



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

**Subjektivní hodnocení rizik sociálního vyloučení osob se
zdravotním postižením**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **SOCIÁLNÍ PRÁCE**

Autor: Barbora Benešová

Vedoucí práce: doc. PhDr. Adéla Mojžíšová, Ph.D.

České Budějovice 2024

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Subjektivní hodnocení rizik sociálního vyloučení osob se zdravotním postižením*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů 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 bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 29. 4. 2024

.....

Barbora Benešová

Poděkování

Děkuji mé vedoucí bakalářské práce, paní doc. PhDr. Adéle Mojžíšové, Ph.D. za její vedení, ochotu, čas a poskytnuté informace. Poděkování také patří všem komunikačním partnerům za věnovaný čas a komunikaci.

Subjektivní hodnocení rizik sociálního vyloučení osob se zdravotním postižením

Abstrakt

Tato bakalářská práce se zabývá tematikou subjektivního hodnocení rizik sociálního vyloučení u osob se zdravotním postižením.

Cílem mé práce je zmapovat tyto rizika a důsledky sociálního vyloučení u osob se zdravotním postižením.

Teoretická část mé bakalářské práce obsahuje 5 hlavních kapitol, které jsou doplněny podkapitolami. Obsahem první kapitoly jsou informace o zdravotním postižení, a to definice a klasifikace vybraných zdravotních postiženích. V druhé kapitole je vysvětlen pojem sociálního vyloučení a dále pak dělení sociálního vyloučení. Ve třetí kapitole shrnuji příčiny sociálního vyloučení u osob se zdravotním postižením. V těchto podkapitolách jsem se zaměřila na diskriminaci a stereotypy o zdravotním postižením, dále omezený přístup ke vzdělání, problémy na pracovním trhu, fyzické a architektonické bariéry, omezený přístup ke zdravotní péči, riziko sociální izolace a v neposlední řadě se zaměřuju na ženy se zdravotním postižením, které jsou náchylnější být obětí násilí. Ve čtvrté kapitole shrnuji dopady sociálního vyloučení na osoby se zdravotním postižením a v páté kapitole popisuju, jak je důležitá sociální práce vůči sociálnímu vyloučení.

Praktická část bakalářské práce interpretuje rizika a důsledky sociálního vyloučení, s kterými se mohou osoby se zdravotním postižením potýkat. V rámci kvalitativní výzkumné strategie byla data získána pomocí metody dotazování a techniky polostrukturovaného rozhovoru.

Práce může sloužit jako informační zdroj, který přináší ucelený pohled na problematiku rizik a důsledků sociálního vyloučení u osob se zdravotním postižením. Využít ji mohou studenti či veřejnost.

Klíčová slova

zdravotní postižení; sociální vyloučení; bariéry; rizika sociálního vyloučení; důsledky sociálního vyloučení

Subjective Assessment of Risks of Social Exclusion of People with Disability

Abstract

This bachelor thesis deals with the subjective assessment of the risks of social exclusion of people with disabilities.

The aim of my thesis is to map these risks and consequences of social exclusion for people with disabilities.

The theoretical part of my bachelor thesis contains five main chapters, which are supplemented by subchapters. The first chapter contains information about disability, namely the definition and classification of selected disabilities. In the second chapter, the concept of social exclusion is explained, followed by the division of social exclusion. In the third chapter I summarise the causes of social exclusion among people with disabilities. In these subchapters I focus on discrimination and stereotypes about disability, as well as limited access to education, problems in the labour market, physical and architectural barriers, limited access to health care, the risk of social isolation and last but not least I focus on women with disabilities who are more prone to be victims of violence. In Chapter 4 I summarise the impact of social exclusion on disabled people and in Chapter 5 I describe the importance of social work in relation to social exclusion.

The practical part of the bachelor thesis interprets the risks and consequences of social exclusion that people with disabilities may face. As part of a qualitative research strategy, data was collected using a survey method and a semi-structured interview technique.

The thesis can serve as a source of information that provides a comprehensive view of the risks and consequences of social exclusion for people with disabilities. It can be used by students or the public.

Key words

people with disability; social exclusion; barriers; risk of social exclusion; consequences of social exclusion

Obsah

Úvod.....	8
1 Definice zdravotního postižení	9
1.1 Klasifikace zdravotního postižení.....	9
1.1.1 Tělesné postižení.....	10
1.1.2 Sluchové postižení	11
1.1.3 Zrakové postižení.....	11
1.1.4 Mentální postižení.....	13
1.1.5 Kombinované postižení	14
2 Sociální vyloučení.....	16
2.1 Druhy sociálního vyloučení	16
2.1.1 Sociální vyloučení.....	16
2.1.2 Ekonomické vyloučení	17
2.1.3 Kulturní vyloučení	17
2.1.4 Prostorové vyloučení	17
2.1.5 Politické vyloučení	18
2.1.6 Symbolické vyloučení.....	18
3 Příčiny sociálního vyloučení u osob se zdravotním postižením	19
3.1 Diskriminace a stereotypy	19
3.2 Omezený přístup ke vzdělání.....	20
3.3 Problémy na pracovním trhu.....	21
3.4 Fyzické a architektonické bariéry	22
3.5 Omezený přístup ke zdravotní péči	23
3.6 Sociální izolace.....	24
3.7 Ženy se zdravotním postižením	26
4 Dopad sociálního vyloučení na osoby se zdravotním postižením	28

5	Role sociálního pracovníka.....	30
6	Cíle práce a výzkumné otázky	31
6.1	Cíl práce.....	31
6.2	Výzkumné otázky	31
6.3	Dílčí cíle.....	31
7	Metodika	32
7.1	Metody a techniky sběru dat.....	32
7.2	Charakteristika výzkumného souboru	32
7.3	Realizace výzkumu	34
7.4	Způsob vyhodnocování dat.....	34
7.5	Etické aspekty výzkumu	35
8	Výsledky	36
	Diskuse.....	50
	Závěr	53
	Seznam obrázků a tabulek	60
	Seznam příloh	61

Úvod

V dnešní době je pro všechny jednotlivce zásadním cílem mít rovné příležitosti ve společnosti. Přestože se společnost snaží snižovat překážky a omezení vedoucí k sociálnímu vyloučení, mnoho jedinců se zdravotním postižením stále čelí mnoha výzvám a rizikům, která mohou vést k jejich omezení v účasti na různých aspektech života ve společnosti.

Tato bakalářská práce se zabývá subjektivními riziky sociálního vyloučení u osob se zdravotním postižením. Zdravotní postižení zahrnuje širokou škálu diagnóz a každá osoba se zdravotním postižením si prochází různými riziky, které každé zdravotní postižení může přinášet. Osoba se zdravotním postižením může být také ovlivněna mnoha faktory jako je například přístup ke zdrojům, sociální prostředí či kvalita péče.

Cílem této práce je podrobněji zkoumat rizika a důsledky sociálního vyloučení u osob se zdravotním postižením, kterými je tato cílová skupina vystavěna a analyzovat, jak tyto rizika a důsledky dále ovlivňují jejich život.

Pro dosažení tohoto cíle bude práce využívat kvalitativní metodu výzkumu, která umožní hlubší porozumění této problematice a identifikaci možných rizik a důsledků, které osoby se zdravotním postižením prožívají. Tímto způsobem se tato práce zaměří na rozšíření poznatků v oblasti sociálního vyloučení osob se zdravotním postižením a přispěje k diskusi o možných rizicích a důsledcích sociálního vyloučení u osob se zdravotním postižením.

Pro zpracování bakalářské práce jsem si zvolila téma s mým zájmem o problematiku rizik sociálního vyloučení u osob se zdravotním postižením. Můj prvotní podnět k napsání práce byly příběhy osob se zdravotním postižením, které jsem znala a vyslechla jsem si jejich příběhy. Proto jsem se rozhodla, že bych chtěla tento problém zkoumat do hloubky.

V teoretické části jsou uvedeny obecné poznatky o zdravotním postižením a sociálním vyloučením. Dále je poukázáno na možné rizika sociálního vyloučení u osob se zdravotním postižením a také jaké dopady z rizik mohou vyplynout. Praktická část odhalí skutečný náhled do této problematiky osobním pohledem a praktickými zkušenostmi oslovených komunikačních partnerů.

1 Definice zdravotního postižení

Dle WHO (2023) zdravotní postižení představuje jeden z mnoha aspektů lidské existence, se kterou se téměř každý člověk během svého života setká, ať dočasně či trvale. V současnosti se odhaduje, že se potýká se zdravotním postižením přibližně 1,3 miliarda lidí po celém světě, což představuje kolem 16 % globální populace, tento počet pravděpodobně se bude nadále zvyšovat kvůli stárnutí populace a zvýšenému výskytu chronických onemocnění (WHO, 2023).

Podle autorky Novákové (2011) existuje mnoho definic a pohledů, co zdravotní postižení přesně znamená. Dále autorka Nováková (2011) uvádí, že z medicínského přístupu je zdravotní postižení chápáno jako individuální problém způsobený zraněním nebo nemocí, který ovlivňuje zdraví jedince, řešením zdravotního postižení je v tomto případě lékařská rehabilitace. Blíže autorka Nováková (2011) popisuje druhý pohled, což je sociální přístup, ten pojímá zdravotní postižení jako výsledek interakce mezi jedincem a okolím, kde může dojít k setkání s různými typy bariér, které mohou být buď sociální, kde například společnost odmítá osobu se zdravotním postižením či fyzické jako je nedostatečná přístupnost prostředí pro osoby se zdravotním postižením (Nováková, 2011).

Autorka Klimentová (2018) uvádí, že k dosažení jednotné definice zdravotního postižení přispěla Světová zdravotnická organizace (WHO) tím, že v roce 1980 přijala Mezinárodní klasifikaci poruch, postižení a handicapů (ICIDH). Autorka Klimentová (2018) popisuje, že v této klasifikaci se rozlišují tři klíčové pojmy: porucha jako ztráta nebo abnormalita v tělesných funkcích či strukturách, změna schopnosti označující obtíže v provádění činností a handicap, který odkazuje na omezení v účasti. Porucha se může širěji označit jako jakákoli ztráta nebo abnormalita v anatomických, fyziologických či psychických funkcích a postižení může být dále specifikováno jako fyzické, smyslové, mentální, duševní či kombinované (Klimentová, 2018).

1.1 Klasifikace zdravotního postižení

Od roku 1992 je pro oficiální klasifikaci používaná Mezinárodní klasifikace nemocí – MKN-10, která je ve své desáté revizi a vydávána Světovou zdravotnickou organizací WHO (Orel, 2020).

Orel (2020) popisuje, že pro co nejpřesnější diagnostiku se v MKN-10 používá víceosá diagnostika, kde (Orel, 2020):

- OSA I specifikuje primární diagnózu;
- OSA II určuje typ postižení v kontextu schopnosti plnit úkoly a role, jako je sebestarání, zaměstnání, domácnost či sociální interakce;
- Postižení dle OSY II je kategorizováno jako handicap, snížená schopnost a poškození, kde handicap je vnímán jako znevýhodnění plynoucí ze zneschopnění či poruchy, které omezuje nebo znemožňuje plnění běžných rolí. Zneschopnění či snížená schopnost je považována za ztrátu nebo omezení schopnosti vykonávat obvyklé činnosti. Poškození je definováno jako ztráta nebo odchylka tělesné či psychické struktury nebo funkce;
- OSA III se zabývá faktory životního stylu a okolnostmi, které významně ovlivňují nebo přispívají k danému zdravotnímu stavu.

1.1.1 Tělesné postižení

Dle autora Novosada (2011) tělesné postižení lze charakterizovat jako stálý nebo dlouhodobý stav způsobený anatomickou, orgánovou či funkční poruchou, kterou nelze léčbou významně zmírnit nebo odstranit. Dále autor Novosad (2011) popisuje, že takovýto stav má významný dopad na běžné fungování člověka, ovlivňuje jeho kvalitu života a možnosti v pracovním i osobním životě. Zřetelným rysem u lidí s tělesným postižením je omezení v pohybu, slabost či narušení koordinace pohybů (Novosad, 2011).

Autor Michalík (2011) popisuje dva existující základní způsoby, jakými může dojít k tělesnému postižení, pokud se jedinec s určitou vadou či funkčním omezením narodí, hovoříme o vrozeném postižení, jestliže se během života naskytne nějaká náhlá změna zdravotního stavu, mluvíme o získaném tělesném postižení. Dále Michalík (2011) rozlišuje mezi chronickým a akutním onemocněním. Chronická onemocnění se vyznačují dlouhodobým průběhem s obdobími remise, kdy jsou symptomy méně patrné a obdobími exacerbace, kdy se stav nemoci prudce zhoršuje, některé nemoci jako je revmatoidní artritida, metabolické poruchy či roztroušená skleróza jsou chronické od samého života, zatímco jako hypertenze či hepatitida se mohou stát chronickými po nedostatečné léčbě nebo opakovaných epizodách (Michalík, 2011).

Autor Michalík (2011) uvádí, že klíčovým aspektem pro osoby s tělesným postižením je, že jejich onemocnění často vede k sekundárním omezením v pohybu, protože fyzická aktivita je omezena kvůli námaze či jsou omezeny či zcela zamezeny některé činnosti kvůli postižení. To může zahrnovat omezení způsobená srdečními vadami, onemocněními kardiovaskulárního systému, infekčními nemocemi, diabetem, lymfatickými a krví souvisejícími nemocemi, dýchacími chorobami, metabolickými a trávicími poruchami či rakovinou a neurologickými onemocněními (Michalík, 2011).

1.1.2 Sluchové postižení

Sluch je základním smyslem, který nám umožňuje vnímat zvuky v našem okolí. Díky němu se můžeme zapojovat do společenského života, komunikovat s ostatními a sdílet své myšlenky (World report on hearing, 2021). Existují různé stupně sluchového postižení, od mírné nedoslýchavosti až po úplnou hluchotu (Muknšnáblova, 2014). Autorka Hradilová a kolektiv (2023) rozlišují také, kdy k postižení došlo, zda to bylo před rozvojem mluvené řeči či po ní. Pokud došlo před ukončením vývoje mluvené řeči, která se zpravidla vyvíjí do pěti až sedmi let, nazýváme ji prelingvální ztrátu, jestliže sluchová ztráta vznikla už po ukončení vývoje mluvené řeči, mluvíme tak o postlingvální ztrátě (Hradilová et al., 2023).

Dle autorky Muknšnáblové (2014) se klasifikace Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10 rozlišuje sluchové postižení podle míry ztráty takto (Muknšnáblova, 2014):

- normální sluch (ztráta max. do 15 dB),
- malá ztráta sluchu (ztráta max. 16-25 dB),
- lehká nedoslýchavost (26-40 dB),
- mírná či střední nedoslýchavost (41-55 dB),
- velmi těžká nedoslýchavost (56-70 dB),
- těžká nedoslýchavost (71-90 dB),
- velmi těžké postižení sluchu (ztráta více než 91 dB).

1.1.3 Zrakové postižení

Zrakové postižení je dalším typem smyslového omezení, které ovlivňuje schopnost člověka vnímat vizuální informace (Beneš, 2019). Dále také lze charakterizovat i jako důsledek poškození funkce vidění a zraku, při porušení zrakové percepce je snížena

schopnost rozpoznávání tvarů, rozlišení objektů, vnímání vzdálenosti, lokalizace objektů v prostoru či výběr informací (Michalík, 2011).

Dle Beneše (2019) se zrakové postižení dělí následovně (Beneš, 2019):

- střední slabozrakost,
- silná slabozrakost,
- těžce slabý zrak,
- praktická slepota,
- úplná slepota.

Dle Michalíka (2011) z hlediska využití sníženého potenciálu zrakové práce hovoříme o lidech (Michalík, 2011):

- slabozrakých,
- se zbytky zraku,
- nevidomých,
- s poruchou binokulárního vidění,
- barvoslepých,
- s kombinovaným postižením atd.

Dále Michalík (2011) popisuje příčiny oslabení či ztráty zraku v rámci MKN-10 uplatňuje tyto body (Michalík, 2011):

- H00-H06 nemoci očního víčka, očnice a slzného ústrojí,
- H10-H13 onemocnění spojivky,
- H15-H22 onemocnění rohovky, duhovky, skléry a řasnatého tělíska,
- H25-H28 onemocnění čočky,
- H30-H36 nemoci cévnatky a sítnice,
- H40-H42 glaukom,
- H43-H45 nemoci očního bulbu a sklivce,
- H46-H48 nemoci zrakových drah a zrakového nervu,
- H49-H52 poruchy očních svalů, binokulárního pohybu, akomodace a refrakce,
- H53-H54 slepota a poruchy vidění,
- H55-H59 jiné nemoci oka a očních tkáních jako jsou víčka či spojivky.

