

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Bakalářská práce

2020

Michaela Vohralíková

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

Bakalářská práce

Michaela Vohralíková

Vnímání osob s tělesným postižením majoritní intaktní
společností

Olomouc 2020

vedoucí práce: Mgr. Kateřina Jeřábková, Ph.D.

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem svou práci vypracovala samostatně, použila jsem pouze podklady uvedené v příloženém seznamu a postup při zpracování a dalším nakládáním s prací je v soulasu se zákonem č. 121/200 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) v platném znění.

V Dlouhé Loučce dne

.....

Michaela Vohralíková

Poděkování

Děkuji své vedoucí práce Mgr. Kateřině Jeřábkové, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a vstřícnost při konzultacích a vypracovávání bakalářské práce.

Obsah

ÚVOD.....	7
TEORETICKÁ ČÁST.....	8
1 Somatopedie jako vědní obor	9
1.1 Klasifikace tělesného postižení.....	11
1.1.1 Obrny.....	11
1.1.2 Deformace	15
1.1.3 Amputace.....	17
1.1.4 Malformace.....	18
1.2 Osobnosti somatopedie	18
1.2.1 Prof. MUDr. Rudolf Jedlička	18
1.2.2 František Bakule	19
1.2.3 Augustin Bartoš	19
1.2.4 Jan Chlup	20
2 Společnost a postižení	21
2.1 Vývoj vztahu společnosti k osobám s postižením podle epoch.....	22
2.2 Diskriminace	31
2.3 Předsudky.....	33
2.3.1 Paternalistické a podceňující předsudky.....	33
2.3.2 Odmítavé a degradující předsudky	33
2.3.3 Protektivně – paušalizující předsudky.....	34
2.3.4 Idealizující (heroizující) předsudky	34
VÝZKUMNÁ ČÁST.....	35
3 Výzkumná část	36
3.1 Výzkumný problém	36
3.2 Metoda sběru dat.....	36
3.3 Stanovení cíle, výzkumných otázek.....	36

3.4	Analýza výsledků dotazníkového šetření	38
3.4.1	Vyhodnocení položek v dotazníku	38
3.4.2	Vyhodnocení výzkumných otázek.....	45
3.5	Diskuze	48
	ZÁVĚR.....	52
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	54
	SEZNAM ZKRATEK	61
	SEZNAM PŘÍLOH	62
	Příloha č. 1: dotazník.....	63
	Příloha č. 2: seznam grafů	65
	Příloha č. 3: seznam tabulek	66
	ANOTACE	67

ÚVOD

V dnešní společnosti je novým pojmem pojem inkluze osob se zdravotním postižením do intaktní majoritní společnosti. S inkluzivním přístupem se společnost stále učí ztotožňovat, proto je zajímavé zabývat se otázkami, jak společnost vnímá osoby se zdravotním postižením. Každé postižení je zajímavé v kontextu toho, jak společnost dané postižení vnímá. Osoby s postižením jsou ve společnosti již od nepaměti a každá společnost byla, je a bude specifická v tom, jak vnímá osoby s postižením, a proto je důležité znát vývoj společnosti, jaké měla postoje vůči osobám s postižením. V problematice toho tématu se setkáváme s pojmy jako likvidace, segregace, charitativní péče, humanitní péče, rehabilitace a v neposlední řadě s pojmy jako jsou integrace či inkluze. Je však také nutné uvést, že zdroje, ze kterých dnes čerpáme vývoj společnosti vzhledem k osobám s postižením, jsou především zaměřeny na vyspělé civilizace té doby, tudíž neznáme postoje méně vyspělých civilizací. Z pohledu dnešní doby jsou známé spíše výzkumy z vyspělých zemí, než ze zemí „třetího světa“. V této bakalářské práci se budu zabývat osobami s tělesným postižením, a jak společnost osoby s tělesným postižením vnímá. Toto téma na zpracování bakalářské práce jsem si zvolila z důvodu, že mě zajímá, jak společnost v dnešní době vnímá osoby s tělesným postižením, jelikož se domnívám, že dnešní společnost není natolik informována především z pohledu toho, kdo je osoba s tělesným postižením a také mě zajímá, jak se společnost staví k podpoře osob s tělesným postižením v České republice.

Bakalářská práce bude rozdělena na část teoretickou a část praktickou. V teoretické části se zaměřím na definování oboru somatopedie, vymezení jejího předmětu, klientely a klasifikaci tělesného postižení a v neposlední řadě neopomenu i významné osobnosti oboru somatopedie, které se zasloužily o vývoj oboru, díky kterým se vyvíjel až do dnešní podoby, v jaké ho známe. V druhé kapitole se zaměřím na společnost a její vývoj od starověku do současnosti vzhledem k jejím postojům k osobám s postižením. K zhotovení praktické části bakalářské práce jsem zvolila výzkum, který bude provedený metodou dotazníku, a který bude určený pro intaktní společnost.

Hlavní cílem této bakalářské práce bude zjistit, jak představitelé intaktní společnosti vnímají osoby s tělesným postižením. V souvislosti s tímto cílem budu zjišťovat, koho respondenti, jakožto představitelé majoritní intaktní společnosti, kteří se zúčastní mého výzkumu, považují za osoby s tělesným postižením, jak vnímají výhody a podporu od státu pro tyto osoby a v neposlední řadě pocity, které v nich vyvolává setkání s nimi.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Somatopedie jako vědní obor

Obor somatopedie se dříve nazýval defektologie ortopedická. Současný název oboru, který se zabývá osobami s tělesným postižením, zavedl v roce 1956 český pedagog František Kábele z dvou řeckých slov soma, což překládáme jako tělo a paideia, kterou překládáme, jako výchova, nebo vedení (Kantor a kol., 2013). Naopak Opatřilová, Zámečnicková (2007) uvádí, že František Kábele vymezil pojem somatopedie v roce 1964, kdy vymezil i předmět a obsah tohoto oboru.

I přesto, že je somatopedie nejznámějším a nejpoužívanějším názvem v problematice osob s tělesným postižením, setkáme se u některých autorů i s názvy pedagogika tělesně postižených, speciální pedagogika somatopedická, somatopedagogika apod. Pro klientelu somatopedie je nejvhodnější terminologické spojení člověk s omezením hybnosti. (Kantor a kol., 2013).

Vítková (2006) uvádí, že omezení hybnosti je členěno na částečné nebo celkové, primární nebo sekundární. Primární omezení hybnosti charakterizujeme jako „přímé postižení vlastního hybného ústrojí nebo postižení centrální či periferní nervové soustavy, kdy v periferní části je postiženo vlastní hybné ústrojí, například amputací, deformací, vývojovými vadami, apod. (Vítková, 1999, s. 9). Za sekundární omezení hybnosti považujeme to, při němž je „centrální i periferní nervová soustava a vlastní pohybové ústrojí bez patologických změn, hybnost je však omezena z jiných příčin. Projevují se tu důsledky chorob srdečních, revmatických, kostních apod., které omezují pohyb nemocného“ (tamtéž, s. 9).

Vítková (2015) definuje tělesné postižení jako přetrvávající nebo trvalé nárpaditosti, pohybové schopnosti, které trvale nebo podstatně působí na emocionální, kognitivní a sociální výkony.

Vítková (2006) uvádí, že klientela oboru somatopedie je heterogenní skupina, která má svůj specifický a společný znak – omezení pohybu. Jako osoba s tělesným postižením je označován jedinec, který je omezen v pohybových schopnostech, jejímž důsledkem je poškození podpůrného nebo pohybového aparátu či jiného organického poškození.

Opatřilová, Zámečnicková (2007) uvádí, že tělesné postižení se váže k termínům vada (poškození), omezení/snížení výkonu a postižení. K termínu vada (poškození) řadí vady pohybového aparátu, poškození organických systémů, deformace. Dále uvádí termín omezení/snížení výkonu, které je měřeno k normě vzhledem k výkonnosti v závislosti na věku

a životnímu prostředí. Dalším termínem je postižení, které je trvalé a působí na kognitivní, emoční a sociální výkony.

Naopak Kantor a kol., (2013) uvádí, že omezení hybnosti je širší pojem, ke kterému se vztahují pojmy jako je tělesné postižení, nemoc a zdravotní oslabení.

Tělesné postižení lze definovat jako postižení, které brání mobilitě a pracovní činnosti, a které se dále dělí na přechodné a trvalé, vrozené a získané (Opatřilová, Zámečnicková, 2007). Zde se setkáváme s dvěma pojmy, a to mobilita a hybnost. Mobilitu můžeme definovat jako pohyblivost, schopnost přesunu z místa na místo. Regec (2016) definuje hybnost jako celkovou pohybovou schopnost. Vzhledem k problematice osob s tělesným postižením tyto dva pojmy spolu úzce souvisí, jelikož pokud má člověk omezenou hybnost, má tudíž omezenou i mobilitu. Nemoc definujeme jako „poruchu rovnováhy organismu s prostředím, přičemž vznikají anatomické a funkční změny v organismu (Kantor a kol., 2013, s. 9). Dalším pojmem je zdravotní oslabení, které definujeme jako sníženou odolnost vůči nemocím a sklon k jejich opakování (tamtéž).

Tělesné postižení rozdělujeme na vrozené nebo získané. Vrozené tělesné postižení vzniká v prenatálním, perinatálním nebo raně postnatálním období. Do prenatálního období řadíme jako příčinu vzniku tělesného postižení především prodělané infekční onemocnění v těhotenství matky, užívání návykových látek, rentgenové záření, nepříznivé vlivy prostředí, taktéž jako i u jiných získaných zdravotních postižení. Nejčastější příčinu však připisujeme vlivu dědičnosti. Jak je již uvedeno výše, druhou skupinou tělesného postižení z pohledu etiologie, je tělesné postižení získané, které vzniká v různém vývojovém období, a to buďto následkem úrazu či onemocnění. Tělesná postižení tedy dělíme na: vrozené, získané po úraze, získané po nemoci (Renotierová, 2006).

Jak je již uvedeno výše, tělesné postižení vrozené vzniká poruchou vývoje zárodku v těhotenství. Renotierová (2002) uvádí především vrozené vady lebky, poruchy velikosti lebky, rozštěpy. Nejčastěji vznikají rozštěpy patra, lebky, rtů či páteře. Opatřilová, Zámečnicková (2007) uvádí jako nejčastější získané vady poúrazové stavy míšní léze, amputace, úrazy hlavy, získané ortopedické vady dolních končetin, srdeční vady a jiné poúrazové stavy.

1.1 Klasifikace tělesného postižení

Vítková (2006) uvádí klasifikaci, ve které dělí tělesné postižení na:

- centrální a periferní obrny
- deformace
- amputace a malformace.

Opařilová, Zámečnicková (2007) dělí tělesné postižení podle doby vzniku postižení do dvou skupin. V jedné skupině uvádí tělesné postižení vrozené a dědičné. Ve druhé skupině uvádí tělesné postižení získané. Dalším dělením tělesného postižení je dělení podle místa postižení, které dělí na obrny, deformace, malformace, amputace.

Dále se budeme zabývat klasifikací podle Vítkové, která dělí tělesné postižení na centrální a periferní obrny, deformace, amputace a malformace.

1.1.1 Obrny

Obrny charakterizujeme jako senzomotorické poškození držení a pohybů těla. Dělí se na centrální a periferní obrny. Obrny takto dělíme podle toho, která část těla byla postižena. Centrální obrna na rozdíl od periferních obrn vzniká poškozením mozku a míchy. (Kantor a kol., 2013). Opařilová, Zámečnicková (2007) uvádí rozšířené dělení obrn dle doby vzniku, dle stupně, dle místa, a dále dle tonusu a dle rozsahu.

Dle doby vzniku:

- Vrozené a dědičné
- Získané

Dle stupně:

- Parézy
- Plegie

Dle místa:

- Centrální
- Periferní

Dle tonusu:

- Hypertonie - spasticita x rigidita
- Hypotonie – ataxie x čistá mozečková hypotonie
- Střídavý tonus – atetózy

Dle rozsahu:

- Monoparéza/plegie
- Diparéza/plegie
- Triparéza/plegie
- Tetraparéza/plegie
- Hemiparéza/plegie

Naopak Kantor (2013) rozděluje obrny podle lokalizace na kvadruparézu (postižení všech končetin), hemiparézu (postižení poloviny těla), diparézu (postižení spodní části těla). Monoparézu, jakožto postižení jedné končetiny a triparézu, jakožto postižení obou dolních končetin a jedné horní končetiny považuje za pojmy, se kterými se málo setkáváme.

Jak je již uvedeno výše, obrny se dělí podle místa na centrální obrny a periferní obrny.

Centrální obrny

Centrální obrny rozděluje do třech různých kategorií, ke kterým připisujeme i jednotlivá onemocnění.

- **Centrální obrny při zasažení mozku** – dětská mozková obrna (dále jen DMO), dětská obrna, zánět mozku, mozkové nádory, mozkové příhody, mozková embolie, traumatické obrny.
- **Centrální obrna při zasažení míchy** – rozštěp páteře, rozštěp páteře a míšních plen, rozštěp páteře, plen a míchy, úrazy páteře s následným poraněním míchy.
- **Centrální obrny při degenerativním onemocnění mozku a míchy** – mozečková heredoataxie, roztroušená skleróza mozkomíšní, Friederichova heredoataxie, Parkinsonova nemoc (Opatřilová, Zámečnicková, 2007).

Dětská mozková obrna (DMO)

Dětská mozková obrna představuje vrozené poškození centrální nervové soustavy, které patří do centrálních obrn. U DMO převládají poruchy svalového napětí, hybnosti a koordinace pohybů s patrným neladem motorického vývoje (Novosad, 2011).

Zikl (2011) uvádí dětskou mozkovou obrnu jako nejčastější příčinu tělesného postižení u dětí předškolního a mladšího školního věku.

Příčiny DMO dělíme na prenatální, perinatální a časně postnatální.

- **Prenatální:** asfyxie plodu, infekční onemocnění matky v časném stádiu gravidity, sociální vlivy, užívání léků v těhotenství, kouření, užívání alkoholu a jiných návykových látek, špatná životospráva matky;
- **Perinatální:** předčasný, protahovaný, nesprávně vedený, komplikovaný porod, nevhodná farmakologická podpora porodu, klešťový porod;
- **Časně postnatální:** úrazy hlavy, nákaza, dušení, otravy, novorozenecká žloutenka (Novosad, 2011).

Kantor (2013) uvádí klasifikaci DMO, která rozlišuje stupeň, lokalizaci a svalový tonus postižení:

- Podle **svalového tonu** obrny dělíme na spastické, hypotonické a dyskinetické;
- Podle **lokalizace pohybového postižení** rozlišujeme kvadruparézu, hemiparézu a diparézu;
- Podle **stupně** může být obrna částečná (paréza) nebo úplná (plegie).

Naopak Novosad (2011) uvádí klasifikaci, ve které definuje obrny na spastické a nespastické. Spastická forma je charakteristická neobvyklým svalovým napětím. Na rozdíl nespastická forma je charakterizována snížením svalového tonu. Dále se spastická forma dělí podle lokalizace dominujícího funkčního poškození na diparetickou, kvadruparetickou a hemiparetickou.

Diparetická forma dětské mozkové obrny je typ spastické obrny obou dolních končetin, kdy jsou postiženy svaly a šlachy, často dochází k deformacím obou dolních končetin. Jedinci s tímto typem obrny mají nestabilní chůzi a velmi často používají k mobilitě kompenzační pomůcky, a to především berle, hole nebo chodítka.

Kvadruparetická forma dětské mozkové obrny je charakteristická funkčním postižením všech čtyř končetin – jak dolních, tak i horních. Soběstačnost a zvládnutí základních činností je u osob s tímto typem dětské mozkové obrny výrazně narušena a jedinec je odkázán na pomoc druhých osob.

Hemiparetická forma dětské mozkové obrny má charakter jednostranné nebo jednostranné poškození hybnosti dolní i horní končetiny. Častěji však zasahuje na horní končetiny, dolní končetina bývá funkčně postižena méně.

Další členění dětské mozkové obrny, které se v něčem liší jak od Kantora (2013), tak i od Novosada (2011), uvádí Renotiérová (2006). Stejně jako Novosad (2011) rozlišuje dětskou mozkovou obrnu na spastickou a nespastickou. Avšak na rozdíl od Novosada (2011) uvádí jako spastické formy dětské mozkové obrny:

- Forma diparetická
- Forma diparetická paukospastická
- Forma hemiparetická
- Forma oboustranně hemiparetická
- Forma kvadruparetická

Jinou klasifikaci dětské mozkové obrny dále uvádí Komárek, Zumrová, 2000 in Zikl (2011). Dělí formy dětské mozkové obrny na spastickou, dyskinetickou – dystonickou a mozečkovou.

