

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

Bakalářská práce

Michaela Žirovnická

**KVALITA ŽIVOTA OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM
Z POHLEDU INTAKTNÍ POPULACE**

Olomouc 2020

vedoucí práce: prof. Mgr. PaedDr. Jan Michalík, Ph.D.

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a s použitím pramenů uvedených v seznamu bibliografických citací.

V Olomouci, dne

.....

Poděkování

Děkuji panu prof. Mgr. PaedDr. Janu Michalíkovi, Ph.D. za odborné vedení práce a cenné připomínky. Rovněž děkuji všem dalším odborníkům a osobám, které mi jakýmkoli způsobem poskytly odbornou pomoc či radu a pomohly s výzkumem.

OBSAH BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

ÚVOD	6
Teoretická část	7
1. VYMEZENÍ ZDRAVOTNÍHO POSTIŽENÍ.....	7
1.1. Zdravotní postižení podle Mezinárodní klasifikace nemocí	8
1.2. Charakteristika zdravotního postižení	8
1.2.1. Tělesné postižení	9
1.2.2. Mentální postižení a jiné duševní poruchy	11
1.2.3. Zrakové postižení	13
1.2.4. Sluchové postižení.....	16
1.2.5. Narušení komunikační schopnosti.....	18
1.2.6. Kombinované postižení.....	21
2. POSTAVENÍ OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM VE SPOLEČNOSTI	22
2.1. Historická východiska postavení osob se zdravotním postižením ve společnosti.....	22
2.2. Současné postavení osob se zdravotním postižením ve společnosti	24
3. KVALITA ŽIVOTA OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM	25
3.1. Pojem kvalita života	25
3.2. Vliv zdravotního postižení na kvalitu života.....	26
3.3. Postoje a předsudky vůči osobám se zdravotním postižením	27
3.4. Vzdělávání osob se zdravotním postižením	28
3.5. Pracovní uplatnění osob se zdravotním postižením ve společnosti.....	30
3.6. Možnosti využití volného času osobami se zdravotním postižením	31
Praktická část	33
4. EMPIRICKÉ ŠETŘENÍ KVALITY ŽIVOTA OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM V ČESKÉ REPUBLICE	33
4.1. Význam a potřeba studie	33
4.1.1. Cíl výzkumné práce.....	33
4.2. Metodický postup výzkumné práce.....	34
4.2.1. Charakteristika vzorku respondentů a výzkumné prostředí	35

4.2.2.	Kvalita života osob se zdravotním postižením z pohledu intaktní populace.....	39
4.2.3.	Kvalita života osob se zdravotním postižením z jejich pohledu	44
4.3.	Analýza výsledků	49
4.4.	Závěr výzkumu.....	53
5.	ZÁVĚR BAKALÁŘSKÉ PRÁCE.....	54
	SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ.....	56
	SEZNAM ZKRATEK.....	60
	SEZNAM GRAFŮ A TABULEK	61
	SEZNAM PŘÍLOH.....	62
	PŘÍLOHY	63
	PŘÍLOHA 1	49
	ANOTACE.....	54

ÚVOD

„Lidé, kteří se něčím odlišovali, to v historii neměli nikdy snadné.

Nyní je odchylka od normy receptem na přežití.“

Jonas Ridderstråle

Život je naším denním chlebem. Přemýšlíme nad ním, plánujeme, ničíme a budujeme, bereme a darujeme, nacházíme a znovu ztrácíme, ale především ho žijeme. Teď a tady. Často ani nemáme čas si to uvědomit. Abychom se v životě někam dostali, musíme vědět, odkud a kam máme namířeno. Někdo míří za prací, někdo za rodinou, někomu stačí tuhý kořínek a pevné zdraví.

Zdraví se touto chvílí stává stěžejním. V celé lidské společnosti není člověka, který by si chleba ukousl stejně jako někdo jiný. Lidé jsou rozdílní. Ať jsou vysocí, malí, štíhlí nebo silní, pořád jsou to lidé. Jsou však ti, kterým chybí končetina, orgán, chromozom, nebo naopak mají něco navíc, také právoplatnými členy společnosti? Mají stejná práva a možnosti jako ostatní? V následující práci o jejich životě zjistíme více.

Cílem mé bakalářské práce a s ní souvisejícího průzkumného projektu je zhodnotit jednotlivé oblasti podílející se na vnímání kvality života osob se zdravotním postižením a zaměřit se na informovanost populace o osobách s postižením, nabídnout jim možnost vhledu do dané problematiky.

Co mne vedlo k výběru právě tohoto tématu? Snad jen touha. Touha dozvědět se víc. Motivací je mi nejen vlastní zájem a praktická zkušenost. Jsem si také vědoma toho, že osoby se zdravotním postižením jsou součástí nejen mého života, ale života nás všech. Tak bychom je neměli přehlížet. Přijměme je mezi sebe takové, jací jsou a vytvořme jim vlídný, přívětivý svět.

Teoretická část

1. VYMEZENÍ ZDRAVOTNÍHO POSTIŽENÍ

Je otázkou, kterého člověka můžeme považovat za zdravého. Každý jedinec své zdraví vnímá jinak a jinak se k němu staví. Nutnost o vlastní zdraví pečovat zdaleka není samozřejmostí pro každého. Zdravotní péče, zdravotní pomůcky, zdravotní pojištění a mnoho dalších pojmů obsahujících slovo zdraví, se kterými se v životě setkáváme, přispívají k jeho zlepšení. Poskytují pomoc, osvětu, sdružují společnost. Zdravotní stránku člověka netvoří pouze zdraví fyzické, ale i psychické. Zdravé uvažování, myšlenky, rozum, schopnost správného rozhodování. Obě stránky by měly být v rovnováze. Jakákoli odchylka ovšem ještě nemusí znamenat zdravotní postižení.

Novosad (2011) vymezuje lidské zdraví jako *„soulad biopsychosociálních faktorů a rovnovážný stav tělesné, duševní, spirituální i společenské pohody člověka (rozvedená „ideální“ definice WHO). Současně se předpokládá, že zdravý organismus je schopen vyrovnávat se s měnícími se vlivy vnějšího prostředí, včetně pracovních a mezilidských vztahů. Zdraví tedy představuje určitý, v daném vývojovém stadiu a referenčním rámci očekávaný, resp. žádaný stav ucelenosti a integrity lidského bytí. Právě větší či menší porucha tohoto stavu a zmíněného souladu i následné omezení seburčení a přístupu k životním příležitostem je tím, co transformuje zdravotní (resp. funkční) poruchu či postižení člověka v jeho znevýhodnění – handicap a hrozící sociální vyloučení.“* (Novosad in Michalík, 2011, s. 183)

Richterová (2011) vymezuje zdravotní postižení jako *„postižení člověka, které nepříznivě ovlivňuje kvalitu jeho života, zejména schopnost navazovat a udržovat vztahy s lidmi a schopnost pracovat.“* (Richterová, 2011, s. 24)

Podle Zákona o sociálních službách je pak zdravotním postižením *„tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby“.* (Zákon č. 108/2006, § 3)

Osobami se zdravotním postižením se zabývá Speciální pedagogika. Ta je definována jako *„disciplína orientovaná na výchovu, vzdělávání a celkový osobnostní rozvoj znevýhodněného člověka s cílem dosáhnout co možná nejvyšší míry jeho sociální integrace, a to včetně pracovních a společenských možností a uplatnění.“* (Slowík, 2007, s. 15)

1.1. Zdravotní postižení podle Mezinárodní klasifikace nemocí

„Klasifikaci nemocí bychom mohli definovat jako soustavu kategorií, do kterých jsou zařazovány chorobné jevy podle zavedených kritérií. Existuje mnoho možných os takové klasifikace a výběr jedné určité závisí na účelu, ke kterému má být vytvořena statistika využívána. Statistická klasifikace nemocí musí zahrnovat všechny chorobné stavy v soustavě zvládnutelného počtu kategorií. Desátá revize Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů je poslední z řady založené v roce 1893 formalizací Bertillonovy klasifikace neboli Mezinárodního seznamu příčin smrti. I když název klasifikace byl upřesněn, aby ujasnil její obsah i účel a odrazil i postupné rozšíření jejího rozsahu na nemoci a úrazy, zachováváme vžitou zkratku MKN. V aktualizované klasifikaci jsou zdravotní problémy seskupeny způsobem, který je považován za nejvhodnější pro obecné epidemiologické účely a pro hodnocení zdravotní péče.“ (MKN-10, 2018, s. 6)

Jelikož je zdravotní postižení velmi široký pojem, který zasahuje do celé řady zdravotních problémů, nalezneme jej v mnoha klasifikacích alfanumerického kódovacího systému MKN. Zde jsou uvedeny kategorie I. až XXII., které se věnují nejen jednotlivým odvětvím zdravotního postižení, ale také nemocem a jiným faktorům, které zdravotní stav ovlivňují.

„Základní definice tří prvků – poruch, postižení a handicapu – nepochybně pomohly ke změně postojů k invaliditě. Byla obecně uznána definice poruchy (poškození) v oblasti se značným překryvem s termíny obsaženými v MKN. Definice postižení zhruba odpovídaly oblasti působnosti rehabilitačních pracovníků a skupin, ale v příslušných kódech chyběl větší ohled k závažnosti postižení, která často předpovídá handicap. Přibývaly i požadavky na revizi definice handicapu s větším důrazem na vliv interakce s prostředím.“ (MKN-10, 2018, s. 19)

1.2. Charakteristika zdravotního postižení

Dle Jesenského (2003) společnost již odedávna označovala člověka tím, čím byl postižen. Využívaly se tedy pojmy jako jednooký, kulhavý, slaboduchý, nebo obecnější pojem „mrzák“, který je dokonce v dnešní době chápán jako urážka. Postupem času se začal užívat pojem „zdravotně postižený“ (z anglického překladu human with disabilities). Je ovšem mnoho osob, které toto označení těžce nesou. Současný vývoj věd tedy od tohoto pojmu ustupuje a transformuje jej na lidštvější verzi „osoba se zdravotním postižením“. Upřednostněním slova osoba před označením postižení tak dáváme člověku najevo, že respektujeme jeho schopnost

samostatně rozhodovat o vlastním životě a věříme v jeho individuální schopnosti. Pod tímto označením je tak jedinec vnímán jako osobnost a ne jako zkoumaný a rozebíraný objekt. (Jesenský, 2003)

Osobami se zdravotním postižením, jejich výchovou a vzděláváním, se zabývá věda speciální pedagogika. Předmětem zájmu speciální pedagogiky je „*člověk, u něhož se objevila vada či porucha, o kterém můžeme hovořit jako o člověku s postižením nebo o handicapovaném jedinci.*“ (Slowík, 2016, s. 26)

Juklová (2015) vysvětluje speciální pedagogiku jako vědu, která se zabývá „*výchovou a vzděláváním jedinců postižených různými tělesnými, duševními a smyslovými vadami a poruchami chování. Člení se na dílčí subdisciplíny: etopedie, psychopedie, somatopedie, tyflopédie, logopedie a surdopedie.*“ (Juklová, 2015, s. 11)

Jelikož je Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů určena zejména lékařským oborům, nejobvyklejším způsobem vnitřní diferenciaci zdravotně postižených je model podle převládajícího zdravotního postižení.

Nejčastěji se tak setkáme s postižením:

- Tělesným – vady pohybového aparátu, centrální a periferní obrny, deformace a amputace končetin, chronická onemocnění
- Mentálním – mentální retardace, stařecká demence,
- Zrakovým – vady refrakce, barvoslepost, šeroslepost, tupozrakost, krátkozrakost, dalekozrakost, šilhavost, slepota,
- Sluchovým – nedoslýchavost, hluchota,
- Řečovým – poruchy vývoje řeči, poruchy výslovnosti, poruchy plynulosti řeči, poruchy rezonance,
- Kombinovaným – postižení dvěma nebo více vadami. (Kursová, 2009)

1.2.1. Tělesné postižení

Laická veřejnost většinou vnímá jedince s tělesným postižením jako člověka, jehož motorický handicap je naprosto zjevný a nepřehlédnutelný. Základním symptomem tělesného postižení je tedy (z kvalitativního i kvantitativního hlediska) porušení motoriky. Tělesná

postižení mohou být jak vrozená, tedy vzniklá v průběhu prenatálního vývoje či porodu, tak i získaná, vzniklá v kterémkoli období postnatálního života. (Fischer, 2008)

Osobami s tělesným postižením se zabývá speciálněpedagogický obor somatopedie. Tu František Kábele (1993) definoval jako výchovu a vzdělávání jedinců s tělesným a zdravotním postižením. Název oboru je odvozen z řeckých slov soma (tělo) a paidea (výchova). (Kábele, 1993)

Kábeleho definici současní autoři rozšiřují a k výchově a vzdělávání přidávají edukaci. Ta somatopedii doplňuje o oblast rané péče, profesního vzdělávání a pracovního uplatnění. (Valenta, 2015)

Bendová (2015) uvádí, že *„předmětem somatopedie je výchova a vzdělávání osob (tj. dětí, mládeže i dospělých) s tělesným postižením, s nemocí a zdravotním oslabením, které je zaměřeno k jejich socializaci nebo resocializaci.“* (Bendová, 2015, s. 93)

Dle Vítkové (2006) je *„hlavním znakem osob s tělesným postižením celkové nebo částečné omezení hybnosti. Může se jednat o prvotní nebo druhotné omezení. V prvním případě se jedná buď o přímé postižení vlastního hybného ústrojí nebo o postižení centrální či periferní nervové soustavy. Ve druhém případě zůstává centrální i periferní nervová soustava a vlastní hybné ústrojí bez patologických změn, hybnost je však omezena z jiných příčin. Projevují se tu důsledky chorob srdečních, revmatických, kostních apod., které omezují pohyb nemocného.“* (Vítková, 2006, s. 169)

Michalík (2001) rozděluje tělesné postižení na dvě prolínající se subskupiny:

- chronické postižení,
- tělesné (lokomoční, pohybové) postižení. (Novosad in Michalík, 2011)

Chronické onemocnění, nebo také dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, což *„je takové poškození nebo oslabení fyziologických funkcí lidského organismu, které vyžaduje stanovenou životosprávu či dodržování určitých léčebných opatření. Významně snižuje kvalitu života nemocného i jeho blízkých.“* (Novosad in Michalík, 2011, s. 186)

Do této kategorie řadíme zpravidla kardiovaskulární onemocnění, onemocnění plic a dýchacích cest, poruchy imunity, poruchy metabolických procesů, nádorová onemocnění, kožní onemocnění a epilepsii. (ibid)

Tělesné postižení „je omezení hybnosti, až znemožnění pohybu a dysfunkce motorické koordinace v příčinné souvislosti s poškozením, vývojovou vadou či funkční poruchou nosného a hybného aparátu. Takové vady či dysfunkce jsou zpravidla patrné na první pohled a mají charakter trvalého snížení funkční výkonnosti i ztráty schopnosti v některé nebo více oblastech lokomoce.“ (Novosad in Michalík, 2011, s. 186)

Sem patří centrální obrny a jiná závažná neurologická onemocnění, periferní obrny, deformace, amputace, stáří a tělesné postižení jako takové. (ibid)

1.2.2. Mentální postižení a jiné duševní poruchy

Mentální postižení je vymezeno jako střešní pojem pro veškeré jedince s IQ pod 85 (tedy tzv. hraniční pásmo mentální retardace). (Valenta in Michalík, 2011)

Pojem mentální retardace vychází z latinského mens (mysl, duše) a retardare (opozdit, zpomalit). Postihuje nejen psychické mentální schopnosti, ale celou lidskou osobnost ve všech jejích složkách. Má velký vliv na vývoj emocí, komunikačních schopností i možnosti společenského a pracovního uplatnění. (Slowík, 2016)

Dle MKN se pojmem mentální retardace rozumí „stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován zvláště porušením dovedností, projevujícím se během vývojového období, postihujícím všechny složky inteligence, to je poznávací, řečové, motorické a sociální schopnosti. Retardace se může vyskytnout bez nebo současně s jinými somatickými nebo duševními poruchami.“ (MKN-10, 2018, s. 244)

10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí dělí mentální retardaci podle hloubky postižení na:

1. F70: lehkou mentální retardaci – 50 - 69 IQ,
2. F71: střední mentální retardaci – 35 - 49 IQ,
3. F72: těžkou mentální retardaci – 20 - 34 IQ,
4. F73: hlubokou mentální retardaci – pod 20 IQ,
5. F78: jinou mentální retardaci,
6. F79: neurčenou mentální retardaci. (MKN-10, 2018)

Uvažování osob s **lehkou mentální retardací** odpovídá úrovni dětí středního školního věku. Tito jedinci jsou schopni respektovat některá pravidla logiky, mají však potíže

s abstraktním uvažováním. Zvládnou výuku v praktické nebo speciální škole, hlavní potíže se projevují při teoretické části a ve čtení či psaní. V dospělosti zvládají dosáhnout úplné nezávislosti v osobní péči a praktických domácích dovednostech. Mohou se pracovně začlenit, ovšem potřebují určitý dohled a oporu. Lidé s lehkou mentální retardací tvoří 80% všech mentálně postižených. (Fischer, 2008)

Inteligence jedinců se **střední mentální retardací** odpovídá myšlení předškolního dítěte. Zvládají běžné návyky a jednoduché dovednosti, především v oblasti sebeobsluhy. Při odborném vedení jsou schopni navštěvovat speciální školu, k zafixování čehokoli je třeba četného opakování. Mohou vykonávat jednoduché pracovní úkony, vyžadují ale trvalý dohled. (ibid)

Co se týče vývoje řeči a komunikačních kompetencí osob se střední mentální retardací, Bendová (2015) ji označuje za velmi variabilní. Někteří jedinci jsou schopni vést dialog, osvojit si dovednosti čtení i psaní, ale také se můžeme setkat s osobami, které se vyjadřují formou 1-2 slovných vět a jejich řeč je obsahově velmi chudá. (Bendová, 2015)

Osoby s **těžkou mentální retardací** uvažují na úrovni batolete. Potíže jsou patrné v oblasti řeči, nepřesně používají nanejvýš jen několik špatně artikulovaných slovních výrazů. Někdy nemluví vůbec. I s cíleným odborným vedením je jejich učení značně limitováno, při dlouhodobém úsilí zvládnou pouze základní úkony sebeobsluhy a plnění několika pokynů. Často jde již o kombinované postižení, jsou závislí na péči ostatních. (Fischer, 2008)

