

Univerzita Hradec Králové

Filozofická fakulta

Ústav sociální práce

**Sebepojetí a postoje společnosti pohledem osob se
zdravotním postižením**

Bakalářská práce

Autor: Veronika Ernstová

Studijní program: B0923P240001 Sociální práce

Studijní obor: Sociální práce s osobami se sníženou soběstačností

Forma studia: kombinovaná

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Daniel Štěpánek, Ph.D.

Hradec Králové, 2024



Zadání bakalářské práce

Autor:	Veronika Ernstová
Studium:	F20BK0046
Studijní program:	B0923P240001 Sociální práce
Studijní obor:	Sociální práce s osobami se sníženou soběstačností
Název bakalářské práce:	Sebepojetí a postoje společnosti pohledem osob se zdravotním postižením
Název bakalářské práce AJ:	Self-concept and attitudes of society through the eyes of individuals with disabilities

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Bakalářská práce se zabývá vnímáním sama sebe z pohledu osob se zdravotním postižením, popř. jejich pečujících osob, a zároveň zkoumá to, jak osoby se zdravotním postižením, popř. jejich pečující osoby, vnímají postoje, přístupy k nim samotným. Teoretická část práce definuje zásadní pojem této práce, a to osobu se zdravotním postižením. Dále se teoretická část věnuje vybraným modelům zdravotního postižení, které odrážejí přístupy k osobám se zdravotním postižením. Zmíněny jsou i normy, normalita a postoje, které utvářejí lidskou osobnost a ovlivňují naše chování. Závěrečná kapitola teoretické části popisuje sebepojetí osob se zdravotním postižením. V praktické části je analyzován samotný výzkum, který bude realizován kvantitativní výzkumnou strategií, konkrétně dotazníkem.

ALTMAN, B. M. 2001. Disability Definitions, Models, Classification Schemes, and Applications. In: ALBRECHT, G. L., SEELMAN K. D., BURY M. et al. *Handbook of disability studies*. The United States of America: SAGE Publications. s. 97-122.

BLATNÝ, M. 2001. *Sebepojetí v osobnostním kontextu*. Brno: Masarykova univerzita.

KOLÁŘOVÁ, K. et al. 2012. *Jinakost – postižení – kritika: Společenské konstrukty nezpůsobilosti a hendikepu*. Praha: Sociologické nakladatelství.

MICHALÍK, J. et al. 2011. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál.

REICHEL, J. 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada.

VÁGNEROVÁ, M. et al. 2001. *Psychologie handicapu*. Praha: Karolinum.

Zadávací pracoviště: Ústav sociální práce,
Filozofická fakulta

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Daniel Štěpánek, Ph.D.

Oponent: Mgr. Jan Hloušek, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 15.6.2022

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala pod vedením vedoucího bakalářské práce samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Trutnově dne 11. 3. 2024

.....

Veronika Ernstová

Poděkování

Ráda bych vyjádřila upřímné poděkování vedoucímu mé bakalářské práce Mgr. et Mgr. Danielu Štěpánkovi, Ph.D. za jeho cenné rady, odborné vedení a podporu, která přispěla k úspěšnému dokončení této práce. Děkuji také respondentkám a respondentům, bez kterých by nebylo možné uskutečnit výzkum. Velké díky patří též mým blízkým, kteří mi poskytli podporu při tvorbě této práce.

Anotace

ERNSTOVÁ, V. 2023. *Sebepojetí a postoje společnosti pohledem osob se zdravotním postižením*. Hradec Králové: Univerzita Hradec Králové, Filozofická fakulta, Ústav sociální práce. Bakalářská práce. Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Daniel Štěpánek, Ph.D.

Bakalářská práce se zabývá vnímáním sama sebe z pohledu osob se zdravotním postižením, popř. jejich pečujících osob, a zároveň zkoumá to, jak osoby se zdravotním postižením, popř. jejich pečující osoby, vnímají postoje, přístupy k nim samotným. Teoretická část práce definuje zásadní pojem této práce, a to osobu se zdravotním postižením. Dále se teoretická část věnuje vybraným modelům zdravotního postižení, které odrážejí přístupy k osobám se zdravotním postižením. Zmíněny jsou i normy, normalita a postoje, které utvářejí lidskou osobnost a ovlivňují naše chování. Závěrečná kapitola teoretické části popisuje sebepojetí osob se zdravotním postižením. V praktické části je analyzován samotný výzkum, který bude realizován kvantitativní výzkumnou strategií, konkrétně dotazníkem.

Klíčová slova

osoba se zdravotním postižením, sebepojetí, společnost, postoj, norma a normalita, stereotypy

Annotation

ERNSTOVÁ, V. 2023. *Self-concept and attitudes of society as seen by people with disabilities*. Hradec Králové: University of Hradec Králové, Faculty of Philosophy, Institute of Social Work. Bachelor thesis. Thesis supervisor: Mgr. et Mgr. Daniel Štěpánek, Ph.D.

The bachelor's thesis explores the self-perception of individuals with disabilities and their caregivers, while also examining how individuals with disabilities and their caregivers perceive attitudes and approaches towards themselves. The theoretical part of the thesis defines the fundamental concept of this work, namely the individual with a disability. Furthermore, the theoretical section delves into selected models of disability that reflect different approaches to individuals with disabilities. It also discusses norms, normality, and attitudes that shape human personality and influence our behavior. The concluding chapter of the theoretical section describes the self-concept of individuals with disabilities. In the practical part, the actual research is analyzed, which will be conducted using a quantitative research strategy, specifically through a questionnaire.

Keywords

person with a disability, self-concept, society, attitude, norm and normality, stereotypes

Obsah

Seznam zkratk	9
Úvod	10
I Cíl práce a nástin metodiky zpracování	11
II Teoretická část	13
1 Definice zdravotního postižení	13
1.1 Pojmy užívané v definicích zdravotního postižení	15
1.1.1 Vada, porucha	15
1.1.2 Nemoc	15
1.1.3 Postižení vs. hendikep	16
1.1.4 Invalidita	17
1.2 Modely zdravotního postižení	17
1.2.1 Medicínský model	17
1.2.2 Model osobní tragédie	18
1.2.3 Sociální model	18
1.2.4 Kulturní model	19
1.2.5 Biopsychosociální model	19
1.2.6 Model Independent Living	19
2 Sebepojetí osoby se zdravotním postižením	21
2.1 Identita a zdravotní postižení	21
2.2 Sebepojetí a jeho význam	23
2.3 Faktory ovlivňující sebepojetí	28
3 Osoba se zdravotním postižením a společnost	32
3.1 Normy	32
3.2 Normalita	34
3.3 Postoje	36

III Empirická část	40
4 Metodická část	40
4.1 Formulace výzkumných cílů a hypotéz	40
4.2 Transformace dílčích cílů do tazatelských otázek	42
4.3 Zdůvodnění a charakteristika vybraného výzkumného vzorku	45
4.4 Zdůvodnění vybrané výzkumné strategie	45
4.5 Realizace výzkumného šetření.....	45
4.6 Etika a možná rizika výzkumu.....	46
5 Analytická a interpretační část	48
5.1 Zjišťovací otázky	48
5.2 DVC 1: Zjistit, jak OZP vnímají sama sebe v kontextu svého ZP.	53
5.2.1 Diskuse k DCV 1	65
5.3 DVC 2: Zjistit sociální faktory, které ovlivňují sebepojetí OZP (se zaměřením na rodinu a přátele).....	68
5.3.1 Diskuse k DCV 2	81
5.4 DVC 3: Zjistit postoje společnosti ke skupině OZP pohledem OZP.....	84
5.4.1 Diskuse k DVC 3	93
5.5 Vyhodnocení hypotéz	95
Závěr	97
Seznam použitých zdrojů	100
Tištěné zdroje	100
Internetové zdroje.....	102
Legislativa	103
Seznam grafů.....	104
Seznam tabulek	105
Seznam obrázků.....	105
Seznam příloh.....	105
Přílohy.....	I

Seznam zkratek

ČR – Česká republika

ICF – International Classification of Functioning, Disability and Health (Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví)

ICIDH – International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (Mezinárodní klasifikaci vad, postižení a handicapů)

OSSZ – okresní správa sociálního zabezpečení

OZP – osoba/osoby se zdravotním postižením

OZZ – osoba se zdravotním znevýhodněním

Sb. – sbírka zákonů

WHO – World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

ZP – zdravotní postižení

Úvod

Zdravotní postižení spadá do mnoha variant nepříznivé sociální i životní situace. Jedince ovlivňuje jak na úrovni osobní, tak společenské, přičemž se obě úrovně mohou vzájemně prolínat. Postoje, názory a předsudky, které společnost má vůči osobám se zdravotním postižením (OZP), mohou hrát klíčovou roli v jejich integraci do běžného života, přístupu k potřebným zdrojům a službám i vnímání sama sebe. Jak zdůrazňuje Goffman (2003), stigmatizace hraje v životě osob se zdravotním postižením klíčovou roli. Tyto osoby se nejen potýkají s fyzickými nebo psychickými výzvami, ale také s předsudky okolí. Dokonce i přes své niterní přesvědčení, že jsou „normálními lidmi“, si mohou být vědomi toho, že ne všichni je tak vnímají. To znamená, že jejich identita a sebepojetí jsou často formovány i vnějšími faktory.

Mohlo by se zdát, že téma sebepojetí OZP je spíše na pomezí sociologie a psychologie nežli sociální práce. Ovšem sociální práce je humanitní obor, který propojuje znalosti ostatních humanitních (i některých přírodních) oborů a překlápí je do praxe. Sociální pracovníci a pracovnice jsou v přímém kontaktu s OZP a náplní jejich práce je nejen poskytování podpory, ale také pomáhat změnit negativní postoje společnosti, tedy šířit osvětu. K tomu potřebují adekvátní znalosti dané problematiky. Proto je mimo jiné důležité rozumět, nebo alespoň ochota naslouchat, sebepojetí a potřebám osob se zdravotním postižením. Sociální pracovníci a pracovnice hrají klíčovou roli při podpoře této skupiny občanů a jejich znalosti a postoje mohou významně ovlivnit úspěch těchto intervencí.

Zároveň může být sociální pracovník či pracovnice motivující osobou, která OZP podpoří v zapojení se do společenského života. Sebeojetí může být ovlivněno nejen samotným zdravotním postižením, ale také různými společenskými bariérami a negativními zkušenostmi. Sociální pracovníci a pracovnice také OZP mohou informovat o různých možnostech podpůrných opatřeních, kompenzačních pomůckách atp., které mohou zohlednit specifické potřeby a přizpůsobit podmínky OZP. To se může odrazit v různých aspektech života OZP včetně školy nebo práce.

Murphy (2001:115) shrnuje zapojení OZP do společenského života slovy: *OZP „mají to luxusní potěšení – nebo to trápení – vybrat si, zda se budou účastnit života. (...) Bude-li jejich rozhodnutí kladné, bude je čekat dlouhý a trpký boj.“*

I Cíl práce a nástin metodiky zpracování

Bakalářská práce se snaží reflektovat obě úrovně ovlivňující sebepojetí OZP – klade si za cíl zjistit, jak OZP vnímají samy sebe v kontextu svého zdravotního stavu a jak se domnívají, že na ně nahlíží společnost. Tento hlavní výzkumný cíl je rozdělen do 3 dílčích cílů, které vycházejí ze stanovených hypotéz, a které napomáhají k zodpovězení hlavního výzkumného cíle. Dílčí cíle a hypotézy vycházejí (i) z teoretické části práce. Dílčí cíle byly zkoumány prostřednictvím kvantitativní výzkumné metody, konkrétně skrze dotazníky.

První dílčí cíl se zaměřuje na privátní vnímání sama sebe v kontextu ZP. V podstatě je v tomto dílčím cíli zkoumána jedna z úrovní sebepojetí – jak OZP vnímá sama sebe a jak se v jejím sebevnímání odráží ZP. V rámci tazatelských otázek se autorka především zajímá o přijetí ZP, o dopad ZP na psychiku a osobnost (chování, jednání) a svébytném pohledu OZP na postavení v rámci společnosti.

Druhý dílčí cíl se zabývá vnějšími faktory ovlivňující sebepojetí OZP, specificky se soustředí na rodinu a přátele jakožto nejbližší okolí OZP. Výzkum se zaměřuje na vnímání, přijímání a chování tohoto okolí vůči OZP v kontextu jejího ZP. V tomto dílčím cíli je věnována pozornost i významu inkluze pro OZP.

Třetí dílčí cíl se zaměřuje na širší společnost a její přístup k OZP. Zúčastnění zodpovídali otázky zaměřené na postoje, reakce společnosti na ně osobně jakožto OZP, komunikaci, ale i šíření osvěty a hájení práv OZP.

Bakalářská práce je strukturována do 2 hlavních částí – teoretické a empirické. Teoretická část se snaží reflektovat v dílčích kapitolách témata této práce. První kapitola vymezuje pojem zdravotní postižení a pojmy s ním spojené a popisuje vybrané modely zdravotního postižení, které odrážejí postoje a přístupy společnosti k OZP. Druhá kapitola se věnuje stěžejnímu tématu této práce – sebepojetí OZP. Kapitola pojednává o identitě v kontextu zdravotního postižení, významu sebepojetí a faktorech, které mohou ovlivnit osobnost OZP. Třetí kapitola se zabývá normami, normalitou a postoji, tedy aspekty, které ovlivňují naše výsledné chování a smýšlení. Tato kapitola je koncipovaná především jako pohledy společnosti na skupinu OZP.

Empirická část zahrnuje 2 stěžejní kapitoly – metodiku a analytickou a interpretační část. Kapitola zabývající se metodikou práce uvádí hlavní a dílčí cíle včetně hypotéz,

tazatelské otázky, výzkumný vzorek, výzkumnou strategii a v neposlední řadě popisuje etiku a možná rizika výzkumu. Druhá kapitola empirie zahrnuje samotnou analýzu a interpretaci získaných dat. Do této kapitoly byly zahrnuty i diskuse, které pro přehlednost jednotlivě vztahují k jednotlivým dílčím cílům. Nechybí ani vyhodnocení hypotéz a závěrečné hodnocení.

Aplikační cíl byl rozebrán v Úvodu.

II Teoretická část

1 Definice zdravotního postižení

Definovat zdravotní postižení (a následně osobu se zdravotním postižením) není jednoduché, a to ze dvou důvodů. Prvním důvodem je souhrnnost pojmu zdravotní postižení – jedná se souhrnný termín pro jednotlivé druhy postižení, tudíž tento pojem absentuje konkrétní definice jednotlivých druhů postižení a jejich specifika, navíc musíme brát do úvahy intenzitu, hloubku postižení. V neposlední řadě je nutné si uvědomit, že každý člověk je i v rámci postižení či nemoci unikát, ať už se to týká samotného projevu postižení či nemoci, psychické odolnosti jedince nebo adaptace na život s postižením či nemocí. Nejobvyklejší diferencí zdravotního postižení je následující rozlišení:

- tělesné postižení;
- mentální postižení;
- duševní postižení;
- smyslové postižení;
- řečové postižení;
- kombinované postižení.

Michalík et al. (2011) upozorňuje, že by se nemělo ve výčtu druhů postižení zapomínat na civilizační choroby, jako jsou rakovina, cukrovka, obezita, poruchy oběhového systému apod., a to z důvodu nemalého procenta výskytu v populaci, ale také funkčních dopadů na život jedince a tím vznikajících hendikepů.

Druhým důvodem nelehkého a nejednoznačného definování zdravotního postižení je úhel pohledu, který konkrétní definice zdravotního postižení chce vymežit, zohlednit. Altmanová (2001) rozlišuje 3 hlediska definic zdravotního postižení:

- a) klinické hledisko
- b) legislativní a administrativní hledisko
- c) vědecko-výzkumné hledisko

Prvním, a můžeme říci i počátečním, hlediskem definic zdravotního postižení je hledisko medicínské, klinické. Vychází z posouzení zdravotního stavu lékařem skrze

různá odborná vyšetření, podle nichž se popisuje zdravotní stav a je-li to možné, určí se diagnóza a prognóza pacienta. Pacient je na základě zjištěné patologie kategorizován, je mu vystavena lékařská zpráva, která se dle Altmanové (2001:99-100) stává nálepkou a legitimizací „*požadovanou pro kvalifikaci pacienta pro rehabilitaci, vzdělávání nebo programy sociální péče.*“

Dalším hlediskem je hledisko legislativní. To se nejčastěji promítá do zákonů, které mají regulovat administrativní činnost, např. přiznávání sociálních dávek či invalidních důchodů. Definice zdravotního postižení se v zákonech liší podle toho, čím se jednotlivé zákony zabývají. V české legislativě se termín zdravotní postižení (a následná definice) objevuje především v těchto zákonech:

- Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti;
- Zákon č. 155/1995, o důchodovém pojištění;
- Antidiskriminační zákon č. 198/2009 Sb.;
- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách;
- Školský zákon č. 561/2004 Sb.

Posledním hlediskem, které Altmanová (2001) zmiňuje, je hledisko vědecko-výzkumné. Toto hledisko narozdíl od hledisek legislativního/administrativního a klinického není založeno na (relativně) striktní kategorizaci, naopak se snaží ke zdravotnímu postižení přistupovat komplexně a nezakládat definice na různých sociálních charakteristikách jedince. Zdravotní postižení se tak nestává podmínkou „pro něco“, např. pro nárok na lázeňský pobyt či příspěvek na péči. Dá se říci, že vědecko-výzkumné hledisko je multifaktorové a odvíjí se od různých modelů a koncepcí, které se mohou v definici či náhledu na zdravotní postižení prolínat a odrážet. Jak je však patrné u definice termínu *postižení* (viz str. 16-17), vědecko-výzkumné hledisko nelze automaticky očekávat ani v odborné literatuře, jak bychom se mohli mylně domnívat.

1.1 Pojmy užívané v definicích zdravotního postižení

Je na místě zmínit a vysvětlit pojmy *vada*, *porucha*, *nemoc*, *postižení*, *hendikep* a *invalidita*, které se ke zdravotnímu postižení vážou a leckdy jsou součástí jeho definic. Některé z nich lze považovat za synonyma, jiná mají v odborné terminologii svůj specifický význam.

1.1.1 Vada, porucha

Pojem vada (či její synonyma porucha a defekt) je definována WHO jako abnormalita, narušení, které se týká psychické, anatomické nebo fyziologické oblasti lidského těla. Lze ji ale také chápat jako ztrátu, chybění či nedostatek. Slowík (2016:59) dodává, že vada „*vychází primárně především z lékařské diagnostiky, která identifikuje orgánové nebo funkční nedostatky a odchylky.*“ Jako příklady vad a poruch můžeme uvést např. poruchu autistického spektra, vadu řeči, poruchu příjmu potravy, fokomélie (nedovyvinuté horní nebo dolní končetiny). Vada může být vrozená či získaná během života.

1.1.2 Nemoc

Dle Sociologické encyklopedie (Nešpor (b), nedat.) lze nemoc definovat jako objektivně zjiitelnou odchylku od zdraví, které si nemusí být člověk vědom. Konkrétnější definici nabízí např. Velemínský et al. (2012:38) - „*Nemoc je stav, kdy je změněna či porušena stavba nebo funkce jednoho nebo více orgánů.*“ Renotierová (2002:46) předkládá obdobnou, klasickou definici - „*Nemoc je porušení rovnováhy organismu s jeho prostředím s důsledky v anatomických a funkčních změnách v organismu.*“ Nemoci se dají dělit např. na krátkodobé, dlouhodobé, ne/akutní, progresivní, stacionární, chronické, ne/dědičné. (např. Jonášková, 2001; Renotierová, 2002)

V zásadě se jedná také o synonymum vady, dá se ale předpokládat, že konkrétní nemoc je též konkrétní diagnózou, tedy něčím, co je známé.

1.1.3 Postižení vs. hendikep

Termíny postižení a hendikep jsou často chybně užívány jako synonyma, a to nejen v hovorové řeči. Tyto termíny nejsou jasně odlišené mnohdy ani v odborné literatuře, počínaje samotnými definicemi těchto termínů. Mnozí autoři spojují pojmy *postižení* a *hendikep* do jedné definice, např. Kolářová et al. (2012:47) uvádí příklad tohoto kauzálního spojování na definici Janiše a Jesenského, která postižení popisuje dvojím způsobem: a) „*souborné označení stavu způsobeného odchylkami různého druhu a původu způsobující újmu postiženému*“, b) „*újmy (...), které zpravidla vedou ke snížení schopnosti a ke znevýhodnění (hendikepu) jedince.*“

Slowík (2016:59) vymezuje postižení (dle definice ICIDH z roku 1980) jako „*omezení nebo ztrátu schopností vykonávat činnost způsobem nebo v rozsahu, který je pro člověka považován za normální.*“ Příkladem může být zrakové postižení, kdy jedinec může být omezen v každodenních činnostech zajišťující péči o sebe sama. Hendikep pak Slowík (2016:65) označuje (opět dle ICIDH) za „*omezení vyplývající pro jedince z jeho vady nebo postižení, které ztěžuje nebo znemožňuje, aby naplnil roli či plnil úlohy, které jsou pro něj (s přihlédnutím k jeho věku, pohlaví a sociálním či kulturním činitelům) normální.*“ Příkladem může být opět zrakové postižení, z něhož může plynout např. omezené možnosti pracovního uplatnění. Hendikep vzniká až při určitých společenských situacích a není podmíněn pouze fyzickou a psychickou kondicí daného jedince, záleží také na společnosti, která v mnoha případech určuje vyšší bariéry, např. fyzické bariéry (nepřístupnost) ve veřejných budovách.

Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (ICF), kterou vydala WHO, popisuje (zdravotní) postižení a hendikep následovně. Postižení (*impairment*) ICF klasifikuje jako problémy, které se týkají tělesných funkcí a struktur, které se odlišují od normálu nebo zcela absentují. Tělesnými funkcemi jsou míněny fyziologické funkce tělesných systémů, včetně funkcí psychologických. Strukturami těla se pak myslí anatomické části těla, jako jsou orgány, končetiny a jejich součásti. Termínem *hendikep* ICF nahrazuje pojmy *participation restrictions* (omezení ve společenských aktivitách) a *activity limitations* (omezení v činnostech). Nové pojmosloví mimo jiné zdůrazňuje, že omezení vyplývající ze zdravotního postižení mohou působit na úrovni sociální (*participation restrictions*) a na úrovni jedince (*activity limitations*).

Kolářová et al. (2012) podotýká, že mnohé z definic podněcují představy, které tělesné či mentální jinakosti vykreslují negativně a patologicky, protože se odlišují od společností stanovené normality. Zároveň vytváří předsudečné a tragické obrazy o lidech se zdravotním postižením. Na postižení se ale dá nahlížet i ambivalentním pohledem. Během života člověka není adaptace na různé okolnosti ničím zvláštním, nenormálním, a to platí i v případě člověka se zdravotním postižením, který se snaží svůj život (z různých hledisek) v důsledku zdravotního postižení uzpůsobit tak, aby minimalizoval své hendikepy a vedl co nejnezávislejší a nejběžnější způsob života.

1.1.4 Invalidita

Termín invalidita se v současnosti vztahuje k pracovní neschopnosti, respektive k poklesu pracovní schopnosti, popř. její úplné ztrátě, v důsledku nepříznivého zdravotního stavu, který je zapříčiněn zdravotním postižením (vrozeným nebo získaným) či nemocí. (Nešpor (a), nedat.) Zákon č. 155/1995, o důchodovém pojištění zdůrazňuje, že nepříznivý zdravotní stav musí být dlouhodobý a musí způsobovat ztrátu pracovní schopnosti minimálně o 35 %. Rozsah invalidity posuzuje posudkový lékař na OSSZ.

1.2 Modely zdravotního postižení

Modely zdravotního postižení nám pomáhají při zkoumání a vysvětlování postojů, přístupů a jevů spojených se zdravotním postižením jak z hlediska společnosti, tak odborné veřejnosti. Modelů zdravotního postižení existuje celá řada, pro účely této práce budou zmíněny jen ty modely, kterými je na OZP společností nejčastěji nahlíženo, které se v postojích společnosti často odráží. Poslední dva modely pak zastupují teze, na které by nemělo být ve vztahu k OZP, ale i dalším skupinám lidí, zapomínáno. Některé z modelů se mohou prolínat a doplňovat.

1.2.1 Medicínský model

Medicínský model na OZP nahlíží skrze její zdravotní stav, je založen „*na patologii, vadě, postižení, orientuje se na zkoumání a posuzování odlišnosti, specifčnosti, jinakosti a snaží se postihnout, co je normální a co již abnormální.*“ (Novosad, 2011:94) Pančocha (2013) doplňuje, že medicínský model vnímá zdravotní postižení jako individuální problém jedince, neakcentuje ale fakt, že problémy může způsobovat

i sama společnost. Klíčovou roli zde hrají odborníci zejména z medicínského prostředí, kteří jsou způsobilí nepříznivý zdravotní stav zkoumat a posuzovat.

Dnes je na medicínský model nahlíženo kriticky, protože zdůrazňuje, čeho je OZP neschopna, v čem je znevýhodněna, vykresluje OZP v negativním světle, v závislé a mnohdy nesvéprávné pozici. Model se zaměřuje pouze na charakteristiku problému, ale již nepřináší návrhy řešení.

1.2.2 Model osobní tragédie

S medicínským modelem úzce souvisí model osobní tragédie, který vychází z domněnky, že OZP a jejich blízké okolí (myšleno zejména pečující rodina) mají v důsledku zdravotního postižení, které je vnímáno jako patologická životní situace a lidské neštěstí, v životě samé starosti a problémy. „*Typické je používání jazykových výrazů jako ubožák, trpící, chudák, mrzák, izolace, závislost, utrpení, soucit, charita, ale i statečnost, hrdinství atd.*“ (Krhutová, 2010:55) Jak již zmíněné výrazy napovídají, model osobní tragédie je podmíněn emocemi, paternalismem a charitativním a ochranným přístupem, což opět zastíňuje pohled na OZP jako na svéprávnou, sebeurčující a schopnou bytost, uzavírá prostor pro hledání východisek, a naopak otevírá prostor pro předsudečné a stereotypní prostředí.

1.2.3 Sociální model

Sociální model je protipólem k modelu medicínskému. Zdravotní postižení je zde vnímáno v interakci se společenským prostředím jako hendikep (znevýhodnění), který ale nevychází pouze z funkčního omezení jedince, ale také ze společnosti, která vědomě či nevědomě tvoří prostředí pro „normální“ osoby. Sociální model zdravotní postižení chápe jako sociální jev a „*podporuje zmocnění lidí s postižením, jejich sebeurčení a maximální možnou míru samostatnosti a nezávislosti.*“ (Novosad, 2011:96) Sociální model pouze nepopisuje problémy, ale snaží se přinášet řešení, což je další významný rozdíl mezi tímto a medicínským modelem.

Šiška (2005) podotýká, že pokud bychom přijali fakt, že zdravotní postižení je formou sociálního útisku, změnil by se náš pohled na OZP. Už bychom je nevnímali jako individuální oběti, ale jako oběti kolektivní. Vedlo by nás to k takové sociální politice, která by se nesnažila o změnu jedince, např. za pomoci rehabilitace, ale snažila by se o strukturální změnu, která by se týkala např. redistribuce financí. Odstraňování

různých bariér by nepřineslo jen efektivnější a kvalitnější život pro OZP, ale také by se vytvořil společný prostor pro diskusi a život.

1.2.4 Kulturní model

Kulturní model se „orientuje na morálku, postoje, zvyky a klima ve společnosti, fungující a nikoho nediskriminující vztahy mezi lidmi, přirozený respekt k individuálním hodnotám a specifikům.“ (Novosad, 2011:97) Vzhledem k tomu, že každá společnost je jiná, budou v každé společnosti různě znatelné rozdíly mezi výše zmíněnými aspekty ve vztahu k OZP. Do jaké míry budou vztahy mezi OZP a „zdravými“ osobami přirozenější a rovnější, bude daná společnost považována více či méně za kulturně-vzdělanou, a tím pádem i civilizovanou, vyspělou společnost.

1.2.5 Biopsychosociální model

Biopsychosociální model propojuje model medicínský a sociální. Nezabývá se OZP jako takovými, ale „popisuje a klasifikuje situaci každého člověka v řadě okolností vztahujících se ke zdraví.“ (Švestková a Hoskovicová, 2010:38) Model zahrnuje pět komponent, které ony situace provázaně ovlivňují: zdravotní stav, faktory prostředí, faktory osobnosti, možnost sociální participace a míra soběstačnosti konkrétní OZP. Z medicínského hlediska poskytuje biopsychosociální model informace o funkčních schopnostech jedince. Oproti medicínskému modelu tedy již neříká, co člověk nezvládne, ale naopak co dokáže. Z pohledu sociálního se zaměřuje na kvalitu života a faktory, které onu kvalitu ovlivňují. Pozitivním přínosem, který sociální model postrádá, je akcentace faktoru osobnosti, který v řadě okolností může sehrát svou roli. Překážky tak nemusí vznikat jen na straně společnosti, ale i na straně jedince. Z biopsychosociálního modelu lze vidět příklon k individuálnímu a rovnému přístupu k OZP, ať už je to pacient (medicínská oblast) nebo klient (sociální oblast). Model klade důraz na kooperaci všech zainteresovaných subjektů, dbá na partnerství.

1.2.6 Model Independent Living

Model Independent Living se zakládá na myšlence, že OZP „jsou příslušní a odpovědní činit rozhodnutí (sama za sebe). Mají fundamentální právo volby a výběru na tytéž příležitosti a možnosti jako ostatní lidé.“ (Krhutová, 2010:55) Právo volby a výběru formuje nezávislý způsob života. „Aby byl člověk nezávislý, musí převzít kontrolu nad svým životem.“ (Matoušek, 2005:102) Nezávislost určuje možný přístup

ke všem zdrojům a službám – politickým, ekonomickým, kulturním a dalším příležitostem. V zásadě jde o to, aby OZP měla stejné příležitosti jako osoba intaktní a měla tak zároveň „*možnost rozhodovat o svých potřebách a jejich uspokojování, jsou-li k tomu vhodné podmínky.*“ (Krhutová, 2013:67)

Některé OZP potřebují k nezávislému způsobu života podporu. Z pohledu sociálního je pro nás stěžejní myšlenka rozvoje osobní asistence, která zajišťuje relativně vysokou míru emancipace a sebeurčujícího života. (Novosad, 2011) Jinými slovy – díky osobní asistenci (ale i dalším sociálním službám) OZP drží život ve svých rukou. Rozhoduje, co si oblékne, co bude jíst, kdy a kam půjde na vycházku. Díky osobní asistenci vede OZP nejen nezávislý způsob života, ale je také méně ohrožena sociálním vyloučením, psychickými obtížemi způsobenými nedostatkem seberealizace, podnětných, stimulujících aktivit a zážitků a již zmíněného sociálního kontaktu.

V českém prostředí přístup k osobní asistenci znesnadňuje malý příspěvek na péči, který spíše počítá s podporou neformálních pečujících, tedy rodiny. Přitom institut neformálně pečujících osob není v ČR nijak právně ukotven. Stávající systém příspěvků na péči je nevyhovující. Nejvyšší, čtvrtý stupeň vystačí maximálně na 4 hodin asistence denně. Někteří lidé s postižením jí ale potřebují mnohem více.¹ (Pátý stupeň, 2021)

¹ Této problematice se věnuje např. Asistence o.p.s., která poskytuje služby sociální rehabilitace a osobní asistence. Tato organizace se mimo jiné snaží o prosazení tzv. pátého stupně, tedy individualizovaného stupně příspěvku na péči, aby každý mohl využívat tolik péče, kolik opravdu potřebuje. Více informací naleznete zde: <http://www.patystupen.cz/>

2 Sebepojetí osoby se zdravotním postižením

V následující kapitole této bakalářské práce bude zkoumáno sebepojetí osob se zdravotním postižením. Zvláštní pozornost věnujeme identitě a jejímu vzájemnému propojení se zdravotním postižením, neboť tato interakce hraje klíčovou roli v procesu formování sebepojetí. Dále se budeme zaměřovat na samotné sebepojetí a jeho význam v kontextu života jednotlivců s postižením. V neposlední řadě budeme analyzovat různé faktory, které ovlivňují vývoj sebepojetí u těchto osob, ať už jde o sociální podmínky, psychické aspekty nebo vnější prostředí. Tato kapitola si klade za cíl podrobně prozkoumat, jak zdravotní postižení formuje a transformuje sebepojetí jednotlivců a jaký vliv mají různé faktory na tento proces.