V mezinárodní statistické klasifikaci nemocí a přidružených problémů se setkáváme s dělením mozkové obrny v VI. kapitole, ve které je mozková obrna označena písmenem G a číslem 80. WHO nepoužívá termín dětská mozková obrna, ale jen mozková obrna, což je totéž jako dětská mozková obrna. MKN-10, platná od 1.1.2018, rozděluje mozkové obrny následovně:

- G80.0 – Spastická kvadruplegická mozková obrna
- G80.1 – Spastická diplegická mozková obrna
- G80.2 – Spastická hemiplegická mozková obrna
- G80.3 – Dyskinetická mozková obrna
- G80.4 – Ataktická mozková obrna
- G80.8 – Jiná mozková obrna
- G80.9 – Mozková obrna nespecifikovaná (MKN-10,2016).

Periferní obrny

Pokud mluvíme o periferních obrnách, jedná se pouze o jednotlivé tělní periferie (např. končetiny, svaly, obličej). Následkem je hlubší poranění, zánět, úraz, otevřené zlomeniny nebo jiné onemocnění. Tyto obrny mohou být přechodné nebo částečné. V tomto případě se jedná tedy o parézy, u kterých například končetina pracuje nedokonale a v mnoha případech je možné napravení končetiny nebo zlepšení funkčního poškození. Další typ periferních obrn může mít charakter trvalé a úplné obrny, což nazýváme plegie. U plegie zůstává končetina nehybná, může docházet k problémům s krevním oběhem v místě poškození, což vede i k celkové deformitě končetiny (Novosad, 2011).

1.1.2 Deformace

Renotiérová (2006) charakterizuje deformace neboli deformity jako abnormální tvary některé části těla. V definování deformací se zabývá pouze otázkou deformací páteře, z tohoto důvodu považující za nejčastější příčiny deformací vadné držení těla.

Vadné držení těla je tedy odchylka od správného držení těla. Pokud má jedinec vadné držení těla, dochází ke špatnému rozložení orgánů a k nevyváženosti jejich funkce. Tím dochází k znesnadnění při pracovním výkonu, jelikož klouby kloubů a kostí v tomto případě nenapomáhají páteři k její pohyblivosti, tím je také zatěžován celý nosný systém a nervový vývoj těla je narušen. Příčiny vadného držení těla se dělí na vnitřní a vnější. Vnitřní příčiny vadného držení těla jsou nerovnoměrnost ve vývoji a růstu dítěte, dědičné vlivy, výživa. Naopak vnějším příčinám se připisuje vliv prostředí, kam řadíme nedostatek pohybu, dlouhotrvající sezení, obezitu, předčasné posazování kojence atd. (tamtéž).

Naopak Novosad (2011) dělí deformace na vrozené a získané. K vrozeným deformacím uvádí především malformace, amelie nebo dysmelie končetin. Vrozené deformace rozděluje na amelie, jakožto vrozené absence celé končetiny; dále peromelie, které charakterizuje jako vrozené chybění části paže; fokomelie definuje jako malformované končetiny ve tvaru ploutve; mikromelie, což je celkové zmenšení končetiny.

K deformacím se také řadí nanismus a akromegalie, při kterých dochází k proporcionálním i orgánovým deformitám lidské postavy, které jsou způsobeny při nedostatku nebo přebytku růstového hormonu, který je produkován podvěskem mozkovým. Pokud je růstový hormon produkován i po ukončení růstu dlouhých kostí, dochází k onemocnění akromegalie. Ta se projevuje tím, že se zvětšují okrajové části těla – obličej, prsty, jazyk, brada atd. Někdy se u tohoto onemocnění vyskytuje i hypertrofie, což je gigantický vzrůst končetin nebo její části. Naopak člověk, který trpí onemocněním nanismus, je nápadně malého vzrůstu. Nanismus rozlišujeme na čtyři typy:

- Disproporcionální nanismus – vyznačuje se nerozměrností mezi malým vzrůstem a dlouhým trupem a velkou hlavou;
- Hypofyzární nanismus – tento typ nanismu vzniká, pokud je snižená funkce hormonu před uzavřením růstových štěrbin, člověk s tímto onemocněním je trpasličího vzrůstu, ale má normální tělesné proporce;
- Nanismus při kretenismu – vyznačuje se poruchou růstu, intelektu a funkcí pohlavních žláz, vzniká sníženou funkcí štítné žlázy při graviditě matky nebo v dětství;

- Nanismus u předčasné puberty – onemocnění vzniká, pokud se růstové štěrby předčasně uzavrou (Novosad, 2011).

Opatřilová, Zámečnicková (2007) stejně jako Novosad (2011) rozdělují deformace na vývojové a získané, avšak dále rozdělují vrozené deformace na deformace dolních a horních končetin; deformace páteře a hrudníku; další možné deformace; jiná zánětlivá, degenerativní poškození pohybového aparátu, u kterých dále popisují různá jednotlivá onemocnění.

Deformace dolních a horních končetin:

- *Syndaktilie – spojení, srůsty prstů;*
- *Polydaktilie – vrozený nadměrný počet prstů;*
- *Peromelie – vrozené chybění části paže (předloktí, ruka);*
- *Vývojové anomálie kloubů;*
- *Vrozené chybění dlouhých kostí;*
- *Dysmélie – porucha embryonálního vývoje končetin, zahrnuje:*
 - a) *Amélie – vrozené chybění celé končetiny;*
 - b) *Fokomélie – malformované končetiny ve tvaru ploutve, nasedají přímo na ramena;*
 - c) *Mikromelus – celkové zmenšení končetiny;*
- *Končetinová hypertrofie – obrovitý vzrůst končetiny;*
- *Noha hákovitá, plochá, postavení do X nebo do O;*
- *Svalové kontraktury – zkrácení motorických svalů omezující lokomoční schopnosti;*
- *Růstová porucha dlouhých kostí – s věkem se zvyšuje nepoměr mezi normálním trupem a krátkými končetinami;*
- *Vrozené vykloubení kyčlí – narušení vývoje kyčelního kloubu;*

Deformace páteře a hrudníku:

- *VDT a patologické odchylky v zakřivení páteře;*
- *Vady hrudníku – plochý, kuřecí, nálevkovitý;*
- *Vrozené skrčeniny – postihují segment krční páteře s příslušnými svaly;*

Další možné deformace:

- *Deformace lebky a obličeje;*
- *Aseptické kostní nekrózy (Perthesova nemoc);*

Jiná zánětlivá, degenerativní poškození pohybového aparátů:

- *Bechtěrevova nemoc – řadí se k artritidám, jde o zánětlivé onemocnění kloubů;*
- *Tuberkulóza kostí a kloubů – zasahuje dlouhé kosti, klouby a obratlová žebra;*

- *Artrózy a osteoartrózy – onemocnění kloubů a drobných kostí rukou;*
- *Deformace kloubů na základě systémových onemocnění – hemofilie, poruchy jater a ledvin, metabolické poruchy (Opatřilová, Zámečnicková, 2007, s. 30, 31).*

Novosad (2011) uvádí jako vrozené deformace malformace, amélie či dysmélie končetin, nanismus, rozštěpy, vrozené luxace kloubů, změny struktury kostí a změny svalů. K získaným deformacím řadí progresivní svalovou dystrofii, myasthenia gravis, aseptické kostní nekrózy, artritidy, artrózy, osteoartrózy.

Získané deformace:

- Progresivní svalová dystrofie (myopatie) – při tomto onemocnění dochází k rozpadu svalové hmoty, dochází k přeměně svalové hmoty na vazivovou a tukovou tkáň, což vede k postupné ztrátě hybnosti, jako první postihuje okolí ramene včetně obličejových svalů, dále pánev a přechází až na svalstvo dolních končetin.
- Myasthenia gravis – onemocnění je typické rychlou svalovou únavou, u které následuje pozdější svalová ochablost, což může vést až k neschopnosti pohybu, onemocnění má počátek v poruše nervosvalového přenosu, zároveň postihuje okohybné svaly, díky tomu vzniká u jedince dvojité vidění, dále zasahuje do svalů mluvidel, což vede k poruchám řeči, tento typ deformace dále postihuje dýchací a polykací svalstvo.
- Aseptické kostní nekrózy – pokud je narušená výživa kostí a kloubů, dochází v místech kloubních spojení k odumírání kostí. Kost se postupně vlivem narušení výživy odvápnuje a při nesprávnému zatěžování se kost deformuje.
- Artritidy - do skupiny artritid patří například polyarthritida progressiva, revmatoidní artritida, nebo Bechtěrevova nemoc, v každém případě artritid se jedná o zánětlivá poškození pohybového aparátu.
- Artrózy, osteoartrózy – oproti artritidám jde o nezápřetlivé degenerativní poškození kloubů, kostí, vazů a chrupavek. Toto onemocnění vede k následné bolestivosti a omezení hybnosti. Velká vliv se připisuje i přetěžování hybné aparátu, ke kterému dochází například těžkou fyzickou prací nebo vykonáváním sportu na vrcholové úrovni (Novosad, 2011).

1.1.3 Amputace

Amputace definujeme jako nevratné oddělení orgánu, nejvíce se jedná o oddělené končetiny či její části od těla. K amputacím dochází především při chirurgickém zásahu, které

řeší důsledky určitého onemocnění, například nádorového, cévního, metabolického, zánětlivého aj. (Novosad, 2011).

K amputaci může dojít již v útlém dětském věku, jako následek vážného úrazu nebo onemocnění. Z praxe vyplývá, že čím je jedinec, jako dítě, mladší, tím více je schopen se s úplnou ztrátou končetiny snadněji vyrovnat. Největší problémy s důsledky amputace se objevují především v období dospívání, kdy jedinec se setkává s osobními vnitřními obtížemi, které negativně zasahují do života mladého člověka (Renotierová, 2002).

1.1.4 Malformace

Vítková (2006) definuje malformaci jako patologické vyvinutí různých částí těla, především se jedná o končetiny. Jedná se o vrozenou vývojovou vadu.

Opařilová, Zámečníková (2007) uvádí, že malformace vznikají již při nitroděložnímu vývoje zárodku. Jako příklady malformací uvádí především rozštěp rtu, Fallotovu tetralogii. Dále pak definují dva pojmy, a to agenezi jako vrozené nevyvinutí části těla a aplazii jako nevyvinutí, chybění orgánu.

1.2 Osobnosti somatopedie

Jako každý obor má i somatopedie své osobnosti, které se zabývali výchovou, vzděláváním, rehabilitací a rozvojem osob s tělesným postižením, proto je důležité v této práci uvést pár důležitých osobností.

1.2.1 Prof. MUDr. Rudolf Jedlička

Prof. MUDr. Rudolf Jedlička byl českým lékařem, který se věnoval především patologii, chirurgii a rentgenologii. Dále se zabýval péčí o tělesně postižené děti. Byl ve funkci předsedy Zemského spolku pro léčbu a výchovu mrzáků v Praze, kde velmi přispěl k založení prvního ústavu pro tělesně postižené děti v Praze na Vyšehradě. Tento ústav byl založen v roce 1913 a Rudolf Jedlička v něm působil jako pedagog (Kantor, 2013).

Prof. Rudolf Jedlička se svými činy zapsal do historie somatopedie nejen jako zakladatel Jedličkova ústavu, lékař a pedagog, ale i tím, že poprvé v historii vytvořil teoretickou koncepci komplexní rehabilitace tělesně postižených dětí, kterou i sám prof. Rudolf Jedlička se svými spolupracovníky v Jedličkově ústavu realizoval (Renotierová, 2002).

1.2.2 František Bakule

Jako další významnou osobnost oboru somatopedie můžeme uvést i učitele, který působil v Jedličkově ústavu, Františka Bakuleho. Snažil se o výchovu a vzdělávání tělesně postižených dětí tak, aby vycházela z individuálních potřeb dítěte. Po vzniku Československa v roce 1918, kdy taktéž skončila první světová válka, byl Bakule propuštěn z Jedličkova ústavu a Zemský spolek mu zakázal kontakt s dětmi. V roce 1920, kdy byl Bakule propuštěn z Jedličkova ústavu, vznikl Bakulův ústav, ve kterém se výchova a vzdělávání osob s omezením hybnosti zaměřovala především na pracovní činnosti a kreativitu. Bakulův ústav však fungoval 17 let. V roce 1937 ústav zanikl z důvodu finančních problémů. (Kantor, 2013).

1.2.3 Augustin Bartoš

Augustin Bartoš vystudoval učitelský ústav v Hradci Králové. Poté se osobně seznámil s Karlem Herfortem, díky kterému se začal zajímat o výchovu a vzdělávání dětí s postižením. Kladl důraz na zavedení ručních prací ve školách jak pro děvčata, tak i chlapce. Působil v Ústavu pro slabomyslné v Hradci Králové. V době, kdy již výše zmíněný František Bakule, odcházel z místa prvního ředitele Jedličkova ústavu v Praze, bylo místo ředitele nabídnuto Bartošovi, který se ujal 1. ledna 1920 vedení ústavu, který byl v té době ve složité organizační i materiální situaci. V ústavu posléze uskutečnil svůj velký sen, a to zavést co nejvíce ručních prací pro postižení. Jeho sen se splnil a za pomoci prof. Rudolfa Jedličky byla v ústavu zřízena dílna truhlářská na nábytkové a stavební práce, dílna krejčovská, cizelářská, knihařská, linkařská, vyšivačská na vyšívání praporů a dílnu kobercovskou (Renótierová, 2002).

Průkopnickou a novátorskou činnost Augustina Bartoše lze shrnout:

- *Zavedl ruční práce do vyučování ve venkovské obecné škole;*
- *Zavedl vyučování tělesně postižených svěřenců Jedličkova ústavu v nemocničním oddělení a ve škole v přírodě v Lochovicích;*
- *Vynalezl pracovní protézy pro děti s postižením horních končetin;*
- *Navrhl a nechal zhotovit protézu dolní končetiny bez užití dlah;*
- *V Jedličkově ústavu zavedl a postupně rozšířil dílny pro pracovní výchovu žáků;*
- *Zavedl a organizačně a metodicky zdokonalil dětskou samosprávu;*
- *Poprvé v historii realizoval „cestovní školu“ pro tělesně postižené žáky, kterou popsal a metodicky zpracoval v publikaci „Automobil vychovatelem“;*

- *Rozpracoval a obohatil léčebnou rehabilitaci o nové rehabilitační metody;*
- *Metodicky zpracoval psaní tělesně postižených v publikaci „ Neobvyklé psaní“;*
- *Jako první zavedl výrobní praxi žáků ústavu v továrně;*
- *Objevil a publikoval nález z dermatoglyfů, papilárních lišt na dlaňové straně amputačního pahýlu horní končetiny, které vznikají při fyzické práci postižených, atd. (Renotiérová, 2002, s. 20)*

1.2.4 Jan Chlup

Jan Chlup byl prvním ředitelem ústavu pro tělesně postiženou mládež v Brně v Králově Poli. Stál u zrodu tohoto ústavu, který díky jeho schopnostem, byl schopen se postarat o více než 200 klientů. Ústav pod vedením Jana Chlupa plnil funkci výchovně – vzdělávací, léčebnou, profesní. Tímto svým velkým dílem je Chlup považován jako jeden z předních průkopníků péče o tělesně postižené na Moravě a Slezsku. (Kysučan, 2015)

Svým přístupem k práci s osobami s tělesným postižením především na území Moravy a Slezska, si Jan Chlup zasloužil především od svých známých přezdívku „Moravský Jedlička“ (Renotiérová, 2002).

2 Společnost a postižení

Vztah společnosti ke zdravotně postiženým byl vždy „lakmusovým papírkem“, ukazujícím skutečné zaměření na vnitřní život daného společenství. Zejména pak ukazoval na základní směřování dané společnosti, její priority, hodnotový systém atd. Obecně se v teorii společenských věd hovoří o následujících fázích vztahu společnosti k postižením:

- *Represivní;*
- *Zotročovací;*
- *Charitativní;*
- *Socializační.* (Michalík, 2011, s. 43)

Naopak Miloš Sovák popsal stádia vztahu společnosti k postižením, takto:

- Stádium represivní;
- Stádium zotročování;
- Stádium charitativní;
- Stádium renesančního humanismu;
- Stádium rehabilitační;
- Stádium socializační;
- Stádium preventivní (Titzl, 1998).

