

Univerzita Palackého v Olomouci
Pedagogická fakulta
Ústav speciálně pedagogických studií

Nela Wasserbauerová
3. ročník – prezenční studium
Speciální pedagogika pro 2. stupeň ZŠ a SŠ a společenské vědy se zaměřením
na vzdělávání

DOSPĚLÁ OSOBA S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM A RODIČOVSTVÍ

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Petra Jurkovičová, Ph.D

OLOMOUC 2011

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně a uvedla veškeré literární prameny, které byly během této práce použity. Zároveň souhlasím se zveřejnění této práce jak v tištěné, tak v elektronické podobě.

V Olomouci dne

Nela Wasserbauerová

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala Mgr. Petře Jurkovičové Ph.D. Za odborné vedení a podporu při tvorbě bakalářské práce a za mnoho podnětných informací týkajících se zvolené problematiky.

Obsah

Úvod	6
Teoretická část	7
1. Tělesné postižení	7
1.1. Pojem tělesné postižení	7
1.2. Pojetí speciálně pedagogické	7
1.3. Klasifikace tělesných postižení	8
2. Socializace	9
2.1. Socializace u tělesně postižených	9
2.2. Vliv postižení na dospívání	10
2.2.1. Profesní role	11
2.2.2. Partnerská role	12
2.2.3. Rodičovská role	12
2.3. Ucelená rehabilitace	13
2.3.1. Léčebné prostředky rehabilitace	13
2.3.2. Sociální prostředky rehabilitace	14
2.3.3. Pedagogické prostředky rehabilitace	14
2.3.4. Pracovní prostředky rehabilitace	15
3. Rodina, rodičovství	16
3.1. Rodina	16
3.2. Manželství a rodičovství	17
4. Kvalita života	19
4.1. Vymezení pojmu kvality života	19
4.2. Kvalita života u osob s tělesným postižením	21
5. Popis výzkumného problému	24
6. Cíl a hypotézy	25
6.1. Cíl výzkumného šetření	25
6.2. Hypotézy	25
7. Charakteristika výzkumného souboru	26
8. Metodologie	27
8.1. Dotazník	27
8.2. Popis použitého dotazníku	27
8.3. Metody zpracování dotazníkového šetření	27

9. Analýza a interpretace výsledků	28
10. Závěr praktické části	35
Závěr	38
Seznam použité literatury	39
Seznam příloh	41
Anotace	44

Úvod

K sepsání bakalářské práce na téma dospělá osoba s tělesným postižením a rodičovství bylo pro autorku motivací zájem o danou problematiku. Jelikož se dnes a denně setkáváme s nejrůznějšími druhy a projevy tělesného postižení. Toto téma je stále aktuální, protože člověk nikdy neví, zda se i on nemůže stát jednou tělesně postiženým. Tato bakalářská práce ukazuje na jedince s tělesným postižením, na jeho osobní život a jeho subjektivní vnímání.

Cílem bakalářské práce a výzkumného šetření bakalářské práce je zhodnocení vnímání tělesně postižených v oblasti osobní, rodinné, partnerské, pracovní a společenské roli.

Bakalářská práce se člení na část teoretickou a praktickou. Teoretická část obsahuje čtyři kapitoly. První kapitola se věnuje pojmu tělesné postižení, pojetí pojmu ve speciální pedagogice a klasifikací. Druhá kapitola se zaměřuje na socializaci tělesně postižených, vlivu dospívání a ucelené rehabilitaci. Třetí kapitola je věnována rodině, rodičovství a manželství. Čtvrtá kapitola je věnována kvalitě života. V praktické části je obsaženo výzkumné šetření a jeho celkové vyhodnocení. Praktická část dále ověřuje tyto hypotézy:

H1: Většina lidí s tělesným postižením chtěla mít vždy dítě.

H2: Většina lidí s tělesným postižením pracuje v prostředí, kde je vyšší procento zaměstnanců tělesně postižených.

H3: Většina lidí s tělesným postižením není spokojena se svým životem a chtěla by ho změnit.

H4: Většina lidí s tělesným postižením má partnera bez postižení.

Ke zpracování bakalářské práce byly využity analýzy odborné literatury a vypracování dotazníkového šetření.

Teoretická část

1 Tělesné postižení

1.1 Pojem tělesné postižení

Tělesné postižení vymezuje Kraus a Šandera jako: „*vady pohybového a nosného ústrojí, tj. kostí, kloubů, šlach i svalů a cévního zásobení, jakož i poškození nebo poruchy nervového ústrojí, jestliže se projevují porušenou hybností*“ (Kraus, Šandera 1975, s. 6).

Psychologický slovník definuje tělesné postižení: „*postižení, které brání mobilitě, pracovní činnosti, dělí se na přechodné a trvalé, vrozené a získané*“ (Hartl, Hartlová, 2009, s. 442).

Tělesné postižení neboli handicap jednak omezuje pohyb a je pro ostatní lidi nevzhledný. Tělesné postižení znamená pro jedince řadu obtíží a to problémy v sebeobsluze, v dopravě, v místnostech, v partnerském životě, v pracovním životě a se zařazením do společnosti (handicap.vsb.cz).

1.2 Pojetí speciálně pedagogické

Z hlediska speciální pedagogiky se tělesné postižení řadí do oboru somatopedie. Název oboru pochází z řeckých slov soma (tělo) a paideia (výchova). Je to vědní obor zabývající se výchovou a vzděláním jedinců s tělesným a zdravotním postižením. Mezi jedince se zdravotním postižením počítáme jak jedince nemocné, tak zdravotně oslabené. V dnešní době se používá termín zdravotní postižení i v širším významu, kdy hovoříme o osobách se zdravotním postižením jako o osobách s jakýmkoli druhem postižením (Vítková, 2006).

Hlavní znak u osob tělesně postižených je celkové nebo částečné omezení hybnosti. Může se jednat o prvotní nebo druhotné omezení hybnosti. Prvotní omezení hybnosti je přímé postižení vlastního hybného ústrojí nebo postižení centrální či periferní nervové soustavy, kdy v periferní části je postiženo vlastní hybné ústrojí např. amputace, deformace, vývojové vady. U druhého případu zůstává centrální i periferní nervová soustava a vlastní hybné ústrojí bez patologických změn, hybnost je však omezena z jiných příčin. Zde se projevují důsledky chorob srdečních, revmatických, kostních, které omezují pohyb nemocného (Vítková, 2006).

1.3 Klasifikace tělesných postižení

Nejčastěji se tělesné postižení dělí na vrozené a získané. Mezi další dělení patří podle typu a podle etiologie.

Vrozené tělesné postižení vzniká už v poruchách zárodku během prvních týdnů těhotenství. Na příčinách vzniku se může podílet celá řada faktorů, které působí v době prenatalní, perinatální a postnatální. Mezi vrozená tělesná postižení patří např.: poruchy tvaru a velikosti lebky (turicefalie, skalocegalie, hydrocefalus, mikrocefalus, makrocefalus), vady horních končetin (amélie, dysmélie, syndaktylie, polydaktilie), vady dolních končetin (vrozená hákovitá noha, vrozená kosá noha), poruchy růstu (achondroplazie, akromegalie, akromikrie, gigantismus, nanismus), rozštěpové vady (lebky, rtu, čelisti, patra, páteře), centrální a periferní obrny (různé formy DMO) (Bendová, 2007).

Příčinami získaného tělesného postižení může být deformace, různé typy úrazů a nemocí. Získaná tělesná postižení se dále dělí na tělesná postižení získaná po úraze s nesprávným držáním těla např.: úrazová onemocnění mozku a míchy (otřes mozku, zlomeniny obratlů spojené s poškozením míchy), úrazová poškození periferních nervů (neuropraxis, axonotmesis, neurotmesis, obrna pažní pleteně), amputace, deformity tvaru těla a jeho jednotlivých částí (skoliozy, kyfozy, hyperlordóza, plochá záda, plochá noha, vnitřní a vnější bočivost kolen) a získaná tělesná postižení po nemoci např.: revmatická onemocnění (revmatická horečka, vleklý kloubní revmatismus), dětská mozková obrna, Perthesova choroba, myopie (progresivní svalová dystrofie) (Bendová, 2007).

K dělení podle typu patří postižení hybnosti, dlouhodobá onemocnění a zdravotní oslabení.

Dělení podle etiologie, zde patří tělesné odchylky a oslabení (vady páteře, luxace kloubů), tělesné vývojové vady (vady lebky, rozštěpy, vady končetin), úrazy (tělesná poškození různé závažnosti s dočasnými nebo trvalými následky např.: paraplegie v důsledku poranění páteře, amputace končetin), následky nemocí (encefalitidy, žloutenky, TBC, lymfské boreliózy, nádorová onemocnění), dětská mozková obrna, dlouhodobá onemocnění a zdravotní oslabení (alergie, astma, ekzematická onemocnění, oslabení imunity, onkologická onemocnění, epilepsie) (Slowík, 2007).

2 Socializace

2.1 Socializace u tělesně postižených

Pojem socializace poprvé použil Emil Durkheim. Tento pojem byl obdobou pojmu výchova, kdy dospělá osoba připravuje dospívajícího jedince na správné společenské jednání. Obecně socializaci chápeme jako postupné začleňování jedince do společnosti. Člověk vzniká a vyvíjí se v závislosti na společnosti a jejích historických, materiálních, kulturních a institucionálních podmínkách. Pojem socializace se objevuje ve třech společenských vědách a to v pedagogice, psychologii a sociologii (Vašutová, 1998).

Socializaci chápe Sovák jako: *„proces, jímž se speciálně pedagogickými prostředky umožňuje co možná včasné a co nejvhodnější zapojení defektního člověka do společnosti spolu s vytvářením podmínek seberealizace, a to tím, že se odstraňují nebo zmírňují následky defektivy“* (Sovák, 1986, s. 24).

Dnešní doba nahradila slovo „defektní“ za handicapovaný. Stále, ale svým způsobem dnes vycházíme z definice Sováka a jen ji upravujeme do moderní podoby. Mezi novější definici socializace považujeme od Renotierové.

Renotierová definuje: *„socializace znamená proces zapojování jedince do společnosti, formování pozitivních vztahů k ní, zejména pak vztahů ke vzdělání, k výchově a práci“* (Renotierová, 2005, s. 9).

Socializace se dělí na dva druhy, na obecnou a speciální. Obecná socializace znamená přijetí kultury dané společnosti a získání návyků. Tím se rozumí učení daného jazyka, požívání tradičních pokrmů a učení tradičních hodnot. Speciální socializace se tvoří v malých sociálních skupinách a to v rámci mezilidských vztahů. Tímto se osvojuje stereotypní chování, kdy např. rodiče učí dítě role chování svého pohlaví (Šimíčková-Čížková, 2004).

