je mu upřeno stát se členem skupiny, pak je to pro toto dítě velmi frustrující, později je nesamostatné a může to ovlivnit chování ve společnosti, ale i partnerský vztah. Důležitou roli zde má rozvoj řeči.

Počátek školní docházky se řadí mezi nejdůležitější okamžiky v životě dítěte. Zde dochází k setkání nereálnosti našeho očekávání. Zjištění, že dítě nesplňuje určitá kritéria, požadavky pro zařazení do zvolené školy. Vidíme výhody i nevýhody zařazení dítěte do speciální školy, nebo do školy běžného typu. Dítě se stává součástí pracovního kolektivu, je to období, které je specifické plněním požadavků a úkolů. Dítě, které nestačí kolektivu, bývá vyloučeno. Může přinášet pocity nízkého sebevědomí, pocity méněcennosti. V pozdějším věku může být problém ve vnímání vlastní sexuality ve výběru životního partnera. Období nástupu do školy závisí na zralosti, schopnostech učit se a prostředí. U postižených dětí mohou mít negativní vliv učení i zralost. Zařazení do školy je potvrzením „normality“ dítěte, u postižených je to problémová situace. Školní věk je obdobím, kdy se dítě snaží podávat výkon, příprava na budoucnost. Negativní stránkou pak může být vznik pocitu selhání, neschopnosti.

Období dospívání představuje velké emoční výkyvy, hledání vlastní identity. Typickým příkladem pro období dospívání je zájem o vlastní city, ale i city druhých. Příprava na budoucí povolání a uplatnění se v něm.

Jedinec si uvědomuje omezení v různých oblastech života, neschopnost se začlenit do společnosti. Postižený člověk není pro skupinu vrstevníků plnohodnotným členem, může se projevit pocit méněcennosti.

V pubertě je pro dospívající hlavní vzhled jedince, který může zcela zásadně změnit postiženého. Objevuje se ztráta sebevědomí.

V období mladšího věku dospělého dochází k vyrovnání a ustálení. Ve většině případů je již tento člověk samostatný, zapojuje se do pracovního procesu, je připraven na založení vlastní rodiny. Je již dostatečně psychicky vyspělý. Snahou je nalézt

kvalitní partnerský vztah, který by byl stabilní. Vyrovnání se s postižením, které je u jednotlivých jedinců různě rychlé.

Střední věk dospělý, je pro člověka nejproduktivnější, je na vrcholu. Člověk je pracovně nejvýkonnější, psychicky vyrovnaný. Je to doba pro přijetí trvalého tělesného handicapu. Pokud však bylo přijetí svého handicapu problematické, může se projevit pocit životního zklamání, pocitu méněcennosti, frustrace.

Dalším obdobím v životě je starší věk dospělý. Charakteristické je ubývání výkonnosti, trvalé defekty se staly již součástí osobnosti člověka, neměly by přinášet potíže. Je obdobím vyrovnanosti a citové pohody. Pokud však nedošlo k vyrovnání, znamená to pro jedince velkou tíhu.

Ve stáří ubývají fyzické síly, člověk se mění psychicky. Snažíme se o co největší samostatnost, člověk s tělesným postižením, již zpravidla potřebuje pravidelnou rehabilitaci.

5 POSTOJ SPOLEČNOSTI K TĚLESNĚ POSTIŽENÝM JEDINCŮM

Určitě si všichni uvědomujeme, že se ve společnosti objevují odlišní jedinci. Každá kultura se vyznačuje různými hodnotami, normami a postoji. V jedné kultuře je něco přípustné, v druhé se považuje za nevhodné a nežádoucí. Tyto postoje společnosti byly dlouhá léta tabu. Všichni lidé věděli, že existují postižení jedinci, ale o jejich životě nevěděli takřka nic. Postoje jsou racionální, mají emotivní složku, projevem je chování jedinců. Postojem k tělesně postiženým jedincům je ambivalence (pozitivní i negativní hodnocení).

Postižení jedinci jsou předmětem soucitu, na druhou stranu však vzbuzují odpor, hrůzu jež je symbolem něčeho negativního. Zažité postoje se obtížně mění, můžeme hovořit o stereotypu. Neinformovanost a neznalý přístup brání integraci těchto jedinců do společnosti. Pozornost upoutají viditelná postižení, nemoci vnitřních orgánů však nikdo nevidí, nejsou zřetelná. S postoji k těmto jedincům mluvíme též o předsudku. Předsudek je nepřesným hodnocením vzniklé situace, pro neznalého je však výhodný, nezabývá se věcmi, které nezná. Je kritériem k posuzování postižených.

„Za předsudečný lze v podstatě označit i tzv. haló efekt, kdy nějakou osobu hodnotíme na základě prvního dojmu a vnějších znaků, které považujeme pro ni za charakteristické, a podle toho k ní přistupujeme, aniž bychom pochybovali o validitě našeho úsudku.“⁷

Příznačným projevem předsudků v postoji je generalizace. Vidíme všechny stejně, bez ohledu na odlišnosti. Zde mluvíme o neochotě měnit postoje, rigiditě.

7NOVOSAD,L.Tělesné postižení jako fenomén i životní realita.1vyd.Praha:Portál,2011.ISBN 978-80-7367-873-9.

5.1 Rodina tělesně postiženého jedince

Rodina

„Rodina - společenská skupina založená na manželství a pokrevních vztazích.“⁸

Rodina se postupně vyvíjí, dle vývoje společnosti. Role matky i otce je klíčová pro univerzální rozvoj dítěte. Role otce i matky je nezastupitelná pro všestranný vývoj dítěte.

Role matky

Její úkolem je starat se o vztahy v rodině, naplňovat je citem a láskou. Je to důležitá osoba, ke které je vytvářen citový vztah dítětem. Díky vztahu mezi matkou a dítětem se prohlubuje socializace, dochází k rozvoji dítěte. Dle chování matky se rozvíjí osobnost dítěte. Je to i naopak, kdy dítě inspiruje matku a zároveň utvrzuje správnost jejího chování. Správnost chování se projeví úsměvem. Matka představuje pocit jistoty, bezpečí. Učí dítě akceptování sebe sama, takového jaké je, ale učí i přijímat ostatní.

Role otce

V dnešní době smíme říct, že role otce, který se podílí na výchově dítěte je již rovnocenná. Je s dítětem v kontaktu a může tak utvářet osobnost svého dítěte. Otec, představuje oporu a jistotu, která si ví vždy rady. Je to osobnost, která komunikuje se světem, umožňuje návštěvy okolního světa, napomáhá prožívání zábavy. Muž může přebírat ženské role díky dnešní společnosti. Dítě může představovat pro otce konkurenta a cítit se tak ohroženě. V dnešní době není vzácností, že péče o dítě leží na bedrech otce, společnost proměnila rozdělování péče o dítě.

Role sourozenců

Nelze opomenout vliv sourozenců v rodině. Všichni členové rodiny se navzájem ovlivňují soužitím a atmosférou v ní. Jestliže chybí některý člen v rodině, může být dítě ohroženo deprivací.

Otec i matka hrají ve výchově dětí nezastupitelnou roli. Přístup k výchově dětí je rozdílný, přesto by se však měli shodovat v některých základních věcech. Současným velkým problémem je vytíženost rodičů a to z důvodu pracovního nasazení. Pak můžeme vidět omezenou komunikaci mezi dětmi a rodiči. To se snaží

⁸ VACÍNOVÁ, M., TTRPIŠOVSKÁ, D., FARKOVÁ, M. *Psychologie*. 2. vyd. Praha: UJAK, 2010. ISBN 978-80-7452-008-2.

kompenzovat materiálním vyrovnáním. I přes všechny důsledky a negativní jevy, je rodina stále základním kamenem společnosti.

Role rodiny

„ Nejen, že pečuje o tělesný vývoj dítěte a jeho zdraví, ale zároveň je první sociální skupinou, v níž dítě žije a získává zkušenosti lidského soužití, zkušenosti pomoci, konfliktů i jejich řešení, kladení společenských požadavků a norem.“⁹

Dříve se o rodinách, kde vyrůstalo postižené dítě, mnoho nehovořilo, snad ani nevědělo. Všichni máme svou rodinu a z rodiny pocházíme. Dnes, když potkáme rodinu, kde je postižené dítě, nám nepřijde tato situace zvláštní. Nevyhýbáme se kontaktu s takovými lidmi a pomalu si zvykáme, že takové rodiny jsou a existují.

