

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
PEDAGOGICKÁ FAKULTA

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2012

Miroslava Ferdanová

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
PEDAGOGICKÁ FAKULTA**

A

**VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMICKÁ V PRAZE
FAKULTA MANAGEMENTU V JINDŘICHOVĚ HRADCI**

**Postoje osob se zdravotním postižením
vzhledem ke stereotypům majoritní společnosti**

Bakalářská práce

Autor: Miroslava Ferdanová

Vedoucí práce: Mgr. Jan Vaněk

Studijní program: Sociální pedagogika

Datum odevzdání: 7. 12. 2012

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne: 7. 12. 2012

.....

Poděkování

Děkuji za vstřícnost, trpělivost, podnětné a cenné rady vedoucímu bakalářské práce panu Mgr. Janu Vaňkovi. Mé poděkování patří také respondentům za jejich pochopení a konstruktivní spolupráci při výzkumu, dále děkuji rodině a přátelům za všestrannou podporu a pomoc.

ANOTACE

Práce zachycuje situace související s integrací osob se zdravotním postižením do majoritní společnosti. Zaznamenává pohled osob se zdravotním postižením na majoritní společnost z hlediska jejich postojů, specifik jejich chování a vnímání prožitých situací. Výzkum této práce je zaměřen na každodenní pocity a prožívání spojené se začleňováním těchto jednotlivců do většinové společnosti.

Teoretická část objasňuje jednotlivé pojmy týkající se percepce, komunikace, sebepojetí, sebehodnocení, stresu a postojů.

Základ praktické části tvoří výňatky jednotlivých polostrukturovaných rozhovorů, jejichž cílem je získat informace směřující k určité charakteristice postojů osob se zdravotním postižením a stereotypům majoritní společnosti.

Závěr vyhodnocuje a shrnuje získané poznatky a informace.

Klíčová slova: majoritní společnost, osoba se zdravotním postižením, postoj, stereotyp, zakotvená teorie

ANNOTATION

This thesis contains situations concerning with integration of handicapped persons to the majority society. It describes the handicapped person's points of view on majority society from perspectives of their attitudes, specifics of their behaviour and perception of life situations. The research of this thesis is focused on everyday feelings and experience related to integration of such individuals to the majority society.

The theoretical part makes clear some terms concerning with theory of perception, communication, self-interpretation, self-evaluation, stress and attitudes.

The base of practical part is constituted by the sections of particular half-structured dialogues, which main goal is to gain information aimed to characteristic of handicapped person's attitudes and to specific stereotypes of majority society.

In the end of this thesis I evaluate and summarize all of knowledge and information achieved during the research.

Keywords: majority society, handicapped person's, attitude, stereotype, grounded theory

OBSAH

1	ÚVOD	5
1.1	UVEDENÍ DO TÉMATU.....	5
2	TEORETICKÁ ČÁST	6
2.1	TEORIE PERCEPCE.....	6
2.1.1	SOCIÁLNÍ VNÍMÁNÍ.....	6
2.1.2	PŘEDSUDKY.....	9
2.1.3	STEREOTYPY.....	10
2.1.4	STIGMA.....	11
2.1.5	LABELLING.....	14
2.2	TEORIE KOMUNIKACE.....	15
2.2.1	SOCIÁLNÍ KOMUNIKACE.....	15
2.3	TEORIE SEBEPOJETÍ A SEBEHODNOCENÍ.....	18
2.3.1	SEBEPOJETÍ.....	18
2.3.2	SEBEHODNOCENÍ.....	19
2.4	TEORIE POSTOJŮ.....	20
2.4.1	POSTOJE MAJORITNÍ SPOLEČNOSTI.....	20
2.4.2	POSTOJE OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM.....	22
2.4.3	KOGNITIVNÍ DISONANCE.....	24
2.5	TEORIE STRESU.....	26
2.5.1	NÁROČNÁ SITUACE.....	26
2.5.2	FRUSTRACE.....	27
2.5.3	KONFLIKT.....	28
2.5.4	STRES.....	30
2.5.5	ZVLÁDÁNÍ STRESU.....	31
2.5.6	ZVLÁDACÍ MECHANISMY.....	33

2.5.7	ÚZKOST	35
2.5.8	ODPOR	36
3	METODOLOGICKÁ ČÁST	38
3.1	VÝZKUMNÁ PSYCHOLOGIE	38
3.2	KVALITATIVNÍ METODOLOGIE (GROUNDED THEORY).....	39
3.2.1	METODA POLOSTRUKTUROVANÉHO ROZHOVORU	42
3.2.2	METODA POZOROVÁNÍ	44
4	PRAKTICKÁ ČÁST	46
4.1	ANALÝZA VYBRANÝCH ČÁSTÍ JEDNOTLIVÝCH ROZHOVORŮ.....	46
4.2	SHRNUTÍ.....	66
4.3	SEBEREFLEXE	70
5	ZÁVĚR.....	72
5.1	ZHODNOCENÍ POZNATKŮ	72
	 PŘÍLOHY	 81
	PŘÍLOHA Č. I DOPLŇJÍCÍ ANALÝZA	
	PŘÍLOHA Č. II PŘEPIS ROZHOVORŮ S RESPONDENTY	

1 Úvod

1.1 Uvedení do tématu

Pracuji s osobami se zdravotním postižením, a proto i téma mé bakalářské práce je úzce spojeno s jejich vnímáním života. Názory těchto osob mne přivedly k výzkumu jejich postojů vztahujících se ke stereotypům majoritní společnosti.

Osoba se zdravotním postižením se může cítit dotčená naší neinformovaností o jejích možnostech, nepochopením její situace a často neuváženým označením jejího zdravotního stavu. Nedorozumění a nepochopení může vzniknout osobitým jednáním, nevhodnou komunikací, chaotickým nebo impulsivním chováním.

Ovšem i některé osoby se zdravotním postižením mají chování plně rozporů. Nechtějí, aby se o nich hovořilo jako o osobách se zdravotním postižením nebo invalidních občanech, ale žádají o invalidní důchod nebo o dávky pro osoby se zdravotním postižením. Necítí se jako nemocní, přesto potřebují z důvodu svého dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu lékařem předepsat lázně nebo kompenzační pomůcku.

Často je nepochopitelné, proč odmítají pomoc nebo proč si o ni neřeknou. Chtějí po ostatních, aby jim pomáhali, nebo si jich nevšíмали? Mají v úmyslu splynout s davem, nebo se odlišit?

Rozporuplnost těchto situací i názorů, se kterými se setkávám, dala vzniknout otázkám: *Jak smýšlí osoby se zdravotním postižením o majoritní společnosti? Jaké jsou jejich postoje? Jaké vnímají stereotypy u většinové společnosti?*

Popsat a objasnit postoje a názory osob se zdravotním postižením ve vztahu ke stereotypům majoritní společnosti, zaznamenat jejich specifické znaky prožívání různých situací, je cílem této práce.

Vysvětlení důležitých pojmů, termínů a definic souvisejících s tématem jsem zpracovala v teoretické části za použití odborné literatury. Názory osob se zdravotním postižením, jejich pohled na majoritní společnost, prožité zkušenosti s touto společností tvoří spolu s analýzou získaných informací základ praktické části. Vyhodnocení stereotypů majoritní společnosti a postojů osob se zdravotním postižením uvádím v závěru bakalářské práce.

2 Teoretická část

2.1 Teorie percepce

2.1.1 Sociální vnímání

Sociální vnímání, které můžeme přirovnat k sociální zkušenosti jedince, definuje Hartl následujícím způsobem: „*V začátcích sociálního vnímání jedinec odráží ve vnímání sebe sama obraz klíčových osobností (otec, matka, učitel) a posléze i postoje k širšímu sociálnímu okolí; další sociální interakce jedince jsou založeny na takto vzniklém vzorci vnímání, fixují se a prohlubují*“ (Hartl, 1993, str. 233).

Změnit vzniklé vzorce vnímání a následně chování můžeme především vzděláváním a resocializací, případně psychoterapií. Odborná literatura (Výrost, Slaměník, 2008) upozorňuje na specifické charakteristiky lidských bytostí, které způsobují, že sociální poznávání se kvalitativně odlišuje od poznávání neživých objektů. Sociální poznávání se týká sociální reality a je tvořeno sociální realitou.

Podle výše uvedeného zdroje lze specifika sociálního poznávání sumarizovat následovně:

1. V rámci sociálního poznávání mluvíme o poznávání jiné osoby nebo skupiny osob nebo i **situací interpersonálních vztahů** a jiných sociálních jevů.
2. Sociální objekty se odlišují od jiných následovně:
 - „*lidé záměrně ovlivňují své prostředí, usilují o jeho kontrolu z hlediska svých cílů;*
 - *sociální poznávání má vzájemný charakter, formují si dojem o druhém člověku a on o mně;*
 - *lidé se mění v čase a okolnostech obvykle více, než je to v případě jiných objektů;*
 - *je těžší posoudit přesnost našich poznatků o lidech, než přesnost poznatků o jiných objektech;*
 - *lidé jsou vnímáni jako kauzální zdroje v porovnání s jinými nesociálními objekty*“ (Výrost, Slaměník, 2008, str. 182).

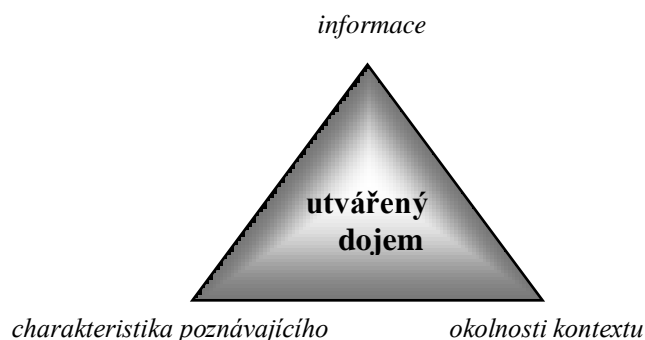
3. Vzniká **těsné propojení** sociálního poznávání s **jinými psychickými jevy** (emocemi, hodnotami, normami, přesvědčeními) oproti nesociálnímu poznávání.
4. V sociálním poznávání je důležitý **účel a jeho funkce** v sociálním světě jedince. Pak lze hovořit o **normativním charakteru sociálního poznávání**, ale také o usměrňování sociálního chování.
5. Sociální poznávání usnadňuje člověku vnímání a pochopení tohoto světa, objevení cesty k druhým a zajištění **sdílení významů** a spolupráce v daném společenství lidí.

Z uvedeného vyplývá, že sociální svět představuje určitou jedinečnost pro každého z nás (Výrost, Slaměník, 2008).

Meziosobní (interpersonální) percepce můžeme charakterizovat jako sociální percepce nebo poznávání člověka člověkem. Jde o **způsob, jakým si „člověk vytváří dojmy o charakteristikách a rysech jiných lidí, jakým způsobem vnímá jejich emoce a jakým způsobem interpretuje jejich chování“** (Výrost, Slaměník, 2008, str. 182).

Utváření dojmu o jiné osobě vzniká při každé meziosobní percepce. Získaný dojem ovlivňuje naše chování při dalších interakcích. *„Průběh a výsledky procesu utváření dojmu jsou závislé na informacích, které poskytuje poznávaná osoba, na charakteristikách poznávajícího a na okolnostech kontextu“* (Výrost, Slaměník, 2008, str. 183). Můžeme si tento proces představit jako tři vrcholy trojúhelníku.

Obrázek 1 Komponenty utváření dojmu (Výrost, Slaměník, 2008)



Výrost a Slaměník (2008) přibližují sérii experimentů, kterými Asch označil existenci **centrálních** a **periferních rysů**. Při tomto výzkumu se pracovalo s rysy

hypotetické osoby a úkolem probandů bylo napsat obecný dojem o této osobě a určit některé její další rysy.

Z pozdějšího období můžeme jmenovat Brewerové duální model procesu formování dojmu. „*Informace o podnětové osobě aktivizují nejprve určité klasifikační procesy (stádium identifikace), které se uskutečňují automaticky, bez vědomé kontroly (percepce demografických charakteristik – věk, pohlaví). Další průběh procesu závisí na tom, zda se percipient cítí na tomto procesu zaangažován*“ (Výrost, Slaměník, 2008, str. 184). Buď se snažíme získat, co nejpřesnější údaje nebo dotyčnou osobu zařadíme na základě svých osobních kategorií. Dojmy vznikající na základě **kategorizace** nejsou tak komplexní jako dojmy vytvořené na základě **personalizace**.

V modelu procesu formování dojmu jde o pokus nastolit rovnováhu mezi procesy **kategorizace a individualizace**.

Proces formování dojmu může být následující:

- a) při konfrontaci s jinou osobou se rozjíždí počáteční kategorizace dané osoby (*invalida*);
- b) jedná-li se z pohledu percipienta o osobu důležitou, pokouší se zjistit více informací (*důvod jeho zdravotního postižení, trvalost nebo dočasnost zdravotního stavu*);
- c) pokud to jde, percipient setrvá u původní kategorizace (*invalida na vozíku*);
- d) nelze-li potvrdit kategorizaci, proběhne rekategorizace s uplatněním podkategorií a nových kategorií (*ubožák*);
- e) je-li rekategorizace neúspěšná, použije percipient k posouzení získané informace (*člověk s trvalým tělesným postižením*);
- f) percipient může dále poznávat danou osobu při následujících setkáních (*inteligentní osoba se svalovou atrofií*).

Tento cyklus se tak může opakovat (Výrost, Slaměník, 2008).

2.1.2 Předsudky

Z odborné literatury (Allport, 2004) známe **předsudek** jako precedent ve starověku, kdy znamenal úsudek opírající se o dřívější rozhodnutí a zkušenost. Vysvětluje se také jako názor, který si člověk vytvoří ukvapeně bez náležitého prozkoumání skutečnosti. Dnešní doba ho charakterizuje jako emocionální nádech přízně či nepřízně s předčasným a nepodloženým úsudkem.

„Snad nejkratší definice říká, že předsudek znamená smýšlet o ostatních špatně bez náležitého opodstatnění. V této stručné definici nalezneme dvě základní složky všech definic předsudku – odkaz na ničím nepodložený úsudek a na citové zabarvení“ (Allport, 2004, str. 38).

*„Předsudek je charakteristický **rigiditou, iracionalitou** a obtížnou ovlivnitelností **novými zkušenostmi**, protože nevyplývá z pochopení určitého jevu, člověk přijímá jeho interpretaci v předem dané a ještě zjednodušené formě“* (Vágnerová, 1999, str. 99). Lidé většinou chápou, že jde o emočně zkreslené a nesprávné hodnocení situace. Ovšem předsudek jim umožňuje nezabývat se zjišťováním informací, které často nemají zájem poznat. Mají sklon hodnotit jakoukoli odchylku od normy negativně a často ji vnímají jako své ohrožení. **Odlišnost přináší strach, paniku a snahu ji částečně či zcela odstranit.** Některá zdravotní postižení jsou vnímána přímo odmítavě a to je častá překážka pro integraci těchto lidí do většinové společnosti.

Nejistoty a odmítání se mohou utvářet i přispěním zdravotně postižených osob, které se odlišují specifickým chováním, jednáním a komunikací. Důvodem této diferenciací je jejich zdravotní postižení, které může bránit smysluplné komunikaci, pochopení a orientaci v dané situaci.

Na význam **trvalého a neuvědomovaného posilování** předsudků při každodenní komunikaci (...*copak si slepej?*,*seš chomej?*, ...*chováš se jak debil*) upozorňoval dle Vágnerové (1999) kalifornský sociolog Scheff.

Příznačným projevem předsudků v chování k osobám se zdravotním postižením lze označit sklon **generalizovat, zjednodušovat**, nevnímat specifika zdravotních postižení a jednotlivých osobností. Nepřiměřené hodnocení chování, neznalost a neochota ústí do pohodlnosti a stereotypu.

Vztah k postiženým osobám je stále častěji spojován s obavou očekávaných potíží a pocitem vlastní zranitelnosti (Vágnerová, 1999).

Novosadovu klasifikaci čtyř typů předsudků doplnil o předsudek typu „handicapovaný v rámci přístupu chléb a hry“ Vaněk (2011):

- a) **paternalisticko-podceňující** – politování osob se zdravotním postižením, nejčastějším označením je výraz *chudák a oběť*;
- b) **odmítavé** – vnímání těchto osob jako neužitečných s patologickou odlišností;
- c) **projektivně-paušalizující** – pohled na osoby se zdravotním postižením jako na adresáty sociálních dávek;
- d) **idealizující** (heroizující) – chápání handicapovaného jako „statečného, vzpírajícího se osudu - jako hrdiny“, neboť utrpení posiluje;
- e) **handicapovaný** v rámci přístupu „*chléb a hry*“ – vnímání osoby se zdravotním postižením jako *gladiátora osudu* bojujícího před zraky diváků, je objektem zvědavosti a stává se atrakcí (Vaněk, 2011).

2.1.3 Stereotypy

Stereotyp umožňuje zjednodušení problému a řešení dané situace bez velkého kognitivního úsilí. **Stereotypizace** tedy do značné míry souvisí s nedostatečnou informovaností a neochotou ke změně (Výrost, Slaměník, 2008).

Denně potkáváme desítky lidí. Pokud se s některou skupinou střetáváme častěji, dochází k vytvoření určitého postoje a stereotyp může vzniknout již na základě několika málo informací.

„Stereotypy nejsou ale úplně neměnné. Kurčitým změnám dochází. Tyto změny jsou součástí postoje, který se mění velmi pozvolna a může to být vlivem nějaké silnější emoční zkušenosti nebo vlivem propagandy, politiky, ideologie, masmédií. Stereotyp bývá dotvářen také prostředím a předměty, které užívá, životním stylem a společenským statusem“ (Mikuláščík, 2003, str. 71). Neméně důležitou roli při vzniku stereotypu hraje i daná situace, ve které osobu vidíme.

Zkoumání stereotypů je prováděno z hlediska **obsahu** a **skupinové variability**. Skupinová variabilita je hlediskem míry, která určuje podobnost určitých vlastností členů skupiny. Z hlediska vlastností a hodnocení připisovaných dané skupině se jedná o zaměření na obsah. Odborná literatura uvádí, že „pokud jde o obsah, klíčovou dimenzí, zjištěnou ve všech etnických a kulturních stereotypech, je „**dobrota**“ sycená rysy jako čestný, laskavý, oddaný, důvěryhodný. Další dimenze objevující se v etnických stereotypech je „**kompetentnost**“, sycená rysy jako inteligentní, úspěšný, bohatý, vzdělaný“ (Smith, Bond, 1993 in Výrost, Slaměník, 2008, str. 364).

Je logické, že vlastní skupinu posuzujeme mírněji než skupinu cizí. Při hodnocení cizí skupiny vnímáme všechny členy *jako stejné*, mluvíme o efektu homogenity. Současná psychologie vidí stereotypy jako přesvědčení o podstatných znacích skupiny a zároveň jako přesvědčení o různorodosti pohledu na tyto znaky jednotlivci.

Odborná literatura (Výrost, Slaměník, 2008) neposuzuje *funkci stereotypů při zachování pozitivní sociální identity* a při upevňování si vlastních hodnot jako negativní. V současné době dochází ke zkoumání předsudků, stereotypů a jejich dopadu na danou realitu a na skupinu. Můžeme pozorovat i takové případy, kdy členové skupiny, která zažívá stereotypizaci, přisuzují svá negativa právě těmto stereotypům. V tomto případě hovoříme o atribuci předsudky. Osoba se zdravotním postižením se může domnívat, že důvodem její samoty je zdravotní postižení, nepřipouští si myšlenku, která by dávala vinu vlastnímu nepřiměřenému strachu z okolí. Členové skupin, které se potýkají s touto nepříjemnou pravdou na základě modelu „*odmítání – identifikace*“, pak mohou chápat předsudek zaměřený proti vlastní znevýhodněné skupině jako psychické ohrožení. Následkem bývá zvýšená soudržnost a silnější ztotožnění se skupinou, což jedincům dává sílu a sebevědomí.

2.1.4 Stigma

„*Stigmatizace (přičtení negativního, odlišného od zavedeného standardu, normy) je nálepkovitou reakcí společnosti, tedy sociálního okolí na odchylku*

od obecné normy obsahující názor na to, jak má jedinec fungovat a reagovat, čeho má být schopen, jak má vypadat, jak má vnímat, jak se má vyjadřovat nebo jak se má pohybovat,, (Novosad, 2009, str. 19).

Tentýž autor ve svém díle uvádí termín **sociologie handicapu**, ke kterému se váže obor označovaný jako *disability studies*, jehož cílem je vnímat specifika postižení a zároveň usilovat o rovnost šancí a adresnou podporu pro osoby se zdravotním postižením. Tento obor lze chápat jako soubor témat, v němž nalezneme **problém sociálního vyloučení, stigmatu i znevýhodnění**.

Stigmatizaci jako výraz převzatý z řeckého slova stigma (znamení nebo znak) můžeme na základě odborné literatury (Kapr, Linhart, Fišerová, Vodáková, 1997) dělit podle následujících vysvětlení:

- velmi vzácně se objevující kožní krvácení u náboženských blouznivců jako „**napodobenin ran Kristových**“, z hlediska psychologie specifické hysterické reakce, z teologického hlediska **charismatická znamení**;
- **degenerativní stigmatizace** vyznačující se fyzickými anomáliemi u oligofreniků (asymetrický obličej, anomálie v utváření lebky aj.);
- zvláštní **případ sociálního předsudku** vůči určitým jedincům, prisuzování záporných vlastností.

Obecnější rovina zaznamenává stigmatizaci jako **apriorní negativní hodnocení**, které může být buď *atribucí*, nebo *etiketizací* (Kapr, Linhart, Fišerová, Vodáková, 1997).

Podle Goffmana (2003) termín stigma skrývá dvojí hledisko. První je předpoklad stigmatizovaného, že jeho odlišnost je známa nebo zcela jasná na první pohled. Druhá je daná odlišností, která není známa a není ani na první pohled viditelná. Prvý případ zahrnuje situaci **diskreditovaného**, druhý **diskreditovatelného**.

„V okamžiku skutečného bezprostředního kontaktu mezi normálními a stigmatizovanými, zejména při pokusu vést dál vzájemnou konverzaci, nastává jedna z klíčových sociologických situací. Právě v těchto okamžicích budou totiž mnohdy obě strany nutně konfrontovány s příčinami a důsledky stigmatu. Stigmatizovaný jedinec může pociťovat nejistotu ohledně toho, jakou totožnost mu my normální dáme a jak jej přijmeme“ (Goffman, 2003, str. 22).

Podle Vágnerové (1999) může být trvalé zdravotní postižení v určitých případech vnímáno jako **sociální stigma**. Intaktní společnost takto může vnímat nápadné defekty (zevnějšek, komunikace) vyskytující se u různých diagnóz. Zdravotně postižený jedinec je ostatními vmanipulován do role stigmatizovaného. Přisuzování negativních vlastností, odstup, často až odpor můžeme pozorovat především u přístupu k mentálně retardované a duševně nemocné osobě, neboť její chování bývá často odlišné od ostatních.

„Stigmatizace mění roli takového jedince, jeho sociální status a v důsledku toho mnohdy i jeho identitu“ (Vágnerová, 1999, str. 100).

Problémem zdravotně postižených osob se může stát jejich **integrace** do majoritní společnosti. Život v rodině, ústavu nebo v komunitě stejně postižených je často vnímán jako izolace, ovšem v některých oblastech života se stává žádoucí a vyhovující péčí, neboť nedochází ke každodennímu tlaku okolního prostředí. Soužití stejně postižených osob souvisí s efektem similarity. Lidé se lépe chápou, obdobně reagují, mají podobné problémy a vytvářejí si sociální skupiny, které mají charakter **minorit**. Izolace osob se zdravotním postižením ovšem zvyšuje pravděpodobnost problémů při integraci do majoritní společnosti a u laické veřejnosti může ovlivnit vznik stereotypu a stigmatizace (Vágnerová, 1999).

Přijetí bývá označováno jako **základní rys životní situace stigmatizovaného**. Lidé při jednání s osobou se zdravotním postižením neumí či nechťejí projevit takovou úctu, jakou by pro sebe ve stejné situaci žádali a jakou osoba se zdravotním postižením **očekává**. Odmítnutí respektu si tato osoba může vysvětlit tak, že dané zdravotní postižení k takovému jednání ostatní opravňuje (Goffman, 2003).

„Jako stigma označujeme vlastnost, která odlišuje jedince nebo skupinu od většiny populace a vyvolává u této většiny podezření nebo nepřátelské pocity. Většina nemocí vede k projevům soucitu ze strany těch, kdo jí nebyli postiženi. V některých případech se však nemocní setkávají s odmítnutím ze strany „zdravé“ populace, která jejich chorobu považuje za mimořádně nakažlivou nebo za znamení hanby“ (Gidens, 1999, str. 147).

2.1.5 Labelling

Odborná literatura (Kapr, Linhart, Fišerová, Vodáková, 1997) uvádí termín *labelling* jako výraz převzatý z angličtiny, odvozený od slova Label (nálepka). **Etiketizační teorie** (*labelling theory*) je koncepce rozpracovaná v rámci psychologie a sociologie. K jejím zakladatelům se řadí H. S. Becker a K. T. Erikson. Při posuzování určitého chování jako deviantního považuje sociologie za důležitější než samo porušení normy označovací, nálepkovací a etiketizační akt.

Tabulka č. 1 - Typologie chování v rámci etiketizační teorie

Chování	Možnosti označení	
	došlo k porušení normy	nedošlo k porušení normy
označené jako deviantní	identifikovaná deviace	neadekvátní označení
neoznačené	skrytá deviace	konformní chování

Převzato z knihy *Sociální deviace, sociologie nemoci a medicíny* (Kapr, Linhart, Fišerová, Vodáková, 1997, str. 84).

Třídní a skupinová podmíněnost ovlivňuje vznik **etiketizace**. Podle Reisse vysvětluje odborná literatura, že „*krást neznamená být zloděj, nekrást nutně neznamená, že jsme se vyhnuli nebezpečí být za zloděje považováni*“ (Kapr, Linhart, Fišerová, Vodáková, 1997, str. 84). Různé výzkumy dokazují existenci skupin, které jsou **a priori sociálně předurčeny** k tomu, aby byly společností velmi přísně etiketizovány, ovšem jiné skupiny jsou přijímány velmi tolerantně.

Teorie labellingu patří dnes k nejrozšířenějším teoriím deviace. Termín **etiketizace** navrhli slovenští sociologové, manželé Kováčikovi. Etiketizační teorie může posuzovat více jevů, protože bere v úvahu i taková chování, která jsou označena jako deviantní, ačkoli nedošlo k žádnému porušení normy nebo chování, kde porušení sice nastalo, ale nedošlo k označení (Kapr, Linhart, Fišerová, Vodáková, 1997).

Podle odborné literatury (Kapr, Linhart, Fišerová, Vodáková, 1997) teorii **primární a sekundární deviace** definoval Lemmert na základě analýzy důsledků, které vznikaly označováním určitého chování jako deviantního. Primární deviaci

formuloval jako porušení norem na základě situačního, psychologického nebo fyziologického „*originálního zdroje*“. Jedná se o pití alkoholu jako reakci na zjištění trvalé invalidity nebo na narození zdravotně postiženého dítěte a situace podobného charakteru. Primární deviaci vidí jako „*snadno pochopitelnou*“, ale sekundární deviaci spatřuje jako složitější jev, protože se jedná o reagování jedince na označení jeho chování jako deviantního.

„Sociální reakce ve formě labellingu nebo oficiální typizace a následná stigmatizace vede k alternaci vlastní identity aktéra, k rekonstrukci jeho Já. Sekundární deviace je tedy vlastně zdvojenou reakcí; je reakcí aktéra na reakci veřejnosti na jeho primární deviaci, která se může stabilizovat, stereotypizovat a přejít až k akceptaci deviantní role. Je totiž známo, že deviantní akt neznamena nutně ani deviantní roli, ani nutně neimplikuje deviantní charakter. Deviantní role se tak v Lemmertově koncepci ustavují spíše v důsledku sociálního působení a tlaku, nikoliv jako akt volby“ (Kapr, Linhart, Fišerová, Vodáková, 1997, str. 22).

2.2 Teorie komunikace

2.2.1 Sociální komunikace

„Komunikace je specifickou formou spojení mezi lidmi, a to prostřednictvím předávání a přijímání významů“ (Výrost, Slaměník, 2008, str. 217). Vstupuje do kontextu s jinými formami spojení mezi lidmi, jako jsou společné činnosti, společenské vztahy a jejich vzájemné působení.

Výrost a Slaměník (2008) přiřadili komunikaci rysy **činnostní, vztahové a interakční**. Hovoří o ovlivnění **komunikace vzájemným působením**, o interakčním charakteru komunikace, ale zároveň o znacích, které ji od interakce odlišují. Při společné činnosti existuje komunikace v doprovodné nebo rozvinuté podobě. Jedná se o vliv společenského pracovního procesu na komunikaci, jde o **souvislost komunikace a společné činnosti**.

Komunikace probíhá také v určitých společenských vztazích, proto mluvíme o **souvislosti komunikace a společenských vztahů**. Uvnitř samotné komunikace

vznikají vztahy **meziosobní, k sobě samotnému, skupinové i společenské**. Vztahy meziosobní určují komunikaci interpersonální, převažující vztahy k sobě samotnému patří komunikaci intrapersonální a u skupinových vztahů mluvíme o komunikaci masové. Tyto druhy komunikace zahrnují i vazby na různé druhy činností. Při komunikaci *na dálku* je interakce komunikujících velmi malá. Příjemce porozumí interpretovanému důvodu ke smutku, ale danou situaci neprožívá (Výrost, Slaměník, 2008).

Existence **komunikace v celkovém kontextu** chování a jednání vymezuje význam **verbálních** nebo **neverbálních** sdělení. Tatáž slova nebo totéž chování nemusí mít shodné významy při užití v odlišných souvislostech. Otázka „*Jak se máš?*“ může být při běžném setkání pouhou zdvořilostní frází, ovšem při setkání s nemocným přítelem vyjadřuje projev zájmu o jeho zdraví. Význam konkrétního signálu je spojen s chováním komunikujícího v dané situaci. Spolupůsobení souvislostí při všem, **co říkáme**, a na to, **jak to říkáme**, posuzuje DeVito (2001) nejméně ze čtyř hledisek: fyzické, kulturní, časové a sociálně-psychologické.

Fyzický kontext charakterizuje hmotné, konkrétní prostředí; u lůžka na jednotce intenzivní péče vedeme odlišnou komunikaci než na hlučném fotbalovém stadionu.

Kulturní kontext je daný životním stylem, přesvědčením, hodnotovou orientací, chováním a komunikací. Jde o pravidla, která rozlišují, co je hodnoceno kladně a co negativně v určité skupině lidí.

Sociálně-psychologický kontext vnímáme v souvislosti s postavením jednotlivých účastníků komunikace a se vztahy mezi nimi. Zachycena je formálnost situace i emocionální rozměr komunikace; při obědě s celebritou nehovoříme stejným stylem jako s partou kamarádů v restauraci.

Časový kontext charakterizuje pozici určitého sdělení v posloupnosti událostí. Po nepříjemné zprávě neprobíhá konverzace stejným způsobem jako po informaci o něčem hezkém a veselém.

Rozhovorem si předáváme informace, pocity, nálady, postoje a objasňujeme vztahy. Pochopit vztahy můžeme jen v souvislostech daných situací. Vztahové informace předáváme většinou neverbálními signály (DeVito, 2001).

„Sociální jednání má často podobu určitého schematického, pravidelného a postupového chování, takže určité postupové kroky jsou očekávány, dají se označit jako pravidla. Je to proto, že je to chování „rolové“, jsou stanovena pravidla, která umožňují zjednodušit způsob chování, nepřemýšlet zbytečně nad každou situací a také očekávat určité chování přiměřené okolnostem. Role, které naplňujeme ve svém každodenním životě, se postupně internalizují a stávají se součástí já, součástí osobnosti“ (Mikuláščík, 2010 str. 23).

