

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI**  
**PEDAGOGICKÁ FAKULTA**  
**Katedra antropologie a zdravotní vědy**

## **Diplomová práce**

Martina Brablcová

Učitelství sociálních a zdravotních předmětů pro střední odborné školy

**Demografická charakteristika regionu Kyjovsko se  
zaměřením na osoby se zdravotním postižením**

Olomouc 2013

vedoucí práce: Mgr. Petr Zemánek, Ph.D.

## Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Demografická charakteristika regionu Kyjovsko se zaměřením na osoby se zdravotním postižením“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

V Olomouci dne.....

Podpis .....

**Děkuji Mgr. Petru Zemánkovi, Ph.D., za odborné vedení diplomové práce,  
poskytování rad a materiálových podkladů k práci.**

## OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>6</b>
<b>1 CÍL PRÁCE</b> .....	<b>8</b>
<b>2 TEORETICKÉ POZNATKY</b> .....	<b>9</b>
2.1 Demografie.....	9
2.1.1 Úvod do demografie.....	9
2.1.2 Prameny získávání dat.....	9
2.1.3 Demografické procesy.....	10
2.2 Osoby se zdravotním postižením.....	20
2.2.1 Osoby se zrakovým postižením.....	22
2.2.2 Tělesné postižení.....	29
2.2.3 Sluchové postižení.....	36
2.3 Demografická charakteristika regionu Kyjovsko.....	40
2.3.1 Lokalizace regionu Kyjovsko v rámci České republiky.....	40
2.3.2 Geologie regionu.....	41
2.3.3 Obce náležející regionu Kyjovsko.....	41
2.3.4 Ekonomická aktivita regionu.....	42
2.3.5 Město Kyjov.....	42
2.3.6 Základní demografické údaje.....	44
<b>3 PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>47</b>
3.1 Metodika práce.....	47
3.1.1 Metodika výzkumu.....	47
3.1.2 Teoreticko-praktická příprava.....	47
3.1.3 Výzkumné problémy.....	48
3.1.4 Charakteristika výzkumného souboru.....	48
3.1.5 Použitá metoda.....	50
3.1.6 Organizace výzkumu.....	51
3.2 Vyhodnocení výzkumu.....	52



3.2.1	Vlastní vyhodnocení výzkumu.....	52
3.2.2	Zhodnocení výzkumu .....	75
<b>4</b>	<b>DISKUZE.....</b>	<b>78</b>
<b>5</b>	<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>80</b>
<b>6</b>	<b>SOUHRN.....</b>	<b>82</b>
<b>7</b>	<b>REFERENČNÍ SEZNAM.....</b>	<b>84</b>
7.1	Seznam použité literatury.....	84
7.2	Seznam použitých symbolů a zkratk .....	87
7.3	Seznam obrázků.....	88
7.4	Seznam tabulek.....	89
7.5	Seznam příloh.....	90

# ÚVOD

Motto:

**„Díky nemoci známe hodnotu zdraví, díky zlu hodnotu dobra, díky hladu sytost,  
díky únavě odpočinek.“**

Hérakleitos

Při každé příležitosti, jako jsou narozeniny, jmeniny a další významné dny, si se svými nejbližšími přeje: „Hlavně hodně zdraví, štěstí, lásky, osobní pohody a hodně pracovních a rodinných úspěchů“. Mnohdy toto přání je pouhá fráze, kdy si neuvědomujeme pravý smysl těchto slov. Upřímnost těchto slov, zejména hodnota zdraví, se zvyšuje většinou až při osobní zkušenosti s nějakou nemocí. Tak jak je uvedeno ve výše zmíněném mottu, člověk si začne vážit a pozná hodnotu svého zdraví a svých nejbližších až v důsledku nějaké nemoci. Mnohdy tuto hodnotu bereme jako samozřejmost a často i vědomě ohrožujeme své, ale i zdraví svých nejbližších. Na hodnotě zdraví jsou často závislé naše další úspěchy (pracovní, rodinné, ...). U osob se zdravotním postižením většinou došlo k narušení zdraví, buď vrozenou nebo získanou příčinou. Tito lidé jsou stále v dnešní době, ve většině případů, odsouvání majoritní populací na okraj společnosti. Tato situace se v porovnání s předchozími lety výrazně zlepšila. Zásahu na tom má zejména bezbariérovost řady měst, kdy tyto osoby se mohou účastnit veřejného života. Dále také rychlý rozvoj kompenzačních pomůcek pro osoby se zdravotním postižením, díky kterým mohou žít, v rámci svého postižení, plnohodnotný život, účastnit se sportovních aktivit a také v mnohých případech se mohou věnovat pracovním aktivitám.

Demografickou charakteristiku regionu Kyjovsko se zaměřením na osoby se zdravotním postižením jsem si vybrala záměrně. Tomuto rozhodnutí předcházelo absolvování sociální praxe v rámci vysokoškolského studia na Městském úřadě v Kyjově, na odboru sociálních věcí a zdravotnictví. Zde jsem se setkávala především s osobami se zdravotním postižením v daném regionu. A také osobní rodinná zkušenost, kdy stačila jedna minuta a náhle se změnil život celé rodině, ale zejména mladému muži, který se ocitl právě v roli tělesně postižené osoby.

Výzkumné šetření je tedy zaměřeno na osoby se zdravotním postižením v regionu Kyjovsko, které jsem provedla prostřednictvím kvalitativního výzkumu. Teoretická část

je rozdělena na 3 kapitoly, ve kterých se věnuji obecné demografii, osobám se zdravotním postižením a demografickým údajům v regionu Kyjovsko.

V praktické části se zabývám přípravou, realizací a vyhodnocením výzkumného šetření. Výzkumný soubor tvoří 10 respondentů se zdravotním postižením z regionu Kyjovsko, u kterých provádím kvalitativní dotazování, prostřednictvím strukturovaného rozhovoru.

Přála bych si, aby tato diplomová práce obohatila sociální pracovníce a pomohla jim lépe se vcítit do nelehké situace jedinců se zdravotním postižením, kteří jsou mnohdy odkázáni na jejich pomoc, ale i na pomoc a pochopení tzv. „normálních lidí“, kteří s nimi přijdou do styku. Přála bych si, aby byla přínosem i pro samotné jedince se zdravotním postižením.

# 1 CÍL PRÁCE

Cílem této diplomové práce je prostřednictvím kvalitativního dotazování, pomocí rozhovoru s návodem provést analýzu základních demografických ukazatelů u osob se zdravotním postižením v regionu Kyjovsko. Z hlavního cíle byly vytyčeny dílčí cíle, které korespondují s výzkumnými problémy práce.

Dílčí cíl 1: Zmapování demografické situace v regionu Kyjovsko u osob se zdravotním postižením.

Dílčí cíl 2: Získání základních demografických údajů od osob se zdravotním postižením v regionu Kyjovsko.

Dílčí cíl 3: Rozbor získaných demografických informací z rozhovoru u osob se zdravotním postižením v regionu Kyjovsko.

K dosažení cíle práce byl zvolen kvalitativní přístup ke sběru dat. Výhodou tohoto modelu je zejména získání hloubkového popisu případů. Za výzkumný nástroj byl zvolen strukturovaný rozhovor, jehož cílem je získat popis zvláštností případů. Probíhá nejčastěji v přirozených podmínkách sociálního prostředí. V počátku se určí pouze téma a základní výzkumné otázky. Není vhodné si stanovovat příliš specifický cíl, spíše obecný. Díky tomu je kvalitativní výzkum relativně pružný.

## 2 TEORETICKÉ POZNATKY

Teoretická část diplomové práce se zaměřuje na základní demografické procesy, jejich vývoj v České republice a v regionu Kyjovsko. Větší část je věnována osobám se zdravotním postižením.

### 2.1 Demografie

Demografie je vědní obor zabývající se reprodukcí lidské populace. Demografie se zajímá především o demografickou reprodukci tzn. obnova lidských populací rozením a vymíráním. Demografie se zajímá o změnu v počtu obyvatel a o populační přírůstek (Mužáková, 2010).

#### 2.1.1 Úvod do demografie

Demografická analýza se zaměřuje na rozbor jednotlivých složek demografické reprodukce (tzn. na rozbor úmrtnosti spojené s nemocností a na rozbor porodnosti, potratovosti, sňatečnosti a rozvodovosti). Demografická analýza studuje jednotlivé demografické události jako hromadné jevy. Cílem je vymežit jejich charakteristické znaky a zabývat se jejich proměnlivostí v průběhu času na určitém území

Demografické události jsou: „významné události v lidském životě, které jako hromadné jevy utvářejí průběh demografické reprodukce“ (Knausová, 2008, s. 9). Základní demografickou událostí je narození a úmrtí. Do dalších demografických událostí také řadíme potrat. Demografické události mají vliv na demografickou reprodukci zprostředkovaně, mezi ně patří např. uzavírání sňatku (sňatečnost) a jejich rušení (rozvodovost) má vliv na porodnost, nemoci (nemocnost) zase mají vliv na úmrtnost. Tyto demografické události se shromažďují a následně se studují jako hromadné jevy (Mužáková, 2010).

#### 2.1.2 Prameny získávání dat

Jak uvádí Mužáková (2010) demografie může získávat data z několika hlavních pramenů:

- sčítání lidu (soutpis obyvatelstva) – proces, kterým zjišťujeme údaje o jednotlivých příslušnících obyvatelstva;

- evidence přirozené změny;
- evidence migrací;
- evidence nemocnosti;
- výběrová šetření;
- registry obyvatelstva;
- historické prameny.

### 2.1.3 Demografické procesy

Termínem demografické procesy označujeme: „procesy, které znamenají to, že jedinec prožívá změnu svého stavu, událost pro jedince znamená skutečný přechod z jednoho stavu do druhého, nebo-li je to uskutečnění procesu“ (Mužáková, 2010, s. 19). Každý demografický proces se projevuje do demografické události:

- nemocnost nemocí;
- porodnost narozením;
- potratovost potratem;
- sňatečnost uzavřením manželství;
- rozvodovost rozvodem;
- migrace stěhováním;
- úmrtnost úmrtím.

#### 2.1.3.1 Nemocnost

Nemocnost je základní demografický proces, který nám ukazuje četnost nemoci u obyvatelstva. Nemocnost je tedy: „výskyt a působení nemoci v populaci. Tato demografická charakteristika kvality populace, která je kauzálně propojená s úmrtností, nadějí na dožití a také s dlouhověkostí. Za známku pokroku bylo vždy považováno její snižování, naopak její zvyšování bylo vždy považováno za známku společenského úpadku“ (Mužáková, 2010, s. 27). Demografie

zkoumá jednotlivé nemoci jako hromadný jev a sleduje jeho vývoj a rozložení v populaci. Je však obtížné určit jednotlivou nemoc, protože není vymezená přesná hranice mezi zdravím a nemocí. Běžně se zaznamenává porucha zdraví či úraz, které vyžadují léčení, ale nelze zaznamenat poruchy v duševní a tělesné pohodě. Zvlášť se zaznamenává jednotlivý počet onemocnění a počet nemocných osob, protože jedna osoba může být v jednom sledovaném období vícekrát nemocná (Kalibová a kol., 1993).

Mezi základní ukazatele nemocnosti řadíme prevalenci a incidenci. Prevalence je: *„ukazatelem výskytu všech existujících onemocnění v populaci ve zvoleném období, přičemž nezáleží jak dlouho onemocnění trvají“* (Klufová, 2010, s. 96). Do prevalence se tedy počítají nejen nová onemocnění, ale i všechna onemocnění s danou diagnózou, která se vyskytují ve sledovaném období. Incidence zaznamenává pouze výskyt nově vzniklých onemocnění ve sledovaném období. Často se zaznamenává roční incidence.

### 2.1.3.2 Plodnost a porodnost

Demografie se začala zajímat více o plodnost na konci 19. století a v současné době má významné postavení v demografii.

Porodnost má význam pro populační změny a lidskou reprodukci. Plodnost (fertilita) *„se vztahuje k aktuální porodnosti, v porovnání s plodivostí (fekunditou), která popisuje potenciální plodnost – tj. schopnost muže a ženy rodit děti. Úroveň porodnosti je ovlivněna i populační politikou státu, i když v tomto případě obvykle pouze krátkodobě“* (Klufová, 2010, s.146). Obecně vývoj plodnosti bývá často dáván do souvislosti s procesem tzv. modernizace.

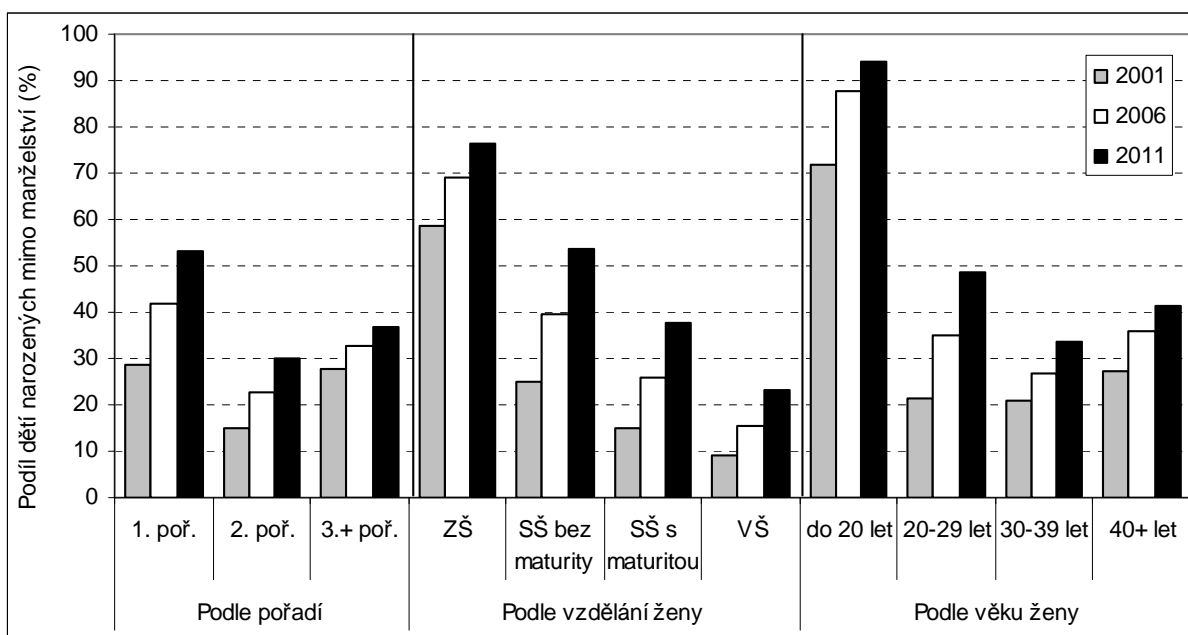
V důsledku modernizace rozlišujeme 3 oblasti změn:

- kulturní – dnešní postoje k manželství, rozvodům, k hodnotě rodiny a dítěte;
- technické – velmi rozšířené možnosti antikoncepce a interrupcí;
- strukturální – větší možnosti v seberealizaci, vzdělávání se, cestování (Klufová, 2010, s.147).

Podle rodinného stavu matky v době porodu můžeme dělit děti na manželské a nemanželské (mimomanželské) – legitimita dítěte. Dále můžeme sledovat narození dítěte podle pořadí. Obdobně sledujeme také pořadí těhotenství (prvorodičky - primipary, druhorodičky –

sekundipary, vícerodíčky – multipary). Dalším údajem, který se sleduje je reprodukční období. Je to věkové období, ve kterém je žena schopná rodit. Za začátek tohoto období se považuje menstruace. Udává se, že první menstruací (menarche) začíná puberta a poslední menstruací končí reprodukční období ženy a začíná menopauza (klimakterium). Klufová (2010) nazývá ženy v plodném věku (15 – 49) jako rodivý kontingent.

V roce 2011 se v České republice narodilo 108 673 živě narozených dětí. Již třetí rok se počet živě narozených dětí snižuje. V letech 2009 a 2010 byl pokles 1,2 tisíce a v roce 2011 se narodilo o 8,5 tisíce dětí méně než v roce 2010. Zvýšil se průměrný věk matky při prvním porodu na 29,7 roku. Ze všech porodů se více narodilo chlapců. Snížila se frekvence vícečetných porodů z 2,1 % na 1,9 % (narodilo se 2 049 párů dvojčat), trojčata se v roce 2011 narodila 10krát (Český statistický úřad, [online]).



**Graf č. 1 Podíl živě narozených mimo manželství (v %), 2001-2011 (zdroj: převzato z ČSÚ)**

### 2.1.3.3 Potratovost

Potratovost je demografický proces, který souvisí se základními procesy v demografii – s porodností a úmrtností.



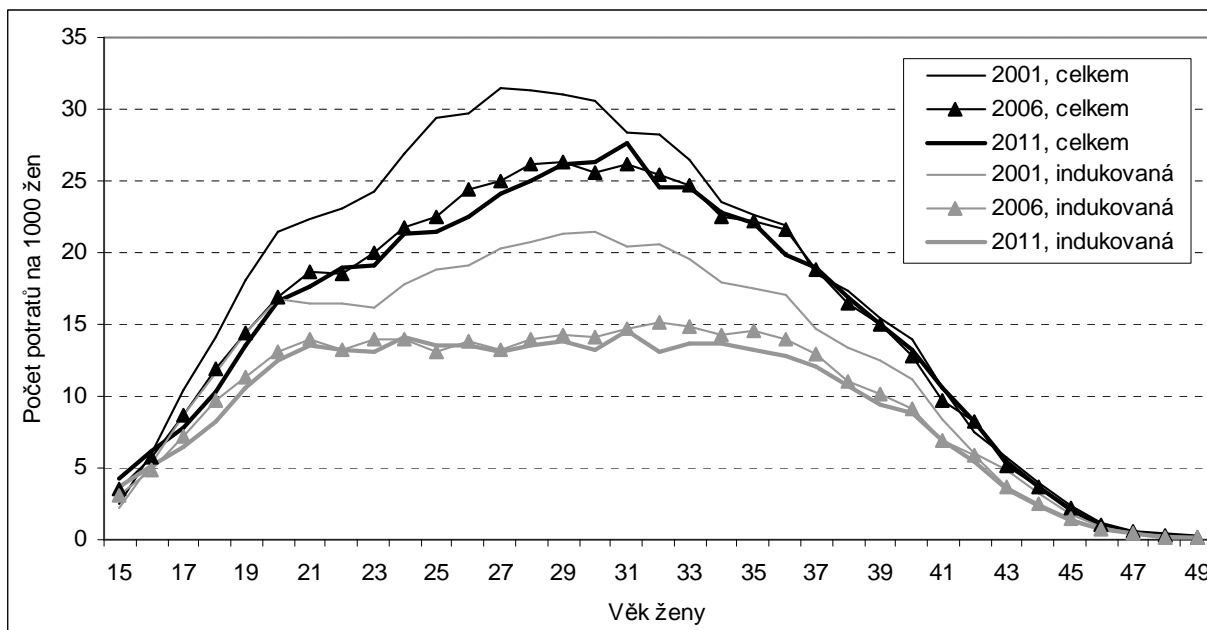
Klufová (2010, s.160-161) uvádí, že potratem se tedy rozumí: „ukončení těhotenství ženy, při němž:

- *plod neprojevuje známky života a jeho porodní hmotnost je nižší než 1000 g, jestliže je těhotenství kratší než 28 týdnů;*
- *plod projevuje alespoň jednu ze známek života a má porodní hmotnost nižší než 500 g, ale nepřežije 24 hodin po porodu;*
- *z dělohy ženy bylo vyňato plodové vejce bez plodu anebo těhotenská sliznice“.*

Za potrat se také považuje ukončení mimoděložního těhotenství, anebo umělé přerušení podle zvláštních předpisů.

V České republice jsou sledovány 4 druhy potratů:

- samovolný potrat - jedná se o samovolné vypuzení plodu z dělohy matky před ukončením 28. týdne těhotenství;
- umělé přerušení těhotenství – musí být vždy na žádost ženy a jde o legální ukončení těhotenství do 12. týdne (jestliže jsou zdravotní důvody pro umělé přerušení, lze potrat provést až do 24. týdne těhotenství);
- ostatní potraty – jsou potraty, které si ženy způsobily samy (úrazy), nebo i potraty, které byly provedeny nedovoleně jinou osobou;
- ukončení mimoděložního těhotenství – umělá ukončení mimoděložního těhotenství jsou evidována až od roku 1987 a mezi typy potratů se řadí od roku 1992 (Knausová, 2008).



**Graf č. 2 Míry potratovosti podle věku ženy a druhu potratu I, 2001-2011 (zdroj: převzato z ČSÚ)**

#### 2.1.3.4 Sňatečnost

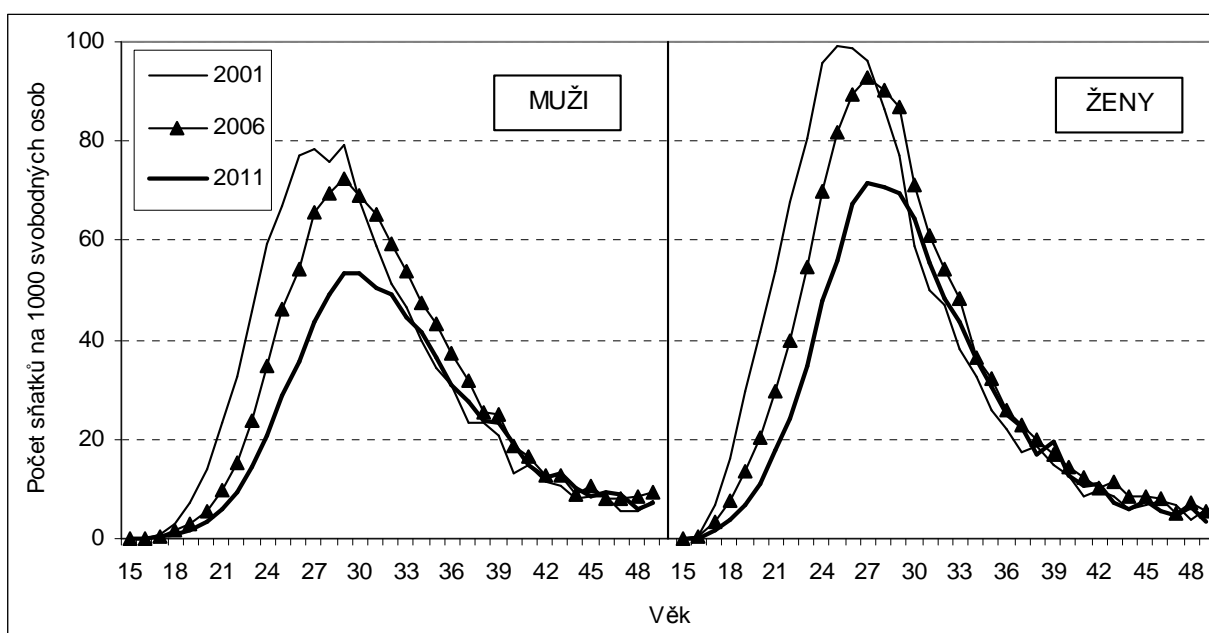
Sňatečnost je uzavírání sňatků (zakládání manželství) v případě splnění zákonem stanovených podmínek. Je to demografická událost, která se může opakovat a která nemusí nastat u všech jedinců sledované populace. Příslušník, který chce uzavřít manželství musí splňovat tyto požadavky:

- dosažení minimálního sňatkového věku ( u nás 18 let, výjimečně 16 let);
- nesmí být v příbuzenském vztahu, platí to i u příbuzenství založeném u osvojení;
- rodinný stav (do sňatku mohou vstoupit jen osoby, které jsou svobodné, rozvedené nebo ovdovělé).

Podle Mužákové (2010) patří do požadavků ještě pohlaví novomanželů, přesto že je od roku 2006 platný zákon o registrovaném partnerství, ale registrované partnerství není rovnocenné s uzavřením manželstvím a není tedy ani centrálně statisticky sledováno.

V České republice bylo v roce 2011 uzavřeno o 1,6 tisíce sňatku méně než v roce 2010, tzn. na území ČR se konalo vůbec nejméně svateb od roku 1918. Počet sňatků za rok 2011 činí 45 137. Poklesla i intenzita sňatečnosti svobodných, průměrný věk u mužů se v roce 2011

neměnil, u žen se věk mírně zvýšil. Stále je však nejvíce uzavíraných manželství mezi svobodnými (63,3 % za rok 2011). Druhou nejčetnější skupinou jsou rozvedení novomanželé (14,8 % za rok 2011). Další, méně početnou skupinou, jsou ovdovělí. Nejčastěji jsou uzavírána manželství se stejným vzděláním novomanželů (55 %). Stále se zvyšuje věk při uzavírání prvního sňatku, v roce 2011 byl u mužů věk 32,4 a u žen 29,6. Nejvíce sňatků bylo uzavřeno v letních měsících (červen, červenec, srpen). V červnu roku 2011 bylo uzavřeno 8 069, v červenci 7 334, v srpnu 6 612 a v září 6 831 sňatků. V zimních měsících (prosinec, leden, únor) bylo uzavřeno pouze 7 % z celkového počtu sňatků za rok 2011 (Český statistický úřad, [online]).



**Graf č. 3 Pravděpodobnost uzavření prvního sňatku podle věku, 2001-2011 (zdroj: převzato z ČSÚ)**

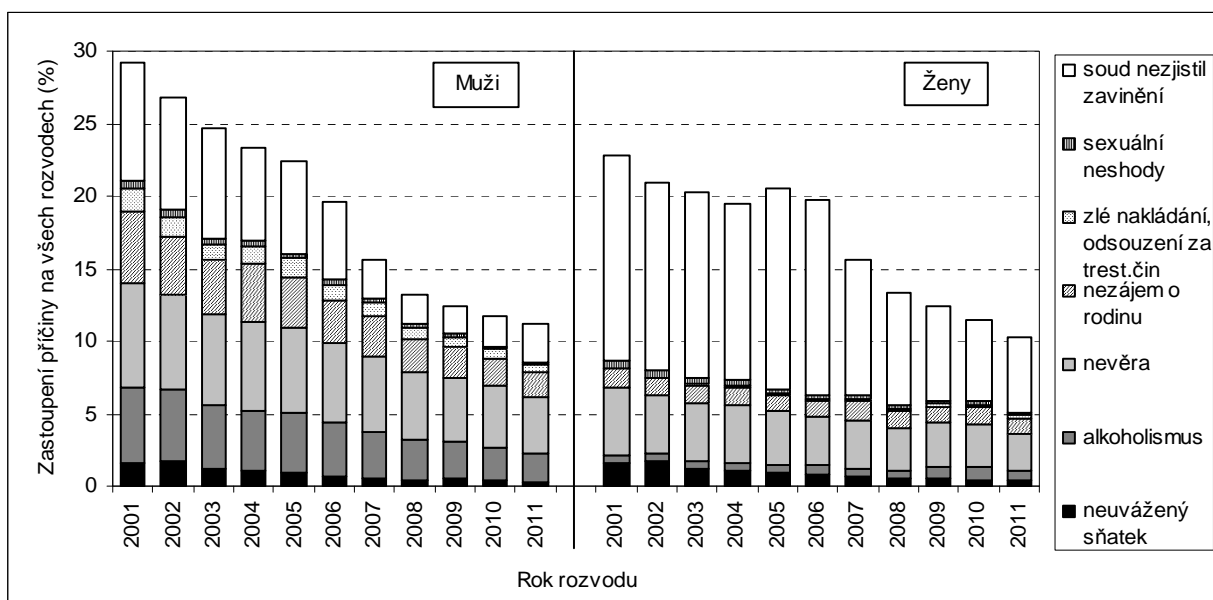
### 2.1.3.5 Rozvodovost

*„Rozvodovost je demografický jev hromadného charakteru odvozený od rozvodu jako demografické události. Sledování rozvodovosti, stejně jako sňatečnosti, má podpůrný význam pro studium porodnosti“ (Kalibová, 1993, s. 59).*

Se zvyšujícím počtem rozvodů přímo souvisí narůstající počet sociálních problémů ve společnosti (problémy s výchovou dětí po rozpadu manželství a se zaměstnaností žen –

především samoživitelek). Rozvodem sice dochází k zániku manželství, ale nekončí rodičovství (Knausová, 2008).