2.1 Identita a zdravotní postižení

Člověk jakožto individuum je jedinečnou bytostí odlišující se (mimo jiné) od ostatních soukmenovců odlišnou osobností, která se skládá z psychologického hlediska z biologických, psychologických a sociálních aspektů. Osobnostní rysy „*do značné míry ovlivňují chování a jednání*“ a jsou určitým „*vnitřním hybatelem jedincova života.*“ (Dolejš, Skopal, Suchá et al., 2014:125)

Osobnost člověka obsahuje celek psychických jevů, je mnohonásobně podmíněna, vyvíjí se v průběhu jedincova života, kdy podléhá vnějším a vnitřním vlivům. Lidská osobnost je v první řadě podmíněna biologicky. Psychické jevy jsou projevem nervové soustavy. Vliv má také genetická výbava, která „*ovlivňuje řadu podstatných charakteristik psychiky (např. úroveň inteligence, zvýšené riziko určitých duševních chorob, některé dysfunkce).*“ (Vágnerová et al., 2001:57) Svou roli sehrává i tělesnost, která je významná v sociálních vztazích. U OZP vedle vzhledu jako takového jde také o odlišnou koordinaci a držení těla a celkově viditelné rysy postižení či nemoci. Formování osobnosti dále ovlivňuje sociální aspekt. Zásadní pozici má nejužší rodina, která skrze výchovu, vztahy a poskytované podněty významně působí na formující se osobnost jedince. Na vývoj osobnosti má vliv i vlastní aktivita jedince. Vnímání okolí, navázané vztahy, ale také jedincovy zkušenosti (minulost), realizace svých představ (přítomnost), životní cíle (budoucnost) apod. se odráží v jedincově osobnosti a v důsledku i v sebepojetí sama sebe. (Vágnerová et al., 2001)

Uvedme hypotetický příklad ilustrující důležitost sociálního aspektu na utváření osobnosti. Dva jedinci se narodí se stejným sluchovým postižením. S jedincem X rodina od narození pracuje, věnovala se hledání alternativních komunikačních metod, jako je znakový jazyk, a zajistila mu přístup ke kompenzačním pomůckám. Díky tomuto podpůrnému prostředí měl jedinec X příležitost rozvíjet své komunikační schopnosti a navazovat vztahy se svými vrstevníky, měl lepší dostupnost ke vzdělání (díky alternativním komunikačním dovednostem a kompenzačním pomůckám), ale také k nezávislému životu. Oproti tomu rodina jedince Y nebyla schopna zajistit mu potřebnou podporu a kompenzační pomůcky, nepracovala s ním. Jedinec Y měl problém navazovat sociální vztahy, protože k tomu neměl potřebné dovednosti. Bez přátel, kteří by mu mohli poskytovat podporu, a bez přístupu ke vzdělání a aktivitám, které by ho zajímaly, mohl prožívat pocity izolace, nízkého sebevědomí a absenci životních cílů. Toto je pouze hypotetický příklad, ale ukazuje, jak významné je podpůrné prostředí a dostupnost pomůcek nejen pro osoby se sluchovým postižením. Jedinec X měl příležitost rozvíjet svou osobnost, komunikaci a interakci s okolím, což mohlo vést k pozitivnímu rozvoji jeho osobnosti. Naopak jedinec Y mohl kvůli nedostatečné podpoře procházet obtížnými emocionálními a sociálními výzvami, které mohly mít negativní vliv na jeho osobnost a životní pohodu. Navíc mohl být snadnějším terčem šikany.

Podpora a inkluze nemá vliv jen na samotné OZP, ale i společnost. Jak podotýká Goffman (2003:65), „*existuje všeobecně rozšířený názor, že ačkoli neosobní kontakty mezi cizími lidmi obzvláště podléhají stereotypním reakcím, jak se lidé postupně navzájem sblíží, tento kategorický přístup ustupuje a je postupně nahrazován náklonností, pochopením a realistickým hodnocením osobních vlastností.*“

Lidé s vrozeným postižením či děti se získaným postižením se na postižení a život s ním mohou lépe adaptovat. (Hellus, 1992) Lidé se získaným postižením musí v důsledku změny svého zdravotního stavu přehodnotit své životní cíle a přizpůsobit se novým možnostem. Vágnerová et al. (2001) k tomu podotýká, že se jedná o nejobtížnější krok ve vyrovnání se s postižením. Jedince to může různě psychicky ovlivnit – posílení, nová výzva/motivace, poškození sebedůvěry, sebehodnoty apod. Prožívání postižení je u každého jedince individuální záležitostí, závisí to na osobnosti jedince, závažnosti postižení, ovlivnění života postižením, podpoře okolí atp.

Osobnost jako celek zahrnuje jak subjektivní, tak objektivní aspekt. Z objektivního pohledu lze osobnost definovat jako soubor vnějších projevů, jednání a výkonů. Pro objektivní charakterizaci se nejčastěji používá termín osobnost. Ze subjektivního hlediska je osobnost formována individuální, více či méně vědomou představou o sobě samém, známou jako vlastní Já. (Michalová, 2007) Jedinec prožívá sám sebe jako Já a v rámci svého vztahu k okolí považuje sebe za subjekt a vnímá okolní svět jako objekt. Orel, Obereignerů, Mentel (dle Hellus, 2016:11) zmiňují 2 základní atributy Já – vztahu k sobě samému – v rámci osobnosti: „1) *sebepojetí – poznat a vědět, kým jsem a jaký jsem, a 2) aktualizace pravého Já – tedy dosahovat smysluplných cílů, seberealizovat se, stát se sám sebou.*“ Tyto dva aspekty lze považovat za jakýsi středobod osobnosti člověka.

Podle Vágnerové (1997) určuje vědomí vlastního Já identitu člověka a její kontinuitu v čase. Zahrnuje minulost, současnost a anticipaci budoucího Já. Zároveň slouží jako základní rámec, který integruje a koordinuje veškeré psychické projevy – je středem integrace a koordinace všech psychických aspektů osobnosti. Osobní identita vychází (stejně jako osobnost) z identity psychofyziologické (tělo, pohlaví, věk apod.) a sociální (promítá se v různých sociálních rolích). Výsledkem je vědomí vlastní jedinečnosti, tedy uvědomění, že se daný jedinec liší v porovnání s jinými lidmi. Vedle těchto aspektů utváří osobní identitu i prostředí, ve kterém daný jedinec žije. (Orel, Obereignerů, Mentel, 2016) Murphy (2001:90) v kontextu ZP dodává, že ZP není sociální role, „*je to sociální identita, dominantní charakteristika, jíž se musí všechny sociální role přizpůsobit.*“ Přesto není ZP definicí člověka. Stále se musí brát do úvahy další aspekty, které ovlivňují identitu či osobnost jedince a jedinečnost každého člověka jako taková.

Orel, Obereignerů, Mentel (2016:8) upozorňují, že pokud nedojde ke zformování osobní identity „*před dosažením dospělosti, hrozí po celý další život pocit nezakotvenosti, nezařazenosti a sebehledání.*“

2.2 Sebepojetí a jeho význam

Sebepojetí představuje komplexní fenomén, který je součástí lidské osobnosti a zahrnuje „*popis vlastní osoby, schopností, vlastností, rysů a rolí představovaných během života.*“ (Fialová, 2001:25) Blatný (2001:7) uvádí, že lze obecně o sebepojetí říci, že „*je v současné kognitivně orientované psychologii považováno za mentální*

reprezentaci Já uloženou v paměti jako znalostní (resp. kognitivní) struktura, která se utváří v procesu interakce jedince se sociálním prostředím.“ Orel, Obereignerů, Mentel (2016) dodávají, že sebepojetí nemusí být v běžných situacích uvědomované, tj. v běžném životě člověk např. jedná na základě svého sebepojetí, tedy svého nastavení, aniž by si to aktivně uvědomoval.

Současný pohled na sebepojetí se liší od pohledu na sebepojetí v 60. letech 20. století. Základní změna spočívá v tom, že sebepojetí už není chápáno jako jednotná a stabilní představa sebe samého, ale je vnímáno jako multifacetové, hierarchicky uspořádané a dynamické. (Blatný, Plháková, 2003)

Multifacetové sebepojetí naznačuje, že sebepojetí se skládá z různých mentálních reprezentací Já, které mohou mít různé vlastnosti, jako je centralita, pozitivita nebo negativita, časová lokalizace a možnost uskutečnění. To znamená, že naše sebepojetí může mít mnoho různých aspektů a nejedná se o jednoduchou a konzistentní představu o sobě. (Blatný et al., 2010)

Hierarchické sebepojetí představuje různé reprezentace Já uspořádaně od konkrétních a specifických prvků až po obecné kategorie. Sebepojetí se formuje na základě zkušeností a sociálního srovnávání, a tedy není statické, ale může se vyvíjet a měnit v čase. (Blatný, Plháková, 2003)

Dynamické sebepojetí naznačuje, že sebepojetí není statickým konceptem, ale má dynamickou stránku. V různých situacích může být aktivována některá z reprezentací Já, která v daném okamžiku hraje klíčovou roli. Tento pohled umožňuje zkoumat, jak sebepojetí reaguje na různé situace a kontexty. (Blatný, Plháková, 2003)

Sebepojetí v rámci Jáského systému rozlišuje mezi Já jako subjektem (aktivní pozorovatel) a Já jako objektem (sebepojetí). Zároveň zdůrazňuje, že tyto aspekty Já jsou vzájemně propojeny a interagují. Toto pojetí Já jako systému umožňuje zkoumat, jak sebepojetí ovlivňuje naše chování a rozhodování. (Blatný et al., 2010)

Celkově lze říct, že současný pohled na sebepojetí zdůrazňuje jeho komplexnost a dynamiku, a nelze ho vnímat jako jednoduchou a statickou entitu. Tento pohled umožňuje lepší porozumění tomu, jak sebepojetí funguje a jak může být ovlivněno různými faktory a situacemi.

Pojem sebepojetí zahrnuje celkové pojetí vlastní osoby, včetně těla a duše. Podobně jako postoj, je sebepojetí charakterizováno třemi aspekty – kognitivním, emočním a konativním. Kognitivní aspekt se týká sebepoznání, znalostí sama o sobě a sebedefinování. Emoční aspekt zahrnuje emocionální vztah k sobě sama, který se projevuje především sebehodnocením a sebeúctou². Konativní aspekt lze chápat jako motivační a seberegulační činitel, který se může projevit např. sebekontrolou, sebeuplatněním a sebespazovaním. (např. Blatný, 2001; Fialová, 2001) Sebepojetí, vnímání sama sebe, subjektivní obraz vlastní osoby nevyhází pouze z našich vnitřních činitelů, jsme ovlivňováni i našim okolím, např. názory druhých lidí. Blatný (2001) podotýká, že zmíněné aspekty nelze v praxi vnímat izolovaně, neboť se různě prolínají a ovlivňují.

V rámci ZP se jednotlivé složky sebepojetí – kognitivní, emoční, konativní – mohou odrážet následujícím způsobem:

Kognitivní aspekt sebepojetí:

- *Kognitivní reprezentace:* Osoba se zdravotním postižením může mít kognitivní reprezentaci sebe sama, která je ovlivněna povědomím o svém postižení. Mohou se vyskytovat různé kognitivní reprezentace, včetně toho, jak postižení vnímá (například jako překážku, výzvu nebo součást své identity).
- *Stereotypy a stigmatizace:* Osoby se zdravotním postižením mohou být vystaveny stereotypům a stigmatizaci, což může negativně ovlivnit jejich kognitivní reprezentaci sebe sama. Může docházet k internalizaci negativního obrazu postižení.

Emoční aspekt sebepojetí:

- *Emoční prožitky:* Osoby se zdravotním postižením mohou prožívat širokou škálu emocí, včetně frustrace, smutku, hněvu nebo deprese v reakci na své postižení a jeho dopady na jejich život. Tyto emoční prožitky mohou ovlivnit jejich sebepojetí tím, že se mohou cítit méně hodnotné nebo schopné.

² Sebeúcta je hodnocení vlastní osoby na základě kritérií, která jsou podstatná pro úspěch. Hodnocení je individuální a má souvislost se zmíněnými aspekty sebepojetí. Dle některých psychologů je sebeúcta nejvýznamnějším základním prvkem pro vytvoření vlastní individuality a také důležitým předpokladem pro psychické well-being. (Fialová, 2001)

- *Emoční podpora a adaptace*: Zároveň mohou emoční prožitky také ovlivňovat způsob, jakým se osoby se zdravotním postižením adaptují na svou situaci. Kladná emoční podpora, jako je podpora rodiny a přátel, může pomoci posílit pozitivní emoční aspekty sebepojetí.

Konativní aspekt sebepojetí:

- *Motivace k seberozvoji*: Osoby se zdravotním postižením mohou být motivovány k dosahování svých cílů a aspirací, a to i přes překážky spojené s postižením. Motivace může hrát klíčovou roli v tom, jak osoba s postižením vidí své možnosti a jakým způsobem sebe sama vidí jako aktivního aktéra svého života.
- *Sebeúčinnost*: Vědomí vlastní účinnosti může být pro osoby se zdravotním postižením důležité. Pokud si věří, že jsou schopny dosáhnout svých cílů a překonat obtíže spojené s postižením, mohou mít pozitivnější konativní aspekt sebepojetí.

Je důležité si uvědomit, že sebepojetí OZP může být velmi individuální a závisí na mnoha faktorech, včetně typu postižení, podpory ze strany rodiny a společnosti, osobní zkušenosti a dalších faktorech. Podpora a empowerment osob se zdravotním postižením může hrát klíčovou roli v posilování pozitivního sebepojetí a pomoci jim dosáhnout plného potenciálu. Jak zmiňuje Blatný (2001:30), „*pozitivní nebo negativní vztah k sobě ovlivňuje jednak samotný způsob chování, tak i jeho obsah – soutěžení, konformitu, kauzální atribuce, výkon, nastavení cílů a další.*“

Sebepojetí zahrnuje i uvědomění si vlastních schopností a kompetencí, stejně jako schopnost jednat jako aktivní nebo dominantní účastník. Tato dimenze se projevuje jako pocit vlastní síly a její míra je přímo spojená s pocitem sebedůvěry. (Michalová, 2007) V kontextu ZP se sebepojetí týká způsobu, jakým jedinec vnímá sám sebe, svou identitu a hodnotu, a jaké má představy o sobě v souvislosti se svým postižením. Zdravotní postižení může mít různé formy, od fyzických omezení a ztráty funkcí až po mentální a duševní výzvy. Vliv zdravotního postižení na sebepojetí je individuální.

Sebepojetí má pro jedince několik významů: (např. Fialová, 2001)

- **subjektivní obraz já** – nemusí být nutně odrazem reality, jde o to, jak dotyčný sám sebe vnímá – jaký je;

- **kým bych měl/a být** – často se jedná o konflikt mezi ideálním a reálným já, objevuje se zde sebehodnocení a nároky kladené na sebe;
- **kým chci být** – motivace pro změnu či rozvoj svého já, vychází ze sebehodnocení;
- **očekávání** – společenská očekávání v podobně naplnění různých rolí mění prožívání a chování prostřednictvím sebepojetí, od každého člověka je očekáváno něco jiného, záleží např. na pohlaví, na věku, společenském postavení apod.

Jak již bylo naznačeno výše, nedílnou součástí sebepojetí je sebehodnocení. Hodnotit může člověk na sobě např. tělesnost, sociální podstavení, zkušenosti, chování, emoce, své vlastnosti, potenciál apod. V sebehodnocení se odráží i názory a očekávání druhých a kulturní nastavení daného prostředí, ve kterém člověk žije nebo ve kterém se narodil. Sebehodnocení a výsledný postoj sama k sobě může způsobit řadu kolizí, např. naše vnímání sama sebe nemusí být v souladu s kulturními předpoklady. Sebehodnocení může sloužit také jako motivační faktor, může člověka někam v životě posunout, pomoci mu dosáhnout vytyčených cílů.

Sebehodnocení není jediným aspektem sebepojetí. Se sebepojetím se pojí celá řada dalších pojmů, které dokládají komplexnost tohoto fenoménu, jak uvádí následující tabulka. (Orel, Obereignerů, Mentel dle Hartl, Hartlová, 2016)

Tabulka č. 1: Komplexnost sebepojetí.

Sebeatribuce	Formování názoru o své osobnosti, jednání, o svých emocích, myšlenkách a motivech.
Sebedůvěra	Kladný postoj k sobě sama, ke svým možnostem a výkonnosti.
Sebeklam	Neschopnost reálného pohledu na vlastní schopnosti, možnosti a limity.
Sebekritičnost	Schopnost nepředpojatě hodnotit sebe, své činy, vyvodit závěr pro budoucnost.
Sebemonitorování	Pozorování sama sebe se zaměřením zejména na své psychické procesy a jednání.

Sebeobraz	Představa nebo skutečný či popisný obraz o sobě samém.
Sebeoceňování	Význam, který člověk připisuje sám sobě.
Sebepozorování (introspekce)	Subjektivní analýza svých psychických procesů a zážitků.
Sebepřijímání	Jedná se zejména o přijímání sebe sama, a to i se svými možnostmi, hranicemi a potenciálem.
Sebeschéma	Soubor svých myšlenek, vzpomínek, reprezentací a cílů.
Sebeúcta	Hodnocení vlastního významu a míra sebejistoty.
Sebevědomí	Pojem s vícero definicemi: a) vědomí svého významu, možností a schopností, sebedůvěra a víra v úspěšnost budoucího jednání; b) absence nejistoty, rozpaků a nejistoty, klidná sebedůvěra; c) přesvědčení o správnosti jednání.

Výše zmíněné pojmy, které jsou součástí sebepojetí, se odrážejí v lidském prožívání a jednání. Např. vlivem sebepozorování jedinec upravuje své chování, aby bylo více v souladu s očekáváními okolí. Lidé s nižší měrou sebepozorování spíše jednají na základě svého vnitřního nastavení. (Hewstone, Stroebe, 2006) Vedle toho, že různorodé aspekty sebepojetí jsou součástí osobní identity, některé z nich vyjadřují i potřeby. Příkladem může být sebeúcta, která je zdrojem motivace, pocitu pohody a mentálního zdraví, což souvisí s fyziologickými potřebami, které zprostředkovávají potřebu bezpečí, sounáležitosti a uznání. (Orel, Obereignerů, Mentel, 2016)

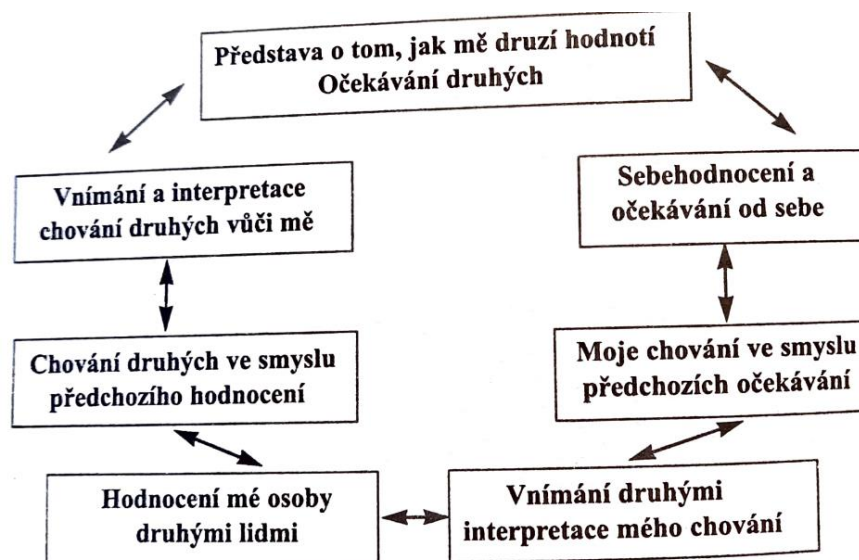
2.3 Faktory ovlivňující sebepojetí

Sebepojetí (stejně jako sebehodnocení) se vyznačuje komplexností a je ovlivněno mnoha faktory aspekty – osobnost člověka, dosažené ne/úspěchy, názory a hodnocení druhých, tělo, psychika, zdraví, nemoc, vnější podmínky a způsob a průběh života. Sebepojetí je také vázané na kognitivní, emocionální a konativní aspekty, které byly popsány v předchozí kapitole (viz str. 25-26). (Orel, Obereignerů, Mentel, 2016)

Sebepojetí je výsledkem procesu sebepoznávání a sebedefinování, kdy jedinec porovnává vlastní vnímání sebe sama (subjektivní identita) a vnímání své osoby

sociálním prostředím (objektivní identita). Sebepojetí je odrazem obrazu našeho já, tedy naší inteligence, těla, charakteru a pocitů. Tělesnost je velmi podstatnou součástí celkového sebepojetí, zahrnuje totiž vzhled, zdraví a tělesnou výkonnost. (Fialová, 2001) I v kontextu ZP může být tělesné sebepojetí významným atributem, které ovlivní sebepojetí OZP.

To, jak člověk vypadá, co umí, co může nabídnout, jaké má postoje, co v životě zažil apod, utváří v procesu sebepojetí sebedefinici a sebehodnocení. Obecně se vysoko hodnotí úspěšní lidé s dobrými výsledky, dobrým společenským postavením, lidé vypadající atraktivně. Můžeme namítnout, že tyto hodnotící aspekty nemají relevantní výpověď o daném člověku. Ano, ale společenské prostředí, normy, tlak a další jsou silnými činiteli, které nás ovlivňují a mohou se promítat do našich postojů i do sebepojetí. Sebedefinice se tak utváří z různých informací, které ilustruje obrázek č. 1.



Obrázek č. 1: Interakční kruh sebedefinování. (Fialová dle Brehmová, Kasin, 2001:30)

Michalová (2007) uvádí 2 úrovně sebehodnocení:

1. **Reálné Já (Ego):** To, jak jedinec vnímá sám sebe a jak se ohodnocuje.
2. **Ideální Já (Ego):** Jakým člověk by chtěl být, jaký je jeho ideál.

Rozdíly mezi těmito dvěma úrovněmi sebehodnocení tvoří tzv. sílu ega. Čím větší jsou tyto rozdíly, tím je síla ega menší. Obraz Já reflektuje, jak jedinec posuzuje sám sebe – jaký je, jaký by chtěl být, ale také jaký by měl být (podle očekávání okolí) a jaký by mohl být (vzhledem k vlastnímu potenciálu). Vytváření sebepojetí je silně ovlivněno

interakcemi a zkušenostmi s okolím. Kromě hodnocení vlastní osoby (reálné a ideální Já) zahrnuje sebepojetí také citový vztah k sobě samému, který se projevuje jako sebecit a sebeláska. Míra sebelásky odráží úroveň sebespokojenosti nebo nespokojenosti se sebou samým.

Faktory, které ovlivňují sebepojetí u OZP mohou být následující (např. Novosad, 2011; Vágnerová et al., 2001; Fialová, 2001)

- **Identifikace s postižením:** Někteří lidé se mohou ztotožňovat se svým postižením a považovat ho za nedílnou součást své identity. Je však nutné reflektovat to, že ZP může ovlivňovat danou osobu v jejím životě a chování, ale nikoliv ji nedefinuje. Může se jednat pouze o jeden z mnoha aspektů jedincovy identity.
- **Sociální prostředí:** Vnímání okolí, předsudky a stereotypy mohou mít významný vliv na to, jak si jedinec s postižením připadá. Negativní postoj lidí ve společnosti k postižení může vést k nižšímu sebevědomí a negativnímu sebepojetí.
- **Omezení a schopnosti:** Omezení či bariéry spojené s ZP, či při styku s prostředím vyplývající, mohou ovlivnit jedincovo vnímání vlastních schopností a limitů. Osoba se může cítit méněcenně nebo neschopně v porovnání s ostatními.
- **Osobní zkušenosti:** Předchozí zkušenosti se ZP, včetně zvládnání obtíží a dosažení osobních cílů, mohou mít vliv na to, jak se jedinec s postižením vidí.

Významným faktorem, ovlivňující sebepojetí je stigmatizace. Ocisková, Praško (dle Brohan, 2015) rozdělují osobní zkušenosti OZP týkající se stigmatizace do tří klíčových oblastí:

1. **Vnímané stigma** – to, co si jednotlivci myslí o tom, jak společnost nahlíží na jejich stigmatizovanou skupinu.
2. **Prožívané stigma** – konkrétní situace diskriminace a nejednoznačnosti, s nimiž se jednotlivci setkávají v důsledku stigmatizace.
3. **Sebepřijetí stigma** – vnitřní proces, kdy jedinec začíná akceptovat společenské stereotypy ohledně psychických poruch a postupně začíná ztrácet

sebevědomí a hodnotu, kterou si dříve přisuzoval. Toto může mít za následek zřeknutí se vlastních cílů a ambicí do budoucna.

Když jednotlivci internalizují stigmatizaci, což je postupný proces, kdy dochází k psychologickému začlenění společenských předsudků ohledně ZP, což způsobuje postupnou ztrátu toho, co považovali za svou vlastní hodnotu a smysl. OZP mohou také postupně rezignovat na své cíle a ambice do budoucna. (Ocisková, Praško dle Brohan, 2015). Základním prvkem tohoto procesu je víra jednotlivců, že nejen druzí, ale i oni sami nejsou hodni uznání. To může mít za následek pocit, že ostatní je nepřijmou jako přitele, partnera nebo zaměstnance. Taková změna v postoji k sobě samým obvykle vede ke změnám v chování, včetně vyhýbání se ostatním, izolace, pasivity a rezignace na budování nových vztahů, stejně jako na ukončení studia nebo pracovního poměru, což vede k poklesu společenského postavení, demoralizaci a snížení příjmů. U jedinců, kteří prožívají sebestigmatizaci v důsledku ZP, je častěji pozorována vyšší míra depresivních symptomů, zvýšená tendence k sebevražednému chování a obtíže s dodržováním léčby pomocí farmakoterapie. (Ocisková, Praško dle Ritsher, Phelan, 2015)

Murphy (2001:95) ke stigmatizaci podotýká, že společnost jedinci se ZP „připisuje negativní identitu a podstatná část jeho sociálního života je zápasem s tímto vnuceným obrazem. Právě z tohoto důvodu lze tvrdit, že stigmatizace není ani tak vedlejším produktem postižení, jako jeho podstatou.“ OZP se tak může dostat do situace, kdy bude přemýšlet, jak o svém ZP mluvit, resp. „komu, jak, kdy a kde.“ (Goffman, 2003:54)

Sebepojetí se může v průběhu času měnit a vyvíjet. OZP prochází procesem přijetí a adaptace, kdy se učí žít se svým postižením a nalézat pozitivní aspekty ve svém životě. Podpora ze strany rodiny, přátel a odborníků může hrát klíčovou roli při podpoře zdravého sebepojetí u OZP. (Fialová, 2001) Je také důležité brát v úvahu individuálnost každé osoby i ZP.

3 Osoba se zdravotním postižením a společnost

Utváření lidské osobnosti a její výsledné chování ovlivňuje mnoho faktorů. Mezi ony faktory spadají mimo jiné normy, chápání normality a postoje. Tyto faktory spojuje společný prvek, mají hodnotící a směřodatný charakter a zároveň na ně působí vliv společnosti, ne zcela, ale relativně výrazně ano. V jakém prostředí, ať už společenském, kulturním nebo rodinném, člověk vyrůstá, ovlivňuje jeho vztah k normám, chápání normality a utváření postojů.

3.1 Normy

Normy jsou nedílnou součástí regulace společnosti. Popisují, co je přijatelné, dovolené, co nikoliv a určují míru závaznosti. Novosad (2011) definuje normu jako dobovou obvyklost, zvyklost, kterou nastavila společnost na základě společensko-kulturních faktorů. Společnost nastavené normy uznává a na jejich základě hodnotí určité jevy. Jinými slovy jde „o projekci normy nejčastěji považovanou za jev odpovídající předem stanovenému očekávání či obecné shodě, popř. souboru očekávaných a naplněných znaků.“ (Novosad, 2011:70) Petrussek, Maříková a Vodáková (1996) v zásadě potvrzují Novosadovo chápání normy. Též normu definují jako obvyklost, vedle toho ale zmiňují další možná synonyma – normálnost a pravidlo. V druhém možném chápání normy uvádí, že se jedná o regulativ lidského chování skrze standarty, které regulují chování ve skupině, ulehčují společenský styk, rozdělují chování na přípustné a nepřípustné a slouží k řízení sociálního jednání. Normy jsou podle nich nedílnou součástí sociální kontroly, která má za cíl usměrňovat chování jednotlivce či skupiny tak, aby odpovídalo společensky očekávanému chování a eliminovalo patologické jevy.

Normy lze různě rozlišovat. Např. Večera a Urbanová (2011) dělí normy na sociální, morální, zvykové, náboženské a právní. Sociální normy slouží jako regulativ lidského chování, stanovují, co je a není přípustné a co se musí podrobit (negativním) sankcím. Sociální normy tak tvoří normativní řád dané společnosti, na základě kterého jsou stanovována závazná pravidla a očekávané chování. Dotýkají se všedních věcí od oblékání, hygieny apod. až po způsob řeči a chování k ostatním sociálním subjektům. Někteří autoři nazývají sociální normy jako normy kulturní a dále je rozlišují na obyčejy, mravy, zákony a tabu. (Geist, 1992)

Normy morální jsou osobními normami jedince, ovšem podléhají (vedle jedincova svědomí) hodnocení společnosti, která je klasifikuje jako morální, tj. v souladu s konsensuálními hodnotami a normami dané společnosti, či jako nemorální. (Večera a Urbanová, 2011) Petrusek, Maříková a Vodáková (1996:695) poukazují na to, že morální normy jsou „založeny na morálních hodnotách a představách obecnějšího charakteru.“ Jedná se o principy, ideály, pojetí spravedlnosti, dobra a zla. Morální normy ovlivňují naše myšlení a chování, zároveň je jedinec „svazován“ normami sociálními, které společnost regulují podle současné ideologie a politiky.

U zvykových norem se můžeme setkat s několika možnými slovními variantami jako např. obyčej, rituál, tradice, etiketa, ceremonie. Jednotlivé pojmy se ve svých definicích lehce odlišují, ale jedno mají společné – opírají se o dlouhodobé a tradiční chování či aktivity. Udržují tak určitou zvykovost napříč generacemi. Dodržování zvykových norem je zakládáno na hledisku slušnosti a neslušnosti. (Večera a Urbanová, 2011) Zvykové normy mohou vlivem vývoje a proměny společnosti způsobit nepochopení mezi jednotlivými generacemi.

Náboženské normy jsou stanoveny nadpozemskou bytostí, často bohem či společenstvím bohů. Jejich dodržování či porušování se hodnotí z hlediska hříšnosti nebo zbožnosti (správnosti, příkladnosti). (Večera a Urbanová, 2011) Podobně jako normy zvykové mohou v dnešní době působit zkostnatělým, zpátečnickým dojmem. Náboženské normy jsou dogmata, o kterých je zakázáno pochybovat a jejich změna je proto zákonitě velice komplikovaná a zdlouhavá.

Posledním z uvedeného výčtu norem jsou normy právní. Tento typ norem tvoří soubor závazných a obecných pravidel, které v naší kultuře mají většinou psanou podobu např. ve formě zákonů. Skrze právní normy je lidské chování zobecněno na situace, které jsou z pravidla klasifikovány jako nepřípustné, tedy zákon porušující. Právní normy se tak stávají vedle norem sociálních výrazným a účinným regulátorem lidského chování a jednání. (Geist, 1992)

Závaznost norem závisí na vymezenosti normy a jejím ukotvení. Některé normy jsou stanoveny pouze rámcově, podobají se tak spíše hodnotám. Naopak právní normy určují relativně přesně, co je a není v mezích zákona a závaznost je vysoká. Na druhou stranu, co zákon nezakazuje je „povoleno“. Zde přichází na řadu normy sociální, které definují, co je a není přijatelné, závaznost ale klesá. Stejnou funkci mají i normy

morální, jsou však odrazem osobních hodnot jedince. Při nedodržení norem následují sankce, které mohou mít formální či neformální charakter. Formální sankce uděluje autorita, popř. zastupující instituce, např. při porušení zákona následují sankce od soudů. Naproti tomu neformální sankce vychází ze společnosti. To se může projevit např. pohrdáním, odsuzováním, vyloučením z komunity apod. (Petrušek, Maříková a Vodáková, 1996)

3.2 Normalita

Ze sociologického hlediska lze definovat normalitu jako stav, kdy jednotlivci, skupiny, či celá společnost přiměřeně respektují ustanovené systémy hodnot a norem. Novosad (dle Svoboda, 2011) vymezuje normalitu jako normu splňující. Zároveň dodává, že normalitu lze chápat ve třech významech. Z aspektu statistického je za normální považováno to, co je nejčastější, nejběžnější. Co se odchyluje od průměru, je považováno za abnormální či patologické. Ovšem ne všechny jevy, které jsou odchylkami průměru, jsou vnímány negativně či patologicky, pokud mají v populaci četnější zastoupení. To by se teoreticky mělo týkat i OZP, neboť tvoří nemalé procento populace. Z hlediska funkčního či funkcionalistického je chápána normalita jako vlastnosti, chování a podmínky, které naplňují jedincovy cíle a potřeby. Nesmí být však ohrožující, a to jak pro daného jedince, tak i pro společnost. Musíme reflektovat rizika práva na sebeurčení. (Večera a Urbanová, 2011) Posledním Novosadovým (dle Svoboda, 2011) významem, jak lze chápat normalitu, je aspekt normativní. Za nenormální jsou považovány odchylky od předem jasně specifikovaných a dohodnutých norem. To se např. může týkat norem mravních, legislativních, pracovních a estetických.

