

Jihočeská universita v Českých Budějovicích
Teologická fakulta
Katedra etiky, psychologie a charitativní práce

Bakalářská práce

ETIKA A ZDRAVOTNÍ HANDICAP

Vedoucí práce: Mgr. Martina Pavelková

Autor práce: Josefína Kolářová

Studijní obor: Sociální a charitativní práce

Ročník: 4.

2020

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

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

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

Datum:

.....
Podpis studenta

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji paní Mgr. Martině Pavelkové za odborné vedení mé bakalářské práce, za její rady, připomínky a ochotnou spolupráci.

Dále bych ráda poděkovala všem účastníkům, kteří se ochotně podělili o své životní příběhy.

Obsah

Úvod.....	5
1 Handicap, postižení, etika a empatie	7
1.1 Vymezení základních pojmů.....	7
1.2 Historický přístup k etice a handicapu	10
1.3 Druhy postižení	12
1.3.1 Duševní postižení.....	12
1.3.2 Smyslové postižení	13
1.3.3 Tělesné postižení.....	14
1.3.4 Kombinované postižení	15
2 Společnost a handicapovaní lidé.....	16
2.1 Handicapovaní v České republice	17
2.2 Komunikace s handicapovanými lidmi	18
2.2.1 Komunikace s lidmi s tělesným postižením	19
2.2.2 Komunikace s lidmi s duševním postižením	19
2.2.3 Komunikace s lidmi se smyslovým postižením.....	20
2.3 Socializace a integrace zdravotně postižených	21
3 Kazuistiky.....	24
3.1 Kazuistika č. 1 – Jana.....	24
3.2 Kazuistika č. 2 – Petra.....	27
3.3 Kazuistika č. 3 – Hana	28
3.4 Kazuistika č. 4 – Roman	29
3.5 Kazuistika č. 5 – Petr	31
Závěr	34
Seznam použitých zdrojů.....	36
Abstrakt.....	39
Abstract.....	40

Úvod

Handicapovaní lidé tvoří nezanedbatelnou část společnosti. Dnes se již poměrně často setkáváme s různě handicapovanými lidmi. Mnohdy ale společnost neví, jak se k takovému člověku má vlastně chovat. Nebo se v určité situaci nějak zachová, ale pak si pokládá otázky, zda bylo právě toto chování správné, jestli se neměl zachovat jinak, zda bylo jeho chování v souladu s etikou. Postoj k handicapovaným lidem se v průběhu let jistě změnil k lepšímu, ale přesto je stále hodně jedinců, kteří jsou ovlivňováni různými předsudky. Poměrně velká část společnosti si myslí, že handicapovaný člověk nemůže být šťastný, že nemůže žít tzv. normální život. Handicapovaní lidé se často setkávají se soucitnými pohledy, nebo naopak s naprostým opovržením. Společnost neví, jak s lidmi s postižením mluvit a jak se k nim chovat. Pak vzniká spousta nepříjemných situací jak pro postižené, tak mnohdy i pro samotné zdravé jedince. Důvodem může být mimo jiné i neinformovanost, a tím pádem i nepochopení problému handicapovaných.

Volbu tématu a cíle mé bakalářské práce inicioval fakt, že jsem sama od narození handicapovaná a od útlého dětství jsem byla integrovaná mezi zdravé vrstevníky. I já jsem zažila mnoho situací, kdy se ke mně lidé zachovali hezky, mile, ale i naopak mě mnohdy svým chováním nepříjemně zaskočili. Myslím si, že handicapovaných, kteří mají podobné zkušenosti jako já, je mnoho a právě to mě přivedlo k tématu mé práce – Etika a zdravotní handicap. Ráda bych tyto dva pojmy ve své práci propojila a zaměřila se na komunikaci s handicapovanými a na etické problémy s ní spojené, případně navrhnout, jak by se tyto problémy daly řešit, nebo zmírnit.

Po celou dobu mého studia jsem se s pojmy etika, empatie a postižení setkávala. Na praxích jsem pracovala převážně ve stacionářích či v rané péči, kde jsem otázky ohledně chování k handicapu řešila poměrně často. Proto mi přišlo téma mé práce v kontextu s mým studiem jako správná volba.

Cílem mé bakalářské práce je poukázat na možné etické problémy při komunikaci a jednání s osobami se zdravotním handicapem a popsat neetické chování k postiženým nejen ze strany lékařů, sociálních pracovníků, pedagogů, ale i samotné společnosti.

Bakalářská práce je rozdělena do tří hlavních kapitol. V první části bakalářské práce se věnuji vymezení pojmů handicap, postižení, etika a empatie. Dále je zde stručně

přiblížen historický význam problematiky handicapu a etiky. První kapitolu uzavírá podrobnější přehled a charakteristika druhů postižení.

Druhá kapitola se věnuje postojům společnosti k postiženým lidem, na ni navazuje kapitola s přehledem handicapovaných v České republice. Další nejobsáhlejší část je věnována komunikaci s lidmi s různým druhem postižení. Závěr druhé kapitoly vysvětluje pojmy socializace a integrace a podrobněji pojednává o socializaci a integraci zdravotně postižených.

Třetí, praktická část, která navazuje na část teoretickou, přináší pomocí kvalitativního šetření informace o jednotlivých lidech s handicapem, jejich zkušenosti a zážitky. Pomocí kazuistik poukazují na neetické chování k lidem s handicapem v různých oblastech jejich života.

Základní zdroje práce tvoří odborné publikace. Významnou část zdrojů tvoří také internetové zdroje.

1 Handicap, postižení, etika a empatie

V souvislosti s označením etických problémů v pomáhajících profesích se v současnosti používá řada pojmů, které se navzájem mohou překrývat. Nemohou být ale brány jako zástupné pojmy, jako synonyma. Je tedy nutná snaha jednoznačně vymezit obsah jednotlivých používaných názvů. (Haškovcová, H. 1994)

1.1 Vymezení základních pojmů

Vymezení pojmu postižení

Pojem postižen vychází ze základu slova – stížen, něco někoho postihlo. Ve spojení se zdravotním postižením to znamená, že člověk je postižen poruchou zdraví. Toto postižení sebou nese řadu změn v běžném denním režimu a často také přináší řadu omezení. (Krhutová 2013: 21)

Zdravotní postižení můžeme také definovat jako odchylku ve zdravotním stavu člověka, která přináší omezení v určité činnosti. (Bruthansová 2012: 9)

Zdravotní postižení je vlastností jedince, která je trvalá a díky které může být zařazení postiženého mezi zdravé jedince obtížné. (Vágnerová 2012: 189)

Rozsah postižení a doba trvání jsou individuální. Na základě různých faktorů, jako je například adaptační výbava jedince, schopnost přizpůsobení se prostředí, ve kterém jedinec žije, vliv vnějších podmínek, rodinné a jiné vztahy, je doba a rozsah postižení různý. (Krhutová 2013: 21)

Lidé s postižením nemohou to, že jsou postižení nijak ovlivnit. K postižení může dojít díky dědičným vlivům či jako důsledek nemoci v těhotenství nebo porodních komplikací. Postižení se může vyskytnout kvůli chronické nebo akutní nemoci, infekci či jako výsledek vlivu psychických traumat. Dále může být způsobeno úrazem a také involučními změnami ve stáří. Je velké procento lidí s postižením, kde příčinu nelze zjistit. (Krhutová 2013: 24)

Předsudky veřejnosti, nedostatečná informovanost a také mezilidské, dopravní a architektonické bariéry zesilují důsledky tělesného postižení. (Novosad 2011: 73)

Vymezení pojmu handicap

Handicap znamená znevýhodnění, které je dané nejen postižením nebo určitým omezením, ale i tím jak jedinec zvládá své postižení a jakou má společenskou pozici. (Vágnerová, 2012: 161) „*Handicap je psychosociální kategorií, která označuje míru zatížení daného nejen biologicky.*“ (cit. Vágnerová 2012: 161)

Podle J. Krause a kol. (2005) je handicap nevýhoda člověka se zdravotním postižením, kterou má oproti zdravému člověku či svým vrstevníkům.