1.1.4 Mentální postižení

Dle Michalíka (2011) se současné době často používá termín mentální retardace, což je označení pro vývojovou poruchu charakterizovanou nižší inteligencí, tento stav se projevuje omezením v oblasti řeči, kognice, sociálních interakcí a motoriky. Michalík (2011) popisuje, že diagnóza mentální retardace nezahrnuje pouze měření inteligence, kde hodnota IQ (intelligenčního kvocientu) pod 70 signalizuje tuto poruchu, ale také posuzuje další osobnostní aspekty a schopnosti vyhovět sociálním normám, kromě tohoto existuje širší kategorie mentálního postižení, určená pro osoby s IQ pod 85. Pokud je mentální postižení vrozené či získané do dvou let věku, mluvíme o primárním mentálním postižení, známém jako oligofrenie (tj. slabomyslnost), porušení inteligence po druhém roce života se pak označuje jako sekundární postižení neboli demence, která má tendence se postupně zhoršovat (Michalík, 2011).

Valenta a kolektiv (2018) uvádí, že v současné době se upřednostňuje pojem oslabení kognitivního výkonu, který popisuje sníženou mentální výkonnost, jež není na úrovni mentálního postižení, ale přesto ovlivňuje vzdělávací proces jedince. Dle Valenty a kolektivu (2018) jsou mentální retardace a mentální postižení často vnímány jako synonyma. Mentální retardace je vývojová porucha rozumových schopností, která se projevuje se zejména snížením pohybových, sociálních, kognitivních a řečových schopností s prenatální, perinatální i postnatální etiologií, jež oslabuje adaptační schopnosti jedince (Valenta et al., 2018).

Autor Valenta a kolektiv (2018) rozlišuje několik stupňů mentální retardace na základě IQ, schopnosti adaptace a zvládnání sociálních nároků (Valenta et al., 2018):

- F70 Lehká mentální retardace (anglicky mild mental retardation) – IQ je 50 až 69, dříve název debilita;
- F71 Středně těžká mentální retardace, také střední mentální retardace (anglicky moderate mental retardation) – IQ je 35 až 49, dříve název imbecelita;
- F72 Těžká mentální retardace (anglicky severe mental retardation) – IQ je 20 až 34, dříve název prostá idiocie či idioimbecelita;
- F73 Hluboká mentální retardace (anglicky profound mental retardation) – IQ je do 19, dříve název vegetativní idiocie či idiocie;
- F78 Jiná mentální retardace;
- F79 Nespecifikovaná mentální retardace.

Dále Valenta a kolektiv (2018) popisují, že kromě stupně mentálního postižení se rozlišuje v kódu i chování postiženého jako jsou například afekty vzteku či sebepoškození. Ke kódu se přidává další číslice za tečkou s číslicí vyjadřující stupeň postižení (Valenta et al., 2018):

- 0 je žádné či minimálně postižené chování,
- 1 je výrazně postižené chování vyžadující intervenci,
- 8 jsou jiná postižená chování,
- 9 je bez zmínky o postižení chování.

Valenta a kolektiv (2018) popisují, že DSM-5 řadí poruchu intelektu, která nahrazuje mentální retardaci mezi neurovývojové poruchy společně PAS (poruchou autistického spektra), ADHD (poruchou pozornosti s hyperaktivitou), poruchami komunikace, neurovývojovými poruchami motoriky a specifickými poruchami učení (Valenta et al., 2018).

Dle Valenty a kolektivu (2018) se stupně závažnosti postižení dle DSM-5 dělí takto (Valenta et al., 2018):

- mírná (317),
- středně těžká (318.0),
- těžká (318.1),
- hluboká (318.2).

1.1.5 Kombinované postižení

Dle Michalíka (2011) osoby s kombinovaným zdravotním postižením trpí více typy postižení, které se mohou navzájem překrývat či doplňovat. Tato kombinace může mít různé projevy a může se vyvíjet v průběhu času, což může ovlivňovat kvalitu života osoby se zdravotním postižením (Michalík, 2011). U osob s kombinovaným zdravotním postižením nelze zformovat jednotný klasifikační systém či terminologii, jelikož je tato skupina znevýhodnění velmi heterogenní (Slowík, 2016).

Dle autora Slowíka (2016) kombinované postižení bývá často zapříčiněno několika druhy postižení genetických anomálií, které se projevují mnoha příznaky, tyto příznaky se nazývají syndromy. Prvotní postižení je častokrát velmi obtížné vymezit, nicméně kombinace některých vad je obvyklejší než některé neobvyklé (Slowík, 2016).

Slowík (2016) popisuje mezi příklady kombinovaného postižení dětskou mozkovou obrnu, což je kombinace mentálního postižení a tělesného postižení, případně smyslové vady, toto zdravotní postižení doprovází většinou další poruchy jako je například vada řeči, která se projevuje s hůře srozumitelnou řečí. Slowík (2016) uvádí další příklad kombinovaného zdravotního postižení, čím je hluchoslepota, která se vyskytuje zrakovým a sluchovým postižením, většinou osoby s tímto zdravotním postižením mají kombinaci zrakového a sluchového postižení různých stupňů. Toto kombinované zdravotní postižení způsobuje nesnáze v přístupu ke komunikaci, mobilitě či informacím (Slowík, 2016).

2 Sociální vyloučení

Dle autorů Šamalové a Vojtíška (2021) je sociální vyloučení proces, při němž určité skupiny nebo jednotlivci čelí obtížím nebo jsou úplně vyloučeni z přístupu k základním příležitostem a zdrojem dostupným většině společnosti jako je bydlení, vzdělání, práce, zdravotní péče či sociální ochrana. Tento jev může mít negativní dopad na celou společnost, protože narušuje její stabilitu a může vést k napětí či násilí (Šamalová, Vojtíšek, 2021). Jedinci či skupiny, které se ocitají v chudobě, mají omezený přístup k vzdělání, jsou izolováni od společenského a pracovního života, mohou být postupně vyloučeni ze společnosti, což vede ke ztrátě jejich sociálního postavení a přístupu ke zdrojům (Duková et al., 2013). Při procesu sociálního vyloučení lze odlišit několik složek jako je nízký příjem, chudoba, slabá či nulová sociální podpora a nefunkční sociální síť, nedostačující přístup na trh práce či vyloučení ze sociálních služeb a ze systému rodiny (Šubrt, 2014).

Autorka Duková a kolektiv (2013) popisuje, že mezi nejvíce ohrožené skupiny obyvatel sociálním vyloučením patří migranti, romské etnikum, senioři a osoby se zdravotním postižením. Nejčastěji k sociální exkluzi dochází u osob, kteří mají potíže s navazováním mezilidských vztahů, to mohou být senioři či osoby se zdravotním postižením, které mají zrakové či sluchové postižení (Duková et al., 2013).

2.1 Druhy sociálního vyloučení

Autor Šubrt (2014) zmiňuje, že sociální vyloučení obnáší takzvané dimenze, které se mohou vzájemně překrývat a vést k omezenému přístupu k společenským zdrojům, jež by měly být všeobecně dostupné. Mezi tyto aspekty patří sociální, ekonomické, kulturní, prostorové vyloučení stejně tak jako politické a symbolické vyloučení, tyto dimenze mohou společně působit na jednotlivce, čímž omezují jejich možnosti a přístup k plnohodnotnému zapojení do společnosti (Šubrt, 2014).

2.1.1 Sociální vyloučení

Autorka Zíková (2011) uvádí, že sociální exkluze popisuje stav, kdy se určitá část populace nachází v dlouhodobém oddělení od zbytku společnosti. Sociální vyloučení je multidimenzionální koncept, který zahrnuje různé úrovně problémů, se kterými se vyloučené osoby nebo skupiny musí vyrovnat (Zíková, 2011). Sociální exkluze se týká

vztahů mezi jednotlivci a širší společností, zejména co se týče přístupu k jejím zdrojům. Sociální vyloučení znamená, že někteří jednotlivci či skupiny jsou odstrčeni na okraj společenského života nebo jsou zcela vyloučeni z něj (Šubrt, 2014). Matoušek (2013) popisuje, že existuje také forma sociálního vyloučení, která je dobrovolná. Týká se osob, které se nechtějí přizpůsobit společenským normám a rozhodnou se žít na okraji společnosti, čímž se vzdávají snahy o integraci (Matoušek, 2013).

2.1.2 Ekonomické vyloučení

Autor Šubrt (2014) popisuje ekonomické vyloučení jako omezení přístupu k finančním a materiálním zdrojům. Dále dle Šubrt (2014) je ekonomické vyloučení považováno za klíčový mechanismus, který ovlivňuje další aspekty sociálního vyloučení a je hlavním faktorem vedoucím k chudobě a izolaci od společnosti. Ekonomická složka sociální exkluze je také nejjednodušší kvantifikovatelným ukazatelem sociálních nerovností, neměla by být však vnímaná pouze jako příčina, ale spíše jako výsledek dalších forem sociálního znevýhodnění (Šubrt, 2014). Jedinec se může ocitnout v ekonomickém vyloučení z důvodu znevýhodnění na trhu práce nebo z něj dokonce úplně být vyloučen, což může být způsobeno například negativním vnímáním dané osoby či nedostatečnými jazykovými dovednostmi (Zíková, 2011).

2.1.3 Kulturní vyloučení

Autorka Zíková (2011) popisuje, že kulturu představuje soubor norem, hodnot a postupů, které sdílí členové dané společnosti a jsou jim předávány v rámci výchovného procesu z generace na generaci, tento přenos kultury je zcela sociálního charakteru a nejedná se o dědičný prvek. Lidé se do kultury nezrodí, ale jsou do ní vedeni a učeni. Kultura je dynamická, neustále se mění a adaptuje se změny ve světě (Zíková, 2011).

2.1.4 Prostorové vyloučení

Autor Šubrt (2014) uvádí, že prostorové vyloučení, známé jako residenční segregace, je významným ukazatelem sociální exkluze ve městském prostředí. Dle Šubrt (2014) se jedná o situaci, kdy určité sociální skupiny jsou nuceny žít v izolovaných nebo segregovaných oblastech kvůli svému ekonomickému postavení nebo sociokulturním charakteristikám. Dále Šubrt (2014) popisuje, že residenční segregace na základě ekonomického statusu může být přirozeným důsledkem nerovnosti ve společnosti, avšak segregace založena na atributu jako je rasa, náboženství, etnicita nebo národnost je

považována za diskriminaci. Dle Šubrta (2014) je volitelný odchod do izolace prostorová separace, zatímco nucený odchod je označen segregace. Extrémní formou segregace je ghetto, kde jsou lidé s podobnými charakteristikami jako je národnost, rasa, náboženství či etnicita nedobrovolně izolováni (Šubrt, 2014). V těchto oblastech často dochází k rozvoji sociálně patologických jevů kvůli nedostatku sociální kontroly (Preissová, Juárez-Toledo, 2013).

2.1.5 Politické vyloučení

Autorka Zíková (2011) uvádí, že politické vyloučení odkazuje na situaci, kdy jednotlivci nebo skupiny nejsou zapojeni do demokratických procesů a nemají přístup k politické moci, což může vést k omezení jejich občanských, politických a lidských práv. Marginalizované skupiny nejsou zastoupeny v politickém životě ani jako voliči, ani mezi politickými představiteli, a stejně tak se neúčastní kulturních či sportovních aktivit (Zíková, 2011).

2.1.6 Symbolické vyloučení

Autorka Zíková (2011) popisuje symbolické vyloučení, kdy jsou osoby posuzovány na základě předpojatých názorů bez osobní znalosti či zkušenosti. Tento druh předsudku může vést k negativnímu škatulkování celých skupin lidí na základě chování jednatelce, což může výrazně ztížit jejich možnosti v společnosti a snížit jejich motivaci k úspěchu kvůli negativním zkušenostem (Zíková, 2011).

3 Příčiny sociálního vyloučení u osob se zdravotním postižením

Podle Světové zdravotnické organizace (WHO, 2023) se odhaduje, že 1,3 miliardy lidí, což je jeden ze šesti lidí na planetě se potýká s vážným zdravotním postižením, tito lidé čelí v běžném životě větším omezením než ostatní, což může vést k předčasné smrti nebo zhoršení zdravotního stavu. Dále dle WHO (2024) tato situace odhaluje nerovnosti a nerovné příležitosti, se kterými se lidé s postižením setkávají, jsou diskriminováni, stigmatizováni, často se potýkají s chudobou, jsou vyloučeni ze společnosti, mají omezený přístup ke vzdělání a zaměstnání a setkávají se s bariérami ve zdravotní péči. WHO (2023) uvádí, že ve srovnání s lidmi bez postižení mají osoby se zdravotním postižením dvakrát vyšší riziko rozvoje polymorbidit, jako jsou deprese, astma, cukrovka, mrtvice nebo obezita a umírají průměrně o 20 let dříve. Také se potýkají s nedostupností zdravotnických zařízení a omezeným přístupem k cenově dostupné dopravě (WHO, 2023). V neposlední řadě, jak uvádí Keller (2023) sociální vyloučení může mít negativní dopad na sociální vztahy, jako je oslabení rodinných vazeb či pokles pouta mezi rodinou či blízkými lidmi.

3.1 Diskriminace a stereotypy

Autor Tyrlík (2012) uvádí, že diskriminace může mít za následek omezení možností jednotlivců při hledání práce nebo přístupu k vzdělání a může je dokonce i izolovat od dalších oblastí společenského života. Negativní postoj k určité skupině lidí může nepříznivě ovlivnit i ty, kteří se s touto skupinou ztotožňují (Tyrlík, 2012). Autor Slowík (2016) uvádí, že osoby se zdravotním postižením se často setkávají se stigmatizací ve společnosti. Dále autor Slowík (2016) popisuje, že stigmatizace přináší s sebou negativní význam, který ovlivňuje vnímání osoby se zdravotním postižením a způsob, jakým společnost přistupuje k jejich problémům, obvykle je za stigmatizací považováno samotné zdravotní postižení. Rozsah, do jakého jsou jednotlivci stigmatizováni, závisí na povaze a závažnosti postižení, postoji osoby s postižením a její rodiny, stejně jako na politickém, demografickém a sociokulturním kontextu dané země (Slowík, 2016).

Dle autorky Kolářové (2012) přehnaná pozornost, ať už extrémně negativní či nadměrně pozitivní, je založena na představě, že odlišné tělesné a mentální vlastnosti tvoří "druhé", od nás odlišné. Dále Kolářová (2012) uvádí, že zdravotní postižení vyvolává obavy, nejen kvůli tomu, že narušuje sociální struktury, ale především protože způsobuje hluboké a

bolestivé narušení naší běžné organizace hodnot a předpokladů. Autorka Kolářová (2012) popisuje existující extrémní pohledy na zdravotní postižení, které zdravotní postižení považují za nedostatečnost a vadný vývoj, ale najdeme zde i extrémně pozitivní hodnocení, která nechtěně udržují stigma odlišnosti. Obdiv k osobám s postižením, které jsou vnímány jako hrdinové překonávající svůj osud, je jen druhou stranou odmítání a přesvědčení, že postižení se nás netýká, oba typy stereotypů, jak negativní, tak pozitivní, vedou k stigmatizaci a podporují utlačování (Kolářová, 2012). Trvalé zkušenosti se sociálním vyloučením mohou negativně ovlivnit pohodu mladých lidí s postižením, což se může projevit například nízkým sebevědomím nebo internalizací stereotypního vnímání osob s postižením jako neschopných, slabých nebo závislých (Kayama et al., 2023).

3.2 Omezený přístup ke vzdělání

Vzdělání hraje zásadní roli u osob se zdravotním postižením, jelikož naplňuje běžné funkce (Šamalová, 2016). Dle autorů Fernández-Batanera a kolektivu (2022) účast na vzdělání přináší pocit sounáležitosti a vnímání emoční pohody, které vyplývají ze sociální a akademické hrdosti, také symbolizuje být součástí vrstevníků, kde jsou studenti ocenění a uznávání pozitivním způsobem. V hlavním případě to znamená, účastnit se ve formálních i neformálních institucích vzdělávací účasti (Fernández-Batanero et al., 2022). Proto se vzdělání stává klíčovým prostředkem pro získání rovnoprávného postavení a důstojnosti ve společnosti (Šamalová, 2016).