Novosad (2011) dále zmiňuje normu vzhledovou, která se neodmyslitelně pojí s normalitou ve vztahu k tělu a zdravotnímu postižení. Krása možná až dokonalost je „*medializovaný ideál svou podstatou masově konzumní fyzické krásy a výkonnosti představuje další překážku na cestě lidí s postižením k jejich co nejúspěšnější společenské akceptaci, přirozenému sebeprosazování a uplatnění.*“ (Novosad, 2011:72) Vzhledová norma je dynamická, mění se v čase i místě.

Důležitým pojetím normality je pojetí subjektivní. To Janebová (2013) definuje jako subjektivní pozorování jedince, jeho chápání a následného vyhodnocování, co za

normální nebo nenormální považuje na základě jeho zkušeností, potřeb, hodnot, životního stylu, filosofii, momentálním psychickým rozpoložením atp.

Normalita ve svém principu porovnává lidi se stanoveným či běžným standardem či normou, popř. odchylky poměří. Je to ještě v normě? V čem se odlišuje? atp. „*Sociální struktury a normy vytvářejí zóny „uvnitř“ a „mimo“ normalitu, přičemž neviditelnost, která je základem jejich fungování, jim propůjčuje zdání přirozenosti.*“ (Kolářová, 2014:156)

Kolářová (2012) upozorňuje, že pojmem *norma* a *normalita* předcházela *ideál*. Někdy bychom mohli říci, že ideál se mění podle momentálních trendů, např. v oblasti módy či krásy. Jindy se dá hovořit o vývoji. Z hlediska zdravotního postižení si toho lze povšimnout např. na přístupech k OZP, kdy se především profesionálové v sociální oblasti intenzivně snaží o bourání mýtů, předsudků a negativních náhledů na OZP jako na chudáka, hrdinu, či neschopnou osobu. Vývoje si lze povšimnout i v legislativě týkající se OZP, i když bychom mohli polemizovat nad tím, do jaké míry jsou legislativní normy správné, korektní, úplné a efektivní. Nutno podotknout, že ideál jako takový potlačuje individualitu. Ve vztahu k člověku to je obzvláště problematické, protože lidé jsou rozliční, ať se to týká osobnosti, chování, zájmů či právě těla a s ním spojeného zdraví. „*Ideální tělo nelze mít právě proto, že je ideální.*“ (Kolářová, 2012:73)

Tělesná abnormalita narušuje sociálně-kulturní řád. Proto normativní majorita „s úplným tělem“ neumí akceptovat těla, která se nějakým způsobem vymykají řádu a která vykazují kategorickou nejednoznačnost. Narušení konceptu zdraví je připomínkou toho, že normativní, zdravé tělo je (při svém idealistickém pojetí normality a ideálu) náchylné k poškození. V „ideálním světě“ se odlišují všichni lidé, kdežto ve „světě norem a standardů“ se budou odlišovat ti lidé, kteří nespádají do pomyslného středového pásma normálu. Jinými slovy za OZP budou považováni ti jedinci, kteří se výrazně odlišují, a to především tělesně a mentálně. „*Jedním z úkolů pro rozvíjící se dekonstrukci konceptu „postižení“ a s ní spjatou analýzu řádu ne/způsoblosti tedy je zrušit hegemonii normality a zavést alternativní způsoby uvažování o jevech, které se představě normality vymykají.*“ (Kolářová, 2012:102) V „ideálním světě“ by tak OZP mohly být vnímány a nazývány jako „jinak schopny“.

Strategie pružného normalismu umožňuje, aby „*lidé opustili hraniční oblasti abnormality a navrátili se do středu společnosti.*“ (Kolářová, 2012:132) To ovšem vyžaduje konsenzus a změnu v dané společnosti, aby se stala společností inkluzivní.

3.3 Postoje

Postoje jsou jednou z mnoha částí naší osobnosti, určují směřování naší osobnosti vůči světu, vypovídají o celkové zaměřenosti člověka. (např. Jesenský, 2000; Řezáč, 1998) Hewstone a Stroebe (2006) definují postoj jako psychologickou tendenci, která vyjadřuje hodnocení určité entity s určitou mírou souhlasu nebo nesouhlasu. Z toho vyplývá, že postoje nejsou neutrální, odrážejí náš hodnotící vztah k různým sociálním objektům. Vágnerová et al. (2001:14) doplňuje definici postojů o poznatek, že postoje „*slouží k snadnější orientaci v tom smyslu, že lze lépe porozumět a předpovídat chování jednotlivce, který vzhledem ke svým relativně trvalým postojům reaguje určitým, typickým způsobem*“, což činí jeho chování předvídatelnějším.

Část postojů je vrozených, primárně se ale získávají v průběhu života na základě sociálního učení a socio-kulturního prostředí. (Vágnerová et al., 2001) Za zdroje postojů, které jsou získány skrze sociální učení Řezáč (1998) považuje:

- **zkušenosti** – vlastní nebo zprostředkované;
- **sociální komunikace** – přebírání názorů a mínění jiných lidí;
- **modely** – postoje jsou ovlivněny nápodobou a identifikací;
- **institucionální a skupinové faktory** – postoje jsou ovlivňovány normami a hodnotovými systémy institucí a skupin.

Postoj se může projevit v aktuální situaci se zjevným a záměrným účelem nebo zůstat latentní a projevit se např. na vybídnutí, nebo spontánně.

Postoje k OZP může ovlivnit vnímání normálnosti a také uvědomění si vlastní zranitelnosti, což může způsobit citovou deprivaci a úzkost ve vtahu k budoucnosti a k sama sobě, podotýká Vágnerová et al. (2001). S normálností souvisejí zavedené předsudky a stereotypy, tj. určitá předpojatost, názorová strnulost, která utváří představu o člověku či skupině na základě informací tzv. z doslechu než na relevantních poznacích. Nebezpečné jsou i jazykové stereotypy, které mohou být v psané nebo mluvené formě – „*Utváří člověka ve smyslu psychologickém, sociálním a kulturním.*“ (Michalík et al., 2011:49) Jazykové stereotypy neovlivňují pouze

individuální postoje, mohou způsobit také stigma, jehož znaky „obzvláště účinně upozorňují na nesrovnalost znehodnocující identitu daného jedince, čímž narušují vytvoření koherentního celkového obrazu o něm, a následně v našich očích snižují jeho hodnotu.“ (Goffman, 2003:56)

Média mnohdy používají v souvislosti s OZP nevhodná slova či slovní spojení. Je rozdíl, pokud v článku bude použito sousloví „bojující s cystickou fibrózou“ nebo „žijící s cystickou fibrózou“. První sousloví je citově zabarveno, článek tak ztrácí na objektivnosti, protože staví OZP do pozice bojovníka, chudáka, který nemá lehký život. Čtenáře to svádí do smýšlení ve stylu osobní tragédie. Druhé sousloví je spíše realistické, citově neutrální.

K pozitivnějším pohledům na OZP nepřispívá ani literární a filmová díla, protože málokdy zobrazují OZP jako aktivní a úspěšně realizující své představy. (Vágnerová et al., 2001) Konkrétně nastávají dva problémy: a) Díla jsou zavádějící, protože vykreslují nějaký příběh jako obecně platný. Laik neznalý jiných variant jej akceptuje jako validní informaci charakterizující realitu, a nikoliv jako produkt kreativity autora. b) Případný úspěch OZP je pojmán jako zdařilé přiblížení světu zdravých a zároveň něco jedinečného, čeho pravděpodobně ostatní OZP nedosáhnou. Lze to chápat jako jakýsi zázrak či příběh se šťastným koncem, nedosažitelný ideál.

„Sociální význam jednotlivých postižení a onemocnění není zcela jasně generalizovaný, liší se v závislosti na frekvenci výskytu i na specifických omezeních, která přináší.“ (Vágnerová et al., 2001:25) Výsledné postoje mohou ovlivňovat i příčiny vzniku ZP a jeho následky pro daného jedince.

Dle Řezáče (1998) je postoj tvořen složkou rozumovou (racionální), citovou (emotivní) a akční (konativní). Podle něj se při tvorbě postoje nejprve projeví složka citová, na jejímž základě vznikne pocit a z něho dojem. Následuje složka rozumová, z dojmu se utvoří mínění a z něho vznikne názor. Společně tyto dvě složky slouží k poznávání a hodnocení situace s jeho významem, který pro člověka má. V posledním vývojovém hodnotícího vztahu k objektu vzniká z názoru postoj, který je součástí akční složky. Jednotlivé postoje mohou být ovlivněny více či méně jednotlivými složkami, proto jsou některé postoje založené více na racionalitě, jiné jsou spíše emočního charakteru. Výrost a Slaměník et al. (2008) zdůrazňují, že postoje nejsou izolovanými jednotkami, nýbrž mezi nimi existuje určitá míra organizace.

Postoje každého člověka se seskupují do určitých významových celků a utvářejí vnitřně organizované, hierarchicky uspořádané struktury.

Vágnerová et al. (2001) podotýká, že rozumová složka postoje ve vztahu k OZP je u laiků slabá, protože nemají dostatečnou znalost a relevantní informace. Dnešní doba je otevřenější co do dostupnosti informačních, vzdělávacích zdrojů a detabuizaci některých témat, což je značný posun např. oproti minulému režimu, kdy informace o OZP byly přístupné povětšinou pouze profesionálům nebo rodinným příslušníkům OZP. Společnost tak prakticky nevěděla nic o jejich problémech, možnostech a omezeních. Neinformovanost vedla k převaze citové složky v postoji k OZP, protože ZP a nemoc snadno vyvolají citové reakce. Citová složka postoje ve vztahu k OZP má často ambivalentní charakter, může být pozitivní i negativní. Emoce jako soucit či lítost bychom mohli řadit k pozitivním emocím, avšak z hlediska současných přístupů a modelů, které se snaží vymanit OZP ze stereotypů, charitativnosti a začlenit je do společnosti, lze i tyto zdánlivě pozitivní emoce vnímat jako negativní či nevhodné. Někteří lidé mohou mít vyloženě negativní emoce, např. hrůza, odpor, strach. Tyto pocity jsou legitimní, ale pouze do doby, kdy nebudou mít urážející, diskriminující, ponižující a antiikluzivní dopad na OZP.

U postojů můžeme identifikovat několik funkcí, některé byly již naznačeny výše, např. že nás naše postoje předurčují k tomu, chovat se k objektům diferencovaně a stabilně. Utváří také tendenci se takto chovat opakovaně, což nás činí čitelnými a předvídatelnými pro naše okolí. Výrost a Slaměník et al. (2008) rozlišili funkce postojů následovně:

- **poznávací** – organizace nabytých zkušeností, ať už vlastních nebo zprostředkovaných;
- **instrumentální** – postoje maximalizují zisk a minimalizují ztráty;
- **výraz hodnot** – postoje vyjadřují naše hodnoty;
- **sociální adjustace** – postoje zprostředkovávají vztahy jedince s jinými lidmi;
- **sebeobranná** – postoje udržují stabilní sebeobraz člověka, jsou prevencí proti hrozbám z prostředí, umožňují snadněji zvládat konflikty a náročné životní situace.

Již bylo řečeno, že postoj je vlastností osobnosti jako celku. U daného jedince se může projevat různorodě ve vztahu ke společnosti a jejím postojům. Z hlediska vztahu jedince a společnosti rozlišuje Řezáč (1998) tyto typy postojů:

- **angažovanost** – aktivní, pozitivní vztah vůči společenskému hodnotovému systému;
- **konformita** – vnější souhlas se společenským systémem norem a hodnot;
- **indiference** – de facto neutrální vztah, lhostejnost, nezájem o společenské dění;
- **nesouhlas** – rozpor s hodnotovým systémem společnosti;
- **aktivní odpor**.

Novosad (2011:21) ve vztahu k OZP dodává, že „*postoje společnosti odrážejí míru společenského tolerance a jsou výrazem úrovně vývoje společnosti.*“ Společným měřítkem pro hodnocení vztahu společnosti k OZP je vnímání jejich nedostatků vztahené k práci, soběstačnosti a účasti na životě společnosti, tj. „*k atributům lidského bytí modifikovaným konkrétní ekonomickou a kulturně-historickou situací majoritní společnosti a existenční či osobně-biografickou situací, jakkoliv znevýhodněného člověka.*“ (Novosad, 2011:67)

I přes značný historický posun a humanizující tendence je vztah společnosti k OZP ambivalentní, místy až protikladný. Společnost si na jedné straně uvědomuje, že ZP nemá vliv na hodnotu lidského života, potřebnosti a důstojnosti. Na druhé straně je společnost naplněna obavami a předsudky, což má vliv nejen na výsledné postoje k OZP, ale i vzájemnou koexistenci. Zdánlivé partnerství a akceptace OZP může být ve skutečnosti nadřazenost. (Novosad, 2011) Tohoto faktu si lze povšimnout např. v médiích, která píšou stylem, který nejen upozorňuje na postižení či nemoc daného jedince, i když to v mnoha případech není podstatná informace, ale také ho vykresluje jako hrdinu, co bojuje se svým nelehkým životem, či chudáka, který si zaslouží naši pozornost, lítost a pomoc. Způsob, jakým media popisují a zdůrazňují ZP, upozorňuje na to, že tu jsou dvě skupiny lidí, které odlišuje míra zdraví a hendikepů, a že ta zdravější část populace *blahosklonně* pomáhá méně zdravé a schopné části populace.

III Empirická část

4 Metodická část

Tato část práce se věnuje metodice výzkumu, tedy zdůvodnění a formulaci výzkumných cílů, charakteristice výzkumného vzorku, výzkumné strategii, popisu průběhu výzkumného šetření včetně toho, co mu předcházelo. V závěru kapitoly je nastíněno zpracování získaných dat.

4.1 Formulace výzkumných cílů a hypotéz

Bakalářská práce se zabývá vnímáním sama sebe z pohledu osob se zdravotním postižením, popř. jejich pečujících osob, a zároveň zkoumá to, jak osoby se zdravotním postižením, popř. jejich pečující osoby, vnímají postoje, přístupy k nim samotným.

Hlavním výzkumným cílem je zjistit sebepojetí a postoje společnosti pohledem OZP, popř. jejich pečujících osob.

Hlavní výzkumný cíl je rozdělen do 3 dílčích cílů, které dopomohou k jeho naplnění, a které vzešly ze stanovených hypotéz.

Dílčí výzkumné cíle a jejich hypotézy:

DVC 1: Zjistit, jak OZP vnímají sama sebe v kontextu svého ZP.

⇐ **Hypotéza 1.1:** Existuje přímý vztah mezi povahou zdravotního postižení a formováním sebepojetí OZP, přičemž vyšší míra ZP bude korelovat s negativnějším sebepojetím.

⇐ **Hypotéza 1.2:** Sebepojetí, resp. sebevnímání v kontextu ZP je velmi individuální záležitostí, přičemž ZP není stěžejním ovlivňujícím faktorem. Osoby s nejen různými typy postižení mohou mít odlišné zkušenosti a pocity ohledně své identity a sebepojetí v rámci ZP.

DVC 2: Zjistit sociální faktory, které ovlivňují sebepojetí OZP (zaměření na rodinu a přátele).

⇐ **Hypotéza 2.1:** Míra sociální integrace a podpora vytvářená prostředím blízkým OZP bude pozitivně korelovat s pozitivním sebepojetím. Individuální zážitky sociálních interakcí, přijetí ze strany rodiny, přátel, a komunity OZP mohou vytvářet pozitivní sociální prostředí, které přispívá k rozvoji zdravějšího sebepojetí u OZP.

⇐ **Hypotéza 2.2:** Míra vnímání kontroly nad vlastním životem může ovlivnit sebepojetí OZP. Osoby se zdravotním postižením, které vnímají vyšší míru kontroly nad svým životem a rozhodnutími, budou pravděpodobně mít pozitivnější sebepojetí než ti, kteří se cítí omezení ve své autonomii.

DVC 3: Zjistit postoje společnosti ke skupině OZP pohledem OZP.

⇐ **Hypotéza 3.1:** Postoje společnosti k OZP inklinují k převládajícímu medicínskému modelu a modelu osobní tragédie. Lidé budou pravděpodobně vnímat zdravotní postižení především jako individuální patologii nebo tragický osud jednotlivce, což může negativně ovlivnit vnímání OZP v sociálním kontextu a přispět k vytváření předsudků a stereotypů.

⇐ **Hypotéza 3.2:** Úroveň informovanosti a edukace společnosti o zdravotním postižení bude pozitivně korelovat s pozitivním vnímáním OZP. Vysoká míra informovanosti a porozumění k problematice zdravotního postižení vytváří prostředí, ve kterém jsou lidé méně náchylní k předsudkům a více otevření akceptaci a podpoře osob se zdravotním postižením.

4.2 Transformace dílčích cílů do tazatelských otázek

Tabulka č. 2: Transformační tabulka.

Dílčí výzkumný cíl	Indikátory	Sada tazatelských otázek
Zjistit, jak OZP vnímají sama sebe.	Postoj ke svému ZP	Jak vnímáte své ZP?
	ZP a psychika	Jaký dopad má vaše zdravotní postižení na vaši psychiku?
	Vztah ke svému tělu	Jaký máte vztah ke svému tělu?
	Vliv ZP na osobnost	Domníváte se, že má vaše zdravotní postižení vliv na vaši osobnost (vlastnosti, chování, postoje)? <i>Pokud ano: Můžete, prosím, upřesnit, jak vaši osobnost ovlivnilo vaše zdravotní postižení (vlastnosti, chování, postoje)?</i>
	Silné stránky	Jaké jsou vaše silné stránky?
	Slabé stránky	Jaké jsou vaše slabé stránky?
	OZP jako plnohodnotný člen společnosti	Cítíte se i napříč svému zdravotnímu postižení plnohodnotným členem společnosti?
	ZP jako definice osobnosti	Vnímáte se především jako osoba se zdravotním postižením?
	Význam nezávislosti v rámci ZP	Co pro Vás znamená být nezávislý/á s ohledem na vaše zdravotní postižení?
	Vnímání nezávislosti	Jak vnímáte svou nezávislost s ohledem na vaše zdravotní postižení?

Zjistit sociální faktory, které ovlivňují sebepojetí OZP (zaměření na rodinu a přátele).	Sociální faktory a vliv na osobnost	Jaké faktory přispěly k formování vaší osobnosti (to, kým jste)?
	Význam rodiny	Co pro Vás znamená rodina?
	Postoj rodiny k ZP	Jak podle Vás rodina vnímá vaše zdravotní postižení?
	Sdílení v rodině	Máte v rodině někoho, kdo Vás vyslechne, pokud budete potřebovat sdílet témata spojená s vaším zdravotním postižením včetně emocí?
	Rodina, rovnocennost, OZP	Chová se k Vám rodina jako k rovnocennému člověku?
	Rozhodování rodiny za OZP	Myslíte si, že má vaše rodina tendenci rozhodovat za vás i v případech, kdy máte možnost a schopnosti jednat sám/a za sebe? <i>Pokud ano: Jak se v takových situacích cítíte?</i>
	Význam přátel	Co pro Vás znamenají přátelé?
	Postoj přátel k ZP	Jak podle Vás přátelé vnímají vaše zdravotní postižení.
	Přátelé, rovnocennost, OZP	Chovají se k Vám přátelé jako k rovnocennému člověku?
	Důležitost inkluze	Vnímáte inkluzi důležitou pro svůj život? <i>Pokud ano: V čem je pro Vás inkluze důležitá?</i>
Zjistit postoje společnosti ke	Názor společnost na OZP	Zaškrtněte, co si podle Vás myslí společnost o osobách se zdravotním postižením.

skupině OZP pohledem OZP.		
	Zkušenosti s reakcemi cizích lidí na ZP	Jaké máte zkušenosti s reakcemi cizích lidí na vaše zdravotní postižení?
	Reakce cizích lidí na ZP	Jak lidé reagovali na vaše zdravotní postižení?
	Strach z komunikace o ZP	Bál/a jste se někdy o svém zdravotním postižení mluvit s cizí osobou? <i>Pokud ano: Proč jste se bál/a o svém zdravotním postižení mluvit před cizí osobou?</i>
	Negativní zkušenost s chováním lékařského personálu	Máte zkušenost, kdy se k Vám lékařský personál (lékaři, sestry, sanitáři, ...) choval nevhodně?
	Způsob informování médií o OZP	Jak vnímáte způsob, kterým médiá informují o osobách se zdravotním postižením?
	Úroveň obhajoby práv OZP	Jak byste hodnotil/a úroveň obhajoby práv osob se zdravotním postižením následujícími subjekty?
	Úroveň šíření osvěty o tématech spojenými s OZP	Jak byste hodnotil/a úroveň šíření osvěty o tématech spojenými s osobami se zdravotním postižením následujícími subjekty?

Kompletní dotazník včetně odpovědí lze nalézt v příloze č. 1. Časová náročnost dotazníku je odhadována na 15 minut.

4.3 Zdůvodnění a charakteristika vybraného výzkumného vzorku

Výzkumný vzorek reprezentují OZP, popř. jejich pečující osoby. Výzkumný vzorek OZP vychází ze samotného cíle této práce. Pečující osoby byly do výzkumu zařazeny z toho důvodu, aby nedošlo ke znevýhodnění některé skupiny OZP, např. takové, která má omezené kognitivní schopnosti, psací či čtecí potíže apod. a není tak schopna dotazník sama vyplnit.

Výzkumný vzorek je po geografické stránce celorepublikový. Není důvod se geograficky vymezovat, naopak. Je zapotřebí co nejpočetnějšího a různorodého výzkumného vzorku pro co nejvalidnější výsledky výzkumu.

4.4 Zdůvodnění vybrané výzkumné strategie

Pro výzkum byla zvolena kvantitativní výzkumná strategie jako nejrelevantnější možnost realizace výzkumu. Využitým nástrojem zvolené strategie je dotazníkové šetření. Jelikož je výzkumným vzorkem „celá populace OZP“, bylo zapotřebí zvolit takový nástroj, který poskytne kvantitativní sběr dat. Dotazníkové šetření také může poskytnout zvýšený pocit komfortu prostřednictvím anonymity, což u osobních a pro někoho emočně náročných témat může být pozitivní aspekt. Bryman (2008) uvádí, že reprezentativní výzkum se v sociální práci soustředí na oblasti, ve kterých se zkoumají názory, postoje a jiné charakteristiky celé zkoumané populace.

4.5 Realizace výzkumného šetření

Dotazníkové šetření částečně vycházelo z teoretické části, proto bylo pro autorku práce podstatné, před samotnou tvorbou dotazníků a stanovením konkrétních výzkumných cílů, mít kompletní teoretickou část práce. Následovala výstavba metodické části – formulace výzkumných cílů, transformace dílčích cílů do tazatelských otázek, zdůvodnění výzkumného vzorku a výzkumné strategie, popsání realizace samotného šetření a uvedení etických principů a možných rizik výzkumu.

Po stanovení dílčích cílů a z nich vyvstalých tazatelských otázek, se zvažovala platforma, skrze kterou budou dotazníky distribuovány. Byla vybrána platforma Survio. V rámci této platformy zúčastnění nemuseli uvádět žádné osobní údaje včetně e-mailu. K dotazníku se dostali skrze přímý odkaz. Autorka odhadla, že vyplnění dotazníku zabere zhruba 15 minut, což se v praxi potvrdilo.

Před samotnou distribucí byl vytvořen seznam, kam/komu bude dotazník distribuován. Dotazník byl nejčastěji distribuován přes neziskové/pacientské organizace, centra podporující potřeby studentů/tek se specifickými potřebami a facebookové či instagramové účty/skupiny, které sdružují specifický druh ZP či nemoci, nebo poskytují obecné rady spojené s OZP. V takových to případech, byl vyžádán souhlas správce/kyně těchto platforem. Oslovováni byli i jednotlivci, kteří propagují osvětu o svém ZP.

Do dotazníku byly zapojeny i pečující osoby. Během výzkumu se ovšem ukázalo, že pečující osoby nejsou schopny dotazník vyplnit, a to z několika důvodů. 1) Jejich děti byly příliš malé, teprve své osobnosti formují. 2) Subjektivní pohled pečující osoby se může lišit od subjektivního pohledu OZP. 3) Pečující osoby uváděli, že u těžších mentálních postiženích je téma sebepojetí těžko vypověditelné. Z tohoto důvodu byly pečující osoby z interpretační a analytické části vyřazeny.

Dotazník byl v oběhu v období od 8. 11. 2023 do 23. 12. 2023. Celkově se zúčastnilo 274 osob. Po eliminaci pečujících osob, se zpracovávala data od 246 osob. Data byla zpracována primárně pomocí grafů či tabulek, kde probíhalo třídění prvního stupně. U některých otázek se provádělo třídění druhého stupně.

4.6 Etika a možná rizika výzkumu

Během přípravy i realizace výzkumu bylo dbáno na etické principy. Otázky byly formulovány tak, aby nebyly návodné a nenarušovaly důstojnost účastníků. Respondenti byli řádně informováni o účelu výzkumu, dobrovolnosti a ochraně osobních údajů (včetně anonymity). (Reichl, 2009)

I přes snahu eliminovat možné problémy, lze identifikovat možná rizika výzkumu:

- **Omezený dosah online distribuce:** Závisí na tom, zda všichni členové cílové skupiny mají přístup k internetu. Osoby se zdravotním postižením mohou mít omezený přístup k online technologiím, což může zkreslit vzorek.
- **Nízká účast a odpovědnost:** Osoby se zdravotním postižením mohou mít omezenou schopnost nebo motivaci k účasti na dotazníkovém šetření. To může vést k nízké odezvě a zkresleným výsledkům.
- **Délka dotazníku:** Některé respondenty může odradit rozsáhlost dotazníkového šetření. I přes snahu omezit otevřené otázky na minimum nelze

toto riziko vyloučit. V důsledku věci to může ovlivnit buď kvalitu vyplnění dotazníku nebo jeho návratnost.

- **Výpovědi pečujících osob:** Výpovědi pečujících osob mohou být jiným subjektivním odrazem zkoumané reality. To, jak zkoumanou realitu vnímají pečující osoby se může lišit od vnímání OZP (za předpokladu, že jim to jejich schopnosti v důsledky zdravotního stavu umožňují).
- **Problémy s anonymitou:** Někteří respondenti mohou mít obavy, i přes příslib ochrany osobních údajů, ohledně zachování své anonymity, což může ovlivnit jejich otevřenost při vyplňování dotazníku.
- **Nedostatek ověření totožnosti:** Online dotazníky mohou být vyplňovány anonymně, což komplikuje ověření totožnosti respondentů a může vést k otázkám ohledně pravdivosti odpovědí.
- **Správné formulace otázek:** Je důležité zajistit, že otázky jsou formulovány tak, aby byly srozumitelné a relevantní pro cílovou skupinu. Špatně formulované otázky mohou vést k chybným odpovědím.
- **Nejasná odpověď:** U otevřených otázek může dojít k situaci, kdy z odpovědi respondenta/ky nebude jasné, co tím dotyčná osoba zamýšlela sdělit.

5 Analytická a interpretační část

Tato část práce se věnuje analýze a interpretaci získaných dat. Kapitola je strukturována dle dílčích cílů. Jednotlivé dílčí jsou ve svém závěru komentovány, tj. snaha o zasazení do kontextu, identifikace vyvstalých otázek, zajímavá zjištění, nutnost dalšího zkoumání atp.

Vyhodnocováno je 246 dotazníků (po eliminaci) od osob se zdravotním postižením.

5.1 Zjišťovací otázky

Otázky číslo 1 a 4: Jsem osoba se zdravotním postižením. Pohlaví.

Tabulka č. 3: Účast z hlediska pohlaví.

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost
Žena	197	80,08 %
Muž	48	19,51 %
Jiné	1	0,41 %
Celkem	246	100 %

Zdroj: vlastní zpracování.

Dotazníkového šetření (po eliminaci) se celkem zúčastnilo **246 OZP**, z toho **197 žen** (80,08 %), **48 mužů** (19,51 %) a **1** respondent/ka identifikující se jako *nebinární (transmaskulinní)*. V dotazníkovém šetření výrazně převažovaly ženy.

Otázky číslo 2 a 3: Druh zdravotního postižení. Vrozené/získané ZP.

Tabulka č. 4: Druhy zdravotního postižení a onemocnění.

Postižení/ onemocnění	Vrozené		Získané		Celkem	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Tělesné	39	15,85 %	68	27,64 %	107	43,49 %
Mentální	0	-	0	-	0	-
Psychické	8	3,25 %	11	4,47 %	19	7,72 %
Sluchové	23	9,35 %	6	2,44 %	29	11,79 %
Zrakové	8	3,25 %	1	0,41 %	9	3,66 %
Řečové	0	-	0	-	0	-
Kombinované	6	2,44 %	14	5,69 %	20	8,13 %
Chronické	13	5,29 %	34	13,82 %	47	19,11 %
Jiné	7	2,87 %	8	3,25 %	15	6,12 %
Celkem	104	42,28 %	142	57,72 %	246	100 %

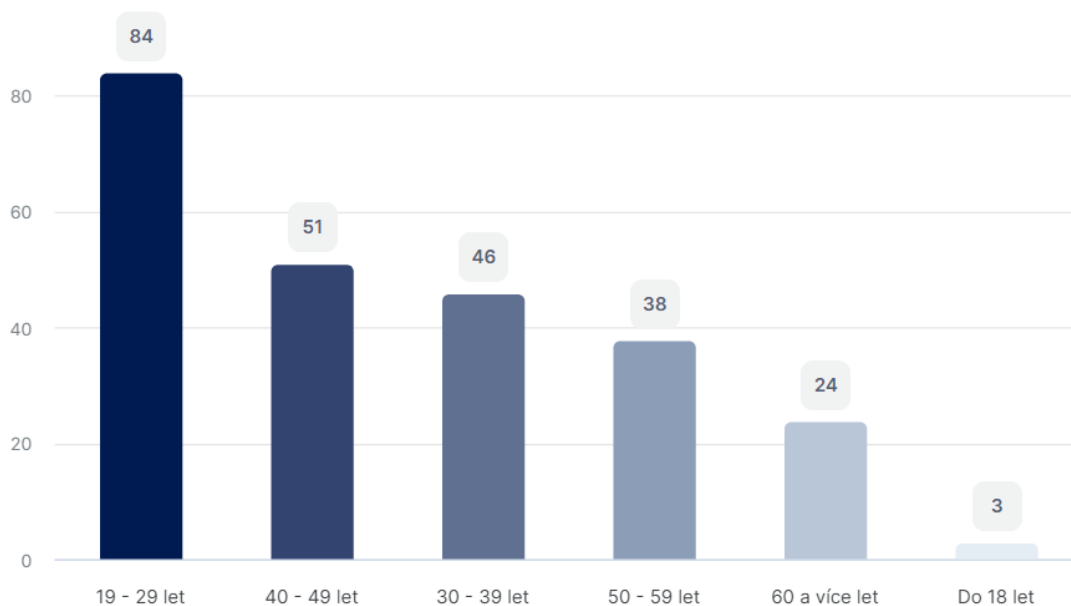
Zdroj: vlastní zpracování.

U respondentů a respondentek převládalo **tělesné postižení**, celkem jich bylo **107** (43,49 %). Následovali respondentky a respondenti s **chronickým onemocněním** 47 (19,11 %), se **sluchovým postižením** 29 (11,79 %), s **kombinovaným postižením** 20 (8,13 %), s **psychickým onemocněním** 19 (7,72 %), s **jiným postižením/onemocněním**, které bylo uvedeno v nabídce, 15 (6,12 %), se **zrakovým postižením** 9 (3,66 %). Dotazníkového šetření se nezúčastnily osoby s mentálním a řečovým postižením. Řečové postižení i mentální postižení mohlo být obsaženo v kombinovaném postižení. Pro osoby s mentálním postižením mohl být dotazník obtížně nebo zcela nemožně vyplnitelný. U kolonky „jiné“ respondentky a respondenti uváděli **metabolická a autoimunitní onemocnění** a **neurovývojové vady** (autismus, poruchy učení).

Z hlediska vrozenosti a získanosti postižení nebo onemocnění byl poměr vcelku vyrovnaný. **Vrozené postižení** nebo onemocnění uvedlo **104** (42,48 %) respondentů a respondentek, **získané** **142** (57,72 %).

Otázka číslo 5: Věk.

Graf č. 1: Věk.

