

HANDICAP JAKO SPOLEČENSKÝ PROBLÉM?

Bakalářská práce

KATEŘINA VAŇKOVÁ

**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ. O.P.S.
PRAHA 5**

Vedoucí práce: PhDr. Veronika Blažková

Stupeň kvalifikace: Bakalář

Studijní obor: Všeobecná sestra

Datum odevzdání práce: 2008-03-31

Datum obhajoby:

Praha 2009

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Praha 31. března 2009

.....

Kateřina Vaňková

ABSTRAKT

VAŇKOVÁ, Kateřina. *Handicap jako společenský problém?* Praha, 2008. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.. Bakalář ve všeobecné sestře. Školitel PhDr. Veronika Blažková.

Hlavním tématem mé bakalářské práce je zjistit názor společnosti na handicapované. Teoretická část práce vystihuje charakteristiku všech typů handicapů, klasifikaci jednotlivých druhů handicapů a věnuje se věnuje organizacím, které jsou k dispozici pro handicapované. Empirická část práce je věnována výzkumu, který je zaměřen na získání názorů od respondentů, abych zjistila zda-li je pro ně handicap společenský problém. Hlavní metodou práce je dotazník.

Klíčová slova: Handicap. Klasifikace. Začlenění. Společnost. Problém.

ABSTRACT IN ENGLISH

VANĀKOVÁ, Kateřina. *A Handicap as a social problem?* Praha, 2008. Bachelor's examination paper. Medical School. Bachelor of a General Nurse. Tutor: PhDr. Veronika Blažková.

The main theme of my labor is to find out the social opinion on handicapped people. The theoretical part shows the characterization of all handicap types, the classification of a single handicap type and I also go through the organizations which are at the disposal of handicapped people. The empirical part is addressed to the research, that I focus on acquisition of respondent's opinion whether a handicap is a social problem. The main method labor is questionnaire.

Key words: Handicap. Classification. Incorporation. Society. Problem.

PŘEDMLUVA

Téměř každý člověk, na otázku, která priorita v životě je mu nejcennější, odpoví zdraví. Zdraví si nelze koupit, s někým ho vyměnit, proto bychom si měli uvědomit, že i když handicapované nepovažujeme za zdravé, neměli bychom je vyčleňovat z naší společnosti. Slepý člověk si s nikým svůj zrak nedokáže vyměnit a ani člověk mentálně postižený nemůže nikdy pořádně pochopit, že jeho svět je vlastně jiný, než svět lidí, kteří ho obklopují.

Na otázku, proč jsem si vybrala toto téma, mám jednoznačnou odpověď, vždycky jsem se chtěla věnovat postiženým lidem. Většina lidí, si myslí, že když někdo pracuje s handicapovanými, tak je to ze soucitu či lítosti k nim, já si ale myslím, že to tak není ani by být nemělo. V mém případě je to odhodlání a poslání, které bych chtěla jednou naplnit. Možná je to také z důvodu, že mám handicapované přátele a vidím jak trpí, a pořád si říkám, že by se určitě dalo něco změnit k lepšímu, alespoň v péči či přístupu k nim.

Dotazníky, který jsem rozdávala dvěma skupinám respondentů, byly anonymní a dotazovala jsem se jejich prostřednictvím na zvolenou problematiku a informovanost o daném problému.

Práce je určena pro osoby, které pracují ve zdravotnictví, ale také především pro ty, kteří se s handicapovanými každodenně setkávají.

Touto cestou bych také chtěla poděkovat především vedoucí mé bakalářské práce PhDr. Veronice Blažkové, za užitečné rady a velkou podporu, kterou mi poskytla při vypracování bakalářské práce. Dále bych ráda poděkovala Mgr. Aleně Homolkové, za možnost navštívit Občanské sdružení Stéblo a za poskytnuté rady a informace. Také bych chtěla poděkovat své rodině za pomoc a trpělivost, kterou mi poskytla při psaní bakalářské práce.

OBSAH

ÚVOD	8
1 Teoretická část	9
1.1 Handicap jako předmět speciální pedagogiky	9
1.1.1 Postoj společnosti k lidem s handicapem	9
1.1.2 Pojem speciální pedagogika.....	10
1.1.3 Klasifikace handicapů.....	11
1.2 Surdopedie	12
1.2.1 Klasifikace sluchových vad	13
1.2.2 Inkluzivní začleňování sluchově postižených do společnosti.....	14
1.3 Oftalmopedie	15
1.3.1 Klasifikace zrakových vad.....	16
1.3.2 Specifika života lidí se zrakovým postižením	18
1.4 Somatopedie.....	19
1.4.1 Klasifikace pohybových vad.....	20
1.4.2 Rozvoj osobnosti u tělesně postižených	22
1.5 Psychopedie	23
1.5.1 Klasifikace psychopedických vad.....	24
1.5.2 Výchova a vzdělávání mentálně handicapovaných	25
1.6 Sociální akceptace a postoj společnosti k handicapovaným.....	26
1.6.1 Školy pro handicapované.....	27
1.6.2 Začlenění handicapovaných na Dobříšsku.....	29
1.6.3 Občanské sdružení Stéblo	30
2 Empirická část.....	32
2.1 Metodika výzkumu	32
2.1.1 Výzkumný problém, výzkumný cíl, hypotézy.....	32
2.1.2 Technika výzkumu.....	33
2.1.3 Časový harmonogram sběru dat	33
2.1.4 Předvýzkum	34
2.1.5 Výzkumný soubor.....	34
2.1.6 Interpretace výsledků výzkumu	35
2.1.7 Závěr výzkumu	62
2.1.8 Diskuze	64

ZÁVĚR	65
Seznam použité literatury:	66
Seznam příloh:	68

ÚVOD

Handicap jako společenský problém? Tento název bakalářské práce jsem zvolila proto, že si myslím, že toto téma je v naší společnosti stále velmi aktuální i když integrace takto znevýhodněných osob by měla být samozřejmostí. Člověk nikdy v životě neví, co mu život nabídne a o co ho připraví, tak si myslím, že věty typu „to se nám stát nemůže“, při pohledu na rodiče, kteří mají postižené dítě, jsou pouze falešné naděje. Bylo by dobré, kdyby si jak společnost, tak každý jednotlivec sám, alespoň někdy mohl vyzkoušet péči o handicapovaného a zamyslel se nad tím, zda-li by on sám zvládl být rodičem handicapovaného dítěte nebo se vžít do role handicapovaného (např. zavázat si oči nebo se posadit na invalidní vozík a stal se postiženým). Domnívám se, že by každý rychle změnil svůj názor a případně i záporný postoj k lidem, kteří se o handicapované starají.

Někdy není jednoduché rozhodnout se, čemu se chci v životě věnovat, ale když jsem si volila téma práce, jednoduché to pro mě bylo. Myslím si, že jsou tito lidé v naší společnosti ještě pořád opomíjeni, o jejich životě společnost téměř nic neví, možná také pro to, že vědět nechce, a proto také tolik vážně péče o ně. Podle mého názoru také podpora ze strany státu není úplně ideální a jak jsem zjistila vypracováním mého výzkumu, mnoho dotazovaných respondentů má velmi podobný názor.

Ve své práci jsem postupně rozebírala jedno postižení po druhém, ale nejvíce jsem se věnovala, těm, která jsem považovala za nejčtenější a těm jsem také věnovala položky v dotazníku, jenž jsem používala v empirické části. Jedná se o čtyři druhy postižení a to mentální, tělesné, zrakové a sluchové. Značnou část teorie jsem věnovala organizacím, zabývajícím se péčí a pomocí handicapovaným. Výzkum jsem realizovala především v oblasti Dobříšska, kde žiji, a svou pomoc bych chtěla v budoucnu uplatňovat právě zde. Výzkumné soubory jsem ve své práci použila dva a to odbornou veřejnost (zdravotníky) a laickou veřejnost. Chtěla jsem tím získat porovnání a především zjistit zda-li mají zdravotníci o handicapovaných větší přehled.

Cílem mé práce je zjistit na vzorku respondentů, zda se s tímto problémem již setkali, jestli něco o daném problému vědí a zda-li by měli zájem se o handicapované zajímat dále.

1 Teoretická část

1.1 Handicap jako předmět speciální pedagogiky

Zdravotní omezení, které je označováno jako postižení nebo-li handicap, provází lidstvo od samého začátku, existuje a existovat nejspíše nepřestane ani přes veškeré úsilí. Tento fakt postihující každou společnost je i akčním polem, na kterém se řeší složitý vztah k slabším, postiženým, nemocným, kteří jsou v minoritním postavení.

Z důvodu odlišnosti a rozdílnosti postižení od ostatních, například ve fyzickém ustrojení a mentální úrovni nebo také ve způsobech a chování je nejviditelnější v této minoritě právě handicap. Na postiženém člověku jsou jeho nedostatky většinou vidět hned na první pohled a také proto je zásadně omezen v životních možnostech a v celkovém uplatnění v životě. I když budou tito lidé ze společnosti sebevíc vytlačováni a budou žít jakoby mimo ni, budou vždy její součástí, a nezáleží o jakou úroveň společnosti se jedná a v které době.

K definici postižení je třeba personálního, sociálního a ekologického aspektu. Je také důležité zmínit, že postižení bude mít vždy svou osobní dimenzi, která je důležitá především pro personální aspekt postižení.

V dnešní době je pojem postižený člověk častěji nahrazován jinými termíny, například člověk znevýhodněný nebo jedinec se speciálními potřebami. Především z toho důvodu, že nastal posun ve formálně-právním posuzování postavení postižených. Nejsou již pouze předmětem začleňování do společnosti, ale přispívají k její celkové rozrůzněnosti. Je důležité říci, že postižení nejsou zcela odlišní od osob bez handicapu, mají pouze v různých fázích svého života své specifické potřeby (Pipeková, 2006).

1.1.1 Postoj společnosti k lidem s handicapem

Velkou chybou společnosti v postoji k handicapu je medicinizace postižení, což znamená, že postižený je brán v roli pacienta. I přesto, že slovo pacient je neodmyslitelně spojeno s pojmem nemoc, ale postižení není vždy možné ztotožnit s nemocí. Podle mezinárodně platné definice Světové zdravotnické organizace (WHO), je dokonce za určitých podmínek možné, označit postiženého člověka jako zdravého (Slowík, 2007).

Slowík říká, že sociální role pacienta je také charakteristická tím, co pro roli člověka s postižením vůbec typické není (nebo alespoň ne ve všech případech). Pacient je totiž vnímán jako ten, kdo se nachází v nežádoucím stavu, a tento stav by se měl snažit co nejdříve změnit, protože významně omezuje jeho možnosti prožívat život plnohodnotně. Řada lidí s trvalým poškozením nemůže nikdy naplnit požadavek na změnu „nežádoucího stavu“, i kdyby se snažili sebevíc, protože postižení má trvalý a nevratný charakter, přesto jsou schopni a odhodláni prožívat svůj život skutečně plnohodnotně a kvalitně. Nestojí přitom o litování ani nečekají na zázračné uzdravení (2007, s.29).

Důležitým výrazem postojů společnosti k osobám se znevýhodněním je škála termínů, kterou používá k jejich označení. U nás se nejčastěji hovoří a píše o lidech s jakýmkoliv druhem postižení jako o osobách zdravotně postižených, toto označení je možná eticky správné, ale z hlediska pohledu na pojem zdraví a nemoc dle WHO velice zavádějící. Především proto, že pojem zdravotní postižení evokuje okamžitě spojitost s onemocněním, ale, jak bylo již řečeno, postižení nemusí vždy narušovat dobrý zdravotní stav člověka (Slowík, 2007).

1.1.2 Pojem speciální pedagogika

Nejprve se zmíním o vývojové psychologii, která je pro speciální pedagogiku velice důležitá, protože usiluje o poznání souvislostí a pravidel vývojových proměn v jednotlivých oblastech lidské psychiky a porozumění jejím mechanismům. Charakteristika duševního vývoje je v literatuře uváděna jako proces vzniku a zákonitých změn psychických procesů a vlastností v rámci diferenciaci a integrace celé osobnosti. Psychický vývoj se projevuje kvalitativními i kvantitativními změnami, zahrnuje jednoduchý rozvoj, růst a úpadek, ale také zásadnější proměny, které již znamenají změnu kvality (Vágnerová, 2000).

Pojem speciální pedagogika měl původní název pedopatologie, který ale nebyl vyhovující jelikož pedopatologie byla zahrnuta v patologii dítěte mezi lékařskými obory. Proto byl návrh změněn na defektologii, ale ani toto označení nebylo trvalé a na vysoké škole pedagogické bylo změněno na dnešní speciální pedagogiku. Je důležité říci, že defektologie a speciální pedagogika se prolínají dodnes (Sovák 1982).

Speciální pedagogika je věda o zákonitostech speciální výchovy a speciálního vzdělávání jedince, který z důvodu svého znevýhodnění vyžaduje při vzdělávání speciálně pedagogický přístup a podporu při pracovním a společenském uplatnění.

Předmětem péče speciální pedagogiky je zdravotně či sociálně znevýhodněná osoba, která potřebuje podporu v oblasti výchovy, vzdělávání a pracovním a společenském uplatnění.

Do speciální pedagogiky patří veškeré odlišnosti, které mají charakter závady, oslabení, odchylky, poruchy, vady nebo postižení (Pipeková 2006).

1.1.3 Klasifikace handicapů

Vzhledem k možnosti omezeného rozsahu mé bakalářské práce se nemohu věnovat všem druhům postižení. Pro svou práci jsem si vybrala čtyři hlavní, které myslím, že jsou nejvíce ve společnosti známy a řešeny. Jedná se o surdopedii, oftalmopedii, somatopedii a psychopedii. V této části práce se jim budu věnovat jen velmi krátce, protože v dalším pokračování práce jsou samostatně rozebírány každý v jedné kapitole. Pro úplnost, ale vyjmenuji všechny druhy možných handicapů:

a) Psychopedie

Tato disciplína se zabývá edukací osob s mentálním či jiným duševním postižením a zkoumáním výchovných a vzdělávacích vlivů na tyto osoby.

b) Somatopedie

Obor zabývající se tělesně a zdravotně postiženými, jejich výchovou, vzděláváním a zaměstnáváním.

c) Logopedie

Logopedie je vědou, zkoumající narušenou komunikační schopnost z hlediska jejich příčin, projevů, následků, možností diagnostiky, terapie i prevence. V logopedii je užívána symptomatická klasifikace, která dělí narušenou komunikační schopnost do deseti základních kategorií: - vývojová nemluvnost (vývojová dysfázie)

- získaná orgánová nemluvnost (afázie)
- získaná psychogenní nemluvnost (mutismus)
- narušení zvuku řeči (rinolalie či patolalie)
- narušení plynulosti řeči (balbuties, tumultus sermonis)
- narušení článkování řeči (dyslalie nebo dysartrie)
- narušení grafické stránky řeči
- symptomatické poruchy řeči
- poruchy hlasu
- kombinované vady a poruchy řeči

d) Surdopedie

Surdopedie je speciálněpedagogickou disciplínou, zabývající se výchovou, vzděláváním a rozvojem jedinců se sluchovým postižením.

e) Oftalmopedie

Tento obor se zabývá výchovou, vzděláváním a rozvojem osob se zrakovým postižením.

f) Etopedie

Je speciálněpedagogickou disciplínou zabývající se edukací, reedukací a zkoumáním jedinců s rizikem poruch emocí či chování a s poruchami emocí nebo chování.

g) Jedinci s více vadami

Ve Věstníku MŠMT ČR je uvedena charakteristika postižení více vadami: Za postiženého více vadami se považuje dítě, respektive žák postižený současně dvěma nebo více na sobě kauzálně nezávislými druhy postižení, z nichž každé by jej vzhledem k hloubce a důsledkům opravňovalo k zařazení do speciální školy příslušného typu (Věstník MŠMT ČR č. 8/1997, č.j. 25602/97-22)

h) Specifické poruchy učení nebo chování

Pojem specifické poruchy učení označuje různorodou skupinu poruch projevující se obtížemi při nabývání základních vzdělávacích dovedností, jako je mluvení, psaní, čtení a počítání.

Z pedagogického a psychologického hlediska se specifické poruchy učení a chování rozdělují na specifické disciplíny a to na dyslexii (porucha čtení) , dysgrafii (porucha grafického projevu) , dysortografii (porucha pravopisu) , dyskalkulii (porucha matematických schopností) , dysmúzii (porucha schopnosti vnímání a reprodukce hudby) , dyspinxii (porucha kreslení charakterizovaná nízkou úrovní kresby) a dyspraxii (porucha obratnosti a schopnosti vykonávat složité úkony), (Pipeková, 2006).