Mají omezený neuropsychický vývoj, často se zde setkáváme s přidruženým somatickým či smyslovým postižením nebo epilepsií. (Potměšilová in Bendová, 2015)

Ve většině případů **hluboké mentální retardace** jde o kombinované postižení. Poznávací schopnosti se téměř nerozvíjejí, jsou maximálně schopni diferencovat známé a neznámé podněty a vyjadřovat pouze libost a nelibost. Úroveň řeči je téměř nulová. Jsou komplexně závislí na pečujících osobách. (Fischer, 2008)

Do mentálního postižení řadíme celou řadu chromozomových aberací spojených s mentální retardací, vzniklých v:

- prenatalním období – Downův syndrom, Praderův-Williho syndrom, Williamsův syndrom, Angelmanův syndrom, Edwardsův syndrom, Patauův syndrom a další,

- perinatálním období – perinatální encefalopatie, mechanické poškození mozku při porodu, hypoxie či asfyxie, předčasný porod, nízká porodní váha či nefyziologická těžká novorozenecká žloutenka,
 - postnatálním období – různé záněty mozku v důsledku klíšťové encefalitidy, meningitidy, meningoencefalitidy či mechanické vlivy jako traumata, mozkové léze při nádorovém onemocnění, krvácení do mozku, nebo jako důsledek Alzheimerovy choroby, Parkinsonovy choroby, alkoholové demence, schizofrenie apod.
- (Valenta in Michalík, 2011)

Mezi **jiné duševní poruchy** dle Mezinárodní klasifikace nemocí patří:

- organické duševní poruchy (Alzheimerova demence, demence u Parkinsonovy choroby, alkoholová demence, epileptická demence, progresivní paralýza),
- duševní poruchy vyvolané psychotropními látkami (delirium tremens, fetální alkoholový syndrom, poruchy způsobené zneužitím drog atd.)
- schizofrenie, schizofrenní poruchy s bludy,
- afektivní poruchy (manicko-depresivní porucha),
- neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy (fobické úzkostné poruchy, panická porucha, obsedantně-kompulzivní porucha, posttraumatická stresová porucha, disociační poruchy, somatoformní poruchy, hypochondrie),
- behaviorální poruchy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory (anorexie, bulimie, sexuální dysfunkce, psychosomatické poruchy atd.),
- poruchy chování a osobnosti u dospělých (sexuální deviace, poruchy osobnosti typu paranoidní či schizoidní osobnosti atd.),
- poruchy psychického vývoje a poruchy chování a emocí u dětí (specifické vývojové poruchy řeči a jazyka, specifické vývojové poruchy školních dovedností – dyslexie, dysgrafie apod., pervazivní vývojové poruchy – autismus, hyperkinetické poruchy – ADHD, LMD, poruchy chování a emoční poruchy u dětí, poruchy sociálních vztahů, tikové poruchy atd. (ibid)

1.2.3. Zrakové postižení

Vyslovíme-li termín „zrakově postižený“, obvykle nám mezi prvními představami naskočí nevidomý člověk. Přesto, že nevidomých lidí je mezi lidmi se zrakovým postižením absolutní menšina, slepota je zkrátka nejrozšířenější fenomén. Daleko vyšší počet však představují lidé

slabozrací, kteří se rovněž v nemalé míře potýkají s důsledky zrakového postižení a mnohdy se setkávají s podceňováním či nepochopením ze strany vidících, neboť oni „přece vidí“. Ze speciálněpedagogického hlediska zrakovým postižením rozumíme postižení funkce zraku, které již nelze korigovat do normálního vidění, nebo také jako důsledek poškození (vady, poruchy) zraku a funkce vidění. (Krhutová in Michalík, 2011)

Výchovou a vzděláváním osob se zrakovým postižením se zabývá speciálněpedagogická věda tyflogedie. Z řeckého tyflos (slepý) a paidea (výchova). Dříve také označována jako oftalmopedie. (Štréblová, 2002)

Za osobu se zrakovým postižením (z pohledu tyflogedie) považujeme tu „osobu, která po optimální korekci (medikamentózní, chirurgické, brýlové apod.) své zrakové vady či poruchy má dále problémy při zrakovém vnímání a zpracování zrakem vnímaného v běžném životě.“ (Ludíková in Renotierová, 2006, s. 192)

Chceme-li provádět jisté třídění osob se zrakovým postižením, je nutné nejprve definovat, která osoba je považována za osobu se zrakovým postižením. V naší republice neexistuje jednotná terminologie, liší se v rámci jednotlivých resortů. (Finková, 2007)

Základním kritériem pro členění zrakového postižení je obvykle vizus, neboli zraková ostrost. Finková (2007) tedy uvádí následující dělení:

1. nevidomost – pokles zrakové ostrosti pod 3/60 až po světlocit,
2. slabozrakost – pokles zrakové ostrosti na lepším oku pod 6/18 až 3/60 včetně,
3. zbytky zraku – pokles zrakové ostrosti od 3/60 do 0,5/60,
4. poruchy binokulárního vidění. (Finková, 2007)

Nevidomost je chápána jako nejtěžší zrakové postižení a patří sem osoby s narušením zrakového vnímání na úrovni nevidomosti (slepoty). Příčiny bychom, stejně jako u většiny jiných zdravotních postižení, mohli rozdělit na vrozené a získané. Mezi nejčastější příčiny vrozené nevidomosti patří dědičnost, porušení plodu v prenatálním období, infekční choroby matky v době gravidity (rubeola, pohlavní choroby matky, virová onemocnění, narkomanie matky a jiné). K častým získaným příčinám patří zejména progresivní refrakčních vad, glaukom, katarakta, odchlípení sítnice, retinopatie, nádory, úrazy a další. (ibid)

Valenta (2015) rozděluje nevidomost na praktickou, kdy pokles centrální zrakové ostrosti je pod 3/60 do 1/60 včetně, skutečnou, s poklesem centrální fixace pod 1/60 (světlocit) a úplnou,

jež je vymezena světlocitem s chybnou světelnou projekcí až do ztráty světlocitu. (Valenta, 2015)

Slabozrakost je považována za postižení obou očí, které i při optimální brýlové korekci činí jedinci obtíže v běžném životě. Vrozené i získané příčiny slabozrakosti jsou obdobné jako u nevidomosti, ale důsledky jsou v řadě dimenzí odlišné. Slabozrakost ovlivňuje řadu činností v životě člověka, často se objevuje nepřesnost či neúplnost představ, problémy v prostorové orientaci, ale také obtíže s koncentrací, pozorností, rychlejší unavitelností či pomalejším pracovním tempem. (Finková, 2007)

Beneš (2017) slabozrakost dále rozděluje na poruchy centrálního vidění, které vedou ke ztrátě zrakové ostrosti do dálky i na blízko a jsou často spojeny s centrálním skotomem (výpadek zorného pole), a na poruchy periferního vidění, které snižují rozsah zorného pole, narušují vnímání pohybu či schopnost rozeznávání tvarů a obrysů. (Beneš, 2017)

Zbytky zraku tvoří hraniční oblast mezi slabozrakostí a nevidomostí a míra zrakové vady odpovídá rozmezí praktické slepoty a těžké slabozrakosti. V důsledku tohoto postižení jsou snižované, omezené či deformované zrakové schopnosti jedince, což může vést k narušení představ či snížení grafických schopností. I přes skutečnost, že vnímání zrakovou cestou je velmi omezené, jedinci se zbytky zraku na něj často spoléhají a používají jako hlavní zdroj získávání informací. Takto vynakládaným vysokým úsilím pak dochází k zatěžování fyzické i psychické stránky organismu a zraková hygiena je zde mnohem důležitější než u jiných zrakových vad. (ibid)

Zbytky zraku lze také definovat jako hraničního pásma mezi slabozrakostí a nevidomostí, se zrakovou ostroší 3/60 – 0,5/60. (Valenta, 2015)

Binokulární vidění je získaná schopnost, která se začíná vyvíjet po narození s dozráváním sítnice a její žluté skvrny. V průběhu prvních šesti let života postupně dochází k dalšímu zdokonalování a stabilizaci jednoduchého binokulárního vidění. Porucha ve vývoji jednoduchého binokulárního vidění může vést ke vzniku strabismu (šilhání), amblyopie (tupozrakosti) nebo narušení centrální retinální fixace. Poruchy se projevují zejména v analyticko-syntetické činnosti, lokalizaci a hloubkovém vidění. Při správné a včasné terapii jsou poruchy binokulárního vidění vesměs odstranitelné nebo alespoň zmírnitelné. (Finková, 2007)

„Osoby s poruchami binokulárního vidění jsou řazeny z hlediska vývoje zrakových funkcí do období 6 – 8 let věku, kdy se binokulární vidění upevňuje. V případě zásahu vnějšími nebo vnitřními vlivy nastává disbalance ve vývoji s následnými funkčními změnami. Jako hlavní příčiny bývají uváděny tupozrakost (amblyopie) a šilhání (strabismus).“ (Beneš, 2017, s. 77)

Růžičková (2014) dělí cílové skupiny tyflopédie dle stupně snížení vizuálních schopností takto:

1. střední slabozrakost,
2. silná slabozrakost,
3. těžká slabozrakost,
4. praktická nevidomost,
5. úplná nevidomost. (Růžičková, 2014)

Beneš (2017) dělí zraková postižení do skupin dle funkčního poškození na:

1. ztrátu zrakové ostrosti,
2. postižení šíře zorného pole,
3. poruchy rovnovážného postavení očí,
4. obtíže se zpracováním zrakových informací,
5. poruchy barvocitu,
6. poruchy adaptace,
7. poruchy kontrastní senzitivity. (Beneš, 2017)

1.2.4. Sluchové postižení

Z hlediska socializace, začlenění do společnosti a komunikace, jsou osoby se sluchovým postižením zřejmě nejohroženější skupinou. Tím samozřejmě nechceme zlehčovat závažnost jiných zdravotních postižení, ovšem jedinci se sluchovým postižením potřebují ke komunikaci s jinými lidmi vlastní komunikační systém, kterému většina veřejnosti nerozumí a osoby neslyšící se tak stávají samostatně fungující sociální skupinou.

Výchovou, vzděláváním a celkovým rozvojem osob se sluchovým postižením se zabývá speciálněpedagogická disciplína surdopedie. Pochází z latinského surdus (slepý) a paideia (výchova). (Kaleja, 2014)

Sluchovou ztrátou přicházíme o přísun až 60 % informací. To je oproti zrakové ztrátě z procento značně nižší, ovšem tvoří situaci neméně závažnou. Naopak sluchový handicap dopadá na život člověka mnohem výrazněji, vytváří totiž komunikační bariéru, deficit v orientačních schopnostech, psychickou zátěž, omezení sítě sociálních vztahů a negativní vliv na vývoj myšlení. (Slowík, 2016)

„Označení sluchové postižení se týká velmi heterogenní skupiny osob, která je diferencována především podle stupně a typu sluchového postižení. Termín zahrnuje základní kategorie osob: neslyšící, nedoslýchavé a ohluchlé. Každá z těchto kategorií představuje různorodou kvalitu, jejíž konkrétní strukturu limitují další faktory, nejčastěji kvalita a kvantita sluchového postižení, věk, kdy k postižení došlo, mentální dispozice jedince, péče, která mu byla věnována, a další přidružené postižení.“ (Horáková, 2012, s. 10)

Ve speciální pedagogice se pro označení velikosti sluchové ztráty nejčastěji používají termíny nedoslýchavost a hluchota. **Nedoslýchavost** se může pohybovat od minimálních ztrát sluchu, kdy si okolí nemusí zhoršeného stavu sluchu vůbec všimnout, přes střední nedoslýchavost, která již představuje určitá omezení sluchových vjemů, až po těžkou nedoslýchavost. V tomto případě už má závažnost sluchové vady podstatný vliv na kvalitu komunikace a na samostatný vývoj řeči. (Souralová, Langer in Renotierová, 2006)

Nedoslýchavost můžeme dále rozdělit na převodní typ (postižený slyší málo, ale dokáže rozeznat zvuky lidské řeči) a percepční typ (zkresleně vnímá i lidskou řeč), nebo na lehkou (sluchová ztráta 20 – 40 dB), střední (sluchová ztráta 40 – 70 dB) a těžkou (sluchová ztráta 70 – 90 dB) nedoslýchavost. (Klosová, 2011)

Hluchota pak představuje nejtěžší stupeň sluchové poruchy, znemožňuje vnímání mluvené řeči a její přirozený vývoj. Jedinec je tak zcela odkázán na vizuální způsob příjmu informací. (Souralová, Langer in Renotierová, 2006)

Hluchotu můžeme diferencovat na úplnou (totální, naprostá ztráta sluchu) a praktickou (tzv. zbytky sluchu). (Klosová, 2011)

Také se můžeme setkat s termínem ohluchlost, kterou je myšlen stav, kdy ke ztrátě sluchu dochází v průběhu života. (ibid)

Úroveň mluvené řeči také závisí na způsobu a době vzniku sluchové ztráty. V prenatálním období může dojít ke ztrátě sluchu v důsledku dědičně podmíněné poruchy sluchu, užívání

toxických látek či onemocnění matky v průběhu těhotenství nebo četné syndromy. Pokud se jedná, v případě postnatální příčiny, o prelingvální ztrátu sluchu (tedy získanou před ukončením vývoje řeči, cca do 3 let), vývoj je pro jedince samotného jednak jednodušší, jelikož se se svojí vadou učí žít již od útlého dětství, ale také je schopen snadněji volit a ovládat jiné prostředky pro komunikaci. Typickými příčinami jsou zánět mozkových blan, meningoencefalitida, průušnice apod. Pokud se ovšem jedná o ztrátu postlingvální, tedy získanou v období života, kdy již jedinec mluvenou řeč ovládá, je schopný ji do určité míry využívat jako komunikační prostředek i po sluchové ztrátě. Ovšem vyrovnávání se situací a „přeorientace“ na jiný komunikační systém je zde značně náročnější. (Horáková, 2012)

Osoby se sluchovým postižením využívají čtyř různých způsobů komunikace:

1. Mluvený jazyk – využívání zvukové i grafické komunikace pomocí zchovalých zbytků sluchu,
2. Odezírání – vizuální příjem informací z mluvené řeči, pohybů mluvidel, postoje mluvícího, mimiky a gestikulace,
3. Znakový jazyk – jazyk neslyšících s vlastním slovníkem a gramatikou, který je nezávislý na mluvené řeči,
4. Znakovaný český jazyk – využívá gramatických prostředků artikulované češtiny. (Růžičková, 2014)

1.2.5. Narušení komunikační schopnosti

„Základním komunikačním prostředkem je řeč (mluva). Jedná se o jednu z kognitivních funkcí, jež se utváří v průběhu ontogenetického vývoje jedince. Vývoj řeči je složitým procesem, jenž je ovlivňován řadou vnitřních, ale i vnějších faktorů.“ (Bendová, 2011, s. 10)

Narušení komunikační schopnosti (dále NKS) sice nesouvisí s mentálním či jiným tělesným postižením, má však velký vliv na psychiku jedince. Často se setkávají s posměchem, negativními poznámkami, které jsou pro člověka s komunikačními obtížemi velmi zraňující a může se začít verbální komunikaci vyhýbat. Lidé s poruchou komunikace tak mohou mít problémy při hledání vhodného zaměstnání, výběru partnera, hledání přátel a celkovou komunikací s lidmi na veřejnosti. (Mlčáková in Michalík, 2011)

Při vymezení komunikační schopnosti sledujeme čtyři jazykové roviny:

- foneticko-fonologickou,
- lexikálně-sémantickou,
- morfologicko-syntaktickou,
- pragmatickou. (Lechta in Michalík, 2011)

Fonetika je vědní obor zabývající se zvukovou stránkou mluvené řeči, tedy tvořením hlásek, jejich vnímáním sluchem, spojováním hlásek v hláskové řady, intonací řeči, přízvukem, tempem, pauzami řeči a barvou hlasu. Fonetologie je lingvistický obor, nauka o funkci hlásek. Sleduje distinktivní rysy hlásek (fonémů). Přidáním, vynecháním, nahrazením, přemístěním fonému se mění význam slova. Hrou se slovy tak můžeme sluchovou cestou rozvíjet sluchovou analýzu a syntézu slova. Ve **foneticko-fonologické rovině** můžeme u klientů během promluvy zaznamenat specifika v oblasti respirace, fonace, rezonance či artikulace. Sledujeme např. zda klient dýchá nosem či ústy, změny kvality hlasu, intenzity hlasu, obtíže při článkování řeči a jiné dynamické změny. Všechny tyto projevy mohou ovlivňovat srozumitelnost mluvy. (Mlčáková in Michalík, 2011)

Foneticko-fonologická rovina se věnuje oblasti zvukové stránky řečového projevu. Při ustalování hlásek je třeba sledovat zejména způsob a místo artikulace a znělost. (Bytešnicková, 2012)

Lexikálně-sémantická rovina představuje lexikon – slovník člověka. Týká se využívání aktivní i pasivní slovní zásoby. Se slovní zásobou souvisí sémantika, nauka o významu slov. Zkoumá, jak jedinec rozumí významu slov, frází, vět a jak dovede využívat adekvátních slov při hovoru. Slovní zásoba se vyvíjí po celý život v závislosti na vzdělávání, sociokulturním prostředí či četbě. V období kolem jednoho roku je slovní zásoba dítěte asi 5 – 7 slov, slovní zásoba dvouletého dítěte je přibližně 200 slov, tříleté dítě zná téměř 1000 slov, čtyřleté 1500 slov a před nástupem dítěte do školy je slovní zásoba okolo 2500 – 3000 slov. Nejvyšší nárůst slovní zásoby tak můžeme pozorovat do třetího roku dítěte. (Mlčáková in Michalík, 2011)

Bytešnicková (2012) do lexikálně-sémantické roviny zařazuje vztah nadřazenosti a podřízenosti pojmů, rozlišování synonym a antonym, osvojování vztahů výrazů se širším a užším významem a poměr mezi výrazem obecnější povahy a konkrétnějším vyjádřením. (Bytešnicková, 2012)

Morfologicko-syntaktická rovina, někdy též označována jako gramatická, pojednává o tvarosloví a skladbě. Skladba sleduje stavbu slov a tvoření vět a souvětí. Od jednoho roku se dítě od využívání jednoslovných vět dostává přes pozvolné skloňování, časování a ohýbání slov k postupnému tvoření víceslovných vět a souvětí (mezi druhým a třetím rokem). V období kolem 3 – 3,5 roku dítě obvykle začíná dodržovat slovosled a od čtvrtého roku se řeč stále více zpřesňuje. Mezi pátým a šestým rokem se postupně dokončuje vývoj fonemické diferenciaci a dítě již dokáže reprodukovat dlouhé věty nebo celá souvětí. Přibližně od čtvrtého roku věku dítěte se v jazykových projevech objevují nesprávnosti v morfologicko-syntaktické rovině, chyby ve skloňování, časování a větné skladbě. Jedná se o tzv. fyziologický dysgramatismus, který je v tomto období běžným jevem a nepovažujeme jej za narušení komunikační schopnosti. Pokud ovšem chyby v ohýbání slovních druhů, používání rodů a skladbě vět přetrvávají, může se jednat o narušení v oblasti morfologicko-syntaktické roviny, které se projevuje dysgramatismy. (Mlčáková in Michalík, 2011)

Pragmatická rovina představuje uplatnění komunikačních schopností, osvojených řečových dovedností v běžném každodenním životě a realizaci komunikačního záměru v komunikaci jedince s okolím, jako je např. vyžádání si informace, oznámení informace, vyjádření pocitů a další. (ibid)

„Jedná se především o schopnost jedince aktivně se účastnit konverzace při zachování pravidel dialogu, schopnost vystihnout a přiměřeně reagovat na nonverbální projevy, schopnost udržet téma rozhovoru. Neméně důležitými aspekty je schopnost jedince aktivně používat nonverbální komunikace v závislosti na komunikační situaci a schopnost užívat adekvátní komunikační styly a způsoby chování vzhledem k různým komunikačním partnerům.“ (Bytešnicková, 2012, s. 83)

Základní druhy NKS dělíme do následujících kategorií:

1. vývojová nemluvnost (vývojová dysfázie),
2. získaná orgánová nemluvnost (afázie),
3. získaná psychogenní nemluvnost (mutismus, elektivní mutismus),
4. narušení zvuku řeči (rinolalie, palatolalie),
5. narušení plynulosti řeči (kocktavost, breptavost),
6. narušení článkování řeči (dyslalie, dysartrie),
7. narušení grafické stránky řeči (dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyskalkulie),
8. symptomatické poruchy řeči (doprovázejí jiná dominující postižení),

9. poruchy hlasu (dysfonie),
10. kombinované vady a poruchy řeči (kombinace dyslalie s koktavostí).