Jestliže se narodí postižené dítě, pak je to velká zátěž pro rodinu. Musíme si uvědomit, že narození postiženého dítěte do rodiny s sebou nese jiné postoje rodičů. Je pravděpodobné, že budou v tomto ohledu extrémní. Buď je to vyhlídka postojů příliš ochraňující, nebo naopak takového potomka budou odmítat. Narození tělesně postiženého dítěte je zraňující, dochází k pocitům méněcennosti, ztrátě sebedůvěry, neschopnosti. Vztah rodičů k postižení je dán společností, ve které žijí. Zvláště pokud má dítě viditelné postižení. Informace, že je jejich dítě postižené by měli rodiče dostat co nejrychleji, měli by být informováni podrobně, zprávy by se měly týkat další prognózy a vývoje dítěte.

Rodina je důležitým prvkem při utváření psychiky dítěte, je první institucí, se kterou dítě přichází do styku. Je to skupina, představována rodiči a dětmi. Rodiče berou narození postiženého dítěte jako své selhání rodičovské role. Narozením postiženého dítěte se může změnit partnerský vztah mezi nimi, mění se také rodinná atmosféra, může dojít k posílení vztahu, nebo naopak až k rozpadu rodiny. Myslím si, že narození postiženého dítěte nesou hůře muži, kteří často odchází od rodin, nebo zůstávají, ale o dítě nejeví zájem, stydí se za něj. Otcové děti prožívají deprese, mají obavy ze selhání, snížené sebehodnocení. Pak z toho vyplývá odmítavý přístup a vyhýbání se s dítětem. Odmítavý postoj otce pak negativně ovlivňuje podporu matky a zvyšuje zátěž jak její, tak i sourozenců postiženého dítěte. Zvládnutí takto složitých situací leží

⁹ ČÁP, J. *Psychologie výchovy a vyučování*. Praha: Karolinum, 1997. ISBN 80 -7066- 534- 3.

na bedrech převážně ženy, ta ovlivňuje atmosféru v rodině. Důležité je, aby byly zaujaty adekvátní postoje k dítěti s postižením, rizikem je pak extrémnost v přístupu k dítěti. Někdy mohou být brzdou pro rozvoj dítěte, jindy zase může být riziko v nepřiměřeném postoji hyperprotektivního přístupu. Rodiče mohou procházet i fází nejistoty, kdy není ještě zcela potvrzena jasná diagnóza. Další fází, kterou rodiče prochází je fáze krize rodičovské identity, rodiče se dostávají do konfrontace s postižením.

5.2 Reakce rodiny

Reakce rodiny jsou projevy obranných mechanismů, rodina prochází fázemi. Pro rodiče sdělení jakékoliv závažné informace představuje hluboký otřes, úzkost, šok. Reakce rodičů se mění v čase.

- **Fáze šoku a popření** - reakcí na informaci, že je dítě postižené. Rodiče nechtějí znát možnosti péče, nechtějí slyšet žádné informace. Rodiče nejsou ještě smířeni s faktem postižení, nechtějí slyšet nic o eventualitách péče o dítě. Projevem jsou pocity zmatku, iracionální myšlení, dezorientace. V této fázi pátráme po viníkovi. Charakteristickou větou je: „To není možné, to není pravda“. Postupně dochází k přijetí informací.
- **Fáze postupné akceptace a vyrovnání s problémem** - zájem rodičů o další důležité informace, chtějí znát podstatu onemocnění, hledají příčiny a viníka, řeší budoucnost dítěte. Rodiče nemají představu, jaká bude budoucnost dítěte, postoje rodičů jsou většinou pesimistické. Umístění postiženého dítěte do institucionální péče může být únikem od tíživé situace. Po akceptování této zprávy se odvíjí postoje rodičů k dítěti.
- **Fáze realismu** - „Rodiče se ve většině případů postupně smíří se skutečností, že jejich dítě nikdy nebude zdravé, a začnou se chovat přiměřenějším způsobem.“¹⁰

10 VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-214-9.

Ke smíření s postižením nedojde vždy, postoj rodičů může kolísat v závislosti na různých nově vzniklých problémech. Realistické hodnocení situace rodiči. Zde se uplatňují výchovné postoje k dítěti, vytváření kladného rodinného prostředí.

Vztah rodičů se může měnit v průběhu vývoje. Přejícným stádiem je fáze smlouvání, charakteristickým rysem je získat alespoň něco, ve smyslu např. malého zlepšení.

5.3 Sourozenci postiženého dítěte

„Sourozenec je obecný termín pro sestru nebo bratra, tedy pro osoby sdílející matku nebo otce (nejčastěji oba). Sourozenci obvykle vyrůstají společně v jedné rodině a prožívají spolu dětství. Vzájemná genetická a fyzická blízkost vytváří u sourozenců silný citový vztah.“¹¹

Určitě všechny děti si přejí mít sourozence. Bratra, sestru, ale také někoho, komu se mohou svěřit, někoho, kdo jim může pomoci.

Díky sourozeneckému soužití se vytváří identita těchto dětí. Jiný vztah mají sourozenci, kteří jsou v dětském věku, jinak to mají sourozenci v období adolescence, jiné pak v dospělosti. Záleží také na tom, jestli vyrůstají ve velkém věkovém odstupu, nebo naopak jsou věkem blízko sobě.

Velmi často se mezi sebou ovlivňují, srovnávají, často je jeden druhému vzorem, pomocníkem, zvláště starší sourozenec.

Jako nejdéle trávající vztahy jsou označovány právě vztahy mezi sourozenci. Bytí se sourozencem, který je jakkoliv postižený má velký vliv na další prožívání zdravého sourozence.

Postižený sourozenec představuje pro zdravého sourozence zátěž. Většinou rodiče děti rádi srovnávají, pokud je ale jeden nemocný, srovnání není možné. Odlišné je očekávání rodičů, postižené dítě může být ve výhodě. Tyto postoje mohou ovlivnit zdravé dítě i v dospělosti. Utváří se ochota pomáhat druhým, rozvíjí se ohleduplnost. Sourozenci jsou často soupeři a spojenci zároveň, ale postižené dítě soupeřem být

¹¹ Sourozenec. In: *Wikipedia: the free encyclopedia* [online]. San Francisco (CA): Wikimedia Foundation, 2001- [cit. 2015-02-15]. Dostupné z: <http://cs..wikipedia.org/Wiki/Sourozenec>

nemůže, nelze to. Od každého se očekává něco jiného, zejména pro malé dítě to může být matoucí, cítí se ve stínu svého sourozence.

Dopady na život rodiny s tělesně postiženým dítěte.

Bylo již zmíněno, že narození postiženého dítěte změní jakkoliv život celé rodiny, jeho způsob i prožívání jednotlivých členů. Rodina by se s tímto faktem měla vyrovnat, vždy však záleží na spolupráci jednotlivých členů, ale na určitých hodnotách a normách, které rodina uznává. Velkou roli zde hraje komunikace a spolupráce v rodině. Soužití členů rodiny s postiženým dítětem něco dává, avšak zároveň bere. Obohacuje především v prožívání života, rodiče i děti si váží života.

Mnoho věcí se stává nepodstatných, neřeší malichernosti, považují si přátelství, radují se z maličností. Jsou tolerantní k ostatním, udržují si respekt k druhým lidem, vzájemně se obohacují o své zkušenosti. Mezi zápory, které přináší soužití s postiženým jedincem bych přiřadila snad jen negativní reakce okolí, často blízkých příbuzných, obavy z budoucnosti, stálé překonávání různých bariér a překážek.

6 VÝCHOVNĚ VZDĚLÁVACÍ PROCES TĚLESNĚ POSTIŽENÝCH

Výchova a vzdělávání osob s tělesným postižením by mělo být pojímáno komplexním systémem činnosti. Do vzdělávacího procesu je zásadní zapojit nejbližší tohoto dítěte, jedině tak můžeme dosáhnout vzdělávacích cílů. V neposlední řadě jsou důležitým přínosem odborníci jako jsou lékaři, fyzioterapeuté, speciální pedagogové, psychologové a další.

„Péče o zdravotně postižené a znevýhodněné dítě musí mít komplexní charakter, proto je nutné zajistit vyvážení péče zdravotní a výchovně vzdělávací, a která se zřetelem na věk a jeho individuální zvláštnosti. Zde vystupuje do popředí týmová spolupráce, která se tak stává nezbytnou součástí při intervenci u postižených jedinců.“¹²

Důležitým kritériem pro vzdělávání postižených jedinců je výchova stejným způsobem jako zdravých dětí.