1.2 Surdopedie

Předpokladem i důsledkem mezilidských vztahů je vzájemné dorozumívání, sdělování informací a komunikace (Krauhlová, 2002).

Surdopedie pochází z latinského surdus- hluchý a řeckého slova paideia-výchova. Jedná se o speciálněpedagogickou disciplínu, zabývající se výchovou, vzděláváním a rozvojem jedinců se sluchovým postižením. Literatura nabízí i jiné pojmy pro

označení tohoto oboru jako například surdologie nebo pedagogika sluchově postižených (Pipeková, 2006).

Do roku 1983 byla výchova a vzdělávání sluchově postižených zahrnována do komplexního oboru logopedie. Potměšil říká, že rozvojem poznání stále větších odlišností v metodice práce a charakteru pojetí cílů v obou oborech a především postupné akceptování sluchově postižených jako jazykové a kulturní minority pak vedly ke vzniku surdopedie jako speciálně pedagogické disciplíny (2003, s. 3).

Hlavním cílem pedagogiky sluchově postižených je zprostředkování komunikačních kompetencí (Pipeková, 2006).

Podle Leonhardta je potřeba získat přiměřené řečové, komunikační a sociální kompetence, aby si sluchově postižený jedinec mohl osvojit kulturní hodnoty a vybudovat nezávislou existenci (2001, s.30).

Pipeková říká, že sluchové postižení je u obyvatelstva jedno z nejrozšířenějších somaticko-funkčních postižení (2006, s. 129).

1.2.1 Klasifikace sluchových vad

Tyto vady a poruchy mohou vycházet z organického poškození nebo funkčního narušení kterékoliv části sluchového ústrojí. V periferní části může být zasaženo vnější ucho (ušní boltec, zvukovod), střední ucho (bubínek, sluchové kůstky, Eustachova trubice) nebo vnitřní ucho (rovnovážné ústrojí- labyrint a hlemýžď). Vady a poruchy části centrální postihují sluchový nerv, lépe řečeno mozková centra ve spánkovém laloku (Wernickovo sensorické centrum sluchu a Broccovo motorické centrum řeči).

Klasifikace sluchových postižení se stanovuje dle několika kritérií, kterými jsou zejména doba vzniku vady či poruchy, intenzita sluchové ztráty a také typ konkrétní vady či poruchy vázaný zpravidla právě na poškození určité části sluchového ústrojí (Křivohlavý, 2002).

Klasifikace sluchového postižení podle typu:

- převodní vady jsou vady vnějšího a středního ucha, kdy jedinec špatně slyší, a jde o kvantitativní postižení sluchu

- percepční vady jsou vady vnitřního ucha a CNS, při nichž jedinec špatně rozumí, jedná se o kvalitativní postižení sluchu

- smíšené vady

Klasifikace podle stupně intenzity sluchové ztráty:

- nedoslýchaví- dělí se na: lehce (sluchová ztráta 26-40 dB)
 - středně (sluchová ztráta 41-55 dB)
 - středně těžce (sluchová ztráta 56-70 dB)
 - těžce (sluchová ztráta 71-97 dB)
- neslyšící
- ohluchlý

Klasifikace podle doby vzniku:

- vrozené postižení
- získané postižení (prelingvální nebo postlingvální sluchová ztráta)

Klasifikace podle etiologie:

- orgánové postižení
 - funkční postižení
- (Slowík, 2007)

1.2.2 Inkluzivní začleňování sluchově postižených do společnosti

Člověk, který normálně slyší si jen stěží dokáže představit život v prostředí neustálého ticha. Kontrast mezi dojemem nepostiženého člověka, jakým může i neslyšící ve svém okolí při povrchním kontaktu působit, a velké množství překážek, které v jeho životě vyvolává zejména komunikační deficit, vede často k podceňování potřeb sluchově postižených lidí. Riziko sociální izolace u takto postižených osob je mimořádně vysoké. Řada z těchto handicapovaných lidí omezuje své sociální kontakty téměř výhradně na skupiny stejně postižených jedinců, protože s nimi řeší podobné problémy a snadno se s nimi dorozumí. Příležitost k vzájemnému setkávání sluchově handicapovaných nabízejí různé organizace, sdružení, spolky a svazy, které zároveň poskytují i širokou nabídku poradenských a dalších podpůrných služeb. Velice důležitá je také vzájemná chápavost a vstřícnost v komunikaci mezi společnostmi a sluchově postiženými lidmi. Neslyšící by se měli co nejvíce učit využívat běžně používané jazykové prostředky, tím je myšlena mluvená i psaná čeština. Společnost by se zase

měla snažit využívat všechny dostupné možnosti k tomu, aby se k lidem sluchově postiženým dostávaly potřebné informace ve srozumitelné formě.

Velkým usnadněním v životě sluchově handicapovaných lidí jsou nové komunikační prostředky a moderní technika, především počítače a internet. Neslyšící se sice stále ostýchají vstupovat do komunikace se všemi, protože se stydí za chyby a nedokonalost v písemném projevu, ale i tak se jejich vztahová síť a sociálně kulturní obzory výrazně rozšiřují díky možnostem e-mailu, chatu nebo snadno dostupným informacím z internetu. Setkáváme se stále častěji s dalšími formami zpřístupňování mediálního obsahu neslyšícím, například tlumočením televizního zpravodajství do znakové řeči, titulky pro neslyšící, teletext a podobně.

Pracovní uplatnění nacházejí lidé s těžkým sluchovým postižením převážně v manuálních a řemeslných činnostech. Komunikační bariéra a obavy zaměstnavatelů o zajištění bezpečnosti takto handicapovaných osob při práci jsou pro tyto lidi velmi znevýhodňující okolnosti najít si stabilní zaměstnání. Je velice důležité, že stále vyšší počet jedinců se sluchovým postižením dostává příležitost získat vyšší kvalifikaci v oboru o který se postižený nejvíce zajímá (Slowík, 2007).

1.3 Oftalmopedie

Obor z odvětví speciální pedagogiky jejímž cílem je výchova a vzdělávání osob se zrakovým postižením. Dle Edelsbergera toto slovní spojení pochází z řeckého ofthalmos- oko a paideia- výchova a rozpracování teorie oftalmopedie se nejvíce věnoval MUDr. B. Fafl (2000, s. 218). Vedle názvu oftalmopedie se také můžeme setkat s termínem tyflopédie, který také pochází z řeckého jazyka, tyflos- slepý a paidagógos- vychovatel a označuje se jako věda o speciální výchově a vzdělávání zrakově postižených osob (Edelsberger, 2000).

Zrakové postižení znamená pro postiženého jedince, že jeho schopnost přijímat vizuální informace je omezena či ztížena. U osob s nejtěžší formou zrakového postižení (to znamená u osob nevidomých) je tato schopnost úplně vyloučena. Zraková vada ovlivňuje celou osobnost jedince a hlavně jeho psychický vývoj. Vliv zrakové vady je komplexní. Úplné či částečné porušení zrakových funkcí má také dopad na vývoj fyzický. U zrakově postižených se často setkáváme se sensorickou deprivací, což jsou důsledky negativního působení porušených zrakových funkcí na vývoj jedince (Pipeková, 2006).

Dle britské odbornice v oboru oftalmopedie Heather Mason rozeznáváme tři okruhy indikací, jež mohou pomoci rozeznat zrakovou vadu žáka. Masonová tyto indikace sestavila po dlouholetých zkušenostech, kdy vyučovala zrakově postižení žáky.

Jako první je důležitý vzhled očí. Pro srovnání uvedu vzhled očí u zdravého člověka, při němž jsou oči jasné, rovnovážně postavené, pohybují se plynule a zároveň spolu. U abnormalit mohou být oči například zakalené, slzavé, krvavé mohou být pokleslá víčka, zamhouřená na jenom či obou očích, může se objevovat nystagmus (laicky řečeno „tančící oči“). Jasným příznakem také může být časté mrkání či tření si očí při jasném světle či zkřížené-nerovnovážné postavení očí.

Dalšími příznaky, je že dítě při četní pohybuje spíše hlavou než očima a používá velmi krátkou nebo naopak velkou čtecí vzdálenost, špatné držení těla při čtení. Při soustředění si u můžeme všimnout grimas. Při zrakové práci se často vyskytují závratě a bolesti hlavy. Postižený se bojí výšek, má špatnou rovnováhu.

Příznaky při vyučování bývají někdy shodné i u dětí, které netrpí žádnou zrakovou vadou. Nejčastěji je to porucha koncentrace, dítě zápasí s úkoly zaměřenými na koordinaci oko-ruky. Také se mohou objevit chyby při čtení a psaní, zaměňování či vynechání písmen v textu při čtení i psaní, nezvyklé mezery mezi písmeny, velká rozdílnost ve velikosti písmenek. Velký problém pro tyto děti je něco správně přečíst a opsat z tabule. Při činnostech vyžadujících zavřené oči může být dítě neklidné a projevoval nezájem.

Pokud má učitel podezření, že se u žáka jakéhokoliv věku vyskytuje nějaký typ zrakové vady nebo potíže se zrakem je nutné, aby žáka doporučil na psychologické či oftalmologické vyšetření (Pipeková, 2006).

1.3.1 Klasifikace zrakových vad

Při rozdělení zrakově postižených osob je důležité přihlížet k době a příčině vzniku poruch, čím se následně vady dělí na vrozené a získané. Doba vzniku je důležitá pro subjektivní zpracování zátěže, kterou zrakové postižení přináší. Později získaná vada působí jako trauma a mění situaci k horší variantě. Tato varianta je subjektivně větší zátěží než vrozený handicap, který pro dítě samotné nepřináší žádnou určitou ztrátu. Pro psychický vývoj dítěte je větší zátěží vrozená vada, protože dítěti chybí určité zkušenosti, jeho rozvoj je tak pomalejší. Ze strany rodičů je přijatelnější vada vzniklá později, protože nepřináší takové znehodnocení rodičovského statusu. Z hlediska

etiologie rozlišujeme zraková postižení na orgánová a funkční. U orgánového postižení porucha zasahuje buď celý orgán nebo jeho části a u funkčního postižení oslabuje výkon (funkci) orgánu.

Nejčastěji používaným a pro vzdělávání nejdůležitějším kritériem dělení osob se zrakovým postižením je stupeň zrakové vady. Při této diferenciaci se vychází z vizuálních potenciálů člověka, především ze stavu vizu (zrakové ostrosti a zachovaného rozsahu zorného pole). Stupně zrakových vad jsou dle většiny autorů slabozrakost, zbytky zraku, nevidomost a poruchy binokulárního vidění.

Slabozrakost je nevratný pokles zrakové ostrosti na lepším oku pod 6/18 až 3/60 včetně. Nebo je zorné pole zúženo na 20 stupňů bilaterálně bez ohledu na centrální zrakovou ostrost. Slabozrakost je z praktického hlediska dělena do dvou stupňů, přičemž lehká slabozrakost je do 6/60 a těžká pod 6/60 do 3/60 včetně. K problémům se sníženou ostrostit se často přidružují problémy s poruchami zorného pole, objevují se výpadky nebo-li skotomy v zorném poli. Slabozrakost se projevuje sníženou či zkreslenou činností zrakového analyzátoru obou očí a omezením a deformací zrakových představ. K úspěšnosti školní práce napomáhají speciální učební pomůcky, učebnice a texty se zvětšeným písmem a racionální režim využití zraku a zrakový výcvik. Zraková práce u těchto dětí je založena na přísné zrakové hygieně, založené především na světelné intenzitě a využití optických kompenzačních pomůcek, jako jsou například různé druhy lup.

Jedinci se zbytky zraku jsou částečně vidící a jsou mezistupněm mezi nevidomostí a slabozrakostí. Dle některých zdrojů se jedná o osoby prakticky nevidomé. Také v některých případech je zraková vada buď ustálená nebo dochází k progresi či zlepšení. Vizus je snížený na stupeň těžké slabozrakosti tak, že i s korekcí člověk rozpoznává prsty těsně pře očima. Při práci s těmito postiženými je důležité adekvátní využívání a rozvoj zrakových schopností, ale také přísná zraková hygiena. Postižení by si měli být schopni osvojit čtení a psaní zvětšeného černotisku a současně Braillova písma. Čtení černotisku se děje za pomoci optických kompenzačních pomůcek (Pipeková, 2006).

Dle Pipekové je nevidomost ireverzibilní pokles centrální zrakové ostrosti pod 3/60 až světlocit (2006, s. 233). Nevidomost rozlišujeme praktickou a totální, praktická je vymezena poklesem zrakové ostrosti v rozmezí 3/60-1/60 včetně nebo poškození zorného pole v intervalu 5-10 stupňů. Totální slepota nebo-li amaurosa nastává při poklesu centrální zrakové ostrosti pod 1/60- světlocit, nebo pokud se pohybuje mezi zachovalým světlocitem s chybnou projekcí a ztrátou světlocitu. Nevidomí využívají

převážně kompenzační smysly, protože mají potíže získávat informace z okolního světa zrakovou cestou. Nevidomost způsobuje nemožnost běžného grafického výkonu a ztěžuje jak samotný pohyb, tak prostorovou orientaci. Speciálněpedagogický proces se zabývá především rozvojem zbylých smyslů. Ke čtení a psaní používají postižené osoby Braillovo písmo. Braillova abeceda je tvořena kombinací šesti bodů, kdy jednotlivá písmena jsou tvořena vytlačěním kombinací jednoho až pěti bodů.

Celá soustava je složena z 63 kombinací. Ke psaní Braillova písma nevidomé osoby nejčastěji používají Pichtův psací stroj.

Poruchy binokulárního vidění jsou poruchy funkční a vznikají na základě částečného omezení zrakové funkce jednoho oka. Do šesti let věku se vyvíjí především jednoduché binokulární vidění. Zasáhne-li do jeho vývoje nějaká porucha, normální vývoj se přeruší a nasává vývoj patologický. Jedinci s binokulární poruchou jsou nejpočetnější skupinou v kategorii zrakově postižených. Poruchy binokulárního vidění se dělí na šilhavost nebo-li strabismus, což je porucha rovnovážného postavení očí, při němž nehledí obě oči rovnoběžně, ale jedno se odchyluje. Jedním z důvodů je, že dítě stáčí oko, jehož zraková ostrost je snížena. Druhou skupinou je tupozrakost nebo-li amblyopie při níž dochází k podstatnému snížení zrakové ostrosti jednoho oka, které nelze vykorigovat brýlemi. S viditelnými organickými změnami oka nebývá tupozrakost spojena, jedná se pouze o útlum, vyřazení vjemu tupozrakého oka ve zrakovém centru mozku. Šilhavost a tupozrakost mají za následek špatné vnímání prostoru a prostorných vztahů a dochází ke zhoršené koordinaci oko-ruka. Binokulární vidění se dá při včasné zahájení léčby odstranit nebo alespoň zmírnit. Především v raném a předškolním věku. Mezi základní terapeutické postupy patří medikamentózní léčba, chirurgický zákrok, okluze (což znamená krytí zdravého oka okluzorem), pleoticko-ortoptická léčba při čemž pleoptika je redukce amblyopie a oroptika redukce strabismu (Pipeková, 2006).

1.3.2 Specifika života lidí se zrakovým postižením

Lidé s postižením zrakovým se od ostatních lidí prakticky v ničem neliší a nechtějí být jako výrazně odlišní vnímání ani okolím. Ve společnosti koluje řada mýtů a předsudků, které komplikují postavení zrakově handicapovaných osob a vytvářejí zábrany při setkávání ostatních lidí s nimi. Není například pravda, že nevidomí lidé jsou ochuzeni o všechny zrakové vjemy, že nedokážou vnímat pestrost a barevnost okolního

světa. Také si ostatní lidé myslí, že jim nezáleží na jejich zevnějšku. Pravdou však je, že vnímají viditelné věci jinak než vidící člověk, to však neznamená, že je nevnímají kvalitně a plnohodnotně. V současnosti se objevuje řada nových projektů, které se pokoušejí nevidomým zprostředkovat třeba i kulturní zážitek prostřednictvím DVD obsahující zvukový komentář pro nevidomé diváky a komentování obrazových scén děje. Podobně komentovaná představení začínají dokonce nabízet i některá divadla.