(Lechta in Bartoňová, 2016)

V těchto logopedických termínech se často objevuje předpona dys- a předpona a-. Předpona dys- označuje částečnou ztrátu funkce nebo vývojovou poruchu. Předpona a- vyjadřuje neexistenci, tedy úplnou ztrátu funkce. (Mlčáková in Michalík, 2011)

1.2.6. Kombinované postižení

Do konce 20. století byla intervence o osoby s kombinovanými vadami vnímána jako integrální součást jednotlivých speciálněpedagogických disciplín. V tomto ohledu byl zohledňován zejména fenomén tzv. dominantního postižení. Aktuálně je problematika osob s kombinovanými vadami považována za nedílnou součást speciální pedagogiky. (Švarcová in Bendová, 2015)

V dnešním pojetí speciální pedagogiky má i kategorie kombinovaného postižení své zásadní místo. Zejména proto, že se v populaci vyskytuje celá řada jedinců, jejichž příznaky jsou kombinací dvou a více předešlých kategorií a není tedy možné je zařadit pouze do jedné z nich, jelikož správný přístup k těmto osobám se bude značně lišit.

„Předmětem takto pojatého oboru je edukace jedinců, u kterých jsou nedostatky v kognitivní, motorické, komunikační nebo psychosociální sféře takového rozsahu, že vyžadují zvýšenou speciálněpedagogickou péči ve směru individuálního přístupu, speciálních metod a modifikací obsahu vzdělávání, a to i ve vztahu k jedincům s jediným postižením. Uvedený deficit – nedostatky jsou vždy spojené s aktuálním výskytem minimálně dvou rozdílných postižení, narušení či jejich kombinací.“ (Ludíková in Renotiérová, 2006, s. 303)

Ve speciálněpedagogické terminologii je pro tento stav vžitý termín více vad, tedy vícečetné postižení. Jedná se o komplikovanou situaci, jejíž řešení je závislé jednak na vlastní kombinaci postižení u daného jedince, ale také zejména na tom, které z těchto postižení dítě nejvíce znevýhodňuje. Na těchto skutečnostech pak závisí léčba, rehabilitace, sociální péče i edukace. (Jankovský, 2006)

2. POSTAVENÍ OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM VE SPOLEČNOSTI

V celé populaci se odhaduje asi 10 % osob se zdravotním postižením. Toto procento je nižší u občanů dětského věku a s přibývajícím věkem se postupně zvyšuje, u osob nad 80 let má více než 50 % zdravotní postižení. (Votava, 2003)

Postavení osob se zdravotním postižením velmi závisí na úrovni a hodnotách dané společnosti. Bude se velmi lišit přístup v České republice od přístupu v jiných zemích. Ve výchovně-vzdělávacím procesu se názory předávají z generace na generaci, lidé se vzájemně ovlivňují, předávají si informace, diskutují a vytváří jeden ucelený názor. Největší vliv na život osob se zdravotním postižením mají ovšem nejen všeobecně nepsaná pravidla, ale zejména jednotlivá legislativní vymezení, která se v jednotlivých společnostech liší. Nikdy ovšem nemůžeme konstatovat, že osoby se zdravotním postižením stojí na okraji společnosti nebo tvoří samostatnou komunitu, sociálně odloučenou od vnější společnosti.

„V současnosti je možno konstatovat, že postavení osob se zdravotním postižením v České republice lze charakterizovat jako stabilizované, podpořené existencí solidního právního rámce a opírající se o převážně pozitivní postoje majoritní části společnosti. Případné diskriminační či omezující tendence, s nimiž se osoby se zdravotním postižením ještě občas setkávají, nejsou ve většině případů výsledkem vědomého úsilí o poškozování či neřešení zájmů osob se zdravotním postižením, nýbrž pouze výsledkem poměrně nízkého vědomí o skutečných problémech a potřebách osob se zdravotním postižením jako skupiny i jednotlivců.“ (Michalík, 2011, s. 57)

2.1. Historická východiska postavení osob se zdravotním postižením ve společnosti

„V průběhu vývoje lidské společnosti se přistupovalo k postiženým různě, výraznější změny nastaly v 18. a hlavně 19. století, kdy začaly být zakládány školy a ústavy pro tyto jedince ve větším počtu. Až do poloviny 20. století se metody práce s handicapovanými pozvolna zdokonalovaly, zahrnovaly však až na výjimky převážně děti školou povinné. Do speciálních škol a institucí se zařazovaly nejen těžce postižené děti, ale také jedinci s lehčími vadami. Např. mezi neslyšící i nedoslýchaví, mezi nevidomé rovněž slabozrací apod. Většinou šlo o péči charitativní a filantropickou, o církevní a soukromá zařízení.“ (Monatová, 1998, s. 13)

Sovák (1977) ve stručném historickém přehledu rozdělil vývoj péče o „defektní osoby“ na 7 stádií:

1. stádium represivní – defektní osoby byly ze společnosti vyvrhovány, zabíjeny,
2. stádium zotročování – fungovalo na principu otrokářského vykořisťování,
3. stádium charitativní – uplatňování náboženských prvků a postojů,
4. stádium renesančního humanismu – kladlo důraz na lidský přístup,
5. stádium rehabilitační – využívání defektních osob z ekonomických důvodů,
6. stádium socializační – rehabilitace defektních za účelem společenského uplatnění,
7. stádium prevenční – snaha defektivitě předcházet.

(Sovák in Bendová, 2015)

Zdokonalování přístupu k osobám se zdravotním postižením však není tak úplně pravda. Nemůžeme tvrdit, že člověk s postižením narozený v dnešní době má snazší život než jiný jedinec v minulosti. Vždy je potřeba hodnotit úroveň dané společnosti, její ekonomickou výkonnost, existenci a kvalitu systémů sociálního zabezpečení, převládající představy a soudy a další faktory. Teprve po jejich znalosti můžeme hodnotit kvalitu života postižených v dané společnosti. Zůstává otázkou, zda je současný přístup našeho vládního režimu vůči zdravotně postiženým veden stejným úhlem pohledu jako přístup k ostatním (profesním, etnickým, věkovým) skupinám. (Michalík, 2011)

„Projevy všech v minulosti převládajících přístupů společnosti k lidem s postižením můžeme zaznamenávat samozřejmě i v dnešní době. Řadu typicky represivních prvků (i když někdy ve skrývané podobě) nacházíme např. v oblasti pracovního uplatnění těchto osob (tvoří část populace s mimořádně vysokou mírou nezaměstnanosti a vysokým rizikem pracovní diskriminace). Charitativní atmosféru zase navozují např. populární benefiční koncerty a další tradiční akce nebo pořady doprovázené sbírkami na pomoc a podporu zlepšování kvality života handicapovaných osob. Nejsilněji se moderní pohledy obracejí k humanistickému přístupu, který akcentuje u postiženého člověka jeho lidskou důstojnost a individualitu.“
(Slowík, 2007, s. 15)

Po roce 1989 se začaly obnovovat nebo vznikat nové organizace, zaměřené na péči o osoby se zdravotním postižením či nemocí. Na jejich vzniku se podíleli samotní postižení, jejich příbuzní, odborníci i dobrovolníci. Tyto organizace hájí zájmy zdravotně postižených a prezentují svou činnost na veřejnosti. (Votava, 2003)

2.2. Současné postavení osob se zdravotním postižením ve společnosti

„Lidé se liší původem, vzděláním, majetkem, ale i temperamentem nebo barvou vlasů... U zdravotního postižení, resp. později handicapu samozřejmě nedostatek rovnosti vystupuje zcela zřejmě. Ať jím rozumíme nerovnost šancí, východisek, možností, či obyčejné lidské spravedlnosti. Přestože si lidé nejsou a nemohou být rovni (vyjma utopických či vypjatě ideologických teorií), mohou být sobě navzájem i vůči orgánům veřejné moci „rovnoprávní“.“ (Michalík, 2011, s. 60)

Speciální právní norma, která by ucelenou formou upravovala postavení občanů se zdravotním postižením neexistuje. V České republice chybí zakotvení práv občanů se zdravotním postižením v ústavním katalogu lidských práv, tedy v Listině základních práv a svobod. Zde je sice občan se zdravotním postižením zmíněn, ale pouze ve vztahu k potenciálnímu uplatnění na trhu práce. (Michalík, 2011)

Osoby s postižením nejsou pouze předmětem začleňování do společnosti, ale přispívají k její rozrůzněnosti. Jedinci s postižením nejsou jiní, mají pouze v různých fázích svého života svoje specifické potřeby. (Pipeková, 2010, s. 113)

3. KVALITA ŽIVOTA OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

Je důležité mít na paměti, že lidé se zdravotním postižením mají stejná práva jako lidé intaktní. Právo žít a právo na svobodu již bereme jako samozřejmost, ovšem právo volby či právo na hezké zacházení je mnoha intaktními lidmi v okolí osob s postižením často opomíjeno. Od postojů veřejnosti se pak kvalita života jedinců s postižením odvíjí.

3.1. Pojem kvalita života

Pojem kvalita bychom mohli chápat jako soubor či údaj, který sdružuje určité parametry nebo vlastnosti, odpovídá na otázku „Jaký?“. Lze ho vymezit ve dvou významech:

1. jako normativní kategorii (na vyjádření žádoucí, optimální úrovně nebo stupně, přibližující se k očekáváním, potřebám či představám jednotlivců nebo skupin)
2. jako všeobecný výraz na označení specifických charakteristik, vlastností, atributů, kterými se daný objekt liší od objektů jiných, bez zdůrazňování míry uspokojení určitých potřeb (Tokárová, 2002)

Kvalita není absolutní, ale relativní kategorií, protože může být vyjádřena kvalitativními kvantitativními indikátory. Tím zároveň zahrnuje proces hodnocení. Pokud chceme vymezit, na jaký druh hodnocení je kvalita zaměřená, musíme určit jeho předmět a zároveň normu, se kterou je předmět porovnáván. Protože v případě kvality života je předmětem hodnocení život, je důležité zodpovědět základní otázku: Kvalitu jakého života hodnotíme? Nejčastějším objektem hodnocení je individuální život, který zahrnuje jevy a činnosti charakterizující živý organismus, tedy lidského jednotlivce, osobu. (Gurková, 2012)

„Život jednotlivce pak nechápeme pouze v úzkém významu biologické existence, resp. jako opozitum smrti, ale jako komplexní pojem zahrnující všechny projevy a oblasti jeho činnosti (rodinný, společenský, pracovní a citový život). Kromě života jednotlivce může být předmětem hodnocení život skupiny nebo populace, společnosti.“ (Gurková, 2012, s. 21)

3.2. Vliv zdravotního postižení na kvalitu života

Každé postižení, nemoc nebo odlišnost s sebou nese riziko kolísání kvality života, v některých specifických oblastech více, v jiných méně. Hodnocení kvality života samotnými jedinci se zdravotním postižením úzce souvisí s mírou výkonnosti v běžných denních činnostech, s možnostmi participace na společenském dění (integraci, inkluzi) a v neposlední řadě s mírou dostupnosti a kvality speciální podpory. (Růžičková, 2011)

Za specifické oblasti spolupůsobící na kvalitu života osob se zdravotním postižením lze považovat:

- způsob akceptace postižení,
- míru informačního deficitu,
- míru dosažené samostatnosti a soběstačnosti,
- společenský status a prosperitu,
- míru účasti na kulturním životě,
- komunikační kompetence a pracovní schopnosti. (ibid)

Kvalita života může být hodnocena z objektivního hlediska, kde zahrnuje např. určité ekonomické, bytové, informační či zdravotní podmínky. Neméně důležité je však hledisko subjektivní, tedy jak jedinec dané životní podmínky vnímá. Existují ještě další pojmy, příbuzné se subjektivní kvalitou života, především životní spokojenost (*life satisfaction*) či v angličtině poměrně častý pojem *well-being*, do češtiny překládán nepřiliš výslovnými slovy blaho nebo pohoda. (Votava, 2003)

Zdravotní postižení ovšem neovlivňuje jen samotného jedince s postižením, ale také osoby v jejím bezprostředním okolí, na jejichž péči jeho kvalita života velmi závisí. Způsob a doba vyrovnávání je velmi individuální, ovšem Vágnerová (2014) ji rozděluje na několik fází:

1. fáze šoku a popření – první reakce na subjektivně nepřijatelnou skutečnost, že dítě není zdravé,
2. fáze bezmocnosti – vyrovnávání se s pocity viny a hanby a očekávání pomoci,
3. fáze postupné adaptace a vyrovnání s problémem – zvýšení zájmů o další informace, stále přetrvávají negativní emoční reakce,
4. fáze smlouvání – akceptace postižení dítěte, hledání naděje,
5. fáze realistického postoje – přijímání skutečnosti takové, jaká je. (Vágnerová, 2014)

„Zastoupení a průběh těchto fází jsou v každé rodině jiné a jsou závislé na řadě faktorů, typ a hloubka postižení může, ale nemusí hrát významnou roli.“ (Hurníková, 2011, s. 120)

3.3. Postoje a předsudky vůči osobám se zdravotním postižením

Pojmeme-li téma z historického hlediska, můžeme konstatovat, že postoje a předsudky se v dějinách lidstva objevují odedávna. Předsudky se váží zejména na ta postižení, která jsou viditelná na první pohled, ale závisí také na individuálních zvláštностech a osobnostních vlastnostech.

„Lidské postoje se vytvářejí jako výraz snahy o subjektivně jasnější a jednodušší orientaci ve světě. Mají svoji racionální i emotivní složku a projevují se v chování. Rozumová složka zahrnuje znalosti a informace, které člověk o problému má. Citová složka vyjadřuje základní hodnotící kritérium, odmítání či přijetí, které nabývá na významu zejména tehdy, když lidé o daném problému mnoho nevědí.“ (Vágnerová, 2004, s. 51)

Podobně je tomu i v případě postojů k lidem s postižením. Tato problematika byla dlouhou dobu tabu. Laikům bylo jasné, že lidé s nějakým postižením existují. Pokud se s nimi ale osobně nesetkali, o jejich omezeních a možnostech v podstatě nic nevěděli. Emocionální složka postoje k lidem s postižením má často ambivalentní charakter. Obsahuje jak pozitivní, tak i negativní citové hodnocení. Na příčině je fakt, že nemoc či defekt jsou hodnocené z obecného hlediska jako něco nechtěného, nežádoucího. Takto postižení jedinci jsou pak předmětem soucitu, protože je potkalo neštěstí, měli smůlu a to většinou bez vlastního zavinění. Na druhou stranu tito lidé vyvolávají určitý strach, odpor či hrůzu, jelikož symbolizují něco negativního, čemu je lepší se vyhnout. Významnou roli zde má neinformovanost, protože neznámé a méně časté nemoci a postižení vzbuzují v člověku více strachu než běžná onemocnění. Výsledkem pak bývá citová ambivalence v postojích, která spojuje soucit s odporem, pozitivní emoce s negativními. Předsudky ve své konečné podobě nejsou vrozené, ale vytváří se učením a jsou značně podmíněny sociokulturními vlivy prostředí, ve kterém daný jedinec žije. Postoje se vždy těžce mění, často se dá mluvit až o stereotypu, předsudku. Předsudek slouží jako laické diagnostické kritérium, určující jak jsou posuzováni lidé s postižením. Ve vztahu k některým druhům defektů se upevnily záporné a odmítavé postoje, které se stěží překonávají. Tím brání uspokojivé integraci takto postižených lidí do společnosti zdravých. Jedním z projevů stereotypu v postoji k postiženým jedincům je tendence

ke generalizaci, sklon vidět všechny stejně, bez ohledů na individuální odlišnosti. (Vágnerová, 2004)

„To, jak jsou lidé se zdravotním postižením vnímáni a jak k nim přistupují ostatní členové společnosti, záleží velkým dílem na míře a kvalitě informovanosti. Často je právě kvůli nedostatečným znalostem problematika osob se zdravotním postižením podceňovaná. Informace i většinový přístup společnosti se liší podle typů postižení, o některých je informovanost vyšší, některé se daleko více pojí s předsudky. Problémem v této oblasti zůstává především stigmatizace osob s duševním postižením, kde se naopak tolerance společnosti vůči těmto osobám snižuje.“ (Vládní výbor pro zdravotně postižené občany, 2015, s. 26)

Ve vztahu k lidem se zdravotním postižením můžeme předsudky rozdělit na:

1. podceňující – vyjadřující soucit, politování,
2. odmítavé – „postižení jsou neužiteční, jde o trest (boží)“,
3. protektivní – ochranné pudy, potřeba pomoci,
4. hostilní – „mají samé výhody, mají všechno zadarmo, kdo se má na to dívat“,
5. idealizující – pocit, že zdravotní omezení v jedné oblasti znamená zlepšení jiných,
6. heroizující – „všechno bravurně zvládá, žádnou pomoc nepotřebuje“.