S tímto popisem vývoje společnosti k osobám s postižením však zcela nesouhlasí Boris Titzl, který uvádí, že tato periodizace není jednotná (tamtéž).

„V prvních čtyřech epochách je kritériem míra egoismu, respektive altruismu ve vzájemných vztazích postižených a nepostižených. V pátém stádiu je měřítkem způsob ekonomické (pracovní) využitelnost. Z šestého stádia se dá odvozovat prosazení lidských práv. Zdůraznění prevence v konečném sedmém stádiu naznačuje víru ve všemohoucnost jednotlivých speciálních věd o člověku“ (Titzl, 2005, s. 6).

Novosad (2011) poukazuje na Titzlovu práci, kterou považuje za pozitivní posun ve ztvárnění postoje k lidem s postižením ve starověku. Potvrzuje, že postoje, které jsme si přivykli charakterizovat jako odvržení až likvidaci osob nejen s tělesným postižením, jsou skutečné, avšak nelze je považovat jako jediné postoje té doby. Je třeba brát v úvahu, že nebyly jen negativní postoje společnosti, ale je vždy třeba hledat i ty pozitivní. Je také třeba brát v úvahu to, že veškeré nálezy a literární dědictví, ze kterého čerpáme vztah společnosti k postiženým lidem, popisují svědectví z těch nejvyspělejších kultur a společenství v té době.

Z toho důvodu lze říci, že ty kultury nebo společenství, o kterých nejsou zmínky, mohly, ale také nemusely, mít jiný, pozitivnější pohled na postižené jedince.

2.1 Vývoj vztahu společnosti k osobám s postižením podle epoch

Titzl (1998) uvádí, že pravěk, jakožto nejstarší období lidstva, je z hlediska studia člověka a společnosti ovlivněn především bádáním pomocí archeologických nálezů, jelikož písemné památky nejsou z této doby k dispozici. Zajímavé jsou především rituální pohřby, které značí strach před mrtvým. Jde například o svázání mrtvého, pochování mrtvého do hrobu mimo obývané území, dělené a deformované hroby, nebo o kanibalismus. V těchto případech může jít o jedince, kteří byli pro ostatní něčím zvláštním, něčím, čím se odlišovali od ostatních osob, tedy v souvislosti s rituálními pohřby se může jednat i o osoby s postižením. Velká pozornost by se měla věnovat nálezu u Dolních Věstonic, kde byl v roce 1949 nalezen hrob ženy, která byla ve skrčené poloze. Žena měla velmi deformovanou lebku, levou část obličeje – především byla postižena horní a dolní čelist, což může prokazovat, že žena utrpěla úraz či prodělala zánětlivé onemocnění, které mělo za následek deformaci lebky a také další následky. Další významný nálezn je hrob taktéž u Dolních Věstonic, kde byl v roce 1986 nalezen hrob dvou mužů a jedné ženy. *„Žena ležela uprostřed na zádech a její kostra vykazovala značně patologické změny na celé levé straně těla, včetně zřetelně kratších končetin, deformací hlavy, výrazné skoliósy ad. Oba tyto nálezy dokládají přežití nejen poměrně těžce postiženého člověka, ale i člověka, na němž je vada jasně viditelná, člověka poznamenaného“* (tamtéž, s. 11-12).

V období starověké Sparty vznikly zákony ohledně výchovy dětí. V celém Řecku bylo zvykem, že pro každou věc je třeba najít původce. Na základě tradic a náboženství byly tyto ústně tradované zákony připisány nedoložitelnému místnímu polobohovi Lykúrgovi. Lykúrgův zákoník obsahuje například to, že otec dítěte neměl hlavní právo rozhodovat o výchově dítěte. Jeho povinností bylo odnést dítě do společenského domu, ve kterém rada starších rozhodla o jeho dalším osudu. Pokračovat ve výchově dětí bylo ve Spartě dovoleno rodičům, jejichž dítě bylo zdravé a silné. Pokud bylo dítě slabé a nehezké, bylo nařízeno, aby bylo odneseno na místo Apothetai (v řeckém jazyce toto slovo znamená „odkládám“). Jednalo se o propast v pohoří Táýgetos. Takto bylo dítě zbaveno života, což Spartané považovali za čin, který je dobrý jak pro dítě, tak i pro celkový život ve Spartě (Titzl, 1998).

Michalík (2006) uvádí, že období Římského státu je obecně považováno za jedno z nejkřutějších období z hlediska zacházení s lidmi s postižením. Poukazuje také na to, že takové tvrzení převzala za své spousta autorů, kteří se touto problematikou zabývali. Dále

upozorňuje, že se jedná o autory, kteří své práce publikovali v minulém století, kdy bylo po dlouhá léta uvažování spousty autorů, pedagogů, ale i laické veřejnosti, ovlivněno jedním daným směrem. Z tohoto důvodu se domnívá, že názory na to, že období starověkého Říma je jedno z nejkruťších období z hlediska zacházení s lidmi s postižením, zřetelně dodnes ovlivňují postoje jedinců, kteří se zabývají historií přístupu k lidem s postižením. Avšak Michalík (tamtéž) dále uvádí, že nezpochybňuje přítomnost jevů, které popisují někteří autoři, jako je odkládání slabých dětí, zabití postižených dětí, nebo využití postižených k žebrání apod., bezpochyby k těmto činům skutečně docházelo, ale je třeba si uvědomit, že tato tvrzení nelze považovat za jednotné pro celou společnost ve starověkém Římě.

Opatřilová, Zámečnicková (2007) uvádí, že ve starověkém Římě potřeboval otec souhlas pěti sousedů, aby dítě mohl usmrtit. Pokud se rozhodlo o usmrcení dítěte, bylo dítě topeno v řece Tibeře, v jezerech nebo odloženo na ulici. Pokud dítě přežilo a někdo se ho ujal, stalo se tak jeho otrokem. Naopak Michalík (2011) uvádí, že znevýhodněné děti ve starověkém Římě nebyly topeny v řece Tibeře, ale byly odkládány za řeku Tiberu, kde dítě zemřelo hladem. Hornák (2002) uvádí, že topení nebo odložení postiženého dítěte, byly způsoby, které se praktikovaly i mimo evropské civilizace.

Naopak Slowík (2016) uvádí, že z doby starověku pochází sousta archeologických nálezů, které dokládají, že v této době přežívaly i osoby s těžkým postižením, které však vyžadovaly velkou míru pomoci a péče. Dokonce nacházíme i důkazy vážných lékařských operací v medicíně.

Postoj ve středověku k lidem s postižením byl nejednotný. Především v raném středověku církve považovala postižené, především osoby s mentálním postižením, za plody ďábla a tyto osoby byly nadále církví pronásledovány. Mnozí jedinci s postižením byli zabíjeni a skončili v inkvizičních procesech. Později se část církve vyznávala motem lásky k bližnímu svému a započala charitativní činnost pro osoby s postižením (Vančová, 2005). Naopak Opatřilová, Zámečnicková (2007) uvádí, že až na konci středověku docházelo k názoru církve, že narození postiženého dítěte je boží trest.

Počet osob především s tělesným postižením ve středověku byl značný. Tělesné postižení vyplývalo nejen z vrozených vad, ale také i jako následek bojů, nedostatečné výživy a zdravotní péče. Osoby postižené tímto způsobem byly odkázány na život na okraji tehdejší společnosti a z toho důvodu se musely živit žebratou a krádežemi (Vítková, 1999). Titzl (2000) uvádí, že v období středověku byli v popředí pozornosti spíše jedinci s boulemi či prašivinou, tedy nemocní jedinci, nikoliv člověk s postižením.

Sovák (1986) ve své periodizaci o vztahu společnosti k osobám s postižením, která je uvedena již výše, a ke které měl např. Boris Titzl výhrady, charakterizuje přístup společnosti k osobám s postižením ve středověku jako charitativní. Sovák (tamtéž) dále uvádí, že se v prvotní křesťanské společnosti rozvíjela charitativní činnost, která byla z počátku individuálního charakteru. Individuální charakter se vytratil tehdy, kdy se charitativní činnost rozšířila především díky církvi. Osoby s postižením byly považovány jako „osoby označené od boha“ a z tohoto důvodu byla jakákoliv pomoc těmto lidem z náboženského hlediska považována jako dobrý skutek. Naopak Kantor (2013) uvádí, že s rozvojem charity v právě uvedeném charitativním období docházelo znovu k represi osob s tělesným postižením, a to z toho důvodu, že vlivem předsudků bylo narození postiženého dítěte do rodiny považováno za boží trest.

Mühlpachr (2001) uvádí, že období renesance přineslo nový pohled na osoby s postižením, především na osoby duševně choré. Vznikla nová pravidla a předpisy, jak s duševně chorými osobami zacházet. Motivací k tomuto činu podle něj však nebyl zájem o zdravotní stav postiženého, ale spíše to, aby osoby s postižením nebyly na obtíž společnosti.

Na konci 19. století v našich zemích byly osoby postižením odkázány především na péči své rodiny. Nepředpokládalo se, že by osoby s tělesným postižením byly pro společnost přínosné tím, že by byly schopny samostatně pracovat (Opatřilová, Zámečnicková 2007). Počátkem 20. století dochází k prosazení kapitalistické struktury společnosti, kdy byly osoby s tělesným postižením posuzovány z pohledu, zda jsou nebo nejsou schopny pracovat (Kantor, 2013). Pozitivní zásah do myšlenky integrovat osoby s postižením do pracovního procesu, který ovlivnil oblast péče o osoby s postižením, přichází se vznikem prvního ústavu pro tělesně postižené v Praze v roce 1913, známým pod názvem Jedličkův ústav, jehož hlavním zakladatelem byl prof. MUDr. Rudolf Jedlička (Opatřilová, Zámečnicková 2007). „Ústav měl pět oddělení: nemocnice (ortopedická klinika), škola, vlastní cvičné dílny, ortopedické dílny, statek a chorobinec s azylem“ (Kantor, 2013, s. 19). Rok po založení ústavu vypukla první světová válka, během níž ústav sloužil mimo jiné i invalidním vojákům (Monatová, 1998).

V období po první světové válce, vznikem Československa jako samostatného státu, tj. období první republiky, dosáhla nápravná pedagogika, definována Janem Mauerem, největšího rozvoje především v oblasti výchovy a vzdělávání tělesně postižených osob (Renotierová, 2006). Po Jedličkově ústavu, byl v roce 1919 založen další významný ústav pro osoby s tělesným postižením, a to brněnský ústav pro osoby s tělesným postižením na Kociánce, s nímž je spojeno jméno prvního ředitele ústavu Jana Chlupa (Kantor, 2013).

Počáteční krok k založení tohoto ústavu vzešel ze Zemského spolku pro léčbu a výchovu mrzáků na Moravě, jehož výborem byl jmenován ředitelem právě zmíněný Jan Chlup. Díky schopnostem, kterými Chlup disponoval, dokázal vybudovat ústav jako zařízení, které plnilo funkci léčebnou, výchovně vzdělávací a profesní. Tímto se Chlup zasloužil o to, že je dodnes považován za předního novátora v péči o tělesně postižené osoby na Moravě a Slezsku (Kysučan, 2015). Monatová (1998) uvádí, že výše zmíněný ústav „Na Kociánce“ byl vybudován z podnětu Alice Masarykové a Rudolfa Jedličky.

Téhož roku (1919), jako byl vybudován ústav pro tělesně postižené v Brně „Na Kociánce“, zakládá po odchodu z Jedličkova ústavu František Bakule vlastní ústav (Kantor, 2013). Renotiérová (2002) naopak uvádí, že tento ústav byl založen v roce 1920. Ve srovnání s Kantorem (2013) uvádí i Monatová (1998), že Bakulův ústav byl založen v roce 1919. Monatová (1998) dále uvádí, že Bakule vychovával v ústavu děti s tělesným postižením společně s dětmi zdravými.

Další významné město v Českých zemích, kde byla zřízena ústavní péče o osoby s tělesným postižením, je Plzeň. V Plzni na popud lékaře Nebeského, který se zabýval problematikou tělesně postižených dětí, byl v roce 1921 založen Masarykův ústav (Monatová, 1998). V rozporu s Monatovou (1998) je Kantor (2013), který uvádí, že Masarykův ústav byl založen v roce 1920.

Období první republiky, které přineslo do péče, výchovy a vzdělávání osob s postižením mnoho nových poznatků jak z teorie, tak i z praxe, bylo vystřídáno temnějším obdobím, a to obdobím třicátých let minulého století a následné druhé světové války.

Během druhé světové války se setkáváme s holokaustem nejen zdravotně postižených. Nejvíce se pojem holokaust spojuje s likvidací Židů. Později byly publikovány další údaje o likvidaci politických vězňů nebo romského etnika. Méně informací však známe ohledně likvidace osob se zdravotním postižením. Statisíce tělesně, mentálně nebo smyslově postižených, bez ohledu na to, zda to byly děti nebo dospělé osoby, bylo zavražděno ještě před vypuknutím druhé světové války, což předznamenalo konečné řešení židovské otázky. Paradoxem je, že propagandu v Třetí Říši ohledně osob s postižením, jakožto nevhodné populace v té době, řídil dr. Josef Goebbels, který od dětství trpěl tělesnou vrozenou vadou zvanou „koňská noha“ (Michalík, 2013).

Michalík (2005) uvádí, že říšský vůdce Adolf Hitler původně chtěl začít s likvidací zdravotně postižených až po vypuknutí druhé světové války. Nakonec však vraždění osob s postižením probíhalo již od poloviny třicátých let v lékařských ústavech. Někteří historici mluví o vyvražďování zdravotně postižených osob jako o eutanázii – dobré smrti. Eutanázii je

možné definovat jako: „*systematické vraždění duševně nemocných a jinak postižených pacientů v německých ústavech. Eutanázie probíhala v utajení, dokonce i bez opory v nacistickém právu*“ (Holokaust, 2019 [online]).

Michalík (2013) uvádí, že usmrcení osob se zdravotním postižením probíhalo především na území Německa a později na území Rakouska. Území, která nacistické Německo okupovalo, se likvidace nedotýkala natolik, jako právě zmíněného Německa a Rakouska. Mezi nejznámější ústavy, ve kterých se prováděla eutanázie zdravotně postižených, patří Brandenburg, Grafeneck ve Würtensbersku, Hartheim, Sonnenstein u Pirny, později se k likvidaci osob se zdravotním postižením přidávají ústavy jako je Hadamar a Bernburg. Známým ústavem je zámek Hartheim v Rakousku, kde bylo hlavní místo likvidace osob se zdravotním postižením v letech 1940-1942. Nyní se na zámku Hartheim nachází muzeum likvidace zdravotně postižených osob.

Po skončení druhé světové války a následným nástupem komunismu, začíná čtyřicet jedna let dlouhé období, které není zcela přesně popsáno, jak nahlíželo na osoby se zdravotním postižením. V odborné literatuře se můžeme setkat se dvěma různými úhly pohledu ve smyslu postavení osob se zdravotním postižením ve společnosti v období komunismu. „*Zpravidla se setkáváme se zkratkovitými hodnoceními: „postižení byli umísťováni do ústavů a izolováni od ostatních“ či příkladem z opačné strany hodnotícího spektra: „postižení měli práci a každý měl přístup ke zdravotní péči*“ (Michalík, 2013, s. 38).

V tomto období bylo tehdejší Československo zaostalejší ve vývoji péče a podpory osob se zdravotním postižením, než jak tomu bylo v demokratických zemích. Na začátku tohoto období si však můžeme všimnout rozvoje ústavních podmínek pro vzdělávání a péči osob se zdravotním postižením. Záležitostí tehdy nebylo to, jak a jaké vzdělání nebo péči osobám s postižením poskytnout, ale zda vůbec vzdělání a péče bude takovým lidem poskytnuta. Budování segregáčního systému a zřizování segregovaných institucí však nebylo určeno pro všechny jedince s postižením. Především skupina osob s těžkým mentálním postižením a skupina osob s kombinovaným postižením byla ze vzdělávacího systému dána stranou. Systém, ve kterém byli jedinci s postižením diagnostikováni pověřeným lékařem, nebyl zcela objektivní. Bylo běžné, že do zřízených speciálních škol byly zařazeny i ty děti, které nebyly postižené, nebo naopak byl dítěti diagnostikován jiný druh, nebo stupeň postižení. Neobjektivní přístup se objevil i v oblasti justice. Příkladem je hromadné zbavování svéprávnosti osob s mentálním postižením bez jakéhokoliv objektivního zkoumání jejich duševní kondice nebo rozumové schopnosti (Michalík, 2013).