Lidé ovládají určitá pravidla myšlení, jednání a komunikace. Je jen na každém z nás, zda ona pravidla budeme respektovat nebo ignorovat.

Teorie komunikační akomodace říká, že „mluvčí se přizpůsobují stylu řeči svých posluchačů, aby dosáhli například společenského uznání a větší efektivity komunikace“ (Giles, Mulac, Bradac & Johnson, 1987 in DeVito, 2001, str. 2).

Podle téhož autora (2001) se **účastník komunikace** stává **zdrojem** (mluvčím) i **příjemcem** (posluchačem). Sdělení předáváme mluvením, psaním, mimikou a úsměvem. Od jiných přijímáme informace poslechem, čtením, pohledem, čichem. Sdělení vysíláme i přijímáme současně. Přijímáme svá vlastní sdělení (slyšíme se, vnímáme své vlastní pohyby) i reakce druhých (souhlas, porozumění, rozpaky, smutek). Myšlenky vyjadřujeme nejčastěji slovy, oblečením, chůzí, výrazem obličeje. O **zakódování** mluvíme při převádění vlastních myšlenek do řeči. Vybraný kód musí být srozumitelný i pro druhé. **Dekódování** je opačný postup, převádíme řeč jiné osoby na naše myšlenky.

Různá **sdělení** při komunikaci mohou být vysílána i přijímána jedním nebo více smyslovými orgány.

Zmiňují tři speciální **typy sdělení**, jak jsou uvedeny v díle DeVita (2001):

- metakomunikace – sdělení spjaté s jiným sdělením (komunikace o komunikaci),
- zpětná vazba – reakce posluchačů na určité sdělení,
- úvodní informace – přiblížení následujícího sdělení.

Komunikace probíhá prostřednictvím **komunikačních kanálů**, většinou je jich použito několik souběžně a zajišťují přenos sdělení. Při konverzaci hovoříme a nasloucháme (*hlasový kanál*), ale také gestikulujeme a zrakem vnímáme gestikulaci druhého (*zrakový kanál*). Komunikace se mohou týkat i pachové (*čichový kanál*) nebo dotykové signály (*hmatový kanál*). Některým osobám může jeden či více

kanálů chybět, což jsou případy nevidomých a neslyšících lidí nebo jedinců částečně či zcela paralyzovaných (DeVito, 2001).

2.3 Teorie sebepojetí a sebehodnocení

2.3.1 Sebepečetí

Sebepečetí můžeme vnímat jako znalosti a zkušenosti sebe sama, které se tvoří na základě nejrůznějších poznatků, emočních prožitků a úvah. Ačkoli se lidé nechtějí příliš odlišovat od ostatních, neboť vzniká *potřeba asimilace*, vnímají potřebu uchovat si svou jedinečnost, což je *potřeba diferenciace*. Sebepečetí můžeme chápat jako individuálně specifickou charakteristiku a její diferenciační funkce značí různě velkou osobní odlišnost (Vágnerová, 2010).

„Sebepečetí je hypotetický konstrukt¹, kterým se snažíme popsat obsah vědomí vztahovaný k vlastnímu „já“. Výzkumníky na tomto poli zajímá nejen konkrétní obsah sebepečetí, ale také formální a dynamické parametry této kognice“ (Výrost, Slaměník, 2008, str. 96).

Tentýž pramen zmiňuje i oblast výzkumu Já, kde velký zájem vyvolalo uvedení **teorie sebeschémát či schémát Já**. Schémata tvoří jedinci vodítka k výběru podstatných informací pro vlastní „Já“, také představují jakýsi filtr informací vzhledem k subjektu a jeho „Já“, tím je zajištěna schopnost si vybavit minulé události. Schémata upevňují sebepečetí, proto některé informace odmítáme. „Já“ máme uloženo v paměti jako strukturu znalostí a zkušeností, podle literatury se jedná o **prototyp Já** (Výrost, Slaměník, 2008).

Sebepečetí je vnímání sebe sama, svých schopností, pozitiv a negativ. Zahrnuje představy o tom, kdo jsme a jak nás vidí ostatní. Srovnávací ukazatele pro hodnocení sebe sama čerpáme z toho, co jsme se naučili v rodině, ve škole, v zaměstnání, osvojením si kultury celé společnosti a z reakcí na vlastní chování.

¹ Hypotetický konstrukt označuje koherentní vzorec pocitů, myšlenek a preferovaných projevů chování. Jelikož jsou tyto konfigurace hypotetickým konstruktem, nemůžeme je přímo objektivně měřit a pozorovat. Usuzujeme o nich jen podle popisu, který nám daný jedinec poskytne (Šiffelová, 2010).

Vzory jednání muže a ženy jsou v tomto směru také velmi důležité, jde o **role pohlaví**. Tím vším je nám dána možnost posoudit sama sebe (DeVito, 2001).

Člověk je součástí světa, který zkoumá a poznává stejně jako sám sebe. Vytváří si **kognitivní schéma vlastního Já** i svého okolí, formuje vztah k sobě samému i ke světu. Všechny tyto aspekty se ovlivňují a vzniká přiměřené sebepojetí. Každý jedinec zaznamenává informace, které jsou pro něho důležité, poté je pod vlivem dosavadních zkušeností zpracovává a předává. Neakceptuje poznatky v nesouladu s jeho představami a udržuje si poměrně stabilní názor na svět i sebe (Vágnerová, 2010).

2.3.2 Sebehodnocení

Téma sebehodnocení v knize *Sociální psychologie* autoři (Výrost, Slaměník, 2008) objasňují i za pomoci díla S. Rosenberga. **Sebehodnocení** znamená určité srovnání a konfrontaci s nějakými standardy a spojuje se i s hodnocením ostatních. Obecně jde o vztah k sobě samému, o vědomí vlastní hodnoty.

V **sebediskrepanční teorii** se jedná o souvislost prožívaných emocí a vlastní sebereflexe. Jedná se o přístup člověka k sobě samému, o vztahy mezi skutečným *Já*, ideálním *Já* a požadovaným *Já*. Konkrétní přání jsou skryty v ideálním *Já*. Požadované *Já* obsahuje charakteristiky, o kterých si myslíme, že bychom je měli mít pro lepší zvládnutí povinností, závazků a odpovědností. Vnímáme-li velký rozpor mezi tím, jací jsme podle nás samotných a jak bychom se rádi viděli, nastane úzkost, zklamání a frustrace. Deprese a obavy ze ztráty něčí náklonnosti pociťujeme při nenaplnění přání druhých. Provinile se cítíme, když nesplníme cíle, které jsme si dobrovolně vytyčili (Výrost, Slaměník, 2008).

Vágnerová (2010) ve svém díle vyjadřuje sebehodnocení jako **ocenění vlastních kompetencí a kvalit a vztah k sobě**. Sebehodnocení značí míru spokojenosti se sebou samým. Jeho rozvoj souvisí s osobností jedince i s jeho sociálním prostředím. Základ pro hodnocení sebe sama tvoří osobnostní vlastnosti a schopnosti. Získané zkušenosti mají subjektivní interpretaci a prožitky, proto různí lidé nehodnotí situaci stejně. Většinou je podstatné to, jak danou situaci jedinec prožívá a co považuje za uspokojivé, méně důležitý je výkon či dosažený úspěch.

Sebehodnocení nemusí odpovídat skutečnosti. Vzniká na základě sebezpoznaní, které mu vtiskne určitou hodnotu. Obsahuje také emoční vztah k sobě a s tím související sebevědomí a sebedůvěru (Vágnerová, 2010).

„Kladné sebehodnocení je pro duševní zdraví velmi významné. Psychoterapeuticky zaměřeni badatelé poukázali na to, že kořen mnoha psychických potíží je právě v nejistotě o hodnotě vlastního Já“ (Langmeier, Krejčířová, 2006, str. 139).

Titíž autoři uvádějí, že důležité pro kladné sebehodnocení je, jak chápeme příčiny svých úspěchů a nezdarů, tedy jaký máme atribuční styl. Vnímáme-li úspěch jako nahodilé štěstí, sebehodnocení máme nízké. Při pozitivním sebehodnocení přisuzujeme úspěch vlastním schopnostem a nezdar vidíme jako příležitost se učit, protože chyby můžeme ovlivnit (Langmeier, Krejčířová, 2006).

2.4 Teorie postojů

2.4.1 Postoje majoritní společnosti

Většinou společnost označujeme termínem majoritní společnost. V dané společnosti jde o skupinu, která má početní převahu oproti jiným skupinám. Hartl, Hartlová (2000) vysvětlují termín **majorita** jako většinu a **společnost** označují jako skupinu jednotlivců, kteří patří ke stejnému druhu a navzájem spolupracují.

Postoje můžeme charakterizovat jako sklony se nějak chovat. Vyjadřují náš vztah k určitým věcem, hodnotám a situacím. Postoj v konkrétních situacích může být **zjevný**, nebo **latentní**, tedy skrytý. Lidé raději své postoje přizpůsobují většině, a to i tehdy, je-li počínání většiny chybné. Okolnosti, které vzniknou v těchto situacích, jsou pro jedince důležité. Některé výzkumy ovšem dokazují, že i svorná menšina může značně ovlivnit úsudek většiny (Hayesová, 2009).

*„Nejobecnější postoje, které určují celý životní styl a orientaci člověka ve světě, nazýváme hodnoty nebo **hodnotové orientace**, lidově známé jako žebříček hodnot“ (Říčan, 2007, str. 109).*

Goffman (2003) označuje **postoje normálních lidí vůči osobám se zdravotním postižením** jako předpokládané, neboť se jedná o reakce se snahou o shovívavé **sociální jednání**. Ovlivnit nás může domněnka, že osoba se zdravotním postižením nemá potřebné vlastnosti a schopnosti normálního člověka. Vedeni touto chybou dáváme podnět různým způsobům diskriminace, která snižuje životní šance těchto osob. Často takto jednáme nevědomky a automaticky. Vytváříme teorii stigmatu, ideologii vysvětlující **méněcennost osoby se stigmatem**. Přiřazujeme dané osobě na základě jejího zdravotního postižení nejružnější nedokonalosti a často nadpřirozené vlastnosti, jako je *šestý smysl*.

Někteří lidé se ostýchají dotknout slepců, vést je za ruku, zatímco jiní předpokládají, že nevidomý je zcela neschopný běžného života. Tělesně postiženému přisuzují mnohdy i sníženou mentalitu a k osobám s mentální retardací se chovají netaktně. V současné společnosti slyšíme při běžném hovoru konkrétní „stigmatizující“ výrazy typu *mrzák, imbecil, debil* jako metafory a symboly, aniž by koho zajímal jejich původní význam. Existuje stále celá řada stereotypů ukotvených v názorech a přesvědčeních, které často nevědomky používáme bez ohledu na okolnosti dané situace (Goffman, 2003).

Vznik postojů je dán **snahou o subjektivně jasnější a jednodušší orientaci v jednotlivých situacích**. Postoj je tvořen racionální a emotivní složkou, jeho projevem je chování a jednání. Rozumová složka obsahuje znalosti a informace. Citová složka je jakýmsi základním **hodnotícím kritériem**, vyjadřuje *odmítání či přijetí*. Stává se významnější tam, kde existuje neznalost daného problému. Postoje k osobám se zdravotním postižením, které po dlouhé roky žily většinou v ústavech a v rodinách jen ojedinele, jsou často ovlivňovány částečnými a neadekvátními informacemi. Jejich problémy a omezení znali jen jejich nejbližší. Změna postoje je pro jedince obtížná a nebývá častá, proto v těchto situacích můžeme hovořit o stereotypu nebo předsudku (Vágnerová, 1999).

Podle Goffmana (2003) by osoba se zdravotním postižením mohla mít vlastní důvody vnímat, že smíšené sociální situace směřují k **úzkostným nezakotveným interakcím**. Pokud se tak stane, lze předpokládat, že i pro nás budou tyto situace poněkud problematické.

Můžeme získat pocit, že stigmatizovaný je buď příliš agresivní, nebo příliš ostýchavý, a v takovém případě může **podšouvat našemu jednání nezamýšlené**

záměry. V okamžiku prokazování specifické pozornosti lze vnímat danou situaci jako překračování žádoucí hranice. Opačná situace vzniká, když si neuvědomíme jeho zdravotní postižení a budeme po něm žádat nemožné. Naše přítomnost může způsobit jeho vnitřní neklid. Pociťuje-li, že jeho vnitřní nejistotu vnímáme také, vzniká podle Goffmana (2003) nekonečná **regrese vzájemných ohledů**.

Vzhledem k tomu, s čím osoby se zdravotním postižením a členové majoritní společnosti vstupují do sociálních situací, nedochází vždy ke zcela snadnému průběhu. Naše chování ovlivní dřívější zkušenosti s osobami podobného typu, a pak se pokoušíme chovat, jako kdyby dotyčný byl někým lepším, někým horším, nebo nebyl *nikým, tedy nebyl přítomen*. Jakýkoli z těchto tří typů chování vyústí v průběhu jednání v rozpačitost a *ostych z těch druhých*, vzniká patologická verze interakce, kterou vnímáme jako upjatost.

Reakce na postižení může být zřetelná a netaktní, nebo se o něm nikdo raději nezmíní. Vědomí zdravotního postižení se stane silnější a na základě toho bude jednání velmi zohledňující. Takovou situaci charakterizuje **neklid, nepřirozenost, ostražitost, pohledy stočené jiným směrem, předstíraná veselost, křečovitý rozhovor, nevhodná obřadnost** (Goffman, 2003).

2.4.2 Postoje osob se zdravotním postižením

Osobou se zdravotním postižením je jedinec, který na základě svého dlouhodobého zdravotního stavu potřebuje péči druhé osoby, tedy v současné době se jedná o příjemce sociální dávky určené těmto osobám. Dále sem řadíme jedince, jehož zdravotní stav způsobuje omezení pro přípravu na budoucí povolání a při výkonu povolání, kterému byl přiznán invalidní důchod.

Hartl pojem postoj definuje jako „*sklon ustáleným způsobem reagovat na předměty, osoby, situace, a na sebe sama; postoje jsou součástí osobnosti, souvisí se sklony a zájmy osobnosti, předurčují poznání, chápání, myšlení a cítění*“ (Hartl, 1993, str. 151).

Nakonečný (1993) vnímá postoje jako zvláštní prvky ve struktuře osobnosti. Každý jedinec si vytváří vlastní systém postojů, který charakterizuje jeho osobnost. Podle tohoto autora určité chování samo o sobě nemusí vyjadřovat postoj jedince.

Pojem postoj se podle Výrosta a Slaměníka (2008) objevil v evropských jazycích začátkem 18. století. Nejdříve našel uplatnění ve výtvarném umění pro označení *polohy těla při jeho výtvarném znázornění* a později byl používán v dramatickém umění v podobě významu. Jazyk vědy ho zaznamenal prostřednictvím práce Charlese Darwina *Výraz emocí u člověka a zvířat*.

Začátkem 20. století, kdy vznikala sociální psychologie, začal tvořit ústřední kategorií této disciplíny a následně půlstoletí určoval předmět i ohraničení dominantního zaměření výzkumu.

Postoj vyjadřuje **náš hodnotící vztah** k různým činnostem, jevům, osobám. V literatuře je označován jako **relativně stabilní charakteristika**, kterou definuje Eagly a Chaiken v díle Výrosta a Slaměníka jako „*psychologickou tendenci, která se projevuje v hodnocení konkrétní entity s jistým stupněm upřednostňování nebo odmítání*“ (Výrost, Slaměník, 2008, str. 127).

Totéž dílo rozlišuje podle Katze dvě základní funkce postojů:

- **poznávací**, která mobilizuje a připravuje zkušenosti,
- **instrumentální**, v níž postoje zvyšují zisky a zmírňují ztráty.

Později přibyly ještě tři další:

- **funkce výrazu hodnot**, vyjadřuje postoj jedince jeho uznávané hodnoty,
- **funkce sociální adjustace**, která značí připravenost postojů zprostředkovat vztahy člověka k jiným lidem,
- **funkce sebeobranná** (ego-defenziva) pro zajištění snadnějšího zvládnutí konfliktu a náročných situací.

Postoje nejsou izolované jednotky, jejich vzájemným vztahům se přičítá určitá míra organizace. Sociální psychologie k vyjádření této skutečnosti používá termíny „*soustava postojů*“, „*postojová organizace*“ nebo „*postojový systém*“ (Výrost, Slaměník, 2008).

Goffman (2003) spatřuje vznik problému v okamžiku, když osoby konkrétní normu v dané skupině budou pouze **podporovat** a ne **naplňovat**. Cítí-li se jedinec oddělen od většinové společnosti, chrání se představou o své identitě. **Vnímá sám sebe jako plnoprávnou lidskou bytost** a jsme to **my ostatní**, koho spatřuje jako **ne zcela lidské** jedince. Vidí sám sebe jako „*normálního člověka*“,

který má nárok na normální život. Nepožaduje to, co by mohl žádat každý, ale pouze každý z jeho sociální skupiny.

Osoba se zdravotním postižením si často uvědomuje, že ačkoli to ostatní říkají, není pravda, že by ji doopravdy „akceptovali“ a ochotně se s ní stýkali na „stejně úrovni“. Nechtějí nebo nejsou na to připraveni. **Měřítka**, která tato osoba přebírá **od většinové společnosti**, upevňují její vědomí o odlišnosti zaviněné zdravotním postižením. Rezignuje a **souhlasí s tím, že opravdu nesplňuje požadavky** na člověka, jakým by měla být. Tento moment přináší nejistotu, pocit zahanbení a nedokonalosti (Goffman, 2003).

2.4.3 Kognitivní disonance

Kognitivní disonance v psychologii souvisí s postoji, sebepojetím a sebehodnocením. Všechny tyto aspekty ovlivňují myšlení i chování každého jedince.

Kognitivní disonanci definuje Janoušek (2007) jako **nesouhlas mezi kognitivními elementy**, ke kterým řadíme znalosti, hodnotové orientace, postoje. Teorie kognitivní disonance předpokládá u člověka snahu redukovat disonanci a omezit vznik situací, které by ji mohly stupňovat. Disonance může být chápána jako **motivační faktor**, i když souvislost s motivací lze označit za složitou.

Komunikace také souvisí se vznikem a redukcí disonance. Informace a názory získané od druhých lidí, mohou obsahovat nové podněty, ve kterých se nachází prvky disonance s již existujícím poznatkem. Účinnou redukcí disonance „*je odstranění části kognitivních elementů ve prospěch jiných*“ (Janoušek, 2007, str. 92). Toho lze dosáhnout, když si člověk pro komunikaci vybere partnera, který bude souhlasit s jeho názorem. Disonance **působí na obsah komunikačních aktivit, i na jejich směr**. Pokud jedinec pozoruje disonanci mezi dvěma skupinami, bude chtít komunikovat s tou, která bude mít shodný názor s ním (Janoušek, 2007).

Kognitivismus ovlivnil psychologii od šedesátých let dvacátého století do současnosti, ačkoli v současnosti je kritizován (Výrost, Slaměník, 2008, str. 36).

Souvislost kognitivní konsonance a kognitivní disonance s očekáváním vysvětluje odborná literatura takto: „Očekávání může mít i charakter celoživotního zaměření nebo postoje (téměř jako profesionální deformace) – jinak vidí les dřevorubec, jinak ekolog, jinak milovník přírody. Člověk, který žije uvnitř určitého sociálního prostředí, vlastní přímou zkušenost vnímá prostřednictvím určitého filtru. Zafixování určitého způsobu vnímání má pak charakter postoje. S tím souvisí i kognitivní konsonance a **kognitivní disonance**“ (Mikuláščík, 2003, str. 57 - 58).

Kognitivní konsonanci tentýž autor (Mikuláščík, 2003) vysvětluje jako naši velkou pozornost podnětům, které jsou nám blízké a jsou pro nás důležité, a daleko menší pozornost podnětům, které se neshodují s našimi hodnotami. Kognitivní disonancí pro nás mohou být chyby v podnětech, které pro zaujatost nebo předpokládané očekávání nevnímáme. Vložené očekávání do našeho vnímání může být iluze. Bojácný člověk v noci v přírodě vidí nebezpečí ve všech stínech či keřích a slyší zvuky, které přisuzuje různým zvířatům i příšerám.

Teorii kognitivní disonance, kterou uveřejnil ve své knize Festinger, zmiňuje v díle *Dějiny psychologie* Plháková (2006). Koncepce dala vzniknout řadě sociálně-psychologických výzkumů, které prokázaly „**vliv rozporných poznatků na změny postojů i chování**“.

„**Jádrem teorie kognitivní disonance jsou následující propozice:**

- *mezi kognitivními elementy může existovat disonance nebo nevyhovující vztahy;*
- *disonance vede ke zvyšování tlaku, k její redukci a k vyhýbání se jejímu nárůstu;*
- *tento tlak se projevuje operacemi, k nimž patří změny chování, změny poznatků*“ (Plháková, 2006, str. 147).

2.5 Teorie stresu

2.5.1 Náročná situace

Psychologický slovník (Hartl, Hartlová, 2000) do kategorie „životní náročné situace“ řadí konflikt, frustraci a stres.

Tyto pojmy můžeme charakterizovat následujícím způsobem:

- **konflikt** – střet neslučitelných stanovisek nebo stran;
- **frustrace** – znemožnění dosažení cíle a vzniklé zklamání;
- **stres** – charakteristická odpověď na nadměrnou zátěž (agrese a únik).

Agrese znamená čelní odstranění překážek a souvisí-li s úspěchem, má tendenci se opakovat. S vývojem společnosti se uskutečňuje posun od „mužnosti“ fyzické ke statečnosti „morální“.

Únik je také velmi častý způsob, jak překonat nebo spíše opustit náročnou životní situaci. Je chápán většinou negativně, spojuje se s nedostatkem odvahy, s bázlivostí a ustrašeností (Hartl, Hartlová, 2000).

Odborná literatura (Vágnerová, 2010) dále uvádí, že každý člověk v běžném životě má svůj specifický a stabilní projev. Prožívá situace, ve kterých ví jak reagovat, jak jednat, jak se chovat a neprožívá žádné specifické emoce. Pokud situace přinese něco nezvyklého, zaznamenáváme zvýšené nároky pro řešení daného problému a vnímáme změnu emočního ladění. Zátěžové situace nám poskytují pohled na člověka z jiného úhlu.

Posouzení odolnosti jedince vůči zátěži podle Vágnerové (2010):

- je-li pro jedince kontrola nad situací udržitelná a on sám věří, že ji zvládne (vyhledat a využít pomoc);
- vnímá-li jedinec zátěž jako aktivizaci pro hledání vhodného řešení nebo se cítí paralyzován situací (bezmocný, rezignující);
- reaguje-li jedinec flexibilně, netrvá na neúčelných strategiích, zotaví se i po traumatické zkušenosti.

Situace, které nepatří do běžného života, jsou často příčinou stresu. Nastává ztráta duševní a tělesné pohody. Člověk se obává dalších problémů, neboť dosud užívané strategie chování nejsou dostatečně účinné. Emoční rovnováha úzce souvisí

se schopností přemýšlet o jiných vhodných možnostech a způsobech zvládnání náročných situací i pro získávání a udržení sociálních kontaktů (Vágnerová, 2010).

2.5.2 Frustrace

Frustrace vzniká při neuspokojení potřeb nebo je-li nemožné dosáhnout cíle. Jedná se o psychický stav, při kterém míra frustrace roste s narůstající potřebou uspokojení.

Paulík (2010) uvádí rozlišení typů frustračních situací podle Nakonečného, které se dělí podle jejich původu na **exogenní** a **endogenní** frustrace. Exogenní frustrační situace způsobují vnější překážky, které se dále dělí na fyzické (*schody pro vozíčkáře*) a psychické blokády (*zákaz zajímavé akce pro nemocného*). Endogenní frustrace existuje ve formě vnitřní zábrany (*morální důvody, strach*), jedná se o frustraci, kterou si jedinec způsobuje sám, neboť vlastní vnitřní zábrany ovlivňují jeho stav uspokojení.

Reakce na frustrace odborná literatura (Pavulík, 2010) dělí na aktivní a pasivní. **Aktivní** typ reakce na frustraci předpokládá zvýšení úsilí na zdolání překážky nebo na dosažení náhradního uspokojení (*kompensace*). Stává se, že lidská reakce na frustraci se jeví jako neúčelné a věku neodpovídající dětské chování (*regrese*). **Pasivní** reakci charakterizuje sklíčenost (*deprese*), rezignace a dočasná nečinnost.

Častým typem **aktivní frustrační reakce** se stává **agrese** zaměřená na sebe nebo na druhé lidi, případně vnější okolnosti. Frustrace nemusí vést pouze k agresivní reakci, naopak při úspěšném překonání problému, může být důvodem vhodné motivace (Paulík, 2010).

Vycházíme-li z charakteristiky frustrace jako stavu, který jedinec vnímá, když překážky zabraňují dosažení cíle, můžeme chápat frustraci jako následek jedincova selhání při snaze dokončit započatý úkol. Hypotéza zabývající se vztahem frustrace a agrese je formulována jako **frustrační teorie agrese** a dodnes se stává tématem k diskuzím (Výrost, Slaměník, 2008).

Napadení nebo útočné chování, které v určitém okamžiku vnímáme obvykle jako reakci na skutečné nebo zdánlivé ohrožení vlastní moci, označujeme jako agresi

a nalezneme ji v odborné literatuře (Geist, 1992) ve spojení s několika význačnými jmény. Podle Freuda je pramenem agrese *pud zemřít* s cílem destrukce, podle Adlera je agrese projevem *pudu po moci* s cílem dosažení vlastní nadřazenosti a podle teorie frustrace dle Rosenzweiga je agrese *důsledkem frustrace*. Tyto přístupy reprezentují teorie pudově instinktivní, frustrační a teorie sociálního učení.

2.5.3 Konflikt

Konflikt Hartl a Hartlová (2000) označují jako výraz pro rozpor, kolizi, střet dvou či několika protichůdných tendencí. Dělí se na vnější a vnitřní. Vnější konflikt způsobují podněty vně jedince. Vnitřní konflikt vzniká při střetu dvou cílů nebo potřeb uvnitř jedince a často vede k hlubšímu poznání sama sebe.

Hartl a Hartlová (2000) dělí konflikt i podle druhu tendencí na konflikt:

- **mezi dvěma pozitivními pohnutkami, *apetencemi*** – jedná se o situaci, kdy dochází ke střetu dvou či více lákavých cílů;
- **mezi dvěma negativními pohnutkami, *averzemi*** - jde o řešení situace, kdy si lze vybrat pouze mezi dvěma nepříznivými alternativami, volbou se stává menší zlo;
- **mezi negativní a pozitivní pohnutkou, *averzí a apetencí*** – vytváří situaci, kdy tentýž cíl láká i odpuzuje, čím je cíl blíže, tím více je nežádoucí a čím více se vzdaluje, tím více je žádoucí;

Nevyřešené nebo déle trvající konflikty ovlivňují naši duševní rovnováhu a mohou způsobit zdravotní problémy.

Podle Vágnerové (2010) vzájemné působení vědomí a nevědomí určuje osobnost každého jedince a jeho fungování v sociálním prostředí. V této souvislosti zmiňuje autorka ve svém díle Freudovo rozlišení jednotlivých úrovní vědomí. Koordinaci fungování vrstev Id a Superega provádí Ego, čímž by mělo zajistit vnitřní rovnováhu, dosáhnout uspokojení a souladu s realitou. Vývoj osobnosti spojuje Freud s osvojováním nových způsobů zvládnání úzkosti a napětí, které jsou dány samotným vývojem, ale mohou být ovlivněny. Jedná se o různé frustrace, konflikty a pocity ohrožení, které mohou mít vliv na vývoj osobnosti.

„Konflikt a jeho řešení mohou také zastavit proces vzájemného odcizování a pomoci vám projevit vaše potřeby“ (DeVito, 2008, str. 227).

Intrapersonální konflikt vzniká, když se Id domáhá okamžitého uspokojení svých tužeb. Charakterizuje ho iracionalita a princip slasti. Z intrapersonálního konfliktu se tak rodí následující dílčí konflikty:

- konflikt **Id versus Ego** - id se domáhá okamžitého uspokojení a ego testuje realitu a upravuje požadavek;
- konflikt **Id versus Superego** - požadavky id postavené proti požadavkům superega na základě jejich skutečně či domněle neetické povahy;
- konflikty **Ego versus Superego** - střet mezi racionálním ego a na dokonalost zaměřeným superego (Drapela, 2003).

Interpersonální konflikt definuje odborná literatura jako „nesoulad mezi nějak spojenými jednotlivci“ (DeVito, 2008, str. 224), jakými mohou být spolupracovníci, blízcí přátelé, rodinní příslušníci. Termínem *spojeními* je kladen důraz na transakční povahu interpersonálního konfliktu, tedy skutečnosti, kdy názor jedince přímo působí na dalšího účastníka. Interpersonální konflikt vzniká v každém interpersonálním vztahu. Pokud ve vztahu neexistuje konflikt, můžeme mluvit o vztahu neživém, bezvýznamném.

Při obsahovém konfliktu předměty, události a osoby obvykle působí zvenku vůči zúčastněným stranám v konfliktu. Základ obsahového konfliktu, to jsou otázky, o které se denně přeme.

Četnost **vztahových konfliktů** je také vysoká. Zařadit sem můžeme situace vznikající mezi partnery, sourozenci. Příčinou těchto konfliktů nejsou vnější příčiny, vznikají při vývoji vztahu.

Z uvedených charakteristik podle DeVita (2008) vyplývá, že obsahové a vztahové konflikty se vždy snadněji rozlišují v učebnicích než ve skutečnosti, kde často bývají zastoupeny oba typy.

Tentýž autor (2008) dělí dále konflikt na **negativní** a **pozitivní**. Negativní pohled je častý průvodce konfliktu, jde o touhu druhému ublížit. V běžné realitě tím dochází ke znemožnění smysluplné komunikace. Ovšem dochází-li ke zkoumání a snaze vyřešit konflikt, utužuje to daný vztah.

2.5.4 Stres

Výraz stres má původ v anglickém slově *stress*. Je to výraz označující situaci, která je zátěží pro organismus i psychiku, neboť se jí nelze přizpůsobit. Odborná literatura zmiňuje (Kapr, Linhart, Fišerová, Vodáková, 1997) **fyziologickou a psychologickou rovinu stresu.**

V knize *Sociální deviace, sociologie nemoci a medicíny* výše jmenovaných autorů (1997) se uvádí, že výchozím bodem teorie biologického stresu je mobilizace obranné schopnosti organismu při vzniku stresu. Poté se dostaví alarmová reakce, rezistence a při dlouhotrvajícím stresu stav vyčerpání, případně selhání organismu. Příčinou stresu může být zranění i silný přetrvávající strach, který může způsobit fyziologické změny. Smyslem obranných reakcí organismu je obnova fyziologické rovnováhy. Organismy si v průběhu vývoje vytvořily celou řadu účelových **obranných reakcí** (při boji se zvyšuje krevní srážlivost, aby utržené rány tolik nekrvácely). Méně intenzivní stres pozitivně ovlivňuje **adaptaci a zlepšení výkonu**. Oproti tomu neřešitelný stres odčerpá tolik energie, že se **ustálený stav rozvrátí**. Stres vzniká z nadměrně silných podnětů, které se nazývají **stresory**. Pokud se nevystupňují nad určitou míru své intenzity a délku působení, mohou v jistém smyslu jedince posilovat. V současné době se často mluví o **sociálním stresu** (*trvalé ohrožení existence, nemožnost začlenit se do kolektivu, nadměrné požadavky na jedince, narození zdravotně postiženého dítěte, úmrtí v rodině*). **Dlouhodobé stresy** mohou být příčinou psychosomatických onemocnění (*psychogenní vředová choroba, poruchy krevního oběhu, astma a další onemocnění*).