(Krhutová in Michalík, 2001)

„Předsudky a z nich pramenící negativní postoje vůči určité skupině lidí je možné snižovat kontaktem, při němž se dané skupiny poznají a zjistí, že mají mnoho společného či podobného. To vede k vyvrácení iracionálních a mylných informací.“ (Allport in Procházková, 2014, s. 140)

3.4. Vzdělávání osob se zdravotním postižením

Žáci s veškerým zdravotním postižením či nemocí jsou v resortu školství podle Školského zákona označováni jako žáci se speciálními vzdělávacími potřebami.

„Dítětem, žákem a studentem se speciálními vzdělávacími potřebami se rozumí osoba, která k naplnění svých vzdělávacích možností nebo k uplatnění nebo užívání svých práv na rovnoprávném základě s ostatními potřebuje poskytnutí podpůrných opatření. Podpůrnými opatřeními se rozumí nezbytné úpravy ve vzdělávání a školských službách odpovídající zdravotnímu stavu, kulturnímu prostředí nebo jiným životním podmínkám dítěte, žáka nebo studenta. Děti, žáci a studenti se speciálními vzdělávacími potřebami mají právo na

bezplatné poskytování podpůrných opatření školou a školským zařízením.“
(Zákon č. 561/2004 Sb., § 16)

Podpůrnými opatřeními rozumíme:

- poradenskou pomoc školy a školského poradenského zařízení,
- úpravu organizace, obsahu, hodnocení, forem a metod vzdělávání,
- úpravu podmínek přijímání ke vzdělávání a ukončování vzdělávání,
- použití kompenzačních pomůcek a speciálních učebnic,
- úpravu očekávaných výstupů vzdělávání,
- vzdělávání podle individuálního vzdělávacího plánu,
- využití asistenta pedagoga,
- využití dalšího pedagogického pracovníka,
- poskytování školských nebo poradenských služeb ve stavebně i technicky upravených prostorech. (ibid)

Česká republika se stává zemí s typicky smíšeným systémem vzdělávání dětí, žáků a studentů se zdravotním postižením. Mimo systém tzv. speciálního školství se postupně rozvíjí model vzdělávání dítěte se zdravotním postižením jako účastníka hlavního vzdělávacího proudu, začleněného do některé ze škol vzdělávací soustavy (mateřské, základní, střední). Stěžejním cílem vzdělávání občanů se zdravotním postižením zůstává zajištění rovného přístupu, který zahrnuje i prvky odstraňování minulých deformací a prevenci vzniku diskriminačního jednání v jednotlivých situacích. (Michalík, 2011)

Splynutí osob s postižením do společnosti, tedy zapojení žáků se zdravotním postižením do běžného vzdělávání, nazýváme integrace. (Richterová, 2011)

„V českém školství se integrace začala zavádět od počátku devadesátých let. Dosáhlo se přitom značného pokroku, neboť počet integrovaných žáků postupně narůstal. Názory českých a zahraničních odborníků na integraci zdravotně postižených dětí a mládeže upozorňují jak na kladné stránky integrace, tak na její omezení a nutnost splnění velmi náročných podmínek.“
(Průcha, 2015, s. 85)

Vzdělávání žáka by ovšem nemělo končit tím, že opustí školu, ale mělo by pokračovat v rámci celoživotního vzdělávání nadále. Zvláště u jedince se zdravotním postižením je důležité dále využívat a rozvíjet jeho znalosti a vědomosti, protože zde dochází k poměrně rychlému

vyhasínání a zapomínání již osvojeného. Příkladem zde může být sociální čtení, kdy si člověk takto dokáže za použití metody globálního čtení osvojit až několik desítek slov. Je tedy pak schopný samostatně nakoupit, připravit si jídlo nebo pomůcky, využívat systém usnadňující orientaci v průběhu dne, hledat v seznamu kontaktů v mobilním telefonu apod. Pokud však pracovníci sociálních služeb nebo rodiče v edukaci nepokračují, nejsou o možnostech využití informováni a metodu globálního čtení neznají, tak mnohaleté úsilí školy nepřináší efekt odpovídající vynaloženým nákladům. To znamená, že by pečující osoby v jakékoliv instituci nebo doma měly mít kompetence a podmínky, které jim umožní realizovat pedagogickou rehabilitaci, pokračovat ve vzdělávání a rozvoji. (Zikl, 2011)

3.5. Pracovní uplatnění osob se zdravotním postižením ve společnosti

Právo na práci na pracovním trhu je jednou z nejdůležitějších podmínek naplnění kvality života. Ne nadarmo se říká, že „bez práce nejsou koláče“. Nejedná se jen o ekonomickou stránku věci. Stejně jako pro intaktní jedince, i pro osoby se zdravotním postižením představuje práce určitou jistotu a zabezpečení.

Všechny osoby se zdravotním postižením mají také právo na tzv. pracovní rehabilitaci. Tu *„zabezpečuje krajská pobočka Úřadu práce místně příslušná podle bydliště osoby se zdravotním postižením ve spolupráci s pracovními rehabilitačními středisky nebo může na základě písemné dohody pověřit zabezpečením pracovní rehabilitace jinou právnickou nebo fyzickou osobu. Pracovní rehabilitace zahrnuje zejména poradenskou činnost zaměřenou na volbu povolání, volbu zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti, teoretickou a praktickou přípravu pro zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost, zprostředkování, udržení a změnu zaměstnání, změnu povolání a vytváření vhodných podmínek pro výkon zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti.“* (Zákon č. 435/2004 Sb., § 69)

Richterová (2011) vysvětluje pracovní rehabilitaci jako nástroj aktivní politiky zaměstnanosti či (z hlediska sociální práce) jako metodu práce v rámci integračních programů. (Richterová, 2011)

Na **otevřeném trhu práce** „mají zaměstnavatelé s více než 25 zaměstnanci v pracovním poměru povinnost zaměstnávat osoby se zdravotním postižením ve výši povinného podílu těchto osob na celkovém počtu zaměstnanců zaměstnavatele. Povinný podíl činí 4 %.“ (Michalík, 2011, s. 74)

Druhou možností zaměstnávání osob s handicapem je uplatnění na **chráněném trhu práce**. „Chráněný trh práce je tvořen zaměstnavateli, kteří zaměstnávají více než 50 % osob se zdravotním postižením z celkového počtu svých zaměstnanců a se kterými Úřad práce uzavřel písemnou dohodu o jejich uznání za zaměstnavatele na chráněném trhu práce. Dohoda o uznání zaměstnavatele se uzavírá taktéž v rámci Úřadu práce, v jejímž obvodu má sídlo zaměstnavatel, který je právnickou osobou, nebo v jejímž obvodu má bydliště zaměstnavatel, který je fyzickou osobou.“ (Zákon č. 435/2004 Sb., § 78)

3.6. Možnosti využití volného času osobami se zdravotním postižením

Volný čas je specifickou oblastí lidského života, podporuje celkové zdraví a pohodu. Nabízí řadu příležitostí umožňujících jednotlivcům či skupinám výběr činností a zkušeností, které odpovídají jejich potřebám, zájmům a hodnotám. Představuje jeden z nejdůležitějších zdrojů osobnostního, společenského a ekonomického rozvoje a významně přispívá ke kvalitě života. Rozvoj volného času také napomáhá zajištění základních životních podmínek, jako je bezpečí, obydlí, potrava, vzdělání, zdroj finančních prostředků a další. (Pávková, 1999)

Každý člověk usiluje o to mít dobrý život, prožít jej bez nedostatku a bez starostí. Kritéria pro posouzení, zda život je či není kvalitní, mohou být velmi různorodá. „Dobrý“ život je obecně spojen s materiálním dostatkem, se spokojeností. „Špatný“ život s nemocí, válkou či jinými nepříjemnostmi. Pro někoho znamená dobrý život, má-li luxusní auto, pro jiného, věnuje-li se ve svém volném čase sportu či jiným činnostem, které ho naplňují. (Slepičková, 2000)

Právě sport osob s handicapem je historicky nepřilíš starou disciplínou, i když užívání pohybových aktivit či cvičení pro léčbu a rehabilitaci bylo používáno již ve staré Číně před 5 000 lety. Sport je klíčovou součástí života celé světové populace. Nabízí jedincům se zdravotním postižením stejné hodnoty či uspokojení a je velmi cenným prostředkem pro získávání a osvojování sociálních, tělesných i psychologických schopností. (Dlouhá, 2013)

„Ideálním prostředkem pro zapojení a začlenění lidí se specifickými potřebami do společnosti jsou právě kroužky, tábory a jiné akce v rámci volného času. Integrované nabídky aktivit jsou poměrně novým fenoménem. Pod tímto rozumíme aktivity, kde integrace probíhá záměrně s cílem využít takové situace ve prospěch zdravých i postižených dětí, získat vzájemné ponaučení a další výhody. Jako jedna z prvních přistoupila na myšlenku integrovat zdravotně postižené skautská organizace. Některé sportovní organizace, spíše amatérské kluby, do svých řad postižené také přijímají, i když obvykle se jedná spíše o individuální záležitost než programovou snahu. Také nízkoprahová centra pro děti zaměřená na prevenci sociálně patologických jevů by teoreticky neměla být jakkoli uzavřena, a integraci by mohly umožnit i jakékoli jiné organizace v případech, že postižení nebrání výkonu činnosti a nejsou tu jiné zásadní překážky k zařazení dítěte do kolektivu. Existují i organizace, které zprostředkovávají integraci postižených mezi zdravé.“ (Jesenský, 2003, s. 361)

Praktická část

4. EMPIRICKÉ ŠETŘENÍ KVALITY ŽIVOTA OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM V ČESKÉ REPUBLICE

Předem upozorňuji a podotýkám, že zpracované téma není obecně platné a vztahuje se pouze na uvedený okruh respondentů.

První část práce byla zaměřena na teoretické informace a aspekty podílející se na kvalitě života osob se zdravotním postižením z pohledu různých autorů. Ve druhé části prakticky prověříme informace podané samotnými osobami s handicapem, ale také intaktními jedinci. Pojmem intaktní jedinci rozumíme většinovou populaci bez postižení či nemoci, tedy tzv. „zdravé jedince“.

4.1. Význam a potřeba studie

Poznatky a výsledky studie mohou sloužit jako pohnutka ke změně přístupu k lidem se zdravotním postižením v České republice či pro potřeby dalšího zkoumání.

4.1.1. Cíl výzkumné práce

Cílová skupina zkoumání sestává z osob se zdravotním postižením. Základní hypotézy a výzkumné otázky kvantitativní studie se týkají jejich zdraví, soběstačnosti, rodinných vztahů, pocitu bezpečí a jistoty a dalších oblastí. Závěrem tohoto šetření, porovnávacího pohled na kvalitu života osob se zdravotním postižením jimi samotnými a osobami intaktními, je srovnání odpovědí a hypotéz obou „pólů“ respondentů a zjištění informovanosti intaktní populace. Cílem výzkumného projektu je zhodnocení jednotlivých oblastí podílejících se na vnímání kvality života osob se zdravotním postižením veřejností.

Na základě těchto informací byly stanoveny následující hypotézy:

H1: Osoby se zdravotním postižením statisticky významně častěji uvádějí, že svou kvalitu života považují v důsledku zdravotního postižení za sníženou.

H2: Osoby se zdravotním postižením ve většině případů uvádějí, že snížení kvality života je způsobeno snížením kvality zdraví.

H3: Osoby se zdravotním postižením, oproti osobám intaktním, považují svoji finanční situaci a hmotné zabezpečení za podprůměrné.

H4: Osoby se zdravotním postižením ze všech sledovaných oblastí projevují nejvyšší míru spokojenosti v rodinných vztazích.

4.2. Metodický postup výzkumné práce

Výzkum byl realizován za pomoci dvou kvantitativních dotazníků, podaných jedincům intaktním a jedincům se zdravotním postižením.

První část výzkumu tvoří Dotazník 1, podaný intaktním jedincům. Jednak těm, kteří se již s osobami se zdravotním postižením setkali či setkávají, jako jsou pedagogové, speciální pedagogové, osoby pečující, asistenti pedagoga či osobní asistenti. Druhou skupinou odpovídajících informantů jsou osoby široké veřejnosti, působící v jiných, „nepedagogických“ oblastech, jako jsou studenti či jiné osoby pracující, které byly osloveny formou dotazníku. Cílem prvního dotazníku je zjistit informovanost a pohled intaktních osob na kvalitu života osob se zdravotním postižením.

Druhou částí výzkumu je Dotazník 2, inspirovaný metodou SQUALA (Subjective quality of life analysis), jehož cílem je potvrzení nebo vyvrácení výsledků z dotazníku předchozího. Jedná se o jednoduchý, široce uplatnitelný nástroj k posouzení subjektivní kvality života. Užívá se u širokého spektra klientely, včetně osob se zdravotním postižením. (Chrastina, 2014) Základní výzkumné otázky se týkají zaznamenání důležitosti jednotlivých aspektů života, jako je zdraví, soběstačnost, vztahy, práce a další. Cílem tohoto dotazníku je zjištění pohledu samotných osob se zdravotním postižením na jejich kvalitu života. Pro potřeby této studie byly dotazníkové otázky mírně upraveny.

4.2.1. Charakteristika vzorku respondentů a výzkumné prostředí

Celkem bylo z obou skupin dotazováno 200 respondentů. Tedy 100 osob se zdravotním postižením a 100 osob intaktních. Dotazník byl podáván způsobem dotazníkového šetření jak formou online dotazníku, tak písemnou či ústní formou, pokud se jednalo o jedince, kteří z jakéhokoli důvodu nebyli schopni či nechtěli na internetovou formu dotazníku přistoupit a tato druhá metoda jim byla příjemnější. U všech dotazovaných respondentů byla zachována naprostá anonymita.

Sběr odpovědí probíhal od dubna 2019 do dubna 2020. Oba dotazníky byly vytvořeny na internetovém serveru Survio.com. Odkaz na dotazník byl následně rozšířen zejména na sociální síti Facebook. Zde jsme také pro Dotazník 2 využili skupin sdružujících osoby se zdravotním postižením, přičemž respondenti dotazník dále šířili mezi sebou a tímto způsobem jsme tedy nasbírali na každý dotazník 100 odpovědí. Pro vyšší počet odpovídajících respondentů byl dotazník v průběhu roku zasílán stejným způsobem opakovaně, abychom dosáhli požadovaného počtu osob. Počty odpovídajících respondentů byly následující:

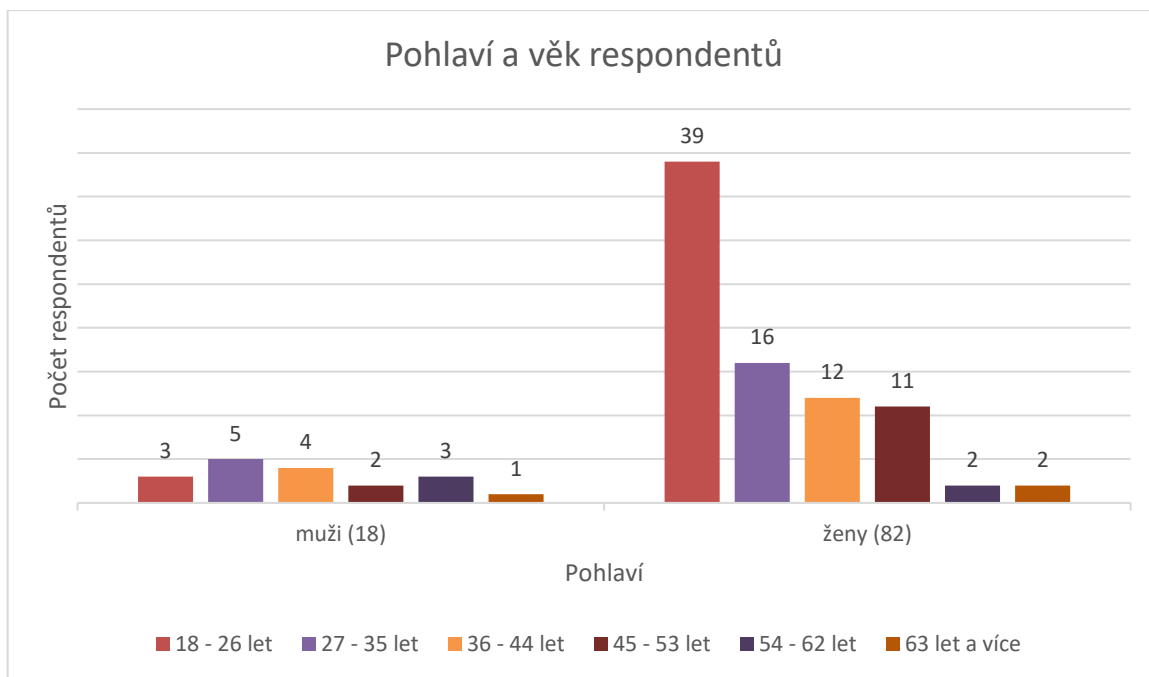
Dotazník 1: všech 100 osob zodpovědělo dotazník internetovou formou.

Dotazník 2: 81 osob zodpovědělo dotazník internetovou formou, 8 osob vyplňovalo tištěný dotazník písemnou formou z důvodu mentálního postižení, kteří pracovali pod dohledem a 1 respondent ve věku 96 let z důvodu nepříznivého zdravotního stavu zodpovídal dotazník ústní formou.

Pro snadnější vyhodnocování a orientaci v datech byly ústní a písemně zodpovězené dotazníky taktéž přepsány do internetové podoby téhož dotazníku a při dosaženém počtu 200 respondentů bylo dotazování zastaveno.