Český statistický úřad sleduje vedle počtu rozvodů také pořadí rozvodů, rozvody podle počtu nezletilých dětí a dosaženého vzdělání rozvádějících se, rozvody podle délky trvání manželství, rozvodovost podle státního občanství, rozvody podle příčin rozvratu manželství. V roce 2011 bylo rozvedeno 28 113 manželství, je to o 2,7 tisíce méně než v předcházejícím roce 2010. Jedná se tedy o vůbec nejvyšší meziroční pokles v rozvodovosti, s výjimkou roku 1999 (Český statistický úřad, [online]).



**Graf č. 4 Rozvody podle vybraných příčin rozvratu manželství, 2001-2011 (zdroj: převzato z ČSÚ)**

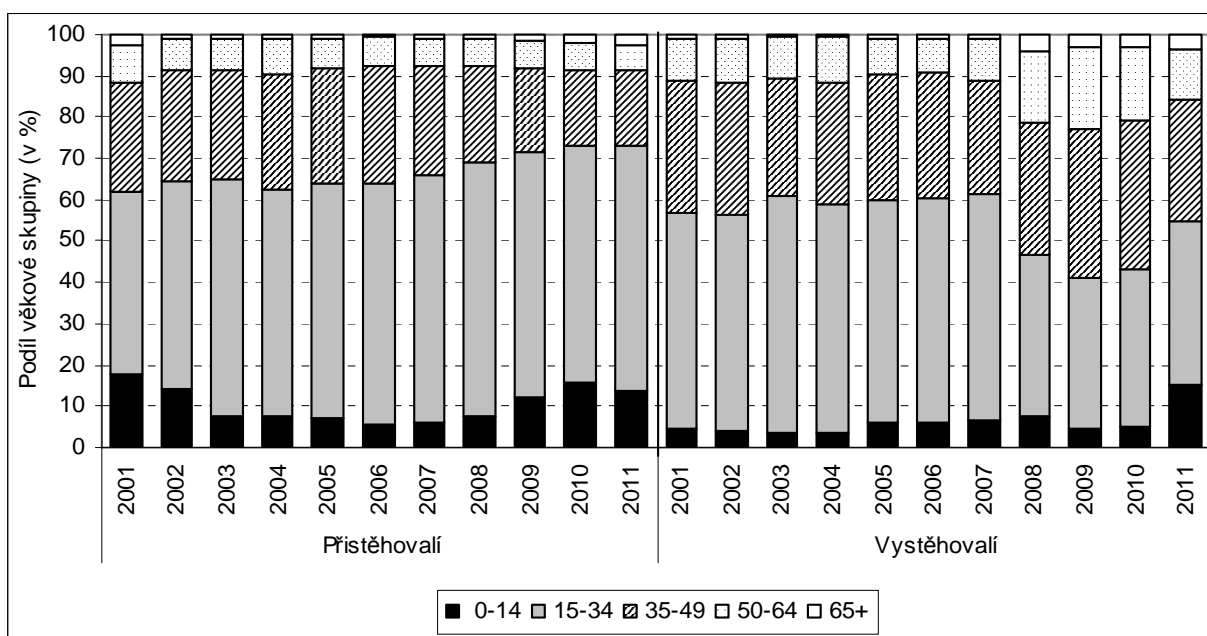
### 2.1.3.6 Migrace

Migrací rozumíme prostorové přemísťování osob přes libovolné hranice. Souvisí se změnou místa bydliště na dobu kratší, delší či natrvalo. Rozlišujeme migraci vnitřní mezinárodní. Vnitřní migraci popisuje Mužáková (2010, s.52) jako: „*změnu trvalého pobytu za hranice nějaké administrativní jednotky (zpravidla obce). Mezinárodní migrací pak rozumíme*

změnu obvyklého pobytu za hranice státu (OSN stanovuje limitní hranice jednoho roku pobytu za hranicemi daného státu)“. V rámci migrace rozlišujeme následující 3 pojmy:

- imigrace – přistěhování obyvatelstva do jiné státu;
- emigrace – vystěhování obyvatelstva do jiného státu;
- reemigrace – pohyb obyvatelstva, do kterého patří jak emigrace, tak i zpětná imigrace.

V roce 2011 přibylo díky migraci 16,9 tisíce obyvatel, je to tedy o 1,2 tisíce více než v roce 2010. V roce 2011 zaznamenala Česká republika 22 590 přistěhovaných a 5 701 vystěhovaných osob (Český statistický úřad, [online]).



Graf č. 5 Zahraniční migrace podle věku, 2001-2011 (zdroj: převzato z ČSÚ)

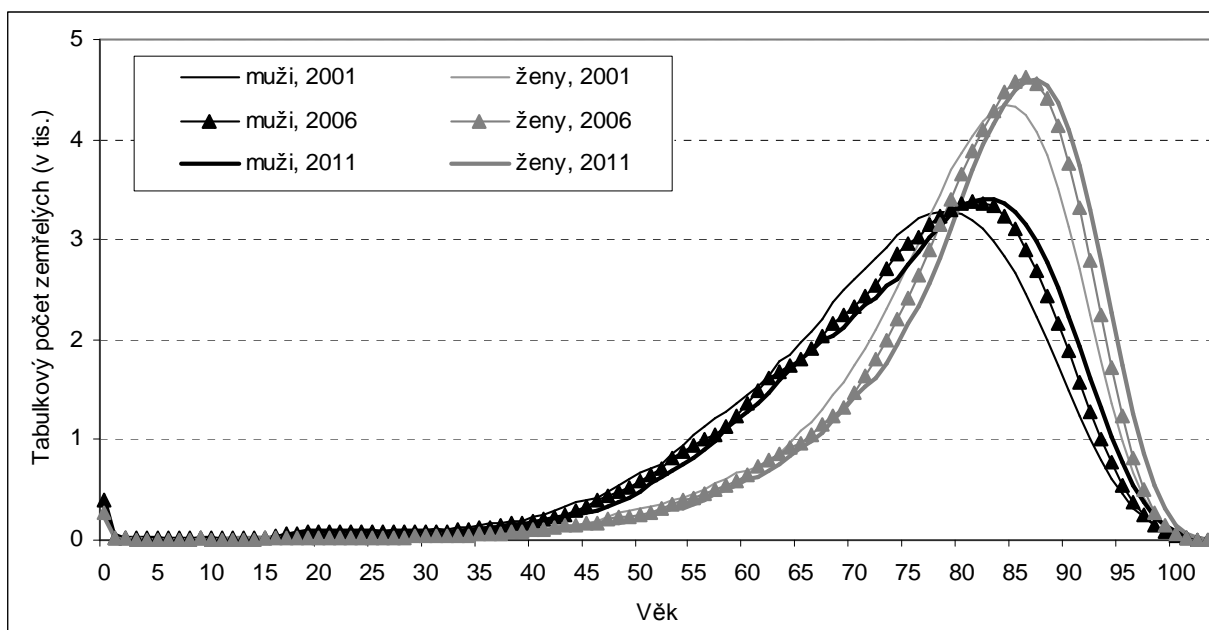
### 2.1.3.7 Úmrtnost

Úmrtnost spolu s porodností tvoří základní složku demografické reprodukce populací. Vypovídá o zdravotním stavu obyvatel.

Zdravotní stav, nemocnost a úmrtnost jsou podle Mužákové (2010) determinovány řadou faktorů:

- genetické faktory – většinou se muži dožívají nižšího věku, proto se vždy úmrtnost zkoumá vždy odděleně;
- ekologické faktory – životní prostředí a klimatické podmínky;
- socioekonomické faktory – životní úroveň, postoj ke zdraví, stravovací návyky, úroveň zdravotnictví, dostupnost a kvalita lékařské péče, rozvoj medicíny, ekonomická situace.

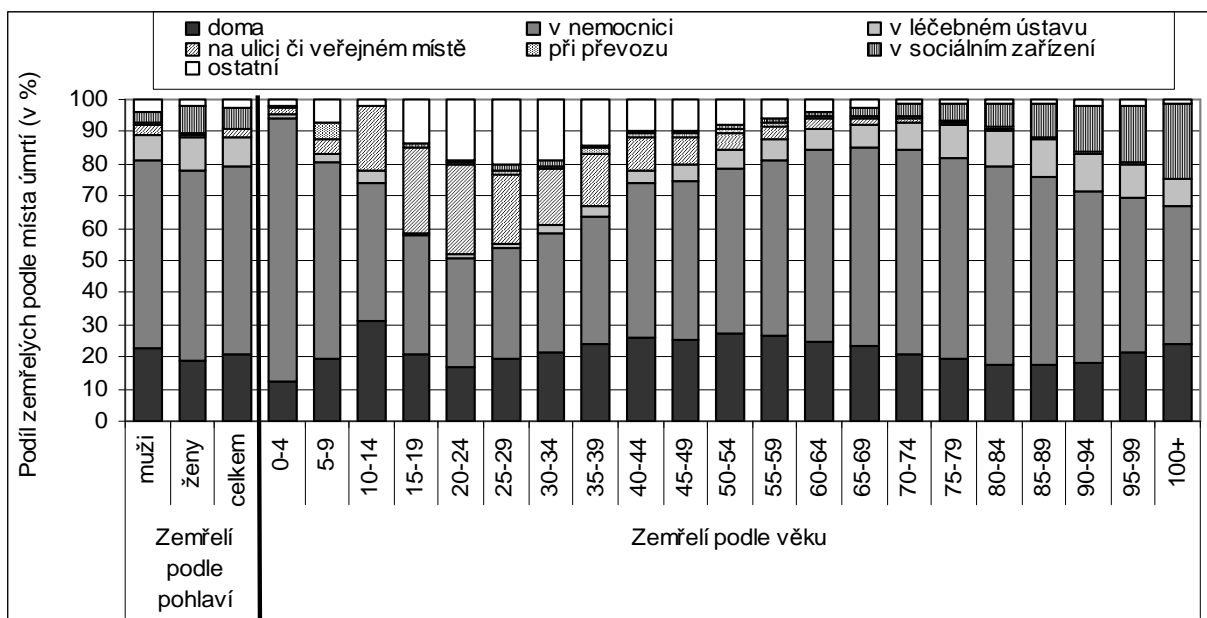
V České republice mezi zemřelými převládají osoby starších ročníků narození, liší se však zemřelí podle pohlaví. V roce 2011 bylo procentuální zastoupení úmrtí u mužů 80-tiletých a starších 30,5 % a mezi zemřelými ženami tvořily 80-tileté a starší 56,2 % ze všech zemřelých žen (Český statistický úřad, [online]).



Graf č. 6 Tabulkové počty zemřelých podle pohlaví a věku, 2001-2011 (zdroj: převzato z ČSÚ)

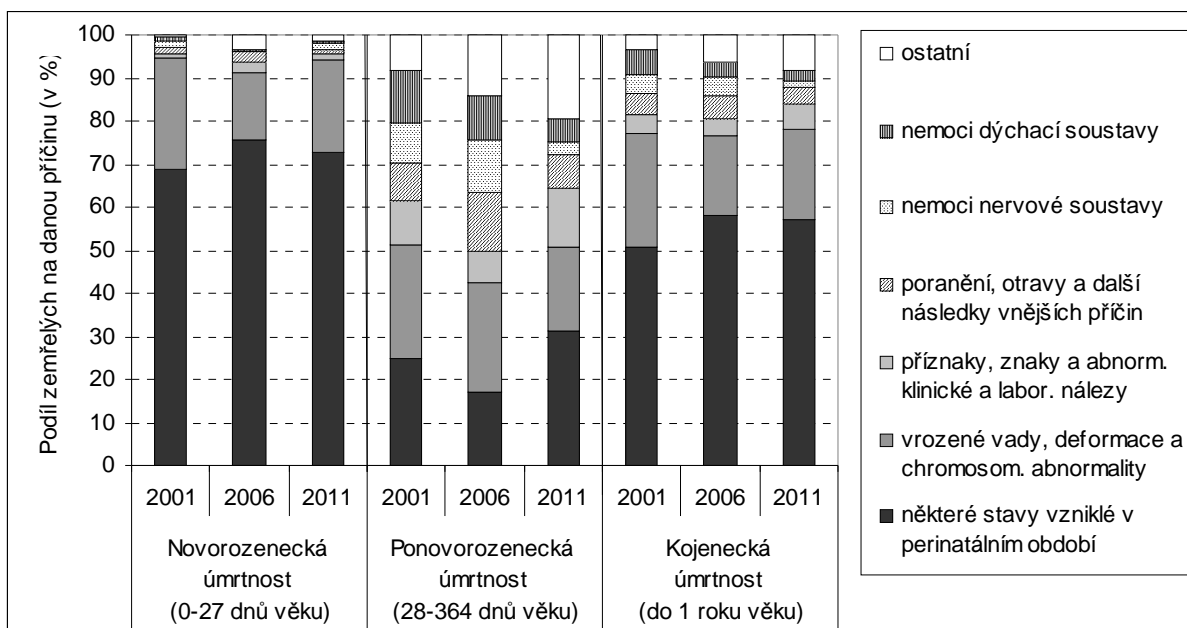
Český statistický úřad zaznamenává úmrtí i podle příčin. Jako nejčastější příčiny smrti dlouhodobě převládají nemoci oběhového systému. V roce 2011 zemřelo na nemoci oběhového systému 52,7 tisíce osob, což znamená 49,3 % všech zemřelých, oproti minulému roku to znamenalo mírný pokles. U většiny zemřelých v minulém roce byla uvedena ischemická choroba srdeční (13,9 tisíce žen, 12,8 tisíce mužů) a cévní onemocnění mozku (6,5 tisíce žen a 4,3 tisíce mužů). Druhou nejčastější příčinou jsou novotvary, na ně umírá asi jedna čtvrtina osob. Novotvary jsou častější příčinou u mužů (28 % úmrtí u mužů a 23,4 % u žen). U mužů bývají nalezeny novotvary především na průduškách a plicích a u žen nejčastěji zhoubné novotvary prsu.

Od roku 2007 se u nás eviduje i místo úmrtí. Je tříděno do 7 kategorií: doma, v nemocnici, v léčebném ústavu, na ulici či veřejném místě, při převozu, v sociálním zařízení a kategorie ostatní. Nejčastěji je u nás zastoupena kategorie místa úmrtí v nemocnici (58,9 % zemřelých v roce 2011), poté následuje kategorie doma. Tyto údaje se od roku 2007 příliš nemění. V kategorii sociální zařízení více umírá žen než mužů (8,6 % žen a 3,5 % mužů). Ve věkovém rozložení úmrtí podle místa se odlišuje věková skupina 20-24 let, kde je podstatně méně úmrtí v nemocnici (33,6 %) a druhým nejčastějším místem se stává ulice či veřejné místo (27,8 %) (Český statistický úřad, [online]).



Graf č. 7 Zemřelí podle místa úmrtí, 2011 (zdroj: převzato z ČSÚ)

Kojenecká úmrtnost zůstala pro rok 2011 stejná tzn. 27 zemřelých dětí do jednoho roku věku z 10 000 živě narozených dětí. Kojenecká úmrtnost v České republice je již dlouhodobě velmi nízká, je zde jedna z nejnižších na světě. V roce 2011 bylo zaznamenáno 298 úmrtí kojenců což představuje vůbec historicky nejnižší počet (Český statistický úřad, [online]).



**Graf č. 8 Zemřelí kojenci podle věku a příčiny smrti (v %), 2001-2011 (Zdroj: převzato z ČSÚ)**

## 2.2 Osoby se zdravotním postižením

Novosad definuje zdravotní postižení jako: „dlouhodobý nebo trvalý stav, jenž je charakteristický orgánovou či funkční poruchou, kterou již nelze veškerou léčebnou péčí zcela odstranit nebo alespoň významně zmírnit“ (Novosad in Michalík, 2011).

V předešlých 20 letech nebylo možné přesně určit počet občanů se zdravotním postižením v České republice. První pokusy o stanovení počtu osob se zdravotním postižením v České republice se datují k roku 1993. Podle Národního plánu z roku 1993 se uvádí, že bylo v České republice 1,2 milionu osob se zdravotním postižením. V ČR je vyšší zastoupení v počtu osob



se zdravotním postižením u žen. Je to dáno zejména větším počtem žen ve vyšším věku oproti mužům (Michalík, 2011). Český statistický úřad uvádí, že k datu 31.12.2006 bylo v České republice 1 015 548 osob se zdravotním postižením. Ženy v celkovém počtu osob se zdravotním postižením převládají nad muži (Národní rada [online]).

**Tabulka č. 1 Počet občanů s jednotlivými druhy zdravotního postižení za rok 2007\***

<b>Věková skupina</b>	<b>Osoby s tělesným postižením</b>	<b>Osoby se zrakovým postižením</b>	<b>Osoby se sluchovým postižením</b>
0-14	16 687	7 964	2 902
15-29	25 710	6 318	3 835
30-44	43 107	7 697	4 733
45-59	127 959	12 778	11 226
60-74	152 860	18 642	15 205
75	183 604	34 140	36 684
<b>Celkem</b>	<b>550 407</b>	<b>87 439</b>	<b>74 700</b>

**Zdroj: ČSÚ: Výsledky výběrového šetření zdravotně postižených osob za rok 2007**

\* Recentnější údaje nebyly nalezeny

### **Vzdělávání osob se zdravotním postižením**

Podle vyhlášky MŠMT č. 73/2005 Sb. je vzdělávání žáků se zdravotním postižením zajištěno:

- formou individuální integrace – v běžné škole;
- formou skupinové integrace;
- ve škole samostatně zřízené pro žáky se zdravotním postižením – „speciální školy“;
- kombinace uvedených forem (Michalík a kol. 2011).

Základem úspěšné integrace žáka se zdravotním postižením je kvalitní připravenost pedagogického personálu, dostatečné množství informací o daném postižení. Před integrací žáka by mělo proběhnout psychologické a speciálně – pedagogické vyšetření (Vítková, 2006).

### **Zaměstnávání osob se zdravotním postižením**

Pouze malá část osob se zdravotním postižením nalezne uplatnění na trhu práce v České republice. Osoby se zdravotním postižením mohou využít tzv. podporované zaměstnávání. Prostřednictvím vyškolených pracovníků si mohou tyto osoby najít vhodné zaměstnání vzhledem ke svému postižení, pracovníci jim pomůžou zprostředkovat pohovor se zaměstnavatelem. Po případném získání zaměstnání můžou pomoci v zapracování klienta. Výhodou podporovaného zaměstnávání je individuální přístup ke klientovi a schopnost reagovat na otevřený trh práce. V evropských zemích se začíná tato služba objevovat v 90. letech 20. století. U nás se tato služba využívá od roku 1995, kdy je podporované zaměstnávání zahrnuto do tzv. pracovní rehabilitace, pod úřad práce. Nástrojem aktivní politiky státu je snaha vytvořit pracovní místa určená přímo pro osoby se zdravotním postižením, prostřednictvím chráněných dílen. Chráněné dílny mají vliv na celkový rozvoj osobnosti – začleňování do kolektivu, pozitivní vliv na sebevědomí a rozvoj dovedností. Nevýhodou může být vyčlenění osob se zdravotním postižením do chráněných dílen, není podporována integrace do většinové společnosti. U zaměstnavatelů se často setkáváme s negativním postojem při zaměstnávání osob se zdravotním postižením. Domnívají se, že u těchto osob je zvýšená nemocnost (Monitoring a evaluace potřeb.[online]).

Postoj k práci u osob se zdravotním postižením popisuje Vysokajová (2000, s. 121): *„práce není pro většinu zdravotně postižených pouze zdrojem obživy, ale zároveň prostředkem seberealizace s výrazným sociálně rehabilitačním účinkem. Je pro ně důležitá především po stránce psychické a podmiňuje jejich pocit společenské integrace“.*

#### **2.2.1 Osoby se zrakovým postižením**

Finková (2011) říká, že osobou se zrakovým postižením je jedinec, který má oční vadu či chorobu, kdy i po optimální korekci je stále zrakové vnímání narušeno do té míry, že jí činí

potíže v běžném životě. Mnoho osob využívá v dnešní době optické pomůcky, aby kompenzovali zrakové problémy, pokud dojde díky těmto pomůckám k úpravě zraku a není tak osoba omezována v denních aktivitách, nespadá tato osoba do kategorie osob se zrakovým postižením.

Existuje mnoho klasifikací pro osoby se zrakovým postižením. Můžeme vycházet z jednotlivých kritérií.

Podle doby vzniku zrakového postižení rozlišujeme osoby s postižením zraku:

- vrozeným;
- získaným.

Z etiologického hlediska lze rozdělit osoby se zrakovým postižením na jedince s poruchou:

- orgánovou;
- funkční.

Podle délky trvání zrakového postižení se jedná o jedince se zrakovým postižením:

- akutním (krátkodobým);
- chronickým (dlouhodobým);
- recidivujícím (opakujícím se).

Podle stupně zrakového postižení:

- osoby nevidomé;
- osoby se zbytky zraku;
- osoby slabozraké;
- osoby s poruchou binokulárního vidění (Ludíková, 2006).

### 2.2.1.1 Charakteristika nevidomých osob

Ztráta zraku nebo výrazné oslabení zraku v každé věkové kategorii negativně ovlivní a naruší osobnost jedince, a také jeho další rozvoj (Jesenský, 2007).

Osoby nevidomé se řadí do skupiny osob s nejtěžším zrakovým postižením. V této skupině můžeme rozlišit 3 typy nevidomosti, a to nevidomost praktickou, skutečnou a plnou.

Podle Finkové (2011) se tyto typy od sebe liší především možnostmi využití zorného pole a zrakovou ostrostí, dále možnostmi rozlišovat světlo od tmy.

Velmi častou příčinou nevidomosti je porušení plodu v době prenatalní, například vlivem drogové závislosti matky, vlivem úrazu matky v době těhotenství. Nevidomost může mít také genetickou příčinu, dále se v ohrožení můžou nacházet děti předčasně narozené s nutností ofygenoterapie.

U dospělých jsou nejčastějšími příčinami slabozrakosti především pozdní stádia glaukomu, postižení žluté skvrny, atrofie zrakového nervu po zánětech zrakového nervu, při cévních chorobách oka, po traumatu zrakového nervu (Špačková, 2012).

Největším problémem nevidomých osob je nemožnost získávání informací běžnou zrakovou cestou. Uvádí se, že až 80 % informací získáváme prostřednictvím zraku. Nevidomé osoby proto získávají informace jinou cestou, především sluchovou a hmatovou. Sluchové vnímání má velký význam pro nevidomé osoby, jsou schopny tak identifikovat blízké osoby podle hlasu i podle typu chůze. Sluch je pro ně důležitý i v dopravě, pomocí něho se dokáží orientovat při přecházení vozovky, při identifikaci, zda přijíždí auto, tramvaj. Chuťové vnímání je pro nevidomé důležité především v gastronomii (Finková, 2011).

Oslabení či ztráta zraku u osoby s vrozeným zrakovým postižením má v různých obdobích vývoje člověka různé následky. Oblast rozvoje pohybu u dítěte po narození je závislá na motivaci k vyhledávání informací. Pokud dítě v tomto období nevnímá zrakové podněty, kterými můžou být osoby i předměty ve svém okolí, nezačne se jich dožadovat a vyhledávat. Další oblastí, která může být díky vrozenému zrakovému postižení narušena je oblast emocionální a sociální. Především díky nedostatečnému očnímu kontaktu s pečujícími osobami mohou vzniknout poruchy v emocionální oblasti u dítěte i u pečující osoby. Díky tomuto postižení mohou být narušeny také sociální vztahy v rodině i jejím okolí, rodina může být v důsledku izolace rodiny vyřazena ze společnosti (Moravcová, 2004).

Předškolní období dítěte se zrakovým postižením je charakterizováno navazováním kontaktů s vrstevníky a s okolím. Motorické dovednosti můžeme rozvíjet pomocí vhodných hraček a podporou mobility. Rodiče dítěte se zrakovým postižením v této věkové kategorii se mohou obrátit na příslušná speciálně pedagogická centra (SPC), která mohou také sloužit i pedagogickým pracovníkům předškolních zařízení (Moravcová, 2004).

### 2.2.1.2 Tyflopomůcky

Existuje mnoho klasifikací pomůcek pro osoby se zrakovým postižením a tyto pomůcky můžeme dělit dle různých kritérií.

Finková (2011) uvádí dělení pomůcek na základě hloubky zrakového postižení:

- pomůcky pro osoby nevidomé – bílá hůl, vodící pes, stroj na bodové písmo;
- pomůcky pro osoby slabozraké – televizí lupy a kamerové lupy, brýle;
- pomůcky pro osoby s poruchami binokulárního vidění.

Další dělení je podle způsobu napomáhání rozvoje zraku směrem k normálu, nebo pomůcky, díky kterým může být ztracené zrakové vnímání nahrazeno:

- pomůcky reedukační – př. turmon, pracovní listy;
- pomůcky kompenzační – bílá hůl, počítač s hlasovým výstupem.

Další dělení pomůcek pro osoby se zdravotním postižením je podle aktuálnosti využití:

- pomůcky klasické – bílá hůl, ozvučený míč, Braillovo písmo;
- pomůcky moderní – většina pomůcek elektronických (braillová tiskárna).

Další způsob dělení je podle nejčastějšího místa využívání:

- pomůcky používané především ve školství;
- pomůcky využívané v domácnosti;
- pomůcky určené v domácnosti;
- pomůcky pro volný čas;

- pomůcky pro prostorovou orientaci a samostatný pohyb (vodící pes, vodící linie, signální pás, varovný pás, ozvučení křižovatek, tandemové kolo);
- pomůcky určené pro diagnostické účely.

Moravcová (2004) uvádí následující dělení:

- pomůcky neoptické,
- pomůcky optické,
- pomůcky elektronické.

#### Pomůcky neoptické

Patří sem především využívání kontrastních barevných materiálů na předmětech jako je nábytek, pracovní plocha, koberec, vypínače, podlahové krytiny, materiály na lomených plochách (schody). Pro osoby s poruchou zraku je také důležitá velikost a zjednodušení typu písma na důležitých informačních tabulích. Při práci u osob se zrakovým postižením hraje také velkou roli osvětlení, které by nemělo způsobovat oslnění. Světlo by mělo být co nejvíce podobné dennímu světlu (Moravcová, 2004).

#### Pomůcky optické

Mezi speciální pomůcky optické, které významně ovlivňují zrakovou práci slabozrakým a lidem s horším vizem, patří hyperkorekce, hyperokuláry, lupy, dalekohledové systémy a filtry (Moravcová, 2004).

#### Elektronické pomůcky

V poslední době zaznamenaly tyto pomůcky velký rozvoj a díky finanční dostupnosti se projevily i v nabídce elektronických rehabilitačních a kompenzačních pomůcek pro osoby se zrakovým postižením. Elektronické pomůcky pro slabozraké a pro osoby prakticky nevidomé využívají zbytkového zrakového potenciálu. K těmto pomůckám řadíme kamerové zvětšovací televizní lupy, digitální zvětšovací televizní lupy (Moravcová, 2004).

### 2.2.1.3 Vzdělávání osob se zrakovým postižením

Výchovou a vzděláváním osob se zrakovým postižením se zabývá tyflopédie. Vzdělávání osob se zrakovým postižením nebylo v dřívějších dobách samozřejmostí. Tyto změny nastaly díky dokumentu, který významně ovlivnil legislativu v ČR. Na základě tohoto dokumentu došlo ke zrovnoprávnění zdravotně postižených osob nejen v oblasti vzdělávání. Dokument nese název „Standardní pravidla pro vyrovnání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením“. „Standardní pravidla“ byla schválena Valným shromážděním OSN 28. října 1993. Dle tohoto pravidla by měla mít osoba se zdravotním postižením možnost zúčastnit se základního, středního a vysokoškolského vzdělání v integrovaném prostředí. „Standardní pravidla“ se snaží upřednostnit především integrované vzdělávání, ale zmiňuje i možnost speciálního vzdělávání (Finková, 2011).

Tyto osoby mají stejné právo na vzdělání jako intaktní většina. Osoby se zrakovým postižením si mohou vybrat mezi integrovaným vzděláním a speciálním vzděláním.