Světová zdravotnická organizace nazvala stres „**chorobou století**“, neboť je výrazným znakem současného životního stylu (*absence klidu a soukromí, přetrvávající spěch a nejistota, znečištěné životní prostředí*). Proto vznikají antistresové programy, které se zabývají možnostmi předcházení stresu.

Mezi nejznámější psychologické stresory řadíme:

- konflikt,
- frustraci,
- nedostatek citů, kladných vazeb, vztahů a soukromí
- vnější nepřátelské chování (Kapr, Linhart, Fišerová, Vodáková, 1997).

Podle Nováka a Dvořáčkové (2010) může být dlouhodobý stres u jedince příčinou vzniku **naucené bezmocnosti**, což je typický postoj pro týrané osoby. Opakované neúspěchy jim vtiskly přesvědčení, že pro ně neexistuje pomoc.

Odborná literatura (Kapr, Linhart, Fišerová, Vodáková, 1997) uvádí **tři základní komponenty stresu**, které takto rozlišuje Fraczek a Kofta:

- a) stupňování aktivace organismu;
- b) nástup silných emocí, většinou negativních – strach, úzkost;
- c) zrod motivace zaměřené k zvládnutí stresu - růst vlastní kompetence, útek z obtížné situace.

Franklovo pojetí stresu se vztahuje k psychologii vězňů v koncentračních táborech, kdy dospěl k přesvědčení, že člověk může čelit i těžkým stresům, pokud si ochrání smysl života (Kapr, Linhart, Fišerová, Vodáková, 1997).

Stres lze charakterizovat jako stav napětí organismu, vyvolaný uspokojením nebo neuspokojením potřeb organismu. Na základě tohoto napětí můžeme „*reagovat na nebezpečí, rozmnožovat se, usměrňovat hlad a žízeň nebo si po porodu pláčem uvolnit dýchací cesty*“ (Plamínek, 2008, str. 128). Proto černobílý pohled na stres nemůžeme brát jako jediný.

Známe dva typy stresu. První v nás vyvolává **příjemné pocity** - *eustres* a druhý způsobuje prožívání **pocitů nepříjemných** – *distres*. Eustres obnovuje rovnováhu a stabilitu našeho organismu a zajišťuje vyšší odolnost vůči distresu. **Distres** nás vyčerpává, ničí a způsobuje únavu. Organismus má potřebu vnímat příjemné pocity a vyvarovat se těm nepříjemným (Plamínek, 2008).

2.5.5 Zvládání stresu

Poznáváním stresu a zjišťováním příčin můžeme ovlivnit jeho působení. Jedním z nejobávanějších stresorů je nejistota. Některé **stresové situace** můžeme **předvídat** (*predikce*) a některým lze **předcházet** (*prevence*). Průběh situace, kterou předvídáme, ale nezvládneme se jí vyhnout, můžeme ovlivnit **protistresovým opatřením**. Zvyšováním odolnosti vůči stresu docílíme připravenosti organismu čelit stresu. Jedinec může **tréninkem** získat určité množství reakcí, které bude ve stresových situacích využívat. Vhodnou volbou životního stylu získáme takové

množství energie, která nám pomůže zvládnout danou situaci. Ovšem v některých životních situacích může začít stresor působit velmi rychle a bez varování (Plamínek, 2008).

Baštecká (2003) uvádí, že příkladem **primárně preventivního programu** na zvládání stresu je Stress Inoculation Training (*Očkování proti stresu*) Donalda Meichenbauma, jehož cílem je podpořit schopnost člověka čelit stresující situaci.

„Program má tři kroky:

- „získávání informací a poučení jedince,
- *nácvik zvládání jednotlivých stresových situací,*
- *praktické uplatnění získaných dovedností“* (Baštecká, 2003, str. 43).

K řádnému zvládnutí tohoto programu patří osvojení si sebemotivující vnitřní řeči, kdy si jedinec zkouší přiměřené výroky, jimiž procvičuje svou odvalu.

Každý člen společnosti je případným nositelem stresu. Lze tedy hodně změnit i tím, že si navzájem budeme vzorem, jak stresové situace překonávat. Skončení stresové reakce nemusí vyvolat pasivitu. Můžeme **vyhodnotit stres i své chování a důsledky** zpracovat a využít pro další postup při zvládání stresu (Plamínek, 2008).

Styl **zvládání stresu** je charakterizován specifickými způsoby přístupu ke stresu. Podle Machové a Kubátové (2009) dospěl Lazarus ke dvěma základním typům strategie zvládání stresu:

- Strategie zaměřené na **řešení problému** můžeme charakterizovat jako vytvoření vlastní aktivity se snahou správně zvládnout situaci, což je dané zkušenostmi a mírou sebeovládání jedince. Osoba pracuje na změně v sobě a nikoli v prostředí (*osvojení nových dovedností*).
- Strategie zaměřené na **emoce** se týkají řízení emocionálního stavu, který se mění v důsledku stávajícího stresu. Jde o to, aby negativní emoce nebránily zdárnému vyřešení problému (Machová, Kubátová, 2009).

Základem obrany sebepojetí a pocitu jistoty při adaptaci na nepříjemné skutečnosti, které jsou vnímány jako ohrožení, je nevědomé vytěsnění a vědomé potlačení. **Vytěsnění** vysvětlujeme jako odstranění nepříjemných a nepříjemných pocitů a myšlenek z vědomí. **Potlačení** chápeme jako upuštění od určitých subjektivně zajímavých aktivit nebo jejich odložení na později (Paulík, 2010).

2.5.6 Zvládací mechanismy

Obranné mechanismy jsou definovány jako „*jakýkoliv druh činnosti, včetně myšlení a cítění, jehož účelem je odvést povědomí o nepříjemném nebo zahanbujícím faktu nebo skutečnosti, která vzbuzuje úzkost*“ (English a English, 1964, str. 140 in Vaněk, 2010, str. 54).

Obranné mechanismy pomáhají osobě získat potřebný časový interval, aby mohla **zmobilizovat své síly** a později byla připravena **čelit danému problému**. Časté a dlouhodobé užívání těchto mechanismů se může stát vážným rizikem, když jimi subjekt začne nahrazovat reálná řešení složitých situací (Říčan, 1975).

Podle Baštecké (2005) **rovnováhu nitra člověka** udržují obranné mechanismy a vyrovnávací strategie zajišťují „*provozní rozmezí*“ jedince v daném prostředí. Způsoby postupů pro zvládnutí zátěže se označují jako **copingové strategie**. Pojetí copingových strategií ve významu, ve kterém se užívá dodnes, popsal americký psycholog Lazarus.

Tatáž autorka přirovnává pro lepší názornost lidské Já k Zemi, jejíž ochranu před *nelidskostí* vesmíru zajišťuje ozónová vrstva obranných mechanismů. Ráno, když opouštíme dům, nepřemýšlíme nad tím, že nám cokoli může ublížit. **Traumatizující podnět** ochrannou vrstvu obranných mechanismů poškodí a vzniklým otvorem na člověka padá vědomí vlastní zranitelnosti a bezvýznamnosti. V boji s osudem některý jedinec před kosmickým zářením uteče do sklepa, jiný se schová za sluneční brýle a ti ostatní si řeknou, že je to nyní už zbytečné a berou, co život ještě nabízí. „*V rámci svých možností a v rámci dostupných informací každý v dané chvíli volí to nejlepší*“ (Baštecká, 2005, str. 81).

Copingové strategie se mohou dělit na **adaptivní** a **neadaptivní**. Adaptivní strategie jsou zaměřeny na řešení a tím na směřování jedince k přizpůsobení se okolí nebo dané situaci. Neadaptivní strategie řešení nenabízí, pokud ano dochází k nepřiměřenému řešení, které můžeme charakterizovat úslovím: „*Slon v porcelánu*“. Do této kategorie bychom zařadili i rozličné únikové reakce směrem k alkoholu, drogám a podobnému rizikovému chování (Novák, Dvořáčková, 2010).

Odborná literatura na obecné úrovni objasňuje, že hlavním účelem obranných mechanismů je snižování chorobné úzkosti pacientů. Jako další cíle obranných mechanismů uvádí „*posilování sebevědomí, sebepojetí a pocit kladného*

sebehodnocení. Mezi další funkce obranných mechanismů patří: udržení afektu v únosných mezích, kanalizace impulsů jiným směrem, integrování změny, a to tak, aby sebezpojení pacienta zůstalo harmonické“ (Vaněk, 2010, str. 55).

Baštecká (2005) staví **strategie chování** a prožívání do úzké souvislosti se základními reakcemi na hrozbu, které se projevují útokem a útekem. V rámci jedincova „*provozního rozmezí*“ je zpracována zátěž, která je ovlivněna požadavky prostředí. Jedna ze strategií řešení složité situace, kterou současná společnost v rámci sebeovládání pokládá za směšnou a nedůstojnou, jsou mdloby. Byly častým nástrojem pro vyrovnání se s nepříjemnou situací u dam viktoriánské Anglie. Přispíval k tomu korzet, mentalita i odlišné chápání ženské bezmocnosti.

Odborná literatura (Baštecká, 2005) informuje o existenci čtrnácti způsobů, které charakterizují „*vypnutí*“ neboli **opuštění zátěžové situace**. Nejčastěji uváděné vypnutí je **chováním** (*nepokouším se o to*), **mentálně** (*začnu usilovat o něco jiného*) a **pomocí alkoholu či drog** (*abych zapomněl, začnu brát návykové látky*).

Zvládání jednotlivých životních situací se člověk učí na základě zkoušení a zjišťování vhodného řešení, ovšem také pozorováním řešení problémů jiných lidí. Zvládnutý úspěch značí vhodně vybranou strategii, kterou může použít v obdobné situaci. Ke krizi dochází po zjištění, že dosavadní strategie jsou pro daný případ nevhodné. V tomto okamžiku dochází často k použití stylu **pokus – omyl**. Výsledky výzkumů ukazují existenci různých individuálních řešení, která pomáhají zvládat každému odlišně náročné situace, zřejmě proto, „že mnohem důležitější než jakákoli určitá strategie je situaci účinně zvládnout“ (Baštecká, 2005, str. 82).

Zvolení přiměřené reakce na určitou situaci je ovlivněno faktorem osobnostním a sociálním. **Osobnostním** faktorem může být temperament, míra odolnosti vůči frustraci, zdravotní stav. **Sociální** faktory jsou ovlivněny výchozím i stávajícím rodinným prostředím, sociálním postavením, příklady významných osob, klimatem, kulturními a etnickými faktory.

Lidé se odlišují i mírou ochoty vyhledat pomoc. Jedni se řídí postojem „*vše musím zvládnout sám*“, druzí se zabývají hledáním pomoci, aniž by se jim vždy podařilo ji nalézt. Tento přístup „*ano, ale...*“ je zaměřený na to, proč se to nedaří právě tak, jak je to doporučováno (Novák, Dvořáčková, 2010).

2.5.7 Úzkost

„Úzkost představuje stav neurčité vnitřní tísně, na rozdíl od strachu, který je reakcí na definovatelné nebezpečí. Úzkost a strach se projevují v rovině somatické, emocionální i kognitivní. Projevy úzkosti a strachu můžeme vidět jako základní charakteristiku poruchy (kategorie úzkostných poruch), jako osobnostní rys (například anxiózní/vyhýbavá porucha osobnosti) nebo jako symptomy, které provázejí jiné základní poruchy a onemocnění“ (Vymětal, 2007, str. 65).

Podle Vymětala (2007) fyziologické i psychologické projevy úzkosti vznikají při vnímání signálů, které charakterizují určité **nebezpečí pro jedince**, ale mohou se objevit i zdánlivě bez příčiny. Úzkost vnímáme v **rovině psychologické i somatické**. K nejčastějším psychickým projevům úzkosti patří pocity ohrožení, potíže s koncentrací pozornosti, zvýšená bdělost. K somatickým projevům úzkosti patří třes, svalové napětí, tachykardie, vegetativní hyperaktivita.

Za podstatnou pro posuzování úzkosti považuje tentýž autor (2007) vývojovou posloupnost typu úzkosti, která má souvislost s vývojovými fázemi dětského věku. Za nejhlubší lze označit **dezintegrační úzkost**, což je úzkost ze ztráty vnitřní integrity. Strach ze ztráty osoby, lásky, kastrální úzkost a úzkost vázaná na superego uvádí odborná literatura jako další známé typy úzkosti (Vymětal, 2007).

Podle Plhákové (2006) označuje Freud ve svém díle úzkost za nepříjemný afektivní stav spojený s různými tělesnými změnami, který se tvoří v ego a je reakcí na nebezpečné nebo traumatické situace.

Freudovy dva základní druhy úzkosti:

- **automatická úzkost** přichází samovolně, když je ego zahlceno nezvládnutelnými podněty – tělesné týrání, nepříjemné zážitky, vlastní narození – porod;
- vývojem se jedinec naučí vznik traumatizující situace předpokládat, a tím vzniká **signální úzkost**, která mobilizuje síly (Plháková, 2006).

Autor knihy *Psychologie lidské odolnosti* (Paulík, 2010) informuje o existenci celé řady přístupů a koncepcí úzkosti a strachu. Jedním z nich je Freudovo chápání úzkosti, které dalo vzniknout **pojetí úzkosti jako příčiny**.

Úzkost či konfliktní jednání mohou mít příčinu v *orgánové méněcennosti*, která vzniká, pokud je některý orgán nefunkční, nevyvinutý nebo zcela chybí. Do této skupiny můžeme řadit také zdravotní postižení, kdy se pocit bezmoci znásobí a objeví se komplex méněcennosti. Dochází k tvorbě nežádoucích emocí, které vyvolávají konfliktní jednání. Kompenzace tohoto pocitu probíhá snahou o rovnocennost, nebo převahu ve vztahu k ostatním lidem (Plháková, 2006).

Paulík (2010) charakterizuje úzkost podle známých koncepcí a přístupů, které vychází z různých názorů o jejím vzniku. Jedním z nich je úzkost jako důsledek nedostatku pochopení v dětství. Jedinec se z jejího vlivu snaží vymanit pomocí různých forem obran (*racionalizace, popření, vyhýbání*).

2.5.8 Odpor

Odpor je definován jako „*emocionálně silně prožívaný postoj k předmětu, osobě nebo situaci, který je charakterizovaný nechutí, snahou uniknout, odvrátit se*“ (Hartl, Hartlová, 2000, str. 368).

V žádném případě si nelze myslet, že se odpor ztratí sám od sebe. Musíme být aktivní a pracovat s odporem již ve fázi příznaků (Meier, 2009).

Psychologie ho vnímá jako obranný mechanismus, jehož projevem je neochota pacienta pokračovat v léčbě v okamžiku, kdy nevýhody ze započaté psychoterapie jsou větší než výhody (Hartl, Hartlová, 2000).

Postoj k postiženým se často jeví jako **ambivalentní**. Lidé často neumí vysvětlit své pocity. Osoby se zdravotním postižením vzbuzují často *soucit*, jejich situace je chápána jako neštěstí. Zároveň mohou *vyvolávat hrůzu i odpor*, poněvadž mohou být symbolem čehosi neobvyklého a podivného, co je lepší přehlížet a obejít. Velkou roli hraje malá informovanost, která ovlivňuje vznik konfliktů. Vzácná postižení vyvolávají více strachu než běžné choroby a majoritní společnost často netuší, jak se chovat v blízkosti postiženého člověka. Citová ambivalence je pojátkem mezi soucitem a odporem, mezi pozitivní a negativní emocí (Vágnerová, 1999).

Odpor jako postoj není v dnešní společnosti zanedbatelný, proto bychom k němu měli přistupovat s vážností. Nelze o něm hovořit jako o nepříjemném zablokování. Dostatečné množství informací o jeho vzniku dává šanci mu předejít.

Často dochází k manipulaci s věcnými argumenty a skutečnou příčinou jsou nejrůznější obavy a nepříjemné pocity, které dotyčný nezvládne blíže specifikovat (Meier, 2009).

Styl vyhýbání se těžkostem a styl stavění se na odpor těžkostem jsou zaměřeny na zvládnání zdravotních těžkostí. Jsou aktuální a hodně studovanou tematikou současnosti. V prvním případě se jedná o únik od problémů nemoci, ve druhém dochází k aktivnímu boji s tím, čím se člověk cítí být ohrožen. Výzkumy ukazují, že každý styl lze vhodně využít v určité situaci. Styl vyhýbání pozorujeme častěji u těch lidí, kteří mají malé předpoklady a zdroje k dlouhodobějšímu boji. Postavit se na odpor mohou lépe lidé s optimistickým laděním a relativně vysokou mírou schopností bojovat s nepřízní osudu (Křivohlavý, 2002).

3 Metodologická část

3.1 Výzkumná psychologie

Odborná literatura (Výrost a Slaměník, 2008) hovoří o pohybu sociální psychologie od *behaviorismu ke kognitivismu*, který vyústil koncem 20. století v nárůst výzkumů, ale také přispěl ke vzniku pochybností a kritiky.

Do popředí se dostává humanistický pohled na člověka, který je schopen být v roli interpretátora chování svého i druhých. Evropská kritická varianta se pokoušela o globálnější sociálně psychologické myšlení. Jednalo se spíše o jakousi *filozofii pohledu* než o výzkumnou orientaci. Výsledkem v metodologii byla důvěra v to, co člověk sdělí o svém prožívání a chování, které bylo zjišťováno rozhovory, dotazníky a nestrukturovanými rozhovory. Byla to doba analýzy historických a literárních materiálů, dat opatřených pozorováním a přirozeným experimentem.

V šedesátých letech vzrůstala institucionalizace evropské sociální psychologie. Výrost a Slaměník (2008) označují konec dvacátého století za změnu obrazu disciplíny, což se odrazilo v několika souvislostech.

1. **Mezikulturní srovnávání** začalo získávat větší důležitost, objevila se psychologie třetího světa.
2. Vznikala **kritická psychologie**, kterou charakterizovala nová paradigmatata, angažování psychologie v obecnějších společenských tématech, **interdisciplinarita** a **transdisciplinarita**. Předmětem zkoumání se stává **diskurz** (*ústní i písemný jazykový projev*), do popředí se dostávají kvalitativní metody před kvantitativními.
3. Docházelo k **vyhranění sociologické a psychologické linie** v sociální psychologii (Výrost, Slaměník, 2008).

Podle Řičana (2007) se můžeme seznámat s výsledky jakéhokoli vědního oboru, přestože neznáme metody, kterých tento obor užívá. Pokud přecházíme od povrchového seznámení k hlubšímu porozumění, je třeba o každém poznatku, s nímž se seznamujeme, vytvořit alespoň hrubou představu. K vlastnímu úsudku nám pak pomůže i znalost metod.

Rozhovor je jednou z nejstarších a nejpřirozenějších metod, v odborné terminologii hovoříme o interview. Podle Miovskeho (2006) existují následující fáze interview:

- **přípravná a úvodní část interview** – příprava otázek, navázání kontaktu, informování účastníka, představení výzkumníka, charakteristika účelu interview i údaje o místu a podmínkách, oznámení předpokládaného časového intervalu pro rozhovor, získání souhlasu s provedením interview a se zvoleným způsobem záznamu dat, neztratit kontakt;
- **vzestup a upevnění kontaktu** – vyladění, citlivý přístup, zvykání si na sebe, zvolení správné motivace a pomalý postup k jádru rozhovoru;
- **jádro interview** – spojení tematických okruhů s cíli výzkumu, souvislost s náročností, citlivostí, intimitou, únavou, napětím, důkladný popis situací, doplnění, ověření, příklady;
- **závěr a ukončení** – nepodceňovat, uzavřít téma i kontakt důstojnou formou, dostatek prostoru na uzavření, respektování účastníka a jeho otevřenosti, poděkovat, dát možnost další schůzky.

3.2 Kvalitativní metodologie (grounded theory)

Kvalitativní výzkum řadíme k výzkumům s dlouholetou tradicí. Za začátky lze považovat obecně terénní výzkum. S kvalitativním výzkumem spojuje Hendl (2008) několik přístupů, které mají v této oblasti pevné místo a považují se za základní. Výzkum pomocí **případové studie** se zaměřuje na podrobný popis a rozbor jednoho nebo několika málo případů. Při výzkumu pomocí **etnografického přístupu** jde o popis kultury nějaké skupiny lidí. **Fenomenologický výzkum** zdůrazňuje porozumění, vnímání dané zkušenosti jedincem.

Zakotvená teorie je kvalitativní metodou analýzy dat, kterou jsem použila v této bakalářské práci. Princip této metody objasňuje Hendl (2008) jako směřování **k návrhu teorie pomocí dat**, jež výzkumník shromažďuje různými metodami.

Základní výzkumnou otázkou je: *Jakou teorii nebo vysvětlení lze odvodit analýzou nashromážděných dat o daném fenoménu?*

Z jednotlivých charakteristik kvalitativního přístupu, které jsou zaměřeny na metodu **sběru dat**, **metodu usuzování**, **typy dat** a na **způsob analýzy**, je odvozena následující definice.

„Kvalitativní přístup je proces zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí s cílem získat komplexní obraz těchto jevů založený na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu. Záměrem výzkumníka provádějícího kvalitativní výzkum je za pomoci celé řady postupů a metod rozkrýt a reprezentovat to, jak lidé chápou, prožívají a vytvářejí sociální realitu“ (Švaříček, Šed'ová, 2007, str. 17).

Podle téhož odborného pramene dochází v **kvalitativním výzkumu** ke střídání fáze dodržování stanoveného plánu s řešením nepředpokládaných situací a problémů. **Plán kvalitativního výzkumného šetření** většinou není přesně dodržován, ale je povinnou součástí každého výzkumu. Prvním důvodem je specifikace výzkumníkových představ o předmětu, o cílech zkoumání a možnostech, jimiž můžeme své cíle uskutečnit. Součástí tohoto plánu se stává jakýsi harmonogram jednotlivých činností i celého výzkumu. Druhým důvodem jsou lidé z vnějšku a jejich vliv na podmínky výzkumu.

Na začátku je třeba si stanovit dostatečně významné **cíle výzkumu**. Maxwellovo rozlišení cílů jak je uvedeno v díle Švaříčka a Šed'ové (2007):

- **intelektuální** – jak obohatí projekt odborné poznání,
- **praktický** – zda přispějí výsledky k praktickému využití,
- **personální** – jaké poznatky plynou z projektu pro výzkumníka.

*„Typickými termíny, které se v kvalitativním výzkumu užívají při definování cílů, jsou pojmy jako **prozkoumat**, **vysvětlit**, **popsat**, **porozumět**, **odkrýt**, **v aplikované či akčně orientované větví potom poskytnout zpětnou vazbu**, **pomoci zlepšit**, **poskytnout vodítka ke změně**, **ukázat možná řešení atd.**“* (Švaříček, Šed'ová, 2007, str. 63).

Odborná literatura (Hendl, 2008) vysvětluje termín **„zakotvená teorie“** (**grounded theory**) jako určitou strategii výzkumu a zároveň jako způsob analýzy získaných dat. Vznikající teorie je zakotvená v datech, která přinese výzkum. Pozornost je zaměřena na **jednání a interakce sledovaných jedinců** a na probíhající

procesy v daném prostředí. Tento postup je úzce spojen se jmény amerických sociologů B. Glasera a A. Strausse.

„Schematicky řečeno zahrnuje postup zakotvené teorie následující etapy::

- ***sběr dat** směřující k teoretické nasycenosti kódů,*
- ***kódování** materiálu směřující k vytvoření základních kategorií, proměnných budoucí teorie,*
- ***konstruování teorie** jako sady tvrzení o vztazích mezi kategoriemi, proměnnými“* (Švaříček, Šed'ová, 2007, str. 87).

Tato stádia se vzájemně prolínají a jedno se realizuje vždy v souvislosti s druhým.

Švaříček a Šed'ová (2007) popisují **sběr dat** a jejich **analýzu** jako dvě téměř neoddělené fáze a není nikdy předem dáno, jaká data, kde a v jakém množství je třeba získat. Fáze kódování (analýzy) začíná po nasbírání určitého množství dat. Pokračujeme výběrem důležitých kódů, ke kterým si píšeme poznámky. Teoretické vzorkování je hledání dalších dat pro rozšíření původní teorie. Neustále dosbíráváme a rozšiřujeme data, hovoříme o **graduálním sběru dat**.

Kódováním v zakotvené teorii jsou analytické operace, které rozčleňují data do fragmentů – **indikátorů** – a ty potom rozdělují k příslušným konceptům, následuje jejich identifikace a slučování na základě určitých kritérií. Tyto kategorie tvoří základ budoucí teorie.

*„**Konstruování teorie** znamená, že jsou tyto proměnné (kategorie), uvedeny do vzájemných vztahů“* (Švaříček, Šed'ová, 2007, str. 92).

Můžeme tedy uvést podle citovaných autorů, že podmínky „A“ dávají vzniknout jevu „B“, nebo že se tento jev uskutečňuje v kontextu „C“. Nová teorie se vytváří v průběhu kódování, to se děje prostřednictvím **poznámkování**. Poznámkování je zaznamenávání nápadů i předběžných hypotéz. K nalezené centrální kategorii přiřazujeme všechny ostatní a tím vzniká jakýsi klíč k vytvoření konzistentní teorie.

Připojit se můžeme k táboru příznivců či odpůrců pro používání zakotvené teorie, která souvisí s metodologickým vývojem a mnohé z jejích principů se staly samozřejmostí pro kvalitativní výzkum (Švaříček, Šed'ová, 2007).

3.2.1 Metoda polostrukturovaného rozhovoru

Hlavními metodami v kvalitativním výzkumu je vedení rozhovoru, aktivní naslouchání a v rámci vedení rozhovoru dotazování včetně záznamu odpovědí. Cílem **polostrukturovaného rozhovoru** podle Hendla (2008) je zjistit komplexní informace o studovaném jevu (kvalitativní přístup), zatímco při standardizovaném strukturovaném rozhovoru se kladou všem respondentům identické otázky ve stejném pořadí (kvantitativní přístup).

Svůj význam má začátek i konec rozhovoru. Začátek dotazování se pojí s potřebou prolomit případné psychické bariéry a získat souhlas se záznamem. Při ukončení rozhovoru nebo během loučení ještě stále můžeme získat důležité informace. Kvalitativní rozhovor není pouze sběrem dat, ale může mít i intervenční charakter. Vhodné je začít otázkami o přítomnosti, příslušné odpovědi využijeme jako oporu pro otázky do minulosti. Ujasnění typu otázek pomáhá při plánování obsahu interview a pořadí otázek.

V odborné literatuře (Hendl, 2008) jsou uvedeny následující **otázky**:

- vztahující se **ke zkušenostem nebo chování** - týkají se aktivit respondenta (*Kdybych setrval s dotazovanou osobou, co bych zjistil?*);
- vztahující se **k názorům** - porozumění jedinci, zaměření na jeho úsudek (*Co si myslíte?*);
- vztahující se **k pocitům směřujících k poznání citových reakcí lidí** v návaznosti na jejich zkušenosti a prožitky, nutno rozlišit mezi názory a citovými reakcemi (*Co tedy cítíte?*);
- vztahující se **ke znalostem** - objasňují znalost problému subjektem;
- vztahující se **k vnímání a zjištění, co dotazovaný viděl nebo slyšel** (*Na co se vás tázal, když jste s ním hovořil?*);
- **demografické a kontextové** - identifikační charakteristiky jedince (Hendl, 2008).

V kvalitativním výzkumu označujeme rozhovor za nejčastější používanou metodu sběru dat a je znám pod termínem **hloubkový rozhovor**. Pomáhá k získání informací, které nám zajistí pochopení jednání specifické sociální skupiny (Švaříček, Šed'ová, 2007).

Je zřejmé, že tato metoda se neřadí k nejsnadnějším, ačkoli je nejpřirozenější. Je to umění, kterému je třeba se učit a neustále je prohlubovat. Smyslem psychologického rozhovoru je zjistit velké množství informací o povaze zkoumané osoby, o jejích potížích, o věcech, které k osobě patří, ale nerada o nich hovoří. V ovzduší důvěry, kterou se snažíme vytvořit, se nejlépe podaří, aby se jedinec uvolnil a na základě přirozené lidské touhy *svěřovat se* nám poskytl velké množství informací. K vytvoření důvěrného vztahu je především třeba vědět, *nač, kdy a jak se ptát, být věcný, mnohé předem odhadnout a zvládat taktost a vstřícnost*. Znalost řady drobných taktických obrátů a pohotovost v jejich používání je přínosem pro každý rozhovor (Říčan, 2007).

Švaříček a Šed'ová, (2007) uvádějí dva hlavní typy rozhovoru. Prvním je **polostrukurovaný** rozhovor, který *vychází z předem připraveného seznamu témat a otázek*. Druhým je **nestrukurovaný** neboli narativní rozhovor, který *může být založen jen na jedné předem připravené otázce*. Zkušený tazatel by měl být i zkušeným pozorovatelem, který pochopí neverbální sdělení, citlivě vybírá vhodné místo rozhovoru a buduje vstřícný vztah s dotazovaným. Z hlediska tazatele zvládá dovednosti k vedení rozhovoru, který provádí v terénu.

Proces získávání dat prostřednictvím metody **hloubkového rozhovoru** se skládá podle Švaříčka a Šed'ové (2007) z výběru metody, přípravy rozhovoru, průběhu dotazování, přepisu rozhovoru, analýzy dat, reflexe rozhovoru, z psaní a prezentace výzkumné zprávy.

Příprava na rozhovor obsahuje teoretickou znalost zkoumaného prostředí či problému a přípravu otázek. Na začátku rozhovoru s účastníkem výzkumu proběhne **představení výzkumníka** a jeho projektu, ujištění o anonymitě, požádání o souhlas k účasti na výzkumu a požádání o souhlas rozhovor zaznamenat.

Odborná literatura (Švaříček, Šed'ová, 2007) uvádí, že začínáme jednoduchými **úvodními otázkami**, které dávají *najevo empatii* s účastníkem. Umožňují spontánní vyprávění účastníka. **Hlavní otázky** pomáhají *překládat témata z vědeckého jazyka do běžné řeči*, aby je respondent pochopil a mohl správně reagovat. **Navazující otázky** chápeme jako důležité pro *získání hloubky detailu a jemných rozdílů*. Klademe otázky korespondující s tématem a výzkumnou otázkou. **Nepřímé otázky** poskytují **možnost projekce** účastníka rozhovoru do jiné role, což může vypovídat o jiné roli a lidech, ale souběžně může mnohé vypovědět

o respondentovi. **Dynamické otázky** udržují vzájemnou interakci a snižují emocionální napětí při rozhovoru. Ukončení rozhovoru by mělo probíhat klidně a bez zbytečného spěchu. Závěr nemůžeme provést jedinou větou, nejvhodnější jsou **ukončovací otázky**, které jsou nedílnou součástí každého hloubkového rozhovoru (*Je něco, na co jsme během rozhovoru zapomněli? Chtěl byste ještě něco doplnit?*).

Otázky hloubkového rozhovoru s použitím metody zakotvené teorie si více všímají identifikace příčin a následků určitého jednání. Otevřené otázky usilují o **přirozenou stimulaci účastníka** rozhovoru k vyprávění, aby zde vznikla podobnost s obyčejnou rozmluvou dvou lidí a zaznívaly jasné odpovědi, příklady a historky.

Přepis je velmi časově náročný, přesto se doporučuje přepsat veškeré provedené rozhovory. Zaznamenat se musí také co nejvíce neverbálních projevů (*dlouhé pomlky, smích, zvýšení hlasu*). Při **analýze** a interpretaci dat se doporučuje k údajům opětovně vracet, důkladně je pročítat a následně kódovat.

Doporučuje se kombinace rozhovoru s pozorováním a dalšími metodami kvalitativního výzkumu pro potvrzení výpovědi respondenta, lepší pochopení zkoumaného jevu a pro získání pohledu z jiných perspektiv (Švaříček, Šeďová, 2007).