Míra socializace je individuálně odlišná, závislá na subjektivních i objektivních faktorech. Základní stupně socializace vytvořil Sovák a jsou to integrace, adaptace, utilita, inferiorita. Integrace se rozumí úplné začlenění. Jedinec je samostatný, nezávislý a je rovnocenný. Nepotřebuje dohled druhého, je zcela vyrovnaný, je schopen plnit všechny funkce vyplývající z plné socializace. Adaptace je přizpůsobení se podmínkám ve společnosti. Důležitou roli zde hraje osobnost jedince a jeho vlastnosti. Jedinec potřebuje dohled a

podporu druhé osoby. Cílem je pozitivní akceptace jedince sociálním prostředím a dosažení přiměřené úrovně samostatnosti. Utilita je sociální upotřebitelnost. Jedinec je značně omezen a potřebuje zvýšený dohled, podporu a pomoc. Je zcela odkázán na jiné lidi. Posledním stupněm je inferiorita, která se označuje jako sociální neupotřebitelnost. Jedinec není schopný socializace. Vyžaduje plnou pomoc druhého člověka (Monatová, 1994).

Uvedené stupně se už v dnešní době nepoužívají. Jde nám o celkovou socializaci o maximální rozvoj jedince.

Člověk s tělesnou vadou čelí mnohým překážkám, která jsou pro normálního jedince neznámé a nepředstavitelné. Existuje celá řada činitelů, kteří ovlivňují psychický vývoj, zvláště povahu jedince s tělesným postižením. Mezi první činitele patří uvědomování si samotné vady a s tím související citové prožívání. Dalším činitelem je druh a povaha defektu. Každý jedinec je jiný a jinak snáší své postižení. Velmi záleží na typu temperamentu člověka. Jinak se např. bude vyrovnávat flegmatik než melancholik. Eyseneck (Říčan, 2010) říká, že melancholik je labilní, úzkostlivý, rezervovaný, atd. a tak se samotným postižením těžko vyrovnává. Za to flegmatik je podle Eysenecka stabilní, rozvážený, vyrovnaný, atd., a proto jeho osobnost lépe snáší postižení a překážky s ním spojené. Hlavní činitel je postoj okolí k člověku. V některých případech jsou psychické důsledky daleko obtížnější než u závažných tělesných vad. Podle Matějčka to může být nezvyklá barva vlasů, pleti, nezvyklé rysy obličeje, ošklivost, malý vzrůst. Takovéto nebo jiné nápadné odlišnosti mohou podle mnohých názorů ovlivnit přijetí těchto lidí do společnosti. Tělesně postižení lidé mají stejné životní potřeby, nároky a zájmy jako lidé intaktní. Většinou mají intaktní nepoškozené rozumové schopnosti a dosahují stejných výsledků např. výborné výsledky studia. Životní uplatnění u těchto jedinců je důležitým a náročným mezníkem. Důležitou úlohu zde hraje pocit méněcennosti. Je to nepříjemný pocit, kde se mísí tíseň, zlost, vzdor, závist, atd. Pro některého jedince je to cesta dopředu, pro jiné uzavření se do sebe (Matějček, 2005).

2.2 Vliv postižení na dospívání

Už samotný dospívající prochází neobvyklými změnami a problémy. Lidé s tělesným postižením musí řešit určité problémy, které s tímto obdobím souvisí i v rámci svého postižení. Psychický a fyzický vývoj byl už značně ovlivněn a v řadě případů ovlivní i průběh dospívání. U některých jedinců je opožděn fyzický vývoj, u jiných probíhá stejně

jako u intaktního jedince. Může dojít až k tomu, že dospívání se vůbec nedostaví nebo nastoupí v jiném pořadí.

Pro dospívajícího tělesně postiženého je důležité zařadit se do vrstevnické skupiny. Jeho výběr bývá omezen. Skupina většinou bývá spojena stejným nebo podobným typem postižení. Toto tvrzení nemusí souviset s přijetím, ale závisí na osobnostních rysech, na schopnosti udržovat a navazovat sociální vztahy. Pro tohoto jedince je přijetí či nepřijetí do vrstevnické skupiny důležité i pro jeho sebehodnocení. Dospívání ovlivňuje řadu dalších rolí, mezi které patří profesní, partnerská a rodičovská (Vágnerová, 2000).

2.2.1 Profesní role

Na přelomu 20 tých a 30 tých let je pro člověka aktuální profesní kariéra. Profesní role má mnohdy trvalejší nebo i definitivní platnost. Přijetím profesní role potvrzuje jedinec vazbu na společnost. Stává se důležitou součástí identity člověka a je pramenem sebedůvěry a sebeuplatnění. Je tak časově náročným stereotypem v životě člověka. Profesní role může uspokojovat základní psychické potřeby:

- *„potřeba změny, nových zkušeností*
- *potřeba sociálního kontaktu*
- *potřeba seberealizace*
- *potřeba smyslu života*
- *potřeba samostatnosti a nezávislosti*
- *potřeba otevřené budoucnosti“* (Vágnerová, 2007, s. 49).

Samotný výběr budoucího zaměstnání je provázen řadou podmínek. Hraje zde roli minulé zkušenost, snaha o určitou sociální pozici, životní styl. Jednou z hlavních východisek je dosažené vzdělání. Ale nemusí být jednoznačnou výhodou. Rovněž v dnešní době není dostatečně ohodnoceno dosažené vzdělání. A tak před mladým člověkem stojí dvě otázky a to materiální hodnota nebo rozvoj seberealizace. Pokud se mladý člověk stane nezaměstnaným je odkázán na rodinu nebo sociální dávky. Snižuje tak sebejistotu a seberealizaci jedince. Mladý nezaměstnaný si nevytvoří potřebné sociální návyky. Je zde možnost rizika, že si jedinec zvykne na přísun sociálních dávek a nechce se mu hledat zaměstnání (Vágnerová, 2007).

Člověk s těžkým tělesným postižením má nejen problémy při volbě povolání, ale i nalezení správného místa. Ve většině případů musí mít tento člověk upravené pracovní podmínky. Pro tělesně postižené jsou automaticky odepřena některá povolání. Stále se jedinec s

postížením setkává s nepřijetím do zaměstnání, na které má dostatečné vlohy, jen díky tomu, že je postižený. Toto nemusí být, ale může být problém samotného jedince s postižením, ale i společnosti.

V profesní roli nejde jen o pocit vlastní užitečnosti, ale o rozvoj a udržení sociálních kompetencí. A to schopnost navazovat kontakt, komunikace, respektování určitých norem, zvyklostí atd.. Pro postiženého není vhodné zůstat doma, ztrácí tak nejen kontakt se společností, ale dochází k celkovému úpadku osobnosti (Vágnerová, 2004).

2.2.2 Partnerská role

Partnerská role má pro mladého člověka větší význam než přátelství. Je pro něj základem rodiny a rozvíjí osobnost člověka. Partnerský vztah prochází různými proměnami. Začíná obdobím zamilovanosti a romantické lásky až k fázi realistického vztahu. Stejně jako profesní role i role partnerská uspokojuje základní psychické potřeby:

- *„potřeba orientace a učení*
- *potřeba citové jistoty*
- *potřeba seberealizace*
- *potřeba autonomie*
- *potřeba otevřené budoucnosti“* (Vágnerová, 2007, s. 75).

Výběr partnera je propojen s celou řadou kritérií, které jsou předpokladem kvalitního a trvalého vztahu. Každý z nás má nějakou představu ideálního partnera, který bude naplňovat naše očekávání a potřeby. Lidé si partnery volí podle určité podobnosti např. vzdělání, věk, sociální status apod. Při prvním kontaktu vybírají lidé emotivně. Člověka na druhém něco zaujme a nedívá se na vlastnosti významnější k trvalému vztahu např. zda je spolehlivý, zodpovědný, schopný domluvy a kompromisu (Vágnerová, 2007).

Získání partnera je pro postiženého jedince velmi obtížné než u zdravých lidí. Nejde jen o uspokojení v intimní oblasti, ale je to důkaz normality. Postižený jedinec zná více lidí s postižením a tudíž je malá pravděpodobnost nalezení intaktního jedince (Vágnerová, 2004).

2.2.3 Rodičovská role

Rodičovství je součástí života většiny lidí. Je bráno za samozřejmost a přirozenost člověka a hlavně vrozená biologická potřeba. Přináší člověku řadu zkušeností a může být jednou z

nejtěžších zkoušek partnerského soužití. Rodičovství uspokojuje základní psychické potřeby:

- „*potřeba nových podnětů*“
- *potřeba citové vazby*
- *potřeba seberealizace*
- *potřeba otevřené budoucnosti“* (Vágnerová, 2007, s. 110).

Stejně jako profesní a partnerská role je rodičovství u tělesně postižených uspokojení seberealizace a důkazem normality. Mít dítě bere postižený jedinec za výhru nad intaktní populací. V případě ohrožení budoucího potomka vrozeným postižením, převládá u postiženého člověka emocionální stránka nad rozumovou (Vágnerová, 2004).

2.3 Ucelená rehabilitace

Se rozumí dnešní pojetí rehabilitace a zahrnuje nejen péči zdravotnickou, ale i sociálně-právní, pedagogickou, psychologickou a pracovní. Rehabilitace se dělí na dlouhodobou a krátkodobou. Krátkodobá rehabilitace je zaměřena na návrat ke zdraví, upevnění kondice nebo léčení méně závažného onemocnění. Dlouhodobá rehabilitace má za cíl zdravotně postiženého jedince zapojit co možná nejúspěšněji do aktivního života. Rehabilitace slouží lidem jak se získaným postižením tak i s vrozeným (Jankovský, 2006).

2.3.1 Léčebné prostředky rehabilitace

Léčebná rehabilitace je zaměřena na odstranění postižení a funkčních poruch a na zmírnění následků zdravotního postižení. Do léčebné rehabilitace patří tyto postupy:

1. fyzikální terapie- patří zde různé druhy masáže (klasická, reflexní, podvodní), elektroléčba, léčba ultrazvukem, magnetoterapie, léčba světlem (infračervené, ultrafialové), laserové záření, léčba teplem, vodoléčba, balneoterapie.
2. léčebná tělesná výchova- hlavní metoda fyzioterapie, která se zabývá pohybovým ústrojím. Základní metodou je tělesné cvičení. Mezi nejznámější metody patří: Vojtova metoda reflexní lokomoce (reflexní plazení a otáčení), metoda manželů Bobathových (technika držení a zacházení s dítětem, reflexní útlum, klíčové body a „tapping“), komplexní metodika prof. Tardieu (faktorové hodnocení), Kabatova metodika, Pfaffenrotova synergická reflexní terapie.
3. ergoterapie- léčba prací. Rozvíjí různé pracovní schopnosti člověka s postižením k dosažení úspěšného začlenění do plnohodnotného života. Ergoterapie obsahuje 4

oblasti: kondiční ergoterapie (usiluje o psychickou rovnováhu nemocného), ergoterapii cílenou na postiženou oblast (práce má obsahovat pohyby, které jsou přesné, cílené a dávkované), ergoterapii zaměřenou na pracovní začlenění (pracovní začlenění nemocného), ergoterapii zaměřenou na výchovu k soběstačnosti (zvládání každodenních činností).