Michalík (tamtéž) ale nachází i pozitiva tehdejší doby, které daný systém přinášel. Ve spoustě školských zařízení a i v zařízeních sociální péče vykonávala svoji činnost i řada vzdělaných pracovníků, kterým nebyl lhostejný osud osob jedinců s postižením, a kteří projevíli velkou snahu o zlepšení tehdejších podmínek vzdělávání a péče o jedince s postižením.

Pozitiva spatřuje i Opatřilová, Zámečnicková (2007) která období druhé poloviny dvacátého století uvádí jako období komplexní rehabilitační péče, ve kterém byly zřízeny ústavy sociální péče. Většina těchto ústavů byla určena především pro osoby s mentálním postižením, kde vzdělávání a rehabilitace víceméně neprobíhaly. Výjimkou byly ústavy zaměřené na vzdělávání a profesní přípravu osob s tělesným postižením.

Úloha rodičů dítěte s postižením byla v době komunismu potlačena. Rodiny a jejich zdravotně postižený člen byli od sebe odloučeni. Vzdělávání dětí ve speciálních školách bylo většinou internátní formou, tj. dítě bylo po dobu školního týdne na internátu a domů se vracelo na víkendové dny (Michalík, 2013). Titzl (2001) uvádí, že tyto děti strádaly tím, že byly odloučeny od svých rodičů, a také od svých nepostižených vrstevníků. Michalík (2013) uvádí, že děti s mentálním postižením a kombinovaným postižením byly segregovány od svých rodin důsledněji. Většinou byly tyto děti umístovány do ústavů sociální péče, ve kterých byl pobyt celoroční. Na umístění dítěte s postiženým do ústavního zařízení sociální péče čekaly rodiny i řadu let. Tato situace z důvodu kapacity vedla k vybudování velkokapacitních sociálních zařízení, ve kterých bydlelo tisíce jedinců s postižením. Tito jedinci svůj život prožili v nedůstojných podmínkách, ve kterých jim byla upírána základní lidská práva a základní životní potřeby. *„Lze bez nadsázky říct, že samotný pobyt a metody užívané v těchto typech ústavů vyvolávají podezření z páčání trestných činů vůči klientům“ ... „To vše se plně projevilo po roce 1990“* (tamtéž, s. 44).

Naopak Slowík (2016) popisuje období po druhé světové válce jako období preventivně – integračního přístupu. Podle něj v tomto období odborníci hledají nejvhodnější cesty, jak integrovat postižené jedince do většinové společnosti, což je v rozporu s Michalíkem (2013), který uvádí, že zejména jedinci s mentálním či kombinovaným postižením byli segregováni do velkokapacitních ústavů. Slowík (2016) také uvádí, že snaha integrovat osoby s postižením má své složité otázky, a to jak z hlediska nesouhlasu s interrupcemi, které měly sloužit jako prevence riziku narození dítěte s vrozenou vývojovou vadou nebo poruchou, ale také z hlediska toho, jak většinová společnost přijme jedince s postižením.

Titzl (2001) uvádí, že do poloviny šedesátých let minulého století byla společnost ovlivněna míněním tehdejší vlády, která se domnívala, že zvyšováním materiální a kulturní úrovně občanů v tehdejší socialistické společnosti zapříčiní to, že počet osob s postižením bude výrazně klesat. V roce 1966 vláda ČSSR tento pohled výrazně odmítla. Avšak až v roce 1977 byly schváleny koncepce ohledně péče o osoby s postižením v Československu. Koncepce se týkaly uceleného řízení a koordinace péče o děti a mládež s postižením, ale zároveň se týkaly i zásad péče společnosti o invalidní občany. V koncepci uceleného řízení a koordinace péče o děti a mládež s postižením byly stanoveny úkoly, které se týkaly resortu zdravotnictví, školství, práce a sociálních věcí. Počáteční bod pro realizaci řízení a koordinace péče o děti a mladistvé s postižením bylo týmové sledování programu péče o evidované děti a mladistvé s postižením. V oblasti poradenství byl kladen důraz na to, aby odborníci v této oblasti spolupracovali a svoji poradenskou činnost rozšířili i na děti a mladistvé s postižením. V resortu zdravotnictví měla být léčebně preventivní péče rozšířena na ambulantní pracoviště a v ústavech sociální péče bylo úkolem zlepšit léčebnou rehabilitaci. Změny měly přijít i v oblasti školství, kdy bylo schváleno, že děti do 5 let by neměly být situovány do internátních ústavů, jelikož umístění takto malého dítěte je značným zásahem do jeho života, především z důvodu, že dítě vyrůstá mimo rodinu. Dalším důležitým bodem, který obsahovala koncepce, bylo i to, že mělo nastat odstraňování technických bariér ve školách, které bránily dětem a mládeži s tělesným postižením. Resort práce a sociálních věcí měl za úkol vytvořit taková pracovní místa, na kterých by se uplatnily i osoby s těžkým a kombinovaným postižením. V koncepci, která obsahovala zásady péče společnosti o invalidní občany, „*se vyhláší, že cílem péče o invalidní občany je nejen vytváření podmínek pro jejich společenskou uplatnění, ale i uspokojování jejich specifických potřeb*“ (Titzl, 2001, s. 181). Především se jednalo o návaznost mezi léčebnou a pracovní rehabilitací, zajištění pomůcek, dát osobám s postižením možnost pracovního uplatnění nejen v chráněných dílnách, ale také v podnicích, kde by osoby s postižením byly mezi intaktními zaměstnanci. Titzl (tamtéž) spatřuje nedostatky v systémech koncepce péče o osoby s postižením, byť byly úkoly pro jednotlivé resorty v zájmu klienta. Jako nejfatálnější nedostatky nachází v nedostatku lůžek v ústavních zařízeních, a tím i stále navyšující se počet klientů, kterým nebyla z důvodu nepřijetí poskytnuta péče. Dále uvádí nedostatečné vzdělávání pracovníků, kteří se o klienty v ústavech starali. Nicméně se mírně zvýšil počet zaměstnaných osob s postižením. Vysokajová (2000) uvádí důležitý dokument, který byl vyhlášen Valným shromážděním OSN v roce 1975, a to Deklaraci práv zdravotně postižených osob.

Před pádem komunismu v Československu v roce 1984 byla kontrolními orgány provedena kontrola nad plněním důstojné, kvalitní péče o osoby s postižením. Kontrola se týkala především oblasti rehabilitace a oblasti zaměstnávání postižených osob. Při kontrole byly zjištěny závažné nedostatky v nefungujících rehabilitačních komisích. Okresní koordinační rehabilitační komise měly za úkol především dohlížet a ověřovat, zda léčebná a pracovní rehabilitace je naplňována v plném rozsahu. Kontrolní orgány zjistily velké nedostatky v samotné koordinační rehabilitační komisi, jelikož tyto komise buďto nebyly zřízeny vůbec, nebo nevykazovaly žádnou činnost (Titzl, 2001). *„Lze tedy zobecnit, že totalitní režim za celou dobu existence nedokázal pro zdravotně znevýhodněné občany snížit negativní důsledky jejich postižení, vyrovnat jim alespoň částečně příležitosti ke společenské a pracovní seberealizaci (Titzl, tamtéž, s. 184-185).*

Počátkem 21. století prochází školství a vzdělávání v České republice procesem transformace. Nejvýznamnější změnu nacházíme v souvislosti s integračními trendy ve vzdělávání dětí s postižením (Vítková, 2004). Integrací se v tomto smyslu rozumí začleňování dětí s postižením do běžných škol mezi intaktní žáky (Průcha, 2013). Michalík (2013) nachází negativa v oblasti školství, kde se setkáváme s problémy, jako je například neinformovanost rodičů ohledně školské integrace, malé zastoupení učitelů se speciálně pedagogickým vzděláním, nedostatek prostředků ke vzdělávání dítěte s postižením v běžných školách, apod.

Lechta (2010) uvádí, že o integraci se začíná ve větším měřítku hovořit již v 80. letech minulého století. V 90. letech 20. století a především na začátku 21. století přichází do společnosti nový pojem inkluze. Inkluzi Vítková (2015) definuje v souvislosti se vzděláním jako *„proces transformace vzdělávacích systémů usilujících o vytváření podmínek pro to, aby se mohli žáci bez ohledu na svůj původ či zdravotní stav vzdělávat společně v běžných školách“* *„...,zpřístupnění vzdělávání všem a vychází ze základu účelu vzdělávání a výchovy, kterým je participace na životě společnosti“* (tamtéž, s. 71). Východiska inkluzivních přístupů jsou často spojeny s Deklarací ze Salamanky. V roce 1994 se v právě zmíněné Salamance konala konference UNESCO, na které se zdůrazňovaly otázky ohledně vzdělávání dětí se zdravotním postižením. Především v souvislosti s tím, že vzdělávání dítěte s postižením v běžné škole nezávisí na potenciálu dítěte, nýbrž především na potenciálu dané školy z hlediska pedagogického, organizačního a kulturního (Lechta, 2010). V České republice je v březnu 2010 schválen Národní akční plán inkluzivního vzdělávání, který podporuje inkluzivní vzdělávání v českém vzdělávacím systému (Databáze strategií [online]). Podle Michalíka, Baslerové, Felcmanové a kol. (2015) byl sice Národní akční plán inkluzivního vzdělávání schválen vládou ČR, ale k jeho praktické realizaci, který by zaváděla do škol

inkluzivní vzdělávání, již nedošlo. Lechta (2012) uvádí, že problémem inkluzivní pedagogiky je vytvoření podmínek pro optimální vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami v běžných školách, především z hlediska ekonomického, ale také z hlediska nedostatečného počtu speciálních pedagogů v běžných školách, bez kterých inkluze realizovat nelze. Němec (2014) uvádí, že inkluzivní vzdělávání vyžaduje především týmovou spolupráci pedagogů, poradenských pracovníků, rodičů, vedení školy, státních orgánů, neziskových organizací, ale také i tvůrců legislativy ohledně inkluzivního vzdělávání. Důležitým prvkem v realizaci inkluze ve škole jsou asistenti pedagoga. Problémy spatřujeme v nedostatku kvalitních asistentů pedagoga s pedagogickým vzděláním a přebytku asistentů pedagoga s absolvovaným kvalifikačním kurzem asistenta pedagoga. Avšak ani asistent pedagoga s vysokoškolským vzděláním pedagogického oboru, nemusí být kvalitním a vhodným asistentem pedagoga v rámci inkluze.

V oblasti sociálních věcí v souvislosti s osobami se zdravotním postižením přichází zásadní krok v roce 2006, kdy vychází zákon č. 108/2006 Sb., zákon o sociálních službách, který „*upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči, ...*“ (Zákony pro lidi - Sběrka zákonů ČR v aktuálním konsolidovaném znění, 2019 [online]). V současné době, na rozdíl od všech předešlých etap, je sociální sféra dominantní úlohou státu. V pravěku byla důležitá role rodiny, od středověku především role církve a v novověku měla hlavní úlohu v sociální péči obec. Nelze však tvrdit, že role rodiny byla důležitá jen v období pravěku. Rodina je a vždy bude brána jako základ sociální péče. S dominantní úlohou státu v oblasti sociální péče se setkáváme také v době socialistického Československa, když stát přebírá roli rodiny v podobě jeslí, kojeneckých ústavů, dětských domovů nebo ústavů sociální péče, apod. S vývojem společnosti se vyvíjí i sociální politika, a s tím i právě uvedené role, které se postupně měnily (Kaczor, 2015).

S vývojem společnosti se vyvíjí i postoj intaktní společnosti k osobám se zdravotním postižením. Vznikají nové zařízení v oblasti sociálních služeb pro osoby s postižením. Nadále probíhají snahy o deinstitucionalizaci zařízení sociálních služeb, při které dochází k přechodu ústavní péče ve velkokapacitních zařízeních na péči o osoby se zdravotním postižením v komunitních sociálních službách (Průvodce - MPSV Portál [online]). Avšak i v dnešní době se setkáváme s předsudky v souvislosti s osobami se zdravotním postižením ze strany intaktní populace. Jako příklad můžeme uvést i situaci, ke které došlo v prosinci roku 2019 v Náměšti na Hané. Zde měl být podle plánu olomouckého hejtmanství vybudován domov pro osoby se zdravotním postižením, jako transformace velkokapacitního zařízení Nové Zámky. Čtvrtina

občanů obce podepsala petici proti vybudování domova. Jedním z důvodů vzniku petice bylo to, že někteří občané se domnívají, že plánovaná stavba by nezapadla do zástavby rodinných domů v obci. Dalším důvodem, a pro nás méně pochopitelným důvodem, bylo, že občanům vadí osoby se zdravotním postižením (iROZHLAS - spolehlivé a rychlé zprávy [online]). Avšak Náměšť na Hané není jedinou obcí, ve které obyvatelé odmítají výstavbu zařízení pro osoby s postižením. Takových případů nalezneme bohužel více. Jako další příklad můžeme uvést obec Svitávka na Blanensku, ve které měly být postaveny dvě budovy chráněného bydlení pro osoby s postižením. S výstavbou však místní obyvatelé nesouhlasily, taktéž jako v Náměšti na Hané, odmítaly soužití v jedné obci s osobami s postižením (Česká televize [online]).

V souvislosti s těmito uvedenými příklady, se domníváme, že i v dnešní společnosti stále přetrvávají tendence mít předsudky nebo diskriminovat osoby se zdravotním postižením. Ve výše uvedených názorných příkladech nacházíme diskriminaci v podobě upírání práv a příležitostí osobám s postižením. Jak intaktní jedinec, tak i osoba s postižením má právo na plnohodnotný život, který osoba s postižením prožije lépe v chráněném bydlení rodinného typu, nežli ve velkokapacitním zařízení. Domníváme se, že příčinou této diskriminace mohou být předsudky. V tomto případě může jít o předsudek ve formě toho, že intaktní osoby považují osoby s mentálním postižením za nebezpečné.

2.2 Diskriminace

Diskriminaci definujeme jako *„jednání včetně opomenutí, kdy se s jednou osobou zachází méně příznivě, než se zachází nebo zacházelo nebo by se zacházelo s jinou osobou ve srovnatelné situaci, a to z důvodu rasy, etnického původu, národnosti, pohlavní, sexuální orientace, věku, zdravotního postižení, náboženského vyznání, víry či světového zákona“* (Michalík, 2015). Takto je definována jedna z forem diskriminace – a to diskriminace přímá. Nepřímou diskriminaci můžeme definovat jako *„jednání, při němž se s někým zachází méně příznivě na základě kritéria, které je zdánlivě neutrální“* (Veřejný ochránce práv [online]).

V legislativě přichází prosazování práv občanů se zdravotním postižením spolu se zákonem č. 198/2009 Sb. – Zákon o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací a o změně některých zákonů, tzv. antidiskriminační zákon (Michalík, 2011).

Podle §1 antidiskriminačního zákona se vymezuje právo a rovné zacházení v oblastech:

a) práva na zaměstnání a přístupu k zaměstnání, včetně pomoci poskytované Úřadem práce České republiky,

b) přístupu k povolání, podnikání a jiné samostatné výdělečné činnosti, včetně začleňování do profesního života,

c) pracovních, služebních poměrů a jiné závislé činnosti, včetně odměňování,

d) členství a činnosti v odborových organizacích, radách zaměstnanců nebo organizacích zaměstnavatelů, včetně výhod, které tyto organizace svým členům poskytují,

e) členství a činnosti v profesních komorách, včetně výhod, které tyto veřejnoprávní korporace svým členům poskytují,

f) sociálního zabezpečení,

g) přiznání a poskytování sociálních výhod,

h) přístupu ke zdravotní péči a jejího poskytování,

i) přístupu ke vzdělání a jeho poskytování, včetně odborné přípravy,

j) přístupu ke zboží a službám, včetně bydlení, pokud jsou nabízeny veřejnosti nebo při jejich poskytování (Zákony pro lidi [online]).