„Otázka v interview je stimulem pro generování odpovědi respondentem. Způsob, jakým je otázka formulována, patří mezi nejdůležitější prvky, které určují, jak bude respondent odpovídat. Otázky v kvalitativním interview by měly být skutečně otevřené, neutrální, citlivé a jasné. Základní snahou při vymýšlení otázek je minimalizovat vnucování určitých odpovědí samou formulací otázky“ (Hendl, 2008, str. 169).

3.2.2 Metoda pozorování

Pozorování podle Hartla a Hartlové (2000) řadíme k nejstarším psychologickým metodám, které jsou založené na sledování chování a jednání jedinců. Tuto metodu charakterizujeme jako výběrovou a zaměřenou na určité činnosti, případně okolnosti těchto činností. Jedná se o subjektivní pohled

pozorovatele. Objektivitu můžeme docílit větším počtem nezávislých pozorovatelů, přesně stanoveným plánem, měřítky pro srovnání, sledem a průběhem pozorování.

Pozorování můžeme dělit z řady hledisek:

- *soustavné* – prováděné za určitým cílem;
- *příležitostné, nekontrolované* – pozorovatel volně rozhoduje o hlediscích i jednotkách pozorování bez závazného sledu;
- *zúčastněné* – pozorovatel je členem skupiny; je v sociálním kontaktu s objekty pozorování, nelze vyloučit ovlivnění skupiny pozorovatelem;
- *nezúčastněné* – pozorovatel je mimo danou skupinu.

Ve výčtu hledisek můžeme pokračovat až k laboratorním experimentům (Hartl, Hartlová, 2000).

Metoda pozorování zachycuje spontánní a přirozené chování, do kterého výzkumník nezasáhl. Psychologicky nejzajímavější chování se odbývá často v přísném soukromí nebo záměrně v nestřeženém okamžiku, skryté pohledům pozorovatele, proto aplikace této metody bývá obtížná a nelehká (Říčan, 2007).

Geist (1992) nabízí další možnosti rozlišení pozorování z hlediska funkce a možností pozorovatele:

- *přímé* - bezprostřední, osobní poznávání objektu;
- *nepřímé* – podkladem jsou sekundární prameny;
- *skryté* – funkce pozorovatele je skryta;
- *zjevné* – pozorování vědí o funkci pozorovatele.

Většinou využíváme jen nepatrného zlomku psychologických pozorování, ke kterým máme příležitost. Platí jednoduché pravidlo: O čem nevíme, s čím nepočítáme, to většinou přehlídíme (Říčan, 2007).

4 Praktická část

4.1 Analýza vybraných částí jednotlivých rozhovorů

Celý záznam jednotlivých rozhovorů je uveden v přílohách této práce stejně jako některé další rozborů zajímavých odpovědí. Reakce na dotazy zachycují prožívání konkrétních situací osob se zdravotním postižením, které jsou ovlivněny jejich vlastnostmi, názory, přístupem rodiny i okolí k danému zdravotnímu postižení i konkrétnímu jedinci. Odpovědi, ve kterých jsem zaznamenala spojitost s postoji osob se zdravotním postižením a stereotypem majoritní společnosti, tvoří základ této části bakalářské práce.

Adam

Pan Adam žije v rodině své sestry v domku na venkově a je mu 68 roků. Naše setkání probíhalo v jeho domácím prostředí. Naučil se hrát na trubku a velmi rád čte. Jako malý chlapec onemocněl dětskou obrnou, v současné době se jeho tělesné postižení zhoršuje a je upoután na mechanický vozík.

Otázka: Jak na Vaše zdravotní postižení reagovali členové rodiny v průběhu Vašeho dětství a jak zvládali tuto složitou situaci? Jak jste to vnímal vy sám?

Odpověď: Máma byla smutná. Pamatuji si, že jsem probrečel kolik nocí, když jsem se probрал z horeček a zjistil, že už nikdy nebudu chodit. Byl jsem najednou malý chudáček. /Dlouhá pomlka - zasmušilá tvář vypadala, jako kdyby ještě o něčem přemýšlel. Velmi tiše dodal./ No jsem mrzák. Víc si nepamatuju.

Otázka: Mohl byste upřesnit, kdy a za jakých okolností jste o své osobě začal takto uvažovat, kdy jste se tak vy sám pojmenoval?

Odpověď: /Odpovídal tiše, jako kdyby se styděl./ Vždyť to sem, copak to nevidíte? Nevím kde a kdy jsem to slyšel poprvé, ale je to tak.

Komentář: Domnívám se, že pan Adam převzal od svého okolí označení „malý chudáček“, které vyplynulo ze soucitu jeho blízkých, z lítosti nad jeho nemocí a vznikajícím tělesným postižením.

„Lítost a soucit nejsou generovány ve všech případech, kdy se někdo druhý dostane do špatné situace, ale pouze tehdy, když jsme přesvědčeni, že ten druhý trpí mimořádnou nepřízní osudu“ (Stuchlíková, 2002, str. 169). Trvalé a zhoršující se zdravotní postižení ovlivnilo pana Adama tak silně, že se s tímto označením ztotožnil. Sám o sobě říká: „*No jsem mrzák*“. Spatřuji v jeho slovech realistický pohled na danou skutečnost, ale její počátky bych směřovala k emočnímu prožívání jeho nemoci. „*Emoce jsou nástrojem subjektivního hodnocení. Poukazují tedy i na naše hodnoty; na způsob, jakým hodnotíme to, co se nám a s námi děje. Otevřenost vůči vlastnímu prožívání nás vede i ke změně přístupu k našim hodnotám*“ (Stuchlíková, 2002, str. 203).

Podle jeho slov „*nevím, kde a kdy jsem to slyšel poprvé ...*“ mohu pouze předpokládat, že ho tak někdo kdysi nazval nebo k tomuto názoru došel svým sebepoznáním, smutkem a pocitem, že se mu stala velká křivda, když onemocněl. Jde o pocity, které člověk stojící tváří v tvář nemoci vkládá do otázky: *Proč zrovna já?*

Z odborné literatury (Paulík, 2010) jsou známé pocity, které jedinec prožívá, když se nachází v roli vážně nemocného nebo dokonce umírajícího. Jednotlivými fázemi jsou popření, zlost, smlouvání, deprese, smíření nebo rezignace. U pana Adama se nemoc neustále zhoršuje a důsledkem vážného tělesného postižení si podle mého názoru tyto fáze prožil. Mohl na základě tohoto prožívání dospět i k výše uvedenému sebeoznačení.

Otázka: Můžete charakterizovat stereotypy a předsudky členů Vaší rodiny?

Odpověď: Tady nejde o stereotypy. Oni vidí, že jsem mrzák, s tím se nedá už nic dělat. Ale snažím se nebýt na obtíž, o sebe se postarám a občas bývá i veselo, no (delší pomlka), snad mě mají rádi. Jsem rád, že si mě k sobě vzali. Když byly děti malé, tak jsem je i pohlídal, zahrál si „Člověče nezlob se“ a tak.

Komentář: V této odpovědi zaznívá vděčnost - „...že si mě k sobě vzali“, potřeba být užitečný i samostatný – „... o sebe se postarám“.

Vděčnost si můžeme představit jako vyšší formu poděkování. Křivohlavý (2007) o ní hovoří jako o *projeveném postoji vděčnosti*, přičemž tento postoj obsahuje představu, názor i emocionální náboj. Vděčnost můžeme charakterizovat jako postoj, emoce, zvyk, způsob života nebo dispozice. Vděčnost, která se projevuje v péči o druhé, je spojena s láskou a s blízkými přátelskými vztahy. Vypovídá nejen o pocitu a postoji obdarovaného, ale i dárce. Jedná se o vděčnost zažívanou dárce a vděčnost vyjadřovanou obdarovaným.

Otázka: S jakými stereotypy se setkáváte a jak na ně reagujete?

Odpověď: Já moc nikam nechodím, děti mne okukují, i když poslední dobou už tolik ne. Asi mne litují, víte, moc špatně chodím, jednu nohu jen vleču za sebou, na druhé železa. Proto raději sedím doma. /Mluví pomalu a tiše, pozorují na něm únavu, ale prý se necítí unavený a chce pokračovat./

Otázka: Pozoroval jste nějaké předsudky a stereotypy v chování svých spolužáků?

Odpověď: Jo, moje první zkušenost s opovržením, nebudu k tomu říkat víc.

Komentář: Pan Adam nepřímou přiznává, že se rozhodl žít v izolaci – „raději sedím doma“. Důvodů se nabízí hned několik. Jeden vznikl omezenou možností pohybu – „moc špatně chodím“, další vidím v nepříjemných pohledech zvědavců – „děti mne okukují“ a posledním důvodem je velmi záporná zkušenost s vrstevníky s dětství – „moje první zkušenost s opovržením“.

Hartl (1993) definuje izolaci jako osamocení a odloučení. Vzniká při náročné životní situaci, kdy může docházet ke ztrátě sociálního kontaktu, k úniku do samoty. Tento únik se může stát obranným mechanismem, v tomto případě před nepříjemnými pohledy.

Aleš

Pan Aleš přišel s úsměvem. Jeho zdravotní problémy způsobilo vážné neurologické onemocnění již v dospělosti. Je to veselý šedesátník, kterého nezlomila

nepřízeň osudu a při svém tělesném postižení pohybového aparátu zvládl dálkově vystudovat průmyslovku, založit si firmu a věnovat čas i dobrou náladu rodině.

Otázka: S jakými stereotypy se setkáváte a jak na ně reagujete?

Odpověď: Naše společnost bere jako zdravotně postižený jen ty na vozíku, nevidomý a seniory, s tím já bych nesouhlasil. Jsou i jiná postižení, třeba vážná onemocnění srdce, silná cukrovka, neslyšící – je jich víc.

Otázka: Co podle Vás chybí v médiích ohledně zdravotně postižených?

Odpověď: Myslím, že se soustředí právě jen na nevidomé, slabozraké a vozičkáře a ty kardiaky, cukráře, neurologická onemocnění a ostatní, na ty zapomínají.

Komentář: Podle pana Aleše si média i většina společnosti spojuje pojem osoba se zdravotním postižením pouze s osobou *na vozíku, s nevidomým a seniorem*. Určité skupiny jsou vytěšňovány a opomíjeny. Co je důvodem upřednostňování těchto skupin? Na základě osobní zkušenosti s osobami se zdravotním postižením jsem dospěla k názoru, že jsou to skupiny snadno viditelné.

Dochází tedy k vytvoření prvního dojmu, který se stává velmi podstatným i při podrobnějším zkoumání situace. Součástí utváření dojmu o těchto osobách jsou velmi často emoce. Při objasnění emocí cituje Stuchlíková (2002) Levensona, který vyjadřuje emoce jako základ pro tvorbu vhodných pozic sympatie či nesympatie.

Nejedná se tedy pouze o emoce samotné, ale o celkový proces, kterým je emotivita definována jako: „*citová součást prožívání, jednání i myšlení, též vztahů člověka k objektům vnější skutečnosti a k sobě samému*“ (Hartl, 1993, str. 45).

Jana

Paní Janu jsem vnímala jako velmi tichou a nenápadnou osobu. Je jí 47 let a její zdravotní postižení je patrné na první pohled. Jedná se o vrozenou genetickou poruchu postihující výhradně ženy s názvem *Turnerův syndrom* a v tomto případě

ve spojení s lymfatickými otoky. Tato diagnóza přináší ženám viditelně malý vzrůst, neplodnost a snadnou unavitelnost.

Otázka: Jaké pocity ve Vás vyvolává domácí prostředí, blízkost rodiny a jak se cítíte mimo domov (škola, zaměstnání, běžné vyřizování na úradě, nákup)?

Odpověď: Asi taky ta klasika, prostě v pořádku, co bylo negativnější, /krátká pauza – jako krátké zamyšlení, rozpačitý pohled/, bylo ve škole s kamarády. Tam ten rozdíl byl, a že prostě byl ten dětskej výsměch, tak tím pádem se kamarádství nerozvíjelo.

Otázka: Jaké bylo Vaše začleňování do kolektivu školní třídy?

Odpověď: Tak teda těžší, opravdu vždycky jsem byla menší, jsem byla silnější, v tom dětství se to odrazilo, prostě v tej škole. Ale zase třeba, jezdili jsme na chalupu a tam to bylo prostě bezva. Tam jsme si prostě vytvořili partu a i do dnešních let se vlastně scházíme, a když se sejdem, máme si co říct. Tam bylo to, co jsem jakoby nezažila doma, no kamarádi a tak. Tak tam to bylo naprosto skvělý. Když to vidím, už ty vyšší roky, byly lepší.

Otázka: Mohla byste začleňování do kolektivu popsat konkrétněji?

Odpověď: Bylo to v rozdílech, v jednom rozdílu to bylo takhle, že to nebylo to, co jsem očekávala, ale v tom druhém rozdílu jsem šťastná byla. Sami mě vzali mezi sebe, nebyla jsem typ, který se dokázal nějak vtírat, doopravdy sami prostě a pak opravdu - strašně dobrý přátelství. Ale bylo to prostě jakoby až na té chalupě, v městě, okrese, ve škole to bylo těžší. Tam jsem zjistila, že se mi vysmívají, ten dětskej výsměch. /I po těch letech bylo vidět na paní Janě, jak jí to mrzí a bolí, že jí dětský kolektiv z jejího rodného města nedokázal vzít jako sobě rovnou mezi sebe./

Komentář: Dětský výsměch, který zmařil kamarádský vztah mezi spolužáky paní Jany, zapříčinil její vyloučení z kolektivu školní třídy po celou dobu školní docházky. Děti dovedou být necitlivé až kruté ve svém odmítavém soudu k někomu, kdo je odlišný a někdy až zatvrzele na svém odmítání trvají. Pozorovala jsem, že toto nepřijetí vzbuzovalo u paní Jany lítost, kterou kompenzovalo přijetí vrstevnickou skupinou na chalupě.

„Veškeré citové prožitky můžeme rozdělit na převážně kladné (pozitivní) a záporné (negativní). Zatímco kladné city vedou ke zvýšení celkové duševní pohody a podporují dobré vztahy s druhými lidmi, záporné city psychickou pohodu snižují a mají nepříznivý vliv na interpersonální vztahy“ (Plháková, 2007, str. 400).

Paní Jana vnímá tyto dvě rozdílné reakce na její tělesné postižení jako dva protiklady. Jedna se jevila jako těžší, nesplnila očekávání na dětský kolektiv a druhá paní Janu naplňovala štěstím. Upřímnou radost paní Jany z přijetí vrstevnické skupiny, kterou komentuje jako „*strašně dobré přátelství*“, jsem zaznamenala jako její uvolnění vnitřního napětí, s nímž, jak jsem z její odpovědi vyzorovala, v dětství bojovala. Tato pozitivní zkušenost paní Janu vnitřně naplňuje i v současné době. Nürberger (2011) připisuje pozitivní zkušenosti posilující a motivující aspekt při zvládání dalšího života. A prožitý úspěch vidí jako povzbuzení sebedůvěry.

Otázka: Domníváte se, že zdravotně postižení mají také určité předsudky vzhledem k členům majoritní společnosti a jaké?

Odpověď: Když to vezmu všeobecně, a třeba i ohledně tedy dnešní doby, v práci si myslím, že možná ano. Někteří dokážou jako ocenit to, že potřebují pomoc, a někteří řeknou třeba: „Ty musíš!“, to jako bych možná řekla, že jo.

Otázka: Dokázala byste nějaký předsudek blíže pojmenovat?

Odpověď: Tak si myslím, jako jestli by bylo správný slovo pokora, že třeba chápou, že potřebují pomoc, že to chápou, že nejsou úplně soběstační, že co nemůžou, že se snaží prostě, a když už potom ta pomoc je, tak že si jí váží, ale je i ta druhá stránka, že prostě: „Ty musíš, já to potřebuju!“, že je to spíš povinnost.

Komentář: Předsudkem osob se zdravotním postižením je podle paní Jany **pokora**. Domnívá se, že na základě pochopení svého života s postižením a své nesoběstačnosti - „...nejsou úplně soběstační“ - se snaží lidé oplácet prokazovanou pomoc pokorou. Pokoru na základě její odpovědi chápu jako vděčnost jedné skupiny osob se zdravotním postižením i jako předpokládanou pomoc - „...ty musíš, já to potřebuju...“ - druhé skupiny.

Křivohlavý definuje vděčnost z různých pohledů a cituje i definici ze Slovníku spisovné češtiny: „*Vděk je uznání, pocit vázanosti za prokázané dobro*“ (Křivohlavý, 2007, str. 17). V téže knize nalezneme i vděčnost jako formalitu. Z tohoto usuzuji, že se jedná o pokoru i vděčnost za prokazovanou pomoc na jedné straně a jakousi vykonstruovanou povinnost na straně druhé. V prvním případě vnímám *vděk* a ve druhém *samozřejmost* s jakou je pomoc přijímána.

Otázka: Jak byste charakterizovala postoje majoritní společnosti vůči osobám se zdravotním postižením?

Odpověď: Je to spíš jakoby charakter toho konkrétního člověka, že je člověk, kterej to dokáže jako přehlídnout a jednat normálně, pak je zase člověk, který řekne: „Co chceš.“ Měla jsem moc nemocnou maminku, přišla jsem na úřad a nesetkala jsem se s pochopením. A druhá stránka je, aby úředník dokázal s tím člověkem pracovat. Takhle a takhle a pomůže, tak to zkusíme a tak dál. Třeba tady u lékaře, povzdechy: „Já nevím, co s Vámi, žádná pomoc vlastně neexistuje.“ Pak jsem se strašným kolečkem dostala až do nemocnice v jiném okrese, kde jsem byla na léčbě – na masáži. A pani doktorka mi říkala, že na to velmi dobře reaguju, že zkusíme ještě zažádat. Já jsem vykulila oči, že to vlastně jde. Tady to nebylo, takže si myslím, že záleží na charakteru toho člověka.

Komentář: V této odpovědi zmiňuje paní Jana charakter člověka. Tuto prožitou skutečnost, dvě odlišné formy léčby, jsem vnímala jako velké překvapení i rozpaky paní Jany nad chováním lékařů. Paní Jana zde vysvětluje dva rozdílné lékařské přístupy, které charakterizují pohledy lékařů na její léčbu. První zaznamenává podporu lékaře a druhý bych charakterizovala jako naučenou bezmocnost.

„Naučená bezmocnost vzniká tehdy, jestliže jakékoliv operantní chování nevede k ukončení působení averzivních podnětů“ (Plháková, 2007, str. 184). Jde o pasivní, rezigované chování na základě přesvědčení, že nelze jinak, jelikož i přes vydanou námahu a snahu nelze ovlivnit danou skutečnost, kterou zde charakterizuje současný zdravotní stav.

Otázka: Co byste mohla říci k postojům osob se zdravotním postižením vůči majoritní společnosti?

Odpověď: Asi bych to zase obrátila, některý to dokáže sám a druhý zase: „Já jsem takový a ty to musíš.“ Myslím, že je to takové navzájem. Je to dané charakterem každého jedince, určitě, jak těch zdravých – tak těch s handicapem, ale i prostě ohleduplností jich samotných navzájem, a u těch lidí s tím handicapem, že se bojí o něco se hlásit, něco si prosazovat a že mají ten úsudek, že budou ušlápnutí a odstrčeni.

Komentář: Strach jako postoj osob se zdravotním postižením je ovlivněn emocemi jedince, v tomto případě vysvětlený názorem paní Jany: „...že budou ušlápnutí a odstrčeni“. Mikuláščík (2010) vysvětluje, že strach se projevuje v okamžiku, když se člověk dostává do situace podobné té, ve které zažil určitá negativa.

„Mnohé původně neutrální podněty vyvolávají na základě podmiňování emoce, které člověku signalizují, co jej čeká a na co se má připravit. Velmi snadno si lidé osvojují negativní citové reakce. Podmíněné podněty, jakými jsou zvuk zubařské vrtačky, pohled na injekční stříkačku či jiné lékařské nástroje, vyvolávají u většiny lidí reakci strachu, která se vytvořila na základě dřívějších nepříjemných zážitků“ (Plháková, 2007, str. 169).

Tento záporný pocit vzniká v situacích, které se člověku jeví jako nebezpečné, jako ohrožující nebo naznačující možnost nějaké ztráty. Strach má ovšem i ochrannou funkci, vede k úniku z nebezpečí, k vyhýbání se nepříjemnostem či určitým setkáním nebo k obraně. Projevuje se v různé intenzitě, může se jednat o obavy až o panickou hrůzu (Plháková, 2007).

Otázka: Jak se vzájemně oslovujete mezi svými přáteli, kteří mají také zdravotní postižení? Máte nějaké přezdívky, vlastní slang?

Odpověď: Asi tak i tak. Mně říkala naše parta „Malej špunt“ a nebo „Malý pivo s velkou pěnou“.

Komentář: V této odpovědi bych ráda vyzdvihla nejen oslovení „malej špunt“, které bylo odpovídající vzrůstu paní Jany, ale můj osobní dojem,

že tato přezdívka byla pro paní Janu příjemným oslovením právě proto, že jí tak říkali ti, kterým říkala „naše parta“. V životě člověka je velmi důležité někam patřit, nebýt sám a paní Jana to štěstí našla u svých vrstevníků z venkova.

Podle Říčana (2007) je potřeba *někam patřit a být milován* nepřehlédnutelná pro správný vývoj jedince spolu s potřebou bezpečí. Vztahy ve vrstevnické skupině výrazně ovlivňují socializaci jedince, pomáhají mu pochopit i vztahy mimo rodinu a pro osobu, která zažije zklamání s jednou takovou skupinou, je ta druhá velkou oporou i v dalším životě.

Výrost a Slaměník (2008) uvádějí, že podle Vandellové mohou vrstevnické skupiny přispět k rozvoji různých kompetencí a mohou ovlivnit pocit sebehodnocení i očekávání.

Otázka: S jakými aktivitami si tyto osoby média spojují?

Odpověď: Asi s tím, že nemusí pracovat. Když jsem si začla hledat práci, tak to jsem se dostala až k psychickému problému. Pokavad' jsem přišla někde, nejdříve ano - dobře tak přijďte, ale pak následuje otázka, jestli máte zdravotní problém. Vy to zapřít nemůžete, na jednu stranu taky proč a na druhou stranu nezvládám naplno, nejsem stoprocentní člověk, takže by to bylo nefér.

Komentář: Bolestné rozebrání svého osudu přivedlo paní Janu k pochybám nad sebou samotnou. Sama sobě tedy přiřadila jakousi nálepku, označení jakoby necelého člověka nebo ne zcela plně fungující osobnosti. Giddens (1999) představuje takovéto nálepkování, tedy labelling, jako soubor navzájem souvisejících myšlenek, na základě kterých se dospěje k tomuto označení. Nejen její vlastní pocity, myšlenky nebo postoje vedly paní Janu k tomuto označení. Podle mého názoru pramenily z uvědomování si, že nemůže vykonávat určitou práci tak, jak by ji mohli vykonávat lidé zdraví, ale zároveň vycházely z nedůvěry a chování právě těch zdravých jedinců vůči osobě paní Jany.

Marta

Paní Marta je osoba se závažným poškozením páteře, které způsobila těžká práce již v době její dospělosti. V současné době se její pohyblivost zhoršuje. Její věk je 64 let a je to velmi hezká, usměvavá, vždy pěkně upravená paní.

Otázka: S jakými emočními reakcemi jste se ze strany rodiny setkávala?

Odpověď: Manžel na to nedbal. Já jsem dělala za něj. Byl neohleduplný. Setkávala jsem se s nedbalostí, tam to bylo takový jednostranný. /Úsměv se jí vytratil z tváře, když na tuto dobu vzpomínala./

Otázka: Můžete charakterizovat stereotypy a předsudky členů Vaší rodiny?

*Odpověď: /Nechtěla odpovídat, jen pokývala hlavou. Pak pomalu začala./
Manžel vždycky říkal: „Prvně uvař a pak si di lehnout.“ Když mi bylo zle a nemohla jsem stát ani u plotny, tak to říkal.*

Otázka: Kde spatřujete ten stereotyp, jak byste ho pojmenovala?

Odpověď: Snad v tom nepochopení, v tom aby on měl, co potřebuje.

Komentář: Manželův postoj ke svému zdravotnímu postižení chápe paní Marta jako *neohleduplnost* a *nepochopení*. Já na základě jejího vyprávění vnímám sobectví a chybějící empatii. Z odborné literatury (Výrost, Slaměník, 2008) vyplývá, že vcítění se do situace druhého člověka pomáhá lépe se orientovat v jeho prožívání a tím je poskytováno zmírnění jeho nepříjemného stavu. Jedná se tedy o rozpoznání situace, která vyžaduje pomoc a tím vzniká blízké prožívání dané situace s jiným člověkem. Zde, podle slov paní Marty – „*Manžel na to nedbal*“, jsem empatii nezaznamenala.

Otázka: Jak na Vás působí pozitivní postoje ostatních k Vaší osobě nebo Vašemu postižení?

Odpověď: Dobře, protože když vidím, že jsou upřímní, tak je to něco jinýho než když prostě ne. Já to vycítím teda hned, že jsou nějak falešní ke mně, nevím, čím to je, že to jako tak vycítím, a tak jako se s nima víc nebavím. Aj když vidím, že se snaží třeba pomoc nebo tak, jenže vidím, že jsou takový, že jsou falešní, tak radši od nich dál. /Spokojeně se usmívala./

Komentář: Paní Marta říká, že protichůdné lidské vlastnosti, faleš a upřímnost, u lidí dokáže odhalit, tedy jedná-li se o lidi v její blízkosti. Sama připouští, že neví, čím to je způsobené. Vypozorovala jsem, že upřímnost v jednání s druhou osobou je pro paní Martu velmi důležitá. Dokonce tak důležitá, že by od neupřímných lidí nechtěla ani pomoc: „.....že se snaží třeba pomoc nebo tak, jenže vidím, že jsou takový, že jsou falešní, tak radši od nich dál.“ Paní Marta ani při druhém oslovení nedokázala vysvětlit, jak dospěla k tomu, že faleš v člověku, který je jí nablízku, velmi rychle pozná. Přiřadila bych tuto schopnost paní Marty k jejímu postoji, který jí pomáhá rozpoznat určitou vlastnost druhých. Na základě tohoto postoje dělí společnost na lidi falešné a upřímné. Vlastnost objasňuje odborná literatura (Říčan, 2007) jako určitou dispozici pro dané chování či jednání, jako jedinečnost osobnosti. A tou je u paní Marty její schopnost rozpoznat lidi upřímné od falešných na základě jejich projevů chování.

Otázka: Na jakou zkušenost nepřiměřeného jednání druhých lidí vůči Vám si vzpomenete – uveďte příklady (posměšky, urážky, nadávky, nadměrná péče, agresivní jednání)? Jak je vnímáte a co si v tu chvíli myslíte?

Odpověď: Taky v nemocnici, když jsem byla, tak vedle na tý přistýlce byla pani, která měla taky něco s páteří a byla ohnutá až dolu. A jedna pani tam pořád, že dopadnu taky tak, no a už jsem viděla, že do mě útočí, tak jsem se sebrala a šla jsem pryč z pokoje. No bylo mi to líto, šla jsem na druhej pokoj a tam jsem brečela, vrátila jsem se na pokoj pro kapesník a ona křičí: „Pani, já to myslím dobře.“ Tak říkám: „Dejte mi pokoj, já se Vás na nic neptala.“ No a šla jsem pryč a brečela jsem.

Komentář: Nepřiměřené jednání, které paní Marta zažila v nemocnici, chápala jako útok. Neměla dostatek energie se bránit, a proto zvolila únik, odešla z pokoje. Únik je podle Hartla a Hartlové (2000) způsob, jak zvládnout náročnou situaci, tedy spíš jak se vyhnout jejímu řešení.

Paní Marta se důsledkem stresující situace stala citově zranitelnější a lítostivější. Plháková dává lítost do souvislosti s pocitem křivdy. Neboť křivda

je důsledkem přesvědčení, že nám druzí bezdůvodně ubližují a chovají se k nám nepěkně.

„Pocit křivdy evokuje dva rozdílné druhy reakcí – astenickou a stenickou. Astenickou odezvou je pocit lítosti nad tím, že jsem chudák, kterého nikdo nemá rád, a všichni mu jenom ubližují, tento pocit nezřídka vyústí v lítostivý pláč. Stenickou odezvou na křivdu je touha po pomstě“ (Plháková, 2007, str. 411).

Olda

Pan Olda je paraplegik a je mu necelých šedesát let. Svým zdravotním postižením, které vzniklo těžkým úrazem již v dospělosti, se nenechal vyřadit z pracovního procesu, pouze ho přerušil na několik let. Před úrazem jezdil rád na kole, které na základě svého vážného tělesného postižení vyměnil za handbike a mechanický vozík.

Otázka: S jakými emočními reakcemi jste se ze strany rodiny setkával?

Odpověď: Otec to nesl velmi těžce a ten tahoun a chlapáctví převzala matka. Beznaděj a depka přijde na každého a hlavně v zimě, když je sníh a nedá se vyjet s vozíkem a jste pořád doma. Nejlepší je být venku mezi lidma a pokecat si.

Otázka: Jaké pocity ve Vás vyvolává domácí prostředí, blízkost rodiny a jak se cítíte mimo domov?

Odpověď: Doma jsem stále, mezi lidma pookřeju, změna vyvolává soutěžení, to je lepší. Co se mi stalo, už se stalo, beru to jako součást života, ale jen doma, to ne.

Otázka: Můžete charakterizovat stereotypy a předsudky členů Vaší rodiny?

Odpověď: Předsudky - nejvíce to vnímal otec – jako /delší pomlka/, že /opět pomlka/ už nejsem chlap.

Komentář: Z odpovědi pana Oldy vyplynulo, že oporou, zdrojem síly a energie byla matka – „ ten tahoun a chlapáctví převzala matka“. Podle mého úsudku otec zažíval velmi bolestivé zklamání z této nezvratné situace, která velmi

výrazně zasáhla budoucnost jeho syna. Jak sám pan Olda říká: „...nejvíce to vnímal otec, že už nejsem chlap“.

Vztah dvou lidí je křehký a stále ovlivňován složitou interakcí dvou skupin vlivů. Jedná se o vnější a vnitřní vlivy. „Není výjimkou, že se setkáváme s negativní emoční reakcí u zdravých lidí na tělesně postižené. Na této reakci se podílí úzkost vyvolaná upozorněním na vlastní zranitelnost, pocity viny atd., jedná se tedy o vnitřní vlivy, vnější charakter postižení totiž není rozhodující“ (Vymětal, 2004, str. 97).

Ve společnosti uspokojuje pan Olda potřebu kontaktu, který chápe jako možnost načerpání nové energie - „...být venku mezi lidma a pokecat si“. Ze slov pana Oldy pociťuji potřebu afiliace. Tato potřeba přátelských sociálních kontaktů je pro něho motivací i zdrojem dalších aktivit, které jeho domácí prostředí nenabízí. „Murray popsal potřebu afiliace jako potřebu vytvářet přátelství a spojenectví“ (Blatný, 2010, str. 146).

Slova pana Oldy: „ ...mezi lidma pookřeju ...“ spatřuji jeho potřebu být se svými přáteli a zažívat pocit jistoty, že není sám jen se svou rodinou. Podle Vágnerové (2005) Maslow řadí tuto potřebu do kategorie tělesného bezpečí a celkové jistoty. „Tato potřeba může existovat v mnoha variantách; jako vrozený mechanismus, regulující základní způsob reagování, ale i jako požadavek jistot sociálního charakteru“ (Vágnerová, 2005, str. 178). Z uvedeného usuzuji, že v případě pana Oldy se jedná o sociální jistoty zaměřené na preferenci přátel.