V roce 1980 byla přijata mezinárodní klasifikace poruch disability a handicapů.¹

Celkem bylo navrženo šest hlavních handicapů, podle kterých by měl být posouzen každý člověk:

1. Handicap v orientaci
2. Handicap ve fyzické nezávislosti
3. Handicap v zaměstnání
4. Handicap v pohyblivosti
5. Handicap v sociální integraci
6. Handicap v hospodářské soběstačnosti

(S. Trojan, R. Druga, J. Pfeiffer, J. Votava 2001)

Vymezení pojmu etika

Oproti přírodním vědám, které zkoumají, **co je**, etika zkoumá, **co by mělo být**, jak jednat, aby byl způsob správný, zkoumá, co by šlo i jinak. (Vácha, Konigová, Mauer 2012: 18)

J. Jandourek (2001: 74) definuje etiku takto: „*Etika je souhrn všech principů, podle kterých se ve společnosti posuzuje správnost jednání.*“

„*Předmětem etiky je zkoumání zákonitostí mravního chování jednotlivců i společnosti. Mravní zásady, kterými se lidé řídí, protože je uznávají, se v průběhu času mění. Obecně lze konstatovat, že etika ustanovuje, co jest právě mravné a co jest nemravné.*“ (cit. Haškovcová 1994: 10)

P. Hartl, H. Hartlová (2000: 144) říkají: „*Etika je věda o mravnosti člověka, o původu a vývoji jeho morálního vědomí, svědomí a jednání; dle sociologů jsou lidské emocionální*

¹ V roce 2001 vyšla upravená verze tohoto dokumentu pod názvem Mezinárodní klasifikace funkční schopnosti, disabilit a zdraví (International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF)

reakce a na nich založené etické zásady naprogramovány přirozeným výběrem po tisíce generací.“

Souhrnné označení etických problémů v lékařství označuje I. Hárty (1972) pojmem lékařská etika. H. Haškovcová (1994) uvádí pojem bioetika, bio- život, etika - mravnost. Tento pojem je nejširší, nadřazený pojmu lékařská etika. Mezi základní otázky bioetiky patří, jestli to, co můžeme udělat technicky, smíme provést. Kdo nám v záporném případě zabrání? Zákony, naše svědomí, vláda? (Vácha, Konigová, Mauer 2012: 16)

Mezi důležité pojmy patří také profesní etika. Ve své knize P. Hartl, H. Hartlová (2000: 144) píše, že *„pravidla pro chování příslušníka určité profese zahrnují jeho práva a povinnosti; pravidla pro vztah ke klientovi a jeho rodině a vztah ke kolegům pracovníka.“*

Vymezení pojmu empatie

J. Jandourek (2001: 72) uvádí: *„Empatie (empathy) je vcítění, schopnost vžít se emočně do situace druhé osoby nebo se s ní identifikovat natolik, aby bylo možné porozumět jejímu chování.“*

Stejně tak je podle J. Linharta (2003: 102) empatie *„vcítění do prožitku druhého.“*

P. Hartl, H. Hartlová (2000: 139) popisují empatii takto: *„Umění dovedně zacházet s emocemi, vcítovat se do situace druhé osoby, emocionální ztotožnění s jejím viděním, cítěním, chápáním, schopnost číst i neslovní projevy druhého, chápat, o co usiluje, čemu se chce vyhnout, co pečlivě skrývá.“*

Vedle složky emoční má empatie také složku kognitivní (racionální). To znamená jednak schopnost „být pacientem“ se stejným emočním rozpoložením a zároveň také schopnost o pacientovi přemýšlet. Pokud má být člověk empatický, znamená to poznat vnitřní svět druhého a umět se podívat na svět z jeho pohledu. (Beran 2000)

1.2 Historický přístup k etice a handicapu

„Od počátku lidské společnosti byli mezi jejími členy lidé, kteří se odlišovali od ostatních svými smyslovými či tělesnými vadami, duševním stavem či chorobami. Jednotlivci i celá společnost se vždy nějakým způsobem musela vyrovnávat se svými, takto odlišnými členy. (cit. P. Franiok 2003: 31)

Jak se společnost stavěla k handicapovaným jedincům, záviselo na mnoha faktorech. Byla to jednak hospodářská a ekonomická úroveň společnosti, dále kulturní úroveň, politická úroveň společnosti, vyspělost školského systému a v neposlední řadě převládající náboženské tradice.

Podle dochovaných historických pramenů měla na počátku podpora a pomoc nemocným, slabším, závislým či postiženým podobu péče o děti, jejichž závislost je dána bezmocností z delšího období na počátku vývoje. Zdravotnickou péčí tvořilo nošení talismanů, amuletů či ochranných magických symbolů. Objevuje se také rituální zařikávání vyhánění démonů z těla a jiné prvky exorcismu. (Pipeková 2006)

Ve starověké civilizaci byl problematickým vnímán jedinec s hlubším stupněm retardace, která se většinou kombinuje se somatickým či smyslovým postižením. Ve starých civilizacích by jedinec s lehkou mentální retardací nebyl považován za mentálně retardovaného, jako je to bráno v současné civilizaci.

M. Valenta, O. Müller, (2003: 20) uvádí: *„...v praktické rovině měla starověká společnost na „péči“ o duševně a jinak postižené jedince poměrně vyhraněný názor, jehož symbolem se stala z historie nechvalně populární spartská skála, ...“*

Péče o postižené ve středověku zahrnovala jen malý počet potřebných. Spočívala převážně v almužnictví. Veškerá péče o postižené byla přenechána církvi, hlavně klášterům. (Franiok, Kysučan 2002)

Období renesance přináší první klasifikaci duševních poruch a je spjato s jedním z největších humanistů doby J. A. Komenským. Komenský ve svém díle hájí nutnost vzdělávat všechny děti a to bez ohledu na jejich typ a míru postižení. (Valenta, Müller, 2003)

Odkaz Komenského klasifikuje J. Pipeková (2006: 19) takto: *„Genialita pedagogického díla J. A. Komenského se výrazně projevuje zvláště v těch myšlenkách, které můžeme realizovat i dnes v přístupu k postiženým.“*

Období po Velké francouzské revoluci přináší veliký pokrok společnosti a moderní chápání lidských práv. Pomoc společnosti není brána a chápána jako projev milosrdenství, je brána jako povinnost státu. Mezi významné osobnosti tohoto období patří Filip Pinel, Jan Caspar Itard, Dominik Esquirol, Jean Etiéne a Eduard Seguin (Valenta, Müller 2003)

V Čechách je první soustavná péče o postižené spojována se jménem lékaře Karla Slavoje Amerlinga, který v roce 1871 zakládá v Praze ústav Ernestinum. Mezi další významné osobnosti, které se věnovali péči a podpoře vzdělávání osob s postižením, patří František Čáda, Josef Zeman a Karel Herfost. (Pipeková 2006)

Doba po druhé světové válce přinesla řadu legislativních úprav. Mezi hlavní patří především Zákon o jednotném školství z roku 1948, Školský zákon z roku 1953 a Zákon z roku 1960. Po listopadu 1989 se demokratické změny promítly jak do speciálního školství, tak i do psychopedie jako oboru. Začínají vznikat občanská sdružení, nastává rozvoj pomocných škol, probíhá inkluze, rozšiřuje se diagnostický a ambulantní servis pro klienty a jejich rodiny, zkvalitňuje se a rozšiřuje příprava speciálních pedagogů a mnohé další. (Valenta, Müller 2003)

V lékařské etice lze považovat za historický základ deontologii. Později se stává tradiční součástí lékařské etiky. Mravní zásady lékařů vůči pacientům, veřejnosti a kolegům sjednocují tzv. deontologické kodexy. Nejznámější a nejstarší je Hippokratova přísaha, která byla napsána kolem roku 400 před našim letopočtem a stále je v lékařských i laických kruzích přijímána. Tradiční pilíře evropské vzdělanosti tvořily zejména etika a filosofie, které byly součástí odborného vzdělávání každého lékaře či univerzitního vzdělance. (Haškovcová 1994)

V průběhu dějin se však ustavilo několik etických teorií, které bychom mohli aplikovat v lékařské etice. Mimo výše uvedené deontologické etiky můžeme ještě zmínit další hlavní směr normativní etiky: teleologismus, který posuzuje správnost jednání podle jeho důsledků. Oba tyto etické přístupy mají svá pozitiva i negativa a podílely se na vzniku a fungování etických kodexů nejen v lékařské etice. Podrobněji o této problematice pojednává T. A. Břečka. (Břečka, 2016: 25-27)

1.3 Druhy postižení

Mezi námi žijí lidé, kteří se odlišují a to jak mentálně, fyzicky či sociálně. Každá oblast postižení je specifická.

Pro rozdělení lidí s postižením se nejčastěji využívá model podle převládajícího zdravotního postižení. Rozlišuje se postižení mentální, zrakové, sluchové, řečové, tělesné, kombinované postižení a onemocnění civilizačními chorobami. (Michalík 2011: 34)

1.3.1 Duševní postižení

Mentální postižení je stav neúplného nebo zastaveného duševního vývoje. Mentální postižení, konkrétně mentální retardace může být způsobena různými faktory, které mají vliv na vývoj mozku. Může vzniknout také úrazem, intoxikací či vlivem nemoci. Mentální postižení znamená sníženou schopnost porozumět novým informacím a učit se nové dovednosti. Nese s sebou také omezenou schopnost žít nezávisle.

Mentální retardace má několik úrovní, které jsou dány výpočtem IQ. Pokud je IQ nižší než 70, hovoříme o mentální retardaci. Rozlišujeme:

- **Lehká mentální retardace:** IQ 69 – 50. Většina jedinců je schopna udržovat konverzaci a v osobních a praktických dovednostech dosahují také nezávislost.
- **Středně těžká mentální retardace:** IQ 49 – 35. Jedinci se středně těžkou mentální retardací mají zpožděn rozvoj chápání a užívání řeči. Stejně tomu je i v případě zručnosti a schopnosti postarat se sám o sebe. V běžném životě jsou zcela závislí na pomoci okolí.
- **Těžká mentální retardace:** IQ 34 – 20. U těchto jedinců se jedná o závažné poškození ústředního nervového systému nebo jeho vadného vývoje. Z toho vyplývá vysoký stupeň poruchy motoriky nebo jiné přidružené vady.
- **Hluboká mentální retardace:** IQ menší než 20. Tito lidé nejsou schopni rozumět nebo vyhovět instrukcím a žádostem. Většina z nich je imobilní nebo jsou velmi omezeni v pohybu. Komunikační dovednosti jsou omezené jen na základní mimoslovní komunikaci. Z důvodu naprosté neschopnosti si zajistit nejzákladnější potřeby, potřebují neustálý dohled a pomoc. (Pouch 2013: 9,10,11)

1.3.2 Smyslové postižení

Smyslové postižení je na rozdíl od tělesného či mentálního na první pohled mnohdy vzhledově nenápadné, někdy téměř nerozpoznatelné. Smyslové postižení zahrnuje postižení zraku, sluchu nebo řeči.