4. animoterapie- hipoterapie a canisterapie. Hipoterapie využívá k léčebným účelům koně. Canisterapie využívá psa.
5. specifické terapie (arteterapie, muzikoterapie, psychoterapie)- arteterapie je léčba pomocí výtvarných prostředků (kresba, malba). Muzikoterapie je léčba pomocí hudby. Psychoterapie je léčba využívající psychologické prostředky (Jankovský, 2006).

2.3.2 Sociální prostředky rehabilitace

Člověk je bytost společenská. Ve společnosti dochází u člověka k procesu socializace, humanizace a personalizace. Stejně tak ji potřebuje člověk s postižením. Pokud se člověk s postižením nebude o společnost zajímat a tvořit ji, nemůže správně fungovat rehabilitace. Ta pomáhá člověku s postižením přijmout a umět žít se svým postižením, nemocí, poruchou nebo znevýhodněním a integrovat ho do společnosti. Sociální prostředky používají metody reedukace, kompenzace a akceptace podle druhu a stupně postižení. Reedukaci se rozumí rozvoj poškozené funkce a zbytkových schopností. Kompenzace je náhrada postižené funkce jinou nepoškozenou funkcí a akceptace je přijetí života s postižením. Mezi součást sociálních prostředků rehabilitace patří i materiální zabezpečení pro samotný život. Uznání invalidního důchodu a další finanční příspěvky (Jankovský, 2006).

Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. a vyhláška č. 505/2006 Sb. uvádí kdo je osoba, která má nárok na sociální služby, jakou jsou podmínky na nárok příspěvku, popisuje stupně závislosti (lehká, středně těžká, těžká a úplná), smlouvu, standardy kvality sociálních služeb a jednotlivé druhy sociálních služeb.

2.3.3 Pedagogické prostředky rehabilitace

Je jednou ze složek ucelené rehabilitace. V pedagogické rehabilitaci převládá terminologická nejednotnost, protože existuje úzká vazba mezi pedagogikou a speciální pedagogikou. Samotná výchova a vzdělání je celoživotní proces. Důležitým obdobím pro vzdělání je dětství a dospívání. Zde hraje důležitou úlohu jaký typ postižení člověk má.

Např. jedinec s vrozeným postižením může zaostávat v dílčích schopnostech. Za to jedinec se získaným postižením je už má zažité. U obou typů postižení při rehabilitaci dochází k reedukaci, tedy úsilí o obnovení normálního stavu. Tento pojem patří do speciální pedagogiky. Podle druhu a stupně postižení spadá do jednotlivých pedií. A ty jsou: somatopedie (tělesně postižení), psychopedie (mentálně postižení), etopedie (poruchy chování), tyflopédie (zrakově postižení), surdopedie (sluchově postižení), logopedie (řečově postižení) a lidé s kombinovaným postižením. Tyto pedie využívají své speciální metody a postupy. Hlavní cílem pedagogické rehabilitace je maximální možnost vzdělání (Jankovský, 2006).

Vzdělání a výchovu zastupuje školský zákon č. 561/2004 Sb. K důležitým vyhláškám patří č. 73/2005 Sb. o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. Nesmíme opomenout i vyhlášku č. 72/2005 Sb. o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních.

2.3.4 Pracovní prostředky rehabilitace

Pracovní rehabilitaci se míní uplatnění na trhu práce jedince se zdravotním postižením. Tedy o obnovení pracovního potenciálu těchto lidí. Pokud jedinec ztratí nebo přijde o zaměstnání klesá jeho sebevědomí, sebeuplatnění. Vede jedince k depresi a stresu (Jankovský, 2006).

Zákon o zaměstnanosti č. 435/2004 Sb. se v třetí části zabývá zaměstnáváním osob se zdravotním postižením. Také řeší otázku chráněných dílen, podporovaného zaměstnání, zvýhodňování zaměstnavatelů.

3 Rodina, rodičovství

3.1 Rodina

„Rodina je základním článkem ve společnosti. Uspokojuje důležité potřeby svých členů. Kromě základních životních potřeb uspokojuje potřebu sociálního styku a komunikace, vzájemné pomoci, lásky a jistoty a vytváří podmínky pro dosahování krátkodobých i dlouhodobých cílů, realizování životní cesty a nalezení smyslu života“ (Rozsypalová, Čechová, Neklanová, 2003, s. 148).

„O rodině můžeme mluvit až tehdy, když se muži a ženy, kteří spolu žijí, narodí dítě“ (Veselá a kol., 2005, s. 11).

„Rodina je společenská skupina spojena manželstvím, pokrevními vztahy a odpovědností a vzájemnou pomocí“ (Hartl, Hartlová, 2009, s. 512).

Rodina je nejvýznamnější sociální skupinou, která zásadním způsobem ovlivňuje psychický vývoj dítěte. Všichni členové rodiny jsou ve vzájemné interakci, vzájemně se ovlivňují a přizpůsobují, často neuvědoměle. Např. chování otce k dítěti závisí na kvalitě rodičovského partnerského vztahu, na chování matky k dítěti i na reakcích na projevy obou rodičů. Rodina dítěti zprostředkovává sociokulturní zkušenosti. Je důležitá, protože mu poskytuje základní zkušenosti, které ovlivní způsob, jakým bude dítě chápat různé informace a jak na ně bude reagovat. Jednotliví členové rodiny a vztahy mezi nimi slouží jako model, který dítě napodobuje nebo se s ním identifikuje. Pro dítě je rodina důležitým zdrojem informací, které zobecňuje a očekává, že se stejným způsobem budou chovat všichni lidé. Dítě si zde osvojí určitý způsob interpretace různých sociálních signálů, vzorce chování, které se ukázaly účelné či jsou vyžadovány, naučí se jak projevovat nebo neprojevovat svoje pocity a názory. Rodina je osobně významným prostředím, které by mělo sloužit jako citové zázemí, jako zdroj jistoty a bezpečí. Potřeba pozitivní akceptace je natolik silná, že může ovlivnit interpretaci rodičovského chování k dítěti i mnoho dalších zkušeností. Rodina modifikuje základní postoj dítěte ke světu. Vysokou měrou se podílí na rozvoji pocitů sebejistoty a sebedůvěry, na nichž závisí uplatnění schopností dítěte. Jeho výkon, např. ve škole, není jen záležitostí kompetencí, ale i způsobu jejich využití. Rodina dítěte ovlivňuje biologicky i sociálně. Rodiče mají více či méně podobné dispozice jako děti a v závislosti na svých schopnostech je také určitým způsobem vychovávají. Jejich další

vývoj je závislý na osobnosti i míře vzdělanosti rodičů, jež jsou zčásti spoluurčeny genetickými předpoklady. To vše se odráží i v jejich výchovném přístupu. Rodiče, kteří dosáhli vyšší sociokulturní úrovně, bývají v tomto směru motivovanější, považují vzdělání za důležité i pro svoje děti. Rodinné prostředí určuje, jaké schopnosti a dovednosti jsou ceněny a naopak, co je považováno za zbytečné. Odráží se zde hodnotový systém rodiny i celková úroveň obou rodičů, resp. všech dospělých členů rodiny. Rodinné prostředí posiluje rozvoj kompetencí, které považuje za důležité, cíleně nerozvíjí ty, které zde významné nejsou. Některé může dokonce i potlačovat. Význam určitých schopností a dovedností zdůrazňuje různým způsobem- verbálními proklamacemi, ale i svým vlastním chováním, které dítě napodobuje, hodnocením dětských projevů odměnami a tresty, které mu pomáhají, aby se v situaci orientovalo.

Vlastnosti rodiny jako sociální skupiny, např. její stabilita, míra koheze, otevřenosti, pružnosti a adaptability, míra její integrovanosti v širším společenství, jsou z hlediska jejich působení na děti i dospělé velmi významné, mnohdy ještě důležitější než materiální či vzdělanostní úroveň (Vágnerová, 2005).

3.2 Manželství a rodičovství

„Manželství lze charakterizovat jako společenský svazek mezi mužem a ženou, jehož hlavním úkolem je vytvoření rodiny a výchova dětí. Vzniká po splnění zákonných požadavků, za přítomnosti dvou svědků, souhlasným prohlášením muže a ženy před orgánem státu nebo církve nebo náboženské společnosti“ (Veselá et al., 2005, s. 13).

Šťastné manželství a uspokojivý rodinný život přenáší na děti a celkově na jedince v rodině pozitivní vztah k manželství a vede k osobnímu štěstí. Pozitivně naladěné manželství je základ pro dobrou výchovu dětí. Toto manželství je známkou spokojeného dětství, kteří manželé prožili a měli kladný vztah k rodičům. Uspokojivé manželství není jen výsledkem vývojového zrání dvou jedinců, ale odráží jejich vzájemnou shodu, která se realizuje na základě dvou principů. Lidé si vybírají za své životní partnery nejčastěji jedince, kteří sdílí stejné základní životní hodnoty a mají zhruba podobnou osobní zkušenost i přibližně stejný stupeň osobní zralosti. Oproti tomu lidem imponuje partner, který v některých směrech doplňuje jejich osobnost opačnými osobnostními rysy. Opačné rysy jsou pouze povrchem osobnosti, základní hodnoty musí mít stejné (Langmeier, Krejčířová, 1998).

„Narozením prvního dítěte se z manželství stává rodina a manželé vedle své dosavadní role musejí přijímat nové úkoly spojené s rolí matky a otce“ (Langmeier, Krejčířová, 1998, s.170).

Příchod dítěte do života manželů, dodává celou řadu pozitivních prožitků. Vzbuzuje v těchto lidech ochranný postoj, který přináší nový smysl do jejich života (Langmeier, Krejčířová, 1998).

Rodičovství je považováno za zcela přirozené, které není podmíněno manželstvím, ale je jedním z důvodů k jeho uzavření. Jednak je zdrojem psychosociálního obohacení, ale představuje velkou životní zátěž. Rodičovská role patří mezi součást dospělého jedince, má svou psychickou a sociální hodnotu (Vágnerová, 2007).

4 Kvalita života

4.1 Vymezení pojmu kvality života

Termín „kvalita života“ byl poprvé v historii zmíněn již ve 20. letech v USA, a to v souvislosti s úvahami o ekonomickém vývoji a úloze státu v oblasti materiální podpory nižších společenských vrstev. Zejména vliv státních dotací na kvalitu života chudších lidí a na celkový vývoj státních financí. V 60. letech ho použil americký prezident Johnson, ve svém projevu prohlásil zlepšování kvality života Američanů za cíl své domácí politiky. Měl na mysli, jak dobře se lidem za určitých podmínek žije. V Evropě v 70. letech německý politik Willy Brant postavil svůj politický program na dosahování lepší kvality života pro své spoluobčany (Payne, 2005).

OSN v roce 1961 upřesnila a rozšířila faktory kvality života. Přijala 12 faktorů pod názvem „podmínky života“, kterými jsou stav ochrany zdraví, životní prostředky, vzdělání, pracovní podmínky, stav nezaměstnanosti, uspokojení potřeb a zásoby, doprava a komunikace, byty a jejich výstavba, odpočinek a zábava, oblékání, sociální jistoty, osobní svoboda (Pipeková, 2006).