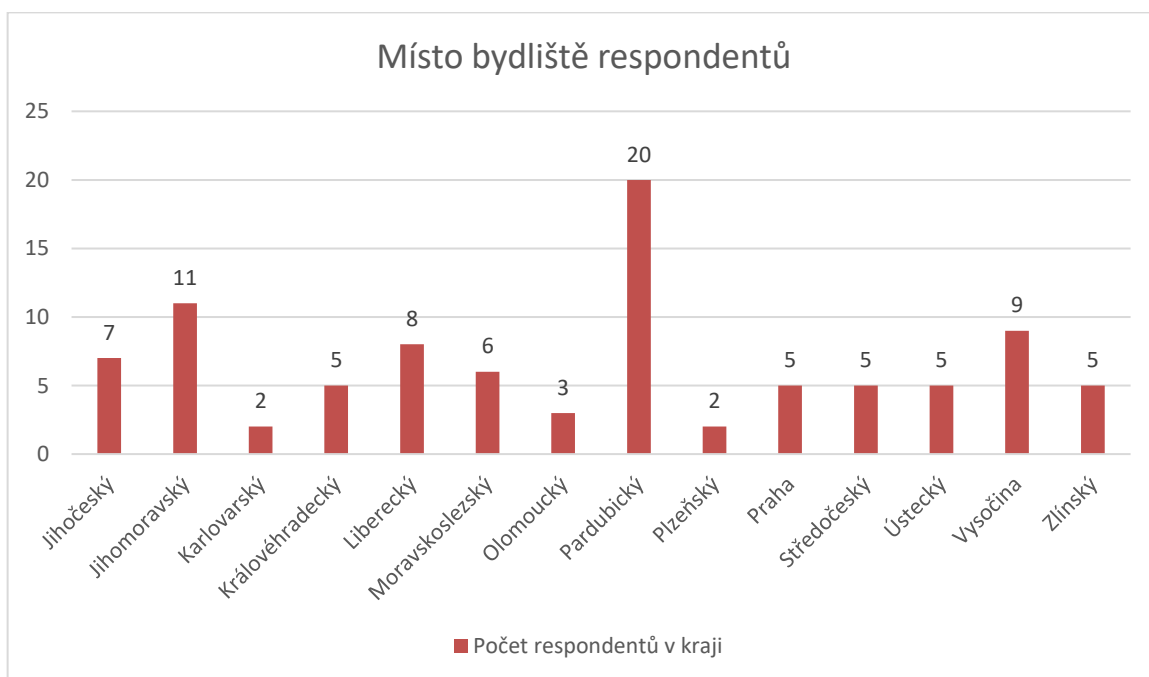
Dotazník 1

Následující graf uvádí, že nejvyšší množství intaktních respondentů bylo ve věku 18 – 26 let s výraznou převahou žen. Naopak odpovědi osob nad 54 let bylo nejméně. Průměrný věk odpovídajících mužů činí 40 let, průměrný věk odpovídajících žen je 32 let.



Graf č. 1 – Pohlaví a věk respondentů, Dotazník 1

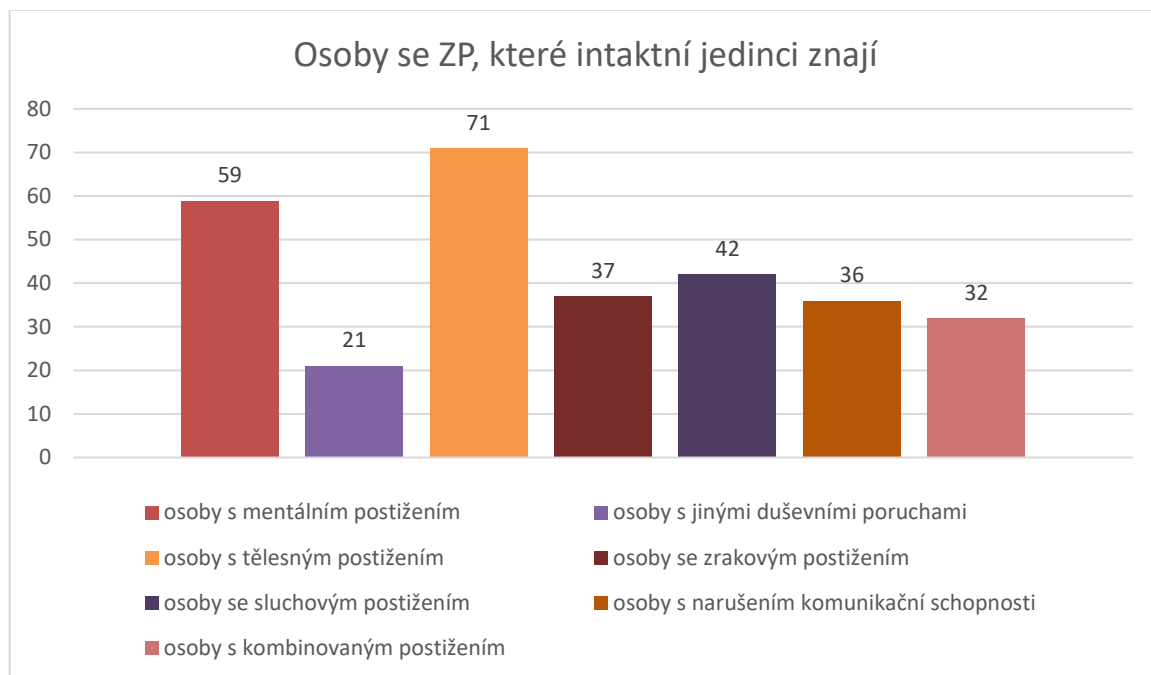
Otázky byly pokládány jedincům z celé České republiky. Účast respondentů z jednotlivých krajů byla následující:



Graf č. 2 – Místo bydliště respondentů, Dotazník 1

Nejvyšší účast potvrdil kraj Pardubický (20), nejméně respondentů pochází z Karlovarského (2) a Plzeňského kraje (2).

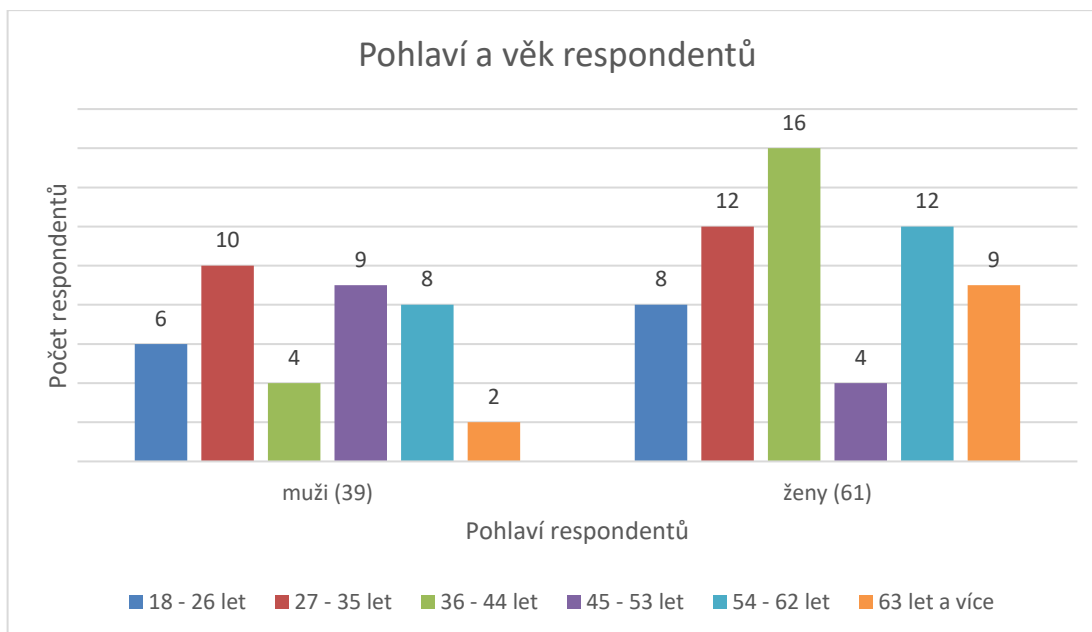
Pouze 8 osob z celkového počtu respondentů žádnou osobu se zdravotním postižením nezná. 92 informantů ze 100 odpovědělo, že se již s osobami se zdravotním postižením ve svém životě setkali nebo je osobně znají. Nejvyšší podíl respondentů (71) uvedl, že má ve svém okolí osobu či osoby s tělesným postižením. Nejnižší počet odpovědí připadá na osoby s jinými duševními poruchami (21). Údaje vyplývají z následujícího grafu:



Graf č. 3 – Osoby se ZP, které intaktní jedinci znají, Dotazník 1

Dotazník 2

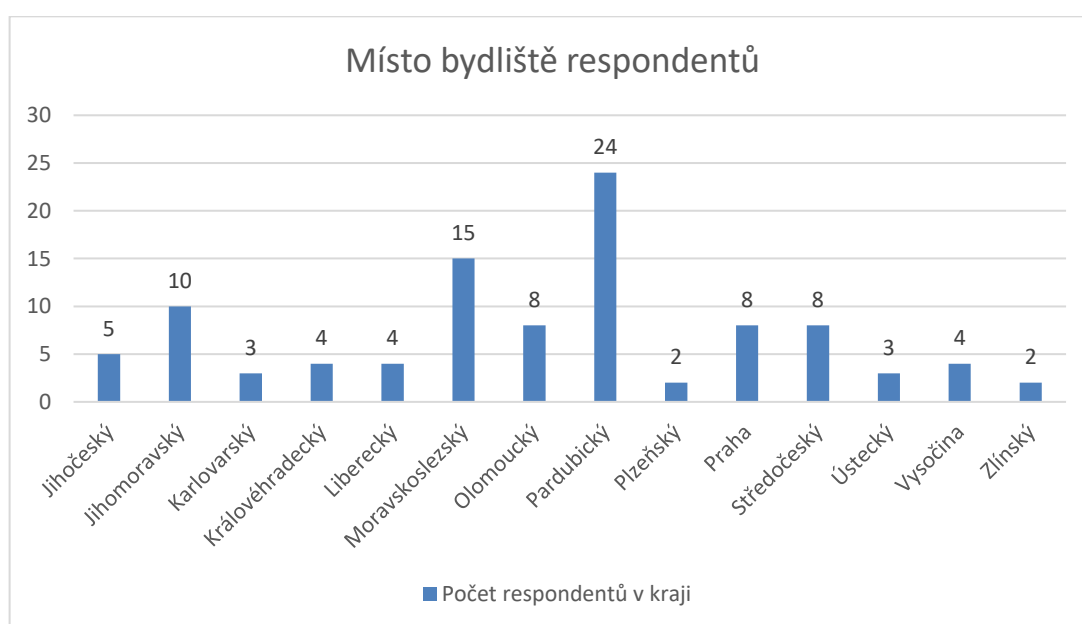
První dvě statistické otázky zjišťovaly pohlaví a věk respondentů se zdravotním postižením. Výsledky těchto otázek, z celkového počtu 100 respondentů, byly následující:



Graf č. 4 – Pohlaví a věk respondentů, Dotazník 2

Graf ukazuje, že dotazník byl vyplňován osobami všech věkových kategorií, vyjma osob nezletilých, na ty však studie není přímo zaměřena. 39 % respondentů tvořili muži, 61 % respondentů byly ženy. Průměrný věk odpovídajících mužů je 42 let, průměrný věk odpovídajících žen činí 45 let.

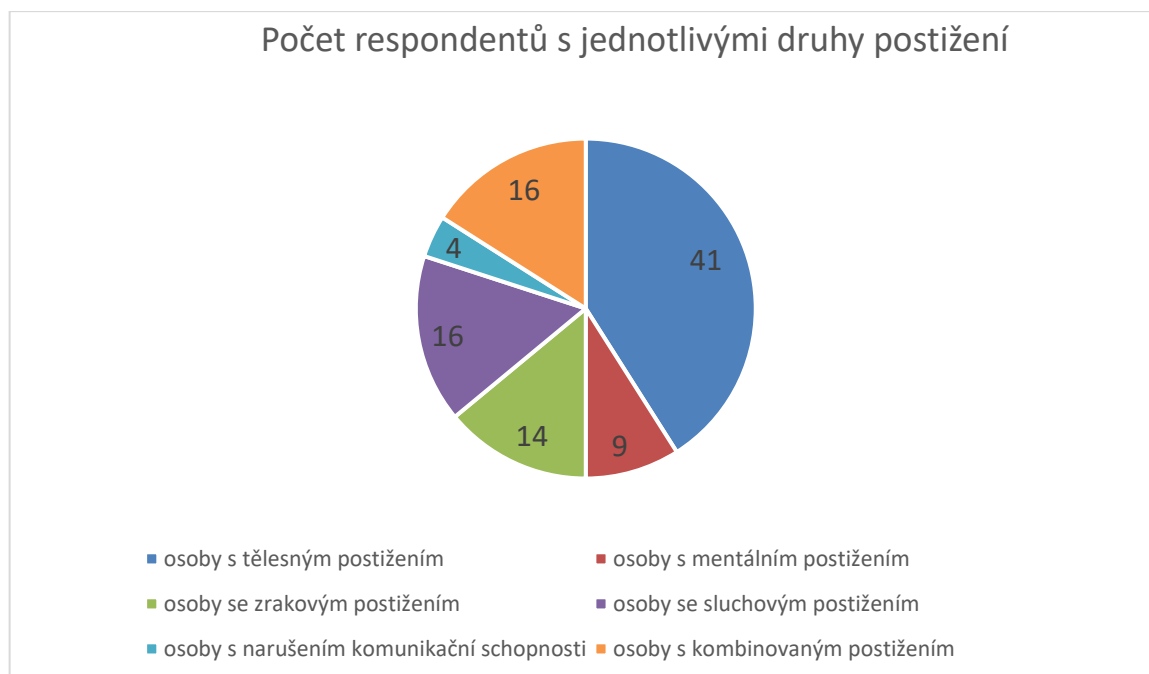
Snaha studie byla oslovit osoby se zdravotním postižením z celé České republiky, tedy vybrat respondenty ze všech českých krajů, aby byly výsledky co nejpřesnější. Z každého kraje odpověděl následující počet respondentů:



Graf č. 5 – Místo bydliště respondentů, Dotazník 2

Z grafu je patrné, že nejvíce respondentů má místo bydliště v Pardubickém kraji (24), nejnižší počet respondentů se shodoval v Plzeňském a Zlínském kraji (2).

Četnost respondentů s jednotlivými druhy zdravotního postižení byla následující:



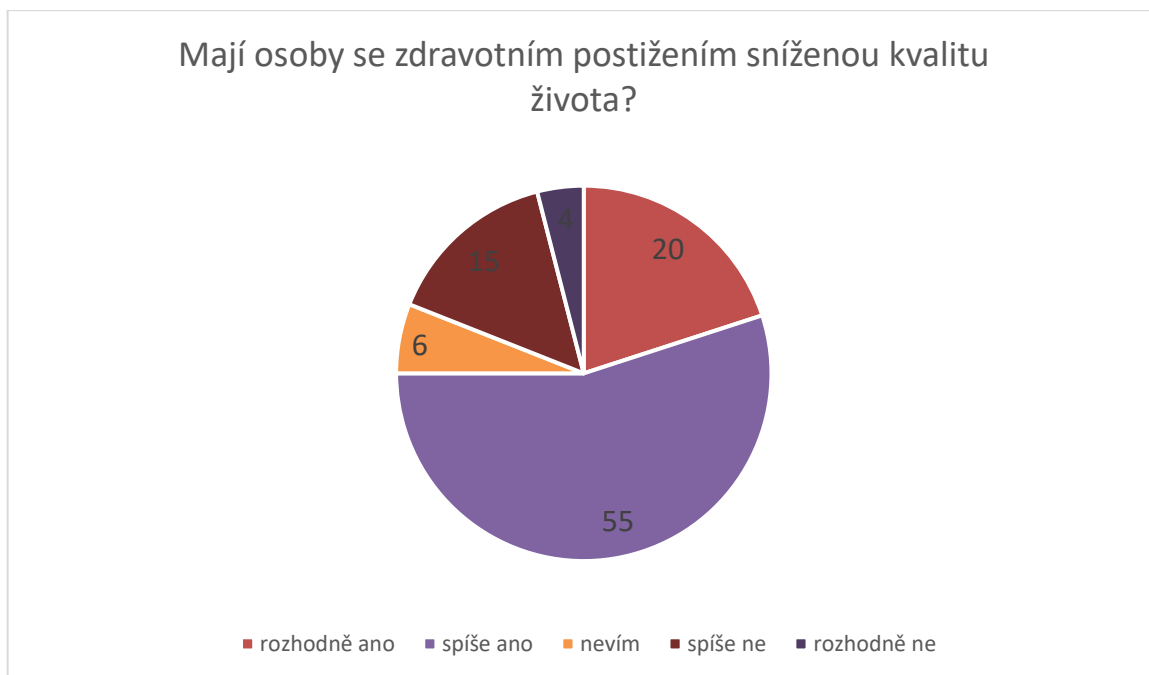
Graf č. 6 – Počet respondentů s jednotlivými druhy postižení, Dotazník 2

Nejvyšší počet respondentů tedy tvoří osoby s tělesným postižením (41). Nejméně se zúčastnilo osob s narušením komunikační schopnosti (4).

4.2.2. Kvalita života osob se zdravotním postižením z pohledu intaktní populace

Dotazník 1

Základní kladenou otázkou byla ta, zda mají osoby se zdravotním postižením sníženou kvalitu života. Ke kladné odpovědi se přiklání 75 respondentů, naopak 19 respondentů se domnívá, že kvalita života osob se zdravotním postižením oproti kvalitě života osob intaktních snížena není. 6 respondentů zvolilo odpověď nevím.