Mezilidské vztahy dělí Helus (2011) podle kritéria bezprostřednosti na přímé mezilidské vztahy a nepřímé, podle kritéria vnitřního přijetí na vztahy zvnitřněné a distancované a podle kritéria pozitivního dopadu. První skupina jsou vztahy na úrovni osobní blízkosti, které jsou důležité pro stabilitu osobnosti a chrání před depresí či pocity marnosti. Jde o vztahy v rodině, ale i vztahy mezi důvěrnými přáteli. Vždyť právě tyto vztahy podle výše citovaného autora napomáhají jedinci vyřešit nejrůznější situace a najít životní pohodu. „Oč důležitější jsou pro jedince ve svém pozitivním rozvinutí, o to více jej ohrožuje (zatěžuje, stresuje), když jsou právě ony narušeny, prochází krizí či se zcela hroutí“ (Helus, 2011, str. 196). A to je z mého pohledu „depka“, o které hovořil pan Olda.

Otázka: Jak byste charakterizoval postoje majoritní společnosti vůči osobám se zdravotním postižením?

Odpověď: Ze začátku jsem závodil s takovou dobrou partou, když jsme někam přijeli - ta banda vozičkářů - tak říkali : „Ty normální a ty druhý“, ale mysleli to v dobrým.

Komentář: Často se můžeme setkat s postojem chápání zdraví jako normality a zdravotního postižení jako opaku.

„Za normální se považuje buď to, co je v dané skupině nejčastější (statistické pojetí), nebo společensky žádoucí (ideální – sociokulturní norma), případně to, co je optimálně funkční. Ideál společnosti (sociokulturní norma) se může, ale nemusí se zdravím krýt“ (Novosad, 2000, str. 15). I pan Olda se setkal s označením „normální...“ při odlišení zdravých osob od vozičkářů. Nechápal to jako urážku – „...mysleli to v dobrým“, ale z mého pohledu v tom spatřoval určité specifické odlišení od intaktní společnosti. O tom svědčí i okamžik, kdy měl charakterizovat postoje majoritní společnosti a na tuto situaci si vzpomněl.

Otázka: S jakými stereotypy se setkáváte a jak na ně reagujete?

Odpověď: Stereotypy to je nuda, divný slovo. Život je změna, co k tomu víc říct. /Dlouhá pauza./ Jen snad – někteří říkají: „Ty se máš, dali Ti na auto“, je to v tom, že vidí jen to jedno – to, co chtějí. Co na to říct?

Komentář: Jako stereotypní označil pan Olda jednání, kdy na něho je pohlíženo jako na osobu, která může čerpat určité *výhody* pomáhající zmírnit bariéry dané zdravotním postižením – „...*dali Ti auto*“. Toto jednání je vyvoláno předsudkem projektivně-paušalizujícím, který jsem zmínila již v teoretické části této práce.

V Novosadově klasifikaci typů předsudků, jde o pohled na osoby se zdravotním postižením jako na adresáty sociálních dávek (Vaněk, 2011). Členové majoritní společnosti opomíjejí ztížení životních podmínek způsobených zdravotním postižením a vidí jen možnosti čerpání těchto dávek. Nesnaží se rozšířit svůj pohled na všechny souvislosti, momenty a překážky, které osoba se zdravotním postižením může překonávat jen s pomocí sociálních dávek a kompenzačních pomůcek.

Otázka: Co byste mohl říci k postojům osob se zdravotním postižením vůči majoritní společnosti?

Odpověď: Já osobně bych řekl, že je skupina, která říká: „Dávají nám málo.“ Ale nedá se jenom chtít dostávat víc. Zním hodně Švýcarů, dostávají příspěvky, ale musí z toho i platit, já teď nevím – snad i daň. Naši chtějí víc a nechtějí nic dělat – je to asi vztek a nedůvěra.

Komentář: Vztek a nedůvěru vnímá pan Olda jako postoje osob se zdravotním postižením vůči majoritní společnosti. Hovoří o skupině, které se současné sociální jistoty jeví jako neadekvátní jejich zdravotnímu postižení a vzniklé životní situaci – „*dávají nám málo*“.

Toto následně způsobuje nedůvěru a vztek vůči ostatní společnosti. Nakonečný (2000) definuje hněv jako *původně vrozenou reakci na překážku* a vztek vysvětluje jako *silnější afektivní formu hněvu*. Hněv se řadí většinou mezi emoce a vztek je pokládán za afekt, který je charakterizován výbuchy silných emocí. Tento proces určitým způsobem ovlivňuje jednání i myšlení lidí. Z uvedeného vyvozují, že důsledkem je neadekvátní jednání a vznikající nedůvěra, kterou ovšem může jedinec získat i nepříjemným zážitkem. A naopak tento zážitek rovněž může nastartovat afektivní chování.

Renata

Slečna Renata má vrozené onemocnění pohybového aparátu a je jí 35 let. Je to příjemná, mladá dáma. Každodenní součástí života se jí staly francouzské hole, které jí částečně omezily v jejím životě. Konkrétně můžeme hovořit o architektonických bariérách.

Otázka: Domníváte se, že zdravotně postižení mají také určité předsudky vzhledem k členům majoritní společnosti a jaké?

Odpověď: Oni někteří postižení si myslí, že zdravotně postižení jsou chudáci, že se jim musí pořád pomáhat a ono někdy je to na škodu.

Stejně jako když nepotřebují pomoc a odmítnou. Ti zdraví si pak myslí, že nepotřebují pomáhat vůbec.

Komentář: Slečna Renata vyslovila výtku na stereotypní chování některých zdravotně postižených osob, které se domnívají, že jsou „*chudáci, že se jim musí pořád pomáhat*.“

Příčinu tohoto jednání vidím v pocitu beznaděje, který vyvolává tato nálepka. Vyvolaná beznaděj má na člověka negativní vliv a souvisí s pocitem bezmocnosti, „*což je subjektivní přesvědčení, že člověk není schopen nepříznivý vývoj událostí zvrátit*“ (Plháková, 2007, str. 409).

V odpovědi slečny Renaty je vyjádřeno i odmítnutí pomoci, které si zástupce majoritní společnosti může spojit s domněnkou, „*že nepotřebují pomáhat vůbec*“. Potřebu pomoci osobám se zdravotním postižením zdůrazňuje ve svém díle Novosad (2000). Objasňuje podporu a pomoc, která nevytvoří závislost na poskytované pomoci a pomůže těmto osobám k získání dílčí samostatnosti. Z mého pohledu sociální pracovnice chápu, že osoba má právo nabídnutou pomoc odmítnout. Není to proto, aby někoho urazila nebo mu dokázala, že jakoukoli pomoc nepotřebuje, ale proto že je schopna zvládnout daný úkon sama. Vytváří si pocit uspokojení, že se ve své samostatnosti posunula o krok dál.

Otázka: Jak jste vnímala kontakty s vrstevníky ve třídě?

Odpověď: /Tak nějak nejistě se usmívala, mluvila tiše a pomalu./ Někteří se aj báli mi cokoli jakkoli říct, vlastně i neříct, aby když pro mne chodí ta babička, tak aby jim nevyhubovala. Většinou si zvykli, že jsem s nima ve třídě, no někteří lupínci – (pomlka) no raději mlčeli.

Otázka: Pozorovala jste nějaké předsudky a stereotypy v chování svých spolužáků?

Odpověď: /Mluvila klidně a pomalu./ Někteří měli předsudky, ale těch bylo minimum, ale uměli dávat sodu. Potom v pozdějším věku - to už nikoho nevykolejilo.

Otázka: Uvedete příklad?

Odpověď: /Posmutněla, ale hned se zase tak nejistě usmívala./ Ne, vždycky se to záhy vyřešilo. /Nechtěla víc mluvit. Z jejího chování jsem měla dojem něčeho nepříjemného, něčeho nač se snažila zapomenout a nemluvit o tom./

Otázka: Vzpomenete si, jaké emoční reakce to ve Vás vyvolávalo (co jste si myslela, jak to na Vás působilo?).

Odpověď: Hrozně to působilo – dávají vám sodu, když za to nemůžete. /Její úsměv zakrýval rozčilení a smutek, i když jen vzpomínala./

Komentář: Kontakty se spolužáky byly podle mého názoru různorodé. Pozoruji náznak strachu, ačkoli ne z jedinečnosti slečny Renaty, ale z babiččiny reakce na jejich poznámku či dotaz. Větší počet dětí ve třídě poskytoval možnost případné pomoci. Přesto některé spolužáky označila jako „*lupínky*“. Soudím, že spolu s označením „*dávat sodu*“ se jedná o její první negativní zkušenost s okolím, kdy poprvé zaznamenala rozpor mezi předpokládaným a skutečným jednáním. Z emocí, které u slečny Renaty vyvolávají vzpomínky na toto období, usuzuji, že se mohlo jednat o velmi nepříjemné chování některých spolužáků označovaných výrazem „*lupínci*“, které mohlo nést náznaky šikany. Její slova „...*hrozně to působilo*“ a „...*vždycky se to záhy vyřešilo*“ vyjadřují cosi nepříjemného, na co nechce vzpomínat a o čem nechce mluvit.

Stuchlíková (2002) označuje za charakteristický rys emocí citlivost na změny. Současné chování jedince ovlivňuje minulá zkušenost jinak než dřívější prožívané emoce. Nejvíce záleží na aktuální náladě, afektivních rysech osobnosti a snadnosti vybavení si minulého zážitku. V chování slečny Renaty jsem pozorovala překrývání nepříjemného vzpomínání úsměvem, který měl zřejmě zmírnit vybavování nepříjemného zážitku z dětství. Lidé si vytváří jakousi míru kontroly nad svými emocemi, která se označuje jako potřeba emoční regulace. „*Emoční regulace se vztahuje k procesům, kterými jedinec ovlivňuje to, jaké emoce má, kdy je má a jak je prožívá a vyjadřuje*“ (Stuchlíková, 2002, str. 175).

Otázka: Na jakou zkušenost nepřiměřeného jednání druhých lidí vůči Vám si vzpomenete – uveďte příklady (posměšky, urážky, nadávky, nadměrná péče, agresivní jednání). Jak je vnímáte a co si v tu chvíli myslíte?

Odpověď: Že by nepomohli, tak s tím jsem se nesečkala. Třeba - když jsem upadla na náledí a potřebovala přišlápnout hole, aby neujížděly, tak mne zase rvou místo toho, aby udělali, oč je požádám. /Nechtěla to rozvádět,

zřejmě vnímala takovou pomoc skoro jako urážku, že ji berou jako úplně bezmocnou a nechápou, co potřebuje./

Komentář: Slečna Renata je zastáncem pomoci a to ve formě umět správně pomoci, chtít pomoci a pomáhat, když je třeba a jak je třeba. Vnímala jsem její odpověď jako náznak pro vyjádření stereotypu majoritní společnosti ve snaze pomoci bez ohledu na osobu, které je pomoc poskytnuta. Souhlasila jsem se slečnou Renatou, že pomoc, která nepomáhá, je zbytečná.

Připomínala mi nejjednodušší řešení problému metodou: *Pokus a omyl*. Používá se většinou v případech, kdy existuje o dané situaci nedostatečné množství informací. Ale z odpovědi slečny Renaty je patrné, že jim poskytla informace vedoucí k vyřešení vzniklého problému, proto mi z uvedeného vyplývá, že se jedná o ukvapené jednání a nepochopení situace. Plháková (2007) neúplné a nesprávné pochopení dané situace spojuje se vznikem potíží a nedopatření, která komplikují život jedince i celé společnosti.

Robert

Robert je dvacetiletý nevidomý student s velikým elánem do života a s příjemným úsměvem ve tváři. Je plný optimismu s reálnou představou svého budoucího zaměstnání. Schůzka byla domluvena telefonem a při podepisování informovaného souhlasu byla přítomna jeho matka jako svědek.

Otázka: Vaše zdravotní postižení je vrozené nebo získané?

Odpověď: O ten zrak jsem přišel v inkubátoru, oni mi vlastně spálili sítnici, takže získané.

Otázka: Jak na Vaše zdravotní postižení reagovali členové rodiny v průběhu Vašeho dětství a jak zvládali tuto složitou situaci? Jak jste to vnímal vy sám?

Odpověď: Oni mi pomáhali a pomáhají vlastně do teď. A jako, že tam byla velká lítost. Že prostě – něco prostě jako velkého chybělo. Ale nevím, mně to nějak jako nepřišlo, když jsem byl malej, že jako nevidím, ale potom v tom pozdějším věku,

už mi to bylo takový divný, říkal jsem si, že všichni viděj a já nevidím, no. Celý to bylo ňáky divný.

Komentář: Robertova odpověď vyjadřovala prosociální chování typu pomoci všech členů jeho rodiny. V tomto případě můžeme hovořit i o altruismu, jenž se „*projevuje myšlením, cítěním a jednáním, které bere ohled na ostatní lidi*“ (Hartl, 1993, str. 11).

Lítost, o které mluví, se vztahuje k emočnímu prožívání jeho zdravotního stavu, k danému zdravotnímu postižení. Později si uvědomuje, že mu něco podstatného schází – „*něco velkého chybělo*“. Nejdříve to neumí pojmenovat, protože to nikdy nepoznal, ale vnímá určitou odlišnost od ostatních.

„*Emoce jsou hodnotícím nástrojem, který používáme pro rychlou orientaci ve svém prostředí. Nejsou jen reflexí stávajícího stavu, ale hodnocením vztaženým k budoucnosti*“ (Stuchlíková, 2002, str. 120).

Otázka: Jaké bylo Vaše začleňování do kolektivu školní třídy?

Odpověď: První třída – to byla malotřídka taková. No, na tý základce, tam jsem měl jenom dva, tři kamarády. Jinak to bylo takový, že jsem tam měl i takový lidi kolem sebe, který mě nechtěli brát k sobě, na tý základce tam jsem se moc jako nechytil. Až teda pak na další škole, tam už se to srovnalo docela dost. Tam už mě brali hodně, tam už mi pomáhali, třeba když jsme byli na vejletech a tak. No, teď jak jsem přešel na střední školu, tak když jsem nastupoval do prvního ročníku, tak to vypadalo, že to bude všechno dobrý. Ale jo, parta dobrá, až na několik těch syčáků. Protože jsem tam měl nějaký problémy, tak jsem musel přestoupit na jiné obor, protože to bylo na mě hodně složitý. Dneska jsme tam čtyři chlapi a jinak samý ženský. Takže tady mě vzali úplně parádně, skamarádili jsme se hned ten první den a dalo by se říct, že od toho prvního září je to, jako kdybychom se znali několik let.

Komentář: Svou první zkušenost s dětským kolektivem vnímal negativně – „*...nechtěli brát k sobě*“, ačkoli připouštěl, že pár kamarádů měl. Tuto jeho odpověď chápu jako potíže při začleňování do kolektivu školní třídy, v postatě se domnívám, že k začlenění do tohoto kolektivu nedošlo.

Zkušenost odborná literatura definuje jako „*hlavní a prvotní zdroj poznatků člověka o světě*“ (Hartl, 1993, str. 240).

Negativní zkušenosti mohou vyvolat negativní emoce, ke kterým patří smutek. V odborné literatuře (Stuchlíková, 2002) je tento pocit spojován se skleslostí a zarmouceností. Já jsem ho zaznamenala z Robertových slov „...*tam jsem se nechýtil*“. Jeho další setkání se spolužáky vnímal kladněji a podle jeho vyjádření integrace do současného třídního kolektivu proběhla velmi pozitivně - „*Tady mě vzali úplně parádně*“.

Otázka: Pozoroval jste nějaké předsudky a stereotypy v chování svých spolužáků?

Odpověď: Ted' na střední škole nic, ale tam na základce se našel jeden, ten třeba potkal mě na chodbě a začal: „Ty si slepoň“. Takový řeči, já nevím, bylo mi to docela líto, mě to /pomlka/ jako hodně uráželo.

Komentář: Nevhodný a urážející termín, který vyjadřoval Robertovu nevidomost, vyvolával u něho lítost.

Lítost je v zásadě smutek, ovlivňuje chování lidí na kratší nebo delší časový úsek. Litujeme toho, co se stalo nebo co se mohlo stát a vztaženo k uvedené situaci, co se nemělo stát. Většina lidí pociťuje lítost a soucit ve vztahu k druhým lidem nad jejich nešťastným a smutným osudem (Stuchlíková, 2002). Takže paradoxně měl lítost cítit ten, co se tak nevhodně a urážlivě projevil.

Otázka: Co podle Vás chybí v médiích ohledně zdravotně postižených?

Odpověď: Tam bych chtěl říct. Oni by měli udělat, já nevím hodinovej pořad a víc těch pořadů a mělo by být, že jednou by byl o nevidmých, pak o vozíčkářích, o těch dalších postiženejch a tam by měli popsat, jak se k těm lidem chovat, jak jim pomáhat a takovýhle věci Měli by udělat něco jako popisy, jaké postižení a co dělat, čeho se vyvarovat. To tam pořád není v těch médiích.

Komentář: Médiím Robert připisuje informační funkci. Jejich prostřednictvím by poskytl majoritní společnosti jakési návody, které by informovaly, jak pomoci osobám s různým zdravotním postižením -

„...popsat, jak se k těm lidem chovat“. Jeho představou jsou přibližně hodinové pořady v televizním vysílání. Jeho nápad chápu jako možnost snazší a účelnější pomoci při překonávání architektonických a jiných překážek, které musí řešit osoby se zdravotním postižením.

„Jedni jsou přesvědčeni, že těžkost, která je potkala, je zvládnutelná. Druzí si naopak myslí, že jde o nezvládnutelnou těžkost. Jedni se domnívají, že jsou s to se přizpůsobit situaci, že jsou schopni ji řešit. Druzí jsou přesvědčeni, že se nedá nic dělat“ (Křivohlavý, 2010, str. 31). Lidé slabé vůle chápou problém jako past a lidé s nadějí vidí v této situaci výzvu, stejně jako pan Robert.

4.2 Shrnutí

S osobami se zdravotním postižením pracuji a často poslouchám jejich názory, které vyslovují nepřímou jejich postoj k majoritní společnosti. Předpokládala jsem, že nebude problém tento výzkum provést. Mýlila jsem se.

Vytipovala jsem si osoby, které znám z oblasti pracovní i soukromé, ovšem ne všichni oslovení byli ochotni rozhovor uskutečnit. Po objasnění důležitých formalit se dostavovaly různé důvody, pro které se nemohou zúčastnit. Oslovení vysvětlovali, že „jen tak si popovídat, to ano“, ale záznam rozhovoru nechtěli, neboť se obávali, aby je někdo z jejich slov nepoznal. Diktafon striktně odmítali téměř všichni, ale i písemný záznam v nich vzbuzoval obavy z toho, že řeknou něco, čím by si mohli nějakým způsobem uškodit. Výzkumu se nakonec zúčastnilo sedm osob. Dvě z nich se přihlásily samy jen na základě informací od našich společných známých. Mou snahou bylo, aby v tomto výzkumu byly zastoupeny osoby se smyslovým postižením i osoby s tělesným postižením. Vstřícnější reakce osob s tělesným postižením způsobila, že větší část respondentů tvořily tyto osoby. Osoby s mentální retardací středně těžkou, těžkou a hlubokou se mého výzkumu nezúčastnily, neboť jejich rozumové schopnosti by mohly způsobit zkreslení informací i celého výzkumu.

Setkání probíhalo za podmínek, které si stanovil každý jedinec. Tento předpoklad upevňoval vstřícnost při rozhovoru, který byl zaznamenáván písemně

a v co nejpřesnější formě. Místem rozhovoru byly prostory určené k sociálnímu poradenství, pouze jeden rozhovor byl uskutečněn v domácím prostředí respondenta. Každý zúčastněný podepsal informovaný souhlas a byl seznámen s důvodem, pro který bude rozhovor veden. Schůzky byly sjednávány telefonicky.

Ve většině případů byly pokládány ještě doplňující otázky, které zajišťovaly správné pochopení dané odpovědi. Po ukončení polostrukturovaného rozhovoru mohl každý účastník vyjádřit své pocity, názory na celý rozhovor i na jednotlivé otázky. Každý dotazovaný měl příležitost objasnit důležité souvislosti vztahující se k problematice osob se zdravotním postižením, k jeho zdravotnímu postižení a k danému tématu. Tato zpětná vazba se stala také součástí pozorování, které bylo prováděno již při rozhovoru a je zaznamenáno v rovných závorkách u odpovědí.

Z kvalitativního výzkumu jsem získala informace týkající se zúčastněných a jejich vztahu k majoritní společnosti.

Pan **Adam** působí na první dojem jako pesimista, ale po uskutečněném rozhovoru již na jeho osobu takto jednoznačně nepohlížím. Neboť jeho částečné ztotožnění se s označením „*chudáček*“ může vyjadřovat jeho vzpomínku na dětství, kdy tento výraz slyšel. Sám sebe označuje slovem „*mrzák*“ – „*oni vidí, že jsem mrzák*“, ale ve svém životě nevidí jen negativa – „*...snad mě mají rádi*“, ačkoli se uzavírá do samoty, protože mu vadí zvědavé pohledy dětí – „*lidem jsem odvyk, ...děti mne okukují*“. Prokazuje svou vděčnost za pomoc, bez níž se neobejde, snaží se být nějak prospěšný a v rámci možností se o sebe postarat – „*snažím se nebýt na obtíž*“. Majoritní společnost zúžil na své nejbližší.

Pan **Aleš** trochu zlehčoval celý rozhovor, což dokázal i dožadováním se otázky o jeho začleňování do kolektivu školní třídy, přestože jeho tělesné postižení je získané až v dospělosti. Vyjadřovalo to jeho optimistický pohled na majoritní společnost, který podpořil i slovním vyjádřením, když hodnotil postoj ostatních spolužáků i pedagogů při dálkovém studiu střední školy – „*setkával jsem se s kladným postojem a já ho měl taky*“. Majoritní společnosti včetně médií vytýká stereotyp, kterým začleňuje mezi osoby se zdravotním postižením pouze ty na mechanickém nebo elektrickém vozíku, nevidomé a seniory. Z pohledu pana Aleše jsou opomíjena jiná, velmi závažná zdravotní postižení.

Paní **Jana** vzpomíná na obavy rodičů, kterým nebylo lékaři vysvětleno, co vlastně přináší její zdravotní postižení. S vrstevníky ze školy má negativní

zkušenosti, ovšem s vrstevnickou partou z vesnice zažívala opak a jejich přátelství trvá dodnes. Předsudek ovlivňující postoj osoby se zdravotním postižením vidí v domněnce, že člen majoritní společnosti musí pomoci osobě se zdravotním postižením. Tento pocit vzniká u některých osob, které pomoc potřebují a domnívají se, že druzí jsou povinni jim pomoci. Druhá skupina těchto osob si podle paní Jany naopak váží pomoci. Další postoj, který podle ní charakterizuje tyto osoby se zdravotním postižením, vzniká pod dojmem strachu, že budou většinovou společností ostrčeny – „...že se bojí o něco se hlásit...“. Společnost dělí podle charakteru, ne na základě momentálního zdravotního stavu. Z médií by chtěla slyšet více konkrétních informací o zdravotních postiženích, aby lidé poznali a pochopili problémy i emoce, se kterými jsou tito lidé nuceni se denně potýkat. Její velkou negativní zkušeností se zástupci majoritní společnosti jsou zaměstnavatelé. Právě tato skutečnost dovedla paní Janu k pocitu jakési méněcennosti týkající se jejího pracovního uplatnění.

Paní **Marta** zaznamenala neohleduplnost v postoji svého manžela – „*manžel na to nedbal*“. Chování některých nemocných v ní vyvolávalo lítost, ale s jinými se cítila spokojená a nepřízeň osudu vyrovnávala humorem. Jejím hlavním měřítkem pro utvoření postoje k lidem je jejich faleš a upřímnost, nikoli majoritní společnost a osoby se zdravotním postižením. Média z jejího pohledu nechtějí slyšet celou skutečnost a tím dochází ke zkreslení daného problému.

Pan **Olda** vzpomíná na dobu získání svého zdravotního postižení jako na chvíle plné emocí. Rodinu charakterizovala pomoc, i když otec tuto situaci vnímal velice specificky a i to „*chlapáctví*“, vyjádřeno slovy pana Oldy, převzala matka. Lítost vnímal pan Olda z lidí, kteří nezvládli pohled do tváře někoho, koho znali dříve bez jediného znaku tělesného postižení. Jeho společenská povaha zvítězila nad zdravotním omezením. Dobrá zkušenost s kolektivem v zaměstnání, který mu vytvořil bezbariérové pracoviště a jeho noví přátelé – „*parta vozičkářů*“, ho utvrdili v tom, že nejlépe se cítí mezi kamarády. Chápání zdraví jako normality – „*normální a ti druzí*“, nevnímá jako nevhodný postoj majoritní společnosti, spíš jako úsměvné rozdělení skupiny s odlišnými možnostmi pohybu.

Rodina slečnu Renatu nijak rozdílně nevychovala a zároveň s jejím bratrem se dělili stejným dílem o domácí povinnosti. I z jejich odpovědí, stejně jako u paní Jany, zaznívá povzdech nad předsudky osob se zdravotním postižením,

kteřé jsou přesevěděny, že jim každý musí pomáhat. Slečna **Renata** to spojuje se skutečností, kdy členové majoritní společnosti si vysvětlí odmítnutí pomoci tím, že jejich pomoc nikdo nepotřebuje. Podobnou situaci rozvádí při neposkytnutí pomoci, o kterou požádá. Poskytnutá pomoc nevede ke zlepšení vzniklé situace – „*tak mne rvou místo toho, aby udělali, oč je požádám*“. Při začleňování do kolektivu školní třídy připouští existenci předsudků, i když jen od některých spolužáků. Byla to její první negativní zkušenost, ale zároveň vzpomíná i na pomoc od spolužáků a hlavně od paní učitelky. Médiím připisuje objektivitu i jistou dávku touhy vyvolávat senzace.

Robert je poměrně silně fixovaný na rodinu, neboť ji vnímá jako hlavní zdroj pomoci. Ta je poskytována jako pozitivní stimulace i jako forma praktického příkladu, která umožňuje orientaci v jeho možnostech. Praktickou zkoušku empatie, vcítění se do jeho situace vymyslel Robert i pro svoje spolužáky, když se pohybovali po škole s šátkem na očích. Ve školním kolektivu, stejně jako slečna Renata, zaznamenal odtažitý postoj dětí, i když později v jiné třídě se jeho vztah s kolektivem vyvíjel pozitivněji. Předsudkem byl pro něho urážlivý výraz spolužáka ze základní školy – „*slepoň*“, který vyjadřoval jeho nevidomost. Média spojuje Robert s možností vzdělávání ostatních, jak se chovat v různých situacích a setkáních s osobou se zdravotním postižením.

Odpovědi jednotlivých účastníků byly spojeny s nějakou zažitou situací, s naučeným reagováním, ale zároveň i s okamžitým citovým naladěním. Toto ovlivnilo jejich výpovědi, které charakterizovaly každého jednotlivce a vztahovaly se k majoritní společnosti i k ostatním osobám se zdravotním postižením. Závěr práce objasňuje subjektivní postoje vybraných osob. Je zpracován na základě mého subjektivního pozorování a následným vyhodnocením získaných informací. Zdrojem důležitých teoretických znalostí se pro tuto práci stala odborná literatura.

4.3 Sebereflexe

Sebereflexi můžeme vysvětlit jako utřídění myšlenek a zkušeností, přemýšlení o vlastních prožitcích, o sobě samém a o působení všech těchto vlivů na osobnost jedince. Moje sebereflexe je vytvořená zkušenostmi z praktické části této práce, utříděním myšlenek na základě teoretické části a vnímáním jednotlivých pocitů z uskutečněných rozhovorů.

Praktickou část bakalářské práce jsem zaměřila na pocity a prožívání osob se zdravotním postižením v různých situacích. V uskutečněných rozhovorech jsem zaznamenala reakce, které mne přiměly k zamyšlení nad vnímáním svého okolí (*nevhodná pomoc, vnímání pomoci jako samozřejmosti i jako vděčnosti, názorné přiblížení své nevidomosti spolužákům*). Jako člen majoritní společnosti jsem vzniklé situace takto občas neviděla a jednotlivé reakce těchto osob mi to připomněly. Jako sociální pracovnice si uvědomuji, že pomoc osobám se zdravotním postižením je specifická dle jednotlivých zdravotních postižení, konkrétní situace i samotné osoby. Není vhodné bezmyšlenkovitě jednat, aby nedocházelo k tomu, že pomáhající svou pomoc nadřadí skutečným potřebám jedince, svým altruismem vytvoří dojem, že pomoc je samozřejmostí, popřípadě zamění vděčnost za poděkování. Příčinou takového jednání bývá impulzivita, únava a nesoustředěnost. Jedná se o okamžiky, kdy si jakákoli druhá osoba neuvědomí, že dotyčný jedinec je zcela odpovědný za svá rozhodnutí a tudíž má právo si vybrat, co je pro něho nejvhodnější.

Některá vyprávění ve mne vyvolala pocity smutku (*izolace, pocity vlastní nedokonalosti*), jiné odpovědi mne potěšily (*harmonické vztahy ve vrstevnické skupině, přiblížení majoritní společnosti život osob se zdravotním postižením*).

Vnímala jsem rozdíl v průběhu rozhovoru, který s klienty vedu každý den a rozhovoru, při kterém mi jedinci sdělovali zcela soukromé pocity, zkušenosti a poznatky, které se svým zdravotním postižením a majoritní společností zažili. Pochopila jsem, jakou odvalu prokázaly oslovené osoby, když mi byly ochotné o svých složitých a někdy dlouho skrývaných pocitech, postojích a celých životních epizodách vyprávět.

Zvolený typ výzkumu mi umožnil uvědomit si rozdíly mezi poradenským rozhovorem v sociální oblasti a metodou polostrukturovaného rozhovoru v kvalitativním výzkumu. Předpokládala jsem, že praxe v poradenském rozhovoru

mi pomůže při zvolené metodě sběru dat pro bakalářskou práci. Hlubším studiem odborné literatury, samotnou přípravou a provedením polostrukturovaného rozhovoru jsem zjistila, jak mé informace byly nepřesné. Soustředila jsem se na téma bakalářské práce a uniklo mi, že oba tyto rozhovory se liší již od samého začátku a hlavně svým důvodem, pro který jsou vedeny.

Poradenský rozhovor je daný potřebou klienta vyhledat pomoc, polostrukturovaný rozhovor vede k získání určitých informací, je dán cílem výzkumu. Z vlastní zkušenosti i odborné literatury vím, že bariéry mezi poradcem a klientem v poradenském rozhovoru jsou z poloviny překonány již při vstupu, vstřícném přivítání klienta, klientovým přáním či snahou vyřešit svou tíživou situaci a vzájemnou otevřeností. Otevřenost jako přístup ke klientovi, který může *obohatit intimní svět pomáhajícího*, nalezneme v odborné literatuře (Timulák, 2006), kde samotné obohacení je vnímáno ve formě postojů, hodnot, způsobu života. V této souvislosti můžeme hovořit o určité vnitřní blízkosti, kterou spojujeme s konkrétními lidmi, okolnostmi a současnými pocity. Je naší snahou ji prokazovat i přijímat. Samozřejmě tato blízkost, otevřenost a pochopení patří i do polostrukturovaného rozhovoru, ovšem vlastní zainteresovanost na vyřešení zkoumaného problému sdílet respondent nemusí. Otázky tak přímo nepomáhají vyřešit jeho problém, ale odkrývají výzkumem danou problematiku.

Získané poznatky jsou pro mne cennou zkušeností pro další práci, která je zaměřena na lidskou důstojnost, na rozvoj humanity každého člověka, jeho přiblížení se druhému, pochopení, toleranci a na život osoby se zdravotním postižením v majoritní společnosti.

5 Závěr

5.1 Zhodnocení poznatků

Cílem této práce byl popis a charakteristika postojů osob se zdravotním postižením ve vztahu ke stereotypům majoritní společnosti, zaznamenání jejich specifických znaků při prožívání nejrůznějších situací.

Postoje osob se zdravotním postižením, které charakterizuje jejich pohled na majoritní společnost, bych nejdříve uvedla do spojitosti s afektivní komponentou postojů, s emocemi a nejrůznějšími pocity.