Studium kvality života prodělává svůj „boom“ zejména v posledních deseti letech. Na různých pracovištích ve světě se tomuto tématu věnují celé výzkumné týmy, které vycházejí z různých koncepčních rámců, pokoušejí se z různých aspektů uchopit toto téma. Studium kvality života v současné době znamená hledání a identifikaci faktorů, které přispívají k dobrému a smysluplnému životu a k pocitu lidského štěstí. Důvodem pro studium kvality života a jeho cílem je podporovat a rozvíjet takové životní prostředí a životní podmínky, které by lidem umožňovaly žít způsobem, který je pro ně nejlepší, ve kterém nacházejí smysl a který si dovedou a mohou žít (Payne, 2005).

Tento pojem je velice frekventovaný a to jak v odborném pojednání, zejména v metodologických otázkách zdaleka nenacházíme shodu. O kvalitě života se hovoří v souvislostech v různých disciplínách. Jsou to především psychologie, sociologie, kulturní antropologie, ekologie, medicína. Sociologové sledují kvalitu života u různých sociálních skupin a srovnávají ji, a to nejenom v rámci jedné populace, ale i mezikulturálně, hledají faktory, které ji nejvíce determinují. Psychologové se zaměřují na subjektivní pohodu jednotlivců a její měření. Ve zdravotnictví se hodnotí poskytovaná péče či zdravotnické programy z hlediska kvality života (Payne, 2005).

V literatuře existuje celá řada definic, ale v průběhu třiceti let nebyla ani jedna všeobecně akceptována. Často se setkáváme s pojmy sociální pohoda, sociální blahobyt, lidský

rozvoj, které jsou používány jako ekvivalenty nebo analogické termíny. Při shrnutí je kvalita života na nejobecnější úrovni chápána jako interakce mnoha různých faktorů. Patří mezi ně sociální, zdravotní, ekonomické a environmentální podmínky, které ovlivňují lidský rozvoj na úrovni jednotlivců i celých společností (Payne, 2005).

Světová zdravotnická organizace pojímá kvalitu života takto:

"Vnímání jednotlivců jejich postavení v životě, v kontextu kulturních a hodnotových systémů, ve kterém žijí, a ve vztahu k jejich cílům, očekáváním, normám a obavám" (Burckhardt, 2000).

V rámci přístupů má dvě dimenze, a to objektivní a subjektivní. Subjektivní kvalita života se týká lidské emocionality a všeobecné spokojenosti se životem. Objektivní kvalita života je platná pro všechny, znamená splnění požadavků týkajících se sociálních a materiálních podmínek života, sociálního statusu a fyzického zdraví. Proto je stále otevřená otázka, jak tyto dvě dimenze spolu souvisí, a jak by měla být kvalita života nejlépe měřena. Pro medicínu a zdravotnictví jsou definice relativní, opírají se o pojetí zdraví WHO, kdy zdraví není chápáno jako nepřítomnost nemoci, ale jako stav úplné „fyzické, psychické a sociální pohody“. Kvalitou života je to, jak jedinec vnímá své postavení ve světě v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterých žije, a to ve vztahu k jeho osobním cílům, očekáváním, zájmům a životnímu stylu. Kvalita života není tedy v současném pojetí Světové zdravotnické organizace součtem podmínek a zdravotního stavu, ale spíše vypovídá o vlivu zdravotního stavu a podmínek na jedince. Předpokládá se, že vztah objektivní stránky kvality života, který lze ztotožnit s životní úrovní a fyzickým zdravím a subjektivně vnímanou kvalitou života, je zprostředkován očekáváním. Jednoduše řečeno, důležitou roli zde hraje idealizovaná představa o sobě samém a svém životě. Existují tři přístupy ke zkoumání kvality života. S pojmem se jinak pracuje v psychologii, sociologických výzkumech a v medicíně. V psychologickém pojetí kvality života se výzkumy vztahují ke snaze postihnout subjektivně prožívanou životní pohodu a spokojenost s vlastním životem jako takovým. V sociologii jsou zdůrazňovány atributy sociální úspěšnosti, jako jsou status, majetek, vybavení domácnosti, vzdělání, rodinný stav. Je zkoumán jejich vztah ke kvalitě života, která je definovaná jako subjektivní životní pocit. Od 70. let je pojem kvalita života užíván v medicíně. Ve zdravotnictví kvalita života je problematika nová, ale v posledních letech velmi zdůrazňovaná. Lékaře dnes musí zajímat, jakou kvalitu života mají pacienti trpící různými nemocemi a jaký je dopad

konkrétní zvolené terapie na kvalitu jejich života. Těžiště zkoumání kvality života je posunuto do oblasti psychosomatického a fyzického zdraví. Sleduje dopad nemoci a jejího léčení na jednotlivé životní domény, které ve svém souhrnu určují kvalitu života (Payne, 2005).

4.2 Kvalita života u osob s tělesným postižením

Osoby s tělesným postižením mají svá práva, která vyplívají z dokumentu Charta práv tělesně postižených, která byla sepsána v rámci snah o zkvalitnění života těchto jedinců francouzskou Organizací tělesně postižených (Assotiation des Paralyse de France – APF) (Bendová, 2007).

„Preamble

Charta práv tělesně postižených vychází z Prohlášení lidských a občanských práv, Všeobecného prohlášení o lidských právech, Evropské konvence o lidských právech a Všeobecného zákona o lidských právech, vydaného v Paříži v roce 1975. V souladu s těmito dokumenty má každá tělesně postižená osoba stejná práva a povinnosti jako kdokoliv jiný. Je tedy potřebné podporovat každou ekonomickou a sociální politiku, která k právům a povinnostem postižených osob přihlíží. Tělesné postižení vede k omezení pohybové aktivity a taková osoba se stává ve zvýšené míře závislou na okolním prostředí, na svých blízkých i na celé společnosti. Je proto povinností společnosti napomáhat integraci těchto našich spoluobčanů do normálního života. Postižení mají plné právo na samostatný a nezávislý způsob života, jaký si zvolí. Mají právo začlenit se do společenského života, mají právo na splnění svých přání a tužeb. Těm, kteří chtějí žít v domech s pečovatelskou službou, má být umožněno vybrat si kvalitní domov, kde by byla plně respektována jejich osobnost. Tělesně postižení mohou využívat i soukromé byty a společnost jim musí dát příležitost je přizpůsobit pro pohodlný, nezávislý a bezpečný život. Odpovědné osoby, které rozhodují o výstavbě domu a bytu, stejně jako o výstavbě veřejných komunikací mají za povinnost vytvářet co nejpříznivější podmínky pro seberealizaci, bezpečnost a sebevědomí postižených osob (Charta práv tělesně postižených, 30. 3. 2011)“.

Domnívám se, že články z charty práv tělesně postižených jsou platné i v České republice.

„Článek 1

Způsob života - Každá tělesně postižená osoba má právo na nezávislý výběr způsobu života a místa, kde chce žít.

Článek 2

Rodina a okolí - Jako každá lidská bytost, tak i tělesně postižená osoba chce milovat a být milována. Má plné právo založit vlastní rodinu, rozvíjet ji a zachovávat a působit na rozvoj rodinných a přátelských vztahů.

Článek 3

Právo na kvalitní a kvalifikovanou pomoc - Každá tělesně postižená osoba má právo na kvalitní a kvalifikovanou pomoc. Přátelský vztah mezi osobou, která pomoc poskytuje, a osobou, která ji přijímá, musí být založen na vzájemném respektu, důvěře a úctě.

Článek 4

Právo na lékařskou péči - Postižená osoba má právo na výběr lékaře, který má pečovat o její zdraví. Má právo na pravidelnou informaci o osobní situaci a podílet se na všech rozhodováních o sobě.

Článek 5

Bydlení a okolí - Postižená osoba má plné právo sama se rozhodnout žít a bydlet v místě, odpovídajícím jejím požadavkům a potřebám.

Článek 6

Právo na technickou pomoc - Tělesně postižená osoba má právo na úplné financování technického vybavení a pomoci nutné pro nezávislý život.

Článek 7

Účast na společenském životě - Tělesně postiženým osobám musí být umožněná komunikace, pohyb a přístup ke společnosti, vzdělání, úřadům, ekonomickým a profesním aktivitám i k aktivitám ve volném čase a ve sportu.

Článek 8

Každá tělesně postižená osoba má právo na dostatečný příjem pro zajištění svého pohodlí a spokojeného života.

Závěr:

Tělesně postižené osoby, asociace, sdružení by měly sjednotit své úsilí pro zlepšení vzájemného poznávání a pro to, aby se lépe domohly zajištění svých základních lidských práv, jimiž jsou:

Právo na to, být odlišný.

Právo na důstojný a odpovídající způsob života.

Právo na integraci do společnosti.

Právo na svůj názor a na jeho splnění.

Právo na rovnoprávné občanství a na nezávislý výběr způsobu života i místa, kde chce žít“

(Charta práv tělesně postižených, 30. 3. 2011).

5 Popis výzkumného problému

Výzkumné šetření je zaměřeno jak název napovídá na dospělé osoby s tělesným postižením a rodičovství. Jedná se o výzkum subjektivního vnímání života s tělesným postižením a rodičovství. Konkrétně se zaměřuje na socializaci, rodičovství a kvalitu života u tělesně postižených.

6 Cíl a hypotézy

6.1 Cíl výzkumného šetření

Cílem výzkumného šetření je zhodnotit jednotlivé oblasti života lidí s tělesným postižením a rodičovstvím. Jedná se o výzkum subjektivního vnímání těchto lidí. Jak dospělý lidé s tělesným postižením vnímají a hodnotí svůj život v oblasti pracovní, osobní i společenské a zda jsou s ním spokojeni. A zda hypotézy jsou přijímány či nikoli.

6.2 Hypotézy

H1: Většina lidí s tělesným postižením chtěla mít vždy dítě.

H2: Většina lidí s tělesným postižením pracuje v prostředí, kde je vyšší procento zaměstnanců tělesně postižených.

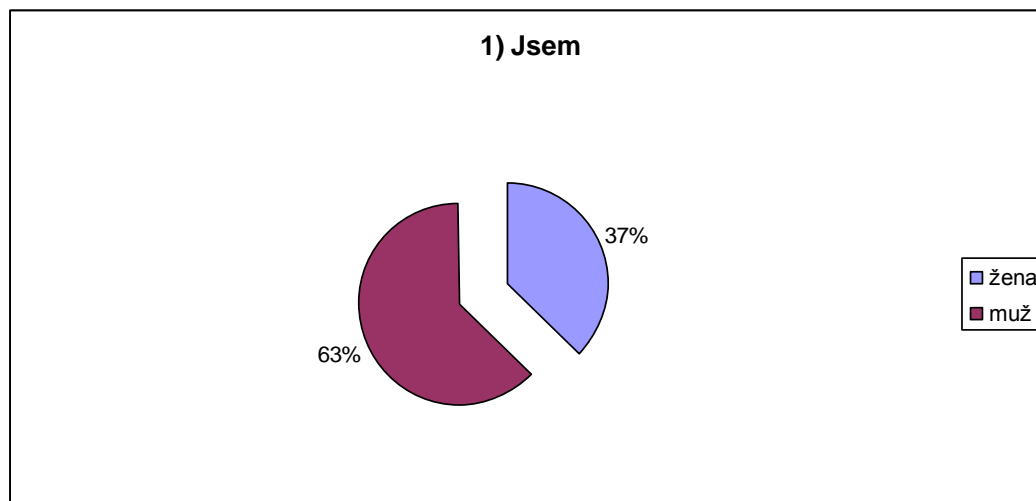
H3: Většina lidí s tělesným postižením není spokojena se svým životem a chtěla by ho změnit.