Nevidomý člověk žije podobný život jako druzí lidé, rozdíl je v tom, že se nemůže v běžných situacích a při provádění běžných úkonů spolehnout na svůj zrak. Při běžných činnostech je nevidomým nabídnuto velké množství kompenzačních pomůcek, nejčastěji se zvukovou signalizací, například semaforey na přechodu pro chodce. Také se často používají speciální reliéfní znaky například na bankovkách.

Míra sociálních kontraktů bývá velmi omezená. Pokud chceme nevidomému s něčím pomoci, musíme nejprve pečlivě zvážit situaci, zda nevidomí o pomoc stojí, a zda-li ji potřebují. Ten, kdo nabízenou pomoc skutečně nepotřebuje, dokáže ji také zdvořile odmítnout.

1.4 Somatopedie

Somatopedie je vědním oborem speciální pedagogiky, zabývající se výchovou a vzděláváním jedinců s tělesným postižením. Název tohoto oboru je složen ze slov soma- tělo a paideia- výchova pocházejících z jazyka řeckého. Kromě termínu somatopedie se také stále častěji používá označení pedagogika tělesně postižených či výchova vzdělávání jedinců s tělesným postižením.

Osoby s tělesným postižením představují velmi specifickou (heterogenní) skupinu. Společným znakem postižených je omezení pohybu. Motorika, vnímání, emoce a kognice jsou od sebe neoddělitelné a vzájemně propojené. V některých případech může být tělesná motorika postižena jen mírně, avšak při těžším motorickém postižení jsou pohybové možnosti člověka omezeny podstatně.

Za tělesně postiženého je považován člověk, který je omezen v pohybových schopnostech v důsledku poškození podpůrného nebo pohybového aparátu nebo jiného organického poškození. Omezená schopnost pohybu a změna vnějšího klinického obrazu může ztížit sebeuplatnění-seberealizaci v sociální interakci. Narozdíl od nemoci se jedná o dlouhodobý nebo trvalý stav, při němž jsou přechody k chronickému onemocnění plynulé.

Jedním z důležitých aspektů v životě člověka z hlediska somatopedie je pohyb.

Dá se o něm mluvit jako o spouštěči procesů, které jsou řízené třemi lokalitami nacházející se v mozku. Tím se myslí mozková kůra, mozkový kmen a mozeček. Impulsy, které jsou zapotřebí pro jednotlivé cílené pohyby vychází z mozkové kůry velkého mozku.

Pro diferencované pohyby jsou důležité nepodmíněné pohybové podněty přicházející z mozkového kmene a procházející extrapyramidovými nervovými drahami. Je důležité připomenout že k mozkovému kmeni patří střední mozek, Varolův most a prodloužená mícha. Také důležitou roli zastává mozeček a to v pohybové koordinaci a jemné diferenciaci pohybů (Pipeková, 2006).

1.4.1 Klasifikace pohybových vad

Dle Světové zdravotnické organizace (WHO) je pod termínem zdravotní postižení označováno dlouhodobé nebo trvalé omezení možností jedince vykonávat běžné činnosti každodenního života, přičemž se to vztahuje i na případy dlouhodobých onemocnění. Samozřejmě, že i obvyklé krátkodobé onemocnění může někdy významně a intenzivně zasáhnout do života člověka, ale po odeznění nebo úspěšném dokončení léčby se stav věcí vrací do normálu. V tomto případě nejsou kritéria definice postižení nebo-li disability naplněna (Slowík,2007).

Klasifikace tělesného postižení se stanovuje podle třech kritérií, a to podle typu, doby vzniku a etiologie.

Klasifikace podle typu:

- postižení hybnosti
- dlouhodobá onemocnění
- zdravotní oslabení

Klasifikace podle doby vzniku:

- vrozená, do nichž patří vrozené vady lebky, rozštěpy lebky, rtů, čelisti, patra, páteře, nevyvinutí končetin nebo jejich částí, Dětská mozková obrna (dále DMO)
- získaná, pod kterou spadají různé úrazy, zlomeniny, amputace, následná onemocnění, revmatismus, myopatie, deformity páteře

Klasifikace podle etiologie:

- tělesné odchylky a oslabení, což jsou vady páteře, luxace kloubů
- tělesné vývojové vady například lebky, končetin, rozštěpy
- úrazy, což jsou tělesná poškození různé závažnosti s dočasnými nebo trvalými následky- například paraplegie v důsledku poranění páteře či amputace končetin
- následky nemocí sem spadají mimo jiné encefalitidy, žloutenky, TBC, lymfatické borreliózy, nádorové onemocnění
- dětská mozková obrna, formy spastické i nespastické
- dlouhodobá chronická onemocnění a zdravotní oslabení, sem patří alergie, astma, ekzematická onemocnění, oslabení imunity, onkologická onemocnění a epilepsie

Dětská mozková obrna

Důvod proč se zmiňuji samostatně o DMO je jednoznačný, je to nejčastější příčina tělesného postižení. V lékařství je DMO definována jako neurologický syndrom vyvolaný lézí nezralého mozku. Jde o poruchu, která má velice širokou škálu příčin i projevů. Ze dvou třetin případů se u jedinců s DMO vyskytuje mentální handicap různého stupně, ale i další onemocnění a komplikace do nichž spadá například epilepsie či smyslové vady.

Základní rozdělení DMO je na formu spastickou a nespastickou. U spastických forem je svalstvo končetin křečovitě staženo a oslabuje. Dalším rozdělením lokalizujeme, která část těla je křečovitě stažena. U diparézy jsou postiženy dolní končetiny, u hemiparézy jsou postiženy obě končetiny na levé či pravé polovině těla, při kvadruparéze se jedná o postihnutí všech čtyřech končetin. Pokud nejde pouze o křečovité stažení, ale o úplné ochrnutí jedná se o paraplegii, hemiplegii či kvadruplegii.

Při spastických parézách se často vyskytuje chůze vyznačující se typickými znaky, které se popisují jako stáčení chodidel nohou směrem dovnitř a dotýkání se či křížení kolen.

Mezi typy nespastické patří forma atetoidní nebo-li dyskinetická charakteristická mimovolnými, pomalými, krouživými pohyby. Druhou nespastickou formou, která není tak častá je ataktická, při nichž se vyskytují poruchy rovnováhy a celkově špatná pohybová koordinace. Jsou také možné kombinace forem spastických a nespastických, tedy formy smíšené (Slowík, 2007).

U DMO bývá definována řada specifických kategorií a typů, ale z důvodu omezení rozsahu mé práce uvádím pouze toto rozdělení.

1.4.2 Rozvoj osobnosti u tělesně postižených

Jedním z nejvýznamnějších osobností v dějinách systematické péče o osoby s tělesným handicapem u nás byl Rudolf Jedlička (1869-1926), byl lékařem a profesorem Univerzity Karlovy, mimo jiné se orientoval na zdravotně sociální oblast a v roce 1913 založil v Praze proslulý ústav pro tělesně postižené děti, který dodnes nese jeho jméno. V Jedličkově ústavu je klientům nabízena péče sociální a kromě ní také příležitost adekvátního vzdělání, a osobního růstu jako přípravy pro samostatný a plnohodnotný život.

Slowík říká, že děti, žáci a studenti s tělesným handicapem mají dnes teoreticky neomezenou příležitost vzdělávat se v běžných školách všech typů a stupňů (2007, s. 103). Já si myslím, že z teoretického hlediska je tato možnost sice dobře definována a školy jsou popsány jak a speciálně pro koho by měly fungovat, ale prakticky to tak není, protože škol je málo a dětí s tělesným postižením neubývá, a i když školu navštěvují a vystudují, další uplatnění na trhu práce je takřka nemožné.

V závislosti na intenzitě pohybového nebo zdravotního postižení potřebuje každý tělesně handicapovaný člověk pro svůj optimální rozvoj určitou míru a určitý typ podpory. U dětí, které se již s tělesným postižením narodí je třeba orientovat se zejména v jejich raném věku na vývoj psychomotorický, velice propagovaná je v současné době Vojtova či Bobathova metoda patřící do intenzivní rehabilitace především u dětí s DMO. Další a velice zásadní pomoc musí směřovat k psychické a osobnostní integritě a sociální integraci tělesně handicapovaných lidí. Mimořádně náročné je období puberty a adolescence, protože si každý vytváří osobitý sebeobraz a sebepojetí, hledá smysl života a cestu k němu. Velmi důležité je také rozvíjení vlastní identity (Sowík, 2007).

1.5 Psychopedie

Dle Edelsbergera je psychopedie defektologická, respektive speciálně pedagogická disciplína, která se zabývá zkoumáním zákonitostí vývoje, výchovy a vzdělávání osob mentálně retardovaných a psychicky postižených (2000, s. 291).

Naopak Pipeková psychopedii definuje jako speciálně pedagogickou disciplínu, zabývající se edukací osob s mentálním či jiným duševním postižením a zkoumáním výchovných vzdělávacích vlivů na tyto osoby (2006, s. 296).

Jako obor se psychopedie zabývá edukací, reedukací, diagnostikou, poradenstvím, terapeuticko-formativní intervencí, kompenzací, rehabilitací, integrací a socializací jedinců s mentálním postižením, dále se zabývá prevencí a prognostikou mentální retardace. Cílem psychopedie je dosažení maximálního stupně rozvoje osobnosti jedince s mentálním či jiným duševním postižením a jeho začlenění do společnosti (Švarcová, 2000).

Žádný jiný druh handicapu nečiní člověka v běžné populaci tak odlišným a zvláštním jako právě mentální postižení. Lidé, kteří sami nejsou postiženi nemohou takto postiženým jedincům „přijít na jméno“ a často o nich hanlivě hovoří jako o „blázních“ v lepším slova smyslu jako o „duševně nemocných“. Nikdo si stav mentálního postižení nedokáže představit, protože je to jediné postižení, které nelze nasimulovat. Lze si zavázat oči a projít se po místnosti jako nevidomí, také si můžeme zacpat uši a pokusit se domluvit neverbálními způsoby jako neslyšící nebo se také můžeme posadit na ortopedický vozík a pokusit se pohybovat jako člověk tělesně postižený. Ovšem člověka s postižením mentálním nelze jakkoliv simulovat.

Pojem mentální retardace vychází z latinského jazyka a je složena ze dvou slov a to mens-duše a retardare-opozdit. Doslovný překlad by tedy zněl opoždění mysli. Ve skutečnosti je mentální retardace složitější syndromatické postižení, které postihuje jak mentální (psychické) schopnosti tak celou lidskou osobnost ve všech jejích složkách. Z tohoto důvodu má rozhodující vliv nejen na vývoj a úroveň rozumových schopností a sociálních vztahů, ale také na emoce, komunikační schopnosti a možnosti společenského a pracovního uplatnění (Sowík, 2007).

1.5.1 Klasifikace psychopedických vad

Vzhledem ke značné variabilitě příčin i symptomů mentálního postižení se jednoznačná klasifikační kritéria hledají velmi obtížně (Černá, 1995). Je známo základní rozdělení na vrozenou mentální retardaci a demenci. Dále se používá mezinárodní klasifikace podle WHO, kde je klasifikačním kritériem úroveň mentální kapacity vyjádřená naměřenou hodnotou inteligenčního kvocientu ($IQ = \text{mentální věk} / \text{chronologický věk} \times 100$), ovšem zdůrazňuje se, že jde o klasifikaci pouze orientační, protože přesně stanovená jednotná kritéria pro posouzení mentální úrovně a jasné hranice oddělující jednotlivé klasifikační stupně prakticky neexistují (Slowík, 2007).

Klasifikace mentálního postižení podle ICDH-10 (Mezinárodní klasifikace nemocí, postižení a handicapů, MKN-10, WHO, 2006):

Lehká mentální retardace- IQ 50-69, se projevuje obtížemi v učení, většina takto postižených osob je v dospělosti schopna pracovat, navazovat a udržovat dobré sociální vztahy. Zahrnuje slabomyslnost a lehkou mentální subnormalitu.

Středně těžká mentální retardace- IQ 35-49, je popisována značně opožděným vývojem v dětství, většina těchto osob je schopna dosáhnout určitého stupně nezávislosti a samostatnosti v sebeobsluze, získat adekvátní komunikační dovednosti a přiměřené vzdělání. V dospělosti tito jedinci potřebují různou míru podpory pro zvládání života a práce v prostředí běžné společnosti. Zahrnuje středně těžkou mentální subnormalitu.

Těžká mentální retardace- IQ 20-34, u takto postižených osob je nutná potřeba soustavné pomoci a podpory. Jedná se o těžkou mentální subnormalitu.

Hluboká mentální retardace- IQ je nižší než 20, vážné omezení v sebeobsluze, kontingenci, komunikaci a mobilitě. Jde o hlubokou mentální subnormalitu.

Jiná mentální retardace, tato kategorie by měla být použita pouze tehdy, když stanovení stupně intelektové retardace pomocí obvyklých metod je zvláště nesnadné až nemožné, a to pro sensorické přidružené nebo somatické poškození, například u nevidomých, neslyšících, u jedinců s těžkými poruchami chování, osob s autismem či u těžce tělesně postižených osob.

Nespecifikovaná mentální retardace se užívá při diagnostice případů, kdy je prokázána mentální retardace, ale není dostatek informací, aby bylo možné zařadit pacienta do jedné z výše uvedených kategorií (Slowík, 2007).

1.5.2 Výchova a vzdělávání mentálně handicapovaných

Snížená úroveň rozumových schopností může vyvolávat předsudek, že vzdělání osob s postižením mentálním není efektivní a smysluplné. Opak je však pravdou, protože vzhledem k deficitu rozumových schopností se člověk s mentálním handicapem musí usilovněji učit i to, co se ostatní naučí zcela přirozeně a spontánně, učení je vlastně z tohoto pohledu jediná forma terapie mentální retardace (Švarcová, 2000).

Výchova a vzdělávání takto postižených se nikdy neobejde bez velmi náročného pedagogického vedení jak ze strany vychovatelů, učitelů, ale také rodičů. Snad i z tohoto důvodu byli právě lidé s mentálním postižením historicky poslední skupinou znevýhodněných osob, ke které se začal obracet intenzivní zájem odborníků.

Otázka míry vzdělanosti především u osob s těžkou a hlubokou mentální retardací není sice dodnes v odborné rovině uspokojivě vyřešena, ale alespoň minimální možnost rozvíjet takto postiženého člověka předpokládá naprostá většina odborníků. Existují různé speciální přístupy, jako je například metoda bazální stimulace a bazální komunikace (souhrnně nazýváno metoda bazálního dialogu), které jsou dobře využitelné při rozvoji elementárních schopností a dovedností v jejich nejjednodušší podobě u jedinců s hlubokou mentální retardací (Vítková, 2001). Ideální prostředí pro využití metod bazálního dialogu nabízí snoezelen, což je místnost vybavená moderními technickými prostředky, které pomáhají rozvíjet veškeré smyslové vnímání klienta (Valenta; Müller, 2003).

Aktivity podporující rozvoj a vzdělávání dospělých osob s mentálním postižením jsou u nás téměř výhradně závislé na občanské svépomoci, především na činnosti neziskových organizací, které existují a fungují především díky nezištnému přístupu dobrovolníků, rodičů a přátel mentálně handicapovaných lidí. Nejznámější z nich je Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením v České republice (SPMP- dříve Sdružení pro pomoc mentálně postiženým) vystupující v poslední době pod názvem Inclusion Czech Republic (členská organizace širší evropské iniciativy Inclusion Europe a mezinárodní platformy Inclusion International). Jsou známé i další společenství,

organizace a dokonce i firmy, jejichž filozofie umožňuje prakticky bezproblémové přijetí mentálně (nejenom) postižených lidí téměř systémově. Zmíním například waldorfské školy nebo komunity zvané Camphilly. Camphillské komunity začaly vznikat po druhé světové válce v mnoha zemích světa jako výsledek a pokračování aktivit původního iniciátora, rakouského lékaře Karla Kóniga, který byl zakladatelem první antropozoficky orientované komunity, ve které společně žili a pracovali lidé s mentálním postižením a nepostižení členové (Sowík, 2007).

1.6 Sociální akceptace a postoj společnosti k handicapovaným

Postoj je odvozenou motivační dispozicí, která má svůj vnitřní i vnější projev. Vnitřní součástí tvoří složka citová a kognitivní, to znamená poznání a celkové hodnocení situace, s jeho významem, který pro člověka má. Vnější projevem je tendence reagovat na daný podmět určitým, dosti podobným způsobem chování. Složky citová, kognitivní a konativní nemusí být v každém postoji vždy stejně intenzivně vyjádřeny. Například postoj k postiženému dítěti je více emocionální než racionální. Postoje ovlivňují i lidské chování. Postoje obecně akceptované slouží ke snadnější orientaci v tom smyslu, že lze lépe porozumět (předpovědět) chování člověka, který vzhledem ke svým relativně trvalým postojům reaguje určitým, typickým způsobem. Trvalejší, obecně převažující postoje činí chování člověka srozumitelnějším a předvídatelnějším.