Přesto ale stále existují podstatné překážky ve vzdělání pro osoby se zdravotním postižením, jsou zde různé obtíže jako je nedostatek zdrojů pro inkluzivní vyučování, šikana ze strany vrstevníků či účast a dosažení vzdělání (Acharya, Yang, 2022). Dále dle Fernández-Batanera a kolektivu (2022) hraje roli nedostatečná podpora ze strany pedagogů vzhledem k požadavkům studentů se specifickými potřebami, i zde například může chybět přizpůsobení výuky a učebních materiálů k rozdílným komunikačním jazykům jako český znakový jazyk. Dále Fernández-Bataner a kolektiv (2022) popisují, že na školách se mohou nacházet bariéry fyzického prostředí, které omezují přístupnost vzdělávání, nejen v budovách školy, ale i v širším měřítku to může být doprava či umístění školy. Další bariéry, které můžeme pozorovat jsou sociální či postojové, které brání či omezují plnou realizaci jedinců (Fernández-Batanero et al., 2022). Autorka Šamalová (2016) popisuje tyto bariéry jako je například značkování či škatulkování

studentů na základě zdravotního postižení či negativní postoje ke studentům vůči jejich výsledkům ve škole. Lidé se zdravotním postižením se také mohou setkat s násilím či zneužíváním ze strany učitelů i spolužáků a v nejhorších případech může docházet k fyzickým i verbálním útokům, sociální izolaci či ignorování (Šamalová, 2016).

3.3 *Problémy na pracovním trhu*

Zaměstnání je velice důležité, jelikož poskytuje možnost finanční autonomie a hraje klíčovou roli ve zlepšování a kvalitě života osob se zdravotním postižením (Khayat-zadeh-Mahani et al., 2020). Stejně tak usnadňuje sociální účast a zlepšuje lidskou důstojnost a sociální soudržnost (Saran et al., 2023).

Autoři Keating a Worsteling (2023) popisují rozdíl v míře v zaměstnanosti u osob se zdravotním postižením ve srovnání se zaměstnaností v běžné populaci, která zůstává stálá po desetiletí. Keating a Worsteling (2023) dále uvádějí, že základními příčinami nízké zaměstnanosti u osob se zdravotním postižením jsou nesourodé a komplikované, obsahují jak diskriminační (například diskriminace zaměstnavatelem) či nediskriminační faktory (například nižší vzdělání či dovednosti nebo nedostatečné dávky pro osoby se zdravotním postižením). K porozumění faktorů přispívajících k vytvoření pracoviště více inkluze osob se zdravotním postižením je zásadní pro zvýšení poptávky po osobách se zdravotním postižením na trhu práce (Keating, Worsteling, 2023).

Autor Schur a kolektiv (2017) popisují, že lidé se zdravotním postižením se setkávají s řadou bariér při hledání zaměstnání, osoby se zdravotním postižením mají nižší platy, menší jistotu zaměstnání a flexibilitu, dále se s nimi negativně zachází ze strany vedení a jsou také méně spokojeny s prací než osoby bez zdravotního postižení. Dle Schura a kolektivu (2017) je nižší spokojenost zčásti důsledkem menší jistoty zaměstnání, omezené flexibility práce a negativního vnímání vedení a vztahů s kolegy, dále osoby se zdravotním postižením, které jsou zaměstnané pobírají často nižší průměrný plat ve srovnání s lidmi bez zdravotního postižení. Schur a kolektiv (2017) popisují, že většina výzkumů v této oblasti se zaměřuje na rozdíly v míře zaměstnanosti a výši příjmů ve společnosti, ale málo z nich se zabývá zkušenostmi a postoji na pracovišti jako možnými faktory těchto rozdílů, zkoumání a zmírňování překážek zaměstnanosti a odlišností na pracovišti je důležité vzhledem k cíli zvýšit ekonomickou inkluzi osob se zdravotním postižením. Tyto poznatky mohou rovněž nabídnout vhledy do fungování pracoviště,

efektivity antidiskriminačních zákonů, smluv a dalších strategií pro zlepšení pracovních příležitostí a návratu do práce (Schur et al., 2017).

3.4 Fyzické a architektonické bariéry

Autor Kayama a kolektiv (2023) uvádějí, že osoby s tělesnými omezeními a problémy s pohybem čelí v prostředí mnoha výzvam, jako jsou prudké svahy nebo schody, které jim brání v plné účasti na společenských událostech. Odstraněním těchto překážek a zajištěním individuální podpory mohou tyto osoby aktivně participovat ve společenském životě (Kayama et al., 2023). Autor Bascom a Christensen (2017) uvádějí, že dostupnost dopravy je klíčová pro přístup ke zdravotní péči, vzdělání, sociálním kontaktům a zaměstnání. Dále autor Bascom a Christensen (2017) popisují, že omezený přístup k dopravě může komplikovat hledání práce nebo přístup k vzdělávacím a zdravotním zařízením, které nejsou rozmístěny rovnoměrně v rámci komunity. Autor Bascom a Christensen (2017) popisují osoby, které čelí různým překážkám při využívání dopravy, jsou považováni za dopravně znevýhodněné, což vede k nižšímu přístupu k důležitým službám, a nakonec k sociálnímu vyloučení a dalším omezením účasti v komunitním životě. Autor Bascom a Christensen (2017) charakterizují prostředí, kde je vlastnictví automobilu považováno za normu, jsou domácnosti bez auta často sociálně izolovány, protože se nemohou plně zapojit do společenského života, při plánování a rozšiřování dopravních systémů by měly obce brát větší ohled na tyto skupiny, i když se to často přehlíží. Navíc jsou lidé zažívající sociální vyloučení méně zapojeni do politických a institucionálních procesů, což snižuje jejich šance na účast v dopravním a komunitním plánování, což dále zvyšuje jejich izolaci od důležitých sociálních procesů (Bascom, Christensen, 2017).

Autor Bascom a Christensen (2017) uvádějí, že osoby se zdravotním postižením se často necítí být plnohodnotnými členy komunity a jsou politicky marginalizovány, což snižuje jejich možnosti využívat dopravu. Dále autor Bascom a Christensen (2017) uvádějí, že osoby, které se dokáží lépe zapojit do společnosti, jsou často závislí na alternativních dopravních řešeních, jako je sdílení jízd v rámci jejich sociální sítě. Zlepšení dostupnosti dopravy je považováno za klíčový prvek pro zvýšení nezávislosti a seberealizace osob s tělesným postižením, počínaje chápáním role dopravní dostupnosti v procesu sociálního vyloučení je nezbytné provádět změny, které umožní těmto osobám širší zapojení do všech oblastí společenského života (Bascom, Christensen, 2017).

Chou a kolektiv (2024) popisují, že článek 9 Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením zdůrazňuje nutnost zajištění přístupu k fyzickým prostorům, dopravním systémům a informačním a komunikačním technologiím pro lidi všech věkových skupin a obou pohlaví, a to jak ve městských, tak i venkovských prostředích. Dále Chou a kolektiv (2024) uvádějí, že tento přístup by měl být zaručen ve všech oblastech života, včetně vzdělávání, zaměstnání, zdravotní péče, sociálních služeb, politického života, veřejných prostorů a komerčních zařízení, jako jsou hotely a restaurace, stejně jako v oblasti rekreaci, volného času a kultury. Autor Chou a kolektiv (2024) uvádějí, že je pro osoby se zdravotním postižením žijící ve městech klíčový přístup k městské infrastruktuře pro jejich integraci do společnosti, naopak nedostatečná přístupnost může vést k jejich sociálnímu vyloučení, snížení kvality života a pocitu nedostatečného zapojení do společnosti. Schopnost osob se zdravotním postižením pohybovat a fungovat nezávisle se svým okolím je ovlivněna jak sociálními, tak fyzickými aspekty (Chou et al., 2024).

3.5 Omezený přístup ke zdravotní péči

WHO (2011) popisuje, že zdraví lze chápat jako komplexní stav fyzické, psychické a sociální pohody, a nejen jako absence onemocnění či nedostatků. WHO (2011) uvádí, že pro zapojení do činností jako je vzdělávání a zaměstnání je zásadní mít dobré zdraví, článek 25 Úmluvy OSN o právech osob se zdravotním postižením zdůrazňuje právo těchto osob na nejvyšší možnou úroveň zdravotní péče bez jakékoli formy diskriminace. WHO (2011) dále popisuje, že mnoho faktorů ovlivňuje zdravotní stav jedince, včetně osobních, životních a pracovních podmínek, socioekonomického, kulturního a environmentálního kontextu, stejně jako dostupnost zdravotních služeb. Tato zpráva WHO (2011) zjišťuje, že lidé se zdravotním postižením čelí horším socioekonomickým podmínkám ve srovnání s lidmi bez postižení. Lidé se zdravotním postižením jsou častěji v chudobě, méně často zaměstnání a mají nižší úroveň vzdělání, taktéž mají omezenější přístup k zdravotní péči, což vede k neuspokojeným potřebám v oblasti zdravotní péče v porovnání s ostatní populací (WHO, 2011).

Autor Badji a kolektiv (2021) popisují, že lidé se zdravotním postižením často potřebují podporu v každodenních aktivitách, včetně zdravotní péče. Dále autor Badji a kolektiv (2021) uvádějí, že je pravděpodobnější, že žijí s chronickými nemocemi a vyžadují více zdravotní péče než osoby bez zdravotního postižení, dále jsou také více náchylní

k negativním dopadům na zdraví než zbytek společnosti. Lidé se zdravotním postižením obvykle nemají stejný přístup k zdravotní péči, vzdělání a zaměstnání jako lidé bez zdravotního postižení a často se setkávají s vyšší mírou sociálního vyloučení ve svém každodenním životě (Badji et al., 2021).

Watermeyer a Swartz (2023) popisují problematiku zdravotního postižení, která představuje významnou výzvu, jež se projevuje mimo jiné omezeným přístupem k zdravotní péči, informacím a také horšími zdravotnickými výsledky. Světová zdravotnická organizace WHO (2011) vydala celosvětovou zprávu, která zdůrazňuje nepříznivý zdravotní stav mnohých lidí se zdravotním postižením a poukazuje na vážné nedostatky v přístupu k zdravotním službám. WHO (2011) uvádí, že jedno z klíčových doporučení této zprávy zdůrazňuje význam začlenění rovnosti v oblasti zdraví pro osoby se zdravotním postižením do středu zájmu zdravotnických opatření, tento krok je kriticky podstatný nejen kvůli historickému vyloučení těchto osob, ale i vzhledem k diskriminaci na základě pohlaví, sociálního postavení či rasy. Autoři Watermeyer a Swartz (2023) popisují, že v Jihoafrické republice například mnozí lidé se zdravotním postižením spoléhají na státní podporu, která jim poskytuje základní zdravotní péči a prostředky k životu. Dle Watermeyera a Swartze (2023) diskriminační pracovní postupy a sociální situace může přispívat k rozvoji zdravotního postižení, jelikož minoritní etnické skupiny či pracovníci s nízkými příjmy jsou často vystaveni toxickým látkám nebo fyzicky náročné práci, a proto mají vyšší riziko stát se zdravotně postiženými a následně čelit vyloučení se zdravotní péče. Autoři Watermeyer a Swartz (2023) uvádějí, že existuje propojení mezi sociálním vyloučením, zdravotním postižením a zdravotními důsledky, které vytváří negativní spirálu, jelikož nedostatečná dostupnost zdravotní péče může být také příčinou zdravotního postižení, například kvůli zpoždění ve vyhledání lékařské pomoci nebo chybějící včasné intervence. Navíc, v oblasti zdravotnického výzkumu jsou osoby se zdravotním postižením často opomíjeny, i v případech, kdy se výzkum týká problémů, které je zvláště ovlivňují, a to z důvodu obav o informovaný souhlas, stereotypů o zranitelnosti a nepřístupnosti metodik (Watermeyer a Swartz, 2023).

3.6 Sociální izolace

Autor Tomida a kolektiv (2023) popisují, že sociální izolace je definována jako situace, kdy jedinec nemá dostatečný kontakt s ostatními lidmi v komunitě nebo v rodině. Autor Tomida a kolektiv (2023) uvádějí, že se to liší od osamělosti, která je vnímána jako

negativní subjektivní pocit způsobený nedostatkem sociálních interakcí, zatímco sociální izolace je objektivní nedostatek sociálních kontaktů, osamělost je subjektivní pocit absence těchto kontaktů nebo postrádání vhodného společníka. Autor Tomida a kolektiv (2023) popisují, že sociální kontakt má pozitivní vliv na duševní a emocionální zdraví, a dokonce může prodloužit život. Na druhou stranu, sociální izolace může mít negativní dopady kvůli nedostatku komunikace, pasivní podpory a omezené sociální angažovanosti (Tomida et al., 2023).

Autor Emerson a kolektiv (2021) popisují, že osoby se zdravotním postižením čelí vyšší míře samoty, nižší sociální podpoře a větší sociální izolaci než ti bez zdravotního postižení, nejvíce se potýkají s osamělostí a sníženou kvalitou života. Autor Emerson a kolektiv (2021) uvádějí, že osamělost byla nejvíce rozšířená mezi mladšími lidmi se zdravotním postižením, ekonomicky neaktivními, žijícími samostatně v pronajatém bydlení a s omezeným přístupem ve společnosti. Dále autor Emerson a kolektiv (2021) poukazují na to, že status zdravotního postižení neovlivňuje souvislost mezi slabou sociální vazbou a sníženou kvalitou života. Osamělost je hlavní příčinou nízké kvality života mezi lidmi se zdravotním postižením, a to naznačuje, že opatření ke snížení osamělosti musí překročit jen zvýšení sociálních kontaktů a podpory (Emerson et al., 2021).

Autor Emerson a kolektiv (2021) uvádějí, že sociální opora je často charakterizována jako nedostatečná a může zahrnovat jak vnímanou dostupnost, tak skutečné přijímání sociálních kontaktů, které plní konkrétní účely, jako je praktická pomoc nebo emoční podpora. Stále více pozornosti se věnuje osamělosti jako indikátoru slabé sociální vazby, osamělost je definována jako negativní emocionální stav, který vzniká, když lidé vnímají, že jejich sociální potřeby nejsou uspokojeny jak kvantitou, tak kvalitou sociálních kontaktů (Emerson et al., 2021).

Autor Emerson a kolektiv (2021) uvádějí, že porovnání s obecnou populací mají lidé se zdravotním postižením méně přátel, nižší sociální oporu a čelí větší sociální izolaci. Autor Emerson a kolektiv (2021) popisují, že studie zaměřené na vztah mezi zdravotním postižením a osamělostí jsou vzácné a obvykle se zaměřují na specifické typy postižení. Autor Emerson a kolektiv (2021) poukázaly pouze na jednu studii, která zkoumala osamělost u lidí s různými typy zdravotních postižení. Tato studie, provedená mezi 680 dospělými v malém anglickém městě, zjistila vyšší míru osamělosti mezi lidmi se

zdravotním postižením ve srovnání s lidmi bez postižení, přičemž zvláště vysoké míry osamělosti byly pozorovány u osob s kognitivním nebo mentálním postižením (Emerson et al., 2021).

3.7 Ženy se zdravotním postižením

Monedero a kolektiv (2014) uvádějí, že v poslední době se téma zdravotního postižení a žen dostalo do centra pozornosti studií, které odhalily mnohé problémy a ukázaly realitu, se kterou se tyto ženy setkávají. Dále Monedero a kolektiv (2014) popisují, že společenské vnímání ženské krásy je často omezeno na ideál bílé, zdravé a štíhlé ženy, což je pro ženy se zdravotním postižením nerealistický obraz, tento zkreslený tělesný obraz vede k překážkám a nejistotě v osobních vztazích. Dále Monedero a kolektiv (2014) uvádějí, že ženy se zdravotním postižením čelí diskriminaci ze strany mužů, kteří dávají přednost ženám bez postižení. Autor a kolektiv odhalily, že pracovní podmínky, emocionální zdroje, zdravotní péče a práva v oblasti násilí, reprodukce a sexuality pro tyto ženy jsou nedostatečné, dále poukázaly na negativní postoje, omezené mezilidské vztahy, zdravotní problémy a nedostatek sociální podpory a přijetí, kterým čelí dívky a ženy se zdravotním postižením (Monedero et al., 2014).