Tématem diskriminace osob se zdravotním postižením se dlouhodobě zabývá i Národní rada osob se zdravotním postižením ČR (dále jen NRZP). NRZP je nezisková organizace, která se zabývá integrací osob se zdravotním postižením do společnosti a obhajuje práva osob se zdravotním postižením. Na podporu práv osob se zdravotním postižením ČR realizovala NZRP projekt s názvem „Rovná práva pro všechny“. Hlavní cíle tohoto projektu:

- Poukázat na používání stereotypů vůči osobám se zdravotním postižením, neadekvátní terminologie používané vůči osobám se zdravotním postižením na všech úrovních, které jsou hluboce zakořeněné ve společnosti;
- Informovat o skutečných problémech osob se zdravotním postižením mezi experty a širokou veřejností;
- Upozornit na případy vícenásobné diskriminace – např. žen se zdravotním postižením;
- Upozornit na chybějící předpisy, které by odpovídajícím způsobem prováděly přijatou legislativu v praxi;
- Rozšířit povědomí o vlastních právech a jejich praktickém uplatňování ze strany osob se zdravotním postižením;
- Podpořit bezplatné poradenství v oblasti uplatňování lidských práv lidí se zdravotním postižením, včetně zřízení specializované poradny pro tuto oblast;
- Zvýšit povědomí o vlastních právech a jejich praktickém uplatňování ze strany osob se zdravotním postižením (Národní rada osob se zdravotním postižením ČR | pomáháme druhým [online]).

Goffman (2003, s. 140) uvádí příklad diskriminace „vybavuji si muže ve venkovní restauraci v Oslu. Byl velmi silně postižený a opustil své kolečkové křeslo, aby mohl vystoupat na poměrně příkré schodiště nahoru na terasu s jídelními stoly. Protože nohy mu nebyly k ničemu, musel lézt po kolenou, a jak začal tímhle neobvyklým způsobem šplhat nahoru po schodech, rozběhli se k němu číšníci, ne však proto, aby mu pomohli, ale aby mu řekli, že tu nemohou obsloužit člověka, jako je on, neboť lidé se sem přicházejí bavit a ne upadat do deprese při pohledu na mrzáky“.

2.3 Předsudky

Předsudek definujeme jako „uzavřený postoj k čemukoliv, např. k vlastní životní situaci, události, skupině lidí; nezávisí na okamžité situaci, neopírá se o porozumění a podložená tvrzení, má pejorativní konotaci, v běžném prostředí jde často o tzv. nálepkování“ (Polínek, Hutýrová, 2015, s. 161).

Novosad (2011) rozděluje předsudky o lidech s postižením takto:

- Paternalistické a podceňující předsudky
- Odmítavé a degradující předsudky
- Protektivně – paušalizující předsudky
- Idealizující (heroizující) předsudky

2.3.1 Paternalistické a podceňující předsudky

Tento typ předsudku k osobám se zdravotním postižením charakterizuje Novosad (2011) jako přístup, kdy intaktní jedinci hodnotí potřeby, možnosti, přání a city osob s postižením a zároveň rozhodují o tom, co osoba s postižením může nebo nemůže, co dokáže nebo nedokáže, bez ohledu na jejich opravdové schopnosti.

2.3.2 Odmítavé a degradující předsudky

Osoby s postižením jsou podle tohoto předsudku brány jako neužitečné, pro společnost nepoužitelné až parazitující. Intaktní jedinci se domnívají, že osoby s postižením si za své postižení mohou zcela samy – například následkem úrazu, jedince s tělesným postižením se nechtěl léčit nebo zbytečně riskoval při sportu. Typickým projevem je tzv. bagatelizace (zlehčování, znevažování, podněcování) v případě, pokud jedinec s tělesným postižením něčeho dosáhl, čeho mnohokrát nedosáhnou ani intaktní lidé – například vystudování vysoké školy, dobrá pracovní pozice či jiný úspěch. To se poté projevuje kritikou akademických titulů nebo odborné způsobilosti. Intaktní lidé mohou také mít tendence usuzovat, že jedinec

s postižením nemůže být zaměstnán na vyšších pozicích, než na pozici pomocné síly (Novosad, 2011).

2.3.3 Protektivně – paušalizující předsudky

Tento typ předsudků se projevuje tvrzením, že jedinci s postižením mají spoustu neoprávněných nebo nezasloužených výhod (Novosad, 2011). *„Veřejnost není objektivně informována o tom, že tyto výhody ve formě služeb, dávek či příspěvků jsou nenárokové a jejich přiznání často představuje nedůstojný byrokratický a (pseudo)medicínský rituál. Klasickým příkladem dráždicím veřejnost jsou průkazy mimořádných výhod (TP, ZTP, ZTP/P) a na ně vázaná podpůrná opatření (označení 01, vyhrazená parkovací místa k parkování, nezaplatněné dálnice, apod.). Vytváří to dojem benefitů pro postižené, což neodpovídá realitě, protože ve skutečnosti jde o dílčí kompenzaci jak postižení, tak snížené výdělečné možnosti“* (tamtéž, s. 80).

Naopak Krhutová (2011) charakterizuje protektivní předsudky, též je nazývá jako ochranné předsudky, které jsou založeny na víře, že postižení jedinci jsou opuštěni a neobejdou se bez pomoci intaktní společnosti.

2.3.4 Idealizující (heroizující) předsudky

Tyto předsudky jsou charakterizovány tím, že osoba s tělesným, nebo s jakýmkoliv jiným, postižením je hrdina a obdivuhodná bytost.

Krhutová (2011) tento typ předsudku rozděluje do dvou rozlišných kategorií – předsudky idealizující, které vysvětluje na příkladu zrakového postižení jako *„příroda nevidomým chybějící zrak vynahradila zbystřením ostatních smyslů: jsou mravně lepší než vidoucí (žijí vnitřním, duchovním životem, utrpení je zušlechťuje apod.“* a heroizující předsudky, které charakterizuje výroky *„všechno bravurně zvládá, nepotřebuje žádnou pomoc; ...nikdy by nedokázal, to co on“* (Krhutová, tamtéž, s. 48).

VÝZKUMNÁ ČÁST

3 Výzkumná část

3.1 Výzkumný problém

Výzkumným problémem je, jak společnost vnímá osoby s tělesným postižením. Výzkumem chceme zjistit, zda respondenti vědí, jaké osoby spadají do skupiny osob s tělesným postižením, zda vnímají výhody pro osoby s tělesným postižením za spravedlivé vůči intaktní společnosti, zda vnímají podporu od státu za dostačující či nikoliv, popřípadě jaké nedostatky vidí v podpoře od státu a jak se cítí při setkání s osobou s tělesným postižením. Považujeme za důležité tuto problematiku stále zkoumat, jelikož se společnost stále vyvíjí a je přínosné znát, zda se vnímání společnosti k osobám s tělesným postižením mění, zda je větší informovanost veřejnosti o problematice osob s tělesným postižením, nebo naopak zda společnost je stále málo informována a zda stále přetrvávají tendence považovat osoby s tělesným postižením za osoby, nad kterými je třeba projevovat lítost.

3.2 Metoda sběru dat

Zvolenou metodou sběru dat je dotazník, vytvořený autorkou závěrečné práce. Dotazník obsahuje 9 položek, z toho 7 položek je strukturovaných a 2 položky jsou nestrukturované. Dotazník byl vytvořen online pomocí Google formuláře a poté vložen na sociální síť Facebook, byl vložen do čtyř sociálních skupin – první skupinou byli studenti Pedagogické Univerzity Palackého v Olomouci, druhou skupinou byli speciální pedagogové, třetí skupinou byli obyvatelé obce Dlouhá Loučka a poslední skupinou byli obyvatelé vedlejšího města Uničov. Záměrně byl dán dotazník jak laické společnosti, tak i odborné veřejnosti, u které je předpoklad, že se problematikou ohledně osob s tělesným postižením zabývají. Dále byl dotazník sdílen i jednotlivými osobami na jejich facebookový profil. Výzkum probíhal v měsíci prosinec 2019 a v měsíci leden 2020. Dotazník byl zcela anonymní.

3.3 Stanovení cíle, výzkumných otázek

Hlavním cílem práce je zjistit, jak představitelé intaktní společnosti vnímají osoby s tělesným postižením.

Dílčí cíle jsou:

- 1) Zjistit, jak představitelé intaktní společnosti chápou pojem tělesné postižení.

- 2) Zjistit, zda představitelé intaktní společnosti souhlasí výhodami pro osoby s tělesným postižením (např. bezbariérovost, vyhrazená parkovací místa, slevy na jízdě apod.).
- 3) Zjistit, jak představitelé intaktní společnosti vnímají podporu od státu pro osoby s tělesným postižením (příspěvek na péči, invalidní důchod, chráněná pracovní místa, příspěvek na pomůcky, sociální služby – asistence, apod.)
- 4) Zjistit, jaké pocity vyvolá v představitelích intaktní společnosti setkání s osobami s tělesným postižením.

Výzkumné otázky

Hlavní výzkumná otázka:

Jak vnímají představitelé intaktní společnosti osoby s tělesným postižením?

Dílčí výzkumné otázky:

- 1) Co si představitelé intaktní společnosti představí pod pojmem „tělesné postižení“?
- 2) Souhlasí představitelé intaktní společnosti s výhodami pro tělesně postižené (např. bezbariérovost, vyhrazená parkovací místa, slevy na jízdě, apod.)?
- 3) Jaké vidí představitelé intaktní společnosti nedostatky v poskytování podpory od státu osobám s tělesným postižením?
- 4) Jaké pocity vyvolává u představitelů intaktní společnosti setkání s osobou s tělesným postižením?

Výzkumný soubor

Zamýšlenou cílovou skupinou byli intaktní respondenti různého věku, vzdělání a pohlaví, kteří byli vybráni na sociální síti, kam byl dotazník vložen. Celkem byly osloveny čtyři sociální skupiny – první skupinou byla skupina studentů Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci, ve které je 4 299 členů, druhou skupinou byla skupina speciálních pedagogů, ve které je 2 161 členů, třetí skupinou byli obyvatelé vesnice Dlouhá Loučka, kde je 673 členů, a poslední skupinou byli obyvatelé města Uničova, kde je 12 576 členů. Dohromady v těchto skupinách bylo osloveno 19 709 osob. U konečného čísla je třeba brát v úvahu i to, že například někteří lidé jsou členy více těchto uvedených skupin. U sdílení jednotlivých osob na své profily nelze říci, kolik osob bylo tedy celkem osloveno, protože neznáme počet osob, které dotazník přidaly na svůj profil. Základním souborem byla populace intaktních osob v České republice. Celkem dotazník vyplnilo 180 respondentů různého pohlaví, věku a vzdělání.

Se získanými daty budeme dále pracovat pomocí grafů a tabulek, do kterých zaznačíme četnost jednotlivých odpovědí na danou otázku, která byla položena v dotazníku. Následně popisně vyhodnotíme hlavní výzkumnou otázku a dílčí výzkumné otázky, které jsme si stanovili na začátku výzkumu.

3.4 Analýza výsledků dotazníkového šetření

3.4.1 Vyhodnocení položek v dotazníku

Jste muž/žena?

Žena	157 respondentů (87,2%)
Muž	23 respondentů (12,8%)

Tabulka č. 1: Pohlaví

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 157 žen a 23 mužů.

Jaký je Váš věk?

Do 20 let	8 respondentů (4,4%)
20-30 let	80 respondentů (44,4%)
30-40 let	45 respondentů (25%)
40-50 let	31 respondentů (17,2%)
50-60 let	11 respondentů (6,1%)
60 a více let	5 respondentů (2,8%)

Tabulka č. 2: Věk

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 8 respondentů do 20 let, 80 respondentů ve věku 20-30 let, 45 respondentů ve věku 30-40 let, 31 respondentů ve věku 40-50 let, 11 respondentů ve věku 50-60 let a 5 respondentů ve věku 60 a více let.

Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Základní vzdělání	6 respondentů (3,3%)
Střední vzdělání bez maturity	22 respondentů (12,2%)
Střední vzdělávání s maturitou	74 respondentů (41,1%)
Vyšší odborné vzdělání	8 respondentů (4,4%)
Vysokoškolské vzdělání	70 respondentů (38,9%)

Tabulka č. 3: Dosažené vzdělání

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 6 respondentů se základním vzděláním, 22 respondentů se středním vzděláním bez maturity, 74 respondentů se středním vzděláním s maturitou, 8 respondentů s vyšším odborným vzděláním a 70 respondentů s vysokoškolským vzděláním.

Kdo je podle Vás osoba s tělesným postižením?

Jednalo se o otevřenou položku dotazníku, ve které respondenti odpovídali vlastními slovy na otázku, kdo je osoba s tělesným postižením. V seznamu odpovědí respondentů nacházíme responze, že osoba s tělesným postižením je osoba na ortopedickém vozíku; osoba s omezenou hybností; osoba s amputací nohy; osoba, která není schopna vykonávat pohyb; osoba s tělesným handicapem, který jí znemožňuje plnohodnotné uplatnění ve společnosti; osoba, která je upoutána na lůžko; osoba, která je neschopna samostatného pohybu, je nesvéprávná; osoba s poruchou mobility. Ve výčtu odpovědí se setkáme i s tvrzením, že osoba s tělesným postižením je osoba, která má mentální, sluchové, zrakové postižení. Ze 180 respondentů dotazníkového šetření odpověděli celkem čtyři respondenti, že osoba s tělesným postižením je i osoba s mentálním postižením. Čtyři respondenti odpověděli, že osoba s tělesným postižením je osoba i se sluchovým postižením. Sedm respondentů považuje za osoby s tělesným postižením osoby nevidomé. Dále jeden respondent odpověděl, že tělesně postižený má problémy i ve vnímání, řeči a sluchu.

Vyhodnocení otevřené položky:

K systematickému vyhodnocení byly na základě odpovědí vytvořeny kategorie, celkem je vytvořeno pět kategorií, a to – osoba s mentálním či smyslovým postižením; osoba s omezenou hybností; vozičkář; osoba s amputací končetin/y; osoba, která není schopna se o sebe sama postarat, vykonávat běžné činnosti, vyžadující pomoc od druhých lidí. U každé kategorie je uveden počet respondentů a autentické příklady odpovědí respondentů. Vzhledem k tomu, že někteří respondenti uváděli i více charakteristik, podle kterých byly vytvořeny

kategorie, celkový počet odpovědí je vyšší, než celkový počet respondentů. Celkový počet odpovědí je 216.

KATEGORIE	POČET RESPONDENTŮ	PŘÍKLAD ODPOVĚDÍ
Osoba s mentálním či smyslovým postižením	16	<i>Osoba s mentálním postižením, osoba, která například není schopna se o sebe sama postarat. Jakákoliv osoba se sluchovým, zrakovým postižením.</i>
Osoba s omezenou hybností	65	<i>Osoba, která má omezené pohybové schopnosti. Ty také ovlivňují sociální, kognitivní a emoční výkony. Osoba s omezenou hybností či mobility. Osoba, která má narušený pohybový aparát.</i>
Vozíčkář	82	<i>Osoba na invalidním vozíku. Osoby bez nohou na vozíčku.</i>
Osoba s amputací končetin/y	15	<i>Osoba, která má nějaký fyzický hendikep např. nefunkční končetiny, chybějící končetiny. Člověk, mající postižení pohybového ústrojí, např. amputace části končetiny, člověk po mrtvici, apod.</i>
Osoba, která není schopna se o sebe sama postarat, vykonávat běžné činnosti, vyžadující pomoc od druhých lidí	38	<i>Osoba, závislá na péči jiné osoby. Osoba, která se o sebe nedokáže sama postarat.</i>

Tabulka č. 4: Kdo je osoba s tělesným postižením

Setkal/a jste se někdy blíže, nebo jste stále v kontaktu s osobou s tělesným postižením?

Ano, zřídka	84 respondentů (46,7%)
Ano, často	85 respondentů (47,2%)
Ne	11 respondentů (6,1%)

Tabulka č. 5: Setkání s osobou s tělesným postižením

Celkem 84 respondentů odpovědělo, že se zřídka setkali s osobou s tělesným postižením. 85 respondentů odpovědělo, že se často setkali, nebo stále setkávají s osobou s tělesným postižením. 11 respondentů odpovědělo, že se s osobou s tělesným postižením nikdy nesetkali.

Jak vnímáte výhody pro osoby s tělesným postižením? (bezbariérové přístupy, vyhrazená parkovací místa, slevy popřípadě volné vstupy na kulturní a společenské akce, slevy na jízděném, apod.)