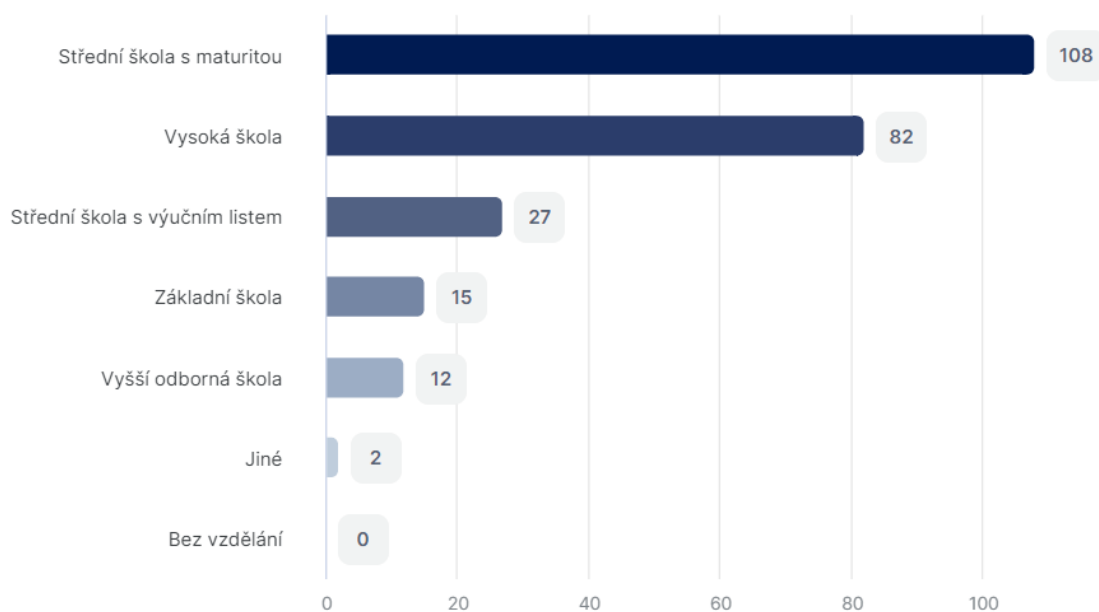


Zdroj: vlastní zpracování.

Do dotazníkového šetření se nejvíce zapojili respondenti a respondenti ve věkové kategorii **19–29 let**, bylo jich **34,15 %**. V sestupném pořadí následovaly kategorie **40–49 let 20,73 %**, **30–39 let 18,70 %**, **50–59 let 15,45 %**, **60 a více let 9,76 %** a v kategorii **do 18 let 1,22 %**. Podle těchto výsledků se jeví, že online distribuce dotazníků nebyla handicapem.

Otázka číslo 6: Nejvyšší dosažené vzdělání.

Graf č. 2: Nejvyšší dosažené vzdělání.

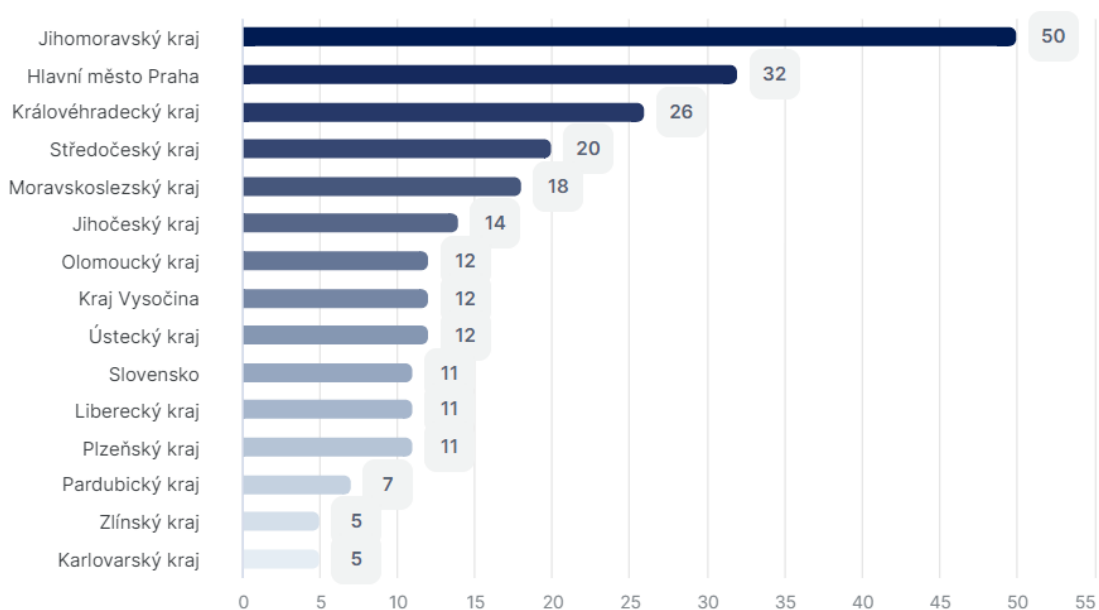


Zdroj: vlastní zpracování.

U kategorie **střední škola s maturitou** odpovědělo celkem **43,90 %** osob, z toho bylo téměř polovina osob ve věkové kategorii 19–29 let. Lze se proto domnívat, že alespoň část z těchto osob bude pokračovat nebo pokračuje v dalším studiu. Druhou nejčastější odpovědí byla **vysoká škola**, kterou má **33,33 %** zúčastněných. Následovala **střední škola s výučním listem 10,98 %**, **základní škola 4,88 %**, kategorie „jiné“ **0,81 %**, kde respondentka a respondent uvedli odborné učiliště a „*vyučen, po létech dokončeno střední vzdělání s maturitou formou 2letého denního nástavbového studia.*“

Otázka číslo 7: Ve kterém kraji bydlíte?

Graf č. 3: Bydliště.



Zdroj: vlastní zpracování.

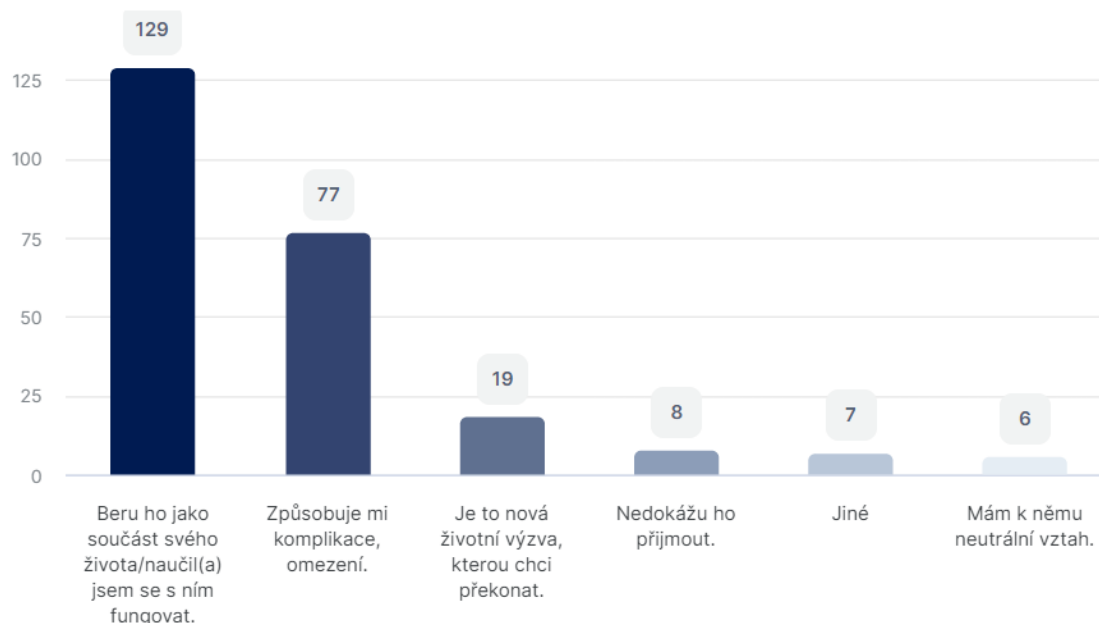
Účastníci a účastnice nejčastěji pochází z **Jihomoravského kraje, 20,33 %**. V sestupném pořadí byly zaškrtnuty kraje **Praha 13,01 %**, **Královéhradecký 10,57 %**, **Středočeský 8,13 %**, **Moravskoslezský 7,32 %**, **Jihočeský 5,69 %**, **Olomoucký 4,88 %**, **Vysočina 4,88 %**, **Ústecký 4,88 %**, **Slovensko 4,47 %**, **Liberecký 4,47 %**, **Plzeňský 4,47 %**, **Pardubický 2,85 %**, **Zlínský 2,03 %** a **Karlovarský 2,03 %**.

Do výzkumného šetření bylo zahrnuto i Slovensko z toho důvodu, že naše kultury jsou si blízké, žijí a pracují zde Čechoslováci i Slováci a jsou zde slovenští studenti a studentky.

5.2 DVC 1: Zjistit, jak OZP vnímají sama sebe v kontextu svého ZP.

Otázka číslo 8: Jak vnímáte své zdravotní postižení?

Graf č. 4: Subjektivní vnímání zdravotního postižení.



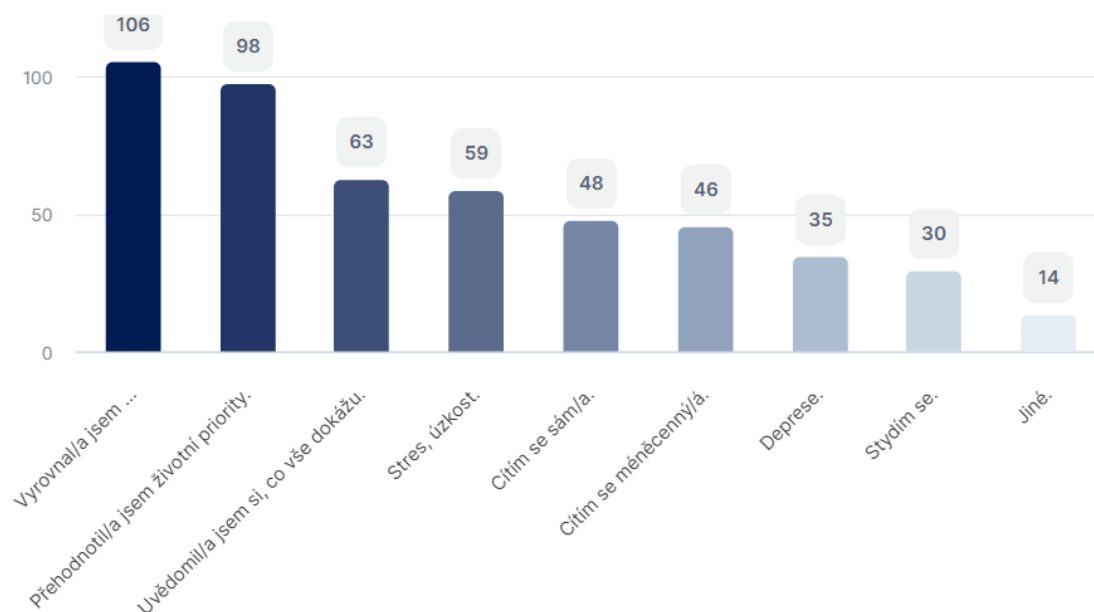
Zdroj: vlastní zpracování.

Nadpoloviční většina účastníků, **52,44 %**, uvedla, že své postižení **berou jako součást svého života/naučili se s ním fungovat**. **31,30%** dotázaných se přiklonila k odpovědi, že jim ZP **způsobuje komplikace, omezení**. Pro **7,72 %** respondentek a respondentů je jejich ZP **novou životní výzvou, kterou chtějí překonat**. **2,85 %** napsalo **vlastní odpověď** a **2,44 %** respondentů a respondentek **mají ke svému ZP neutrální vztah**.

U odpovědi „jiné“ respondentky a respondenti konstatovali, že své ZP přijali, ale způsobuje jim komplikace a omezení. Jedna respondentka uvedla: „*Část postižení jsem přijmula a beru jej jako výzvu – použití vozíku, část přijmout nedokážu – neustálé velké bolesti a další omezení.*“ Další respondentka podotkla: „*Prijala som to, ale stále sa za to hanbím...ešte som len na ceste s plným prijatím svojho postihnutia.*“ Jiná respondentka popsala své vnímání ZP slovy: „*Naučila jsem se s ním žít a částečně jej ignorovat, ale jsou chvíle, kdy se vážně nehodí nebo mám slabší chvíli a nenávidím to.*“ Někomu pravděpodobně jeho ZP změnilo život o 360°: „*Naprostu překopalo život k nežití.*“

Otázka číslo 9: Jaký má dopad vaše zdravotní postižení na vaši psychiku?

Graf č. 5: Dopad zdravotního postižení na psychiku.



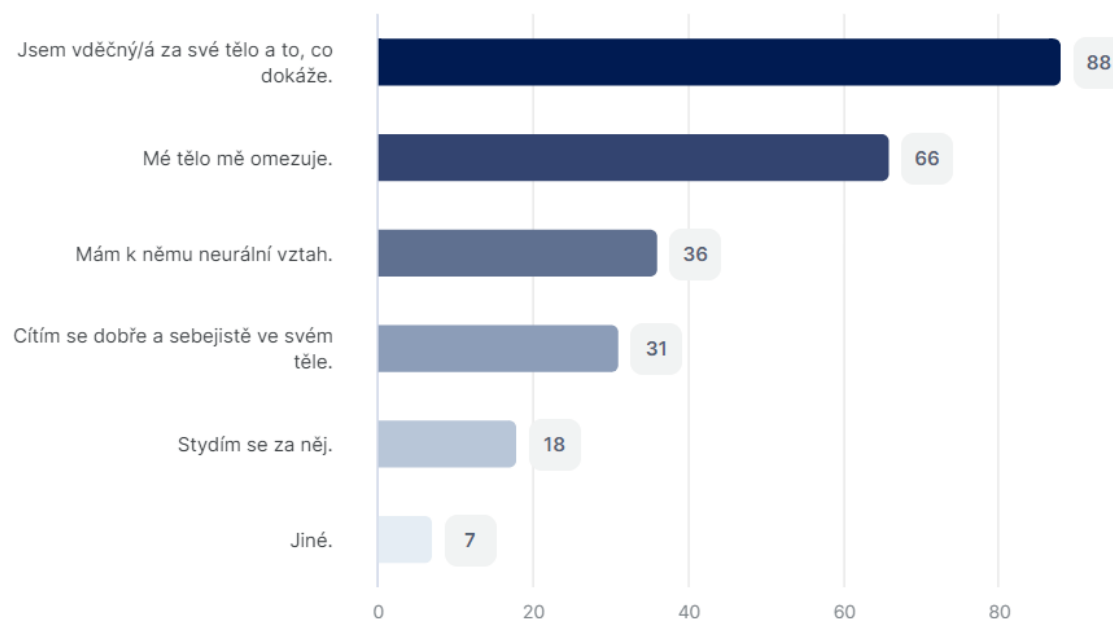
Zdroj: vlastní zpracování.

U této otázky bylo možné zvolit více odpovědí. Nejčastěji byla volena odpověď **vyrovnal/a jsem se mou situací**, 43,09 %. Další častou odpovědí byla odpověď **přehodnotil/a jsem životní priority**, tu zaškrtnulo 39,84 % zúčastněných. 25,61 % osob uvedlo, že díky ZP si **uvědomili, co vše dokáží**. **Stres, úzkost** prožívá 23,98 % dotázaných. **Pocit osamění** zažívá 19,51 % respondentů a respondentek. Podobné procento, 18,70 % bylo i u odpovědi **cítím se méněcenný/á**. **Depresí** kvůli svému ZP si prochází 14,63 % respondentů a respondentek. 12,20 % OZP se za své ZP **stydí**.

V sekci „jiné“, která byla zastoupená 5,69 %, účastníci a účastnice upozorňovali, že to záleží na dané situaci. Obecně jsou vyrovnaní, ale přijde situace, chvílka, kdy je to náročnější. Záleží i na proměnlivosti zdravotního stavu – bolesti, únava, průběh léčby atp. Jeden z respondentů to shrnul slovy: „Dopad na psychiku je proměnlivý, protože i handicap a jeho projevy jsou proměnlivé. Mění se během dne, povinnostmi, počasím, ale i věkem...“ Někdo se naopak domnívá, že jeho ZP nemá na jeho psychiku žádný dopad.

Otázka číslo 10: Jaký máte vztah ke svému tělu?

Graf č. 6: Vztah ke svému tělu.



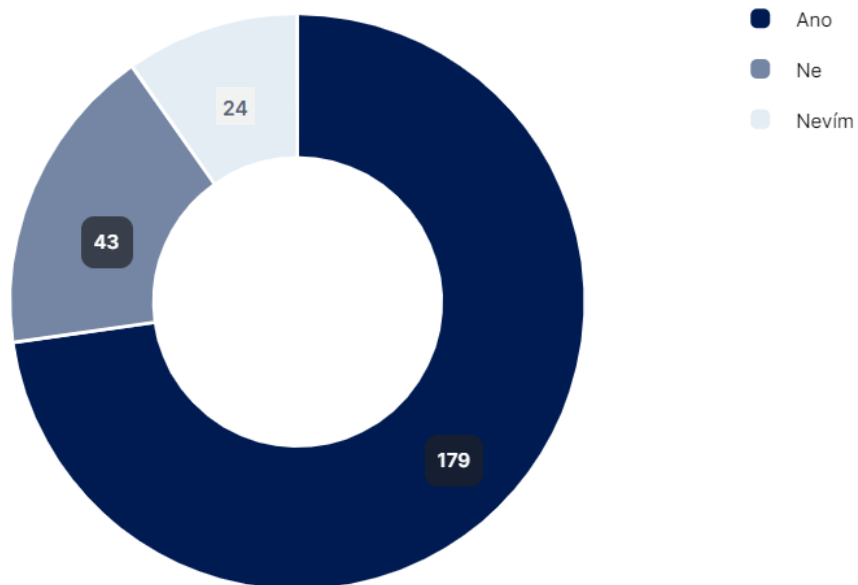
Zdroj: vlastní zpracování.

35,77 % respondentek a respondentů **jsou vděční za to, co jejich tělo dokáže**. **26,83 %** OZP se spíše přiklání k variantě, že **je jejich tělo omezuje**. **14,63 %** dotázaných má k ke svému tělu **neutrální vztah**. **12,60 %** osob se ve svém těle cítí **dobře a sebejistě**. **7,32 %** respondentů a respondentek **se za své tělo stydí**.

V kategorii „jiné“ **2,85 %** zúčastněných specifikovalo svůj vztah ke svému tělu vlastními slovy. Někteří uvádějí, že na jednu stranu jsou *vděční za to, co jejich tělo dokáže, někdy ale přijdou slabé momenty, kdy se na své tělo zlobí, cítí se nejistě, stydí se*. Jedna respondentka to popsala jako *proces sebepřijetí*. Další respondentka upozornila na faktor genderu, který se také může v sebevnímání projevit: *„Mám ke svému tělu dobrý vztah (ale jako každá žena na něj občas koukám kriticky). Cítím, že se mu nevěnuje, jak bych měla, protože mám bolesti.“*

Otázka číslo 11: Domníváte se, že má vaše zdravotní postižení vliv na vaši osobnost (vlastnosti, chování, postoje)?

Graf č. 7: Vliv zdravotního postižení na osobnost.



Zdroj: vlastní zpracování.

Téměř $\frac{3}{4}$ (**72,76 %**) respondentek a respondentek si myslí, že jejich **ZP má vliv na jejich osobnost**. **17,48 %** dotázaných se **nedomnívá**, že má ZP vliv na jejich osobnost a **9,77 %** to **nedokáže posoudit**.

Otázka číslo 12: Můžete, prosím, upřesnit, jak vaši osobnost ovlivnilo vaše zdravotní postižení (vlastnosti, chování, postoje)?

Tato otázka byla dobrovolná, proto ne všichni respondenti a respondentky, kteří u otázky č. 11 uvedli, že se domnívají, že jejich ZP má vliv na jejich osobnost, museli u této otázky odpovědět.

Z výpovědí účastníků vyplývá, že zdravotní postižení má výrazný dopad na osobnost a životní pohled jednotlivců. Mnozí uvádějí, že zkušenost s postižením přináší větší pokoru a přehodnocení priorit a hodnotového žebříčku. *„Dívám se na věci s velkým nadhledem. Hodně o věcech přemýšlím. Často nerozumím lidem, proč a co vlastně řeší... protože opravdu když nejde o život, jde o h*vno.“* Vystupují silněji ve svých postojích, projevují tvrdost na sebe i okolí a hledají možnosti, jak překonat překážky. *„Upevnilo mě v mých postojích, tvrdě si stojím za svými názory a nenechám se už odbýt jen tak. Nebojím si říct si o pomoc, ale i uzemnit ty, kdo se mě snaží podceňovat kvůli mému sluchovému postižení.“* Jiní respondenti a respondentky uvedli, že ZP jim přineslo nejistotu ve styku se společností. *„Jsem tichá (neumím odhadnout, jak hlasitě mluvím), nemám důvěru v lidi, neumím se začlenit do kolektivu (vždy mě považovali za „jinou“ a neumím se s tím vypořádat).“*

Někteří účastníci/ce zdůrazňují změny v osobnosti způsobené ZP (včetně degenerativního onemocnění) pocítují psychickou a fyzickou únavu z každodenního překonávání bariér. *„Musím se více snažit dobře zapůsobit na cizí lidi.“* S tím souvisí i frustrace a vztek kvůli omezené soběstačnosti a snaha o posun, který často nepřichází. Jiní účastníci/ce podotýkají, že se jim těžko odhaduje, jaký dopad mělo jejich ZP na osobnost, protože ho mají od narození.

Účastníci/ce zdůrazňují, že s postižením přichází nutnost pečlivého plánování každodenních aktivit, a to zejména v souvislosti s asistencí. Tato potřeba plánování vede ke ztrátě spontánnosti, což může být vnímáno jako omezení. Uzavřenost je dalším významným tématem, a to v důsledku tlaku a nepochopení okolí. Některé pocity a zkušenosti jsou těžko sdělitelné a vnímání zranitelnosti vede ke snížení schopnosti navazovat sociální kontakty.

Někteří účastníci/ci se vyrovnali s vlastní odlišností a projevují hrdost na sebe sama a sebezpřijetí. Zjištění diagnózy nebo nalezení vlastní cesty může přinést úlevu a uvědomění si vlastních schopností. Zároveň vědomá odlišnost může vést ke snaze

splynout s davem. „*Mé chování je vyhybavé a vždy se snažím být co nejvíce nenápadná. Neunesu pozornost směřovanou na mě. Má pozornost je vždy zaměřena na ostatní lidi, vždy se snažím odhadnout v jakém rozpoložení jsou nebo jak by se v blízkém okamžiku mohli zachovat (očekávám hrozbu), avšak zároveň se jim snažím za všech okolností zavděčit i na úkor mého zdraví.*“

Změna životního stylu se ukazuje jako složitý proces, ovlivňující jak činnosti, tak sociální vazby. Problémy s davem lidí, společenská očekávání a pocit méněcennosti mohou vést k osamělosti a ztrátě nezávislosti. Přesto někteří účastníci vyjadřují schopnost empatie a chápání unikátnosti a individuálních potřeb, což reflektuje jejich lepší komunikaci a flexibilitu. „*Beriem viac ohľad na druhých, aj keď ich nepoznám, že aj oni môžu mať nijaký problém.*“

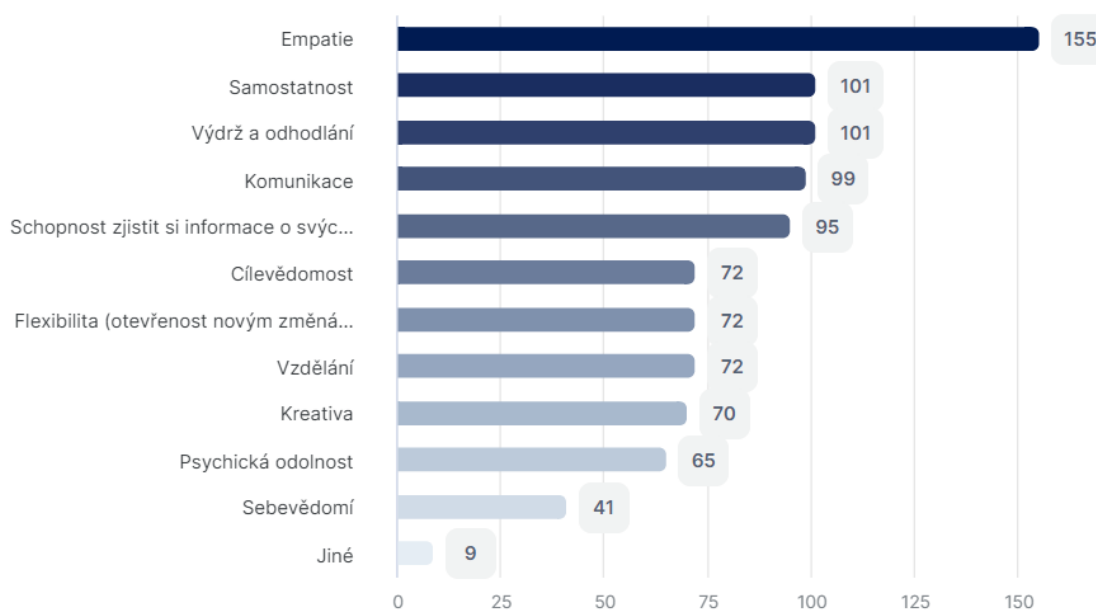
Objevuje i negativní vliv na psychiku. Účastníci uvádějí agresivnější chování, náladovost a problémy s navazováním sociálních kontaktů. Nedůvěra k lidem a obavy z nepochopení vedou k vyhybavému chování a touze být nenápadným.

Vzájemný vztah mezi zdravotním postižením a osobnostními rysy vyžaduje nejen adaptaci na nové životní podmínky, ale také nutnost sebevědomého a rozhodného chování, aby jednatel byl vnímán jako plnohodnotný člen společnosti s vlastními názory a přáními. Etikizační teorie zmiňuje, že chování může být ovlivněno vnímáním okolí, což někdy vede k adaptaci na očekávání společnosti. „*Chovám se čiastočne podľa toho, jak mě přijímá společnost.*“

Celkově lze vidět, že zdravotní postižení proniká do mnoha aspektů života a formuje osobnost jednatelce v komplexním rámci, kde se střetávají jak výzvy, tak i možnosti osobního rozvoje. Účastníci zdůrazňují nutnost spoléhat sám/a na sebe, vyvíjet urputnost a cílevědomost a přijímat svoji odlišnost s realismem.

Otázka číslo 13: Jaké jsou vaše silné stránky?

Graf č. 8: Silné stránky.

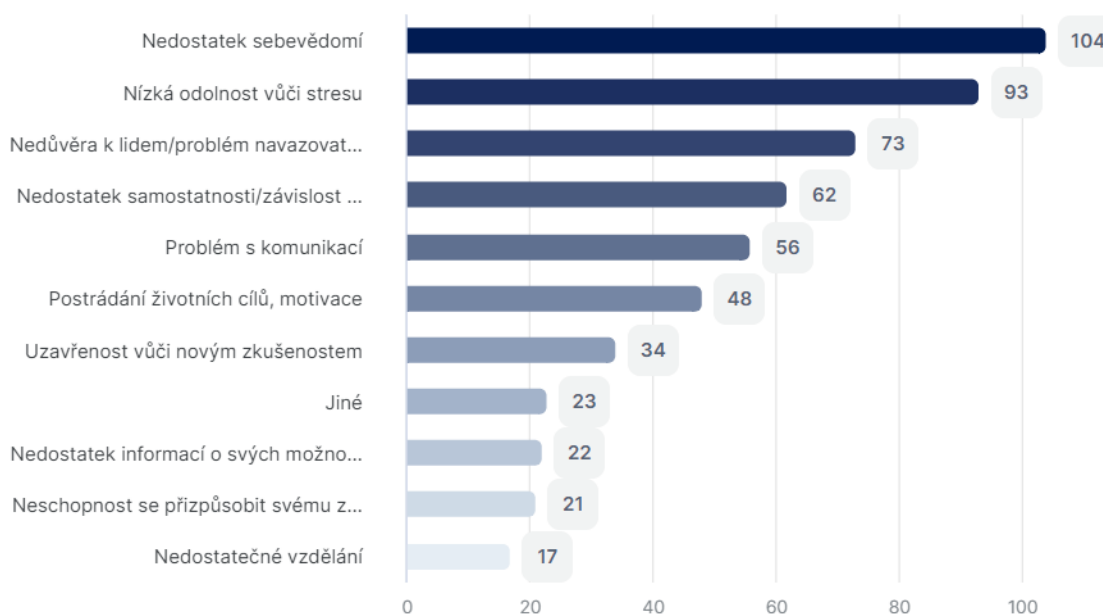


Zdroj: vlastní zpracování.

U této otázky bylo možné zvolit více odpovědí. **Empatie** je nejčastější zmiňovanou silnou stránkou OZP, **63,01 %**. Výsledek koresponduje s výpověďmi u otázky č. 11. Na druhém místě se souběžně umístily 2 silné stránky – **samostatnost** a **výdrž, odhodlání** – ty zaškrtnulo **41,07 %** zúčastněných. **40,24 %** respondentů a respondentek uvedlo, že je jejich silnou stránkou **komunikace**. **Schopností zjistit si informace o svých možnostech, cílevědomostí a flexibilitou (otevřeností novým změnám, zkušenostem)** disponuje **29,27 %** dotázaných. **Kreativitu** jako silnou stránku uvedlo **28,46 %** respondentek a respondentů. **Psychickou odolností** disponibiluje **26,42 %** zúčastněných. Na spodní příčce se jako silná stránka umístilo **sebevědomí**, to za svou silnou stránku považuje **16,67 %** dotázaných. Mezi „jinými“ odpověďmi (**3,66 %**) respondentky a respondenti uváděli *schopnost motivovat, nápomocnost, trpělivost a houževnatost, přirozenou inteligenci a pečlivost*.

Otázka číslo 14: Jaké jsou vaše slabé stránky?

Graf č. 9: Slabé stránky.

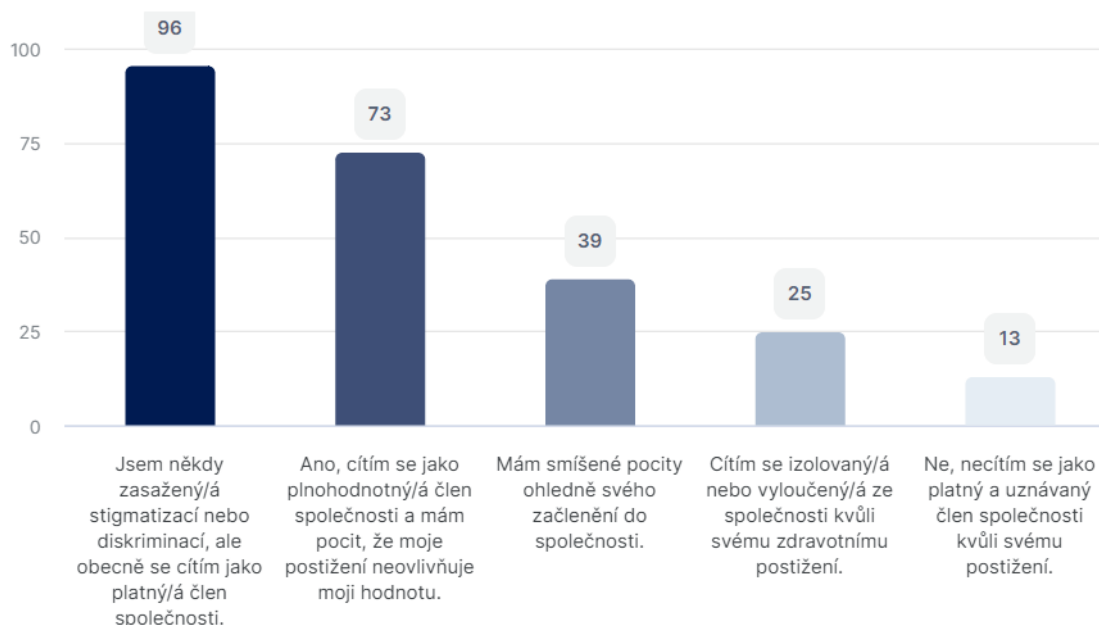


Zdroj: vlastní zpracování.

U této otázky bylo možné zvolit více odpovědí. Jako svou největší slabinu uvedlo **42,28 %** respondentek a respondentů **sebevědomí**. Druhou nejčastěji zmiňovanou slabou stránkou byla **nízká odolnost vůči stresu**, **37,80 %** dotázaných. **Nedůvěra k lidem a problém navazovat nové sociální vztahy** postihuje **39,67 %** zúčastněných. **25,20 %** respondentek a respondentů se potýká s **nedostatkem samostatnosti a závislosti na druhých osobách**. **22,76 %** OZP má **problém s komunikací**. **19,51 %** čelí **nedostatku životních cílů a motivace**. **Uzavřeností vůči novým zkušenostem** trpí **13,82 %** dotázaných. **9,34 %** respondentů a respondentek uvedlo **vlastní odpověď**, kde zmiňovali *tvrdohlavost (s otazníkem, zda se nutně jedná o zápornou vlastnost)*, opakovaně *lenost, pohodlnost, komplex méněcennosti, žádné negativní vlastnosti nemám, prokrastinace, neschopnost dát sama sebe v rámci rodiny na první místo, vzteklost a nedostatek empatie*. **8,94 %** zúčastněných **nemá dostatečné informace o svých možnostech**. S **neschopností se přizpůsobit svému ZP** se potýká **8,54 %** dotázaných. **Nedostatečné vzdělání** vnímá jako svou slabou stránku **6,91 %** respondentek a respondentů.

Otázka číslo 15: Cítíte se i napříč svému zdravotnímu postižení plnohodnotným členem společnosti?