H4: Většina lidí s tělesným postižením má partnera bez postižení.

7 Charakteristika výzkumného souboru

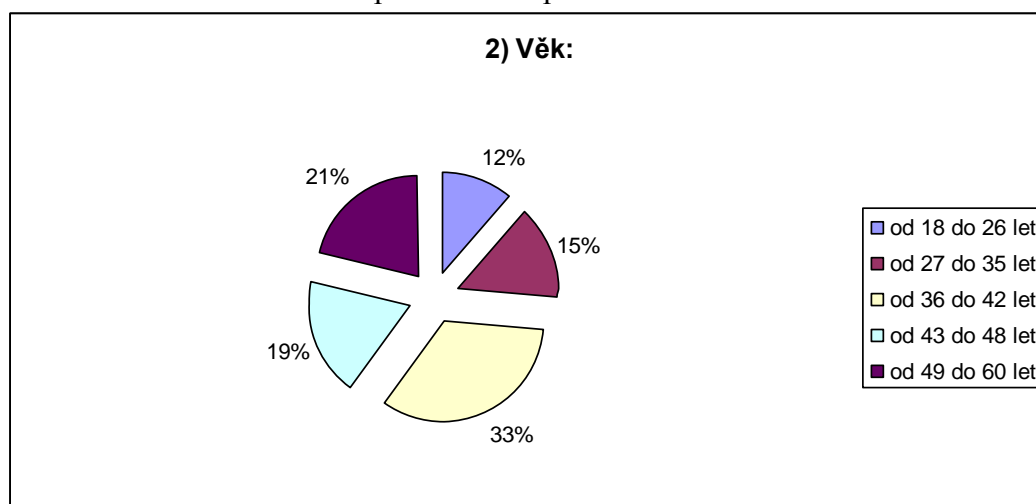
Dotazník jsem umístila na webové stránky, poslala na organizace pomáhající lidem s tělesným postižením (Centrum pro zdravotně postižené Moravskoslezského kraje, Svaz postižených civilizačními chorobami v ČR). Osobně jsem dotazník rozdala ve městech Krnov, Opava, Bruntál.

Graf č. 1 Procentuální zastoupení jednotlivých pohlaví respondentů



Výzkumného šetření se zúčastnilo 143 mužů a 85 žen. Celkově bylo 228 respondentů.

Graf č. 2 Procentuální zastoupení věku respondentů



Výzkumného šetření se zúčastnilo 76 respondentů ve věku od 36 do 42 let. 46 respondentů bylo ve věku od 49 do 60 let. 45 respondentů bylo ve věku od 43 do 48 let. 34 respondentů bylo ve věku od 27 do 35 let a 27 respondentů bylo ve věku od 18 do 26 let.

8 Metodologie

8.1 Dotazník

Dotazník je velice frekventovanou explorační metodou vedoucí k získávání dat. „*Dotazník je soustava předem připravených a pečlivě formulovaných otázek, které jsou promyšleně seřazeny a na které dotazovaná osoba (respondent) odpovídá písemně*“ (Chráska, 2007). Dotazníkové metodě je vytýkáno, že respondenti odpovídají jak sami sebe vidí, hodnotí, než jací jsou ve skutečnosti. K výhodě dotazníku patří rychlé shromažďování dat od velkého počtu respondentů (Chráska, 2007).

V dotazníku jsou otázky otevřené, uzavřené, polouzavřené. Otevřené otázky umožňují volnou tvorbu odpovědi. Uzavřené otázky nabízejí výběr s několika variant odpovědí. A polouzavřené otázky je kombinací dvou předešlých typů (www.dotaznik-online.cz).

8.2 Popis použitého dotazníku

Pro praktickou část jsem si zvolila dotazníkové šetření. Dotazník jsem umístila na webové stránky, poslala na organizace pomáhající lidem s tělesným postižením a část osobně rozdala. Dotazník obsahuje 15 otázek s uzavřenými odpověďmi. Každou otázku s odpověďmi jsem zpracovala do grafů, kde jsou i příslušné otázky a procentuelní vyhodnocení.

8.3 Metody zpracování dotazníkového šetření

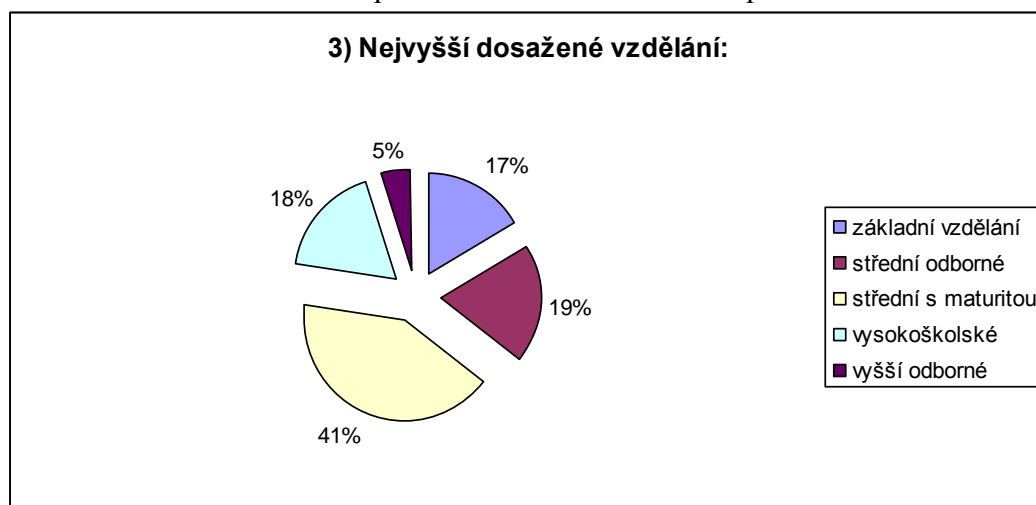
Při výzkumech získáváme velké množství číselných údajů. Abychom zjistili potřebné informace, musíme je nejdříve zpracovat. Při zpracování využíváme jednotlivé kroky:

- „*uspořádání dat a sestavení tabulek četností*
- *grafické znázornění naměřených dat*
- *výpočet charakteristik polohy (měr ústřední tendence)*
- *výpočet charakteristik rozptýlení (měr variability)*“ (Chráska, 2007, s. 39).

9 Analýza a interpretace výsledků

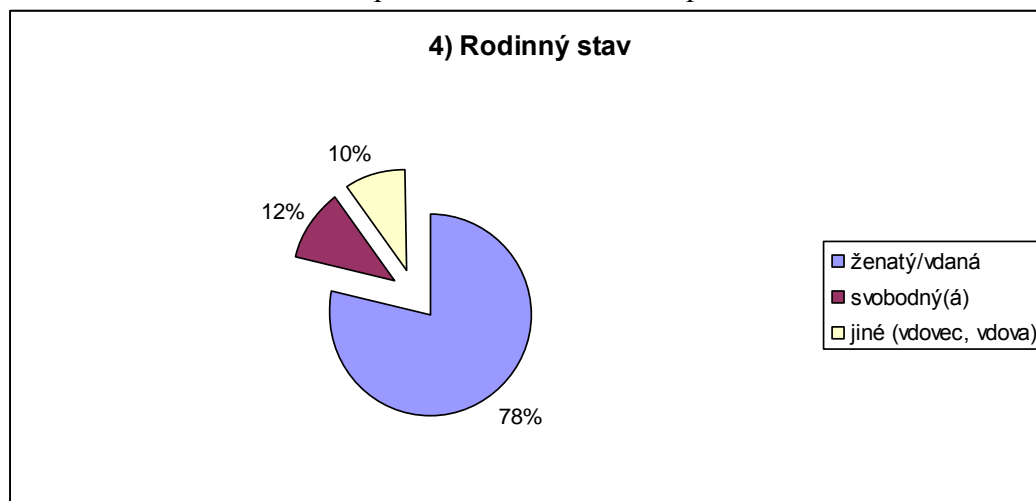
Identifikační údaje

Graf č. 3 Procentuální zastoupení dosaženého vzdělání respondentů



Z grafu lze vyčíst, že nejvíce respondentů tzn. 95 má střední školu s maturitou. 43 respondentů má nejvyšší dosažené vzdělání střední odborné. Vysokoškolské vzdělání má 41 respondentů. 38 respondentů má základní vzdělání a 11 respondentů dosáhlo vyššího odborného vzdělání.

Graf č. 4 Procentuální zastoupení rodinného stavu respondentů



Z grafu lze vyčíst, že 179 respondentů je ženatých/vdané. Svobodných je 27 respondentů a 22 jsou vdovci či vdovy.

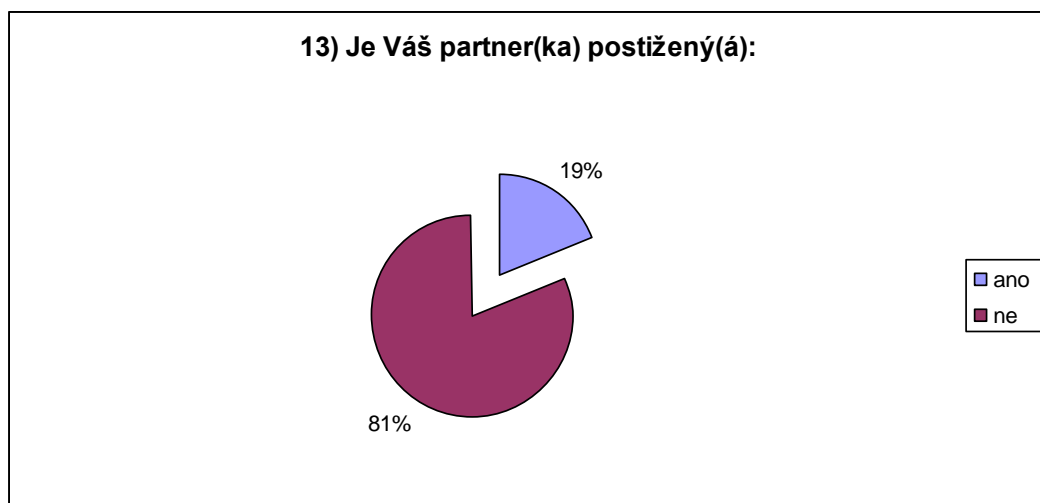
Graf č. 5 Procentuální zastoupení tělesného postižení respondentů



Z výzkumu vyplívá, že 162 respondentů má získané postižení a 66 respondentů vrozené postižení.