Zásadním dokumentem, který se zabývá vzděláváním je:

Vyhláška MŠMT ČR č. 73/2005 Sb. O vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a o vzdělávání dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných v § 5 typy speciálních škol:d) *„mateřská škola pro tělesně postižené, základní škola pro tělesně postižené, střední škola pro tělesně postižené, střední odborné učiliště pro tělesně postižené, odborné učiliště pro tělesně postižené praktická škola pro tělesně postižené, gymnázium pro tělesně postižené, střední odborná škola pro tělesně postižené“.*¹³

12 OPATŘILOVÁ,D.,ZÁMEČNÍKOVÁ,D.*Somatopedie.Texty k distančnímu vzdělávání.*1vyd.Brno:Paido,2007. ISBN 978-80-7315-137-9.

13 Česká republika. Sbírka zákonů: Vyhláška o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. In: *č. 73/2005*. Praha, 9.2.2005, 20.

Forma inkluzivního vzdělávání možností § 3 „ *formy speciálního vzdělávání žáků se zdravotním postižením:*

a) formou individuální integrace,

b) formou skupinové integrace,

c) ve škole samostatně zřízené pro žáky se zdravotním postižením,

d) kombinací forem uvedených pod písmeny a) až c)“.¹⁴

Vzdělávání tělesně postižených jedinců

Individuální vyučování tělesně postižených dětí v rodině- se vztahuje Zákon 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání. Individuální výuku schvaluje ředitel školy, kde je dítě přijato k plnění povinné školní docházky, vyučuje se na základě individuálního vzdělávacího plánu.

Příprava dětí v předškolním věku- doba, kdy lze výrazně zlepšit pohybový systém a intelektové, psychické schopnosti dítěte. Je vhodné začlenit postižené dítě do mateřské školy pro intaktní děti v případě lehčího stupně postižení nebo do mateřských škol pro děti tělesně postižené.

Toto vzdělávání není povinné, mnozí rodiče jí tak nepřikládají důraz. Běžná mateřská škola může být pro dítě náročnou situací (posmívání ze strany vrstevníků, vyřazování z určitých úkolů, aj.), mohou vést k negativním komplexům dítěte takto postiženého.

Na druhé straně soužití dítěte s postižením, jeho kamarády může vést ke zlepšení sociálního citění spolužáků. Speciální mateřské školy pro děti s tělesným postižením jsou většinou internátního typu, dítě tak nevyklučujeme z kolektivu, účastní se všech činností. U těchto dětí v tomto období klademe důraz na rozvoj poznávacích procesů, ale i na rozvoj socializace. Jsou velkým mezníkem jak pro zdravé děti, tak zejména pro děti s tělesným postižením. Pokud nejsou splněny tyto prvky, pak se může projevit deprivace, která má negativní vliv na tyto jedince. Měli bychom dětem zajistit všechny dostupné pomůcky, navodit příjemnou atmosféru prostředí. Z takto postižených dětí lze často vychovat jedince mající radost z pracovních činností a života samého. Získávají

¹⁴Česká republika. Sbírka zákonů: Vyhláška o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. In: *č. 73/2005*. Praha, 9.2.2005, 20.

sociální rozvoj, samostatnost, zvládají dovedností, rozvoj aktivit. Vedení jedince k pochopení sebe sama a okolí.

Období školní docházky

Nejčastěji základní škola pro děti s tělesným postižením. Působí zde celá řada faktorů. Soustředíme se na zralost pro školu. Školní zralost = dovednost se přizpůsobit nárokům školy. Dále bychom měli zjistit jak dalece je dítě postižené, zda je schopno se pohybovat samo bez cizí pomoci, nebo potřebuje pomoc druhé osoby. Měla by být zajištěna bezbariérovost, aby dítě nebylo zcela závislé na druhé osobě. Pohyblivost zcela zásadně ovlivňuje integraci a kvalitu života takto postiženého jedince. Tyto děti bývají ještě značně závislí na rodičích. Neměly by být přetěžovány, rychle se unaví. Pedagog by měl zařazovat chvíle odpočinku a klidu.

Učební plány základních škol pro tělesně postižené se shoduje s plánem pro běžné základní školy. Právě toto shodné vzdělávání umožňuje pokračovat ve studiu na běžné střední škole a následně na vysoké škole.

Střední a odborné vzdělání

Žáci, kteří ukončí povinnou školní docházku, pak mohou pokračovat ve studiu na středních školách pro žáky s tělesným postižením nebo i na běžných středních školách. Přesto však se navyšuje počet žáků integrovaných, je možnost i studia na speciální střední škole, středním odborném učilišti pro tělesně postižené.

Vysokoškolské studiu

V dnešní době je možné připravit vhodné podmínky pro studium osob s tělesným postižením na různých vysokých školách.

PRAKTICKÁ ČÁST

7 VÝZKUM

V současnosti existuje celá řada výzkumných metod, zabývající se tělesně postiženými jedinci, jejich rodinami a společnostmi, kde se nachází. Všímají si integrace těchto postižených, ale také toho, jaké vztahy jsou mezi sourozenci zdravými a tělesně postiženými.

Nejžádanějším a často používaným prostředkem ke sběru dat a informací je právě dotazník. Je souborem otázek, které jsou připraveny na formuláři. Respondent odpovídá písemnou formou na otázky.

Výhodu vidím v získání většího množství informací, ekonomickém zvýhodnění, nevýhodou tohoto způsobu sběru dat je nízká návratnost dotazníku, nelze již nic doplnit a opravit. Forma dotazníku má být srozumitelná, neměla by časově zatížit. Může být anonymní nebo neanonymní. Dotazníky obsahovaly uzavřené typy otázek, byla zaručena maximální anonymita těchto respondentů. Vlastní výzkum byl prováděn v měsících červen až srpen 2014.

7.1 Charakteristika výběru zkoumaných osob

První dotazník směřuje k integraci tělesně postižených do společnosti. Dané dotazníkové šetření bylo náhodné, tvořily jej osoby města Olomouce. Celkem bylo rozdáno 100 dotazníků, návratnost byla 84 dotazníků. Respondenty byly osoby různého věku, byli to muži i ženy s různým stupněm vzdělání.

Druhý dotazník byl rozdán mezi sourozence ve věku 13-15 let tělesně postižených jedinců. K vyplnění byl vydán dětem v ordinaci dětského lékaře v Olomouci. Těmto dětem se dostal prostřednictvím rodičů, kteří navštívili dětského lékaře. Celkem bylo rozdáno 40 dotazníků s návratností 29 z nich.

7.2 Cíl výzkumu

Cílem výzkumu prvního dotazníku byl kladný význam integrace tělesně postižených do společnosti. Ve výzkumu jsem se ptala na otázky významu sloučení tělesně postižených.

Cílem výzkumného šetření druhého dotazníku bylo vystihnout problematiku z pohledu dítěte ve věku 13-15 let. Šlo o získání názoru na jeho postiženého sourozence. Cílem byla schopnost přijmout a tolerovat svého sourozence, mít ho rád takového jaký je, nežárlit na něj, umět mu pomoci.

7.3 Hypotéza

Hypotéza 1 Má význam integrovat tělesně postiženého jedince do společnosti?

Hypotéza 2 Život v domácnosti s tělesně postiženým má vliv na osobnost 13-15 letého sourozence?

7.4 Metody výzkumu

Byly vypracovány celkem dva dotazníky. U prvního i druhého dotazníku byly použity uzavřené otázky. Tyto otázky měly předem vypracovány možnosti odpovědí. Dotazníky byly anonymní. Vyplněné dotazníky byly dány do obálek pro zachování anonymity.

První dotazník obsahoval 10 otázek, druhý tvořilo celkem 6 otázek uzavřených.