Graf č. 10: Percepce plnohodnotného členství ve společnosti.

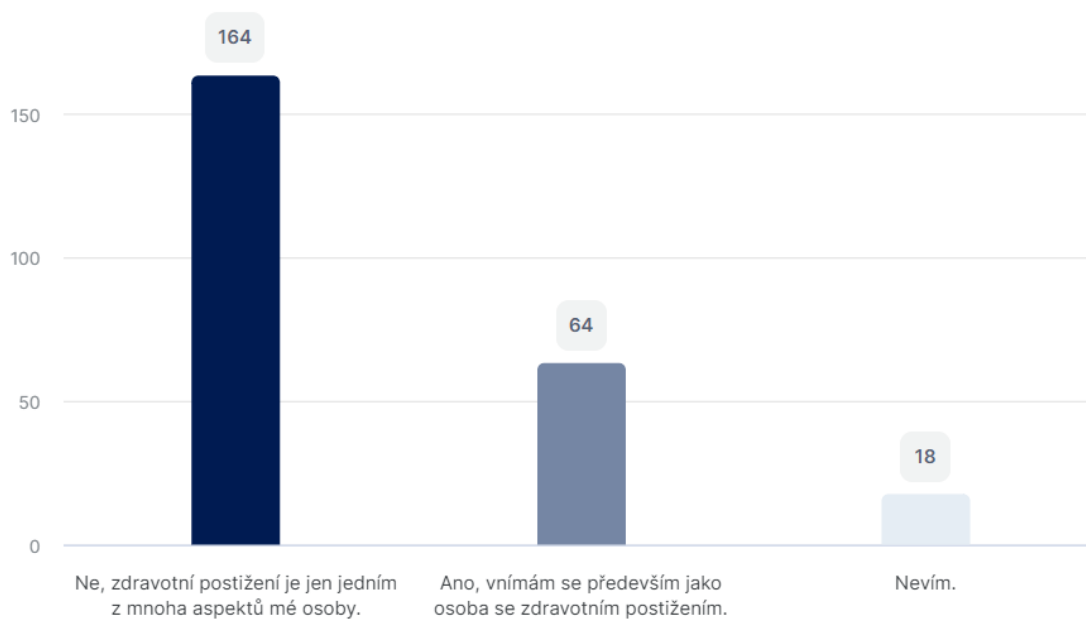


Zdroj: vlastní zpracování.

39,02 % respondentek a respondentů se obecně cítí jako platnými členkami a členy společnosti, zároveň jsou někdy zasaženi stigmatizací nebo diskriminací. **29,67 %** dotázaných se přiklonilo k odpovědi, že se cítí platnými členy a členkami společnosti a mají pocit, že jejich postižení neovlivňuje jejich hodnotu. **15,85 %** zúčastněných má smíšené pocity ohledně svého začlenění do společnosti. Pocit izolovanosti nebo vyloučenosti ze společnosti zažívá **10,16 %** respondentů a respondentek. **5,28 %** účastníků a účastnic se necítí platnými členy a členkami společnosti v důsledku svého ZP.

Otázka číslo 16: Vnímáte se především jako osoba se zdravotním postižením?

Graf č. 11: Zdravotní postižení jako součást „já“.

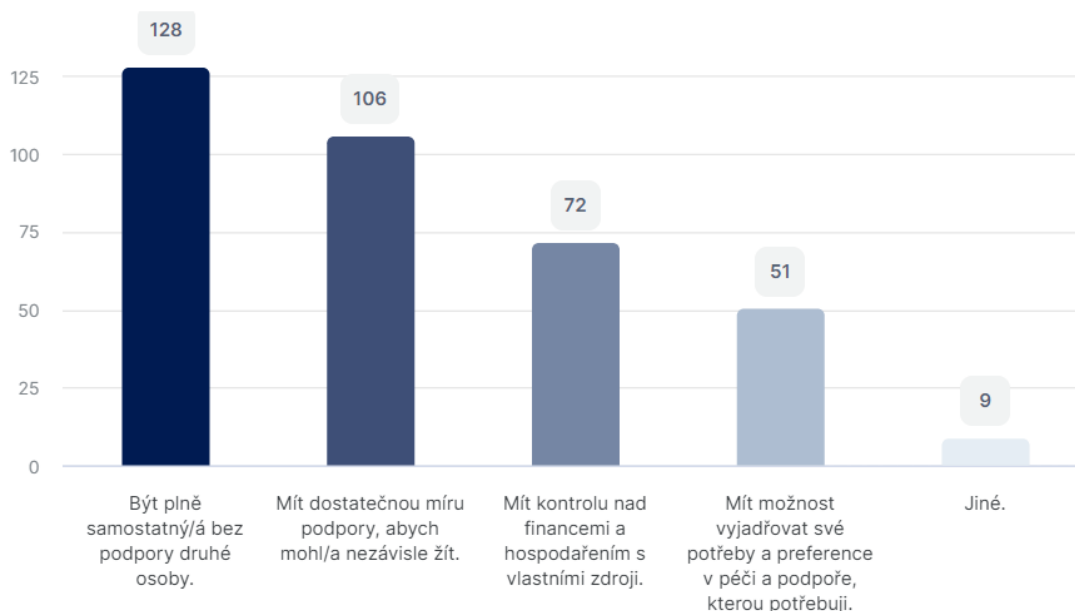


Zdroj: vlastní zpracování.

Většina respondentů a respondentek, **66,67 %**, vnímá své ZP jako jeden z aspektů vlastní osobnosti. **26,02 %** dotázaných se cítí především jako OZP. **7,32 %** zúčastnění si není jistá vnímáním svého ZP v rámci své osobnosti.

Otázka číslo 17: Co pro Vás znamená být nezávislý/á s ohledem na vaše zdravotní postižení?

Graf č. 12: Percepce nezávislosti v kontextu zdravotního postižení.



Zdroj: vlastní zpracování.

U této otázky bylo možné zvolit více odpovědí. Pro více jak polovinu zúčastněných, **52,03 %**, znamená být nezávislý/á v kontextu ZP **být plně samostatný/á bez podpory druhé osoby**. Pro téměř polovinu respondentů a respondentek, **43,09 %**, je stěžejní **mít dostatečnou míru podpory**, aby mohli žít nezávisle. Pro **29,27 %** dotázaných je důležité **mít pod kontrolou finance a hospodaření s vlastními zdroji**. **Mít možnost vyjadřovat své potřeby a preference v péči a podpoře** je podstatné pro **20,73 %** zúčastněných. **3,66 %** respondentů a respondentek uvedlo **vlastní výpovědi**, které by se daly shrnout dvěma konkrétními výpověďmi: „*Možnost rozhodovat o sobě.*“, „*Mít k dispozici potřebné kompenzační pomůcky.*“

Otázka číslo 18: Jak vnímáte svou nezávislost s ohledem na vaše zdravotní postižení?

Graf č. 13: Nezávislost v rámci vlastního zdravotního postižení.



Zdroj: vlastní zpracování.

45,93 % respondentů a respondentek **k nezávislosti potřebují určitou míru podpory nebo asistenci v určitých situacích. 33,74 %** dotázaných **je zcela nezávislých a schopných se starat o sebe. Plně závislých na podpoře jiných osob nebo služeb je 12,60 %** zúčastněných. **7,72 %** respondentek a respondentů uvedlo, že **k nezávislosti by potřebovali více podpory.**

5.2.1 Diskuse k DCV 1

DCV 1 si klad za cíl zjistit, jak OZP vnímají samy sebe v kontextu svého ZP. Protože je ZP neoddělitelnou součástí života a jeho různorodě ovlivňujícím aspektem, bylo potřeba na počátku zkoumat, jak zúčastnění své ZP vnímají a jaký má na jejich život dopad.

Z výpovědí vyplývá, že ZP a cesta k jeho přijetí, resp. adaptaci na život s ním, není konzistentním ustáleným stavem. Naopak je to proměňující se dynamický proces. Tím se potvrzuje multifacetace, hierarchizace a dynamika sebepojetí (viz str. 24). I když se člověk adaptuje, sžije se svým ZP, neznamená to, že mu ZP nepůsobí komplikace, že smíření se s ním je 100 % či se neobjeví chvíle únavy, frustrace nebo zoufalství. „*Občas mě vyvede z míry, obtěžuje mě, cítím nespravedlnost a vztek.*“ Nutno podotknout, že OZP může být sama o sobě se svým ZP v souladu, ale při styku se společnostmi dojde k nejistotě, studu a pochybnostem. Respondenti a respondentky často uváděli snížené sebevědomí v důsledku ZP, je ale otázkou, zda nejistota pramenila z nich samotných, nebo po styku se společnostmi a následnou událostí, která nastala kvůli jejich ZP, a která ovlivnila jejich sebevědomí. Již v této části výzkumu, který byl primárně orientovaný na samotné OZP, respondentky a respondenti zmiňovali významnost styku s lidmi, jak v pozitivním, tak negativním kontextu.

Z výsledků se zdá, že se ZP se pojí výdrž a odhodlání. Bohužel dotazníkové šetření neumožňuje konkrétní odůvodnění této výpovědi, ale ze souhrnné analýzy odpovědí se lze domnívat, že to souvisí se sebeprosazování svých potřeb a zájmů ve společnosti, např. na úřadech, u lékařů, v zaměstnání aj.

Zajímavé byli výsledky u otázky č. 12, která zkoumala význam nezávislosti v kontextu ZP daných osob. Přes 50 % lidí uvedlo, že to pro znamená být plně samostatný/á bez podpory druhé osoby. Můžeme polemizovat nad tím, zda dotazovaní odpovídali na otázku z realistického nebo ideálního pohledu, tedy zda jejich ZP skutečně umožňuje být plně nezávislý/á na druhé osobě, ale s určitými kompenzačními pomůckami nebo úpravami prostředí, nebo to byla pouze jejich utopická idea.

V teoretické rovině jsme nyní hovořili o kognitivním aspektu sebepojetí (viz str. 25).

Co se týče emočního aspektu sebepojetí, ve výpovědích převládalo vyrovnání se se ZP a přehodnocení životních priorit. Změnu životních priorit a hodnot často respondentky

a respondenti vysvětlovali i „ve volné odpovědi“. Kromě uvědomění si podstatných věcí v životě, zúčastnění popisovali nesoulad se svým okolím či vrstevníky (tj. jiné řešení problémů, rozdílný náhled na problémy, oblasti zájmu apod.), zvýšenou empatii a uvědomění si individuálnosti každého člověka, až po výpovědi, že ZP z nich udělalo lepší lidi. Jeden z respondentů to popsal rázným výrokem: „*Byl bych grázl.*“

V rámci emoční aspektu lze zmínit psychiku jako takovou. Vedle již popsaných věcí, bych chtěla vyzdvihnout zvýšené nároky na sebe sama. Mám na mysli především situaci, kdy OZP má pocit tlaku, který jí nutí něčím vynikat mezi „zdravou“ populací, tedy tlačí jí k tomu, aby byla konkurence schopná. To ji samozřejmě může pomoci v osobním růstu, zároveň jí to může způsobovat stres a úzkost. Další stresovou záležitostí může být „*nedostatek sociálních služeb a jejich cena v kombinaci se zvyšujícím se věkem pečujících.*“ Dopad na psychiku může mít i absence partnerského a sexuálního života. „*Vím, že jsem toho hodně dokázala, ale některé aspekty života jsou komplikovanější – třeba hledání partnera.*“ To dokládají i data – téměř 40 % lidí uvedlo, že má problém s důvěrou k lidem nebo mají problém navazovat nové sociální vztahy.

K sebeprosazování (konativní aspekt) se respondenti a respondentky nejvíce vyjadřovali v DCV 2 v rámci otázky o inkluzi, nicméně i v této sekci se nastínila některá témata, která se dají spojit se sebeprosazováním. Vedle již zmiňované dostupnosti sociálních služeb, se objevila kritika přístupu státu a společnosti k OZP. Stát byl kritizován za neefektivní přístup k OZP, zmiňována byla nepropojenost úřadů, postrádání individuálního přístupu, zkostnatělost sociálního a zdravotního systému. „*Nemocný si připadá, že se všude v podstatě musí doprošovat, obhajovat. V mnoha případech je stavěn do ponižujících situací. Spíše než podporu, vnímám systém jako obchod s lidským zdravím. O nemocných rozhodují lidé, které nemají ani minimální zdravotnické znalosti, neznají problematiku. Například stačí, že se špatně vyspí a pacient je bez léčby (pojišťovny) apod.*“ Společnost byla negativně hodnocena za stereotypní a předsudečné chování, které mnohdy hraničí s porušováním práv dané osoby. Byla zmíněna potřeba osvěty společnosti. „*Stigmatizace, předsudky, nadávky, ponižování, devalvace úspěchu. Dodnes slyším ty věty, že na fakultě mě jen trpí, š*kám s vyučujícími, zbytečně zabírám místo ostatním, platí mě ze svých daní. Tebe by měli povinně sterilizovat, jak vůbec můžeš pracovat s dětmi, rodiče těch dětí mají právo*

vědět, že jsi psychopat, měla bys být zavřena doživotně v ústavu. (Mám Aspergerův syndrom). Studuji, pracuji.“

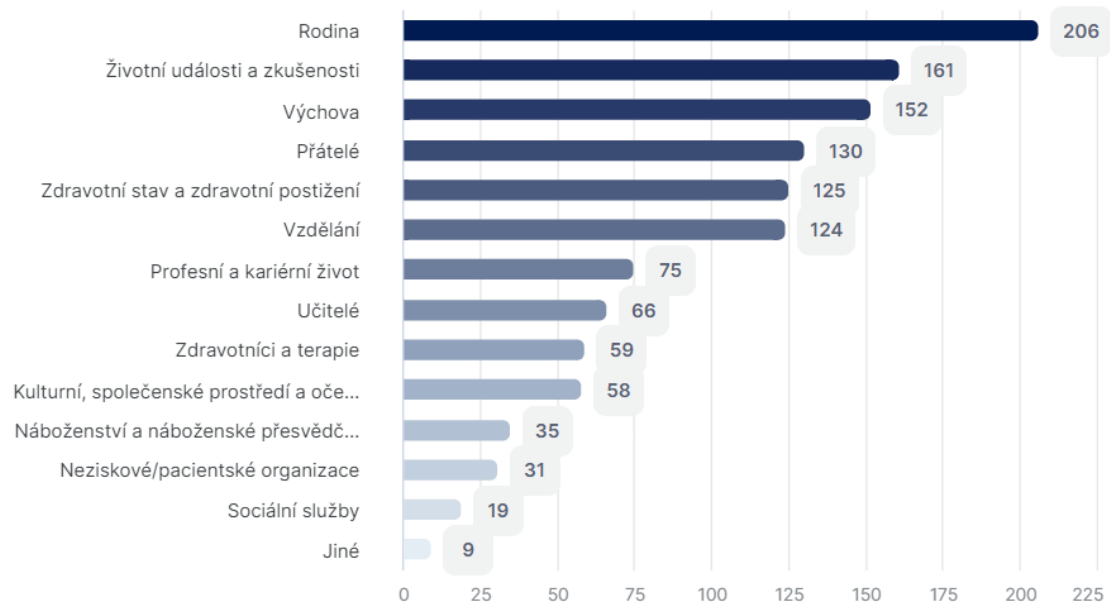
U respondentek a respondentů převažovalo kladné mínění o své o sobě. I napříc negativním zkušenostem a svému ZP se obecně cítí jako platnými členy/kami společnosti a uvádějí, že ZP je jen jeden z aspektů jejich osoby. Na druhou stranu nezanedbatelné procento zúčastněných uvádělo opačné stanovisko. Z celkové analýzy vyplývá, že to souvisí primárně se sociálními faktory nežli vlastním sebepojetím.

Veškeré faktory, které ovlivňují sebepojetí, se vzájemně prolínají, mnohdy je proto těžké je oddělit. Obzvláště sociální faktory mají významný dopad nejen na sebepojetí, ale psychiku jako takovou. Styk se společností je ale nevyhnutelný, obzvláště pokud máte potřebu seberealizace. Škola, práce, kulturní akce atp. nelze dělat z bezpečí domova (je-li domov a rodina bezpečným místem). OZP se tak mohou dostat do ambivalentní situace – vnímají svůj potenciál, potřeby a přání a chtějí být platnými členy a členkami společnosti, ale dobrý pocit ze seberealizace jim může společnost/kolektiv devalvovat.

5.3 DVC 2: Zjistit sociální faktory, které ovlivňují sebepojetí OZP (se zaměřením na rodinu a přátele).

Otázka číslo 19: Jaké faktory přispěly k formování vaší osobnosti (to, kým jste)?

Graf č. 14: Faktory, které formovaly osobnost.

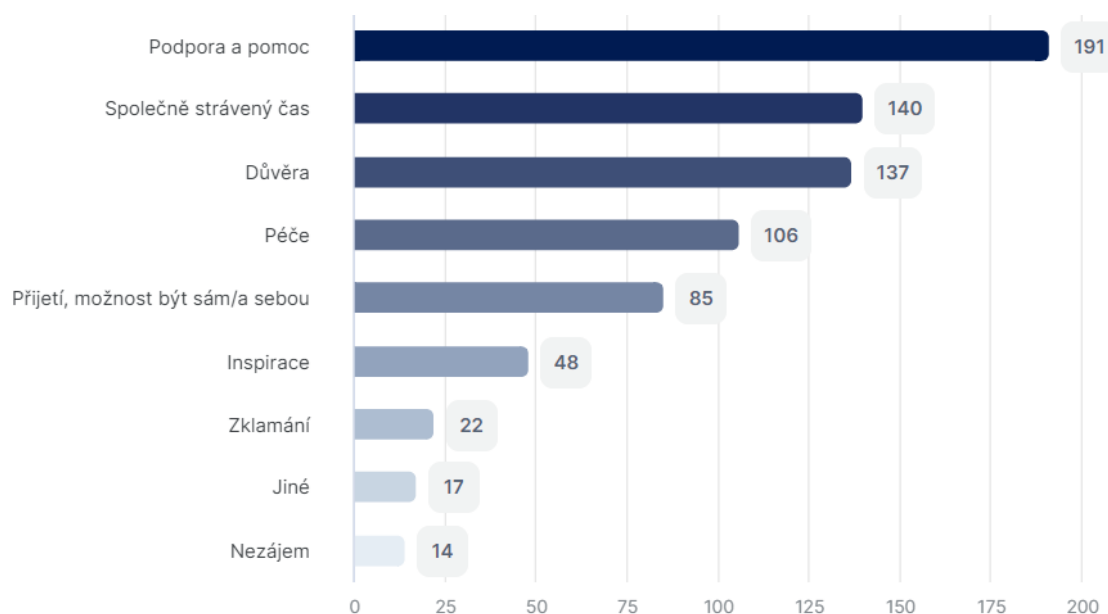


Zdroj: vlastní zpracování.

U této otázky bylo možné zvolit více odpovědí. Jako dominantní faktor formující osobnost uvedli dotazovaní **rodinu, 83,74 %**. Druhým silně dominujícím faktorem jsou **životní události a zkušenosti**, ty zaškrtno **65,45 %** respondentů/tek. Dalším důležitým faktorem se stala **výchova, 61,79 %**. Pro více jak polovinu zúčastněných, **52,85 %**, jsou podstatným formujícím faktorem **přátelé**. **Zdravotní stav a ZP** má, jakožto specifická životní událost, zásadní vliv na **50,81 %** dotázaných. Podobný podíl je i u **vzdělání, 50,41 %**. **Profesní a kariérní život** je významným faktorem pro **30,49 %** respondentek/ů. **Učitelé** ovlivnili formování osobnosti u **26,83 %** zúčastněných. **Zdravotníci a terapie** sehráli roli v ovlivnění osobnosti u **23,98 %** dotázaných. Působení **kulturního, společenského prostředí a očekávání** vnímá **23,58 %** účastníků a účastnic. Pro **14,23 %** osob je podstatným formujícím aspektem osobnosti **náboženství a náboženské přesvědčení**. **Neziskové či pacientské organizace** působili na formování osobnosti u **12,60 %** osob, naproti tomu **sociální služby** u **7,72 %**. V kategorii **jiné** lidé (**3,66 %**) uváděli *vše výše uvedené, životní coaching a studium sama sebe, média, knihy, filmy, sport s ním spojená soutěživost*.

Otázka číslo 20: Co pro Vás znamená rodina?

Graf č. 15: Význam rodiny.

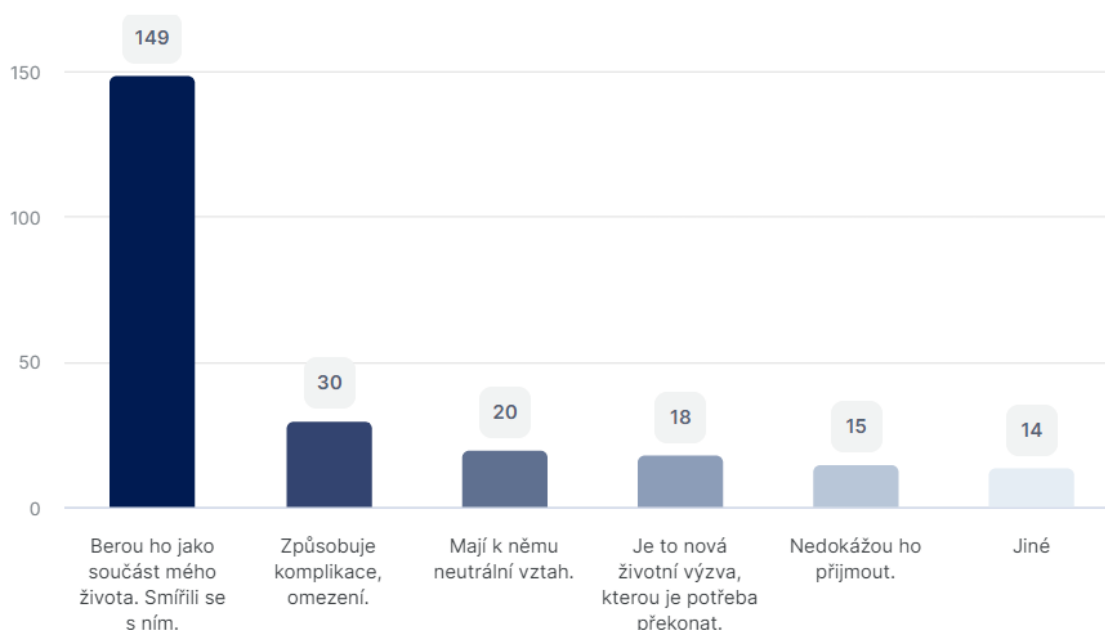


Zdroj: vlastní zpracování.

U této otázky bylo možné zvolit více odpovědí. Pro více jak $\frac{3}{4}$ dotázaných, **77,64 %**, znamená rodina **podporu a pomoc**. Pro **56,91 %** respondentek a respondentů tkví význam rodiny **ve společně stráveném čase**. **Důvěra** je pro význam rodiny podstatná pro **55,69 %** zúčastněných. **43,09 %** účastníků a účastnic vypovědělo, že je pro ně důležitá **péče** rodiny. **Přijetí** je významné pro **34,55 %** osob. **Inspirací** je rodina pro **19,51 %** dotázaných. Zdrojem **zklamání** je rodina pro **8,94 %** respondentů a respondentek. **6,91 %** účastníku popsali význam rodiny **vlastními slovy**. Opakovaly se pojmy jako *láska, zodpovědnost, společná historie, opora v těžkých chvíli*. Vedle těchto pozitivně laděných pojmů se vyskytly i výpovědi negativního rázu: *nepřijetí, stres, komplikovanost, nic*. Jeden/a z respondentů/tek uvedl/a: „*Pro mě má rodina byla a je nezájem, zklamání, ublížení, ignorace mé genetické nemoci, ponižování a týraní*.“ **5,69 %** dotázaných zmínila, že je pro rodina představuje **nezájem**.

Otázka číslo 21: Jak podle Vás rodina vnímá vaše zdravotní postižení?

Graf č. 16: Vnímání zdravotního postižení rodinou.

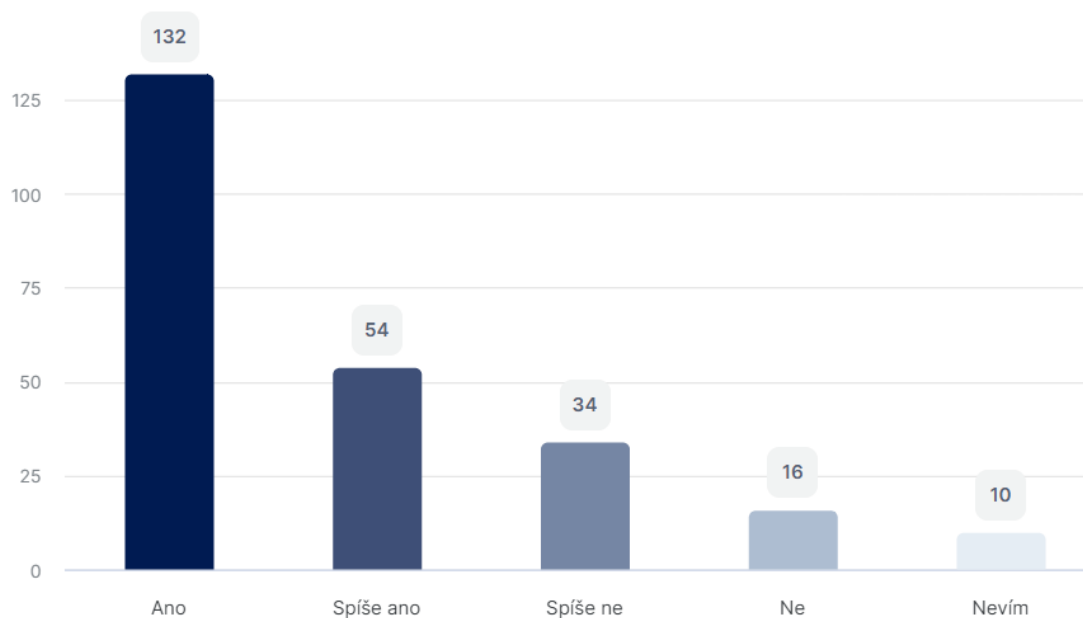


Zdroj: vlastní zpracování.

60,57 % rodiny bere ZP člena své rodiny jako **součást jeho života, popř. se s ním smířili**. **12,20 %** dotázaných se spíše přiklání k variantě, že rodiny vnímají jejich ZP jako něco, co **způsobuje komplikace a omezení**. **Neutrální vztah** k ZP svého člena rodiny má podle dotázaných **8,13 %** jejich rodin. Jako **novou životní výzvu, kterou je potřeba překonat** vnímá podle respondentů a respondentek **7,32 %** jejich rodin. **6,10 %** rodin podle zúčastněných **nedokáže jejich ZP přijmout**. Mezi **vlastním pojetím vnímání** ZP rodinami, **5,69 %**, dotázaní uváděli opakovaně, že se jedná o kombinaci přijetí (nebo min. snahou o přijetí), ale zároveň působení komplikací: „*Myslím, že s tím stále bojuji, celý můj život, přestože se většinu času snaží vypadat vyrovnaně.*“ Další opakovanou odpovědí bylo, že rodiny dané ZP nezajímá (nezájem může hraničit se zanedbáním péče), nebo ho bagatelizují či dotýčnou osobu uráží: „*Pro ně jsem jen retardovaná nána, kráva, debil, ta osoba.*“, „*Rodina nejeví zájem, v dětství jsem nebyla diagnostikována, měla jsem projevy onemocnění a nikdo to neřešil.*“ Tři respondenti/ky podotkli, že to záleží na individuálních jednotlivcích: „*Část rodiny (ta mladší) ho bere a ta druhé část (starší, rodič) ho přijímá občas a občas ne.*“, „*Matka a sestra moje postižení nepřijímají, moje děti s mým postižením nemají problém.*“

Otázka číslo 22: Máte v rodině někoho, kdo Vás vyslechne, pokud budete potřebovat sdílet témata spojená s vaším zdravotním postižením včetně emocí?

Graf č. 17: Emoční podpora spojená se zdravotním postižením rodinou.

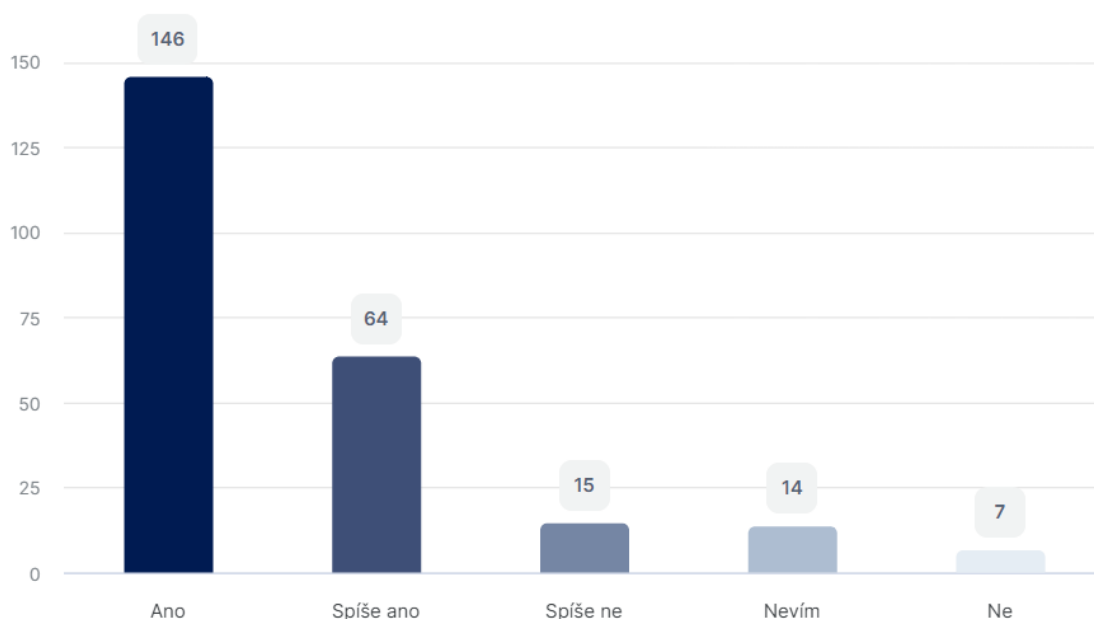


Zdroj: vlastní zpracování.

53,66 % respondentů a respondentek **má** v rodině alespoň 1 osobu, která je v případě potřeby spojené se ZP vyslechne či emočně podpoří. **21,95 %** dotázaných se domnívá, že **potencionálně** v rodině takovou osobu **má**. **13,82 %** zúčastněných si myslí, že **spíše nemá** v rodině osobu, která by je vyslechla nebo podpořila. **6,50 %** osob uvádí, že v rodině **nemá** žádnou osobu, která by je v případě potřeby vyslechla. **4,07 %** respondentů a respondentek si **není jistá**, zda v rodině má nějakou osobu, která by pro ně byla oporou v kontextu jejich ZP.

Otázka číslo 23: Chová se k Vám rodina jako k rovnocennému člověku?

Graf č. 18: Rovnocenné chování rodiny.

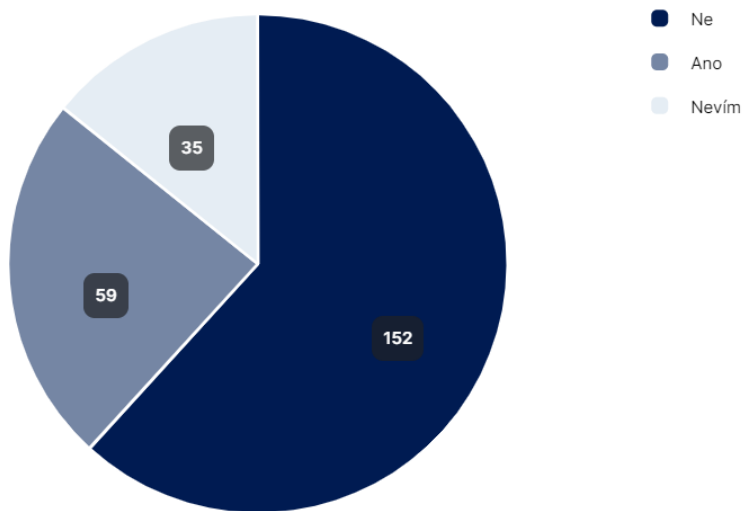


Zdroj: vlastní zpracování.

K **59,35 %** respondentkám a respondentům se jejich rodiny k **chovají** jako k rovnocennému člověku. **26,02 %** dotázaných uvádí, že se k nim jejich rodiny **spíše chovají** jako k rovnocennému člověku. Ke **6,10 %** zúčastněných se jejich rodiny **spíše nechovají** jako k rovnocenným lidem. **5,69 %** dotázaných si **není jistá**, zda se k nim jejich rodiny chovají rovnocenně. K **2,86 %** respondentů a respondentek se jejich rodiny **nechovají** jako k sobě rovným.

Otázka číslo 24: Myslíte si, že má vaše rodina tendenci rozhodovat za vás i v případech, kdy máte možnost a schopnosti jednat sám/a za sebe?