Kognitivní složka postoje k postiženým je u laiků obvykle velmi slabá, protože většina lidí, má ve skutečnosti málo adekvátních informací. Neinformovanost vede k převaze emocionální složky v postoji, protože nemoc a defekt vzbuzují snadno citové reakce. Emocionální složka postoje k postiženým má často ambivalentní charakter, obsahuje jak pozitivní, tak negativní citové prožitky. Příčinou je bohužel fakt, že nemoc či defekt jsou hodnoceny z obecného hlediska jako něco nežádoucího. Postižení jedinci jsou předmětem soucitu, protože jsou považováni za ty, co měli smůlu a potkalo je neštěstí bez vlastního přičinění. Na druhou stranu tito lidé u někoho mohou vzbuzovat hrůzu a odpor, protože symbolizují něco negativního, čemu se lépe vyhnout. Do značné míry zde hraje roli právě neinformovanost, protože ty defekty a nemoci, které nejsou tak známy, vzbuzují více strachu než běžné onemocnění. Výsledkem bývá nejčastěji citová ambivalence v postojích, která spojuje soucit s odporem a pozitivní emoce

s negativními. Tato skutečnost se odráží v typických výroky laiků: „On je chudák, ale já se na něj nemohu dívat“ (Vágnerová; Hadj-Mousová; Štech; 2004).

1.6.1 Školy pro handicapované

Pojem alternativní (reformní) škola nebo alternativní vzdělávání je mnohovýznamový a užívá se jako ekvivalent k jiným pojmům, jako je například otevřená škola, volná škola, netradiční škola, nezávislá škola.

Průcha, Walterová, Mareš uvádí v pedagogickém slovníku definici alternativní školy takto: Obecný termín pokrývající všechny druhy škol (soukromé i státní), které mají jeden podstatný rys, odlišují se od hlavního proudu standardních (běžných, normálních) škol určité vzdělávací soustavy. Odlišnost může spočívat ve specifických obsahů vzdělávání, organizace výuky, hodnocení vzdělávacích výsledků žáků a podobně. Pojem alternativní škola nelze tedy vztahovat pouze k soukromým školám, respektive k typu zřizovatele školy, protože nestandardní mohou být i některé školy státní.

Typologie alternativních škol je velmi bohatá a různorodá. Vyjmenuji tedy základní rozdělení a některé druhy škol. Alternativní školy se dělí na státní a soukromé. Dalším rozdělením jsou tři typy škol a to klasické reformní, církevní (konfesní) školy a moderní alternativní školy.

Pod klasické reformní školy spadá waldorfská, montessoriovská, freinetovská, jenská a daltonská.

Církevní (konfesní) školy se dělí na katolické, protestantské, židovské a jiné konfesní.

Moderních alternativních škol je nejvíce, například školy s otevřeným vyučováním, s volnou architekturou, magnetové, přesahující, 21.století, bez ročníků, s alternativním programem, nezávislé, cestující, mezinárodní, odenwaldské, hiberniánské, jednotné, kolegiální, brémská školní centra, obecné a občanské školy, zdravé školy, s angažovaným učením, integrované, školy hrou a další (Průcha, 1996).

Školy pro handicapované je velice obšírné téma, já bych se ráda věnovala vyhláše o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami, protože si myslím, že pro zvolené téma, je tato vyhláška velice důležitá.

Speciální vzdělání se poskytuje těm žákům a studentům, u kterých byly speciální vzdělávací potřeby zjištěny na základě speciálně pedagogického či psychologického vyšetření školským poradenským zařízením a jejich rozsah a závažnost je důvodem

k zařazení žáků a studentů do režimu speciálního vzdělávání. Speciální vzdělávání se poskytuje i žákům a studentům zařazeným do škol zřízených při školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy (Vyhláška č.73/2005 Sb.).

Formy speciálního vzdělávání žáků se zdravotním postižením, jsou čtyři. První je speciální vzdělávání žáků se zdravotním postižením, které je zajišťováno formou individuální či skupinové integrace, školou samostatně zřízenou pro žáky se zdravotním postižením nebo kombinací těchto třech forem. Druhou formou speciálního vzdělávání je individuální integrace a rozumí se pod ní vzdělávání žáka v běžné škole nebo v případech hodných zvláštního zřetele ve speciální škole určené pro žáky s jiným druhem postižení. Třetí formou je skupinová integrace, pod kterou se rozumí vzdělávání žáka ve třídě, oddělení nebo studijní skupině zřízené pro žáky se zdravotním postižením v běžné škole nebo ve speciální škole určené pro žáky s jiným druhem zdravotního postižení. Čtvrtou, tedy poslední formou speciálního vzdělávání žáků se zdravotním postižením je , forma individuální integrace v běžné škole, pokud to odpovídá jeho potřebám a možnostem a podmínkám a možnostem školy (Vyhláška č.73/2005 Sb.).

Počet žáků v jednotlivých třídách. Třída, oddělení a studijní skupina zřízená pro žáky se zdravotním postižením a třída ve škole při zdravotnickém zařízení má 6 až 14 žáků s přihlédnutím k věku a speciálním vzdělávacím potřebám žáků. Třída, oddělení a studijní skupina , která je zřízená pro žáky s těžkým zdravotním postižením má pouze 4 až 6 žáků. K doplnění počtu žáků ve třídě, oddělení a studijní skupině stanovené v předchozím odstavci mohou být na základě žádosti zletilého žáka nebo zákonného zástupce žáka zařazeni i žáci bez zdravotního postižení.

Jejich počet nesmí přesáhnout 25 % nejvyššího počtu žáků ve třídě, oddělení nebo studijní skupině podle předchozího odstavce. Ředitel školy může dělit třídy, oddělení a studijní skupiny na skupiny v souladu se školním vzdělávacím programem, pedagogickými, ekonomickými, hygienickými a prostorovými podmínkami, požadavky na bezpečnost žáků a ochranu jejich zdraví. V běžné třídě základní nebo střední školy, v oddělení běžné konzervatoře a ve studijní skupině běžné vyšší odborné školy lze s přihlédnutím k rozsahu speciálních vzdělávacích potřeb žáků individuálně integrovat nejvýše 5 žáků se zdravotním postižením.

Asistent pedagoga. Hlavními činnostmi asistenta pedagoga jsou pomoc žákům při přizpůsobování se školnímu prostředí, pomoc pedagogickým pracovníkům školy při výchovné a vzdělávací činnosti, pomoc při komunikaci se žáky, při spolupráci se zákonnými zástupci a komunitou, ze které žák pochází. Žádost a souhlas se zřízením

funkce asistenta pedagoga obsahuje název a sídlo právnické osoby, která vykonává činnost školy, počet tříd a žáků v nich umístěných celkem, počet žáků se speciálními vzdělávacími potřebami, dosažené vzdělání asistenta pedagoga, předpokládanou výši platu či mzdy, zdůvodnění potřeby zřízení funkce asistenta pedagoga, cíle kterých chce ředitel školy zřízením této funkce dosáhnout, a náplň práce asistenta pedagoga (Vyhláška č.73/2005 Sb.).

1.6.2 Začlenění handicapovaných na Dobříšsku

Každý člověk, potřebuje v životě nějaké uplatnění. Ať už v zaměstnání, rodině nebo ve společnosti celkově. Je velice důležité, aby i handicapovaní měli své uplatnění a své místo v životě mezi lidmi, kteří žádným handicapem netrpí. Důvodem, proč jsem si vybrala začlenění handicapovaných v oblasti Dobříšska, není jen to, že v této lokalitě žiji, ale hlavně proto, že tato oblast handicapovaným mnoho nabízí. I když samozřejmě pomoci není nikdy dost. Ve srovnání s naším hlavním městem nemá Dobříšsko s počtem institucí šanci, ale kvalitou svých služeb je na nejvyšší úrovni. Sama jsem se o tom přesvědčila při návštěvě občanského sdružení Stéblo, které jsem zahrnula do své práce a kterému se budu věnovat v další kapitole.

V následující části práce, se budu snažit alespoň částečně popsat a představit pomoc pro handicapované, která je nabízena v podobě několika typů institucí.

Základní škola praktická a základní škola speciální Dobříš, nabízí všeobecné vzdělání žákům se zdravotním postižením, kteří se nemohou s úspěchem vzdělávat na běžné základní škole. Základním prostředkem k dosažení cílů je plnění Vzdělávacího programu zvláštní školy a ŠVP „Škola pro život.“

Speciální třída Vysoký Chlumec pro děti s mentálním a fyzickým postižením, je velkou pomocí pro rodiče takto postižených dětí. Děti se denně přivázejí do školy a pak zpátky do rodin školním autem. Ve třídě je speciální učitelka, asistentka pedagoga a osobní asistentky. Nejen do třídy, ale i do celé školy je zajištěn bezbariérový přístup, děti se neučí podle předem stanovených osnov, ale podle individuálních plánů přizpůsobených jejich postižení.

Děti se jedenkrát týdně zúčastňují hipoterapie (rehabilitace pomocí koní), canisterapie (rehabilitace prostřednictvím vycvičených psů). Vedle toho mají k dispozici keramickou pec a tkalcovský stav, své výrobky prezentují na výstavách

a jarmarcích, účastní se divadelních představení. V červnu je pro ně pořádána velkolepá zahradní slavnost.

Digitus je občanské sdružení v Hořovicích, jehož krédem je vytvářet společenské vztahy. V sociální oblasti nabízí a poskytuje handicapovaným a občanům ve stáří komplexní pečovatelskou službu spolu se zdravotně-ošetrovatelskou službou v jejich domácnostech.

Domov Svatý Jan, poskytuje sociální služby osobám s handicapem, které spočívají v dlouhodobé podpoře, pomoci a péči klientům s cílem naplňovat jejich individuální zájmy, potřeby a přání tak, aby žili co možná nejběžnějším způsobem života.

Nalžovický zámek poskytuje nepřetržitou pobytovou službu pro osoby se zdravotním postižením, ale především pro ženy s mentálním či kombinovaným postižením.

Pečovatelská služba města Dobříš, je poskytována v terénní a ambulantní formě, podle potřeb klienta v domácnosti nebo v domě s pečovatelskou službou a chráněném bydlení. Posláním této pečovatelské služby je usnadnit handicapovaným a seniorům život a pomoci jim co nejdéle setrvat v domácím prostředí a vést co nejvíce to jde plnohodnotný život.

Občanské sdružení Restart v Dobříši pořádá potápěčské kurzy a pobyty pro zdravotně postižené občany, se zvláštním zaměřením na poúrazové paraplegie a kvadruplegie.

V tomto směru je jediným sdružením v ČR. Sdružení pravidelně nabízí přístrojové potápění, sportovní kurzy pro nováčky, týdenní kurz potápění a týdenní potápěčský pobyt u moře.

Občanské sdružení Zdravotně postižených Dobříš, se věnuje pořádání zájezdů pro postižené. Pořádá Den zdravotně postižených a další kulturní a společenské aktivity. (Odbor místního rozvoje, 2008).

1.6.3 Občanské sdružení Stéblo

Tato nezisková organizace se věnuje zdravotně postiženým občanům a klade si za cíl zrovnoprávnit a zlepšit kvalitu jejich života. Nachází se v obci Borotice, poblíž Dobříše. Kromě denního stacionáře jsou zde i sociálně terapeutické dílny. Klienti sem dochází od pondělí do pátku od 7:30-16:00, samozřejmě je vše přizpůsobeno individuálním potřebám každého klienta. Kapacita je 16 klientů. Pro své klienty Stéblo

nabízí mnoho činností, kterým se mohou každodenně věnovat. Při své návštěvě Stébلا jsem se zúčastnila vyučování, kdy se klienti pod vedením Mgr. Homolkové věnovali vyučování matematiky a anglického jazyka. Další výhodou tohoto zařízení je, že klienti mají možnost nacvičovat i praktické věci, jako je například nakupování, kdy jeden z klientů pracuje u počítače a promítá ostatním na obrazovce příklady jak a za kolik financí si mohou či nemohou něco koupit. Úkolem klientů je určit jaká hodnota bankovky je vyobrazena a v jaké hodnotě a jaký druh výrobku je jim nabídnut, a oni musí určit, zda si výrobek mohou či nemohou virtuálně koupit. Další oblast, která je s klienty procvičována je všeobecný přehled, kdy jsou klientům kladeny otázky týkající se oblastí běžného každodenního života. Samozřejmě také mezi jednotlivými činnostmi, nesmí scházet odpočinek, který si klienti užívali s relaxačními míčky, a při zavřených očích poslouchali báseň od Jaroslava Seiferta.

Klientům je také dle jejich každodenního rozpisu nabídnuta praktická činnost v několika dílnách, a to v košíkářské, keramické, textilní, tkalcovské a výtvarné. Výrobky, které zde vyrobí jsou pak dále prezentovány a prodávány na různých akcích pro handicapované. Klienti také pod odborným dohledem vaří, pečou a uklízí. Další nabídkou je canisterapie a muzikoterapie. Jednou za rok se o organizaci Stébلا natáčí film. Klienti se také zúčastňují speciální olympiády, která je celosvětovou organizací pro postižené.

Přístup ke klientům, který je v této oblasti asi jeden z nejdůležitějších aspektů v péči o handicapované je zde na velmi profesionální úrovni – organizace Stébلا¹.

¹< <http://www.steblo.org/aktuality.html>>

2 Empirická část

2.1 Metodika výzkumu

Ve své bakalářské práci jsem chtěla získat názor zdravotníků a laické veřejnosti. Po prostudování odborné literatury jsem si stanovila tyto cíle.

2.1.1 Výzkumný problém, výzkumný cíl, hypotézy

Výzkumný problém:

Jaký postoj zaujímá intaktní společnost k handicapovaným lidem?

Ve vztahu k výzkumnému problému jsem si stanovila tyto cíle:

Cíle výzkumu:

Hlavní cíl: Zjistit, jaký postoj zaujímají zdraví lidé k lidem postiženým.

C1: Zjistit, zda jsou o životě handicapovaných lidí více informováni zdravotníci než laická veřejnost.

C2: Zjistit, jaký druh postižení je vnímán intaktní společností jako nejtěžší a proč.

C3: Zjistit, zda zdraví lidé vnímají možnost integrace handicapovaných jako dostačující.

Po přečtení odborné literatury a vyhodnocení prováděného předvýzkumu předpokládám:

Hypotézy:

H1- Předpokládám, že odborná veřejnost (zdravotníci) mají více informací o handicapech a životě postižených lidí, /z důvodu své profese/ než laická veřejnost.

H2- Předpokládám, že intaktní společnost pokládá smyslová postižení, za těžší ve srovnání s tělesnými nebo mentálními handicapami.

H3- Předpokládám, že minimálně 60% dotázaných vnímá možnosti integrace postižených do společnosti za nedostatečné.

2.1.2 Technika výzkumu

Po stanovení cíle a hypotéz jsem si zvolila metodu anonymního dotazníku. Celkový počet dotazovaných byl 180, vráceno 149, z čehož byly všechny dobře vyplněné. Bohužel se mi od odborné veřejnosti z rozdaných 80 dotazníků navrátilo pouze 51, proto poměr mezi zdravotníky a laickou veřejností, kde se mi ze 100 rozdaných navrátilo 98, není zcela vyrovnaný. Návratnost byla 82,77%. Dotazník obsahoval 15 otázek z nichž některé byly uzavřené a některé otevřené. Dotazník je řazen jako příloha č.1.

2.1.3 Časový harmonogram sběru dat

Dotazníky jsem rozdávala v období od 22. 10. 2008 do 20. 12. 2008. O vyplnění dotazníků jsem požádala odbornou (zdravotníky) a laickou veřejnost.

2.1.4 Předvýzkum

Předvýzkum jsem prováděla v období od 15. 6. 2008 do 25. 7. 2008. Bylo osloveno 20 respondentů, které jsem požádala o vyplnění dotazníku. Předvýzkum jsem prováděla, proto abych se dozvěděla, zda otázkám v dotazníku respondenti rozumí a zda se alespoň částečně potvrdí některé hypotézy. Z předvýzkumu vyplynulo, že je třeba poupravit nastavení hypotéz, také formulace některých otázek v dotazníku se ukázala jako nevhodná či nesrozumitelná, respondenti otázky nerozuměli nebo nevěděli jakým způsobem správně odpovědět.