#### Vzdělání formou integrace

U této formy vzdělání musí být průběžný kontakt s poradenským zařízením, nejčastěji se speciálněpedagogickým centrem. Žák před nástupem do školy musí být důkladně se vším seznámen a připraven na integraci. Každý integrovaný žák musí mít vypracovaný „Individuální vzdělávací plán“, který vychází ze školního vzdělávacího programu příslušné školy, závěrů speciálněpedagogického vyšetření.

Integrované vzdělávání má svá pozitiva i negativa. Velkou výhodou integrace je každodenní kontakt postiženého jedince s intaktní populací, také to může mít přínos pro ostatní spolužáky, které tato zkušenost může obohatit. Nevýhodou může zde být vzdělání pedagogických pracovníků, kteří většinou neznají speciální metodiku, př. jak naučit dítě Braillovo písmo, když jej sami neovládají. Učitelé mnohdy neví, jak učit integrovaného žáka, jak jej motivovat. S těmito problémy se mohou učitelé obrátit na speciálněpedagogická centra (Finková, 2011).

#### Speciální vzdělání

Ne každé osobě se zrakovým postižením integrace vyhovuje. Pokud si nevyberou integrované vzdělání, mohou využít speciální školu, určenou přímo pro konkrétní postižení.

Pro děti se zrakovým postižením či kombinovaných postižením existují následující školy:

- mateřská škola pro zrakově postižené;
- základní škola pro zrakově postižené;
- střední škola pro zrakově postižené;
- střední odborné učiliště pro zrakově postižené;
- odborné učiliště pro zrakově postižené;
- praktická škola pro zrakově postižené;
- gymnázium pro zrakově postižené;
- střední odborná škola pro zrakově postižené;
- konzervatoř pro zrakově postižené;
- mateřská škola pro hluchoslepé;
- základní škola pro hluchoslepé.

Třídy ve jmenovaných školách jsou omezené počtem dětí, nejméně 6 a nejvíce 14 žáků ve třídě či studijní skupině. Výhodou těchto škol je poměrně dobrá vybavenost škol kompenzačními pomůckami, tyflotechnikou, učebnicemi pro slabozraké a nevidomé žáky. Další velkou výhodou, oproti běžnému vzdělání, je převaha pedagogů se speciálněpedagogickým vysokoškolským vzděláním. Nevýhodou může být určitá izolovanost od intaktní společnosti, a také děti většinou musí být přes týden na internátech, v rámci těchto škol, bydlet (Finková, 2011).

#### 2.2.1.4 Pracovní uplatnění

Při posuzování pracovní způsobilosti u osob se zrakovým postižením musíme vycházet ze zdravotního stavu a výkon zaměstnání nesmí zhoršovat zdravotní stav. Dalším požadavkem je, aby svým povoláním neohrožoval jiné občany či svoje spolupracovníky. Povolání pro osoby se zrakovým postižením můžeme dělit do dvou kategorií – na duševní a manuální. K duševní práci nenacházíme téměř žádné oftalmologické kontraindikace. Osoby slabozraké mohou



využívat různé speciální pomůcky podle postižení. Osoby nevidomé využívají tyflorechnická zařízení. Práce manuální se liší svými nároky na zrak. U manuální práce velmi záleží na konkrétním typu zaměstnání. Některá zaměstnání mají přímo ve svých právních předpisech podmínky jako např. nemožnost pracovat s brýlemi, správný barvocit. Pro osoby se zrakovým postižením je vhodné zaměstnání např. sportovní a rekondiční masér (Vališová, 2007).

## 2.2.2 Tělesné postižení

Tělesné postižení definuje Buřvalová (2007, s. 18) jako: „pohybový defekt ve smyslu funkčního omezení, nebo jako tělesnou deformaci ve smyslu estetického postižení“. Renotiérová (2003, s. 29) popisuje tělesné postižení jako: „vadu či poškození pohybového či nosného systému, tj. kostí, kloubů, šlach, svalů, cévního a nervového systému, jestliže se projevují porušenou hybností (mobilitou)“. Termín tělesné postižení se začal používat teprve po roce 1925. Do začátku 20. století byl používán název mrzák, mrzáček či zmrzačelý (Vítková, 2006). Novosad definuje tělesné postižení jako: „omezení hybnosti, až znemožnění pohybu a dysfunkce motorové koordinace v příčinné souvislosti s poškozením, vývojovou vadou či funkční poruchou nosného a hybného aparátu, centrální nebo periferní poruchou inervace nebo amputací či deformací části motorického systému“ (Novosad in Michalík, 2011, s. 32). Mnozí autoři se snaží porovnat vrozené a získané tělesné postižení. Toto dělení však nelze objektivně porovnávat.

Pohybové postižení můžeme rozdělit podle pohyblivosti do 3 stupňů:

- lehké pohybové postižení – schopnost samostatného pohybu;
- středně těžké – umožňuje pohyb s pomocí ortopedických pomůcek;
- těžké – neschopnost samostatného pohybu (Buřvalová, 2007).

Pohybové postižení můžeme také dělit podle hybnosti jednotlivých částí těla:

- dolních končetin – velmi důležité pro možnost samostatného pohybu;
- horních končetin – důležité pro sebeobsluhu, pracovní činnost;

- mluvidel a mimiky – ovlivňuje verbální i neverbální komunikaci, podílí se na uplatňování člověka ve společnosti;
- kombinace předešlých typů (Buřvalová, 2007).

Příčina tělesných postižení může být různorodá. Podle toho, kdy dochází k tělesnému postižení můžeme je dělit na :

- vrozená tělesná postižení;
- získaná tělesná postižení.

Jedinec s vrozeným nebo i získaným postižením musí přijat řadu omezení, které ho jeho životem provázejí. Novosad a Novosadová (2000) uvádějí několik somatických, psychických a sociálních aspektů, které se vyskytují u osob s tělesným postižením:

- omezení či ztráta schopnosti lokomoce;
- atypické pohybové stereotypy a koordinace pohybů;
- značné narušení jemné motoriky;
- zvýšená závislost na technických pomůckách či fyzické pomoci od druhých lidí;
- emoční labilita;
- citová a podnětová deprivace;
- izolovanost;
- komunikační bariéry vznikající z důvodu spasticity nebo narušené funkce mluvidel;
- nezkušenost v partnerských vztazích;
- nedostatečná motivace.

K tělesnému postižení patří:

- obrny centrální a periferní (dětská mozková obrna – dále jen DMO, dětská obrna, mozkové záněty, traumatické obrny, obrny míchy, degenerativní onemocnění mozku a míchy, obrny periferních nervů);
- deformace;
- malformace;

- amputace;
- svalové dystrofie.

Vrozená tělesná postižení mohou mít různý stupeň závažnosti. Tělesná postižení se často kombinují se smyslovými vadami, s mentálním postižením. Do tělesných vrozených postiženích patří variace a anomálie. Variace se většinou popisují jako menší odchylky od normálu, anomálie jsou větší odchylky od normálu, které mají vliv na funkci pohybového orgánu. Nejčastějšími příčinami vrozených tělesných postiženích je dědičnost, prodělané infekční nebo parazitární onemocnění matky v průběhu gravidity. Negativně ovlivnit plod může i rentgenové záření, nepříznivé sociální, psychologické a klimatické vlivy. Získaná tělesná postižení mohou vzniknout kdykoliv od narození až do smrti. Nejčastější příčinou vrozených tělesných postižení je úraz. Nejzávažnější postižení vznikají při postižení mozku a míchy (Renotierová, 2002).

Pohyb patří k základním životním projevům člověka, v případě jejího nenaplnění dochází k poruše v psychické oblasti. U tělesně postižených mohou vzniknout pocity méněcennosti v důsledku nedostatečných pohybových kompetencí a často deformovaného zevnějšku. Velký vliv na psychickou stránku jedince má i úroveň soběstačnosti, která je závislá na schopnostech používat ruce. Lidé s tělesným postižením nejsou však nikdy plně samostatní, většinou se naskytnou situace, v nichž jsou závislí na druhých lidech (Fischer, Škoda, 2008).

### 2.2.2.1 Rehabilitace u osob s tělesným postižením

Význam rehabilitace u tělesně postižených osob je zejména nejrychlejší a nejširší zapojení těchto osob do obvyklých aktivit společenského života, důraz je kladen i na pracovní uplatnění. Rehabilitace má nezastupitelné místo a při nedostatečně prováděné rehabilitaci může poškozovat i přímo osobu s tělesným postižením, tak i stát a celou společnost. Prostřednictvím vhodně prováděné rehabilitace se jedinec stává méně závislý na pomoci od okolí a ve většině případů je schopen se zapojit i do pracovního procesu. Tím dochází k ekonomické soběstačnosti a posílení občanské suverenity (Jakobová, 2011).

Nejznámější rehabilitační metodou je Vojtova metoda, při které dochází k rozvoji hybnosti v raném věku. Tuto metodu začal v roce 1954 praktikovat Prof. MUDr. Václav Vojta.

Vojtova metoda je založena na dvou pohybových prvcích – reflexní plazení a reflexní otáčení. Výsledek léčby je ovlivněn stupněm postižení, ale i včasným zavedením této metody. Vojtova metoda se využívá často u dětí s DMO (Jakobová, 2011).

### 2.2.2.2 Komprehenzivní rehabilitace u osob s poruchou hybnosti

Do komprehenzivní rehabilitace řadíme nejen zdravotnickou péči, ale také sociálně právní a pedagogicko psychologickou. Renotiérová (2005, s.36) definuje komprehenzivní rehabilitaci jako: „*propojený řetězec intervencí všech odborníků participujících na podpoře komplexního rozvoje jedinců s poruchou hybnosti*“. Cílem komprehenzivní rehabilitace je tedy úspěšná integrace jedinců s poruchou hybnosti do společnosti.

Komprehenzivní rehabilitaci můžeme dělit podle délky trvání odborné intervence na:

- přechodnou;
- permanentní.

Přechodná rehabilitace navazuje na samotnou léčbu jedince s poruchou hybnosti. Díky této rehabilitaci má jedinec dojít do stavu úplného zdraví. Rehabilitace permanentní se zaměřuje na osoby s dlouhodobým nebo trvalým poškozením hybnosti (např. DMO, amputace končetin, poúrazové zranění CNS).

Renotiérová (2005) uvádí Kábeleho členění komprehenzivní rehabilitaci na:

4 základní složky: léčebnou, sociální, pedagogickou, pracovní;

4 podpůrné složky: psychologickou, technickou, právní, ekonomickou.

## **Pracovní rehabilitace v dospělosti u osob s tělesným postižením**

Pracovní rehabilitace má nezastupitelné místo v komplexní rehabilitaci pohybově postižených osob. Součástí pracovní rehabilitace je i rekvalifikační proces, kdy osoba s tělesným postižením si musí, v důsledku svého postižení, najít nové vyhovující zaměstnání. Po úspěšném absolvování pracovní rehabilitace, by měl být jedinec schopný zvládnout činnosti potřebné pro život a pro výkon zaměstnání. Zaměstnání u tělesně postižených osob má pozitivní vliv na psychiku jedince (Renotírová, 2003).

Budoucí povolání nebo studijní obor můžou osoby s tělesným postižením konzultovat se speciálním pedagogem, který jim v této životně důležité etapě pomůže rozhodnout. Při výběru povolání či studijního oboru by se mělo vycházet z těchto bodů:

- všeobecné a profesní zájmy uchazečů;
- trvalost zájmů;
- psychické předpoklady pro povolání;
- úroveň požadovaných školských vědomostí;
- somatické předpoklady pro povolání u jedince s tělesným postižením (Pipeková, 2006).

Při výběru nového povolání je důležité brát následující aspekty:

- doba vzniku postižení – vrozené postižení ovlivňuje celkový vývoj dítěte, získané postižení se odráží v reorganizaci vztahů s okolím, mění se sociální role jedince a většinou dochází k přehodnocení hodnotového systému;
- stupeň a rozsah tělesného postižení;
- komunikační schopnosti – většinou u nemocí CNS;
- vrozené psychické vlastnosti – každý jedinec reaguje na své postižení odlišným způsobem;
- postoje okolí.

Nová profese musí být vhodná a přiměřená ve vztahu k tělesnému postižení, zohlednit se musí také prognóza zdravotního stavu (Opatřilová, Zámečnicková, 2007).

### 2.2.2.3 Vzdělávání osob s tělesným postižením

Výchovou a vzděláváním se zabývá obor speciální pedagogiky, který se jmenuje somatopedie. Somatopedie spolupracuje s lékařskými obory především ortopedie, neurologie a rehabilitace. U žáků s tělesným postižením je narušená hrubá i jemná motorika, která je významná pro školní práci, projevuje se při psaní, mluvení a také při samotném pohybu. Ve většině případů je ale přijímání informací nenarušeno. S použitím správných kompenzačních pomůcek (protézy, vozíky, bezbariérové přístupy) mohou tito žáci dosahovat vynikajících výsledků. Většina žáků s tělesným postižením při integraci využívá služeb osobní asistence. V komplikovanějších případech může žák využít speciálně zřízené školy pro tyto děti. Nejznámější je Jedličkův ústav a školy Praha, Kociánka v Brně, Obchodní akademie v Janských lázních (Vališová, 2007). Základem úspěšné integrace dětí s tělesným postižením je zhodnocení stupně mobility a zajištění bezbariérovosti, dle možností školy, celého prostředí školy (učebny, jídelna, toaleta, šatna). Jejich samostatnost a mobilita významně ovlivňuje celkovou kvalitu života (Vítková, 2006).

### 2.2.2.4 Dětská mozková obrna

Dříve dětská mozková obrna (dále jen DMO) nesla dříve název Littleova choroba, podle anglického chirurga J. Littla. Tento název se používal až do konce 40. let 20. století. S rozvojem medicíny se tato nemoc začíná velmi rozšiřovat. Dětská mozková obrna se vyskytovala i v dřívějších dobách, ale počet dětí s touto nemocí byl nízký. Od 50. let 20. století narůstá počet narozených dětí s DMO. Díky rozvoji postnatální medicíny se začala posouvat hranice porodní hmotnosti, při které je dítě schopno přežít. Většina těchto dětí s nízkou porodní hmotností je vysoce ohrožena nějakým typem zdravotního postižení (Kudláček, 2012). Děti narozené s hmotností nižší než 2500 g tvoří 50 % případů DMO. Děti narozené před plánovaným termínem tvoří největší část dětí s DMO. Vítková (2006) uvádí výskyt 2-5 případů na 1 000 živě narozených dětí. Z celkového počtu tělesně postižených se uvádí 50 % až 60 % DMO. U dětí s DMO je zasažena především motorika, ale může dojít i ke kombinované vadě, kdy může být

porušen zrak, sluch. U dětí, jejichž porodní hmotnost je nižší než 1 500 g se vyskytuje DMO ve 14 %. Při porodní váze nižší než 1 000 g je to již kolem 25 % (Kraus a kol., 2005).

Kraus a kol. (2005, s. 63) definuje dětskou mozkovou obrnu jako: „*neprogresivní neurologický syndrom vyvolaný lézí nezralého mozku*“.

Příčiny DMO se dělí podle doby vzniku na :

- prenatální – hypotrofie plodu, hypertenze v těhotenství, mnohočetná těhotenství, toxiny;
- perinatální – předčasné porody;
- postnatální – nezralí novorozenci, hyperbilirubemie, porodní asfyxie dětí narozených v termínu, infekce (Kraus a kol., 2005).

Formy dětské mozkové obrny

Hemiparetická forma DMO – jednostranná porucha hybnosti, většinou spastického typu.

Bilaterální spastická forma DMO – je nejčastější formou DMO, jsou postiženy obě poloviny těla, nejčastějším typem je diaparetická, při které jsou výrazněji postiženy dolní končetiny.

Dyskinetická forma DMO – vyskytuje se v 10 % případech DMO, jedinec není schopný správně provést volní pohyb, koordinovat automatické pohyby a udržovat vzpřímené postavení těla.

Cerebrální forma DMO – je zastoupena 7-15 % případů DMO, je většinou diagnostikována v období, kdy dítě začíná chodit (Kraus a kol., 2005).

#### 2.2.2.5 Amputace

Amputace je nevratné oddělení orgánu, končetiny nebo její části od těla. K amputaci může dojít při úrazu nebo následkem chirurgického zásahu při řešení některých onemocnění (Opatřilová, Zámečníková 2007). V některých případech je příčinou amputace cévní onemocnění – Burgerova-Winiwarterova choroba (akutní zánět žil a tepen , při které postupně dochází

k trombóze). Příčinou amputace můžou také být zhoubná nádorová onemocnění na končetinách (Vítková, 2006).

### 2.2.3 Sluchové postižení

Vzděláváním, výchovou a rozvojem osob se sluchovým postižením se zabývá surdopedie. Tato speciálněpedagogická disciplína úzce spolupracuje s ostatními obory, nejen obory speciální a obecné pedagogiky, ale i s psychologickými, medicínskými, technickými a dalšími obory (Souralová, 2010).

#### 2.2.3.1 Kategorie osob se sluchovým postižením

Souralová (2010) rozlišuje osoby se sluchovým postižením na :

**neslyšící** – mají sluch poškozen tak, že ani s největším zesílením nemohou vnímat mluvenou řeč, pokud porucha sluchu vznikla ještě před ukončením vývoje řeči, jedná se o jedince *prelingválně neslyšící*;

**nedoslýchaví** – nedoslýchavost se může mít různý stupeň poškození, od minimálních ztrát sluchu, kdy okolí ani nemusí vada zaznamenat, až po těžkou nedoslýchavost, kdy má vliv na kvalitu komunikace a rozvoj mluvené řeči, nedoslýchavost lze kompenzovat elektroakustickými kompenzačními pomůckami;

**ohluchlí** – osoby, které ztratily sluch v období dokončování vývoje řeči nebo po jeho ukončení, jedná se o jedince *postlingválně ohluchlé*;

**uživatelé kochleárního implantátu** – přístroj voperovaný do hlemýždě vnitřního ucha, pomocí něho mohou vnímat zvuky;

**Neslyšící** – označováni velkým začátečním písmenem „N“, jsou přijímáni jako jedinci s odlišným jazykem a kulturou (Souralová, 2010).



Poruchou sluchu se rozumí takové postižení, které je přechodného charakteru a kvalita sluchu se může po vhodně zvolené intervenci vrátit zpět do normálního stavu. Vada sluchu je trvalé postižení bez možnosti úplné nápravy (Houdková, 2005).

Poruchy sluchu můžeme dělit na dva druhy:

- periferní;
- centrální – příznaky mohou být způsobeny organickou změnou i funkční změnou.

Periferní nedoslýchavost můžeme dělit na:

- převodní nedoslýchavost – může být způsobena různými překážkami znemožňujícími mechanický převod zvukových vln;
- percepční nedoslýchavost – je porušena funkce vnitřního ucha, sluchového nervu nebo mozkové kůry.

Nejen v České republice dochází k pozdní diagnostice sluchových vad. Nejčastěji dochází k diagnostice kolem 2,5 let věku. Včasná diagnostika by měla nastat do 6 měsíců věku dítěte. Nejčastěji upozorní na možnou poruchu sluchu rodiče, jelikož tráví nejvíce času se svým dítětem. Je to většinou až při viditelném opoždění řeči. Při lehkých vadách sluchu jsou většinou prvními signály spojeny s nástupem do školy (Houdková, 2005).

### 2.2.3.2 Nejčastější příčiny sluchových vad

V mnohých případech jsou příčiny sluchových vad nezjištěny. Ludíková (2006) dělí příčiny sluchových vad podle doby vzniku postižení na:

- prenatální příčiny – vady sluchy, které vznikly ve fetálním období dítěte, kdy matka prodělala onemocnění, např. zarděnky, spalničky, chřipku, toxoplasmosu. Na vliv sluchového postižení mohou mít vliv také teratogenní účinky léků na plod;
- perinatální příčiny – sem můžeme zařadit poškození sluchového analyzátoru při porodu, zejména při těžkých porodech s následným krvácením do mozku;

- postnatální – časté záněty středního ucha, meningitidy, příušnice. Poruchu sluchu mohou způsobit také některé léky, které mohou mít řadu vedlejších účinků – ušní šelesty, poruchy sluchu různého stupně, závratě, poruchy rovnováhy. Tyto vedlejší účinky mohou vyvolat zejména tyto léky: antibiotika, diuretika, analgetika, antidepressiva, antiflogistika a cytostatika.

### 2.2.3.3 Integrace dětí se sluchovým postižením

Proces integrace popisuje Houdková (2005, s. 56) jako: „*vyrovnávání příležitostí*“. Nejde jen o integraci z pohledu jedince s postižením, ale současně probíhá proces integrace na straně majoritní zdravé populace. Tato společnost se musí naučit integraci akceptovat a identifikovat se s ní. Proces integrace je vhodné zahájit vraném věku, kdy dítě se dobře přizpůsobuje vlivům sociálního prostředí. Integrace žáka se sluchovým postižením může probíhat formou individuální nebo skupinové integrace. Do skupinové integrace řadíme speciální třídy nebo specializované třídy zřízené v běžné škole. V individuální integraci je žák zařazen do běžné třídy, která není samostatně určena pro děti se sluchovým postižením nebo do třídy speciální školy samostatně určené pro děti s jiným druhem nebo stupněm postižení.

Podle Řehákové (in Horáková, 2012) můžeme mluvit o integraci do společnosti slyšících u těch jedinců se sluchovým postižením, u kterých je díky kompenzačním pomůckám (sluchadla, kochleární implantát) komunikace je pozitivně ovlivněna a jejich verbální projev je sociálně přijatelný.

Zajímavé informace vyplynuly z výzkumného šetření, které provedl Langer. Horáková (2012, s.88) uvádí, že: „*z celkového počtu 1 039 integrovaných klientů se sluchovým postižením v běžných školských zařízeních v České republice k 31. 12. 2007 jsou nejpočetněji zastoupeni děti se středně těžkou nedoslýchavostí (tedy 315 klientů, tj. 30,3 %) a těžkou nedoslýchavostí (tedy 274 klientů, tj. 26,4 %). Zajímavé je ovšem počet integrovaných dětí s diagnostikovanou hluchotou. Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že je v současné době integrováno 87 lehce sluchově postižených, tj. 8,4 %, a vedle toho 86 neslyšících, tj. 8,3 %. Z výsledků provedeného výzkumného šetření tedy vyplývá, že do běžných školských zařízení nejsou zařazováni pouze žáci s nedoslýchavostí, ale také žáci s těžkou poruchou nedoslýchavosti či dokonce hluchotou*“.

Velký vliv na integraci dítěte má osobnostní charakteristiky dítěte. Dítě by mělo být samostatné, rozhodné, schopné přijímat kritiku, mělo by mít pozitivní vliv ke škole. Nesmíme zapomínat, že do integračního procesu řadíme nejen samotné dítě se sluchovým postižením, ale i rodiče dítěte, pedagogy a budoucí spolužáky. Horáková (2012) uvádí několik argumentů proč chtějí rodiče u svého dítěte se sluchovým postižením vzdělání formou integrace. Jedním z důvodů je, aby dítě nebylo vyčleňováno ze sociálních vazeb rodiny a vrstevníků v místě jeho bydliště. Dále si rodiče nepřejí, aby dítě muselo dojíždět do školy pro sluchově postižené, nebo v případě větší vzdálenosti této speciální školy bydlet na internátní škole. Rodiče zastávají názor, že vzdělání dosažené ve škole pro sluchově postižené se nemůže vyrovnat vzdělání dosaženého v běžné základní škole a mají tak pak omezený výběr dalších oborů (Horáková, 2012).

#### 2.2.3.4 Kompenzační pomůcky pro osoby se sluchovým postižením

Podle typu postižení mohou osoby se sluchovým postižením využít nejčastější 2 pomůcky. Řadíme sem sluchadla a kochleární implantáty.

Sluchadlo přináší zesílený zvuk do sluchového analyzátoru. Sluchadlo musí být individuálně nastaveno pro konkrétního uživatele. Uživatelé si v dnešní době mohou vybrat z několika typů. Liší se od sebe především vnějším provedením.

**Sluchadlo kapesní** – jedná se o největší a nejméně používané sluchadlo, jeho nevýhodou je velikost, která často uživatele omezuje při nošení.

**Sluchadlo závěsné** – tvarem se podobá rohlíčku a zavěšuje se za ušní boltec. Výhodou tohoto sluchadla je velikost a snadná manipulace.

**Nitroušní sluchadlo** – je to nejmenší sluchadlo, které se vkládá přímo do ucha. Výhodou je velikost, která neomezuje při nošení a kvalita zvuku. Nevýhodou je náročnost na ovládání a těžší manipulace při vkládání a vyjímání. Tento typ sluchadla není vhodný pro velmi těžké sluchové vady. Podle uložení rozlišujeme 3 typy nitroušních sluchadel:

- sluchadlo boltcové;
- sluchadlo zvukovodové;
- sluchadlo kanálové.

**Sluchadla brýlová** – dnes se využívají méně (Houdková, 2005).

Kochleární implantát je vhodný zejména pro osoby s těžkým sluchovým postižením, kterým nepomáhají sluchadla. Horáková (2012, s. 100) popisuje kochleární implantát jako: „*nitroušní elektronickou smyslovou náhradu. Jeho činnost je založena na zcela jiných principech než činnost sluchadel. Kochleární implantáty zvuk sejmутý mikrofonem analyzují a přetvářejí na sled elektrických impulsů, kterými jsou pak stimulována vlákna sluchového nervu*“. Nejvhodnější dobu pro zavedení kochleárního implantátu uvádí Houdková (2005) mezi 2. a 4. rokem dítěte. Po aplikaci implantátu a také po důsledné rehabilitaci se začne spontánně rozvíjet řeč. Výsledky implantace je důležité posuzovat individuálně a z dlouhodobého hlediska (asi po pěti letech po zavedení implantátu).

## **2.3 Demografická charakteristika regionu Kyjovsko**

Kapitola přináší souhrn základních demografických poznatků o regionu Kyjovsko.

### **2.3.1 Lokalizace regionu Kyjovsko v rámci České republiky**

Region Kyjovsko leží v jihovýchodní části naší republiky, náleží správnímu obvodu Jihomoravského kraje. Jedná se o oblast hospodářsky slabou spadající do okresu Hodonín. Region Kyjovsko se skládá ze 4 oblastí: Chřiby a podhůří, Doubrava, střed a jihozápad a Ždánický les a Věteřovská vrchovina. Etnograficky náleží Kyjovsko do regionu Slovácko. Region Kyjovsko obklopuje z jihozápadní strany Velkopavlovicko, z jižní strany Hodonínsko, z východní strany Veselí nad Moravou a ze severovýchodu Uherskohradištsko. V současné době tvoří region 42 obcí s celkovým počtem obyvatel 55 963. Rozloha činí 470,2 km a hustota obyvatel je 119,6 obyvatel/km. Nezaměstnanost v regionu se pohybuje okolo 14 %.



Obrázek č.1 Mapa regionu Kyjovsko (zdroj: kyjovske-slovacko, [online])

### 2.3.2 Geologie regionu

Kyjovsko náleží Západním Karpatům a v Evropě k alpsko-karpatskému pásmu. Nachází se zde vrchovinné části regionu, mezi které patří zejména Vídeňská pánev a Dolnomoravský úval. Region je místně vymezen řekou Moravou a Severozápadně Chřiby a Ždánickým lesem.

### 2.3.3 Obce náležející regionu Kyjovsko

Do regionu Kyjovsko náleží tyto obce: Archlebov, Bukovany, Bzenec, Čeložnice, Dambořice, Domanín, Dražůvky, Hovorany, Hýsly, Ježov, Kelčany, Kostelec, Kyjov, Labuty, Lovčice, Milotice, Moravany, Mouchnice, Násedlovice, Nechvalín, Nenkovice, Ostrovánky, Skalka, Skoronice, Sobůlky, Stavěšice, Strážovice, Svatobořice-Mistřín, Syrovín, Šardice,

Těmice, Uhřice, Vacenovice, Věteřov, Vlkoš, Vracov, Vřesovice, Žádovice, Žarošice, Ždánice, Želetice, Žeravice.