Monedero a kolektiv (2014) popisují několik diskriminačních údajů o dívkách a ženách se zdravotním postižením jako jsou (Monedero et al., 2014):

- 80 % žen se zdravotním postižením je obětí násilí a je čtyřikrát více ohroženo sexuálním násilím než zbytek žen
- násilí na ženách se zdravotním postižením páchají osoby z jejich okolí jako například zdravotníci či pečovatelé
- prokázání zdravotního postižení je faktorem, který významně zvyšuje riziko zneužívání
- nezletilé osoby se zdravotním postižením trpí vyšší mírou zneužívání a to o 23 %
- mnoho dívek a žen se zdravotním postižením je zbaveno práva založit rodinu
- dívky a ženy se zdravotním postižením jsou bez souhlasu vystaveny nucené sterilizace a nucenému potratu (především s mentálním či psychosociálním postižením)

- rozhodnutí o sterilizaci dívky nebo ženy se zdravotním postižením je ve většině případů učiněno jejich vlastními příbuznými nebo registrovanou osobou v rámci instituce

Monedero a kolektiv (2014) poukazují na zvýšenou křehkost starších žen se zdravotním postižením a na jejich závislost v domácím a zdravotním prostředí. Zpráva WHO z roku 2011 zdůrazňuje, že ženy se zdravotním postižením mají horší výsledky v oblasti vzdělání, ekonomiky a hygieny a čelí vyšší míře chudoby a sociální izolace. Dále tato zpráva WHO (2011) popisuje, že mnohé ženy a dívky, které zažily zneužívání, se bojí sdílet své příběhy z obavy, že nebudou brány vážně, což je spojeno s jejich nízkým sebevědomím a obavami z konfrontace s pachatelem. Tyto ženy často nemají přístup k adekvátnímu poradenství a vzdělání a čelí psychickému násilí, které snižuje jejich důstojnost, kromě toho jsou vystaveny ekonomickým obtížím, digitální negramotnosti a nedostatku pracovních příležitostí, což je staví do ještě větší izolace a chudoby (WHO, 2011).

Monedero a kolektiv (2014) shrnují, že je nezbytné, aby rozvojové politiky zahrnovaly perspektivu zdravotního postižení a genderu, aby se zlepšila situace žen se zdravotním postižením v oblastech zdraví, zaměstnání a vzdělání, čímž by se předešlo jejich sociálnímu vyloučení a chudobě. Univerzální přístup a sociální začlenění jsou klíčové pro zajištění plnohodnotného života těchto žen (Monedero et al., 2014).

4 Dopad sociálního vyloučení na osoby se zdravotním postižením

Dle autorů Jenkinse a Obhio (2020) sociální vyloučení postihlo alespoň jednou v životě prakticky každého člověka. Rozsáhlý výzkum přispěl k pochopení dopadů sociálního vyloučení na jednotlivce a zjistil, že tyto dopady jsou intenzivní a často dlouhodobé (Jenkins, Obhi, 2020). Dle autora Sarana a kolektivu (2023) vede sociální vyloučení k nižší účasti osob se zdravotním postižením ve vzdělávání, ekonomice a politikách ve srovnání se společností, v důsledku sociálního vyloučení často lidé se zdravotním postižením dosahují nižší úroveň vzdělání, mají horší zdravotní stav, méně ekonomických příležitostí a vyšší riziko chudoby, dále se potýkají s různými výzvami při přístupu ke službám, které ostatní dlouhodobě považují za samozřejmé, včetně zdravotní péče, vzdělání, zaměstnání a dopravy. Dále autor Saran a kolektiv (2023) pokračují, že tyto obtíže jsou ještě zhoršeny v méně příznivých komunitách, kde se zvyšuje riziko sociálního vyloučení a chudoby. Tyto rizika sociálního vyloučení jsou v rozporu s Úmluvou OSN O právech osob se zdravotním postižením, která podporuje naplnění práv osob se zdravotním postižením v různých rozmanitých oblastech jako je vzdělání, zaměstnanost a sociální účast (Saran et al., 2023).

Autor Saran a kolektiv (2023) uvádí, že lidé se zdravotním postižením patří mezi nejvíce marginalizované skupiny ve společnosti, negativní a zkreslené vnímání a názory mohou být ve společnosti běžné a často vedou k pocitům studu, vyčleňování, vykořisťování, zneužívání či násilí. Dále autor Saran a kolektiv (2023) popisují, že je kolikrát běžné, že rodiny či pečovatelé osob se zdravotním postižením jsou také stigmatizováni či diskriminováni. Tyto postoje spolu s neodpovídajícím prostředím a institucionálními překážkami mohou vést k diskriminaci osob se zdravotním postižením, diskriminace osob se zdravotním postižením znamená jakékoliv omezení či vyčleňování, které brání lidem se zdravotním postižením v přístupu k jejich právům (Saran et al., 2023).

Dle autorů Jenkinse a Obhio (2020) sociální vyloučení ohrožuje nejméně čtyři základní potřeby, a to jsou pocit sounáležitosti, pocit kontroly, sebeúctu a smysluplnou existenci. Dále autoři Jenkins a Obhi (2020) uvádějí, že kromě ohrožování základních potřeb, může docházet i ke kognitivním poruchám, které mohou přetrvávat i po sociálním vyloučení, také může docházet ke změně motivace či poruchám chování. Také autoři Jenkins a Obhi (2020) tvrdí, že zkušenosti se sociálním vyloučením někdy postihne každého z nás, u některých jedinců je častější než u jiných, je totiž často vyvoláno zejména vizuálními

znaky, neboť jde o identifikační znak, který označuje příslušnost k určitým minoritním skupinám. Člen minoritní skupiny se může potýkat s psychologickými procesy, které mohou vést k předsudkům či diskriminaci (Jenkins, Obhi, 2020).

Autor Saran a kolektiv (2023) popisují, že sociální vyloučení ovlivňuje osoby se zdravotním postižením různě v závislosti na jejich typu postižení, pohlaví, socioekonomickém a kulturním zázemí a dalších charakteristikách a kontextech. Dále Saran a kolektiv (2023) popisují, že například starší osoby se zdravotním postižením jsou často diskriminováni kvůli svému věku a postižení a starší ženy se mohou cítit zvláště omezovány. Také Saran a kolektiv (2023) uvádějí, že lidé s určitými typy postižení se mohou setkat s mimořádně vysokými úrovněmi diskriminace, například lidé s albinismem jsou často terčem na mnoha místech světa kvůli hluboce zakořeněným diskriminačním přesvědčením, jako je například, že jejich tělesné části mohou přinášet štěstí. Společenské stigma může vést k tomu, že lidé s psychosociálním a intelektuálním postižením jsou izolováni a omezováni ve svých domovech či institucích (Saran et al., 2023).

Autor Belzunegui-Eraso a kolektiv (2018) popisují, že výsledkem sociálního vyloučení může být akumulace sociálních faktorů zranitelnosti, které mohou vytvářet nerovnost či ztrátu sociálních vazeb, odloučení od společnosti či sociální marginalizaci. Kromě ekonomických problémů hrají důležitou roli i faktory spojené se zdravím, obzvláště omezení způsobená zdravotním postižením (Belzunegui-Eraso et al., 2018).

5 Role sociálního pracovníka

Dle autora Mátela (2019) jsou sociální pracovníci zavázáni podporovat principy sociální spravedlnosti jak v rámci celé společnosti, tak ve vztazích s lidmi, se kterými přímo pracují. Dále autor Mátel (2019) popisuje, že jejich úkolem je usnadnit přístup ke klíčovým informacím, službám a zdrojům pro všechny, podporovat rovnost příležitostí a zapojení do rozhodovacích procesů, tímto způsobem pomáhají lidem využívat jejich práva a přispívají k eliminaci sociální nespravedlnosti, diskriminace, útlaku a překážek vedoucích k sociálnímu vyloučení. Zavazují se k prosazování sociálních změn, rozvoje a inkluzi, zejména ve prospěch jednotlivců, skupin a komunit, které jsou zranitelné či utlačované (Mátel, 2019). Dle autorky Šamalové (2016) se podle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách mají sociální pracovníci povinnost začleňovat osoby, které jsou sociálně vyloučené nebo jim hrozí sociální vyloučení. Tento proces začleňování zahrnuje poskytování příležitostí a možností, které těmto osobám pomáhají se zapojit do společenského, kulturního a ekonomického života, umožňujíc jim tak opětovně se stát plnohodnotnými členy společnosti (Šamalová, 2016).

Autorka Šamalová (2016) popisuje, že vznik zdravotního postižení je chápáno jako sociální situace, která vyvolává reakci všech systémů sociální ochrany s cílem vytvořit podmínky pro plnohodnotný život postižených osob ve společnosti, přičemž se snaží zachovat jejich sociální role. To vede k jejich integraci, což znamená zachování jejich začlenění do společnosti (Šamalová, 2016).

6 Cíle práce a výzkumné otázky

6.1 Cíl práce

Cílem mé bakalářské práce je identifikovat a popsat rizika a důsledky sociálního vyloučení u osob se zdravotním postižením.

Objektem výzkumného šetření jsou osoby se zdravotním postižením, které žijí v domácím prostředí a popřípadě navštěvují sociální službu a dále se setkaly s některými bariérami, které mohly přispívat k sociálnímu vyloučení osob se zdravotním postižením.

6.2 Výzkumné otázky

V souvislosti s výše uvedenými cíli mé bakalářské práce byly stanoveny tyto výzkumné otázky:

HVO1: S jakými riziky sociálního vyloučení se potýkají osoby se zdravotním postižením?

HVO2: S jakými důsledky, které přináší sociální vyloučení, se potýkají osoby se zdravotním postižením?

6.3 Dílčí cíle

Pro zodpovězení výzkumných otázek se vytyčily následující dílčí cíle:

DC 1: Zmapovat vnímané bariéry, se kterými se potýkají osoby se zdravotním postižením, které mohou napomáhat k sociálnímu vyloučení.

7 Metodika

7.1 Metody a techniky sběru dat

Pro praktickou část mé bakalářské práce jsem zvolila kvalitativní výzkum. Kvalitativní přístup dle Reichela (2009) je soubor odlišných postupů, které se snaží najít porozumění zkoumaného sociálního problému. Dle Šváříčka (2010) je podstatou kvalitativního výzkumu široký sběr dat, který nemá stanovené žádné proměnné a nejsou ani předem nastaveny hypotézy a výzkumný projekt není závislý na vybudované teorii. Dle Šváříčka (2010) je podstatou kvalitativní teorie je prozkoumat daný jev hloubkově a do kontextu a poskytnout, co největší rozsah informací. Kvalitativní výzkum nejprve po nasbírání dostačujícího množství dat začíná zkoumat po pravidelnostech, které se v těchto datech vyskytují a poté se formují nezávazné závěry a hledají se další důkazy, které by podpořily daná data (Sváříček, 2010).

K účelům sběru dat k této bakalářské práce byly informace získány pomocí metody dotazování a techniky polostrukturovaných individuálních rozhovorů. Základem dotazování je kladení otázek v rozhovoru. Dle Reichela (2009) spočívá charakteristika polostrukturovaného rozhovoru v obsahu předem připraveném seznamu otázek, které ale nemají striktně určené jejich pořadí. Dle Reichela (2009) pozitivum polostrukturovaného rozhovoru tkví v tom, že je zde určitá volnost a ta působí k vytvoření přirozenějšího kontaktu tazatele a komunikačního partnera. Dále je zde také lehčí porovnání a zobecňování dat komunikačních partnerů (Reichel, 2009). Dle Šváříčka (2010) je tedy cílem polostrukturovaného rozhovoru získat informace o studovaném jevu, které jsou detailně a komplexně zjištěny.

7.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořilo 12 osob se zdravotním postižením, které splňovali kritéria účelového výběru. Účelový výběr dle Reichela (2009) znamená, že výzkumník má naprosté porozumění dané problematice a sám vybírá prvky na základě svého uvážení. Pro tento výzkum byly vybrány tyto komunikační partneři (dále už jen KP) na základě třech kategorií:

1. Je osobou se zdravotním postižením.

S návrhem účasti ve výzkumném šetření byla oslovena tato určitá cílová skupina. Někteří komunikační partneři měli diagnostikované tělesné postižení, sluchové, zrakové či mentální postižení. Dále se také objevily komunikační partneři, které měli diagnostikované kombinované zdravotní postižení jako například dětská mozková obrna. Věk dotazovaných se pohyboval v rozmezí 19 – 63 let.

2. Setkala se s nějakou bariérou ve spojitosti se zdravotním postižením.

Všichni komunikační partneři se setkali s jakoukoliv bariérou v souvislosti se zdravotním postižením. Ať už to byla šikana, problém najít práci, problémy ve škole či architektonické a fyzické bariéry, které omezují osoby se zdravotním postižením.

3. Osoba se zdravotním postižením žije v domácím prostředí, popřípadě navštěvuje sociální službu.

Komunikační partneři ve všech případech žili v domácím prostředí a popřípadě navštěvovali ambulantní či terénní sociální službu, která jim pomáhala se integrovat do společnosti.

Tabulka 1: Identifikační údaje komunikačních partnerů

Komunikační partner	Věk	Druh zdravotního postižení
KP1	23 let	DMO
KP2	49 let	Tělesné postižení
KP3	42 let	Tělesné postižení
KP4	63 let	Tělesné postižení
KP5	27 let	Zrakové postižení
KP6	59 let	Mentální postižení

KP7	42 let	DMO
KP8	48 let	DMO
KP9	19 let	Sluchové postižení
KP10	19 let	Sluchové postižení
KP11	19 let	Sluchové postižení
KP12	19 let	Sluchové postižení

Zdroj: Vlastní výzkum 2024

7.3 Realizace výzkumu

Před zahájením prvotního rozhovoru jsem uskutečnila pilotní rozhovor čili předvýzkum s prvním komunikačním partnerem. Miovský (2006) popsal předvýzkum jako způsob, jak ověřit vhodnost a srozumitelnost zvolené techniky sběru dat pro vybranou cílovou skupinu. Po pilotním rozhovoru jsem si mohla potvrdit, pokud všem otázkám komunikační partner rozumí či pokud jsou schopni odpovědět. Zjistila jsem i průměrnou délku rozhovoru, která se pohybovala mezi 10-15 minut. Při rozhovoru jsem připravené otázky dále rozvíjela a prokládala doplňujícími otázkami. Snažila jsem tak komunikační partnery podporovat v odpovídání na otázky. Některé rozhovory proběhly v nejmenovaných sociálních službách, které jsem většinou kontaktovala prostřednictvím emailu o danou spolupráci. Sociální služba mi poskytla daného komunikačního partnera poznat a udělat s tím rozhovor. Ostatní rozhovory proběhly po domluvě v domácím prostředí klienta.

7.4 Způsob vyhodnocování dat

Sbírání dat probíhalo hlavně v březnu roku 2024, kdy rozhovory byly nahrávány přes diktafon a následně přepisovány do textového dokumentu a zpracovány. Kvůli zachování soukromí komunikačních partnerů jsou přepsané textové dokumenty umístěny v osobním

archivu autorky. Odpovědi dotazovaných uvedené ve výzkumné části byly zjednodušovány a zanechány v doslovné transkripci. Získaná data byla kategorizována.

V bakalářské práci byla využita metoda otevřeného kódování k analýze dat. Dle Miovskeho (2006) tato metoda spočívá v procesu analýzy dat, který zahrnuje sběr informací a následnou tvorbu kódů. Poté, co jsou identifikovány jednotlivé prvky dat, jsou zařazeny do skupin nazývaných kategorie. Tyto kategorie následně obsahují jednotlivé kódy, které pomáhají lepšímu porozumění a intepretaci dat z výzkumu (Miovský, 2006).

7.5 Etické aspekty výzkumu

V každém výzkumu je důležité řešit určité etické otázky, nejhlavnější je posoudit konsekvence svého výzkumu. Klíčovým aspektem je zejména zveřejnění závěru každého kvalitativního výzkumu, který zjišťuje lidskou subjektivitu a její interakce (Sváříček, 2010).

Dle Reichela (2009) je důležité splnit tyto body, aby byly zachovány všechny etické zásady práce se zkoumanými komunikačními partnery (Reichel, 2009):

- informovaný souhlas, který musí komunikační partner podepsat;
- zachována anonymita komunikačního partnera, kde identita není sdělena další osobě;
- úcta k důstojnosti komunikačního partnera;
- každý komunikační partner má přístup k výsledkům výzkumu.

Před každým rozhovorem jsem komunikační partnery seznámila se záměrem a postupem rozhovoru. Také jsem komunikační partnery obeznámila s tím, že zveřejněné výsledky budou dostupné pro širokou společnost. Před samostatným průběhem dotazování byla komunikačním partnerům zaručena zachovaná důvěrnost a ochrana osobních údajů. Tato opatření byla přijata s cílem minimalizovat možné psychické újmy. Dále byli informováni, že pokud jim otázky budou nepříjemné, nemusí na tyto otázky odpovídat a kdykoliv podle svého uvážení rozhovor ukončit. Rozhovory probíhaly na základě společné domluvy a souhlasu se záznamem zvuku (Příloha 2).