- **Zrakové postižení** se podle závažnosti rozděluje na tři stupně:
 1. Slabozrakost znamená omezení zrakových funkcí. Takto postižení lidé se mohou orientovat v prostředí a jejich psychický vývoj se v zásadě neliší.
 2. Praktická nevidomost znamená zachování zbytku zraku (např. schopnost rozlišit prsty před okem). U vrozeného postižení potřebují tyto lidé od dětství speciální péči.
 3. Nevidomost – zde chybí schopnost tvarového vidění, ale jedinci mohou rozlišovat světlo a tmu. V případě tohoto postižení potřebují jedinci speciální péči přizpůsobení životních podmínek (úpravy). (Vágnerová 2012: 198, 199)
- **Sluchové postižení** znamená omezení nejen v oblasti vnímání řeči, ale takto postižený jedinec postrádá sluchovou orientaci v prostředí, kde nemá zrakovou kontrolu. Podle stupně sluchového postižení rozlišujeme:
 1. Hluchotu, při které postižení lidé vůbec neslyší mluvenou řeč.
 2. Zbytky sluchu, kde takto postižení lidé nejsou schopni vnímat mluvenou řeč. Così slyší, řeč i jiné neřečové zvuky, ale nerozumějí jim a neumějí je rozlišit.
 3. Těžkou nedoslýchavost, kdy těmto lidem mohou pomoci kvalitní naslouchadla, díky kterým mohou vnímat řeč. (Vágnerová 2012: 213)
- **Postižení řeči** znamená narušení komunikačních schopností. Toto postižení můžeme rozdělit na poruchy vývoje řeči, výslovnosti, plynulosti řeči až po ztrátu dříve vytvořené řeči. Dále jsou to poruchy hlasu a rezonance, symptomatické vady a poruchy prozodické složky řeči. (Jesenský, 2000: 64)

Členění poruch řeči vychází z toho, zda se jedná o vývojové poruchy, které jazykové a řečové funkce postihují od začátku nebo o poruchy získané, například jako důsledek nemoci či úrazu. Mezi vývojové poruchy řeči patří například poruchy artikulace, dyslalie (patlavost), vývojová dysfázie (opožďení a narušení rozvoje řečových funkcí), koktavost.

Získané poruchy řeči jako je například afázie, se projevují poruchou vyjadřování a chápání. Poruchy řeči vznikají také v souvislosti s jiným postižením či onemocněním (autismus, dětská mozková obrna, mentální retardace). (Vágnerová 2012: 232-242)

1.3.3 Tělesné postižení

Tělesné nebo také fyzické postižení je defekt pohybového ústrojí, který se projevuje například omezením hybnosti kloubů, deformitami, sníženým nebo naopak zvýšeným svalovým napětím, neuvědomělými pohyby či neobratností. Mezi nejčastější příčiny patří poškození centrální nervové soustavy. Z tohoto důvodu se k tělesnému postižení mohou přidat i jiné poruchy např. smyslové, mentální, porucha řeči nebo inkontinence. (Alfabet.cz 2000-2015)

Příčinou pohybového postižení jsou poruchy v oblasti mozku a míchy, poruchy kostí a kloubů či poruchy svalstva (např. svalová dystrofie, porucha nervosvalového přenosu vzruchu). Pohybové postižení sebou přináší dva druhy handicapu: funkční, v případě pohybového defektu a estetický handicap, v případě deformace. Pohybově postižení mají omezenou samostatnost a jsou závislí na pomoci jiných lidí. (Vágnerová 2012: 251, 252)

Tělesné postižení se nejčastěji člení na vrozené a získané (po nemoci či úraze). Mezi nejznámější vrozené tělesné postižení patří dětská mozková obrna. Jedná se o poruchu hybnosti a vývoje na základě poškození mozku, ke kterému došlo při porodu nebo v nejrannějším dětství. Příznaky jsou u každého jedince jiné a mohou se v průběhu času i měnit. Takto postižený jedinec má zpravidla potíže s udržení rovnováhy a s chůzí, dále potíže s jemnou motorikou a může trpět samovolnými pohyby. Někteří jedinci jsou navíc postižení dalšími zdravotními problémy jako například epilepsie či poruchy mentálních funkcí. (Renotierová 2003: 34)

Příčinami získaných tělesných postižení mohou být deformace, různé druhy úrazů a řada nemocí. V dnešní době mezi nejčastěji získané tělesné postižení patří postižení po úraze. Řadíme sem úrazová onemocnění mozku a míchy, úrazové poškození periferních nervů a amputace. (Pipeková 1998: 137)

1.3.4 Kombinované postižení

Vymezení pojmu kombinované postižení není příliš snadné. V našem prostředí se většinou setkáváme se třemi termíny – vícenásobné postižení, kombinované postižení a kombinované vady. Tyto termíny jsou používány a chápány jako synonyma. (Ludíková 2005: 9)

Podle defektologického slovníku mluvíme o kombinované vadě v případě, je-li „*jedinec postižen současně dvěma nebo více vadami*“. (Sovák 2000)

2 Společnost a handicapovaní lidé

Vztah společnosti k lidem s postižením často ovlivňují různé předsudky a mýty. Ty vznikají na základě nedostatku informací. (Michalík 2011: 47)

Pojmy, které se používají k označení zdravotního postižení a samotných postižených, se vyvíjí a mění. Zastaralé termíny jsou v odborném názvosloví nahrazovány, ale i přesto se můžeme stále na veřejnosti setkat s příklady nevhodného pojmenování lidí s postižením. (Michalík 2011: 42)

Ve společnosti přetrvává ambivalentní vztah k postiženým lidem. Ten se na jedné straně projevuje odtažitostí, předsudky a obavami a na straně druhé je to uvědomění si důstojnosti a hodnoty postiženého člověka. Tento postoj ovlivňuje interakci a soužití postižených lidí ve společnosti. Problémové postoje ve vztahu k postiženým mají historickou spojitost. Měřítka hodnocení vztahu společnosti k postiženým lidem, to jak vnímá jejich nedostatky v souvislosti s prací, soběstačností a společenským životem, se prolíná napříč lidskými dějinami (Novosad 2011: 67)

Někteří lidé, kteří se při své práci setkají s postiženými, k nim nepřístupují jako partneři, ale jako nadřazení. S tímto přístupem se setkáváme v médiích, kde redaktoři proti sobě staví představitele dvou stran – na jedné straně jsou to zdraví lidé a na straně druhé lidé s postižením. Setkáváme se s novinovými titulky: „Naše děti společně s postiženými dětmi z Jedličkova ústavu zahrají divadlo. Vozíčkáři budou pracovat. Mentálně postižení ve škole. Matka vozíčkářka porodila zdravého chlapečka.“ (Novosad 2011: 67, 68)

Trvalé postižení není jen biologická odchylka, za určitých okolností může být bráno jako odlišnost s negativním sociálním dopadem. Odlišnost je dána nežádoucí nápadností, která se projevuje při sociálním kontaktu, ať se jedná o zevnějšek, úroveň myšlení, komunikaci a jiné. Tato odlišnost ale není skutečnou vlastností postiženého člověka. Díky této stigmatizaci se mění role postiženého ve společnosti, která se projeví nesouměrným vztahem zdravých k postiženým lidem, který se projevuje například způsobem komunikace s postiženým člověkem nebo jejich podceňováním. (Vágnerová 2012: 190) Postoj společnosti k postiženým lidem mohou ovlivnit i sami postižení svým postojem ke svému handicapu, to jak oni sami vnímají své postižení, jak dalece je pro ně omezující a závažné, a jestli ho vnímají jako odchylku. (Vágnerová 2012: 192)

2.1 Handicapovaní v České republice

Zdravotně postižení lidé tvoří v České republice významnou skupinu občanů – minoritu. V roce 2014 podle analýzy Českého statistického úřadu žilo na území České republiky 1 077 673 osob se zdravotním postižením, což je 10,2 % z celkové populace. Podle statistického šetření v roce 2018 bylo mezi obyvateli České republiky ve věku patnáct a více let 1 152 tisíc osob se zdravotním postižením, to je přibližně 13 % osob z celkové populace. Více než polovina (56 %) z nich získala průkaz osoby se zdravotním postižením a byl jim přiznán invalidní důchod nebo příspěvek na péči. Žen se zdravotním postižením bylo v České republice více než mužů, konkrétně tvořily 56 %, muži tvořili zbývajících 44 %.

Vzdělání osob se zdravotním postižením dosahuje často odlišnou úroveň oproti obyvatelstvu České republiky jako celku. Maturitu nebo další vyšší vzdělání dokončila jen necelá třetina (32 %) osob se zdravotním postižením. U žen je 36 % se středním vzděláním bez maturity, 30 % pouze se základním vzděláním, 27 % se středním vzděláním s maturitou. U mužů s postižením jsou rozdíly ve vzdělání výraznější. Nejvíce, stejně jako u žen, byli zastoupeni středoškolsky vzdělaní bez maturity (55 %), středoškoláků s maturitou bylo méně než u žen (22 %) a se základním vzděláním to bylo 15 %. Vysokoškolsky vzdělaní byli jak mezi ženami, tak muži a tvořili okolo 7 %.