7.5 Vyhodnocení otázek z dotazníku č. 1

Vyhodnocení otázky č. 1

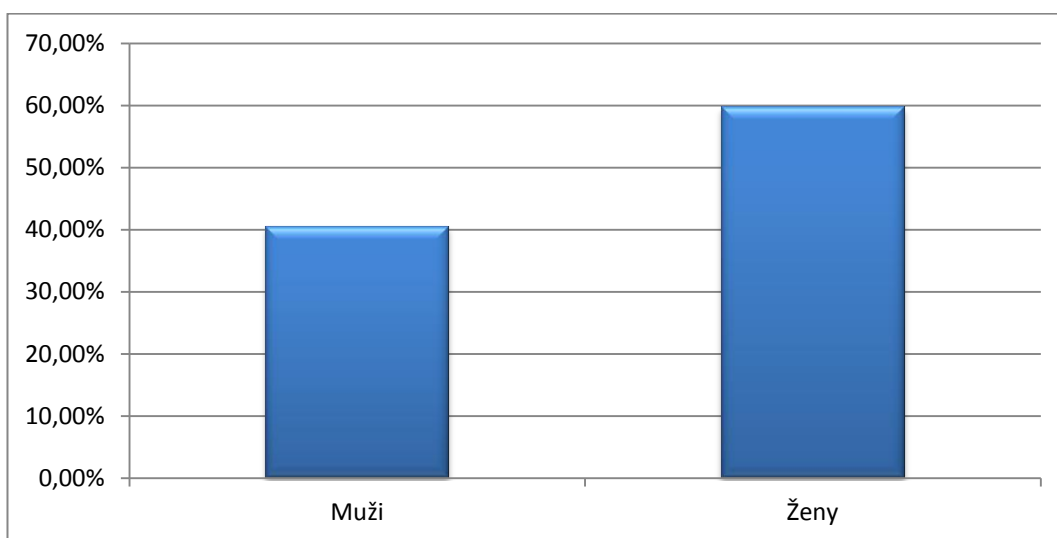
Pohlaví

Tabulka 1: Zastoupení pohlaví respondentů

	Počet respondentů	%
Muži	34	40,47
Ženy	50	59,53
Celkem	84	100

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 1: Zastoupení pohlaví respondentů



Zdroj: Vlastní zpracování

Tato otázka ověřuje pohlaví jednotlivých respondentů. Do výzkumu se zapojilo 50 žen a jen 34 mužů.

Vyhodnocení otázky č. 2

Tato otázka zjišťovala věk daných respondentů

Tabulka 2: Věk respondentů

	Počet respondentů	%
Do 18 let	2	2,38
18 až 30 let	10	7,90
31 až 40 let	45	52,53
41 až 60 let	15	17,0
61 a více let	22	20,19
Celkem	84	100

Zdroj: vlastní zpracování

Vyhodnocení této otázky se týkalo věku daných respondentů. Nejvíce zastoupeno respondentů bylo ve věku 31 až 40 let (45),(52,23%), dále pak 61 a více let(22), (20,19%), menší skupinu tvořili 41 až 60 let(15) (17%), 18 až 30 let(10) (7,90%) a nejméně tvořili do 18 let se 2 respondenty (2,38%).

Vyhodnocení otázky č.3

Touto otázkou jsme zjišťovali vzdělání respondentů

Tabulka 3: Vzdělání respondentů

Vzdělání	Počet respondentů	%
Základní	5	5,95
Vyučen	20	23,80
SOU maturitou	44	52,38
Vyš. Odb. škola	8	9,52
Vysoká škola	7	8,33
Celkem	84	100

Zdroj: vlastní zpracování

Z celkového souhrnu má nejvyšší počet respondentů střední odbornou školu s maturitou (44 respondentů tvořících 52,38% dotazovaných), vyučení (20 resp. - 23,80%), dále vyšší odb. školu (8 resp. - 9,52%), vysokou školu (7 resp. - 8,33%) a základní vzdělání (5 resp. - 5,92%) respondentů.

Vyhodnocení otázky č. 4

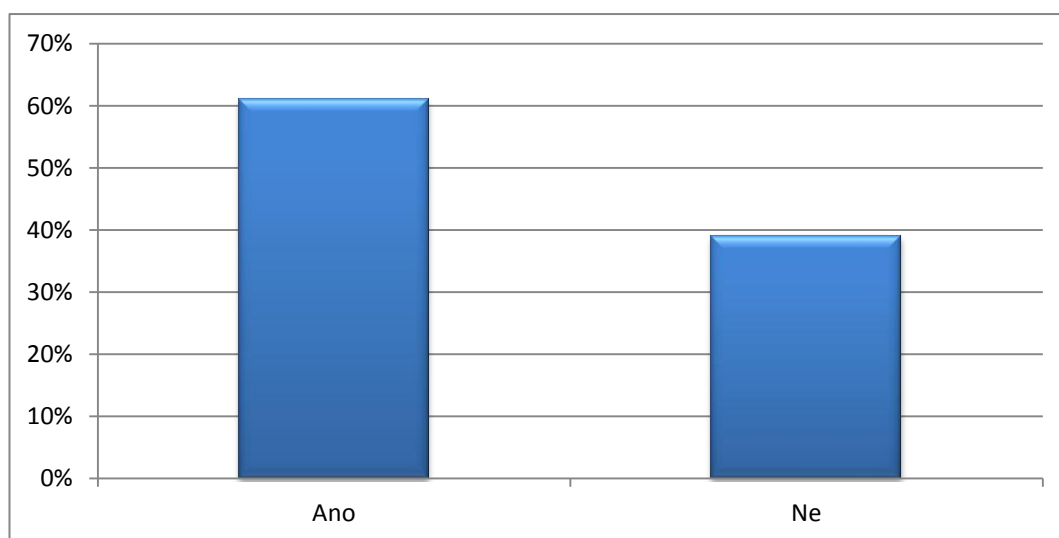
Setkal (a) jste se již někdy s tělesně postiženým člověkem?

Tabulka 4: Respondent zná tělesně postiženého jedince

	Počet respondentů	%
Ano	52	61,00
Ne	32	39,00
Celkem	84	100

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 2: Respondent zná tělesně postiženého jedince



Zdroj: vlastní zpracování

Z celkového souhrnu zná tělesně postižené osoby 52 respondentů (61,00%) a 32 respondentů (39,00%) se nesetkalo s tělesně postiženým člověkem.

Vyhodnocení otázky č. 5

Jaké máte pocity při setkání s tělesně postiženým?

Tabulka 5: Pocity ze setkání s tělesně postiženým

	Počet respondentů	%
Soucit	4	4,76
Strach	1	1,19
Rovnocenný partner	48	57,14
Empatie	25	29,77
Nevím	2	2,38
Jiné	4	4,76
Celkem	84	100

Zdroj: vlastní zpracování

K otázce, jaké máte pocity ze setkání s tělesně postiženým odpovědělo 48 respondentů (57,14%), že tělesně postižený je rovnocenný partner, u 25 odpovídajících (29,77%) převyšuje empatie, 4 respondenti (4,76%) projevují soucit, 4 (4,76%) projevují jiné pocity, 2 respondenti (2,38%) neví a 1 odpovídající (1,19%) cítí strach.

Vyhodnocení otázky č. 6

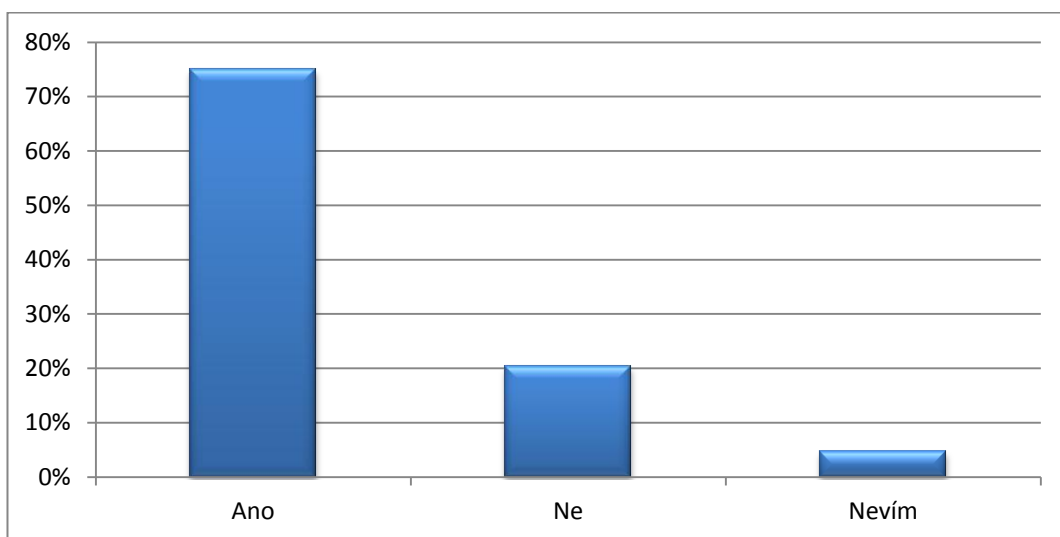
Myslíte si, že má smysl sloučení tělesně postižených jedinců do společnosti?