2.1.5 Výzkumný soubor

Pro výzkum jsem si zvolila dvě skupiny respondentů. Jednou z nich jsou zdravotníci, čímž jsou míněni nejen zdravotní sestry a zdravotničtí pracovníci, ale i studenti zdravotnických oborů, kteří se teprve na výkon svého povolání připravují. Druhou skupinou respondentů je laická veřejnost, tím jsou míněni ti, kteří ve zdravotnictví nepracují ani žádný zdravotnický obor nestudují.

2.1.6 Interpretace výsledků výzkumu

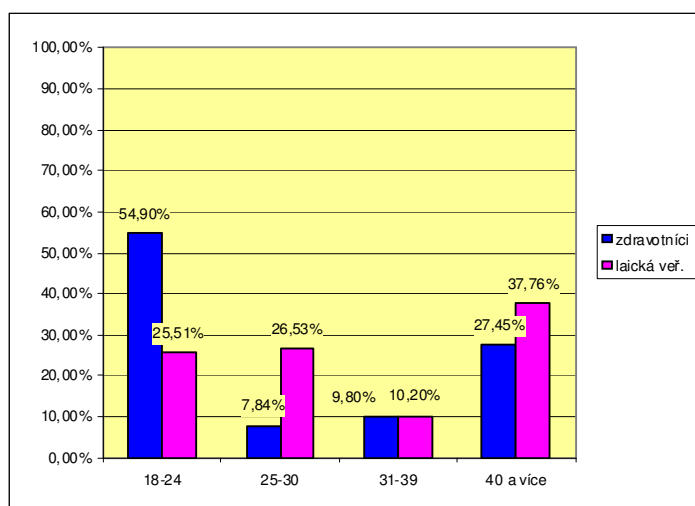
Výsledky uvádějí následující tabulky a grafy:

Otázka č.1 : Kolik je Vám let?

Tabulka č.1 Věk respondentů

Věk		zdravotníci			laická veřejnost
18-24	28	54,90%	18-24	25	25,51%
25-30	4	7,84%	25-30	26	26,53%
31-39	5	9,80%	31-39	10	10,20%
40 a více	14	27,45%	40 a více	37	37,76%
celkem	51	100,00%	celkem	98	100,00%

Graf 1 Věk respondentů



Otázka č. 1 se týkala věku respondentů.

Zdravotníci: 18-24 let- 54,90%,25-30 let - 7,84%, 31-39 let - 9,80%,40 a více- 27,45%.

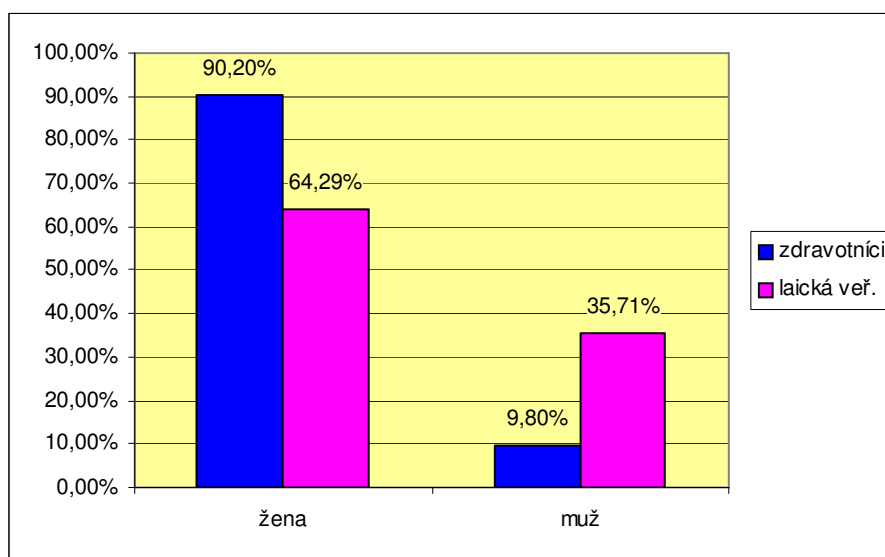
Laická veřejnost: 18-24 let - 25,51%, 25-30 let - 26,53%, 31-39 let - 10,20%, 40 a více- 37,76%. Výsledek grafu ukazuje, že nejvíce oslovených respondentů mezi zdravotníky byla skupina ve věku 18-24 let a to 54,90% a mezi laickou veřejností ve věku 40 a více a to 37,76%.

Otázka č. 2 : Jakého jste pohlaví?

Tabulka č.2 Pohlaví respondentů

Pohlaví		zdravotníci			laická veřejnost
žena	46	90,20%	žena	63	64,29%
muž	5	9,80%	muž	35	35,71%
celkem	51	100,00%	celkem	98	100,00%

Graf č. 2 Pohlaví respondentů



Otázka č. 2 se zjišťovala pohlaví respondentů.

Zdravotníci: Ženy 90,20% a muži 9,80%.

Laická veřejnost: Ženy 64,29% a muži 35,71%.

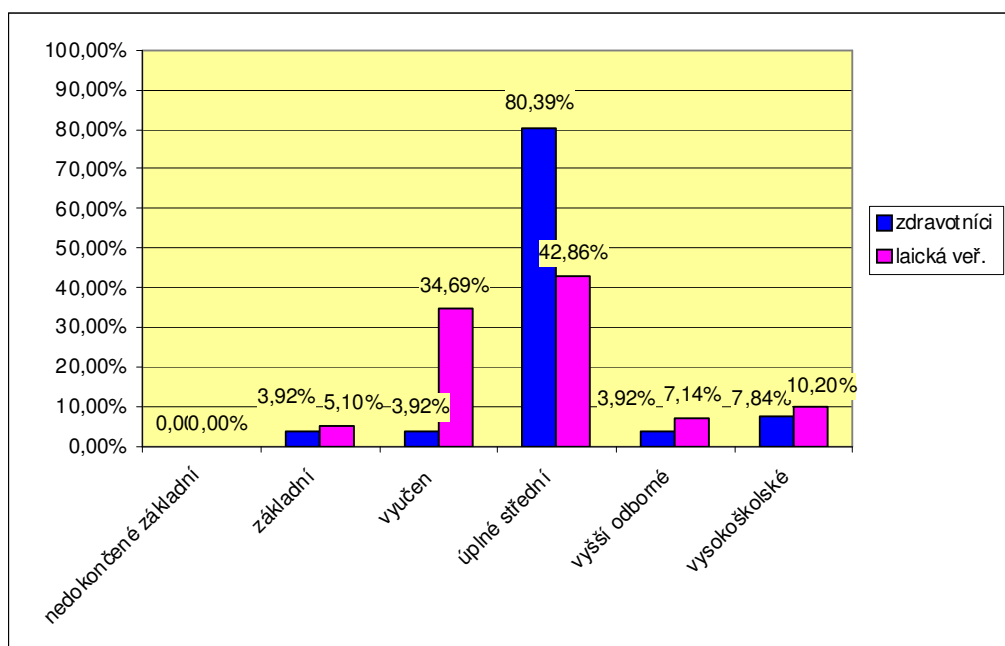
Výsledek tohoto grafu ukazuje všeobecně známou skutečnost, že ve zdravotnictví pracuje více žen než mužů a u laické veřejnosti byli ženy nad muži s převahou o 28,58%.

Otázky č. 3: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka č.3 Vzdělání respondentů

Vzdělání		zdravotníci		laická veřejnost	
nedokončené			nedokončené		
základní	0	0,00%	základní	0	0,00%
základní	2	3,92%	základní	5	5,10%
vyučen	2	3,92%	vyučen	34	34,69%
úplné střední	41	80,39%	úplné střední	42	42,86%
vyšší odborné	2	3,92%	vyšší odborné	7	7,14%
vysokoškolské	4	7,84%	vysokoškolské	10	10,20%
celkem	51	100,00%	celkem	98	100,00%

Graf č. 3 Vzdělání respondentů



Otázka č. 3 se týkala vzdělání respondentů.

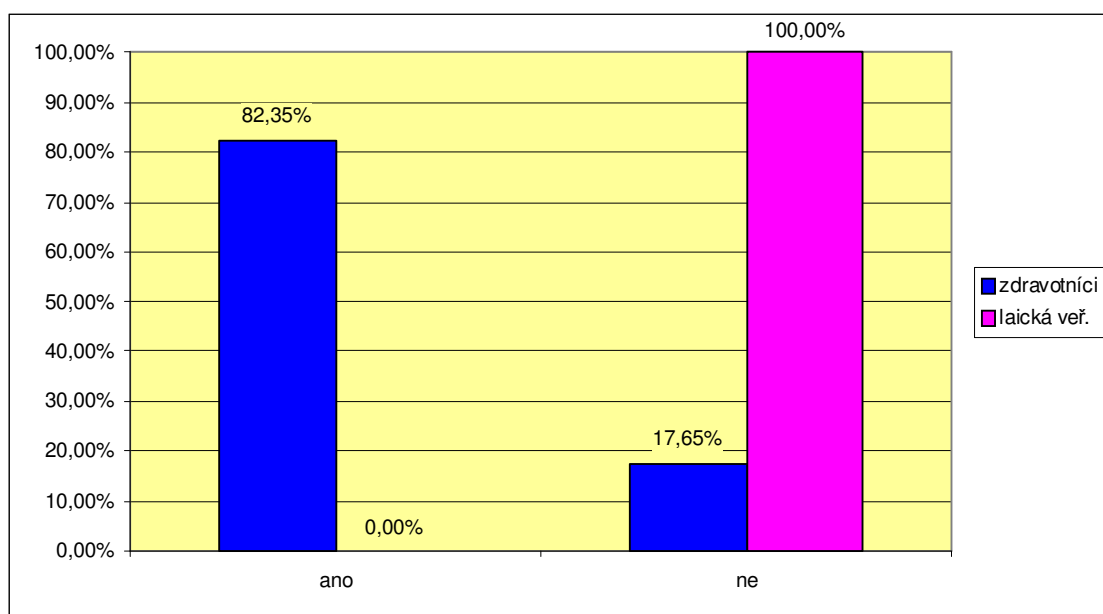
Nejvíce procentuálně zastoupeno bylo vzdělání středoškolské, tedy úplné střední, z něhož bylo 80,39% zastoupeno zdravotníky a 42,86% laickou veřejností. Z laické veřejnosti byla také početná skupina se 34,69% vyučen. Ostatní vzdělání bylo procentuálně velmi nízké.

Otázka č. 4: Pracujete ve zdravotnictví?

Tabulka č. 4 Zaměstnání ve zdravotnictví

Zaměstnání ve zdrav.		zdravotníci			laická veřejnost
ano	42	82,35%	ano	0	0,00%
ne	9	17,65%	ne	98	100,00%
celkem	51	100,00%	celkem	98	100,00%

Graf č. 4 Zaměstnání ve zdravotnictví



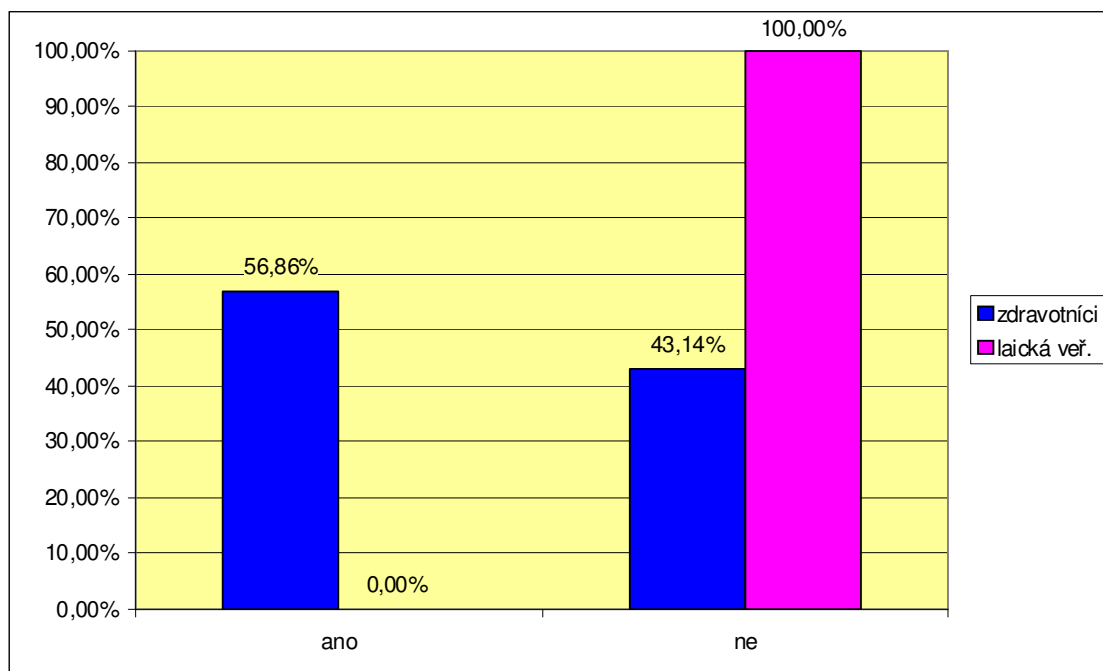
Na otázku č. 4, která se týkala zaměstnání, zda-li oslovení respondenti pracují či nepracují ve zdravotnictví, odpověděli všichni dotazovaní ze skupiny laické veřejnosti podle očekávání, že ne, a zdravotníci 42% pracují ve zdravotnictví a 17,65% nepracují ve zdravotnictví, tím se tedy předpokládá, že studují zdravotnickou školu.

Otázka č. 5: Studujete zdravotnickou školu (střední, vyšší nebo vysokou)?

Tabulka č. 5 Studium na zdravotnické škole

Studium na zdrav. škole		zdravotníci			laická veřejnost
ano	29	56,86%	ano	0	0,00%
ne	22	43,14%	ne	98	100,00%
celkem	51	100,00%	celkem	98	100,00%

Graf č. 5 Studium na zdravotnické škole



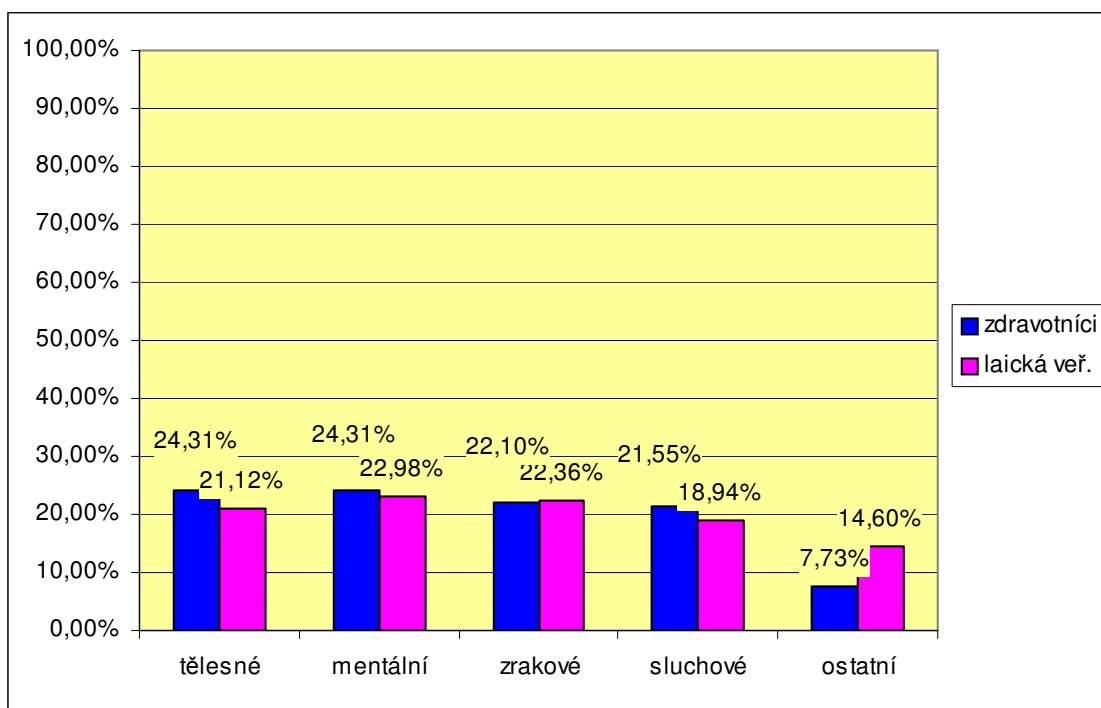
Otázka č. 5 zjišťující studium na zdravotnické škole dle předpokladů zjistila, že dotazovaní ze skupiny laické veřejnosti zdravotnickou školu nestudují a ze skupiny zdravotníků studuje zdravotnickou školu 56,86% a 43,14% nestuduje.