„Emoce jsou kompasem, tímto starým nástrojem navigace, který funguje stále, i když rádio racionality fungovat přestane“ (Stuchlíková, 2002, str. 201). Emoce charakterizují náš vztah ke všemu kolem nás, jsou průvodním znakem méně i více složitých životních situací a mohou způsobit změnu osobnosti. V rozhovorech zaznívaly často negativní emoce zastoupené *lítostí, vztekem, strachem a úzkostí*. Emočním komplexem, který možná vznikl na základě těchto prožitých emocí, byl *komplex méněcennosti*. Zaznamenala jsem ho ve výrazech *„chudáček, mrzák“*, které v odpovědích uváděl pan Adam. Vnímala jsem ho i v hodnocení pracovních možností paní Jany, když přijala označení *„nestoprocentní člověk“*.

Výzkum byl zaměřen na stereotypy majoritní společnosti a postoje osob se zdravotním postižením. Velmi často pomáhají předsudky k vytvoření *stereotypu* i *postoje*. Pan Adam chápe **stereotyp** majoritní společnosti v dřívějším *„okukování“*, které značilo *lítost nad jeho zdravotním stavem*. Pan Aleš chápe jako *stereotypní postup médií a majoritní společnosti* vnímání osob se zdravotním postižením pouze v případě osob nevidomých, vozíčkářů a seniorů. Ze své zkušenosti hovořila paní Jana *o stereotypu ve formě výsměchu*. I pan Robert *sklon k posmívání* zařadil do stereotypů většinové společnosti. Při rozhovorech zazněla zkušenost slečny Renaty se stereotypní reakcí členů majoritní společnosti, ve které byl naznačen *sklon neposkytovat pomoc*, o kterou je žádáno, ale pomáhat dle vlastního úsudku. *Nepochopení* zařadila do stereotypů majoritní společnosti paní Marta a pan Olda připojil chápání situace zaviněné zdravotním stavem velmi jednostranným pohledem

většinové společnosti – „*Ty se máš, dali ti auto.*“ Jeho úvaha o stereotypu vychází z ohlasů na sociální dávky pro osobu se zdravotním postižením.² Podle Novosadovy klasifikace předsudků se jedná o projektivně-paušalizující předsudek (Vaněk, 2011).

Zajímavým poznáním pro mne bylo, že paní Jana a slečna Renata mluvili o těch osobách se zdravotním postižením, které předpokládají, že jim ostatní budou vždy a za všech okolností pomáhat. Tuto skutečnost považovaly za *stereotyp osob se zdravotním postižením*.

Z uvedených emocí, předsudků a stereotypů pak vyplývají i **postoje osob se zdravotním postižením**, tak jak je samy vnímají. *Postoj vděčnosti i postoj vedoucí v životě k izolaci* uvádí v odpovědích pan Adam. Podle mínění paní Jany a pana Aleše *vlastnosti člověka a jeho charakter určují postoje osob* a vůbec nezáleží na momentální zdravotní situaci jedince. I paní Marta svůj postoj k ostatním lidem dělí na základě charakteru jednotlivců. Vyřčený byl také *postoj ovlivněn strachem se projevit* a obavou, že dotyčným nebude vyhověno, který vyjádřila v rozhovoru paní Jana. *Povinnost pomáhat osobám se zdravotním postižením jako postoj těchto osob vůči majoritní společnosti* vnímá paní Jana a slečna Renata. *Vztek a nedůvěra jako postoj určité skupiny osob se zdravotním postižením* zazněl v odpovědi pana Oldy, ačkoli on sám je přátelský a vyhledává společnost – „*mezi lidma pookřeju*“.

Z výzkumu dále vyplynula potřeba objasnit širší veřejnosti, jak se chovat a jak jednat s lidmi se zdravotním postižením, aby nedocházelo zbytečně k nedorozumění a konfliktu.

Zkušenosti uvedených osob s integrací do majoritní společnosti jsou různé, tak jako jsou různé jejich osudy a přístup k životu. Z oslovených osob jen pan Adam zúžil majoritní společnost na své nejbližší, ostatní ve svých odpovědích hovořili o začlenění se do kolektivu třídy, vrstevníků nebo do pracovního kolektivu. Někteří připustili, že rozdělení na majoritní společnost a osoby se zdravotním postižením nevnímají, je pro ně důležitý charakter jedinců.

Cíle výzkumu jsem podle mého názoru částečně dosáhla. Snažila jsem se přiblížit životní situace těchto několika osob, jejichž specifické životní potřeby je více či méně odlišily od ostatních lidí a to ať už stojí či sedí vedle nás nebo se pouze dívají oknem na ulici. Tato zjištění nelze aplikovat na všechny

² Zastánci tohoto názoru vnímají osobu se zdravotním postižením jako příjemce dalších finančních prostředků. Povrchní chápání celé situace jim zabraňuje vidět sociální dávky jako pomoc při zajištění samostatnosti této osoby v takové míře, která jí umožňuje žít co nejvíce plnohodnotný život.

ostatní zdravotně postižené osoby. Domnívám se však, že krátké zamyšlení nad tím, jak o sobě navzájem smýšlíme, jak se snažíme pochopit druhého, jaké stereotypy nás provází při interakci s okolím, může do jisté míry pomoci zorientovat se v této problematice.

V současné době se řešením otázky integrace osob se zdravotním postižením do majoritní společnosti zabývá stále více institucí. S pomocí různých sociálních služeb se osobám se zdravotním postižením umožňuje žít ve svém sociálním prostředí nebo se do něho vrátit. Tyto osoby se tak snaží být součástí určité skupiny lidí žijících ve stejné lokalitě a každý den dochází k různým interakcím, které se často zásadně liší od dřívějších zažitých situací. V závěrech výzkumu vidím určité vodítko pro zlepšení vzájemného porozumění obou těchto skupin a využití zmíněných poznatků nejen pro pomáhající profese.

Tabulka č. 2 - Přehled respondentů, jejich postojů a jimi vnímané stereotypy majoritní společnosti vyplývající z výzkumu

Respondent	Stereotypy majoritní společnosti	Postoje osob se zdravotním postižením
Adam	- okukování, politování nelehké zdravotní situace	- vděčnost - život v izolaci
Aleš	- osobou se zdravotním postižením je většinou pouze osoba na vozíku, nevidomý a senior	- kladný postoj k životu - vyplývá z individuálních vlastností jedince
Jana	- výsměch	- strach se projevit, strach z odmítnutí - povinnost majoritní společnosti pomáhat - vyplývá z ohleduplnosti jedince
Marta	- nepochopení	- odlišný přístup k osobám upřímným a falešným - únik jako obranný postoj
Olda	- jednostranný pohled na situaci osoby se zdravotním postižením (Novosadův projektivně-paušalizující předpoklad) - nedůvěra ke znalostem osob s tělesným postižením	- vztek a nedůvěra jako postoj - přátelský, potřeba afiliace
Renata	- neúčelná pomoc - sklon k neposkytnutí pomoci	- povinnost majoritní společnosti pomáhat
Robert	- sklon k posmívání	- vstřícný a přátelský

Seznam použité literatury

ALLPORT, G., W. *O povaze předsudků*. 1. vydání. Praha: Prostor, 2004. ISBN 80-7260-125-3.

BAŠTECKÁ, B. *Klinická psychologie v praxi*. 1. vydání. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-735-3.

BAŠTECKÁ, B. *Terénní krizová práce: psychosociální intervenční týmy*. Praha: Grada, 2005. ISBN 802470708X.

BEDNÁŘ, V. *Mediální komunikace pro management*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3629-7.

BEDNÁŘ, V. *Krizová komunikace s médii*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3780-5.

BLATNÝ, M. a kol. *Psychologie osobnosti*. 1. vydání. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3434-7.

DeVITO, J., A. *Základy mezilidské komunikace*. 1. vydání. Praha: Grada, 2001. ISBN 80-7169-988-8.

DeVITO, J., A. *Základy mezilidské komunikace*. 6. vydání. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2018-0.

DRAPELA V. J. *Přehled teorií osobnosti*. 4. vydání. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-766-3.

GEIST B. *Sociologický slovník*. Praha: Victoria, 1992. ISBN 80-85605-28-7.

GIDENS, A. *Sociologie*. 1. vydání. Praha: Agro, 1999. ISBN 80-7203-124-4

GOFFMAN, E. *Stigma*. Praha: SLON, 2003. ISBN 80-86429-21-0.

HARTL, P. *Psychologický slovník*. Praha, 1993. ISBN 80-90 15 49-0-5.

HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 1. vydání. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X.

HAYESOVÁ, N. *Základy sociální psychologie*. 5. vydání. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-639-1.

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum*. 2. vydání. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-485-4.

HELUS, Z. *Úvod do psychologie: učebnice pro střední školy a bakalářská studia na VŠ*. 1. Vydání. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3037-0.

JANOUŠEK, J. *Verbální komunikace a lidská psychika*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. ISBN 80-247-1594-5.

KAPR, J., LINHART, J., FIŠEROVÁ, V., VODÁKOVÁ, A. *Sociální deviace, sociologie nemoci a medicíny*. Dotisk 2. Upraveného vydání. Praha: Sociologické nakladatelství, 1997. ISBN 80-85850-03-6.

KOLEKTIV AUTORŮ. *Vše o léčbě bolesti*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1720-4.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie vděčnosti a nevděčnosti. Kudy vede cesta k přátelství*. Vydání 1. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1838-5.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Pozitivní psychologie*. Praha: Portál, 2010. ISBN 973-80-7367-726-8.

LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 2. aktualizované vydání. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1284-9.

MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ, D. a kol. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-271-58.

MEIER, R. *Úspěšná práce s týmem: 25 pravidel pro vedoucí týmu a členy týmu*. 1.vydání. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2308-2.

MIKULÁŠTÍK, M. *Komunikační dovednosti v praxi*. 1. vydání. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0650-4.

MIKULÁŠTÍK, M. *Komunikační dovednosti v praxi - 2, doplněné a přepracované vydání*. Praha: Grada, 2010. ISBN 80-247-2339-5.

MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vydání. Havlíčkův Brod: Grada, 2006. ISBN 80-247-1362-4.

NAKONEČNÝ, M. *Základy psychologie osobnosti*. 1. vydání. Praha: Management press, 1993. ISBN 80-85603-34-9.

NAKONEČNÝ, M. *Lidské emoce*. 1. vydání. Praha: Academia, 2000. ISBN 80-200-0763-6.

NOVÁK T., DVOŘÁČKOVÁ, B. *Věřte sami sobě*. 1.vydání. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2922-0.

NOVOSAD, L. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*. 1. Vydání. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-509-7.

NOVOSAD, L. *Základy speciálního poradenství*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-197-5.

NÜRNBERGER, E. *Síla pozitivního myšlení: Jak získat životní nadhled a udržet starosti na uzdě.*, Překlad: Kolářová, J. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3954-0.

PAULÍK, K. *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2959-6.

PEŠOVÁ, I., ŠAMALÍK, M. *Poradenská psychologie pro děti a mládež*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1216-4.

PLAMÍNEK, J. *Sebezpoznaní, sebeřízení a stres: Praktický atlas sebeovládání*. 2. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2593-2.

PLHÁKOVÁ, A. *Dějiny psychologie*. 1. vydání. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-0871-X.

PLHÁKOVÁ, A. *Učebnice obecné psychologie*. 1. vydání. Praha: Academia, 2007. ISBN 978-80-200-1499-3.

ŘÍČAN, P. *Psychologie osobnost: Obor v pohybu*. 6. revidované a doplněné vydání. Praha: Grada, 1975. ISBN 978-80-247-3133-9.

ŘÍČAN, P. *Psychologie osobnosti: Obor v pohybu*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1174-4.

STUHLÍKOVÁ, I. *Základy psychologie emocí*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-553-9.

ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vydání. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.

TIMULÁK, L., *Základy vedení psychoterapeutického rozhovoru*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-106-9.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese: Variabilita a patologie lidské psychiky*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-214-9.

VÁGNEROVÁ, M. *Základy psychologie*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0841-3.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychologie osobnosti*. 1.vydání. Praha: Karolinum, 2010. ISBN 978-80-246-1832-6.

VANĚK, J. *Náročná cesta k autenticitě v pomáhajících profesích: role reflexe předsudků*, In Franiok, P., Kovářová, R., *Reflexe současných trendů ve speciální pedagogice, sborník Ostrava*, Ostravská univerzita, 2011, str. 355 – 365. ISBN 978-80-7368-942-1.

VANĚK, J. *Lucidní snění jako coping mechanismus*. 1. vydání. Praha: Triton, 2010. ISBN 978-80-7387-363-9.

VYMĚTAL, J. a kol. *Obecná psychoterapie*. 2. Rozšířené a přepracované vydání. Praha: Grada, 2004. ISBN 978-80-247-0723-5.

VYMĚTAL, J. a kol. *Speciální psychoterapie*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1315-1.

VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I. *Sociální psychologie*. 2. přepracované a rozšířené vydání. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1428-8.

Přílohy

Příloha č. I Doplnující analýza

Aleš

Otázka: Jaké bylo Vaše začleňování do kolektivu školní třídy?

*Odpověď: /Usmíval se. Tuto otázku nechtěl vynechat. Pojal to s humorem./
Ve středním věku právě po několika letech léčení a zažehnání toho vozíku jsem si dálkově dodělával průmyslovku. Učitelé ti brali ohled, začlenil jsem se dobře, problémy nebyly, každý něco měl. Dělal jsem, co jsem mohl, setkával jsem se s kladným postojem a já ho měl taky. I když byly narážky – ty máš důchod a my nic, ty se máš, alespoň nějaká jistota.*

Komentář: Kladný postoj k životu, který uvádí ve své odpovědi pan Aleš, chápu jako optimismus, kterým viděl svou budoucnost pozitivně, což lze pojmenovat jako subjektivní stav pohody. Podle Křivohlavého (2010) se jedná o velmi široké pojetí toho, co člověk vnímá jako důležité pro tento stav. Jde o štěstí, plány, očekávání, zdraví. Štěstí je velmi důležité pro každého. Ovšem každý ho vidí v něčem jiném. Jiný odborný pramen (Stuchlíková, 2002) rozlišuje dlouhodobé emoce s přetrvávajícím pocitem štěstí, které s sebou nese pohodu a spokojenost a krátkodobé emoce, kdy je intenzita prožívané radosti či uspokojení velmi silná. Pocit štěstí souvisí i s pocitem spravedlnosti.

Pan Aleš zmiňoval i ohledy ze strany pedagogů, které vnímám v tomto případě jako onu souvislost mezi štěstím a pocitem spravedlnosti. Po „několika letech léčení“ a rehabilitace se dokázal opět postavit na nohy a získat tím ten nejlepší pocit ze zvládnutí nelehké životní situace. Z rozhovoru usuzuji, že v době, kdy zvítězil nad velkými zdravotními problémy – „zažehnání toho vozíku“, mu připadalo zohlednění jeho zdravotního stavu spravedlivé a mělo pro něho váhu kladného postoje vůči jeho osobě.

Jana

Otázka: Jak na Vaše zdravotní postižení reagovali členové rodiny v průběhu Vašeho dětství a jak zvládali tuto složitou situaci? Jak jste to vnímala vy sama?

Odpověď: Já mám dojem, že to přijali dobře, žádný takový negativní důsledek tam nebyl, mamka samozřejmě byla z toho špatná, byla z toho všeho taková... Nebyla ve své kůži, bála se, co a jak dál. Ale spíš bych řekla z hlediska zdravotníků, že spíš se do toho nechtěli moc zapojovat. Že se o tom problému nic moc se nevědělo.

Komentář: Emoční prožívání matky paní Jany se promítalo do obav z dalšího vývoje situace a zároveň jí tento stav celkově ovládl její další prožívání, pohltit celou její osobnost. Byl to strach z neznámého, z něčeho, co neočekávala, z toho - „*co a jak dál*“. Důvodem byla i nesnadná komunikace s lékaři. Plháková (2007) definuje emoce jako odchylky od klidného toku prožívání. Relativně ohraničené osobní duševní prožitky jsou pocity, jako je například radost, smutek, strach. Strach se v tomto případě vztahuje k obavě z budoucnosti v důsledku neinformovanosti o dané situaci - „*...nic moc se nevědělo*“.

Marta

Otázka: Jsou pořady o osobách se zdravotním postižením podle Vás realistické nebo naopak?

Odpověď: Což pravda to může být, ale oni něco řeknou a co je to platný, když neřeší, co potom dál. Jako v tom rádiu, když jako tam volají, tak to nechtějí všechno slyšet, hned to vypnou, protože nechtějí slyšet pravdu. Na co chtějí komentáře a aby lidi mluvili do toho rádia nebo televize nebo ať je to do čehokoli, když stejně je zarazí, aby vlastně co. Oni to ví, že lidi nadávají, že nejsou spokojeni, ale já nevím, proč to dělají, proč třeba chodí mezi ty lidi na ankety? Ví, že lidi jsou naštvaní, nevím, proč to dělají, proč? /Upřímně se rozzlobila./ Je to úplně zbytečný, protože vlastně když jim něco řeknou, tak je to na nic.

Komentář: Média podle Bednáře (2011) mají pracovat podle zásad objektivitu a vyváženosti, ale také podle vnitřních pravidel, etických kodexů a řádů. Jejich činností je informovat, vzdělávat, popularizovat. Podle zdrojů příjmů se odvíjí

formy fungování médií, jen vzácně se vyskytují jiné typy. Nejrůznější důvody nutí jednotlivá média obsahově zohledňovat zájmy svých vlastníků nebo autorit ovlivňujících jejich existenci. „*Existuje celá řada možností a nástrojů, jak mohou média a novináři vědomě, ale i nevědomě ovlivňovat obsah ve prospěch určité strany, nebo na její úkor*“ (Bednář, 2011, str. 20). Autor knihy dále definuje objektivitu a vyváženost jako „*zaklínadla moderních obecných médií*“ (tamtéž str. 21). Objektivitu vysvětluje jako nezkreslenost, tedy informace bude prezentována v té podobě, v jaké ji novinář získal. Redakce mívají velmi přísná pravidla pro práci s informacemi, ovšem subjektivita novináře hraje často významnou roli. Vyváženost lze chápat jako zohlednění všech stran v případě možnosti sporu, který by vznikl na základě daných informací.

Tato publikace mne dovedla k názoru, že v některých případech není dán dostatečný prostor pro vyjádření k určitému tématu, pracuje se pouze s částí odpovědi – „*...vědomě, ale i nevědomě ovlivňovat obsah...*“. Může tedy dojít k nepostihnutí celistvosti problému a možnému zkreslení situace posluchačem nebo způsobem prezentace údajů.

Otázka: Jak se vzájemně oslovujete mezi svými přáteli, kteří mají také zdravotní postižení? Máte nějaké přezdívky, vlastní slang?

Odpověď: Já když jsem měla mrtvici, tak tam byla taková pani, ta byla taková šikovná a já jsem nemohla mluvit. Rok jsem nedala slovo dohromady. Že jako jsem to tak drmolila, že to nešlo. Tak jsem to psala, ale když jsem to potom četla, tak jsem si říkala, no, takovouhle blbost jsem psala, úplný zmaty. A ta pani byla taková veselá, a tak když mne vozili ke koupání, protože jsem nesměla chodit, tak ta říkala, že je to jako, když vezou pařit pašika /veselý smích/. Ale přezdívky ne, ty ne.

Komentář: Při dlouhotrvající léčbě a hlavně při odvádění pozornosti od bolesti je vhodnou podporou četba, poslech hudby, ruční práce, humor. „*Soustředění se na veselejší stránku života je přínosné, protože to odstraní napětí a stimuluje se produkce endorfinů v mozku. Endorfiny jsou tělem vytvářené látky, které tlumí bolesti*“ (kolektiv autorů, 2006, str. 290). V této části rozhovoru se odkrývají pozitiva smíchu a dobré nálady, tedy pozitivní zkušenost pro paní

Martu. Vidím v této situaci motivující postoj, který je nyní úsměvnou vzpomínkou na období vážného onemocnění.

Olda

Otázka: Jak na Vaše zdravotní postižení reagovali členové rodiny a jak zvládali tuto složitou situaci? Jak jste to vnímal vy sám?

Odpověď: Byl to šok pro všechny známé, přátele i rodinu, vnímal jsem lítost a snahu mi pomoc. Ze strany rodiny jsem vnímal hlavně pomoc. Ale byli i lidé, kteří přešli na druhou stranu ulice, když mne pak viděli na vozíku. /Mluvil klidně bez velkých emocí./

Otázka: To jste vnímal jak?

Odpověď: Jako smutek /odpověď zněla spíše jako otázka, ale víc objasnit nechtěl nebo neuměl./

Komentář: Od svého nejbližšího okolí vnímal pan Olda „lítost a snahu pomoci“. Podle Stuchlíkové (2002) můžeme vidět lítost jako smutek. Charakterizuje lítost jako emoci, která ovlivňuje chování lidí. V tomto případě jsem dospěla k poznání, že vzniklá situace ovlivnila chování celé rodiny, která se snažila zvládnout danou skutečnost vlastní pomocí.

„Základem pomoci na jakékoli úrovni je posouzení poměru mezi potřebami člověka a dostupnými zdroji“ (Baštecká, 2005, str. 120).

Úraz, který způsobil mladému člověku doživotní tělesné postižení, charakterizoval pan Olda jako šok a pocit smutku zároveň se snahou pomoci. Plháková (2007) definuje smutek jako cit reagující na ztrátu či neúspěch. Hloubku a intenzitu spatřuje v nezvratnosti a trvalosti příčin. Pokud neexistuje možnost nápravy, je jeho prožívání silné a dlouhodobé, při těžších ztrátách může přecházet v deprese.

Paulík (2010) uvádí dvě skutečnosti související se zdravotním postižením. První se nedá změnit a značí v tomto případě trvalé tělesné postižení. Druhá skutečnost je ovlivnitelná, ale pouze do míry přijetí dané reality samotným zdravotně postiženým jedincem a zároveň i jeho okolím.

Otázka: Jak jste vnímal kontakty s kolegy v práci?

Odpověď: Pracovní kolektiv se postavil kladně k tomu, co se mi stalo. Svépomocí mi předělali pracovní prostředí, to byly samé dobré zkušenosti.

Komentář: Dobrou zkušenost definuje Vymětal (2004) jako dobrý pocit z dosažení cíle nebo alespoň z možnosti cíl dosáhnout. V případě pana Oldy chápu tento pojem nejen jako možnost dalšího pracovního uplatnění, ale jako vyjádření solidarity a vstřícného postoje od svých kolegů. Dobrý pocit tedy pramenil z možnosti pracovat se svými kamarády a z jejich konkrétní pomoci – „...*samé dobré zkušenosti*“.

Otázka: Jak se vzájemně oslovujete mezi svými přáteli, kteří mají také zdravotní postižení? Máte nějaké přezdívky, vlastní slang?

Odpověď: Většinou se jednalo o oslovení typu: „Tak co, ty chabrusáku!“ a častý byl termín: „...stalo se mi to zaživa“, což označovalo - před tím úrazem.

Komentář: Podle mého soudu není tak podstatné jaké oslovení si skupina zvolí, jak se budou oslovovat, ale jaký vliv to má na jedince i celou skupinu. V tomto případě pozoruji pozitiva v jejich vlastní terminologii. Snaží se o zlehčení celé situace, i když pro někoho možná trochu zvláštní – „*stalo se mi to zaživa*“. Chápu toto jejich vyjádření nebo pojmenování sebe i dané situace jako vliv humoru a nadsázky při řešení složitého životního problému. Cílem takového pohledu je vyrovnat se s postojem k prožívající emoci, pochopit složitost emocionálního prožívání a slovně ho vyjádřit. Odborná literatura toto chování vyjadřuje jako „*takový přístup k negativnímu emocionálnímu stavu, který by dovolil snížení nežádoucího napětí*“ (Křivohlavý, 2010, str. 173).

Renata

Otázka: Jak na Vaše zdravotní postižení reagovali členové rodiny v průběhu Vašeho dětství a jak zvládali tuto složitou situaci? Jak jste to vnímala vy sama?

Odpověď: Normálně, nebyl rozdíl mezi mnou a bratrem. Jako dítě jsem zvládala klasické domácí práce – mytí nádobí a tak. V rodině jsem nepocítila

žádný rozdíl. Tak nějaké omezení tu samozřejmě bylo, ale žádný rozdíl. /Hovořila klidně a tiše./

Komentář: Podle Vágnerové (1999) je rodina s postiženým dítětem něčím výjimečná a plně si uvědomuje svou situaci. Sociální odlišnost vnímá nejen při svém styku s okolím, ale i ve vztazích jednotlivých členů rodiny. V tomto případě jsem postřehla v odpovědích slečny Renaty vyrovnanost, kterou si rodiče zachovali i přes vážné zdravotní postižení své dcery. Ona si nepřipadala jiná nebo snad méně způsobilá vykonávat domácí práce, byla do nich zapojena podle jejích slov stejně jako její bratr a žádnou odlišnost nepocítovala.

Otázka: Jaké bylo Vaše začleňování do kolektivu školní třídy?

Odpověď: Zajímavé, /pomlka nebo jakési krátké zamyšlení či vzpomínka na dobu dětství/ tenkrát se to nenosilo, že by postižený byl mezi zdravými. Ale měla jsem dobrou paní učitelku. Abych stíhala při procházkách nebo výletech – vzala mě do náruče a nesla, měla doma také postiženou dceru. Tak dobrý. /Odpovídala s úsměvem, ale přesto jsem pozorovala záchvěv nepříjemné vzpomínky nebo nějakého problému/.

Komentář: Integrace zdravotně postižených dětí do škol v době dětství slečny Renaty nebylo obvyklou záležitostí. Vnímala to i ona. Paní učitelku viděla velice kladně, protože pro ni to nebyl problém pracovat s tělesně postiženým dítětem, řešila to po svém. Ovšem školní integrace, která je popisována Langmeierem a Krejčířovou (2006), to ještě nebyla. Začleňování dětí se zdravotním postižením má být nejen jejich přípravou pro život v majoritní společnosti, ale zároveň i posílením schopnosti spolužáků lépe těmto dětem porozumět a umět je v každodenním životě přijímat.

Otázka: Jsou pořady ohledně zdravotně postižených podle vás realistické nebo naopak?

Odpověď: Jak kdy – někdy ano, někdy to vypadá, že to ani není možné, že by to tak bylo ... spíše jako senzace.

Komentář: Literatura (Bednář, 2012) určena firmám a institucím pro jejich spolupráci s médii prezentuje novináře z odborných médií jako odborníky na daný obor včetně odbornosti práce s informacemi. Znají celou řadu metod pro jejich získávání. Konkurenční boj je příčinou upřednostňování informací získaných neoficiální cestou. K veřejným informacím se dostanou všechna média. A tak ve snaze získat publikum, čtenáře, posluchače potřebují produkovat taková sdělení, která nemají jiná média a tím si zajistí exkluzivitu. Může k tomu výjimečně docházet na základě neoficiálních informací. Senzace tedy vznikají jako neškodné informace a vymyšlené informace se objevují jen jako dokreslení skutečnosti s úmyslem zaujmout, nikoli někoho poškodit. Proto se domnívám, že i senzace, o kterých hovořila slečna Renata, jsou pouhým *zkrášlením* dané skutečnosti.

Robert

Otázka: Můžete charakterizovat stereotypy a předsudky členů Vaší rodiny?

Odpověď: No, já myslím, /dlouhé mlčení/ že jako už to vzali jako samozřejmost, že už to prostě berou jako že to tak je, že se s tím nic dělat nedá, berou to jako normálně. Jinak jako žádný iluze oni si prostě nedělaj, ale jako že by z toho byly nějak smutný, to ne. /Na rodině mu hodně záleží. Otázka ho velkou měrou zaskočila a už na jeho prvních slovech bylo znát, že nemá nic, co by chtěl u někoho z blízkých označit za předsudek./

Komentář: Těžce zdravotně postižené dítě znamená velkou psychickou zátěž pro celou rodinu. Pan Robert své nejbližší vnímá jako osoby bez předsudků - „berou to jako normálně“, „vzali to jako samozřejmost“. Z této odpovědi usuzuji, že toto je příklad kladného přizpůsobení rodiny dané situaci. Pešová a Šamalík (2006) nabízí deset hlavních faktorů podle Langmaiera, které vedou k pozitivnímu přizpůsobení rodiny. Patří sem dobrá integrace rodiny již před narozením dítěte, šťastné dětství rodičů, dobré vztahy k prarodičům a přátelům, důvěra a dostupnost specializovaných lékařských pracovišť, chápání nemoci jako výzvy k boji, zvládnutá výchova staršího zdravého dítěte, stabilní hodnotová orientace rodiny, vhodné vnější podmínky, možnost setkání s rodinami se stejně zdravotně postiženým dítětem a okolnost, že narozené dítě je chtěné dítě.

Otázka: S jakými emočními reakcemi jste se ze strany rodiny setkával?

Odpověď: *Já vím, když jsem byl jako hodně malej, tak jsem říkal, že bych chtěl řídít vlaky, hejbat těma pákama. Bohužel jsem pak zjistil, že s tím postižením to nepude, tak aspoň, že bych se chtěl podívat do lokomotivy. Jeli jsme tou úzkokolejkou a tatka si vlastně vzpomněl na to, co jsem si přál. Říkal mi: „Hele, viš co, já dojdu za strojvůdcem a zkusím ti to tam domluvit.“ Došel za strojvůdcem a tak mu to řekl, že jsem chtěl tohle to a on, že jo. No a tak jsme tam přišli do té lokomotivy a tam mi ukazoval ty páčky, to mě jako hodně potěšilo. A potom, to je asi dva roky, to není tak dlouho, natáčela mne televize, natáčeli o mně dokument. No a já jsem jim tam říkal, že mým snem by bylo, kdybych si zkusil řídit auto a proletět se letadlem. No a oni to chvíli jako rozmýšleli a na letišti na tom placu jsem to teda zkoušel.*

Komentář: Odpověď pro mne byla zjištěním, že rodina chtěla Roberta pozitivně stimulovat, aby lépe zvládal svou těžkou životní situaci. Druhou informací, která vyplynula z odpovědi, je mediální zájem o člověka se zdravotním postižením.

Hartl (1993) charakterizuje stimulaci jako záměrné povzbuzování k výkonu. V tomto konkrétním případě – „*chtěl řídit vlaky*“, *řídít auto*“ to chápu jako pomoc s poznáváním okolního světa spojenou s orientací ve svých vlastních možnostech. Ve velké Robertově touze řídit auto spatřuji motivaci, kterou Blatný definuje jako „*předpokládané propojení emočních a kognitivních procesů v procesech volby cíle a volního úsilí o jeho dosažení*“ (Blatný, 2010, str. 140). Pana Roberta dovedla motivace k možnosti zkusit si řídit auto, ačkoli je si vědom, že ho nikdy řídit nemůže.

Názor na vztah médií a osob se zdravotním postižením je většinou posuzován z pohledu příjemce informací. Robert měl možnost si vyzkoušet osobně, jak se tvoří dokument o handicapu a jak chutná publicita, která násobí jeho zážitky. Odborná literatura (Hartl, 1993) přibližuje zážitek jako duševní jev, který je součástí vnímání, myšlení, představitosti a je zdrojem subjektivního životního bohatství pro celý život. Z uvedeného odvozují, že pro Roberta se tato životní zkušenost stala nezapomenutelným zážitkem, který mu umožnil uvědomit si zdravotní postižení jako svou jedinečnost.

Otázka: Chtěl byste ještě něco doplnit nebo rozvést?