Partnerství

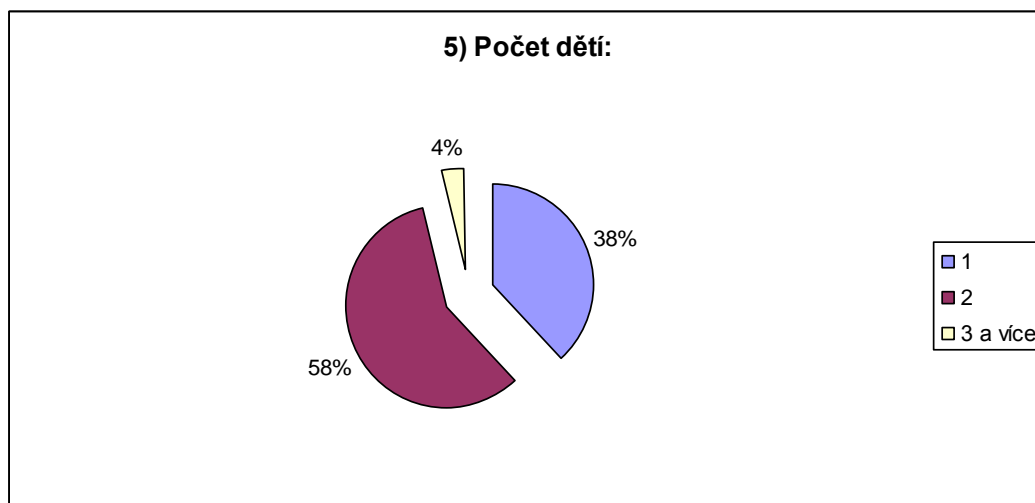
Graf č. 6 Procentuální zastoupení partnerů s postižením a bez postižení



Z výzkumu vyplívá, že 185 respondentů má partnera bez postižení a 43 s postižením.

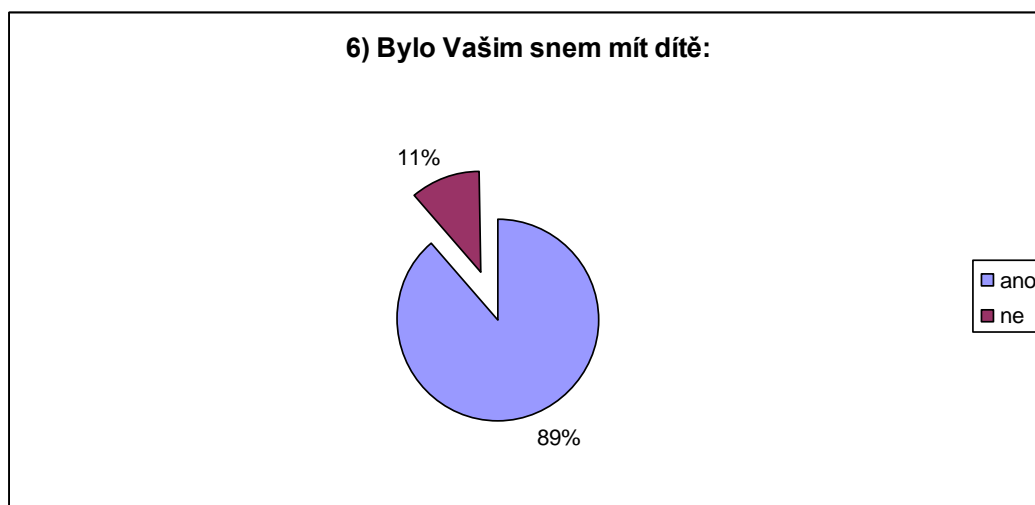
Rodičovství

Graf č. 7 Procentuální zastoupení počtu dětí u respondentů



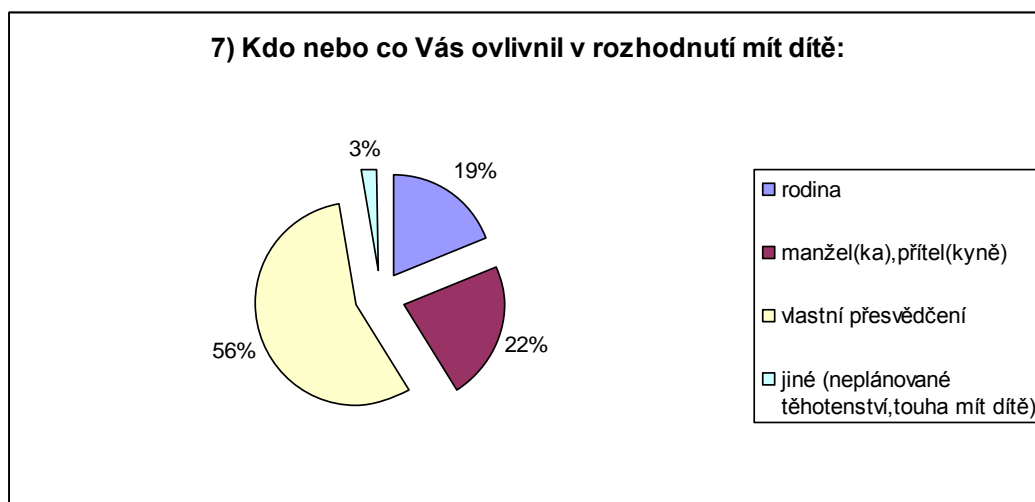
Z výzkumu vyplívá, že 133 respondentů má 2 děti. 87 respondentů má 1 dítě a 8 respondentů má 3 a více dětí.

Graf č. 8 Procentuální zastoupení respondentů mít dítě



Z výzkumu vyplívá, že 202 respondentů chtělo mít dítě a 26 respondentů dítě nechtělo.

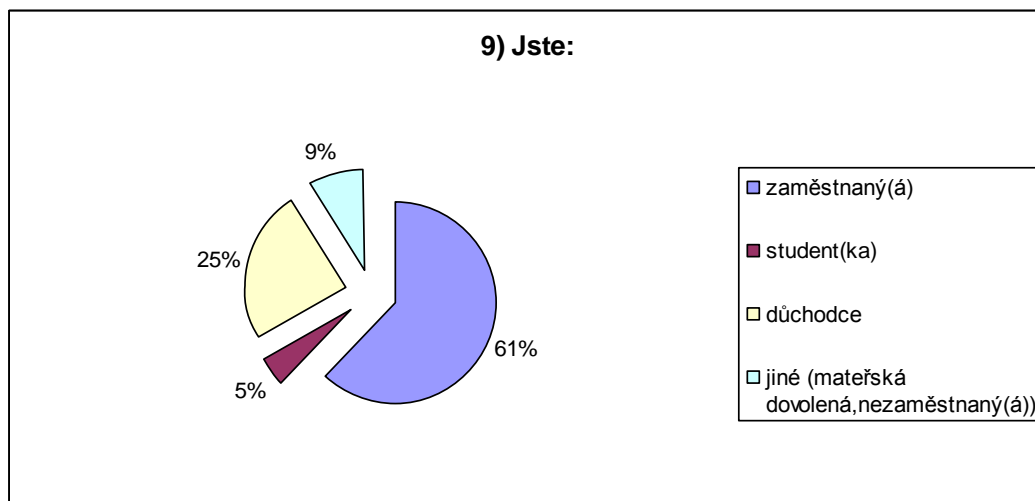
Graf. č. 9 Procentuální zastoupení ovlivnitelnosti respondentů mít dítě



Z výzkumu vyplívá, že 128 respondentů mělo vlastní přesvědčení. U 51 respondentů je ovlivnil(a) manžel(ka) nebo přítel(kyně). U 43 respondentů je ovlivnila rodina a 6 respondentů je ovlivnili jiné skutečnosti.

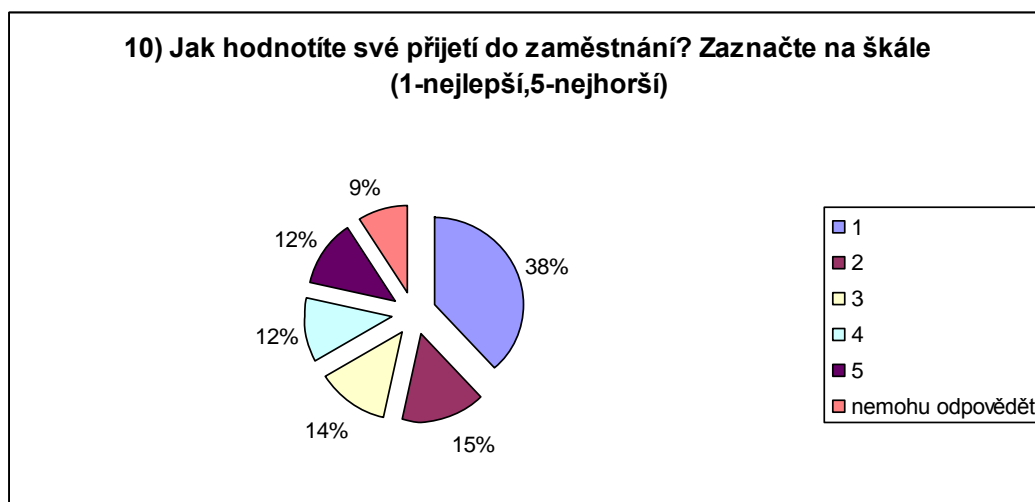
Profese

Graf č. 10 Procentuální zastoupení profesního uplatnění respondentů



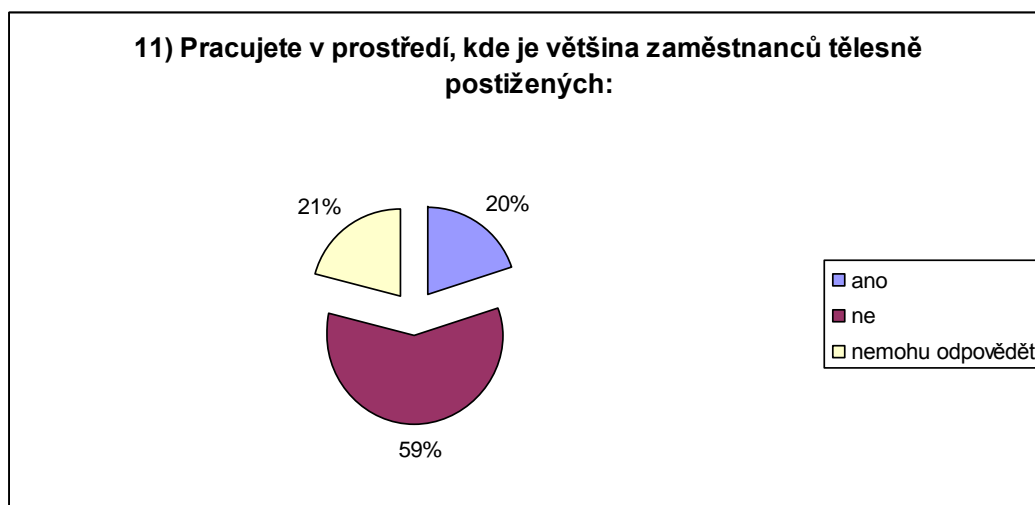
Z výzkumu vyplívá, že 141 respondentů je zaměstnaných. 56 respondentů jsou důchodci. 20 respondentů zaškrtnulo jiné a 11 respondentů jsou studenti.