Tabulka 6: Smysl sloučení tělesně postižených do společnosti

	Počet respondentů	%
Ano	63	75
Ne	17	20,24
Nevím	4	4,76
Celkem	84	100

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 3: Smysl sloučení tělesně postižených do společnosti



Zdroj: vlastní zpracování

Respondenti odpovídali především kladně, 63 z nich (75%) volilo odpověď ano, sloučení má smysl, negativně odpovědělo 17 respondentů (20,24%), pouze 4 odpovídající (4,76%) odpověděli, že neví. Převážná většina si myslí, že sloučení tělesně postižených se zdravými jedinci má smysl.

Vyhodnocení otázky č. 7

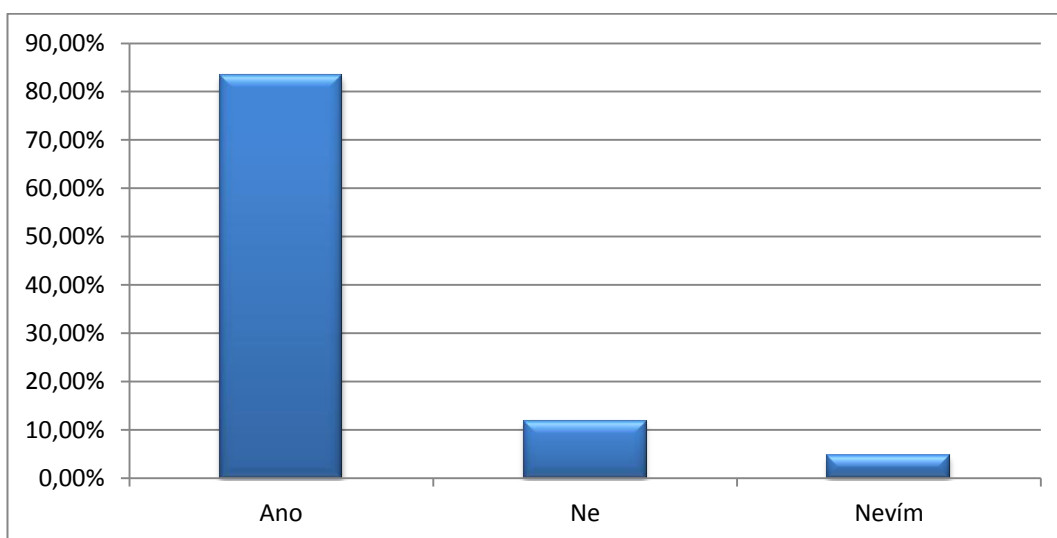
Domníváte se, že je kladen velký důraz na sloučení tělesně postižených do společnosti?

Tabulka 7: Důraz na sloučení tělesně postižených do společnosti

	Počet respondentů	%
Ano	70	83,34
Ne	10	11,90
Nevím	4	4,76
Celkem	84	100

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 4: Důraz na sloučení tělesně postižených do společnosti



Zdroj: vlastní zpracování

K otázce se vyjádřilo kladně 70 respondentů (83,33%), naopak 10 respondentů (11,90%) odpovědělo ne a 4 respondenti (4,76%) neví. Výsledek je hodnocen kladně, společnost stojí o sloučení tělesně postižených.

Vyhodnocení otázky č. 8

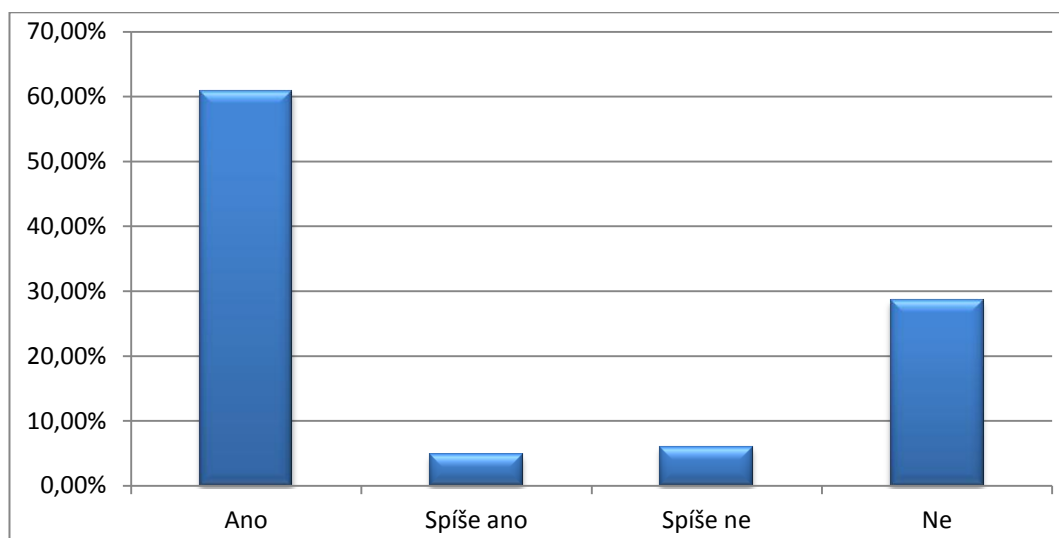
Myslíte si, že tělesně postižený žije raději ve společnosti zdravých lidí, nebo stejně postižených?

Tabulka 8: Život ve společnosti zdravých lidí nebo stejně postižených

	Počet respondentů	%
Ano	51	60,71
Spíše ano	4	4,76
Spíše ne	5	5,95
Ne	24	28,58
Celkem	84	100

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 5: Život ve společnosti zdravých lidí nebo stejně postižených



Zdroj: vlastní zpracování

51 (60,71%) respondentů by rádi žili ve společnosti zdravých jedinců, spíše ano odpověděli 4 odpovídající (4,76%), odpověď ne uvedlo 24 respondentů (28,58%), spíše ne uvedlo 5 respondentů (5,95%). Názor respondentů je takový, že lidé s tělesným postižením by raději žili ve společnosti zdravých osob.

Vyhodnocení otázky č. 9

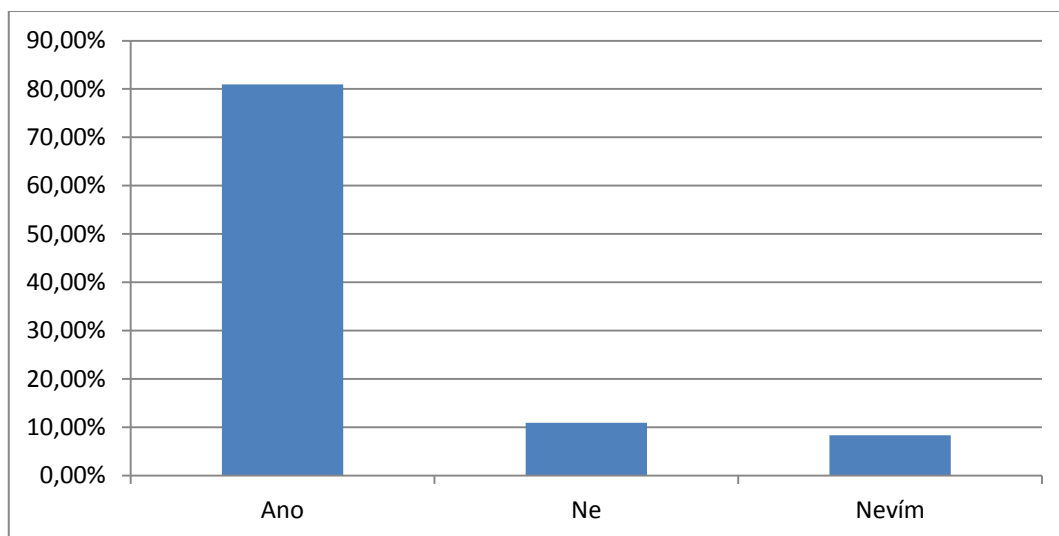
Jste obhájce začlenění tělesně postižených do společnosti nebo se přikláníte k izolaci těchto postižených?

Tabulka 9: Začlenění nebo izolace tělesně postižených

	Počet respondentů	%
Ano	68	80,95
Ne	10	10,90
Nevím	7	8,33
Celkem	84	100

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 6: Začlenění nebo izolace tělesně postižených



Zdroj: vlastní zpracování

Většina respondentů souhlasí se začleněním do společnosti a to celých 80,95%, izolaci podporuje jen 10,90% dotázaných a neví 8,33%. Z tohoto hodnocení vyplývá, že většina respondentů souhlasí se začleněním do společnosti.