8 Výsledky

V této kapitole jsou představeny výsledky výzkumného šetření. Tyto výsledky jsou interpretovány dle stanovených dílčích cílů, z nichž vycházely tazatelské otázky (Příloha 1).

Nicméně je klíčové poznamenat, že vzhledem ke kvalitativní strategii a výběru vzorku není možné obecně aplikovat závěry na celou populaci. Každý jedinec může realitu odlišně v závislosti k věku, osobních zájmů, životního stylu, typu postižení a mnoho dalších faktorů.

Tabulka 2: Identifikované kategorie

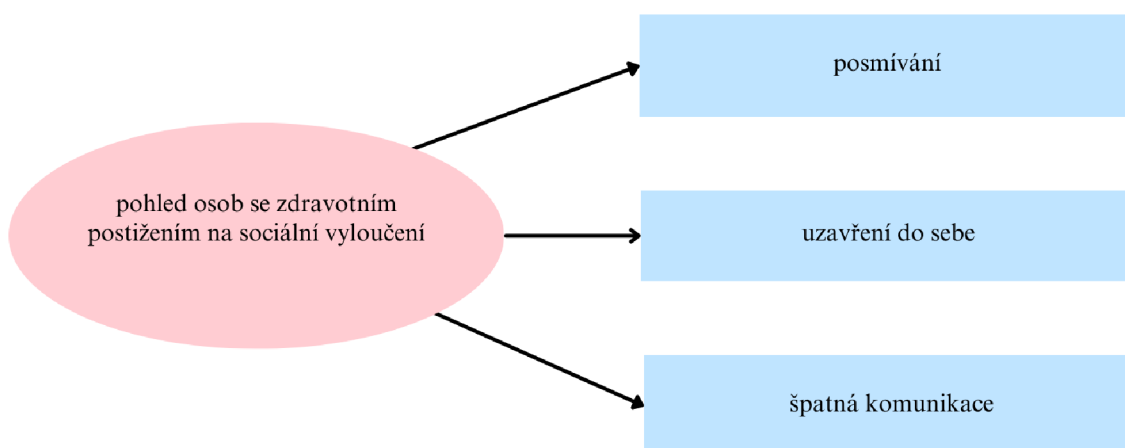
Kategorie	Název
1	Pohled osob se zdravotním postižením na sociální vyloučení
2	Účast osob se zdravotní postižením ve společnosti
3	Pohled společnosti na zdravotní postižení
4	Architektonické a fyzické bariéry
5	Bariéry spojené se vzděláním
6	Bariéry v profesní sféře
7	Bariéry se zdravotní péčí
8	Role rodiny v integraci osoby se zdravotním postižením
9	Důsledky sociálního vyloučení osob se zdravotním postižením

Zdroj: Vlastní výzkum 2024

Dílčí cíl 1:

Zmapovat vnímané bariéry, se kterými se potýkají osoby se zdravotním postižením, které mohou napomáhat k sociálnímu vyloučení.

Kategorie č. 1 – Pohled osob se zdravotním postižením na sociální vyloučení



Obrázek 1: Kategorie pohled osob se zdravotním postižením na sociální vyloučení

Zdroj: Vlastní výzkum 2024

Osoby se zdravotním postižením vyjádřily několik myšlenek a představ, které by mohly napomáhat k tomu, aby se osoba se zdravotním postižením mohla ocitnout v sociálním vyloučení.

KP1 zdůraznil: „*Že se jim můžou posmívat nebo kvůli vozejku třeba.*“ Zdůraznil tím, že osoby se zdravotním postižením se mohou stát terčem posměchu kvůli svému postižení či vzhledu.

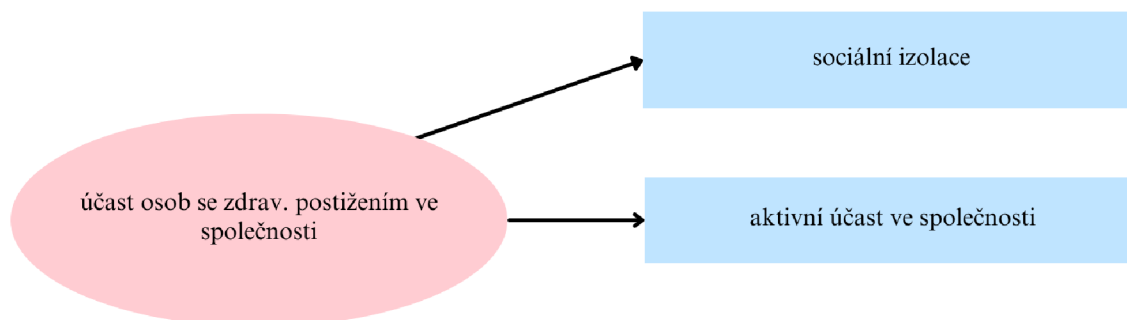
KP2 zmínil: „*Jedinec se může třeba uzavřít do sebe.*“ Tento pocit izolace a odtržení od společnosti může být důsledkem nejen vnějších faktorů, ale i vnitřních emocí spojených se zdravotním postižením.

Další výrok od KP9 zněl: „*Třeba, že slyšící nechtějí mluvit s neslyšícími a naopak.*“ Tento výrok mohl poukázat na možnou bariéru v komunikaci mezi lidmi se zdravotním postižením a lidmi bez zdravotního postižení. Nedostatek porozumění a ochoty komunikovat může vést k izolaci osoby se zdravotním postižením či pocitu oddělení od společnosti.

Následně byla zmíněna i možná neznalost nebo nedostačené porozumění ze strany lidí bez zdravotního postižení, jak komunikovat s lidmi se zdravotním postižením, což může vést k nedorozumění či pocitu nepochopení. Jak KP10 uvádí: „*Lidi kolikrát neví, jak komunikujeme nebo odezíráme.*“

Některé vyjádřené odpovědi byly poměrně ostré, jako například výpověď od KP11, který říká: „*Lidi jsou hloupi.*“ Tato výpověď zněla velice frustrovaně kvůli nedostatku porozumění a podpory ze strany okolí, což může přispět k pocitu izolace a vyloučení ze společnosti.

Kategorie č. 2 – Účast osob se zdravotním postižením ve společnosti



Obrázek 2: Kategorie účast osob se zdravotním postižením ve společnosti

Zdroj: Vlastní výzkum 2024

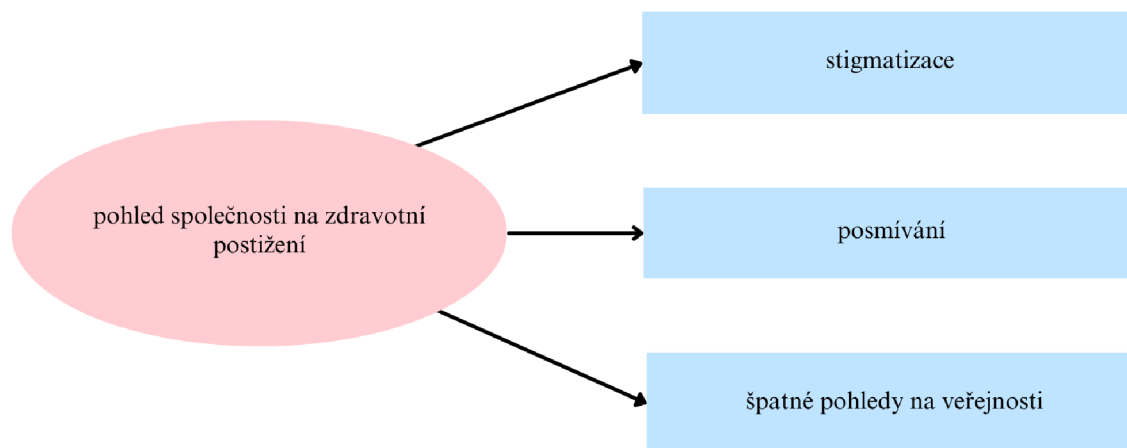
V této kategorii je shrnuto, jak se osoby cítí ve společnosti a jak se do ní mohou se svým zdravotním postižením zapojovat.

KP4 vyjádřil svou tužbu být přítomna ve společnosti, hlavně se zapojuje do kultury. Jak KP4 říká: „*Kam se dostanu, tam všude chci být. Protože já od mládí mám ráda kulturu a všechno mě zajímá. Takže, kde se, co šustne a můžu tam být, tak chci být.*“ Pokračuje dále: „*Nikdy jsem si nepřipadá, že bych byla sama, pořád jsem kolem sebe někoho měla, hlavně manžela.*“

Nicméně jiní komunikační partneři, konkrétně KP6, KP9 a KP12 sdílely své pocity jiným způsobem. KP6 vyjádřil pocit opuštění ze strany rodiny, který ji neprojevují respekt ani zájem. Jak KP6 uvádí: „*Trochu si připadám sociálně izolovaná, brácha si mě neváží a nechce mě, bratranec taky ne.*“. Stejně tak KP9 sdílel podobný pocit, když zmínil své pocity a mluvil o své kamarádce. Jak KP9 popisuje: „*Možná si tak trochu sociálně izolovaná připadám, moje kamarádka bydlí daleko.*“ Další komunikační partner potvrdil, že se již vícekrát ocitl v situaci sociální izolace. KP12 říká: „*Sociálně izolovaný už jsem byl víckrát v životě.*“ Tato zkušenost může naznačovat, že sociální izolace může být opakujícím se stavem pro některé osoby se zdravotním postižením, což může mít negativní dopad na jejich duševní zdraví.

Z těchto výroků je patrné, že i přes snahu se zapojovat do jistých aktivit, a i do společnosti se některé osoby se zdravotním postižením mohou cítit sociálně izolovaní. Sociální izolace pro některé osoby se zdravotním postižením může být běžná realita, a to z různých důvodů, například z nedostatku podpory rodiny či z porozumění okolí.

Kategorie č. 3 – Pohled společnosti na zdravotní postižení



Obrázek 3: Kategorie pohled společnosti na zdravotní postižení

Zdroj: Vlastní výzkum 2024

Stigmatizace a stereotypizace jsou významnými problémy, s kterými se mohou setkat osoby se zdravotním postižením. Jak uvádí KP2, stereotypizace či stigmatizace není omezena pouze na osoby se zdravotním postižením, toto téma se může týkat kohokoliv. Jak KP2 říká: „*To se může stát i zdravému člověku, takže mě určitě někdo už stigmatizoval nebo stereotypizoval.*“

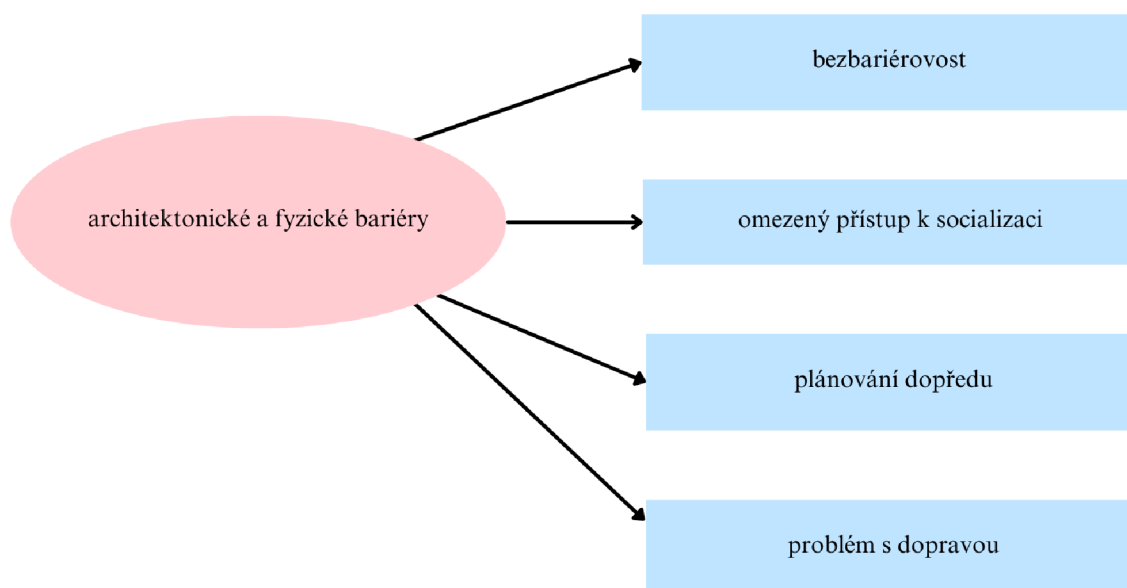
KP7 hovoří o konkrétnějších situacích, kdy se setkal s posměchem či vyloučením ze strany společnosti. KP7 uvádí: „*Někde mě nechťejí, některý lidi se posmívají.*“ Tyto zkušenosti mohou být pro jedince velmi zraňující a může významně ovlivnit jeho sebevědomí a pocit přijetí ve společnosti. KP8 vyjádřil podobné pocity, ale více se zaměřil na reakce lidí v běžném životě. Popisuje, jak si všimá pozornosti určitých osob. KP8 říká: „*Spíš bych řekl, že občas se setkám s tím, že lidi na ulici na mě špatně koukají. Málokdo o těch lidech na vozíku někdo něco ví. Chtěl bych, aby si lidi představili, jak těžký to je.*“ Tyto věty poukazují na potřebu lepšího porozumění a empatie ze strany společnosti.

Na druhou stranu, někteří účastníci jako KP3 a KP4 zaznamenali méně negativních zkušeností. KP3 poznamenal, že si neuvědomuje, že by byl někdy stigmatizován či

stereotypizován, a že většinou se setkává s příjemnými lidmi. Jak KP3 říká: „*Neuvědomuju si, že by se mi to stalo, většinou se mi lidé snaží pomoci a vyjít vstříc.*“ KP4 také uvádí, že se osobně se stigmatizací neseťkal. KP4 uvádí: „*Se stigmatizací a ničím jiným jsem se neseťkala.*“

Tento rozdíl ve zkušenostech ukazuje, jak různě může být každá osoba se zdravotním postižením vnímána ve společnosti. Zatímco některé osoby mohou zaznamenávat podporu a porozumění, jiné mohou čelit nezájmu, nedorozumění či hostilitě.

Kategorie č. 4 – Architektonické a fyzické bariéry



Obrázek 4: Kategorie architektonické a fyzické bariéry

Zdroj: Vlastní výzkum 2024

Architektonické a fyzické bariéry představují významnou překážku pro osoby s tělesným postižením a mohou značně komplikovat jejich každodenní život a sociální aktivity. Jak vyplynulo z rozhovorů s komunikačními partnery, mnozí z nich čelí obtížím při přístupu k různým místům, což může vést k sociální izolaci a omezení jejich možností trávit čas s přáteli a rodinou.

KP3 popisuje, jak se raději vyhýbá místům, o kterých ví, že nejsou přístupná. Pokud jde s přáteli, někdy mu pomohou překonat tyto bariéry. Jak KP3 uvádí: „*Když vím, že se na místo nedostanu, tak tam ani nechodím, pokud jdu ale s kamarády, tak mi někdy pomůžou.*“ V tomto tvrzení můžeme vidět význam sociální podpory, ale také poukázání na omezení, které tyto bariéry představují pro samostatnost.

KP4 zdůrazňuje potřebu mít stále doprovod, protože se nemůže spolehnout pouze na svou schopnost ovládat vozík. Jak uvádí KP4: „*Musím mít vždy doprovod, protože se sama nedostanu, jelikož mám jen jednu ruku na ovládání celého vozíku, přesto se těžko sama někam dostávám.*“ Toto tvrzení ukazuje na důležitost dostupnosti asistenčních služeb, které by umožňovaly osobám se zdravotním postižením větší nezávislost.