Otázka č. 6: Vymenujte druhy postižení, které znáte:

Tabulka č. 6 Druhy postižení

Druhy postižení		zdravotníci			laická veřejnost
tělesné	44	24,31%	tělesné	68	21,12%
mentální	44	24,31%	mentální	74	22,98%
zrakové	40	22,10%	zrakové	72	22,36%
sluchové	39	21,55%	sluchové	61	18,94%
ostatní	14	7,73%	ostatní	47	14,60%
celkem	181	100,00%	celkem	322	100,00%

Graf č. 6 Druhy postižení



Otázka č. 6 prověřovala, zda-li respondenti znají druhy postižení, a pokud ano, tak jaké.

Zdravotníci nejčastěji uváděli mentální a tělesné, obojí v zastoupení 24,31%, následovalo zrakové 22,10% a sluchové 21,55% a ostatní odpovědi zahrnovali 7,73%.

U laické veřejnosti byli odpovědi velice podobné, nejvíce respondentů odpovědělo mentální 22,98%, dále pak zrakové 22,36%, tělesné 21,12% a sluchové 18,94% a ostatní odpovědi byly 14,60%.

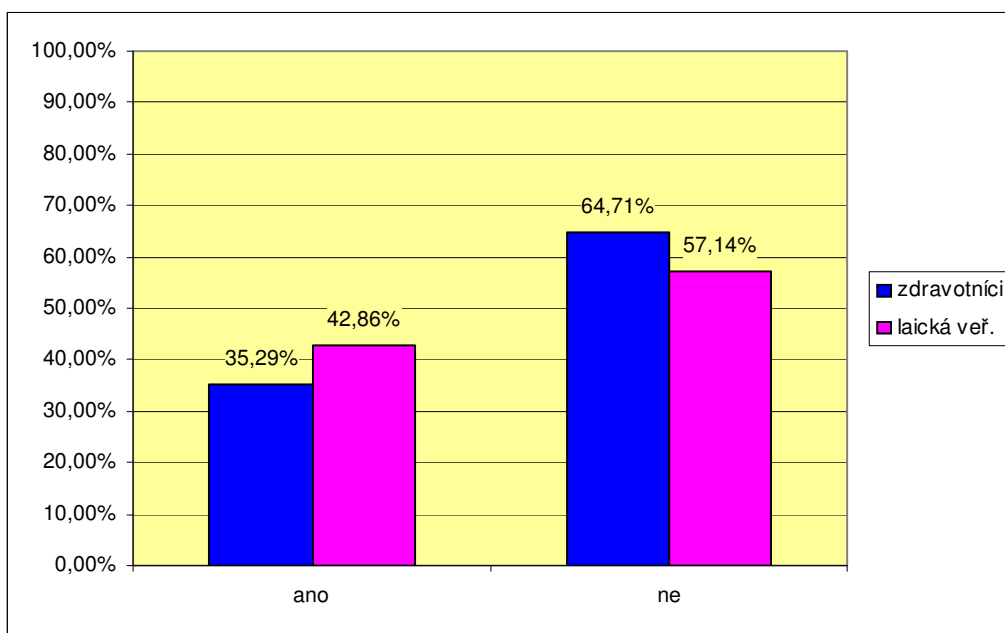
V ostatních odpovědích se nejčastěji vyskytovaly odpovědi jako kombinované postižení, řečové, epilepsie, často také respondenti odpovídali, tělesné postižení, které je vzniklé po úraze nebo třeba autonehodě.

Otázka č. 7: Myslíte si, že zdraví lidé jsou o životě handicapovaných dostatečně informováni? Pokud ne, uveďte ve které oblasti mají nedostatek informací.

Tabulka č. 7 Informovanost o handicapovaných

Informovanost o handicapovaných		zdravotníci			laická veřejnost
ano	18	35,29%	ano	42	42,86%
ne	33	64,71%	ne	56	57,14%
celkem	51	100,00%	celkem	98	100,00%

Graf č. 7 Informovanost o handicapovaných



V otázce č. 7 se dotazují oslovených zda-li jsou zdraví lidé dostatečně informováni o lidech handicapovaných.

Ze skupiny zdravotníků odpovědělo 64,71% respondentů ne a 35,29% ano.

Laická veřejnost také odpovídala ve více procentech že ne, a to 57,14% a ano odpovědělo 42,86% respondentů. Tato otázka byla z části otevřená a zčásti uzavřená. Pro upřesnění odpovědí této otázky mám odpověď ne, rozpracovanou dále v tabulkách.

Tabulka č.7b Zdravotníci- odpovědi ne

Odpovědi na otevřenou otázku	
všeobecně (všude)	15
o komunikaci	5
jak jim pomoci	5
o jejich životě	4
ostatní	4
celkem	33

Tabulka č.7a Laická veřejnost- odpovědi ne

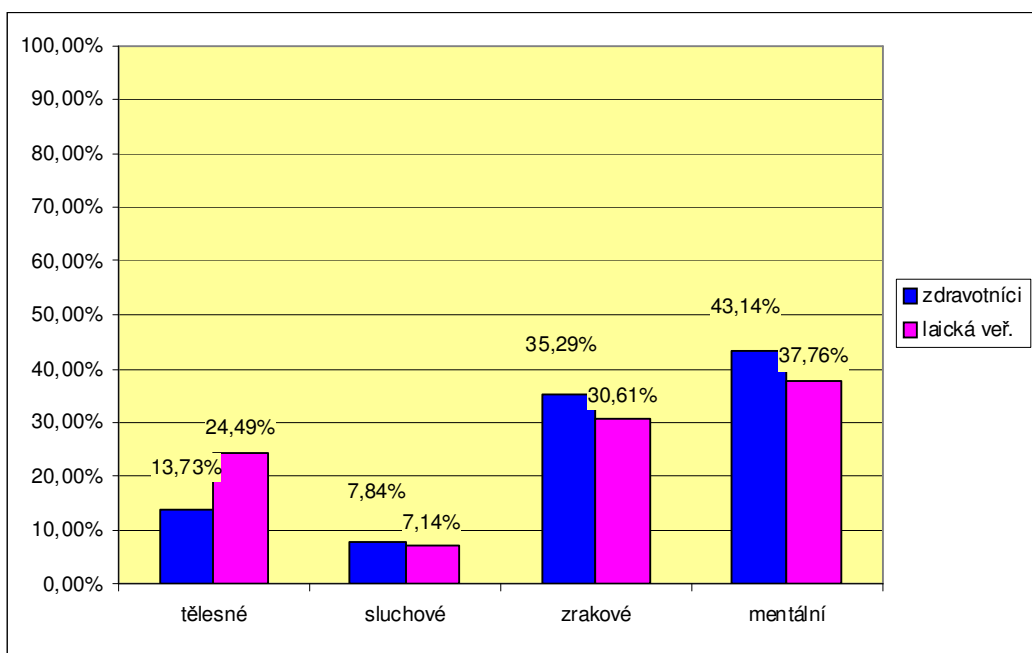
Odpovědi na otevřenou otázku	
všeobecně (všude)	15
o chování a jednání	14
celkově o jejich životě	10
o komunikaci	5
málo informací o samotném handicapu	4
jsou velmi často izolováni od společnosti	3
ostatní	5
celkem	56

**Otázka č. 8: Které postižení hodnotíte jako nejtěžší v porovnání se životem
zdravých lidí?**

Tabulka č. 8 Hodnocení postižení

Hodnocení postižení		zdravotníci		laická veřejnost	
tělesné	7	13,73%	tělesné	24	24,49%
sluchové	4	7,84%	sluchové	7	7,14%
zrakové	18	35,29%	zrakové	30	30,61%
mentální	22	43,14%	mentální	37	37,76%
celkem	51	100,00%	celkem	98	100,00%

Graf č. 8 Hodnocení postižení



V otázce č. 8 se dotazují respondenti jaké postižení hodnotí jako nejtěžší v porovnání se životem zdravých lidí.

Ze skupiny zdravotníků dopovědělo tělesné 13,73%, sluchové 7,84%, zrakové 35,29% a mentální 43,14%.

Respondenti ze skupiny laické veřejnosti odpověděli na tělesné 24,49%, sluchové 7,14%. Zrakové 30,61% a mentální 37,76%.

Z čehož vyplývá že obě skupiny hodnotí jako nejtěžší postižení mentální.

Otázka č. 9 V předchozí otázce jste zaškrtnli Vámi vybrané postižení, můžete tento výběr odůvodnit?

Otázka č. 9 je otázkou otevřenou, kde respondenti odůvodňovali odpovědi k otázce č.8, proto výsledky této otázky nebudou uvedeny v grafech, ale v následujících tabulkách.

Tabulka č.9a

tělesné postižení	zdravotníci
omezená pohyblivost	3
špatný návrat do běžného života	2
nejméně sluchitelné se životem zdravých lidí	2
celkem	7

Tabulka č.9b

sluchové postižení	zdravotníci
ztížená komunikace	2
špatné začlenění do společnosti	2
celkem	4

Tabulka č.9c

zrakové postižení	zdravotníci
špatná schopnost orientace	6
mám zkušenosti s nadací Světluška	3
mají horší schopnost se učit	3
neumím zdůvodnit tento výběr	4
jsou odkázáni na pomoc druhých	2
celkem	18

Tabulka č.9d

mentální postižení	zdravotníci
jsou nejvíce odkázáni na pomoc druhých	10
mají nejmenší možnost své postižení kompenzovat	4
jsou vůči těmto postiženým často vedeny předsudky	3
mají malou možnost začlenění do společnosti	3
neuvědomují si sami sebe	2
celkem	22

Tabulka č.9e

tělesné postižení	laická veřejnost
nejvíce vnímá, že je postižen	5
omezená pohyblivost	5
nejméně slučitelné se životem zdravých lidí	4
nejvíce omezující život	4
často potřebují neustálou péči, i když jsou psychicky v pořádku	3
neumím zdůvodnit tento výběr	3
celkem	24

Tabulka č.9f

sluchové postižení	laická veřejnost
neschopnost komunikace	4
špatné vnímání okolí	3
celkem	7

Tabulka č.9g

zrakové postižení	laická veřejnost
špatná orientace	6
zrak je pro život nejdůležitější	5
potřebují neustálý doprovod (vodící psi)	5
často jsou obětmi kapesních krádeží	4
nejsou schopni posoudit nebezpečí	4
mám se zrakově postiženým osobní zkušenost	4
neumím tento výběr odůvodnit	2
celkem	30

Tabulka č.9h

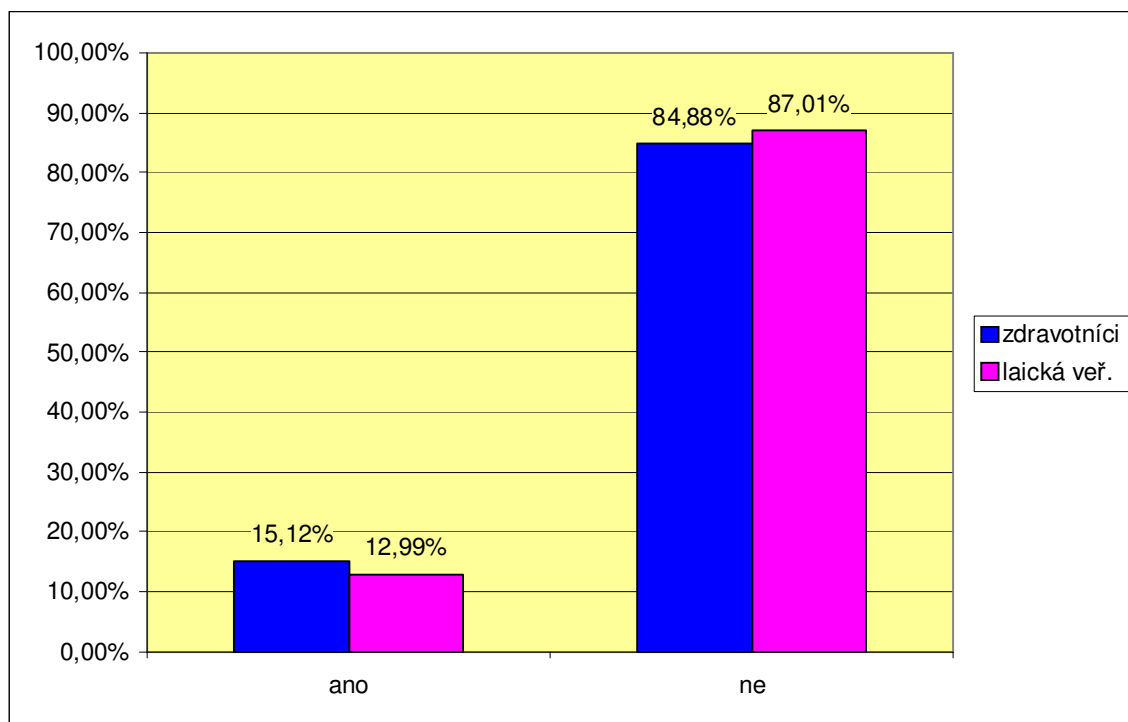
mentální postižení	laická veřejnost
potřebují neustálou péči	17
jsou nesvéprávní	8
trpí jejich rodina	7
nemohou za toto postižení	4
často jsou obětmi násilí kvůli své velké důvěřivosti	3
celkem	37

Otázka č. 10: Myslíte si, že je dostatek „bezbariérového přístupu“? Pokud ne, napište ve kterých oblastech.

Tabulka č. 10 Bezbariérový přístup

Bezbariérový přístup		zdravotníci		laická veřejnost	
ano	13	15,12%	ano	20	12,99%
ne	73	84,88%	ne	134	87,01%
celkem	86	100,00%	celkem	154	100,00%

Graf č. 10 Bezbariérový přístup



V otázce č. 10 jsem zjišťovala, zda je podle respondentů dostatek bezbariérového přístupu.

Zdravotníci si z 15,12% myslí, že je dostatek a 84,88% nedostatek.

Druhá skupina respondentů odpověděla kladně 12,99% a záporně 87,01%.

Protože v této otázce mohli respondenti odpověď ne dále odůvodnit, mám ji dále rozpracovanou v následujících tabulkách.

Tabulka č.10a Zdravotníci- odpovědi ne

Odpovědi na otevřenou otázku	
školy	16
doprava	13
kina, divadla	11
úřady	10
ostatní	10
obchody	5
restaurace	5
bydlení	3
celkem	73

Tabulka č.10b Laická veřejnost- odpovědi ne

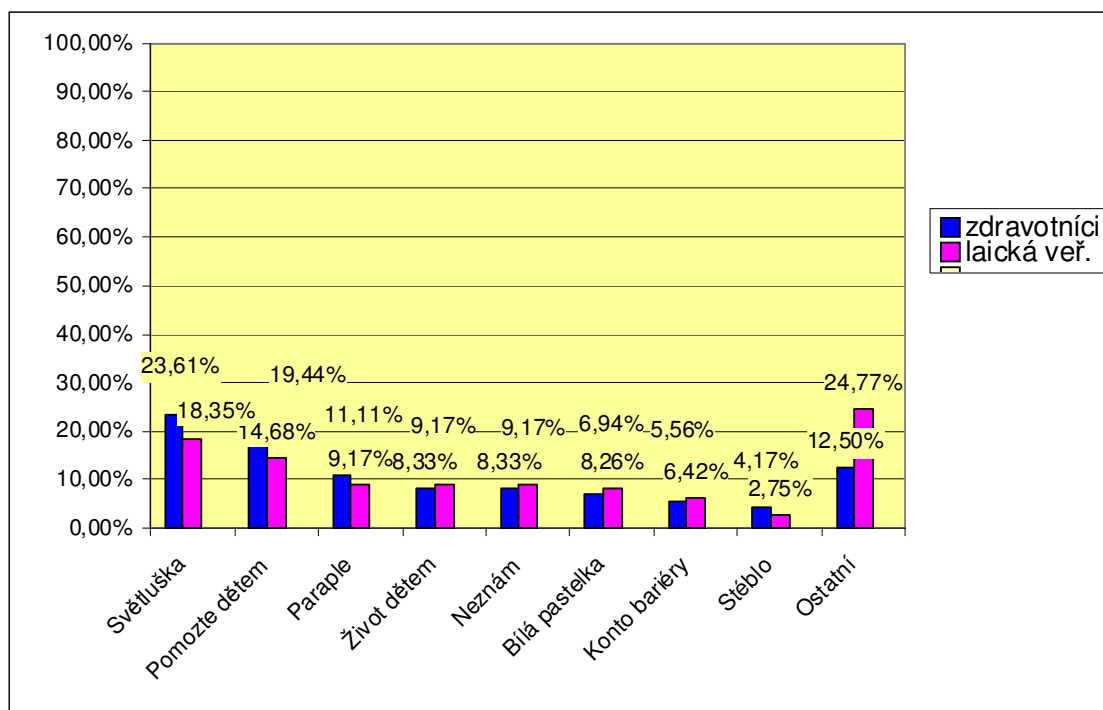
Odpovědi na otevřenou otázku	
doprava	27
kultura a sport	17
obchody	16
školy	15
všude	15
restaurace	14
mimo Prahu	9
starší budovy	7
u lékaře	9
ostatní	5
celkem	134

Otázka č. 11 Znáte nějakou organizaci, sdružení či sbírku, která se zabývá pomoci postiženým?