Na bariéry v oblasti v oblasti seberealizace a fungování ve společnosti často lidé se zdravotním postižením narážejí. Jedná se například o vzdělávání, mezilidské vztahy, zaměstnání, přístup k informacím, zapojení do kulturních a politických aktivit apod.

70 % osob se zdravotním postižením se cítí být omezeno v některé z oblastí života, 37 % z nich jejich zdravotní problém omezuje vážně. Více než polovina (54 %) se nemůže plně věnovat svým zálibám, 30 % lidí se zdravotním postižením má omezené možnosti navazovat a udržovat vztahy, 27 % se kvůli svým zdravotním problémům cítí omezeno v možnosti zapojit se do komunitních, kulturních, náboženských či politických aktivit.

Podíl zdravotně postižených se zvyšuje. Ve srovnání s předcházejícím šetřením se během čtyř let, od roku 2014 do roku 2018 podíl zdravotně postižených osob na celkové populaci České republiky zvýšil o 2,8 %. (Český statistický úřad - Výběrové šetření osob se zdravotním postižením – 2018)

2.2 Komunikace s handicapovanými lidmi

Komunikace s postiženým člověkem může být někdy velmi komplikovaná. Pro snadnější průběh komunikace s postiženými je nutné se naučit několik pravidel, abychom se vyhnuli možnému nedorozumění. Ta se liší podle typu postižení.

Komunikace probíhá na několika rovinách - za účelem sdělení, navazování kontaktů atd. Při komunikaci používáme jazyk, mimiku, pohyb, tělo, sociální chování a konání. Člověk, který je schopný komunikace musí ovládat schopnost pamatovat si naučené komunikační kódy, které si umí vybavit a použít je. Abychom člověku s postižením porozuměli, musíme být schopni s ním komunikovat a on musí komunikaci vnímat a rozumět jí. Aby mohl postižený reagovat, musí dostat možnost a prostředky, pomocí kterých komunikaci zvládne. (Solovská 2013: 17)

Při komunikaci s postiženým člověkem bychom měli náš projev přizpůsobit jeho schopnosti vnímání a popřípadě jej zpomalit. Komunikujeme přímo s postiženým, ne s jeho doprovodem či asistentem. Je velmi důležité přijmout postiženého jako rovnocenného partnera. (Slowík 2007: 27)

Jak uvádějí lidé se všemi typy zdravotního postižení, ve svém životě se často setkávají s ponižováním a snižováním lidské důstojnosti. Mnohdy jsou postižení v důsledku stigmatizace postižení považováni za slaboduché a podle toho se s nimi jedná. Velký problém společnosti je neschopnost komunikovat s osobami se zdravotním postižením. Setkáváme se s tím v běžném životě, kdy např. lékař nebo sestra hovoří s průvodcem pacienta, nikoliv s pacientem samotným. Otázky typu „A co je paní?“, „Ať si pán odloží“, zažil snad každý postižený. S obdobným přístupem se setkávají na mnoha úřadech státní a veřejné správy, službách, dopravě atd. Aby se tato komunikace zlepšila, vytvořila v roce 2006 Národní rada osob se zdravotním postižením České Desatero komunikace pro základní typy zdravotního postižení, které má sloužit ke zlepšení komunikace s lidmi se zdravotním postižením:

- Desatero pro komunikaci s pacienty s pohybovým postižením
 - Desatero pro komunikaci s pacienty se sluchovým postižením
 - Desatero pro komunikaci s pacienty se zrakovým postižením
 - Desatero pro komunikaci s pacienty se syndromem demence
 - Desatero pro komunikaci s pacienty s poruchou autistického spektra
- (Národní rada osob se zdravotním postižením ČR 2010)

2.2.1 Komunikace s lidmi s tělesným postižením

Komunikace s lidmi s tělesným postižením je především ovlivněna polohou této osoby, která je nestandardní a díky které vnímá prostor jinak. Při rozhovoru s člověkem na vozíku je nutné se k němu sklonit, abychom udrželi zrakový kontakt a vnímali gesta a mimiku druhého. Tato poloha nám pomůže vidět a vnímat okolí ze stejného úhlu jako postižený. (Slowík 2007: 44)

Při komunikaci s tělesně postiženými se setkáváme s odlišnostmi jak v neverbální komunikaci, tak v komunikaci verbální. U verbální komunikace se jedná především o poruchy plynulé řeči (vyhrkávání slabik i celých slov) a poruchy v artikulaci. Je třeba tyto odchylky akceptovat a brát postiženého jako rovnocenného partnera. Mezi odlišnosti neverbální komunikace patří pantomimické a mimické projevy, které mohou být odlišné. Postižený svou mimikou není například schopen dát najevo zájem či nezájem o komunikaci nebo má neovladatelné grimasy. Při komunikaci s tělesně postiženým je velmi důležité vzájemné postavení. Abychom přešli symbolickému nadřazenému postavení, je nutné se vždy přizpůsobit postiženému, ať je na vozíku nebo o berlích. (Vágnerová 2012: 260)

2.2.2 Komunikace s lidmi s duševním postižením

Při komunikaci s člověkem s mentálním postižením musíme počítat s menší slovní zásobou a také s problémy s artikulací. Je třeba se přizpůsobit tempu postiženého a obvykle přejít k pomalejšímu projevu a jednoduššímu obsahu toho, co chceme sdělit. (Slowík 2007: 61)

Mentálně postižení mívají poruchu řeči, která se projevuje v neschopnosti skloňovat, časovat a tvořit správně mluvnický věty a také v jednoduchosti vyjadřování. Při řečovém projevu takto postižených lidí se setkáme s méně přesnou výslovností. U lidí s mentálním

postižením nepoužíváme složité slovní obraty, ironii, žert nebo metaforu, nejsou schopni toto chápat. Pro komunikaci s mentálně postiženými je nejvhodnější informace formulovat stručně a jednoduše (Vágnerová 2012: 293)

U mentálně postižených je schopnost sebeovládání vyvinuta v nedostatečné míře. S tím souvisí zvýšená schopnost k afektivním reakcím, které nedovedou přijatelně ovládat. (Vágnerová 2012: 297)

2.2.3 Komunikace s lidmi se smyslovým postižením

Při setkání a komunikaci s nevidomým pozdravíme jako první, pak se představíme a upozorníme, že mu podáváme ruku. Pokud komunikujeme s nevidomým, bez obav používáme slova jako vidět, prohlédnout si apod. (Národní rada osob se zdravotním postižením ČR 2010). Vždy je nutné upozornit na svůj příchod i odchod. Při komunikaci s nevidomým nespolehneme na neverbální komunikaci a mimiku, ani jiné vizuální prostředky. Při hovoru klademe důraz na modulaci a zabavení hlasu. Dotyčného také informujeme, co se kolem nás děje. Pokud nás o to vyloženě nevidomý nepožádá, tak s ním fyzicky nemanipulujeme. (Slowík 2007: 74)

V případech, kdy o lidech se zrakovým postižením mluvíme, je třeba volit a správně se rozhodnout, zda použijeme termín člověk se zrakovým postižením, slepec, slepý člověk nebo nevidomý. V rámci poskytování sociálních služeb se používá termín osoby se zrakovým postižením. (Okamžik 2016)

Zrakovým postižením je ovlivněna také neverbální komunikace. Většinou nelze navázat oční kontakt a postižení nemají tak výrazné mimické a pantomimické projevy. Například úsměv nemá kolikrát svůj obvyklý význam. Stejně tak si nevidomý neuvědomuje svou řeč těla a její význam pro vidícího a proto jim nevěnuje pozornost. Díky tomu, že zrakově postižený nemůže vnímat neverbální komunikační signály, ztrácí tím výhodu rychle se orientovat v aktuální sociální situaci. (Vágnerová 2012: 201)

Než začneme komunikaci s člověkem se sluchovým postižením, upozorníme ho dotekem. Je důležité, aby naše tvář byla dobře viditelná, proto by komunikace měla probíhat v dostatečně osvětleném prostoru. Při hovoru zůstáváme v dostatečné blízkosti neslyšícího a neodvracíme se od něj. Snažíme se udržovat oční kontakt, mluvíme pomalu a snažíme se zřetelně vyslovovat. (Slowík 2007: 89)

Při hovoru si nedáváme ruce před ústa, artikuluje a hovoříme s prázdnými ústy. Když komunikujeme s neslyšícím, využíváme také výrazy obličeje a gesta rukou. Komunikovat písemně s neslyšícím pro něho neznamena úlevu, protože slovní zásoba díky postižení není dostatečná. Pokud probíhá komunikace ve skupině, je třeba neslyšícího seznámit s tématem hovoru. Při rozhovoru je žádoucí eliminovat rušivé zvuky jako rádio, mobil, televize apod. (Národní rada osob se zdravotním postižením ČR, 2010)

2.3 Socializace a integrace zdravotně postižených

Podle Vágnerové je socializace „*celoživotním procesem utváření a vývoje člověka ve společenskou bytost. Tento proces probíhá ve vzájemné interakci jedince a společnosti.*“ (Vágnerová 2004: 273)

Socializace zdravotně postiženého člověka závisí na mnoha faktorech (zdravotní stav, omezení, schopnost zvládat nepříznivou situaci apod.) a také na individualitě postiženého. Je tedy jasné, že míra socializace není u všech zdravotně postižených stejná.