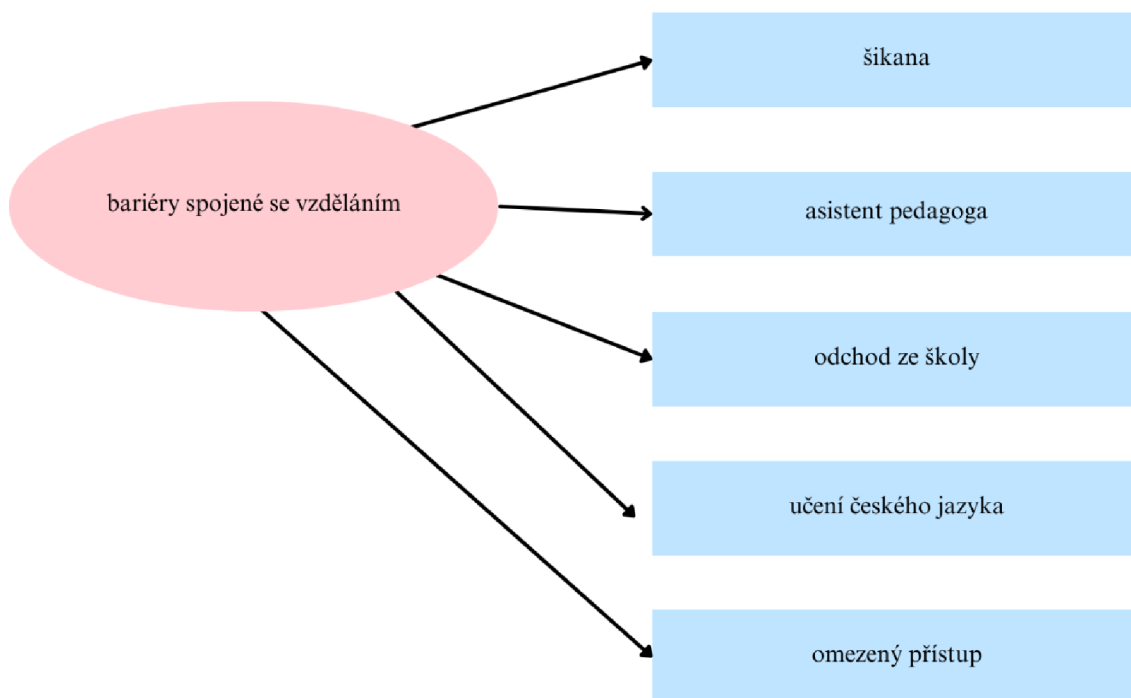
KP7 vyjadřuje frustraci z toho, že nemůže společně s přáteli navštěvovat různé akce. Tyto omezení přístupu k volnočasovým aktivitám může mít negativní dopad na sociální život a pocit začlenění do společnosti. KP7 říká: „*Mám problém se dostat na nějaké místa, rád bych jezdil s kamarády na hokej, ale nemůžu. Nejradši bych chodil na koncerty, setkával se s kámošema, ale nejde to.*“

KP8 popisuje složitost plánování výletů, kdy musí předem zvážit všechny možné nástrahy a případně s sebou nosit různé pomůcky, což ztěžuje spontánní výlety a vyžaduje značné úsilí a přípravu. KP8 říká: „*Výlety musím plánovat dopředu, protože jsou všude nástrahy. Musím kolikrát nosit s sebou přenosné nájezdy. Můj vozík váží přes 100 kilo, a to asistenti nemůžou unést, pokud se chci někam dostat.*“ Tato výpověď zdůrazňuje potřebu lepší infrastruktury a více přístupných prostředí.

I osoby se sluchovým postižením, jako je KP9, mohou mít problémy spojené s fyzickými bariérami, například když nedokážou získat informace v případě nouze či neočekávané události, jako je technická závada na vlaku. To poukazuje na potřebu zahrnout i vizuální nebo textové komunikace ve veřejných prostředích. Jak KP9 uvádí: „*Najednou se zastavil vlak v zastávce a řidič oznámil, že je problém s vlakem. Vůbec jsem nerozuměla a nevěděla, co mám dělat.*“

Tyto výpovědi ilustrují, jak fyzické a architektonické bariéry ovlivňují nejenom fyzickou dostupnost, ale také sociální interakce a nezávislost osob se zdravotním postižením. Je zřejmé, že i přes pokroky v legislativě a technologii zůstává mnoho výzev, které vyžadují další pozornost a vylepšení v bezbariérovém přístupu.

Kategorie č. 5 – Bariéry spojené se vzděláním



Obrázek 5: Kategorie bariéry spojené se vzděláním

Zdroj: Vlastní výzkum 2024

Bariéry spojené se vzděláním, které ovlivňují osoby se zdravotním postižením, jsou multidimenzionální a zahrnují sociální, fyzické i jazykové aspekty. Z výpovědi komunikačních partnerů vyplynulo, že každý z nich zažil vzdělávací proces trochu jinak, avšak mnozí se potýkali s podobnými výzvami.

KP1 a KP5 zaznamenali negativní zkušenost se šikanou, která je silně ovlivnila. Zatímco KP5 dokázal situaci rychle řešit díky podpoře učitelů, KP1 musel změnit školní zařízení, aby našel přijatelnější prostředí. Jak KP1 popisuje: *„Děti se mi ve škole posmívaly a už jsem ráda, že jsem v jiném zařízení, kde mám svoji skupinu.“* Zatímco KP5 říká: *„Jedna osoba se mi posmívala ve škole, ale šikana byla hodně krátká, protože jsem to hned nahlásil učitelce.“* KP7, který zažil posměšky i od jiných osob se zdravotním postižením, ukazuje, jak složité může být sociální prostředí ve školách, kde může docházet k rivalitě nebo vyloučení i mezi samostatnými žáky se zdravotním postižením. Jak KP7 uznává: *„Naučil jsem se jen základy, ve škole se mi posmívaly osoby s jiným zdravotním postižením.“*

KP5 uvádí, že potřeboval pomoc asistentky pedagoga kvůli nesnázím s poznámkami, což ukazuje na důležitost dostupnosti asistenčních a podpůrných služeb ve školách. Jak KP5

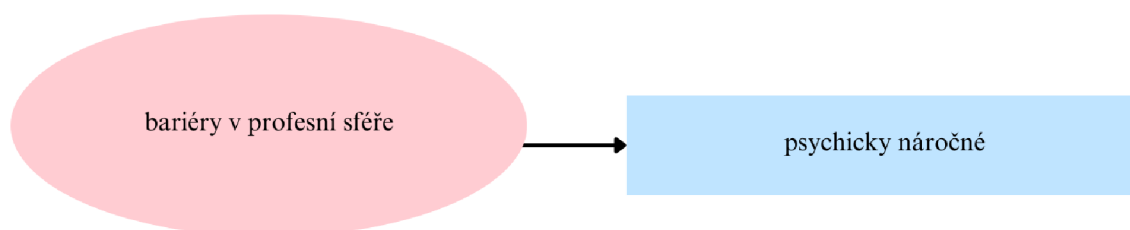
říká: „*Ve škole jsem nestíhal poznámky, takže jsem měl asistentku pedagoga.*“ Dalším příkladem může být KP6, který musel opustit školu, jelikož v době jejího studia nebyly dostupné speciální vzdělávací programy pro osoby se zdravotním postižením. KP6 se svěřil: „*Moc jsem do školy nechodila, vypadla jsem ze čtvrté třídy, protože nebyly ještě žádné speciální školy, takže jsem chodila na normální základku.*“

KP9, KP10, KP11 poukazují na problémy s učením českého jazyka, což může být obzvláště náročné pro ty, kteří se s jazykem setkávají jako s cizím jazykem. Jak KP9 uvádí: „*Český jazyk je na mě moc těžký a je velice těžké si zapamatovat nová slova českého jazyka.*“ I KP10 uvádí: „*Učit se nová slova v českém jazyce je těžké.*“ Stejně tak KP11 se připojuje: „*Nemám informace z dřívějšku a nemůžu moc v jazyce navazovat.*“ Jazyková bariéra může značně ztěžovat plnou integraci do školního systému a ovlivňovat akademický výkon i sociální začlenění.

KP8 popisuje, jak fyzické bariéry, jako jsou schody bez bezbariérového přístupu, komplikovaly docházku do školy. KP 8 popisuje: „*Byl jsem na praktické škole, kde byl přístup horší, všude byly schody.*“ Tento typ bariér je příkladem strukturálních omezení, která mohou znemožňovat nebo ztěžovat přístup ke vzdělání, což je klíčovým faktorem pro rozvoj nezávislosti socioekonomického postavení.

Tato kategorie svědčí o tom, jak různé bariéry mohou omezovat přístup ke kvalitnímu vzdělání pro osoby se zdravotním postižením a poukazují na potřebu rozvoje inkluzivního vzdělávacího systému.

Kategorie č. 6 – Bariéry v profesní sféře



Obrázek 6: Kategorie bariéry v profesní sféře

Zdroj: Vlastní výzkum 2024

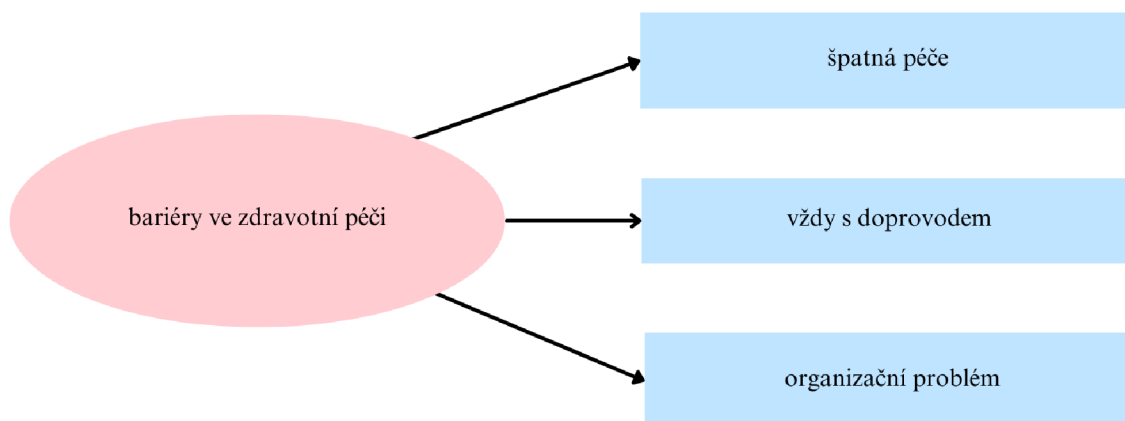
V oblasti profesního života osoby se zdravotním postižením čelí různým bariérám, které mohou ovlivnit jejich šance na získání a udržení práce. Zde je ilustrováno, jak pozitivní, tak negativní zkušenosti komunikačních partnerů v profesní sféře.

Někteří komunikační partneři uvádějí, že neměli významné problémy se získáním práce, což ukazuje na možnost integrace do pracovního trhu i přes zdravotní postižení. KP1 říká: *„Práci mi daly hned v sociálním zařízení.“* Může to naznačovat, že některá pracoviště jsou již adaptovaná na potřeby lidí se zdravotním postižením. KP3 mi oznámil: *„Neměl jsem nikdy problém, protože moje práce mě po vzniku zdravotního postižení zaměstnala a místo fabriky pracuju teď v kanceláři.“* Toto může ilustrovat flexibilitu zaměstnavatele může napomoci udržení zaměstnanosti i po vzniku zdravotního postižení. KP1 l uvedl, že pracovní pohovor nepotřeboval a do práce ho vzali bez pohovoru i přesto, že má sluchové postižení. Naznačuje to důvěru a otevřenost zaměstnavatele vůči osobám se zdravotním postižením.

Na druhé straně, KP4 popisuje složitosti, které může přinášet návrat do původního zaměstnání po získání zdravotního postižení. Psychická náročnost práce a potřeba asistence při vykonávání některých činností jsou klíčové faktory, které mohou ztížit plnohodnotné začlenění do pracovního prostředí. Tato zkušenost poukazuje na důležitost adaptace pracovních míst a poskytování individuální podpory v závislosti na specifických potřebách jednotlivců. KP4 říká: *„Chtěla jsem se vrátit do své minulé práce, jenomže tam by to nešlo, protože tam to bylo dost psychicky náročný.“* Dále pokračovala: *„Klasický zaměstnání by byl pro mě problém, protože potřebuji péči druhé osoby při některých aktivitách, takže v mé stávající práci mi to vyhovuje, protože jdu na ten počet hodin, které se dokážu soustředit a ten doprovod je v tomto místě v pořádku.“*

Tato kapitola ukazuje, že zkušenosti osob se zdravotním postižením na pracovním trhu se mohou značně lišit v závislosti na druhů postižení. Zvýšení povědomí zaměstnavatelů o potřebách a schopnostech lidí se zdravotním postižením a posílení právních a sociálních opatření na podporu jejich zaměstnanosti je klíčové pro vytvoření inkluzivnější pracovního trhu.

Kategorie č. 7 – Bariéry ve zdravotní péči



Obrázek 7: Kategorie bariéry ve zdravotní péči

Zdroj: Vlastní výzkum 2024

Tato kategorie se zaměřuje na různé aspekty zdravotní péče, se kterými se setkávají osoby se zdravotním postižením. Je zřejmé, že zkušenosti jsou různorodé a zahrnují jak pozitivní, tak negativní aspekty.

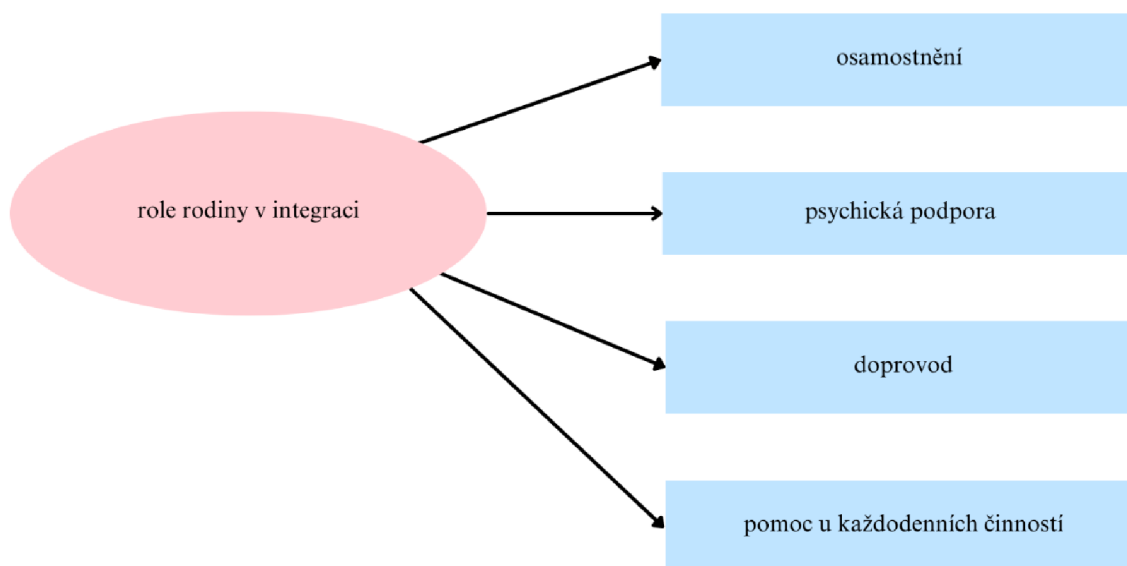
Někteří komunikační partneři vyjádřili s kvalitou péče, kterou obdrželi. KP2 například uvádí: „*Se zdravotní péčí jsem měl problém, zažil jsem špatnou péči od zdravotního personálu a trochu jsem to nečekal.*“ KP4 popisuje konkrétnější situace, kde se cítila opuštěná a neadekvátně ošetřena. KP4 popisuje: „*Trošku jsem měla problém, když jsem se probrala v nemocnici, tak to bylo trochu takové nepříjemné. Měla jsem problém s jídlem, nemohla jsem se jednou rukou najíst a paní doktorka byla velice nepříjemná a nenápomocná. Nějaké sestry byly skvělé, ale nějaké na mě byly hrubé. Musela jsem kolikrát čekat nějaký tři hodiny na přebalení. To bylo hodně nepříjemný.*“

Další významnou bariérou, kterou komunikační partneři zmiňují, je doprava do zdravotnických zařízení. KP7 a KP8 poukazují na to, že ačkoli s kvalitou lékařské péče nejsou problémy, doprava do zdravotních zařízení je pro ně velkou výzvou. KP 7 mi oznámil: „*Když chci k lékaři, musím furt s doprovodem.*“ KP 8 dodal: „*S lékařskou péčí jsem problém neměl, ale spíš mám problém organizačně vymyslet, jak se tam dostanu. Musím mít doprovod a odvoz, což je auto s plošinou. Je to drahý, protože je to všechno placený. Kolikrát jsou malé i ordinace na můj vozík.*“ Oba komunikační partneři ilustrují, jak může být přístup k základní zdravotní péči komplikován nejen stavem zdravotnického zařízení, ale i architektonickými a sociálními bariérami.