Graf č. 11 Procentuální zastoupení hodnocení do přijetí zaměstnání respondentů



Z výzkumu vyplívá, že 86 respondentů mělo nejlepší přijetí do zaměstnání. Nejhorší přijetí mělo 28 respondentů a 21 respondentů nemohli odpovědět na otázku.

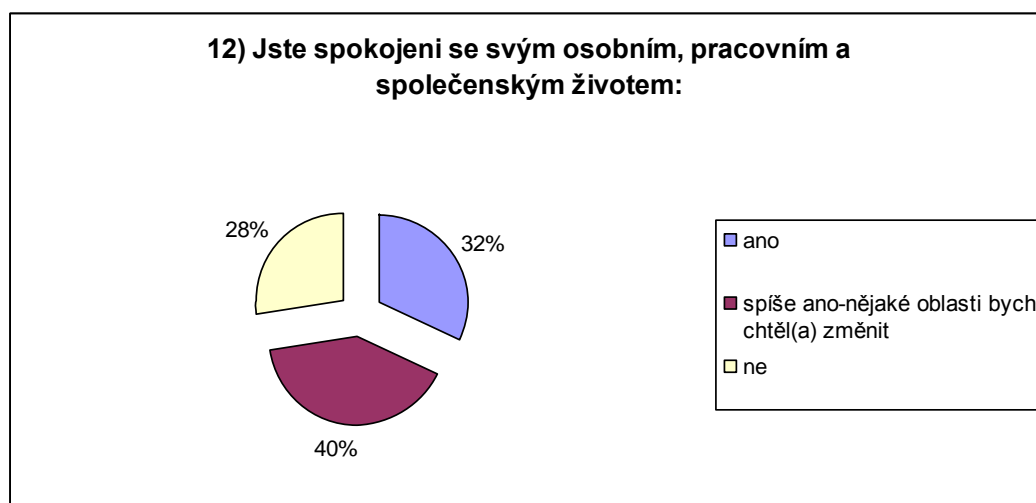
Graf č. 12 Procentuální zastoupení pracovního prostředí s tělesně postiženými zaměstnanci respondentů



Z výzkumu vyplívá, že 134 respondentů nepracuje v zaměstnání kde je větší počet zaměstnanců tělesně postižených. 46 respondentů v takovém to zaměstnání pracuje a 48 respondentů nemohli odpovědět.

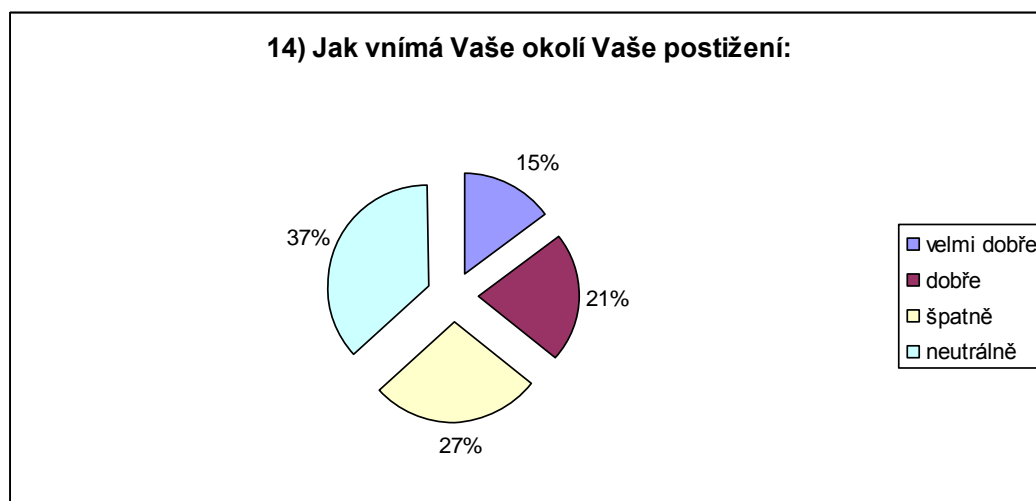
Osobní vnímání

Graf č. 13 Procentuální zastoupení spokojenosti se životem respondentů



Z výzkumu vyplívá, že 92 respondentů je spíše spokojena, ale nějaké oblasti by chtěli změnit. 73 respondentů je spokojeno se svým životem a 63 respondentů je nespokojených se svým životem.

Graf č. 14 Procentuální zastoupení vnímání postižení respondentů od okolí



Z výzkumu vyplívá, že u 84 respondentů vnímá okolí neutrálně postižení. U 62 respondentů vnímá okolí špatně postižení. U 48 respondentů vnímá okolí dobře postižení a u 34 respondentů vnímá okolí velmi dobře postižení.

Služby

Graf č. 15 Procentuální zastoupení návštěvnosti služeb pro tělesně postižení u respondentů



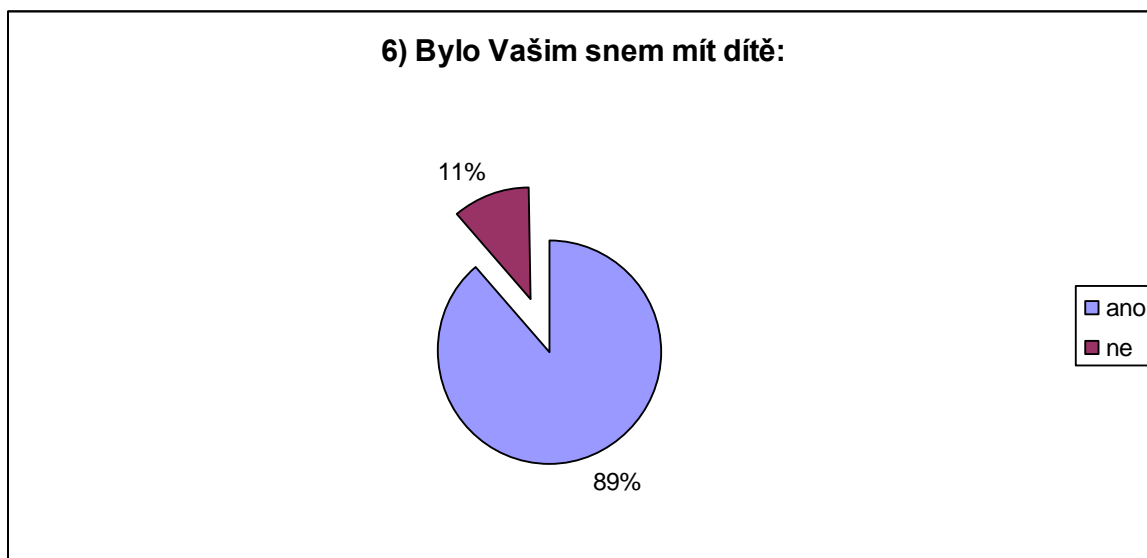
Z výzkumu vyplívá, že 164 respondentů navštěvuje zařízení zaměřené na tělesné postižení. 64 respondentů žádné takovéto zařízení nenavštěvuje.

10 Závěr praktické části

Praktická část ověřuje tyto hypotézy:

H1: Většina lidí s tělesným postižením chtěla mít vždy dítě.

Graf č. 16 Zhodnocení výsledků pro hypotézu H1

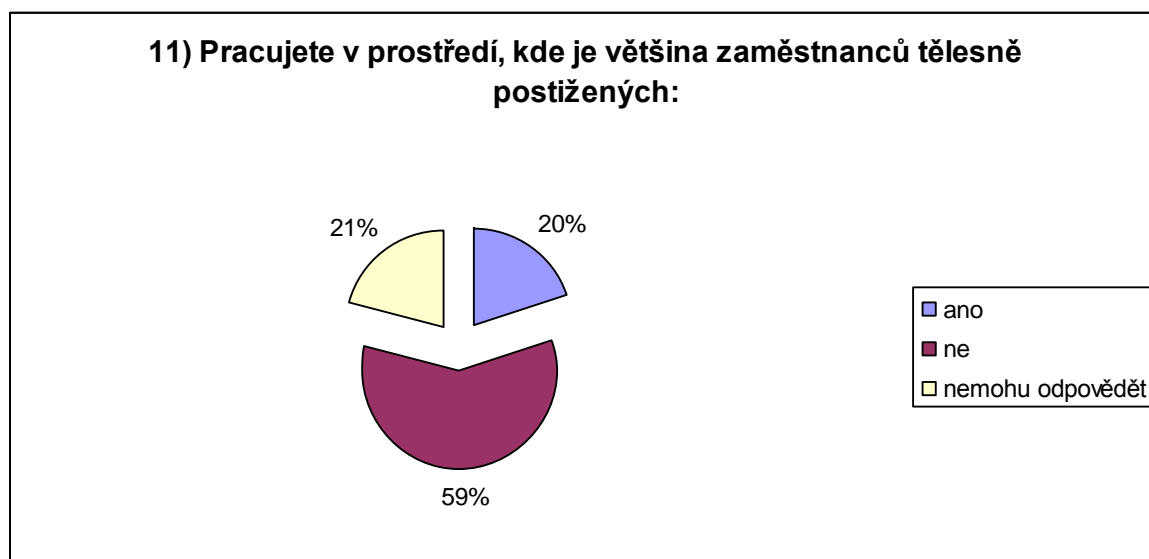


Na základě výsledků šetření jsme došli k závěru, že tato hypotéza je potvrzena, jde tedy o hypotézu verifikovanou.

Celkem 202 respondentů vyjádřilo názor, že mít dítě bylo jejich snem. Zato 26 respondentů bylo opačného názoru. Z grafu č. 9 je zřejmé, že 56% respondentů mělo vlastní přesvědčení mít dítě. Podle Vágnerové (2004) mít dítě a rodinu je pro postiženého uspokojení seberealizace a důkaz normality. Samotné dítě bere postižení jedinec za výhru nad intaktní populací.

H2: Většina lidí s tělesným postižením pracuje v prostředí, kde je vyšší procento zaměstnanců tělesně postižených.