Tabulka č. 11 Organizace pro handicapované

Organizace pro handicapované		zdravotníci			laická veřejnost
Světluška	17	23,61%	Pomozte dětem	20	18,35%
Pomozte dětem	14	19,44%	Paraple	16	14,68%
Paraple	8	11,11%	Bílá pastelka	10	9,17%
Život dětem	6	8,33%	Stéblo	10	9,17%
Neznám	6	8,33%	Světluška	10	9,17%
Bílá pastelka	5	6,94%	Neznám	9	8,26%
Konto bariéry	4	5,56%	Duha	7	6,42%
Stéblo	3	4,17%	Konto bariéry	3	2,75%
Ostatní	9	12,50%	Ostatní	27	24,77%
celkem	72	100,00%	celkem	109	100,00%

Graf č. 11 Organizace pro handicapované



Otázkou č. 11 jsem se snažila zjistit znají-li respondenti organizace zabývající se pomoci handicapovaným.

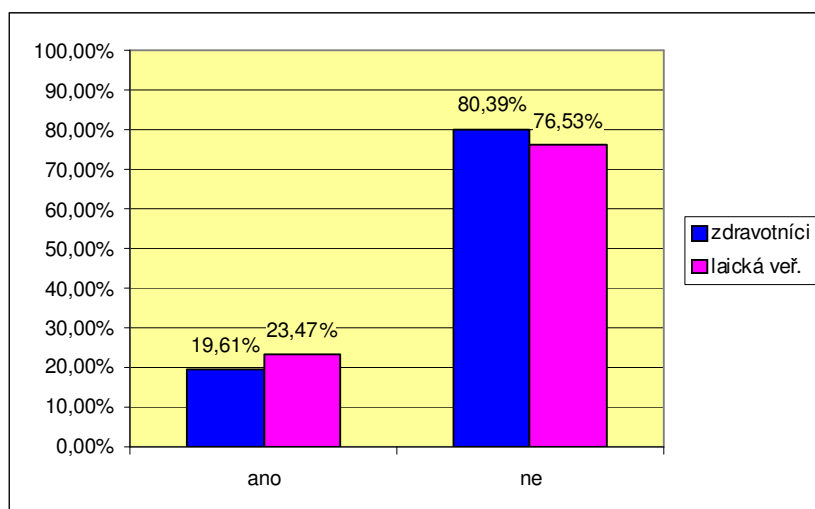
Z mého výzkumu vyplývá, že u zdravotníků je nejvíce známou organizací Světluška 23,61% a u laické veřejnosti (pokud pomineme odpověď ostatní, která skýtala 24,77%) Pomozte dětem s 18,35%.

**Otázka č. 12: Uvažoval/a jste někdy o tom, že byste pomáhal/a
handicapovaným? Chtěl/a byste se stát tzv. dobrovolníkem?
Svou odpověď prosím odůvodněte.**

Tabulka č. 12 Dobrovolná pomoc handicapovaným

Dobrovolná pomoc handicapovaným		zdravotníci			laická veřejnost
ano	10	19,61%	ano	23	23,47%
ne	41	80,39%	ne	75	76,53%
celkem	51	100,00%	celkem	98	100,00%

Graf č. 12 Dobrovolná pomoc handicapovaným



Otázkou č. 12 se dotazují respondenti zda-li by se chtěli někdy stát dobrovolníkem. Ze skupiny zdravotníků mi odpovědělo 19,61% ano a 80,39% ne. Z laické veřejnosti ano odpovědělo 23,47% a ne 76,56%. Odůvodnění odpovědí je uvedeno v následujících tabulkách.

Tabulka č.12a Zdravotníci-odpovědi ano

Odpovědi na otevřenou otázku	
je to povinnost každého z nás	6
pracuji v tomto oboru	5
pokud by byl dostatek času	3
baví mě pomáhat lidem	2
ostatní	3
celkem	19

Tabulka č.12b Zdravotníci-odpovědi ne

Odpovědi na otevřenou otázku	
nemám na to psychiku	11
je třeba velké odhodlání	10
mám nedostatek času	9
pracuji ve zdravotnictví, tak pomáhám	6
nebavilo by mě to	2
ostatní	3
celkem	41

Tabulka č.12c Laická veřejnost-odpovědi ano

Odpovědi na otevřenou otázku	
pracuji v tomto oboru	6
pokud by to nebylo časově náročné	5
je málo informací o tom, jak se stát dobrovolníkem	4
mám rád/a práci s handicapovanými lidmi	3
nemám znalosti a předpoklady	2
ostatní	3
celkem	23

Tabulka č.12d Laická veřejnost-odpovědi ne

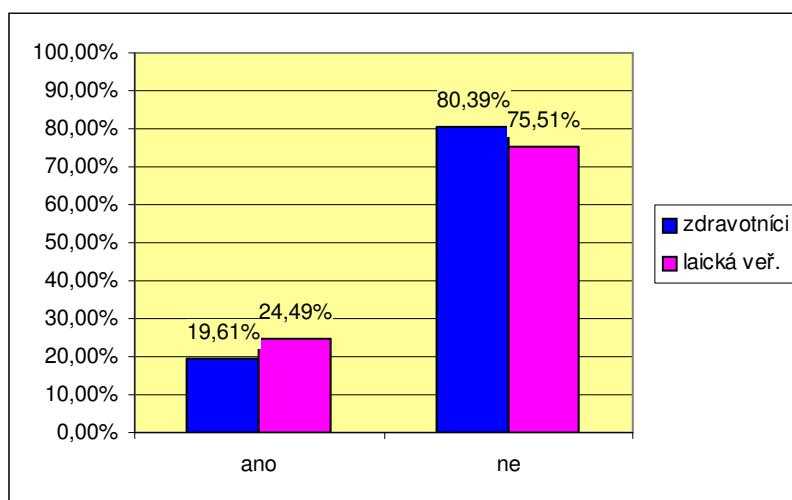
Odpovědi na otevřenou otázku	
neumím odůvodnit	30
nemám odvahu, čas a sílu	23
nemám na to psychicky, je mi jich líto	12
mám málo zkušeností	5
ostatní	5
celkem	75

Otázka č. 13: Myslíte si že handicapovaná mají dostatek možností ve vzdělávání a následně uplatnění v zaměstnání? Svou odpověď prosím odůvodněte.

Tabulka č. 13 Možnosti vzdělávání a zaměstnání

Možnosti vzdělávání a zaměstnání		zdravotníci			laická veřejnost
Ano	10	19,61%	ano	24	24,49%
Ne	41	80,39%	ne	74	75,51%
Celkem	51	100,00%	celkem	98	100,00%

Graf č. 13 Možnosti vzdělávání a zaměstnání



Otázka č. 13 je zaměřena na názory respondentů ohledně vzdělávání a zaměstnávání respondentů.

Zdravotníci si myslí, že je dostatek možností z 19,61% a 80,39% že ne.

Dotazovaní ze skupiny laické veřejnosti odpověděli ano 24,49% a ne 75,51%.

Tato otázka také byla otázkou otevřenou, proto odpovědi jsou v následujících tabulkách.

Tabulka č.13a Zdravotníci- odpovědi ano

Odpovědi na otevřenou otázku	
náš stát začíná vycházet vstříc	4
ve vzdělání	3
pokud pracují pod dohledem	2
speciální ústavy pro vzdělávání	1
celkem	10

Tabulka č.13b Zdravotníci- odpovědi ne

Odpovědi na otevřenou otázku	
stát začíná vycházet vstříc	11
málo zaměstnavatelů o ně stojí	10
jsou diskriminováni	8
málo uplatnění	4
ostatní	3
celkem	36

Tabulka č.13c Laická veřejnost- odpovědi ano

Odpovědi na otevřenou otázku	
neumím zdůvodnit	9
šance nejsou rovnoměrné	8
mají to složitější	3
pokud mají pevnou vůli	2
ve vzdělání	2
celkem	24

Tabulka č.13d Laická veřejnost- odpovědi ne

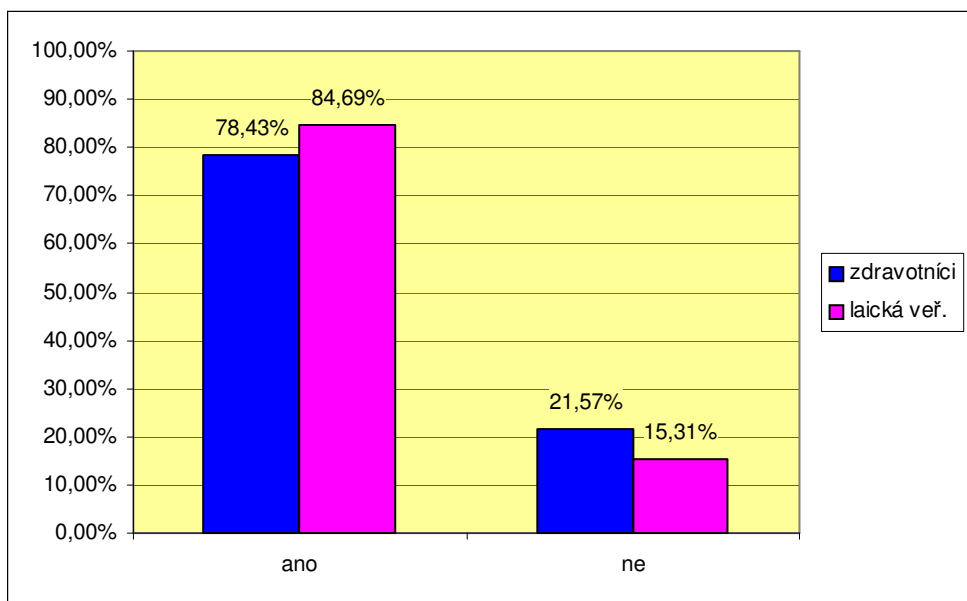
Odpovědi na otevřenou otázku	
v zaměstnání	20
neumím zdůvodnit	15
málo učitelů a škol	12
malá podpora ze strany státu	8
mají málo možností	6
firmy mají pro ně málo míst	5
málo financí a dotací	3
ostatní	5
celkem	74

Otázka č. 14: Myslíte si, že postižení mohou navštěvovat koncerty, divadla, kina? Uveďte proč mohou či nemohou.

Tabulka č. 14 Možnost kulturního vyžití

Možnost kulturního vyžití			laická veřejnost		
	zdravotníci				
ano	40	78,43%	ano	83	84,69%
ne	11	21,57%	ne	15	15,31%
celkem	51	100,00%	celkem	98	100,00%

Graf č. 14 Možnost kulturního vyžití



Otázka č.14 zjišťovala zda-li si respondenti myslí, že mohou či nemohou postižení navštěvovat kulturní akce.

První skupina respondentů, tedy zdravotníci si myslí 78,43% že ano a 21,57% že ne.

Druhá skupina respondentů si myslí ano 84,69% a ne 15,31%.

Další odůvodnění této otevřené otázky se nachází v následujících tabulkách.

Tabulka č.14a Zdravotníci- odpovědi ano

Odpovědi na otevřenou otázku	
pokud je bezbariérový přístup	20
mají stejná práva jako ostatní	12
pokud o to stojí	4
pokud mají doprovod	2
všude jim určitě pomohou	2
celkem	40

Tabulka č.14b Zdravotníci- odpovědi ne

Odpovědi na otevřenou otázku	
nedostatek bezbariérového přístupu	8
nejsou na jejich návštěvy připraveny prostory	3
celkem	11

Tabulka č.14c Laická veřejnost- odpovědi ano

Odpovědi na otevřenou otázku	
za pomoci dobrovolníků	20
mají stejná práva jako ostatní	19
pokud jsou podmínky	17
pokud je to z hlediska jejich zdravotního stavu možné	8
v omezené míře	6
ostatní	4
celkem	83

Tabulka č.14d Laická veřejnost- odpovědi ne

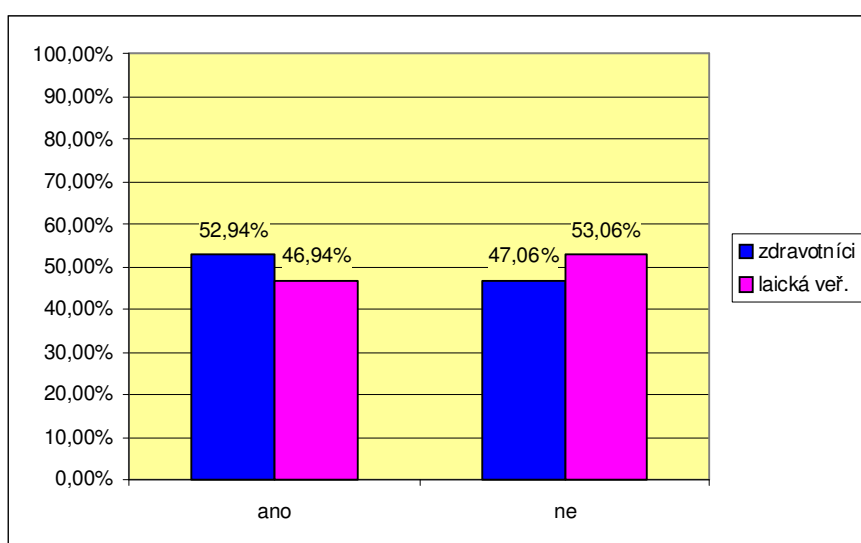
Odpovědi na otevřenou otázku	
není bezbariérový přístup	10
nejsou podmínky na těchto akcích pro jejich návštěvy	5
celkem	15

Otázka č. 15: Znáte termín integrace? Pokud ano, vysvětlete jej.

Tabulka č. 15 Pojem integrace

Pojem integrace	zdravotníci		laická veřejnost		
ano	27	52,94%	ano	46	46,94%
ne	24	47,06%	ne	52	53,06%
celkem	51	100,00%	celkem	98	100,00%

Graf č. 15 Pojem integrace



Otázka č. 15 se zabývala tím, jestli respondenti znají termín integrace.

Termín integrace zná více zdravotníků s 52,94% než laické veřejnosti s 46,94%.

53,06% laické veřejnosti a 47,06% zdravotníků tento termín nezná. Z tohoto grafu tedy vyplývá, že zdravotníci znají integraci více než laická veřejnost.

2.1.7 Závěr výzkumu

H1: Předpokládám, že odborná veřejnost (zdravotníci) mají více informací o handicapech a životě postižených lidí, (z důvodu své profese) než laická veřejnost se potvrdila.

Tato hypotéza se opírá o otázky č.6, č.7 a č.11. Z výsledků vidíme, že na otázku č. 6 vyjmenujte druhy postižení, které znáte, odpověděli zdravotníci tělesné 24,31% (44 respondentů), mentální 24,31% (44 respondentů), zrakové 22,10% (40 respondentů), sluchové 21,55% (39 respondentů) a další druhy postižení, které byly zahrnuty do ostatních 7,73% (14 respondentů). Laická veřejnost odpověděla tělesné 21,12% (61 respondentů), mentální 22,98% (74 respondentů), sluchové 1 (61 respondentů) tedy znalost těchto třech postižení byla nižší než u skupiny zdravotníků naopak zrakové postižení odpověděli respondenti laické veřejnosti 18,94% (61 respondentů) vícekrát než zdravotníci a ostatní odpovědi zahrnovali 14,60% (47 respondentů).