Přestože byly zmíněny negativní zkušenosti, je důležité zdůraznit, že ne všechny interakce se zdravotním systémem jsou negativní. Někteří komunikační partneři neměli s péčí problémy, což naznačuje, že existují i pozitivní reakce. Tyto zkušenosti jsou důležité pro identifikaci a šíření osvědčených postupů v péči o osoby se zdravotním postižením.

Tato kapitola ukazuje, že zatímco někteří jedinci se setkávají s dobrou péčí, jiní bojují s nedostatečnou pomocí a přístupem. Je tedy nezbytné pracovat na zlepšení systému zdravotní péče tak, aby byl více inkluzivní a přístupný pro všechny pacienty, bez ohledu na jejich fyzické schopnosti či potřeby. Zlepšení dopravní infrastruktury a přístupnosti zdravotnických zařízení by mohlo výrazně pomoci v eliminaci těchto bariér.

Kategorie č. 8 – Role rodiny v integraci osoby se zdravotním postižením



Obrázek 8: Kategorie role rodiny v integraci osoby se zdravotním postižením

Zdroj: Vlastní výzkum 2024

V této kategorii role rodiny a přátel ve své sociální integraci jsou patrné různorodé, ale zároveň silné vazby na blízké osoby. Rodina hraje klíčovou roli v životech osob se zdravotním postižením, nejen z hlediska sociální integrace, ale také z pohledu psychické podpory a praktické pomoci v každodenním životě.

Všechny odpovědi naznačují, že rodina je zdrojem důležité podpory pro komunikační partnery. KP1 zdůrazňuje, že jeho rodina mu poskytuje podporu psychicky, což mu pomáhá překonávat překážky a zlepšovat svou sociální integraci. Jak KP1 říká: „*Rodina mi pomáhá, že nemají problém s tím, když něco potřebuju, taky mě podporují psychicky.*“ Podobně KP2 a KP3 hovoří o významu rodiny pro svou psychickou pohodu a integraci

do společnosti. KP2 říká: „*Pro mě je rodina na prvním místě, moje partnerství mi psychicky pomáhá.*“ Dále se připojuje KP3: „*Moje rodina hraje velikou roli v mojí integraci, manželka mi dělá velkou psychickou podporu.*“

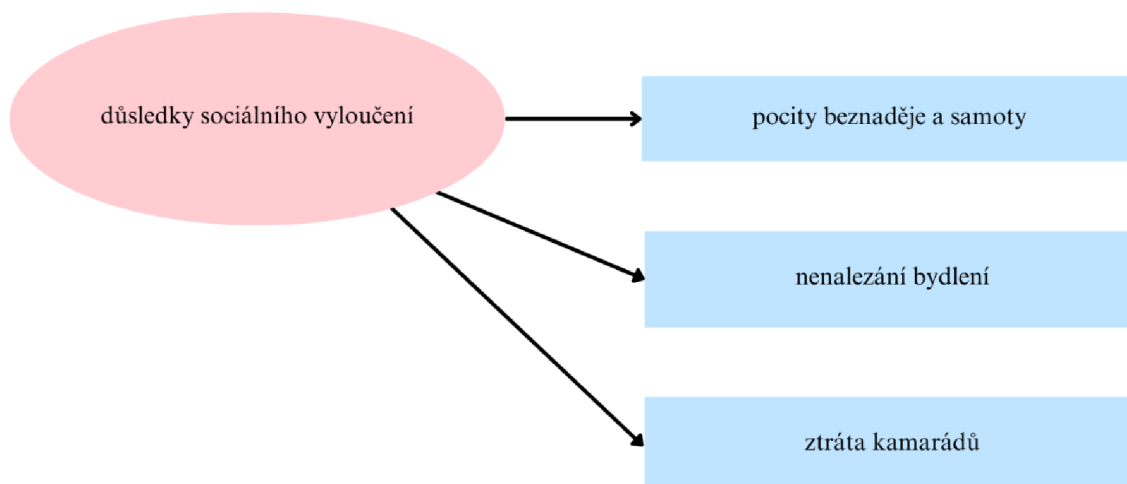
Někteří KP sdílejí, že rodina jim pomáhá nejen emocionálně, ale také prakticky v každodenním životě. KP5 a KP6 uvádějí, že rodina poskytuje časově náročnou pomoc v podobě doprovodu nebo pomoci s každodenními úkoly a domácími činnostmi. Tato praktická podpora je klíčová pro zajištění nezávislosti a pohodlí těchto jedinců. KP 5 říká: „*Rodina mi dělá hodně času doprovod.*“ I KP6 uvádí: „*Rodina mi pomáhá s každodenními činnostmi doma.*“

Někteří komunikační partneři vyjadřují touhu po vlastním bydlení a nezávislosti. KP7 uvedl: „*Mamka mi pomáhá, ale já bych chtěl bydlet sám, ale není to, jak udělat.*“ Tento příklad ilustruje snahu některých jedinců se zdravotním postižením získat větší míru autonomie a nezávislosti.

Některé odpovědi také ukazují na různorodost rodinných vztahů a dynamiky. KP8 sdílí: „*Žiju se ségrou, ségra se mnou má práci a tři děti k tomu. Ne, že by se úplně nezajímala, ale spíš jde o to, že má svoje starosti.*“ Toto sdělení naznačuje složitější situaci, kde rodinná podpora může být narušena jinými faktory.

Tyto odpovědi ilustrují důležitou roli rodiny a přátel v životech osob se zdravotním postižením. Je zřejmé, že tyto vazby nejen poskytují praktickou pomoc, ale také důležitou emocionální podporu a pocit sounáležitosti. Je důležité tuto podporu uznat a podporovat, aby se zlepšila sociální integrace těchto jedinců a zajišťovala jim kvalitní životní podmínky.

Kategorie č. 9 - Důsledky sociálního vyloučení osob se zdravotním postižením



Obrázek 9: Kategorie důsledky sociálního vyloučení

Zdroj: Vlastní výzkum 2024

Sociální vyloučení a jeho dopady na osoby se zdravotním postižením jsou složité a multidimenzionální. Většina z komunikačních partnerů (KP1, KP4, KP5, KP6, KP7, KP8, KP9, KP10) naznačuje, že i když se setkaly s nějakou bariérou, která jim komplikovala účast ve společnosti, komunikační partneři se necítili sociálně vyloučení. Může to odrážet dobrou schopnost adaptace k překonání překážek či možnost přítomnosti silné podpůrné sítě mezi rodinou a přáteli.

Na některé komunikační partnery sociální vyloučení dopad měl. A to například u KP2, který přišel o přátele, kteří ho opustili po získání zdravotního postižení, což může svědčit o nějakých předsudcích či stigmatizaci. Naznačuje, že si cení hlubších a opravdovějších vztahů. Tento náhled může být obranným mechanismem, který mu pomáhá zvládat ztrátu. Jak KP2 popisuje: „Přišel jsem o kamarády, který jsem měl. Ztratili o mně zájem, protože mě neviděli jako zdravého člověka. Je to ale dobrá přírodní selekce, jelikož mi zůstali jen ty kamarádi, co mi za to stojí.“ KP3 se setkal s překážkami při hledání bydlení, což je základní lidská potřeba. Jeho zkušenost odhaluje, jak fyzické a strukturální bariéry mohou vést k sociálnímu vyloučení, protože nedostatečná přístupnost a absence bydlení pro osoby se zdravotním postižením nutí jedince k extrémním řešením, jako je stavba vlastního domu. KP3 říká: „Nemohl jsem najít bydlení, musel jsem si postavit barák, jelikož nebyla jiná možnost.“ KP12 popisuje své pocity osamělosti a beznaděje, což ukazuje na hluboký psychologický dopad sociálního vyloučení. KP12 zřejmě pociťuje

nedostatek sociální interakce a podpory, což může vést k pocitům izolace a depresivní nálady. KP 12 říká: „*Cítím se osamoceny a někdy se cítím bez naděje.*“

Přestože mnozí KP nevnímají svou situaci jako sociální vyloučení, je důležité adresovat ty, kteří zažívají negativní dopady. Je třeba se zaměřit na rozvoj inkluzivnější společnosti, která aktivně odstraňuje bariéry jak ve fyzickém, tak sociálním a psychologickém smyslu. Zlepšení přístupu k bydlení, zvýšení povědomí o potřebách lidí se zdravotním postižením a podpora silných sociálních sítí jsou klíčové kroky k dosažení tohoto cíle. Vzdělávání veřejnosti a podpora programů mohou rovněž přispět k snížení stigmatizace a podpoře sociální integrace se zdravotním postižením.

Diskuse

V následující kapitole této bakalářské práce jsou shrnuty výsledky, které byly získány v rámci stanovených dílčích cílů. Data získaná od komunikačních partnerů byla analyzována a dále jsou interpretovány do kontextu s odbornou literaturou.

Hlavním cílem bakalářské práce bylo rozpoznat a objasnit rizika a důsledky sociálního vyloučení u osob se zdravotním postižením z jejich vlastní perspektivy.

Dle Belzunegui-Erasa a kolektivu (2018) není zdravotní postižení samo o sobě není podmínkou k sociálnímu vyloučení, ale dle dat je vztah mezi zdravotním postižením a vyšším rizikem sociálního vyloučení. Jak jsme se mohli přesvědčit i ve výzkumu, v každé oblasti našli osoby se zdravotním postižením nějakou bariéru, která jim ztěžuje přístup ve společnosti a také je může více ovlivnit v životě a stát se sociálně vyloučeným.

U tělesného postižení je veliký problém s architektonickými a fyzickými bariérami, které mohou ztěžovat přístup do jakékoliv budovy či ztěžovat kontakt s ostatními osobami. Jak uvádí Chou a kolektiv (2024) městská infrastruktura je rozhodující pro osoby se zdravotním postižením k sociálnímu začlenění, pokud je infrastruktura nedostupná, zvyšuje se osobám se zdravotním postižením jejich vyloučení a negativně ovlivňuje jejich kvalitu života. Výzkum potvrdil, že je důležité zajistit bezbariérové prostředí na veřejných místech, jelikož toto omezení má negativní dopad na sociální život a začlenění osob se zdravotním postižením. Je potřeba zlepšit infrastrukturu a více zpřístupnit prostředí, aby byly zajištěny rovné příležitosti a plná participace ve společnosti osob se zdravotním postižením.

Osoby se zdravotním postižením se mohou setkat například s bariérou ve vzdělávacích institucích. Výsledku výzkumu odhalují šikanu v instituci, problémy s architektonickými a fyzickými bariérami k přístupu ve škole, problémy s učením například u neslyšících s českým jazykem či nestíhání poznámek a pomoc asistenta pedagoga, a nakonec předčasný odchod ze školy kvůli mentálnímu postižení. Tyto bariéry jsou potvrzeny i od autorů Acharya a Yang (2022), kteří popisují nadále existující značné překážky pro osoby se zdravotním postižením ve vzdělávacích institucích jako je nedostatek prostředků pro inkluzivní výuku, šikana od vrstevníků či strukturální překážky jako je nedostatek vhodné fyzické infrastruktury.

Bariéry mohou nastat i v profesní sféře, jak zmiňuje Espada-Chavarria a kolektiv (2021), která poznamenala, že i když se přístup k zaměstnání pro osoby se zdravotním postižením změnil, stále existují významné překážky jako jsou například postoje zaměstnavatelů v procesu přijímání pracovníků nebo stáží. Dle výsledků výzkumu jsem se nic o diskriminaci na pracovním pohovoru nedozvěděla od osob se zdravotním postižením. Většina komunikačních partnerů neměla žádnou bariéru, pouze jeden komunikační partner uznal, že by bylo navrácení do běžné práce psychicky náročné a že ji momentální nenáročná práce vyhovuje více.

Další bariérou, s kterou se mohou osoby se zdravotním postižením setkat je například problém ve zdravotní péči. Dle WHO (2023) mají osoby se zdravotním postižením vyšší náklady na zdravotní péči z důvodu větší potřeby zdravotní péče, nedostatky ve zdravotním pojištění či dalšími souvisejícími náklady jako doprovod či asistence. Toto se mi potvrdilo ve výzkumné části, kde komunikační partner popisoval svoji situaci a řekl, že je velice nákladné pouze se dopravit za zubařem či praktickým lékařem. Tento problém je další bariérou, která brání k přístupu ke zdravotní péči. Je zjevné, že jsou nutné změny k zajištění lepší dostupnosti zdravotnických zařízení pro všechny pacienty, včetně těch se zdravotním postižením. Negativní zkušenosti s péčí v nemocnicích či v ordinacích jsou znepokojivé a ukazují na potřebu zlepšení jak kvality péče, tak profesionálního chování zdravotnického personálu. Je důležité poskytnout odpovídající péči v situacích, kdy jsou pacienti zranitelní či mají specifické potřeby.

Sociální opora je velice důležitá, jelikož poskytuje specifické funkce jako je poskytování praktické pomoci či emocionální podpory (Emerson et al., 2021). Výsledky ukázaly, že rodina a přátelé jsou velice důležité jako sociální opora. Tato podpora pomáhá překonávat bariéry a výzvy, ale také posiluje pocity sounáležitosti. Existují ale rozdíly v tom, jak si osoby se zdravotním postižením připadají integrovány do společnosti a mají silné sociální vazby. Některé osoby se zdravotním postižením se ve společnosti cítí sociálně izolovány a některé plně integruje pomoc rodiny. Autor Emerson a kolektiv (2021) uvádějí dále celkově výraznější pravděpodobnost, že osoby se zdravotním postižením se cítí více osamělí, sociálně izolovány a s nízkou sociální oporou než osoby bez zdravotního postižení. Ve výzkumu bylo zjištěno, že pouze KP6, KP9 a KP12 se cítí sociálně izolovány. Ať už jejich rodina se nezajímá či jejich sociální podpora je nulová nebo je daleko, sociální izolovanost je subjektivní pocit, který každý může vnímat jinak.

Téma sociálního vyloučení u osob se zdravotním postižením je velice komplexní a mnohotvárné. I když komunikační partneři zažili nějaké riziko sociálního vyloučení, někteří si nepřipadali sociálně vyloučení. Existují ale i ti, kteří zažívají vážné negativní dopady.

Ve výzkumu bylo zjištěno, že sociální vyloučení je subjektivní a každá osoba se zdravotním postižením se může cítit jinak. Důsledky sociálního vyloučení u osob se zdravotním postižením mohou být jakékoliv, ale dle výzkumu bylo zjištěno, že KP2, KP3, KP12 zažili závažné důsledky sociálního vyloučení. Dle výzkumu mohl být důsledek pocit beznaděje a samoty, ztráta přátel či nenalézání bydlení. Je tedy důležité odstraňovat bariéry, které brání osobám se zdravotním postižením se plně začlenit do společnosti. Zlepšení dostupnosti bydlení pro osoby se zdravotním postižením či zvýšení povědomí o jejich potřebách a podpora rozvoje sociálních sítí jsou klíčové prvky pro včlenění osob se zdravotním postižením do společnosti. Tyto kroky by mohli vést k snížení stigmatizace a posílit tak sociální integraci osob se zdravotním postižením, kde by se osoby se zdravotním postižením cítily přijaty a respektovány.

Saran a kolektiv (2023) popisují, že osoby se zdravotním postižením jsou často vyloučeny ze společenských aktivit, což je porušování jejich základních práv. Hlavním důvodem sociálního vyloučení je zažívání stigmatizujících postojů od společnosti a jejich chování k osobám se zdravotním postižením. K diskriminaci osob se zdravotním postižením také přispívají nepřístupná prostředí a institucionální překážky (Saran et al., 2023). Ve výzkumu bylo zjištěno, že některé osoby se na některé společenské aktivity nemohou dostavit například kvůli fyzickým či architektonickým bariérám. Dále bylo zjištěno, že některé osoby se zdravotním postižením zažívají ve společnosti stigmatizaci a cítí se díky tomu špatně. Je zde větší riziko, že osoby se zdravotním postižením se nedostaví na společenské aktivity, buď kvůli architektonickým bariérám či stigmatizujícím postojům.

Je zřejmé, že zamezení sociálního vyloučení u osob se zdravotním postižením vyžaduje komplexní přístup. Je evidentní, že je nezbytné provést změny ve společenských postojích, zlepšit bezbariérové budovy a zdokonalit dostupnost zařízení, dále posílit antidiskriminační zákony a podporovat inkluzivní prostředí ve vzdělání a zaměstnanosti. Tyto kroky by mohly přispět k vytvoření více inkluzivní a podpůrné společnosti, která respektuje a zohledňuje potřeby a příležitosti pro osoby se zdravotním postižením.