### 2.3.4 Ekonomická aktivita regionu

Místní ekonomiku ovlivnila změna ve struktuře zemědělských podniků, nízká průmyslová aktivita a nerozvinutá terciární sféra. Nezaměstnanost zde dosahuje 14 %, v některých obcích dokonce i překračuje hranice 20%. Tímto se region řadí k regionům s nejvyšší mírou nezaměstnanosti (Moravskoslezský kraj a Ústecký kraj). Zvláštností zde je vyšší nezaměstnanost u mužů než žen, což je v porovnání s ostatními kraji neobvyklé. Region Kyjovsko má také větší počet lidí, kteří musí za prací dojíždět do vzdálených velkých měst (Brna, Praha) v porovnání s Českou republikou. Nachází se zde více mladých lidí do 14 let, což může mít pozitivní vliv na ekonomiku do budoucna. Naopak je zde více obyvatel starších 60 let v porovnání s ostatními kraji v ČR (Kyjov, 2011).

**Tabulka č.2 Nezaměstnanost regionu Kyjovsko k 31. 12. 2011 (zdroj: ČSÚ)**

Region Kyjovsko	Uchazeči o zaměstnání celkem	z toho					Ekonomicky aktivní	Míra nezaměstnanosti [%]
		dosažitelní	ženy	absolventi škol	ve věku 50 a více let	déle než 12 měsíců		
Nezaměstnanost	3880	3 740	1 701	296	903	1 614	26 934	13,9

### 2.3.5 Město Kyjov

První písemná zpráva o Kyjovu se datuje k roku 1126. V roce 1914 prožívalo město Kyjov těžká léta, bylo to období první světové války. Na začátku války se ve městě Kyjov začaly objevovat „vlastizrádné“ letáky. Lidé, kteří je šířili, byli zatčeni a odsouzeni k trestu smrti. Před druhou světovou válkou byla postavena, ve městě Kyjov, nemocnice. V roce 1921 se uskutečnil

první ročník národopisných slavností Slovácký rok, které se pořádají dodnes. V roce 1960 proběhla územní reorganizace a Kyjov přestal být okresním městem. Po zániku okresů v roce 2002 se Kyjov stává pověřenou obcí III. typu, do které spadá 42 obcí (Kyjov, 2011).

Kyjovské školství nabízí vzdělávání v mateřských školách, základních školách, středních školách a na středních odborných učilištích. Pro děti s respiračními potížemi nebo slabým zrakem je v Kyjov MŠ VIII U Vodojemu. V Kyjově se také nacházejí školy speciální, které doplňují strukturu poskytování základního vzdělání. Město Kyjov zřizuje 2 úplné základní školy, 1 úplnou sloučenou základní školu a mateřskou školu, 1 neúplnou sloučenou základní školu a mateřskou školu a 5 mateřských škol a 1 základní uměleckou školu (Kyjov, 2011).

V regionu se nachází nemocnice, tato příspěvková organizace nabízí obyvatelům regionu základní a specializovanou diagnostickou a léčebnou zdravotní péči. Je možno si zde zakoupit zdravotnické prostředky v nemocniční výdejně. Jednotlivá pracoviště přijímají studenty lékařských a farmaceutických fakult včetně studentů ze středních zdravotnických škol na odbornou praxi (nemocnice Kyjov, [online]).

V roce 1950 zahájil svoji činnost Kojenecký ústav v Kyjově. Od roku 2003 je zřizovatelem Jihomoravský kraj. Kojenecký ústav je určen pro děti do tří let, jejichž vývoj je ohrožen nevhodným domácím prostředím nebo o které nemá kdo pečovat nebo rodiče péči o dítě nezvládají. Pro matky, které řeší svoji krizovou situaci, jsou zde k dispozici 3 lůžka k dočasnému pobytu. Díky vybavení ústavu, vzdělanému personálu a 24hodinové odborné péči atestovaného lékaře je možno poskytnout komplexní péči i dětem s velmi závažným handicapem. Spolupracuje s orgány sociálně právní ochrany dětí při přípravě žadatelů o náhradní rodičovskou péči (Kyjov, 2011).

Centrum služeb pro seniory v Kyjově nabízí Domov pro seniory s kapacitou 43 míst a Domov se zvláštním režimem pro 38 osob. Cílem této služby je, aby senioři prožili důstojný a podle možností aktivní život. Sociální pracovníci zde pracují s úctou k člověku, nabízejí citlivý přístup s ohledem na individualitu každého seniora (Centrum pro seniory Kyjov, [online]).

Dále se zde nachází Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých Kyjov, Základní organizace Svazu neslyšících a nedoslýchavých v ČR, regionální organizace Unie Roska v ČR (Kyjov, 2011).

### 2.3.6 Základní demografické údaje

Region Kyjovsko má v rámci okresu Hodonín největší rozlohu a to 470 km a patří do něj nejvíce obcí – 42 s počtem obyvatel 55 006. V regionu se nachází 4 obce se statutem města – Bzenec, Kyjov, Vracov a Ždánice) a 4 obcím náleží status městyse – Archlebov, Dambořice, Žarošice a Žeravice. Město Kyjov má nejvíce obyvatel (11 462) a obcí s nejméně obyvateli je Skalka (170) (Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb na Kyjovsku do roku 2012, 2010).

**Tabulka č. 3 Počet obyvatelstva v regionu Kyjovsko. (Zdroj: převzato z ČSÚ)**

Kyjovsko	Počet obcí	Obyvatelstvo	Muži	Ženy
k 26.3.2011	42	56 005	27 629	28 376
k 1.3.2001	42	56 401	27 723	28 036

Nejvíce obyvatel mělo Kyjovsko v roce 1961, od té doby počet obyvatel mírně klesl, asi o 3 000 obyvatel. Možnou příčinou může být horší hospodářská situace po roce 1990 ve srovnání s ostatními kraji.

Předpokládá se, že počet obyvatel bude nadále klesat, v současnosti zde ročně ubývá asi 60 obyvatel, v letech 2011 až 2015 to bude asi 120 obyvatel a v letech 2016 až 2020 asi 180 obyvatel. Předpokládaný populační růst se bude týkat pouze větších měst ( např. Bzenec, Vracov, Vacenovice. Úbytek obyvatel bude nejspíše způsoben zvětšujícím se rozdílem mezi počtem narozených a zemřelých. V obcích, kde i dnes dochází ke snižování počtu obyvatel se předpokládá, že tento stav bude stále pokračovat. Předpokládaný počet obyvatel v roce 2020 se očekává 54 300 obyvatel. Tímto poklesem může být narušena místní vzdělávací politika a sociální infrastruktura. Dojde k poklesu dětské složky obyvatelstva, důsledkem poklesu porodnosti, a také se zvýší podíl osob s vyšším věkem. Tím dojde k poklesu poptávky po školských zařízeních a menší obce budou nuceny tyto zařízení rušit.



**Tabulka č. 4 Pohyb obyvatelstva v regionu Kyjovsko v roce 2011 (Zdroj: ČSÚ)**

Region Kyjovsko	Živě narození	Zemřelí	Přirozený přírůstek	Přistěhovalí	Vystěhovalí	Přírůstek stěhováním	Celkový přírůstek	Sňatky	Rozvody
Pohyb obyvatelstva	513	574	-61	564	537	27	-34	206	150

### 2.3.6.1 Struktura obyvatelstva podle věku

Současný vývoj věkové kategorie 15 – 64 let na Kyjovsku je příznivý. Je to díky tomu, že do produktivního věku v průběhu 90. let vstoupily silné ročníky narozené v 70. letech a také tím, že se v něm stále drží silné poválečné ročníky. Po roce 2010 roste podíl produktivní složky v důsledku odchodu silných ročníků narozených v 2. polovině 40. let a na počátku 50. let. Tím dojde na Kyjovsku ke značnému zrychlení stárnutí populace. K obcím, kde převažuje starší populace nad mladou patří samotný Kyjov, Archlebov, Labuty, Ostrovánky, Skalka, Surovín a Vřesovice. U těchto obcí je výrazně vyšší úmrtnost než porodnost. Vyšší zastoupení dětské složky obyvatelstva je v obcích Bzenec, Dambořice, Domanín, Kostelec, Nechvalín, Šardice, Těmice a Žeravice. (Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb na Kyjovsku do roku 2012, 2010).

**Tabulka č. 5 Základní demografické údaje regionu Kyjovsko k 31. 12. 2011 (zdroj: ČSÚ)**

Region Kyjovsko	Počet obcí	Výměra (ha)	Počet obyvatel (Sčítání lidu, domů a bytů)				Počet obyvatel celkem	v tom ve věku		
			1980	1991	2001	2011		0-14	15-64	65 a více
Základní demografické údaje	42	47 013	58 850	56 905	56 401	56 005	55 963	7 897	38 847	9 219

### 2.3.6.2 Vzdělaností struktura obyvatelstva

Kyjovsko patřilo v 60. až 80. letech v rámci Jihomoravského kraje k méně vzdělaným oblastem. Ke změně postupně došlo v 90. letech, kdy se snížil počet osob se základním vzděláním díky změně v demografické struktuře obyvatelstva – spojeno s úmrtností starší populace, u které převažovalo základní vzdělání a zvyšování počtu mladší populace, u které převažuje střední a vysokoškolské vzdělání. Mezi městem a malou obcí jsou značné rozdíly v počtu vysokoškolsky vzdělaných osob, jak v rámci Jihomoravského kraje, tak i na samotném Kyjovsku. Nejvíce vysokoškolsky vzdělaných osob je v Kyjově (10,1 %), Bzenci (7,7 %), Vracově (6,6 %), v malých obcích dosahovaly polovičních hodnot a v 18 obcích méně než 3 %. (Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb na Kyjovsku do roku 2012, 2010).

**Tabulka č. 6 Vybavení regionu Kyjovsko vybranými druhy zařízení k 31. 12. 2011 (zdroj: ČSÚ)**

Region Kyjovsko	Školství			Zdravotnictví			Sociální služby poskytované ve vybraných zařízeních		
	mateřská škola	základní škola	střední škola	nemocnice	ordinace praktického lékaře		domovy pro seniory	domovy pro osoby se zdravotním postižením	domy s pečovatelskou službou
					pro dospělé	pro děti			
Vybavení regionu	38	31	11	1	30	21	2	1	8

## **3 PRAKTICKÁ ČÁST**

V praktické části se věnujeme výzkumnému šetření u osob se zdravotním postižením v regionu Kyjovsko. Cílem je získat demografické informace od osob se zdravotním postižením v regionu Kyjovsko a provést rozbor těchto informací.

### **3.1 Metodika práce**

V praktické části diplomové práce se zaměřujeme na analýzu základních demografických informací u osob se zdravotním postižením v regionu Kyjovsko. Výzkumným šetřením se snažíme navázat na teoretickou část diplomové práce.

#### **3.1.1 Metodika výzkumu**

*Základní specifika výzkumného šetření:*

Základní pojetí:	Kvalitativní výzkum
Přístup:	Mnohonásobná případová studie
Výzkumná metoda:	Kvalitativní dotazování
Technika sběru dat:	Strukturovaný rozhovor

#### **3.1.2 Teoreticko-praktická příprava**

Pro zpracování teoretické části diplomové práce jsme vycházeli z řady informačních zdrojů. Čerpali jsme jak z českých, tak i zahraničních publikací. V mnohých případech jsme museli aktuální informace získávat i z důvěryhodných elektronických zdrojů, např. internetový portál Českého statistického úřadu, kde jsme našly informace k demografické charakteristice regionu Kyjovsko. Při výběru dat jsme se zaměřili na aktuálnost informací, které vychází z výsledků Sčítání lidu, domů a bytů 2011.

Při praktické přípravě jsme využívali informace získané během praxe na Městském úřadě v Kyjově, na odboru sociálních věcí a zdravotnictví, u sociální pracovnice zabývající se osobami se zdravotním postižením.

### **3.1.3 Výzkumné problémy**

Hlavním cílem práce je podat přehledné, souvislé a komplexní demografické informace o osobách se zdravotním postižením v regionu Kyjovsko. Na základě stanoveného obecného cíle, byly vytvořeny následující dílčí cíle, které jsou níže uvedeny.

Dílčí cíl č. 1: *Zmapování demografické situace v regionu Kyjovsko u osob se zdravotním postižením.*

Dílčí cíl č. 2: *Získání základních demografických údajů od osob se zdravotním postižením v regionu Kyjovsko.*

Dílčí cíl č. 3: *Rozbor získaných informací z rozhovorů u osob se zdravotním postižením v regionu Kyjovsko.*

### **3.1.4 Charakteristika výzkumného souboru**

Při kvalitativním výzkumu má velký význam vhodný výběr výzkumného souboru. Flick (1995) uvádí 3 různé úrovně při výběru výzkumného souboru v kvalitativním výzkumu:

- při sběru dat – výběr případů nebo skupiny případů;
- při interpretaci – výběr materiálu a výběr v materiálu;
- při zobrazení výsledků – prezentace materiálu.

Díky kvalitativnímu výzkumu můžeme lépe porozumět lidem, kteří se nacházejí v konkrétních sociálních situacích a vcítit se tak do jejich aktuálních problémů (Gavora, 2000).

Při výběru výzkumné metody, a to rozhovoru, musíme vědět se kterými osobami provedeme rozhovor a z jaké oblasti budou tito respondenti pocházet. Hendel (2008) uvádí, že v kvalitativním výzkumu nejsou jednotky nebo případy výzkumu „výběrovými jednotkami“ a nejsou tak vybírány. Při volbě jednotlivých případů volí výzkumník vždy nový pokus. Mnohonásobné případové studie se tedy podobají několika pokusům či statistickým šetřením, kdy za zobecnění je na mysli „analytické zobecnění“, kdy musíme zobecňovat ne směrem k populaci, ale k teorii – k vývoji nové teorie, potvrzení nebo k úpravě staré teorie.

Hendl (2008) popisuje několik doporučení, podle kterých se můžeme řídit při volbě výběru v kvalitativním výzkumu:

- v případě zvolení respondenta pro rozhovor, musíme vědět proč jsme si právě tuto osobu zvolili;
- při volbě respondentů, situací či procesů musí mít tyto objekty souvislost s výzkumnou otázkou;
- výběr musí být realizovatelný s ohledem na čas, peníze a dosažitelnost;
- bereme v úvahu i etické problémy, jako je informovaný souhlas, užitek a rizika, vztah ke zkoumaným osobám;
- při volbě výběru musíme rozhovorem pokrýt minimum informací, protože většinou nezískáme tolik informací, kolik by jsme si představovali;
- při nedostatku respondentů u primárního výzkumu ke sběru dat uvažujeme o sekundárním výzkumu.

Od respondentů je nutné vyžádat poučený (informovaný) souhlas, tzn. souhlas s účastí na výzkumu. Tato osoba může poskytnout aktivní souhlas (podepsání příslušného formuláře) nebo pasivní souhlas od respondenta, kdy nevyžadujeme podpis tohoto formuláře. Respondenta musíme informovat o právu, kdykoliv rozhovor ukončit, dále má právo, dle svého uvážení se zdržet odpovědi na kteroukoliv otázku. Zachování anonymity se považuje za samozřejmost. Pokud není možné anonymitu před výzkumníkem zachovat, předpokládá se, že nebude odhalena nikomu třetímu (Hendl, 2008).

Pro praktickou část diplomové práce jsme zvolili deset osob se zdravotním postižením. Vybrali jsme osoby s tělesným, zrakovým a sluchovým postižením. Pro potřebu získání respondentů jsme navázali spolupráci s Domem s pečovatelskou službou v Kyjově, s oblastní

pobočkou v Kyjově Centra pro sluchově postižené a s oblastní pobočkou Sjednocené organizace nevidomých a slabozrakých ČR. Byly zvoleny následující kritéria – stejný podíl mužů a žen a stejný počet vrozených a získaných postižení. Ne vždy bylo možné uvedená dvě kritéria dodržet.

### 3.1.5 Použitá metoda

Vzhledem k cílům práce jsme pro empirickou část zvolili kvalitativní přístup. Jako hlavní výzkumné metody jsme použili strukturovaný rozhovor a kazuistiku. Při tvorbě praktické části diplomové části jsme použili kvalitativního výzkumného šetření. Kvalitativní výzkum je vhodné provádět zejména v sociální oblasti, kde jeho prostřednictvím lépe porozumíme sociálnímu světu a budeme schopni na základě výsledků předpovědět určitý jev, či fenomén. Z kvalitativního výzkumu vychází několik přístupů. Po zvolení daného tématu byl vybrán výzkum pomocí mnohonásobné případové studie. V případové studii detailně popisujeme jeden případ nebo rozebíráme několik málo případů (Hendl, 2008).

Hendl (2008) uvádí několik typů případových studií podle sledovaného případu:

- osobní případová studie – výzkum zaměřený na podrobný popis jedné osoby;
- studie komunity – výzkum zaměřený na komunity, někdy se pro tento výzkum užívá označení sociografie;
- studium sociálních skupin – zkoumání vztahů a aktivit jak v malých, tak i ve velkých skupinách;
- studium organizací a institucí – zkoumají se školy, firmy, odborové organizace;
- zkoumání programů, událostí, rolí a vztahů – řadíme sem např. analýzu interakce učitele a žáka.

Rozhovor je v pedagogickém slovníku definován jako výzkumný prostředek, který se používá při dotazování. Spočívá v přímé ústní komunikaci výzkumného pracovníka s respondentem či informantem, který je zaznamenáván na magnetofon či jinak a následně analyzován dle určitého hlediska, např. obsahu rozhovoru či chování respondentů (Průcha, 2003). Pro sběr dat jsme zvolili metodu dotazování. Do dotazování řadíme různé druhy rozhovorů, dotazníků, škál a testů.

Tato metoda má řadu výhod, jsou jimi především:

- možnost přezkoušet, zda dotazovaný správně porozuměl otázkám;
- dotazovaný zde může projevit své subjektivní pohledy a názory;
- dotazovaný má možnost samostatně navrhnout možné vztahy a souvislosti (Hendl, 2008).

Jako nejvhodnější metoda sběru dat se jeví strukturovaný rozhovor, kdy máme předem sestavené otázky nebo témata rozhovoru. Výhodou tohoto rozhovoru je, že se dostane na všechna zajímavá témata, která si tazatel určí. Patton (1990) popisuje jednotlivé typy otázek v rozhovoru:

- otázky vztahující se ke zkušenostem nebo chování;
- otázky vztahující se k názorům;
- otázky vztahující se k pocitům;
- otázky vztahující se ke znalostem;
- otázky vztahující se k vnímání;
- otázky demografické a kontextové.

Pro následující výzkum jsme zvolili otázky demografické, tyto otázky nám umožní získat identifikační údaje o jedinci (věk, pohlaví, vzdělání, rodinný stav a apod.).

### **3.1.6 Organizace výzkumu**

Výzkum jsme provedli v lednu roku 2013. Příprava na výzkum probíhala již od října roku 2012 a spočívala v kontaktování sociálních pracovníků a domluvení schůzek pro předání konkrétních požadavků. Pro výzkum jsme vybrali osoby se zrakovým, sluchovým a tělesným postižením. Výzkumný vzorek se skládal z deseti respondentů. Jednotlivé rozhovory jsme provedli buď v domácím prostředí, v oblastní pobočce SONSu nebo v Klubu neslyšících v Kyjově. Výběr konkrétních respondentů byl přenechán sociálním pracovníkům, které následně domluvily přesný datum a čas. Na začátku každého rozhovoru s respondentem proběhlo představení a upozornění na anonymitu celého rozhovoru. Všichni respondenti dali pouze ústní souhlas s provedením rozhovoru. Získané odpovědi byly ihned zapisovány a následně přeneseny do tabulek.

## 3.2 Vyhodnocení výzkumu

Kvalitativní materiál, který získáme prostřednictvím rozhovorů, pozorování, textových a audiovizuálních materiálů vyhodnocujeme s cílem zachytit zkoumané jevy a případy ze sociálního světa. Při vyhodnocování dat je kvalitativní výzkum často doplňován plnými citacemi, výňatky z terénních zápisků nebo poznámkami z provedených rozhovorů (Hendl, 2008).

### 3.2.1 Vlastní vyhodnocení výzkumu

Při vyhodnocování kvalitativního výzkumu hraje velkou roli přesný a adekvátní popis dat. Různými metodami sběru dat získáme požadované informace o dané skupině, či o realitě. Tato data musíme poté vhodně upravit a zobrazit. Při analýze dat probíhá jejich redukce, při tomto kroku nesmíme data zbavit jejich kontextu. Zobrazení dat slouží k názorné organizaci a kompresi informací. Pro zobrazení dat se využívají nejčastěji tabulky, blokové schémata a grafy. Mayring (1990) definuje 4 možné způsoby přepisu textového materiálu – doslovnou transkripci, komentovanou transkripci, shrnující protokol, selektivní protokol. Z těchto variant byla pro účely diplomové práce vybrána transkripce – shrnující protokol. V této technice se nepředpokládá, že bude zachován celý doslovný text. V této transkripci jde především o sjednocení úrovně obecnosti podávaných informací, pak se přistupuje ke stále větší abstrakci.

Pro respondenty bylo navrženo výzkumné označení R1 – R10. Podle typu postižení byli respondenti rozděleni do 3 skupin – osoby s tělesným postižením, osoby se sluchovým postižením a osoby se zrakovým postižením. Dále, pokud bylo možno, jsme se snažili, aby ve výzkumném vzorku byl stejný počet mužů a žen. Také jsme se snažili, aby v každé skupině se nacházeli respondenti s vrozeným i získaným postižením. Získané informace byly zaneseny do tabulek.



**Tabulka č. 7 Seznam zúčastněných respondentů (zdroj: vlastní výzkum)**

<b>Respondent</b>	<b>Pohlaví</b>	<b>Postižení</b>	<b>Typ</b>
R1	Muž	Zrakové postižení	Získané
R2	Žena	Zrakové postižení	Vrozené
R3	Muž	Sluchové postižení	Vrozené
R4	Žena	Sluchové postižení	Vrozené
R5	Muž	Sluchové postižení	Vrozené
R6	Muž	Sluchové postižení	Získané
R7	Žena	Tělesné postižení	Získané
R8	Žena	Tělesné postižení	Vrozené
R9	Muž	Tělesné postižení	Získané
R10	Muž	Tělesné postižení	Získané

**Tabulka č. 8 Demografické otázky u R1 a R2 (zdroj: vlastní výzkum)**

<b>Otázka</b>	<b>R1 Muž se získaným, zrakovým postižením</b>	<b>R2 Žena s vrozeným, zrakovým postižením</b>
1. Pohlaví	Muž	Žena
2. Věk	54 let	37
3. Rodinný stav vdaná / ženatý vdovec / vdova po kolika letech nastal rozvod komu bylo svěřeno dítě do péče po kolika letech došlo ke sňatku	Ženatý již 30 let    Po 2 letech uzavřeli sňatek	Vdaná 12 let    Po 4 letech uzavřeli sňatek
4. Počet dětí pohlaví plánujete děti jsou Vaše děti zdravé	Nemá děti	2 děti Dcery ve věku 8 a 5 let  Děti jsou zdravé

Otázka	R1 Muž se získaným, zrakovým postižením	R2 Žena s vrozeným, zrakovým postižením
5. Typ Vašeho zdravotního postižení	Praktická nevidomost	Úplná nevidomost
6. Je Vaše postižení vrozené či získané	Získané	Vrozené
7. Příčina Vašeho zdravotního postižení	Radiové ozáření	Předčasný porod
8. Kolik let trvá Vaše postižení?	22 let	37 let
9. Nejvyšší dosažené vzdělání formou integrace ve speciální škole.	Střední odborné bez maturity V běžné škole	Střední bez maturity  Ve speciální škole pro zrakově postižené
10. Jste plně soběstačný/á?	ANO	ANO
11. Jste ekonomicky aktivní?	ANO	NE
12. Počet obyvatel města ve kterém žijete?	2 800 obyvatel	12 000 obyvatel
13. Využíváte nějaké kompenzační pomůcky? Jaké	5 let vodící pes, čtecí zařízení s hlasovým výstupem, bílá slepecká hůl	PC s hlasovým výstupem, hodinky, váha mluvicí, bílá hůl, společenské hry pro nevidomé
14. Bydlíte ve svém původním domě, nebo jste se musel/a kvůli zdravotnímu postižení stěhovat?	ANO, bydlím ve svém původním domě	ANO, bydlím ve svém původním domě
15. Má Vaše postižení vliv na uplatnění na trhu práce?	NE	ANO, má velký vliv
16. Má Vaše postižení vliv na partnerský život?	NE	Asi ano
17. Kolika rozhovorů jste se musel zúčastnit, než jste našel/a zaměstnání?	3 pohovorů	*
18. Snažíte se si najít zaměstnání?	Již mám	Ne
19. Dojždíte do zaměstnání?	NE	**
20. Jste spokojeni s bezbariérovostí Vašeho města?	ANO	NE
21. Jste spokojeni s místem bydliště, nebo by jste se chtěli přestěhovat?	ANO, jsem spokojen	ANO, jsem spokojená
22. Chtěli by jste raději bydlet ve městě či na vesnici?	Na vesnici	Ve městě

Otázka	R1 Muž se získaným, zrakovým postižením	R2 Žena s vrozeným, zrakovým postižením
23. Bydlíte ještě s někým ve společné domácnosti?	ANO, s manželkou	S rodinou
24. Pomáhá Vám někdo s chodem domácnosti?	ANO, manželka	Manžel
25. Věnujete se nějakému sportu? Aktivně x pasivně Věnovali jste se nějakému sportu před vznikem postižení? Je nějaký sport, kterému by jste se chtěl/a věnovat, ale kvůli postižení to není možné?	ANO Aktivně – schowdon – stolní tenis pro nevidomé  Cyklistika – dvojkolo s manželkou	Bowling
26. Máte sourozence pohlaví starší x mladší Mají sourozenci také zdravotní postižení?	ANO Sestra O 15 let mladší NE, sestra nemá zdravotní postižení	ANO Sestra O 4 roky mladší NE, setra nemá zdravotní postižení
27. Mají / měli rodiče zdravotní postižení	NE, nemají zdravotní postižení	NE
28. Žijí rodiče Ano x ne Na co zemřeli rodiče?	ANO	Matka ANO Otec NE Otec zemřel na rakovinu plic
29. Vaše nemocnost? TK, obezita, astma, chřipka.	Nemá žádné vedlejší nemoci	Nemá žádné vedlejší nemoci
30. Jak často navštěvujete lékaře? Praktický lékař  Specialista.	1x za 2 roky praktický lékař 2x za rok oční lékař	Dle potřeby  1x za rok

Vysvětlivky:

\* Nemá snahu si najít zaměstnání

\*\* Nemá zaměstnání

**Tabulka č. 9 Demografické otázky u R3 a R4 (zdroj: vlastní výzkum)**

Otázka	R3 Muž se sluchovým postižením	R4 Žena se sluchovým postižením
1. Pohlaví	Muž	Žena
2. Věk	47 let	33 let
3. Rodinný stav vdaná / ženatý vdovec / vdova po kolika letech nastal rozvod komu bylo svěčeno dítě do péče po kolika letech došlo ke sňatku	Svobodný  2 x rozvod, po 7 letech manželství	Vdaná   Po 14 letech vztahu uzavřeli sňatek
4. Počet dětí pohlaví plánujete děti jsou Vaše děti zdravé	2 děti  Dcera	1 dítě  Dcera
5. Typ Vašeho zdravotního postižení	Těžká nedoslýchavost	Hluchota
6. Je Vaše postižení vrozené či získané	Vrozené	Vrozené
7. Příčina Vašeho zdravotního postižení	Nezjištěna	Nezjištěna
8. Kolik let trvá Vaše postižení?	47 let	33 let
9. Nejvyšší dosažené vzdělání formou integrace ve speciální škole.	Střední odborné vzdělání s výučním listem Ve speciální škole	Základní vzdělání  Formou Integrace
10. Jste plně soběstačný/á?	Ano	Ano
11. Jste ekonomicky aktivní?	Ano	Ano
12. Počet obyvatel města ve kterém žijete?	12 000	12 000
13. Využíváte nějaké kompenzační pomůcky?  Jaké	Signalizační zvonek, naslouchadlo, vibrační budík, PC	Naslouchadlo
14. Bydlíte ve svém původním domě, nebo jste se musel/a kvůli zdravotnímu postižení stěhovat?	Ano, bydlí v původním domě	Ano, bydlím ve svém původním domě
15. Má Vaše postižení vliv na uplatnění na trhu práce?	Ne, již 10 let pracuji	Ne
16. Má Vaše postižení vliv na partnerský život?	Ne	Ne