Graf č. 7 – Kvalita života osob se ZP, Dotazník 1

40 respondentů také svůj názor odůvodnilo. Uvedme následující příklady:

Respondent 1	<i>„Nemají sníženou kvalitu života. Díky moderním pomůckám mohou dělat spoustu věcí jako zdraví lidé a nějaká omezení nemusí hned znamenat nekvalitní život. Myslím, že více než na postižení záleží na postoji, který daný člověk zaujme.“</i>
Respondent 2	<i>„Mají sníženou kvalitu života. Podle typu a rozsahu postižení mohou být trvale závislí na jiné osobě a potřebovat její pomoc i při běžných denních aktivitách. Při tělesných postiženích mají určitě menší možnost uplatnění v pracovní sféře. Často se stává, že pojišťovny neproplácejí pomůcky, které by těmto osobám ulehčily každodenní život. Mohou se setkávat s nepochopením u dětí či dospělých, především děti dokážou být celkem kruté.“</i>
Respondent 3	<i>„Spíše mají sníženou kvalitu života. Pokud má člověk postižené tělo (spíše to platí asi v případech, kdy byl předtím člověk zdravý a postižení přišlo v průběhu života, protože lidé, kteří se s tím narodí, jsou s tím smíření více, protože nic jiného nepoznali) ale mysl zdravou a uvědomuje si to, trvá smíření s postižením. A i přesto, že to jsou mimořádní lidé, kteří dokážou i to, co dělá problém zdravému, tak je to pro něj vždy trochu</i>

	<i>omezující. Jsou dost často závislí na pomoci ostatních a malé procento postižených lidí si najde vztah.“</i>
Respondent 4	<i>„Pokud se jedná o osoby s mentálním postižením vyššího stupně, neuvědomují si svoji odlišnost. Lidé s postižením a intelektem v normě si bohužel svoji odlišnost uvědomují a jejich kvalita života tak může být snížena.“</i>
Respondent 5	<i>„Určitě mají sníženou kvalitu života. Nemůžou používat věci, které my používáme normálně, špatně shání zaměstnání a slepí lidé nemůžou kvalitně sledovat televizi.“</i>
Respondent 6	<i>„Ano, mají sníženou kvalitu života. Díky svému postižení mají omezenou možnost studia a pracovního uplatnění, nižší příjmy, závislost na okolí, někdy nejsou schopni se samostatně rozhodovat, mají omezenou schopnost péče o potomka.“</i>
Respondent 7	<i>„Moje postižená kamarádka nemůže dělat sporty a je z toho dost psychicky nestabilní.“</i>
Respondent 8	<i>„Ano, jejich kvalita života je velmi snížená. Mají problémy s bezbariérovým bydlením, se vstupy na úřady, těžko si hledají práci, setkávají se s nepochopením a předsudky části společnosti.“</i>
Respondent 9	<i>„Nemohou žít naplno a podle svých představ jako osoby bez postižení, nejsou tolik začleněni do kolektivu a spoustu lidí je nebere jako sobě rovné.“</i>
Respondent 10	<i>„Ano, mají sníženou kvalitu života. Ve všem. Jsou rozdílní.“</i>

Tabulka č. 1 – Důvody rozdílné kvality života osob se ZP, Dotazník 1

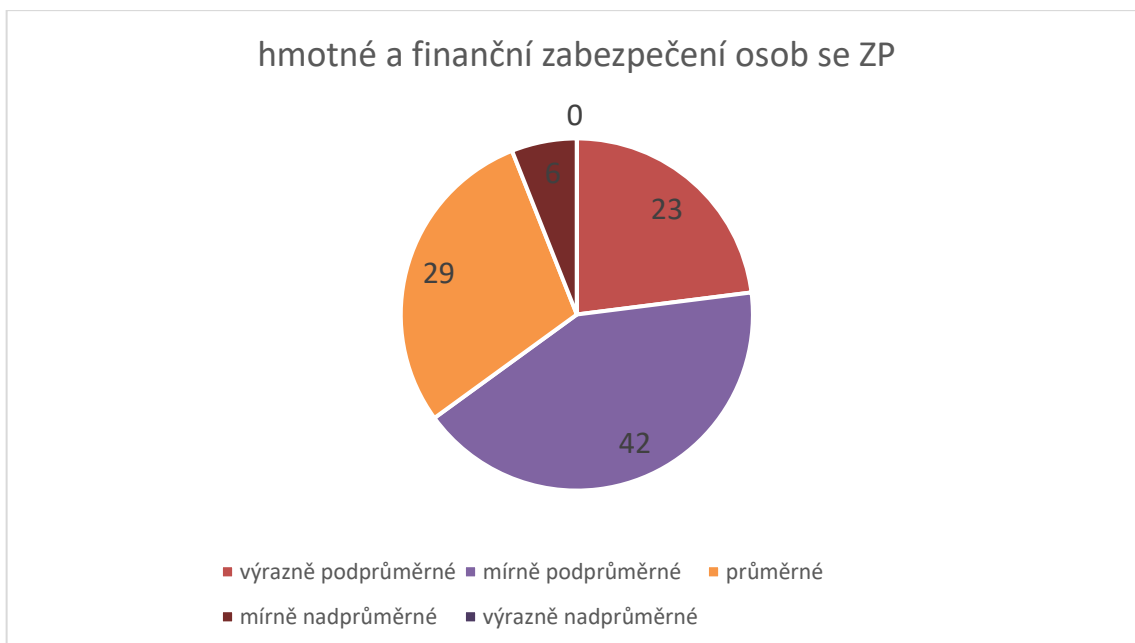
Musíme konstatovat, že názory intaktní populace jsou velmi osobité. Z odpovědí vyplývá, že i respondenti, jejichž odpověď zněla spíše ne nebo rozhodně ne, si situaci osob se zdravotním postižením plně uvědomují, pouze mají odlišný názor na to, který život můžeme nazvat kvalitním a který nekvalitním. Tedy velmi záleží na přístupu dané osoby, vždy existuje cesta, jak kvalitu života zvýšit, ať už v psychické rovině člověka nebo hmotně. Psychická motivace je velmi důležitá.

Respondentům jsme dále předložili tabulku. Ta zachycuje 8 oblastí podílejících se na kvalitě života. Respondenti posuzovali, jak moc jsou pro osoby se zdravotním postižením důležité. Zde je třeba se umět vcítit do role člověka se ZP a nenechat se ovlivnit vlastními prioritami. Není ovšem vyloučeno, že priority osob intaktních a osob se ZP se v ničem neliší. Z jednotlivých odpovědí jsme vytvořili následující tabulku:

	Nezbytné	Velmi důležité	Středně důležité	Málo důležité	Bezvýznamné
1. být zdravý	74	10	13	3	0
2. rodinné vztahy	29	48	18	4	1
3. být soběstačný	10	61	18	7	4
4. práce a finance	40	25	11	15	9
5. být v bezpečí	16	33	18	31	2
6. příjemné prostředí a bydlení	20	24	42	8	6
7. koníčky ve volném čase	7	3	48	39	3
8. krása a umění	0	2	5	49	44

Tabulka č. 2 – Hodnocení důležitosti podle osob intaktních, Dotazník 1

Respondenti označili za nejdůležitější oblast podílející se na kvalitě života osob se zdravotním postižením zdraví (84 osob zvolilo odpověď nezbytné nebo velmi důležité). Zde se jedná o psychickou i fyzickou pohodu, absenci nebo alespoň podchycení nemoci a schopnost vlastního samostatného fungování. Zápornou odpověď zde zvolili pouze 3 odpovídající osoby. Respondenti se dále domnívají, že pro osoby se ZP je důležitá opora a dobré vztahy v rodině, kde označilo kladnou odpověď 77 odpovídajících. Z odpovědí vyplývá, že dle intaktních osob dávají osoby s postižením přednost rodinným vztahům před samostatností, kterou označilo za důležitou 71 respondentů. Intaktní respondenti se tedy domnívají, že v případě neschopnosti vést samostatně každodenní život osoby se ZP spoléhají na pomoc rodiny. Naopak za nejméně důležitou oblast považují krásu a umění (kladnou odpověď zvolili pouze dva respondenti), tedy smysl pro estetičnost, vnímání barev, tvarů, vzhled okolí. Respondentů jsme se také dotázali na hmotné zabezpečení a finanční situaci osob se zdravotním postižením. 65 respondentů ze 100 se domnívá, že pro osoby se zdravotním postižením je práce a finanční situace důležitější oblastí než pocit bezpečí či příjemné prostředí a bydlení.



Graf č. 8 – Hmotné a finanční zabezpečení osob se ZP, Dotazník 1

Následující tabulka zobrazovala dotazovaným stejné oblasti života, ovšem zde posuzovali, do jaké míry jsou osoby se zdravotním postižením v těchto oblastech spokojené. Je samozřejmě nemožné, aby všichni lidé se ZP stavěli v žebříčku své priority na stejné místo, tudíž zde neexistuje správná ani nesprávná odpověď. Každý člověk je individuální bytost a velmi záleží na stupni a druhu postižení. Objektivní výsledky však prokázaly toto:

	Zcela spokojen	Spíše spokojen	Nevím	Nespokojen	Velmi zklamán
1. rodinné vztahy	34	39	13	9	5
2. koníčky ve volném čase	22	38	7	18	15
3. krása a umění	18	32	18	28	4
4. příjemné prostředí a bydlení	25	19	20	16	20
5. bezpečí	9	24	12	34	21
6. soběstačnost	9	19	22	25	25
7. zdraví	13	13	11	37	26
8. práce a finance	0	20	8	32	35

Tabulka č. 3 – Hodnocení spokojenosti podle osob intaktních, Dotazník 1

Všimněme si, že pořadí oproti tabulce předchozí se zcela změnilo. Informanti tedy tvrdí, že největší spokojenost osoby se zdravotním postižením přisuzují rodinným vztahům (73 respondentů zvolilo odpověď zcela spokojen či spíše spokojen). Oblast zdraví se zde ovšem z předchozí první příčky přesunula až na 7. místo (spokojenost vyjádřilo pouze 26 respondentů). Oblastí, ve které jsou podle osob intaktních osoby se ZP spokojené ze všech nejméně, je oblast zaměstnání a hmotného zabezpečení. Zde se 67 respondentů ze 100 rozhodlo pro zápornou odpověď. Jediná oblast, jejíž pořadí nebylo změněno, je pocit bezpečí. Podle intaktní populace se tedy u této oblasti shoduje důležitost se spokojeností.

4.2.3. Kvalita života osob se zdravotním postižením z jejich pohledu

Dotazník 2

Respondentům jsme předložili k vyplnění tabulku, kde měli posoudit jednotlivé oblasti života a označit, do jaké míry jsou pro ně v životě důležité či bezvýznamné. Výsledky jednotlivých odpovědí jsme zaznamenali do následující tabulky:

	Nezbytné	Velmi důležité	Středně důležité	Málo důležité	Bezvýznamné
1. být zdravý	55	41	3	0	1
2. být fyzicky soběstačný	43	51	4	1	1
3. být v bezpečí	49	43	6	0	2
4. rodinné vztahy	42	45	11	1	1
5. příjemné prostředí a bydlení	31	49	17	2	1
6. koníčky ve volném čase	28	47	20	4	1
7. práce a finance	20	50	20	8	2
8. krása a umění	4	12	34	33	17

Tabulka č. 4 – Průzkum důležitosti, Dotazník 2

Z odpovědí respondentů je patrné, že nejvyšší prioritu ze všech oblastí přisuzují zdraví. Za nezbytnou či velmi důležitou oblast jej označuje celých 96 osob ze 100. Považovat zdraví za nejdůležitější oblast života je zcela žádoucí a přirozené a tato potřeba se zcela jistě neváže pouze na osoby zdravotně postižené. Od intaktních jedinců se pohled na oblast zdraví příliš neliší, pouze bychom mohli konstatovat, že „člověk si váží toho, co měl, až když to ztratí“.

Z této informace také vyplývá hodnocení dalších oblastí, které na oblast zdraví navazují. Fyzická soběstačnost je pro osoby intaktní také běžnou součástí života, ovšem osoby se zdravotním postižením berou soběstačnost jako výjimečnou schopnost, která usnadňuje každodenní život a výrazně zvyšuje kvalitu života. Jako třetí nejdůležitější oblast života respondenti označili jednu ze základních životních potřeb, pocit bezpečí a jistoty. Jedná se o velmi důležitou oblast života. Pokud dojde k uspokojení a naplnění potřeb všech oblastí mimo pocit bezpečí, netroufáme si nazvat život kvalitním.

Oblast rodinných vztahů se váže na další základní životní potřebu, kterou je potřeba lásky, přijetí či uznání. Mnoho osob se zdravotním postižením má obtíže s navazováním kontaktů s osobami z okolí, těžko si hledají přátele i partnerské vztahy, a proto hledají oporu v rodině. Příjemné prostředí a bydlení, zařazeno respondenty na 5. místo, může být také zdrojem bezpečí a jistoty. Mít místo, kde nečelíme žádným strachům a pocitům diskomfortu, hraje v otázce kvality života také zásadní roli. Oblast osobních zájmů a koníčků a správného využití volného času tvoří každého člověka individuální osobností a činnost, kterou volný čas efektivně naplňujeme, je častokrát smyslem života člověka. Oblast práce a peněz jsou velmi propojené a taktéž velmi důležité, ovšem v žebříčku důležitosti je osoby se zdravotním postižením zařadily až na 7. a 8. místo. Z této skutečnosti vyplývá, že oproti osobám intaktním, které často usilují o dosažení kariérního růstu, pro osoby zdravotně postižené není tato oblast života důležitá. Krása a umění, tedy oblast estetická, je pro osoby zdravotně postižené také významná, ovšem jeho důležitost nehraje v životě příliš velkou roli a slouží pouze ke zpříjemnění situace či uklidnění. 17 z dotázaných jedinců tuto oblast označilo za zcela bezvýznamnou.

Řada respondentů ovšem tyto oblasti zdaleka nepovažovala za jediné termíny podílející se na kvalitě života a uvedla celou řadu dalších:

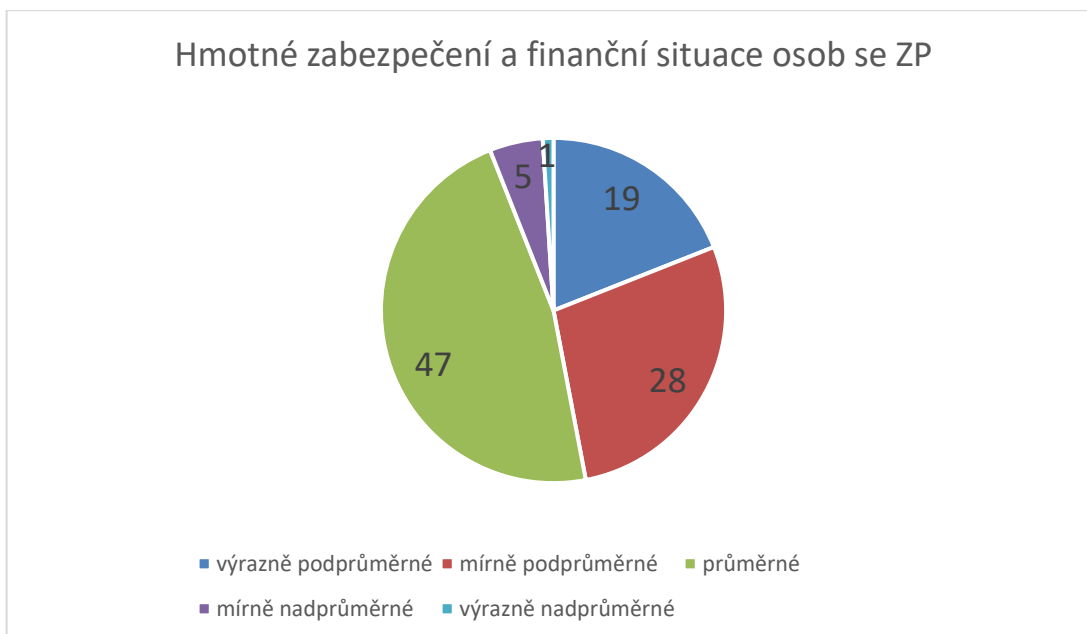
- | | |
|--|---|
| – Partnera/partnerku | – Umění |
| – Přátelství | – Zdraví nejbližších |
| – Klid, upřímnost | – Poctivost, slušné chování |
| – Ohleduplnost | – Mít zdravý rozum |
| – Pokora, tolerance, trpělivost,
důvěra | – Kvalitní lékařská péče a sociální
služby |
| – Radost z maličkostí | – Příroda |
| – Vzdělání | – Cestování |

Po zhodnocení důležitosti osoby se zdravotním postižením posuzovaly, nakolik se v těchto oblastech cítí spokojené.

	Zcela spokojen	Spíše spokojen	Nevím	Nespokojen	Velmi zklamán
1. příjemné prostředí a bydlení	31	55	3	11	0
2. rodinné vztahy	29	55	5	9	2
3. pocit bezpečí	33	51	3	11	2
4. koníčky ve volném čase	22	56	6	13	3
5. soběstačnost	15	44	4	33	4
6. krása a umění	11	39	42	6	2
7. zdraví	17	27	7	42	7
8. práce a finance	12	30	25	23	10

Tabulka č. 5 – Průzkum spokojenosti, Dotazník 2

Odpovědi odhalily skutečnost, že i přesto, že respondenti oblast zaměstnání a peněz uvádí až na 8. místě, skutečnost, že s bydlením a prostředím, ve kterém žijí, jsou ze všech oblastí nejspokojenější, je překvapivá. Respondenti neměli jednotlivé oblasti blíže specifikovány, tedy zde byla zřejmě otázka pochopena obecněji, což není špatně. Naopak výzkum prokázal, že u osob se zdravotním postižením nehraje roli pouze hmotné zabezpečení, jako jsou finance, dům či byt a jeho vybavenost, ale i okolní prostředí, jako je obec, ve které žijí, příroda, možná i příjemná atmosféra nebo vztahy s rodinou, kde se 84 respondentů ze 100 přiklání ke spokojenosti, či pocit bezpečí, kde svoji nespokojenost vyjádřilo pouze 13 respondentů. Osobní hmotné zabezpečení a finanční situaci hodnotilo 47 respondentů ze 100 jako průměrnou, k podprůměrnosti se přiklánělo také 47 osob a pouze 6 respondentů označilo svou finanční situaci jako nadprůměrnou. Respondenti se zdravotním postižením tedy došli toho názoru, že jejich finanční situace se od běžné populace nijak neliší. Tyto odpovědi ukázal následující graf:



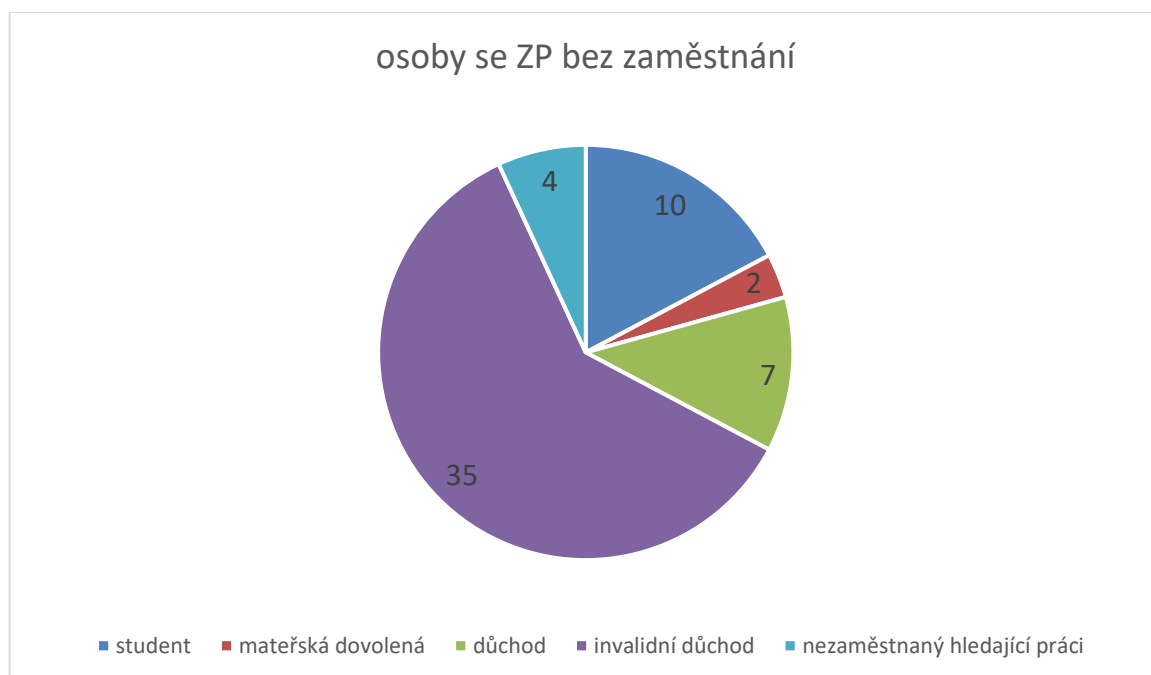
Graf č. 9 – Hmotné zabezpečení a finanční situace osob se ZP, Dotazník 2

Vrátíme-li se k Tabulce č. 2, oblast zdraví, kterou, jak jsme zjistili z tabulky předchozí, respondenti považují za nejdůležitější faktor ovlivňující kvalitu života, skončila v žebříčku spokojenosti až na místě 7., což je ovšem u osob se zdravotním postižením pochopitelné. Zaměříme-li se ale na odpovídající respondenty u této oblasti, všimneme si, že spokojenost vyjádřilo 44 respondentů a nespokojených respondentů je 49. Odpovědi se tedy velmi blíží k vyrovnanosti. 7 respondentů se pak nerozhodlo pro ani jednu z možností. Oblast soběstačnosti se přesunula ze 2. místa až na místo 5. Tedy i přesto, že osoby se zdravotním postižením považují soběstačnost za velmi důležitou součást života, celých 37 % osob, neboli 37 respondentů ze 100 je v této oblasti nespokojených. To znamená, že nejsou schopni samostatného fungování a jsou závislí na každodenní pomoci a péči jiné osoby.