Graf č. 19: Rozhodovací tendence rodiny.

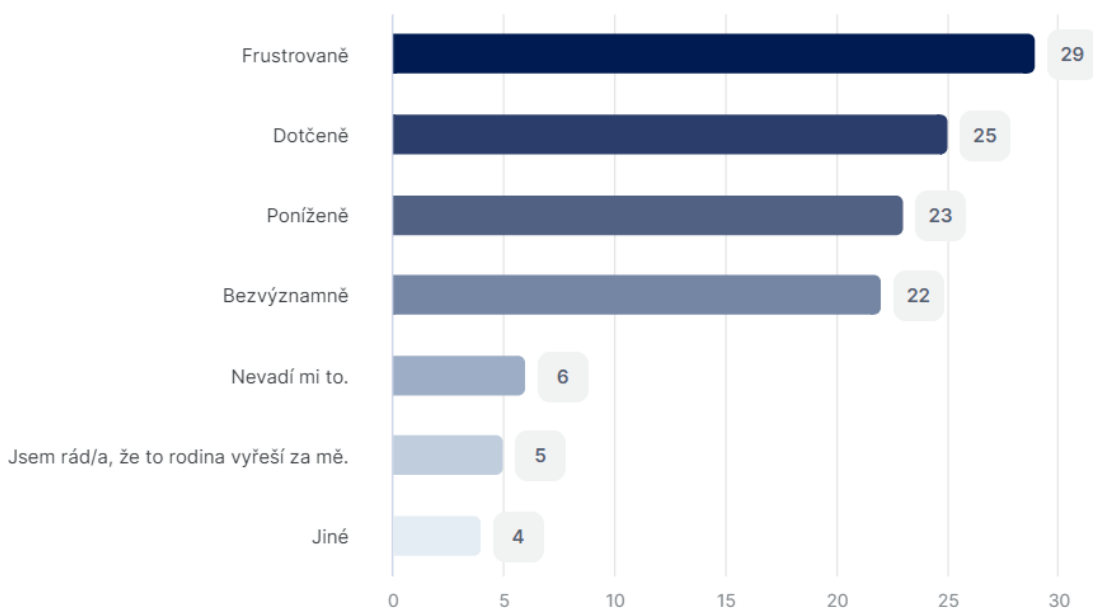


Zdroj: vlastní zpracování.

Nadpoloviční většina dotázaných, **61,79 %**, se domnívá, že jejich rodiny **nemají tendenci** za ně rozhodovat. Oproti tomu **23,98 %** zúčastněných uvádí, že **ano**. **14,23 %** si **není jistá**.

Otázka číslo 25: Jak se v takových situacích cítíte?

Graf č. 20: Emoce v situaci, kdy rodina rozhoduje za daného jedince.

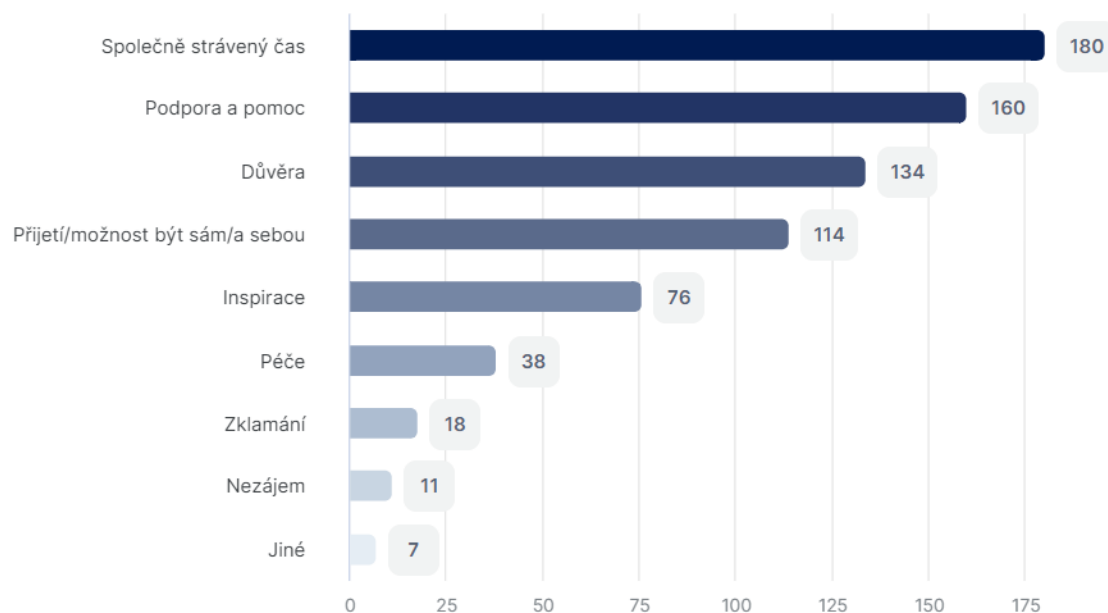


Zdroj: vlastní zpracování.

Odpovídalo 59 osob, které u předešlé otázky odpověděly, že má jejich rodina tendenci rozhodovat za ně i v případech, kdy mají možnost i schopnost rozhodovat samy za sebe. U otázky bylo možné zvolit více odpovědí. Téměř polovina zúčastněných, **49,15 %**, vypověděla, že v situaci, kdy rodina rozhoduje za ně, cítí **frustrovaně**. **42,37 %** osob se cítí **dotčeně**, **38,98 %** **ponížene** a **37,29 %** **bezvýznamně**. **10,17 %** respondentek a respondentů taková situace **nevadí** a **8,47 %** osob jsou rády, že to rodina vyřeší za ně. U možnosti vlastního vyjádření (6,78 %) se dvakrát uvedl pocit *neakceptovatelnosti jakožto člověka*. Respondenti uváděli i konkrétní postoje v dané situaci: „*Stojím si za svým a neřeším, co mi říkají. Zároveň ale nelze říct, že mi to vůbec nevadí. Spíš mě to otravuje.*“ Jeden respondent/ka se přiznal, že *záleží na situaci, někdy mu takové jednání vadí, jindy naopak mu to vyhovuje*.

Otázka číslo 26: Co pro Vás znamenají přátelé?

Graf č. 21: Význam přátel.

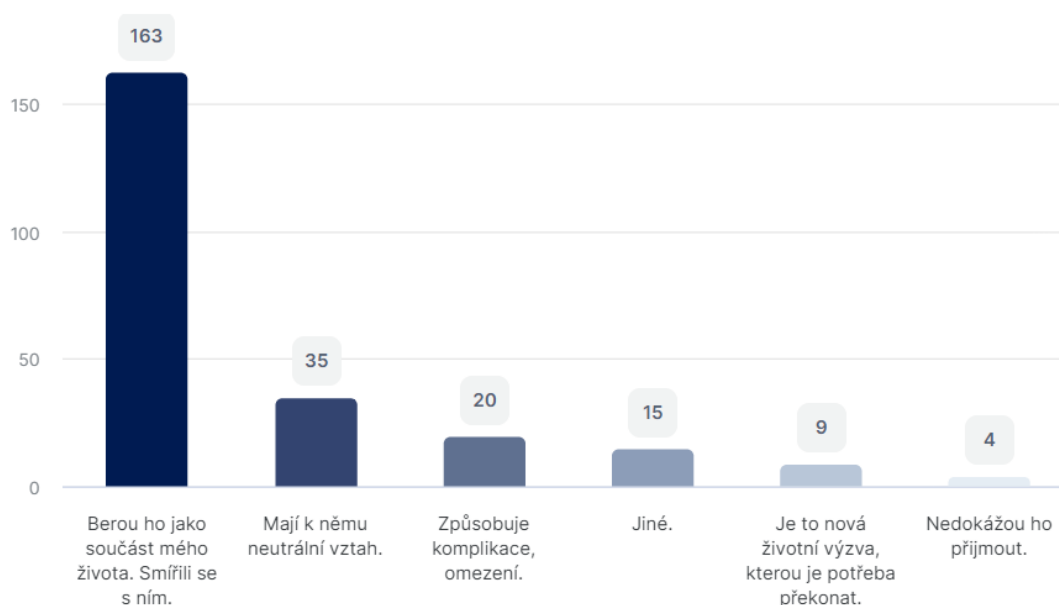


Zdroj: vlastní zpracování.

U této otázky bylo možné zvolit více odpovědí. Pro téměř $\frac{3}{4}$ respondentek a respondentů, **73,17 %**, přátelé znamenají **společně strávený čas**. Další významnou funkcí přátelství dotázaní, **65,04 %**, zvolili **podporu a pomoc**. Významné procento získala i **důvěra**, **54,47 %**. V přítomnosti přátel se cítí **býti přijato a samo sebou** **46,34 %** zúčastněných. Přátelé jsou **inspirací** pro **30,89 %** účastníků a účastnic. **Péče** je v přátelství důležitá pro **15,45 %** dotázaných. **Zklamání** představují přátelé pro **7,32 %** zúčastněných osob, **nezájem** pro **4,47 %**. Mezi **vlastními odpověďmi** (**2,85 %**) se dvakrát objevilo, že dotyční *nemají přátele* nebo že *zažili zklamání*. Naopak pozitivními aspekty jiní respondenti a respondentky uvedli *lásku, zábavu či opravdovou rodinu*.

Otázka číslo 27: Jak podle Vás přátelé vnímají vaše zdravotní postižení?

Graf č. 22: Vnímání zdravotního postižení přáteli.

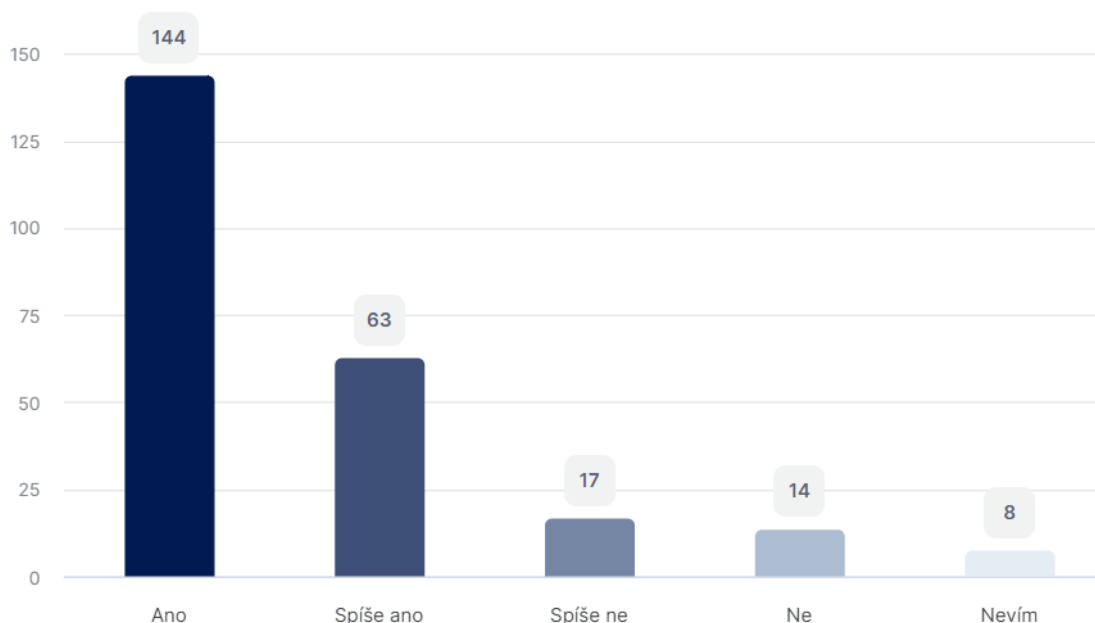


Zdroj: vlastní zpracování.

66,26 % respondentů a respondentek se přiklání k variantě, že jejich přátele jejich ZP berou jako součást jejich života. **14,23 %** přátel dotázaných k jejich ZP má neutrální postoj. **8,13 %** způsobuje komplikace, omezení. **6,1 %** zúčastněných **vlastními slovy** několikrát uvedl, že je to záležitost *individuálních jedinců*. Dále zmiňovali *absenci přátel, nepochopení, bagatelizaci a zesměšňování, přátele s handicapem či obdiv k zvládnutí daného ZP, životního postoje a priorit*. „Neřeší ho, spíše mají obdiv k tomu, jak s ním dokáže normálně fungovat i přes překážky.“ Někteří přátele projevují pochopení a reflektují potřeby daného jedince. „Berou ho jako součást, ale naštěstí i s těmi komplikacemi (takže vyberou bezbariérovou hospodu apod).“ Pro **3,66 %** přátel dotázaných je ZP výzva, kterou je třeba překonat. **1,63 %** nedokáže ZP přijmout.

Otázka číslo 28: Máte mezi přáteli někoho, kdo Vás vyslechne, pokud budete potřebovat sdílet témata spojená s vaším zdravotním postižením včetně emocí?

Graf č. 23: Emoční podpora spojená se zdravotním postižením přáteli.

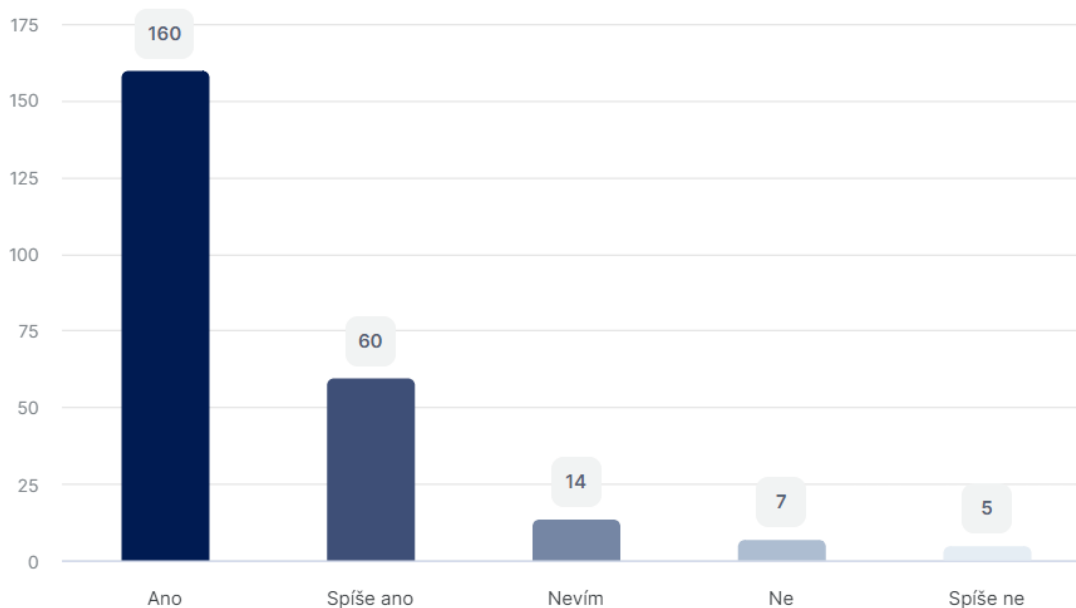


Zdroj: vlastní zpracování.

58,54 % respondentů a respondentek **má** mezi přáteli alespoň 1 osobu, která je v případě potřeby spojené se ZP vyslechne či emočně podpoří. **25,61 %** dotázaných se domnívá, že **potencionálně** mezi přáteli takovou osobu **má**. **6,91 %** zúčastněných si myslí, že **spíše nemá** mezi přáteli osobu, která by je vyslechla nebo podpořila. **5,96 %** osob uvádí, že mezi přáteli **nemá** žádnou osobu, která by je v případě potřeby vyslechla. **3,25 %** respondentů a respondentek si **není jistá**, zda mezi přáteli má nějakou osobu, která by pro ně byla oporou v kontextu jejich ZP.

Otázka číslo 29: Chovají se k Vám přátelé jako k rovnocennému člověku?

Graf č. 24: Rovnocenné chování přátel.

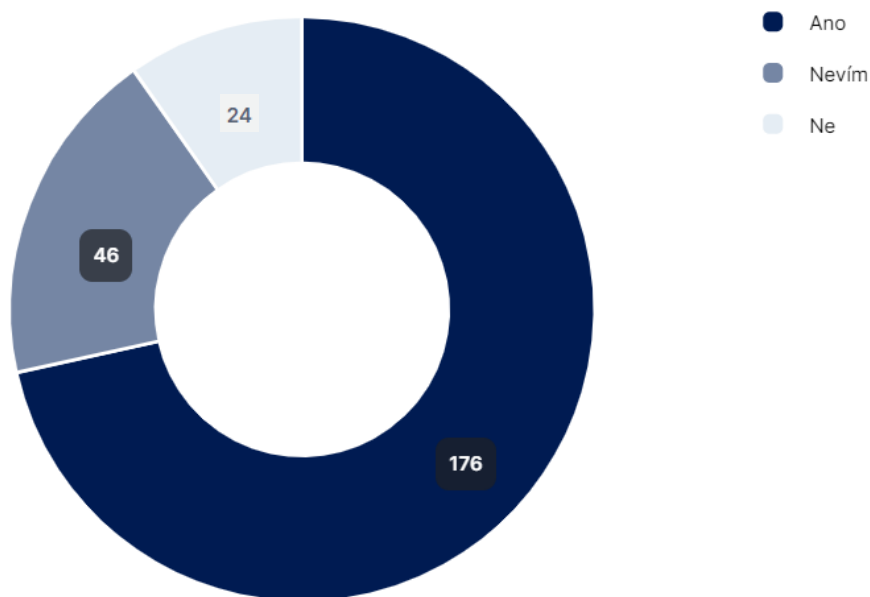


Zdroj: vlastní zpracování.

K **65,04 %** dotázaných se jejich přátelé chovají jako k **rovnocennému** člověku. **24,39 %** respondentek a respondentů uvedlo, že jejich přátelé se k nim chovají **spíše rovnocenně**. **6,91 %** si **není** rovnocenným chováním přátel **jistá**. **2,85 %** zúčastněných sdělilo, že jejich přátelé se k nim **nechovají rovnocenně**. **2,03 %** se domnívá, že jejich přátelé k nim chovají **spíše nerovnocenně**.

Otázka číslo 30: Vnímáte inkluzi jako důležitou pro svůj život?

Graf č. 25: Percepce důležitosti inkluze.



Zdroj: vlastní zpracování.

Pro **72,76 %** respondentů a respondentek je inkluze **důležitá**. **18,70 %** dotázaných si **není** význam inkluze pro jejich život **jistá**. **9,76 %** zúčastněných uvedlo, že inkluze pro jejich život **důležitá není**.

Otázka číslo 31: V čem je pro Vás inkluze důležitá?

Tato otázka byla dobrovolná, proto ne všichni respondenti a respondentky, kteří u otázky č. 30 uvedli, že je inkluze pro jejich život důležitá, museli na tuto otázku odpovědět.

Mnozí respondenti zdůrazňují právo každého jednotlivce na normální život bez újmy na právech ostatních. Objevil se odkaz na Základní listinu práv a svobod jako na oporu tohoto přesvědčení. „Každý má právo na „normální“ život, pokud tím neubližuje druhým. Kromě toho, že je to můj osobní názor, Základní listina práv a svobod mluví za vše.“ Začlenění různých skupin do běžného života je vnímáno jako přínos a obohacení pro všechny. Odpovědi vyjadřují touhu OZP být soběstačnými, mít možnost se postarat o sebe důstojně a být považovány za platné členky a členy společnosti.

Očekávání a důsledky inkluze jsou také ilustrovány aspiracemi na možnost studovat, pracovat, být platným členem společnosti a žít v prostředí bez předsudků. Respondenti/tky zdůrazňují rovnost, zlepšení kvality života, zařazení do normálního života a možnost mít stejné příležitosti jako zdraví jednotlivci, „*možnost ukázat sobě i ostatním to, že každý má svou cenu, a že i lidé s postižením mohou přispět více, než si okolí myslí.*“

Několik odpovědí vyzdvihuje nutnost odstraňování bariér („*abych nemusel tolik plánovat to kam můžu, kam můžu na záchod atp.*“), kompenzaci handicapů a rozdílnost dostupnosti sociálních služeb ve městech a na vesnicích. Inkluze je vnímána jako klíč k životu bez rozdílů mezi zdravými a osobami se zdravotním postižením. Respondentky/ti vyjadřují snahu o smazání těchto rozdílů a cítí se při tom jako aktivní účastníci společnosti. „*Inkluze je skvělá v tom, že i já jsem ten, kdo jiné obdarovává (svými dovednostmi, schopnostmi) a nejsem jen ten, kdo od jiných bere a očekává, že se o něj druzí budou starat.*“

Několik odpovědí zmiňuje také význam inkluze v psychickém ohledu. „*Mě to pomohlo psychicky. Necítila jsem se méněcenně. Jako vozíčkářka jsem docházela dokonce na základní školu se zaměřením na sport.*“ Inkluze pomáhá jednotlivcům necítit se méněcennými, poskytuje možnost ukázat svou hodnotu a přispět více, než si ostatní myslí. Je vnímána jako podpora sebedůvěry, sounáležitosti a možnosti prosadit svůj názor.

Celkově odpovědi ilustrují, že pro respondentky a respondenty má inkluze klíčový význam ve vytváření rovných příležitostí, odstraňování předsudků, posilování sounáležitosti a umožňování života plného možností, nezávislosti a účasti v různých sférách společnosti. Inkluze je vnímána nejen jako právo, ale také jako příležitost k obohacení pro všechny. Každý z nás je „*jedinečným článkem v mozaice.*“

5.3.1 Diskuse k DCV 2

Druhý dílčí cíl se zaměřoval na sociální faktory, které ovlivňují sebepojetí OZP (se zaměřením na rodinu a přátele). Již z prvního dílčího cíle vyplynulo, že sociální faktory hrají velmi podstatnou roli v utváření lidské osobnosti a toho, jak se člověk vnímá. To potvrdily i výsledky otázky č. 19, která se zaměřovala právě na formující faktory osobnosti. Na předních příčkách se umístila rodina, výchova, přátelé, životní zkušenosti, ZP a vzdělání.

Dílčí cíl se zaměřoval primárně na rodinu a přátele, tedy jedny z nejbližších mikrosystémů, které člověk může mít. Zajímavé je si tyto dva subjekty porovnat. V souhrnu u rodiny převládala pečující složky, u přátel to byla vyšší míra přijetí a psychické podpory. Data se od sebe dramaticky nelišila, přesto si lze povšimnout jistých odchylek. Otázkou je, proč tomu tak je. Z výzkumu odpověď nelze vyčíst, můžeme se pouze domnívat. Možná je to způsobené generačním rozdílem mezi rodiči a potomky (včetně těch dospělých). Byť se rodiče naučí se ZP svého dítěte fungovat, zůstává v nich pocit lítosti, že si jejich dítě musí něčím takovým procházet. Lze si toho všimnout v prostoru sociálních např. u rodičů malých dětí. I přesto, že se snaží žít co nejběžnější život, vedou děti co k nejnezávislejšímu způsobu života a zprostředkovávají různé terapie a kompenzační pomůcky, a celkově se chovají velmi pragmaticky, zůstává v nich osobní tragédie. O svých dětech pak mluví jako o bojovnících, hrdinech. Komunikace v rodině navíc může být ztížena o ten fakt, že OZP může cítit silný pocit vděčnosti, a proto je pro ni těžké komunikovat s rodinou nějaká témata, co jí tíží. Vedle pocitu vděčnosti se také může jednat o to, že potomci jsou naučení poslouchat rodiče, nebo jim rodiče nedali prostor být „slyšet“, i když k tomu mají kompetence. Jsou to pro ně stále děti a neuvědomili si, že jejich děti překročili práh dospělosti. Ostatně to dosvědčují výsledky otázky č. 24, která se zabývala přebíráním kontroly rodinou OZP i v případech, kdy to není nutné. Téměř ¼ respondentů a respondentek uvedla, že jejich rodina takové tendence má. Většina těchto lidí se pak cítí frustrovaně, dotčeně, poníženě a bezvýznamně, což se opět může promítnout do sebepojetí.

Toto jsem měla možnost několikrát vidět. Zmínila bych přístup maminky asi 22letého muže s tělesným postižením na vozíku, který byl pro svou vysokou potřebu péče druhé osoby neustále se svou matkou. Matka i v přítomnosti svého syna o něm mluvila

jako o „hochovi“ (jako by tam nebyl), navíc si neuvědomovala, že některá témata mohou být pro jejího syna nepříjemná v mé přítomnosti. Hovořila např. o tom, jak provádí osobní hygienu nebo jak plakal. Synovi to bylo zjevně nepříjemné, nevěděl, kam se má dívat, jak se má chovat. Mluvílo se o něm bez něho. Z pozorování bylo patrné, že syn de facto neměl soukromí a možnost se stýkat (bez své matky) s jinými lidmi. Byl to „ušlápnutý“ mladý muž, který se však svým chováním, resp. tématy, o kterých byl schopný komunikovat, blížil k člověku, který má přehled o všem nepodstatném (čtěte drby). Z mého pohledu tento člověk neměl potřebné stimulační podněty. Jeho život se skládal primárně z pozorování TV, lidí kolem sebe, poslouchání rozhovorů, které vedla jeho matka s jinými lidmi. Za mě je to zabítý lidský potenciál, vystudované zákonné minimum bez ambicí se dále rozvíjet. Bohužel někteří rodiče si ze života s dítětem s postižením udělají svůj životní styl a mantru a byť jsou jejich děti brány do společnosti, jsou i přesto do jisté míry sociálně izolovány.

Rodina je v tomto specifická. Na jedné straně je to základní kámen společnosti a našich životů, na straně druhé jsou zde nejkomplikovanější sociální vazby, proti kterým je velmi těžké se vymezit nebo se je pokusit korigovat.

Přátelé oproti tomu jsou generačně a hodnotově k člověku blíže. Komunikace je otevřenější, upřímnější a snažší. Pokud přátelství přestane fungovat, je jeho vazby jednodušší přerušit než u rodiny. Možná proto jsou přátelé pro OZP menším zklamáním a nezájmem než rodina, jak vyplývá z dat. Přátelé jsou pro OZP také významnější v ohledu „být sám/a sebou“. Jeden z respondentů/tek uvedl, že přátelé mohou být někdy více než rodina.

Toto byla úvaha nad rozdílným významem přátel a rodiny, jednoznačné závěry výzkum neposkytuje. Nicméně to může být dobrý námět pro jinou výzkumnou práci.

Další řešenou oblastí byla inkluze. Inkluze může pomoci aktivovat pozitivní faktory, které mají dopad na formování osobnosti. Jak bylo na začátku této diskuse zmíněno, jedněmi z důležitých formujících sociálních faktorů byly pro respondentky/ty životní zkušenosti/události a vzdělání. Inkluze má dva hlavní dopady: na jedince a na společnost. Pro jedince může být poznáním nových lidí a oblastí, objevením a zdokonalením vlastních schopností a dovedností, posílením sebedůvěry, sebehodnoty a zhodnocením potenciálu. Pro společnost, jak podotýká Goffman (viz str. 22), reálný střet dvou světů, byť z počátku třeba nedůvěřivý, nejistý, trapný a plný předsudků, je

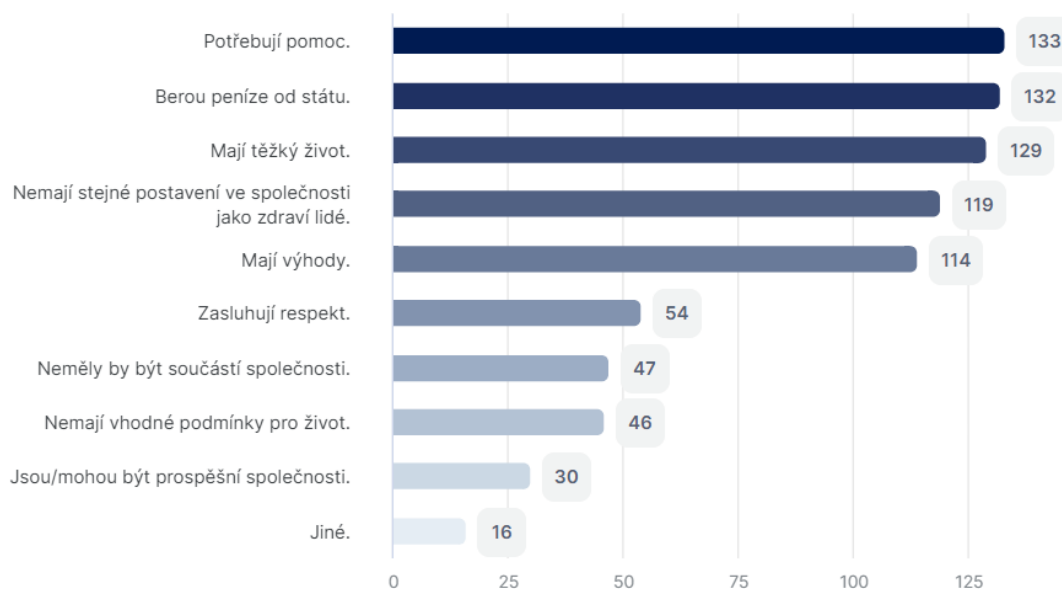
zároveň tím nejlepším pro jejich pokořování. Respondenti a respondentky vedle často zmiňovaného vzdělání a možnosti pracovat, uváděli touhu žít běžný život – „*nemyslet na své postižení*“, „*navázání vztahů přátelských, partnerských, možnost pracovat, cestovat*“, „*uznání svých zásluh*“, „*prostě žít*.“ Pro mě osobně byla nejsilnější odpověď na otázku: V čem je pro Vás inkluze důležitá? – „*Protože jsem člověk*.“

Potřeba inkluze pravděpodobně u každého jedince závisí specificky na jeho ZP – zda je viditelné, jaké komplikace mu způsobuje atd. Pokud ZP není viditelné, člověk nepotřebuje specifické pomůcky, podmínky pro styk se společností, tak tato osoba nebude pociťovat ve svém případě potřebu inkluze, protože se jí vyčlenění ze společnosti, potřeba podpory a specifických podmínek netýká.

5.4 DVC 3: Zjistit postoje společnosti ke skupině OZP pohledem OZP.

Otázka číslo 32: Zaškrtněte, co si podle Vás myslí společnost o osobách se zdravotním postižením.

Graf č. 26: Pohled společnosti na osoby se zdravotním postižením.



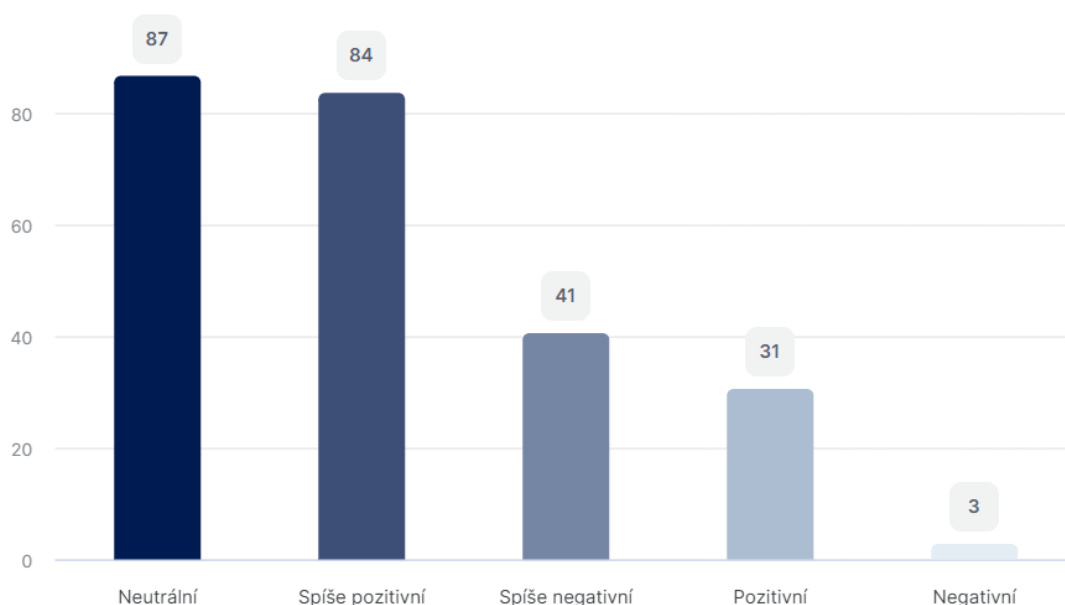
Zdroj: vlastní zpracování.