Souhlasím s tím, nevadí mi to	168 (97,67%)
Nesouhlasím s tím, vadí mi to	1 (0,58%)
Nezajímám se o to, nikdy jsem o tom nepřemýšlel/a	3 (1,74%)

Tabulka č. 6: Výhody pro osoby s TP

Respondenti měli vybrat odpověď z uvedených možností, ale mohli se i sami vyjádřit. Na tuto otázku pomocí uzavřených odpovědí odpovědělo 172 respondentů, 2 respondenti ze 172 respondentů využili i možnosti vlastního vyjádření pomocí otevřené odpovědi. Zbylých 8 respondentů využilo pouze otevřenou odpověď, proto se nám celkové množství uzavřených odpovědí liší oproti celkovému počtu zúčastněných respondentů.

Autentické odpovědi respondentů:

1. *Jen mi vadí, že je po městech příliš mnoho nevyužitých parkovacích míst.*
2. *Občas mi přijde, že na některých místech je vyhrazených parkovacích míst zbytečně moc na úkor rodin s kočárky.*
3. *Souhlasím tím, ale jen v některých výhodách.*
4. *Souhlasím, ale někdy mě mrzí, že já svým dětem nemohu tohle všechno dopřát taky.*
5. *Vyhrazené parkování chápu, avšak to naštvě, protože je často prázdné. Jinak ostatní přístupy do budov a chodníky jsou fajn, protože to usnadní přístup i běžnému člověku.*
6. *Protože se mně to týká osobně, některé "výhody" jsou nespravedlivé.*

7. *Je jich nedostatek.*
8. *Je to pochopitelné potřebné a považuji to za velmi důležité, avšak právě parkovacích míst vyhrazených pro osoby s ZTP je někdy zbytečně moc.*
9. *Souhlasím s výhodami pro ZTP, pokud neomezují majoritní "zdravou" společnost.*
10. *Souhlasím s tím a podporuji to jako věc potřebnou a nezbytně nutnou.*

Ve valném množství (97,67%) zúčastněných respondentů nacházíme, že respondenti souhlasí s výhodami pro osoby s tělesným postižením. Respondenti považují výhody za nezbytně nutné a potřebné pro minoritu tělesně postižených, avšak pomocí autentických odpovědí respondentů nacházíme responze, že je mnoho parkovacích míst pro osoby s tělesným postižením. Dále jeden respondent odpověděl, že souhlasí s výhodami, ale pokud neomezují majoritní intaktní společnost.

Jak vnímáte podporu státu pro osoby s tělesným postižením? (příspěvek na péči, invalidní důchod, chráněná pracovní místa, příspěvky na pomůcky, sociální služby - asistence, apod.)

Podpora je dostačující	30 respondentů (16,7%)
Podpora není dostačující	122 respondentů (67,8%)
Nezajímám se to, nikdy jsem o tom nepřemýšlel/a	28 respondentů (15,6%)

Tabulka č. 7: Podpora státu

Celkem 30 respondentů odpovědělo, že podpora od státu pro osoby se zdravotní postižením je dostačující. Větší množství respondentů, a to 112 odpovědělo, že podpora není dostačující a 28 respondentů uvedlo, že se o tuto problematiku nezajímá nebo o tom nikdy nepřemýšleli.

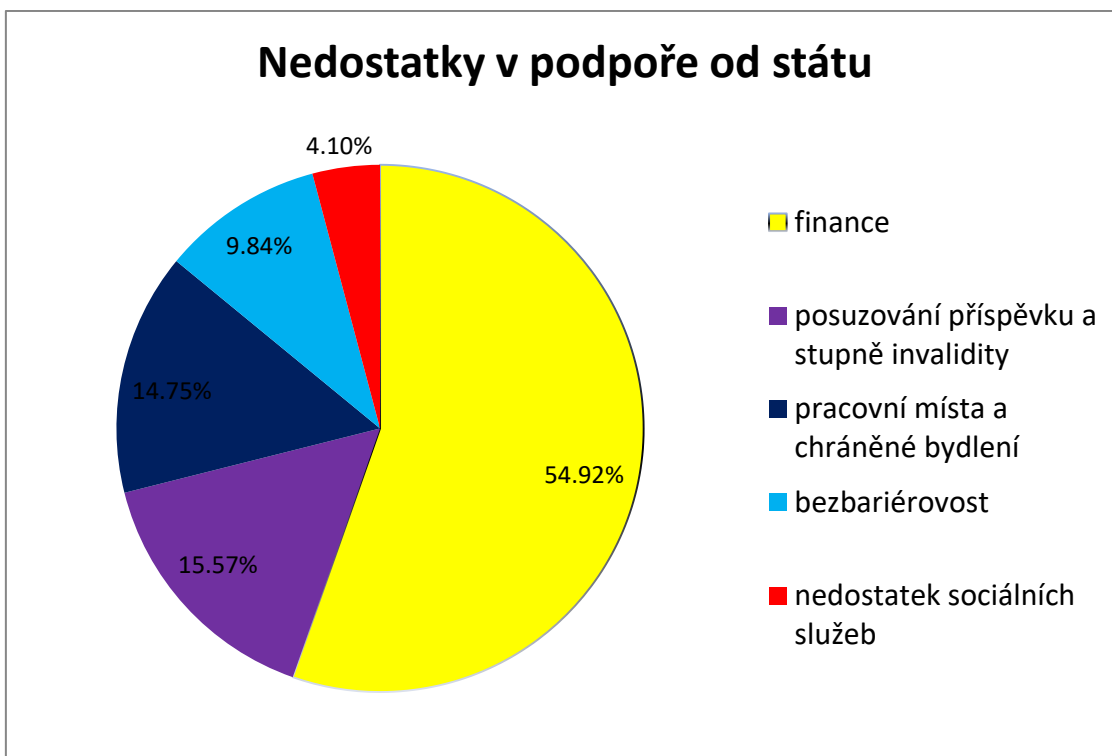
Ti respondenti, kteří uvedli, že podpora není dostačující (122 respondentů) mohli dále uvést svými slovy pomocí otevřené otázky, v čem je podpora nedostačující. Souhrnně jsme jednotlivé odpovědi rozdělili do pěti kategorií, které jsou znázorněny v grafu. (Viz graf č. 1: Podpora státu).

Kategorie odpovědí k otázce, v čem je podpora nedostačující:

- Finance
- Posuzování příspěvků a posouzení stupně invalidity
- Pracovní místa pro osoby se zdravotním postižením a chráněné bydlení
- Bezbariérovost

- Nedostatek sociálních služeb

Nejvyšší počet odpovědí zaznamenáváme ohledně financí (54,92%). Dále respondenti uvedli nedostatky v posuzování příspěvku na péči a posuzování stupně invalidity (15,57%). O necelé 1% méně uvedli respondenti další nedostatek v podpoře od státu, a to nedostatek pracovních míst pro osoby se zdravotním postižením a chráněných bydlení (14,75%). Další kategorií je problematika bezbariérovosti, kterou respondenti uváděli jako nedostatek (9,84%). Nejméně čtenou kategorií je nedostatek sociálních služeb (4,10%).



Graf č. 1: Podpora státu

Jaké máte pocity při setkání s osobou s tělesným postižením? Můžete vybrat více možností.

Empatie	103 respondentů
Lítost	53 respondentů
Lhostejnost	3 respondenti
Potřeba pomoci	112 respondentů
Odmítavý přístup	2 respondenti
Smutek	28 respondentů
Soucit	74 respondentů
Nepříjemné pocity	20 respondentů

Tabulka č. 8: Pocity

V této otázce mohli respondenti vybírat více možností, které jim byly nabídnuty nebo využít vlastního vyjádření. Díky tomu, že respondenti mohli vybírat neomezený počet pocitů, je celkový počet odpovědí vyšší jak 180, a to celkem 413 odpovědí.

Autentické odpovědi respondentů:

1. *Snaha přistupovat k němu "normálně" v rámci jeho postižení.*
2. *Obdiv co všechno i přes svůj hendikep dokáže.*
3. *Vnímám ji, jako každou jinou osobu bez postižení, hodnotím ji na základě komunikace s ní, nikoliv na základě jejího handicapu.*
4. *Nevím, jak se mám chovat při setkání s osobou s tělesným postižením.*
5. *Emoce odpovídají stejnému spektru jako při kontaktu s kýmkoli. Záleží na situaci.*
6. *Beru to běžně, tělesně postižena je moje babička, švagr, pracuji v MŠ, kde se s dětmi tělesně postiženými setkávám.*
7. *Nevadí mi. Lidi by se neměli dívat přes prsty na ty, kteří jsou jiní.*
8. *Normální jako s každým jiným.*
9. *Stejně jako u osoby bez postižení.*
10. *Normální, je to normální člověk.*
11. *Asi ani jeden z pocitů, беру to jako normální věc.*
12. *Beru setkání jako přirozené a nemám s tím problém. Člověka nesoudím.*
13. *Nemám žádné zvláštní pocity.*
14. *Vnímám ho jako každou jinou osobu.*
15. *Beru to jako setkání se zdravým člověkem*
16. *Nemám žádné výjimečné pocity.*

17. *Normální, jako při setkání s každým člověkem.*

3.4.2 Vyhodnocení výzkumných otázek

Dílčí výzkumná otázka č. 1

„Co si představitelé intaktní majoritní společnosti představí pod pojmem tělesné postižení?“

Z výsledku výzkumu vyplynulo, že většina respondentů přesně neví, kdo je to osoba s tělesným postižením. Nejčastější odpovědí bylo, že osoba s tělesným postižením je osoba na ortopedickém vozíku. Dále respondenti odpovídali, že osoba s tělesným postižením, je taková osoba, která je buďto na vozíčku, nebo je slepá, hluchá. V menším množství odpovědí (30,09%) najdeme tvrzení, u kterých lze předpokládat, že respondenti ví, kdo je to osoba s tělesným postižením, jelikož odpovídali, že je to osoba s omezenou hybností, poruchou nosného aparátu, apod. Vyvozujeme tedy, že respondenti nejsou zcela obeznámeni s tím, kdo je osoba s tělesným postižením, jelikož nejvíce z nich (85 respondentů) se domnívá, že je to osoba na ortopedickém vozíku.

Představitelé intaktní společnosti si pod pojmem tělesné postižením představí zejména osobu na vozíčku.

Dílčí výzkumná otázka č. 2

„Souhlasí představitelé intaktní společnosti s výhodami pro tělesně postižené?“

Představitelé majoritní intaktní společnosti, kteří se zúčastnili výzkumu, ve valném množství (97,67%) souhlasí s výhodami pro osoby s tělesným postižením. Avšak čtyři respondenti odpověděli, že s výhodami nesouhlasí, především z důvodu, že jsou přesvědčeni, že parkovacích míst pro tělesně postižené je příliš mnoho a kvůli nim, nemají kde zaparkovat.

Dílčí výzkumná otázka č. 3

„Jaké vidí představitelé intaktní společnosti nedostatky v poskytování podpory od státu osobám s tělesným postižením?“

Otázka v dotazníkovém šetření, ze které vychází výzkumná otázka č. 3, jak představitelé intaktní společnosti vnímají podporu od státu pro osoby s tělesným postižením, byla pro respondenty určena jako otevřená položka v dotazníku a odpovídali na ni jen ti respondenti, kteří v předchozí otázce dotazníkového šetření uvedli, že podpora od státu není dostačující. Na tuto otázku odpovídalo 122 respondentů. Největší problém nachází respondenti ve financích (celkem 54,92% respondentů). Dle respondentů je malá výše příspěvku na péči, rodiny s tělesně postiženým členem nemají dostatek financí na zajištění

kompenzačních pomůcek, na osobního asistenta nebo na pokrytí služeb center, stacionářů apod. Respondenti dále vidí velké problémy s posouzením příspěvku na péči a s posouzením stupně invalidity (celkem 15,57% respondentů). V dotazníkovém šetření se můžeme setkat i s názorem, že jsou invalidní důchody a příspěvky na péči uznávány lidem, kteří takovou podporu státu natolik nepotřebují, jako osoby s tělesným postižením. Dále respondenti vidí velké omezení na trhu práce, ve kterém není dostatek pracovních míst pro osoby se zdravotním postižením, dále také nachází velký nedostatek chráněného bydlení (celkem 14,75% respondentů). Respondenti, kteří se zúčastnili dotazníkového šetření, dále nachází velké problémy ohledně bezbariérovosti. Domnívají se, že vstupy do kulturních zařízení, do obchodů, chodníky apod. nejsou zcela uzpůsobeny tak, aby byly vyhovující především pro osoby na invalidním vozíku (celkem 9,84% respondentů). Dalším nedostatkem v podpoře státu podle respondentů, kteří se zúčastnili dotazníkového šetření, je nedostatek sociálních služeb a málo kvalifikovaných sociálních pracovníků v zařízeních (celkem 4,10% respondentů).

Představitelé intaktní společnosti vidí nedostatky v poskytování podpory od státu zejména v nedostatečném financování, neadekvátním posuzování invalidity a závislosti na péči, nedostatku pracovních míst a chráněných bydlení pro osoby se zdravotním postižením.

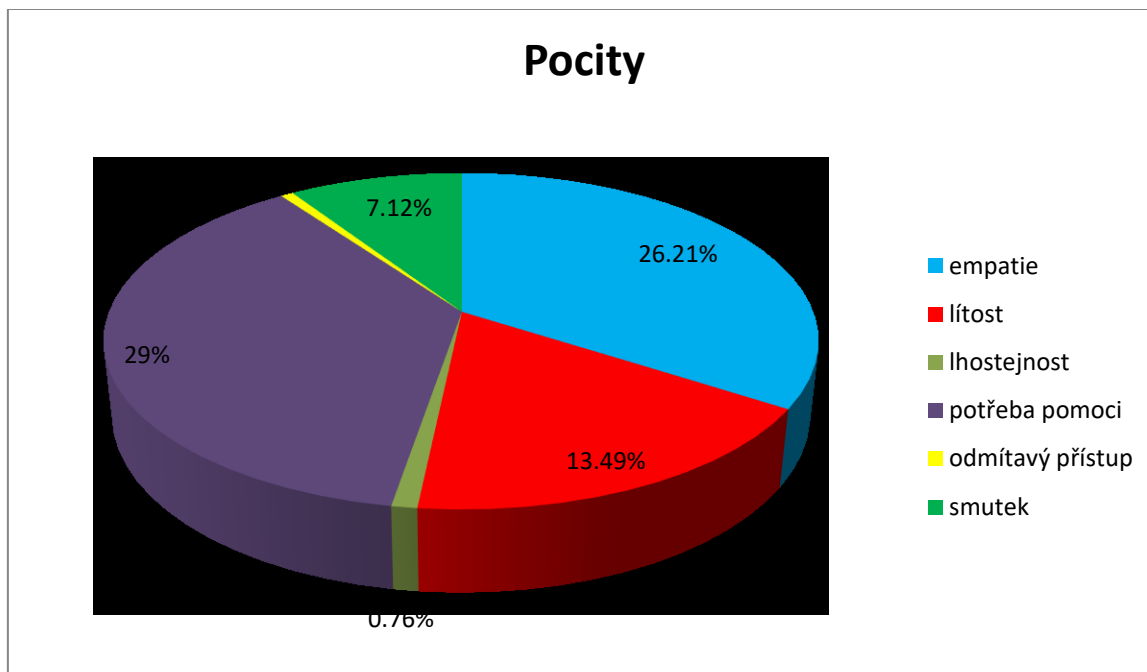
Dílčí výzkumná otázka č. 4

„Jaké pocity vyvolává u představitelů intaktní společnosti setkání s osobou s tělesným postižením?“

Ve výběrové položce dotazníkového šetření, jaké pocity u respondentů vyvolává setkání s osobou s tělesným postižením, měli respondenti možnost zaznačit více odpovědí, které jim byly nabídnuty, a také měli možnost vlastního vyjádření, proto se celkový počet daných odpovědí výrazně liší od celkového počtu zúčastněných respondentů dotazníkového šetření. Celkem zaznačených odpovědí bylo 413, z toho 396 odpovědí bylo zaznačených v předem nabídnutých možnostech a 17 respondentů využilo možnosti vlastního vyjádření.

Nejvíce respondentů (113) označilo, že setkání s osobou s tělesným postižením u nich vyvolává potřebu pomoci. 103 respondentů odpovědělo, že se vcití do osob s tělesným postižením pomocí schopnosti empatie. 74 respondentů soucítí s osobami s tělesným postižením. 53 respondentů cítí lítost při setkání s osobou s tělesným postižením. 28 respondentů projevují pocity smutku, když se setkají s osobou s tělesným postižením. Nepříjemné pocity uvedlo 20 respondentů. Lhostejnost vůči osobám s tělesným postižením

pocitují 3 respondenti. Odmítavý přístup mají k osobám s tělesným postižením 2 respondenti. Možnost vlastního vyjádření využilo celkem 17 respondentů, kteří uvedli, že nepocitují zvláštní pocity, vnímají osobu s tělesným postižením jako osobu intaktní. Jeden respondent odpověděl, že neví, jak se má chovat při setkání k osobě s tělesným postižením.