Jako oblast s nejnižší mírou spokojenosti respondenti označili práci a finanční situaci. 58 % osob nemá žádné zaměstnání, většina z důvodu pobírání invalidního důchodu. Zbýlých 42 % dochází do zaměstnání. Nejčastěji uváděnými zaměstnáními byla tato:

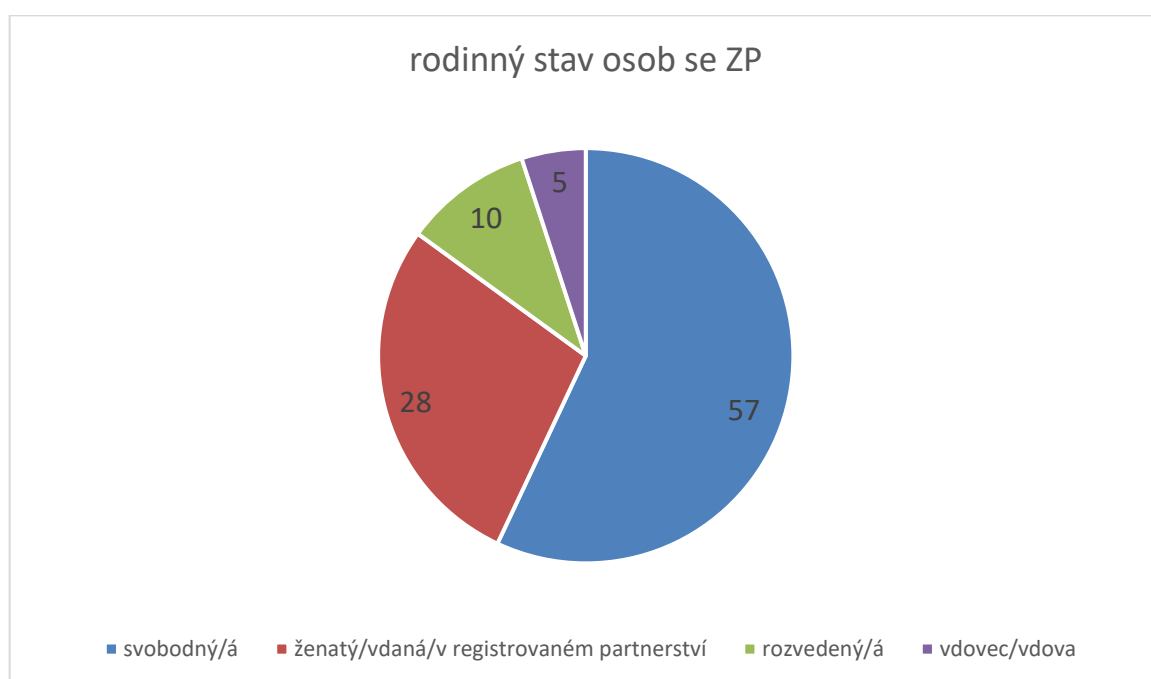
- Administrativa – administrativní pracovník, úředník, konzultant,
- Školství a věda – učitel, asistent pedagoga, výzkumný pracovník,
- Zdravotnictví a sociální péče – sociální pracovník, psycholog, veterinář, lékárník,
- Služby – číšník/servírka, dělník, kurýr, IT technik.

Důvody nezaměstnanosti osob se zdravotním postižením byly následující:



Graf č. 10 – Osoby se ZP bez zaměstnání

Spokojenost v oblasti rodinných vztahů vyjádřilo 84 respondentů. 11 respondentů je v této oblasti nespokojených a 5 osob se nerozhodlo pro žádnou z možností. Respondentů jsme se doptávali na rodinný stav a zda mají či nemají děti. Ze 100 dotázaných 43 osob odpovědělo, že děti mají. Odpovědi týkající se rodinného stavu byly následující:



Graf č. 11 – Rodinný stav osob se ZP

4.3. Analýza výsledků

V následující tabulce jsou jednotlivé oblasti seřazeny podle odpovědí respondentů v relativním pořadí. Tedy první oblast považují obě skupiny respondentů za nejvíce důležitou, poslední oblasti přisuzují důležitost nejnižší. Srovnáme-li odpovědi obou skupin respondentů, z výsledků vyplynou následující skutečnosti:

ZHODNOCENÍ DŮLEŽITOSTI

Podle osob se ZP	Podle osob intaktních
1. být zdravý	1. být zdravý
2. být fyzicky soběstačný	2. rodinné vztahy
3. být v bezpečí	3. být fyzicky soběstačný
4. rodinné vztahy	4. práce a finance
5. příjemné prostředí a bydlení	5. být v bezpečí
6. koníčky ve volném čase	6. příjemné prostředí a bydlení
7. práce a finance	7. koníčky ve volném čase
8. krása a umění	8. krása a umění

Tabulka č. 6 – Zhodnocení důležitosti

Porovnáním odpovědí osob intaktních a osob se ZP na hodnocení důležitosti jednotlivých oblastí v životě člověka s postižením jsme zjistili skutečnost, že obě skupiny považují zdraví za primární oblast ovlivňující kvalitu života. Stejně tak se shoduje umístění oblasti krása a umění, které ani osoby intaktní, ani jedinci se ZP nepovažují za důležitý faktor, který by výrazně ovlivňoval kvalitu života. Umístění dalších oblastí se ovšem z protikladných pohledů liší. Osoby s handicapem umísťují na 2. místo svou fyzickou soběstačnost, která se na kvalitě samostatného života také podílí. Osobami intaktními byla soběstačnost umístěna až na místo 3., a to až za oblast rodinných vztahů, které osoby se ZP umístily na 4. místo. Příjemné prostředí a bydlení je taktéž osobami intaktními posunuto o místo níže, než osobami zdravotně postiženými. Možnosti volby koníčků a využití volného času je taktéž intaktními jedinci posunuto o místo níže, než osobami s postižením. Z tabulky také vyplývá, že ačkoli osoby intaktní zastávají názor, že oblast práce a financí je 4. faktorem ovlivňujícím kvalitu života, osoby se ZP řadí v žebříčku důležitosti práci a finanční zabezpečení až na místo 7.

ZHODNOCENÍ SPOKOJENOSTI

Podle osob se ZP	Podle osob intaktních
1. příjemné prostředí a bydlení	1. rodinné vztahy
2. rodinné vztahy	2. koníčky ve volném čase
3. bezpečí	3. práce a finance
4. koníčky ve volném čase	4. příjemné prostředí a bydlení
5. soběstačnost	5. bezpečí
6. krása a umění	6. soběstačnost
7. zdraví	7. zdraví
8. práce a finance	8. krása a umění

Tabulka č. 7 – Zhodnocení spokojenosti

V hodnocení spokojenosti se obě skupiny respondentů překvapivě shodly pouze v jedné oblasti, kterou je právě zdraví, a umístily jej na 7. místo. To znamená, že osoby se ZP považují zdraví, hned po oblasti práce a financí, jako oblast, která nejvíce snižuje jejich kvalitu života. Intaktní respondenti vyjádřili skutečnost, že oblastí, ve které jsou osoby se zdravotním postižením nejvíce spokojeny, jsou rodinné vztahy. Jedinci se ZP ovšem rodinné vztahy v žebříčku zařadily až na druhou pozici a nejvyšší spokojenost vykazují v oblasti příjemného prostředí a bydlení. Úroveň oblasti bezpečí se u obou skupin respondentů také liší, jedinci se zdravotním postižením ji umísťují na 3. místo. Tedy považují ji za oblast, ve které se cítí poměrně spokojeni. Z pohledů obou skupin respondentů se také liší úroveň využívání volného času a samostatnosti. Nejnižší spokojenost pak přisuzují oblasti pracovního uplatnění a finanční situaci, o které měly osoby intaktní o něco pozitivnější názor a zařadily jej na 3. místo. Intaktní respondenti jsou toho názoru, že oblastí, ve které jsou osoby se zdravotním postižením spokojené nejméně, je oblast krásy a umění. Tuto oblast ovšem osoby se ZP zařazují na místo 6.

Z výsledků výše uvedených tabulek a grafů můžeme vyhodnotit stanovené hypotézy:

H1: Osoby se zdravotním postižením statisticky významně častěji uvádějí, že svou kvalitu života považují v důsledku zdravotního postižení za sníženou.

Základní kladenou otázkou bylo, zda mají osoby se zdravotním postižením sníženou kvalitu života. Výsledek hypotézy byl stavěn na základě odpovědí informantů na otázku kvality života osob se ZP. 75% informantů uvádí, že kvalita života lidí se zdravotním postižením je oproti intaktním jedincům snížena. Popisují hledisko volby pracovní pozice, vzdělávání nebo závislost na druhé osobě. Ze strany intaktních osob je tedy hypotéza potvrzena.

Osoby se zdravotním postižením uvedly výrazně sníženou kvalitu života zejména v oblasti zdraví a soběstačnosti. Zmiňují závislost na pomoci jiné osoby, obtíže při hledání zaměstnání, s tím související nedostatek financí, dále hledání životního partnera, omezenou možnost volby trávení volného času a výběru koníčků. Ze strany osob se zdravotním postižením je tedy hypotéza potvrzena.

H2: Osoby se zdravotním postižením ve většině případů uvádějí, že snížení kvality života je způsobeno snížením kvality zdraví.

Dle šetření osoby intaktní ze všech 8 zkoumaných oblastí přisuzují nejvyšší prioritu právě zdraví (viz Tabulka č. 6), které je z důvodu jakéhokoli druhu zdravotního postižení výrazně sníženo (viz Tabulka č. 7). Hypotéza 2 je tedy ze strany intaktních jedinců potvrzena.

Přestože kvalita oblasti zdraví je u osob se zdravotním postižením výrazně snížena, označují ji za nejdůležitější (viz Tabulka č. 6). 96 % osob se ZP se u oblasti zdraví přiklání k vysoké důležitosti až nezbytnosti. Poukazují na skutečnost, že z každého postižení či nemoci vždy plynou určitá omezení a v případě osob se zdravotním postižením je tedy kvalita života vlivem zhoršeného zdraví snížena. Hypotéza 2 je tedy ze strany osob se zdravotním postižením potvrzena.

H3: Osoby se zdravotním postižením, oproti osobám intaktním, považují svoji finanční situaci a hmotné zabezpečení za podprůměrné.

Nejvyšší převaha intaktních jedinců tvrdí, že osoby se zdravotním postižením hodnotí jako podprůměrnou nejen kvalitu života, ale také jejich finanční a hmotné zabezpečení. Hypotéza 3 je tedy ze strany intaktních jedinců potvrzena.

Nejčastěji uváděnou odpovědí u osob se zdravotním postižením bylo zhodnocení finanční situace a hmotného zabezpečení jako zcela průměrné. K tomuto názoru došlo 47 % respondentů. Hypotéza 3 je tedy ze strany osob se zdravotním postižením vyvrácena.

H4: Osoby se zdravotním postižením ze všech sledovaných oblastí projevují nejvyšší míru spokojenosti v rodinných vztazích.

Osoby intaktní na škále 9 oblastí označily rodinné vztahy jako oblast, kde jsou jedinci s postižením nejvíce spokojeni. Tedy i přes svůj handicap a sociální odloučení jim rodina stále poskytuje oporu. Hypotéza 4 byla ze strany intaktních osob potvrzena.

Rodinné vztahy z pohledu osob se ZP obsazují až druhé místo a studie prokázala, že oblastí, ve které jedinci s handicapem vykazují nejvyšší spokojenost, je příjemné prostředí a bydlení. Hypotéza 4 tedy ze strany osob se zdravotním postižením nebyla prokázána.

4.4. Závěr výzkumu

Dle předchozí analýzy výsledků mají na hypotézu 1 a hypotézu 2 osoby intaktní i osoby se zdravotním postižením stejný názor. Tedy výzkum potvrdil, že kvalita života osob se ZP je, oproti jedincům intaktním, snížena a to jak z pohledu osob se zdravotním postižením, tak osob intaktních. Taktéž je zjištěno, že za nejdůležitější oblast podílející se na kvalitě života osoby se zdravotním postižením považují zdraví. Názory osob intaktních a osob se zdravotním postižením se zde opět shodují.

Další dvě hypotézy ze čtyř nebyly potvrzeny, tedy názor osob intaktních a osob se zdravotním postižením se neshodoval. Osoby se ZP nepovažují svoji finanční situaci a hmotné zabezpečení za rozdílné od běžné populace a oblastí, která má nejvyšší vliv na zkvalitnění jejich života nejsou rodinné vztahy, jak se osoby intaktní domnívají, nýbrž příjemné prostředí a bydlení.

Z tohoto výsledku studie soudíme, že informovanost veřejnosti o kvalitě života osob se zdravotním postižením není zdaleka tak vysoká, jak by se na první pohled mohlo zdát. Odpovědi respondentů ovšem mohly být ovlivněny celou řadou faktorů. U některých otázek se sešly velmi zajímavé a obsáhlé odpovědi, ze kterých bylo znát, že odpovídající má na věc jasný názor a umí si jej obhájit. Záleží také na aktuálním rozpoložení a náladě respondenta, na situaci, prostředí, ve kterém člověk dotazník vyplňoval či zda měl možnost odpovědi s někým konzultovat.

5. ZÁVĚR BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

V teoretické části této práce jsme vymezili jednotlivé druhy postižení, popsali historické i současné postavení osob se zdravotním postižením ve společnosti a popsali pojem kvalita života člověka.

Cílem praktické části této bakalářské práce bylo zhodnotit jednotlivé oblasti podílející se na vnímání kvality života osob se zdravotním postižením. Zjišťovali jsme, do jaké míry jsou intaktní osoby informovány o kvalitě života osob se zdravotním postižením a nakolik se tvrzení obou těchto skupin shodují. Hodnotili jsme těchto osm oblastí: oblast zdraví, fyzickou soběstačnost, bezpečí, rodinné vztahy, prostředí a bydlení, volnočasové koníčky, práci a finance, krásu a umění. Osoby se zdravotním postižením v průzkumu uváděly, jak jsou tyto jednotlivé oblasti pro ně důležité a do jaké míry jsou v nich spokojené. Lidé bez postižení, tedy intaktní osoby, hodnotili důležitost a spokojenost ve stejných oblastech, ovšem zamýšleli se nad kvalitou života z pohledu osob se zdravotním postižením. Ve stanovených hypotézách jsme pak posuzovali, zda se odpovědi osob se ZP a osob intaktních shodují, či nikoli. V hypotéze 1 se obě strany respondentů shodují na skutečnosti, že kvalita života osob se ZP je z důvodu jejich postižení snížena. Hypotéza 2 z části potvrzuje výsledky z hypotézy předchozí, že důvodem snížení kvality života osob se ZP je snížená kvalita zdraví. Pro osoby se ZP je důsledkem jejich postižení obtížné nejen vzdělávání, ale také uplatnění na trhu práce, s čímž souvisí hmotné zabezpečení a finanční situace. Tu jsme zjišťovali v hypotéze 3, přičemž jsme dospěli k výsledku, že i přesto, že osoby intaktní se domnívají, že úroveň hmotného zabezpečení a finanční situace je z důvodu jejich postižení snížena, téměř polovina osob se ZP považuje jejich postavení v této oblasti za zcela průměrné. V hypotéze 4 jsme se zaměřili na spokojenost osob se ZP v oblasti rodinných vztahů. Osoby intaktní se domnívají, že tuto oblast osoby se ZP staví na první místo a považují ji za oblast, ve které jsou nejvíce spokojeny. Průzkum však prokázal skutečnost, že osoby se ZP považují statisticky častěji za nejdůležitější oblast příjemné prostředí a bydlení, tedy že v této oblasti jsou nejvíce spokojeny a oblast rodinných vztahů staví až na druhé místo.

Kvalita života nejen osob s postižením je ovlivňována celou řadou faktorů, které nezahrnují pouze námi probírané oblasti. Oblastí ovlivňujících průběh a způsob života je daleko více a každá by mohla být předmětem dalšího zkoumání.