U socializace rozlišujeme čtyři základní stupně tohoto procesu:

1. Integrace - znamená plné splynutí a začlenění do společnosti. Co se týče péče o člověka a jeho rozvoj je integrace nejvyšším stupněm socializace. Předpokladem je nezávislost a samostatnost jedince, kdy je vyrovnaný s důsledky svého postižení a je schopný stát se rovnoprávným partnerem ve společenském životě i pracovním uplatnění.
2. Adaptace – je schopnost jedince s postižením přizpůsobit se sociálnímu prostředí, společenským podmínkám, komunitě. Je to o něco nižší fáze socializace než integrace. Pochopitelně zde záleží na schopnostech, potřebách, dovednostech i na tom, jak se postižený dokáže začlenit mezi ostatní lidi tak, aby byl okolním prostředím akceptován.
3. Utilita - označuje sociální zařaditelnost zdravotně postiženého, kdy vývoj takto postiženého jedince je poměrně omezený. Takto postižený člověk není samostatný a potřebuje v mnoha oblastech pomoc druhého člověka. Díky tomu se ani přes případnou terapeutickou péči není schopen zcela socializovat a stejně tak není schopen samostatně žít.

4. Inferiorita – je nejnižší stupeň socializace, pro kterou je charakteristické sociální vyloučení ze společnosti. Dochází k nevytvoření či ztrátě sociálních vztahů. Lidé s postižením jsou naprosto nesamostatní a vyžadují pomoc při uspokojování nejzákladnějších životních potřeb. (Pipeková 1998: 28)

U socializace je velmi důležitý pohled zdravých lidí, tzv. majority zdravých. Na postoji společnosti a jejích krocích závisí, zda bude člověk se zdravotním postižením zařazen mezi postižené ve všech oblastech života nebo jen částečně. V důsledku bránění možnosti začlenění mezi zdravé jedince dochází u postiženého k narušení vytváření adekvátních sociálních vztahů, problémům s komunikací, izolovanosti. To vše pak může mít vliv na vyváženost a zralost osobnosti. (Podešva 2007: 14)

Aby byli postižení jedinci společností dobře přijímáni, je třeba se naučit jim porozumět a přijmout je. Integrací rozumíme začlenění postiženého do společnosti zdravých lidí. Je důležité, aby se integrovaný jedinec cítil společností přijat a mohl v ní bez problémů žít. Integrace rozhodně není jen jednostranným procesem, je nutné vzít v potaz postoje jak zdravých tak postižených lidí. (Vágnerová 2012:192)

Integraci můžeme rozdělit do několika stupňů, které na sebe navazují. Prvotní integrace probíhá již v rodině postiženého, to jak je rodinou přijat. Přijetí rodiny a její postoj k postižení je velmi důležitý pro další stupně integrace, závisí na něm také rozvoj schopností a dovedností postiženého a tím i usnadnění další integrace například na úrovni základní školy a následně dalšího vzdělávání. (Vágnerová 2012: 193)

Integraci lze srozumitelně popsat na čtyřech vzorech, která jsou chápána jako modely péče o postižené jedince:

1. Model medicínský – zde se jedná o medicínsky orientovanou péči. Cílem této péče je léčba postižení (resp. defektu). Integrace znamená, že je postižený po vyřazení ze speciální školy přijat do školy běžného typu, kdy se předpokládá se, že se žák přizpůsobí stávajícímu školskému systému.
2. Model sociálně patologický – příčiny obtíží, které se při integraci vyskytují, jsou sociální povahy. Hlavní je otázka socializace a diskriminace, která je podmíněná postižením. Jedná se osoby s postižením, které jsou v tomto smyslu sociálně nepřizpůsobiví jedinci. Také zde je nutné sociální přizpůsobení jedince stávajícímu školskému systému.

3. Model prostředí – model, který řeší otázku, co a jak má škola změnit ve prospěch postižených žáků. Přínos tohoto modelu je především v mimoškolní oblasti, tzn. v oblasti sociální.
4. Model antropologický – u tohoto modelu jde především o lepší interpersonální reakci. Neznamená to jen, že se postižení naučí žít a zacházet se svým postižením, ale jde také o respektování jejich jedinečnosti a identity i s jejich postižením. Je zde důležité reálně zhodnotit situaci jedince s postižením. (Pešatová 2007: 33)

I tam, kde není integrace zdravotně postiženého možná, je nutná snaha plně respektovat individualitu jedince a snažit se o dosažení takové kvality života, kterou umožní dané okolnosti a možnosti. (Podešva 2007: 11, 12)

3 Kazuistiky

Dnešní společnost je daleko více otevřená, a tak se dostávají do popředí i dříve tabuizovaná témata jako je zdravotní postižení. S tím se také mění postoje k handicapovaným lidem. Stále ale dochází k mnoha situacím, kde je chování většinové společnosti na hranici s chováním etickým.

Praktická část mé bakalářské práce je zaměřena především na to, aby poukázala na možné neetické chování většinové společnosti k handicapovaným. Jedná se o pět kazuistik, které popisují různé životní situace handicapovaných, kde se setkali s neetickým chováním. Všechny osobní údaje jsou změněny, aby nedošlo k jejich zneužití a byla zachována anonymita jednotlivých osob.

Metodu případové studie jsem zvolila jednak s ohledem na téma mé práce a také z důvodu svého handicapu. Jednotlivé kazuistiky jsem vypracovala na základě příběhů, které mi účastníci šetření posílali v písemné formě včetně svých anamnéz. Při oslovení handicapovaných jsem všechny seznámila s cílem a tématem své bakalářské práce a nasměrovala tak jejich vyprávění tímto směrem.

Kazuistika je rozdělena do tří částí:

1. Anamnéza – zde seznamuji s diagnózou a nastiňuji sociální a rodinné prostředí.
2. Popis případu – na základě příběhu popisuji příslušné situace, na kterých ukazují etický či neetický přístup k handicapovaným lidem.
3. Analýza a závěr – shrnutí kazuistiky, v této části rozebírám chování aktérů, zhodnocuji kazuistiku, vyvozuji možné následky, popř. dávám návrhy na řešení.

3.1 Kazuistika č. 1 – Jana

Anamnéza

Jana je čtrnáctiletá dívka s diagnózou spinální svalová atrofie 3. stupně. Od první třídy je integrována v běžné základní škole v místě bydliště. První stupeň Jana zvládla ještě bez invalidního vozíku, její chůze byla nejistá a často zakopávala a upadla. Zdravotní stav se Janě začal zhoršovat od šesté třídy, kdy již nebyla schopna samostatné chůze.

Jana je veselá, společenská dívka, která ráda sportuje. V zimě jezdí lyžovat na monoski, v létě a na jaře jezdí na speciálním elektrickém handbiku. Vyrůstá jako jedináček v úplné rodině, která jí věnuje maximální péči, matka je v domácnosti, otec pracuje.

Popis případu

Jana popisuje své zážitky ze školy s odstupem času – dnes je v deváté třídě, přesto na nehezské chování ze strany spolužáků či jiných dětí ve škole, pedagogů a asistentky nikdy nezapomene. Jak ona sama ve svém příběhu píše: „*Celých devět let si ve škole připadám jako nějaký exot.*“

Během prvních tří let základní školy se Jana setkávala s posměšky ze strany ostatních dětí, které narážely na její křivé nohy a nejistou chůzi. Postupem času ustaly, ale spolužáci Janu nikdy plnohodnotně nepřijali. Janu nejvíce trápí, že ti, co by jí měli nejvíce pomáhat začlenit se do běžného chodu ve škole, tak nečiní. Ve svém příběhu uvádí několik situací, které zažila s asistentkou.

Na prvním stupni potřebovala Jana zvýšený dohled i o přestávkách, z důvodu nejisté chůze a rizika pádu. Asistentka však třídu v době přestávky opouštěla a Janě nařídila, aby celou dobu seděla ve své lavici. „*Připadala jsem si, jak zvířátko v kleci, které pozoruje svět kolem.*“ Jednou se Jana zkusila zvednout a dojít si na toaletu. Cestou upadla a nemohla se zvednout. Až přicházející asistentka se slovy „*válíš se tady jako hadr na podlahu*“ ji zvedla. Jindy zase chtěla Janě přivázat nohy k židli, aby se jí tak neklepaly. Na konci šesté třídy se Janě zhoršil zdravotní stav natolik, že musela být na invalidním vozíku. Říkala si, že to bude mít i výhody, když je teď pojízdná. Opak byl pravdou. Svou práci asistentka často přenechávala na spolužáky a Jana se cítila jako bezejmenná přítěž, jakoby ani ve vozíku neseděla. Často slýchávala „*odvezte Ji do učebny, podejte Ji tu knihu apod.*“

Při rozhovoru se asistentka ani nesehnula, takže Jana kolikrát nerozuměla, co jí říká. Stejně tak, když mluvila Jana, asistentka tvrdila, že ji neslyší a nesnažila se snížit na úroveň Janina vozíku. Poslední nepříjemný zážitek prožila Jana na konci osmé třídy, kdy se plánoval školní výlet. Důvodem, proč s nimi nemůže jet, byly tři schody do rekreačního objektu. Jana asistentce a třídní učitelce navrhla, že by se snažila ty tři schody vylézt. Odpověď asistentky ji šokovala. „*A jinde tě bude tahat jako kdo?*“ Rodiče

několikrát na toto nevhodné chování upozorňovali a žádali změnu asistentky. Škola žádost z personálních důvodů zamítla. Situace je v současné době (9. třída) více méně stejná a Jana už se těší, až ukončí základní školu.