Odpověď: *No, já bych chtěl upozornit na to, že ty nevidomý lidi jsou taky lidi. Mám příklad, taky to bylo na základce. Paní učitelka, která nás měla na angličtinu, říkala: „Ty to tady máš zmapovaný tu školu, tak budeš prostě nám dávat povely a budeš nás provádět anglicky.“ Já jsem zapnul a říkám: „Dobře, já vám to budu dělat, ale mám na to jednu podmínku, tady jsou někteří lidi, který se mi vysmívaj, takže ti lidi, si vezmou šátky z domova a zavážou si oči, jestli si ty šátky nevezmou, tak já to dělat nebudu.“ Všichni si museli vzít šátky na oči, zavázali si je a já dával ty povely. Pak se jich paní učitelka ptala, jako jestli jim to není blbý, když se mi vysmívali. A oni říkali, že teď už poznali, jak to mám složitý a už se mi smát nebudou. A od té doby byl pokoj.*

Komentář: V této odpovědi zaznívá lítost nad nepochopením jeho situace a zároveň touha dokázat obtížnost jeho smyslového postižení v praktické ukázce. Robert svým spolužákům přiblížil jeho vnímání světa – „*museli vzít šátky na oči*“. Umožnil jim vcítit se do jeho situace a posunout se směrem k empatii, která pomáhá lépe rozpoznat pocity druhého a reguluje nepříjemné prožívání na obou stranách. Její kognitivní základ odhaluje situace, kdy je potřeba pomoci. Je známá její souvislost s aktivním nasloucháním. Současnost umožňuje empatické dovednosti studovat i trénovat. „*Výsledkem empatie je velmi blízké až identické prožívání situace s jiným člověkem*“ (Výrost, Slaměnik, 2008, str. 289).

Příloha č. II Přepis rozhovorů s respondenty

Adam

Vaše zdravotní postižení je vrozené nebo získané?

Získané – jako malý chlapec jsem onemocněl obrnou. Bylo mi asi pět.

Jak na Vaše zdravotní postižení reagovali členové rodiny v průběhu Vašeho dětství a jak zvládali tuto složitou situaci? Jak jste to vnímal vy sám?

Máma byla smutná. Pamatuji si, že jsem probrečel kolik nocí, když jsem se probral z horeček a zjistil, že už nikdy nebudu chodit. Byl jsem najednou malý chudáček. /Dlouhá pomlka - zasmušilá tvář vypadala, jako kdyby ještě o něčem přemýšlel. Velmi tiše dodal./ No, jsem mrzák. Víc si nepamatuju.

Mohl byste upřesnit, kdy a za jakých okolností jste o své osobě začal takto uvažovat, kdy jste se tak vy sám pojmenoval?

/Odpovídal tiše, jako kdyby se styděl./ Vždyť to sem, copak to nevidíte? Nevím, kde a kdy jsem to slyšel poprvé, ale je to tak.

S jakými emočními reakcemi jste se ze strany rodiny setkával?

Nemělo se to stát, byl jsem na obtíž. /Ve schoulené postavě, vážné a posmutnělé tváři bylo vidět, jak ho nemoc vyčerpává./

Proč si to myslíte? – Umíte prý moc hezky hrát na trubku.

No, to jsem se sám naučil, ale pomáhat v hospodářství jsem nemoh.

Jaké pocity ve Vás vyvolává domácí prostředí, blízkost rodiny a jak se cítíte mimo domov (škola, zaměstnání, běžné vyřizování na úřadě, nákup)?

Doma jsem rád, nikdo na mne nezírá. Ven chodím, teď jezdím, jen párkrát do roka. Lidem jsem odvyk. Nechybí mi.

Můžete charakterizovat stereotypy a předsudky členů Vaší rodiny?

Tady nejde o stereotypy. Oni vidí, že jsem mrzák, s tím se nedá už nic dělat. Ale snažím se nebýt na obtíž, o sebe se postarám a občas bývá i veselo, no (delší pomlka), snad mě mají rádi. Jsem rád, že si mě k sobě vzali. Když byly děti malé, tak jsem je i pohlídal, zahrál si „Člověče nezlob se“ a tak.

Domníváte se, že zdravotně postižení mají také určité předsudky vzhledem k členům majoritní společnosti a jaké?

Já nevím, nikam nechodím, nikoho nevidám. Ale mně ublížili hlavně doktoři, tolik operací a každá dopadla o něco hůř, pořád prý, že je naděje a nic.

/Jeho smutek z bezmoci je znát z každého slova/.

Jaké bylo Vaše začleňování do kolektivu školní třídy?

To je dávno, byl jsem po nemocnicích, pak přes týden v ústavu, samý mrzácci jako já a huř. Pak to máma zkusila v normální škole tady u nás, to zas ti ostatní, však víte, škoda slov. Nebylo to nic pěknýho. /Mluvil velmi pomalu./

Jak jste vnímal kontakty s vrstevníky?

Však říkám, radši nevzpomínat. Někteří mne vozili v kočárku i na trakaři – to byla legrace, ale zas máma se bála, tak ... no ... /více mluvit k této otázce nechťel/.

Pozoroval jste nějaké předsudky a stereotypy v chování svých spolužáků?

Jo, moje první zkušenost s opovržením - nebudu k tomu říkat víc.

Nechcete mi to trochu přiblížit?

Nechci /dlouhá pomlka/, dívali se na mne jako na přízrak.

Vzpomenete si, jaké emoční reakce to ve Vás vyvolávalo a jak to na Vás působilo?

Co myslíte? /Zkoumavý pohled na mne/ – Vztek asi nejvíc a nemoct se bránit. Ta nemohoucnost - ta byla nejhorší. V dětství jsem pár roků taky byl na vozíku, víte, jak to monstrum vypadalo? Nedivil jsem se jejich pohledům a poznámkám /delší pomlka/, i když nebyli všichni stejní, to ne.

Jak byste charakterizoval postoje majoritní společnosti vůči osobám se zdravotním postižením?

Já tohle nevím. Snad někteří jsou hodní. Mohu to posoudit jen z televize a tam toho namluví, ale pravda je často někde jinde, moc jim nevěřím. A na těch úřadech – asi taky dobrý, švagr mi to vyběhává, tak jediné on by to moh říct.

Co byste mohl říci k postojům osob se zdravotním postižením vůči majoritní společnosti?

To asi nic – o tomhle nic nevím. Jsou odkázáni na pomoc. Jaký mohou mít postoje? Musí být rádi, že se někdo stará.

S jakými stereotypy se setkáváte a jak na ně reagujete?

Já moc nikam nechodím, děti mne okukují, i když poslední dobou už tolik ne. Asi mne litují, víte, moc špatně chodím, jednu nohu jen vleču za sebou, na druhé železa. Proto raději sedím doma. /Mluví pomalu a tiše je na něm znát únava, ale prý se necítí unavený a chce pokračovat./

Na jakou zkušenost nepřiměřeného jednání druhých lidí vůči Vám si vzpomenete – uveďte příklady (posměšky, urážky, nadávky, nadměrná péče, agresivní jednání)? Jak je vnímáte a co si v tu chvíli myslíte?

Tak nadávky ty jsem od dětí slýchal, ale dnes už snad ani ne. Jen v té škole.

Byla nebo je ve Vašem životě nějaká osoba, která Vás dokázala/dokáže podpořit?

/Opět ten smutný výraz ve tváři./

No, to byla máma. /Dlouhá pomlka a oči plné slz./ A teď sestra a celá její rodina. Jsou moc hodní, víte, nikoho jinýho už nemám.

Jakým způsobem Vám pomáhala nebo pomáhá?

Tak zajistit mi ten pohyb, co já nemůžu. Vyjet vozíkem, pomoc mi, když mi to jde o berlích nebo vyjet někam autem. Hlavně to, že mě u sebe nechala, za to jsem jí vděčnej.

Jak na Vás působí pozitivní postoje ostatních k Vaší osobě nebo Vašemu postižení?

Pěkné věci se poslouchají dobře, to je pak lepší nálada /konečně náznak úsměvu/.

Myslíte si, že média věnují dostatečnou pozornost osobám se zdravotním postižením?

Tak něco tam je, já raději dechovku a komedie a noviny už nečtu.

Co podle Vás chybí v médiích ohledně zdravotně postižených?

Tak to vám nepovím, nevím.

Jsou tyto pořady podle Vás realistické? – nechtěl odpovídat

S jakými aktivitami si tyto osoby média spojují? – nechtěl odpovídat

Chtěl byste ještě něco doplnit nebo rozvést?

Ne, rozhodně ne. /Hlasité oddechnutí, uvolnění a pousmání/.

Aleš

Vaše zdravotní postižení je vrozené nebo získané?

Získané, vzácná neurologická choroba ovlivňující pohybový aparát.

Jak na Vaše zdravotní postižení reagovali členové rodiny a jak zvládali tuto složitou situaci? Jak jste to vnímal vy sám?

Vcelku dobře, já hůř – slibovali mi vozík.

S jakými emočními reakcemi jste se ze strany rodiny setkával?

Měl jsem jejich podporu, veškerá podpora.

Jaké pocity ve Vás vyvolává domácí prostředí, blízkost rodiny a jak se cítíte mimo domov (škola, zaměstnání, běžné vyřizování na úřadě, nákup)?

Samozřejmě dobré, doma je doma. Ale i mimo domov je to normální.

Můžete charakterizovat stereotypy a předsudky členů Vaší rodiny?

Nejsou, berou to sportovně. Teď i žena pajdá o berlích, operovali jí koleno.

Domníváte se, že zdravotně postižení mají také určité předsudky vzhledem k členům majoritní společnosti a jaké?

Ne, nestojí to za řeč, já se s žádným nesetkal.

Jaké bylo Vaše začleňování do kolektivu školní třídy?

/Usmíval se a dožadoval se otázky o škole. Pojal to s humorem./ Ve středním věku, právě po několika letech léčení a zažehnutí toho vozíku, jsem si dálkově dodělával průmyslovku. Učitelé ti brali ohled, začlenil jsem se dobře, problémy nebyly, každý něco měl. Dělal jsem, co jsem moh, setkával jsem se s kladným postojem a já ho měl taky. I když byly narážky - ty máš důchod a my nic, ty se máš, alespoň náká jistota.

Jak byste charakterizoval postoje majoritní společnosti vůči osobám se zdravotním postižením?

Dobře, kdyby se někteří postižení chovali slušně, nebyly by žádné spory. Je to individuální – člověk od člověka, no - jaký pytel, taková záplata.

Co byste mohl říci k postojům osob se zdravotním postižením vůči majoritní společnosti?

Zase individuální – mladý může být drzý zdravý jako postižený, s tím pak vyrostou. Dělal jsem doma všechno, co šlo, kdyby to tak dělal každý, to by se žilo, vid'te /nepřestával se usmívat/.

S jakými stereotypy se setkáváte a jak na ně reagujete?

Naše společnost bere jako zdravotně postižený jen ty na vozíku, nevidomý a seniory, s tím já bych nesouhlasil. Jsou i jiná postižení, třeba vážná onemocnění srdce, silná cukrovka, neslyšící – je jich víc.

Na jakou zkušenost nepřiměřeného jednání druhých lidí vůči Vám si vzpomenete – uveďte příklady (posměšky, urážky, nadávky, nadměrná péče, agresivní jednání)? Jak je vnímáte a co si v tu chvíli myslíte?

Nepřiměřenou, to nevím. Mně se to asi nestalo, беру všechno s humorem. Ale třeba elektrický vozík v prodejně, tak někdo ustoupí, někdo nadává. /Pokrčí rameny/

Jak se vzájemně oslovujete mezi svými přáteli, kteří mají také zdravotní postižení? – Máte nějaké přezdívky, vlastní slang?

/Hlasitý smích./ Setkávám se jenom se zdravýma, alespoň duchem. Ne, žádné nemáme.

Byla nebo je ve Vašem životě nějaká osoba, která Vás dokázala/dokáže podpořit?

Je. Žena. Nelituje a pořád něco vyžaduje /srdečný smích/, což je dobře. Rodina a malé děti Vás nutí k pohybu a k dobré náladě, tak je to.

Jakým způsobem Vám pomáhala nebo pomáhá?

/Opět upřímný smích/ Nenechají mne odfrknout, člověk musí mít koníček a povinnost, pak na vzdychání není čas a je to všechno dobré.

Jak na Vás působí pozitivní postoje ostatních k Vaší osobě nebo Vašemu postižení?

Dobře, /zase smích/ na mě nemá nic vliv. Jedu si podle svého, mám svoje povinnosti a práce se mi stala koníčkem.

Myslíte si, že média věnují dostatečnou pozornost osobám se zdravotním postižením?

Ne všem. Jen vyhraněným skupinám a na některé nemyslí. Ideální stav byla jedna organizace, ale dnes jsou rozdělené podle skupin – nevidomí, neslyšící, tělesně postižení, civilkáři a další. Já jdu do hospody, abych se odreagoval a ne řešit nemoce a práci. A oni všichni pospolu by na nemoce taky zapomněli a nemyslela by každá ta skupina, že jejich postižení je to nejhorší.

Co podle Vás chybí v médiích ohledně zdravotně postižených?

Myslím, že se soustředí právě jen na nevidomé, slabozraké a vozíčkáře a ty kardiaky, cukráře, neurologická onemocnění a ostatní, na ty zapomínají.

Jsou tyto pořady podle Vás realistické nebo naopak?

Myslím, že je dobře, že se o tom mluví a i ve zprávách. Záleží, kdo si z toho, co vezme. Je dobře, že dnes lidé vědí víc o postižených, záleží na zkušenostech.

S jakými aktivitami si tyto osoby média spojují?

Asi přes sporty a taky města se chlubí, co pro ně udělala – třeba ty terapeutické dílny, trochu to přimalují a je to. Taky bazény a ty hodiny a programy pro postižené.

Chtěl byste ještě něco doplnit nebo rozvést?

/Opět srdečný hlasitý smích/ Vždyť jste toho napsala, to je dost, ne?.

Jana

Vaše zdravotní postižení je vrozené nebo získané?

Je vrozené /Odpovídala klidně bez emocí./

Jak na Vaše zdravotní postižení reagovali členové rodiny v průběhu Vašeho dětství a jak zvládali tuto složitou situaci? Jak jste to vnímala vy sama?

Já mám dojem, že to přijali dobře, žádný takový negativní důsledek tam nebyl, mamka samozřejmě byla z toho špatná, byla z toho všeho taková... Nebyla ve své kůži, bála se, co a jak dál. Ale spíš bych řekla z hlediska zdravotníků, že spíš se do toho nechtěli moc zapojovat. Že se o tom problému nic moc nevědělo. Mám problém s otokem lymfatických žláz, ale narodila jsem se s tímhle problémem. Bylo to po udržovaném těhotenství mamky, a že ještě když dostávala injekce – že nebyly zrovna ty pravé. Proto jsem se narodila s tímhle otokem jak rukou, tak nohou. A vůbec mi nedávali šanci, že prý vůbec chodit nebudu. /Hovořila tiše a trochu rozechvěle./

To byla složitá situace, jak jste to vnímala?

Já si myslím, že bych se vrátila znovu k tomu, že naši k tomu přistupovali normálně, nic negativního bych Vám k tomu asi neřekla. To samé u dědečka a u babičky.

S jakými emočními reakcemi jste se ze strany rodiny setkávala?

S kladnými vlastně, no prostě samozřejmě i obavy a starosti, co teda dál, jak pomoc, jak to zlepšit nebo alespoň stabilizovat, ale jako nějaký odmítání - nebylo.

Jaké pocity ve Vás vyvolává domácí prostředí, blízkost rodiny a jak se cítíte mimo domov (škola, zaměstnání, běžné vyřizování na úřadě, nákup)?

Asi taky ta klasika, prostě v pořádku, co bylo negativnější, /krátká pauza – krátké zamyšlení, rozpačitý pohled/, bylo ve škole s kamarády. Tam ten rozdíl

byl, a že prostě byl ten dětskej výsměch, jo, tak tím pádem se kamarádství nerozvíjelo.

Dalo by se říci, že doma jste se cítila bezpečněji?

Určitě, prostě normálně.

Můžete charakterizovat stereotypy a předsudky členů Vaší rodiny?

Spíš asi v pořádku, protože opravdu nemůžu říct žádný ty rozdíly, že by se o mne víc úzkostlivě báli, ne, myslím si, že ne. Nebo možná snad ze strany toho dědy a babičky, protože to bylo takový, možná tam, že byla trošku úzkost a obava. Ale spíš možná otec, přestal mít zájem, víc se moc nezajímal, ale nevím, jestli to bylo k tomu zdravotnímu stavu, spíš opravdu šlo o postoj k ostatním. V té rodině nic negativního nebylo.

Domníváte se, že zdravotně postižení mají také určité předsudky vzhledem k členům majoritní společnosti a jaké?

Když to vezmu všeobecně, a třeba i ohledně tedy dnešní doby, v práci si myslím, že možná ano. Někteří dokážou jako ocenit to, že potřebují pomoc, a někteří řeknou třeba: „Ty musíš!“, to jako bych možná řekla, že jo.

Dokázala byste nějaký předsudek blíže pojmenovat?

Tak si myslím, jako jestli by bylo správný slovo pokora, že třeba chápou, že potřebují pomoc, že to chápou, že nejsou úplně soběstační, že co nemůžou, že se snaží prostě, a když už potom ta pomoc je, tak že si jí váží, ale je i ta druhá stránka, že prostě: „Ty musíš, já to potřebuju!“, že je to spíš povinnost.

Jaké bylo Vaše začleňování do kolektivu školní třídy?

Tak teda těžší, opravdu vždycky jsem byla menší, jsem byla silnější, v tom dětství se to odrazilo, prostě v tej škole. Ale zase třeba, jezdili jsme na chalupu a tam to bylo prostě bezva. Tam jsme si prostě vytvořili partu a i do dnešních let se vlastně scházíme, a když se sejdem, máme si co říct. Tam bylo to, co jsem jakoby nezažila doma, no kamarádi a tak. Tak tam to bylo naprosto skvělý. Když to vidím, už ty vyšší roky, byly lepší.

Mohla byste začleňování do kolektivu popsat konkrétněji?

Bylo to v rozdílech, v jednom rozdílu to bylo takhle, že to nebylo to, co jsem očekávala, ale v tom druhém rozdílu jsem šťastná byla. Sami mě vzali mezi sebe, nebyla jsem typ, který se dokázal nějak vtírat, doopravdy sami prostě a pak opravdu - strašně dobrý přátelství. Ale bylo to prostě jakoby až na té chalupě, v městě, okrese, ve škole to bylo těžší. Tam jsem zjistila, že se mi vysmívají – ten dětskej výsměch.

/I po těch letech bylo vidět na paní Janě, jak jí to mrzí a bolí, že jí dětský kolektiv z jejího rodného města nedokázal vzít jako sobě rovnou mezi sebe./

Jak jste vnímal kontakty s vrstevníky ve třídě?

/Nechtěla odpovídat, domnívala se, že tuto otázku vlastně odpověděla v té předešlé. Pak se rozmluvila o partě z chalupy, z vesnice./

Už jsem říkala. Jedině - viděli jsme se vlastně jen o těch víkendech. Po patnáctém roku jsme chodili na zábavy a dělali jsme ohně. Nikdy nezapomněli se mnou počítat. /Tady byla vidět radost a zároveň ochota se pochlubit, že to, co jí chybělo v jejím rodném městě, jí tato parta dětí z venkova dokázala plnou měrou dát. Ještě nyní byla plná radosti z téhle party./

Pozorovala jste nějaké předsudky a stereotypy v chování svých spolužáků?

Zase znova bych se vrátila k tomu, že to bylo prostě tak nějak, spíš ten výsměch. Možná vadilo to, že jsem se snažila mezi ně včlenit. Zase třeba na obranu toho musím říct, že při školním srazu jsem se nestačila divit, pak: „Ahoj! Nazdar! Pojd' - tady máš místo, co a jak, jak to bylo – vyprávěj“.

Nebyl dřívější nezájem z neznalosti Vaší situace dané zdravotním stavem, nějakým omezením, které si nedokázali spolužáci vysvětlit?

Možná. Nesměla jsem třeba na hory na lyže, tělocvik klasickéj ano.

Vzpomenete si, jaké emoční reakce to ve Vás vyvolávalo (co jste si myslela, jak to na Vás působilo?).

V tom případě, kdy to byl takový ten špatný postoj, samozřejmě lítost, a v tom druhém případě vlastně, jako bych se nezamýšlela, že nějaký problém mám, prostě jsem byla opravdu ráda, byla jsem spokojená, byli to kamarádi. /Byla spokojená a možná jim byla tak trochu vděčná, že nevnímali žádné rozdíly./

Jak byste charakterizovala postoje majoritní společnosti vůči osobám se zdravotním postižením?

Je to spíš jakoby charakter toho konkrétního člověka, že je člověk, kterej to dokáže jako přehlídnout a jednat normálně, pak je zase člověk, který řekne: „Co chceš.“ Měla jsem moc nemocnou maminku, přišla jsem na úřad a nesetkala jsem se s pochopením. A druhá stránka je, aby úředník dokázal s tím člověkem pracovat. Takhle a takhle a pomůže, tak to zkusíme a tak dál. Třeba tady u lékaře, povzdechy: „Já nevím, co s Vámi, žádná pomoc vlastně neexistuje.“ Pak jsem se strašným kolečkem dostala až do nemocnice v jiném okrese, kde jsem byla na léčbě – na masáži. A pani doktorka mi říkala, že na to velmi dobře

reaguju, zkusíme ještě zažádat, já jsem vykulila oči, že to vlastně jde. Tady to nebylo, takže si myslím, že záleží na charakteru toho člověka.

Co byste mohla říci k postojům osob se zdravotním postižením vůči majoritní společnosti?

Asi bych to zase obrátila, některý to dokáže sám a druhý zase: „Já jsem takový a ty to musíš“. Myslím, že je to takové navzájem. Je to dané charakterem každého jedince, určitě, jak těch zdravých – tak těch s handicapem, ale i prostě ohleduplností jich samotných navzájem, a u těch lidí s tím handicapem, že se bojí o něco se hlásit, něco si prosazovat a že mají ten úsudek, že budou ušlápnutí a odstrčeni.

S jakými stereotypy se setkáváte a jak na ně reagujete?

Stalo se mi, šla jsem po ulici a naproti malé dítě a povídá mamince: „Mami, ta pani, je ale malá, vid’“. Maminka, místo aby se snažila to nějak vysvětlit, tak řekla: „Vid’, máš pravdu“. Místo, aby nějakým způsobem to vysvětlila, třeba: „No, pani prostě nevyrostla.“ Tak to zahraje vlastně do autu a jen souhlasí: „Máš pravdu, je malá.“

Na jakou zkušenost nepřiměřeného jednání druhých lidí vůči Vám si vzpomenete, uveďte příklady (posměšky, urážky, nadávky, nadměrná péče, agresivní jednání)? Jak je vnímáte a co si v tu chvíli myslíte?

Možná, zrovna nevím, teď mne napadá znova tenhle příběh té malé holčičky. Vůči sobě ne. Zažila jsem, že jako „...nepřekážejl!,.... potřebuju projít“. Já zas nemám tak výrazný postižení.

Jak se vzájemně oslovujete mezi svými přáteli, kteří mají také zdravotní postižení? Máte nějaké přezdívky, vlastní slang?

Asi tak i tak. Mně říkala naše parta „Malej špunt“ a nebo „Malý pivo s velkou pěnou“.

Byla nebo je ve Vašem životě nějaká osoba, která Vás dokázala/dokáže podpořit?

Tak velkou oporou byl pro mne otec – nevlastní otec, to byl senzační člověk, teď už mám jenom maminku a hodně nemocnou. Já si myslím, že to bylo tak nějak prolínající se, prostě od všech kousek. Teď teda samozřejmě manžel.

Jakou pomoc vnímáte jako účinnější, fyzickou nebo psychickou, je v tom pro Vás rozdíl?

Spíš ta psychická podpora v nižším věku a teď třeba ta fyzická, když jsem se vdávala, a pak jsem mohla pomoc dost manželovi, co bylo kde zapotřebí. Jsme na baráku a s přibývajícím věkem mě to velmi trápilo, že jsem byla zvyklá více pomáhat. Teď je to více na něm. Takže mě to trápí, ale dává mi i jinak podporu. To zvládnem, že já dělám věci doma a on kolem baráku. Dřív jsme přestavovali, tak to šlo, teď už to nejde.

Jakým způsobem Vám pomáhala nebo pomáhá?

Říkala jsem to. Je to partner spolehlivej, že se o něho opravdu mohu opřít ve všech směrech.

Jak na Vás působí pozitivní postoje ostatních k Vaší osobě nebo Vašemu postižení?

Určitě dobře, takovýto sebevědomí se udrží, je to i v práci, když není ten den „D“, tak to člověka podrží.

Myslíte si, že média věnují dostatečnou pozornost osobám se zdravotním postižením?

Myslím si, že možná věnují, možná by mohlo toho být trochu víc, ale myslím si, že trošku víc reality.

Co podle Vás chybí v médiích ohledně zdravotně postižených?

Možná tam chybí pravomoci. Zjistit ten stav, takový je a ta a ta pomoc prostě potřebuje být. I když je to i v charakteru těch lidí, kteří se tím zabývají. Problém, který je pro toho postiženého těžkej, pro úředníka nemusí být. Když se vrátím ke své mamince, nebyla tam ta ochota, když nebylo pochopení pro to, že já přijdu ve tři hodiny a do té doby tam má být bez pomoci. Chtělo by to přiblížit, co pro toho člověka to znamená se dojit napít, že je to pro něho proces delší než pro zdravého. I tohle by mohlo být více v těch médiích, víc té reality, ukázáno, co to pro ty lidi vlastně znamená jen třeba ten úkon se napít. A ještě to uvědomění si, že to není jeden den či týden, ale že člověk takhle žije léta a že nikdy už to lepší nebude, jak se pro ně život změní.

Jsou tyto pořady podle vás realistické nebo naopak?

Asi tím způsobem, že prostě jakoby snazší poukázat, že ano, žijí mezi námi a tohle je zapotřebí pro ně. Ale pak dojde na tu realitu, tam se všechno strašně tvrdě vybojovává. Když se opět vrátím k té tchýni, tak prostě dcerka měla začít chodit

do školky, tak teď co. Chtěla jsem – musela jsem podstoupit ohromný peripetie a stejně jsem ničeho nedocílila. Podle novin a televize by to nebyl takový problém, jaký to ve skutečnosti je. Prostě tohle máte možnost zkusit, ale pak zjistíte, že tímhle je to podmíněný. A tímhle zjišťujete, že se to nějak ruší navzájem. Moje máma nemůže zůstat doma sama, když jsem se snažila něco získat, tak prý: Co chcete, Vás nepotřebuje. Ale že se nedovede oblíct, že potřebuje s toaletou pomoc a všechny ty další věci... Když byla krátce po amputaci, byla v léčebně, kde se měla všechno tohle naučit, ale ona to psychicky vzdala, takže těžko ovládala vozík, to nebyla jednoduchá věc a člověk nevěděl.

S jakými aktivitami si tyto osoby média spojují?

Asi s tím, že nemusí pracovat. Když jsem si začla hledat práci, tak to jsem se dostala až k psychickému problému. Pokažd' jsem přišla někde – nejdříve ano, dobře tak přijďte, ale pak následuje otázka, jestli máte zdravotní problém. Vy to zapřít nemůžete, na jednu stranu taky proč a na druhou stranu nezvládám naplno, nejsem stoprocentní člověk, takže by to bylo nefér.

Ale ta společnost, ti zaměstnavatelé potřebují stoprocentního člověka, ale že mezi námi jsou tací, kteří tu práci dokážou, možná pomaleji, ale potřebují z něčeho žít, tak to je nezajímá. Možná by to mohlo v těch médiích být – že někdo bude dělat tu těžkou práci a ty mu budeš pomáhat. Tam je důležitá ta ohleduplnost /Byla velmi rozzlobená./ Mělo by se rozlišovat kolik a jakým způsobem ten člověk dokáže, umět rozdělit práci tak, aby mohl něco dělat třeba vozíčkář i někdo s jiným postižením třeba ne tak velkým. Rozlišit a pochopit.

Chtěla byste ještě něco doplnit nebo rozvést?

Vrátila bych se k tomu hledání zaměstnání, to zanechalo asi největší zklamání. Ono je to složité, ale pro zdravotně postižené je to ještě složitější a zaměstnavatelé jsou opravdu málo tolerantní. Tak zaskočená a zklamaná jsem asi nikdy v životě nebyla. /Velké rozhořčení./

Marta

Vaše zdravotní postižení je vrozené nebo získané?

Není vrozené. Je způsobené těžkou prací.

Jak na Vaše zdravotní postižení reagovali členové rodiny a jak zvládali tuto složitou situaci? Jak jste to vnímala vy sama?

Manžel tak nijak. Dlouho jsem byla v nemocnici, tam to přemýšlení bylo různý, co bude a nebude.

S jakými emočními reakcemi jste se ze strany rodiny setkávala?

Manžel na to nedbal. Já jsem dělala za něj. Byl neohleduplný. Setkávala jsem se s nedbalostí, tam to bylo takový jednostranný. /Úsměv se jí vytratil z tváře, když na tuto dobu vzpomínala./

Jaké pocity ve Vás vyvolává domácí prostředí, blízkost rodiny a jak se cítíte mimo domov (zaměstnání, běžné vyřizování na úřadě, nákup)?

Mám ráda uklizeno, i když to nejde, tak se snažím. Pomůžou mi známý, když nemůžu. Mám kamarádky, takže okna umýt nebo tak - není problém.

A v tom kontrastu mimo domov, jaké je to?

Když jsem doma, tak jsem spokojená, že jako mám klid, nikdo mi nenadává, no, jako nevidím tu bezohlednost. Někdy je to jako těžší, že jsem sama, ale jinak dobrý. /Měla jsem dojem, že víc než slovo „domov“ jí přináší úlevu, že již žije bez partnera./“

Můžete charakterizovat stereotypy a předsudky členů Vaší rodiny?

/Nechtěla odpovídat, jen pokývala hlavou. Pak pomalu začala./ Manžel vždycky říkával: „Prvně uvař a pak si di lehnout.“ Když mi bylo zle a nemohla jsem stát ani u plotny, tak to říkal. Když jsem se po druhý vdala, tak to jsem měla u nás jeho vnuka. Jeho vnuka jsem učila, měla jsem ho rok. Já jsem ho doučovala, on měl tu nemoc, že pomalu chápe, takže já jsem ho doučovala. A já jsem byla u doktora a říkám, ať nikam nechodí, že až přídu, tak musíme prvně napsat úkoly a ať se zatím učí, pak může jít ven. Jenže jsem přišla a on byl venku, přišel večír špinavej, úlohy neměl napsaný, nic, tak jsme museli večír teprve to dělat.

Kde spatřujete ten stereotyp, jak byste ho pojmenovala?

Snad v tom nepochopení, v tom aby on měl, co potřebuje.

Domníváte se, že zdravotně postižení mají také určité předsudky vzhledem k členům majoritní společnosti a jaké?

No - tak někteří lidi jsou takový ohleduplný, že třeba pomůžou člověku v autobuse nebo tak, když vidí, že mám vozejk /myslela nákupní tašku na kolečkách/ jako teď, tak jako pomůžou, ale někteří jsou bezohlední.

Tak to byla ta majoritní společnost a myslíte, že osoby se zdravotním postižením mají také nějaké předsudky?

Já si myslím, co si myslí lidi, to nevím, každéj má něco, to si říkám. Já je beru tak jako všechny lidi a moc je nerozebírám.

Vidíte nějaký rozdíl mezi zdravotně postiženým a zdravým?

Ne, vůbec. To nerozebírám. O to nejde.

Jak byste charakterizovala postoje majoritní společnosti vůči osobám se zdravotním postižením?

Záleží, co je v tom člověku. Někteří se snaží pomoc a některým je to jedno, nezajímá je nic o těch druhých.

Co byste mohla říci k postojům osob se zdravotním postižením vůči majoritní společnosti?

Nic. Je to stejné jak jsem řekla před tím. Záleží na člověku. /Paní Marta se k tomu nechtěla vyjařovat./

S jakými stereotypy se setkáváte a jak na ně reagujete?