Otázka	R3 Muž se sluchovým postižením	R4 Žena se sluchovým postižením
17. Kolika rozhovorů jste se musel zúčastnit, než jste našel/a zaměstnání?	Nevím	15 až 20 pohovorů
18. Snažíte se si najít zaměstnání?	Již mám	Již mám
19. Dojíždíte do zaměstnání?	Ne	Ne
20. Jste spokojeni s bezbariérovostí Vašeho města?	Ano	Ano
21. Jste spokojeni s místem bydliště, nebo by jste se chtěli přestěhovat?	Jsem spokojen	Jsem spokojena
22. Chtěli by jste raději bydlet ve městě či na vesnici?	Malé městečko	Ve městě
23. Bydlíte ještě s někým ve společné domácnosti?	Přítelkyně, dcery	S rodinou a matkou
24. Pomáhá Vám někdo s chodem domácnosti?	Ne	Někdy matka
25. Věnujete se nějakému sportu? Aktivně x pasivně Věnovali jste se nějakému sportu před vznikem postižení? Je nějaký sport, kterému by jste se chtěl/a věnovat, ale kvůli postižení to není možné?	Cyklistika, plavání	Cyklistika  Střelba
26. Máte sourozence pohlaví starší x mladší Mají sourozenci také zdravotní postižení?	Ano Sestra O 10 let starší Ne	Ano Setra Mladší Ne
27. Mají / měli rodiče zdravotní postižení	Ne	Ne
28. Žijí rodiče Ano x ne Na co zemřeli rodiče?	Ano	Ano
29. Vaše nemocnost? TK, obezita, astma, chřipka.	Plastika ledviny	Žádné další nemoci

Otázka	R3 Muž se sluchovým postižením	R4 Žena se sluchovým postižením
30. Jak často navštěvujete lékaře? Praktický lékař  Specialista.	Dle potřeby  1 x ročně urologa	2 x za rok  Výjimečně

**Tabulka č. 10 Demografické otázky u R5 a R6 (zdroj: vlastní výzkum)**

Otázka	R5 Muž se sluchovým postižením	R6 Muž se sluchovým postižením
1. Pohlaví	Muž	Muž
2. Věk	26 let	40 let
3. Rodinný stav vdaná / ženatý vdovec / vdova po kolika letech nastal rozvod komu bylo svěřeno dítě do péče po kolika letech došlo ke sňatku	Svobodný	Svobodný
4. Počet dětí pohlaví plánujete děti jsou Vaše děti zdravé	V budoucnu plánuje	Žádné děti
5. Typ Vašeho zdravotního postižení	Těžká nedoslýchavost	Hluchota
6. Je Vaše postižení vrozené či získané	Vrozené	Získané
7. Příčina Vašeho zdravotního postižení	Respondent neví	Respondent neví
8. Kolik let trvá Vaše postižení?	26 let	39 let

Otázka	R5 Muž se sluchovým postižením	R6 Muž se sluchovým postižením
9. Nejvyšší dosažené vzdělání formou integrace ve speciální škole	Střední odborné vzdělání s výučním listem Základní vzdělání ve speciální škole Střední vzdělání formou integrace	Střední odborné vzdělání s výučním listem Základní i střední vzdělání ve speciální škole
10. Jste plně soběstačný/á?	Ano	Ano
11. Jste ekonomicky aktivní?	Ano	Ano
12. Počet obyvatel města ve kterém žijete?	758 obyvatel	12 000
13. Využíváte nějaké kompenzační pomůcky? Jaké	Signalizační zvonek, sluchadlo	Signalizační zvonek, vibrační budík
14. Bydlíte ve svém původním domě, nebo jste se musel/a kvůli zdravotnímu postižení stěhovat?	V původním domě	V původním domě
15. Má Vaše postižení vliv na uplatnění na trhu práce?	Ne	Ne
16. Má Vaše postižení vliv na partnerský život?	Ne	Ne
17. Kolika rozhovorů jste se musel zúčastnit, než jste našel/a zaměstnání?	1 pohovor	3 pohovory
18. Snažíte se si najít zaměstnání?	Již mám	Již mám
19. Dojždíte do zaměstnání?	Ano	Ne, v místě bydliště
20. Jste spokojeni s bezbariérovostí Vašeho města?	Ano	Ano
21. Jste spokojeni s místem bydliště, nebo by jste se chtěli přestěhovat?	Spokojen	Spokojen
22. Chtěli by jste raději bydlet ve městě či na vesnici?	Je to jedno	Podle situace
23. Bydlíte ještě s někým ve společné domácnosti?	S rodiči	S matkou
24. Pomáhá Vám někdo s chodem domácnosti?	Ne	Někdy matka

<b>Otázka</b>	<b>R5 Muž se sluchovým postižením</b>	<b>R6 Muž se sluchovým postižením</b>
25. Věnujete se nějakému sportu? Aktivně x pasivně Věnovali jste se nějakému sportu před vznikem postižení? Je nějaký sport, kterému by jste se chtěl/a věnovat, ale kvůli postižení to není možné?	Ano Pasivně – fotbal, kuželky	Ano Pasivně – cyklistika, fotbal
26. Máte sourozence pohlaví starší x mladší Mají sourozenci také zdravotní postižení?	Ano Sestra Starší Ne	Ano Bratr Starší Ne
27. Mají / měli rodiče zdravotní postižení	Otec zdravý, matka sluchová vada	Ne
28. Žijí rodiče Ano x ne Na co zemřeli rodiče?	Ano	Otec zemřel – infarkt myokardu
29. Vaše nemocnost? TK, obezita, astma, chřipka.	Nejsou žádné vedlejší nemoci	Nejsou žádné vedlejší nemoci
30. Jak často navštěvujete lékaře? Praktický lékař Specialista.	Dle potřeby Nenavštěvuji	Dle potřeby Neurolog – 1 x za půl rok

**Tabulka č. 11 Demografické otázky u R7 a R8 (zdroj: vlastní výzkum)**

<b>Otázka</b>	<b>R7 Tělesné získané postižení</b>	<b>R8 Tělesné vrozené postižení</b>
1. Pohlaví	Žena	Žena
2. Věk	81 let	63 let



Otázka	R7 Tělesné získané postižení	R8 Tělesné vrozené postižení
3. Rodinný stav vdaná / ženatý vdovec / vdova po kolika letech nastal rozvod komu bylo svěřeno dítě do péče po kolika letech došlo ke sňatku	Vdova 1 x rozvod, po 11 letech sňatku Dítě bylo svěřeno do péče matce	Svobodná
4. Počet dětí pohlaví plánujete děti jsou Vaše děti zdravé	3 děti 1 dcera, 2 synové  Ano	Žádné děti
5. Typ Vašeho zdravotního postižení	Artróza III. stupně	Dětská mozková obrna
6. Je Vaše postižení vrozené či získané	Získané	Vrozené
7. Příčina Vašeho zdravotního postižení	Věkem	Špatně vedený porod
8. Kolik let trvá Vaše postižení?	2 roky	63 let
9. Nejvyšší dosažené vzdělání formou integrace ve speciální škole.	Základní vzdělání Formou integrace	Vysokoškolské vzdělání Formou integrace od 5. třídy , do 4. třídy vzdělávání doma
10. Jste plně soběstačný/á?	Ne	Ne
11. Jste ekonomicky aktivní?	Ne	Ano
12. Počet obyvatel města ve kterém žijete?	12 000 obyvatel	12 000 obyvatel
13. Využíváte nějaké kompenzační pomůcky? Jaké	Ano, chodítko, berle, koupelnové sedátko	Ano, elektrický vozík
14. Bydlíte ve svém původním domě, nebo jste se musel/a kvůli zdravotnímu postižení stěhovat?	Ne, musela jsem se stěhovat	Ne, musela jsem se stěhovat
15. Má Vaše postižení vliv na uplatnění na trhu práce?	*	Ano, má velký vliv
16. Má Vaše postižení vliv na partnerský život?	Nevím	Ano

Otázka	R7 Tělesné získané postížení	R8 Tělesné vrozené postížení
17. Kolika rozhovorů jste se musel zúčastnit, než jste našel/a zaměstnání?	*	Kolem 5 pohovorů
18. Snažíte se si najít zaměstnání?	*	Ne již mám
19. Dojždíte do zaměstnání?	*	Ne
20. Jste spokojeni s bezbariérovostí Vašeho města?	Částečně	Ne, špatné nájezdy ...
21. Jste spokojeni s místem bydliště, nebo by jste se chtěli přestěhovat?	Spokojena	Spokojena
22. Chtěli by jste raději bydlet ve městě či na vesnici?	Je to jedno	V malém městě
23. Bydlíte ještě s někým ve společné domácnosti?	Ne	Ano, přítel
24. Pomáhá Vám někdo s chodem domácnosti?	Ano, pečovatelky	Přítel, pečovatelky
25. Věnujete se nějakému sportu? Aktivně x pasivně Věnovali jste se nějakému sportu před vznikem postižení? Je nějaký sport, kterému by jste se chtěl/a věnovat, ale kvůli postižení to není možné?	Ne	Fitness
26. Máte sourozence pohlaví starší x mladší Mají sourozenci také zdravotní postižení?	Měla 3 sourozence, 2 bratři zemřeli, jeden zemřel ve 45 letech na rakovinu a druhý v 60 letech na infarkt Žádné zdravotní postižení	Ano Sestra, mladší  Sestra nemá žádné tělesné postižení
27. Mají / měli rodiče zdravotní postižení	Ne	Ne

Otázka	R7 Tělesné získané postižení	R8 Tělesné vrozené postižení
28. Žijí rodiče Ano x ne Na co zemřeli rodiče?	Ne Otec zemřel v 63 letech – nehoda Matka zemřela v 83 letech na stáří	Ne Otec zemřel na rakovinu, matka chvíli po otci
29. Vaše nemocnost? TK, obezita, astma, chřipka.	Zelený zákal, DM, potíže se srdcem a plícemi	Není žádná další nemocnost
30. Jak často navštěvujete lékaře? Praktický lékař Specialista.	Dle potřeby – cca jednou za 2 měsíce Oční, revmatolog, internista, urologie – dle potřeby	Dle potřeby

Vysvětlivky:

\* Je nyní v důchodu.

**Tabulka č. 12 Demografické otázky u R9 a R10 (zdroj: vlastní výzkum)**

Otázka	R9 Tělesné získané postižení	R10 Tělesné získané postižení
1. Pohlaví	Muž	Muž
2. Věk	58 let	30 let
3. Rodinný stav vdaná / ženatý vdovec / vdova po kolika letech nastal rozvod komu bylo svěřeno dítě do péče po kolika letech došlo ke sňatku	Rozvedený, ve 25 letech se ženil; 1 x rozvod po 27 letech Děti byly svěřeny manželce Po 4 letech vztahu uzavřeli manželství	Ženatý    Po 3 letech vztahu uzavřeli manželství

Otázka	R9 Tělesné získané postižení	R10 Tělesné získané postižení
4. Počet dětí pohlaví plánujete děti jsou Vaše děti zdravé	2 děti Dcera 33 let, syn 30 let  Děti nemají žádné zdravotní postižení;	1 dítě Dcera Ještě plánují dítě Dcera je zdravá
5. Typ Vašeho zdravotního postižení	Amputace dolních končetin, nad koleny	Paraplegie
6. Je Vaše postižení vrozené či získané	Získané	Získané
7. Příčina Vašeho zdravotního postižení	Cévní	Autonehoda
8. Kolik let trvá Vaše postižení?	4 roky	2 roky
9. Nejvyšší dosažené vzdělání formou integrace ve speciální škole.	Středoškolské vzdělání bez maturity	Středoškolské vzdělání bez maturity
10. Jste plně soběstačný/á?	Ne	Částečně
11. Jste ekonomicky aktivní?	Ne	Ne
12. Počet obyvatel města ve kterém žijete?	12 000 obyvatel	1 500 obyvatel
13. Využíváte nějaké kompenzační pomůcky? Jaké	Ano Manuální vozík	Ano Manuální vozík, elektrický vozík,
14. Bydlíte ve svém původním domě, nebo jste se musel/a kvůli zdravotnímu postižení stěhovat?	Ne, musel jsem se přestěhovat	Ano, bydlím v původním domě
15. Má Vaše postižení vliv na uplatnění na trhu práce?	Ano, velké	Ano
16. Má Vaše postižení vliv na partnerský život?	Ano	Ne
17. Kolika rozhovorů jste se musel zúčastnit, než jste našel/a zaměstnání?	*	*
18. Snažíte se si najít zaměstnání?	Ne	Zatím ne
19. Dojždíte do zaměstnání?	**	**
20. Jste spokojeni s bezbariérovostí Vašeho města?	Ne	Ne

Otázka	R9 Tělesné získané postížení	R10 Tělesné získané postížení
21. Jste spokojeni s místem bydliště, nebo by jste se chtěli přestěhovat?	Spokojen	Spokojen
22. Chtěli by jste raději bydlet ve městě či na vesnici?	Město	Spíše ve městě
23. Bydlíte ještě s někým ve společné domácnosti?	Ne	Ano, s rodinou
24. Pomáhá Vám někdo s chodem domácnosti?	Pečovatelky	Manželka
25. Věnujete se nějakému sportu? Aktivně x pasivně Věnovali jste se nějakému sportu (koníček) před vznikem postížení? Je nějaký sport, kterému by jste se chtěl/a věnovat, ale kvůli postížení to není možné?	Ne  Rybolov  Cestování	Nyní ne  Aktivně fotbal  Fotbal
26. Máte sourozence pohlaví starší x mladší Mají sourozenci také zdravotní postížení?	Ano, 5 sourozenců 2 sestry, 3 bratři Všichni mladší Ne	Ano Bratr Starší o 2 roky Ne
27. Mají / měli rodiče zdravotní postížení	Ne	Ne
28. Žijí rodiče Ano x ne Na co zemřeli rodiče?	Ne Otec – infarkt, matka interní onemocnění	Ano
29. Vaše nemocnost? TK, obezita, astma, chřipka.	Žádné další nemoci	Nemoci závislé na tělesném postížení;
30. Jak často navštěvujete lékaře? Praktický lékař  Specialista.	1 x za měsíc  Nenavštěvuji	1 x (někdy 2x) za měsíc  Neurolog, urolog,

Vysvětlivky:

\* Nesnažím si najít zaměstnání

\*\* Žádné zaměstnání nemám

## **Kazuistika - respondent 1**

Respondent má 54 let a již 30 let je ženatý. Ke sňatku došlo po dvou letech vztahu. S manželkou nemají žádné děti a toto téma nechtěl více rozvádět. V roce 1988, ve věku 28 let, se u respondenta začal náhle zhoršovat zrak, který vyústil až v praktickou nevidomost. Jako příčinu uvádí radiové ozáření během vojenské služby, kde měl funkci radiolokátora. Přicházel zde do styku s radiovým zářením a lékaři to vidí jako možnou příčinu zrakové postižení, nikoliv jako jedinou. Nejvyšší dosažené vzdělání má středoškolské bez maturity. V době kdy studoval byl ještě bez zrakového postižení a vzdělání tedy proběhlo v běžné škole. Respondent uvádí, že je plně soběstačný. Zvládá vše, ale přiznává, že občas potřebuje kontrolu od manželky při oblékání, neboť si není jistý, zda je oblečení čisté. V období zhoršování zraku stále pracoval jako noční hlídač. Toto zaměstnání mu vyhovovalo a byl v něm spokojen. Postupně se zrak znatelně zhoršil, až byla u respondenta diagnostikována praktická nevidomost. Tato práce pro něj již nebyla vhodná a musel začít uvažovat o změně zaměstnání, a proto se zúčastnil tří pohovorů. Poté si uvědomil, že by pro něj bylo vhodné pracovat jako „masér“. Domnívá se, že toto povolání je ideální pro osoby se zrakovým postižením. Za nejdůležitější považuje dobrou tělesnou kondici a dobrou komunikaci s klienty. Absolvoval potřebné kurzy, vyřízení potřebných dokumentů a začal s podnikáním. Nyní, jak sám říká, je opět díky svému zaměstnání spokojen. Má již stálou klientelu a noví zájemci o jeho služby stále přibývají. Nedokáže si představit situaci, že by neměl práci a seděl doma. Je rád, že zároveň může pomáhat druhým lidem. Toto zaměstnání má vliv na jeho dobrou psychickou pohodu. Myslí si, že zrakové postižení nemá vliv na uplatnění na trhu práce. Uznává, že tyto osoby to mohou mít v dnešní době obtížnější, ale pokud mají vážný zájem, práci si najdou. Taktéž se domnívá, že zrakové postižení nemá vliv na partnerský život. K jeho nejvyužívanějším kompenzačním pomůckám patří především slepecká hůl, čtecí zařízení s hlasovým výstupem a vodící pes. Po 5 let,

kdy vlastní vodícího psa, si již nedovede život bez něj představit. Velmi mu usnadňuje chůzi po městě, cestuje díky němu i do neznámých měst po celé České republice a cítí se s ním velmi bezpečně. Aktivně se věnuje showdownu. Je to hra pro 2 nebo 4 hráče a cílem hry je vstřelit gól do soupeřovi branky. Tento sport je často nazýván jako stolní tenis pro nevidomé a zrakově postižené. Hráči mají většinou ještě na očích neprůhledné brýle, aby byly zajištěny stejné podmínky pro všechny hráče, neboť úroveň zrakového postižení u hráčů může být různá. V míči chraští olovené kuličky a posílá se po hrací desce pomocí podlouhlých dřevěných nebo laminátových pálek. Hrací deska je ohraničena 14 cm vysokým mantinelem. Uprostřed stolu nad mantinely je středová deska. Na každé straně je gólová jamka a pokud se do ní hráč trefí, připsuje si dva body. Dále se věnuje cyklistice na dvojkole. Nevýhodou tohoto sportu je, že je závislý na druhé osobě. Kdyby neměl zrakové postižení, rád by se věnoval sportovní kynologii. Je celkem spokojen s bezbariérovostí města Kyjov a jeho okolí. Myslí si, že spousta věcí by se dala upravit, jsou to především reklamní poutače, stojany na kola a další „maličkosti“, které mohou způsobit osobě se zrakovým postižením komplikace. Díky vodícímu psovi však spousta překážek ani neregistruje. S místem bydliště je nyní velmi spokojen, dává přednost vesnici před městem. V domě bydlí s manželkou, která se stará o chod domácnosti. Do zaměstnání nemusí dojíždět, neboť masérskou činnost vykonává doma. Má o 15 let mladší sestru, která nemá žádné zdravotní postižení. Rodiče žijí a taktéž nemají žádné zdravotní postižení. Respondent nemá žádná vedlejší onemocnění, se kterými by se pravidelně léčil. Lékaře navštěvuje přibližně jednou za dva roky v rámci preventivních prohlídek, pouze specialistu (oftalmologa) navštěvuje dvakrát za rok.

## **Kazuistika - respondent 2**

Respondentka má 37 let a dvanáct let je vdaná. Po čtyřech letech vztahu se s partnerem dohodli na sňatku a po čtyřech letech manželství se jim narodila první dcera. Po třech letech od narození dcery se jim narodila druhá dcera a další děti již neplánují. Obě děti jsou zcela zdravé. Respondentka má vrozené zrakové postižení – úplnou nevidomost. Jako příčinu svého zrakového postižení uvádí respondentka předčasný porod, kdy musela být po narození v inkubátoru a právě tam zřejmě přišla o zrak. Nejvyšší dosažené vzdělání má středoškolské

bez maturity. Základní vzdělání absolvovala ve speciální škole pro zrakově postižené a středoškolské vzdělání v soukromé škole pro zrakově postižené. Paní uvádí, že je plně soběstačná a musí zvládnout i péči o své dvě dcery. Není ekonomicky aktivní. Z kompenzačních pomůcek, které potřebuje ke své každodenní činnosti uvádí zejména slepeckou hůl, počítač s hlasovým výstupem, který často využívá. Dále mluvící hodinky, protože musí mít přehled o čase (např. aby nezapomněla vyzvednout dceru ze školky). Při každodenní činnosti využívá také mluvící kuchyňskou váhu. V domácnosti má rodina k dispozici speciálně upravené společenské hry pro zrakově postižené jedince, aby se mohla, i přes své zrakové postižení, věnovat dětem. Respondentka se nemusela kvůli svému zdravotnímu stavu stěhovat a bydlí stále ve svém původním domě. Domnívá se, že má její zrakové postižení má vliv na uplatnění na trhu práce. V současné době se nesnaží najít si nějaké zaměstnání, neboť je toho názoru, že na současném trhu práce nemá šanci uspět, což dokládá větou: „vždyť ani lidé bez postižení nemají práci“. Taktéž si myslí, že zrakové postižení má mírný vliv partnerský život. Ráda si zahraje se svými přáteli bowling. Žádný jiný sport nevyhledává, neboť ji plně zaměstnává péče o rodinu, která zároveň vyplňuje všechnen volný čas. Není však spokojená s bezbariérovostí města Kyjov a jeho okolí. Spousta věcí je ve městě nevhodně řešených vůči lidem se zrakovým postižením. Jsou to běžné věci, které si osoba bez zrakového postižení ani mnohdy neuvědomuje. S místem bydliště je i přes zmíněné nedostatky spokojena a nepřála by si stěhovat se. Bydlí se svojí rodinou v jedné domácnosti a s péčí o děti a o domácnost jí občas pomáhá manžel. Respondentka má o čtyři roky mladší sestru, která nemá žádné zdravotní postižení. Matka respondentky žije, ale otec zemřel na rakovinu plic. Rodiče taktéž neměli zdravotní postižení. Nemá žádné další nemoci, se kterými by se pravidelně léčila. Praktického lékaře navštěvuje podle potřeby nanejvýš dvakrát za rok a to především s běžnými nemocemi, jako jsou chřipka, angína a podobně. Specialistu navštěvuje přibližně jednou za rok.

### **Kazuistika - respondent 3**

Respondentem je muž ve věku 47 let. V současné době je podruhé rozvedený a nyní žije s přítelkyní. První rozvod nastal po 10 letech a druhý po 7 letech od sňatku. Má dvě vlastní dcery a dvě nevlastní děti. Všechny děti jsou zdravé, nemají žádné zdravotní postižení. Děti byly



po rozvodu svěřeny do péče matky, přesto s nimi často tráví víkendy. Respondent má sluchové vrozené postižení – těžkou nedoslýchavost. Možnou příčinu sluchového postižení nikdo nezná, narodil v termínu ve 42. týdnu těhotenství. Nejvyšší dosažené vzdělání má středoškolské bez maturity – je vyučen v oboru zámečnick. Vzdělání, základní i střední, probíhalo ve speciální škole pro sluchově postižené. Je plně soběstačný a zvládne se postarat i o děti. Při své každodenní činnosti využívá kompenzační pomůcky jako – signalizační zvonek, naslouchadlo, vibrační budík, počítač. Stále bydlí ve svém původním domě. V současné době žádné zaměstnání nemá, nepracuje již deset let a nedokáže říct, jestli má jeho postižení vliv na uplatnění na trhu práce. Nyní se nesnaží zaměstnání si najít. Ve volném čase se věnuje cyklistice a plavání. Říká, že není žádný sport, který by si přál dělat, ale kvůli sluchovému postižení by nemohl. Je spokojen s bezbariérovostí města Kyjov a jeho okolí, stejně jako s místem bydliště a nedokáže si představit, že by se měl stěhovat někam jinam. Pokud by si mohl vybrat, volil by z varianty město či vesnice, malé městečko. Bydlí ve společné domácnosti s přítelkyní, nevlastními dcerami a s jeho vlastními dcerami, pokud je má ve své péči. Zvládá péči sám o sebe a také chod domácnosti. Má dvě starší sestry, o deset a osm let. Sestry ani jeho rodiče nemají žádné zdravotní postižení. Je po operaci, kde mu byla provedena plastika ledvin, ale žádné další nemoci jej netrápí. Praktického lékaře navštěvuje jen výjimečně, většinou v rámci preventivní prohlídky. Navštěvuje jednou za rok urologa.

#### **Kazuistika - respondent 4**

Paní má 33 let, je 3 roky vdaná. Sňatek uzavřeli po 14 letech vztahu. Manželé mají tříletou dceru, která nemá žádné zdravotní postižení a do budoucna plánují ještě minimálně jedno dítě. Respondentka má vrozenou sluchovou vadu – hluchotu. Příčinu svého sluchového postižení nezná. Nejvyšší dosažené vzdělání má pouze základní, které probíhalo formou integrace. Je ráda, že vzdělání proběhlo touto cestou. Nedokáže si totiž představit, že by se měla vzdělávat ve speciální škole. Je plně soběstačná a zvládá i péči o svou dceru. Využívá kompenzační pomůcky, které jí velmi pomáhají v každodenních činnostech. Jsou to především naslouchadlo, vibrační budík, signalizační zvonek. Bydlí stále ve svém původním domě a je ráda, že se ještě nemusela stěhovat. Dává přednost bydlení ve městě, než na vesnici. Myslí si, že její sluchové

postižení nemá vliv na uplatnění na trhu práce. Přesto uvádí, že musela absolvovat přibližně kolem 15 až 20 pohovorů, než jí byla nabídnuta práce. Momentálně pracuje jako dělnice a do zaměstnání nedojíždí, neboť se nachází v místě bydliště. Domnívá se, že její sluchové postižení nemá vliv na její partnerský život. S manželem si velmi rozumí, přestože nemá žádné zdravotní postižení. Ve volném čase se věnuje cyklistice. Kdyby neměla sluchové postižení, ráda by se věnovala střelbě, což je její sen, ale se sluchovým postižením se tohoto sportu obává. Je spokojená s bezbariérovostí města a nenapadá jí co by mohla vytknout. Žije ve společné domácnosti s rodinou a její matkou. Respondentka má ještě mladší sestru, která nemá žádné zdravotní postižení a rodiče také nemají žádné zdravotní postižení. Nemá žádná vedlejší onemocnění. Praktického lékaře navštěvuje jen při běžných nemocech a to přibližně dvakrát za rok. Žádného specialistu nenavštěvuje.

## **Kazuistika - respondent 5**

Muž se sluchovým vrozeným postižením má 26 let a je svobodný. Děti nemá, ale určitě s nimi v budoucnu počítá. Říká, že teď má ještě na děti čas. Respondent má těžkou nedoslýchavost, jeho postižení je vrozené, ale nezná příčinu postižení. Nejvyšší dosažené vzdělání má středoškolské bez maturity. Základní vzdělání absolvoval ve speciální škole ale středoškolské formou integrace. Uvádí, že je zcela soběstačný a ekonomicky aktivní již několik let. Absolvoval jeden pracovní pohovor a nyní pracuje v chráněné dílně, ve které je velmi spokojen. Do zaměstnání každý den dojíždí. Z kompenzačních pomůcek využívá nejvíce signalizační zvonek a sluchadlo. Je přesvědčený, že jeho postižení nemá vliv na uplatnění na trhu práce ani na partnerský život. V současné době nemá přítelkyni, ale nemyslí si, že by to bylo vlivem jeho zdravotního postižení. Ve volném čase se věnuje fotbalu a kuželkám. Je spokojen s bezbariérovostí města Kyjov a jeho okolí. Bydlí s rodiči v jedné domácnosti. Má ještě starší sestru, nemá žádné zdravotní postižení. Matka má však rovněž sluchovou vadu. Respondent neuvádí žádné další nemoci, se kterými by se pravidelně léčil. Praktického lékaře navštěvuje pouze při běžných nemocech jako je chřipka a podobně. Žádného specialistu nenavštěvuje.