Závěr

Cílem bakalářské práce na téma „*Subjektivní hodnocení rizik sociálního vyloučení u osob se zdravotním postižením*“ bylo identifikovat a popsat rizika a důsledky sociálního vyloučení, kterým jsou osoby se zdravotním postižením vystavovány a které je můžou provázet po celý svůj život.

Tato práce byla rozčleněna na dvě části, a to na teoretickou a praktickou. Teoretická část bakalářské práce byla rozdělena do 5 hlavních kapitol, které obsahovaly další podkapitoly. První kapitola se zaměřovala na definici a klasifikaci zdravotních postiženích. Druhá kapitola vysvětluje pojem sociálního vyloučení a jeho různé dimenze. Ve třetí kapitole byly popsány příčiny sociálního vyloučení u osob se zdravotním postižením, jako je diskriminace, omezený přístup ke vzdělání, problémy na pracovním trhu a další. Čtvrtá kapitola se zabývala dopady sociálního vyloučení u osob se zdravotním postižením a v páté kapitole byly popsány role sociálního pracovníka u sociálního vyloučení.

V praktické části byly stanoveny cíle a výzkumné otázky a následně byla vypracována metodika. Další kapitola obsahovala výsledky výzkumu. Tyto výsledky byly následně porovnány s odbornou literaturou v diskusi, kde výsledky byly probrány do hloubky.

Výzkumné šetření bylo provedeno pomocí kvalitativní strategie. Výzkumný soubor byl osloven záměrným výběrem. Tvořilo ho dvanáct osob se zdravotním postižením, které žijí v domácím prostředí a postihla je nějaká specifická bariéra ve společnosti, která mohla napomáhat k sociálnímu vyloučení. Pro sběr dat byla aplikována metoda dotazování prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru.

Dle zjištěných výsledků vychází, že stanovené cíle této práce byly naplněny a výzkumné otázky byly zodpovězeny. Výzkum ukázal, že osoby se zdravotním postižením jsou vystaveny riziku sociálního vyloučení. Vnímaná rizika sociálního vyloučení byla subjektivní u všech komunikačních partnerů, a proto se mohla lišit od jednotlivých druhů zdravotního postižení či zkušenostech. Pro osoby se zdravotním postižením byla pro integraci zpět do společnosti velice důležitá rodina či partner. Tyto osoby či skupiny pomáhají s psychickou podporou, doprovodem či běžnými úkony obvyklého dne a mohou fungovat jako ochranný mechanismus proti sociálnímu vyloučení.

Z výzkumu dále vyplynulo, že i když se osoby se zdravotním postižením setkaly se specifickými riziky sociálního vyloučení a ovlivnilo to jejich kvalitu života, nepřipadaly si sociálně vyloučení. Na základě toho tvrzení je ale podstatné říci, že je stále důležitá podpora pro sociální integraci a prevence před sociálním vyloučením. Je podstatné vyvíjet prostředky a mechanismy, které umožní osobám se zdravotním postižením aktivně se zapojit do společnosti a získat přístup ke zdrojům, které potřebují.

Obsah této bakalářské práce může sloužit jako užitečný informační materiál nejen pro studenty, ale také pro širokou veřejnost. Může nadále sloužit jako podklad pro diskuse a snahu o zlepšení podmínek pro osoby se zdravotním postižením.

Seznam literatury

1. ACHARYA, Y., YANG, D., 2022. The effect of disability on educational, labor market, and marital outcomes in a low-income context, *SSM - Population Health*, Volume 19, 101155, doi: 10.1016/j.ssmph.2022.101155.
2. BADJI, S., BADLAND, H., RACHELE, J. N., PETRIE, D., 2021. Public transport availability and healthcare use for Australian adults aged 18–60 years, with and without disabilities, *Journal of Transport & Health*, Volume 20, 101001, doi: 10.1016/j.jth.2020.101001.
3. BASCOM, G. W., CHRISTENSEN, K. M., 2017. The impacts of limited transportation access on persons with disabilities' social participation, *Journal of Transport & Health*, Volume 7, Part B, p. 227-234, doi: 10.1016/j.jth.2017.10.002.
4. BELZUNEGUI-ERASO, A., PASTOR-GOSÁLBEZ, I., PUIG-ANDREU, X., VALLS-FONAYET, F., 2018. Risk of Exclusion in People with Disabilities in Spain: Determinants of Health and Poverty. *Int J Environ Res Public Health*; 15(10):2129. doi: 10.3390/ijerph15102129.
5. BENEŠ, P., 2019. *Zraková postižení behaviorální přístupy při edukaci s pomůckami*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2110-6.
6. DUKOVÁ, I., KOHOUTOVÁ I., DUKA M., 2013. *Sociální politika*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3880-2.
7. EMERSON, E., FORTUNE, N., LLEWELLYN, G., STANCLIFFE, R., 2021. Loneliness, social support, social isolation and wellbeing among working age adults with and without disability: Cross-sectional study, *Disability and Health Journal*, Volume 14, Issue 1, 100965, doi: 10.1016/j.dhjo.2020.100965.
8. ESPADA-CHAVARRIA, R., DIAZ-VEGA, M., GONZÁLEZ-MONTESINO, R. H., 2021. Open Innovation for an Inclusive Labor Market for University Students with Disabilities. *Journal of Open Innovation: Technology, Market, and Complexity*, Volume 7, Issue 4, 217, doi: 10.3390/joitmc7040217.
9. FERNÁNDEZ-BATANERO, J. M., MONTENEGRO-RUEDA M., FERNÁNDEZ-CERERO, J., 2022. "Access and Participation of Students with Disabilities: The Challenge for Higher Education" *International Journal of Environmental Research and Public Health* 19, no. 19: 11918, doi: 10.3390/ijerph191911918.

10. HRADILOVÁ, T., CHUDOŽILOV BENDO VÁ, M., KOMORNÁ, M., KOTVOVÁ, M., 2023. *Surdopedie a dospělý věk: sluchová ztráta v mezilidském kontaktu*. Pedagogika (Grada). Praha: Grada. ISBN 978-80-271-3125-9.
11. CHOU, Y-CH., UWANO, T., BO-WEI CHEN, SARAI K., NGUYEN L. D., CHOU CH-J., MONGKOLSAWADI S., NGUYEN T. T., 2024. Assessing disability rights in four Asian countries: The perspectives of disabled people on physical, attitudinal and cultural barriers, *Political Geography*, Volume 108, 103027, doi: 10.1016/j.polgeo.2023.103027.
12. JENKINS M., OBHI SS., 2020. Neurophysiological and Psychological Consequences of Social Exclusion: The Effects of Cueing In-Group and Out-Group Status. *Cereb Cortex Commun.* 2020 Aug 29;1(1):t gaa057. doi: 10.1093/texcom/tgaa057.
13. KAYAMA, M., YAN, G., ADAMS, A., J. MILES, R., 2023. “The wheelchair really is just a piece of athletic equipment to play the sport of basketball”: The experience of college athletes with disabilities navigating social inclusion and exclusion, *Children and Youth Services Review*, Volume 155, 107251, doi: 10.1016/j.chilyouth.2023.107251.
14. KEATING, BW., WORSTELING A., 2023. Improving employment outcomes for people with disability in small and medium enterprises: protocol for a scoping review, *BMJ Open*;13: e069573. doi: 10.1136/bmjopen-2022-069573.
15. KELLER, J., 2023. *Současná francouzská sociologie*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-5359-4.
16. KHAYATZADEH-MAHANI, A., WITTEVRONGEL, K., NICHOLAS, D. B., ZWICKER, J. D., 2020. Prioritizing barriers and solutions to improve employment for persons with developmental disabilities, *Disability and Rehabilitation*, Vol. 42, No. 19, 2696 – 2706, doi: 10.1080/09638288.2019.1570356.
17. KLIMENTOVÁ, E., 2018. *Osoby se zdravotním postižením v sociologickém výzkumu*. Vydavatelství Univerzity Palackého. ISBN 978-80-244-5434-4.
18. KOLÁŘOVÁ, K., 2012. *Jinakost - postižení - kritika: společenské konstrukty nezpůsobilosti a hendikepu: antologie textů z oboru disability studies*. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). Praha: Sociologické nakladatelství (SLON). ISBN 978-80-7419-050-6.

19. MÁTEL, A., 2019. *Teorie sociální práce I: sociální práce jako profese, akademická disciplína a vědní obor*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2220-2.
20. MATOUŠEK, O., KŘIŠŤAN, A., 2013. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, ISBN 978-80-262-0366-7.
21. MICHALÍK, J., 2011. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN 9788073678593.
22. MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1362-4
23. MONEDERO J. A. G., CUESTA C. U., ANGULO B. N., 2014. Social Image of Disability. Vulnerability of the Dignity of Women with Disability and Social Exclusion Contexts, *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, Volume 161, p. 115-120, doi: 10.1016/j.sbspro.2014.12.019.
24. MUKNŠNÁBLOVÁ, M., 2014. *Péče o dítě s postižením sluchu*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5034-7.
25. NOVÁKOVÁ, I., 2011. *Zdravotní nauka 2. díl*. Praha: Grada Publishing, ISBN 978-80-247-3709-6.
26. NOVOSAD, L., 2011. *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-873-9.
27. OREL, M., 2020. *Psychopatologie*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2529-6.
28. PREISSOVÁ, A., JUÁREZ-TOLEDO, R., 2013. *Sociální exkluze v multikulturních společnostech: komparace současné situace v České republice a v Mexiku*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3648-7.
29. REICHEL, J., 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3006-6
30. SARAN, A., HUNT, X., WHITE, H., & KUPER, H., 2023. Effectiveness of interventions for improving social inclusion outcomes for people with disabilities in low- and middle-income countries: A systematic review. *Campbell Systematic Reviews*, 19, e1316, doi: 10.1002/cl2.1316.
31. SCHUR, L., HAN, K., KIM, A., AMERI, M., BLANCK, P., & KRUSE, D., 2017. Disability at Work: A Look Back and Forward. *Journal of occupational rehabilitation*, 27(4), 482–497, doi: 10.1007/s10926-017-9739-5.

32. SLOWÍK, J., 2016. *Speciální pedagogika*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Pedagogika (Grada). Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0095-8.
33. ŠÁMALOVÁ, K., 2016. *Šance na dosažení vysokoškolského vzdělání v populaci osob se zdravotním postižením*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3469-2.
34. ŠÁMALOVÁ, K., VOJTÍŠEK P., 2021. *Sociální správa*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2195-3.
35. ŠUBRT, J., 2014. *Soudobá sociologie VI. Oblasti a specializace*. Praha: Univerzita Karlova v Praze. ISBN 978-80-246-2558-4.
36. ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ K., 2010. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.
37. TOMIDA K., SHIMODA T., NAKAJIMA CH., KAWAKAMI A., SHIMADA H., 2023. Classification of social isolation and factors related to loneliness and life satisfaction among socially isolated individuals, *Geriatric Nursing*, Volume 54, p. 163-170, doi: 10.1016/j.gerinurse.2023.09.011.
38. TYRLÍK, M., 2012. *Zátěž v adolescenci*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-6042-5.
39. VALENTA, M., MICHALÍK J., LEČBYCH M., 2018. *Mentální postižení 2., přepracované a aktualizované vydání*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0378-2.
40. WATERMEYER, B., SWARTZ, L., 2023. Disability is central to discrimination in health, *The Lancet*, Volume 401, Issue 10393, p. 2037-2038, doi: 10.1016/S0140-6736(23)00140-X.
41. WHO, 2024. Disability [online]. [cit. 2024-02-01]. Dostupné z: https://www.who.int/health-topics/disability#tab=tab_1
42. WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2023. *Addressing health inequities faced by persons with disabilities to advance universal health coverage* [online]. In: Geneva. [cit. 2023-12-12]. Dostupné z: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/universal-health-coverage/who-uhl-technical-brief-disability.pdf?sfvrsn=7e31cb97_3&download=true
43. WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2023. *Disability* [online]. [cit. 2024-02-01]. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>

44. WORLD HEALTH ORGANIZATION, WORLD BANK, 2011. *WORLD REPORT ON DISABILITY* [online]. Geneva: World Health Organization [cit. 2024-02-05]. ISBN 978 92 4 068521 5. Dostupné z: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564182>
45. *World report on hearing* [online], 2021. Geneva: World Health Organization [cit. 2024-01-24]. ISBN 978-92-4-002048-1. Dostupné z: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240020481>
46. ZÍKOVÁ, T., 2011. *Bedekr sociálním znevýhodněním pro učitele mateřské školy*. V Plzni: Západočeská univerzita. ISBN 978-80-261-0052-2.

Seznam obrázků a tabulek

Obrázek 1: Kategorie pohled osob se zdravotním postižením na sociální vyloučení	37
Obrázek 2: Kategorie účast osob se zdravotním postižením ve společnosti	38
Obrázek 3: Kategorie pohled společnosti na zdravotní postižení	39
Obrázek 4: Kategorie architektonické a fyzické bariéry	40
Obrázek 5: Kategorie bariéry spojené se vzděláním	42
Obrázek 6: Kategorie bariéry v profesní sféře	43
Obrázek 7: Kategorie bariéry ve zdravotní péči	45
Obrázek 8: Kategorie role rodiny v integraci osoby se zdravotním postižením	46
Obrázek 9: Kategorie důsledky sociálního vyloučení	48
Tabulka 1: Identifikační údaje komunikačních partnerů	33
Tabulka 2: Identifikované kategorie	36

Seznam příloh

Příloha č. 1: Otázky k rozhovoru	62
Příloha č. 2: Informovaný souhlas.....	63

Příloha č. 1: Otázky k rozhovoru

1. Kolik je Vám let?
2. Jaké postižení máte diagnostikované?
3. Víte, co je sociální vyloučení?
4. Jaké příčiny či faktory podle Vás přispívají k sociálnímu vyloučení?
5. Jak vnímáte svou účast ve společnosti a v jakých daných situacích si připadáte exkludovaný?
6. Jak vnímáte přístup ve společnosti k Vaší osobě a k jiným lidem se zdravotním postižením?
7. Stalo se Vám, že Vás někdo někdy stigmatizoval, stereotypizoval či Vám dal nějakou nálepku?
8. Jaký vliv na Vás mají architektonické a fyzické bariéry na sociální integraci?
9. Jaké máte zkušenosti se vzděláním a dostupností vzdělávacích institucí?
10. Měli jste někdy problém najít práci či Vás na pracovním pohovoru soudili?
11. Zaznamenali jste nějaké překážky v profesní sféře?
12. Měli jste někdy problém se zdravotní péčí například v institucích či doma?
13. Jakou roli hraje Vaše rodina a přátelé ve Vaší sociální integraci?
14. Byli jste někdy sociálně izolovaní od společnosti?
15. Zaznamenali jste nějaké důsledky, které Vám způsobilo sociální vyloučení?

Příloha č. 2: Informovaný souhlas

Informovaný souhlas

Vážená paní, vážený pane,

obracím se na Vás s prosbou o spolupráci. V současné době vypracovávám závěrečnou práci, v rámci, které provádím výzkum, jehož cílem je identifikovat rizika a důsledky sociálního vyloučení u klientů se zdravotním postižením. Moje bakalářská práce se zajímá o bariéry, které mohou vzniknout kvůli zdravotnímu postižení. Rozebírám bariéry jako je například stereotypizace a diskriminace, omezený přístup ke vzdělání, problémy na pracovním trhu, fyzické a architektonické bariéry, omezený přístup ke zdravotní péči či sociální izolace. K mé bakalářské práci využiju metodu kvalitativního výzkumu, která bude probíhat formou rozhovoru.

Prohlášení

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném výzkumu. Studentka mne informovala o podstatě výzkumu a seznámila mne s cíli, metodami a postupy, které budou při výzkumu používány, stejně jako s výhodami a riziky, které pro mne z účasti na výzkumu vyplývají. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou anonymně zpracovány a použity pro účely vypracování závěrečné práce studentky.

Měl/a jsem možnost si vše řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit. Měl/a jsem možnost se studentky zeptat na vše pro mne podstatné a potřebné. Na tyto dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď.

Prohlašuji, že beru na vědomí informace obsažené v tomto informovaném souhlasu a souhlasím se zpracováním osobních a citlivých údajů účastníka výzkumu v rozsahu, způsobem a za účelem specifikovaným v tomto informovaném souhlasu.

Vyplněním tohoto dotazníku souhlasím s účastí ve výše uvedeném výzkumu.

Datum a podpis