Graf č. 2: Pocity

Na tuto výzkumnou otázku se nedá odpovědět jednoznačně, ale dle našeho vnímání převažují u respondentů negativní pocity.

Hlavní výzkumná otázka

„Jak vnímají představitelé intaktní společnosti osoby s tělesným postižením?“

Po vyhodnocení dílčích výzkumných otázek lze vyhodnotit hlavní výzkumnou otázku. Lze říci, že respondenti výzkumného šetření jako představitelé intaktní společnosti vnímají osoby s tělesným postižením spíše negativně z důvodu toho, jaké pocity respondenti pocitují. Nejvíce mají respondenti potřebu pomoci, kterou v kontextu dotazníkového šetření považujeme spíše za negativní vnímání. V autentických odpovědích respondentů, které jsou uvedeny pod tabulkou č. 8, najdeme i responze, že respondenti nepocitují zvláštní pocity a považují osobu s tělesným postižením jako zdravého člověka. Pozitivní vnímání můžeme konstatovat v kontextu toho, zda respondenti souhlasí nebo nesouhlasí s výhodami pro osoby s tělesným postižením, kde respondenti ve velké míře (97,67%) uvedli, že s výhodami souhlasí. Respondenti jako představitelé intaktní společnosti si uvědomují, že osobám s tělesným postižením není poskytnuta plnohodnotná podpora od státu, největší problém

nachází v nedostatku financí jak příspěvku na péči, na pořízení kompenzačních pomůcek, či zajištění sociálních služeb.

Závěrem lze říci, že **vnímání respondentů k osobám s tělesným postižením**, i přesto, že někteří respondenti netuší, kdo je to osoba s tělesným postižením, jelikož buď takovou osobu považují jen jako osobu na ortopedickém vozíku, nebo zaměňují tělesné postižení s jiným druhem postižením, **můžeme přirovnat k podceňujícímu předsudku, který Novosad (2011) charakterizuje jako předpoklad, že společnost považuje osoby s tělesným postižením jako jedince, kteří si zaslouží slova politování a ochranný postoj intaktních jedinců. Typickým projevem je tedy ochranný, pečující a charitativní přístup.**

3.5 Diskuze

V rámci diskuze se zaměříme na získané výsledky z dotazníkového šetření. Jako první se v diskuzi budeme zabývat první dílčí výzkumnou otázkou, která byla mířena na to, kdo je podle zúčastněných respondentů osoba s tělesným postižením. Celkem 82 respondentů se domnívá, že osoba s tělesným postižením je osoba na ortopedickém vozíku. Je zajímavé, že hodně respondentů (82 respondentů) neví, kdo je osoba s tělesným postižením, i když jich velký počet (85 respondentů) udává, že jsou s lidmi s tělesným postižením často v kontaktu. Z 85 respondentů, kteří uvedli, že jsou často v kontaktu s osobou s tělesným postižením, uvedlo 34 respondentů, že osoba s tělesným postižením je osoba na ortopedickém vozíku, 11 respondentů uvedlo, že se jedná o osobu s mentálním nebo smyslovým postižením, 39 respondentů uvedlo, že osoba s tělesným postižením je osoba s omezením pohybu, poruchou hybnosti, osoba s amputací nebo malformací, 3 respondenti odpověděli, že se jedná o osobu, která je odkázána na pomoc druhých lidí. Celkový počet odpovědí (87) se liší od celkového počtu respondentů (85), jelikož 1 respondent odpověděl, že se jedná o osobu na ortopedickém vozíku se smyslovým či mentálním postižením. Z toho zjištění lze říci, že 39 respondentů z 85, kteří uvedli, že jsou často v kontaktu s osobou s tělesným postižením, ví kdo je to osoba s tělesným postižením. Domníváme se, že vnímání osob s tělesným postižením pouze jako osob užívajících ortopedický vozík může souviset s malou informovaností o dané problematice. Z tohoto zjištění, že zúčastnění respondenti, kteří odpovídali v dotazníkovém šetření, že osoba s tělesným postižením je osoba užívající ortopedický vozík, je třeba uvést možné riziko, že tito respondenti v dalších otázkách (podpora státu pro osoby s tělesným postižením, výhody pro osoby s tělesným postižením, pocity při setkání s osobou s tělesným

postižením) v dotazníkovém šetření odpovídali pouze z pohledu toho, že považují osobu s tělesným postižením pouze jako osobu užívající ortopedický vozík, tudíž výsledky jejich responzí nelze považovat za reprezentativní a zobecněné na celou skupinu osob s tělesným postižením.

Jako další téma, na které se v diskuzi zaměříme, jsou výhody pro osoby s tělesným postižením. Celkem 168 respondentů souhlasí s výhodami pro osoby s tělesným postižením. 3 respondenti o těchto výhodách nikdy nepřemýšleli, nebo se o tuto problematiku nezajímají. 1 respondent odpověděl, že nesouhlasí s výhodami pro osoby s tělesným postižením. Lze předpokládat, že ti respondenti, kteří odpověděli, že s výhodami nesouhlasí nebo se o tuto problematiku nezajímají, nemají zkušenosti ve svém blízkém okolí s osobou s tělesným postižením a neví, jak je například těžké dostat se na ortopedickém vozíku do městské hromadné dopravy apod. V autentických responzích nacházíme názory, že je mnoho parkovacích míst pro osoby s tělesným postižením, které nejsou využívány. Domníváme se, že respondenti, kteří takto odpověděli, netuší, jaké jsou rizika a obtíže, kdyby měla osoba s tělesným postižením vystupovat z automobilu na klasických parkovacích místech. Dále se domníváme, že parkovacích míst na parkovištích není mnoho, většinou se jedná o jedno, maximálně dvě parkovací místa vyhrazená pro osoby s tělesným postižením na celém parkovišti. Pokud se nad tím zamyslíme, uvědomíme si, že i dvě parkovací místa na jednom parkovišti jsou málo, jelikož se může stát, že se potká více osob s tělesným postižením v tu stejnou chvíli na parkovišti. Naopak zase můžeme říci, že jedno až dvě parkovací místa stačí, jelikož málo osob s tělesným postižením má nárok na speciálně upravené auto pro osoby s omezenou hybností. Avšak větší množství respondentů (97,67%) s těmito výhodami souhlasí, což je dle našeho názoru stále velký počet zúčastněných respondentů, kteří již znají obtíže spojené s bariérovými přístupy pro osobu s tělesným postižením. V rozporu se zjištěním našeho výzkumu, kde převážná většina respondentů souhlasí s výhodami pro osoby s tělesným postižením, Janošková (2015) ve svém dotazníkovém šetření zjistila, že se její respondenti o tuto problematiku nezajímají.

Další dílčí výzkumná otázka se zaměřuje na podporu od státu pro osoby s tělesným postižením. V této otázce odpovědělo celkem 30 respondentů, že podpora je dostačující. Naopak 112 respondentů odpovědělo, že podpora není dostačující a 28 respondentů nad touto otázkou nikdy nepřemýšlelo, nebo se o ni nezajímají. Je pravděpodobné, že respondenti, kteří uvedli, že podpora není dostačující, mají ve svém blízkém okolí osobu s tělesným postižením nebo se přímo v této problematice pohybují například jako osobní asistenti apod. Ke stejnému výsledku, avšak ze strany tělesně postižených osob, došla Půčková (2019), která ve svém

výzkumu zjistila, že tyto osoby považují pomoc od státu za převážně špatnou. V rozporu se zjištěním našeho výzkumu a výzkumu Půčkové (2019), kde je názor jak intaktní společnosti, tak i osob s tělesným postižením, že podpora státu není dostatečná, Sosnovcová (2012) zjistila ve svém výzkumu při rozhovoru s maminkou tělesně postiženého dítěte, že podpora státu ohledně financí je dostatečná. Avšak i Sosnovcová (2012) ve svém výzkumu zjistila, že druhá maminka tělesně postiženého dítěte uvádí, že pomoc od státu není zcela dostatečná, větší pomoc nachází u občanských sdružení nebo jiných organizací.

Z výsledků výzkumu vyplývá, že respondenti jako představitelé majoritní intaktní společnosti, vnímají osoby s tělesným postižením negativně, jelikož pocity, které v dotazníkovém šetření jsou uvedeny, jsou dle našeho názoru spíše pocity negativní. K podobnému výsledku, avšak ze strany dotazovaných osob s tělesným postižením, dospěla Valečková (2017) ve své diplomové práci na téma Život v intaktní společnosti z pohledu osob s tělesným postižením, která ve svém výzkumu zjistila, že dotazované osoby s tělesným postižením mají negativní zkušenosti s přijímáním od okolí. Naopak Janošková (2015) v práci Postoj společnosti k jedincům s tělesným postižením dospěla k tomu, že respondenti necítí negativní pocity k osobám s tělesným postižením, avšak Janošková (2015) také ve své práci uvedla, že nejčastějším pocitem respondentů je pocit lítosti. Dle našeho názoru je pocit lítosti negativní pocitem, tudíž dle našeho vnímání pocitu lítosti považujeme, že i Janošková (2015) zjistila negativní vnímání. Pocity lítosti také zjistila Sedláková (2007) ve své práci Postoj společnosti k jedincům se zdravotním postižením. Na rozdíl od Janoškové (2015) a Sedlákové (2007) dospěla Skokanová (2011) v práci Postoj společnosti ke zdravotně postižením, že respondenti jejího výzkumu projeví ve většině případů empatii a považují zdravotně postižené jako přirozenou součást společnosti.

Jako možná rizika dotazníkového šetření můžeme uvést především, jak je již uvedeno výše, že respondenti, kteří uvedli, že osoba s tělesným postižením je pouze osoba na ortopedickém vozíku odpovídali na další položky v dotazníku pouze z pohledu toho, že považují osobu s tělesným postižením jako osobu na ortopedickém vozíku, tudíž nebrali v úvahu celkovou skupinu osob s tělesným postižením. S větším problémem v důsledku rizik dotazníkového šetření se setkáváme, když někteří respondenti odpovídali, že osoba s tělesným postižením je osoba s mentální, zrakovým nebo jiným postižením, tudíž tito respondenti na další otázky v dotazníku odpovídali z pohledu toho, že osoba s tělesným postižením má zrakové, mentální či jiné postižení, než tělesné. Dalším možným rizikem může být, že respondenti zcela mylně pochopili položenou otázku a z toho důvodu můžou být jejich responze nepravdivé. Je třeba brát v úvahu i to, že dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem

180 respondentů, tudíž nelze výsledky dotazníkové šetření považovat za reprezentativní na celou majoritní intaktní populaci.

Doporučení pro praxi:

- Širší informovat intaktní majoritní společnosti ohledně tělesného postižení – formou letáků, časopisů, médií, pořádání besed o dané problematice
- Samostudium a zájem intaktní společnosti ohledně problematiky tělesného postižení
- Nebát se oslovovat tělesně postižené osoby, nabízet pomoc, ale vždy s jejich souhlasem, nebát se jejich odmítnutí
- Vytvářet více bezbariérových přístupů na společenské akce, aby byla intaktní společnost s osobami s tělesným postižením více v kontaktu, bezbariérové MHD, apod.
- Vytvořit více pracovních míst pro osoby s tělesným postižením
- Naučit se správné komunikace s osobou s tělesným postižením
- Zaměřit se na rodiny s tělesně postiženým členem, dbát na kvalitní informovanost rodin, nabízet více volnočasových aktivit pro děti nebo dospělé s tělesným postižením
- Více integrovat tělesně postižené děti a mládež do běžných mateřských, základních, střední a vysokých škol, upravovat podmínky ohledně bezbariérových přístupů do zařízení
- Více podporovat osobní asistenci jako sociální službu z hlediska financí
- Podporovat nestátní organizace v jejich poskytování služeb

ZÁVĚR

Bakalářskou práci na téma Vnímání osob s tělesným postižením majoritní intaktní společností jsem rozdělila na dvě části – na část teoretickou a část praktickou. Hlavní cílem bakalářské práce bylo zjistit, jak představitelé intaktní společnosti vnímají osoby s tělesným postižením. V souvislosti s tímto cílem jsem zjišťovala, koho respondenti považují za osoby s tělesným postižením, zda souhlasí nebo naopak nesouhlasí s výhodami pro tělesně postižené, jak vnímají podporu od státu pro tyto osoby a v neposlední řadě pocity, které v nich vyvolává setkání s nimi.

K vypracování této bakalářské práce mě dovedla skutečnost, že problematika postavení nejen osob s tělesným postižením ve společnosti, je stále aktuální téma, které stojí za povšimnutí. Především z důvodu, že je stále potřeba zjišťovat, jak společnost v dnešní době vnímá osoby s postižením, kdy jsou projevovány inkluzivní tendence osob s postižením do intaktní společnosti. Z historického hlediska se setkáváme v odborné literatuře se skutečnostmi, že se společnost od nepaměti vyvíjela a vztah společnosti byl v jednotlivých obdobích různorodý. Proto jsem se rozhodla vypracovat teoretickou část ze dvou hlavních kapitol, kdy první kapitola se zabývá oborem somatopedie a druhá vývojem společnosti, jaký měla postoj k osobám s postižením od starověku po současnost. Praktickou část jsem směřovala k tomu, jak intaktní společnost vnímá osoby s tělesným postižením a jejich kvalitu života v České republice v rámci výhod a podpory od státu.

Jako výzkumné šetření praktické části bakalářské práce jsem zvolila metodu dotazníku, který byl určen pro intaktní společnost. Dotazník byl vložen na sociální síť Facebook. Výzkumu se zúčastnilo celkem 180 respondentů různého pohlaví, věku a vzdělání. V otázkách, které byly směřované respondentům, jakožto představitelům majoritní intaktní společnosti, jsem zjišťovala, koho společnost považuje za osobu s tělesným postižením, zda společnost souhlasí nebo nesouhlasí s výhodami pro tělesně postižené, jak společnost vnímá podporu od státu a jaké pocity pociťují při setkání s osobou s tělesným postižením v souvislosti se stanoveným hlavním cílem a dílčími cíli.

První dílčí cíl byl zaměřen na to, jak lidé chápou pojem osoba s tělesným postižením. Z provedeného výzkumu jsem zjistila, že respondenti, jakožto představitelé majoritní intaktní společnosti, považují osobu s tělesným postižením převážně jen jako osobu na ortopedickém vozíku, nebo zaměňují tělesné postižení za jiný druh postižení. Druhý dílčí cíl byl zaměřen na to, zda respondenti souhlasí nebo nesouhlasí s výhodami pro osoby s tělesným postižením.

Zjistila jsem, že převážná většina respondentů s těmito výhodami souhlasí. Třetím dílčím cílem bylo zjistit, jak respondenti vnímají podporu od státu pro osoby s tělesným postižením. U tohoto cíle jsem došla ke zjištění, že respondenti vnímají podporu jako nedostatečnou. Poslední dílčím cílem bylo zjistit, jaké pocity převládají u intaktních respondentů k osobám s tělesným postižením. Výzkum ukázal, že respondenti především mají potřebu pomoci osobám s tělesným postižením.

Hlavní cílem bylo zjistit, jak představitelé majoritní intaktní společnosti vnímají osoby s tělesným postižením. Z výsledků výzkumu a ze zodpovězených výzkumných otázek a dílčích cílů lze říci, že vnímání respondentů k osobám s tělesným postižením, i přesto, že někteří respondenti netuší, kdo je to osoba s tělesným postižením, jelikož buď takovou osobu považují jen jako osobu na ortopedickém vozíku, nebo zaměňují tělesné postižení s jiným druhem postižením, můžeme přirovnat k podceňujícímu předsudku, který Novosad (2011) charakterizuje jako předpoklad, že společnost považuje osoby s tělesným postižením za jedince, kteří si zaslouží slova politování a ochranný postoj intaktních jedinců. Typickým projevem je tedy ochranný, pečující a charitativní přístup.

Hlavní cíl i dílčí cíle, které byly předem stanoveny v této bakalářské práci, jsou splněny.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam bibliografických citací

GOFFMAN, Erving. *Stigma: poznámky k problému zvládnání narušené identity*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2003. Most (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-86429-21-0.