Vyhodnocení otázky č. 10

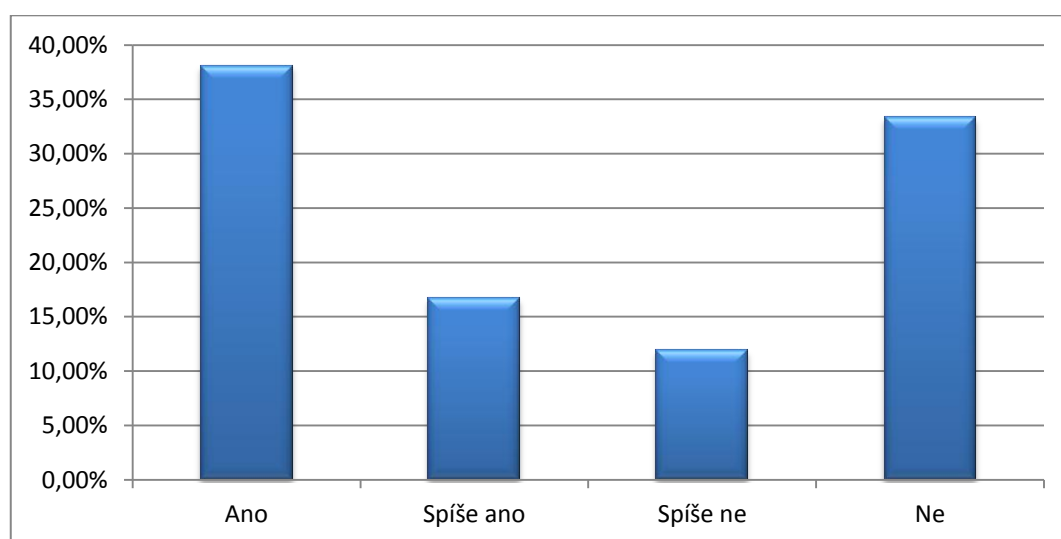
Domníváte se, že je úroveň péče o osoby s tělesným postižením v ČR srovnatelná se zeměmi EU?

Tabulka 10: Názory na úroveň péče v ČR v porovnání se zeměmi EU

	Počet respondentů	%
Ano	32	38,09
Spíše ano	14	16,68
Spíše ne	10	11,90
Ne	28	33,33
Celkem	84	100

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 7: Názory na úroveň péče v ČR v porovnání se zeměmi EU



Zdroj: vlastní zpracování

Úroveň péče v ČR je podle 32 respondentů srovnatelná se zeměmi EU, spíše ano smýšlí jen 14 respondentů, nespokojeni s péčí je 28 respondentů. Jednoznačně nejsou přesvědčeni o kvalitě péče 10 respondentů. Nepřímo z tohoto můžeme vyvodit, že přibližný počet osob hodnotí srovnatelnost kladně a záporně.

7.6 Analýza výzkumného šetření

Hypotéza 1 „Má význam integrovat tělesně postiženého jedince do společnosti?“ Vyjádřilo se celkem 84 respondentů. Největší část tvořila věková skupina 31 - 40 let v počtu 45, na druhém místě v počtu 22, skončila věková hranice 61 a více. Menší skupinu tvořila věková hranice 41 -60 let v počtu 15 a 18 -30 let bylo 10 respondentů.

Nejméně se zapojila do šetření mládež do 18 let v počtu 2.

Většina respondentů se již setkala s osobou tělesně postiženou. Tělesně postiženého uznávají jako rovnocenného partnera. Menší část respondentů cítí soucit a strach při setkání s postiženým člověkem.

Až 75% osob si myslí, že má smysl integrovat tělesně postižené do společnosti a domnívá se, že je kladen velký důraz na sloučení tělesně postižených. Převážná část respondentů si myslí, že i tělesně postižení žijí raději ve společnosti zdravých lidí.

Úroveň péče o tělesně postižené v ČR hodnotí respondenti přibližně srovnatelnou s ostatními zeměmi EU.

Z výzkumu jednoznačně vyplývá, že má smysl integrovat postiženého jedince do společnosti.

Hypotéza 1 byla potvrzena. Výzkum ukázal kladný postoj k tělesně postiženým. Ve sledované skupině převažovaly spíše kladné odpovědi. Ukázalo se, že lidé jsou nakloněni integraci tělesně postiženým do společnosti. Společnost má na základě současného vývoje informace o této problematice. V dnešní době se zvyšuje medializace, která tomu pomáhá. Lidé souhlasí s integrací tělesně postižených do společnosti, snaží se tyto jedince zapojit do různých aktivit. Ukázalo se, nesetkávání tělesně postižených se zdravými je obohacující pro obě strany. Nemocní se učí žít se zdravými a osoby zdravé poznávají život zdravotně znevýhodněných. Postižení přes všechny své problémy sportují, pracují a vzdělávají se. Obecně již neplatí, postižený člověk = člověk mimo společnost. V dnešní době si těchto lidí vážíme a cítíme k nim úctu za to, jak se snaží se svým postižením vyrovnat. Zdravá populace, hlavně ta mladší vnímá postižené již „normálně“ díky tomu, že nejsou lidé s tělesným postižením separováni a jsou mezi námi.

7.7 Vyhodnocení otázek z dotazníku č. 2

Vyhodnocení otázky č. 1

Pomáháš s péčí o postiženého sourozence?

Tabulka 11: Pomoc s péčí o postiženého sourozence

	Počet respondentů	%
Ano	15	51,72
Spíše ano	5	17,24
Spíše ne	3	10,36
Ne	6	20,68
Celkem	29	100

Zdroj: vlastní zpracování

Ze zjištěných dat vyplývá, že 15 dětí ve věku 13-15 let pomáhá rodičům s postiženým sourozencem, spíše ano 5 dětí, spíše ne 3 děti a do péče se nezapojuje 6 dětí. Závěr zní, že většina dětí pomáhá svým rodičům s péčí.

Vyhodnocení otázky č. 2

Jak často pomáháš s péčí o tělesně postiženého sourozence?

Tabulka 12: Jak často pomáhá sourozenec s tělesně postiženým

	Počet respondentů	%
Denně	10	34,48
1x za týden	8	27,58
1x za měsíc	6	20,68
Příležitostně	5	17,26
Celkem	29	100

Zdroj: vlastní zpracování

Z tohoto výzkumu je patrné, že 10 dětí denně pomáhá rodičům se sourozencem, 1x za týden 8 dětí, 1x za měsíc vypomůže 6 dětí a příležitostně pomůže jen 5 dětí.

Vyhodnocení otázky č. 3

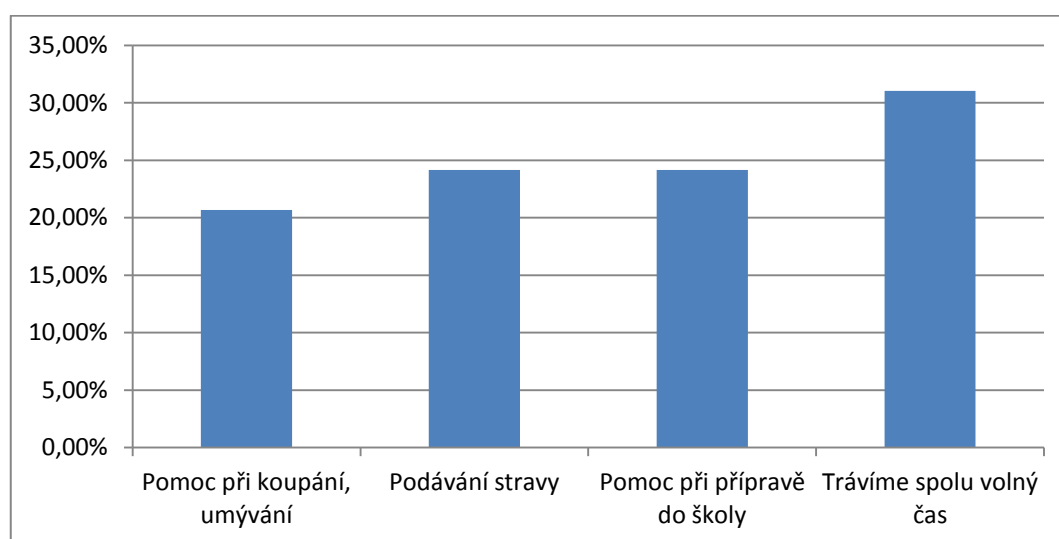
V jaké péči pomáháš rodičům s tělesně postiženým sourozencem?