Shrnutí

Janiny zážitky s asistentkou jsou přímo alarmující ukázkou neetického chování ze strany pracovnice v sociálních službách. Asistentka naprosto nerespektovala projevy Janina handicapu (klepající se nohy). Pro své pohodlí zneužívala Janin handicap. Omezovala ji ve svobodném pohybu a nepodporovala její začleňování do kolektivu. Svým verbálním projevem Janu ponižovala a při komunikaci nerespektovala specifikaci komunikace s lidmi na vozíku. Díky svému chování mohla Janě způsobit traumata, snížit její sebehodnocení a do dalšího života díky svému neetickému chování poznamenat Janin vztah handicapovaného k většinové společnosti.

Z mého pohledu byla doba, kdy se k Janě chovala asistentka neeticky, nepřiměřeně dlouhá. Jedním z prvních kroků měla být změna asistentky, na které měli rodiče trvat. Situace je ale taková, že rodič si asistenta nevybírá, sežene ho škola, která ho platí. Jak dalece je zájemce o tuto práci prověřený ze strany školy, je otázkou. Myslím si, že právě tady by měla přijít změna. Rodiče společně s Janou se měli podílet na výběru asistentky. Před nástupem do školy měla proběhnout seznamovací schůzka, kde si všichni zúčastnění ujasní a domluví, co od integrace očekávají a jaké kroky každý musí udělat. Asistentka se musí předem připravit na práci s handicapovaným dítětem, každý handicap má svá specifika, se kterými se asistentka musí seznámit. Konkrétně Janina diagnóza je velmi specifická. V neposlední řadě musí mít asistentka o práci zájem, být empatická a chtít integrované dítě posouvat a začleňovat do běžného života tak, aby se cítilo rovnocenně. Pokud tomu tak není, jako v případě Jany, pak mohou vznikat situace, které jsou ukázkou neetického chování.

3.2 Kazuistika č. 2 – Petra

Anamnéza

Petře je sedm let. Asi měsíc po narození prodělala několik epileptických záchvatů. Následovala různá vyšetření a především magnetická rezonance, která ukázala, že Petra trpí těžkou vývojovou vadou, tzv. mikrocefalií, která se vyznačuje zakrněním mozku. Je doprovázena sekundární epilepsií, psychomotorickou retardací, centrálním postižením zraku a postižením všech končetin. Kvůli všem těmto problémům je dnes Petra na úrovni ročního dítěte. S obtížemi se dokáže posadit a lézt. Nemluví a nezvládne si hrát jako ostatní děti. Má velmi ráda vodu, jak v bazénu, tak ve volné přírodě. Petra má velmi dobré rodinné zázemí. Je jedináček a vyrůstá v úplné rodině, která podporuje celodenní péči matky.

Popis případu

Přes těžké postižení Petry se rodina snaží od raného dětství jezdit na dovolené a výlety. Petra má díky svému postižení nepravidelný tvar hlavy, pokroucené končetiny a tím poutá pozornost okolí. Na udivené pohledy si rodina již zvykla, ale některé reakce ze strany ostatních rodičů ji stále šokují. Při jedné dovolené a lenošení na pláži k nim přišla paní s tím, jestli by se nechodili koupat jinam, protože „*dětem se ta vaše holka nelíbí a bojí se jí*“. Jindy při procházce, když míjeli jinou rodinu, okřikla matka skotačící dítě slovy „*jestli budeš zlobit, budeš taky tak ošklivý a nemocný jako ta holčička na vozíku*.“ Další nepříjemný zážitek zažili při návštěvě bazénu. Po hodině dohadování přišel pan ředitel s tím, že mají v provozním řádu, že vozík se musí před vstupem do bazénu vydesinfikovat nebo jim zapůjčí svůj. Na argumentaci, že nikde jinde jim vozík nedesinfikují a že Petra má speciální vozík, ve kterém dokáže sedět, ředitel odpověděl: „*Když nedokáže sedět, jak bude plavat?*“ Nakonec raději vozík nechali v autě a vzali Petru do náruče a po celém bazénu ji přenášeli. Chování lidí k jejich dceři a nepřiměřené reakce je mnohdy zabolí, ale na výlety jezdí stále a snaží se Petře zprostředkovat co nejvíce zážitků.

Shrnutí

Zážitky Petřiny rodiny ukazují některé neetické chování většinové společnosti k postiženým. Jistě je více rodin nebo samotných postižených, kteří se s podobnými

situacemi setkali. Nesmyslné nařízení navštíveného bazénu o desinfekci vozíku je pro vozíčkáře velmi ponižující až diskriminační. Běžně se tato situace řeší pojízdnými umělohmotnými křesílky, na které si postižený přesedne, pohodlně se vysprchuje a dojede do bazénu. Alarmující je v tomto případě chování jiných rodičů, kteří by měli jít příkladem svým dětem. Pokud budou děti postižením zstrašovány a podporovány v pocitech ošklivosti, jak se v dospělosti budou k postiženým chovat? Rodiče měli vysvětlit dítěti, proč je Petra „jiná“, že za to opravdu nemůže a narodila se taková. Již v dětství je třeba pěstovat empatii, aby v dospívání a dospělosti člověk uměl přijmout postiženého člověka jako sobě rovného.

3.3 Kazuistika č. 3 – Hana

Anamnéza

Haně je 26 let a od narození je zcela nevidomá následkem předčasného porodu- narodila se ve 27. týdnu. Je schopna samostatné chůze za pomoci bílé hole. Na neznámá místa raději jezdí s doprovodem. Hana vyrůstala v úplné rodině, má staršího bratra a do svých 25 let žila s rodiči v bytě ve vesnici nedaleko Olomouce. Matka je účetní a otec učí na gymnáziu. Nyní má svůj vlastní byt ve městě, kde žije sama. Již od první třídy byla integrována do běžné základní školy. Po základní škole Hana nastoupila na střední jazykovou školu. Ve svých 21 letech úspěšně odmaturovala. Již druhým rokem Hana pracuje z domova jako překladatelka odborných textů. Práce je současně jejím velkým koníčkem.

Popis případu

Vzhledem ke své zrakové vadě musí Hana chodit na pravidelné kontroly k očnímu lékaři. Dalo by se předpokládat, že na očním oddělení bude personál vědět, jak se chovat k nevidomým. Některé zážitky, které Hana ve svém příběhu popisuje, ukazují opak. Při jedné z návštěv lékaře seděla Hana v čekárně, kam ji dovedla kamarádka. Na otázku kolik lidí je v čekárně, odpověděla sestra: „*Hodně jako vždycky*“. Hana se jen pousmála nad plnohodnotnou informací a řekla si, že vyčká, až zazní její jméno. Jaké bylo její překvapení, když sestra už poněkolkrát zavolala jen „*další*“. To už Haně do smíchu nebylo a cítila se velmi nejistě – kolikátá další je asi ona? Zvažovala, jestli stihne oslovit

sestru za ten krátký okamžik, než zazní opět „další“. Z myšlenek ji vytrhlo podrážděné „*vždyť vy jste už měla být dávno v ordinaci!*“ A než si stačila uvědomit, jestli slova patří jí, čísi ruka ji uchopila a doslova dotlačila do ordinace. K tomu všemu je nutno podotknout, že Hana měla u sebe bílou slepeckou hůl, která je dostatečnou informací, že je člověk nevidomý.

Shrnutí

Při svém chování sestra několikrát porušila desatero komunikace s nevidomými a dostala tak Hanu do velmi nepříjemné situace. Díky svému neetickému chování vyvolala v Haně pocit bezmocnosti a nejistoty. Přitom stačilo tak málo, jen zavolat pacienta jménem a nabídnout mu, jestli potřebuje doprovod do ordinace. Nestačí jen, že existuje etický kodex chování pro zdravotníky a sestry, je třeba znát i příslušná desatera chování k postiženým. Myslím si, že by rozhodně nebylo od věci, aby takové desatero pro komunikaci s nevidomými bylo umístěno v ordinaci u očního lékaře nebo v čekárně. Je třeba si uvědomit specifika nevidomých a respektovat je, mít zájem o tuto problematiku. Věřím, že tento případ patří mezi ojedinělé zážitky nevidomých v lékařských ordinacích.

3.4 Kazuistika č. 4 – Roman

Anamnéza

Roman ve svých dvaceti letech následkem úrazu ochrnul na obě dolní končetiny. Dnes je mu 34 let a pracuje jako poradce v počítačové firmě. Žije s přítelkyní, se kterou vychovává její dítě z prvního manželství. Mezi jeho záliby patří divadlo, historie a s tím související četba.

Popis případu

Roman se velmi těšil na návštěvu historické budovy Národního muzea. V neděli, kdy se výlet uskutečnil, ale odjížděl domů téměř s pláčem. Vozíčkář Roman se těšil a doufal, že si užije zrekonstruované Národní muzeum jako každý jiný. Když po čtyřhodinové cestě dorazil do Prahy, zjistil, že to nebude snadné. Se svými asistenty stál ještě další hodinu v dlouhé frontě a pak přišel šok. Vozíčkáře do budovy nechtěli pustit. Ostraha

argumentovala tím, že není pro vozíčkáře bezbariérový přístup. Roman si nechal zavolat nadřízeného ostrahy a nabídl řešení tím, že ho asistenti po schodech vynesou a jediný problém přístupu se tak vyřeší. Nadřízený nakonec souhlasil. *„Rázem se mi ulevilo, že jsem přestal být problémem a konflikt byl vyřešen.“* Asistenti Romana po schodech vynesli a on si konečně mohl začít užívat vytoužené prohlídky. Jeho radost netrvala dlouho – další členové ochranky ho po několika minutách přece jen vyvedli. *„Cítil jsem se hrozně. Za celou dobu, co jsem na vozíku, jsem takovou potupu nezažil, když mě ochranka před zraky stovek lidí vyhazovala jako nějakého zločince.“* Při tom všem se ještě nahlas bavili na Romanův účet. Prý má být vlastně rád, protože je první a na dlouho poslední vozíčkář, co se do Národního muzea podíval. *„Vozíčkáři nemají v Národním muzeu co dělat.“* Po příjezdu domů Roman napsal stížnost. Odpověděli mu, že budova Národního muzea prošla zatím jen kolaudací hlavních prostor, kde není bezbariérový přístup. Kolaudace těchto prostor je plánovaná za rok.