## **Kazuistika - respondent 6**

Muž se sluchovým postižením má 40 let. Je svobodný a nikdy nebyl ženatý. Nemá žádné děti. Respondent je neslyšící a své sluchové postižení získal v jednom roce věku. Jedná se tedy o získané sluchové postižení. Přesnou příčinu svého postižení nezná, ale lékaři se domnívají, že sluchové postižení může mít neurologický původ. Základní i středoškolské vzdělání bez maturity získal ve speciální škole. Je plně soběstačný, s chodem domácnosti respondentovi občas pomáhá matka, se kterou bydlí ve společné domácnosti. Z kompenzačních pomůcek využívá především vibrační budík a signalizační zvonek. Je rád, že se kvůli sluchovému postižení nemusel stěhovat. Domnívá se, že jeho sluchové postižení nemá vliv na uplatnění se na trhu práce ani na partnerský život. Je ekonomicky aktivní a před získáním zaměstnání se účastnil se 3 pohovorů. Do zaměstnání nedojíždí, práci má v místě bydliště. Ve volném čase se rád věnuje fotbalu a cyklistice. S bezbariérovostí města Kyjov a jeho okolí je spokojen. Je také spokojen se současným místem bydliště a nemá v nejbližší době v plánu se stěhovat. Respondent uvádí, že mu nezáleží na tom, zda bydlí ve městě nebo na vesnici. Svě budoucí bydliště by volil podle konkrétní situace (rodina, přátelé, práce, apod.). Má jednoho staršího bratra, který nemá žádné zdravotní postižení. Otec zemřel na cévní mozkovou příhodu, rodiče neměli žádné zdravotní postižení. Nevzpomíná si na žádná onemocnění, se kterými by se pravidelně léčil. Uvádí pouze běžné sezónní nemoci, jako je chřipka, angína atd. Praktického lékaře navštěvuje pouze v případě nutnosti, snaží se těmto nemocem předcházet dostupnými prostředky. Jednou za půl roku navštěvuje neurologa.

## **Kazuistika - respondent 7**

Žena s tělesným, získaným postižením má 81 let. V 21 letech se po třech letech vztahu provdala, ale po jedenácti letech manželství nastal k rozvod. Všechny tři děti (dcera a dva synové) byly po rozvodu svěřeny do péče matky. Děti jsou zdravé a nemají žádné zdravotní postižení. Respondentka má artrózu třetího stupně a zelený zákal. Toto postižení získala v průběhu života a k největšímu zhoršení došlo v uplynulých dvou letech. Nejvyšší dosažené vzdělání má základní. Z důvodu svého tělesného postižení není plně soběstačná. S péčí

o ní jí pomáhají především pečovatelky, jelikož respondentka bydlí v domově s pečovatelskou službou. Protože je v důchodovém věku, pobírá starobní důchod. Vzhledem ke svému zdravotnímu stavu využívá často kompenzační pomůcky, zejména chodítko, díky kterému se může volně pohybovat po domově, dále berle a koupelnové sedátko. Kvůli věku a zejména kvůli zdravotnímu stavu se musela přestěhovat ze svého původního domu do domova s pečovatelskou službou. Venku se sama nepohybuje, pouze pokud musí navštívit lékaře a to ji doprovází sanitka. Nemůže posoudit situaci bezbariérovosti města Kyjov a okolí. Bydlí sama v domě s pečovatelskou službou a je zde velmi spokojená. Pečovatelky ženě pomáhají s chodem domácnosti a také s péčí o ni. Měla tři sourozence (jedna sestra a dva bratři), z nichž dva bratři zemřeli na infarkt a rakovinu (ve věku 45let a 60 let). Všichni sourozenci byli mladší a neměli žádné zdravotní postižení. Otec zemřel v 63 letech při dopravní nehodě a matka v 83 letech, ale přesnou příčinu úmrtí matky respondentka nezná. U respondentky je již zvýšená nemocnost – léčí se především se srdcem, plícemi (konkrétní názvy nemocí neví), zeleným zákalem a DM. Praktického lékaře navštěvuje dle potřeby, přibližně jednou až dvakrát za měsíc. Ze specializovaných lékařů navštěvuje především oftalmologa, revmatologa, internistu a urologa. Většinou jednou za dva měsíce.

## **Kazuistika - respondent 8**

Respondentkou je svobodná žena ve věku 63 let. Nikdy nebyla vdaná a nemá žádné děti. Má vrozené tělesné postižení – dětskou mozkovou obrnu. Jako příčinu svého postižení uvádí špatně vedený porod. Nejvyšší dosažené vzdělání má vysokoškolské. Vzdělání u respondentky probíhalo od 4. třídy základní školy formou integrace. Do 4. třídy byla vzdělávána v domácím prostředí, kde ji učila matka a do školy docházela pouze na přezkoušení. Je ekonomicky aktivní. V roce 1995 učinila všechny kroky pro to, aby se mohla stát OSVČ. Pracuje v domácím prostředí jako účetní. Za tuto možnost je velmi vděčná a váží si jí. Ví, že je těžké najít si v dnešní době práci. Uvádí, že její tělesné postižení má velký vliv na uplatnění na trhu práce. Domnívá se, že před rokem 1989 bylo mnohem jednodušší najít si práci. se musela stěhovat. Po úmrtí rodičů nemohla kvůli svému zdravotnímu stavu sama bydlet v rodinném domě, a proto se přestěhovala do domova s pečovatelskou službou, kde nyní bydlí. Také uvádí, že její postižení má velký vliv

na partnerský život. V současné době bydlí s přítelem, se kterým se zná již pár let. Partner jí velmi pomáhá s chodem domácnosti a s péčí o ni. S chodem domácnosti a s péčí o ní jí pravidelně pomáhají také pečovatelky. K nejdůležitějším kompenzačním pomůckám řadí elektrický vozík. Není spokojena s bezbariérovostí města Kyjov, ale uznává, že se situace alespoň trochu zlepšila. Většina obchodů je již přístupná i pro vozíčkáře a také většina veřejných míst je již bezbariérová. Stále však nejsou vhodně řešeny např. nájezdy, které jsou často pro vozíčkáře pod nevyhovujícím sklonem. Má mladší sestru, která nemá žádné zdravotní postižení. Otec zemřel na rakovinu a matka zemřela krátce po otci bez zjištěného závažného onemocnění. Rodiče neměli žádné zdravotní postižení. S dalšími vedlejšími nemocemi se respondentka neléčí. Praktického lékaře navštěvuje pouze v rámci preventivních prohlídek.

### **Kazuistika - respondent 9**

Muž, 58 let je rozvedený, sňatek uzavřel ve 25 letech a po 27 letech manželství došlo k rozvodu (nyní je šest let rozvedený). Má 2 děti, dceru 33 let a syna 30 let. Obě děti jsou bez zdravotního postižení. Respondent má po amputaci obou dolních končetin, kdy nejprve před čtyřmi lety přišel o pravou dolní končetinu a za dva roky poté i o levou dolní končetinu. Má tedy získané tělesné postižení, které trvá čtyři roky. Nejvyšší dosažené vzdělání má středoškolské vzdělání bez maturity. Je vyučen jako opravář zemědělských strojů a toto vzdělání absolvoval v běžné škole. V důsledku svého tělesného postižení není soběstačný. S péčí mu pomáhají pečovatelky, které mu denně přicházejí pomáhat. Není ekonomicky aktivní a nespĺňuje podmínky pro přiznání invalidního důchodu. Uvádí, že jeho tělesné postižení má výrazný vliv na uplatnění na trhu práce. V současné době se ani nesnaží najít si práci a jeho postižení má také vliv na partnerský život. Před vznikem postižení se věnoval rybolovu. Rád by cestoval, ale v důsledku svého tělesného postižení to není možné. Kvůli svému zdravotnímu stavu se musel před čtyřmi lety stěhovat ze svého původního domu do domova s pečovatelskou službou. Zde mu pomáhají pečovatelky s péčí o něj i s chodem domácnosti. Nyní je spokojen s místem bydliště, není ale spokojen s bezbariérovostí města Kyjov. Má celkem pět sourozenců (tři bratry a dvě sestry) všichni sourozenci jsou mladší a nemají žádné zdravotní postižení. Rodiče již nežijí, otec zemřel

na infarkt a matka na interní onemocnění (konkrétní příčinu úmrtí nezná). Lékaře navštěvuje jednou za měsíc.

## **Kazuistika - respondent 10**

Muž ve věku 30 let, je čtyři roky ženatý. Manželství uzavřel ve svých 26 letech, po třech letech vztahu. Má tříletou dceru a s manželkou plánují do budoucna ještě dítě, pokud to zdravotní stav respondenta dovolí. V roce 2011 měl autonehodu, kde na pozici spolujezdce utrpěl vážná zdravotní zranění. Při nárazu došlo k úplnému přetržení míchy, v oblasti 7. hrudního obratle, pneumotoraxu a rozdrčení téměř celého hrudního koše. Získané tělesné postižení nyní trvá dva roky. Uvádí, že nejhorší období bylo v rehabilitačním ústavu, kde strávil šest měsíců a byl příliš vzdálen od své rodiny. Nyní bydlí se svojí rodinou a se svými rodiči v rodinném domě. Je částečně soběstačný, snaží se spoustu věcí si zajistit sám, přesto však v některých věcech potřebuje pomoc manželky. Bydlí v původním domě, který musel projít významnou rekonstrukcí. Nyní není ekonomicky aktivní, ale v budoucnu by si přál najít nějaké vhodné zaměstnání. Nejvyšší dosažené vzdělání má středoškolské bez maturity. Z kompenzačních pomůcek nejvíce využívá manuální vozík, bez kterého si již den nedokáže představit, dále vlastní elektrický vozík, vertikalizátor, schodišťové plošiny atd. Myslí si, že jeho tělesné postižení bude mít vliv na uplatnění na trhu práce. Uvádí však, že jeho postižení nemá vliv na jeho partnerský život. Před vznikem zdravotního postižení se aktivně věnoval fotbalu. Je spokojen s bezbariérovostí města Kyjov, ale spousta věcí by zde šla vylepšit (např. špatně jsou řešeny nájezdy). Má o dva roky staršího bratra, který nemá žádné zdravotní postižení a rodiče také nemají žádné zdravotní postižení. Respondent se často léčí s nemocemi spojenými s tělesným postižením – záněty močových cest atd. Specializovaného lékaře navštěvuje přibližně jednou za měsíc (urolog, neurolog) a praktického lékaře většinou jednou za dva měsíce.

### 3.2.2 Zhodnocení výzkumu

Při zhodnocení výzkumu využíváme přehledných tabulek a grafů, které jsou užitečným prostředkem, jak přiblížit vztahy mezi kategoriemi. Na základě výsledků výzkumného šetření prostřednictvím strukturovaného rozhovoru jsme získali následující informace. Při zhodnocování výzkumu jsme vycházeli ze základních demografických otázek.

**Tabulka č. 13 Respondenti v produktivním věku podle ekonomické aktivity (zdroj: vlastní výzkum)**

<b>Respondenti v produktivním věku</b>	<b>Zaměstnání</b>	<b>Respondent s postižením</b>	<b>Typ postižení</b>
R1 (Muž)	ANO	Zrakovým	Získané
R2 (Žena)	NE	Zrakovým	Vrozené
R3 (Muž)	NE	Sluchovým	Vrozené
R4 (Žena)	ANO	Sluchovým	Vrozené
R5 (Muž)	ANO	Sluchovým	Vrozené
R6 (Muž)	ANO	Sluchovým	Získané
R8 (Žena)	ANO	Tělesným	Vrozené
R9 (Muž)	NE	Tělesným	Získané
R10 (Muž)	NE	Tělesným	Získané

Z dotazovaných je v produktivním věku 9 respondentů, 5 respondentů je ekonomicky aktivních. 4 respondenti zaměstnání nemají, R10 a R3 si přejí v budoucnu pracovat. Respondent 9 nemá zájem pracovat a R2 uvádí podle situace.

**Tabulka č. 14 Respondenti podle rodinného stavu (zdroj: vlastní výzkum)**

<b>Respondenti (věk)</b>	<b>Rodinný stav</b>	<b>Respondent s postižením</b>	<b>Typ postižení</b>
R1 (54)	Ženatý	Zrakovým	Získané
R2 (37)	Vdaná	Zrakovým	Vrozené
R3 (47)	Rozvedený	Sluchovým	Vrozené
R4 (33)	Vdaná	Sluchovým	Vrozené
R5 (26)	Svobodný	Sluchovým	Vrozené
R6 (40)	Svobodný	Sluchovým	Získané
R7 (81)	Ovdovělá	Tělesným	Získané
R8 (63)	Svobodná	Tělesným	Vrozené
R9 (58)	Rozvedený	Tělesným	Získané
R10 (30)	Ženatý	Tělesným	Získané

Při výzkumném šetření bylo zjištěno, že jsou ženatí 2 muži se zdravotním postižením. R1, který je ženatý 30 let, manželství uzavřeli ještě před vznikem zrakového postižení. Dále R10, který v době vzniku svého tělesného postižení byl již 3 roky ženatý. Z oslovených respondentů jsou vdané 2 ženy. R2 je vdaná 12 let. 2 respondenti jsou rozvedení, R3 je dokonce dvakrát rozvedený z manželství má 2 děti. R9 se rozvedl po 27 letech manželství, ve svých 52 letech, v době, kdy neměl žádné zdravotní potíže, ty nastaly 2 roky poté. Respondenti 5,6 a 9 jsou svobodní. Pouze jedna respondentka je ovdovělá a to R7 s tělesným získaným postižením.



**Tabulka č. 15 Respondenti podle nejvyššího dosaženého vzdělání (zdroj: vlastní výzkum)**

<b>Respondenti</b>	<b>Nejvyšší dosažené vzdělání</b>	<b>Respondent s postižením</b>	<b>Typ postižení</b>
R1	Středoškolské vzdělání bez maturity	Zrakovým	Získané
R2	Středoškolské vzdělání bez maturity	Zrakovým	Vrozené
R3	Středoškolské vzdělání bez maturity	Sluchovým	Vrozené
R4	Základní vzdělání	Sluchovým	Vrozené
R5	Středoškolské vzdělání bez maturity	Sluchovým	Vrozené
R6	Středoškolské vzdělání bez maturity	Sluchovým	Získané
R7	Základní vzdělání	Tělesným	Získané
R8	Vysokoškolské vzdělání	Tělesným	Vrozené
R9	Středoškolské vzdělání bez maturity	Tělesným	Získané
R10	Středoškolské vzdělání bez maturity	Tělesným	Získané

Z výzkumného šetření vyplývá, že dva respondenti mají pouze základní vzdělání (R7 s tělesným získaným postižením a R4 se sluchovým vrozeným postižením). Nejvíce respondentů má středoškolské vzdělání bez maturity a to sedm respondentů. Pouze jedna respondentka má vysokoškolské vzdělání (R8 s tělesným vrozeným postižením).

## 4 DISKUZE

Cílem této kapitoly je krátké porovnání výzkumného šetření, kterého se účastnilo 10 osob se zdravotním postižením z regionu Kyjovsko a výsledků šetření o zdravotně postižených osobách v České republice za rok 2007.

Na základě stanoveného obecného cíle diplomové práce (viz kapitola 1), byly vytvořeny následující dílčí cíle, které se ztotožňují s výzkumnými problémy.

Záměrem výzkumného problému č. 1 bylo zmapovat demografickou situaci v regionu Kyjovsko u osob se zdravotním postižením. Pro realizaci tohoto výzkumného problému nám nebylo umožněno získat potřebná data od Úřadu práce v Kyjově. Cílem tohoto problému bylo získat konkrétní počty o osobách se zdravotním postižením (tzn. kolik se nachází těchto osob v regionu Kyjovsko u jednotlivých typů postižení, jejich věk, rodinný stav, zastoupení osob se zdravotním postižením v jednotlivých obcích). Tyto získané informace by sloužily k porovnání informací s Českou republikou u osob se zdravotním postižením, které jsou uvedeny v teoretické části diplomové práce.

Výzkumný problém č. 2 zjišťoval základní demografické údaje od osob se zdravotním postižením v regionu Kyjovsko. Tyto údaje byly získány od 10 respondentů se zdravotním postižením v regionu Kyjovsko. Výsledky výzkumu poukazují zejména na nedostatečnou vzdělanost osob se zdravotním postižením v regionu Kyjovsko. Obdobné výsledky jsou i v rámci celé České republiky, kde je vzdělanost u těchto osob horší než v populaci jako celku. Tato situace je stejná ve většině vyspělých zemích. Třetina mužů se zdravotním postižením v ČR má pouze základní vzdělání, druhou nejpočetnější skupinu tvoří muži se středoškolským vzděláním bez maturity. Nižší vzdělání a kvalifikace je výrazný handicap i u osob bez zdravotního postižení, jelikož klesá poptávka po nekvalifikovaných pracovnících (Národní rada [online]).

Mezi ženami jsou více než dvě pětiny se základním vzděláním (45 %) a jedna pětina (21 %) s úplným středním vzděláním s maturitou. Vysokoškolské vzdělání dosáhlo 8 % mužů a 5 % žen se zdravotním postižením.

Další zkoumanou oblastí u osob se zdravotním postižením v regionu Kyjovsko byl rodinný stav. Podrobné výsledky jsou uvedeny v tab. č. 14. Respondenti podle rodinného stavu. Rozložení rodinného stavu ve výzkumném šetření bylo pestré – 2 muži byli ženatí, 2 ženy byly

vdané, 2 muži byli rozvedeni, 1 žena a 2 muži byli svobodní a 1 žena ovdovělá. Struktura populace u osob se zdravotním postižením podle rodinného stavu se v ČR oproti celkové populaci vyznačuje především nižším podílem vdaných a ženatých jednotlivců. Podíl rozvedených mezi osobami se zdravotním postižením v ČR je vyšší u žen, stejně jako v celé populaci. Muži zřejmě častěji než ženy po rozvodu uzavírají nový sňatek. S věkem se zastoupení rozvedených osob v populaci i ve skupině u osob se zdravotním postižením snižuje, což souvisí s nižší mírou rozvodovosti u starších generací.

Ekonomická aktivita může být u osob se zdravotním postižením ovlivněna několika faktory (např. aktuální situace na pracovním trhu, úsilí sociální politiky). Přístup na pracovní trh je ovlivněn také celkovými fyzickými a sociálními podmínkami (např. odstranění fyzických bariér, sociální odpovědnost zaměstnavatelů). Ekonomicky aktivní v České republice jsou více muži se zdravotním postižením než ženy (60 % mužů a 40 % žen). Nejproduktivnější věkovou skupinou osob se zdravotním postižením v ČR jsou u obou pohlaví lidé v rozmezí 45 - 59 let (Národní rada [online]). Ve výzkumném šetření, které bylo provedeno v rámci praktické části diplomové práce, bylo zjištěno, že 2 respondentky ze 3 a 3 respondenti ze 6 z regionu Kyjovsko jsou ekonomicky aktivní.

Předpokladem výzkumného problému č. 3. bylo provést rozbor získaných informací z rozhovoru u osob se zdravotním postižením v regionu Kyjovsko. Tento cíl byl naplněn prostřednictvím kazuistik u jednotlivých respondentů.

## 5 ZÁVĚR

Často můžeme slyšet o vyrovnávání příležitostí všech občanů. Lidé se zdravotním postižením tvoří silně diferencovanou skupinu a jsou ovlivňováni přítomností postižení. Jejich začleňování do společnosti narušují přetrvávající bariéry ve společenském prostředí a mohou jim způsobovat složité handicap. Tato situace si vyžaduje komplexní řešení a detailní prozkoumání problematiky osob se zdravotním postižením. Osoby se zdravotním postižením si nejčastěji přejí vyrovnané příležitosti zejména v oblasti vzdělání, pracovního uplatnění, bydlení, soukromého a rodinného života, ve zdravotní péči a v sociální a právní ochraně.

Osoby se zdravotním postižením často v hledání zaměstnání odrazuje současná situace na trhu práce. Domnívají se, že i lidé bez zdravotního postižení hůře hledají zaměstnání. U osob se zdravotním postižením často převažuje pouze základní vzdělání nebo střední vzdělání bez maturity. Nižší vzdělání a kvalifikace je výrazný handicap i u osob bez zdravotního postižení, jelikož klesá poptávka po nekvalifikovaných pracovnících. Proto by vzdělávání u osob se zdravotním postižením měla být věnována velká pozornost. Pedagogové by měli být lépe připraveni na příchod žáka se zdravotním postižením.

Pro osoby se zdravotním postižením je důležitá co největší samostatnost, soběstačnost a nezávislost včetně svobody volby. Pro dosažení těchto potřeb využívají osoby se zdravotním postižením kompenzační pomůcky, které se výrazně liší podle typu postižení. Ze všech typů postižení využívají kompenzační pomůcky nejvíce právě osoby s tělesným, zrakovým a sluchovým postižením.

Rodina má pro osobu se zdravotním postižením velkou roli, stává se oporou v těch nejtěžších chvílích. Často je právě pro osobu se zdravotním postižením rodina jediným smyslem života.

V diplomové práci byl vytvořen obecný cíl (viz kapitola 1), ze kterého vycházeli dílčí cíle, ty jsou totožné s výzkumnými problémy.

Cílem výzkumného problému č. 1 bylo zmapovat demografickou situaci v regionu Kyjovsko u osob se zdravotním postižením. Tento cíl nebyl splněn, jelikož nám nebylo umožněno získat potřebná data od Úřadu práce v Kyjově.

Výzkumný problém č. 2 zjišťoval základní demografické údaje od deseti respondentů se zdravotním postižením v regionu Kyjovsko. Tento cíl se prostřednictvím dotazování podařilo splnit. Výsledky šetření poukázali zejména na nedostatečnou vzdělanost osob se zdravotním postižením v regionu Kyjovsko.

Cílem výzkumného problému č. 3 bylo provést rozbor získaných informací z rozhovorů u osob se zdravotním postižením v regionu Kyjovsko. Tento cíl se byl vykonán prostřednictvím kazuistik u respondentů se zdravotním postižením z regionu Kyjovsko.

Tato diplomová práce může sloužit sociálním pracovníkům při práci s osobami se zdravotním postižením. Taktéž může být přínosem i pro samotné osoby se zdravotním postižením.

## 6 SOUHRN

Klíčová slova: demografie, Kyjovsko, osoba se zdravotním postižením

V diplomové práci jsou popsány základní demografické procesy a osoby se zdravotním postižením. Do výzkumného šetření byli zapojeny jen osoby se zrakovým, sluchovým a tělesným postižením. Proto i v teoretické části jsou popsány jen výše zmíněné osoby se zdravotním postižením. V teoretické části jsou také uvedeny základní demografické údaje regionu Kyjovsko.

V praktické části byly prostřednictvím strukturovaného rozhovoru zjištěny demografické údaje od osob se zdravotním postižením v regionu Kyjovsko. Jednalo se zejména o rodinný stav, nejvyšší dosažené vzdělání, pracovní uplatnění, spokojenost s bezbariérovostí města atd. Výzkumu se účastnilo 10 osob se zdravotním postižením.

Zajímavým zjištěním je, že většina oslovených respondentů má pouze středoškolské vzdělání bez maturity. Z 10 dotazovaných má uvedené vzdělání 7 respondentů, 2 respondenti mají dokonce jen základní vzdělání. Pouze jeden respondent má vysokoškolské vzdělání. Vzdělání u těchto osob by mělo být více podporováno.

## **SUMMARY**

Keywords: Demography, Kyjovsko region, handicapped person,

In this thesis the basic demographic processes and handicapped persons are being described. In the research investigation were involved only handicapped persons, or persons either with visual or hearing impairment. That is the reason why in the theoretical part even these handicapped persons were described. There are also mentioned the basic demographic datas from region Kyjovsko.

In the practical part, the demographical datas were gauner from the handicapped persons in this region. It was mainly family status, the highest achieved education, the employment status, satisfaction with the wheel chair accesible charakter of the town, etc. There were 10 handicapped persons involved.

The interesting fact is, that the majority of repondents have only secondary school education. From 10 of repondents have this kind of education seven of them, 2 respondents have only basic education. One respondent has university education.

Education of these persons should be more supported.

## 7 REFERENČNÍ SEZNAM

### 7.1 Seznam použité literatury

1. BUŘVALOVÁ, D., REITMAYEROVÁ, E. *Tělesně postižený*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. 24 s. ISBN 978-80-86991-21-4.
2. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Sčítání lidu, domů a bytů 2011*. [online cit. 2013-5-2]. Dostupné z: <http://www.czso.cz/sldb2011/redakce.nsf/i/home>
3. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Statistická ročenka Jihomoravského kraje 2012* [online cit. 2013-15.2]. Dostupné z: [http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/krajkapitola/641011-12-r\\_2012-27](http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/krajkapitola/641011-12-r_2012-27)
4. GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. 207 s. ISBN 80-85931-79-6.
5. FINKOVÁ, D. *Rozvoj hapticko-taktilního vnímání osob se zrakovým postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. Pedagogická fakulta, 2011. 119 s. ISBN 978-80-244-2742-3.
6. FISCHER, S., ŠKODA, J. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se somatickým a sociálním znevýhodněním*. Praha: Triton, 2008. 205 s. ISBN 978-80-7387-014-0.
7. FLICK, U. *Qualitative Forschung: Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften*. Reinbek: Rowohlt, 1995. 317 s. ISBN 3-499-55546-8.
8. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace*. 2 vyd. Praha: Portál, 2008. 408 s. ISBN 978-80-7367-485-4.
9. HORÁKOVÁ, R. *Sluchové postižení: úvod do surdopedie*. Praha: Portál, 2012. 159 s. ISBN 978-80-262-0084.
10. HOUDKOVÁ, Z. *Sluchové postižení u dětí – komplexní péče*. Praha: Triton, 2005. 117 s. ISBN 80-7254-623-6.
11. JAKOBOVÁ, A. *Komplexní péče o děti s tělesným a kombinovaným postižením*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2011. 102 s. ISBN 978-80-7368-945-2.
12. KALIBOVÁ, K. et al. *Demografie (nejen) pro demografy*. 2.vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1998. 128 s. ISBN 80-85850-30-3.