Tabulka 13: Druh péče pomoci rodičům

	Počet respondentů	%
Pomoc při koupání, umývání	6	20,68
Podávání stravy	7	24,14
Pomoc při přípravě do školy	7	24,14
Trávíme spolu volný čas	9	31,04
Celkem	29	100

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 8: Druh péče pomoci rodičům



Zdroj: Vlastní zpracování

Z šetření vyplývá, že nejvíce děti pomáhá rodičům se zaplněním volného času postiženého sourozence a to 31,04%. Vyrovnaná pomoc je při podávání stravy a pomoci v přípravě do školy 24,14%. Nejméně se děti zapojí do os. hygieny sourozence, 20,68%.

Vyhodnocení otázky č. 4

Jak trávíš se sourozencem volný čas?

Tabulka 14: Trávení volného času

	Počet respondentů	%
Volné procházky	8	27,58
Sledování TV, DVD	9	31,05
Počítač	7	24,13
Sport	5	17,24
Celkem	29	100

Zdroj: vlastní zpracování

Zjišťujeme společné trávení volného času jako vyrovnané, nejčastěji 9 dětí sleduje TV,DVD, rády chodí na procházku spolu s postiženým sourozencem 8 dětí, 7 dětí tráví volný čas u PC,pouze 5 dětí se věnuje sportu.

Vyhodnocení otázky č. 5

Žárlíš na svého postiženého sourozence?

Tabulka 15: Žárlivost na postiženého sourozence

	Počet respondentů	%
Ano	5	17,25
Ne	24	82,75
Celkem	29	100

Zdroj: vlastní zpracování

Ze zpracování plyne, že na svého sourozence nežárlí 24 dětí a 5 dětí na svého sourozence žárlí. Převládá spíše kladný vztah.

Vyhodnocení otázky č. 6

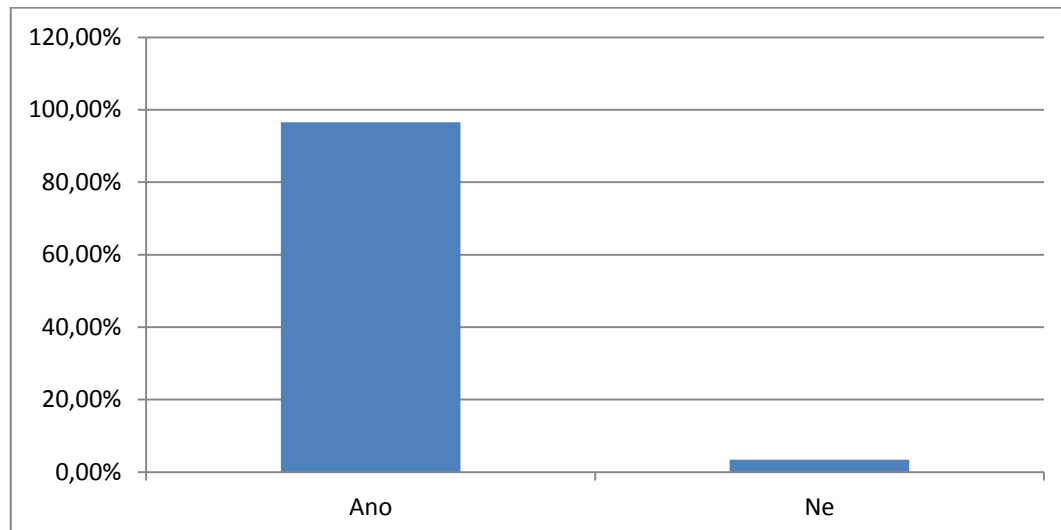
Máš rád svého postiženého sourozence?

Tabulka 16: Kladný vztah k sourozenci

	Počet respondentů	%
Ano	28	96,55
Ne	1	3,45
Celkem	29	100

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 9: Kladný vztah k sourozenci



Zdroj: Vlastní zpracování

Z tabulky jasně plyne, že 28 dětí má rádo svého sourozence, pouze jedno dítě ke svému sourozenci cítí zášť.

7.8 Analýza výzkumného šetření

Ze zpracování druhého dotazníku jasně vyplývá schopnost přijmout svého tělesně postiženého sourozence, tolerovat ho takového, jaký je z pohledu 13 – 15let sourozence. Hypotéza 2 „ Život v domácnosti s tělesně postiženým má vliv na osobnost 13-15 let sourozence?“ Na dotazník odpovědělo celkem 29 zdravých sourozenců ve věku 13 – 15 let, kteří žijí ve společné domácnosti. Většina těchto zdravých dětí 51,72% pomáhá s péčí o postiženého sourozence, nepomáhá a nezapojuje se do této péče 20,68% dětí. S každodenní péčí o postiženého sourozence pomáhá 34,48% dětí, 1x týdně 27,58%, 1x za měsíc vypomůže 20,68% dětí.

Většina zdravých sourozenců tráví svůj volný čas s postiženým sourozencem. S přípravou do školy rodičům pomáhá 7 dětí a stejný počet pomáhá při podávání stravy, 6 dětí se zapojuje do osobní hygieny sourozence.

Sourozenci svůj volný čas tráví nejraději u sledování TV, DVD. Část dětí své postižené sourozence bere na společné procházky do společnosti, přírody. Nejméně se sourozenci věnují sportu.

Ve většině případů převládá kladný vztah k sourozenci, zdravý sourozenec nepociťuje žádné příkoří ze strany rodičů a okolí. Zdravý sourozenec nemá důvod k žárlivosti.

Z šetření vyplývá, že zdravý sourozenec je schopen přijmout postiženého sourozence. Dokáže poskytnout pomoc při péči o něj, v případě nutnosti by byl i schopen rodiče na krátkou dobu zastoupit.

Z dlouhodobého hlediska je přínosné integrovat postižené dítě zpět do rodiny.

Tato hypotéza byla potvrzena.

Soužití s tělesně postiženým sourozencem je obohacující. Všichni si navzájem váží života, těžké zkoušky je stmelují a dávají jim prožitek jiného rozměru. Není pro ně důležité se zastavovat nad malichernostmi. Dovedou se radovat z maličkostí, váží si opravdového přátelství a vstřícnosti.

Ještě bych ráda zdůraznila klady soužití zdravého sourozence s postiženým. Zdravého sourozence tato situace činí zodpovědnějším, vyspělejších a samostatnějších. Má smysl pro sociální spravedlnost, schopnost se zastávat slabších. Nemá problémy v komunikaci s postiženým, umí lépe přijímat postižení, mají ochranné sklony.

ZÁVĚR

Tělesné postižení není možné považovat jen za biologickou odchylku, postižený člověk získává specifickou sociální roli. Znakem této role je přiznání určitých hodnot a na druhé straně ztráta práv, které mají jen osoby zdravé.

Bakalářská práce se zaměřuje na význam integrace tělesně postižených jedinců do společnosti, všímá si života v domácnosti tělesně postižených a vztahů mezi sourozenci ve věku 13 – 15 let.

Teoretická část pojednává a vymezuje tělesné postižení, jednotlivých dělení nemocí. Všímá si stádií v péči o tyto nemocné. Další kapitolu tvoří popis života rodin daných osob, popisuje roli otce, roli matky, roli sourozence, důležitost rodiny. Další kapitola ukazuje na význam výchovně vzdělávacího procesu u těchto jedinců. Podstatnou část tvoří popis společnosti k tělesně postiženým, která by měla být nedílnou součástí těchto osob.

Cílem praktické části je význam integrace postižených do společnosti a život v domácnosti s tělesně postiženým jedincem mezi sourozenci, zohledňují věk 13 – 15 let.

Také společnost je nakloněna k přístupu lidem s postižením, je ochotna přijímat tyto osoby, považuje je za rovnocenné.

Důležitým přínosem pro mě i ostatní je samotné uvědomění a pochopení tělesně postižených v naší společnosti. Hlavní výhodou je smysl integrace, druhý dotazník by mohl kladně ovlivnit „náctileté“ děti, kteří si uvědomí důležitost vztahu k sourozenci a pomoc v rodině.

Tato práce může pomoci rodičům, kteří mají tělesně postižené dítě, ale i pedagogickému a zdravotnickému personálu v pochopení integrace postižených osob. Lidé s tímto postižením jsou součástí naší společnosti, mající své hodnoty a normy. Tělesné postižení je pro člověka velmi těžkou zkouškou, která představuje každodenní překonávání překážek.

Integrace osob s tělesným postižením je aktuálním a stále velmi diskutovaným tématem. Do centra pozornosti se pak v posledních letech stále více dostává otázka integrace postižených osob do společnosti. Naše společnost vnímala tělesně postižené osoby dlouhou dobu jako něco okrajového. Tento postoj se postupně mění, je však třeba vůle

a čas něco změnit. Záleží na jedincích, kteří jsou součástí naší společnosti.