Řada respondentů při dotazování došla toho názoru, že je pro ně vlastně velmi těžké posuzovat kvalitu života z pohledu někoho jiného. Z šetření tedy vyplývá, že i přes některé správné odhady respondentů je kvalita života osob se zdravotním postižením ze strany osob intaktních velmi neprobádanou a opomíjenou oblastí. Respondenti poukazovali na skutečnost, že vcítit se do role člověka s postižením nebylo jednoduché a museli se nad otázkami velmi zamýšlet. Toto bylo cílem naší studie. Představit intaktním jedincům život člověka s postižením, poukázat na skutečnost, že existují, pohybují se v naší blízkosti a my bychom je neměli přehlížet. Vcítit se do jejich situace a nebýt lhostejní. Přijmutím tohoto názoru pomůžeme zlepšit vývoj postoje dalších generací, předat myšlenku dětem, abychom snížili míru odloučení, šikany a diskriminace.

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ

1. BARTOŇOVÁ, Miroslava a Marie VÍTKOVÁ. *Strategie vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami v inkluzivním prostředí základní školy: texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido, 2016. ISBN 978-80-7315-255-0.
2. BENDO VÁ, Petra. *Dítě s narušenou komunikační schopností ve škole*. 1. Praha: Grada, 2012. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-3853-6.
3. BENDO VÁ, Petra. *Základy speciální pedagogiky nejen pro speciální pedagogy*. 1. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015. ISBN 978-80-7435-422-9.
4. BENEŠ, Pavel a Martin VRUBEL. *Oftalmologie pro speciální pedagogy*. Brno: Paido, 2017. ISBN 978-80-7315-264-2.
5. BYTEŠNÍKOVÁ, Ilona. *Komunikace dětí předškolního věku*. Praha: Grada, 2012. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-3008-0.
6. DLOUHÁ, Jana. *Úvod do psychopedie: učební text pro studenty bakalářských oborů speciální a sociální pedagogiky*. 2., dopl. a rozš. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2013. ISBN 978-80-7435-333-8.
7. FISCHER, Slavomil, Jiří ŠKODA. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se specifickými potřebami v oblasti somatické, psychické a sociální : učebnice pro studenty učitelství*. Praha: Triton, 2014. ISBN 978-807387-792-7.
8. GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3625-9.
9. HURNÍKOVÁ, Květa, Karla KONČEKOVÁ KVARDOVÁ a Simona DOSTÁLOVÁ. *Základy pedagogiky: studijní opora pro kombinovanou formu studia*. Ostrava: Obchodní akademie a Vyšší odborná škola sociální Ostrava-Mariánské Hory, 2011. ISBN 978-80-87540-33-6.
10. CHRASTINA, Jan, Kateřina IVANOVÁ, Olga KREJČÍŘOVÁ a Šárka JEŽORSKÁ. *Výzkumy subjektivní kvality života SQUALA standardizovaným dotazníkem: results of subjective quality of life researching using SQUALA standardized questionnaire*. *Profese online*. 2014, 7(1), 1-8. DOI: 10.5507/pol.2014.001. ISSN 18034330. Dostupné z: <http://profeseonline.upol.cz/doi/10.5507/pol.2014.001.html>
11. JANKOVSKÝ, Jiří. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska*. 2. vyd. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-725-4730-5.

12. JESENSKÝ, Ján. *Zdravotně postižení - programy pro 21. století*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2003. Aktuální problémy speciální pedagogiky (Gaudeamus). ISBN 80-704-1234-8.
13. JUKLOVÁ, Kateřina, Irena LOUDOVÁ, Radka SKORUNKOVÁ, Eva ŠVARCOVÁ a Jindra VONDROUŠOVÁ. *Vybrané kapitoly z pedagogiky a psychologie nejen pro speciální pedagogy*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015. ISBN 978-80-7435-427-4.
14. KÁBELE, František. *Somatopedie: Učebnice speciální pedagogiky tělesně a zdravotně postižené mládeže*. 2. upr. vyd. Praha: Karolinum, 1993. Knižnice speciální pedagogiky. ISBN 80-706-6533-5.
15. KALEJA, Martin. *Determinanty edukace sociálně vyloučených žáků z pohledu speciální pedagogiky*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta, 2014. ISBN 978-80-7464-544-0.
16. KURSOVÁ, Vlasta. *Rozvoj zdraví a integrace osob s mentálním postižením pomocí cílených pohybových aktivit: ověřený intervenční pohybový program*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2009. ISBN 978-80-7394-198-7.
17. MICHALÍK, Jan. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-859-3.
18. MONATOVÁ, Lili. *Pojetí speciální pedagogiky z vývojového hlediska*. 2. rozš. vyd. Brno: Paido, 1998. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-859-3160-5.
19. *MKN-10: mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů : desátá revize : obsahová aktualizace k 1.1.2020* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018 [cit. 2020-02-18]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008277/mkn-10-tabelarni-cast-20200101.pdf>
20. *Národní plán podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2015-2020: schválený usnesením vlády České republiky ze dne 25. května 2015 č. 385*. Praha: Úřad vlády České republiky, Sekretariát Vládního výboru pro zdravotně postižené občany, 2015. ISBN 978-80-7440-130-5.
21. PÁVKOVÁ, Jiřina. *Pedagogika volného času: teorie, praxe a perspektivy mimoškolní výchovy a zařízení volného času*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-717-8295-5.
22. PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3., přeprac. a rozš. vyd. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-198-0.

23. PROCHÁZKOVÁ, Lucie. *Možnosti pracovního uplatnění lidí s postižením - současné trendy v České republice a v zahraničí*. Brno: Masarykova univerzita, 2014. ISBN 978-80-210-7607-5.
24. RENOTIÉROVÁ, Marie a Libuše LUDÍKOVÁ. *Speciální pedagogika*. 4. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN 80-244-1475-9.
25. RICHTEROVÁ, Bohdana. *Teorie a praxe problematiky zaměstnávání osob se zdravotním postižením v České republice*. Krnov: Reintegra, 2011. ISBN 978-80-254-9526-1.
26. RŮŽIČKOVÁ, Kamila. *Vybrané texty ze speciální pedagogiky I: východiska pro speciální pedagogiku a rehabilitaci osob se zrakovým postižením*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2011. ISBN 978-80-7435-099-3.
27. RŮŽIČKOVÁ, Kamila a Jitka VÍTOVÁ. *Vybrané kapitoly z tyflopédie a surdopedie nejen pro speciální pedagogu*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. ISBN 978-80-7435-424-3.
28. SLEPIČKOVÁ, Irena. *Sport a volný čas*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2000. Učebnice pro vysoké školy (Státní pedagogické nakladatelství). ISBN 80-246-0044-7.
29. SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada, 2007. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-1733-3.
30. SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2016. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-271-0095-8.
31. ŠTRÉBLOVÁ, Miroslava. *Poznáváme svět se zrakovým postižením: úvod do tyflopédie*. Ústí nad Labem: Univerzita J.E. Purkyně, 2002. ISBN 80-704-4448-7.
32. TOKÁROVÁ Anna. *Kvalita života a lidské práva v kontextech globalizácie a výkonovej spoločnosti. Slovensko-poľský zborník štúdií a článkov*. Acta Facultatis Philosophicae Presoviensis. Prešov : FF PU, 2002. ISBN 80-8068-087-6.
33. VALENTA, Milan. *Slovník speciální pedagogiky*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0937-9.
34. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. rozšířené vydání. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.
35. VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0696-5.
36. VÍTKOVÁ, Marie. *Somatopedické aspekty*. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-859-3169-9.
37. VOTAVA, Jiří. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0708-5.

38. ZIKL, Pavel. *Děti s tělesným a kombinovaným postižením ve škole*. Praha: Grada, 2011. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-3856-7.
39. *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách* [online]. [cit. 2020-02-29]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>
40. *Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti* [online]. [cit. 2020-03-20]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-435>
41. *Zákon č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon)* [online]. [cit. 2020-03-27]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-561>

SEZNAM ZKRATEK

MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí

NKS – Narušená komunikační schopnost

ZP – Zdravotní postižení

SEZNAM GRAFŮ A TABULEK

- Graf č. 1 – Pohlaví a věk respondentů, Dotazník 1, s. 36
- Graf č. 2 – Místo bydliště respondentů, Dotazník 1, s. 36
- Graf č. 3 – Osoby se ZP, které intaktní jedinci znají, Dotazník 1, s. 37
- Graf č. 4 – Pohlaví a věk respondentů, Dotazník 2, s. 38
- Graf č. 5 – Místo bydliště respondentů, Dotazník 2, s. 38
- Graf č. 6 – Počet informantů s jednotlivými druhy postižení, Dotazník 2, s. 39
- Graf č. 7 – Kvalita života osob se ZP, Dotazník 1, s. 40
- Tabulka č. 1 – Důvody rozdílné kvality života osob se ZP, Dotazník 1, s. 40
- Tabulka č. 2 – Hodnocení důležitosti podle osob intaktních, Dotazník 1, s. 42
- Graf č. 8 – Hmotné zabezpečení a finanční situace osob se ZP, Dotazník 1, s. 43
- Tabulka č. 3 – Hodnocení spokojenosti podle osob intaktních, Dotazník 1, s. 43
- Tabulka č. 4 – Průzkum důležitosti, Dotazník 2, s. 44
- Tabulka č. 5 – Průzkum spokojenosti, Dotazník 2, s. 46
- Graf č. 9 – Hmotné zabezpečení a finanční situace osob se ZP, Dotazník 2, s. 47
- Graf č. 10 – Osoby se ZP bez zaměstnání, s. 48
- Graf č. 11 – Rodinný stav osob se ZP, s. 48
- Tabulka č. 6 – Zhodnocení důležitosti, s. 49
- Tabulka č. 7 – Zhodnocení spokojenosti, s. 50

SEZNAM PŘÍLOH

1. Dotazník č. 1 – Informovanost veřejnosti o kvalitě života osob se ZP
2. Dotazník č. 2 – Dotazník kvality života SQUALA

PŘÍLOHY

PŘÍLOHA 1

Dotazník 1

DOTAZNÍK INFORMOVANOSTI VEŘEJNOSTI O KVALITĚ ŽIVOTA OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

Dobrý den.

Mé jméno je Michaela Žirovnická a studuji Speciální pedagogiku – intervenci na Univerzitě Palackého v Olomouci. Věnujte prosím několik minut svého času k vyplnění následujícího dotazníku. Poslouží mi jako podklad pro bakalářskou práci.

Cílem dotazníku je zjistit názor a povědomí veřejnosti o osobách se zdravotním postižením a ohodnocení jejich kvality života. Odpovědi jsou zcela anonymní a důvěrné. Následné počítačové zpracování bude omezeno jen na vyhodnocení získaných údajů, v žádném případě nebudou získaná data použita k jakýmkoli komerčním účelům.

Předem prosím o pravdivé vyjádření Vašeho názoru, žádná odpověď není špatná.

Děkuji za spolupráci na mé výzkumné práci.

- 1) Jaké je Vaše pohlaví?
 - a. Žena
 - b. Muž
- 2) Jaký je Váš věk?
- 3) Uveďte místo svého bydliště (obec):
- 4) Znáte nějakou osobu (osoby) se zdravotním postižením?
 - a. Ano
 - b. Ne
- 5) Osoby s jakým druhem zdravotního postižení znáte? (vyplňte pouze v případě, že vaše předchozí odpověď byla ano)
 - a. Mentální postižení
 - b. Jiné duševní poruchy
 - c. Tělesné postižení
 - d. Zrakové postižení
 - e. Sluchové postižení
 - f. Narušení komunikační schopnosti
 - g. Kombinované postižení
- 6) Myslíte si, že osoby se zdravotním postižením mají sníženou kvalitu života?
 - a. Ano
 - b. Ne
- 7) V čem? (vyplňte otázku pouze v případě, že vaše předchozí odpověď byla ANO)
.....
.....
.....

- 8) Jaké mají podle Vás osoby se zdravotním postižením hmotné zabezpečení a finanční situaci, oproti běžné populaci?
- Výrazně podprůměrné
 - Mírně podprůměrné
 - Průměrné
 - Mírně nadprůměrné
 - Výrazné nadprůměrné
- 9) Co je podle Vás pro osoby se zdravotním postižením nejvíce důležité?
(očísľujte pořadí položek dle svých preferencí, první – nejdůležitější, poslední – nejméně důležité)
- Zdraví
 - Soběstačnost
 - Příjemné prostředí
 - Rodinné vztahy
 - Partnerské vztahy
 - Koníčky
 - Bezpečí
 - Krása
 - Peníze
- 10) Jak jsou podle Vás osoby se zdravotním postižením v těchto oblastech spokojené?
(očísľujte pořadí položek dle svých preferencí, první – nejspokojenější, poslední – nejméně spokojený)
- Zdraví
 - Soběstačnost
 - Příjemné prostředí
 - Rodinné vztahy
 - Partnerské vztahy
 - Koníčky
 - Bezpečí
 - Krása
 - Peníze
- 11) Doplnující otázka: Je něco, co Vás v dotazníku překvapilo, zaujalo, nebo naopak zaskočilo či pobouřilo?

.....
.....
.....

Děkuji za spolupráci na tvorbě výzkumu a přeji hezký zbytek dne. ☺

PŘÍLOHA 2

Dotazník 2 - Dotazník kvality života (SQUALA)

Vážená paní, vážený pane. Mé jméno je Michaela Žirovnická a studuji Speciální pedagogiku - intervenci na Univerzitě Palackého v Olomouci. Cílem tohoto dotazníku je hodnocení kvality života. V první části dotazníku vás prosím, abyste odpověděli, jaké hodnoty považujete v životě za důležité, jak si jich ceníte. Ve druhé části zjišťuji, nakolik jste Vy osobně spokojen(a) v různých oblastech života. Odpovědi jsou anonymní a důvěrné. Děkuji za spolupráci na mé výzkumné práci.

Pořadové číslo _____

DEMOGRAFICKÉ ÚDAJE

Zaškrtněte, prosím, odpovídající položky:

- 1) Pohlaví
 - a. Žena
 - b. Muž
- 2) Věk
.....
- 3) Bydlíte v: (uveďte obec)
.....
- 4) Ukončené vzdělání
 - a. Neukončené základní
 - b. Základní
 - c. Střední bez maturity
 - d. Střední s maturitou
 - e. Vysokoškolské
- 5) Napište, do které kategorie osob spadáte:
 - a. Osoby s tělesným postižením
 - b. Osoby s mentálním postižením
 - c. Osoby se zrakovým postižením
 - d. Osoby se sluchovým postižením
 - e. Osoby s narušenou komunikační schopností
 - f. Osoby s kombinovaným postižením
- 6) Zaměstnání
 - a. Pokud pracujete, uveďte své hlavní zaměstnání:
 - b. Pokud nepracujete uveďte jeden z důvodů:
 - Studující
 - mateřská dovolená
 - v domácnosti
 - důchodce
 - v invalidním důchodu
 - nezaměstnaný(á) hledající práci
 - jiné.....

7) Hmotné zabezpečení

Jak byste v porovnání s ostatními rodinami (popř. jednotlivci v případě, že žijete sám/sama) hodnotil/a svou finanční situaci a hmotné zabezpečení?

Výrazně podprůměrně Mírně podprůměrně Průměrně Mírně nadprůměrně Výrazně nadprůměrně

8) Rodinný stav:

- a. svobodný/á
- b. ženatý/vdaná
- c. rozvedený/á
- d. vdovec/vdova

9) Máte děti?ano – ne

HODNOCENÍ DŮLEŽITOSTI

V této tabulce zaznamenejte důležitost, kterou ve svém životě přisuzujete zde uvedeným oblastem.

	Nezbytné	Velmi důležité	Středně důležité	Málo Důležité	Bezvýznamné
1. být zdravý					
2. být fyzicky soběstačný					
3. příjemné prostředí a bydlení					
4. rodinné vztahy					
5. mít koníčky ve volném čase					
6. být v bezpečí					
7. práce					
8. krása a umění					
9. peníze					

Je ještě něco jiného, co považujete v životě za důležité?

.....

HODNOCENÍ SPOKOJENOSTI

Posuďte, do jaké míry se cítíte v uvedených oblastech života spokojen/a a zaškrtněte příslušné okénko.

	Zcela spokojen	Velmi spokojen	Spíše spokojen	Nespokojen	Velmi zklamán
10. zdraví					
11. fyzická soběstačnost					
12. prostředí bydlení					
13. rodinné vztahy					
14. koníčky					
15. pocit bezpečí					
16. práce					
17. krása a umění					
18. peníze					

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Michaela Žirovnická
Ústav nebo katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	prof. PaedDr. Jan Michalík, Ph.D.
Rok obhajoby:	2020

Název práce:	Kvalita života osob se zdravotním postižením z pohledu intaktní populace
Název práce v angličtině:	Quality of life of people with disabilities from perspective of the intact population
Anotace práce:	<p>Bakalářská práce se zabývá kvalitou života osob se zdravotním postižením. V teoretické části uvádí vysvětlení jednotlivých druhů postižení, pojem kvalita života a pohled intaktních jedinců na osoby se zdravotním postižením.</p> <p>Praktická část bakalářské práce zkoumá za pomoci kvantitativního výzkumu pohled intaktních osob na kvalitu života osob se zdravotním postižením. Cílem práce bylo zjistit, do jaké míry jsou intaktní osoby informovány o kvalitě života osob se zdravotním postižením a zda jsou jejich dostupné informace pravdivé.</p>
Klíčová slova:	Kvalita života, osoby se zdravotním postižením, intaktní populace

<p>Anotace práce v angličtině:</p>	<p>The bachelor thesis deals with the quality of life of people with disabilities. The theoretical part explains the various types of disability, the concept of quality of life and the view of intact individuals on people with disabilities.</p> <p>The practical part of the bachelor's thesis examines, with the help of quantitative research, the view of intact people on the quality of life of people with disabilities. The aim of the work was to find out to what extent intact people are informed about the quality of life of people with disabilities and whether their available information is true.</p>
<p>Klíčová slova v angličtině:</p>	<p>Quality of life, people with disabilities, intact population</p>
<p>Přílohy:</p>	<p>Příloha 1 – Informovanost veřejnosti o kvalitě života osob se zdravotním postižením</p> <p>Příloha 2 – Dotazník kvality života (SQUALA)</p>
<p>Rozsah práce:</p>	<p>50 stran + 5 stran příloh</p>
<p>Jazyk práce:</p>	<p>Český jazyk</p>