13. KLUFŮVÁ, R., POLÁKOVÁ, Z. *Demografické metody a analýzy: demografie české a slovenské populace*. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2010. 306 s. ISBN 978-80-7357-546-5.
14. KNAUSOVÁ, I. *Základy demografie II. 1*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. Pedagogická fakulta, 2008. 48 s. ISBN 978-80-244-2173-5.
15. KUDLÁČEK, M. Svět dětské mozkové obrny: nahlížení vlastního postižení v průběhu socializace. Praha: Portál, 2012. 186 s. ISBN 978-80-262-0178-6.
16. KRAUS, J. et al. *Dětská mozková obrna*. Praha: Grada, 2005. 344 s. ISBN 80-247-1018-8.
17. *Kyjov*. Město Kyjov, 2011, 102 s. ISBN 978-80-254-9764-7.
18. LUDÍKOVÁ, L. *Tyflopedie – Andragogika*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. Pedagogická fakulta, 2006. 47 s. ISBN 80-244-1191-1.
19. LUDÍKOVÁ, L., SOURALOVÁ, E. *Speciální pedagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. 44 s. ISBN 80-244-1213-6.
20. MAYRING, P. *Einführung in die qualitative Socialforschung: Eine Anleitung zu qualitativem Denken*. München: Psychologie Verlag Union, 1990. 126 s. ISBN 3-621-27095-7.
21. MICHALÍK, J. et al. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál, 2011. 512 s. ISBN 978-80-7367-859-3.
22. MONITORING A EVALUACE POTŘEB. *Monitoring a evaluace potřeb u OZP*. [online cit. 2013-18-2]. Dostupné z:  
[http://www.mopo-cz.eu.cz/monitoring a evaluace potreb u OZP](http://www.mopo-cz.eu.cz/monitoring_a_evaluace_potreb_u_OZP)
23. MORAVCOVÁ, D. *Zraková terapie slabozrakých a pacientů s nízkým vizem*. Praha: Triton, 2004. 203 s. ISBN 80-7254-476-4.
24. MUŽÁKOVÁ, K. *Demografie*. Brno: Vysoká škola Karla Engliše, 2010. 91 s. ISBN 978-80-86710-24-2.
25. NÁRODNÍ RADA OSOB SE ZDRAVOTNÍM. POSTIŽENÍM ČR. *Vybrané statistické údaje o OZP z roku 2007* [online cit. 2013-23-2]. Dostupné z:  
[http://www.nrzp.cz/dokumenty/Vybrane\\_statisticke\\_udaje\\_OZP\\_2007.pdf](http://www.nrzp.cz/dokumenty/Vybrane_statisticke_udaje_OZP_2007.pdf)
26. NEMOCNICE KYJOV. [online cit. 2013-5-2]. Dostupné z:  
<http://www.nemkyj.cz/charakteristika-nemocnice>

27. NOVOSAD, L., NOVOSADOVÁ, M. Ucelená rehabilitace lidí se zdravotním, zejména somatickým postižením: uvedení do problematiky. Liberec: Technická univerzita, 2000.
28. OPATŘILOVÁ, D., ZÁMEČNÍKOVÁ, D. *Somatopedie*. Brno: Paido, 2007. 123 s. ISBN 978-80-7315-137-9.
29. PATTON, M. Q. *Qualitative evaluation and research methods*. 2. vyd. Newbury Park and London: Sage, 1990. 532 s. ISBN 0-8039-3779-2.
30. PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 2006. 404 s. ISBN 80-7315-120-0.
31. PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J. *Pedagogický slovník*. Praha: Portál, 2003. 322 s. ISBN 80-7178-772-8.
32. RENOTIÉROVÁ, M., BENDO VÁ, P. *Somatopedie pro výchovné pracovníky*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. 56 s. ISBN 80-2441-097-4.
33. RENOTIÉROVÁ, M. *Somatopedické minimum*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2003. 87 s. ISBN 80-244-0532-6.
34. SOURALOVÁ, E. *Základy surdopedie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. 56 s. ISBN 978-80-244-2619-8.
35. STŘEDNĚDOBÝ PLÁN ROZVOJE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB NA KYJOVSKU DO ROKU 2012. *Komunitní plán*. Město Kyjov, 2010, 147 s.
36. ŠPAČKOVÁ, K. et al. *Základy oftalmologie pro speciální pedagogy*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. 149 s. ISBN 978-80-244-3059-1.
37. VALIŠOVÁ, A., KASÍKOVÁ, H. *Pedagogika pro učitele*. Praha: Grada, 2007. 402 s. ISBN 978-80-247-1734.
38. VÍTKOVÁ, M. *Somatopedické aspekty*. Brno: Paido, 2006. 302 s. ISBN 80-7315-134-0. 58 s. ISBN 80-7083-383-1.
39. VYSOKAJOVÁ, M. *Hospodářské, sociální, kulturní práva zdravotně postižených*. Praha: Karolinum, 2000, 139 s. ISBN 80-246-0057-9.

## **7.2 Seznam použitých symbolů a zkratek**

% - procent

cca - přibližně

atd. – a tak dále

DMO – dětská mozková obrna

OSVČ – osoba samostatně výdělečně činná

apod. – a podobně

DM – diabetes mellitus

SPC – speciálně-pedagogické centrum

OSN – Organizace spojených národů

ČR – Česká republika

CNS – centrální nervový systém

R1 – R10 – respondent 1 až respondent 10

### 7.3 Seznam obrázků a grafů

Obrázek č.1 Mapa regionu Kyjovsko	s. 41
Graf č. 1 Podíl živě narozených mimo manželství (v %), 2001-2011	s. 12
Graf č. 2 Míry potratovosti podle věku ženy a druhu potratu I, 2001-2011	s. 14
Graf č. 3 Pravděpodobnost uzavření prvního sňatku podle věku, 2001-2011	s. 15
Graf č. 4 Rozvody podle vybraných příčin rozvratu manželství, 2001-2011	s. 16
Graf č. 5 Zahraniční migrace podle věku, 2001-2011	s. 17
Graf č. 6 Tabulkové počty zemřelých podle pohlaví a věku, 2001-2011	s. 18
Graf č. 7 Zemřelí podle místa úmrtí, 2011	s. 19
Graf č. 8 Zemřelí kojenci podle věku a příčiny smrti (v %), 2001-2011	s. 20

## 7.4 Seznam tabulek

Tabulka č. 1 Počet občanů s jednotlivými druhy zdravotního postižení za rok 2007	s. 21
Tabulka č.2 Nezaměstnanost regionu Kyjovsko k 31. 12. 2011	s. 42
Tabulka č. 3 Počet obyvatelstva v regionu Kyjovsko	s. 44
Tabulka č. 4 Pohyb obyvatelstva v regionu Kyjovsko v roce 2011	s. 45
Tabulka č. 5 Základní demografické údaje regionu Kyjovsko k 31. 12. 2011	s. 45
Tabulka č. 6 Vybavení regionu Kyjovsko vybranými druhy zařízení k 31. 12. 2011	s. 46
Tabulka č. 7 Seznam zúčastněných respondentů	s. 53
Tabulka č. 8 Demografické otázky u R1 a R2	s. 53
Tabulka č. 9 Demografické otázky u R3 a R4	s. 56
Tabulka č. 10 Demografické otázky u R5 a R6	s. 58
Tabulka č. 11 Demografické otázky u R7 a R8	s. 60
Tabulka č. 12 Demografické otázky u R9 a R10	s. 63
Tabulka č. 13 Respondenti v produktivním věku podle ekonomické aktivity	s. 75
Tabulka č. 14 Respondenti podle rodinného stavu	s. 76
Tabulka č. 15 Respondenti podle nejvyššího dosaženého vzdělání	s. 77

## **7.5 Seznam příloh**

Příloha č. 1 Věkové složení obyvatelstva v obcích regionu Kyjovsko za rok 2011 - tabulka

Příloha č.2 Věkové složení obyvatelstva v obcích regionu Kyjovsko za rok 2011 - graf

Příloha č. 3 Složení obyvatelstva v obcích regionu Kyjovsko podle rodinného stavu za rok 2011  
- tabulka

Příloha č. 4 Složení obyvatelstva v obcích regionu Kyjovsko podle rodinného stavu za rok 2011  
- graf

Příloha č. 5 Složení obyvatelstva v obcích regionu Kyjovsko podle vzdělání za rok 201 - tabulka

Příloha č. 6 Složení obyvatelstva v obcích regionu Kyjovsko podle vzdělání za rok 2011 - graf

Příloha č. 7 Rozhovor

Příloha č. 1 Věkové složení obyvatelstva v obcích regionu Kyjovsko za rok 2011 – tabulka a

Obec	Archbiov			Bukovany			Bzenec			Čeloznice			Damborice			Domanín			Dražovky		
	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy
Obyvatelstvo celkem	850	471	142	740	368	372	4251	2045	2206	414	195	219	1309	638	671	1003	486	517	258	122	136
z toho ve věku																					
0-14	88	44	44	112	61	51	634	313	321	54	26	28	233	115	118	153	83	70	36	19	17
15-19	54	27	27	50	29	21	269	140	129	25	13	12	95	51	44	73	32	41	16	6	10
20-29	115	56	59	67	30	37	478	253	225	34	19	15	163	93	70	132	65	67	37	15	22
30-39	111	60	51	118	57	61	691	344	347	70	34	36	236	108	128	153	74	79	32	17	15
40-49	131	66	65	104	62	42	623	325	298	54	32	22	163	96	67	141	68	73	40	21	19
50-59	132	73	59	104	49	55	569	270	299	44	18	26	140	72	68	146	79	67	33	18	15
60-64	54	28	26	52	27	25	334	145	189	30	17	13	73	30	43	69	38	31	20	9	11
65-69	37	17	20	43	17	26	216	96	120	36	16	20	61	21	40	47	19	28	10	7	3
70-79	83	29	54	53	23	30	287	105	182	33	14	19	98	44	54	56	21	35	18	4	14
80 a více let	43	10	33	37	13	24	148	53	95	34	6	28	46	8	38	33	7	26	14	4	10

Obec	Hovorany			Hýslý			Ješov			Kečany			Kostelec			Kyjov			Labuť		
	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy
Obyvatelstvo celkem	2137	1009	1128	369	179	190	695	331	364	229	105	124	847	431	416	11462	5609	5853	187	98	89
z toho ve věku																					
0-14	291	153	138	57	25	32	85	40	45	28	14	14	153	84	69	1501	790	711	17	6	11
15-19	146	70	76	22	10	12	46	22	24	23	11	12	42	19	23	578	306	272	10	6	4
20-29	278	143	135	52	31	21	83	45	38	25	14	11	111	60	51	1379	721	658	32	23	9
30-39	324	153	171	57	25	32	108	57	51	38	15	23	157	86	71	1831	970	861	18	8	10
40-49	306	159	147	53	29	24	99	50	49	30	17	13	100	53	47	1510	805	705	31	17	14
50-59	252	131	121	56	31	25	100	50	50	29	11	18	121	59	62	1712	816	896	25	15	10
60-64	150	64	86	14	7	7	48	22	26	18	9	9	51	24	27	849	392	457	13	7	6
65-69	115	49	66	19	7	12	32	15	17	10	2	8	35	27	18	614	263	351	9	5	4
70-79	177	64	113	22	8	14	56	21	35	15	7	8	48	16	32	928	367	561	17	7	10
80 a více let	97	23	74	16	5	11	38	9	29	13	5	8	29	13	16	531	160	371	14	3	11



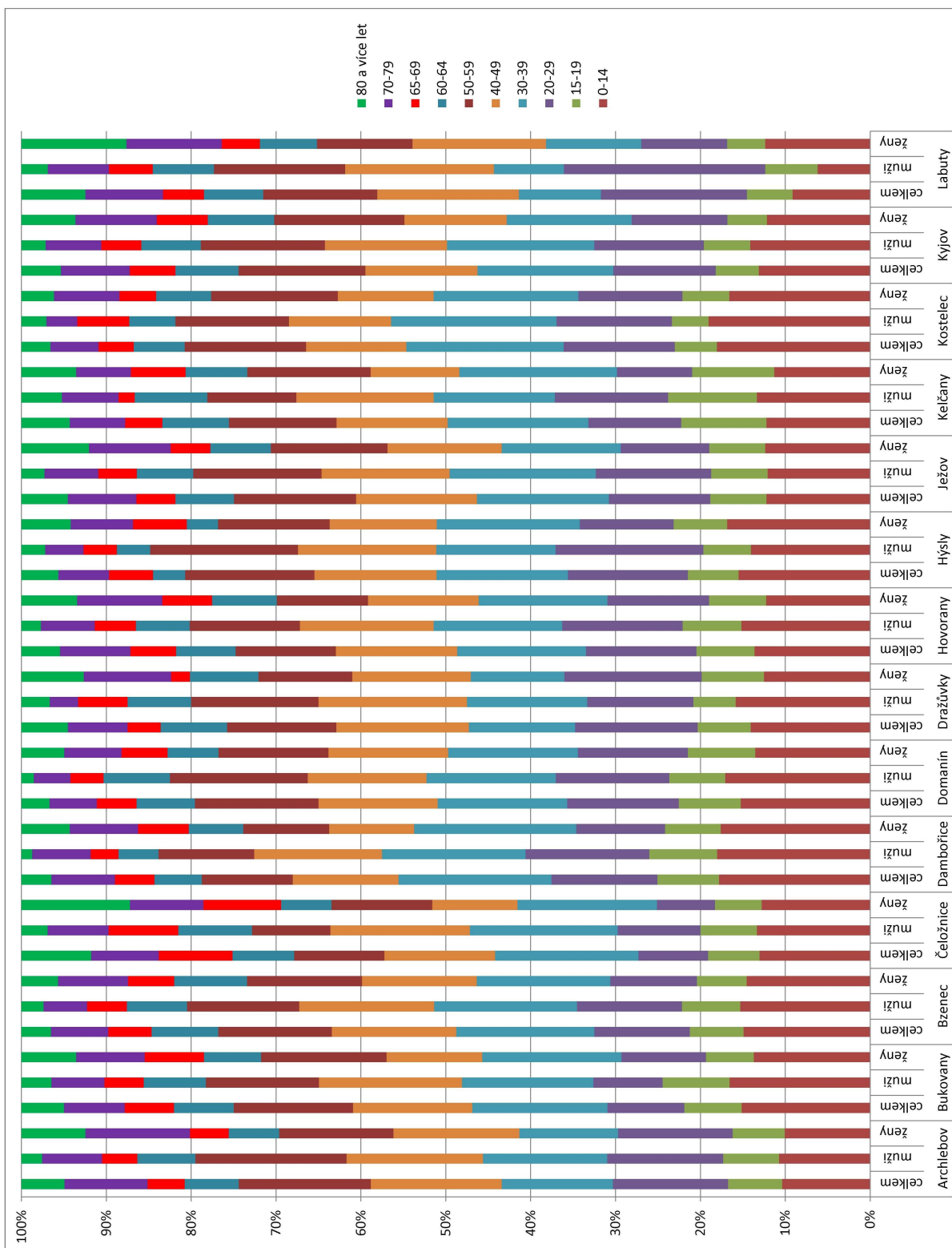


## Věkové složení obyvatelstva v obcích regionu Kyjovsko za rok 2011 - tabulka c

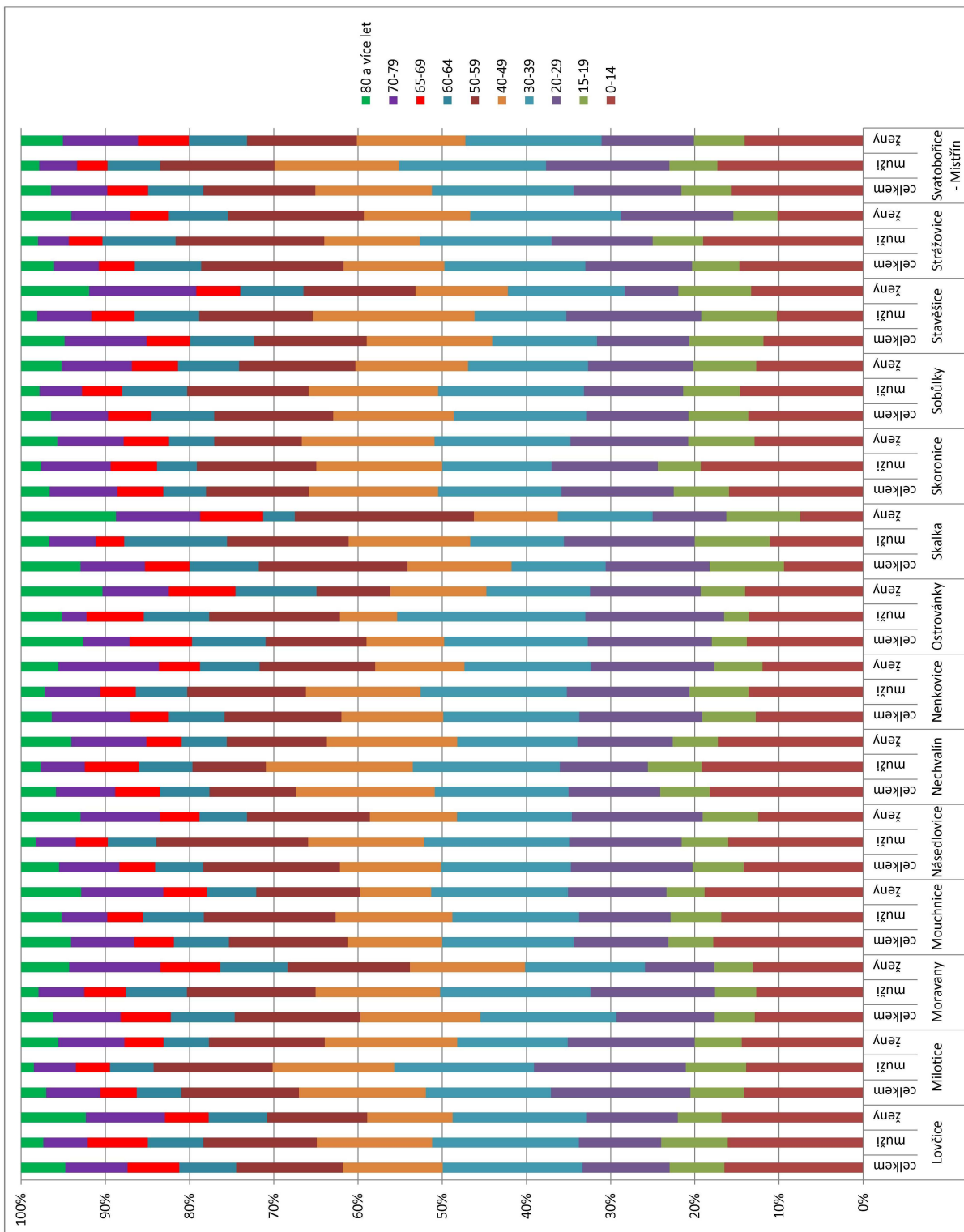
Obec	Syrvin			Sardice			Témice			Uřice			Vacenovice			Věteřov			Vlkov		
	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy
<b>Obyvatelstvo celkem</b>	362	189	173	2225	1103	1122	875	430	445	700	344	356	2146	1071	1075	529	279	250	1011	508	503
<b>z toho ve věku</b>																					
0-14	34	17	17	332	164	168	149	72	77	117	59	58	298	153	145	71	36	35	134	71	63
15-19	26	14	12	146	82	64	57	32	25	30	12	18	121	52	69	36	20	16	62	35	27
20-29	60	38	22	259	137	122	124	60	64	90	54	45	337	170	167	64	44	20	130	63	67
30-39	40	21	19	365	180	185	138	67	71	113	57	56	355	202	153	77	43	34	167	87	80
40-49	51	21	30	311	164	147	123	71	52	83	47	36	323	159	164	92	49	43	119	59	60
50-59	67	37	30	321	165	156	108	50	58	99	49	50	293	161	132	50	32	18	176	94	82
60-64	22	11	11	144	70	74	65	37	28	50	31	19	109	51	58	38	15	23	71	35	36
65-69	17	10	7	117	53	64	38	17	21	36	16	20	112	55	57	26	12	14	41	22	19
70-79	30	12	18	147	65	82	53	17	36	44	14	30	136	50	86	42	16	26	76	32	44
80 a více let	14	7	7	74	19	55	20	7	13	37	14	23	60	16	44	28	8	20	35	10	25

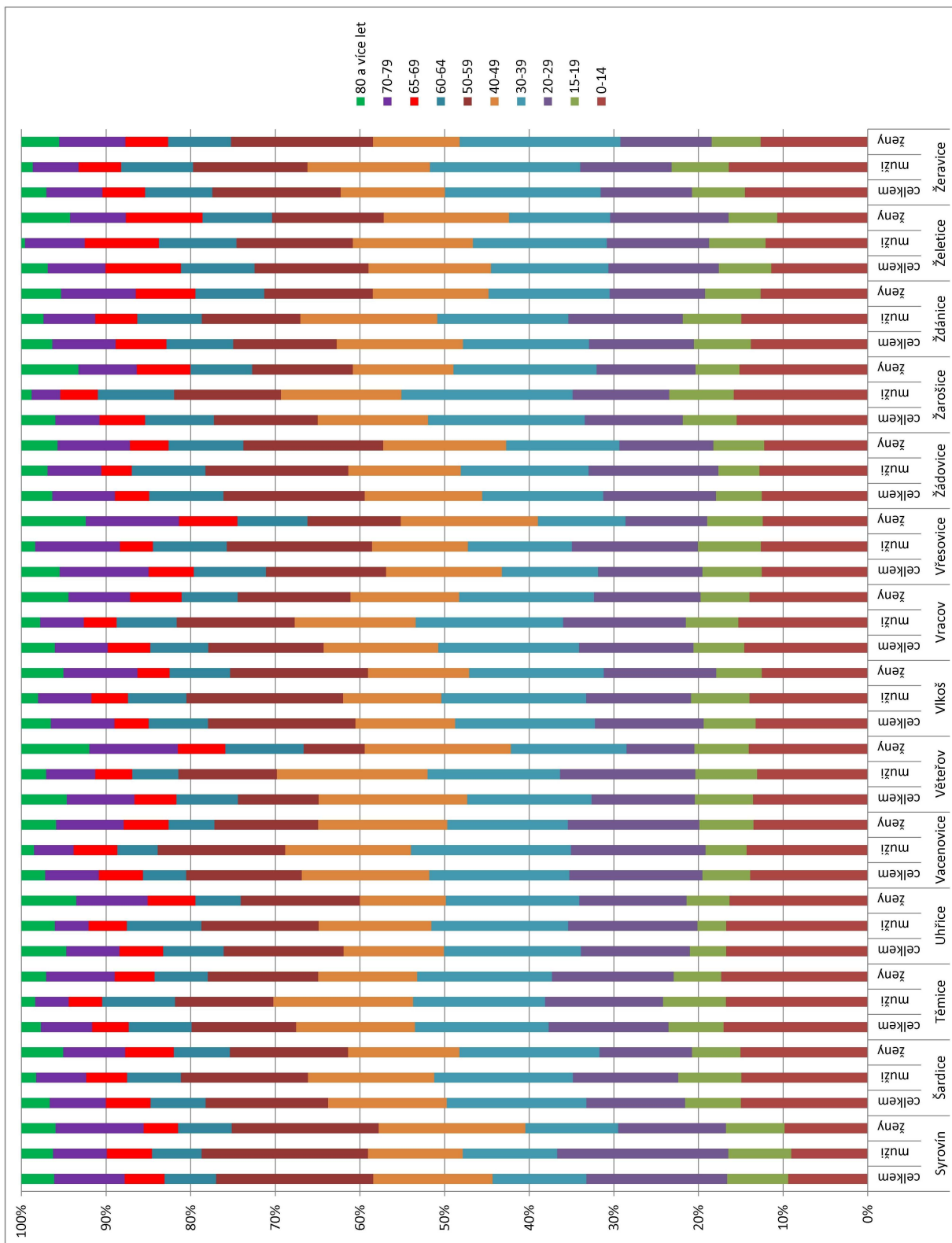
Obec	Vracov			Vřesovice			Žádovice			Žarošice			Žďánice			Želčice			Žeravice		
	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy
<b>Obyvatelstvo celkem</b>	4484	2163	2321	599	309	290	742	391	351	1020	499	521	2559	1257	1284	484	240	244	1055	518	537
<b>z toho ve věku</b>																					
0-14	654	330	324	75	39	36	93	50	43	158	79	79	352	190	162	55	29	26	153	85	68
15-19	268	134	134	42	23	19	40	19	21	65	38	27	172	88	84	30	16	14	66	35	31
20-29	605	313	292	74	46	28	99	60	39	118	57	61	316	172	144	63	29	34	114	56	58
30-39	745	376	369	68	38	30	106	59	47	189	101	88	380	197	183	67	38	29	194	92	102
40-49	607	309	298	82	35	47	103	52	51	133	71	62	381	206	175	70	34	36	130	75	55
50-59	610	301	309	85	53	32	124	66	58	125	63	62	312	148	164	65	33	32	160	70	90
60-64	306	153	153	51	27	24	65	34	31	83	45	38	201	97	104	42	22	20	84	44	40
65-69	225	84	141	32	12	20	30	14	16	55	22	33	153	63	90	43	21	22	53	26	27
70-79	280	111	169	63	31	32	55	25	30	53	17	36	191	78	113	33	17	16	70	28	42
80 a více let	177	48	129	27	5	22	27	12	15	41	6	35	93	33	60	15	1	14	31	7	24



Příloha č. 2 Věkové složení obyvatelstva v obcích regionu Kyjovsko za rok 2011 - graf a



Věkové složení obyvatelstva v obcích regionu Kyjovsko za rok 2011 - graf b

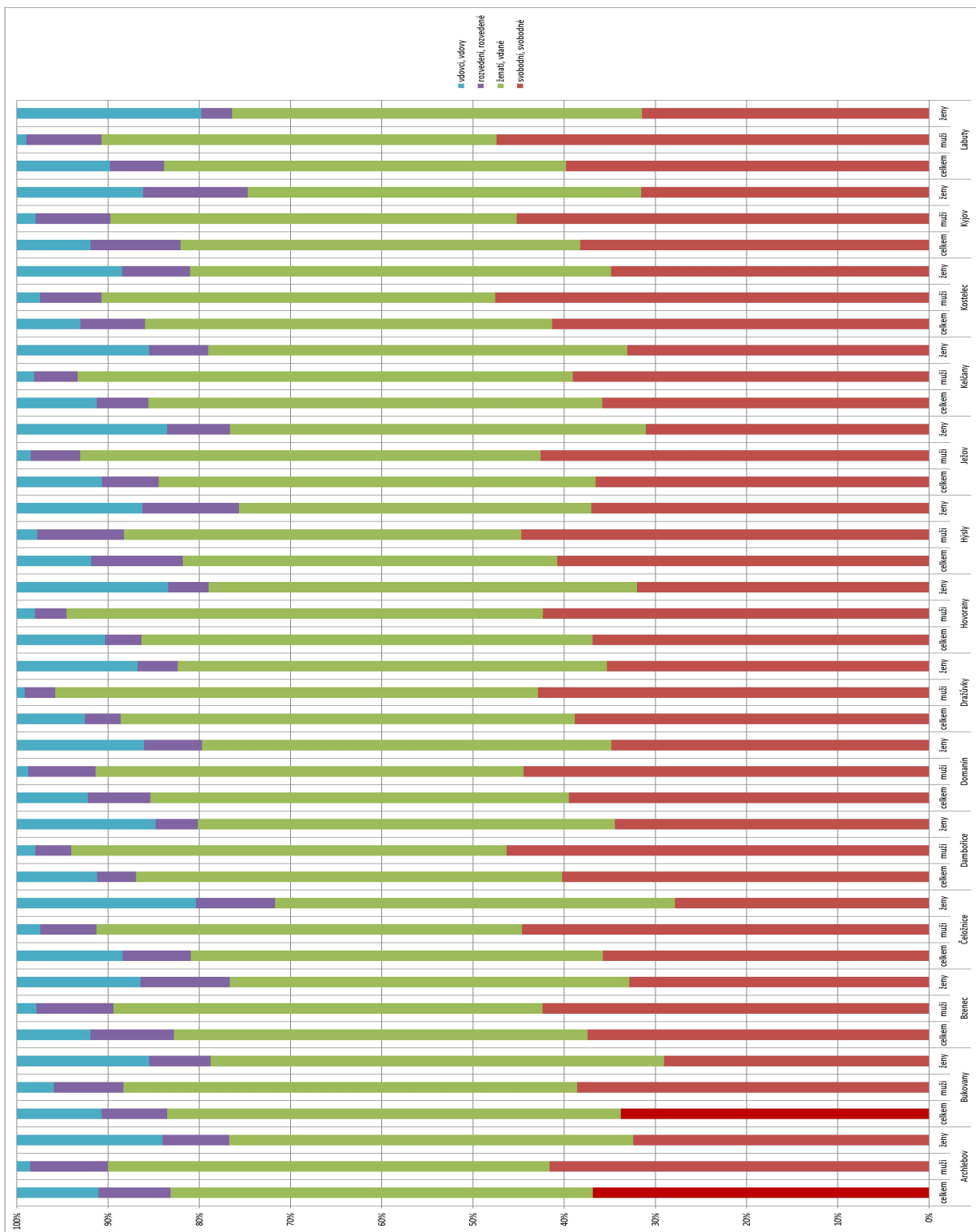


Věkové složení obyvatelstva v obcích regionu Kyjovsko za rok 2011 - graf c



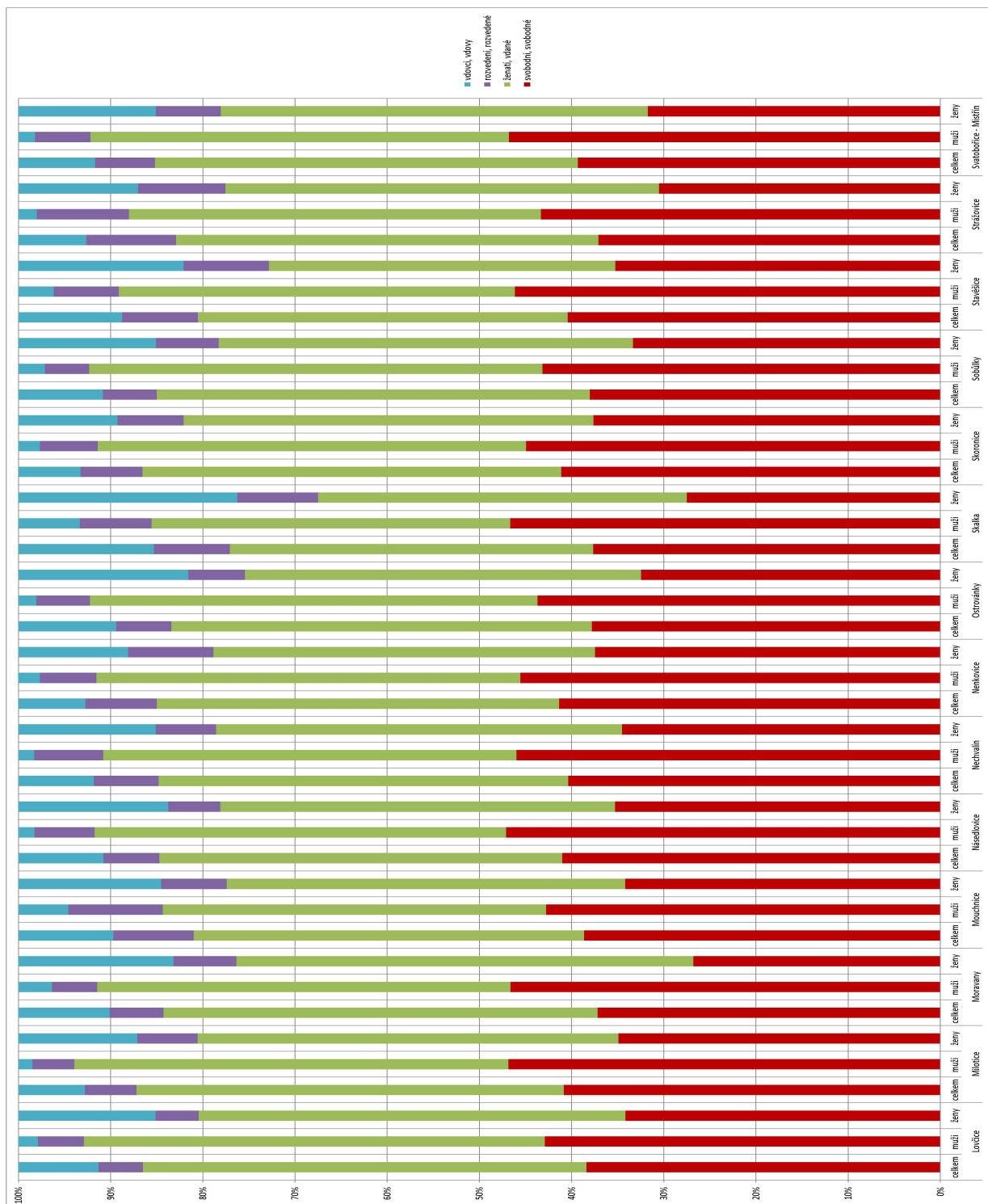






**Příloha č 4. Složení obyvatelstva v obcích regionu Kyjovsko podle rodinného stavu za rok 2011 - graf a**





Složení obyvatelstva v obcích regionu Kyjovsko podle rodinného stavu za rok 2011 graf b