Výzkum ukázal, že postoj společnosti k tělesně postiženým je kladný. Výrazný posun směrem k lepšímu, nastal v oblasti integrace. Lidé souhlasí s integrací tělesně postižených do společnosti. Většině také nevadí se setkávat s tělesně postiženými. Dotazovaní se shodli na tom, že péče o tyto občany je u nás srovnatelná se zeměmi EU. Postoje majoritní společnosti se k tělesně postiženým neustále vyvíjí a mění. Samotný výzkum ukázal, že postavení těchto jedinců ve společnosti je lepší, než tomu bylo dříve. Myslím si, že je to díky větší informovanosti a zájmu ostatních lidí.

Z šetření vyplývá, že narození tělesně postiženého dítěte do rodiny s sebou nese řadu povinností a problémů, nadšení i zklamání. Pro takového sourozence je postižený bratr nebo sestra spojením

a utužením vztahů v rodině. Zdravý sourozenec je schopen přijmout postiženého sourozence, je schopen ho tolerovat a vážit si ho. Sourozenecký vztah se stává výlučným a zvláštním, nemůžeme opomenout zvláštní vztah mezi sebou a jistou souhru. Vztah mezi takovými sourozenci je nejbližší, trvá od narození až do smrti. I když je ve vztahu postižení, sourozenci spolu dokážou trávit volné chvíle, které si zpříjemňují aktivitami, které mají rádi.

Závěrem lze tedy říci, že cesta k pochopení a hodnocení tělesně postižených osob je nesnadná a dlouhá. Určitě tito lidé mají právo na zajištění plnohodnotného života a rozvoje osobnosti.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů

ČÁP, J. *Psychologie výchovy a vyučování*. Praha: Karolinum, 1997. ISBN 80-7066-534-3,

MATĚJČEK, Z. *Psychologie nemocných zdravotně postižených dětí*. Jinočany: 2001. ISBN 80-86022-97-7.

NOVOSAD, L. *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita*. 1. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-873-9.

OPATŘILOVÁ, D., ZÁMEČNÍKOVÁ, D. *Somatopedie. Texty k distančnímu vzdělávání*. 1. vyd. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-137-9.

RENOTIÉROVA, M. *Somatopedické minimum*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2002, ISBN 80-244-0532-6.

SLOWÍK, J. *Komunikace s lidmi s postižením*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-691-9.

VACÍNOVÁ, M., TTRPIŠOVSKÁ, D., FARKOVÁ, M. *Psychologie*. 2. vyd. Praha: UJAK, 2010. ISBN 978-80-7452-008-2.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-214-9.

VÍTKOVÁ, M. *Somatopedické aspekty*. 2. vyd. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-134-0.

Seznam dalších použitých zdrojů

Česká republika. Sbírka zákonů: Vyhláška o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. In: č. 73/2005. Praha, 9.2.2005, 20.

Seznam internetových zdrojů

Sourozenec. In: *Wikipedia: the free encyclopedia* [online]. San Francisco (CA): Wikimedia Foundation, 2001- [cit. 2015-02-15]. Dostupné z: <http://cs..wikipedia.org/Wiki/Sourozenec>

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Seznam tabulek

Tabulka 1: Zastoupení pohlaví respondentů	36
Tabulka 2: Věk respondentů	37
Tabulka 3: Vzdělání respondentů	37
Tabulka 4: Respondent zná tělesně postiženého jedince	38
Tabulka 5: Pocity ze setkání s tělesně postiženým	39
Tabulka 6: Smysl sloučení tělesně postiženého do společnosti.....	40
Tabulka 7: Důraz na sloučení tělesně postižených do společnosti	41
Tabulka 8: Život ve společnosti zdravých lidí nebo stejně postižených	42
Tabulka 9: Začlenění nebo izolace tělesně postižených	43
Tabulka 10: Názory na úroveň péče v ČR v porovnání se zeměmi EU	44
Tabulka 11: Pomocť s péčí o postiženého sourozence	46
Tabulka 12: Jak často pomáhá sourozenec s tělesně postiženým.....	46
Tabulka 13: Druh péči pomoci rodičům	47
Tabulka 14: Trávení volného času.....	48
Tabulka 15: Žárlivost na postiženého sourozence	48
Tabulka 16: Kladný vztah k sourozenci	49

Seznam grafů

Graf 1: Zastoupení pohlaví respondentů.....	36
Graf 2: Respondent zná tělesně postiženého jedince.....	38
Graf 3: Smysl sloučení tělesně postiženého do společnosti	40
Graf 4: Důraz na sloučení tělesně postižených do společnosti.....	41
Graf 5: Život ve společnosti zdravých lidí nebo stejně postižených	42
Graf 6: Začlenění nebo izolace tělesně postižených	43
Graf 7: Názory na úroveň péče v ČR v porovnání se zeměmi EU	44
Graf 8: Druh péče pomoci rodičům	47
Graf 9: Kladný vztah k sourozenci	49

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA A – DOTAZNÍK 1	I
PŘÍLOHA B-DOTAZNÍK 2.....	III

PŘÍLOHA A

Dotazník 1

Dobrý den, jmenuji se Radana Brachtlová, chtěla bych Vás poprosit o vyplnění krátkého dotazníku. Tento dotazník je anonymní, slouží pro mé zpracování dat do bakalářské práce.

Nepodepisujte se, správnou odpověď zakroužkujte. Děkuji.

Otázka č. 1 **Pohlaví** Muž Žena

Otázka č. 2 **Věk**

- Do 18 let
- 18 – 30 let
- 31 – 40 let
- 41 – 60 let
- 61 a více

Otázka č. 3 **Vzdělání**

- Základní
- Vyučen
- Střední odb. škola s maturitou
- Vyšší odborná škola
- Vysoká škola

Otázka č. 4 **Setkal(a) jste se již někdy s tělesně postiženým člověkem?**

- Ano
- Ne

Otázka č. 5 **Jaké máte pocity při setkání s tělesně postiženým?**

- Soucit
- Strach
- Rovnocenný partner
- Empatie
- Nevím

Otázka č. 6 **Myslíte si, že má smysl integrovat tělesně postižené jedince do společnosti?**

- Ano
- Ne
- Nevím

Otázka č. 7 **Domníváte se, že je kladen velký důraz na sloučení tělesně postižených do společnosti?**

- Ano
- Ne
- Nevím

Otázka č. 8 **Myslíte si, že tělesně postižení žijí raději ve společnosti zdravých lidí, nebo stejně postižených?**

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

Otázka č. 9 **Jste obhájce začlenění tělesně postižených do společnosti, nebo se přikláníte k izolaci těchto tělesně postižených?**

- Ano
- Ne
- Nevím

Otázka č. 10 **Domníváte se, že je úroveň péče srovnatelná s ostatními zeměmi**

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

PŘÍLOHA B

Dotazník 2

Ahoj, jmenuji se Radana a chtěla bych tě poprosit o vyplnění krátkého dotazníku. Nepodepisuj se, správnou odpověď zakroužkuj. Tento dotazník je anonymní. Děkuji

Otázka č. 1 **Pomáháš s péčí o postiženého sourozence?**

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

Otázka č. 2 **Jak často pomáháš s péčí o tělesně post. sourozence?**

- Denně
- 1x za týden
- 1x za měsíc
- Příležitostně

Otázka č. 3 **V jaké péči pomáháš rodičům s tělesně postiženým sourozencem?**

- Pomoc při koupání, umývání
- Podávání stravy (krmení)
- Pomoc při přípravě do školy
- Trávíme spolu volný čas

Otázka č. 4 **Jak trávíš se sourozencem volný čas?**

- Volné procházky
- Počítač
- Sledování TV,DVD
- Sport

Otázka č. 5 **Žárlíš na svého postiženého sourozence?**

- Ano
- Ne

Otázka č. 6 **Máš rád svého postiženého sourozence?**

- Ano
- Ne

BLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Radana Brachtlová

Obor: Speciální pedagogika - vychovatelství

Forma studia: kombinované studium

Název práce: Tělesně postižený jedinec, rysy osobnosti postižených, vztah rodiny a společnosti k tělesně postiženým

Rok: 2015

Počet stran textu bez příloh: 44

Celkový počet stran příloh: 4

Počet titulů českých použitých zdrojů: 9

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 0

Počet internetových zdrojů: 1

Počet ostatních zdrojů: 1

Vedoucí práce: Mgr. Milan Fleischmann