Shrnutí

V případě Romana došlo k pochybení jednak ze strany Národního muzea a především ze strany samotných aktérů – ostrahy. Je nepochopitelné, že po prvním nepříjemném odmítnutí, které se nakonec kladně vyřešilo, ostraha nerespektovala rozhodnutí nadřízeného a Romana přesto vyvedla z budovy. Způsob, jakým to provedli, nebyl rozhodně v souladu s etickým chováním a popíral lidskou důstojnost. Pokud nadřízený povolil Romanovi vstup, ostatní zaměstnanci ostrahy měli být informováni, aby to akceptovali. U budovy ani na stránkách Národního muzea nebyla žádná informace, že vstup do budovy není bezbariérový, a tedy není vhodný pro vozíčkáře. Ostraha nebo přímo nadřízený ostrahy se měli Romanovi omluvit za nepříjemnou situaci a vše mu vysvětlit. Roman mohl být ušetřený ponížením, kdy se z něho v minutě stal člověk s nálepkou vozíčkář. Zaměstnanci ostrahy jednali neeticky, když naprosto opomenuli Romana jako člověka a brali ho pouze jako vozíčkáře, který má zákaz vstupu. Svým verbálním projevem ponižovali Romanovu důstojnost. Pokud Národní muzeum plánuje otevřít prostory i pro handicapované, měli by také zaměstnanci vědět, jak se k nim chovat. Kdyby si Roman mohl informaci o plánovaném bezbariérovém přístupu přečíst na stránkách Národního muzea, jistě by svou čtyřhodinovou cestu odložil na další rok.

3.5 Kazuistika č. 5 – Petr

Anamnéza

Petr se narodil ve 27. týdnu s diagnózou dětská mozková obrna – kvadroparetická forma. Pohybuje se pouze na invalidním vozíku a vzhledem k postižení horních končetin potřebuje při jízdě pomoc druhé osoby. Mentálně je Petr zcela zdrav. V současné době je Petrovi 19 let a úspěšně ukončil studium na odborném učilišti. Petr žije v neúplné rodině pouze s matkou a svým starším (24 let) bratrem. Má velmi rád divadlo, koncerty a letní multižánrové festivaly, kam ho většinou doprovází jeho bratr.

Popis případu

Petr dostal od bratra lístky do divadla v Praze na představení, které si už dlouho přál vidět. Vzhledem k tomu, že se neobejde bez asistence, jel jeho bratr s ním. Pod vlivem kampaně Českých drah „Vlakem bez bariér“, které nabízejí přistavení rampy pro vozičkáře, si naplánovali jízdu vlakem. Jaké martyrium je bude čekat, nemohl Petr předpokládat. Dva dny před plánovaným odjezdem objednal Petr bezbariérový vlak. Elektronický systém požadavek schválil a potvrdil a Petr si myslel, že je vše zařízené. Jaké bylo jeho překvapení, když den před odjezdem mu oznámili, že objednaným vlakem jet nemůže, protože vlak nemá vůz, kam mohou přistavit plošinu. Po dlouhém rozhovoru byla Petrovi nabídnuta možnost jet pozdějším vlakem, na který budou platit stávající místenky. Pro Petra byla situace stresující z důvodu malé časové rezervy na přesun na vozíku z nádraží do divadla, ale souhlasil. Problém byl, že se změna rezervace musela provést přímo na nádraží. Petr zavolal bratrovi a společně se vydali situaci řešit. Na nádraží v Praze je odkázali na zaměstnance, který měl agendu handicapovaných na starosti. Ten jim arogantním způsobem sdělil, že místo pro handicapované je již obsazené (aniž by si ověřil, jestli je objednaná i plošina) a že přesun místenek není možný. Řešením byl jedině další vlak. Na argument Petra, že to by představení nestihli, odsekl: „*To není moje starost, vyřídíte si to na nádraží, kde vám to slíbili.*“ Tak Petr opět volal na nádraží v místě bydliště, kde ho ujistili, že přesun místenek platí, ale ať raději přijde osobně. Tak zase cesta zpět a půlhodinové řešení přesunu místenek. Celé jednání provázelo divení a otázky typu: „*A osobní asistent musí celou cestu sedět vedle postiženého?*“ „*To nemůže být hodinku bez dozoru?*“ „*To sám nevydrží hodinu jízdy?*“ Nakonec se vše vyřešilo. To si

alespoň Petr s bratrem myslel. Druhý den, sedm hodin před plánovaným odjezdem do divadla, Petrovi zazvonil telefon. Z nádraží se omlouvali, že si zaměstnanci Českých drah prý neuvědomili, že vlak přijíždí na Libeň po 18. hodině a zaměstnancům, kteří obsluhují plošinu, končí pracovní doba v 18.00 hodin. Z toho důvodu prý musí Petr jet na hlavní nádraží. Petr informaci přijal a připravil se na to, že cesta z nádraží do divadla se cca pětkrát prodlouží a musí ještě s vozíkem přestupovat v metru. Slova „*a dopláctet za delší cestu nic nemusíte*“ mu přišla jako špatný vtip. Konečně tu byl odjezd do divadla. A další překvapení – vlaková četa o Petrovi a o tom, že potřebuje místo pro handicapované, vůbec nevěděla. Na místech pro vozičkáře seděla paní s bernardýnem.

Svůj údiv komentovala tím, že jí paní na pokladně říkala, že „*místa pro handicapované jsou vhodná pro přepravu velkých plemen psů.*“ Vše se vyřešilo a Petr s bratrem konečně seděli na svých místech a jeli do divadla. Po krásném kulturním zážitku přišla opět ledová sprcha. Na nádraží nebyla plošina! Prý ji museli odřeknout, ale za další hodinu a půl pojede vlak s místy pro handicapované. To už bylo na Petra opravdu hodně. Společně s bratrem poprosil ostatní cestující o pomoc s nástupem do vlaku. Po příjezdu do místa bydliště už Petr plošinu neřešil, lidé se sami nabídli, že mu opět pomohou. „*Připadal jsem si jako cestovní zavazadlo.*“ Po tomto otřesném zážitku se Petr rozhodl, že napíše stížnost na České dráhy.

Shrnutí

Jak nám ukazuje tato kazuistika, při cestování vlakem se lidé se zdravotním postižením potýkají s řadou překážek, které s sebou nesou neetické chování. Za některé mohou přímo lidé, za některé špatně nastavený systém. Účastníci mezi sebou nekomunikovali, mnohdy ani nevěděli, co dělat, a dostávali tak Petra do situací, kdy si přišel jako obtížný problém. Předpokladem zaměstnance, který má na starost agendu handicapovaných, by měla být znalost problémů s tím spojených, a především schopnost empatického chování. Pokud tomu tak není, jako v Petrově případě, měl by být nahrazen někým jiným. Aby nedocházelo k situacím, kdy si handicapovaný mění místo se zvířetem (jak si asi připadá a co u toho cítí), bylo by třeba metodiku sjednotit. To, co se slíbí na jednom nádraží, musí platit i na ostatních. Používání plošin by alespoň na větších nádražích nemělo být limitováno pracovní dobou, třeba by stačilo vyškolit na obsluhu plošiny více zaměstnanců, aby se mohli vystřídat. Ochota lidí, že člověka na vozíku vynesou, může

být řešením, ale kromě toho, že je to spojeno s rizikem, to není dlouhodobé řešení. Kde je svobodné rozhodnutí člověka na vozíku? Pocity, které Petr popisuje ve svém příběhu, se rozhodně neslučují s etickým chováním k postiženému člověku.

Závěr

Každé postižení s sebou nese mnoho sociálních důsledků, jako například sníženou možnost dosáhnout vyššího stupně vzdělání, problematické uplatnění na trhu práce, nebo jen samotný přístup intaktní společnosti k postiženým lidem. A právě přístupem společnosti k handicapovaným, se zaměřením na neetické chování, se zabývá má bakalářská práce. V teoretické části jsou vysvětleny a popsány pojmy etika, handicap, postižení, empatie, druhy postižení a komunikace s takto postiženými, socializace a integrace postižených. Praktická část se věnuje samotným kazuistikám. Díky kvalitativnímu výzkumu jsem získala řadu příběhů na dané téma. V případových studiích popisují neetické chování ze strany zdravotníků, asistenčních služeb, veřejných služeb a samotné společnosti. Při sestavování kazuistik jsem dbala na zastoupení různých druhů postižení.