Graf č. 17 Zhodnocení výsledků pro hypotézu H2

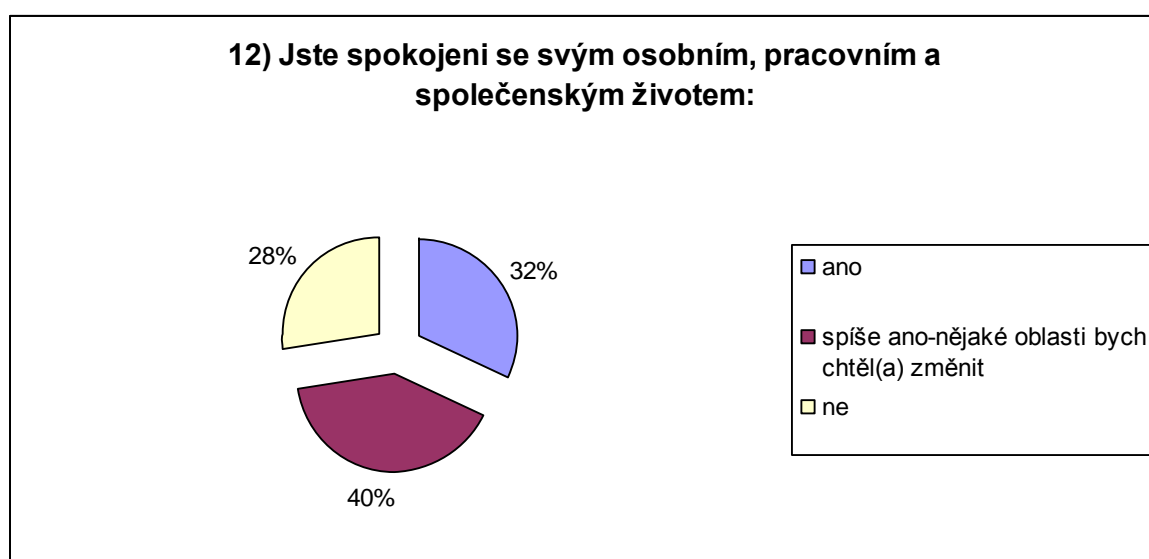


Na základě výsledků jsme došli k závěru, že tato hypotéza se nepotvrdila.

Většina respondentů tedy 134 nepracuje v takovém to prostředí. Ale 46 respondentů ano. Zbýlých 48 respondentů nemohlo odpovědět, jelikož nepracují nebo do práce vůbec nenastoupili.

H3: Většina lidí s tělesným postižením není spokojena se svým životem a chtěla by ho změnit.

Graf č. 18 Zhodnocení výsledků pro hypotézu H3

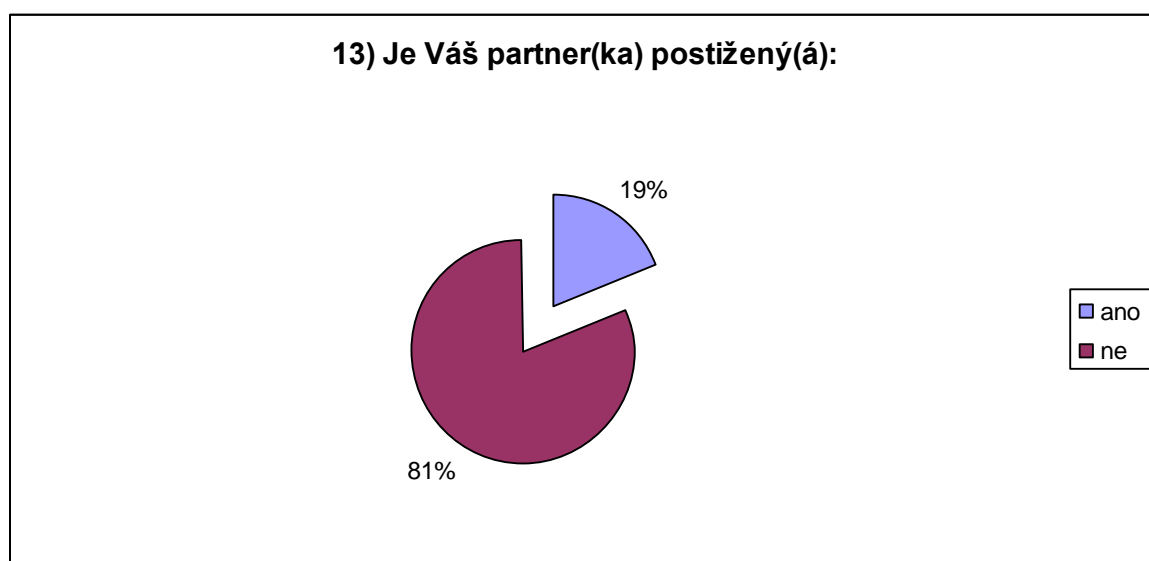


Na základě výsledků šetření jsme došli k závěru, že tato hypotéza se potvrdila.

Celkem 92 respondentů je spíše spokojena se svým životem a celkově je spokojeno 73 respondentů. Dohromady je tedy spokojeno 165 respondentů. Nespokojených respondentů je 63. U této hypotézy musíme vycházet z otázky č. 9, která zjišťuje zda je respondent student, zaměstnaný, důchodce a atd. Tato otázka ukazuje, že 141 respondentů je zaměstnaných.

H4: Většina lidí s tělesným postižením má partnera bez postižení.

Graf č. 19 Zhodnocení výsledků pro hypotézu H4



Na základě výsledků šetření jsme došli k závěru, že tato hypotéza je potvrzena, jde o hypotézu verifikovanou.

Celkem 185 respondentů má partnera bez postižení. Ale 43 respondentů má partnera s postižením. Podle Vágnerové (2004) je partner bez postižení vysněným ideálem. V případě dotazovaných respondentů se jedná o opak. Většina má partnera bez postižení.

Závěr

Cílem bakalářské práce a výzkumného šetření bylo zhodnocení vnímání tělesně postižených v oblasti osobní, rodinné, partnerské, pracovní a společenské roli.

První kapitola je věnovaná tělesnému postižení, které pro člověka obnáší ztíženou životní situaci.

Druhá kapitola se zaměřuje na začleňování jedince do společnosti- socializace. Pojednává o vlivu postižení na dospívání. Období dospívání je pro jakéhokoliv jedince důležitým mezníkem v životě. V tomto období si jedinec hledá profesi, která ho bude živit a partnera, se kterým bude žít a tvořit rodinu. Toto období je pro jedince s tělesným postižením limitováno zdravotním stavem, omezenými možnostmi v pracovní oblasti, hledání přátel, životního partnera a samostatné bydlení.

Rodině a rodičovství se věnuje další kapitola. Rodina je základ společnosti a uspokojuje základní psychické oblasti.

Poslední kapitola se zabývá kvalitou života. V poslední době se stala novým fenomén, který vznikl z mnoha různých odvětví. Kvalita života u osob s tělesným postižením se netýká jen zdravotního stavu, ale poukazuje na subjektivní vnímání tohoto jedince. Zaměřuje se na jeho pocity spokojenosti, pohody a štěstí.

Výzkumné šetření bakalářské práce dotazníkovou formou ukázalo, že lidé s tělesným postižením mají děti, rodinu, pracují v zaměstnání s lidmi bez postižení a jsou celkově spokojeni se svým životem.

Seznam použité literatury a zdrojů

- BEDOVÁ, P. *Manuál základních postupů jednání při kontaktu s osobami s tělesným postižením*. Olomouc: UP Olomouc, 2007. ISBN 978-80-244-1631-1.
- HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-569-1.
- CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.
- JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-730-5.
- KRAUS, J., ŠANDERA, O. *Tělesně postižené dítě, psychologie, léčba a výchova*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1975.
- LANGMAIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-195-X.
- MATĚJČEK, Z. *Výbor z díla*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-2461-056-6.
- PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.
- PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0.
- ROZSYPALOVÁ, M., ČECHOVÁ, V. MELLANOVÁ, A., *Psychologie a pedagogika I*. Praha: Informatorium, 2003. ISBN 80-7333-014-8.
- ŘÍČAN, P. *Psychologie osobnosti, obor v pohybu*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3133-9.
- SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1733-3.
- VÁGNEROVÁ, M., *Vývojová psychologie I.* Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0956-8.
- VÁGNEROVÁ, M., *Vývojová psychologie II.* Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.
- VESELÁ, R., a kol. *Rodina a rodinné právo historie, současnost a perspektivy*. Praha: Eurolex Bohemie, 2005. ISBN 80-86432-93-9.
- VÍTKOVÁ, M. *Somatopedické aspekty*. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-134-0.

Internetové zdroje

- *Charta práv tělesně postižených osob*. [online]. 2011, [cit. 2011-30-03]. Dostupné na WWW: <<http://www.brailnet.cz/szpoajp/charta.html>>.
- Burckhardt, C. *Conceptualizing quality of life*. [online]. 2005, [cit. 1.4.2011]. Dostupné na WWW: <<http://www.uib.no/isf/people/doc/qol/comp0000.htm#11>>.
- www.dotaznik-online.cz
- handicap.vsb.cz

Zákony

- zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách
- zákon č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti
- zákon č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon)

Vyhlášky

- vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních.
- vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných
- vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách

Seznam příloh

Příloha č. 1 dotazník

DOTAZNÍK

1. Jsem: muž
 žena

2. Věk:
- od 18 do 26 let
 - od 27 do 35 let
 - od 36 do 42 let
 - od 43 do 48 let
 - od 49 do 60 let

3. Nejvyšší dosažené vzdělání:
- základní vzdělání
 - střední odborné
 - střední s maturitou
 - vysokoškolské
 - vyšší odborné

4. Rodinný stav:
- ženatý/vdaná
 - svobodný(á)
 - jiné (vdovec, vdova)

5. Počet dětí:
- 1
 - 2
 - 3 a více

6. Bylo Vaším snem mít dítě:
- ano
 - ne

7. Kdo nebo co Vás ovlivnil v rozhodnutí mít dítě:
- rodina
 - manžel(ka), přítel(kyně)
 - vlastní přesvědčení
 - jiné (neplánované těhotenství, touha mít dítěti)

8. Jaký typ postižení máte blíže specifikujte:
- vrozené
 - získané

9. Jste:
- zaměstnaný(á)
 - student(ka)
 - důchodce
 - jiné (mateřská dovolená, nezaměstnaný(á))

10. Jak hodnotíte své přijetí do zaměstnání? Zaznačte na škále (1- nejlepší, bez problému, 5- nejhorší, s velkými problémy)

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- nemohu odpovědět

11. Pracujete v prostředí, kde je většina zaměstnanců tělesně postižených:

- ano
- ne

12. Jste spokojeni se svým osobním, pracovním a společenským životem:

- ano
- spíše ano- nějaké oblasti bych chtěl(a) změnit
- ne

13. Je Váš partner(ka) postižený(á):

- ano
- ne

14. Jak vnímá Vaše okolí Vaše postižení:

- velmi dobře
- dobře
- špatně
- neutrálně

15. Navštěvujete nějaké zařízení zaměřené na tělesné postižení:

- ano
- ne

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Nela Wasserbauerová
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Petra Jurkovičová, Ph.D
Rok obhajoby:	2011

Název práce:	Dospělá osoba s tělesným postižením a rodičovství
Název v angličtině:	Adult with disabilities and parenting
Anotace práce:	Práce se zabývá tělesným postižením u dospělých osob. Zaměřuje se na role partnerské, profesní a rodinné, dále socializací a kvalitou života. Popisuje subjektivní vnímání života u tělesně postižených osob a jejich zařazení do společnosti.
Klíčová slova:	Tělesné postižení, socializace, ucelená rehabilitace, rodina, kvalita života
Anotace v angličtině:	The work is about physical retardation of adult people. It focuses on partner, professional and family roles, on socialization and quality of life. It describes subjective perception in life of physically retarded people and their engagement into society.
Klíčová slova v angličtině:	Physical disability, socialization, comprehensive rehabilitation, family, quality of life
Přílohy vázané v práci:	dotazník
Rozsah práce:	44 stran
Jazyk práce:	Český