U této otázky bylo možné zvolit více odpovědí. **54,07 %** dotázaných se domnívá, že společnost OZP vnímá jako **objekt pomoci**. **53,66 %** respondentů a respondentek uvedlo, že společnost na OZP nahlíží jako na lidi, kteří **berou peníze od státu**. Podle **52,44 %** dotázaných si společnost o OZP myslí, že **mají těžký život**. Že podle společnosti OZP **nemají ve společnosti stejné postavení jako zdraví lidé**, se domnívá **48,37 %** zúčastněných. **46,34 %** dotázaných osob usuzuje, že si společnost myslí, že **mají OZP výhody**. Že společnost soudí, že OZP **zaslouhují respekt**, se domnívá **21,95 %** zúčastněných. **19,11 %** dotázaných si myslí, že podle společnosti OZP **neměly být součástí společnosti**. **18,70 %** respondentek a respondentů soudí, že společnost ví, že OZP **nemají vhodné podmínky pro život**. **12,20 %** dotázaných vnímá, že se společnost domnívá, že OZP **jsou/mohou být společností prospěšní**. **Vlastní odpověď** zvolilo **6,50 % osob**. Opakovaly se tvrzení, že se společnost domnívá vše uveďte, nebo že to záleží na jednotlivcích či sociálních bublinách. Další

opakovanou odpovědí bylo, že si společnost všímá odlišnosti OZP od intaktní většiny. Objevovaly se i odpovědi narážející na degradující a předsudečné postoje či ústavní péči: „Řada lidí si myslí, že handicapovaní jsou přerostlé děti, ne dospělí a samostatně myslící lidi.“, „Většina OZP má automaticky i mentální postižení.“, „Těžká ZP patří do ústavů.“, „Pokud potřebují moc péče, nemohou být profesně aktivní a měli by být v ústavech.“

Otázka číslo 33: Jaké máte zkušenosti s reakcemi cizích lidí na vaše zdravotní postižení?

Graf č. 27: Zkušenosti s reakcemi lidí na zdravotní postižení.

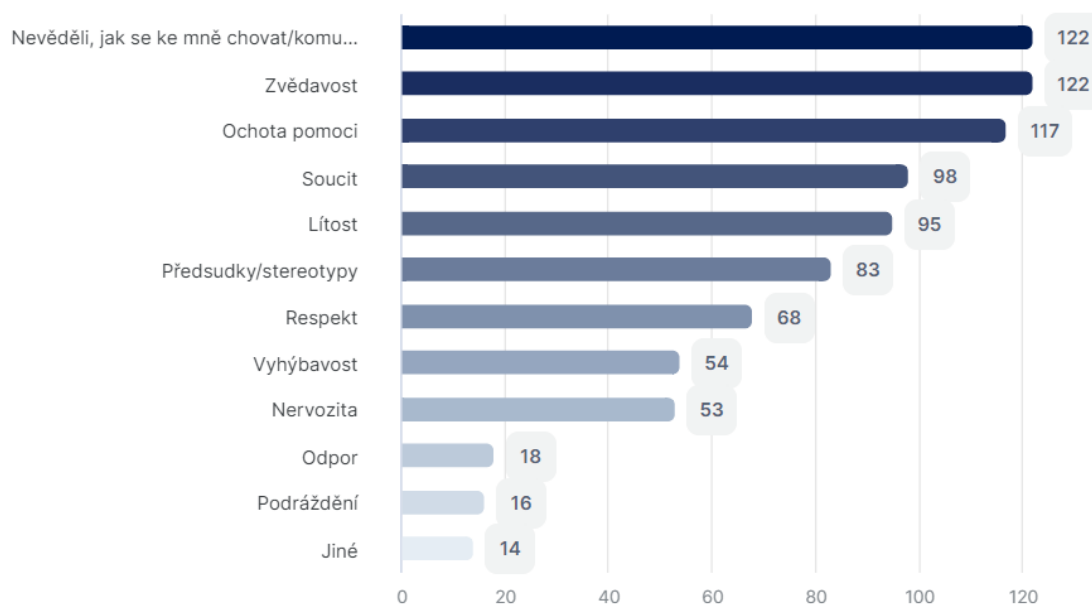


Zdroj: vlastní zpracování.

35,37 % má s reakcemi okolí na jejich ZP **neutrální zkušenosti**. **34,15 %** dotázaných má **spíše pozitivní zkušenosti**. **16,67 %** uvádí, lidé na jejich ZP reagovali **spíše negativně**. **12,60 %** respondentů a respondentek zažilo **pozitivní reakce** okolí. **1,22 %** dotázaných má **negativní zkušenost** s reakcemi lidí na jejich ZP.

Otázka číslo 34: Jak lidé reagovali na vaše zdravotní postižení?

Graf č. 28: Reakce lidí na zdravotní postižení.

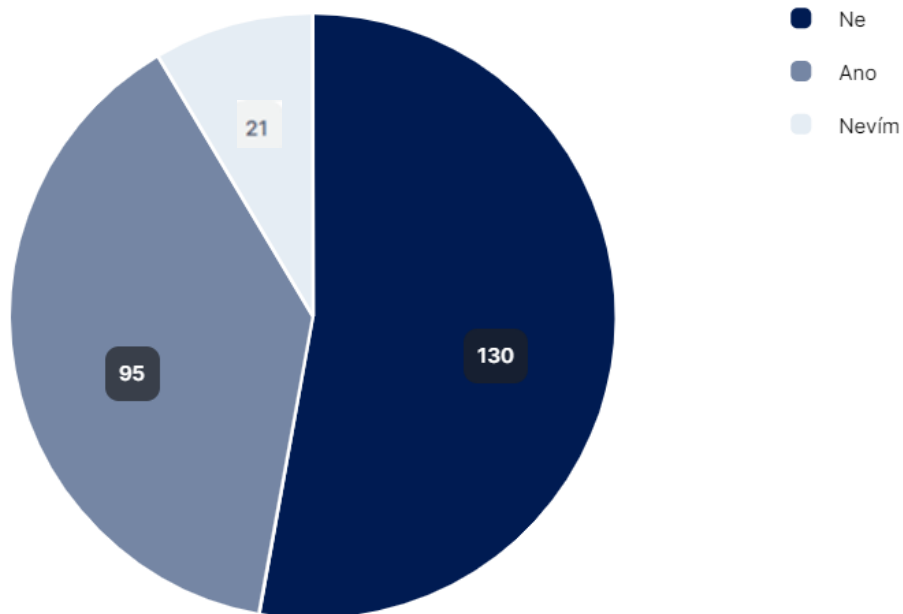


Zdroj: vlastní zpracování.

U této otázky bylo možné zvolit více odpovědí. **49,59 %** dotázaných uvedlo, že lidé nejčastěji **nevědí, jak s nimi komunikovat a chovat** a projevují **zvědavost**. Na druhém místě **47,56 %** dotázaných volilo **nabídku pomoci**. Častou reakcí lidí je také **soucit (39,83 %)** a **lítost (38,62 %)**. OZP se poměr často (**33,74 %**) setkávají s **předsudky či stereotypy** okolí. 27,64 % dotázaných se setkala s respektujícím chováním lidí vůči jejich ZP. Vyhýbavé chování zažilo 21,95 % respondentů a respondentek. Nervozitu cítilo z reakcí okolí 21,54 % zúčastněných. S odporem má zkušenost **7,32 %** lidí. **Podrážděné reakce** zažilo **6,50 %** dotázaných. **Ve vlastních odpovědích** lidé (**5,69 %**) opakovaně uváděli, že se setkali se *všemi z uvedených možností*, ale že nejčastěji *převládá nejistota, jak se k nim lidé mají chovat a jak s nimi komunikovat*. Opakovala se také odpověď, že lidé *odmítali věřit problémům*, které dané ZP způsobuje. Dalšími zkušenosti s reakcemi okolí na ZP je *překvapení, neinformovanost* či *strach z nenakažlivé nemoci*. Jeden z respondentů/tek popsal/a specifickou zkušenost: „Čas od času mě oslovují cizí lidé na ulici a chtějí se za mě modlit a dotýkají se mě, toto je mi nepříjemné.“ Přišla i konstruktivní poznámka: „Otázka 34. a 35. je zjednodušující. On je totiž obrovský rozdíl, jestli chcete reakci kolemjdoucích cizích, nebo lidí v kolektivu, kam chcete patřit.“

Otázka číslo 35: Bá/a jste se někdy o svém zdravotním postižení mluvit s cizí osobou?

Graf č. 29: Obavy z komunikace o zdravotním postižení s cizími osobami.

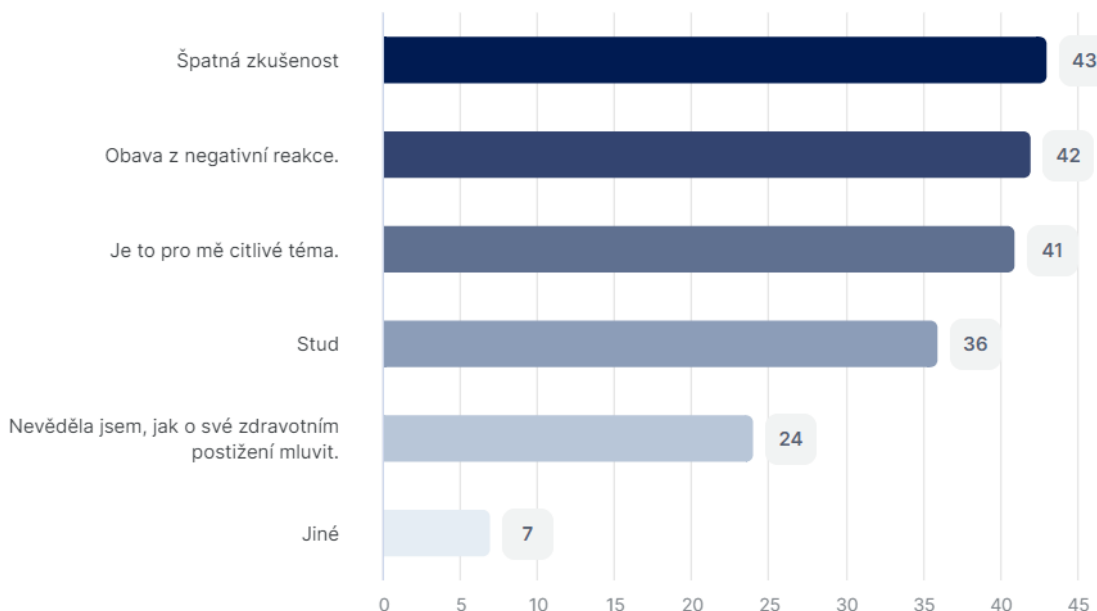


Zdroj: vlastní zpracování.

Více jak **52,85 %** dotázaných vypovědělo, že **se nikdy nebálo** o svém ZP mluvit s cizí osobou. Oproti tomu **38,62 %** zúčastněných odpovědělo, že **mělo někdy obavy** o své ZP mluvit s cizí osobou. **8,54 %** respondentek a respondentů **si není jistá**, zda někdy takové obavy pociťovali.

Otázka číslo 36: Proč jste se bál/a o svém zdravotním postižení mluvit s cizí osobou?

Graf č. 30: Důvody obav z komunikace o zdravotním postižením s cizí osobou.

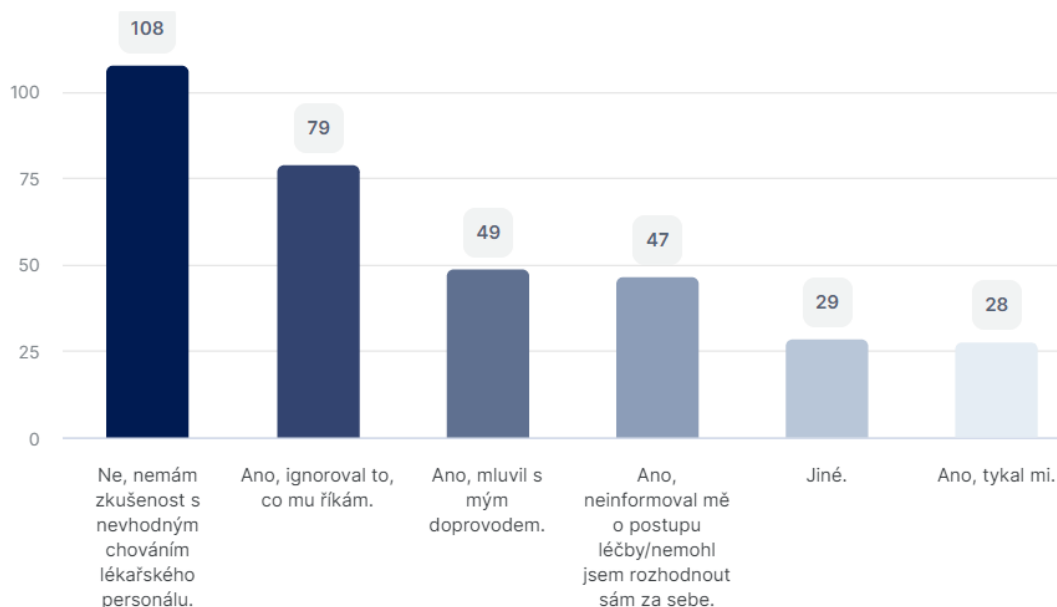


Zdroj: vlastní zpracování.

Na tuto otázku odpovídali pouze respondentky a respondenti (95), kteří u otázky č. 35 uvedli, že se někdy báli mluvit o svém ZP s cizí osobou. U této otázky bylo možné zvolit více odpovědí. **45,26 %** dotázaných uvedlo, že důvodem obav z komunikace o svém ZP byla **špatná zkušenost**. Podobné procento lidí, **44,21 %**, sdělilo, že mělo obavy z **negativní reakce**. Pro **43,16 %** respondentek a respondentů je jejich ZP **citlivé téma**. **37,89 %** zúčastněných se za své ZP **stydí**. **25,26 %** dotázaných **nevědělo, jak o svém ZP mluvit**. V kategorii **jiné** respondentky a respondenti, **7,37 %**, jako důvody *výchovu, únavu, z neustálého vysvětlování a obhajování* či že kvůli *nestanovené diagnóze nebudou brány zdravotní problémy vážně, nebudou pochopeny*. Často se objevovala odpověď ze strachu z odmítnutí, komplikovaného vysvětlování, nemístných poznámek a předsudků a celkově ztížené komunikace. „Když neví o mém postižení, nemají předsudky, jakmile zjistí, že mám postižení, je vše problém, třeba při ucházení se o práci.“, „Například, když usiluji o nové pracovní místo, o nové studium, když jsem nechtěla přerušit těhotenství ...“, „Nejde o strach, ale časem zjistíte, že nemá smysl vysvětlovat. Lidí jsou nějak nastavení a buď chtějí vědět a zajímají se, nebo ne.“

Otázka číslo 37: Máte zkušenost, kdy se k Vám lékařský personál (lékaři, sestry, sanitáři, ...) choval nevhodně?

Graf č. 31: Zkušenosti s nevhodným chováním zdravotnického personálu.

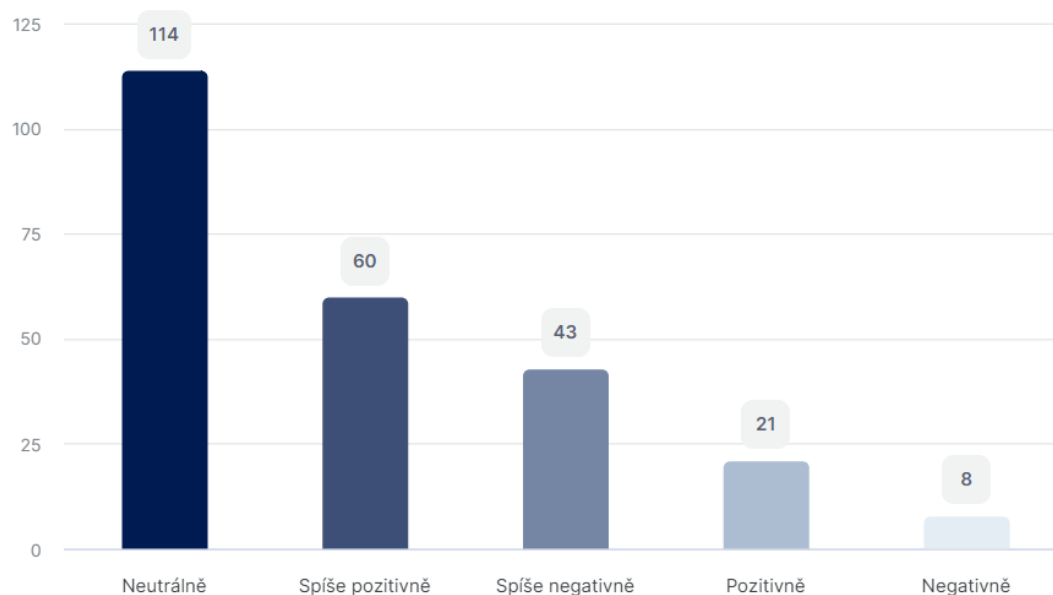


Zdroj: vlastní zpracování.

U této otázky bylo možné zvolit více odpovědí. **43,90 %** zúčastněných vypovědělo, že **nemají zkušenost s negativním chováním lékařského personálu**. Zbytek respondentů/tek uvedlo konkrétní příklady zažitého nevhodného chování lékařské personálu. **32,11 %** dotázaných má zkušenost s **ignorací sdělovaných informací** lékařskému personálu. U **19,98 %** zúčastněných **mluvil personál s jejich doprovodem**. **19,11 %** zúčastněných uvedlo, že je personál **neinformoval o postupu léčby nebo se dotýčný nemohl rozhodnout sám za sebe**. Mezi **vlastními odpověďmi**, **11,79 %** osob, se objevovaly výpovědi jako *bagatelizace sdělených obtíží, neprofesionální chování (zvýšený hlas, zahlížení, arogance, povýšené chování (Já jsem lékař!), nemístné otázky na ZP, nedůstojné jednání („Brali mě jako věc, jako problém.“), komunikace jako s dítětem, obvinění ze simulování, odkaz na internet, nešetrné sdělení diagnózy (např. po telefonu), odmítnutí poskytnutí lékařské pomoci*. “ Z výpovědí také vyplývá, že zdravotnický personál často postrádá sociální a komunikační dovednosti vůči pacientům, např. *empatii*. „*Úchvatné je, když personálu musíte vysvětlovat věci, které kvůli diagnóze dělat nemůžete, např. se rychle obléknout, about apod.*“ Jiná zkušenost respondenta: „*Oční lékař mi řekl po tom, co jsem ho informoval, že je to občas složité s mým zrakem větou: máte ruce a nohy tak co řešíte.*“

Otázka číslo 38: Jak vnímáte způsob, kterým média informují o osobách se zdravotním postižením?

Graf č. 32: Percepce způsobu informování médií o osobách se zdravotním postižením.

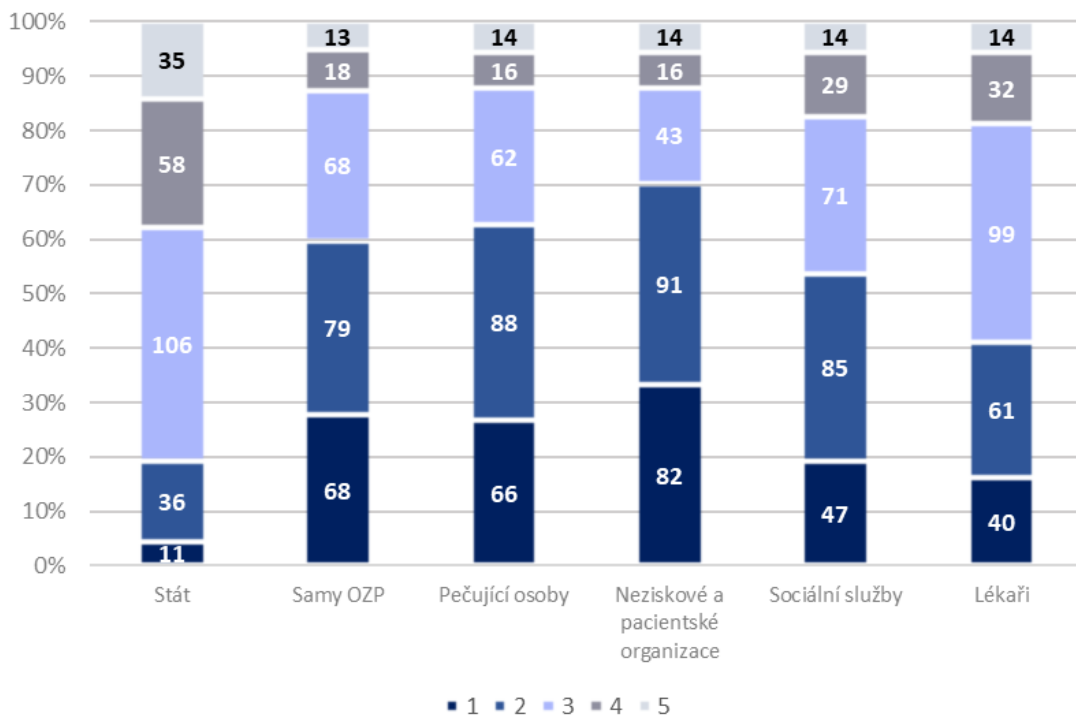


Zdroj: vlastní zpracování.

43,35 % dotázaných vnímání prezentaci OZP médií **neutrálně**. **24,39 %** respondentek a respondentů uvedlo, že vnímá informování médií o skupině OZP **spíše pozitivně**. **17,48 %** naopak **spíše negativně**. **8,54 %** zúčastněných vypovědělo, že tento způsob vnímá **pozitivně**. Oproti tomu **3,25 %** dotázaných jej vnímá **negativně**.

Otázka číslo 39: Jak byste zhodnotil/a úroveň obhajoby práv osob se zdravotním postižením následujícími subjekty?

Graf č. 33: Hodnocení obhajoby práv osoby se zdravotním postižením.

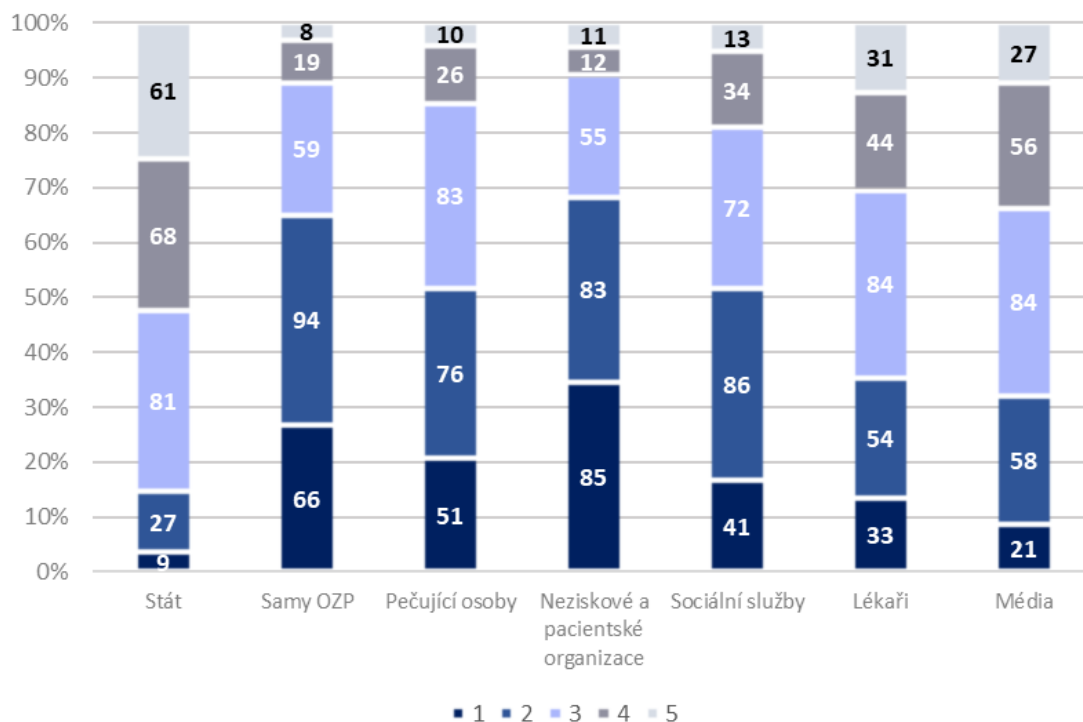


Zdroj: vlastní zpracování.

V rámci obhajoby práv OZP se podle respondentek a respondentů angažují nejvíce **neziskové a pacientské organizace**, 70,32 % (sečtená procenta hodnocení 1 a 2). Dalšími v pořadí jsou **pečující osoby**, 62,60 %. Samotné **OZP** se umístily na 3. místě s 59,75 %. Následovaly **sociální služby** s 53,66 %. Jako chvalitebnou obhajobu práv OZP ze strany **lékařů** vnímá 41,06 % dotázaných. Výrazný pokles nastal u hodnocení **státu**, ten hájí práva OZP uspokojivě podle 19,10 % zúčastněných. Žádný ze subjektů nezískal procentuálně nejvyšší skóre u hodnocení 1. Nejhorší si v hodnocení vedl stát.

Otázka číslo 40: Jak byste zhodnotil/a úroveň šíření osvěty o tématech spojenými s osobami se zdravotním postižením následujícími subjekty?

Graf č. 34: Hodnocení šíření osvěty o tématech spojenými s osobami se zdravotním postižením.



Zdroj: vlastní zpracování.

Šířením osvěty o tématech spojených s OZP podle dotázaných se nejvíce zapojují **neziskové a pacientské organizace, 68,29 %** (sečtená procenta hodnocení 1 a 2). Na druhém místě se v šíření osvěty umístily samotné **OZP, 38,21 %**. **Sociální služby** se chvalitebně angažují v šíření osvěty podle **51,63 %** zúčastněných. Pečující osoby získaly téměř shodná procenta, **51,57 %**. Podle **35,36 %** respondentek a respondentů si ucházejícně v šíření osvěty o tématech spojenými s OZP vedou **lékaři, média** získala **32,12 %**. Na posledním místě se umístil **stát** s opětovným výrazným procentuálním poklesem, **14,64 %**. Neziskové a pacientské organizace jako jediné získaly nejčastější ohodnocení 1. Nejhůře byl hodnocen opět stát.

5.4.1 Diskuse k DVC 3

Na utváření sebepojetí a sebehodnoty působí i náhled a chování společnosti. Proto bylo cílem DVC 3 zjistit postoje společnosti ke skupině OZP pohledem OZP. Tento dílčí cíl se teoreticky opíral o kapitolu 3., která se zabývala normami, a především normalitou a postoji.

Z výsledků lze říct, že společnost na OZP nazírá optikou charity (potřeba pomoci), osobní tragédie (lítost) a kalkulačky. První aspekty by se daly odůvodnit neznalostí a emocemi, ostatně osvětlu o tématech spojenými s OZP respondenti a respondentky zmiňovali průběžně napříč výzkumem. Termínem kalkulačky mám na mysli kalkul společnosti, jaké „benefity“ OZP mohou v důsledku svého zdravotního stavu čerpat. Na prvním místě jsou samozřejmě peníze, tj. OZP berou peníze od státu, tj. z „našich“ daní. Mají zlevněné vstupy, vyhrazená parkovací místa, vybírají se na ně sbírky apod. Osobně bych se ohradila ke slově jako benefity či výhody, protože ve mně osobně evokují něco nad rámec něčeho. To ovšem v případě OZP neplatí. Pro ně to jsou kompenzační prostředky, skrze které zajišťují své potřeby. Díky nim se min. přibližují stejným možnostem jako intaktní společnost.

Předešlý odstavec vyzněl kriticky, ale to proto, že i byť nezávažné chování vůči OZP jako jsou lítostivé pohledy, projev soucitu, nevyžádané doteky (dotyky cizích lidí na ramena), modlitby (nechtěné modlení se za OZP na ulici), vyhýbavost jsou stále nevhodným chováním, které může z dlouhodobého hlediska OZP poškodit sebehodnotu, sebejistotu, sebedůvěru. Samozřejmě také závisí na samotných OZP, jakým způsobem své ZP komunikují, do jaké pozice se staví. Pokud se pasuje do role oběti, člověka, který vyžaduje a automaticky očekává pomoc okolí, nezamýšlí se nad svým chováním apod., takový člověk nebude přijímán pozitivně.

OZP zmiňovaly, že není po psychické stránce jednoduché neustále vysvětlovat a obhajovat se. Sebeobhajoba a setkávání se s nevhodným chováním je zažívaná i v lékařském prostředí. Nadpoloviční většina respondentek a respondentů uvedla, že zažila nevhodné chování ze strany zdravotnického personálu. Z mapovaného nevhodného chování zdravotnického personálu (viz str. 89) lze vyvodit závěry, že zdravotnický personál nemá zažité etické chování k pacientům/tkám, postrádají empatii a zapomínají na to, že jejich pacienti/tky musí se svým postižením v životě fungovat. „*Myslel si, že z důvodu zrakového postižení nemůžu číst a používat telefon.*“

Pacientky/ti jsou vnímány primárně z pohledu medicínského, skrze svou diagnózu, místo toho, aby byl uplatněn biopsychosociální model a individuální přístup. Někdy se i v chování lékařů/řek odráží řešitelnost dané diagnózy/postižení. „*Nazval mě přítěží pro svou práci.*“, „*Zkušenosti mám různé, ale vždycky mě naštvě, když zmíní, že jsem přece postižená, takže ...*“

Proto si myslím, že je důležité prosadit multidisciplinární týmy a spolupráci ve zdravotnictví. Ze sociálního pohledu je potřeba zdravotnictví polidštit. Multidisciplinární týmy by přinesly např. tyto benefity:

- **Komplexní péče:** Multidisciplinární týmy umožňují poskytovat pacientům komplexní péči, která zohledňuje různé aspekty jejich zdraví a potřeb.
- **Různorodost znalostí a dovedností:** Týmy zahrnují různé odborníky jako jsou lékaři, sestry, fyzioterapeuti, sociální pracovníci a další. Tato různorodost umožňuje efektivní řešení komplexních zdravotních problémů.
- **Rychlejší a efektivnější řešení problémů:** Různorodé zkušenosti v týmu umožňují rychlejší a efektivnější řešení situací a problémů.
- **Podpora pacientů a jejich rodin:** Multidisciplinární týmy mohou poskytovat celostní péči, zahrnující i psychosociální aspekty, což vede ke zlepšení podpory pacientů a jejich rodin.

Specifickým odvětvím, které by mělo být edukováno, jsou média. Je potřeba, aby se o OZP nepsalo pólově, tj. jako o lidech bojující se svým životem, nebo jako objektech soucitu. Příběhy by měly být psány více pragmaticky, sdělovat zkušenosti a možnosti řešení. Více k tématu viz str. 37. Z výzkumu ale nevyplývá, že by média z pohledu dotázaných informovala o OZP vyloženě nevhodně. Nutno kriticky podotknout, že i některé sociální služby, jejichž cílovou skupinou jsou OZP, o svých klientech a klientkách nereferují zcela korektně. Též se uchylují k nevhodnému pojmosloví.

Žijeme v demokratické společnosti, ale stěží známe její hodnoty a dokážeme se podle nich řídit. Jsem přesvědčená, že výuka komunikačních a sociálních dovedností a celkového apelu na rozmanitost lidské společnosti, osobní odpovědnosti, empatie, lidských práv atp. by měla být součástí výuky již na základních školách. Máme tu sice inkluzi, ale ta sama o sobě nestačí. Musí být vysvětlována a chápána. Proto je pro budoucnost podstatné se zaměřit na nejmladší generace. Stejně jako skandinávské země.

5.5 Vyhodnocení hypotéz

Hypotéza 1.1: Existuje přímý vztah mezi povahou zdravotního postižení a formováním sebepojetí OZP, přičemž vyšší míra ZP bude korelovat s negativnějším sebepojetím.

⇒ Hypotézu 1.1 nelze jednoznačně potvrdit. Ano, téměř $\frac{3}{4}$ respondentů a respondentek uvedlo, že jejich ZP má vliv na jejich osobnost. Výzkum ale zároveň ukázal, že je zde mnoho faktorů, které ovlivňují sebepojetí jedince se ZP, a které jsou mnohdy provázané a z tohoto důvodu je nelze jednoznačně identifikovat, resp. posoudit míru jejich dopadu. Zároveň záleží i na typu, míře, viditelnosti atp. ZP. Druhou část hypotézy nelze též jednoznačně potvrdit ale ani vyvrátit, protože výzkum se zabýval pouze typem ZP, nikoli jeho rozsahem.

Hypotéza 1.2: Sebepečetí, resp. sebevnímání v kontextu ZP je velmi individuální záležitostí, přičemž ZP není stěžejním ovlivňujícím faktorem. Osoby s nejen různými typy postižení mohou mít odlišné zkušenosti a pocity ohledně své identity a sebepečetí v rámci ZP.

⇒ Tato hypotéza se při analýze ukázala jako platná. Sebepečetí v kontextu ZP je velmi individuální záležitostí, které kromě vnitřních faktorů vychází i z vnějších. Platnost hypotézy naznačují mimo jiné výpovědi u otázek č. 8–12.

Hypotéza 2.1: Míra sociální integrace a podpora vytvářená prostředím blízkým OZP bude pozitivně korelovat s pozitivním sebepečetím. Individuální zážitky sociálních interakcí, přijetí ze strany rodiny, přátel, a komunity OZP mohou vytvářet pozitivní sociální prostředí, které přispívá k rozvoji zdravějšího sebepečetí u OZP.

⇒ Hypotéza 2.1 je platná, dokládají to data, která ukazují, že s rodinou a přáteli si respondentky a respondenti spojují primárně pozitivní konotace, resp. s jejich významem pro jejich život a přístupem k jejich osobám.