První kazuistika ukazuje, jak může jeden člověk svým nevhodným chováním, zmařit možnou úspěšnou integraci postiženého jedince, vyvolat v něm pocit méněcennosti, který si s sebou ponese. V druhé kazuistice se setkáváme s neetickým chováním ze strany jiných rodičů. Jejich reakce na odlišnost malého děvčátka je ukázkou nesprávného chování dospělých, které ovlivňuje vztah dětí k postižení. Třetí případová práce popisuje zážitky nevidomé ženy, která se nerespektováním jejího handicapu setkala ze strany zdravotní sestry s ukázkou neetického chování. Čtvrtá kazuistika je o vozíčkáři, který zažil pocit ponížení ze strany zaměstnanců muzea. Svým neetickým chováním k handicapovanému vyvolali pocity, kdy nebyl mužem, který chodí do zaměstnání a má svůj život, ale jen vozíčkářem, který znamená problém. Pátá kazuistika popisuje problémy postižených při cestování vlakem a s nimi související reakce a neetické chování zúčastněných.

Cílem této práce bylo poukázat na možné etické problémy při komunikaci a jednání s handicapovanými osobami a následně popsat příklady neetického chování k lidem s postižením. Na základě pěti kazuistik jistě nelze vyvozovat obecné závěry, nicméně ukazují nám, že se handicapovaní ještě stále setkávají s neetickým chováním ze strany majoritní společnosti. Myslím, že cíl mé práce byl naplněn.

Handicapovaní se stále více začleňují do společnosti, a proto je nutné upozorňovat na možné neetické chování, které je často projevem lítosti, odporu, obavy, strachu,

soucit, odstupu, přílišné potřeby pomoci nebo prostě jen nevědomosti a nezájmu. Doufám, že poznatky a informace v mé práci nabízí způsoby, jak některé bariéry odstranit.

Závěrem bych ráda, protože sama patřím k postiženým lidem, vzkázala: „*Nebojte se handicapovaných, jsou to stejní lidé jako vy. Lidé, kteří nepotřebují vaše opovržení či soucit, ale vaši pomoc.*“

Seznam použitých zdrojů

INTERNETOVÉ ZDROJE:

Desatero pro komunikaci s osobami zdravotně postiženými. *Národní rada osob se zdravotním postižením ČR* [online]. [cit. 2020-01-27]. Dostupné z: [Http://www.nrzp.cz/poradenstvi-sluzby/desatero-pro-komunikaci-s-ozp.html](http://www.nrzp.cz/poradenstvi-sluzby/desatero-pro-komunikaci-s-ozp.html)

Výběrové šetření osob se zdravotním postižením 2018 [online]. [cit. 2020-01-27]. Dostupné z: [Https://www.czso.cz/csu/czso/vyberove-setreni-osob-se-zdravotnim-postizenim-2018](https://www.czso.cz/csu/czso/vyberove-setreni-osob-se-zdravotnim-postizenim-2018)

PODEŠVA Libor. *Manuál zaměřený na integraci osob se zdravotním postižením do společnosti. 1. vydání* © Sdružení obcí Mikroregionu Vsetínsko, 2007 ISBN 978-80-244-1629-8 [online]. [cit. 2020-01-24].

POUCH Tomáš. *Poznávám život s handicapem* [online]. In: . www.bouramebariery.webnode.cz, 2013, s. 49 [cit. 2019-12-14].

Kombinované postižení. *Alfabet.cz* [online]. 2014 [cit. 2019-11-19]. Dostupné z: <https://www.alfabet.cz/33-informace-o-typech-zdravotniho-postizeni/kombinovane-postizeni/78-kombinovane-postizeni>.

Fyzické postižení. *Alfabet.cz* [online]. 2014 [cit. 2019-11-19]. Dostupné z: <https://www.alfabet.cz/informace-o-typech-zdravotniho-postizeni/fyzicke-postizeni>.

Desatero komunikace s pacienty se zrakovým postižením. *Národní rada osob se zdravotním postižením ČR* [online]. [cit. 2019-12-10]. Dostupné z <http://www.nrzp.cz/poradenstvi-sluzby/desatero-pro-komunikaci-s-ozp/353-desatero-komunikace-s-pacienty-s-pohybovym-postizenim.html>.

Mentální postižení. *Alfabet.cz* [online]. 2014 [cit. 2019-12-10]. Dostupné z: <https://www.alfabet.cz/informace-o-typech-zdravotniho-postizeni/mentalni-postizeni>.

MICHÁLEK, Miroslav. Jste nevidomý nebo slepý? In: *Okamžik* [online]. 2013 [cit. 2019-12-20]. Dostupné z:

http://www.nevidomimezinami.cz/main/nmn/Texty/Komunikace/jste_nevidomy_nebo_slepy.html.

LITERATURA:

- BERAN, J. *Základy psychoterapie pro lékaře*. Praha: Grada, 2000. ISBN 80-7169-932-2.
- BRUTHANSOVÁ, D. a JEŘÁBKOVÁ V. *Možnosti řešení sociálních důsledků zdravotního postižení: synergické efekty a bílá místa současné právní úpravy*. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2012. ISBN 978-80-7416-103-2.
- BŘEČKA, T. A. *Konkvencialismus, deontologismus a lékařská etika*. Praktický lékař 2016; 96 (1)
- FRANIOK, P. *Kapitoly z teorie speciální pedagogiky*. Ostrava: OU v Ostravě, 2003. ISBN 80-7042-280-7.
- FRANIOK, P., KYSUČAN J. *Psychopedie – Speciální pedagogika mentálně retardovaných*. Ostrava: OU v Ostravě, 2002. ISBN 80-7042-247-5.
- HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-X.
- HÁRDI, I. *Psychologie péče o nemocného*. Praha: Avicenum, 275 s.
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. Praha: Galén, 1994. ISBN 80-85824-03-5.
- JANDOUREK, J. *Sociologický slovník*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-535-0.
- JESENSKÝ, J. *Andragogika a gerontagogika handicapovaných*. Praha: Karolinum, 2000. ISBN 80-7184-823-9.
- KRAUS, J. a kol. *Dětská mozková obrna*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1018-8.
- KRHUTOVÁ, L. *Autonomie v kontextu zdravotního postižení*. Boskovice: Ostravská univerzita v Ostravě v nakl. Albert, 2013. ISBN 978-80-7326-232-7.
- LINHART, J. a kol. *Slovník cizích slov pro nové století*. Litvínov: Dialog, 2005. ISBN 80-85843-61-7.
- LUDÍKOVÁ, L. *Kombinované vady*. Univerzita Palackého v Olomouci, Olomouc 2005.
- MICHALÍK, J. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-859-3.
- NOVOSAD, L. *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.
- PEŠATOVÁ, I. *Sociálně patologické jevy u dětí školního věku*. Liberec: TU v Liberci, 2007. ISBN 978-80-7372-291-3.

- PIPEKOVÁ, J. *Osoby s mentálním postižením ve světě současných edukativních trendů*. Brno: MSD, spol. s r. o., 2006. ISBN 80-86633-40-3.
- PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 1998. ISBN 80-85931-65-6.
- RENOTIÉROVÁ, M. *Somatopedické minimum*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2003.
- SLOWÍK, J. *Komunikace s lidmi s postižením*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-691-9.
- SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1733-3.
- SOLOVSKÁ, V. *Rozvoj dovedností dospělých lidí s mentálním postižením*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0369-8.
- SOVÁK, M. a kol. *Defektologický slovník*, H & H, Jinočany 2000.
- ŠAROUNOVÁ, J. *Metody alternativní a augmentativní komunikace*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0716-0.
- TROJAN, S., DRUGA, R., PFEIFFER, J., VOTAVA, J. *Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka*. Praha: Grada, 2001. ISBN 80-247-0031-X.
- VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie*. Praha: Parta, 2003. ISBN 80-7320-039-2.
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 2012. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0225-7.
- VÁGNEROVÁ, M. *Základy psychologie*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2004. 356 s. ISBN: 80-246-0841-3.
- VÁCHA, M., KÖNIGOVÁ R. a MAUER M. *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-7367-780-0.

Abstrakt

Klíčová slova:

Handicap, postižení, etika, empatie, komunikace, integrace, socializace.

Bakalářská práce Etika a zdravotní handicap se zabývá etikou a handicapem. Je zaměřena na komunikaci a chování k lidem se zdravotním postižením. Cílem práce je poukázat na možné etické problémy při komunikaci a jednání s osobami se zdravotním handicapem a popsat neetické chování k postiženým.

V teoretické části práce jsou přiblíženy pojmy handicap, etika, empatie, postižení. Dále je zde stručně popsána historie handicapu a etiky. Podrobněji je v práci popsán přehled a charakteristika postižení, postoje společnosti k postiženým lidem a komunikace s lidmi s postižením. Teoretickou část uzavírají kapitoly o socializaci a integraci zdravotně postižených.

Praktická část práce popisuje pomocí kazuistik neetické chování k lidem s handicapem v různých oblastech jejich života.

Abstract

Keywords

Handicap, disability, ethics, empathy, communication, integration, socialization

This bachelor thesis Ethics and health handicap is dealing with the ethics and handicap. It is focused on communication and behaviour towards people with disability. The aim of this thesis is to show possible ethical problems during communication and dealing with people with disability and to describe unethical behaviour towards people with disabilities.

In the theoretical part concepts as handicap, ethics, empathy, disability are explained. History of handicap and ethics is also briefly described. In the thesis an overview and characteristics of handicap, society attitude towards people with disabilities and communication with people with disabilities. The theoretical part is concluded with chapters about socialization and integration of people with disabilities.

Practical part describes unethical behaviour towards people with disabilities in different areas of life with the help of casuistry.