**Příloha č. 5 Složení obyvatelstva v obcích regionu Kyjovsko podle vzdělání za rok 2011**  
**- tabulka a**

Obec	Archebov			Bukovany			Bzenec			Čeloznice			Damborice			Domanín			Dražůvky					
	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy			
Obyvatelstvo ve věku 15 a více let z toho podle stupně vzdělání	762	368	394	628	307	321	3617	1732	1885	360	195	191	1076	523	553	850	403	447	222	103	119	103	44	59
	4	2	2	2	1	1	11	5	6	0	0	0	4	3	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0
	173	50	123	148	47	101	715	256	459	102	28	74	282	97	185	191	43	148	42	10	32	10	3	7
	330	204	126	290	176	114	1340	772	568	150	100	50	400	237	163	394	246	148	88	52	36	52	36	16
	166	65	101	125	54	71	1010	439	571	76	29	47	276	121	155	178	71	107	54	21	33	21	33	8
	13	8	5	19	7	12	82	31	51	7	1	6	18	10	8	16	5	11	5	2	3	2	3	1
	11	1	10	2	-	2	44	12	32	1	1	0	10	5	5	2	0	2	2	0	2	0	2	0
45	28	17	34	18	16	337	175	162	17	7	10	72	46	26	55	33	22	15	8	7	8	7	0	
45	28	17	34	18	16	337	175	162	17	7	10	72	46	26	55	33	22	15	8	7	8	7	0	

Obec	Hovorany			Hýslý			Ježov			Keltany			Kostelec			Kyjov			Labaty					
	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy			
Obyvatelstvo ve věku 15 a více let z toho podle stupně vzdělání	1846	856	990	312	154	158	610	291	319	201	91	110	694	347	347	9961	4819	5142	170	92	78	170	92	78
	4	3	1	1	1	0	3	1	2	0	0	0	2	2	0	30	12	18	1	1	0	1	1	0
	464	121	343	80	27	53	149	39	110	59	14	45	143	39	104	1777	561	1216	52	14	38	52	14	38
	738	443	295	124	71	53	249	158	91	90	52	38	277	172	105	3196	1865	1331	79	53	26	79	53	26
	454	197	257	69	34	35	127	54	73	38	18	20	166	80	86	2677	1159	1518	19	12	7	19	12	7
	33	14	19	3	2	1	10	3	7	4	2	2	12	4	8	347	126	221	2	1	1	2	1	1
	14	7	7	3	1	2	5	1	4	1	0	1	11	5	6	83	32	51	3	2	1	3	2	1
91	46	45	19	12	7	56	31	25	6	3	3	75	41	34	1367	706	661	8	5	3	8	5	3	

# Složení obyvatelstva v obcích regionu Kyjovsko podle vzdělání za rok 2011

- tabulka b

Obec	Lovčice		Milotice		Moravany		Mouchnice		Násedlovice		Nechvalín		Nenkovice								
	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy						
Obyvatelstvo ve věku 15 a více let z toho podle stupně vzdělání	656	320	336	1591	794	797	642	337	305	264	138	126	707	335	372	280	141	139	390	188	202
	3	1	2	2	1	1	2	0	2	3	3	0	0	0	0	1	0	1	3	0	3
	183	60	123	305	91	214	172	52	120	65	21	44	162	48	114	73	25	48	95	32	63
	265	167	98	730	445	285	307	208	99	123	79	44	324	204	120	139	85	54	131	74	57
	135	65	70	395	183	212	99	44	55	53	26	27	158	59	99	49	20	29	78	39	39
	16	6	10	33	13	20	16	8	8	1	0	1	10	3	7	1	0	1	8	2	6
vyšší odborné vzdělání vysokoškolské	3	0	3	16	6	10	8	4	4	2	2	0	7	2	5	2	2	0	1	0	1
	41	15	26	81	40	41	29	16	13	7	4	3	31	13	18	8	4	4	38	17	21

Obec	Ostrovňky		Skalka		Skoronice		Sobílky		Stavěšice		Strážovice		Svatoborice - Místejn					
	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy			
Obyvatelstvo ve věku 15 a více let z toho podle stupně vzdělání	187	89	98	154	80	74	450	207	243	291	140	151	499	243	256	2883	1425	1458
	4	2	2	3	3	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	9	4	5
	53	13	40	39	13	26	99	24	75	81	21	60	101	35	66	690	186	504
	85	58	27	69	38	31	179	112	67	119	74	45	186	107	79	1139	714	425
	25	10	15	23	15	8	113	44	69	65	32	33	133	58	75	658	320	338
	7	1	6	1	1	0	8	3	5	4	1	3	17	5	12	69	30	39
vyšší odborné vzdělání vysokoškolské	1	0	1	1	0	1	5	1	4	1	0	1	3	1	2	26	10	16
	9	4	5	11	7	4	32	13	19	9	6	3	43	26	17	233	124	109

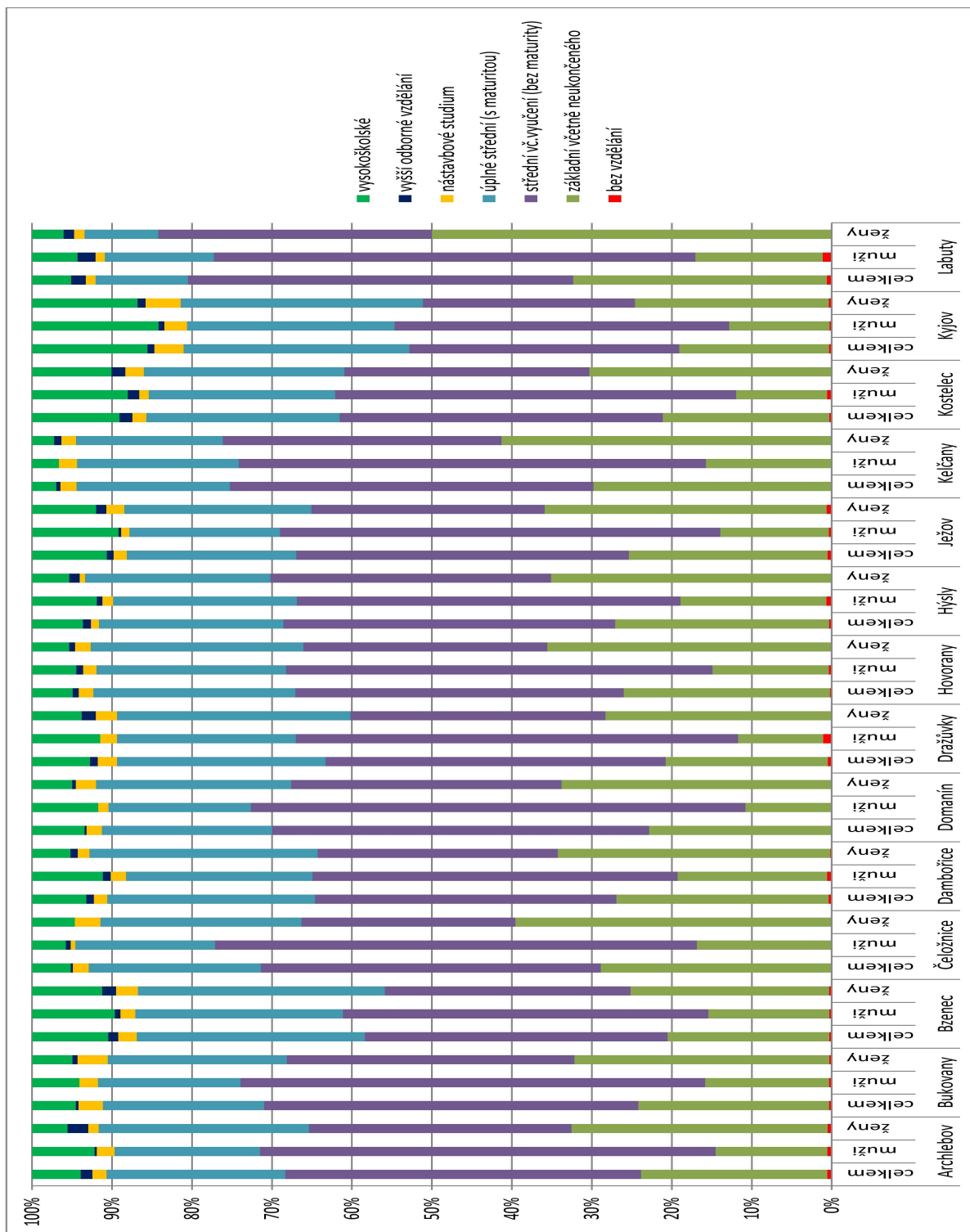
## Složení obyvatelstva v obcích regionu Kyjovsko podle vzdělání za rok 2011

- tabulka c

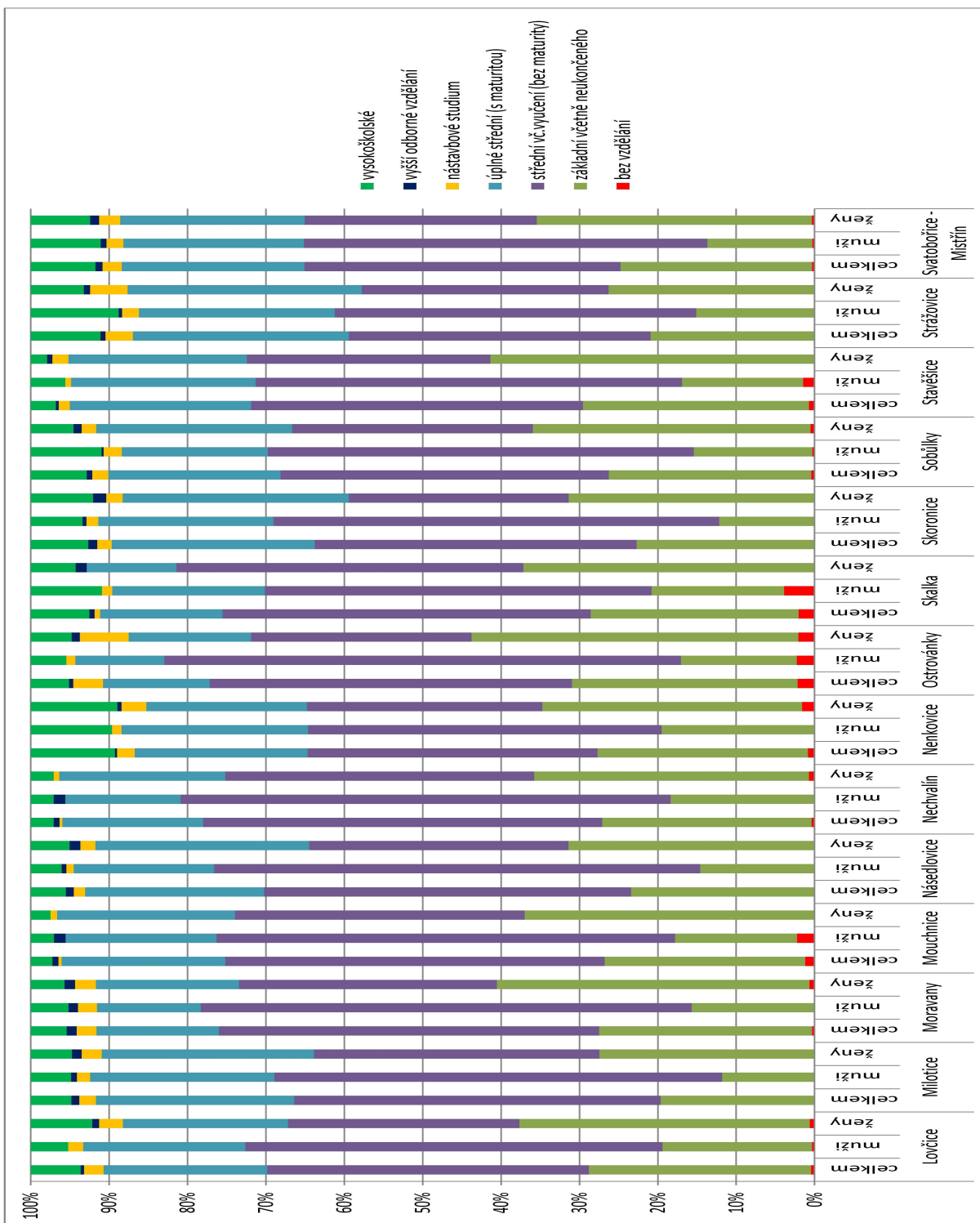
Obec	Syrvin			Šardice			Témice			Uhřetice			Vacenovice			Větrov			Vlkoš				
	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy		
Obyvatelstvo ve věku 15 a více let z toho podle stupně vzdělání	celkem	328	172	156	1893	939	954	726	358	368	583	285	298	1848	918	930	458	243	215	877	437	440	
	bez vzdělání	4	3	1	5	1	4	1	0	1	3	3	0	3	1	2	1	0	1	2	0	0	2
	základní včetně neukončeného	100	40	60	498	165	333	175	54	121	128	37	91	428	123	305	120	43	77	201	74	127	138
	střední vč.vyučení (bez maturity)	145	97	48	737	464	273	325	200	125	265	167	98	799	513	286	186	116	70	353	215	138	
	úplně střední (s maturitou)	51	22	29	438	199	239	158	75	83	133	56	77	415	196	219	99	50	49	204	88	116	
	nástavbové studium	6	2	4	34	17	17	10	5	5	8	2	6	32	13	19	10	3	7	20	6	14	
	vyšší odborné vzdělání vysokoškolské	4	0	4	10	0	10	9	0	9	5	5	5	13	4	9	0	0	0	9	2	7	
celkem	13	6	7	122	70	52	40	19	21	28	12	16	102	43	59	22	14	8	64	38	26		

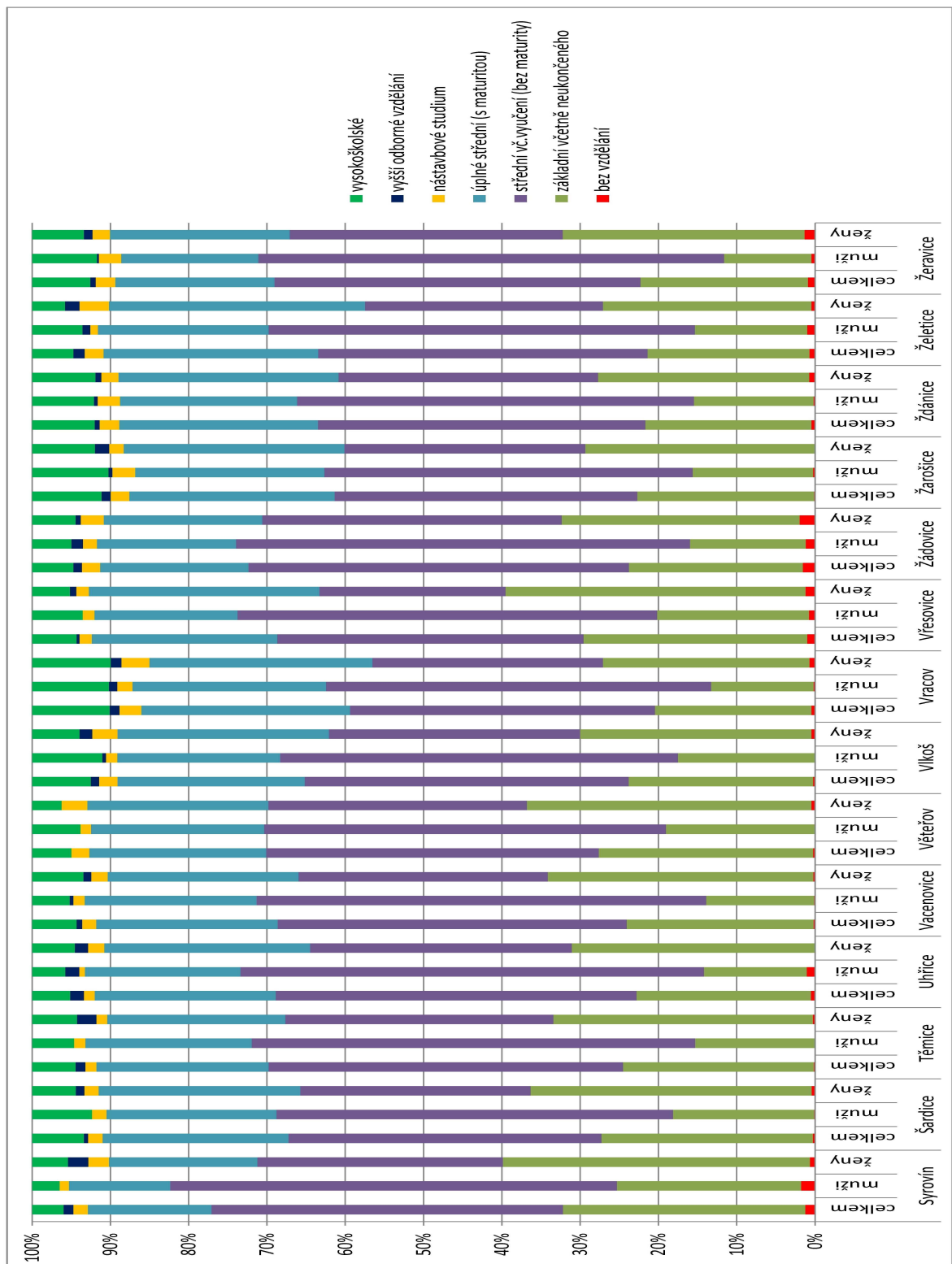
Obec	Vracov			Vřesovice			Žádovice			Žarošice			Žďánice			Želčice			Žeravice			
	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy	
Obyvatelstvo ve věku 15 a více let z toho podle stupně vzdělání	celkem	3830	1833	1997	524	270	254	649	341	308	862	420	442	2207	1085	1122	429	211	218	902	433	469
	bez vzdělání	17	3	14	5	2	3	10	4	6	1	1	0	10	2	8	3	2	1	8	2	6
	základní včetně neukončeného	744	234	510	146	51	95	143	50	93	191	63	128	455	162	293	86	29	57	187	47	140
	střední vč.vyučení (bez maturity)	1448	878	570	200	141	59	313	196	117	327	193	134	898	538	360	175	110	65	409	251	158
	úplně střední (s maturitou)	992	441	551	121	48	73	122	60	62	222	99	123	545	240	305	114	44	70	178	74	104
	nástavbové studium	104	35	69	8	4	4	15	6	9	20	12	8	54	30	24	10	2	8	22	12	10
	vyšší odborné vzdělání vysokoškolské	46	19	27	2	0	2	7	5	2	10	2	8	13	5	8	6	2	4	6	1	5
celkem	369	175	194	29	17	12	34	17	17	75	40	35	172	84	88	22	13	9	65	35	30	



Příloha č. 6 Složení obyvatelstva v obcích regionu Kyjovsko podle vzdělání za rok 2011 - graf a



Složení obyvatelstva v obcích regionu Kyjovsko podle vzdělání za rok 2011 - graf b



Složení obyvatelstva v obcích regionu Kyjovsko podle vzdělání za rok 2011 - graf c



## Příloha č. 19 Rozhovor

Otázka		
1. pohlaví		
2. věk		
3. rodinný stav vdaná / ženatý vdovec / vdova po kolika letech nastal rozvod komu bylo svěřeno dítě do péče po kolika letech došlo ke sňatku		
4. počet dětí pohlaví plánujete děti jsou Vaše děti zdravé		
5. typ Vašeho zdravotního postižení		
6. Je Vaše postižení vrozené či získané		
7. Příčina Vašeho zdravotního postižení		
8. Kolik let trvá Vaše postižení?		
9. Nejvyšší dosažené vzdělání formou integrace ve speciální škole.		
10. Jste plně soběstačný/á?		
11. Jste ekonomicky aktivní?		
12. Počet obyvatel města ve kterém žijete?		
13. Využíváte nějaké kompenzační pomůcky? Jaké		
14. Bydlíte ve svém původním domě, nebo jste se musel/a kvůli zdravotnímu postižení stěhovat?		
15. Má Vaše postižení vliv na uplatnění na trhu práce?		
16. Má Vaše postižení vliv na partnerský život?		
17. Kolika rozhovorů jste se musel zúčastnit, než jste našel/a zaměstnání?		
18. Snažíte se si najít zaměstnání?		

19. Dojíždíte do zaměstnání?		
20. Jste spokojeni s bezbariérovostí Vašeho města?		
21. Jste spokojeni s místem bydliště, nebo by jste se chtěli přestěhovat?		
22. Chtěli by jste raději bydlet ve městě či na vesnici?		
23. Bydlíte ještě s někým ve společné domácnosti?		
24. Pomáhá Vám někdo s chodem domácnosti?		
25. Věnujete se nějakému sportu? Aktivně x pasivně Věnovali jste se nějakému sportu před vznikem postižení? Je nějaký sport, kterému by jste se chtěl/a věnovat, ale kvůli postižení to není možné?		
26. Máte sourozence pohlaví starší x mladší Mají sourozenci také zdravotní postižení?		
27. Mají / měli rodiče zdravotní postižení		
28. Žijí rodiče Ano x ne Na co zemřeli rodiče?		
29. Vaše nemocnost? TK, obezita, astma, chřipka.		
30. Jak často navštěvujete lékaře? Praktický lékař Specialista.		

## ANOTACE

<b>Jméno a příjmení:</b>	Martina Brablcová
<b>Katedra:</b>	Katedra antropologie a zdravotní vědy
<b>Vedoucí práce:</b>	Mgr. Petr Zemánek, Ph.D.
<b>Rok obhajoby:</b>	2013

<b>Název práce:</b>	Demografická charakteristika regionu Kyjovsko se zaměřením na osoby se zdravotním postižením.
<b>Název v angličtině:</b>	Demography characteristics in the region Kyjov specialized on people with health handicap
<b>Anotace práce:</b>	<p>Osoby se zdravotním postižením nejsou již v dnešní době stavěny na okraj společnosti, jako tomu bylo, bohužel, v nedávné minulosti. Naštěstí jsou již dnes majoritní společností přijímání jako rovnocenní spoluobčané. Těmto lidem by jsme se měli snažit pomáhat a usilovat o co jejich největší začlenění do společnosti. Vždyť stačí mnohdy tak málo a sami se můžeme ocitnout v roli osoby se zdravotním postižením.</p> <p>Cílem diplomové práce je prostřednictvím kvalitativního dotazování, pomocí strukturovaného rozhovoru provést analýzu základních demografických informací u osob se zdravotním postižením v regionu Kyjovsko. Diplomová práce je rozdělena do dvou částí.</p> <p>V první části jsou uvedeny teoretické poznatky, které se věnují demografii, osobám se zdravotním postižením a základním demografickým údajům v regionu Kyjovsko.</p> <p>Ve druhé části se zaměřuji na výzkum, kterého se účastnilo 10 respondentů se zdravotním postižením z regionu Kyjovsko. Diplomová práce může pomoci sociálním pracovníkům při</p>

	jejich práci s osobami se zdravotním postižením, taktéž samotným osobám se zdravotním postižením.
<b>Klíčová slova:</b>	demografie, Kyjovsko, osoba se zdravotním postižením, tělesné postižení, sluchové postižení, zrakové postižení
<b>Anotace v angličtině:</b>	<p>Today handicapped persons are not shifted to the edge of society anymore, as it unfortunately was in history, not so far ago. Contemporary society accepts these individuals as equal fellow citizens. We should try to help these people as much as possible and strive to integrate them into our society even more. After all, it often does not require too much to end up like one of them.</p> <p>The goal of this thesis is to make analysis of basic demographic information via quantity questioning and via structured interviewing between the handicapped persons in Kyjov region. The thesis is divided into two parts.</p> <p>In the first part there are mentioned theoretical knowledges which deal with demography, with handicapped persons and basic demographic information about Kyjovsko region.</p> <p>In the second part I focus on the research, which was running between 10 handicapped persons in this region. The thesis will help the handicapped persons themselves and also the social workers dealing with these persons.</p>
<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	Demography, Kyjovsko region, handicapped person, physical disability, hearing impairment, visual impairment
<b>Přílohy vázané v práci:</b>	<p>Příloha č. 1 Věkové složení obyvatelstva v obcích regionu Kyjovsko za rok 2011 - tabulka</p> <p>Příloha č.2 Věkové složení obyvatelstva v obcích regionu Kyjovsko za rok 2011 - graf</p> <p>Příloha č. 3 Složení obyvatelstva v obcích regionu Kyjovsko podle rodinného stavu za rok 2011 .- tabulka</p> <p>Příloha č.4 Složení obyvatelstva v obcích regionu Kyjovsko</p>

	podle rodinného stavu za rok 2011 - graf Příloha č. 5 Složení obyvatelstva v obcích regionu Kyjovsko podle vzdělání za rok 2011 - tabulka Příloha č. 6 Složení obyvatelstva v obcích regionu Kyjovsko podle vzdělání za rok 2011 - graf Příloha č. 7 Rozhovor
<b>Rozsah práce:</b>	90 stran
<b>Jazyk práce:</b>	ČJ