Hypotéza 2.2: Míra vnímání kontroly nad vlastním životem může ovlivnit sebepojetí OZP. Osoby se zdravotním postižením, které vnímají vyšší míru kontroly nad svým životem a rozhodnutími, budou pravděpodobně mít pozitivnější sebepojetí než ti, kteří se cítí omezení ve své autonomii.

⇒ Hypotézu lze považovat za platnou, i když ve výzkumu nebyla explicitní otázka na korelaci mezi kontrolou, autonomií a dopadem na sebepojetí. Lze ale vycházet z otázek zaměřených na přístup rodin a přátel k OZP a zároveň z otázek zkoumající význam inkluze. Být součástí společnosti, moci se podílet na osobním a společenském životě jsou výrazné faktory promítající se pozitivně do sebepojetí včetně sebevědomí a seberealizace.

Hypotéza 3.1: Postoje společnosti k OZP inklinují k převládajícímu medicínskému modelu a modelu osobní tragédie. Lidé budou pravděpodobně vnímat zdravotní postižení především jako individuální patologii nebo tragický osud jednotlivce, což může negativně ovlivnit vnímání OZP v sociálním kontextu a přispět k vytváření předsudků a stereotypů.

⇒ Hypotéza je platná. Respondentky a respondenti v rámci otázek vypověděli, že společnost na nazírá primárně optikou objektu pomoci, charity a lítosti. Validita hypotézy vychází ze vypovězených zkušeností zúčastněných – konkrétní reakce okolí včetně zdravotnického personálu.

Hypotéza 3.2: Úroveň informovanosti a edukace společnosti o zdravotním postižení bude pozitivně korelovat s pozitivním vnímáním OZP. Vysoká míra informovanosti a porozumění k problematice zdravotního postižení vytváří prostředí, ve kterém jsou lidé méně náchylní k předsudkům a více otevření akceptaci a podpoře osob se zdravotním postižením.

⇒ Hypotéza je platná. Účastníci a účastnice na tuto oblast upozorňovali průběžně napříč výzkumem. Více viz jednotlivé Diskuse.

Závěr

Bakalářská práce měla vytyčený cíl zjistit, jak OZP vnímají samy sebe v kontextu svého zdravotního stavu a jak se domnívají, že na ně nahlíží společnost. Pomocí tří dílčích cílů se zkoumaly roviny vlastního náhledu na sama na sebe a sociální faktory, které byly specificky zaměřeny na rodinu, přátele a celkové vnímání a přístup společnosti k OZP pohledem OZP. Cíle byly zkoumány za pomoci kvantitativní výzkumné strategie, kdy byly cílové skupině distribuovány dotazníky.

Výzkumné cíle se podařilo částečně naplnit. Kvantitativní výzkumná strategie neumožňuje do tématu proniknout dostatečně hluboko. Téma sebepojetí je ve své podstatě velmi složité a vyžaduje notnou dávku zamyšlení se a sebereflexe. Sebepojetí v kontextu ZP je o to složitější – každé postižení je jiné a je jinak snášeno. Záleží na jeho intenzitě, na jeho zásahu do života, na psychické odolnosti a osobním přístupu k dané životní situaci (včetně copingových strategií) a podpoře, které se dané osobě dostává. Tento výzkum je spíše mappingem, nežli jasnými odpověďmi na vytyčené výzkumné cíle. To se týká především DCV 1, kde bylo zkoumáno osobní sebepojetí v kontextu ZP, které by skutečně bylo vhodnější zkoumat prostřednictvím rozhovorů, kde by byl prostor pro vlastní výpovědi a vyjasňování si daných odpovědí. Navíc by bylo možné detailněji zkoumat individuální životní situaci každého respondenta a respondentky.

Některé výpovědi respondentek a respondentů bylo těžké rozklíčovat, protože nebylo zcela jasné, co svou výpovědí myslí. To je bohužel úskalí dotazníkového šetření.

OZP jsou různorodé osobnosti, které nejsou definovány, utvářeny pouze ZP. V první řadě to jsou lidé, a lidé obecně jsou formováni různými faktory. Pro OZP, jak ukázal výzkum, ZP nutně nemusí být formující faktor. Je to velmi individuální záležitost, která se odvíjí od vrozené osobnosti, psychické odolnosti, dostupných zdrojů včetně společenských, druhu postižení, jeho symptomů a intenzity, jeho visibility a jeho odrazu v jedincově životě.

Z výzkumu vyplynulo, že sociální faktory jsou pro OZP stěžejní. Většina respondentů a respondentek uvedla, že by se v zásadě se svým ZP/nemocí naučila žít, ale je náročně přicházet do styku se společností a čelit různým bariérám, nedostatkům a nepochopení. Respondenti a respondentky s pozitivními zkušenostmi uváděli, že

bylo pro ně stěžejní mít kolem sebe podporující a motivující lidi, kteří jim dali možnost být tím, kým chtějí být, poskytl možnost ukázat a rozvíjet jejich potenciál, být součástí společnosti. Individuální a otevřený přístup je i dobrou prevencí proti předsudkům, stereotypům a obavám. Je přirozené, že je máme, ale je potřeba je v praxi ověřovat.

Dalším významným vyvstalým tématem výzkumu byla potřeba edukace společnosti, jakožto nástroje odbourávajícího předsudky a stereotypy, ochota hledání možností pro kooperační činnost a inkluzi OZP do společnosti, využití jejich potenciálu, dostání šance. Edukovat společnost se snaží zejména neziskové a pacientské organizace, které dávají OZP hlas, nemluví za ně, kooperují s nimi. OZP zakládají i vlastní iniciativy (např. nově vzniklá iniciativa Žít po svém) a stávají se vlastními sebeobhájci.

Sebepojetí OZP představuje klíčový aspekt v oblasti sociální práce, který nese nejen teoretický, ale především praktický význam pro efektivní poskytování služeb sociální práce skupině OZP včetně jejich rodin. Toto téma otevírá dveře k hlubšímu porozumění emocionálních, psychologických, sociálních a strukturálních vlivů, které mohou mít dopad na danou OZP.

Praktický přínos této problematiky spočívá v možnosti přizpůsobit sociální práci tak, aby reflektovala individuální potřeby lidí se zdravotním postižením a poskytovala podporu, která respektuje jejich jedinečné zkušenosti. Navíc, prostřednictvím posilování sebepojetí může sociální práce přispět k rozvoji osobní samostatnosti, sebedůvěry a schopnosti plně se integrovat do společnosti.

Z výzkumu vzešlo několik témat, které by stálo za to prozkoumat a prosadit do praxe, např. multidisciplinární týmy, zvyšování sociálních kompetencí již u žáků základních škol, revize sociálního a zdravotního systému (propojenost, důraz na individuální potřeby, ...) a edukace o inkluzi a její efektivní využití v praxi.

Autorka se i na základě výzkumu domnívá, že inkluze je pro OZP stěžejní, zejména v oblasti dostupnosti vzdělání a následného zaměstnání. Díky vzdělání si budou OZP budovat vlastní hodnoty, postoje a názory, které jim mohou nastínit vlastní životní směřování. Zároveň vyučený, vystudovaný a pracující člověk má v očích společnosti pozitivní postavení.

Pro autorku byla práce stěžejní v ukotvení si názoru, ne jinakosti či rozdílnosti, ale různorodosti každého jedince. Uvědomme si, že většina lidí je jen dočasně schopna,

at' už se to týká jakékoliv části těla nebo psychiky. Touha po normalitě a stoprocentním zdraví je i z tohoto hlediska utopická. Jako společnost musíme přijmout smrtelnost, zranitelnost a různorodost lidí, a zároveň nastavit takové systémy, které budou bourat bariéry bránící či znesnadňující společné soužití a kooperaci.

Novosad (2011:70) vyzývá: „*Bud' me lidmi bez přívlastků. O tom, jací jsme lidé, at' vypovídají naše životy, postoje, skutky, odvaha a úsilí.*“

Seznam použitých zdrojů

Tištěné zdroje

ALTMAN, B. M. Disability Definitions, Models, Classification Schemes, and Applications. In: ALBRECHT, G. L., SEELMAN K. D., BURY M. et al. 2001. *Handbook of disability studies*. The United States of America: SAGE Publications. s. 97-122.

BLATNÝ, M. 2001. *Sebepojetí v osobnostním kontextu*. Brno: Masarykova univerzita v Brně.

BLATNÝ, M., PLHÁKOVÁ, A. 2003. *Temperament, inteligence, sebepojetí: nové pohledy na tradiční témata psychologického výzkumu*. Tišnov: Sdružení SCAN.

BRYMAN, A. 2008. *Social Research Methods*. 3. upr. vyd. Oxford: Oxford University Press.

DOLEJŠ, M., SKOPAL, O., SUCHÁ, J. et al. 2014. *Protektivní a rizikové osobnostní rysy u adolescentů*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

FIALOVÁ, L. 2001. *Body image jako součást sebepojetí člověka*. Praha: Karolinum.

GEIST, B. 1992. *Sociologický slovník*. Praha: Victoria Publishing.

GOFFMAN, E. 2003. *Stigma: poznámky k problému zvládnání narušené identity*. Praha: Sociologické nakladatelství.

HELUS, Z. 1992. *Sociální psychologie pro učitele I: (vybraná témata)*. Praha: Karolinum.

HENDL, J. 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál.

HEWSTONE, M., STROEBE, W. 2006. *Sociální psychologie – moderní učebnice sociální psychologie*. Praha: Portál.

JANEBOVÁ, R. Normalita. In MATOUŠEK, O. et al. 2013. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál. s. 211-213.

JESENSKÝ, J. 2000. *Andragogika a gerontogogika handicapovaných*. Praha: Karolinum.

- JONÁŠKOVÁ, V. Dítě s poruchou mobility. In: MÜLLER, O. 2001. *Dítě se speciálními vzdělávacími potřebami v běžné škole*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- KOLÁŘOVÁ, K. et al. 2012. *Jinakost – postižení – kritika: Společenské konstrukty nezpůsobilosti a hendikepu*. Praha: Sociologické nakladatelství.
- MATOUŠEK, O. et al. 2005. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál.
- MICHALÍK, J. et al. 2011. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál.
- MURPHY, R. F. 2001. *Umlčené tělo*. Praha: Sociologické nakladatelství.
- NOVOSAD, L. 2011. *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita: diskurzivní pohledy na tělo, tělesnost, pohyb, člověka a tělesné postižení*. Praha: Portál.
- OCISKOVÁ, M., PRAŠKO, J. 2015. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada.
- PANČOCHA, K. 2013. *Postižení jako axiologická kategorie sociální participace*. Brno: Masarykova univerzita,
- PETRUSEK, M., MAŘÍKOVÁ H., VODÁKOVÁ, A. 1996. *Velký sociologický slovník*. Praha: Karolinum.
- REICHEL, J. 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada.
- RENOTIÉROVÁ, M. 2002. *Somatopedické minimum*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- ŘEZÁČ, J. 1998. *Sociální psychologie*. Brno: Paido, Edice pedagogické literatury.
- ŠÍŠKA, J. 2005. *Mimořádná dospělost: edukace člověka s mentálním postižením v období dospělosti*. Praha: Karolinum.
- VÁGNEROVÁ, M. 1997. *Úvod do psychologie*. Praha: Univerzita Karlova.
- VÁGNEROVÁ, M. et al. 2001. *Psychologie handicapu*. Praha: Karolinum.
- VEČEŘA, M., URBANOVÁ, M. 2011. *Sociologie práva*. 2. upr. vyd. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk.

VELEMÍNSKÝ, M. 2012. *Klinická propedeutika*. 6. vyd. V Českých Budějovicích: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta.

VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I. et al. 2008. *Sociální psychologie*. 2., přeprac. a rozš. vyd. Praha: Grada.

Internetové zdroje

BLATNÝ, M. et al. 2010. *Psychologie osobnosti: hlavní témata, současné přístupy*. Praha: Grada. [online]. [cit. 2023-09-21]. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/psychologie-osobnosti-1420129/#>

KOLÁŘOVÁ, K. 2014. Postižení normalitou: disability art jako způsob (re)imaginace alterity. *Studia paedagogica*. 19 (2). 155-163. [online]. [cit. 2022-07-22]. Dostupné z: <https://digilib.phil.muni.cz/handle/11222.digilib/130258?locale-attribute=cs>

KRHUTOVÁ, L. 2010. Teorie a modely zdravotního postižení. *Sociální práce/Sociálna práca*. Brno: Asociace vzdělavatelů v sociální práci. 10 (4), 49–59. [online]. [cit. 2022-09-20]. Dostupné z: <https://socialniprace.cz/wp-content/uploads/2020/11/2010-4.pdf>

KRHUTOVÁ, L. 2013. *Autonomie v kontextu zdravotního postižení*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě v nakl. Albert. [online]. [cit. 2022-09-21]. Dostupné z: https://dokumenty.osu.cz/fss/kas/krhutova/info_autonomie_zdp.pdf

MICHALOVÁ, Z. 2007. Sebepojetí. *Metodický portál RVP.CZ*. [online]. [cit. 2023-09-14]. Dostupné z: <https://clanky.rvp.cz/clanek/o/p/1259/SEBEPOJETI.html?oblibene=1>

NEŠPOR, Z. (a). Invalidita. *Sociologická encyklopedie: Sociologický ústav AV ČR*. [online]. [cit. 2022-08-17]. Dostupné z: <https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Invalidita>

NEŠPOR, Z. (b). Nemoc. *Sociologická encyklopedie: Sociologický ústav AV ČR*. [online]. [cit. 2022-08-17]. Dostupné z: <https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Nemoc>

OREL, M., OBEREIGNERŮ, R., MENDEL, A. 2016. *Vybrané aspekty sebepojetí dětí a adolescentů*. Olomouc: Univerzita Palackého. [online]. [cit. 2023-09-09]. Dostupné z: <https://books.google.cz/books?id=Xg1rDQAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=cs#v=onepage&q&f=true>

Pátý stupeň. 2021. *Pět argumentů pro Pátý stupeň*. [online]. [cit. 2023-03-31]. Dostupné z: <http://www.patystupen.cz/pet-argumentu-pro-paty-stupen>

SLOWÍK, J. 2016. *Speciální pedagogika*. vyd. 2. Praha: Grada. [online]. [cit. 2022-09-09]. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/specialni-pedagogika-2894/>

ŠVESTKOVÁ, O., HOSKOVCOVÁ, S. 2010. Nové přístupy k náhledu na občana se zdravotním postižením a Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví. *E-psychologie*. Českomoravská psychologická společnost. 4 (4). 27-40.

[online]. [cit. 2022-09-21]. Dostupné z: https://e-psycholog.eu/pdf/svestkova_etal.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2001. *International classification of functioning, disability and health: ICF* [online]. Geneva: WHO. [cit. 2022-09-01].

Dostupné z:

<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42407/9241545429.pdf?sequence=1>

Legislativa

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění.

Zákon č. 198/2009 Sb., o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací a o změně některých zákonů (antidiskriminační zákon).

Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti.

Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon).

Seznam grafů

Graf č. 1: Věk.....	50
Graf č. 2: Nejvyšší dosažené vzdělání.	51
Graf č. 3: Bydliště.....	52
Graf č. 4: Subjektivní vnímání zdravotního postižení.	53
Graf č. 5: Dopad zdravotního postižení na psychiku.....	54
Graf č. 6: Vztah ke svému tělu.	55
Graf č. 7: Vliv zdravotního postižení na osobnost.....	56
Graf č. 8: Silné stránky.	59
Graf č. 9: Slabé stránky.....	60
Graf č. 10: Percepce plnohodnotného členství ve společnosti.....	61
Graf č. 11: Zdravotní postižení jako součást „já“.....	62
Graf č. 12: Percepce nezávislosti v kontextu zdravotního postižení.	63
Graf č. 13: Nezávislost v rámci vlastního zdravotního postižení.	64
Graf č. 14: Faktory, které formovaly osobnost.	68
Graf č. 15: Význam rodiny.	69
Graf č. 16: Vnímání zdravotního postižení rodinou.	70
Graf č. 17: Emoční podpora spojená se zdravotním postižením rodinou.	71
Graf č. 18: Rovnocenné chování rodiny.	72
Graf č. 19: Rozhodovací tendence rodiny.	73
Graf č. 20: Emoce v situaci, kdy rodina rozhoduje za daného jedince.	74
Graf č. 21: Význam přátel.....	75
Graf č. 22: Vnímání zdravotního postižení přáteli.	76
Graf č. 23: Emoční podpora spojená se zdravotním postižením přáteli.	77
Graf č. 24: Rovnocenné chování přátel.	78
Graf č. 25: Percepce důležitosti inkluze.	79
Graf č. 26: Pohled společnosti na osoby se zdravotním postižením.....	84
Graf č. 27: Zkušenosti s reakcemi lidí na zdravotní postižení.....	85
Graf č. 28: Reakce lidí na zdravotní postižení.....	86
Graf č. 29: Obavy z komunikace o zdravotním postižení s cizími osobami.	87
Graf č. 30: Důvody obav z komunikace o zdravotním postižením s cizí osobou.....	88
Graf č. 31: Zkušenosti s nevhodným chováním zdravotnického personálu.	89

Graf č. 32: Percepce způsobu informování médií o osobách se zdravotním postižením.	90
Graf č. 33: Hodnocení obhajoby práv osoby se zdravotním postižením.	91
Graf č. 34: Hodnocení šíření osvěty o tématech spojenými s osobami se zdravotním postižením.	92

Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Komplexnost sebepojetí.....	27
Tabulka č. 2: Transformační tabulka.	42
Tabulka č. 3: Účast z hlediska pohlaví.	48
Tabulka č. 4: Druhy zdravotního postižení a onemocnění.	49

Seznam obrázků

Obrázek č. 1: Interakční kruh sebedefinování. (Fialová dle Brehmová, Kasin, 2001:30)	29
---	----

Seznam příloh

Příloha č. 1: Dotazník.....	s. I
-----------------------------	------

Přílohy

Příloha č. 1: Dotazník.

Vážení účastníci,

jmenuji se Veronika Ernstová a jsem studentka oboru sociální práce na Univerzitě Hradec Králové. Právě provádím výzkum v rámci své bakalářské práce a ráda bych vás pozvala k účasti na tomto dotazníkovém šetření.

Tento dotazník je určen **osobám se zdravotním postižením**, ale také **pečujícím osobám**, které se starají o osoby se zdravotním postižením. Pokud vyplňujete dotazník jako pečující osoba, prosím, uvádějte odpovědi z pohledu osoby se zdravotním postižením. Dotazník je vhodný zhruba od 13-15 let, naopak je nevhodný, resp. obtížně zodpověditelný u malých dětí nebo některých mentálních postiženích. Vše záleží na daném jedinci.

Dotazník zjišťuje, jak osoby se zdravotním postižením vnímají samy sebe a jak jsou vnímány jejich okolím. Předpokládaný čas potřebný k vyplnění tohoto dotazníku je přibližně **15 minut**.

Vaše účast na tomto dotazníkovém šetření je dobrovolná a zcela anonymní.

1. Jsem...

- a) Osoba se zdravotním postižením
- b) Pečující osoba vyplňující dotazník za osobu se zdravotním postižením
(automatické přesměrování na otázku číslo 3)

2. Vaše zdravotní postižení je:

- a) Tělesné
- b) Mentální
- c) Psychické
- d) Sluchové
- e) Zrakové
- f) Řečové
- g) Kombinované
- h) Chronické
- i) Jiné

3. Vaše zdravotní postižení je:

- a) Vrozené
- b) Získané

4. Pohlaví:

- a) Muž
- b) Žena
- c) Jiné

5. Věk:

- a) Do 18 let
- b) 19–29 let
- c) 30–39 let
- d) 40–49 let
- e) 50–59 let
- f) 60 více let

6. Nejvyšší dosažené vzdělání:

- a) Základní škola
- b) Střední škola s výučním listem
- c) Střední škola s maturitou
- d) Vyšší odborná škola
- e) Vysoká škola
- f) Bez vzdělání
- g) Jiné.

7. Ve kterém kraji bydlíte?

- a) Hlavní město Praha
- b) Středočeský kraj
- c) Jihočeský kraj
- d) Plzeňský kraj
- e) Karlovarský kraj
- f) Ústecký kraj
- g) Liberecký kraj
- h) Královéhradecký kraj

- i) Pardubický kraj
- j) Kraj Vysočina
- k) Jihomoravský kraj
- l) Olomoucký kraj
- m) Zlínský kraj
- n) Moravskoslezský kraj
- o) Slovensko

8. Jak vnímáte své zdravotní postižení?

Vyberte jednu odpověď.

- a) Beru ho jako součást svého života/naučil(a) jsem se s ním fungovat.
- b) Způsobuje mi komplikace, omezení.
- c) Nedokážu ho přijmout.
- d) Mám k němu neutrální vztah.
- e) Je to nová životní výzva, kterou chci překonat.
- f) Jiné.

9. Jaký dopad má vaše zdravotní postižení na vaši psychiku?

Vyberte jednu nebo více odpovědí.

- a) Stydím se.
- b) Přehodnotil/a jsem životní priority.
- c) Vyrovnal/a jsem se s mou situací.
- d) Stres. Úzkost.
- e) Uvědomil/a jsem si, co vše dokážu.
- f) Cítím se sám/a.
- g) Deprese.
- h) Cítím se méněcenný/á.
- i) Jiné.

10. Jaký máte vztah ke svému tělu?

Vyberte jednu odpověď.

- a) Jsem vděčný/á za své tělo a to, co dokáže.
- b) Cítím se dobře a sebejistě ve svém těle.

- c) Mám k němu neurální vztah.
- d) Mé tělo mě omezuje.
- e) Stydím se za něj.
- f) Jiné.

11. Domníváte se, že má vaše zdravotní postižení vliv na vaši osobnost (vlastnosti, chování, postoje)?

Vyberte jednu odpověď.

- a) Ano.
- b) Nevím. *(automatické přesměrování na otázku číslo 14)*
- c) Ne. *(automatické přesměrování na otázku číslo 14)*

12. Můžete, prosím, upřesnit, jak vaši osobnost ovlivnilo vaše zdravotní postižení (vlastnosti, chování, postoje)? *(doplňková dobrovolná otázka)*

Napište jedno nebo více slov.

13. Jaké jsou vaše silné stránky?

Vyberte jednu nebo více odpovědí.

- a) Empatie.
- b) Sebevědomí.
- c) Kreativita.
- d) Vzdělání
- e) Komunikace.
- f) Flexibilita (otevřenost novým změnám, zkušenostem).
- g) Výdrž a odhodlání.
- h) Cílevědomost.
- i) Schopnost zjistit si informace o svých možnostech.
- j) Psychická odolnost.
- k) Samostatnost.
- l) Jiné.

14. Jaké jsou vaše slabé stránky?

Vyberte jednu nebo více odpovědí.

- a) Nedostatek sebevědomí.
- b) Uzavřenost vůči novým zkušenostem.
- c) Postrádání životních cílů, motivace.
- d) Nedůvěra k lidem. Problém navazovat nové sociální kontakty.
- e) Nedostatečné vzdělání.
- f) Nízká odolnost vůči stresu.
- g) Nedostatek samostatnosti. Závislost na jiných osobách.
- h) Problém s komunikací.
- i) Nedostatek informací o svých možnostech.
- j) Neschopnost se přizpůsobit svému zdravotnímu postižení.
- k) Jiné.

15. Cítíte se i napříč svému zdravotnímu postižení plnohodnotným členem společnosti?

Vyberte jednu odpověď.

- a) Ano, cítím se jako plnohodnotný/á člen společnosti a mám pocit, že moje postižení neovlivňuje moji hodnotu.
- b) Jsem někdy zasažený/á stigmatizací nebo diskriminací, ale obecně se cítím jako platný/á člen společnosti.
- c) Cítím se izolovaný/á nebo vyloučený/á ze společnosti kvůli svému zdravotnímu postižení.
- d) Mám smíšené pocity ohledně svého začlenění do společnosti.
- e) Ne, necítím se jako platný a uznávaný člen společnosti kvůli svému postižení.

16. Vnímáte se především jako osoba se zdravotním postižením?

Vyberte jednu odpověď.

- a) Ano, vnímám se především jako osoba se zdravotním postižením.
- b) Ne, zdravotní postižení je jen jedním z mnoha aspektů mé osoby.
- c) Nevím.

17. Co pro Vás znamená být nezávislý/á s ohledem na vaše zdravotní postižení?

Vyberte jednu nebo více odpovědí.

- a) Být plně samostatný/á bez podpory druhé osoby.
- b) Mít dostatečnou míru podpory, abych mohl/a nezávisle žít.
- c) Mít možnost vyjadřovat své potřeby a preference v péči a podpoře, kterou potřebuji.
- d) Mít kontrolu nad financemi a hospodařením s vlastními zdroji.
- e) Jiné.

18. Jak vnímáte svou nezávislost s ohledem na vaše zdravotní postižení?

Vyberte jednu odpověď.

- a) Jsem zcela nezávislý/á a schopný/á se starat o sebe.
- b) Jsem nezávislý/á a potřebuji určitou podporu nebo asistenci v určitých situacích.
- c) K nezávislosti bych potřeboval/a více podpory.
- d) Jsem plně závislý/á na podpoře jiných osob nebo služeb.

19. Jaké faktory přispěly k formování vaší osobnosti (to, kým jste)?

Vyberte jednu nebo více odpovědí.

- a) Rodina.
- b) Výchova.
- c) Vzdělání.
- d) Učitelé.
- e) Přátelé.
- f) Profesní a kariérní život.
- g) Zdravotníci a terapie.
- h) Sociální služby.
- i) Neziskové/pacientské organizace.
- j) Náboženství a náboženské přesvědčení.
- k) Zdravotní stav a zdravotní postižení.
- l) Životní události a zkušenosti.
- m) Kulturní, společenské prostředí a očekávání.
- n) Jiné.

20. Co pro Vás znamená rodina?

Vyberte jednu nebo více odpovědí.

- a) Podpora a pomoc
- b) Péče
- c) Důvěra
- d) Společně strávený čas
- e) Inspirace
- f) Přijetí, možnost být sám/a sebou
- g) Nezájem
- h) Zklamání
- i) Jiné

21. Jak podle Vás rodina vnímá vaše zdravotní postižení?

Vyberte jednu odpověď

- a) Berou ho jako součást mého života. Smířili se s ním.
- b) Způsobuje komplikace, omezení.
- c) Mají k němu neutrální vztah.
- d) Nedokážou ho přijmout.
- e) Je to nová životní výzva, kterou je potřeba překonat.
- f) Jiné.

22. Máte v rodině někoho, kdo Vás vyslechne, pokud budete potřebovat sdílet témata spojená s vaším zdravotním postižením včetně emocí?

Vyberte jednu odpověď.

- a) Ano.
- b) Spíše ano.
- c) Nevím.
- d) Spíše ne.
- e) Ne.

23. Chová se k Vám rodina jako k rovnocennému člověku?

Vyberte jednu odpověď.

- a) Ano.
- b) Spíše ano.
- c) Nevím.
- d) Spíše ne.
- e) Ne.

24. Myslíte si, že má vaše rodina tendenci rozhodovat za vás i v případech, kdy máte možnost a schopnosti jednat sám/a za sebe?

Vyberte jednu odpověď.

- a) Ano.
- b) Nevím. *(automatické přesměrování na otázku číslo 27)*
- c) Ne. *(automatické přesměrování na otázku číslo 27)*

25. Jak se v takových situacích cítíte?

Vyberte jednu nebo více odpovědí.

- a) Frustrovaně.
- b) Bezvýznamně.
- c) Dotčeně.
- d) Nevadí mi to.
- e) Jsem rád/a, že to rodina vyřeší za mě.
- f) Jiné.

26. Co pro Vás znamenají přátelé?

Vyberte jednu nebo více odpovědí.

- a) Podpora a pomoc
- b) Péče
- c) Důvěra
- d) Společně strávený čas
- e) Inspirace
- f) Přijetí, možnost být sám/a sebou
- g) Nezájem

- h) Zklamání
- i) Jiné

27. Jak podle Vás přátelé vnímají vaše zdravotní postižení?

Vyberte jednu odpověď.

- a) Berou ho jako součást mého života. Smířili se s ním.
- b) Způsobuje komplikace, omezení.
- c) Mají k němu neutrální vztah.
- d) Nedokážou ho přijmout.
- e) Je to nová životní výzva, kterou je potřeba překonat.
- f) Jiné.

28. Máte mezi přáteli někoho, kdo Vás vyslechne, pokud budete potřebovat sdílet témata spojená s vaším zdravotním postižením včetně emocí?

Vyberte jednu odpověď.

- a) Ano.
- b) Spíše ano.
- c) Nevím.
- d) Spíše ne.
- e) Ne.

29. Chovají se k Vám přátelé jako k rovnocennému člověku?

Vyberte jednu odpověď.

- a) Ano.
- b) Spíše ano.
- c) Nevím.
- d) Spíše ne.
- e) Ne.

30. Vnímáte inkluzi jako důležitou pro svůj život?

Inkluze = zapojení osob se zdravotním postižením do běžného života společnosti. Inkluze umožňuje např. osobám se zdravotním postižením studovat na běžných školách, snaží se vytvářet bezbariérové prostředí (výťahy, nájezdy, ...), snaží se zprostředkovávat společenské aktivity atd.

Výberte jednu odpověď.

- a) Ano.
- b) Nevím. *(automatické přesměrování na otázku číslo 33)*
- c) Ne. *(automatické přesměrování na otázku číslo 33)*

31. V čem je pro Vás inkluze důležitá? (dobrovolná doplňková otázka)

Napište jedno nebo více slov.

32. Zaškrtněte, co si podle Vás myslí společnost o osobách se zdravotním postižením.

Výberte jednu nebo více odpovědí.

- a) Potřebují pomoc.
- b) Berou peníze od státu.
- c) Mají výhody.
- d) Mají těžký život.
- e) Nemají stejné postavení ve společnosti jako zdraví lidé.
- f) Jsou/mohou být prospěšní společnosti.
- g) Nemají vhodné podmínky pro život.
- h) Zaslouhují respekt.
- i) Neměly by být součástí společnosti.
- j) Jiné.

33. Jaké máte zkušenosti s reakcemi cizích lidí na vaše zdravotní postižení?

Výberte jednu odpověď.

- a) Pozitivní.
- b) Spíše pozitivní.
- c) Neutrální.
- d) Spíše negativní.
- e) Negativní.

34. Jak lidé reagovali na vaše zdravotní postižení?

Vyberte jednu nebo více odpovědí.

- a) Respekt.
- b) Ochota pomoci.
- c) Zvědavost.
- d) Soucit.
- e) Lítost.
- f) Nevěděli, jak se ke mně chovat/komunikovat.
- g) Nervozita.
- h) Vyhýbavost.
- i) Předsudky/stereotypy.
- j) Odpor.
- k) Podráždění.
- l) Jiné.

35. Bá/a jste se někdy o svém zdravotním postižení mluvit s cizí osobou?

Vyberte jednu odpověď.

- a) Ano.
- b) Nevím. *(automatické přesměrování na otázku číslo 37)*
- c) Ne. *(automatické přesměrování na otázku číslo 37)*

36. Proč jste se bál/a o svém zdravotním postižení mluvit s cizí osobou?

Vyberte jednu nebo více odpovědí.

- a) Stud.
- b) Špatná zkušenost.
- c) Nevěděl/a jsem, jak o své zdravotním postižení mluvit.
- d) Je to pro mě citlivé téma.
- e) Obava z negativní reakce.
- f) Jiné.

37. Máte zkušenost, kdy se k Vám lékařský personál (lékaři, sestry, sanitáři, ...) choval nevhodně?

Vyberte jednu nebo více odpovědí.

- a) Ano, tykal mi.
- b) Ano, mluvil s mým doprovodem.
- c) Ano, ignoroval to, co mu říkám.
- d) Ano, neinformoval mě o postupu léčby/nemohl jsem rozhodnout sám za sebe.
- e) Ne, nemám zkušenost s nevhodným chováním lékařského personálu.
- f) Jiné.

38. Jak vnímáte způsob, kterým média informují o osobách se zdravotním postižením?

Vyberte jednu odpověď.

- a) Pozitivně.
- b) Spíše pozitivně.
- c) Neutrálně.
- d) Spíše negativně.
- e) Negativně.

39. Jak byste zhodnotil/a úroveň obhajoby práv osob se zdravotním postižením následujícími subjekty?

Vyberte jednu odpověď v každém řádku. 1 = vysoká úroveň obhajoby; 5 = nízká úroveň obhajoby

	1	2	3	4	5
Stát	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samy osoby se zdravotním postižením	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pečující osoby	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neziskové a pacientské organizace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sociální služby	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lékaři	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

40. Jak byste zhodnotil/a úroveň šíření osvěty o tématech spojenými s osobami se zdravotním postižením následujícími subjekty?

Výberte jednu odpověď v každém řádku. 1= vysoká úroveň šíření osvěty; 5 = nízká úroveň šíření osvěty

	1	2	3	4	5
Stát	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samy osoby se zdravotním postižením	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pečující osoby	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neziskové a pacientské organizace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sociální služby	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lékaři	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Média	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

41. Chtěl/a byste něco dodat? (dobrovolná doplňková otázka)

Otevřená otázka.