HORŇÁK, L. et al. *Dějiny speciálnej pedagogiky*. Prešov: Prešovská Univerzita, 2002. ISBN 80-8068-122-8.

HUTYROVA, Miluše, POLÍNEK Martin Dominik, 2015. Předsudky. In VALENTA, Milan. *Slovník speciální pedagogiky*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0937-9.

KACZOR, Pavel. *Sociální politika a sociální systém ČR*. Praha: Oeconomica, nakladatelství VŠE, 2015. ISBN 978-80-245-2096-4.

KANTOR, Jiří. *Medicínské aspekty omezení hybnosti*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244.

KANTOR, Jiří a Petra JURKOVIČOVÁ. *Základy speciální pedagogiky osob s omezením hybnosti*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3710-1.

KOMÁREK, Vladimír a Alena ZUMROVÁ. *Dětská neurologie: vybrané kapitoly*. Praha: Galén, c2000. Scripta. ISBN 80-7262-081-9. In ZIKL, Pavel. *Děti s tělesným a kombinovaným postižením ve škole*. Praha: Grada, 2011. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-3856-7.

KRHUTOVÁ, Lenka, 2011. Předsudky a mýty. In MICHALÍK, Jan. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-859-3.

KYSUČAN, Jaroslav, 2015. Osobnosti speciální pedagogiky. In VALENTA, Milan. *Slovník speciální pedagogiky*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0937-9.

LECHTA, Viktor, 2012. *Inkluzivná edukácia včera, dnes a zajtra (?)*. In MICHALÍK, Jan. *Pohledy na inkluzivní vzdělávání zdravotně postižených*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3372-1.

LECHTA, Viktor, ed. *Základy inkluzivní pedagogiky: dítě s postižením, narušením a ohrožením ve škole*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-679-7.

MICHALÍK, Jan. *Holokaust – jeho méně známá stránka*. In VOJTKO, Tibor. *Postižený člověk v dějinách: vybrané přednášky k dějinám speciálně pedagogické teorie a praxe*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2005. Edice speciální pedagogiky (Gaudeamus). ISBN 80-7041-007-8.

MICHALÍK, Jan, *Postavení osob s postižením v právním řádu starého Říma* (příspěvek k dějinám speciální pedagogiky“ In. *E-pedagogium*, roč. 2006, č. 1. ISSN: 1213-7499.

MICHALÍK, Jan. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-859-3.

MICHALÍK, Jan. *Právo, společnost a zdravotně postižení*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3533-6.

MICHALÍK, Jan, Pavlína BASLEROVÁ a Lenka FELCMANOVÁ. *Katalog podpůrných opatření pro žáky s potřebou podpory ve vzdělávání z důvodu zdravotního nebo sociálního znevýhodnění: obecná část*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. ISBN 978-80-244-4654-7.

MICHALÍK, Jan. *Diskriminace*. In VALENTA, Milan. *Slovník speciální pedagogiky*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0937-9.

MONATOVÁ, Lili. *Pojetí speciální pedagogiky z vývojového hlediska*. 2. rozš. vyd. Brno: Paido, 1998. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-85931-60-5.

MÜHLPACHR, Pavel. *Vývoj ústavní péče: (filosoficko-historický pohled)*. Brno: Masarykova univerzita, 2001. ISBN 80-210-2512-3.

NOVOSAD, Libor. *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita: diskurzivní pohledy na tělo, tělesnost, pohyb, člověka a tělesné postižení*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-873-9.

NOVOSAD, Libor, 2011. Lidé s tělesným postižením. In MICHALÍK, Jan. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-859-3.

OPATRÍLOVÁ, Dagmar a Dana ZÁMEČNÍKOVÁ. *Somatopedie: texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-137-9.

PRŮCHA, Jan, Eliška WALTEROVÁ a Jiří MAREŠ. *Pedagogický slovník*. 7., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0403-9.

REGEC, Vojtech. Terminologie z oblasti obecné speciální pedagogiky. In KROUPOVÁ, Kateřina. *Slovník speciálněpedagogické terminologie: vybrané pojmy*. Praha: Grada, 2016. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5264-8.

RENOTIÉROVÁ, Marie. *Somatopedické minimum*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2002. ISBN 80-244-0532-6.

RENOTIÉROVÁ, Marie, 2006. Speciální pedagogika osob s tělesným postižením. In RENOTIÉROVÁ, Marie a Libuše LUDÍKOVÁ. *Speciální pedagogika*. 4. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN 80-244-1475-9.

SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2016. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-271-0095-8.

SOVÁK, Miloš. *Nárys speciální pedagogiky*. 6. vyd. Praha: SPN - pedagogické nakladatelství, 1986. ISBN (váz.).

TITZL, Boris. *Postižený člověk ve společnosti: Hledání počátků*. 1. Praha: Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy v Praze, 1998. ISBN 86039-30-7.

TITZL, Boris. *Postižený člověk ve společnosti*. Praha: Univerzita Karlova, 2000. ISBN 80-86039-90-0.

TITZL, Boris. *O postavení zdravotně postižených občanů ve společnosti totalitního režimu*. Speciální pedagogika., Praha: UK - Pedagogická fakulta Praha, 2001, roč. 11, č. 3, s. 173-187.

TITZL, Boris. Skutečně platí Sovákova periodizace vztahu společnosti k postiženým? In VOJTKO, Tibor. *Postižený člověk v dějinách: vybrané přednášky k dějinám speciálně pedagogické teorie a praxe*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2005. Edice speciální pedagogiky (Gaudeamus). ISBN 80-7041-007-8.

VANČOVÁ, Alica. *Základy pedagogiky mentálně postihnutých*. 1. Bratislava: Sapientia, 2005. ISBN 80-968797-6-6.

VÍTKOVÁ, Marie. *Somatopedické aspekty*. Brno: Paido, 1999. ISBN 80-85931-69-9.

VÍTKOVÁ, Marie. *Integrativní speciální pedagogika: Integrace školní a sociální*. 2. Brno: Paido, 2004. ISBN 80-7315-071-9.

VÍTKOVÁ, Marie. *Somatopedické aspekty*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-134-0.

VÍTKOVÁ, Marie, 2015. Inkluze. In VALENTA, Milan. *Slovník speciální pedagogiky*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0937-9.

VÍTKOVÁ, Marie, 2016. Postižení tělesné. In VALENTA, Milan. *Slovník speciální pedagogiky*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0937-9.

VYSOKAJOVÁ, Margerita. *Hospodářská, sociální, kulturní práva a zdravotně postižení*. Praha: Karolinum, 2000. ISBN 80-246-0057-9.

ZIKL, Pavel. *Děti s tělesným a kombinovaným postižením ve škole*. Praha: Grada, 2011. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-3856-7.

Internetové zdroje:

Mezinárodní klasifikace nemocí MKN - ÚZIS ČR. Úvod - ÚZIS ČR [online]. Copyright © World Health Organization 2016 [cit. 14.05.2020]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--mezinarodni-klasifikace-nemoci>.

Eutanázie (1939 - 1941) | Holocaust. Holocaust [online]. Dostupné z: <https://www.holocaust.cz/dejiny/holocaust/historicky-kontext/eutanazie-1939---1941/>

Národní akční plán inkluzivního vzdělávání 2010-2013 | Databáze strategií - portál pro strategické řízení. Databáze Strategií - home | Databáze strategií - portál pro strategické řízení [online]. Dostupné z: <https://www.databaze-strategie.cz/cz/msmt/strategie/narodni-akcni-plan-inkluzivniho-vzdelavani-2010-2013>.

108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách. Zákony pro lidi - Sbírka zákonů ČR v aktuálním konsolidovaném znění [online]. Copyright © [cit. 14.05.2020]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108?text=Z%C3%A1kon+o+soci%C3%A1ln%C3%ADch+slu%C5%BEB%C3%A1ch>.

Transformace sociálních služeb - MPSV Portál. Průvodce - MPSV Portál [online]. Copyright © [cit. 14.05.2020]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/transformace-socialnich-sluzeb>.

„Není vhodné, aby se tu pohybovali lidé s postižením.“ Petice v Náměšti na Hané jde proti novým sousedům | iROZHLAS - spolehlivé zprávy. iROZHLAS - spolehlivé a rychlé zprávy [online]. Copyright © 1997 [cit. 14.05.2020]. Dostupné z: https://www.irozhlas.cz/zpravy-domov/namest-na-hane-olomoucky-kraj-domov-pro-osoby-s-postizenim-petice_1912081319_dok.

Ve Svitávce nechtějí za sousedy lidi s postižením. Kraj bude pro chráněné bydlení muset hledat jiné místo — ČT24 — Česká televize. ČT24 — Nejdůvěryhodnější zpravodajský web v ČR — Česká televize [online]. Copyright © [cit. 14.05.2020]. Dostupné z: <https://ct24.ceskatelevize.cz/regiony/2759024-ve-svitavce-nechteji-za-sousedy-lidi-s-postizenim-kraj-bude-pro-chranene-bydleni>.

Veřejný ochránce práv - Co je - co není diskriminace. Veřejný ochránce práv [online]. Copyright © [cit. 14.05.2020]. Dostupné z: <https://www.ochrance.cz/diskriminace/pomoc-obetem-diskriminace/co-je-co-neni-diskriminace/>.

Podpora uplatňování rovných práv osob se zdravotním postižením v České republice | Národní rada osob se zdravotním postižením ČR | pomáháme druhým. Hlavní stránka | Národní rada osob se zdravotním postižením ČR | pomáháme druhým [online]. Copyright © [cit. 15.05.2020]. Dostupné z: <https://nrzp.cz/projekty/podpora-uplatnovani-rovnych-prav-osob-se-zdravotnim-postizenim-v-ceske-republice/>.

198/2009 Sb. Antidiskriminační zákon. Zákony pro lidi - Sbírka zákonů ČR v aktuálním konsolidovaném znění [online]. Copyright © [cit. 14.05.2020]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-198>

Kvalifikační práce

JANOŠKOVÁ, Adriana, 2015. *Postoj společnosti k jedincům s tělesným postižením*. Liberec. Bakalářská práce. Technická univerzita v Liberci. Fakulta přírodovědně – humanitní a pedagogická. Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky.

PÚČKOVÁ, Kamila, 2019. *Podpora státu osobám se zdravotním postižením podle zákona č. 329/2011 Sb.*. České Budějovice. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta.

SKOKANOVÁ, Kamila, 2011. *Postoj společnosti ke zdravotně postiženým*. Čelákovice. Absolventská práce. Vyšší odborná škola a Střední zdravotnická škola, MILLS s.r.o.

VALEČKOVÁ, Alena, 2017. *Život v intaktní společnosti z pohledu osob s tělesným postižením*. Brno. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Pedagogická fakulta. Katedra speciální pedagogiky.

SOSNOVCOVÁ, Eva, 2012. *Porovnání péče o osoby s tělesným a kombinovaným postižením v odborných zařízeních a domácím prostředí*. České Budějovice. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta.

SEDLÁKOVÁ, Jarmila, 2007. *Postoj spoločnosti k jedincům se zdravotním postižením*. Liberec. Bakalářská práce. Technická univerzita v Liberci. Pedagogická fakulta. Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky.

SEZNAM ZKRATEK

DMO – dětská mozková obrna

WHO – World Health Organization

MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí

VDT – vadné držení těla

ČSSR – Československá socialistická republika

OSN – Organizace spojených národů

UNESCO – United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization

NRZP – Národní rada osob se zdravotním postižením

TP – těžké postižení

ZTP – zvlášť těžké postižení

ZTP/P - zvlášť těžké postižení s průvodcem

MHD – městská hromadná doprava

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: dotazník

Příloha č. 2: seznam grafů

Příloha č. 3: seznam tabulek

Příloha č. 1: dotazník

Dobrý den.

Jmenuji se Michaela Vohralíková a jsem studentkou pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci - obor Speciální pedagogika - vychovatelství, 3. ročník.

Ráda bych Vás poprosila o vyplnění tohoto dotazníku, který se týká toho, jak společnost vnímá osoby s tělesným postižením. Dotazník slouží pro účely mé bakalářské práce a je zcela ANONYMNÍ.

Předem děkuji za vyplnění.

Michaela Vohralíková

1. Jste muž/žena?

- žena
- muž

2. Jaký je Váš věk?

- do 20 let
- 20-30 let
- 30-40 let
- 40-50 let
- 50-60 let
- 60 a více let

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- základní vzdělání
- střední vzdělání bez maturity
- střední vzdělání s maturitou
- vyšší odborné vzdělání
- vysokoškolské vzdělání

4. Kdo je podle Vás osoba s tělesným postižením?

5. Setkal/a jste se někdy blíže, nebo jste stále v kontaktu s osobou s tělesným postižením?

- ano, zřídka
- ano, často
- ne

6. Jak vnímáte výhody pro osoby s tělesným postižením? (bezbariérové přístupy, vyhrazená parkovací místa, slevy popřípadě volné vstupy na kulturní a společenské akce, slevy na jízděném, apod.)

- souhlasím s tím, nevadí mi to
- nesouhlasím s tím, vadí mi to
- nezajímám se o to, nikdy jsem o tom nepřemýšlel/a
- jiné:

7. Jak vnímáte podporu státu pro osoby s tělesným postižením? (příspěvek na péči, invalidní důchod, chráněná pracovní místa, příspěvky na pomůcky, sociální služby - asistence, apod.)

- podpora je dostačující
- podpora není dostačující
- nezajímám se o to, nikdy jsem o tom nepřemýšlel/a

8. Pokud jste v předchozí otázce odpověděli, že podpora není dostačující, uveďte v čem.

9. Jaké máte pocity při setkání s osobou s tělesným postižením? Můžete vybrat více možností.

- empatie
- lítost
- lhostejnost
- potřeba pomoci
- odmítavý přístup
- smutek
- soucit
- nepříjemné pocity
- nikdy jsem se s osobou s tělesným postižením nesetkal/a
- jiné:

Příloha č. 2: seznam grafů

<i>Graf č. 1: Podpora státu</i>	43
<i>Graf č. 2: Pocity</i>	47

Příloha č. 3: seznam tabulek

<i>Tabulka č. 1: Pohlaví</i>	38
<i>Tabulka č. 2: Věk</i>	38
<i>Tabulka č. 3: Dosažené vzdělání</i>	39
<i>Tabulka č. 4: Kdo je osoba s tělesným postižením</i>	40
<i>Tabulka č. 5: Setkání s osobou s tělesným postižením</i>	41
<i>Tabulka č. 6: Výhody pro osoby s TP</i>	41
<i>Tabulka č. 7: Podpora státu</i>	42
<i>Tabulka č. 8: Pocity.....</i>	44

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Michaela Vohralíková
Katedra nebo ústav:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Kateřina Jeřábková, Ph.D.
Rok obhajoby:	2020

Název závěrečné práce:	Vnímání osob s tělesným postižením majoritní intaktní společností
Název závěrečné práce v angličtině:	Perception of people with physical disabilities by the majority of intact society
Anotace závěrečné práce:	Ústředním tématem bakalářské práce je to, jak majoritní intaktní společnost vnímá osoby s tělesným postižením. Teoretická část práce obsahuje vymezení tělesného postižení a uvedení některých významných osobností oboru somatopedie. Výzkumná část se snaží zjistit, jak představitelé majoritní intaktní společnosti vnímají osoby s tělesným postižením. Pro výzkum byla použita metoda dotazníku. Získaná data byla poté analyzována. Výsledkem výzkumu je zjištění, že představitelé majoritní intaktní společnosti vnímají osoby s tělesným postižením převážně jako osoby nesoběstačné, o které je potřeba pečovat.
Klíčová slova:	tělesné postižení, společnost, postoj společnosti k osobám se zdravotním postižením, somatopedie
Anotace v angličtině:	The central theme of the bachelor's thesis is how the majority intact society perceives people with physical disabilities. The theoretical part of the thesis contains the definition of physical disability and the introduction of some important personalities in the field of somatopedia. The research part tries to find out how the representatives of the majority intact society perceive people with physical disabilities. The questionnaire method was used for the research. The obtained data were then

	analyzed. The result of the research is the finding that the representatives of the majority intact society perceive people with physical disabilities mainly as non-self-sufficient people who need to be cared for.
Klíčová slova v angličtině:	physical disability, society, society's attitude towards people with disabilities, somatopedia
Přílohy vázané v práci:	Příloha č 1: dotazník Příloha č. 2: seznam grafů Příloha č. 3: seznam tabulek
Rozsah práce:	60 s.
Jazyk práce:	český