Na otázku č.7 Myslíte si, že zdraví lidé jsou o životě handicapovaných dostatečně informováni? Odpovědělo kladně 32,29% (18 respondentů) zdravotníků a 42,86% (42 respondentů) laické veřejnosti a záporně 69,71% (33 respondentů) zdravotníků a 57,14% (56 respondentů) laické veřejnosti.

Na otázku č.11 Znáte nějakou organizaci, sdružení či sbírku, která se zabývá pomocí postiženým odpovědělo neznám pouze 8,33% (6 respondentů zdravotníků a ostatní respondenti 91,67% (100 respondentů) uvedlo organizaci.

A respondenti ze skupiny laické veřejnosti uvedli, že neznají 8% (9 respondentů) ostatní 91,74% (63 respondentů) organizace vyjmenovali

V otázce č.6 byli , i když s nepatrnými rozdíly více informováni zdravotníci.

U otázky č.7 si obě dvě skupiny respondentů myslí, že informovanost je nedostatečná. U otázky č.11 nelze jednoznačně určit, která skupina respondentů znala či neznala více organizací, protože počet respondentů nebyl zcela vyrovnaný.

H2: Předpokládám, že intaktní společnost pokládá smyslová postižení, za těžší ve srovnání s tělesnými nebo mentálními handicapy se nepotvrdila.

Tato hypotéza se opírá o otázky č. 8 a č. 9. V otázce č. 8 je z grafu zcela jasné, že obě skupiny respondentů odpověděli nejvíce mentální a to zdravotníci 43,14% (22 respondentů) a laická veřejnost 37,76% (37 respondentů).

V otázce č.9 se nacházelo odůvodnění odpovědí z otázky č. 8, přičemž u zdravotníků odpovědělo nejvíce respondentů, tedy 10, že jsou nejvíce okázáni na pomoc druhých a u laické veřejnosti, odpovědělo 17 respondentů, že potřebují neustálou péči.

H3: Předpokládám, že minimálně 60% dotázaných vnímá možnosti integrace postižených do společnosti za nedostatečné se částečně potvrdila. Tato hypotéza souvisí s otázkami č.10, č.13, č.14 a č.15.

V otázce č.10 jsem se dotazovala respondentů, zda-li si myslí, že je dostatek bezbariérového přístupu ano odpovědělo 15,12% (13 respondentů) zdravotníků a 12,99% (20 respondentů) laické veřejnosti. Záporně odpovědělo velké množství respondentů ze zdravotníků 84,88%(73 respondentů) a z laické veřejnosti 87,01% (134 respondentů).

Na otázku č.13 zda-li mají handicapovaní možnosti ve vzdělávání a zaměstnání odpovědělo kladně 19,61% (10 respondentů) zdravotníků a 24,49% (24 respondentů) laické veřejnosti a záporně 80,39% (41 respondentů) zdravotníků a 75,51% (74 respondentů) laické veřejnosti.

Na otázku č.14 mohou-li postižení navštěvovat koncerty, divadla či kina odpovědělo kladně 78,43% (40 respondentů) zdravotníků a 84,69% (83 respondentů) laické veřejnosti a záporně ze zdravotníků 21,57% (11 respondentů) a z laické veřejnosti 15,31% (15 respondentů).

Na otázku č.15 znáte termín integrace odpovědělo kladně 52,9% (27 respondentů) zdravotníků a 46,69% (46 respondentů) laické veřejnosti a záporně 47,06% (24 respondentů) zdravotníků a 53,06% (52 respondentů) laické veřejnosti.

U otázky č.10 a č.13 je jasné, že respondenti vnímají možnost integrace za nedostatečnou, přičemž u otázky č.15, která se týká samotného termínu integrace zná tento termín více zdravotníků než laické veřejnosti a otázka. č.14 byla u obou skupin hodnocena jednoznačně kladně.

2.1.8 Diskuze

Myslím si, že informovanost je zlomovým bodem k tomu, jak si nalézt cestu k lepšímu přístupu k handicapovaným. Ve své práci předpokládám, že odborná veřejnost, tedy v mém případě zdravotníci jsou více informováni o handicapech než laická veřejnost. K mému překvapení se tato skutečnost v mém výzkumu potvrdila. Podle mého názoru to tak ale není a při hodnocení předvýzkumu byla laická veřejnost mnohem vstřícnější a ochotnější jak v přístupu k handicapovaným, tak i k vyplňování dotazníků. Možná to bylo jen mým špatným výběrem zdravotnického zařízení, kde jsem předvýzkum prováděla, štěstím je, že v samotném výzkumu byly obě skupiny respondentů ochotní a vstřícní stejně.

V teoretické části práce popisují všechny druhy handicapu, ale nejvíce se věnuji čtyřem, které byly také uváděny v dotazníku. Podle mého názoru je všeobecně známo, že smyslová postižení jsou horší než tělesné či mentální handicap, ale jak jsem se přesvědčila vyhodnocením výzkumu, tak tomu tak není, protože lidé nahlíží častěji na handicap z pohledu osoby, která se o handicapované stará a ne očima postiženého.

Začlenění nebo-li integrace je také velmi důležitou otázkou v oblasti speciální pedagogiky. Integraci jako pojem samotný zná pouze polovina dotazovaných, ale začlenění samotné například ve vzdělání či zaměstnání dotazovaní pokládají za nedostačující, s čímž já také souhlasím.

ZÁVĚR

Ráda bych zhodnotila na závěr mé práce, co jsem od ní očekávala. Bylo pro mě velmi důležité, že jsem si vybrala téma, které mě velice bavilo, i když bylo obtížné. Nejvíce zklamaná jsem byla z přístupu zdravotníků, kterým jsem dotazníky rozdávala, protože se mi jich vrátilo velmi málo, otázkou zůstává, proč to tak je, zda-li neměli čas nebo je toto téma nezajímá. Na druhou stranu přístup laické veřejnosti mě velice mile překvapil, především včasný návrat dotazníků.

Ráda bych řekla, že mé očekávání toho, co výzkumem od veřejnosti zjistím, bylo zcela naplněno, ale podařilo se to jen z části. Je samozřejmé, že hypotézy které jsem předem nastavila nebyly potvrzeny všechny, tak jak bych předpokládala. Nejvíce mě ale překvapil názor všech respondentů, kteří si myslí, že smyslové handicapy nejsou nejtěžší v porovnání se životem zdravých lidí. Já sama jsem nějakou dobu navštěvovala kurz znakového jazyka, který byl opravdu zajímavý, ale také nesmírně těžký. Na druhou stranu mám kamaráda tělesně postiženého, takže myslím, že mám na určité srovnání mého pohledu na danou problematiku právo. Podle mého názoru, je v tomto hodnocení všeobecně velká chyba, protože někteří lidé posuzují postiženého z pohledu pečovatele a neberou ohled na osobnost postiženého.

Jako každý z nás má určitý okruh svých přátel, tak i postižení mají své organizace či sdružení, které je sice svazují mnohdy právě tím handicapem, ale postižení, to nevnímají stejnými očima jako člověk, který přihlíží z povzdálí, tím mám na mysli všechny, kteří se domnívají, že handicapovaní lidé nemůžou být díky svému postižení nikdy šťastní.

Název mé práce zněl: Handicap jako společenský problém? Myslíte si, že to opravdu problém je? Pokud ano našel by se nějaký způsob jak tento problém řešit? Určitě ano, protože vše se dá řešit, pokud člověk chce. Když nebude naší společností postoj k handicapovaným lhostejný, tak se jim jistě bude žít s námi příjemněji.

Seznam použité literatury:

1. ČERNÁ, M. ed., *Kapitoly z psychopedie*. Praha : Karolinum, 1995. ISBN 80-7066-899-7.
2. EDELSBENGER, L. *Defektologický slovník*. 3. rozš. vydání. Praha : Nakladatelství H & H, 2000. ISBN 80-86022-76-5.
3. KRAHULCOVÁ, B. *Komunikace sluchově postižených*. Praha : Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0329-2.
4. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha : Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
5. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha : Portál, 2001. ISBN 80-7178-551-2.
6. LEONHARDT, A. *Úvod do pedagogiky sluchovo postižených*. Bratislava : Sapientia, 2001. ISBN 80-2440-123-1.
7. ODBOR MÍSTNÍHO ROZVOJE. *Adresář poskytovatelů sociálních a souvisejících služeb, volnočasových aktivit a další důležité informace z regionu Dobříšska*. Město Dobříš, 2008, ISBN neuvedeno.
8. POTMĚŠIL, M. *Čtení k surdopedii*. Olomouc : UP PedF, 2003. ISBN 80-244-0766-3.
9. PRŮCHA, J. *Alternativní školy*. Praha : Portál, 1996. ISBN 80-7184-929-4.
10. PRŮCHA, J.; WALTEROVÁ, E.; MAREŠ, J. *Pedagogický slovník*. Praha : Portál, 1995. ISBN 80-7178-029-4.
11. SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. Praha : Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1733-3.
12. SOVÁK, M. *Nárys speciální pedagogiky*. 6. vydání. Praha : Státní pedagogické nakladatelství, 1986.
13. STĚBLO, *Občanské sdružení* [online]. [cit. 2009-02-25]. Dostupné na: [WWW: <http://www.steblo.org/aktuality.htm>](http://www.steblo.org/aktuality.htm)
14. ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 2. rozš. vydání. Praha : Portál, 2003. ISBN 80-7178-821-X.
15. *ÚPLNÉ ZNĚNÍ ŠKOLSTVÍ PODLE STAVU K 1.4.2007. Školy a školská zařízení- školský zákon a vyhlášky. Vyhláška číslo 73/2005 sb.* Sagit, 2007. ISBN neuvedeno.

16. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie, dětství, dospělost, stáří*. Praha : Portál, 2000. ISBN 80-7178-308-0.
17. VÁGNEROVÁ, M.; HADJ-MOUSSOVÁ, Z.; ŠTECH, S. *Psychologie handicapu*. Praha : Karolinum, 2004. ISBN 80-7184-929-4.
18. VALENTA, M.; MÜLLER, O. *Psychopedie*. Praha : Portál, 2003. ISBN 80-7320-039-2.
19. VÍTKOVÁ, M. Metoda bazální stimulace pro jedince s těžkým mentálním postižením a s více vadami. In : VÍTKOVÁ, M. (ed.) *Terapie ve speciální pedagogické péči*. 2. rozš. vydání. Brno : Paido, 2001. ISBN 80-7315-010-7.
20. VÍTKOVÁ, M. a kol. *Integrativní speciální pedagogika*. Brno : Paido, 1998. ISBN 80-85931-51-6.

Seznam příloh:

Příloha č. 1 : Dotazník

Příloha č. 2 : Seznam tabulek

Příloha č. 3 : Seznam grafů

Příloha č. 4 : Stéblo

Handicap jako společenský problém?

Vážení respondenti, jmenuji se Kateřina Vaňková a jsem studentkou 3. ročníku, Vysoké školy zdravotnické, v současné době píšící Bakalářskou práci na téma Handicap jako společenský problém? Zavazuji se, že dotazníky jsou anonymní a Vaše odpovědi budou použity pouze pro účel mé práce. Vámi vybranou odpověď prosím křížkujte, nebo do volných řádků pište svůj názor vlastními slovy.

1. Kolik je Vám let?

- 18-24 25-30 31-39 40 a více

2. Jakého jste pohlaví?

- muž žena

3. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- nedokončené základní základní vyučen úplné střední vyšší odborné
 vysokoškolské

4. Pracujete ve zdravotnictví?

- ano ne

5. Studujete zdravotnickou školu (střední, vyšší nebo vysokou)?

- ano ne

6. Vyjmenujte druhy postižení, které znáte:

.....

7. Myslíte si, že zdraví lidé jsou o životě handicapovaných dostatečně informováni?

Pokud ne, uveďte ve které oblasti mají nedostatek informací.

- ano
 ne

8. Které postižení hodnotíte jako nejtěžší v porovnání se životem zdravých lidí?
 tělesné zrakové sluchové mentální
9. V předchozí otázce jste zaškrtnli Vámi vybrané postižení, můžete tento výběr zdůvodnit?.....
10. Myslíte si, že je dostatek „bezbariérového přístupu“? Pokud ne, napište ve kterých oblastech.
 ano
 ne
11. Znáte nějakou organizaci, sdružení či sbírku, která se zabývá pomocí postiženým?
12. Uvažoval/a jste někdy o tom, že byste pomáhal/a handicapovaným? Chtěl/a byste se stát tzv. dobrovolníkem? Svou odpověď prosím odůvodněte.
 ano
- ne
13. Myslíte si, že handicapovaní mají dostatek možností ve vzdělávání a následně uplatnění v zaměstnání? Svou odpověď prosím odůvodněte.
 ano
- ne
14. Myslíte si, že postižení mohou navštěvovat koncerty, divadla, kina? Uveďte důvod proč mohou či nemohou.
 ano
- ne
15. Znáte termín integrace? Pokud ano, vysvětlete jej.
 ano
- ne

Děkuji za Váš čas strávený vyplňováním tohoto dotazníku a za spolupráci.

Vaňková Kateřina, VŠZ o.p.s.

Příloha č. 2: Seznam tabulek

Seznam tabulek z části 2.1.6

Tabulka 1 - Věk respondentů.....	35
Tabulka 2 - Pohlaví respondentů.....	36
Tabulka 3 - Vzdělání respondentů.....	37
Tabulka 4 - Zaměstnání ve zdravotnictví.....	38
Tabulka 5 - Studium na zdravotnické škole.....	39
Tabulka 6 - Druhy postižení.....	40
Tabulka 7 - Informovanost o handicapovaných.....	42
Tabulka 7a - Zdravotníci - odpovědi ne.....	43
Tabulka 7b - Laická veřejnost - odpovědi ne.....	43
Tabulka 8 - Hodnocení postižení.....	44
Tabulka 9a- 9h- Tyto tabulky se týkají vyhodnocení odpovědí otázky č.8.....	45
Tabulka 10 - Bezbariérový přístup.....	48
Tabulka 10a- Zdravotníci- odpovědi ne.....	49
Tabulka 10b- Laická veřejnost - odpovědi ne.....	49
Tabulka 11- Organizace pro handicapované.....	50
Tabulka 12- Dobrovolná pomoc handicapovaným.....	52
Tabulka 12a - Zdravotníci - odpovědi ano.....	53
Tabulka 12b - Zdravotníci - odpovědi ne.....	53
Tabulka 12c- Laická veřejnost - odpovědi ano.....	53
Tabulka 12d- Laická veřejnost - odpovědi ne.....	54
Tabulka 13 - Možnosti vzdělávání a zaměstnání.....	55
Tabulka 13a - Zdravotníci - odpovědi ano.....	56
Tabulka 13b - Zdravotníci - odpovědi ne.....	56
Tabulka 13c- Laická veřejnost - odpovědi ano.....	56
Tabulka 13d - Laická veřejnost - odpovědi ne.....	57
Tabulka 14 - Možnost kulturního využití.....	58
Tabulka 14a- Zdravotníci - odpovědi ano.....	59
Tabulka 14b - Zdravotníci - odpovědi ne.....	59
Tabulka 14c - Laická veřejnost - odpovědi ano.....	59
Tabulka 14d - Laická veřejnost - odpovědi ne.....	60
Tabulka 15- Pojem integrace.....	61

Příloha č. 3: Seznam grafů

Seznam grafů z části 2.1.6

Graf 1 - Věk respondentů.....	35
Graf 2 - Pohlaví respondentů.....	36
Graf 3 - Vzdělání respondentů.....	37
Graf 4 - Zaměstnání ve zdravotnictví.....	38
Graf 5 - Studium na zdravotnické škole.....	39
Graf 6 - Druhy postižení.....	40
Graf 7 - Informovanost o handicapovaných.....	42
Graf 8 - Hodnocení postižení.....	44
Graf 10- Bezbariérový přístup.....	48
Graf 11- Organizace pro handicapované.....	50
Graf 12- Dobrovolná pomoc handicapovaným.....	52
Graf 13- Možnosti vzdělávání a zaměstnání.....	55
Graf 14- Možnost kulturního vyžití.....	58
Graf 15- Pojem integrace.....	61

Příloha č. 4: Stéblo

Výrobky, které vyrábí klienti ve Stéblu.