No tak stereotyp. V nemocnici, když jsem byla, tak tam byl jeden doktor, kterej byl nějak rozlobenej, nebo - co já vím. Když jsem tam byla po operaci zpátky, tak najednou: „Já vás naučím chodit.“ Byl takovej, věděl, že nemůžu, ale dělal to naschvál, já chodila pomalu. Pak přišel třeba v poledne a čekal, jestli budu něco říkat, já nic, myslela jsem si: Seš hloupej. Co budu žvanit, když to byl doktor, ne? No a pak, když jsem šla znova na barvivo /CT vyšetření/, tak věděl, že injekci má dát pomalu, ale on mi to napral tak rychle, že úplně mi bylo pak špatně, no. Ženský říkali, abych si na něj stěžovala, ale já jsem si říkala, no a co. Já nevím, měl zlost, byl na mě vzteklej, zkrátka. Sestřičky ty byly hodný. Byla jedna taková přísná, ta dělala ty natáčky /vyšetření EEG/. Lidi si naříkali, ale já ne, byla hodná.

Na jakou zkušenost nepřiměřeného jednání druhých lidí vůči Vám si vzpomenete – uveďte příklady (posměšky, urážky, nadávky, nadměrná péče, agresivní jednání) - jak je vnímáte a co si v tu chvíli myslíte?

V nemocnici jedna pani, když viděla, že mám důchod, tak říkala, že mě proklela, tak moc chtěla důchod. Asi nechtěla dělat, co já vím. Tak mi to jednou říkala, že jí důchod nedají, říkala jsem, že za to nemůžu. Pak ona dělala všechno možný. Pak za nějaký čas jsem ji viděla a ona potom říkala: „Dostala jsem důchod.“ – jako s radostí a tak jsem říkala: „No, dostala, dostala, tak ti to přeju.“

Taky v nemocnici, když jsem byla, tak vedle na tý přistýlce byla pani, která měla taky něco s páteří a byla ohnutá až dolu. A jedna pani tam pořád, že dopadnu taky tak, no a už jsem viděla, že do mě útočí, tak jsem se sebrala a šla jsem pryč z pokoje. No bylo mi to líto, šla jsem na druhý pokoj a tam jsem brečela, vrátila jsem se na pokoj pro kapesník a ona křičí: „Pani, já to myslím dobře.“ Tak říkám: „Dejte mi pokoj, já se Vás na nic neptala.“ No a šla jsem pryč a brečela jsem.“

Jak se vzájemně oslovujete mezi svými přáteli, kteří mají také zdravotní postižení? Máte nějaké přezdívky, vlastní slang?

Já když jsem měla mrtvici, tak tam byla taková pani, ta byla taková šikovná a já jsem nemohla mluvit. Rok jsem nedala slovo dohromady. Že jako jsem to tak drmolila, že to nešlo. Tak jsem to psala, ale když jsem to potom četla, tak jsem si říkala, no, takovouhle blbost jsem psala, úplný zmaty. A ta pani byla taková veselá, a tak když mne vozili ke koupání, protože jsem nesměla chodit, tak ta říkala, že je to jako, když vezou pařit pašíka (veselý smích). Přezdívky ne, ty ne.

Byla nebo je ve Vašem životě nějaká osoba, která Vás dokázala/dokáže podpořit?

Jsou takoví lidi. Mám známý manželé a ti mi hodně pomáhají. I když jsou to cizí lidi.

Jakým způsobem Vám pomáhají?

No když mne jednou okradli, tak že mi domlouvali, abych si to tak nebrala a nemyslela na to, jenže to nejde, že jo.

Jak na Vás působí pozitivní postoje ostatních k Vaší osobě nebo Vašemu postižení?

Dobře, protože když vidím, že jsou upřímní, tak je to něco jinýho než když prostě ne. Já to vycítím teda hned, že jsou nějak falešní ke mně, nevím, čím to je, že to jako tak vycítím, a tak jako se s nima víc nebavím. Aj když vidím, že se snaží třeba pomoc nebo tak, jenže vidím, že jsou takový, že jsou falešní, tak radši od nich dál. /Spokojeně se usmívala./

Myslíte si, že média věnují dostatečnou pozornost osobám se zdravotním postižením?

No tuhle zrovna jsem poslouchala rádio, jak s postiženejma nebo jak v rodině ty lidi pomáhaj nebo tak a tak strašně nadávali. Vlastně že dělali celej život a teď nemají nic. Že se starají o ty důchodce tak, že je vlastně okrádají.

Co podle Vás chybí v médiích ohledně zdravotně postižených?

Chybí? – Oni toho namluví a neudělaj nic, to je právě to. Oni vykládají, že vlastně by měly rodiny. Ale co tam včera v rádiu taky říkali, co když děti nemají práci, jsou bez práce, tak jak se můžou těm rodičům věnovat, když mají děti a musí se sami o sebe starat, takže nemůžou jako o rodiče pečovat. Co křičí do toho rozhlasu a televize, všechny ty média lidi zlobí. /Měla zvýšený hlas, nekřičela, ale byla velmi rozhořčená./

Jsou pořady o osobách se zdravotním postižením podle Vás realistické nebo naopak?

Což pravda to může bejt, ale oni něco řeknou a co je to platný, když neřeší, co potom dál. Jako v tom rádiu, když jako tam volají, tak to nechtějí všechno slyšet, hned to vypnou, protože nechtějí slyšet pravdu. Na co chtějí komentáře a aby lidi mluvili do toho rádia nebo televize nebo ať je to do čehokoli, když stejně je zarazí, aby vlastně co... Oni to ví, že lidi nadávají, že nejsou spokojeni, ale já nevím, proč to dělají, proč třeba chodí mezi ty lidi na ankety, ví, že lidi jsou naštvaní, nevím, proč to dělají, proč? /Upřímně se rozzlobila./ Je to úplně zbytečný, protože vlastně když jim něco řeknou, tak je to nanic.

S jakými aktivitami si tyto osoby média spojují?

Mě to tak připadá, že média říkají, že na ně myslí, ale jen tak, aby to vypadalo, ale skutečnost je jiná, no.

Tak přisuzování nějaké té aktivity tam nevidíte?

Ne, to ne.

Chtěla byste ještě něco doplnit nebo rozvést?

Zeptala jste se na všechno. Jen s těma médiema je lepší se nestýkat.

Olda

Vaše zdravotní postižení je vrozené nebo získané?

/Odpovídal s úsměvem/ Získané – spadl jsem ze stromu, když mi bylo 28 let.

Jak na Vaše zdravotní postižení reagovali členové rodiny a jak zvládali tuto složitou situaci? Jak jste to vnímal vy sám?

Byl to šok pro všechny známé, přátele i rodinu, vnímal jsem lítost a snahu mi pomoc. Ze strany rodiny jsem vnímal hlavně pomoc. Ale byli i lidé, kteří přešli

na druhou stranu ulice, když mne pak viděli na vozíku. /Mluvil klidně bez velkých emocí/.

To jste vnímal jak?

Jako smutek /odpověď zněla spíše jako otázka, ale víc objasnit nechtěl nebo neuměl/.

S jakými emočními reakcemi jste se ze strany rodiny setkával?

Otec to nesl velmi těžce a ten tahoun a chlapáctví převzala matka. Beznaděj a depka přijde na každého a hlavně v zimě, když je sníh a nedá se vyjet s vozíkem a jste pořád doma. Nejlepší je být venku mezi lidma a pokecat si.

Jaké pocity ve Vás vyvolává domácí prostředí, blízkost rodiny a jak se cítíte mimo domov (škola, zaměstnání, běžné vyřizování na úřadě, nákup)?

Doma jsem stále, mezi lidma pookřeju, změna vyvolává soutěžení, je lepší. Co se mi stalo – už se stalo, беру to jako součást života, ale jen doma – to ne.

Můžete charakterizovat stereotypy a předsudky členů Vaší rodiny?

Předsudky - nejvíce to vnímal otec – jako /delší pomlka/, že /opět pomlka/ už nejsem chlap.

Domníváte se, že zdravotně postižení mají také určité předsudky vzhledem k členům majoritní společnosti a jaké?

Já osobně ne, ale setkal jsem se i s lidmi, kteří říkali o lidech zdravých: Kdyby ses tam dostal, chtěl bych tě vidět, jak bys to zvládal.

Jak jste vnímal kontakty s kolegy v práci?

Pracovní kolektiv se postavil kladně k tomu, co se mi stalo. Svépomocí mi předělali pracovní prostředí, to byly samé dobré zkušenosti.

Jak byste charakterizoval postoje majoritní společnosti vůči osobám se zdravotním postižením?

Za začátku jsem závodil s takovou dobrou partou, když jsme někam přijeli - ta banda vozíčkářů - tak říkali : „Ty normální a ty druhý“, ale mysleli to v dobrým. Přístup lidí v mém rodném městě, pokud mohu přirovnat – tak k neochotě. Trénoval jsem na hřišti, jezdil jsem tam po dráze, nikdo nic neřek, že nemůžu nebo tak, najednou tam prostě místo nájezdu byly schody. Myslím, že ke skupině by se chovali jinak a přízřusobivěji.

Co byste mohl říci k postojům osob se zdravotním postižením vůči majoritní společnosti?

Já osobně bych řekl, že je skupina, která říká: „Dávají nám málo.“ Ale nedá se jenom chtít dostávat víc. Zním hodně Švýcarů, dostávají příspěvky, ale musí z toho i platit, já teď nevím – snad i daň. Naši chtějí víc a nechtějí nic dělat – je to asi vztek a nedůvěra. U nás ti zdraví neznají zákony a vyhlášky. Šofér mi vynadá /pan Olda projel na vozíku nejen Čechy/, že jedu po špatné straně a nemá pravdu – má vůči mně neoprávněnou zlost a přitom já mám pravdu a vím víc než on.

S jakými stereotypy se setkáváte a jak na ně reagujete?

Stereotypy to je nuda, divný slovo. Život je změna, co k tomu víc říct. /Dlouhá pauza./ Jen snad – někteří říkají: „Ty se máš, dali Ti na auto“ - je to v tom, že vidí jen to jedno – to, co chtějí. Co na to říct?

Na jakou zkušenost nepřiměřeného jednání druhých lidí vůči Vám si vzpomenete – uveďte příklady (posměšky, urážky, nadávky, nadměrná péče, agresivní jednání) - jak je vnímáte a co si v tu chvíli myslíte?

Něco takového jsem nezažil, vzpomínám jen na ty řidiče, to bych se opakoval.

Jak se vzájemně oslovujete mezi svými přáteli, kteří mají také zdravotní postižení? – Máte nějaké přezdívky, vlastní slang?

Většinou se jednalo o oslovení typu: „Tak co, ty chabrusáku!“, a častý byl termín: „...stalo se mi to zaživa“, což označovalo, že se to stalo před tím úrazem.

Byla nebo je ve Vašem životě nějaká osoba, která Vás dokázala/dokáže podpořit?

Bylo jich víc – sourozenci, matka a kamarádi – nemohu jednoznačně označit jednu osobu. Vzpomínám rád na jednoho kamaráda, který už nežije, s tím jsem jezdil na kole po celé republice - ještě zaživa /smích/, pak on na kole – já na vozíku, později na handbiku, to je ruční kolo.

Jakým způsobem Vám pomáhají nebo pomáhali?

To bych se opakoval, teď jsem to řekl.

Jak na Vás působí pozitivní postoje ostatních k Vaší osobě nebo Vašemu postižení?

Ty pozitivní jako povzbuzení, oproti nadávce – ta vás sráží.

Myslíte si, že média věnují dostatečnou pozornost osobám se zdravotním postižením?

Dá se najít program s tou tématikou a jsou to dobré věci.

Co podle Vás chybí v médiích ohledně zdravotně postižených?

Je to většinou z velkých měst a zařízení a se známými osobnostmi - jako je Honza Potměšil. Ale ne z venkovského prostředí, chybí podněty, jak žít s tímhle na vesnici. Dám příklad. Kamarád je z vesnice, samý kopec, prodejna 1x za týden, proto je třeba ukázat, jak to dělají jinde, jak pomoc, jak jezdit, když nejsou spoje, jak to řeší jinde. Výhodou jsou velká města, jen pro jedince se toho na venkově moc neudělá.

Jsou tyto pořady podle Vás realistické nebo naopak?

Je to dobrý, jen trochu učesaný, aby to mohli vysílat, udělané politicky, líbivě.

S jakými aktivitami si tyto osoby média spojují?

Většinou kolektivní aktivity – sledge hokej, na jednotlivce se zapomíná.

Chtěl byste ještě něco doplnit nebo rozvést?

Myslím, že z mé strany je to vyčerpávající.

Renata

Vaše zdravotní postižení je vrozené nebo získané?

Vrozené /Měla klidný hlas a úsměv na tváři/.

Jak na Vaše zdravotní postižení reagovali členové rodiny v průběhu Vašeho dětství a jak zvládali tuto složitou situaci? Jak jste to vnímala vy sama?

Normálně, nebyl rozdíl mezi mnou a bratrem. Jako dítě jsem zvládala klasické domácí práce – mytí nádobí a tak. V rodině jsem nepocítila žádný rozdíl. Tak nějaké omezení tu samozřejmě bylo, ale žádný rozdíl. /Hovořila klidně a tiše./

S jakými emočními reakcemi jste se ze strany rodiny setkávala?

No – když jsem se třeba bouchla, tak hned přiběhli, co se ti stalo, on pád s berlemi byl větší rambajs /hlasitý smích/. Ale jinak – nic.

Jaké pocity ve Vás vyvolává domácí prostředí, blízkost rodiny a jak se cítíte mimo domov (škola, zaměstnání, běžné vyřizování na úřadě, nákup)?

Dobrý.

Doplňte to?

Já si myslím, že jsem to vystihla.

Můžete charakterizovat stereotypy a předsudky členů Vaší rodiny?

Mně přijde, že předsudky, které by souvisely s postižením, nemají. Za ty roky už se mě naučili brát tak, jak to je. Nevím o žádných, nikdy jsem si nevšimla rozdílů v chování rodičů ke mně a k bratrovi.

Domníváte se, že zdravotně postižení mají také určité předsudky vzhledem k členům majoritní společnosti a jaké?

Oni někteří postižení si myslí, že zdravotně postižení jsou chudáci, že se jim musí pořád pomáhat a ono někdy je to na škodu. Stejně jako když nepotřebují pomoc a odmítnou. Ti zdraví si pak myslí, že nepotřebují pomáhat vůbec.

Jaké bylo Vaše začleňování do kolektivu školní třídy?

Zajímavé, /pomlka nebo jakési krátké zamyšlení či vzpomínka na dobu dětství/ tenkrát se to nenosilo, že by postižený byl mezi zdravými, ale měla jsem dobrou paní učitelku. Abych stíhala při procházkách nebo výletech – vzala mě do náruče a nesla, měla doma také postiženou dceru. Tak dobrý. /Odpovídala s úsměvem, ale přesto jsem pozorovala záchvěv nepříjemné vzpomínky nebo nějakého problému/.

Jak jste vnímala kontakty s vrstevníky ve třídě?

/Tak nějak nejistě se usmívala, mluvila tiše a pomalu./ Někteří se aj báli mi cokoli jakkoli říct, vlastně i neříct, aby když pro mne chodí ta babička, tak aby jim nevyhubovala. Většinou si zvykli, že jsem s nima ve třídě, no někteří lupínci - /pomlka/ no raději mlčeli.

Pomáhaly vám děti?

Ve třiceti děckách byla pomoc bez problému, někdo ano.

Pozoroval/a jste nějaké předsudky a stereotypy v chování svých spolužáků?

/Mluvila klidně a pomalu./ Někteří měli předsudky, ale těch bylo minimum, ale uměli dávat sodu. Potom v pozdějším věku - to už nikoho nevykolejilo.

Uvedete příklad?

/Posmutněla, ale hned se zase tak nejistě usmívala./ Ne, vždycky se to záhy vyřešilo. /Nechtěla víc mluvit. Měla jsem dojem něčeho nepříjemného z jejího chování, něčeho nač se snažila zapomenout a nemluvit o tom./

Vzpomenete si, jaké emoční reakce to ve Vás vyvolávalo (co jste si myslela, jak to na Vás působilo?).

Hrozně to působilo – dávají vám sodu, když za to nemůžete. /Její úsměv zakrýval rozčilení a smutek, i když jen vzpomínala./

Jak byste charakterizovala postoje majoritní společnosti vůči osobám se zdravotním postižením?

Někteří se zeptají, jestli potřebuji pomoc, někteří se dívají z patra. Někteří, i když nepotřebuji, tak se stále ptají a pomáhají, ale neúčelně a jsou až nepříjemní.

Co byste mohla říci k postojům osob se zdravotním postižením vůči majoritní společnosti?

Myslím, že někteří postižení se domnívají, že ti zdraví jsou jim povinni pomáhat.

S jakými stereotypy se setkáváte a jak na ně reagujete?

Například před časem jsem nastupovala do autobusu. Já musím počkat, až předchozí odejde a udělá mi místo a ten za mnou mi chtěl stále pomáhat, pak mne vzal a poponesl – pomohl po svém, ale taková pomoc se mi nelíbí. Do autobusu nastoupit umím. Takovou pomoc nepotřebuji.

Na jakou zkušenost nepřiměřeného jednání druhých lidí vůči Vám si vzpomenete – uveďte příklady (posměšky, urážky, nadávky, nadměrná péče, agresivní jednání). Jak je vnímáte a co si v tu chvíli myslíte?

Že by nepomohli, tak s tím jsem se nesečkala. Třeba když jsem upadla na náledí a potřebovala přišlápnout hole, aby neujížděly, tak mne zase rvou místo toho, aby udělali, oč je požádám. /Nechtěla to rozvádět, ale vnímala takovou pomoc skoro jako urážku, že ji berou jako úplně bezmocnou a nechápou, co potřebuje./

Jak se vzájemně oslovujete mezi svými přáteli, kteří mají také zdravotní postižení? – Máte nějaké přezdívky, vlastní slang?

Ne. Klasicky.

Byla nebo je ve Vašem životě nějaká osoba, která Vás dokázala/dokáže podpořit?

Já bych řekla, že rodiče – oba dva.

Jakým způsobem Vám pomáhali nebo pomáhají?

Hlavně psychická podpora.

Jak na Vás působí pozitivní postoje ostatních k Vaší osobě nebo Vašemu postižení?

Záleží na tom - /odmlka/ - jaká osoba ten pozitivní postoj vyjadřuje. Od někoho je to fajn, dobré. Na někom poznáte, že to nemyslí upřímně – to je špatné.

Myslíte si, že média věnují dostatečnou pozornost osobám se zdravotním postižením?

Já myslím, že jo. Nevyhledávám zvlášť ty pořady.

Co podle Vás chybí v médiích ohledně zdravotně postižených?

Nic nechybí - podle mě.

Jsou tyto pořady podle vás realistické nebo naopak?

Jak kdy, někdy ano, někdy to vypadá, že to ani není možné, že by to tak bylo, spíše jako senzacce.

S jakými aktivitami si tyto osoby média spojují?

Nemyslím, že je spojují s určitou aktivitou.

Chtěla byste ještě něco doplnit nebo rozvést?

Nepotřebuji říct víc.

Robert

Vaše zdravotní postižení je vrozené nebo získané?

O ten zrak jsem přišel v inkubátoru, oni mi vlastně spálili sítnici, takže získané.

Jak na Vaše zdravotní postižení reagovali členové rodiny v průběhu Vašeho dětství a jak zvládali tuto složitou situaci? Jak jste to vnímal vy sám?

Oni mi pomáhali a pomáhají vlastně do teď. A jako tam byla velká lítost. – Že prostě - něco prostě jako velkýho chybělo. Ale nevím, mně to nějak jako nepřišlo, když jsem byl malej, že jako nevidím, ale potom už jako v tom pozdějším věku už mi to bylo jako takový divný – říkal jsem si, že všichni viděj a já nevidím, no. Celý to bylo nějaký divný. /Byl trochu rozpačitý, čekal zřejmě trochu jiné otázky, ale byl milý, vstřícný a usměvavý./ Snažili se mi jako hodně, hodně pomáhat, že je to vlastně hodně o tý pomoci.

S jakými emočními reakcemi jste se ze strany rodiny setkával?

/Odpovědi bral vážně a snažil se, o co nejpřesnější vyličení./. No z čeho jsem měl /pomlka/, no, /pomlka/ to by bylo asi na dlouhý vysvětlování, z čeho ta radost, ale já si pamatuju – to mi mohlo bejt takových asi devět let, jo devět let. Jeli jsme úzkokolejkou. Já vím, když jsem byl jako hodně malej, tak jsem říkal, že bych chtěl řídit vlaky, hejbat těma pákama. Bohužel jsem pak zjistil, že jako s tím postižením to nepude, tak aspoň, že bych se chtěl podívat do lokomotivy. Jeli jsme tou úzkokolejkou a tatka si vlastně vzpomněl na to, co jsem si přál. Říkal mi: „Hele, víš co, já dojdu za strojívdcem a zkusím to tam domluvit.“ Došel za strojívdcem a tak mu to řek, že jsem chtěl tohle a on, že jo. No a tak jsme tam přišli do té lokomotivy a tam mi ukazoval ty páčky, to mě jako hodně potěšilo.

A potom, to je asi dva roky, to není tak dlouho, natáčela mne televize, natáčeli o mě dokument. No a já jsem jim tam říkal, že mým snem by bylo, kdybych si zkusil řídit auto a proletět se letadlem. No a oni to chvíli jako rozmýšleli a na letišti na tom placu jsem to teda zkoušel pod dohledem režiséra, kterej seděl vedle mě a kameraman mi seděl za zádoma. No a rozlejl jsem se na poprvý. Jako měl jsem z toho strach, ale rozjel jsem se napoprvé úplně v pohodě. A potom teda, když jsem dojezdil, chvíli se nic nedělo, a potom vyšel člověk z té startovací věže a říká: „Hele víte, co bysme mohli zkusit vzít ho do vzduchu.“ A oni se ještě ptali toho režiséra – jestli nebude vadit, když mě vezmou do vzduchu, A on jim říkal, že ne, nebude to vadit, on si to přeje. No, tak mne dovezli k tomu letadlu, samozřejmě jsem měl hrozný strach, šilenej, to je jasný. A když mě tam zavřeli do té kabiny, říkám si, tak teď už neuteču, teď jsem připoutanej, teď už neuteču. To bylo takový letadlo pro dva, v tom letadle vlastně učí létat. Chvíli jsem měl strach, když jsem jel k letadlu tak jako že nepoletím, měl jsem strach. Ale pak jsem z toho měl obrovskou radost, no a s tím chlapem jsem si potykal a jsme opravdu velký kamarádi, každý rok mne bere do vzduchu.

Jaké pocity ve Vás vyvolává domácí prostředí, blízkost rodiny a jak se cítíte mimo domov (škola, zaměstnání, běžné vyřizování na úřadě, nákup)?

No, tak ono se říká všude dobře doma nejlíp, že jo, to je jasný. Ale když mám tu rodinu u sebe, tak je mi všude dobře, i když jsme na dovolený nebo tak. Já jsem prostě na tu rodinu fixovaný, já bez té rodiny jaksi nejsem, /pomlka/ no, je dobrý. Nevím, jestli by to bez té rodiny.... /Je vidět, že rodina je pro něho opravdu velikou oporou a neustálým zdrojem energie./

Můžete charakterizovat stereotypy a předsudky členů Vaší rodiny?

No - já myslím... /Dlouhé odmlčení - na rodině mu hodně záleží a je vidět, že je to vzájemné. Otázka ho velkou měrou zaskočila a už na jeho prvních slovech bylo znát, že nemá nic, co by chtěl u někoho z blízkých označit za předsudek./ ...že jako už to vzali jako samozřejmost, že už to prostě berou jako že to tak je, že se s tím nic dělat nedá, berou to jako normálně. Jinak jako žádný iluze oni si prostě nedělají, ale jako že by z toho byly nějak smutný, to ne.

Domníváte se, že zdravotně postižení mají také určité předsudky vzhledem k členům majoritní společnosti a jaké?

Tam je to o tom, že ten nevidomý člověk, když jde k někomu, to vím z vlastní zkušenosti, měnil jsem neurologa. Lékařka, jak k ní chodím, ta mi doporučila pana doktora, že je dobřej. No a v tu chvíli ve mně panoval takovej strach a říkám si: „Co když ten člověk nebude jako takovej sympatickej, teď já tam přidu a co mi bude říkat?“ No tak - já myslím, že je to takovej strach – tak jako z toho jestli je sympatickej.

Předsudky byste viděl v čem?

V tom strachu z neznáma.

Jaké bylo Vaše začleňování do kolektivu školní třídy?

První třída – to byla malotřídka taková. No na tý základce tam jsem měl jenom dva, tři kamarády. Jinak to bylo takový, že jsem tam měl i takový lidi kolem sebe, který mě nechtěli brát k sobě na tý základce. Tam jsem se moc jako nechytíl, až teda pak na další škole tam už se to srovnalo docela dost, tam už mě brali hodně, tam už mě pomahali, třeba když jsme byli na vejletech a todle to. No, teď jak jsem přešel na střední školu, tak když jsem nastupoval do céčka – do prvního ročníku, tak to vypadalo, že to bude všechno dobrý. Ale jo, parta dobrá, až na několik těch syčáků. Protože jsem tam měl nějaký problémy, tak jsem musel přestoupit na jinej obor, protože to bylo na mě hodně složitý. Dneska jsme tam čtyři chlapi a jinak samý ženský. Takže tady mě vzali úplně parádně, skamarádili jsme se hned ten první den a dalo by se říct, že od toho prvního září, jako kdybychom se znali několik let. /Viditelné bylo jeho zklamání z prvních kontaktů. Jeho kamarádská povaha zřejmě nebyla připravená na nějaké odmítnutí./

Jak jste vnímal kontakty s vrstevníky?

No, jak jsem chodil ještě do céčka, tak tam je kluk, co ho znám od pátý třídy, tak ten normálka, je to s nim prima. /Byl znát jeho bezelstný přístup k přátelství,

pokud někoho zařadí ke svým přátelům, tak na trvalo a zároveň velmi oceňuje, když pozoruje totéž u druhého./

Pozoroval jste nějaké předsudky a stereotypy v chování svých spolužáků?

Ted' na střední škole nic, ale tam na základce se našel jeden, ten třeba potkal mě na chodbě a začal: „Ty si slepoň.“ Takový řeči, já nevím, bylo mi to docela líto, mě to /pomlka/ jako hodně uráželo.

Vzpomenete si, jaké emoční reakce to ve Vás vyvolávalo (co jste si myslel, jak to na Vás působilo?).

Velká lítost. Chtěl jsem mu jako hodně vynadat, protože jako mě to urazilo, uvnitř jsem cítil takový - jak to popsat – jakoby vnitřní bušení z nervů.

Jak byste charakterizoval postoje majoritní společnosti vůči osobám se zdravotním postižením?

Já jsem se tím jakoby nasetkal.

Všichni okolo to je ta majoritní společnost, tak to budou nějaké zkušenosti, vzpomenete si?

Třeba v bance. Velice sympatický, elektronický bankovníctví jsem si tam byl dělat, tak tam byla hodná slečna, v pohodě. A v tý škole, to už jsem říkal.

Myslíte, že se ke zdravotně postiženým chovají dobře nebo se chovají odlišně?

Já myslím, že ne. Taký záleží, jak kdo. Záleží taky jako, kdo tam bude sedět, jestli nějaký arogant, to je těžký, že jo.

Vy jste se setkal spíše s kým?

S těma dobrýma.

Co byste mohl říci k postojům osob se zdravotním postižením vůči majoritní společnosti?

Tak - vstřícný.

Co byste k tomu ještě dodal?

Asi nic.

S jakými stereotypy se setkáváte a jak na ně reagujete?

Já si myslím, že už jsme se o tom bavili. Je to sklon k posmívání, k urážkám, co bylo na tý základce.

Na jakou zkušenost nepřiměřeného jednání druhých lidí vůči Vám si vzpomenete – uveďte příklady (posměšky, urážky, nadávky, pomáhající jednání, nadměrná péče, agresivní jednání)? Jak je vnímáte a co si v tu chvíli myslíte?

Říkal jsem na začátku. Už k tomu nic nemám.

Jak se vzájemně oslovujete mezi svými přáteli, kteří mají také zdravotní postižení? Máte nějaké přezdívky, vlastní slang?

Já jsem se vlastně setkal jenom s nevidomýma lidma. Říkali jsme si normálně jménem.

Byla nebo je ve Vašem životě nějaká osoba, která Vás dokázala/dokáže podpořit?

U mě ta podpora probíhá ze všech stran. Jsme doma čtyři a ségra mi hodně pomáhá, rodiče mi hodně pomáhají a ještě máme takový dva pejsky – tak to je taky radost. Když já přijdu ze školy a jsem jako takovej trošku unavenej a vždycky ke mně přijdou a přivítaj mě, to je taky milý, hodně milý je to. Psychická podpora i od zvířátek.

Jakým způsobem Vám pomáhají?

Tak /pomlka/ jak jsem řekl. Asi /pomlka/ už nic. /Nevěděl, co říci, začínal se cítit zmateně a docházela mu slova./

Jak na Vás působí pozitivní postoje ostatních k Vaší osobě nebo Vašemu postižení?

Je to takový, lidově – spadl mi kámen ze srdce. Ten člověk se jakoby, nevím, jak to říct přesně, ale jakoby se ten člověk zapojí do rodiny. Jakoby ho přijmu za člena do rodiny. Pak ta komunikace je taková, cítím takový příjemný teplo, dává mi to energii.

Myslíte si, že média věnují dostatečnou pozornost osobám se zdravotním postižením?

Poslední dobou jsem nic nezaznamenal, ale existují internetový portály pro vyměňování informací. Takže se o nich dost mluví, akorád mne někdy trošku mrzí, když se dívám na televizní noviny, že ty lidi jsou k těm postiženým agresivní. Nepochopím to, že jsou schopní vzít peněženku a ukrást peníze.

Co podle Vás chybí v médiích ohledně zdravotně postižených?

Tam bych chtěl říct. Oni by měli udělat, já nevím hodinovej pořad a víc těch pořadů, jednou by byl o nevidomých, pak o vozíčkářích, o těch dalších

postizenejch a tam by měli popsat, jak se k těm lidem chovat, jak jim pomáhat a takovýhle věci. Měli by udělat něco jako popisy, jaké postižení a co dělat, čeho se vyvarovat. To tam pořád není v těch médiích.

Jsou tyto pořady podle Vás realistické nebo naopak?

Je to složitý na to odpovědět. Myslím, že je to skutečnost. Většinou to vypovídá o těch skutečnostech, jak to je doopravdy. Je to většinou pravdivý.

S jakými aktivitami si tyto osoby média spojují?

Jsou v dnešní době soutěže pro nevidomý. Třeba čtení Brailova písma, já si pamatuju, že jsem byl pozvaný na soutěž – všichni nevidomý i vysokoškoláci. Byli to sympatický kluci i nějaký holky mezi nima a já nevím, mně se nějak poštěstilo, nabral jsem pořádný tempo, já jsem je tam všechny porazil. Byl jsem na prvním místě. Já myslím, že to není omezený, že je tam cokoliv. Nespojují je s žádnou konkrétní aktivitou.

Chtěl byste ještě něco doplnit nebo rozvést?

No, já bych chtěl upozornit na to, že ty nevidomý lidi jsou taky lidi a ne žádnéj odpad. Někteří lidi by si měli uvědomit, jak s nima budou jednat. Mám příklad – taky to bylo na základce. Paní učitelka, která nás měla na angličtinu, říkala: „Ty to tady máš zmapovaný, tak budeš dávat povely a budeš nás provádět anglicky po škole.“ Já jsem zapnul a říkám: „Dobře já vám to budu dělat, ale mám na to jednu podmínku. Tady jsou některý lidi, který se mi vysmívaj. Tak ať si spolužáci vezmou šátky z domova a zavážou si oči, jestli si ty šátky nevezmou, tak já to dělat nebudu.“ Všichni si museli vzít šátky na ty oči, zavázali si je a já dával ty povely. Pak se pani učitelka ptala, jako jestli jim to není blbý, když se mi vysmívali. A oni říkali, tak teď už jsme poznali jak to má složitý a už se mu smát nebudem. A od té doby byl pokoj.